Quarante-huitième année N° 1

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

AVIS

Il est conseillé à tout confrère sollicité de s'installer à Bresnay (Allier) de s'informer, avant tout engagement, auprès du Dr Mouchet, président du Syndicat des médecins de l'Allier, Le Veurdre (Allier).

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 1. — Dr 30 ans, marié, reprendr. bonne client., quart. populeux. Marchand, 16, rue Jacquemont, Paris.

No 2. — Eure. Anc. client. intér. près Paris, facil. transm. susc. augm., à céder au 1er janv. 1926, Méd. génér., acc. trav. Pet. ville agréab., pays riche. Logem. assuré, villa av. jard., eau, gaz, électr. Prix à déb.

No 3. — Pet. comm. Louis XVI, canapé, faut. Empire, chaises Renaiss., très beau lit cuivre mod. à 1 pers., liv. de psychiat. Entomolog., Coléoptères, Hémiptères, Flores, liv. et journaux d'apiculture, access. d'apicult. etc. Liste, t. p. r.

N° 4. — A vendre torp. Peugeot 9 CV. 1924, type 163, roulé 17,000 km., très bon état. Prix 12.000. Dr Artaud, 281, cours Emile-Zola, Lyon.

N° 5. — A vend. Histoire Univers. par Petit, 8 jolis vol., 700 fr.

N° 6. — Achet. Codex français Dorvault 1875. Livres d'homéopathie. Appar. Pathé Baby et access.

N° 7. — Paris, excell. quart. Cab. rapp. 45.000, beaucoup de consult., appart. 5 p. et dépend., bail. Prix : 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 8. — 120 km. Paris, bon poste campagne, rapp. 78.000, très belle aff. recommande à jeune doct. Prix 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 9. — Dr achèter. crâne articulé bon état. Fabre, Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn).

GUIDE PRATIQUE DU CONTRIBUABLE

A un moment où les questions fiscales sont au premier rang des préoccupations, où chacun doit fournir au fisc les éléments servant de base à ses taxations et se défendre contre ses exigences, nous croyons devoir vous signaler l'aide précieuse et indispensable qui vous est offerte par la « Guide Pratique » édité par le « *Contribuable français*.

Cet ouvrage est rédigé par un spécialiste ayant l'habitude de mettre toutes les questions d'impôts à la portée des personnes les moins versées dans la législation et la jurisprudence fiscales.

Il présente les avantages suivants :

1° Le classement des matières permet de trouver *instantanément la solution cherchée*, les formalités à remplir et les droits à payer ;

2° Un système de reliure spéciale permet de remplacer les textes modifiés par les nouveaux, fournis par nous, ce qui *assure la mise à jour constante* du « Manuel ».

De plus les souscripteurs peuvent faire vérifier gratuitement leurs avertissements et recevront le *Contribuable français*, dans lequel ils trouveront les textes des lois, arrêt, et jugements, des chroniques fiscales, etc...

Le « Guide pratique » paraît en fascicules dans le *Contribuable français*.

L'abonnement avec tous ses avantages est de 30 fr. par an (1), qui peuvent être versés au compte de chèques postaux, Paris, n° 287.20, au nom de l'auteur :

A. MARTINOT,
Directeur du *Contribuable français*.

Ancien directeur de la préparation aux examens des Administrations dépendant du Ministère des Finances, 42, rue du Four, Paris.

(1) Comme prime aux abonnés du *Concours médical*, M. Martinet, son Conseil fiscal, réduit pour eux le prix de cet abonnement à 24 francs.

JURISPRUDENCE

SECRET PROFESSIONNEL. — REFUS PAR L'AVOUÉ DE DÉPOSER SUR LES FAITS CONNUS PAR LUI A L'OCCASION DE L'EXERCICE DE SA PROFESSION.

TRIBUNAL CIVIL DE PAU
20 juin 1925.
Gaz. Pal., 21 novembre 1925.

Les avoués sont astreints à l'obligation du secret professionnel et cette obligation s'étend au cas où ils sont appelés à déposer en justice.

Celui qui est astreint au secret professionnel ne pouvant en être valablement délié par qui que ce soit et étant dans l'obligation de garder un mutisme complet, non seulement sur ce qui lui a été confié, mais encore sur tout ce qu'il a pu voir, entendre, comprendre ou même déduire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession, il en résulte que l'avoué qui, invité à prêter serment au cours d'une enquête, a déclaré que, s'il connaissait quoi que ce soit des faits articulés, ce ne pourrait être qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession, doit, à défaut de preuve contraire à cette déclaration, être regardé comme soumis à l'obligation du secret professionnel.

Le Tribunal,

Attendu que les avoués sont astreints au secret professionnel ;

Attendu qu'il est admis que l'obligation du secret professionnel s'étend au cas où l'homme de la profession est appelé à déposer en justice ;

Attendu que l'obligation au secret professionnel trouve sa justification, non dans l'intérêt de la clientèle, ni même dans le souci de la dignité de la profession, mais dans un intérêt utile, indifférent, ou nuisible aux personnes qui s'y trouvent intéressées ; qu'en conséquence celui qui est astreint au secret professionnel ne saurait en être valablement délié, par qui que ce soit ;

Attendu que le caractère plus ou moins confidentiel des faits est souvent d'une appréciation des plus délicates ; que, d'ailleurs, les discussions, auxquelles donneraient lieu cette appréciation, auraient presque toujours pour premier résultat un commencement de violation du secret ; qu'il est donc sage de s'en tenir à la règle du secret absolu et de décider que tout citoyen astreint de par ses fonctions au secret professionnel est dans l'obligation de garder un mutisme complet, non seulement sur ce qui lui a été confié, mais encore sur tout ce qu'il a pu voir, entendre, comprendre, ou même déduire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession, en sorte que le seul point laissé sous sa responsabilité à son appréciation est celui de savoir si le fait est ou non venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession ou à l'occasion de cet exercice ;

Attendu que, invité à prêter serment de dire la vérité, au cours d'une enquête édifiée le 6 mai 1925

par les soins de M. Becker, juge du siège, Me Minvielle, avoué, a déclaré que, s'il connaissait quoi que ce soit des faits articulés, ce ne pourrait être qu'à l'occasion de l'exercice de sa profession — déclaration dont il demande au tribunal de lui donner acte : qu'à moins de preuve du contraire, preuve que personne n'offre de faire, il est donc soumis à l'obligation du secret professionnel ;

Attendu que le sieur Buss, intervenant aux débats, fait des déclarations et formule des réserves dont il demande acte ;

Par ces motifs,

Rejetant comme non fondées toutes autres conclusions,

Reçoit Buss en son intervention ;

Lui donne acte de ce qu'il s'en rapporte à justice sur le point de savoir si Me Minvielle peut déposer en justice ;

Lui donne acte encore de ce qu'il se réserve le droit de reprocher Me Minvielle, au cas où son audition serait admise, pour avoir délivré à son client, le comte Golfarelli, les lettres et écrits dont il lui est demandé de certifier l'authenticité dans son témoignage, lettres et écrits qui équivaudraient au certificat prévu par la loi ;

Et donnant acte à Me Minvielle de ses déclarations, dit les époux Golfarelli mal fondés en leurs demandes, fins et conclusions ; les en déboute ;

Les condamne aux dépens de leur instance, y compris les frais d'intervention.

NOTE. — L'avoué est rangé au nombre des personnes tenues au secret professionnel, et fondées par conséquent à l'invoquer pour refuser de déposer en justice. Le jugement ci-dessus fait, en matière civile, l'application de cette règle, qui a été à diverses reprises appliquée en matière criminelle. V. Cass. 5 janvier 1855 (S. 55.1.155) ; Cass. 20 mai 1899 (*Gaz. Pal.* T.Q. 1897-1902, v° Secret professionnel, n. 11 — S. 1901.1.64 — A. 1901.1.25) ; Chauveau, Faustin-Hélie et Villey, Théor. du C. pén., 6e éd., t. V. n. 1868 et 1869 ; Blanche. Etudes pratiques sur le C. pén. T. V. n. 448.

La jurisprudence tend d'ailleurs à imprimer une portée absolue au secret professionnel, en sorte que le dépositaire du secret ne saurait être délié de son obligation au silence établie dans un intérêt social. V. sur l'évolution de la jurisprudence à cet égard : Trib. civ. Meaux 22 novembre 1923 (*Gaz. Pal.* 1924.1.316) et la note.

Commentaires

Ce jugement vient à l'appui de la thèse, que nous ne cessons de soutenir à l'encontre des pouvoirs publics. Ces derniers veulent, par des moyens détournés, obliger le médecin à rompre le silence, pour délivrer des certificats détaillés, pour l'assistance médicale gratuite, pour les réformés de guerre, etc.

Les collectivités privées en font autant : assu-

rances contre les accidents, ou sur la vie, mutualités, demain les assurances sociales. Bref, pour des questions d'ordre pécuniaire, on voudrait forcer le docteur à violer les prescriptions de l'article 378 du code pénal.

Je rappelle, pour mémoire, les articles que je viens de faire paraître, dans le *Concours*, depuis quelques mois. C'est donc avec grande satisfaction, que j'ai découpé le jugement ci-dessus

Oui, avec les juges de Pau, dirons-nous qu'institué dans un intérêt social et nullement privé, le secret s'impose au médecin, qui ne peut en être délié par qui que ce soit, même par son client.

Le praticien doit se taire, parce qu'il doit se taire, sans plus : c'est le code pénal qui l'ordonne.

Le docteur n'a pas à se faire juge du point de savoir, si ce qu'il a appris, surpris, déduit, en exerçant sa profession, revêt ou non le caractère, secret et confidentiel.

Comme le dit le jugement ci-dessus, discuter le caractère secret de certains faits aboutirait à une violation, plus ou moins complète, plus ou moins indirecte du secret professionnel.

Du moment où le docteur a eu connaissance de certains faits, pendant qu'il exerçait son ministère, il doit observer le silence, d'une manière absolue.

Mais, il ne faudrait pas croire que, parce que docteur en médecine, un témoin devrait se taire, si les faits qu'il a connus ou entendus se sont produits, alors qu'il n'exerçait pas sa profession. Le docteur n'est alors qu'un citoyen comme les autres et doit parler, s'il est interrogé par les autorités ayant qualité pour le faire.

Par exemple, un médecin est témoin d'une dispute, dans un tramway. Cité comme témoin, il devra dire, sous la foi du serment, ce qu'il sait.

Il en serait de même si, requis par le blessé (dans l'hypothèse de la rixe ci-dessus), il était appelé à témoigner de ce qu'il a vu et entendu, avant qu'il n'exerce son ministère : il devrait relater ces faits, comme un témoin ordinaire ; mais devrait ensuite taire tout ce qu'il aurait vu, entendu, ou appris, à partir du moment où il aurait donné ses soins à l'un des adversaires.

Tant que le code pénal ne sera pas modifié dans son article 378, nous devrons résister à toutes tentatives de violation du secret. Ce n'est certes pas un avantage pour nous, puisque nous risquons la prison et l'amende, au cas où nous aurions la langue trop longue, à l'occasion des faits, connus de nous, dans l'exercice de la profession.

Mais le législateur l'a ainsi entendu, dans un intérêt d'ordre public : obéissons.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

13 *décembre.*

Service de santé militaire.

Instruction relative à l'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1926.

Le concours d'admission doit s'ouvrir le 6 juillet 1926, à 8 heures.

Les listes d'inscription seront closes le 6 juin au soir.

Nous ne pouvons publier cette instruction, qui remplit plus de 12 pages du *Journal officiel.*

16 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

MM. de Lapersonne, Hutinel, Pierre Marie, Ch. Richet, Letulle, Chauffard et Weiss, anciens professeurs de la Faculté de médecine de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

Brevets d'infirmières.

Une session d'examen d'Etat (infirmières hospitalières) a eu lieu à Grenoble du 16 au 19 décembre 1925.

Une session d'examen d'Etat (infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose) a eu lieu à Paris du 16 au 24 décembre 1925.

20 *décembre.*

Lutte anticancéreuse.

Par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène du 14 décembre, est approuvé le règlement d'administration concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer de la banlieue parisienne (Villejuif).

21 *et* 22 *décembre.*

Corps de santé colonial.

Suivant décret du 17 décembre 1925, l'article 7 du décret du 21 juin 1906 sur l'organisation du corps de santé des troupes coloniales est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art.* 7. — Les élèves des écoles indigènes de médecine ayant satisfait aux examens de sortie peuvent être employés comme officiers de santé auxiliaires et officiers de santé dans les corps indigènes où servent des militaires de leur race et dans les formations sanitaires de la colonie dont ils sont originaires.

« Les officiers de santé auxiliaires et officiers de santé ont respectivement rang de sous-officiers et officiers indigènes. Les conditions de leur recrutement, de leur répartition et de leur emploi sont déterminées par des décrets rendus sur la proposition du ministre de la guerre et du ministre des colonies. »

Vacance d'un poste de directeur de bureau d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Grasse (Alpes-Maritimes).

Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an, auquel s'ajoutent différentes indemnités pour cherté de vie, charges de famille, etc. — Interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, — 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références, permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponse d'un ministre à la question d'un parlementaire.

Impôt à payer par un médecin qui possède deux automobiles.

5740. — M. André Roux (Haute-Loire), député, expose à M. le Ministre des Finances le cas d'un particulier, médecin en la circonstance, qui possède pour les besoins de sa profession deux véhicules automobiles qu'il conduit lui-même (les deux véhicules ne pouvant, par conséquent, être mis en circulation simultanément) et demande s'il doit payer des impôts pour les deux véhicules ou bien pour celui qui a la plus grande force en chevaux. (*Question du 29 novembre 1925.*)

Réponse. — L'administration admet, quand les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence ou de périodicité, que l'impôt ne frappe que l'automobile de la plus forte puissance. (*J. O.*, 14 et 15 décembre 1925.)

FAITS OBSTÉTRICAUX

Ages extrêmes de grossesses connus.

Pour répondre à la question posée par le Dr Alfred Bastin dans le *Concours médical* du 29 novembre 1925, je puis citer deux cas extrêmes que j'ai vus simultanément.

Pendant le premier semestre de l'année 1897, à la clinique Baudelocque, le professeur Pinard, aujourd'hui doyen de la Chambre des Députés, étant chef de service et le docteur Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, étant chef de clinique, deux femmes accouchèrent à quelques jours de distance : une fillette de 13 ans 1/2 et une femme de 53 ans.

Ce sont les cas extrêmes que j'ai vus moi-même.

Le professeur Pinard les avait fait mettre dans deux lits contigus et je le vois encore, disant aux visiteurs de la Clinique : voici ma plus jeune et voilà ma plus âgée, 13 ans et 53 ans, toutes les deux ont du lait et allaitent leur enfant.

Dr P. NOURY (de Rouen).

A propos de la crise médicale

J'exerce la médecine depuis 36 ans. Avant la guerre, j'ai exercé pendant 11 ans dans une localité où j'arrivais à gagner 7 à 8.000 francs par an.

Voyant que je ne pouvais assurer l'instruction de mes quatre enfants, j'ai changé de pays et dans mon nouveau poste, j'arrivais à 10.000 fr. Pendant la guerre, étant seul à desservir 12 communes, je ne suis jamais arrivé à 20.000 fr. Depuis la guerre, je fais de 19 à 21.000 fr. Je ne crois pas que mes confrères voisins arrivent à 30.000. Je n'en connais aucun qui gagne 50.000 fr.

Il est vrai que nous marchons, en Maine-et-Loire, sur la base dérisoire de 6 fr. la consultation, que nous allons mettre à 8 fr. au 1er janvier 1926.

Avant la guerre, je faisais 11.000 kilomètres par an en automobile, depuis je n'en fais que 8.000. Pourquoi nous appelle-t-on moins? Voyez le pharmacien : il vend des spécialités à tour de bras ! Une pharmacie qui faisait avant la guerre 30.000 fr. comme chiffre d'affaires, fait aujourd'hui au moins 120.000 fr. La spécialité est un fléau pour le médecin de campagne. On consulte beaucoup moins qu'avant la guerre.

J'approuve les chiffres que vous indiquez pour la nourriture et l'entretien d'un ménage.

Dr G. (Maine-et-Loire).

(*Voir la suite page XLVII-49*)

CONCOURS

Trois mille francs de Prix

Le CONCOURS MÉDICAL ouvre un concours entre tous les médecins français. Ce concours sera clos le 31 mars 1926.

L'objet du concours est la rédaction d'articles qui seront publiés dans le journal sur la question suivante :

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1925 ? — Quelles répercussions peut-on prévoir, sur l'une et l'autre, de la législation relative à la Médecine sociale en général, et aux Assurances sociales en particulier ?

Chaque article devra représenter au minimum 5 colonnes, et au maximum 10 colonnes du *Concours médical.*

Chaque concurrent désignera son travail par une devise reproduite sur sa Carte insérée dans une enveloppe cachetée.

Le jury du concours est composé des membres du Conseil de Direction du *Concours médical.*

Ce concours est doté, par la Société de la REINE DE VALS, de *trois mille francs de prix*, répartis de la façon suivante :

1er *Prix* : **Mille francs.**
2e *Prix* : **Cinq cents francs.**
3e *Prix* : **Trois cents francs.**
et plusieurs prix de cent francs.

Les originaux, dactylographiés de préférence, devront être adressés à

Monsieur le Rédacteur en Chef du CONCOURS MÉDICAL,
132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

La lutte antituberculeuse. Est-elle vraiment efficace ?

Personne ne peut mettre en doute les efforts faits en France depuis la guerre pour combattre la tuberculose. Dans son numéro de novembre, *Le Médecin Syndicaliste* expose en détails tout ce qui a été fait et dépensé pour lutter contre ce fléau. Il rend hommage à « l'esprit de suite, « vraiment remarquable, dont font preuve les « dirigeants de la lutte antituberculeuse officielle. Rien n'est laissé au hasard. A la période « anarchique du début fait place une organi- « sation dont la méthode va se traduire par des « résultats impressionnants *en tant qu'activité* « *déployée.* »

Ces résultats sont : la création ou le développement d'associations antituberculeuses dans 59 départements, d'offices départementaux dans

20 autres départements, dont celui de la Seine, de services publics d'hygiène dans deux départements. Neuf départements seulement ne possèdent aucune organisation antituberculeuse. Les dispensaires antituberculeux qui étaient au nombre de 63 en 1918, de 271 en 1920, sont 530 en 1924. Douze départements seulement en sont dépourvus. Nous n'énumèrerons pas le nombre des consultations, des examens de laboratoire faits ou provoqués par ces dispensaires. Constatons que par leurs soins, en 1923, les divers établissements de cure ont reçu 8.969 tuberculeux et que 5.623 non tuberculeux ont été placés par mesure préventive. Nous renvoyons au *Médecin Syndicaliste* de novembre 1925 pour plus de précisions et de détails. Le lecteur y trouvera des tableaux statistiques, des graphiques, des cartes dont l'examen est du plus grand intérêt. Le budget total de la lutte antituberculeuse qui atteignait *vingt-cinq millions* en 1919, dépassait *cinquante millions* en 1923 et doit être à l'heure actuelle beaucoup plus élevé. La contribution de l'Etat y figure environ pour le tiers. Il n'est pas discutable que tout ceci représente un effort méritoire. On nous objectera bien que les 38.000 lits environ (exactement 37.800) mis à la disposition de la lutte antituberculeuse, sont peu en regard du nombre des tuberculeux qui meurent chaque année en France, qui s'élèverait à 150.000 et surtout en regard du total des malades qui, si l'on admet l'estimation la plus faible, serait au moins de 500.000.

Cette activité, cette organisation qui s'est développée méthodiquement, cet effort considérable tant au point de vue budgétaire qu'à celui de la propagande donnent-ils de brillants résultats ? Là nous nous trouvons en face d'un pénible doute. Le manque de statistiques vraiment sérieuses (si l'on en excepte celles de quelques villes, sur lesquelles il y aurait encore de grandes réserves à faire) ne permet aucune précision. Néanmoins tout le monde s'accorde à admettre le recul progressif de la tuberculose depuis la fin de la guerre. Notons qu'avant la guerre, cette régression était aussi admise en France comme dans tous les pays civilisés.

Admettons que ce recul soit réel et progressif. Nous devons alors nous poser une question troublante : *Est-il la conséquence de la lutte antituberculeuse officielle* ? Or, il est un fait indiscutable, c'est que la tuberculose n'est pas la seule maladie en régression, mais qu'il en est de même de *toutes les maladies transmissibles*, et cela, depuis plusieurs années. Ceci n'est pas seulement constaté en France. Dans un article publié il y a déjà quelques mois, nous citions l'opinion de Dublin, statisticien à la Métropolitan Life Insurance Company of New York, de la ville même d'où nous a été envoyée la Mission Rockefeller. Après l'examen de la situation aux Etats-Unis et en Angleterre, Dublin conclut : *L'abaissement de la mortalité par tubercutose dans ces vingt dernières années est indépendant de la campagne antituberculeuse et doit être rapporté au bien-être général de la population.*

Cette constatation a été confirmée encore par l'hygiéniste néerlandais Rietema, que nous avons encore cité, qui, comparant les statistiques de deux villes hollandaises de même population : Groningue, dépourvue de tout armement tuberculeux, et Haarlem, dotée depuis 1904 de toutes les institutions antituberculeuses, constate que dans ces deux villes la mortalité tuberculeuse a diminué mais que tandis qu'elle s'est abaissée de 15 % en 1923 à Groningue, elle ne descend qu'à 13 % la même année à Haarlem, malgré la lutte classique menée avec vigueur dans cette ville. Et Rietema conclut comme Dublin : *La mortalité tuberculeuse réflète le degré de bien-être d'une région.*

Malgré la pénurie des statistiques officielles françaises, une constatation aussi troublante est faite dans notre pays. De l'avis unanime, la mortalité tuberculeuse a diminué dans les départements de l'Ardèche, de la Corrèze, des Landes, de la Vendée où aucune organisation antituberculeuse n'a été tentée. Elle s'est accrue au contraire dans le Rhône, la Côte-d'Or, l'Aude, l'Indre, la Marne. Et cependant à Lyon, à Dijon, et surtout à Châlons et à Reims, fiefs de M. Léon Bourgeois, l'apôtre de la lutte antituberculeuse, les organisations contre le fléau ont vraisemblablement donné leur maximum d'effort.

Tout ceci nous laisse perplexe, fort perplexe. Ne serait-ce pas navrant si l'on avait tant dépensé d'argent, de dévouement et d'énergie en pure perte ?

Nous ne sommes pas toutefois aussi pessimiste. La lutte antituberculeuse, là où elle a été sagement menée, a suivi les conseils de Grancher, le seul homme, nous devons le proclamer, qui a eu une conception juste de ce qu'il fallait tout d'abord faire ; elle s'est efforcée de protéger l'enfance et elle y a en partie réussi. Cela suffirait à nous consoler de son échec sur les autres points.

Nous le répéterons sans cesse. La lutte contre la tuberculose a été menée à rebours.

Au lieu de commencer par la lutte contre le

microbe, que nous sommes impuissants à atteindre efficacement, de vouloir à tout prix dépister des malades pour lesquels on ne peut rien faire d'utile le plus souvent, pas même les isoler, au lieu de s'acharner à construire ou organiser des sanatoriums populaires coûteux, dont le rendement *social* est nul ou insignifiant, au lieu de proclamer très haut que la tuberculose n'est pas héréditaire, ce qui pour le clinicien paraît faux et peut-être l'est aussi devenu pour le bactériologiste, au lieu d'affirmer que l'alcoolisme ne joue aucun rôle dans l'étiologie de la tuberculose, affirmation qui nous paraît vraiment étrange, l'on aurait dû commencer par s'acharner à résoudre le problème de l'habitation hygiénique, faire la guerre au taudis, chercher par tous les moyens à ramener les émigrés de la ville à nos campagnes dépeuplées, s'efforcer d'améliorer encore davantage les conditions d'existence des populations laborieuses. Il ne fallait pas s'attaquer à la tuberculose comme l'on s'attaque à la fièvre jaune ou à l'impaludisme, maladies dont on connaît bien les agents de transmission ; il fallait se pénétrer de cette vérité : c'est que la tuberculose est surtout une maladie secondaire, conséquence presque toujours d'une nutrition insuffisante, du surmenage, d'un affaiblissement de l'organisme, causé par une autre maladie (grippe, coqueluche, rougeole, etc., etc.). C'est en développant les mesures d'hygiène générale, c'est surtout en s'occupant d'hygiène alimentaire, d'hygiène de l'habitation, d'hygiène urbaine, qu'on aurait amené une régression considérable de la tuberculose. De même pour améliorer les finances d'un Etat, il ne suffit pas d'accabler d'impôts les citoyens mais il convient surtout de les inciter à travailler et à produire. Malgré la carence de l'hygiène officielle, les conditions de l'existence se sont améliorées dans notre pays, comme ailleurs du reste. Les heures de travail sont considérablement diminuées et ce travail n'exige plus les efforts d'autrefois et se fait dans des conditions plus saines, l'alimentation est meilleure, la propreté, les soins corporels ont fait d'indéniables progrès et c'est à cela que nous paraît due surtout la régression de la tuberculose comme celle de toutes les autres maladies transmissibles.

***

Puisque nous en sommes au chapitre de la diminution de la mortalité tuberculeuse, nous poserons quelques questions qui, bien que paraissant d'ordre secondaire, ont pour nous une certaine importance.

1° Est-ce que la grippe de 1919-20, qui a fauché un nombre considérable de prétuberculeux et à prédisposés à la phtisie, n'a pas pu avoir une influence appréciable sur les statistiques de la mortalité tuberculeuse pendant les quelques années qui ont suivi ? Remarquons que ces statistiques s'arrêtent à 1923.

2° Ne serait-il pas intéressant de rechercher dans chaque département s'il y a un rapport entre la diminution de la population et la régression de la tuberculose ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DE LA COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par G. Faroy,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Les colites chroniques se présentent sous des aspects variés, dont les principaux et les plus fréquents sont la colite muco-membraneuse et la colite muqueuse.

Les tableaux cliniques si différents de ces deux maladies, leur pathogénie en partie distincte permettent de comprendre pourquoi le même traitement ne peut leur être appliqué et pourquoi les indications thérapeutiques qu'elles comportent doivent être étudiées séparément.

***

La colite muco-membraneuse, que nous envisageons seule ici, a pour base la constipation ; née souvent d'infections ou d'intoxications intestinales de l'enfance ou de l'âge adulte, elle peut aussi avoir pour cause la stase intestinale chronique, stase droite le plus souvent, la ptose du côlon, des irritations coliques prolongées dont la principale est l'abus du lavage d'intestin.

Cette dernière médication, très à la mode autrefois, créait et entretenait nombre de colites muco-membraneuses, dont la fréquence a diminué considérablement, depuis que A. Mathieu a montré le bien fondé de cette étiologie et recommandé la suppression de toute irrigation intestinale répétée et administrée à forte pression.

Quelle que soit l'origine de la colite, il nous paraît que, en dehors du degré de l'infection et de l'intoxication, en dehors de la localisation de la maladie sur tel ou tel segment du côlon, deux facteurs primordiaux conditionnent le type revêtu par elle ; les sécrétions glandulaires digestives d'une part, le système nerveux végétatif d'autre part (1).

Ces deux éléments pathogéniques qui, par leurs manifestations variables, sont cause en grande partie à notre avis que la colite devient muqueuse ou muco-membraneuse ; muqueuse, s'il y a insuffisance gastrique, pancréatique ou intestinale, et sympathicotonie ; muco-membraneuse, s'il y a insuffisance biliaire et vagotonie. On verra plus loin quelles conséquences thérapeutiques dérivent de ces notions pathogéniques.

Cliniquement, la colite muco-membraneuse se traduit par une constipation plus ou moins prononcée avec présence de mucus et de fausses membranes dans les selles, entrecoupée de périodes plus ou moins rapprochées de crises douloureuses avec ou sans débâcles pseudo-diarrhéiques, ou muco-membraneuses, parfois sanguinolentes. Au cours de ces crises apparaissent les *réactions coliques* de Mathieu, de nature et d'intensité variées, avec nausées, vomissements, troubles gastriques, épigastralgie, tendance à la lipothymie, syncopes, troubles cardiaques et respiratoires, céphalée, etc. Ce n'est pas le lieu ici, dans cet article de thérapeutique, d'insister sur cette symptomatologie bien connue maintenant.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la colite muco-membraneuse est la forme douloureuse spasmodique de la colite, les douleurs étant nulles ou peu intenses pendant les périodes de constipation, et devenant parfois terribles au cours des crises de débâcles.

La distinction entre ces deux phases de l'affection, qui exigent une thérapeutique différente, entraîne la subdivision du traitement en deux chapitres bien nets.

***

1° Traitement général de la colite muco-membraneuse (PÉRIODES DE CONSTIPATION).

Les divers éléments symptomatiques et pathogéniques, doivent être envisagés l'un après l'autre.

a) *Constipation.* — Nous avons dit qu'elle était à la base de la maladie, c'est dire sa constance. Deux traitements doivent être absolument proscrits : tout d'abord *les lavages d'intestin*, dont on a vu plus haut l'influence nocive; ensuite les *laxatifs*, qui tous sont irritants, entretiennent les spasmes et, tout en provoquant les selles, renforcent la constipation.

Le traitement doit consister en une *rééducation de l'intestin* ; sans doute, elle ne se fait que lentement, progressivement, mais ses résultats

(1) G. Faroy. — *La Médecine*, juillet 1924, n° 10.

sont durables, si le malade montre de la persévérance. De plus elle est sans danger.

Des *moyens mécaniques* peuvent d'abord être utilisés : l'*huile de paraffine* est prescrite à la dose de une cuillerée à soupe le matin à jeun, et une autre le soir, en se couchant ; *les mucilages* (agar-agar) et surtout les mucilages purs (type coréine) donnent également de bons résultats, à la dose de une à deux cuillerées à café à chacun des repas, mêlées aux aliments.

Souvent chacun de ces deux médicaments pris isolément donne un résultat insuffisant ; il suffit alors, comme nous le faisons fréquemment, de les associer, pour obtenir un effet satisfaisant. Il est préférable d'éviter l'emploi des graines mucilagineuses, graines de lin, psyllium, qu'il faut prendre en grande quantité et dont le volume est une cause d'irritation et de spasme ; il faut les réserver pour la constipation simple.

Les *lavements d'huile pure* sont parfois de bons adjuvants des traitements ci-dessus, surtout à leur début, quand les fèces sont dures, compactes et difficiles à expulser. Ils seront administrés à l'aide d'une poire à lavements, à la dose de 100 à 150 centimètres cubes d'huile et pris dans la position étendue, le soir en se couchant ; conservés toute la nuit, ils ramolliront les matières et faciliteront souvent une selle le lendemain matin.

Enfin, il est un autre moyen mécanique à utiliser, dont l'action viendra s'ajouter aux précédents ; c'est la *gymnastique abdominale*, qui doit être très douce au début, et être cessée dès l'apparition d'une crise douloureuse.

Des moyens physiologiques sont à préconiser pour vaincre la constipation de la colite muco-membraneuse.

On a vu que les colitiques de cette catégorie sont presque toujours des insuffisants hépatiques et surtout biliaires ; la meilleure des preuves en est fournie par la présence dans les selles de mucus et de muco-membranes dont on sait, depuis les travaux du professeur Roger, le rôle du déficit biliaire dans leur formation ; on connaît aussi l'action laxative de la bile.

Il est donc logique de prescrire de la *bile* et les résultats obtenus confirment cette manière de voir ; on la fera prendre en cachets ou mieux en pilules gluténisées de 0 gr. 20, à la dose de 1 à 3 à la fin des trois repas ; il sera prudent de ne pas l'utiliser au moment des crises douloureuses, pour ne pas exagérer les spasmes.

Les *extraits intestinaux*, agissant par leurs hormones, ont été préconisés également ; ils semblent plus actifs sur la sécrétion que sur la motricité et sont peu utilisés jusqu'à présent.

Il est un médicament, d'emploi peu courant, sur lequel nous avons précédemment attiré l'attention et que nous recommandons volontiers dans les colites de toute nature : c'est le *chlorure de magnésium* ; élément actif de l'eau de Châtel-Guyon, c'est un laxatif doux par son action cholagogue indéniable, de plus c'est un modificateur puissant de la muqueuse intestinale. On prescrit la solution suivante :

Chlorure de magnésium ...	30 grammes
Eau ....q. s. pour	300 cent. cubes

On en fait prendre de une à huit ou dix cuillerées à café (de 0 gr. 50 à 5 grammes) le matin à jeun, 3/4 d'heure à une heure avant le petit déjeuner dans une tasse d'infusion chaude.

Il ne donne pas d'accoutumance et pas de constipation consécutive.

b) *Douleurs, spasmes.* — Ils sont fréquents, bien que d'intensité variable, au cours de la colite muco-membraneuse. Manifestations de la vagotonie que nous avons signalée plus haut, ils relèvent, au premier chef, du traitement par la *belladone* et par son succédané, la *jusquiame*. Ce sont là des médicaments très précieux dont on ne saurait trop recommander l'emploi ; antispasmodiques de premier ordre, d'un emploi commode, ils favorisent les exonérations intestinales en supprimant le spasme.

On peut les ordonner en pilules (Trousseau) :

Extrait de belladone....}
Poudre de belladone.....} ââ un centigramme

Pour une pilule, trois par jour, aux repas.

Il nous semble préférable de les prescrire en teinture: de XV à XXX gouttes de teinture de belladone par jour prises à doses progressives, au début des repas, dans un peu d'eau ; ou bien :

Teinture de belladone ....}
Teinture de jusquiame ....} ââ

De XXX à LX gouttes par jour, à doses progressives, en trois fois, au début des repas.

c) *Infection, putréfaction intestinales.* — Il peut être utile, dans certains cas, de lutter contre l'*infection intestinale* plus ou moins latente, dont le réveil peut provoquer des accidents aigus (poussées de colite aiguë, appendicite, péricolites), ou des complications infectieuses extra-intestinales (syndrome entéro-rénal, pyélonéphrites et cystites à colibacille, etc.) ; la *vaccinothérapie* a été préconisée dans ce but.

On a recours à des *vaccins* préparés avec des cultures de colibacille, d'entérocoque, de streptocoque, de staphylocoque et de divers microbes anaérobies ; étant donnée la difficulté d'obtenir des auto-vaccins, on utilise habituellement des stock-vaccins fournis par les laboratoires.

Ces vaccins doivent être introduits dans l'économie par la double voie sous-cutanée et buccale, cette dernière donnant une immunisation

locale dont le grand intérêt a été récemment mis en lumière. Jusqu'à présent, ils ne sont guère entrés dans la pratique courante et n'ont pas donné tous les résultats qu'on pouvait en attendre.

La lutte contre les *putréfactions intestinales*, si fréquentes par périodes chez certains colitiques, est plus facile et plus active ; elle consiste à modifier la flore intestinale à l'aide de *ferments lactiques* sélectionnés qui doivent être absorbés sous forme de *bouillons lactiques*, et non desséchés, en comprimés, dont l'inefficacité nous paraît indubitable ; l'administration simultanée de lactose favorise la pullulation des ferments.

d) *Insuffisances glandulaires digestives.* — On a vu l'importance de l'*insuffisance biliaire*, le plus souvent primitive, mais fréquemment exagérée encore par la résorption de produits toxiques par la muqueuse intestinale ; on a vu également comment il fallait la traiter, nous n'y reviendrons pas.

Mais il peut y avoir également *insuffisances hépatique, pancréatique, intestinale*, secondaires, provoquées par la toxi-infection colique ; elles sont beaucoup moins fréquentes que dans la colite muqueuse et il en sera traité avec celle-ci dans un prochain article.

Régime. — L'établissement d'un régime doit compléter le traitement que nous venons d'étudier.

Il faut s'abstenir, à moins de cas très graves, des régimes draconiens prolongés qui ont été préconisés, il y a plusieurs années ; ceux-ci enlèvent rapidement tout appétit aux malades et peuvent aboutir, s'il s'agit de régimes hydrocarbonés purs, à la transformation de la colite muco-membraneuse en colite muqueuse ou en diarrhées interminables, qui sont loin d'être une amélioration.

Le régime doit être mixte, à prédominanc végétarienne ; les légumes verts seront très divisés, si l'intestin est spasmé et douloureux. D'une façon générale les malades devront s'abstenir des aliments suivants : aliments en sauce, gras et épicés, graisses de viande, friture, beurre cuisiné, poissons gras, coquillages et crustacés, volailles grasses, gibier, charcuterie (sauf le jambon cuit maigre), viandes rouges bouillies ou trop cuites, conserves de viande et salaisons, abats (sauf ris de veau et cervelle), légumes crus, choux, épinards, oseille, tomates, œufs et lait (sauf sous forme d'entremets solides), fromages fermentés, pâtisserie, chocolat, fruits crus (sauf oranges, bananes, raisin, cerises et pêches très mûres), pain frais, vin et toutes boissons alcoolisées, café et thé fortement infusé.

Cures thermales. Il peut être utile, dans certains cas rebelles, de faire faire une cure thermale aux malades atteints de colite muco-membraneuse (1).

Comme il s'agit d'une colite douloureuse, la cure de *Plombières*, sédative, est indiquée dans les formes intenses, à l'exclusion de toute irrigation intestinale ; mais il faut savoir qu'elle agit uniquement sur l'excitation du système nerveux végétatif et que, par suite, son action est incomplète.

La cure de *Châtel-Guyon*, très active et agissant spécifiquement sur l'intestin, peut rendre de grands services, si elle est appliquée avec douceur ; on peut envoyer les malades dans cette station après Plombières.

Quant aux insuffisants hépatiques, ils pourront tous bénéficier d'une saison à *Brides*.

***

2° Traitement des crises douloureuses, avec ou sans débâcles.

Les crises douloureuses de la colite muco-membraneuse nécessitent un traitement d'une sévérité spéciale.

a) *Alimentation.* Dès le début de la crise, l'alimentation, du reste mal supportée par le malade qui vomit fréquemment, doit être réduite à du bouillon de légumes, ou tout au moins à des potages aux légumes, passés très finement ; on peut quelquefois donner aussi quelques purées de pommes de terre très claires.

Dès que la tolérance de l'estomac le permet on autorise en outre les pâtes d'Italie et le riz cuits à l'eau, mais *très cuits*, presque réduits en bouillie, des purées de juliennes de légumes. On évitera les purées de lentilles, haricots et pois qui donnent naissance à des gaz de fermentation, source de coliques parfois très douloureuses.

Ce régime sera maintenu pendant une à trois semaines, suivant la durée de la crise ; puis on ajoutera progressivement des viandes blanches (poissons maigres, jambon cuit maigre, volailles maigres), puis des viandes rouges ou blanches grillées ou rôties, des légumes verts cuits et des fruits cuits, de façon à atteindre peu à peu le régime habituel de la colite muco-membraneuse.

Il y a intérêt à suspendre ou à diminuer l'alimentation le moins longtemps possible et on se guidera, dans la réalimentation rapide, sur l'évolution de la crise.

b) *Douleurs et spasmes* ; un des meilleurs procédés pour calmer les paroxysmes douloureux, consiste à appliquer sur l'abdomen des *compresses très chaudes*, très fréquemment renouvelées.

En cas de douleurs violentes avec évacuations diarrhéiques ou pseudo-diarrhéiques abondantes et fréquentes, on pourra recourir aux *opiacés*, soit sous forme d'*élixir parégorique*, à la dose

(1) Faroy. — *Progrès médical*, 1924, n° 29.

de 10 à 20 grammes par jour, soit sous forme de pilules d'*extrait d'opium* de un centigramme, à la dose de une à cinq par jour. A. Mathieu préconisait la formule suivante :

Poudre d'opium brut.. cinq milligrammes
Craie préparée......... 1 gramme
Pour un cachet ; 2 à 8 par jour aux repas.

On peut aussi avec avantage avoir recours aux *lavements opiacés*, petits lavements de 50 grammes d'eau bouillie, à garder, auxquels on ajoute soit X à XXX gouttes de laudanum de Sydenham, soit XX à L gouttes de teinture d'opium ; on peut augmenter ces doses si l'effet calmant n'est pas suffisant.

Ce n'est qu'en cas de crise vraiment très pénibles qu'on utilisera les injections de morphine.

L'inconvénient de la thérapeutique opiacée, *per os*, est de favoriser la constipation ; comme celle-ci doit-être évitée à tout prix, on se trouvera bien de faire prendre, en même temps que la préparation opiacée, de la teinture de belladone pure, comme il a été dit plus haut ; on pourra même employer l'*atropine* aux doses de un milligramme à un milligramme et demi, *per os*, ou en injections sous-cutanées, au cours de crises très douloureuses.

c) Pour régulariser les selles et éviter la constipation qui ne manque jamais de suivre les débâcles, on fera bien de prescrire des *mucilages*, ou de l'*huile de paraffine* dès la période de crises et de continuer leur emploi après cessation de celle-ci.

Souvent on aura aussi avantage à faire prendre le matin à jeun du *sulfate de soude* à très petites doses : 1/2 à 1 cuillerée à café dans un demi-verre d'eau tiède. L'usage ne devra pas en être prolongé plus de 8 à 10 jours et il y aura intérêt à faire prendre mucilages et belladone en même temps.

Enfin c'est surtout après les crises qu'il sera utile de procéder à une désinfection intestinale prolongée, par les *ferments lactiques*, pendant 3 semaines au moins.

d) Les crises douloureuses avec débâcle s'accompagnent fréquemment d'un véritable état de *choc colloïdoclasique*, avec dépression nerveuse, asthénie et chute de la pression artérielle. L'état de vagotonie qui en est cause, combattu déjà par la *médication belladonée ou atropinique*, relèvera dans les cas les plus sérieux, d'une *thérapeutique adrénalinique* ; on prescrira alors de un à deux milligrammes d'*adrénaline*, soit *per os*, soit mieux encore en injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

***

On voit, cet exposé terminé, combien complexe est le traitement de la colite muco-membraneuse ; cependant, si les indications fournies par le médecin sont strictement suivies par le malade, et pendant un temps qui ne sera pas inférieur à un an, si le régime n'est pas abandonné trop tôt, après des améliorations que le patient croit trop fréquemment définitives, on obtiendra, dans la majorité des cas, la guérison complète et le retour à la vie normale.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Sarcomes du poumon chez l'enfant (1)

Vous vous rappelez ce jeune garçon qui vient de passer une quinzaine de jours dans la salle Bouchut et qui était atteint d'un *sarcome du poumon*. Son histoire mérite d'être retenue.

Il est né le 5 juin 1914 et n'a présenté aucun phénomène notable jusqu'en 1921. A ce moment, à 7 ans, il se met à maigrir de façon progressive sans cause appréciable ; puis un jour on constate sur la jambe gauche une tuméfaction siégeant à la face interne du tibia, au-dessous du mollet ; elle grossit, atteint le volume d'une mandarine ; elle reste indolente.

On conduit l'enfant aux Enfants-Malades où on porte le diagnostic d'*ostéosarcome du tibia*.

Le 11 janvier 1922, on pratique l'ablation de la tumeur.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un *ostéosarcome à petites cellules rondes*. Les suites opératoires sont normales et l'enfant quitte l'hôpital.

Au mois de juin, sur la même jambe, en un point plus élevé, apparaît une nouvelle tumeur ; le 28 juillet, le professeur Ombredanne en pratique l'ablation.

En décembre, la jambe se remet à grossir d'une façon inquiétante ; la tuméfaction gagne le tiers inférieur de la cuisse ; ce n'est plus une tumeur limitée, mais une tuméfaction diffuse. Le 26 décembre, on pratique l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. Les suites opératoires sont ré-

(1) Leçon du 30 mai 1925, recueillie par le Dr Laporte.

gulières. L'enfant quitte l'hôpital le 23 février ; il tousse un peu, mais c'est le début d'une coqueluche qui dure deux mois.

L'état du malade reste assez satisfaisant pendant près de deux ans, jusqu'au mois de mars dernier. A ce moment il commence à maigrir, devient triste, bien qu'il continue à fréquenter l'école. Puis, un jour, vers le 15 avril, se promenant avec sa mère, il est pris brusquement d'une oppression très vive, d'une sensation d'étouffement. On le ramène à la maison ; un médecin l'examine, ne trouve rien d'appréciable, parle de bronchite et prescrit une potion calmante.

Depuis ce jour, l'enfant a des étouffements dès qu'il fait le moindre effort, dès qu'il monte un escalier. En outre, quand il mange, il ressent une sensation de chatouillement au niveau du larynx et est pris d'une petite toux sèche très pénible, qui cesse au bout d'une dizaine de minutes, en même temps que survient une expectoration mousseuse et blanchâtre ; on n'a jamais constaté la présence de sang dans les crachats.

Depuis le 5 mai, apparaissent, la nuit, des crises d'oppression. L'enfant se réveille en étouffant, il est obligé de s'asseoir sur son lit, sans avoir cependant ni toux, ni expectoration.

Pendant ce temps, l'amaigrissement s'accentue. L'appétit est assez bon, mais l'enfant ne mange pas dans la crainte d'avoir des accès d'étouffements.

C'est dans ces conditions que le malade entre dans notre service, le 8 mai. Il a 10 ans et onze mois. Il est assez grand (137 cm.), mais maigre et ne pèse que 24 kil. 100. Il a l'aspect fatigué. Son état général est mauvais. Il n'a pas de fièvre. On est frappé par une dyspnée très vive : la respiration est fréquente ; on compte 38 respirations par minute ; la parole est brève, pénible. L'enfant évite de parler à cause de la gêne respiratoire. Il reste immobile et se couche toujours sur le côté droit.

L'hémithorax droit est notablement plus volumineux que le gauche. Il présente une voussure très nette. Les espaces intercostaux sont élargis. Les mensurations donnent, à la hauteur du mamelon, dans l'inspiration, 37 cm. à droite, 35 cm. à gauche, dans l'expiration 36 cm. à droite et 33 cm. à gauche. Il y a donc une augmentation très nette du volume de l'hémithorax droit.

Sur cet hémithorax les veines superficielles sont dilatées, surtout dans la région sus-claviculaire et dans l'aisselle.

A droite, la percussion décèle de la matité sur toute la hauteur : en avant, dans l'aisselle, en arrière ; en avant elle se continue avec la matité hépatique en bas, avec la matité cardiaque en dedans ; il y a perte absolue de toute élasticité, c'est une matité de bois.

Les vibrations sont abolies.

A l'auscultation, on n'entend aucun bruit ; le murmure vésiculaire est complètement disparu. Cependant dans la région inter-scapulo-vertébrale et à la partie interne de la région sous-claviculaire, on perçoit un souffle à timbre cavitaire. Il n'y a pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, pas de bruits adventices.

Contrastant avec cette importante symptomatologie du côté droit, l'hémithorax gauche est normal.

On note de la tachycardie : le pouls est à 92, régulier. La pointe du cœur est reportée très notablement à gauche, dans le 7e espace, à 4 cm. en dehors de la verticale mamelonnaire ; les bruits sont normaux.

On trouve quelques petits ganglions d'apparence banale dans la région sus-claviculaire droite. Il n'y a pas d'adénopathies dans les aisselles ni dans les aînes.

Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord costal ; on ne peut dire s'il est abaissé ou s'il est gros. La rate est normale.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, le Bordet-Wassermann douteux (H^6), le Hecht positif.

La radiographie montre une opacité totale de tout l'hémithorax droit ; elle déborde en haut la clavicule, se confond en bas avec l'opacité hépatique, en dedans avec l'opacité du cœur. La trachée et le cœur sont déviés vers la gauche.

M. Janet pratique la ponction exploratrice de la plèvre droite ; il retire une goutte de sang, dans lequel à l'examen microscopique, on trouve quelques cellules à gros noyaux, arrondis, en voie de désintégration, contenant plusieurs vacuoles ; malgré leur caractère particulier, il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agisse de cellules néoplasiques.

L'enfant crache à peine ; ses crachats ne présentent rien de particulier.

Au bout de quelques jours, la température s'élève. Le 18 mai on trouve 37°5 le matin, 38° le soir ; le 19, 38° le matin, 38°2 le soir. Ce mouvement fébrile persiste jusqu'au 22 mai, sans qu'on en trouve d'explication valable, sauf un peu de bronchite du côté gauche qui était indemne jusque-là. L'enfant est toujours très anhélant, très dyspnéique. Il maigrit : il pèse le 23 mai, 23 kil. 500.

Les parents ont emmené le malade le 23 mai parce qu'ils se rendaient compte que nous ne pourrions rien faire pour le soulager.

Le diagnostic était facile. Cet enfant avait présenté un ostéosarcome récidivant du membre inférieur gauche qui avait nécessité plusieurs interventions. Puis il avait été pris un jour des symptômes pulmonaires importants que je viens de

décrire. Il s'agissait évidemment d'un sarcome secondaire du poumon.

***

Chez les enfants les sarcomes constituent à peu près les seules tumeurs observées au niveau du poumon et de la plèvre. Ils sont heureusement assez rares.

Ces sarcomes tantôt se développent *primitivement* au niveau du poumon ou de la plèvre, tantôt sont *secondaires* à un sarcome d'un autre organe ou tissu.

Les *sarcomes primitifs* du poumon et de la plèvre sont exceptionnels chez les enfants.

Le professeur Arâoz Alfaro, qui a consacré une étude détaillée dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby aux *Tumeurs du poumon et de la plèvre*, écrit, en 1904, en connaître trois cas.

M. Lubin, dans sa thèse de 1909, *Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du poumon*, en rapporte également trois cas ; ce ne sont pas les mêmes que ceux relatés par M. Arâoz Alfaro.

Les cas rapportés par ces auteurs sont les suivants : cas de Chiari (1878) : fille de 14 ans atteinte d'un sarcome à cellules fusiformes ; cas de Hagenbach (1882) : garçon de 10 ans, ayant un sarcome à cellules rondes ; cas de Hofmokl (1884) : garçon de 3 ans, ayant un sarcome primitif de la plèvre à cellules rondes ; cas de Mirinescu et Baroncea (1894) : fille de 14 ans ; cas de Santas, observé dans le service de M. Araoz Alfaro : fille de 4 ans, atteinte d'un sarcome à cellules rondes.

A ces cas, on peut ajouter l'observation relatée par M. Porter Parkinson, en 1918, d'un garçon de 5 ans, qui présentait un sarcome à cellules rondes.

Les sarcomes primitifs du poumon se rencontrent chez les filles comme chez les garçons, entre 4 et 14 ans. Il s'agit presque toujours de sarcomes globo-cellulaires.

Les observations de M. Arâoz Alfaro et de M. Porter Parkinson peuvent servir de types pour la description. On trouve une volumineuse tumeur du poumon. Le poumon est transformé en une masse énorme, qui déborde la ligne médiane, qui refoule le cœur, l'autre poumon, le diaphragme. La plèvre est adhérente ; elle est envahie par des productions sarcomateuses ; celles-ci peuvent également se propager à la paroi thoracique. Sur les coupes, la tumeur apparaît d'un blanc nacré ; elle constitue, en certains endroits tout au moins, une masse hémorragique ; les bronches sont comprimées, rétrécies par places. On peut rencontrer quelques petites zones de tissu pulmonaire normal. On trouve des parties de tumeur ramollies formant des cavernes, des cavités dans laquelles il y a ou non du pus.

Les ganglions du médiastin sont englobés dans la tumeur ; ils peuvent également être intacts.

Les *sarcomes secondaires* du poumon sont consécutifs à des sarcomes divers. Ils réalisent une localisation assez fréquente au cours de ces derniers. L'invasion du poumon peut s'effectuer soit par propagation de proche en proche, soit par la voie sanguine ; alors il se produit une véritable métastase. La propagation au poumon d'un sarcome du médiastin n'estpas très fréquente. Parmi les sarcomes éloignés qui se compliquent de sarcomes du poumon, les sarcomes des os, les ostéosarcomes, occupent le premier rang ; cela se comprend étant donnée la riche vascularisation de l'os et l'absence d'obstacle sur le trajet des veines qui partent des os ; l'embolie cancéreuse traverse facilement le cœur et gagne le poumon. Moins habituels sont les sarcomes du poumon dans les sarcomes du rein et de l'intestin.

Les sarcomes secondaires reproduisent le type de la tumeur primitive. Ce sont quelquefois des sarcomes fuso-cellulaires, le plus souvent des sarcomes globo-cellulaires.

En clinique les sarcomes du poumon les plus typiques sont les sarcomes primitifs et les sarcomes secondaires à un ostéosarcome.

La *période de début* est très insidieuse. Il n'y a pas de symptômes subjectifs ou fonctionnels, ou, si ces symptômes existent, ils n'ont pas de caractères bien particuliers. Le malade peut tousser ; il a une toux banale, quelquefois une toux quinteuse coqueluchoïde. Il peut s'essouffler facilement , avoir de la dyspnée d'effort, parfois une dyspnée paroxystique. Il peut accuser quelques douleurs thoraciques. En même temps il maigrit et s'anémie. L'amaigrissement n'est pas toujours très notable ; il peut se produire qu'il y ait ou non anorexie.

Pendant cette période l'examen du malade est à peu près négatif, ou tout au moins ne révèle rien de caractéristique.

Ce sont des symptômes de bronchite, un peu de submatité, une respiration vaguement soufflante en un point. L'absence de signes physiques s'explique, car le sarcome est central ou bien constitué par des petits noyaux disséminés.

Il n'est naturellement pas possible de préciser la durée de la première période. Puis un jour les symptômes se constituent et s'accentuent rapidement ; alors commence la *période d'état*.

Les symptômes subjectifs et fonctionnels sont la toux et la dyspnée.

La *toux* est plus ou moins fréquente ; elle peut être quinteuse, coqueluchoïde. Elle s'explique par l'envahissement des ganglions ou

par le refoulement des organes du médiastin par la tumeur pulmonaire. Elle s'accompagne quelquefois d'expectoration ; celle-ci est banale. On n'observe pas d'hémoptysie, d'expectoration gelée de groseille, comme dans certains cancers du poumon chez l'adulte.

La *dyspnée* est un symptôme très important. Elle reconnaît pour cause le volume de la tumeur, qui supprime tout le poumon lésé, par la compression des bronches, par le refoulement des organes du médiastin et de l'autre poumon. La respiration est fréquente, avec ou sans tirage. La gêne respiratoire immobilise l'enfant, lui rend le parler pénible, l'oblige à rester dans la position assise ou à se coucher toujours du même côté, correspondant à la tumeur, pour éviter la compression du médiastin et de l'autre poumon. Cette dyspnée continue est accompagnée de crises paroxystiques angoissantes, qui surviennent jour et nuit, qui réveillent le malade s'il dort, le forcent à s'asseoir, provoquent la cyanose et des sueurs.

Il est en outre assez ordinaire de trouver une *tachycardie* qui n'est pas en rapport avec une élévation thermique, car ordinairement il n'y a pas de fièvre.

L'*examen du thorax* décèle d'un côté des symptômes très caractérisés.

Sur ce côté du thorax, on peut voir tout d'abord une *tuméfaction localisée*.

M. Araôz Alfaro, à propos de la fillette de quatre ans dont M. Santas a rapporté l'histoire, écrit : « Au-dessous de l'aisselle, on remarque une élévation en forme de casquette, de 6 à 7 cm. de diamètre, sans changement de coloration de la peau ; la consistance en est élastique, rénitente, mais il n'y a pas de fluctuation. La peau glisse sur les tissus sous-jacents ». A l'autopsie, on trouve que la tumeur pulmonaire « adhère en partie à la paroi et se continue jusque sous la peau, en écartant et en englobant quelques côtes ».

Le garçon de 5 ans observé par M. Porter Parkinson présente, à l'union de la deuxième côte et du cartilage costal, une grosseur, des dimensions d'une demi-noix, immobile, élastique, non fluctuante. A l'autopsie on constate que cette grosseur se continue sans interruption avec la masse intra-thoracique.

Les ganglions sus-claviculaires, les ganglions axillaires peuvent être tuméfiés ; rarement ils sont très gros ; assez souvent ils ont gardé un volume normal.

Ce qui frappe encore, c'est sur l'hémithorax la présence de *veines dilatées* plus ou moins volumineuses.

L'hémithorax est augmenté de volume ; il est facile de s'en rendre compte par la simple inspection ; les mensurations montrent une différence appréciable en faveur du côté malade.

On constate une diminution de l'amplitude respiratoire ou l'immobilité de l'hémithorax.

A la percussion, il existe une matité plus ou moins étendue. Dans les premières phases, la matité peut être localisée à un lobe ; mais rapidement, en une quinzaine de jours, la matité, envahit tout le poumon, en avant, en arrière dans l'aisselle. Cette matité est absolue ; c'est une matité de bois. On peut trouver cependant, par-ci par-là, une zone plus claire, au niveau de laquelle le parenchyme pulmonaire est respecté. A gauche, la matité peut envahir l'espace de Traube.

Les vibrations vocales, quand l'âge de l'enfant permet de les rechercher, sont diminuées ou même abolies.

Le murmure vésiculaire est très affaibli ou même nul. Souvent le silence respiratoire est complet. Quelquefois on entend un souffle bronchique ou tubaire vers la région du hile ou encore un souffle cavitaire ; celui-ci n'est pas dû toujours à la présence d'une caverne, il peut être causé par la compression des bronches. Quelquefois il existe une légère égophonie.

En avant, la matité pulmonaire se continue avec la matité précordiale et le cœur est refoulé du côté opposé à la tumeur.

La radiographie montre une opacité en rapport avec le siège et le volume de la tumeur, ou une énorme masse opaque couvrant toute la plage pulmonaire. Elle montre en outre le refoulement de la trachée et du cœur vers le côté opposé.

Cette symptomatologie peut en imposer pour un volumineux épanchement liquide de la plèvre. Aussi est-on amené à faire une *ponction exploratrice*. Celle-ci est négative ou ramène seulement quelques gouttes de sang.

Parfois cependant il existe un épanchement hémorragique. C'est ainsi que, chez son malade, M. Parker Parkinson a retiré 120 cmc. de liquide sanguinolent sans cellules spéciales. La plèvre en effet est assez souvent envahie par le processus néoplasique.

Enfin le poumon augmente de volume, refoule le médiastin et le cœur, peut également abaisser le foie ou la rate.

Une telle néoplasie n'est pas sans retentir sur l'état général. Le malade s'amaigrit et s'anémie. Cependant la cachexie est relativement moins accentuée chez ces enfants que chez les cancéreux adultes ; ils ne prennent pas la teinte jaune-paille des cancéreux, comme l'avait déjà noté de Saint-Germain.

Les malades sont généralement apyrétiques. Cependant il n'est pas rare de voir à un moment donné apparaître une fièvre persistante, plus ou moins élevée, irrégulière. A ce propos, comme à propos de toutes les poussées fébriles qui peuvent se produire chez les cancéreux, on est en droit de se demander si le processus fé-

brile est dû à la néoplasie elle-même, à la résorption de produits néoplasiques pyrétogènes, ou à des infections secondaires. Le problème est difficile à élucider, car, à l'autopsie, on peut trouver tantôt des cavernes sèches, tantôt des cavernes remplies de pus.

Une fois les symptômes apparus, *l'évolution* est rapide et conduit fatalement à la mort. La mort survient généralement du fait de l'asphyxie progressive ; elle peut survenir de façon brutale par syncope.

La survie, comptée à partir du début apparent est de 1, 2, 3 ou 4 mois. Elle a été de 4 mois chez l'enfant soigné par M. Arâoz Alfaro, de 10 semaines chez le malade de M. Porter Parkinson.

Telle est, dans les cas les plus typiques, la symptomatologie du sarcome du poumon. Mais il ne faudrait pas croire qu'il se présente toujours ainsi. Comme toutes les affections, le sarcome du poumon peut revêtir sous des ASPECTS CLINIQUES assez différents.

Nous avons vu que, le plus souvent, le sarcome du poumon a un début insidieux. Quelquefois il peut se manifester d'*une façon aiguë*, à la façon d'une pneumonie. C'était le cas chez la fille de quatorze ans observée par M. Mironescu Baroncea. Il est probable qu'en pareil cas le sarcome évoluait déjà depuis un certain temps et qu'une affection intercurrente est venue réveiller la maladie.

Parfois, le malade se présente avec les symptômes d'une *pleurésie aiguë*. C'était le cas pour le garçon de 3 ans, dont Hofmokl a rapporté l'observation. On reconnaît un grand épanchement pleural gauche, avec déplacement du cœur. La ponction retire un liquide séro-hémorragique. On pratique l'ouverture de la plèvre avec résection costale ; l'enfant meurt le jour même. A l'autopsie, on trouve un sarcome primitif de la plèvre ; la séreuse est infiltrée de noyaux sarcomateux, dont le volume varie de celui d'une amande à celui d'une pomme.

On peut observer une *forme médiastinale*. Dans les sarcomes du poumon, ainsi que le fait remarquer M. Arâoz Alfaro : « les signes médiastinaux sont rares ... et s'ils existent, sont à une période avancée de la maladie ». Il y a cependant des cas où les symptômes médiastinaux sont au premier plan, en particulier quand le sarcome du poumon est consécutif à une tumeur du médiastin ; cette éventualité est assez exceptionnelle, car, en général, les néoplasmes du médiastin ne se propagent pas au poumon. Je reviendrai tout à l'heure sur les cas où une volumineuse tumeur du médiastin peut simuler un sarcome du poumon.

Enfin, il y a une *forme occulte*, dans laquelle le sarcome du poumon ne se traduit par aucun symptôme et constitue une découverte d'autopsie. En général, il s'agit de sarcomes secondaires et la mort a été rapide. Alors on trouve des noyaux disséminés, peu volumineux, au centre du poumon.

Les différents aspects cliniques du sarcome du poumon et l'évolution que je viens de décrire expliquent les difficultés de DIAGNOSTIC.

Pendant une *période plus ou moins longue*, alors que l'enfant a une toux, une dyspnée banales, on pense à de la bronchite, à la tuberculose. Sans doute, quand on connaît l'existence d'un sarcome et surtout d'un ostéo-sarcome, il faut toujours craindre l'apparition d'un sarcome pulmonaire, prêter attention au moindre symptôme. Mais quand il s'agit d'un sarcome primitif du poumon, on n'y pense pas, étant donnée son extrême rareté.

Lorsque le sarcome du poumon est arrivé à la *période d'état*, les grands symptômes rendent possible le diagnostic. Le volume de la tumeur, son accroissement rapide, les troubles de l'état général font penser au sarcome du poumon, même si le sarcome est primitif, à plus forte raison si on connaît l'existence d'un sarcome osseux ou viscéral.

La confusion est toutefois possible avec d'autres affections.

Dans certains pays, par exemple en Australie, en Argentine, en Uruguay, le diagnostic est à faire avec les *kystes hydatiques du poumon* ; mais, en France, ceux-ci sont exceptionnels. On fera le diagnostic en tenant compte de l'évolution. « La symptomatologie des kystes du poumon, écrit M. Arâoz Alfaro, est, à peu de chose près, la même que celle des tumeurs solides... L'évolution seulement, lente dans le cas de kyste, très rapide dans le sarcome, permettra de faire le diagnostic différentiel... Il faut attendre des années pour que la tumeur atteigne un volume moyen et l'état général reste excellent ». D'autre part, on recherchera l'éosinophilie sanguine et la réaction de fixation de Weinberg ; mais le professeur Morquio, qui vous exposera samedi prochain ses recherches personnelles sur les kystes hydatiques du poumon, vous dira que ces signes sont assez inconstants et que leur absence ne permet pas de rejeter le diagnostic de kyste (1).

Le diagnostic est à faire avec les *tumeurs du médiastin*. Les tumeurs du médiastin ne sont pas exceptionnelles. Elles sont de nature diverse ; en particulier on rencontre parfois des sarcomes développés dans la loge thymique, soit dans les ganglions, soit dans le thymus même. En pareil cas, l'enfant présente la grande symptomatologie des tumeurs du médiastin, la dyspnée, l'or-

(1) Voir la leçon du prof. Morquio, in *Concours Médical* n° 25 de 1925 — N. D. L. R.

thopnée, les dilatations des veines comprimées, les signes physiques médians ou paramédians ; la radiographie permet de reconnaître qu'il s'agit d'une lésion localisée au médiastin.

Le diagnostic n'est cependant pas toujours facile. Il y a des cas où une tumeur du médiastin peut simuler un sarcome du poumon.

A la *Société de Pédiatrie*, le 10 juillet 1923, M. Escardo y Anaya a publié l'observation suivante, recueillie à Montevideo, dans le service du professeur Morquio.

Un garçon de 7 ans se plaint de douleurs dans le membre supérieur gauche ; ces douleurs deviennent de plus en plus vives. En même temps on constate l'apparition d'une paralysie totale du plexus brachial du même côté et les symptômes oculaires, qu'on observe en pareil cas, c'est-à-dire le rétrécissement de la fente palpébrale, l'exophtalmie avec un léger aplatissement de la joue gauche.

La clavicule gauche est repoussée en avant ; à son extrémité interne apparaît une saillie des régions sus-claviculaire et sous-claviculaire ; à ce niveau, on constate une tuméfaction rénitente qui descend dans le thorax derrière le sterno-cléido-mastoïdien.

Dans la moitié supérieure du poumon gauche, en avant et en arrière, on trouve de la matité, une respiration soufflante, sans aucun râle. La radiographie montre une ombre opaque, occupant le tiers supérieur du poumon. à limite inférieure convexe en bas.

Rapidement, la matité, l'ombre radioscopique, s'étendent ; finalement tout l'hémithorax gauche se trouve envahi. Les douleurs persistent au niveau du bras et du thorax. Le malade est en proie à une dyspnée très vive ; il a de la cyanose, il se cachectise.

On élimine le kyste hydatique du poumon, car il n'y a pas d'éosinophilie, la réaction de fixation de Weinberg est négative, et, à cause de l'accroissement rapide de la tumeur, on porte le diagnostic de tumeur du poumon.

Or, à l'autopsie, il n'y a pas de tumeur du poumon. Il s'agit d'une tumeur du médiastin, d'un lymphocytome occupant tout l'hémithorax gauche et comprimant le poumon, qui est réduit à un volume extrêmement infime.

Le diagnostic est à faire enfin avec les *épanchements pleuraux*.

Il y a des cas où un gros sarcome du poumon donne tous les symptômes d'un volumineux épanchement pleural . La matité, matité véritablement hydrique, le déplacement du cœur, l'abolition des vibrations, le silence respiratoire, même le souffle cavitaire ou bronchique à la racine des bronches, l'augmentation de volume de l'hémithorax, l'ombre respiratoire, peuvent être dus à un volumineux épanchement. Il est difficile d'éviter l'erreur ; on ne peut affirmer l'absence de liquide qu'après avoir pratiqué des ponctions exploratrices qui demeurent négatives.

Dans d'autres cas, il y a réellement un épanchement dans la plèvre. Il s'agit alors de reconnaître l'existence d'un sarcome du poumon sous-jacent. La ponction retire généralement un liquide hémorragique, de coloration brunâtre ; par suite de l'hémolyse, la sérosité qui surnage est teintée ; ce liquide est très albumineux, symptôme important pour certains auteurs, contient des cellules endothéliales, des lymphocytes, des polynucléaires, quelquefois des cellules néoplasiques, peu caractéristiques d'ailleurs. Un épanchement hémorragique peut être dû à une tuberculose aiguë à forme hémorragique, au cours d'une granulie ; le fait est assez rare. Presque toujours la vraie pleurésie hémorragique est due à un néoplasme, cancer primitif de la plèvre, cancer pleuro-pulmonaire, ou encore tumeur du médiastin.

Il n'est pas exceptionnel qu'une tumeur du médiastin se manifeste tout d'abord par une pleurésie hémorragique. Des observations ont été publiées par M. Comby dans les *Archives de médecine des enfants* de 1912 (fille de 2 ans et demi) ; M. Guido Gidi, en 1917 (garçons de 5 ans et sept ans) ; M. Comby, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1917 (fille de 16 ans) ; Lorenzini, en 1920, (fille de 6 ans) ; MM. Mamerto Acuña et Casaubon, en 1920 (fille de 7 ans).

Les malades présentent des signes de pleurésie à grand épanchement. Des ponctions successives, car le liquide se reproduit, retirent un liquide hémorragique. La dyspnée n'est nullement soulagée par les ponctions C'est une dyspnée vive avec des accès de suffocation et de cyanose. On constate une voussure médiane et supérieure, une circulation veineuse exagérée, etc., symptômes d'une tumeur du médiastin. La mort, généralement, survient rapidement.

Le diagnostic des sarcomes du poumon pose donc une série de problèmes. Leur solution est relativement simple, si on sait qu'il existe ailleurs un sarcome ; elle devient beaucoup plus délicate quand il s'agit de tumeur primitive.

***

Notre malade réalise un exemple typique de sarcome pulmonaire, secondaire à des ostéo-sarcomes.

Les OSTÉO-SARCOMES sont assez fréquents chez les enfants. Ils s'observent surtout à partir de 10 ans. On les rencontre également chez des jeunes gens et des adultes, même jusqu'à 30 ans. Ils frappent, dit-on, plus les garçons que les filles. Ils se développent dans les os longs et principalement dans ceux du membre inférieur. Ils débutent au niveau de la diaphyse, en général dans le centre de celle-ci et sont alors *globo-*

cellulaires, plus rarement au niveau du périoste et sont alors *fuso-cellulaires.*

Dans une première période, *période de début,* l'affection se présente comme une lésion locale, une tuméfaction plus ou moins grosse, mais bien limitée. Dans une deuxième période, *période d'extension,* la production néoplasique rompt sa coque osseuse ou périostée et devient rapidement envahissante. Dans une troisième période, *période de généralisation,* les éléments néoplasiques vont envahir les ganglions par voie lymphatique, ou bien pénètrent dans la circulation sanguine, se diffusent, vont former des noyaux métastatiques dans d'autres os, le foie, la rate et surtout le poumon. Le *sarcome pulmonaire* reste occulte pendant une première phase ; quelquefois il reste occulte jusqu'à la mort. Puis, dans une phase qui commence probablement quand le néoplasme rompt son enveloppe et se diffuse, apparaissent les symptômes cliniques qui évoluent rapidement. C'est cette phase clinique que nous avons observée chez notre malade.

La question se pose de savoir si le *traitement chirurgical* peut arrêter l'évolution des sarcomes des os et éviter les métastases.

Il faut opérer l'ostéo-sarcome dès qu'il est constaté. Autrefois — il n'y a pas bien longtemps — les chirurgiens, connaissant la facilité avec laquelle réitère l'ostéo-sarcome, pratiquaient l'amputation haute de la cuisse ou même la désarticulation de la hanche.

Actuellement, ils préfèrent des interventions moins radicales, ils se contentent, quand le sarcome est encore localisé, de le réséquer ; ils ne pratiquent l'amputation que pour des lésions plus diffuses.

Quelle que soit d'ailleurs la modalité opératoire, la généralisation est presque fatale.

Notre malade présente une première tumeur : on fait la résection locale. Six mois après, apparaît une seconde tumeur : nouvelle résection. Cinq mois après cette seconde résection, survient la généralisation qui oblige à faire l'amputation de la cuisse.

Après cette amputation l'enfant reste près de 2 ans et quatre mois sans rien éprouver de spécial, en bonne santé. Le résultat est donc intéressant. Puis, au bout de ce temps apparaissent de façon brusque les grands symptômes pulmonaires qui nécessitent son entrée dans notre service. On n'a donc pas évité, par ces interventions successives, l'échéance, qui est, pour ainsi dire, fatale, de la généralisation et du sarcome pulmonaire. Quand cet enfant nous a quittés, il y a quelques jours, il était dans un état très grave ; il est à craindre que la survie soit maintenant de courte durée.

Les ostéo-sarcomes des enfants sont donc une affection des plus graves. Quoi qu'on fasse, on n'évite pas la généralisation et le sarcome pulmonaire qui en est presque toujours l'aboutissement.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Des troubles observés dans les luxations congénitales invétérées.

Les luxations congénitales de la hanche ayant dépassé l'âge de la réduction présentent, dans un grand nombre de cas, des troubles variables dans leur origine et dans leur intensité. Ces troubles sont classiquement, d'après le Dr Lance, des douleurs, une fatigue rapide à la marche, la boiterie, et enfin, la gêne apportée à la propreté de la région génitale, aux rapports sexuels, à l'accouchement, par l'adduction des cuisses.

Ils peuvent être rapportés à quatre vices anatomiques fondamentaux :

1° Au mode de sustentation anormale du bassin sur le fémur : tantôt il y a appui osseux du fémur sur l'os iliaque, mais appui anormal ; tantôt au contraire la tête fémorale n'entre pas en contact direct avec l'os iliaque. Il en résulte des crises douloureuses violentes pseudo-coxalgiques.

2° A la position vicieuse réciproque des leviers osseux, fémur et bassin, dans le plan frontal ou sagittal ;

3° Au déplacement des insertions des tracteurs musculaires (moyen et petit fessier). Il résulte de l'ascension du grand trochanter que ces muscles sont détendus et que leur direction, de verticale, tend à devenir horizontale ; leur action est ainsi affaiblie et même détruite. C'est là la cause de la bascule du bassin avec déjettement de l'épaule du côté opposé, élément principal de la boiterie des luxés. Cette ascension existe dans toutes les luxations, surtout postérieures ;

4° Au raccourcissement anatomique du membre. C'est le moindre élément de la boiterie, quoiqu'on en pense, comme le prouve d'ailleurs l'amélioration minime obtenue par un soulier surélevé.

C'est à remédier à ces quatre vices anatomi-

ques que doit viser toute la thérapeutique. (*Gazette des hôpitaux*, 9 juillet 1925.)

Sur le traitement des déformations osseuses dans le rachitisme.

Dans les villes, les chirurgiens d'enfants et les orthopédistes voient des enfants ramenés indéfiniment aux consultations avec des déformations qui, pendant longtemps, vont s'accentuant, puis qui s'arrêtent de progresser, s'atténuent quelque peu par la suite, mais ne disparaissent jamais complètement, si elles sont livrées à elles-mêmes. Et cependant, les pédiatres et les médecins de famille pensent différemment et sont plus optimistes. Pourquoi ? Parce que, d'après le Dr Rœderer, ceux-ci ne voient que le rachitisme des riches, profitant de meilleures conditions hygiéniques qui empêchent le rachitisme d'évoluer, et qu'il y a un rachitisme des pauvres plus grave.

Il ressort au contraire de l'expérience commune que les déformations rachitiques des membres inférieurs ne guérissent pas *toutes* spontanément, même dans le jeune âge, même dans le meilleur milieu, même dans les conditions optima de soins généraux.

Il faut, en effet, distinguer trois catégories de rachitisme :

1° Un rachitisme léger qui présente des stigmates très discrets, mais cependant bien nets : mollesse des tissus, nouures costales, épaississements articulaires : ce n'est pas le rachitisme orthopédique ; c'est celui de la classe aisée ;

2° Un rachitisme moyen déjà plus caractérisé : légères déformations des membres inférieurs, front élargi, nouures des poignets, dystrophie dentaire. Ce sont encore des rachitiques médicaux ;

3° Un rachitisme grave, présentant des déformations accentuées des membres inférieurs, du genu valgum, des courbures latérales des fémurs et des tibias et des courbures antérieures. C'est là le rachitisme de l'orthopédie.

Ici, c'est l'âge du sujet et l'ancienneté des lésions qui doivent servir de guide. S'il s'agit d'un enfant de un an, 18 mois, chez qui le rachitisme est en évolution, il faut la gouttière plâtrée. Plus tard, la temporisation défensive ne suffit plus ; c'est un redressement qui s'impose : gouttière, si l'enfant ne doit pas marcher, gaine dans le cas contraire.

Il n'est, en effet, pas indifférent de laisser pendant des années persister des déformations diaphysaires fortement accentuées, car celles-ci amènent une perturbation importante de la statique et favorisent ainsi le développement des déformations épiphysaires et des troubles articulaires (coxa-vara, coxa-valga, pied valgus, déformations du genou). En opérant tôt, on peut empêcher ces déformations secondaires de s'accentuer. L'auteur obtient fréquemment, sans rien briser, des redressements suffisants en une ou deux étapes, la première période de plâtrs, de 3 ou 4 semaines, amenant en général un ramollissement suffisant pour assurer un redressement accentué dans la seconde intervention.

D'autre part, laissant de côté l'ostéoclasie, l'ostéotomie demeure la ressource des cas graves.

La question, au reste, demeure ouverte, et l'opinion médicale tranchera ce différend du traitement des déformations osseuses rachitiques dans quelques années. (*Paris médical*, 18 juillet 1925.)

Les arthrites aiguës des nourrissons. Leurs conséquences éloignées.

Il est fréquent, écrit le Pr Frœlich (de Nancy), de voir chez les sujets âgés de quelques semaines à deux ans, à la suite d'affections pulmonaires à pneumocoques, des lésions articulaires suppurées, par ordre de fréquence, aux hanches, aux genoux, aux épaules. L'affection peut être bruyante, ou bien les signes locaux sont peu intenses et peuvent presque passer inaperçus, surtout au niveau de la hanche, siège particulièrement envisagé dans cette étude.

Ces affections entraînent des complications orthopédiques, car la tête fémorale fond sur place, ou bien disparaît par petits séquestres minuscules, ou bien encore s'élimine spontanément presqu'en entier (observations citées). La cavité cotyloïde, sclérosée et comblée, n'est pas apte à se laisser creuser par la pression du moignon du col. Les parties molles péri-articulaires sont transformées en tissus cicatriciels très peu extensibles et trop résistants pour se laisser déchirer.

Le traitement est absolument le même que celui de la luxation congénitale de la hanche ; mais les résultats sont bien moins satisfaisants.

Sur les cinq observations rapportées, une seule fois la réduction fut obtenue dans un cas double et donna un bon résultat. Une fois, il y eut fracture du col ; une autre fois, on arriva seulement à mettre la cuisse en extension et en abduction et à donner à l'extrémité du fémur un appui pelvien, et deux fois le résultat d'une réduction incomplète fut une marche très éloignée de la normale. (*Paris médical*, 18 juillet 1925.)

La médication intraveineuse.

La médication intraveineuse, dit le professeur P. Carnot, est très remarquable par son activité, par son indolence, par les résultats thérapeutiques qu'elle donne dans des cas graves ou urgents. Mais elle est aussi redoutable parfois par les chocs qu'elle provoque, par les accidents anaphylactiques qu'elle déclanche, par les thromboses locales qu'elle peut occasionner. Ces inconvénients, il faut chercher à les éviter.

La dilution et la lenteur d'injection suffisent généralement à éviter les phlébites, les oblitérations locales et les accidents périveineux par erreur de technique. Il n'y a d'ailleurs guère de profit à utiliser les solutions intraveineuses concentrées, comme il n'y a qu'inconvénient et dangers à pousser trop rapidement une solution concentrée. On doit toujours s'efforcer, d'autre part, de diluer la masse d'injection dans la totalité des cinq litres de sang circulant en poussant l'injection avec lenteur, ce qui réalise une dilution extrême et permet d'arrêter à temps l'injection en cas de choc.

Bien plus graves et redoutables sont les accidents de choc, qui constituent le vrai danger de l'introduction brutale de corps étrangers dans le sang.

Tout d'abord, il faut savoir qu'il y a des médicaments choquants, et d'autres « non choquants », par exemple, aux doses usuelles : le cyanure de mercure, le salicylate de soude, le bicarbonate de soude, le chlorure de calcium ; ce sont les seuls à pouvoir être recommandés sans restriction par la voie veineuse.

D'autres médicaments provoquent, par contre, des accidents de choc immédiats, soit par précipitation des albumines du sang ou floculation, soit aussi (il ne faut pas l'oublier) par intoxication nerveuse massive et instantanée. Tout autres encore sont les chocs anaphylactiques, survenant lorsque l'organisme est sensibilisé par une injection antérieure : des traces du même produit, introduit par voie veineuse, provoquent des accidents brutaux, qui peuvent se terminer par la mort immédiate.

Ces redoutables complications doivent arrêter notre bras dans tous les cas où il s'agit d'injections dont on n'est pas sûr qu'elles ne sont ni précipitantes, ni déchaînantes du choc anaphylactique, dans tous les cas où l'injection veineuse n'est pas indispensable.

Voici quelques indications sur les principaux médicaments, dont l'injection intraveineuse a été préconisée récemment en thérapeutique.

Le cyanure de mercure, en solution à 1 p. 100, très actif, très riche en mercure (79 p. 100), ne précipite pas les albumines du sang contrairement à la plupart des autres sels de mercure, ne provoque ni choc général, ni altération des parois veineuses.

Le néo-arsénobenzol, mieux purifié, donnera moins d'accidents.

Les injections intraveineuses d'urotropine, et dérivés, à 25 et même 40 p. 100, ne sont pas choquantes dans les infections.

Parmi les métaux colloïdaux, seul l'électrargol ne provoque aucun choc.

Dans les septicémies à staphylocoques, le sulfate de cuivre ammoniacal, à 0,05 centigr. par cmc. peut être employé ; dans le paludisme, les injections veineuses de quinine ne sont pas choquantes, sauf cependant au moment des accès, ou peu avant.

L'émétine intraveineuse est utile dans l'amibiase ; dans la bilharziose, seule utilisable, elle reste une méthode dangereuse, qu'il faut surveiller avec grand soin en utilisant les tonicardiaques et les calmants.

Dans l'encéphalite épidémique, le salicylate de soude (2 à 4 gr. par jour) ne doit pas être employé à un taux supérieur à 5 %, sous peine de provoquer des oblitérations veineuses locales. Ce sel est également utile et rapidement efficace dans le rhumatisme articulaire aigu, à doses réduites de 1 à 2 gr. seulement.

Pour les sérums thérapeutiques (diphtérie, méningite, tétanos), on ne doit employer qu'exceptionnellement la voie veineuse en raison des accidents sériques et surtout anaphylactiques graves ou mortels.

L'extrait hypophysaire (1/2 ampoule diluée dans 10 cmc. d'eau salée physiologique) poussé avec beaucoup de lenteur ne semble pas provoquer de choc et donne souvent des résultats très heureux dans les hémoptysies.

L'adrénaline intra-veineuse doit, en raison de l'hypertension extrême et de la possibilité d'œdème aigu du poumon, être réservée à des cas de collapsus extrêmement graves, où l'on doit tout risquer pour sauver le malade (collapsus post-chloroformique ; accès pernicieux algides).

L'insuline est utilisée par voie veineuse dans les cas graves de coma diabétique ; le choc, provoqué parfois, semble dû à la disparition trop rapide du glucose du sang ; on le conjure par une injection intraveineuse immédiate de glucose.

L'injection intraveineuse d'ouabaïne est, de beaucoup, la meilleure forme d'administration et la plus active.

Dans les cas d'hémoptysies, l'hématémèse, le melœna, les injections intraveineuses de chlorure de calcium au 1/20e sont très efficaces.

En résumé, les avantages immenses de la médication intraveineuse ne doivent pas faire oublier les dangers de choc et d'anaphylaxie qu'elle entraîne. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1925.)

A propos d'un cas de méningo-encéphalite saturnine.

Si, dans l'étude de l'intoxication saturnine, le terme généralement employé d' « encéphalopathie » est trop vague et a englobé trop de choses disparates, celui de méningite, par contre, paraît trop restrictif, à MM. R. Clément et E. Turrina.

Bien plus, ces auteurs diraient volontiers que la réaction méningée n'est que le reflet de l'irritation encéphalitique sous-jacente. Chez un sujet, dont ils rapportent l'histoire, ils ont été frappés par le peu d'importance de la lymphocytose et l'absence de signes cliniques de méningite con-

trastant avec l'importance des signes encéphaliques ; chez ce saturnin avéré, au cours d'une crise de coliques de plomb, étaient apparus des accidents convulsifs épileptiformes, puis un état confusionnel aigu, qui avait guéri en quelques jours.

Pour étiqueter ce cas, ils pensent donc qu'au terme d'encéphalopathie, trop vague, il faut substituer celui d'encéphalite ou de méningo-encéphalite saturnine. (*Journal des Praticiens*, 1er août 1925.)

Les disjonctions du pubis et les luxations du bassin chez les cavaliers.

Qu'il s'agisse de disjonctions transversales de la symphyse pubienne, ou de déplacements verticaux de l'os coxal, sans lésions osseuses appréciables, ce sont, par rapport aux fractures du bassin consécutives aux grands traumatismes, des accidents rares et encore peu étudiés.

Le Dr MAISONNET (du Val-de-Grâce), dans une étude complète, remarque que les lésions portent principalement sur les ligaments pubiens antérieurs ou postérieurs ; les déchirures des puissants ligaments sacro-iliaques sont moins constantes et moins étendues. Les parties molles sont surtout atteintes au niveau du périnée dans les luxations, et, dans les disjonctions, au niveau de la cavité pelvienne et de son diaphragme inférieur.

Mais de beaucoup les plus importantes sont les *lésions de l'appareil urinaire* ; celles-ci ne sont point constantes, et l'importance du déplacement n'en est pas la condition absolue ; mais, quand elles se produisent, elles sont généralement graves (25 fois sur 32). La vessie peut être déchirée au moment d'une disjonction surtout transversale ; cette rupture est en général antérieure, extra-péritonéale et bas située. Parfois aussi il y a, dans un déplacement antéro-postérieur du pubis, tiraillement de l'aponévrose périnéale moyenne qui cisaille l'urètre.

Les symptômes généraux sont de haute gravité ; dans l'état de shock, on saura discerner ce qui revient à la douleur, à l'hémorrhagie, à l'inondation péritonéale possible ; il y a de l'impotence des membres inférieurs, avec marche et station impossibles. On note des ecchymoses au niveau du bassin (symphyse, racine de la verge, périnée, articulations sacro-iliaques), avec hématome parfois.

En cas de large disjonction du pubis, un signe important est l'ascension des testicules. La palpation du bassin est difficile ; mais elle ne doit pas être négligée, ne serait-ce que pour éliminer une fracture du bassin, si l'on arrive à réveiller par la pression une douleur «exquise » ; dans quelques cas seulement la palpation directe ou le toucher rectal peuvent révéler la perception en situation anormale d'une des branches ischio-pubiennes. Les signes de Verneuil (douleur à la pression transversale du bassin) et de Larrey (douleur à la pression excentrique) peuvent exister dans les luxations comme dans les fractures.

Si la radiographie est indispensable pour l'établissement du diagnostic, il est également indispensable de savoir étudier les mensurations et les axes du bassin ainsi que des membres inférieurs. En cas de disjonction traumatique de la symphyse pubienne, sans déplacement vertical, les deux membres inférieurs sont en extension, sans aucun raccourcissement, mais le bassin est notablement élargi, sa circonférence augmentée : les deux lignes spinotrochantériennes de Schœmaker se rencontrent, sur la ligne médiane, plus haut que normalement, et d'autant plus haut au-dessus de l'ombilic que la disjonction est plus considérable.

S'il existe une luxation de l'os coxal, il y a, par suite de l'ascension du bassin, raccourcissement apparent du membre inférieur du côté traumatisé.

D'autre part, l'attention est attirée sur les lésions de l'urètre postérieur et sur les ruptures extrapéritonéales de la vessie par l'impossibilité absolue d'uriner et par le ténesme vésical. En cas de rupture de l'urètre, il existe une urétrorragie, un point douloureux au niveau de la rupture, un arrêt de la sonde dans son trajet urétral.

Dans la rupture vésicale, il n'y a pas d'urétrorragie, on ne perçoit pas de globe vésical hypogastrique, pas de point douloureux sur le trajet du canal ; la sonde parcourt aisément le canal et ramène quelques gouttes d'urine sanguinolente.

Ces lésions urinaires, très graves, imposent un traitement chirurgical d'urgence, dont l'importance l'emporte sur celui de la disjonction pubienne.

Une lésion vésicale commande l'exploration, la suture, la cystostomie de dérivation, que l'on complètera par un bon drainage, notamment de la cavité de Retzius, pour éviter la redoutable complication que constitue la cellulite pelvienne.

Pour une lésion de l'urètre postérieur, il faut inciser, suturer l'urètre sur sonde, et drainer par la vessie.

Quant au traitement proprement dit des luxations et disjonctions du bassin, il n'offre rien de particulier, sinon que la suture osseuse, qui n'est pas toujours indispensable, devient nécessaire chaque fois qu'il existe des lésions urinaires accentuées. (*Paris médical*, 22 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le daltonisme dans les chemins de fer.

(M. Schaaff, de Strasbourg. — *Académie de médecine* ; 3-11-1925.)

Le daltonisme est beaucoup plus répandu qu'on ne se l'imagine généralement. En 1879, Fabre, de Lyon, évaluait à trois millions le nombre des daltoniens en France. Les estimations ultérieures donnèrent un pourcentage notablement moindre, mais les méthodes récentes semblent avoir confirmé l'opinion de Fabre. Le nombre des daltoniens absolus pour le rouge et le vert serait voisin de 3 à 4 p. 100, et celui des daltoniens relatifs de 5 à 8 %.

L'importance du daltonisme est grande chez les agents des chemins de fer, et l'on sait d'ailleurs que l'examen d'admission pour le personnel des voies ferrées élimine rigoureusement tout candidat entaché de cette anomalie de la vision. M. Schaaff présente quelques remarques sur les moyens les plus pratiques de déceler rapidement le daltonisme chez l'homme : la méthode des papiers colorés, celle des écheveaux de laine teintés, celle des tableaux mosaïques réunis aux cartes chromatiques, dont l'auteur se sert sur les chemins de fer d'Alsace et de Lorraine.

Lait déchloruré et résorption des œdèmes.

(M. Carrayron, de Nonancourt. — *Académie de médecine* ; 3-11-1925.)

M. Nobécourt présente une note de M. Carrayron concernant l'emploi du lait déchloruré (par le procédé du Dr Puglia) dans le traitement des œdèmes cardio-rénaux.

Chez des malades en état d'asystolie présentant des œdèmes volumineux des membres inférieurs, de la paroi abdominale, résistant aux toni-cardiaques et au régime lacté absolu, l'auteur a vu l'oligurie céder et les œdèmes s'amender du jour où il a remplacé le lait ordinaire par le lait déchloruré. Chez ces malades, dit-il, le lait déchloruré est le meilleur adjuvant des toniques du cœur.

Chirurgie chez les indigènes du Tonkin.

(M. Le Roy des Barres, de Hanoï. — *Académie de médecine* ; 1-12-1925.)

Au nom d'une commission composée de MM. Routier et J.-L. Faure, M. Tuffier présente un rapport sur un travail de M. Le Roy des Barres, intitulé : Les soins préopératoires et l'anesthésie dans les interventions pour ulcères gastriques et duodénaux chez les indigènes du Tonkin.

Le chirurgien, en Indo-Chine, doit tenir en considération certains états pathologiques très répandus dans ce pays : le paludisme, la syphilis, les parasites intestinaux. L'examen du sang permet souvent de déceler l'existence chez les indigènes d'un paludisme en activité, mais il ne faut pas s'abstenir de soumettre les futurs opérés à un traitement antipaludéen en se basant sur l'absence d'hématozoaires dans le sang périphérique. Systématiquement, lorsqu'il s'agit de sujets ayant séjourné dans les régions palustres, l'auteur pratique, avant toute intervention gastrique ou autre, des injections de quinine. De même, le traitement préalable de la syphilis et des parasites intestinaux est de première importance.

Une autre catégorie de soins préopératoires s'adresse à l'opiomanie, presque constante chez l'indochinois atteint d'ulcère stomacal ou duodénal, opiomanie jusqu'à un certain point excusable ici, mais exposant à des accidents graves au cours de l'anesthésie générale et à une dépression post-opératoire quelquefois inquiétante.

Les soins consécutifs à l'opération sont avant tout, alimentaires. L'alimentation fortement pimentée et salée, de règle au Tonkin (poisson conservé, vinaigre de poisson) nuit certainement à la guérison de l'ulcère et augmente la fréquence des récidives. Il est donc capital qu'un régime convenable soit suivi strictement, longtemps encore après l'opération.

M. Le Roy des Barres, qui est professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine d'Hanoï, appuie son expérience sur plus de 200 interventions gastro-intestinales. La chirurgie en ces pays demande une réelle endurance. C'est de 5 à 7 heures du matin seulement que les opérations peuvent être effectuées sous ces températures torrides. M. Tuffier a visité jadis les organisations médicales de notre colonie indochinoise, des protectorats et des pays d'Extrême-Orient ; il connaît bien les services rendus par le corps médical colonial français, services particulièrement appréciés des indigènes.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Finikoff.

(M. Pierre Delbet. — *Académie de médecine* ; 1-12-1925.)

Ne pas croire à une thérapeutique, l'appliquer et la laisser appliquer sans conviction, et la voir réussir, telles sont les étapes que le professeur Delbet nous expose, à propos du traitement des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Finikoff.

Le Dr Finikoff est un ancien chirurgien de l'hôpital Oboukoff, de Pétrograd. Il a imaginé un traitement des tuberculoses chirurgicales, qui en lui-même paraît infiniment banal : les injections intra-muscu-

laires d'huile iodée, associées à l'administration du calcium. L'auteur se propose ainsi d'augmenter le pouvoir lipolytique des mononucléaires et le pouvoir protéolytique des polynucléaires. A cet effet, il s'adresse à l'huile iodée (teinture d'iode mélangée à l'huile dans la proportion de 1 pour 10, au moment même de l'emploi) dont il injecte 10 centim. cubes la première fois, et 20 centic. les fois suivantes, espaçant les injections de 5 à 7 jours. Il donne en plus, par la bouche, soit du chlorure de calcium (4 grammes), soit de la tricalcine (6 à 8 cachets). Le traitement est poursuivi de six à huit mois.

Dans cette méthode, aucun point n'est vraiment nouveau et son ensemble n'est pas de nature à frapper l'imagination. On comprend l'enthousiasme modéré de M. Delbet, au moment des premières applications de cette cure dans son service. Les malades confiés à M. Finikoff furent d'abord des incurables. Ils furent améliorés. Puis, cinq cas, non désespérés cette fois, soumis au traitement du chirurgien russe, guérirent sans autre intervention. Par exemple : une tumeur blanche du coude avec gros œdème et fistules, paraissant justiciable seulement de l'amputation. Sous l'influence du traitement iodo-calcique, les lésions rétrocédèrent rapidement, les fistules se tarirent, et, si invraisemblable que cela paraisse, ajoute M. Delbet, le malade est guéri.

Onze patients atteints de tuberculoses chirurgicales diverses (osseuse, ganglionnaire, etc.) ont été soignés par M. Finikoff à la clinique chirurgicale de Cochin. Chez tous, les résultats ont été heureux. Autant qu'on peut en juger par la clinique, des guérisons ont été obtenues là où seules des opérations mutilantes et étendues semblaient indiquées et encore de suites incertaines. Il convient d'enregistrer de tels faits, tout en se gardant bien de conclure.

Traitement opératoire du pied creux.

(M. Dupuy de Frenelle. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-12-1925.)

M. Dupuy de Frenelle décompose le pied creux, au point de vue de l'intervention, en trois déformations : le talus, lié au calcanéum verticalement ascendant ; l'ankylose tarso-métatarsienne qui forme le sommet de l'angle ; la chute du métatarse.

Pour corriger le talus, l'auteur fixe l'extrémité postérieure du calcanéum, mis en position normale, au bord postéro-interne du tibia à l'aide d'un tendon en boucle au niveau des deux os. Il emploie à cet effet le tendon extenseur du troisième orteil prélevé sur le côté opposé. Cette auto-greffe passée au travers de deux os est restée intacte quatre ans après l'opération. Pour doubler cette action, M. Dupuy de Frenelle utilise le raccourcissement du tendon d'Achille à l'aide d'une anse de tendon de renne, faufilée au travers du tendon d'Achille et de l'extrémité postérieure du calcanéum. Le sommet de l'angle est réséqué en un bloc osseux triangulaire, à base supérieure, comprenant surtout les cunéiformes et un fragment de cuboïde.

Pour relever le métatarse, le tendon du long extenseur du gros orteil est passé au travers de l'extrémité distale du premier métatarsien. La traction sur l'extrémité tendineuse redresse le métatarsien dont la position est maintenue en fixant l'extrémité du tendon au corps de celui-ci et au périoste. La même manœuvre pratiquée à l'aide du long extenseur du 5e orteil, désinséré et passé en boucle autour de l'extrémité distale du 5e métatarsien, relève le bord externe du pied. Un jeune homme de 22 ans, opéré par ce procédé, a présenté, 4 ans après, la conservation intégrale du résultat.

Cancer gastrique. Chirurgie préventive.

(M. Victor Pauchet. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 20-11-1925.)

M. Victor Pauchet considère le développement du traitement chirurgical des ulcères gastriques comme une très bonne prophylaxie du cancer de l'estomac. L'ulcus gastrique chronique, dit-il, ne guérit jamais, pratiquement parlant. Tout malade suspect de cette affection doit être laparatomisé et tout ulcus constaté doit être traité par la pyloro-gastrectomie.

L'ulcère simple est une des origines du cancer stomacal, La gastrectomie est alors le seul moyen d'éviter le néoplasme.

L'éclairage dans les opérations et en dermatologie.

(M. Dartigues. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 20-11-1925.)

L'éclairage, en chirurgie opératoire, est une question importante. On tend de plus en plus, pour des raisons de nécessité, à opérer à la lumière artificielle, qui permet l'intervention à toute heure du jour et de la nuit et quel que soit l'état de l'atmosphère, et qui permet en outre de voir dans les régions les plus profondes.

L'éclairage artificiel offre toutefois quelques inconvénients. Placé trop loin du champ opératoire, il donne des ombres. On les évite avec les phares scialitiques et ascyalitiques. La lumière électrique dénature un peu la couleur des tissus, en raison de la plus grande proportion de rayons rouges, jaunes, orange, qu'elle contient, par rapport aux autres couleurs du spectre. M. Dartigues présente un appareil d'éclairage, inventé par M. Gamain, qui remédie à cette dénaturation et produit la lumière blanche intégrale, actinique, la lumière solaire diffuse, en un mot. Les rayons subissent, à cet effet, une réflexion sur des miroirs en verre argenté qui vont du bleu clair au violet clair. Cette lumière peut être utilisée au moyen d'un phare suspendu, d'une lampe à pied, ou d'une lampe frontale.

— M. Robert Lœwy se sert depuis longtemps des lampes à lumière solaire employées couramment dans les grands magasins pour le choix des étoffes.

Leur usage est intéressant en chirurgie, et, plus encore, en dermatologie.

Epithélioma du lobule de l'oreille.

(M. BUIZARD. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 20-11-1925.)

Les épithéliomas du pavillon de l'oreille sont peu fréquents. Treillet dans sa thèse (Du cancer du pavillon de l'oreille, Paris, 1882) n'en a rapporté que onze cas. Ferrari, sur 5000 malades d'otologie, n'en a compté que 8 exemples. M. Buizard vient d'en opérer un cas chez un homme de 82 ans. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule.

P.L.

Lyon

Infarctus disséquant de la paroi du cœur.

M. JOUVE présente, au nom de M. Dumas, un cœur provenant de l'autopsie d'une femme de 82 ans : il s'agit d'un infarctus disséquant de la paroi du myocarde rompu sur sa face externe avec épanchement séro-hématique du myocarde. Cette lésion n'avait donné lieu à aucun phénomène clinique.

Radiographie d'une granulie pulmonaire.

M. BARBIER rapporte le cas d'une femme entrée à l'hôpital pour un état fébrile consécutif à un accouchement récent. Les signes d'auscultation étaient très discrets. La radiographie donna une image qui fit affirmer la granulie, confirmée par l'autopsie.

Société médicale des Hôpitaux

Un cas d'acné chlorique.

MM. NICOLAS et PILLON présentent un malade employé dans une fabrique d'ustensiles métalliques à des travaux de décapage à l'acide chlorhydrique. Deux mois après son entrée dans cette usine sont apparues des lésions cutanées qui se sont rapidement étendues. Il s'agit d'acné polymorphe remarquable surtout par sa confluence et son étendue : la face en est criblée et tout le tégument est atteint, sauf les mains (le malade travaille avec des gants).

Spasmophilie et hérédo-syphilis.

MM. MOURIQUAND, BERTAYE et CHARLEUX. — La spasmophilie de l'enfant est un état permanent caractérisé par l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ordinairement latente et demandant à être décelée par des examens électriques ou des excitations mécaniques. Sur ce fond se détachent, de temps à autre, des incidents bruyants qui viennent la dévoiler : convulsions, laryngospasme, modifications du caractère. Les causes de cet état ont été recherchées dans l'insuffisance parathyroïdienne, dans des modifications du métabolisme du calcium, celles-ci ayant été à leur tour attribuées au rachitisme, à la carence solaire, etc. M. Mouriquand et ses élèves, se basant sur 9 cas observés par eux, pensent pouvoir attribuer une influence importante à l'hérédo-syphilis. Sur ces 9 malades, en effet, celle-ci était certaine chez sept d'entre eux et confirmée à l'autopsie ; chez un autre elle existait cliniquement, l'autopsie n'ayant pas été concluante.

Tachycardie paroxystique et arythmie complète

MM. GALLAVARDIN, P. RAVAULT et P. VEIL parlent d'une malade qui, ayant depuis plus de vingt ans des crises de tachycardie paroxystique, vit ses crises disparaître alors que s'installait chez elle une arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Artérites oblitérantes à forme névritique.

MM. GALLAVARDIN, LAROYENNE et P. RAVAULT ont traité un homme de 64 ans atteint depuis sept ou huit ans de douleurs dans le gros orteil gauche, douleurs nocturnes, de grande intensité ; au point que le malade parlait de suicide.

A l'examen, pas de signes de gangrène, peau luisante et atrophiée, petite ulcération trophique. L'exploration des vaisseaux dénote une insuffisance circulatoire manifeste de tout le membre inférieur gauche. Il s'agissait donc d'un rétrécissement artériel haut situé dû vraisemblablement à une artérite avec troubles névritiques sans gangrène, sans claudication intermittente. Le malade était un hypertendu. Wassermann négatif. Une dénudation de l'artère fémorale n'ayant pas donné de résultats, MM. Laroyenne pratiqua des névrotomies multiples (n. saphène interne, n. tibial antérieur, n. plantaire interne, etc.) à la suite desquelles les douleurs s'amendèrent considérablement pour disparaître presque complètement.

Fracture de l'occipital. Syndrome de Collet.

MM. REBATTE et BERTOIN. — Homme de 42 ans, venu à la consultation d'oto-rhino-laryngologie pour raucité de la voix. A été violemment frappé à la tête deux jours auparavant. Est resté une heure dans le coma. Ecchymoses conjonctivale et péri-orbitaire. Paralysie de la corde vocale droite et des muscles du moignon de l'épaule. Asymétrie du voile du palais; déplacement en masse vers la gauche de la paroi postérieure du pharynx quand les muscles se contractent. Anesthésie de la paroi postérieure du pharynx. Hémiparalysie de la langue, avec abolition du goût dans la partie postérieure de celle-ci. Toux quinteuse. Réflexe oculo-cardiaque normal. Il y avait en somme paralysie des quatre derniers nerfs craniens (syndrome de Collet, de Lyon). Mort par complications pulmonaires. Autopsie : fracture de l'occipital intéressant le trou déchiré postérieur et le trou condylien antérieur avec volumineux héma-

Exploration des voies biliaires après injection de lipiodol en cas de fistule.

MM. Cotte et Badolle montrent des clichés radiographiques pris chez deux malades atteints de fistule biliaire. Chez le premier, atteint de kyste hydatique du foie, on voit que le trajet fistuleux conduit dans une poche située dans la coupole diaphragmatique : on pouvait donc admettre qu'il s'agissait d'un kyste ouvert dans les voies biliaires ; c'est ce que confirma l'intervention qui permit d'enlever la poche et d'en suturer les deux faces. Dans le second cas, il s'agissait d'une obstruction du cholédoque par calcul. Une première intervention (cholécystectomie), au cours de laquelle l'exploration du cholédoque n'avait pas révélé de calcul avait laissé une fistule que l'on injecta au lipiodol. La radioscopie montra que le cholédoque, très dilaté, présentait à sa partie inférieure un obstacle à peu près complet à l'écoulement de la bile ; de plus, sous l'influence de contractions péristaltiques énergiques, on voyait de petites veines de lipiodol passer tantôt à droite, tantôt à gauche de l'obstacle. L'intervention permit d'enlever le calcul et un nouvel examen radiologique pratiqué dans les mêmes conditions douze jours après montra la perméabilité du cholédoque et permit de supprimer le drainage.

A. C.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1).

Discussion de la première question.

(Chirurgie du cancer et du rectum)

M. L. Imbert (de Marseille) a observé 79 cas de cancer du rectum : 31 ont subi une opération radicale : 14 une opération palliative (13 anus et une radicotomie). Des 31 opérations radicales, 29 ont été faites par la voie basse ;

La mortalité opératoire a été la suivante :

Avant la guerre : 9 cas, 4 morts (45 p. 100).

Après la guerre : 22 cas, 8 morts (35 p. 100).

L'auteur a tendance à opérer tous les cas où l'extirpation est anatomiquement possible et où l'état général est relativement satisfaisant ; il estime, dans ces conditions, son opérabilité actuelle à 90 p. 100.

Les résultats éloignés sont les suivants :

Sur 19 malades opératoirement guéris, 4 ont été perdus de vue, 5 sont morts, 5 ont été revus guéris moins de deux ans après l'opération, 5 ont été revus guéris plus de deux ans après l'opération ; ces derniers seuls peuvent être considérés comme « guérisons durables ».

Comment établir leur proportion en pourcentage ? Il faut évidemment éliminer les 4 qui ont été perdus de vue, et les cinq dont l'observation n'a pas été suffisamment prolongée : restent 10 cas : 5 morts et 5 guéris au delà de deux ans. Mais faut-il à ces 10 cas ajouter les 12 morts opératoires ? S'il en est ainsi, la proportion s'établit : 22 opérés, 5 guérisons durables : 23 p. 100. L'on peut estimer aussi qu'il y a plus d'intérêt à connaître le pourcentage par rapport aux survivants, sans tenir compte ici des morts opératoires. On a alors 10 cas avec 5 guérisons durables soit 50 p. 100.

L'auteur expose enfin les raisons pour lesquelles il est resté fidèle dans la plupart des cas à la voie basse.

Les cancers bas situés (de la région anale) lui paraissent manifestement justiciables de cette dernière ; les haut situés par contre doivent être opérés soit par voie combinée, soit parfois, par voie abdominale pure (Hartmann). Les cancers ampullaires, les plus nombreux, prêtent à contestation. L'auteur fait remarquer que les recherches ganglionnaires peuvent être poussées très loin par le périnée, que l'évidement pelvien s'effectue complètement par cette voie, que les récidives, autant qu'on peut le savoir sont aussi souvent locales que ganglionnaires, que la nécessité aujourd'hui couramment admise, de l'hystérectomie préalable aggrave le pronostic, et enfin que la supériorité de la voie combinée pour ce qui concerne les résultats durables, ne paraît pas encore usffisamment caractérisée.

M. Villard (de Lyon). Les résultats éloignés des amputations abdomino-périnéales du rectum cancéreux doivent être envisagées non seulement au point de vue mortalité et survie, mais aussi au point de vue fonctionnel. L'amputation abdomino-transanale déjà défendue par l'auteur au Congrès de 1922 permet la conservation des fonctions du sphincter. Cette intervention, de mise dans les cancers recto-sigmoïdiens est aussi complète dans son temps abdominal que les autres méthodes combinées et la conversation du sphincter n'augmente pas les chances de récidive, car l'extension néoplasique se fait en haut. L'abaissement présente en outre l'avantage de n'ouvrir à aucun moment la lumière intestinale, ce qui supprime les risques de péritonite.

Sur 15 opérés, 5 morts opératoires, soit 33 p. 100. Les résultats éloignés ont donné également 33 p. 100 de guérisons durables; ces chiffres montrent que

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49 50 et 51 de 1925.

l'abdomino-trans-anale n'est pas inférieure aux autres méthodes. Elle offre par contre le grand avantage d'éviter aux opérés la grave infirmité de l'anus artificiel. Chez tous les malades, les foncitons sphinctériennes étaient conservées, complètement ou partiellement ; un seul était incontinent malgré des contractions volontaires visibles du sphincter.

M. Victor Pauchet (de Paris) a pratiqué 72 résections ou amputations abdomino-périnéales et 107 résections ou amputations par la voie basse. Ses conclusions sont les mêmes que celles des rapporteurs :

a) *Le diagnostic précoce est indispensable.* — Tout sujet qui se plaint du moindre trouble du côté du rectum sera *touché* et *rectoscopé.* Le médecin qui s'abstient de ces deux procédés d'exploration commet une faute grave. Il ne devra jamais prononcer les mots « hémorroïdes ou entérite » qui tranquillisent le patient et ajournent l'opération.

b) *L'opération immédiate s'impose.* — Tout malade qui a un cancer du rectum doit être prévenu de la gravité de son cas, sinon il refusera l'opération. Il faut qu'il sache qu'il a une maladie mortelle dont il doit être débarrassé par une opération précoce.

c) *Les opérations par la voie basse donnent une mortalité plus faible,* mais une récidive plus fréquente. La mortalité des abdomino-périnéales est plus élevée (33 p. 100), mais l'opération est plus radicale et donne 70 p. 100 de guérisons au delà de trois ans. C'est le procédé de choix.

d) *Il est exceptionnellement possible de conserver le sphincter et seulement dans quelque cas spéciaux* : sujets jeunes (quarante à soixante ans), siège recto-sigmoïde. Dans tous les autres cas, il faut faire l'amputation abdomino-périnéale, avec anus définitif dans la fosse iliaque gauche.

e) Malades, médecins et chirurgiens doivent bien se répéter que *celui qui a un cancer du rectum* « *s'est attiré une sale affaire* » et que pour en sortir, le moyen le moins mauvais c'est l'extirpation abdomino-périnéale avec un anus définitif.

f) *Le radium et la radiothérapie sont à déconseiller* dans tous les oas.

g) *Pour poser l'indication, le chirurgien doit choisir entre sa réputation et l'intérêt du malade.* En dehors des cas qui ne s'accompagnent pas de métastases, tous les cancers du rectum doivent être traités par l'extirpation, quelles que soient les adhérences. Il faut viser non pas à la belle statistique immédiate, mais aux résultats définitifs. Il faut tabler, pour apprécier ces résultats, non pas sur le nombre des opérations faites, mais sur le nombre des malades qui ont consulté. Or, un chirurgien qui opère systématiquement tous les cas sans métastases, obtient, au bout de cinq ans un nombre de guérisons incomparablement supérieur à celui du chirurgien qui a sélectionné ses cas.

M. Jeanne (de Rouen). En éliminant délibérément de sa communication les cancers strictement limités à la région anale pour n'étudier que ceux qui occupent le rectum proprement dit, région ampullaire et sus-ampullaire, l'auteur a opéré par voie périnéale-coccygienne, 14 malades.

Sur ce nombre 2 ont succombé à l'opération, l'un par suite d'accidents septiques, l'autre d'hémorragie secondaire ; ce qui fait que la mortalité immédiate n'a été qu'à peine supérieure à 14 p. 100.

Les suites lointaines n'ont pas été moins bonnes. Sur 10 opérés de date ancienne, 2 sont morts de récidive, au bout de deux ou trois ans ; quatre ont été perdus de vue, quatre ont eu ou ont des survies considérables. De cette expérience personnelle, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. La voie coccy-périnéale actuellement un peu délaissée suffit à enlever correctement tous les cancers du rectum si haut placés qu'ils soient.

II. Quand le cancer n'atteint pas l'anus, elle permet facilement la conservation du sphincter et l'implantation du bout supérieur de la résection dans le canal anal sans ces manœuvres délicates et dangereuses qu'on fait dans le même but au cours de l'extirpation abdomino-périnéale.

III. La bénignité opératoire est reconnue par tous. La mortalité n'a guère dépassé 14 p. 100.

IV. Si l'on racle bien tout le sacrum jusqu'au promontoire, il est facile d'enlever le pédicule vasculaire et lymphatique supérieur avec ses ganglions.

V. Les suites éloignées peuvent soutenir la comparaison avec les meilleures statistiques de l'abdomino-périnéale. C'est ainsi que les 40 p. 100 au moins des opérés ont bénéficié d'une survie de treize ans ou même davantage à tel point qu'on peut escompter une guérison définitive.

VI. Cette bénignité immédiate et cette efficacité lointaine paraissent dues à ce que l'auteur emploie systématiquement dans tous les cas une laparotomie iliaque gauche basse et large faite quinze jours avant l'exérèse et dont l'utilité est double ; elle permet une exploration complète de la tumeur et une appréciation exacte de son opérabilité, et d'autre part l'établissement d'un anus iliaque, condition essentielle de la séourité de l'extirpation consécutive.

VII. Cet anus iliaque est définitif si le sphincter est sacrifié, la cure opératoire en est facile dans le cas contraire.

VIII. Sous cette réserve que l'on pratique toujours à l'avance l'exploration abdominale et la dérivation des matières par l'anus artificiel, la voie coccy-périnéale mérite de conserver la faveur des chirurgiens au même titre, mais avec des indications différentes suivant le siège, que la voie abdomino-périnéale.

M. E. Marquis (de Reims). L'auteur apporte les résultats du **traitement par l'anus de dérivation et la curiethérapie** chez 23 malades qu'il a pu retrouver et suivre de près. Si les cas d'ablation du rectum cancéreux sont dans sa statistique beaucoup moins nombreux c'est que la grande majorité des malades ne viennent consulter que quand les douleurs ont fait disparaître leur funeste insouciance, et qu'il existe

alors des contre-indications opératoires tant de l'état local que de l'état général.

Les résultats pour les cancers inopérables ont donc été les suivants : dans 42 p. 100 des cas, l'efficacité du traitement n'a pas été prouvée et la survie ne semble pas avoir été plus longue. Mais dans 26 p. 100 des cas, l'amélioration locale et générale a été très nette, et la survie, non pas depuis le déubt de l'affection, mais depuis le traitement, a été de troisà cinq ans, 5 malades enfin présentent une guérison apparente, et pour l'un deux l'on peut parler de guérison durable, puisqu'elle se maintient depuis plus de trois ans.

Si la curiethérapie, même précédée systématiquement de l'anus iliaque, est loin de fournir dans les cancers du rectum les résultats qu'elle donne dans les épithéliomas d'origine épidermique, cela tient d'abord à leur faible radio-sensibilité, due tant à leur structure histologique qu'à leur infection secondaire, puis à l'inégalité des radiations, et enfin à la distance qui existe entre le foyer radifère et les ganglions envahis.

Néanmoins, si l'extirpation, malgré sa mortalité élevée, malgré la fréquence des récidives, reste sans contredit le traitement de choix du cancer du rectum la curiethérapie associée à l'anus de dérivation donne des améliorations et des survies, plus rarement des guérisons, dont doivent bénéficier les malheureux devenus inopérables qui n'ont plus d'autres ressources thérapeutiques.

M. F. Jakle (de Paris) pour les cas de cancer de l'ampoule rectale préconise l'ablation simple, à la Lisfranc, en conservant au mieux le sphincter, sans résection osseuse si possible, sans anus contre nature préventif. Il insiste sur la nécessité d'une préparation longue et minutieuse du malade pour bien dégager l'intestin et sur les soins locaux post-opératoires (pansements fréquents et pulvérisations), et recommande 3 cachets de 0 gr. 50 de poudre de kaolin par jour contre l'odeur des matières.

Il cite 3 opérations ainsi pratiquées : dans 1 cas, récidive au bout de 7 ans ; dans 1 cas, au bout de 3 ans développement d'un cancer du cæcum, mais pas de récidive locale ; le troisième cas est récent.

M. Leclerc (de Dijon). L'amputation abdomino-périnéale n'a qu'une supériorité théorique. Un cancer que l'on dépasse du doigt et qui est mobile est justiciable de la voie basse ; un cancer sus-ampullaire, de l'opération de Hartmann. Ce n'est que dans les cas intermédiaires qu'on aura recours à l'abdomino-périnéale plus dangereuse, car les interventions par voie basse ont donné à l'auteur des résultats intéressants. Sur 15 cas opérés depuis quinze ans et longtemps suivis, il enregistre en effet 6 guérisons durables, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, certains d'entre elles persistant depuis dix à quatorze ans. De tels résultats sont peut-être obtenus par voie combinée, mais avec une gravité opératoire certainement plus grande.

M. Douay (de Paris). Tous les cas de cancer de la portion ampullaire du rectum chez la femme sont opérés à « Broca » par l'amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif.

En 1920, 2 malades furent opérées, la première par Anselme Schwartz et l'auteur, la deuxième par J.-L. Faure. Toutes les deux sont guéries cinq ans après l'intervention.

Depuis la technique de Schwartz a été modifiée. La péritonisation par cloisonnement du bassin est supprimée et remplacée par une péritonisation partielle avec mise en place d'un Mikulicz abdominal. L'anus médian est remplacé par un anus iliaque gauche. De cette façon les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable.

L'auteur pense avec J.-L. Faure que l'amputation abdomino-périnéale du rectum chez la femme avec Mikulicz abdominal et périnéal est actuellement une opération bien réglée, relativement facile, peu dangereuse et permettant d'escompter des résultats durables.

M. J.-L. Faure (de Paris), confirme les affirmations de M. Douay et insiste sur l'utilité de Mikulicz non seulement dans le cas donné, mais dans toute la chirurgie qu'elle soit gynécologique ou viscérale. L'opération de Hartmann lui paraît remarquable par sa rapidité d'exécution et sa bénignité. Il rejette complètement les méthodes qui conservent le sphincter, la chirurgie du cancer ne devant être entravée par rien qui puisse limiter l'étendue nécessaire de l'exérèse.

M. Termier (de Grenoble), comme sans doute beaucoup de chirurgiens, a longtemps hésité sur la meilleure thérapeutique chirurgicale à opposer aux cancers rectaux. En dehors de l'anus artificiel, méthode palliative, à quelle méthode d'exérèse peut-on donner une adhésion complète ? Pendant longtemps l'auteur a fait des extirpations par voie basse, périnéale ou sacrée. Il a eu quelques bons résultats, mais à part de rares cas de survie dépassant un an (1 homme opéré depuis onze ans, 3 femmes depuis sept, cinq et quatre ans), il a été vite découragé par l'incontinence du nouvel anus périnéal (malgré la torsion suivant la pratique de Gersuny), la mortalité assez élevée, qui atteint environ un quart ou un cinquième des cas, et surtout l'impression qu'on fait une intervention aveugle et qui a toute chance d'être incomplète. C'est donc avec tous les espoirs que fut abordée la voie combinée abdomino-périnéale. Or, il est certain que cette méthode n'a pas donné à l'auteur les résultats attendus. La mortalité en est assez élevée. Sur 13 opérés, 4 décès, soit environ 30 p. 100. Dans 3 cas, sphacèle au bout supérieur abaissé, avec consécutivement large anus contre nature périnéal et incontinence complète des matières. Cependant le méso vasculaire avati été conservé. Aussi, dans les derniers cas un anus iliaque a-t-il toujours été fait préalablement.

Quant aux résultats éloignés chez les 9 survivants, il y a eu 5 récidives, au bout d'un an et demi, lde deux ans et deux mois, de deux ans et quatre mois,

de deux ans et huit mois ; 4 malades sont encore vivants dont 2 avec un anus de Lambret et 3 autres avec un anus périnéal incontinent. La conservation du sphincter avait été tentée, mais dans deux cas il y a eu sphacèle plus ou moins étendu de l'anse colique abaissée et la fonction sphinctérienne ne s'est pas rétablie. Aussi maintenant les préférences de l'auteur vont à l'anus préalable pratiqué à la Lambret et suivi, si le malade est encore opérable, d'une extirpation abdomino-périnéale complète, sans tentative d'abaissement au périnée du bout supérieur.

M. P. Masini (de Marseille) a traité 18 cas de cancer du rectum : 10 par l'extirpation périnéale et 8 par application de radium.

L'auteur reconnaît que la voie combinée abdomino-périnéale remplacera, de plus en plus, la voie basse dans la chirurgie du cancer du rectum. Mais néanmoins, dans certains cas — cancer ne dépassant pas en hauteur la partie moyenne de l'ampoule rectale chez les obèses, et chez l'homme particulièrement les tarés — la voie périnéale sera toujours à recommander. Dans la plupart des cas, l'anus normal ne sera pas conservé, on diminuera ainsi les chances de récidives. La colostomie anté-opératoire est absolument indispensable et prépare merveilleusement l'opération. Comme cette amputation du rectum par la voie périnéale est très sanglante, une transfusion sanguine aussitôt après l'opération est à recommander ; petite dose de 200 grammes de sang dilué dans du sérum glucosé à 47 p. 1000 (500 grammes de sérum).

Le diagnostic précoce, ici, prend une importance capitale ; la collaboration médico-chirurgicale et l'éducation des médecins est à recommander.

Sur 10 cas que M. Masini a opérés par la voie périnéale, 3 sont morts rapidement (mortalité opératoire, 33 p. 100), 2 au cours de la deuxième année, 3 au cours de la quatrième année, 2 ont été perdus de vue après la deuxième et la troisième année.

Ces résultats comparés à ceux de l'abdomino-périnéale et à ceux de l'opération d'Hartmann paraissent assez satisfaisants.

M. Masini a pratiqué 8 applications de bromure de radium et il reconnaît que les résultats n'ont pas été brillants. Les cas pour lesquels il a appliqué le radium dans un but curatif ont rapidement récidivé, ceux où il l'a appliqué comme traitement palliatif ont donné des résultats encourageants.

M. Stéfani (de Nice). Parmi les méthodes curatives du cancer du rectum, il en est une de laquelle n'ont fait aucune mention MM. Gaudier et Schwartz. C'est l'électro-coagulation. Leur silence n'a du reste pas lieu de surprendre puisque, préconisée théoriquement par Doyen, elle n'avait pas encore été pratiquée.

L'auteur a employé l'électro-coagulation dans deux cas « avancés » de cancer du rectum dont il présente les observations détaillées.

Observation I. — Femme de cinquante-trois ans. Cancer ano-rectal. Récidive terminale étendue d'un cancer du rectum extirpé un an avant par voie périnéale. Electro-coagulation massive. Excellent résultat temporaire (suppression complète des douleurs). Survie huit mois.

Obs. II. — Femme de cinquante-huit ans. Cancer ano-rectal végétant en chou-fleur, inopérable. Electro-coagulation massive après entérostomie. Guérison clinique apparente.

Cette méthode mérite d'être vulgarisée :

1° A titre curatif, dans les cancers de l'anus ou du rectum, bas situés, opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La destruction diathermique, après entérostomie définitive préliminaire, présente dans ces cas une grande supériorité sur l'extirpation sanglante (absence de shock et d'hémorragie, moindres risques de récidive).

2° A titre palliatif où ses avantages sur le curettage sont de toute évidence.

(*A suivre*)

Les Livres

Rouzaud, éditeur, 41, rue des Ecoles, Paris V^e^.

Medicus : Guide annuaire du Corps médical français ; médecine, chirurgie, odontologie, pharmacie. Année 1926. (Prix : 25 fr.)

La nouvelle édition annuelle de *Medicus* vient de paraître. Tous nos lecteurs connaissent les qualités de ce guide annuaire qui, depuis de nombreuses années, rend les plus grands services au Corps médical et dont le succès croissant récompense le mérite. Les renseignements précis et nombreux qu'il a réunis et que nous ne saurions énumérer, non seulement sont précieux pour le Corps médical français, mais encore pour les médecins étrangers qui viennent en France. Cette année, en feuilletant la nouvelle éditon de « Medicus », nous nous sommes arrêtés au chapitre qui a trait à la médecine coloniale et nous y avons trouvé de précieux renseignements sur les carrières offertes aux médecins dans nos Colonies. Ces carrières sont à signaler aux jeunes médecins que la crise économique met dans une situation vraiment pénible au moment où ils sont obligés de choisir un poste.

Medicus indique la situation des médecins de colonisation en Algérie, l'organisation des bureaux municipaux d'hygiène algériens, tout ce qui a trait à la protection de la santé publique en Afrique occidentale française (Ecole de médecine de Dakar, Assistance médicale indigène) en Afrique équatoriale, à Madagascar (école de médecine indigène de Tana-

narive, assistance médicale, inspection médicale, médecine civile) ; des documents nous renseignent sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie dans l'Inde française, sur la remarquable organisation médicale et sanitaire de l'Indochine française, sur les emplois médicaux en Nouvelle-Calédonie et dans les établissements français de l'Océanie.

Les vieilles colonies (Martinique, Guadeloupe, Réunion) ne sont pas oubliées. Les pays de protectorat ou à mandat : Tunisie, Maroc, Syrie, les écoles médicales françaises à l'étranger (Canton, Yunnan-fou, Tientsin, école chinoise navale où collaborent nos compatriotes) sont aussi les objets de notes précieuses pour qui veut être sérieusement renseigné.

Nous nous sommes arrêtés à ce chapitre de *Medicus* parce qu'à l'heure actuelle, il nous intéresse plus particulièrement et parce qu'avec le luxe de détails qu'il publie, il donne une idée exacte de ce que l'on trouve dans le Guide-annuaire que publie M. Rouzaud, que nous ne saurions assez féliciter et encourager dans la tâche difficile qu'il a entreprise et qu'avec une ténacité et une patience remarquables, il s'efforce de perfectionner et de compléter chaque année.

J. Noir.

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

M. Sénéchal, chirurgien assistant de la Maison départementale de Nanterre. — **Consultations et formulaire de thérapeutique gynécologique.** (2e édition. Préface du Dr E. Reymond. 1 vol., 384 pages. Prix : 18 fr., 1925.)

Cette nouvelle édition est entièrement remaniée et mise en harmonie avec les plus récentes acquisitions de la thérapeutique moderne (curiethérapie, radiothérapie, vaccinothérapie).

Ce manuel ne possède aucune prétention didactique, il a pour but de condenser un certain nombre de renseignements pouvant être utiles aux confrères qui ne pratiquent pas journellement la gynécologie et sont désireux de connaître la conduite à tenir en présence des cas de pratique courante.

Il est divisé en trois parties, précédées elles-mêmes de quelques notions générales (examen clinique des organes génitaux de la femme, métrorragies, aménorrhée, leucorrhée).

La première partie passe en revue les affections des organes génitaux externes, la deuxième les organes génitaux internes. La troisième réunit les formules éparses au cours des traitements. Dans chaque partie, l'ordre anatomique est suivi.

Chaque chapitre est précédé des notions étiologiques, symptomatiques et diagnostiques les plus caractéristiques de la maladie dont il s'agit. Celles-ci peuvent avoir l'avantage, dans la rédaction d'une ordonnance, de rappeler au praticien qu'il est parfois utile de préciser tel caractère de l'affection tant pour l'usage que la malade peut en faire que pour retrouver lui-même des indications alors que la malade se représentera devant lui.

Masson et Cie, éditeurs.

Victor Pauchet. — **Extirpation des ulcus gastriques haut placés.** (1 brochure, 32 pages avec 17 planches. Extrait du volume jubilaire offert au professeur Forgue le 4 novembre 1924.)

A. Maloine et fils, éditeurs,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. Linet. — **La céramique dentaire. Fabrication des dents artificielles. Travaux prothétiques en porcelaine.** (1 vol. in-8, 139 figures, 4 planches en couleur. Prix : 22 francs.)

C'est un véritable manuel de la fabrication des dents artificielles et des travaux prothésiques en porcelaine. Toutes les formules pour la préparation et la coloration des pâtes et émaux y sont clairement indiquées. La technique y est largement décrite.

A l'aide des indications de ce livre, tous les professionnels seront en mesure d'exécuter eux-mêmes n'importe quels travaux céramiques, de même que tous les dentistes importants, les écoles dentaires, les laboratoires de prothèse, etc., pourront produire leurs dents eux-mêmes, dans les meilleures conditions économiques et artistiques, et se libérer, dans un avenir prochain, de la tutelle étrangère.

Pr J. Parisot et P. Simonin. — **Les vaccins et la pratique de la vaccinothérapie.** (1 vol. in-8 avec 8 figures 12 planches hors texte, 1925. Prix : 16 francs.)

Dans une première partie (*Bases de la vaccinothérapie*) sont exposés les principes de l'immunisation active contre l'infection, préventive et curative.

L'étude des vaccins microbiens, de leur constitution, de leur préparation, l'étude détaillée de leur utilisation menant à la recherche des conditions les plus propices à leur intervention, font l'objet de la 2e partie : *technique de la vaccinothérapie*, d'où découlent *les directives générales de la conduite du traitement.*

La troisième partie enfin est une revue critique des *multiples applications de la vaccinothérapie* : elle s'efforce, parmi les résultats souvent encore inconstants ou incertains, de mettre en lumière ceux en qui l'on a droit d'espérer et que peut retenir la pratique médicale.

Cet ouvrage, par son côté didactique, par sa riche documentation, par l'esprit de critique désintéressée qui l'anime, fournira aux médecins, avec les notions indispensables à une mise en œuvre rationnelle des vaccins, les éléments d'une juste appréciation de la valeur, des indications et des limites de la vaccinothérapie.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

POUR UNE PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE DE L'HYGIÈNE A LA CAMPAGNE

Sous ce titre, M. le Dr E. LEROY donne la suite de l'article que j'ai publié *in extenso* dans le numéro 42 du 18 octobre dernier.

Nos lecteurs se souviennent que notre distingué confrère déplorait que l'hygiène fût encore à cette heure inexistante à la campagne. Il en rendait responsable l'opinion publique, insuffisamment avertie et éduquée. Il terminait en annonçant qu'il ferait connaître ultérieurement comment il concevait que cette éducation puisse se faire efficacement.

Voici l'essentiel de cette conception :

1° Le médecin de campagne est tout désigné pour former ou reformer l'opinion publique par son intervention personnelle : causeries, conférences, etc.

2° Le médecin de campagne est tout désigné pour servir de trait d'union entre la population (ses clients) et la Muncicipalité, entre la Municipalité et l'administration centrale.

3° Le médecin de campagne doit être rémunéré pour chacun de ses actes d'hygiéniste, comme il l'est pour chacun de ses actes de médecin traitant.

Pour agir sur l'opinion publique, il s'adressera à chaque groupement intéressé, dans les conditions les plus favorables pour que celui-ci puisse être touché. Les femmes, les mères surtout, à la consultation de nourrissons ; les adolescents et les jeunes filles, aux œuvres post-scolaires ; les hommes, à leur café, à leur cercle.

Il ajoute qu'il appartient à l'instituteur d'agir sur l'enfant pour lui inculquer précocement les préceptes élémentaires de l'hygiène, et que l'action du maître pourrait être heureusement complétée par un conférencier autre que lui.

Le médecin de campagne agent de liaison entre le public et la municipalité, doit être compris comme fonctionnant à l'instar d'un véritable conseiller technique du Maire ou du Conseil municipal, faisant partie de la Commission municipale d'hygiène, même s'il n'est pas conseiller municipal.

Enfin, M. Leroy réclame pour le médecin de campagne agissant comme conseiller sanitaire technique des honoraires à l'occasion de cette fonction, ces honoraires pouvant êtreprévus au budget tout comme le traitement de l'architecte, du receveur, etc.

« Un directeur départemental d'hygiène, soutenu par son préfet, aidé par un Syndicat régional des médecins.. pourrait parfaitement, sans loi nouvelle, sans décrets nouveaux, tenter la réalisation d'une pareille politique d'hygiène rurale. Les Syndicats médicaux, de leur côté, auraient tout intérêt à en prendre l'initiative dès maintenant. Pour peu qu'ils sachent intéresser à leur cause l'opinion publique, l'autorité centrale se montrera des plus accommodantes (1) ».

M. Leroy ne se dissimule pas que l'éducation hygiénique est assez difficile à faire accepter par des adultes, et que c'est évidemment dans le jeune âge qu'il faut commencer à l'apprendre.

C'est exactement ce que j'écrivais moi-même ici, il y a plus de 4 ans, dans le *Concours médical* du 6 février 1921 :

« Si l'on veut apprendre l'hygiène pratique aux hommes, c'est quand ils sont enfants qu'il faut commencer. Ce n'est qu'une question d'éducation ... L'hygiène sera donc éducative ou elle ne sera pas. C'est dès sa naissance, c'est dès le berceau qu'il faut baigner l'enfant, le laver, le savonner, régulièrement et souvent ... S'il passe du milieu familial au milieu scolaire, il y devra trouver la facilité de se livrer à toutes ces ablutions ...

« L'éducation hygiénique sera donnée, dans la famille, tout d'abord par le médecin. C'est lui qui, appelé à présider à la naissance d'un enfant, commencera par le baigner lui-même et pendant les jours qui suivront l'accouchement, qui continuera à veiller à la continuation régulière des lavages. Son action sera ensuite prolongée par l'instituteur à l'école, par le professeur dans les lycées, collèges et pensions, et plus tard, par l'officier, à la caserne. C'est ainsi qu'il apparaît une fois de plus que le médecin est le grand hygiéniste dans la famille, comme il le doit être dans la société. C'est ainsi que s'affirme une fois de plus cette vérité, que ce ne sont ni les discours, ni les affiches, ni les circulaires qui atteindront le but visé, si la coopération du corps médical n'est pas mise intelligemment à contribution ».

Le médecin, partout, et surtout à la campagne,

(1) *Le Mouvement sanitaire*, 30 septembre 1925.

devrait être l'hygiéniste par définition autant que par destination. Car, je conçois mal un médecin, appelé à soigner les maladies déclarées et incapable de les prévenir. Le maintien de l'homme en bonne santé, le perfectionnement de son statut, la défense de son organisme contre la maladie, que l'homme soit pris à titre privé ou dans une collectivité donnée, — buts essentiels de l'hygiéniste, — dépendent de la propreté corporelle, du vêtement, de l'alimentation, de l'habitation, des conditions du travail, de la voirie, de l'urbanisme, des évacuations résiduaires, etc. Tous ces chapitres de l'hygiène sont, ou devraient être familiers à tous les praticiens, sans qu'il soit nécessaire de leur imposer des études extraordinaires, ni la conquête d'un diplôme ou d'un certificat supérieur d'une essence particulière.

Les études médicales devraient, dans leur programme, faire à l'hygiène une place suffisante pour que le docteur la possède comme il possède la clinique et la thérapeutique. Ce qui n'empêcherait pas ceux qui voudraient se spécialiser en hygiène de le faire en se perfectionnant dans cette branche, et en s'y consacrant exclusivement.

De la sorte, le praticien, quel qu'il soit et où qu'il se trouve placé, aurait toutes les aptitudes requises pour tenir sa place d'hygiéniste, dans le ressort de son activité professionnelle.

Cette réforme des études médicales dans un sens essentiellement pratique, quand s'y attellera-t-on sérieusement ? Quand cessera-t-on de « bourrer le crâne » des malheureux étudiants avec des notions absolument inutiles et superflues, comme celle que nous conte humoristiquement le rédacteur en chef de la *Tribune médicale* (septembre 1925) : « Chaque examinateur, qu'il soit anatomiste, physiologiste, histologiste, chimiste ou physicien, cherche la petite bête au détriment des grandes lignes. C'est ainsi que l'on entend trop souvent, par exemple, poser des questions comme celle-ci : « Monsieur, quelle est la formule de la créatine ? » — Silence impressionnant du malheureux candidat et irritation de l'examinateur qui s'écrie : « Mais j'ai donné cette formule à mon cours ! » — Pauvre candidat ; plus pauvre examinateur ! En cherchant la petite bête, n'a-t-il pas donné l'occasion à celui qu'il torture ainsi de contempler la grosse bête ? ? »

Cette digression terminée, je me trouve donc en parfaite communion d'idées avec M. E. Leroy. Et j'approuve pleinement, en principe, et les conférences dans les œuvres scolaires et post-scolaires, conférences servant surtout de commentaires faciles à comprendre et à retenir d'un film cinématographique éducateur, et le rôle de conseiller technique de la municipalité qu'il entend faire jouer au médecin de campagne dans sa commune.

Je dis : en principe. Car ce programme suppose, pour sa réalisation pratique et sans heurt, que ce médecin soit seul. S'ils sont deux et davantage, cela devient plus compliqué, à moins que ...

A moins que, — et je félicite notre confrère, de l'avoir explicitement formulé, — à moins que l'organisation de ce service d'hygiène rurale soit confiée au Syndicat médical de la région. Cela, afin d'éviter les heurts, les conflits, les rivalités ... Organisation d'ailleurs simple, semble-t-il, à mettre sur pied. Là où exercent côte à côte deux ou trois médecins, le Syndicat les réunira, leur exposera le but visé, et leur demandera de désigner l'un d'entre eux à cet effet, ou leur proposera de se partager la besogne : l'un ferait les causeries à l'école des filles ; l'autre, à l'école des garçons. Tous les deux pourraient être membres de la commission municipale ...

Tout cela est du domaine des possibilités. Et nous voyons ainsi comment le Syndicat médical peut collaborer à l'hygiène publique en servant d'organisme d'adaptation et de conciliation de ses membres les uns avec les autres, en même temps que de défenseur de leurs intérêts dans leurs rapports avec la collectivité dont ils seraient ainsi les collaborateurs.

C'est un acheminement vers une plus vaste organisation, et en tous cas, le moyen le plus simple et le plus efficace de faire l'éducation hygiénique de l'opinion publique à la campagne.

G. DUCHESNE.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Maison de santé payante annexée aux Hospices et ouverte à tous les médecins (1)

Rapport de M. Charles CAZALET.

Le 26 juin dernier, j'avais l'honneur de présenter devant la Commission administrative des Hospices civils de Bordeaux, réunie sous la présidence de M. Adrien Marquet, maire, un rapport dont les conclusions étaient celles-ci :

« La Commission administrative des Hospices civils de Bordeaux se déclare favorable à l'idée dont l'initiative fut prise dans sa séance du 18 janvier 1918, de créer une maison de santé administrée par

(1) 3e Congrès annuel de l'Union hospitalière du Sud-Ouest, 17 octobre 1925. (*Revue des hôpitaux*, 30 novembre 1925, p. 389).

elle, et dans laquelle seraient admis tous les malades payants, avec la faculté, pour ceux-ci de choisir leur médecin, la Commission se réservant seulement le droit formel de refuser celui-ci, suivant des circonstances de notoriété publique, dont elle serait seule juge ».

En portant à votre connaissance ces conclusions qui furent adoptées à l'unanimité des membres présents, il me paraît utile, avant de les développer de de nouveau, d'y ajouter un rapide historique de la question.

Donc, il y a plus de sept ans déjà, le 18 janvier 1918, la Commission administrative des Hospices civils me chargeait de la rédaction d'un rapport sur ce projet, et après avoir entendu les explications fournies, elle adoptait, le 27 septembre suivant, les conclusions que je viens de vous faire connaître.

Les raisons invoquées pour la création de cette maison de santé étaient et sont encore aujourd'hui les suivantes :

1° Tous les malades payants de Bordeaux et d'ailleurs seront indistinctement admis dans cet établissement, pourvu d'un outillage médical perfectionné. Cette maison de santé portera le nom de « Bon Accueil », justifié par sa destination même ;

2° Les jeunes médecins ne végéteront pas dans l'ombre, faute de locaux spécialement aménagés ;

3° Les praticiens, au savoir reconnu de tous, pourront y donner également leurs soins éclairés aux malades qui les solliciteront ;

4° Les Commissions administratives des Hospices civils en retireront naturellement des ressources leur permettant d'améliorer leurs services, pour le plus grand profit des malades indigents, et peut-être pour résoudre le problème de l'indemnité aux médecins des hôpitaux.

Il n'y aura naturellement pas *obligation* pour tous les malades payants de se faire soigner à la maison de santé, car le principe de liberté doit être respecté.

Nous nous croyions d'autant plus fondés à envisager ainsi la création d'un tel établissement que nous pouvions citer l'exemple donné par la Commission administrative des Hospices civils de Nancy.

Son vice-président, M. Alfred Krug, philanthrope éclairé dont je m'honore d'être l'ami, a, sur les principes cités, organisé il y a plus de vingt ans, une maison de santé modèle, qui fonctionne depuis admirablement bien. Elle compte aujourd'hui 200 lits.

Les résultats obtenus sont merveilleux. Grâce aux bénéfices légitimement réalisés, l'œuvre a pu améliorer notablement le service des indigents et mettre à la disposition des médecins de l'hôpital un nouveau matériel très important.

En 1913, la Commission administrative des Hospices de Grenoble entrait dans cette voie et celle d'Annecy a organisé, dans l'hôpital, le traitement à leurs frais, des malades qui choisissent également leur médecin, sauf agrément de l'administration, quand il s'agit d'un médecin étranger à l'hôpital.

Le premier rapport sur cette question dont je vous ai parlé fut d'abord, à Bordeaux, très favorablement accueilli par la commission médico-légale. Mais celle-ci changea peu à peu d'avis et devint même hostile à ce projet.

Et alors naquirent des objections. Nous les avons réfutées, croyons-nous, par de sérieux arguments. Nous y reviendrons dans un instant.

M. le professeur Arnozan nous engagea à ne pas perdre de vue cette question. Nous écoutâmes naturellement les conseils de cet éminent praticien.

Nous reprîmes donc notre campagne avec ardeur dans les groupes hospitaliers. Et c'est ainsi que, le 5 mai 1923, nous nous présentâmes devant le Congrès du Groupe hospitalier du Sud-Ouest tenu, ce jour-là, à Bordeaux, et présidé par M. Charles Gruet, ancien maire et vice-président de notre Commission administrative, dont on ne saurait trop louer le dévouement aux œuvres sociales.

A cette date, fut voté un vœu dont nous vous demanderons de nouveau l'adoption.

Je crois utile d'indiquer qu'en dehors des services généraux rendus par la maison de santé projetée, sa création se justifierait dans des cas particuliers en ce qui concerne par exemple la tuberculose, le service de la maternité et les maladies contagieuses.

A la suite de la séance du 26 juin dernier, M. le Maire de Bordeaux a ouvert une enquête. Cette enquête, croyons-nous, n'a pas démontré l'inutilité de l'œuvre à créer, mais elle a démontré l'existence des anciennes objections et même de nouvelles. Il est beaucoup trop de gens qui ont l'esprit de contradiction.

Passons, si vous le voulez bien, ces objections en revue :

a) On nous a dit : « Comment ferez-vous pour empêcher un médecin taré de venir exercer son action dans votre maison de santé, s'il est appelé par un malade ?

— Cela sera très facile à éviter par l'exercice du droit d'autorisation d'entrée qu'aura la Commission administrative dans un cas exceptionnel et de notoriété publique. On n'admettra que des médecins faisant partie des groupes professionnels.

b) Les maisons de santé privées reçoivent des malades à des taux inférieurs ; par conséquent, cette maison de santé spéciale ne paraît pas indispensable.

— Nous ne croyons pas que ce soit là une raison suffisante. Il nous semble qu'il y a, dans cette appréciation, quelque chose d'humiliant d'autant plus que nous ne sommes pas ici sur le terrain *indigent*.

c) Les médecins non officiels feront croire qu'ils sont médecins des hôpitaux, puisqu'ils seront admis dans une dépendance des hôpitaux, et la valeur du titre que nous avons conquis par notre labeur constant sera diminuée, et diminuée par vous, hospices, qui devez nous protéger.

— Cette objection nous paraît avoir un caractère spécieux et même puéril, ceci dit sans vouloir offenser

personne. Il faudrait que le public fut bien naïf pour s'y tromper.

Nous sommes convaincus que le médecin officiel des hôpitaux n'aura pas à écrire... sur son chapeau « C'est moi qui suis Guillot, berger de ce troupeau. »

Cette objection ne serait-elle pas un procès de tendance ?

En tout cas, vouloir empêcher un confrère de retirer quelque profit, sous prétexte qu'il pourrait en résulter également un agrément pour lui, cela est vraiment excessif.

Il convient de rapprocher de ce point de vue, quelque peu égoïste, ce fait : Une clinique de Bordeaux n'a pas hésité à admettre que des médecins ne faisant pas partie de son groupement, *traitent*, chez elle, les malades qu'il y enverront.

d) Les médecins officiels disent : « La maison de santé devrait nous être exclusivement réservée.

— Voilà l'argument principal présenté ouvertement ou d'une façon détournée.

Eh bien ! nous déclarons qu'il ne nous trouble pas.

Nous l'avons déjà dit, nous nous inclinons devant le savoir professionnel de ces maîtres de la médecine, à qui nous ouvririons toutes grandes les portes de « Bon Accueil ».

D'ailleurs, en échange du but que nous poursuivons, ne servons-nous pas, en même temps, leurs intérêts, puisque nous voulons que les malades soignés dans les hôpitaux, quels qu'ils soient, en dehors des indigents, bien entendu, payent des honoraires.

Pour nous, et nous y insistons fortement, deux règles d'autrefois doivent être modifiées.

La première disait : L'hôpital aux indigents.

Nous disons : L'hôpital aux malades.

La seconde affirmait : A l'hôpital on ne paye jamais le médecin.

Nous disons au contraire : A l'hôpital celui qui le peut doit tout payer, y compris le médecin.

Sous le bénéfice de ces observations, je vous propose, Messieurs, d'adopter de nouveau le vœu ainsi formulé :

Le Congrès du Groupe hospitalier du Sud-Ouest,

Sur le rapport qui lui est présenté, dans sa séance du 15 octobre 1925, par M. Charles Cazalet,

Renouvelle le vœu :

Que, partout où les circonstances le permettront, il soit créé une Maison de santé administrée par les Hospices eux-mêmes, et dans laquelle seraient admis *tous* les malades payants, ceux-ci ayant la faculté de choisir leur médecin, selon les dispositions qui seront adoptées par chaque Commission administrative, pour le fonctionnement intérieur de sa Maison de santé.

Après divers échanges de vues entre congressistes et objections présentées par certains, le vœu est adopté à la majorité.

Commentaires.

A la prochaine réunion de la commission permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique (courant de décembre, ou début de janvier) j'aurai l'honneur de présenter à nouveau, à la discussion des membres de cette assemblée, le texte du rapport, que j'avais déjà soumis à l'assemblée générale de juin dernier. (*Concours médical*, 1925 ; pp. 2291-2399 ; voir également p. 1185.)

J'ai donc besoin de documentation, de la part de mes confrères, pour que je puisse joindre mes efforts à ceux du représentant officiel de l'Union des Syndicats, le Dr Rinuy.

Cette question de l'extension de la destination des hôpitaux et de leur spécialisation est fort importante, car elle soulève des problèmes de droit administratif et de droit civil. En créant soit à l'intérieur de l'établissement, soit dans des bâtiments nettements séparés des quartiers pour malades uniquement payants, la commission hospitalière aura, un jour ou l'autre, à faire résoudre les problèmes suivants :

1° *Un établissement public peut-il faire acte commercial.*

Du moment où la jurisprudence administrative a de plus en plus la tendance à considérer comme établissements commerciaux les maisons de santé et cliniques privées, appartenant à des médecins, qui se servent de ces établissements, non pour gagner de l'argent sur la partie hôtelière, mais uniquement comme prolongement nécessaire de l'exercice de leur profession libérale, il n'y a pas de motifs pour que le quartier payant de l'hôpital ne soit pas également considéré comme établissement commercial.

Forcément, les hospitalisés payants devront laisser un certain bénéfice pour l'hôpital ; ils ne payeront pas uniquement le prix de revient de la journée d'hospitalisation.

Or, ces bénéfices seront-ils considérés comme ayant un caractère commercial ? Entraîneront-ils la juridiction des tribunaux de commerce en cas de contestations entre commissions administratives et tiers ? Seront-ils soumis aux différents impôts et taxes sur les bénéfices commerciaux et chiffre d'affaires ?

Je sais bien que le but et la destination de ces bénéfices sont parfaitement louables en soi. Ces plus-values sur le prix de journée s'ajouteront aux autres ressources du budget hospitalier et, en fin de compte, serviront non seulement à procurer à la population une hospitalisation payante à bon compte, mais encore grossiront le patrimoine des pauvres, des indigents, hospitalisés gratuitement dans l'hôpital proprement dit.

Surgit alors un autre problème, également d'ordre commercial.

La loi organique des hôpitaux (7 août 1851) et les différents règlements modèles (celui actuellement en vigueur porte la date du 30 juin 1921) ne parlent pas de l'admission des malades payants, ou ne considèrent ces hospitalisations non gratuites que comme tout à fait exceptionnelles et dans des cas définis.

Or, lorsque dans une localité n'existera pas de maison de santé privée, pouvant admettre des malades à bas prix, la question ne se soulèvera pas. Mais, quid ? dans le cas où la commission hospitalière se trouvera concurrencer, par sa maison de santé, ou son quartier payant, un établissement déjà existant, dû à l'initiative privée, fondé soit par un médecin seul, soit par une société anonyme ou en nom collectif ?

Principalement dans ce dernier cas, la société a un statut légal de droit commercial (société anonyme, ou autre) ; la gestion est assurée non par un médecin, mais par un administrateur, qui n'appartient pas à notre profession. Le but est, non seulement de donner aux malades toutes facilités pour être soignés, opérés, traités, mais surtout de faire des bénéfices sur la partie hôtelière, bénéfices qui serviront de rémunération au capital social, qui n'est pas exclusivement médical.

Ce faisant, la commission hospitalière n'aurait-elle pas à défendre à un procès, qui lui serait intenté pour concurrence déloyale, ou pour être sortie des attributions fixées par la loi de 1851 ?

2° *Problèmes d'ordre administratif.*

La question argent va être prédominante : la commission hospitalière aura-t-elle les ressources suffisantes pour créer, dans l'établissement un quartier uniquement payant, ou pour faire bâtir, en dehors, une maison de santé ?

Or, il n'est mystère pour personne que les biens hospitaliers sont dans une situation critique : bien des établissements ne peuvent plus faire face à leur but d'assistance charitable, vu l'élévation du coût de la vie.

Qui donc fournira l'argent nécessaire ? Les communes ? les départements ? les collectivités (mutualités ou autres) ? fera-t-on un appel à l'épargne privée sous forme d'emprunt ?

Car il convient de doter ces nouveaux établissements, non seulement du confort matériel, mais encore de salles d'isolement pour contagieux, de salles d'opérations, de radiologie, de laboratoires, etc.

3° *Problèmes médico-juridiques.*

Comme le fait très bien remarquer M. Cazalet, dans son très intéressant rapport, le malade doit, autant que faire se peut, conserver le libre choix de son médecin, ou de son chirurgien, de même qu'eu égard à sa situation de fortune personnelle, il a le droit de choisir, dans la maison de santé, que créera l'hôpital, tout le confort que ses ressources lui permettent de s'offrir.

Se posent donc ici des problèmes de discipline intérieure que la commission hospitalière ne devra pas régler seule, pour imposer ensuite un règlement unilatéral au corps médical.

Il est de toute nécessité, pour la bonne réussite de l'entreprise, que le Syndicat des médecins de l'endroit soit convié à discuter, avec chaque commission hospitalière, afin d'établir un règlement d'accord, permettant de respecter la situation de chaque praticien, par rapport à sa clientèle, que le docteur soit ou non attaché comme médecin à la partie gratuite de l'hôpital.

Cette convention, véritable contrat collectif de travail, laissera l'accès libre de la maison de santé à tous les médecins de la localité ; mais devra prévoir de quelle manière la commission administrative et le Syndicat médical pourront être amenés à refuser l'entrée à un médecin indigne (heureusement que cette catégorie est, quoi qu'on en dise bien rare).

Reste le gros problème des honoraires médicaux. Certains administrateurs d'hôpitaux, imbus de l'idée d'autorité à outrance, veulent être seuls les maîtres de décider ce que doit toucher un chirurgien et par quel canal il touchera ses honoraires, pour actes professionnels, scientifiques accomplis par lui à l'hôpital.

Quelque respect et même quelqu'amitié que je puisse professer pour certains de ces hommes de bien, je ne puis m'empêcher de leur dire que leur conception autocratique est quelque peu désuète à notre époque.

Les lois de 1884 et de 1901 ont permis le groupement des individualités ; le mutualisme a rapproché des intérêts ; le commerce et l'industrie modernes obligent l'association des capitaux.

Il n'est donc pas étonnant que les anciens contrats passés entre collectivités et individualités aient cédé la place à des contrats collectifs passés entre collectivités. Comme tous autres, les commissions administratives des hôpitaux doivent se conformer à ces nouvelles directives sociales et bien se mettre dans l'idée que, de plus en plus elles auront à traiter, non plus avec chaque médecin séparément, mais avec le corps médical local, représenté par le groupe professionnel légal, dénommé syndicat.

Aussi, cette transformation de la destination des hôpitaux qui, en plus des pauvres, auraient tendance à hospitaliser des malades payants, ne pourra donner de résultats pratiques que si chaque commission administrative locale s'abouche avec le syndicat médical local, pour étudier les voies et moyens locaux, dans le but de venir en aide à la souffrance humaine, tout en respectant à la fois les textes législatifs et règlementaires, ainsi que les intérêts privés ou corporatifs.

Un hôpital ne peut rien sans le concours des médecins. Ces derniers doivent donc être consultés et non pas être mis dans l'obligation d'accepter un contrat unilatéral, par lequel on les oblige à accepter en bloc, ou à refuser certaines conditions d'exercice de leur art, à l'intérieur de l'hôpital.

Les temps ne sont pas très éloignés où, à leur grande stupéfaction, certaines commissions administratives hospitalières intransigeantes recevront la démission collective de tous leurs médecins, attachés à l'établissement.

Ces derniers ne refuseront pas leurs soins aux malades hospitalisés, pour lesquels on fera appel à leur science ; mais ils les considèreront comme des clients ordinaires, parce qu'il n'existe aucune loi qui oblige le corps médical à se soumettre sans discussion aux ordres des commissions hospitalières.

Conclusions.

Cette question de l'admission à l'hôpital de malades payants est très grosse de conséquences, surtout à la veille de l'applicabilité de la future loi sur les assurances sociales.

A mon avis, ce ne sont que questions purement locales : problèmes budgétaires, ententes avec le corps médical local, respect des situations acquises par l'initiative privée.

Pour le plus grand bien de la santé publique, je souhaite de grand cœur d'apprendre que de nombreuses commissions administratives d'hôpitaux se sont abouchées avec les syndicats médicaux locaux, pour savoir comment et dans quelles conditions un hôpital local peut admettre certaines catégories de malades payants, tout en respectant, pour ces derniers, les prescriptions de l'article 378 du code pénal, leur droit au choix libre de médecin traitant et la possibilité de discussion du quantum des honoraires médicaux, sous l'empire du droit commun.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux lecteurs du Concours

Parmi les neuf mille médecins qui lisent ou tout au moins reçoivent régulièrement le *Concours médical*, il y en a bien plusieurs milliers, âgés de 25 à 45 ans, qu'intéresse tout ce qui touche à la prévoyance.

Je n'en veux pour preuve que le bel enthousiasme avec lequel ils adhèrent en foule au « *Sou médical* » : la crainte du juge est le commencement de la sagesse sans doute, et ils s'assurent contre le *risque procès* comme ils s'assurent contre le *risque incendie.*

Cependant, on ne brûle pas son mobilier tous les jours, ni même tous les ans, on n'a pas non plus tous les jours l'occasion d'avoir un procès, mais on tient à prévoir et on a raison.

En revanche, tous les jours on a l'occasion de tomber malade, d'être blessé, et la preuve c'est qu'en permanence sept médecins sur cent qui exercent sont arrêtés et éloignés de leur clientèle pour une cause morbide et que sur dix médecins exerçant pendant trente années, il n'y en a qu'à peine un seul pouvant se vanter de n'avoir pas été arrêté par la maladie pendant ce laps de temps.

De tous les risques qui nous menacent, il n'y en a pas un qui soit plus imminent et plus permanent que le risque maladie. Cela, chacun l'admet, le sait, le comprend et pourtant c'est de ce risque-là que chacun se désintéresse le plus. Sur les 8.000 abonnés du *Concours*, 7.500 pour le moins sont assurés contre l'incendie, plus de 4.500 sont actuellement inscrits au « Sou Médical » et 1.800 seulement ont songé à se garantir contre la maladie !

Comment cela peut-il se faire ?

Nous avons bien des fois étudié cette question et nous avons toujours été obligés de revenir à cette explication que la plupart des intéressés ignorent ce qu'est la *Mutualité Familiale*, ignorent même son existence.

Nous devons donc, au risque d'être accusés de rabâchages, répéter sans cesse ce que nous avons déjà dit, pour l'apprendre à ceux qui ne le savent pas encore et le rappeler à ceux qui l'ont oublié.

Ce qui nous soutient dans cette tâche, c'est que nous avons le sentiment de travailler pour le bien du Corps médical, d'être utile à ceux dont nous pouvons retenir un moment l'attention et de rendre un véritable service à ceux que nous pouvons convaincre.

La Mutualité Familiale est une œuvre de prévoyance essentiellement confraternelle, sa création a été précédée d'une étude approfondie, son fonctionnement est minutieusement surveillé ; elle a maintenant 32 années d'existence, elle a donc fait ses preuves et nous pouvons dire hautement qu'elle est digne du Corps médical pour lequel elle a été créée.

Confrères qui n'êtes pas encore des nôtres, accordez-nous donc les quelques minutes d'attention que je vous demande.

***

Fondée, en 1894, par Cézilly, Gassot, Maurat, Jeanne et leurs collaborateurs du *Concours médical*, l'*Association Amicale des Médecins Français*. — ce fut le premier nom de la Mutualité Familiale — avait et a toujours pour but de donner à ses adhérents une indemnité quotidienne de droit si la maladie ou un accident les empêchait d'exercer leur profession. C'était l'extension à toute la France du principe de la Société Lagoguey qui venait de se fonder et dont l'action ne dépassait pas le département de la Seine.

La loi sur les Sociétés de Secours Mutuels n'existant pas encore, ce fut une Mutuelle ressemblant à d'autres sociétés déjà existantes ; je veux dire par là que c'était une association de médecins réunis en un groupement spécial ayant pour but de mettre en commun dans une caisse unique les ressources fournies par des cotisations et destinées à assurer le service des indemnités dues de par les statuts.

Donc pas de capital fondamental à rémunérer ; uniquement pour partir les cotisations des 73 premiers inscrits au 1er janvier 1896 ; une administration dirigée par un bureau nommé par ces 73 adhérents et dont les fonctions étaient gratuites ; des statuts sérieusement étudiés dont certains détails ont pu subir des modifications nécessaires mais dont les lignes fondamentales ont été établies non seulement sur l'expérience née du fonctionnement de sociétés plus ou moins analogues existant à l'étranger, mais encore et surtout sur la science spéciale d'actuaires choisis à cet effet, car ce qui caractérise en premier lieu notre société c'est qu'elle fonctionne sous une direction actuarielle.

Ceci mérite de nous arrêter.

Des actuaires, pourquoi faire ? Nous disait-on ...... mais ceux qui nous ont raillés ou critiqués ont amèrement regretté de n'avoir pas fait comme nous. Le principe de Lagoguey : « Donnez-moi 10 francs par mois, je vous donnerai 10 fr. par jour ! » si clair, si net, si séduisant qu'il fût, en apparence, n'a pu tenir bien longtemps et il a fallu recourir à ces actuaires qu'on avait répudiés. Si Lande, lorsqu'il créa la Caisse des Pensions, avait demandé et suivi les conseils d'un actuaire, cette caisse aurait sans doute eu un destin meilleur ; si... mais je m'arrête, chacun peut ajouter à cette liste.

Chez nous, on a voulu la science d'un actuaire et ce fut M. Léon Marie qui adopta les tables de mortalité et de morbidité sur lesquelles furent édifiés nos premiers tarifs, qui exigea le contrôle périodique actuariel afin de surveiller notre fonctionnement et de voir si les résultats donnés par l'expérience restaient en concordance avec les données initiales — mesure d'autant plus sage qu'après un fonctionnement de 25 années, M. Fleury qui avait succédé à Léon Marie, constata que la morbidité, chez nous, était, à partir d'un certain âge, supérieure à ce qu'on avait supposé, établit une nouvelle table de morbidité — fondée, celle-là, sur notre propre expérience — et releva légèrement les cotisations.

Veut-on des preuves plus tangibles de la nécessité du contrôle permanent d'un actuaire ? Qu'on médite les faits suivants :

Au début, l'Amicale ne donnait l'indemnité que jusqu'à 65 ans (combinaison A) : poussés par des demandes instantes et aussi par leur souci du mieux, les dirigeants de la Société acceptèrent de prolonger le droit à l'indemnité jusqu'à la mort pour ceux qui la demanderaient (combinaison B). Après quelques années de fonctionnement, l'inventaire de l'actuaire montra qu'après 65 ans, vieillesse pure et maladie se confondent le plus souvent et que de trop nombreux membres de B devenaient chroniques plus par sénilité que par morbidité vraie : il fallut aviser, enrayer et ce fut, non pas la suppression des droits acquis, mais la fermeture de B à de nouveaux membres. Bien nous en prit puisque, après de nouveaux inventaires, l'actuaire reconnut que B ne marchait plus en concordance avec les prévisions et demanda pour ses membres un relèvement sensible des cotisations primitives.

D'un autre côté, l'inventaire actuariel montrait que, pour les combinaisons retraites, les cotisations donnaient des résultats supérieurs à ce qui était nécessaire, et ces cotisations pouvaient être réduites d'une manière notable.

Aurait-il été possible d'agir ainsi sans l'actuaire ? Assurément non, car si nous avions les éléments de ses calculs, personne de nous n'avait la science voulue pour en tirer les conséquences nécessaires.

Une autre intervention de l'actuaire nous a été non moins utile :

Je disais plus haut que les fonctions des administrateurs étaient gratuites, mais les frais d'administration n'en existaient pas moins. Malgré l'avis de M. Léon Marie, Cézilly n'avait pas voulu qu'on fît figurer dans les calculs les dépenses d'administration ; c'était une erreur car, je viens de le dire, ces dépenses existent et ne peuvent pas ne pas exister : ce sont les frais de poste, de banque, de timbres, d'impression, de matériel, etc..., puis le travail devenant de plus en plus écrasant il fallut bien indemniser le secrétaire général et le trésorier et force fut d'imputer ces dépenses sur la Caisse. L'actuaire nous fit voir, dès le troisième inventaire, que nous ne pouvions continuer ainsi et qu'il était indispensable de créer un compte accessoire de gestion auquel seraient inscrits tous ces frais et qui serait alimenté par une surcharge spéciale des cotisations.

Ce compte de gestion existe actuellement, fonctionne avec une régularité parfaite et a même pu, grâce au désintéressement du trésorier et du secrétaire général, rembourser aux di-

verses combinaisons, les sommes qui leur avaient été imputées antérieurement.

Nous avons donc pu, grâce à l'actuaire, corriger une erreur d'organisation et rentrer dans la vérité, de sorte qu'il nous est possible d'envisager sans crainte le règlement de tout ce que notre gestion pourra nous coûter dans l'avenir.

Enfin, c'est l'actuaire qui nous dira, après l'inventaire de fin 1925, si nous pouvons augmenter le taux de l'indemnité journalière ainsi que nous le demandent un certain nombre de confrères. Mais cette question m'entraînerait trop loin et je me réserve de la traiter ultérieurement.

H. MIGNON.

(*A suivre.*)

AUTOUR DES THÉATRES

La joie d'aimer. — Le mariage de la maman. — Azaïs. — Le Petit Duc. — Le Lâche.

Tout comme l'emprise de l'Espèce, l'emprise des Arts sur les individus se fait sentir, au cours de chaque année qui passe, suivant un même rythme, à la fois périodique et harmonieux. Seule, la période varie ! Après les Salons d'Eté et d'Automne, c'est la réouverture théâtrale de septembre-octobre, et la reprise des spectacles d'intérieur, rapidement suivie, dès qu'arrive la fin de novembre, de l'installation dans leur succès des pièces qui ont réussi et du remplacement des autres par des nouveautés ou des reprises à succès assuré.

A tout Seigneur, tout honneur ; voici d'abord, au Gymnase, aux Variétés et au Théâtre Antoine, trois pièces de M. Louis Verneuil, dont deux en collaboration avec M. Georges Berr. On est toujours certain, en allant voir une pièce de M. Louis Verneuil, soit qu'il la fasse seul, soit qu'il y collabore avec M. Georges Berr, de passer une excellente soirée, et ceci demeure vrai même alors qu'il ne joue pas lui-même ses pièces et s'en rapporte à des interprètes qu'il sait choisir. C'est ainsi qu'au Gymnase, la *Joie d'aimer*, aux Variétés, *Azaïs* et au Théâtre Antoine, *Le Mariage de Maman*, dans des notes d'une remarquable diversité, sont l'objet d'un semblable succès, quoique plus accentué dans ces deux dernières pièces.

Dans *Le Mariage de Maman* (en collaboration avec M. Georges Berr), Louis Verneuil, fidèle à sa tradition, s'empare d'un des sentiments qu'on a communément coutume de révérer (et dont il est loin, malgré sa prodigieuse puissance de production, d'avoir épuisé la liste), et, par un procédé cher aux théoriciens de l'humour, le pousse en ses limites dernières, l'affaiblit par l'absurde, jusqu'à ce que le sentiment contraire apparaisse comme normal par une lente et habile déformation du jugement des spectateurs. Cette quasi dislocation est d'autant plus aisément acceptée qu'elle est rendue moins consciente par le développement parallèle et intense d'une jolie petite fleur bleue, dont l'émanation — quoi qu'il en ait — se retrouve quasi constamment dans toutes les œuvres de Louis Verneuil. Il est permis de penser qu'elle est peut-être pour lui, malgré le soin avec lequel il la dissimule dans l'excès de vitesse des luttes de la vie, le petit coin préféré de son jardin secret. Mme Jeanne Granier interprète le rôle de la mère avec une maîtrise digne de son très grand talent et il eût été piquant (mais il ne peut être sur toutes les scènes à la fois) de voir Louis Verneuil, dont le talent d'acteur n'aurait rien perdu de cet élégant voisinage, songer au passé en écoutant lui-même la délicieuse Lucienne Guett évoquer des souvenirs de salle de garde trop précis pour que l'imagination des auteurs en ait sans doute fait tous les frais.

La Gaîté lyrique a remonté le *Petit Duc*, la délicieuse opérette (pourquoi opérette et non pas Opéra Comique ?) de MM. Halévy Meilhac et Lecocq, dans des conditions de luxe et d'originalité jamais encore vues. Costumes, décors, couleurs, mise en scène, sont une synthèse de toutes les représentations et traditions antérieures depuis la création, et cette synthèse est à la fois saisissante et originale grâce à la stylisation intense, quoique dans la note de l'époque, mais d'une sobriété riche, très étudiée, qui maintient constamment les grandes lignes du décor fixe en harmonie avec les mouvements des groupes. Cet effet réalisé est la résultante de l'effort personnel continu et volontaire de M. Georges Bravard, directeur à la fois artiste et compétent, dont M. Strelisky, habile metteur en scène et Mlle Carré, créatrice des costumes, ont si parfaitement réalisé les directives. L'interprétation est de tout premier ordre, et l'orchestre est si exactement au point, que même dans les chœurs sévèrement réglés, pas une syllabe ne se perd.

Dans un rôle, justement considéré comme l'un des plus difficiles du répertoire, Mlle Louise Dhamarys est l'incarnation vivante du *Petit Duc*. Sa voix apparaît tellement pure, nette et facile, qu'on ne songe même pas à s'étonner de la voir remplir la scène de sa grâce alerte et souple,

soit qu'elle marche et défile, soit qu'elle danse, soit qu'elle « aime ». Elle forme, avec Mlle Castelain, le couple le plus harmonieux qui soit, prêtant à la grâce frêle, réservée et passionnément blonde de la Petite Duchesse, l'appui d'un mari vaillant, ardent, brave, racé, qui réalise à chaque minute, les promesses de force noble, élégante et fine, volontaire aussi, nettement faites au public dès les premiers pas en scène. Mlle Jeanne Ferny, savoureuse directrice d'un noble pensionnat, conduit, avec une incomparable maestria véritable, sa voix comme ses gestes, donnant à sa voluptueuse leçon de solfège, avec le caractère de belle musique, celui très communicatif de bonne gaieté gauloise.

Robert Jysor, superbe de prestance « dit » avec esprit et élégance, la chanson du Petit Bossu. Son talent souple passe avec aisance de la note des camps à celle des ambassades et des cours. Henry Jullien, toujours adoré du public, est un Frimousse des plus réussis ; il réalise, par une tenue qui sait demeurer élégante, et par des effets, à la fois originaux et justes, un Pédant quelque peu ridicule, mais d'un ridicule qui vivifie.

Au Théâtre des Arts, M. Rodolphe Darzens continue la série de ses efforts d'avant-garde par *Le lâche*, de M. Lenormand. Quoiqu'en onze tableaux, la pièce n'a pas de longueurs : les décors y sont sobres et leur forme synthétique est assez juste pour empêcher de ressentir (le premier moment passé), l'inévitable impression de pauvreté à laquelle conduit tout d'abord l'excès de sobriété.

Jacques, (M. Pitoëff) est un peintre réformé qui simule la maladie par peur des tranchées. Son débit, quelque peu saccadé, aide à l'illusion: il est marié et il est lâche, et sa femme (Mme Ludmilla Pitoëff), l'aime quoique lâche, pourvu qu'il vive, et sa lâcheté est telle que, de peur d'une nouvelle visite médicale, il se laisse enrôler dans les services d'espionnage. Là, maladroit par lâcheté, et lâche à nouveau, il trahit et disparaît de la mort des lâches, non sans s'être, d'un bout à l'autre de la soirée, débattu contre une angoisse plus grande et plus incessamment tenaillante que celle qu'il aurait pu connaître en faisant son devoir. A certains moments, le talent de M. Pitoëff est tel dans l'expression d'un caractère odieux, que des sifflets éclatent, peu après suivis de bravos. C'est que l'auteur a su prendre, dans ce complexe énorme qu'est la lâcheté humaine, un certain nombre des éléments les plus saisissants, et les accoler en les opposant. Sa pièce, d'une psychologie bien cimentée, est mise en pleine valeur par ses excellents interprêtes. Encore dans la voie d'avant-garde et méritant une mention spéciale, je veux signaler le théâtre des Jeunes Auteurs (ancien Vieux Colombier) où *Denise Marette*, de M. J. Bernard vient de tenir l'affiche en une profonde et originale impression d'amour filial. Le *Tentateur* de MM. Henri Clerc et Lionel Landry l'a remplacée à la scène avec un égal succès : action simple, mais de haute qualité, opposition violente faite par le *Tentateur* de la richesse à la pauvreté en l'actuel désordre social.

Et pour nous reposer de l'effort par un régal de couleurs et de lumières, le programme inimitable de l'Olympia, avec les Revues étourdissantes de lumières, de couleurs et de luxe des Folies-Bergères, du Palace, du Casino de Paris et de La Cigale, sans oublier l'immense effort du Cinéma tout particulièrement triomphant à Madeleine Cinéma, à Aubert Palace, et, par-dessus tout, à la Salle Marivaux, qui détient le record du luxe des réalisations et de la présentation.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France

(3, 4 *et* 5 *Décembre* 1925)

Le Président, dans son allocution, demande aux délégués d'être précis, brefs, corrects dans la forme et d'éviter que les batailles de mots ne dégénèrent en batailles de personnes.

Il rappelle que le Conseil de l'Union du 11 octobre dernier a décidé de proposer à l'Assemblée, afin de sérier les questions nettement, de ne « discuter les différentes parties du rapport du Secrétaire général qu'à l'heure où chacune de ces parties se trouvera mise en discussion par l'Assemblée générale, d'après l'ordre du jour préétabli. »

Le Trésorier attire l'attention sur la pauvreté des Caisses de l'**Union** :

L'exercice 1922-1923 s'était traduit par un excédent de recettes sur les dépenses ;

L'exercice 1923-1924 par un excédent de dépensses sur les recettes.

L'exercice 1924-1925 par un léger excédent de 7.000 francs des recettes sur les dépenses, ce qui est nettement insuffisant pour faire face aux besoins que pourrait nécessiter la propagande.

La situation financière n'est pas bonne :

Les dépenses ont été comprimées. Il ne faut pas songer à les diminuer davantage, surtout si la dévalorisation du franc continue.

En face de l'accroissement des dépenses incompressibles, les cotisations sont insuffisantes.

Il propose en conséquence, pour 1926, une augmentation de la cotisation à 25 francs.

Le Trésorier, d'accord avec le Secrétariat, dépose des conclusions qui seront soumises ultérieurement au vote.

Sur la proposition du Trésorier et après intervention de M. le Dr **Humhel**, l'Assemblée décide la suppression de la vérification des comptes par l'expert comptable. Cette opération onéreuse est sans intérêt.

Le Secrétaire adjoint vient donner des précisions sur la rédaction du *Bulletin* (Cf. rapport imprimé).

Il explique comment le *Bulletin* est rédigé ; quel est son bilan financier ; pourquoi il a paru parfois avec du retard en 1925.

Ceci sera évité par le rétablissement du poste de Secrétariat de la Rédaction.

Discussion du Rapport du trésorier

Le Dr **Saiget**, de Lorient, voudrait, pour réduire les dépenses, qu'on envoie un *Bulletin* complet au Bureau des Syndicats *seulement* et un court résumé aux Syndiqués.

Le Dr **Souchon**, de Nîmes félicite le Trésorier, rappelle que les cheminots consacrent à la cotisation syndicale une journée de salaire par mois.

Les docteurs **Tusset, Giry, Wennagel** sont partisans de l'élévation de la cotisation à 30 francs minimum.

Les docteurs **Layral** et **Lautié** sont contre cette élévation.

Le Président met aux voix les conclusions du Trésorier.

L'Assemblée générale de l'U.S.M.F., réunie le 3 décembre 1925 :

1° Donne *quitus* au Conseil d'Administration et au Trésorier pour la gestion financière de l'exercice 1924 1925 (*Adopté.*)

2° Constate que le budget de 1924-1925 accuse un léger excédent des recettes sur les dépenses ; ce résultat a été obtenu grâce à une réorganisation des Services de l'**Union**, effectuée par le Secrétariat au début de 1925 et qui a permis une forte compression des dépenses. (*Adopté.*)

3° Constate que l'augmentation du coût de la vie et la dévalorisation de la monnaie ne peuvent permettre d'envisager le maintien du chiffre actuel des dépensses sans que l'activité et la vie même de l'**Union** soient mises en danger. (*Adopté.*)

4° Décide :

a) La cotisation sera d'urgence, pour cette année portée de 20 francs à 25 francs par an et par membre adhérent, sans préjudice des modifications qu'il paraîtrait ultérieurement nécessaire d'apporter aux chiffres des cotisations pour les années suivantes.

Après discussion, cette proposition est adoptée, étant admis que cette somme sera sujette à révision, par l'Assemblée générale, chaque année ;

b) Chaque année, un acompte des cotisations sera payé avant le 1er mars et le reliquat avant le 1er juillet. Toute cotisation non payée à cette dernière date sera majorée de 3 % par mois. (*Adopté.*)

c) La proposition de modifications de l'art. 30 des statuts, faite par le Conseil de l'**Union** en sa séance du 11 octobre 1925, est acceptée par l'Assemblée.

En conséquence, l'article 30 sera dorénavant rédigé comme suit :

« Le Conseil proposera, chaque année, à l'Assemblée générale, le pourcentage de l'excédent des recettes sur les dépenses afférentes à l'exercice précédent, à verser à un fonds de réserve.

« Ce versement ne sera effectué que l'année suivante et suivant les possibilités de la Trésorerie.

« Sur le fonds de réserve ainsi constitué, aucune somme ne pourra être prélevée sans un vote spécial de l'Assemblée générale ou sans une autorisation du Conseil qui sera soumise à l'Assemblée générale suivante . (*Adopté.*)

d) La proposition du Conseil (séance du 11 octobre 1925) portant création d'une Commission des finances de l'**Union** est acceptée par l'Assemblée.

e) La moyenne du nombre de pages des numéros ordinaires du *Médecin Syndicaliste* pour 1925-26 devant être de 48 pages, pour assurer la parution régulière de ces numéros, la fonction de Secrétaire de la Rédaction du *Bulletin* sera rétablie. (*Adopté.*)

Le Président met ensuite aux voix une motion du Dr **Bouvat**, demandant que, pour rendre pratique le vote par Délégation, on fasse passer une urne dans la salle, où chaque délégué pourra mettre un bulletin soit bleu, soit blanc, qui portera sa signature et le nombre de voix du ou des Syndicats dont il est mandataire.

Les résultats devront être publiés et affichés immédiatement. (*Adopté à l'unanimité.*)

Le Dr **Vanverts** dépose un vœu tendant à ce que le *Médecin Syndicaliste* :

1° Renferme une tribune libre ;

2° Contienne tous les vœux des Syndicats ;

3° Pour ce faire, diminue la longueur des rapports officiels.

Sur la proposition du Secrétaire général et avec l'assentiment du Dr **Vanverts**, la discussion de ce vœu sera adjointe à la discussion de l'organisation syndicale, dont elle ne forme qu'une partie.

Rapport du secrétaire général

Celui-ci doit être discuté « en tranches » avec les différentes questions. Il suffit donc, pour le Secrétaire général, qu'il soit discuté sur la première phrase des conclusions du rapport et que l'Assemblée générale donne son approbation ou sa désapprobation à la gestion du Conseil et du Secrétaire général en 1924-25.

Il est bien entendu que la séance de l'après-midi du jeudi, au cours de laquelle la question des Assuran-

ces sociales sera effleurée, sera consacrée au passé et à l'exercice 1924-25.

La discussion sur les Assurances sociales, au point de vue de leur avenir, sera réservée entièrement pour le vendredi.

Le Dr **Cruchet** reproche au Conseil et surtout au Secrétaire général d'avoir créé un malaise et de manquer de méthode.

Le Dr **Bouvat** :

1° Demande la discussion de la question de confiance ;

2° Affirme qu'à la faveur de l'ordre du jour « bouillabaisse » de 1924, on a pêché en eau trouble.

La délégation officielle du Sénat a ainsi pu trahir le mandat de l'Assemblée générale et demander le contrat collectif et le tiers payant, mettant ainsi sous le boisseau l'opinion de 10.000 syndiqués.

Le Dr **Bonvallet** fait siennes les déclarations précédentes.

Le Dr **Lafontaine** constate qu'une fois de plus, on essaye d'opposer la province à Paris et cela avec des violences de langage et d'attitude.

Il refait un historique du syndicalisme, né des lois et nécessités sociales. Il essaye de montrer qu'au syndicalisme, qui veut prévoir et organiser la profession, qui, depuis la guerre ne fait qu'affirmer, en Assemblée générale, la nécessité du contrat collectif, s'oppose depuis 1922, avec le Syndicat de l'Ain, une tendance opposée qu'il appelle celle du « laisser faire. »

On a parlé de « néosyndicalisme », mais que renferme ce terme ?

Le Dr **Duby** veut répondre au Secrétaire général et au Dr **Lafontaine**.

Pour lui, l'affaire est simple, le Secrétaire général a essayé de rendre équivoque la dénomination d'entente directe que tous comprenaient.

La Délégation au Sénat, qui comprenait un membre n'appartenant pas au Conseil a trahi la volonté du Corps médical exprimée par l'Assemblée générale de 1924.

Le Dr **Lenglet** peut-il expliquer, outre cela, sa proposition de fonctionnarisation du Corps médical hospitalier faite en janvier 1925 ?

Il revient sur sa conception de la médecine de confiance basée sur la liberté qui est supérieure à celle du Syndicat adjudicataire de soins.

Il estime, en conclusion, qu'il faut rejeter toute stipulation du Contrat collectif dans la loi.

Le Dr **Crouzet** croit que la confusion sur les termes « entente directe » était plus facile à faire que ne le veut croire le Dr **Duby**.

L'expérience lui a montré que, contrairement à l'affirmation de ce dernier, l'absence de contrat collectif entraîne fatalement les médecins marrons.

Le Dr **Michon** veut simplement rectifier le rôle de la délégation lyonnaise du Sénat, qui ne s'est pas posée en délégation officielle et a simplement donné des renseignements au rapporteur.

Le Dr **Layral** confirme ce qu'ont dit les docteurs **Bouvat, Bonvallet, Duby, Michon.**

Le Dr **Batier** a suffisamment polémiqué sur la question pour ne pas y revenir.

Il a rencontré un des rédacteurs de la loi d'assurances sociales, qui lui a dit :

« Le Corps médical craint la loi, se dispute sur « ses termes. On renvoie les deux parties dos à dos « et on fera la loi sans les médecins. »

Le Dr **Humbel** a vu la confusion naître, de ce fait, que les parties ont discuté sur leur préférence. Il fallait discuter sur le minimum pour lequel chaque partie était prête à se battre.

Le Secrétaire général fait remarquer que, dans l'année, il n'a jamais répondu même aux critiques les plus acerbes...

Il rappelle qu'en matière de délégations, le Secrétaire prévenu au dernier moment fait ce qu'il peut, ce qui vaut mieux que l'abstention.

Il refait, textes en mains, les définitions d'après les décisions des Assemblées générales précédentes des conditions prévues de la participation du Corps médical à l'organisation de la loi d'assurances sociales.

Il démontre que ces conditions peuvent être synthétisées dans les termes :

Contrat collectif ;
Contrôle.

et pour les modalités générales :

Le libre choix ;
Tarif à la visite ;
Secret professionnel ;
Entente directe.

Il fait remarquer que le secret professionnel est légal (art. 378, C. P.) et n'a besoin d'être demandé par personne, qu'une stipulation spéciale devrait être inscrite dans la loi d'assurances sociales pour permettre, en ce cas particulier, la dérogation à l'article 378 du Code pénal, lequel, sauf stipulations particulières, reste en vigueur dans toutes les circonstances de l'exercice médical et dans les loi sociales.

Quant à l'entente directe du médecin et du malade, le Secrétaire général s'y étend et lit un article préparé sur ce sujet pour le *Médecin Syndicaliste*, article qui n'a pu paraître, faute de temps.

Il précise les conditions dans lesquelles doit s'établir l'entente directe dans la loi d'assurances, le contrat collectif entre Syndicat et Caisses demeurant, malgré tout, nécessaire à la base de cette entente.

Il insiste sur les conditions très difficiles et très délicates dans lesquelles le Conseil et le Secrétariat de l'**Union** sont amenés à intervenir près des Pouvoirs publics ou près des législateurs et il affirme que la direction du Syndicalisme par le Conseil en 1925 a continué à suivre les votes indiqués par les Assemblées générales.

Il est discuté sur l'Ordre du jour.

Les docteurs **Le Fur** et **Cibrie** déposent des ordres du jour de conciliation, tendant à « jeter un voile »

sur les deux actes opposés de la délégation officielle et de la délégation lyonnaise.

Le Secrétaire général proteste contre l'Ordre du jour du Dr **Le Fur**, mais, par esprit de conciliation et de sacrifice, il ne s'opposera pas au vote.

Il considère au-dessus des personnes de l'**Union**, les intérêts qui les dépassent de beaucoup et c'est pour la satisfaction de ces intérêts qu'il accomplit ce sacrifice.

Le Dr **Legras** s'associe au Secrétaire général, auquel il rend hommage.

Le Dr **Lecat** veut s'opposer au vote de l'ordre du jour **Le Fur** et demande le vote net de l'approbation au Conseil.

Le Dr **Bouvat** dit que l'ordre du jour **Le Fur** ne le satisfait pas et qu'il demande le vote d'un ordre du jour pur et simple n'impliquant pas la confiance au Conseil.

Dans ces conditions, le Président propose de voter sur les conclusions du Secrétaire général, ce que l'Assemblée accepte :

« L'Assemblée générale de 1925, après avoir pris connaissance de la gestion du Conseil, tant dans ses rapports avec les Pouvoirs publics qu'avec les Syndicats, lui donne son entière approbation. »

Le vote par délégation est demandé par un grand nombre des dégués.

RÉSULTATS.

Nombre de votants	12.444 voix
représentant 194 Syndicats.	
Pour la confiance	8.835 voix.
contre	3.698 —

(A suivre).

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat de la Charente-Inférieure.

Dans sa séance du 8 novembre 1925, le Comité Directeur du Syndicat médical de la Charente-Inférieure a voté l'ordre du jour suivant, au sujet de la suppression de la conférence des secrétaires de commission de contrôle des mutilés.

Considérant que la conférence des secrétaires et le rapport du secrétaire général sont choses absolument distinctes et que l'une des deux ne peut pas être considérée comme pouvant faire double emploi avec l'autre ;

Que si le rapport du secrétaire général, travail d'ensemble sur le fonctionnement du service, doit être maintenu, la conférence doit l'être également car elle est une réunion essentiellement pratique à laquelle chaque secrétaire peut venir exposer les difficultés d'application qu'il a rencontrées dans le décret du 25 octobre 22 et proposer les modifications qu'il y croit nécessaire, propositions qui, après discussion, sont ou non retenues par la conférence ;

Qu'en particulier, en 1924, elle a émis des vœux au sujet des articles 2 à 8, 14, 15, 16, 65 et demandé la modification des art. 17, 18, 19, 20, 22, 56, 24*bis*, 39, 41, 56, 57, 58 ;

Que ces modifications ont été votées et devaient faire l'objet d'un décret rectificatif dans un très bref délai, alors que la décision date déjà d'une année et est restée jusqu'ici lettre morte ;

Que, dans ces conditions, il paraît vraiment prématuré de dire avec le secrétaire général de l'Union que la réunion des secrétaires n'aura pas lieu parce que « l'organisation du contrôle des soins aux mutilés a atteint un point de précision qu'il est, en « l'état actuel, difficile de dépasser. » (*Méd. Syndicaliste*, n° 17*bis*, p. 620, oct. 25.) ;

Qu'au contraire la conférence de 1925 aurait été une occasion de rappeler les décisions prises en 1924 et non encore exécutées, en même temps qu'elle aurait pu étudier les nouvelles modifications qui, sans doute, lui auraient été soumises ;

Qu'il convenait d'autant plus de maintenir la conférence pour perfectionner encore ce contrôle que dans la pensée des partisans des assurances scoiales avec contrat collectif il est appelé à y jouer un rôle de premier plan.

Regrette que le Conseil d'administration de l'Union dans sa séance du 25 juin 1925 ait décidé la suppression de la conférence sans enquête préalable auprès des présidents de syndicats et des secrétaires de commission de contrôle et

Décide de communiquer le présent ordre du jour au Président de l'Union des Syndicats Médicaux de France et au secrétaire général de la Commission tripartite supérieure.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les prix de l'Académie de médecine, en 1925.** — Sur la liste des lauréats des prix de l'Académie de médecine en 1925, nous avons eu le très grand plaisir de relever les noms de plusieurs de nos collaborateurs :

M. le Dr Camille LIAN, professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris, reçoit avec M. le Dr André FINOT le *prix Pierre Guzman* pour leurs remarquables travaux sur *L'hypertension artérielle*, travaux que tous nos lecteurs connaissent bien, puisqu'ils ont eu souvent leur écho dans nos colonnes.

M. le Dr Paul HAUDUROY, préparateur à la Faculté de médecine de Paris, reçoit le *prix Pannetier* pour ses belles *Recherches sur le bactériophage de d'Hérelle*, dont quelques notes originales ont paru dans le *Concours*.

Le *Prix Perron* (partagé) est décerné au Dr Georges ROSENTHAL, de Paris, en récompense de ses *Etudes sur la transfusion sanguine*. Une mention du *prix Alvarenga de Piauhy* est accordée à M. le Dr H. BÉNON, médecin-chef des hospices civils de Nantes en couronnement d'un travail intitulé : *Guerre et pathologie mentale*.

Le *Concours médical* est heureux d'exprimer à M. le professeur agrégé Camille Lian, à MM. André Finot, Paul Hauduroy, G. Rosenthal et H. Bénon, ses plus vives félicitations.

— **Agenda P. L. M. 1926.** — Comme les années précédentes, l'Agenda P. L. M. pour 1926 a obtenu le plus grand succès et le tirage s'épuise rapidement. Aussi l'on ne saurait trop engager les personnes désireuses de l'acquérir à se hâter de se le procurer.

Cet ouvrage renferme, sous une reliure bleue, noire et or, des chroniques rétrospectives et d'actualité, des contes, nouvelles, etc., 16 illustrations hors texte en couleurs, 500 illustrations dans le texte. En vente, avec une pochette de 12 cartes postales héliogravées, au prix de 7 francs l'exemplaire, à l'Agence de renseignements P. L. M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P. L. M., dans les Agences de voyages et grands magasins de Paris, dans les principales librairies, etc. Envoi recommandé à domicile contre mandat-poste (9 francs pour la France et 12 francs pour l'Etranger) adressé au Service de la Publicité de la Compagnie P. L. M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

— **Journées médicales tunisiennes** (*Pâques* 1926). — Ce Congrès durera 4 jours, à Tunis (2-5 avril). Les séances auront lieu au Pavillon Municipal du Belvédère, où sera organisée une Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, la chirurgie et la pharmacie. Les questions médico-chirurgicales mises à l'ordre du jour sont : chirurgie gastro-duodénale ; fièvre méditerranéenne ; prophylaxie et traitement de la rougeole ; le trachome.

Programme. — Vendredi 2, matin, arrivée des congressistes. (Réception, logement) ; 14 h. 30, ouverture du Congrès et de l'Exposition, sous la présidence du Ministre Résident Général ; 16 h., 1re séance du Congrès; 21 h., fête arabe (chez Son Excellence SIDI DINGUIZLI et son frère le Dr DINGUIZLI) après visite des Souks, illuminés. — Samedi 3, matin, visites : hôpitaux, Instituts, abattoirs, etc. ; après-midi, 2e séance du Congrès ; 21 h. 45, réception des congressistes à la Résidence générale. — Dimanche 4, Pâques, 1° excursion (offerte aux congressistes) à Carthage ; 2° excursion libre : ruines de Dougga, de Thuburbo-Majus ; Korbous ; tour du golfe de Tunis en mer ; 20 h., représentation au théâtre municipal. — Lundi 5, matin, après-midi, 3e et 4e séances du Congrès ; 20 h., banquet de clôture offert par le Comité aux congressistes.

Tourisme. — Excursions libres à partir du mardi 6 avril : *A*) Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, excursion de 4 jours : Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunis ; samedi 10, visite de Tunis et départ le soir à 17 heures pour la France. — *B*) Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, dimanche 11, excursions de 6 jours : Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gafsa, Tozeur, Nefta, Sbeïtla, Kairouan, Tunis ; lundi 12, visite de Tunis ; Mardi 13, départ pour la France par Bizerte à 8 heures du matin. Les congressistes auront en outre la faculté de visiter Tunis, Le Bardo, Sidi-bou-Saïd, La Marsa, Carthage, le dimanche de Pâques s'ils ne participent pas à d'autres excursions ; le lundi (en dehors des séances du Congrès) le samedi et le lundi suivants. (Des tarifs très sensiblement réduits seront obtenus pour les circuits touristiques et dans chaque ville des Comités locaux seront organisés pour faciliter les excursions aux congressistes).

Durée de l'absence : calculée au départ de Paris, l'absence des congressistes aura une durée de seize jours avec le grand circuit touristique (6 jours B) et de douze jours avec le petit circuit touristique (4 jours A).

Adhésions au Congrès. — Les médecins, pharmaciens, chirurgien-dentistes et vétérinaires, internes et externes des hôpitaux, étudiants et exposants peuvent adhérer, dès maintenant, comme membres participants aux *Journées médicales*. La cotisation individuelle est fixée à 100 francs pour les adhérents de Tunisie. Les membres de leur famille (femmes et parents ou enfants) seront admis au tarif réduit de 50 francs par tête. Les médecins de la guerre et de la marine, les vétérinaires militaires et leurs familles n'auront à acquitter que 50 francs de cotisation individuelle. Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine bénéficieront d'une cotisation exceptionnellement réduite à 40 francs. Les congressistes *étrangers à la Tunisie* auront à acquitter une cotisation fixée uniformément pour eux et leurs familles à 40 francs par personne. Une carte personnelle donnant droit aux fêtes, excursions, représentation théâtrale, banquet, etc., sera délivrée à chaque congressiste. Elle permettra également aux congressistes étrangers de bénéficier des réductions sur les chemins de fer et bâteau.

— **Nécrologie.** — M. le Dr Jules MAGNIN, de Paris. — M. le Dr Marcel BILHAUT, de Paris. — M. le Dr Marcel SEUVRE, de Paris. — M. le Dr Justinien PIERRE, de Billancourt. — M. le Dr Jean CHATEL, d'Ercé-en-Lamée (Ille-et-Vilaine). — M. le Dr PIN, d'Alais (Gard). — M. le Dr BAGNERIS, de Reims.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

CORRESPONDANCE

2724. — Pour la transformation du service médical des chemins de fer.

Veuillez conseiller les médecins de P., qui vont être sollicités de remplir les fonctions de médecins de la Cie de ch. de fer, à la suite de la démission du médecin actuel, en exercice depuis plus de 25 ans, mais que son état de santé empêche de continuer. Nous nous proposons de refuser. Il y a des précédents : et je me souviens avoir lu dans le *Concours* des luttes entre médecins d'une localité et l'administration des ch. de fer de l'Etat. Quelles sont ces localités et comment le conflit a-t-il pris fin ?

Veuillez nous documenter et nous aider de vos conseils, pour que nous établissions le libre choix pour les employés de ch. de fer, qui, avec les prisonniers sont les seuls à ne pas en bénéficier.

Dr B.

Réponse.

En 1912, le *Concours médical* et le *Bulletin* de l'Union des Syndicats médicaux ont signalé l'action du Syndicat médical d'Avranches.

Le titulaire du poste de médecin de l'Ouest-Etat, pour la gare d'Avranches, avait donné sa démission, e n 1911 et aucun médecin de la ville n'avait accepté de lui succéder.

La Compagnie, par représailles, essaya de supprimer cette circonscription et de la partager entre les deux médecins, titulaires des circonscriptions voisines.

Ceux-ci se récusèrent et refusèrent ce cadeau antidéontologique.

Les médecins d'Avranches proposaient de laisser le malade libre du choix de son médecin, lequel serait payé à la visite ; mais les docteurs reconnaissaient, à la Compagnie, le droit absolu du contrôle exécuté par le confrère désigné par elle.

Le Syndicat médical de Sens, d'abord, puis celui de la Loire-Inférieure, établirent nettement la distinction entre les fonctions de médecins traitant et de médecin de contrôle. Ils émirent, en conséquence, des vœux, pour que désormais fussent abolies les situations fixes, en ce qui concerne les soins à donner aux employés des grandes administrations (1912).

Désireux de se documenter sur la question, au cours de cette même année 1912, le Syndicat des médecins de la Seine ouvrit un referendum parmi ses membres, qui fut reproduit dans le *Concours médical* (1912, p. 849).

Ce referendum visait le problème du respect du secret professionnel par le médecin, qui cumule à la fois les fonctions — pourtant incompatibles — de médecin traitant et de médecin contrôleur.

De plus, additionnant tous les avantages, soit

en argent, soit en nature, il convenait d'en déduire, par rapport au travail professionnel exigé en échange, quel pouvait être l'honoraire pour chaque acte médical.

Inutile de dire que les réponses furent extrêmement rares, de la part des intéressés, soit qu'ils n'eussent osé montrer leur erreur, en acceptant des marchés de dupe, soit qu'au contraire, ils entendaient garder pour eux seuls le service d'une médecine qu'ils monopolisaient.

En ce qui concerne les accidents du travail, il a toujours été jugé que les employés de chemin de fer tenaient de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, le droit absolu de choisir leur médecin.

Mais, en pratique, les compagnies accordent le salaire plein à ceux de leurs employés, qui, en cas d'accidents du travail, se font soigner par le médecin de la compagnie, tandis que les fortes têtes, qui se confient au médecin de leur choix, ne touchent que ce à quoi ils ont droit légalement, c'est-à-dire le demi-salaire.

Par ce moyen détourné, la loi est violée.

Quant aux maladies ordinaires, le client préfère avoir affaire au médecin de la compagnie, qui, tout en lui donnant des soins, lui accordera gratuitement des médicaments et lui octroiera un congé, plutôt que de se rendre chez un praticien.

En effet, ce dernier n'a pas qualité pour signer un congé : le ferait-il que ce congé doit être contresigné par le médecin de la compagnie. De sorte que le malade peut craindre que ce dernier docteur ne lui demande pourquoi il s'est adressé ailleurs, pour recevoir des soins.

Il en résulte qu'aucune loi n'impose aux docteurs d'accepter les conditions de louage de services médicaux, imposées par les compagnies de chemins de fer.

Si un syndicat médical, parlant au nom de la collectivité professionnelle locale, propose un contrat collectif de travail à une compagnie de chemins de fer, il sera bien spécifié qu'en aucun cas le médecin contrôleur ne pourra donner des soins aux employés malades, lorsque ce contrôleur sera désigné par la compagnie.

Cette division des fonctions est indispensable pour que le malade ou blessé puisse librement choisir le praticien en lequel il a confiance, sans craintes de représailles, soit de la part de la Compagnie, soit de la part du médecin contrôleur.

Dr Paul Boudin.

2986. — Honoraires. Responsabilité d'une tierce personne.

Une de mes malades atteinte de cancer de l'utérus, traité par le radium, est décédée sans me payer.

Puis-je demander le règlement de compte à sa

sœur qui l'avait accompagnée chez moi et qui lui a donné des soins pendant les sept derniers mois de sa maladie ?

Dr R.

Réponse.

Vos honoraires sont à la charge de la succession de votre malade décédée. Par conséquent, c'est aux héritiers ou aux légataires universels que vous devez présenter votre note. Et vous pouvez exercer sur les biens dépendant de la succession le privilège reconnu par la loi aux médecins pour « frais de dernière maladie. »

En principe, la sœur de votre cliente ne saurait être tenue du paiement de vos honoraires en son nom personnel, mais elle peut l'être en qualité d'héritière ou de légataire de sa sœur, si elle possède l'une ou l'autre de ces qualités.

Si la sœur de votre cliente n'est ni héritière, ni légataire, vous n'avez d'action contre elle que si vous êtes en état de faire la preuv e qu'elle a pris envers vous l'engagement de payer vos honoraires. Cet engagement peut être formel et précis, comme il peut s'induire aussi de circonstances de fait, mais, en toute hypothèse, c'est à vous qu'il appartient de faire la preuve de cet engagement.

3020. — Allocations supplémentaires à certains accidentes du travail.

Un ouvrier blessé de 1913, ayant subi l'amputation du pouce droit et présentant une section de l'extenseur de l'index droit, dont la pension a été fixée à 266 fr. 50 en 1914, peut-il, se basant sur de nouveaux décrets ou de nouvelles lois qu'il ignore et que j'ignore, réclamer, par suite de la dépréciation du franc, une révision de sa pension ? Pour la positive, quelle serait la marche à suivre ?

Dr B.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922, modifiée et complétée par une loi du 30 juin 1924, accorde des allocations supplémentaires aux victimes d'accidents du travail survenus avant le 5 août 1920. Pour avoir droit à ces allocations, il faut être atteint d'une incapacité d'au moins 30 % (loi du 30 juin 1924). Ces allocations s'élèvent à 20 francs par mois pour une invalidité de 30 à 49 %, à 30 francs pour 50 à 59 %, à 40 francs pour 60 à 69 %, à 50 francs pour 70 à 79 %, à 60 francs pour 80 % et plus. Toutefois, aux termes du paragraphe 2 de l'article 2 de la loi de 1922, lorsque, pour la fixation de la rente, il a été fait application de l'article 2, paragraphe 2 de la loi du 9 avril 1898, le montant de la rente se rapportant à la partie du salaire dépassant 2.400 francs

doit être déduit de l'allocation. Cela veut dire que, lorsque le salaire de base est supérieur à 2.400 francs, l'allocation se compense à due concurrence avec la rente allouée pour la partie du salaire supérieure à 2.400 francs.

Les démarches à faire pour l'obtention de ces allocations sont énumérées à l'article 1er du décret du 20 juillet 1922. La demande doit être adressée au Ministère du Travail (contrôle des assurances) sur papier libre et porter les indications suivantes :

Nom, prénoms, adresse,
Nationalité,
Date de l'accident,
Date de la dernière décision attributive de rente, ainsi que le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie.

Indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, les nom et adresse de ce dernier.

3257. — Formalités pour la contre-visite d'un accidenté du travail.

Je vous serais obligé de me dire par la voie du journal, car cela peut intéresser d'autres confrères : Art. 4, loi du 31 mars 1905 : « Au cours du traitement etc... »

1° Le médecin contre-visiteur doit-il faire connaître, au médecin traitant, l'ordonnance du juge de paix qui l'autorise à visiter le blessé ?

2° Le médecin contre-visiteur doit-il aviser le blessé qu'il ira le visiter tel jour à telle heure, par lettre recommandée, comme il le fait pour le médecin traitant ?

3° Le blessé est-il en droit de demander au médecin contre-visiteur, communication de l'ordonnance du juge de paix ?

Dr M.

Réponse.

1° Le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail impose seulement au médecin contre-visiteur l'obligation de prévenir le médecin traitant, deux jours à l'avance et par lettre recommandée, de la date et de l'heure de la contre-visite ; il n'a pas besoin de faire connaître au médecin traitant l'ordonnance du juge de paix visant sa désignation ;

2° La loi ne prévoit pas que le médecin contre-visiteur doive prévenir également le blessé de sa contre-visite. Dans l'esprit des rédacteurs de la loi, on a certainement estimé que le blessé devait rester à son domicile pour se soigner et que, par conséquent, le médecin contre-visiteur pourrait le trouver chez lui à toute heure de la journée.

3° Puisque la loi a fait précéder la contre-visite de certaines formalités, il est évident que la contre-visite ne peut être effectuée que si ces for-

malités ont été remplies. Par conséquent, le blessé a le droit, avant de se prêter à la contre-visite, d'exiger que le médecin contrôleur lui représente sa désignation visée par le juge de paix et le récépissé de la lettre recommandée justifiant que le médecin traitant a été prévenu de la date et de l'heure de la contre-visite dans les délais légaux.

2797. — Aggravation de l'état d'un mutilé de guerre. Revision de la pension.

Je serai reconnaissant au *Concours médical* de me donner son avis sur le cas d'un de mes clients, mutilé de guerre dont voici l'histoire.

Ce brave homme touchait une pension de 15 %, allouée pour gêne de la mastication et cicatrice faciale causées par une *fracture complexe des maxillaires supérieur et inférieur gauche* par balle (les mots soulignés sont la copie des indications portées sur le livret de ce brave homme).

Or depuis 2 ans environ, ce blessé prend des crises d'épilepsie fréquentes à tous propos et qui se sont accompagnées assez souvent de lésions graves de la face.

Sur mes conseils, considérant que ces crises pouvaient être en rapport avec une lésion cranienne ou cérébrale contemporaine des fractures du maxillaire et demeurée latente jusqu'ici, le blessé demande la révision du taux de son invalidité et fait valoir le péril créé par son état cérébral.

Il se présente donc en février 1925 devant la commission de réforme et il lui fut accordé 55 % de pension d'invalidité justifiée, dit le protocole, en date du 2 mars 1925, par les infirmités suivantes :

1° Crises comitiales tous les mois environ ; a présenté des secousses dans la tête et les membres un an après sa blessure, sans perte de connaissance. Actuellement, persistance de ces secousses et crises épileptoïdes. L'examen neurologique négatif au point de vue moteur, sensitif et réflexe 40 %.

2° Gêne de la mastication après consolidation d'une fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. Engrènement défectueux. Perte de 11 dents. Cicatrice étoilée à la joue partiellement adhérente. Ecartement de 3 centimètres 1m/2 des arcades 15 % + 5 %.

A noter que la commission de réforme *admet l'imputabilité au service.*

Or, il y a quelques jours, mon blessé reçut du ministère des pensions une notification indiquant le rejet de sa demande d'augmentation de pension et déclarant au nommé X, « déjà titulaire d'une pension de 360 francs concédée par arrêté du 25 février 1921 pour l'infirmité suivante : *cicatrice de la joue*, (Il n'est plus tenu compte des fractures des maxillaires portées sur le livret du mutilé) que l'affection ci-dessus décrite : *crises comitiales*, constatées le 27 septembre 1923 et le 23 février 1925 n'est pas suscep-

tible de modifier le taux de la pension susvisée. En effet cette infirmité n'est pas imputable au service, n'ayant pas été constatée dans les délais légaux, d'autre part aucune pièce d'origine n'existe au dossier. »

1° Ce qu'il faut entendre par *délais légaux* ?

2° Est-il nécessaire d'avoir une pièce d'origine dans pareille affaire, les crises comitiales n'étant très probablement que la complication ou plutôt la séquelle un peu lointaine d'un grave traumatisme facial, comme l'admet certainement la commission de réforme de L ?

1° Comment ce malheureux, père de 3 enfants, menant une existence misérable et toujours menacé d'une chute grave, peut-il se faire rendre justice ?

Dr G.

Réponse.

1° D'après l'article 5 de la loi du 31 mars 1919, toutes les maladies constatées chez un militaire, pendant la période où il a été incorporé ou *pendant les six mois* qui suivent son renvoi dans ses foyers, sont *présumées*, sauf preuve contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées au cours du service.

Telle est la présomption légale, et ce délai de six mois constitue ce qu'on appelle « les délais légaux ». Ces délais n'ont toutefois commencé à courir qu'à partir de la promulgation de la loi et il a été arrêté qu'ils prenaient fin le 4 mars 1920, pour les cas antérieurs à cette promulgation.

Ceci doit être le cas de votre mutilé. Les délais légaux sont donc expirés pour lui le 4 mars 1920. Passé cette époque, il ne bénéficie plus de la présomption légale, et, pour toute maladie constatée ultérieurement, *il doit faire la preuve lui-même de l'imputabilité au service*, par toutes pièces valables.

2° Or, si le ministre a refusé l'imputabilité des crises nerveuses, contrairement à la commission de réforme, c'est que l'examen du dossier ne lui a pas permis d'y trouver une preuve valable de leur origine, la preuve, en d'autres termes, que le blessé avait bien « présenté des secousses dans la tête et les membres un an après sa blessure » ; *la pièce d'origine manque.*

3° L'intéressé peut, dans un délai de six mois à partir de la notification de son rejet de pension, se pourvoir devant le Tribunal des Pensions, par lettre recommandée adressée au greffe du Tribunal civil dont il dépend.

2754. — Réforme pour maladie contractée au service militaire.

Evacué du front pour hémoptysie, réformé n° 2 en mai 1925 pour bacillose pulmonaire, je n'ai rien demandé jusqu'à ce jour. Guéri, d'après l'avis de plusieurs professeurs de Faculté, et autorisé à me marier, je tiendrais maintenant à faire réserver mes droits dans le cas de rechute ou réouverture des foyers. Quelles démarches dois-je faire ? Quelles formalités dois-je accomplir ? Dr P.

Réponse.

Il vous faut, par une lettre recommandée, faire parvenir au Directeur du Service de Santé de votre région une demande pour passer devant une Commission de réforme, qui sera appelée à reconnaître l'origine en service de votre maladie.

2852. — Application de la loi sur les pensions militaires aux ouvriers en sursis.

J'ai un client phtisique pulmonaire.

Il a été mobilisé dans l'infanterie, jusqu'au printemps 1917.

A cette époque — il a été renvoyé du front comme mineur — aux houillères de X...

Il y travaillait « en sursis », sa femme pendant qu'il était en sursis a touché l'allocation durant la période où il a été malade.

Il avait demandé *avant* septembre 1924, — à bénéficier de la loi de mars 1919 — sa demande a été refusée, faute de certificats.

Actuellement, il peut prouver par des certificats médicaux que le début de son affection actuelle remonte à la période où il était en sursis comme mineur.

A-t-il droit, étant alors en sursis, à être réformé de guerre et pensionné ?

Dr P.

Réponse.

Ne bénéficient pas de la loi du 31 mars 1919 les ouvriers travaillant en usine dans les conditions autres que celles prévues par l'article 6 de la loi Dalbiez (militaires *détachés*), c'est-à-dire :

Les ouvriers non affectés ;

Les ouvriers maintenus en sursis par application de l'article 1er de la loi Dalbiez ;

Les ouvriers en sursis.

L'article 12, troisième alinéa, de la loi du 21 mars 1905 permet, en effet, indépendamment des fonctionnaires et agents en sursis d'appel (tableau A), de placer en sursis d'appel, à titre exceptionnel, les hommes des différentes catégories de réserves employés en temps de paix à certains services ou dans des établissements, usines, exploitations, houillères, fabriques, etc..., dont le bon fonctionnement est indispensable au besoin de l'armée.

2889. — Déduction des frais de téléphone du revenu professionnel.

J'ai l'intention de faire installer chez moi le téléphone, mais celui-ci ne me servira pour ainsi dire jamais en dehors des besoins professionnels ?

Comment puis-je obtenir une déduction :

1° Au point de vue amortissement de l'installation ;

2° Au point de vue des frais annuels d'abonnement ?

Dr C.

Réponse.

Toutes les dépenses occasionnées par le téléphone constituent des frais professionnels à déduire du montant brut de vos honoraires comme tous les autres frais de cette nature.

Les dépenses d'installation doivent être amorties dans une durée de 20 ans, soit à raison de 5 % par an, à moins qu'occupant une maison à titre de locataire, la durée de votre bail soit inférieur à 20 ans, auquel cas l'amortissement des frais d'installation pourrait être fait sur la durée de ce bail.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2601. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Déductions diverses.

1° J'ai deux autos. Puis-je déduire leur amortissement au 1/5 pour les deux, de mes bénéfices ?

2° J'ai une bonne que je paye 150 fr. par mois, nourrie. A combien dois-je estimer sa « part », dans mes frais médicaux à déduire comme ci-dessus ?

3° Les assurances responsabilité professionnelle (assurance incendie des autos, accidents personnels ou aux tiers) sont-elles à déduire ; sinon toutes, lesquelles ? assurance-incendie du mobilier professionnel ?

Dr C.

Réponse.

1° Oui à condition que les deux voitures servent à l'exercice de votre profession ;

2° 1/3 environ du salaire, des frais de nourriture soit 150 fr. par mois ;

3° Les assurances citées constituent des frais professionnels à déduire des recettes brutes, sauf votre assurance *personnelle* contre les accidents.

A. M.

2871. — Patente en cas de changement de domicile.

Ayant cédé mon cabinet médical de B. (que j'ai quitté le 1er octobre), à un jeune confrère, je me suis installé, ici, dans une propriété de famille. Or, avant de quitter mon ancien poste, j'ai acquitté le montant de ma patente pour l'année entière. Il est probable que mon successeur sera imposé à dater de son installation ; suis-je imposable, moi-même, ici, pour les trois derniers mois de l'année ? et au cas où je le serais, n'ai-je rien à réclamer ? Si oui, sous quelle forme devrai-je la faire ?

Dr X.

Réponse.

Vous êtes imposable dans votre nouvelle résidence pour les trois derniers mois de l'année, mais si votre successeur est imposé à B., vous aurez droit de demander que votre patente de L. soit diminuée des 3/12e de celle de B.

Pour la forme de la réclamation, *consulter les* renseignements donnés au verso des avertissements.

A. M.

Application du Tarif Breton.

I

2921. — 1° Blessures multiples ; 2° Greffes épidermiques.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire :

1° Combien je dois demander par consultation-pansement de ce membre supérieur blessé. Il s'agit d'un bras et d'un avant-bras dont la peau a été (par trois places) totalement enlevée par une peigneuse mécanique ?

2° Quels sont les honoraires que peut demander le chirurgien pour les trois greffes épidermiques qui vont être pratiquées ?

Dr G.

Réponse.

1° Il n'y a pas là « pansements multiples *sur un même segment* de membre : 11 fr. 25 », en seconde catégorie (rticle 17), puisque le bras et l'avant-bras sont pris et sur la plus grande partie de l'étendue de chacun de ces *deux segments* du membre supérieur, d'après votre dessin. Je compterais donc ici « deux pansements simples », qui, faits en consultation, font deux fois 7 francs, soit 14 francs (article 14 sur les blessures multiples).

2° Les honoraires pour le chirurgien pour les greffes épidermiques dépendent du *mode* de greffes effectuées, Reverdin ou Thiersch, ainsi qu'il est dit article 17, *in fine*. F. D.

II

2923. — Gastrotomie.

A quelle intervention dois-je assimiler, d'après la nomenclature du tarif Breton, une gastrotomie ?

Dr D.

Réponse.

Une gastrotomie me paraît rentrer dans la catégorie d'interventions indiquées article 21, sous la rubrique : « Laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux : 600 francs. »

F. D.

III

2916. — La visite « de contrôle ».

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », j'ai recours à votre aimable autorité pour trancher quelques différents avec une Cie, qui use largement de la contre-visite. Et c'est de cela qu'il s'agit.

Que dois-je compter pour une contre-visite :

1° A mon cabinet ;

2° Au domicile du blessé ;

3° Au cabinet du contre-visiteur, en ma présence.

4° Au cabinet du contre-visiteur ou du domicile du blessé *en mon absence.*

Dans ce cas, d'accord avec le contrôleur, j'ai écrit à ce dernier lui donnant mon avis. Mon confrère m'a répondu en me donnant sa manière de voir. La consultation a eu lieu en fait, mais par écrit.

Jusqu'à maintenant j'ai toujours compté 15 fr., quel que soit le mode employé, j'ai toujours été payé sans discussion. Et voilà que la Cie établit des distinguo et offre 8, 12 et 15 fr.

Si tel est votre avis, j'accepterai purement et simplement ; sinon je maintiendrai l'ancien prix unique de 15 francs.

Dr D.

Réponse.

1° Quel que soit le lieu où fut effectuée la visite d'un blessé, de commun accord entre le médecin patronal (ou de l'assurance substituée) et le médecin traitant « dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article de la loi du 31 mars 1905, modifiant celle du 9 avril 1898 », — pour citer les termes mêmes de l'article 3 *a*) du tarif Breton, — *le prix en est toujours celui de la visite majoré de* 50 %. Ceci fut nettement convenu encore l'année dernière à la Commission du tarif Breton, mais toutefois avec cette *restriction* qui fut spécifiée dans l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924, à savoir : « Lorsque plusieurs des *visites* susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera majoré de 50 %, le prix des autres restant celui de la *consultation* sans majoration. »

2° Si « la contrevisite a lieu en votre absence, d'accord avec le contrôleur », d'après ce que vous m'écrivez, vous aurez beau avoir « donné votre avis par écrit », il n'y a pas eu de visite commune et je ne vois aucun texte dans le tarif vous permettant de réclamer quelque chose.

F. D.

IV

2878. — Visite ou consultation ?

Je viens de réduire une luxation du coude chez un de mes clients, accident du travail, qui habite à plus de 7 kilomètres de mon domicile. Or, il y a 10 jours, le blessé a eu des coliques hépatiques si violentes qu'elles ont nécessité une injection de morphine. Puis-je décemment demander à cet homme de faire 14 kilomètres à pied quand je jugerai à propos de le revoir, ce qui sera chaque jour, lorsque je commencerai les massages.

Si vous estimez comme moi que je doive le visiter à domicile, me conseillez-vous de prévenir l'assurance ou simplement de justifier mes déplacements sur ma note d'honoraires ?

Dr F.

Réponse.

Il doit y avoir « visite » lorsque le blessé « ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé » (première ligne de l'article 1er). Il peut donc se faire ici que tel soit le cas, si votre blessé n'était pas encore remis de ses coliques hépatiques, tout au moins durant les premiers jours de l'accident. Vous n'avez pas, ni légalement, ni d'après les décrets, à en prévenir l'assurance. Toutefois, pratiquement, il ne peut être mauvais de le faire, ne fût-ce que pour éviter de possibles récriminations dans la suite.

F. D.

Quarante-huitième année N° 2 10 Janvier 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 60-IV)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Nous informons nos lecteurs que notre édition 1926, malgré le tirage supplémentaire que nous avions fait imprimer, est complètement épuisée. Il nous sera donc impossible de répondre désormais aux demandes qui nous parviendront.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 10. — Dr 30 ans, marié, reprendr. bonne client., quart. populeux. Marchand, 16, rue Jacquemont, Paris.

N° 11. — Eure. Anc. client. intér. près Paris, facil. transm. susc. augm. à céder au 1er janv. 1926, Méd. génér., acc. trav. Pet. ville agréab., pays riche. Logem. assuré, villa av. jard., eau, gaz. électr. Prix à déb.

N° 12. — Midi. Poste de 45.000 touchés, à proxim. gde ville, contre indemn. Urgent.

N° 13. — Nord. Cab. méd. génér. près Valenciennes, rapp. 40.000 à céd. de suite. Mais. garage, électr. chauf. cent. Petite indemn.

N° 14. — Dr âgé mais actif, habitué aux aliénés, dem. poste méd. résidant dans asile privé ou mais. de sant.

N° 15. — Sud-Ouest. — Proxim. mer et à 5 km. gde ville, serv. d'autobus, poste demi-repos de méd. proph. à prendre de suite, suscept. augment. Grande mais. avec garage, dépend. et vaste jardin.

N° 16. — Aisne. Poste propharm. 2 h. 1/2 Paris, 40 à 50.000, loyer 1.000, bail 6 ans, mais. très confort., indemn. intéress.

N° 17. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 18. — Bretagne. Stat. baln. très fréquentée, poste anc., rapp. actuel 15.000, mais. 9 p., garage, jard. Prix 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 19. — Ouest, à 15 kil. gde ville, poste demi-repos, rapp. 30.000, loyer 1.600, très belle mais., élect., client. agréab., bon climat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

La nouvelle loi sur les loyers

Le *Journal officiel* du 31 décembre a publié la loi suivante, datée du 30 décembre :

ARTICLE 1er. — Les dispositions des lois sur les baux à loyer des 31 mars 1922, 29 décembre 1923, 2 août 1924 et 24 avril 1925, auront effet jusqu'au 1er avril 1926.

ART. 2. — Les locataires ou occupants de bonne foi de locaux d'habitation ou de locaux à usage professionnel, industriel ou commercial, en possession des lieux loués au 1er janvier 1926 en vertu soit d'un contrat de location, soit d'une prorogation, même expirés, seront maintenus en possession, sans avoir à remplir aucune formalité, jusqu'au 1er avril 1926, nonobstant tous congés, tous accords et toutes décisions judiciaires ayant pour seul objet de fixer au 1er janvier 1926 ou à une date antérieure la fin de la prorogation ou de l'occupation, congés, accords ou décisions judiciaires dont les effets sont reportés de plein droit au 1er avril 1926.

Il ne sera pas sursis aux expulsions ordonnées par application des articles 9 et 13 de la loi du 31 mars 1922, completée par les dispositions de la loi du 2 août 1924, sous réserve de la faculté pour le juge d'accorder un délai de grâce.

ART. 3. — La présente loi est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans les conditions du décret du 2 septembre 1922, ainsi qu'à l'Algérie.

Commentaire

Cette loi est une des moins compliquées parmi les vingt et quelques lois sur la matière. Elle ne devrait donc pas donner naissance à de grandes difficultés. Cependant, comme elle se réfère aux lois antérieures, alors que celles-ci n'ont été ni codifiées, ni interprétées par le législateur dans leurs parties obscures, les difficultés d'interprétation que l'on rencontrait antérieurement subsisteront dans leur intégralité.

Le principe de la loi est le maintien en possession, sous modification du prix du loyer, jusqu'au 1er avril 1926, des locataires ou occupants de bonne foi qui étaient en possession au 1er janvier 1926, date ultime, jusqu'ici des prorogations dites facultatives, et ce, nonobstant tous congés, tous accords et toutes décisions judiciaires ayant pour seul objet de fixer au 1er janvier 1926 la fin de la prorogation ou de l'occupation.

Cependant, il ne sera pas sursis aux expulsions ordonnées par application de l'article 9 (locataires de locaux de plaisance, locataires ayant plusieurs habitations, occupants de locaux d'habitation pour lesquels le logement constitue un accessoire du contrat de louage de services) et 13 (reprise par le propriétaire) de la loi du 31 mars 1922.

Rappelons, à ce sujet, qu'il a été jugé par la Cour de Cassation (Commission supérieure des loyers) que le droit de reprise ne s'exerçait pas lorsqu'il s'agit d'un local professionnel, par exemple d'un appartement dans lequel un médecin exerce sa profession.

La loi du 30 décembre admet un principe nouveau. La courte prorogation qu'elle institue existe de plein droit au profit des locataires, sans qu'ils aient à remplir aucune formalité, ni à faire aucune demande.

Et maintenant, il reste à attendre la loi définitive (?), que le Parlement devait voter avant le 31 décembre 1925 et qui le sera, il faut l'espérer, avant le 31 mars 1926 !

J. DUMESNY.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Fais Beau.

....

Embellis ta maison, poëte. Enfle de livres
Tes rayons. De tableaux, de pastels et de cuivres
Couvre au dedans les murs, qu'au dehors tapissait
De draps l'ancien quand la procession passait.
Il faut qu'à notre esprit le milieu s'assortisse,
Que, pour être fécond, son labeur se blottisse
Dans le confort du home et la sérénité
Que verse à l'âme artiste un décor de beauté.
Tu verras comme le travail devient facile
Et gai, quand sur ta table un faune au pied agile
Esquisse une gambade et tord son torse nu.
Quand, modelant sa Diane au profit ingénu
Dans un marbre aussi pur que l'âme du modèle,
Houdon le séducteur te place en face d'elle,
Ne sens-tu pas monter l'âpre prétention
D'égaler en œuvrant cette perfection ?
En contemplant le beau, le goût du beau s'éveille.
Il semble qu'un démon murmure à notre oreille :
« Fais beau. La vie est là. Respecte ton métier,
« A l'ouvrage entrepris donne-toi tout entier,
« Quel que soit l'instrument que ta droite manie.
« Pas un qui ne recèle un morceau d'harmonie.
« Quand le somme est léger, écoute le matin
« Résonner le marteau du forgeron voisin.
« Une merveille peut sortir de son enclume
« Comme sort un beau vers des pointes de la plume.
« Le tout est de savoir se servir de l'outil.
« Bon chasseur tient le lièvre au bout de son fusil.
« Fais beau. Rejette au loin la cotte du manœuvre.
« L'habile ouvrier doit produire son chef-d'œuvre,
« Pour que les compagnons, orgueilleux et flambants,
« Le promènent orné de fleurs et de rubans.
« Veille à ce que ton front du triple airain se ceigne,
« Et que jamais l'enthousiasme ne s'éteigne.
« Eclaire ton ébauche au feu de l'idéal.
« Que, toujours rajeuni d'un nouveau floréal,

« Ton cœur se réjouisse et ton esprit s'exalte.
« Dans la poursuite, qui ne connaît point de halte,
« Du beau, du vrai, du bien, l'auguste trinité.
« L'acier d'un bistouri, bien à propos planté,
« Renferme autant de ciel qu'un bleu de Véronèse.
« Pasteur pétrit la chair, Rodin pétrit la glaise
« Dans la même et splendide illumination.
« Fais beau. Fais de ton rêve une création. »

Paul GROSSIER.

St-FARGEAU (Yonne).

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Méthode de Besredka (désensibilisation dans la sérothérapie)

Bien que cette méthode date déjà d'un certain temps, il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler le détail exact.

Injecter 1/4 de cc. de sérum ; une heure plus tard 1 cc. ; quatre heures après la dose totale.

Rappelons encore que l'adrénaline au millième en injection sous-cutanée ou intra-musculaire constitue la médication héroïque des accidents sériques ; elle peut être employée préventivement. En outre, huile camphrée (choc), chlorure de calcium, régime lacté.

A. M.

Assurances sociales

Exposé de la question, sans discours, par simple déduction :

1° Le tiers payant, c'est l'intermédiaire ;
2° L'intermédiaire, c'est le mercanti ;
3° Le mercanti, sera donc l'Etat ;
4° L'Etat, c'est nous ;
5° Le producteur, c'est nous ;
6° Le client sera l'Etat, donc nous ;
7° Donc, Etat *doublement mercanti*, puisque tirant profit du producteur (*nous*) et du client (*nous*) ;
8° A bas le tiers payant *doublement mercanti.*

Dr Louis RENAUD.
Courçais (Allier).

JURISPRUDENCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — PRESCRIPTION ANNALE. HONORAIRES MÉDICAUX. — LETTRES ÉCHANGÉES AVEC L'ASSURANCE. — NON-INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION.

JUSTICE DE PAIX DE SAINT-ETIENNE (CANTON SUD-OUEST)

19 juin 1925.

(*Archives du* « Sou médical »).

Attendu que la prescription applicable aux hono-

raires médicaux en matière d'accident du travail, faisant l'objet de la demande qui nous est soumise, est celle d'un an, la même que celle de l'article 18 de la loi sur les accidents du travail, fixe pour l'action en indemnité (Cassation, Chambre civile, 4 février 1919)).

Attendu que cette prescription est d'ordre public conformément à la jurisprudence de la Cour de Cassation, c'est-à-dire qu'elle peut et doit-être prononcée d'office par le juge, en tout état de cause, contrairement aux dispositions de l'article 2223 du code civil qui décide que le Juge ne peut suppléer d'office au moyen résultant de la prescription.

Attendu qu'il n'est pas douteux que la prescription de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 quoique étant d'ordre public est susceptible d'interruption pour les causes énumérées dans les articles 2242 à 2250 du code civil.

Attendu que la Société défenderesse a écrit au demandeur à la date du 16 juillet 1924, une lettre dont est extrait le passage suivant : « Vous réclamez pour soins donnés à l'ouvrier C..., la somme de quarante-cinq francs et pour soins donnés à M... (Jean), celle de cent vingt-sept francs. Nous avons offert le règlement immédiat de la somme de quarante-cinq francs (affaire C...) et nous avons prié de nous consentir aimablement une réduction sur la deuxième note (affaire M...) »

Attendu qu'il échet d'examiner si cette lettre constitue bien la reconnaissance interruptive de prescription prévue par l'article 2248 du Code civil.

Attendu que les Mines de la Loire soutiennent que l'offre ci-dessus transcrite, ayant été faite à titre purement transactionnel et n'ayant pas été acceptée, le demandeur ne peut s'en prévaloir, alors surtout que cette lettre a été suivie de deux autres en dates des 26 et 29 juillet 1924.

Attendu que par la lettre du 25 juillet 1924, la Société des Mines de la Loire a proposé au demandeur à titre de conciliation de réduire de quatorze à neuf le total des consultations réclamées par lui et déclaré qu'en cas de non acceptation de cette offre, celle-ci deviendrait caduque et que ladite Société reprendrait toute liberté de discussion.

Attendu que par celle du 29 juillet 1924, la même société a déclaré au demandeur qu'en présence de sa non acceptation de l'offre faite, cette offre est caduque et qu'il appartiendra au juge de règler le différend.

Attendu, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens proposés par les Mines de la Loire à l'appui de sa thèse, qu'il échet de constater que la Cour de Cassation a, en un arrêt du 4 janvier 1842, décidé que ne peuvent ni ne doivent être considérées comme interruptives de prescription, des offres à payer à titre de transaction (ou de conciliation) une part de la somme réclamée, et retirées avant qu'elles aient été acceptées.

Attendu que le cas est absolument identique en

l'espèce ainsi qu'il en est justifié par des lettres des 16, 24 et 29 juillet 1924 plus haut analysées — et que conformément à cette jurisprudence, la lettre du 16 juillet 1924, en raison de celles qui l'ont suivie, ne peut être considérée comme une reconnaissance ayant interrompu la prescription, en vertu des dispositions de l'article 2248 du code civil et qu'ainsi l'action du demandeur est prescrite depuis le 6 août 1924, date de la cessation du demi-salaire, l'incapacité de travail ayant été temporaire.

Attendu qu'il convient de constater que la demande qui nous est soumise a, avant d'être portée devant notre Tribunal, fait l'objet d'une précédente demande devant le Tribunal de Paix du canton Nord-Ouest, suivant exploit de Me Fontaney, huissier, en date du 8 août 1924 et que Monsieur le Juge de Paix de ce canton s'est déclaré incompétent *ratione loci.*

Attendu que l'accident est survenu le 22 juin 1923 et que la cessation du demi-salaire a eu lieu le 6 août 1924.

Attendu qu'à la date de la citation du 8 août 1924, l'action se trouvait déjà prescrite et qu'on ne peut invoquer l'article 2246 du code civil, la citation devant le juge incompétent était du 8 août 1924 et postérieure de deux jours à l'acquisition de la prescription.

Attendu que l'action du demandeur en vertu de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 étant prescrite, il échet de dire que sa demande est mal fondée et de l'en débouter.

Attendu que la partie qui succombe supporte les dépens.

Par ces motifs,

Nous Juge de paix, statuant publiquement, contradictoirement, en dernier ressort et vidant notre délibéré.

Disons que l'action intentée par le demandeur en paiement de ses honoraires est prescrite dès le 6 août 1924, conformément aux dispositions de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898.

Disons que cette prescription n'a point été interrompue par la reconnaissance de dette, en conformité des dispositions de l'article 2248 du code civil.

Commentaires.

Ce jugement contient plusieurs enseignements.

La plupart du temps le médecin n'interrompra pas la prescription, en échangeant une série de lettres avec la compagnie d'assurances, pour réclamer les honoraire qui lui sont dus pour soins donnés à un blessé du travail.

Vainement le docteur viendrait-il produire des lettres, par lesquelles, sans méconnaître la réclamation en elle-même, l'assurance discute le quantum des honoraires qui lui sont réclamés, ou l'opportunité de certains soins donnés à la victime.

Cette correspondance ne saurait avoir de valeur, pour transformer en prescription trente-

naire la prescription d'un an, qui est acquise aux termes de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898.

Par conséquent, nos confrères feront toujours sagement de ne pas attendre que le délai d'une année soit sur le point d'être écoulé, pour réclamer, à qui de droit, les honoraires, pour soins donnés aux blessés du travail.

Il est plus sage et plus prudent d'établir ses notes, et de les remettre à l'ouvrier, avec le certificat de reprise du travail, ou de les envoyer tous les trois mois, comme on le fait pour les réformés de guerre. Ce n'est qu'une habitude à prendre.

Si non, le docteur risquera de se voir opposer la prescription annale.

Le fait d'assigner devant un juge de paix incompétent interrompt la prescription (article 224 C. C. civ.). Seulement, il ne faut pas oublier que, sous l'empire de la loi du 9 avril 1898, le juge de paix, qui doit connaître de l'affaire, est celui du lieu où s'est produit l'accident.

Mais, pourrait-on dire, le véritable débiteur des honoraires, c'est le blessé. Si donc nous nous plaçons, vis-à-vis de lui, sous l'empire du droit commun, nous aurons deux ans (droit commun) et non un (loi de 1898) pour lui réclamer notre note.

La question n'a pas été jugée en droit ; mais, à mon point de vue, elle ne me semble pas opportune.

L'ouvrier ne peut invoquer la prescription qu'au bout de deux ans, par rapport à son médecin, d'après le droit commun ; mais ce blessé se trouvera forclos, au bout d'une année, vis-à-vis de son chef d'entreprise, responsable pour la plus grande partie des honoraires (ceux fixés par le tarif Breton).

Dans ces conditions, la classe ouvrière aurait raison de s'élever contre la négligence du docteur à réclamer ses honoraires et d'en faire ainsi pâtir la victime de l'accident. Parce que le médecin ne se serait pas donné la peine de réclamer, dans l'année, ses honoraires, à l'ouvrier qu'il a soigné, celui-ci se verrait dans l'obligation de payer intégralement la note du docteur, sans pouvoir se faire rembourser, par son patron, la part qui incombe à ce dernier.

D'autant qu'il pourrait être décidé, par les tribunaux, que, du moment où le médecin a délivré des certificats, sous l'empire de la loi du 9 avril 1898, il s'est placé sous l'égide de cette loi, en ce qui concerne ses rapports, tant avec l'ouvrier, qu'avec le patron et que, par conséquent, la prescription d'un an lui est opposable par l'ouvrier blessé.

Il en résulte que le médecin fera bien de ne pas laisser écouler trop de temps, pour l'envoi de ses mémoires d'honoraires.

En second lieu, il devra se souvenir que si, délaissant l'ouvrier, il ne veut avoir affaire qu'au

débiteur principal, il a une action directe contre le chef d'entreprise et non pas contre l'assurance de celui-ci.

Dans ces conditions, si la compagnie d'assurances, se substituant au patron, discute la note, qui lui est présentée, le médecin devra assigner, devant le juge de paix du lieu de l'accident, ouvrier et patron, et non pas la compagnie d'assurances, qu'il ne doit pas connaître judiciairement.

Cette assignation devra avoir lieu, avant que ne soit expiré le délai d'un an, à partir de la cessation des soins, lorsqu'il s'agit uniquement d'incapacité temporaire de travail.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 *décembre.*

Brevet d'infirmières.

Des sessions d'examen d'Etat ont eu lieu à Lyon, le 9 décembre, pour les infirmières hospitalières, les infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et les infirmières d'hygiène sociale de l'enfance.

24 *décembre.*

Enseignement de la médecine.

La date d'ouverture de la session pour la deuxième épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est fixée au 3 mars 1926.

25 *décembre.*

Service de santé militaire.

Loi du 24 décembre 1925 *modifiant la loi du* 6 *janvier* 1923 *déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de* 2e *classe des élèves de l'école du service de santé militaire.*

Art. 1er. — L'article 3 de la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militaire ainsi que la situation particulière des élèves qui ont été mobilisés est modifié ainsi qu'il suit :

« Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés au grade d'aide-major de 2e classe, à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, avec une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement

(*Voir la suite page XLVII*-107)

PROPOS DU JOUR

Aurons-nous un jour à Paris un Foyer médical ? Peut-être !!

Depuis qu'Amédée Latour exprima le désir de voir créer à Paris un Foyer médical (ce qui doit dater de bien près de trois quarts de siècle), cette idée a donné lieu à de multiples projets. L'on pourrait écrire un volume pour faire l'historique complet des tentatives de réalisation et, en nous bornant à la période de quelques années qui ont suivi la guerre, nous pourrions compter environ cinq ou six avatars qu'ont subis les efforts méritoires de ceux qui s'acharnaient à vouloir doter les médecins d'une maison à eux, dénommée foyer pour éviter toute confusion.

Exposer les raisons de cet acharnement qui finit, pour les sceptiques, par ressembler un peu à celui des alchimistes cherchant la transmutation des métaux, serait nous livrer dans ces colonnes à de fâcheuses redites. Bornons-nous cependant à rappeler que les médecins qui se sont rendus à l'étranger et qui, au cours de missions ou de congrès, ont eu l'honneur d'être reçus par leurs confrères, sont rentrés en France assez humiliés de constater la différence qui existe entre l'accueil modeste que nous faisons à nos visiteurs et les réceptions fastueuses dont ils ont été l'objet. Dans toutes les grandes villes, et surtout les capitales, les médecins ont leur maison, ils reçoivent chez eux, et nous savons de quelle façon.

A Paris, nous en sommes réduits à louer une salle de restaurant, à emprunter à la Faculté un inconfortable amphithéâtre, à aller quémander aux géographes, aux ingénieurs, aux agriculteurs, aux mutualistes, des salles de réunion, et cela, même pour tenir nos assemblées professionnelles.

Après quelques tentatives avortées, que le manque de ressources financières rendait difficiles et parfois dangereuses (car il faut toujours se méfier du mobile de l'homme d'affaires qui offre de réaliser vos désirs sans vous demander d'argent), il fut décidé qu'un comité serait créé pour étudier les voies et moyens de réaliser le Foyer national des médecins français à Paris. Il fut ainsi nommé parce que le mot *Foyer* indiquait bien le caractère intime, familial, que l'on voulait donner à la création nouvelle ; on y ajouta l'épithète *national* pour bien démontrer que ce n'était pas une œuvre parisienne, mais bien française, et que l'institution était plus destinée à servir de lieu de réunion aux médecins français de passage à Paris qu'aux médecins parisiens eux-mêmes. Dans l'esprit de tous, il était admis que le Foyer en question devrait servir de centre de réception pour les confrères étrangers auxquels il serait largement ouvert. Notre ami, le Dr Thiéry, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, fut élu Président du Comité. Il prit sa tâche fort au sérieux et entra en campagne. Encouragé par de nombreux confrères de Province, il décida de lancer une souscription. « Si, disait-il, les quelques 20.000 médecins qui exercent en France, souscrivent seulement 100 francs chacun, cela fera deux millions et le projet sera réalisé. »

Et nous ajoutions : « Sans doute les 20.000 médecins ne souscriront pas, mais s'il n'y en a que la moitié, que le quart, il n'est pas douteux que beaucoup s'inscriront pour plusieurs centaines et même pour plusieurs milliers de francs. Si quelques centaines de francs sont un effort véritable pour le simple praticien, qu'est-ce que plusieurs billets de mille pour un chirurgien ou un spécialiste réputés ? Peut-être même, cette souscription fera-t-elle surgir un Mécène qui voudra attacher son nom à une œuvre utile ? Cette institution nouvelle, bien conçue et bien organisée, serait une œuvre d'expansion nationale. Le généreux donateur aurait ainsi bien mérité, non seulement du corps médical français, mais aussi de la Patrie française. »

La souscription fut lancée, et le résultat fut une promesse qui n'atteignit pas, il s'en faut, le demi-million. Le Dr Thiéry, comme nous tous, membres du Comité du Foyer, sans en être très surpris, en fûmes quelque peu attristés. Nous considérions la question, sinon enterrée, du moins abandonnée pour une longue période, car ce n'est pas avec la promesse de quelques centaines de mille francs que, dans les conditions économiques actuelles, un homme raisonnable peut songer à faire construire ou à acquérir un important hôtel dans un quartier central de Paris, à le faire aménager, à l'orner, à le meubler pour en faire un lieu de réception. Seul, notre ami Thiéry ne désespérait pas. Avec une constance, un acharnement méritoires, à toutes nos réunions, à tous nos banquets, il rappelait le projet

du Foyer national des médecins français à Paris. Nos confrères l'accueillaient avec un sourire sceptique, un peu comme les Sénateurs de la Rome antique devaient écouter le vieux Caton, répétant sans cesse son *Delenda Carthago*.

Le Dr Thiéry et nous tous, allons-nous voir rebondir la question ? Sommes-nous à la veille de la réalisation du Foyer médical ? Peut-être. Nous n'osons encore rien affirmer, mais nous avons entendu récemment à l'Assemblée générale de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (U.M.F.I.A.), par des hommes très sérieux, chuchoter des propos que nous ne voulons pas répéter trop catégoriquement, mais qui éveillent chez nous un réel espoir.

« Pourquoi, aurait dit un confrère des plus distingués de l'Amérique latine, ne nous recevez-vous par chez vous ? » Et, comme assez tristement, son interlocuteur français confessait notre pénurie financière, le confrère sud-américain lui donna à entendre qu'il était certain de trouver dans son pays et dans d'autres voisins par delà l'Océan, des concours généreux qui nous permettraient de construire notre Foyer et de réaliser nos rêves au-delà de toutes nos prévisions. Ce ne serait plus un Foyer national, mais ce serait un Foyer médical franco-ibéro-américain, qui nous serait en partie offert par nos amis de l'Amérique latine connus et inconnus. Ils sont plus nombreux, nous a-t-on affirmé, que nous le pensions et aiment la France, qu'ils appellent leur Mére Patrie Intellectuelle, plus que nous le supposons.

Nous rapportons ce bruit entendu à l'U.M.F.I.A., sans trop y insister ; nous ne voudrions pas donner à notre ami Thiéry et à nos collègues du Comité, une nouvelle désillusion, mais les personnes qui tenaient ces propos étaient des gens réservés, prudents et sérieux et nous sommes tentés de conclure en disant : Pourquoi pas ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA DIÈTE HYDRIQUE CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par P. Rohmer,
Professeur de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

La *Clinique* a consacré récemment, sur l'initiative de M. G. Schreiber, un numéro entier aux dangers de la sous-alimentation des nourrissons et en particulier aux « méfaits de la diète hydrique ». Nous avons nous-même collaboré à cette campagne, en signalant certaines formes de diarrhée aiguë, dans lesquelles l'inanition devient particulièrement dangereuse. Cependant, bien qu'en nous ralliant à l'opinion des auteurs très qualifiés qui ont pris part à ce referendum, nous avons eu l'impression qu'il ne sera pas très facile au lecteur d'emporter de sa lecture, quant à la durée des « délais utiles » pour la diète hydrique, les règles précises qu'il lui faut pour les cas si variés qui se présenteront à lui dans sa clientèle et qui exigent des modes de procéder très différents. Au risque donc de répéter partiellement ce que j'ai écrit dans ce journal même l'année dernière, je crois qu'il n'est pas inutile de réunir encore une fois certaines règles générales sur les indications et contre-indications de la diète hydrique chez le nourrisson, qui, nous l'espérons, serviront aux médecins de ligne de conduite dans cette matière si délicate et difficile, où leur décision est grosse de conséquences pour la vie des petits malades.

Rappelons d'abord — je sais par expérience qu'il n'est pas superflu d'insister sur ce point ! — que la *sous-alimentation prolongée* est toujours condamnable chez l'enfant. Elle est inadmissible chez l'enfant bien portant, chez lequel on la prescrit quelquefois par peur de la suralimentation, de même dans les troubles digestifs aigus ou chroniques, dans lesquels beaucoup de médecins prescrivent, par manque d'une technique alimentaire suffisante, pendant des semaines et même des mois, des régimes quantitativement et qualitativement absolument insuffisants, sans songer aux conséquences funestes qu'une pareille privation de facteurs alimentaires indispen-

(1) Conférence faite à la séance de la « Réunion pédiatrique de Strasbourg », le 15 novembre 1925, à Mulhouse.

sables doit nécessairement avoir pour un jeune organisme qui se trouve en pleine et très active croissance. On a cité à ce sujet des cas excessifs ! Nous avons vu nous-même de trop nombreuses fois des nourrissons nourris pendant de longues semaines sans lait, avec des bouillies à l'eau, et aussi des enfants de 2 à 3 ans dont le régime ne contenait pendant plusieurs mois pas d'albumines, à l'exception tout au plus de ce qui se trouvait dans les farines et légumes dont ils devaient se contenter par ordre du médecin, par peur d'une prétendue intolérance pour le lait. Il suffira certainement d'attirer l'attention sur ce point pour que, avec un peu de réflexion, de pareilles fautes soient évitées.

Nous ne voudrions nous occuper aujourd'hui que de la *diète hydrique*. L'utilité qu'il y a de supprimer dans certains troubles alimentaires toute nourriture et de prescrire la diète hydrique est évidente ; ce procédé permet de vider l'estomac et les intestins d'un contenu qui présente un chimisme anormal, qui irrite les organes malades, et d'introduire les quantités suffisantes d'eau, ce qui est encore plus important chez le nourrisson que chez l'adulte. *Quand est-il nécessaire d'instituer la diète hydrique, et pendant combien de temps peut-elle être prolongée ?* La réponse à ces questions diffère suivant la nature de la maladie et l'état de nutrition de l'enfant.

1° *Dyspepsie aiguë simple* (diarrhée commune). Cette affection se caractérise souvent par des vomissements et par des selles trop fréquentes et dyspeptiques. Les enfants sont toujours plus ou moins abattus et agités ; l'appétit est diminué, le ventre un peu ballonné, ils souffrent de coliques, mais ils ne font pas l'impression d'enfants bien malades ; ils ne sont pas desséchés ; leur lucidité est parfaite. La température est normale ou très légèrement sous fébrile, avec des oscillations nycthémérales exagérées ; s'il y a une fièvre plus élevée, elle est due à une infection aiguë située en dehors du tractus digestif. La courbe du poids de l'enfant s'incline ou décrit une ligne horizontale ; souvent après s'être abaissée brusquement le premier et le deuxième jour par suite de perte d'eau ; jamais on n'observe dans ces cas une chute du poids considérable et continue ! Cette affection est toujours bénigne, soit que la cause qui la provoque soit elle-même bénigne, soit que l'enfant est robuste et en bon état de nutrition. Vous savez que dans ces cas la paroi gastro-intestinale elle-même reste généralement intacte et qu'il s'agit simplement d'une viciation des fonctions digestives, généralement dans le sens d'une fermentation pathologique. Eliminons le facteur étiologique et libérons l'intestin de son contenu pathologique, et la muqueuse gastro-intestinale sera tout prête à reprendre ses fonctions normales, à la condition qu'on la ménage quelque peu pendant les premiers jours !

La ligne de conduite thérapeutique découle tout naturellement de cette conception pathogénique. Même quand il y a une réaction gastro-intestinale très intense, une diète hydrique de 12-24 heures suffira largement pour évacuer le tube intestinal ; elle est parfaitement bien supportée par l'enfant dont l'état général n'est guère atteint. Le lendemain on réalimente avec une des nourritures qu'on peut qualifier d'aliments-médicaments (lait de femme, lait d'ânesse, poudre de lait demi-gras, babeurre, lait albumineux, etc.) ; généralement on commence avec environ 100 gr. par kilo de poids, toujours en complétant par une quantité suffisante d'eau, et on monte les jours suivants peu à peu jusqu'à la ration normale. Souvent la diète hydrique est inutile ! Chez les enfants au sein, on fait continuer l'allaitement sans se préoccuper de la diarrhée, ou l'on restreint tout au plus légèrement pour quelques jours la quantité de nourriture. Même dans l'allaitement artificiel, il suffit souvent, dans les cas légers, surtout dans la dyspepsie secondaire, de changer la nourriture, d'éliminer les hydrates de carbone fermentescibles ou la graisse, de donner un des aliments-médicaments précités, pour obtenir la guérison. Jamais il n'est indiqué de prolonger la diète hydrique au-delà de 12-24 heures et il n'est jamais nécessaire de la faire suivre par des journées de bouillons de légumes ou de décoctions farineuses à l'eau, qui constituent toujours une cure d'inanition masquée.

2° *Dyspepsie aiguë grave.* Dans la dyspepsie grave il s'ajoute aux symptômes gastro-intestinaux un fait nouveau : une perte de poids sérieuse et progressive, accompagnée d'une altération grave de l'état général. Cet état est toujours dangereux ; les enfants perdent de grandes quantités d'eau, se déshydratent et épuisent rapidement leurs réserves en substances minérales, particulièrement en alcalins. Dans cette situation une intervention rapide et énergique s'impose. Le premier devoir sera toujours d'arrêter la chute du poids ; on y arrivera en incorporant à l'enfant de grandes quantités de solution physiologique ou — ce que nous préférons — de solution de Ringer, soit par voie buccale ou rectale, soit par injections sous-cutanées ou intrapéritonéales. La deuxième tâche thérapeutique sera la réalimentation qui dépendra de l'état de nutrition de l'enfant. Lorsqu'il s'agit d'un enfant bien nourri, on procèdera comme dans la dyspepsie aiguë simple. En voici deux exemples :

1° Humb. (René), dix mois. Sein pendant six mois. Jamais de troubles digestifs. Depuis deux mois, eczéma de la tête. Admis le 12 janvier avec 8.780 grammes.

◆◆

Alimentation normale. Traitement local de l'eczéma. Celui-ci s'améliore rapidement ; mais l'enfant est mal à l'aise, s'agite, accuse un prurit violent et fait une poussée d'eczéma dans le dos. Il vomit dès le troisième jour du traitement, a de mauvaises selles, blanches, alcalines et putrides, et tombe en quatre jours de 8.860 à 7.340 grammes. On ordonne un changement de régime en diminuant légèrement la ration journalière et arrête la chute avec des infusions sous-cutanées de Ringer. Guérison.

2º Re... (René), seize mois. Coqueluche et broncho-pneumonie à l'âge de neuf mois ; vomissements habituels jusqu'à onze mois. Depuis trois semaines, il a de la fièvre et tousse. Arrive à la clinique avec une hépatisation du lobe inférieur gauche. Température normale. Bon état général.

Le 16 janvier, commence subitement une diminution rapide du poids. Le lendemain, l'enfant vomit ; les selles deviennent plus mauvaises, il y a des températures subfébriles. Aucun changement de nourriture. En trois jours, le poids tombe de 8.620 à 7.800 grammes. On donne des infusions de solution de Ringer, du lait coupé à moitié avec de l'eau et du fromage blanc. La chute est arrêtée, puis le poids remonte. Guérison.

La situation est bien plus grave quand il s'agit d'un enfant hypothrepsique ou surtout athrepsique chez lequel la substance cellulaire est déjà extrêmement épuisée, les fonctions digestives affaiblies et auquel la diarrhée est aussi funeste que l'inanition. C'est dans ces cas surtout qu'il faut éviter la prolongation de la diète hydrique ! On évitera tout aliment qui tendrait à favoriser la diarrhée, comme dans la dyspepsie simple, mais on recommencera la réalimentation déjà après 4 à 5 heures de diète hydrique, en donnant bien entendu au début de petites doses, par exemple, 50 grammes par kilo et par 24 heures, et en augmentant les doses dans 2 à 3 jours à 100 ou 120 grammes par kilo jusqu'à ce que la courbe du poids devienne horizontale ou commence à monter ; à ce point on s'arrête pour attendre que les selles s'amendent pour monter ensuite jusqu'à 200 grammes par kilo.

Nous avons l'habitude de faire une place à part dans le cadre de la dyspepsie grave à son dernier stade que nous appelons *athrepsie aiguë*. Ces enfants se trouvent dans un état de faiblesse et de prostration extrême ; le teint est plombé, la peau desséchée, les yeux enfoncés, la température hypothermique, le pouls ralenti, très faible, les bruits du cœur sourds, le premier bruit peut disparaître. Dans les cas non compliqués la lucidité est parfaitement conservée ; il n'y a aucun signe toxique. Dans ces cas la réalimentation est particulièrement délicate ; nous avons l'habitude de donner à ces enfants, après 4 heures de diète hydrique, pendant lesquelles nous leur incorporons de grandes quantités de solution de Ringer, dix fois par jour 30 grammes de lait de femme écrémé, et d'augmenter cette dose de 100 grammes par jour. A défaut de lait de nourrice écrémé, on donnera la moitié de cette quantité des aliments-médicaments ci-dessus mentionnés.

Voici quelques exemples :

3º Dur... (Marie), âgée de deux mois. Poids de naissance, 3.000 grammes. Etat de dénutrition complète ; vomissements, selles dyspeptiques, mais espacées, hypothermie, teint plombé. Poids 2.670 grammes. On commence avec 420 grammes de lait de nourrice écrémé, et des lavements de solution de Ringer, puis on monte peu à peu à 600 grammes. Les vomissements s'espacent ; la température devient normale ; la petite malade est plus alerte ; son teint est moins gris. Le neuvième jour du traitement, le poids est remonté à 2.900 grammes. Croyant l'enfant sauvée, nous lui donnons pendant 6 jours du lait de nourrice non écrémé. Elle le supporte sans vomir, mais dès le deuxième jour, les selles deviennent plus mauvaises ; le poids retombe, les téguments redeviennent gris et déshydratés ; l'état est très inquiétant. On revient au lait de nourrice écrémé. Dès le deuxième jour, la chute est arrêtée ; les selles deviennent meilleures ; l'état de l'enfant s'améliore visiblement. Au bout de 8 jours, on commence à ajouter du lait de nourrice pur. Une semaine plus tard, elle supporte 600, puis 700 grammes, auxquels on ajoute finalement encore 3 p. 100 de sucre. A partir de ce moment, le poids augmente rapidement. Guérison.

4º Pe.... (Ramond), 5 semaines. Né à terme. Poids de naissance inconnu. Pèse à l'admission 2.800 grammes. Etat de dénutrition complète. Le pannicule adipeux a disparu partout, même dans la figure. L'enfant est lucide, a le teint gris, de l'hypothermie et l'hypertonie musculaire Il vomit et a des selles dyspeptiques. On le traite pendant quelques semaines à la façon habituelle, avec du lait de nourrice ordinaire. L'état reste stationnaire ; les selles sont dyspeptiques. Après quatre semaines de ce traitement, l'enfant prend mauvaise mine et dépérit vite. Il n'y a pas de chute de poids, mais l'état général s'aggrave ; le teint devient plombé : finalement, il y a des vomissements de sang . Avec 600 grammes de lait de nourrice écrémé l'état s'amende . Au bout d'une semaine on remplace 100 grammes de lait de nourrice écrémé par 100 grammes de babeurre, puis on substitue lentement, en quantités croissantes, du lait de nourrice ordinaire au lait de nourrice écrémé ; finalement, on ajoute du sucre et du larosan. L'enfant se remet rapidement et complètement.

5º Fr... (Alphonse), 2 mois. Etat de dénutrition complète sur tout le corps. N'a conservé qu'un peu de graisse à la figure. Avec 500 grammes de lait de nourrice ordinaire, les selles restent dyspeptiques. Le

poids diminue. On ajoute 25 grammes de sucre, sans succès. Quand on remplace cette nourriture par du lait de nourrice écrémé, l'état s'améliore ; au bout de quelques jours, on donne un peu de babeurre, puis on substitue lentement au lait écrémé du lait de nourrice ordinaire. 15 jours plus tard, l'enfant reprend du poids avec la même nourriture avec laquelle il avait dépéri auparavant. Guérison.

3° *Etat cholériforme.* S'il faut redouter la diète hydrique prolongée chaque fois qu'on veut combattre la diarrhée d'un enfant hypothrepsique ou athrepsique, celle-ci est largement réhabilitée. On se rappelle que le syndrome cholériforme se distingue des vomissements et diarrhées qui caractérisent la dyspepsie aiguë simple, par un état comateux très spécial. Les yeux sont excavés, cernés ; le regard, lointain, ne fixe pas les objets et les personnes de l'entourage ou bien ne s'y arrête que transitoirement et sans intérêt. La figure est immobile ; les mouvements sont lents ; il y a souvent des attitudes cataleptiques dans lesquelles les enfants maintiennent, par exemple, pendant longtemps un membre immobile dans une position inaccoutumée et mal commode qu'on lui a donnée. Le diagnostic de cet état cholériforme se fait donc principalement par l'impression clinique qu'on a en abordant le petit malade ; on se trouve en présence d'un état de torpeur très net, dont on ne peut réveiller l'enfant qu'avec plus ou moins de difficultés. Le diagnostic peut être vérifié par quelques autres signes importants, en première ligne par l'état de déshydratation très marquée et l'oligurie qui ne manquent jamais ; il y a de la fièvre (à moins que celle-ci ne soit remplacée par hypothermie !), de la leucocytose, de l'accélération du pouls, quelquefois de la respiration profonde et haletante ; dans l'urine on trouve régulièrement de l'albumine, des cylindres et de la glycosurie alimentaire.

Le choléra infantile s'observe surtout pendant les grandes chaleurs de l'été, mais on le rencontre aussi dans d'autres saisons ; un état cholériforme peut se greffer sur d'autres maladies, par exemple, sur l'athrepsie ou sur des infections intestinales ou autres. Il est souvent très difficile de le distinguer d'états ressemblants qui ont une provenance tout autre, parmi lesquels nous citerons, à titre d'exemple, la fièvre typhoïde, la septicémie, la granulie, la méningite, la péritonite, la pyélite, l'invagination intestinale, etc.

L'état cholériforme vrai exige la suppression radicale de toute nourriture et une diète hydrique énergique, prolongée éventuellement pendant plusieurs jours. L'image clinique est dominée par la chute rapide du poids et la grande déshydratation ; nous ferons donc boire à ces enfants de grandes quantités de solution de Ringer. S'ils vomissent ou si l'état grave exige une action plus rapide, nous leur donnons des injections sous-cutanées de 100 cc. de la même solution, répétées 3 à 4 fois par jour, ou bien, ce qui est encore préférable, des injections intra-péritonéales de 200 à 300 grammes chacune. Si les diarrhées ne sont pas trop fortes, on peut aussi avoir recours à des applications rectales de solution de Ringer ou de solution de glucose à 10 %. Des auteurs américains recommandent l'injection intra-veineuse de solution de glucose à 10 % ou de sang citraté, à raison de 20 cc. et même quelquefois jusqu'à 50 cc. par kilo de poids. Nous n'avons aucune expérience sur la valeur de ces injections de sang que nous n'avons jamais pratiquées, mais nous sommes très satisfaits du résultat du traitement de réhydratation que nous venons de préconiser, et pendant lequel nous donnons aux enfants jusqu'à deux litres de liquide par jour. Cette application d'eau, avec abstention radicale de toute autre nourriture, durera jusqu'à ce que l'enfant soit redevenu complètement lucide et ne présente plus aucune trace de son état comateux. A ce moment seulement commence une réalimentation extrêmement prudente, pendant laquelle on continue toujours à incorporer beaucoup d'eau. Nous avons l'habitude de commencer avec dix fois 5 grammes de lait de femme et d'augmenter cette dose tous les jours de 50 grammes par 24 heures. L'observation 6 montre un exemple typique, presque schématique, du traitement alimentaire d'un état cholériforme tel qu'il est pratiqué à notre clinique.

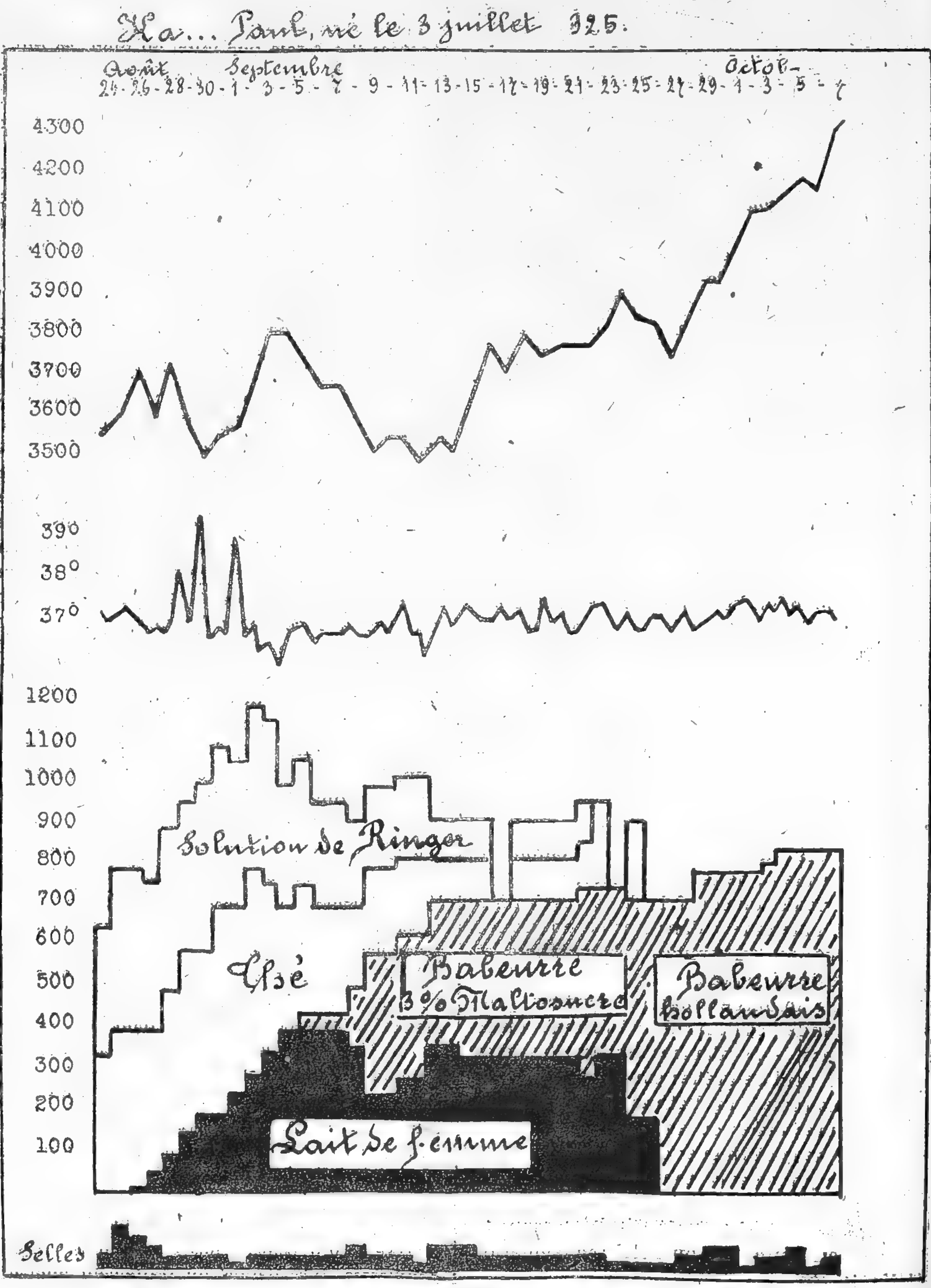
6° Ka... (Paul), 7 semaines. Né à terme, a eu le sein pendant deux semaines, puis de la farine Nestlé. Vomissements et diarrhées depuis 8 jours ; les selles se seraient améliorées les trois derniers jours. Aurait perdu beaucoup de poids.

Poids de naissance : 4.050 grammes; poids à l'admission : 3.620 grammes. L'enfant est fortement amaigri et desséché, pâle, a le teint gris, le regard vague. Hypothermie. Muguet ; sclérème des extrémités inférieures. Le thorax est en inspiration ; « gran de respiration ». Action du cœur accélérée, bruits sourds. Urines : alb. (+) ; cylindres hyalins et granuleux. Sucre +. Selles dyspeptiques, nombreuses.

On fait à l'enfant des injections de Ringer et lui fait boire de la même solution et du thé ; en même temps, on lui fait des lavements d'une solution de glucose à 10 p. cent., 6 fois 1 cc. d'huile camphrée ; bouillottes. (Les détails du traitement alimentaire sont marqués sur la courbe : I).

Le lendemain, l'enfant a repris sa lucidité ; la température est normale, mais le sclérème s'est étendu sur les quatre extrémités et une partie du tronc. Le pouls est meilleur. Dans la nuit du troisième au quatrième jour, on commence la réalimentation avec dix fois 5 grammes de lait de nourrice. Le cinquième jour

Courbe I.



du traitement, le sclérème s'atténue ; le septième, l'enfant est alerte, les selles s'améliorent. Guérison.

Si on ne dispose pas de lait de femme, on utilisera les autres aliments-médicaments que nous avons déjà mentionnés ; dans les cas graves, nous nous servons volontiers de lait de femme écrémé, que nous donnons en quantités deux fois aussi grandes que de lait de femme pur.

En principe on attendra donc, pour réalimenter, que l'enfant soit complètement « désintoxiqué ». Quelquefois on obtient déjà ce résul-

tat en 12 à 24 heures ; d'autres fois, il faut attendre plusieurs jours, même jusqu'à une semaine entière, avant de pouvoir réalimenter. Malheureusement l'exécution stricte de cette prescription se heurte souvent à un obstacle très grave, c'est le mauvais état de nutrition de l'enfant. Nous venons de voir combien les hypothrepsiques et athrepsiques sont sensibles à l'inanition : si un de ces enfants tombe dans un état cholériforme, — ce qui arrive très fréquemment ! — nous sommes pris dans un dilemme très cruel et dont souvent il n'y a comme solution fatale que la mort de l'enfant ! Dans ces cas, si difficiles, je crois que l'état cholériforme est encore plus à craindre que l'athrepsie : je prolonge donc la diète hydrique pendant 24 heures et même au-delà, en cas de besoin. Si, ce délai passé, l'enfant n'est pas désintoxiqué, nous commençons la réalimentation tout de même, tout en ayant pleine conscience du grand danger dans lequel se trouve l'enfant. Si on prolonge la diète hydrique trop longtemps les enfants se désintoxiquent finalement, mais tombent dans un état d'épuisement complet et traînent pendant quelques jours pour mourir finalement de faiblesse, ou à la suite d'une broncho-pneumonie terminale. En voici un exemple :

7° Le... (Colette), deux mois. Née à terme ; poids de naissance : 2.800 grammes ; a été exclusivement au sein pendant 4 semaines, puis, allaitement mixte.

Cinq jours avant l'admission, vomissements et diarrhées. Forte chute du poids. La mère donne la diète hydrique, puis essaye d'ajouter du lait par cuillerées à café. Les selles liquides persistent, elle consulte un médecin qui envoie l'enfant à la clinique.

A l'admission, nous trouvons un enfant pesant 3.500 grammes, avec un pannicule adipeux partiellement conservé, très desséché, les yeux enfoncés, la fontanelle déprimée, le teint plombé, le regard vague, les gestes lents. Bruits du cœur sourds, le premier très faible. On fait le traitement classique de l'état cholériforme (voir courbe VIII). Le lendemain déjà, l'enfant va mieux, le regard est vif, le teint rose. On commence la réalimentation le surlendemain et monte les jours suivants de dix fois 5 grammes à dix fois 10 grammes et dix fois 15 grammes. Le troisième jour de la réalimentation, l'enfant retombe dans un état comateux très grave, avec tous les signes du syndrome cholériforme, de l'albumine et beaucoup de sucre dans l'urine.

Contrairement aux règles classiques, le médecin supprime encore une fois le lait pendant 36 heures et recommence la réalimentation avec du lait de nourrice écrémé et du petit lait. L'enfant se désintoxique, prend un peu meilleure mine, mais bientôt devient très faible, le pouls se ralentit, le ventre se ballonne, il fait du sclérème qui bientôt envahit tout le corps ; finalement, au bout de dix jours, l'enfant succombe avec les symptômes d'une bronchopneumonie terminale. L'autopsie montre quelques rares foyers de bronchopneumonie toute récente.

Dans le choléra infantile, il est infiniment préférable de prolonger la diète hydrique et de remettre la réalimentation d'un à deux jours que de la commencer trop tôt et de la réinterrompre au bout de quelques jours. Il arrive en effet qu'un enfant semble tout à fait désintoxiqué et qu'au bout de quelques jours de réalimentation il retombe dans un état comateux. Que s'est-il passé ? Les quantités de nourriture peuvent avoir été trop grandes ; ou bien, cela arrive pendant les grandes chaleurs d'été où il reste comme seule ressource de mettre les enfants à un endroit frais ; le plus souvent il s'agit d'une infection, généralement d'un début de bronchopneumonie qui se déclarera les jours suivants. Dans tous ces cas la ligne de conduite sera toujours la même ; continuer la réalimentation de l'enfant sans se laisser influencer par la nouvelle aggravation de son état, toute dangereuse fût-elle. C'est le chemin le plus sûr. Nous ne faisons une exception à cette règle que pour des enfants se trouvant déjà dans la deuxième moitié de la première année et présentant un bon état de nutrition ; chez ceux-là une nouvelle inanition, bien qu'elle affaiblisse beaucoup les enfants, présente moins de risques que la persistance de l'état cholériforme.

8° Day... (Paul), un an. Né à terme. Nourri artificiellement. Diarrhée depuis huit jours ; depuis trois jours, on lui donne un demi- litre de lait, additionné d'eau de riz ; le matin de l'arrivée, il a eu 30 cc. de plasma Quinton. Symptômes cholériformes depuis deux jours.

A l'admission, on trouve un enfant en bon état de nutrition (8.360 grammes, bien qu'ayant perdu environ un kilo ces derniers jours) ; il présente un aspect très légèrement « intoxiqué », mais n'est pas déshydraté et a une bonne coloration des téguments. Dans l'urine, ni albumine, ni sucre. Selles aqueuses. Température subfébrile.

Sans ajouter trop d'importance à l'état cholériforme à peine ébauché, on donne à l'enfant après une diète hydrique très abondante de 24 heures, des quantités de lait albumineux relativement grandes, qui montent en quatre jours jusqu'à un litre. A côté de cette alimentation beaucoup d'eau et de Ringer. Le poids augmente rapidement, puis retombe quand on supprime le Ringer. L'enfant est bien lucide, mais reste pâle et grognon ; les selles redeviennent plus fréquentes. Au moment où sur le désir des parents, on veut passer à un coupage ordinaire de lait de vache l'enfant, insuffisamment désintoxiqué retombe dans un état cholériforme grave : il faut le remettre pour 48 heures à la diète hydrique, puis faire une réalimentation lente et très pénible. Guérison complète.

Voilà, Messieurs, notre point de vue dans la question de la diète hydrique. Quelquefois superflue, mais toujours bien supportée dans la dyspepsie simple, arme à double tranchant, dont il faut user avec une précaution infinie, dans l'hypo-athrepsie ; elle est absolument indispensable dans les états cholériformes, même si on la prolonge pendant plusieurs jours. Il faut donc distinguer ! Mais, quelle que soit la maladie, dès qu'on commence à réalimenter, il faut toujours se servir d'un aliment complet, offrant aux jeunes organismes qui se trouvent en croissance intensive tous les facteurs alimentaires qu'il leur faut pour vivre ; on aura toujours la tendance de monter aussi rapidement que le permet l'état de l'enfant jusqu'à la ration totale qu'il lui faut. Rien n'est aussi funeste que de les maintenir pendant de longues semaines, ou même des mois, dans un état de carence et d'inanition masquée en leur donnant par exemple des décoctions farineuses à l'eau ou des bouillons de légumes ; c'est surtout dans les dyspepsies subaiguës ou chroniques que la sous-alimentation doit être et à tout prix évitée !

DU ROLE DE LA PEAU DANS L'INFECTION ET L'IMMUNITÉ LES PRINCIPES ET LES BASES DE LA VACCINOTHÉRAPIE LOCALE

Par le Dr L. Goldenberg et L. Panisset.

En divulguant la notion de l'extrême sensibilité de la peau à l'infection charbonneuse, Besredka a mis à l'ordre du jour la question du rôle de cette membrane dans l'infection et dans l'immunité. Bien des faits étaient connus avant les études sur la cuti-infection et la cuti-immunité, et la revue que nous nous proposons d'en faire montrera, en même temps, l'actualité et l'ancienneté du problème. Bien des idées que nous exposerons ne sont pas nouvelles ; pourtant envisagées avec nos conceptions actuelles, elles nous conduisent à considérer la peau tout autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Si bien, qu'en dépit du scepticisme qui accueille, en médecine, toutes les découvertes, une notion nouvelle s'est imposée en physiologie et en pathologie sur son rôle dans l'organisme.

Longtemps la peau n'a été considérée que comme un organe de revêtement solide, difficilement vulnérable et peu ou point perméable. Il y a quarante ans, dans un article très documenté du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* sur la physiologie de la peau, après avoir fait une revue des résultats contradictoires de nombreuses expériences et d'essais cliniques, l'auteur arrive à cette conclusion que « l'absorption cutanée par la peau absolument saine doit être considérée comme presque nulle quand la couche de l'épiderme est intacte. La peau n'absorbe pas plus le mercure en nature que les liquides et les gaz ». Cette notion a été sérieusement révisée depuis. Des procédés subtils d'analyse, aussi bien que les données cliniques, ont établi la perméabilité de la peau et ont indiqué dans quelle mesure très large cette propriété pouvait être mise à profit en thérapeutique.

Le même dogme de l'invulnérabilité de la peau régnait dans le domaine des maladies infectieuses. La peau était considérée comme une barrière solide à la pénétration des agents infectieux, et l'on se refusait à admettre que le contage pût emprunter la voie cutanée pour créer l'infection. Le simple dépôt du virus sur la peau ne permet pas son absorption ; il est nécessaire que l'intégrité du tégument soit détruite, par le feu du rasoir, ou qu'une solution de continuité permette l'accès aux régions profondes pour assurer le succès de l'infection.

Au lieu de s'occuper de la perméabilité de la peau aux agents infectieux, on met plutôt en relief sa résistance et l'on ne cite que comme des exceptions les artifices qui, en modifiant l'intégrité de la peau, la rendent vulnérable.

Il suffit de passer une revue rapide des maladies infectieuses de l'homme et des animaux pour rappeler tout le parti que l'étude expérimentale a tiré de la pratique des scarifications.

A l'exemple de la variolisation immémoriale, la vaccination, et plus anciennement, sans doute, la clavelisation, étaient réalisées par inoculation cutanée. Bien que ce soient des interventions ayant pour but de conférer l'immunité, on peut les ranger aussi bien avec les inoculations virulentes, leur objet étant de créer une maladie locale. Cette assimilation nous porte tout de suite à une réflexion sur laquelle nous reviendrons lorsqu'il sera question d'immunisation locale et de vaccination cutanée, soit dans un but de prévention, soit dans un but de traitement. Notons donc tout de suite qu'une seule pustule variolique, vaccinale ou claveleuse, met tout l'organisme, et notamment tout le tégument, à l'abri de l'éruption généralisée que provoque la maladie naturelle.

L'inoculation du virus de la péripneumonie dans l'épaisseur de la peau, ou le dépôt du virus dans une scarification, est suivi du développement d'une culture locale ; elle s'accompagne d'une tuméfaction douloureuse qui évolue avec de la fièvre. Cette tuméfaction, le plus souvent, reste limitée, se résorbe peu à peu, et laisse à

l'organisme une résistance très grande contre la contagion.

Dans les maladies où le contage est plus subtil, l'action pathogène très grande est certaine, il suffit de la moindre effraction tégumentaire pour assurer le développement de l'infection : c'est le cas de la fièvre aphteuse chez le bœuf et chez le cobaye, de la rage... c'est aussi le cas de la fièvre charbnneuse, mais nous verrons bientôt que pour celle-ci, la sensibilité exquise de la peau oblige d'assigner au charbon une place à part dans l'étude que nous poursuivons. Remarquons maintenant déjà que la minime effraction tégumentaire qui assure la perméabilité de la peau est de l'ordre de celles qui se produisent à tout moment : arrachement des poils, exfoliation épidermique par frottement, grattage... Tout cela, pour marquer que la peau saine, normale d'apparence, ne constitue pas ce revêtement invulnérable que l'on croyait.

Pour quelques infections, les scarifications constituent un procédé moins sûr de l'infection. Ses conséquences varient avec la sensibilité des animaux éprouvés. Son emploi peut même constituer un procédé pour apprécier les variations de cette sensibilité. Ainsi, l'inoculation cutanée est un moyen de créer l'infection morveuse, mais celle-ci reste locale chez le chien et guérit ; chez le cheval, il survient un ulcère local d'où la maladie peut irradier ; chez l'âne, le même mode d'inoculation est le point de départ d'une infection aiguë qui emporte l'animal en quelques jours.

La tuberculose, qui offre avec la morve tant d'analogie, répond de la même façon à l'inoculation cutanée. Chez un animal aussi sensible que le cobaye, que la peau soit irritée ou même intacte en apparence, le simple dépôt de virus détermine, selon les cas, soit une lésion tuberculeuse, soit la formation de quelques croûtelles qui marquent le point d'entrée ; ou bien le chancre local fait défaut et la peau laisse passer les germes : dans tous les cas l'animal devient tuberculeux.

Tous ces faits relatifs à la perméabilité de la peau sont restés longtemps épars dans la littérature ; ils étaient interprétés, malgré leur nombre, non pas comme une preuve du rôle important de la voie cutanée pour la pénétration des germes dans l'organisme, mais comme une série de défaillances au rôle protecteur dévolu à la peau.

Les travaux de von Pirquet sur la cuti-réaction vaccinale ont été une révélation pour les expérimentateurs ; ils devaient être féconds en résultats.

Lorsqu'un organisme a été immunisé par inoculation cutanée de vaccin jennérien, il conserve longtemps (moins longtemps quelquefois, semble-t-il, qu'on ne le croit généralement) une grande résistance contre la maladie naturelle. Dans la pratique de cette vaccination, la peau n'a pas été que la porte d'entrée du vaccin. La pustule qui s'est développée a modifié la sensibilité de tout le tégument cutané de telle sorte que si, longtemps après la vaccination première, on cherche comment se comporte la peau à une nouvelle inoculation, l'on assiste au développement de pustules dont le volume et l'apparition rapide traduisent la sensibilité exagérée de la peau.

Désormais, un pas considérable a été fait dans la voie où nous sommes engagés si avant maintenant. La peau n'est plus seulement un organe protecteur, une sorte de cuirasse qu'il faut vulnérer pour pénétrer dans l'intimité de l'organisme. Elle est un organe, un système tout comme un autre, ayant sa vie propre, et son fonctionnement lié à celui de l'organisme. La peau est capable de répondre à des sollicitations par des réactions locales et générales ; sa riche vascularisation, son léseau lymphatique, son innervation ne permettaient guère de douter de cette individualité, mais cette conception n'avait jamais retenu l'attention et la peau, avec toutes ses annexes, n'était que la limite du corps.

A la suite de von Pirquet, l'idée vient maintenant d'interroger la peau, et notamment, de provoquer à son niveau les réactions d'allergie qui seront interprétées comme des éléments de diagnostic. On constate que le simple dépôt de tuberculine sur la peau rasée, que mieux, son inoculation intradermique, chez un sujet tuberculeux détermine une réaction qui fait défaut chez les individus sains. La réaction est purement cutanée ; elle ne s'accompagne d'aucun phénomène général, ce qui montre que la peau, comme un organe, comme les humeurs, est imprégnée de ces substances spécifiques dont la présence, chez les sujets infectés, explique, dans le cas particulier, leur réponse à la tuberculine.

Il a fallu ces constatations nouvelles pour engager cliniciens et expérimentateurs à regarder ce qui se passe au niveau de la peau ellemême lorsque l'on injecte de la tuberculine dans le tissu conjonctif sous-cutané. Dans ces conditions la seule imprégnation de l'aiguille avec la tuberculine suffit à provoquer à l'endroit de la piqûre une réaction cutanée distincte des phénomènes qui se produisent dans le tissu conjonctif où la masse de la tuberculine a été déposée.

La peau des animaux, par son épaisseur, est facilement abordable ; —nous verrons que la minceur de la peau de l'homme n'est pas un obstacle, ni même une difficulté, à la pratique des inoculations intra-dermiques, — aussi l'intra-dermotuberculination dans un but de diagnostic est-elle de pratique journalière dans la tuberculose du bœuf, du porc et des volailles (chez celles-ci, l'inoculation est faite dans les barbillons, appendices constitués exclusivement de peau à l'ex-

ception, à peu près complète de tissu conjonctif sous-cutané).

La peau des sujets morveux réagit à la malléine comme celle des tuberculeux à la tuberculine. L'intra-dermo-malléination est devenue, chez le cheval, un procédé courant de diagnostic.

Un long temps s'est écoulé entre le moment que l'usage de la cuti-réaction à la tuberculine s'est répandu, que la pratique des inoculations intradermiques de tuberculine et de malléine est devenue classique pour les animaux, et celui que le procédé devait faire l'objet d'autres applications. On accorde depuis quelque temps une grande faveur à la réaction de Schick qui permet, par une inoculation intradermique de toxine diphtérique, de désigner ceux des sujets qui sont ou qui ne sont pas sensibles à la toxine, c'est-à-dire qui possèdent, ou non, l'immunité contre la diphtérie. Pour ceux, nombreux, qui accordent une valeur étiologique, spécifique ou secondaire, au streptocoque dans la scarlatine, l'inoculation intradermique de toxine streptococcique provoque ou non une réaction dite de Dick, qui apporte les mêmes renseignements que la réaction de Schick.

Dans l'organisme envahi ou seulement touché par les agents de la tuberculose, de la morve, de la diphtérie, ou par le streptocoque de la scarlatine, la peau sollicitée par des réactifs appropriés et respectivement spécifiques désigne les sujets aux prises avec l'une de ces maladies. Désormais, cliniciens et expérimentateurs, du point de vue de l'infection et de l'immunité, accordent un grand intérêt à la peau.

Au même titre que les humeurs et que les organes, la peau participe aux réactions organiques ; peut-être même joue-t-elle, dans certains cas, un rôle exclusif ou prépondérant. Nous ne devions pas tarder à apprendre qu'il en était souvent ainsi et tout un grand chapitre de la cuti-infection à la cuti-immunité allait s'ouvrir avec les travaux de Besredka (1).

Ce savant s'était déjà acquis une grande notoriété, notamment sur toutes les questions touchant à l'anaphylaxie, lorsqu'il entreprit l'étude de l'infection charbonneuse. Avant lui, le problème avait été abordé par maints chercheurs. Il n'est pas de question de pathologie infectieuse que l'on n'ait tenté de résoudre avec la bactéridie charbonneuse et l'infection qu'elle provoque. On pouvait craindre que tout eût été dit, ou que ce qui restait à faire n'était pas soluble à la lumière de nos connaissances et sous l'empire de nos dogmes. De cette question ancienne, Besredka sut faire une actualité ; il devait saisir des faits nouveaux qui ouvraient des pages inexplorées sur l'infection et l'immunité.

(1) Besredka. — L'immunité locale. Un volume, Masson, Paris, 1925.

Malgré l'extrême sensibilité du cobaye à l'infection charbonneuse, il arrive que certains animaux échappent aux conséquences de l'inoculation expérimentale alors qu'ils ont reçu la même dose virulente, et par la même voie, que leurs congénères qui succombent régulièrement. Besredka a trouvé la cause de ces résultats divergents dans l'infection de la peau ; à son sens, comme il l'établit expérimentalement, le succès de l'inoculation dépend du dépôt du virus dans la peau. La peau est-elle inoculée, ou seulement souillée par une trace de la culture portée ailleurs, l'infection survient. La peau est-elle ménagée, le cobaye se montre résistant au charbon. L'expérience révèle des faits inattendus. La bactéridie charbonneuse inoculée dans le sang ou dans le péritoine si l'on prend soin de ne point infecter la peau, le cobaye ne contracte pas le charbon. La bactéridie charbonneuse montre pour la peau un tropisme exclusif. Il y a là un argument sérieux pour modifier notre conception de la pathogénie de l'infection charbonneuse (1).

Le cobaye n'est pas la seule espèce animale dont la peau montre une telle réceptivité à la bactéridie. Les bovins qu'il est difficile d'infecter par inoculation sous-cutanée de grosses doses de cultures, succombent régulièrement à l'inoculation intradermique de très petites doses (H. Vallée).

Connaissant le moyen qui convient le mieux pour créer le charbon chez l'animal d'expérience, Besredka devait faire servir cette notion à l'acquisition de l'immunité. Il est difficile, sinon impossible, de vacciner le cobaye contre le charbon, mais si, selon le principe de Besredka, on fait suivre au vaccin le chemin que le microbe emprunte lors de la maladie naturelle, peut-être pourra-t-on y réussir !

L'expérience vérifie la prévision de Besredka et le bien fondé de sa conception. L'inoculation cutanée pratiquée avec ménagement, à l'aide d'un virus modifié, confère au cobaye une immunité solide contre le charbon. L'acquisition n'est pas tant d'avoir réussi à immuniser le cobaye ; le fait nouveau est d'avoir vacciné la porte d'entrée. Jusqu'alors, avec les autres procédés d'immunisation, on s'efforce de modifier l'organisme, de changer les propriétés de ses humeurs, pour qu'il devienne inapte au développement du microbe. La vaccination par inoculation dans la peau (cuti-vaccination) agit par un tout autre mécanisme, notamment elle ne s'accompagne pas de changement dans les humeurs (immunité

(1) On trouvera un exposé historique, expérimental et critique de la question dans un récent mémoire de Sanarelli, sur la pathogénie du charbon dit « interne » ou « spontané ». *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1925.

sans anticorps) ; la cuti-vaccination limite son action à la peau, elle fait de la peau, normalement sensible, une barrière aux germes. La réceptivité de la peau qui assurait le succès de l'infection est remplacée par une immunité (cuti-immunité) que la vaccination a créée et qui paraît très solide. On a pris l'habitude de désigner cette immunité sous le nom d'immunité locale pour la distinguer de l'immunité générale, avec anticorps. En réalité, si l'immunisation est locale, si la résistance conférée est localisée à la peau, l'organisme tout entier bénéficie de la protection accordée.

D'autres épreuves ne devaient pas tarder à montrer que le phénomène observé avec le charbon est, sinon général, au moins très répandu, et Besredka montre que, pour le streptocoque, le staphylocoque, les choses vont comme pour la bactéridie charbonneuse.

Ces principes trouvaient bientôt leur application à la vaccination préventive et à la vaccinothérapie.

La vaccination préventive contre le charbon bactéridien pratiquée très communément chez les animaux selon le mode et avec les vaccins de Pasteur, ne va pas toujours sans inconvénient, en particulier chez le cheval dont l'immunisation est souvent difficile. L'introduction du vaccin dans la peau, en une ou plusieurs séances, assure sans risque une immunité qui permet aux animaux de résister aux chances de la contamination même dans les régions gravement infectées. Chez les espèces moins sensibles que le cheval, l'inoculation intradermique convient si bien qu'une seule intervention suffit pour protéger le bœuf ou le mouton, alors que le vaccin pasteurien, injecté sous la peau, doit être donné à deux reprises.

Le même mode d'inoculation intradermique tend à se substituer pour la vaccination antivariolique à la pratique surannée des scarifications ; c'est un moyen qui permet d'exploiter la sensibilité de la peau à la vaccine et d'insérer sûrement une quantité dosée de vaccin. C'est encore à l'inoculation intradermique que l'on a recours, dans un but préventif, pour vacciner les volailles contre la diphtérie aviaire, affection distincte de la diphtérie à bacille de Löffler dont l'agent est plus proche du virus variolo-vaccinal.

La vaccinothérapie surtout devait mettre à profit la sensibilité de la peau (1) et des muqueuses qui tapissent les ouvertures naturelles et qui en diffèrent si peu. L'expérience était facile avec le staphylocoque. Ce microbe détermine des accidents du type des furoncles ; ce sont des accidents locaux bien justiciables d'un procédé d'immunisation locale. L'inoculation intradermique pratiquée au voisinage du furoncle amène une sédation rapide des symptômes et assure la guérison. Encore convient-il de recourir à une technique convenable et d'employer des moyens choisis (1).

L'un de nous (L. Goldenberg), depuis des années, a voué tous ses efforts à l'étude de l'immunisation locale et à ses applications en clinique, en même temps que nous en poursuivons, en commun l'étude expérimentale.

Suffit-il d'inoculer dans la peau ? C'est une condition nécessaire, mais qui n'est pas suffisante. Le mieux est d'infiltrer le vaccin tout autour de la lésion par des inoculations en nappe. Quant au vaccin, un produit tel que celui dont nous avons indiqué (L. Goldenberg (2) la préparation paraît-être celui qui convient le mieux ; il renferme des éléments stérilisés par la chaleur d'autres par le formol, d'autres enfin solubilisés constituant un excipient actif et spécifique (3).

Cette immunisation locale peut être assurée, non seulement avec des vaccins microbiens, mais encore avec leur filtrat. Des produits microbiens entièrement solubles, appliqués sur la peau, en pansement, constituent dans bien des cas un excellent moyen de la vaccinothérapie. Nous tirons le plus grand profit, dans le même sens, de l'emploi d'ovules formés à la fois de corps microbiens et de filtrat, pour le traitement des métrites.

L'un de nous a transporté (en collaboration avec J. Verge) le procédé d'immunisation locale par inoculation en nappe dans la médecine des animaux et a obtenu des résultats assez satisfaisants dans le traitement des pyodermites du chien.

L'analogie qui existe entre la peau et la muqueuse des ouvertures naturelles permet de prévoir que la méthode d'immunisation locale est applicable aux affections de la bouche. Le vaccin contre la pyorrhée alvéolaire que l'un de nous (L. Goldenberg) a fait connaître et dont il poursuit l'étude clinique depuis des années est, sans contredit, du point de vue des résultats, l'une des plus belles applications de l'immunisation locale (4). Le vaccin est inoculé dans le derme des gencives, et quelques inoculations ont raison des suppurations alvéolo-dentaires invétérées.

---

(1) G. Drouet. — Quelle est la meilleure voie d'introduction des vaccins ? *Journal de médecine de Paris*, 4 avril 1925.

(1) G. Drouet. — Essais de vaccination antistaphylococcique par la voie intradermique. *Journal de médecine de Paris*, 18 octobre 1925.

(2) *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 9 juin 1923, p. 65.

(3) *Province dentaire*, (mars-avril 1925).

(4) L. Goldenberg. — Traitement vaccinal des pyorrhées (Immunisation gingivale par le vaccin concentré). *Revue belge de stomatologie*, n° 3, septembre 1924.

Les succès enregistrés dans la pyorrhée ont engagé L. Goldenberg a étendre le procédé au traitement de l'ozène. Les applications ont été moins nombreuses, mais les résultats déjà obtenus sont des plus encourageants (1).

L'inoculation intradermique de très petites doses du vaccin contre la pyorrhée se fait dans la gencive, mais pas nécessairement au voisinage immédiat de l'articulation malade. Cette particularité de la technique relie l'emploi de la vaccinothérapie cutanée pour les affections locales à son emploi dans les maladies générales.

Les applications de la vaccinothérapie locale seraient, en effet, limitées si seules les affections locales pouvaient en bénéficier. Au surplus, nous n'aurions pas tiré grand profit de tout ce que nous avons acquis sur le rôle de la peau dans l'infection et parallèlement dans l'immunité, si les acquisitions, malgré leur grand intérêt, avaient été limitées au traitement de ces quelques maladies.

Des affections locales, on a pu passer aux affections localisées, et avec un vaccin préparé selon nos principes, on peut traiter la blennorragie par des inoculations intradermiques (2). La peau est un organe où se déroulent des réactions d'immunité dont nous soupçonnons à peine l'importance, encore moins le mécanisme, mais qui n'en sont pas moins réelles. Inoculer dans la peau, ce n'est pas seulement déterminer une réaction locale (souvent cette réaction fait défaut), c'est provoquer une réaction générale dont le tropisme spécifique créé par le vaccin en porte les effets sur l'organe infecté par le microbe en cause. Inoculer dans la peau, c'est solliciter un organe producteur des éléments, cellules ou humeurs, qui confèrent à l'organisme les moyens dont il a besoin pour se libérer des microbes. Nous avons cherché à démêler le mécanisme de la guérison par nos vaccins (communication au Congrès de chimie industrielle, Paris, octobre 1925) et nous avons recherché expérimentalement ce que devenait, localement, le vaccin. Nous avons vu la grande part que prend le système adéno-lymphatique et qui tendrait à rapporter l'immunité conférée plutôt à des phénomènes cellulaires qu'à des phénomènes humoraux (1).

Ce que l'on obtient de l'inoculation intradermique dans la blennorragie de l'homme, nous l'obtenons dans la blennorragie de la femme, moins localisée, ayant plus le caractère d'une maladie infectieuse générale. Les résultats obtenus emportent l'idée qu'en sollicitant la peau, on provoque un organe particulièrement apte. Au surplus, n'existe-t-il pas, du point de vue de l'immunité, des relations entre la peau et les organes profonds dont l'étude de la circulation et du système nerveux révèle l'existence ? Ces phénomènes de l'immunité ne sont-ils pas liés à la circulation, au système nerveux, et il n'y a rien que de logique de songer à ces connexions physiologiques.

Passant des accidents locaux comme le furoncle, la pyorrhée, aux maladies localisées, comme la blennorragie, nous arrivons aux grandes infections. La même aptitude de la peau se retrouve quand il s'agit de celles-ci. L'on réussit par inoculation intradermique à débarrasser l'organisme du colibacille qui l'envahit (1). C'est une preuve nouvelle en faveur du rôle de la peau dans la vaccinothérapie des grandes infections.

Une revue aussi rapide d'une question, où les documents abondent, ne peut être qu'une synthèse de nos connaissances actuelles. Nous avons voulu mettre en relief le rôle important dévolu à la peau dans l'infection et dans l'immunité. La peau n'est pas qu'une membrane de protection et de délimitation, c'est un organe qui, réagissant ou non, laisse passer les germes infectieux, et qui répond par des réactions allergiques aux sollicitations spécifiques qui lui sont adressées ; la peau représente, en outre, une voie admirable d'introduction des vaccins, préventifs ou curatifs, administrés à très petites doses, contre nombre d'affections locales aussi bien que contre les infections généralisées. Cette aptitude particulière de la peau qui la désigne pour être le siège des vaccinations n'est pas l'une des moindres acquisitions, réalisées en ces dernières années, de la thérapeutique des maladies microbiennes.

---

(2) Prof. Jacques (de Nancy). — *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, nº 12, décembre 1925.

Dr Meyer. — *L'oto-rhino-laryngologie internationale*, avril 1925.

(3) G. Drouet. — *Concours médical*, 20 juillet 1924, p. 1714.

(1) L. Goldenberg. — Le mécanisme de l'immunité. *Journal de médecine de Paris*, avril 1925. — L. Goldenberg et L. Panisset. Contribution à l'étude de l'immunité locale. Réaction adénolymphatique consécutive à l'inoculation intradermique de vaccins microbiens. *Société de Pathologie comparée*, 9 juin 1925.

(1) L. Goldenberg et R. de Fresquet. — Vaccination intradermique de la colibacillose urinaire. *L'Hôpital*, août 1925.

RÉFLEXIONS SUR LA COQUELUCHE

La communication du Dr Barbary à l'Académie de Médecine sur la coqueluche, résumée dans le n° 49 du *Concours*, appelle quelques réflexions. Le vœu qu'il émet ne peut nous laisser indifférents, puisqu'il prétend imposer aux praticiens une nouvelle déclaration obligatoire.

Alors que l'Etat, suivant l'exemple mutualiste, tend de plus en plus à socialiser la médecine aux dépens des médecins, nous ne saurions laisser passer une tentative de servage non justifiée par un intérêt supérieur certain.

Or, si les intentions de notre confrère sont pures, ses raisons déterminantes sont d'une minceur qui n'en justifie pas du tout la conclusion.

Je résume sa thèse en deux mots. Une épidémie de coqueluche campagnarde semble causée par la venue malencontreuse d'un jeune citadin. Conclusion : changement d'air inutile au malade, nuisible aux bien portants ; donc, déclaration obligatoire et isolement dans une certaine mesure.

Tous, nous considérons l'isolement comme justifié, et le mettons en pratique depuis toujours ; sur ce point, notre confrère enfonce des portes ouvertes.

Mais pour la déclaration obligatoire, elle arrive on ne sait d'où, ni pourquoi, et l'on est en droit de se demander s'il s'agit d'une gageure.

La coqueluche, nul ne l'ignore, frappe surtout les enfants au-dessous de sept ans ; elle est, comme la rougeole, très contagieuse à la période d'invasion, avant tout diagnostic ; son incubation étant très courte, elle se propage avec une rapidité qui défie tous les décrets et déclarations possibles ; comme la rougeole, encore, son germe semble disparaître très vite et la désinfection est un geste inutile. Enfin, beaucoup de coqueluches se devinent, sans pouvoir être diagnostiquées formellement, parce que sans quintes.

Alors, pourquoi une déclaration obligatoire à moins que ce ne soit pour mesurer le degré de docilité et de souplesse dorsale du praticien ?

Quant à l'idée première, inutilité et danger des déplacements de coquelucheux, que le Dr Barbary appelle « la légende du changement d'air », ça peut se discuter.

Nous sommes tous d'accord qu'il est imprudent et stérile de déplacer les malades dans la première période.

Mais, au stade d'état, sans fièvre, sans complication, c'est une autre affaire. Et le déplacement n'empêche pas l'isolement du malade. Je me souviens d'un pauvre gosse de 8 ans, grand névropathe, avec quintes subintrantes jour et nuit, pouls constamment à 160, alimentation presque nulle, toutes médications impuissantes. Je conseillai comme ultime recours le départ à Poitiers, chez des parents ; ça se fit en auto, en deux étapes. Immédiatement, acalmie bienfaisante et en quelques jours, la maladie tomba à une dizaine de quintes par 24 heures ; ce fut la guérison. Cette observation, qui n'est pas unique, d'ailleurs, m'empêchera d'admettre l'opinion si catégorique de notre confrère : une observation positive vaut plus que toutes les négatives.

D'ailleurs, l'action du changement d'air n'a rien de miraculeux ; elle est simple et logique.

La coqueluche comporte deux éléments, l'un infectieux, l'autre nerveux. Contre le premier, l'organisme se défend généralement bien. Ayez recours au vaccin, si vous y croyez. Employez-le aussi, si vous n'y croyez pas : c'est une mode officielle ; ça rassure les mamans qui y croient, et ça fait prendre patience.

L'élément nerveux est d'une grande importance. Contre lui, nous avons plusieurs remèdes, d'actions inégales et irrégulières, mais qui rendent des services. S'ils sont inopérants, et qu'il faille agir, parce que les quintes sont fréquentes et l'état général médiocre, là trouve sa place le changement de milieu qui est, non pas une légende, mais un excellent modificateur et calmant de la sensibilité nerveuse. Un confrère, dont j'ai le regret de ne pas retrouver le nom, préconisa, il y a une quinzaine d'années, les randonnées en auto, dont l'action peut être identique.

Mais, vous avez des raisons de craindre tout déplacement ? L'enfant est trop fragile ? Les parents ne peuvent l'éloigner ? Eh bien ! c'est le moment d'essayer un agent physique nouveau, utilisé en chirurgie depuis une quinzaine d'années, mais à qui la médecine n'a pas encore ouvert sa porte. Ayez recours au cinéma, cette grande découverte dont la portée sociale et le développement industriel sont de premier ordre. Bien entendu, pas dans les salles de spectacle où l'air est empoisonné, et l'isolement impossible ! Employez le ciné individuel, le Pathé bébé, dont le prix n'est pas excessif, et qui peut s'utiliser partout. Pour commencer, pas de ces films rigolos qui provoquent le rire à jet continu, car le rire réveille les quintes, et c'est ici qu'on peut affirmer qu'il est proche des larmes. Non ! mais du plein air, de beaux voyages à l'allure que l'on voudra, et aussi des histoires, toutes les histoires qui ne sont pas trop tarabiscotées ; il y a tant de films qui nous paraissent niais parce qu'ils sont enfantins et qui font les délices des enfants ! Un peu de musique aussi, si l'on peut ! Et, avec ou sans elle, on obtiendra le calme et la sédation désirée.

C'est un procédé neuf qui peut s'employer à toutes les périodes et donner d'excellents résultats Mon expérience en est récente et courte : mais elle m'a paru concluante.

Dr Dani HERVOUET.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cautérisation des adhérences dans le traitement par le pneumothorax artificiel de la tuberculose pulmonaire.

Il n'est plus besoin de démontrer l'importance du pneumothorax artificiel dans la cure de la tuberculose du poumon. Mais les résultats obtenus dépendent, en grande partie, de l'état plus ou moins complet de pneumothorax : les adhérences jouent donc un grand rôle et augmentent le pourcentage de la mortalité après quelque temps.

On a donc essayé différentes méthodes pour supprimer ces adhérences : une pression très forte exercée dans la plèvre n'a pas donné d'heureux résultats ; leur suppression par une thoracotomie n'a pas été sans grand risque.

Cependant, le Pr H.-C. Jacobæus (de Stockholm) a réussi, dans de meilleures conditions, à détruire ces adhérences ; après avoir, par le thoracoscope, introduit au moyen d'un trocart dans la plèvre, vu et localisé les adhérences, il a pu les brûler et les couper, sous le contrôle de ce thoracoscope, au moyen d'un galvanocautère pénétrant dans la plèvre au moyen d'un autre trocart.

Plus de 400 opérations ont été faites aujourd'hui d'après la méthode qu'il expose en détails, et sous l'anesthésie locale.

D'une expérience de 120 cas personnels, il peut conclure que les hémorragies pendant l'opération amènent rarement un danger sérieux, mais que les épanchements après l'opération sont beaucoup plus graves. Sur 12 cas avec empyème, 8 sont morts, un après dix jours, les autres après un ou deux ans.

Dans 75 cas, l'opération a été heureuse au point de vue clinique, c'est-à-dire que dans l'espace de 15 jours ou un mois les crachats et la fièvre ont disparu.

Dans 93 cas, le poumon a été entièrement libéré.

Quelques précautions sont nécessaires avant d'entreprendre pareille opération : il faut examiner soigneusement le malade par les rayons X et juger des possibilités d'une bonne intervention. On doit aussi compter avec l'état du poumon malade : si celui-ci recèle de grandes cavités qui donnent des symptômes graves, on peut faire d'assez grandes cautérisations ; s'il est moins atteint, on examine individuellement chaque cas, et quand l'adhérence est facile à opérer, on doit le faire, sinon mieux vaut s'abstenir. L'état de la plèvre comporte quelques restrictions, car on peut avoir une aggravation de la pleurésie après cautérisation ; cependant s'il y a indication urgente et si on a l'espoir d'obtenir une compression complète du poumon, on peut faire l'opération. Quant à la tuberculose de l'autre poumon, s'il y a indication de continuer le traitement de pneumothorax, il y a aussi indication de cautériser les adhérences.

Ceci établi, les adhérences filiformes jusqu'à la grosseur du petit doigt peuvent être supprimées sans grand danger ; le résultat clinique sera en général bon. Mêmes considérations pour les adhérences membraneuses.

Quant aux adhérences de surface, il est relativement rare de pouvoir les supprimer par cette méthode ; c'est ici que l'on rencontre les plus grandes complications, et il est nécessaire d'aller avec beaucoup de prudence. (*Paris médical*, 15 août 1925.)

Les erreurs thérapeutiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Pour éviter ces erreurs, dit P. Pruvost, il suffit de se souvenir de l'instabilité des tuberculeux (leur température subit facilement des poussées à l'occasion de fatigues, de troubles endocriniens), de leur sensibilité considérable, de la facilité avec laquelle les foyers évolutifs ou mal éteints réagissent, de la nécessité du repos général et local, qui doit être observé chez tous.

1° On se trompe en ne faisant rien ou en faisant trop peu, que la tuberculose soit méconnue ou qu'elle soit jugée insignifiante ou bénigne ; on interprète mal des troubles digestifs prédominants ; on néglige l'examen de l'aisselle ou du hile ; celui des crachats. C'est également une erreur, malgré la présence de bacilles, de méconnaître l'existence ou l'importance d'un foyer évolutif, comme aussi de traiter une tuberculose reconnue par des moyens insuffisants (procédés incertains, traitements électriques, courants de haute fréquence, rayons ultra-violets, radiothérapie profonde).

2° On se trompe par excès, en faisant trop.

On conseille un traitement excessif et trop long, sans que la tuberculose soit prouvée.

La tuberculose étant certaine, on croit bien faire en exagérant certaines parties du traitement ; or, il faut se méfier de la suralimentation, qui peut amener des troubles dyspeptiques, de l'insuffisance hépatique, lesquels forceront ultérieurement à restreindre l'alimentation ; le tu-

berculeux doit engraisser, mais à condition que ce soit progressivement et sans exagération.

Ne pas pécher par excès de médicaments. Aucun médicament ne guérit à lui seul la tuberculose ; ceux qui sont actuellement connus ne jouent la plupart du temps qu'un rôle accessoire, ils doivent garder leur place de second plan. Il faut en prescrire le moins possible, le moins souvent et le moins longtemps possible. Le tuberculeux doit conserver son estomac libre et intact pour bien assimiler les aliments : c'est le point essentiel de la cure.

3° On se trompe en choisissant mal le traitement ; il faut savoir choisir et adapter les prescriptions thérapeutiques au type des lésions, dans une maladie essentiellement polymorphe comme la tuberculose, après avoir déterminé soigneusement leur étendue, leur type d'évolution, leur gravité, le mode de réaction du terrain sur lequel elles se développent.

Rejeter tout médicament qui peut nuire : les ferments lactiques qui deviennent à la longue décalcifiants ; l'adrénaline qui aide à fixer la chaux, mais est nuisible chez les hémoptoïques, de même que l'arsenic, le gaïacol, la tuberculine, l'iodure chez les évolutifs ; l'iode colloïdal, le lipiodol chez les fébriles, les hémoptoïques, les tuberculeux franchement évolutifs à lésions caséeuses ; les eaux minérales, l'air marin, l'altitude, chez les évolutifs, la gymnastique respiratoire dans les lésions évolutives ou mal éteintes. (*L'Hôpital*, août 1925-A.)

Les conséquences cliniques des lésions de la gastrite.

Ainsi que le démontre Félix Ramond, le plus souvent l'ulcère et le cancer dérivent directement de la gastrite ; or, celle-ci est une affection évitable et curable par excellence ; la prophylaxie de la gastrite est donc peut-être la meilleure prophylaxie de l'ulcère et du cancer.

Toutes ses recherches sont basées sur la démonstration importante que la lésion fondamentale de la gastrite est la métaplasie, ou transformation progressive de l'épithélium gastrique en épithélium intestinal.

Les lésions interstitielles sont les premières en date ; elles commandent les lésions épithéliales ; et cependant, l'inflammation des gastrites, dans la majorité des cas, ne vient pas de la profondeur, comme le veut la description classique, mais bien de la surface.

La pathologie peut donc se résumer, pour une bonne part, en une formule simpliste. Dans une première phase, il y a rétention prolongée du chyme dans la cavité gastrique, puis prolifération microbienne, banale le plus souvent, dans les culs-de-sacs cryptiques. Dans une seconde phase, cette infection locale microbienne provoque une réaction cellulaire mésodermique de la région (formation de plasmocytes, éléments nourriciers) ; et cette réaction entraîne à son tour l'évolution vers la métaplasie des cellules nobles de l'estomac.

Les plasmocytes multipliés apportent à l'épithélium gastrique un excès de substance alimentaire et provoque ainsi son rajeunissement et sa tendance à la prolifération. Une plasmocytose moyenne provoquera une métaplasie progressive bien réglée, qui aboutira par étapes sûres à la métaplasie adulte ; une plasmocytose intensive fera naître au contraire de nouvelles cellules à vitalité exagérée, qui tourneront au cancer, sans avoir le temps d'aboutir à l'organisation adulte.

La métaplasie étant donc la principale cause de l'ulcère et du cancer, nous voyons l'importance capitale des troubles de l'évacuation gastrique.

La thérapeutique de base des gastropathies doit donc se proposer, en tout premier lieu, d'assurer un vidage normal de l'estomac ; tel est le but vers lequel doivent converger tous nos efforts (*La Presse médicale*, 1er août 1925.)

De l'excès de volume général du fœtus.

Le Dr de Manet n'envisage dans son étude que le gros fœtus sain, trop volumineux par lui-même pour franchir un bassin normal : 9 à 10 livres sont assez rares ; le poids maximum est de 6 kilogr.

Les causes en sont généralement l'atavisme, le sexe (garçons), la multiparité, la grossesse prolongée, le diabète.

Le diagnostic se fait avec l'hydramnios (utérus pas trop distendu, tête petite extrêmement mobile, matité générale, bruits du cœur lointains), avec une grossesse gémellaire (trois pôles, ou deux pôles de même nom et deux foyers d'auscultation, non isochrones), avec l'hydrocéphalie (siège en bas, tumeur volumineuse et molle au fond de l'utérus).

L'influence de l'excès de volume du fœtus ne se fait sentir sur la grossesse que vers le 8e ou 9e mois : la femme sera gênée, fatiguée, c'est tout.

Ce n'est que lorsque le travail est déclanché que surgissent les difficultés ; d'ailleurs une femme grande, forte, avec un grand bassin peut accoucher normalement.

Chez les femmes faibles, l'inertie utérine est à redouter dès le début du travail. Mais d'une manière générale, le pronostic est relativement favorable, malgré les risques de rupture utérine, de rupture ou d'entorse de la symphyse pubienne. Pour le fœtus, il est beaucoup plus grave : les procidences et latérocidences sont fréquentes en raison du défaut d'engagement de la tête au début du travail ; les tractions effectuées sur l'enfant produisent souvent une élongation du bulbe et divers accidents.

Pendant le travail, il faut être sobre d'inter-

ventions, tant que tout va bien. On respectera plus que jamais la poche des eaux e n raison des procidences du cordon toujours possibles. S'il s'agit d'un siège, ne pas y toucher, à moins d'exception ; s'il s'agit d'un sommet, ne pas faire la version, qui aboutirait fatalement au relèvement des bras.

Neuf fois sur dix, la grosse complication survient au dégagement des épaules. Si les petits moyens échouent, mettre rapidement la femme en travers du lit et faire la manœuvre de Jacquemier : l'épaule antérieure étant engagée, abaisser d'abord le bras postérieur, car c'est en arrière seulement qu'il sera possible d'introduire la main ; faire moucher le fœtus en dégageant l'épaule postérieure ; le tronc vient ensuite sans difficulté.

Bref, la dystocie par excès de volume total du fœtus est rare ; et c'est surtout une dystocie des épaules, moins grave qu'on se le figure habituellement. (*L'Hôpital*, juillet 1925-B.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La contagion par les gouttelettes microbiennes.

(M. A. Trillat. — *Académie de médecine* ; 3-11-1925.)

Les gouttelettes microbiennes détachées des voies aériennes sont de deux catégories : les unes, relativement grosses, sont visibles et tombent à quelque distance du sujet (gouttelettes de Flügge) ; les autres, très fines, invisibles, restent en suspension et diffusent dans le milieu ambiant. Ces dernières sont les plus importantes comme véhicule de transmission des maladies.

Les gouttelettes microscopiques en question se répandent dans la chambre du malade par suite du mouvement brownien dont elles sont animées et de l'attirance qu'elles subissent vers les zones froides. C'est ainsi qu'elles se déposent facilement sur les vêtements de personnes venues du dehors dans une pièce non aérée. Les vêtements, d'autre part, lorsqu'ils sont usagés surtout, renferment dans leurs mailles des gaz aliments, provenant des émanations des glandes sudorales, qui assurent la conservation des microbes.

La contagion peut se faire par les poussières sèches et beaucoup plus encore par les gouttelettes en suspension ; par l'intermédiaire des visiteurs et de leurs vêtements. La prophylaxie résidera dans l'aération, l'insolation, l'action de la lumière, les soins de propreté, voire les blouses de protection et la désinfection. Il y a un facteur dominant, en pareil cas : c'est la réceptivité et la résistance de l'organisme.

Vaccinothérapie d'une pyélonéphrite colibacillaire.

(M. Aumont, de Versailles. — *Société de chirurgie* ; 4-11-1925.)

M. Michon fait un rapport sur un travail de M. Aumont, de Versailles, intitulé : pyélonéphrite bilatérale à coli-bacille avec syndrome urémique grave ; guérison par autovaccinothérapie.

Un homme de 54 ans, à la suite de troubles intestinaux, fut atteint de pyélonéphrite : fièvre, urines troubles, pyurie à coli-bacilles, puis syndrome urémique grave (céphalée, hoquet, langue sèche, oligurie). Reins douloureux. Azotémie à 0.40.

On prépare un autovaccin colibacillaire, que l'on injecte à doses croissantes (1 à 2 cent. c.), à des intervalles de 2, 3, 4, 6 jours. Les injections furent suivies de réactions générales, fièvre, malaise, sudation au bout d'une heure, puis détente et sommeil. A partir de la 5e injection, les phénomènes réactionnels diminuèrent, les urines commencèrent à s'éclaircir, et la crise polyurique s'accentua.

A côté de la vaccinothérapie, M. Aumont avait mis en œuvre le traitement habituel des pyélonéphrites : urotropine, lactose, eau de Vittel, désinfection intestinale par les ferments lactiques, grand s lavements rectaux. Mais, il attache une importance particulière au rôle de l'auto-vaccin. M. Michon pense également que l'auto-vaccin est intervenu utilement, comme il le fait dans les formes aiguës de la colibacillémie.

Les vomissements de la grossesse seraient souvent d'origine appendiculaire.

(M. Constantin Caplesco, de Bucarest. — *Société de chirurgie* ; 4-11-1925.)

M. Caplesco soutient que les troubles digestifs, les vomissements des premiers mois de la grossesse, sont fréquemment d'origine appendiculaire. Il a adressé sur cette question à la Société de Chirurgie, un mémoire qui fait l'objet d'un rapport de M. Paul Moure.

Ayant eu l'occasion, pendant la guerre, de passer plusieurs mois dans des villages moldaves, M. Caplesco a été frappé de constater que les paysannes de ces pays n'éprouvent jamais la moindre nausée, ni le moindre vomissement au cours de leurs grossesses, cependant nombreuses. Or, ces femmes ont une alimentation très végétarienne et chez elles, l'appendicite est exceptionnelle. L'auteur s'est efforcé de dépister dès lors l'appendicite latente chez les citadines en état de grossesse et ayant des accidents digestifs. Il l'a trouvée un certain nombre d fois et il est par-

venu dans quatre cas à faire cesser immédiatement les vomissements en pratiquant l'appendicectomie.

Le travail de M. Caplesco, remarque M. Paul Moure, soulève plusieurs problèmes. Le premier est classique. Il concerne la crise d'appendicite aiguë chez la femme enceinte : elle implique une appendicectomie rapide. Un autre problème est celui de l'origine appendiculaire des vomissements de la grossesse. Pour M. Caplesco, une femme normale ne doit pas présenter les troubles digestifs considérés comme un des signes coutumiers des premiers mois de la gestation. Ces troubles, si fréquents, seraient toujours de nature pathologique et souvent de source appendiculaire. Ils inciteraient à rechercher l'appendicite latente et à l'opérer. Il est évident que c'est là une notion encore bien hypothétique ; elle peut néanmoins conduire à faire des examens plus approfondis de la région appendiculaire chez les femmes enceintes.

Le pouls dans certaines affections abdominales aiguës.

(MM. JEANNENEY et PIÉCHAUD, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 2-12-1925.)

M. SAUVÉ communique un travail de MM. Jeanneney et Piéchaud, de Bordeaux, intitulé : Pouls lent abdominal et morphine. De l'emploi de la morphine dans le diagnostic de certaines affections abdominales aiguës.

Les auteurs étudient l'état du pouls dans un groupe de maladies aiguës de l'abdomen. Il est classique de dire, remarquent-ils, que dans certains syndromes abdominaux, l'état du pouls contribue à fixer l'indication opératoire. Ainsi, dans l'appendicite aiguë, dans la contusion abdominale avec lésions viscérales, dans la grossesse extra-utérine rompue, le pouls est *petit*, *rapide* et *va en s'accélérant*. Cette tachycardie est la règle, et se retrouve dans la grande majorité des cas. Elle est considérée, avec la contracture, le facies, la douleur, la température, comme une indication opératoire. Lejars estime même que, lorsqu'il y a désaccord entre la température et le pouls, c'est celui-ci qu'il faut croire.

M. Jeanneney et Piéchaud, tout en admettant que cette formule répond généralement à la réalité, montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi. Quelquefois, en pareil cas, le pouls est lent ou normal et, fait particulier, la morphine dans ces conditions, l'accélère. Les auteurs donnent d'abord quelques exemples, concernant deux appendicites, une contusion de l'abdomen, une grossesse ectopique rompue, dans lesquels le pouls, malgré la gravité de l'affection, se montrait bien frappé, à 80, à 60, à 50 même. L'injection de morphine, faite pour calmer la douleur, accélérait les pulsations, à 90, 100, 120.

Au cours d'une affection abdominale aiguë, le pouls peut donc être *quelquefois* lent — bradycardie qui fait place à de la tachycardie avec le temps, ou après une injection de morphine. Cette lenteur du pouls ne semble pas avoir attiré beaucoup l'attention. Gosset, Broca, Sauvé, l'ont cependant notée. Elle s'explique par une action réflexe modératrice du cœur. La morphine, en supprimant le réflexe, ramène la tachycardie. Ce médicament, d'ordinaire contre-indiqué ici, pourrait donc être utilisable, dans le doute, par le chirurgien, mais par le chirurgien averti seulement. Si l'injection de morphine est suivie d'une accélération progressive du pouls, il ne faudrait pas hésiter à intervenir. Au point de vue pratique, en présence d'un malade offrant un syndrome abdominal avec pouls lent ou normal, ne pas se laisser hypnotiser par le pouls, mais opérer si l'ensemble symptomatique l'ordonne (facies, contracture, etc.). D'ailleurs, comme le remarque le prof. Hartmann : en matière d'appendicite, s'il y a doute, le chirurgien n'a jamais à se repentir d'une opération exploratrice.

— M. SAUVÉ, dans le rapport qu'il présente sur le travail de MM. Jeanneney et Piéchaud, retient d'abord le fait incontestable : le ralentissement du pouls ou son état normal, au lieu de son accélération habituelle, dans quelques cas de réactions péritonéales aiguës. Il n'accepte pas, par contre, l'injection de morphine comme aide au diagnostic. Dans les grands syndromes abdominaux, le pouls ne saurait juger à lui seul de l'indication opératoire. Au cas d'hésitation, ajoute le rapporteur, ce n'est pas la morphine qu'il faut, c'est l'opération.

Kraurosis vulvæ ayant oblitéré le vagin et le méat urinaire.

(M. René BONAMY. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 4-12-1925.)

M. René Bonamy a opéré une mlade atteinte de kraurosis vulvaire extensif, ayant oblitéré l'orifice vaginal, le méat urinaire, et provoqué par rétention d'urine une double pyonéphrite. Les accidents rénaux graves s'amendèrent rapidement une fois l'obstacle à l'évacuation urinaire levé.

Le kraurosis vulvæ est une affection bien connue, quoique peu fréquente. Il est tout à fait exceptionnel qu'il atteigne le degré rencontré dans l'observation de M. Bonamy.

Cancers du rectum extirpés par voie abdomino-périnéale.

(M. LE GAC. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 20-11-1925.)

M. Le Gac a opéré en 1923 et 1924 deux malades atteints de cancer du rectum par la voie abdomino-périnéale. Les deux cas ont été suivis de guérisons, datant l'une de 17 mois, l'autre de 13 mois. La technique suivie a été l'intervention en deux temps, qui paraît améliorer le pronostic opératoire en raison de la désinfection préalable du bout inférieur. Le temps périnéal semble plus difficile que le temps abdominal.

L'opération, même appliquée aux cas favorables, reste grave. Le pronostic tient pour beaucoup aux soins post-opératoires et également au moral du malade.

Greffe d'ovaire dans la paroi utérine.

(M. Thévenard. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 20-11-1925.)

M. Thévenard pratiqua, il y a dix ans, chez une femme atteinte de salpingite, une salpingectomie avec greffe de l'ovaire gauche dans l'utérus partiellement réséqué — en un mot une opération conservatrice dans l'espoir de laisser à la malade un certain fonctionnement endocrino-ovarien et peut-être une possibilité de grossesse. Cet espoir n'a pas été malheureusement réalisé, et c'est là le point intéressant de l'observation (l'avenir de ces greffes et de ces opérations conservatrices). L'auteur fut, en effet, obligé de pratiquer au bout de dix ans l'hystérectomie et la pièce qu'il présente montre un utérus dégénéré, scléro-kystique, sans trace de l'ovaire greffé. La réussite d'une greffe dans ces conditions paraît fort incertaine, exigeant un bon greffon et des tissus de réception satisfaisants, ce qui n'est pas très commun chez ces malades souffrant d'affections utéro-annexielles.

La désintoxication cancéreuse.

(M. Maurice Bloch. — *Soc. médicale des Praticiens* ; 20-11-1925.)

M Maurice Bloch parle de la désintoxication cancéreuse, méthode mise en application plusieurs fois par lui-même et dont le principe consiste dans l'inoculation aux patients d'une antitoxine prélevée sur des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse néoplasique et préparée par une macération plus ou moins prolongée. Une douzaine de malades ont été soumis à cette thérapeutique, avec des résultats variables.

Hémiglossite phlegmoneuse.

(M. Raymond Petit. — *Soc. médicale des Praticiens* ; 20-11-1925.)

Malade de 56 ans atteint d'hémiglossite phlegmoneuse droite suppurée, probablement consécutive à une blessure de la langue produite par un chicot. On s'en tint à l'expectation armée avec traitement médical. L'ouverture spontanée de la collection se produisit, suivie d'une guérison rapide.

— M. Boissier croit plutôt à une amygdalite linguale suppurée, l'hémiglossite étant exceptionnelle.

Autovaccin sensibilisé dans l'ostéomyélite.

(M. R. Petit. — *Soc. méd. des Praticiens* ; 20-11-25.)

M. R. Petit rapporte un cas d'ostéomyélite avérée guérie par l'auto-vaccin sensibilisé. Il s'agissait d'un homme opéré d'une ostéomyélite qui récidiva trois mois après. La guérison fut obtenue par 20 piqûres d'auto-vaccin sensibilisé, sans intervention chirurgicale,

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse.

Adénofibrome bilatéral du sein chez l'homme.

M. Gosse communique le cas d'un jeune soldat qui présentait une tumeur bilatérale des seins en évolution depuis environ six mois. Les deux tumeurs, de consistance ferme et élastique, indolores à la palpation, offrant le volume d'un œuf de pigeon et ne s'accompagnant pas d'adénopathie, furent facilement énucléées. Il s'agissait histologiquement d'adénofibrome typique, variété de tumeur du sein observée très rarement chez l'homme.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle, neuf perforations intestinales, guérison.

MM. Galy-Gasparorn et Trouette rapportent l'observation d'un marchand forain de 32 ans blessé accidentellement dans un stand de tir par un coup de carabine de 6 mm. tiré à environ un mètre de distance.

La plaie cutanée siégeait au niveau de la partie externe du flanc droit, le ventre était légèrement rétracté, il existait de la douleur à la pression et de la contracture de défense dans la fosse iliaque droite : pouls à 112, régulier et bien frappé.

L'intervention par laparotomie médiane sous-ombilicale, avec débridement latéral, montra la présence de neuf perforations intestinales, six sur la fin de l'iléon, deux sur le cæcum et une allongée, probablement tangentielle, sur la terminaison du côlon ascendant, qui furent toutes traitées par la suture en bourse suivie d'un petit surjet d'adossement séro-séreux.

Les suites opératoires furent excessivement simples : le malade, qui émit des gaz dès le deuxième jour, put se lever dès le 18e, sans que sa température et son pouls aient dépassé respectivement 37°8 et 82.

Hygroma du pied à grains riziformes.

MM. J.-P. Tourneux et Villemin ont eu l'occasion d'intervenir chez un jeune soldat qui présentait une tumeur kystique au niveau de la tête du 5e métatarsien droit, molle, pâteuse, légèrement fluctuante, sans bruit de chaînons.

Cette tumeur, dont l'ablation fut assez pénible, car elle adhérait intimement aux plans voisins, était constituée par plusieurs petites parties communiquant les unes avec les autres par des orifices rétrécis et renfermant de nombreux grains riziformes. Histologiquement, elle présentait les mêmes lésions que les téno-synovites à grains.

Phlegmon des gaines synoviales, vaccinothérapie.

MM. J.-P. Tourneux, Nigoul et Viéla rapportent l'observation d'une jeune fille de 17 ans, qui, après s'être blessée accidentellement avec un éclat de bois au niveau de la paume de la main gauche, pré-

senta tous les symptômes des phlegmons des gaines synoviales à allure septicémique.

Malgré un débridement très large (opération de Lecène) et des irrigations continues au liquide de Dakin, la situation resta très grave, température oscillant entre 39 et 40, pouls à 120, délire, suppuration très abondante, nécrose, œdème remontant au-dessus du coude.

On avait songé, dès le début, à recourir à la vaccinothérapie, mais devant l'impossibilité de se faire délivrer par la pharmacie de l'Hôtel-Dieu les bouillons microbiens nécessaires, ce ne fut que le 7e jour que l'on put pratiquer la première injection de propidon.

En quarante-huit heures, la température tomba au-dessous de 38, l'état général s'améliora, pendant que, sous l'influence des pansements aux Immunizols Grémy, nº 10, la suppuration ne tardait pas à se tarir.

En présence de pareils cas, on ne peut que regretter que toutes les administrations hospitalières n'aient pas encore cru faire devoir profiter leurs malades de ce précieux adjuvant thérapeutique qu'est la vaccinothérapie.

Sur l'appendicite rétro-cæcale et l'appendicectomie sous-séreuse.

MM. Dambien, Bernardbeig et Thomas présentent trois observations d'appendicite rétro-cæcale dans lesquelles se rencontrent les caractéristiques de cette forme si particulière (symptômes lombaires, signes péritonéaux atténués, tendance vers la gangrène).

Les auteurs insistent surtout sur un fait de technique opératoire : la pratique de l'appendicectomie sous-séreuse a, dans ces trois cas, simplifié notablement l'acte opératoire et diminué considérablement la gravité. Cette voie permet d'éviter la blessure du cæcum et de se tenir loin des branches principales de l'artère appendiculaire.

Dans deux cas, une manœuvre particulière fut utilisée : la séreuse appendiculaire fut incisée parallèlement à l'axe du vermium, qui fut dépouillé de son enveloppe comme une artère fémorale de son adventice au cours d'une sympathicectomie.

Gangrène diabétique avec état tétanique post-opératoire.

M. Bounhoure rapporte l'observation d'un malade diabétique, atteint de gangrène humide du pied droit pour laquelle l'amputation au tiers supérieur de la jambe fut nécessaire.

Dans les heures qui suivirent, l'opéré présenta toute une série de symptômes (crise sardonique, trismus, contracture musculaire en opisthotonos, hyperthermie, etc.), rappelant l'allure des tétanos suraigus. Il semble pourtant, étant donné l'évolution ultrarapide et le peu d'intervalle écoulé entre l'opération et l'éclosion des accidents, qu'il s'est agi là plutôt d'un état tétanique relevant peut-être de l'affection initiale que d'un tétanos vrai.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*suite*) (1)

Deuxième question

Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte

Rapport de M. Fredet (de Paris).

Il n'est question dans ce rapport que des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. C'est-à-dire que sont éliminées les tuberculoses para-articulaires et les hydarthroses chroniques. D'autre part, l'âge adulte commence théoriquement lorsque le sujet est parvenu au terme de sa croissance, quand les épiphyses sont soudées, entre vingt et un et vingt-quatre ans. Ce sont donc les tumeurs blanches nées à partir de cet âge jusqu'à la vieillesse qui, seules, doivent être ici étudiées. Mais, pratiquement, on peut déjà considérer comme adultes les individus de dix-huit à vingt ans.

I. Indications générales sur le traitement des tumeurs blanches de l'adulte. — La guérison complète d'une tumeur blanche du genou, qui est la conservation sinon de la forme, du moins de la mobilité et de la solidité de la jointure, est communément obtenue chez l'enfant, plus rarement chez l'adolescent et d'une façon tout à fait exceptionnelle chez l'adulte.

Pour ce dernier, l'emploi des moyens simples ne permet guère d'espérer que l'ankylose rectiligne du genou. Mais cette ankylose n'offre pas une solidité à toute épreuve et comme le membre n'a pas perdu de sa longueur elle force le sujet à marcher en fauchant.

La résection du genou permet d'obtenir *mieux* : ankylose solide, raccourcissement du membre favorisant la marche ; *plus vite* : moindre durée de l'immobilisation ; *plus sûrement* : ablation de toutes les lésions tuberculeuses et prévention des récidives et de la généralisation. En attendant que la tuberculose puisse être guérie par une méthode purement médicale, la question qui se pose pour les tumeurs blanches de l'adulte se ramène en somme à celle-ci : Quel est le meilleur mode de résection ?

II. Thérapeutiques conservatrices des tumeurs blanches de l'adulte. — Parmi les méthodes conser-

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925 et 1 de 1926.

vatrices, trois seulement ont conservé des adeptes : l'héliothérapie associée ou non à la thalassothérapie, les injections sclérogènes et l'arthrectomie.

L'HÉLIOTHÉRAPIE, surtout valable pour les tumeurs blanches de l'adolescence est, chez l'adulte, un précieux adjuvant du traitement après la résection.

La MÉTHODE SCLÉROGÈNE de Lannelongue consiste, comme on le sait, en injections par gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10 ou à 1/15 à la périphérie des tissus malades. C'est un traitement fort lent qui est loin de donner toujours les résultats annoncés et qui a gardé peu de partisans.

L'ARTHRECTOMIE, imaginée par Volkmann, a surtout été défendue en France par Richelot et Albertin. Ces deux auteurs croient à la fréquence des lésions limitées à la synoviale, mais les opérations d'Albertin sont plus radicales que celles de Richelot, en ce sens qu'à l'arthrectomie simple il associe, le cas échéant, les évidements osseux ou même la résection.

En fait, l'arthrectomie imaginée pour le traitement des tumeurs blanches infantiles n'a pas donné, même en ce cas, de bons résultats. König qui a fait un grand nombre d'arthrectomies, alors qu'il était très partisan de l'opération en 1890, avait complètement changé d'avis en 1906. Aucun de ses opérés n'a gardé un genou mobile ; 70 p. 100 ont eu des troubles d'accroissement du membre et souvent des déformations en flexion très accusées. Chez l'adulte, même quand les lésions sont strictement synoviales, l'ankylose obtenue est de mauvaise qualité. Et il arrive trop fréquemment que des lésions osseuses restent méconnues, préparant la récidive.

III. Evolution des idées touchant la résection du genou. — 1° RÉSECTIONS INTRA-ARTICULAIRES. — Deux noms dominent, ceux de Jules Bœckel et de Lucas-Championnière. Ces deux chirurgiens ont indiqué nettement un élément thérapeutique essentiel : c'est l'absolue nécessité d'enlever en totalité les lésions synoviales et osseuses, de ne point faire appel à un traitement subséquent pour achever le travai de nettoyage.

J. BŒCKEL, en 1881, publie 15 résections avec 2 morts. Il préconise une suture exacte de la plaie, avec drainage de courte durée et position verticale du membre après l'opération. En 1889, il apporte 31 nouveaux cas et a supprimé de sa technique la suture osseuse, les ligatures hémostatiques et le drainage. En 1891, il ajoute 28 observations inédites aux précédentes et indique que « les cas les plus favorables sont ceux qui concernent les adolescents et les adultes », quoique la résection réussisse toujours, quel que soit l'âge du sujet. Actuellement la pratique de Bœckel repose sur 239 résections dont 139 pour tumeurs blanches en évolution chez l'adulte avec 2 morts opératoires.

LUCAS-CHAMPIONNIERE a publié, en 1886, 10 cas de résection dont 9 pour arthrites tuberculeuses. Il insistait dès cette époque sur la nécessité de faire des opérations très larges pour enlever toutes les fongosités sans en oublier une seule, la solidité du membre devant résulter de la formation d'un bon cal beaucoup plus que de la conservation des ligaments articulaires. D'autre part, il exigeait une réunion par première intention. En 1890 sa statistique était de 44 opérations sans décès. Il supprimait les ligatures vasculaires, mais pratiquait la suture des os au fil d'argent et conservait un drainage superficiel. Le nombre de ses observations s'est élevé à 113 en 1902, à 136 en 1908 avec des résultats presque constamment parfaits et une seule mort à la 133e opération. Championnière, qui n'est intervenu pour ainsi dire que chez des adultes, considérait que l'âge de prédilection était entre seize et trente ans, les conditions de succès étant plus difficiles à réaliser entre trente et quarante ans

La contribution d'OLLIER au perfectionnement de la résection du genou est moins importante. En 1883, il publie 5 cas de résection pour tumeur blanche, mais reste le champion de la résection sous-périostée. Il recommande une incision trop étroite. Il admet la destruction des fongosités, non seulement par excision mais encore par cautérisation et draine pendant quarante à cinquante jours. Cette technique est inférieure à celle des deux précédents chirurgiens. Cependant elle a permis à Ollier d'obtenir aussi de bons résultats ainsi que le montre l'étude que Mondan a consacrée récemment aux anciens opérés du maître lyonnais dont 11 restent actuellement vivants et bien guéris depuis un laps de temps compris entre trente-quatre et quarante-trois ans.

2° RÉSECTION EXTRA-ARTICULAIRE. — Les procédés de Bœckel, Championnière et Ollier présentent de graves défauts :

Le premier temps de l'opération consiste dans l'ouverture de la cavité articulaire, c'est-à-dire d'un milieu septique.

L'extirpation de la synoviale se faisant de dedans en dehors par lambeaux, on risque d'en laisser quelques portions.

La section correcte des os est difficile à réaliser.

Pour pallier ces divers inconvénients, on a eu l'idée de couper les os en lieu sain loin de l'articulation et d'enlever celle-ci en masse comme une tumeur. Ce procédé qu'ont employé Volkowitch et Marion a eu un certain succès en Allemagne. En France il est abandonné.

3° RÉSECTION EXTRACAPSULAIRE DE LA SYNOVIALE ET SECTIONS PARALLÈLES DES OS, GENOU EN EXTENSION. — Le rapporteur a imaginé une technique qui essaye de combiner les avantages respectifs des résections intra et extra-articulaires.

L'exérèse des parties molles malades peut être accomplie en avant et sur les côtés avant toute ouverture de la cavité articulaire. Quand on en vient à pénétrer dans cette cavité, on peut, après avoir détaché du fémur les ligaments croisés, reprendre la synoviale au ras des condyles et la disséquer par





MAYET-GUILLOT

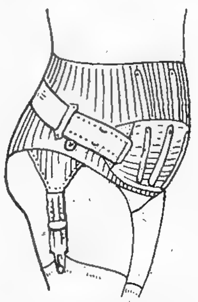
67, rue MONTORGUEIL. PARIS 11e : Tél. Central 89-01
9 rue CASTEX. PARIS IVe : Tél. Archives 17-22
R.C. SEINE 35.158

Succursale : MARSEILLE 43a Bd de la Madeleine.

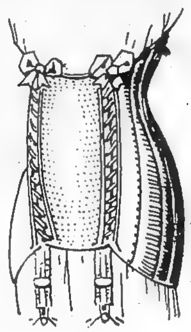
ORTHOPÉDIE PROTHÈSE

TISSUS ÉLASTIQUES. Usine à Romilly-sur-Seine (Aube)

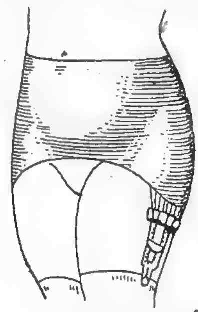
CEINTURES, CORSETS, BANDAGES, BAS ÉLASTIQUES



Ceinture EUPHORIQUE avec patte de renforcement pour ptoses volumineuses ou sujets obèses.



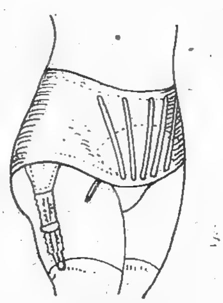
Corset de GROSSESSE



Ceinture MYOSTHÉNIQUE à forces dégressives pour suites opératoires, grossesses etc...



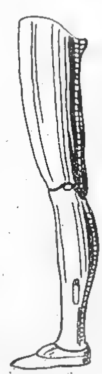
Corset de MAINTIEN



Ceinture ANTIPTOSIQUE à pelote insufflable pour ptoses chez les malades amaigris.



Corset cuir Moulé ou Celluloïd.



JAMBE BOIS à verrouillage automatique.

TOUS APPAREILS POUR MUTILÉS. Bois ou Cuir pour membres supérieurs et inférieures.

l'extérieur de haut en bas jusqu'au tibia en sacrifiant le poplité.

Les os après examen sont réarticulés dans l'extension et on pratique en bonne place deux sections parallèles. Cette opération a été pratiquée 25 fois, la plus ancienne il y a plus de douze ans.

IV. **Indications de la résection.** — Comme l'a dit Championnière, la résection est indiquée toutes les fois qu'on ne peut espérer rendre au sujet le mouvement du genou. En outre, il faut ne réséquer que si le sujet peut supporter l'opération, si les lésions peuvent être totalement supprimées sans nécessiter un raccourcissement de plus de 10 centimètres, enfin si le malade est en mesure de faire les frais de la réparation.

Quand on est dans le doute, on peut faire une arthrotomie exploratrice et amputer immédiatement s'il y a lieu.

La question d'âge a son importance. Mais il ne faut pas confondre la vieillesse et la sénilité, et Bœckel a amputé de très nombreux vieillards avec succès. Seulement la consolidation est plus lente et les récidives sont moins rares chez les gens âgés.

V. **Quelques remarques sur certains temps de la résection.** — 1° Ischémie durant l'opération. — A ce sujet les opinions sont partagées, mais bon nombre d'opérateurs, dont le rapporteur, estiment que le garrot et même la bande de Nicaise rendent plus visibles les lésions tuberculeuses et en facilitent l'extirpation.

2° Protection du champ opératoire. — Le membre bien décapé à la benzine est protégé au niveau de la jambe par un double bas stérile et au niveau de la cuisse par deux champs enroulés, bas et champs fixés à la peau par des pinces.

3° Incision cutanée. — Elle dessine un U dont la branche horizontale passe au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, ou un H, dont le trait transversal est placé vers la pointe de la rotule, les branches longitudinales étant dans les deux cas tracées très en arrière.

4° Section des os. — Pour cette manœuvre qui doit être faite le genou en extension, il est nécessaire de protéger les organes poplités, ce qui peut être obtenu à l'aide d'une plaque métallique en H. Quand, après une coupe osseuse large, il reste des foyers épiphysaires ou diaphysaires, on peut encore obtenir un résultat favorable par l'évidement.

5° Suture osseuse. — On s'est servi de fils d'argent perdus ou arrêtés sur tubes de Galli, d'agrafes de Dujarier, et il est certain que cette suture, au moins les premiers jours, rend de grands services. Mais certains chirurgiens, comme Bœckel, Calvé et Galland, l'ont totalement supprimée.

4° Hémostase postopératoire. — L'hémorragie est insignifiante dans la résection intra-articulaire. Mais si l'on emploie le procédé extracapsulaire on ouvre des vaisseaux assez importants, en particulier les artères articulaires moyennes qu'il est indispensable de lier au cours de l'opération ou après enlèvement du garrot, avant le pansement.

7° Reconstitution d'un plan fibreux autour du genou. — Les plans fibreux sains seront ménagés autant que possible, le ligament rotulien conservé en totalité. Après la suture osseuse, le quadriceps et les expansions aponévrotiques des vastes sont réinsérés au ligament rotulien et aux lames aponévrotiques de la jambe. Ce plan fibreux protège les os, s'oppose aux déplacements secondaires, efface les espaces morts et exerce une compression hémostatique.

8° Drainage. — Beaucoup de chirurgiens croient encore nécessaire de drainer, au moins les premiers jours. Mais le drainage n'est nullement indispensable et il complique un peu les soins postopératoires. Il y a longtemps que Bœckel ne draine plus, et actuellement Fredet, Tavernier, Villard, Bérard, font de même.

9° Pansement et immobilisation. — Après l'application des compresses maintenues par une bande stérilisée, on place un bas également stérilisé, puis on pose et on fixe le membre sur une attelle de Bœckel garnie d'ouate et d'un champ stérilisés. Après quoi on vérifie la position des os par la radiographie dans les deux plans frontal et sagittal.

Au bout d'un mois, le membre est sorti de l'attelle et radiographié. La plaie est cicatrisée, on enlève les fils, on remet un nouveau bas stérilisé et on applique une gouttière plâtrée. Au bout de soixante jours le malade peut marcher, du moins avec un silicate pendant un mois encore.

Si l'on a drainé, on enlève après huit à dix jours le drainage et les fils et on applique aussitôt une gouttière plâtrée qui sera renouvelée un mois plus tard.

VI. **Manuel opératoire de la résection extracapsulaire.** — Deux aides : un aide direct, un aide exclusivement chargé de manœuvrer le membre.

Premier temps. — *Accès aux lésions.*

Le membre étant en extension, incision cutanée en U ou en H. les incisions longitudinales affleurant le bord postérieur des condyles et commençant au-dessus de la rotule pour finir au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Dessiner au bistouri un trait de repère longitudinal et médian, puis relever les lambeaux formés de la peau et de la graisse sous-cutanée.

Deuxième temps. — *Synovectomie.* — Mettre le genou en flexion.

Inciser les plans fibreux de chaque côté du ligament rotulien, couper le ligament près de la rotule et le rabattre en disséquant au plus près sa face profonde.

Inciser transversalement sur les plateaux du tibia les parties molles en dedans et en dehors à un centimètre au-dessous de l'interligne.

Détacher toutes les parties molles insérées au tibia de bas en haut en raclant l'os, jusqu'au voisinage des surfaces articulaires, sans ouvrir la synoviale,

Il s'agit maintenant de disséquer le cul-de-sac sous-quadricipital.

On amorce superficiellement une incision longitudinale sur le tendon du quadriceps. Puis on détache de la rotule le tendon du quadriceps et les expansions des vastes et on prolonge cette incision en U sur la face extérieure des condyles. Le quadriceps est alors relevé et découvre la synoviale qui reste attenante à la rotule.

Section du muscle sous-crural et décollement de la synoviale de haut en bas jusqu'au cartilage trochléen. Les faces latérales des condyles sont ensuite dénudées d'arrière en avant et de haut en bas jusqu'au même point.

C'est à ce moment qu'on ouvre l'articulation en détachant la synoviale de la trochlée et des condyles.

La jambe est fortement fléchie. Désinsérer du fémur les ligaments croisés. Faire surgir le fémur. Reprendre la capsule sur les bords de l'os et désinsérer les coques condyliennes de haut en bas. En dedans extirper la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux. En dehors passer en arrière du poplité coupé le plus bas possible.

On dissèque la partie rétro-tibiale de la capsule, on désinsère les ligaments croisés et on arrive jusqu'au bord cartilagineux des plateaux.

A ce moment on peut se débarrasser rapidement de la synoviale restée tout entière fixée au tibia avec sa doublure fibreuse de la rotule.

TROISIÈME TEMPS. — *Traitement des lésions osseuses.* — Ayant déterminé ce qu'il faudra retrancher des os, on met le protecteur en place derrière le plateau tibial et les condyles. Le membre est mis en extension à plat et on attaque l'os le plus malade avec une scie à large lame, mais on ne pousse pas le sciage à fond et on laisse la scie en place. Avec une seconde scie couper le second os parallèlement en se guidant sur la première scie.

QUATRIÈME TEMPS. — *Hémostase définitive.*

CINQUIÈME TEMPS. — *Coaptation des surfaces osseuses.* — Suture des os au fil métallique. Suture des parties musculo-aponévrotiques. Parage des lambeaux et suture de la peau.

VII. **Résultats de la résection.** — En réunissant les séries de J. Bœckel, de Duret, de Championnière, de Routier, de Delagénière, d'Arrou, de Rochard, d'Ollier, de Gangolphe, de Bérard et de Fredet, on arrive à un total de 783 résections avec 10 morts imputables à l'opération et 33 récidives ayant exigé une amputation secondaire.

La mortalité est donc inférieure à 1,3 p. 100 et il n'y a pas plus de 4,2 p. 100 de récidive. La très grande majorité des opérés restants demeurent guéris avec des troubles fonctionnels minimes. En général les résultats sont obtenus rapidement et sans complications.

VIII. **Essais de restitution de la mobilité du genou.** — L'ankylose osseuse rectiligne, qui est le mode de guérison actuel de la tumeur blanche du genou, n'est malgré tout qu'un pis-aller, et dans ces dernières années on a cherché à obtenir une meilleure solution thérapeutique, c'est-à-dire un genou mobile. Mais on est encore loin du but. Voici les essais qui ont été faits en divers sens ;

1° GREFFES ARTICULAIRES. — La substitution d'un genou sain au genou malade, si elle était possible, donnerait évidemment la guérison parfaite. Lexer, en 1910, paraît avoir obtenu un résultat satisfaisant par cette méthode dans un cas d'ankylose angulaire consécutive à une arthrite tuberculeuse. Mais en 1911, Vaughan puis Hinz ont échoué en opérant, il est vrai, des tumeurs blanches encore en évolution. De toutes façons, la méthode semble n'avoir qu'un avenir restreint étant donnée la difficulté de se procurer des greffons sains et vivants.

2° ARTHROPLASTIES. — a) *Primitive.* — Le rapporteur et Tavernier pensent qu'il serait légitime dans des cas bien choisis, c'est-à-dire quand on a pu réellement enlever toutes les parties malades, de chercher d'emblée à créer une néarthrose en taillant convenablement les extrémités osseuses et mobilisant la jambe d'une façon précoce. WEITING (1922) a publié 3 arthroplasties primitives suivies de résultats satisfaisants, mais il ne donne pas de détails.

b) *Arthroplastie secondaire.* — Ces arthroplasties ont été réservées jusqu'ici à des ankyloses obtenues sans résection préalable. Lexer, Payr, Baer ont fait de telles interventions et n'ont eu que des résultats plutôt médiocres. D'ailleurs les protagonistes de l'arthroplastie, Murphy, Putti, sont tout à fait opposés à l'opération dans les ankyloses consécutives à des tumeurs blanches. *(A suivre.)*

Les Livres

G. DOIN et CIE, éditeurs, Paris.

C. RŒDERER et C. LEDENT, — **La pratique des déviations vertébrales (scoliose, lordose, cyphose).** Un volume in-8° de 375 pages, illustré de 215 figures.

« Ce livre est écrit pour les praticiens. » Telle est la première phrase du préambule. Et de fait, c'est bien dans un esprit essentiellement pratique qu'il a été conçu et composé. Quoi de plus fréquent, en effet, aujourd'hui, que la déformation thoraco-spinale dont les bossus sont les types les plus accentués et les plus accessibles au public ? Quoi de plus fréquent, parallèlement, que l'appel au secours adressé au médecin par des parents effrayés, un beau jour, de constater que, malgré leurs objurgations répétées : « Tiens-toi droite ! » — leur fillette a une

épaule plus haute que l'autre, des omoplates saillantes et dissymétriques, une pareille dissymétrie thoracique ?

Au médecin d'être instruit maintenant de tout ce qui concerne la pathogénie et l'étiologie de ces déformations, et de leur traitement. Et cette instruction, que parfait cet ouvrage, consistera tout d'abord à se bien pénétrer de certains préceptes qu'il faut avoir toujours présents à l'esprit. En voici quelques-uns : *On ne doit pas dire d'une scoliose qui débute : ce n'est rien. — Le traitement des déviations de la taille est encore rempli d'incertitudes. — Les charlatans seuls guérissent toutes les scolioses... Le traitement d'une scoliose confirmée est une perpétuelle et désagréable leçon d'humilité.* »

Et, pour nous consoler de ces prémisses décevantes, ces notions infiniment consolantes : « La pathogénie s'est éclairée (anomalies vertébrales ; rachitisme ; paralysies infantiles ; troubles respiratoires ; troubles endocriniens). — La prophylaxie de la scoliose d'attitude, de la scoliose essentielle, est efficace ; la plupart de ces scolioses sont évitables. — La thérapeutique, bénéficiant des classifications nouvelles, cesse d'être systématique, uniforme, quels que soient les cas. On a commencé à doser la part qui revient à la gymnastique, au repos, à l'opothérapie, au corset. »

Là-dessus, les auteurs étudient les courbures pathologiques de la colonne vertébrale, dont les unes sont congénitales, les autres évolutives. Les troubles de la statique chez les nourrissons, aussi bien que chez les enfants aux diverses étapes de leur vie, et notamment durant leur vie scolaire, sont une des grandes causes de la scoliose. Ils nous apprennent comment on examine un enfant scoliotique ; sur quelles bases s'étaye le diagnostic ; la différence qui existe entre l'attitude scoliotique et les formes vraies de la scoliose...

Et voici alors les différents chapitres relatifs au traitement : l'hygiène du scoliotique. Quelques procédés adjuvants : le massage ; la mécanothérapie ; l'électrothérapie ; certains médicaments (chaux, phosphates, adrénaline, opothérapie)...

L'éducation physique du scoliotique. — La gymnastique et la méthode qu'elle réclame ; gymnastique orthopédique ; gymnastique respiratoire ; gymnastique spéciale correctrice ; gymnastique en flexion...

Dans quelle mesure faut-il recourir au corset ? Que faut-il en attendre ? A quels desiderata doit-il répondre ? Quand le corset de corsetière ? Quand le corset de bandagiste ? Autant de questions qui sont amplement et figurativement traitées. Mais, dès qu'il faut demander au corset une correction véritable, ce n'est pas au corset du bandagiste qu'il faut s'adresser, mais au corset plâtré, ultime ressource à laquelle on n'aura recours que dans un très petit nombre de cas. Et de nous décrire les différents types de corsets plâtrés, comment on les doit confectionner, comment les appliquer.

Certaines scolioses à allure spéciale demandent à être signalées : elles sont justiciables de certaines méthodes particulières. Il en est, par exemple, que la gymnastique aggrave : encore faut-il savoir les dépister pour ne pas commettre l'erreur de leur appliquer un procédé à rebours.

Le dos rond, la cyphose, la lordose, sont des déformations qui compliquent la scoliose ou qui peuvent exister pour leur propre compte. MM. Rœderer et Ledent leur consacrent les deux dernières parties de leur ouvrage.

Pour montrer, en terminant, l'esprit dont ils sont animés, je détacherai, parmi quelques aphorismes qu'ils ont placés en exergue du traitement de ces affections, trois formules lapidaires :

« Ne laissez jamais dire devant vous sans protester : Tout le monde a un côté plus fort. C'est avec de telles maximes que les parents calment leurs appréhensions, puis endorment leurs inquiétudes.

« Il y a des enfants montés sur coton ; il y a des enfants montés sur acier. En général, vous ne guérirez pas la scoliose chez les premiers.

« La scoliose vraie n'est jamais une maladie insignifiante...

« Avant tout, abstenez-vous d'idées préconçues... il n'y a pas de catéchisme antiscoliotique.

« Laissez au professeur de gymnastique l'enfant normal. Ne vous débarrassez pas du scoliotique. C'est un malade, il vous appartient. »

....

En ai-je assez dit pour vous intéresser à la pratique des déviations vertébrales ? Je l'espère.

G. Duchesne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES INDIGNATIONS DE LA « PETITE GIRONDE » OU COMMENT UN SYNDICAT MÉDICAL COMPREND SON ROLE SOCIAL

Un de nos bons correspondants, de la Dordogne, nous a adressé une coupure de la *Petite Gironde*, du 10 octobre dernier. « Je m'en voudrais, nous dit-il, d'ajouter des commentaires. »

Nous les ajouterons donc pour lui.

Mais, voici d'abord la coupure en question.

Au dire d'un lecteur (administrant du reste la preuve), il y a parfois intérêt, même pour le profane, à feuilleter les revues spéciales à MM. les médecins. Nous sommes ainsi renseignés sur les intentions de certains Syndicats départementaux, sur les tendances de leurs sous-groupements.

Un de ces Syndicats de médecins nous édifie de façon très suffisante :

En ce qui concerne le projet de la loi sur les assurances sociales, il décrète la suppression du « tiers payant » ; de la sorte, écarte le principe du contrat collectif et le nom du ticket modérateur. Ce sera bien entendu suggérer au médecin visitant un malade la préoccupation première de savoir « par qui et quand il sera payé » (mots prêtés à un docteur fort connu) ; d'aucuns même se pourraient attarder dans la chambre jusqu'à remise des honoraires (faits reprochés ; sans doute mal interprétés).

Il fixe au minimum, en faveur des œuvres les plus avantagées, le prix de la consultation et de la visite respectivement à 8 et 10 francs, celui de l'indemnité kilométrique à un franc. Ne saurait être contesté à MM. les médecins le droit légitime d'accommoder leurs honoraires aux exigences de la vie ; toutefois ne paraît pas indispensable de laisser la porte grande ouverte à l'abus des « indemnités kilométriques accumulées » (visites d'occasion) ; exemple enregistré : un médecin de C... se rend à D... (7 kilomètres) ; il visite deux membres d'une Société de secours mutuels et exige de chacun d'eux, en plus de la visite (ce qui est normal), l'indemnité kilométrique, soit 14 fr. (ce qui est scandaleux).

Il daigne admettre le service des consultations de nourrissons (minimum des honoraires, 25 francs par séance), mais uniquement réservées aux indigents, aux nécessiteux, aux enfants dont les parents sont munis d'une lettre de leur médecin. Donc, interdiction de toute œuvre susceptible de réduire la clientèle.

Ledit Syndicat, heureusement, n'exerce pas une autorité souveraine (de beaucoup s'en faut), et bon nombre de médecins demeurent toujours parmi ceux auxquels le docteur Grinda consacre des pages éloquentes dans le remarquable rapport servant d'introduction au projet de loi sur les assurances sociales.

Louons et remercions ces néophytes ; souhaitons que leur exemple soit suivi par d'autres confrères exempts d'intransigeance et non enclins à s'imaginer que l'instauration du futur régime dépend de la seule volonté du corps médical. (Propos tenu à un de nos conférenciers par un docteur adjoint au maire dans un chef-lieu d'arrondissement).

***

Le Syndicat ainsi mis en cause est le Syndicat médical de Bordeaux. Aussi, le Dr de Coquet, président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Gironde, a-t-il pris l'initiative de répondre à cette nouvelle attaque dirigée contre le syndicalisme médical. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire sa lettre (1).

Mon cher Monsieur Olivier,

Je viens de lire, dans votre chronique mutualiste du 10 mars, un article ayant pour titre : « Comment un Syndicat médical comprend son rôle social », où nous sommes quelque peu malmenés. Cet article n'étant pas signé, je me vois dans l'obligation de vous répondre à vous-même, puisque c'est vous, apparemment, qui avez le contrôle et la responsabilité de la « Chronique de la Mutualité » dans *La Petite Gironde*.

On reproche à certains de nos groupements de ne pas vouloir du tiers payant. C'est notre droit absolu. Il serait trop long de revenir ici sur cette question que j'ai maintes fois traitée, pour mes confrères, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, mais soyez assuré que si nos Syndicats ont une tendance presque générale à repousser le tiers payant, c'est parce qu'il est mauvais en soi. Il tendrait à faire de nous des fonctionnaires plus occupés d'établir des fiches individuelles que de bien soigner leurs malades.

J'affirme en outre qu'il est contraire aux intérêts bien compris de l'assuré qui, payant de ses deniers, sera libre de s'adresser au médecin de son choix et exercera son contrôle lui-même. Cette disparition du tiers payant n'empêchera nullement d'ailleurs l'application des contrats collectifs, nos syndicats pouvant traiter avec les caisses d'assurances et imposer à nos confrères des tarifs acceptés d'avance par les deux parties.

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 octobre 19..

Quant au ticket modérateur, il serait supprimé en tant que ticket ou petit carton, mais l'idée qui l'a fait naître serait élargie au maximum puisque l'assuré, au lieu de payer une partie des honoraires, les payerait en totalité. Mais au fait, c'est peut-être cela qui gêne votre Mutualiste Inconnu ? Il voudrait bien toucher une indemnité de sa caisse d'assurance, mais sans avoir à se préoccuper d'honorer le médecin ?

Il signale, plus loin, avec une certaine amertume, notre augmentation d'honoraires, tout en reconnaissant le bien-fondé de cette décision, j'en prends acte pour fournir cet argument à la commission médico-mutualiste.

Il est, en revanche, moins indulgent pour le tarif kilométrique et la « visite en passant », qui lui fournissent l'occasion de généraliser quelques abus. Il fulmine aussi contre notre conception des consultations de nourrissons qu'il voudrait nous voir faire gratuitement et auxquelles il faudrait admettre, par-dessus le marché, les enfants des familles aisées. Non, mais, est-ce que ce redresseur anonyme s'imagine que le médecin vit de gratuité et d'eau fraîche ? Il paraît ignorer que nous avons, comme tout le monde, une famille à faire vivre et des impôts toujours croissants à supporter.

Monsieur Olivier, vous qui le connaissez, dites-lui donc que nous comprenons mieux qu'il ne pense la grandeur de notre rôle social, que nous avons toujours fait plus que notre devoir et que nous comptons bien continuer encore et toujours. Mais les œuvres sociales en voie de création ne sont pas des personnalités indigentes ; ce sont, par définition, des assurances qui prendront l'argent des contribuables pour le distribuer suivant les besoins de leurs assurés. Il appartient donc à chacun de veiller à ce qu'il n'y ait pas de gaspillage et, pour cela, le moyen le plus simple est d'obliger chacun à payer, de ses deniers, ses frais de maladie. Traduisez : il faut supprimer le tiers payant.

Je termine, mon cher Monsieur Olivier, en conseillant à votre collaborateur de se faire connaître à l'avenir et de s'inspirer de votre pratique journalière et de vos écrits, toujours dictés par l'esprit de justice, la bienveillance et le respect des droits d'autrui.

Croyez-moi toujours votre bien cordialement dévoué,

F. DE COQUET,

Président de la Fédération des Syndicats médicaux de la Gironde.

* * *

M. de Coquet a-t-il obtenu l'insertion de sa lettre rectificative, inspirée par un légitime droit de réponse, dans la *Petite Gironde* ? Je serais curieux de le savoir. Quoi qu'il en soit, la *Petite Gironde* ayant fait siennes les allégations de son lecteur anonyme, en les publiant sous un titre à tendance sensationnelle, et sans faire de réserves, ne semble-t-il pas qu'elle mérite également une réponse ?

Les indignations de son collaborateur, indignations qu'elle épouse certainement, sont tout simplement risibles, et ce serait perdre son temps, à mon avis, que de tenter de leur faire, à lui et à elle, comprendre que l'évolution qui a créé et qui développe ce qu'on appelle la médecine sociale, a entraîné parallèlement une évolution et des modifications dans l'exercice de la médecine, qui deviennent des duperies quand elles cessent d'avoir leur légitime contre-partie. Il n'y a de pires sourds... !

Comment pouvez-vous vous indigner, vertueuse *Petite Gironde*, de voir porter les prix de la consultation et de la visite respectivement à 8 et 10 francs, quand vous avez quadruplé votre propre prix, en passant de cinq centimes en 1914, à vingt centimes, en 1925 ? Pourquoi vous scandalisez-vous de ce qu'un médecin s'attarde dans la chambre d'un malade jusqu'à remise des honoraires, vous qui prenez soin de faire payer d'avance vos abonnés ?

Méconnaissez-vous donc tellement l'apologue de la paille et de la poutre ?

Si le médecin vit de son métier, comme le prêtre vit de l'autel, de quel droit lui faites-vous un grief de chercher précisément à vivre, c'est-à-dire à subsister, autrement, comme l'écrit M. de Coquet, que de gratuité et d'eau fraîche ?

Les temps sont révolus. Il n'y a plus aucune raison, à cette heure, pour que le médecin soit seul à consentir certains sacrifices dont toutes les autres catégories de citoyens sont exemptées. Qu'un assisté soit intéressant (on ne dit plus un pauvre) ; qu'un accidenté du travail puisse prétendre à certains égards ; qu'un assuré social puisse, bientôt, réclamer certains avantages, pourquoi serait-ce au seul médecin qu'on imposerait l'obligation de consentir ces avantages, de prodiguer ces égards ?

Jadis, le médecin connaissait les pauvres de sa clientèle ; il discernait ceux qui méritaient des mesures bienveillantes. Il prodiguait ses soins, sans distinction, à tous ceux qui frappaient à sa porte ; il savait faire abandon de ses honoraires quand cela lui paraissait nécessaire ; et non seulement il renonçait à se faire honorer, mais il lui arrivait encore de laisser discrètement, sur le coin de la cheminée, l'obole grâce à laquelle les médicaments prescrits seraient payés, ou le bouillon recommandé préparé avec la viande ainsi achetée.

Jadis, le médecin était en même temps considéré. Les égards qu'on attendait de lui, on les lui rendait sous une autre forme. On tenait compte de ses sacrifices dans le calcul de l'impôt de sa voiture. Aujourd'hui, on le considère comme une sorte de fournisseur ; on lui reproche, à tort, de s'enrichir, en réalisant des gains considérables ; on le frappe de taxes d'un poids écrasant ; on le soumet à un régime fiscal inquisitorial et où

l'arbitraire menace de régner en maître. Et vous voudriez qu'il ne se révoltât pas ? Et vous prétendriez le contraindre à continuer à tendre ingénument le cou à ceux qui l'égorgent ?

Plus de régime de faveur d'aucune sorte. Le droit commun pour tout le monde. Voilà ce que le corps médical doit exiger. C'est à tort qu'il s'en trouve, parmi nous, pour solliciter, des administrations et de l'Etat, un tarif réduit, par exemple, pour le téléphone, pour l'impôt sur les automobiles, etc. Il faut payer au taux commun, mais il faut en même temps se faire honorer sans concessions d'aucune sorte, et sans distinction d'espèces. Puisque le futur assuré social subira la loi commune pour le prix du pain dont il se nourrira, il y sera soumis mêmement, quand il aura besoin de soins médicaux.

Il faut avoir le courage de voir les choses en face. Il faut ne pas craindre de dire certaines paroles, même si elles paraissent excessives ou subversives. La subversion d'aujourd'hui deviendra l'orthodoxie de demain.

On ne nous parle que d'évolution. On nous convie à évoluer. Evoluons donc, et soyons de notre temps. Plus de gratuité ; et quant à l'eau fraîche, n'en prenons qu'autant que nous en ferons volontairement notre boisson, et réservons-nous le moyen d'y adjoindre, quand il nous plaira, quelques verres des excellents crus girondins, ainsi d'ailleurs que de tous les vignobles français.

Quant à vous, *Petite Gironde*, soyez-le vraiment, *gironde* — ainsi désigne-t-on argotiquement les bonnes et jolies filles —, et cessez de vilipender les médecins et les syndicats médicaux. Dans l'anarchie morale à laquelle nous assistons, croyez bien que c'est encore le médecin qui, à quelques exceptions près, forme l'élite la plus respectable, et souhaitez que cela continue longtemps encore, nonobstant les ridicules attaques de la presse. Autrement, je vous crierai : Patience ! Patience ! Le jour où la médecine française sera soviétisée comme dans l'U.R.S.S, je vous attends ; et vous m'en direz des nouvelles ! G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Prix de journée des accidentés du travail soignés dans les hôpitaux.

Hospices civils de Marseille.

Application de la loi du 6 juillet 1920 concernant le tarif d'hospitalisation des accidentés du travail.

Les hôpitaux ont le droit de réclamer aux patrons le tarif de l'assistance médicale gratuite majoré de trente pour cent.

(*Jugement du Trib. Civ. de Marseille en date du 9 décembre 1924, en appel d'un jugement de magistrat cantonal (affaire hospices de Marseille contre Giors ; hospitalisation de l'ouvrier Vateoni*).

Attendu que la Commission administrative des hospices de Marseille, par exploit du 8 décembre 1923, Hancy, huissier, a fait citer devant le juge de paix du 5e canton de Marseille, le sieur Edouard Giors, entrepreneur, en paiement de la somme de 322 fr. 40, représentant douze journées d'hospitalisation à 26 fr. 87 l'une, de son ouvrier Vateoni, accidenté du travail ;

Attendu que par jugement de défaut du 12 décembre 1923, ledit juge de paix a fait droit à cette demande ;

Attendu que par exploit du 12 janvier 1924, André, huissier, le sieur Giors a formé opposition audit jugement ;

Attendu que par jugement du 16 juillet 1924, ledit juge de paix accueillant l'opposition en la forme, a, quant au fond, désigné trois médecins experts à l'effet de rechercher si les soins donnés par les hospices au sieur Vateoni comportaient bien le taux quotidien d'hospitalisation réclamé par la Commission administrative ;

Attendu que la Commission administrative des hospices, par exploit du 24 octobre 1924, Hancy, huissier, a interjeté appel dudit jugement ;

Que le sieur Giors, de son côté, a formé un appel incident ;

Attendu que ces deux appels sont réguliers en la forme et qu'il convient de les accueillir ;

AU FOND, attendu d'abord qu'il ne saurait être contesté que le juge de paix, comme le tribunal d'appel, est compétent pour statuer sur les demandes en paiement de frais d'hospitalisation d'un accidenté du travail, lesquels frais, en vertu du paragraphe 3, article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par les lois des 31 mars 1905 et 5 mars 1917, sont imposés aux chefs d'entreprises ;

Attendu d'autre part, qu'on ne saurait enlever aux tribunaux civils le droit de rechercher si les délibérations des Commissions administratives des hospices de la nature de celle qui est aujourd'hui soumise à son appréciation ont été bien prises en vertu des lois en vigueur, bien que ces délibérations aient été approuvées par l'autorité préfectorale ;

Qu'il est, en effet, de doctrine et de jurisprudence que les tribunaux judiciaires peuvent apprécier la légalité et interpréter le sens des actes administratifs

qui ont le caractère de règlement, parce qu'il s'agit d'actes complémentaires de la loi, participant de son caractère et constituant des faits de législation plutôt que d'administration et alors surtout que cette interprétation est nécessaire pour la solution du litige dont ils sont saisis (Cass. Ch. Civ., 28 octobre 1917. — D. P. 1918. 1. 5 et note) ;

Attendu que la délibération attaquée rentre en effet dans la catégorie des délibérations qualifiées de réglementaires, en vertu desquelles les Commissions administratives exercent un pouvoir qui leur est propre et qui devient exécutoire, si, dans les trente jours après leur notification officielle, le préfet ne les a pas annulées, soit d'office pour violation des lois et règlements, soit à la demande d'une partie intéressée, à moins que lesdites délibérations n'aient été soumises de suite au préfet pour être revêtues de son approbation ;

Que, dans l'espèce, la délibération dont s'agit a été prise le 28 mai 1923 et revêtue le 30 juin suivant du « vu et approuvé » préfectoral ;

Attendu que même s'il s'agissait, ce qui n'est pas le cas, d'une délibération dont l'exécution est subordonnée à l'autorisation d'une autorité supérieure, arrêté préfectoral par exemple, un recours formé par un particulier contre ledit arrêté n'aurait pas pour effet de suspendre l'exécution de cet arrêté, que par suite ce particulier pourrait être poursuivi devant les tribunaux compétents pour des faits visés dans ledit arrêté et venus à exécution avant son pourvoi ;

Qu'au surplus, ces arrêtés, en dehors de l'incompétence ou de l'excès de pouvoir de leur auteur, ne peuvent être déférés *de plano* au Conseil d'Etat ; qu'il est indispensable de se pourvoir d'abord devant le Ministre compétent que la matière concerne ;

Attendu que cette question de compétence vidée. il y a lieu d'examiner le jugement de paix dont est appel ;

Qu'il apparaît que le magistrat cantonal n'a pas statué sur la difficulté qui lui était soumise, à savoir si ladite délibération avait été prise ou non en violation des lois et règlements en la matière ;

Qu'en effet le prix de la journée d'hospitalisation réclamé par la Commission administrative des hospices au patron Giors ne saurait résulter de la nature et de l'importance des soins reçus à l'hôpital par son ouvrier accidenté Vateoni, mais d'un pourcentage établi sur des bases légales et applicables à tous les hospitalisés en vertu de la loi du 9 avril 1898 ;

Que par suite la nomination des trois médecins experts que le juge de paix a ordonnée, avec le mandat précité, doit être déclarée inopérante ; que dès lors, il convient de réformer son jugement ;

Attendu qu'en l'état de cette décision, la seule question qui se pose est celle de savoir si la Commission administrative des hospices est en droit de réclamer, à partir du 1er janvier 1923, ladite somme de 26 fr. 87 comme prix de journée aux accidentés du travail admis dans ses établissements ;

Que ladite délibération, après avoir visé l'arrêté du préfet en date du 24 mai 1923, fixant le prix de la journée des malades de l'assistance médicale gratuite en chirurgie au chiffre de 20 fr. 65 pour l'année 1923, égale au prix de revient de l'année 1922, a majoré ce prix de 20 fr. 65 de 30 % et ce, en vertu de la loi du 6 juillet 1920 qu'elle relate, et obtient ainsi le chiffre de 26 fr. 87 aujourd'hui réclamé ;

Attendu qu'il y a lieu tout d'abord de rappeler que la loi du 9 avril 1898 n'avait pas prévu la question de la charge des frais d'hospitalisation ;

Que, pour la première fois, la loi du 31 mars 1905 imposa cette charge aux chefs d'entreprises dans les conditions qui furent déterminées avec délimitation de prix maxima et minima ; que la loi du 5 mars 1917 modifia ces conditions et ces limitations tout en maintenant le principe forfaitaire de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que les commissions administratives des hospices demandèrent au législateur que ces limitations soient supprimées et que le tarif d'hospitalisation des accidentés du travail fût uniquement celui établi par l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, mais avec une majoration ;

Attendu que c'est dans ces conditions que fut votée la loi du 6 juillet 1920 modifiant le paragraphe 3, article 4, de la loi du 9 avril 1898, modifiée déjà par les lois du 31 mars 1905 et 5 mars 1917 concernant les responsabilités des accidentés du travail ;

Que cette loi, dans son article unique, décide que le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues dans l'article 3, des frais d'hospitalisation, qui, tout compris, ne pourront pas dépasser le tarif établi par application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 30 % ;

Attendu qu'il résulte des travaux préparatoires que ce quantum de 30 % n'a été voté qu'après des concessions réciproques entre la Chambre et le Sénat, la première voulant porter le chiffre à 50 % et le second seulement à 25 % ;

Que des discussions qui eurent lieu à ce sujet, devant les deux Chambres, il ressort que le législateur s'est préoccupé surtout et avant tout de défendre l'intérêt des Hospices ;

Que M. le Député Doizy dans son rapport (séance du 30 janvier 1919) pour justifier la suppression des maxima et minima prévus par les lois des 31 mars 1905 et 5 mars 1917, fait ressortir qu'il serait inadmissible que l'assistance publique paye une partie des frais que le législateur du travail impose aux employeurs ; qu'il ajoute que si la majoration n'était pas suffisante, on verrait patrons et compagnies d'assurances faire tous leurs efforts et user même de pression pour diriger de parti pris leurs blessés sur leurs hôpitaux, alors qu'en principe les lits doivent être d'abord pour les indigents ;

Que, dans la séance du 11 avril 1919, M. le Sénateur Bienvenu-Martin, rapporteur, soutient la même thèse et fait ressortir qu'actuellement le patrimoine des hôpitaux, c'est-à-dire le bien des pauvres, sup-

porte en réalité une partie des dépenses qui, légalement, incombent aux chefs d'entreprises et aux compagnies d'assurances ;

Attendu d'autre part que si, à la vérité, il résulte des explications de ces deux mêmes parlementaires que, dans l'esprit du législateur, la majoration proposée ne sera pas obligatoire, mais rendue seulement possible, M. le sénateur Bienvenu-Martin, à la même séance du 11 avril 1919, s'explique sur le sens et la portée de cette majoration, qu'il indique que si, par suite, les hospices renonçaient à cette majoration, ils croiraient frustrer le patrimoine des pauvres d'une recette qui leur était due et faire à leurs dépens un cadeau aux patrons et chefs d'entreprises ; que, par suite, il estimait qu'il sera de leur devoir de faire payer la totalité de la majoration qui sera ainsi appliquée en quelque sorte automatiquement ;

Attendu qu'il résulte de ces explications que les commissions administratives des hospices peuvent et doivent même, en vertu du texte et de l'esprit de la loi du 6 juillet 1920, majorer de 30 % le tarif de l'assistance médicale gratuite ;

Attendu enfin que l'on soutiendrait vainement que les lois des 6 juillet 1920 et 15 juillet 1893 ont été abrogées par les lois des 28 juin 1918 et 14 février 1921 ;

Qu'il suffit de se reporter aux textes de ces deux dernières lois pour se rendre compte qu'à aucun moment il n'est parlé de l'abrogtation des deux lois précitées ;

Qu'en effet, avant la loi du 14 février 1921, la fixation du prix de journée des malades dans les établissements hospitaliers aux frais des communes, des départements ou Etat, était déterminée par l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 ; que si, à la vérité, l'article 24 de cette loi a été abrogé par l'article 7 de la loi du 28 juin 1918, laquelle a pris des mesures provisoires permettant aux établissements hospitaliers de faire face à l'augmentation déjà désordonnée de leurs dépenses quotidiennes, les autres articles subsistent toujours ;

Que ladite loi du 28 juin 1918 à caractère provisoire et de durée déterminée jusqu'au 23 octobre 1921, a eu pour but, en effet, de faire reviser annuellement le prix des journées basés à l'avenir sur le prix de revient constaté, non dans les cinq dernières années, comme dans l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893, mais dans l'année précédente ;

Attendu que la loi postérieure du 14 février 1921 remplace l'article 17 de la loi du 28 juin 1918, proroge par suite son application jusqu'au 31 décembre 1922 et fixe le prix de journée des hospitalisés dans les mêmes conditions prévues dans la loi qu'elle remplace, avec cette addition que si, lors de la clôture de l'exercice, la moyenne de prix de revient constatés excède le prix de journée fixé de plus de un pour cent de celui-ci, les Commissions administratives des hospices auront le droit de réclamer la différence entre ces deux prix, que le même avantage est accordé aux communes, départements et Etat, dans le cas où le prix de revient serait inférieur de un pour cent du prix fixé.

Que des travaux préparatoires de cette dernière loi il résulte également que le législateur a tenu à donner satisfaction aux légitimes doléances des Commissions administratives des hospices, qu'il a eu l'intention de régler la fixation des prix de journée dans les conditions susceptibles de leur donner l'évaluation la plus rapprochée de la vérité, la période finale de la guerre, et plus encore celle d'après guerre, ayant produit dans l'ordre économique une perturbation sans exemple, manifestée par une hausse faite de soubresauts et d'irrégularités déjouant tous les calculs prévisionnels ;

Attendu qu'il ressort donc de l'examen des textes des lois précitées qu'à aucun moment les lois des 15 juillet 1893 et 6 juillet 1920 n'ont été abrogées et sont, par suite toujours en vigueur ;

Que si, à la vérité, l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 a été remplacé par l'article 7 de la loi du 28 juin 1918, cette modification a eu pour but de modifier seulement la durée de la période sur laquelle on devait calculer la moyenne du prix de revient pour fixer les prix des journées des hospitalisés ;

Que les autres dispositions de la loi du 15 juillet 1893 sont dès lors toujours en vigueur ; qu'il en est tellement ainsi que le décret du 9 février 1922, prévu par la loi du 14 février 1921, vise ladite loi ;

Que, d'autre part, aucun texte de loi ne permet de dire, ces prix de journée une fois établis en vertu de la loi du 14 février 1921, substituée à celle du 28 juin 1918, que les Commissions administratives des hospices ne peuvent plus majorer ces prix de 30 %, en conformité de la loi du 6 juillet 1920 ;

Qu'en décider autrement serait aller à l'encontre des textes législatifs et des sentiments du législateur lui-même ;

Attendu qu'il convient de décider que c'est à bon droit que la Commission administrative des hospices de Marseille demande au sieur Edouard Giors, le paiement de la somme de trois cent vingt-deux francs quarante centimes pour les motifs sus-énoncés, et ce, en vertu d'une délibération régulièrement prise en vertu des lois en la matière et après arrêté du préfet fixant le prix des journées des malades de l'Assistance médicale pour l'année 1923, égal au prix de revient de l'année 1922, et majoré par ladite Commission administrative des hospices de trente pour cent en vertu de la loi du 6 juillet 1920.

Par ces motifs,

Le Tribunal, vidant son délibéré et jugeant en dernier ressort, reçoit, en la forme, la Commission administrative des hospices de Marseille en son appel d'un jugement du juge de paix du 5e canton de Marseille, en date du 18 juillet 1924, et le sieur Edouard Giors, en son appel incident ;

Au fond, réforme ledit jugement. Dit et juge par suite qu'il a été bien appelé et mal jugé.

En conséquence, condamne le sieur Edouard Giors,

entrepreneur, à payer à la Commission administrative des hospices de Marseille, représentée par son président, M. le Maire, et le Receveur des Hospices, M. Liotier, la somme de trois cent vingt-deux francs 40 centimes, montant des frais de douze journées d'hospitalisation de son ouvrier Vateoni, accidenté du travail à son service, à raison de 26 fr. 87 par jour.

Avec intérêts de droit depuis le jour de sa demande en justice.

Le condamne en outre aux entiers dépens tant de première instance que d'appel.

Avec distraction au profit de Me Estranglin, avoué, sur son affirmation de droit.

Ainsi fait et prononcé en audience publique, au Palais de Justice de Marseille, le 9 décembre 1924.

CHRONIQUE FISCALE

La loi du 4 Décembre 1925

Au point de vue théorique, l'application de la loi du 4 décembre 1925 ne paraît pas devoir soulever de grosses difficultés. Mais au point de vue pratique, elle nous semble bien dangereuse si les agents du fisc prétendent en faire observer scrupuleusement les termes.

En effet, son but est de procurer *sans retard* des ressources importantes à l'Etat pour le sortir de la situation embarrassée où l'ont mis ceux qui font de la politique au lieu de s'occuper des intérêts de la France. Pour l'atteindre, elle ne s'adresse pas aux possesseurs de fonds disponibles parce que ses auteurs ne veulent pas employer les seuls moyens pouvant faire sortir les capitaux qui se cachent et préfèrent écraser d'impôts les quelques centaines de mille commerçants, industriels, propriétaires ou rentiers qui, à eux seuls, versent annuellement une trentaine de milliards à l'Etat.

Cette fois, n'a-t-on pas dépassé la mesure et ne risque-t-on pas de paralyser le commerce et l'industrie, de provoquer le chômage, la vie trop chère, et, par conséquent, d'aggraver le mal au lieu d'y remédier ?

Pour répondre à cette question, le mieux est d'examiner les différents articles de la loi et d'en chercher les conséquences.

L'article 1er abroge les lois antérieures fixant les délais de paiement qui devaient être observés pour l'acquit des contributions directes et taxes assimilées et rend celles-ci *exigibles en totalité* dès l'entrée en vigueur de ladite loi ou la publication du rôle si celle-ci est postérieure.

Les contribuables qui ont établi leurs échéances en se conformant aux prescriptions légales en vigueur jusqu'au 5 décembre 1925 se voient menacés, du jour au lendemain, d'être poursuivis, saisis et vendus s'ils ne versent pas *immédiatement* au fisc toutes les sommes dont les échéances étaient échelonnées sur plusieurs mois.

Le législateur s'est-il un instant imaginé le trouble qu'une telle mesure peut apporter dans une maison bien tenue, où tout est prévu pour de longs mois ?

En présence d'une menace dont la réalisation serait souvent pour l'intéressé la ruine et la faillite, celui-ci, ne pouvant avancer les échéances fixées à ses débiteurs ni reculer celles de ses créanciers, annulera ses commandes, arrêtera sa fabrication, licenciera une partie de son personnel.

Si les poursuites toujours possibles ne sont pas exercées, le paragraphe 2 du même article frappe d'une majoration de 10 % les sommes encore dues au 16 janvier 1926 sur les articles des rôles de 1925 et des années antérieures, lorsqu'ils ont été publiés avant le 1er décembre, ou au dernier jour du mois qui suit celui de leur publication, lorsque celle-ci est postérieure au 1er décembre (1).

Cette majoration s'applique aux centimes additionnels et aux taxes assimilées, perçus au profit des communes et des départements.

Son application ne permettra pas au débiteur de différer le paiement de ses impôts, pour l'acquit desquels il pourra être poursuivi et, de plus, la majoration deviendra elle-même exigible sans délai. Toutefois, elle ne sera pas réclamée aux contribuables qui, à un titre quelconque, sont créanciers de l'Etat.

Le texte du projet de loi spécifiant que les dispositions ci-dessus ne s'appliquaient pas à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre qui est déjà soumise, en cas de sursis officiel de paiement, à une majoration annuelle de 10 % sous forme d'intérêt de retard a été supprimé et remplacé par les paragraphes 4 et 5 de l'article 1er.

Le 4e paragraphe ordonne aux assujettis à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre, dont le pourvoi est actuellement soumis à l'examen de la Commission supérieure de payer avant le 31 mars 1926, la taxe correspondant à leur déclaration.

Ceux pour lesquels la Commission supérieure a statué devront acquitter leur contribution avant le 31 janvier 1926.

Ces deux dispositions ne semblent rien changer aux prescriptions des lois antérieures, à moins qu'elles ne suppriment les sursis ?

D'autre part, la majoration prévue au para-

(1) Cet article était composé avant que la loi du 31 décembre 1925 ait reporté au 1er février la date d'application de cette majoration de 10 0/0.

graphe 1er s'appliquera-t-elle, en cas de non paiement, aux dates indiquées ci-dessus, de la contribution due par les bénéficiaires de sursis de fait, sursis ne donnant pas lieu à intérêt d'après les lois antérieures ?

La nouvelle loi enjoint à la Commission supérieure de déposer ses dernières conclusions avant le 1er avril 1926. Cette hâte ne saurait que diminuer la garantie d'examen sérieux des pourvois.

Enfin le dernier paragraphe de l'article 1er frappe d'une surtaxe de 20 % les mutations d'immeubles ou de fonds de commerce au profit des étrangers (individus ou sociétés).

Les contribuables qui auront réussi à solder en temps voulu les impôts antérieurs à la promulgation de la loi ne seront pas, pour cela, libérés vis-à-vis du Trésor car ils devront verser encore, avant la fin de février, les surtaxes établies par la nouvelle loi.

En effet, l'article 2 majore *la part de l'Etat* des contributions directes ci-après dont les rôles sont émis au titre de 1925.

Contribution foncière : 50 % ;

Impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux : 50 % ;

Taxe spéciale sur le chiffre d'affaires (1) des entreprises vendant au détail plus d'un million de francs de marchandises par an : 50 % ;

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales : 25 % ;

Redevance des mines : 100 % ;

Impôt général sur le revenu : 20 %.

Sont exonérés de ces majorations les cotes foncières et d'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux inférieures à 50 fr. et celles, inférieures à 100 fr., relatives aux bénéfices des professions non commerciales. Cette mesure serait bonne, si un même propriétaire ne pouvait faire l'objet de plusieurs cotes.

Cet article paraîtra suffisamment clair par lui-même à nos lecteurs lorsque nous aurons fait remarquer que les majorations frappent la part de l'Etat figurant sur les cotes de 1925 ; elle s'applique au double décime et aux majorations des ménages sans enfants et des célibataires.

Voyons maintenant quelles en sont les conséquences sur la prospérité du commerce et de l'industrie.

Un homme marié avec enfants aura à payer, pour 1925, par 100 fr. de bénéfice dépassant 550.000 francs :

1° Comme impôt cédulaire 9,60 + 4,80 =	14,40
2° Comme impôt général 60 + 12 = ...	72
Soit en tout.................	86,40
Il lui restera donc net..........	13,60

Si l'on songe que les 550.000 fr. de 1925 n'ont pas un pouvoir d'achat plus grand que 110.000 fr. en 1924, et que les 13 fr. 80 restant après paiement des deux impôts directs ne valent pas 2 fr. 70 or, on se demande s'il se trouvera beaucoup de pères de famille assez fous pour risquer un capital de plusieurs millions (car c'est celui qui est nécessaire pour atteindre ce chiffre de bénéfices) dans l'espoir d'obtenir un si maigre résultat pouvant, demain, se changer en perte qui, elle, resterait complètement à leur charge.

Beaucoup préfèreront liquider leur situation et placer leurs fonds à l'étranger.

S'ils ne peuvent liquider, ils auront intérêt à restreindre leur production, d'où chômage, vie chère et nouveau déficit pour le budget.

Les partisans de la monopolisation de l'industrie et du commerce verront peut-être là une occasion d'appliquer leur théorie. Mais avant de tenter cet essai, ils feront bien de réfléchir à ceci. En France, tous les monopoles industriels sont en déficit et, par conséquent, ne peuvent vivre que si l'industrie et le commerce privés les entretiennent. Si ceux-ci étaient aussi monopolisés, et par suite en déficit, qui donc fournirait les fonds ?

Dans l'exemple ci-dessus, nous avons pris un père de famille. S'il s'agissait d'un célibataire, les impôts par 100 fr. se calculeraient ainsi :

1° Impôt cédulaire..................		14.40
2° Impôt général :		
En principal..................	50 fr.	
Double décime édicté par la loi du 22 mars 1924...............	10	
Majoration de 25 % comme célibataire calculée sur le principal	12,50	
Premier total..............	72,50	
Majoration résultant de la loi du 4 décembre 1925...........	14,50	
Deuxième total...............	87 fr.	87,00
Total général des impôts directs par 100 fr. au-dessus de 550.000 fr......		101,40

Autrement dit, pour chaque excédent de 100 fr., il lui faudrait verser 101 fr. 40 à l'Etat. Dans ces conditions, il n'y aura pas d'hésitation au sujet du parti à prendre.

Au-dessous de 550.000 fr., la spoliation est d'autant moins complète que les bénéfices sont plus minimes. En tout cas, les moyens et grands commerces ou industries seront tués par de tels excès fiscaux et c'est l'ouvrier qui en souffrira le plus.

Les majorations ci-dessus seront recouvrées en vertu des mêmes rôles que le principal et exigibles à partir du 1er janvier 1926 pour les articles des rôles émis avant le 1er décembre et, en ce qui concerne les articles compris dans les rôles postérieurs dans les mêmes conditions que le principal.

(1) Qu'il ne faut pas confondre avec l'impôt indirect sur le chiffre d'affaires établi par la loi du 28 juin 1920, article 59.

Il résulte de ce texte que légalement, les contribuables ne recevront aucun avertissement au sujet des majorations et qu'ils pourront être frappés de l'amende de 10 % s'ils n'ont pas payé avant le 1er mars 1926. (1) Dans la pratique, les percepteurs enverront un avis officieux.

L'impôt sur les revenus des valeurs mobilières françaises et étrangères abonnées, les lots, primes de remboursements, tantièmes est majoré de 50 % pour 1925. Il en est de même du droit de transmission qui frappe les titres et droits incorporels.

Enfin, la taxe de 18 % établie par l'article 77 de la loi du 13 juillet 1925 sur le revenu des valeurs étrangères non abonnées est exceptionnellement portée à 25 % en 1926.

Les majorations indiquées dans les deux derniers paragraphes devront être acquittées par les sociétés, compagnies entreprises.

Pour les possesseurs de petits capitaux, la situation est encore moins brillante que pour les commerçants et industriels. Prenons comme exemple un père de famille arrivé à 55 ans ou plus, c'est-à-dire à un âge où on est forcé de se reposer lorsqu'on a travaillé sans relâche pendant les années antérieures et qui a placé ses économies en valeurs à 6 %, avant-guerre. Un titre acheté 1.000 fr. lui rapportait donc 60 fr. brut et continue à produire cette même somme en francs papier sur lesquels l'Etat prélève en 1925 :

Taxe sur le revenu	7,20
Majoration de 50 %	3,60
Impôt de transmission	8,40
Majoration exceptionnelle	4,20
Part d'impôt général sur le revenu environ	5
Total	23,40
Sur le revenu brut de	60
Il reste donc	31,60

en francs papier, c'est-à-dire valant environ 6 fr. d'avant guerre comme pouvoir d'achat.

Ledit rentier perd donc les 9 /10 de son revenu après avoir perdu la presque totalité de son capital car s'il a en portefeuille des valeurs françaises, elles ont baissé de moitié et les cours auxquels elles sont cotées sont en francs papier à 0 fr. 20 or, de sorte que le titre de mille francs or avant-guerre vaut maintenant 500 × 0,20 = 100 fr. or.

Voilà les contribuables que les pouvoirs publics chargent de leur procurer 7 à 8 milliards de taxes nouvelles.

Les articles suivants de la loi instituant des mesures exceptionnelles destinées à assurer provisoirement l'équilibre de nos finances portent l'émission des billets de banque de 51 à 58 milliards et augmentent de 6 milliards les avances de la Banque de France à l'Etat.

Si les majorations d'impôts dont il est parlé ci-dessus ne devaient subsister, comme l'indique la loi du 4 décembre, que pendant une année, il n'y aurait qu'à s'incliner. Mais il n'en est pas ainsi, puisqu'à peine cette dernière loi est-elle promulguée que de nouveaux projets sont déposés par le Ministre des Finances en vue d'augmenter de 7 à 8 milliards les impôts annuels versés par les 1.200.000 français qui ont le triste privilège d'alimenter les caisses de l'Etat.

Nous ne saurions nous lasser de signaler l'erreur qui consiste à vouloir rétablir la situation financière de l'Etat en accablant les seuls contribuables qui ne se sont pas dérobés légalement ou illégalement à leur devoir fiscal. Si les pouvoirs publics persévèrent dans cette voie, ils aboutiront à la catastrophe.

Leur aveuglement est d'autant plus incompréhensible que de tous côtés on leur signale des remèdes efficaces.

Monopoles affermés après avoir pris toutes les précautions utiles pour sauvegarder nos intérêts.

Aliénations d'immeubles.

Economies réalisées, non comme on le fait, en diminuant les crédits nécessaires à la défense nationale ou à la prospérité de l'Etat, mais en supprimant les abus et en réformant les administrations.

Enfin, on obtiendrait l'allègement des charges des contribuables, l'équilibre du budget et l'élasticité de la Trésorerie en appliquant dans son entier le projet exposé dans le numéro du *Contribuable français* de novembre et qui a été soumis aux différents ministres des Finances. En voici le résumé :

1° Les bons actuels seraient remboursés à leur échéance et remplacés par des bons remboursables en 50 ans, produisant intérêt à 3 % et donnant droit, par an, à des lots dont l'énumération suit :

4 de 25 millions ;
12 de 10 millions ;
52 de 5 millions ;
363 de 1 million.

Chaque titre serait de 500 fr. Les petites bourses pourraient libérer leur souscription par versements mensuels. Les personnes possesseurs de fortunes dépassant 50.000 fr. de capital auraient intérêt à souscrire pour une somme égale au dixième de leur fortune, car, dans ce cas, elles recevraient un certificat les exonérant, pendant 10 ans, de tout impôt sur le capital. Elles pourraient se libérer par versements échelonnés.

Le service des lots, de l'intérêt et de l'amortissement coûterait 200 millions de moins la première année que le paiement des intérêts et

(1) La loi du 31 décembre 1925 a reporté au 1er mai 1926 la date limite pour le paiement de cette majoration.

des commissions relatifs aux bons actuels. L'économie augmenterait annuellement par suite des remboursements, qui entraîneraient une diminution des intérêts et des lots payés. Pour ces derniers, l'Etat toucherait lui-même ceux qui écherraient à des numéros déjà remboursés.

Une loterie ne saurait réussir car, sans intérêt et à fonds perdus, personne ne souscrirait pour de grosses sommes.

2° Les fraudes fiscales et l'évasion de capitaux seraient punis de prison et d'amendes très fortes. La déclaration des capitaux serait faite sous serment.

3° Nos dettes extérieures seraient acquittées au moyen de la cession d'une colonie lointaine destinée à nous échapper un jour après révolte des indigènes.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.
Directeur du *Contribuable Français*.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France

(*Suite*)

Une discussion est ouverte sur les assurances sociales.

Le Dr **Vanverts** estime que l'Ordre du jour de l'année dernière, encore que peu précis, a pu néanmoins permettre de mettre en évidence l'existence d'une majorité des médecins contre le tiers-payant.

L'expérience de la loi des pensions montre cette modalité comme un agent de démoralisation considérable.

Le corollaire en est l'établissement d'une paperasserie inacceptable pour les médecins.

La région du Nord n'est pas systématiquement hostile aux accords.

Le Dr **Vanverts** estime qu'on en fera presque toujours en matière d'assurance. Chacun cependant doit rester libre de n'en point faire.

Il demande, pour conclure, que l'Assemblée générale se rallie à une seule modalité, faute de quoi les Pouvoirs publics concluraient que les médecins ne s'entendent pas et il dépose sur le Bureau l'ordre du jour suivant :

« L'Union des Syndicats médicaux de France réunie en Assemblée générale le 4 décembre 1925, déclare que :

1° L'assurance doit rester un contrat à deux, entre l'assureur et l'assuré ;

2° Le secret professionnel et le libre choix doivent être rigoureusement respectés.

3° L'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine ;

4° Les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif quelconque, à une collectivité quelconque (Caisses ou Etat).

En conséquence, l'Union des Syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des assurances sociales comme des clients ordinaires avec possibilité pour les Syndicats de conclure des accords locaux respectant les principes ci-dessus. »

Le Dr **Bonvallet** (Angers) expose son point de vue contre la prise en charge de la médecine sociale par les médecins.

Cette conception aboutit aux tarifs imposés, au contrôle, aux sanctions.

Elle a comme conséquence le tiers-payant, agent de démoralisation qui entraîne, malgré le contrôle, l'abus des soins.

Sans prétendre vouloir faire échec à la loi, les médecins désirent que l'on ne touche pas aux habitudes essentielles de la profession médicale. Il se rallie à l'ordre du jour du Dr **Vanverts**, rejetant absolument de la loi le tiers-payant et le contrôle.

Le Dr **Saiget** (Lorient) vient exposer que l'opposition entre les deux conceptions qui s'affrontent ne réside pas seulement dans les mots. Elle existe en fait.

Les contrats entraînant une tarification des soins sont une duperie. L'orateur qualifie ces tarifications d'absurdes et d'immorales. Absurdes, car elles posent comme un principe que les soins donnés par les médecins sont équivalents en qualité ; immorales, car elles sont une prime à la médiocrité.

Les médecins doivent rester en dehors des tractations de la loi d'assurances en indiquant au législateur que seul sera acceptable le système qui laissera absolument libres le médecin et son client.

Une objection sérieuse a été émise à cette thèse : on va faire dès lors le jeu des médecins qui accepteront, au détriment de leurs confrères, de traiter avec les Caisses. Objection qui ne doit pas être retenue, dit le Dr **Saiget**, si l'on pense que les trois quarts de la clientèle habituelle des médecins seront bénéficiaires des assurances. Le choix raisonnable du malade aura son plein effet et s'il est possible qu'il se dirige vers les médecins imposés par les Caisses, pour avoir un médicament usuel, il saura bien retrouver le médecin qu'il payera de ses deniers lorsqu'il s'agira d'une consultation véritable.

Le Dr **Marquis** (Rennes) supplie l'Assemblée de perdre toute illusion. Les assurances sociales entraîneront la transformation radicale de la profession mé-

dicale, si l'on n'y prend pas garde. Elle constituent un triple fléau :

1° Vis-à-vis des assureurs, la fonction créant, en quelque sorte, l'organe, la loi d'assurance entraînera une recrudescence apparente de la morbidité. Cette question regarde surtout le législateur, mais cependant, le devoir des médecins est de l'éclairer et de bien indiquer combien cette loi sera ruineuse pour les finances de l'Etat.

2° Vis-à-vis des médecins qu'elle lésera dans leurs intérêts par la tarification minima, dans leur dignité en en faisant des médecins fonctionnaires, les plus malheureux d'entre tous les fonctionnaires, dit l'orateur.

Les assurances sociales mettront enfin à rude épreuve l'honnêteté professionnelle en favorisant incontestablement les médecins complaisants auxquels iront tous les malades désireux d'obtenir telle ou telle indemnité.

3° Vis-à-vis des malades surtout, qui seront l'objet d'un examen rapide, à qui sera accordée une médecine hâtive de valeur médiocre.

Pour toutes ces raisons, les assurances sociales qui semblent bien à l'heure actuelle devoir être subies doivent au moins être neutralisées en demandant que rien d'obligatoire pour les Syndicats ne soit inscrit dans la loi.

Pour terminer, le Dr **Marquis** dépose l'ordre du jour suivant :

1° Suppression du tiers payant ;

2° Que le contrat collectif établi entre le Syndicat et les Caisses ne traite pas la question des tarifs médicaux et se borne à envisager la rédaction des renseignements nécessaires au fonctionnement des Caisses.

3° Que les indemnités pour frais médicaux chirurgicaux versés par les Caisses à leurs adhérents n'aient aucune influence sur l'établissement des honoraires médicaux et chirurgicaux.

Le Dr **Merle** remet en lumière certains faits qui, dit-il, paraissent trop facilement oubliés.

Il y aurait, à la faveur de l'absence de contrats collectifs entre les Syndicats et les Caisses, une offensive considérable de médecins, trop heureux de contracter avec les Caisses au détriment de leurs confrères. C'est là le danger capital et contre ce danger ni la Fédération du Rhône ni celle du Nord n'ont mieux à proposer que le contrat collectif. Peut-être est-il un pis-aller. En tous cas, on n'a pas jusqu'ici apporté quoi que ce fut pour résoudre la difficile question des médecins de Caisses.

Le Dr **Hervy** demande que l'on veuille bien, au préalable, s'entendre sur les mots : le terme de contrat collectif est peut-être défectueux, cela importe peu si on lui donne le sens général dans lequel il a été employé dans l'ordre du jour de l'Assemblée générale de 1924 sur les assurances sociales.

Quant au contrôle, comment ne point l'admettre puisqu'il ne saurait atteindre et inquiéter que les mauvais éléments de la profession ?

Il cite l'exemple de Limoges où les S. S. M. ont pu faire venir d'où elles ont voulu, autant de médecins qui leur ont été nécessaires. Il en serait de même pour les Caisses d'assurances si les médecins n'étaient protégés par un contrat.

Le Dr **Batier**, de Strasbourg, estime intéressantes ces discussions de principe, mais beaucoup plus encore la discrimination précise des points que le Corps médical serait disposé à admettre comme condition *sine qua non* de sa collaboration à la loi.

Autrement dit, les points sur lesquels aucun médecin syndiqué ne pourrait accepter de transiger : il les énumère :

1° Le respect absolu du secret professionnel ;

2° Le libre choix du médecin sur une liste établie par le Syndicat médical ;

3° La clause de la liberté pleine et entière laissée aux Syndicats de contracter avec les Caisses pour tout ce qui concerne le service médico-chirurgical.

Pour le Dr **Batier**, ce sont là les points à défendre âprement. Il termine en déposant l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée subordonne aux trois conditions suivantes son concours à l'application de la future loi d'assurances sociales :

1° Respect du secret médical ;

2° Libre choix du médecin sur listes établies entre Caisses et Syndicats adhérents à l'Union, et comme corollaire libre choix de la Maison de santé.

3° Droit des Syndicats de contracter en toute liberté avec les Caisses, pour tout ce qui concerne le service médico-chirurgical, son contrôle et les conflits éventuels.

Le Dr **Crouzet**, de Marseille, proteste contre la demande du Dr **Vanverts** de voter d'une façon définitive contre le tiers payant.

Si cette dernière modalité agrée à certains Syndicats, il faut que ceux-ci soient libres de la mettre en œuvre.

Il insiste pour que, chaque fois que l'on parlera de contrat entre Syndicat médical et Caisse, il soit spécifié qu'il s'agit des Syndicats adhérents à l'**Union** des Syndicats médicaux de France.

Les délégués demandent à ce moment que le Secrétaire général apporte à la tribune les documents susceptibles d'éclairer l'Assemblée.

Exposé du secrétaire général

Le Secrétaire général fait d'abord deux remarques :

Les textes qui vont être soumis à l'Assemblée ne sont pas connus depuis longtemps et l'ont été grâce à deux confrères qui ont pu approcher les membres du Corps législatif.

En second lieu, il insiste sur le fait qu'il ne faudra

jamais perdre de vue l'incidence des textes des différents articles de la loi, les uns sur les autres et même celle des différentes lois sociales l'une sur l'autre.

Avant d'étudier, article par article, le dernier projet de la loi d'assurance, il fait remarquer qu'il ne prendra de la loi que ce qui regarde le Corps médical.

Article 1er du dernier projet correspondant à l'article 1er du projet primitif discuté par le Conseil

Il s'agit de l'extension de la loi d'assurance aux vieillards et malades chroniques.

Le Conseil avait insisté sur le caractère restrictif du premier projet et demandait que la loi ait une couverture de risques plus large et plus généreuse. Cette demande n'a pas été retenue dans le dernier projet.

Article 4, paragraphe 2, du nouveau projet, correspondant à l'article 4, § 2, de l'Article.

Il s'agit du choix du médecin. Cet article donne dans sa nouvelle rédaction satisfaction aux desiderata exprimés par le Conseil puisqu'il dit : « l'assuré « choisit librement son praticien sur une liste locale « établie d'un commun accord entre les Syndicats professionnels affiliés aux *Unions Nationales* ».

« Cette liste comprendra les praticiens faisant par« tie des Groupements professionnels avec lesquels « la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens « qui auront adhéré aux conditions fixées, mais qui « n'auront pas été exclus, pour motifs graves et légi« times. Les réclamations relatives à ces exclusions « pourront être portées devant la Commission tripar« tite prévue à l'article 7 ».

Le Secrétaire général souligne cette modification heureuse due à l'intervention du Conseil. Il remarque cependant que l'expression « les Unions Nationales » auxquelles il est fait allusion, doit être remplacée par celle « d'Union des Syndicats médicaux de France », en ce qui concerne les médecins.

Il souligne la nécessité absolue du contrat Syndicat médical-Caisse pour que ce choix ne joue pas, comme le voulait le texte précédent, sur la liste établie par la seule Caisse d'assurance.

Convention règlementant les prestations en nature.

Article 4, § 5, de l'ancien projet correspondant à l'article 4, § 4, du nouveau projet.

Le Conseil d'Administration avait demandé la modification du § 4 suivant ce texte :

« Les prestations en nature, *tant dans le milieu « familial que dans tout milieu technique*, sont ré« glementées d'après des conventions et évaluées sui« vant des tarifs locaux résultant les uns et les autres « de contrats collectifs intervenus dans les mêmes « conditions, *tarifs fixant seulement la part de responsabilité des Caisses*.

Le Conseil pensait, en outre, pour ne pas préjuger du mode de paiement, qu'il serait préférable de remplacer : « leur montant est remboursé » par « leur montant est supporté ». De plus, pour permettre l'adoption des mesures telles que le ticket modérateur, il demande qu'on ajoute à la fin de ce paragraphe, la phrase suivante « *et suivant les modalités établies par les contrats*. »

Le Secrétaire général expose que ce texte n'a pas paru suffisamment clair et a été repoussé à cause des difficultés que le législateur semble avoir craintes au sujet du « tarif fixant seulement la part de responsabilité des Caisses. »

La dernière rédaction du projet est « la participa« tion de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la « Caisse entre 10 e t 15 % et réalisée pour la visite « à l'aide d'un ticket ; la participation aux frais « pharmaceutiques et autres est uniformément fixée « à 10 %. Un règlement général d'administration pu« blique déterminera les conditions d'exécution de la « présente disposition. »

Paiement du demi-salaire.

Article 5 du dernier projet correspondant à l'article 5 du projet primitif.

Cet article intéresse dans une mesure appréciable le médecin en ce qu'il peut admettre au bénéfice de la loi d'une façon plus ou moins précoce ce qui a été appelé le petit risque, facteur d'encombrement du cabinet médical. Le texte primitif portait que « l'assuré malade avait droit à partir du 9e jour à l'indemnité journalière égale au demi-salaire moyen quotidien. »

Le Conseil avait approuvé cet article et ce délai. Le texte nouveau réduit ce délai au 6e jour.

Soins aux assurés en dehors du milieu familial.

Article 6 du nouveau projet correspondant à l'article 6 de l'ancien.

Le texte primitif comportait que :

« L'assuré a droit aux consultations et au traite« ment dans les dispensaires, cliniques, établissements « de cure et de prévention, dépendant de la Caisse « d'assurance dont il reçoit les secours de maladie. »

A l'unanimité, le Conseil de l'**Union** avait demandé la suppression de cet article entraînant, pour les Caisses, la liberté exclusive de créer les dispositions qu'elle voudrait, dispositions par ailleurs susceptibles de faire dévier la loi de son but. Cet article a été intégralement maintenu dans sa rédaction première.

Le Secrétaire général met en évidence que, pour qu'il ne soit pas défavorable au Corps médical, il est nécessaire que le Contrat collectif prévoie la manière dont les soins sont donnés dans les établissements dépendant de la Caisse d'assurance, celle-ci pouvant, parmi les médecins agréés, en choisir qui seraient les médecins particuliers de ces établissements.

Il insiste sur le fait qu'il faudra prévoir la nomination ou l'agrément spécial de médecins dans les établissements que pourront créer les Caisses.

Secret professionnel.

Le Conseil avait demandé l'inscription de la nécessité du respect du secret professionnel dans le texte de cet article. Le dernier projet n'y fait aucune allusion.

Contrôle.

Article 7, § 1, du dernier projet correspondant à l'article 7, § 1, du texte primitif.

Les rédactions successives de ce paragraphe ont montré des différences considérables au point de vue du contrôle.

Le premier texte portait : « Ils (les Syndicats professionnels de praticiens) contrôlent eux-mêmes parallèlement avec la Caisse d'assurance. »

Le deuxième texte portait : « Ils (les Syndicats professionnels) contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la Caisse. »

Le Conseil avait formellement rejeté cette rédaction, c'est pourtant cette dernière rédaction qui se trouve inscrite dans le dernier projet.

C'est, sans doute, le règlement d'administration publique qui viendra préciser ce que signifie cette phrase : « Sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la Caisse. »

Le Secrétaire général montre le danger des modifications possibles de la loi par ce règlement d'administration publique à venir.

Il insiste pour que les Conseils d'Administration de l'**Union** aient constamment leur attention attirée sur ce règlement.

A cette question de règlement d'Administration publique, la proposition faite par le Dr **Batier** à la Commission de médecine pratique pouvait opposer un correctif efficace pour le Corps médical. Cette proposition était ainsi conçue :

« Les Syndicats médicaux ou leur Union ne peu-
« vent être liés que par des contrats, librement ac-
« ceptés par eux. Les litiges relatifs à l'application de
« ces contrats doivent être exclusivement réglés par
« les organes d'arbitrage prévus par les contrats
« eux-mêmes. »

Le dernier projet n'a pas retenu, au moins sous cette forme précise, les desiderata exprimés par le Conseil, au sujet de cette proposition **Batier**.

Contrôle du bénéficiaire.

Article 7, §§ 2, 3 et 4, du dernier projet.

Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit se prêter *aux contrôles institués*. L'intéressé peut toutefois exiger qu'il s'effectuera en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

Si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une Commission composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la Caisse et un troisième médecin destiné à les départager.

En cas d'abus, la Caisse poursuit le remboursement des frais inutiles.

Contestations.

Article 7, § 5, du dernier projet, correspondant à l'article 7, § 4, de l'ancien projet.

Alors que le premier texte ne faisait aucune allusion aux Groupements professionnels dans la constitution des Commissions départementales chargées de régler les difficultés, la dernière rédaction comporte que : « les conventions passées entre les Caisses et les Syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins sont soumises à une Commission tripartite fonctionnant au chef-lieu composée par tiers de représentants des Caisses, des *Groupements professionnels* et pour le dernier tiers de représentants de l'Office dses assurances sociales. »

« Elle est chargée, en outre, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes les sanctions nécessaires avec appel devant la Section permanente du Conseil Supérieur des Assurances sociales. »

Le Secrétaire attire l'attention de l'Assemblée sur ce fait que ce paragraphe contredit, dans une certaine mesure, les dispositions de l'article 6 à ce sujet. Il montre le soin avec lequel de pareils textes doivent être étudiés pour éviter des contestations et des conflits.

Par le rapprochement des dates, il montre l'influence extrêmement heureuse du Conseil qui a fait admettre la participation des Syndicats médicaux aux Commissions départementales.

Administration des caisses d'assurances.

Article 26 du nouveau projet correspondant à l'article 21 du projet primitif.

Il s'agit de la gestion des Caisses d'assurance.

Question importante entre toutes, car dans les précédents textes de loi on n'avait pas prévu la participation des médecins dans l'Administration des Caisses :

ART. 26. — 1° « *La gestion des assurances sociales*
« *est assurée dans chaque département par une Caisse*
« *départementale unique* qui doit ouvrir un compte
« à tout assuré immatriculé et par des caisses pri-
« maires. Ces organismes sont constitués et adminis-
« trés conformément aux prescriptions des articles
« 3, 4, 5 et 6 de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés
« de Secours mutuels. Ils fonctionnent pour la cou-
« verture des risques et l'attribution des prestations
« dans les conditions de la présente loi.

« 2° *Les Caisses primaires* se proposent les assu-
« rances maladies et maternité. Les Sociétés ou
« unions de Sociétés régies par la loi du 1er avril 1898,
« les Syndicats professionnels et unions de Syndicats
« régulièrement constitués en application de la loi
« du 21 mars 1884, ainsi que les Caisses mutuelles
« agricoles visées par la loi du 4 juillet 1900 peuvent

« fonder une Caisse primaire pour les assurés appar- « tenant à ces organismes et les membres de leur fa- « mille. Les assurés peuvent se grouper spontané- « ment pour la création d'une Caisse primaire. Les « Caisses primaires doivent assurer directement le « service local des prestations. Toutefois, lorsqu'elles « sont fondées par des Caisses de réassurance consti- « tuées en application de la loi du 1er avril 1898 ou de « la loi du 4 juillet 1900, elles sont admises à assurer « ce service par l'intermédiaire des organismes lo- « caux affiliés auxdites Caisses de réassurance.

3º « L'assuré qui, au jour de la promulgation de la « loi, appartiendra en qualité soit de membre parti- « cipant, *soit de membre honoraire*, à une Société de « Secours mutuels fonctionnant dans les conditions « de la loi du 1er avril 1898, est présumé, sauf dési- « gnation contraire de sa part dans un délai de deux « mois, faire choix de la Caisse primaire constituée « par cette Société ou vouloir être tributaire de la- « dite Société pour le service local des prestations. Si « l'assuré est affilié à plusieurs Sociétés de Secours « mutuels, ou s'il appartient à la fois à une Société « de Secours mutuels et à une Caisse d'assurances « mutuelles agricoles, il indique éventuellement la « Caisse primaire ou l'organisme local dont il entend « dépendre pour la présomption d'affiliation. »

« 4º « *Les Caisses mutualistes de retraites ouvrières* « constituées en application de la loi du 5 avril 1910 « *sont admises à gérer comme caisses primaires*, les « comptes individuels d'assurance-vieillesse. Les « Caisses de retraites ouvrières visées aux alinéas 3 et « suivants de l'article 14 de ladite loi pourront se « transformer en Caisse mutualiste ou fusionner avec « la Caisse départementale pour assurer ce service. « Leurs adhérents bénéficient de la présomption d'af- « filiation prévue au paragraphe précédent.

5º « *Les Caisses primaires sont administrées à l'o-* « *rigine par le Conseil d'administration de l'organisme* « qui les constitue jusqu'à la tenue de la première « Assemblée générale annuelle des membres partici- « pants *et honoraires*, laquelle élit le Conseil d'Admi- « nistration définitif. *Font partie de cette Assemblée* « *générale à la fois les assurés et les membres qui parti-* « *cipent aux autres services mutualistes* de l'organisme « constitutif. Les assurés participant à ces services « ont droit à une voix supplémentaire pour les élec- « tions au Conseil d'Administration.

6º « La Caisse départementale est administrée à « l'*origine* par un Conseil d'administration de 18 « membres dont 6 sont désignés par l'Union dépar- « tementale des Sociétés de Secours Mutuels, 6 par « les Caisses mutuelles agricoles, 6 par l'Union des « Syndicats professionnels ouvriers. Il est procédé « par la première Assemblée générale annuelle des « Délégués des assurés à l'*élection du Conseil d'Admi-* « *nistration définitif*. Ce Conseil est désigné d'après les « règles de la représentation professionnelle. *Le* « *Conseil d'Administration définitif* de la Caisse dé- « partementale et des Caisses primaires doit com- « prendre la moitié au moins d'assurés, et, *à titre de* « *membres honoraires admis par l'Assemblée générale* « *avec ou sans paiement de cotisation, deux praticiens* « *choisis sur une liste présentée par les Syndicats pro-* « *fessionnels* prévus à l'article 4 (4 employeurs). »

7º « Les Caisses départementales n'ont pour objet « que les assurances sociales instituées par la pré- « sente loi. Elles assurent le service des prestations, « soit par leurs sections locales ou par des Sociétés « de Secours mutuels lorsqu'il s'agit d'assurés n'ap- « partenant pas à une Caisse primaire, soit par l'inter- « médiaire des Caisses primaires pour les adhérents à « ces Caisses, pour les risques invalidité, vieillesse, « décès. »

8º « Le bénéfice de l'article 40 de la loi du 1er avril « 1898 est étendu aux Caisses d'assurances et de ré- « assurances mutuelles agricoles régies par la loi du 4 « juillet 1900. »

— Création d'une Caisse départementale unique.

— Administration confiée à un Conseil de 18 membres, comprenant obligatoirement 2 praticiens choisis sur une liste présentée par les Syndicats professionnels.

Telles sont les deux modifications essentielles des nouveaux projets.

Ce dernier point constitue une innovation des plus heureuses qui vaut la peine d'être soulignée.

Il semble que le législateur ait eu une notion précise des graves dangers des conflits futurs entre le Corps médical et les Caisses et qu'il ait voulu y parer par l'introduction de médecins dans les organismes de gestion.

Le Secrétaire général, ouvrant une parenthèse, estime que les rapports présentés en cours d'année au sujet de la répercussion de la nouvelle loi d'assurance sur l'organisation générale des services techniques n'ont pas été étrangers à cette orientation nouvelle prise par le législateur. Les observations du Conseil semblent avoir frappé les milieux étrangers à la profession médicale. On a été surpris de trouver dans certaines grandes revues des jugements très favorables sur cette notion, maintes fois exprimée par le Conseil, que la participation des médecins à la gestion des Caisses était favorable aux intérêts généraux.

Cet article 26 comprend également l'assimilation des Caisses mutualistes aux Caisses primaires.

On sent à cet égard une volonté nette du législateur de raccorder la législation nouvelle à celle existant antérieurement.

Dans le but de respecter certains ordres établis, peut-être aussi pour raisons politiques, les mutualistes prennent dans l'organisation primaire des Caisses, une action prépondérante sur laquelle l'Assemblée générale aura à donner son avis.

Groupement de caisses.

Article 28 du dernier texte correspondant à l'article 23 du texte primitif.

Dans cet article 23, il était dit que les Caisses pou-

vaient se grouper en Unions départementales en vue de réaliser des œuvres d'intérêt commun.

La Commission de médecine pratique avait demandé l'abrogation de ce Groupement pour éviter la dispersion des efforts.

La dernière rédaction indique que les Caisses départementales *peuvent* se grouper en Unions régionales ou en Fédérations régionales.

Le fait qu'il existe désormais une Caisse départementale unique dans laquelle le Corps médical est représenté, marque un grand progrès dans l'organisation de la loi. On voit combien cette participation du Corps médical aura d'importantes répercussions sur la gestion technique des Caisses.

Placements des caisses d'assurance.

Article 31 du dernier projet correspondant à l'article 26 de l'ancien.

Parmi toutes les modalités de placement possible des Caisses d'assurance, la construction d'établissements de prévention et de cure est envisagée par l'alinéa « e » du § 2.

« Les Caisses d'assurances peuvent effectuer leur « placement.................................
« jusqu'à concurrence de moitié..................
....

« *e*) En l'acquisition de terrains, soit pour la cons- « truction ou l'aménagement d'établissements de « prévention ou de cure, soit, sous réserve d'accepta- « tion de la Caisse générale de garantie pour le fonc- « tionnement de la Caisse d'assurance. »

Exception à la loi d'assurance.

Article 49 du nouveau projet correspondant à l'article 43 du projet primitif.

Il s'agit de salariés de l'Etat, des départements, des communes, des chemins d'intérêt général, du chemin de fer de l'Etat, des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et de tramways et de tous autres salariés dont l'assurance contre les différents risques couverts par la présente loi résulte des dispositions légales ou réglementaires.

Le Conseil d'Administration avait déjà protesté contre cette exception à la loi future des bénéficiaires d'autres lois d'assurance qui sont moins favorables à un exercice satisfaisant de la médecine.

Le législateur n'a pas tenu compte de cette protestation puisqu'il est dit dans le dernier projet « que les groupes ci-dessus désignés, demeurent respectivement soumis aux législations et règlements qui les régissent à l'égard des risques garantis par la présente loi. »

Le Secrétaire général indique que l'Assemblée aura sur ce sujet une décision formelle à prendre. Ce n'est pas seulement au législateur qu'il faudra s'adresser, mais encore directement aux intéressés.

Alsace.

Article 52 du nouveau projet correspondant à l'article 46 de l'ancien.

Cet article qui n'a pas été modifié dit : « la présente loi est applicable dans les départements du Haut Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Toutefois, le règlement général d'administration publique déterminera les mesures de coordination propres à substituer dans un délai maximum de 5 ans au régime des assurances sociales actuellement en vigueur, les dispositions du présent texte et toutes autres mesures transitoires. »

Or, un récent arbitrage du Ministre du Travail dit que cette durée de 5 ans sera intégralement maintenue.

Le Secrétaire général invite l'Assemblée générale à faire une pression énergique pour que les médecins alsaciens soient, par un règlement d'administration publique, soumis aux mêmes modalités que leurs confrères du territoire, en même temps que ceux-ci.

Arbitrage.

Article 63 du nouveau projet correspondant à l'article 56 de l'ancien.

La rédaction primitive était que : « pour les différends qui naîtraient de l'exécution de la présente loi et qui seraient déférés aux tribunaux civils, il sera procédé comme en matière sommaire et statué d'urgence. ».

Il résultait de cet article que le médecin pouvait être traîné devant un tribunal civil et soumis à la juridiction de droit commun pour tout différend en matière d'assurance sociale.

Le Conseil s'était vivement élevé contre cette juridiction. Le dernier texte exprime « que les différends qui naîtraient de l'exécution de la présente loi, seront soumis à une Commission arbitrale constituée par l'Office départemental composé d'un conseiller prudhomme président, d'un assuré, d'un employeur ou d'un représentant de la Caisse départementale avec appel devant les Tribunaux civils qui statueront comme en matière sommaire. »

Cette dernière disposition déjà plus favorable peut encore être renforcée par la prévision dans un contrat syndical d'un organisme de contrôle précis.

Celui-ci constituera véritablement un organisme de protection pour le médecin par le rapprochement de dates.

Le Secrétaire général montre que toutes les améliorations, non seulement au point de vue beaucoup plus général des bénéficiaires, ont été apportées par les délibérations du Conseil d'Administration et ces résolutions communiquées aussitôt au législateur.

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Hôtel-Dieu.** — Service de M. Caussade. Programme des conférences du 1er semestre qui auront lieu tous les mercredis à l'amphithéâtre Dupuytren, à 10 h. 1/2.

Mercredi 13 janvier : Les cardio-rénaux. Discussion des conceptions actuelles des rapports entre le cœur et les affections rénales. Etablissement de types cliniques et chlorobrightisme, par M. A. Foucart.

Mercredi 20 janvier : Les capillaires sanguins, par M. A.-C. Guillaume.

Mercredi 27 janvier : L'hypertension artérielle et ses rapports avec les affections rénales, par M. A. Foucart.

Mercredi 3 février : Le poumon cardiaque, par M. G. Caussade.

Mercredi 10 février : L'asthme cardiaque et les dyspnées cardiaques, par M. G. Caussade.

Mercredi 17 février : Les relations physiologiques et pathologiques de la circulation et de la respiration, par M. A.-C. Guillaume.

Mercredi 24 février : Les endocardites infectieuses à évolution prolongée, par M. A. Foucart.

Mercredi 3 mars : L'irrigation cutanée et ses troubles. Les troubles trophiques cutanés, par M. A.-C. Guillaume

Mercredi 10 mars : Séméiologie du phénomène « dyspnée », par M. G. Caussade.

Mercredi 17 mars : L'exploration de la circulation sanguine des membres, par M. A.-C. Guillaume.

Mercredi 24 mars : Les troubles circulatoires des membres, par M. A.-C. Guillaume.

— **Ecole d'anthropologie de Paris** (15, rue de l'Ecole-de Médecine. Année 1925-1926). — *Conférences sur l'anthropologie médicale et les variations anatomiques et morphologiques.* — Le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, chargé de conférences à l'Ecole d'anthropologie, commencera son cours le mardi 12 janvier, à 4 heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure en janvier et février.

Le sujet du cours sera : Le thorax : les variations morphologiques et les troubles pathologiques. 1° les enveloppes du thorax ; 2° le sternum et ses déformations ; 3° augmentation et diminution des vertèbres et des côtes thoraciques ; 4° la première côte lombaire ; 5° les enfoncements latéraux du thorax ; 6° les variations des diamètres thoraciques ; 7° les scolioses thoraciques.

— **Prix de la Société des chirurgiens de Paris.** — La Société des chirurgiens de Paris décide de reporter au 28 février 1926 la date de clôture des envois de travaux pour les Prix de la Société qui seront décernés dans la dernière séance de mars. Le secrétaire général rappelle que ces prix ouverts aux chirurgiens ne faisant pas partie de la Société comportent l'envoi en cinq exemplaires d'un travail original et inédit. Ces prix pour 1925 sont les suivants :

Prix de chirurgie générale (*Prix Dartigues*) ;
Prix de chirurgie urologique (*Prix Cathelin*) ;
Prix de chirurgie gastro-intestinale (*Prix Pauchet*) ;
Prix de chirurgie gynécologique (*Prix Delbet*).

Prière d'envoyer les ouvrages (*dactylographiés de préférence*, en cinq exemplaires) à M. le secrétaire général de la Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes.

— **La « Saint-Hubert médical ».** — Cette association en formation vient de voter ses statuts et de s'affilier au St-Hubert Club de France, 21, rue de Clichy, Paris, où l'on peut trouver tous les renseignements nécessaires. Le Comité élu comprend les docteurs Cadiot, Chappé, Chasseray, Davesne, Le Filiâtre, Gentil, Maurice, Schangel. Nous invitons tous les médecins chasseurs à y adhérer, ils y trouveront de nombreux avantages.

— **Croisière médicale internationale en Orient organisée par le « Bruxelles médical »**, 17 mars, 13 avril 1926. — La Croisière en Méditerranée : Après de longs pourparlers entièrement dominés par l'épineuse question du change et le désir de maintenir l'importante réduction médicale consentie, la *Section des Voyages médicaux* du *Bruxelles Médical* est arrivée aux prix définitifs suivants, dont la modicité dépasse toutes les prévisions : 1re classe : 4.000 francs belges ; 2e classe : 2.625 francs belges ; 3e classe : 1.600 francs belges. Les 3es classes — étudiants en médecine — sont des cabines de 4 à 6 couchettes. Des mesures sont prises pour que les voyageurs médicaux de seconde et de troisième classes puissent participer à la vie de bord des voyageurs de première, hormis le restaurant. D'autre part, à titre d'essai, des appartements de grand luxe, de luxe et de demi-luxe sont disponibles à prix spéciaux. Ils pourraient être éventuellement occupés par des clients — convalescents d'affections non contagieuses — que des confrères voudraient emmener. Des places de 1re pourraient aussi leur être réservées, avec une légère majoration.

Toutes les *inscriptions* seront clôturées le 15 janvier. Le *Lotus* quittera Marseille le 17 mars pour y rentrer le mardi 13 avril. Il est spécialement affrété pour le *Bruxelles Médical*. Itinéraire : Marseille, Naples, Malte, Le Pirée, Constantinople, Smyrne, Rhodes, Chypres, Beyrouth, Jaffa, Alexandrie, Marseille.

Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales ; les prix médicaux ne comprennent pas les visites de villes celles-ci, de même que l'excursion à Athènes, au Bosphore, à Damas, aux Cèdres du Liban, à Tripoli, à Baalbek, à Jérusalem, au Caire, sont relativement peu coûteuses et faciles à organiser. Les voyageurs pourront passer le jour de Pâques (4 avril), à Jérusalem.

Une *brochure-guide* illustrée, spécialement éditée pour ces croisières et contenant tous les renseignements utiles, sera envoyée sous peu aux confrères qui en feront la demande au docteur R. Bernard, 62, rue Froissart, Bruxelles ; adresse télégr. : Belgfranav, Bruxelles.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

« Les élèves de l'école du service de santé militaire ayant pris rang dans le grade d'aide-major de 2e classe les 31 décembre 1922, 1923 et 1924, seront nommés médecins aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, respectivement les 28, 29 et 30 décembre 1924 ; les élèves nommés pharmaciens aide-majors de 2e classe les 31 décembre 1923 et 1924 seront nommés pharmaciens aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, respectivement les 29 et 30 décembre 1925 ».

Art. 2. — L'article 6 de la loi du 6 janvier 1923 est complété par les dispositions suivantes :

« Ils bénéficieront des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, déterminées au premier alinéa de l'article 1er de la présente loi ».

26 et 27 décembre.

Lutte anticancéreuse.

Est nommé directeur du centre de lutte contre le cancer de Marseille, M. le Prof. Henri Reynès.

Sont nommés en outre :

Chirurgien : M. Imbert.

Chef de laboratoire : M. Peyron.

Adjoint au chef de laboratoire : M. le Dr Roustacroix.

Radiologiste : M. le Dr Tramier.

Service de santé militaire.

Circulaire autorisant les étudiants ou anciens étudiants en médecine volontaires à accomplir leur service légal en Afrique Occidentale Française et en Afrique équatoriale française.

CORRESPONDANCE

2999. — Hospitalisation des accidentés du travail.

Excusez-moi de venir encore vous demander conseil sur la question des accidentés du travail hospitalisés.

Je vous envoie un mot de vous de 1919. Si la situation n'a pas changé, cela vous évitera une trop longue réponse et une perte de temps.

Mais n'est-elle pas modifiée depuis l'échec des dernières négociations officielles ?

D'autre part, s'il n'est pas possible de créer des salles payantes, l'administration aurait-elle le droit d'augmenter ses prix de journée, de façon à me verser des honoraires qu'elle se ferait rembourser ? C'est elle-même qui m'en a parlé.

La situation devient en effet intolérable aussi bien pour le budget de l'hôpital que pour le mien. Je passe des matinées entières et souvent des soirées à opérer des accidents du travail qui coûtent extrêmement cher à l'hôpital en fournitures de toute espèce (plâtre, radios, pansements, etc.). Ils deviennent de plus en plus nombreux en raison de l'extension de la loi aux accidents agricoles.

Il est vraiment décourageant de travailler uniquement pour des actionnaires de Compagnies d'assurances, à une époque où notre profession nourrit si mal son homme.

Quand les assurances sociales fonctionneront au même tarif, ce sera à renoncer à tout service chirurgical hospitalier.

Je profite de l'occasion pour vous envoyer mes meilleures amitiés et mes félicitations pour le bon combat que vous menez au « Sou » et au *Concours*.

Dr H.

Réponse.

En ce qui concerne l'hospitalisation des blessés du travail, le corps médical se trouve toujours en présence de la même injustice ; parce qu'il a un contrat de louage de services, par lequel il accepte de soigner gratuitement à l'hôpital, les indigents et les pauvres, il est dans l'obligation d'accorder la même faveur aux responsables des accidents du travail, qui sont loin d'être dans l'indigence.

L'intransigeance de certains administrateurs d'hôpitaux de grande ville a fait échouer une tentative de conciliation : ces messieurs ne veulent pas que le corps médical puisse localement contracter avec les compagnies d'assurances, ou avec les chefs d'industrie, pour arrêter le mode de rémunération du corps médico-chirurgical de chaque hôpital, pour soins donnés aux blessés de l'industrie hospitalisés.

Dans l'esprit de quelques administrateurs d'hôpitaux, le corps hospitalier est dans l'obligation de passer par le canal de l'administration pour accepter des honoraires ; ou plutôt seule l'administration aurait le droit de réclamer les honoraires médicaux et de ne donner aux médecins que la part, qu'elle jugerait à propos de leur attribuer.

A juste raison, les médecins n'ont pas voulu se prêter à cette manière de faire, qui est quelque peu humiliante et les pourparlers ont été rompus.

Nous croyons savoir que la question sera reprise sous peu et que les commissions administratives des hôpitaux se mettront d'accord avec les représentants du corps médical, avec ceux des patrons, des ouvriers et des assureurs, pour demander au législateur une modification à l'article 4 § 3 de la loi du 31 mars 1905, sur les accidents du travail.

Les hôpitaux conserveraient le droit de per-

cevoir le prix de journée, alloué pour l'assistance médicale gratuite, dans chaque département, majoré de 30 % ; le corps médical hospitalier aurait droit à des honoraires, ceux fixés par le tarif ministériel, dit tarif Breton. Mais, pour chaque hôpital, un accord interviendrait entre la commission administrative et le corps médical, pour savoir de quelle manière et par quel canal, ces honoraires seraient perçus chez le responsable (patron ou son assurance).

En attendant, la jurisprudence de la Cour de Cassation est nettement rendue, dans le sens qu'hospitalisé, le blessé du travail ne doit acquitter qu'une somme globale et forfaitaire, qui, *tout compris*, ne peut dépasser le prix accordé par le conseil général, pour l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %.

Aux commissions administratives des hôpitaux de percevoir ce prix maximum et d'allouer, si elles le peuvent et le jugent à propos, une rémunération supplémentaire à leur corps médical, pour soins donnés aux blessés du travail.

Malheureusement, ce prix de journée est souvent insuffisant, pour rembourser le patrimoine des pauvres, c'est-à-dire l'hôpital, des frais occasionnés par le séjour, dans l'établissement, des blessés de l'industrie, dont les responsables, au point de vue paiement, sont des patrons, ou les assurances de ces derniers.

Certains médecins parlent de faire un peu de scandale, parce qu'en France, ce n'est que par le scandale qu'on peut faire cesser des situations intolérables, alors que des réclamations à qui de droit, ou des vœux restent lettre morte.

Oui, des médecins d'hôpitaux ont l'intention de se refuser à soigner les blessés du travail hospitalisés ; ils seront révoqués, pour ce motif ; ils en appelleront au Conseil d'Etat, pour que cette haute assemblée viennent dire si, au point de vue du droit administratif, les hôpitaux ne sont pas faits uniquement pour les pauvres et si l'admission des malades payants de tous ordres ne vient pas à l'encontre des intentions du législateur de 1851.

Ne nous faisons pas d'illusions : ce procès sera vraisemblablement perdu, parce qu'on fera jouer le sentimentalisme, la philanthropie, etc.

Aussi, d'autres confrères parlent-ils de démissionner en masse de leurs fonctions hospitalières, si la question des blessés du travail et celle des malades payants n'est pas enfin tranchée.

Les impôts pèsent de plus en plus lourdement sur notre profession : aucun adoucissement ne nous est accordé.

Aussi, le corps médical parle-t-il de traiter l'Etat, les départements et les commune , ainsi que toute collectivité publique ou privée, sur le même pied que les clients ordinaires. Il sera fini le temps, où les médecins pouvaient faire des réductions considérables, sur leurs honoraires

pour soins donnés à l'assistance médicale gratuite, aux hôpitaux, aux sociétés de secours mutuels, etc., etc.

Il faut manger, vivre, élever sa famille, payer ses impôts et son propriétaire. Ce n'est pas en acceptant toujours et toujours des honoraires au rabais, qu'en fin d'année le docteur arrivera à désintéresser tous ses créanciers.

Voilà pourquoi, lit-on dans les journaux professionnels, ou dans les comptes rendus des réunions syndicales, des vœux, ou des résolutions par lesquels le corps médical ne peut plus suivre les anciens errements et, devant le coût de la vie, se voit dans la nécessité de traiter tous les clients quels qu'ils soient sur le même pied.

En attendant, soignez vos blessés du travail hospitalisés pour rien. Demandez à la commission administrative de votre hôpital, si elle applique le 30 % de majoration du prix de la journée d'hospitalisation d'un assisté. Demandez-lui aussi si, sur ce 30 %, elle peut vous allouer un supplément de traitement.

Mais que votre syndicat s'adresse à l'Union, pour que cette dernière demande à la commission du tarif Breton de mettre la question de l'hospitalisation des blessés du travail à l'ordre du jour d'une de ses plus prochaines séances.

Dr Paul Boudin.

3370. — Liquidation judiciaire du patron d'un blessé du travail. Privilège pour les honoraires médicaux.

Pendant le semestre écoulé, j'ai donné mes soins à plusieurs accidentés du travail du même établissement.

J'ai envoyé mes notes d'honoraires à la Compagnie d'assurances, qui m'a répondu : « nous avons envoyé vos notes à notre client qui en est comptable ».

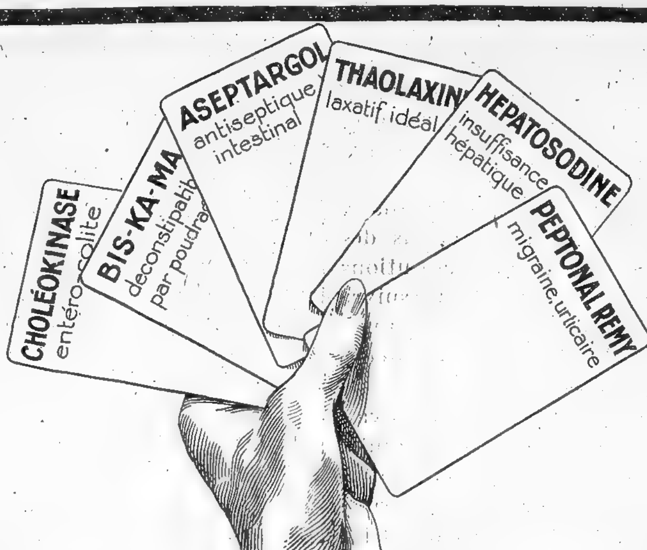
Je me suis alors adressé au patron, qui m'écrit : « nous avons le regret de vous dire que, étant depuis le 4 décembre sous le régime de la liquidation judiciaire, nous ne pouvons effectuer aucun paiement seul, le liquidateur a qualité pour régler les questions de créances antérieures et postérieures à la mise en liquidation. »

J'ai écrit au liquidateur, qui me répond : « en matière de liquidation, le liquidateur ne peut régler aucun créancier au détriment des autres. Pour que vous soyez admis au passif de la liquidation, il est indispensable que vous m'adressiez un *bordereau de production* (?) qui devra être certifié sincère et véritable, et que vous comparaissiez à l'une des réunions pour en affirmer la sincérité, à moins que vous ne chargiez un mandataire de cette formalité. »

Que faut-il faire ? Que faut-il entendre par « bordereau de production ? »

Je voudrais évidemment ne pas avoir à me déranger.

Dr D.



VOUS AVEZ EN MAIN TOUS LES ATOUTS
pour lutter contre les affections gastro-intestinales

Spécialisés depuis plus de 20 ans dans la thérapeutique des voies digestives, les laboratoires **DURET & REMY**, fabriquent eux-mêmes dans leurs usines tous ces produits, qu'ils rappellent au bienveillant intérêt du Corps médical.

Duret & Rémy
Asnières-Paris
Seine

Duret & Rémy
Asnières-Paris
Seine

Publicité Tony Burnand



JEMALT WANDER

HUILE DE FOIE DE MORUE AU MALT EN PAILLETTES

Sans goût ni consistance huileuse

Toutes les indications de l'huile de foie de morue

Préparé par P. BASTIEN Pharmacien
58, rue de Charonne Paris (XIe)

Réponse.

Puisque votre client est en état de liquidation judiciaire, il est exact que c'est au liquidateur que vous devez vous adresser pour le paiement de votre note. A cet effet, vous devez adresser au dit liquidateur le « bordereau de production » qu'il vous demande. Ce bordereau consiste en un simple exposé des raisons et du montant de votre créance, sur papier libre, bordereau que vous pouvez même rédiger sous forme de lettre et à l'appui duquel vous joindrez le détail de vos notes d'honoraires pour chacun des accidents. A la fin de votre bordereau, vous pourrez mettre la formule : « Certifié sincère et véritable le présent bordereau s'élevant à la somme de ... ».

Comme il s'agit d'une créance pour soins donnés à des ouvriers blessés du travail, vous devez bénéficier du privilège de l'article 23 de la loi du 9 avril 1898, qui vous permettra de vous faire payer de préférence aux autres créanciers, sans avoir à subir la loi du concours. Il est indispensable d'indiquer dans votre bordereau de production que vous entendez bénéficier du privilège.

Comme vous l'indique le liquidateur, vous devrez comparaître à une assemblée de créanciers pour affirmer votre créance. Si vous comparaissez en personne, toute la procédure ne vous causera aucun frais ; si vous préférez confier vos intérêts à un mandataire (à un huissier, par exemple), vous n'aurez pas à vous déranger, mais vous aurez à supporter les honoraires de votre mandataire.

3313. — Où doit se faire la visite de contrôle d'un accidenté du travail.

Où doit se faire la visite de contrôle demandée par une Compagnie d'assurances, pour un blessé du travail ? Je parle naturellement d'un blessé pouvant se déplacer, la question n'a pas à être posée pour un blessé immobilisé.

Chargé de temps à autre par une Compagnie d'assurances de contrôler des blessés du travail, j'ai dû, il y a quelques jours, examiner un blessé du poignet, demeurant à cent mètres de mon domicile, soigné par un confrère habitant la ville voisine, sise à 4 kilomètres.

Par lettre, j'invitai le blessé à venir chez moi et je prévins le médecin traitant de l'heure à laquelle je verrais son client à mon domicile.

Le blessé par lettre me répondit qu'il se trouverait à l'heure dite au cabinet de son médecin traitant, et que si je voulais le voir il m'y attendrait.

Aurais-je été dans mon droit en refusant d'accepter un tel déplacement ou devais-je convoquer le blessé au domicile du médecin traitant ?

Dr Z.

Réponse.

Voici le texte même du paragraphe 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, qui règlemente le droit de contrôle du chef d'entreprise :

« Au cours du traitement, le chef d'entreprise « pourra désigner au juge de paix un médecin « chargé de le renseigner sur l'état de la vic- « time. Cette désignation, dûment visée par le « juge de paix, donnera au dit médecin *accès* « hebdomadaire auprès de la victime, en pré- « sence du médecin traitant, prévenu deux jours « à l'avance par lettre recommandée ».

Il résulte donc des termes mêmes employés par la loi que la visite de contrôle doit avoir lieu *au domicile du blessé*, à moins d'accord entre les parties (médecin traitant, médecin contrôleur et blessé) sur un autre lieu de rendez-vous.

Par conséquent, vous auriez pu refuser de vous rendre au cabinet du médecin traitant ; mais d'autre part le blessé pouvait également refuser de se rendre dans votre cabinet.

Calcul d'impôts sur le revenu lorsque le mari et la femme exercent la médecine.

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien contrôler mes impôts, dont ci-dessous les détails.

. . . .

Dr X.

Réponse.

Les calculs des impôts sont exacts, mais nous faisons la remarque suivante :

Madame X. exerce la médecine ainsi que vous-même, nous présumons que le chiffre de ...... fr. représente le total de vos bénéfices personnels et ceux de Madame X. S'il en est ainsi il aurait dû être établi deux impositions distinctes, l'une à votre nom personnel et l'autre au nom de Mme X.

Cette erreur provient probablement de ce que, dans votre déclaration, vous n'avez pas fait cette discrimination. Par suite vous ne bénéficiez qu'une seule fois de l'abattement de 8.000 fr.

Voyez le contrôleur, indiquez-lui vos bénéfices respectifs et demandez-lui de rectifier l'imposition ; s'il ne vous donnait pas satisfaction, présentez une réclamation au Conseil de préfecture.

Cette remarque ne vaut évidemment que pour l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, car pour l'impôt général, les revenus doivent légalement être totalisés.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2816. — Impôt à payer pour deux voitures ne circulant pas simultanément.

Un particulier, médecin en la circonstance, qui, pour les besoins de sa profession, possède deux véhicules automobiles, qu'il conduit lui-même (les deux véhicules ne pouvant par conséquent jamais être en circulation simultanément), doit-il payer des impôts pour les deux véhicules ou bien seulement pour le plus fort ?

Dr R.

Réponse.

La condition exigée pour être exempté de la taxe sur les voitures automobiles ne circulant pas est la remise de la carte aux agents des contributions indirectes.

Evidemment, il ne peut être question d'opérer cette remise très fréquemment et, dans les conditions où vous paraissez utiliser vos deux voitures, la taxe nous paraît due pour les deux.

A. M.

Application du Tarif Breton

I

3052. — Consultation de nuit entre confrères.

Puisque vous êtes en train de préparer des adjonctions et des modifications au tarif Breton, permettez-moi de vous signaler une disposition qui me paraît absolument injuste, dans ce qui est relatif aux honoraires pour anesthésie.

Que l'anesthésie générale doive être faite par un médecin distinct de l'opérateur, c'est parfait. Mais que l'opérateur, faisant lui-même une anesthésie rachidienne ou une régionale, avant de commencer l'opération proprement dite, ne puisse prétendre pour cela à aucun paiement, je trouve cela fantastique ! d'autant plus que beaucoup de chirurgiens, je vous l'assure, au moins dans les petites villes, font toujours eux-mêmes leurs rachi ou leurs anesthésies régionales, faute d'aides suffisamment entraînés.

Si mon point de vue vous paraît défendable, j'espère que vous voudrez bien plaider en sa faveur, lors de la discussion des modifications au tarif Breton.

Dr C.

Réponse.

Voyez dans l'avant-dernier *Médecin syndicaliste* (bulletin officiel de l'Union) mon rapport sur les adjonctions au tarif Breton proposées. A l'article 12, il est dit que la Sous-Commission du tarif Breton a refusé de prendre en considération le paiement, que je proposais, des anesthésies locales faites par le chirurgien *lui-même*, en déclarant que ce n'était pas l'anesthésie mais bien l'anesthésiste qui est l'objet d'une tarification à cet article 12 et que l'anesthésie fait partie intégrante de l'opération déjà tarifée.

F. D.

II

2959. — Pansement par la méthode de Carrel.

Un accidenté faisant un phlegmon de la main et du poignet avec menace d'envahissement de l'avant-bras fut envoyé par mes soins à un chirurgien de B. (j'avisai la Compagnie par lettre recommandée de cet envoi). Ce dernier fut obligé, sous anesthésie générale, d'opérer le blessé, qui revient avec un gros drain dans son incision.

Suivant les instructions de l'opérateur, deux fois par jour, je fis prendre un grand bain de main et d'avant-bras et fis passer, à chaque séance, deux litres de solution à la liqueur de Labarraque par le drain. Ce fait, je faisais un grand pansement humide au permanganate.

Je comptai dans ma note à l'assurance chaque séance 15 fr. comme traitement de plaie grave par la méthode Carrel.

Le blessé a d'ailleurs guéri sans impotence fonctionnelle aucune. La Compagnie refuse de me payer, estimant que je ne dois cataloguer ce que j'ai fait que 7 fr. comme un simple pansement. J'ai refusé.

Pourriez-vous me fixer sur ma conduite à tenir en la circonstance ?

Dr P.

Réponse.

Avez-vous fait, ou non, une *irrigation continue* par la méthode Carrel. D'après votre lettre, je ne le vois pas. En tout cas, c'est là une question non plus d'application du tarif, mais une question de fait dans laquelle je ne m'immisce jamais. Théoriquement, je ne puis vous dire que ce que j'ai dit ci-dessus. Et s'il n'y a pas eu le Carrel, ainsi qu'il est défini *in fine* du tableau terminal de l'arrêté ministériel du 28 juin 1921, je ne pense pas que vous puissiez obtenir gain de cause en en réclamant la tarification.

F. D.

III

3005. — Régions « décatégorisées ».

J'ai une difficulté avec la P.... qui refuse d'appliquer dans l'Oise le tarif Breton, ou du moins qui l'interprète à sa façon : cette Compagnie ne veut plus payer 1 fr. 50 par kilomètre, sous prétexte que les prix de la visite et de la consultation ont été diminués ; il s'ensuit, dit-elle, que le tarif kilométrique doit être également diminué. Or, je ne trouve rien dans l'arrêté du 24 décembre 1924, qui modifie l'article 2 ; seuls les articles 1, 3 et 26 ont été modifiés. Nous restons donc ici sous le régime des régions libérées au point de vue kilométrique. D'ailleurs, les autres Compagnies continuent à me payer 1 fr. 50 le kilomètre. Que dois-je faire ?

Vous seriez bien aimable de me faire renseigner.

Dr G.

Réponse.

L'arrêté ministériel du 24 décembre 1924 dit, dans son article 1er, que font partie de la *première catégorie* : « ... dans l'Oise, l'arrondissement de Compiègne et les cantons de Breteuil et de Maignelay ». Etant de l'arrondissement de Beauvais, vous êtes donc tombé, depuis le dit arrêté, de première en seconde catégorie.

En conséquence, vous n'êtes ni des régions de montagne, ni, désormais, des régions dévastées, dont il est parlé, article 2, alinéa 6, comme tarifées au prix de 1.50 par kilomètre de déplacement. La Compagnie est donc nettement dans son droit et profitez de l'inattention « des autres compagnies qui continuent à vous payer 1.50 », mais sachez bien que c'est là une faveur dont je n'espère pas que vous jouissiez bien longtemps.

F. D.

IV

2998. — Soins d'urgence pour blessures multiples graves.

En mains votre lettre du 25 écoulé. Merci des renseignements.

Vous me dites que les honoraires dépendent du *mode* de greffes effectuées. Or le chirurgien va faire des Thiersch (60 fr., 2e catégorie).

Comme il s'agit de deux segments de membre avec surfaces de peau manquant de la façon suivante :

1° Grande paume de main au bras ;

2° Paume de main à l'avant-bras ;

3° Huit centim. au coude ;

Est-il en droit de demander 120 fr., par analogie avec les deux pansements simples que je vais demander pour le pansement de ces plaies ?

Dr G.

Réponse.

Il me semble naturel, en effet, que le chirurgien compte une « greffe » pour chaque segment de membre, soit bras et avant-bras. Donc, pour des Thiersch, 60 × 2, soit : 120 francs, en deuxième catégorie, comme vous le proposez.

F. D.

V

3138. — Rayons ultra-violets.

Vous serait-il possible de m'indiquer le tarif minima d'une séance de rayons ultra-violets ?)

Dr A.

Réponse.

Voir l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924, article 3, Chapitre VI : « Traitement par air chaud, *lumière*, ionisation, chaque : 15 francs». Ajoutez à cela une majoration de 20 % depuis le 1er janvier 1925, ainsi qu'il est dit à la fin même de ce chapitre VI. Donc : 15 plus 20 %, soit 18 francs par séance (en première catégorie, car ici il s'agit de *soins*, donc maintien des deux catégories).

F. D.

Quarante-huitième année — N° 3 — 17 Janvier 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(**Voir suite page** 116-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr PARMENTIER, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Ron.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 20. — Nice, à céd. client. lég. indemn., louer meubles cab., livres méd., q.q. instrum., salle d'att. chamb., cab. toil., convient. à méd. début.

No 21. — Infirmière diplôm. dem. place dans clin. d'héliothérapie ou chirurg. Côte d'Azur, Mlle Beune, 60, avenue Gambetta, à Béziers.

No 22. — A vend. cond. int. de Dion, 10 CV. 1924, freins av. roues Rudge, glaces Harnagell, peu roulé, aprf état. Dr Antoine, 12, rue Dupont-des-Loges, Paris 7e.

No 23. — Dr 40 ans, achèt. compt. bonne client. Bordeaux ou Toulouse ou banl. de ces deux villes. Libre mai, rais. de famille.

No 24. — On dem. méd. ou étud. pour bonnes traduct. médicales françaises en espagnol.

No 25. — 6 CV. Renault, cond. int. 3 pl., fin 1924, freins avant, tr. peu roulé, mécan. com. neuf, 4 amort. carb. Zénith, housses, técalemit, lanternes essence, éclaireur tablier, etc. 5 Conforts, visible Paris. 13.800 fr. Urgent. Ecr. Maurice Fougeron, Bléré (I.-et-L.).

Nº 26. — Provence. Excell. poste propharm. 90.000 touchés 1925. Belle mais. confort. Long bail.

Nº 27. — Poste propharm. à céd. de suite. Seul méd. dans ch. lieu cant. à 2 h. Paris, pas sage-femme, grosse client., confr. éloignés. Faible indemnité. Pressé.

Nº 28. — Paris. Cabinet de radio, rapp. 125.000, toute l'install. neuve et moderne. Loyer 2.000, bail. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 29. — Nord. Près gr. ligne, poste rapp. 35.000, 15.000 habit. à desserv., loyer 2.000, grande mais. avec confort. Prix 7.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 30. — Bretagne. Stat. baln. très fréquentée, poste anc. rapp. act. 35.000, mais. 9 p., garage, jard. Prix : 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 31. — On demande médecin retraité ou fatigué, ou voulant habiter Paris, aimant l'enseignem. pour École d'infirmières. Dr Caux, 26 faub. Saint-Jacques, Paris.

LES ASSURANCES SOCIALES

Lettre rectificative sur les ordres du jour Desrousseaux-Gaussel

Le numéro du 27 décembre du *Concours* publie, page 3002, le texte de deux ordres du jour présentés à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux.

Je ne veux pas entamer une polémique sur l'ensemble de cette grave question, mais dois cependant faire remarquer que l'ordre du jour auquel j'ai servi de parrain (c'est l'ordre du jour du S.M.S. modifié suivant des indications des confrères Batier, Rénon, Marquis, comme le compte-rendu des séances a pu vous le faire connaître) n'a pas été intégralement reproduit.

Le texte que vous publiez était celui du vendredi soir ; celui qui a été soumis au vote présentait en outre la phrase suivante :

« Toutefois, si des circonstances locales ren-
« dent le paiement par un tiers indispensable
« aux yeux de certains syndicats, ceux-ci auront
« toute latitude pour établir les contrats néces-
« saires. »

Les promoteurs de l'ordre du jour voulaient ainsi rendre possible les dérogations que des conditions particulières de temps ou de lieu feraient souhaiter au principe de l'entente directe

et croyaient pouvoir réaliser dans le vote et pour l'action cette quasi-unanimité qui avait semblé se manifester la veille.

Cette erreur qui modifie la portée de l'ordre du jour d'une façon assez sensible (vous me direz que le texte de l'ordre du jour Gaussel est lui-même amputé de sa dernière phrase :

« Etant entendu que le contrat collectif avec « entente directe est le mode préférable »)

méritait, je crois, d'être relevée, d'autant que ce second ordre du jour, comme l'a noté dans le même numéro du *Concours* le Dr Batier, contient une erreur de fait capitale. Il

« Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

« *a*)..........

« *b*) Les ententes locales faites *en toute liberté* « entre syndicats et caisses d'assurances »

Il s'en faut de beaucoup !

Dr Desrousseaux.

***

Le texte des ordres du jour publié dans le n° 52 était parvenu entre nos mains et a été publié sans que nous ayons le compte rendu analytique de l'Assemblée. Celui-ci est en voie de publication et renferme l'*addendum* du Dr Desrousseaux.

N. D. L. R.

Les huit heures médicales

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article « Les huit heures médicales ». Ici, nous sommes de l'avis de votre correspondant ; aussi, depuis plusieurs années, avons-nous mis en pratique ses idées avec quelques différences de détail.

Ci-joint la première page de notre tarif où vous trouverez les notices rédigées par notre excellent secrétaire, le Dr Landron.

Notre façon de faire a été parfaitement acceptée par la clientèle qui a compris que le médecin avait droit comme un autre au repos.

Seules, les collectivités ont fait la sourde oreille.

Mais nous espérons, avec un peu de discipline, faire aboutir nos justes revendications.

Jusqu'ici nos contrats avec elles ont toujours été des marchés de dupes. L'A.M.G. nous donne un tiers à peine du tarif ouvrier local ; les mutilés et accidents du travail, un demi.

Et que nous réserve l'avenir ? En attendant, permettez-moi de remercier ceux qui comme vous, comme Decourt et quelques autres, luttent avec énergie pour le Corps médical français. On ne reconnaîtra jamais assez la valeur de leur effort.

Dr L. Gaignard,
(Chalonnes-sur-Loire).

Syndicat médical : Angers-Campagne.

Tarif simple et tarif double.

Les termes inexacts de « Visite de jour » et « Visite de nuit » sont remplacés par « *Tarif simple* » et « *Tarif double* ». Le tarif simple est applicable en toutes saisons pendant douze heures (7 heures du matin à 7 heures du soir). Le tarif double est applicable en toutes saisons pendant douze heures (7 heures du soir à 7 heures du matin), ainsi que les dimanches et jours fériés.

Cumul.

La note d'honoraires, qui doit être envoyée au moins une fois par an à tous les clients, totalisera les divers actes médicaux nécessités par l'état du malade ou du blessé. Le cumul est juste.

Indemnité de déplacement.

Aux prix des divers actes médicaux s'ajoute l'indemnité de déplacement. Cette indemnité (encore appelée horo-kilométrique) s'applique au déplacement normal sans difficultés particulières. Elle comprend deux éléments :

1er élément : Frais de transport.

2e élément : Temps passé pour ce transport.

La variation d'un de ces éléments suffit pour faire varier le prix de l'indemnité de déplacement dans des cas particuliers. Par exemple, des trajets en automobile dans des chemins très mauvais causent l'usure excessive des mécanismes et une dépense exagérée d'essence qui augmente la valeur de l'élément « Frais de transport ». De même la visite d'un malade dans un endroit d'accès particulièrement difficile, ou même impossible en voiture, peut augmenter d'une façon appréciable la valeur de l'élément « temps passé pour le transport » (traversée d'une forêt, d'une rivière, d'une grande étendue de terre labourée, etc.)

Ces données n'ont nullement pour but de créer un régime particulier pour chaque déplacement, mais elles mettent en relief des considérations qu'il est, dans certains cas, parfaitement légitime de faire entrer en ligne de compte.

Indemnité de déplacement pendant les heures à tarif double.

L'indemnité de déplacement doit être comptée double pendant les heures où le prix de la visite est double (7 heures du soir à 7 heures du matin, dimanche et jours fériés). Si, en effet, l'élément « Frais de transport » ne varie que pour l'éclairage et pendant les heures de nuit, l'élément « Temps passé pour le transport » augmente considérablement de valeur, puisqu'il est prélevé sur les heures durant lesquelles le médecin aurait droit à un repos nécessaire.

Visites « en passant »

Est visite « en passant » la visite que fait le

médecin lorsque, se rendant où étant chez un malade, on vient le prier de passer chez un autre malade voisin sans déplacement supplémentaire.

Tarif simple : Applicable en toutes saisons de 7 heures du matin à 7 heures du soir.

Tarif double : Applicable en toutes saisons de 7 heures du soir à 7 heures du matin ainsi que les dimanches et jours fériés avec minimum de 25 francs.

Dans l'intérêt même du malade, on est prié de demander autant que possible les visites le matin, avant 8 heures.

LA CRISE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Une controverse d'économie domestique.

Croyez que la plupart des médecins de campagne gagnent beaucoup moins de 50.000 fr. par an, et que ceux qui en touchent 30.000 sont la minorité. Vous demandez si vos chiffres peuvent être contestés ? Je crois bien. C'est avec stupeur que je vous vois compter 1 kgr. 1/2 de viande et 3 litres de vin ! pour 4 personnes par jour. Que dirait le professeur Lépine, dont le *Concours* du 27 courant reflète l'opinion sur la légende du vin, s'il lisait ces chiffres ? La viande est tout à fait superflue, et même nuisible, à mon avis, au repas du soir. Le combustible ne coûte pas 2 fr. 50 par jour à la campagne, et pour ce qui est de l'entretien, les chiffres sont à réduire fortement, quand on habite des pays perdus où les relations sont nulles et les sorties exceptionnelles.

Voici comment une femme de médecin, qui s'y entend, modifie vos chiffres : pain, 3 livres ; viande, 1 livre 1/2 ; vin, 1 litre et demi grand maximum ; café, 250 gr. par semaine ; combustible, 1 fr. 50. Pour l'entretien de monsieur, réduire de 300 francs, et pour madame, de 950 fr. au moins. Le reste sans changement.

Je vous répète que le chiffre de 50.000 fr. à la campagne est une très grande exception.

Dr P.

***

O fortunatos nimium...

Heureux, trois fois heureux ceux qui habitent des pays où les relations sont nulles et les sorties exceptionnelles ; où l'on trouve des domestiques qui méprisent le vin et dédaignent la viande, au point de se contenter par jour de 187 gr. 1/2 de viande (crue), de 375 gr. de pain et de 375 gr. de vin !! Il y a trente ans, en Normandie, je donnais à mes domestiques le cidre à discrétion, le café à midi et un petit verre d'eau-de-vie : conditions faisant partie du contrat de louage de services, sans lesquelles on n'aurait trouvé

personne. Et cela se passait aux environs de 1894-1895.

Ce qui prouve combien tout cela est variable selon les régions, et aussi, subjectif !!! Ne l'ai-je pas déjà proclamé ?

Comme, cependant, je ne voudrais pas passer pour un fantaisiste, voici la ration alimentaire d'un adulte se livrant à un travail moyen, donnant 2.428 calories, telle que je la copie dans le Tome XXVIII de la collection Sergent, sur l'*Hygiène et les régimes*, des professeurs LEMOINE et RATHERY (page 353).

Aliments	Poids	Prix
Pain	420 gr.	0.70
Viande ou poisson	200 gr.	3 »
Légumes verts	250 gr.	
Légumes en grains	50 gr.	1 »
Pommes de terre	100 gr.	
Œufs	24 gr.	0.80
Lait	213 gr.	0.25
Fromages	8 gr.	
Beurre, huile	28 gr.	
Fruits frais	70 gr.	
Sucre	40 gr.	
Vin	532 gr.	0.80
Eau-de-vie à 50°	9 gr.	
Sel marin	20 gr.	
Eau	950 gr.	
		8.55
Combustible		1.50
Aliments non chiffrés et ingrédients		1.50
Total		9.55

pour 4 personnes : 38.20

Dans la question viande et vin, je suis complètement désintéressé et impartial, ne buvant que de l'eau depuis plusieurs années, et n'ayant pas mangé 4 kil. de viande depuis 15 mois. Quant à ma compétence personnelle en économie domestique, je la tiens en partie de ma fonction, pendant la guerre, de chef de popotte de l'état-major de mon régiment, la ration individuelle étant calculée par moi et tous les achats faits sous mon contrôle et ma surveillanec.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

SÉPULTURE. — TOMBEAU. — EPITHAPHE INJURIEUSE POUR LES MÉDECINS. — VISIBILITÉ PAR LE PUBLIC. — PRÉJUDICE. — DOMMAGES-INTÉRETS.

TRIBUNAL CIVIL DE MONTPELLIER.
12 juin 1925.
(*Mon. jud. Midi*, 1er juillet 1925.)

Une épitaphe de nature à porter atteinte à des médecins, ou au Corps médical lui-même, ne saurait être tolérée.

Il importe peu qu'elle soit située à l'intérieur d'une chapelle tumulaire privée, du moment où le public a pu la lire.

Dès ce moment, le droit de propriété doit céder devant la nécessité d'éviter le préjudice.

Il convient dès lors de prononcer à la fois la suppression de l'épitaphe préjudiciable et des dommages-intérêts.

Vu le jugement interlocutoire rendu par le Tribunal de ce siège le 28 juillet 1924, ensemble le procès-verbal de constat et les enquête et contre-enquête qui en ont été la suite ;

Attendu que le jugement interlocutoire a décidé que l'inscription était de nature à froisser la délicatesse du professeur Delmas et du Syndicat médical de l'Hérault, mais à la condition qu'elle ait été mise sous les yeux du public ; que les mesures d'instruction ordonnées tendaient donc seulement à rechercher si, en fait, l'inscription pouvait être vue par le public ; que le procès-verbal de constat démontre, sans qu'il y ait lieu de s'arrêter à la présence d'une couronne, qu'il était par trop facile d'ajouter pour la circonstance et les besoins de la cause, que l'inscription est très visible, étant formée de caractères dorés sur pierre noire et étant placée juste en face de la porte de la petite chapelle ; qu'il est certain que si X. avait eu seulement l'intention, comme il le prétend, de laisser exclusivement à sa famille le témoignage de sa rancœur et de son trouble moral, il eût agi par des moyens plus discrets ; qu'en faisant faire une inscription aussi apparente, il la destinait donc, non pas aux yeux seulement des personnes de sa famille venant prier dans une chapelle exiguë, mais aussi aux yeux des passants ; que même si son intention n'était nullement agressive contre les demandeurs, il aurait commis une imprudence dommageable, donc une faute, en agissant comme il l'a fait.

Attendu d'autre part, qu'il est bien certain que l'inscription ne peut attirer l'attention du passant qu'autant que la porte est ouverte et que, si la porte reste fermée, le public ne peut lire l'inscription qu'en y portant une certaine attention ; mais attendu qu'une porte est destinée à être ouverte ne fût-ce qu'à d'assez longs intervalles, et qu'il en est de même des vitrages qui garnissent cette porte, puisqu'on a pris soin de les faire mobiles et pouvant s'ouvrir individuellement ; qu'ainsi la disposition des lieux rend inévitable ce fait que, dans certaines circonstances, plus ou moins fréquentes, l'inscription a pu et pourra être lue de tous ; que cependant les témoins s'accordent à dire que le caveau est toujours fermé ; qu'il est vraisemblable qu'il en est ainsi en principe et qu'il en est sûrement ainsi depuis que l'action est intentée, mais que, matériellement, il n'est pas possible que cette porte ne reste pas ouverte parfois, notamment pour le nettoyage et l'aération de la petite chapelle ; que le premier témoin de l'enquête déclare que X. lui avait donné la consigne de cacher l'inscription à tous les yeux et que c'est pourquoi il fermait la porte derrière lui, mais qu'il reconnaît aussitôt qu'il laissait un des ventaux ouvert parce qu'il avait besoin d'air dans son travail ; que d'ailleurs, il

a bien mal observé la consigne qui, dit-il, lui avait été donnée, puisque l'inscription a été lue par deux témoins (3e et 4e de l'enquête) et précisément pendant le travail des ouvriers ; que ces deux personnes ont pénétré librement dans la chapelle ; que, de plus, l'huissier Guillermos, dans son procès-verbal de constat, déclare qu'il a trouvé entr'ouvert un des battants de la porte et qu'il est entré sans difficultés ; qu'il est donc démontré que, à cette époque, antérieure à la naissance de la difficulté actuelle, le public pouvait accéder librement auprès de la plaque litigieuse ; qu'ainsi l'existence de cette plaque et la teneur de l'inscription devaient nécessairement tomber dans le domaine public et porter préjudice aux demandeurs ;

Attendu qu'il convient de dire que, au point de vue moral, X. a droit à beaucoup d'indulgence, qu'il n'a agi qu'égaré par la douleur et mû par un ressentiment inconsidéré et sans cause ; que ce qui le démontre, c'est que son gendre Y., après avoir intenté au professeur Delmas une action en 100.000 francs de dommages-intérêts pour insuffisance des soins donnés à sa femme, et après avoir obtenu du Tribunal un jugement ordonnant la mesure d'instruction la plus favorable qu'il pût espérer, c'est-à-dire la nomination d'experts présentant toutes garanties, s'est désisté de cette action, avouant ainsi l'inanité de ses plaintes ; qu'il n'en est pas moins vrai que les agissements de X. ont été nuisibles et marqués au coin de la plus grande et plus dangereuse imprudence ;

Attendu qu'il y a donc lieu de le condamner à faire disparaître de l'inscription les trois mots, savoir : « Victime de Professeurs » ; qu'il y a lieu également de le condamner à payer au professeur Delmas, la somme de un franc à titre de dommages-intérêts ;

Attendu en ce qui concerne les conclusions du Syndicat médical, qu'il y a lieu aussi d'y faire droit ; mais que celui-ci recherchant une satisfaction morale plutôt que la réparation d'un préjudice matériel et ayant reçu déjà un commencement de satisfaction morale par le désistement de Y. de sa demande en dommages intérêts, il y a lieu de réduire le dommage-intérêt à la somme de cinq cents francs ;

Par ces motifs : le Tribunal, jugeant publiquement et contradictoirement, en matière ordinaire et en premier ressort, après en avoir délibéré conformément à la loi : rejetant toutes autres conclusions des parties,

Condamne X. à faire disparaître de l'inscription placée dans son caveau de famille les mots « Victime de Professeurs », lui accorde un délai de un mois pour opérer cette suppression ; le condamne à une astreinte de vingt francs par jour de retard à dater de la fin de ce délai ; et ce, pendant deux nouveaux mois, passé lequel délai, il sera fait droit à nouveau ;

(*Voir la suite page XLVII-163*)



PROPOS DU JOUR

Nouveaux dangers pour le corps médical français. L'infiltration des diplômes de deuxième et de troisième zones.

Il y a quelque vingt-cinq ans, les médecins étrangers, au moyen d'équivalences et de complaisances administratives, politiques, diplomatiques et autres, s'infiltraient d'une façon inquiétante dans notre Pays. Certains étaient loin d'être désirables et nous gagerions que les gouvernements de leurs propres patries avaient vu sans amertume leur émigration en France. Les Syndicats médicaux, sans faire acte de xénophobie et faisant preuve au contraire d'une générosité dont la réciproque n'existait pas toujours dans les autres nations civilisées, exigèrent et obtinrent que l'étranger ne pourrait exercer désormais en France que pourvu du diplôme d'Etat, qui ne pourrait être acquis qu'en remplissant les conditions fixées pour tous par la loi. Un diplôme spécial, dit d'Université, et ne donnant pas le droit d'exercer la médecine en France, fut désormais délivré après examens, aux étrangers ayant fait des études sérieuses en France et désirant retourner avec le grade de docteur français dans leur Pays.

Il y eut bien quelques entorses données à la loi ; le jeu des équivalences continua pour quelques privilégiés que l'on dispensa des baccalauréats ; quelques femmes se glissèrent dans nos rangs, naturalisées par le mariage, etc., etc. Mais le flot des immigrés indésirables fut à peu près arrêté.

En 1883, les Missionnaires Jésuites fondèrent une Ecole de médecine française à Beyrouth, en Syrie. Le Gouvernement français, dans un but d'expansion de l'influence française, accorda en 1888, le titre de Faculté de Médecine à cette Ecole. Pour être admis dans cette Faculté, l'étudiant était tenu à un examen d'entrée qui suppléait au baccalauréat et nous pourrions citer tel de nos camarades qui, il y a une trentaine d'années, à la suite d'échecs multipliés au baccalauréat put se faire admettre à Beyrouth. En 1906, le Gouvernement français permit l'accès des Facultés françaises aux étudiants en cours de scolarité à Beyrouth, puis, par une tolérance que l'après-guerre et le mandat syrien transformèrent en une mesure générale, le diplôme de docteur en médecine de Beyrouth fut assimilé au diplôme d'Etat français. Il en résulta que l'Université de Beyrouth, créée primitivement pour favoriser l'influence française en Orient, ce que nous pouvions admettre et défendre, servira (les difficultés des études en France aidant) à répandre l'influence et les mœurs médicales syriennes dans notre pays.

Ce n'est pas tout : la Faculté de Beyrouth s'annexa une Ecole dentaire et forma des chirurgiens-dentistes. Comme la Faculté française et l'Ecole dentaire française rivalisent avec une Ecole américaine et que cette Ecole américaine délivre des diplômes de docteur ès art dentaire, le Gouvernement français autorisa l'Ecole française à délivrer à ses chirurgiens dentistes un diplôme de docteur ès art dentaire.

Or, les chirurgiens dentistes Syriens, diplômés de Beyrouth, ont le droit d'exercer en France ; ils y viennent donc affublés du diplôme de doctorat ès art dentaire et les chirurgiens dentistes français, ainsi handicapés, se servent de cet argument pour obtenir la création en France d'un diplôme de doctorat ès art dentaire. Si ce diplôme leur est accordé, ce sera le commencement de la dissociation du diplôme de docteur en médecine, au grand détriment des malades.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la tentative avortée de la Faculté de médecine de Damas qui, dans l'esprit de ses inventeurs, devait nous doter d'un second Beyrouth en pays musulman.

Ce n'est pas tout encore. Le Gouvernement français, payant ridiculement ses médecins militaires et coloniaux, en voit de plus en plus tarir la source.

Pour remédier à cette pénurie, il a créé des Ecoles de médecine dans la plupart de nos colonies, à Dakar, à Tananarive et surtout à Hanoï. Ces écoles devaient fournir les Colonies de sortes

d'officiers de santé indigènes comme l'Ecole déjà ancienne, de Pondichéry, en fournit à l'Inde française, mais, le Gouvernement français, a récemment songé à donner à ces Ecoles plus d'ampleur. Un de nos confrères coloniaux nous communique la coupure suivante de la « Page Coloniale » du *Petit Marseillais* du 1er septembre 1925, organe toujours bien renseigné sur les Colonies. Nous y lisons :

Nos médecins coloniaux indigènes.

Poursuivant le plan de développement des moyens de l'assistance médicale indigène dans nos colonies, et pour intensifier le recrutement des médecins qui s'y consacrent, le ministre des colonies vient de soumettre à la signature du président de la République un décret accordant le bénéfice de la naturalisation aux étudiants en médecine de l'Ecole d'Hanoï qui seront admis au concours dans les écoles du service de santé où se recrutent les médecins coloniaux et qui prendront l'engagement de servir pendant au moins dix ans dans le corps de santé colonial.

Cette mesure est de nature à renforcer le corps de santé colonial dont l'effectif est insuffisant pour l'effort considérable à fournir en vue de l'assainissement de notre domaine d'outre-mer, surtout dans les pays d'Afrique.

Voici donc les médecins indigènes de l'Ecole d'Hanoï, demain ceux de Tananarive, après demain ceux de Dakar, plus tard ceux de toutes les nouvelles Facultés et Ecoles qu'il plaira de fonder dans nos colonies, nos protectorats ou les pays à mandat, naturalisés français *de plano* et incorporés dans le corps sanitaire colonial pour dix ans sur le même pied que leurs collègues français. Qu'arrivera-t-il après dix ans ? Quel Gouvernement pourra empêcher un médecin colonial naturalisé, qui aura fait dix ans de services avec les mêmes grades et les mêmes prérogatives que ses collègues français du Corps de santé colonial, d'exercer la médecine et d'occuper des fonctions officielles dans toutes les grandes villes de nos Colonies et de venir même s'installer en France.

Et il y a quelques 24.000 médecins français, diplômés de nos Facultés, dont une bonne partie a peine à vivre. Va-t-on leur infliger après la concurrence des étrangers, des Syriens et des Russes, celle des noirs et des jaunes, en favorisant la naturalisation de ces derniers et en leur accordant des diplômes de médecins de 2e et de 3e zones qu'on assimilera promptement, les influences politiques aidant, à notre diplôme d'Etat français ?

Ce n'était pas la peine de supprimer les officiers de santé, de doter la France de 9 Facultés et de 15 Ecoles de médecine. Beyrouth, Damas, Hanoï, Tananarive et Dakar suffiraient à mettre leur marché aux besoins de la population française et des futures Caisses d'assurances sociales.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE CONTAGE TUBERCULEUX DU NOURRISSON SON MÉCANISME — SA PROPHYLAXIE.

Par R. Turquety,

Chef de Clinique à la Faculté.

La tuberculose n'est pas, chez le nourrisson, une infection transmise héréditairement ; il s'agit, en règle générale, d'une infection acquise dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie. On a bien, il est vrai, observé dans quelques cas de passage du bacille de Koch de la mère à l'enfant par voie de la circulation transplacentaire et l'on a désigné ces cas du nom de *tuberculose congénitale.* Mais ces faits sont l'exception. Péhu et Chalier, en 1914, passant au crible de la critique les observations publiées, n'en retiennent que 51 cas. Le plus souvent, il s'agissait d'une femme morte en état de généralisation tuberculeuse avec, à l'autopsie, des lésions de granulie. La contamination du fœtus se trouvait démontrée par des constatations anatomiques : granulie prédominant au niveau du foie, cette prédilection étant en rapport avec l'arrivée du bacille par le sang de la veine ombilicale. Plus souvent, l'autopsie du fœtus ne décelait aucune lésion tuberculeuse des organes ; mais il existait chez lui une septicémie tuberculeuse que l'on pouvait mettre en évidence par l'inoculation au cobaye de sang ou d'un fragment des principaux viscères. Le cas surtout mérite de nous arrêter d'une mère atteinte de lésions cavitaires en évolution mettant au monde un enfant vivant porteur, dès les premières semaines, d'une cuti-réaction positive. Ce sont là des faits dont chacun doit être soumis à une analyse approfondie. Il faut, en effet, avant de conclure à la réalité d'une tuberculose congénitale, acquérir la certitude qu'il ne s'agit pas simplement d'une inoculation massive du nourrisson réalisée de suite après la naissance, le caractère massif de l'inoculation et sa précocité justifiant dans ce cas la rapidité d'apparition des réactions de tuberculine.

On ne saurait, d'ailleurs, s'étonner de la rareté du contage intra-utérin, même dans les formes les plus graves de la tuberculose maternelle : le placenta protège l'organisme fœtal non seulement comme un filtre, mécaniquement, mais activement, par les propriétés phagocytaires, microbicides et antitoxiques qu'il possède (Charrin et Delamarre). En outre la bacillémie, c'est-à-dire la présence ou la migration du bacille de Koch dans le sang de la mère est intermittente, fugace, discrète, même dans les formes généralisées de la tuberculose.

En résumé, la rareté de la bacillémie tuberculeuse chez la mère, d'une part, la protection de l'organisme fœtal par le placenta, de l'autre, expliquent l'*extrême rareté de la tuberculose congénitale.*

Hormis ces cas exceptionnels, la tuberculose du nourrisson traduit une *infection acquise* dans les premières semaines ou dans les premiers mois de la vie. Parmi les modes de contage que l'on trouve à son origine, il en est deux qui doivent retenir l'attention : l'infection par le *lait* ; l'infection par le *milieu.*

Le lait. — C'est surtout à la suite des travaux de Behring que l'on a cru devoir attribuer une origine intestinale à de nombreux cas de tuberculose et que l'on a cherché à déterminer le rôle exact du lait dans la pathogénie de l'infection du nourrisson. On se basait sur les statistiques des vétérinaires qui établissaient l'extrême fréquence de la tuberculose des bovidés.

La glande mammaire des vaches tuberculeuses est une voie d'élimination des bacilles (alors que le lait d'une femme tuberculeuse n'est presque jamais virulent). Cette élimination est intermittente, si la glande est saine. Si elle est le siège de lésions tuberculeuses, l'élimination est à peu près continue. Comme, d'autre part, les vaches malades éliminent des bacilles par la bile et les matières fécales, celles-ci souillent le pis et, par conséquent, au moment de la traite, le lait.

L'importance du rôle infectant du lait semblait donc fort admissible, d'autant qu'on reconnaît actuellement, et d'une façon unanime, la nocivité pour l'homme du bacille bovin (contrairement à l'opinion émise par Robert Koch, au Congrès de Londres, en 1901).

C'est surtout dans les lésions ganglionnaires cervicales et dans les lésions de la tuberculose ab-

dominale (tuberculose des ganglions du mésentère avec ou sans lésions de l'intestin) que l'on a identifié le bacille bovin.

Toutefois, on signale une diminution très nette, depuis quelques années, de ce que M. Marfan appelle « la tuberculose alimentaire », tuberculose des ganglions du mésentère et de l'intestin, diminution que cet auteur attribue à une meilleure surveillance des bovidés et surtout à la diffusion de la stérilisation du lait.

Le bacille de Koch, en effet, est très sensible à la chaleur : une température de 100° pendant 2 à 3 minutes, de 85° pendant 5 à 10 minutes, de 75° pendant 30 minutes, suffisent à le détruire.

Le moyen le plus simple et le plus sûr de protéger le nourrisson contre l'infection tuberculeuse par le lait de vache est donc de n'alimenter l'enfant qu'avec du lait stérilisé ou bouilli. Ainsi, le contage par le lait qui a pu paraître à une certaine époque la cause primordiale de la tuberculose du premier âge est devenu, par la généralisation des divers procédés de stérilisation du lait, un facteur d'importance tout à fait secondaire.

Le milieu. — C'est, en réalité, dans son entourage (familial et domestique) que le nourrisson, en raison même de ses conditions d'existence, contracte la maladie. Et presque toujours l'interrogation permettra de dépister, dans le milieu où vit l'enfant, la source de contage. Le plus souvent, il s'agit d'une tuberculose de la mère ou du père. Des deux, la première est la plus redoutable : la continuité des soins que la mère prodigue à l'enfant est l'occasion de contages réitérés et, pour ainsi dire, subintrants. Une statistique de Dörner montre que la mortalité, dans les premiers mois, des enfants d'une mère tuberculeuse, est de 33,5 % alors qu'elle n'est que de 14,7 % si c'est la tuberculose du père qui est en cause.

Si les parents sont sains, l'enquête découvrira parfois une tuberculose d'un frère ou d'une *sœur aînée,* celle-ci jouant souvent, au point de vue de la gravité du contage, le même rôle qu'une tuberculose maternelle. Il faudra se méfier davantage encore de la présence, dans l'entourage de l'enfant, de sujets âgés et tousseurs, ascendants ou domestiques, dont la bronchite chronique, parce qu'ancienne et bien supportée en apparence, ne semble pas suspecte. Cette bronchite traduit parfois une sclérose apicale avec cavernules, et ces malades, en apparence inoffensifs, sont en raison même du caractère torpide de leurs lésions, les plus redoutables semeurs de bacilles.

Le rôle de l'entourage familial et domestique dans la contagion du nourrisson n'est plus à démontrer. Et si un doute subsistait encore dans l'esprit de quelques-uns, il leur suffirait de consulter la statistique de l'œuvre Grancher. Elle démontre clairement que lorsque les enfants de tuberculeux bacillifères sont soustraits *dès leur naissance* au contage familial et placés à la campagne dans des milieux sains, ils échappent à coup sûr à l'infection dans le premier âge.

Mais, dans quelques cas, l'enquête la plus rigoureuse restera stérile ; on ne pourra mettre en évidence la source de contage ; il s'est agi, à n'en pas douter, d'une *inoculation accidentelle,* par contact fortuit avec un sujet infectant ; le fait, à vrai dire, est peu fréquent dans les premiers mois et il est bien rare qu'une tuberculose contractée au berceau ne fasse pas la preuve de son origine. Il devient, par contre, bien plus habituel quelques mois plus tard, quand l'enfant commence à ramper, à marcher, à toucher aux objets et s'expose de la sorte à mille sources de contagion.

Ainsi, si l'on excepte quelques cas tout à fait exceptionnels de tuberculose congénitale, la tuberculose du nourrisson est une tuberculose acquise, transmise le plus souvent dès les premiers mois à l'enfant par les personnes qui constituent son entourage immédiat. L'enfant issu de parents tuberculeux ne naît pas tuberculeux ; l'antique notion d'*hérédité de graine* a vécu.

Mais le problème de l'hérédité tuberculeuse est bien autrement complexe. Si l'on est en droit de considérer comme infiniment rare la transmission *in utero* du bacille tuberculeux de la mère à l'enfant, comment doit-on accueillir les idées qui ont eu cours jusqu'à ces dernières années touchant l'*hérédité de terrain* et l'*hérédo-tuberculose dystrophiante* ?

Les enfants nés de parents tuberculeux, disait-on, sont plus tuberculisables que les enfants nés de parents sains. La fréquence avec laquelle on voyait, en effet, se manifester chez eux cette affection semblait bien en donner la preuve ; la gravité de cette tuberculose précocement développée le confirmait encore. Or, on sait actuellement que si ces enfants sont plus souvent tuberculeux que les autres, cela tient uniquement à la contagion familiale qui les guette. Qu'on les mette dès la naissance à l'abri de cette contagion, et ils ne fourniront pas à la tuberculose un pourcentage de cas plus élevé que les enfants issus de parents sains ; la statistique de l'œuvre Grancher le prouve surabondamment. Quant à l'hérédo-tuberculose dystrophiante, elle a pu paraître à certains auteurs importante à ce point qu'ils n'ont pas hésité à la mettre en parallèle avec l'hérédo-syphilis, ainsi que le faisait Landouzy.

Et cependant, les médecins qui étaient le mieux à même d'observer les enfants nés de parents tuberculeux, n'admettaient qu'avec la plus grande réserve l'existence de cette hérédo-tuberculose dystrophiante. Budin, dès 1905, mettait les médecins en garde contre l'impor-

tance trop grande à son avis, attribuée à la question de terrain. Comby abondait dans le même sens. Debré et Laplane, dans une étude récente, estiment que la prématuration et la débilité ne s'observent guère que dans les tuberculoses maternelles dont l'évolution a subi, du fait de la grossesse, une accélération du rythme. En outre, estiment-ils, ces enfants ne présentent pas plus fréquemment de tares, de malformations congénitales, de troubles profonds de la santé que les enfants issus de parents sains.

Et cependant, la *fragilité* des enfants issus de mères tuberculeuses, leur croissance irrégulière, leur disparition précoce — en dehors de toute contamination tuberculeuse — avaient été, voici longtemps, signalées par Charrin et ses élèves. H. Barbier parle de « la diminution de coefficient de vitalité » de ces enfants. Couvelaire, Vignes confirment cette impression : poids de naissance souvent inférieur à la normale, accroissement pondéral médiocre, difficulté d'élever ces petits.

De tout ceci, on peut conclure :

1° L'enfant de tuberculeux ne naît pas tuberculeux ;

2° On n'observe pas non plus chez lui, du fait de son hérédité, les malformations qui sont le lot des hérédo-syphilitiques ;

3° Sans doute, par contre, convient-il d'émettre une réserve touchant sa qualité physique et sa résistance.

Certains auteurs ont, par ailleurs, soulevé l'hypothèse que les enfants issus de tuberculeux naissaient porteurs d'un certain degré d'immunité. Cette immunité, en tout cas, serait bien précaire, étant donnée la facilité avec laquelle un nourrisson s'infecte au contact de ses parents tuberculeux. Peut-on, en faveur de l'hypothèse d'une immunité transmise, faire état de la présence, souvent constatée à la naissance, des anticorps tuberculeux maternels dans le sang du cordon (Parisot et Hanns) ? Non, semble-t-il, car leur présence est inconstante et éphémère ; ils disparaissent de l'organisme du nourrisson vers le 3e mois, même dans le cas où l'enfant est infecté dès après la naissance.

Prophylaxie. — La précocité du contage constitue le plus net des facteurs de gravité de la tuberculose du nourrisson :

Tuberculose diagnostiquée dans le 1er semestre de la vie. Mortalité : 75 %.

Tuberculose diagnostiquée dans le 2e semestre de la vie. Mortalité : 54 %.

Tuberculose diagnostiquée dans la 2e année. Mortalité : 20 %.

Il faut donc empêcher à tout prix l'infection du nourrisson dans le courant de la première et même de la deuxième année, en le protégeant contre les deux principales causes de la contagion à cet âge : le lait et le milieu.

1° *Le lait.* — L'habitude, qui s'est généralisée, de ne donner aux nourrissons que du lait bouilli ou stérilisé, a beaucoup diminué la fréquence de l'infection par le lait. Rappelons qu'un chauffage à 100° de deux ou trois minutes, ou à 85° de cinq à dix minutes, suffisent à détruire le bacille de la tuberculose.

2° *Le milieu.* — La prophylaxie familiale doit parer à deux dangers : le contact de l'enfant avec un sujet bacillifère, ou avec des objets bacillifères. La première règle qui s'impose, *et qui ne souffre pas d'exception*, est d'empêcher une mère tuberculeuse d'allaiter son enfant. La continuité des contacts de la mère et de l'enfant crée à chaque instant des occasions de contagion : l'infection du nourrisson est inévitable. Cette règle rigoureuse s'adresse aux cas où la mère est atteinte d'une tuberculose pulmonaire ouverte. S'il s'agit d'une femme qui a présenté antérieurement une atteinte avérée de tuberculose pulmonaire, il faut encore déconseiller l'allaitement, car une poussée évolutive avec bacilles dans les crachats serait à craindre. Si la mère présente une tuberculose externe ouverte, adénite ou ostéite fistulisées, il sera prudent de déconseiller encore l'allaitement, malgré la possibilité d'isoler le foyer par un pansement.

Mais, si l'on veut que la prophylaxie familiale soit efficace, il faut faire plus encore ; éviter à l'enfant tout contact avec les objets porteurs de bacilles, objets de table ou de toilette, linge, jouets. Autant dire que la prophylaxie familiale est quasi impossible, que son application, si scrupuleuse soit-elle, présente toujours des défaillances. Elle n'arrive que bien rarement à empêcher l'infection du nourrisson.

La seule mesure réellement efficace est de séparer l'enfant, de suite après la naissance, de la source du contage, en l'enlevant au milieu infecté. C'est ce qu'avait pressenti l'admirable perspicacité du prof. Grancher qui, de la sorte, fut conduit à créer l'œuvre qui porte son nom.

Les résultats obtenus constituent le plus bel hommage qu'il soit possible de rendre à la clairvoyance de son fondateur, ainsi qu'en témoigne la statistique de l'œuvre Grancher. Sur un total de 175 familles de tuberculeux dont les enfants avaient été laissés auprès des parents bacillifères, la morbidité infantile par tuberculose fut de plus de 60 % — sans compter les cas où l'affection resta latente pour éclore plus tard — et la mortalité fut de 40 %.

En opposition avec ces chiffres, il n'y a eu en tout, sur les 2.200 enfants séparés et recueillis par l'œuvre Grancher en 18 ans, que 7 cas de tuberculose, dont 5 ont guéri. Ces chiffres montrent donc un abaissement de la morbidité tuberculeuse à 0,3 %, et de la mortalité à 0,1 %.

Vaccination anti-tuberculeuse. — La réalisation de la vaccination semble avoir fait un grand pas grâce aux travaux de MM. Calmette et Guérin. Ces auteurs ont réalisé un vaccin sous forme d'une culture vivante d'un bacille d'origine bovine, artificiellement atténué et dépouillé de toute propriété tuberculigène. Ce résultat a été obtenu en cultivant, en série ininterrompue pendant 13 ans, un bacille d'origine bovine sur des pommes de terre cuites dans la bile de bœuf glycérinée à 5 %. Cette culture devient inoffensive, même à haute dose, pour toutes les espèces animales y compris les singes anthropoïdes. Des recherches ont montré qu'injecté à des animaux, ce vaccin leur confère une immunité forte et durable, à condition que les animaux soient neufs, *indemnes de toute infection tuberculeuse.* Par contre, chez ceux qui sont déjà infectés, l'injection vaccinale détermine au contraire un accroissement de la sensibilité à la tuberculine. Il en résulte que, chez l'homme comme chez l'animal, la vaccination n'est applicable qu'aux sujets très jeunes, *aux nouveaux-nés.* L'Institut Pasteur délivre le vaccin B. C. G. sous forme d'ampoules dont chacune représente une dose qui doit être absorbée par voie buccale : chaque dose représente deux milligrammes de bacilles. Chaque dose est donnée dans une petite cuiller de lait une demi heure avant la tétée. Le nouveau-né doit absorber trois doses, chacune de deux en deux jours, *dans les dix jours qui suivent la naissance.* Cette ingestion est absolument inoffensive et ne provoque aucune espèce de réaction.

Ajoutons enfin que, chez les enfants ainsi vaccinés, la cuti et l'intradermo-réaction perdent dans la suite toute valeur diagnostique.

Cette vaccination est actuellement à l'étude dans la pratique médicale ; elle est particulièrement indiquée dans le cas de nouveaux-nés exposés à la contagion familiale.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A LA PORTÉE DU MÉDECIN PRATICIEN

Par le Dr P. Kouindjy.

La gymnastique respiratoire.

Il faut croire que le besoin d'apprendre à bien respirer subsiste dejà depuis bien longtemps, puisque 3.000 ans avant l'ère chrétienne les bonzes chinois de Tao-Ssé cherchèrent à établir une méthode de l'éducation respiratoire en vue de régler la respiration de leurs adeptes et des malades qui venaient chez eux se soigner. Par leur méthode ils apprenaient à respirer de trois façons : 1° inspirer et expirer par la bouche ; 2° inspirer et expirer par le nez, et 3° inspirer par le nez et expirer par la bouche. Les deux temps de la respiration devaient être tantôt précipités, tantôt filés, pleins ou éteints. Les bonzes furent alors convaincus que, de cette façon, ils rétablissaient l'équilibre entre la pression atmosphérique et la circulation, où, comme ils disaient, « l'harmonie entre la pression atmosphérique et la pression du sang, des humeurs et des esprits des obstacles occasionnés par la pesanteur ».

De leur côté, les brahamanistes s'occupèrent, dans les lois de Manou, également de la « retenue de l'haleine », gymnastique respiratoire qui « augmente la chaleur des parties internes (du corps humain), dilate la capacité du thorax, fortifie les organes de la respiration, purifie la poitrine de ses impuretés, élargit les pores, atténue la peau et chasse l'humidité hors de cette membrane ». « D'où il suit, que les mouvements de la gymnastique respiratoire servaient pour purifier la bouche, la gorge , la poitrine, l'estomac, les intestins et pour combattre le bâillement, le hoquet, les laryngites, la toux, l'asthme les gastrites, les entérites etc. » (Mercurialis : *De arte gymnastica*).

Depuis cette époque, les auteurs qui s'occupèrent de la gymnastique respiratoire ne faisaient qu'appliquer les différents exercices dont le but à atteindre a été celui indiqué par nos lointains ancêtres. Une foule de monographies consacrées à cette question parut dans la littérature médicale, surtout depuis une trentaine d'années.

La gymnastique respiratoire doit être avant tout physiologique. Tel est l'avis du professeur Guermonprez et de notre ami G. Rosenthal, dont les travaux sur le sujet qui nous intéresse font autorité. Rien n'est plus juste et nous sommes convaincu que la majorité des médecins praticiens partage entièrement cette opinion. Mais si les auteurs que nous venons de citer sont absolument d'accord sur le principe essentiel de la gymnastique respiratoire, ils sont loin d'être d'accord sur le point capital de la question, à savoir : en quoi consiste le rythme normal de la respiration physiologique. Pour le professeur Guermonprez, le rythme normal de cette respiration doit être présenté par huit mesures : cinq mesures pour l'inspiration, une mesure pour l'expiration, et deux mesures pour la pause expiratoire, qu'il appelle temps de repos. Et il ajoute que, « malgré toutes les entraves pathologiques, il faut se rapprocher de ce rythme, parce qu'il est physiologique. » (Gymnastique respiratoire, 1907.) D'où il résulte, que la durée

des mouvements destinés à exercer l'inspiration doit être plus longue que celle de l'expiration et notre estimé confrère et maître de Lille s'emploie à réaliser ce mode de respiration tout le long de son intéressant travail sur la gymnastique respiratoire.

Le Dr G. Rosenthal dans son excellent rapport au Congrès international de l'Education physique sur les différentes variétés de gymnastique respiratoire, par contre, enseigne que « la respiration doit être rythmée selon les règles et moyennes établies physiologiquement. L'enfant de cinq ans a vingt-cinq respirations en moyenne à la minute et l'adulte quinze. Dans chaque respiration il est normal que l'expiration soit plus longue que l'inspiration ». Et plus loin, en citant Manquat, il dit : « Si par exemple, on prolonge l'expiration pendant qu'on exécute deux pas et si l'on inspire sur le troisième, on réalise une expiration deux fois plus longue que l'inspiration, c'est-à-dire à peu près normale. »

Ce désaccord n'est pas seulement une controverse théorique, il se répercute sur la méthode même des exercices de la gymnastique respiratoire. Il faut donc avant tout bien déterminer exactement, ce qu'on entend par rythme normal de la gymnastique respiratoire. Si on consulte les physiologistes, on constate qu'ils sont presque tous de l'avis de Marey, dont le graphique de la respiration de l'homme, obtenue par le pneumographe, présente la courbe de l'inspiration droite de haut en bas suivie de la courbe de l'expiration ascendante, formée de deux portions : la première droite est presque verticale et la deuxième brisée, non horizontale. Cette dernière correspond à la phase ralentie de l'expiration. Théoriquement, le graphique de Marey peut nous donner satisfaction. En réalité il est loin de nous donner une figure exacte du rythme normal de la respiration. « L'inspiration, dit Beaunis, est en général plus brève que l'expiration, mais il est bien difficile d'en donner le rapport exact, et les évaluations numériques trouvées par les physiologistes sont loin de concorder. Il n'y a du reste qu'à examiner les différents graphiques respiratoires pour voir qu'il est impossible d'arriver à une formule absolue ». D'où il suit, que le rythme normal de la respiration dépend de la forme même de cette respiration. Si elle est tranquille, ordinaire et sans effort, elle réalise le rythme du graphique de Marey ; si au contraire, elle exige un certain effort, un appel plus grand d'air frais, elle réalise alors le rythme inverse, où l'inspiration serait plus longue que l'expiration. C'est pour cette raison que les physiologistes ont établi deux formes de respiration: la respiration ordinaire et la respiration profonde. Il est indiscutable que dans la gymnastique respiratoire, où le sujet est obligé à faire travailler ses muscles suivant les exercices indiqués, la respiration doit être plutôt profonde qu'ordinaire. Et à ce point de vue nous trouvons que si M. Guermouprez a raison, lorsqu'il affirme que toute respiration d'exercice exige un certain effort et, par conséquent, toute gymnastique respiratoire, ayant pour but d'apprendre à respirer, doit avoir une inspiration plus longue que l'expiration. De cette façon, nous trouvons que la formule suivante, établie par notre collègue de Munter, de Liège, doit servir de base à toute gymnastique respiratoire : « *inspirer lentement et profondément et expirer complètement* ».

Les exercices destinés à la gymnastique respiratoire ont en vue d'entraîner les muscles qui combattent les trois formes d'insuffisance respiratoire : l'insuffisance nasale, l'insuffisance thoracique et l'insuffisance diaphragmatique (Rosenthal). Ces exercices présentent, par conséquent, la modalité qui convient à chaque groupe musculaire ou à plusieurs groupes musculaires à la fois. On sait, depuis les travaux de nos éminents physiologistes, Beaunis, Kuss, Mathias Duval, etc. que l'activité de ces muscles varie selon le mode de la respiration. Ainsi, dans la respiration ordinaire, les muscles qui interviennent pendant l'inspiration, sont : le diaphragme, les scalènes, les muscles surcostaux et les intercostaux internes ; l'expiration ordinaire se produit par un retour passif du thorax à son point de départ accompagnée par l'élasticité des tissus pulmonaires. Dans l'inspiration profonde, les muscles qui participent à cette phase de la respiration sont nombreux : 1° ceux du tronc et du cou : les sterno-cléido-mastoïdiens, les trapèzes, les rhomboïdes, les petits dentelès postérieurs, les grands dentelès, les muscles spinaux, les petits pectoraux et même les grands dorsaux ; 2° ceux de la face : les dilatateurs des narines, les releveurs de l'aile du nez, les dilatateurs de l'orifice palpébral et de l'orifice buccal ; et, enfin, 3° ceux du larynx : le sterno-hyoïdien, le sterno-thyroïdien, le crico-arythénoïdien postérieur et le thyro-arythénoïdien. Dans l'expiration profonde, interviennent les muscles abdominaux : les grands droits, les grands obliques, les petits obliques, les petits dentelès postérieurs et inférieurs et le triangulaire du sternum. Ainsi, l'inspiration et surtout l'inspiration profonde, exige un nombre de muscles beaucoup plus considérable que l'expiration, même profonde. C'est donc dans l'inspiration profonde, que les poumons atteignent leur maximum de développement. Le rôle de ces muscles dans la respiration est d'une importance tellement capitale que, sans leur entraînement judicieux, la fonction vitale de notre existence même subirait un déficit notable. Par conséquent, c'est par les exercices physiques que nous arrivons à activer la fonction des muscles qui président à

l'acte de la respiration et, à éduquer la fonction respiratoire elle-même.

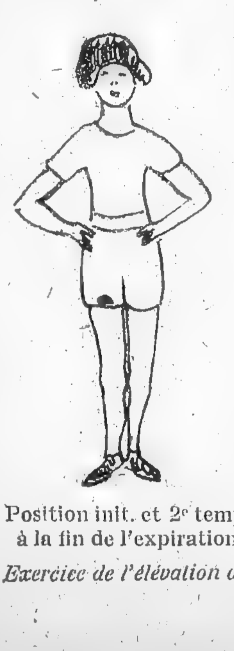
Les exercices physiques de la respiration

Tous les exercices physiques de la gymnastique respiratoire doivent s'accomplir dans les deux phases respiratoires : l'inspiration et l'expiration — et être exécutés par le nez, uniquement par le nez. La gymnastique respiratoire est avant tout nasale. Nos lecteurs en savent les raisons : le nez fait partie de l'appareil respiratoire de notre organisme, la muqueuse nasale retient les impuretés de l'air et l'air, en passant par le nez se réchauffe et s'approche de la température du corps. Il y a encore d'autres raisons humidité de l'air inspiré, etc. ; mais nous les passons sous silence, le cadre de notre travail ne le permet pas.

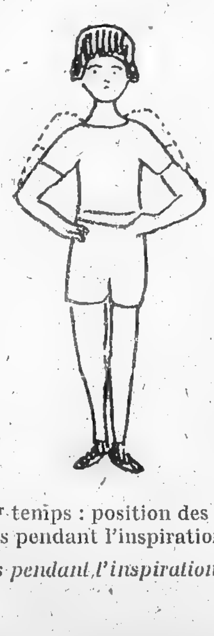
Ces exercices peuvent s'exécuter dans les trois positions fondamentales : debout, assise et couchée.

Lorsque les exercices se font debout, la position du sujet doit être celle de la position initiale debout : jambes en extension, tronc et tête droits. On peut laisser un écart entre les deux jambes ; quelques auteurs ont souvent recours à cette attitude pour rendre les exercices du début plus faciles. Lorsque le sujet est assis, il peut s'appuyer contre le dossier de la chaise, ou se tenir droit au milieu de la chaise, les pieds par terre. Lorsqu'il est couché, il doit rester bien allongé et avoir la tête, les fesses et les talons d'aplomb. Aucun vêtement ne doit gêner le corps pendant ces exercices ; pas de ceinture, ni de corset. En général le meilleur costume pour la gymnastique respiratoire serait le costume de bain pas trop serré. Les enfants surtout s'y sentent à leur aise et arrivent ainsi à fournir le maximum de leur effort possible.

La gymnastique respiratoire en deux temps.



Position init. et 2e temps à la fin de l'expiration.



1er temps : position des épaules pendant l'inspiration.

Exercice de l'élévation des épaules pendant l'inspiration.

Exercices respiratoires, sans mouvements de bras, en deux temps.

1er *temps* : élévation verticale des épaules pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement forcé des épaules pendant l'expiration.

On peut exécuter cet exercice assis ou debout ; en faisant suivre par le thorax les mouvements des épaules (Vuillemin), ou en localisant les mouvements aux épaules seules (Schreiber). L'inspiration doit être profonde et l'expiration énergique ; de 16 à 18 respirations à la minute. Ces exercices peuvent être aussi faits couchés. Mais, dans cette position, il vaut mieux les remplacer par l'exercice suivant, qui fait travailler en même temps les muscles abdominaux et le diaphragme. Dans cet exercice le sujet est en décubitus dorsal, l'abdomen et le tronc dévêtus. Le médecin se place de côté et surveille que les deux phases respiratoires soient exécutées en suivant les mouvements de sa main placée à une certaine distance au-dessus de l'abdomen. Pendant que le médecin lève lentement et progressivement la main, le sujet fait une inspiration profonde et soulève la paroi abdominale, comme s'il voulait la mettre en contact avec la main du médecin ; pendant l'expiration, la main du médecin descend, le sujet exécute une énergique expiration et abaisse sa paroi abdominale, en l'attirant vers le dos : il gonfle son ventre pendant l'inspiration et le creuse pendant l'expiration (Rédard).

Exercice respiratoire diaphragmatique en deux temps.

1er *temps* : soulèvement de la paroi abdominale pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement de la paroi abdominale pendant l'expiration.

Gymnastique respiratoire abdominale.



1er temps : position de l'abdomen pendant l'inspiration.



2e temps : position de l'abdomen pendant l'expiration.

Quelques auteurs ont qualifié ces derniers exercices de volontaires, probablement pour les distinguer des autres exercices respiratoires faits avec les membres. Nous trouvons ce qualificatif peu heureux. Pour nous, tous les exerci-

ces respiratoires doivent s'exécuter avec la volonté de l'exécutant ; ils ne sont donc pas plus volontaires que tous les autres exercices de la gymnastique respiratoire ; car, sans la volonté du sujet aucun exercice éducatif n'est possible.

Exercices respiratoires avec les membres en position debout

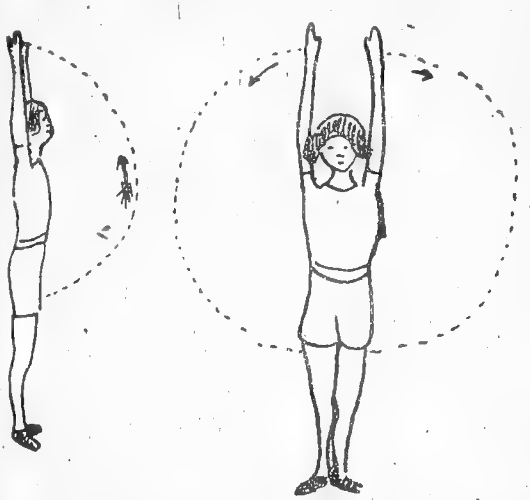
Ces exercices ont, comme nous l'avons déjà dit, pour but d'activer le travail des muscles respiratoires pendant les deux phases de la respiration. Ils peuvent se faire en deux, trois et quatre temps. Pendant leur exécution, il faut surveiller que les temps soient toujours de la même durée et correspondent aux deux périodes respiratoires. Si nous faisons exécuter l'exercice à trois temps, un de ces temps, le plus court, correspondra à la pause respiratoire ou au repos entre les temps respiratoires. Si nous faisons exécuter les exercices respiratoires en quatre temps, nous pouvons les employer de deux façons : soit deux temps pour l'inspiration et deux temps pour l'expiration et nous arrêter un moment pendant le repos entre les deux phases respiratoires ; soit, comme le font Desfosses et Santos, un temps pour l'*inspiration, deux pour le* repos et le quatrième pour l'expiration.

1er Exercice respiratoire avec les membres supérieurs en deux temps.

1er *temps* : élévation antérieure des bras pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement antérieur des bras pendant l'expiration

GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EN DEUX TEMPS.



1er temps : élévation antérieure des bras pendant l'inspiration. 2e temps : abaissement latéral des bras pendant l'expiration.

Les temps sont comptés par le médecin à haute voix et de telle sorte que l'inspiration soit plus longue que l'expiration et que le sujet arrive à exécuter 15 ou 16 respirations à la minute.

2e Exercice respiratoire avec les bras en deux temps.

1er *temps* : élévation latérale des bras pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement latéral des bras pendant l'expiration.

Ces deux exercices peuvent se combiner de façon à donner les deux exercices suivants faits toujours avec les bras en pleine extension.

3e Exercice respiratoire avec les bras en deux temps.

1er *temps* : élévation antérieure des bras pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement latéral des bras pendant l'expiration.

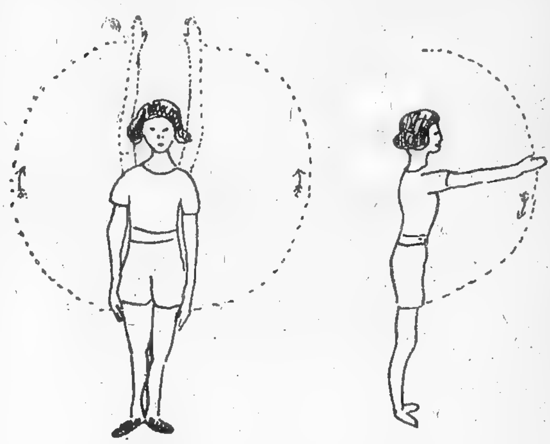
Ou bien :

4e Exercice respiratoire avec les bras en deux emps.

1er *temps* : élévation latérale des bras pendant l'inspiration ;

2e *temps* : abaissement antérieur des bras pendant l'expiration.

GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EN DEUX TEMPS.



1er temps : élévation latérale des bras pendant l'inspiration. 2e temps : abaissement antérieur des bras pendant l'expiration.

Tous ces exercices peuvent être exécutés, suivant Schreiber, avec les poings fermés avec les haltères ou au moyen d'un bâton, selon Laffage.

Une deuxième série d'exercices respiratoires est celle où les mouvements d'inspiration partent d'une attitude autre que celle de la position initiale debout. Parmi ces exercices signalons d'abord celui de Knopf, qui consiste à amener les bras tendus horizontalement au devant du corps, les mains au contact avec leurs faces dorsales. Sous commandement, le sujet écarte aussi loin que possible les bras tendus pendant

l'inspiration (mouvement de la nage) et les rapproche pendant l'expiration. L'exercice suivant, de Desfosses et Santos, exécuté en deux temps présente également un réel avantage. Le sujet, placé en position initiale debout, porte ses mains au niveau des épaules, les coudes en arrière et les bras horizontalement.

Exercice respiratoire avec les bras tendus latéralement.

1er *temps* : extension latérale des avant-bras pendant l'inspiration ;

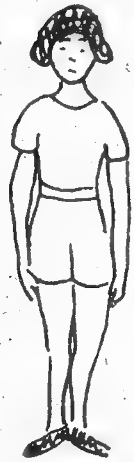
2e *temps* : flexion des avant-bras pendant l'expiration.

Ensuite, au commandement du deuxième temps, il descend latéralement ses bras jusqu'à l'horizontale, les paumes des mains tournées en haut, en conservant sa respiration ; puis, au troisième temps, il renverse les mains en transformant la supination en pronation et en conservant la respiration ; enfin, au quatrième commandement, il abaisse ses bras énergiquement pendant l'expiration.

Exercice respiratoire avec les bras en quatre temps.

1er *temps* : élévation antérieure des bras tendus pendant l'inspiration ;

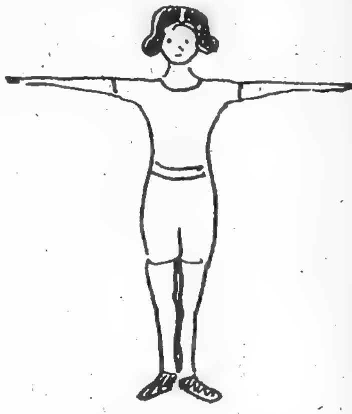
GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EN QUATRE TEMPS.



Position initiale et 4e temps: retour à la position initiale.



1er temps : bras tendus en avant et 3e temps : rapprochement des bras pendant l'expiration.



2e temps : écartement des bras pendant l'inspiration.

Lefébure indique aussi un exercice en deux temps, où le mouvement du tronc en arrière participe activement. Le sujet se met en position initiale debout, place ses mains au niveau des clavicules comme dans l'exercice précédent et fléchit le tronc en arrière.

Exercice respiratoire avec tronc fléchi en arrière.

1er *temps* : écartement des bras pendant l'inspiration ;

2e *temps* : rapprochement des bras pendant l'expiration.

Parmi les exercices respiratoires à plusieurs temps celui qui est indiqué par Desfosses et Santos et qui s'exécute en quatre temps est l'un des meilleurs, surtout lorsqu'on désire ralentir les mouvements respiratoires et établir la progression par des mesures proportionnées. Il s'exécute en position initiale debout : le sujet lève d'abord ses bras de bas en haut en inspiration, les paumes des mains tournées en dedans.

2e *temps* : pose des bras en croix, mains en supination, en retenant la respiration ;

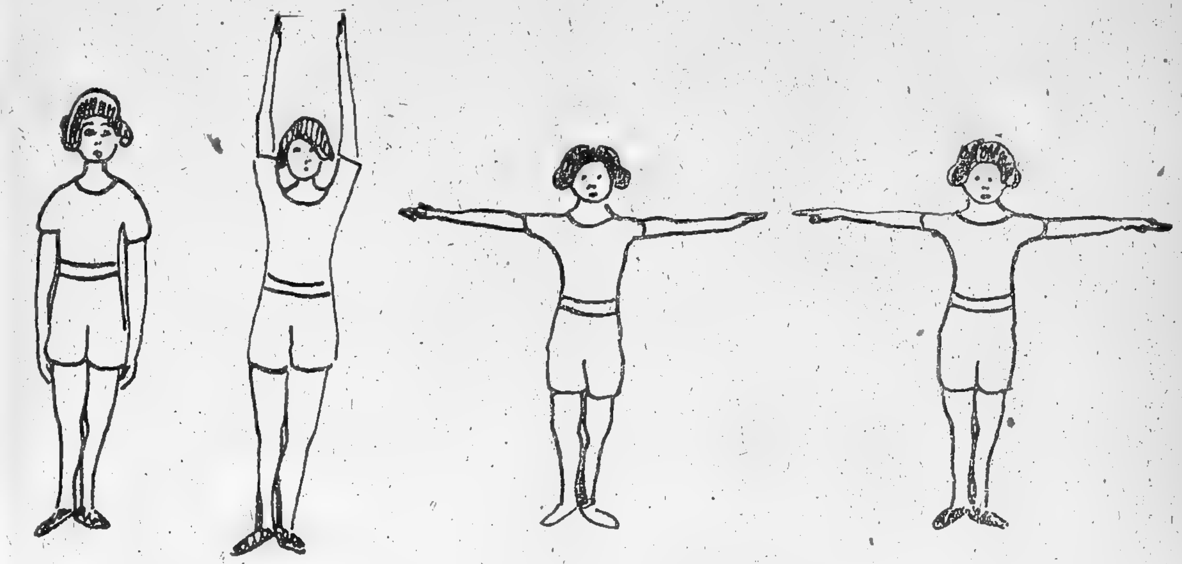
3e *temps* : bras en croix, mains en pronation, en retenant la respiration ;

4e *temps* : abaissement énergique des bras en expiration.

Cet exercice peut se faire avec les mains fermées en poings, avec des légères haltères et, en partant des positions suivantes, mains sur les épaules, mains à la nuque, mains aux hanches, etc. Quelle que soit la forme de l'exécution de cet exercice, il est indispensable de surveiller que les mesures des temps correspondent aux mesures de la respiration : prolonger autant que possible l'inspiration, raccourcir les deux temps suivants et insister sur le quatrième temps, qui doit être plus long que les deux temps précédents et plus court que le premier temps. Ne jamais faire plus de cinq à huit exercices de suite, en calculant que leur exécution ne dépasse pas quinze respirations à la minute.

Les exercices combinés trouvent également leur application dans la gymnastique respiratoire. Il suffit de réunir plusieurs mouvements ensemble et, sous commandement, diriger leur exécution. Nous décrivons ici deux de ces exercices, qui nous ont rendu le plus grand service. Ils plaisent aux enfants par l'absence de la monotonie et par la suite des mouvements variés.

GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EN QUATRE TEMPS.



Position initiale. 4e temps : abaissement des bras le long du corps pendant l'expiration.

1er temps : élévation des bras pendant l'inspiration.

2e temps : abaissement des bras à l'horizontale pendant le temps respiratoire (mains tournées en haut) (mouvements).

3e temps : tourner les mains en bas toujours pendant le repos respiratoire (mouvement rapide).

Exercice combiné de la gymnastique respiratoire en quatre temps.

Position initiale : mains aux hanches.

1er *temps* : élévation du corps sur les pointes de pieds pendant l'expiration ;

2e *temps* : élévation du *corps sur les pointes* des pieds pendant l'inspiration ;

22e *temps* : flexion des genoux et abaissement progressif du corps pendant l'expiration ;

3e *temps* : redressement du corps pendant l'inspiration ;

GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EN QUATRE TEMPS.



Position initiale, 4e temps : retour à la position initiale.

1er temps : élévation du corps sur les pointes des pieds pendant l'inspiration (exercice lent). 3e temps : redressement du corps.

2e temps : abaissement du corps sur la pointe des pieds pendant l'expiration.

◆◆◆◆

4e *temps* : pose du talon par terre pendant l'expiration.

Dans cet exercice, les temps doivent être aussi prolongés que possible et d'un rythme parfait ; la pose des talons par terre doit être exécutée avec lenteur et sans brusquerie.

Nous faisons exécuter à nos enfants un exercice combiné de gymnastique respiratoire, qui tout en les amusant, arrive à fixer leur centre psychomoteur avec plus de précision sur l'ensemble des mouvements à exécuter et ainsi parvient à coordonner ces mouvements selon les principes des exercices rééducatifs. Pour faciliter l'exécution de cet exercice, nous le faisons en position couchée et par terre. En général, nous plaçons par terre plusieurs sujets à la fois et à une certaine distance l'un de l'autre ; de façon, que leurs mains ne se touchent pas pendant l'exercice . Les mouvements sont exécutés sons le commandement et chacun des sujets doit suivre ce commandement avec la plus grande attention. Ainsi fait, l'exercice exécuté avec cadence présente une série parfaite de mouvements d'ensemble. Pour rendre plus nets, les six temps de l'exercice combiné de la gymnastique respiratoire, nous les faisons figurer ici par un seul sujet couché par terre et sur un tapis.

Exercice combiné de la gymnastique respiratoire en position couchée.

Position initiale couchée.

1er *temps* : déplacement des bras au-dessus de la tête pendant l'inspiration ;

2e *temps* : rapprochement des bras en extension verticale pendant l'expiration ;

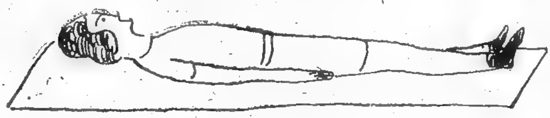
3e *temps* : écartement des bras et leur mise en croix pendant l'inspiration ;

4e *temps* : flexion des avants-bras pendant l'expiration ;

5e *temps* : extension des bras au-dessus de la tête pendant l'inspiration ;

6e *temps* : déplacement des bras en extension et leur pose le long des jambes pendant l'expiration.

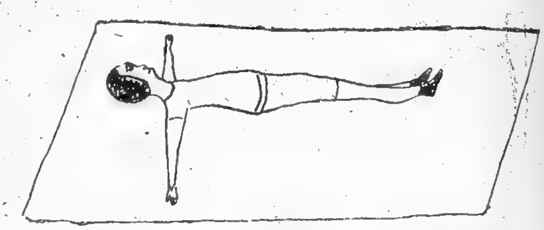
GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE EXÉCUTÉE PAR TERRE EN PLUSIEURS TEMPS.



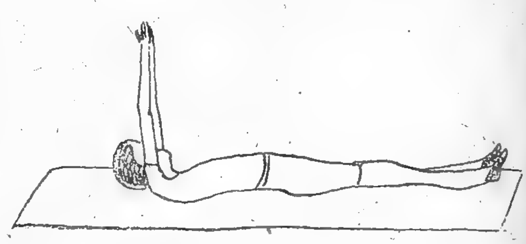
Position initiale.



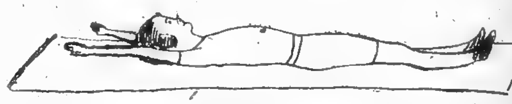
2e temps : flexion des avants-bras sur les bras pendant l'expiration.



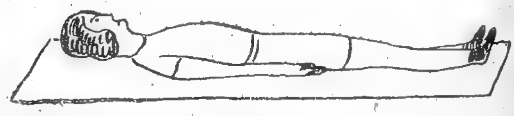
3e temps : extension latérale des avants-bras sur les bras pendant l'inspiration.



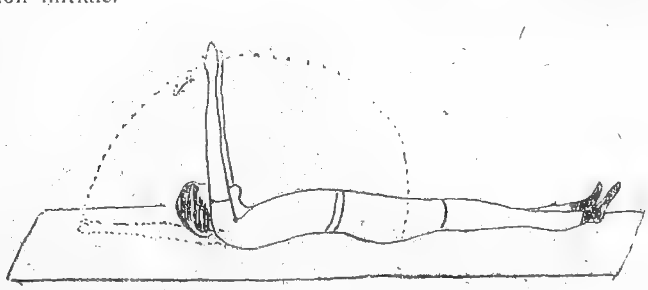
4e temps : élévation verticale des bras pendant l'expiration.



5e temps : abaissement des bras en extension au-dessus de la tête pendant l'inspiration.



6e temps : abaissement des bras le long du corps pendant l'expiration.



1er temps : mouvements des bras d'avant en arrière pendant l'inspiration.

Exercices respiratoires en position couchée.

Nous avons déjà décrit les exercices diaphragmatiques en décubitus dorsal sans les mouvements des bras. Un nombre notable d'exercices respiratoires avec les bras, faits debout, peuvent s'exécuter couché, ou appuyé contre le mur. Ainsi, sous le commandement le sujet couché ou appuyé contre un mur peut lever les bras pendant l'inspiration et les abaisser pendant l'expiration. Il peut exécuter l'exercice de Desfosses et Santos couché ou appuyé contre le mur. Mais, il existe quelques exercices propres à cette position fondamentale : l'exercice de flexion du tronc sur les jambes en pleine extension et la flexion des jambes tendues sur le bassin. Dans le premier exercice, le sujet attaché au début par la courroie au banc de gymnastique fait une inspiration profonde, se lève sur son séant pendant l'expiration et se recouche pendant l'inspiration. Dans le second exercice il plie ses cuisses sur le bassin pendant l'expiration et les tend pendant l'inspiration.

Exercice respiratoire avec flexion du tronc en position couchée.

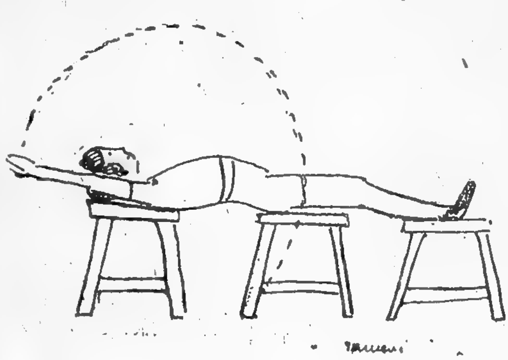
1er *temps* : abaissement du tronc pendant l'inspiration ;

2e *temps* ; élévation du tronc pendant l'expiration.

Exercice respiratoire avec flexion des jambes en position couchée.

1er *temps* : extension des jambes pendant l'inspiration ;

2e *temps* : flexion des jambes sur le bassin pendant l'expiration.

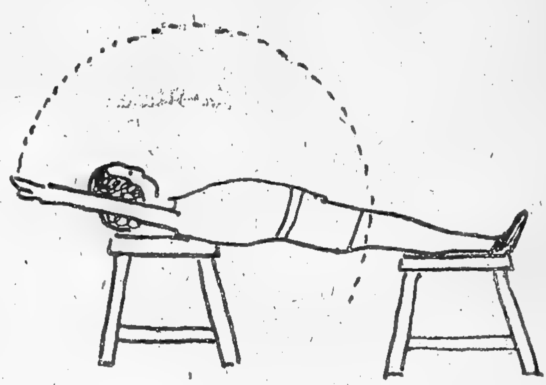


Procédé des trois tabourets.

Quelques auteurs ont mal interprété ce dernier exercice, en faisant fléchir les jambes sur le bassin pendant l'inspiration. Et pourtant cet exercice au point de vue physiologique n'est qu'une répétition du premier exercice. Dans les deux cas, les viscères abdominaux et le diaphragme sont déplacés de bas en haut comme dans une expiration profonde.

Rosenthal a introduit un exercice intéressant en décubitus dorsal, qu'il appelle le procédé des trois tabourets. Le sujet est couché sur les trois tabourets de telle sorte, que sa région scapulaire et la tête se trouve posées sur le premier tabouret, le siège sur le deuxième et les pieds sur le troisième. Dans cette position, qui est absolument semblable au décubitus dorsal habituel, il entraîne le sujet à faire des exercices d'élévation des bras en inspiration et d'abaissement en expiration. L'avantage que ce procédé présente sur les autres en position couchée c'est que le sujet est obligé de tenir son dos droit, et, par conséquent, contracter ses muscles dorsaux pendant toute la durée de l'exercice.

Lorsque le sujet est suffisamment entraîné, on peut supprimer le tabouret du milieu et rapprocher les deux autres. Les exercices respiratoires se font dans ces conditions avec plus de vigueur ; car, tout en répétant les mouvements indiqués plus haut, l'exécutant est obligé de contracter davantage ses muscles spinaux pour maintenir droite sa colonne vertébrale ; ce qui n'est à dédaigner dans la gymnastique respiratoire. Toutefois, il est bon de ne pas trop prolonger cet exercice : 3 à 5 mouvements suffisent.



Même exercice avec le tabouret du milieu enlevé.

On peut également faire exécuter les deux phases de la respiration dans le décubitus ventral ; mais nous ne voyons dans ces exercices, très difficiles à faire, aucune utilité éducative.

Exercices respiratoires en position assise

Tous les exercices faits debout, ou à peu près, peuvent être exécutés assis. Cette position fondamentale se prête mieux pour les exercices respiratoires passifs, qui consistent à soulever les épaules du sujet pendant l'inspiration et à les baisser pendant l'expiration, à comprimer le thorax pendant l'expiration, ou bien à soulever les épaules pendant l'inspiration et à comprimer le thorax pendant l'expiration. Les mouvements passifs se font soit avec un aide, soit avec des appareils de mécanothérapie. Parmi ces derniers l'appareil de Zander, dans lequel les deux phases de la respiration se font avec un rythme parfait, est certainement le

meilleur. Viennent ensuite la chaise respiratoire d'Amédée Bonnet, modifiée par Guermonprez, la chaise respiratoire de Rosbach et l'appareil modeleur de Mencière.

La spirométrie et la spiroscopie

Pour terminer avec la gymnastique respiratoire il nous reste encore à dire quelques mots de la spirométrie et de la spiroscopie, si bien étudiée par notre collège Pescher. Des appareils servant à mesurer la capacité respiratoire le Dr Pescher a établi toute une méthode, qu'il appelle la spiroscopie. On connaît suffisamment l'ingénieux appareil, de notre confrère, la bouteille de Pescher. En soufflant dans la bouteille pendant l'expiration profonde, on déplace un volume d'eau égal à l'air insufflé ; le vide produit dans la bouteille mesure la capacité respiratoire du sujet. Cet acte donne la possibilité d'entraîner les sujets au point de vue respiratoire et sert à augmenter leur hématose. Les bruits produits par l'eau amusent les enfants, autant que les grands, ce qui n'est pas à négliger en culture physique. De plus, le sujet et le médecin contrôlent séance tenante les résultats de l'entraînement. Malheureusement, cet appareil, comme la majorité des spiromètres, ne donne que la mesure de l'expiration. Il a en outre le défaut d'exercer la respiration buccale et exige un effort respiratoire, qui n'est pas parfois sans danger chez les individus dont les poumons sont plus ou moins atteints. Par contre, dans les cas, où il est impossible de procéder aux exercices respiratoires actifs, la spiroscopie rend de grands services, ce qui nous explique les bons résultats obtenus par les chirurgiens et les orthopédistes chez les malades, dont le thorax est immobilisé dans un corset plâtré pour un temps plus ou moins long.

Quant aux mesures de la capacité respiratoire par les spiromètres, nous en sommes un partisan convaincu et affirmons que c'est le seul moyen capable de nous donner un tableau précis de la marche progressive de l'amélioration de la respiration des sujets entraînés. Elle permet aussi, suivant le prof. Spehl, de Bruxelles, « de dépister avec certitude les prétuberculeux pulmonaires et la plupart des tuberculeux pulmonaires tout au début. »

Tels sont à peu près les principaux exercices physiques, que le médecin praticien pourra utiliser pour établir la méthode de la gymnastique respiratoire. Il prendra soin de faire un choix judicieux des exercices utilisés selon chaque cas et veillera à ce que ces exercices soient intercalés pour reposer le sujet des fatigues de la gymnastique. Il veillera aussi à ce que les exercices physiques de cette dernière répondent à la constitution physique de l'enfant et n'occasionnent pas une fatigue inutile.

Pour compléter l'éducation physique à la portée des médecins praticiens nous étudierons dans nos prochains articles les sports utilitaires et les jeux.

LES AVANTAGES THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE-ÉTHER MONO-ETHYLPHOSPHORIQUE DANS LA MÉDICATION PHOSPHORIQUE

Par le Dr Ernest Gérard,

Professeur à la Faculté de Médecine de Lille,

Les travaux de Joulie ont éclairé d'un jour nouveau l'opinion généralement admise sur les usages thérapeutiques de l'acide phosphorique.

Les théories de cet auteur ont été, il faut le dire, soutenues par plusieurs cliniciens et on ne peut nier qu'il existe une médication phosphorique basée sur des considérations biochimiques exactes.

L'activité des combustions organiques est en relation étroite avec la réaction chimique des humeurs de l'organisme. Joulie avait observé que, contrairement à l'opinion admise dans certains cas diathésiques et, en particulier, dans la diathèse arthritique, les urines de ces malades étaient hypoacides grâce à un procédé particulier de dosage de l'acidité des urines qu'il avait utilisé. Antérieurement, on estimait que les humeurs dans ces affections étaient hyperacides et par suite justiciables de la médication alcaline.

Dès lors, il fut admis qu'il fallait, au contraire, instituer chez ces malades un traitement par une médication acide. Le choix s'était fixé sur l'acide phosphorique et à cet égard, voici ce que dit M. le professeur Pouchet dans son Précis de Pharmacologie :

« Il faut signaler le rôle particulièrement important de l'acide phosphorique, en ce qui regarde l'assimilation des aliments, la minéralisation et la régénération cellulaires. Dans les cas d'hypoacidité normale, on constate le ralentissement des processus intimes de la nutrition ; la formation de dépôts phosphatiques est facilitée par l'insuffisance d'activité et l'intervention de l'acide phosphorique comme agent modificateur est tout à fait logique et rationnelle. Vient-on à lui associer le phosphate sodique, on note l'aug-

mentation de tonicité du myocarde, une influence vasomotrice accentuée, une stimulation générale du système nerveux ; c'est-à-dire une action dynamogénique marquée se traduisant par une sensation de bien-être général, un accroissement de la puissance musculaire ainsi que de l'acuité mentale, de la gaité, en un mot, une véritable sensation d'euphorie, Dans de semblables conditions d'emploi l'acide phosphorique est un agent de premier ordre pour relever l'acidité générale, *rétablir l'équilibre des oxydations*, solubiliser les phosphates alcalins, terreux insolubles en milieu hypoacide.

C'est, de plus, un stimulant de cet ensemble de phénomènes physico-chimiques dont la cellule vivante est le siège et que l'on caractérise par l'appellation de propriétés vitales. Enfin, il est encore à titre d'antiseptique et d'agent constituant un terrain de *plus grande résistance.* »

De son côté, Cautru a démontré que l'acide phosphorique n'était ni toxique, ni stéatosant. Son seul inconvénient est sa causticité. On sait que cet acide possède trois fonctions acides de valeurs différentes ; l'une des trois est seule égale à l'acidité des acides forts, c'est cette acidité qui lui donne surtout sa causticité. Aussi, est-ce avec justesse, que Drouet a préconisé l'usage de l'acide éther monoéthylorthophosphorique résultant de l'éthérification partielle de l'acide phosphorique sur l'alcool éthylique. Ce nouveau composé possède le grand avantage d'être beaucoup plus assimilable que l'acide phosphorique officinal, présenté sous les formes pharmaceutiques les plus diverses et aussi, moins caustique pour l'estomac puisque son acidité maxima est fixée par une fonction éther.

Ce composé, auquel l'auteur a donné le nom de « Phosoforme » est plus facilement toléré par l'estomac que l'acide phosphorique ; il n'a pas d'action nocive sur la muqueuse gastrique et arrive au contact de l'intestin où, sous l'influence de son alcalinité, il est dédoublé, c'est-à-dire que l'éther phosphorique se dissocie en donnant de l'acide phosphorique à l'état naissant et par suite facilement assimilable ; il exerce alors toute son action pharmacodynamique et, de plus, localement, il diminue et entrave même les fermentations intestinales. Cette dernière action a pour conséquence de *soulager le foie dans son action anti-toxique* sans compter qu'il est pour cet organe un agent stimulant.

Les indications de cet acide monoéthylorthophosphorique sont les mêmes que celles qui ont été indiquées par Cautru dans tous les cas d'hypoacidité urinaire entraînant avec elle une déminéralisation plus ou moins accentuée.

Ces derniers cas sont nombreux : ils sont diathésiques ou acquis, dit Cautru :

Parmi les états diathésiques, citons : le lymphatisme, la scrofule, certaines manifestations de l'arthritisme où l'hypoacidité est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, (diabète, rhumatismes chroniques, psoriasis, impétigo chez les enfants, furonculose chronique, lithiases biliaire et rénale, etc.).

Parmi les états acquis, citons : la tuberculose, la syphilis, l'impaludisme, la chlorose ; l'anémie des pays chauds, les dyspepsies hyper ou hypochlorhydriques, les albuminuries phosphaturiques, les affections cardio-vasculaires à leur période de déminéralisaition, l'artério-sclérose, les névroses telles que la neurasthénie primitive ou secondaire, certaines formes d'hystérie et d'épilepsie liées à la croissance, par exemple, les troubles de la grossesse (vomissements), etc.

D'après le Dr Berg, les anions inorganiques ne sont pas susceptibles d'être utilisés par l'organisme humain pour son développement et sa structure, mais ils servent surtout comme excitants ; ils sont éliminés comme tels, après avoir emprunté à l'organisme, pour leur neutralisation, ses réserves en cathions et en particulier, la chaux. Mais cette dernière déminéralisation calcaire qui se produit d'après certains auteurs, avec l'acide phosphorique minéral (acide phosphorique officinal) n'existe pas avec l'acide éther monoéthylorthophosphorique.

L'acide éther phosphorique n'est pas décalcifiant, pour les mêmes raisons qui valent avec les phosphates bi ou mono acides, de soude par exemple.

En effet, dans l'acide éther monoéthylorthophosphorique une des acidités est saturée par le radical éthyle, ainsi transformé en une fonction éther ; de même que dans le phosphate de soude, une acidité de l'acide phosphorique est saturée par la soude transformée en une fonction sel.

A. Desgrez et Mlle Guende ont en outre démontré que les trois phosphates sodiques augmentent *l'élaboration de la matière azotée* et que c'est le sel neutre qui a la moindre influence ; *celle-ci augmente avec l'acidité de la molécule.* C'est ce que l'on observe avec *l'acide éther monoéthylorthophosphorique* dont les deux valences acides exercent leur pouvoir excitant sur les phénomènes de la nutrition.

Si on examine du sang au moyen des conductibilités électriques, on constate que le sang et le sérum ont une réaction franchement alcaline vis-à-vis du tournesol. Cette contradiction apparente est le résultat non pas électrolytique, mais hydrolytique, subie par les sels de soude à acide faible contenus dans le sang : phosphates et carbonate de soude.

La faible alcalinité ionique du sang est fixe et cette fixité est indispensable à la vie ; elle est obtenue grâce à la formation de phosphate monosodique et de phosphate disodique qui renferment des ions H + et OH + mis en liberté

par l'arrivée d'une base ou d'un acide qui assure au milieu sanguin le maintien de sa réaction primitive. Ce résultat est nécessairement obtenu par l'acide éther monoéthylorthophosphorique qui est décomposé par l'intestin et donne ces deux sels nécessaires au maintien de cette fixité.

Cet acide-éther fixe de l'alcali là où il le rencontre dans les tissus, dans le sang, et ce sel est éliminé par les urines. Sous son influence, la quantité de sels minéraux des urines s'élève notablement sans que la diurèse elle-même soit augmentée. Les sels minéraux éliminés en plus grande proportion ne se rapportent pas seulement au sel correspondant à l'acide administré, mais aussi aux sels des autres acides inorganiques et, dans le cas de l'absorption de l'éther phosphorique acide, ce sont aussi les chlorures et les sulfates qui augmentent.

Il est bon d'ajouter que cet acide-éther agit comme les acides dilués, en exerçant une influence favorable sur la sécrétion des sucs gastriques et il favorise ainsi les phénomènes de la nutrition.

Des travaux récents de physiologistes allemands ont mis en lumière l'importance considérable physiologique de l'acide phosphorique. Nous ne rappellerons que les résultats obtenus dans les recherches d'Emden et de ses collaborateurs (Grafe, Griesbacsch, Schmitz, Laquer, Adler, etc.) ; ils ont mis en évidence dans les muscles une combinaison d'acide phosphorique et d'hydrates de carbone qu'ils appellent « lactacidogène » et qui se rapproche de l'acide hexosephosphorique ; d'après ces auteurs, cet acidogène se décomposerait dans le muscle qui travaille en acide lactique et en acide phosphorique. Ce dernier serait résorbé pour donner une nouvelle combinaison avec les hydrates de carbone. Nous en déduisons que l'apport d'acide phosphorique dans l'organisme et surtout de cette combinaison éther-acide donnerait, après saponification en milieu alcalin dans l'intestin, de l'acide phosphorique dans un état tel qu'il facilitera cette synthèse et aussi la capacité de travail du muscle.

Nous n'ignorons pas que, s'appuyant sur une idée préconçue, à savoir la nécessité de fournir à l'organisme dans des cas pathologiques déterminés un élément phosphoré oxydable, on a préconisé l'emploi du phosphore et des hypophosphites dans le traitement de certaines diathèses. On prétendait que ce phosphore à l'état oxydable était capable d'augmenter presque indéfiniment l'hématose et la nutrition cellulaire.

Paquelin et Joly ont déjà démontré, il y a longtemps, que les hypophosphites traversent l'économie sans s'oxyder et qu'on les retrouve dans l'urine.

Massol et Gamel ont établi par des expériences de laboratoire et l'expérimentation sur les animaux que l'hypophosphite de chaux transforme dans l'intestin une partie des phosphates alcalins provenant des aliments en phosphate tricalcique entraîné *dans les fèces*, tandis qu'il passe dans le torrent circulatoire non plus du phosphate de soude assimilable, mais bien de *l'hypophosphite de soude* qui est totalement éliminé par les urines, *sans avoir subi la moindre oxydation.*

Pour nous résumer, nous disons que l'introduction en thérapeutique de l'acide éther monoéthylorthophosphorique constitue un progrès, des avantages incontestables. C'est un médicament très bien toléré même par les estomacs hypersthéniques, si on a le soin de le prendre dilué dans un grand verre de boisson ; il agit comme stimulant général du système nerveux et plus particulièrement du système vasomoteur. Il rend les plus grands services dans tous les états dyspeptiques avec phosphaturie et il relève l'acidité des urines sans amener la décalcification des tissus, c'est un stimulant de la fonction hépato-pancréatique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

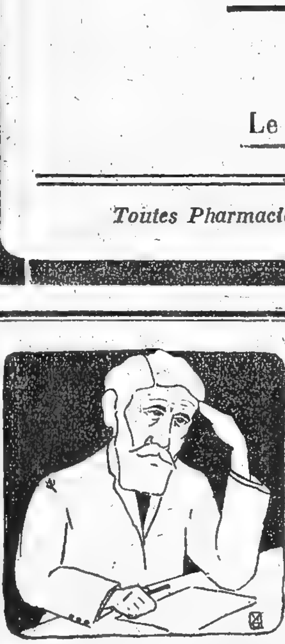
Le traitement par les rayons ultra-violets des différentes localisations de la tuberculose.

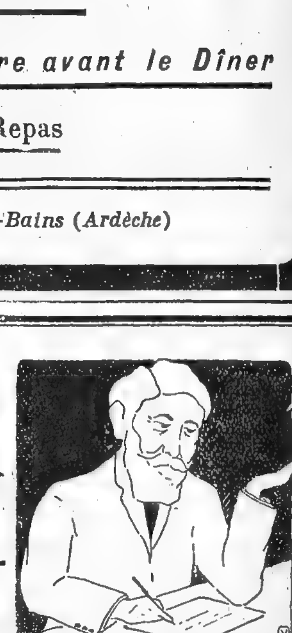
Cette méthode, écrit L.-G. DUFESTEL, présente malheureusement un grave défaut, c'est qu'elle n'est applicable qu'à quelques malades fortunés.

Les radiations ultra-violettes ne sont pas pénétrantes ; à moins de 5 millimètres de la surface cutanée, elles sont totalement absorbées, et cependant elles sont susceptibles de produire sur l'organisme des actions très énergiques. Leur processus intime nous est encore mal connu.

Mais voici ce que l'on constate à la suite d'une cure générale d'U. V. bien conduite et appliquée à un malade réagissant bien :

Les échanges sont accrus ; l'appétit augmente et le poids suit une courbe parallèle ; le nombre





des globules rouges augmente ; le malade accuse une sensation générale d'euphorie.

Chez les tuberculeux osseux, on note : une diminution rapide de la fièvre ; une transformation de la suppuration ; la disparition rapide de la douleur.

Ce sont d'ailleurs exactement les mêmes effets que l'on obtient avec le soleil.

Le malade entièrement nu est exposé sous la lampe, présentant alternativement à celle-ci sa face antérieure et sa face postérieure ; la première séance dure 5 minutes ; on arrive à la demi-heure vers la 6e et à l'heure vers la 10e séance ; on dépasse exceptionnellement une heure. Les séances ont lieu ordinairement tous les deux jours. Au bout d'une vingtaine de séances, on interrompt durant 4 à 6 semaines ; l'amélioration continue pendant cette interruption.

La durée du traitement est fort variable, suivant la localisation, l'ancienneté des lésions, l'âge et le mode de réactions du sujet. La durée moyenne des cures (lupus excepté), est d'environ 2 à 5 mois. Certains trajets fistuleux se tarissent en quelques jours ; dans d'autres cas, il faut faire 3 ou 4 séries d'irradiations (une série par trimestre : 7 semaines de traitement, 6 semaines de repos).

Les rayons U. V. ne suppriment pas l'hygiène habituelle aux tuberculeux, ni l'administration d'iode (albumine iodée) et des sels de chaux.

Il faut aussi que le malade réagisse bien ; la réaction se traduit par l'érythème et par certaines modifications de l'état général (chute de la température, augmentation de l'appétit), et de l'état local (modifications des contractures, de la suppuration, diminution des douleurs). Celle-ci présage pour le malade sinon une guérison, tout au moins une amélioration nette. Certains malades ne réagissent pas, et, pour eux, le pronostic est particulièrement mauvais.

La cure donne lieu à un processus éliminateur, respectant les cellules ayant quelque vitalité et rejetant les tissus nécrosés. Quel que soit le siège de la lésion, l'évolution est la même, et la rapidité de la cicatrisation très grande. (*L'Hôpital*, mai 1925-B.)

Similitudes et différences des ataxies tabétique et cérébelleuse.

Il est facile de diagnostiquer une ataxie tabétique et une ataxie cérébelleuse par les différences qui existent entre leurs symptômes associés. D'un côté, abolition des réflexes tendineux, douleurs, troubles de la sensibilité profonde, laxité des mouvements des articulations, phénomènes pupillaires ; de l'autre, conservation des réflexes et du tonus, absence de troubles de la sensibilité et de douleurs, nystagmus.

Cependant l'étude des différences qui existent notamment entre les troubles moteurs, semblables en apparence dans ces deux maladies, est nécessaire, dit le Pr Bard (de Lyon), pour apprécier la nature et le degré des troubles fonctionnels et juger de l'impotence auxquels sont exposés les malades, pour en prévoir l'évolution et pour discerner les cas dans lesquels les méthodes de rééducation sont susceptibles d'en atténuer les inconvénients et les dangers.

Si, dans ces deux variétés de maladies, existent les mêmes difficultés de régulation des mouvements des membres dans le décubitus, les mêmes difficultés de la progression et de l'équilibre pendant la marche, les mêmes difficultés pour atteindre un but avec le doigt, la même maladresse pour tous les mouvements segmentaires — l'occlusion des yeux exagère nettement l'ataxie des tabétiques, alors qu'elle n'exerce pas d'action sur l'ataxie cérébelleuse ; d'autre part, les cérébelleux conservent une fixité des attitudes au moins égale sinon supérieure à la normale, alors que les tabétiques en sont incapables ; *ensuite les mouvements* des tabétiques dévient dans les sens les plus divers, à la façon de mouvements choréiques, tandis que ceux des cérébelleux conservent l'orientation générale.

Or, la physiologie pathologique nous apprend que les troubles moteurs relèvent essentiellement, dans l'ataxie tabétique, de l'incoordination des degrés d'effort des divers éléments des associations motrices, et, dans l'ataxie cérébelleuse, du manque de régulation des kinésies positives et des kinésies négatives dans les deux groupements musculaires opposés ; cependant, l'action simultanée de kinésies positives et de kinésies négatives conjuguées n'interviennent que dans les contractions cinétiques, et les deux groupes musculaires opposés restent tous les deux en kinésie positive dans les contractions statiques ; les cérébelleux conservent par exemple la fixité des attitudes statiques.

Notons enfin que, dans l'ataxie cérébelleuse, indépendamment des troubles moteurs qui affectent les mouvements en rapport avec l'équilibre au même titre que les autres, il existe des troubles particuliers, surajoutés, par suite de perturbations dues aux réflexes labyrinthiques, du fait des rapports topographiques que les voies et les centres vestibulaires affectent avec la région cérébelleuse : nystagmus, diverses déviations angulaires, mises en évidence par l'épreuve de l'index de Barany ; entraînements latéraux ou antéropostérieurs poussés parfois jusqu'à la chute. (*La Presse médicale*, 19 août 1925.)

Les complications silencieuses des otites.

M. H. Aboulker (d'Alger) nous démontre que, toutes, elles peuvent évoluer avec une symptomatologie tellement fruste qu'il est parfois impossible d'affirmer un diagnostic, et qu'au cours

d'interventions pratiquées presque à regret on arrive à constater des dégâts qui dépassent les prévisions les plus pessimistes. C'est parce que nos moyens d'investigation actuels ne sont pas encore dans tous les cas à la hauteur de difficultés jalousement recélées par la pathologie de la base du crâne.

Toutes autres conditions de résistance du sujet et de virulence de l'infection restant égales, l'évolution d'une otite est dominée par la structure presque impossible à prévoir du temporal. C'est pourquoi les investigations radiographiques sont appelées à prendre une importance de plus en plus grande.

L'oreille moyenne n'est pas limitée à la caisse du tympan ; elle correspond avec le vaste système des cellules mastoïdiennes, squameuses ou pétreuses ; dix nerfs craniens traversent ou enlacent le rocher ; la carotide interne traverse la pointe de l'os pétreux, qu'étreint un vaste réseau veineux.

De plus, la totalité du temporal appartenant à l'oreille moyenne, les ostéites du temporal, presque toujours otogènes, peuvent être génératrices d'infections méningées et encéphaliques.

A titre d'exemple, l'auteur cite le cas d'une phlébite du sinus latéral franchement suppurée, qui évolua presque sans otite, ni mastoïdite, ce qui n'a rien de très rare, mais presque sans température.

Les méningites peuvent aussi rester silencieuses, et si l'on pratiquait systématiquement la ponction lombaire avant toute intervention, fût-ce la plus minime, on aurait la surprise de découvrir de temps à autre des réactions méningées inattendues.

Quant à l'abcès du cerveau, il est bien l'affection ambulatoire par excellence ; le visage offre cependant un caractère particulier : visage souffreteux, crispé ; obnubilation psychique légère, qui cède quand on insiste ; regard vague, absent, lointain. Cette « figure de l'abcès », et les phénomènes psychiques, coexistant, *ou non*, avec une céphalée profonde, térébrante, mais sourde et muette, en constituent le caractère pathognomonique.

Les cas qui défient les descriptions classiques ne sont pas la règle, il est vrai ; mais ils sont assez nombreux pour que l'on se méfie des traitrises de l'otite. Les médecins praticiens à qui incombe la responsabilité première de conseiller les malades ne doivent pas sous estimer les difficultés de leur tâche. (*La Presse Médicale*, 8 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La variole en France en 1924.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 15-12-1925.)

Du rapport de M. Camus sur les vaccinations nous extrayons les renseignements suivants :

Il a été signalé, en France, pendant l'année 1924, 47 cas de variole, dont 17 à Carcassonne, 17 dans l'arrondissement de Limoges, 2 à Marseille, etc., avec six décès. Les cas de Marseille furent importés. Ceux de Limoges et de Carcassonne ont eu pour point de départ une manipulation de chiffons du Maroc.

Ces deux ébauches d'épidémie suffisent à montrer que la variole est toujours redoutable et qu'on ne prendra jamais trop de soins pour obtenir que les assujettis à la vaccination obligatoire s'y soumettent.

La prophylaxie de la lèpre en France.

(M. Jeanselme. — *Académie de médecine* ; 15-12-25.)

L'Académie discute le rapport de M. Jeanselme sur la prophylaxie de la lèpre en France.

— M. Thibierge répond à un bruit erroné. Si l'Académie s'occupe des mesures prophylactiques à opposer à la lèpre, cela ne veut pas dire que nous sommes menacés d'un retour de cette maladie, comme on a paru le croire dans le public. En réalité, le nombre des lépreux vivant en France est en diminution. Il n'en est pas moins utile de chercher des mesures propres à atténuer encore cette affection et à empêcher son extension.

L'Académie adopte finalement le texte du rapport de M. Jeanselme modifié et ainsi conçu :

1° Inscrire la lèpre sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Attirer l'attention du ministre de l'hygiène sur la nécessité de faire observer le règlement de police sanitaire maritime qui invite l'administration coloniale à aviser les autorités sanitaires métropolitaines du lieu de résidence future du lépreux ;

2° Soumettre les lépreux vivant à domicile, ainsi que les personnes de leur entourage, à des examens cliniques et bactériologiques qui seront pratiqués, à courts intervalles, par un médecin compétent, désigné par l'inspecteur d'hygiène départemental et chargé de préciser les mesures prophylactiques que comporte chaque cas particulier ;

3° Défendre aux lépreux d'exercer certaines professions, en particulier celles de boulanger, boucher, cuisinier... de blanchisseur, tailleur, barbier, conducteur de voiture de louage, domestique... d'ins-

tituteur... de médecin, pharmacien, sage-femme, nurse, nourrice, infirmier... liste non limitative ;

4° Créer sur certains points du territoire, de préférence auprès des cliniques dermatologiques, des asiles aménagés pour recueillir et traiter les lépreux ;

5° Provoquer une entente avec les pays à lèpre, en vue de prévenir l'afflux des lépreux étrangers en France.

Sur l'hospitalisation des malades étrangers.

(M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger. — *Académie de médecine* ; 15-12-1925.)

M. P. Emile-Weil signalait dernièrement le nombre élevé de malades étrangers soignés dans les hôpitaux de Paris, et, à la suite de sa communication, l'Académie nommait une commission chargée d'étudier cet important problème. M. Remlinger remarque que bien des fois il ne s'agit pas d'immigrés tombés malades en France, mais d'étrangers déjà malades dans leurs pays qui viennent chez nous se faire soigner à nos frais, en exploitant notre assistance publique.

L'auteur tient à dire tout d'abord qu'il ne range pas parmi les malades « étrangers » les indigènes de l'Afrique du Nord qui se sont si vaillamment battus à nos côtés pendant la guerre. Aucune différence n'est à faire entre eux et les Français de France.

Mais, en dehors d'eux, il est courant dans certaines régions du bassin de la Méditerranée, lorsqu'un malade est une non-valeur économique et reste à la charge des siens, de chercher à l'expédier en France. On voit des familles, des sociétés, des communautés se cotiser pour « envoyer X... se faire soigner à Paris ». La cotisation ne dépasse pas la somme nécessaire au voyage et une fois débarqué, le malade (tuberculeux, cancéreux, tabétique, arriéré, paralytique infantile...) vient occuper pour longtemps un lit dans nos hôpitaux.

Qu'on ne s'imagine pas, ajoute l'auteur, que notre influence dans le Levant gagne beaucoup à cet afflux d'impotents et d'infirmes. Si le patient guérit, la chose est volontiers tenue pour naturelle. Si le cas tourne mal, la famille se plaint que ses « sacrifices » n'ont pas été récompensés.

Ces malades arrivent en France par voie de mer. M. Remlinger pense qu'il conviendrait d'enrayer ces immigrations indésirables. Notre pauvreté actuelle a des origines trop glorieuses pour que nous ayons scrupule à cesser de tenir « hôpital ouvert à tous ». Dans les ports méditerranéens, à Marseille surtout, il y aurait lieu d'appliquer les mesures depuis longtemps en vigueur en Amérique, à New-York et à Buenos-Ayres. Les compagnies de navigation devraient être tenues pour responsables de l'état de santé de leurs passagers et obligées de rapatrier à leurs frais les malades non acceptés par le service sanitaire des ports. D'autre part, les établissements d'assistance pourraient être autorisés à refuser les étrangers indigents n'ayant pas un séjour d'au moins six mois en France.

Fièvres idiopathiques.

(M. Remlinger, de Tanger. — *Académie de médecine* ; 15-12-1925.)

Les fièvres ou plus exactement les élévations thermiques idiopathiques ont donné lieu, il y a quelques années, à une discussion à la Société médicale des hôpitaux. Elles sont connues surtout des pédiatres, étant plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. MM. Barth, Nobécourt, Armand-Delille et Hallé en ont signalé des exemples.

Ces états fébriles, qui surviennent sans étiologie appréciable, ces fièvres *sine materia* pour parler le langage ancien, sont pour le médecin une cause de grand embarras, comme diagnostic et comme traitement. Peu enclin à se payer de mots et à admettre un trouble thermique sans maladie, le praticien passe alors en revue la liste nombreuse des affections hyperthermisantes et — ne trouvant rien — est ainsi amené à épuiser les multiples ressources de la clinique et du laboratoire. Lorsqu'il a tout éliminé, il lui faut bien admettre une élévation thermique idiopathique, en face de laquelle la meilleure conduite à tenir consiste à ranger le thermomètre dans une armoire pour ne plus l'en sortir.

M. Remlinger a pu recueillir, à Tanger, cinq observations de ce genre, chez des adultes. Il s'agit de personnes, soigneuses de leur santé, habituées à prendre leur température au moindre malaise. Un jour, elles éprouvent un peu de lassitude, quelques bouffées de chaleur. Elles placent le thermomètre : il marque 38°, 38° 5, 39° même. L'accès dure quelques heures, moins parfois, et se renouvelle, une semaine, plusieurs semaines, plus longtemps encore. L'appétit est conservé, l'état général satisfaisant et nul autre symptôme local ou général n'est constaté. On pense au paludisme, aux infections typhiques, à la fièvre de Malte, on parle de syphilis, d'endocardite, de grippe, d'appendicite, d'infection rhino-pharyngienne. Les examens de laboratoire, recherche de l'hématozoaire, séro-diagnostic, hémocultures sont négatifs. L'examen clinique ne révèle aucun phénomène susceptible de corroborer l'un quelconque de ces diagnostics. On évoque alors le spectre de la tuberculose, grande génératrice de fièvres de ce genre. Le radiologiste est consulté ; le bactériologiste analyse une vague expectoration. Tout est négatif. Les choses vont ainsi jusqu'au jour où l'on abandonne le thermomètre, la fièvre finissant elle-même par disparaître.

Il s'agit plutôt d'ascensions thermiques simples que d'accès fébriles proprement dits. A peine un peu de lassitude et de bouffées de chaleur. Sans le thermomètre, l'hyperthermie passerait bien des fois inaperçue. Le pouls suit la température. Le diagnostic reste, il va sans dire, un gros sujet d'embarras car avant de conclure à une fièvre idiopathique, le

médecin doit rigoureusement éliminer toutes les maladies hyperthermisantes. Si la chose est facile pour les affections typhiques et paratyphiques, pour la fièvre de Malte, le paludisme, elle est plus délicate pour d'autres états morbides. L'hypothèse de tuberculose, en particulier, demandera des examens minutieux, cliniques, radiologiques et de laboratoire, avant d'être écartée. La longue durée des accès thermiques, la persistance d'une bonne santé générale, la conservation de l'appétit, le maintien de l'activité physique et intellectuelle feront penser à la fièvre idiopathique quand une observation complète et prolongée du sujet n'aura révélé aucun indice d'état morbide.

La pathogénie des fièvres idiopathiques reste mal précisée. M. Barth a parlé d'un déséquilibre de la régulation thermique. M. Remlinger se demande si le facteur climatique n'intervient pas. Les anciens ont signalé jadis une « fièvre marine ». Tanger, où l'auteur a observé ses cinq cas, est un climat marin rude.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite.

(M. PETIT DE LA VILLÉON. — *Société des chirurgiens de Paris*, 4-12-1925.)

M. Petit de la Villéon revient, à propos d'une observation de M. Peugniez, sur la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. L'auteur estime qu'en face d'une ostéomyélite véritable et grave, il est prudent de n'accorder à la vaccination, comme élément de traitement, qu'une confiance limitée. Le vaccin a sans doute une influence heureuse sur la maladie, mais il ne doit pas, dans des cas un peu sérieux, faire différer l'opération. Opérer d'abord, en pareille circonstance, et vacciner ensuite.

—. M. OZENNE s'associe aux remarques de M. Petit de la Villéon. Dans l'intérêt des malades, on ne doit pas oublier la ligne de conduite des maîtres qui, il y a 30 et 40 ans, toutes les fois qu'ils avaient à traiter une ostéomyélite à allure grave, prenaient immédiatement le bistouri et fendaient largement les tissus, téguments, périoste et os. Ainsi faisaient Gosselin, Berger, Le Fort, Verneuil et, par des opérations précoces, ils arrivaient à sauver au moins les trois quarts de leurs malades.

— M. PEUGNIEZ répond aux critiques qui ont été faites à son observation de manquer d'examen radiologique confirmatif. Il s'élève, à ce propos, et non sans éloquence, contre les tendances actuelles de subordonner la clinique aux méthodes de laboratoire. Les méthodes de laboratoire sont loin, dit-il, d'être toujours indispensables au diagnostic. Elles sont d'ailleurs sujettes à erreurs dans leur interprétation et la clinique doit les contrôler et même les corriger. Il faut bien se garder de faire un diagnostic sur une image radiologique ou un examen de laboratoire. C'est très simple, mais peut conduire à de grossières confusions.

M. Peugniez rappelle l'histoire d'une femme qu'il avait opérée pour tumeur du foie. Ayant porté la pièce à Cornil, ce savant anatomo-pathologiste, d'autorité indiscutée, répondit : sarcome. Quelques années après, la malade entra dans le service de M. Milian où l'on diagnostiqua une syphilis hépatique. Ayant retrouvé la pièce examinée par Cornil, on la soumit à un maître en histologie : syphilis, dit-il ! La même image, immuable en elle-même, a donc pu impressionner différemment deux hommes de laboratoire également compétents et provoquer des réponses dissemblables selon la mentalité scientifique de chacun.

Pareillement, pour les radiographies. Au début de la guerre, bien des sujets ont dû être examinés au moment de l'incorporation. Beaucoup se disaient tuberculeux. Pour simplifier les diagnostics, on fit des radiographies. Voyant des zones obscures, on crut à la tuberculose, et le résultat fut qu'un bon nombre de pseudo-malades passèrent le temps des hostilités dans des bureaux confortables et touchent aujourd'hui des pensions, qui diminuent le patrimoine des vraies victimes de la guerre. Il ne suffit pas d'ouvrir les yeux sur l'oculaire d'un microscope ou sur une image radiographique pour que la vérité apparaisse éclatante. Les méthodes de laboratoire et la radiologie sont des aides précieuses, mais la vieille clinique n'en conserve pas moins tous ses droits.

— M. PETIT DE LA VILLÉON, comme M. Peugniez, met sa foi d'abord dans la clinique. Quand il y a désaccord entre le laboratoire et la clinique, c'est à celle-ci qu'il vaut mieux accorder sa confiance.

P. L.

Les Congrès

XXXIV[e] Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1).

Traitement de la tumeur blanche du genou à partir de l'adolescence

Rapport de M. Vignard (de Lyon).

Il importe de définir ce qu'il faut entendre par *adolescence*. On admet qu'en moyenne, cette période de l'existence débute à quinze ans ; il est plus difficile de fixer sa limite terminale.

Pendant toute cette période où le membre inférieur s'accroît en longueur, la thérapeutique de la tumeur blanche du genou ne saurait être aussi hardie, aussi agressive que chez l'adulte ; elle doit faire l'impossible pour respecter le cartilage de conjugaison. On ne peut compromettre par une intervention trop radicale ou trop tardive la statique du sujet et substituer à la maladie une infirmité définitive.

Mais il est des cas où la gravité des lésions ne permet pas de temporiser et justifie d'emblée toutes les audaces chirurgicales. L'objet principal de ce rapport est de déterminer dans chaque circonstance la meilleure thérapeutique à appliquer.

Volontairement est laissée de côté la question des vaccins, sérums et corps immunisants, ces modes de traitement n'ayant pas encore donné des preuves suffisantes de leur efficacité.

Il est classique de parler de *traitement conservateur* et de *traitement chirurgical*. Ces expressions ne cadrent pas avec la réalité. Si les procédés réunis sous le titre de « traitement conservateur » ne portent pas par eux-mêmes atteinte à l'anatomie de l'articulation, ils ne font rien pour la conserver. Souvent les lésions continuent d'évoluer jusqu'à destruction totale. Mieux vaut donc parler de *traitement d'attente*.

Remarquons encore que « le traitement chirurgical » est parfois plus « conservateur » que l'autre », quand, judicieusement appliqué, il garde à un membre sa solidité, à une articulation, sa mobilité.

A. **Traitement orthopédique ou d'attente**.— Dans tous les cas il suppose :

a. L'*immobilisation*, à laquelle s'ajoutent séparément ou concuremment *b*) Les *agents modificateurs*, et *c*) L'*héliothérapie*.

L'immobilisation est réalisée par l'extension continue ou par un appareil plâtré.

Pour donner son maximum d'effet, l'extension doit être établie sur les deux membres inférieurs, avec contre-extension, et très légère flexion du genou sur un coussin.

Le plâtre doit s'étendre du pied à la hanche incluse.

(1) V. *Concours Médical*, n[os] 47, 48, 49, 50, 51 de 1925 1 et 2 de 1926.

Il permet la marche avec béquilles et demande une surveillance moins attentive qu'un appareil plus petit. Il a le tort de favoriser l'atrophie des muscles sous-jacents et de diminuer les fonctions physiologiques de la peau. L'appareil sera largement fenêtré pour faciliter la thérapeutique par les agents modificateurs et la cure solaire.

Les injections modificatrices précédées ou non de ponctions semblent tout spécialement indiquées dans le traitement de cette variété de tumeur blanche. En voici les raisons :

1° L'articulation est d'accès facile ;

2° La séreuse présente un large développement ;

3° Beaucoup croient à l'origine synoviale des lésions.

Il importe de faire des réserves quant à cette dernière affirmation. Sur 62 résections faites à l'*Institut de Bologne*, trente-sept fois les lésions prédominaient sur les os, treize fois sur la synoviale ; douze fois elles étaient sensiblement équivalentes sur ces deux tissus. Une petite lésion osseuse peut parfaitement provoquer une exubérante végétation fongueuse sur la synoviale, alors que le contraire est difficilement acceptable.

L'expérience clinique et opératoire, les inoculations au cobaye ont donné au rapporteur la conviction que dans presque tous les cas le point de départ des lésions est le squelette, d'où sa confiance très relative dans l'efficacité des injections.

Quoi qu'il en soit, cette pratique ne présente ni difficulté, ni danger si l'on reste aseptique. De plus, elle laisse possible tout autre traitement ; enfin, elle rend des services certains dans les cas d'hydarthrose et même de pyarthrose. Ces cas favorables mis à part, la méthode ne constitue pas cependant le traitement de choix chez l'adolescent. Elle doit céder le pas à une thérapeutique plus active dans les formes fongueuses végétantes, à grains riziformes, et dans celles où se révèlent des lésions osseuses manifestes.

Le rapporteur n'a pas l'expérience personnelle des injections sclérosantes de chlorure de zinc. Elles lui paraissent peu recommandables, capables même de généraliser des lésions encore limitées.

L'héliothérapie ne donne de résultats que si l'articulation est rigoureusement immobilisée et largement exposée au soleil. Il faut que le corps entier bénéficie du bain de lumière, que celle-ci tombe perpendiculairement sur le sujet, les rayons obliques perdant 60 p. 100 de leur efficacité.

Le traitement de l'état général et les prescriptions hygiéniques ne sont pas à négliger. La durée de la cure varie de dix mois au minimum, à vingt-cinq et trente mois au maximum.

On conçoit que de telles conditions sont difficilement réalisables et que tant de malades renoncent à une méthode susceptible cependant d'excellents résultats.

Si l'on examine les statistique de *Rollier* (de Leysin) on constate :

I. L'amélioration rapide de l'état général ;

II. La fonte progressive des exsudats qui distendent les parties molles ;

III. La conservation de la musculature ;

IV La recalcification des épiphyses.

Les résultats sont d'autant meilleurs que le squelette était moins atteint, mais les formes osseuses bénéficient largement du traitement.

Sur 120 malades, *Rollier* annonce 106 guérisons dont 78 avec retour des fonctions.

B. **Traitement chirurgical.** — L'opération la plus simple et la moins mutilante est la SYNOVECTOMIE. Difficilement défendable chez l'enfant où cependant la chirurgie doit être conservatrice à outrance, cette intervention ne vaut guère mieux chez l'adolescent.

L'ablation de la synoviale n'est jamais que partielle ; on s'expose à l'inoculation des parties molles péri-articulaires ; on néglige complètement les lésions osseuses pourtant si fréquentes.

Il semble préférable de substituer à cette synovectomie, une opération plus étendue : l'ARTHRECTOMIE.

Après une incision de résection, elle comprend les temps suivants :

a. Extirpation aussi complète que possible de la synoviale, des ligaments croisés et des disques semilunaires.

b. Ablation au couteau ostéotome des cartilages de revêtement du fémur et du tibia.

c. Ablation à la scie d'une mince lamelle de tissu osseux s'il existe des lésions du squelette

d) Avivement de la surface articulaire de la rotule.

C'est en définitive une résection économique. La guérison se fait par ankylose. Mais cette guérison n'est pas toujours possible. L'acte opératoire n'atteint que les lésions osseuses sous-jacentes au cartilage d'encroûtement et laisse intactes celles qui sont situées plus profondément : dans les condyles fémoraux ou le plateau tibial. Ces zones malades dont on néglige ainsi le traitement continueront à évoluer et forceront plus ou moins rapidement à réintervenir. De plus, les parties saines proliféreront davantage que les parties malades ; il en résultera des déviations pathologiques dont la plus fréquente est la déviation en flexion. Les muscles fléchisseurs toujours moins atrophiés que leurs antagonistes augmenteront encore cette déformation.

En définitive, maintenue dans les limites de sa définition, l'arthrectomie risque souvent d'être incomplète ; si elle les dépasse elle devient une véritable résection.

Frappés du fait que des lésions osseuses demeurent ainsi sans traitement et exposent à des récidives ou à des complications à distance, quelques auteurs, parmi lesquels *Mencière* (de Reims), ont tenté d'améliorer la technique.

Ce chirurgien, après ouverture de l'articulation, taraude les épiphyses de façon à créer à l'intérieur de l'os un véritable tunnel osseux dans lequel il introduit une solution d'acide phénique pur. Il lave ensuite à l'alcool. La cavité articulaire est également traitée par le phénol. Cette méthode tend à stériliser les lésions des épiphyses sans porter atteinte à leur structure et tout en respectant le cartilage de conjugaison.

Employer pareille technique c'est avouer l'existence à peu près constante de lésions osseuses avérées ou discrètes. De l'avis du rapporteur ce sont elles qui conditionnent, entretiennent et renouvellent les lésions synoviales, elles, qui donnent à l'évolution de la tumeur blanche du genou sa physionomie spéciale.

Est-il possible de guérir définitivement le malade, sans recourir à une opération vraiment mutilante qui consisterait à réséquer ou à amputer ? Oui, si l'on veut bien évider les épiphyses fémorales et tibiales sans altérer leurs formes et leurs dimensions, quitte à les réduire si besoin est, à une simple coque limitée par le cartilage d'encroûtement d'un côté, le cartilage de conjugaison de l'autre. Les résultats obtenus par Mencière semblent le prouver. Le rapporteur l'a tenté avec certains succès. Voici comment il procède :

Premier temps. — Incision en H des téguments et de l'aponévrose.

Deuxième temps. — Section du ligament rotulien ou ostéotomie temporaire de la tubérosité du tibia. Conservation de la rotule. Curettage des lésions rencontrées.

Troisième temps. — Nettoyage de la synoviale et des parties molles. On respecte les ligaments croisés et les ligaments latéraux.

Quatrième temps. — Evidement des épiphyses fémorales et tibiales à la fraise sans léser les cartilages de conjugaison ou articulaires.

Cinquième temps. — Plombage des épiphyses à l'aide du mélange de Mosetig.

Sixième temps. — Hémostase.

Septième temps. — Suture en deux plans sans drainage, sauf parfois un faisceau de crins dans le cul-de-sac tricipital.

Huitième temps. — Immobilisation dans un plâtre.

A la fin du premier mois on dégage le genou, à la fin du troisième, l'appareil plâtré est remplacé par une attelle postérieure allant de la racine de la cuisse aux orteils et maintenue par un bracelet crural et un bracelet malléolaire. La mobilisation commence vers le cinquième ou sixième mois.

Une place à part doit être faite à un procédé proposé par *Robertson-Lavalle*, de Buenos-Ayres. Cet auteur se propose de créer une hypervascularisation de l'épiphyse pauvre en vaisseaux et de ce fait propice à la fixation du bacille de Koch, et de fournir à

la région malade des éléments nouveaux d'ossification.

Deux greffons sont introduits de haut en bas dans l'épiphyse fémorale, deux autres de bas en haut dans l'épiphyse tibiale ; enfin deux autres sont fixés dans le tissu cellulaire périarticulaire mais en connexion avec les précédents. Ces greffons traversent les cartilages de conjugaison mais s'arrêtent au contact des cartilages d'encroûtement. Le membre est immobilisé. Au bout de six mois les greffons sont supprimés.

Les résultats ont été parfois excellents, d'autres fois mauvais. Les insuccès s'expliqueraient par ce fait que les malades n'ont pas été opérés à froid, c'est-à-dire, comme le conseille *Robertson-Lavalle*, après un mois de repos en traction.

L'échec toujours possible de ces différentes méthodes amène à envisager les interventions mutilantes.

La résection est certainement le moyen chirurgical le plus rapide et le plus sûr. C'est une méthode qui a largement fait ses preuves depuis 1881 époque à laquelle Park la pratiqua pour la première fois.

Mondan a voulu rechercher récemment ce qu'étaient devenus vingt-cinq des anciens opérés d'*Ollier* et reprendre leurs observations là où les avait laissées le maître lyonnais. Il en a retrouvé 16 dont 8 ont été traités à peu près dans les limites de l'adolescence : un à quinze ans, trois à dix-neuf ans, trois à vingt et un ans, un à vingt-deux ans.

Tous ont été revus en 1925. Ce sont donc des résultats, datant de trente-quatre à quarante-trois ans. Tous exercent des professions pénibles, tous ont une ankylose solide avec un très léger degré de flexion, 170° environ. Leur raccourcissement est en moyenne de 5 à 6 centimètres. Aucun n'a conservé de tuteur ou de semelle élevée. Le bassin s'est légèrement incliné en manière de compensation ; trois fois le col s'est redressé en coxa valga.

De tels résultats démontrent amplement que si la résection est, de l'avis de tous, le seul traitement de la tumeur blanche chez l'adulte, elle est encore sans doute la méthode de choix chez beaucoup d'adolescents.

L'Amputation est un pis-aller. Elle ne s'applique pour l'adolescent qu'aux cas très graves. C'est la suprême ressource en présence d'une suppuration articulaire avec infections associées, fistulisations multiples, fièvre à grandes oscillations, état général mauvais, existence d'autres lésions tuberculeuses.

Le rapporteur termine cet important travail en rappelant que le diagnostic de la tumeur blanche du genou est parfois épineux, surtout dans la forme simple avec hydarthrose chronique ou récidivante, avec ou sans douleur.

La réaction de Wassermann, l'analyse du liquide de ponction et l'inoculation au cobaye trancheront souvent la question. On pourra parfois guérir par le mercure et l'iodure de potassium des lésions qui, de prime abord, semblaient relever de la chirurgie.

(*A suivre.*)

Les Livres

Librairie Le François, 91, boul. St-Germain, Paris

Dr P. Oury. — **Traitement radiothérapique des affections gastriques.** (1 vol. 277 pages, 25 planches. Travail du service et du laboratoire du Dr Bensaude, hôpital Saint-Antoine, 1925.)

Dans ce travail inaugural, l'auteur néglige volontairement la question de l'irradiation du cancer gastrique. En effet, dans l'irradiation des néoplasmes on recherche et on étudie l'action destructive des rayons sur les cellules à prolifération anormale.

Or, les irradiations gastriques, pratiquées par l'auteur, ne veulent pas ces effets cyto-caustiques complets aboutissant à la mort de la cellule ; il utilise, au contraire, des doses de rayonnement susceptibles d'entraîner des modifications fonctionnelles plus ou moins importantes et d'influer sur la physiologie intime de l'organe irradié, sans en provoquer une altération brutale.

Chez l'homme, le Dr Oury a recherché l'action des rayons X sur les diverses fonctions stomacales (sécrétion gastrique, sensibilité, douleurs, motricité) à l'état normal et à l'état pathologique.

Chez l'animal, en variant suivant une plus vaste échelle les conditions d'expérimentation, il a pu vérifier la similitude des phénomènes constatés par ailleurs chez l'homme.

Enfin, l'exploration clinique et chimique du fonctionnement gastrique a été complétée par des constatations histologiques à l'occasion d'interventions chirurgicales.

Ces constatations cliniques, chimiques, histologiques permettent de comprendre l'action thérapeutique que les rayons X méritent d'acquérir dans le traitement de certains troubles gastriques fonctionnels ou organiques.

La radiothérapie, par une diminution très notable de l'acidité gastrique, l'atropine par sa propriété neuro-musculaire anti-spasmodique, le bismuth, sans doute par ses propriétés purement physiques de protection de la muqueuse, tels sont les trois éléments thérapeutiques essentiels, dont l'action associée peut au moins améliorer, puis guérir les lésions ulcéreuses et les troubles gastriques douloureux, comme aussi les suites douloureuses des gastro-entérostomies pour ulcère.

ARNETTE, éditeur, Paris.

Dr J. SÉDILLOT. — **L'asthme**. (Un vol., 320 pages. Prix : 14 francs.)

En 1907, le Dr Moncorgé a composé une synthèse magistrale de l'asthme.

A notre avis, cette étude d'ensemble exposée avec un lumineux esprit critique, écrite dans une fort belle langue, n'a jamais été égalée.

Toutes les conceptions sur l'asthme y sont discutées avec mesure, avec clarté, avec courtoisie, sans le moindre écart de langage, sans la plus petite attaque personnelle. C'est le type de la belle étude écrite dans une langue et avec un esprit scientifiques.

Moncorgé rappelait dans son livre la juste théorie de l'asthme *goutteux* exposée par Schlemmer dès 1887.

En outre, Moncorgé développait ses vues personnelles, en particulier sur le rôle de l'insuffisance hépatique et qui n'ont été contestées par personne. De cette insuffisance hépatique découlent naturellement un régime et un traitement, précisés dans tous leurs détails par Moncorgé.

M. Sédillot prend à son compte et réédite ces concepts classiques de Moçnorgé, de Schlemmer, et aussi ceux de Léopold-Lévi sur l'asthme endocrinien, en cherchant à les rajeunir par l'apport d'une abondante documentation personnelle.

Il est regrettable seulement qu'il ait cru devoir adopter un style âpre et d'une agressivité souvent excessive contre ceux qui ne pensent pas exactement comme lui.

« Ce que j'écris-là va peut-être éveiller des susceptibilités », dit-il, page 317.

Il est toujours fâcheux d'éveiller, par des critiques trop acerbes, des susceptibilités qui ne peuvent qu'appeler des ripostes et provoquer des polémiques stériles, dans lesquelles je cherche vainement ce que la science peut avoir à gagner.

Cela n'a rien à voir avec l'asthme, puisque les idées de Schlemmer et de Moncorgé, depuis longtemps classiques, n'ont jamais soulevé d'objections et qu'elles s'accordent avec les théories nouvelles.

A. MALOINE ET FILS, éditeurs,
27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

H. DAMAYE, médecin directeur des asiles d'aliénés. — **Etudes de psychiatrie sociologique**. (1 vol., 152 pages, 1925. Prix : 8 francs.)

Après avoir étudié dans des précédentes publications l'assistance, la clinique et la thérapeutique psychiatriques, il a paru utile à l'auteur de consacrer un travail à la sociologie. Le sociologue a besoin aujourd'hui, pour comprendre la vie, d'étudier la pathologie mentale.

Le Dr Damaye s'est efforcé de mettre en relief les nombreuses anomalies et les nombreux anormaux qui parsèment l'existence normale, la vicient et la font dévier ; il n'a pas négligé les critiques dont sont passibles certaines de nos vieilles institutions par manque ou retard d'évolution. Nos organisations doivent tendre à réformer en elles tout ce qui est favorable aux aberrations psychiques.

L'auteur nous promène à travers la société, l'Armée, l'Eglise, l'Université, influentes sur notre état social, pour nous montrer les nombreuses anomalies qu'on y rencontre, les plus dangereuses étant souvent les plus petites, celles qu'on méconnaît ou dont on ne se méfie pas. Il expose comment l'enfance est souvent viciée, déformée par une éducation mal comprise dans la famille et au collège. Les causes de la dépopulation, un fond d'ordre biologique, sont exposées d'une façon très intéressante.

Il faut protéger les déficients mentaux qui ne peuvent plus se défendre ; il faut protéger la société normale contre les réactions, les méfaits des psychopathes, des demi-fous, des anormaux, dont le monde ne se méfie pas encore et qui sont la grande cause de ses perturbations. Les anomalies neuro-psychiques sont les grands facteurs des misères humaines, et la prophylaxie des troubles mentaux sera le moyen par excellence d'améliorer notre état social.

Cet ouvrage est éminemment instructif pour les psychiatres, les sociologues et les juristes.

Les livres qui viennent de paraître...

A L'OFFICE DE VULGARISATION PHARMACEUTIQUE,
5, rue de Tracy, Paris.

Louis VIDAL et DAREAU. — **Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques**. (Edition 1925, 7e année. Un vol. 600, p., 10 fr.)

Chez MALOINE.

Collection des Petits Précis (chaque volume in-8°, 8 fr. 50.)

M. LECONTE et A. LEVANT. — **Cœur, veines, artères** 206 p.).

PAISSEAU et P. VALLERY-RADOT. — **Tube digestif** (188 p.).

A. FILASSIER. — **Psychiatrie d'urgence** (128 p.).

ROUILLARD. — **Poumon non tuberculeux**. (140 p.).

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES ASSURANCES SOCIALES ET L'UNION DES SYNDICATS

Rectification

Strasbourg, 29 décembre 1925.

Monsieur le rédacteur en chef
et cher confrère.

Je vous remercie d'avoir donné place à mon commentaire de l'ordre du jour Gaussel dans votre numéro du 28 décembre. Mais je regrette de n'en avoir pas corrigé les épreuves, car, rédigé de mémoire, avant réception de la documentation officielle, il contient deux erreurs que je laisserais passer en temps ordinaire, mais qu'il vaut mieux rectifier dans les délicates circonstances présentes.

Le texte de l'ordre du jour que j'ai reproduit est incomplet, car il ne comporte pas les deux additions de la dernière heure dont l'une est particulièrement importante. Le texte donné par le président Decourt, dans son splendide appel à l'union, dans le même numéro, est tel qu'il fut voté : seul il fait autorité.

Dans *les acquisitions*, j'ai signalé la représentation du corps médical dans les commissions départementales chargées de la surveillance. La rectification est ici d'autant plus nécessaire que la *question* doit retenir l'attention spéciale du Conseil de l'Union.

On s'est réjoui de la représentation du corps médical dans le conseil *d'administration* des Caisses départementales. Quant aux commissions départementales chargées de la surveillance, si la représentation du corps médical y est intéressante, il est bien entendu que nous ne devons abandonner à ces commissions aucune parcelle de notre liberté, ni en matière de contrat, ni en matière de contrôle ; sans quoi, il y aurait violation du désir qui tient le plus au cœur de tous et qui est nettement défini à la fin de l'ordre du jour.

Dr G. Batier.

LA MENACE DE SCISSION A L'UNION DES SYNDICATS

I

Et maintenant ! ?

Nous voilà en présence d'une tentative de scission. Que devons-nous faire ?

Il y a pourtant un principe qui s'impose : l'Union ne se peut concevoir que *une*.

Seule, l'unité peut lui conférer la force constructive !

Si donc nous ne voulons pas être les dindons de la farce, nous devons la rétablir.

Ceci posé, les « dissidents » peuvent-ils espérer nous rassembler tous ?

Certes non ! Leur dissidence même est une faute que la plupart ne sauraient leur pardonner.

Il est d'ailleurs établi que des délégués, (celui de mon Syndicat par exemple, dont le mandat était plutôt rapproché de leurs idées), les ont lâchés *à cause de leur attitude* (1).

L'ancienne Union le peut-elle ? Je le crois et l'espère, parce qu'elle a une qualité primordiale qui est d'être, et qu'en outre, elle a réuni la majorité.

Pour s'assurer l'unanimité presque complète, que lui faudrait-il ?

Peu de chose en somme, peu de chose, mais encore faudrait-il qu'elle s'y résignât :

Le docteur Decourt, dans l'appel que je viens

(1) Ceci montre que les discussions en assemblée générale ont le défaut de faire perdre de vue « les idées », et que l'on prend parti pour « des individus ».

de lire dans le *Concours*, s'étonne que les opposants n'aient pas voulu se rallier à l'ordre du jour Gaussel qui pouvait, assure-t-il, leur donner satisfaction.

Le docteur Marchais, délégué de Chateaulin, nous dit dans son compte rendu ne pas comprendre pourquoi les opposants se sont retirés.

Mais enfin, va-t-on continuer ainsi à ne pas *vouloir* comprendre ?

Il suffit, me semble-t-il, pour le faire, de se poser la question inverse :

Pourquoi l'Union n'a-t-elle pas, de son côté, adopté l'ordre du jour Desrousseaux, qui était, veut-on nous faire croire, si peu différent de l'autre ?

C'est donc qu'il y avait une différence ?

Mais oui, il y en a une, mais : *latet anguis in herba* ; l'Union ne voulait pas d'un ordre du jour qui ne lui eût pas permis de poursuivre sa marotte de la *médecine sociale intégrale*, de la *gestion* par les Syndicats de la médecine, de sa fameuse *organisation des secrétariats*, etc.

J'appelle cela « marotte », j'ajouterai « utopie » car *il est prouvé maintenant* de par le nombre des dissidents, qu'elle n'y parviendra pas.

Je sais que même notre Syndicat, qui a voté pour elle l'autre jour, ne la suit et ne la suivra pas dans ce sens. Combien sont dans le même cas ?

Eh bien, aujourd'hui, le vin est tiré, il faut le boire !

Que l'Union se borne donc à chercher et à obtenir pour les Syndicats le droit absolu de traiter librement avec les caisses, sans que rien ne nous soit *imposé* par elles ni par l'Etat, qu'elle se borne à obtenir pour nous l'assurance que nous serons obligatoirement consultés sur tout et que rien ne se fera sans notre agrément.

Il ne nous en faut pas plus, que diable ?

Et puis, qu'elle ait devant les pouvoirs publics une attitude moins « matamore » (car on nous fait parfois ce reproche dans les administrations).

Il faut et il suffit qu'elle reconnaisse la *situation du fait : il a été prouvé à la réunion générale qu'elle ne sera pas suivie par l'ensemble du corps médical dans la voie de la médecine sociale intégrale, comme elle l'entendait.*

Elle sait *jusqu'où* tout le monde la suivrait ; qu'*elle fasse donc le geste* que tous accepteraient et la question serait résolue pour notre bien à tous.

Dr E. DAMEY.

II

Les causes profondes de la scission. Sont-elles un bien — Sont-elles un mal ?

Un fait : la scission est amorcée. Point ne suffit de gémir ni de déplorer l'absence de « front unique », ni davantage d'adjurer ceux qui sont partis ou vont partir, de revenir ou de rester.

Les Syndicats qui s'en vont sont des Syndicats forts ; s'ils partent, c'est qu'ils ont leurs raisons. Pour revenir ou ne pas consommer la rupture, ils poseront leurs conditions.

Pourquoi donc la scission se produit-elle ?

Déjà on veut parler de questions de personnes.

C'est une erreur et c'est une maladresse.

En présence d'un acte de cette importance, il faut, de bonne foi, en chercher les causes profondes. A mon sens, les voici :

La question est tout entière dominée par l'orientation donnée d'une façon évidente par les dirigeants de l'Union en vue des assurances sociales.

Les débats des dernières assemblées ont paru démontrer que la Délégation de l'Union au Sénat n'avait pas exposé et appuyé suffisamment le désir manifesté clairement au nom de l'assemblée générale de 1924. De ne pas voir un tiers s'interposer entre le médecin et son malade dans les assurances sociales. Les incidents du *Médecin Syndicaliste* (lignes tombées à la composition, etc.), ont renforcé cette idée dans l'esprit de l'opposition, d'où la démarche des Syndicats du Nord et de la région lyonnaise au Sénat, acte d'indiscipline non douteux, conditionné, ceci n'est pas davantage douteux, par les événements auxquels je viens de faire allusion.

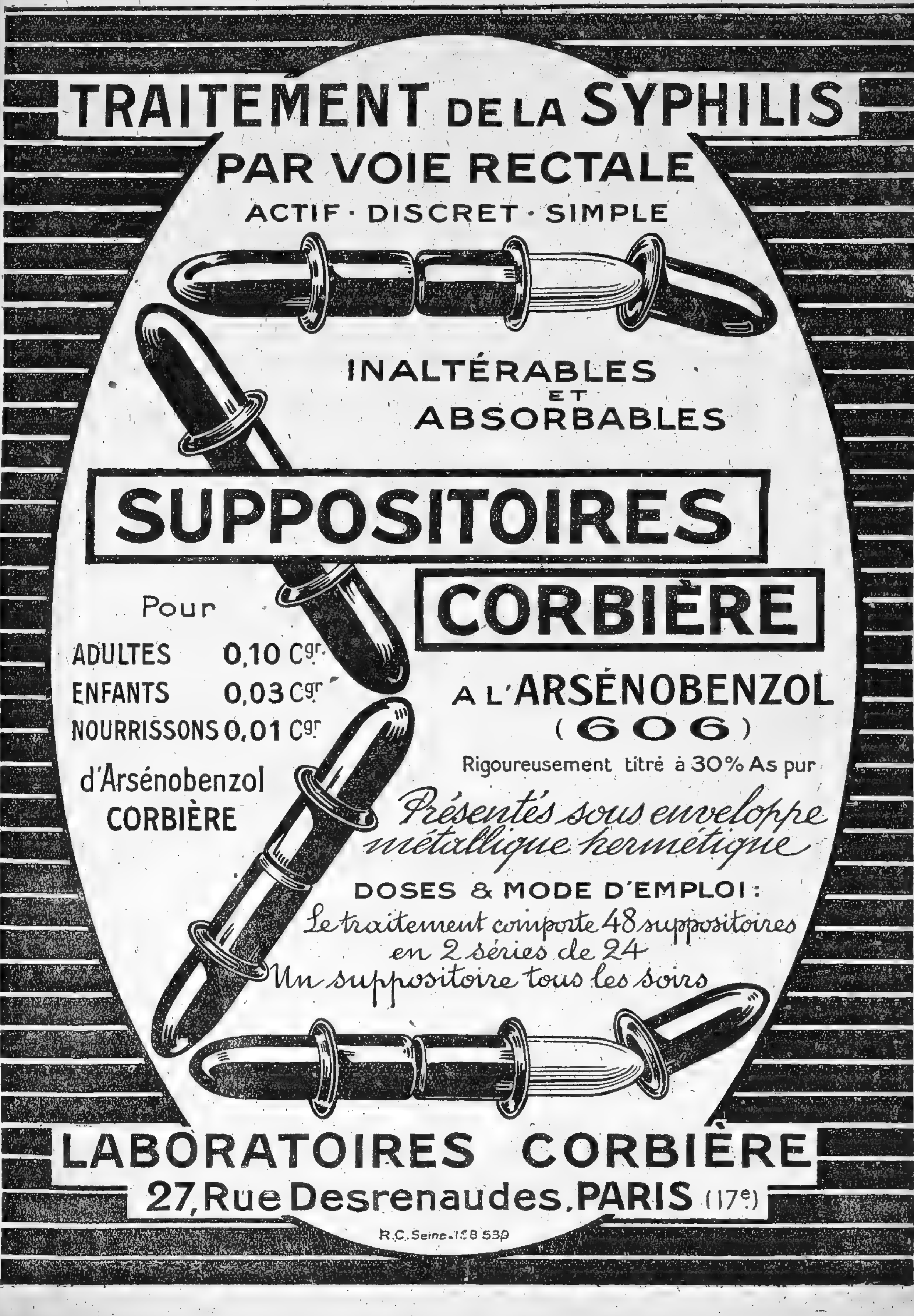
Les dirigeants de l'Union ont un faible pour le tiers payant, les organisations de soins, le contrôle tripartite, le tout bien réglé par un bon contrat collectif.

L'opposition estime que tout ceci est mauvais, parce que la médecine ne peut s'exercer ainsi, ni normalement, ni moralement. Elle l'a dit dans son ordre du jour, dit ordre du jour Desrousseaux.

Après l'exposé très clair, très net, très franc de notre confrère du Nord, disant le fonctionnement de l'assurance maladie à Roubaix-Tourcoing, la cause était entendue: l'ordre du jour présenté par lui allait être voté... lorsque, coïncidence fâcheuse, la salle devait être évacuée dix minutes après ... la séance fut levée et le vote remis au lendemain.

Une évolution, peut-être pas absolument spontanée, se produisit, et quoique à l'ordre du jour primitif ait été ajoutée une phrase laissant aux Syndicats toute liberté de contracter comme ils l'entendaient, il était évident que les directives trop précises imposées en première ligne, au Conseil futur de l'Union, devaient gêner bien des membres soumis à la réélection.

J'ai vu à ce moment le heurt inévitable et, en


TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR VOIE RECTALE
ACTIF · DISCRET · SIMPLE
INALTÉRABLES ET ABSORBABLES
SUPPOSITOIRES
CORBIÈRE
Pour
ADULTES 0,10 Cgr
ENFANTS 0,03 Cgr
NOURRISSONS 0,01 Cgr
d'Arsénobenzol CORBIÈRE
A L'ARSÉNOBENZOL
(606)
Rigoureusement titré à 30% As pur
Présentés sous enveloppe métallique hermétique
DOSES & MODE D'EMPLOI :
Le traitement comporte 48 suppositoires en 2 séries de 24
Un suppositoire tous les soirs
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes, PARIS (17e)
R.C. Seine 158 539

cours de séance, en ai prévenu le président Decourt, lui indiquant *avant* le vote sur l'ordre du jour le moyen de tout arranger et d'éviter la scission. Le moyen était celui-ci : déclarer à l'avance que, quelle que soit la majorité pour un des ordres du jour déposés, la minorité devant être importante et la question des assurances sociales primant toutes les autres, cette minorité devait être représentée au Conseil. Je proposais une représentation proportionnelle, les voix se comptant sur l'ordre du jour déposé concernant les assurances sociales.

Le président, excipant de son impartialité, ne voulut pas s'occuper personnellement de cette convention et me conseilla de m'adresser à notre confrère Humbel qui avait mis sur pied la liste dite « Syndicaliste ». Je passe sur les détails. Humbel me dit en substance ceci : « Je crois l'idée bonne en principe et réalisable pour l'an prochain, mais il est pour cette année trop tard, matériellement et moralement ». Je pus me rendre compte que d'autres conseillers sortants étaient du même avis. Pendant les pourparlers, le vote marchait et la séance étant suspendue, je ne pus faire ma proposition à la tribune.

Si je l'expose ici, c'est qu'elle me semble renfermer une idée d'évidente justice et qu'elle est de nature à donner satisfaction à ceux qui désirent suivre de près et contrôler comme ils en ont le droit les travaux et les démarches du Conseil de l'Union.

Pourquoi donc la scission s'est-elle produite ? Les ordres du jour comparés dans leur rédaction semblent ne pas diverger énormément. Tout est dans le sens de l'interprétation à leur donner. Celui qu'acceptait le Bureau sortant contient en essence le fonctionnement d'une loi assurance avec ticket modérateur (accepté à un taux dérisoire, 10 à 15 %), une tarification, une organisation de soins et un contrôle organisé d'accord ave les Caisses. Ceci est l'idée directrice, étant bien entendu cependant que si on le peut, on demandera la liberté de contracter suivant un autre mode.

L'importante et active minorité, se trouvant ainsi dans l'impossibilité de défendre normalement, en vertu de la discipline syndicale, des idées qui sont au fond celles d'une grosse majorité de médecins en France, se retire. Beaucoup de Syndicats vont ainsi se cristalliser autour de la deuxième Union nationale qui, sans doute, ne tardera pas à se fonder, et les Pouvoirs publics se trouvant en présence de deux fractions importantes du corps médical, ne pourront pas ignorer les desiderata de ce qu'on a appelé à l'Union « l'Opposition ».

L'action des dissidents sera certainement nette, claire et énergique. Je ne sais ce qu'ils obtiendront des commissions, des rapporteurs, ou du Parlement, mais ce que je sais bien, c'est que le législateur, s'il veut que la loi fonctionne, sera très certainement obligé de composer et de laisser aux Syndicats qui l'exigeront la liberté de conclure des accords respectant les idées si souvent émises par nous : libre choix, respect du secret professionnel, paiement direct par le malade supprimant toute paperasserie et tout contrôle autre que le contrôle intra-syndical.

Si, en effet, le législateur se trouve en présence d'un corps médical de grandes régions comme le Nord, la région lyonnaise et bien d'autres très unies et décidé à la lutte, il sera, je dis, obligé d'en tenir compte, car ceux-là sont décidés à se battre pour que les principes qu'ils estiment être ceux d'une médecine saine et honnête, soient respectés. Ils iront à la bataille avec une mentalité de vainqueurs et ils sont très décidés à ne céder sur aucun des points essentiels qu'ils réclament. Cette action qui fera quelque bruit ouvrira les yeux des moins prévenus parmi les fabricants de lois, et *si quelque rapporteur de Commission parlementaire en mal de portefeuille n'y trouve pas son compte, le malheur ne sera pas trop grand.*

Voici pourquoi, à tout prendre, la scission qui est à première vue mauvaise et que je veux souhaiter très passagère, renferme, comme toutes choses ici bas, une part de bien qu'il faut voir et dont sans doute, dans l'action présente, le Corps médical tirera profit.

Le Conseil de l'Union a eu trop l'air, et malgré le « quotient », d'une petite chapelle trop fermée. Le Syndicat, ce n'est pas cela.

Je sais le travail fourni par quelques membres de l'ancien Conseil redevenu le nouveau, mais je leur dis bien nettement qu'ils ont trop donné, et depuis longtemps, l'impression de gouverner *pour* une conception du syndicalisme intégral avec Syndicat fort mais tyrannique, développement excessif des contrats collectifs avec l'Etat ou autres puissances, rognant toujours hélas ! un peu de liberté et un peu de dignité médicales ; et *contre* une conception plus large et plus élevée du syndicalisme qui est la nôtre, plaçant les intérêts moraux de la profession avant les intérêts matériels. Il ne faut pas que le Conseil donne l'impression de gouverner *pour* un parti et *contre* un autre. Laissons ces mœurs au Parlement. Le Conseil de l'Union doit être une émanation, non seulement de l'Assemblée générale, mais des Syndicats et des Syndiqués eux-mêmes. Voilà pourquoi il faut au Conseil, pour une part, la représentation régionale et d'une autre part, la représentation des minorités. Alors disparaîtront les suspicions légitimes ou non, et le Conseil, ayant la confiance, non plus de 8.000 mais de 16.000 syndiqués, sera vraiment le représentant de la profession organisée et pourra prendre en *mains* les intérêts de tous les médecins.

Dr P. Cibrie.

JURISPRUDENCE

Loi du 31 mars 1919 art. 64, modifié par la loi du 21 juillet 1922. — Obligation directe de l'État vis-à-vis des établissements traitants, médecins et pharmaciens. — Clinique privée. — Paiement volontaire par le mutilé ou le blessé. — Demande de remboursement contre l'Etat. — Irrecevabilité.

CONSEIL D'ÉTAT (AU CONTENTIEUX).

27 novembre 1925.

Gaz. Pal., 15 décembre 1925.

Si, en vertu des dispositions de l'art. 64, alin. 3 de la loi du 31 mars 1919, l'inscription des pensionnés sur la liste dite des « soins médicaux aux victimes de la guerre » dont l'établissement est prescrit par l'alinéa 2 du même texte, leur donne droit à la gratuité des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques afférentes à leur blessure ou à leur maladie, les dispositions législatives et règlementaires sur la matière impliquent que les bénéficiaires du texte précité n'ont pas à faire l'avance des frais de traitement ou de séjour dans une clinique privée : les dispositions du même art. 64, modifié par la loi du 21 juillet 1922 prévoient le remboursement de ces frais uniquement soit aux établissements intéressés, soit aux médecins et pharmaciens, lesquels ont seuls une action directe contre l'Etat, mais non point aux pensionnés qui ne peuvent réclamer à l'Etat le remboursement des sommes qu'ils ont directement payées.

Le Conseil d'Etat,

Vu la requête présentée par le sieur Charbonneau, tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler, pour excès de pouvoir, une décision, en date du 14 février 1924, par laquelle la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins donnés aux bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, a rejeté son recours contre une décision de la Commission départementale de la Vendée, statuant sur sa demande en remboursement des frais qu'il a exposés, à raison des soins qui lui ont été donnés et des médicaments qui lui ont été fournis pendant son hospitalisation à la clinique Saint-Damien à Nantes ;

Sur le moyen tiré de ce qu'en violation des dispositions de l'art. 33 du décret du 25 octobre 1922, le requérant n'a pas été invité par la Commission départementale de la Vendée à se faire entendre devant elle ;

Considérant que ce moyen n'a pas été soulevé devant la Commission supérieure et que le sieur Charbonneau n'est pas recevable à le soulever pour la première fois devant le Conseil d'Etat ;

Sur le moyen tiré de ce que la Commission supérieure n'a pu légalement refuser au requérant le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques qu'il a exposés pendant son hospitalisation ;

Considérant que si, en vertu des dispositions de l'art. 64, alin. 3, de la loi du 31 mars 1919, l'inscription des pensionnés sur la liste dite des « soins médicaux aux victimes de la guerre » dont l'établissement est prescrit à l'alin. 2 du même texte leur donne droit à la gratuité des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques afférentes à leur blessure ou à leur maladie, les dispositions législatives et règlementaires intervenues sur la matière impliquent que les bénéficiaires du texte précité n'ont pas à faire l'avance des frais de traitement et qu'en ce qui concerne spécialement les frais de la nature de ceux exposés par le sieur Charbonneau, c'est-à-dire les frais occasionnés par le séjour dans une clinique privée et les frais médicaux et pharmaceutiques, les dispositions de l'art. 64 précité, tel qu'il a été modifié par la loi du 21 juillet 1922, prévoient le remboursement de ces frais uniquement soit aux établissements intéressés, soit aux médecins et pharmaciens, lesquels ont seuls par suite une action directe contre l'Etat ;

Considérant, dès lors, que s'il appartenait au sieur Charbonneau de se prévaloir, s'il s'y croyait fondé, des dispositions de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 pour refuser tout paiement à la clinique Saint-Damien ou pour lui réclamer la restitution des sommes qu'il a effectivement payées, c'est par une exacte interprétation de la loi que la Commission supérieure a reconnu qu'il ne pouvait réclamer à l'Etat le remboursement desdites sommes ;

Décide :

La requête susvisée du sieur Charbonneau est rejetée.

Note. — La loi du 21 juillet 1922 (*Journal officiel*, 23 juillet 1922, *Gaz. Pal.* 1922.2.814) en modifiant l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, a eu pour but de réglementer complètement le principe posé par la loi de 1919, à savoir que l'Etat s'oblige à assurer à tout malade ou blessé de la guerre, sa vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques nécessités par sa blessure ou sa maladie. Le nouvel art. 64 consacre le droit pour tout pensionné de choisir son médecin ou de se faire soigner dans tout hôpital public ou privé de son choix ; mais l'exercice de ce libre choix ne doit pas imposer à l'Etat une dépense supérieure à celle qui résulte des tarifs arrêtés de concert entre le ministre des Pensions et le ministre des Finances (Exposé des motifs, *Journ. officiel*, 23 avril 1922, Chambre, Doc. parlem., annexe n° 3558, p. 423).

Aussi, le texte organise-t-il un contrôle et un contentieux en cette matière. Il est spécifié nettement que les frais des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'État ; qu'à

l'hôpital public l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles militaires ou des salles civiles de cet hôpital ; à l'établissement privé, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles civiles de l'hôpital public le plus voisin dudit établissement. Et le dernier paragraphe de l'art. 64 prévoit un décret, qui a été mis en vigueur le 25 octobre 1922 (*Journ. officiel*, 29 octobre 1922, avec les errata), déterminant les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport.

L'art. 64 accorde donc un droit direct aux établissements traitants, médecins et pharmaciens, de réclamer le paiement des soins qu'ils ont donnés au pensionné. Ce droit direct leur avait déjà été reconnu en matière d'accidents de travail, à l'encontre du chef d'entreprise responsable. Le pensionné a seulement le droit de demander le remboursement de ses frais de voyage ou de transport, mais non pas le remboursement des divers soins qu'il a reçus et n'avait pas à payer, cela ne le concernant pas. Il semble qu'il a aussi vis-à-vis de l'établissement hospitalier, médecin ou pharmacien, le droit à répétition, que l'arrêt ci-dessus paraît bien lui réserver. Sur le droit à remboursement des frais d'hospitalisation dans une clinique privée. V. Trib. pensions Ain 24 juillet 1922 (*Gaz. Pal.* 1923.1. Table, V° Pensions et traitements, n° 10 et 11).

Commentaires.

Le paiement direct du médecin par son malade est-il possible dans tous les cas?

Non ! répond le Conseil d'Etat. Lorsqu'un bénéficiaire de l'article 64 de la loi des pensions se fait soigner par un médecin et que celui-ci accepte, le malade n'a pas le droit de rémunérer directement les services de son docteur et de se faire ensuite rembourser, par l'Etat, la part qui incombe à ce dernier.

Seul, le praticien a la possibilité de se faire payer par les services compétents, directement et en passant par-dessus la tête de son malade.

S'il en était autrement, comme dans le cas ci-dessus, le client se trouverait dans la situation d'avoir payé de sa poche son docteur et de ne pas pouvoir être remboursé de ces dépenses.

Dura lex, sed lex.

Que nos confrères se reportent à la loi du 21 juillet 1922, portant modifications à l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (voir Agenda du *Concours*, 1925, p. 219). Ils verront que si l'Etat laisse aux bénéficiaires de la loi sur les pensions, la liberté complète du choix de leur médecin, c'est à la condition que, pour limiter les dépenses et éviter des honoraires élevés, l'Etat paiera lui-même médecins, spécialistes et chirurgiens, selon un barème fixé par décret.

Ce texte s'impose à tous ceux qui se placent sous l'empire de la loi des pensions : malades, médecins, commissions hospitalières publiques ou privées.

Je me demande donc si les fougueux contradicteurs du contrat collectif, entre syndicats médicaux et collectivités, se refusent, en toutes circonstances, à soigner les réformés de guerre ? Pour rester fidèles à leurs théories, ils doivent n'accepter que le paiement direct de leur client, et se refuser absolument à toucher quoi que ce soit d'un tiers payant (l'Etat).

Pour sacrifier à leurs conceptions, acceptent-ils de perdre la clientèle des pensionnés de guerre, qui, pour ne pas payer de leur poche les honoraires de leur docteur, honoraires qu'ils ne pourront pas se faire rembourser, chercheront un autre praticien, qui se soumettra aux dispositions de la loi et établira ses bordereaux de paiement, selon les prescriptions des divers décrets rendus en pareille matière.

Au reste, une très grande émotion a été soulevée dans les milieux ouvriers, à la suite d'un jugement du tribunal civil de Rouen (1re chambre) du 6 juillet 1925 (*Gaz. Pal.*, 26 octobre 1925).

Le tribunal a parfaitement reconnu, au médecin, le droit de faire payer au chef d'entreprise la part qui incombe à ce dernier, lorsque l'ouvrier a fait choix lui-même de son docteur ; mais le praticien peut réclamer à son client (la victime), la différence entre le tarif Breton (que paie le patron) et le tarif syndical local.

S'autorisant d'une pratique qui remonte à 1905 (il y a donc 20 ans) et qui consiste, pour le médecin, à se contenter des chiffres portés au tarif ministériel, dit tarif Breton, les ouvriers demandent au ministre du Travail le dépôt d'un projet de loi, pour que, désormais, la victime d'un accident du travail soit complètement libérée de toute dette envers le praticien, qu'elle aura librement choisi.

Sinon, les ouvriers craignent que les prétentions des docteurs, à se faire payer un surplus par le blessé, ne puissent en quelque sorte vicier le libre choix du médecin par son malade.

Si cette loi passait, abandonneraient-ils complètement la médecine des accidents du travail, nos confrères qui ne veulent entendre parler que des tractations directes entre médecin et malade ?

Je crois pour ma part qu'il est plus sage d'envisager, sans passion, l'évolution de la médecine sociale : des collectivités se superposent aux individus, en ce qui concerne les soins à donner aux malades.

Le corps médical serait donc bien mal averti s'il se cantonnait dans une résistance farouche d'individualisme outrancier.

Le contrat collectif doit être suffisamment souple, pour permettre à chaque région, à chaque localité, de règlementer les rapports entre corps

médical local et collectivités publiques, ou privées.

Un administrateur, un législateur veut savoir où il va, lorsqu'il a un budget à administrer, ou à voter.

Sinon, si nous ne nous prêtons pas, de bonne grâce, au fonctionnement des lois sociales, il nous arrivera qu'un texte de loi sera voté qui nous imposera, comme pour la loi des pensions, le paiement direct par le tiers payant, selon un tarif fixé par ce dernier, ou l'interdiction pratique de donner des soins à toute une catégorie de la clientèle.

Si dans certaines régions les médecins sont suffisamment unis pour résister, il y a bien d'autres endroits, les grandes villes en particulier, comme Paris, Lyon, Marseille, Lille, etc., où il se trouvera, en nombre suffisant, des dissidents du corps médical, pour faire échec au syndicat local.

Que cet arrêt du Conseil d'Etat fasse réfléchir certains esprits fougueux ; qu'il nous montre les aboutissants d'une lutte du pot de fer contre le pot de terre. A défaut d'entente et de contrat collectif, le législateur peut nous imposer le tiers payant et la règlementation unilatérale, décidée par ce dernier.

On proteste contre la loi ; mais, souvent, pour manger, force est d'y obéir.

Discutons donc, de puissance à puissance, puisque, par le contrat collectif, on nous offre la possibilité d'établir des accords locaux, variables selon les lieux, les habitudes locales et les mentalités.

Ecoutons aussi comment l'attitude du corps médical est jugée dans les milieux extra-médicaux : il n'est souvent pas habile ni prudent de mépriser l'opinion publique, surtout lorsque c'est cette opinion qui guide les législateurs.

Dr. Paut Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux lecteurs du Concours.

II

Dans une étude précédente, j'ai montré l'impérieuse nécessité de l'intervention d'un actuaire dans une Société comme la Mutualité Familiale : c'est la garantie d'un bon fonctionnement au point de vue chiffres.

Mais une société confraternelle n'est pas une Compagnie d'assurances, et les chiffres, s'ils imposent leurs lois inéluctables, n'excluent pourtant pas les sentiments d'amicale solidarité — rappelons-nous que nous nous sommes primitivement appelés : Association Amicale des médecins français.

La loi sur les Sociétés de Secours mutuels étant intervenue, l'Association amicale fut mise en demeure de s'y conformer : elle devint donc *Société de Secours mutuels libre, régie par la loi du* 1er *avril* 1898 *et inscrite à la préfecture de la Seine sous le n°* 1.445.

Cette transformation ne modifia du reste en quoi que ce soit son fonctionnement, car ses statuts avaient été minutieusement étudiés, et elle conserva sa *caisse auxiliaire* dont les fonds spéciaux restèrent réservés à tous secours ou emplois utiles à la Société et à ses adhérents en dehors des prescriptions statutaires.

C'est là notre Caisse de bienfaisance dont l'utilité se fit sentir surtout pendant la période de guerre où elle versa aux sociétaires gênés une fraction de leurs cotisations variant de 25 à 75 %. Alimentée par les dons volontaires, les legs — car nous en avons eus — et les amendes — car il en faut bien quelques petites pour stimuler les négligents — elle possède actuellement 24.000 francs.

Mais toute cette organisation ne serait rien si les membres du Conseil, nommés par l'Assemblée générale, n'étaient pénétrés de l'esprit de bienveillance et de camaraderie auquel rendent hommage tous nos correspondants et qui est de tradition dans la maison.

Pas de capital à rémunérer, avons-nous dit : la totalité des cotisations est versée aux combinaisons auxquelles elles correspondent et n'ont d'autre emploi que le service des indemnités-maladies ou des pensions puisque, comme on le verra ultérieurement, la Mutualité Familiale a joint au service de l'indemnité maladie celui des pensions de retraite.

Les cotisations, pour chacune des combinaisons, sont donc établies sur ce que l'on sait de la morbidité et de la mortalité actuelles dans le Corps médical et de telle façon que le dernier membre de la Société emporte à sa mort le dernier franc de la Caisse.

Ce qui veut dire que nous n'avons pas de capital proprement dit, que nous n'avons que des fonds de réserve alimentés par ce que nous laisse sur le bloc de nos cotisations, augmentées des intérêts qu'elles produisent, le bloc des indemnités ou des pensions versées. Actuellement ces réserves suivent une marche ascendante mais si le recrutement de la Société cessait ou se ralentissait trop, un moment viendrait où elles devraient être entamées et employées jusqu'à extinction, laquelle extinction mathématiquement arriverait à la mort du dernier sociétaire.

J'ajouterai cette considération que la situation financière et fiscale de notre pays ne me paraît pas devoir inquiéter nos candidats possibles, car notre fortune, n'étant pas un capital, ne semble pas pou-

voir être touchée par un impôt quelconque sur le capital, et que, étant une Société de Secours mutuels, nous jouissons des immunités fiscales accordées à ces Sociétés, immunités qu'il sera bien difficile de leur enlever, politiquement parlant.

A tous points de vue, et sans plus insister, je puis donc dire que c'est une bonne affaire de venir à nous : on y gagne la sécurité pour les mauvais jours, la certitude d'avoir apporté ses cotisations à une œuvre bien étudiée, solide, puissante, bien gérée, garantie par ses 32 années de fonctionnement, par sa résistance à la secousse de la guerre et par sa situation à l'abri, autant qu'on peut le prévoir, des ingérences et des fluctuations fiscales.

J'ai parlé incidemment du travail écrasant qui incombait au secrétaire général et au trésorier de la Société, qu'on en juge :

Le Secrétaire général reçoit une correspondance énorme à laquelle il doit répondre : ici c'est une demande de renseignements, là une adhésion, ailleurs une déclaration de maladie ou les nouvelles périodiques envoyées par les malades, puis l'envoi des pièces pour la constitution des dossiers, le redressement des erreurs ou des omissions, les avis d'admission ou d'ajournement des candidats, etc., etc., mais c'est là, la besogne courante et l'administration de la Mutualité Familiale, telle que nous l'avons toujours comprise, comporte autre chose : en ce moment même, j'étudie l'état de la morbidité dans le Corps médical français d'après notre propre expérience.

Cette étude, qui nécessite le dépouillement et l'analysede2. 500 dossiers, me prendra près de trois années de travail ; elle sera donc terminée pour l'inventaire de fin 1930 et sera pour notre actuaire de la plus grande utilité, car c'est le premier travail de ce genre qui aura été tenté.

Le Trésorier encaisse les cotisations, fait les recouvrements, paye les indemnités et les pensions, tient la comptabilité, mais cela aussi c'est la besogne courante ; or, la Mutualité Familiale exige autre chose : il faut, chaque année, établir pour l'exercice écoulé le rapport financier à l'Assemblée générale, dresser les inventaires ordinaires, les statistiques, les éléments à l'aide desquels l'actuaire pourra effectuer son travail. Faut-il parler du placement des fonds, de la surveillance des comptes en banques, etc., etc...

Ce que l'on peut dire, c'est que la Mutualité Familiale possède des archives qu'on ne retrouverait nulle part ailleurs et qui sont à la disposition de tous les sociétaires.

N'est-ce pas là encore une condition de sécurité pour les adhérents ?

***

Après avoir traité de l'organisation générale, de l'administration, de la gestion de la Mutualité Familiale, j'ai à envisager maintenant l'organisation spéciale des diverses combinaisons qui sont offertes à nos adhérents.

Et d'abord, l'indemnité-maladie qui constitue le service fondamental de la Société.

L'indemnité maladie est de deux sortes : indemnité journalière de dix, vingt ou trente francs à la volonté du sociétaire, et ce pendant 60 jours (les quatre premiers jours n'étant pas comptés) ; indemnité mensuelle de cent, deux cents, trois cents francs du 65e jour de l'incapacité de travail jusqu'à sa reprise ou jusqu'à la mort.

Pourquoi ce double système ?

Parce que nous ne pensions pas pouvoir entreprendre pour toute la France ce que faisait la Société Lagoguey dans son cercle restreint de la région parisienne, où le contrôle est autrement facile, parce que aussi nous avons reculé devant l'énormité des cotisations qu'il eût fallu demander. D'autre part, nous estimions, et trente années d'expérience nous l'ont démontré, que ce qui intéressait le praticien, c'était, en cas de maladie aiguë, de pouvoir au moins s'assurer un remplaçant et, en cas de maladie chronique, de n'être pas tout à fait abandonné car, obligé le plus souvent de cesser l'exercice de la médecine, il sait bien qu'il ne peut pas, pour vivre, compter uniquement sur le secours d'une caisse.

En fixant à 60 jours l'indemnité pleine, nous étions dans la vérité. A de très rares exceptions près, l'expérience nous a démontré qu'en général, une maladie qui immobilise plus de deux mois est une maladie qui a bien des chances de devenir chronique, de se prolonger et d'obliger le médecin à renoncer à l'exercice de sa profession.

Nous avons donc établi trois combinaisons donnant respectivement les indemnités.

Journalière : 10 fr. ; mensuelle : 100 francs ;
Journalière : 20 fr. ; mensuelle : 200 francs ;
Journalière : 30 fr. ; mensuelle : 300 francs.

Nous sommes, je l'ai dit, sollicités d'aller plus loin et je traiterai prochainement cette question, mais il nous faut auparavant les résultats de l'inventaire actuariel qui va être fait prochainement.

Quoi qu'il en soit, voici le tableau des cotisations correspondant aux diverses indemnités que nous donnons actuellement :

Age d'entrée	Indemnité de 10 fr.	de 20 fr.	de 30 fr.
25 ans	68 fr.	148 fr.	223 fr.
26 —	69 »	151 »	227 »
27 —	71 »	154 »	232 »
28 —	72 »	157 »	237 »
27 —	73 »	160 »	241 »
30 —	75 »	163 »	246 »
31 —	77 »	166 »	251 »
32 —	78 »	170 »	256 »
33 —	80 »	174 »	262 »
34 —	82 »	178 »	268 »
35 —	84 »	182 »	274 »
36 —	86 »	187 »	282 »
37 —	88 »	192 »	289 »

38 —	91 »	197 »	297 »
39 —	93 »	202 »	304 »
40 —	96 »	208 »	313 »
41 —	98 »	213 »	321 »
42 —	101 »	219 »	330 »
43 —	104 »	226 »	341 »
44 —	107 »	232 »	350 »
45 —	110 »	239 »	360 »

La participation à l'indemnité maladie cesse à 65 ans. J'ai dit pourquoi nous avions dû fermer la combinaison B qui l'assurait pendant la vie tout entière, mais, en ce faisant, nous n'avons pas voulu abandonner complètement nos sociétaires et nous leur avons donné la possibilité de s'assurer une pension de retraite pour le moment même où ils cessent de participer à l'indemnité maladie.

Mais nous entrons là dans la question des pensions de retraite que je traiterai dans un dernier article.

H. MIGNON.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Que penser du Fakir ?

Quel est le médecin parisien qu'un client et plus souvent une cliente n'a pas interrogé sur le fameux Fakir ?

« Docteur, êtes-vous allé au théâtre des Champs-Elysées ? — Oui, Madame entendre Knock ou le triomphe de la Médecine ? — Non, docteur, c'est trop vieux, mais voir TARAH-BEY, le fakir. Que pensez-vous du fakir ? »

Notre distingué confrère, le Dr Paul FAREZ, a, dans un très intéressant feuilleton du *Journal des Débats*, du 25 octobre 1925, répondu à cette question.

Tarah bey, le fakir, peut entrer en catalepsie, il se raidit au point qu'on peut le déposer horizontalement sur deux chaises où son corps reposant sur la nuque et les épaules d'une part, sur les pieds et les chevilles de l'autre, fait une sorte de pont que l'on peut surcharger, sur lequel on peut s'asseoir sans le faire ployer. Les hommes de notre génération ne s'étonnent pas de si peu ; Charcot, il y a 35 ou 40 ans, faisait couramment des expériences de ce genre à la Salpêtrière.

Il considérait la catalepsie comme une phase de l'hypnotisme et le fameux Donato reproduisait ces expériences à cette époque dans tous les Music Hall de France et d'Europe. Les élèves de Charcot démontrèrent plus tard qu'avec un peu d'entraînement, tout le monde pouvait plus ou moins facilement raidir ses muscles et se mettre en état de catalepsie ; Dickson le prestidigitateur, qui dévoile les trucs des hypnotiseurs au Nouveau Cirque, reproduit l'expérience, et le Dr Paul Farez nous affirme qu'on peut la renouveler facilement.

Le fakir Tarah bey prétend posséder un pouvoir fascinateur surprenant qu'il exerce sur les animaux. Un coq, un lapin, tombent entre ses mains en « catalepsie » avec une rapidité stupéfiante. Le Dr Paul Farez démontre que tout se borne au sommeil provoqué par la compression des carotides.

Ce phénomène de narcose est depuis longtemps connu et étudié. Hérodote l'a signalé, Trousseau l'a recommandé pour combattre les convulsions des enfants. Les rebouteurs de Java ont recours à ce procédé pour insensibiliser leurs clients, ils appellent cela *tarik urat tidor* (compression du vaisseau soporifique.)

Le fakir se couche sur des planches hérissées de clous, il marche sur des lames aiguës. Dickson fait reproduire par un de ses sujets ces expériences qui sont truquées, les lames sont obliques et les pointes flexibles. Ce qui n'empêche pas le fakir d'être un très habite illusionniste. Tarah bey se traverse la peau et les joues avec de longues aiguilles sans paraître souffrir et sans déterminer d'hémorragies. Ce qui n'est pas fort extraordinaire. Il fait saigner ses plaies à volonté. Ceci est plus difficile à imiter et demande évidemment une certaine étude. Il offre de se livrer à un chirurgien et de subir une opération sans souffrir. L'anesthésie de la peau de certaines personnes est fréquente et le fakir peut s'anesthésier par la compression carotidienne.

L'enterrement du fakir vivant dans un cercueil qu'on recouvre de sable et qu'on ne découvre qu'au bout de six minutes est un phénomène curieux, mais non absolument extraordinaire, même en admettant qu'il n'y ait aucun truc, ni aucune supercherie. Des plongeurs ont pu rester plus de trois minutes sous l'eau en obturant l'orifice postérieur de leurs fosses nasales par le retournement de leur langue.

Tout ceci n'exige aucune faculté extra-terrestre, mais cela n'empêche que le fakir Tarah-bey, à force de volonté et d'entraînement, parvient à donner l'illusion qu'il accomplit des exercices absolument extraordinaires. A ce point de vue, il mérite d'être suivi et admiré. C'est la conclusion du Dr Paul Farez qui est celle que doit partager toute personne sensée.

J. NOIR.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France

(*Suite*).

Article 63 du nouveau projet, correspondant à l'article 61 de l'ancien.

L'article 61 ancien avait été critiqué par la Commission de médecine pratique et par le Conseil de l'U. S. M. F.

L'article nouveau a été remanié après les travaux de l'**Union**. Est-ce simple coïncidence ?

Le paragraphe 1 crée un Office national des assurances sociales, chargé de l'application de la loi, à laquelle concourent également des Offices départementaux fonctionnant sous le contrôle de l'Etat.

Le paragraphe 2 crée auprès du Ministre du Travail un contrôle des opérations administratives, financières et techniques.

Le paragraphe 3 fixe les conditions d'administration de l'Office National.

Le Conseil d'Administration de l'Office National est constitué par la section permanente du Conseil Supérieur des Assurances sociales, présidée par le Ministre du Travail et qui contient, fait extrêmement important, des représentants du Corps médical organisé (voir article 72). Ce Conseil National délibère sur l'organisation des assurances sociales et sur les mesures propres à assurer l'application de la loi.

Le paragraphe 4 fixe la composition du Conseil d'Administration des Offices départementaux. Celui-ci comprend : entr'autres, un praticien élu par les membres du Conseil d'administration des Caisses départementales et primaires.

Le paragraphe 5 fixe les règles de travail de l'Office départemental qui assure l'application de la loi.

Fait essentiel, cet office établit la liste sur laquelle sont choisis des membres de la Commission arbitrale prévue à l'article 63.

ART. 72. — Cet article fixe la composition du Conseil supérieur des Assurances sociales.

Il contient, entr'autres, 6 délégués des groupements professionnels de praticiens, dont 3 médecins désignés par l'Union nationale des Syndicats médicaux.

Sa section permanente, qu'il élit lui-même, dont le rôle est considérable dans l'élaboration du décret d'administration publique et qui constitue le Conseil d'administration de l'Office national, contient 3 représentants des Syndicats professionnels dont 2 médecins. Cette section se subdivise, elle-même, en sous-sections : technique, administrative, juridique, médico-pharmaceutique (cette dernière contenant au moins deux médecins).

Ainsi donc un pas de géant a été accompli.

Le Conseil de l'Union des S. M. F. a fidèlement accompli sa tâche qui était de suivre l'élaboration de la loi pas à pas.

Il a fait en sorte que l'organisme nouveau des Assurances sociales, qui intéresse la vie sociale tout entière, ne soit pas condamné demain à la faillite.

Il a veillé pour que les Syndicats puissent faire des contrats locaux dans l'autonomie syndicale et que les délégués de l'**Union** pénètrent dans tous les Conseils où leur présence apparaissait nécessaire.

C'est la première fois qu'un organisme légal officiel permet au Corps médical organisé d'accomplir une fonction aussi importante, car l'assurance sociale va englober la lutte contre les fléaux sociaux.

Mais l'évolution des faits est très rapide. Toute prévision est par avance trop étroite. Il faut donc que l'Assemblée donne au Conseil futur une liberté d'action assez grande, basée sur la confiance.

Le Dr **Maffre** rappelle à l'Assemblée qu'il faut voir la réalité « en se mettant dans la peau de l'adversaire ». Si le contrat collectif était facultatif, les Caisses s'empresseraient de contracter avec des médecins isolés.

Le projet de loi offre donc une garantie que beaucoup n'avaient pas soupçonnée.

Le Dr **Coste**, au nom du Syndicat du Bassin houiller de l'Aveyron, rappelle la déplorable situation des médecins syndiqués de l'Aveyron en face des Caisses.

Instruits par l'expérience, ses confrères demandent contrat collectif, tiers-payant. Ils ne refusent pas le contrôle qui est un élément épuratif.

Le Dr **Cayla** vient, au nom des 500 médecins syndiqués de la banlieue Ouest, demander le contrat collectif. L'expérience leur a prouvé que, sans lui, les médecins syndiqués voyaient l'exercice de la médecine, dans le cadre des lois sociales, leur échapper au profit d'éléments non syndiqués souvent non honorables.

Le Dr **Lafontaine** voit dans le projet de loi commenté par le Secrétaire général des avantages : libre-choix, secret professionnel. Le tarif à la visite n'y est pas formellement inscrit. Qu'importe ! des contrats sauront faire inscrire les dispositions voulues par chaque Syndicat. Le nouveau texte stipule un ticket modérateur, ce qui doit réjouir les Syndiqués lyonnais. Surtout, avantage considérable, le Corps médical a conquis un droit de regard dans l'organisation.

Il existe des inconvénients contre lesquels il faut réagir vivement. Ne sont pas acceptés dans le cadre de la loi, l'Alsace et la Lorraine, les employés des Mines, chemins de fer, etc., subissant des législations moins favorables.

L'orateur craint que les organisations médicales

autonomes des industries puissantes essayent de se soustraire à la loi, ce qui expliquerait leur empressement actuel et subit à faire des contrats avec les Syndicats médicaux.

Enfin, il n'est pas prévu dans la loi un certain nombre de soins : examen sérologique, etc. N'aurait-on pas l'idée d'envoyer ces malades à l'hôpital.

Mais tout ceci n'est que projet. Pour le faire passer dans la loi, il faudra peut-être se battre. Il faut savoir le minimum sur lequel on se battra.

Il faut surveiller de près l'élaboration du décret d'administration publique afin que les juristes ne détruisent pas l'œuvre du législateur.

Il faudra donc donner au Conseil de l'**Union** des Syndicats médicaux de France des directives, mais assez larges pour lui permettre d'agir suivant les nécessités.

Une question importante devra être discutée, c'est celle de l'ajustement à la loi des moyens actuels, en attendant que soient faites des constructions techniques nouvelles pour lesquelles le Corps médical devra donner son avis.

Donc, conclut le Dr **Lafontaine**, si l'on veut le succès, il faut agir sur le législateur, sur l'administration, sur les Syndicats médicaux, sur les intéressés à la loi, toutes parties dont les intérêts s'intriquent.

Le Dr **Prallet** déclare : l'affirmation que les assurances sociales sont un fait social est une erreur. Il faut s'engager le moins possible. L'Assemblée générale est faite pour défendre le médecin et non la collectivité.

Son Syndicat a informé les parlementaires locaux de ce que les médecins de la Haute-Savoie pensaient des assurances sociales.

Il conclut en demandant que l'opinion médicale se divise nettement en deux camps : les partisans de la conception actuelle de l'**Union**, qui est du bolchevisme et les adversaires de cette conception.

Le Dr **Patay** expose qu'il y a une liaison étroite entre l'intérêt des bénéficiaires de la loi et celui des médecins.

Le tiers payant n'est l'intérêt de personne, l'Etat en particulier ne peut pas savoir à quelles dépenses il aura à faire face avec ce système. Peut-être n'est-il qu'un temps préparatoire au forfait qui sera rendu nécessaire par les abus qui ne manqueraient pas de se produire.

Le contrôle dans les assurances sociales sera impossible à organiser, car on ne trouvera jamais un nombre assez considérable de « médecins gendarmes » dont le rôle est si ingrat. Dans une loi de cette envergure, le seul contrôle possible est celui qui sera fait par les malades eux-mêmes.

Le Dr **Carette** vient exposer la situation, souvent précaire, des médecins des Compagnies minières et dépose l'ordre du jour suivant des Syndicats houillers :

« Les Syndicats houillers prient le Conseil de « l'**Union** d'être leur interprète auprès des Pouvoirs « publics pour obtenir l'abrogation de la loi de 1892 « sur les Sociétés de Secours houillères. Ils demandent que les mineurs soient soumis, comme tous « les travailleurs français, à la loi sur les assurances « sociales. Tout au plus pourraient-elles (les Caisses « de Secours houillères) peut être conserver leur au« tonomie dans le cadre technique, administratif et « financier des assurances sociales. Les médecins des « bassins houillers sont décidés à atteindre leurs fins « par tous les moyens possibles. Ils comptent dans « cette lutte être soutenus par l'unanimité du Corps « médical francais. »

Le Dr **Dersrousseaux** expose, dans la plus grande attention de l'Assemblée, l'organisation d'assurances dite de Roubaix-Tourcoing groupant 24.000 assujettis environ.

Il ne souhaite, dit-il, qu'une chose : c'est que lorsque la loi fonctionnera, les Conseils de l'**Union** aient simplement obtenu des avantages comparables à ceu x de l'organisation du Nord.

Ces avantages ont été obtenus grâce à certains principes que l'orateur rappelle :

1° Libre choix *entre les médecins syndiqués* seulement ;

2° Contrat entre les Syndicats médicaux et les Caisses comportant et consacrant l'*entente directe* entre le client et le médecin ;

3° Respect absolu du secret professionnel ;

4° Tarif à la visite *absolument indépendant* de ce que l'assujetti reçoit de la Caisse d'assurances.

Dans cette organisation, il n'y a pas de contrôle tripartite. Ce dernier est mauvais, car il viole le secret professionnel. Le contrôle dans l'organisation Roubaix-Tourcoing ne joue que dans un nombre infiniment petit de cas (5 fois sur 23.000 assujettis, en 2 ans), il joue lorsque la Caisse suppose qu'il y a eu abus *et il est alors uniquement intrasyndical*, appliqué par des médecins à des médecins.

Cela n'empêche pas les Caisses de contrôler comme il leur plaît les assujettis ; mais elles font confiance au Corps médical pour le contrôle des médecins.

Il est un fait certain, d'une valeur incontestable : c'est que ce système n'est pas théorique, il existe, il fonctionne à la satisfaction de tous depuis deux ans.

L'orateur passe ensuite en revue toutes les objections possibles.

Et d'abord le fait que l'Etat n'accepterait pas un pareil système : on n'en sait rien, dit-il, puisqu'il n'a jamais été proposé.

Tout porte à croire, au contraire, qu'il pourrait l'accepter puisque, dans le Nord, il a accepté, pour les douanes, un système inspiré des mêmes principes.

On a objecté aussi que ce système ne prévoit pas tout, et laisse en particulier de côté l'hospitalisation. L'orateur se défend d'avoir jamais prétendu que cette expérience fût parfaite ; telle quelle, elle constitue cependant une épreuve décisive dans la voie des réalisations pratiques, en dehors du tiers payant.

On a dit aussi que la masse des ouvriers attendait avec impatience cette loi : pour le Dr **Desrousseaux** rien n'est plus inexact. Il donne un exemple de l'atti-

tude des classes ouvrières à l'égard des lois sociales, en précisant que le nombre relativement peu élevé des assujettis aux assurances de Roubaix-Tourcoing tenait à ce fait que la condition préalable était d'être assujetti à la loi sur les retraites ouvrières (coût : 9 fr. par an).

Le Dr **Desrousseaux** passe ensuite à la critique du projet officiel envisagé dans l'exposé du Secrétaire général.

La part de participation des Caisses apparaît dans les différents projets de loi. S'il est vrai que le contrat collectif avec tiers payant garantit les honoraires, il ne garantit que ceux payés par la Caisse, soit 85 % du tarif. La limitation des tarifs est donc la conséquence fatale de ce pourcentages toutes les fois que l'assujetti ne paye pas au préalable lui-même son médecin.

Pourquoi donc s'encombrer de ces dangéreuses conceptions ? Le médecin ne doit pas intervenir dans les arrangements entre les Caisses et le malade sous l'égide du Syndicat, il doit conserver des rapports directs avec son client.

Le vote de la dernière assemblée générale apparaît à l'orateur comme absolument inopérant, car jamais l'Etat ne permettra l'établissement de modalités aussi variées pour l'application d'une loi. L'Etat cherchera à organiser uniformément non seulement le mécanisme des assurances, mais encore les tarifs qui seront appliqués.

Le Dr **Desrousseaux** dépose l'ordre du jour suivant :

1° L'assurance doit rester un contrat à deux entre l'assureur et l'assuré.

2° Le secret professionnel et le libre choix doivent être absolus ;

3° L'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine ;

4° Les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif spécial à une collectivité quelconque (Caisses ou Etat).

« En conséquence, l'Union des Syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des assurances sociales comme des clients ordinaires ; les Syndicats concluront des accords locaux respectant les principes ci-dessus.

« Ces contrats collectifs se borneront à assurer:

1° L'indication du fait de la maladie ;

2° L'indication du nombre de visites ou de consultations ; et ne comporteront jamais de tarification ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des Caisses dans les honoraires médicaux, ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les Syndicats exercent sur leurs membres, conformément au système de Roubaix-Tourcoing. »

Le Dr **Batier** vient déclarer qu'il est absolument partisan, pour la pratique de la médecine sociale, du principe de l'entente directe, lorsqu'elle prend la forme d'un contrat passé entre la Caisse et le Syndicat médical, type Roubaix-Tourcoing.

Il déclare vouloir ajouter à son ordre du jour déposé le matin les paragraphes suivants :

« Participation du corps médical aux organisations techniques.

« Participation des ouvriers d'Etat, mines, chemins de fer, etc... au bénéfice de la loi dans les mêmes conditions que les autres salariés.

« Introduction de la loi en Alsace et Lorraine en même temps et dans les mêmes conditions que dans le reste de la France. »

Le Dr **Wennagel** demande, par un ordre du jour énergique, que la loi soit applicable en Alsace-Lorraine en même temps que pour le reste du territoire.

Il dépose l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, partageant la stupeur des confrères du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, mandate le Conseil pour revendiquer énergiquement dans l'intérêt des malades, comme dans celui des médecins, la suppression radicale des dispositions d'exception prévues à l'article 52 du projet sénatorial. Les médecins des départements désannexés, citoyens français comme leurs confrères, doivent voir la loi française d'assurance sociale les régir comme elle régit les autres. »

L'Assemblée le vote immédiatement à l'unanimité.

Le Dr **Le Fur** approuve les conclusions du Dr **Desrousseaux** et admet le contrat collectif ne comportant ni tarif, ni contrôle, mais admettant le paiement direct à l'acte médical.

Le Dr **Marquis** insiste pour que l'ordre du jour qui sera voté par l'Assemblée repousse toute disposition légale établissant une relation entre les honoraires médico-chirurgicaux et les sommes versées par les Caisses à leurs adhérents (pourcentage de participation assuré et Caisse).

Après collaboration des docteurs **Desrousseaux** et **Marquis**, l'ordre du jour ci-dessus reproduit, très énergiquement soutenu par les docteurs **Bouvat**, **Cibrie**, **Duby**, **Le Fur**, etc., est représenté à nouveau à l'Assemblée.

L'unanimité ne peut se faire sur cet ordre du jour.

Le Dr **Batier** fait remarquer que le texte de cet ordre du jour réclame le libre choix absolu, ce qui permettrait aux médecins marrons de participer au service.

Le Dr **Lafontaine**, d'accord avec le Dr **Lenglet**, réclame pour le Conseil qui sera nommé un ordre du jour fixant des directives précises qui permettent à ce futur Conseil de prendre une attitude bien nette à l'égard du législateur. C'est cela surtout qui importe.

Le Dr **Lafontaine** rappelle que l'on se trouve déjà en présence d'un projet officiel, lequel permet dans une de ses dispositions l'établissement de contrats.

Ce projet ne semble donc pas à cet égard en contradiction avec les vœux du Dr **Desrousseaux**.

Cependant, ce qui différencie essentiellement ce projet du type d'organisation Roubaix-Tourcoing, c'est l'existence du pourcentage de participation. La suppression de cette disposition apparaît à l'orateur comme extrêmement difficile.

Le Dr **Renon** montre pourquoi l'on se heurtera, pour la suppression de cette clause, à des difficultés. Elles s'expliquent par les différences profondes qui ne saurainent manquer d'exister entre une organisation du type Roubaix-Tourcoing et une organisation générale d'assurances.

Dans le premier cas, les Caisses vivent des subventions patronales, l'ouvrier ne participe pas pécuniairement à l'entretien de la Caisse.

Dans le deuxième cas, au contraire, l'ouvrier *est censé participer aux frais médicaux.* Et dès lors, sa mentalité sera tout autre : il considèrera comme un droit d'être soigné. Il y a plus : l'Etat, du fait de la participation de l'ouvrier, garantit à ce dernier les soins médicaux ; il les lui garantit d'une façon absolue et pourtant il n'a à offrir au médecin que les disponibilités réduites de la Caisse.

On voit combien on est loin des conditions de fonctionnement d'une Caisse exclusivement patronale.

Il est à craindre dès lors que l'Etat ne résolve une question aussi difficile que celle de la disproportion entre ses engagements et ses ressources en faisant appel à des médecins fonctionnaires, qu'il trouvera sans doute toujours à sa disposition. Ce serait là un résultat déplorable qu'il faut à tout prix éviter.

Le Dr **Jayle** intervient dans le même sens.

Des échanges de vues s'établissent dans la salle et autour de la Tribune entre les signataires de l'ordre du jour **Desrousseaux** (premier texte, voir ci-dessus). Cet ordre du jour est enfin lu à la Tribune par le Dr **Desrousseaux**, sous la forme suivante :

« L'Union des Syndicats médicaux de France, réunie en Assemblée générale le 4 décembre 1925, donne au Conseil de l'Union pour l'année 1926, le mandat de défendre les principes suivants :

1° L'assurance doit rester un contrat à deux entre l'assureur et l'assuré ;

2° Le secret professionnel doit être intégralement observé et le principe doit en être inscrit dans la loi ; le libre choix doit être absolu et seulement entre les médecins portés sur les listes établies par les Syndicats ;

3° L'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine.

4° Les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif spécial à une collectivité quelconque (Caisses ou Etat).

« En conséquence, l'Union des Syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des assurances sociales comme des clients ordinaires ; les Syndicats concluront des accords locaux respectant les principes ci-dessus.

« Ces contrats collectifs se borneront à assurer :

1° L'indication du fait de maladie ;

2° L'indication du nombre de visites ou de consultations et ne comporteront jamais de tarification ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des Caisses dans les honoraires médicaux, ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les Syndicats exercent sur les médecins, conformément au système de Roubaix-Tourcoing.

« Les questions d'hospitalisation et de gestion des Caisses devront être étudiées dans le plus bref délai ».

Le Dr **Batier** proteste contre le libellé de la phrase sur le libre choix absolu qui ne permet pas d'exclure « les médecins marrons et les candidatures louches. »

Le Dr **Lenglet** déclare que le vote de l'ordre du jour **Desrousseaux**, ainsi libellé, l'obligerait à renoncer à toute candidature au Conseil.

Le Dr **Batier** maintient son ordre du jour.

Les docteurs **Bouvat, Desrousseaux, Duby, Cibrie, Le Fur, Vanverts, Layral, Michon**, demandent avec énergie le vote immédiat de l'ordre du jour **Desrousseaux**, pour lequel la priorité est demandée. Le vote par délégation réclamé par quelques syndicats est de droit. On ne peut procéder au vote pendant les quelques minutes dont l'Assemblée dispose encore. Le vote est renvoyé au lendemain matin.

En conclusion de la discussion sur les assurances sociales, l'Assemblée doit émettre un vote.

Elle se trouve en présence :

1° De l'ordre du jour **Batier** (voir plus haut) ;

2° De l'ordre du jour dit : ordre du jour **Desrousreraux-Marquis** (voir texte précédent) augmenté de l'addendum suivant :

Addendum. — Toutefois, si des circonstances locales rendent le paiement par un tiers indispensable aux yeux de certains syndicats, ceux-ci auront toute latitude pour établir les contrats nécessaires.

Le Dr **Gaussel** présente un troisième ordre du jour destiné, dans l'esprit de son auteur, à faire l'unanimité et dans lequel il s'est efforcé de rappeler les deux communications importantes faites à l'Assemblée (compte rendu du projet de loi par le Secrétaire général. Expérience de Roubaix-Tourcoing par le Dr **Desrousseaux**) et d'exposer, de façon claire, les conclusions qu'on peut tirer de la discussion :

ORDRE DU JOUR GAUSSEL

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 4 décembre 1925, après avoir pris connaissance :

1° Du projet de loi déposé devant le Sénat.

2° Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing.

« Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

a) La participation du corps médical à la direction des Offices d'assurances sociales ;

b) Les ententes locales faites en toute liberté entre les Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'assurances.

Demande :

1° Que ce projet de loi étende l'assurance à certaines collectivités, mines, chemins de fer, etc.

2° Que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi.

3° Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle, et aux conflits éventuels, soit réglé par des contrats entre Caisses d'assurances et Syndicats professionnels affiliés à l'Union.

Cet ordre du jour est également signé des docteurs **Lefevre**, **Giry**, **Quivy**, **Humbel**, **Lenglet**, **Clavelier**, **Dorel**.

Les docteurs **Batier**, **Crouzet**, **Renon**, se rallient à l'ordre du jour **Gaussel**.

Le Dr **Fanton d'Andon**, au nom du Syndicat de la Seine, se rallie à l'ordre du jour **Desrousseaux**, il ajoute que son geste n'est pas un acte de défiance vis-à-vis du Conseil sortant.

Le Dr **Lafontaine** va se rallier à l'ordre du jour **Gaussel**, mais il tient à dire ce qu'il entend par le mandat que cet ordre du jour donne au Conseil : l'ordre du jour **Gaussel** donne au Conseil mandat de réclamer que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, au contrôle, aux conflits éventuels, soit réglé par les contrats conclus localement entre les Syndicats adhérents à l'**Union** et les Caisses.

Il permet donc d'utiliser localement le système Roubaix-Tourcoing, préconisé par le Dr **Desrousseaux**. Mais l'ordre du jour **Gaussel** ne donne pas mandat au Conseil, si le système **Desrousseaux** ne peut-être inséré dans la loi, malgré les efforts de l'**Union**, de mobiliser le Corps médical et de le lancer immédiatement dans l'action directe, comme au temps du conflit des pensions.

Les docteurs **Michon**, **Le Fur**, s'étonnent que l'Ordre du jour **Desrousseaux** qui paraissait, la veille, devoir rallier l'unanimité des suffrages, soit combattu ce matin. Le Dr **Le Fur** pense que, sous sa dernière forme, moins exclusive que les précédentes, il peut être voté par tous les délégués. Quant au mandat donné par cet ordre du jour au futur Conseil, si sa réalisation se heurte à des difficultés parlementaires et s'il faut lutter, les Syndicats seront consultés sur les points à propos desquels il s'agira de mener un combat énergique.

Le Dr **Le Fur** prie l'Assemblée de voter l'ordre du jour **Desrousseaux** parce qu'il est clair et précis et qu'il peut éviter une scission.

Le Dr **Bonvallet** votera l'ordre du jour **Desrousseaux** parce qu'il donne mandat au Conseil d'exposer aux législateurs ce que les médecins considèrent comme la façon idéale d'exercer la médecine.

Le Dr **Gaussel** expose comment il a été amené à proposer son ordre du jour.

L'ordre du jour **Desrousseaux**, sous sa première forme, lui est apparu comme incomplet ; sous sa dernière forme, il contient des contradictions entre ses différents paragraphes.

Enfin, l'Assemblée, en le votant, semblerait ne tenir aucun compte de ce qui paraît avoir été déjà obtenu dans le projet de loi qui lui a été exposé par le secrétaire général.

Son ordre du jour rappelle donc ce qui a déjà été obtenu, et précise que pour le reste chaque Syndicat local fera son propre règlement.

Le Secrétaire général en se ralliant à l'ordre du jour **Gaussel** vient expliquer pourquoi il a, la veille, déclaré que le vote de l'ordre du jour **Desrousseaux** le mettrait dans l'impossibilité de rester candidat au Conseil.

Pour lui, l'ordre du jour **Desrousseaux** était aussi peu utilisable que possible, puisqu'il ne tenait compte d'aucune des stipulations du projet de loi dont le texte, communiqué à l'Assemblée, n'avait été ni retenu, ni examiné par elle. Aussi l'ordre du jour **Desrousseaux** négligeait de prendre acte des dispositions favorables du projet et notamment de l'obligation pour les Caisses de traiter avec les Syndicats et d'établir ce contrat collectif local entre Syndicat et Caisse qui garantit la liberté des contractants et les possibilités qu'ils ont d'organiser leurs rapports sous la forme qui leur paraîtra préférable. Enfin, l'allure restrictive de l'ordre du jour **Desrousseaux** mettrait le Corps médical en mauvaise posture devant le législateur, et le Conseil dans l'impossibilité de défendre efficacement les intérêts du Corps médical organisé au gré de tous les Syndicats.

Le Dr **Duby** pense que le vote de l'ordre du jour **Desrousseaux** est indispensable parce que les désirs du Corps médical n'ont jamais été affirmés énergiquement en face des Pouvoirs publics.

La clôture est prononcée à l'unanimité.

Avant le vote par délégation, le Dr **Le Fur** demande au Dr **Gaussel** d'indiquer dans son ordre du jour que la meilleure forme d'exercice de la médecine est l'entente directe, cette formule pourrait rallier certains suffrages.

Cette proposition est acceptée.

L'*ordre du jour* **Gaussel** au moment du vote se présente donc sous la forme suivante :

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 4 décembre 1925, après avoir pris connaissance :

1° Du projet de loi déposé devant le Sénat ;

2° Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing ;

Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

a) La participation du corps médical à la direction des Offices d'assurances sociales.

b) Les ententes locales faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'assurances.

Demande :

1° Que ce projet de loi étende l'assurance à certaines collectivités, mines, chemins de fer...

2° Que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi ;

3° Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels, soit réglé par des contrats entre Caisses d'assurances et Syndicats professionnels affiliés à l'Union.

Etant entendu qu'un contrat collectif avec entente directe est le mode préférable.

Il est procédé au vote, dont les résultats ont été communiqués à l'Assemblée au début de la séance de l'après-midi :

Votants	13.523
Pour l'ordre du jour Gaussel.	8.316
Pour l'ordre du jour Desrousseaux	5.207

Au cours de la séance de l'après-midi le président lit à l'Assemblée une note qu'il vient de recevoir des délégués de la Fédération du Nord ; ceux-ci déclarent se retirer de l'Assemblée générale de l'**Union**

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Laboratoire d'anatomie pathologique.** — Un cours de technique hématologique et sérologique sera fait par M. S. I. de Jong, agrégé, et M. Ed. Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours de 12 leçons commencera le lundi 25 janvier 1926, à 14 h. 30, pour se continuer tous les jours suivants ; les séances comprendront deux parties : 1° un exposé théorique et technique ; 2° une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 150 fr. Le nombre des auditeurs est limité à 30. Inscriptions au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Sont nommés professeurs honoraires : MM. les professeurs DE LAPERSONNE, HUTINEL, PIERRE MARIE, CHARLES RICHET, LETULLE, CHAUFFARD et WEISS.

— **Académie de médecine.** — M. le professeur ACHARD est élu secrétaire général pour une nouvelle période de cinq ans.

— **Les prix de l'Académie de médecine de** 1925. — Complétons la première liste, que nous avons publiée des lauréats des prix de l'Académie de 1925 :

Prix Argut : M. le Dr BERNOU, de Châteaubriant, pour ses travaux sur les *injections huileuses massives dans la plèvre*.

Prix Mathieu Bourceret : M. le Dr A.-C. GUILLAUME, de Paris, pour ses recherches sur les *vaisseaux sanguins capillaires de l'homme et la circulation dans les vaisseaux superficiels des téguments*.

Prix Desportes (partagé) : M. le Dr Paul MATHIEU, médecin consultant à Brides, pour son mémoire intitulé : *les eaux minérales, leurs modes d'action, leur emploi*.

Prix Ernest Godard : mention à M. le Dr G. JEANNENEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour ses études sur *le choc traumatique*.

Service des épidémies :

Rappel de médaille d'or à M. le Dr BAUZON, de Chalon-sur-Saône, pour ses *études démographiques et sanitaires de l'arrondissement de Chalon en* 1923-1924.

Médaille de vermeil à M. DESMARS, préfet de l'Isère, pour *services éminents rendus à la cause de l'hygiène*.

Rappels de médaille de vermeil, à M. Pierre PAQUET, inspecteur départemental de l'Oise, à Beauvais, pour son *important rapport annuel sur le fonctionnement de ses services*, et à M. le professeur PIC, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, inspecteur départemental de l'hygiène du Rhône, pour *sa permanente et bienfaisante activité*.

Médaille de bronze, à M. BROQUIN-LACOMBE, inspecteur des services d'hygiène de l'Aube, pour son *intéressant rapport sur l'épidémiologie*.

Service des eaux minérales :

Rappel de médaille d'or, à M. le Dr MOLINÉRY, de Luchon, pour son *esquisse d'hydrologie historique*.

Médaille d'argent, à M. J.-J. SÉRANE, médecin consultant à Saint-Nectaire, pour son travail sur les *modifications de la fonction uréo-sécrétoire au cours de la cure de Saint-Nectaire*.

Service de la vaccine :

Médaille d'or à M. le Dr Louis GOURICHON, de Paris

Médaille d'argent à M. le Dr Paul HUGUENIN, de Paris.

Médailles de bronze à MM. les docteurs G. FAULONG, de Fontenay-aux-Roses (Seine), J. LINARD, de Rosny-sous-Bois (Seine), Paul MAESTRAGGI, de Rognac (Bouches-du-Rhône), J. VIANCIN, de Paris.

Service de l'hygiène de l'enfance :

Médaille d'argent à M. le Dr ABRAMOVITSCH, président de la consultation de nourrissons au sein du Havre.

Nous adressons aux très distingués lauréats, nos bien sincères félicitations.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT Avocat, *Directeur du Contentieux des Syndicats Médicaux. Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saint-Pères, PARIS, Tél. Fleurus 57-27.

Pour toute demande de renseignements, écrire à Me Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

Envois de fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les nos :

Concours Médical, Paris, 167-95.

Sou Médical, Paris, 182-31.

Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

dit cependant n'y avoir lieu à accorder l'exécution provisoire ;

Condamne X. à payer à Delmas la somme de un franc et au Syndicat médical, la somme de cinq cents francs. Donne acte à ce Syndicat de ce qu'il délègue pour recevoir ladite somme et pour donner quittance Monsieur le Trésorier de la Commission des Hospices de Montpellier.

Condamne X. en tous les dépens.

Commentaires

Le « Sou Médical » avait accordé son appui complet au Pr Delmas, et il avait également soutenu le syndicat médical, dans l'action que ce dernier intentait conjointement.

Il est nécessaire de donner de temps à autre une leçon à tous ceux qui se croient la liberté d'attaquer la réputation de nos confrères. Certes, il est facile de dire, au cours d'une instruction judiciaire, que les parents du défunt se sont laissé égarer par leur douleur. Il n'en est pas moins vrai que la malignité publique s'empare de toutes ces affaires, les grossit, les exploite, sans compter les journalistes locaux, à l'affût de toute nouvelle sensationnelle, qui viennent dire leur mot, pas toujours favorable au corps médical.

Nous sommes de ceux qu'on critique, lorsqu'on est en bonne santé, pour nous aduler à l'heure du danger.

Ce ne serait rien, si toutes ces histoires n'étaient ensuite utilisées au profit des illégaux, qui exploitent la crédulité humaine, abiment la santé de leurs dupes, tout en répétant que la science officielle a fait faillite.

Aussi, dans l'intérêt de la corporation, comme dans celui de nos concitoyens, le « Sou Médical » n'hésite pas à soutenir le confrère attaqué, diffamé et à lui faire rendre raison.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *décembre*.

Sanatoriums publics.

M. le Dr Labadie-Lagrave a été nommé médecin directeur du sanatorium de Crèvecœur (Oise).

31 *décembre*.

Service de Santé de la Marine.

Liste d'élèves du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires, désignés pour suivre les cours des écoles d'application de Marseille et de Toulon.

2 et 3 janvier.

Pensions militaires.

Arrêté du ministre de la Justice nommant des médecins membres titulaires et suppléants de Tribunaux départementaux des pensions pour 1926.

Ecoles d'infirmières.

Ont été approuvés :

1° Les règlements des écoles d'infirmières hospitalières ci-après désignées :

Ecole d'infirmières hospitalières du comité d'Orléans de l'Union des femmes de France.

Ecole de l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours 66, rue des Plantes, à Paris.

Ecole Saint-Joseph-de-Cluny, annexée à l'hôpital Pasteur, 213, rue Vaugirard, Paris.

Ecole d'infirmières hospitalières du comité de Tours de la société de secours aux blessés militaires ;

2° Les règlements des écoles d'infirmières visiteuses ci-après désignées :

Ecole de l'association pour le développement de l'assistance aux malades, 10, rue Amyot, Paris. Sections d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Ecole régionale d'infirmières des hospices civils de Toulouse. Section d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

Stations hydrominérales et climatiques.

Liste établie à la date du 1er janvier 1926.

Ont été ajoutées à la liste antérieure, en 1925, les stations climatiques ci-après :

Dieppe (Seine-Inférieure), 21 janvier 1925.
Soulac-sur-Mer (Gironde), 21 janvier 1925.
Stella-Plage, commune de Cuq (Pas-de-Calais), 8 juillet 1925.

4 et 5 janvier.

Soins aux pensionnés de guerre.

Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits.

Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, pendant l'année 1926, comme membres titulaires :

Représentants de l'administration.

MM. le médecin inspecteur Odile, président ; Lehmann, inspecteur général au ministère des pensions, vice-président de la commission supérieure ; Paloque, chef du service des soins gratuits du ministère des pensions ; Sauvalle, inspecteur général des finances ; Veraguth, directeur adjoint de la comptabilité publique.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

MM. Osmont, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Bourdeley, membre de l'Association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Salet, membre de l'Union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Garnaud, membre de l'union nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Delfau de Pontalba, membre de l'Union nationale des combattants.

Représentants des médecins et pharmaciens.

MM. les Drs Lenglet, de la Seine ; Noir, de la Seine ; Decourt, de Seine-et-Marne ; Barthet, pharmacien de la Seine ; Cordier, pharmacien de la Seine.

Art. 2. — Sont désignés comme membres suppléants :

Représentants de l'administration.

M. Sevin, sous-directeur au ministère des pensions ; Mlle Mallet, rédacteur principal au ministère des pensions, faisant fonction de sous-chef de service des soins gratuits et de l'appareillage ; MM. Lhomme, de la commission consultative médicale ; Blanchon, chef de bureau au ministère des finances ; Charra, chef de bureau au ministère des finances.

Représentants des bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

MM. Pichot, président honoraire de l'union fédérale des associations françaises de mutilés et réformés de la guerre ; Cassin, président honoraire de l'union fédérale des associations de mutilés et réformés de la guerre ; Villedieu-Benoit, membre des l'association générale des mutilés et réformés de la guerre ; Mathure, secrétaire général de la fédération nationale des mutilés et réformés de la guerre ; Screve, membre de l'union nationale des mutilés et réformés de la guerre.

Représentants des médecins et pharmaciens.

MM. les Drs Caillaud, du Loiret ; Humbel, de Seine-et-Oise ; Philippeau, de la Seine ; Ducramer, pharmacien du Nord ; Joly, pharmacien de la Seine.

CORRESPONDANCE

3238. — Un accidenté du travail prisonnier, a-t-il le droit de choisir son médecin ?

Je soigne un accidenté du travail qui vient d'être condamné à un mois de prison et qui doit entrer en prison dans une dizaine de jours, je crois. Or, à ce moment, sa blessure ne sera pas guérie et aura encore

besoin de pansements. Cet homme purgera sa peine à C. même. Et alors, je désirerais savoir qui doit continuer à lui faire ses pansements et si, le cas échéant, je pourrais avoir la permission de les lui faire à la prison.

C'est le patron, sous le couvert de sa Compagnie d'assurances, qui m'a envoyé ce blessé et, d'autre part le blessé tiendrait à ce que je lui continue mes soins.

N'ayant jamais eu affaire à un cas pareil, je prends la liberté de vous le soumettre, car il est intéressant sous plusieurs rapports.

Dr V.

Réponse.

Nous avons communiqué cette lettre au Ministère du Travail, dont nous avons reçu la réponse qui suit, signée de M. Sumien, directeur du Contrôle des Assurances privées :

« Le fait que le client du Docteur a été victime d'un accident du travail, ne saurait, à mon avis, permettre d'éluder les règlements de la prison. C'est donc à l'administration pénitentiaire et spécialement au directeur de l'établissement où le condamné purgera sa peine, que le docteur devra s'adresser pour savoir s'il est possible au détenu de continuer à recevoir ses soins. »

3375. — Choix d'un radiographe par les accidentés du travail.

Permettez-moi de rectifier la réponse 3008 que je trouve dans le *Concours* du 27-XII-25.

Vous avez raison dans votre interprétation pour presque tout ce qui concerne le tarif Breton ; mais vous oubliez la clause toute particulière concernant la radiologie, contre laquelle j'ai toujours protesté, dont la légalité ne m'a jamais paru démontrée et qui donne lieu à de nombreux abus de la part de certains agents d'assurances.

Voici le texte :

Art. 26, paragraphe V, alinéa 4 :

« L'exploration radiologique doit être prescrite « par le médecin traitant D'ACCORD avec le médecin « du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, « *sauf les cas d'extrême urgence* ; dans ces derniers cas, « le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera « prévenu sans délai par le médecin traitant ».

Sauf les cas d'extrême urgence, il faut donc un accord préalable.

En cas de désaccord, le blessé doit demander au juge de paix l'autorisation de radiographie. En fait, il n'y a pas de désaccord ; le plus habituellement, l'assurance donne l'autorisation à condition que la radiographie soit faite chez son radiographe à elle.

J'en ai connu de nombreux cas ; plusieurs même, m'étaient personnels.

L'assurance agit ainsi pour plusieurs raisons. La

première, la plus importante à ses yeux, c'est qu'elle *payera moins cher*.

La seconde, c'est qu'elle a confiance dans son radiographe.

La troisième, c'est qu'elle seule possèdera la radiographie, dont elle ne remettra aucune épreuve au blessé. Trop heureux, le médecin traitant, s'il peut obtenir un petit renseignement sur le résultat obtenu ! Le résultat le plus clair est que le blessé, après la radiographie de l'assurance, est dirigé vers les services médicaux de cette dernière et détourné habilement de son médecin traitant.

J'entends les protestations des assureurs !

Je tiens des faits précis à leur disposition.

Au médecin traitant d'instruire son blessé et de le diriger chez un radiographe qui donnera des garanties d'impartialité et de technicité indispensables !

D'ailleurs cette clause injuste ne concerne que les cas de non urgence. Les cas d'extrême urgence sont la règle en matière d'accidents. Il appartient au médecin traitant de sauvegarder dans tous les cas les intérêts de son malade et de l'adresser au radiographe aussitôt l'accident.

Dr Quivy.

Réponse.

Vous avez raison, en effet, l'exploration radiologique doit être prescrite d'accord. Mais cette obligation d'accord ne fait pas obstacle, à notre avis, au droit pour le blessé de choisir son médecin. Ce droit résulte de la loi, et le tarif, simple arrêté ministériel, n'avait pas le droit de modifier la loi. Il n'est d'ailleurs nullement prévu qu'il ait entendu enlever la liberté de choix au blessé, lorsqu'il s'agit de radiologie. L'accord doit porter sur l'opportunité de l'exploration radiologique, et non sur le choix du radiologue.

Lorsque les compagnies n'autorisent la radiographie qu'à la condition qu'elle soit pratiquée par leur radiologue, elles violent la loi, et, à notre avis, il ne doit être tenu aucun compte de cette indication de personne. Le blessé est parfaitement fondé à choisir le radiologue à qui il accordera sa confiance et la condition contraire à la loi accidents est, par application de l'article 30 de ladite loi, nulle de plein droit.

Nous ne doutons pas que le Conseil du « Sou Médical » ne soit tout disposé à donner l'appui pécuniaire à l'un de ses adhérents, radiologue, auquel la compagnie d'assurances refuserait de payer ses honoraires sous prétexte qu'elle aurait autorisé la radiographie, à la condition qu'elle soit faite par son propre radiographe. Il l'a déjà donné, d'ailleurs, et si la question n'a jamais été jugée, c'est que les compagnies ont préféré payer amiablement que de voir une jurisprudence se former contre leurs prétentions.

En cas de désaccord, d'après l'article 26-VII, entre le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur, il doit être procédé

conformément à l'article 9, c'est-à-dire qu'on doit recourir à l'avis d'un troisième médecin, choisi d'accord entre le blessé, le médecin traitant et le médecin du chef d'entreprise ou de l'assureur. Ce médecin donnera son avis sur l'opportunité de la radiographie. Nous l'apercevons difficilement se prononçant sur la personne du radiologue qui devra y procéder.

Bien entendu, lorsqu'il s'agit, non d'exploration radiologique, mais de traitement (électrothérapie ou radiothérapie, art. 26-VI), ce sera la procédure de l'article 7 qui devra être appliquée.

Vous dites que le radiologue choisi par la Compagnie ne remet pas d'épreuve au blessé, mais seulement à la Compagnie. Voilà qui est contraire à l'article 26-VII, § 5, du tarif.

Ce qu'il faut faire pour entrer au « Sou médical ».

Je suis décidé à entrer au « Sou médical », mais je ne sais ce qu'il faut faire pour être admis : veuillez donc m'envoyer statuts et documents et me dire à quelle époque il me sera possible de jouir de la garantie.

Dr M.

Réponse.

Pour pouvoir être admis au « Sou Médical », il faut envoyer au Trésorier un bulletin d'adhésion et un mandat de 40 fr. représentant la cotisation annuelle.

Le bulletin d'adhésion doit être entièrement rempli : le candidat doit indiquer s'il fait partie d'une association médicale (syndicat, association locale) ou à défaut se faire présenter par deux membres du « Sou Médical ». *C'est là une condition* sine qua non *de l'admission* et trop souvent des confrères paraissent l'ignorer : il faut leur renvoyer leur bulletin d'adhésion et leur admission est retardée d'autant.

Le mandat est un mandat postal ordinaire ou un chèque postal (Sou Médical Paris 182-31). Eviter les chèques bancaires ordinaires, plus difficiles à encaisser.

Dès réception, le trésorier avise le postulant de son inscription, et son admission est soumise à la prochaine réunion du Conseil (il se réunit tous les quinze jours). Celui-ci statue et le nom du nouveau membre est publié dans le *Concours Médical*, mais l'admission n'est définitive que si elle ne soulève pas de protestations.

A. G.

2936. — Honoraires des médecins experts au Tribunal des Pensions.

Dans le numéro 44 du *Concours médical* du 1er novembre 1925, je lis dans la réponse que vous faites au sujet des honoraires des médecins experts près le tribunal des pensions qu'il est alloué une somme fixe de 25 francs pour l'*ensemble* des actes, etc... Mais dans le cas que je vous signale, le jugement commet M. le Dr X., pour examiner le blessé, et *procéder à la radiographie du blessé*. Je crois qu'il faut compter dans ce cas :

1° Rapport : 25 fr.

2° Radiographie (au tarif par exemple des mutilés et réformés).

N'est-ce point là votre avis ? Or, le sous-intendant émet la prétention de n'allouer au médecin expert que la somme de 25 francs *tout compris* se basant sur le décret du 2 septembre 1919.

Que faut-il faire dans le cas où le sous-intendant maintiendrait sa façon de voir... et de payer.

Ce cas intéresse un de mes collègues et moi-même pour deux expertises récentes.

Dr P.

Réponse.

Adressez une réclamation au Ministère des pensions (direction de la Liquidation), 37, rue de Bellechasse, à Paris, et cette intéressante question sera solutionnée une fois pour toutes.

2743. — Avancement des médecins-majors de 2e classe de réserve.

Étant médecin-major de 2e classe depuis mars 1919, j'ai adressé à mon chef de région une demande de nomination au grade supérieur, car dans un de vos numéros précédents, j'avais vu qu'il suffisait d'un certain nombre d'années, 4 ou 5 ans, dans ce grade pour pouvoir demander la nomination.

Mon directeur de région m'a répondu : l'instruction ministérielle du 31 juillet 1925 ne permet de proposer pour le grade de médecin-major de 1re classe de réserve que les médecins-majors de 2e classe de réserve nommés antérieurement au 31 décembre 1918.

Je vous adresse donc ce renseignement à titre documentaire.

Dr D.

Réponse.

La chose est régulière. Chaque année, en vue de l'établissement du tableau d'avancement, le ministre fixe l'ancienneté *minima* des officiers de chaque grade qui pourront être proposés pour le grade supérieur, celle-ci étant d'ailleurs plus élevée que celle de quatre ans fixée par la loi.

C'est une mesure nécessaire pour établir une liste de choix parmi de très nombreux candidats, dont il faut d'abord établir les mérites à un premier degré, celui des années de grade.

Application du Tarif Breton.

I.

3404. — Aide pour amputation partielle d'un doigt.

Je proteste avec force contre la « réponse » de Decourt à l'article du Dr S. (*Concours médical* : 1925, p. 3029), où on lit : « J'ai dit et je répète qu'*à priori*, un deuxième confrère ne paraît pas indispensable pour une amputation partielle de doigt ».

Je soutiens que l'aide est rigoureusement indispensable, et qu'il doit être un confrère.

1° L'aide est indispensable. Lisons Farabeuf (Précis de Manuel opératoire, p. 238) : « La main malade est tenue en pronation dans les deux mains d'un *aide* qui fléchit et protège les doigts sains et laisse saillant le doigt malade. »

2° Cet aide doit être un médecin. En effet, prendre le premier venu, c'est aller volontairement au devant d'une erreur d'asepsie (syncope de l'aide, attouchements intempestifs) avec les conséquences qu'elle entraînera et pour le blessé, et pour les deniers de la Compagnie d'assurances, dont l'opérateur n'a pas à se préoccuper. Le meilleur moyen de les ménager, de comprendre son intérêt mieux qu'elle et même contre elle, n'est-il pas au surplus d'opérer avec toutes les garanties de succès nécessaires ?

Si, par contre, vous prenez comme aide un infirmier bien stylé, qui le payera ? Vous-même, qui devrez prendre, pour le payer, sur la modique somme de 37 fr. 50, que vous alloue le tarif ? Vous ne pouvez pas le facturer sur votre note. L'aide n'est payé que s'il est médecin, et j'approuve pleinement cette restriction. Trop de chirurgiens façonnent imprudemment des illégaux qui tiennent la place des docteurs et les empêchent de gagner leur vie.

Conclusion : la technique exige un aide, et en cas d'accident ce sera à juste titre qu'on vous reprochera ou de vous en être privé ou d'en avoir choisi un incompétent. Cet aide doit être un médecin pour que vous soyez à couvert et qu'il puisse être payé. Pour une fois, j'estime que Decourt a fait une dangereuse erreur.

Jamais aucune Compagnie n'a conteste les honoraires de l'aide dans les opérations analogues que j'ai eues à faire.

Dr Le Duigou.
(Cherbourg).

Réponse.

Si ma réponse incriminée est une « erreur » de ma part, celle-ci date de loin. Depuis 34 ans, en effet, que j'exerce en ma petite commune, je n'ai jamais appelé un confrère d'une autre localité pour venir *m'aider à faire une amputation* PARTIELLE *d'un doigt*.

Laissons la question « accident du travail » de côté. En médecine de clientèle ordinaire, se

met-on à deux, d'habitude, pour extraire une phalange déjà pas mal déchiquetée, puisqu'on se décide à l'enlever ? N'oubliez pas que j'ai pris soin de dire : *a priori*, un second confrère ne me paraît pas indispensable », réservant ainsi les cas où il peut l'être... Voyez-vous, confrère et ami, en tout il faut se garder des exagérations. On y perd de sa force et de son autorité pour les cas graves où il est de première importance d'être écouté et suivi.

F. D.

II

3143. — 1° Un simple renseignement par lettre n'est pas un certificat ; 2° Consultations par correspondance.

Je voudrais vous demander les renseignements suivants :

1° Appelé par un blessé le dimanche, je pratique une injection de sérum antitétanique. Celle-ci cumulant avec la visite, ne suis-je pas en droit de compter 20 fr. plus majoration de 50 % pour visite le dimanche : 10 fr., au total : 30 fr.?

2° Les interventions faites le dimanche au cours d'accident du travail, peuvent-elles être majorées de 50 % ?

3° Quand une Compagnie d'assurances avec laquelle je n'ai aucun lien me demande si un blessé auquel je donne ou j'ai donné mes soins est guéri ou non, puis-je considérer ma réponse par lettre comme un certificat et la tarifer 10 fr. ?

4° Quand un client vient vous demander pour un des siens une ordonnance médicale sans qu'on ait à examiner le malade, est-on en droit de la compter le prix d'une consultation ?

Dr L.

Réponse.

1° et 2° Les interventions pratiquées le dimanche ne sont l'objet d'aucune majoration. Il n'y a que celles de *nuit* (article 8), auquel cas cette majoration est de 25 et non de 50 %.

3° Voir article 29, alinéa 4 : « Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie (à 10 francs), les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri ». Il y a bien une « catégorie » à 5 francs, mais c'est le *seul* certificat initial. Comme conclusion, je ne vois pas sur quoi vous pourriez vous baser, dans le tarif Breton, pour réclamer des honoraires dans votre cas. Par contre, en dehors de ce tarif et sous l'empire du « droit commun », vous pouvez toujours réclamer *au blessé* le prix de tout certificat que vous aurez fourni à *lui-même* pour en faire ce qu'il jugera bon.

4° Je ne pense pas qu'il soit légitime de compter une « consultation » à quiconque « sans qu'on ait examiné le malade », ou alors

nous entrons dans le système des consultations « par correspondance », *modus agendi* où le médecin risque de ne pas se trouver toujours en parfaite compagnie.

F. D.

III

3213. — Transport d'un blessé et aide à l'hôpital.

Je serais très heureux d'avoir votre avis avant d'établir ma note dans le cas suivant :

On amène chez moi, à 7 h. du soir, un employé de chemin de fer qui vient de passer sous un wagon ; deux jambes broyées sous le genou. Je lui fais deux garrots, quelques piqûres, un empaquetage plutôt qu'un pansement.

Le transport à l'hôpital étant urgent, n'ayant aucune voiture disponible ici, je mets le blessé dans la mienne et le conduis à C., 80 kil. (40 + 40). J'attends deux heures à l'hôpital l'arrivée du chirurgien de garde, aidant l'interne à faire sérums divers et reviens chez moi à une heure du matin.

La Compagnie me demande ma note. J'attends votre avis pour l'établir.

Dr B.

Réponse.

1° D'après le tarif Breton, complété par l'arrêté ministériel du 28-6-21, article 18, vous avez droit, dans ce cas, pour *soins d'urgence* et appareil provisoire, à 50 francs (en première catégorie).

2° Quant au transport par vous du blessé à l'hôpital, ce n'est plus une question de tarif Breton, je l'ai déjà maintes fois expliqué, mais de droit commun, puisque vous avez agi comme « loueur de voiture » improvisé. Vous n'avez alors plus le droit de vous adresser directement au patron, mais au blessé qui, en dehors de vous, se fera plus tard, ou non, rembourser ces frais de transport.

3° Pour votre rôle d'*aide* à l'hôpital, vous ne pouvez non plus rien réclamer au patron, à titre du tarif Breton, et de la loi du 9 avril 1898, puisque d'après l'article 4 même de cette loi, en cas d'hospitalisation, le patron ne doit « *tout compris* » que les frais de journée à l'hôpital.

Conclusion. Expliquez tout bonnement ce que vous avez fait à la Compagnie des chemins de fer et établissez en dehors de tout accident du travail, en lui demandant *à l'amiable* de vous indemniser de vos peines et de vos dérangements au lieu et place du blessé. Autrement, en tant que responsabilité patronale et tarif Breton, vous aurez à observer, si la Compagnie s'y retranche, les restrictions énumérées ci-dessus.

F. D.

Quarante-huitième année — N° 4 — 24 Janvier 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 174-IV*)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, **de M. le Dr François,** à Valence, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 32. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 33. — On dem. méd. ou étud. pour bonnes traduct. médicales françaises en espagnol.

N° 34. — 6 CV. Renault, cond. int. 3 pl., fin 1924, freins avant. tr. peu roulé, mécan. com. neuf, 4 amort. carb. Zénith, housses, técalemit, lanternes essence, éclaireur tablier, etc. 5 Conforts, visible Paris, 13.800 fr. Urgent. Ecr. Maurice Fougeron, Bléré (I.-et-L.).

N° 35. — A vend. pr. intéres, collect. comp. de l'Illustration de juillet 19 à fin déc. 25. Port au compte de l'acquér. Dr Nicolas, à Menat (Puy-de-Dôme).

N° 36. — Eure.-Anc. client. intér. près Paris, facil. transm., sucs. augm. à céd. de suite. Méd. génér., acc. du trav. Petit. ville agréab., pays riche, Logem. assuré, villa avec jard., eau, électr. Prix à débat.

N° 37. — Doct. étr. ay. plus. titr. scient. conn. 6 lang., ch. occup. méd., cond. mod. Réf. franç. Dr Neumann, Asile d'aliénés, Rodez.

N° 38. — On demande bouteille acétylène Magondeaux, 1000 ou 500 l. d'occas. Faire offres à Dr Quézac. à Millau (Aveyron).

N° 39. — A vend. Auvergne, alt. 400 m., propr. agré. 8 km. Clermont-Ferr. (au pied Monts Dômes). Centre excurs. : Royat, Chatel-Guyon, Tournoel, etc. Autobus Cl.-Ferr. et Riom, proxim. église, poste. Mais. habit. 12 p., 2 étages, électr. gr. remise voût. pour auto ou voit. Chalet r. de c. 3 pièc. indép. occupées par garde ; 1er étag. gr. hall, billard, 1 ch. Atten. : chalet, écurie av. box et 3 stal. au-dess. 4 ch. domest. Parc 1 hect. 1/2 clos mur, 4 sources, 2 pièces eau, très beaux arbres, pré, verger, potagers, serre. Conviend. mais. de santé ou sanat. S'ad. Mre Dutour, not. à Pont du Château (P.-de-AD.).

N° 40. — A vend. 6 CV Renault 1924 sort. révis. carros. neuve, 10.000. Moto Triumph boite Sturmey, 3 vit. parf. état 2.000, Dr Dubroca à Lacanau (Gironde).

N° 41. — Tabl. électr. mural Lézy, parf. état, av. 40 élém. Prix 1.500 fr. Ecr. Dr Courdouan à Auchel (P.-de-C.).

N° 42. — 2 h. Paris, grosse aglom. seul méd. pro-phar. Rapp. 35.000, en progress. Possib. fixe ch. de fer. A céd. pour 10.000. Urgent. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 43. — Banl. imméd. Nord. Import. poste, gros fixes, appart. part. séparé. Prix 90.000, dont comptant à débat. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Les préparations à base exclusive de boldo sont le plus souvent inopérantes.

Par contre, la clinique nous apprend qu'une combinaison logique de l'opothérapie à la boldine et aux meilleurs cholagogues (combretus, rhamnus, buxus sempervirens) donne toujours des résultats heureux et procure souvent de véritables cures dans tous les cas de foies pathologiques.

Cette formule est celle des «HÉPATHOGÈNES CHARVOZ» (2 pilules aux repas).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journées médicales tunisiennes** (2-13 avril 1926). — *Inscription des communications.* La date de clôture des inscriptions est fixée au 5 mars 1926. Pour renseignements, s'adresser au Dr F. Gérard, secrétaire du comité d'organisation, 100, rue de Serbie, à Tunis.

— **Concert de l' « Orchestre Médical ».** — L'« Orchestre médical » donne, lundi 25 janvier, à 21 heures, salle des concerts du Conservatoire, 2, rue du Conservatoire, un concert vocal et instrumental (Voir programme dans le Reportage professionnel).

— **Dîner de l'«Amicale des Médecins de Bretagne».** — Le dîner de l'Amicale des médecins de Bretagne, qui devait avoir lieu le 20 janvier, a été reporté au mercredi 27 janvier. S'inscrire près de M. Larcher, secrétaire général, 1, rue du Dôme, Passy.

— **Maison départementale de Nanterre.** *Internat.* — Un concours pour l'admission à des places d'internes s'ouvrira le 22 février. S'adresser jusqu'au 6 février à la préfecture de police (service du personnel).

— **Croisière en Orient du « Bruxelles Médical ».** — *Pâques* 1926. — Sont admis : les médecins et leurs familles, aux conditions très spéciales que nous avons fait connaître. Rappelons que les prix de première, de seconde et de troisième classe sont compris en francs *belges*. Les 3es classes sont des cabines de 4 à 6 personnes mises à la disposition d'étudiants en médecine.

Les *acomptes* (500 francs) devront être versés pour le 1er février, sauf pour les confrères des deux Amériques qui devront, pour cette date, prévenir par câble de l'expédition de cette somme.

Adresse télégraphique : BELGEFRANAY, Bruxelles.

Aux abonnés du « Concours Médical », qui ne sont pas encore membres du « Sou Médical ».

Chers Confrères, chers amis, voulez-vous faire partie de notre Ligue de Défense professionnelle, avoir recours à elle dans tous les litiges que vous pourrez rencontrer dans votre vie professionnelle, obtenir son appui moral et matériel et vous assurer contre la responsabilité civile jusqu'à concurrence de Cent mille francs ?

Faites un léger sacrifice. Ajoutez quelques sous quotidiens à ceux que vous consacrez déjà à votre journal médical.

Pour quatre sous par jour, pour soixante-quinze francs par an, vous recevrez hebdomadairement le *Concours médical*, et vous serez membres du « Sou médical », avec tous les avantages que cette situation vous confèrera, et le « Sou médical », grossi de trois mille unités, verra sa puissance considérablement augmentée, en même temps qu'il pourra multiplier les services qu'il entend rendre à ses adhérents.

Pour *quatre sous par jour* ! ! !

LE « SOU MÉDICAL ».

FAITS OBSTÉTRICAUX

Grossesse prolongée et dystocie des épaules dans un accouchement de tératencéphale.

Mme F..., 24 ans, secondipare. Premier enfant en septembre 1923, mort-né à la suite d'une extraction laborieuse au forceps en O.I.D.P.

Pour cette deuxième grossesse, les dernières règles datent du début de décembre 1924 et les premiers mouvements fœtaux de la fin d'avril et Mme F. est très affirmative sur ces deux dates ;

L'accouchement était donc à prévoir pour la mi-septembre.

Aux premiers jours d'octobre, ma cliente, inquiète du retard, me fait appeler.

Je constate une hauteur utérine d'utérus à terme, battements du cœur à gauche, mais je n'arrive pas à délimiter la tête par le palper.

Je pratique alors le toucher, et je perçois à travers le segment inférieur de l'utérus une masse molle non engagée qui me fait penser à un siège.

Comme, par ailleurs, le pôle fœtal supérieur ne donne pas une impression d'extrémité céphalique, je réserve mon diagnostic de présentation.

Je déclare que l'accouchement ne saurait tarder, que la conception a dû vraisemblablement précéder les règles qui ont manqué.

Mais les semaines passent et enfin le 10 novembre, ma cliente entre en douleurs.

A mon arrivée, la dilatation est à petite paume, poche des eaux bombant dans le vagin. Je perçois encore la même masse molle non engagée, mais de crainte d'ouvrir prématurément la poche des eaux je n'insiste pas trop dans mon examen et je me tiens toujours sur la même réserve.

Les battements du cœur sont à gauche, avec maximum au milieu de la ligne ombilic-épine iliaque.

Environ trois quarts d'heure après, la poche des eaux se rompt spontanément.

Je pratique aussitôt un examen qui me permet de constater que la dilatation est complète, et que l a masse molle, objet de mes préoccupations, est entourée à la base d'une collerette osseuse se continuant par une voûte qui n'est autre que la voûte du crâne.

Il s'agit donc d'une malformation crânienne avec salllie de l'encéphale.

La tête est petite ; je puis la saisir à pleine main et m'en servir pour pratiquer quelques tractions.

Je l'amène ainsi jusqu'à la vulve, mais il m'est impossible d'aller plus loin.

Je fais alors une prise au forceps afin de tirer plus fort ; je n'aboutis pas davantage.

Je désarticule mon forceps et j'essaye de dégager le bras postérieur, mais je n'arrive que sur l'acromion.

Je recommence les tractions avec mes deux mains accrochées au menton et à l'occiput.

C'est une dystocie des épaules rebelle aux tractions les plus fortes.

Enfin, après une demi heure d'effort, je puis dégager le bras postérieur.

Le diamètre bi-acromial étant alors réduit, l'extraction devient possible.

Fœtus hyperencéphale du sexe masculin, mort-né.

La voûte crânienne manque presque entièrement. L'encéphale forme une tumeur non pédiculée, de la dimension d'une bonne tomate, placée au-dessus de la tête.

La tête est réellement petite, les parties sexuelles peu développées ; mais les épaules et le thorax sont énormes. Le poids du fœtus est de 5 kgr. Le placenta est normal. Périnée déchiré. Suites normales.

J'estime qu'il y a eu grossesse prolongée jusqu'à près de 11 mois, ainsi qu'il semble résulter des dates des dernières règles et des premiers mouvements fœtaux, mais ainsi qu'il résulte aussi du développement exagéré des épaules et du thorax.

Cette grossesse prolongée peut trouver son explication dans les troubles résultant de l'atrophie céphalique et dans la faible sollicitation du segment inférieur par un pôle fœtal atrophié.

Dr A. Martel,
Reillanne (B.-A.).

Élargissement de la compétence des Juges de Paix

Le *Journal officiel* du 7 janvier a publié une loi, datée du 1er janvier, qui modifie divers articles de la loi du 12 juillet 1905, relatifs à la compétence des juges de paix.

Par suite de ces modifications, les juges de paix connaîtront, en matière civile, de toutes actions personnelles ou mobilières, en dernier ressort jusqu'à la valeur de 600 francs et, à charge d'appel, jusqu'à la valeur de 1.500 francs.

Jusqu'ici, la compétence en dernier ressort était limitée à 300 francs et la compétence en premier ressort à 600 francs.

Cet élargissement de la compétence, motivé par la dévalorisation du franc, est intéressante, particulièrement pour les médecins, qui, comme nous le savons au « Sou médical », ont, de plus en plus souvent, à appeler leurs clients devant les juges. Nombreuses sont les notes d'honoraires placées entre le maximum ancien et le maximum nouveau, entre 600 et 1.500 francs et, pour ces notes, les médecins auront par suite beaucoup moins de frais à exposer. La procédure en justice de paix est peu coûteuse, tandis que celle qui doit être suivie devant les tribunaux de première instance est assez onéreuse, depuis que les frais judiciaires, les émoluments des avoués et les honoraires des avocats, intermédiaires indispensables devant cette juridiction, ont augmenté, sans cependant avoir suivi le cours des changes dépréciés.

Le nouveau taux de compétence s'applique aux procédures commencées depuis la promulgation de la loi du 1er janvier. Même si la tentative de conciliation a eu lieu, dès lors que l'assignation n'a pas été délivrée au débiteur, la citation peut être portée devant le juge de paix, au lieu de l être devant le tribunal de première instance, si la demande n'est pas supérieure à 1.500 francs.

Mais, la loi dit formellement que les procédures commencées avant sa promulgation resteront soumises aux dispositions des lois antérieures pour la compétence et les degrés de juridiction. Une demande en 350 francs d'honoraires formée avant le 8 janvier devant le juge de paix restera donc susceptible d'appel, alors qu'une demande en 700 francs portée devant le tribunal de première instance restera soumise à la juridiction de celui-ci.

Cependant, il serait possible de se désister d'une instance déjà introduite, en faisant toutes réserves en ce qui concerne l'action elle-même, pour recommencer sur nouveaux frais devant le juge de paix, si celui-ci est devenu compétent en vertu de la loi du 1er janvier.

J. DUMESNY.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *janvier.*

Hygiène publique.

Avis de concours pour l'emploi de médecin directeur technique de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne, chargé en même temps des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène.

Un concours sur titres aura lieu à Paris, dans la première quinzaine du mois de février, pour la nomination d'un médecin directeur technique de l'office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne, qui sera chargé spécialement du fonctionnement des dispensaires antituberculeux et chargé en même temps des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 30 janvier 1926.

Les candidats devront être français, âgés de trente ans au moins et de quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1926, munis du diplôme de docteur en médecine français (diplôme de l'Etat), avoir effectivement exercé la médecine générale pendant trois ans et avoir été attachés pendant six mois au moins à un service spécialisé de tuberculose. Les années d'internat dans les hôpitaux d'une ville d'une faculté ou d'une école de plein exercice seront considérées comme des années d'exercice de médecine générale.

Les demandes, rédigées sur timbre, devront être adressées au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, 6e bureau), et, outre les attestations d'exercice médical indiquées ci-dessus, être accompagnées des pièces suivantes :

1° Acte de naissance ;

2° Certificat d'aptitudes physiques délivré par un médecin assermenté ;

3° Copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

4° Extrait du casier judiciaire (bulletin n° 3), ayant moins de trois mois de date ;

5° Certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° Exposé des titres, travaux et services et production des principales publications et ouvrages scientifiques médicaux effectués par l'intéressé ;

7° Toutes autres pièces et documents, s'il y a lieu ;

8° Engagement sur timbre, en cas de nomination :

a) De rester au service de l'office pendant une durée de cinq ans au moins et de renoncer à faire de la clientèle.

b) De se consacrer exclusivement à ses fonc-

tions et de ne prétendre, par conséquent, à aucune autre fonction ou mandat public ;

c) De ne pas s'installer dans le département de la Haute-Marne en cas de cessation de fonctions, pendant une période de trois ans à dater de cette cessation ;

d) En cas de démission ou de nomination à un autre poste, de continuer à assurer son service, pendant trois mois au minimum.

Les dossiers des candidats non admis leur seront rendus.

Le médecin nommé directeur technique de l'Office et inspecteur départemental d'hygiène recevra un traitement minimum de 22.000 fr., savoir : 18.000 fr. comme directeur technique de l'Office et 4.000 fr. comme inspecteur départemental d'hygiène.

Ce traitement sera augmenté en raison des services rendus après deux ans au minimum d'exercice.

Le médecin directeur technique de l'Office et inspecteur départemental d'hygiène sera, s'il le demande, soumis au régime de retraite des fonctionnaires du département, après autorisation du conseil général.

Enfin, les frais de déplacement lui seront remboursés mensuellement sur mémoire.

8 *janvier.*

Accidents du travail.

Arrêté fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Cet arrêté, qui refond complètement le tarif Breton et est applicable à compter du 1er janvier 1926, sera publié intégralement, très prochainement, dans le corps du journal.

10 *janvier.*

Sanatoriums publics.

M. le Dr Reynard, médecin adjoint du Sanatorium de Montfaucon (Lot), est nommé médecin directeur de 5e classe de cet établissement.

CORRESPONDANCE

2737. — Les traitements forfaitaires et l'impôt cédulaire sur le revenu.

J'ai déclaré un bénéfice de 22.500 ainsi libellé : traitement : 15.700 ; bénéfice des professions libérales : 6.800.

L'an dernier, cette façon de libeller avait été admise, libellé de 1923 : traitement, 1.200 ; bénéfice des professions libérales : 8.800, d'où le fisc n'avait retenu pour mes impôts que 8.800, car je suis marié, un enfant. Cette année le fisc retient le chiffre de 22.500.

En février, le contrôleur m'avait demandé la nature de mon traitement, et je lui avais indiqué qu'il s'agissait là de mon traitement touché pour soins donnés à des ouvriers mineurs par les caisses de secours, à un tarif fixe de 15 fr. par ouvrier.

1° Je voudrais savoir si cette somme peut être considérée comme un traitement.

2º Pour l'an prochain, ai-je le droit de considérer les traitements alloués pour soins aux indigents (bureau de bienfaisance) comme un traitement ou salaire ?

Dr N.

Réponse.

La question de savoir si les émoluments forfaitaires alloués à un médecin soit par une caisse de secours pour soins donnés à ses adhérents, soit par un bureau de bienfaisance pour soins donnés aux indigents, constitue un traitement (au sens fiscal du mot) ou un bénéfice des professions non commerciales, est toujours controversée et n'a fait l'objet, jusqu'à ce jour, d'aucune décision du Conseil d'Etat.

A notre avis, s'il existe un contrat entre le médecin et la caisse de secours ou le bureau de bienfaisance, contrat stipulant le traitement, les conditions de rupture, etc., la rémunération peut être assimilée à un traitement et nous vous conseillons d'introduire une réclamation devant le Conseil de Préfecture, et, en cas de rejet, devant le Conseil d'Etat.

Tant que cette question n'aura pas été jugée définitivement, nous vous conseillons de faire figurer dans votre déclaration les rémunérations visées ci-dessus à la rubrique des traitements et salaires.

A. M.

3093. — Cumul de l'indemnité de soins d'un tuberculeux de guerre avec la gratuité des soins.

Un mutilé réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire et qui touche l'indemnité de soins instituée par l'art. 198 de la loi des finances du 13 juillet 1925, continue-t-il à avoir droit aux soins gratuits et aux médicaments gratuits avec son carnet médical ?

Dr J.

Réponse.

L'article 198 de la loi du 13 juillet 1925, en allouant une indemnité de soins de 5.000 francs aux réformés à 100 % pour tuberculose pulmonaire, ne leur enlève pas le droit aux soins gratuits. Il leur impose seulement de se soigner sous la surveillance des organismes antituberculeux.

Un décret du 25 août 1925, rendu en exécution de l'article 198, précise les conditions dans lesquelles l'indemnité doit être allouée.

Il faut que l'intéressé ne soit traité pour sa tuberculose, aux frais de l'Etat, ni dans un sanatorium, ni dans un hôpital, et qu'il se soigne sous la surveillance des organismes antituberculeux.

Par cette expression, il faut entendre les dispensaires d'hygiène constitués conformément aux dispositions de la loi du 15 avril 1915.

A défaut de dispensaire antituberculeux, le préfet, après avis du Conseil départemental

(*Voir la suite page XLVII-221*).

CONCOURS

Trois mille francs de Prix

Le CONCOURS MÉDICAL ouvre un concours entre tous les médecins français. Ce concours sera clos le 31 mars 1926.

L'objet du concours est la rédaction d'articles qui seront publiés dans le journal sur la question suivante :

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ? — *Quelles répercussions peut-on prévoir, sur l'une et l'autre, de la législation relative à la Médecine sociale en général, et aux Assurances sociales en particulier* ?

Chaque article devra représenter au minimum 5 colonnes, et au maximum 10 colonnes du *Concours médical.*

Chaque concurrent désignera son travail par une devise reproduite sur sa Carte insérée dans une enveloppe cachetée.

Le jury du concours est composé des membres du Conseil de Direction du *Concours médical.*

Ce concours est doté, par la Société de la Reine de Vals, de *trois mille francs de prix*, répartis de la façon suivante :

1er *Prix* : **Mille francs.**
2e *Prix* : **Cinq cents francs.**
3e *Prix* : **Trois cents francs.**
et plusieurs prix de cent francs.

Les originaux, dactylographiés de préférence, devront être adressés à

Monsieur le Rédacteur en Chef du Concours Médical,
132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Une réédition du Paradoxe de J.-J. Rousseau. Les bienfaits du retour à l'état sauvage.

Le *Concours médical* est toujours en collaboration avec ses lecteurs, aussi, venons-nous de recevoir d'un de nos confrères du Sud-Ouest une coupure annotée de la *Petite Gironde* du 21 décembre 1925. Dans ce journal bordelais, M. Ludovic Naudeau a écrit un intéressant article intitulé : *L'hygiène d'un peuple est sa vraie force.* Comme c'est évidemment l'avis de tous les médecins, nous ne nous expliquions guère au premier abord pourquoi notre confrère avait tenu à attirer notre attention sur un pareil truisme. Mais l'article était semé de passages soulignés avec des points d'exclamation en marge, qui nous incitèrent à le lire.

M. Ludovic Naudeau y analyse très brièvement un article de sir W. Arbuthnot Lane, paru dans la *Fortnightly Review.* Ce médecin anglais vient de fonder une ligue pour ramener ses concitoyens anglo-saxons à la vie sauvage, à la nature. Et M. Ludovic Naudeau, à la suite du savant britannique, dont il affirme exposer la thèse, fait un éloge de la vie sauvage et en met les avantages en parallèle avec notre existence de civilisés. Tandis que nous avons, du fait de notre civilisa-

tion, créé de toutes pièces une foule de maladies inconnues de l'homme primitif, le sauvage, lui, ne mourrait que de vieillesse. L'auteur fait ici une petite restriction : « A condition, dit-il, qu'il échappe à la mort violente, à l'accident, à la famine, à l'épidémie ». « Le sauvage a des cheveux épais, une bonne vue, de fortes mâchoires bien garnies, d'excellentes dents et de larges narines qui lui évitent d'avoir à respirer par la bouche. Il ignore, paraît-il, presque toujours le cancer, l'appendicite, la gastrite, l'indigestion, la constipation. Le petit sauvage, toujours nourri au sein, est obligé pour téter, de comprimer ses mâchoires avec énergie : ce seul exercice lui prépare de meilleures narines, une meilleure gorge que celle du bébé civilisé alimenté au biberon. »

La conclusion semblerait être, pour un esprit simple : Il faut revenir à l'état sauvage et faire litière de la civilisation et du progrès.

Nous pourrions discuter les affirmations que M. Ludovic Naudeau emprunte à notre confrère anglais. Les statistiques sérieuses, très incomplètes pour les civilisés, n'existent guère pour les sauvages et il nous semble difficile de prouver que le cancer, l'appendicite, la gastrite, l'indigestion, la constipation sont les apanages des seuls civilisés. Nous serions curieux de connaître sur ce point l'opinion de nos confrères coloniaux de l'Afrique occidentale ou équatoriale qui ont pu observer de véritables sauvages. Mais, en admettant ces affirmations comme rigoureusement exactes, nous ferons remarquer que les sauvages dont la natalité est fort élevée, et qui devraient pulluler, sont frappés par une telle mortalité, du fait de la famine, des épidémies et des diverses causes de mort violente, que ceux qui échappent à ces fléaux, — et ils sont relativement peu nombreux, — ont subi de ce fait une rigoureuse sélection et sont des sujets d'une exceptionnelle résistance, tandis que chez nous, civilisés, l'on arrache à la mort à force de soins, de moyens artificiels, toute une théorie de débiles, de malingres qui auraient indiscutablement succombé, livrés à la vie sauvage.

Le paradoxe du retour à la nature et de l'éloge de la vie sauvage n'est certes pas nouveau. Il a fait fortune avec J.-J. Rousseau et a donné lieu à un bourrage de crânes qui a permis à une légion d'idéologistes de conseiller, et même d'expérimenter, les pires sottises.

Il n'est pas bon de laisser l'imagination et le sentiment courir bride abattue sans être retenus par le frein de la critique et de la raison.

Sans doute notre civilisation n'est pas à l'abri de tout reproche et les progrès indiscutables qu'elle a réalisés, nous obligent trop souvent à leur payer une lourde rançon. Sans doute les aliments frais valent mieux que les conserves, et l'air et le soleil des champs sont préférables à l'atmosphère viciée des villes. Mais les aliments de conserve, avec tous leurs inconvénients, mettent à l'abri de la disette et de la famine qui déciment les sauvages, et la ville, avec ses industries plus ou moins malsaines, permet à nombre d'individus de gagner leur vie, alors qu'ils mourraient de misère à la campagne. Qu'on cherche à ramener les travailleurs aux champs en leur procurant les moyens d'y vivre sainement, tout en y gagnant largement leur vie, qu'on tâche de substituer des aliments frais aux aliments de conserve, le lait frais au lait stérilisé, en faisant faire un nouveau bond au progrès de l'hygiène alimentaire, tout le monde le désire et nous y applaudissons des deux mains. Mais qu'on nous fasse grâce des paradoxes à la Jean-Jacques et, s'il est permis aujourd'hui d'écrire avec ironie l'Eloge du mensonge, qu'on évite de rééditer l'Eloge de la Sauvagerie.

Il suffit de se reporter aux documents sérieux qui nous renseignent sur les époques où l'homme vivait à l'état sauvage ou demi-sauvage, pour être convaincu de la terrible existence qu'il menait alors, et il ne faut pas être un grand sociologue pour démontrer que le progrès a sans cesse amélioré les conditions générales de l'existence humaine.

Quoi qu'en dise M. Ludovic Naudeau, le pain blanc a du bon ; nous avons pu l'apprécier après avoir mangé de mauvais pain pendant la guerre, et nous préférons, malgré toutes les références, sucrer les tisanes de nos petits malades avec du sucre blanc qu'avec la mélasse noire, résidu des raffineries, que M. Naudeau qualifie d'« excellente substance ».

Sir Arbuthnot Lane a créé une nouvelle ligue, celle du retour à la nature. Ces ligues, prévues il y a deux siècles et demi par Voltaire dans l'*Homme aux Quarante Ecus*, sont toujours de quelque utilité. Mais leur efficacité n'est pas toujours éclatante.

A leur sujet, M. Ludovic Naudeau écrit :

« On ne rira pas de ces grandes croisades humanitaires quand on réfléchira qu'en France même, la Commission Rockfeller, en instituant 580 dispensaires, répartis dans 72 départements, a diminué de 30 % le nombre des décès de la tuberculose. »

Pareille affirmation qui, d'ailleurs, est audacieuse

cieusement propagée par la grande presse, ne nous — porte pas à rire, — le sujet est trop grave. mais à sourire tristement.

Les progrès de l'hygiène et de la civilisation qui, nous en convenons, sont loin, très loin d'avoir dit leur dernier mot, feront certes plus pour le bonheur et la santé de l'espèce humaine que le retour à la sauvagerie.

Lucrèce, il y a deux mille ans, avait une conception plus exacte des avantages de ces progrès. Après avoir énuméré, dans le livre V du *De Rerum Natura*, toutes les découvertes de l'industrie humaine, il conclut :

Navigia atque agriculturas, mœnia, leges.
Arma, vias, vestes et cetera de genere horum,
Præmia, delicias quoque vitæ funditus omnis,
Carmina, picturas, et dædala signa polire,
Usus et impigræ simul experientia mentis
Paulatim docuit pedetemptim progredientis.
Sic unumquidquid paulatim protrahit aetas
In medium, ratioque in luminis erigit oras.
Namque aliud ex alio clarescere corde videbant
Artibus, ad summum donec venere cacumen.

« Navigation, culture des champs, fortifications, lois, armes, vêtements, et tous les autres gains de ce genre, comme aussi tous les raffinements du luxe, poèmes, tableaux, statues d'un art achevé, c'est l'usage et aussi les efforts opiniâtres et les expériences de l'esprit qui, peu à peu, les enseignèrent aux hommes par la marche lente du progrès. C'est ainsi, que pas à pas, le temps amène au jour chaque découverte, que la science dresse en pleine lumière. Car les hommes voyaient les idées s'éclairer l'une après l'autre dans leur âme, jusqu'au jour où leur industrie les porta au faîte de la perfection. » (*Traduction d'A. Ernout.*)

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ENFANTS QUI BOITENT

Les différences de longueur entre les membres inférieurs

Par le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Tours.

Il y a beaucoup plus qu'on ne le pense de personnes boitant de naissance. Je ne veux pas parler ici des enfants présentant une luxation de la hanche, ou des incurvations des os longs des membres inférieurs ; ce sont là boiteux par excellence et qui se présentent à vous avec un diagnostic facile.

Mais je fais allusion aux individus qui boitent parce qu'ils présentent des asymétries de développement entre les deux moitiés du corps.

Les inégalités de développement des deux parties du corps sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Elles passent d'ailleurs inaperçues lorsqu'elles sont légères et qu'on examine les sujets superficiellement. Dans quelques cas seulement elles deviennent évidentes et frappent de suite un observateur, même non averti, parce qu'elles déterminent dans la statique générale du corps des dysharmonies graves, des asymétries choquantes et aussi le plus souvent une démarche irrégulière et sautillante.

***

Peu d'auteurs ont parlé de ces inégalités de développement des deux parties du corps ; cependant dès 1869 Trelat et Monod les signalaient. Depuis, un petit nombre d'observations seulement ont été publiées portant sur des cas très accusés.

En pratique, c'est la boiterie déterminée par ce développement asymétrique qui est le symptôme le plus grave et celui qu'il faut traiter.

J'ai vu plusieurs fois des jeunes gens de 15 à 18 ans ayant des différences de longueur notables entre leurs deux membres inférieurs. Cette différence a été dans certains cas de 3, 4 et même de 7 et 8 centimètres. A ce degré il existe une boiterie considérable.

Il est à remarquer tout de suite qu'une telle différence de longueur ne se montre pas dès la naissance. A la naissance, ou dans les premiers mois, on peut être frappé par une légère différence de longueur. Celle-ci s'accentue réguliè-

rement et progressivement pendant toute la période de croissance.

J'ai pu examiner en 1912, à Loudun, un garçon de 4 ans dont le membre inférieur gauche était plus court que le droit de 3 centimètres ; à 8 ans la différence était de 4 centimètres ; à 13 ans, de 5 centimètres ; à 16 ans de 7 centimètres. J'ai noté des différences analogues pour les membres supérieurs.

Ces différences ne portent pas sur un seul segment de membre, mais sur tous les segments du membre inférieur. Sur un enfant de dix ans nous constatons en effet les chiffres qui suivent :

	Cuisse	Jambe	Pied
Membre inférieur droit	37 cm. 5	29 cm.	17 cm.
Membre inférieur gauche	39 cm. 5	31 cm.	22 cm.

Ainsi donc les trois segments participaient à une réduction de longueur observée à droite.

***

Lorsque la différence de longueur atteint 3 centimètres on peut constater des troubles statiques.

L'enfant boite.

Il en résulte de suite dans la colonne vertébrale une scoliose statique, qui reste souple et disparaît dès que l'enfant est au repos, mais qui s'aggravera et se fixera définitivement à l'adolescence.

Pour rétablir l'équilibre deux phénomènes peuvent se produire.

Chez les tout jeunes enfants les os du côté le plus long se courbent, et il se rétablit ainsi une égalité de longueur. Je viens d'observer ce cas chez un enfant de 2 ans, à Saumur.

Plus communément les enfants un peu plus âgés rétablissent leur équilibre en portant la *pointe du pied en équinisme.* Il en résulte un pied creux, de la gampsodactylie, une rétraction permanente du tendon d'Achille. A la longue il se produit des déformations permanentes du squelette du pied, et une attitude vicieuse de tout le membre inférieur.

Dans tous ces cas on ne remarque pas chez les enfants de lésions pathologiques du squelette, des articulations, des muscles, du tégument et le système vasculaire est toujours régulier.

On peut se demander si dans ces cas il s'agit d'un raccourcissement ou d'un allongement d'un membre. Chez les sujets que j'ai pu étudier avec soin et suivre pendant un certain temps, j'ai constaté toujours que les dimensions du membre le plus long ne dépassaient pas les moyennes des sujets normaux du même âge. Il s'agit donc en réalité d'une hypotrophie localisée à un membre ou à tout un côté du corps.

***

Ces constatations permettent de séparer nettement ces symptômes hypotrophiques, d'avec ce qu'on a appelé les hémi-hypertrophies ou les hypertrophies localisées. Ici, il n'y a pas raccourcissement, mais allongement ou augmentation de volume d'un membre. On constate alors sur le membre le plus long un épaississement de la peau, un développement excessif du tissu adipeux, et des tissus sous-cutanés qui sont fermes et lardacés et aussi un état lymphangiomateux ou angiomateux.

Quand on a affaire à des lésions du seul système lymphatique, les os ne sont pas ordinairement allongés ; s'il y a des lésions du système sanguin il peut y avoir allongement et épaississement des os et très souvent des nævi pigmentaires.

Il y a donc lieu de séparer très nettement les différences de longueur des membres inférieurs d'origine congénitale, sans cause, ni trouble pathologique, et qui se rangent dans les asymétries si communes des organes binaires, d'avec les hypertrophies pathologiques dont la cause paraît être surtout d'origine vasculaire.

On distinguera aussi ces asymétries congénitales des membres inférieurs d'avec les asymétries causées par l'hyperfonctionnement d'un membre. On sait par exemple que d'ordinaire le côté droit du corps est plus développé chez les droitiers et que le côté gauche l'est plus chez les gauchers. Nous ferons remarquer qu'il n'y a dans ces cas qu'augmentation de volume des organes, mais non augmentation de longueur. La boiterie n'existera donc pas.

***

Que faire lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant ayant une différence de longueur de ses membres inférieurs.

Lorsqu'on a affaire à de tout jeunes enfants, il n'y a qu'à rétablir la symétrie par le port d'une chaussure surélevée. On évitera ainsi la production de scolioses et d'attitudes vicieuses. On veillera à ce que la surélévation des chaussures soit vérifiée exactement au fur et à mesure de la croissance des enfants, parce que, comme nous l'avons dit, les différences de longueur s'accentuent avec la croissance.

Si chez un jeune sujet on constate une incurvation des os du côté le plus long, il faudra d'abord réduire ces incurvations, puis surélever la chaussure du côté le plus court.

Chez les sujets plus âgés, ayant atteint par exemple huit ou dix ans, si on constate une attitude vicieuse du membre le plus court : pied en équinisme, pied creux, gampsodactylie, rétrac-

tion de tendon d'Achille ; il conviendra d'intervenir.

Une simple ténotomie achilléenne suffira d'ordinaire pour réduire les désordres constatés sur un pied encore souple et dont les lésions ne sont pas définitives. On fera porter ensuite un appareil plâtré pendant quelques semaines. Au bout de ce temps, il faudra faire porter à l'enfant une chaussure orthopédique permettant de corriger la différence de longueur entre les deux membres.

***

Cette petite infirmité, déterminée par la différence de longueur des deux membres inférieurs, est bien plus fréquente qu'on le suppose. Le médecin doit être averti de cette dysharmonie et doit la rechercher avec soin chez les jeunes enfants. Il y remédiera de bonne heure comme nous venons de l'indiquer.

Qu'on soit bien convaincu qu'une grande proportion des scolioses dites essentielles qui deviennent évidentes à l'adolescence, sont dues en réalité à ces différences de longueur des jambes. En prenant la précaution de faire marcher les enfants d'aplomb, en corrigeant leur boiterie, on évitera ainsi ces troubles graves de la scoliose.

Dans tous les cas, il ne faudra jamais négliger une légère claudication observée chez l'enfant. Il n'y a pas en réalité de malformations insignifiantes, si petites paraissent-elles.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les cancers du corps de l'utérus.

M. le Professeur Pierre DELBET,

Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Nous avons dans le service deux malades dont les observations vont me permettre de vous parler des cancers du corps de l'utérus.

La première est une femme de 67 ans, entrée à l'hôpital pour des hémorrhagies abondantes et persistantes se faisant par le vagin. Il y a six mois environ, elle a commencé à maigrir et à avoir des pertes blanches ; puis, dans ces derniers temps, sont apparues des pertes rouges, hémorrhagiques. La malade avait eu sa ménopause à 48 ans et c'était la première fois depuis — au bout de 19 ans, par conséquent — qu'elle constatait un écoulement sanguin vaginal.

Donc, voici trois mois, se montra une première hémorrhagie qui dura 4 jours. Un mois après, même accident. Quelques semaines plus tard, troisième hémorrhagie qui se prolongea quinze jours.

En résumé, femme ayant eu une ménopause normale à l'âge de 48 ans. Pendant une période de 19 ans, aucun trouble génital. Depuis trois mois, hémorrhagies qui semblent aller en augmentant et se sont produites 3 fois.

Quand, chez une femme qui a dépassé ainsi notablement la période de ménopause, apparaît un retour de pertes sanguines génitales, on doit tout d'abord penser au cancer de l'utérus. Le plus habituellement, en effet, on se trouve en présence d'un cancer du col. Or, chez notre patiente, le col est intact. Faut-il rejeter pour cela l'hypothèse de néoplasie maligne ? Non.

Quelles affections peuvent, chez les femmes âgées, provoquer des hémorrhagies génitales, après la cessation des règles en particulier ? Trois principales. En premier lieu, les polypes de l'utérus.

Les polypes de l'utérus sont de trois variétés. La première : les polypes fibreux, les fibro-myomes saillant sous la muqueuse et plus ou moins pédiculés. Ils ne se produisent que pendant la période d'activité génitale et ne se voient plus après la ménopause. La seconde : les polypes muqueux, petites tumeurs bénignes pouvant donner lieu à des hémorrhagies parfois profuses. Ils sont quelquefois difficiles à reconnaître, en raison de leurs variations de volume. A certains moments, ils deviennent turgides et on les sent au travers du col entr'ouvert (ils mettent, pourrait-on dire, le « nez à la fenêtre »). Cette turgescence aboutit à une hémorrhagie plus ou moins abondante qui décongestionne le polype. Si l'on pratique l'examen à ce moment, on peut ne rien trouver au doigt et ne rien voir au spéculum. C'est aussi, d'ailleurs, une affection de la vie génitale. Pour ma part du moins, je n'en ai pas rencontré d'exemple après la ménopause, et je ne crois pas qu'il en existe après un tel laps de temps surtout. La troisième variété comprend les polypes liés à l'existence d'une grossesse : polypes dits fibrineux (Velpeau) ou placentaires. Ils sont une suite de la gestation et il ne saurait évidemment en être question ici chez une femme dont la ménopause remonte à 19 ans.

Les polypes sont donc à éliminer. Il est une autre cause à considérer : la métrite des vieilles femmes. Elle provoque un écoulement avant tout purulent. A cet âge, les glandes de la mu-

queuse utérine sont atrophiées et la sécrétion normale de l'utérus est à peu près supprimée. La muqueuse est absolument lisse, mais reste capable de donner du pus en abondance, avec des hémorrhagies quelquefois. Le symptôme fondamental de cette métrite reste l'écoulement purulent, parfois fétide. Dans la période de vie génitale, on observe des métrites hémorrhagiques avec transformation caverneuse de la muqueuse utérine. Après la ménopause, cette affection paraît inexistante. L'écoulement des métrites des femmes âgées est beaucoup plus purulent qu'hémorrhagique. Chez notre malade, nous n'avons rien de cela.

Reste l'hypothèse de néoplasme, d'épithélioma, siègeant dans le corps utérin. Je vais vous dire brièvement ce que sont ces épithéliomas du corps de l'utérus. Voici un utérus, son col, son corps. Parmi les épithéliomas du col, les uns se développent sur la portion vaginale proprement dite, celle tournée du côté du vagin ; ils ont tendance à s'étendre vers les culs-de-sac vaginaux. D'autres sont franchement orificiels et ils gagnent plutôt la cavité utérine. D'autres, enfin, siègent dans le canal cervical, la région isthmique. Ceux situés plus haut encore sont les épithéliomas du corps utérin.

Les épithéliomas du col offrent ordinairement une constitution pavimenteuse. Pas constamment, toutefois. Il en est toujours ainsi pour l'orifice et la portion vaginale. Au niveau de l'isthme, ils sont quelquefois cylindriques. Au-dessus, dans le corps de l'utérus, tous sont du *type cylindrique*.

Pour être complet, il faudrait que je vous signale une autre forme possible, rare. La muqueuse utérine est remplie de glandes tubulées profondes qui pénètrent normalement dans l'épaisseur des fibres musculaires. Lorsque l'on pratique une biopsie des tissus ramenés par la curette, après un curetage utérin, on est de ce fait embarrassé quelquefois pour dire s'il s'agit de lésions d'endométrite glandulaire ou d'épithélioma. En dehors de ces glandes, on peut trouver des petits culs-de-sac diffus, ou circonscrits en un point où il y a un fibro-adéno-myome. Ces petits noyaux sont susceptibles de devenir l'origine de formations épithéliomateuses. C'est une des modalités de transformation maligne des fibromyomes, l'autre modalité — la plus fréquente — étant la transformation sarcomateuse. Je ne parle pas des cas où un épithélioma utérin gagne le fibrome.

En règle générale, les épithéliomas du corps utérin sont cylindriques. Pas toujours, cependant. Cette structure cylindrique habituelle les rend moins graves. L'épithélioma du corps est dans ces conditions infiniment moins grave que l'épithélioma du col de l'utérus — contrairement à ce que l'on pourrait penser. Son évolution est plus lente ; sa tendance à se généraliser et à envahir les ganglions est notablement moindre. Son pronostic est meilleur.

Revenons à notre malade. Est-elle atteinte d'épithélioma du corps utérin ? Aucune des hypothèses que nous pouvions faire pour expliquer ses métrorrhagies n'ayant paru satisfaisante, nous sommes amenés à nous orienter vers le cancer du corps. Quels sont les symptômes de celui-ci ?

Le symptôme fondamental est l'hémorrhagie, abondante généralement. Existe-t-il d'autres indices de l'épithélioma du corps utérin ? Non, dans la moitié des cas. Dans l'autre moitié, on observe des douleurs, douleurs singulières.

L'épithélioma est en lui-même, dans la règle, indolore. Il ne provoque des douleurs qu'à une phase tardive. Eh bien, dans les épithéliomas du corps utérin, qui sont par ailleurs relativement bénins, on voit se produire une fois sur deux des phénomènes douloureux, extrêmement pénibles souvent. Ils surviennent par crises, ordinairement d'une durée assez brève. Leur pathogénie n'est pas absolument élucidée. Il est probable que ces douleurs relèvent de contractions expulsives de la musculature utérine. Il arrive qu'il se fait l'obstruction de la région de l'isthme. Les déchets et les produits de sécrétion s'accumulent au-dessus. La musculature se contracte, pour vider la cavité, d'où des douleurs.

Il faut se rappeler ces pyomètres parce que les matières retenues sont extrêmement septiques ; au moment de l'hystérectomie, on risque alors des accidents.

Chez notre malade, nous ne notons aucun phénomène douloureux susceptible de fixer notre diagnostic. L'examen génital montre de l'atrésie du vagin (c'est presque la règle chez les femmes âgées), rien du côté du col de l'utérus, un corps légèrement augmenté de volume, un peu irrégulier, un peu noueux. Sur la face postérieure, on sent une saillie et je cherche à établir si elle peut être considérée comme le reliquat d'un ancien fibrome. Après la ménopause, les fibromes diminuent sans disparaître. Chez cette femme, la ménopause a eu lieu sans incident, sans hémorrhagies. A l'habitude, au cas de fibrome, il y a des pertes, et rien ne nous autorise à penser que cette nodosité est le reliquat d'un vieux fibrome.

Nous devons l'interpréter, dans ces conditions, comme symptomatique d'un épithélioma développé dans le corps utérin, à la face postérieure. Il y a là non une certitude, assurément, mais une haute probabilité.

Convient-il de faire quelque chose pour confirmer le diagnostic. On pourrait faire une dilatation, un curetage et une biopsie. Je vous ai signalé tout à l'heure les difficultés quelquefois

énormes d'interprétation de ces biopsies. Elles sont parfois insurmontables et je ne suis guère tenté de recourir à ce moyen qui peut très bien ne rien donner et qui offre des inconvénients. La curette, en effet, ouvre des vaisseaux sanguins et lymphatiques où les cellules épithéliales peuvent pénétrer. Je pense que chez cette malade, il faut d'emblée recourir à l'hystérectomie. S'il s'agit d'un reliquat de fibrome, on fera une hystérectomie simple, opération minime et sans risque. S'il s'agit d'un épithélioma, on pourra ainsi sauver la vie de cette femme.

Je passe à notre deuxième malade qui soulève un problème plus difficile et va me conduire à vous parler d'une autre variété de tumeur maligne du corps de l'utérus.

Il s'agit d'une jeune femme de 16 ans, entrée pour des phénomènes douloureux et des métrorrhagies. Il y a six mois, elle a fait une fausse couche et a été curetée. Depuis, elle s'est plainte de pertes sanguines abondantes. A quoi peut-on penser ?

Une éventualité courante est la métrite consécutive aux évacuations incomplètes de l'utérus. D'autres fois, on est en présence de polypes. Ici, il y a eu une circonstance particulière. La malade a expulsé non pas un œuf normal, mais une môle. Or, à la suite de la grossesse molaire, on voit parfois se développer des tumeurs graves, appelées chorio-épithéliomes.

Je vous dessine un schéma grossier du placenta.

Voici la caduque utérine, appelée encore sérotine ou membrane déciduale. Au-dessus, la paroi musculaire. Telle est la partie maternelle. Représentons la partie fœtale. Le placenta fœtal adhère au pourtour seulement et laisse entre lui et le placenta materiel une cavité remplie de sang, de lacs sanguins, en communication avec les vaisseaux de la mère. Il n'y a pas, en définitive, entre les vaisseaux maternels et fœtaux de communication directe. Le placenta fœtal est hérissé de saillies (villosités choriales) sorte de racines qui vont aller puiser les aliments dans les lacs sanguins.

Les villosités choriales ont un axe conjonctif et vasculaire, recouvert d'une première couche de cellules et d'une seconde couche (le syncitium) lame protoplasmique parsemée de noyaux.

Les tumeurs auxquelles je fais allusion ont été considérées comme prenant leur source dans la caduque maternelle (déciduome ou sarcome décidual). C'était une erreur. Les tumeurs d'origine déciduale, si elles existent, sont extrêmement rares. Il s'agit habituellement de formations développées aux dépens du syncitium.

Il peut se produire là des tumeurs bénignes (polypes fibrineux de Velpeau). Consécutivement à la gestation, quand il y a rétention d'un fragment placentaire, on voit quelquefois des villosités choriales former des saillies, qui sont les polypes en question. Il peut aussi naître aux dépens des dites villosités choriales des tumeurs ayant une extraordinaire malignité. Les villosités choriales ont une affinité naturelle pour les vaisseaux qu'elles tendent à pénétrer. On comprend que lorsque ces villosités subissent une transformation cancéreuse, elles conservent leur puissance d'envahissement pour le système sanguin, où elles peuvent former des embolies, des noyaux métastatiques qui vont aller coloniser n'importe où, dans les os, les vertèbres, les reins, les capsules surrénales, le poumon, le cerveau, etc. Dans certains cas, la première manifestation de la maladie est l'hémiplégie.

Ce genre de tumeurs malignes du corps de l'utérus succède généralement à des grossesses molaires, mais il existe aussi des exemples de chorio-épithéliomes succédant à des grossesses normales. C'est une forme terrible de cancer, par sa tendance à la généralisation, aux métastases. On signale des cas où la mort s'est produite au 3e et 4e mois.

Chez notre malade, faut-il admettre une néoplasie chorio-épithéliale, avec, comme conséquence thérapeutique, l'hystérectomie à pratiquer aussi rapidement que possible. Existe-t-il d'autres explications aux hémorrhagies constatées ici ? Certainement. Il peut s'agir de métrite, de polype placentaire, lésions bénignes. On a fait à la malade, après sa fausse couche un curetage. Mais le curetage après l'avortement est souvent incomplet. Il m'est arrivé à moi-même, une fois, après avoir terminé un curetage, dans ces conditions, d'introduire le doigt dans l'utérus par acquit de conscience pour ainsi dire, et d'en sortir encore un gros fragment de placenta.

Dans le cas actuel, il faudra, après dilatation large, faire une exploration digitale intra-utérine. Si l'on ne trouve rien on sera amené à conclure à la métrite spéciale post-abortive, que l'on traitera par le chlorure de zinc. Si l'on trouve quelque chose, ce sera ou un polype placentaire que l'on enlèvera par décollement et curetage, ou un chorio-épithéliome, qui nécessitera l'hystérectomie.

Leçon faite à la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin et recueillie par le Dr P. LACROIX.

ACTIONS BIOLOGIQUES DES RADIATIONS

Par le Dr FOVEAU DE COURMELLES,

Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences)
et de l'Académie de Médecine (1).

Les radiations de nature lumineuse vont de l'infra-rouge à l'ultra-violet constitué par les rayons X très durs et γ du radium. Toute une gamme — plusieurs gammes même — rayons X et ultra-violets le démontrent — existent entre les extrêmes.

La longeur d'onde a semblé caractériser la qualité dominante, mais il n'y a là, comme je l'ai déjà démontré ailleurs, rien d'absolu, car il y a parfois un chevauchement, un parallélisme des radiations.

Les radiations, vibrations ou projections incessantes, lancent, *émettent* en quelque sorte des projectiles en tous sens. Dès 1898 (*La Radiographie*), les rayons X m'amenaient à une « théorie nouvelle de la lumière et de la vision », où la vieille théorie de l'émission de Newton paraissait jouer son rôle. Depuis, Oudin et Zimmern ont comparé le tube de Crookes à une mitrailleuse en pleine activité, à balles plus ou moins rapides, donc plus ou moins pénétrantes. Une balle de plomb frappant un mur s'échauffe et s'aplatit, ou le pénètre, selon sa vitesse ; ainsi en est-il de notre peau et des tissus sous-jacents.

En chimie, nous avons des corps isomères de même nombre d'atomes, mais vraisemblablement groupés différemment, puisque de propriétés différentes. N'est-ce pas la dissemblance de deux sortes d'acide tartrique déviant, l'un à droite, l'autre à gauche, la lumière qui conduisit Pasteur à ses merveilleuses découvertes.

Dans le domaine de la lumière, cela prouve d'abord que selon la texture des corps rencontrés, les mêmes rayons auront des actions, physiques ou chimiques, variables, même à identiques qualités lumineuses, même longueur d'onde et *autres particularités à trouver*.

En dehors de la nature des corps rencontrés, et si variable quand il s'agit des êtres vivants, l'origine lumineuse, toujours à identité de longeur d'onde, a son importance. Nous avons des rayons ultra-violets et des rayons X mous qui ont la même longueur d'onde ; cependant, les premiers s'arrêtent à la peau, tout en produisant des réactions profondes que nous verrons ; et les seconds, pénètrent, irritent ou détruisent la peau, en amenant également dans l'intimité de l'organisme des transformations ou des destructions utiles en thérapeutique. Des ondes de haute fréquence et certains rayons infra-rouges ont parfois aussi la même longueur, et l'on trouve dans la diathermie et l'infra-rouge une production analogue de chaleur, que l'on a vu, tous deux, curatifs des radiodermites. Des ondes de haute fréquence de 2 mètres ont nécrosé des cancers inoculés à des pelargoniums (Gosset, Kokhavsky, Magrou).

On a vu également l'*antagonisme* des radiations sur lequel j'ai attiré l'attention dès 1903 : étant donné que la rougeole, comme les autres fièvres éruptives, peut être atténuée, en intensité de symptômes et durée par la couleur rouge, mais que la rougeole prépare à diverses manifestations tuberculeuses, lupus... sur lesquelles les rayons ultra-violets agissent très bien ; on peut conclure que la rubéolisation des tissus empêchant les ultra-violets de pénétrer, d'antiseptiser l'organisme, rend celui-ci perméable aux bacilles ; il faut donc combattre les rayons rouges par leurs antagonistes, les ultra-violets, pour réparer le dommage des premiers. Réciproquement, les infra-rouges calorifiques pourront empêcher les désastres des rayons X et du radium (chaleur diathermique de H. Bordier. infra-rouges de MM. Risler et Mondain).

Bordier combine avec succès la diathermie (élément chaleur) à la radiothérapie dans le traitement de la paralysie infantile ; est-ce chaleur et ultra-violets qui se complètent ici, au lieu d'être antagonistes ? ...

Une question se pose pour bien utiliser cet antagonisme : Convient-il d'appliquer immédiatement après les uns ou les autres employés curativement, ou d'attendre un certain temps, l'action guérissante établie, et juste éviter les accidents ? — Comment préciser ce point et ne pas risquer de faire une action nulle en détruisant trop tôt les uns par les autres ? ou agir trop tard, les désastres produits ?

Les rayons ultra-violets ont une gamme s'étendant à de très faibles longueurs d'onde, alors caractérisant des rayons très pénétrants et véritablement impropres à la vie, détruisant les cellules jeunes (Bergonié, Tribondeau) et même les autres. Au contraire de ces rayons *abiotiques*, comme les appelait Dastres, on a les rayons biotiques dont la longueur d'onde est de 3.000 Angströms. Dans ce domaine, nos lampes à vapeur de mercure, donnant ce que j'ai appelé l'*héliothérapie artificielle*, sont plus puissantes que la lumière solaire. D'après Pech, celle-ci est plus

(1) Communications aux Congrès de 1° l'Association française pour l'avancement des sciences (Grenoble, 3 août 1925) et 2° de l'American Electrotherapeutic Association (Chicago, 15 sept. 1925).

active près des glaciers, de la mer, car là, l'atmosphère, riche en vapeur d'eau, y arrête les infra-rouges.

Par des expériences directes, Carl Sonne, directeur de l'Institut Finsen, de Copenhague, a démontré que l'eau laissait passer les rayons rouges mais absorbait les rayons calorifiques infra-rouges ; la lumière chauffe le corps humain, s'y transforme en chaleur sombre qui fait transpirer et par suite absorber les radiations invisibles (*Paris médical*, 13 juin 1925).

Selon la longueur d'onde des ultra-violets, on a des actions diverses souvent simultanées : analgésique, destructrice ou microbicide. Leur brûlure est moins profonde et moins lente à guérir que celle des rayons ultra-violets. Gougerot a accusé le soleil de produire chez les paysans, les marins, des cancroïdes, des « radio-lucites ».

Bien qu'arrêtés à la surface de la peau qu'ils pigmentent — réaction de défense se demande-t-on — ces rayons ultra-violets peuvent produire la mort, c'est le cas de l'insolation d'ordre industriel (métaux en fusion) ou solaire, les douleurs de tête et la faiblesse générale. Peu d'autopsies de morts par insolation ont été faites, aussi jugeons-nous à propos de citer ces résultats de W. Schwab (de Berne) sur un jeune homme de 25 ans, frappé au cours de l'ascension du Finsteraarhorn, en l'été de 1915, et qui viennent seulement d'être publiés (*Schweizerische medical clinische Wochenschrift*, 8 janvier 1925) :

« A l'autopsie, il existait une zone étendue d'adhérences méningées de chaque côté de la suture sagittale. Mais surtout on constatait que toute la substance blanche du cerveau était criblée de taches pétéchiales, qui épargnaient presque complètement la substance grise, mais que l'on retrouvait, moins nombreuses, dans la substance blanche du cervelet. A l'examen histologique, certaines taches, les plus volumineuses, se présentaient comme des hémorragies par effraction. Mais la plupart étaient des hémorragies annulaires du type purpurique ; au centre, on voyait un capillaire oblitéré par un thrombus hyalin ; alentour, une zone de tissu cérébral ramolli, nécrosé, avec prolifération des noyaux névrogliques ; enfin l'anneau périphérique de globules rouges. Sur certains points, on retrouvait des thromboses vasculaires analogues qui contenaient de petits foyers de ramollissement, mais sans hémorragie. En outre, on trouvait de la congestion diffuse et des figures de dégénération des corps de Nissl sans neuronophagie ».

L'ultra-violet bien manié au contraire est merveilleux contre le rachitisme ; il fait en quelques séances de lampe à vapeur de mercure, succédant aux diverses lampes à arc voltaïque de Finsen, Foveau de Courmelles, Lortet et Genoud, marcher les enfants arriérés. Si l'on cherche à la radiographie l'état des os, comme je l'ai fait avec maints auteurs, on voit, c'est le cas de le dire le calcaire se fixer, se déposer sur des os d'abord anormalement transparents et devenant de plus en plus noirs, de plus en plus solides : le calcium est absorbé, fixé, par l'action profonde des rayons ultra-violets arrêtés à la peau. La digestion et la nutrition des nourrissons sont aidées (G. Schreiber, Julien Huber, Dumont et Rusesco).

Proerovsky, ayant traité 35 cas d'érysipèle par les rayons ultra-violets, a vu ceux-ci guérir d'autant plus vite que la maladie était plus jeune, et il attribue l'action à l'hyperémie active dans le foyer et aux alentours (2 cm. environ au-delà de la zone érysipélateuse) et appelant là des matières de défense. En l'espèce il ne croit pas à l'action bactéricide, cependant bien nette, des rayons ultra-violets.

K. Pilling sensibilise préalablement les rachitiques qu'il veut ainsi irradier ; il leur fait prendre la veille un décigramme d'éosine cristallisée bleuâtre (Hôchst) dissous dans dix centimètres cubes d'eau, et divisé pour les trois repas (M. Ch. Ariès injectant du plasma marin a vu aussi l'action plus intense, plus rapide, des ultra-violets). Gyorgy et Gottlob Pilling ont eu les mêmes résultats heureux dans le crâniotabes. Le taux du calcium sanguin s'éleva généralement pendant la cure et souvent de façon considérable. Un enfant eut de la spasmophilie pour la première fois (alors qu'en général cette maladie, comme l'asthme, le diabète infantile, cèdent : *Société de Pédiatrie de Paris*, réunion annuelle mai 1925, MM. Mouriquand, Bertoye, Saidman) ; d'autres, la virent se réveiller. De deux jumeaux le plus malade reçut seul, l'éosine et s'améliora autant que l'autre. L'avantage de la sensibilisation est dans la diminution de la durée de la cure, donc, de dépenses, ce qui est appréciable.

Les prurits, les eczémas, cèdent facilement, comme aux rayons X, mais sans les dangers de ceux-ci.

La dose biologique est, comme en matière de rayons X, l'érythème, la brûlure, souvent inutile, quoiqu'il la faille produire chez certains lupiques, endocriniens ou cutanés.

On connaît l'action des radioactions sur le sang. A. C. Guillaume a montré la vasodilatation des capillaires cutanés différente selon qu'il s'agit de l'infra-rouge ou le l'ultra-violet, voire des rayons X. La formule hématologique varie également : globules rouges et blancs, quantité d'hémoglobine diminuent énormément par les rayons X et le radium, jusqu'à produire, on le sait, l'anémie aplastique pernicieuse et la mort — sans préjudice des radio-dermites étendues allant jusqu'au même dénouement fatal, après maintes amputations et douleurs atroces.

Un organe très radio-sensible, comme le ganglion poplité du lapin, séparé de ses connexions

vasculaires, et non irrigué par suite de ligature des artères afférentes, manifeste, dit M. Jolly, des lésions moindres que le ganglion témoin de l'autre patte irradié par le même faisceau. La cellule n'est donc pas passive, réagit directement et personnellement, car, si, protégée, et le voisinage irradié, elle ne s'altère pas, n'en paraît même pas recevoir de substances toxiques mises en liberté, comme on le croit communément. Attendons d'autres faits pour admettre ces conclusions.

Les rayons X thérapeutiques, qu'en mai 1897 j'appelai radiothérapie, ont longtemps vécu sur une loi dite d'Arndt-Schulz qui voulait que leurs faibles doses fussent excitantes, et les fortes doses, mortifiantes. Bien que cela apparût comme vraisemblable si l'on s'en rapporte à l'action de certains médicaments — tel l'opium, réveillant à petite dose, et sédatif, soporifique à plus forte dose. Mais en radiothérapie les doses ont tellement varié, que les hautes doses de 1900 par exemple, sont 100 fois, 1.000 fois plus petites que certaines doses de 1925. Cependant, dès 1904, j'en décrivis les phénomènes de choc que j'ai plus tard rangés avec les cas de morts signalés par Sir H. Rolleston et les morts des radiologues, sous le nom de *Radio-anaphylaxie*. Les irradiations de l'abdomen ont souvent provoqué des vomissements obligeant à les interrompre. On connaît les modifications sanguines chez les leucémiques, chez les radiologues devenant anémiques.

N'en est-il pas ainsi de tous les agents thérapeutiques, et leur biologie ne varie-t-elle pas avec chacun de nous ? Voici, récemment, MM. Fraikin et Burill citent des cas de radiothérapie des adénites bacillaires où le traitement par les rayons de Rœntgen, seuls ou combinés à l'ultraviolet, a provoqué des poussées inflammatoires, même suppuratives. Ils ont même observé chez un malade, non traité par eux, un cas de mort par méningite consécutive. Il serait donc utile de pouvoir bien établir cliniquement quels sont les bons cas justiciables de la radiothérapie et quels sont les cas où elle peut être nuisible.

Est-ce le parallélisme des radiations, ou la question de doses ? L'excitation existerait-elle malgré ses négateurs parmi lesquels le professeur G. Holzknecht au premier rang ? La croissance après irradiation n'est pas, dit-il, un indice forcé chez les enfants ou les plantes qu'on y soumit, d'excitation cellulaire, non plus que la croissance en longueur des plantes privées de lumière, ou le gigantisme consécutif à la castration ou aux lésions de la région hypophysaire. Actuellement, l'action excitante primitive des rayons X est en baisse et nous n'y avons jamais cru, ayant suivi les variations d'opinions et vu parfois le *choc* produit par des doses faibles, et que nous avons décrit dès 1904, en « Radiothérapie des fibromes », que nous venions de publier.

Récemment, une nouvelle notion s'est introduite en rœntgénologie : c'est celle d'une action excitante secondaire, indirecte, médiate, qui s'exercerait soit sur les cellules mêmes qui ont été lésées primitivement par les rayons, soit sur les cellules voisines soit sur l'ensemble de l'organisme. Holzknecht, dit M. J. Mouzon, s'élève contre cette conception, et propose de parler plus exactement « d'effets thérapeutiques secondaires » ; le mécanisme de ces effets secondaires reste mal déterminé ; mais rien ne donne à penser qu'il s'agisse d'une excitation cellulaire : il serait plus naturel d'envisager les conséquences de l'agression primaire des cellules,par exemple la libération de ferments leucocytaires ou d'antitoxines aux dépens des leucocytes détruits.

Les rayons secondaires des rayons X sont connus depuis Sagnac, avec leur production ou réflexion sur les métaux ; nos cellules plus ou moins denses selon leur nature, auraient-elles même action ? tout est possible. On y est revenu ces temps-ci, au point de vue de leur nocivité et de leur production de radio-dermites, faciles à éviter.

MM. A. C. Ivy, J. E. Mc. Carthy, et B. H. Œndorff (de Chicago) ont étudié l'action des rayons de Rœntgen sur l'activité glandulaire et notamment l'effet de l'irradiation abdomino-thoracique sur la sécrétion gastrique et la production de certaines cachexies. On connaît l'effet de certaines radiations abdominales, dans le fibrome notamment, et où l'intestin est plus ou moins en cause, produisant des vomissements, exigeant parfois l'arrêt du traitement. Des chiens irradiés fortement par le thorax n'eurent nulle modification de la sécrétion gastrique, alors que l'aire intestinale frappée par des rayons plus faibles réagit en anorexie, vomissements immédiats et disparition de l'acidité gastrique. On varia la longueur d'onde des rayons et l'aire intestinale irradiée réagit de même, avec, à l'autopsie, des lésions les plus marquées sur l'épithélium des villosités. La cachexie atteignant les chiens qui en moururent était spéciale : toxémie, anorexie, ou modifications humorales.

On avait cru, en Amérique, à la possibilité de diminuer l'hyperchlorhydrie des ulcères gastro-duodénaux, ce que rejettent, crainte de lésions intestinales irrémédiables,nos confrères de Chicago. En France, au contraire, le D[r] Piot a publié maints cas d'ulcères gastriques améliorés ou guéris par des doses faibles. MM. Bensaude, Solomon et Oury ont de même constaté la diminution de l'acidité du suc gastrique. MM. Brocq, Solomon et Oury ont constaté que le chien y était moins sensible que l'homme. MM. Guilbert, R. Petit et M. Lemay ont constaté que de fortes doses de rayons X paralysent les fer-

ments organiques et la catalase hépatique, détruisent l'adrénaline. MM. Pagniez, Coste et Solomon irradiant la rate ou toute autre région très vascularisée ont eu dans 83 % des cas une modification alcalosique du sang, la diminution de la calcémie, des variations des chlorures.

On connait depuis longtemps la radio-chimie : l'albumine rendue toxique par les irradiations ultra-violettes, ou rœntgéniques, les corps se combinant sous l'action lumineuse sont une autre preuve des modifications chimiques produites par la lumière. En matière de sels radifères ou radioactifs, mêmes constatations : MM. A. Maubert, L. Jaloustre et P. Lemat ont obtenu avec le bromure de thorium X la paralysie de la catalase avec les fortes doses et une activation avec les faibles doses, alors que les rayons β et γ du radium affaiblissent seulement la catalase.

Serait-ce ainsi revenir à l'excitation ou la mortification selon les doses ? A propos de radiothérapie préventive post-opératoire du sein, A. Béclère, étudiant les cas de divers auteurs de tous pays, trouva des résultats contradictoires : Porches, Forssell, trouvent nuisible, suites aggravées de l'opération, l'irradiation ; au contraire, Steinhal, Larsen et Lysholm, Wasnik et Wasnik von Raamsdonk trouvent que des rayons faibles bien filtrés sont utiles ; les derniers posent en principe qu'il faut rejeter l'irradiation unique et très intense, comme dangereuse, provoquant les récidives, ne faire que des irradiations modérées et répétées, limitées strictement à la cage thoracique.

Et A. Béclère, de conclure ainsi :

« Interprétation des faits observés. Comment expliquer que la rœntgenthérapie pénétrante, loin de prévenir les métastases en favorise l'apparition ?

On peut tout d'abord supposer que les rayons X ne lèsent pas seulement les cellules cancéreuses, mais qu'ils atteignent également le tissu conjonctif, le poumon sous-jacent et s'opposent ainsi à la défense spontanée de l'organisme.

A cette diminution de la résistance locale de la région irradiée se joint, à la suite de très fortes doses données en un temps très court, une diminution de la résistance générale de l'organisme (diminution des forces, graves altérations du sang).

D'autre part, les recherches de Regaud (1922) ont démontré l'inanité du dogme allemand d'après lequel la dose cancéricide doit être appliquée dans un minimum de temps. Regaud, dans ses recherches expérimentales sur le testicule du bélier avec l'émanation du radium, a trouvé qu'une dose inférieure à 5 millicuries détruits en 28 jours assure une stérilisation complète qui n'est pas obtenue avec 15 millicuries détruits en 5 h. 1/2 : l'explication en est que dans le premier cas seulement, toutes les spermatogonies sont irradiées en état de division, c'est-à-dire au moment de leur radio-sensibilité maxima. Regaud établit l'analogie qui existe, au point de vue de la multiplication cellulaire et de son rythme alternant, entre l'épithélium normal d'un mammifère à spermatogénèse continue et un cancer épithélial ; il a démontré que la manière dont se comporte un tissu en activité permanente de reproduction cellulaire vis-à-vis d'irradiations répétées à intervalles convenables rappelle la stérilisation des milieux contenant des microbes par le procédé du chauffage répété de Tyndall : plusieurs chauffages à température relativement basse, répétés à certains intervalles, sont plus efficaces contre les microbes sporulants qu'un chauffage à température beaucoup plus élevée » (*Journal de radiologie*, septembre 1924).

Cette différence d'actions radiantes selon les quantités données n'a rien qui doive nous étonner car elle se retrouve en pharmacopée, l'opium, la digitale, l'iodure de potassium, ont des effets différents selon les doses... sans parler de la nature de l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie des sujets.

Le choc banal, le traumatisme même, ont un effet bien différent avec leur intensité, écrasant les tissus, ou, au contraire, avec la vibration d'un moteur, un effet tonique sur l'organisme. Le massage aussi a ses degrés. Je m'excuse de ces comparaisons banales mais nécessaires devant l'engouement diminuant mais encore existant contre lequel j'ai toujours protesté sauf pour des cas extrêmes dans l'emploi des radiations massives encore à tort trop employées trop souvent j'y insiste !

Comme l'écrit C. Regaud, l'instrumentation nouvelle qui avait tant donné d'espérance — nous venant d'Allemagne dirons-nous — les a souvent déçues (*Paris médical*, 30 mai 1925) même en les pays des doses fortes ; de même, les doses et les modes d'application du radium ont bien varié, dit le même auteur. Aussi, étudions les actions biologiques des radiations et probablement de ces travaux sortiront les connaissances nécessaires et générales, sauf les cas d'espèce — la médecine n'est guère que cela ! — qui règleront la conduite des thérapeutes des radiations !

L'Actualité Scientifique

La Presse

La tétanie d'origine parathyroïdienne.

Qu'il s'agisse de faits relevés en clinique expérimentale ou en clinique humaine, toutes les observations sont d'accord pour démontrer la gravité des troubles consécutifs à l'ablation des parathyroïdes. Parmi ceux-ci certains s'extériorisent spontanément, ce sont les phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ; d'autres demandent à être recherchés, en particulier les troubles des fonctions rénales, les troubles de l'appareil digestif et de ses glandes annexes.

MM. P. SAINTON et R. TURPIN ont établi pour la tétanie un test d'hyperexcitabilité électrique neuro-musculaire : la chronaxie, basée sur le temps de passage du courant dans ce processus. Ce test démontre que le temps de passage est plus grand en état de crise imminente.

D'autre part, l'expérimentation a mis en valeur l'action qu'exerce l'hormone parathyroïdienne sur le métabolisme des protéiques et du calcium surtout ; il en est découlé des notions importantes pour la thérapeutique.

A la base de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire parathyréoprive se trouve une perturbation humorale caractérisée surtout par une chute du calcium : le déséquilibre acido-basique du sang, orienté dans le sens de l'hyperalcalinisation entraîne une diminution du taux du calcium ionisé, s'abaissant à 19,1 mgr. par litre de plasma, chiffre inférieur de 23,8 % à la valeur moyenne normale.

Il semble qu'on puisse, à l'heure actuelle, considérer la tétanie comme un syndrome, réponse commune du système neuro-musculaire à des causes différentes capables de déterminer une chute du taux du calcium ionisé sanguin : hyperpnée, ablation des parathyroïdes. Et d'ailleurs cet ion calcium, modificateur puissant de l'excitabilité cellulaire, favoriserait simplement l'action d'un poison tétanisant ; en effet, dans l'état de tétanie latente par déchéance parathyroïdienne, un accès peut être déclanché par une grossesse, la lactation, un toxique peu spécifique, calomel, ergotine, atropine, tuberculine.

Toujours est-il que ces considérations nous permettent d'opposer aux accidents de la parathyroïdectomie des thérapeutiques de trois ordres : radiations lumineuses, préparations acidosantes, opothérapie.

Chez un malade observé, l'état général s'améliora sous l'influence des rayons ultra-violets, et les accès s'espacèrent en même temps que les valeurs du calcium sérique et de la glycémie revenant à la normale.

Quant à l'activité des préparations à base de chlorure de calcium et de chlorure d'ammonium, elle est assez connue ; ces produits exercent sur le sang une action acidosante, et l'injection intra-veineuse de chlorure de calcium reste le traitement d'urgence de choix de l'accès de tétanie.

Les premiers résultats obtenus avec l'opothérapie parathyroïdienne ont été remarquables. L'extrait de Collip non seulement supprime toutes les conséquences de l'ablation des parathyroïdes, mais encore, administré à doses suffisantes et judicieusement espacées, il détermine un syndrome d'hypercalcémie. (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1925.)

Traitement du bubon chancrelleux par l'injection intraganglionnaire d'un vaccin polymicrobien.

Les résultats, obtenus par MM. L. FOURNIER et P. LONJUMEAU au moyen de cette vaccinothérapie non spécifique sont des plus encourageants.

24 malades, présentant des bubons chancrelleux à divers stades de leur évolution, la plupart en voie de suppuration, ont reçu une à trois injections de ce vaccin dans les ganglions malades ; ils ont tous rapidement guéri après une semaine en moyenne.

Le vaccin (liquide de culture et corps microbiens) se compose à parties égales de cultures de staphylocoques polyvalents (eau peptonée), de streptocoques et d'entérocoques (eau peptonée glucosée ou lactosée), vieilles de deux à trois semaines et stérilisées à 100 degrés.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, on injecte au centre du foyer, après ponction évacuatrice préalable, si la quantité de pus est déjà abondante, 3 à 5 cent. cubes de vaccin ; cette injection est indolore. Une réaction générale, dont l'élévation thermique de 38 à 40° est à peu près le seul symptôme, se manifeste le jour de l'injection dans un certain nombre de cas. Chez presque tous les sujets on constate, dès le soir de ce jour, une diminution parfois très marquée de la douleur. On pratique ordinairement l'incision le lendemain du jour de l'injection. Le malade est maintenu au repos au lit jusqu'à guérison ; tous les phénomènes inflammatoires disparaissent rapidement ; il y a généralement cicatrisation par première intention.

Il s'agit vraisemblablement d'une protéino-

thérapie agissant par l'afflux leucocytaire, qui suit rapidement l'injection de vaccin ; d'ailleurs la guérison a été d'autant plus rapide que la quantité de pus ainsi formée était plus considérable.

Pour qui connaît la durée vraiment désespérante d'un bubon suppuré, une méthode de traitement susceptible de guérir cette affection tenace en quelques jours semblera des plus recommandables. (*Gazette des hôpitaux*, 14 et 18 juillet 1925.)

Formes anatomo-cliniques des cholécystites calculeuses.

Tout d'abord, A. Duruy fait remarquer judicieusement que dans les cholécystites calculeuses il faut ranger non seulement les états inflammatoires, mais encore les états non inflammatoires de la vésicule, qui sont connus depuis qu'il est procédé à un examen plus soigneux des lésions.

Au point de vue *anatomique* toujours est grande l'importance des lésions de la paroi ; plus que le contenu, c'est la paroi qui est dangereuse. C'est là que se forment les calculs intramuraux, que la cholécystostomie reste impuissante à évacuer. C'est là qu'est le maximum de lésions.

Abcès pariétaux d'une part, massés autour des diverticules pariétaux, véritables clapiers d'infection vésiculaire, rendent illusoire le rôle curatif de la cholécystostomie qui laisse menaçante la péritonite.

Sclérose du tissu inter-hépato-vésiculaire, d'autre part, qui supprime le plan de clivage normal de la vésicule, empêche la cholécystectomie rétrograde, force à sculpter la vésicule soudée à son lit hépatique et expose ainsi le parenchyme hépatique à être blessé par le bistouri ou par arrachement.

Les *formes cliniques* sont : 1° la lithiase vésiculaire simple, qui se manifeste tout d'abord par des gastralgies avec vomissements sans soulagement, avec frissonnements, par des épisodes diarrhéiques et par des coliques expulsives ou non. A cette époque le traitement médical est la règle, et pourtant il faut, d'après nombre de chirurgiens modernes, étendre à ce stade précoce les indications opératoires pour éviter une intervention plus sérieuse que l'avenir réserve peut-être au malade.

2° La lithiase vésiculaire compliquée et principalement la cholécystite scléro-atrophique. Le diagnostic en est très délicat. Diagnostic d'addition de symptômes ; si dans les cas heureux, il peut être posé sur la constatation de calculs à la radiographie ou dans les fèces, de calculins au tubage duodénal, de l'hypercholestérinémie, ailleurs rien ne montre l'origine lithiasique de cette cholécystite chronique ; ailleurs même, l'on attend l'apparition de signes vésiculaires ou une laparotomie exploratrice pour rattacher à un organe ce syndrome du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. Et l'hésitation clinique est parfois amplement justifiée par la découverte de deux lésions : cholécystite et ulcus, cholécystite et appendicite chronique. (*Gazette des hôpitaux*, 11 juillet 1925.)

L'aspiration des ailes du nez. Son traitement.

Normalement les ailes du nez, lorsqu'on respire profondément, s'écartent et les narines se dilatent. Chez certains sujets, au contraire, elles se pincent pendant l'inspiration et peuvent se rapprocher de la sous-cloison au point de la toucher et d'empêcher l'entrée de l'air dans les fosses nasales avant la fin de l'inspiration.

C'est là ce que le Dr Feldstein appelle l'aspiration des ailes du nez. Celle-ci est uniquement inspiratoire ; elle est permanente, augmente pendant l'effort ; elle est bilatérale ; l'introduction d'un spéculum ou d'un releveur la supprime momentanément.

On la rencontre chez les malades qui respirent, depuis longtemps, mal du nez, qui ont une déviation de la cloison, une crête, une rhinite hypertrophique, des végétations adénoïdes ; on la trouve aussi chez les ozéneux.

Ne nous étonnons pas non plus de l'observer alors que le cavum et le nez sont parfaitement perméables ; alors l'aile est molle ; elle ne donne pas comme d'habitude une sensation de carton.

L'aspiration des ailes du nez peut être corrigée passivement à l'aide d'appareils maintenant artificiellement la béance des narines ; mais ces appareils n'ont la valeur que d'une béquille, d'un support. La réfection du squelette cartilagineux du nez doit également être réservée aux cas extrêmes.

Mieux vaut s'adresser à la rééducation nasale, et utiliser le dilatateur physiologique, constitué par la musculature de l'aile du nez, au moyen d'exercices bien menés.

Aux exercices on peut adjoindre, dans les cas accusés, électrisation et massage des muscles du nez : effleurage léger au pouce et pétrissage sont deux manœuvres de massothérapie qui ne seront pas sans utilité.

Les exercices de rééducation varieront, suivant les indications données par l'auteur, d'après l'âge du sujet. (*Paris médical*, 11 juillet 1925.)

Purpura hémorrhagique chronique guéri par la splénectomie.

MM. A. Chauffard et Pierre Duval viennent d'en publier la première observation en France.

Dans ce cas, les hémorragies étaient plus muqueuses que cutanées, et, sur la peau, elles se montraient sous la forme d'ecchymoses, plutôt

que de ponctuations purpuriques. Des hémorragies répétées se sont produites par les voies urinaires et génitales, aucune par les voies digestives. Les divers épisodes hémorragiques se sont renouvelés, avec de courtes rémissions, depuis l'âge de 5 ans jusqu'à l'âge actuel de 16 ans, montrant bien qu'il s'agissait là d'une évolution clinique continue qu'aucun traitement n'avait pu enrayer. Et cela, sans causes appréciables, comme c'est la règle dans les cas de ce genre ; ni traumatisme, ni hérédité, ni syphilis, n'en rendaient compte.

Il n'y avait pas non plus hémophilie ou fragilité vasculaire, ou diminution de la résistance globulaire.

Deux grands signes biologiques dominaient : la variabilité et l'allongement du temps de saignement, et une diminution considérable du nombre des éléments sanguins, appelés globulins ou hématoblastes ou thrombocytes, dont Hayem a montré toute l'importance dans la formation du réticulum fibrineux normal, bref une thrombopénie.

Connaissant le rôle destructeur de la rate pour les globulins dans le purpura hémorragique chronique, les auteurs eurent l'idée de pratiquer la splénectomie, déjà réalisée quelquefois à l'étranger dans des cas analogues.

Ils trouvèrent sur l'organe splénique des lésions anciennes et assez banales de sclérose pulpaire.

L'opération ne fut suivie d'aucune nouvelle hémorragie. Cinq semaines plus tard, la malade était en parfaite santé, fraîche et rose comme elle ne l'avait jamais été.

Les globulins avaient chez elle augmenté notablement de nombre. Donc guérison complète, clinique et biologique.

Les malades, opérés à l'étranger, ont été revus en pleine santé jusqu'à 4 ans de distance, délai maximum écoulé jusqu'à présent depuis la splénectomie. Les résultats éloignés ne sont donc pas moins bons que les résultats immédiats.

Cette opération semble d'ailleurs aussi favorable dans l'ictère hémolytique congénital, caractérisé par la destruction splénique, non pas des globulins, mais des globules rouges. Elle nous apporte donc une ressource thérapeutique inappréciable et à laquelle aucun autre mode de traitement ne peut être comparé ; sans doute c'est au prix d'un risque opératoire, et la splénectomie reste une opération sérieuse à laquelle il ne faut recourir que dans des cas de gravité certaine. (*La Presse médicale*, 18 juillet 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Paisseau, Guénaux et Lambling. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-10-1925.)

Les auteurs concluent de leur étude que l'exploration radiologique de l'œsophage au cours de la tuberculose pulmonaire chronique révèle fréquemment l'existence de déplacements plus ou moins étendus et de déformations de ce canal. Bien que ces anomalies n'aient le plus souvent aucune histoire clinique, elles offrent cependant un certain intérêt en raison des renseignements qu'elles fournissent sur l'état du médiastin, des poumons et des plèvres.

L'hippocratisme des doigts.

(M. André Léri. — *Soc. méd. des hôp.* ; 24-7-1925.)

A propos d'un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique relaté par M. André Léri une discussion s'engage sur l'hip pocratisme des doigts.

— M. Rist demande quels sont les rapports existant entre l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique et le doigt hippocratique, Ce dernier est d'observation courante chez les bacillaires alors que l'ostéo-arthropathie est rare. Il doit évidemment s'agir d'altérations d'origine et de mécanisme différents.

Dans la genèse des doigts hippocratiques, la stase veineuse joue un rôle, comme M. Béclère l'a montré jadis. M. Rist estime que d'autres facteurs interviennent et que cette singulière déformation n'a pas encore livré tous ses secrets.

— M. Caussade a eu l'occasion d'observer, à deux reprises, l'apparition rapide de l'hippocratisme des doigts en cours de la gangrène pulmonaire. Il pense qu'il s'agit là de troubles de la circulation périphérique qui ne dépendent pas uniquement d'entraves apportées à la petite circulation par des lésions du poumon.

— M. Lereboullet distingue également l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique et le doigt hippocratique. Celui-ci ne comporte pas d'altération osseuse et n'est pas exclusif des pneumopathies. Il se voit, d'une manière typique, dans les cyanoses congénitales, dans la cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel, et les cirrhoses biliaires.

— M. Hallé remarque que l'hippocratisme des doigts n'est pas un trouble forcément définitif. Quand la gangrène pulmonaire du malade guérit,

par exemple, les modifications du doigt diminuent et disparaissent après quelques mois.

La taille et le poids chez les rachitiques.

(MM. G. Variot et Nazarie. — *Soc. méd. des hôp.*; 13-11-1925.)

A la goutte de lait de Belleville, où M. Variot peut suivre des milliers d'enfants, il a étudié l'état de la taille et du poids dans le rachitisme en utilisant sa méthode podiométrique.

On a distingué des rachitiques maigres et des rachitiques gras ou florides. L'auteur préfère employer les qualificatifs d'atrophiques et d'hypertrophiques. Dans une statistique portant sur 233 enfants de la naissance à deux ans ayant des manifestations légères ou graves de rachitisme, MM. Variot et Nazarie ont trouvé une taille normale ou supérieure à la normale chez 65 % et un poids normal ou supérieur à la normale chez 63 %. Le développement global de l'organisme dans le rachitisme apparaît donc moins altéré qu'on ne le croit habituellement. La proportion des rachitiques atrophiques, avec réduction de la taille et du poids, n'est que 36 % environ. Le processus de l'atrophie et celui du rachitisme peuvent se superposer mais être aussi entièrement indépendants l'un de l'autre. L'éruption dentaire ne semble pas non plus si souvent retardée qu'on l'a dit. Dans 37 cas de rachitisme atrophique, l'apparition des dents a été normale 32 fois ; 53 fois dans 63 cas de rachitisme hypertrophique.

Considérant l'influence du manque de lumière sur la genèse du rachitisme, M. Variot estime qu'elle est loin d'être aussi grande qu'on l'a prétendu récemment. Les troubles digestifs seraient beaucoup plus importants. La soupe au pain, la panade à l'eau, les farines de conserves avec ou sans cacao,sont souvent relevées à l'origine du rachitisme. Si l'on redonne du lait en quantité convenable aux rachitiques atrophiques, on voit bien des fois les manifestations morbides s'arrêter et rétrocéder.

— M. Comby est d'accord avec M. Variot sur le rôle prépondérant de l'alimentation dans la production du rachitisme. L'air, la lumière, l'habitation, sont des facteurs de moindre importance.

La lumière de Wood en dermatologie.

(MM. J. Meyer et Saidman. — *Soc. de dermatologie et syph.* ; 12-11-1925.)

On a désigné sous le nom de lumière de Wood un groupe de rayons ultra-violets qui traversent un écran spécial chargé d'oxyde de nickel. Cette lumière dirigée sur la peau donne à celle-ci une fluorescence blanc bleuâtre variable selon l'état des téguments et pouvant permettre de mieux préciser certaines dermatoses. C'est, effectivement, pour le diagnostic dermatologique que la lumière de Wood peut être utilisée.

André Broca a proposé autrefois les examens de la peau au bleu de cobalt. La fluoroscopie (examens à la lumière de Wood) est à la fois une technique du même ordre et très différente.

Dans des cas où l'œil ne trouve aucune altération de la peau et considère celle-ci comme saine, la lumière de Wood révèle parfois une altération, qui se précisera au bout de quelque temps. Ainsi, explorant une peau d'aspect normal atteinte de prurit, les auteurs sont parvenus à distinguer avec la lumière de Wood une éruption faite d'un entrelacement de raies sombres, de macules. Les jours suivants, à ce niveau apparurent des lésions d'eczéma.

En résumé, la dermatologie semble devoir trouver dans la lumière de Wood une source de renseignements diagnostiques nouveaux,que l'avenir précisera.

— M. Belot ajoute que la lumière de Wood est utilisée depuis un certain temps en médecine légale pour la recherche des taches de sang, de sperme et de liquides organiques, qui s'éclairent par fluorescence, même en quantité minime.

Pityriasis rubra pilaire guéri après injection de vaccin antituberculeux de Vaudremer.

(M. H. Gougerot. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 12-11-1925.)

Le *pityriasis rubra pilaris* est une affection dont la guérison est fort rare. Son étiologie n'est pas, non plus, bien élucidée et quelques auteurs tendent actuellement à la rattacher plus ou moins intimement à la bacillose.

Dans cet ordre d'idées, M. Gougerot rapporte un cas de pityriasis rubra pilaire qui a guéri après une série d'injections sous-cutanées mensuelles de vaccin antituberculeux de Vaudremer, vaccin qui a déjà été employé avantageusement par l'auteur dans le traitement général des tuberculoses cutanées.

— M. Lortat-Jacob a présenté il y a un an une malade dont le pityriasis rubra pilaire fut soigné dans son service par les injections d'antigène de Nègre et Boquet, avec de bons résultats.

Tuberculose sterno-costo-claviculaire traitée par résection de l'articulation.

(M. Dufourmentel. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-12-1925.)

M. Dufourmentel a pratiqué dans quatre cas de tuberculose sterno-costo-claviculaire la résection totale de l'articulation ; section des trois os, extirpation de l'articulation libérée et suture cutanée. Il se forme un plan fibreux cicatriciel qui explique la conservation de la mobilité. Cette méthode a été proposée par le Dr Reymond, chirurgien de la maison de Nanterre.

Hydratation post-opératoire.

(M. G. Léo. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-12-1925.)

Murphy, chirurgien américain déjà connu pour

✦✦✦✦✦

son bouton intestinal, a imaginé le goutte à goutte rectal, c'est-à-dire l'administration de l'eau salée déversée goutte à goutte dans le rectum. L'appliquant chez les malades atteints de péritonite, il pensait obturer ainsi les lymphatiques sous-péritonéaux en les gorgeant d'eau et les empêcher d'absorber le pus intra-péritonéal. La théorie était fausse mais, en fait, le goutte à goutte rectal a une influence heureuse sur l'évolution des péritonites.

Quel est le rôle de cette thérapeutique ? Son véritable mode d'action est d'empêcher les péritonitiques de mourir de soif. Incapables, à cause de leurs vomissements, d'absorber de l'eau par la bouche, on leur faisait auparavant des injections sous-cutanées de sérum, manifestement insuffisantes. L'usage du sérum rectal, soit à la dose de trois litres par 24 heures préconisée par Murphy, soit à une dose moindre, a complètement modifié l'évolution de la maladie et supplimé la soif des patients.

Ces faits sont bien connus, mais tous les chirurgiens ne leur accordent pas la même attention. Les uns voient dans le goutte à goutte rectal un secours au cas de danger. D'autres le considèrent, en plus, comme un moyen de confort et de bien-être pour tout opéré dont l'intervention nécessite l'anesthésie générale et le séjour au lit. M. Léo est de ces derniers et il a recours journellement à cette méthode. C'est un moyen simple et excellent d'obtenir des suites opératoires plus confortables pour les malades, plus satisfaisantes pour le chirurgien.

L'opération favorise la déshydratation, par les pertes sanguines, les pertes de liquide de sécrétion glandulaire, les vomissements de l'anesthésie, etc., d'où l'utilité de la pratique de la réhydratation des tissus par le goutte à goutte rectal. La technique a peu varié depuis une douzaine d'années. La canule en forme d'haltère de Dubouchet s'est substituée aux embouts de Murphy, trop volumineux. Le réchauffement, si nécessaire, du liquide injecté s'obtient par une lampe à alcool placé sous le bock, et non plus par la bouteille thermos. La dose sera d'un demi-litre dans les cas simples et s'élèvera à un litre (en deux fois) chez les opérés qui ont perdu du sang, sont infectés, ou ont subi une longue anesthésie. On tiendra aussi compte de la quantité de l'élimination urinaire, pour ne pas dépasser le taux des urines.

— M. Victor PAUCHET ajoute qu'il est indispensable de recourir à l'instillation sucrée abondante chez les futurs opérés du tube digestif. Ce procédé diminue le shock et supprime la soif.

Vers la désintoxication cancéreuse.

(M. Maurice PÉRAIRE. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-12-1925.)

Au nom du Dr Maurice Bloch, M. Péraire présente un travail sur la désintoxication cancéreuse.

L'auteur ayant observé quelques cas de disparition de cancer (exceptionnels il est vrai) par dégénérescence graisseuse a prélevé des cellules ayant subi cette altération graisseuse néoplasique. Il en a préparé une macération et une antitoxine qu'il injecte aux malades.

M. Bloch étudie cette médication depuis dix ans. Elle est inoffensive et aurait donné quelques résultats. En se perfectionnant, ces essais de neutralisation des toxines cancéreuses par divers extraits graisseux aboutiront peut-être à une thérapeutique pratique.

P. L.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*suite*) (1)

DEUXIÈME QUESTION.

Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte et à partir de l'adolescence.

Discussion.

M. KUMMER (de Genève) s'attache à montrer que l'état général doit être à peu près seul considéré. La tuberculose du genou est la manifestation locale d'une maladie générale.

La cure d'air et de soleil, les conditions hygiéniques parfaites, le séjour à la montagne, les médications reconstituantes jointes au repos sont les plus sûrs moyens de guérison.

A l'hôpital cantonal de Genève, on opère de moins en moins et les résultats sont bons. Mais un tel traitement ne peut se faire dans les établissements hospitaliers ordinaires où la contagion et les conditions hygiéniques défectueuses aggravent plutôt le cas des malades.

M. DELCHEF (de Bruxelles) critique l'opération de Robertson Lavalle. Ses préférences vont à la méthode ambulatoire qui immobilise le genou mais permet au malade de circuler. L'état général s'en trouve amélioré. Il applique un grand plâtre allant de la racine de la cuisse aux orteils ; exceptionnellement le plâtre entoure le bassin. Un tube de jersey est placé à même la peau. De larges bandes de coton entourent le jersey et sont maintenues par des tours de bandes. Le genou est en position légèrement fléchie.

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925 1, 2 et 3 de 1926.

Les contre-indications sont tirées de l'existence d'abcès avec fistulisation et infections surajoutées, de douleurs à la marche.

Il faut, dans ce cas, recourir à la résection avec destruction des foyers épiphysaires.

M. JEUTZER (de Genève).

M. MACHARD (de Genève). — **Résultats éloignés du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou par le plombage iodoformé.**

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans). Chez les malades de quinze à vingt et un ans on doit essayer les méthodes orthopédiques et médicales conservatrices, à immobilisation parfaite du membre dans un appareil plâtré, héliothérapie et thalassothérapie. Mais, en cas d'échec, les adolescents comme les adultes doivent être traités par la résection du genou.

La technique suivie est celle de Lucas-Championnière élargie, c'est-à-dire avec évidement presque systématique des épiphyses, sauf pour les formes fongueuses et avec évidement étendu d'une diaphyse quand on y trouve un foyer d'ostéo-myélite. Ce dernier évidement se fait en gouttière, soit sur la face interne du tibia, soit sur la face externe du fémur suivant l'os qui est atteint.

L'auteur apporte 82 cas nouveaux opérés depuis 1900 et qui se répartissent ainsi :

Forme fongueuse : 16 cas. Résection simple dans 15 cas et avec évidement dans 1 cas ; 16 guérisons.

Forme caséeuse : 29 cas. Résection simple dans 12 cas, avec évidement en coque dans 17 cas ; 29 guérisons.

Forme caséeuse avec foyers suppurés ou fistules : 29 cas traités par la résection large avec évidement parfois en petite gouttière ; 27 guérisons, 1 mort opératoire par bacillémie, amputation de cuisse secondaire.

Forme caséeuse suppurée avec ostéomyélite et état grave : 8 cas. Résection large et long évidement du fémur ou du tibia ; 5 guérisons complètes, 1 mort au bout de trois ans par septicémie chronique et 2 morts opératoires.

M. LAPEYRE (de Tours) a fait 41 résections chez des sujets de dix-huit à vingt-cinq ans, sans aucune mortalité opératoire. Mais il a perdu 2 malades au bout d'un an. Il a noté 4 fois des ankyloses gênantes et 2 fois des raccourcissements marqués. Dans l'ensemble les résultats ont été bons. Il ne cherche jamais à conserver la mobilité du genou ; l'ankylose complète est le meilleur mode de guérison.

L'auteur remarque que depuis six ans il fait moins de résections et davantage d'amputations. La raison lui paraît être dans ce fait que la mode est aux méthodes conservatrices qui font perdre du temps aux malades et amènent à laisser passer le moment où la résection serait un traitement suffisant.

M. PEUGNIEZ (de Paris) est persuadé que le traitement de la tumeur blanche du genou est trop souvent chirurgical.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle, la cure d'air et de repos, l'alimentation bien réglée, l'hygiène peuvent guérir les tumeurs blanches sans intervention.

Mais les établissements hospitaliers ne sont pas installés pour obtenir de telles cures ; le milieu des salles de malades est fait plutôt pour aggraver les lésions. Les tuberculoses ouvertes y voisinent avec les tuberculoses fermées.

C'est au Congrès à faire comprendre quels avantages résulteraient de la création de nombreux instituts spéciaux pourvus d'une installation appropriée.

M. H. LARDENNOIS (de Reims), à propos de la technique de la résection, rappelle le procédé de section osseuse chantournante qu'il a décrit au Congrès de 1906 au moment où Gigli dotait l'arsenal chirurgical de ce merveilleux instrument qu'est le scie-fil.

A l'aide de la scie de Gigli, sur une des extrémités osseuses on dessine en relief une surface de révolution cylindrique, sorte de condyle aplati et élargi en « trochlée », et pour recevoir ce condyle on creuse sur l'os opposé une surface de révolution semblable qui est une esquisse de « cavité sigmoïde » dans laquelle roulera et tournera « la trochlée ».

On obtient ainsi une très large surface d'accolement et une coaptation absolue.

L'auteur avait recommandé cette technique dans la cure des ankyloses vicieuses chez les enfants pour éviter la résection angulaire, désastreuse en pareil cas puisqu'elle sacrifie inévitablement les cartilages de conjugaison.

Mais elle est applicable aussi à la résection primitive pour tumeur blanche du genou.

Si sur la tranche de section du fémur on trouve un abcès, une inclusion de séquestre qu'il faut évider, que faire de cette cavité, de cette anfractuosité ? La plomber avec le mastic de Mosetig ? Pourquoi ne pas chercher par la section chantournante une surface nette et régulière, puis remplir ce demi-cylindre plein par un demi-cylindre creux taillé sur le tibia.

Enfin, on peut songer à guérir la tuberculose du genou, non par une ankylose, mais par une néarthrose douée de quelques mouvements. La grosse difficulté, c'est l'atrophie du muscle quadriceps et la prédominance des muscles fléchisseurs. Mais dans un cas favorable la tentative serait légitime.

Et dans ce cas, sans aucun doute, il faudrait abandonner la section plane des deux os et adopter le procédé de *section chantournante avec le scie-fil de Gigli.*

M. VIANNAY (de Saint-Étienne) a pratiqué 25 résections du genou, les plus anciennes remontant à quinze ans, les plus récentes à vingt-cinq mois. L'âge des malades varie de dix-sept à quarante-sept ans.

La mortalité opératoire a été nulle. Tous les sujets ont guéri par première intention. Parmi ces malades plusieurs étaient des jeunes filles qui se sont mariées et ont eu des enfants.

L'auteur n'a jamais noté de récidives. La plupart

de ses opérés exercent normalement des professions pénibles, maçons, mineurs, manœuvres, cultivateurs.

M. Reynès (de Marseille) formule les conclusions suivantes :

Dans un grand nombre de cas où le début des tumeurs blanches du genou se fait par la synoviale (hydarthrose chronique, arthrite fongueuse), il est possible d'extirper tous les éléments malades. Il y a un intérêt scientifique et humanitaire à généraliser cette ablation précoce et rationnelle de la synoviale analogue à l'exérèse d'une tumeur, d'un anthrax, d'une tuberculose cutanée.

La synovectomie a été discréditée par des applications inopportunes et par des techniques dangereuses, lésant la rotule, sacrifiant les organes moteurs de la jointure.

L'auteur, par une incision latérale externe à laquelle s'ajoute parfois une incision interne, enlève la synoviale souvent clivable et ferme immédiatement après lavage à l'éther. Mobilisation précoce. Il se refait de nouvelles surfaces de glissement.

S'il y a des lésions osseuses, on peut encore faire la synovectomie et lui adjoindre des curages osseux, mêmes larges. Mais la question change de face.

Le véritable progrès consiste à éviter les stades graves ou terminaux qui obligent aux opérations mutilantes : résections larges, amputations, et à faire en somme la prophylaxie de ces lésions avancées et dangereuses.

C'est dans cette voie nouvelle et féconde qu'il faut aiguiller les médecins, les chirurgiens, le public.

M. Calot (de Berck) a depuis longtemps cessé d'opérer les tumeurs blanches pour appliquer les méthodes conservatrices qui lui donnent des résultats indiscutablement supérieurs.

La meilleure conduite à tenir est :

1° D'instituer un traitement général comportant autant que possible le séjour à la mer ;

2° De faire des injections modificatrices dans le foyer articulaire, ainsi qu'on les fait dans l'abcès froid ou par congestion. Quoique ces injections n'aient pas une action bactéricide, elles amènent parfaitement la guérison de la paroi tuberculogène des foyers bacillaires.

L'opération sanglante, même très large, est toujours incomplète car elle ne supprime pas les lymphatiques et les ganglions. En outre, elle diffuse les bacilles et les toxines dans l'organisme déjà tuberculisé des malades. Les tuberculoses locales ne sont jamais locales, ce sont des colonies d'un foyer connu ou inconnu, et c'est ce qu'on oublie trop souvent.

M. Tailhefer (de Béziers) préconise dans le traitement de la tuberculose du genou le lever précoce avec un appareil plâtré ambulatoire largement fenêtré.

Il fait lever ses opérés huit jours après l'intervention, et ceux qu'il n'opère pas le lendemain du jour *où le plâtre a été posé*. Il trouve à cette pratique l'avantage d'*immobiliser* l'articulation et de *mobiliser* le malade, de le faire bénéficier de la vie au grand air, de la cure solaire naturelle ou artificielle, d'empêcher l'atrophie musculaire, de permettre quelquefois l'exercice d'une profession, de sauvegarder la fonction cutanée du membre, la fonction digestive du sujet et de faciliter la surveillance de la lésion. Il indique sa technique qui est simple et lui a donné de beaux résultats.

24 malades ont été soignés par la méthode non sanglante. Sur ces malades, 10 ont été retrouvés en parfait état.

L'auteur a pratiqué, d'autre part, 19 résections ; pas de mort opératoire ; 8 de ces réséqués ont été revus. Ils sont complètement guéris avec une ankylose rectiligne et un membre solide.

M. Péraire (de Paris), pour traiter les tumeurs blanches du genou, a recours chez l'enfant à la révulsion, à l'hélio et à la thassalothérapie, au traitement général et à un bon appareillage destiné à obtenir l'ankylose de l'articulation. Chez l'adulte, résection du genou : 25 résections sans aucun insuccès. L'amputation est un pis aller. Il la réserve aux seuls cas désespérés avec fistules intarissables devenant des foyers d'infection, chez les vieillards en particulier. Il cite un cas de résection du genou qu'il considère comme type, car il a pu suivre l'évolution de la tuberculose articulaire depuis l'enfance du malade jusqu'à son âge adulte.

A ce propos, il indique que pour aborder plus franchement l'articulation dans la résection, il emploie la section rotulienne repérée par cerclage. Guérison sous un seul pansement.

MM. Bérard et Santy (de Lyon) ont recherché, avec M. Mondan, ce qu'étaient devenus 25 des anciens réséqués du genou opérés par Ollier il y a de trente à quarante-cinq ans.

Sur ces 25 opérés, 16 ont été retrouvés. Ils exercent des professions pénibles pour la plupart et présentent dans l'ensemble des guérisons parfaites qui jugent la méthode.

Tous ont des ankyloses solides avec un léger degré de flexion. Les raccourcissements sont de 5 à 6 centimètres, un des opérés en présente un de 9 centimètres.

On note généralement du côté opéré une inclinaison compensatrice du bassin ; 3 fois on a trouvé une déformation en coxa valga.

Exceptionnellement, une résection secondaire fut faite en raison d'une récidive au niveau du tibia.

Chez tous les opérés les résultats ont été contrôlés par la radiographie. La soudure du tibia et du fémur est parfaite et l'on peut suivre la continuité des travées osseuses dans les deux os.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). Sur 135 résections du genou pour tuberculose pratiquées chez des adultes de seize à quatre-vingt-deux ans, l'auteur a eu 131 guérisons et 4 morts. De celles-ci, l'une, causée par une pleurésie méconnue, est survenue six semaines après la résection. Les trois autres, dues à une

tuberculose aiguë, ont eu lieu après deux mois et demi, cinq mois, un an.

D'autre part, il a fallu faire 5 *amputations primaires* après tentative de résection jugée impossible en raison des dégâts osseux et 8 *amputations secondaires* nécessitées dans un délai allant du deuxième mois à la troisième année, soit par une récidive, soit par une menace de tuberculose pulmonaire.

Chez 9 malades, à la tuberculose du genou étaient jointes d'autres lésions et on a pratiqué des *opérations combinées*. Toutes ces malades ont guéri. Le plus remarquable, atteint de tumeurs blanches de la hanche et du genou du même côté, a subi une nouvelle résection et a été revu trente ans plus tard bien portant et marchant aisément malgré un raccourcissement de 15.5 centimètres, grâce à une canne et à un appareil prophétique.

Les *complications éloignées* ont été deux fois des fractures traumatiques au niveau du col, 9 fois des fistules osseuses plus ou moins tardives qui ont été curetées, enfin une ankylose vicieuse traitée par résection itérative deux ans après la première opération.

Sur les 135 tumeurs blanches opérées 65 étaient des formes osseuses, 70 des formes synoviales.

L'auteur termine en rappelant les détails de sa technique que M. Fredet a exposée dans son rapport.

M. Frœlich (de Nancy).

M. Mauclaire (de Paris) apporte une statistique de 70 cas de résection du genou chez l'adulte. Il a employé très souvent les traitements dits conservateurs, notamment les injections de chlorure de zinc dans les formes bâtardes où la tuberculose n'est pas toujours certaine. Les résultats ont été bons. Cette méthode a l'avantage de conserver les mouvements de l'articulation.

Dans les formes hydarthrosiques, l'auteur fait une arthrotomie exploratrice, supprime s'il y a lieu les tissus malades, et finit par un lavage au chlorure de zinc.

Dans les formes ostéo-articulaires, il résèque invariablement. Une fois, il fit une synovectomie. Le malade guérit, mais présenta une déformation en flexion et rotation externe. L'arthrectomie donne de bons résultats chez l'enfant, mais de mauvais chez l'adulte.

Longtemps l'auteur n'a réséqué que des sujets ne dépassant pas cinqante-cinq ans. Il pense maintenant, comme Bœckel, qu'on peut réséquer beaucoup plus tard.

La technique est celle de Lucas-Championnière et de Bœckel. L'auteur laisse un petit drain dans l'articulation et place un plâtre pendant cinquante-cinq jours. Quand il lui a fallu faire une ablation considérable du fémur donnant une mauvaise surface de coaptation il a laissé le plâtre en place plus longtemps. Ceci lui est arrivé 5 ou 6 fois sur 70 cas. Voici le résumé de sa statistique : 65 bons résultats, 5 amputations consécutives ; sur ces 5 amputations, 1 décès chez une femme âgée. Cinq fois un grattage complémentaire fut nécessité par une fistule allant au péroné, un quart de ces malades ont été revus. Les résultats sont excellents.

(A suivre.)

(A suivre.)

Les Thèses

P. — Docteur M. Armingeat, ancien externe des hôpitaux de Paris, pharmacien de 1re classe. — **Thiosinamine et soufre. Contribution à l'étude de la thiosinamine. Essai d'une théorie sur l'action clinique du soufre.** (A. Legrand, éditeur, Paris, 93, boulevard Saint-Germain, 1925.)

L'auteur qui, depuis de longues années, étudie la thiosinamine, tant au point de vue chimique et pharmaceutique, qu'au point de vue thérapeutique et clinique, lui a consacré sa thèse en un moment où la faveur revient à ce médicament.

Dans une première partie, il retrace l'histoire de la thiosinamine avec les succès et les insuccès qui l'ont marquée. « Antiscléreux remarquable » disaient les uns ; « médicament parfois dangereux et souvent sans effet » disaient les autres. — Les Allemands, avant la guerre, avaient en effet présenté la « Fibrolysine » (combinaison instable de thiosinamine et de salicylate de soude) comme une drogue presque miraculeuse capable d'assouplir tous les tissus durs pathologiques. Les médecins français lui ont fait un accueil inconsidéré et l'ont utilisée à tort et à travers. Ils en ont eu de lourds mécomptes et parfois des accidents (réveils d'hémoptysies, relâchement de liens articulaires, etc.) mais, le plus fréquemment, ils n'obtenaient aucun effet thérapeutique. L'engouement fit place à l'abandon. La thiosinamine, mieux étudiée, retrouve aujourd'hui une faveur justifiée.

Le Dr Armingeat indique, d'après plusieurs auteurs, et surtout d'après son expérience personnelle, une technique précise de la médication par la thiosinamine — technique indispensable pour obtenir un effet favorable.

La thiosinamine assouplit les tissus fibreux ou scléreux d'origine pathologique, mais de façon éphémère (quelques heures seulement). Pendant ce temps, la cicatrice ou la bride fibreuse à traiter est souple, plastique, malléable. Cet état commence à se manifester vers la 6e ou la 7e heure après l'injection (sous-cutanée). Il atteint son maximum vers la 10e ou la 12e heure pour diminuer ensuite et devenir insuffisant vers la 15e heure. La thiosinamine seule n'opère donc aucune modification persistante appréciable sur un tissu dur ; mais pendant la pé-

riode d'assouplissement, de ramolllissement, si l'on intervient de façon mécanique, par une dilatation, par un massage, par un agent physique ou tout procédé adapté au cas à traiter, on peut dilacérer, étendre, désorganiser le tissu fibreux qui ne reprend plus ensuite sa forme ni sa constitution primitives. C'est entre la 7e et la 15e heures environ après l'injection que se produit l'assouplissement maximum. C'est à ce moment que l'on peut et que l'on doit intervenir mécaniquement. Avant ou après, les résultats obtenus sont médiocres ou nuls.

La thiosinamine, ayant une action élective, c'est-à-dire localisant son action sur le point scléreux (tissu cicatriciel, tissu conjonctif jeune), peut s'injecter n'importe où et dans l'hypoderme très facilement. L'auteur emploie une solution à 5 %, dans l'antipyrine, qui est extrêmement maniable, indolore et inoffensive, tout en ayant une efficacité suffisante. Inutile et parfois nuisible d'injecter *in situ* ; l'action n'est pas plus marquée. Les applications locales de pommades ou solutions sont sans effet.

Le traitement est long, car un tissu dur, organisé — souvent depuis longtemps — ne se laisse pas détruire facilement. Il faut parfois 40 ou 50 injections, suivies de traitement mécanique, pour obtenir une transformation suffisante et durable, car une action trop énergique ne réalise qu'un traumatisme. Mais, on peut aussi éviter bien des interventions chirurgicales, dilater des canaux (œsophagien, uréthral, lacrymal, etc), assouplir des corps caverneux sclérosés, une maladie de Dupuytren, une cicatrice rétractile, rendre la mobilité à une articulation ankylosée avec ligaments scléreux, etc., etc. Sachs n'a-t-il pas dilaté des sténoses œsophagiennes, en utilisant, sous l'influence de la thiosinamine, le passage du bol alimentaire comme dilatateur ?

Une contre-indication, la seule, mais elle est importante : les cicatrices fragiles (tuberculeux, cancéreux, opérés du ventre). Il suffit d'éviter la thiosinamine chez ces malades, comme on évite chez l'enfant la prescription des opiacés.

Il existe cependant une forme sous laquelle la thiosinamine n'est pas dangereuse pour les cicatrices fragiles, c'est en combinaison avec l'iode. Elle donne, en effet, avec ce dernier corps, un composé défini, *la tiodine*, qui renferme environ 50 % d'iode, constituant ainsi un organo-iodique qui, au lieu de comporter un albuminoïde, un glycérique ou un corps gras, contient de la thiosinamine, dont la présence est ici appréciable, étant donné le rôle antiscléreux que l'on réclame si souvent des organo-iodiques.

Et de fait, la tiodine constitue un antiscléreux complet, car elle réalise l'association iode-soufre. Mais, fait à noter, son composant thiosinamine semble y voir son action tempérée, disciplinée par la présence de l'iode.

La thiodine agit très favorablement sur les scléroses vasculaires, sur les scléroses médullaires, tabès, etc., sur les adhérences, mais jamais elle ne gonfle un tissu dur. L'assouplissement qu'elle procure est insensible mais réel. Elle agit doucement. Jamais elle ne réveille une hémoptysie. L'action mécanique est inutile et même impossible ? C'est en somme un antiscléreux, un iodique et un hypotenseur.

En dehors de son pouvoir antiscléreux tout à fait particulier, la thiosinamine possède d'après le Dr A. Armingeat, deux autres propriétés remarquables. L'une est à l'étude chez l'homme car elle est déjà connue et utilisée chez le cheval : c'est la faculté d'abaisser, chez les urémiques, le taux de l'urée sanguine. La seconde c'est d'agir avec beaucoup d'efficacité dans le rhumatisme et les autres manifestations de la diathèse lithiasique. C'est aussi d'atténuer ou guérir les troubles ressortissant aux « carences sulfurées ».

Et ceci nous amène à la 2e partie de la thèse, où l'auteur démontre que l'emploi de la thiosinamine constitue un cas particulier de la thérapeutique soufrée, mais avec une arme efficace, contrairement au plus grand nombre des préparations soufrées actuelles. Car, dans la thiosinamine, le soufre est *combiné* et *non oxydé*, condition indispensable à son action, la tiodine réalisant l'association iode-soufre. Il appuie son opinion sur les travaux chimiques les plus récents du professeur Moureu, travaux qui accordent au soufre de divers composés — dont la thiosinamine — un pouvoir catalytique important. Il étend cette propriété au domaine biologique et croit pouvoir affirmer que l'action thérapeutique du soufre est d'ordre catalytique et que cette action ne peut se manifester que pour du soufre « en combinaison, non oxydé ».

Il conclut enfin, qu'à part le pouvoir antiscléreux déjà connu, mais mal utilisé, de la thiosinamine, ce médicament est appelé, par son efficacité et son innocuité, à jouer un rôle favorable et important comme facteur de soufre *actif* dans les manifestations variées de l'inanition sulfurée.

Lille. — Dr J. Duræulx, pharmacien de 1re classe. — **Recherches expérimentales sur l'anesthésie des petits animaux de laboratoire : utilisation du somnifène.** (Th. 1925.)

La question de l'anesthésie dans les laboratoires a suscité une série de travaux, et sous ce titre, Mlle Dr Duræulx, de Lille, a été amené à construire un nouvel appareil à anesthésie lui permettant de rechercher la dose anesthésique et la dose toxique chez les petits animaux. Ses expériences ont été faites au laboratoire de zoologie médicale et pharmaceutique sous la direction de M. le professeur Desoil. M. Duræulx, qui a utilisé le chloroforme, l'éther et le somnifène, seuls ou combinés, a ainsi défini les avantages du somnifène comme préparant l'anesthésie :

« Ce nouveau mode d'anesthésie (par l'action préalable du somnifène) est appelé à compléter très utilement la liste des techniques d'anesthésie que nous possédons déjà et, avec lui, quelques expérien-

ces impossibles sur les animaux de laboratoire deviendront possibles, particulièrement celles qui doivent être pratiquées chez des sujets très délicats et très sensibles tels que oiseaux, cobayes, lapins.

« Le somnifène à doses infimes en injections hypodermiques, prépare mieux l'animal à une anesthésie de longue durée, supprime presque totalement la phase d'excitation, nécessite l'emploi de doses moindres d'anesthésique et reporte à un tiers en plus la dose toxique de l'éther ou du chloroforme. Enfin, particularité appréciable, le somnifène maintenant l'animal sous son action, après les effets passés de l'anesthésique, facilite beaucoup les suites opératoires en supprimant les vomissements et divers réflexes ».

Dans d'autres services de physiologie, de médecine expérimentale et de médecine vétérinaire, le somnifène est utilisé seul comme procédé d'anesthésie, et il donne d'excellents résultats.

T. — Dr Jean MONTASTRUC, de Boulogne (Haute-Garonne). — **Tension artérielle et sénilité.**

L'union du laboratoire et de la clinique ne nous est jamais apparue aussi évidente que du jour où les appareils de Marey, modifiés par de nombreux inventeurs, ont pénétré la vie clinique du praticien, au point que, de nos jours, il n'est plus l'un d'eux qui n'ait constamment à sa portée un Pachon, un Laubry-Vaquez, un Lian, un Gallavardin, etc.

Les uns auraient surtout vouloir voir dans ces appareils l'établissement mathématique d'une formule telle que, seule, elle ait pu rentrer en ligne pour l'établissement d'un diagnostic et, par conséquent, de la thérapeutique. D'autre part, les plus nombreux, à la vérité, ne se servent de ces instruments que pour compléter leur examen clinique ou encore contrôler ce même examen et enfin fixer, par les résultats tangibles qu'ils donnent, la différence qu'il peut y avoir d'un examen à un autre.

On a eu tendance, trop longtemps, à confondre hypertension avec artériosclérose ; aussi, faut-il grandement louer le docteur Jean Montastruc d'avoir consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la tension artérielle et de la sénilité.

Sous la haute direction scientifique de M. le professeur Raymond Cestan, l'auteur a d'abord étudié l'importance de l'examen de la tension artérielle. Il signale en outre quelles sont les raisons des modifications physiologiques de cette tension artérielle ; insiste sur l'influence de l'âge, et ceci devient le corps même du travail qu'il présente.

Prenant pour champ d'action l'hospice de La Grave, à Toulouse, où vivent de très nombreux vieillards, le docteur Montastruc a pu poursuivre son expérimentation et, sur un nombre considérable de ceux-ci, étudier tension maxima, tension minima, tension différentielle, mais cela en fonction du myocarde, de l'aorte, du rein, du cerveau ; ceci est véritablement la partie originale d'une étude que nous soumettons à la lecture de nos amis.

Des 80 observations qui ont été relevées, analysées par l'auteur, on peut conclure que si le vieillard est souvent un hypertendu, cette hypertension n'est pas toujours associée, ni à l'athérome, ni à une néphrite par artériosclérose. La tension minima est souvent très basse en opposition avec une maxima élevée, d'où une différentielle fort exagérée, et dans ces cas, l'insuffisance aortique est exceptionnelle.

Pour l'exactitude des déductions cliniques et la justification des conclusions, pronostiques et thérapeutiques, il est nécessaire de réaliser cette synthèse dont les éléments sont fournis par l'étude simultanée des phénomènes cardiaques et artériels, rénaux et cérébraux autant que par celle de la pression artérielle.

Le travail du docteur Montastruc est écrit de façon très alerte et ceci n'est point désagréable, en raison même de la technicité du sujet traité.

Nous serions fort surpris si notre jeune confrère ne faisait une brillante carrière, et nous sommes, d'ores et déjà, assuré qu'il sera un véritable clinicien.

R. MOLINÉRY.

TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE PAR LES SELS DE BISMUTH

Par M. FOURCADE,

Médecin consultant au Ministère des Colonies.

L'introduction des sels de bismuth en thérapeutique antisyphilitique a donné à plusieurs expérimentateurs l'occasion de constater l'action curative de ces sels sur les poussées furonculeuses contemporaines d'une infection spécifique.

Pour expliquer cette action on ne pouvait considérer la furonculose comme accident spécifique ; tout au plus était-il loisible de penser que la syphilis était susceptible de mettre l'organisme en état de réceptivité vis-à-vis de l'invasion staphylococcique.

Une séduisante hypothèse restait à vérifier : le bismuth ne possèderait-il pas vis-à-vis du staphylocoque une action bactéricide puissante qui en ferait un véritable médicament spécifique des staphylococcies ?

LEMAY et JALOUSTRE se sont attachés à la solution de ce problème et ont donné le résultat de leurs travaux dans une communication à l'Académie des sciences, à la séance du 15 décembre 1924.

Ces auteurs ont comparé l'action du bismuth sur

le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille ; ils ont pu démontrer ainsi qu'une dilution de 1/2500 n'avait aucune action sur le développement d'une culture de streptocoque ou de colibacille, alors qu'à une dilution comprise entre 1/500 000 et 1 pour 400 000 le bismuth empêchait radicalement une culture de staphylocoque de se développer.

Donc, pressentie sur l'homme par la disparition de la furonculose au cours d'un traitement bismuthique, l'action bactéricide du bismuth sur le staphylocoque nous paraît définitivement démontrée « *in vitro* ».

Restait à démontrer cette action « *in vivo* » ; c'est le résultat de nos investigations dans ce sens dont nous donnons ici les premières conclusions.

Nous nous sommes servis, dans ce but, de l'hydroxyde de bismuth radifère.

Nous ne nous attarderons pas à la démonstration de la non toxicité de ce sel aux doses thérapeutiques; depuis notre première communication sur ce sujet à la Société de Biologie (M. Fourcade, L. Jaloustre et P. Lemay, C. R. Société de Biologie, 29 avril 1922) des milliers d'ampoules d'hydroxyde de bismuth ont été injectées sans le moindre incident.

Nous sommes d'autre part restés fidèles à l'emploi d'un hydroxyde radioactif, en raison de l'action catalytique de la radio-activité, d'une part, et de l'action bactéricide des émanations radioactives sur le staphylocoque (Chambers et Russ), d'autre part.

Les premières applications thérapeutiques que nous avons faites nous ont démontré que les fortes doses étaient aussi inutiles que les traitements prolongés : il était d'ailleurs facile de le prévoir étant donné la faiblesse des concentrations nécessaires « *in vitro* » pour tuer le staphylocoque, et la lenteur de l'absorption des bismuth insolubles injectés dans un excipient *huileux.*

Une dose totale de 0.60 centigrammes d'hydroxyde de bismuth radifère (soit 0.52 centigrammes de Bi-Métal) répartie en six piqûres à raison de deux par semaine, nous a paru la dose optima.

A cette dose et en injections intramusculaires, nous avons obtenu des guérisons de furonculoses rebelles datant de plusieurs mois, avec des résultats qui semblent définitifs : tous les malades dont nous donnons plus bas les observations ayant été revus de cinq à neuf mois après la cessation du traitement. Nous n'avons constaté aucun phénomène d'intolérance et ceci s'explique par l'innocuité de l'hydroxyde de bismuth radifère et les faibles doses de produit injecté.

Il sera bon néanmoins de surveiller la dentition et la fonction rénale, suivant en cela les règles générales de toute bismuthothérapie.

Dans notre observation 6 nous avons rapporté à dessein le cas d'une métrite chronique à flore microbienne riche en staphylocoques, lesquels ont complètement disparu par un traitement bismuthique.

Nous signalons aussi l'observation 4 dans laquelle le bismuth administré par voie rectale a donné un résultat excellent ; il est à remarquer chez cette malade que la tendance aux réactions cutanées d'origine anaphylactique et déterminées par l'ingestion d'œuf, n'a pas été supprimée par le traitement, mais que l'orientation de ces réactions vers la furonculose ne s'est pas reproduite.

Observation 1. — Mlle E..., 32 ans.

Depuis 18 mois, furonculose récidivante de la face (menton, sillon naso-génien) ; les poussées surviennent généralement au moment des règles.

Ni albumine, ni sucre dans les urines, insuffisance thyro-ovarienne et tendance à l'obésité.

Le régime végétarien avec purgations fréquentes, la levure de bière, les sels d'étain, ont été essayés sans succès.

Nous voyons la malade en mars 1925 et prescrivons six piqûres d'hydroxyde de bismuth radifère (staphylothanol) à raison de deux piqûres intramusculaires par semaine.

A cette époque la malade présentait un gros furoncle du menton, la durée de l'évolution de ce furoncle semble raccourcie du fait des piqûres.

Les règles surviennent pendant le traitement que nous n'interrompons pas.

Dix jours après la dernière piqûre les règles surviennent de nouveau sans apparition de nouveaux furoncles (la première fois depuis dix-huit mois).

Nous revoyons la malade en juillet et novembre 1925 : la guérison s'est maintenue.

Observation 2. — M. K..., 27 ans.

Furonculose récidivante du cou, datant de trois mois, les furoncles se succèdent sans interruption. Nous voyons le malade en avril 1925, porteur d'un gros anthrax extrêmement douloureux. Ni albumine, ni sucre dans les urines, aucun signe clinique à l'examen général.

Le malade a suivi sans succès plusieurs traitements y compris l'auto-hémothérapie.

Nous prescrivons une série de six piqûres d'hydroxyde de bismuth radifère (staphylothanol) à raison de deux piqûres par semaine pendant trois semaines.

Dès la première piqûre l'anthrax se vide sans incision, la douleur s'atténue progressivement, et la cicatrisation est complète à la fin de la série.

La tendance à la furonculose semble définitivement enrayée, nous avons revu le malade en juin et octobre : la guérison s'est maintenue.

Observation 3. — Madame G..., 50 ans.

Furonculose de la taille, évoluant sans arrêt de-

puis deux ans : la topographie des éléments furonculeux rappelle celle du zona.

La malade a subi il y a vingt ans une hystérectomie totale, a fait ensuite une crise d'albumine, de nombreuses poussées rhumatismales, un zona ophtalmique.

Nous voyons la malade en juin 1925 : elle présente cinq petits furoncles encerclant la taille au-dessous du rebord intercostal des deux côtés. Par accès surviennent des crises de névralgie intercostale extrêmement douloureuse.

Ni albumine, ni sucre dans les urines, hypertension artérielle.

Nous prescrivons six piqûres d'hydroxyde de bismuth radifère (staphylothanol) à raison de deux piqûres par semaines, pendant trois semaines.

Dès la troisième piqûre les furoncles ont complètement disparu, les névralgies intercostales reparaissent sans furoncles, trois semaines après la cessation du traitement.

Elles cèdent à trois séances de rayons ultra-violets à doses fortement érythémateuses.

Nous revoyons la malade en octobre, soit cinq mois après le traitement : la guérison de la furonculose s'est maintenue, la malade a encore eu quelques crises de névralgies, mais sans gravité, et qui n'ont pas nécessité la reprise du traitement par les ultraviolets.

Observation 4. — Madame V..., 44 ans.

Furonculose récidivante du tronc, évoluant sans arrêt depuis deux ans, malgré plusieurs tentatives thérapeutiques : régimes, levures de bière, sels d'étain bardane, etc. La malade a constaté que l'ingestion des œufs déterminait de violentes poussées et était toujours suivie de gros furoncles. Nous voyons la malade en juin 1925.

Ni albumine, ni sucre dans les urines, phénomènes entéritiques.

Nous conseillons une série de piqûres de staphylothanol qui est refusée par la malade.

Nous faisons faire alors quinze suppositoires de staphylothanol et prescrivons l'application de deux suppositoires par semaine, pendant sept semaines.

Nous revoyons la malade en octobre 1925, la furonculose est complètement guérie, mais il est à signaler que l'ingestion des œufs détermine toujours des réactions cutanées, sous forme d'érythèmes et de démangeaisons.

Observation 5. — Madame de G..., 32 ans.

Furonculose récidivante des paupières (orgelet) survenant par périodes, depuis cinq ans, toujours au moment des règles et rebelle à tout traitement.

Rien à signaler au point de vue clinique.

Nous voyons la malade en avril 1925 et la décidons à se laisser faire six piqûres d'hydroxyde de bismuth radifère (staphylothanol) à raison de deux piqûres par semaines.

Depuis six mois que nous suivons cette malade les furoncles ne se sont pas reproduits.

Observation 6. — Madame B..., 30 ans.

Métrite chronique, flore microbienne abondante à prédominance de staphylocoque.

Examen bactériologique du 16 février 1925 : « la flore microbienne très abondante est constituée par de très nombreux staphylocoques et quelques micro-coques ».

Traitement : injections et ovules antiseptiques, repos.

Au bout de deux mois de traitement, amélioration des phénomènes inflammatoires mais persistance du staphylocoque.

Nous conseillons à la malade de faire une série de six piqûres de staphylothanol à raison de deux piqûres par semaine. Quinze jours après la cessation du traitement, soit le 22 juin, le laboratoire nous donne la réponse suivante : « la flore microbienne est constituée par des streptobacilles et quelques micrococques ».

Nous donnons cette observation qui nous paraît instructive au point de vue de l'action spécifique du bismuth sur le staphylocoque.

Conclusions.

1° Le bismuth stérilise les cultures de staphylocoques à une dilution comprise entre 1 p. 400.000 et 1 p. 500.000. (P. Lemay et Jaloustre. C. R. Académie des Sciences, 16 janvier 1925.)

2° L'hydroxyde de bismuth ne présente pas de toxicité aux doses thérapeutiques... les injections intramusculaires sont complètement indolores.

(Fourcade, Jaloustre et Lemay, C. R. Société de Biologie, 29 avril 1922.)

3° L'hydroxyde de bismuth radifère, à la dose de 0,60 centigrammes répartis en six piqûres de 0,10 centigr., administré par voie intramusculaire, à raison de deux piqûres par semaine, semble être un médicament spécifique de la furonculose, arrêtant la poussée en cours et prévenant les récidives.

La voie rectale peut être utilisée pour l'administration du médicament.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

COMMENT FUT ENFIN ACQUISE LA SUPPRESSION DES CATÉGORIES DANS LE TARIF BRETON

Exposé du Dr Fernand DECOURT.

Lors de l'assemblée générale de l'Union, en décembre dernier, j'eus l'honneur de commenter, devant les délégués des Syndicats, mon *Rapport* (paru dans le *Médecin Syndicaliste* du 1er novembre) concernant les modifications, et surtout les additions à apporter au tarif Breton, suivant les idées émises par les praticiens eux-mêmes, dans les 2.500 questions, environ, auxquelles j'ai déjà répondu dans le *Concours* à ce sujet. Je n'insistai naturellement pas, à la tribune, sur les *détails* : qu'il me suffise de dire ici que toutes les additions annoncées dans mon rapport comme acceptées par la sous-commission ministérielle, furent approuvées depuis par la commission plénière et ont paru dans le nouveau tarif. Donc, à l'assemblée générale, je concentrai l'attention de mes confrères sur *deux points*, au sujet desquels je leur demandai de donner, aux délégués de l'Union à la commission du tarif, des instructions sans aucune ambiguïté.

Ces deux points étaient :

1° *La suppression des catégories.*

2° *L'augmentation de* x % *pour l'ensemble du tarif actuel*, en rapport avec la différence du coût de la vie en 1920 et 1925.

Or, je faisais remarquer que, si on supprimait la 2e catégorie, les confrères, rangés dans celle-ci, allaient avoir, de ce fait même, une augmentation globale de 25 %. Ceci était même insuffisant : cette augmentation est non pas de 25 mais bien de 33 %, comme il est expliqué dans la note ci-dessous (1). Quoi qu'il en soit, je déclarais que, par suite, il nous serait, peut-être, difficile d'acquérir, en plus, une *deuxième augmentation* globale, *en rapport* avec la différence du coût de la vie en 1920 et 1925. Et comme certains confrères réclamaient le cumul des *deux* augmentations, en y ajoutant des pourcentages de majoration *fantastiques*, je ne pus m'empêcher de m'écrier : « Ne nous demandez pas la lune car il nous est impossible de nous engager à vous la rapporter. »

Je concluais en disant : « Que chacun prenne ici ses responsabilités, que voulez-vous *en première ligne* ? » La réponse me revint aussitôt unanime : « *La suppression des catégories* ! — Entendu, répliquai-je. Nous serons intransigeants sur ce point, quitte à tout rompre. » Et cette suppression des catégories, nous avons le plaisir de la rapporter — mais je vous prie de croire que ce ne fut pas sans peine...

1° A la Sous-Commission du tarif Breton.

La grosse bataille se livre, comme d'ordinaire, à la sous-commission, où Quivy et moi, nous avons l'honneur d'être les délégués de l'Union, devant ceux des patrons, des assureurs, des ouvriers et deux membres dits « neutres ».

Nous commençons donc, suivant les instructions données par l'Assemblée générale, par demander la suppression de la 2e catégorie. « Pourquoi pas alors celle de la première ? nous réplique-t-on. — Si vous voulez. Le pourcentage global de majoration du tarif sera ensuite établi en conséquence. D'ailleurs, cela ne serait guère pratique, les prix *actuels* étant inscrits en 1re catégorie, avec (Art. 15) 25 % de diminution *globale* pour la seconde. Donc, parlons de l'abolition de toute catégorie par la simple suppression du 1er alinéa de cet article 15. » Ceci établi comme base de discussion, celle-ci s'engage dure, âpre, longue... Je n'insisterai pas. Tout a déjà été dit, dans le *Concours* même, au sujet de cette controverse sur les prix des grandes villes et ceux des provinces et des campagnes. Peu à peu, toutefois, nous sentions le terrain glisser et les

(1) La diminution de 25 % des prix de la 1re catégorie donne bien ceux de la 2e catégorie. Mais pour faire l'opération contraire en partant des prix de la 2e, il faut une majoration de 33 % pour avoir les prix de la première. Prenons comme exemple le prix de 120 fr. en 1re catégorie, pour la réduction de fracture de l'humérus. Avec 25 % de minoration, il est bien, en seconde, de 90 francs. — Eh bien, ce prix de 90 fr., si, au contraire, je le majore de 25 % (soit du 1/4 de 90 = 22 fr. 50), je trouve 90 + 22 fr. 50 = 112 fr. 50 et non 120 !!! Au contraire, si je majore ce prix de 90 fr. de 33 % (soit du 1/3 de 90 = 30 fr.), je retrouve bien le prix de la première, soit 90 + 30 = 120 fr. !!! ... La majoration en passant de 2e en 1re catégorie est donc bien de 33 %. C. Q. F. D. — et ce dont je ne me doutais pas avant qu'on m'eût expliqué cela à la Sous-Commission. Il est vrai que je n'ai jamais eu de prix de math. ! ...

F. D.

choses se gâter. Les neutres même semblaient se ranger de l'avis de nos contradicteurs, patrons et assureurs, qui réclamaient énergiquement deux catégories — au moins — comme il en était jusqu'ici. Allions-nous donc échouer ?... on parlait déjà de « remettre à plus tard » toute décision à prendre...

Or, depuis de longs mois, un point de l'argument adverse m'avait frappé. Là encore je l'attendais et il ne manqua pas d'être mis en avant. « Sans doute, dans le tarif Breton, le prix de la visite est moindre en province, mais pas comme vous le croyez, vous médecins, attendu que vos confrères se rattrapent sur les indemnités de déplacements, grâce auxquelles ils ont des prix de visites très élevés — Ces prix ne s'expliquent-ils pas, ne se *justifient*-ils pas alors que ces confrères s'en vont au loin dans des communes privées de médecins ? — Mais ils touchent des indemnités de déplacement, *même dans leurs propres communes*, pour les hameaux distants de plus d'un kilomètre. Et c'est vous-même, m'objecta-t-on, qui l'avez fait inscrire dans le tarif. — Ai-je eu raison ? N'était-ce pas équitable ? — Soit ! Mais, dans les grandes villes, quelle que soit la distance, *jamais* le médecin ne touche d'indemnité de déplacement, eût-il fait 3 ou 4 kilomètres aller et retour pour aller voir son blessé à domicile... »

Cette argumentation se tenait. Il convenait de la prendre en considération, tout en conservant *le principe de l'égalité de prix pour toute intervention faite par tout docteur en médecine sur tout le territoire français.*

C'est alors qu'à cette sous-commission, je fis la proposition suivante, que je tenais *en réserve* depuis quelque temps, espérant enlever la réforme au bon moment grâce à elle. Voici donc ce que je proposai :

1° *Un prix unique dans toute la France pour l'acte médical simple, visite ou consultation.*

2° *Une indemnité de déplacement kilométrique* (comme celle actuelle, majorée de X %) *pour toute visite faite en province ou en campagne.*

3° *Pour les confrères des grandes villes et de leur banlieue, quelle que soit la distance entre le domicile du médecin et celui du malade, dans la même commune, une indemnité moyenne fixe de deux francs par visite.*

Je donne ici les conclusions de la proposition que je développai assez longuement. Je n'ai pas besoin de dire avec quelle ardeur Quivy s'en vint à la rescousse, cette proposition lui ayant aussitôt plu, et, en vieux « routier » des commissions qu'il est, ayant compris que là même était la brèche par laquelle allait passer la suppression des catégories, si nous nous y tenions, tous les deux, fermement.

Bientôt, en effet, on vit les figures se détendre et les signes prémonitoires d'un acquiescement se faire jour çà et là. Puis l'aide efficace des « neutres » nous fut apportée. A la fin, assureurs, puis patrons, acceptèrent à leur tour — CONDITIONNELLEMENT S'ENTEND — c'est-à-dire *suivant* ce que nous accepterions pour le tarif des interventions, ainsi que pour les indemnités kilométriques.

Ainsi donc, à ce moment, le *principe* de la suppression des catégories était adopté : la *réalité* de la réforme ne dépendait plus que de notre conduite pour le reste. Nous suivions donc bien, Quivy et moi, les indications que nous avaient données les délégués des syndicats à l'Assemblée générale, alors qu'ils avaient mis, *en première ligne*, unanimement, cette suppression des catégories.

***

Passons maintenant à la deuxième partie de notre mandat : l'*augmentation du tarif de* x %.

N'oublions pas que, par la suppression déjà obtenue, en puissance, nos confrères de la catégorie, c'est-à-dire la *majorité* étaient *augmentés de* 33 %. J'insiste sur ce point, car nous n'avions plus désormais « les mains libres » pour demander (comme s'il y avait eu, depuis longtemps, une seule catégorie) une majoration en rapport avec le prix de la vie depuis 1920.

Les discussions reprirent donc, de plus belle, au sein de notre sous-commission... Et, cette fois, il y eut, dès le début, une touchante *unanimité* contre nous, alors que nous parlions d'un pourcentage *quelconque* de majoration sur les prix actuels de 1re catégorie. Oh ! ce fut très net. « *Ou pas de majoration* sur ces prix (alors que la majorité des praticiens, en passant de seconde en première catégorie, reçoit déjà 33 % de majoration) *ou rétablissement de la 2e catégorie*... »

C'était bien là le dilemme prévu et que, à cause de cela, j'avais tenu à poser nettement à l'Assemblée générale de l'Union. Or, notre mandat était formel : être intransigeant sur la suppression des catégories. *Sans majoration, nous l'obtenions* ; notre ligne de conduite était donc toute tracée. Devant l'unanimité de nos autres collègues de la sous-commission, nous n'avions plus qu'à nous replier en bon ordre, pour sauver notre suppression de la 2e catégorie.

Le pis, c'est qu'il faillit en être de même pour les *augmentations de l'indemnité kilométrique* ! D'interminables palabres eurent lieu sur les frais d'autos, les prix de l'essence et des pneus, « la diminution des C.V. avec les progrès de la technique automobile. On voulait nous prouver que les frais d'autos étaient les mêmes — et plutôt *moindres* (?!) — en 1925 qu'en 1920 (1). Nous

(1) Cf. l'article qui paraîtra dans le *Concours* du 31 janvier 26, où je donne les chiffres et tableaux présentés par les délégués assureurs à la Sous-Commission.

déclarâmes, en vain, que les chiffres donnés ne représentaient que les *frais* de l'auto, mais qu'il était équitable d'indemniser, en outre, le médecin du *temps passé* à courir les routes. A cela, on répliqua (*tous* les membres, sauf Quivy et moi-même) que le prix de un franc du kilomètre payait bien l'un et l'autre, *frais et temps* à la fois, puisqu'il représentait à peu près le *double* des frais, surtout depuis qu'avec les progrès de la technique automobile, la grande majorité des médecins n'avait plus des autos de 8 à 12 C.V. comme en 1920, mais maintenant des 5 à 6 C. V. seulement, etc., etc...

Bref, après de multiples discussions, vives, orageuses même, nous finîmes par obtenir une pauvre, une misérable *majoration de* 10 % — et encore il est juste de reconnaître qu'elle ne fut due qu'à notre inlassable ténacité...

2° A la Commission plénière.

Le mardi 29 décembre, à 10 heures, dans la « grande salle » de la rue de Varenne, à l'annexe du Ministère du Travail, eut lieu la réunion de la Commission plénière que préside, depuis plusieurs années, M. le sénateur Bienvenu-Martin. Nous étions là plus d'une *quarantaine* de membres, puisque les deux sections étaient réunies : l'ancienne (industrielle) et la nouvelle (agricole). Dans la première, les délégués de l'Union sont nos confrères : Lenormand, Noir, Caillaud, Quivy et Decourt. Dans la seconde : Lefèvre, Dibos, Bourdon, Rénon et Humbel. Seuls n'avaient pu venir Rénon (Niort) et Dibos (Landes).

Comme nous le pensions et comme il était naturel, nos confrères demandèrent dès l'abord, et Bourdon insista longuement sur ce point, qu'un pourcentage plus élevé fut accordé aux indemnités kilométriques. En vain, Lefèvre, Humbel, Caillaud, Noir, etc. s'en vinrent à la rescousse ; il était visible que le siège de l'Assemblée était fait. Patrons, assureurs et neutres aussi, acceptaient la suppression des catégories, *mais étant entendu* que les autres conditions discutées, puis projetées par la sous-commission, ne seraient l'objet d'*aucune* modification. C'était un *bloc* à accepter : oui ou non ! Que faire ? Allait-on rompre les pourparlers et *rester dans le statu quo* pendant *x* mois encore..? Personne d'entre nous ne songea à prendre une telle décision, à encourir une telle responsabilité. Il nous aurait semblé — *à tous* — en agissant ainsi, que nous n'aurions pas rempli le mandat qui nous avait été confié par l'Assemblée générale, alors qu'on nous avait demandé — avant tout — de rapporter la suppression des catégories que nous « tenions » désormais si nous acceptions le « bloc ».

Les propositions de la sous-commission furent donc votées à *l'unanimité*, après quelques légères modifications, de forme plus que de fond.

Tel est notre bilan, confrères. Nous ne nous faisons aucune illusion : il ne satisfera complètement personne car, pour en arriver à l'UNIFICATION par la suppression des catégories, il a bien fallu, précisément, que *chacune de ces deux ex-catégories fasse des* CONCESSIONS *sur ses desiderata.*

a) L'ex-première catégorie fait ici la concession de non-majoration, pour l'instant, de son tarif d'intervention.

b) L'ex-deuxième catégorie fait ici la concession de se contenter, pour ses indemnités de déplacement, d'une majoration dérisoire de 10 %.

***

Néanmoins, il serait injuste de ne pas faire remarquer, ouvertement, et publiquement, que dans ces majorations de tarif actuelles, *les praticiens des petits centres bénéficient, plus largement que ceux des grandes villes, des avantages acquis.*

Sans doute, et cela est d'autant plus remarquable que c'est la *première fois* depuis qu'il y a des tarifs généraux. Allez-vous donc en être jaloux, confrères des grandes villes ?... Nullement, je le certifie d'avance et vous serez les premiers à déclarer que *c'est bien enfin le tour* des éternels déshérités des campagnes... Et c'est pourquoi, à l'Assemblée générale de décembre dernier, les délégués des grandes villes, ceux de Paris en tête, ont, eux aussi, demandé qu'en *premier lieu* on supprimât les catégories.

Et cette grande réforme, la voici effectuée. Désormais le terrain est débroussaillé de ces fils de fer barbelés des catégories... Tous les six mois, le tarif des accidents du travail est revisable : patience, confrères des grandes villes, Paris ne s'est pas fait en un jour...

Dr Fernand DECOURT.

LA LÉGISLATION DU TRAVAIL

Le Tarif Officiel deviendrait opposable aux médecins en toutes circonstances et ils devraient toujours s'en contenter.

PROJET DE LOI

ayant pour objet de modifier l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898 relatif au règlement des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, présenté au nom de M. Gaston Doumergue, Président de la République française, et par M. Durafour, Ministre du Travail de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Exposé des motifs.

Messieurs,

Aux termes de l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898, concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien ; le chef d'entreprise reste tenu de payer les frais médicaux et pharmaceutiques reconnus nécessaires pour la guérison du blessé, mais ces frais ne peuvent dépasser les limites fixées par un tarif établi par arrêté du Ministre du Travail.

L'article 4 précité paraît ne viser ainsi à cet égard, que les relations de l'ouvrier et du patron et non pas celles qui peuvent naître entre l'ouvrier et le médecin ou le pharmacien. Une action directe a bien été prévue de la part des médecins et des pharmaciens contre les chefs d'entreprise pour se faire payer leurs émoluments dans la limite du tarif, mais rien ne semble empêcher le médecin ou le pharmacien de réclamer, dans les termes du droit commun, à l'ouvrier qui l'a choisi, le prix de ses soins ou de ses fournitures sur les bases qu'il applique à sa clientèle ordinaire.

Jusqu'à ces derniers temps cette interprétation était restée, pour ainsi dire, du domaine de la théorie, et médecins ou pharmaciens s'étaient contentés de l'application du tarif officiel. Deux décisions judiciaires récentes révèlent qu'il n'en est plus de même à l'heure actuelle, notamment en ce qui concerne le règlement des accidents agricoles dans les termes de la loi du 15 décembre 1922. Aux termes de cette dernière loi, les exploitants agricoles peuvent s'assujettir pour eux-mêmes à la législation sur les accidents de travail, à la condition de contracter une assurance, et l'assureur devient à leur égard responsable dans les termes de cette législation comme s'il était leur patron. La question s'est alors posée de savoir si l'assujetti facultatif pouvait être l'objet d'une action de la part de son médecin ou de son pharmacien en vue d'une rémunération supplémentaire dépassant le tarif légal, alors que l'assureur avait payé ces derniers dans les limites de ce tarif.

Un article du *Concours médical* du 11 janvier 1925 s'exprime en ces termes : « Si, en pratique, les médecins se sont accoutumés à se contenter de la part que la loi impose aux patrons, ils n'en conservent pas moins le droit de réclamer au blessé le complément de leurs honoraires s'ils le jugent utile. C'est pourquoi, lorsque vous avez affaire à un exploitant agricole, qui s'est assuré lui-même le bénéfice de la loi sur les accidents du travail, comme vous ne pouvez vous adresser qu'à lui pour le paiement de vos honoraires, faute de l'existence d'un patron intermédiaire entre l'assurance et le blessé, vous pouvez lui demander les honoraires que vous demanderiez à un client ordinaire de la même situation sociale, sauf à lui à se faire rembourser par son assurance dans la limite du tarif Breton ». C'est également l'interprétation donnée par M. Sachet, conseiller à la Cour de cassation, dans son *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail*, 6e édition, n° 621 : « ... L'action directe du médecin choisi par l'ouvrier contre le patron ne peut concerner que le montant des frais médicaux et pharmaceutiques dont celui-ci est redevable dans les termes de la loi ... Pour le surplus, les médecins et pharmaciens n'ont d'action que contre la victime qui les a choisis ».

Le tribunal civil d'Annecy a jugé (28 juin 1925), dans une espèce visant un assujetti agricole facultatif dans les termes de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 que, quand la victime a fait choix elle-même de son médecin, si le patron s'est tenu que dans les limites du tarif légal, la différence entre le tarif courant et le tarif légal est supportée par le blessé qui a librement choisi son docteur. Le tribunal civil de Rouen, 6 juillet 1925, dans une espèce visant le directeur d'un établissement industriel, a jugé également qu'au cas où l'homme de l'art mandé par le blessé ne se contente pas des honoraires fixés par le juge en vertu du tarif du 8 juillet 1920, il a pour le surplus de ses honoraires, s'ils sont légitimement dus, une action non pas contre le patron mais contre la victime elle-même.

Cette interprétation stricte de la loi tendrait, dans la pratique, si elle se généralisait, à restreindre la faculté pour l'ouvrier de choisir librement son médecin ou son pharmacien, puisqu'il risquerait, dans l'exercice de ce choix, d'avoir à supporter des frais supplémentaires, alors que, s'il accepte le médecin désigné par le patron ou par son assureur, et payé directement par eux, il est certain que rien ne restera à sa charge. Cela paraît manifestement contraire

à la volonté du législateur qui a entendu laisser à la victime la liberté la plus entière pour se soigner et pour s'adresser à son médecin habituel.

Dans le but de mettre fin à toutes les controverses susceptibles de faire échec à ce libre choix du médecin ou du pharmacien, nous soumettons à vos délibérations le projet de lui suivant, qui supprime toute rémunération venant s'ajouter au tarif légal, à la charge de l'ouvrier aussi bien lorsqu'il a choisi son médecin que quand celui-ci aura été désigné par le patron.

Peut-être objectera-t-on que cette nouvelle disposition légale va faire échec à la liberté du travail et du commerce et qu'il n'est pas possible d'imposer aux médecins et aux pharmaciens un tarif maximum qu'ils ne pourront dépasser en aucun cas d'accident du travail pour la fixation de leurs honoraires ou du prix de leurs fournitures ; qu'il y a des accidentés du travail, sinon riches, du moins aisés, comme les contremaîtres, ingénieurs, directeurs d'usines, propriétaires agricoles qui se sont assujettis volontairement, pour lesquels un tarif réduit spécial ne s'explique pas.

Ces arguments ne sauraient nous arrêter. Les médecins et les pharmaciens attachent également le plus grand prix au libre choix, et en présence des deux principes de liberté qui tendraient à s'opposer sur un point particulier, il n'apparaît pas douteux que c'est le libre choix du médecin qui doive l'emporter.

PROJET DE LOI

Le Président de la République française

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article unique.

Le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, est modifié comme suit :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, des frais médicaux et pharmaceutiques fixés par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministre du Travail, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de six mois. »

Commentaires.

Ce projet de loi mérite d'être discuté, sous différents angles.

Au point de vue ouvrier, la question du libre choix du médecin est entrée définitivement dans les mœurs ; la victime d'un accident du travail entend pouvoir confier son capital le plus précieux : sa santé, au médecin, qu'à tort ou à raison, elle considère comme étant le mieux qualifié pour lui donner des soins.

Mais, afin de bien comprendre la portée de ce projet de loi, il faut revenir aux origines mêmes de la législation sur les accidents du travail.

Avant 1898, la victime d'un accident devait, sous l'empire du droit commun, prouver la faute de son patron, ou de la chose appartenant à ce dernier (articles 1382 à 1386 du Code civil.)

Si cette preuve était rapportée, l'ouvrier touchait son salaire plein, se faisait soigner aux frais de son employeur, ou obtenait des dommages-intérêts pour l'accident dont il avait été victime.

Mais, s'il ne pouvait pas faire la preuve de la faute imputable au patron (et c'était le cas le plus fréquent), le blessé devait se faire soigner à ses frais et n'avait droit à aucune indemnité.

Aussi, la loi du 9 avril est-elle une loi forfaitaire : désormais, le fardeau de la preuve n'incombe plus à l'ouvrier ; mais ce dernier participe pour une partie dans la réparation du dommage, qui lui a été occasionné : il ne touche que son demi salaire ; il n'a droit qu'à une rente partielle et enfin, il supporte une fraction dans le paiement des frais médicaux.

Le tarif ministériel, dit tarif Dubief, puis tarif Breton, n'indique que la part contributive du chef d'entreprise, dans les frais médicaux, le surplus étant à la charge de la victime.

Or, toujours par bonté d'âme et philanthropie, la plupart des médecins acceptaient les honoraires fixés par le tarif ministériel et ne réclamaient jamais rien à l'ouvrier.

Même, beaucoup de blessés ont été mis en présence de quelques docteurs, qui industrialisaient la médecine des accidents du travail : pour racoler la clientèle, on donnait des ristournes, ou des indemnités diverses aux blessés, voire même aux racoleurs.

Dans d'autres cas, les victimes jouissaient de certains avantages, tels que le salaire plein lorsqu'elles consentaient à recevoir les soins du médecin patronal.

Aussi, les blessés du travail ont-ils pris l'habitude de se croire entièrement libérés de toute dette envers le docteur, qui leur donne ses soins.

Pourquoi faut-il que deux jugements récents soient venus rappeler le principe même de la loi sur les accidents du travail et faire souvenir, aux victimes, que les docteurs sont toujours en droit de leur réclamer un complément, s'ils estiment

que le tarif Breton ne correspond pas au coût actuel de la vie ?

D'où la grosse émotion dans le monde des travailleurs. Ce n'est pas, disent-ils, au moment où nous ne touchons plus que notre demi-salaire, à l'instant où notre désœuvrement nous oblige à des faux frais, où parfois notre blessure nécessite des suppléments de nourriture et de soins domestiques, obligeant quelquefois la ménagère à abandonner un travail, qu'elle avait au dehors, qu'il faut encore que nous ayons la menace de recevoir une note médicale à payer.

Appliquer la loi dans toute sa rigueur, c'est faire le jeu des médecins marrons qui, loin de réclamer des honoraires, offrent des dons et ristournes aux blessés ; c'est inciter les patrons à imposer leurs médecins personnels.

Aussi, comprend-on pourquoi les délégués des syndicats ouvriers ont demandé ua ministre du Travail de protéger la liberté du choix du médecin par la victime d'un accident du travail, en dégageant celle-ci, dans tous les cas, d'une obligation pécuniaire quelconque, vis-à-vis du médecin traitant.

Du côté patronal, il semble que cette question soit indifférente : de toutes manières, la modification proposée à la loi ne change en rien les prestations, qui sont mises à la charge du chef d'entreprise. Le tarif Breton constitue la part contributive du patron, dans les frais médicaux, dans tous les cas où le médecin traitant n'a pas été imposé à la victime, par son employeur.

Du côté médical, apparaît une grosse question de principe.

La loi du 9 avril 1898, en son article 4, § 2, était ainsi conçue : « Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département, pour l'assistance médicale gratuite... »

Or, de tous temps, les tarifs de l'A.M.G. ont été minimes, lorsqu'encore, à cette époque, ils existaient ; car beaucoup de départements pratiquaient le système à forfait, ou à l'abonnement. Aussi, les syndicats médicaux émirent-ils de nombreux vœux, pour que, au tarif de l'assistance médicale gratuite, fût substitué le tarif ouvrier local, pour le paiement des soins donnés aux victimes du travail.

Passons rapidement sur les motifs qui conduisirent le législateur de 1905 à décider que le tarif de la responsabilité patronale, en matière d'accidents du travail, serait fixé par arrêté ministériel, et constatons que le dit tarif laissait néanmoins la liberté des tractations entre médecin et blessé : le praticien, librement choisi par son client, était en droit de réclamer à ce dernier ses honoraires, d'après son tarif personnel, quitte à l'ouvrier à récupérer sur son patron, la part laissée à la charge de celui-ci, d'après les chiffres arrêtés par le ministre.

Si le projet de loi Durafour est voté, désormais, le médecin ne pourra plus contracter directement avec son malade : force lui sera de passer toujours par l'entremise du patron, ou de l'assurance de ce dernier. Une fois de plus, le « tiers payant » sera imposé par un texte de loi.

Ce tiers payant, autour duquel on mène grand bruit actuellement, dans les milieux médicaux, est imposé par la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite : le médecin, qui accepte les conditions inscrites dans le règlement de son département, est payé directement par les soins du service départemental sans que l'indigent ait à intervenir d'aucune sorte.

Il en est de même pour le fonctionnement de la loi du 31 mars 1919, sur les pensionnés de guerre : un arrêt récent du Conseil d'Etat (*Concours médical*, 1926, p. 152) a bien mis en lumière ce fait que le titulaire d'une pension n'a pas à payer quoi que ce soit à son docteur. Celui-ci a seul qualité pour réclamer ce qui lui est dû, à l'Etat. Le malade n'a pas le droit de payer son médecin et de se faire rembourser ensuite, par l'Etat, la somme qui incombe à ce dernier, d'après le tarif fixé par le Ministre des Pensions.

Bien au contraire, ces frais médicaux, versés par le client, demeureraient entièrement à sa charge.

Cette forme du « tiers payant » va-t-elle être, à son tour, obligatoire, pour les médecins, par un nouveau texte de loi ? Force sera d'y obéir, pour ceux des praticiens, qui voudront donner leurs soins aux victimes du travail.

Ceux d'entre nous, qui se refusent à admettre le mode du « tiers payant », devront renoncer à la clientèle des blessés de l'industrie, du commerce et de l'agriculture, comme ils renoncent déjà à la médecine de l'assistance médicale gratuite et à celle des réformés de guerre.

Car, ne nous le dissimulons pas, seront soignés au tarif Breton tous les riches cultivateurs, gros propriétaires fermiers qui se sont assujettis à la loi du 15 décembre 1922, sur les accidents agricoles. Egalement à ce taux seront traités les directeurs et autres employés supérieurs du commerce et de l'industrie, qui sont plus ou moins les employés supérieurs de grosses exploitations et qui gagnent, non seulement des appointements respectables, mais encore touchent, en fin d'exercice, des parts de bénéfices importants.

Tous ceux-là, gens plus fortunés que le médecin, se feront soigner au même tarif que le plus humble de leurs ouvriers, ou employés.

Que peut faire le corps médical ?

Doit-il se soumettre d'avance à cette modification proposée à la loi sur les accidents du travail ? S'il s'absorbe dans ses querelles intestines, il laissera voter par le Parlement une nouvelle tarification officielle de ses honoraires, sans qu'il soit possible à chaque docteur de faire intervenir son client pour la rémunération des soins que ce dernier aura reçus.

Que la corporation des médecins pense alors à la future loi sur les assurances sociales, qui, à son tour, imitera ses devancières et imposera un tarif officiel aux docteurs.

Le corps médical pourrait-il déclarer, *urbi et orbi*, qu'il ne tiendra aucun compte de cette modification à la loi ? Peut-il soutenir que la législation des accidents du travail doit le laisser étranger, puisqu'elle n'a pour unique objet que de régler les situations juridiques entre employeur et employé ?

Ce ne serait là qu'un procédé de réunion publique, de surenchère. Les médecins sont des citoyens trop avisés pour ne pas savoir que nous devons tous obéissance à la loi, même lorsque celle-ci est mal faite (ce qui est, hélas ! le sort de beaucoup d'entre elles).

Ne pas obéir à la loi sur les accidents du travail, est un luxe que peu de praticiens peuvent se permettre : il faut avoir une grosse clientèle bourgeoise, ou riche, pour dédaigner les blessés de l'industrie. Nombre de praticiens s'estiment heureux de conserver la confiance des blessés du travail, alors qu'ils sont également médecins de leurs familles.

Tous ces confrères seront donc obligés de respecter les ordres de la loi, c'est-à-dire de se contenter du tarif Breton et de recouvrer leurs honoraires, par rapport au seul chef d'entreprise (ou de l'assurance de ce dernier) en ignorant désormais l'ouvrier, en tant que débiteur.

Mais, je ne crois pas cependant que les syndicats médicaux n'aient qu'à courber la tête. J'estime, pour ma part, qu'un amendement, au projet de loi, pourrait être apporté par le groupe médical interparlementaire.

L'article 2, § 2, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 7 août 1920, est ainsi conçu :

« Ceux, dont le salaire annuel dépasse 4.500 francs, ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, et jusqu'à 15.000 francs, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3 ; au delà de 15.000 francs, ils n'ont droit qu'à un huitième, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité. »

Une semblable distinction devrait être faite, en ce qui concerne les honoraires médicaux : le médecin ne peut pas consentir à soigner, pour le même tarif, l'ouvrier et son directeur, le salarié agricole et son riche patron cultivateur.

Je sais bien, qu'au fond, c'est la compagnie d'assurances qui règlera tous les frais, en fin de compte ; néanmoins, le docteur se refusera à traiter au même taux le riche et le pauvre. C'est déjà bien assez qu'on lui impose de soigner gratuitement tous les blessés du travail à l'hôpital, jusqu'au jour, qui est peut-être proche, où les médecins d'un hôpital rompront leur contrat de travail avec la commission administrative, pour ne plus voir leur science et leur dévouement être mis à contribution gratuitement, pour les victimes du travail hospitalisées, pour le plus grand bénéfice des chefs d'entreprise responsables.

Que décideront les syndicats médicaux ? Je ne sais ; mais peut-être pourraient-ils discuter le texte de l'amendement suivant :

« Les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent qu'à ceux dont le salaire annuel ne dépasse pas 4.500 francs. Ceux, dont le salaire annuel est supérieur à 4.500 francs, mais inférieur à 15.000 francs, ainsi que les petits propriétaires agricoles, assurés facultatifs (article 4, § 2, de la loi du 15 décembre 1922), auront à payer au médecin traitant la moitié en sus des honoraires, réclamés par ce dernier, au responsable, selon les termes et chiffres du tarif, arrêté par le Ministre du Travail (article 4, § 2, de la loi du 31 mars 1905, modifiée par celle du 6 janvier 1921). Ceux dont le salaire annuel est supérieur à 15.000 francs, ainsi que les grands exploitants agricoles assurés facultatifs, de la loi du 15 décembre 1922, devront régler au médecin traitant une somme égale à celle que ce praticien recouvrera, sur le chef d'entreprise responsable, selon le barême établi par le tarif ministériel ci-dessus mentionné. »

D[r] Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Aux lecteurs du Concours

III

Lorsqu'elle ferma la combinaison B qui donnait la participation à l'indemnité maladie pendant la vie tout entière du sociétaire, l'Association Amicale avait ouvert une combinaison C qui donnait à la fois l'indemnité maladie jusqu'à 65 ans et, à cet âge, une pension viagère de retraite.

Devant le désir exprimé par de nombreux confrères, la Mutualité Familiale organisa un service de pensions indépendant.

Elle supprima le lien obligatoire qu'établissait la combinaison C entre l'indemnité maladie et la retraite et créa deux combinaisons autonomes : la combinaison R donnant la pension à 65 ans et à laquelle furent versés les membres de C, et la combinaison P donnant la pension à 60 ans.

Les adhérents purent donc y entrer sans participer à l'indemnité maladie. En outre, la *part unité* de pension fut fixée à 120 francs et les sociétaires purent prendre le nombre de parts qui leur convenait sans toutefois excéder 20 parts, soit une pension maxima de 2.400 fr. pour chaque combinaison. Mais, comme il n'y a pas incompatibilité entre P et R, le même sociétaire a la faculté de s'assurer une première pension à 60 ans et une seconde à 65 ans, soit à ce dernier âge une pension totale de 4.800 fr., maximum actuel.

Les femmes des sociétaires furent admises aux combinaisons retraites dans les mêmes conditions que leurs maris, ce qui permet à un ménage de doubler le chiffre ci-dessus et d'arriver à 9.600 francs par an.

Enfin, les enfants des sociétaires furent admis, eux aussi, à partir de la 20e année.

D'autres organisations donnent la pension de retraite; voyons donc les avantages présentés par la Mutualité Famililale :

1° L'âge d'entrée est celui que le postulant a eu ou aura au cours de l'année de son admission; toutes les naissances ont, en effet, été ramenées au 1er janvier. Il en résulte que, si le sociétaire doit payer la cotisation entière quelle que soit l'époque de son admission, il ne paye pas, par contre, de cotisation dans l'année où il atteint 60 ans pour P ou 65 ans pour R et qu'il touche la première annuité de sa retraite au 1er janvier qui suit le jour où il a atteint l'âge réglementaire, fut-ce le 31 décembre.

2° Il touche la retraite annuelle tout entière et d'un seul coup au 1er janvier sans aucun dérangement : il lui suffit d'envoyer au trésorier un bulletin de vie signé du maire et délivré gratuitement pour le service des sociétés de secours mutuels. Vînt-il à mourir le 2 janvier, il a droit à la pension de l'année.

3° Faculté est donnée au sociétaire de contre-assurer ses versements de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa retraite, les sommes versées par lui soient restituées à ses ayants droit.

4° La cessation ni l'interruption du versement de la cotisation ne sont des causes de déchéances ; le sociétaire a toujours la faculté de reprendre ses versements arriérés, sauf dans les quatre années précédant l'âge de la retraite et, s'il ne parvient pas à recouvrer ses droits à la retraite totale, il a, pourvu qu'il ait versé cinq cotisations annuelles, droit, à l'âge voulu, à une pension réduite proportionnelle.

Quand on considère que mari et femme peuvent s'assurer une retraite de 9.600 francs avec un versement de 3 fr. par jour (cotisation simple ou 3 fr. 50 (cotisation contre-assurée), il est impossible de dire que les combinaisons de la Mutualité Familiale ne sont pas à la portée de tous.

Je ne parlerai pas aujourd'hui de la caisse des veuves, malgré les grands avantages qu'elle présente et qu'elle présenterait surtout dans l'avenir si le corps médical français en général ne semblait pas s'en désintéresser.

Réclamée avec instance tant qu'elle n'a pas existé, elle a vu les adhésions s'évanouir dès qu'elle a été ouverte et elle se recrute difficilement.

***

Résumons-nous.

La Mutualité Familiale assure à ses membres:

1° En cas d'incapacité morbide de travail : du 5e au 65e jour, dix francs, vingt francs ou trente francs par jour, — du 66e jour à la fin, cent francs, deux cents francs, trois cents francs par mois, selon la combinaison qu'ils auront choisie.

2° En cas de vieillesse :

A 60 ans (combinaison P) une pension de retraite de 120 à 2400 francs ;

A 65 ans (combinaison R) une pension de retraite de 120 à 2400 francs.

Ajoutons :

1° Qu'il n'y a pas incompatibilité entre ces diverses combinaisons et que le sociétaire a la faculté de s'inscrire soit à toutes, soit à celles seulement qui lui conviennent ;

2° Que le droit à la pension servie par la combinaison R commence dès le lendemain du jour où cesse le droit à l'indemnité maladie.

3° Que les combinaisons retraites sont ouvertes aux femmes et aux enfants des sociétaires.

La Mutualité Familiale a 32 années d'existence : c'est une société de secours mutuels libre, fondée, dirigée et administrée par des confrères sous le contrôle d'un actuaire.

Elle a de grosses réserves, et comme, en pareille matière, rien ne vaut des chiffres, le trésorier vous dira qu'au 31 décembre 1924, le total de ces réserves était de 2.461.497 fr. 76.

Pas un centime des sommes versées pour les indemnités maladie et pour les retraites ne peut être distrait de sa destination spéciale, les frais de gestion étant couverts par des ressources particulières.

Les archives de la société, tenues avec un soin méticuleux, sont à la disposition des sociétaires et précieusement conservées.

N'en voilà-t-il pas assez pour faire connaître aux lecteurs du *Concours* que la Mutualité Familiale leur offre la société médicale la mieux comprise, la plus solide, la plus confraternelle, celle qui leur assure le maximum de garantie et de sécurité contre les risques de la maladie et de la vieillesse, celle enfin qui répond le mieux à leurs besoins et complète le mieux leurs assurances vie ou incendie et leur « Sou Médical » ?

***

Chers Confrères,

J'ai essayé de résumer ce que Gassot écrivait dans le *Concours* en 1913 dans une série d'études remarquables sur les mutualités, études dans lesquelles il examinait les conditions que devait présenter une mutualité rationnelle et faisait l'historique de la création de la Mutualité Familiale. Ces pages restent toujours d'actualité car, si quelques modifications sont survenues dans son organisation, elles n'ont eu pour but que d'adapter notre société aux exigences de la vie actuelle.

La Mutualité Familiale ne néglige rien pour assurer au médecin français le maximum de garanties pour le minimum de dépenses. Demain, elle s'efforcera de faire mieux encore si la chose lui semble possible : elle n'attend et ne demande qu'une chose, c'est l'adhésion en masse de tous ceux de nos jeunes confrères qui ont, si peu soit-il, le souci de leur avenir. Par les temps actuels, qu'est-ce qu'une dépense de cinquante centimes, de un franc, de deux francs par jour ? Et ces cinquante centimes, ces un franc, ces deux francs, se traduiront à un moment donné par un secours qui, croyez-en mon expérience, est loin d'être négligeable et qui est accueilli avec reconnaissance par ceux auxquels il arrive. Vous doutez, vous souriez ! Que ne pouvez-vous lire les lettres qui nous parviennent !

Si nous n'avions pas la conviction absolue qu'en vous attirant à nous, nous vous rendons un signalé service, pourquoi insisterions-nous d'une manière aussi pressante ? Vous savez bien que nous n'avons aucun intérêt personnel dans la chose et que ceux qui ont pu dire le contraire ne le pensent pas. Vous connaissez le *Concours médical*, vous savez quel est son programme, vous savez les services qu'il s'efforce de rendre au corps médical ; écoutez-le quand il vous conseille de venir à la Mutualité Familiale.

Son secrétaire général est tout à votre disposition pour vous fournir tous détails, explications, conseils : médecin praticien comme vous tous, il utilise ses instants de loisir en cherchant à faire le bien — remerciez-le en l'accablant de demandes de dossiers et de candidatures ; il n'ambitionne qu'une seule récompense : la prospérité de la Mutualité Familiale, grâce à la protection et à la sécurité données à tous ses camarades de la grande famille médicale française.

H. MIGNON.
Le Vésinet (Seine-et-Oise).

LES ASSURANCES SOCIALES

Aperçu sur les Assurances Sociales en Allemagne depuis la révolution de 1918.

(*d'après le livre de* M. Gustave MOULIN).

Les assurances sociales ont été créées en 1883 en Allemagne. A la veille du vote de la même loi en France, il est intéressant d'étudier leur fonctionnement depuis la guerre, d'examiner leur portée sociale, leurs avantages et leurs défauts, de façon à profiter des leçons du passé.

Après bien des vicissitudes, les assurances avaient été réorganisées d'une façon complète en 1911. A la veille de la guerre, il était encore difficile d'avoir une opinion raisonnée sur cette réorganisation, les statistiques ne portant que sur un laps de temps trop court.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la portée sociale des assurances paraissait si considérable en

Allemagne que, même pendant la guerre, pendant la période révolutionnaire de 1918, le gouvernement s'efforça de soutenir ces œuvres sociales, malgré les graves préoccupations de l'Empire, malgré la défaite, la banqueroute, les crises politiques et économiques.

Pendant la guerre, les caisses firent honneur à leurs engagements malgré le petit nombre des cotisants et, par suite, la faiblesse des cotisations et l'énormité des charges d'une clientèle composée surtout de femmes, enfants, vieillards ou invalides. Cependant, les quatre millions de réserves que possédaient les caisses furent engloutis dans les emprunts de la guerre, sans compter les emprunts que les caisses durent faire obligatoirement pour aider au service de finance de défense nationale. Le chômage, aussitôt après la guerre, supprima la plus grosse part des cotisations. Mais l'Etat veillait, et dans les périodes les plus critiques, il subventionna les caisses et leur permit de franchir, sans périr, cette phase critique. Les assurances survécurent, car elles étaient indispensable à la sécurité de l'Empire.

Pour sortir de cette position difficile, le Reich donna au gouvernement des pouvoirs dictatoriaux (lois diverses de 1923) et renforça les attributions des autorités de surveillance.

Les sociétés de femmes avaient des charges lourdes, puisque les adhérentes, souvent et plus longtemps malades que les hommes, payaient des cotisations moindres. Ces charges furent réparties entre toutes les caisses et furent mises en commun, la répartition se faisant tous les 3 mois. Une autre cause des charges élevées provenait des caisses à grand rayon territorial où les frais de gestion étaient plus considérables, où la surveillance des malades était plus difficile. On prit pour ces caisses à grand rayonnement des mesures spéciales ; on organisa des districts, et au début surtout, on mit aux frais du patron les frais de transport des médecins.

Il faut dire du reste que les frais de gestion, par suite de la dévalorisation du mark et de l'accroissement des salaires, furent rapidement très élevés. En 1920, dans certaines caisses, ils représentaient 20 % des dépenses totales.

Pour l'assurance maladie, les cotisations sont fixées par les caisses elles-mêmes. Elles atteignent environ 6 % du salaire, les 2/3 sont à la charge de l'ouvrier et un tiers à la charge du patron.

Pour les assurances accidents, les cotisations se déterminent d'après le système de la répartition. Le total des dépenses effectuées chaque année est réparti en fin d'exercice entre les entreprises. Avant la guerre, les caisses d'assurance des invalides et survivants avaient des réserves considérables qui furent absorbées dans les emprunts. Il est difficile actuellement de les reconstituer sans des cotisations élevées impossibles à réclamer aujourd'hui. On a donc abandonné la capitalisation pour le système de la répartition. Malgré tout, les cotisations sont élevées, car elles augmentent avec le nombre croissant des rentiers.

L'assurance-employés, de fondation récente, création d'après guerre, a adopté un régime mixte. Partie répartition pour les suppléments de vie chère, partie capitalisation pour les prestations fixes et la reconstitution des réserves dans l'avenir.

L'Etat apporte à toutes les caisses son appui et sa participation financière. Il leur assure notamment des avantages fiscaux, pour les droits de succession, de mainmorte, d'acquisitions foncières, d'impôt sur le revenu.

Il contribue aux prestations de l'assurance des invalides et des survivants pour une somme d'environ 165 millions de marks ; aux prestations maternité pour 20 millions, et 300 millions environ pour l'assurance chômage.

Le nombre des caisses est très élevé en Allemagne. Il s'élevait en 1921 à 8445 se divisant ainsi : 2526 caisses locales, 496 caisses rurales, 4559 caisses d'entreprises, 866 caisses de métiers. Ajoutons à ce nombre 123 caisses minières et 46 caisses de remplacement. Il s'agit dans ce dernier cas des caisses de sociétés de secours mutuels. Il convient donc de relever le rôle minime des sociétés mutuelles dans le fonctionnement des assurances sociales en Allemagne, alors qu'en France, on désire leur donner un rôle de premier plan et en faire le pivot de la loi.

Du reste, ces sociétés ne semblent guère favorisées par l'Etat allemand. Tant qu'un employé ou ouvrier fait partie d'une caisse de remplacement quelconque (sociétés de secours mutuels dans l'espèce), la caisse de maladie proprement dite est complètement dessaisie. Sur simple production d'un certificat d'affiliation à la caisse de remplacement, l'employeur verse les cotisations patronales à l'assuré *qui, sous sa propre responsabilité, doit les céder à la caisse de remplacement.*

Beaucoup de sociétés se réunissent en syndicats, unions, fédérations, pour diminuer les frais d'exploitation et organiser en commun des services généraux : cliniques, maisons de convalescence, laboratoires, sociétés de gardes-malades, établissements de mécanothérapie, de radiographie, de prothèse dentaire, etc.

Pour les accidents de travail, il existe des règlements de prévention obligatoire. Pour veiller à l'observation des mesures de sécurité, les corporations sont autorisées à engager des contrôleurs, ce qu'elles font pour la plupart malgré les frais inhérant à ce contrôle. Elles ont en outre pris l'initiative de faire participer les assurés à la surveillance, par nomination d'hommes de confiance accidents.

En 1924, les caisses de maladies et les œuvres minières de maladie ont dépensé 750 millions. Les recettes ont été absorbées par les dépenses. La participation ouvrière fut des 2/3 et celle des patrons d'un tiers dans le montant de la cotisation.

Voici les tableaux des évaluations des cotisations (en millions de marks), pour l'année 1924 :

1° Evaluation du Ministère du Travail :

	Retenues	Cotisation patronale	Total
Assurance maladie......	500	250	750
Assurances accidents....		100	100
Assurance des invalides et survivants.........	165	165	330
Assurance employés.....	55	55	110
Assurance pensions (minières).............	50	50	100
Assurance chômage.....	110	110	220
Total...........	880	730	1610
Contribution du Reich à l'assurance invalides-survivants			100

2° Evaluation patronale :

	Retenues	Cotisation patronale	Total
Assurances maladie......	500	250	750
Assurances accident.....	—	120	120
Assurances invalides et survivants	180	180	360
Assurances employés....	55	55	110
Assurances pensions (minières)...............	92,5	92,5	185
Assurances chômage	110	110	220
Total...........	937,5	807,5	1745
Contribution du Reich à l'assurance des invalides et des survivants..			100

Voici donc un exposé rapide de l'état sommaire des assurances sociales en Allemagne, d'après le livre très intéressant de M. Gustave Moulin. Dans un prochain article, nous étudierons l'organisation médicale et le rôle des médecins dans ces assurances.

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France

(*Suite*)

Tarif Breton-Catégories

Au début de la séance du samedi matin, et avant que la discussion sur les assurances sociales soit rouverte, le Dr **Decourt** demande à l'Assemblée de se prononcer sur les modifications à apporter au tarif Breton.

L'indice du coût de la vie a passé de 380 % en 1920 à 581 % en octobre 1925 et cet indice augmente chaque jour.

Il propose de demander :

1° La suppression des catégories ;

2° Une augmentation de 25 % sur le tarif Breton. Par le fait qu'il n'y aura plus qu'une catégorie (première), cette augmentation, pour les médecins de l'actuelle deuxième catégorie (la majorité) sera de 50 %.

Au cas où l'une des propositions serait repoussée, quelle est celle qu'il faut défendre avant tout ?

L'Assemblée semble favorable à la suppression préalable des catégories.

Le Dr **Patay** vient déposer une motion au nom du Syndicat de Rennes et du Sud Ille-et-Vilaine.

Le Dr **Dupuy** demande que l'on réclame d'abord les 25 % d'augmentation.

Le Dr **Moret**, qu'on puisse obtenir un tarif automatiquement ajustable au coût de la vie.

Le Dr **Decourt** fait observer à ce propos que le tarif Breton est revisable tous les six mois.

Le Dr **Layral**, approuvé par le Dr **Blondeau**, lit un ordre du jour de la Loire en faveur de la suppression de la 2e catégorie et la révision du tarif périmé surtout en matière d'indemnité kilométrique.

Le Dr **Duby**, étant donnée l'impossibilité légale de faire entrer le franc or dans les tarifs officiels proposés, demande qu'il soit institué, en matière tarif Breton, des tarifs locaux.

Le Dr **Lè Fur** fait part d'un ordre du S..M.S. Il demande, en présence de l'attitude de l'Etat en cette matière vis-à-vis des médecins, que soit dénoncé tout contrat entre l'Etat et les Syndicats médicaux et que les Administrations publiques soient traitées comme des clients ordinaires.

Le Dr **Albert** intervient, au nom du Syndicat de la Sarthe, pour demander : la suppression des catégories, 1.50 comme indemnité kilométrique, et le réajustement automatique des tarifs suivant dévalorisation de l'argent.

Après intervention des docteurs **Quivy**, **Humbert**, **Lafontaine**, le Président met aux voix la suppression des catégories qui est adoptée à l'unanimité.

Le Président met ensuite aux voix le mandat donné à la délégation de l'Union : obtenir la plus large augmentation possible ; le pourcentage n'est pas fixé. (*Adopté.*)

Projet de création du titre de Dr en chirurgie dentaire.

L'Assemblée générale, sur la proposition du Syndicat des stomatologistes, vote, à l'unanimité, et par acclamation, un ordre du jour de protestation contre le projet de création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire et tous autres diplômes analogues susceptibles de morceler le doctorat en médecine.

L'Assemblée, sur proposition du président, accepte les déclarations de candidatures des docteurs **Triau** et **Vassor** (Loir-et-Cher), déclarations de candidature qui avaient été faites par lettre en temps voulu, lettre qui n'est pas parvenue au secrétariat de l'Union.

Assistance médicale gratuite.

Le **Secrétaire général** demande à l'Assemblée de voter les conclusions du rapport du Dr **Rinuy** sur l'A. M. G.

Le Dr **Giry** informe l'Assemblée qu'en Meurthe-et-Moselle, il a été obtenu, pour les spécialistes, une tarification qui, quoique réduite, est intéressante et donne un exemple à suivre.

Le Dr **Layral**, au nom du Syndicat de la Loire, souhaite, en matière d'A. M. G., l'établissement d'un tarif national unique, le tarif Breton par exemple ; ainsi toutes les modifications faites au tarif Breton seraient appliquées automatiquement à l'A. M. G. ; il demande que l'Union fasse une campagne vigoureuse dans ce sens.

Le Dr **Lefèvre** s'étonne que le Dr **Layral**, qui a toujours été l'ennemi de la tarification d'Etat, propose celle-ci en matière d'A. M G.

Pour son compte personnel, il ne veut de cette tarification d'Etat à aucun prix. Il suffit qu'un Syndicat soit fort pour qu'il obtienne dans son cadre départemental des tarifs suffisants, c'est ce qui s'est passé dans le Cher.

Le Dr **Humbel** fait part de ce qui s'est passé en Seine-et-Oise. Son Syndicat a obtenu le premier, en 1920, la visite à 5 francs. Cet effort a servi à d'autres Syndicats qui ont obtenu des tarifs supérieurs ; mais ceux-ci à leur tour « ont épaulé » le Syndicat de Seine-et-Oise qui obtiendra 7.50 l'an prochain. L'effort des différents Syndicats est donc solidaire.

Le Dr **Giry** souhaite que beaucoup de médecins entrent dans les Conseils généraux, ce qui permettrait l'amélioration des tarifs d'A. M. G.

Le Dr **Merle** explique que, dans les Deux-Sèvres, le Syndicat a passé avec le département un contrat collectif qui non seulement permet des tarifs suffisants, mais qui écarte de l'A. M. G. tous les médecins dissidents. Ceux-ci en effet sont forcés de se soumettre aux clauses du contrat syndical et doivent être acceptés par les parties contractantes.

Le Dr **Legras** a pu constater, en faisant un travail sur l'A, M. G. dans son département, qu'il y avait parfois discordance entre les règlements officiels et les renseignements fournis par les Syndicats au Dr **Rinuy** ; ceux-ci sont quelquefois erronés ou tout au moins incomplets.

Sur proposition du Président, l'Assemblée générale, à l'unanimité, remercie le Dr **Rinuy** de la tâche qu'il accomplit chaque année en groupant les documents sur l'A. M. G. et le prie de continuer ce travail.

Loi des Pensions. Catégories.

Le **Secrétaire général** a demandé la suppression de la troisième catégorie et même, si possible, l'obtention d'une seule catégorie.

Il en a donné pour raison l'insuffisance des tarifs actuels au regard de l'augmentation du coût de la vie, le fait que les mutilés appartiennent à la clientèle moyenne et que les tarifs syndicaux, pour cette clientèle, sont plus élevés que le tarif consenti par le Corps médical au Ministre des pensions, que de notables économies ont été réalisées par le Trésor du fait de l'action des médecins eux-mêmes depuis qu'ils ont entre les mains le contrôle des soins, et ce, bien que le nombre des mutilés ait augmenté.

Le **Secrétaire général** a fait remarquer que le Corps médical réclamait depuis l'origine la suppression des catégories et en tout cas de la troisième et qu'il craignait que les médecins soient amenés, par un refus de l'administration, à prendre des mesures analogues à celles qu'ils avaient dû prendre pour obtenir la constitution des Commissions tripartites.

L'Assemblée, sur demande du Président, accepte les termes de la proposition du Secrétaire général au sujet de l'attitude à avoir en matière de tarifs.

« L'Assemblée générale rappelle que les médecins ont consenti à soigner les pensionnés de la guerre, sans distinction de rang social, en acceptant l'application d'un tarif national commun.

« Que c'est par esprit de concorde que les représentants des médecins dans les Commissions officielles ont accepté, à l'époque, l'institution des trois catégories d'honoraires de l'article 60.

« Mais attendu que, depuis lors, le tarif des Pensions a subi une augmentation supérieure à 80 %, alors que l'égalisation des catégories entrainerait une augmentation de dépenses inférieure à 5 %.

« L'Assemblée générale envisage le recours éventuel à des mesures exceptionnelles dans le cas où satisfaction ne serait pas donnée au corps médical. »

Sur demande du Dr **Lafontaine** il est ajouté que l'Assemblée proteste également contre le « grignotage » de la loi des pensions auquel se livre l'Administration.

***

Le Dr **Maffre** attire l'attention de l'Assemblée sur une disposition du décret du 25 août 1925, instituant une subvention de 5.000 francs aux tuberculeux réformés à 100 %.

Cette disposition prévoit que cette subvention ne leur sera donnée que s'ils se soumettent à la surveillance des dispensaires antituberculeux, ou à leur défaut, à celle des médecins nommés par le Préfet.

Ainsi, dans les campagnes, on arrivera, dit le Dr **Maffre** à faire contrôler un médecin par son voisin ou bien par lui-même.

Cette disposition enlève une partie du contrôle aux Commissions de contrôle fondées par l'article 64, à qui il ne reste plus qu'une gestion financière.

Un projet de circulaire qui invitait les Commissions de contrôle à s'intéresser, de la manière la plus expresse, à l'organisation des soins aux tuberculeux, tant dans la clientèle privée que dans les établissements publics, rendait inutile toute nouvelle mesure administrative.

Il n'a été donné, par le Ministère, aucune suite à ce projet de circulaire.

Une volonté extérieure à la Commission de contrôle a fait insidieusement insérer dans la loi des finances un article qui établit une dérogation à la loi du 31 mars 1919.

A la faveur de cet article nouveau a été rédigé le décret du 25 août 1925 qui crée un contrôle parallèle au contrôle institué par la loi des pensions, ce qui peut, dans l'avenir, être une source de conflit.

Les Commissions de contrôle doivent surveiller cette question avec un soin tout particulier.

Après une observation du Dr **Dubief**, le Dr **Dumont** vient, au nom du Syndicat de la Creuse, apporter un vœu protestant contre ce fait que le droit de prescrire aux mutilés les soins et médicaments qui leur sont justement dus est de plus en plus réduit par des arrêtés successifs.

Le Dr **Barbier de la Serre** vient réclamer le rétablissement de la réunion annuelle des Secrétaires des Commissions de contrôle.

L'Assemblée générale décide que cette réunion aura lieu tous les deux ans.

Statuts de l'Union.

Syndicats de spécialistes.

Le Dr **Jayle** déclare que quelles que soient les décisions de l'Assemblée générale au sujet des statuts des médecins spécialistes, il importe qu'au point de vue trésorerie la question soit discutée.

Il a proposé au Conseil d'administration que chaque spécialiste, non adhérent au Syndicat local, paye directement la cotisation annuelle.

Le Dr **Giry** demande que les spécialistes soient mis dans l'obligation d'adhérer d'abord à leur Syndicat local.

Les Drs **Renon, Dubar, Le Fur** demandent, au nom des Syndicats de spécialistes, que cette obligation ne soit pas actuellement inscrite dans les statuts. Ils proclament que l'adhésion du spécialiste au Syndicat local est très désirable et que en attendant que les circonstances aient amené tous les spécialistes à réclamer cette adhésion, les Syndicats de spécialistes se tiendront en rapport avec les Syndicats locaux au sujet des candidatures aux Syndicats de spécialistes.

Le **Secrétaire général** lit les propositions du Conseil à l'Assemblée générale sur cette question :

1° L'adhésion du spécialiste à son syndicat local est très désirable ;

2° Tout syndicat de spécialistes verse à l'Union autant de fois la cotisation normale qu'il comprend de membres n'adhérant pas à un syndical local ;

3° La Commission des Statuts de l'Union est chargée d'élaborer, d'accord avec les syndicats de spécialistes, le protocole des rapports réciproques qui doivent exister entre les syndicats locaux, les syndicats de spécialistes et l'Union.

L'Assemblée accepte ces propositions.

L'Assemblée générale ratifie, à l'unanimité, l'admission du Syndicat des chirurgiens français à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Représentation régionale.

Après un exposé succinct des Drs **Gaussel, Lautié, Humbel** et **Bordeau**, sur la représentation régionale l'Assemblée générale enregistre un vœu du Syndicat de Béziers, présenté par le Dr **Lautié**.

La discussion ne peut avoir lieu dans le peu de temps dont dispose l'Assemblée ; celle-ci, d'un commun accord, décide le renvoi à l'étude de la Commission des Statuts de l'Union.

Déontologie, ordre des médecins.

Le Dr **Clavelier** demande que l'étude du Code de déontologie et de l'Ordre des médecins figure en bonne place parmi les travaux à effectuer pendant l'exercice suivant. (*Adopté.*)

Lutte contre les fléaux sociaux.

Relations entre les organisations officielles de lutte antituberculeuse et les médecins.

L'Assemblée générale vote l'ordre du jour suivant, proposé par le Conseil :

« L'Assemblée générale affirme de nouveau que l'organisation de la lutte contre les fléaux sociaux et en particulier contre la tuberculose doit se poursuivre par l'action des syndicats suivant les directions données antérieurement par l'Union des syndicats médicaux de France.

« Qu'aucune relation directe ne doit s'établir entre les praticiens isolés et les organisations antituberculeuses qui ne s'accorderaient pas avec l'organisation syndicale.

« Que tous les efforts individuels accomplis par chacun des praticiens doivent l'être dans le sens de l'organisation syndicale, prévue antérieurement et qu'en particulier, tous documents émanant des praticiens, doivent être transmis au bureau de leur syndicat, qui se chargera de les centraliser, de les synthétiser et d'en faire valoir les conclusions et la portée devant les corps élus et devant les administrations locales.

« Ces mêmes documents seront transmis régulièrement au secrétariat de l'Union pour servir de base à une étude générale annuelle nécessaire à documenter l'Assemblée générale et à lui permettre de prendre les décisions utiles en temps opportun. »

Congrès de la tuberculose.

Après intervention des Drs **Merle**, **Thiel**, **Lafontaine**, **Gaussel**, l'Assemblée décide que le Congrès aura lieu en 1926, le Conseil fixera la date exacte d'après la documentation qu'il aura pu recueillir des Syndicats sur l'état des organisations syndicales de lutte antituberculeuse sur leur territoire.

Lutte contre la mortalité infantile.

Après intervention du Dr **Lafontaine**, l'Assemblée donne mandat à la Délégation de l'année précédente au Comité national de lutte contre la mortalité infantile de continuer ses travaux.

Hygiène.

Le Dr **Marchais** vient exposer à l'Assemblée les conditions dans lesquelles le Syndicat de Chateaulin a été amené à assumer l'organisation de l'hygiène publique dans son arrondissement (voir rapport du secrétaire général, page 612).

L'intérêt de cette expérience n'échappe pas à l'Assemblée générale, qui approuve le vœu présenté par le secrétaire général dans les conclusions de ce chapitre de son rapport.

Le Secrétaire général insiste sur le fait que les projets nouveaux de révision de la loi de 1902, actuellement à l'étude devant le Parlement, ne tiennent aucun compte des désirs exprimés par les Assemblées générales antérieures et par le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France dans le cours de l'année 1925 de voir le Corps médical organisé, représenté par les Syndicats locaux, participer de la façon la plus intime à l'organisation de l'hygiène publique.

Il précise nettement que cette collaboration obligatoire du Syndicat n'est pas inscrite dans la loi, que tout y est laissé à la bonne volonté individuelle des praticiens et il conclut en demandant le vote des conclusions de son rapport.

Les conclusions sont votées à l'unanimité.

« L'Assemblée Générale considérant :

« Que l'exécution des mesures de l'hygiène publique est subordonnée à la participation de tous les facteurs techniques à la collaboration de tous ces facteurs avec l'administration et les corps élus ;

« Que l'exécution de toute mesure générale ou locale d'hygiène publique est entravée par des contingences complexes, dont la variation dépend de l'évolution sociale et de l'éducation individuelle ;

« Que cette évolution doit être progressive, qu'elle suppose la volonté précise et soutenue des Pouvoirs publics, appuyés des techniciens collaborant à tous les degrés.

« Que le principal facteur technique de cette collaboration est le corps médical organisé ;

Décide :

« De faire entendre au Parlement la croyance de l'Union des Syndicats médicaux en la nécessité d'inscrire dans la loi d'hygiène la collaboration obligatoire entre les Syndicats médicaux et les Pouvoirs et Administration publics ;

« Félicite le syndicat de Châteaulin et invite le conseil de l'Union à donner à ce syndicat toute aide opportune.

« Confirme, dans leur ensemble, les décisions de l'Assemblée générale de 1922 sur l'organisation de l'hygiène publique. »

Impôts et loyers.

L'arbitraire fiscal

Le Dr **Le Fur**, au nom du Syndicat des médecins de la Seine, demande à l'Assemblée que désormais aucune faveur ne soit accordée aux Pouvoirs publics et que l'Etat soit traité par les médecins comme des clients ordinaires :

Il dépose à ce sujet un ordre du jour déclarant qu'en présence de l'arbitraire fiscal dont les médecins sont menacés, ceux-ci n'ont plus aucune raison de continuer à consentir à l'Etat les tarifs spéciaux, réduits, qu'il leur demande d'accepter pour la mise en œuvre des lois sociales.

Cet ordre du jour est accepté par l'Assemblée.

Le Dr **Maffre** demande l'unification des déclarations faites au fisc par les médecins et communique à l'Assemblée un ordre du jour du Syndicat de la Charente.

Loyers.

Le **Secrétaire général**, au nom du Conseil, propose l'ordre du jour suivant sur la question des loyers :

« L'Assemblée, au sujet du récent projet de loi sur les loyers, portant limitation du droit du propriétaire d'augmenter le loyer, observe :

« 1° Que la majoration de 25 % s'appliquant aux locaux professionnels, devrait être diminuée ou supprimée en raison de ce fait que le loyer de 1914 du médecin servant de base à la majoration, était déjà, en fait, majoré à raison de la profession ;

« 2° Qu'il devrait être, en tout cas, formellement exprimé dans l'article 14 que la majoration applicable aux locaux professionnels por-

tera seulement sur les pièces de l'appartement utilisées pour l'exercice de la profession ;

« 3° Que si une majoration supplémentaire est maintenue, elle devrait au moins procurer aux médecins l'avantage d'échapper au droit de reprise du propriétaire. Il serait souhaitable que ce droit ne puisse s'exercer sur l'habitation professionnelle ou sur les locaux servant à l'exercice de la profession.

« Emet le vœu que le projet soit précisé ou modifié dans ce sens. »

Note du secrétariat de l'Union

Le compte rendu que nous venons de publier a été établi d'après les notes prises par les rédacteurs du secrétariat au cours de la discussion. C'est un simple aide mémoire à l'usage des délégués. Etabli sans le secours du compte rendu sténographique des débats, il ne saurait prétendre à une exactitude rigoureuse. Seul le compte rendu analytique établi d'après la sténographie des débats correspond fidèlement à la physionomie de cette Assemblée au cours de ses séances successives.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Naissance.** — Madame et Monsieur le docteur Simon, de Carentan, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille Paulette.

— **Concert de l' « Orchestre médical ».** — Le *lundi* 25 *janvier* 1926, à 21 heures précises, aura lieu, Salle des Concerts du Conservatoire, 2, rue du Conservatoire, Paris (9e), un concert donné par l' « Orchestre médical » avec le concours de Madame Lucienne Herblay, de l'Opéra-Comique, Mlle Simone Plichon, pianiste.

Programme. — *Première partie* : 1° Ouverture de Coriolan (Beethoven) ; 2° Symphonie parisienne (Mozart) ; 3° Mélodies : Mme Lucienne Herblay ; 4° Ouverture du Prince Igor (Borodine). — *Deuxième partie* : 1° Dans les Steppes de l'Asie centrale (Borodine) ; 2° Variations symphoniques, pour piano et orchestre (César Franck) : Mlle Simone Plichon ; 3° Mélodies : Mme Lucienne Herblay ; 4° Rapsodie espagnole (Lalo).

Orchestre sous la direction de M. Petiot. Places en location chez M. le Dr Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard.

— **Dispensaires antituberculeux de Seine-et-Marne.** — *Concours sur titres* pour la nomination d'un médecin spécialisé, chargé des dispensaires, dans le département de Seine-et-Marne. Le traitement de début est, en principe, de 18.000 francs, avec possibilité de résidence à Paris. Pour renseignements, s'adresser au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, VIe.

— Notre rédacteur en chef, Julien Noir, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats, vient d'être nommé membre d'honneur de l'Association des médecins polonais.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. L. Cruet, vice-président honoraire du Syndicat des produits chimiques, père de nos confrères Robert et Maurice Cruet.

Le *Concours médical* adresse à sa famille ses condoléances les plus sympathiques.

— **Légion d'honneur.** — Sont promus ou nommés :

Grand officier. — M. le professeur Gosset.

Officiers. — M. le Dr Léon Bizard ; M. le Dr Charles Coulon ; M. Ed. Deschiens, docteur en pharmacie ; M. le Dr Iselin, chirurgien ; M. le Dr Péraire, chirurgien de la Chambre des députés ; M. le Dr Scrini.

Chevaliers. — M. le Dr Alexandre, de Paris ; M. le Dr Blechmann, de Paris ; M. le Dr Blind, de Strasbourg ; M. le Dr Chaumet, de Paris ; M. le Dr Chenais, de Paris ; M. le Dr Etesse, de Tréguier ; M. le Dr Gagey, de Paris ; M. le Dr Girault, de Paris ; M. le Dr Guénot, de Paris ; M. le Dr Huyghe, de Lille ; M. le Dr Millot, d'Antibes ; M. le Dr Orsini ; M. le Dr Plantier, d'Annonay ; M. le Dr Roland, de Divonne-les-Bains ; M. le Dr Soulié, d'Alger ; M. le Dr Zipfel, de Dijon.

Nous relevons avec plaisir dans cette liste les noms de nos collaborateurs et amis, les docteurs Blechmann, de Paris ; Plantier, d'Annonay, et Zipfel, de Dijon. Toutes nos plus vives félicitations.

— **Internat de l'hôpital Saint-Michel.** — Nomination à une place d'interne titulaire et une place d'interne suppléant dans le service de gastro-entérologie. Les demandes comportant l'indication de tous les titres du candidat devront être parvenues avant le 10 février et adressées au Dr Delort, médecin chef du service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris.

L'interne titulaire est logé, nourri, et reçoit une indemnité mensuelle de trois cents francs. L'interne suppléant est nourri le jour de son service et ses jours de remplacements et reçoit une indemnité mensuelle de cent francs.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mutations dans les services chirurgicaux.* — *Pitié* : M Lenormant, de Saint-Louis, en remplacement de M. Mauclaire (limite d'âge). — *Saint-Louis* : M. Cadenat, titularisé. — *Pitié* : M. Chevrier, de Broussais, en remplacement de M. Thiéry (limite d'âge). — *Broussais* : M. Gernez, titularisé. — *Beaujon* : M. Alglave, de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Savariaud, démissionnaire. — *Hôtel-Dieu* : le service est incorporé à la clinique chirurgicale. — *Ambroise-Paré* (service ouvert) : M. Desmarest, de Bicêtre. — *Bicêtre* : M. Toupet, titularisé. — *Maison de santé* : M. Sauvé, titularisé en remplacement de M. Cauchoix, décédé. — *Enfants-Malades* : Remplacement de M. Ombrédanne nommé professeur de clinique de chirurgie infantile (service transformé en service de gynécologie) ; M. Basset, titularisé.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

d'hygiène, doit désigner les médecins qui seront chargés d'assurer la surveillance et fixer la circonscription de chacun d'eux.

Lorsqu'un pensionné à 100 % pour tuberculose demande à bénéficier de l'indemnité de soins, il appartient à l'organisme antituberculeux ou au médecin chargé de la surveillance d'indiquer si l'intéressé a besoin de soins.

Si la nécessité des soins a été reconnue, l'indemnité est servie pendant tout le temps que le traitement est suivi sous la surveillance de l'organisme antituberculeux ou du médecin désigné. Il appartient à l'organisme ou au médecin surveillant de dire si l'intéressé se soumet effectivement à cette surveillance et se conforme aux prescriptions. Mais rien dans la loi ou dans le décret n'indique que c'est l'organisme antituberculeux ou le médecin chargé de la surveillance qui donne les soins. Ce serait d'ailleurs contraire à la loi, qui accorde au pensionné le libre choix de son médecin. Par suite, le tuberculeux continue à avoir droit aux soins médicaux et aux médicaments, donnés ou délivrés par le médecin ou le pharmacien qu'il a choisis et il doit avoir un carnet médical.

3401. — Formalités obligatoires pour la contre-visite d'un accidenté du travail.

Le 25 décembre au matin, je trouve à l'hôpital de X. dont je suis médecin, la lettre ci-jointe reçue la veille, après ma visite, par un blessé en traitement.

N'aurais-je pas dû être prévenu plusieurs jours d'avance par lettre recommandée.

De toute façon, est-il admissible de choisir pour une visite de contrôle l'après-midi d'un jour de fête ?

Personnellement, je ne me suis d'ailleurs pas dérangé ; mais est-il admissible de venir causer un dérangement aux autres malades qui reçoivent ce jour-là leurs familles et de causer un surcroît de travail pour un cas qui n'était nullement urgent.

Dr L.

Réponse.

La convocation que vous nous communiquez et que nous vous retournons sous ce pli n'est pas, en effet, conforme à la loi.

C'est le médecin traitant, et non le blessé, qui doit être prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée.

Le blessé aurait donc pu, en l'espèce, refuser la visite du médecin de l'assurance, puisque celui-ci ne pouvait pas lui prouver qu'il vous avait prévenu en temps utile par lettre recommandée ni, sans doute, qu'il avait été désigné par le patron au juge de paix, qui avait visé cette désignation.

Mais si, malgré l'irrégularité, le blessé a accepté de recevoir la visite, vous ne pouvez agir, au point de vue légal.

Rien ne dit dans loi, en effet, que les contre-visites ne peuvent avoir lieu le dimanche et, tout ce que pourrait faire le médecin appelé à assister un dimanche à la contre-visite de son client par le médecin du patron, serait de cumuler les deux majorations de 50 % prévues par l'article 3 du tarif Breton, l'une pour la présence à la contre-visite, l'autre pour la visite du dimanche, par suite de compter le double du prix de la visite.

Au point de vue déontologique, le fait par un médecin de déranger son confrère un dimanche, surtout alors que, venant de Paris et allant contre-visiter dans la banlieue, il peut être soupçonné de faire coïncider sa contre-visite avec une partie de campagne ou de chasse, pourrait peut-être être considéré comme blâmable. La juridiction syndicale pourrait être appelée à se prononcer sur cette question.

3278. — Diplômes nécessaires pour les études de chirurgien-dentiste.

Pourriez-vous m'indiquer quels sont les diplômes exigés pour embrasser la carrière de chirurgien-dentiste ?

La première partie du baccalauréat (section latin-sciences) est-elle suffisante ?

Dr B.

Réponse.

Pour entreprendre les études en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, il faut avoir seize ans accomplis et pouvoir produire soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles est admis pour l'inscription au stage.

2902. — Paiement des appareils nécessaires au traitement d'un accidenté du travail.

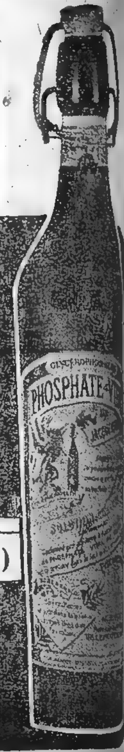
Au cours de son travail, une cliente est victime d'un accident grave, fracture de la colonne vertébrale.

L'emploi d'une gouttière de Bonnet est indispensable. La location de cet appareil doit-elle être supportée par la Compagnie d'assurances qui garantit à cette assurée les frais médicaux et pharmaceutiques.

Dr S.

Réponse.

Tous les appareils nécessaires au blessé pour le *traitement* de la lésion résultant de l'accident, par conséquent employés dans un but curatif, doivent être considérés comme des médicaments



et sont à la charge du patron. Par contre, lorsque la blessure est consolidée, comme le patron cesse de devoir assumer la charge des frais médicaux et pharmaceutiques, les appareils orthopédiques ou de prothèse doivent être payés par le blessé lui-même.

Pour éviter toute discussion dans l'avenir pour le paiement de la location de l'appareil, nous vous conseillons de prévenir d'ores et déjà l'assurance de la nécessité de son emploi.

3006. — Exemption du timbre pour les mémoires d'A. M. G. — Remboursement des frais de timbres irrégulièrement perçus.

Suite à la question déjà traitée (Cf. *Concours* du 26 juillet 1925, page 1760) au sujet des honoraires pour A.M.G. et leur exemption de timbre, je vous transmets aujourd'hui les documents suivants.

Journal officiel du 30 octobre 1925, débats parlementaires et une question posée en date du 24 juin 1925 par un député à l'effet de savoir :

1° Si l'art. 32 de la loi du 15 juillet 1893 est applicable dans le Pas-de-Calais où ce service étant communal les médecins et pharmaciens sont payés par mandat communal .

2° Dans le cas de l'affirmative, pourquoi certain percepteur agissant comme receveur municipal, exige un timbre sur les mémoires d'honoraires médicaux et de notes pharmaceutiques exclusivement relatifs à l'A.M.G. et payés par mandat communal.

Le ministre répond :

« Les mémoires de frais médicaux et pharmaceutiques produits pour le service de l'assistance médicale gratuite sont exempts de timbre en vertu de l'art. 32 de la loi du 15 juillet 1893. Des instructions ont été données récemment par le trésorier-payeur général du Pas-de-Calais, pour rappeler aux comptables sous ses ordres les dispositions dont il s'agit et qui auraient été parfois perdues de vue en raison du mode spécial du fonctionnement du service de l'A. M.G. dans ce département. Dès lors, il est à présumer que les errements signalés ne se produiront plus.

Je vous transmets ce document que vous n'aviez sans doute pas relevé à l'*Officiel* et qui me paraît donner une solution satisfaisante au Corps médical.

En même temps, je vous demande si en vertu de cette réponse, je suis autorisé à réclamer au percepteur les 9 fr. 60 qu'il m'a retenus injustement et cela malgré mon observation qu'ils n'étaient pas dus.

Le percepteur m'avait tout d'abord opposé la fameuse circulaire en question, page 1768, puis comprenant qu'il faisait fausse route et ne voulant pas revenir sur sa première décision, m'a soutenu et me soutient que les mandats n'étaient pas explicitement faits pour l'A. M. G. et que, pour cela, il aurait fallu que le maire le certifiât.

Or, les mandats portaient en tête : crédits pour dépenses d'assistance médicale gratuite.

Objet : traitement du médecin pour A. M. G. et à la place du timbre, j'avais inscrit : A. M. G., loi de 1893.

Je lui ai écrit et lui ai transmis la réponse du ministre. Il ne m'a pas répondu. Ce sont là des procédés qui vous vexent. Membre du *Concours* et du « Sou médical », je vous serai obligé de vouloir bien me donner votre avis sur ce que je puis faire.

Dr M.

Réponse.

Vous avez évidemment raison de réclamer les 9,80 de timbre indûment apposés sur les mandats qui vous ont été payés à titre de médecin de l'assistance médicale gratuite, mais vous soulevez une question bien embarrassante pour un fonctionnaire d'une administration financière dont le silence devient presque excusable. Enfin, les droits de timbre ne sont jamais restituables, donc ce n'est pas l'administration de l'enregistrement qui pourra supporter cette restitution. Alors, est-ce le percepteur sur ses deniers personnels ? Non plus, car en sa qualité de fonctionnaire il n'est pas responsable d'une perception inexactement faite.

En définitive, à qui pouvez-vous réclamer ? A notre avis, au Préfet qui a ordonnancé votre mandat, le budget du département pouvant seul supporter la dépense de 9,80 que vous a fait supporter à tort le percepteur agissant en qualité de payeur des dépenses départementales.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2900. — Paiement des droits en cas de vente d'une automobile.

J'ai acheté une automobile d'occasion 10 CV. Renault à la date du 25 septembre, dont les contributions étaient payées jusqu'à fin d'année, par mon vendeur, à qui le fisc a réclamé une taxe supplémentaire de 180 fr. qu'il a réglée.

Pour plusieurs raisons, la première c'est que je n'ai pas encore mon permis de conduire (ma voiture n'est jamais sortie du garage, mais j'espère pouvoir m'en servir aux premiers jours de décembre), je n'ai pas encore payé.

Il me paraît intéressant de savoir à ce titre d'augmentation d'impôts :

1° Si je suis en règle avec le fisc, et si le contrôleur des contributions ne viendra pas quelque jour me demander d'en régler le dernier semestre (1er juillet-1er janvier) ;

2° J'ai l'intention de payer la veille du jour où je serai en mesure de sortir. Qu'aurais-je à payer ? un mois ou trois mois ?

Dr X.

Réponse.

En cas de cession d'un véhicule, l'acquéreur bénéficie des droits acquittés à l'avance par le vendeur pour la période en cours. Il ne devient personnellement passible de la taxe qu'à l'expiration de la dite période. Vous devez faire au bureau de la régie une déclaration de votre acquisition, de manière que l'administration puisse opérer le transfert à votre nom du permis de circulation.

A. MARTINOT.
Conseil fiscal.

3012. — Droits de la veuve d'un pensionné de guerre. — Allocation spéciale aux tuberculeux de guerre.

Une dame mariée le 4 mai 1920 à un homme pensionné à 10 p. 100, le 10 mars 1920 pour bronchite, puis à 100 p. 100 en mai 1923, et décédé en juin 1924 à la suite de la maladie pour laquelle il est réformé (tuberculose) a-t-elle droit à une pension de veuve ?

2° Dans quelles conditions est attribuée l'allocation supplémentaire de 5.000 fr. aux tuberculeux réformés à 100 p. 100.

Dr M.

Réponse.

1° D'après l'application stricte de la loi du 31 mars 1919, cette veuve n'a pas droit à pension, si son mariage est *postérieur* à la libération du service, c'est-à-dire à l'origine et à l'aggravation par le service. Cependant, qu'elle remette une demande de pension entre les mains du sous-intendant régional des pensions ; le ministre jugera du cas d'espèce en se basant sur un arrêt du Conseil d'Etat rendu pour la veuve Mariand et, peut-être pourra-t-il lui donner satisfaction.

2° Cette allocation est attribuée aux tuberculeux à 100 % à la condition qu'ils soient obligés de cesser tout travail pour se soigner.

2979. — Point de départ des soins gratuits aux pensionnés de guerre.

J'ai été appelé à donner mes soins à un homme pour tuberculose pulmonaire ; après l'avoir mis au courant de la gravité de son état, étant ancien combattant, il a fait une demande pour obtenir une pension. Ses papiers étant en règle, l'intéressé a obtenu sa pension sans difficulté, mais on a attendu plus de trois mois pour le convoquer devant la Commission de réforme et lui délivrer le carnet de soins gratuits.

Pendant ce temps, son état s'est aggravé, a nécessité beaucoup de visites et des soins dispendieux. Il est mort quelque tempsa près, laissant sa veuve dans une situation précaire :

1° Cette femme peut-elle être indemnisée des frais

occasionnés par la maladie de son mari avant la délivrance du carnet ?

2° Quelle est la procédure à suivre ?

Dr T.

Réponse.

En principe, les soins gratuits ne sont dus qu'à partir du jour où la Commission de réforme délivre le certificat à l'intéressé, après l'avoir examiné et pris à son égard une décision ; ce certificat permet l'inscription provisoire sur la liste des bénéficiaires de l'article 64 (soins gratuits).

Cependant, la Commission départementale de contrôle est compétente pour examiner avec bienveillance tous les cas litigieux semblables à celui que vous signalez. Elle a son siège à la Préfecture.

12932. — Augmentation de pension militaire.

Titulaire d'une pension de 10 p. 100, 385 fr. expirée le 8 août 1925, j'ai été à nouveau au mois d'avril proposé pour une nouvelle période de 2 ans avec 30 p. 100.

J'ai écrit deux lettres recommandées pendant le mois d'octobre au Sous-Intendant militaire du Centre de réformes, réclamant mon nouveau titre de payement de l'allocation provisoire d'attente ; ne recevant aucune réponse, j'ai écrit à nouveau au médecin chef du Centre de réforme lui faisant comprendre que j'allais m'adresser au ministre des Pensions :

1° J'ai reçu mon nouveau titre pour une pension d'invalidité ainsi décomposée : 30 p. 100.

1° Allocation (loi du 31 mars 1919)	1.155 fr.
2° Supplément spéc. temp. (loi du 13 juillet 1925)	576 fr.
Total	1.731 fr.

Je croyais que la loi du 13 juillet 1925, accordait une augmentation de 80 p. 100 et je décomposais ainsi ma nouvelle pension :

1° Allocation	1.155 fr.
Supplément	924 fr.
Total..................	2.097 fr.

Veuillez me dire si je suis dans le vrai et à qui je dois adresser ma réclamation ?

2° Je n'ai touché aucun supplément sur mes trimestres échus depuis le 1er janvier 1925 ; à qui faut-il que j'adresse ma réclamation ? Le Sous-Intendant n'a pas répondu à ma demande.

Dr X.

Réponse.

1° L'augmentation accordée par la loi du 13 juillet 1925, est uniformément décomptée sur le tarif de soldat correspondant au taux d'invalidité alloué, quel que soit le grade ;

2° Le service qui paye votre pension (postes, percepteur, etc.) vous remettra un imprimé à

remplir et à lui rendre, afin que vous soient rappelés les arrérages depuis le 1er janvier 1925.

A Paris, il suffit de s'adresser au guichet n° 13 du Ministère des Finances, rue de Rivoli.

3015. — Experts cantonaux des réformés de guerre.

Voudriez-vous bien me dire car vous êtes omniscient (oh! si, vous étiez omnipotent !), que faut-il faire pour être expert cantonal de R. G. Je vois mes confrères venir souvent, en tant qu'experts, pour examiner les réformés, en vue d'augmentation de sion, par exemple.

J'ai plus de 5 ans d'exercice. A qui faut-il adresser la demande ? Quels sont les tarifs ? Déplacement et rapport (celui-ci est payé 5 fr., je le sais).

Dr G.

Réponse.

Il faut adresser une demande au médecin-chef du centre de réforme auquel vous désirez être affecté en qualité d'expert ; celui-ci en propose l'agrément au directeur du service de santé, qui le soumet avec son avis au ministre.

La rémunération, en ce qui concerne les examens pour pensions, est fixée à 5 francs pour chaque expert et par expertise. L'expertise comprend l'examen de l'intéressé et la rédaction du certificat.

Les frais de déplacement sont fixés par la circulaire n° 11.738 B 9/7 du 13 mars 1919 :

a) Chemins de fer, voyage en première classe, aller et retour ;

b) Voiture publique : 0,15 le kilomètre.

c) Voiture de louage, 1 franc pour les 25 premiers kilomètres et 0,60 pour les suivants ;

d) Indemnité de repas ou de coucher : 5 francs par repas ou nuit d'hôtel.

Application du Tarif Breton.

I

3210. — La catégorie est basée sur la résidence du blessé.

Installé dans une région limite des régions libérées, je me trouve avoir à soigner fréquemment des accidentés du travail qui habitent une commune faisant partie des régions libérées, ou dont le patron est domicilié dans cette commune. Sur quoi dois-je me baser pour le tarif de mes honoraires ; est-ce sur le domicile du blessé ou sur celui du patron, ou ne dois-je compter le tarif de 1re catégorie que si je fais une visite au blessé dans la commune des régions libérées, en ne lui comptant les consultations qu'au tarif de la 2e catégorie ?

Vous me rendrez service en me donnant ce renseignement, car les Compagnies d'assurances m'ont

déjà, plusieurs fois, discuté mes notes à ce point de vue.

Dr H.

Réponse.

Voir l'article premier, *in fine* : « Le prix de la consultation est respectivement fixé à 8 ou 7 francs, suivant que la commune, *lieu de résidence du blessé,* appartient à la première ou à la deuxième des deux catégories ci-dessus ». Vous n'avez donc qu'à citer cet alinéa aux Compagnies qui vous cherchent chicane sur ce point.

F. D.

II

3209. — Visites à court déplacement.

La Compagnie d'assurance X, refusant de payer une note intégralement, voulez-vous me dire si je suis dans mon droit :

Pour me rendre chez le blessé deux routes existent : l'une d'elles un chemin non praticable en auto, montant à pic et creusé d'ornières, l'autre une route carrossable, mais la distance de mon domicile à celui du blessé par cette dernière est de 5 kilom. aller et retour, tandis que la distance kilométrique par le premier chemin n'est que de un kilomètre environ aller et retour, mais demandant, à pied, assez de temps, étant donné l'état déplorable de la route et la montée très dure.

C'est pourquoi je réclame à l'assurance un déplacement kilométrique. Dr D.

Réponse.

Un kilomètre aller et retour donne 500 mètres de *distance* d'un domicile à l'autre. Etait-ce sur le territoire de la même commune, mais dans deux agglomérations différentes ? Dans ce cas, aucun déplacement à compter, puisque la *distance* doit être « supérieure à un kilomètre », plus du double que dans votre cas (voir article 2, alinéa 4). Si communes différentes, il y a une telle marge entre 1 et 5 kilomètres que je n'oserais vous conseiller de tenir bon jusqu'en justice pour cette réclamation, s'il y a un *chemin* pour les 500 mètres que vous aviez à parcourir.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

3165. — Pas de cumul dans le tarif Maginot

A plusieurs reprises, cette année seulement, mes notes d'honoraires pour soins donnés à des réformés de la Mayenne ont été amputées par la Commission de contrôle du prix des visites ou consultations, quand, à ces visites ou consultations, s'ajoutait une intervention à tarif spécial.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si la Commission de contrôle était, ce faisant, dans son droit. Car si le tarif Breton prévoit ce

bloquage, je n'ai pu trouver de traces qu'il soit prescrit dans le décret du 25 octobre 1922.

Et ayant présenté mes doléances à ce sujet à la Commission de contrôle, je n'ai eu pour réponse que ceci : acceptez-vous ou n'acceptez-vous pas ?

Je serais heureux d'avoir votre réponse avant l'établissement de ma prochaine note. Et si, comme je le crois, la Commission de contrôle est dans son tort, je m'opposerais dorénavant à toute nouvelle amputation et je saisirais le « Sou médical », si l'on ne veut pas entendre raison. Dr P.

Réponse.

Vous avez raison en ce sens qu'au contraire du tarif Breton qui a un article 13 spécialement contre le *cumul*, le tarif Maginot n'est pas clair, à ce sujet, dans son article 72, trop elliptique, je l'ai maintes fois dit déjà. On y lit, en effet : « Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites ou consultations *consécutives* à cet acte ». D'où il résulte qu'il comprend les visites ou consultations *concomitantes* à cet acte. Mais il aurait mieux valu le dire en un article spécial. F. D.

II

3157. — Bulletins et ordonnances sur papier libre pour les pensionnés de guerre.

Je recours encore à votre obligeance pour le fait suivant :

Je vois en passant un blessé de guerre, je fais un bulletin de visite et l'envoie.

Réponse : papier non réglementaire, il a été distribué depuis de nouveaux carnets. Tant que ce ne sera pas celui-ci qui sera représenté, vous ne serez pas payé.

Je réponds à mon tour que ce n'est pas au médecin de faire changer les carnets ; que ce malade étant au bout de mon rayon, je ne puis l'avertir en ce moment ; qu'on mette en marche l'autorité distributive des carnets.

Et j'attends depuis un mois. Je crois que je dois porter le deuil de mes honoraires.

Qu'en pensez-vous ?

Dr J.

Réponse.

Le paiement n'est effectué que sur présentation du bulletin de visite détaché du carnet. C'est le « *chèque* » à toucher, si je puis dire. Autrement, ce serait la gabegie et il n'y aurait plus ni contrôle possible, ni même aucun moyen de s'y reconnaître. Il en serait de même au sujet des ordonnances si vous faisiez les vôtres également sur papier libre. Quant au carnet, c'est au pensionné qu'il appartient de se le procurer à la mairie de sa commune. S'il n'a pas en main les dits « chèques » et ne cherche pas dans la suite à se les procurer en vue d'une régularisation subséquente, je ne vois plus pour lui que de payer de sa poche le médecin et le pharmacien.

F. D.

Quarante-huitième année — N° 5 — 31 Janvier 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(***Voir suite page*** 230-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1[re] Zone **55 fr.** — 2[e] Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Perrineau, de Rambouillet, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Stef
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice: Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piatri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphael-Valescure : Calduguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 44. — Méd. act. libre plus. heures par jour, cherche sit. méd. ou para-méd. à Paris ou banl. imméd. Est, de préfér.

No 45. — Prox. Côte d'Azur. A céd. client. ch. l. cant., popul. agglom. de 3.000 h., sans fatigue ni aucun frais locom., seul méd. pro-pharm. Gr. mais. confort. 1.200 fr., long bail. Seule cond. reprendre médicam. et install. prix coûtant. Très urgent.

No 46. — A céd. Morbihan, client. datant de 1904. Recet. 60.000, susc. augment. par suite nouveaux tarifs, Belle villa avec dépend. Loyer 4.000, bail à volonté. Prix 30.000.

No 47. — Méd. expér. reprend. moyenn. indemnité, client. avec appartem. dans Lyon ou banl. immédiate.

No 48. — Eure. Anc. client. intér. près Paris, facil. transm., susc. augm. à céd. de suite. Méd. génér., acc. du trav. Petit. ville agréab., pays riche. Logem. assuré villa avec jard., eau, électr. Prix à débat.

No 49. — Dr Barbarin à Montembœuf (Charente), dem. acheter occas. faut. roulant promenade pour vieillard paralyt.

No 50. — Bretagne. Ds ch. l. cant., poste ancien, rapp. 60.000, fixes intéress. Villa luxueuse (13 p.). Prix 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 51. — Pas-de-Calais: Poste seul pro-pharm. Rapp. 100.000, habit. 6 p., eau, électr. Indemn. 35.000, dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Gorèt, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 52. — Méd. cherche poste seul méd. gros rapport. Méd. ch. de fer si possible.

N° 53 — A vendre 10 C.V. D.F.P. 1920, carross. tous temps, 4 cyl., 2 str., démarr. électr., peu roulé, revisée à usine. Dr Forestier, à Aix-les-Bains (Savoie).

AVIS

Les médecins sollicités de s'installer à Epinac-les-Mines (Saône-et-Loire) sont informés que le poste est suffisamment pourvu avec ses deux médecins actuels.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur.** — Nous avons appris, avec autant de regret que de fierté professionnelle, la mort du Dr J. Deroque, de Roanne, mort des suites d'une piqûre septique qu'il s'était faite au cours d'une opération.

Nous avons appris, avec non moins de fierté, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de notre collègue parisien, le Dr Auguste Blind, pour « après avoir donné, au cours d'une carrière déjà longue, l'exemple d'une belle conscience, d'un dévouement et d'un désintéressement dignes des plus vifs éloges, et qui lui ont valu l'estime unanime de ses pairs, a contracté, dans l'exercice de sa profession, une affection grave qui met ses jours en danger. » (*J.O.*)

C'est le Syndicat des médecins de la Seine qui avait demandé la Croix pour notre sympathique confrère.

Gloire et honneur à ces deux héros des batailles de la vie médicale !!!

— **Concert de l'O.M.** — Le concert donné lundi dernier par l'Orchestre médical, Salle des Concerts du Conservatoire, a remporté un vif et légitime succès, auprès d'un nombreux public fourni surtout par la grande famille médicale parisienne.

Sous l'habile direction de son sympathique chef d'orchestre, M. Petiot, cette talentueuse phalange s'est montrée en progrès, et elle a été largment ovationnée, à la suite de l'exécution de l'ouverture de *Corolian*, de l'ouverture du *Prince Igor*, de la Rapsodie norvégienne, de la Symphonie de Mozart, etc.

Deux charmantes artistes prêtaient leur brillant concours à cette soirée de grand art : Mme Derblay, cantatrice de l'Opéra-Comique et Mlle Plichon, premier prix de piano du Conservatoire : elles ont l'une et l'autre moissonné très légitimement de chaleureux bravos.

— **Hôpital Lariboisière.** — Jeudi 4 février, à 10 h., à l'amphithéâtre du service du prof. Sébileau, leçon de M. Veau, sur *les divisions palatines.*

— **Clinique Tarnier. Cours de pratique obstétricale.** — Un cours de pratique obstétricale, réservé aux étudiants et aux docteurs, commencera le 13 février, à la clinique Tarnier. Il se continuera tout le mois. (droit à verser : 150 fr.)

— **Hôtel-Dieu. Clinique ophtalmologique.** — Vingt conférences sur les symptômes oculaires dans les principales affections du système nerveux central, par MM. Velter et Foix, à 17 h., à partir du 2 février.

— **Concours des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à six places de médecins des hôpitaux de Paris sera ouvert le 22 février, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

— **Amphithéâtre d'anatomie**, rue du Fer-à-Moulin. — M. Georges Faroy, médecin des hôpitaux, fera, à partir du 22 février, un cours de bactériologie clinique, en 16 leçons, à l'amphithéâtre d'anatomie. (Droit : 250 fr.)

L'ACTUALITÉ THÉRAPEUTIQUE

L'action cholagogue du sulfate de magnésie et de la peptone en association.

Anorexie, nausées, constipation, migraines et vertiges, pesanteur hépatique et cholémie, asthénie — symptômes constitutifs de l'hépatisme de Glénard — s'atténuent, parfois même disparaissent en quelques jours, avec :

Sulfate de magnésie desséché..........	5 gr. (2 gr., en cas de diarrhée ou de douleurs solaires).
Peptone de Witte.....	2 gr.
Poudre de réglisse....	1 gr.

pour un paquet, à prendre le matin à jeun dans un demi-verre d'eau de Vichy, une demi heure avant le petit déjeûner ; après quoi, on se couche dix minutes sur le côté droit. Dix à quinze jours par mois.

L'hypertension artérielle, assez fréquente dans l'hépatisme, est elle-même influencée. Et ceci ne saurait personnellement nous surprendre, notre propre expérience nous ayant depuis longtemps convaincu des résultats satisfaisants que l'on obtient dans certaines hypertensions lorsqu'au lieu de s'adresser aux médications dites hypotensives, on s'attaque directement à la congestion hépatique, supprimant ainsi l'obstacle, l'*embouteillage* circulatoire. L'augmentation de volume du foie est, dans ces cas, cause bien plus qu'effet d'hypertension.

(F. Ramond et A. Borcesco, in *Journal des Praticiens*). A. M.

LA CRISE DE LA PROFESSION MÉDICALE

I

Réponse à une lettre anonyme.

Sans vouloir éterniser le débat, je demande en toute franchise au confrère qui m'a adressé, datée du 17 janvier 1926 et mise à la poste entre Cherbourg et Caen, et *non signée*, — ce qui n'est

pas très chic ! — je lui demande de répondre aux questions suivantes, les seules qui m'intéressent :

Combien faisait-il de recettes professionnelles en 1912-1913 ?

Combien en fit-il en 1925 ?

Combien dépensait-il en 1912-1913 ?

Combien a-t-il dépensé en 1925 ?

Si ses dépenses dépassent ses recettes *professionnelles*, d'où lui vient le surplus ?

Enfin, vit-il mieux et à meilleur compte en 1925 qu'en 1913 ou inversement ?

Tout est là ! !

G. Duchesne.

II

Une opinion.

Je suis un nouveau pauvre. J'ai gâché toute ma vie dans une misérable bourgade, parce que j'espérais que l'héritage de mes parents et beaux-parents m'assurerait une vieillesse sans soucis ; et par le fait de la guerre et de ses conséquences, par suite donc de la trahison anglaise, tous mes plans ont été faussés. Voilà 30 ans que j'exerce ici et je vais vous donner mon avis sur la crise médicale et la grande pitié des médecins de campagne.

Quand je me suis installé, les visites étaient payées 2 fr. et les voyages exprès à raison de 1 fr. du kilomètre de distance (*visite comprise*) (exemple : à 10 kil., 10 francs). Actuellement, visites, 8 fr., kilomètre parcouru 1 fr. en plus (donc à 10 kil. : 20 fr.). Eh bien, ma situation est très inférieure à celle d'avant guerre et je ne peux pas arriver, malgré toute l'activité que je déploie, à tripler mes bénéfices d'avant-guerre.

Ne croyez pas que la raison en est dans le fait que ma clientèle *se défend* contre les visites, qu'elle emploie des spécialités, qu'elle consulte les pharmaciens. Toutes ces raisons sont *secondaires*. Les grandes raisons sont au nombre de deux :

1° *et surtout* : une diminution considérable de la morbidité ; disparition *complète* de la fièvre typhoïde et des suites de couches, des diarrhées estivales et des affections aiguës de l'appareil respiratoire englobées à la campagne sous le nom de fluxion de poitrine, rareté de plus en plus grande dans notre région de la tuberculose pulmonaire et de la syphilis ;

2° Effroyable dépopulation : je desservais, il y a 30 ans, environ 3.500 personnes. Il n'en reste environ que 2.200 et dans dix ans, il y en aura 1.800. Cette dépopulation fait que, les vieillards étant naturellement aussi nombreux, les déplacements sont peu rémunérateurs puisque les visites de passage à l'occasion d'un voyage exprès (visites ne coûtant rien au médecin) sont diminuées de plus de moitié.

Dr J.

Le prix de revient kilométrique de l'auto du médecin d'après les assureurs.

Lors de nos discussions, qui furent assez laborieuses, au sujet de la révision du tarif Breton, en décembre 1925, par rapport aux prix de 1920, je n'ai pas besoin de dire à nos confrères combien les controverses, sur le prix kilométrique à fixer pour les déplacements du médecin, furent agitées, houleuses, et même orageuses. Quivy et moi, les deux délégués de l'Union à la Sous-Commission, nous dûmes discuter pied à pied longuement devant les allégations des délégués des patrons et des assureurs qui allèrent jusqu'à nous dire que nos autos nous coûtaient *moins cher* actuellement qu'en 1920 !..... Ne souriez pas, confrères, ne prenez pas cela pour une boutade de ma part. On a, en effet, entrepris de nous prouver que si, à nombre *égal* de C. V., les frais étaient plus forts (il eut été difficile de démontrer le contraire !) *il n'en était pas moins vrai que*, grâce aux progrès techniques des constructeurs, alors qu'en 1920, les autos des médecins *étaient de* 8 *à* 12 *C. V.*, en 1925 le plus grand nombre *n'est plus que de* 5 *à* 6 *C. V.*, ces autos plus modestes étant capables, actuellement, de rendre les mêmes services, *au moins*, aux médecins que les autos anciennes plus grosses.

Tout d'abord, nous avons tenu à établir le principe suivant :

Le prix kilométrique des déplacements du médecin doit comprendre non seulement le remboursement des frais, mais, en outre, le TEMPS *passé.*

Si un confrère perd deux heures, dans sa journée, à courir le long des routes, est-il équitable de ne pas tenir compte de ce temps et de lui dire : « Vous avez dépensé tant d'essence, tant de pneus, etc..... nous ne vous devons que le remboursement de ce que vous aurez à payer — et pas davantage ? » Nos collègues de la Sous-Commission ont dû se rendre à l'évidence, mais en ajoutant que, même le temps passé compris, les prix *actuels* à 1 fr. et 1 fr. 50 du kilomètre étaient *déjà* supérieurs à ce qu'on devrait payer..... Et ils nous donnèrent, à l'appui de ces dires, des chiffres et des tableaux qui, je pense, ne seront pas sans intérêt pour nos confrères du *Concours.* C'est pourquoi j'ai pensé utile de les publier. Les voici :

Tableau comparatif du prix de revient kilométrique de la voiture du médecin en 1920 *et en* 1925.

En prenant comme voiture type la 10 CV. Citroën torpédo 4 places, qui était en 1920 la voiture la plus utilisée, en considérant qu'une telle voiture parcourt par an 30.000 kilomètres et s'amortit en 5 ans, que sa valeur en 1920 était de 15.000 francs et en 1925

de 20.000 francs, on obtient les données comparatives suivantes :

	1920	1925
Amortissement (y compris intérêts calculés à 5 %)	0.125	0.166
Pneus	0.10	0.10
Essence (8 litres aux 100 kil.)	0.10	0.16
Huile	0.01	0.012
Réparations (500 fr. par an)	0.016	0.020 (600 fr. par an)
Garage (600 fr. par an)	0.02	0.026 (800 fr. par an)
Assurances	0.01	0.011
Impôts	0.008	0.016
	0.389	0.511

Donc, en 1920, le prix de revient kilométrique était sensiblement de 0 fr. 40 alors qu'en 1925 il est sensiblement de 0 fr. 50, soit une augmentation de 25 %. Mais, en réalité, grâce à l'apparition depuis 1920 de la 5 CV. qui est la plus utilisée actuellement, le coût du kilomètre est inférieur à ce qu'il était pour la voiture utilitaire de 1920.

Considérant en effet que le prix d'achat d'une Citroën 5 CV est en 1925 de 12.000 francs, et que cette voiture consomme 6 litres d'essence aux 100 kilomètres, on obtient le tableau suivant :

Amortissement	0.10
Pneus	0.08
Essence (6 l. aux 100 km.)	0.12
Huile	0.01
Réparations (400 fr. par an)	0.013
Garage (480 fr. par an)	0.016
Assurances	0.007
Impôts	0.009
	0.355

L'on voit que le prix de revient kilométrique de la voiture qui est certainement la plus utilisée actuellement par les médecins est de 0 fr. 35 environ, alors qu'en 1920 la plus économique des automobiles exigeait cependant une dépense kilométrique de 0 *fr.* 40.

L'on doit d'ailleurs considérer qu'en 1920 les pneus ne pouvaient parcourir une distance guère supérieure à 8.000 kilomètres alors qu'actuellement les pneus type confort dont sont munis toutes les voiturettes résistent facilement à un parcours de 15.000 kilomètres. C'est ce qui explique que l'augmentation du prix des pneus, augmentation cependant sensible, ne peut influencer le prix de revient du kilomètre.

D'autre part, les progrès constatés dans la fabrication des moteurs ont eu pour principal résultat d'augmenter le rendement de l'automobile, ce qui revient à dire que par rapport à 1920 une voiture de force égale peut atteindre des vitesses plus élevées tout en consommant moins d'essence.

(14 décembre 1925).

Sur ce « *tableau comparatif* », et sur les chiffres multiples qu'il contient, je ne ferai aucun commentaire, laissant à nos confrères du *Concours*, le soin de les faire eux-mêmes, chacun suivant son expérience propre qui vaut bien j'imagine — mieux peut-être — tous les chiffres fournis par les compétences les plus profondes et les plus éclairées, telles que celles, paraît-il, qui ont fourni les statistiques ci-dessus.

Je me contenterai d'extraire la « substantifique moelle » de ce « tableau comparatif » de MM. les assureurs et d'en tirer les conclusions qui s'imposent :

a) L'auto du médecin coûtait huit sous du kilomètre en 1920 et n'en coûte plus que sept en 1925 ;

b) Ce n'est pas une augmentation que nous aurions dû demander, mais une diminution — ou tout au moins, le *statu quo*, déjà trop rémunérateur pour nos frais et notre temps passé.

N'empêche, confrères, que, d'après vos notes, vous ne vous seriez jamais douté de cela ? Moi non plus ! Vous verrez que, d'ici quelque temps, « avec les progrès de la technique automobile », nos autos ne nous coûteront plus rien du tout !... C'est la grâce que je nous souhaite à tous : *Amen* !

Dr Fernand DECOURT.

Un voyage d'étude aux sanatoria de France est-il possible ?

Les stations thermales et balnéaires françaises ont fait un gros effort pour faire connaître nos richesses, en matières d'eaux minérales.

Des voyages d'études sont organisés, réunissant tantôt des médecins, tantôt des étudiants. Sur place, en visitant les Thermes et les bains, en goûtant aux différentes sources, en admirant le pays, ses promenades et ses distractions, le docteur se rend compte, non seulement des ressources thérapeutiques des stations, mais encore de la catégorie de clients qu'il faut adresser dans chacune d'elles.

Beaucoup de villes d'eaux ont des sources présentant, à peu de choses près, les mêmes indications, voire, même, des propriétés thérapeutiques à peu près semblables.

Mais, ici, la vie sera moins fastueuse, partant moins coûteuse ; là le calme et le repos sont complets, tandis qu'ailleurs, ce sera le casino, le théâtre, les distractions de toutes sortes, qui permettront au baigneur de soigner sa maladie, tout en ne sombrant pas dans l'ennui.

Or, jusqu'à présent, peu de chose, ou même rien n'a été fait dans deux catégories de moyens thérapeutiques : je veux parler des bains de mer et des sanatoria.

Bains de mer ! A partir de Pâques, les parents nous interrogent souvent, pour savoir où aller en vacances pour le plus grand bien des enfants.

Combien sont-ils, les médecins de France qui ont appris à connaître les indications et les contre-indications des différents rivages français ?

Combien sont-ils, ceux qui savent où trouver le sable, où éviter le vent, où rencontrer les galets ?

Qui saura qu'ici, le climat de la mer est excitant, par suite mauvais aux congestifs, alors que là, le climat sera sédatif, calmant, incitant au repos, voire même à la paresse reposante des vacances ?

En matière de sanatoria, il en est de même. Combien sont-ils, mes confrères, qui savent quelles ressources nous pouvons tirer de nos stations d'altitude, ou de demi-plaine ? Questions de climat, de ventilation, de brouillard ou d'insolation ; ici le calme quasi funèbre, là l'agitation des « embrasés ».

Le médecin doit pourtant connaître ces détails, cependant qu'ayant visité un sanatorium, il doit pouvoir apprécier le genre de vie, la manière de traitement, être éduqué sur les procédés thérapeutiques, pour lutter contre la tuberculose, tant pulmonaire qu'osseuse.

En même temps, quelles sont les stations balnéaires qui peuvent être les adjuvants de ces traitements, de même que la mer est indiquée ou formellement défendue à telle ou telle catégorie de bacillaires ?

Le *Concours médical* serait heureux de recevoir des suggestions de ses lecteurs, pour que l'idée, qui est ainsi lancée, puisse être mise en pratique, pour le plus grand bien et de nos malades et de la science de leurs médecins.

Dr Paul Boudin.

JURISPRUDENCE

Droits d'une Commission de publication de Sociétés savantes.

COUR DE CASSATION. CHAMBRE DES REQUETES

10 *novembre* 1925.

La Commisison de publication d'une société savante a la droit de statuer souverainement sur les demandes de publication des mémoires et comptes rendus.

La Cour :

Ouï M. le Conseiller Delrieu en son rapport, Me Auger, avocat du pourvoi, en ses observations, M. l'avocat général Pean en ses conclusions ;

Sur l'unique moyen pris de la violation des articles 1142, 1174 du Code Civil, 7 de la loi du 20 avril 1810, défaut de motifs et manque de base légale, et refus d'appliquer les règlements de la Société de biologie qui faisaient la loi des parties ;

(*Voir la suite page XLVII-277*)

Ce numéro contient le Nouveau Tarif des Accidents du Travail dit « TARIF DECOURT ».

PROPOS DU JOUR

L' « Esprit » de Locarno et le monde médical.

Caveant Consules

Un de nos amis nous plaisantait aimablement sur la place, à son avis trop grande, donnée par nous dans les colonnes du *Concours médical* aux Œuvres de relations médicales internationales. « Que signifie toute cette agitation, nous disait-il. Que pensez-vous obtenir avec votre A.D.R.M., votre B.R.M.I. et votre U.M.F.I.A. aux monstrueux banquets ? A quoi servent ce congrès franco-polonais, ces réceptions des chirurgiens américains, des médecins tchéco-slovaques, ces tentatives d'union médicale internationale, et la poursuite chimérique de la création d'un foyer médical à Paris ?

Laissez-là cette agitation coûteuse et inutile. Revenons à nos congrès internationaux d'avant-guerre ; faisons confiance à tous nos confrères amis, alliés, neutres et anciens ennemis. M. Stresemann n'a-t-il pas affirmé à Locarno que nous étions au « début d'une nouvelle ère de coopération entre les Nations » et le chancelier Luther ne nous a-t-il pas engagés à faire tous nos efforts « pour ensevelir les préjugés et les méfiances. » —

« Nous pensons bien comme vous, mon ami, et, avec M. Vandervelde, nous répèterions volontiers la belle phrase de Pasteur : « J'ai confiance qu'un jour la science et la paix auront raison de l'ignorance et de la guerre. » Dans les efforts que nous, médecins français, faisons pour développer les relations amicales avec nos confrères étrangers, nous faisons l'impossible pour éviter l'évocation d'un passé encore récent et combien douloureux ; nous nous présentons comme des amis, des confrères, des égaux et non comme des maîtres orgueilleux, des vainqueurs arrogants, des êtres transcendants à la méprisante supériorité. Les résultats que nous obtenons démontrent que nous sommes compris et par exemple, les progrès de l'U.M.F.I.A. qui, encore cette année, a vu doubler le nombre de ses membres, prouvent bien que notre méthode n'est pas mauvaise.

Mais puisque vous faites allusion aux accords de Locarno, puisque vous voudriez voir régner leur « esprit » dans le monde médical international, puisque vous désireriez que l'égalité, la bonne foi, l'esprit de paix, la confiance s'établissent entre les médecins de tous les pays civilisés, amis, neutres ou anciens ennemis, permettez-nous d'exprimer nos appréhensions, et nos méfiances et de les appuyer de quelques documents qui suffiront à vous en expliquer la raison. Nous ne vous parlerons pas du scandale, aussitôt étouffé, causé par une manifestation incorrecte des délégués allemands au Congrès international des accidents du travail d'Amsterdam. Des excuses ont été faites et acceptées et cela a été jugé suffisant pour que nous passions généreusement l'éponge sur cette incartade de quelques nationalistes exaspérés, mais l'on vient de nous envoyer justement la traduction d'un article du journal médical espagnol : *Revista medica* de Séville où l'honorable Dr José Rosell donne le compte rendu d'un voyage de médecins espagnols invités en Allemagne. Lisez. »

Et nous tendîmes à notre interlocuteur l'article suivant dont un de nos bons amis de l'U.M.F.I.A. nous avait envoyé la traduction et où il est trop facile de reconnaître la rédaction germanique :

Résultats acquis et conséquences possibles du récent voyage de médecins espagnols en Allemagne.

Au cours d'un voyage — à la fois d'étude et d'agrément — organisé par la revue « Laboratorio », une commission de médecins espagnols a visité, en août dernier, diverses villes universitaires d'Allemagne ; l'accueil des savants, des autorités, de la population même, fut, partout, des plus empressés.

Les agents consulaires allemands avaient officiellement coummuniqué au Gouvernement du Reich l'objet du voyage, ainsi que des notes au sujet de la personnalité des 36 membres de la caravane.

Les buts du voyage étaient les suivants :

1o Grouper un certain nombre de médecins espagnols et sud-américains, en vue de la visite des Uni-

versités et Institutions médicales pour s'y renseigner sur les sujets les plus dignes d'étude et tout spécialement sur les nouveautés réalisées depuis la guerre.

A ce groupe pouvaient s'adjoindre tous les médecins espagnols jusqu'à concurrence de 40 participants, chiffre limite, imposé par les responsabilités d'organisation.

2° Profiter de cette visite pour apporter aux médecins allemands le salut du Corps médical espagnol, tant à titre personnel que comme délégués des organisations professionnelles.

3° Faire connaître l'état de la médecine espagnole à l'Allemagne, *pays qui reste le principal* (?) *porte-voix de la médecine mondiale, arbitre et juge des progrès médicaux des autres pays.*

Resserrer, par conséquent, les relations médicales entre les deux pays.

Ces buts ont été atteints et dépassés : il est intéressant pour tous de publier les résultats obtenus.

Ce n'est pas le lieu de relater la série d'attentions et de politesses qui firent de ces vingt jours de voyage une épopée triomphale, terminée par un banquet, offert par le Chancelier Luther avec l'assistance de l'Ambassade d'Espagne, dans le célèbre salon des Traités... Les notes de presse n'ont donné qu'un pâle reflet de ce chaleureux accueil.

Dans chaque ville, l'élément officiel (Sénat, Conseil municipal), rivalisait avec l'élément universitaire et les corporations scientifiques et hospitalières, dans leurs manifestations enthousiastes. Les médecins espagnols étaient considérés comme les hôtes des municipalités. Dans les journaux locaux, de longs articles, parfois rédigés en espagnol, célébraient cette visite, annoncée de même en première page dans les revues médicales.

C'est à peine si chacun des visiteurs, au cours d'un séjour de vingt (20) jours, pût disposer une seule fois de trois heures de loisir !

Les visites aux hôpitaux, spécialement décorés, les réceptions, les banquets d'un luxe raffiné, les démonstrations scientifiques remplissaient chaque jour une page des programmes rédigés dans notre langue.

Les discours des recteurs d'Universités, des doyens de Facultés, des représentants de la science médicale en faveur de l'Espagne et de ses médecins, joints à ceux des autorités et autres personnalités formeraient un volume de format imposant, quelques-uns des plus intéressants seront ultérieurement publiés.

Au cours d'une séance scientifique tenue à Berlin en l'honneur de la Mission, des décorations et des distinctions honorifiques furent conférées à certains de ses membres ; on avait convoqué en leur honneur 45 Sociétés médicales de Berlin, la Chambre de Brandebourg ; l'ensemble des personnalités présentes s'élevait à 2.300 emplissant d'une foule, telle qu'on n'en avait jamais vue de semblable, la grande salle des séances de la Société médicale de Berlin.

Passons maintenant aux résultats de la Mission, aussi bienfaisants pour nos médecins et nos étudiants que pour les intérêts généraux de l'Espagne.

1° Plusieurs Universités allemandes donneront constamment l'enseignement gratuit aux étudiants espagnols : les hôpitaux leur seront ouverts gratuitement avec toutes les facilités d'étude.

2° Des privilèges économiques équivalents à ceux accordés aux Nationaux s'appliqueront aux étudiants espagnols ; ces privilèges sont nombreux, vu l'état précaire de la classe universitaire.

a) Visa gratuit des passeports par les Consulats allemands en Espagne.

b) Réduction de 50 % sur les compagnies de navigation et les chemins de fer allemands et autrichiens.

c) Faculté de profiter des tables et pensions académiques : nourriture et logement à des prix très réduits.

3°) Admission au concours pour les bourses et subventions, dont quelques-unes sont dès à présent réservées aux étudiants espagnols méritants ou nécessiteux.

Les échanges scientifiques seront intensifiés ? Des revues mensuelles feront connaître, dans les journaux médicaux, les progrès de la médecine en Espagne. Un grand nombre de travaux scientifiques seront publiés. La collaboration a été inaugurée par les membres même de la Mission : MM. Ferran, Coroleu, Corachan, Ricardo-Moragas, Mery, Guel, Cusi, Moll, Lopez, Buera, Turel, Rosell.

Tel était l'intérêt suscité par ce voyage que des délégations venues de villes non inscrites au programme vinrent saluer nos médecins et les inviter pour un voyage ultérieur.

D'autres suggestions d'ordre économique ont été recueillies, comme la suivante, émanant du Ministère de l'hygiène :

Envoi d'une commission médicale allemande chargée d'étudier les Côtes espagnoles pour l'étude des stations climatériques susceptibles de concurrencer celles des autres pays méditerranéens.

Enfin, une commission de la Presse vint nous exposer un plan en vue de favoriser en Espagne le tourisme, source de profits importants pour certains pays comme la Suisse et l'Italie.

On voit donc que ce voyage n'a pas été stérile, mais au contraire bien avantageux pour les deux pays.

***

Notre ami, après avoir lu, resta stupéfait.

« Eh bien ! lui dîmes-nous, que pensez-vous de ces malheureux médecins allemands ruinés et de la manière dont use, après Locarno, le chancelier Luther « pour ensevelir les préjugés et les méfiances ? ».

Heureusement que nos confrères Espagnols ne sont ni des imbéciles ni des naïfs. S'ils ont le légitime désir de faire connaître à l'Allemagne les progrès de la médecine espagnole, jugent-ils tous

que le Reich reste « le principal porte-voix de la médecine mondiale, arbitre et juge des progrès médicaux des autres pays » ? Et que pensent nos amis d'Espagne de l'envoi d'une commission médicale allemande, chargée d'étudier les côtes espagnoles pour l'étude des stations climatiques, susceptibles de concurrencer celles des autres pays méditerranéens ? Ont-ils besoin, pour mettre en valeur les richesses de leur pays. de la direction des surhommes de cette nation qui, avant sa défaite, s'intitulait modestement le Peuple Elu ? Et « pour favoriser en Espagne le tourisme, source de profits importants pour certains pays comme la Suisse et l'Italie » les Espagnols en sont-ils réduits à demander un plan à une commission de la Presse allemande ? »

Il ne convient pas d'ajouter à cet article, dicté à Berlin, plus d'importance qu'il ne mérite. Mais il montre que nos méfiances ont plus que jamais leur raison d'être, qu'il convient par tous les moyens loyaux et honnêtes de renforcer l'action de de nos sociétés internationales, l'U.M.F. I.A. et l'A.D.R.M. et d'attendre l'heure bénie où l'« esprit » de Locarno aura pénétré le crâne du médecin allemand. En attendant, nous nous adressons à ceux qui dirigent nos relations médicales internationales, et en particulier à ceux qui s'efforcent de rendre de plus en plus étroite l'amitié franco-ibéro-américaine et leur disons : *Caveant Consules.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ANALYSE SÉROLOGIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN PAR LA RÉACTION DE TARGOWLA

Par les docteurs

R. Bernard, Médecin en chef et G. Ruelle, Chef de laboratoire

du Dispensaire antivénérien de l'Etat (Parc Léopold, Bruxelles.)

La réaction de Bordet-Wassermann est du domaine du spécialiste. Elle exige une longue pratique, étant donnée la délicatesse de sa technique. Le médecin éloigné de tout centre sérologique a souvent besoin d'avoir une indication immédiate pour compléter son diagnostic. C'est ce qui a poussé les chercheurs à étudier des techniques plus faciles. Beaucoup de celles-ci, à peine nées, ont été immédiatement abandonnées. Celle que décrivit Targowla (*Progrès médical*, 8 septembre 1923) a retenu notre attention d'abord par sa simplicité, ensuite par les résultats impressionnants relatés par son auteur. Elle est basée sur le principe suivant : l'élixir parégorique donne avec le liquide céphalo-rachidien, une suspension colloïdale. Dans les liquides pathologiques, il se produit une précipitation plus ou moins importante.

Technique.

Dans un tube, on introduit : 5 gouttes d'eau, 15 gouttes de liquide céphalo-rachidien et 15 gouttes d'élixir parégorique. Dans un tube témoin, 20 gouttes d'eau et 15 gouttes d'élixir. Au bout de douze à vingt-quatre heures, il y a précipitation totale (+ + +), partielle (+ +), faible (+) ou nulle (réaction négative).

Résultats obtenus par Targowla.

Seuls les syndromes syphilitiques du névraxe et la sclérose en plaques donneraient, d'après lui, des réactions positives.

L'épreuve a été vérifiée par l'auteur, dans 100 cas, au moyen de la réaction de fixation (Bordet-Wassermann).

a) Dans 91 cas (48 résultats positifs, 43 négatifs pour les deux réactions) le parallélisme a été complet ;

b) Dans 2 cas, la réaction de Targowla était positive, celle de Bordet-Wassermann négative (3 paralysies générales prolongées, 2 cas de réaction méningée et 1 syphilis ancienne, 1 cas d'hérédo-syphilis) ;

c) Dans 3 cas, la réaction à l'élixir parégorique était négative, la réaction de fixation positive (2 cas de formes prolongées de P. G., 1 cas de syphilis ancienne avec urticaire et troubles intellectuels).

Et Targowla conclut que la réaction à l'élixir parégorique, plus maniable que les autres réactions du liquide céphalo-rachidien, a la même valeur clinique. Elle persiste dans certains cas plus longtemps que la réaction au benjoin colloïdal.

Résultats de Nayrac et Demacou.

Ces auteurs ont essayé la réaction de Targowla à propos de 40 malades hospitalisés à la clinique psychiatrique de Lille et voici les résultats de leurs recherches.

Tout d'abord dans 20 cas de lésions syphilitiques du système nerveux central, la réaction de Targowla s'est trouvée d'accord avec la clinique et la réaction de Bordet-Wassermann. Il s'agissait de paralysies générales, de tabes, de taboparalysies, de syphilis cérébrales.

a) Dans 17 cas, la clinique et le B.W. étaient d'accord pour éliminer la syphilis ; il s'agissait de délires chroniques, de psychoses circulaires, d'épilepsies, de démences séniles, de confusions mentales, de démences précoces, d'arriérations mentales. L'élixir parégorique a donné dans tous les cas, un résultat négatif.

b) Dans 3 cas, la réaction de l'élixir parégorique a été en contradiction avec la réaction de B.W. Dans 2 de ces cas, où il s'agissait cliniquement d'une tabo-paralysie et d'une paralysie générale, la réaction de Targowla a été nettement positive, le B.W. étant négatif. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une psychose périodique, le B.W. fut négatif et la réaction de Targowla fut faible ment positive.

En somme, dans 39 cas sur 40, soit 97,5 % la réaction de l'élixir parégorique s'est trouvée d'accord avec la clinique.

Dans 37 cas sur 40, soit 92,5 %, elle a été confirmée par la réaction de B.W.

Si l'on ne tient compte que des réactions de Targowla moyennement ou fortement positives, on peut dire, ajoutent Nayrac et Demacou, que la précipitation de l'élixir parégorique est un signe de certitude de syphilis nerveuse et que son extrême simplicité en fait la méthode de choix pour le praticien et pour l'interne au lit du malade.

Tel était l'état de la question, lorsque nous entreprîmes nos recherches.

Recherches personnelles.

Celles-ci ont porté sur 200 malades, *syphilitiques de tous stades*, mais parmi lesquels les syphilis dites « quaternaires » sont l'exception ; nous tenons à le faire remarquer dès maintenant.

En voici le dénombrement, d'après les formules :

Liquides normaux (Targowla compris et concordants)	**82**
Liquides pathologiques	**118**

	B.W. et Targowla concordants		B.W. et Targowla discordants	
	W — et T —	W + et T+	W + et T —	W — et T+
	1.	2.	3.	4.
Albuminose	22	10	3	4
Lymphocytose	18	2	2	4
Albuminose + lymphocytose	23	10	7	1
Ni albuminose, ni leucocytose	—	5	2	5
Totaux	63	27	14	14

Si nous examinons les chiffres ci-dessus, nous constatons d'abord que l'élixir parégorique s'est montré 28 fois discordant du Wassermann sur 200 liquides C.R. Nous disons « discordant » et non pas : en défaut, soit 14 % de discordance.

Si nous examinons la colonne 3, nous voyons que le Targowla s'est montré 14 fois « infidèle » par rapport à un ou plusieurs éléments anormaux de ces 14 liquides, 14 sur 200, soit environ 7 % d'erreurs manifestes, soit vis-à-vis de W.C.R., soit vis-à-vis des symptômes cliniques, comme nous le verrons plus loin.

D'autre part, si nous étudions la colonne 4 — T positif et B.W. négatif — nous trouvons encore, simple coïncidence, 14 formules discordantes. Mais ici, ces discordances ne sont pas des erreurs de Targowla puisque celui-ci est en rapport, à 3 exceptions près, soit avec les symptômes somatiques, soit avec la formule cyto-chimique.

En effet, nous verrons que dans les 5 cas où le Targowla existe comme seul élément positif, il y en a 2 qui concordent avec des indices graves du côté S.N.

Nous pouvons donc, dans la supputation de nos erreurs porter les 3 restants à l'actif de la colonne 3, ce qui porterait celle-ci, au pis-aller à 14 + 3 = 17 Targowla infidèles sur 200 cas, soit 8 1/2 % au maximum.

Notre marge d'erreur se trouve donc dans une zone de 7 à 8 1/2 % des cas, où le Targowla n'a pas « rendu ». Par contre, il s'est montré plus sensible dans 7 autres % des cas.

Est-il possible d'interpréter ces discordances ?

Nous ne disons pas « ces erreurs ». De l'examen des 28 cas de discordance il ressort que :

a) Là où le B.W.C.R. est négatif et le Targowla positif, nous avons trouvé sur 14 malades, 10 malades présentant des symptômes nerveux (en dehors du tabes et de la P.G.).

Dans 2 cas parmi ceux-ci, le Targowla a été le seul symptôme concordant avec les accidents nerveux, d'ailleurs tous deux du même type.

Dans les 4 cas ne présentant aucun symptôme

nerveux, l'un d'eux a de l'albuminose et les 3 autres n'offrent rien d'anormal en dehors de leur passé syphilitique.

Les discordances manifestes se ramènent donc ici à ces 3 sujets, les 11 restants étant en faveur du Targowla.

b) Là où le B.W. est positif et le Targowla négatif, nous trouvons par contre :

9 « quaternaires » ou pré « quaternaires » ;

1 malade ayant eu une méningite aiguë Σ (à celle-ci le T. avait été positif également) ;

4 malades sans symptômes nerveux, somatiques ou humoraux.

Nos recherches confirment donc les premières recherches de Targowla lui-même. Par contre elles infirment nettement celles de Nayrac et Demacou, et celles que Targowla a publiées ensuite. Il écrit en effet (*Presse médicale*, 24 janvier 1925) : « La réaction de l'élixir parégorique est toujours positive dans la paralysie générale progressive et la précipitation est totale en règle générale ; elle est néanmoins sujette à des variations et peut même, dans certains cas, comme toutes autres réactions du liquide céphalo-rachidien, devenir négative ».

N'est-ce pas à une de ces variations, à un de ces cas spéciaux que nous avons eu affaire ?

N'est-ce pas aussi le résultat du traitement, puisqu'il s'agit de malades traités, et puisque nous savons que les cures spécifiques influent le Targowla, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté ?

Nous ne pouvons naturellement interpréter ni l'une ni l'autre de ces hypothèses, mais nous pensons que le cadre de cette réaction dépasse le domaine de la syphilis nerveuse.

Conclusions.

De l'examen de 200 liquides vérifiés par nous, au Targowla, il résulte que :

1° Cette réaction appliquée aux divers stades de la syphilis, se montre d'une fidélité très grande (7 % d'erreurs environ) ;

2° Que dans certains cas elle s'est montrée plus fidèle que le B.W. et que cette sensibilité s'est particulièrement révélée dans les syphilis nerveuses (à l'exclusion de nos cas de tabes et de P.G.).

3° Qu'au contraire dans neuf syphilis « quaternaires » — traitées il est vrai — nous l'avons trouvée en défaut.

Nous croyons donc pouvoir conclure que le Targowla, généralement très fidèle et particulièrement dans les syndromes nerveux et en raison aussi de sa facilité d'exécution, mérite de retenir toute l'attention des praticiens.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

M. le professeur F. Terrien.

Le syndrome de la fente sphénoïdale (1).

Dans la dernière leçon, nous avons insisté sur une forme d'exophtalmie un peu brusque déterminée par l'épanchement de pus dans l'intérieur de l'orbite. Aujourd'hui, je voudrais parler d'une manifestation assez rare. Nous avons eu l'occasion de l'observer chez une malade qui s'est présentée il y a un mois, à l'hôpital. Cette malade venait nous consulter aussi pour une exophtalmie mais qui s'accompagnait en même temps de phénomènes paralytiques. Comme vous le voyez sur les photographies, ce qui frappait, c'était une exophtalmie moyenne, mais, en même temps, un ptosis de la paupière supérieure, légèrement tombante, et quand on l'avait soulevée, on constatait une immobilité à peu près complète de l'œil, si on cherchait à lui faire exécuter des mouvements dans les diverses directions, en haut, en bas, etc. C'était donc une ophtalmoplégie, c'est-à-dire la paralysie complète de tous les nerfs moteurs de l'œil.

Enfin, il existait une anesthésie complète dans toute la sphère innervée par la branche ophtalmique du trijumeau, c'est-à-dire une anesthésie du front, de la paupière, de la racine du nez, de l'angle externe de la paupière, et en même temps une anesthésie du sous-orbitaire, de la paupière inférieure et de la joue. Voilà les phénomènes essentiels que présentait cette malade.

Obs. — Cette femme est venue consulter dans les premiers jours d'octobre, et nous racontait qu'elle s'était déjà présentée deux ans auparavant à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1921, pour une diminution de l'acuité visuelle. A ce moment-là, on avait constaté des phénomènes d'atrophie optique du même côté. On avait fait un Wassermann, qui était positif, et une série de 12 injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Malgré ce traitement, la vision avait continué à baisser et cet œil était devenu complètement aveugle.

Elle se présentait alors, en 1923, avec une cécité complète de l'œil gauche, et en plus cette exophtalmie, cette ophtalmoplégie et cette anes-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 20 novembre 1925, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

thésie de la première et de la deuxième branche du trijumeau. Elle avait, en somme, une ophtalmoglégie sensorio-sensitivo-motrice.

En poursuivant l'examen, on constate qu'elle a non seulement une paralysie du nerf optique, (atrophie optique), une paralysie des deux premières branches du trijumeau, une paralysie des 3e, 4e et 6e paires, mais encore une paralysie faciale, difficilement visible sur la paupière eu raison du ptosis, mais qu'on peut reconnaître en priant la malade de tirer la langue, de siffler ou souffler.

Il s'agit donc d'une paralysie faciale périphérique, intéressant à la fois le facial supérieur et l'inférieur.

Enfin, la malade a de l'hypoacousie ; alors qu'elle entend le tic-tac à 20 cm. du côté droit, du côté gauche, c'est à peine si elle le perçoit lorsque la montre est collée sur l'oreille.

Ces symptômes, vous le voyez, sont assez complexes ; il faut maintenant en chercher la cause, En même temps que ces symptômes apparaissaient, notre malade a ressenti des crises douloureuses, des douleurs névralgiques assez intenses, orbitaires et péri-orbitaires, s'irradiant dans une partie de la face.

Ajoutons, pour être complet, qu'il existait sur la cornée une petite exulcération à la partie inféro-interne. La cornée était complètement anesthésiée comme la peau du front, si bien que nous avons du faire une tarsorraphie.

Nous avons refait le Wassermann ; il est demeuré positif, bien que depuis deux ans cette malade ait été soumise au traitement mercuriel (72 injections intraveineuses en 6 séries). Le Wassermann restait positif et les phénomènes étaient toujours dans l'état que je viens de rappeler ; l'ophtalmoplégie n'est pas tout à fait absolue, la malade peut faire exécuter quelques mouvements à l'œil, mais ces mouvements sont très légers, et la paralysie demeure à peu près *complète* ; depuis le 7 octobre, moment où la malade est revenue consulter, elle se plaint toujours de crises douloureuses péri-orbitaires, survenant par accès. Les symptômes sont donc à peu près les mêmes.

En résumé, cette malade est atteinte d'une ophtalmoplégie sensitivo-sensorio-motrice, c'est-à-dire d'une paralysie du trijumeau, du nerf optique et de tous les nerfs moteurs de l'œil. En même temps, elle a une paralysie faciale périphérique, et une parésie de l'acoustique.

Nous devons rechercher la cause de cette paralysie soit au sommet de l'orbite, soit dans l'intérieur du crâne. Il est évident que nous ne pouvons penser ici, vraisemblablement, à une lésion dans l'intérieur de l'orbite. En pareil cas d'abord, on peut le plus souvent arriver sur une lésion manifeste, une petite tumeur, une collection accessible à la palpation ; puis, il est exceptionnel qu'une lésion dans l'intérieur de l'orbite détermine une ophtalmoplégie sensorio-sensitivo-motrice, parce qu'elle ne peut intéresser à la fois tous les nerfs de cette cavité.

Il s'agit donc d'une lésion du sommet de l'orbite, ou même rétro-orbitaire.

La fente sphénoïdale contribue à fermer l'orbite en arrière ; en dedans est le trou optique, en dehors et en bas le trou grand rond, qui laisse passer le nerf maxillaire supérieur, alors que le trou optique laisse passer le nerf optique et l'artère ophtalmique. Les lésions du trou optique sont très fréquentes dans les traumatismes. A la suite de fractures de la base du crâne, de chutes sur la tête, on voit souvent des fractures du canal optique ; elles déterminent une dilacération du nerf optique, ou sa compression, et peuvent amener une perte complète de la vision. Je me rappelle avoir vu un jeune homme qui, après une chute de cheval sur la tête, présentait une fracture de la base du crâne et une cécité complète des deux côtés, par fracture du canal optique.

J'ai vu, avec M. Cousin, un jeune sous-lieutenant qui, après une chute sur la tête (il était tombé de bicyclette), avait instantanément perdu la vision d'un œil. Il avait une fracture du canal optique de ce côté. En pareil cas il y a une véritable triade symptomatique : perte immédiate et complète de la vision ; mydriase, la pupille étant généralement dilatée, et perte du réflexe lumineux du côté affecté. Mais si on fait tomber un faisceau lumineux sur l'œil opposé, non seulement la pupille de l'œil sain se contracte mais celle de l'œil aveugle se contracte également ; le réflexe consensuel est conservé. Cela se comprend, puisqu'il y a eu interruption de la voie centripète, mais conservation de la voie centrifuge.

Je n'insiste pas, car notre malade n'a pas eu de traumatisme, et il ne peut s'agir de fracture du canal optique. Mais il n'est pas sans intérêt d'insister sur certaines lésions qu'on peut observer chez les athéromateux. Vous savez que toute la région du chiasma est entourée de vaisseaux. Le cercle artériel de Willis siège au niveau même de la protubérance et envoie diverses ramifications embrassant le chiasma (les anomalies sont très nombreuses). On comprend que des sujets d'un certain âge puissent avoir des plaques d'athérome, des ectasies anévrysmales, d'où compression du nerf optique et du chiasma, entraînant des troubles visuels. Chez beaucoup de vieillards atteints de diminution de l'acuité visuelle, il est possible que ceci soit dû à la compression par des plaques d'athérome ou par des ectasies de l'artère ophtalmique qui pénètre dans le canal optique avec le nerf optique. Et précisément, dans la *Revue italienne de neuro-ophtalmologie* de juillet 1925, M. Mezzatesta

rapporte trois observations de ce genre : un sujet de 69 ans, très athéromateux, dans l'espace de 8 mois, perd la vision sans cause appréciable et présente une paralysie pseudo-bulbaire; à ce moment le champ visuel était impossible à prendre ; mais un médecin, consulté à une période moins avancée, avait constaté une hémianopsie bi-temporale incomplète, et des papilles pâles, décolorées, atrophiques. Ce malade meurt dans le coma urémique. A l'autopsie on trouve des lésions athéromateuses généralisées, des lacunes et des foyers de ramollissement dans le cervelet et le cerveau. En particulier, l'artère ophtalmique présente des lésions dont je vous projette les photographies.

Le nerf optique, vous le voyez, est comprimé, en partie atrophié ; ses fibres, disparues, sont remplacées par un tissu scléreux et névroglique. L'artère comprime la partie externe du nerf, ce qui explique l'hémianopsie bitemporale incomplète ayant précédé l'amaurose complète.

La seconde observation, à peu près identique, concerne aussi un vieillard, qui présente des phénomènes d'athérome, des maux de tête, etc. ; en même temps, sa vue diminue. Un médecin consulté constate une hémianopsie bitemporale ; les papilles sont pâles, atrophiques. Le malade meurt d'accès d'urémie et à l'autopsie on constate que la carotide interne est très épaissie et athéromateuse, ainsi que ses ramifications ; le nerf optique est comprimé sous la voûte du canal optique. Là encore l'artère ophtalmique comprimait surtout le côté externe du nerf.

La troisième observation est du même ordre. C'est une femme âgée, athéromateuse, avec hémiplégie, phénomènes d'athérome généralisé ; la vue diminue, la papille s'atrophie, devient blanche, pâle et l'on constate ce rétrécissement du champ visuel à forme bitemporale si fréquent chez les gens d'un certain âge. Il ne s'accompagne généralement pas d'hypertension manifeste, et nous portons le diagnostic d'atrophie simple de la papille. Peut-être s'agit-il de troubles dus à l'athérome, par défaut de nutrition du nerf optique.

La malade meurt quelques mois plus tard, et l'on trouve des lésions semblables à celles observées chez les deux malades précédents.

Dans une observation de Wilbrand et Saënger, on peut penser au glaucome chronique simple avec rétrécissement bitemporal du champ visuel. L'autopsie est faite. Une coupe du nerf optique montre qu'il est cloisonné par du tissu fibreux, par suite de l'athérome de l'artère ophtalmique.

Je reviens à notre malade. Elle a donc une altération du nerf optique, une atrophie optique avec ophtalmoplégie, mais a aussi d'autres altérations qui doivent faire rechercher des lésions du côté de la fente sphénoïdale.

Je vous rappelle que la fente sphénoïdale donne passage à la veine ophtalmique et à tous les nerfs moteurs et sensitifs de l'œil, la 6e paire, la 4e paire, le nerf ophtalmique, puis le nerf moteur oculaire commun. La 6e paire passe dans la partie la plus large, l'anneau de Zinn.

Le moteur oculaire commun est généralement divisé déjà en deux branches, l'une supérieure, l'aurre inférieure. Le pathétique passe un peu plus haut.

Les trois nerfs moteurs de l'œil passent donc dans la fente sphénoïdale. Nous avons aussi les rameaux de la branche ophtalmique de Willis. La branche maxillaire supérieure pénètre dans le trou grand rond, passe au-dessous du plancher de l'orbite et va s'épanouir sur la joue.

Comme nous avons une paralysie complète des nerfs moteurs et sensitifs, nous devons évidemment avoir une lésion ayant intéressé la fente sphénoïdale, le trou optique et aussi le trou grand rond.

Sans doute existe-t-il des lésions plus profondes, étant donné que notre malade a en même temps une paralysie du nerf facial et une paralysie de la 8e paire (nerf auditif).

Y a-t-il une lésion dans le domaine du sinus caverneux ? Nous savons qu'il contient dans son épaisseur la carotide interne, et tous les nerfs moteurs et sensitifs de l'œil, la 3e paire, la 4e et la 6e (les trois nerfs moteurs de l'œil), en même temps les deux premières branches du trijumeau. Evidemment, une lésion en ce point aurait donné ces symptômes. Mais une lésion au niveau du sinus caverneux détermine toujours une exophtalmie spéciale, dite exophtalmie pulsatile, due à la rupture de la carotide interne (anévrysme artérioso-veineux). L'exophtalmie est pulsatile, c'est-à-dire qu'elle présente des battements isochrones aux pulsations artérielles; et en même temps il y a un bruit de souffle ; il y a souvent aussi une petite tumeur à la partie supéro-interne de l'orbite et on sent même une sorte de thrill caractéristique.

Eh bien, notre malade a une exophtalmie non pulsatile. Nous pouvons donc éliminer une lésion au niveau du sinus caverneux.

L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'agit d'une périostite de la fente sphénoïdale.

Ces altérations de la fente sphénoïdale sont intéressantes et peu connues. Même dans Makenzie, où l'on trouve une foule d'observations, on n'en rencontre aucune de cet ordre, et dans la plupart des Traités, on ne parle pas non plus du syndrome de la fente sphénoïdale. Ce syndrome est cependant bien caractéristique. Remarquez que chez notre malade il n'est pas très pur, parce qu'il y a en même temps d'autres nerfs intéressés. Ce syndrome de la fente sphénoïdale est caractérisé précisément par l'atrophie de la papille, par la paralysie de tous les nerfs moteurs

de l'œil, et enfin par celle de la première branche du trijumeau, c'est-à-dire de tous les rameaux passant dans la fente sphénoïdale.

Ce syndrome est assez rarement observé. Le premier auteur qui attira l'attention sur ce point est Rochon-Duvigneaud, en 1896, dans un travail publié dans les *Archives d'ophtalmologie*, où il a rapporté trois observations très intéressantes.

La première a trait à un malade qu'il avait suivi dans le service de Verneuil, en 1891. A la suite de violentes douleurs, s'était développée une triade symptomatique d'une netteté frappante : ptosis avec paralysie presque complète de tous les mouvements de l'œil, amblyopie prononcée, anesthésie dans le domaine de l'ophtalmique, avec conservation parfaite de la sensibilité dans le domaine du sous-orbitaire. Voilà le syndrome pur.

L'affection durait depuis un mois, avec des névralgies très violentes.

On ne pouvait songer à une tumeur de l'orbite; l'œil droit se laissait refouler. D'autre part, on ne pouvait croire à un processus intra-cranien, vu l'état normal de l'autre œil. Verneuil pense à une périostite de la fente sphénoïdale ; il met la malade au traitement antisyphilitique. Sous l'influence des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, l'amélioration fut rapide. Le malade, revu quelque temps après, était complètement guéri.

M. Rochon-Duvigneaud rapporte l'observation d'un autre malade que j'ai suivi avec lui dans le service de Lariboisière. Ce malade avait eu à la verge un chancre trois mois aurparavant. Là encore, M. Rochon-Duvigneaud fit le diagnostic de périostite de la fente sphénoïdale, et des injections d'huile biiodurée à la dose faible de 4 milligr. par piqûre, amenèrent rapidement la guérison. Quand le malade a quitté l'hôpital, les mouvements de l'œil étaient revenus, l'anesthésie avait disparu, mais l'atrophie restait complète.

La troisième observation est tirée de la thèse de Poulet, parue en 1896 ; elle est à peu près semblable.

Voilà trois observations du syndrome de la fente sphénoïdale. Il est rare de le rencontrer aussi pur.

Il est probable que notre malade a fait une périostite de forme particulière, très rebelle au traitement, siégeant au niveau de la fente sphénoïdale, mais ayant envahi les régions voisines.

Généralement, dans le syndrome de la fente sphénoïdale, bien qu'il y ait une anesthésie complète de la première branche du trijumeau, il n'y a pas de kératite neuro-paralytique. Rochon-Duvigneaud insiste sur ce point et conclut, avec Panas, que pour provoquer une kératite neuro-paralytique, il faut que la lésion du trijumeau siège sur le ganglion de Gasser, ou entre le ganglion et la base du crâne, ou même dans l'intérieur de la protubérance, au niveau des racine du trijumeau.

Panas y a insisté : s'il y a anesthésie de la cornée, et pas de kératite neuro-paralytique, on peut affirmer que la lésion siège en avant du ganglion de Gasser.

Il semble bien qu'il y ait dans le trijumeau des fibres sensitives proprement dites, et des fibres trophiques ou de nutrition, mais je crois qu'il est exagéré d'admettre que l'existence d'une kératite implique une lésion au niveau du ganglion ou entre le ganglion et la protubérance.

J'ai observé, en particulier, à l'hôpital Beaujon, avec M. Goulfier, un malade paraissant avoir une lésion périphérique, car elle succédait à un traumatisme intra-orbitaire, et qui présentait une kératite neuro-paralytique. Celle-ci fut enrayée par la suture des paupières. Willbrand et Saënger ont rapporté des observations du même ordre.

On peut se demander si l'absence de kératite neuro-paralytique n'est pas favorisée par le ptosis. Snellen, on le sait, avait supposé que cette kératite résultait d'une cause mécanique, due à l'action des poussières de l'air, le clignement palpébral n'existant plus, en raison de l'anesthésie. Ceci n'est pas tout à fait exact car on a vu la même kératite se produire chez les lapins chez lesquels on a sectionné le trijumeau, les paupières étant suturées.

Mais si la théorie de Snellen n'est pas entièrement exacte, il n'en est pas moins vrai que la suppression des causes d'irritation permet d'éviter les accidents dans une large mesure. Je ne dis pas que la tarsorraphie puisse éviter les accidents dans les formes graves avec lésion du ganglion de Gasser ; mais dans les formes légères, atténuées, il suffit le plus souvent de suturer les paupières pour voir l'exulcération de la cornée se réparer et disparaître.

La kératite neuro-paralytique, d'ailleurs, est assez rare dans les lésions périphériques du trijumeau ; mais elle peut exister sous une forme atténuée. La suture des paupières est alors une opération excellente ; elle peut éviter bien des désastres.

Chez notre malade, le traitement n'agit pas, et le Wassermann demeure positif. Il s'agit d'une forme absolument particulière, probablement d'une ostéo-périostite chronique, rebelle à tout traitement, mais qui ne semble pas s'étendre davantage et sera compatible avec la vie.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Les restrictions faites à la chirurgie par les grands mouvements prophylactiques et les substitutions thérapeutiques, et par les nouveaux courants hygiénique, culturiste, eugénique, thérapeutique,

Par DARTIGUES.

Ce qui enlèvera vraiment à la fois à la médecine et à la chirurgie, c'est ce que je pourrai appeler la *physioprophylaxie.* Non seulement, il y aura l'influence de l'hygiène générale, l'hygiène de l'ambiance et du milieu social, l'hygiène individuelle et corporelle, l'hygiène alimentaire, mais il y aura le développement de la culture physique myologique et des sports, marche, course, natation, principalement ; aidés de tous les auxiliaires puissants de la nature : grand air, eau, soleil, qui purifient l'organisme, le retrempent comme une lame de Tolède, et tel le fer rouge dans l'eau. Tous ces moyens répandus contribueront à fortifier la résistance du tréfonds cellulaire de l'organisme, grâce à une circulation sanguine suractivée équilibrant les milieux humoraux en leur donnant une richesse globulaire, colloïdale, endocrinienne et hormonique inconnues des grandes masses humaines actuelles qui sont bien plus près de la maladie que de la santé.

L'habitude de la culture physique et du sport fera disparaître des quantités de maladies. L'art du pédotribe et du culturiste qui fait des corps humains dans la force, la santé et la puissance réalisera de la santé en même temps que de l'esthétique et enlèvera nécessairement des cas nombreux à la pathologie même chirurgicale.

La sélection humaine par l'*eugénique* visera à former des races vigoureuses, actives, saines, plus belles que les races existantes, par les procédés qu'emploient l'éleveur et l'horticulteur, et la fleur humaine méritant autant de sollicitude que hortensias, roses et chrysanthèmes, intéressera l'anatomiste, le physiologiste, l'hygiéniste et le thérapeute ; par l'éducation physique se développeront des enfants dans le sens de la beauté et de la santé totales et se prépareront de splendides générations.

Le contingent de la tératologie même diminuera du fait de la culture physique, de l'eugénique, de la puériculture et de l'homoculture.

On peut même prévoir que la traumatologie sera moindre, car les hommes devenus plus souples, plus agiles, échapperont comme les animaux, à une partie des accidents qui surviennent du fait de l'impotence et de la maladresse.

Quand auront disparu l'alcoolisme, le tabagisme, les erreurs alimentaires grossières, et c'est là l'avenir dans un demi-siècle au plus, il y aura beaucoup moins de déficiences cardiaques, artérielles, veineuses, moins de varices, hémorroïdes, phlébites, moins de lithiases de toutes sortes qui font un appoint à la chirurgie actuelle.

Quand l'humanité sera exonérée de cette grande triade pathologique : cancer, tuberculose, syphilis ou qu'elle pourra s'en débarrasser médicalement, il est évident que toutes leurs conséquences, qui sont actuellement d'ordre chirurgical, seront une soustraction énorme faite à la chirurgie.

De même toutes les conséquences de l'infection gonococcique réclamant une action chirurgicale seront diminuées dans une proportion considérable.

Par l'hygiène, les vaccins, les sérums, à juger d'après le passé, les grands fléaux nosologiques disparaîtront, comme ont presque disparu la pourriture d'hôpital, l'érysipèle bronzé, l'infection purulente, certaines septicémies, la diphtérie, le choléra, la peste, qui ravagèrent l'humanité et firent rentrer au néant des multitudes. C'est que si les maladies font mourir, elles meurent elles-mêmes et s'il y a les maladies de la mort, il y a aussi la mort, l'extinction des maladies.

En tout cas, il y a des chances que la pathologie chirurgicale ne soit plus la même dans un certain nombre d'années, et il est très probable que, dans trente à quarante ans, les étudiants n'apprendront pas la même nosologie chirurgicale.

Le grand mouvement prophylactique qui a supprimé ou presque de nombreuses maladies médicales, supprimera des maladies chirurgicales ; il y aura même une certaine régression en chirurgie opératoire, du fait même de la valeur prophylactique de certaines méthodes qui restreindront des actes opératoires plus considérables : c'est ainsi que certaines interventions précoces et opportunes, que la kélotomie au début évitera de plus grandes interventions de hernie étranglée avec résections intestinales, que la pleurotomie au début évitera plus tard un Estlander, et qu'en obstétrique une eutocie soigneuse évitera de vastes déchirures périnéales ou des fistules vésico-vaginales qui sont un des appoints de la gynécologie opératoire.

Avec moins d'infections d'ordre génital, il y aura moins de curettages, d'hystérectomies, de salpingectomies, d'ovariotomies, etc.

En somme, grâce au courant hygiénique, le *musculaire* sera moins victime d'accidents que l'empoté, aura moins de hernies et de ptoses que l'individu à tissus mous et à sangle abdominale flasque ; le *non sédentaire* sera à l'abri des lithiases de toutes espèces, produites aussi par la nourriture excédante ; le *sobre* sera débar-

rassé des productions adipeuses débordantes, et épargné par les affections gastro-intestinales diverses : appendicites, ulcères, cancers ; le *bien développé* dans son corps et sa santé se reproduira eugéniquement et il y aura, dans sa progéniture, moins d'anomalies, de difformités et de cas tératologiques réclamant aujourd'hui l'acte chirurgical : le *propre*, par l'hygiène aquatique, sera à l'abri d'infections nombreuses à productions abcédées et d'infections génitales en particulier à complications si diverses, proches ou lointaines, réclamant le bistouri.

Enfin, ce qui restreindra le domaine des actes chirurgicaux, ce sera ce que je pourrais appeler les thérapeutiques substitutives, telles que curiethérapies et radiothérapies profondes dont les fluctuations actuelles ne permettent pas de présager l'avenir certain pour le cancer, ou l'héliothérapie et ses différentes formes pour certaines infections et surtout pour les différentes localisations de la tuberculose.

Il faudra donc se faire à cet état d'esprit de mutation des thérapeutiques, et n'avoir pas d'attendrissement pour une méthode ou une technique opératoire qui disparaissent, sous prétexte qu'elles étaient séduisantes, et du moment qu'il y aura mieux à mettre à la place dans l'intérêt du malade. Ceux qui considèrent une opération comme un but et non comme un moyen, qui voient une opération autant comme un jeu ou un acte d'art qui leur agrée personnellement et qui, considérant « une opération en soi » la regrettent quand elle a fait son temps et doit s'effacer devant quoi que ce soit du moment que ce sera supérieur, déplacent singulièrement la question et ne restent pas dans le réalisme de l'objectif à poursuivre : il faut donc jouer la carte chirurgicale uniquement pour le malade et non pour une satisfaction, serait-elle artistique; et il faut être tout disposé à changer d'armes pour livrer d'autres combats plus utiles, car il y a, dominant tout, une satisfaction scientifique, et celle-ci est toujours dans la découverte du mieux qui s'inquiète bien peu des tournures spirituelles, des préférences et même des aptitudes personnelles.

Courant hygiénique, courant culturiste, courant eugénique, courant thérapeutique, substitutif, enlèveront à la chirurgie une partie importante de son action militante d'aujourd'hui.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'entérite à « Giardia » (lamblia) intestinalis et son traitement.

C'est là, ainsi que le rappelle le Pr Cade, un parasite susceptible d'entraîner fréquemment des lésions et des symptômes d'entérite. La lambliose s'associe volontiers à d'autres protozooses, qu'elle rend particulièrement rebelles à l'action thérapeutique.

Suivant la statistique de R. Deschiens, 3 à 5 p. 100 des entéropathies et diarrhées chroniques ressortissent à la lambliose, qui ne leur donne pas une physionomie bien personnelle. Le signe majeur est constitué par une diarrhée persistante, entrecoupée parfois de phases de constipation ou, ce qui est rare, de phases avec selles normales.

Cette entérite est remarquable par sa ténacité, sa résistance aux régimes et aux médications, et son évolution entrecoupée de phases de recrudescence.

Le diagnostic, soupçonné par la longue durée et le mode évolutif de l'affection, ne peut être affirmé que par l'examen microscopique des fèces.

Le stovarsol et l'acétylarsan, préparations arsénicales récemment introduites dans la thérapeutique, sont particulièrement actives et efficaces.

Le stovarsol s'emploie en comprimés de 0 gr.25, deux par jour pendant une semaine ; les résultats sont rapides sur le nombre et les caractères des selles, sur la présence des parasites. Mais il est utile de reprendre la médication après une interruption de quelques jours, et de la poursuivre pendant une ou deux semaines (un comprimé par jour d'abord, puis un comprimé tous les deux jours).

L'acétylarsan a été employé par l'auteur en injections intra-musculaires (une ampoule tous les quatre jours, une dizaine d'injections) ; son action est très puissante ; mais il est nécessaire de répéter la cure, car l'infestation de l'intestin est très tenace.

Lorsque la lambliose est associée à un autre parasite, et notamment avec l'amibiase, la conduite du traitement et les résultats sont les mêmes. (*La Médecine*, juillet 1925.)

L'épreuve à l'histamine, comme mesure de l'activité sécrétoire de l'estomac.

Tel est l'objet d'une étude faite par le Pr Carnot et E. Libert.

Cette épreuve est d'une extrême facilité puisqu'il suffit de faire une injection sous-cutanée de un milligramme d'histamine dans un cmc. d'eau, de faire avaler jusque dans l'estomac la sonde d'Einhorn, et de retirer à la seringue, de quart d'heure en quart d'heure, le suc sécrété.

La mesure de l'acidité de ce suc, limpide, incolore, très pur, sans mélange de substances étrangères, à l'aide d'une solution de soude en présence du diamidophénol et de phtaléine du phénol, donne des réactions très franches. Les tubes de Mett à l'ovalbumine permettent la mesure exacte de l'activité peptique suivant la rapidité avec laquelle ils se trouvent digérés.

Les chiffres obtenus avec ce suc pur de sécrétion sont supérieurs aux chiffres obtenus avec le contenu dilué et absorbant des repas d'épreuves : leur signification paraît donc meilleure.

Le test à l'histamine permet de différencier facilement les trois types :

1° Normaux : sécrétion assez abondante, ayant son maximum de la 30e à la 50e minute, acide (1 gr. 5 à 3 p. 1000), peptique, comparable à elle-même à plusieurs semaines d'intervalle.

2° Hyposécrétants : sécrétion faible ou nulle, retardée, non acide, contenant du sang et de nombreuses cellules pouvant servir au cytodiagnostic.

3° Hypersécrétants : sécrétion rapide, très abondante, très acide (3 à 4 gr. à 6 p. 1000), riche en pepsine.

Des recherches ultérieures permettront de fixer les autres modalités de ce test, particulièrement au point de vue de la cytologie gastrique, qu'il semble grandement faciliter. (*La Médecine*, juillet 1925.)

Psychonévroses et troubles digestifs.

M. H. Codet n'envisage que les rapports cliniques entre des signes gastro-intestinaux fréquents, d'une certaine banalité, et ces états psychopathiques mal délimités, auxquels on donne le nom général de psychonévroses. Il s'agit de malades lucides, conscients de leur situation pathologique, souvent même en exagérant l'importance, et présentant des manifestations psychiques, surtout en rapport avec l'émotivité, l'attention, la volonté.

Dans une première catégorie, les troubles digestifs demandent à être recherchés et précisés par le médecin ; il s'agit, par exemple, de manifestations légères, transitoires : l'obtusion, l'hyperémotivité, la psychasthénie, l'épilepsie, les troubles migraineux, la dépression mélancolique, survenant de façon plus ou moins périodique, souvent sans cause provocatrice appréciable.

Dans une autre série, les malades se plaignent surtout de leurs troubles digestifs, consultent plus volontiers le gastrologue, et c'est secondairement que leur état peut être rapporté à un trouble névropathique.

Les sensations internes sont le point de départ de toutes les pensées des malades, qui les interprètent dans un sens péjoratif et réalisent de véritables idées hypocondriaques.

Enfin, troubles digestifs et état psychopathique peuvent être sous la dépendance d'une même cause commune : paralysie générale, alcoolisme chronique inavoué, azotémie.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique peut être souvent très efficace dans ces cas si divers ; elle doit s'adresser au moral aussi bien qu'aux troubles digestifs : traitement psychothérapique simple, hygiène alimentaire, traitement médicamenteux modéré.

Ces malades réclament une grande patience de la part du médecin, et nécessitent de sa part un examen complet, car le traitement, pour être effectif, ne doit négliger aucun chapitre de leurs malaises. (*La Médecine*, juillet 1925.)

Après le traitement de la gale.

Quand le malade est guéri de sa gale, des démangeaisons peuvent persister. Il faut le savoir pour ne pas être pris au dépourvu dans la pratique journalière ; trois éventualités se présentent alors : 1° une irritation médicamenteuse due au traitement ; 2° une récidive de gale ; 3° une phobie de la gale.

L'irritation médicamenteuse, dit le Dr G. Milian, est surtout observée après le traitement *par les frottes successives* (savon noir, pommade soufrée); elle est plus rare après la pommade au polysulfure de potassium . Il survient, avec du prurit, une dermite irritative craquelée ou parfois une dermite eczématiforme vésiculeuse et cet accident apparaît le plus généralement 3 ou 4 jours après le traitement ; on prescrit des bains d'amidon, et dans l'intervalle des applications de glycérolé d'amidon.

Plus difficile est le diagnostic de la récidive de gale, qui s'observe environ deux semaines après une période de calme ; celle-ci, au début, ne s'accompagne pour ainsi dire d'aucun accident cutané. Le seul signe véritablement pathognomonique est la découverte d'un sillon nouveau, c'est-à-dire recouvert de son toit épidermique et terminé à son extrémité par le petit renflement vésiculeux où siège l'acare ; ne pas le confondre avec un vieux sillon deshabité sans revêtement épidermique. Employer alors un traitement non irritant avec la pommade au poly-sulfure, qui doit amener une atténuation le jour même de l'application médicamenteuse.

Quant à l'acarophobie, elle s'observe à tous les moments après le traitement de la gale, sans qu'on découvre sur la peau aucun élément éruptif. Le prurit, lui-même, a perdu la physionomie du prurit galeux ; c'est à tous les instants du jour

✦✦✦✦

qu'il se développe, surtout quand le malade y pense ; jamais de prurit quand le malade est distrait ou qu'il dort. La guérison est souvent difficile à obtenir par la persuasion, ou, à la rigueur, par l'institution d'un nouveau traitement. (*Pratique médicale française*, juillet 1925-A.)

Remarques cliniques sur la laryngospasmophilie.

Pour qui sait la dépister, la spasmophilie apparaît d'une grande fréquence, et le Pr MOURIQUAND estime que peu de maladies de l'enfance relèvent d'une thérapeutique aussi efficace.

La spasmophilie trouve sa plus haute expression dans la tétanie infantile, avec ses contractures caractéristiques des extrémités, son laryngospasme, ses convulsions, son hyperexcitabilité musculaire et électrique. Mais le syndrome tétanique, de diagnostic facile, est rarement au complet, en particulier la contracture des extrémités manque souvent. C'est sous la forme de laryngospasme (associé ou non aux convulsions) que l'on est appelé, le plus souvent, à rencontrer la spasmophilie ; c'est sous cette forme que l'affection est de beaucoup la plus sévère, puisque la plupart des laryngospasmes caractérisés de cette origine entraînent plus ou moins rapidement la mort.

Il faut donc bien différencier cette laryngospasmophilie des autres spasmes laryngés, qui en sont distincts, moins par leur séméiologie que par leur étiologie.

Les diagnostics de croup, faux croup, corps étrangers étant écartés, il faut distinguer la laryngo-spasmophilie vraie du laryngospasme, par hypertrophie thymique.

Parmi les signes permanents, le signe de Chvostek (ou du facial) est de beaucoup le plus fréquent et le plus caractéristique : contracture brusque, comme électrique, de l'orbiculaire des lèvres, et plus généralement des muscles innervés par le facial (surtout inférieur) par la percussion appliquée sur le milieu d'une ligne unissant le tragus à la commissure labiale.

La laryngospasmophilie est associée parfois à l'irritabilité, l'agitation, et surtout l'insomnie. Elle apparaît parfois à l'occasion d'une maladie intercurrente : coqueluche, broncho-pneumonie.

Les radiations ultra-violettes constituent le vrai remède à la spasmophilie ; depuis leur emploi, l'auteur n'a pas eu d'insuccès, tandis qu'auparavant 6 sur 6 laryngospasmes étaient morts malgré le chlorure de calcium, le bromure de potassium, etc. Son action se montre, avec toute sa netteté, à partir de la 5e séance (une séance par jour de 1, 2, 3, 4, 5 minutes, puis recommencer à une minute, etc. ; faire 20 à 30 séances) ; à ce moment, dans tous les cas, la partie a pu être considérée comme gagnée. Aucun retard n'est permis ; c'est un traitement d'urgence. Au bout de 20 séances, le signe de Chvosteck a disparu ainsi que l'hypocalcémie. Les récidives étant possibles, il faut aussi quelques séances de consolidation.

Quant au laryngospasme symptomatique de l'hypertrophie thymique, il est guéri par les rayons X.

L'un et l'autre s'observant fréquemment chez les hérédosyphilitiques, le traitement spécifique doit doubler (mais non remplacer) l'action des rayons. (*La Médecine*, août 1925.)

Le traitement de l'éclampsie puerpérale à la Maternité d'Alger.

A propos de trois observations, MM. E. HOUEL et H. JAHIER rappellent les principes posés par le Pr Rouvier.

1° Il n'y a pas d'éclampsie bénigne, malgré les apparences les moins alarmantes.

2° Le traitement par la morphine n'a pas la prétention de guérir l'éclampsie ; il vise uniquement la crise, facteur de gravité par l'hypertension concomitante (hémorrhagies viscérales, surcharge du cœur gauche) et par la période d'asphyxie que constitue l'apnée. Il permet d'attendre dans le calme l'action du véritable traitement causal de l'éclampsie, auto-intoxication, par les grands lavages intestinaux et l'helmitol.

3° L'expérience a montré que les doses de morphine doivent être massives au début et continuées après l'arrêt des crises, faute de quoi, après une accalmie passagère, celles-ci réapparaissent. Les mauvais résultats imputés à la morphine tiennent à l'emploi de doses trop faibles. Ce n'est pas en l'utilisant conjointement à d'autres procédés thérapeutiques et en réservant son emploi aux cas désespérés que sa valeur peut être mise en relief.

4° A l'inverse de ce que l'on pouvait supposer *à priori*, la morphine, toxique habituellement, ne semble pas agir comme telle dans l'éclampsie. Il faut injecter trois centigrammes, puis de demi-heure en demi-heure un et un centigramme. Au bout de deux heures, si les crises ont cessé, trois injections de 0 centigr. 5 de deux heures en deux heures. Au bout d'une heure, si les crises continuent, trois injections d'un centigr. toutes les heures, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de crises, ou que l'on ait atteint 10 centigr. ; après cela, trois fois, à 2 heures d'intervalles, 0 centigr. 5.

5° Traitement de l'auto-intoxication. Trois voies de décharge : l'estomac (lavages à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide ressorte clair, répétés tant qu'il y a vomissements) ; l'*intestin* (grandes entéroclyses par 6 à 8 litres d'eau bouillie tiède répétées deux fois par 24 heures, tant que les selles sont fétides) ; le *rein* (3 à 4 gr. par jour d'helmitol (citrate d'urotropine) par les voies stomacale et rectale combinées.

Diète absolue pendant les crises ; diète hydrique avec réduction des liquides (500 gr.) pendant 48 heures ; ensuite bouillon de légumes sans sel,

un litre, puis deux litres, tant qu'il existe des traces d'albumine supérieures à 0 gr. 50 ; puis très progressivement : légumes, lait . Le pain, la viande et les œufs ne seront permis que bien plus tard, tout signe d'insuffisance hépato-rénale disparu.

6° Traitement obstétrical. Si le travail n'est pas commecncé, s'abstenir absolument de toute manœuvre.

S'il est commencé, en repoussant toute manœuvre de force trop brutale, pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide. (*Revue franç. de gynécologie et d'obstétrique*, 10 juin 1925.)

Doit-on opérer l'appendicite chronique ?

Une des principales difficultés dans la solution de cette question provient de la difficulté du diagnostic entre l'appendicite et l'entéro-typhlo-colite de Dieulafoy.

Contrairement aux idées actuellement de mode, le Pr R. Brunon (de Rouen) considère que l'appendicite chronique est très fréquente et très fréquemment méconnue. Il conseille au médecin praticien de ne pas trop s'embarrasser de théories ; si l'on hésite entre la typhlocolite et l'appendicite, ne pas trop prolonger le traitement médical ; si l'on soupçonne une appendicite, la faire opérer ; ne pas attendre une nouvelle crise subaiguë ou aiguë ; personne ne sait si elle ne sera pas mortelle.

C'est précisément la difficulté du diagnostic et du pronostic qui doit dicter notre conduite ; opérer, c'est supprimer une épée de Damoclès, qui menace le malade et le médecin. L'ablation ne donnera pas de regrets ; depuis plus de 25 ans, l'auteur n'a presque jamais vu, chez les opérés, un appendice normal ; les lésions sont souvent légères, mais il faut savoir les voir : ce sont les étranglements et les calculs de matières fécales que l'on rencontre le plus souvent.

Il faut opérer, quand bien même l'appendicite n'existerait pas, de peur de ne pas opérer une appendicite qui existe.

Il est exact qu'avant l'opération certains cas restent stationnaires ; dans la grande majorité des cas l'amélioration est considérable et rapide ; la guérison complète ne viendra que dans les 6, 8 ou 10 mois suivants. Il y a aussi de véritables résurrections chez les enfants.

Lymphatisme, adénopathie trachéo-bronchique, végétations adénoïdes, dyspepsie, entérocolite, vomissements cycliques, dilatations de l'estomac sont souvent incriminés chez des enfants ou des adolescents que l'appendicectomie libère.

Le traitement médical est de mise dans la colite ; il a sa raison d'être après l'intervention chirurgicale, mais il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite chronique. (*La Normandie médicale*, 1er octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les causes de la recrudescence de l'alcoolisme.

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine* ; 22-12-1925.)

Dans une séance précédente, M. Jean Lépine dénonçait la consommation excessive actuelle des boissons alcooliques et du vin. M. Cazeneuve revient sur ce sujet que traitait déjà, en juillet dernier, M. Achard.

Il ne s'agit pas, dit l'auteur, de chercher à introduire chez nous le régime sec américain. Poursuivre l'abus du vin, qui peut conduire à des maladies souvent incurables, ne saurait être raisonnablement confondu avec une campagne de proscription de cette boisson. D'ailleurs, M. Cazeneuve estime, avec Bouchardat, que le vin est « parmi les boissons fermentées, la plus importante, la plus utile, quand son emploi est bien réglé, et la moins nuisible à certains égards, même lorsqu'on en abuse ».

D'autre part, si l'abus du vin existe quelquefois, il est un autre fait qui doit être spécialement mis en cause dans la recrudescence de l'alcoolisme : c'est l'anisisme, la consommation de plus en plus grande des apéritifs à base d'anis, qui ont pris la place de l'absinthe.

M. Cadéac, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, a commencé récemment une campagne scientifique contre les liqueurs anisées. Bien que l'essence d'anis et en particulier son principe actif, l'anéthol, occupe un rang inférieur dans l'échelle de toxicité des principes aromatiques, elle est (comme toutes les essences) offensive si on en fait un usage quotidien. M. Cazeneuve déclare que c'est là la vraie cause de la recrudescence de l'alcoolisme. Il signale, à ce propos, un vœu émis par le conseil général du Rhône en septembre 1925, vœu appuyé par M. Herriot, par M. Bonnevay, ancien garde des sceaux, et par MM. Moutet et Bender, députés, demandant l'interdiction des boissons anisées et, en attendant, l'apposition dans les mairies et établissements publics d'affiches renseignant la population sur la nocivité de ces liqueurs prétendues anodines. Il n'est pas sans intérêt de noter une telle initiative de la part d'une assemblée politique, initiative ayant eu pour point de départ l'augmentation du nombre des aliénés par éthylisme admis dans les asiles départementaux du Rhône.

M. Cazeneuve propose, finalement, à l'Académie d'émettre à son tour un vœu ainsi conçu :

« L'Académie constatant, par les observations hospitalières, une recrudescence de l'alcoolisme, émet le vœu :

a) Que le contrôle soit plus rigoureusement observé à l'égard des simili-absinthes interdites par les lois et décrets et à l'égard de certains apéritifs importés de l'étranger ;

b) Que les termes du décret du 22 octobre 1922 concernant les simili-absinthes soient étudiés à nouveau par le ministère de l'agriculture, en vue de réduire la toxicité des apéritifs anisés ;

c) Que les assemblées politiques, les syndicats d'ouvriers et employés et les organisations philanthropiques fassent une propagande éducative vigoureuse pour combattre la consommation abusive des boissons alcooliques.

— M. Chauffard se rallie aux conclusions de M. Cazeneuve. Celles-ci sont renvoyées à l'examen de la Commssion de l'alcoolisme.

Sécheresse des muqueuses.

(M. Gougerot. — *Soc. de dermatologie et syphiligraphie* ; 12-11-1925.)

M. Gougerot a observé, ces dernières années, chez des femmes, un singulier syndrome non décrit dans les livres classiques : une sécheresse intense de la bouche, sécheresse intéressant parfois aussi d'autres muqueuses, la conjonctive, les fosses nasales, la vulve, etc. Processus mal connu, tenace, et assez sérieux.

— *M. Lortat-Jacob a soigné* pendant plus d'un an une jeune femme qui venait consulter pour une absence totale de salive. La muqueuse buccale était sèche, un peu rouge. L'amaigrissement fut progressif et l'état général devint alarmant.

Abcès et rétentions bismuthiques.

(M. Lortat-Jacob, M. Marcel Pinard. — *Soc. de dermatologie et de syphiligraphie* ; 12-11-1925.)

Depuis les premiers cas signalés par M. Montlaur, en juin dernier, et par MM. Lortat-Jacob et Roberti, en juillet, les observations d'abcès bismuthiques se sont multipliées.

MM. Lortat-Jacob et Roberti ont vu, à ce jour, sept abcès dus au même hydroxyde de bismuth en suspension huileuse. L'évolution des accidents a toujours été semblable : abcès à formation lente, mettant 2 à 4 semaines pour devenir fluctuants, 4 à 8 semaines pour s'ouvrir spontanément lorsqu'on n'intervient pas ; laissant échapper un pus mal lié ; la fistule est inévitable et dure très longtemps. A l'opération, on trouve une masse creusée de logettes.

Pour M. Lortat-Jacob, la cause réside dans l'hydroxyde de bismuth lui-même et non dans le véhicule.

— MM. Marcel Pinard et Rabut apportent une contribution importante à l'étude de cette question. Ils ont observé 61 cas de rétention et d'abcès bismuthiques. L'interprétation de ces faits soulève des discussions. Il ne s'agit pas de faute de technique, le bismuth étant bien injecté dans la masse musculaire et l'abcès étant aseptique. L'excipient ne paraît pas non plus en cause, puisque certains sels très employés, tels les iodo-bismuthates, où l'excipient huileux est plus abondant, n'ont donné aucun abcès (connu, du moins). Les accidents signalés sont apparus après l'emploi d'hydroxyde de bismuth. Il s'agit d'une véritable rétention, contre laquelle le muscle se défend. Au-delà d'un seuil de tolérance, la réaction de défense aboutit à l'élimination.

— M. Queyrat considère qu'il faut voir là une condamnation de l'emploi des préparations bismuthiques insolubles qui, ne libérant pas le médicament tréponémicide ou le libérant insuffisamment, ont une action imparfaite. L'auteur n'utilise plus que les préparations bismuthiques solubles.

— M. André Léri ajoute qu'à son avis tous les bismuths insolubles provoquent des dépôts analogues à ceux signalés par M. Marcel Pinard pour l'hydroxyde. Et cependant, en pratique, les abcès sont rares.

— M. Clément Simon croit qu'avec des suspensions aqueuses de 2 ou 3 centigrammes de bismuth, on aurait une absorption plus facile et on éviterait les enkystements. L'auteur ne pense pas, comme M. Queyrat, qu'il faille rayer de la thérapeutique les injections de sels insolubles de bismuth.

— M. Sézary croit que les préparations qui donnent des abcès sont celles dont la teneur en médicament est la plus élevée.

— M. Thorel a observé beaucoup d'abcès à la suite d'hydroxyde de bismuth, aucun à la suite d'iodoquinate.

— M. Hudelo confirme ce qui vient d'être dit à propos des iodoquinates de bismuth. Depuis trois ans qu'il les emploie largement, il n'a jamais observé d'inconvénient.

— M. Emery utilise dans son cabinet, depuis quatre années, un hydroxyde de bismuth spécialisé et il n'a pas remarqué une seule fois l'apparition d'un abcès ni même d'une induration.

Recherches sur la résorption de l'huile injectée sous la peau.

(M. Léon Binet. — *Société médicale des hôpitaux* ; 20-11-1925.)

La question des injections de bismuth insoluble a eu indirectement son écho à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une communication de M. Léon Binet, intitulée : recherches physiologiques sur la résorption de l'huile injectée sous la peau.

Le problème envisagé par M. Binet est d'ordre général. Lorsque le médecin pratique une injection hypodermique ou intra-musculaire huileuse (huile camphrée, huile iodée, huile bismuthée, etc.), quelle est la suite de cette injection ? Que devient l'huile ; est-elle résorbée, rapidement, lentement, ou pas du

tout ? Que devient le médicament, camphre, iode, bismuth... ; est-il absorbé ; dans quel délai ? S'il se forme un abcès, à quoi est-il dû : à l'huile, au principe médicamenteux, à la trop grande concentration de la préparation ou à sa trop grande dilution ? Autant de points envisagés par M. Binet et par les auteurs qui ont argumenté sa communication.

M. Binet a fait porter ses expériences sur le cobaye, le lapin et le chien, qui recevaient sous la peau des huiles diverses, médicamenteuses. Le fait capital noté au cours desdites recherches a été la *lenteur* considérable de la résorption de l'huile: celle-ci (l'huile d'olive, par exemple) persiste *in situ* des semaines et des mois. Injectée sous la peau, l'huile diffuse, gagne les interstices musculaires, pour se diviser en gouttelettes qui s'enkystent et offrent des modifications ultérieures, sorte de digestion locale, qui semble l'œuvre des leucocytes.

Quant au sort des substances dissoutes, dans une expérience faite avec M. René Favre avec l'huile camphrée, l'auteur a vu, après injection de 2 gr. de camphre dissous dans 20 cc. d'huile d'olive, la moitié du camphre disparaître des tissus après 2 heures, les trois quarts après 5 heures, la presque totalité après 9 heures, alors que l'huile reste en place des mois entiers.

Ainsi donc, une huile injectée sous la peau serait résorbée avec une extrême lenteur, cette résorption étant consécutive à un afflux leucocytaire qui détermine à la fois l'enkystement et la digestion *in situ* de l'huile. Certaines huiles animales (huile de cheval) auraient une résorption plus rapide. Les substances dissoutes, enfin, pourraient être absorbées par l'organisme, indépendamment du véhicule huileux.

— M. Marcel Pinard revient, à propos de la communication de M. Binet, sur les abcès des injections huileuses d'hydroxyde de bismuth. Dans les cas assez nombreux qu'il a observés, le principal agent à incriminer paraît bien être le métal, et sous la forme particulière d'hydroxyde de bismuth. L'auteur n'a pas rencontré d'accident semblable avec l'iodoquinate de bismuth.

— M. Sicard rappelle que la lenteur de la disparition de l'huile iodée injectée dans les tissus est bien connue. S'appuyant sur des radiographies, il l'a signalée dès 1922 à la Société des hôpitaux. Cette lenteur d'élimination du lipiodol est, il est vrai, une des qualités thérapeutiques de cette substance. Elle permet d'obtenir des succès remarquables dans le traitement des algies de cause périphérique, l'action sédative se continuant ainsi sur place pendant des mois. M. Sicard ne croit pas que les huiles végétales puissent être à elles seules responsables des abcès. Le métal ou le métalloïde est à incriminer beaucoup plus. En tout cas, pour l'huile iodée, sur des milliers d'injections, aucune réaction inflammatoire n'a été rencontrée. Quelques médecins ont simplement signalé des nodosités un peu persistantes, provoquées par l'emploi d'un lipiodol vieilli vraisemblablement, n'ayant plus la belle couleur ambrée pâle, caractéristique du lipiodol de bon aloi.

— M. Sézary estime que la production des abcès consécutifs aux injections de suspensions huileuses de médicaments est due à la trop forte concentration du produit injecté. Il préconise les préparations de densité faible.

— M. Milian est d'un avis entièrement opposé. Puisque l'huile se résorbe mal, dit-il, il faut en injecter le moins possible et recourir à des formules à densité forte, contenant la quantité maximum de médicament pour la quantité minima d'huile.

P. L.

Recherches pharmacologiques sur le terpénolhypophosphite de soude.

(MM. Carron, Bourcet et Chevalier. — *Société de thérapeutique* ; 11-11-1925.)

Les auteurs exposent leurs recherches sur une préparation désignée sous le nom de Fosfoxyl et qui est obtenue en faisant agir du phosphore blanc sur l'essence de térébenthine au contact de l'air et en traitant le corps ainsi créé par une solution alcoolique de soude.

Ils établissent que ce corps est le terpénol-hypophosphite de sodium de formule C 10 H 16 Po 3 Na, et qu'il présente les caractères physico-chimiques des colloïdes. En l'expérimentant chez les animaux ils ont constaté que :

1° Il est assimilé sans irritation par les muqueuses stomacale et intestinale ; que le foie et le rein ne sont pas modifiés par son emploi et que sa toxicité est pratiquement nulle.

2° Que son emploi exerce une action nettement favorable sur la nutrition en stimulant les fonctions de l'appareil circulatoire.

L'expérimentation du terpénolhypophosphite de soude chez les lapins a permis de constater chez ces animaux une croissance rapide avec une rétention plus marquée de l'acide phosphorique et de la chaux, une utilisation plus complète des albuminoïdes et des hydrates de carbone, une désassimilation moins importante des matériaux azotés.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Des oscillations négatives du Pachon.

M. Barbier signale que, lorsqu'on emploie l'appareil de Pachon pour noter des oscillations aux différents chiffres de pression et construire une courbe oscillométrique, on se heurte assez souvent à une difficulté consistant en ce que, au moment où l'on appuie sur le séparateur, l'aiguille, jusque-là immobile, au lieu de se déplacer vers la droite, comme à l'ordinaire, se porte *à gauche* de sa position

✦✦✦✦✦

initiale, marquant ainsi une sorte d'oscillation *négative*, puis est rapidement ramenée à droite, franchit le point d'où elle est partie, et inscrit alors seulement son oscillation *positive*. Le phénomène se reproduit aux pulsations suivantes, l'aiguille, au lieu d'osciller à droite de sa position de repos, oscillant à gauche et à droite de cette position, d'où une grande difficulté à noter, en pareil cas, l'amplitude exacte des oscillations.

Des recherches auxquelles il s'est livré pour trouver l'explication de ce phénomène, M. Barbier croit pouvoir conclure qu'il dépend des conditions mêmes dans lesquelles le coup de séparateur est donné : « Si au moment précis où nous appuyons sur le séparateur la pulsation artérielle vient heurter le brassard, la capsule oscillométrique recevra le choc, se laissera distendre légèrement et l'aiguille de l'oscillomètre marquera une oscillation *positive*. Si, au contraire, nous appuyons au moment même où la pulsation vient de franchir le brassard et si l'artère s'affaisse, ce brusque affaissement du vaisseau va produire dans la capsule non pas une augmentation, mais une diminution de pression, d'où affaissement correspondant de la capsule oscillante, et production d'une oscillation *négative* ». Le phénomène n'a donc pas de valeur séméiologique.

Cancer œsophagien à forme pseudo-gastrique.

M. Creyssel communique l'observation d'un homme de 37 ans chez lequel l'autopsie révéla l'existence d'un cancer œsophagien, non sténosant, situé dans la partie supérieure du conduit ; la symptomatologie avait été surtout gastrique : vomissements, hématémèses, pesanteur gastrique, anorexie ; *pas de dysphagie* ; à la radioscopie, la bouillie descendait normalement ; l'estomac paraissait petit, sans image lacunaire.

A propos de deux cas de circulus vitiosus.

M. Creyssel présente, au nom de MM. Delore et de Rougemont, deux cas de *circulus vitiosus* après gastro-entéro-anastomose. Il rapproche ces cas de ceux présentés dernièrement à la Société par MM. Ph. Rochet et Pollosson. Comme ces derniers, M. Creyssel admet, avec son maître M. Delore, que cette complication est, non pas d'origine mécanique, mais inflammatoire : péritonite localisée, de virulence assez atténuée, entraînant le non-fonctionnement de la hanche. Mais contrairement à MM. Rochet et Pollosson, qui pratiquent en pareil cas, comme il était jusqu'ici classique de le faire, la jéjuno-jéjunostomie, MM. Creyssel et Delore estiment illogique cette dernière opération et préconisent une seconde gastro-entéro-anastomose.

Néoplasme thyroïdien à forme pendulaire.

M. Creyssel présente, au nom de M. Delore, une malade opérée par ce dernier pour une énorme tumeur thyroïdienne qui offrait une forme allongée, cylindrique et pendait au devant du sternum sans déterminer de phénomènes de compression. L'ablation en fut assez facile, une telle forme de tumeur est fréquente pour le goitre, exceptionnelle pour le cancer thyroïdien.

Pneumothorax artificiel. Autopsie.

MM. Pallasse et R. Chaix relatent l'observation d'un malade traité par eux pendant un an et demi pour une tuberculose pulmonaire unilatérale par le pneumothorax artificiel. Ce malade étant mort en cours d'une épisode aigu intercurrent, l'autopsie permit de constater la parfaite compression du poumon ; l'examen histologique montra une abondante sclérose, sans lésions en évolution et semble bien permettre de considérer ce poumon comme guéri.

Diagnostic différentiel entre grossesse et fibrome.

MM. Cotte, Latreille, M. Déchaume, rapportent le cas d'une malade opérée avec le diagnostic clinique de fibrome. A la laparotomie, on se trouva en présence d'un utérus donnant l'impression d'un utérus gravide avec trois noyaux fibromateux. On incisa l'ovaire droit qui paraissait présenter un corps jaune de grossesse (signe de Rouville) ; il s'agissait en réalité d'un kyste. On élimina de ce fait la grossesse et pratiqua l'hystérectomie subtotale. En réalité, il s'agissait bien d'une grossesse, mais arrêtée dans son évolution. Ce cas montre la difficulté du diagnostic de la grossesse et du fibrome.

Déchirure du vagin au cours de la défloration.

MM. Patel et R. Labry ont eu l'occasion de soigner une jeune mariée de 22 ans qui, à la suite de la défloration, présenta une large déchirure de la paroi latérale droite du vagin, ayant donné lieu à une abondante hémorragie avec anémie aiguë consécutive. La lésion s'accompagnait d'un vaginisme intense et ce n'est que sous anesthésie qu'on put examiner complètement la malade. On fit d'abord un tamponnement, tout en traitant l'anémie aiguë, puis on pratiqua la suture de la déchirure. Les organes génitaux des deux conjoints étaient normaux et aucune manœuvre spéciale n'avait eu lieu.

Quelques aspects radiologiques du pneumothorax artificiel.

MM. Bonnamour et Badolle montrent des clichés provenant de tuberculeux traités par la méthode de Forlanini. Ce qui donne les images les plus variées, ce sont les différentes sortes d'adhérences, tantôt larges et étalées, tantôt filiformes, mais dans tous les cas empêchant le décollement et le collapsus complet du poumon. Des aspects radiologiques particuliers sont fournis aussi par des épanchements enkystés à la partie moyenne. Les auteurs présentent enfin deux formes anormales de décollement : l'un de de dans en dehors refoulant le poumon contre la

paroi thoracique, l'autre où le poumon retenu par des adhérences minces à la fois au sommet et au diaphragme, avait pris la forme d'une raquette.

Accident mortel après rachianesthésie.

M. RICARD. — Malade entré à l'hôpital pour hernie étranglée datant de douze heures. En raison de l'éthylisme avéré et du volume de la hernie on fait une rachianesthésie pour obtenir un silence abdominal plus complet (7 cgr. de scurocaïne). Quatre minutes après l'injection, bâillements et pâleur, puis la respiration et le pouls s'arrêtent. Respiration artificielle avec oxygène ; huile camphrée, caféine, éther ; puis injection intra-cardiaque de 1 milligramme d'adrénaline ; cette injection renouvelée deux fois donna une survie de huit heures, mais le patient finit par succomber. Dès le début des accidents, on avait noté une paralysie de la IIIe paire gauche.

Kyste épithélio-lymphoïde de la région sus-hyoïdienne latérale.

MM. DEMET, WERTHEIMER et CREYSSEL rapportent un cas de kyste épithélio-lymphoïde sus-hyoïdien, tumeur d'origine branchiale, enlevée à un homme de 68 ans qui en était porteur depuis 7 à 8 ans ; on sait que c'est d'ordinaire de 15 à 35 ans que se manifeste la reviviscence des débris congénitaux.

Eléphantiasis du pied. Opération de Payr-Kondaléon.

M. RICARD présente un malade qui était atteint d'éléphantiasis du pied rebelle à tous les traitements médicaux. Intervention : incision sur la face interne de la jambe et le dos du pied depuis le milieu du mollet jusqu'à la base du premier métatarsien ; résection du tissu cellulaire infiltré sur toute l'étendue de l'incision et sur une largeur de 8 cm. ; résection de l'aponévrose d'enveloppe sur une largeur de 2 cm. Affrontement au catgut du tissu cellulaire, de l'aponévrose et des muscles de chaque côté de la résection de façon à créer une tranchée permanente rendant possible la dérivation (opération de Payr-Kondéléon). Guérison.

Fracture du tiers inférieur du fémur. Lésion des vaisseaux poplités.

MM. RICARD et DE GIRARDIER présentent une pièce opératoire provenant d'une amputation de cuisse. Il s'agit d'un homme ayant fait une chute de voiture dans des circonstances imprécises. Il fut relevé avec une fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Le lendemain apparaissent des plaques de gangrène au niveau des orteils ; celle-ci s'étend rapidement à toute la jambe et nécessite l'amputation. La dissection de la pièce montre un trait de fracture classique et une déchirure de l'artère poplitée offrant cette particularité qu'elle est située à un niveau plus bas que la fracture : cette dernière ne peut donc être incriminée dans la production de la lésion vasculaire ; l'artère a été écrasée contre le plan condylien et non déchirée par les fragments osseux.

Volvulus de la trompe de Fallope.

M. CREYSSEL montre des pièces provenant d'une malade opérée par M. Laroyenne. Cette femme présentait un syndrome typique d'occlusion intestinale, sans rien au toucher vaginal et rectal. A l'intervention, on trouva la trompe droite tordue sur son isthme et fortement distendue. Cette lésion paraît d'ailleurs avoir été indépendante des phénomènes d'occlusion.

Ostéotome d'origine traumatique.

M. J. ROLLET, au nom de MM. Patel et Labry, expose l'observation d'un homme ayant subi, en novembre 1922, un traumatisme assez violent au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Deux ans après, apparition d'une tuméfaction du volume d'un œuf, de consistance dure qui, après extirpation, est reconnue être constituée par un pédicule osseux se continuant par du tissu cartilagineux qui se continue lui-même par du tissu muqueux.

Sur les fistules vésico-vaginales après l'opération de Wertheim.

M. VIOLET rappelle la fréquence relative de ces fistules, résultant, exceptionnellement, de ce que l'on a été conduit, par l'extension du cancer, à ouvrir la vessie, plus souvent de ce qu'on a dû enlever tout ou partie, en épaisseur, de la musculateure vésicale, ou enfin se produisant sans qu'il y ait eu autre chose qu'une dissection difficile au cours de l'intervention. Ces fistules sont parfaitement curables par la suture des parois qu'on pratiquera dès que la cicatrisation est terminée.

Etude anatomo-pathologique de deux poumons comprimés par un pneumothorax artificiel.

MM. BONNAMOUR et DUBROW ont pu étudier histologiquement, chez deux malades mortes de tuberculose du poumon opposé, le poumon comprimé pendant un assez longtemps par le pneumothorax artificiel. Ils ont relevé les lésions suivantes : 1° sclérose élastigène diffuse intense ; 2° néoformation de petites cavités bronchiques tapissées par un épithélium cubique ; 3° pachypleurite intense avec dégénérescence hyaline partielle de la coque pleurale et dégénérescence amyloïde partielle du tissu fibreux à l'intérieur du poumon ; 4° absence de cellules géantes et de follicules tuberculeux récents en évolution.

Conséquences anatomiques de la compression du poumon tuberculeux par le pneumothorax artificiel.

M. ROUBIER rapporte six observations personnelles de tuberculeux traités par le Forlanini et morts de complications diverses : le collapsus pulmonaire était total ou subtotal ; ce qui domine, c'est un processus de sclérose intense encerclant les masses caséeuses ; mais l'auteur n'a pas vu de cavernes cicatrisées par accolement de leurs parois ; chez les six malades, il existait des lésions semblant de date récente dans le poumon opposé. A. C.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1).

Traitement des tumeurs blanches du genou.

M. Bégouin (de Bordeaux). Chez des malades d'hôpital, ouvriers, cultivateurs, petits employés, l'auteur a pratiqué 29 résections du genou pour tuberculose grave d'emblée ou ayant résisté au traitement conservateur : 20 malades étaient des hommes, 9 des femmes. Un seul opéré avait plus de cinquante ans, cinquante-huit exactement. 5 étaient entre quarante et cinquante, et les 23 autres avaient de dix-neuf à quarante ans.

Aucune mort opératoire. 1 amputation de cuisse secondaire deux mois après chez l'homme de cinquante-huit ans ; pas de fistules persistantes. Consolidation du cal entre 70 et 90 jours ; reprise de la vie active au cinquième mois. Résultats éloignés excellents chez les sept opérés revus trois, quatre, cinq, sept, huit, treize et quinze ans. Il ne souffrent plus, peuvent marcher et travailler toute la journée.

Ces résultats ont été obtenus par la technique de Lucas-Championnière : celle de Fredet y apporte des perfectionnements qui sont à suivre.

Aussi longtemps que les greffes articulaires ou l'arthroplastie ne seront pas arrivées à la fois à guérir la tuberculose et à reconstituer une articulation fonctionnant normalement, la résection du genou restera, chez l'adulte, le traitement de choix de la tumeur blanche grave d'emblée ou de celle qui continuera à évoluer malgré le traitement conservateur exactement appliqué et suivi pendant un temps judicieux. Alors, pratiquée assez tôt et assez hardiment, elle évitera bien des amputations de cuisse, et surtout bien des années de souffrance et de demi-infirmité.

M. Mencière (de Reims), estimant que la résection fait trop dans les cas légers et pas assez dans les cas graves, où une partie des lésions peut échapper facilement à la curette ou au bistouri, reste partisan de la méthode qu'il préconise depuis de longues années : intervention économique et phénolisation. Il y a lieu de distinguer d'ailleurs dans cette méthode deux procédés : la phénopuncture et la phénolisation proprement dite. La première s'applique aux cas du premier ou deuxième degré. Elle se borde à la destruction des foyers osseux par l'action du phénol porté jusqu'au centre des épiphyses, puis neutralisé par l'alcool, suivant sa technique. La seconde est destinée au contraire, aux cas graves pour lesquels la résection serait indiquée. L'auteur estime que dans ces cas l'arthrotomie avec synovectomie et intervention osseuse très limitée, mais suivie de phénolisation large (dont l'action s'étend à distance), permet d'obtenir la guérison complète avec ankylose en bonne position, sans claudication et sans raccourcissement ou avec raccourcissement très léger. Cette considération est importante, surtout chez les jeunes sujets, car la méthode respecte le cartilage de conjugaison. Son seul inconvénient est de nécessiter la fermeture par seconde intention, avec surveillance très attentive pendant la période d'élimination consécutive à la protéolyse intense qui se produit après la phénolisation. D'ailleurs, grâce à l'embaumement des plaies, cette période peut encore être abrégée.

Malgré la destruction de ses archives pendant la guerre, l'auteur a pu retrouver 90 observations concernant des malades de 16 à 43 ans, toutes suivies de succès. Sur ce nombre, 28 observations sont relatives à des malades âgés de 14 à 43 ans, avec inoculation positive au cobaye pratiquée par le professeur Téchoueyres au laboratoire de l'école de médecine.

M. Sorrel (de Berck) insiste sur la valeur de la cure solaire, mais ne croit pas que ce traitement suffise à guérir, s'il n'est pas complété par la chirurgie. L'auteur demeure sceptique devant les statistiques qui annoncent tant de guérisons par les traitements purement médicaux. Il pense que souvent, il y a dans ces cas des erreurs de diagnostic.

Il faut recourir à de multiples examens de laboratoires, il faut aussi voir évoluer pendant quelque temps la lésion, avant de pouvoir affirmer dans bon nombre de cas la nature bacillaire de la maladie.

32 fois environ, l'auteur a relevé des erreurs de diagnostic. Il s'agissait 4 fois de sarcome, 2 fois d'arthrites gonococciques, 10 fois de syphilis articulaires, 16 fois d'hydarthroses chroniques par épiphysite des adolescents.

M. Imbert (de Marseille) fait remarquer que les chirurgiens s'abstiennent souvent dans les tumeurs blanches du contrôle bactériologique, soit qu'ils le jugent inutile, soit qu'il se trouve impossible dans les cas où il n'y a ni hydarthrose, ni pus.

Cependant, ce contrôle a son intérêt pour établir la nature de l'affection et aussi pour fournir les présomptions de pronostic applicables au traitement.

Une fois, dans une vieille hydarthrose du genou, des examens répétés ont permis d'établir la nature mélitococcique de l'affection ; c'est probablement à ce jour le seul cas d'arthrite du genou à mélitocoques ; il guérit très simplement après synovectomie.

Chez deux autres malades, l'inoculation au cobaye fit la preuve de la nature tuberculeuse, mais montra en même temps que l'infection ne possédait qu'une virulence atténuée ; l'un de ces malades dut subir une résection orthopédique qui amena la guérison com-

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925 1, 2, 3 et 4 de 1926.

plète en quatre mois ; l'autre guérit par la simple immobilisation.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) préconise, chaque fois que la résection du genou n'est pas rendue indispensable par la gravité des lésions synoviales, de placer de chaque côté de l'articulation un greffon tibial incrusté dans les deux extrémités articulaires. Ce greffon immobilise le genou, évite l'appareil plâtré, facilite l'héliothérapie, provoque une ostéogénèse marquée et raccourcit la durée du traitement. A l'appui de sa thèse l'auteur rapporte deux observations avec guérison datant de quatre ans et de cinq ans.

M. Costantini (d'Alger) défend la technique de Rochard dans la résection du genou. L'usage du garrot est inutile parce que celui-ci produit un suintement post-opératoire qui peut nuire au résultat final. De plus, quand on opère sans garrot, on voit mieux les détails des lésions osseuses.

L'incision transversale va du bord postérieur d'un condyle à celui de l'autre condyle en se dédoublant au niveau de la rotule pour la circonscrire. On sectionne les parties molles y compris les ligaments latéraux jusqu'à l'os.

La rotule est enlevée et l'articulation largement ouverte. On procède à l'ablation du cul-de-sac sous-quadricipital. Puis, les épiphyses fémorales et tibiales bien dégagées sont réséquées. Il reste à disséquer la partie postérieure de la synoviale avec les prolongements poplités si fréquents.

Pour y parvenir on place un champ roulé sous le creux poplité et l'on fléchit fortement la jambe. Les apophyses s'écartent, la surface poplitée s'étale et l'on peut ainsi facilement disséquer les parties à enlever.

La coaptation osseuse se fait au fil de bronze.

M. Termier (de Grenoble) a d'abord suivi la technique de son maître Ollier, puis il l'a modifiée peu à peu en la simplifiant.

Il fait une grande incision transversale, occupant environ les deux tiers du membre et supprime tous les tissus articulaires proprement dits, c'est-à-dire capsulaires et synoviaux. Il ne met pas le garrot et a supprimé le drainage, faisant seulement une suture lâche sur les côtés. Plâtre antérieur et pansement au bout de cinq à six jours. Le second pansement est laissé en place trois semaines avec un plâtre postérieur. On a quelquefois la surprise de voir alors l'ankylose réalisée. D'habitude la guérison est obtenue en deux mois.

L'auteur a très largement étendu les indications de la résection. Suivant l'exemple d'Ollier, il ne réséquait guère autrefois après trente-cinq ou quarante ans. Actuellement il a un certain nombre d'opérés entre quarante-cinq et cinquante-deux ans, qui sauf un, chez lequel une fistule a persisté assez longtemps, ont guéri dans les délais habituels.

Sa statistique comprend 52 cas sans décès. Mais il lui a fallu faire 3 fois des amputations secondaires. Les résultats éloignés n'ont pu être relevés que chez 12 malades. Ils sont bons dans 11 cas.

Une méthode intéressante dans les hydarthroses bacillaires est la ponction suivie de lavage de la jointure à l'eau phéniquée forte. L'auteur a retrouvé 9 des cas auxquels il l'avait appliquée et qui sont restés guéris avec conservation au moins partielle des mouvements.

M. Auvray (de Paris) considère que chez l'adulte la résection du genou est la méthode de choix. Non pas qu'elle doive être appliquée dans tous les cas, elle a certainement ses indications et ses contre-indications ; mais d'une façon générale ses indications doivent être étendues et il faut y recourir plus tôt qu'on ne le fait généralement, surtout dans nos milieux hospitaliers, où il y a un intérêt majeur, au point de vue de leur santé générale, à ne pas conserver nos malades d'une façon prolongée à l'abri de l'air et de la lumière. Les avantages de la résection sont multiples : la durée du traitement se trouve raccourcie, ce qui est capital dans certains milieux ; la résection permet la suppression totale des lésions à condition d'être faite très minutieuse et elle rend de ce fait plus rares les récidives ; elle permet une ankylose plus solide du genou que celle qu'on peut obtenir par la simple immobilisation ; elle permet en raccourcissant le membre ankylosé la marche sans faucher. L'auteur préconise l'incision en H des téguments, l'hémostase préalable par le garrot qui permet une dissection plus parfaite des lésions tuberculeuses, l'affrontement des surfaces réséquées à l'aide de puissants catguts chromés, la mise en place d'un petit drain de sûreté et d'un grand appareil plâtré échancré au niveau du petit drain, pour permettre l'enlèvement rapide de ce drain.

M. Judet (de Paris). La résection, sans aucun doute, constitue le traitement de choix de la tumeur blanche du genou confirmée, chez l'adulte. Au cours de cette intervention il faut s'appliquer à pratiquer les sections osseuses bien perpendiculairement à l'axe de chaque os. Dans ce but l'auteur utilise un compas spécial qui dirige le trait de scie et permet une coaptation exacte des surfaces avivées. La suture des deux fragments par fils métalliques lui paraît inutile et susceptible de provoquer une fistule secondaire.

Comme appareil d'immobilisation, il utilise d'emblée un gland plâtre comprenant une gaine de jambe et une gaine de cuisse. Ces deux gaines sont réunies au niveau du genou par une attelle postérieure plane qui soutient les épiphyses et par un pont métallique antérieur qui renforce la solidité de l'appareil. La consolidation s'effectue en deux ou trois mois.

M. Bufnoir (de Cannes) est éclectique dans le choix du traitement. En principe il pense que la résection convient aux sujets jeunes, l'amputation aux vieillards, mais il faut tenir compte plutôt de la sénilité vraie que de l'âge du malade.

Il rapporte trois observations de sujets, âgés respectivement de vingt et un, vingt-neuf et soixante-

dix ans qui prouvent que parfois la méthode conservatrice peut donner la guérison.

L'héliothérapie ne doit pas être opposée aux différents traitements chirurgicaux. Elle en est un adjuvant de haute valeur.

M. Trèves (de Paris) considère la résection du genou comme une excellente opération pour les adultes qui n'ont pas le temps de se soigner, et chez les autres malades qui n'ont pas guéri par le traitement conservateur. Ce dernier est le traitement de choix mais à condition d'être entrepris dans un endroit où le sujet puisse bénéficier à la fois de l'immobilisation suffisamment prolongée, des soins généraux et du soleil.

Il faut se méfier toujours des formes de tuberculose bâtardes et penser à la syphilis héréditaire tardive dont l'identité clinique avec la tuberculose est souvent absolue et que le laboratoire ne permet pas toujours de déceler.

M. Stéfani rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'une ostéo-arthrite du genou droit, durant depuis deux ans, sans tendance à la guérison, et chez laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du genou suivant la technique d'Ollier, sans suture osseuse et avec un tout petit drain de sécurité. Premier pansement le quarante-cinquième jour. Consolidation en trois mois.

L'auteur pense que la résection du genou est indiquée non seulement dans les cas avancés où elle « s'impose », mais encore chez les adultes jeunes et dans les cas « moyens » où elle permet d'obtenir en quelques semaines le même résultat qu'on obtient de façon aléatoire, en plusieurs années d'immobilisation prolongée.

M. Perdu (d'Amiens) fait l'éloge du procédé de Mencière qui selon lui améliore considérablement les résultats de la résection simple. Il emploie invariablement la phéno-puncture dans les cas légers et la phénolisation dans les cas graves.

M. Masmonteil (de Paris) insiste sur quelques points de technique dans la résection du genou au cours de laquelle il pratique l'ostéo-synthèse avec deux ou trois agrafes de Dujarrier.

Les agents physiques, la cure solaire, les rayons ultra-violets, dont on a trop peu parlé, sont susceptibles de donner des résultats parfaits, mais c'est une méthode qui ne peut réussir que jointe à une cure d'air qu'on ne peut réaliser dans les villes. C'est pourquoi la résection doit rester en principe le traitement de choix.

M. Béclère (de Paris) personnellement n'a aucune expérience des traitements chirurgicaux. D'après les travaux récents la rœntgenthérapie ferait disparaître les œdèmes dans les formes fongueuses et donnerait des résultats appréciables.

L'héliothérapie ne peut être opposée en tant que méthode de traitement à la rœntgenthérapie. L'héliothérapie est une médication générale, un stimulant qui pour donner tous ses effets doit être appliqué sur tout le corps du malade. La rœngtenthérapie est une médication locale qui, bien maniée, détruit les tissus malades. Ce sont là, semble-t-il, des traitements qui peuvent être utilement associés aux autres méthodes.

Chastenet de Géry et Dariau.

(*A suivre.*)

Les Livres

Libraire Marcel Rivière, Paris.

M. G. Ichock. — **La protection sociale de la santé.** *L'action médico-sociale*, collection des « Systèmes et faits sociaux ».

A ce livre, on reconnaît avec plaisir les qualités qui deviennent de plus en plus rares : conscience, patience, exactitude, documentation, haute idée du devoir, haut idéal de justice, sobriété de l'expression, esprit de méthode, voire même « de la méthode ». C'est un livre qui traite complètement de son sujet — sans l'épuiser toutefois, car c'est matière encore neuve dans notre monde en voie de transformation — mais, ce volume pourrait être un bon point de départ pour ceux — grand public ou intellectuels — qui seraient tentés d'étudier sérieusement l'une ou l'autre des questions traitées. L'autorité sociale du médecin, la coopération médico-sociale à travers les nations, la prévoyance médico-sociale, les pauvres et les infirmes, la criminalité, les maladies mentales, les intoxications volontaires — questions d'actualité journalière — l'étude de la valeur des facteurs : climat, atmosphère et sol dans la vie humaine, l'alimentation, tous ces chapitres constituent une revue, une mise à jour aussi poussée que possible. D'ailleurs, les index bibliographiques rassemblés à la fin du volume, et qui se rapportent à chacune des quinze parties prouvent le louable souci de l'auteur d'omettre le moins que faire se pouvait. Il y a encore des omissions — mais qui, dans l'état actuel de nos sciences, pourrait prétendre à n'en point faire ! Même si l'on voulait ne se placer qu'à ce point de vue, le livre du docteur Ichok constituerait déjà un monument important.

Oserais-je dire amicalement que même son livre est trop complet et sa documentation presque trop riche. Lorsque l'on a tant de matériaux devant soi, il y a intérêt à choisir. Du moins, c'est à quoi j'incline. J'ai assisté, depuis l'âge scolaire, au souci de riche documentation qui, sous l'influence du germanisme, a envahi non seulement les sciences, mais même aussi la littérature et les beaux-arts. Que de

livres sont devenus illisibles du fait de cette richesse surabondante. Ce n'est d'ailleurs pas le cas du livre du Dr Ichok, grâce à la méthode de composition qu'il a adoptée.

N'y a-t-il pas nombre de documents et de livres à écarter pour raison de non valeur ou de trop peu de valeur ? Là doit intervenir l'esprit critique.

A propos du chapitre IX, je voudrais demander à l' auteur s'il croit que la diminution constatée (?) de la tuberculose est uniquement due à un armement anti-tuberculeux aussi perfectionné soit-il, ou si elle ne serait pas fonction aussi — je ne dis pas exclusivement —de l'amélioration du sort de la classe ouvrière. En 1903, nous l'appelions le « mal de misère ». C'est sous ce nom que nous exposâmes au Congrès de la tuberculose, en 1905, une grande affiche où nous expliquions, avec nos camarades de la Bourse du travail, l'espoir que nous fondions sur les trois-huit dans la prophylaxie de la tuberculose. C'est bien à tort que l'on laisse dans l'ombre ce point de vue, car aujourd'hui la loi des huit heures de travail est un fait international.

Dans le même chapitre, j'aurais souhaité voir cités les précurseurs de l'éducation sexuelle. Ils sont un très petit nombre, mais c'est de leurs idées que l'on s'est servi et que l'on se sert aujourd'hui. Or, ni les auteurs collectifs ni les auteurs individuels ne s'en soucient. Ici encore la très grande majorité a découvert l'hygiène pendant ou même depuis la guerre. Les maladies vénériennes sont cependant quelque peu plus anciennes.

Le cancer — les centres anticancéreux — attendons pour savoir s'ils seront capables de nous donner la clef de l'horrible énigme. Mais je mentionnerai les admirables recherches qui se poursuivent dans le laboratoire du professeur Gosset, à la Salpêtrière.

Et je trouve qu'au sujet des maladies épidémiques vous auriez dû insister sur l'importance primordiale de la propreté des mains et de celle de la gorge.

D'accord pour le chapitre VII : Education physique et sports ; et très bien, parfait, au sujet de la vanité des records — ou du sport excessif, non proportionné à la stature physique et physiologique, qui tue ou diminue ceux qui les recherchent. On ne fait pas le monde avec des athlètes. Nous devons beaucoup au Dr Boigey qui a si splendidement mis au point ces questions de sport appliqué à la culture physique.

Souhaitons que les premières pages de votre chapitre V sur la vie urbaine retiennent l'attention de vos lecteurs — et qu'ils réfléchissent davantage aux désastres sanitaires et économiques provoqués par les lotisseurs.

Le chapitre IV (habitation) est très complet. A la suite d'une longue expérience en matière d'architecture, expérience poursuivie dans plusieurs régions ou pays, il faut dire que les cuisines sont, le plus souvent, beaucoup trop petites, mal aérées, mal éclairées, incommodes et inconfortables, démunies de moyens d'hygiène faciles à manier et expéditifs (eaux usées, ordures ménagères, charbon, etc). Et cela précisément dans les maisons où on en a le plus besoin, c'est à-dire, dans les maisons ouvrières, et plus généralement, dans les maisons à locataires.

Le domaine du travail que vous explorez dans votre chapitre II devrait être lu par chaque médecin, car il est indispensable que nos confrères consentent à se mettre au courant de l'évolution sociale. La plupart d'entre eux retardent, à ce point de vue, considérablement. La machine avance sans eux, ils s'en plaignent, mais se refusent à modifier leurs idées sur l'exercice de la médecine. Grave erreur, car en se refusant à comprendre, ils s'exposent à être brisés sinon broyés.

La famille, la femme et l'enfant. C'est le beau sujet du chapitre I. Si l'on présuppose que la famille demeurera toujours telle qu'elle est, alors votre chapitre est parfait. Sinon, il lui manque une vue sur l'avenir tant au point de vue de l'évolution de l'idée de famille, qu'à celui du mariage et des enfants. Pourquoi n'avez-vous point parlé de l'influence des religions sur la natalité. Même, si l'on admet, et cela paraît démontré à présent, l'influence favorisante d'une jolie et saine habitation sur la natalité, cette dernière ne sera jamais suffisante tant que les individus d'une même race porteront en eux la « peur de vivre ». L'avortement, dont vous parlez dans le sens répression, me semble-t-il, n'est qu'une conséquence de cette « peur de vivre ». Il est dommage que votre livre ait paru avant que nous connaissions la nouvelle loi russe sur l'avortement.

En tout cas, je suis heureux de pouvoir signaler à nos confrères et à tous les lecteurs du *Concours* ce livre d'un chercheur.

Dr René MARTIAL

Les livres qui viennent de paraître...

Chez DOIN.

A. DUMAS, médecin des hôpitaux de Lyon. — **La circulation sanguine périphérique et ses troubles.** (in-8°, 380 p. avec fig. : 40 fr.)

M. NICOLLE et A. BROQUET. — **Eléments de microbiologie générale et d'immunologie** (in-8°, 360 p. : 35 fr.)

G. PARTURIER. — **Séméiologie biliaire** (in-8°, 368 p. : 30 fr.)

A. MOULONGUET. — **Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques** (in-8°, 476 p., 109 fig. : 50 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les associations médicamenteuses dans le traitement de l'artério-sclérose.

Il semble, étant donné le nombre des formules nouvellement proposées pour le traitement de l'artério-sclérose et des affections connexes, que ces troubles cardio-vasculaires et de nutrition générale aient augmenté considérablement au cours de ces dernières années.

Malheureusement l'art de les guérir ne paraît pas avoir progressé en proportion ; nos thérapeutes semblent évoluer vers la polypharmacie ou, plutôt, ils se sont laissé aller à prescrire des associations médicamenteuses, spécialisées pour être substituées à des médicaments simples ayant déjà fait leurs preuves, sous prétexte d'utiliser des synergies qui, en réalité, sont discutables.

L'opothérapie, préconisée un moment comme spécifique, ne paraît pas avoir donné tout ce qu'elle promettait ; alors, non seulement on a tenté des associations de divers organes glandulaires (comme si chacune des glandes devait subir la même déficience), mais, également, ces associations renforcées de divers produits galéniques ou même de produits chimiques, ce qui conduit à une neutralisation générale plutôt qu'à un renforcement d'action. Sous le fallacieux prétexte de s'adresser à la fois aux différents appareils dont les fonctions viciées déterminaient les troubles morbides, on a cherché à les impressionner tous par une même préparation complexe, au lieu de s'attacher à rechercher chez chaque malade quel était le point faible de l'organisme et quelle était la fonction dont l'altération primitive avait déclanché des retentissements sur les autres.

Ce n'est pas parce que l'on a reconnu que, dans certains cas, le nitrite de soude, le silicate de soude, le phosphate de soude pouvaient abaisser temporairement la pression sanguine chez les hypertendus qu'il est logique de les associer. Leur emploi répond à des indications spéciales. Les nitrites ne doivent être utilisés que temporairement et, encore, Ch. Mattéi et Dias Cavaroni, viennent-ils de démontrer au Congrès de médecine de Nancy que, souvent à la suite de leur emploi, il se produit des poussées d'hypertension dangereuses. Le silicate de soude, préconisé par Scheffler en 1908 est, depuis, tombé dans l'oubli ; s'il peut agir dans certaines eaux minérales, c'est surtout en raison de son état physique particulier.

L'alcaloïde du gui, dont on parle à nouveau depuis peu, ne possède guère qu'un pouvoir diurétique utilisable pour l'artério-scléreux ; par contre, il agit comme hypertenseur, comme l'ont démontré Chevalier et les tracés de la thèse de Lesieur. Dans les préparations de gui, cette action est contre-balancée, et au-delà, par l'action des glucosides hypotenseurs beaucoup plus actifs et l'action diurétique demeure.

Le gui, dans la préparation Guipsine, tout au moins, est le seul médicament hypotenseur qui ait résisté à l'expérience thérapeutique prolongée depuis plus de quinze ans et il n'a besoin d'aucune association pour régulariser l'appareil cardio-vasculaire déséquilibré par l'hypertension. C'est qu'il agit comme l'ont montré Huchard, Pouchet, Pic et leurs élèves, à la fois sur le système nerveux central, sur le cœur lui-même et son appareil nerveux intrinsèque, sur les fibres musculaires des vaisseaux périphériques et sur le rein dont il augmente et améliore la sécrétion.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA DÉSUNION DANS L'UNION, A PROPOS DE L'ASSURANCE SOCIALE, REPOSE SUR DES POINTES D'AIGUILLE

Elle peut et devrait cesser.

La désunion, au sein de l'Union des Syndicats médicaux, s'est surtout aggravée à l'occasion de la discussion relative à la branche maladie de l'assurance sociale, et des ordres du jour qui ont été soumis au vote de l'Assemblée générale.

On se souvient que l'un de ces ordres du jour était proposé par le Dr DESROUSSEAUX, de Roubaix, et l'autre par le professeur GAUSSEL, de Montpellier.

Les résultats du vote ayant constaté une majorité de plus de trois mille voix en faveur de l'ordre du jour Gaussel, la minorité refusa d'accepter sa défaite et les délégués des grands groupements du Nord et de la région lyonnaise se sont retirés, amorçant ainsi la scission, à une époque où au contraire la cohésion n'a jamais été aussi nécessaire.

Or, quand on prend la peine d'analyser les deux textes opposés l'un à l'autre, on reste étonné devant la multitude de leurs points de contact, et on demeure confondu devant le geste de la minorité. S'il n'a pas d'autres mobiles que la divergence qui existe entre ces deux textes, il est incompréhensible.

Et si ce sont, ainsi qu'on est malheureusement amené à le croire, des querelles de personnes qui, en réalité, se cachent derrière le prétexte de l'assurance sociale, eh bien! franchement, il est déplorable de voir les intérêts généraux de la profession risquer d'être compromis à une heure où ils n'ont jamais été, peut-être, plus menacés.

Mais, avant de poursuivre, il importe que je répète où vont mes préférences personnelles, relatives à la branche maladie de l'assurance sociale. Tout comme il y a quatre ans, je suis pour la *liberté dans le cadre syndical.*

Comment doit-on interpréter cette formule, à la lueur de tous les faits nouveaux qui ont surgi depuis cette époque ?

1° Droit reconnu au Syndicat, traitant d'égal à égale, de passer des conventions, des accords, des contrats avec la collectivité en présence de laquelle il se trouve, — en l'espèce, la Caisse —, sans être limité théoriquement par d'autres considérations que celles qui résultent du trépied fondamental de notre charte médico-professionnelle, à savoir : libre choix (contrôlé), honoraires à l'unité des actes médicaux accomplis, respect du secret professionnel. Partout où le Syndicat sera fort, puissant, il saura imposer ses volontés, ses conditions, en tant que celles-ci ne sont contraires ni à la loi, ni à l'ordre public.

2° Comme condition primordiale du contrat, liberté laissée au médecin de s'entendre directement avec son malade, sans l'interposition d'aucun tiers, notamment pour le règlement de ses honoraires.

Ma position étant ainsi nettement définie, je n'en suis que plus à mon aise pour continuer mon argumentation. Il est bien entendu en effet que, par le fait même que j'ai une préférence, je ne puis pas ne pas reconnaître à mon voisin le droit d'en avoir une opposée à la mienne. D'où il résulte qu'une doctrine corporative doit être assez libérale pour laisser à chacun le droit de se mouvoir selon ses goûts personnels — qu'il s'agisse du médecin ou de son Syndicat, — les principes syndicaux reconnus comme intangibles étant respectés.

Par libre choix contrôlé, j'entends un libre choix qui peut, dans une certaine mesure, être limité et d'où seraient exclus les médecins qui refuseraient de se soumettre aux conditions précisées dans le contrat, ou qui les violeraient.

Reprenons maintenant les textes en cause.

Texte Desrousseaux.

L'Union des Syndicats médicaux de France réunie en Assemblée générale le 4 décembre 1925, donne au Conseil de l'Union pour l'année 1926, le mandat de défendre les principes suivants :

1° L'assurance doit rester un contrat à deux entre l'assureur et l'assuré ;

2° Le secret professionnel doit être intégralement

Texte Gaussel.

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, réunie le 4 décembre 1925, après avoir pris connaissance :

1° Du projet de loi déposé devant le Sénat ;

2° Des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing, et dont il y a lieu de tenir le plus grand compte ;

observé et le principe doit en être inscrit dans la loi ; le libre choix doit être absolu et seulement entre les médecins portés sur les listes établies par les Syndicats ;

3° L'interposition d'un tiers entre le malade et son médecin est nuisible à l'exercice moral et normal de la médecine ;

4° Les conditions économiques actuelles ne permettent pas de consentir un tarif spécial à une collectivité quelconque (Caisse ou Etat).

En conséquence, l'Union des Syndicats médicaux déclare vouloir traiter les futurs assujettis des assurances sociales comme des clients ordinaires ; les Syndicats concluront des accords locaux respectant les principes ci-dessus ;

Ces *contrats collectifs* se borneront à assurer :

1° L'indication du fait de maladie ;

2° L'indication du nombre de visites ou de consultations et ne comporteront jamais de tarification ni indication d'un pourcentage quelconque de participation des Caisses dans les honoraires médicaux, ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les Syndicats exercent sur les médecins, conformément au système de Roubaix-Tourcoing.

Les questions d'hospitalisation et de gestion des Caisses devront être étudiées dans le plus bref délai.

Toutefois, si des circonstances locales rendent le paiement par un tiers indispensable aux yeux de certains syndicats, ceux-ci auront toute latitude pour établir les contrats nécessaires.

Prend acte de ce que le projet sénatorial admet :

a) La participation du corps médical à la direction des Offices d'assurances sociales.

b) Les ententes locales faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'assurances.

Demande :

1° Que ce projet de loi étende l'assurance à certaines collectivités, mines, chemins de fer...

2° Que l'observation stricte du secret professionnel soit inscrite dans la loi ;

3° Que tout ce qui a trait aux honoraires, au service médico-chirurgical, à son contrôle et aux conflits éventuels, soit réglé par des *contrats* entre Caisses d'assurances et Syndicats professionnels affiliés à l'Union.

Etant entendu qu'un *contrat collectif avec entente directe est le mode préférable.*

Sur le principe du *contrat collectif*, concordance absolue ; tout le monde est d'accord et l'expression figure dans les deux textes.

Si le texte Desrousseaux est hostile au tiers payant, tout en admettant que les Syndicats puissent lui donner la préférence s'ils le jugent indispensable, le texte Gaussel donne explicitement la sienne à l'entente directe. Là encore, il y a un rapprochement tel qu'il est permis de le considérer comme une concordance. L'un dit en effet : « *Je ne voudrais pas du tiers payant* ». — L'autre répond : « *J'aimerais mieux l'entente directe* ».

Avouez que c'est bonnet blanc et blanc bonnet, et qu'il y aurait mauvaise grâce à chercher chicane à l'un ou à l'autre, à ce propos.

Sur la nécessité du respect du secret professionnel, il ne pouvait y avoir, et il n'y a pas eu de difficultés. Là-dessus, accord parfait.

Le texte Desrousseaux repousse toute tarification des honoraires, tandis que le texte Gaussel propose que tout ce qui a trait aux honoraires soit réglé par le contrat à intervenir entre Caisses et Syndicats médicaux. Je ne cache pas que ma préférence personnelle va au texte Gaussel. Il me paraît, en effet, infiniment plus libéral, puisqu'il édicte que chaque Syndicat, dans la plénitude de son autonomie, demeurera libre de régler la question des honoraires comme bon lui semblera. Que les Syndicats peuvent-ils demander de mieux ? Le texte Desrousseaux prétendrait les enchaîner préventivement. Il va trop loin et dépasse les limites accordées à une Assemblée générale, pour donner des directives à tous les membres de l'Union.

Il eût été, semble-t-il, possible de se mettre d'accord sur une formule transactionnelle, comme on l'avait fait à propos d'autres principes.

Le contrôle, dit Desrousseaux, ne sera autre que celui que les Syndicats exercent sur les médecins. Le contrôle, dit Gaussel, sera réglé par le contrat collectif passé entre Caisses et Syndicats. Confessez que, là encore, les deux bonnets sont sensiblement de même couleur....

Et convenez, ainsi que je l'écris dans le titre de cette chronique, que le désaccord ne repose que sur des pointes d'aiguille et qu'on cherche vainement comme il a pu naître..... et surtout comment il peut durer, à cette occasion.

L'ordre du jour Gaussel prend acte du projet de loi déposé devant le Sénat. Or, il est intéressant de rapprocher maintenant le texte sénatorial des ordres du jour présentés à l'Assemblée générale de l'Union.

RISQUE MALADIE

Art. 17.

1° L'Assurance-maladie couvre les frais de méde-

cine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais des interventions chirurgicales nécessaires, pour l'assuré, son conjoint et leurs enfants non salariés de moins de seize ans, selon les modalités suivantes :

2° L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, *d'un commun accord, entre les Caisses et les Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales.* Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Les réclamations relatives à ces exclusions pourront être portées devant la Commission tripartite prévue à l'article 7.

3° Les consultations médicales seront données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins et aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste, le supplément de frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4° Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées suivant des *tarifs locaux résultant,* les uns et les autres, *de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.*

5° Leur montant est supporté ou *remboursé* par la Caisse au choix des intéressés. La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la Caisse entre 10 et 15 % et réalisée, pour la visite, à l'aide d'un ticket ....

6° ....

7° Les prestations en nature sont dues à partir de la date du début de la maladie ou du traitement de prévention, qui est celle de la première constatation médicale et pendant une période de six mois.

8° ....

9° ....

Art. 5.

....

Art. 6.

....

Art. 7.

1° Les *Syndicats professionnels de praticiens* ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance-maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils *contrôlent eux-mêmes* la façon dont le service est assuré snas qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse.

2° Tout bénéficiaire de l'Assurance-maladie doit se prêter aux contrôles institués dans les conditions prescrites par le règlement général d'administration publique. L'intéressé peut toutefois exiger qu'ils s'effectueront en présence du médecin traitant. En cas de refus constaté, les prestations sont suspendues et notification en est faite à l'intéressé.

3° Si l'assuré conteste l'importance de l'incapacité de travail fixée par le médecin, ou si la Caisse estime qu'un nouvel examen s'impose, l'état du malade est apprécié par une Commission composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse, et d'un troisième médecin choisi par les deux premiers pour les départager.

4° ....

5° Les conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens ou avec les établissements de soins sont soumises à une Commission tripartite, fonctionnant au chef-lieu, composée par tiers de représentants des Caisses, des groupements professionnels et, pour le dernier tiers, de représentants de l'Office des Assurances sociales. Elle est chargée en outre de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux et de prendre toutes sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales.

***

Telles sont les dispositions essentielles relatives à la branche maladie de l'assurance sociale, dans le texte proposé au Sénat par la Commission sénatoriale d'hygiène.

Quand on les compare avec les dispositions votées précédemment par la Chambre des Députés, on remarque qu'un grand progrès a été réalisé au profit des conceptions médicales. Et, il faut bien le reconnaître impartialement, — c'est à la cohésion, à la discipline que le Corps médical avait à peu près observées et respectées jusqu'alors, qu'il faut l'attribuer. Serait-ce donc au moment où il est permis d'envisager l'obtention des conditions minima fixées par le Corps médical pour l'exercice d'une saine médecine, serait-ce à ce moment qu'un désaccord, une désunion, devraient risquer de tout compromettre ? Je ne puis le croire, pour ma part. Dans le compte rendu de la dernière réunion du Syndicat suburbain de Bordeaux, qui reste fidèle à l'Union, il est dit que M. le professeur Cruchet reproche aux dirigeants de l'Union leur autoritarisme et leurs méthodes de travail, et y trouve motifs suffisants pour que le Syndicat de Bordeaux-ville se retire de l'Union. Singuliers motifs et singulière tactique en un pareil moment. Si les hommes vous déplaisent, renvoyez-les et prenez leur place. Mais, tant qu'ils tiennent le

gouvernail que la majorité a mis entre leurs mains, tout en vous efforçant d'amender leurs idées conformément à vos propres aspirations, ne risquez pas de mettre bas l'édifice qu'ils ont construit, avec des matériaux dont tousne sont pas également plaisants, j'en conviens, mais qui aurait encore une certaine tenue, une certaine solidité, si on ne le sapait pas par la base.

Pour en revenir au texte sénatorial, que mon ami et collègue Boudin commentera prochainement, — sans nier qu'il mérite encore de sérieuses critiques, je me borne à regretter que, le principe du ticket modérateur y figurant, le prix de ce ticket soit aussi modique. Il devrait à mon avis valoir de 25 à 30 % du prix de l'acte médical élémentaire. Il y a longtemps que j'ai donné mon sentiment à ce sujet, pour la première fois. J'y reviendrai brièvement : pour que l'assuré soit réellement intéressé personnellement à éviter les abus au lieu de les provoquer, il importe que la part qui lui incombera dans le règlement des honoraires médicaux soit d'un ordre de grandeur tel qu'il y regarde à deux fois avant de multiplier inconsidérément les visites et consultations.

Il y a encore un point sur lequel je me propose de revenir, c'est le fameux tiers payant. Je pense que je ne suis pas suspect de tendresse pour lui, ayant été de ceux, qui, les premiers, lui ont mené une vie particulièrement dure. Je n'ai d'ailleurs pas changé d'avis, et je dis, avec Desrousseaux et bien d'autres, qu'il est nuisible à l'exercice moral et normal de la profession.

Mais tous les médecins ne pensent pas comme nous. Il en est qui trouvent au contraire qu'il vaut mieux avoir à faire au tiers payant, qu'au malade lui-même. Toutes les opinions sont défendables, dès lors qu'elles sont sincères ; de ce nombre est le Dr Claverie, d'Alger, dont je publierai prochainement un article paru récemment dans le *Bulletin officiel* du Syndicat d'Alger.

Pour le moment, je me borne, ayant essayé de démontrer combien sont fragiles les divergences qui séparent les deux fractions de l'Union des Syndicats, au sujet des assurances sociales, à joindre ma modeste voix à celles de Noir et de Decourt. M'adressant aux confrères syndiqués qui penchent pour la dissidence ou qui hésitent, je me permets de leur demander de réfléchir de nouveau et de reprendre une politique de concorde et de réelle union. Voici que le rapport Chauveau vient d'être distribué aux sénateurs. Cela donne à penser que la discussion de la loi viendra prochainement devant la Haute Assemblée. Je les supplie de faire en sorte qu'aucun sénateur ne puisse dire, à la Tribune du Luxembourg : « Les médecins ! Ils ne savent pas ce qu'ils veulent ! Ils ne sont pas capables de se mettre d'accord ! A quoi bon dès lors nous inquiéter d'eux et de leurs opinions ! Passons outre ! Nous en trouverons toujours autant que nous voudrons pour assurer le fonctionnement de la loi ».

Et pour que de tels propos ne puissent être tenus, hâtez-vous de reconstituer le bloc compact que vous formiez l'an dernier, et donnez l'impression, au monde extérieur, que ce bloc ne se laissera pas entamer. Quand vous aurez cause gagnée, vous pourrez alors vous chamailler entre vous tout à votre aise, si le cœur vous en dit. Cela n'aura sans doute pas la même importance qu'aujourd'hui.

G. Duchesne.

NOUVELLE RECTIFICATION RELATIVE AUX ORDRES DU JOUR DESROUSSEAUX-GAUSSEL.

Mitry-Mory, le 12 janvier 1926.

Dans le *Concours* du 27 décembre, page 3002, vous avez publié, côte à côte, l'ordre du jour Gaussel (de Montpellier) et l'ordre du jour Desrousseaux (de Roubaix) qui restèrent finalement tous deux en présence, lors du vote sur les assurances sociales à l'Assemblée générale de l'Union — l'ordre du jour Gaussel ayant obtenu, ainsi que vous le dites bien, 8316 voix contre 5207 à celui de Desrousseaux.

Or, vous avez « amputé » par deux fois le texte Gaussel, ainsi que me le font remarquer plusieurs confrères, *comparant* ce texte à celui que je donne dans le même numéro, page 2996, dans ma « Lettre ouverte », écrite en vue d'un appel à l'Union... Voici ces deux amputations :

1° Après les mots « ...des résultats de l'expérience faite depuis deux ans dans la région Roubaix-Tourcoing », il faut ajouter, « *et dont il y a lieu de tenir le plus grand compte* ».

2° Ajouter à la fin même de l'ordre du jour : « *Etant entendu qu'un contrat collectif avec entente directe est le mode préférable* ».

Au reçu des lettres de mes confrères, j'ai comparé immédiatement les textes et me suis aperçu, en effet, de ces différences. Mais le plus curieux c'est que j'ai déniché, à mon tour, dans l'Ordre du jour Desrousseaux, une analogue mutilation qui sera l'objet de mon n° 3 et qui est l'addendum de la fin :

3° « ...Toutefois, si des circonstances locales rendent le paiement par un tiers indispensable aux yeux de certains syndicats, ceux-ci auront toute latitude pour établir les contrats nécessaires. »

Pourquoi ces erreurs dans le *Concours* toujours exactement informé ? Par la raison bien simple que vous avez publié, à la page 3002, les Ordres du jour *primitifs*, ceux qui avaient été distribués aux délégués dans la salle. Et que les *additions* que je vous signale aujourd'hui furent faites, dans l'un, comme dans l'autre Ordre du jour, au cours, et plus exactement, *à la fin des débats*, un peu avant le vote. D'où la confusion difficile à éviter pour vous qui n'aviez pas assisté à l'assemblée générale... (1)

***

Et maintenant, de cette constatation d'addenda si typiques quand on considère l'ensemble des deux ordres du jour, permettez-moi, puisque j'en ai l'occasion, d'en tirer la morale.

Je disais, dans ma « Lettre ouverte »:

« Plus les orateurs se passionnaient, moins les différences *foncières* d'opinion s'accusaient. Plus les *oppositions*, en quelque sorte, semblaient s'afficher dans les paroles, plus les *concessions* s'inscrivaient sur les multiples ordres du jour présentés tout d'abord ».

Les addenda spécifiés ci-dessus, faits au cours des débats, n'en sont-ils pas la preuve palpable, vivante ?

Au texte Gaussel, on ajouta, en séance, « qu'il faut tenir le plus grand compte de cette expérience de Roubaix-Tourcoing » que nous avait précisément contée Desrousseaux, le signataire même du texte opposé. De même, on ajouta, à la fin, à la demande de Le Fur, que « le contrat collectif avec entente directe est le mode préférable de l'exercice de la médecine. » N'était-ce pas démontrer que les « majoritaires » ne sont nullement férus du tiers payant, comme on s'efforce de le *faire croire*, à grands renforts d'articles et de tracts envoyés à domicile ?...

Passons au texte Desrouseeaux. *Au début*, on proclame que « l'assurance doit rester un contrat à deux, entre l'assureur et l'assuré. » (Qu'on me permette de faire remarquer, en passant, que ceci ferait courir un grave danger au corps médical qui, resté en dehors de l'organisation des assurances sociales, n'aurait plus ensuite, la Loi votée, qu'à pousser le rocher de Sisyphe pour réclamer quelques avantages, comme cela arriva en Allemagne et en Angleterre, *la loi ayant été faite sans les médecins, c'est-à-dire contre eux*). Donc, après avoir proclamé les beautés du laisser faire, on ajouta *in fine* que, malgré cela, en cas de besoin, le tiers payant sera autorisé...

En toute impartialité, n'est-il pas nettement visible, à la lecture de ces textes, que chaque « parti », dans son ordre du jour, s'est efforcé, *en séance*, de tendre un pont entre toute divergence d'opinion ?... Avec un peu d'effort — et surtout de bonne votonté — n'aurait-on pu parvenir à s'entendre ? Et ne pourrait-on pas encore s'entendre, si on le voulait vraiment ? Ce serait à croire, ce que je ne veux pas supposer, que certaines décisions étaient prises à l'avance...

***

Dans le *Bulletin de l'Union* du 30 novembre 1912 — je dis bien 1912 — à propos de la SCISSION *faite par la Fédération du Nord et le Syndicat du Rhône* et suivie par une série d'autres syndicats, en tout 3500 confrères environ, j'écrivais (page 675) un article intitulé « *La Cassure* » où je commençais en disant : « C'est fait. L'Union des Syndicats médicaux de France est brisée en deux tronçons... » Et après avoir exposé les causes de cette scission, (une question de révision des statuts !!) j'ajoutais :

« Alors quoi ? Que veut-on ? De qui se moque-t-on ? Et c'est sur de telles bases, sur de telles raisons, sur de telles chinoiseries, que nous disloquons ainsi de gaité de cœur, un organisme aussi important, aussi précieux pour le Corps médical que l'Union des Syndicats médicaux ? ...

« ... L'intransigeance l'a emporté ... Que pourrons-nous répondre, alors que nous nous retrancherons derrière notre mandat et qu'on nous dira : « Mais vos Syndicats ne sont pas même capables de s'entendre entre eux. Comment ont-ils pu vous donner un mandat ferme, intangible ? » N'est-il pas vrai, confrères syndiqués, praticiens de Paris, de province ou de campagne que tout cela est bien triste ! ... »

J'écrivais ces lignes en 1912. Y dois-je changer un seul mot en 1926 ? Ah ! Confrères de Lille et de Lyon, faut-il donc qu'à 14 ans de distance vous renouveliez un geste aussi fâcheux ?....

Sans doute, votre départ, pas plus qu'en 1912, n'empêchera l'Union de continuer la lutte pour la défense de notre profession menacée dans sa liberté par les lois sociales. Sans doute, votre scission ne durera pas plus que n'a duré votre « *Union nationale des syndicats médicaux* » de 1913, qui se revéla impuissante à l'épreuve, mort-née même. Sans doute les faits, les événements vous rappelleront bien vite à la dure réalité et à la nécessité d'un front unique. Il n'en est pas moins vrai que je puis terminer ces quelques réflexions de la même façon qu'en 1912 : « N'est-il pas vrai, confrères, que tout cela est bien triste ?... »

***

Je m'aperçois qu'à propos d'une rectification, je me suis laissé aller bien longuement à des considérations terminées par un retour sur le

(1) Exact. Ces textes incomplets nous ont été remis et ont été imprimés avant que nous ayons reçu le compte rendu de l'Assemblée. Le numéro était composé et il n'a pas été possible de le remanier, puisqu'il s'agissait du numéro contenant la Table des matières.

passé. J'ai trop vécu ces jours anciens pour ne pas en déplorer une nouvelle édition... Je suis sûr, mon cher confrère, que vous en comprendrez toute l'amertume et que vous excuserez la longueur de cette lettre que je me hâte de clore, en vous priant d'agréer l'assurance de mon entière sympathie.

Dr Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail dit Tarif Decourt (1)

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu l'article 4, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, modifié par les lois des 31 mars 1905 et 6 janvier 1921, ainsi conçu :

« La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin, et de son pharmacien. Dans ce cas, le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du ministre du commerce, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie et qui ne pourra être modifié qu'à intervalles de six mois » ;

Vu les arrêtés des 8 juillet 1920, 28 juin 1921, 5 avril et 24 décembre 1924 fixant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail ;

Vu l'avis de la commission du tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Frais médicaux.

Article 1er.

Le prix de la visite ou de la consultation est fixé à 10 fr.

Article 2.

Les visites faites au domicile du blessé, qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes :

1° Dans les villes de 100.000 habitants et au-dessus et leur banlieue (2), 2 fr. par visite, quelle que soit la distance ;

2° Dans les autres villes et les campagnes 1 fr. 10 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, 1 fr. 65 pour les régions de montagne et les régions dévastées (3). La division en régions de plaine et en régions de montagne sera faite suivant les divisions administratives existant actuellement. Les fractions inférieures ou égales à 500 mètres ne comporteront pas d'indemnité kilométrique ; les fractions supérieures à 500 mètres seront tarifées comme 1 kilomètre.

Cette indemnité s'entendra de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade.

En principe, elle n'est due qu'autant que le médecin et le blessé habitent deux communes différentes, sauf l'exception ci-après :

Lorsque le blessé et le médecin habitent deux agglomérations ou hameaux différents situés sur le territoire d'une même commune et que la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à 1 kilomètre, l'indemnité kilométrique est décomptée, par dérogation au paragraphe ci-dessus, d'après la distance qui sépare les deux domiciles considérés.

Cette indemnité ne pourra toutefois excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché.

Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusive-

(1) Nous proposons d'appeler le nouveau tarif, tarif Decourt, pour rendre hommage à celui qui, par son dévouement, sa ténacité, son habileté, sa diplomatie, a réussi à entraîner l'adhésion de la Commission ministérielle et à obtenir ainsi un avantage considérable au profit du Corps médical.

La Direction du Concours médical.

(2) La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise :

Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres.

Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, le Raincy.

La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes.

(3) Pour l'application du présent arrêté, on doit entendre par régions dévastées : les départements de l'Aisne, des Ardennes, du Nord (sauf l'arrondissement de Dunkerque) ; dans le Pas-de-Calais, les arrondissements d'Arras et de Béthune ; dans la Somme, les arrondissements de Montdidier, et de Péronne et les cantons de Boves, Corbie, Acheux ; dans l'Oise, l'arrondissement de Compiègne et les cantons de Breteuil et Maignelay ; dans la Marne, l'arrondissement de Reims et les cantons de Suippes, Dormans, Sainte-Menehould, Dommartin-sur-Yèvre, Ville-sur-Tourbe, Heiltz-le-Maurupt, Thiéblemont et la commune de Venteuil ; dans la Meuse, les arrondissements de Commercy, Montmédy et Verdun et les cantons de Revigny,, Triaucourt et Vaubecourt ; en Meurthe-et-Moselle, les cantons de Nomény, Pont-à-Mousson, Longwy, Audun-le-Roman et les communes de Parroy et de Lironville. Dans les Vosges, la commune de Ban-de-Sapt.

ment pour lui, il n'a droit qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours supplémentaire nécessité spécialement par la visite audit blessé.

L'indemnité kilométrique sera applicable au spécialiste appelé en consultation, mais elle ne saurait excéder l'indemnité attribuable au spécialiste de même catégorie le plus rapproché.

Article 3.

Le prix de la visite est augmenté de 50 p. 100 ;

a) Lorsqu'elle doit avoir lieu à une heure fixe, dans les cas prévus par le cinquième alinéa de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 modifiant celle du 9 avril 1898 ;

b) Lorsqu'elle est nécessitée par un cas urgent les dimanches et jours fériés.

Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100.

Article 4.

Le prix de la visite ou de la consultation est triplé lorsque dans les cas graves et pressants, elle doit avoir lieu entre vingt et une heures et six heures.

Article 5.

Lorsque, dans des cas graves et pressants, un confrère doit être appelé en consultation, le prix de la consultation équivaudra au prix de trois visites ou consultations, tant pour le médecin traitant que pour le médecin appelé en consultation. Le tarif kilométrique sera appliqué en plus, s'il y a lieu.

Article 6.

Lorsque la visite doit être suivie d'une surveillance prolongée dans l'éventualité de complications menaçant la vie, chaque demi-heure de surveillance équivaut à une visite en plus, dans la limite d'un maximum de cinq visites.

Article 7.

Lorsqu'au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit la consultation, la visite ou toute intervention d'un spécialiste, soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, au patron ou à son assureur substitué ; dans les cas d'urgence, la notification devra être faite aussitôt après la consultation, la visite ou l'intervention du spécialiste, ou après la première des interventions susvisées (1).

Article 8.

Le prix des actes opératoires faits la nuit, en cas d'urgence, sera majoré de 25 p. 100, tant pour le chirurgien que pour les aides ou l'anesthésiste.

(1) Cet avis préalable s'impose également à tout spécialiste ayant à pratiquer une série de plus de cinq interventions à tarif spécial ; il n'agit plus alors, en effet, comme médecin consultant ou opérateur, mais devient lui-même un médecin traitant.

Article 9.

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne pourra être décidée, sauf le cas d'urgence, qu'après avis, par lettre recommandée, du médecin traitant au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

Dans les cas urgents, le médecin traitant décide, puis avise aussitôt le patron ou son assureur substitué de l'opération effectuée et des causes de l'urgence.

Article 10.

Le tarif de l'opération ne comprend que le tarif de l'acte opératoire et non les visites, consultations ou interventions consécutives à cet acte.

Article 11.

Pour les interventions de grande chirurgie, la rémunération de tout aide (docteur en médecine ou officier de santé) est fixée à 50 fr. pour l'aide (deux aides au maximum et à 50 fr. pour l'anesthésiste.

Article 12.

L'anesthésie locale est comprise dans tous les prix du présent tarif.

Pour toutes les opérations qui comporteront l'anesthésie générale ou régionale, des honoraires sont prévus pour un médecin anesthésiste.

La rémunération de l'anesthésiste est fixée à 50 fr., plus l'indemnité kilométrique, s'il y a lieu (1).

Article 13.

Ce tarif ne comporte pas le cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque.

Chaque opération est tarifée à part, sans adjonction d'un prix de visite (2).

Article 14.

Dans le cas de blessures multiples, hors le cas prévu de pansements sur un même segment de membre (3), les soins donnés sont tarifés, pour

(1) Il n'y a anesthésie « régionale » que dans le cas où l'anesthésie est pratiquée sur les troncs nerveux d'une région : par exemple l'anesthésie pratiquée à la racine d'un doigt ne saurait être considérée comme régionale. L'anesthésie fût-elle générale ou régionale, les honoraires ne sont dus que dans le cas où cette anesthésie est pratiquée par un second médecin.

(2) On peut cumuler les honoraires afférents à chaque intervention faisant l'objet d'une tarification spéciale (par exemple : points de suture et injection antitétanique) sans adjonction, bien entendu, d'un prix de visite (art. 13 et 14 combinés du tarif).

(3) Le membre supérieur doit être considéré comme comprenant trois segments : bras, avant-bras, main ; et le membre inférieur, trois segments : cuisse, jambe, pied. Les articulations des membres (épaule, coude,

chacun des pansements ou chacune des interventions. Exemple : une fracture de jambe et une fracture de bras ; fracture de l'avant-bras, fracture du bras ; luxation de la hanche, fracture du bras, etc.

Article 15.

Les soins médicaux et opérations de petite et de grande chirurgie sont tarifés ainsi que suit.

Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialité, s'ils sont donnés par des médecins praticiens, en ce qui concerne la pratique courante, seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques.

Article 16.

Tarif médical de pratique courante.

Visite ou consultation, avec ou sans pansement, massage, pointes de feu, ventouses, injections hypodermiques, examen au spéculum sans pansement intra-utérin .... 10 »
Examen au spéculum avec pansement intra-utérin .... 15 »
Epistaxis, tamponnement postérieur des fosses nasales .... 30 »
Injection de sérum physiologique .... 20 »
Injection intra-veineuse médicamenteuse autre que le novarsénobenzol .... 20 »
Injection intra-veineuse de sérum physiologique .... 25 »
Injection intra-veineuse de novarsénobenzol :
- La première .... 40 »
- Les suivantes .... 30 »

Injection sous-cutanée de sérum antitoxique .... 20 »
Prise de sang pour Wassermann ou analogues .... 20 »
Ponction lombaire .... 40 »
Ponction du genou au trocart ou bistouri .... 60 »
Ponction d'ascite .... 40 »
Ponction de la plèvre évacuatrice .... 50 »
Ponction de la plèvre avec injection d'azote :
- La première .... 200 »
- Les autres .... 100 »

Saignée .... 40 »
Traitement de l'asphyxie (avec tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, etc., sans cumul avec les dispositions de l'article 6 ci-dessus) .... 50 »

Article 17.

Tarif chirurgical.

Suture simple (un ou deux points) .... 15 »

poignet, hanche, genou, cou-de-pied) ne constituent pas un segment de membre, mais ne sont que l'extrémité supérieure ou inférieure du segment du membre lésé.

Réunion par sutures multiples .... 25 »
Régularisation, épluchage et suture (1) d'une plaie contuse superficielle ou d'une petite plaie de la main et du pied .... 40 »
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse, étendue et profonde .... 100 »
Pansements multiples sur un même segment de membre ou sur une partie du corps très voisine (autre que doigts et orteils en cas de plaies superficielles) .... 15 »
Suture des tendons extenseurs des doigts ou des orteils .... 50 »
Suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils, ainsi que des tendons superficiels du poignet et des tendons du cou-de-pied .... 150 »
Suture des tendons profonds du poignet, suture des nerfs .... 300 »
Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie .... 40 »
Ligature d'artères :
- Radiale, cubitale, humérale, faciale, temporale .... 75 »
- Arcades palmaires et plantaires .... 125 »
- Tibiale, péronière, poplitée, axillaire .... 150 »
- Fémorale, sous-clavière .... 200 »
- Carotide et iliaque externe .... 250 »

Ouverture d'abcès superficiels et d'hygroma suppuré .... 20 »
Ouverture d'un panaris de la gaine .... 35 »
Abcès sous-aponévrotique de la paume de la main .... 35 »
Incision, contre-ouverture et drainage d'un phlegmon sous-aponévrotique de la paume de la main .... 100 »
Abcès profonds non viscéraux .... 100 »
Ponction de la vaginale .... 30 »
Ponction de la vaginale avec injection modificatrice .... 60 »
Greffes épidermiques Reverdin .... 30 »
Greffes épidermiques Thiersch .... 80 »

Article 18.

Fractures.

Réduction et contention.

Doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, côtes, omoplate, sternum .... 20 »
Doigt ou métacarpien avec appareillage d'extension continue .... 50 »

(1) Par ces expressions, il faut entendre une opération nécessitant habituellement une anesthésie générale ou régionale (art. 12 du tarif) et qui comporte le nettoyage de la plaie, la régularisation au bistouri et aux ciseaux, l'excision de tous les tissus morts ou voués à la mortification, l'hémostase et la suture. Pareille opération a pour but de transformer une plaie contuse en une plaie bordée de tissus vivants et de chercher, par la suture primitive, une réunion par première intention.

Clavicule	30	»
Maxillaire inférieur, non opéré	30	»
Maxillaire inférieur, compliqué avec opération ou prothèse de contention non définitive, y compris la pose de l'appareil définitif, mais non sa fourniture	400	»
Rotule, non opérée	60	»
Membre supérieur :		
Un seul os de l'avant-bras	60	»
Extrémité inférieure du radius	80	»
Deux os de l'avant-bras	120	»
Humérus	120	»
Jambe :		
Péroné	25	»
Tibia, ou deux os de la jambe, fracture de Dupuytren	150	»
Fémur	150	»

Opérations sanglantes.

Régularisation, débridement, épluchage d'un foyer de fracture ouverte avec réduction de la fracture (prix ci-dessus majorés de 100 p. 100, avec maximum de 600 fr.)		
Ostéosynthèse, olécrâne, clavicule	200	»
Rotules	300	»
Os longs des membres	400	»
Toute répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membres (1)	50	»

Article 19.

Luxations.

Réduction de luxations cédant aux méthodes non sanglantes.

Phalange, orteil	25	»
Pouce, maxillaire	50	»
Epaule	75	»
Coude, rotule	100	»
Cou-de-pied, pied	120	»
Genou	200	»
Hanche	250	»

Réduction des luxations par la méthode sanglante.

Doigts	75	»
Pouce	100	»
Clavicule	150	»
Coude, épaule, rotule	200	»
Cou-de-pied, pied	400	»
Hanche	500	»

(1) Ce qui comprend les soins d'urgence donnés dans ces cas par le médecin et la pose de l'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin.

Arthrotomie.

Doigts	35	»
Poignet, coude, cou-de-pied	150	»
Hanche, épaule	50	»
Genou	300	»

Article 20.

Amputations et désarticulations.

D'un doigt ou d'un orteil :		
Partielle	50	»
Totale (1)	75	»
Avec métacarpien	125	»
De deux ou plusieurs doigts ou orteils :		
Partielle	100	»
Totale (1)	150	»
Avec métacarpien	200	»
Amputation de l'avant-bras, bras, jambe	300	»
Amputation de la cuisse	400	»

Désarticulations et résections correspondantes.

Poignet, coude, tibio-tarsienne	300	»
Genou, Lisfranc, Chopart	400	»
Epaule, hanche	500	»

Article 21.

Opérations diverses.

Empyème :		
Sans résections costales	100	»
Avec résections costales	200	»
Opération d'Estlander	400	»
Trépanation simple	200	»
Trépanation avec ouverture de la dure-mère	600	»
Taxis	30	»
Kélotomie ou cure radicale	350	»
Laparatomie :		
Exploratrice	300	»
Avec intervention sur organes abdominaux	600	»
Accouchements d'origine traumatique sans complications	200	»
Périnéorraphie immédiate	100	»
Périnéorraphie après cicatrisation avec évidement et suture profonde	300	»
Curetage utérin	100	»

Article 22.

Tarif des opérations d'urologie.

Cathétérisme répété :		
Le premier	15	»

(1) L'amputation est totale, lorsque le doigt est enlevé avec ou sans la tête du métacarpien adjacent.

Les autres	10	»
Dilatation simple (bougie ou béniqué)	15	»
Dilatation électrolytique	30	»
Lavage de la vessie, y compris le cathétérisme :		
Le premier	25	»
Les autres	20	»
Cystoscopie d'exploration	50	»
Cathétérisme de l'uretère	100	»
Uréthrotomie interne	150	»
Uréthrotomie externe	400	»
Castration	300	»
Amputation de la verge	300	»
Restauration de l'urètre	400	»
Opération sur le rein après blessure ou déchirure de l'organe	600	»

Article 23

Tarif des otorhinolaryngologistes

Consultations comprenant : cathétérisme de la trompe, badigeon rétro-pharyngien, cautérisation, pointes de feu	15	»

Naso-pharynx et pharynx.

Ablation de la luette	60	»
Suture du voile du palais	200	»
Urano-staphylorraphie	500	»

Nez et sinus.

Epistaxis nécessitant l'intervention d'un spécialiste	50	»
Corps étrangers des fosses nasales	30	»
Cornétomie	120	»
Crête de la cloison	100	»
Ponction exploratrice du sinus maxillaire	30	»
Trépanation du sinus maxillaire	300	»
Trépanation du sinus frontal	300	»
Opération fronto-maxillaire	400	»

Oreilles.

Corps étrangers simples	30	»
Abcès profond du conduit auditif externe nécessitant l'intervention du spécialiste	30	»
Opération sanglante avec décollement du pavillon	150	»
Paracentèse d'un tympan	60	»
Ablation des osselets par voie naturelle	200	»
Trépanation simple de la mastoïde	400	»
Evidement pétro-mastoïdien	500	»
Examen labyrinthique, avec rapport	80	»

Larynx, œsophage, trachée, bronches.

Galvano-cautérisation du larynx :		
La première séance	50	»
Les autres	25	»
Tubage	200	»
Trachéotomie	300	»
Laryngotomie	500	»
Laryngectomie	600	»
Œsophagoscopie	100	»

Corps étrangers de l'œsophage.

Panier de Graeffe	50	»
Œsophagoscopie avec extraction	200	»
Œsophagoscopie externe	500	»

Corps étrangers du larynx.

Bronchoscopie supérieure	200	»
Bronchoscopie inférieure, trachéotomie comprise	500	»

Article 24.

Tarif de kinésithérapie.

Séance de massage et de mobilisation ou de mécanothérapie ou d'air chaud nécessitant l'intervention d'un spécialiste kinésithérapeute. Par séance, au cabinet du médecin ou au domicile du malade	10	»

Article 25.

Tarif de stomatologie.

Consultation ou visite	10	»
Extraction d'une dent avec anesthésie	10	»
Esquillotomie	15	»

Article 26.

Tarif des électro-radiologistes et radiothérapeutes

I. — Radiographie.

Un ou plusieurs doigts ou orteils (face et profil)	25	»
Main (face ou profil)	40	»
Main (de face et de profil)	50	»
Poignet (face ou profil)	40	»
Poignet (de face et de profil)	50	»
Avant-bras (face ou profil)	40	»
Avant-bras (de face et de profil)	60	»
Coude (face ou profil)	50	»
Coude (de face et de profil)	75	»
Diaphyse humérale (face ou profil)	50	»
Diaphyse humérale (de face et de profil)	75	»
Epaule (de face) ou clavicule	75	»
Epaule (de profil)	120	»
Crâne (face ou profil)	100	»
Crâne (de face et de profil)	150	»
Maxillaire inférieur	80	»

Hémi-thorax (côtes ou omoplate)	100	»
Dents (méthode intra-buccale) :		
Première plaque	40	»
Chaque plaque supplémentaire	20	»
Pied (face ou profil)	40	»
Pied (de face et de profil)	50	»
Cou-de-pied (face ou profil)	50	»
Cou-de-pied (de face et de profil)	60	»
Jambe (face ou profil)	50	»
Jambe (de face et de profil)	60	»
Genou (face ou profil)	60	»
Genou (de face et de profil)	90	»
Diaphyse fémorale (face ou profil)	60	»
Diaphyse fémorale (de face et de profil)	90	»
Hanche	90	»
Hanche (de profil)	120	»
Rachis cervical (face ou profil)	80	»
Rachis cervical (de face et de profil)	120	»
Rachis dorsal ou lombaire (face ou profil)	100	»
Rachis dorsal ou lombaire (de face et de profil)	200	»
Rachis en entier (face ou profil)	200	»
Rachis en entier (de face et de profil)	300	»
Sacrum	100	»
Bassin	120	»

II. — Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers.

Membre	50	»
Tête	60	»
Thorax	60	»
Abdomen	60	»

III. — Radiologie des viscères.

Poumons, examen à l'écran	60	»
Avec calque	80	»
Avec une radiographie	120	»
Cœur, aorte, examen à l'écran	60	»
Avec calque	90	»
Avec une téléradiographie	120	»
Avec deux téléradiographies	200	»
Œsophage ou estomac, examen à l'écran	60	»
Avec calque	80	»
Avec une radiographie	120	»
Estomac, avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances :		
Examen à l'écran	120	»
Avec calque	150	»
Avec radiographie	200	»
Intestin (lavement opaque) :		
Examen à l'écran	100	»
Avec calque	120	»
Avec radiographie	150	»
Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation) quel que soit le nombre des séances :		
Examen à l'écran	120	»
Avec calque	150	»
Avec radiographie	200	»
Tube digestif complet, examen à l'écran	200	»
Avec calque	240	»
Avec radiographie	100	»
Foie (après préparations spéciales) :		
Examen à l'écran	80	»
Avec calque	100	»
Avec une radiographie	120	»
Appareil urinaire :		
Vessie	100	»
Un rein	100	»
Deux reins	150	»
Un uretère	100	»
Deux uretères	150	»
Un rein, un uretère, la vessie	200	»
Le système complet	300	»

IV. — Radiographies stéréoscopiques.

Le double d'un cliché ordinaire.

V. — Electrodiagnostic (1).

Examen électrodiagnostic avec rapport sur cet examen seul	40	»

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

VI. — Electrothérapie et radiothérapie (1).

Radiothérapie (au domicile du médecin), par chaque irradiation d'un champ	30	»
Traitement électrique par un spécialiste, quel que soit le nombre des séances à son cabinet, chaque	12	»

Ce prix sera augmenté de 6 fr. si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 fr. pour trois régions, etc. (2).

(1) Il ne pourra être procédé à tout acte d'électrodiagnostic, d'électrothérapie ou de radiothérapie, ou à toute séance d'air chaud, de lumière ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou radiothérapeute qu'après avis conforme du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Le rapport d'un électrodiagnostic doit être fait en double exemplaire : l'un destiné au blessé, l'autre destiné au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

(2) On entendra par régions différentes : 1° la face et le cou ; 2° les membres supérieurs ; 3° le tronc ; 4° les membres inférieurs.

Traitement électrique au domicile du blessé, les prix ci-dessus, plus un indemnité de déplacement de....... 8 »
Traitement comprenant l'électrisation complète du corps (électricité statique, courants de Morton, haute fréquence) ; traitement par air chaud, lumière, ionisation. Chaque........ 15 »
Electrolyse de l'œsophage........... 150 »
Lavement électrique au domicile du malade .... 200 »

(Les frais et honoraires prévus aux paragraphes 1er à VI ci-dessus doivent être majorés de 20 p. 100).

VII. — Observations.

Si la région à radiographier est entourée d'un applareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 fr., en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 7 fr. 50 ; 24/30, 10 fr. ; 30/40, 12 fr.

Toutes autres radiographies de la même région, prises le même jour dans une autre position, seront comptées chacune seulement 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 p. 100.

L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence (1) ; dans ces derniers cas, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire. En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui avec le nom du blessé et avec leur commentaire détaillé, l'une pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé.

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée : 1° le prix ordinaire de ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 fr. ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen ; 4° lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité, basé sur la distance kilométrique calculée au tarif ci-dessus.

(1) Il y a « extrême urgence » lorsque la nécessité d'une intervention urgente ou la façon de pratiquer cette intervention ne peuvent être révélées que par l'exploration radiologique.

Article 27.

Tarif des oculistes.

Par dérogation à l'article 15, alinéa 2, ci-dessus, le prix de la consultation, lorsqu'elle est donnée par les seuls médecins oculistes spécialisés est fixé à 15 fr. la première, et 12 fr. les autres.

Ce prix comprend la mise en œuvre des instruments usuels de diagnostic spécial, le pansement, les lavages et les instillations de collyre.

Opérations d'oculistique.

A. — Extraction d'un corps étranger superficiel de la cornée, de la conjonctive ou sous-palpébral, sans complication, qu'il y ait ou non interruption de travail, y compris consultation, examen, anesthésie par instillation, pansement, : 15 fr.

Extraction d'un corps étranger profondément implanté ou multiplié, sans complication, qu'il y ait ou non interruption de travail, y compris consultation, examen, anesthésie par instillation, pansement : 20 fr.

B. — Opérations simples de petite chirurgie à 20 fr. telles que :

Cathétérisme ou irrigation des voies lacrymales.

Injection sous-conjonctivale.

Ouverture d'abcès superficiel de la région palpébrale.

Ouverture du sac lacrymal (Stilling) ou phlegmon du sac.

Suture de plaie simple (un ou deux points)

Pansement de vaste plaie de la région orbito-faciale.

Chauffage par l'air chaud. Pulvérisation.

C. — Opérations de moyenne importance à 100 fr., telles que :

Péritomie, canthoplastie.

Paracentèse, kératotomie.

Cautérisation de la cornée ou du globe pour ulcère infectieux.

Ponction du globe.

Tatouage de la cornée.

Opération sur la glande lacrymale accessoire.

Application diagnostic de l'électro-aimant à la recherche d'un corps étranger intraoculaire (avec avis consécutif immédiat au chef d'entreprise ou à l'assureur substitué).

D. — Opérations importantes à 150 fr., telles que hernie de l'iris.

E. — Opérations importantes à 200 fr., telles que :

Suture de plaie étendue ou compliquée (paupières et globe).

Recouvrement conjonctival.
Ptérygion.
Blépharorraphie.
Extirpation du sac ou de la glande lacrymale.
Phlegmon de l'orbite.
Sclérotomie.

E. — Opérations très importantes à 300 fr., telles que :

Iridectomie.
Slérectomie.
Cataracte simple ou avec iridectomie.
Cataracte secondaire.
Corps étrangers intraoculaires.
Enucléation.
Exentération (œil ou orbite).
Eviscération.
Orbitotomie.
Ectropion, entropion.
Blépharoplastie.
Symblépharon.
Ptosis.
Opération sur les muscles de l'œil.

Article 28.

Actes chirurgicaux et médicaux spéciaux.

Greffes osseuses........................ 500 »
Réduction et contention, avec ou sans appareillage, des fractures du bassin et de la colonne vertébrale de 60 à.... 100 »
Idem, avec corset plâtré............... 150 »
Petite brûlure (un ou deux doigts ou orteils ou surface comparable) (1).... 10 »
Moyenne brûlure : main, pied ou surface comparable.................. 15 »
Brûlure comprenant deux segments de membre ou surface équivalente..... 30 »
Brûlure moyenne de la face (étendue comparable à la paume de la main)... 30 »
Grande brûlure :
a) Un membre ou surface comparable............................ 50 »
b) Brûlure de la majeure partie de la face.............................. 50 »
c) Deux membres.................. 75 »
Vaste brûlure (2).................... 100 »
Extirpation de corps étrangers profonds ne nécessitant pas la localisation radiologique................. 50 »
Extirpation de corps étrangers nécessitant un repérage radiologique....... 100 »
Extirpation de corps étrangers profonds effectués sous écran.......... 300 »
Extirpation de corps étrangers intraviscéraux .... 600 »
Accouchement avec forceps, ou version, ou délivrance artificielle........... 300 »
Embryotomie.......................... 500 »
Curetage des petits os (doigt, orteil, métacarpien, métatarsien, clavicule).... 50 »
Evidement osseux (avant-bras, os de la jambe, humérus, omoplate)...... 200 »
Evidement osseux (fémur et bassin).... 300 »
Extraction de corps étrangers superficiels .... 20 »
Ablation d'ongles semi-détachés (compris dans la consultation ou visite) :
Incision d'hématome...... } 20 à 100 fr.
Ponction d'hématome..... } (suivant les cas,
Incision d'hygroma....... } article 17).
Extirpation complète de la bourse séreuse prérotulienne................ 100 »
Extirpation de bourse séreuse.......... 40 »
Ablation d'une cicatrice vicieuse...... 40 »
Libération d'un tronc nerveux dans une cicatrice.................... 40 »
Libération d'un tronc nerveux dans un cal .... 200 »
Fracture de plusieurs métacarpiens ou métatarsiens....................... 60 »
Luxation du poignet, sans fracture.... 75 »
Appareils plâtrés, sans réduction (pose seule) .... 50 »
Extirpation d'anévrisme artério-veineux (artère correspondante article 17).
Grattage pour périostite d'un os long (sans qu'il y ait eu pour cela évidement osseux)...................... 50 »
Irrigation continue d'une plaie grave et profonde par la méthode de Carrel (chaque installation).............. 20 »

Article 29.

Certificats.

Certificat médical initial constatant sommairement la nature de la blessure et le pronostic probable : 5 fr.

Donneront droit à une indemnité spéciale de 10 fr. :

1° En cas de blessures graves, le certificat

(1) Le pansement de brûlure étant une « intervention à tarif spécial », avis préalable doit être donné au patron ou à son assureur substitué, de toute série à prévoir de plus de cinq pansements de brûlures, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7 ci-dessus.

(2) Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie de « vaste brûlure » dans celle de « grande brûlure » puis de « moyenne », puis de « petite brûlure », suivant la surface à laquelle elle devient comparable au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation. On doit entendre par vaste brûlure toute brûlure dont la surface ou les surfaces additionnées forment une superficie totale supérieure à celle de deux membres. Ne saurait être considérée comme brûlure, au sens dudit article 28, toute plaie survenant après cicatrisation d'une ancienne brûlure et causée par l'altération même du tissu cicatriciel.

initial descriptif de l'état du blessé ; 2° le certificat descriptif délivré lorsque, par la suite, une blessure présumée légère s'aggrave ; 3° le certificat final descriptif constatant l'état du blessé après consolidation d'une blessure grave.

L'avis par lequel le médecin indique dans sa dernière consultation la guérison du blessé ne donne pas lieu à indemnité spéciale.

Tout certificat fourni au cours du traitement à la demande du patron ou de son assureur pour énoncer la nature du traitement suivi, la marche de la guérison, l'époque à laquelle celle-ci sera vraisemblablement acquise ou la cause qui l'a retardée, sera tarifé à 10 fr. Ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri.

Les prix ci-dessus comprennent les frais de correspondance.

Article 30.

Les allocations dues en vertu du présent arrêté feront l'objet d'une note d'honoraires signée du médecin traitant et contenant :

1° Les nom et adresse du médecin traitant ;

2° Les nom et adresse du blessé ;

3° Les nom et adresse du chef d'entreprise ;

4° La date de l'accident ;

5° L'endroit où le blessé a été soigné ;

6° L'indication de la distance, s'il y a lieu à tarif kilométrique ;

7° L'indication, dans leur ordre chronologique et avec leurs dates, des certificats, consultations, visites, interventions, ainsi que les circonstances (visites de nuit, à heure fixe, indemnités de déplacement, etc.) qui peuvent en modifier le prix ;

8° La dénomination exacte des opérations d'après le tarif et les décisions prises d'accord ;

9° L'indication des fréquences de visites ou de consultations et de tout ce qui, dans le traitement, a pu présenter un caractère anormal ;

10° Le coût des honoraires.

Le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même.

Article 31.

En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à la seule application du présent tarif — et non à son interprétation — les parties intéressées pourront convenir, soit de la constitution de commissions de contrôle ou d'arbitrage, soit de la désignation d'un tiers médecin contrôleur ou arbitre.

Le présent tarif est applicable lorsqu'il y aura eu impossibilité pour la victime d'appeler elle-même son médecin.

Article 32.

Sont rapportés les arrêtés des 8 juillet 1920, 28 juin 1921, 5 avril et 24 décembre 1924, ainsi que toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Article 33.

Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er janvier 1926.

Fait à Paris, le 31 décembre 1925.

DURAFOUR.

(*J.O.*, 8 *janvier* 1926.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Distinctions honorifiques.**— Nous apprenons avec grand plaisir que notre excellent confrère et ami, le docteur Raoul BERNARD, secrétaire de la rédaction du *Bruxelles médical*, vient de recevoir la croix de Chevalier de l'Ordre de la Couronne. Nous lui adressons nos bien sincères félicitations.

— **Hommage au professeur Sébileau.** — Les élèves et les amis du professeur Pierre Sébileau, désirant lui témoigner leur reconnaissance et leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion de sa promotion au grade de Commandeur de la Légion d'Honneur. M. F. de Hérain a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Adresser les souscriptions (jusqu'au 28 février) à M. L. Arnette, éditeur, trésorier du Comité, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe), soit par chèque sur Paris, mandat-poste ou versement au compte de chèques-postaux : Paris n° 194-53. Une souscription de 60 fr. donne droit à une médaille de bronze ; une souscription de 150 fr. à une médaille d'argent.

— **Conférence de Mme le Dr Lipinska.** — Le mardi 16 mars, à 20 heures précises, dans la Salle de la Société de Géographie, Mme le Dr Lipinska fera une conférence sur l'*Hygiène mentale et la nutrition*.

La conférence aura lieu sous la présidence du Pr Charles Richet, de l'Institut, et du Pr Gley, du Collège de France et de l'Académie de médecine ; elle est organisée avec le concours de M. le Dr Auguste Marie, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; de M. le Dr Paul Sollier, professeur à l'Université libre de Bruxelles ; de M. le Dr Mawas, médecin de la Clinique ophtalmologique Ad. de Rothschild (Buttes-Chaumont) ; de Mme H. Gaboriau ; de M. le Dr J. Noir, rédacteur en chef du *Concours médical*.

Sommaire de la conférence :

I. L'influence du jeûne sur les facultés intellectuelles : mémoire, attention, intuition, imagination, etc.

II. L'influence du jeûne sur le développement du caractère et de la volonté.

III. Le jeûne thérapeutique, moyen de rajeunissement et d'embellissement du corps : *a*) disparition des rides ; *b*) clarté et fraîcheur du teint ; *c*) démarche alerte et souplesse du corps.

IV. Le jeûne thérapeutique au point de vue social. Moyen de rétablir l'équilibre financier.

V. Diète des nerveux, des goutteux, des rhumatisants. Exemples de malades traités par le jeûne en Amérique, en Angleterre et en Pologne.

— **Asile Sainte-Anne** (1, rue Cabanis). — *Cours de psychiatrie.* — M. le professeur Henri Claude fait tous les jeudis à 5 h., à l'amphithéâtre de la Clinique, un cours de psychiatrie élémentaire. Programme :

Février 4, épilepsie. — 11, Hystérie. Neurasthénie. Délires épisodiques. — 18, Manie. — 25, Mélancolie.

Mars 4, Psychose hallucinatoire. — 11, Délire d'interprétation. Syndrome d'action extérieure. — 18, Démence précoce et schizophrénie. — 25, Psychoses alcooliques.

Avril 5, Toxicomanies. — 22, Législation des aliénés Responsabilité pénale. — 28, Exercice des droits civils.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Cours de sympathologie.* — M. Laignel-Lavastine, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté de médecine de Paris, commencera ce cours à l'hôpital de la Pitié, service 4, le lundi 1er mars 1925, à 9 h. 30, avec la collaboration de MM. Pierre Kahn, Jean Vinchon, Robert-Largeau, René Cornélius, Paul George, assistants et interne du service. Chaque leçon sera suivie de travaux pratiques.

Programme des leçons. — Lundi 1er mars, Réflexes sympathiques cutanés. — Mercredi 3 mars, Réflexes sympathiques viscéraux. — Vendredi 5 mars, Syndromes sympathiques cutanés. — Samedi 6 mars, Syndromes sympathiques circulatoires. — Lundi 8 mars, Syndromes sympathiques digestifs. — Mercredi 10 mars, Syndromes sympathiques respiratoires, génito-urinaires. — Vendredi 12 mars, Syndromes sympathiques nerveux et mentaux. — Samedi 13 mars, Syndromes sympathiques endocriniens et trophiques généraux. — Lundi 15 mars, Sympathique et névroses. — Mercredi 17 mars, Sympathique et psychoses. — Vendredi 19 mars, Médicaments du sympathique. — Samedi 20 mars, Traitement des sympathoses.

Inscriptions (droit de 150 fr.) au Secrétariat de la Faculté.

— **Société de chirurgie.** — Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. Petit, de Niort, Jean, de Toulon, Courty, de Lille, et Duvergey, de Bordeaux.

— **Collège de France.** — *Institut d'hydrologie et de climatologie* (année scolaire 1925-1926). — L'enseignement comporte deux groupes de conférences :

Conférences faites à la Faculté de médecine, à 18 h., au laboratoire du prof. Desgrez, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Hydrologie générale (prof. G. Urbain ; M. P. Urbain, chef des travaux ; M. Poirot-Delpech, chef de laboratoire). — Chimie biologique appliquée à l'hydrologie (prof. Desgrez, MM. Bierry, Lescœur et Violle). — Hydrologie et climatologie médicales (prof. Rathery, M. Baudouin ; les jeudi et vendredi, jusqu'au 25 février).

Conférences faites au Collège de France, à 18 h., à l'Amphithéâtre de chimie, salle n° 1 (prof. Moureu, M. Lepape ; le mercredi jusqu'au 3 février). — Physique hydrologique et climatique (prof. d'Arsonval). — Hygiène hydrologique et climatique (prof. Bordas). — Les conférences de MM. d'Arsonval et Bordas auront lieu à partir de mars.

— **Lille.** — Le mercredi 23 décembre 1925 a été inauguré à l'hôpital Saint-Antoine le monument élevé à la mémoire du professeur G. Augier, qui fut doyen de la Faculté libre de médecine de Lille.

— **Externat des hôpitaux de Paris.** — Sont, après concours, nommés externes des hôpitaux : MM. Baumann, Tavennec, Delay, Peney, Klotz, Kaïk, Rudler, Mlle Abramson, MM. Cretziano, Rousseau, Henrion, Rist, Puymartin, Parnet, Mlle Poulain, MM. Cottet, Maroger, Mlle Valentin, MM. Nomblot. Fiehrer, Auzeloux, Villoutreix, Jusseaume, Debievre, Mlle Falguière, MM. Menjot, Barbat, Bousser, Langlais, Mme de Pierredon, MM. Limasset, Thorel, Boudin (1), Guichard, Lévy (Robert), Illiovici, Mlles Szymkievicz, Baguette, MM. Robert, Reboul, Mlle Smirnoff, MM. Hurez, Sabourin, Prost, Gopcevich, Sambron, Toulemonde, Laquerrière, Schwartz, Pautrat, Deslandres, Lieffring, Mencière, Rachelsberg, Barrier, Cohen-Bacrie, Lachter-Pachter, Camena d'Almeida, Beauchesne, Mlle Chapiro, MM. Butaud, Arnal, Quériault, Grozieux de Laguérenne, Macé de Lépinay, Coen, Vinceneux, Hubert, Advenier, Pougin, Mlle Gagneur, M. Belêtre, Mlle Jeannocopoulo, MM. Barneville, Barrat, Mlle Cligny, MM. Jeauneau, Jalley, Courtial, André, Meillaud, Bridot, Kenesi, Boutteau, Mlle Bogoraze, MM. Lefebvre, Boursat, Mlle Mercier, M. Lemaître, Mlle Lang, MM. Auzépy, Kindynis, Cabrit, Felsenswalb, Mlle Danzig, MM. Périer, Sabetay-Marcus, Le Garrec, Tardiff, Mozger, Pouzergues, Mlle Kaz, MM. Moureau, Lemaître, Mlel du Bouchet, MM. Bons, Bonte, Mornas, Filloux, Bérard, Viala, Hélion, Dutray, de Langre, Bonnet, Catalette, Barrier, Baher, Sergentt, Mlle Fagnière, MM. Massier, Laude, Mlle Moret, MM. Pescarolo, Pyt, Lepart, Pariente (Jacques), Bourdial, Brimont, Pierre, Schmitt, Sidi, Blondeau, Delteil, Guyon, Gluck, Fron, Robert, Pariente (Marcel), Sénéquier, Bruneau, Durieux, Mlles Roussy, Chapiro, MM. Martin, Borelik Decante, Shouzer, Lannegrau, Baqué, Wirz, Loisel, Mlle de Peretti, MM. Damon, Desbœuf, Poirier, Rousseau, Mézard, Merlaud, Augereau, Delorme, Mlles Bresson, Douville de Franssu, MM. Lauprète, Bloch (Léon), Judde, Raoul-Duval, Durand, Piel, Guybert de la Bausserie, Le Guay, Grulin, Boutet, Zhâ, Bardin, Hermabessière, Goutallier, Rouher, Mlle Pissard, MM. Cailleux, Masset, Lerolle, Sifflet, Jouis, Mlle Jammet, MM. Attaix, La Mouche, Robert, Mlle Lataste, MM. Hutin, Casalis, Judet, Ferrière, Masselin, Grangé, Jomain, Munié, Defaix, Chevalier, Tesnière, Foucaud, Leboulanger, Testu, Frain, Mlle Neumann, MM. Hogarth, Makluff, Chérubin, Mlle Derombies, MM. Souhlé, Cottin, Boucomant, Thomann, Brizard, Stoclet, Raganeau, Mlle Bordachar, MM. Werner, Couallier, Boyer, Dumas, Dulot, Lafay, Leroy, Garnier, Mlle Gliksman, MM. Meissel, Woringer, Jung, Magat, Haïk (Henri), Mlle Rœderer, MM. Bosc, Giard, Mlle Boucabeille, MM. Meidinger, Gignoux, Mlle Vimeux, Gibert, Mlle Dupont, M. Timsit, Mlle Brunel, MM. Henriquez, Courbil, Leca, Laouënan, Wechsler, Gencel, Boisramé, Conso, Béchet, Lainé, Sliosberg, Augerat, Mlle Herr, MM. Victor, Lellouch, Arnaud, Dubois, Achard, Pellegrin, Nigay, Courtois, Patey, Mlle Leconte, M. Oppenot, Mme Yeu, né Bostier, Mlle Saint-Cené, MM. Catonné, Bogoraze, Voigmer, Salgo, Lindemann, Jurist, Mlles Lépine, Loriot, MM. Dauban de Silhouette, Durin, Kotihoura, Archamband, Gluck (Coloman), Prunet, Gérard, Deschamps, Mlle Pinel, MM. Bamas, Polacco, Delabry, Maleplate, Delaborde, Mathis, Vautrin, Faguet, Goliger, Leblanc, Goulet, Bellière, Faucher, Mlle Domela,

(1) Georges Boudin, classé 33e externe, est le fils de notre collègue Paul Boudin. A l'un et à l'autre, nos amicales félicitations.

N. D. L. D.

MM. Marx, Touzard, Amante, Sévin, Pollak, Guillermon, Chaput, Clavel, Guerlot, Couty, Mlle Kimtz, M. Samama, Mlle Lavroff, MM. Durmeyer, Odru, Chambon, Melun, Mestre, Conte, Jodin, Grémont, Leven, Karmann, Demailly, Carbonell, Solignac, Ayrignac, Baillot, Alaroze, Nazarian, Jacobé, Caballe, Gasne, Mlle Berger, MM. Valencon, Draillard, Cocagne, Gauthier, Mme Robert, née Scemama, MM. Saullière, Rondepierre, Etchebarne, Ducœurjoly, Grégoire, Levoin, Valois, Bercovici, Dreyfus, Lucas, Roneeray, Fourès, Binés, Filliozat, Magnin, Tellur, Lahaussois, Mlle Delon, M. Gastaud.

— **Les médecins parisiens de Paris.** — Les médecins parisiens de Paris se sont réunis le 25 décembre en un dîner qui eut lieu sur les flancs de la Butte. Aussi, l'ambiance étant propice à une certaine gaité et la présidence du Dr Dartigues aidant, une grande loquacité caractérisa ce dîner. Y prirent entre autres la parole : MM. Vimont, Dartigues, de Monchy, Piot, Blondel, Devraigne, Bongrand (Jules), Sée, et Prost.

Il s'agissait de préciser les réjouissances du grand dîner annuel de cette Société qui aura lieu en février et sera suivi d'une soirée artistique et dansante. Cette prochaine réunion promet d'être des plus brillantes car elle doit grouper de nombreux invités, parisiens ou non. Il fut aussi question d'un futur dîner inter-Sociétés médico-régionales dont la date n'est pas encore fixée.

On évoqua le souvenir du Dr Desnos, membre récemment décédé et unanimement regretté. Des félicitations furent adressées au professeur P. Duval nommé membre de l'Académie de médecine, et au Dr Lobligeois, victime de la science, des vœux de prompt rétablissement

MM. Faure-Beaulieu, Dubois-Roquebert et Astruc furent élus membres de la Société. Etaient présents : MM. Barry, Blondel, Bollack, Bongrand (Jules), Cachera, Chauvelot, Dartigues, Descoust, Devraigne, Didsbury, Fège, Galliot, Gillet, Gréder, Lenormand, Le Roy des Barres, Lotte, Loubier, Mock, de Monchy, Piot, Prost, Quiserne, Sauvez, Schæffer, Sée, Signoret, Viguerie, Vimont, Vitry, Wallon. S'étaient fait excuser : MM. Baillière, Bloch (André), Blondin père et fils, Boppe, Cadenat, Constensoux, Crocquefer, Doin, Duclaux, Ducournau, Gérard (Léon), Guinon, Lereboullet, Lobligeois, Luys, Maréchal, Monscourt, Perreau, Prof. Richet, Rolet, Tarrius, Toupet et Verchère.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Les sports d'hiver au Mont-Revard et à Chamonix-Mont Blanc.* Train rapide de nuit avec places de luxe 1re et 2e classes. Pour faciliter l'accès aux stations de sports d'hiver de la Savoie, un train rapide de nuit avec couchettes, lits-salon, 1re et 2e classes, wagon-restaurant est mis en circulation entre Paris, Aix-les-Bains, Saint-Gervais et Chamonix depuis le 18 décembre. Aller : Paris dép. 20 h. 55 ; Aix-les-Bains - Mont-Revard arr. 6 h. 28, Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois) arr. 10 h. 21 ; Saint-Gervais arr. 10 h. 34; Chamonix-Mont Blanc arr. 11 h. 50. Retour : Chamonix-Mont Blanc dép. 17 h. 23 ; Saint-Gervais dép. 18 h. 58 ; Sallanches-Combloux (Mégève-Mont-d'Arbois) dép. 19 h. 09 ; Aix-les-Bains-Mont-Revard dép. 22 h. 49. Paris arr. 9 h. 10.

— **Collège de France.** — *Cours d'épidémiologie et maladies infectieuses.* — M. le prof. H. VINCENT fait son cours tous les mercredis, à 4 heures, à l'amphithéâtre n° 5 : un certain nombre de ces leçons auront lieu au laboratoire du Val-de-Grâce.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Conférences d'actualités physiologiques.* — M. Léon BINET, agrégé, fait le lundi, à 16 h., à l'amphithéâtre des travaux pratiques de physiologie de la Faculté, des conférences sur les questions d'actualités physiologiques.

— **Académie de médecine.** — Sont nommés membres correspondants : M. le professeur PIC, de Lyon, et M. le professeur SABRAZÈS, de Bordeaux.

— **Journées médicales de Paris.** — Les journées médicales de Paris auront lieu en 1926, sous la présidence de M. le professeur Widal, les 15, 16, 17 et 18 juillet.

La séance d'inauguration se tiendra le jeudi 15 juillet à 10 h. du matin. Une exposition organisée au Grand Palais englobera tout ce qui est de nature à intéresser le médecin. Le programme détaillé des conférences, démonstrations, réceptions et excursions sera publié ultérieurement.

— **VIIe Congrès dentaire international.** — Le VIIe Congrès dentaire international aura lieu à Philadelphie (Pensylvanie) au Musée commercial, du 23 au 28 août 1926, en même temps que la célébration du 150e anniversaire de l'Indépendance de l'Amérique.

— **Une Revue d'actinologie.** — Annonçons la création d'une nouvelle revue consacrée à l'actinologie (rayons ultra-violets, intra-rouges, etc.). Elle paraît tous les trois mois et est publiée par l' « Expansion scientifique », 23, rue du Cherche-Midi. (Abonnement : 12 fr.).

— **L'impôt sur les eaux minérales et sur les spécialités pharmaceutiques** a rapporté à l'Etat, d'avril à octobre 1925, pour une période de six mois, environ 32 millions.

— **Les stations d'hiver P. L. M.** — Les fervents de la montagne en hiver sont chaque année plus nombreux, attirés les uns par la calme splendeur du paysage et par l'air vivifiant, les autres par le charme des sports d'hiver : ski, patin, luge, etc.

La liste des grandes stations d'hiver P. L. M. s'enrichit cette année de deux nouvelles venues qui se classent d'emblée aux premiers rangs : Le *Revard*, vaste plateau ondulé, à 1.500 m., sur Aix-les-Bains (chemin de fer à crémaillère) avec son panorama splendide sur toutes les Alpes de Savoie et du Dauphiné, ses vastes champs de ski, sa patinoire de 4.000 mètres. Hôtel P. L. M. entièrement transformé avec tout le confort désirable. *Combloux*, à 1.000 m., à 7 km. de la gare de Sallanches-Combloux (service régulier de correspondance par automobiles) avec la vue célèbre de ses terrasses sur le Massif du Mont-Blanc, ses promenades en ski, sa patinoire. Grand Hôtel P. L. M. du Mont-Blanc, récemment agrandi, 200 chambres, grand confort.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Attendu que le pourvoi reproche à la Cour d'Appel de Paris (du 14 février 1924) d'avoir, sans répondre à des conclusions expresses, prises pour la première fois en appel par le Dr Odin, déclaré légitime le refus non motivé de la Société de biologie de publier une communication faite par ce dernier sur une découverte scientifique dont il était l'auteur, et même d'en inscrire le titre dans le compte rendu de la séance ;

Mais attendu que l'arrêt attaqué déclare qu'aux termes des règlements de la Société de biologie, la commission des publications statue souverainement non seulement sur les demandes tendant à la publication, soit en extraits, soit *in extenso*, des notes présentées par des personnes étrangères à la Société, mais encore au cas, où cette publication ne serait pas admise, décide s'il doit en être fait mention dans le sommaire des comptes rendus ;

Attendu que l'arrêt ajoute que, d'après les mêmes statuts, pour que la commission fût saisie régulièrement, le Dr Odin aurait dû remettre aussitôt après sa communication, une note ou mémoire au secrétaire général de la Société ; mais qu'au lieu de procéder ainsi, il a, le surlendemain de la séance seulement, sommé par exploit d'huissier le président de la Société de biologie de faire insérer dans le plus prochain bulletin une note dont il avait préparé le texte ;

Que, par décision du 28 janvier 1919, ainsi qu'en fait foi le registre de ses délibérations, la Société a déclaré qu'il n'y avait pas lieu de donner suite à la sommation ;

Attendu qu'en se fondant sur cette interprétation des statuts pour rejeter la demande du Dr Odin, la Cour de Paris, dont l'arrêt répond nettement aux conclusions d'appel, a légalement justifié sa décision et n'a violé aucun des textes de loi invoqués par le pourvoi ;

Par ces motifs,

Rejette la requête.

Commentaires.

Cet arrêt de Cassation intéressera ceux de nos confrères, qui sont chargés, comme secrétaires, de sociétés savantes, de publier les mémoires comptes rendus et discussions.

Nous avons été quelquefois consulté pour savoir quels étaient les droits du comité de rédaction d'une société, ou d'un bulletin scientifique. Ce comité a-t-il la possibilité de se refuser à faire paraître tout ou partie d'une communication, ou d'un travail présenté à la société, dont le bulletin est l'organe officiel ?

Tout est question d'espèce et surtout de statuts. Ceux-ci indiquent les droits et devoirs du comité de rédaction, ou de publication.

Aussi un médecin, qui présente un travail à une société savante, ou le soumet à la discussion

d'une réunion, doit s'incliner devant les statuts du groupe, statuts qu'il est censé connaître.

L'arrêt de la cour d'appel de Paris (14 février 1924) et l'arrêt de la cour de cassation ci-dessus, consacrent ce principe.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

20 *janvier*.

Enseignement de la médecine.

Liste des candidats admis à la 1re épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.

Session des 3 et 4 décembre 1925. — 2e division. — Physiologie.

Section B. Chimie.

Académie de Paris : Sannié. — Académie d'Alger : Wünschendorff.

Section C. Physique.

Académie de Paris : Fabre. — Académie de Lyon : Kofman, Chevallier. — Académie de Strasbourg : Dognon.

5e division. — Pharmacie.

Section A. Histoire naturelle pharmaceutique.

Académie de Lyon : Manceau.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Assistance du médecin traitant à la visite des médecins du centre de réforme.

5645. — M. Gaston HULIN, député, rappelle à M. le Ministre des Pensions que les bénéficiaires de l'article 9 de la loi du 31 mars 1919 ont le droit d'être assistés pendant la visite des médecins du centre de réforme, de leur médecin traitant, et demande : 1° s'il est exact qu'il suffit, actuellement, que le médecin traitant soit présent à la seule visite du médecin du centre de réforme et que l'expert cantonal puisse aller visiter le malade quand il lui plaît en dehors du jour et de l'heure fixés par le centre de réforme ; 2° si le médecin expert cantonal a le droit d'exiger la production du carnet de soins, alors qu'il peut trouver sur la notification de pension tous les renseignements qui peuvent lui être utiles ; 3° si le médecin expert peut présenter des objections au malade à ce qu'il se fasse soigner par un de ses confrères ; 4° si le médecin chef du centre de réforme n'a pas le devoir, dans le cas visé ci-dessus, de rappeler le médecin expert au strict accomplissement de sa mission. (*Question du 12 novembre* 1925.)

Réponse. — L'enquête ouverte sur les faits signalés a démontré que, par suite d'une circons

tance fortuite, l'expert cantonal n'avait pu se rencontrer au domicile de l'ex-militaire X..., à L... (Vienne) avec le médecin chef du centre de réforme venu de T... Des ordres ont été donnés en vue d'un nouvel examen à pratiquer dans les conditions fixées à l'article 9 du décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 16 janvier 1926.)

Les médecins propharmaciens sont soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

5805. — M. Gaston Hulin, député, demande à M. le Ministre des Finances si un médecin qui exerce à la campagne et qui fournit à ses malades les médicaments usuels dans les communes éloignées d'un pharmacien est intéressé par les bases prévues par l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925 ou s'il n'est pas plutôt passible d'un impôt unique établi au titre de la cédule des bénéfices non commerciaux comme il l'était antérieurement à la loi précitée. (*Question du* 2 *décembre* 1925.)

Réponse. — Le médecin qui, dans les localités dépourvues de pharmacien, fournit aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir officine et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce. Par suite, les dispositions de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925 ne lui sont pas applicables et il doit être soumis, pour l'ensemble des profits qu'il retire de l'exercice de la profession, à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. (*J. O.*, 20 janvier 1926.)

Paiement des honoraires aux médecins experts chargés de l'examen des candidats aux emplois réservés.

7188. — M. Coyrard, sénateur, demande à M. le Ministre des Pensions de faire hâter le règlement des honoraires dus depuis longtemps aux médecins experts chargés de l'examen des candidats aux emplois réservés. (*Question du* 24 *décembre* 1925.)

Réponse. — Les crédits nécessaires à la rémunération des médecins civils ayant examiné des candidats aux emplois réservés antérieurement au 1er janvier 1924 seront demandés au Parlement à l'occasion d'un projet de loi collectif concernant spécialement des crédits sur exercices clos. (*J. O.*, 20 janvier 1926.)

CORRESPONDANCE

Où placer un faible d'esprit ?

Pourriez-vous m'indiquer l'adresse d'une maison de campagne, tenue par des religieuses de préférence, pour placer un jeune homme de 18 ans, un peu faible d'esprit, mais ni dangereux, ni sujet à crises, et pouvant travailler à la culture ?

Dr G.

3166. — Augmentation de la pension d'un tuberculeux de guerre.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si un tuberculeux pulmonaire réformé pour cette affection peut demander une modification de son taux de pension parce qu'il présente actuellement des signes de tuberculose rénale au début. A qui doit-on s'adresser ?

Dr A.

Réponse.

Certainement, l'intéressé doit adresser au Directeur du Service de Santé de sa région, ou bien au médecin-chef du Centre spécial de réforme dont il dépend, une demande de nouvelle visite pour aggravation, en y joignant un certificat médical qui décrira les lésions aggravées.

45. — Frais de justice criminelle.

Un maire par une réquisition écrite me demande de visiter une fille qui s'est noyée avec son enfant et de lui remettre un rapport sur la cause des décès.

A qui incombe le paiement des honoraires ? Le maire prétend que c'est aux parents de la suicidée qui sont solvables.

Dr V.

Réponse.

Le maire n'a pu vous réquisitionner qu'en sa qualité d'officier de police judiciaire et parce qu'il y avait présomption de crime ou de délit. Il y a bien d'ailleurs eu crime, puisque la mère a fait noyer son enfant avec elle.

Vous avez donc droit aux honoraires de médecine légale fixés par l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, c'est-à-dire 15 francs par cadavre examiné, y compris la rédaction du rapport. A cela, il convient d'ajouter vos frais de déplacement, si vous avez dû vous rendre à plus de deux kilomètres de votre résidence, à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Vous devez envoyer votre mémoire établi en double exemplaire (dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée dépasse 50 francs), au procureur de la République du ressort qui, après visa du procureur général et taxe du président, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

3049. — Accident du travail contesté. A qui demander le paiement des honoraires ?

Un ouvrier bûcheron, revenant en voiture de son travail, est victime d'un accident (voiture renversée) le 14 janvier dernier. La voiture était paraît-il payée par le patron — en l'espèce un marchand de bois et propriétaire de scierie— cependant l'ouvrier a été débouté de sa demande de demi-salaire par le tribunal de M. ; d'un autre côté, mes certificats ont été acceptés par le patron, mes notes d'honoraires (deux reprises) acceptées en silence par l'assurance et je n'entends parler de rien.

Dois-je me retourner vers l'accidenté ? Dois-je citer le patron ? Si vraiment il payait le transport, n'est-il pas responsable ?

J'oubliais de vous dire qu'il a été fait appel de la décision au tribunal de M. Faut-il attendre le nouveau jugement ? Dr B.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, si vous avez la faculté de réclamer directement au patron la part de vos honoraires représentée par le tarif Breton, il ne faut pas perdre de vue que ce n'est là pour vous qu'une faculté et non une obligation et que vous pouvez toujours vous faire payer par le blessé intégralement, en ignorant le patron ou son assurance.

Par conséquent, dans votre affaire, si le blessé est solvable, il serait préférable que vous vous fassiez payer par lui, quitte à lui remettre un reçu de vos honoraires qui lui permettrait éventuellement de se faire rembourser tout au moins partiellement par son patron, si ce dernier est reconnu responsable de l'accident.

Si vous ne voulez pas tout de suite vous faire payer par le blessé, et si, dans l'espoir que la loi sur les accidents du travail sera déclarée applicable en l'espèce, vous voulez tout d'abord tenter de vous faire payer par le patron, il faut que vous citiez immédiatement celui-ci devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, car la prescription des honoraires médicaux s'acquiert par un délai d'un an à compter de la guérison ou de la consolidation de la blessure, en cette matière.

Comme le patron ne pourra être tenu au paiement de vos honoraires que s'il est reconnu responsable de l'accident, il est fort probable qu'il soulèvera devant le juge de paix une exception de sursis, tendant à ce que l'affaire soit renvoyée jusqu'à ce que la décision du tribunal d'appel soit intervenue. Le juge ne pourra faire autrement que de faire droit à cette demande, mais, en assignant immédiatement, vous aurez interrompu la prescription.

Nous vous rappelons que toutes les instances introduites en vertu de la loi sur les accidents du travail sont exemptes des droits de timbre et d'enregistrement.

114. — Prescription des honoraires. Privilège en cas de liquidation judiciaire.

Membre du *Concours* et du « Sou », je viens vous demander la marche à suivre pour un recouvrement d'honoraires. Un client qui me doit 7 à 800 fr. pour soins à lui-même et surtout à sa famille, femme et enfants vient d'être mis en liquidation judiciaire. Tout d'abord, par combien de temps sont prescrits nos honoraires : un an ou deux ans. Ensuite à qui présenter la note : au débiteur ou au liquidateur ?

Si je la présente au liquidateur, comme il ne s'agit pas de dernière maladie, je serai sans doute payé au prorata au même titre que les autres créanciers. Et dans ce cas, pourrai-je encore avoir recours contre le débiteur pour le surplus ?

Qu'y a-t-il de mieux à faire ?

D[r] L.

Réponse.

La prescription des honoraires médicaux, en matière de droit commun, s'accomplit par deux ans, à compter de la cessation des soins. Mais cette prescription, à l'inverse de la prescription spéciale aux accidents du travail, n'est pas d'ordre public et n'est pas opposable par le client qui reconnaît avoir reçu les soins mais refuse de les paeyer.

Le privilège du médecin pour frais de dernière maladie ne s'applique qu'aux soins donnés au débiteur lui-même, mais non à ceux donnés à sa famille. Encore faut-il, en ce qui concerne le débiteur lui-même, qu'il s'agisse de la dernière maladie dont il a été atteint, quelle qu'en ait été la terminaison.

Le jugement déclarant un commerçant en état de liquidation judiciaire a pour effet, entre autres, d'arrêter les poursuites individuelles des créanciers. Par conséquent, vous ne pouvez plus assigner votre client et force vous est de produire votre créance entre les mains du liquidateur. Si vous ne pouvez bénéficier d'aucun privilège, vous devrez subir la loi du concours et vous serez payé au marc le franc, comme les autres créanciers.

Application du Tarif Breton

I

3230. — Injections anti-tétaniques nombreuses.

J'ai traité un tétanique par injections quotidiennes de sérum à haute dose (600 cc. au total, répartis en 22 injections). L'assurance refuse de payer chaque injection, alléguant qu'il s'agit toujours du même acte opératoire et propose le paiement de la première seulement, se référant à un avis du D[r] Decourt paru dans le *Concours médical*. Cette façon de voir me paraît inadmissible et injuste, les injec-

tions répétées à haute dose exigent des précautions particulières et prennent beaucoup de temps, elles doivent, à mon avis, être assimilées à celles d'arsénobenzol qui, d'après le tarif doivent être payées séparément.

Je serais heureux si vous vouliez me dire ce que je dois faire vis-à-vis de l'assurance.

Dr T.

Réponse.

Nous avons insisté, à la Commission qui élabora le tarif Breton, pour qu'on payât l'injection antitétanique faite à un blessé un prix spécial, alors que les *autres* injections sous-cutanées sont comprises dans le prix de la visite, ou consultation. La Commission l'a accepté, mais quant à payer au même prix 22 injections consécutives, je ne sais si on aurait chance de gagner en justice, attendu tout d'abord qu'il s'agit là d'une « *intervention à tarif spécial* ». Or, dans ce cas, d'après l'article 7, vous auriez dû « en donner avis préalable au patron ou à son assureur substitué », ou bien, en cas d'urgence « aussitôt après la première des interventions susvisées ».

Toutefois, si vous avez eu la précaution de vous mettre bien en règle à ce sujet, il serait intéressant de faire juger une bonne fois cette question. Mais n'assimilez pas ces injections sous-cutanées à celles d'arsénobenzol qui sont intraveineuses.

F. D.

II

3172. — Recherche infructueuse de corps étranger absent.

J'ai envoyé à une Cie d'assurances une note de 60 fr. se décomposant ainsi, pour accident du travail.

1° Consultation d'oto-rhino-laryngologie.. 15 fr.

2° Recherches de corps étrangers du pharynx et du larynx (sur demande du patron par une lettre que j'ai conservée et dans laquelle il me priait d'extraire un clou avalé, et que l'accidenté disait sentir dans sa gorge. 30 fr.

3° Certificat initial et final descriptif avec rapport : 5 + 10........................ 15 fr.

60 fr.

La Cie a répondu à l'agent local une lettre que ce dernier m'a remise, où elle prétendait que je n'avais droit qu'à 11,25 + 5 = 16,25, et l'autorisait cependant à m'offrir 30 fr. J'ai réclamé le versement intégral de ma note.

Dr B.

Réponse.

Il y a, dans cette note, une triple et peut-être une quadruple erreur.

1° Vous ne pouvez compter à la fois une « intervention à tarif spécial » (corps étranger à extraire) plus une consultation. Ce serait le *cumul* défendu par l'article 13. Il vous faut donc compter l'un ou l'autre, mais lequel ?

2° Vous ne pouvez compter autre chose qu'une *consultation ordinaire* pour votre recherche infructueuse d'un corps étranger absent, puisque vous n'avez pratiqué aucune extraction, — et pour cause —, l'extraction étant seule tarifée.

3° Donc, consultation simple d'oto-rhino : 15 francs, soit en deuxième catégorie (comme est le lieu de domicile de votre blessé), 11,25 et non 15 francs.

4° Qu'appelez-vous *certificat final descriptif*, s'il n'y a pas eu interruption de travail ni une suite de soins, alors que vous n'avez vu votre blessé qu'une seule fois, si je vous ai bien compris ? Ne croyez-vous pas qu'on pourrait vous chicaner sur ce quatrième point ?

Conclusion. — Acceptez les 30 francs de la Compagnie. F. D.

III

3287. — Suture du tendon d'Achille.

Je vous saurais gré de bien vouloir me dire à quelle intervention peut être assimilée une suture du tendon d'Achille ? Dr C.

Réponse.

Cette suture du tendon d'Achille me paraît être tarifée à l'article 17, alinéa 7, où l'on peut lire : « Suture....., ainsi que des tendons superficiels du poignet et *des tendons du cou-de-pied* : 150 francs. » F. D.

IV

3362. — Tarif des pansements de brûlures.

J'ai soigné au mois de juin dernier un employé de café qui s'est brûlé gravement la figure, le cou, les deux épaules et la région antérieure de la poitrine avec la vapeur d'un percolateur. Le blessé a guéri complètement, mais cela a été long et a nécessité des pansements fréquents à raison de 2 par jour, car ils étaient très rapidement traversés de sérosité et le malade était bien soulagé quand je les lui renouvelais.

Il y a en tout 32 pansements à 37 fr. 50 qui exigeaient chaque fois 3/4 d'heure à 1 heure, et la note totale s'élève à 1248, en ne comptant pas de majorations pour les pansements des dimanches.

La Cie d'assurances objecte que cette note n'est pas raisonnable et qu'en outre elle n'a pas été avisée qu'il y aurait besoin de plus de 5 interventions à tarif spécial.

Sans doute je n'ai pas prévenu la Cie d'assurances, mais le patron était au courant puisque tous les jours il prenait soin lui-même d'envoyer le jeune homme se faire panser et qu'il le voyait la tête enveloppée, le blessé couchant chez l'employeur et étant nourri par lui.

En outre, je lis dans le *Médecin Syndicaliste* du 1er novembre 1925, page 661, sous la rubrique Modifications au tarif Breton (C. tripartite. « Article 28) : Proposition : Mettre en renvoi à cet article 28 que le pansement des brûlures étant une intervention à

tarif spécial avis préalable doit être donné au patron ou à son assureur substitué de toute série à prévoir de plus de 5 pansements de brûlure, ainsi qu'il est prescrit à l'article 7. Ceci pour prévenir les confrères et éviter bien des litiges alors que des médecins traitants ont oublié de se conformer à cet article 7, si éloigné de l'article 28.

« Accepté par la Commission. » (1).

Ce qui semble bien indiquer qu'il y avait lieu de faire cette rectification, puisque la Commission tripartite le reconnaît. Que me conseillez-vous de faire ? Les soins ont été donnés d'une façon incontestable et si j'avais avisé la Cie d'assurances, elle n'aurait pu s'opposer à ce que les pansements soient faits. Donc simple formalité. Y a-t-il lieu de poursuivre ? Y a-t-il une Cie qui sert d'arbitre entre le corps médical et les Cies d'assurances. Dois-je écrire au « Sou Médical » dont je fais partie.

Dr B.

Réponse.

1° L'article 7 dit formellement : « . . . soit pour une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, le médecin doit donner avis préalable par lettre recommandée au patron ou à son assureur substitué ». Et cette obligation existe depuis 1920, date du tarif Breton. Si j'ai demandé à ce que, dans le nouveau tarif, on le répète à l'article « brûlures », c'est que ce qui vous arrive est trop fréquent, les confrères, à propos de l'article 28, oubliant l'article 7, placé si loin. C'est donc pour éviter cette faute à l'avenir que j'ai proposé et fait accepter par la Commission cette addition à l'article 28.

2° Dans votre cas, en équité, je ne vois pas établie, la *nécessité* d'une lettre recommandée à un patron qui nourrissait et couchait le blessé chez lui et le voyait donc chaque jour, ainsi que le médecin traitant. Ceci pourrait aisément se défendre en justice, ce me semble.

3° Ce qui me gêne, c'est que, d'après votre lettre, vous avez compté 32 pansements de « grande brûlure » à 37,50, alors qu'il est dit dans l'arrêté ministériel du 28-6-21, à l'article 28 : « Au fur et à mesure que la plaie diminue, il va de soi que la brûlure passe de la catégorie « grande brûlure » dans celle de « moyenne », puis de « petite » brûlure, suivant la surface à laquelle elle devient *comparable*, au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation ». 32 pansements à 37,50 donnent : 1.200 francs sur votre note de 1.248 francs. N'avez-vous pas quelque peu oublié de diminuer de catégorie, « au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation » ?

Conclusion. — Je tiendrais compte, à votre place, de la remarque ci-dessus et referais ma note en conséquence. Puis je ne lâcherais plus rien sur le reste.

F. D.

(1) Cet extrait du *Médecin syndicaliste* se trouve d'ailleurs également dans le « Concours Médical » du 13 décembre 1925, page 2860.

3243. — Dépenses professionnelles à déduire des recettes pour le calcul des bénéfices.

Un confrère déclare 30.000 fr. de revenu brut. Le contrôleur accepte ce chiffre. Le contrôleur d'autorité décrète que le confrère n'a que 9 mille francs de frais d'exercice de la profession et impose le confrère pour un revenu net de 21 mille francs avec effet de rétroactivité de 5 ans. Au total 2.000 fr. et plus d'impôts à verser avant le 15 janvier.

Le confrère prétend et s'offre à prouver que les frais d'exercice de sa profession s'élèvent à 14.000 fr. et qu'il ne lui reste que 16.000 de revenu net.

Il se pourvoit devant le conseil de préfecture pour faire réduire sa taxe.

1° Que pensez-vous de cette affaire ?

2° Quels sont les frais que peut faire entrer le confrère dans les frais d'exercice de la profession.

Dr R.

Réponse.

1° A notre avis le contrôleur ne peut rejeter les dépenses professionnelles que le contribuable peut prouver. Devant le Conseil de préfecture, le docteur X... aura connaissance des motifs pour lesquels le contrôleur n'a pas admis la déclaration, ces motifs devront être réfutés autant que possible par des justifications précises et notamment par des factures et quittances établissant le montant réel des dépenses ;

2° Les frais constituant des dépenses professionnelles sont les suivantes :

Pharmacie ;
Instruments ;
Loyer (des pièces affectées à l'exercice de la profession) ;
Contributions (impôt cédulaire, patente) ;
Assurances diverses, d'ordre professionnel ;
Téléphone ;
Timbres, fournitures de bureau, imprimés ;
Chauffage ;
Eclairage ;
Auto, huile, essence, pièces ;
Auto-taxe ;
Auto-réparations ;
Auto-garage ;
Abonnements, livres, journaux, cotisations ;
Salaires du personnel ;
Déplacements, voyages professionnels ;
Pourboires divers ;
Amortissement auto, 20 % du prix d'achat ;
Amortissement mobilier professionnel.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

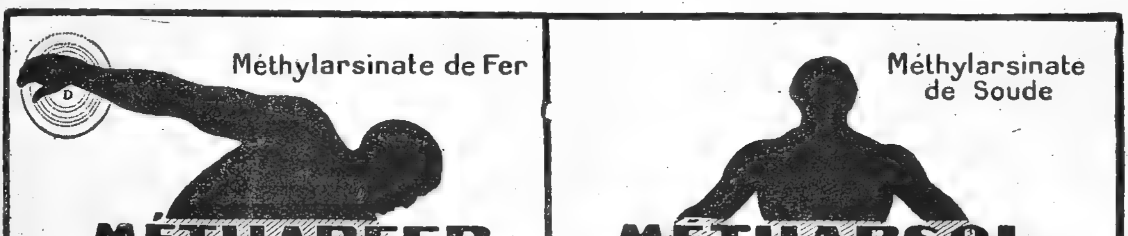
Quarante-huitième année — N° 6 — 7 Février 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 288-IV)



TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1[re] Zone **55 fr.** — 2[e] Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Collignon de Fresnay-s-Sarthe, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

***Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du* Concours Médical, *Paris* 167-95.**

***Toute demande de renseignements doit être accompagnée* d'un timbre pour la réponse.**

No 54. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 55. — A vend. au plus offrant : table d'opérat., forceps Tarnier dans gaine de peau.

No 56. — A vend. Torp. Citroen 5 CV. 3 pl. 8.000 km. conforts. Técalemit, tous access. excell. état. Dr Le Petit. Le Mans.

No 57. — Dr étr. ayant plus. titr. scient., connais. 6 lang. ch. occup. méd., cond. modérées. Réf. franc. Dr Neumann, Asile d'aliénés, Rodez.

No 58. — Œufs à couver, Caussade, 15 pour 12, 25 fr. franco port et emballage. Dr Denel à Fronton (Hte-Garonne).

No 59. — A vend. cause double emploi, salle à m. moderne, presq. neuve, style holland. chêne clair. Dr Barthe à St-Agnant (Ch.-Inf.).

No 60. A vend. deux amortis. Houdaille arrière, pour 6 CV Renault. Dr Jacquemaire à Denain (Nord).

No 61. — Centre. Seul méd. pro-pharm., rapp. 55.000, en progrès. A céd. pour 25.000, compt. à débattre.

No 62. — A vend. cabriolet 6 CV Renault 1924, parf. état, avec mont. et compt. O.S. Dr Duquet, 51, boulevard Malesherbes, Paris.

No 63. — Poste ville (proxim. Lyon) rapp. 40.000, mais. 7 p., élect. à céd. d'urgence 10.000 fr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (6e), Tél. Gob. 36-46.

No 64. — Docteurs dispos. capitaux import. recher. maisons de santé ou gr. cliniques. Faire offres au Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 65. — Boul. Capucines, à louer meublé 2 gr. pièces à usage salon d'attente et bureau, cab. toil., téléph.

No 66. — Près pl. République, bail à céder d'un gd. appartement convenant à méd.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Sou Médical.** — *Avis.* — Les membres du « Sou Médical » sont instamment priés d'envoyer la cotisation de l'année 1926, QUARANTE FRANCS, au Trésorier, Dr Gassot, à Chevilly (Loiret). Au 1er mars, les quittances seront envoyées en recouvrement postal avec une majoration de deux francs.

Compte de chèques-postaux : Sou Médical : *Paris* 182.31.

Fiançailles. — Nous apprenons avec grand plaisir les fiançailles de notre jeune et très distingué collaborateur, M. Jacques DECOURT, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Gabrielle COTTET, fille du sympathique médecin consultant d'Evian.

Rien de ce qui touche notre grand ami Fernand DECOURT, père du fiancé, ne saurait nous laisser indifférents. Et c'est de tout cœur que nous lui adressons, ainsi qu'aux jeunes fiancés et à leurs familles, nos bien cordiales félicitations, avec nos vœux de bonheur les plus sincères. G. D.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Noël GONIN, préparateur du Fumigator qui porte son nom. Nous saluons la mémoire d'un homme qui, à un moment donné, fut notre collaborateur et qui était resté un ami de la maison, et nous adressons à Madame Gonin, ainsi qu'à sa famille, nos respectueuses condoléances.

— **Société médicale du Littoral méditerranéen.** — La Société médicale du Littoral méditerranéen vient de renouveler son bureau. Le docteur MAURICE FAURE, si dévoué aux intérêts climatiques de la Côte d'Azur, a été nommé président.

— **Val-de-Grâce.** — *Cours d'actualités médico-chirurgicales.* — Le samedi 13 février, à 17 h., M. le professeur agrégé ZŒLLER : *La vaccination antidiphtérique.*

— **Légion d'honneur.** — Le docteur RAOUL BERNARD, secrétaire de la rédaction de *Bruxelles-médical* et médecin en chef du dispensaire de l'Etat à la Polyclinique du Parc Léopold, a reçu du gouvernement français la croix de Chevalier de la Légion d'honneur.

Le *Concours médical* est particulièrement heureux d'annoncer cette nouvelle à ses lecteurs qui ont pu apprécier dans le dernier numéro du journal la valeur des travaux scientifiques de notre très distingué confrère.

— **Clinique des Quinze-Vingts** (13, rue Moreau). — Du 7 février au 28 mars, tous les dimanches à 10 h., *leçons pratiques d'ophtalmologie* par M. J. Chaillous.

— **Hospices civils de Versailles.** — Un *concours d'internat* s'ouvrira le 26 février.

VARIÉTÉS

L'emploi de l'urine en thérapeutique et en hygiène.

Dans notre numéro du 12 juillet, page 1686, nous avons reproduit un passage de l'Apologie d'Apulée ayant trait à l'hygiène de la bouche en Afrique romaine au IIIe siècle. Nous avons reçu à ce sujet la très intéressante lettre de notre confrère, le Dr P. Noury, de Rouen, qui est certainement un des médecins les plus érudits de France.

Nous le remercions des renseignements qu'il nous donne et que nous sommes très heureux de faire connaître à nos lecteurs :

Mon cher confrère,

Dans la *Chronique médicale* (1er mai 1925, p. 153), j'ai rappelé les usages industriels de l'urine à Rome.

Jusqu'au XIXe siècle, l'urine fermentée a fourni toute l'ammoniaque industrielle et pharmaceutique.

Madame de Sévigné prenait de l'esprit d'urine pour ses vapeurs ; l'esprit de Mindererus a remplacé l'esprit d'urine.

L'usage de se nettoyer la bouche avec de l'urine *fermentée*, c'est-à-dire avec un liquide alcalin (ammoniacal) était, paraît-il, commun aux Ibères et aux Gaulois.

Non seulement Apulée et Catulle en ont parlé, mais Diodore de Sicile (lib. V, c. 33) et Strabon en font mention.

Ce dernier auteur est assez explicite : « Les Ibères, dit Strabon (liv. III, ch. III), ne s'occupent nullement des agréments de la vie, à moins qu'on ne pense que ce soit vivre agréablement que de *se laver et de se nettoyer les dents*, hommes et femmes, avec de l'*urine qu'on a laissé croupir dans des réservoirs*, usage qu'on attribue aux Cantabres (Biscaïens) et à leurs voisins. Cet usage, ainsi que celui de coucher à terre, sont communs aux Ibères et aux Gaulois... »

Veuillez agréer, mon cher confrère l'assurance de mes meilleurs sentiments.

P. Noury.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

HONORAIRES MÉDICAUX. — RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE INVOQUÉE. — TARIF SYNDICAL. — DOMMAGES-INTÉRETS ALLOUÉS AU MÉDECIN.

JUSTICE DE PAIX DE PALESTRO (Algérie).
18 *février* 1925.

Attendu que l'expert a fait une saine appréciation des faits de la cause ;

Qu'il ressort de son rapport que la note d'honoraires et de produits pharmaceutiques réclamée par le Dr X., n'est pas exagérée ; que non seulement le tarif appliqué par le demandeur est conforme au tarif communal, mais qu'il est bien inférieur au tarif moyen fixé par le syndicat des médecins ;

Attendu qu'il n'est pas du tout démontré que le demandeur a refusé de se rendre à l'appel de Mme Y. ; qu'en admettant que le fait soit exact, cette femme n'a subi aucun préjudice pour sa santé ;

Que d'ailleurs le ministère du médecin est parfaitement libre et n'est nullement obligatoire ; qu'il peut refuser de se rendre à l'appel d'un malade et ne doit compte de sa conduite sur ce point qu'à sa conscience. (Cass. 29 fructidor, an X 4 juin 1830 ;

Attendu que la demande en paiement de 211 fr. d'honoraires et fournitures, formulée par le demandeur, est justifiée ;

Que le retard apporté par le défendeur à régler cette note lui a causé un préjudice ;

Que la demande en 500 francs de dommages-intérêts formulée par lui est exagérée ; que le Tribunal possède les éléments suffisants d'appréciation pour la réduire à 25 francs ;

Attendu que la demande reconventionnelle en 600 francs de dommages-intérêts formulée par le défendeur n'est pas fondée ; qu'il y a lieu de la rejeter ;

Attendu qu'il convient d'ordonner l'exécution provisoire de notre jugement.

Par ces motifs,

Condamnons le défendeur à payer au demandeur la somme de 211 francs, soit 178 francs pour honoraires et 33 francs pour fournitures.

Le condamnons en outre à lui payer 25 francs de dommages-intérêts.

Le condamnons de plus aux intérêts de droit et en tous les dépens.

Déboutons le défendeur de sa demande reconventionnelle en 600 francs de dommages-intérêts.

Ordonnons l'exécution provisoire du présent jugement nonobstant opposition ou appel et sans caution...

Commentaires

Au cours d'une maladie, le médecin traitant accepte une consultation avec un de ses confrè-

es. Ce dernier est ensuite appelé, de nouveau, mais en cachette, auprès du malade.

L'ayant appris, le médecin traitant se refuse de revoir son client, d'autant que ce dernier n'est plus en danger et peut parfaitement avoir recours au second docteur.

Lorsque le médecin traitant envoie sa note d'honoraires, le client estime que cette facture est exagérée ; non seulement, il ne veut pas payer, mais encore il assigne son docteur, reconventionnellement, en 600 francs de dommages-intérêts pour avoir manqué à son devoir professionnel, en refusant de se rendre au chevet d'un malade.

A son tour, le médecin demande 500 francs de dommages intérêts, pour refus injustifié de paiement.

Le jugement du tribunal de paix est intéressant sur plusieurs points :

1° Il prend comme base le tarif moyen, fixé par le syndicat médical local.

Nous avons déjà publié, dans le *Concours médical* de 1925, p. 803, le compte que les tribunaux tiennent des tarifs d'honoraires arrêtés par les syndicats.

Une jurisprudence assez fournie décide que ces tarifs n'ont aucune force légale, et ne peuvent servir de base obligatoire d'appréciation pour les juges. Cependant, ces derniers s'inspirent des usages locaux, codifiés par les règlements syndicaux ; ils y puisent des éléments d'appréciation, qui leur permettent de juger autant que possible en équité.

2° Le juge de paix reconnaît au médecin le droit absolu de refuser de se rendre à l'appel d'un client. Néanmoins, dans certains cas, la responsabilité du praticien peut être mise en cause (voir *Concours médical*, 1920, p. 2147). Il ne faut pas, en effet, au nom de l'humanité, que le docteur abandonne brusquement un malade, en état grave, alors que ce dernier n'a pas le temps de recourir aux soins d'un autre docteur.

Il ne faut pas, également, que le médecin se refuse à visiter un client, alors que le praticien est lié par un contrat quelconque, l'obligeant à visiter des malades d'une certaine catégorie.

3° Le juge accorde au docteur des dommages-intérêts, minimes il est vrai ; mais le principe est reconnu, parce que le client n'a pas été de bonne foi, en estimant exagérée la note qu'on lui présentait, alors que cette note était manifestement inférieure au tarif du syndical local.

A l'attaque du client doit répondre la riposte du médecin ; mais ce dernier doit être juridiquement très bien conseillé, pour ne pas rater son adversaire, car les juges ont la tendance fâcheuse, pour nous, d'admettre que le client était de bonne foi, lorsqu'il se refusait à payer, intégralement, la note des honoraires médicaux.

Dr Paul BOUDIN.

GUIDE PRATIQUE DU CONTRIBUABLE

A un moment où les questions fiscales sont au premier rang des préoccupations, où chacun doit fournir au fisc les éléments servant de base à ses taxations et se défendre contre ses exigences, nous croyons devoir vous signaler l'aide précieuse et indispensable qui vous est offerte par le « Guide Pratique » édité par le *Contribuable français.*

Cet ouvrage est rédigé par un spécialiste ayant l'habitude de mettre toutes les questions d'impôts à la portée des personnes les moins versées dans la législation et la jurisprudence fiscales.

Il présente les avantages suivants :

1° Le classement des matières permet de trouver *instantanément la solution cherchée,* les formalités à remplir et les droits à payer ;

2° Un système de reliure spéciale permet de remplacer les textes modifiés par les nouveaux, fournis par nous, ce qui *assure la mise à jour constante* du « Manuel ».

De plus les souscripteurs peuvent faire vérifier gratuitement leurs avertissements et recevront le *Contribuable français* dans lequel ils trouveront les textes des lois, arrêts et jugements, des chroniques fiscales, etc.

Le « Guide Pratique » paraît en fascicules dans le *Contribuable français.*

L'abonnement avec tous ces avantages est de 30 fr. par an. Pour les abonnés au *Concours médical,* il est réduit à 24 fr., qui peuvent être versés au compte de chèques postaux, Paris, n° 287.20 au nom de l'auteur :

A. MARTINOT,
Directeur du *Contribuable français,*
Ancien directeur de la Préparation aux examens des Administrations dépendant du Ministère des Finances.
42, rue du Four.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *janvier.*

Service de Santé de la Marine.

Loi du 25 janvier 1925 donnant aux élèves de l'école du service de santé de la marine, versés dans le service de santé de la marine, une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, lors de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien de 3e classe de la marine.

Art. 1er. — Les articles 18 et 19 de la loi du 27 juillet 1907 sont abrogés et remplacés par les suivants :

Art. 18. — Lorsqu'ils ont satisfait aux examens de sortie de l'école principale du service de santé de la marine et lorsqu'ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien universitaire de 1re classe, les élèves de cette école sont nommés au grade de médecin ou de pharmacien-chimiste de 2e classe.

Cette nomination entraîne une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, comptant, pour les médecins, du 31 décembre de leur avant-dernière année d'études et pour les pharmaciens-chimistes, du 31 décembre de leur dernière année d'études.

Art. 19. — Ces médecins et pharmaciens-chimistes suivront les cours de l'école d'application de médecine navale à partir du 1er janvier de l'année qui suit leur dernière année d'études. Leur rang d'ancienneté sur l'annuaire est déterminé par le numéro de classement de sortie de l'école d'application.

Art. 2. — Les élèves de l'école principale du service de santé de la marine promus au grade de médecin de 2e classe en 1925, prendront rang dans ce grade, sans rappel de solde, à la date du 30 décembre 1924.

CORRESPONDANCE

52. — Accident de battage. Délivrance de certificat de consolidation.

1° Un de mes clients, petit propriétaire, prête son concours GRATUIT à un voisin pour le battage du blé. Il tombe de la machine à battre, se blesse, etc.

L'entrepreneur de battage est assuré, mais la compagnie (la x) refuse de reconnaître l'accident sous prétexte que le blessé ne touchait aucun salaire ce jour-là. Est-elle dans son droit ? Le blessé est tout disposé à me régler, mais il désirerait savoir s'il peut se retourner contre l'entrepreneur de battage, et ce dernier contre la compagnie ?

2° Un ouvrier se blesse au pouce dans une scierie : panaris soigné d'abord par une religieuse puis par moi, guérison après élimination de l'os de la phalange unguéale. Je délivre le certificat de *consolidation* de blessure le 16 novembre, en notant sur le certificat que le blessé présente une infirmité permanente partielle entraînant une incapacité de 8 % environ.

L'agent d'assurance (la z) voudrait exiger de moi un certificat constatant que le blessé aurait travaillé partiellement vers le 10 octobre et totalement le 25 octobre. Cela se peut — mais la blessure n'était pas consolidée — elle ne l'a été que le 16 novembre.

D'autre part, il me dénie le droit de noter sur mon certificat le degré d'incapacité partielle, car selon lui le blessé n'a pas à le savoir.

Enfin, il me demande de joindre ma note d'honoraires au nouveau certificat, mais en spécifiant bien qu'elle ne « me sera réglée que sous certaines réserves ».

Avant de lui répondre comme il convient, je tiendrais à avoir votre avis. Dr P.

Réponse.

Aux termes de la loi du 30 juin 1899, les accidents dont sont victimes, par le fait ou à l'occasion du travail, les personnes *quelles qu'elles soient* occupées à la conduite ou au service des moteurs ou machines agricoles mues par des moteurs inanimés, sont à la charge de l'exploitant de la machine.

Si la victime n'est pas salariée ou n'a pas un salaire fixe, l'indemnité due est calculée d'après le salaire moyen des ouvriers de la commune.

La loi du 15 décembre 1922 dispose que, à partir de son application, les dispositions de la loi du 30 juin 1899 ne s'appliquent plus aux accidents causés par des moteurs inanimés toutes les fois que ceux-ci sont utilisés pour les besoins de leur exploitation par les agriculteurs auxquels ils appartiennent et qui sont eux-mêmes assujettis à la loi de 1922. Mais la loi du 30 juin 1899 reste applicable lorsque l'exploitant de la machine n'est pas l'agriculteur lui-même pour lequel elle fonctionne.

Comme c'est là le cas, dans l'affaire qui fait l'objet de votre lettre, l'entrepreneur de battage est responsable de l'accident, si celui-ci est bien survenu dans les conditions prévues par la loi du 30 juin 1899, et le blessé pourra se faire indemniser par lui ou par son assurance, non seulement des frais médicaux et pharmaceutiques, mais encore de son demi-salaire, calculé sur le salaire moyen des ouvriers agricoles de la commune.

2° Vous pouvez vous refuser à délivrer un certificat constatant que le blessé a recommencé à travailler avant la consolidation complète de la blessure. Ce n'est pas là une constatation médicale et la preuve peut en être faite autrement.

Vous avez, d'autre part, parfaitement le droit de noter sur votre certificat le degré d'invalidité permanente dont vous estimez que le blessé est atteint. Il vaut mieux, d'ailleurs, remettre le certificat au blessé lui-même, qui en fera l'usage qu'il jugera bon. En agissant ainsi, on évite tout ennui et toute violation du secret professionnel.

Vous pouvez remettre votre note d'honoraires en même temps que le certificat de consolidation, mais, quant aux réserves que ferait l'agent d'assurances, sur son règlement, vous n'avez pas à en tenir compte.

(*Voir la suite page LV-343*)

PROPOS DU JOUR

Les honoraires médicaux et le Fisc.

Nous avons traité, à diverses reprises, dans nos colonnes, des conditions d'existence du médecin français, et nous avons abordé de nouveau la question à propos d'une enquête sur les professions libérales qu'a publiée la *Revue de France*.

Nous avons, à notre tour, fait une contre-enquête, interrogeant de nombreux correspondants ou amis dont nous étions certains de la sincérité. Notre conclusion est, qu'en tenant compte de la dépréciation de notre monnaie et en considérant son pouvoir d'achat, le médecin praticien français se trouve, à l'heure actuelle, dans une situation bien inférieure à celle d'avant-guerre, situation que nous ne trouvions cependant pas du tout brillante dans l'étude approfondie que nous fîmes de cette question, avec notre ami le Dr Chapon, en 1913.

Ce sont là des faits indiscutables. Qu'il y ait dans certaines régions des médecins qui, en se surmenant, arrivent à gagner de l'argent, nous n'en disconvenons pas ; mais ces médecins sont une petite minorité. La plupart des praticiens des villes et un grand nombre dans les campagnes sont dans la gêne et, s'ils arrivent à vivre, eux et leur famille, c'est parce que le rapport de leur profession est seulement un appoint dans leurs revenus, comme c'est le cas pour la grosse majorité des praticiens du Centre et du Midi de la France ; ou bien, c'est parce qu'ils compriment au maximum leurs dépenses et vivent moins bien que le dernier des artisans.

Notre ami Duchesne a établi, par le menu, le budget d'un médecin ; les uns l'ont trouvé trop faible, d'autres qui, hélas ! poussent l'économie à l'extrême, et pour cause, l'ont trouvé trop élevé. Bien que menant une vie très modeste, nous sommes de l'avis des premiers.

Certains nous ont reproché de donner des chiffres, prétendant que nos précisions, malgré les réserves que nous formulions et les commentaires dont nous les faisions suivre, pouvaient faire croire au fisc que le gain professionnel annuel moyen du praticien était de 50.000 francs, alors que, dans de nombreuses régions, l'on considère 30.000 francs d'honoraires comme un chiffre très enviable.

Nous ne pensons pas que notre enquête ait pu induire les contrôleurs des contributions directes en erreur. Ils savent se renseigner et sont peut-être beaucoup plus au courant que nous des gains de la profession médicale. Car, nous sommes fréquemment trompés, d'un côté par le médecin hâbleur, toujours très occupé et qui se plaît à affirmer qu'il voit un nombre double de malades que celui de ceux qu'il soigne réellement, et, d'un autre côté, par le médecin qui, pour frauder le fisc, fait une déclaration manifestement très inférieure à ses revenus. C'est ce dernier, à notre avis, qui porte le plus grave préjudice à notre profession.

M. Deyris, rapporteur du budget du Ministère des Finances, a affirmé à la tribune de la Chambre qu'à Paris, six médecins seulement avaient déclaré un revenu annuel de plus de 100.000 fr.

Nous espérons que M. Deyris a fait erreur. D'autre part, nous pensons que beaucoup de nos chirurgiens et grands spécialistes ont considéré, en toute bonne foi, qu'ils devaient déduire de leurs revenus professionnels leurs énormes frais généraux et frais de réception qui, indiscutablement, rentrent pour une bonne part dans le maintien de leurs clientèles.

Mais cette constatation de M. Deyris a été particulièrement fâcheuse, car elle a fourni le prétexte à M. Clément Vautel de tomber dans des exagérations qui feront tristement sourire les 3.000 médecins de Paris qui, très péniblement, gagnent à peine de quoi ne pas mourir de faim, alors que 4.000 docteurs environ exercent dans la capitale.

Voilà les commentaires dont M. Clément Vautel accompagne les affirmations de M. Deyris dans le *Journal* du 27 décembre 1925 :

Six médecins parisiens seraient seuls, dans leur corporation, à gagner cent malheureux mille francs par an !

Mais ils sont mille qui gagnent cela, cinq cents qui gagnent deux cent mille francs, cent qui en gagnent trois cent mille, cinquante qui gagnent cinq cent mille francs.

Et dix qui gagnent un million !

M. Deyris aurait bien dû nous parler aussi des avocats... Quelles conclusions déposent-ils, les avocats, aux pieds de leur percepteur ? Je serais curieux de voir ça.

M. Doumer n'a pas besoin d'inventer des taxes

nouvelles. L'impôt sur le revenu, appliqué avec justice et vigueur, suffira à tout. Mais il faudra adopter mon idée, qui est très simple et sera efficace : l'affichage des rôles, avec les noms de tous les artistes de la Comédie fiscale (1).

Après tout, quand il s'agit de l'impôt du sang, on nous oblige bien à nous mettre tout nus.

C'est, en permettant, par des déclarations manifestement insuffisantes, à un député de porter de pareilles constatations à la tribune de la Chambre, et à un journaliste de surenchérir, dans un quotidien à grand tirage, que quelques centaines de médecins, réputés ou favorisés du sort, portent un préjudice considérable au Corps médical tout entier, car le gros des députés comme le public ne fait pas toujours la distinction des diverses catégories qui, en fait, partagent les docteurs en médecine.

Il faut dire que les médecins favorisés peuvent répondre, qu'en somme, ils suivent l'exemple des agriculteurs, des industriels, des commerçants et de toutes les autres professions. Nous savons qu'en France, on ne considère pas comme déshonorant de frauder le fisc et qu'il n'y a que le petit médecin naïf qui fait une déclaration honnêtement exacte.

Bien, répondrons-nous ; mais pourquoi flétrir alors ceux qui abusent des soins aux pensionnés de guerre et détachent indûment des bulletins des carnets médicaux ? Trouve-t-on pour eux la moindre excuse quand on les traîne en correctionnelle ?

Ils n'ont fait, en somme, qu'exploiter l'Etat, tout comme celui qui sciemment fait une déclartation insuffisante.

J. Noir.

(1) Parfait ! nous serions alors enchantés de connaître par le détail quels sont les revenus de M. Clément Vautel, et à combien s'élèvent ses droits d auteur, notamment pour son chef-d'œuvre : « *Mon Curé chez les Riches* ».

Au sujet des diplômes de la Faculté française de Médecine de Beyrouth.

Nous avons reçu de notre ami, le Dr Ch. Darras, *la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir et un devoir de publier* :

Paris, le 17 janvier 1926,

Mon cher Noir,

Je lis toujours avec grand intérêt vos « Propos du jour » qui ont toutes les qualités, en particulier celle d'être d'une documentation parfaite. C'est vous dire que j'ai été surpris de trouver, dans celui de ce matin, une erreur et deux inexactitudes que je vous demande la permission de vous signaler amicalement :

1° Vous écrivez : « ..... *les chirurgiens dentistes Syriens, diplômés de Beyrouth, ont le droit d'exercer en France ; ils y viennent donc affublés du diplôme de doctorat ès art dentaire* ..... ». C'est une erreur : si les diplômes de docteur en médecine et de pharmacien sont des diplômes d'Etat, ceux de docteur en chirurgie dentaire et de sage-femme sont des diplômes *locaux* ne donnant le droit d'exercer *que dans les pays du Levant*. Vous avez été induit en erreur par ce qui a été dit au banquet de l'Union des Syndicats.

A Paris, personne n'avait vu ce diplôme, pas plus d'ailleurs qu'au ministère de l'Instruction publique, qui, non seulement ne le délivre pas, mais ne l'enregistre même pas et n'a pas à le connaître. J'ai pu me procurer un spécimen de ce diplôme que j'ai remis à M. le doyen de la Faculté et que je vous montrerai, et vous y lirez la mention imprimée (je cite de mémoire, donc peut-être pas tout à fait exactement) : « Nous, Haut-Commissaire de la République française en Syrie, autorisons M...... à exercer l'art dentaire dans les pays du Levant sous mandat français ».

Donc : 1° les chirurgiens dentistes de l'Ecole de Beyrouth n'ont pas le droit d'exercer en France ;

2° Ils n'y viennent pas, car on ne leur accorderait pas l'équivalence ; jamais le titulaire d'un semblable titre (ils sont une vingtaine en tout) n'aurait l'idée de le produire en France.

2° Vous dites : « *En* 1906, *le Gouvernement français permit l'accès des Facultés françaises aux étudiants en cours de scolarité à Beyrouth*... »

Il semble — à vous lire — que c'est là une autorisation encore en vigueur aujourd'hui. Il n'en est rien. La communication ministérielle du 20 mai 1906, à laquelle vous semblez faire allusion, non seulement ne permet pas l'accès des Facultés françaises aux étudiants en cours de scolarité à Beyrouth, mais elle le leur défend ! En voici le texte *in extenso* :

« Messieurs les étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Beyrouth sont prévenus qu'en vertu de décisions arrêtées entre le Ministère des Affaires étrangères et le Ministère de l'Instruction publique, les facilités d'admission et de scolarité accordées aux jeunes gens originaires du Levant pour faire leurs études, doivent valoir exclusivement pour la Faculté de Beyrouth.

Les élèves ayant bénéficié de ces facilités doivent donc accomplir et valider leur scolarité à Beyrouth même, et ne peuvent s'en prévaloir pour obtenir

l'autorisation de continuer, dans une Faculté située en France, les études commencées en Syrie. »

Pendant la guerre, la Faculté de Beyrouth fut contrainte de fermer ses portes en novembre 1914 pour ne rouvrir qu'au début de février 1919. Quelques-uns de ses étudiants se dirigèrent vers des Facultés suisses ou hellènes. Après des pourparlers qui occupèrent une partie de l'année 1915, les autres furent autorisés par le Ministre de l'Instruction publique, à la date du 27 septembre 1915, à aller continuer leurs études dans les Facultés françaises, aux mêmes conditions que les étudiants français. Cette autorisation *exceptionnelle* fut renouvelée les années suivantes. Quelques-uns d'entre eux terminèrent leurs études. Entre le 23 mai 1916 et le 3 juillet 1920, vingt-huit soutinrent leur thèse en France (7 à Paris, 13 à Bordeaux, 4 à Lyon et 4 à Montpellier). Bien entendu, cette autorisation n'existe plus aujourd'hui.

3° « . . . . . *puis* (ajoutez-vous) *par une tolérance que l'après-guerre et le mandat syrien transformèrent en une mesure générale, le diplôme de docteur en médecine de Beyrouth fut assimilé au diplôme d'Etat français* . . . . ».

Le diplôme de docteur en médecine de Beyrouth n'est pas *assimilé* au diplôme d'Etat français ; il est exactement le même que celui des Facultés de la métropole ; mais cela ne date ni de 1906, ni de l'après-guerre, ni du mandat syrien. Le fait remonte à 30 ans (29 novembre 1895).

Excusez ma trop longue lettre et n'y voyez surtout pas une critique malicieuse, j'en serais désolé, mais tout ce que vous écrivez a, pour nous tous, une importance très grande, en raison de votre compétence en tout ce qui touche les questions professionnelles.

Croyez, mon cher Noir, à mes sentiments cordialement dévoués.

Dr Ch. DARRAS.

Notre ami le Dr Ch. Darras, qui est certes l'homme le plus sérieusement documenté de France sur les diplômes et l'exercice légal et illégal de la médecine dans notre pays, loin de nous froisser, nous a fait le plus grand plaisir en nous adressant cette lettre. Nous avions cru notre documentation à l'abri de tout reproche, mais nous n'avions pas vu le diplôme et n'avions pas lu les textes. On ne saurait en pareille circonstance être trop exact, car, en ne l'étant pas, on fournit des armes à ses adversaires.

Aussi insérons-nous la très intéressante lettre du Dr Darras, bien que dans son esprit et par la conversation que nous avons eue depuis avec lui, elle n'ait pas été destinée à être publiée.

Le Dr Darras nous a apporté un exemplaire du diplôme de Beyrouth : il est bien tel qu'il l'indique dans sa lettre et les chirurgiens dentistes qui le possèdent ne sont pas autorisés à exercer en France. Mais, s'ils deviennent chirurgiens dentistes d'une Faculté française, ils peuvent se servir de ce diplôme et on ne peut les en empêcher.

Les erreurs que signale le Dr Darras ne modifient en rien nos conclusions, au contraire. La Faculté de Beyrouth est destinée à étendre dans le Levant l'influence française et non à importer en France les mœurs levantines et si, dans nos colonies, le besoin de médecins indigènes se fait sentir, le besoin de médecins jaunes ou noirs n'existe nullement en France. Nul n'est moins xénophobe que nous, nul ne fait plus d'efforts, dans la mesure de ses moyens, pour établir avec les médecins de tous les pays des relations cordiales et confraternelles ; nul n'a défendu avec plus de conviction les médecins étrangers, pourvus du diplôme français, puisque c'est sur notre proposition que le Syndicat des médecins de la Seine leur a ouvert ses portes. Mais, si nous voulons nous montrer généreux et confraternels, nous ne voulons pas être dupes et attirer dans notre pays des indésirables en leur offrant des avantages et des dispenses dont les médecins de nationalité et de race françaises n'ont jamais bénéficié.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE REFLEXE SOLAIRE

Par le docteur Gilbert ROBIN,
Chef de clinique psychiatrique, à la Faculté de médecine.

Un de nos bons correspondants nous ayant demandé d'expliquer, dans le journal, ce qu'est le « réflexe solaire » de CLAUDE, *nous ne pouvions mieux faire que de prier notre distingué collaborateur, le Dr* Gilbert ROBIN, *d'en faire l'exposé : nous l'en remercions bien vivement.* N.D.L.R.

On sait l'importance qu'a prise en pathologie l'étude de ce que Gaskell appelle, pour l'opposer au système nerveux central, le *système nerveux involontaire.* L'anatomo-physiologie de ce système est des plus complexes et on peut schématiquement la diviser en système sympathique vrai d'une part, système parasympathique d'autre part, auquel le nerf vague apporte la plus importante contribution. On a coutume, pour la compréhension des faits, de schématiser à l'excès et de décrire le système parasympathique ou vague et le système sympathique comme antagonistes l'un de l'autre, encore que les deux systèmes possèdent, à n'en pas douter, des fibres mixtes. Mais en pratique, il se produit en général une sorte de balancement entre les deux systèmes dont le déséquilibre sert à mesurer l'état de ce que l'on nomme le *tonus neuro-végétatif.* Malheureusement nos moyens d'investigation sont encore fort limités et ne répondent guère à la complexité des phénomènes.

En fait, le réflexe oculo-cardiaque renseigne plutôt sur le système parasympathique ou vagal.

Le réflexe solaire sert à explorer le système sympathique.

On connaît la fortune singulière du réflexe oculo-cardiaque dans tous les domaines de la pathologie. Décrit par Aschner en 1909, on n'en finirait pas de citer les auteurs qui en ont étudié les effets jusqu'aux travaux remarquables de Claude, Laignel-Lavastine, Guillaume, Tinel, Santenoise et tant d'autres.

Le réflexe solaire, ou, pour être plus précis, le réflexe du plexus solaire, reste inséparable des noms de A. Thomas, J.-Ch. Roux, et surtout H. Claude auquel nous sommes redevables des rares clartés que nous possédions sur cette étude délicate. Comment le recherche-t-on ?

Alors que l'exploration du réflexe oculo-cardiaque sert à mesurer les modifications des pulsations produites par la compression des globes oculaires, le réflexe solaire, d'une recherche plus douloureuse, exige une compression forte de la région épigastrique, notamment au contact de l'aorte abdominale. On peut mesurer au doigt le nombre des pulsations radiales, mais il est plus précis de l'enregistrer au moyen de l'oscillomètre de Pachon qui renseigne sur l'amplitude des oscillations, ou mieux encore, de prendre au cylindre enregistreur un graphique des pulsations (un dispositif simple permet d'obtenir ce résultat). Il est indispensable de pratiquer la recherche du R. S. à jeun, car l'influence du repas est manifeste, exagérant en général le réflexe.

Quels sont les résultats ?

Le réflexe oculo-cardiaque est dit a) *positif* quand on obtient une diminution des pulsations de 12 à 20. Dans certains cas, on note des extra-systoles et même la suppression du pouls radial; b) *nul* quand la compression n'amène aucune modification, et c) *inversé* quand les pulsations s'accélèrent.

Le réflexe solaire est dit *positif* quand on obtient la diminution des pulsations et même leur disparition. On le dira *nul* ou *inversé* dans les mêmes conditions que le R.O.C. Cependant le réflexe solaire fait défaut dans 90 % des cas (H. Claude) alors que le R.O.C. à l'état normal amène un ralentissement d'une dizaine de pulsations.

Mais — et c'est là le point capital — si R.O.C. et R. S. sont positifs, nuls ou inversés selon des modifications comparables du pouls, il ne s'ensuit nullement que ces modifications se produisent en même temps. Au contraire (et ces résultats confirment dans une certaine mesure la notion d'antagonisme entre le système sympathique et le système vagal) R.O.C. et R. S. évoluent le plus souvent en sens inverse. En d'autres termes, si le R.O.C. est inversé, montrant une accélération des pulsations, ce fait traduira une prépondérance du système sympathique qui se manifestera, au R. solaire, par des réactions fortement positives, c'est-à-dire par une disparition du pouls radial.

Du reste, nous possédons certains agents pharmaco-dynamiques qui exaltent ou diminuent suivant la substance employée ces « tendances »

parasympathiques dans un cas, sympathiques dans l'autre et qui viennent fournir la preuve expérimentale qu'il reste à tout prendre une part de vérité clinique dans les notions de *sympathicotonie* et de *vagotonie*. (Eppinger et Hess), un peu forcées par endroits.

Les épreuves biologiques et pharmacodynamiques, dont on ne saurait mieux se pénétrer qu'en consultant le Traité des maladies du système nerveux de H. Claude, tendent à établir que l'extrait hypophysaire a une action variable sur les deux systèmes, que la pilocarpine excite le système parasympathique, alors que l'atropine l'inhibe, et que l'excitant de choix du système sympathique est l'adrénaline.

Enfin, les receherches physiologiques de H. Claude, Garrelon et Santenoise ont confirmé nettement les données de la Clinique expérimentale On en trouvera le détail dans le *Journal de physiologie et de pathologie générale* (1924).

La notion d'une constitution vagotonique et d'une constitution sympathicotonique n'est pas, au point de vue clinique, à l'abri de tout reproche et jusqu'à ce jour c'est surtout le réflexe oculo-cardiaque qui a servi aux recherches. Il paraît plus conforme à la vérité scientifique de rechercher si, à un état pathologique donné, correspondent des variations du tonus neuro-végétatif à formule fixe. On a bien noté des syndromes sympathiques abdominaux, symptomatiques d'altérations inflammatoires, ou de compressions (péritonites, cancers, divers). Les entéro-névroses mettent à profit les recherches du plexus solaire, mais le syndrome sympathique qui a été le plus nettement dégagé jusqu'à présent paraît être le *syndrome cœliaque* (avec douleur en broche à l'estomac, des vomissements et la diarrhée), dont la forme chronique revêt les allures de crise dite gastrique observée dans le tabes. On consultera utilement au sujet de la pathologie du sympathique les ouvrages de Guillaume et le Traité de Laignel-Lavastine.

Les recherches les plus intéressantes sur le plexus solaire ont surtout intréressé l'épilepsie et les maladies mentales. Les noms du professeur Claude, de Santenoise et de Tinel resteront attachés à ces études qu'ils ont poussées déjà fort avant. Ils ont noté de la sympathicotonie chez les hyperémotifs, dans la manie coléreuse, la mélancolie affective séparée de la psychose maniaque-dépressive, dans la confusion mentale, chez les anxieux. Dans la dégénérescence mentale (bouffées délirantes, obsessions, perversions), Santenoise a insisté sur une sorte de dégénérescence du tonus neuro-végétatif marquée par de la vagotonie et de la sympathicotonie associées. Enfin le réflexe solaire s'est presque toujours montré nul dans la démence précoce vraie. Ces vues sont très utiles parce qu'elles permettent de réaliser d'une part, un grand progrès dans le diagnostic des états d'excitation, d'autre part, d'instituer une thérapeutique qui s'inspirera de l'action des médicaments sur le tonus neuro-végétatif, thérapeutique appuyée sur des données physiologiques. On lira sur le traitement des états émotifs un article de Santenoise et Codet, paru dans le *Progrès médical* et qui montre l'action favorable du cratægus sur le réflexe solaire, fortement positif dans ces cas.

En somme, le réflexe solaire, qui est avant tout un réflexe pathologique, traduit l'hyperexcitabilité du système sympathique thoraco-lombaire. Il est le procédé de choix pour explorer ce système de même que le réflexe oculo-cardiaque est ce qui nous renseigne le mieux sur le système parasympathique ou vagal. Du reste, la thèse de Jean Reboul-Lachaux et celle de J. de Massary sur les troubles sympathiques dans la maladie de Parkinson, apporteront des précisions à ceux que ce sujet intéresse. Bien que R. S. et R. O. C. puissent être ensemble, ou positifs ou nuls, en règle générale, à un R. O. C. + correspond un R. S. inversé ; à un R. O. C. inversé ou nul, correspond un R. S. + phénomènes reflétant l'antagonisme relatif de deux grands systèmes neurovégétatifs. Le réflexe solaire est un excellent moyen de contrôle des recherches opérant sur le réflexe oculo-cardiaque et vice-versa. Tout un champ d'études est ouvert. Jusqu'alors, c'est surtout la médecine mentale qui en a profité, mais la recherche précise du R. S. apportera des indications chaque jour plus importantes, sur la pathologie du sympathique en général.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture de la clavicule,

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Je tiens à profiter aujourd'hui de la présence dans notre service d'un malade atteint d'une fracture de la clavicule pour vous dire quelques mots de cette lésion que vous serez appelés à rencontrer fréquemment au cours de votre carrière médicale, car elle constitue bien une des plus fréquentes des solutions de continuité osseuses observées.

Il y a quelques jours, vous avez vu venir à notre consultation ce malade qui occupe actuellement le n° 11 de notre salle Saint-Pierre, et la façon seule dont il s'est présenté à nous, nous a presque révélé les raisons qui l'avaient poussé à venir nous trouver et nous demander nos soins.

Il s'agissait d'un homme de 33 ans, de taille moyenne, de forte constitution, robuste et bien musclé, qui nous est arrivé soutenant et immobilisant de sa main droite son coude gauche, inclinant la tête du même côté, attitude qui a dû tout de suite vous faire entrevoir l'existence d'une lésion siégeant soit au bras, soit à l'épaule. Interrogé, cet homme, qui exerce la profession de conducteur d'automobile, nous a raconté que la veille au soir, il avait fait une chute sur le moignon de l'épaule gauche, qu'il avait ressenti à ce moment un craquement, que, depuis lors, il ne pouvait plus se servir de son bras, et que le moindre mouvement passif essayé lui occasionnait de très vives douleurs.

En l'examinant, une fois qu'il eut quitté ses vêtements, vous avez pu vous rendre compte, que le bras gauche, en rotation interne, était très rapproché du thorax, effaçant presque complètement le creux axillaire, que le bord spinal de l'omoplate, plus écarté du tronc, était plus éloigné de la ligne médiane que du côté droit, et que l'épaule gauche fortement abaissée était projetée en dedans et en avant. A la partie supérieure du thorax, vers la portion moyenne de la clavicule, on remarquait au milieu d un léger gonflement diffus une déformation osseuse consistant en une angulation anormale remplaçant la courbe claviculaire, et la mensuration de la distance acromio-claviculaire nous a montré un raccourcissement de trois centimètres par rapport au côté opposé, révélant ainsi un chevauchement osseux probable.

En palpant doucement cette clavicule, j'ai pu constater, en plus d'une douleur assez vive, qui augmentait à mesure que mes doigts se rapprochaient de l'angulation observée, l'existence des deux fragments osseux dont il m'a été possible d'apprécier les formes et la disposition. Le fragment externe était assez sensiblement abaissé, alors que le fragment interne le chevauchait et faisait une saillie assez marquée (vous en comprendrez les raisons dans un instant) et ces deux fragments, qui, au moment où l'on les mobilisait l'un sur l'autre produisaient une fine crépitation, pouvaient assez facilement être remis en position normale lorsqu'on portait l'épaule en haut, en dehors et en arrière.

En présence des différents signes tant physiques que fonctionnels constatés, attitude du malade, déformation, mobilité osseuse anormale, crépitation, douleur, impotence fonctionnelle, etc..., le diagnostic ne pouvait être douteux : dans le cas présent, il s'imposait avec une telle évidence que l'on ne pouvait penser à une autre lésion qu'à une fracture de la clavicule siégeant au niveau du tiers moyen. Comme notre malade se trouve sans famille, et que, par suite, il se verrait dépourvu de tous soins, nous lui avons conseillé de se faire hospitaliser immédiatement, et dès son entrée dans nos salles, nous avons procédé à la réduction et à la contention de son foyer de fracture. Voilà déjà dix jours que notre blessé se trouve parmi nous, son état général est très bon, et tout laisse à supposer qu'aucun fâcheux accident ne viendra compliquer la bonne évolution de la réparation osseuse.

Les fractures de la clavicule, connues depuis la plus haute antiquité, puisque leur description fut faite par Hippocrate, se classent parmi les solutions de continuité osseuse que l'on rencontre le plus souvent, et d'après les auteurs, elles représentent de 15 à 18 pour cent de la totalité des fractures : la cause en est à la situation superficielle de cet os, à son ossification précoce, ainsi qu'à son rôle physiologique : il reçoit, en effet, tous les chocs portés sur le membre supérieur.

Ces fractures se voient à tout âge, mais avec des degrés de fréquence bien différents : on en a observé d'intra-utérines, et pendant l'accouchement, à la suite de manœuvres de version ou de traction des doigts en crochet dans les présentations par le siège, comme on en a constatés dans la vieillesse. Elles présentent cependant leur maximum, non au moment de l'âge adulte, mais dans l'enfance et dans l'adolescence, car beaucoup de traumatismes, qui, vers l'âge moyen de la vie détermineraient une luxation scapulo-

humérale, fracturent la clavicule de l'enfant. Comme pour toutes les lésions osseuses traumatiques, l'homme est plus souvent atteint que la femme (104 cas contre 24, d'après Polaillon) ; certaines professions, comme celle de jockey, semblent y exposer davantage.

Plusieurs mécanismes se partagent l'étiologie de ces fractures qui peuvent être causées par des violences directes, par des violences indirectes, ou encore par l'action musculaire.

Les fractures par cause directe s'observent dans la proportion de une pour quatre fractures indirectes, et résultent d'un choc violent, de la chute d'un corps pesant sur l'épaule, du recul d'un fusil ou encore d'un coup de feu. Dans certaines conditions, une pression violente, exercée sur la clavicule, peut, en l'absence de tout traumatisme, fracturer cet os, comme il advint à l'infirmier de Boyer, qui fit un faux pas a u moment où il transportait avec un de ses camarades une lourde caisse suspendue à un bâton, qu'ils supportaient chacun sur l'épaule ; dans ce faux pas, l'appui du bâton porta tout entier sur la clavicule qui fut fracturée.

Les fractures par cause indirecte sont de beaucoup les plus nombreuses : ce sont les seules que l'on observe chez l'enfant. Elles succèdent le plus souvent, comme chez notre malade, à une chute sur le moignon de l'épaule, plus rarement à une chute sur le coude écarté du tronc, ou sur la main le bras étant en extension et dans le prolongement de la clavicule. Dans tous ces cas, la fracture se produit, comme l'a bien montré Boyer, par exagération des courbures de l'os : la clavicule, pressée entre le sol et le sternum qui lui transmet le poids du corps, s'infléchit et se rompt en son point le plus faible, habituellement au niveau de la partie moyenne, plus rarement au tiers externe ou au tiers interne.

Les fractures par action musculaire, bien étudiées par Delens, ne sont pas très fréquentes, si l'on en excepte les cas où existait une altération pathologique préalable de l'os, et où la contraction musculaire, à peu près insignifiante, ne vient qu'au second plan. L'étiologie habituelle dans ces cas consiste dans un mouvement brusque et violent qui porte le bras, soit en haut et en dehors, soit en avant, en bas et en dedans. C'est ce qui se produit lorsqu'on donne un coup de poing qui manque son but, ou lorsqu'on soulève un lourd fardeau. Dans ces cas, ou bien la fracture est uniquement due à l'effort musculaire, à l'action opposée du sterno-cléïdo-mastoïdien d'un côté et du grand pectoral et du deltoïde de l'autre, ou bien, comme dans l'effort pour soulever un fardeau, à la contraction musculaire s'ajoute une flexion de la clavicule sur un point d'appui représenté par la première côte, où elle se brise.

Enfin il ne faut pas oublier qu'il existe des fractures spontanées qui sont consécutives à diverses lésions ; syphilomes circonscrits ou diffus, métastases néoplasiques, ostéomalacie, ostéomyélite ou tabès.

Au point de vue anatomo-pathologique, la clavicule peut se fracturer, au tiers externe ou extrémité acromiale, au tiers moyen, ou au tiers interne ou extrémité sternale : les fractures de la partie moyenne sont les plus fréquentes et représentent les deux tiers des cassures de l'os ; celles du tiers interne sont les plus rares.

Dans les fractures du tiers moyen, celles dont je m'occuperai surtout, puisque nous en avons eu un bel exemple sous les yeux, le trait de solution de continuité peut se voir depuis le ligament coronoïde jusqu'au point de croisement avec la première côte ; il siège habituellement à l'union du tiers externe et du tiers moyen, qui est le point de rencontre des deux courbures inverses de l'os.

Alors que chez l'enfant, on observe tous les degrés de lésion osseuse, fracture en bois vert, fracture sous périostée, fracture complète, chez l'adulte on ne rencontre presque toujours que la fracture complète, qui peut être unique, avec fragment intermédiaire, ou communitive.

Le trait de fracture transversal est assez rare, et ne se voit guère qu'à la suite des traumatismes directs : il est irrégulier, dentelé, et siège toujours au point d'application de la violence. Ordinairement, il est oblique, se dirigeant de haut en bas, de dehors en dedans, et d'avant en arrière : l'obliquité inverse est très rare. Il est bien évident que le degré d'obliquité peut varier dans des proportions considérables : parfois assez faible, il peut, dans certains cas, comme dans celui rapporté par Chassaignac, s'étendre sur presque toute la longueur de l'os.

Dans toutes les fractures obliques, les fragments osseux, comme vous avez pu vous en rendre compte d'ailleurs chez notre sujet, subissent un déplacement. Le fragment externe, obéissant à l'action du deltoïde et du grand pectoral, ainsi qu'au poids du membre, est attiré en bas, en avant et en dedans, alors que le fragment interne, subissant l'action du sterno-cléido-mastoïdien et la traction du membre opposé transmise par le ligament interclaviculaire, se porte en haut et en arrière ; il en résulte que les deux fragments forment l'un avec l'autre, un angle ouvert en avant et en bas. En même temps qu'ils se sont déplacés, les deux fragments, par suite de la violence initiale, de la contraction des muscles pectoraux et du scalène, et de l'action de la pesanteur, qui tend à rapprocher l'épaule du sternum, par suite de la suppression de l'arc-boutant, ont glissé l'un sur l'autre, tendant à se chevaucher sur une plus ou moins grande étendue. Dans les

✦✦✦

fractures ordinaires, le fragment sternal chevauche toujours le fragment acromial ; le déplacement inverse, qui se voit dans les fractures transversales ou dans les fractures obliques de dedans en dehors, est très rare.

Les fractures doubles, c'est-à-dire avec fragment intermédiaire, relèvent généralement d'une violence directe ; elles sont assez rares, et le fragment moyen, qui mesure ordinairement de 2 à 3 centimètres, conserve son orientation normale ou au contraire se désaxe, se plaçant alors perpendiculairement ou même verticalement.

Quant aux fractures comminutives, qui, d'après Tanton sont plus fréquentes qu'on ne le croit, elles succèdent parfois à des traumatismes d'intensité moyenne, directs ou indirects. Le nombre des esquilles est très variable : ordinairement au nombre de deux, elles sont très nombreuses dans les fractures par coup de feu. Elles sont presque toujours désorientées, perpendiculaires à l'axe de la clavicule et peuvent aller par leurs pointes entraîner des lésions des organes voisins.

Je serai assez bref sur les fractures des extrémités acromiale et sternale. Les premières, assez rares, succèdent généralement à des violences indirectes et présentent un trait oblique en bas et en dedans. Le déplacement peut manquer par suite de l'intégrité du périoste et de la gaine fibro-musculaire : mais tout en restant au contact les deux fragments sollicités, l'un par le trapèze, et l'autre par le poids du corps, peuvent présenter une déviation angulaire à sommet supérieur. Mais lorsqu'il existe, le déplacement des fragments peut s'effectuer dans deux sens, suivant la direction et suivant l'épaisseur. Quant aux fractures de l'etrémité sternale, les plus rares de toutes, qui surviennent à la suite d'une violence indirecte ou d'une contraction brusque et énergique du sterno-cléido-mastoïdien, elles présentent un trait transversal ou oblique en bas et en dedans. Le déplacement manque le plus souvent, les fragments étant maintenus en contact par le périoste et par les insertions tendineuses ; lorsqu'il existe, il varie suivant la situation du trait de fracture par rapport à l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien. Si le trait passe en dehors de l'insertion, le fragment externe fait saillie en avant et en bas, alors que le fragment interne est attiré en haut ; mais si le trait passe en dedans de l'insertion, fait assez rare, le déplacement inverse a lieu.

Enfin, pour ne rien oublier, je vous signalerai qu'il existe quelques cas de fractures bipolaires de la clavicule, ordinairement de cause indirecte, des fractures simultanées des deux clavicules, et des fractures conjuguées omo-claviculaires constituées par l'association d'une fracture de l'épine de l'omoplate ou de l'acromion et d'une fracture du tiers externe de la clavicule.

Je ne reviendrai pas bien longuement sur la symptomatologie de ces lésions, dont vous avez parfaitement pu vous rendre compte vous-mêmes au moment de l'interrogatoire et de l'examen de notre malade qui présentait un cas tout à fait typique des fractures du tiers moyen de la clavicule avec déplacement. Il nous a signalé les deux symptômes commémoratifs ordinaires de toute fracture, notion d'un traumatisme et sensation d'un craquement au moment de la chute, et vous avez relevé vous-mêmes l'attitude si particulière qu'il offrait lorsqu'il s'est présenté à vous, la tête penchée du côté blessé, le bras en rotation interne et rapproché du thorax, soutenu et immobilisé au niveau du coude par la main du côté opposé. En examinant notre sujet d'un peu plus près, nous avons noté la déformation claviculaire, ainsi que de la mobilité anormale et de la crépitation, l'effacement du creux axillaire, l'écartement du bord spinal de l'omoplate, et le raccourcissement de la distance sterno-acromiale, et si nous y joignons les deux symptômes fonctionnels, douleur et impotence, que l'on relève d'ailleurs dans toutes les lésions osseuses, nous aurons ainsi le tableau clinique des fractures de la clavicule.

Il est cependant un symptôme dont je ne vous ai pas parlé jusqu'ici, parce que notre malade ne le présentait pas au moment où il est venu nous trouver, et qu'il n'est apparu que plus tard, quelques jours après son hospitalisation. Je veux parler de cette ecchymose qui s'est révélée au 3e jour et qui s'est étendue sur toute la région claviculaire. Elle est toujours un peu tardive, puisqu'il faut le temps à l'épanchement sanguin de s'infiltrer jusqu'aux téguments, et n'a eu pour nous, étant donné l'ensemble symptomatique présenté, qu'une valeur tout à fait relative. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car il existe un certain nombre de cas de fractures de la clavicule où l'on ne constate pas de déplacement des fragments, et par suite pas de mobilité anormale, ni de crépitation ; tout se borne à un gonflement plus ou moins marqué, à de l'impotence fonctionnelle relative et à de la douleur localisée. Vous concevez aisément qu'en l'absence d'une épreuve radiographique, on pourrait hésiter et se demander s'il existe véritablement une fracture, si l'apparition de l'ecchymose ne venait certifier la réalité de la lésion osseuse.

Je n'ajouterai qu'un mot en ce qui concerne les fractures des extrémités sternale et acromiale, car elles présentent des symptômes sensiblement analogues à ceux que traduisent les cassures de la région moyenne. Leur diagnostic est pourtant beaucoup plus délicat : lorsqu'il y a du déplacement, il faut savoir les différencier des luxations des extrémités de la clavicule avec lesquelles on peut aisément les confondre, si l'on n'a pas le soin de mesurer bien exactement les interlignes

sterno-claviculaires et acromio-claviculaires. Quand tout déplacement fait défaut, et que l'on ne constate que de la douleur sur une région ecchymotique, seule une radiographie peut décider du diagnostic.

L'évolution des fractures de la clavicule est simple dans l'immense majorité des cas, car la consolidation par cal osseux se fait ordinairement en vingt-cinq jours : elle est également presque toujours favorable, bien qu'il persiste parfois un peu de gêne fonctionnelle dans la rétropulsion du bras, ce qui provient du raccourcissement de la distance acromio-claviculaire par suite de la persistance du chevauchement des extrémités osseuses.

Cette évolution normale peut cependant, dans certains cas, être entravée par l'apparition d'un certain nombre de complications qui viennent se manifester soit d'une façon précoce, soit d'une façon tardive, complications que je vais vous signaler successivement.

C'est ainsi que le foyer de fracture peut parfois communiquer avec l'extérieur : c'est là un accident assez rare en dehors des fractures par arme à feu, à cause de l'élasticité et de la mobilité de la peau de la région. La solution de continuité cutanée peut se produire au moment de la lésion osseuse et être faite de dehors en dedans par l'agent vulnérant, ou de dedans en dehors par l'extrémité d'un fragment ; dans d'autres cas, la communication avec l'extérieur n'est que secondaire, tenant au sphacèle des téguments sous l'influence de la compression exercée sur la peau par le fragment osseux déplacé.

Dans d'autres cas, le cul-de-sac pleural et le poumon peuvent être blessés par l'extrémité acérée du fragment externe dans les fractures à trait très oblique : ces mêmes lésions peuvent également s'observer dans des fractures directes, où le fragment externe est fortement refoulé en bas et en arrière. Cette complication, si fréquente dans les fractures de côtes, ne se voit qu'assez rarement dans les cassures de la clavicule ; elle se traduit par de l'emphysème sous-cutané, qui peut dans certains cas acquérir de très grandes proportions, par des hémoptysies, de la dyspnée, et de la cyanose.

Les fractures, qui s'accompagnent de blessures de la plèvre et du poumon, peuvent également se compliquer de lésions vasculaires ou nerveuses primitives, dues à la compression des vaisseaux ou du plexus brachial par le même fragment dont l'enfoncement a blessé le cul-de-sac pleural ; je m'empresse d'ailleurs d'ajouter que vaisseaux et nerfs peuvent être lésés isolément, indépendamment de toute attrition pleuro-pulmonaire.

Les lésions vasculaires ne sont pas non plus très fréquentes : elles portent ordinairement, soit sur l'artère, soit sur la veine sous-clavière, plus souvent sur la veine que sur l'artère en raison des rapports anatomiques immédiats de la première avec la clavicule, et parce que l'artère se trouve protégée par le muscle scalène antérieur. On a signalé quelques cas de déchirures simultanées de ces deux vaisseaux, ainsi que des lésions de l'artère sous-acromiale, et de la veine jugulaire interne.

Ces déchirures vasculaires se voient surtout dans les fractures de la portion moyenne de la clavicule et nécessitent pour se produire une violence considérable : la plaie est causée soit par le fragment externe refoulé en arrière dans les chocs directs, soit par l'extrémité acérée ou par une esquille dans les chutes sur le moignon de l'épaule. La déchirure de la veine sous-clavière, parfois minime, peut être très large ; la mort survient alors soit par embolie gazeuse, soit par inondation pleurale, lorsque le cul-de-sac pleural est ouvert. Aux plaies artérielles succède un anévrysme faux, diffus, primitif, ou un anévrysme artério-veineux si artère et veine ont été simultanément lésées.

Quant aux lésions nerveuses, elles s'observent surtout dans les fractures du tiers moyen, par action directe, dans lesquelles le fragment externe, enfoncé profondément en bas et en dedans, vient contusionner un ou plusieurs nerfs du plexus brachial. Elles se traduisent par des douleurs permanentes, s'exacerbent à chaque mouvement, par des troubles de la sensibilité et par des paralysies motrices d'intensité variable. Ces dernières, à disposition plexique, sont irrégulièrement distribuées, frappant les muscles de plusieurs territoires nerveux, plus graves dans la sphère du musculo-cutané, du radial et du médian que dans celle du cubital en raison des rapports anatomiques de la clavicule et de la branche externe du plexus. Les troubles nerveux dus à la contusion, ou parfois à la compression, disparaissent peu à peu si leur cause n'est que transitoire.

En plus de ces complications précoces, se produisant au moment même où la clavicule est brisée, il existe toute une série de complications tardives qui apparaissent au moment de la consolidation, pendant ou après l'évolution du cal.

On a signalé tout d'abord un certain nombre de cas de pseudarthroses, surtout fréquentes dans les cas de fractures bilatérales ; elles consistent ordinairement en pseudarthroses fibreuses, et n'apportent qu'une gêne insignifiante dans le fonctionnement du bras.

On a de même observé des anévrysmes secondaires vrais de l'artère sous-clavière, ainsi que des compressions de la veine par un cal vicieux siégeant presque toujours au niveau de la région moyenne de l'os.

Enfin, il existe encore des lésions nerveuses survenant de trois semaines à deux mois après la fracture. Ces lésions nerveuses secondaires, s'observent surtout, comme d'ailleurs les lésions primitives, à la suite des fractures du tiers moyen avec grand déplacement et enfoncement marqué du fragment externe, et des fractures comminutives. Dans la majorité des cas, il s'agit de compression ou de contusion des troncs nerveux, soit par du tissu fibreux, soit par un ostéophyte d'origine périostique, ou par un cal volumineux : l'inclusion d'un filet nerveux dans le tissu osseux est exceptionnelle.

Ordinairement, plusieurs branches du plexus sont simultanément intéressées et leur attrition se traduit, d'abord par des fourmillements et par des douleurs intéressant le bras et l'épaule, puis par des paralysies motrices, à disposition plexique ou réalisant un syndrome radiculaire supérieur, inférieur ou total. Il est rare que ces troubles s'amendent, par suite de la résorption du cal ; les phénomènes paralytiques s'aggravent toujours si la cause persiste, et peuvent se compliquer de névrite ascendante, si sa suppression est effectuée trop tardivement.

Dans les cas de fracture sans déplacement, l'immobilisation temporaire du membre dans une écharpe, le massage et la mobilisation précoce résument tout le traitement. Il n'en est pas tout à fait de même dans les fractures avec déplacement, où, si la réduction est toujours facile à obtenir, en portant le moignon de l'épaule en haut, en dehors et en arrière, il est extrêmement difficile de maintenir cette réduction.

Une foule d'appareils ont été inventés et préconisés tour à tour ; je ne vous les signalerai pas, car leur multiplicité ne peut que dénoter leur insuffisance. Ce qu'il convient que vous reteniez, c'est qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible en pratique, de contenir exactement les fragments d'un os, mobilisé par la respiration et subissant tous les déplacements que lui impriment les mouvements du bras sain, et que la persistance d'un léger chevauchement ne diminue en rien la valeur fonctionnelle du membre dans l'immense majorité des cas : son seul inconvénient réside dans la difformité esthétique.

Aussi, chez la plupart de vos fracturés, où vous rechercherez avant tout le résultat fonctionnel, devrez-vous accepter résolument cette terminaison : vous immobiliserez le bras et l'épaule au moyen d'une écharpe après avoir placé dans l'aisselle un coussin triangulaire. Vous commencerez le massage de bonne heure ; il fera tomber la contraction musculaire et permettra de diminuer le chevauchement.

Ce n'est que dans des cas particuliers, comme chez les jeunes femmes et chez les jeunes filles, que vous devrez chercher avant tout à vous opposer à la difformité. Il ne faudra pas recourir à une intervention sanglante, qui doit être réservée aux cas compliqués, mais user de procédés spéciaux, comme ceux de Couteaud ou de Soubeyran, qui produisent des résultats esthétiques et fonctionnels parfaits.

Quant à l'intervention sanglante, ses indications se réduisent aux fractures irréductibles d'emblée, à celles qui s'accompagnent de contusion ou de compression primitive du plexus brachial ou de lésions vasculaires, ainsi qu'aux pseudarthroses et aux cals vicieux.

MÉDECINE PRATIQUE

Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire dans la pratique médicale courante,

Par le Dr Maximilien Dupont
(de Bougival).

Le problème du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, pour fréquent qu'il se pose en clientèle, n'est cependant pas toujours des plus aisés à résoudre, et l'examen du malade laisse souvent au premier abord le médecin dans une grande perpléxité. Au début d'une congestion pulmonaire, par exemple, la nature de cette congestion est souvent impossible à reconnaître par les seuls moyens cliniques et pourtant, il y va de l'intérêt du malade de poser rapidement le diagnostic exact de la nature de l'affection : s'agit-il de congestion pulmonaire banale ? le pronostic est favorable, le traitement usuel efficace. S'il s'agit, par contre, de broncho-pneumonie tuberculeuse, le pronostic change et aussi le traitement, car dans ce cas, la question se pose de la mise en œuvre du traitement de la tuberculose, de l'établissement d'un pneumothorax artificiel, de la prophylaxie familiale.

En se basant uniquement sur la clinique, il faudrait parfois attendre l'évolution de la maladie afin d'être fixé sur sa nature ; c'est là une méthode que nous n'avons plus le droit de suivre dans l'intérêt même de nos malades. D'autres moyens plus rapides et plus scientifiques sont maintenant à notre disposition : il s'agit surtout de l'examen systématique des crachats et de la pratique usuelle de la radiologie.

En prenant au hasard 29 de nos observations de tuberculeux, nous avons été surpris du grand nombre de cas dans lequel, seul, l'examen des crachats nous a permis de faire un diagnostic précoce et aussi

du secours que nous a apporté l'examen radiologique pour établir ce diagnostic.

Nous avons cru utile de publier cette modeste statistique, car nous observons dans la clientèle habituelle de la banlieue parisienne, sans aucune spécialisation, et nous sommes, comme la majorité de nos confrères, placé pour être le premier à établir auprès de nos malades le diagnostic de leur affection pulmonaire et le traitement basé sur ce diagnostic.

Voici donc comment se répartissent nos 29 observations :

Le diagnostic du début a été basé sur :

L'examen clinique : 19 *fois, soit dans* 66 % *des cas.*

L'examen des crachats : 7 *fois, soit dans* 24 % *des cas.*

L'examen radiologique : 3 *fois, soit dans* 10 % *des cas.*

Dans ces observations, il faut remarquer que 5 fois les malades se sont présentés à nous dans un état où leur tuberculose était tellement avérée qu'ils n'offrent pas d'intérêt pour son diagnostic précoce ; aussi les laisserons-nous de côté. Par contre, dans les 24 autres cas, les malades ont été vus dans des conditions qui donnaient lieu à la discussion d'un diagnostic différentiel.

Sur ces 24 cas :

6 fois il s'agissait de tuberculose cicatricielle ou non évolutive.

18 fois il s'agissait de tuberculose au début d'une poussée évolutive.

Et voici deux tableaux comparatifs qui nous montrent lequel des trois examens nous a fait faire le diagnostic en premier lieu.

I. 6 *cas de tuberculose cicatricielle ou non évolutive* :

Diagnostic fait par les signes physiques : 3 fois.

Diagnostic fait par l'examen systématique des crachats : 2 fois.

Diagnostic fait par l'examen radiologique : 1 fois.

II. 18 *cas de tuberculose au début ou au cours de poussée évolutive* :

Diagnostic fait par les signes physiques : 11 *fois.*

Diagnostic fait par l'examen des crachats : 5 *fois.*

Diagnostic fait par la radio : 2 *fois.*

Prenons maintenant quelques exemples qui vont illustrer notre statistique.

A) CAS DE TUBERCULOSE CICATRICIELLE :

1° *Reconnue uniquement par l'examen aux rayons X* :

OBS. I. — *Mme Dié...*, 29 *ans.* — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Père mort de tuberculose laryngée. Elle même est atteinte de rétrécissement mitral pur et sujette à des crises de subasystolie. Aucun antécédent personnel de tuberculose pulmonaire. Aucun signe d'auscultation. La malade, inquiète de son mauvais état général et frappée de son hérédité chargée, nous demande un examen radiologique des poumons qui nous montre : le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit complètement bouché et le diaphragme correspondant festonné et moins mobile que le gauche. Il est évident qu'antérieurement, la malade a été atteinte de pleurite, probablement tuberculeuse et qui a passé inaperçue.

2° *Reconnue par l'examen systématique des crachats* :

OBS. II. — *M. Pic...*, 78 *ans.* — Appelé à soigner en janvier 1925, un jeune enfant d'un an, de méningite tuberculeuse, nous avons recherché dans l'entourage le sujet qui, semeur de bacilles, avait infecté cet enfant. L'examen clinique du père, de la mère et de la grand'mère avec qui vivait l'enfant avait été complètement négatif. Seul, le grand'père avait eu depuis l'âge adulte de nombreuses bronchites (presque tous les hivers) et plusieurs congestions pulmonaires, mais n'avait jamais été considéré comme tuberculeux. A l'époque où nous l'examinons, on constate de l'emphysème avec des râles de bronchite chronique disséminés dans l'étendue des deux poumons.

Nous pratiquons un examen de l'expectoration qui était toujours abondante et constatons qu'elle renfermait de nombreux bacilles de Koch.

Nous sommes convaincu qu'en éloignant ce semeur de bacilles, nous pourrons préserver son second petit-fils d'une atteinte tuberculeuse. Si nous avions été amené à le faire plus tôt, nous aurions certainement évité la mort du premier.

OBS. III. — *Mme Lau...*, 72 *ans*, a eu une congestion pulmonaire en 1914 et 1923, des coliques hépatiques en 1918. Cette malade est atteinte en 1925 de rhume banal avec toux légère et expectoration peu abondante, sans aucune anomalie respiratoire à l'auscultation : la température est entre 37°5 et 38°5 pendant dix jours environ puis retombe à la normale, la malade recouvrant son bon état de santé antérieur.

Cependant au cours de ce « rhume » nous pratiquons un examen des crachats qui montre la présence de quelques bacilles de Koch.

3° *Reconnue par l'examen physique.*

Nous n'y insisterons pas : les antécédents des sujets, les signes de percussion, les anomalies respiratoires à l'auscultation, nous firent poser le diagnostic qu'est venu ensuite confirmer l'examen de l'expectoration et la radioscopie.

B) CAS DE TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE A SON DÉBUT.

1° *Le diagnostic précoce est fait par l'examen radiologique* (deux cas).

OBS. IV. — *Mme Duc..* — On note dans les antécédents une pleurésie dans l'enfance, en 1922 deux petites hémoptysies sans évolution pulmonaire consécutive. En 1923 un accident pulmonaire aigu ayant duré six semaines. Quand nous l'exa-

◆◆◆◆

minons, le 1er janvier 1924, nous constatons des signes de congestion pulmonaire banale du poumon gauche, avec toux, expectoration, fièvre élevée, puis petit à petit apparaîtront des signes cavitaires de la région hilaire gauche avec gargouillements. L'examen des crachats montre l'absence de bacilles de Koch à 4 reprises différentes. Ces crachats épais, purulents, associés aux signes cavitaires évoquent l'idée d'une vomique fractionnée provenant d'une pleurésie purulente enkystée.

Cependant l'examen, radiologique pratiqué le 13 février 1924 montre au tiers supérieur du poumon gauche des taches et marbrures surtout denses dans la région juxta-hilaire avec aspect en mie de pain au-dessus et au-dessous de la clavicule.

Le 19 février 1924, on trouve quelques bacilles dans les crachats. Plusieurs examens faits ultérieurement ont été de nouveau négatifs.

Obs. V. — *M. Séd...*, 27 *ans.* — Sa mère est morte de « chaud et froid » en 1916 ; son père est bien portant ainsi que ses quatre sœurs. Lui-même n'a jamais eu d'autre maladie que le palu disme contracté en Syrie en 1916. De juillet au 15 octobre 1925, il tousse un peu mais sans y prêter grande attention, son état général est bon et la toux peu importante. A partir du 15 octobre il tousse davantage, se sent fatigué et fiévreux le soir, il présente un peu de dyspnée d'effort, un peu de manque d'appétit. Cependant son état général est relativement satisfaisant et l'on n'entend à l'auscultation que quelques craquements très discrets au sommet gauche avec une légère diminution de la sonorité ; ces signes sont cependant tellement peu intenses que nous demandons un examen rhino-laryngologique qui montre un état sensiblement normal des voies respiratoires supérieures.

Dans ces conditions nous pratiquons une radiographie qui montre une infiltration de la région juxtahilaire gauche. La nature tuberculeuse de cette lésion est confirmée par la présence de bacilles dans les crachats.

2° *Le diagnostic est établi par l'examen systématique des crachats* (5 cas).

Nous ne développerons pas ces cinq observations. Une seule suffira pour nous montrer l'intérêt que nous avons trouvé, tant au point de vue scientifique que pour le malade lui-même, à la recherche systématique du bacille de Koch au début d'un accident pulmonaire aigu qui n'était au point de vue clinique nullement caractéristique de tuberculose pulmonaire.

Obs. VI. — *M. Dam...*, 21 *ans.* — On ne trouve rien à relever dans les antécédents héréditaires. Lui-même n'a jamais été malade. On apprend seulement que quelques employés du bureau où il travaille ont été envoyés au sanatorium. Du 13 septembre 1923 au 6 octobre, ce jeune sujet se sentait fatigué et perdait l'appétit, mais il ne toussait pas et ne crachait nullement. Vers le 21 septembre seulement, il se mit à tousser un peu. Sa fatigue augmente du 6 au 10 octobre. A notre examen du 10 octobre, nous constatons une grosse congestion pulmonaire gauche avec température à 40°. L'examen des crachats, pratiqué le jour même, montre qu'il s'agit de broncho-pneumonie tuberculeuse. Les lésions étant unilatérales, il est envoyé le 11 octobre 1925 à l'hôpital Laënnec en vue de pratiquer un pneumothorax artificiel.

3° *Pour les onze cas qui restent, c'est l'examen clinique du malade qui impose de lui-même le diagnostic de tuberculose pulmonaire.* Nous ne nous y étendrons pas, ces cas sont trop communs. L'examen des crachats a été fait systématiquement dans tous les cas pour avoir confirmation de la nature tuberculeuse de l'affection pulmonaire. Quant à l'examen radiologique, il a été fréquemment pratiqué, mais dans le but seulement de rechercher l'étendue des lésions et la forme anatomo-clinique en cause.

* * *

Certains pourront se demander si cette recherche méthodique du bacille de Koch n'est pas une pratique dangereuse à pousser dans ses dernières limites et s'il n'est pas abusif de rejeter du cadre de la tuberculose toutes les affections pulmonaires où l'on ne trouve pas de bacilles dans les crachats. Qu'il nous suffise de leur dire que, dans une autre statistique que nous avons précédemment établie sur soixante-huit tuberculeux pleuro-pulmonaires, quatre fois le bacille de Koch n'a pu être rencontré : une fois, il s'agissait de tuberculose abortive, deux fois de pleurésie tuberculeuse et une fois de tuberculose cicatricielle.

Nous ne voulons pas, de ces vingt-neuf observations, en induire à une règle générale. Des statistiques plus nombreuses viendraient certainement modifier les pourcentages que nous avons donnés ; mais ce que nous avons voulu mettre en évidence, c'est l'utilité de ces méthodes que nous, médecins praticiens, nous n'avons plus le droit de méconnaître.

HYDROLOGIE

Physico-chimie et thérapeutique des eaux minérales sulfurées,

Par le Dr Raymond MOLINÉRY.

Le Congrès international de Bruxelles a jeté une vive lumière sur l'action des eaux minérales et, en particulier, sur l'action profondément modificatrice des eaux minérales sulfurées. En connaissons-nous le processus intime de pénétration ? S'il n'est pas encore permis de répondre par l'affirmative, ce qui sera l'œuvre de demain, nous devons et nous pouvons émettre des hypothèses que l'avenir confirmera ou infirmera.

C'est une toute récente conférence de M. René Audubert, docteur ès sciences et chargé de cours à la Sorbonne, qui nous a donné l'idée de résumer, pour les lecteurs du *Concours médical*, les plus récentes acquisitions de la physicochimie, en ce qui concerne l'action des eaux minérales sulfurées.

L'empirisme fut à la base de toute science. Mais il n'est pas défendu « de chercher à savoir pourquoi votre fille est muette ». La thérapeutique thermale est encore entourée, de la part d'un certain nombre de confrères (de plus en plus rares, à la vérité), d'un scepticisme par trop accusé pour que, chaque fois qu'il nous en est fourni l'occasion, nous n'essayions pas de de les amener à nous. Les « aquatiques » ont appris à nouveau le chemin des laboratoires.

La chimie, surtout depuis Lavoisier, a analysé les corps simples et aussi les plus complexes. Mais pour ce faire, elle détruit les corps. Aussi n'est-ce pas sans raison que l'on a pu le dire : le savant n'avait plus devant lui qu'un cadavre d'eau minérale, quand il la soumettait aux réactions de ses éprouvettes. Cependant, l'élément dominant trouvé devait avoir une *action élective* sur l'économie. Mais cet élément, en quantité infinitésimale, pouvait-il expliquer tous les résultats ? Dans une même station thermale sulfurée, la clinique apprend que certaines des sources produisent des effets sédatifs ; un autre groupe de sources provoque de l'excitation... Pourquoi ?

Electricité, radio-activité, état colloïdal de la matière ?

M. René Audubert essayant de préciser le mécanisme de pénétration des éléments contenus dans les eaux sulfurées se demande si les phénomènes d'imbibition, d'osmose, nous donnent toute satisfaction. Le conférencier nous démontre leur insuffisance.

Prenons de l'eau salée : le chlorure de sodium va se retrouver dans cette eau sous forme d'*atomes de sodium*, chargés d'électricité positive et sous forme d'*atomes de chlore*, chargés d'électricité négative. Qu'un courant électrique vienne à traverser cette solution et aussitôt, cations et anions de se porter vers les électrodes de nom contraire. Toute substance capable d'être ainsi dissociée est un électrolyte. Or, il faut le savoir, ces ions peuvent porter des charges électriques égales à une ou plusieurs charges électriques élémentaires.

Ils sont dits monovalents...plurivalents. *Mais plus la dilution augmente, plus grande est la dissociation en ions.*

Les concentrations thermales sont, à la vérité, le plus souvent, très faibles : leurs sels y sont donc, très vraisemblablement, dissociés en ions : les uns positifs, les autres négatifs. Et c'est la diversité de concentration en ions qui catégorise, en particulier, la diversité des sources de Luchon.

L'étude ionique des eaux sulfurées permet à M. Audubert de conclure que les solutions polysulfurées thermales sont *à réaction alcaline très forte*, et qu'en second lieu, elles contiennent de nombreux agrégats de soufre dont les ions sont à valence électrique fort élevée.

L'auteur rejette rapidement la théorie qui s'appuyait sur l'imbibition : celle-ci, étant la conséquence de la capillarité, ne peut convenir pour une paroi dont les deux faces sont également mouillées.

L'osmose ? Vous rappelez-vous l'expérience classique ? Une solution saline est enfermée dans un vase dont l'extrémité inférieure est obturée par une membrane de parchemin. Cet ensemble est plongé dans un cristallisoir contenant seulement de l'eau distillée.

Voici que le niveau de l'eau s'élève sensiblement dans le premier tube : un courant s'étant établi de la solution la moins concentrée vers la solution la plus concentrée. Or, cette loi qui paraissait donner la clef de tous les phénomènes d'échange de cellule à cellule se trouve souvent controuvée par ce que les physiciens appellent « l'*osmose aberrante* ». Celle-ci inverse le courant d'une solution vers l'autre !

Comme toute membrane animale ou végétale peut être assimilée à un assemblage de tubes finement capillaires, imaginons un tube capillaire de verre mettant en communication une solution d'acide chlorhydrique, c'est-à-dire une solution renfermant et des ions H (à l'électricité positive) et des ions Cl (à électricité négative). Tandis que les premiers se fixent à la paroi, les seconds restent mobiles avec la veine liquide qui chemine le long du tube. Plongeons dans cette solution deux électrodes de nom contraire, réunis à une source d'énergie électrique : les ions vont gagner l'électrode opposée à leur charge et le liquide suit les mouvements de ces ions ainsi chargés. Mais *si nous inversons la polarité*, nous inversons le sens du courant du liquide dans le tube capillaire. Or, voici tout l'intérêt de la question : « il est des piles qui n'ont nul besoin d'un électromoteur, pour obtenir les phénomènes que nous venons de schématiser ».

Ces piles dites « *Piles à concentration* » vont nous permettre d'expliquer ce qui doit se passer *in vivo*.

Et M. Audubert de nous présenter l'expérience suivante : réunissez, par un siphon, deux vases contenant des solutions diversement concentrées. Dans ces solutions, plongez une lame de platine : interposez un appareil de mesure ; le mouvement de l'aiguille permet d'enregistrer un courant né uniquement de l'inégalité de concentration. Ce siphon, schématise les mille septums imbriqués de cellule à cellule dont les concentrations varient à l'infini. Nous possédons donc un champ électrique immense existant sans électro-moteur.

Faisons l'application de cette expérience aux E. M. sulfurées : la concentration en ions « OH » étant plus petite du côté de la cellule, le courant va s'établir, en vertu de ce qui a été dit plus haut, de l'extérieur vers l'intérieur, et les éléments « soufre » vont ainsi pénétrer dans l'intimité de la cellule. D'où, les réactions biologiques et thérapeutiques.

Ce phénomène est-il seul à intervenir ?

M. Audubert ne le croit pas. Les éléments actifs se trouvent dans les eaux minérales (de façon générale), à trop faibles doses pour permettre d'expliquer leurs effets uniquement avec l'hypothèse ci-dessus.

Il faut recourir au phénomène qui porte le nom de « phénomène de Donnan ».

De deux électrolytes, les ions de l'un peuvent facilement traverser une membrane, tandis que les ions de l'autre n'ont pas ce même pouvoir. D'où, inégalité de concentrations en ions de part et d'autre du septum. Mais d'autre part, la chimie physique, nous enseigne que les ions s'en vont par deux : cette union leur permettant à traverser des membranes qui leur seraient interdites à l'état d'individus séparés. (Même, chez les infiniments petits, l'union fait la force). Or la présence d'un colloïde peut produire des inégalités considérables dans la concentration de ces ions et porter à 95 % la proportion d'ions qui pénètrent à travers le septum. Il existe des colloïdes tant du côté « eaux minérales » que du côté « cellule » Mais la concentration d'éléments colloïdaux étant *plus marquée* du côté « cellule » que du côté « eaux minérales », *celles-ci doivent voir se raréfier leurs éléments ioniques au profit de la cellule.*

Notons au passage que les ions polyvalents sont ceux qui ont le plus de tendance à pénétrer dans la cellule et que, précisément, les eaux polysulfurées sont celles dont la valence des ions est la plus élevée. Donc, dans l'hypothèse si brillamment soutenue par A. Audubert, le soufre des eaux minérales polysulfurées auraient une grande tendance à pénétrer dans l'organisme et à s'y fixer. Ceci pourrait expliquer la raison qui fait que nous constatons combien sont excitantes les eaux polysulfurées. Sachant enfin combien l'ion « soufre » possède d'affinité élevée pour l'ion « hydrogène », on ne doit pas être surpris que le soufre pénètre dans l'organisme sous forme d'hydrogène sulfuré.

M. René Audubert effleure ensuite la question du *philothion* de Rey-Palhade à laquelle le Dr Ferras, le père, croyait fermement d'autant plus que ce corps expliquait si bien les choses : le conférencier pense qu'il ne peut s'agir d'autre corps que d'une matière albuminoïde, en milieu vivant, ayant fixé l'hydrogène d'après un mécanisme électrostatique bien connu aujourd'hui, hydrogène qui serait capable de transformer le soufre, lui-même, en hydrogène sulfuré.

Sans doute ! il ne nous est présenté ici que des hypothèses. Mais pourquoi les laboratoires stationnaux, sous la direction de l'Institut d'hydrologie de Paris, sous le contrôle des Instituts d'hydrologie de province, ne vérifieraient-ils pas ce qu'il peut y avoir de vrai dans ce qui nous est soumis ? La science de l'hydrologie aurait fait un grand pas et notre thérapeutique hydro-minérale y gagnerait en précision pour le plus grand bien de nos malades.

LA NOMOGRAPHIE EN PRATIQUE MÉDICALE

Les lois mathématiques que l'on rencontre dans l'étude de certaines grandeurs physiologiques peuvent être représentées par des tables graphiques qui remplacent avantageusement les tableaux numériques et permettent d'obtenir par une simple lecture les résultats de calculs quelquefois complexes.

Indépendamment de constructions telles que celle que nous donnions ici (numéro du 4 décembre 25) de la constante d'Ambard, plusieurs auteurs ont introduit les méthodes de nomographie : citons les abaques cartésiens de Du Bois, de Faillie, le nomogramme de Janet employés dans la recherche de la surface du corps humain et le nomogramme de Mazérès concernant la constante d'Ambard (1).

Sans vouloir entrer dans le détail, nous indiquerons ce qu'est la nomographie, en l'appliquant à quelques exemples.

***

Le type des échelles employées dans les dessins est l'échelle métrique bien connue qui représente

(1) Du Bois. — In *Arch. of int. med.*, mai et juin 1916. — Janet. In *J. de physiol. et de pathol., gén.*, 1922. Faillie. In *J. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet 1924. Mazérès. In *Paris médical*, 1920.

en vraie grandeur une variable z ou cette variable multipliée par un nombre connu appelé module, que nous représenterons par m.

L'échelle logarithmique, moins connue, que l'on rencontre sur la règle à calcul, représente log. z ou m log. z ; extrêmement importante, nous reproduisons ici l'échelle logarithmique donnant les logs. des nombres de 1 à 10, m étant égal à 125 mm (ainsi, par exemple, log. 3 c'est-à-dire le nombre x tel que $10^x = 3$, étant 0,477, log 3 est représenté par une longueur 0,477 × 125 mm = 0,596 mm).

est 1250 mm. par exemple, on tracera successivement CB, BO et AF qui coupe l'axe Op au point **0,8** qui est la puissance cherchée (module employé : 1 /20).

2e exemple :

Nous signalons (1) que le rapport du poids en grammes au cube du périmètre thoracique en centimètres est voisin de 0,1 chez l'adulte normal. La méthode de représentation cartésienne peut être employée à cette relation $P / C^3 = 0{,}1$.

Si l'on porte sur deux axes rectangulaires les

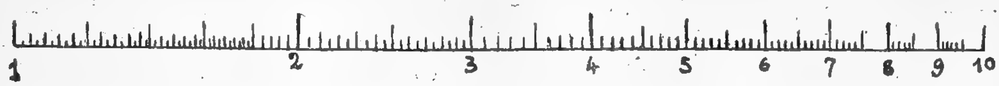


Fig. 1.

On dispose de tables numériques donnant les réciproques 1 /z, les carrés z^2, les racines carrés $\sqrt{z}$ les cubes z^3, les racines cubiques $\sqrt[3]{z}$, etc., des nombres z, ce qui permet de représenter rapidement ces grandeurs.

* * *

Cas de deux variables indépendantes.

1er exemple

La puissance d'une lentille est par définition p = 1 /f si p est exprimé en dioptries et f en mètres. ces variables sont liées par une relation très courante de la forme $z_1 \times z_2$ = constante (ici p × f = 1). Parmi les nombreux procédés de représentation que l'on peut employer nous en signalerons deux :

1) Posons : x = m × p, on aura f = m /x.

La première égalité définit une échelle métrique de module m, de construction immédiate ; la seconde une échelle de même module.

Si l'on assujettit p à varier de 0 à 20 dioptries, f variera de l' ∞ à 0 05 mètre ou 50 millimètres et on pourra choisir m pour que les échelles aient même longueur : 1 décimètre par exemple.

échelles $x = m_1 \times P$, $y = m_2 \times C$, on doit avoir

$$x = 0{,}1 \times \frac{m_1}{m_2^{\,3}} \times y^3.$$

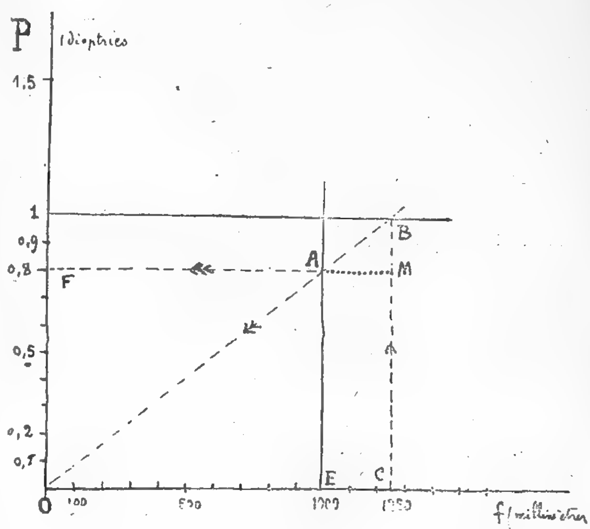


Fig. 3.

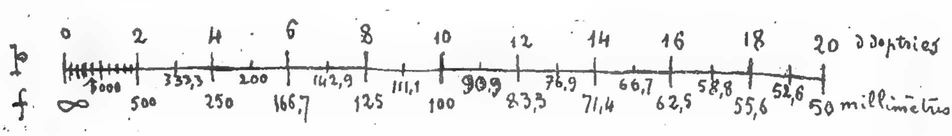


Fig. 2.

2) Traçons deux parallèles à deux axes rectangulaires, délimitant un carré de côté 1, une droite radiante OAB coupe les parallèles aux axes en A et B ; des parallèles aux axes menées par A et B se coupent en un point M qui possède une propriété remarquable : quand A décrit la droite AE, M se déplace sur l'hyperbole xy = 1, car on a :

$$\frac{BC}{OC} = \frac{MB}{MA} = \frac{MC}{EO} \text{ d'où } MC \times OC = MC \times ME = 1$$

puisque BC = OE = 1.

Le procédé devient immédiat. Si la distance focale

équation d'une cubique parabolique facile à construire. P variant de 40 à 80 kgr., C varie de 73,7 à 92,8 environ (le dessin est tel que m_1 = 1 /500 mm. et m_2 = 1 /2 mm).

Pour P = 62,5, on trouve C = 85,2 cm. et inversement.

* * *

(1) Lambolez. — Les procédés physiques d'exploration de la fonction pulmonaire (Mémoire d'agrégation). Biologie médicale. 1926.

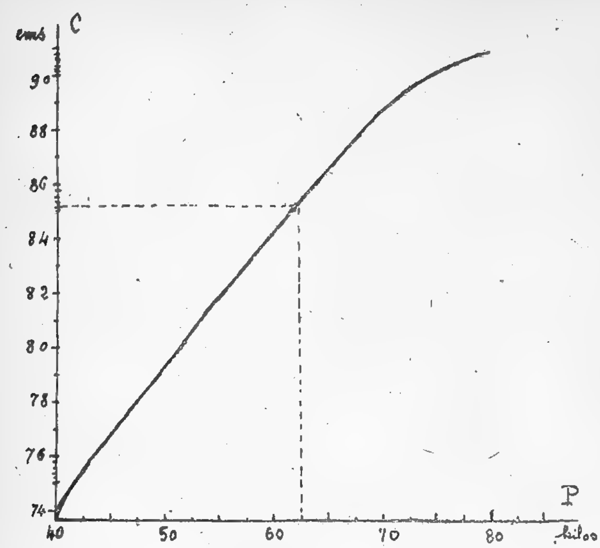


FIG. 4.

Cas de trois variables indépendantes.

1er exemple :

Le travail en ergs d'une force s'obtient en multipliant la valeur de la force en dynes par le déplacement de son point d'application en cms. L'expression étudiée $t = f \times d$ est représentée par un abaque de multiplication qui rappelle l'abaque des frères Du Bois pour le calcul de la surface du corps humain

On pose $x = m \times f$, $y = m \times d$, ce qui donne $m^2 \times d \times f = xy$ et $xy = m^2 \times t$, donnant à t des valeurs successives 5, 6, .., 10, 20, 30... le problème revient à construire une série d'hyperboles équilatères $xy = Cte$

Le dessin exécuté avec un module $m = 5{,}5$ mm donne l'une des quantités t, f, d, connaissant deux d'entre elles.

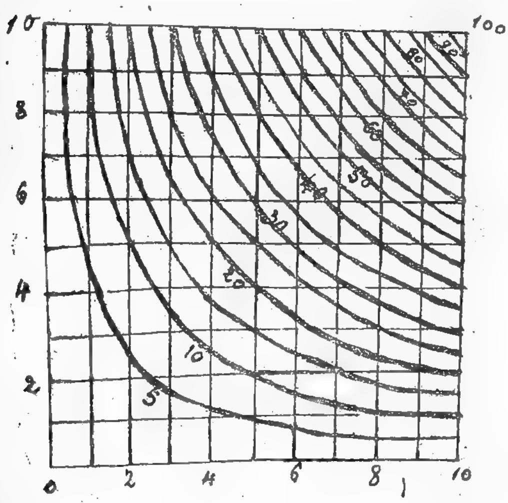


FIG. 5.

Comme dans la plupart des cas, la lecture suppose une interpolation à vue, le degré de précision du résultat dépend de la plus ou moins grande habitude du lecteur.

2e exemple :

Entre la distance focale f d'une lentille ou d'un miroir et les distances d et d' de deux points conjugués, on sait que l'on a la relation :

$$1/d + 1/d' = 1/f.$$

On pose : $x = m/d$, $y = m/d'$ d'où $x + y = m/f$, équation qui, pour une valeur de f définit en coordonnées rectangulaires une droite également inclinée sur les axes.

On obtient ainsi un abaque à parallèles, d'emploi très simple

Dans notre figure m = 3 cms, pour d = 2, d' = 6/7 on obtient de suite f = 3/5.

3e exemple :

La surface du corps humain est :

$S = 71{,}84\ P^{0.425}\ H^{0.725}$.

Nousa nous ppuierons sur la propriété suivante :

La projection OC d'un segment OM sur la bissectrice d'un angle de 120° est égale à la somme de

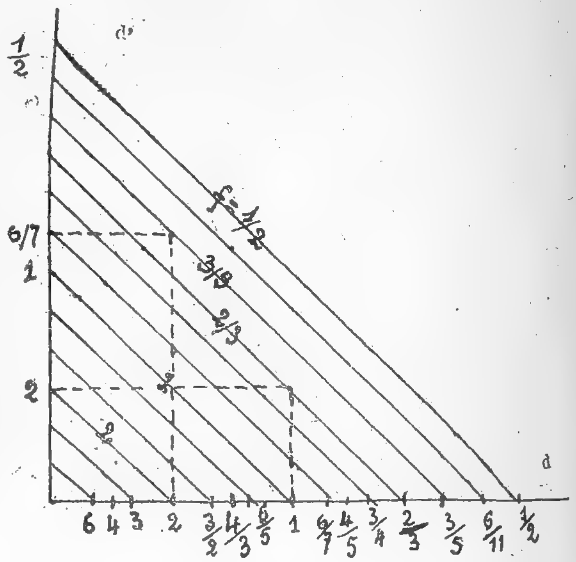


FIG. 6.

ses projections OA et OB sur les côtés de cet angle.

On voit en effet que, par raison de symétrie, C et D sont respectivement milieux de DE et OE.

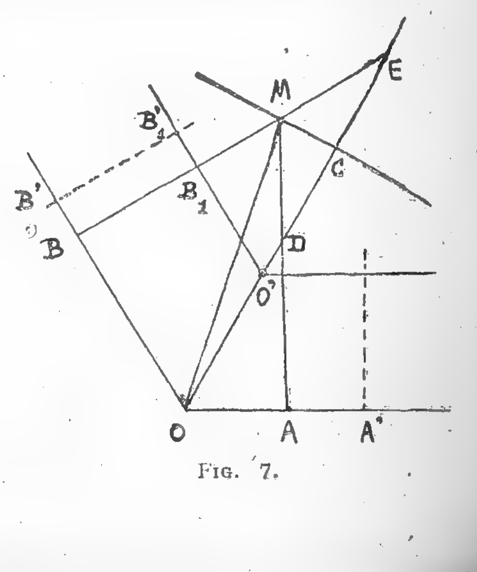


FIG. 7.

2 OC = OD + OE = 2 OA + 2 OB à cause des triangles rectangles OAD, OBE ayant angle O de 60°

Donc OC = OA + OB.

C'est sur cette propriété géométrique élémentaire que M. Lallemand (1) a établi le principe des abaques hexagonaux, que nous appliquerons ici Ecrivant S sous la forme S = 71,84 s on a :

$$\log s = 0{,}425 \log. P + 0{,}725 \log. H.$$

On conçoit que si OA = 0,725 log. H et OB = 0, 425 log P., élevant les perpendiculaires AM, BM puis MC, on a OC = log s c'est-à-dire s et S.

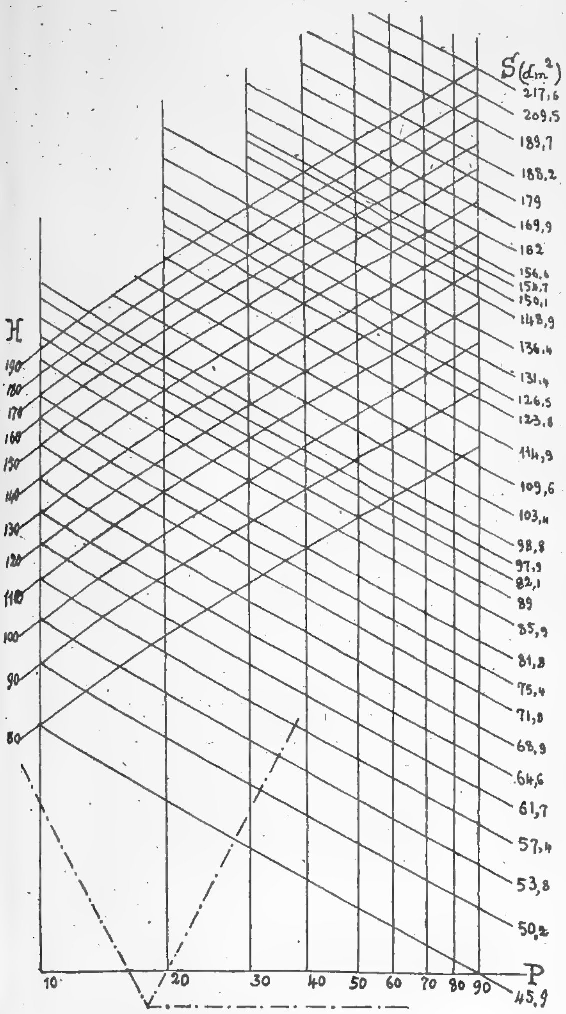


FIG. 8.

Nous donnons la « portion utile » de l'abaque de S obtenue en menant des parallèles aux côtés de l'angle de 120° par un point O' de sa bissectrice, car les distances des points respectifs des échelles OA et OB sont conservées, ainsi que le montre la figure $B_1 B'_1$ = BB' par exemple (la bissectrice et les parallèles sont indiqués sur le dessin par —.—.—).

Cet abaque est donc extrêmement simple à reproduire, faisant varier P de 10 à 90 kilos, H de 80 à 190 centimètres, le module commun est par exemple m = 200 mm, c'est-à-dire que les quantités log. s, 0,425 log. P, 0,725 log. H ont été représentées par des longueurs égales à ces quantités multipliées par 200.

Pour permettre de construire les échelles m × 0,425 log. P et m × 0,725 log. H pour une valeur de m différente de 200, c'est-à-dire posséder un dessin de lecture plus facile (m étant supérieur à 200) nous donnons les valeurs des 0,425 log. P et 0,725 log. H, pour les valeurs entières de P et de H.

P	0,425 log. P	H	0,725 log. H
10	0,425	80	1,379
20	0,5529	90	1,4166
30	0,6277	100	1,45
40	0,6808	110	1,4797
50	0,7220	120	1,5072
60	0,7556	130	1,5326
70	0,7841	140	1,5558
80	0,8087	150	1,5776
90	0,8304	160	1,5979
		170	1,6172
		180	1,6348
		190	1,6522

Nous procédons par interpolation à vue, si cela est nécessaire, ou bien, ayant mesuré $\frac{OC}{m}$, c'est-à-dire log. s on peut se reporter à un tableau comportant les logs des nombres de 55 à 300 car le produit de 0,55 et de 3 par 71,84 fournit à peu près les limites de variation de S : 40 et 220 décimètres carrés.

Ces explications nous ont paru extrêmement intéressantes à donner, car un tel abaque peut être construit mécaniquement par quiconque a compris le principe tout à fait élémentaire que nous avons rappelé au début.

***

Cas de quatre variables indépendantes.

Exemple :

Si v est le volume en litre de l'urine recueillie en 72 minutes, la constante uréo-sécrétoire d'Ambard s'écrit :

$$K = U/2 \sqrt{v.\,C\sqrt{C}}$$

relation à 4 variables qui se transforme en 2 relations à 3 variables en introduisant une variable commune auxiliaire z, après avoir pris le log. des deux membres ; ce qui donne :

$$\log. U - 1/2 \log. v = \log. z$$
$$\log. K + \log. 2 + 3/4 \log. C = \log. z$$

équations qui sont évidemment de la forme générale

$$\log. z_1 + \log. z_2 = \log. z_3$$

reliant 3 variables z_1, z_2, z_3.

Nous appliquerons la méthode des points alignés dont nous résumerons le principe :

(1) LALLEMAND. — *In* Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1886, t. 102, p. 816.

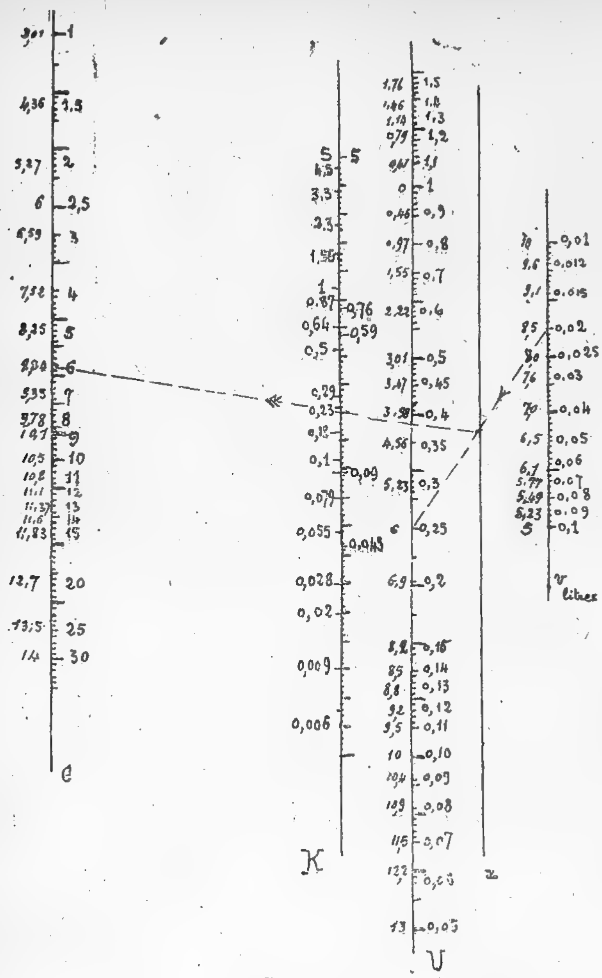


Fig. 9.

Posant : $u = m_1 \log. z_1$
$w = m_2 \log. z_2$ m_1 et m_2 étant deux modules choisis, on sait construire les échelles u et w, nous les porterons sur deux parallèles. L'équation primitive indique que :

$$\frac{u}{m_1} + \frac{w}{m_2} = \log. z_3$$

or, cette relation s'interprète assez facilement en analytique, on démontre qu'elle définit une échelle de points z_3 située sur une parallèle aux droites précédentes, le module m_3 de cette échelle est tel que $1/m_1 + 1/m_2 = 1/m_3$ et le rapport des distances de la troisième parallèle aux deux premières est égal à $- m_1/m_2$.

Ce principe rappelé, supposant que U varie de 0,05 à 1,6 pour 1000 et v de 0,01 à 0,1 litre, c'est-à-dire log. U de — 1, 301 à 0,176 et log. v de — 2 à —1, nous avons pris $m_1 = m_2 = 100$ millimètres d'où l'on déduit que z est sur une parallèle équidistante de U et v, le module $m_3 = 50$ est conservé dans la construction de la seconde équation que l'on écrit :

$$\log. z - (\log. 2 + 3/4 \log. C) = \log. K.$$

Faisant varier C de 1 à 30, la parenthèse varie de 0,301 à 1,409 le module correspondant étant choisi égal à 100 mm, celui de log. z étant 50, on en déduit que K est sur une parallèle dont le rapport des distances à z et C est 50/100 = 1/2, et le module de log. K l'inverse de 1/50 + 1/100 : 34 environ.

(Ex. : Si v = 0,02 U = 0,25 C = 6, K s'obtient en traçant la droite marquée d'une flèche puis la droite marquée d'une double flèche.)

Note. — Les nombres à droite des parallèles v U et C sont les valeurs correspondantes de ces grandeurs sur leurs échelles.

Dr Lambolez,
Licencié ès sciences math. et phys.
Préparateur à la Faculté de Nancy.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Diabète et insuffisance pancréatique.

Le Dr A. Leclercq expose qu'à côté des *vrais diabètes* avec insuffisance fonctionnelle ou lésionnelle du pancréas, où la glycosurie représente un acte émonctorial destiné à éliminer les sucres inutilisables, il existe des *diabètes atténués*, des glycosuries légères où l'insuffisance pancréatique va décroissant avec les symptômes du diabète ; elle est variable ou conditionnelle, avec peu de glycosurie, peu ou pas de glycémie, pas d'acidose. Ces glycosuries ne sont pas sujettes aux complications des diabètes et ne relèvent pas d'un trouble essentiel dans le métabolisme des aliments. Les malades ne sont pas tributaires du traitement par l'insuline ; ils constituent la grande classe des « sans régime ».

Ce sont les glycosuries polyglandulaires (hypophysaire, thyroïdienne, surrénale), les glycosuries nerveuses, toxi-infectieuses, la glycosurie gravidique, la glycosurie rénale. Elles ne sont que l'expression d'un moyen de défense de l'organisme contre les agressions toxiques, quelle que soit l'origine, polyglandulaire, hypertension, nerveuse, gravidique, rénale, toxi-infectieuse de ces toxiques. Ce moyen permet à l'organisme d'utiliser le glycose ainsi produit pour neutraliser soit par voie de conjugaison, soit par voie d'élimination, soit par simple action de présence ces divers toxiques, dont la présence dans l'orga-

nisme est une source permanente de danger. Ainsi procède l'organisme, quand il veut éliminer, à l'aide du glycurone (dérivé par oxydation du glycogène), les principes toxiques (indoxyle) qui encombrent l'intestin. (*Journal des Praticiens*, 22 août 1925.)

A propos de la sérothérapie antiméningococcique.

P. Teissier constate que la sérothérapie antiméningococcique n'est plus aussi fidèle dans ses résultats qu'au début de son emploi, c'est-à-dire avant 1917. Il en cherche les raisons, se demandant tout d'abord s'il ne fallait pas cesser de croire à l'activité de ce sérum.

Des règles ont été fixées pour son application ; celles-ci, en raison de la spécificité de la méthode, doivent permettre d'obtenir des résultats rapides; or, malgré des insuccès, certains médecins persistent, dans des cas déterminés, à continuer la sérothérapie avec une ténacité et une constance qu'il faut critiquer. En dépit des variations de virulence des méningocoques et de la quasi-substitution du type B au type A, une sérothérapie, *rigoureusement homologue*, dit l'auteur, doit le plus ordinairement donner, comme par le passé, la preuve de sa spécificité, en exerçant une influence indiscutable, rapide et progressive à l'égard des signes locaux ou généraux de l'infection. S'il n'en est pas ainsi dans un cas déterminé, rien ne sert de continuer ; il faut instituer un autre traitement.

Mais il est surtout nécessaire de rechercher l'origine de ces insuccès plus fréquents afin d'y remédier dans la mesure du possible.

Sans insister sur le rôle que peuvent jouer ici l'insuffisance de technique, la virulence des microbes, les infections associées, le siège et la répartition des lésions (formes plus cérébrales que spinales, abcès cérébraux, cloisonnements dans le canal rachidien), on peut retenir le *retard dans l'application de la sérothérapie monovalente.*

En effet, il est de règle, dès que la méningite est reconnue, d'injecter un sérum polyvalent jusqu'à ce qu'ait été identifiée la variété du méningocoque en cause afin de pouvoir ensuite continuer par le sérum monovalent qui convient. Or, ce procédé, en outre du retard déjà mentionné, peut rendre les méningo impressionnés par le sérum polyv., moins sensibles au sérum mono.

Ensuite, il faut se rendre compte des difficultés qu'il y a à réaliser un monovalent toujours bien dosé, semblable à lui-même, en raison de la variabilité de l'antigène de l'animal récepteur, et de l'impossibilité d'avoir un test suffisamment précis de l'activité des sérums antimicrobiens.

En outre, le sérum échoue parce que les variétés de méningocoques, aujourd'hui encore reconnues, s'éloignent incessamment des variétés souches des sérums considérés comme homologues. Selon les pays, les variétés de méningocoques en cause sont différentes et dans un même pays, à divers moments, ce n'est plus la même variété qui s'impose.

Bref, ces considérations amènent à penser qu'il convient de rechercher l'auto-vaccin de préférence au stock-vaccin, et que la confiance ne doit pas être aveugle, au point de conduire à un automatisme thérapeutique intangible, qui s'inspirerait exclusivement du dogme de la spécificité. (*Le Bulletin médical*, 22-25 juillet 1925.)

Constitution d'une butée ostéoplastique dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche.

En pareils cas, c'est l'absence ou l'insuffisance d'un appui osseux pour la tête fémorale, qui est la cause principale des troubles (douleurs, fatigue rapide à la marche, boiterie, etc). Le remède logique à cette insuffisance d'appui est évidemment la création d'un butoir osseux artificiel à la tête fémorale, réduite ou non réduite, dans le cotyle, de manière à obvier dans une certaine mesure aux inconvénients observés.

M. Lance nous fait connaître le procédé par lequel il a réalisé cette butée osseuse, chez des enfants déjà grands, des adolescents et des adultes, la luxation étant réduite ou transposée, et ceci, par une technique qui a déjà fait ses preuves.

Il commence, chose très importante, à réduire ou à abaisser la tête fémorale, quel que soit l'âge, par une abduction forcée (60° à 120°) aussi complète que possible de la hanche. Il prélève ensuite sur un tibia un greffon ostéo-périostique de Delagenière (18 à 20 cm. sur 8 à 12 mm. de large) ; met à nu le sourcil cotyloïdien au point d'insertion supérieur de la capsule, puis insère dans l'os, creusé en sillon semi-circulaire autour de la tête fémorale, le dit greffon divisé en 5 morceaux de 6 cent. Il ne faut pas s'arrêter à la pensée que ce greffon restera trop mince pour supporter le poids du corps. Tout greffon qui travaille tend à s'adapter à l'effort qu'il supporte. En fait, les greffons minces implantés ne tardent pas sous la poussée de la tête fémorale à s'épaissir, proliférer, et à devenir en quelques mois une masse osseuse, perceptible à la main, opaque aux rayons X.

L'opération est peu shockante, la perte de sang minime. Une fois terminée, le malade est immobilisé en abduction dans un plâtre pour un mois, puis on fait de la mobilisation au lit, des massages. Quinze jours après, lever avec béquille deux mois après l'opération, le malade commence à porter le poids du corps sur le membre opéré.

Cette méthode donne des résultats anatomiques et fonctionnels excellents, et, selon toute vraisemblance, définitifs. (*La Presse médicale*, 15 juillet 1925.)

Les rénaux et l'automobile.

M. G. SARDOU (de Nice) attire l'attention sur le fait que le fonctionnement des reins qui ne sont plus tout à fait normaux est souvent influencé par l'emploi suffisamment prolongé et répété de l'automobile. On voit surtout diminuer la quantité quotidienne de l'urine, ainsi que le nombre des mictions. Mais chacune des modalités dans l'état préalable des reins apporte son expression particulière : la simple insuffisance rénale, suite d'atteintes infectieuses passées, de lithiase prolongée ou par sclérose légère au début, hypotension, intoxication, réflexe, etc., entraîne l'apparition ou l'accroissement de l'oligurie, sous les divers modes qu'elle peut revêtir.

Chez les moins atteints, l'oligurie ne se manifeste qu'après un usage prolongé ; elle cesse peu d'heures après la descente de voiture et souvent se trouve compensée par une polyurie ultérieure relative ; mais la répétition de ces conséquences minima mène facilement à l'oligurie plus prolongée. Toutefois, même en pareil cas, le repos horizontal de la nuit favorise une sécrétion plus abondante. Pour les reins plus atteints, l'oligurie est plus brusque, plus prolongée, plus uniforme et plus tenace.

L'albuminurie intermittente, surtout celle de nature orthostatique, est en général entretenue ou augmentée. Au contraire, des cas d'albuminurie digestive avec état général satisfaisant ont bénéficié d'un emploi judicieux de l'automobile, probablement par le mécanisme de l'aération intensive et de la suractivation fonctionnelle des appareils paresseux.

La diminution urinaire est particulièrement gênante pour les malades chez lesquels une polyurie relative était la condition d'une élimination suffisante de substances nuisibles, pyuriques, certains glycosuriques. La rétention chlorurée paraît moins fréquente que la rétention azotée ; l'automobile est donc une des causes capables de faire éclater ou d'accentuer les accidents urémiques, ce mot étant pris dans son acception la plus générale.

Dans quelques cas rares, ce pouvoir modérateur sur la diurèse peut être mis à profit à la condition d'être employé avec une discrétion prudente ; quelques rares cas de polyurie nerveuse, de polyurie post-glycosurique en ont bénéficié assurément.

Le facteur responsable paraît résider moins dans les secousses que dans la trépidation transmise à toutes les parties de la voiture.

Huchard avait aussi remarqué que les urémiques présentaient parfois des états graves à la suite de trop longs voyages en chemin de fer.

A signaler pour mémoire les effets fâcheux de l'automobile sur les variqueux, sur certains cardiaques, sur les organes ptosés, sur le cæcum et l'appendice.

Toutes ces influences peuvent être mises à profit pour le diagnostic, permettant de révéler une tare naissante insoupçonnée jusque-là, ou de compter davantage sur la fonction d'organes, qui ont subi victorieusement cette épreuve. (*Journ. des Praticiens*, 11 juillet 1925.)

Cicatrices vicieuses et chéloïdes. Leur traitement par les agents physiques.

Le Pr JEANSELME et le Dr GIRAUDEAU consacrent une étude à cet intéressant sujet. Une cicatrice est « vicieuse » quand elle présente un ou plusieurs des défauts suivants : surface irrégulièrement saillante ou déprimée, couleur trop blanche, pigmentation accentuée, vascularisation intense, douleur spontanée ou provoquée par une légère pression. De plus, elle se complique fréquemment d'adhérences des plans superficiels aux plans profonds avec rétraction tendineuse et attitudes anormales des membres.

Une complication fréquente des cicatrices vicieuses réside dans les chéloïdes, néoformations fibreuses, dures et compactes, parfois douloureuses, se développant progressivement, formant parfois des prolongements saillants, qui rayonnent à distance.

Le traitement sera différent suivant que prédomine l'atrophie scléreuse ou l'infiltration chéloïdienne. Dans le premier cas, la peau a conservé en partie sa structure et se trouve seulement privée de ses éléments musculaires et élastiques ; on cherchera à lui rendre sa souplesse et son aspect normal. Dans l'autre cas, il faudra détruire ou faire régresser un tissu de néoformation.

Pour les cicatrices indurées ou rétractiles, nous utilisons le massage (à la main, séances quotidiennes d'une dizaine de minutes — ou le massage vibratoire, vibrations rapides, mais de faible amplitude), la douche filiforme de Veyrières, et l'ionisation.

Cette dernière méthode consiste à faire pénétrer des médicaments dans l'organisme par l'intermédiaire du courant électrique ; dans les dissolutions médicamenteuses existent des ions libres, chargés, suivant leur nature, d'électricité positive ou négative ; le pôle électrique de nom contraire est placé à distance sur la surface du corps et facilite leur pénétration. Ainsi sur la cicatrice à soigner, préalablement dégraissée à l'éther, on place un tampon d'ouate, imbibé d'une solution d'iodure de potassium à 1/100 dans l'eau distillée, c'est l'électrode active ; les ions proviennent des radicaux acides des sels portant des charges électriques négatives ; ce tampon est relié au pôle négatif d'une batterie de piles ou d'accumulateurs de 12 à 24 éléments ; et le pôle positif, destiné à attirer ces ions, est

relié, sur un point quelconque du corps, à une large électrode imprégnée d'eau salée ; un rhéostat intermédiaire permet de graduer le courant. On fait passer un courant d'une intensité de un milliampère par centimètre carré d'électrode active pendant trente minutes. Le malade ne doit pas souffrir, mais éprouver un simple fourmillement.

Quant aux cicatrices pigmentées ou achromiques, la cryothérapie est recommandée (crayon de neige carbonique). Pour les cicatrices vascularisées, c'est l'électrolyse négative : l'électrode est une aiguille de couturière n° 12 c'est-à-dire la plus mince possible, enfoncée à 1 millimètre à peine de profondeur, le courant passant 2 ou 3 secondes, et l'opération étant répétée aux deux extrémités des veinules et aux carrefours d'anastomoses. Sous l'influence de la soude produite par la décomposition du chlorure de sodium des tissus, se forme une petite escarre non adhérente et le vaisseau est oblitéré.

La radiothérapie fournit d'autre part les meilleurs résultats pour les cicatrices douloureuses. Il en est de même pour les chéloïdes, et l'on y joint la radiumthérapie. Les chéloïdes étant constituées par des éléments jeunes, en état de développement, il faut employer des radiations de courte longueur d'onde. La technique du traitement varie trop suivant l'étendue, l'épaisseur, le siège, l'ancienneté des lésions, pour qu'il soit possible de donner une règle fixe. En général, les traitements radiothérapiques produisent très vite une grande diminution d'épaisseur de la chéloïde, mais ils semblent épuiser leur action au bout d'un certain temps. (*Journ. des Praticiens*, 15 août 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les sténoses inflammatoires de l'œsophage chez les gens âgés.

(M. Guisez. — *Académie de médecine* ; 22-12-1925.)

M. Guisez signale un état morbide qu'il a observé une cinquantaine de fois chez des gens âgés : il s'agit d'une sténose inflammatoire serrée de l'œsophage, faisant penser à un épithélioma.

Le tableau clinique est le suivant : un homme (l'affection est plus fréquente dans le sexe masculin) commence à présenter vers la cinquantaine, de temps à autre, de la difficulté de la déglutition. La gêne devient ensuite permanente et progressive, avec tous les caractères d'une sténose organique. Les demi-solides ont de la peine à passer, puis les demi-liquides, et la dysphagie se montre complète. On pense à un cancer. Cependant, si l'on interroge les malades, on apprend que les signes œsophagiens durent depuis plusieurs années, avec des intermittences.

Ces sténoses siègent aux points d'élection des spasmes. Elles débutent, effectivement par des spasmes, auxquels succède une œsophagite irritative. La mauvaise mastication, fréquente chez les vieillards, est souvent à leur origine.

Le traitement consistera en dilatation à l'aide de l'œsophagoscope.

Travaux de la commission des sérums.

(M. Carnot. — *Académie de médecine* ; 29-12-1925.)

Au nom de la commission des sérums, M. Carnot communique un rapport concernant diverses demandes d'autorisations. L'Académie, remarque le rapporteur, ne possédant ni moyens d'investigations, ni laboratoire d'essai, ne peut apprécier que sur pièces et s'en rapporter aux enquêtes techniques de la commission des sérums du ministère. D'autre part, le Conseil d'État veut restreindre à un simple avis de provenance la décision académique, qui n'aurait pas à juger, dans ces conditions, la valeur thérapeutique du produit.

La commission des sérums, consciente des inconvénients de cette façon de faire, propose à l'assemblée de voter le vœu suivant :

« L'Académie de médecine, considérant qu'elle n'a aucun organisme d'enquête, ni aucun laboratoire lui permettant de s'éclairer sur l'origine et la fabrication des produits soumis à son appréciation en vue de l'autorisation ministérielle instituée par la loi du 25 avril 1895 ;

« Considérant l'interprétation de la loi formulée par le Conseil d'Etat ;

« Emet le vœu qu'une refonte de la loi du 25 avril 1895 soit étudiée et soumise au Parlement, rendant efficace et permanent le contrôle des sérums et produits similaires pour lesquels l'autorisation ministérielle est demandée. »

Les épidémies en France, en 1923.

(M. H. Vallée. — *Académie de médecine* ; 29-12-25.)

M. Vallée présente une étude statistique des maladies épidémiques en France, pendant l'année 1923. L'auteur signale, d'abord, certaines critiques formulées par les autorités administratives, visant les déclarations adressées par les médecins. J'ai lu avec surprise, dit-il, dans un rapport de M. le sous-préfet de Vendôme « qu'il est de notoriété publique que des épidémies qui se sont produites dans l'arrondissement n'ont pas été déclarées » ; et, dans tel

autre document, que « les gendarmes sont les agents les plus zélés du service des épidémies » ! M. Vallée ajoute : « quiconque connaît le dévouement du corps médical, trouve en de tels exemples la condamnation des formes administratives actuelles de la déclaration, obligatoire ou facultative, des maladies. »

Quoi qu'il en soit, au point de vue épidémiologique, l'année 1923 s'est signalée par une augmentation du nombre des fièvres typhoïdes (6.297 cas au lieu de 4.787 en 1922) et des rougeoles.

La provenance des fièvres typhoïdes est rapportée en général à une origine hydrique, soit qu'on incrimine des eaux de source mal captées et insuffisamment surveillées, soit qu'on découvre, comme en Eure-et-Loir, une souillure des puits d'alimentation. L'origine hydrique des épidémies typhoïdiques reste capitale. Voici, par exemple, le cas de la ville de Troyes : « Il y a trente ans, écrit le Dr Broquin-Lacombe, cette cité était considérée comme la plus typhoïgène de France. L'adduction des eaux potables, surveillée par le laboratoire d'hygiène, a changé complètement cet état de choses » et l'on ne voit plus à Troyes que des fièvres typhoïdes importées.

Dans les départements du Midi (Alpes-Maritimes, Var, Bouches-du-Rhône) et jusque dans le Rhône, l'origine ostréaire de la maladie joue un rôle important. Dans la Loire, on a pu identifier une épidémie causée par le lait ; le laitier fournisseur soignait un typhique. Les légumes crus, provenant de maraîchers qui amendent leurs jardins avec des engrais d'origine humaine, ont été incriminés une fois par le Dr Ginestous, de Bordeaux.

On comprend quelles déductions prophylactiques on peut tirer de ces faits, et l'intérêt qu'il y aurait aussi à développer les vaccinations anti-typhiques.

Syndrome d'Adams-Stokes.

(M. Emile GÉRAUDEL. — *Académie de médecine* ; 29-12-1925.)

On sait que sous ce nom on désigne une série d'accidents dramatiques essentiellement caractérisés par un ralentissement notable du pouls avec syncope souvent mortelle.

Classiquement, on explique ce syndrome par une lésion du faisceau de His, ce dernier étant supposé conduire, de l'oreillette au ventricule, l'excitation née au point d'abouchement de la veine cave supérieure dans l'oreillette droite, point dénommé nœud sinusal ou de Keith et Flach. Le ventricule étant ainsi soustrait à l'action de ce nœud bat pour son compte à un rythme ralenti (dissociation auriculo-ventriculaire).

M. Géraudel apporte une observation défavorable à cette théorie, du moins présentée sous une telle forme. Un malade du service de M. Vaquez atteint de syndrome d'Adams-Stokes ayant succombé, l'auteur put pratiquer une série de coupes du faisceau de His (1.200 coupes de 7 μ d'épaisseur) et n'y découvrit aucune altération. Il y a douze ans, il lui fut donné d'observer à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rénon, un cas absolument analogue. Il nota, par contre, une sténose serrée de l'artère du ventriculo-necteur.

— M. VAQUEZ fait observer que plusieurs fois déjà, en France et à l'étranger, l'intégrité du faisceau de His a été constatée dans des cas de syndrome de Stokes-Adams. L'intérêt de la communication de M. Géraudel est d'apporter une explication à ces faits et même de suggérer quelques idées générales en pathologie cardiaque. M. Géraudel a trouvé un faisceau de His intact, mais une altération des vaisseaux nourriciers de ce faisceau, des vaisseaux se rendant au noyau de Keith et Flack. Par conséquent la théorie classique attribuant le syndrome d'Adams-Stokes a une altération du faisceau de His reste entière. Il y aurait lieu, dans les cas négatifs, de rechercher plus haut, au niveau des vaisseaux nourriciers du faisceau.

Ce n'est pas tout, remarque M. Vaquez. En examinant systématiquement toutes les artérioles du myocarde, on arrivera probablement à mieux connaître certaines manifestations morbides mal expliquées (extra-systoles, tachycardies, etc.). Etablissant les zones cardiaques irriguées par ces artérioles lésées, on pourra peut-être amorcer un chapitre de *localisations cardiaques* analogue à celui des localisations cérébrales.

Le cancer gastrique ; son pronostic chirurgical.

(M. Victor PAUCHET. — *Académie de médecine* ; 29-12-1925.)

M. Victor Pauchet, dont on connaît la compétence en chirurgie gastro-intestinale, estime que tout dyspeptique doit passer sous l'écran radioscopique et subir l'analyse du chimisme gastrique. Nombre de cancers au début seront ainsi soupçonnés. Tout cancer d'estomac *supposé* nécessitera une laparotomie exploratrice. Tout cancer d'estomac *reconnu* nécessitera une exérèse sans délai. Deux questions se présentent :

Quelle est la gravité de l'opération du cancer d'estomac ;

Quelle est la survie obtenue par son extirpation ?

Pour répondre à ces points d'interrogation, M. Pauchet a prié un de ses élèves, le Dr HIRCHBERG, de faire l'examen anatomo-clinique de 140 cancers opérés pendant les années 1920, 1921, 1922, 1923. Sur ces 140 cas, 100 ont subi l'extirpation et 40 une opération palliative. Il résulte de cette étude, deux faits intéressants et nouveaux : a) *les cancers inopérables appartiennent presque tous à des hommes* ; b) *les sujets porteurs d'acide chlorhydrique libre ont un pronostic immédiat et éloigné infiniment meilleur que les sujets anachlorhydriques.*

Pourquoi le cancer inopérable est-il plus fréquent chez l'homme que chez la femme ? Nous l'ignorons. Pourquoi l'exérèse est-elle bénigne et efficace chez les acides et graves chez les non acides ? Nous ne le

savons pas. Il faut accepter le fait et agir conséquemment.

Les opérations pour cancer avec HCl libre donnent une mortalité opératoire de 10 p. 100 ; celles pour cancers sans hyperchlorhydrie une mortalité opératoire de 44 p. 100. L'opération est quatre fois plus dangereuse en cas d'anachlorhydrie qu'en cas d'HCl libre. La récidive est rapide dans le cancer sans HCl. Dans le cancer avec HCl libre, la survie est longue.

L'auteur, en pareille circonstance, rejette la gastro-entérostomie, à laquelle il n'a recours qu'exceptionnellement. Il pratique l'exérèse qu'il pousse à ses plus extrêmes limites. Certains ont prétendu que la gastro-entérostomie a quelquefois donné des résultats inespérés. M. Pauchet affirme que ces cas comportaient un simple ulcus calleux en train de subir la dégénérescence cancéreuse et que ces ulcus calleux réséqués auraient donné une guérison définitive. Au contraire, gastro-entérostomisés, ils ont une survie très appréciable sans doute. Finalement, le processus cancéreux finit par enlever les malades qui auraient guéri par une extirpation.

En résumé, M. Victor Pauchet réclame, comme tous les chirurgiens : *le diagnostic précoce, la radioscopie* de tous les malades qui souffrent de l'estomac, quels qu'ils soient, l'examen complet fait par un radiologiste entraîné à ce genre d'opération : seul l'avis des radiologistes spécialisés en exploration gastrique peut avoir quelque valeur ; *l'examen du chimisme gastrique.*

En cas de doute, faire une laparotomie exploratrice. En cas d'altération des parois gastriques, pratiquer toujours la gastrectomie et non pas la gastro-entérostomie.

Chaque fois qu'il y aura HCl libre, la guérison opératoire sera la règle et les survies éloignées ou définitives habituelles.

Sutures de l'uretère.

(M. Petit, de Niort. — *Société de chirurgie* ; 28-10-25.)

Au cours des opérations gynécologiques importantes, de l'hystérectomie surtout, le chirurgien est exposé à sectionner l'uretère. Contre cet accident, on a eu recours à diverses interventions : implantation d'une extrémité urétérale dans le bassinet ou la vessie (urétéro-cysto-néostomie), suture des deux bouts. Ces opérations ne donnent malheureusement pas, à l'habitude, de très bons résultats. La suture de l'uretère, en particulier, est suivie en général d'un rétrécissement du canal avec les conséquences qu'il comporte.

Dans un cas de ce genre, M. Petit, de Niort, semble avoir été plus heureux, puisque vingt mois plus tard encore, l'uretère suturé avait conservé sa perméabilité, maintenue par des dilatations. Sans que l'on puisse considérer ce résultat comme définitif, il constitue néanmoins un encouragement à faire des sutures de l'uretère.

— M. J.-L. Faure a pratiqué deux fois l'urétéro-cysto-néostomie. Cette intervention lui paraît plus grave que la néphrectomie.

— M. Tuffier a renoncé également aux implantations et à la suture urétérales.

En résumé, dans les sections de l'uretère, si l'on peut tenter la suture, c'est souvent la néphrectomie qui apparaît plus sage.

Résections totales de varices chez un vieillard.

(M. Alglave. — *Société de chirurgie* ; 28-10-1925.)

M. Alglave considère que l'âge est seulement une contre-indication relative à l'opération des varices. A soixante ans et au-delà, on peut être robuste, de bonne santé, et tolérer parfaitement l'intervention. De toutes façons, la résection totale des varices est une opération sans danger, très bienfaisante dans ses effets, même chez les vieillards.

L'auteur montre un malade, âgé de soixante-douze ans, qui était porteur de grosses varices dont il souffrait beaucoup et dont il demanda à être débarrassé par une opération. Le résultat lui a donné toute satisfaction.

P.L.

Lyon

Société médicale des hôpitaux.

Myopathies acquises et polynévrites. Forme neuro-musculaire de l'encéphalite épidémique.

MM. Bériel et A. Dévic rapportent deux nouvelles observations de malades offrant une impotence motrice remarquablement localisée à la racine des membres et au tronc, sans autre symptôme, sauf l'abolition fréquente des réflexes tendineux et quelques douleurs.

Précédemment, les auteurs hésitaient entre le diagnostic de myopathie et celui de polynévrite. Or dans les deux cas présentés aujourd'hui, ils ont trouvé des *lésions musculaires* sur des fragments prélevés par biopsie, lésions paraissant assez superficielles, ce qui explique la tendance à la guérison spontanée.

Les auteurs ajoutent une troisième observation calquée sur les précédentes, mais, avec en plus une atrophie musculaire apparente ; il s'agit d'une malade ayant eu, quelques mois avant l'apparition des symptômes musculaires, une poussée d'encéphalite, de sorte que les auteurs sont tentés d'admettre l'existence d'une forme neuro-musculaire de l'encéphalite épidémique.

Coccidiose intestinale.

M. Petzetakis (d'Alexandrie). — Malade atteint de diarrhée intense avec selles glaireuses, non sanglantes. L'examen microscopique montra la présence

de très nombreuses coccidies. Un traitement par l'émétine amena une guérison rapide.

Endocardite infectieuse chez l'enfant.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux. — Enfant de 14 ans entré à l'hôpital avec une hémiplégie gauche, une grosse rate, un souffle systolique de la pointe, une température vespérale de 38°5 à 39°. Etat stationnaire pendant trois semaines, puis céphalée, somnolence et enfin coma avec contractures généralisées, Babinski et trépidation épileptoïde des deux côtés ; liquide céphalo-rachidien hémorragique. Autopsie : végétations sur le bord libre de la mitrale ; infarctus de la rate et des reins ; hémorragie intracérébrale ancienne de l'hémisphère droit et hémorrhagie plus récente dans la région des noyaux gris centraux avec inondation des deux ventricules latéraux, du IVe ventricule et des espaces sous-arachnoïdiens.

Endocardite infectieuse à foyers multiples.

MM. Gallavardin, Bernheim et P. Ravault relatent l'observation d'un homme de 51 ans, ancien rhumatisant, lequel présentait le tableau clinique complet de l'endocardite infectieuse : signes de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique avec arythmie complète et gros cœur à la radioscopie ; splénomégalie ; poussées thermiques ; éruptions purpuriques ; série d'accidents brusques faisant penser à des embolies multiples (rate, artère humérale droite, tibiale postérieure gauche, radiale gauche, ictus avec hémiparésie gauche). L'autopsie montra : au cœur, grosses lésions d'endocardite mitro-aortique ancienne mais *pas d'endocardite végétante* ; infarctus des reins et de la rate ; ramollissement cérébral, enfin endartérite de l'artère humérale droite. Il est donc probable qu'il s'est agi là d'une infection lente ayant créé des foyers multiples d'endartérite infectieuse.

Anomalie d'origine de la coronaire antérieure.

MM. Gallavardin et P. Ravault signalent une anomalie artérielle qu'ils ont constatée à l'autopsie d'une de leurs malades : les deux artères coronaires naissaient par un tronc commun au niveau du point où naît normalement la coronaire postérieure, ce qui fait qu'à un examen superficiel on aurait pu croire à une oblitération de la coronaire antérieure. Or la malade avait présenté des crises d'angine de poitrine auxquelles on aurait ainsi faussement attribuée une origine coronarienne, alors qu'il n'y avait, en dehors de l'anomalie constatée, que des lésions d'endocardite mitro-aortique.

Méningococcémie avec fièvre pseudo-palustre.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux. — Enfant de 14 ans, entré à l'hôpital avec les symptômes suivants : température 40° ; pouls : 120 ; articulations douloureuses sans rougeur, ni gonflement ; éruption à forme d'érythème noueux sur les membres et la face ; rate un peu grosse. Pendant une quinzaine de jours, poussée fébrile quotidienne à 40 ou 41° suivie de chute vers 37° ou 38°, s'accompagnant chacune d'une nouvelle poussée éruptive. Puis apparurent des vomissements bilieux et de la raideur de la nuque et des membres inférieurs ; ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien sous tension, louche, contenant de nombreux méningocoques intra-cellulaires. Un traitement sérothérapique anti-méningococcique fut institué (en tout 450 cmc.) par les voies veineuse, intra-musculaire et intra-rachidienne). Guérison.

Guérison du laryngo-spasme des spasmophiles par les rayons ultra-violets.

MM. Mouriquand, Charleux et Bertoye ont traité par les rayons ultra-violets six nourrissons atteints de spasmophilie avec spasme de la glotte grave menaçant la vie d'une façon immédiate. Les crises disparurent au bout de cinq ou six séances et ne récidivèrent pas par la suite à l'occasion des causes qui habituellement les provoquent.

Les acrocyanoses douloureuses avec hyperpulsatilité.

M. A. Dumas décrit sous ce titre un syndrome souvent rencontré à l'état fruste, mais qui dans les cas typiques, se manifeste par des phénomènes douloureux surtout marqués aux membres inférieurs, exacerbés par le décubitus, s'accompagnant de cyanose avec refroidissement des extrémités et d'exagération, parfois considérable, de la pulsatilité appréciée au moyen du Pachon, celle-ci étant en relation directe avec le degré de la cyanose. Pour expliquer ce fait paradoxal, l'auteur tend à admettre que tout se passe comme si une partie du sang veineux restait exclue de la circulation générale, et si le sang artériel, sans se diriger jusqu'aux capillaires, retournait aux veines grâce à des communications pathologiques.

Coma diabétique chez un enfant de 5 ans rapidement guéri par l'insuline.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux rapportent l'observation d'un enfant de 5 ans atteint de diabète paraissant avoir débuté quatre mois avant son entrée à l'hôpital. Le sucre urinaire variait entre 83 gr. et 280 gr. par 24 heures. Acétonurie autour de 2 gr. par 24 heures. Amaigrissement, polydipsie, polyphagie, polyurie. Odeur d'acétone de l'haleine. Le lendemain de l'entrée l'enfant tombe rapidement dans le coma. Le traitement par l'insuline est institué et deux heures après la première injection l'enfant sort du coma. Ce traitement est continué les jours suivants et amène la disparition de l'acétonémie et l'abaissement de la glycosurie à 25-30 grammes. En présence de cas semblables, les auteurs préconisent la ligne de conduite suivante : 1° toutes

es 3 heures injection intra-musculaire, et, si possible, intra-veineuse de 10 unités physiologiques ; continuer jusqu'à ce que l'enfant sorte du coma ; élever les doses à 30 et 40 unités si pas d'amélioration rapide ; 2° donner en même temps une large ration d'hydrocarbonés (300 à 400 gr. par jour) sous forme de lait sucré, de jus de fruits, de sérum glucosé si le temps presse ; cette ration étant anticétogénique et prophylactique d'accidents hypoglycémiques ; 3° bicarbonate de soude en boissons ou injections intra-veineuses.

Rétrécissement aortique avec maximum endopexien du souffle.

MM. Gallavardin et P. Ravault. — Femme de 61 ans, à antécédents syphilitiques et rhumatismaux admise à l'hôpital pour des symptômes d'insuffisance cardiaque remontant à dix mois, et accusant d'autre part un syndrome angineux plus ancien. A l'auscultation, on trouvait un souffle diastolique d'insuffisance aortique et en outre un souffle systolique endopexien, qui fut interprété comme un souffle de rétrécissement aortique, ce qui fut confirmé par l'autopsie.

Méningites cérébro-spinale et tuberculeuse associées.

M. J. Chalier et Mlle Schoen en rapportent deux cas :

1° Homme de 38 ans, entré à l'hôpital dans le coma. Syndrome méningé très net. Liquide céphalo-rachidien, eau-de-riz, avec 3 gr. d'albumine, 76 polynucléaires pour 24 lymphocytes et nombreux méningocoques, sérothérapie inefficace. Mort. Autopsie : lésions mixtes, à la fois tuberuleuses et cérébro-spinales, granulie pulmonaire et hépatique.

2° Homme de 39 ans. Déout brusque par vomissements et perte de connaissance. Signes méningés nets. Liquide C. R. louche, avec polynucléaires et quelques rares lymphocytes ; assez nombreux méningocoques. Sérothérapie. Au bout de quelques jours, le liquide s'éclaircit, les méningocoques disparaissent, les polynucléaires diminuent au profit des lymphocytes ; mais l'état général reste mauvais, les signes méningés persistent ; le malade se cachectise de plus en plus et meurt, quatre mois et demi après l'entrée. Autopsie : méningite purulente, granulations méningées, épanchement pleural, tubercule crétacé au sommet gauche.

Diabète infantile traité depuis dix mois par l'insuline.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux, relatent l'observation d'un enfant de 10 ans atteint de diabète consomptif, avec 553 *gr.* 85 *de sucre* par 24 heures, corps acétoniques en abondance dans les urines, polyurie : 9 à 11 litres par 24 h. Au bout de dix mois de traitement par l'insuline, les résultats ont été les suivants : 1° augmentation de poids de 7 kgr., transformation complète de l'état général, disparition de la polydipsie, de la polyphagie et de la pigmentation cutanée ; 2° abaissement de la diurèse à 500 ou 800 gr. ; 3° abaissement de la glycosurie à 1 gr. 40 par 24 h. ; disparition de l'acétonurie.

Pneumothorax chez une fillette de deux ans atteinte de tuberculose pulmonaire.

MM. A. Dufourt, Gaillard et Sédaillan. — Enfant de 2 ans et demi présentant des signes de dilatation des bronches avec, à la radioscopie, une obscurité diffuse de l'hémithorax gauche. A la suite d'une injection intra-trachéale de lipiodol, la radiographie montra un poumon rétracté et décollé dans la zone axillaire. Il s'agissait donc d'un pneumothorax muet localisé, lésion fort rare chez le jeune enfant.

A. C.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*suite*) (1)

TROISIÈME QUESTION

De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus.

Rapport de M. J. Guyot (de Bordeaux).

L'appareillage actuel des fractures de l'humérus date des recherches de Delbet, qui, en 1901, proposa une nouvelle méthode basée sur l'*extension continue*. Puis Tuffier, en 1903, attira, un des premiers, l'attention sur la valeur de l'*abduction* dans le traitement des fractures du bras.

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925 1, 2, 3, 4 et 5 de 1926.

Et en 1906, Judet et Dupuy de Frenelle inventèrent séparément des appareils dans lesquels l'*extension continue est associée à une abduction variable*.

Principes directeurs de l'appareillage. — Quel que soit le point de l'os fracturé et la direction du trait de fracture, les fragments ont plus ou moins de tendance à se déplacer sauf dans les fractures par engrènement de la tête humérale. Ce déplacement détermine trois sortes de déformations :

1° L'angulation. — Elle peut se faire dans tous les sens. Au tiers supérieur, elle est de cause musculaire et réalise la déformation en crosse par abduction du fragment supérieur. Au niveau de la diaphyse

l'angulation est commandée par le traumatisme, la pesanteur, l'attitude défectueuse du coude. A la partie inférieure de la diaphyse, le fragment inférieur est presque toujours porté en arrière, simulant une luxation du coude.

2° Le chevauchement. — Il peut ne pas exister dans certaines fractures transversales. Dans les fractures obliques, c'est le sens du trait de fracture qui commande le chevauchement. Il cause le raccourcissement du levier brachial et peut être décelé par la radiographie et par la mensuration.

3° Le décalage. — Sous ce terme on comprend, depuis Destot, le déplacement par rotation des fragments l'un sur l'autre. Le décalage existe dans toutes les fractures, mais il atteint son plus haut degré dans les fractures du tiers supérieur, le fragment supérieur tournant en dehors sous l'influence des muscles scapulaires postérieurs et le fragment inférieur en dedans par l'action des grands pectoral et dorsal. Ce déplacement est d'ailleurs accentué par l'attitude souvent donnée à l'avant-bras qu'on ramène et fixe devant le thorax.

La consolidation des fragments dans cette situation de décalage limite la rotation externe du bras.

Pour déceler le décalage, il faut examiner l'orientation des épiphyses et surtout recourir à la radiographie. Enfin on se rappellera que dans le traitement des fractures de l'humérus, l'avant-bras ne doit pas être ramené en écharpe devant le thorax dans le plan frontal.

L'appareillage comporte certaines *contre-indications*. La principale est l'*interposition musculaire*, dont le diagnostic sera basé sur cette triade symptomatique : obliquité du trait, écartement des fragments, absence de crépitation osseuse. En pareil cas il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

Parmi les fractures qu'il ne faut pas appareiller on peut citer encore les fractures de l'extrémité supérieure chez le vieillard, qui seront traitées exclusivement par le massage, les fractures diaphysaires avec paralysie radiale, les fractures du col avec luxations irréductibles de l'épaule, les fractures isolées du condyle huméral, qu'on doit opérer.

Il est nécessaire de tenter la *réduction de la fracture* avant d'appareiller, au besoin en s'aidant de l'anesthésie locale selon la méthode de Quénu ou de l'anesthésie générale. Une série d'appareils sont d'ailleurs faits pour réaliser d'eux-mêmes cette réduction dans certains cas.

La *durée de l'appareillage* est variable. Pour les fractures fermées de la diaphyse, la consolidation est obtenue en trente ou quarante jours. Pour les fractures ouvertes il faut compter cinq ou six semaines.

Description des appareils. — Les fractures de l'humérus peuvent être traitées par deux méthodes : la méthode ambulatoire qui est la meilleure et la méthode non-ambulatoire qui convient à certains cas spéciaux.

a) Méthode ambulatoire. — I. *Appareils de contention simple.* — Ceux-ci s'adressent aux fractures sans grand déplacement ou à déplacement réduit. Ils ne doivent être employés qu'autant que l'immobilisation du foyer de fracture est permanente. Ils peuvent être divisés en deux catégories selon que le bras est fixé dans l'extension ou dans l'abduction.

1° *Appareils de contention, le bras en extension.* — L'*appareil à attelles*, surtout employé comme moyen provisoire, est un appareil définitif suffisant pour les fractures sans déplacement.

Parmi les *appareils plâtrés*, celui de Hennequin est abandonné. Il vaut mieux appliquer un appareil thoraco-brachial, type Judet ou Leriche.

Dans cette catégorie prennent place encore l'*attelle métallique de Cramer* et l'*appareil de Séjournet*, un peu complexe et d'application délicate, mais qui a donné d'excellents résultats fonctionnels à son auteur.

2° *Appareils de contention le bras en abduction.* — L'abduction est motivée par la nécessité de mettre le fragment inférieur dans la continuité du fragment supérieur dont le déplacement en dehors, déterminé par des muscles puissants, ne peut être directement corrigé. La position en abduction est obtenue soit à l'aide d'appareils triangulaires formés d'attelles en bois ou en fil de fer, comme les *attelles de Pascalis*, d'*Hoffmann*, de *Van de Velde*, le *triangle d'Hacker*, soit avec des appareils plâtrés à anses métalliques comme ceux de *Leriche*, de *Lance* et l'appareil de *Bonnal*.

II. *Appareils à extension axiale.* — Ceux-ci exercent sur les fragments une action d'extension intermittente ou continue qui tend à combattre l'action des muscles, au moins des muscles à direction longitudinale de façon à corriger le chevauchement et dans une certaine mesure l'angulation. L'extension axiale peut être réalisée de diverses manières :

1° *Extension simple.* — On fixe un poids à l'extrémité inférieure du bras à l'aide d'un bandage adhésif. L'inconvénient de cette méthode est que l'extension n'est réalisée que quand le malade est dans la position debout ou demi-assise.

2° *Extension par suspension axillaire.* — Un arc métallique axillaire est suspendu élastiquement à l'extrémité supérieure d'une tige ou d'une attelle dont l'extrémité inférieure est solidarisée avec le coude. C'est le principe des appareils d'*Abadie* et de *Potts*.

3° *Appareils à béquille axillaire.* — Ils sont très nombreux. Leur caractère commun est d'être constitués par une tige métallique terminée en haut par une fourche qui fait la contre-extension axillaire, l'extension étant réalisée ou maintenue par différents moyens ; des poids : béquillon de *Pascalis* ; une glissière : béquillon de *Lonsdale*, d'*Alquier* ; des ressorts : appareils de *Delbet*, de *Leclercq*, *Heitz-Boyer*, etc.

4° *Extension à ressorts sans béquille axillaire.* —

Un exemple de ce genre d'appareils est celui de *Bardenheuer* et *Graesner*. Une chape scapulaire maintenue par une bretelle fait la contre-extension. L'extension est produite par une attelle axiale, par un ressort et une crémaillère solidarisée, au-dessous du coude qui est libre, avec l'extrémité inférieure du bras à l'aide de bandelettes adhésives.

5° *Plâtres à attelles extensives.* — Ici des attelles à ressorts ou à glissières sont fixées de part et d'autre dans des appareils plâtrés circulaires prenant en bas le coude et l'avant-bras, en haut la partie supérieure du bras, l'épaule et l'aisselle, voire même quelquefois le thorax. On peut citer dans ce groupe les appareils d'*Alquier-Foisy*, de *Vignard*, de *Martini*, de *Santamaria*.

6° *Attelles métalliques.* — Ayant surtout pour but de réaliser l'extension axiale des fractures ouvertes, ces appareils ont été en général construits au cours de la guerre. Ils comportent un point d'appui axillaire et une traction élastique sur la partie inférieure du bras : attelles de *Ferrier*, de *Jones*, de *Pécharmant*, de *Descomps*.

III. *Appareils à extension et abduction moyenne.* — Ils sont formés d'une partie thoracique et d'une gouttière ou d'une attelle qui reçoit le bras en abduction et l'avant-bras fléchi, l'extension étant généralement obtenue à l'aide d'un caoutchouc. Les appareils de ce type les plus connus sont ceux de *Judet*, de *Dupuy de Frenelle*, de *Pouliquen*, de *Cauchois*, de *Rouvillois*, de *Miss Gassette*, de *Paschoud*.

IV. *Appareils à abduction à angle droit.* — Dans certaines fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, on a préconisé l'abduction à angle droit que peuvent donner certains des appareils déjà décrits mais pour laquelle ont été créés spécialement l'*attelle aéroplane de Cleary*, *la cadre de Judet* et l'*appareil de Warren Sever*, ces deux derniers permettant d'obtenir en outre l'élévation de l'avant-bras en rotation externe.

b) Traitement non-ambulatoire. — Lorsqu'on doit recourir à cette méthode on peut utiliser le dispositif simple proposé par *Quénu*, l'*attelle de Thomas avec dispositif d'Henry* ou les *cadres à suspension de Miss Gassette*, de *Blacke* et de *Murray*.

Choix des appareils. — Pour choisir l'appareil qui convient, il faut tenir compte d'éléments nombreux : 1° de la nature de la fracture (ouverte ou fermée) ; 2° du siège du trait de fracture et de sa direction ; 3° du déplacement des fragments ; 4° des autres lésions associées ; enfin de l'âge du sujet et ses tares.

Aux *fractures ouvertes* et particulièrement aux fractures de guerre conviennent les plâtres à anses métalliques et quand il y a une large perte de substance osseuse les plâtres à attelles extensibles de Foisy et Alquier, l'attelle de Pécharmant.

Les *fractures fermées* de la *diaphyse humérale* seront traitées s'il y a peu de déplacement par des appareils de simple contention et dans tous les autres cas par les appareils à extension continue ou intermittente.

Les fractures siégeant au niveau du *V deltoïdien* ou du *col chirurgical*, celles du col avec luxation de la tête, quand celle-ci aura pu être réduite, représentent l'indication principale des appareils à abduction modérée tels que ceux de Judet, de Dupuy de Frenelle, de Pouliquen.

Quand les fractures de la grosse tubérosité humérale s'accompagnent d'un grand déplacement, c'est avec les appareils à abduction à 90 degrés, attelle de Cleary, cadre de Judet, qu'on arrivera le mieux à rapprocher les fragments.

Mais il n'est besoin d'aucun appareillage pour les fractures sans déformation axiale du col anatomique ou chirurgical chez l'adulte et le vieillard. Le massage suffira et préviendra les raideurs de l'épaule qui sont ici à redouter.

Dans les *fractures de l'extrémité inférieure*, l'appareil de choix est le plâtre appliqué le coude fléchi à angle aigu. Si la réduction ne peut être obtenue, on peut exceptionnellement utiliser l'extension aux crochets ou au clou.

Chez l'enfant, les fractures du tiers supérieur doivent être traitées par le plâtre thoraco-brachial ; celles de l'extrémité inférieure, la sous-condylienne, par l'appareil de Broca ; celle de la trochlée, par l'extension, le coude fléchi à angle droit et en supination forcée. Enfin, dans les fractures à grand déplaceemnt, il faut employer l'extension au lit, le coude fléchi avec contre-extension postérieure.

L'appareillage au lit, méthode de nécessité, est indiqué à la période fébrile des fractures ouvertes, chez les poly-blessés, les jeunes enfants et dans certaines fractures difficilement réductibles par la méthode ambulatoire.

En terminant le rapporteur insiste sur l'intérêt que présenteraient l'installation dans les hôpitaux d'une salle d'appareillage pour fractures munie du personnel et du matériel nécessaires, y compris la radiographie, et la création, dans les grandes villes au moins, d'un service spécialisé faisant revivre les centres de fractures organisés pendant la guerre.

Appareillage des fractures du fémur.

Rapport de M. Rouvillois (de l'armée).

A part certaines fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes qui sont justiciables de l'ostéosynthèse, la majorité des fractures du fémur peut et doit être traitée par l'appareillage. Il ne sera question ici que des fractures diaphysaires, celles qu'on appelle habituellement « fractures de cuisse » et qui comprennent les fractures de la partie moyenne, les sous-trochantériennes et les sus-condyliennes.

Après avoir tracé un aperçu historique de la question, le rapporteur étudie d'abord :

Les méthodes générales applicables à l'appareillage des fractures de cuisse. — Ce sont la contention simple, la méthode ambulatoire, l'extension continue simple ou associée à la suspension.

I. Contention simple. — Après réduction on im-

mobilise avec des attelles, des gouttières ou des appareils solidifiables dont le plus employé est l'appareil plâtré.

Le type de l'appareil à attelles est le « Scultet » aujourd'hui démodé, mais capable dans des mains expérimentées de donner d'excellents résultats.

Les gouttières sont en principe détestables et ne conviennent ni au transport ni au traitement des fracturés.

Les appareils solidifiables sont à rejeter. Il est rare qu'ils s'opposent au retour des déformations que la réduction immédiate avait momentanément corrigées. La cuisse en effet ne possède pas de points d'appui osseux fixes, sur lesquels un tuteur plâtré puisse réellement s'appliquer. Cependant, cette méthode est de mise dans les cas où l'extension continue est particulièrement difficile, chez les vieillards, les enfants.

II. Méthode ambulatoire. — Elle vise à supprimer les risques de toutes sortes et notamment la congestion hypostatique qui guette les malades longtemps alités. Le type des appareils ambulatoires est l'appareil de Reclus ou le grand spica plâtré de Dollinger, dont Dupuy de Frenelle et Judet ont étendu les indications.

L'appareil de Delbet est le modèle du genre. Son emploi a transformé le pronostic et le traitement des fractures de cuisse. La difficulté pourtant était grande de fixer un tel appareil, faute de points d'appui.

Delbet a reconnu que la saillie condylienne pouvait seule aider à l'application de cet appareil. Il garnit cette saillie d'un collier plâtré. Malheureusement ce collier est souvent mal toléré en raison de la fragilité des parties molles recouvrant les condyles. Les points d'appui secondaires sont la branche ischio-pubienne et le grand trochanter. Un système de ressort permet dans une certaine mesure l'extension continue. L'application de cet appareil est délicate. Elle comprend les temps suivants :

a) Confection et fixation d'un collier prenant point d'appui sur les bords postéro-supérieurs des condyles fémoraux ;

b) Mise en place de l'appareil métallique, la tige antérieure nettement en dedans des vaisseaux ;

c) Fixation des ailerons des tiges métalliques au collier condylien ;

d) Mise en tension de l'appareil pour faire une réduction lente et progressive. Celle-ci doit durer de trois à six jours.

e) Blocage de l'appareil et lever du blessé.

Cet appareil n'est pas toujours applicable chez la femme, chez le vieillard, chez les sujets gros, pour qui l'extension continue reprend tous ses droits.

III. Extension continue. — L'appareillage des fractures de cuisse doit avoir pour principe directeur l'application de l'extension continue qui seule est capable de vaincre la résistance musculaire et d'assurer une réduction suffisante.

Procédés de traction. — La traction s'exerce sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur.

Le meilleur point d'appui au niveau du *fragment supérieur* est la tubérosité ischiatique. Parmi les appareils qui l'utilisent, les uns ont recours à l'ischion du côté correspondant à la fracture : tels sont les appareils de *Thomas* et ses dérivés ; les autres ont recours à l'ischion du côté sain : c'est le cas de l'attelle de *Patel* et de celle de *Picot*.

Il existe d'autres points d'appui secondaires : la branche ischio-pubienne (attelle de *Thomas*), le versant externe de la crête iliaque (*appareil d'Alquier*).

Enfin, le bassin tout entier peut être utilisé, immobilisé au préalable (attelle pelvi-crurale de *Patel* et de *Picot*, cadre d'*Antoine* et *Masmonteil*).

Mais aucun des points d'appui qu'offre le fragment supérieur n'est pleinement satisfaisant. Heureusement, dans la pratique, ils ne sont pas indispensables. Cette traction, en effet, peut être réalisée par le simple poids du corps.

La traction sur le *fragment inférieur* peut s'exercer :

1° *Sur l'ensemble des parties molles superficielles.* — Elle se fait par l'intermédiaire de bandes adhésives. D'application rapide et facile, la méthode est malheureusement infidèle dans ses résultats et ne convient qu'aux cas où il n'est pas nécessaire d'appliquer une force très grande.

2° *Sur les saillies osseuses par l'intermédiaire des parties molles.* — Pied, genou, cuisse.

La bottine plâtrée d'*Hennequin*, la pantoufle d'*Ombrédanne*, la semelle et le patin de *Sinclair*, utilisent comme point d'appui le dos du pied et la face postérieure du talon, les bords ou la plante du pied.

La cravate d'*Hennequin* se fixe sur la région du genou.

Tous ces appareils ont le tort d'agir par le double intermédiaire des articulations du cou-de-pied et du genou qui peuvent par la suite présenter de graves dislocations.

Seule le point condylien serait d'une utilisation rationnelle, mais la réalisation d'un appareil s'y adaptant est sans doute difficile, car les résultats ont toujours été médiocres (collier d'*Alquier*).

3° *Par prise directe et chirurgicale sur le squelette.* — L'idée en est relativement récente. *Codivilla* (de Bologne), transfixa le calcanéum en 1902 à l'aide d'un clou. *Finochetto* passa une lame métallique plus souple et moins traumatisante au-dessus du calcanéum et en avant du tendon d'Achille. Puis vinrent l'embrochage malléolaire préconisé par *Schiassi*, l'embrochage de l'extrémité supérieure du tibia par *Max Page* et *Dake*. Enfin en 1907, *Steimann* utilisa une broche d'acier transfixiant les condyles à laquelle il attacha un lac et des poids.

Walther, *Lenormant*, *Willems*, *Dupechez* et *Richard* modifièrent le procédé de *Steimann* qui dans son principe reste identique.

Les résultats sont manifestement bons. *Fresson* et *Toupet* sur 47 cas n'ont eu aucun incident à signaler.

La méthode a encore l'avantage de permettre

l'application d'appareils à suspension. C'est là le procédé de choix.

La traction continue doit être lente et progressive; le contrôle radiographique est toujours désirable ; les points d'appui doivent être surveillés avec le plus grand soin pour que leur tolérance soit toujours assurée.

APPAREILS PERMETTANT DE RÉALISER L'EXTENSION CONTINUE. — Ces appareils fort nombreux sont de trois modalités différentes :

1° *Extension simple sur le plan du lit.* — Les uns réalisent l'extension continue en rectitude. Le type de ces appareils est celui de *Tillaux*. Les autres réalisent l'extension en plaçant le membre inférieur en demi-flexion, tel l'appareil d'*Hennequin*.

L'appareil de *Tillaux* est d'application facile et permet l'abduction du membre. Il prédispose à la congestion hypostatique et favorise l'enraidissement articulaire.

L'appareil de *Hennequin* est préférable, car il permet au malade de s'asseoir. Son inconvénient principal réside dans son mode de traction qui peut nuire à l'intégrité de l'articulation du genou et du paquet vasculo-nerveux.

2° *Extension continue par appareils fixes reposant sur le plan du lit.* — Ces appareils se résument en un double plan incliné réalisant extension et contre-extension. On en distingue trois variétés :

a) Appareils fixes à contre-extension automatique (cadre de *Sencert*, attelle de *Hey Groves*).

b) Appareils fixes à contre-extension par éléments souples (Pouliquen).

c) Appareils fixes à contre-extension par éléments rigides. Ces derniers s'appuient sur la tubérosité ischiatique seule, ou, en plus, sur la branche ischio-pubienne, le grand trochanter, la fosse iliaque, ou sur l'ensemble du bassin. Ils exercent en principe l'extension en rectitude avec traction sur le pied, mais ils permettent également la traction, genou fléchi sur l'extrémité inférieure du fémur. Ils réalisent une véritable suspension du membre dans l'appareil lui-même.

3° *Extension continue combinée à la suspension au lit.* — Le membre fracturé et l'appareil ne reposent plus sur le plan du lit ; l'appareil est équilibré par les poids de façon à permettre au membre de rester dans la position où on l'a placé, tandis que la réduction est obtenue par l'extension continue qui reste à la base de la méthode.

Les avantages sont nombreux :

La position surélevée du membre favorise l'élimination des œdèmes ; la traction peut être orientée dans les directions les plus différentes, ce qui est utile dans les fractures à grands déplacements. Les pansements au lit sont rendus plus faciles ainsi que le contrôle radiographique. Il est toujours aisé de modifier la traction, la flexion ou l'extension, l'abduction ou l'adduction. Le seul inconvénient réside dans la complexité de l'appareil qui réclame une surveillance quotidienne.

ADAPTATION DE L'APPAREILLAGE AUX INDICATIONS CLINIQUES. — *L'état général* entre en ligne de compte quand il faut choisir l'appareil à employer. Est-il déficient ? La lésion passe au second plan, l'appareil le plus simple est le meilleur.

L'*âge* joue un rôle également, et si l'adulte est justiciable des méthodes compliquées, il n'en n'est pas de même de l'enfant ni du vieillard.

Chez l'enfant nouveau-né on s'inspirera de la méthode de *Bossi* qui immobilise le membre dans la position fœtale. S'il existe un déplacement notable, on appliquera un appareil silicaté ou plâtré, des attelles de carton ou de tarlatane apprêtée. Il faudra surveiller tout spécialement les lésions cutanées.

Chez l'enfant plus grand et indocile, le grand plâtre en abduction qui immobilise le bassin est à recommander.

Chez le vieillard on pensera aux dangers de la congestion et l'on fixera son choix sur un appareil à suspension ou un appareil ambulatoire.

AU POINT DE VUE DES FORMES ANATOMO-CLINIQUES. — Les fractures de cuisse doivent être divisées en trois groupes, chacun réclamant une thérapeutique spéciale :

1° *Fractures de la partie moyenne du fémur.* — C'est pour ces fractures que l'ostéo-synthèse présente le minimum d'indication. Leur réduction est relativement facile surtout quand le trait de fracture est spiroïde ; quand il est transversal il persiste toujours un peu de chevauchement. On choisira entre l'appareil de *Delbet* et celui de *Hodgen*.

2° *Fractures sous-trochantériennes.* — On peut employer le gland plâtre de *Whitmann* ou l'appareil de *Delbet*. L'extension continue avec le cadre de *Masmonteil*, les attelles de *Patel* et de *Picot* ont les préférences du rapporteur.

3° *Fractures sus-condyliennes.* — Surtout fréquentes dans les blessures de guerre, ce sont des fractures graves avec complications immédiates du côté des parties molles et du paquet vasculo-nerveux, nécessitant une surveillance attentive. Pour ces raisons, il faut renoncer aux appareils plâtrés.

L'extension continue avec les dispositifs de *Tillaux* ou d'*Hennequin*, ceux de *Bardenheuer* ou de *Zuppinger* est insuffisante.

L'attelle de *Thomas* peut donner des résultats satisfaisants, mais l'appareil à plan incliné et articulé de *Judet* est excellent.

Adaptation de l'appareillage aux conditions spéciales du malade. — Il faut distinguer :

1° L'appareillage de transport ;

2° L'appareillage de traitement simplifié dans les milieux dépourvus de ressources ;

3° L'appareillage de traitement définitif dans les grands centres.

L'importance du premier appareil appliqué est capitale. Une mauvaise immobilisation initiale peut avoir pour conséquence l'embrochage des muscles, des vaisseaux et des nerfs, et assombrir d'emblée le

pronostic. Les gouttières doivent être délaissées. Il faut choisir entre les appareils à contention faits de store en rouleaux et préconisés par *Jeanbrau*, et les appareils à extension continue dont trois variétés sont vraiment recommandables : appareil de *Pouliquen*, attelle de *Thomas-Lardennois*, cadre de *Bonnet*. Le rapporteur donne une description détaillée de tous ces appareils et leur mode d'application.

Il arrive fréquemment que le milieu auquel appartient le blessé est dépourvu de moyens perfectionnés; c'est le cas dans la chirurgie de guerre et dans la pratique courante de la clientèle rurale. Deux appareils répondent parfaitement à ces conditions : l'attelle de *Thomas* et surtout l'appareil de *Pouliquen*. Celui-ci a pour lui le grand avantage de pouvoir être improvisé partout. Il faut cependant ne lui accorder que la valeur d'un procédé de fortune.

Dans les milieux mieux outillés, loi n de la ligne de feu, ou dans les centres chirurgicaux, il faut user des appareils qui combinent l'extension continue à la suspension. Un contrôle radiographique permanent est absolument nécessaire.

(*A suivre.*)

Les Livres

A. Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris (VIe).

Dr Lucien Mayet, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin-expert près les Tribunaux. — **Barème à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente en matière d'accidents du travail.** (Un volume de 128 pages, 9.5 × 15.2, avec figures. Prix : 6 fr.)

Ce petit livre — dont une grande partie de l'édition s'est trouvée souscrite d'avance — a été destiné par l'auteur à guider les praticiens auxquels leurs clients, victimes d'accidents du travail, demandent quelques renseignements sur le degré de l'incapacité dont ils restent atteints.

En réalité, l'ouvrage du docteur Mayet sera bientôt entre les mains de tous ceux qui, à un titre quelconque, ont à s'occuper d'accidents du travail.

Clarté, concision, précision, schémas chaque fois qu'il est utile de préciser un angle d'ankylose ou la valeur d'un segment de membre, telles ont été les directives suivies. Elles traduisent le plan de l'ouvrage et indiquent les services qu'il rendra.

Librairie agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris (VIe).

Ad.-J. Charon, ancien professeur à l'Institut International agricole de Beauvais. — **Lapins, lapereaux et Cie. Bilan. Dividendes. Petits secrets d'élevage et de succès.** Préface par J. Capus, ancien ministre de l'agriculture. (Un volume 12 × 10 de 280 pages, illustré. Broché : 9 fr. ; franco : 10 fr.)

L'élevage est une biologie particulière à laquelle le médecin ne peut manquer de s'intéresser, en théorie et quelquefois aussi en pratique.

Le livre *Lapins, Lapereaux et Cie* provoquera autant d'intérêt que l'ouvrage bien connu du même auteur : *Poules qui pondent, Poules qui paient.* Il a, en effet, pour objet de montrer les possibilités et l'avenir de l'élevage des lapins à fourrure qui prend, en ce moment, en Angleterre, un essor comparable à celui qui fut constaté, il y a vingt ans déjà, pour les fermes de pondeuses.

Conçu sur un plan tout différent de ce qui s'est fait jusqu'à ce jour, cet ouvrage montre d'abord comment, 80 fois sur 100, il est possible d'éviter la mortalité, ce fléau des éleveurs. Par des chiffres, il établit en outre sous quelle forme et dans quelles conditions sont réalisables les *Fermes à Fourrures* dont il est tant parlé. Pas à pas dans l'alimentation, le choix des races, la saison et le mode de vente, etc..., la comparaison est faite entre les résultats probables et divers. Les causes d'insuccès y sont mises en pleine lumière.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, 6e.

Dr Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec. — **Conférences de clinique médicale pratique.** (Un vol. Prix : 25 fr.)

M. le Dr Louis Ramond vient de faire paraître la 4e série de ses conférences médicales pratiques.

Chaque dimanche, devant une assistance fort nombreuse, à l'hôpital Laënnec, le maître développe un sujet, à propos d'une observation clinique intéressante.

Envisageant tour à tour l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, le diagnostic et le traitement, M. Louis Ramond expose, devant ses auditeurs, une question complète, qui est d'une grande utilité, non seulement pour les candidats au concours de l'internat, mais également pour les médecins praticiens, venus en nombre pour l'entendre.

M. Louis Ramond fait une véritable mise au point d'une question ; il indique, d'une manière pratique, les données nouvelles qu'on peut attendre de la collaboration du laboratoire avec la clinique ; il insiste sur l'application, en clientèle, des dernières découvertes de la science, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Exposant la thérapeutique, M. Louis Ramond

donne des conseils de pratique, car il connaît à fond l'âme des clients et, par des anecdotes, fixe dans l'esprit de ses auditeurs certains exemples de ce qu'il ne faut pas dire, ou faire, pour ne pas se déprécier, dans la confiance du client, ou de l'entourage de celui-ci.

Le maître s'adresse principalement au bon sens, au raisonnement de ses élèves et nullement à leur mémoire ; son service hospitalier est, par suite, très recherché, dans le milieu étudiant, car il forme des médecins praticiens.

Cette 4e série des conférences cliniques traite des phlegmatia alba dolens, des abcès sous-néphrétiques, des néphrites aiguës, de la maladie d'Addison, de l'œdème aigu du poumon, du diagnostic d'une épistaxis et son traitement, de l'insuffisance aortique, l'érythème noueux, la paralysie faciale, le diagnostic de la fièvre typhoïde, les arthropathies tabétiques, les anévrysmes de la crosse de l'aorte, les cirrhoses alcooliques, l'emphysème pulmonaire, le diagnostic de la paralysie générale au début.

Ces revues générales cliniques sont exposées dans un style clair, vivant, animé, qui frappe l'esprit du lecteur ; elles retiennent son attention, pour le plus grand bien de son éducation clinique et thérapeutique.

Georges Boudin,
Externe des hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le suppositoire est, pour certains médicaments, le meilleur mode d'administration

La voie rectale présente, pour l'administration de certains médicaments, une supériorité marquée sur l'absorption par la bouche.

La résorption médicamenteuse est, en effet, bien différente suivant que l'on utilise l'une ou l'autre. L'anatomie explique ces différences. Introduit par la bouche, le médicament, solubilisé dans l'estomac ou le grêle, se résorbe surtout au niveau de ce dernier et passe dans la circulation générale par l'intermédiaire des veinules aboutissant à la mésaraïque, puis à la veine porte et au foie. Il peut encore pénétrer par l'intermédiaire des chylifères et du système lymphatique. Dans le premier cas, le corps ainsi introduit dans l'organisme ne parviendra aux organes qu'il doit influencer qu'après passage du barrage hépatique qui le retiendra en partie, l'éliminera ou le modifiera. Dans le second cas, le trajet sera plus court, les chylifères aboutissant au canal thoracique qui, se déversant dans la veine cave, lance le médicament dans la circulation générale, mais on sait que par cette voie, ce sont surtout les graisses qui sont absorbées ; c'est donc la voie des médicaments liposolubles.

Par la voie rectale, deux cas peuvent se produire. Si le corps médicamenteux est administré dans un lavement, celui-ci, remontant assez haut dans les côlons, sera absorbé par les mésaraïques ou par les veines hémorroïdales, supérieure ou médiane ; le processus sera à très peu près le même que par l'absorption buccale. Mais si le médicament est administré en *suppositoires*, ou avec un *petit lavement*, les choses se passeront autrement : restant alors en contact avec la partie basse du rectum, il sera presque exclusivement résorbé au niveau de l'hémorroïdale inférieure par ses nombreux rameaux anastomotiques ; or, l'hémorroïdale inférieure *gagnant directement la circulation cave et le cœur*, l'absorption par son intermédiaire est presque équivalente à une injection intraveineuse. Une intraveineuse qui serait très lente évidemment, durant les 20 ou 30 minutes pendant lesquelles se fait l'absorption ; mais ce n'est point là un désavantage, bien au contraire.

Cette résorption rectale para-sphinctérienne se différencie notablement de l'absorption par voie sous-cutanée ou intra-musculaire, qui a lieu surtout par l'intermédiaire des lymphatiques.

La voie rectale basse est donc la plus rationnelle pour l'administration des médicaments *solubles dans l'eau*, lorsque l'action de ceux-ci doit être rapide et non modifiée par les sucs digestifs ou le passage au foie. On utilisera alors soit le suppositoire, soit le petit lavement de 10 à 15 cmc. à garder. Le suppositoire a l'avantage de la commodité de son administration. De plus, par son excipient gras, il réalise pour certains produits hydro et liposolubles, la double absorption veineuse et lymphatique, la première agissant sur l'ensemble de l'économie, la seconde plus localement.

Ainsi s'expliquent les remarquables résultats calmants obtenus avec les suppositoires d'hémypnal, aussi bien dans l'accouchement que chez les opérés, notamment dans les interventions du petit bassin et chez les urinaires. Pour ces derniers ils seront utilisés avec succès, soit préventivement pour faciliter les petites interventions telles que urétroscopies, cystoscopies, etc., soit après l'opération (en particulier après la prostatectomie avec tamponnement de la loge), ou 20 ou 30 minutes avant le retrait des mèches. Après les hystérectomies, colpotomies, périnéorraphies, les mêmes heureux résultats sont observés. Il convient de noter le *caractère très anodin* de cette médication calmante et analgésique, beaucoup moins nocive pour le foie et le rein qu'une injection de morphine, ce qui en fait le calmant de choix chez les hépatiques et les rénaux.

A. J.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA DÉSUNION DANS L'UNION

Le tiers payant et la moralité professionnelle. Appel aux dissidents.

Dans mon précédent article, je disais qu'à côté des médecins, syndiqués ou non, qui sont les adversaires du tiers payant, dans la branche maladie de l'assurance sociale, — et je suis du nombre —, il en est d'autres qui s'en déclarent les chaleureux partisans. Et je citais parmi ceux-ci le Dr Claverie, d'Alger, dont j'annonçais la publication de son article paru dernièrement dans le *Bulletin officiel* du Syndicat d'Alger.

Je tiens parole. Voici cet article, qui renferme beaucoup d'excellentes idées, mais mérite, à mon sens, quelques sérieuses critiques :

Médecin de famille et contrat collectif (1)

Ceci, pour faire figure de hors-d'œuvre, n'est pourtant pas hors de propos, car depuis quelque temps, il est de mode dans les gazettes médicales ou paramédicales, et aussi dans nos réunions et assemblées professionnelles, de verser de nombreux pleurs sur la disparition prochaine, sinon acquise, du médecin de famille.

C'est devenu une formule de style indiscutée, parce que soi-disant indiscutable ; comme un cliché dont l'exactitude ne saurait être mise en cause et que l'on se passe de l'un à l'autre ; un axiome dont la vérité doit éclater évidemment d'elle-même dans l'esprit de chacun, car personne ne l'appuie d'aucune précision, raisonnement ou discussion. Affirmer n'est cependant pas prouver et, quand on veut sonder la valeur de cette affirmation par les preuves qui pourraient l'appuyer, on se trouve devant le vide.

La cause de cette disparition que l'on déplore sur le mode élégiaque est imputée à l'esprit syndical, mettons syndicaliste professionnel, qui envahit le corps médical, et le contrat collectif avec le tiers payant, ce vieux-neuf épouvantail à moineaux qu'on sort pour les besoins de la cause, deviennent des facteurs d'immoralité qui tuent le médecin de famille et devant lesquels on se voile la face, ce qui dispense de regarder et de vérifier.

Le médecin de famille disparaît-il donc réellement ou son rôle ne se transforme-t-il pas simplement sous la poussée des nouvelles forces sociales ? Les mœurs syndicales sont-elles pour une part grande ou petite dans cette disparition ou dans cette transformation, et que viennent faire en l'occurence le contrat collectif et le tiers payant ?

D'abord qu'était naguère ce médecin de famille dont on déplore la disparition comme une « diminutio capitis » pour le corps médical ?

Il fut un temps, encore assez proche, où la profession médicale n'était pas encombrée, ni à la ville, ni encore moins dans les campagnes ; dans ce temps, d'autre part, la science médicale dans ses moyens de diagnostic, dans ses ressources thérapeutiques, dans ses recherches biologiques, n'avait pas acquis l'immense développement d'aujourd'hui, tel qu'il est impossible à une seule personne, à un seul cerveau d'en emmagasiner toutes les connaissances, d'en posséder toute la pratique, et chaque branche a poussé de tels rameaux dans une si riche frondaison qu'il est devenu nécessaire de se spécialiser.

Autrefois, à la ville comme à la campagne, le médecin faisait vraiment de la médecine générale et pouvait la faire ; il n'y avait guère que deux branches la médecine d'un côté, la chirurgie de l'autre ; chaque famille avait son médecin qui la soignait jusque dans sa troisième génération, médecin, ami, confident.

Il y avait bien une autre raison et non moindre qui maintenait le rôle du médecin de famille : c'était précisément la stabilité de cette famille ; les générations se succédaient presque toujours dans le même lieu, souvent dans la même maison ; on ne se déracinait pas, on ne se transplantait pas avec la facilité d'aujourd'hui. Est-ce un bien, est-ce un mal ? la question n'est pas là ; mais à cette époque-là, le médecin de famille était un produit naturel des mœurs, pour ainsi dire.

Avec les progrès de la science, avec la diminution des distances par la rapidité des communications avec l'évolution des mœurs, avec la diffusion dans le public de la connaissance de nouveaux moyens de diagnostic et de thérapeutique, avec l'éducation médicale nouvelle du public, si l'on peut dire, tout change rapidement, et cela date d'hier.

Le médecin qui fait encore de la médecine générale et qui est l'héritier direct du médecin de famille a, à toute heure, besoin de l'aide du confrère spécialisé ; il ne règne plus seul dans la famille ; celle-ci avertie, veut avoir recours à d'autres qu'à lui pour, sinon contrôler son action, tout au moins la compléter.

(1) *Bulletin officiel* du Syndical d'Alger.

De ce fait, le rôle du médecin de famille s'est-il amoindri moralement ? Je ne le crois pas ; il s'est modifié, le médecin ne supporte plus seul le lourd fardeau d'une responsabilité qui devient de plus en plus étendue ; mais il a conservé, il a dû savoir conserver, s'il a la conscience claire de son action, la direction générale de la maladie, hier, aujourd'hui et demain. Il doit être resté pour la famille le guide, le conseiller écouté, respecté, le médecin de confiance, l'ami.

L'est-il toujours ? Sait-il toutours l'être ?

La lutte actuelle, si âpre, pour la vie, le désir et souvent la nécessité d'arriver vite et de gagner vite, font qu'il risquera parfois de perdre de vue ce côté si noble de la profession. Il y a peut-être chez certains trop de tendance à débiter de la médecine, loyalement, consciencieusement assurément, mais abstraction faite du malade en temps qu'homme, comme, de l'autre côté, quand la maladie arrive, on demande trop souvent de la médecine à un médecin presque comme à un fournisseur patenté sa denrée. Il est certain que ces mœurs rendent au médecin son rôle singulièrement plus difficile qu'autrefois, moins intime, moins confiant, mais là encore, il y aurait beaucoup à chercher, il y a pour chaque médecin un facteur, un coefficient personnel qui joue ; il faut qu'il comprenne tout l'effort qu'il a à faire pour conquérir la situation qui lui revient, et *qu'il veuille le faire*.

Que pèsent au milieu de tout cela le contrat collectif et le tiers payant ? Quelle peut être l'influence de l'esprit plus ou moins syndicaliste du médecin ? Où est l'agent de démoralisation entre le médecin et la famille et en quoi le caractère de son intervention est-il changé parce qu'il se présente en vertu d'un contrat avec un tiers, contrat d'ailleurs explicitement ou tacitement consenti par le malade ?

Ne soyons donc les dupes ni de phrases sonores qui ne recouvrent aucune réalité, ni de mots nouveaux qui ne font que donner apparence de nouveau visage à de très vieilles choses ?

Ce n'est pas d'aujourd'hui, ni d'hier, que le médecin entre dans une famille en vertu d'un contrat, collectif ou non, passé avec un tiers ; ce n'est pas d'aujourd'hui, ni d'hier qu'il est honoré par un tiers des soins donnés à des membres d'une collectivité. Son rôle n'en a pas été diminué et n'en sera pas diminué parce qu'il n'y a aucun facteur d'immoralité dans ce genre de relations.

S'il y a immoralité, c'est qu'on l'y a mise ; elle n'y préexiste pas, on l'aurait mise encore plus facilement dans une entente directe, tout dépend de l'honorabilité des contractants sans plus.

L'influence morale du médecin dans une famille où il entre librement choisi d'une façon quelconque, ne saurait dépendre du fait qu'il est honoré directement ou non : son influence vaut ce que valent sa moralité personnelle et son autorité professionnelle et, aussi, le milieu où il opère.

J'irai même plus loin : tout ce qui éloigne, tout ce qui écarte des relations de malade à médecin la question pécuniaire directe ; tout ce qui est de nature à libérer le malade vis-à-vis du médecin du souci personnel de la rémunération de celui-ci, est fait pour rehausser le prestige du médecin vis-à-vis du malade et vis-à-vis de lui-même.

Qui de nous, du geste qui lui rend sa rémunération à la fin de sa visite, n'a ressenti une certaine gêne et qui de nous n'a constaté parfois cette gêne chez celui même qui payait, comme si l'un et l'autre sentaient que le billet de banque offert ne payait pas tout, qu'il devait y avoir quelque impondérable à côté qui restait impayé ?

Que ceux qui combattent le syndicalisme médical dans le contrat collectif et dans le tiers payant cherchent ailleurs des motifs d'opposition que dans la disparition du médecin de famille et dans le grief d'immorailté.

Même avec l'évolution des mœurs actuelles, sera, demain comme hier, médecin de famille dans toute l'acception du mot, celui qui saura s'imposer par sa valeur morale et professionnelle.

Pour s'être modifié, son rôle n'est pas fini, il conserve toute sa valeur.

Dr Claverie.

***

La chaleur du plaidoyer de M. Claverie, en faveur du tiers payant, n'est pas de nature, en ce qui me concerne, à me faire changer d'avis, Certains de ses arguments sont infiniment spécieux, et il ne me semble pas difficile de les réfuter.

« Ce n'est pas d'aujourd'hui, dit-il, ni d'hier, que le médecin entre dans une famille en vertu d'un contrat, collectif ou non, passé avec un tiers... » Certes, et de tous temps en effet, il est arrivé que le maître ait été le *tiers payant* du médecin appelé à soigner ses serviteurs, ou que le châtelain ait été pareillement le tiers payant du médecin appelé à soigner certaines familles nécessiteuses de sa châtelainie, si j'ose dire. Quand le comte de C. L., dont le château historique a été récemment la proie d'un incendie dévastateur, me réglait, il y a 30 ans, mes honoraires pour les soins que je donnais à son valet de chambre, il était bien mon tiers payant. Mais il ne serait jamais venu à l'esprit dudit valet de chambre, — ou des familles peu aisées, ou des serviteurs dans son cas —, d'abuser et de réclamer une multiplication superflue des visites et actes médicaux. Pas plus qu'il ne me serait venu à l'esprit, parce que j'étais assuré d'être honoré, de « pousser à la consommation. »

C'était alors l'exception.

La loi sur l'Assistance médicale gratuite, en 1893, a institué un tiers payant officiel. Mais c'est encore une circonstance exceptionnelle, les assistés étant le plus souvent une minorité.

La législation du travail a multiplié le tiers

payant, *par la faute des médecins*. Il n'est pas en effet imposé par la loi de 1898-1905, et jusqu'au vote et à l'application du projet Durafour que Boudin a présenté et commenté dernièrement (1), le médecin est toujours libre de réclamer ses honoraires *directement* à son client, l'accidenté du travail. Dans la pratique, c'est toujours, non pas même à l'employeur, responsable dans les limites du tarif Breton, mais aux Compagnies d'assurances que les notes sont envoyées, et réclamées ...

«... Il n'y a aucun facteur d'immoralité dans ce genre de relations. S'il y a immoralité, c'est qu'on l'y a mise ; elle n'y préexiste pas ; on l'aurait mise encore plus facilement dans une entente directe, tout dépend de l'honorabilité des contractants. »

J'avoue ne pas comprendre comment l'entente directe se prête plus facilement aux compromissions immorales que le tiers payant. Mais, si l'enfer est pavé des meilleures intentions, il n'en demeure pas moins l'enfer. Et peu importe qu'en théorie, le système du tiers payant, quand il s'agit d'une collectivité anonyme, assurance, commune, département, Etat, etc., soit parfaitement honnête si, dans la pratique, il est vicié par la faillibilité de la nature humaine, contre laquelle vainement on s'insurgerait. Les faits sont là, et l'idée d'un contrôle exercé, sur les malades, mais aussi sur les médecins, hélas ! — n'est venue à l'esprit du législateur que parce que, précisément, les abus étaient, non seulement possibles, mais encore, inévitables. Inutile de revenir là dessus, la preuve en est faite. Le plaidoyer de M. Claverie est pur paradoxe.

Mais ceci dit, j'admets parfaitement, je le répète, que des médecins ou des Syndicats préfèrent le tiers payant intégral, avec ses avantages indiscutables, au premier plan desquels il faut placer cette considération éminemment utilitaire : la certitude d'être payé, — sans d'ailleurs qu'on soit assuré de toujours savoir combien on sera payé...

Et c'est parce que je l'admets que je suis de ceux qui pensent qu'il faudrait que la loi sur les assurances sociales, branche maladie, laisse les Syndicats libres de débattre, comme ils l'entendront, les conditions du contrat qu'ils passeront avec les Caisses.

Car, en définitive, c'est là que nous aboutissons. Et si le tiers payant a fait ses preuves dans l'A. M. G., où il figure légalement, et dans la législation du travail où la généralité des médecins l'a fait entrer, il ne s'agissait là que d'une catégorie d'ayants droit relativement limitée. Tandis qu'avec l'assurance sociale, c'est par dizaine de millions qu'on les comptera, ces ayants droit. Et il est compréhensible que, devant une quasi-généralisation d'un système qu'on tolérait, sans en être particulièrement enthousiaste, une majorité de médecins se soit prononcée contre lui.

(1) *Concours médical*, 1926, n° 5.

***

Une majorité, mais pas suffisante, pour justifier la dissidence dans l'Union, à laquelle je reviens par ce chemin détourné.

En vérité, les dissidents, comme mon excellent confrère et ami Cibrie, raisonnent comme s'ils étaient assurés que l'ensemble du Corps médical est tout prêt à les suivre et à faire siennes leurs conceptions et leur résistance, sinon au principe de la loi, et encore ! ! ! — du moins à certaines dispositions de cette loi. Hélas ! il s'en faut, et de beaucoup...

Il y a, en France, environ 24.000 médecins. Admettons que, sur ce nombre, on ne compte que 20.000 praticiens. Combien sont syndiqués ? Une quinzaine de mille. Mais combien cotisent à leur Syndicat, et étaient représentés à la dernière Assemblée générale de l'Union ? Les votes émis vont nous le dire. Dans le vote sur la confiance, il y avait 12.444 votants. Dans le vote sur les ordres du jour Desrousseaux-Gaussel, il y en avait 13.523...

Ces chiffres ne vous disent-ils rien, ô dissidents, dont le mécontentement peut s'expliquer, non le geste ?

Mais si, sur 20.000 médecins, il y en a seulement cinq mille qui répugnent à l'esprit syndicaliste, et qui entendent agir à leur guise, dans un esprit étroitement particulariste, sans tenir compte des intérêts généraux de la corporation, c'est *un sur quatre*. De sorte que théoriquement, partout où il y aura quatre médecins, il est permis de soutenir que, théoriquement, il s'en trouvera un pour faire pièce aux trois autres, pour faire échec à leur volonté de pratiquer leur art dans l'observation des principes qui constituent la charte médico-professionnelle.

Eh bien ! voilà les risques que vous courez et que vous faites courir à la masse, ô dissidents imprudents, si vous ne voulez pas comprendre que cette masse ne sera défendue contre ces risques que par des *ententes*, des ACCORDS, des CONTRATS passés entre Syndicats et collectivités, pour assurer un service dont seront exclus tous ceux qui, non syndiqués et étroitement particularistes, n'auront pas accepté de se soumettre aux clauses de ces contrats...

Faut-il vous rappeler la lamentable histoire de Limoges ? Ils étaient un ensemble de syndiqués qui décidèrent, il y a quatre ans, d'imposer leurs conditions aux nombreuses mutualités ouvrières de la cité de la porcelaine. Ces nombreuses mutualités fédérées entre elles refusèrent d'accepter ces conditions, *et elles ont trouvé cinq médecins* alléchés par le fixe en apparence important qu'el-

les leur proposaient, et qui sont venus se mettre à leur solde, en véritables salariés qu'ils étaient et sont encore sans doute, au détriment du Corps médical limogien.

Voulez-vous encore un fait qui me paraît infiniment significatif ? Ces jours-ci, une clientèle comportant *douze mille francs* de fixe, dans un trou perdu d'un département montagneux du Sud-Est, a été annoncée dans le *Concours médical*. Savez-vous combien elle a trouvé d'amateurs ? *Deux cents*, à ma connaissance...

Réfléchissez donc, ô dissidents pleins d'excellentes intentions, ô dissidents qui n'êtes que de braves gens, mais qui, aujourd'hui, faites fausse route, méditez cet enseignement du passé, et reformez le bloc compact qui obtiendra du législateur ce que tous demandent à cette heure, dans le monde syndical : le droit pour les Syndicats de faire chacun ce qui leur plaît et de traiter aux conditions qui leur conviennent. Restez unis dans l'Union *une et indivisible* : là est le salut !

G. Duchesne.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Médecins d'hôpitaux. Secret professionnel. Réformes de guerre.

Un médecin d'hôpital est-il tenu de déférer à la demande de la commission administrative de cet établissement et de délivrer à cette dernière, des certificats, spécifiant la nature et le diagnostic de l'affection, pour laquelle un réformé de guerre a été soigné à l'hôpital?

Le but de ce certificat est de permettre le remboursement par l'Etat, de frais d'hospitalisation.

Textes législatifs et règlementaires.

Jusqu'à présent, les termes généraux et absolus de l'article 378 du Code pénal s'imposent au médecin, dans tous les cas, sauf pour la déclaration des maladies contagieuses, décidée par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 et par l'article 5 de la loi du 15 février 1902.

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions, ne relève pas le médecin de l'obligation au secret professionnel.

Le dernier alinéa de cet article prévoit un règlement d'administration publique, qui déterminera les conditions d'application de la loi, surtout en ce qui concerne les sociétés de secours mutuels.

Or, les décrets, portant règlement d'administration publique, rendus ultérieurement, étendent à tous les cas (en dehors des sociétés de secours mutuels), certaines obligations de déclaration de la part des médecins traitants.

C'est ainsi que le décret du 26 septembre 1919 (articles 13, 16 et 24), celui du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 8 juillet 1924 (articles 17 et 11) décident que le médecin devra adresser sa déclaration au préfet (1919), ou un bulletin de visite détaché du carnet, quand le docteur voit le malade pour la première fois, à la commission de contrôle (1924).

Dans un autre ordre d'idées, signalons que le décret du 2 septembre 1919 (article 8) ainsi que les décrets ultérieurs, que nous avons cités plus haut, reconnaissent au candidat à pension, ou au réformé, qui invoque une aggravation, la faculté de produire, lui-même, tous certificats médicaux ou attestations, indiquant son état de santé et la nature des maladies, ou affections, qu'il invoque pour son droit à pension.

Réponses ministérielles.

Par l'intermédiaire du *Journal officiel*, le Ministre des Pensions a déjà fait deux réponses, en ce qui concerne le secret professionnel médical, au regard des réformés de guerre.

Journal officiel du 8 avril 1925 (*Concours médical*, 1925.1158); le texte de la réponse est assez obscur ; mais il en ressort ceci : le Ministre estime que l'inscription du réformé sur les listes *ad hoc* établit, pour ce dernier, une charte médicale, en vue de la gratuité des soins, qui doivent lui être donnés pour les affections dépendant directement des motifs de réforme.

Dans ces conditions, le Ministre est d'avis que le médecin n'est pas passible des pénalités prévues par l'article 378 du code pénal, lorsqu'il communique, aux commissions de contrôle, le diagnostic qu'il porte, dans les limites des divulgations déjà faites, pour l'établissement de la fiche médicale de l'intéressé.

Journal officiel du 6 juin 1925 :

M. Delory, député, expose à M. le Ministre des Pensions, comme suite à la réponse n° 1980 (*Journ. off.*, 8 avril 1925), qu'il ne s'agissait pas de l'établissement, par l'intéressé, de la preuve de son droit à pension et aux soins médicaux prévus ; mais qu'il s'agissait de savoir si le médecin traitant, appelé ultérieurement à donner ses soins à un mutilé, en possession d'un carnet de soins, était obligé de signaler, sur la fiche remise ensuite aux services préfectoraux, les raisons médicales pour lesquelles il était appelé auprès du mutilé, si, en indiquant ces raisons médicales, le médecin traitant ne violait pas le secret professionnel et si, pour éviter cette violation, il ne pouvait pas suffire que le médecin traitant certifiât, sur cette fiche, que les soins,

par lui donnés, étaient nécessités par l'affection, ayant motivé la pension ?

Réponse du Ministre : Pour permettre aux commissions instituées par la loi du 21 juillet 1922 d'assurer le contrôle des soins médicaux auxquels ont droit les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, il est indispensable que ces commissions soient renseignées avec précision sur la nature des soins donnés.

Les médecins traitants, dans l'intérêt de leurs malades, se trouvent donc obligés d'indiquer la nature de la maladie par eux soignée.

Or, le secret médical ne lie pas seulement les médecins, mais « toutes personnes dépositaires par état ou profession, des secrets qu'on leur confie » (Code pénal, art. 378).

Il en résulte que les membres des commissions sont, au même titre que les médecins, tenus au secret.

La circulaire du 25 mars 1925, adressée aux préfets, l'a d'ailleurs rappelé dans les termes suivants :

« J'ai l'honneur de vous prier de rappeler, aux membres des commissisons tripartites départementales, ainsi qu'aux fonctionnaires qui, dans les préfectures, et dans les mairies, collaborent à l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, qu'ils sont tenus, par l'article 378 du code pénal, et qu'ils doivent, par conséquent, garder sous le sceau du secret professionnel, tout ce dont ils ont eu connaissance, par l'exercice de leurs fonctions. »

Discussion.

En droit pur, le médecin n'est pas, par un texte de loi, délié de l'obligation au secret professionnel, en ce qui concerne les pensionnés de guerre.

Le docteur se trouve placé dans les mêmes conditions que pour l'application de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail.

Faut-il rappeler l'arrêt de Cassation (chambre criminelle, 9 mai 1913) qui condamne un médecin, pour avoir, en matière d'accident du travail, violé le secret professionnel en indiquant à un autre médecin (celui de l'assurance) le diagnostic exact d'affections morbides ayant eu une influence sur la blessure ?

Le praticien doit s'en tenir à la déclaration des conséquences directes de l'accident et doit se taire, tant sur les affections concomitantes, que sur l'état morbide antérieur.

Deux points sont donc à considérer : 1° le médecin est-il en droit de révéler à d'autres personnes, également liées par le secret professionnel, ce qu'il a appris, en exerçant sa profession ?

Malgré l'avis du Ministre des Pensions, cité plus haut, qui estime que le médecin traitant ne serait pas poursuivable, en indiquant le diagnostic précis aux membres des commissions de contrôle, parce que ceux-ci sont également liés par le secret professionnel, je crois personnellement que la Cour de Cassation jugerait que le secret doit être conservé par celui qui l'a reçu, ou l'a surpris et ne doit être révélé à personne.

Nous avons déjà, en maintes occasions et en différents articles du *Concours médical*, fait connaître notre manière de voir.

L'arrêt de Cassation du 9 mai 1913, cité plus haut, en est une preuve, ainsi que la réponse que le Garde des Sceaux a faite, en novembre 1923, au Ministre de l'Hygiène, au sujet de la certification des décès, par le médecin traitant.

Nous ne reviendrons pas sur ce point.

Mais, 2° en révélant, soit à la commission de contrôle, soit à la commission administrative d'un hôpital, le seul diagnostic, déjà porté sur un carnet de visites, détenu par un réformé de guerre, le médecin commet-il le délit de violation du secret professionnel ?

Nous répondrons par la négative.

En effet, la commission de contrôle a déjà, dans ses fiches, le diagnostic précis, concernant chaque réformé de son ressort.

Quant à l'administration de l'hôpital, elle doit, en vertu de l'article 24 du décret du 25 octobre 1922, modifié par celui du 8 juillet 1924, avoir en dépôt le carnet spécial de tous les bénéficiaires de la loi du 1919, hospitalisés dans l'établissement.

Par suite, dans ses rapports avec la commission de contrôle, ou avec la commission hospitalière, le médecin traitant ne violera pas le secret professionnel, tant que ses certificats resteront dans les limites précises du diagnostic porté au livret du pensionné.

Il est vrai, que si nous voulions pousser les obligations professionnelles dans toutes les rigueurs du droit pur, nous devrions suivre la ligne de conduite suivante : le pensionné, malade, notre client, a seul le droit de nous demander un certificat, ou une attestation médicale et c'est à lui seul que nous devons délivrer cette pièce.

Au bénéficiaire d'en faire ensuite l'usage que bon lui semblera.

Si cette pièce est nécessaire à l'administration de l'hôpital, pour que cet établissement puisse se faire rembourser les frais d'hospitalisation d'un pensionné, c'est à ce dernier que l'économat s'adressera, pour que le malade demande lui-même le certificat au médecin traitant.

Le réformé verra alors s'il doit donner l'attestation médicale à l'administration de l'hospice, ou si, préférant que la nature de sa maladie ne soit pas divulguée, il payera de sa poche les journées d'hospitalisation.

Malheureusement, combien de malades sont-

ils en état de comprendre les subtilités des lois et codes ?

Aussi, en pratique, en nous appuyant sur les décrets, portant règlement d'administration publique, complétant et mettant en pratique l'article 64 de la loi des pensions, pensons-nous personnellement que le médecin d'hôpital peut fort bien, sans tomber sous le coup de l'article 378 du code pénal, délivrer, à l'administration de l'hôpital, une attestation médicale, dont les termes seront uniquement conçus dans les limites du diagnostic porté au livret du pensionné hospitalisé.

Si, pour un motif quelconque, le médecin se croyait autorisé, ou était scientifiquement forcé d'indiquer une complication, ou une affection intercurrente, il devrait donner au malade lui-même le certificat en question, en disant à son client que, s'il veut que ce soit l'Etat qui paye ses journées d'hospitalisation, il remettra lui-même le certificat à l'administration de l'hôpital.

Mais il lui fera également remarquer qu'il est parfaitement libre de garder pour lui cette pièce ; mais, dans ce cas, le client devra désintéresser de sa poche la commission administrative de l'établissement.

Toutes les lois sociales (accidents du travail, assistance médicale gratuite, mutualités, pensions militaires, etc.) n'ont jamais été faites pour régler les rapports entre médecins d'une part et malades, ou tiers, de l'autre.

Ces textes législatifs n'interviennent que pour fixer la situation du blessé du travail, par rapport à son patron, responsable, celle de l'indigent malade, par rapport à la collectivité communale, qui doit l'assister en cas de maladie, celle de l'Etat, qui prend à sa charge les conséquences médicales des blessures de guerre.

Mais, si le législateur prévoit des certificats médicaux, il laisse le médecin sous l'empire du droit commun, en relation directe avec son client et lié à ce dernier par les obligations du secret professionnel.

Cela est si vrai que, lorsque des tarifs sont prévus, pour soins donnés à certaines catégories de bénéficiaires, les médecins sont toujours libres d'accepter, ou de refuser la clientèle qui leur est offerte, par une collectivité publique ou privée.

Si le docteur entend ne pas se lier, tant pour les blessés du travail, que pour les indigents, ou les pensionnés de guerre, il est parfaitement libre de discuter ses honoraires avec son client seul, quitte à ce dernier à se faire rembourser la part qui incombe à la collectivité publique, ou privée, qui le couvre.

Mais, dans la pratique, il n'est pas possible d'appliquer les textes de lois dans toute leur rigueur. C'est pourquoi se sont établies toutes sortes de mauvaises habitudes, qui, peu à peu, asservissent le médecin, en le conduisant progressivement vers des louages de services ou des contrats d'entreprise.

D[r] Paul Boudin.

LES ASSURANCES SOCIALES

Les médecins et les assurances sociales en Allemagne depuis 1918

d'après le livre de M. Gustave Moulin.

L'histoire des rapports des médecins allemands avec les caisses d'assurance n'est que l'histoire des luttes de ceux-ci pour secouer le joug asservissant des caisses, et de ces dernières pour opprimer le médecin et réduire, par tous les moyens possible, le chiffre de ses honoraires. C'est, je crois du reste, le propre de la médecine collective dont bientôt nous connaîtrons les bienfaits. Si les caisses sont obligées d'après la loi de faire soigner leurs adhérents, rien en retour n'oblige les médecins à donner leurs soins. Mais, comme le dit M. Moulin, en Allemagne, les 2/3 de la population au moins, étant tributaires des assurances sociales, chiffre à retenir, le médecin s'il veut vivre se trouve obligé de traiter avec les caisses. Au début, celles-ci se mirent à imposer leurs conditions aux médecins, mais ils réagirent, formèrent des trusts locaux, puis sous le nom de Fédération de Leipzig un trust commun à toute l'Allemagne. Il existe par suite des conventions avec les caisses dont les directives générales sont règlées par le trust de Leipzig, conventions renouvelées par tacite reconduction tous les 3 mois avec commissions mixtes pour règler les conflits.

Le conflit fut pour ainsi dire permanent, sauf dans le Wurtemberg, entre les médecins et les caisses.

Les caisses peu fortunées ont cherché à engager des médecins à traitement fixe pour éviter l'abus des visites, ont *institué des ambulances et engagé des infirmières pour procurer les soins courants à peu de frais.* C'est un point qu'il faut retenir, à l'heure où en France on commence à délivrer à des infirmières des diplômes d'Etat. Je sais bien que pour le moment ces diplômes sont attribués avec mesure ; mais qui nous dit que dans la suite on ne délivrera pas avec la plus grande indulgence ces diplômes pour créer une

sorte de sous-officiat de santé, au profit des assurances sociales.

En tout cas, en Allemagne, comme partout, les médecins veulent que les adhérents des caisses puissent avoir droit aux mêmes soins que la clientèle privée. C'est aussi l'opinion des bénéficiaires quand ils sont malades, mais ils changent d'opinion lorsqu'ils sont bien portants. Ils n'ont alors en vue que les intérêts de la caisse, qui se résume en ceci, comme pour toutes les caisses : recevoir beaucoup et payer peu. Il y eut un certain nombre de grèves de médecins et à ce moment les caisses connurent des jours difficiles ; les médecins refusant de délivrer des certificats de maladie établissant l'incapacité de travail et sa durée. Les malades alors durent rétribuer directement leur médecin au tarif de la clientèle privée.

Dans tous les pays où règne le régime de la médecine collective, lorsque le praticien réclame des honoraires légitimes en rapport avec le prix de la vie, on crie à la rapacité des médecins et à l'exploitation des caisses. Ceci, en Allemagne comme partout, car le principe de la médecine sociale, c'est la médecine au rabais.

Le Reich voulut donc prendre des mesures contre la prétendue rapacité des médecins.

D'abord, pour les caisses à grand rayon territorial, on créa des districts (30 octobre 1923), puis on plaça à la tête de ces districts un seul médecin. D'autre part, comme nous l'avons déjà dit, on engagea des infirmières pour remplacer en partie les médecins.

D'autre part dans toutes les caisses on voulut limiter le libre choix à deux médecins seulement ; on limita également le nombre des médecins de caisses ; on suspendit même le droit d'option dans les caisses surchargées. Pour diminuer les dépenses médicales dans un certain nombre de caisses, on remplaça les allocations maladie en *nature* par des allocations en argent, les malades honorant directement leur médecin (loi du 20 avril 1922).

En même temps, le ministre du travail obligea les médecins à réduire leurs interventions et leurs ordonnances au strict minimum et comme nous sommes en pays autoritaire, le comité directeur des caisses était autorisé à congédier sans préavis pour une durée atteignant 2 ans, les médecins qui contreviendraient d'une façon habituelle à ces obligations. Les médecins frappés pouvaient faire appel devant une commission mixte, mais l'appel n'avait pas d'effet suspensif. Le règlement du 30 octobre 1923 stipulait de plus que l'effectif des médecins pouvait être réduit dans chaque caisse à la proportion d'un médecin par 1350 assurés et pour les soins alloués aux familles de 1 par 1000 assurés, la caisse pouvant toujours remplacer les soins à domicile par l'hospitalisation du malade.

Les médecins se révoltèrent contre cette tyrannie et dénoncèrent leurs contrats pour le 1er décembre 1923. Le ministre du travail apporta quelque modération (instruction du 22 novembre) et limita les pouvoirs du comité directeur.

Malgré tout, la grève médicale éclata le 1er décembre. Le gouvernement intervint auprès des fédérations de caisses maladies et des fédérations médicales, ce qui eut pour résultat des séries de conférences et les circulaires des 5 janvier et 4 mars 1924. L'ordre de grève fut rapporté le 19 janvier. Les caisses maladies ont créé des ambulances et ont trouvé à engager des médecins à salaire fixe, ce qui a paralysé l'effort de défense professionnelle et les médecins syndiqués ont protesté contre cet état de choses ; mais le règlement de ces conflits locaux est toujours en suspens. Le conflit persiste entre les deux parties, chacune en appelant tour à tour à l'opinion publique.

La lutte avait déjà été très énergique dans la période aiguë de la dépréciation du mark. A cette époque, les caisses favorisèrent et provoquèrent même des grèves de médecins pour substituer des prestations en argent aux prestations en nature, qui laissaient le médecin en face de son client à une époque de ruine générale.

De grands débats se livrèrent également entre les deux intéressés sur la question des limites de salaires ou revenus des assurés sociaux. Les caisses ont réclamé la suppression complète des limites, les médecins ne voulurent admettre la transformation complète de leur clientèle privée en clientèle d'assurés.

Le conflit le plus aigu fut provoqué par le règlement du 1er avril 1920 qui portait de 5000 à 20.000 marcks la limite de l'affiliation obligatoire et de 2500 à 20000 marcks l'affiliation facultative. La fédération de Leipzig engagea les médecins à rompre de suite tous les contrats en se basant sur l'article 626 du Code civil qui prévoit la dénonciation des contrats de service sans préavis au cas de force majeure. Mais s'agissait-il en l'espèce de cas de force majeure. Des jugements contradictoires ne purent établir la jurisprudence. Le Reichtag ramena la limite de revenus à 15.000. Malgré cela, la grève éclata le 25 mai dans toute l'Allemagne, sauf à Berlin et dans une partie des Etats du Sud. Elle dura jusqu'au mois de juin.

Malgré tout, les médecins ont réussi à maintenir à un certain taux l'élévation, la limite des salaires et revenus.

Le Reich, dans l'aide qu'il apporte aux caisses d'assurances sociales, favorise sur un point les médecins. La loi du 24 décembre 1919 relative à l'impôt sur le chiffre d'affaires a exonéré les prestations médicales si elles sont payées par un organe d'assurance sociale, en particulier par une caisse de maladie, une caisse minière ou par

une caisse de remplacement (caisse mutualiste). Est-ce pour favoriser le principe du tiers payant? En résumé la lutte reste toujours à l'état latent entre les médecins et les caisses. Les médecins allemands défendent pied à pied leurs prérogatives et leurs intérêts dans des trusts puissamment organisés. Ils entretiennent un journal spécial : *Der Kassenartz,* fondé le 1er juin 1924 qui est l'organe de la Fédération des médecins de caisse.

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

Arts décoratifs et architecture thermale.

Le mouvement de rénovation qui pousse en ce moment artistes et industriels à rajeunir leurs formules esthétiques, de façon à les mettre au niveau des progrès matériels de toute nature que le vingtième siècle a rapportés à notre civilisation, n'a pas laissé indifférentes nos stations thermales.

Un grand nombre d'entre elles ont renouvelé leurs installations techniques. Quelques-unes n'ont pas hésité à reconstruire tout ou partie de leurs Thermes, dont l'âge respectable était un obstacle à des améliorations générales et à des perfectionnements de détail dont la réputation de leurs eaux se fût bien accommodée.

Ces reconstructions ont été le prétexte à des recherches d'ordre artistique, qui visaient à remplacer le vieux cliché de l'Etablissement Thermal nanti d'une façade rappelant les Thermes Gallo-Romains, dont la répétition et la banalité étaient devenues fatigantes, par des conceptions plus en rapport avec les nécessités et les goûts de notre temps.

La Société Fermière de Vichy a été la première à s'engager dans cette voie, quelques années avant la guerre. Il serait trop long de dresser la liste des stations, qui, depuis 1918, ont apporté à leurs bâtiments d'exploitation et à leur matériel d'heureuses modifications. Il suffira de rappeler que deux stations importantes, situées aux deux extrémités de notre pays, ont réédifié entièrement leurs établissements thermaux ce sont : Salies-du-Salat et Saint-Amand-les-Bains.

Signalons les splendides améliorations des thermes de Luchon.

Des stations moins importantes, lasses de végéter dans une situation morale et matérielle indigne des qualités thérapeutiques de leurs sources, n'ont pas hésité à suivre l'impulsion donnée par leurs grandes rivales.

L'une d'elles, qui jouit d'une réputation locale fortement établie et entièrement justifiée, a voulu profiter des avantages que lui donne sa situation dans l'un des plus beaux pays d'Europe, la Corse, dont l'avenir touristique et climatothérapique est plein de magnifiques promesses.

Les propriétaires des sources de Baracci-Propriano (Corse) ont prié M. Pierre Urbain d'étudier la construction et l'aménagement d'un établissement thermal d'importance moyenne — à ne considérer que sa capacité balnéaire — mais dont l'installation et l'outillage n'eussent rien à envier aux Thermes les plus réputés du continent.

Les eaux de Baracci sont hyperthermales, sulfurées sodiques, et leur débit est abondant. Leur thermalité et leur pouvoir diurétique avaient été, jusqu'ici, les seules propriétés sur la base desquelles la cure balnéothérapique était pratiquée à Baracci. On les utilisait approximativement comme les eaux de Dax le sont depuis toujours. Mais leur sulfuration n'avait jamais été mise à profit d'une manière méthodique, faute d'un outillage convenable. En particulier, le traitement des voies respiratoires, qui a fait la réputation et la fortune des stations des Pyrénées, dont les eaux possèdent une minéralisation analogue, avait été négligé d'une manière absolue.

M. Pierre Urbain avait pu, par ses recherches personnelles sur les stations pyrénéennes, dont il a étudié avec soin l'organisation et l'outillage, se convaincre qu'il y avait là une ressource précieuse, inexploitée à Baracci, dont cette station n'avait point le droit de se désintéresser, dans l'intérêt même de sa clientèle. En effet, nous avions été heureux, il y a 3 ans, de nous entretenir longuement avec M. Urbain, lors de sa visite à Luchon : M. Urbain possède une véritable documentation. En outre, l'éducation professionnelle de M. Pierre Urbain — il est architecte — et les fonctions qu'il occupe à l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris, où il est chargé du service et des conférences de technologie et d'hydrogéologie, lui ont donné, dans toutes les questions d'architecture thermale et de captage de sources chaudes, une compétence qu'il a largement mise à profit pour faire des Nouveaux Thermes de Baracci un « outil » balnéothérapique de premier ordre.

Il put soumettre aux propriétaires des sources de Baracci, qui l'acceptèrent, un projet dans lequel le développement des services consacrés au traitement des voies respiratoires équilibrait harmonieusement l'importance attribuée aux services balnéothérapiques non spécialisés (bains, douches-massages, douches sous-marines, douches percutantes, douches internes, etc.).

Enfin, l'ensemble du projet a été étudié de telle façon que le côté esthétique ne soit point négligé : des façades d'aspect moderne, sobres de lignes et de décor, mais d'une grande élégance dans leur simplicité, donnent aux Nouveaux Thermes de Baracci,

dont la construction se poursuit en ce moment, le caractère net et précis qui convient à un établissement qui, par destination, est le domaine par excellence de la science et de l'hygiène.

La maquette du projet ayant été exposée à l'Exposition des Arts décoratifs, dans le Stand de l'Amicale de l'Ecole spéciale d'architecture, dont M. Pierre Urbain est l'ancien élève — le Jury de l'Exposition a reconnu les belles qualités techniques et artistiques de l'œuvre en décernant à son auteur l'une des grandes médailles d'or attribuées aux œuvres les plus remarquables de la classe architecture.

Qu'il nous soit permis d'adresser ici à M. Pierre Urbain nos félicitations chaleureuses et sincères.

Rappelons en outre que l'activité que M. Urbain consacre aux eaux minérales n'est pas entièrement vouée à l'architecture : les travaux de M. Pierre Urbain sur la géologie de nos grandes régions thermales (Pyrénées, Alpes, Corse) ont paru dans les *Annales de l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris*. Ils jettent sur l'origine et la distribution des sources thermales sulfurées une lumière vive, et ces études, pleines d'aperçus originaux, méritent de retenir l'attention de tous ceux que le côté général de la science hydrologique intéresse à juste titre.

Raymond MOLINÉRY.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Séances des 10 *et* 24 *novembre* 1925.

Accidents du travail.

Le Dr M. (Vaucluse), ayant soigné un accidenté du travail dans sa clinique et touché du patron le prix des journées de séjour, demande s'il est en droit de réclamer à l'ouvrier la différence entre la somme qu'il a touchée et le montant de ses honoraires médicaux.

Le Conseil, suivant l'avis de Me Nattan-Larrier, lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le paiement de cette différence.

Le Dr M. (Meuse) a été débouté du pourvoi en cassation, formé, avec l'appui pécuniaire du « Sou », contre un jugement qui a appliqué le « tout compris » au cas d'un accidenté du travail opéré dans un hospice de vieillards n'ayant aucun service de chirurgie.

Le Dr P. (Seine), ayant soigné un accidenté du travail, qui, avec l'adhésion de son patron et du médecin de la compagnie d'assurances, a continué à travailler pendant le traitement, se voit refuser le paiement de ses honoraires, sous prétexte que les frais médicaux ne sont dus que lorsqu'il y a eu interruption de travail.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le patron.

Plusieurs membres du « Sou » de la Seine sont mis solidairement en cause pour responsabilité civile à la suite du décès d'un blessé du travail diabétique, opéré dans la clinique de l'un d'eux.

Ils sont couverts par des assurances antérieures à l'adhésion au « Sou », qui, par suite, n'est pas intéressé pécuniairement dans l'affaire. Mais ils demandent que le « Sou » leur donne son appui moral et s'entende, s'il y a lieu, avec leurs assureurs, pour leur défense.

Le Conseil est tout disposé à le faire, si les assureurs de premier rang le lui demandent.

Honoraires de droit commun.

Les Drs B. (Ariège), G. (Vienne) et L. (Gironde), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobiles, ne peuvent se faire payer par les automobilistes, bien que ceux-ci les aient mis en œuvre.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Dr S. (Ardennes), a soigné la victime d'un accident causé par une balançoire dans une fête publique. Bien que le forain lui ait amené le blessé et lui ait demandé de le soigner, il ne peut obtenir le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire dans cette affaire.

Le Dr D. (Saône-et-Loire) annonce que son différend avec un client qui refusait de lui payer ses honoraires s'est terminé à l'amiable. Il a payé, comme frais et honoraires d'huissier, 15 francs, dont le Conseil, qui lui avait donné l'appui pécuniaire, ordonnance le remboursement.

Le Dr H. (Calvados) a gagné en appel le procès, perdu en première instance, intenté à un patron et à un ouvrier agricole en paiement d'honoraires pour un accident agricole antérieur à l'application de la législation spéciale à l'agriculture. Le tribunal de première instance n'avait condamné aucun des

défendeurs au paiement des honoraires du médecin.

Le Conseil ordonnance le versement à l'avocat du Dr H. de ses honoraires, qui s'élèvent à 300 francs.

Le Dr M. (Oise) a soigné une personne blessée par retour de manivelle d'une automobile que, par complaisance, elle avait mise en marche. Il n'a pu se faire payer ni par la blessée, ni par l'automobiliste.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre devant le tribunal civil la blessée, et s'il y a lieu, l'automobiliste solidairement avec elle. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est fixée au maximum à 200 francs.

Exercice illégal.

Le Syndicat de Cambrai, auquel l'appui pécuniaire avait été accordé dans la proportion du nombre de ses membres adhérents au « Sou », annonce qu'il a obtenu la condamnation des matrones qui pratiquent habituellement des accouchements dans la région.

Baux et locations.

Le Dr C. (Oise) a formé un pourvoi en cassation contre un jugement qui lui a refusé une prorogation de bail.

Le Conseil, considérant qu'il a formé ce pourvoi sans avoir au préalable demandé l'avis du « Sou », contrairement aux prescriptions des statuts et du règlement intérieur, ne lui accorde pas l'appui pécuniaire qu'il demande, mais seulement l'appui moral.

Le Dr L. (Vienne) est en conflit avec son propriétaire qui, par voie de révision, veut porter son loyer de 2.000 à 5.000 fr.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour résister à cette demande, la participation dans les honoraires de l'avocat étant fixée à 150 fr. au maximum.

Responsabilité civile.

Le Dr L. (Meuse) est assigné en 50.000 francs de dommages-intérêts par la famille de la victime d'un meurtre par arme à feu, dont l'autopsie a révélé qu'une bourre de cartouche était restée dans la plaie.

Le Conseil confirme l'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale, accordés en principe dans la séance du 21 juillet dernier.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat suburbain de Bordeaux

Séance du 29 décembre 1925.

M. Cruchet, du Syndicat de Bordeaux-ville, assiste à la séance invité par le président afin de faire connaître le point de vue défendu par lui à Paris.

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

Assemblée générale de l'Union des S.M.

M. Dufranc fait un compte rendu détaillé du mandat qui lui avait été confié par le Syndicat à l'assemblée générale.

Le compte rendu analytique en mains, il décrit d'abord la physionomie de l'Assemblée générale, dépeint tels qu'il les a vus les dirigeants de l'Union ; Decourt, Lafontaine, Lenglet, l'atmosphère du milieu, l'opposition organisée dès le début, ses chefs : Vanverts, Michon, Duby.

1er *vote.* — Augmentation de la cotisation à l'Union, portée de 20 à 25. Au moment où la lutte est la plus chaude pour la défense des libertés professionnelles, les représentants du suburbain ont pensé qu'il fallait voter cette augmentation minime. Les cheminots donnent 90 francs à leur syndicat et les mineurs 120. Bordeaux-ville a voté contre.

2e *vote.* — Vote de confiance en la gestion morale de l'Union. Ce vote était le plus important du congrès puisqu'il implique l'approbation des méthodes des dirigeants de l'Union, la reconnaissance pour leurs efforts désintéressés, la foi en l'avenir du syndicalisme organisé, forme moderne de la défense professionnelle. Les débats furent passionnés. Lescarre et Dufranc votent la confiance. Bordeaux-ville la refuse. Résultats 8835 pour, 3698 contre. Ces chiffres sont très importants, car ils définissent les positions sur cette question capitale et montrent que près des 3/4 des médecins syndiqués restent fidèles à l'Union.

3e *vote.* — Les assurances sociales. Débats toujours tumultueux, la tribune étant occupée 3 fois sur 4 par les orateurs de la minorité. M. Lenglet fait un commentaire du texte soumis à la commission du Sénat et montre comment le nouveau projet paraît, malgré tout, amendé par suite de l'intervention de l'Union en ce sens que le corps médical aura des délégués des Syndicats dans tous les organismes chargés d'appliquer la loi. Cette collaboration doit être continuée jusqu'à l'élaboration du règlement d'administration publique qui trop souvent contredit la pensée du législateur.

Un exposé très clair, très précis, de Desrousseaux, de Roubaix, nous montra dans ses détails une organisation *patronale* de soins à Roubaix qui groupe 23.000 ouvriers du textile. Nous y avons applaudi, mais il ne nous est pas apparu que cette conception particulière puisse être imposée à la France entière :

1° Parce qu'elle est « patronale » et par conséquent l'ouvrier n'ayant rien à donner et tout à rece-

voir s'en montre satisfait ce qui pourrait peut-être changer s'il avait des versements à faire ;

2° Parce que la clientèle rurale étant essentiellement dispersée, un tel projet ne peut s'appliquer dans ce cas.

3° Parce qu'il ne semble pas opportun d'imposer au législateur un cadre aussi étroit d'une organisation de soins trop incomplète.

C'est cependant ce que demandait Desrousseaux dans un ordre du jour.

M. Gaussel en dépose au contraire un second contenant la substance du premier, mais en plus donnant toute latitude aux syndicats de passer avec les caisses les contrats qu'ils désirent suivant les usages locaux en respectant les principes du tarif à la visite et du secret professionnel.

Le Nord pouvait donc s'y rallier sans déchoir. Il ne le fit pas. Bordeaux-ville vota contre. Bordeaux-suburbain vota pour l'ordre du jour Gaussel adopté par l'Union.

M. Dufranc fait connaître après cet exposé objectif son sentiment sur la nécessité du bloc médical en face des adversaires de notre profession qu'ils soient l'Etat, les administrations ou la mutualité.

Il lui a semblé trop grave de pousser à la scission dans le moment présent et il demande que par un vote net on dise s'il a interprété les vues du Syndicat.

A l'unanimité, le Syndicat se prononce pour le maintien de l'Union et approuve le délégué.

M. Cruchet, du Syndicat de Bordeaux, vient expliquer le point de vue différent qui a guidé ses votes à l'assemblée et qui a déterminé Bordeaux-ville à se séparer de l'Union.

Il estime que la gestion financière est mauvaise, que les dirigeants sont trop autoritaires, que le système Desrousseaux était parfait, que les assurances sociales ne constituent pas un danger immédiat. Il refait en somme l'article du 10 décembre 1925 du *Journal de médecine de Bordeaux*.

M. Lescarret, délégué de Bazas et la Réole à l'A.G. vice-président du S. suburbain répond en appuyant la thèse défendue par M. Dufranc avec lequel il a d'ailleurs constamment voté.

Connaissant depuis 20 ans les dirigeants de l'Union, il montre que la plupart des améliorations matérielles de la profession médicale sont dues à l'effort tenace des militants ; loi des pensions, tarif Breton, relèvement A.M.G.

Il fait l'éloge de leur probité morale, de leur désintéressement.

Il déplore que dans les circonstances présentes, on puisse parler de scission, alors que les raisons invoquées sont uniquement d'amour-propre.

Il espère que le Syndicat de Bordeaux, mieux informé, reviendra sur sa décision, car le bloc médical girondin lui-même pourrait se trouver désuni, ce qui serait très grave.

M. Passat demande à M. Cruchet les avantages qu'il voit à la scission, M. Cruchet : « Faire changer les méthodes de l'Union ». M. Cazanouve-Soulé parlant comme syndiqué et conseiller général de la Gironde, indique que l'administration ne pourra que profiter de notre désunion.

Comme conclusion au débat, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité.

« Le Syndicat médical suburbain de Bordeaux, après avoir entendu les explications de Dufranc et Lescarret ses délégués à l'assemblée générale de l'Union des S.M., les remercie d'avoir rempli fidèlement leur mandat et d'avoir exprimé par leur vote les vues du Syndicat.

« Le S.M. suburbain fait confiance à l'Union des Syndicats pour défendre les intérêts du corps médical de plus en plus menacés. Après avoir entendu M. Cruchet, le syndicat suburbain regrette que le syndicat de Bordeaux ait voté aussi rapidement la scission.

Le S.M. suburbain espère que Bordeaux reviendra sur sa décision et n'adhèrera pas à une Fédération dissidente, afin d'éviter de faire le jeu des adversaires du corps médical, coalisés contre ses intérêts matériels et moraux. »

Tarif Breton. — M. Dufranc fait connaître et approuver les modifications projetées au tarif Breton augmentant le tarif de 25 % pour Bordeaux et de 45 % pour les ruraux.

Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex

Réunion du Syndicat du 8 novembre 1925, à Bellegarde.

Présidence du Docteur Levrat.

Présents : MM. les docteurs Levrat, Julliard, Brandstetter, Larrieu, Marichal, Saint-Pierre, Vion-Delphin, Temporal, Françon, Chabert, Porte, Dumas, Michelland, Chaboux, Renard, Girardot, Ponsart, Gidon, Lançon, Colmez, Perrier, Bérard, Gonnand, César, Paget.

Excusés : MM. les docteurs Michaud, Jacquet, Rochette, Martin, Gigaud, Patel, Grézel, Michon, Servaz, De Choudens, Cléret, Julliard (Genève), Fabre.

I. — CONDOLÉANCES.

M. le docteur Levrat, président, ouvre la séance et adresse, au nom de l'Assemblée, à Madame EYRAUD, pour la perte de son mari, et au docteur MARICHAL, pour la perte de sa mère, l'expression des condoléances attristées du Syndicat.

II. — RELÈVEMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX.

M. le docteur BRANDSTETTER, secrétaire, après avoir développé les raisons militant en faveur d'un relèvement des honoraires médicaux en clientèle

nombreux index officiels de cherté de vie, dépenses professionnelles, coût de la vie, en général, par suite de la dévalorisation du franc, etc., etc.) *fait adopter par l'unanimité* de l'Assemblée, les tarifs suivants, *applicables à partir du* 1er *décembre* 1925 :

En semaine :

Consultation au cabinet du médecin, 15 francs. — Visite à domicile, dans la localité du médecin, *le jour*, 15 francs. — Visite de passage dans une autre localité, *minimum* 20 francs. — Visite de *nuit*, de 7 heures du soir à 7 heures du matin, 30 francs.

Tarif kilométrique : par kilomètre parcouru à l'aller, du domicile du médecin au domicile du malade, *le jour*, 4 francs ; *la nuit*, 6 francs.

Dimanche et jours fériés :

Consultation au cabinet du médecin, 30 francs. — Visite à domicile, pour tout malade *nouveau*, 30 francs. — Le kilomètre, 6 francs.

Le secrétaire fait remarquer que l'application de ces nouveaux tarifs, non seulement n'a rien d'exagéré, mais qu'elle est nécessaire pour le relèvement du tarif de médecine dite *sociale*.

1° *Assistance médicale gratuite.* — Au sujet de l'*Assistance médicale gratuite*, le *Conseil général* n'a pris aucune décision.

Le Syndicat déclare « *réserver sa manière d'agir* » en ce qui concerne l'*Assistance médicale gratuite*, si une décision n'intervient pas, conformément à une nouvelle demande, *en faveur du relèvement des tarifs fixés à* : consultation 6 francs et visite 8 francs *minimum*.

2° *Bénéficiaires de l'article* 64. — Le délégué à l'*Assemblée générale* aura mandat de demander la *suppression de la troisième catégorie* et le *relèvement des tarifs*.

3° *Accidents du travail* (industrie et agriculture). — Les tarifs sont loin d'être en harmonie avec la dévalorisation du franc.

4° *Mutualités.* — L'Assemblée décide d'appliquer aux *Sociétés de Secours mutuels, à partir du* 1er *décembre* 1925, *le tarif syndical minimum*, qui vient d'être voté, *sans aucun rabais*.

Pour que les *Sociétés de Secours mutuels* soient dûment averties du nouveau tarif, il conviendra, qu'après entente entre eux, un des médecins de chaque localité indique, *avant le* 25 *novembre courant*, au docteur Marichal, secrétaire-adjoint, à Belley, le nombre des *Sociétés de Secours mutuels*, situées dans leur ressort. Ce médecin recevra alors, pour les distribuer aux *Sociétés de Secours mutuels*, un nombre de circulaires, correspondant au nombre desdites Sociétés.

5° *Nouveaux impôts.* — Les nouveaux impôts détermineront de la part du Syndicat une collaboration loyale avec l'Etat, si la fiscalité n'est pas agressive ; ils entraîneront, au contraire, la décision de ne soigner les bénéficiaires de la *médecine sociale* qu'au tarif syndical minimum, si les médecins sont inquiétés, à jet continu, par les agents du fisc.

III. — Statuts de l'Union des syndicats médicaux de France.

Au point de vue de la *modification à apporter* aux *Statuts de l'Union des Syndicats médicaux de France*, le secrétaire fait l'exposé des deux tendances : *parisienne, d'une part, lyonnaise et lilloise, d'autre part.* Il donne lecture de la brochure des docteurs Vanverts, Michon et Duby.

Le Syndicat se rallie, *à l'unanimité*, aux conclusions de cette brochure et donne mandat au docteur Michon, président du *Syndicat médical du Rhône*, de le représenter à l'Assemblée générale, à Paris.

IV. — Commission de contrôle tripartite

La délégation à la *Commission de contrôle tripartite* voit ses pouvoirs renouvelés par l'Assemblée :

Docteur Brandstetter, délégué titulaire.

Docteur Temporal, délégué suppléant.

V. — Diplome de docteur en chirurgie dentaire

L'Assemblée fait sien le vœu émis par les *médecins stomatologistes*, contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie-dentaire.

VI. — Polices d'assurances agricoles.

Sur la proposition du docteur Paget, la question des polices d'*assurances agricoles*, « *patrons compris* » fera l'objet d'une étude particulière et reviendra devant la prochaine Assemblée générale.

VII. — Renouvellement des membres du bureau

Les membres du bureau sortant sont nommés à l'unanimité.

Président, docteur Levrat ; *vice-président*, docteur Julliard ; *secrétaire*, docteur Brandstetter ; *trésorier*, docteur Larrieu ; *secrétaire-adjoint*, docteur Marichal.

VIII. — Compte-rendu du trésorier.

(Année 1925)

A. — RECETTES

En caisse le 14 juin 1925	3.030 »
50 cotisations à 40 francs	2.000 »
1 cotisation à 20 francs	20 »
Intérêts annuels	112 50
	5.162 50

B. — DÉPENSES

Note de M. le docteur Brandstetter	57 75
Note de M. le docteur Marichal	81 »
Note de M. le docteur Larrieu	17 »
Divers et supplément au banquet du 8 novembre 1925	53 »
Cotisations de 1925 envoyées à l'*Union des syndicats médicaux*	1.000 »
Cotisations de 1925 envoyées à la *Fédération lyonnaise*	50 75
	1.259 50

C. — BALANCE

Recettes	5.162 50
Dépenses	1.259 50
En caisse le 12 *décembre* 1925	3.903 »

IX. — Admission de nouveaux membres.

Candidats ayant demandé leur admission :

M. le docteur Girardot, de Belley, parrains, MM. les docteurs Levrat et Marichal.

M. le doct eur Lançon, de Belley, Parrains, MM. les docteurs Levrat et Brandstetter.

MM. les docteurs Girardot et Lançon sont admis à l'unanimité.

X. — Réunion de printemps.

La réunion de printemps aura lieu à Artemare, en mai 1926.

Le secrétaire adjoint,
Dr Marichal.

Décision de l'Assemblée Générale du Syndicat des Médecins du Bugey et du Pays de Gex, en date du 8 novembre 1925.

Le Syndicat des médecins du Bugey et du Pays de Gex a l'honneur de porter à la connaissance des *Sociétés de secours mutuels*, que le *tarif minimum* des honoraires médicaux, *en vigueur à partir du* 1er *décembre* 1925, sera le suivant :

En semaine :

Consultation au cabinet du médecin	15 fr.
Visite à domicile, dans la localité du médecin, *le jour*	15 fr.
Visite de passage dans une autre localité, *minimum*	20 fr.
Visite de *nuit*, de 7 heures du soir à 7 heures du matin	30 fr.
Tarif kilométrique : par kilomètre parcouru, à l'aller, du domicile du médecin au domicile du malade :	
Le jour	4 fr.
La nuit	6 fr.

Dimanches et jours fériés :

Consultation au cabinet du médecin	30 fr.
Visite à domicile	30 fr.
Le kilomètre	6 fr.

Le tarif syndical ci-dessus sera applicable, *sans aucune réduction possible*, aux Sociétés de Secours mutuels, *à partir du* 1er *décembre* 1925.

Le Syndicat des médecins.

L'Union médicale franco-ibero-américaine

L'UMFIA a tenu, à l'Hôtel des Sociétés savantes, son assemblée générale, le lundi 21 décembre 1925.

On connaît le but de cette puissante association médicale internationale qui date de 1912 et qui, la première, par ses directives, ses personnalités, ses échanges interprofessoraux, ses voyages d'études, ses conférences, ses cours en espagnol à Paris, ses bourses de voyage et ses prix, a contribué, avant la guerre, à lutter contre l'isolement scientifique systématique de la France poursuivi visiblement par l'Allemagne, et qui, depuis la guerre, a si puissamment déterminé le courant international du monde médical latin. L'UMFIA, sous le patronage de MM. Clémenceau, Branly, Richet, Ramon y Cajal, et des plus hautes notabilités de la science moderne en France, en Espagne et en Sud-Amérique, comprend actuellement plus de 2.000 membres et, par ses influences, rend les plus utiles et les plus éminents services.

Le secrétaire général, Dr Molinéry, dans un substantiel rapport, a exposé les actes de l'UMFIA pendant l'année 1925, présenté à la ratification de l'assemblée 446 candidatures nouvelles cautionnées par la signature du candidat et celle de deux parrains (ce qui porte à 800 les adhésions faites en deux ans) montré l'importance de nos réunions où se pressaient de grandes personnalités du monde médical Franco-Ibéro-Américain, et en particulier le grand dîner d'automne présidé par le prof. J.-L. Faure.

Le vice-président fondateur, le Dr Bandelac de Pariente, qui a représenté l'UMFIA au Congrès de Pédiatrie de Saragosse, a rappelé qu'à son instigation et sous la présidence du prof. Borobio, doyen de la Faculté de Saragosse, a été créée l'importante section espagnole de l'UMFIA de cette ville.

L'assemblée a voté à l'unanimité des félicitations à son S.E. le Général Martinez Anido, vice-président du Gouvernement Espagnol, Ministre de l'Intérieur, qui a apporté à l'UMFIA l'appui de sa très haute influence en Espagne, ainsi qu'au Dr Murillo, directeur général de la santé et aux Drs Decref, Palanca, Julio Ortega et Bertoloti qui, dans la presse médicale et politique espagnole ont exalté l'œuvre de l'Umfia pour le bien de nos deux pays.

Le Dr Digeon, trésorier général, mit en relief d'une façon saisissante la prospérité matérielle de l'Umfia ; le Dr Daléas, venu exprès de Toulouse, au nom de la filiale de Toulouse présidée par le prof. Garipuy et dont il est le secrétaire général, a proposé une révision intéressante des statuts dont tous les paragraphes ont été adoptés. Le Dr Glénard a fait part du projet du prof. Héli-Uceda, de Lima de créer avec le concours de l'Umfia un *Foyer médical Franco-Ibéro-Américain à Paris*, dont le Dr Thiéry, secrétaire général des médecins de France et du Foyer du médecin Français, va étudier avec le

concours de MM. NOIR, GLÉNARD, DARTIGUES, MOLINÉRY, etc., la réalisation.

L'assemblée générale a également envisagé la reprise de l'idée du *Congrès médical latin*, dont elle avait pris l'initiative en 1913, avant la guerre.

Le président-fondateur, DARTIGUES, avec sa puissance et son à propos, avec sa clairvoyance, sa mise au point des questions et leur concrétisation en des formules heureuses, a prodigieusement animé cette séance fructueuse en idées et en actes.

Prirent la parole : les Dr NOIR, rédacteur en chef du *Concours médical* ; PIERRA, secrétaire général de la presse scientifique ; BERRY, de *La Médecine internationale* ; CATHALA, accoucheur des hôpitaux ; GARCIN, SAIAS, DE PARREL, THIÉRY, GLÉNARD, GAMBIES, MARCHAL, MOUGEOT, BRUDER, GRIMBERG, etc.

Ont été nommés nouveaux membres du Conseil d'administration, les Dr CAMBIÈS, DE PARREL, GRIMBERG, PIERRA, GLÉNARD. Le Dr LARDENNOIS a été nommé membre du comité d'honneur et le Pr HIMBELA, de Lima (Pérou), membre du conseil de la Société des nations, a été nommé vice-président américain de l'Umfia.

Ceux qui désirent s'inscrire à l'Umfia doivent s'adresser au siège de la société, 81, rue de la Pompe, (XVIe), chez le président, Dr DARTIGUES. Ils devront donner toutes références et toutes indications les concernant afin de profiter de l'annuaire important qui va être incessamment publié.

MM. les étrangers appartenant au groupe des Nations englobées par l'UMFIA (Argentine, Belgique, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Equateur, Espagne, Guatémala, Haïti, Honduras, Iles Philippines, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Puerto-Rico, Portugal, Saint-Domingue, Salvador, Uruguay, Vénézuela), de passage à Paris et qui désirent avoir des renseignements et des recommandations pour se guider au point de vue médical, pourront s'adresser au bureau de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, où ils trouveront toutes les après-midi, une secrétaire parlant espagnol.

Le président, Dr Dartigues, le vice-président, Dr Bandelac de Pariente, le coadjuteur, Dr Cambiès, qui parlent espagnol, recevront tous les jours au siège de la Société, de 17 à 18 heures, et le secrétaire général, le Dr Molinéry, recevra toute l'après-midi du samedi.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — M. le Dr Charles LEROUX, de Paris. — M. le Dr LELONG, de Charenton-du-Cher. — M. le Dr M. GELIS, de Cahors. — M. le Dr BLOND, de Châteauneuf-de-Bargis. — M. le Dr NANARD, de Bourganeuf. — M. le Dr BEAURAN, médecin en chef de l'Asile de la Roche-Gandon. — M. le Dr BOITEUX, de Clermont. — M. le Dr LA BONNARDIÈRE, d'Hyères.

— M. le Dr ALOMBERT, de Saint-Antoine, Marseille. — M. le Dr CHAUVEAU, de Thorigné (Sarthe). — M. le Dr COLLARD, d'Annonay (Ardèche). — M. le Dr Gabriel MAUNOURY, de Chartres. — M. le Dr Fernand GUILLEMANT, de Louhans. — M. Jean CASSAET, externe des hôpitaux de Bordeaux, fils du professeur Cassaët. — M. le Dr René COPPIN, médecin principal de l'armée coloniale, en retraite.

— M. le Dr Paul DANJOU, d'Igé (Saône-et-Loire). — M. le Dr BOULAY, de Longny (Orne). — M. le Dr Joseph ARNAUD. — M. le Dr DULAU, de Cap-Breton. — M. le Dr Paul GALLETTI, de Marseille.

— La mort du Dr Maygrier. — Nous apprenons la mort du Dr Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur des hôpitaux. De nombreux médecins de ma génération ont connu le Dr Maygrier et suivi son enseignement hospitalier. Personnellement, j'ai publié dans le *Concours* plusieurs des leçons que faisait ce savant maître dans le vieil et historique amphithéâtre de la Charité. Depuis quelque temps, surpris pauvre par l'âge et la maladie, le Dr Maygrier s'était réfugié dans un établissement de retraite de l'Assistance publique. En décembre dernier, l'Académie de médecine lui avait décerné une part du *Prix Huchard* destiné à récompenser le dévouement médical. L'exemple de ce maître, qui succombe dans la pauvreté, après avoir conquis les titres les plus enviés de notre profession et avoir présidé à la naissance de dizaines de mille petits Français, fera-t-il réfléchir ceux qui croient que la carrière médicale est, pour la plupart d'entre nous, très lucrative ? *Le Concours médical* salue respectueusement la mémoire de ce maître qui honora grandement et la science et le dévouement médical.

P.L.

— Amphithéâtre de la Maternité, 121, boulevard de Port-Royal. — Dimanche 14 mars 1926, à 15 heures : Deux aliments très faciles à manier, le lait sec et les bouillies maltées, permettent de réaliser partout d'excellents régimes pour les nourrissons. Conférence par le Dr Georges SCHREIBER, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté.

— Hôpitaux de Paris. Mutations dans les services de médecine. — MM. : Trémolière et Courcoux passent à *Boucicaut* ; Rathery et Halbron à l'*Hôtel-Dieu* ; Crouzon à la *Salpêtrière* ; Grenet à *Bretonneau* ; Abrami, de Jong et Lemaire à *Ambroise-Paré* ; Faure-Beaulieu et Monier-Vinard à *Andral* ; Rivet à *Laënnec* ; Fiessinger à *Dubois* ; Sézary et Tixier à *Broca* ; Chiray aux *Ménages* ; Laederich à la *Charité* ; Vallery-Radot et Gougerot à *Bicêtre* ; M. Pinard à *Sainte-Périne* ; Ameuille à *Debrousse* ; Milhit à *Ivry*.

— Le prix de la journée dans les hôpitaux de Paris. — Le Conseil municipal de la ville de Paris a décidé de fixer ainsi qu'il suit, pour l'année 1926, le tarif des frais de séjour dans les hôpitaux : Médecine, 23 fr. 32 par journée. Chirurgie et accouchements, 24 fr. 26 par journée.

En ce qui concerne les accidents du travail traités dans les hôpitaux : Médecine, 30 fr. 30 par journée. Chirurgie, 31 fr. 53 par journée.

— **Hôpital Tenon.** — Un service d'ophtalmologie a été ouvert à l'hôpital Tenon le lundi 4 janvier. Il comporte 20 lits d'hospitalisation. Des consultations y sont données tous les jours de semaine, à 9 h. du matin.

— **Nancy. Hommage au professeur Haushalter.** — Un groupe d'amis du regretté professeur de clinique médicale infantile, P. Haushalter, s'est réuni dans le but de lui rendre hommage par un médaillon commémoratif.

Les souscriptions d'au moins 50 fr. donneront droit à un exemplaire en bronze, celles d'au moins 200 fr. à un exemplaire en argent. Adresser les adhésions et les envois à M. Gœpfert, 38, faubourg Saint-Jean (Chèques postaux, Nancy 124-12).

De la part de MM. G. Etienne, R. Frœlich, R. Gœpfert, P. Jacques, P. Jeandelize, G. Michel. M. Perrin, L. Richon, L.Spillmann.

— **Internat des hôpitaux de Paris.** — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires* : MM. Pascal, Grinda, Thiébault, Ombrédanne, Bureau (Yves), Fleury, Cahen (Robert), Cournand, Luzuy, Funck, Lyonnet, Mével, Bureau (R.), Petrignani, Lièvre, Nativelle, Puech, Mlle Zimmer, MM. Michel-Béchet, Duncombe, Rivoire, Soulié, Baillis Bidoire, Dulac, Derot, Cadilhac, Maximin, Mlles Maas, Desbrousses, MM. Mouchet, Bompart, de Sèze, Augier, Louvel, Richier, Ragu, Sicard (André), Baron (Pierre), Barragué, Weill (Jean), Paris (Pierre), Padovani, Mlle Laurent, MM. Sicard (Robert), Sébileau, Nédelec, Darfeuille, Coudrain, Mlle Wolff, MM. Delage, Sigwald, Berdet, Poummeau-Delille, Hurez, Frantz, Beaugeard, Tariel, Alibert, Zadoc-Kahu, Moatti, Pinoche, Poumailloux, Rossert, Mlle Boegner, MM. Sourdille, Liège, Ganem, Mlle Rappoport, MM. Chaperon, Bucquoy, Filliol, Dupuy, Imbert, Gorostidi, Polliasson, Bergouignan, Mlles Maldan, Scherrer, MM. Ducas, Willemin, Mayer, Levaxellaire, Stéhelin, Servel.

2° *Internes provisoires.* : MM. Corman, Dublineau, Darré, Beaux, Triau, Minot, Rollet, Ravier, Cordier, Saint-Pierre, Mlle Lefiliâtre, MM. Duménil, Périn, Pellé, Fouquet, Merklen, Mlles Bardy, Houzeau, MM. Georges (Maurice), André (Georges)., Vincent, Mlle Lequin, MM. Calmels, Masset, Abd el Nour, Lejeune, Davioud, Lemoyne, Canonne, Avril, Chureau, Rudolf, Priollet, Lereboullet, Sée, Guillot, Delthil, Gomet, Vuillième, Mlle Lacau, MM. Bachelier, Quernéau, Gallais, Degos, Lenègre-Thourin, Mlle Lévy (Françoise), MM. Guérin (Philippe), Berton, Saingery, Segond, Guillon, Mlles Buscan, Abricossoff, MM. Chadourne, Loeb, de Langenhagen, Mlles Dartin, Papaionnon, Wertheimer, MM. Lapiñé, Rault, Roy, Robin, Renard, Guédé, Wolff (André), Gaulier, Thoyer, Odinet, Hébert, Quivy,-Gaucher, Even, Gerson Bartes, Mlles Bastien, MM. Deslandres, Lançon (Joseph), Mlle Choquart, M. Racine, Mlle Landowski.

— **Professeur sans chaire.** — Le Conseil de la Faculté de Paris vient de renvoyer à l'examen d'une Commission spéciale la candidature de M. Branca pour le titre de professeur sans chaire.

— **Faculté de Paris.** — M. Tiffeneau est proposé comme professeur titulaire de la chaire de pharmacologie, en remplacement de M. Richaud,

— **Paris. Institut de médecine coloniale.** — La remise des diplômes aux élèves de l'Institut de médecine coloniale a eu lieu sous la présidence de M. Léon Perrier ministre des colonies. Le professeur Brumpt a rappelé que les cours ont été suivis cette année par 65 élèves, dont 30 Français et 44 dames. Depuis la fondation de l'Institut, 756 diplômes ont été délivrés, pour une moitié à des Français et pour l'autre à des étrangers.

— **Paris. Assistance médicale à domicile.** — Sont nommés médecins titulaires du service à partir du 1er janvier 1926 : MM. les Drs Guerrier au 3e arrt ; Boureille au 5e ; Marx au 5e ; Hufnagel au 7e ; Touchard au 10e ; Lemarignier au 13e ; Bezançon au 13e ; Mme Kœssler au 18e ; MM. Fourgous au 18e ; Astruc au 19e ; Gaymard au 19e.

— **Lyon. Fondation Weill.** — Les souscriptions reçues à ce jour pour le monument et la Fondation Weill dépassent le total de 65.000 fr. Adresser les envois à M. le Dr Dufourt, 5, rue Servient, Lyon.

— **Marseille. Centre anticancéreux.** — Sont nommés : Directeur du centre contre le cancer de Marseille : M. le professeur Henri Reynès, chirurgien des hôpitaux. Chirurgien : M. Imbert, professeur de clinique chirurgicale. Chef de laboratoire : M. Peyron, professeur d'anatomie pathologique. Adjoint au chef de laboratoire : M le Dr Rouslacroix. Radiologiste : M. le Dr Tramier,

— **Propagande contre nos stations thermales.** — Une nouvelle circulaire, semblable à celles qui, depuis cinq ans, ont été périodiquement répandues dans le corps médical et dans le public, vient de faire son apparition. Le Syndicat des médecins des stations balnéaires a signalé il y a deux ans les caractéristiques (style, typographie, mode d'envoi) qui permettaient d'affirmer que les précédentes étaient d'origine allemande. Les mêmes caractéristiques se retrouvent dans la circulaire qui est actuellement adressée aux médecins ; bien que celle-ci ne semble viser qu'une seule de nos stations, il est évident que le but poursuivi est toujours le même : jeter le discrédit sur l'ensemble de notre organisation thermale et climatique au moyen d'une propagande de diffamation systématique.

La manœuvre est trop grossière pour que le public médical s'y laisse prendre, et l'anonymat derrière lequel se dissimulent les auteurs des circulaires suffit à les juger. Mais on peut trouver regrettable l'inertie administrative qui permet à cette propagande diffamatoire de se reproduire à intervalles pour ainsi dire réguliers, sans qu'ait été jusqu'à présent tenté le moindre essai de répression pénale. (*Communiqué du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

2748. — Pension de réforme de tuberculeux.

Un de mes malades, de la classe 1922, fut atteint pendant son service, le 26 août 1923, d'une pleurésie double. Il vient d'être réformé le 28 octobre 1925, à 100 %, pour tuberculose. Je vous serais très obligé de me dire à combien s'élèvera sa pension. Il n'a pas fait la guerre, est marié et père d'un enfant de 3 ans.

Dr C.

Réponse.

1° S'il était soldat de deuxième classe, le taux de sa pension de 100 % s'élèvera à 5.320 francs par an, plus 740 francs de majoration pour son enfant.

2° Au cas où il serait obligé de cesser tout travail pour se soigner, cette somme pourrait s'augmenter de l'indemnité de 5.000 francs alloués aux tuberculeux en pareil cas.

---

44. — Organisation du service d'électro-radiologie d'un hôpital.

La commission des hospices vient de me confier la mission d'organiser le service d'électro-radiologie des hospices, qui vient d'être fondé.

Abonné au *Concours médical* et sachant que vous êtes au courant de toutes ces questions de déontologie, j'ai recours à vos lumières, soit que vous me répondiez par lettre, soit que vous fassiez insérer la réponse dans un prochain numéro du *Concours médical.*

La préfecture nous a soumis un règlement provisoire qui ne me paraît pas du tout à l'avantage des hospices et qui me paraîtrait rendre ce service coûteux et inopérant.

En examinant la question dans son ensemble, on peut diviser les malades en trois catégories :

1° Ceux qui payent eux-mêmes les frais et qui sont admis de ce chef. Sur ce point nous sommes tous d'accord ;

2° Ceux qui ne peuvent pas payer et qui n'ont aucun répondant ;

3° Ceux qui ne pouvant pas payer par eux-mêmes ont un répondant.

Dans cette troisième catégorie on peut ranger :

Les accidentés du travail ;

Les blessés de guerre ;

L'assistance médicale gratuite.

Les enfants assistés.

Tous ces malades ont des répondants qui sont les assurances, l'Etat, le département et les communes.

On admet bien en principe la responsabilité de ces collectivités. Mais on voudrait faire admettre qu'une fois le malade hospitalisé, il doit être établi un prix de journée donnant droit à tous les soins, y compris ceux d'électro-radiologie.

Or, ces soins étant très coûteux, non seulement à cause du personnel spécial mais encore à cause de

l'achat et de l'entretien du matériel ainsi que de la consommation des plaques, films et liquides, il tombe sous le sens que les hospices subiraient de ce chef une perte très importante.

Comme aggravation de ce système, on propose de ne pas pouvoir admettre ces malades à la consultation externe pour les hospitaliser. Je prétends au contraire que c'est le seul moyen de se tirer d'affaire, et que si on admet que les hospitalisés payent un prix de journée, on pourrait se rattraper en faisant payer par les collectivités tous ceux qu'on ne serait pas obligé d'hospitaliser.

Dr X.

Réponse.

Pour pouvoir vous répondre avec précision, il me faudrait avoir le projet de règlement, que vous a soumis le préfet.

Mais, d'une manière générale, je puis vous dire qu'un malentendu existe, à l'heure actuelle, qui serait susceptible de provoquer de gros conflits.

Les hôpitaux perdent de vue leur destination légale : créés pour la bienfaisance publique, pour l'hospitalisation des indigents et des gens privés de ressources, ces établissements entendent étendre leur domaine, en acceptant des malades payants.

En principe, et pour rester en conformité avec les prescriptions du règlement modèle des hôpitaux du 30 juin 1921, ne doivent être admis à l'hôpital, tant dans les salles qu'à la consultation externe, que les malades privés de ressources, ou bien les malades aisés, lorsqu'il n'existe pas de maison de santé dans la localité.

Mais, en réalité, les commissions hospitalières admettent très largement, trop largement les malades, sans ne se soucier que d'un seul point : l'hospitalisé payera-t-il lui-même ses journées de séjour, ou bien veut-il les faire payer par une collectivité publique, ou privée (A. M. G., blessés du travail, etc.) ?

Parmi les administrateurs des hôpitaux, les uns disent que l'établissement doit faire des bénéfices, c'est-à-dire du commerce, en recevant des malades payants, parce que l'argent versé par ces derniers diminue les charges hospitalières surtout en ce qui concerne les frais généraux (chauffage, personnel infirmier, etc.).

Les autres sont mus par une idée politique : l'hôpital doit devenir un centre dans lequel, par une sorte de communisation, les malades reçoivent tous les soins nécessaires à leur état, quelle que soit leur condition de fortune.

L'administration supérieure elle-même abonde dans cette tendance collectiviste : je sais que le comité des inspecteurs généraux, au Ministère du Travail, est favorable à la création, par les hôpitaux, de services radiologiques, ou d'autres spécialités, largement ouverts à ce qu'on appelle (sans le définir) la classe moyenne.

Ces diagnostics et traitements seraient payants, mais, toujours d'après les inspecteurs généraux, chaque hôpital verrait s'il doit et dans quelle proportion augmenter les honoraires actuels de son personnel médical, à cause de ces soins donnés à cette nouvelle catégorie de malades non privés de ressources.

Vous voyez donc que votre cas pose une fois de plus le problème du régime futur des établissements hospitaliers, lorsque entrera en application la loi sur les assurances sociales.

D'ores et déjà, devons-nous revenir à l'ancienne conception de l'hôpital, asile des pauvres, mais créant, avec le concours du Corps médical, une maison de santé à bas prix, indépendante comme gestion des finances hospitalières ; ou bien doit-on concevoir l'hôpital à la manière allemande, ou communiste : malade y entrant avec toutes les facilités, payant s'il le peut et soigné par un Corps médical salarié, employé de l'administration et, pour une rémunération fixe annuelle, soignant indistinctement tous les malades que l'administration de l'établissement y a fait entrer, dans son service ?

Aux Syndicats médicaux locaux de discuter ces questions locales, d'après les directives générales que je donnerai très volontiers pour chaque cas particulier.

Si le Corps médical local est bien uni, il n'a qu'à discuter ses conditions de louage de services avec l'hôpital et faire ses conditions. Un bon contrat collectif, entre syndicat et commission administrative, précisera les droits et devoirs de chaque partie.

Mais si les intérêts égoïstes sont les plus forts, l'hôpital aura beau jeu pour susciter une concurrence entre médecins et imposer son règlement et ses volontés.

Envoyez-moi donc, par écrit, les propositions qui vous sont faites, pour que je puisse vous répondre avec plus de précision.

Dr Paul Boudin.

207. — Choix du radiographe par les accidentés du travail.

Permettez-moi d'apporter quelques commentaires à la discussion relative au choix d'un radiographe par les accidentés du travail.

Je suis entièrement d'accord avec le Dr Quivy lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de désaccord entre les compagnies et le médecin traitant sur les radiographies. Il est exceptionnel qu'une compagnie demande l'expertise pour un radiodiagnostic et pratiquement elles disent toujours oui, c'est d'ailleurs leur intérêt.

Quant à aiguiller un blessé chez un radiographe déterminé, c'est le mode d'agir des neuf-dixièmes des compagnies et leur motif d'agir ainsi est leur

recherche du bon marché. La question de confiance dans le radiographe n'est que très secondaire. En effet, existerait-il des radiographes capables de truquer un cliché et de fausser un diagnostic alors qu'une contre-épreuve pourrait aisément établir leur forfaiture ?

Il n'est pas douteux que le libre choix du radiographe pour le blessé existe et le « Sou Médical » a obtenu à ce sujet un texte formel du ministère du travail, texte que je tiens à votre disposition. Mais en fait le libre choix pour les radiographes n'existe pas et on peut affirmer que seuls de la profession médicale les radiologistes sont à la merci des compagnies d'assurances et surtout de leurs agents, en voici les raisons.

D'abord le blessé est une personnalité absolument neutre en la circonstance ; s'il tient à son médecin traitant il lui est entièrement indifférent d'être radiographié par qui que ce soit, pourvu qu'il soit radiographié ; à ses yeux une photographie à la même valeur quel que soit le photographe.

Ensuite, les choses se passent pratiquement de la manière suivante : le médecin traitant prend une ordonnance et fait un bon de radiographie en recommandant à son client de le faire timbrer au bureau de l'assureur de qui il dépend, l'assureur timbre toujours et *met dessous l'adresse de son radiographe à lui*, chez qui le blessé se rend sans manquer : le tour est joué. Pour obtenir que l'assureur mette son adresse, le pauvre radiographe en est réduit à deux solutions : ou bien faire des tarifs plus bas que le voisin, ou surtout, souscrire un contrat d'assurance sur la vie pour lui ou sa famille, ce qui n'empêche pas quelques fois qu'au bout d'un certain temps l'assureur ne change d'adresse. Que risque-t-il? Son client est lié par un contrat de quinze ou vingt ans, et lui n'a aucun engagement. D'autre part, les médecins traitants se désintéressent de la question et beaucoup d'entre eux, qui envoient leur clientèle à tel radiologiste, ne font aucun effort pour y adresser leurs accidents du travail ; d'ailleurs, beaucoup ignorent le libre choix et, au lieu d'accord, entendent *autorisation*, ce dont nombre de compagnies se font très fortes.

De sorte que le tarif Breton n'est qu'assez peu appliqué et qu'il en résulte une situation très pénible pour certains radiographes et à laquelle ils ne peuvent absolument rien. Tout le mal réside dans ce fameux accord dont, seule, la suppression pourra rendre aux radiologistes l'indépendance et la dignité.

L'accord n'existe d'ailleurs pas dans la loi des pensions où l'avis suffit ; j'estime qu'il devrait en être de même pour les accidents du travail. Il n'y aurait sûrement pas plus d'abus que pour les blessés de guerre et les compagnies auraient toujours le droit de vérifier et de les faire réprimer. Cet accord est une injure à la profession médicale, car il restreint le droit de libre investigation du médecin traitant et porte atteinte à la dignité et aux intérêts matériels de nombre de radiologistes.

Dr X.

162. — Assurance complémentaire à celles du « Sou » et du « Concours ».

J'avais à l'assurance X une assurance complémentaire du « Sou Médical ». Je viens d'en demander la modification ; mais cette société montre un certain mécontentement et ses tarifs s'en ressentent.

Je voudrais savoir bien exactement si comme membre du « Sou Médical » et abonné du *Concours* (je le suis depuis le début) je suis entièrement couvert de tous risques professionnels pour cent mille francs et au même titre qu'une Cie d'assurances, ce que semble contester la Cie X.

Avez-vous pris des arrangements avec une Cie d'assurances pour contre-assurance ou assurance complémentaire ?

En ce cas quel est le rôle et la quote-part intervenant du « Sou », du *Concours*, et des autres Cies le cas échéant ?

Dr Z.

Réponse.

En votre qualité de membre du « Sou » et d'abonné au *Concours*, vous êtes couvert contre les risques de responsabilité professionnelle à concurrence de 100.000 fr. depuis le 1er janvier 1926, dont 70.000 fr. en première ligne par le « Sou » et 30.000 en seconde ligne par le *Concours*.

Cette garantie s'exercera automatiquement à votre profit chaque fois que votre responsabilité sera mise en cause « devant la juridiction civile « ou les juridictions répressives à l'occasion des « actes médicaux, chirurgicaux, de spécialistes « ou pharmaceutiques (article 27 de la loi du 21 « germinal an XI), accomplis personnellement « dans l'exercice régulier et normal de votre pro- « fession » (article 1er du règlement de la Caisse de garantie).

C'est seulement en ce qui concerne les conflits d'ordre professionnel, mais n'engageant pas la responsabilité professionnelle du médecin, que le Conseil du « Sou » se réserve d'examiner dans chaque affaire si l'appui du « Sou » doit ou non être accordé. En fait, le Conseil du « Sou » se montre toujours très libéral dans cette branche de l'activité du « Sou », dont on ne peut trouver la similaire auprès d'aucune compagnie d'assurances.

Le « Sou médical » n'a pris aucun engagement avec une assurance et n'a contracté aucune réassurance, les réserves de sa Caisse de garantie étant suffisantes pour lui permettre de faire face à tous ses engagements.

16. — Accident du travail ou maladie professionnelle.

Un jeune homme occupé à une tondeuse mécanique destinée à des soies de porc pour brosses, vient consulter pour une affection de la peau. Les lésions

consistent en minuscules macules d'une part, d'autre part en papules atteignant la dimension d'une lentille. Quelques-unes sont infectées et offrent l'aspect incomplet de folliculite. Une d'elles s'est compliquée d'un petit furoncle. Au centre de chacune de ces lésions, on trouve un fragment de soie de porc incrusté dans la peau, présence facile à mettre en évidence en palpant l'ensemble des lésions avec la face palmaire des doigts.

Ces lésions, à la suite de quelques lotions adoucissantes et de l'extraction des soies, s'atténuent très vite et ne laissent place à aucune complication.

Y a-t-il accident du travail ? Ou maladie du travail ?

L'incrusté a eu des frais de consultation, de pharmacie, une légère incapacité ; il estime qu'il ne lui appartient pas de solder tous ces frais.

En fait l'affaire s'est arrangée.

Mais quel est l'avis du Conseil du *Concours*. Y a-t-il accident ? Sous quelle rubrique ?

Dr D.

Réponse.

Puisque les lésions dont a été atteint l'ouvrier ont été causées par l'introduction dans l'épiderme de soies de porc destinées à la confection des brosses, il y a eu certainement un traumatisme, si léger soit-il, ou plutôt une succession de traumatismes, dont chacun devrait être considéré comme un accident du travail. Ce n'est pas là une maladie professionnelle, puisque l'affection déterminée n'a pas été la suite d'une cause lente, mais d'une succession de causes soudaines, qui ont causé une rupture de l'épiderme sur de nombreux points.

A notre avis, il n'y a donc pas de doute : l'incrusté devait être indemnisé par son patron et toucher son demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par les accidents multiples.

3415. — Frais de justice criminelle.

Je désirerais avoir quelques renseignements sur le chiffre d'honoraires que je dois réclamer dans les cas suivants :

J'ai été réquisitionné par M. le maire de M., faisant fonction d'officier de police judiciaire pour examiner un cadavre de noyé.

J'ai dû me transporter à deux kil. (soit 4 kil. aller et retour) de mon domicile. J'ai dû attendre sur les bords du L., l'arrivée des gendarmes, et les aider à extraire le noyé. Bref j'ai perdu à ce travail environ 3 heures, bien plus que la durée d'une visite ordinaire à un malade, enfin j'ai rédigé le rapport officiel.

Bref : transport en auto, 4 kilom. ; trois heures ; rédaction d'un rapport.

J'ai deux cas analogues ; dans l'un des deux j'ai cru devoir délivrer le certificat de mort naturelle

(suicide) dans l'autre j'ai refusé le permis d'inhumer. Je crois que les deux cas n'en sont pas moins comparables et que le maire doit payer.

Dr A.

Réponse

L'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle alloue au médecin requis un honoraire de 15 francs pour « visite judiciaire », y compris la rédaction et le dépôt du rapport, en l'espèce le certificat. A cela il convient d'ajouter, en cas de transport du médecin à plus de deux kilomètres de sa résidence, une indemnité de déplacement de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Mais le dernier alinéa de l'article 26 permet au magistrat taxateur d'élever le chiffre des honoraires d'après les circonstances, en cas d'expertise présentant des difficultés particulières. Vous pourriez peut-être vous prévaloir de cette disposition pour demander des honoraires plus élevés pour la visite qui vous a retenu trois heures, en exposant les raisons de votre demande dans votre mémoire.

Vous devez envoyer votre mémoire en deux exemplaires, dont l'un sur papier timbré, si le total de la somme réclamée dépasse 50 francs, au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du président du Tribunal, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Du moment que vous été requis par le Maire agissant en sa qualité d'officier de la police judiciaire, c'est qu'il y avait présomption de crime ou de délit. Peu importe que vos constatations aient détruit cette présomption, les honoraires de médecine légale vous sont dus.

3034. — Accident à un cantonnier.

Je soigne un cantonnier (fonctionnaire), victime d'un accident du travail. Il m'assure que le département se charge des honoraires des médecins. Mais quel tarif dois-je appliquer puisque les cantonniers fonctionnaires ne bénéficient pas de la loi sur les accidents du travail ? Il paraît que le Préfet à parlé du tarif Breton ?

Bien plus, ce cantonnier fait partie d'une société de secours mutuels dont il touchera une indemnité. Nos visites sont tarifées à 12 francs pour les membres de cette société. Mais si j'emploie le tarif Breton, je perds 12 — 8 soit 4 francs. Ai-je le droit de réclamer les 4 francs à la société de secours mutuels.

Dr D.

Réponse.

Les fonctionnaires dont le traitement est soumis à retenue pour la retraite et qui, par conséquent, bénéficient de la loi sur les pensions civiles, ne peuvent cumuler les avantages de cette loi avec ceux de la loi sur les accidents du tra

vail. Il s'en suit que le médecin traitant, dans le cas d'un fonctionnaire blessé en service, n'a aucune action directe contre l'administration.

Le médecin ne peut donc se faire payer que par son client personnellement et directement. Il se peut que les règlements intérieurs prévoient le remboursement des frais médicaux aux blessés suivant le tarif Breton, mais c'est alors au blessé de s'arranger avec son administration et le médecin n'a pas à intervenir.

D'ailleurs, d'une façon générale, même quand il s'agit d'un blessé couvert par la loi de 1898, le médecin peut toujours se faire honorer par son client directement en appliquant son tarif habituel. Le médecin n'a pas l'obligation de s'adresser au patron, il en a seulement la faculté dont il peut ne pas vouloir user. Malheureusement, en pratique, ces principes ont été perdus de vue, et les médecins ont pris l'habitude de se faire payer toujours par les patrons et de se contenter du tarif Breton qui ne règle pourtant que la participation patronale dans les frais médicaux.

Votre cas se complique légèrement du fait que le blessé fait partie d'une société de secours mutuels. Si vous avez un contrat avec la société, vous ne pouvez faire autrement que de vous faire payer par elle et de vous contenter de son tarif. Si vous n'avez pas de contrat, faites-vous payer par le blessé qui se fera rembourser dans la mesure de ses droits par son administration et par sa société.

3225. — Accident du travail. Tiers responsable.

Il y a environ un mois, un charretier a été renversé par une automobile et a subi de ce fait une incapacité de travail qui ne cesse que maintenant. Le propriétaire de l'automobile, qui s'est reconnu immédiatement responsable de l'accident, offre aujourd'hui au charretier la moitié de ses journées, par l'intermédiaire de son assurance.

A mon avis, il ne s'agit pas ici d'un accident du travail et j'ai conseillé de ne pas accepter ces propositions, mais de réclamer le montant intégral des journées perdues en plus des frais médicaux.

Qu'en pensez-vous ?

Dr B.

Réponse.

Puisque l'accident dont a été victime votre client est dû à la faute d'un tiers étranger à l'exploitation, votre client peut demander à ce tiers la réparation intégrale du préjudice qu'il a subi, conformément au droit commun.

Mais si l'accident s'est produit au cours du travail de votre client, et si celui-ci a touché de son patron les indemnités dues en vertu de la loi sur les accidents du travail, tout ce que l'ouvrier a touché des mains de son patron ou de l'assurance de ce dernier doit être déduit du montant de l'indemnité totale à réclamer au tiers responsable et il appartiendra au patron ou à son assurance de s'en faire rembourser directe-

ment par le tiers responsable, conformément à l'article 7 de la loi du 9 avril 1898.

En fait, si votre client a touché son demi-salaire de son patron, il ne peut réclamer au tiers responsable que la partie de son salaire dont il a été privé par suite de l'accident. Il pourra lui réclamer en outre les indemnités non prévues par la loi sur les accidents du travail, telles que *pretium doloris*, détérioration des vêtements, etc

---

3146. - Privilège du médecin pour honoraires accidents du travail.

Adhérent du « Sou Médical », je viens vous soumettre une petite affaire concernant une note d'honoraires impayée. Voici les faits : un de mes clients, M. M., tapissier, a fait faillite fin 1924. Pour cette raison, il a quitté L. pour aller s'installer à P, non sans avoir négligé naturellement de me régler mes honoraires pour l'année 1924 ; soit la somme de 100 francs.

Le 26 janvier 1925 cependant, revenant à de meilleurs sentiments, il me prie spontanément de lui envoyer le montant de mes honoraires. Ci-joint le document que j'ai conservé précieusement. Je lui envoie ma note aussitôt. Pas de réponse. Après avoir patienté toute l'année, je viens de lui adresser une carte remboursement qu'il m'a tout simplement refusée, sans explications.

Il est ou serait actuellement tapissier près de P.

La somme est sans doute minime et de mince importance, mais je trouve le procédé peu délicat et je vous serais très reconnaissant si vous pouviez m'indiquer par quelles voies, avec le moins de procédure possible, je pourrais rentrer dans mon dû et rappeler ainsi à ce monseieur les règles élémentaires de la politesse.

Dr A.

Réponse.

Puisque votre débiteur est en faillite, vous auriez dû produire votre créance entre les mains du syndic nommé par le tribunal et demander votre admission au passif privilégié, en vertu du privilège qui vous est reconnu par l'article 12 de la loi sur l'exercice de la médecine complétant l'article 2.101 du Code civil, pour « frais de dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison ». Renseignez-vous auprès du syndic pour savoir s'il est encore temps de le faire ; vous pourrez connaître le nom du syndic en vous adressant au greffe du tribunal de commerce.

Vous ne pouvez entreprendre de poursuites individuelles contre votre débiteur tant que celui-ci est en état de faillite. C'est seulement au cas où celui-ci aurait obtenu un concordat que vous pourriez l'assigner devant le juge de paix de son domicile actuel.

La production entre les mains du syndic, si elle est encore possible, ne vous causera aucun frais.

3219. — Les primes d'assurance-vie ne peuvent être comptées comme dépenses professionnelles.

Pourriez-vous me faire savoir si on peut avec raison compter parmi les dépenses professionnelles, pour la déclaration au contrôleur, les primes d'assurances sur la vie ? Dr P.

Réponse.

Les primes d'assurances sur la vie ne sont pas admises dans les dépenses professionnelles, elles constituent un placement, donc un emploi du revenu et non une charge.

A. M.

3327. — Base de la patente. Appartement meublé.

Ayant quitté X où j'étais installé, je suis venu me fixer à Y pour y exercer pendant toute l'année. Je n'ai pu trouver qu'un logement très ordinaire au prix de 7.000 fr. par an, mais ce logement est meublé.

Je voudrais savoir si ma patente sera calculée sur le chiffre de 7.000 francs, ou si, comme c'est un appartement meublé, je n'aurais pas de ce fait droit à une réduction. Dr M.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est toujours établi *sur la valeur locative de l'appartement non meublé*, c'est-à-dire que vous ne serez pas imposé sur votre loyer effectif de 7.000 fr. mais sur un chiffre qui pourra varier de 2.000 à 3.000 fr.

A. M.

3045. — Situation militaire.

1º Nommé médecin auxiliaire (*service auxiliaire*) pendant la guerre, je suis actuellement affecté comme tel au nº régiment du génie. J'appartiens à la classe 13.

Ai-je intérêt à demander à passer service armé ?

En cas de mobilisation, ce grade de médecin auxiliaire S.X. me ferait-il rester à l'intérieur ?

2º Comme je vous le dis plus haut, j'appartiens à la classe 13, je suis actuellement père de famille de 3 enfants. Je gagne donc six classes. Quelles formalités y a-t-il à remplir et à qui dois-je m'adresser pour faire valoir ce bénéfice ? Dr Y.

Réponse.

1º Il n'est pas de votre intérêt de demander à être classé «service armé ». Sans vous assurer le maintien à l'intérieur, votre situation de « service auxiliaire » pourrait cependant vous faciliter la chose à mesure que vous appartiendriez à une classe plus ancienne ;

2º Il faut en faire la déclaration au Commandant du bureau de recrutement dont vous dépendez. Vous pouvez encore, pour tous renseignements utiles, vous adresser au bureau militaire de votre mairie.

Quarante-huitième année — N° 7 — 14 Février 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 354-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr X., la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : Colbert. Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle, Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 67. — A vend. microsc. Reichert (Wien) avec 4 object., 5 ocul. appar. Abbé et autres acc. dans boîte acaj., 800 fr. S'ad. Dr Fédorowsky, à Cachan (Seine).

No 68. — Prox. Lyon, pet. ville très act., à céd. poste 40.000. Appart. 7 pièces, 2.600, bail 6 a. à courir. Electr. téléph. Indemn. 10.000. Très pressé, Ecr. Besson, 14, rue Richan, à Lyon.

No 69. — Aisne. Urgent, poste proph. 2 h. 30 Paris, 40 à 50.000. Loyer 1.000, bail 6 ans. Ind. 10.000 compt.

No 70. — 1o Dr rech. situat. rétrib. méd. gén. dans mais. santé ou clin., rég. paris.
2o Acheter client. demi-repos avec fixes, banl. Paris.

No 71. — Doct. en méd., pharmac. visiter. corps médical, rég. Sud-Est pour firmes pharmac. import. Utiliser. auto, si nécess.

No 72. — Méd. cherche poste seul méd. gros rapp. Méd. ch. de fer si possible.

No 73. — Doct. off. avec ttes garanties une nourrice au sein.

No 74. — Jne doct. dés. assist. méd. âgé ou malade, en vue succ. ou assist. clin. Spéc. vénér. Paris ou prov. de préf.

N° 75. — S.-Inf. Exc. poste à céd. 2 km. Rouen. Logement, 12 p. Prix à déb. Deux médec.

N° 76. — Sud-Ouest. A vend. belle mais. avec client. médic., chef.-l. de cant., pas sage-f., mais. conf., seul médec.

N° 77. — Nord. Doct. proph. désire céd. poste rec. 100.000. Compt. 30.000, le solde avec facilit. à déb.

N° 78. — Vve méd. louerait à confr. 3 pièces réception de son appartem. Téléph. et service. Si besoin, louerait une chambre, toilette avec entrée indépend.

N° 79. — Rég. Centre, gros bourg, seul propharma., rapp. 55.000, moto suffit. Chalet 8 p., grand jard. Prix 25.000, dont 15.000 comptant. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 80. — Côte d'Azur. Poste seul propharm. à repr. sans indemn., dans chef-l. de cant., 3.000 habit., très bel appart. 12 pièces, électr. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Le Gastropeptyl est le rééducateur par excellence de l'estomac, le spécifique des dyspepsies et des gastrites. Dose 3 comprimés après le repas. Boîte gratuite pour essais, 40, rue des Acacias, Paris.

Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléo-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Déclaration d'impôts.** — Confrères, n'oubliez pas que vous devez, avant le 1er mars prochain, remettre au contrôleur des contributions directes votre déclaration de revenus, et que cette déclaration pour l'impôt cédulaire, doit comporter *trois chiffres : bénéfices* (ou recettes) *bruts, dépenses professionnelles, bénéfices nets.*

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — Jeudi 18 février, ouverture du cours de M. P. Lereboullet, sur le *diagnostic et le traitement de la diphtérie.*

— **Maladies de la nutrition.** — MM. Marcel Labbé, professeur ; Henri Labbé, agrégé ; Stévenin, médecin des hôpitaux et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront le lundi 22 février 1926, à 15 heures, au laboratoire de Pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

— **Ecole de puériculture.** — Cours fait au Musée social, 5, rue Las-Cases. Le 20 février, à 16 h., M. le Dr Ribadeau-Dumas : air, soleil, lumière.

— **Asiles publics d'aliénés de la Seine.** *Internat.* — Un concours pour la nomination à sept places d'interne s'ouvrira le 22 mars 1926. Inscriptions reçues, du 22 février au 6 mars, à la Préfecture de la Seine (service de l'assistance départementale, 2, rue Lobau).

— **Dispensaires anti-tuberculeux du département des Vosges.** — Le concours sur titres, en vue de la désignation d'un médecin, chargé des dispensaires des Vosges, a été retardé et n'aura lieu que dans le premiers jours de mars. Outre les avantages de traitement précédemment consentis, une indemnité supplémentaire de vie chère d'environ 3.000 francs, sera accordée au candidat désigné.

V. E. M. aux stations climatiques et sanatoriums

Comme suite à l'article de notre collaborateur Paul Boudin, paru dans le *Concours médical* du 1er février 1926, nous recevons de M. le Dr Hervé, directeur du sanatorium des Pins, la communication suivante :

Messieurs les médecins, internes des hôpitaux, étudiants en fin de scolarité, susceptibles de s'intéresser à la pratique de la cure sanatoriale et des moyens d'études et de traitement qui sont mis en œuvre dans les sanatoriums, sont avisés que des séances et des conférences de démonstration auront lieu au sanatorium des Pins (plaine), puis à celui des Escaldes (altitude 1.400 m.).

Les confrères qui désirent prendre part à ce voyage d'études sont invités à s'inscrire au Sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron, avant le 1er mars.

Le programme comprendrait un séjour de trois jours à Lamotte et deux jours aux Escaldes. Des Escaldes, une excursion serait organisée dans la région pour faire connaître aux intéressés ce coin de la Cerdagne appelé à un grand avenir climatique, où dès maintenant se sont fixés plusieurs établissements de cure.

Les confrères seront reçus à titre gracieux dans les deux établissements et n'auront à acquitter que le prix de leur voyage. Des démarches sont d'ailleurs faites actuellement auprès des directeurs des Chemins de fer du P. O., et du Midi pour obtenir des conditions réduites de transport.

Un premier groupe de 15 médecins sera reçu à Lamotte le mardi de Pâques. La durée totale du déplacement n'excèdera pas huit jours.

Le docteur Decourt demande que le nouveau Tarif des Accidents du Travail

s'appelle

Tarif Durafour

Au Conseil d'Administration
du « Concours Médical »

Mes chers Amis,

Je suis vraiment confus de lire, dans le *Concours* de ce jour, votre proposition de donner officiellement mon nom au nouveau tarif des soins aux accidentés du travail. Et plus confus encore des phrases trop élogieuses que vous me consacrez à cette occasion, et où je ne veux voir que le reflet de la sympathie qui nous unit depuis trente ans. Mais permettez-moi de vous dire franchement que je ne puis *absolument pas* accepter cette idée, pour de multiples raisons : je me contenterai de vous en donner deux.

La première, c'est que le tarif a toujours porté officieusement le nom du Ministre signataire : après le tarif Dubief, le tarif Breton, et maintenant, par suite, le *tarif Durafour*.

La deuxième, c'est que je ne suis nullement satisfait de ce tarif. Si je me réjouis de son nouveau caractère typique : *la suppression des catégories*, je ne vois là qu'une simple *étape*, et, comme on disait au temps des diligences, un « *relai* » sur la route longue et montueuse des améliorations que mérite la vie dure et austère du médecin praticien.

Un mot en terminant : voici acquise la suppression des *deux catégories Breton*. Il nous faut maintenant celle des *trois catégories Maginot*. Dois-je vous avouer que nous nous y efforçons depuis quelque temps déjà ? Oserais-je ajouter qu'à l'Union des Syndicats médicaux (vous savez bien, cette Union dont le bureau « trahit » le Corps médical), on a le droit d'avoir l'espoir que d'ici peu — dans quelques... semaines — les catégories Maginot auront rejoint les vieilles lunes ?...

Non ! Je ne vous dirai rien de tout cela, on m'accuserait d'être indiscret. Ne répétez donc pas ce que je vous souffle tout bas, n'est-ce pas ?

Croyez, mes chers Amis, à ma sincère gratitude pour cette affirmation de votre sympathie. Elle console des attaques reçues... d'autres, qui n'ont pas encore, comme vous, fait leurs preuves dans la défense professionnelle, et dont l'opinion pèse bien peu à côté de la vôtre.

Dr Decourt.

CORRESPONDANCE

Application des Tarifs Breton et Durafour

I

425. — Les nouvelles indemnités de déplacement.

Toutes mes félicitations, pour l'ardeur avec laquelle vous vous donnez toujours pour la cause médicale.

Cependant, si je comprends bien, je reste *effrayé* des résultats obtenus : 10 francs pour la visite, plus 2 francs d'indemnité dans les villes de 100.000 habitants et leur banlieue. Or, S... étant compris dans la banlieue de Paris, je toucherai donc 12 fr. pour aller voir un blessé à T... ! Je touchais jusqu'ici 24 fr. ! mais je ne fais même pas mes frais avec 12 francs !

Espérons que j'ai mal compris. Dr C.

Réponse.

L'indemnité de déplacement *moyenne fixe* ne joue que dans la commune habitée par le médecin ou dans une agglomération juxtaposée à celle-ci. Elle a été créée pour remédier à une injustice. En effet, dans le tarif Breton, les médecins de l'ex-première catégorie ne touchaient *jamais* d'indemnité de déplacement dans leurs *propres* communes, même pour aller visiter des blessés, loin de chez eux. Dans l'ex-deuxième catégorie, au contraire, les médecins, dans leurs *propres* communes, avaient (et ont encore) leurs déplacements payés lorsque « la distance entre le domicile du médecin et celui du blessé est supérieure à un kilomètre » (article 2 du tarif Breton et du tarif Durafour).

Comme vous le voyez, cette indemnité n'est faite que pour les grandes villes et *les grosses agglomérations* qui les entourent d'ordinaire. Vous êtes, vous, dans une situation plutôt rare, puisque vous habitez dans la banlieue de Paris, mais en Seine et-Oise, dans une contrée aux villages disséminés et que je connais bien, puisque (quoique d'un autre département) vous êtes mon voisin, en réalité. Vous avez donc, comme moi, journellement à vous rendre dans d'*autres communes dépourvues de médecins*.

Mais alors, il va de soi que, dans ces cas, vous retombez dans l'*indemnité kilométrique* ordinaire et (tout comme moi, qui ne suis pas de « banlieue ») vous comptez visite 10 francs, plus x kilomètres à 1,10, soit x francs.

Nota. — Je regrette que le tarif Durafour n'ait pas retenu entièrement le texte que je proposais et que vous trouverez dans mon article du *Concours* du 24 janvier dernier : « ... 3°) Pour les « confrères des grandes villes et de leur banlieue,

« quelle que soit la distance entre le domicile « du médecin et celui du malade, *dans la même « commune*, une indemnité fixe de deux francs « par visite ». Les mots soulignés ci-dessus ont été simplement *omis* dans le texte définitif, mais c'est là l'*esprit* même de la réforme effectuée. Je puis donc vous garantir sans crainte, au nom de mes collègues de la Commission (patrons et assureurs aussi bien que médecins) que, dans le cas où un conflit s'élèverait à ce sujet, ils ne manqueraient pas de donner un *avis* officiel en ce sens.

F. D.

II

3218. — Soins du kinésithérapeute.

En contestation d'honoraires avec une compagnie d'assurances, je vous envoie ci-joint copie du dossier.

La Compagnie écrit (lettre n° 4) : « Les spécialistes devant ajouter à la banale séance de massage à la main quelque chose d'autre... »

Or, les médecins spécialisés en massothérapie ajoutent, en effet, au massage « banal, à la main » une instrumentation spéciale de massage mécanique, vibratoire, pneumatique, etc., qui vient compléter, dans ma clinique et probablement aussi chez tous mes mes confrères spécialisés, le massage manuel.

L'air chaud est *encore autre chose*, et nécessite *encore d'autres appareils* et prend *encore* un *temps égal* à celui du massage et de la mobilisation.

Je crois que cette question du temps passé et des appareils employés justifie ma note d'honoraires et que le raisonnement suivant est conforme au bon sens :

Si au lieu d'un blessé A, il avait fallu traiter deux blessés, B et C, et qu'on ait fait au blessé B massage et mobilisation, au blessé C air chaud, la Compagnie n'aurait rien pu objecter à cette note d'honoraires :

Blessé B : massage et mobilisation : 10 fr. par séance ;

Blessé C : air chaud, : 10 fr. par séance.

Donc, quand ces deux traitements sont faits au seul blessé A, en un temps sensiblement égal et avec les mêmes appareils, la compagnie doit payer :

Massage et mobilisation..........	10 fr.
Air chaud.......................	10 fr.
Total	20 fr.

Cette affaire me paraît grosse de conséquences pour les médecins et il y aurait lieu, je crois, de faire établir une jurisprudence.

C'est pour cela que, réflexion faite, je m'adresse à vous en vous demandant si le « Sou Médical » ne pourrait pas s'en charger.

Veuillez, je vous prie, me donner votre opinion sur mon affaire et me dire si le « Sou Médical » peut s'en charger et ce que je dois faire pour obtenir son appui.

A moins, toutefois, que vous ne puissiez me dire

d'ores et déjà, que la question a déjà été jugée dans mon sens, par tels jugements et à telle date.

Dr W.

Réponse.

Il y a plusieurs points à considérer et d'abord la lésion que présentait la malade et si cette lésion « *nécessitait l'intervention d'un kinésithérapeute* », ainsi qu'il est nettement spécifié à l'article 24. De plus, il y a eu plus de *cinq* interventions à tarif spécial, auquel cas vous auriez dû en donner avis au patron ou à son assureur substitué (article 7). Enfin, il est dit à l'article 24 : « Par séance ... 10 francs », alors que vous comptez 20 francs pour une seule et même séance d'après votre note. Vous voyez que votre affaire ne se présente pas si limpide que vous pensez et je n'oserais trop vous donner le conseil d'aller en justice, même en dehors des « ou » et des « et » sur lesquels vous basez votre argumentation, surtout qu'en fin de compte on pourrait, par l'intermédiaire d'une expertise, vous demander d'expliquer techniquement en quoi la blessure nécessitait cette multiplication « chronique », si je puis dire, d'interventions à chacune des séances. Et sur ce dernier point, je ne saurais vous donner d'avis sur votre « cause », ne connaissant nullement ce qu'a pu avoir votre blessé.

F. D.

III

3262. — Kélotomie avec cure radicale.

Je viens d'opérer une indigente de ma commune avec un chirurgien de la région. Il s'agissait d'une femme porteuse d'une hernie crurale étranglée, on a pratiqué une kélotomie suivie d'une cure radicale.

Je vois sur le tarif départemental 262.50 accordés pour chacune de ces interventions. Le cumul peut-il se faire dans la circonstance ?

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis à ce sujet.

Le tarif de l'A.M.G. est le même que celui des accidents du travail (2e catégorie).

Dr H.

Réponse.

On a mis, dans le tarif Breton, « kélotomie *ou* cure radicale » afin qu'on puisse être payé quand on fait une cure radicale sans qu'il y ait une hernie étranglée. Mais cela ne me paraît nullement vouloir dire qu'on paiera 350 francs pour kélotomie, plus 350 francs pour cure radicale, cette dernière n'étant que le complément opératoire de la première et non une opération supplémentaire et différente.

F. D.

(*Voir la suite page LV-407*).

PROPOS DU JOUR

Comment on compromet une institution utile.

A propos de la fermeture d'une crèche. Un exemple d'hygiène administrative,

Un de nos confrères parisiens nous envoie une coupure de la revue « *Le Droit des femmes* » de janvier 1926. Cette revue emprunte à une feuille locale, *Grenelle-Vaugirard*, l'article suivant, intitulé : *Pour empêcher les enfants de mourir*. C'est un éloge dithyrambique de l'*Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris*, éloge qui fait immédiatement penser à certaine fable du bon Lafontaine, où un ours manie assez mal à propos un pavé ; mais le mieux est de reproduire *in extenso* l'article :

Pour empêcher la mort des enfants

L'œuvre sociale la plus belle et la plus féconde de France, vit depuis cinq ans dans une baraque, 64, rue Desnouettes, à Paris (XVe), Si elle était connue, imitée, et si ses méthodes étaient répandues, non seulement les scandales de Coupiac (Aveyron) ne seraient plus jamais possibles, non seulement les asiles, les dispensaires, les hôpitaux seraient bientôt à moitié vides, mais la mortalité des enfants d'*un jour à quinze ans*, tomberait, en France, à moins de 3,5 %.

Cela s'appelle l'*Ecole de puériculture de la Faculte de Médecine de Paris*. Elle est installée dans une ancienne ambulance. On y instruit les médecins et les sages-femmes de cet ART NEUF : la puériculture prénatale et postnatale. Et, surtout, on y dresse des « *visiteuses sociales* ».

Ce sont des jeunes filles qui apprennent les soins qu'il faut donner à l'enfance depuis le dosage du lait jusqu'à l'hygiène du nourrisson. Elles visitent et renseignent les jeunes mères, les nourrices, les gardes, les maîtresses d'école et tous ceux qui, par leur goût ou devoir, s'intéressent à l'enfant. Ce sont elles qui devraient partout visiter les pupilles de l'Assistance publique.

A côté des professeurs et des médecins, elles surveillent 9.000 familles inscrites dans le XVe arrondissement et à Issy, et, *en un seul mois*, donnent 678 consultations pour nourrissons, 272 pour enfants d'âge scolaire, surveillent 219 femmes enceintes, en assistent 300 autres, *malades des yeux, du larynx ou de l'estomac* (!) et contrôlent 1.255 nourrissons et 1.396 écoliers.

Les résultats obtenus sont étonnants. *Quel que soit l'état du poupon venant au monde, elles le sauvent. Quel que soit l'état de la mère, et grâce aux soins de prénatalité, elles ne comptent qu'un échec sur trente-quatre accouchements.*

Mais le public ne sait pas cela, ni les préfets, ni, en général, les directeurs de l'Assistance publique en France. Sans quoi, tous les départements — où la seule Assistance publique perd de 32 à 65 % d'enfants du premier âge — copieraient cette école. Son succès dans la petite zone où elle opère est tel que des mamans assiègent ses portes longtemps avant l'heure des consultations et n'y parviennent parfois qu'après leur fermeture. Car l'établissement est en fait, ouvert à toutes, et certaines viennent de loin, de trop loin pour arriver à temps.

Or, cette œuvre magnifique, associée moralement à l'Université de Paris et qui contient en germe tout l'avenir de la race, et qui a fait ses preuves, ne coûte pas 400.000 francs par an : elle tire ses ressources de remboursements faits par l'Assistance publique de la Seine, de subventions du ministre de l'hygiène et de versements de l'Office départemental d'hygiène.

Il est indispensable qu'on la connaisse, Il faut crier son nom. Elle apporte le remède « qui empêche les petits de mourir » et en fait des enfants robustes et sains.

E. B.

Nul ne conteste les services que peut rendre l'Ecole de puériculture, nous doutons cependant qu'en dotant toute la France de semblables institutions (ce qui nous paraît difficile, car nous demanderions où l'on trouverait les élèves) et en en créant même une à Coupiac (Aveyron), on arriverait à faire tomber la mortalité des enfants d'un jour à 15 ans à moins de 3,5 %. Il est peut-être excessif d'appeler la puériculture un *art neuf*. De tous temps l'on s'est occupé de puériculture et nous avons sous les yeux un poème didactique, écrit en latin par Scévole de Sainte-Marthe en 1584, intitulé PÆDOTROPHIA, qui est en somme un traité de puériculture. Ce serait faire injure aux professeurs de clinique infantile de nos Facultés, aux professeurs d'obstétrique, aux médecins en chef de tous les services d'enfants et à ceux des Maternités que de supposer qu'ils aient attendu un million américain, envoyé le lendemain de la guerre, pour se préoccuper de l'hygiène infantile et de celle de la femme enceinte.

On a voulu étendre cet enseignement, instruire des infirmières, créer des visiteuses compétentes, ce n'est pas nous qui nous élèverons contre cette tentative, bien au contraire. Mais de grâce n'exagérons rien. Nous nous demandons comment les

visiteuses sociales de l'Ecole de puériculture peuvent *surveiller* 9.000 *familles*, tout en donnant en un seul mois 678 consultations pour nourrissons, 272 pour enfants d'âge scolaire, surveillant 219 femmes enceintes, en assistant 300 autres et contrôlant 1.255 nourrissons et 1.396 écoliers. Pareille suractivité nous paraît dangereuse pour les enfants et les femmes victimes de la surveillance de personnes aussi agitées. Quant aux consultations, nous serions heureux d'être fixé sur la manière dont elles sont données, car, bien que l'on parle, dans l'article, de malades des yeux, du larynx et de l'estomac, nous doutons que la Faculté de médecine, qui a le contrôle et la direction de l'Ecole de puériculture, permette aux élèves de cette école de se livrer à l'exercice illégal de la médecine.

L'Ecole de puériculture est une utile institution, nous répétons qu'elle rend et peut rendre beaucoup de services, mais que ses thuriféraires ne dépassent pas dans leurs éloges les limites du bon sens, bien que le « bluff » soit fort à la mode dans certains milieux où l'on s'occupe d'hygiène sociale. Souvenons-nous des vers du fabuliste :

Rien n'est si dangereux qu'un ignorant ami,
Mieux vaudrait un sage ennemi.

***

Puisque nous sommes sur la question de la protection des enfants, nous nous permettrons, de vous conter une petite histoire, qui montre quels dangers peuvent résulter en hygiène de l'application aveugle des règlements.

A Paris, dans un des plus anciens quartiers de la ville, au voisinage de rues antiques dont les masures ne peuvent guère être considérées comme réalisant le *nec plus ultra* de l'hygiène urbaine, est une très modeste crèche. Plus garderie que crèche, cette institution, nous le répétons, modeste et pour cause, recueille chaque jour environ 25 enfants. Ces enfants habitent d'inommables taudis ; leurs mères, femmes d'ouvrage pour la plupart et souvent miséreuses, y portent leurs enfants, sachant qu'ils y seront tenus propres, convenablement nourris et soignés et qu'elles pourront sans inquiétude vaquer à leurs occupations et gagner leur journée.

Or, deux enfants (les deux frères) qui fréquentaient la crèche furent atteints de rougeole à la fin de décembre ; le même jour, comme il faisait très froid, quelques autres enfants étaient absents sans pour cela être malades. Survint une Inspectrice d'hygiène de la Préfecture de Police et, sur un rapport de cette dame, dont nous nous garderons de mettre en doute la très haute compétence, fruit sans doute de longues études spéciales, la crèche fut fermée. C'était une mesure de protection des enfants en bas-âge.

Celui ou celle qui, de son cabinet, donna l'ordre de fermer la crèche, s'est-il demandé ce que deviendraient les 25 enfants qui y trouvaient tous les jours un refuge ? Non. Eh bien nous allons le lui apprendre.

Les mères ne pouvant plus mettre leurs enfants à la crèche, ne les ont pas gardés chez elles. Elles étaient tenues de travailler pour vivre et ne voulaient courir le risque de perdre leur place. Elles ont donc cherché quelqu'un pour garder leurs enfants. Or qui pouvaient les garder? Quelques vieilles femmes infirmes, catarrheuses ou tuberculeuses que la maladie maintenait à la chambre et qui, moyennant *cinq francs par jour*, voulaient bien se charger des bébés, ... les soigner et comment ! ! Elles n'ont certes pas fait d'études à l'Ecole de puériculture. Qu'en résultera-t-il pour ces malheureux enfants ? Nous l'ignorons. Mais nous devons avouer que l'hygiène et la protection de l'enfance n'ont rien à gagner à l'application aveugle de règlements administratifs. A une réclamation très modérée faite à ce sujet par le Président de la crèche, il fut répondu au nom du Préfet de Police et avec une signature illisible, que la fermeture avait été décidée à cause de la rougeole « après avis des services techniques d'hygiène en application de l'article 7 du décret du 2 mai 1897, modifié par celui du 9 novembre 1923, contenues dans la circulaire du 20 octobre dernier ». L'auteur de cette réponse, que par courtoisie nous nous contenterons de qualifier de singulière, aurait pu s'éviter la peine de brandir tout un arsenal désuet de décrets et de circulaires lorsqu'il suffisait d'examiner le cas en utilisant le simple bon sens. C'est en nous basant sur des faits de ce genre, que nous prétendons que l'hygiène n'est pas une affaire de police, mais que ses règles doivent être assez simples pour s'adapter aux milieux et aux circonstances. Car, avec la rigueur administrative et policière, dont l'esprit est étroit et parfois inhumain,

Souvent la peur d'un mal nous conduit en un pire.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX SUR L'INTESTIN

Par L. PRON.

Qu'une émotion vive arrête la digestion ou même provoque un vomissement, c'est là une notion banale, comme la *diarrhée* due au trac (examen, soldats non aguerris à la mitraille, etc.); il y a, dans ce dernier cas, hypermotilité de la musculeuse et hypersécrétion de la muqueuse, avec participation fréquente de la glande hépatique (1).

Parallèlement, les états mentaux chroniques sont susceptibles d'engendrer une *diarrhée chronique*. C'est ainsi que P. E. LEVY, dans un travail sur les « troubles gastro-intestinaux d'origine psychonerveuse et leur traitement psycho-rééducateur » (2), a rapporté l'histoire d'un malade, qui avait, depuis cinq ans, six à huit selles diarrhéiques par jour avec « sensibilité abdominale vive » et qui avait été soumis sans aucun résultat aux régimes et médications les plus divers. La première crise était apparue à la suite d'un trac, au moment d'un concours, puis « les troubles intestinaux s'étaient manifestés à nouveau, à la suite d'émotions moins vives, puis avaient fini par être provoqués par des causes à peine apparentes, enfin s'étaient installés à l'état d'*habitude organique* permanente, chronique, favorisée d'ailleurs par le travail excessif, le surmenage auquel se livrait le malade ». En prescrivant au malade de manger lentement (sans régime spécial sévère) et de ne pas « écouter trop complaisamment les sollicitations intestinales fréquentes », celui-ci alla beaucoup mieux, au bout de quelques jours, et son poids augmenta de 2 kilog.

Une simple idée, une simple esquisse d'émotion suffit à modifier le *transit intestinal*. KRONECKER a fait, à ce sujet, sur l'animal, des recherches intéressantes. Chez un chien, à anse intestinale isolée, dans laquelle était placée une petite boule d'argent attachée à un fil extérieur, il voyait celle-ci cheminer plus rapidement, chaque fois qu'il caressait l'animal ; la boule avançait encore plus vite, quand le chien voyait son maître prendre son chapeau ou sa canne (1).

On pourrait dire, avec raison d'ailleurs, que les résultats de l'expérimentation chez l'animal ne sont pas applicables à l'homme. A cette objection, HEYER a répondu en communiquant les résultats de ses recherches sur les influences psychiques sur la marche de la digestion chez l'homme (2). En ce qui concerne l'intestin, il a étudié, pendant deux ans, la *constipation* devant l'écran ; à côté des sujets, dont la constipation est due à des anomalies organiques (adhérences colo-hépatiques, colo-annexielles, post-opératoires, etc.) ou à une constitution asthénique ou à un état d'épuisement général, il fait une classe importante de ceux où elle est la conséquence d'anomalies ou de perturbations psychiques, soit qu'il s'agisse d'hystéricisme, soit qu'un vrai trauma psychique entre en jeu, comme, par exemple, pour une de ses patientes, chez laquelle le point de départ de la non exonération avait été l'angoisse de la défloration. Chez la femme, la vie sexuelle, avec ses conflits psycho-somatiques, joue un rôle capital dans une foule d'états morbides, en particulier dans les troubles digestifs. Rien que par la suggestion d'une meilleure évacuation de l'intestin, HEYER a constaté *de visu* une accélération du transit.

A propos des relations génito-intestinales chez la femme, j'ai rappelé ici-même, il y a quelques années (3) que le coït constitue souvent un laxatif efficace (MATIGNON) par réflexe vagino-colique

Dans le domaine des manifestations nerveuses abdominales, DENECHAU a décrit, pendant et à l'occasion de la guerre, le *gros ventre en accordéon* (volume rappelant celui d'une grossesse de sept à huit mois ; bruits de coassement ; gaz inférieurs ; rots ; antécédents neuropathiques ; retour subit à la normale), dont il fait une névrose du diaphragme avec aérophagie fréquente.

(1) On oublie beaucoup trop le rôle du foie dans la genèse des états diarrhéiques, aigus ou chroniques, et l'on se borne trop souvent à soigner symptomatiquement l'intestin, alors que c'est la dyshépatie (dans les cas chroniques) qu'il faut viser, soit seule, soit en même temps que l'intestin.

(2) Société de thérapeutique (9 juin 1920).

(1) In ROUX et MOUTIER. Pathologie gastro-intestinale. T. II (1925), p. 45.

(2) In *Archivos de medicina, cirugia y especialidades* (1924), p. 214 et suiv.

(3) Les troubles gastro-intestinaux d'origine nerveuse ou réflexe (4 décembre 1921).

BERNHEIM avait déjà étudié cette anomalie en 1900 et, avant ce dernier, VINCENT (de Lyon) (1)

DEBOVE, d'un côté (2) ; TALAMON, de l'autre, ont décrit autrefois la *pseudo-appendicite hystérique*, qui peut s'accompagner de vomissements et d'une légère tuméfaction du cæcum ; l'absence de fièvre, la conservation d'un bon état général, la coexistence de symptômes nerveux permettent d'éviter l'erreur de diagnostic.

MABIN a consacré sa thèse à l'*occlusion intestinale hystérique aiguë* (3), qui se confond symptomatologiquement avec l'occlusion vraie, à tel point qu'on a pu y rencontrer des vomissements fécaloïdes. Comme éléments de différenciation, on mettra à profit l'étiologie (émotion, chagrin, etc.), la soudaineté de l'installation du syndrome, l'absence de fièvre et la conservation d'un bon état général, comme dans le cas précédent, le tympanisme excessif et brusque, l'œsophagisme fréquemment concomitant. A côté de cette forme, qui est rare, MABIN mentionne la *stase intestinale hystérique chronique*, qui peut durer des semaines et même des mois ; pendant ce temps, le sujet n'a aucune exonération — et la forme *intermittente*, qui se manifeste par des crises douloureuses avec sensation de boule migratrice.

PARMENTIER (4) a observé, à titre d'aura, dans les crises épileptiques, des coliques violentes avec diarrhée subite. Ici, il semble y avoir de l'hyperpéristaltisme ; dans la diarrhée émotive, il y aurait pour certains auteurs, prédominance de l'hypercrinie par dilatation des vaso-moteurs de la muqueuse, comme dans la maladie de Friedreich, la sclérose en plaques, la paralysie infantile, etc.

La diarrhée de la maladie de Basedow est-elle d'origine endocrinienne pure ou bien provient-elle de l'hyperexcitabilité du vague, comme le pense MŒBIUS ? Le système sympathique, qui est fusionné physiologiquement avec la fonction endocrinienne, ne joue-t-il pas également un rôle important ?

La simple irritation des plexus abdominaux, en particulier celle du plexus solaire, suffit pour amener une perturbation de longue durée dans le fonctionnement de l'intestin ; la constipation tenace est souvent due à un état spasmodique du côlon, surtout dans sa portion terminale, dont l'origine est dans une dyspepsie banale. L'irritation, l'hyperesthésie du plexus solaire, dont témoigne la douleur provoquée par une pression ou le tapotement du haut du creux épigastrique, se transmet au sympathique digestif inférieur, qui contracture le sphincter iléo-cæcal ou le sphincter rectal. Elle peut également, en agissant sur le pneumogastrique, qui descend du plexus solaire et qui « se prolonge tout le long du grêle » d'après GUILLAUME (1) et contrairement à ce qu'enseignent les traités d'anatomie — créer une hypertonicité, qui met obstacle au transit (stase intestinale) (2). Il faut aussi tenir compte du rôle des *appareils nerveux locaux*, qui existent « sur toute la longueur du tube digestif, de l'œsophage à l'anus » : plexus d'Auerbach, plexus de Meissner, plexus interstitiel de CAJAL — et des *tissus nodaux* (segments cardiaque et pylorique de l'estomac, duodénum, jéjunum, région iléo-cæcale, gros intestin), qui sont des points de polarisation physiologique, réglant le tonus, l'irritabilité et la contractilité.

Ce qui démontre bien l'action dynamique du plexus solaire sur le côlon, c'est le fait que la constipation cède, dans certains cas, au simple tubage de l'estomac. LEBEAUPIN (de Vichy) en a rapporté une belle observation (3), à propos de laquelle il rappelle que SPIRAK avait remarqué que les lavages d'estomac, pratiqués dans un but gastrothérapeutique, déterminaient « d'abondantes évacuations » et qu'il avait été conduit, par la suite, à employer ce moyen spécialement contre la constipation des gastropathes. ZIEMSSEN (de Wiesbaden) employait, au lieu d'eau simple chaude ou froide, l'eau des sources, à laquelle il ajoutait 6 gr. de sel marin par litre. En 1906, TULLIO CALABI (de Vérone) signalait l'efficacité des lavages d'estomac, faits le matin à jeun. En 1907, D'HALLUIN communiquait à la société des sciences médicales de Lille « les résultats très satisfaisants de lavages fictifs de l'estomac chez une constipée de trente ans, neurasthénique et, de plus, suspecte de tuberculose pulmonaire ». Si, dans les cas précédents, on pouvait expliquer l'action des lavages par la pénétration du liquide dans le duodénum et, de là, dans tout le trajet de l'intestin, cet argument n'existe plus, quand il s'agit de lavage à sec, c'est-à-dire de simple tubage ; il faut faire intervenir le facteur dynamique, la transmission du contact, de l'irritation mécanique subie par la muqueuse de l'estomac, aux plexus mésentériques et à la musculeuse du côlon. Sans doute, certains esprits, par trop psychothérapeutes, verront là le résultat de l'auto-suggestion, comme LEBEAPIN se le demande lui-même à propos de sa malade. Peut-être ! Mais, quand on tient compte des efforts de vomissement, que provoque souvent l'introduction de la soude dans l'œsophage et d'autre part, du reflux biliaire, que

(1) Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs (1898), p. 61.

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (1902), p. 327.

(3) Thèse de Paris (1903).

(4) Thèse de Lyon (1903).

(1) Le sympathique et les systèmes associés, deuxième édition (1921), p. 133.

(2) P. 138.

(3) Lavage de l'estomac et tubage à sec contre la constipation. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, février 1908, p. 88.)

le simple tubage détermine dans la cavité gastrique, témoignant de l'hypercontractilité subite de la région duodénale sous vatérienne, il semble difficile de nier que cette action se transmette au côlon ; pendant la digestion, la contraction de la musculeuse de l'estomac met en branle la contractilité du côlon ; ce qui le prouve, c'est le besoin de défécation, souvent urgent, qu'éprouvent de nombreux sujets, soit au cours du repas, soit immédiatement après. Il y a synchronisme physiologique entre l'estomac et le côlon — et le simple contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac hyperesthésiée détermine une contraction exagérée de la musculeuse du côlon.

Mentionnerai-je les *entéro-radiculites* de Bouchut et Lamy (de Lyon), dont j'ai parlé ici même tout dernièrement (1). A côté de l'inflammation des racines nerveuses, issues de la moelle épinière, inflammation engendrée par la nature toxique du contenu intestinal, existe une entéro-radiculite, d'origine syphilitique ou autre, qui se manifeste, entre autres symptômes, par de la diarrhée, des coliques, etc., c'est-à-dire par une entéropathie.

Il y a également à signaler la *névralgie anale*, symptôme du tabès fruste.

Pour terminer, je rappellerai l'essence névropathique de l'*entéro-colite muco-membraneuse*. Outre que ce terme est très défectueux — car il n'y a pas d'inflammation, donc pas de colite — ce n'est là qu'un symptôme ou un syndrome et non un état morbide autonome. Les faits et l'observation clinique montrent que ce syndrome est consécutif, soit à une gastropathie, soit à une hépatopathie, soit — beaucoup plus rarement — à une lésion de l'appareil génital féminin : métrite, annexite, déviation utérine, etc., soit à une névrose générale ou à un sympathose abdominale. Le système nerveux (2) est inséparable de la soi-disant entéro-colite, soit à titre fondamental (sympathose abdominale), soit à titre secondaire (participation du plexus solaire au rôle pathogénique de la dyspepsie ou de la dyshépatie). Bien loin d'être un syndrome de nature microbiologique, comme le voulait Combe (de Lausanne) qui, s'hypnotisant sur les préparations microbiologiques de matières fécales, en était arrivé à oublier l'état général du patient, l'entéro-colite se présente cliniquement comme une *entéro-névrose*, comme l'ont dit Lereboullet et G. Lyon, et ce n'est qu'en visant le système nerveux général et abdominal et le fonctionnement du foie ou de l'estomac (plexus solaire et hyperchlorhydrie) qu'on en vient — et rapidement — à bout.

(1) Numéro du 29 novembre 1925.

(2) L. Pron. Entéro-côlite, estomac et système nerveux, (1910) librairie Rousset.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Ostéo-Arthropathies hérédo-syphilitiques de la moyenne et de la grande enfance (3)

Cette jeune Grecque est née le 26 août 1910, à terme. Nous n'avons pas de renseignements sur les parents. Nous savons que l'enfant a eu ses premières dents normalement, a parlé et marché vers 2 ans, qu'elle a eu des bronchites pendant un hiver et la rougeole à 8 ans. Somme toute elle n'a présenté rien de bien notable jusqu'en 1921, à l'âge de 11 ans.

A ce moment elle fait une chute sur le genou droit, qui, à la suite, se tuméfie et devient douloureux. Quelque temps après les mêmes symptômes apparaissent au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne gauches. On donne du salicylate de soude qui procure une amélioration. Ultérieurement les douleurs et le gonflement reviennent de temps à autre. Enfin, en 1924, les petites articulations des pieds et des mains deviennent douloureuses et se tuméfient. Les douleurs sont fugaces et assez légères. En même temps les grosses articulations déjà atteintes sont de nouveau intéressées. Ces manifestations résistent aux traitements institués.

L'enfant entre dans le service le 16 juillet. Elle est âgée de 14 ans et 10 mois. Elle n'a pas de fièvre : 37°6 ou 37°7 le soir. Les affections ostéo-articulaires qu'elle présente sont surtout marquées aux membres supérieurs ; elles sont bilatérales et symétriques.

Au membre supérieur, on est frappé par un certain degré d'atrophie des muscles des bras et des avant-bras. Les articulations scapulo-humérales sont intactes. Les coudes, les poignets sont tuméfiés et douloureux. Au niveau des doigts, en particulier des petites articulations

(3) Leçon du 28 novembre 1925, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

phalango-phalanginiennes, on constate également du gonflement et de la douleur. Il ne semble pas que les os soient intéressés ; ce sont surtout les tissus péri-articulaires qui paraissent tuméfiés. Aux mains, il y a de l'atrophie musculaire ; les paumes sont plates, sans saillie des éminences thénar et hypothénar.

On constate dans le genou gauche une petite hydarthrose. Les articulations tibio-tarsiennes sont tuméfiées, surtout dans les régions péri-malléolaires ; le gonflement s'étend sur le dos du pied ; les mouvements sont douloureux. Les muscles de la jambe présentent un certain degré d'atrophie.

Aux jambes, sur les faces antérieures des tibias, on note de petites cicatrices dépigmentées.

Il existe des adénopathies inguinales, axillaires, sus-claviculaires, sans caractères bien particuliers ; on trouve des deux côtés un gros ganglion sus-épitrochléen.

Les réflexes tendineux sont normaux ; il n'y a pas de Babinski. Les réactions électriques, recherchées par M. Duhem, sont normales. Les yeux, examinés par M. Poulard, sont normaux. On ne constate aucun symptôme aux poumons et au cœur. La pression sanguine, au Vaquez, est de 14-10, le pouls à 108. Le foie, un peu gros, dépasse de deux travers de doigts le rebord costal. La rate est normale.

Il n'y a ni albumine, ni sucre, dans les urines. Il n'y a pas de troubles digestifs.

Les dents supérieures sont mal implantées mais ne présentent aucune érosion.

L'enfant a le teint suffisamment coloré ; elle ne prétente aucun signe d'hypothyroïdie ni de basedowisme.

L'évolution pubertaire est normale. On voit des poils axillaires et pubiens, des seins suffisamment formés. L'enfant a été réglée au mois de janvier, à 14 ans et 5 mois ; elle a eu ses règles à deux reprises, mais depuis le mois de mars, elle a de l'aménorrhée.

Le liquide céphalo-rachidien est normal ; il contient de très rares leucocytes ; et 0 gr. 25 cgr. d'albumine par litre.

Le Bordet-Wassermann est positif (H^5) avec le sang, négatif (H^8) avec le liquide céphalo-rachidien.

L'enfant a une taille moyenne, 155 cm. ; elle est maigre, ne pèse que 35 kgr. au lieu de 43 kgr. 200 ; le rapport du poids à la taille, par conséquent, est faible : 225 au lieu de 280.

Elle est légèrement macroskèle, puisque le rapport de Manouvrier est de 0.93, la moyenne étant 0.90.

Son périmètre thoracique est étroit, 63 cm., au lieu de 73 cm. Le coefficient de Pignet est élevé, 59 au lieu de 34, ce qui indique une constitution faible.

MM. Janet et Lebée ont recherché le métabolisme basal : au cours de trois expériences (30 juillet, 4 août, 12 novembre), ils ont trouvé une moyenne de 40, c'est-à-dire 8 % au-dessous de la moyenne, valeur qui reste dans les limites physiologiques.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

Les radiographies des mains et des poignets montrent, comparativement à celles d'une fille normale de même âge, que les os du carpe sont moins nettement dessinés, que les espaces inter-osseux sont réduits. D'autre part, on constate que les cartilages diaphyso-épiphysaires des extrémités inférieures des radius et cubitus, sont moins apparents, qu'il semble y avoir une ossification prématurée. De même les cartilages diaphyso-épiphysaires des métacarpiens et des phalanges, sauf ceux des épiphyses supérieures des premières phalanges des pouces, ne sont pas visibles, tandis que tous ces cartilages sont nettement apparents chez le témoin.

Aux cous-de-pied il n'y a pas de modifications appréciables.

Somme toute, il existe d'une part une sorte de tuméfaction des os du carpe, d'autre part, un processus d'ossification prématurée des épiphyses du radius, du cubitus, des métacarpiens et des phalanges.

Nous nous trouvions donc en présence d'une polyarthrite chronique déformante qui avait eu un début subaigu, qui avait évolué par poussées, intéressant d'abord les grosses articulations et plus tard les petites articulations des extrémités.

L'évolution était celle d'un processus infectieux dont il fallait préciser la nature.

On ne pouvait guère penser à la maladie de Bouillaud car elle ne conduit pas à des arthropathies chroniques. Il n'existait pas d'infections pharyngées, pas de vulvo-vaginite gonococcique, causes assez communes de telles arthropathies. Il n'existait pas non plus de troubles gastro-intestinaux habituels.

L'absence d'une étiologie valable, la présence des cicatrices cutanées sur la face antérieure des tibias, les ganglions sus-épitrochléens, malgré l'absence d'autres symptômes de syphilis congénitale, faisaient penser à son intervention possible. La réaction de Bordet-Wassermann a confirmé cette opinion.

Nous avions éliminé facilement un rhumatisme endocrinien. Cette enfant n'avait pas de symptômes d'hypothyroïdie et son métabolisme basal était normal. Sans doute elle avait de l'aménorrhée, mais celle-ci était apparue bien après les arthropathies.

Nous instituons le traitement spécifique. Le 24 juillet on fait une première injection de sulfarsénol à la dose de 0 gr. 06 ; on renouvelle les injections tous les 4 jours, en élevant les doses à 0 gr. 12, 0 gr. 18, 0 gr. 24, 0 gr. 30, 0 gr. 36 ; la

dixième et dernière injection de 0 gr. 36 est faite le 2 septembre. A cette date, on a injecté au total, 2 gr. 22 de sulfarsénol.

Pendant le traitement nous constatons une amélioration de l'état général et de l'état local. Les douleurs spontanées et provoquées, le gonflement, disparaissent peu à peu, les articulations reprennent l'aspect normal. Le 6 septembre l'enfant pèse 37 kgr. 600, le poids a augmenté de 2 kgr. 600.

Le 7 septembre, la malade contracte une angine diphtérique, qui se complique d'une néphrite aiguë œdémateuse. Elle est soignée dans le service de la diphtérie, d'où elle revient le 22 octobre. A ce moment le Bordet-Wassermann est douteux (H^6), le Hecht faiblement positif. L'albuminurie ne tarde pas à disparaître ; toutefois, ces jours-ci, elle s'est montrée de nouveau avec une légère hématurie. Ajoutons que l'état général est satisfaisant, mais que l'aménorrhée persiste.

***

Les OSTÉO-ARTHROPATHIES CHRONIQUES attribuables à l'HÉRÉDO-SYPHILIS seraient très fréquentes d'après certains médecins. C'est ainsi qu'Edmond Fournier, étudiant la *Syphilis héréditaire de l'enfance* dans le Traité de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, écrit que les statistiques de son père donnent 39 % de manifestations ostéo-articulaires chez les hérédo-syphilitiques ; il cite une statistique de von Duppel, d'après laquelle la proportion s'élèverait à 56 %.

Ces nombres me semblent manifestement exagérés. Nous voyons tous les jours des hérédo-syphilitiques. Nous ne voyons que de loin en loin des manifestations ostéo-articulaires.

Celles-ci sont rares dans la première enfance. Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas l'année dernière, que j'ai présentés dans ma leçon du 17 janvier, reproduite dans le *Concours médical* du 13 septembre 1925.

Elles semblent être plus fréquentes dans la moyenne et la grande enfances. On les voit également dans la jeunesse et même jusqu'à l'âge adulte.

Elles seraient donc des manifestations tantôt de la syphilis héréditaire précoce, tantôt de la syphilis héréditaire tardive. On peut même les voir chez les hérédo-syphilitiques de deuxième génération, c'est-à-dire chez les petits-fils de syphilitiques.

Leur histoire s'est édifiée parallèlement à celle des ostéo-arthropathies de la syphilis acquise. Un certain nombre d'observations en avaient été publiées, lorsque Alfred Fournier, dans ses leçons sur *La syphilis héréditaire tardive*, publiées en 1886, en fit une étude fondamentale, à laquelle il convient toujours de se reporter. Des travaux nombreux ont été donnés depuis. L'attention a été de nouveau attirée sur ces questions par les recherches de M. Henri Dufour, poursuivies depuis 1915.

Les ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire et celles de la syphilis acquise revêtent les mêmes modalités, et celles-ci sont nombreuses. Les classifications proposées en sont le témoignage.

Fournier, père, dans ses leçons de 1886, distingue quatre formes : la *forme arthralgique, l'hydarthrose*, la *pseudo-tumeur blanche, l'arthropathie déformante*. M. Fournier fils, en 1921, ajoute à ces formes la *forme d'ostéo-arthrite* et la *forme de rhumatisme déformant*.

M. Dufour, dans la *Revue médicale française* de décembre 1924, distingue des *mono-arthrites* ou *arthrites localisées* et des *polyarthrites du type rhumatismal*.

M. Fatou, dans le *Bulletin médical* du 25 juin 1924, divise les *manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive* en formes *ostéo-articulaires classiques* et en *formes proprement articulaires*.

M. Monier, *à propos de deux cas d'hérédo-syphilis articulaire* présentés dans une leçon publiée par la *Gazette médicale de Nantes* du 1er novembre 1925, distingue des *arthropathies plutôt subaiguës que chroniques* et des *arthrites et rhumatismes essentiellement chroniques*.

Je ne cite certainement pas toutes les divisions proposées et je passe à l'étude des faits cliniques.

***

Les manifestations les plus simples réalisent la FORME ARTHRALGIQUE. L'enfant se plaint de douleurs mal localisées, siégeant plutôt au voisinage de l'articulation qu'au niveau de l'articulation même ; elles sont tantôt sourdes, vagues, tantôt plus vives ; elles peuvent présenter des exacerbations nocturnes ; elles apparaissent par périodes plus ou moins longues, puis disparaissent et reparaissent sans causes appréciables ; elles peuvent gêner les mouvements de l'articulation, la marche, quand elles siègent, ce qui est fréquent, au genou.

L'examen peut ne révéler aucun signe physique ; il n'en est pas toujours ainsi.

Comme l'écrivent MM. Ménard et M. Mozer, qui, en 1923, ont consacré dans la *Médecine infantile* un long mémoire à la *recherche de la syphilis dans les affections ganglionnaires et ostéo-articulaires*, il existe, en réalité, dans nombre de cas, quelques signes objectifs. « C'était, au niveau d'un genou, un léger épaississement de la synoviale, ou, l'affection une fois terminée, un allongement du tibia, qui venait traduire après coup l'atteinte osseuse, passée inaperçue ; dans d'autres cas, l'image radioscopique mon-

trait une ou plusieurs taches claires en pleine épiphyse ».

Les douleurs, qui résistent aux traitements habituels, guérissent, au contraire, comme l'a montré Fournier, par l'iodure de potassium.

La forme arthralgique peut marquer le début des formes suivantes.

La deuxième forme, c'est l'HYDARTHROSE.

Elle a été signalée par Hutchinson, quand il a décrit, en 1857, sa fameuse triade symptomatique de l'hérédo-syphilis, constituée par la kératite interstitielle, des malformations dentaires et la surdité, mais elle a été surtout étudiée par Clutton qui, en 1886, a décrit la *synovite symétrique des genoux dans la syphilis héréditaire* et fait remarquer sa coïncidence habituelle (10 fois sur 11) avec une kératite interstitielle et avec divers autres stigmates. Depuis, cette coïncidence de l'hydarthrose avec la kératite insterstitielle a été l'objet de nombreux travaux. Je vous citerai en particulier ceux de M. Cantonnet, qui a pu écrire, dans *Paris médical* du 6 septembre 1919, qu'il fallait la considérer comme le « *quatrième symptôme* » *de la triade d'Hutchinson* ; sous cette appellation paradoxale, il veut montrer quelle est l'importance chez les hérédo-syphilitiques de cette association : hydarthrose du genou et kératite interstitielle.

L'hydarthrose s'observe surtout chez des sujets de 8 à 15 ans, mais elle se rencontre aussi dans la jeunesse et même chez l'adulte jeune ; Clutton l'a vue chez un homme de 21 ans. Elle siège surtout aux genoux et atteint, par ordre de fréquence décroissante, les genoux, les coudes, les tibio-tarsiennes, les poignets.

Elle a un début insidieux et est indolente. Le malade n'a pas l'attention attirée ; il ne souffre pas, éprouve tout au plus un peu de gène fonctionnelle. L'hydarthrose est souvent découverte au hasard d'un examen médical ; comme le fait remarquer M. Cantonnet, c'est assez souvent l'ophtalmologiste qui, reconnaissant une kératite interstitielle, la recherche de parti pris et la constate.

L'hydarthrose est symétrique ou coexiste avec des manifestations d'un autre type sur l'articulation similaire.

L'évolution est très irrégulière. Le liquide augmente et diminue rapidement, mais l'affection est tenace, chronique.

Souvent l'examen ne révèle pas de symptômes osseux ; l'hydarthrose paraît vraiment *essentielle*. Dans d'autres cas, et ils sont peut-être plus nombreux, on constate des manifestations osseuses. M. Métayer, dans sa thèse de 1904, écrit qu'une épiphyse ou les deux sont augmentées de volume ; qu'en un point limité, il existe une douleur à la pression, témoignant d'un processus de périostite syphilitique. D'après MM. Ménard et Mozer, « il est fréquent de rencontrer . . . une réaction osseuse, qui peut se traduire soit à la simple palpation, soit à la mensuration du membre, soit à la radiographie. Celle-ci montre . . . des taches claires dans la région bulbaire . . . situées de part et d'autre du cartilage de conjugaison ». Pour M. Edmond Fournier, « le plus souvent . . . on ne tarde pas à constater que les hydarthroses essentielles ne font que masquer des tuméfactions osseuses sous-jacentes, dont elles ne sont qu'une conséquence, qu'un épiphénomène ».

Le liquide articulaire est clair. On n'est pas d'accord sur la formule leucocytaire. M. Fouquet en 1913, signale une formule lymphocytique ; M. Fatou, en 1924, une polynucléose prédominante ; d'après lui, même quand l'affection régresse, on trouve 80 à 90 % de polynucléaires et des cellules épithéliales. La réaction de Bordet-Wassermann est positive, hyperpositive même, écrit M. Fatou.

La troisième forme, c'est la TUMEUR BLANCHE. On parle habituellement de *pseudo-tumeur blanche*. Cette appellation ne se conçoit plus actuellement ; il y a des affections qui ont les caractères cliniques d'une tumeur blanche et qui peuvent être soit tuberculeuses, soit syphilitiques.

La tumeur blanche hérédo-syphilitique se voit quelquefois dans la première enfance : j'ai cité dans ma leçon du 17 janvier les observations d'une fille de 2 mois, soignée par Guterbrock, celle d'un garçon de 25 mois soigné par MM. Kirmisson et Jacobson. Elle se voit surtout pendant la moyenne et la grande enfances.

Le genou est son siège de prédilection ; plus rarement, c'est le coude, la hanche, la tibio-tarsienne, etc.

On peut prendre comme type la tumeur blanche du genou. Elle peut être précédée de la forme arthralgique ou d'une hydarthrose. Petit à petit, le genou grossit ; à un moment son aspect est caractéristique.

Il présente un gonflement énorme, pouvant atteindre deux ou trois fois le volume d'un genou normal. Les téguments sont normaux, de coloration blanche ; quelquefois le réseau veineux est apparent. Les muscles sont atrophiés. On est frappé par la dureté osseuse de la tuméfaction ; celle-ci est régulière, sans rugosités, sans saillies ; elle est due à une hyperostose épiphysaire.

L'articulation elle-même est peu touchée. Quelquefois on constate une petite hydarthrose ou bien, en mobilisant le membre, quelques craquements articulaires. Malgré ce gonflement énorme, les mouvements actifs et passifs sont conservés ou seulement un peu limités.

En général l'affection est indolente ; il n'y a pas de douleur spontanée, pas de douleur provoquée

par le mouvement ou par la pression. Cependant parfois il existe de la douleur.

Les ganglions de la racine du membre ne sont pas hypertrophiés.

A la radiographie, on remarque le gros volume de l'épiphyse, une réduction de l'espace interarticulaire, de l'irrégularité des surfaces articulaires.

L'évolution se fait par poussées successives ; il y a des phases de régression, qui au début pourraient même faire parler de guérison ; mais ce sont de fausses guérisons.

Quelquefois un point douloureux s'accuse au niveau d'une épiphyse ; à ce niveau on constate de la tuméfaction puis un ramollissement de l'os ; une collection peut se former et s'ouvrir à l'extérieur ; par l'ouverture fistuleuse il s'écoule une sorte de bouillie puriforme.

Quelquefois, l'affection se transforme en une ostéo-arthrite déformante.

Les lésions consistent soit en une hyperostose épiphysaire massive avec épaississement de la synoviale ; soit en gommes épiphysaires, qui se nécrosent, se ramollissent, tandis qu'à la périphérie se réalise un processus de condensation ostéo-fibreuse. Pour quelques auteurs, pour Steiner notamment, il s'agirait d'une synovite gommeuse.

La quatrième forme est l'OSTÉO-ARTHROPATHIE DÉFORMANTE ÉPIPHYSAIRE, décrite en 1882 par Méricard, dans sa thèse, puis par Lannelongue et son élève Danjou, dans sa thèse de 1887, et par Fournier père.

Rare dans la petite enfance, elle se voit surtout dans la moyenne et la grande enfances.

Elle occupe surtout les grosses articulations, les genoux, les coudes, les épaules ; quelquefois les petites articulations des mains et des pieds participent au processus, mais ultérieurement.

Tantôt le début est subaigu et l'affection s'installe en 3, 4 ou 5 mois ; tantôt il est insidieux et impossible à préciser.

A la période d'état, les caractères de l'ostéoarthropathie ont bien été fixés par A. Fournier.

Les ostéophytes, écrit-il, réalisent une « sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles ».

Secondairement, apparaissent des lésions des synoviales, des cartilages et des ligaments, de l'atrophie musculaire.

Ces altérations complexes entraînent des déformations et de mauvaise attitudes, entravent les mouvements et quelquefois même aboutissent à l'ankylose.

La cinquième forme, est celle qu'a décrite Edmond Fournier sous le nom de FORME D'OSTÉO-ARTHRITE. Je me borne à lire sa définition. Il existe une tuméfaction de la jointure « irrégulière, formée de petites plaques dures qui semblent constituer sur quelques points une sorte de blindage de la coque articulaire et quelquefois aussi des masses dures qu'on prendrait volontiers pour des corps étrangers intra-articulaires, et qui sont des foyers circonscrits d'infiltration des éléments fibreux et synoviaux de l'articulation ».

Les petites plaques dures sont caractéristiques.

Quelquefois, il se forme un petit épanchement intra-articulaire. L'évolution est insidieuse et indolente.

On peut rencontrer une sixième forme, la FORME SUPPURÉE.

On la voit chez les nouveau-nés. Dans ma leçon de janvier j'ai rapporté des faits où des arthrites suppurées sont consécutives à la maladie de Parrot et d'autres faits décrits par Somma en 1882, où elles semblent indépendantes de cette affection. Je n'y reviens pas.

Dans la moyenne et la grande enfances, dans la syphilis héréditaire tardive, la forme suppurée semble plus rare.

Une observation intéressante est celle que MM. Dupont et Peyre ont rapportée à la *Société de chirurgie*, en 1923.

A 18 ans, un jeune homme fait une chute sur le genou gauche ; elle est suivie d'une tumeur blanche qui guérit par l'immobilisation. A 23 ans, apparaît une hydarthrose du même genou ; on pratique la résection. A 26 ans, survient un volumineux épanchement du genou droit ; la ponction retire du pus jaunâtre, bien lié, à polynucléaires ; le Bordet-Wassermann est positif (H°); un traitement par l'arsénobenzol amène une amélioration . A 28 ans surviennent des arthrites du genou et d'un coude, que le traitement spécifique améliore lentement.

Les différentes formes cliniques qu'on est obligé de dissocier pour la description ne sont pas aussi nettement tranchées qu'il semblerait résulter de cette dernière. Il existe des RAPPORTS entre elles.

La *forme arthralgique* peut être le début des autres formes.

L'*hydarthrose du genou* est rarement vraiment symétrique. Ainsi que l'écrivent MM. Ménard et Mozer, « on rencontre habituellement des lésions d'âge et par conséquent d'aspect morphologique différents. Les modalités les plus diverses peuvent être notées : hydarthrose d'un côté et simple épaississement synoviale de l'autre, hydarthrose simple et hydarthrose avec épiphysites ; hydarthrose et fausse tumeur blanche ».

On peut assister à des transformations des lésions en cours de l'évolution. MM. Ménard et Mozer citent le fait suivant : dans un premier stade, hydarthrose et sur les radiographies taches claires dans les épiphyses ; dans un deuxième stade, tumeur blanche ; dans un troisième stade, ostéo-arthrite déformante.

Et ces auteurs concluent, en parlant des différentes formes cliniques : « Ces formes ne sont que les différentes phases évolutives successives de la même localisation articulaire ».

Les formes que je viens de décrire présentent entre elles des points communs. Elles peuvent être *monoarticulaires*, mais sont plutôt *oligo-articulaires* ; elles intéressent d'une façon particulière les *grosses articulations*, mais parfois aussi les *petites* ; elles comportent habituellement des *lésions osseuses* occultes ou avérées.

Dans certains cas, où aux lésions des grosses articulations, s'associent des lésions des petites articulations, l'affection peut rentrer dans le cadre des *rhumatismes chroniques déformants* c'est-à-dire du dernier type qu'il me reste à décrire.

***

La POLYARTHRITE CHRONIQUE DÉFORMANTE réalise le RHUMATISME POLYARTICULAIRE CHRONIQUE DÉFORMANT, le RHUMATISME NOUEUX, dont Charcot a donné une description classique.

Le rhumatisme chronique déformant est rare chez l'enfant. J'ai eu l'occasion d'en parler dans une leçon que j'ai donnée ici le 9 avril 1921, et dans un mémoire publié en collaboration avec M. Nadal dans les *Archives de médecine des enfants*, en décembre 1921.

On n'est pas bien fixé sur les causes du rhumatisme chronique, qu'il se développe chez un enfant ou chez un adulte. Parmi les facteurs étiologiques, la syphilis congénitale ou acquise mérite d'être retenue.

Le rôle de la syphilis congénitale a été longtemps méconnu. Par exemple, Moncorvo, dans un mémoire *sur la polyarthrite déformante dans l'enfance*, publié par la *Revue des maladies de l'enfance*, en 1901, cite l'observation d'un bébé de 5 mois atteint de déformations de plusieurs doigts apparues vers l'âge de 2 mois. Cet enfant était manifestement syphilitique ; mais Moncorvo n'incrimine pas la syphilis.

L'intervention de l'hérédo-syphilis a été remarquée par Fournier père, puis par Edmond Fournier qui, en 1901, émit l'opinion que le rhumatisme chronique déformant peut être une manifestation possible de l'hérédo-syphilis. Enfin l'attention a été surtout attirée par M. Dufour ; pour lui beaucoup de rhumatismes chroniques déformants sont dus à la syphilis acquise ou à la syphilis congénitale.

Dans ces dernières années, quelques observations de rhumatisme chronique déformant chez des enfants ont été publiées.

A la *Société de Pédiatrie*, M. Méry et Mlle Génin citent, le 21 janvier 1919, le cas d'un enfant d'un an, malade depuis l'âge de 6 mois ; M. Liougas, d'Athènes, cite, le 17 avril 1923, le cas d'une fille de 12 ans, chez qui l'affection a débuté à 2 ans ; MM. Pierre Vallery-Radot et Aris citent le cas d'une fillette de 4 ans chez qui l'affection a débuté à 1 an.

Dans un intéressant mémoire des *Archivos latino-americanos de pediatria*, paru en janvier 1925, MM. Mamerto Acuña et Bazan (de Buenos Aires) rapportent sept cas chez des enfants de 8 à 15 ans : l'affection datait de 4 mois à 4 ans.

La polyarthrite déformante peut apparaître chez des hérédo-syphilitiques, non seulement dans l'enfance, mais encore dans la jeunesse et à l'âge adulte.

MM. Gilbert, Bénard et Fatou ont présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, le 14 décembre 1923, l'observation d'un jeune homme de 19 ans ; l'affection avait débuté à 18 ans.

M. Monier, dans la leçon que j'ai citée, a raconté l'histoire d'un garçon de 19 ans, malade depuis quelques mois.

MM. Harvier et Decourt, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 30 novembre 1923, présentent l'observation d'une femme de 51 ans, rhumatisante depuis l'âge de 30 ans, et celle d'une femme de 61 ans, chez qui l'affection avait débuté à 59 ans ; pour cette dernière cependant, ils n'osent pas affirmer l'origine hérédo-syphilitique.

On peut voir encore la polyarthrite déformante chez des hérédo-syphilitiques de deuxième génération. Edmond Fournier en cite un exemple chez un garçon de 15 ans.

Je ne vous décrirai pas la symptomatologie de la polyarthrite chronique déformante des hérédo-syphilitiques. C'est celle du rhumatisme articulaire chronique des enfants qu'ont donnée depuis longtemps M. Diamantberger dans sa thèse de 1890, Moncorvo, M. Maillard, dans une thèse de Nancy, en 1909, et bien d'autres médecins.

Tantôt le *début* est insidieux, tantôt il se fait sous forme d'atteintes articulaires fébriles à évolution subaiguë, avec des rémissions et des poussées successives plus ou moins éloignées.

Le processus atteint d'abord soit les grosses articulations, les genoux surtout, les poignets, les chevilles, soit les petites articulations des mains et des pieds, soit à la fois les unes et les autres.

A la *période d'état*, les articulations sont plus ou moins grosses et déformées ; elles présentent des attitudes vicieuses, répondant aux types décrits par Charcot. Les muscles sont atrophiés.

Les douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements ont une intensité très variable.

L'apyrexie est de règle. Cependant, il y a souvent un peu de fièvre, soit au moment de poussées subaiguës, surtout pendant la période initiale, soit d'une façon permanente à la période d'état. Il y a même des états fébriles persistants ; le jeune homme soigné par M. Monnier a eu pendant quatre mois une fébricule avec des températures de 37° à 38°.

On a recherché s'il existait des *caractères particuliers aux polyarthrites dues à l'hérédo-syphilis.*

M. Edmond Fournier donne les caractères particuliers suivants :

1° Le rhumatisme hérédo-syphilitique atteint surtout les grosses articulations, les genoux, les coudes, les épaules ; quand il touche les petites articulations, c'est consécutivement ; au contraire, dans le rhumatisme déformant ordinaire, les petites articulations sont les premières intéressées.

2° Le rhumatisme hérédo-syphilitique se développe dans le tout jeune âge, même chez le fœtus, tandis que le rhumatisme chronique non syphilitique est une affection de l'adulte et du vieillard.

Examinons ces propositions.

1° Le début par les grosses articulations, ou la participation des grosses articulations sont bien des caractères habituels. On s'en rend compte en lisant les observations de M. Méry et de Mlle Génin, de M. Liougas, de MM. Vallery-Radot et Aris, de M. Monier, de MM. Gilbert, Bénard et Fatou, que j'ai citées tout à l'heure.

2° Le début dans le tout jeune âge n'est pas un caractère constant. Le rhumatisme chronique hérédo-syphilitique peut apparaître pendant la moyenne ou la grande enfances, pendant la jeunesse ou même à l'âge adulte. Mais le fait qu'un rhumatisme polyarticulaire débute chez un petit enfant, pendant la première année, paraît être assez spécial à l'hérédo-syphilis.

Il existe en outre un autre caractère sur lequel il convient d'insister : c'est le polymorphisme des manifestations articulaires. Le malade de MM. Gilbert, Bénard et Fatou est intéressant à ce point de vue. Il avait, écrivent-ils, un « rhumatisme subaigu d'un polymorphisme remarquable ; forme arthralgique simple, forme fluxionnaire légère, forme ankylosante partielle, forme hydarthrosique symétrique ».

Les *caractères radiologiques* sont mal connus. Le bébé observé par M. Méry et Mlle Génin n'avait pas d'épaississement des extrémités osseuses. L'enfant soigné par MM. Vallery-Radot et Aris présentait un léger épaississement des surfaces osseuses, de la décalcification des épiphyses, le signe de l'os bordé.

En fait, comme l'écrit M. Dufour, il s'agit d'une « ostéite articulaire plus atrophiante qu'hyperostosante » ; les déformations sont dues aux altérations des tissus péri-articulaires plus qu'à celles des os.

Somme toute, ni du point de vue clinique, ni du point de vue radiologique, il n'est guère possible de reconnaître l'origine syphilitique d'un rhumatisme. Je partage à cet égard l'opinion qu'ont émise MM. Mamerto Acuña et Bazan : « Le rhumatisme chronique hérédo-syphilitique présente comme début, comme symptomatologie, comme évolution, les mêmes caractères que le rhumatisme chronique commun ; le diagnostic clinique est impossible ».

Après l'étude clinique que je viens de faire, il n'est pas nécessaire d'insister sur le diagnostic des différentes manifestations ostéo-articulaires de la syphilis congénitale. Quand elles apparaissent chez un enfant, il faut penser à l'intervention possible de ce facteur étiologique.

La *forme arthralgique* : il faut penser à la syphilis quand les douleurs sont persistantes et ne cèdent pas aux traitements habituels ; il ne faut pas se borner à parler de douleurs de croissance ou de douleurs rhumatismales ; une exploration attentive décèle d'ailleurs assez souvent des symptômes osseux, qui, nous l'avons vu, ont une grande valeur sémiologique.

L'*hydarthrose* : le diagnostic est à faire avec l'hydarthrose tuberculeuse et l'hydarthrose gonococcique, celle-ci survenant chez les filles atteintes de vulvo-vaginite. Dans ces diverses éventualités il n'y a guère de différences appréciables ; la cytologie du liquide articulaire peut être la même. Une hyperostose constatée par la palpation ou la radiographie sont en faveur de la syphilis.

La *tumeur blanche* n'offre avec la tumeur blanche tuberculeuse que des différences de détail insuffisantes pour imposer le diagnostic. L'évolution irrégulière, entrecoupée de phases inflammatoires et de périodes de rémission est en faveur de la syphilis.

L'*ostéo-arthrite déformante épiphysaire*, l'*ostéo-arthrite* d'Edmond Fournier, la *forme suppurée*, ne présentent pas de caractères véritablement pathognomoniques.

Pour la *polyarthrite déformante chronique* il faut rechercher quel est le facteur étiologique en cause.

La maladie de Bouillaud ne conduit pas à cette affection ; elle est aussi fréquente chez l'enfant que la polyarthrite chronique y est exceptionnelle.

On a signalé des cas de rhumatisme chronique scarlatin ; ils sont vraiment exceptionnels et alors il n'est pas prouvé que la scarlatine soit responsable.

La gonococcie est, par contre, une cause de polyarthrites chroniques à laquelle il faut pen-

✦✦✦✦

ser, chez les filles, pendant la moyenne et la grande enfances. J'en ai parlé dans la leçon que je citais tout à l'heure et dans le mémoire que j'ai publié avec M. Nadal. Il est exceptionnel qu'elle intervienne pendant la première année ; cependant M. Guinon a rapporté le cas d'un enfant de 5 ans qui, à la suite d'une ophtalmie purulente, fut atteint, à partir de 5 mois, d'un rhumatisme chronique.

Quant au rhumatisme tuberculeux dont l'existence est très discutée, il n'a, écrivent Poncet et Leriche « aucune caractéristique symptomatique ».

Le rhumatisme chronique appelé dystrophique est surtout un rhumatisme hypothyroïdien. Celui-ci est rare chez les enfants. D'ailleurs, quand il existe de l'hypothyroïdie, il faut en rechercher la cause ; or l'hérédo-syphilis en est quelquefois responsable.

Concluons donc : l'origine syphilitique des ostéo-arthropathies peut être quelquefois soupçonnée du fait de caractères cliniques un peu particuliers et de l'évolution, du fait de l'absence d'autres facteurs étiologiques. Mais le véritable élément de diagnostic étiologique est la constatation de l'hérédo-syphilis. Etudiez donc les antécédents héréditaires, recherchez les symptômes et les stigmates et notamment la kératite interstitielle, qui se voit non seulement dans l'hydarthrose du genou, mais également dans les autres formes.

Mais n'oubliez pas que la syphilis héréditaire n'est pas toujours évidente, qu'elle est souvent occulte.

Pour découvrir cette dernière, nous avons à notre disposition les *réactions sérologiques* et notamment la *réaction de Bordet-Wassermann.*

Contrairement à une opinion assez souvent soutenue, la réaction de Bordet-Wassermann rend de grands services pour le diagnostic de la syphilis héréditaire chez les enfants ; elle permet, dans bien des cas, de reconnaître la nature syphilitique des ostéo-arthropathies. MM. Ménard et Mozer, chez les enfants atteints d'adénopathies et d'ostéo-arthropathies syphilitiques l'ont trouvée positive dans 85 % des cas. La réaction était positive chez une jeune fille de 17 ans atteinte d'hydarthrose double, soignée par M. Monnier, chez les malades atteints de polyarthrite déformante dont j'ai cité les observations, chez le garçon d'un an observé par M. Méry et Mlle Génin, chez les 7 enfants de 8 à 15 observés par MM. Acuña et Bazan, chez les garçons de 19 ans soignés par M. Gilbert et par M. Monnier. Elle était positive chez l'homme de 28 ans, atteint d'une arthrite suppurée, soignée par MM. Dupont et Peyre.

Certes la réaction de Bordet-Wassermann est parfois négative et cette réaction négative ne permet pas d'éliminer la syphilis. Mais une réaction positive élucide le diagnostic. En cas de réaction négative il convient toujours de chercher à la réactiver.

Dans le liquide articulaire, la réaction de Bordet-Wassermann est souvent hyperpositive ; elle peut être positive alors qu'elle est négative dans le sang.

Quand on reconnaît l'hérédo-syphilis chez un enfant atteint d'ostéo-arthropathies, celles-ci ne sont pas toujours attribuables à la syphilis. Il faut se méfier des *intrications* possibles.

Un syphilitique peut être atteint de la maladie de Bouillaud, avoir une arthrite gonococcique ou tuberculeuse. Il me faudrait ici m'arrêter sur le problème des hybrides de la tuberculose et de la syphilis. J'ai eu l'occasion d'en parler dans une leçon reproduite par le *Journal des Praticiens* du 2 février 1924, consacrée aux relations de la syphilis congénitale et de la tuberculose chez les enfants. Retenons, du point de vue qui nous intéresse aujourd'hui, que, d'après l'opinion des personnes particulièrement compétentes, si on peut observer des tuberculoses ostéo-articulaires chez les syphilitiques, chez ceux-ci les lésions ostéo-articulaires sont le plus souvent syphilitiques.

Un dernier moyen de diagnostic est le *traitement d'épreuve.* Son action favorable sur une ostéo-arthropathie est en général démonstrative.

N'oublions pas toutefois que, dans certains cas, se produisent des rémissions spontanées, des pseudo-guérisons. D'autre part, des ostéo-arthropathies tuberculeuses chez des enfants non syphilitiques peuvent présenter des améliorations passagères sous l'influence d'un traitement mercuriel ou arsenical.

Inversement, l'inefficacité du traitement spécifique, dans les polyarthrites chroniques déformantes d'ancienne date, ne permet pas d'éliminer la syphilis.

Dans la pratique, en présence des ostéo-arthropathies que je viens de décrire, il faut toujours penser à la syphilis. Si elle existe et même si elle n'est pas démontrée il convient d'instituer un TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. C'est le traitement habituel de la syphilis congénitale. Le mercure, les arsénobenzènes, le bismuth, l'iode, peuvent être utilisés et donnent des résultats favorables. Avant l'emploi des médications nouvelles on a constaté maintes fois les bons effets du mercure et de l'iodure de potassium. Il faut d'ailleurs savoir varier les médicaments ; dans tel cas particulier un d'eux peut agir mieux que les autres.

Parallèlement on institue un TRAITEMENT LOCAL par la chaleur, l'héliothérapie, etc. et un TRAITEMENT GÉNÉRAL dont les indications sont fournies par les symptômes observés.

***

Il était intéressant, vous le voyez, de retenir votre attention sur notre jeune malade.

Elle est atteinte d'une *polyarthrite* qui a débuté, vers l'âge de 11 ans, par les *grosses articulations*, les genoux, les tibio-tarsiennes, puis, vers 14 ans, a intéressé les *petites articulations* des doigts et des poignets. L'affection a présenté un certain nombre de poussées subaiguës.

Quand la malade entre dans le service, à l'âge de 15 ans, nous portons le diagnostic d'*ostéo-arthropathies* multiples, réalisant le type du *rhumatisme chronique déformant*.

Il n'y a pas d'étiologie appréciable. Nous pensons à l'hérédo-syphilis. Nous constatons des ganglions sous-épitrochléens, quelques cicatrices dépigmentées de la région antérieure du tibia ; un Bordet-Wassermann positif permet d'affirmer l'existence de la syphilis.

Des injections de sulfarsénol amènent une amélioration rapide des ostéo-arthropathies et de l'état général et finalement la guérison. Il est légitime de penser que cette guérison est due au traitement spécifique, car toutes les médications essayées jusque-là n'avaient eu aucun effet.

Il reste à expliquer pourquoi cette enfant a été atteinte de cette forme spéciale d'ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique, le rhumatisme chronique déformant

Les ostéo-arthropathies ostéo-syphilitiques sont causées par l'action locale du tréponème et cette forme spéciale peut également lui être attribuée. Peut-être s'agit-il comme l'écrit M. Henri Dufour, « d'une infection syphilitique atténuée par anomalie, par hérédité... en un mot d'une syphilis latente froide ». Mais, si l'on tient compte des théories pathogéniques proposées pour expliquer la réalisation des ostéo-arthropathies du rhumatisme déformant, on est conduit à rechercher l'intervention d'un processus général dystrophiant, qui, dans certains cas, est sous la dépendance de troubles endocriniens, notamment d'une hypothyroïdie et d'une hypoovarie.

Notre malade ne présente aucun signe d'hypothyroïdie ; son métabolisme basal est normal. Elle a de l'aménorrhée et celle-ci est peut-être un signe d'hypoovarie ; mais son développement pubertaire s'est effectué régulièrement ; elle a été réglée normalement pendant trois mois, alors que les manifestations ostéo-articulaires existaient déjà ; l'aménorrhée persiste après la guérison de ces dernières.

Nous ne trouvons donc chez notre malade aucun argument permettant d'incriminer un trouble thyroïdien ou ovarien.

Les radiographies des poignets et des mains montrent une ossification prématurée de la plupart des cartilages diaphyso-épiphysaires.

Cette ossification prématurée, nous l'avons constatée également, M. Nadal et moi, chez la fille de même âge dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui était atteinte de rhumatisme chronique déformant gonococcique.

Cette enfant présentait une hypotrophie staturale et pondérale appréciable ; elle mesurait 148 cm. à 14 ans et demi, avait la taille d'une fille de 13 ans ; l'arrêt de la croissance pouvait être attribué à cette ossification prématurée. Comme d'autre part son développement pubertaire était très retardé, nous avions pensé à une dystrophie générale et locale, antérieure aux arthropathies, qui avaient débuté vers l'âge de 14 ans, avait « facilité, sinon lalocalisation du processus gonococcique, au moins l'évolution chronique et les modalités réactionnelles de l'os et des tissus périarticulaires, .. réalisé le terrain favorable ».

Or notre malade actuelle présente les mêmes modifications au niveau de ses cartilages ostéo-articulaires. Mais elle ne ressemble pas à la précédente ; elle a une taille moyenne et ses membres sont plutôt longs ; son développement pubertaire est normal et elle a été réglée. Nous ne pouvons donc pas adopter la même interprétation ; on peut se demander, au contraire, si l'ossification prématurée n'est pas due au processus qui, d'autre part, a réalisé les ostéo-arthropathies.

La comparaison de ces deux enfants nous montre combien il faut être réservé dans l'interprétation des faits. L'hypothèse, qui paraît vraisemblable à propos d'un malade, ne se confirme pas quand un deuxième malade se présente à notre observation. Il faut donc se garder de faire des généralisations et d'édifier des théories hâtives.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les anémies d'origine digestive.

Deux causes sont à retenir, d'après le Dr Gaston LYON : la plupart des maladies chroniques de l'appareil digestif, et le traitement ou les régimes suivis (parce qu'ils étaient mal réglés).

Chez l'adulte, le diagnostic n'est pas toujours facile, car il n'est pas constant que les troubles digestifs soient apparents. Cependant toute anémie, que l'on ne peut rattacher d'emblée à une cause déterminée doit faire soupçonner l'intervention d'une affection des voies digestives, et l'on doit mettre en œuvre tous les moyens d'exploration : analyse du suc gastrique, radioscopie, recherche des parasites, de leurs œufs ou de leurs kystes dans les selles, etc.

Chez l'enfant, l'anémie coïncide souvent avec des troubles digestifs déjà anciens ; il est surtout important de dépister l'hérédo-syphilis, car le traitement spécifique fera disparaître une anémie que le seul traitement des troubles digestifs serait impuissant à combattre. *A priori* on suspectera l'anémie si l'enfant présente des stigmates avérés de syphilis ou des signes de rachitisme. On préfèrera ici les préparations arsenicales, en raison de leur action sur l'hématopoïèse ; les injections intraveineuses de novarsenobenzol ne constituent qu'un procédé d'exception en raison des difficultés d'application ; on leur préfère les injections sous-cutanées du produit en solution dans l'eau glucosée avec 5 p. 1000 de gaïacol, à raison de deux injections par semaine (1 /2 cent. par kilo de poids pour la première injection, 1 cent. pour les 3 suivantes, 3 /4 de cent. pour les dernières ; ne pas dépasser la dose globale de 10 centigr. pour une série de 15 injections chez le nourrisson).

Il faut bien règler l'alimentation ; comme l'anémie frappe surtout les enfants soumis à l'allaitement artificiel, donner des jus de fruits (orange, raisin) à la dose d'une ou deux cuillères à café avant le premier repas. Chez l'enfant sevré (ne pas prolonger indûment le lait exclusif) prescrire les jaunes d'œufs, les fruits cuits, la viande crue à très petites doses (10 à 15 gr.).

Chez l'adulte, le traitement des troubles digestifs n'offre aucune particularité à signaler.

Enfin, toujours, en dehors de la thérapeutique causale, on doit faciliter et activer la guérison par l'emploi des moyens médicamenteux qui provoquent directement la régénération sanguine (fer, arsenic, manganèse, hémoglobine). (*Le Bulletin médical*, 29 juillet, 1er août 1925.)

Sommets tuberculeux et scléroses pulmonaires non évolutives.

Grancher avait décrit des signes d'auscultation qui permettaient de déceler la tuberculose à son début. Ceux-ci consistaient en des anomalies du murmure vésiculaire perceptibles, sans bruits adventices, à un sommet pulmonaire : respiration rude, ou saccadée, ou faible, avec altérations possibles du son, du timbre, de la force, du rythme. Il a été démontré par la suite que ces signes pouvaient coïncider et être en relation de cause à effet soit avec des états morbides fort éloignés, soit avec des affections des premières voies respiratoires, soit enfin avec des modifications du squelette thoracique ou des viciations fonctionnelles de la respiration.

Mais, chose importante, sur laquelle MM. Léon BERNARD, DE POTTER et M. THOMAS attirent l'attention, seule la coexistence de ces signes avec des images anormales aux rayons X permet de les attribuer légitimement à une lésion du parenchyme pulmonaire. Seules les lésions de pleurite apicale décelables par des signes stéthacoustiques peuvent ne pas être perçues aux rayons X.

Il ne s'agit pas là d'une forme latente « aboutissant toujours à la tuberculose ulcéro-caséeuse, mais bien d' « une forme spéciale » pouvant très bien ne pas évoluer ; on doit la considérer comme la période terminale de la primo-infection tuberculeuse, ayant abouti à de la sclérose péri-bronchique, décelable à la radiographie quand les lésions scléreuses sont notablement développées et sont localisées au sommet du poumon. Et cette « forme spéciale » de la tuberculose doit être suspectée, sinon affirmée quand les faits d'anomalie du murmure vésiculaire coexistent avec des images radiologiques anormales et s'accompagnent de quelque signe clinique. Les sujets, qui en sont porteurs, peuvent éliminer par intermittence des bacilles de Koch, et, si ceux-ci présentent quelque virulence, il en résulte des symptômes fonctionnels ou généraux.

Il y a tous les intermédiaires entre les sujets bien portants, bacillisés dans l'enfance, à cuti-réaction définitivement positive, mais sans autres symptômes que les images radiographiques, les sujets atteints de formes inactives, de sclérose pulmonaire non évolutive, où seuls existent des signes stéthacoustiques apexiens répondant à la localisation de ces lésions, et les malades atteints de formes actives de ces mêmes scléroses, chez qui l'on observe, au moins par périodes, un véritable état pathologique, mais

non progressif et extensif. Un seul trait clinique commun unit ces diverses expressions de la fin d'une primo-infection : ce sont les images radiologiques. (*La Presse médicale*, 11 juillet 1925.)

Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-périnéo-génitales et buccales.

Le Pr GOUGEROT insiste sur la variété bucco-linguale de cet éléphantiasis, qui est une forme nouvelle ; d'autre part il vise particulièrement les formes péri-rectales et péri-anales, périnéales et génitales, peu connues.

L'évolution est chronique et se poursuit des années (5 à 15 ans) ; l'envahissement se fait de proche en proche, d'année en année, avec une extrême lenteur, sans à-coups ; parfois apparaissent à distance des abcès et nodules résultant d'une fusée aberrante, provenant du foyer principal.

La tuberculose paraît en cause dans 50 p. 100 des cas ; les nocardias dans 30 p. 100 ; ces infections peuvent se combiner ou s'ajouter à d'autres agents pathogènes (streptocoques, gonocoques, syphilis).

Le diagnostic anatomo-clinique s'impose. Le diagnostic étiologique, au contraire, est difficile et ne peut être résolu que par une étude bactériologique patiente et répétée ; la biopsie ou les cultures anaérobies décèlent les nocardias ; les frottis ou l'inoculation au cobaye démontrent la présence du bacille de Koch ; quant aux infections secondaires, elles se révèlent par les procédés ordinaires.

Le traitement est peu efficace ; pourtant avec de la patience on obtient des résultats. 1° Il faut avant tout combattre l'infection principale. Pour la tuberculose : sanatorium, héliothérapie, radiothérapie, rayons ultra-violets, vaccins, etc. Pour la nocardose : héliothérapie, radiothérapie suivant la méthode japonaise de Schiota dans l'actinomycose, radiumthérapie, auto-vaccins, iodure de potassium, etc.

2° Contre les infections secondaires : lavages rectaux au permanganate, à l'argyrol, liqueur de Dakin, cautérisation sous contrôle du rectoscope, étincelage de haute fréquence sur les placards végétants et les ulcérations .

3° Si l'on arrivait assez tôt pour trouver un foyer initial limité, l'enlever précocement en totalité, fût-ce un segment de rectum.

Malgré des améliorations dues à une patience extrême, la guérison vraie n'a pas encore été obtenue ; il reste des foyers profonds, qui redonnent. La forme buccale semble moins grave que la forme recto-génitale.

A la longue, les malades se cachectisent comme tous les suppurants chroniques ; ils meurent comme les tuberculeux osseux. (*La Presse médicale*, 22 août 1925.)

La thérapeutique sanguine dans les psychoses.

Celle-ci est justifiée surtout par ses succès dans les cas désespérés et dans les maladies à pathogénie obscure, telles les maladies mentales.

De l'avis de Mlle PASCAL et de J. DAVESNE, l'homohémothérapie, ou injection de sang humain total, non modifié, de malades en rémission (provoquée soit par l'homohémothérapie, soit par des chocs nucléiniques ou térébenthiniques) ou en convalescence, est supérieure à toutes les autres thérapeutiques sériques et sanguines. L'homohémothérapie réalise une véritable greffe sanguine ; il s'agit d'une réelle cytothérapie, qui apporte des leucocytes en masse, des substances de défense toutes préparées, des diastases et des ferments en pleine activité fonctionnelle ; elle stimule les fonctions antitoxiques et endocriniennes de l'organisme, exalte l'hématopoïèse de la moelle osseuse. A cette action s'ajoute une action particulière, due à la présence dans le sang immunisé d'une antisensibilisatrice énergique.

Le sang doit être d'un groupe sanguin compatible. Chez les aliénés, les injections intramusculaires sont préférables aux injections intra-vasculaires.

Les auteurs injectent 6 fois 20 cmc. à deux jours d'intervalle chez le malade à jeun ; la première injection est faite à dose prudente pour tâter la susceptibilité du sujet. Il n'y a pas de grand choc à troubles généraux graves, mais souvent une aggravation passagère des troubles mentaux, prélude d'une amélioration tardive, mais sûre.

L'homohémothérapie est applicable à tous les malades qui ne peuvent supporter la thérapeutique des grands chocs. Elle est indiquée chez tous les aliénés, qui s'alimentent mal, dont la nutrition générale est gravement compromise, chez les malades femmes mal réglées. Elle est le traitement de choix de tous les états dépressifs : mélancolie essentielle, neurasthénie et mélancolie de la démence précoce, de la psychose intermittente, de la confusion mentale, de l'alcoolisme, de la paralysie générale, etc. Elle répare les phénomènes de déminéralisation de tous les états maniaques aigus ou chroniques. Employée au début, elle stabilise le processus morbide et permet à certains malades de bénéficier des autres armes plus puissantes de la thérapeutique des chocs). (*La Presse médicale*, 22 août 1925.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Un cas de guérison de cancer de l'estomac.

(M. G. HAYEM. — *Académie de médecine* ; 5-1-1926.)

En 1898, M. Hayem reçut dans son service de l'hôpital Saint-Antoine un homme de quarante et un ans, chez lequel il porta le diagnostic de cancer de l'estomac. Le patient fut opéré par M. Tuffier qui fit une large résection de l'organe (plus de 15 centimètres). L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un épithéliome de la variété tubulo-racémiforme. Depuis cette époque, M. Hayem eut de temps en temps des nouvelles du malade. Celui-ci est mort récemment à l'hôpital de Châteauroux de congestion pulmonaire, à l'âge de soixante-huit ans.

La survie a donc été de vingt-sept ans et quelques mois et il est permis de dire qu'il s'agit sans conteste d'une guérison complète du cancer. Les faits de ce genre, qui sont rares, seraient peut-être plus nombreux s'il était possible de suivre les opérés jusqu'à la fin de leur existence, ou du moins assez longtemps.

Syndrome de Pierre Marie (ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique) chez une lionne.

(MM. V. BALL et Ch. LOMBARD. — *Académie de médecine* ; 5-1-1926.)

L'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique (syndrome de Pierre Marie) a été rencontrée chez le chien et aussi chez le cheval. MM. Ball et Lombard viennent d'en observer un exemple chez une lionne tuberculeuse, qui succomba à sa maladie pulmonaire.

La transfusion dans les péritonites.

(M. CAPLESCO, de Bucarest. — *Académie de médecine* ; 5-1-1926.)

Dans huit cas de péritonite septique grave d'origine appendiculaire, M. Caplesco a eu recours à la transfusion directe et les huit malades ont guéri. L'auteur pense qu'en dehors des hémorrhagies (accouchements, blessures, hémorrhagies internes...), l'emploi de la transfusion peut donner quelquefois de bons effets : dans les maladies infectieuses, dans les cas où l'on veut remplacer la sérothérapie sanguine par l'hémothérapie directe, chez les débilités, les convalescents, les cachectiques, etc.

Urémie et oxalémie.

(M. KHOURI, d'Alexandrie. — *Académie de médecine* ; 5-1-1926.)

La recherche et l'étude de l'acide oxalique du sang et des sécrétions de l'organisme a conduit à faire jouer un rôle à l'intoxication oxalique et à l'oxalémie dans la genèse d'un certain nombre de troubles morbides. M. Khouri estime que l'oxalémie doit avoir une part dans l'intoxication urémique.

L'urémie est un empoisonnement complexe où entrent en jeu plusieurs éléments toxiques, chacun d'eux apportant son contingent de toxicité, avec des manifestations cliniques spéciales. Dans 10 cas d'urémie, M. Khouri a constaté neuf fois un taux élevé de l'oxalémie, dépassant notablement la moyenne admise de 0 gr. 01 par litre. Les méfaits de l'acide oxalique sont connus, en particulier depuis les travaux de Loeper. Ils sont surtout d'ordre neuro-musculaire. Il y aurait dès lors intérêt à poursuivre ces recherches chez les urémiques, et peut-être obtiendrait-on là d'intéressantes données pathogéniques et cliniques.

La tuberculose chez les ouvriers boulangers.

(MM. Jacques PARISOT, de Nancy, et RICHARD. — *Académie de médecine* ; 5-1-1926.)

M. Parisot, s'appuyant sur des documents recueillis dans les dispensaires antituberculeux de Nancy, a constaté que de 1921 à 1925, sur un chiffre de 165-170 ouvriers boulangers, 17 étaient atteints de tuberculose pulmonaire, avec une mortalité de 10 pour 1000, qui dépasse notablement la mortalité tuberculeuse de la population totale de Nancy (3 p. 1000). Chez les ouvriers pâtissiers, au contraire, la tuberculose s'est montrée assez rare (mortalité nulle, morbidité inférieure à 1 p. 100). L'auteur attribue cette situation au travail de nuit, à l'absence de repos hebdomadaire, au non-bénéfice de la loi de huit heures dans les boulangeries. L'ouvrier pâtissier a par contre le travail de jour et le repos hebdomadaire.

En dehors du problème d'hygiène professionnelle que soulève cette question, elle mérite l'attention à un autre point de vue : celui de la santé publique, les ouvriers malades pouvant contaminer le pain, avant et après la cuisson.

— M. CAZENEUVE fait observer que la statistique de MM. Parisot et Richard n'est pas de très grande envergure et offre des lacunes. Les auteurs n'ont pas parlé du pétrissage mécanique qui s'est substitué dans les villes au pétrissage à la main et contribue à une amélioration hygiénique remarquable, aussi bien pour l'ouvrier que pour le consommateur. A Paris, à Lyon, le pétrissage à la main devient une exception. L'électrification des campagnes développera partout la panification mécanique. Elle doit certes être utilisée à Nancy, où la suppression du travail de nuit et la loi de huit heures sont appliquées sans doute aussi.

La question de la tuberculose chez les ouvriers boulangers est fort ancienne. Pour la juger, il faudrait présenter des statistiques comparatives de ville à ville, dans le présent et le passé.

Sur le diagnostic des arthrites chroniques de la hanche.

(M. Calot. — *Académie de médecine* ; 29-12-1925.)

Souvent, au cas d'arthrite chronique de la hanche, dit l'auteur, la clinique, même aidée des examens de laboratoire, reste impuissante à nous renseigner avec certitude sur la cause des troubles observés. C'est la radiographie qui donne en pareil cas le mot de l'énigme. Elle montre sur la hanche dont le malade se plaint (et presque toujours aussi sur la hanche dont il ne se plaint pas et qu'il ne faut jamais oublier de radiographier) *un cotyle à double fond*, lequel est fait de deux cotyles : en dedans et en bas, un petit cotyle, le cotyle originel ou plutôt ce qui reste de lui car il est maintenant déshabité, atrophié, aplati, plus ou moins comblé, et en dehors de lui un cotyle nouveau, seul en rapport avec la tête fémorale dont il épouse plus ou moins fidèlement la forme altérée. La paroi interne de ce deuxième cotyle ou néocotyle est le deuxième fond (alors que l'U radiographique représente le fond primitif du cotyle originel). Ce deuxième fond qui sépare les deux cotyles ancien et nouveau, comme un diaphragme ou une cloison, est d'abord fibreux, puis cartilagineux, puis osseux. C'est pourquoi la radio le montrera d'autant plus net, en général, que le sujet sera plus âgé. Mais une technique radiographique appropriée en peut révéler l'ébauche même chez les tout petits, M. Calot l'a retrouvé tout récemment chez des enfants de 2 à 3 ans ; c'est dire que ce signe radiographique pourra servir à tous les âges pour identifier la subluxation congénitale. On ne le retrouve avec ses caractères propres ni dans la coxalgie, ni dans le rhumatisme généralisé, ni dans aucune des maladies infectieuses ou toxiques de la hanche. Par contre, il s'observe dans l'« ostéochondrite », preuve nouvelle, ajoute l'auteur, que cette prétendue maladie autonome est en réalité une subluxation congénitale qu'on avait méconnue jusqu'ici.

Et M. Calot reprend, enfin, les conclusions qu'il a déjà formulées plusieurs fois ces temps derniers :

Sont des subluxations congénitales méconnues toutes les hanches étiquetées morbus coxæ senilis, arthrite sèche déformante, rhumatisme localisé, coxarthries, morbus coxæ juvenilis, ostéochondrite ou coxa plana, ainsi que près de la moitié des cas étiquetés coxalgies, et les coxa valga subluxans, et les 3/4 au moins des prétendues coxa vara essentielles de l'adolescence et des prétendues tuberculoses du col, et même beaucoup de cas pris pour des fractures du col. Ce qui représente au total les 9/10 des hanches malades au-dessus de 20 ans, et près de la moitié au-dessous de 20 ans.

Il s'agit donc là d'un point de vue tout à fait nouveau de pathologie tant médicale que chirurgicale de la hanche à tous les âges.

Les accidents cutanés du barbiturisme.

(MM. Caussade, Tardieu et Lejard. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-11-1925.)

MM. Caussade, Tardieu et Lejard rapportent un nouveau cas d'accidents cutanés consécutifs à l'ingestion de médicament de la série barbiturique (gardénal). Les auteurs rappellent les théories qui ont été émises pour expliquer ces troubles : l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie (sensibilisation à la base barbiturique), l'érythème infectieux du neuvième jour, cette dernière pathogénie étant celle adoptée par M. Milian, qui assimile les phénomènes cutanéo-muqueux des barbituriques aux érythèmes (infectieux, selon lui) des arsénobenzols.

On sait que dans certains cas d'intoxication lente et renouvelée par les dérivés de la malonylurée, l'expression clinique est larvée et peut simuler différents syndromes (syndrome cérébelleux, paralysie générale, alcoolisme subaigu, etc.) L'apparition d'une dermite est alors capable d'orienter le diagnostic étiologique.

Sur l'action physiologique des rayons ultra-violets transmis par verre léger.

(MM. J. Risler et Foveau de Courmelles. — *Académie des sciences* ; 11-1-1926.)

On admet, en général, que les rayons ultra-violets émis par une source lumineuse à l'intérieur d'une enceinte de verre ne sont pas nocifs. MM. Risler et Foveau de Courmelles, dans une note présentée par M. Daniel Berthelot, rapportent cependant quatre cas d'accidents survenus à la suite de l'emploi de verres à pâtes légères, au boro-silicate-alumino-sodique. Ces accidents ont consisté en conjonctivite avec céphalée violente ; érythème actinique du bras ; érythème mastoïdien.

Thérapeutique médicale du cancer.

(M. J. Leriche. — *Soc. internat. de rech. contre la tuberculose et le cancer* ; 24-4-1925.)

Pour M. Leriche, la base de la prolifération cellulaire réside dans des perturbations purement chimiques. Chez les cancéreux, les glandes endocrines sont presque constamment atteintes de lésions à des degrés variables et l'on note en même temps un déficit considérable des éléments minéraux indispensables aux phénomènes de mutation. A la suite de ces lésions surviennent nécessairement une viciation de la sécrétion des hormones et une insuffisance des phénomènes diastasiques. A supposer même qu'un virus spécifique soit en cause, il ne faut pas oublier qu'un nombre élevé de maladies microbiennes guérissent par les métaux.

Partant de là, l'auteur préconise une médication composée de magnésium, silice, manganèse, calcium, potassium, sodium, phosphore, soufre, fer, hémoglobine, ferments organiques et cholestérine, hor-

mones totales des glandes endocrines. La préparation histolitique qui s'adresse directement à la masse néoplasique, se compose de sélénium, de cuivre, de ferments sélectionnés et de chlorure de magnésium. Des injections sous-cutanées de levures interviennent concurremment pour modifier favorablement le terrain.

Ce traitement chimiothérapique et opothérapique, institué non plus chez des moribonds, mais opportunément, doit, assure l'auteur, donner des résultats impressionnants, et conduire à la solution du problème de la thérapeutique anticancéreuse.

Traitement des sphinctéralgies par les courants diathermiques.

(M. Paul-Meyer. — *Soc. de médecine de Paris* ; 31-10-1925.)

Le professeur Doumer, de Lille, a proposé il y a trente ans, l'utilisation des courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement des fissures anales. Depuis cette époque, la méthode a été appliquée avec avantage chez de nombreux malades. M. Paul-Meyer a obtenu avec elle des succès dans la fissure anale vraie, caractérisée par la triade symptomatique : petite ulcération linéaire superficielle, postérieure ; contracture sphinctérienne et douleurs violentes déterminées par la défécation ; crise assez longtemps après elle. Toutefois, lorsqu'il s'est agi de fissures peu douloureuses et de formes récidivantes, la haute fréquence a paru offrir moins d'activité et présenter une impuissance relative.

L'auteur lui préfère, dans la cure des sphinctéralgies anales simples, aiguës ou chroniques, une autre modalité de la haute fréquence ; les courants de diathermie. Il y a eu recours chez 56 malades et les résultats ont été toujours encourageants, même dans les variétés chroniques, en général si rebelles.

P.L.

Montpellier.

Réunion obstétricale et gynécologique.

Torsion d'un kyste végétant de l'ovaire avec des manifestations d'occlusion intestinale et anurie.

M. E. Godlewski. — Au milieu d'une symptomatologie complexe, les points douloureux sous-ombilical et sous-mammaires ont permis le diagnostic.

Discussion : M. de Rouville rappelle à ce sujet l'étude qu'il a faite avec M. Coll de Carrera, lors de l'avant-dernier congrès français de chirurgie, de la pathogénie de l'occlusion intestinale survenant après l'ablation de volumineuses tumeurs abdominales.

Le rythme mensuel dans les annexites.

M. Guérin-Valmale. — La plupart des auteurs n'étudient que les grandes modifications des règles dans les annexites : hémorragies et aménorrhée.

L'auteur conseille d'étudier tous les détails de ces modifications. Il divise les troubles menstruels en deux groupes : hypermenstruels ou par excès de règles, hypomenstruels ou par défaut, et, dans chacun de ces groupes, il note des modifications portant sur l'abondance, la durée et la périodicité de l'écoulement sanguin.

Il estime que toute salpingite à un moment de son évolution a présenté des troubles menstruels.

Aux périodes aiguës ou subaiguës apparaissent les troubles hypermenstruels ; quand les lésions se refroidissent arrivent les troubles hypomenstruels.

Un cas d'hydrocéphalie avec malformations viscérales multiples (présentation de pièces)

MM. L. Vallois, Coll de Carrera et Chaptal. — Pièces provenant d'un fœtus hydrocéphale ; l'existence de malformations multiples font tout l'intérêt de l'observation rapportée.

Discussion : M. Vallois regrette que l'examen histologique de la pièce n'aitpu être pratiqué.

M. Goldlewski a observé chez un fœtus hydrocéphale un spina bifida coexistant avec une inversion du cœur à droite.

Rougeole et grossesse.

M. Th. Guirauden. — Au troisième mois de sa grossesse, une primipare contracte la rougeole. Cette fièvre éruptive se montre dans son évolution d'une exceptionnelle gravité. Toutefois, cette femme arrive au terme de sa grossesse et même le dépasse.

A sa naissance l'enfant ne pèse que 1950 grammes et respire seulement quelques minutes. Sa faible complexion s'explique par l'examen du placenta dont les 2 /5 sont représentés par des tractus fibreux ayant succédé à des hémorragies massives.

Cette observation confirme la règle : toute femme enceinte doit éviter le voisinage des rougeoleux.

Syphilis, diabète et grossesse.

M. Guérin-Valmale. — Observation d'une femme de 27 ans, syphilitique, qui eut une première grossesse sans glycosurie avec naissance d'un enfant vivant mais qui mourut quelques instants après. Deuxième grossesse, apparaît un diabète (60 gr. par litre) avec mort de l'enfant à 8 m. 1 /2 ; la glycosurie cesse après l'accouchement. Troisième grossesse, diabète dès le début : traitement intermittent, la glycosurie diminuée par le traitement, augmente dans ses suspensions. Accouchement à terme d'un enfant vivant et bien portant, au milieu d'une crise violente d'urticaire généralisée. Le diabète cesse peu après l'accouchement mais reparaît 4 mois après (40 gr.) sans grossesse et sans cause apparente. Réflexion sur cette longue période de claudication intermittente de la fonction glycogénique avant sa déchéance proba-

blement définitive. Les grossesses furent un révélateur qui fit apparaître cette insuffisance hépatique latente.

La syphilis paraît à l'origine des lésions comme semble le démontrer l'effet du traitement intermittent.

Remarque sur la dilatation du col utérin au cours de l'accouchement.

M. Madon. — Dilatation et ouverture du col ne sont pas synonymes. Au cours de l'accouchement le col s'efface, puis se dilate et la dilatation est dite complète lorsque vagin et segment inférieur se continuent à plein canal.

Dans les divers procédés de dilatation artificielle, il est pris au moment où sa dilatation s'est arrêtée ; par la suite, il est transformé en un cône tronqué à petite base inférieure progressivement élargie jusqu'au moment où le cône est transformé en un cylindre dont les parois sont accolées aux parois pelviennes sans qu'il y ait disparition de la portion restante du col.

Discussion : M. Vallois observe que l'écarteur de Tarnier, qui met en jeu la contraction utérine, produit une véritable dilatation. Même quand celle-ci est complète, il persiste le plus souvent un vestige de col dont il faut tenir compte lors d'une application de forceps.

Réactions sanguines utéro-fœtales.

MM. Guérin-Valmale et Caudière. — Pour vérifier la théorie de Mac Quarrie suivant laquelle l'éclampsie est le résultat d'un mélange de sang maternel et fœtal incompatibles, les auteurs ont recherché par la méthode directe les réactions d'agglutination dans 15 cas.

Onze grossesses normales ont donné 8 cas sans aucune agglutination, une fois agglutination des globules maternels par le sang fœtal et 2 fois agglutination des globules fœtaux par le sérum maternel. Dans 3 cas d'éclampsie il y eut une seule fois agglutination des globules fœtaux par le sérum maternel. Toutes les autres réactions furent négatives. Dans un de ces cas le sang paternel fut aussi confronté avec le sang maternel et avec le sang fœtal, les six essais de cette réaction triangulaire furent négatifs.

Dans un cas de femme tuberculeuse pulmonaire les sérums maternel et fœtal agglutinaient fortement les globules adverses. Le sang du père ne donna rien. ni avec le sérum, ni avec les globules fœtaux.

Association de curettage et du curage digital dans l'évacuation de l'utérus en cas de rétention placentaire.

MM de Rouville et Madon. — Au cas d'adhérences anormales du délivre, la curette peut se montrer impuissante à détacher le placenta ou des cotylédons. Seul alors le curage digital permet de vider l'utérus de façon correcte, mais cette dernière intervention demande une ouverture large du col et nécessite l'anesthésie générale. Ces considérations sont illustrées par deux observations rapportées par les auteurs, l'une de rétention placentaire après avortement de trois mois, l'autre, relative à la rétention d'un cotylédon placentaire quinze jours après l'accouchement. Dans l'un et l'autre cas, après échec du curettage, le curage digital permit d'évacuer le placenta et le cotylédon anormalement adhérents.

Discussion. M. Vallois pense, d'après son expérience, qu'un nettoyage méthodique et complet de l'utérus, même sans curage digital, peut donner la certitude que la cavité de l'organe ne contient plus aucun débris.

M. Riche, au cas de difficulté dans l'exploration de la cavité utérine, a utilement fait appel à l'analgésie locale du col par injection intra tissulaire.

M. Paul Delmas rappelle à nouveau l'action de la rachi sur la contracture utérine. La souplesse et le relâchement ainsi obtenus sur tout le tractus génital rendent possibles des interventions que l'on n'eût pu entreprendre en dehors de ce mode d'insensibilisation

A propos de deux cas d'éclampsie.

MM. Paul Delmas, Col de Carrera et P. Cristol. — Les auteurs présentent deux observations d'éclampsie à propos desquels ils se sont livrés à des recherches très complètes concernant la formule chimique du sang. Ils n'ont trouvé dans ces deux cas, d'allure clinique dissemblable, qu'un seul point de contact au point de vue chimique : une rétention très marquée de l'acide urique et une abondance anormale de polypeptides. Ces conditions chimiques se retrouvent chez les blessés de guerre en état de choc traumatique (comme Pierre Duval et Grigaut l'ont montré) et chez les sujets chez lesquels se produit une forte hystolyse, tels les néphritiques.

Cette hystolyse ainsi mise en évidence chez les éclamptiques, apparente ces malades aux comateux urémiques et aux choqués traumatiques.

Paul Delmas.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de chirurgie

(*suite*) (1).

Discussion de la troisième question.

L'appareillage actuel des fractures.

M. Frœlich (de Nancy) dans les fractures obstétricales rabat la cuisse de l'enfant sur son ventre et l'y fixe avec du leucoplaste. Cette méthode est simple, permet les soins de propreté et le pansement du cordon ombilical. Huit à dix jours suffisent à la consolidation.

Chez le nourrisson, on fixe le membre dans la même position, mais on l'y maintient grâce à une gouttière de carton ou de feutre plastique placée sous le fémur et dans le creux poplité.

Vers trois ans, on utilise la traction continue avec bandes de leucoplaste et planche orthopédique. Celle-ci doit avoir la longueur de l'enfant plus 15 centimètres, et sa largeur au niveau des épaules plus de dix centimètres. La planche est capitonnée et porte des courroies transversales correspondant aux aisselles et aux cuisses. Une cheville de bois capitonnée est enfoncée dans la planche au niveau de l'entre-cuisses. Au pied de la planche, une tige rigide permet la traction continue par une corde ou un caoutchouc.

Après trois ans, l'auteur recommande l'extension continue au leucoplaste et aux poids suivant un dispositif original.

Chez l'enfant turbulent rien ne vaut l'appareil plâtré : spica comme pour une coxalgie avec étrier enfoui dans le plâtre, traction au leucoplaste sur l'étrier.

Dans les fractures sus-condyliennes, immobilisation sur un pupitre formé de deux planches d'inégales longueurs avec charnières, dont l'écartement est réglé par une corde sous-tendant l'angle.

Dans les fractures du col du fémur chez l'enfant, après réduction par la traction sur le lit mécanique, abduction et rotation interne, immobilisation, le genou en flexion.

L'auteur n'a jamais été contraint de faire d'ostéosynthèse pour une fracture récente de cuisse chez l'enfant. Son indication doit être exceptionnelle.

M. Mauclaire (de Paris) fait remarquer que les fracturés dans un grand service hospitalier, sont souvent négligés. Un fracturé appareillé doit être surveillé chaque jour. Il serait désirable que tous les blessés de ce genre fussent rassemblés dans une même salle organisée en vue de ce traitement et munie d'une installation radiographique.

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925, 1, 2, 3, 4, 5 et 6 de 1926

MM. Bérard et Santy (de Lyon) indiquent, à l'aide de projections photo et radiographiques, les résultats presque toujours excellents qu'ils ont obtenus dans les cas de fractures sus-condyliennes et quatre cas de fractures sous-trochantériennes, par la traction condylienne pratiquée à la manière de Steinmann.

MM. Mériel et Bertrand (de Toulouse) rapportent un cas où l'appareil plâtré de Whitmann, appliqué pour une fracture cervico-trochantérienne du col chez une femme de soixante-deux ans, dut être enlevé quinze jours après, parce que la radiographie avait montré que les fragments n'étant plus maintenus en bonne position : il s'était fait une coxa valga secondaire. A ce propos, ils demandent si chez les sujets âgés, la contention est aussi bonne que chez les enfants, où le Whitmann donne de bons résultats. Pour cela, des radios de contrôle seront nécessaires, et si celles-ci établissaient dans une forte proportion que la réduction chez les vieillards se maintient aussi bonne que chez les enfants, les préventions contre le Whitmann disparaîtraient, attendu que l'heureuse modification de Judet a déjà permis à cette technique de ne plus provoquer l'hypostase pulmonaire, et de soustraire à la striction du plâtre certaines parties de la jambe.

M. Abadie (d'Oran). La pratique de la chirurgie de guerre n'a pas sensiblement modifié le traitement des fractures ouvertes. Il en va tout autrement de l'appareillage, qui a considérablement évolué. En ce qui le concerne, l'auteur a supprimé les gouttières en fil de fer, mais conservé l'attelle de Beckel. Puis il a, à demeure, un bâti de Miss Gassette.

Pour l'humérus, d'emblée appareil de Leclercq ; quelques jours après, gouttière plâtrée étroite, de pur maintien, allant de l'épaule au poignet ; l'extension réductrice est devenue superflue ; le poids du membre suffit. Ablation précoce ; un peu de mobilité du cal activera sa consolidation. Dans des cas exceptionnels, corselet plâtré avec épaulière opposée et gouttière plâtrée coude-avant-bras reliée au corselet par un triangle axillaire et un appui en feuillard allant de l'épaule à l'avant-bras.

Pour le fémur, essentiellement l'attelle de Thomas et l'appareil de Delbet. L'attelle de Thomas, vraiment rigide, est plus stable que celle de Lardennois : on a pu le vérifier sur les blessés du Maroc. Dans certains cas, suspension et traction avec l'attelle de Hogden. Chez les enfants, gouttière plâtrée antérieure pelvi-fémorale après réduction dans l'attelle de Thomas.

M. Calot (de Berck) préconise, dans les fractures

de cuisse l'extension continue associée à l'appareil plâtré.

Cette méthode, qu'il a d'ailleurs précédemment décrite, consiste à appliquer un grand plâtre de coxalgie et à pratiquer l'extension continue sur l'appareil; le fragment supérieur reste fixé par l'anse de la contre-extension qui passe sous le plâtre et dont les deux chefs sont attachés à la tête du lit.

L'auteur montre 7 radios concernant une fracture avec raccourcissement de 5 centimètres, déplacement transversal de 4 centimètres et qui fut parfaitement guérie en quarante-deux jours.

M. Judet (de Paris). De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur.

L'auteur préconise l'usage d'une table à fractures spéciale, munie d'un dispositif radioscopique.

Dans le modèle qu'il a fait construire, un système de poulie mobile permet d'exercer dans la direction voulue, c'est-à-dire dans le prolongement du fragment supérieur, des tractions fortes avec des poids de 10 à 30 kilos. Une fois la réduction obtenue, cette table permet encore de construire un appareil plâtré précis sans qu'aucun déplacement puisse se produire pendant l'enroulement des bandes de Sayre.

A titre d'exemple l'auteur rapporte l'observation d'une fracture sous-trochantérienne avec forte abduction du fragment supérieur et raccourcissement de 5 centimètres, chez un enfant de treize ans bien musclé. La réduction anatomique idéale put être obtenue sur la table à fracture et maintenue par un grand plâtre.

Chez les adultes l'auteur est resté fidèle à l'extension forte sur le membre rectiligne. Une gouttière de cuisse en aluminium sert à placer des tampons destinés à corriger les déplacements antéro-postérieurs. Il faut en particulier éviter la chute en arrière du fragment inférieur, de manière à conserver la courbure à convexité antérieure à grand rayon que présente normalement la diaphyse du fémur. La perte de cette courbure entraîne l'hyperextension douloureuse du genou.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) considère les appareils d'extension continue non pas comme des moyens de réduction mais comme des moyens de contention destinés à préparer et à faciliter les manœuvres du chirurgien.

Pour les fractures du corps de l'humérus, l'auteur utilise des bracelets de feutre remplis de limaille de plomb qui forme extension par leur poids et qui corrigent le déplacement transversal des fragments par leur serrage progressif et gradué.

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont traitées par un appareil thoraco-brachial qui permet l'extension continue sur le bras placé en abduction et en rotation externe.

Dans les fractures du corps et de l'extrémité supérieure du fémur l'extension est faite par le moyen d'un étrier adhésif remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Le membre repose sur une gouttière de roulement dont la semelle est glissée entre l'étrier et le pied. Le décalage du membre est corrigé en fixant le pied à la semelle. Ce dispositif permet de régler très facilement le degré d'abduction du membre et de la traction.

Dans les fractures sus-condyliennes, le fragment inférieur fléchi dans le creux poplité est relevé par une sorte de fer à cheval muni de deux vis plantées immédiatement au-dessus des condyles. Le membre est mis en traction sur la gouttière de roulement. Et le fer à cheval est suspendu par un lien élastique à une tige de bois qui part du sommet de la semelle.

M. Trèves (de Paris) emploie de préférence l'appareil de Sejournet dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, même chez le vieillard, et dans les fractures diaphysaires sans trop de déplacement ni de décalage. Dans le cas inverse, il trouve indispensables les appareils à abduction réglable prenant le thorax et l'avant-bras.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure, les plus fréquentes des fractures de l'enfant et dont M. Trèves a étudié très complètement les résultats éloignés, il faut distinguer trois grandes variétés.

I. La fracture sus-condylienne à déplacement presque toujours postérieur et latéral interne. Elle sera réduite sous anesthésie en corrigeant les deux déplacements.

II. La fracture du condyle externe dont la réduction est plus difficile, mais a besoin de moins de précision, à condition d'obtenir la flexion complète.

Ces deux variétés seront maintenues par deux bracelets plâtrés : l'un brachial, l'autre *ante-brachial*, réunis en avant par un pont plâtré. La position devra être la flexion à angle aigu, l'angle droit étant insffisant. La vérification radiographique est indispensable et facile puisque le foyer de fracture est libre.

III. La fracture de l'épitrochlée ne nécessite pas d'apparei, seule la fracture sus-condylienne avec déplacement antérieur, rare, sera immobilisée temporairement en extension.

L'auteur s'élève contre la mobilisation passive et surtout le massage qui produisent des désastres dans les fractures para-articulaires chez l'enfant.

Pour les fractures du fémur, il reste fidèle au plâtre chez l'enfant et chez l'adulte maigre, à condition d'avoir une bonne table d'opération.

M. de Fourmestraux (de Chartres), qui a dirigé un centre de fractures pendant la guerre, est partisan de la standardisation des appareils. Au membre supérieur, il a appliqué le béquillon d'Alquier et surtout l'appareil de Grégoire. Ce dernier lui a donné de bons résultats constants. Le Delbet et ses dérivés offensent l'aisselle si on ne peut procéder à une surveillance très attentive.

Pour le membre inférieur, l'auteur reste partisan du Thomas, qui, si on a le soin de lui adjoindre une poulie à son extrémité distale, permet l'extension

avec suspension. Le point d'appui supérieur doit être surveillé chaque jour.

Dans les fractures fermées, sauf contre-indications spéciales dues au siège et nécessitant une suture ou un enchevillement, l'Hennequin bien appliqué reste un appareil excellent.

Les appareils du type : Service de santé à extension et suspension que présente M. Rouvillois, constituent un progrès réel. Il serait désirable que l'on puisse se les procurer facilement. Il serait également à souhaiter que dans chaque établissement hospitalier un service soit réservé aux fractures avec une installation convenable.

M. Petit de la Villéon (de Paris) insiste sur l'importance de l'*abduction* dans l'appareillage des fractures de l'humérus et de l'abduction seule, sans qu'il soit nécessaire le plus souvent d'y ajouter l'extension. Depuis treize ans que l'auteur emploie systématiquement l'appareillage en abduction, ses résultats sont incomparablement supérieurs à ceux qu'il obtenait auparavant, par les autres méthodes.

Pour les fractures du fémur, l'auteur défend le grand appareil plâtré contre les critiques que certains lui adressent. Pour les fractures fermées de la diaphyse, l'appareil plâtré, bien modelé, sur le bassin, et sur le membre, appliqué sous anesthésie générale et avec extension temporaire lui donne régulièrement les meilleurs résultats.

M. Pouliquen (de Brest). — *Humérus.* — L'auteur se sert le plus souvent d'un appareil à extension et abduction variable qu'il a construit pendant la guerre ; c'est un appareil du genre Judet, Pascalis, Patel. Il a le grand avantage d'être d'une construction très facile ; n'importe qui peut construire le modèle simple, et n'importe quel menuisier peut réaliser le modèle articulé.

Dans les cas où l'ostéosynthèse est indiquée, Pouliquen emploie le grand plâtre thoraco-brachial, mais il le fait en deux temps. Il fait d'abord un corset plâtré en l'armant au niveau de l'épaule de fils de fer. Au bout d'un jour ou deux, quand le malade est habitué à son appareil, il peut l'endormir, et après l'opération il ne lui reste qu'à faire un plâtre circulaire de bras et à le suspendre à l'armature de l'épaule.

Fémur. — L'auteur se sert pour le transport d'un appareil qu'il a construit pendant la guerre et qui a été adopté par le Service de santé de l'armée. C'est un appareil à extension et contre-extension formé d'une attelle externe démontable et d'une gouttière d'aluminium. Il a essayé de se servir de cet appareil pour le traitement, mais il a dû le modifier, raccourcir l'attelle externe et allonger l'attelle interne ; de plus, il a dû renoncer à la contre-extension par le lac périnéal.

Il préconise la méthode de Tillaux en y ajoutant un appareil très simple qui se compose uniquement d'un cadre de bois et d'une gouttière d'aluminium. Cet appareil permet de faire la réduction des fragments grâce à un levier constitué par une simple planchette fixée à l'extrémité inférieure de l'attelle externe. Il permet aussi de transporter le malade, de corriger la déviation des fragments au moyen de tampons glissés dans la gouttière, enfin de pratiquer la mobilisation du genou.

L'appareil peut être utilisé en suspension.

M. Rocher (de Bordeaux) estime que les fractures de l'enfant doivent le plus souvent être traitées par l'appareil plâtré qui a l'avantage d'être simple et de bien immobiliser. Toutefois il peut être utile en certains cas de combiner le plâtre à l'extension continue.

Ainsi dans les fractures de la diaphyse fémorale on fera d'abord quinze jours d'extension avant d'appliquer un grand appareil pelvi-pédieux. Durée de l'immobilisation totale : quarante-cinq jours environ.

Pour les fractures de la diaphyse humérale, application de l'appareil thoraco-antébrachial avec abduction du bras calculée sous contrôle radiographique pour la meilleure coaptation des fragments. Immobilisation : trente-cinq jours.

Dans les fractures obstétricales du fémur, l'auteur utilise un dispositif transportable avec extension verticale du membre : immobilisation : dix jours.

La réduction de toutes les fractures avec déplacement sera faite sous contrôle radioscopique.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Chirurgie générale

Les injections d'auto-sang hémolysé à titre préventif en chirurgie. — M. Descarpentries (de Roubaix), revenant sur la communication faite au Congrès de 1922, insiste sur la grande différence qui existe entre l'autohémothérapie simple et les réinjections d'autosang hémolysé.

Les produits provenant des hématies et globules morts sont totalement différents de ceux mis en liberté par l'éclatement des éléments sanguins encore vivants. Pour avoir l'effet clinique maximum, l'hémolyse doit être faite dans des conditions précises et l'auteur, comme Mino, de Turin, désapprouve l'emploi des solutions anticoagulantes. L'autohémothérapie simple ne réinjecte que des albuminoïdes morts et n'est qu'une forme de protéinothérapie. L'autohémothérapie avec hémolyse des éléments vivants fait varier différemment la formule leucocytaire et de plus, ne donnant jamais de choc, n'occasionne ni accident ni incident.

L'auteur cite plusieurs observations d'où il résulte que les réinjections d'autosang hémolysé, outre leur action anti-infectieuse, ont une action anti-hémorrhagique intense, et activent le processus de cicatrisation.

Il conclut que cette méthode, qui n'a aucune contre-indication et ne fait courir aucun risque, est indiquée à titre préventif dans les opérations septiques comme l'appendicite aiguë et les trépanations pour ostéomyélite, dans les opérations où l'asepsie

n'est jamais absolue soit par suite de la difficulté d'aseptiser la région, comme la bouche ou le périnée, soit parce que l'opération comporte un temps septique comme les interventions portant sur le tube digestif, enfin dans les opérations sanglantes et septiques dont le type est la prostatectomie.

A un point de vue médical qui intéresse néanmoins le chirurgien, la méthode est un excellent moyen pour arrêter les ménorrhagies de la puberté et de la ménopause, les métrorrhagies des fibromateuses et pour enrayer l'hémorrhagie interne de la grossesse tubaire en attendant la possibilité matérielle de l'opération.

Du traitement abortif des phlébites chirurgicales et obstétricales par l'hirudination (piqûres des sangsues). — M. Termier (de Grenoble), grâce à l'obligeance des confrères qui ont bien voulu lui communiquer leurs résultats, apporte une statistique importante de phlébites chirurgicales ou obstétricales, dans lesquelles l'hirudination du sang, obtenue au moyen des piqûres de sangsues, a eu un effet abortif tout à fait remarquable. Cette statistique atteint actuellement 73 cas. Dans toutes ces observations, déjà nombreuses, la chute de température s'est produite en cinq à six jours, la circulation veineuse s'est rétablie par désobstruction de la lumière de la veine et les malades ont pu se lever en moyenne du treizième au seizième jour. Dans trois cas seulement, les médecins traitants ont cru devoir différer le lever jusqu'aux dix-huitième, vingt et unième et vingt-troisième jours. Dans aucun des cas traités il n'y eut trace d'embolie pulmonaire.

Malgré plusieurs essais, l'auteur n'a pu préparer un extrait injectable de têtes de sangsues qui puisse être aseptisé et conservé, tout en restant actif. Force est donc d'en rester aux piqûres de sangsues (3 ou 4), pratiquées aussitôt que possible à la racine du membre atteint, et renouvelées au besoin deux ou trois fois, de quarante-huit en quarante-huit heures. Il n'a jamais été nécessaire de faire plus de trois séries de piqûres. Dans sept des cas nouveaux, on a pu constater expérimentalement la réalité de l'hémophilie ainsi créée. Le sang déposé sur une lamelle ne se coagule pour ainsi dire pas, si la prise est faite de quatre à huit heures après la piqûre. Passé ce délai, la coagulation est lente et imparfaite pendant deux jours environ, après quoi elle redevient peu à peu normale. D'où la nécessité indiquée plus haut de renouveler au besoin la série des piqûres hirudinisantes jusqu'à rétablissement de la lumière veineuse et disparition du risque de caillot.

Pendant cette période, il y a laquage marqué du sérum, mais les globules ne paraissent pas touchés et microscopiquement ils ne présentent ni crénelures, ni déformations. Il y a toujours une leucocytose assez prononcée, avec peu de polynucléaires. Le laquage ne paraît donc pas être en rapport avec une destruction des hématies, mais, plutôt avec la redissolution du caillot et des hématies qu'il contient. Et il apparaît ainsi comme un élément pronostic très favorable et du plus haut intérêt.

Quant au mécanisme intime de l'hémophilie par hirudination il est certainement difficile à expliquer.

L'hirudine agit-elle comme un anti-ferment, comme une anti-plasmase, empêchant celle-ci de décomposer le fibrinogène et de précipiter la fibrine ? Il est plus probable qu'il s'agit d'une solubilisation du reticulum frais de fibrine en présence de l'hirudine en minime quantité. De fait *in vitro*, un peu de fibrine fraîchement obtenue est redissoute par le sérum dans lequel on a broyé une tête de sangsue.

Quoi qu'il en soit, cette hémophilie transitoire empêchant la formation du caillot, ou amenant sa dissolution s'il est récemment formé, apparaît actuellement indéniable. Et il n'y a, à l'heure actuelle, qu'un insuccès, concernant une phlébite du membre supérieur, sur laquelle manquent d'ailleurs des renseignements précis.

Quelques observations de greffes italiennes. — M. Tailhefer (de Béziers).

Traitement des cancers externes et accessibles par l'électrocoagulation chirurgicale. — M. Stéfani (de Nice) a repris depuis deux ans, en la modifiant d'ailleurs notablement, l'électrocoagulation de Doyen.

Il présente au congrès de nombreuses observations concernant des cancers de siège très varié : peau, lèvres, joue, amygdales, voile du palais, verge, utérus, etc.

Les résultats obtenus paraissent encourageants et de nature à modifier le pronostic de plusieurs cancers.

L'auteur insiste sur le fait que sa méthode doit être considérée comme chirurgicale, c'est-à-dire associée étroitement à des actes purement chirurgicaux : ligature, exérèse des groupes ganglionnaires envahis ou simplement suspects ; ouverture des voies d'accès : rhinotomies, jugotomies, orbitotomies, pharyngotomies, périnéotomies, etc.

Le chirurgien, utilisant tout un jeu d'électrodes appropriés, doit procéder à la destruction diathermique de *proche en proche* jusqu'à dépassement certain de l'infiltration néoplasique.

Organes génito-urinaires.

Procédé rapide d'implantation dans la vessie de l'uretère sectionné au cours des laparotomies gynécologiques. — M. C. Daniel (de Bucarest). La section involontaire de l'uretère doit être immédiatement réparée afin d'empêcher l'écoulement des urines dans le champ opératoire.

L'accord n'est pas encore fait quant à la meilleure méthode à employer pour remédier à ce grave accident opératoire.

Nous avons employé un nouveau procédé d'implantation de l'uretère dans la vessie « en trompe » ne nécessitant aucune préparation spéciale du bout urétéral ni aucune suture particulière, lequel par sa simplicité, la rapidité de son exécution et la sécurité

de son résultat confère au chirurgien la tranquillité d'esprit nécessaire pour pouvoir continuer en paix l'opération principale, le plus souvent hystérectomie élargie pour cancer du col de l'utérus.

Comparable à une greffe urétéro-vésicale, ce procédé rapide consiste dans :

a) L'amarrage du bout supérieur de l'uretère sectionné à l'aide d'un fil ;

b) La perforation de la vessie à l'aide d'une pince introduite par l'uretère ;

c) L'attraction du bout urétéral dans la vessie par la pince qui saisit le fil ;

d) La fixation de l'orifice vésical à l'uretère qui le traverse à l'aide d'un point de suture ;

e) La fixation du fil de soie passé en anse à travers le bout urétéral, au méat urinaire.

A propos de 250 lithotrities. Sa supériorité sur la taille. — M. Cathelin (de Paris). A propos d'une statistique personnelle de 250 cas de lithotrities, l'auteur revient sur les avantages énormes de cette technique, qu'il oppose aux résultats souvent décevants de la taille sus-pubienne, celle-ci ne devant être conservée que pour les calculs trop gros ou trop durs. Il rappelle les incidents des tailles, les calculs oubliés après ouverture du réservoir, les fistules persistantes pour lesquelles il faut réintervenir, les infections et la longueur du temps post-opératoire.

La lithotritie, grâce au contrôle cystoscopique donne au contraire toute sécurité. C'est une opération brillante, rapide, sûre et anodine pouvant même se faire souvent sans anesthésie.

L'amputation du col dans les cas de cancer localisé et limité siégeant au pourtour de l'orifice ou sur la surface vaginale du col. — M. Jayle (de Paris). Le cancer du col, comme tous les cancers, présente une allure protéiforme qui dépend d'une part de sa constitution histologique, d'autre part de l'état de l'organisme du sujet et en particulier de sa constitution héréditaire, de la composition de ses humeurs et de la dépression de son système nerveux.

Cliniquement, il existe une variété à marche lente, siégeant sur une lèvre ou au pourtour de l'orifice, s'étendant lentement en profondeur, et qu'on peut observer par conséquent à une époque où la lésion est encore localisée et limitée. Les cas de ce genre sont exceptionnels mais ils existent.

L'amputation en bloc du col, très facilitée par des injections dans les tissus d'une solution de novocaïne et d'adrénaline ou de sérum adrénalisé, suffit à obtenir la guérison.

M. Jayle cite deux cas ainsi opérés et guéris, datant l'un de seize ans et l'autre de trois ans et huit mois.

La néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein. — M. Nicaise.

(*A suivre.*)

Les instruments « Stainless » au Congrès de Chirurgie

Les instruments Stainless inaltérables sont fabriqués avec un métal résistant de façon absolue à la plupart des agents de corrosion : atmosphère sèche et humide, eau douce, eau de mer, vapeur, et quantités de réactifs employés dans les hôpitaux et cliniques ; métal d'une pureté très grande et possédant en outre tous les caractères exigés par la technologie de l'instrumentation chirurgicale moderne : la dureté, la flexibilité, l'élasticité, et le tranchant.

Les instruments fabriqués avec le Stainless répondent aux desiderata des chirurgiens les plus difficiles, et possèdent la faculté de rester toujours polis et brillants, bien que n'étant jamais nickelés ni chromés.

Ces instruments massifs, dont le poli se perpétue à l'usage, n'ont donc pas besoin des réparations et du nickelage périodique auxquels sont astreints les instruments en acier ordinaire nickelé.

Les instruments de chirurgie Stainless exposés au Congrès de 1925, miroirs, aiguilles hypodermiques, aiguilles de Reverdin, bistouris, ciseaux, pinces de toutes sortes, curettes, etc... étaient impeccables, tant au point de vue du fini qu'au point de vue de la manipulation. Par exemple, les pinces Kocher sont aussi souples que les pinces en acier ordinaire nickelé des meilleures fabrications.

Les aiguilles de Reverdin, qui représentent une si grande difficulté de fabrication, sont parfaitement réussies, y compris naturellement la simple avec les plus grandes courbures.

Enfin, les aiguilles hypodermiques, portant la marque Platinostainless, possèdent l'inoxydabilité et la souplesse du platine et sont destinées à remplacer avantageusement ce métal, infiniment coûteux.

Les Livres

G. Doin, éditeurs, Paris.

Les consultations journalières commencent à paraître en librairie. Un certain nombre de volumes sont édités. Les autres suivront prochainement.

I

Parmi les premiers, je citerai tout d'abord celui de mon excellent confrère et ami Henri Montlaur, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, sous le titre : *La syphilis acquise.*

« Laissant de côté les manifestations rares de la syphilis, nous allons, dit-il dans son avant-propos, au cours de ces pages, décrire un certain nombre de cas types qui feront chacun l'objet d'une consultation. »

Montlaur, ayant ainsi défini l'esprit dans lequel est conçu ce Précis, débute par un exposé des généralités que tout médecin doit posséder sur la syphilis, sur son agent pathogène, le tréponème pâle, sur l'expérimentation en syphiligraphie (inoculation), sur l'immunité, la réinfection... Il apprend à rechercher et à reconnaître le tréponème ; il traite de la sérologie de la syphilis et des différentes réactions actuellement utilisées, avec leur technique, leur signification et leur interprétation.

Dans une seconde partie, Montlaur passe en revue tous les médicaments qui font partie de l'arsenal anti-syphilitique : mercure, iodure de potassium, arsenic et bismuth. Mode d'administration de chacun de ces agents, incidents, accidents qu'ils peuvent respectivement déterminer, moyens surtout d'y parer et d'y remédier, tout cela est examiné d'une façon lumineuse et accessible à tout un chacun.

La troisième partie de l'ouvrage renferme les consultations proprement dites, sur chacune des principales manifestations cliniques de la syphilis à ses trois stades : S. primaire, S. secondaire, S. tertiaire, pour terminer par la syphilis des systèmes (os et articulations, vaisseaux, foie, rein, système nerveux, etc) Cette partie se termine par un chapitre sur la prophylaxie de la syphilis. Enfin, dans une quatrième et dernière partie, l'auteur expose comment les traitements doivent être conçus et mis en pratique. Traitement préventif, traitement d'attaque, traitement d'usure, etc., tels qu'ils peuvent être prescrits par le praticien, sont successivement étudiés.

Pour donner une idée de la manière de Montlaur, voici la consultation II relative au *Chancre Redux* (p. 110) :

Motif de la consultation. — Le malade dit : « Le chancre revient ».

Un syphilitique a présenté, il y a très peu de temps, un ou plusieurs chancres et a été mis en traitement. L'accident s'est cicatrisé et il a persisté comme seule preuve une induration notable.

De cinq à vingt-cinq jours après, le malade voit, à sa grande surprise, se former une ulcération occupant le centre de cette induration. Cette ulcération s'élargit et prend très rapidement l'aspect du *chancre syphilitique le plus typique.*

Cet accident est contagieux au même titre que le chancre. La cicatrisation est rapide. l'ulcération peut se reproduire.

II

Dans la même collection, je citerai encore, du Dr Jacques Forestier, le volume consacré aux maladies de la nutrition : **diabète, goutte, obésité, oxalémie, rhumatismes chroniques.**

Pourquoi les diabétiques viennent consulter. — Parfois pour un ensemble symptomatologique immédiatement révélateur, tantôt et le plus souvent peut-être, à l'occasion d'une complication dont les malades ne soupçonneront pas la véritable origine, et qu'il appartiendra au clinicien avisé de rapporter à sa véritable cause. Aussi est-il nécessaire qu'il connaisse bien les petits signes révélateurs du diabète, à côté des signes cardinaux de l'affection. Le diagnostic posé, il faut savoir rechercher et doser le sucre dans l'urine.

La distinction s'impose entre le diabète proprement dit et les glycosuries non diabétiques, après quoi, l'investigation se resserrant, il faudra discerner la variété de diabète en cause (D. gras, D. maigre).

Le traitement comporte, après les principes généraux, l'indication du régime selon la variété, les cures spéciales (cure de jeûne, cure de céréales, de légumes secs, etc.) ; finalement, les différentes médications opposables au diabète. Les complications sont ensuite exposées en détail, et pour terminer, les cures thermales, dont les diabétiques peuvent bénéficier.

Le même plan est suivi par l'auteur pour chacune des affections dont il a fait le sujet de son livre que les praticiens liront avec fruit.

G. Duchesne.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin.

(Collection des Consultations journalières).

L. Bussy. — **Ophtalmologie.** (In-16, 308 p. avec fig. : 15 fr.)

André Dufourt. — **Maladies infectieuses. Intoxications. Vaccins. Sérums.** (In-16, 408 p. : 18 fr.)

Mathieu de Fossey. — **Foie, pancréas, rate.** (In-16, 170 p. 10 fr.)

H. Codet. — **Psychiatrie.** (In-16, 160 p. : 12 fr. 50.)

Ph. Navarre. — **Le laboratoire dans la médecine journalière.** (In-16, 208 p. : 14 fr.)

Chez Amédée Legrand,
93, boulevard Saint-Germain.

Clément Simon. — **Questions actuelles de syphiligraphie** suivies d'un index de 2.400 travaux parus en 1923 et 1924. (Un vol. in-8°, 331 p. : 32 fr.)

Chez Dauresse,
41, rue de Maubeuge, Paris, 9e.

J. Vanverts, professeur à la Faculté de Lille. — **Le guide professionnel du médecin.** (Exercice de la médecine, assurances, honoraires, défense professionnelle, etc.) (Un vol. in-8°, 180 p. : 20 fr.)

(Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Contribution à l'étude du traitement iodé dans la tuberculose pulmonaire chronique

Par le Dr Léon David (de Paris).

Le traitement iodé de la tuberculose retient à nouveau l'attention des médecins. A l'Académie de Médecine (1) le prof. Delbet, exposant la méthode de Finikoff, pour le traitement des tuberculoses osseuses, montre que cette méthode (iode et récalcification) donne d'excellents résultats. Le Dr Nigoul-Foussal (2) en deux travaux qui se complètent, fixe les indications de l'iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et, Finikoff (3), dans un article tout à fait récent, expose, à nouveau, les bons résultats de sa technique...

Ainsi, la médication iodée prend en phtysiothérapie une place importante et appelle de nouvelles recherches. Nous avons poursuivi nous-même une expérimentation prolongée sur l'utilisation de l'iode dans la tuberculose pulmonaire à évolution lente et, malgré toute la prudence qu'il faut mettre dans ces sortes de questions, nous pouvons dire que dans plus des 3/4 des cas, nous avons obtenu des résultats favorables et qu'il est intéressant de signaler.

Mais, tout d'abord, il importe de dire que, connaissant les réactions fréquentes des tuberculeux aux médicaments actifs, nous avons utilisé un iode en combinaison organique, de telle sorte que cet iode, mis en liberté progressivement dans l'économie, le soumette à une action constante et douce. Cet iode organique injectable se trouve dans la thérapeutique sous le nom de Triradol. C'est une combinaison stable avec le camphre, le menthol, et des éléments radioactifs.

Une autre remarque importante à faire aussi, c'est que nous avons utilisé l'iode dans les cas où il est *véritablement indiqué* et non pas sur n'importe quel tuberculeux.

Nous n'allons pas insister ici sur les propriétés physiologiques de chacun des composants de la médication injectée. Tous les praticiens connaissent les effets favorables du camphre dans la tuberculose, aussi bien aiguë que chronique ; quant à l'iode, on lui reconnaît généralement des effets modificateurs à la fois sur le terrain et sur l'infection. Sur le terrain, il excite les défenses organiques générales, détermine une hyperleucocytose (Pouchet et P. Lacheret), élève l'index opsonique, stimule les glandes endocrines et rétablit la « formule de défense » de Calmette. Sur l'infection, il agit en neutralisant les toxines bacillaires et, en particulier, l'ectasine qui, d'après Pissavy, est la véritable cause des poussées congestives.

Ces propriétés de l'iode expliquent la raison de son emploi en phtisiothérapie. On peut dire que tous les états bacillaires et parabacillaires sont tributaires de cette médication.

Des précisions sont cependant nécessaires. Disons donc que l'iode est indiqué dans tous les cas de tuberculose à *lésion limitée* et à marche *lentement extensive*, sans phénomènes toxémiques bruyants (tuberculose fibro-caséeuse, fibro-scléreuse, stagnante, pleurale, etc.).

Les hémoptysies ne doivent pas faire renoncer au traitement car *l'iode n'est pas l'iodure*, et ne congestionne pas. Cependant avec Bonnamour et Delore, et avec Nigoul-Foussal, nous cessons l'iode *momentanément* pendant le cours d'une hémoptysie, afin de laisser reposer complètement le malade.

Ceci dit, voici les résultats que l'on obtient avec cette thérapeutique, employée dans ses indications véritables.

Nous avons observé dix-sept malades atteints de tuberculose pulmonaire à lésion caséeuse ou fibro-caséeuse, infiltrante ou non, mais limitée à un lobe pulmonaire et avec une température ne dépassant guère 38°.

Le traitement consiste en une injection intramusculaire quotidienne d'une ampoule de Triradol en séries de 30 injections, séparées l'une de l'autre par des intervalles de deux semaines où l'on cesse le traitement. On le reprend ensuite et l'on fait ainsi plusieurs séries de 30 injections qui peuvent aller jusqu'à six.

Aucune autre médication n'a été utilisée en même temps, sauf les sels calciques. C'est en somme la méthode de Finikoff appliquée à la tuberculose pulmonaire, alors que cet auteur n'a traité ainsi que les tuberculoses chirurgicales.

Les résultats obtenus ont été les suivants : dans tous les cas, et sans exception, une stimulation générale de l'organisme apparaît. Dès la 4e et 5e injection, on constate la disparition progressive, mais formelle, de l'asthénie. Tous les malades le reconnaissent et c'est d'un effet moral très important.

Par la suite, dès la 8e ou 10e injection, on constate un abaissement de la fièvre, une diminution de l'expectoration, un retour de l'appétit. Il apparaît, insistons sur ce fait, que le *processus évolutif est arrêté*.

(1) Séance du 1er décembre 1925.
(2) *Presse Médicale* 7 novembre 1925 et *Les Sciences médicales* 15 déc 1925.
(3) *Presse Médicale*.

Il ne faut pas s'attendre à voir disparaître rapidement les râles congestifs bronchiques de la tuberculose. Ces râles existent longtemps encore, précis, nets, sous l'oreille; parfois même plus précis, plus nets encore. Mais ils ont perdu leur timbre humide. Parfois même, ils semblent plus nombreux comme si l'iode amenait une réaction focale vive. Or, ceci n'est qu'une apparence, car la chute de la température, la disparition de l'asthénie, la diminution de l'expectoration, un meilleur état général, un pouls mieux frappé, et moins rapide, tout cela prouve la disparition des phénomènes toxémiques, l'arrêt de l'évolution.

Plus tard, dès la troisième ou quatrième semaine du traitement iodé, on constate que l'assèchement des lésions se poursuit et que les râles adventices tendent à disparaître. Ces phénomènes favorables s'accentuent encore avec les séries suivantes d'injections camphoro-iodées. Sur nos 17 malades traités, deux seulement n'ont pas montré cette favorable transformation. Les 15 autres ont eu une amélioration physique, fonctionnelle et générale tout à fait nette et la radioscopie a confirmé cette transformation favorable des lésions.

La médication iodée fait-elle disparaître les bacilles de l'expectoration ? Certains auteurs l'admettent. Nous ne le pensons pas car nous ne l'avons pas constaté dans les formes en évolution. Sur nos 17 malades en observation, 8 ont eu leur expectoration à peu près tarie et la présence des bacilles n'a plus été constatée. Mais chez plusieurs d'entre eux, après la cessation du traitement, la présence du bacille a été retrouvée après homogénéisation dans des crachats du matin. Chez les autres malades améliorés et crachant faiblement, le nombre des bacilles a diminué et parfois même a disparu à l'examen direct. Mais une homogénéisation soigneuse permettait souvent de retrouver leur présence et de constater la diminution notable de leur nombre dans le champ du microscope. Nous devons cependant reconnaître que chez 6 malades ayant complètement cicatrisé leurs lésions et présentant, à la place occupée autrefois par des râles muqueux ou des craquements inspiratoires, une zone plus ou moins étendue d'obscurité ou de silence, les très rares crachats recueillis ne renfermaient aucun bacille.

Au sujet de la médication iodée en phtisiothérapie il faut retenir ceci : dans les cas où l'iode est indiqué et ce sont tous les cas de tuberculose à *lésion limitée et lentement évolutive*, le traitement donne des résultats tout à fait favorables. Il arrête l'évolution, la stabilise, puis assèche les lésions et transforme un processus fibro-caséeux ou infiltrant en une lésion fibro-scléreuse éteinte. Cette transformation est plus rapidement obtenue, il est vrai, chez les syphilitiques anciens, car ceux-ci ont une tendance spontanée à cicatriser leurs lésions bacillaires. Mais nous l'observons aussi chez les autres malades. Nous pouvons dire que plus des 3/4 de nos tuberculeux pulmonaires ont été améliorés et que leur amélioration se maintient après la cessation du traitement.

Il faut être patient et continuer les injections série par série, sans arrêter le traitement dès qu'une amélioration est constatée. Le traitement iodé doit être un traitement prolongé et comporte plusieurs séries de 30 injections ; il faut avoir la patience de les faire.

Bien entendu, la cure hygiéno-diététique, soit à la campagne, soit au sanatorium reste toujours indispensable et de même le pneumothorax dans ses indications précises. Mais nous pensons que l'évolution de la tuberculose étant enrayée par l'iode, la nécessité de ce traitement si actif et si brillant pourra diminuer.

D'ailleurs, les indications du pneumothorax sont représentées par les formes évolutives et rapidement évolutives qui ne sont pas tributaires de la médication iodée.

Notons en terminant l'action tout à fait remarquable du Triradol dans les tuberculoses à forme abortive avec ganglions cervicaux, fièvre peu élevée, et amaigrissement léger, et de même chez tous ces malades dits « prétuberculeux » et qui sont des sujets en état de prérechûte, attendant pour évoluer un événement favorable.

Enfin l'iode est particulièrement indiqué chez tous les sujets auxquels on conseille un séjour au bord de la mer, lymphatiques, scrofulo-tuberculeux, ganglionnaires, etc., en un mot chez tous les imprégnés de bacillose.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA DÉSUNION DANS L'UNION

Les causes de la scission.

Nouvel appel à l'union.

Dans le *Concours médical* du 17 janvier, notre confrère Cibrie relate la réponse que je fis à sa proposition de constituer, pour les élections au Conseil de l'Union, une liste unique de candidats réalisant une sorte de représentation proportionnelle. Cette proposition, lui ai-je dit, me semble intéressante à retenir pour l'an prochain, mais pour cette année, il est trop tard matériellement et moralement.

Il était trop tard matériellement. Cette proposition me fut faite, en effet, le samedi 5 décembre, après le vote sur l'ordre du jour relatif aux assurances sociales, à l'issue de la séance du matin ; les élections commençaient à 2 heures et ne pouvaient être retardées. Pour mettre sur pied cette liste, il fallait rassembler les candidats, les mettre d'accord sur l'opportunité de ce mode de représentation, ce qui n'eût pas manqué d'entraîner de vives et longues discussions, fixer la proportion des candidats à prendre sur chacune des deux listes déjà constituées, obtenir le désistement d'un certain nombre d'entre eux. Il était matériellement impossible de faire cela en si peu de temps.

Je pensais surtout qu'il était trop tard moralement. Le Conseil de l'Union n'est pas un organe de discussion ; c'est un organe d'action fait pour exécuter les décisions de l'assemblée générale. Il doit donc émaner de la majorité de cette assemblée et être aussi homogène que possible. La présence dans son sein de représentants de la minorité peut avoir des avantages et des inconvénients. Pour augmenter les premiers et réduire les derniers, cette minorité doit répondre à certaines conditions. Elle ne doit pas faire d'obstruction systématique ; elle ne doit pas avoir une attitude hostile et intransigeante, ses membres doivent considérer leurs collègues de la majorité comme des gens de bonne foi et de bonne volonté qui poursuivent le même but qu'eux et ne diffèrent que par les moyens ; ils ne doivent pas chercher à influer par la menace sur les décisions à prendre ; il faut surtout que la minorité se résigne à être une minorité, qu'elle ne remette pas en discussion les décisions de l'assemblée générale et que ses représentants n'agissent pas en dehors du Conseil et contre ce Conseil. Si ces conditions ne sont pas remplies, le Conseil de l'Union deviendra une assemblée byzantine où l'on discutera, où l'on se disputera lorsqu'il faudrait agir ; il ne remplira pas son rôle.

Pouvait-on espérer voir ces conditions remplies après avoir vu l'attitude de la minorité au cours de l'année écoulée et pendant les tristes séances de l'assemblée générale ?

J'aurais volontiers oublié la démarche intempestive faite auprès de la commission sénatoriale des assurances sociales, ainsi que les injures dont l'opposition avait depuis deux ans accablé le Conseil de l'Union et que contresignait un des siens à qui ses collègues avaient pourtant donné une place d'honneur dans ce conseil. Si, à la veille de l'assemblée générale, l'opposition était venue nous faire une proposition semblable à celle que me fit si tardivement Cibrie, j'y aurais, pour ma part acquiescé. Croyant à la vertu de mes adversaires, j'y aurais vu la promesse que les débats auraient le caractère de courtoisie et de cordialité qui convient à des discussions entre confrères animés d'un même idéal et disposés à la conciliation.

Ce n'est pas hélas ! dans cet état d'esprit que les leaders de l'opposition se sont présentés à l'assemblée générale. Espérant faire triompher leurs conceptions, ils étaient bien décidés, pour remporter la victoire, à ne pas ménager leurs adversaires. Les critiques qu'ils croyaient pouvoir faire à l'action du secrétaire général ont pris le ton injurieux, la forme violente d'une accusation de trahison accompagnée de gestes de circonstance. Aux concessions que le secrétaire général avait poussées jusqu'aux extrêmes limites, ils ont répondu par une intransigeance absolue. Dans la discussion sur les assurances sociales, question capitale de l'assemblée, ils se sont évertués à obtenir un vote brusqué, dans une fin de séance tumultueuse et passionnée, ce qui ne dénotait pas chez eux le désir de donner au Conseil un mandat représentant l'opinion réfléchie des délégués.

Elire dans ces conditions un Conseil sur la base d'une représentation proportionnelle, c'était

condamner ce Conseil à une dispute perpétuelle excluant toute action. La proposition de Cibrie ne me parut pas être la conclusion logique d'une telle assemblée générale. Elle me sembla même si surprenante que si je n'avais assez connu son auteur pour avoir en sa droiture une foi aveugle, j'aurais cru me trouver en présence d'une manœuvre habile pour rejeter sur d'autres la responsabilité d'une scission dont les fauteurs avaient déjà honte.

Entre les deux extrêmes : scission ou fraternisation dans un conseil de représentation proportionnelle, il existe un moyen terme, où il eût été et où il pourrait être encore sage de se tenir. Que chacun garde sa foi en l'Union sans laquelle il n'y a pas de défense professionnelle ; que ceux qui sont sollicités de la quitter résistent à ces sollicitations ; que ceux qui l'ont quittée lui reviennent (le plus beau geste est d'avouer son erreur). L'ordre du jour Gaussel voté par l'assemblée unit à la précision et au sens des réalités un parfait libéralisme.

Que tous se pénètrent de ces mêmes sentiments, que les discussions qui se poursuivront dans le cours de l'année gardent le ton de courtoisie qui leur convient, et nous pourrons préparer pour un avenir proche l'ère de réconciliation et de féconde collaboration que pourrait sanctionner un essai de représentation proportionnelle dont l'idée doit, à mon avis, être retenue et étudiée.

Dr HUMBEL.

ACCIDENT DU TRAVAIL. BLESSÉ NON LOGÉ NI NOURRI A L'HOPITAL. HONORAIRES MÉDICAUX. APPLICATION DU « TOUT COMPRIS ».

Un blessé du travail, atteint d'un accident au doigt, vient à la consultation externe d'un hôpital. Une petite intervention est pratiquée, à la suite de laquelle furent donnés quelques soins. Mais le blessé ne fut pas admis à l'hôpital : il séjournait chez lui et ne venait que pour les pansements.

La Commission administrative réclama, au chef d'entreprise, les frais de pharmacie ; le médecin traitant demanda ses honoraires, d'après le tarif Breton, motifs pris que l'hôpital, dont s'agit, ne reçoit pas exclusivement des indigents, mais qu'un pavillon spécial admet des payants, lesquels doivent rémunérer directement leur docteur.

Le chef d'entreprise, en l'espèce la compagnie des chemins de fer de l'Etat, refusa de payer le médecin, alléguant que ce dernier, étant le salarié de l'hôpital, doit soigner indistinctement tous les malades qui sont à l'hôpital ou viennent à la consultation. Au surplus, l'employeur est déchargé de toutes obligations, envers l'hôpital, puisqu'il offre de payer les prix de journée, selon les prescriptions des lois sur les accidents du travail, c'est-à-dire selon le « tout compris ».

Par jugement en date du 28 juillet 1922, le juge de paix du 3e canton du Mans adopta cette manière de voir et admit que le blessé, venant à la consultation externe d'un hôpital, devait être considéré comme étant hospitalisé et que par suite le chef d'entreprise ne devait pas autre chose que le prix de journée de l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %. Par conséquent le médecin était débouté de sa demande d'honoraires.

Le « Sou médical » décida de porter le litige devant la cour de Cassation.

Voici l'arrêt qui a été rendu.

COUR DE CASSATION (Chambre civile)

26 octobre 1925.

(*Gazette du Palais*, 20 novembre 1925).

L'expression générale, dont se sert l'article 4, § 3, de la loi du 9 avril 1898, en disposant que les frais d'hospitalisation, mis à la charge du chef d'entreprise, ne peuvent, tout compris, dépasser un tarif déterminé, n'exclut pas les frais médicaux afférents aux blessés, régulièrement admis dans un hôpital, mais autorisés, à raison du peu de gravité de leur état, à continuer à loger chez eux.

Ces frais tarifés sont dus à l'administration hospitalière seule, sans qu'il soit permis à un chirurgien, attaché à l'établissement, de réclamer, en outre, des honoraires en son nom personnel.

Il s'agit là d'une disposition d'ordre public et le règlement d'un hôpital ne peut y déroger.

Dr Plaisant c. Chem. de fer de l'Etat.

Le Dr Plaisant s'est pourvu en cassation d'un jugement du Tribunal de paix du Mans, rendu le 28 juillet 1922 au profit de l'administration des Chemins de fer de l'Etat.

Moyen unique du pourvoi : « Violation des art. 1134, 1375 C. Civ. 4 (1er, 2e, 3e et 4e alinéas) de la loi du 9 avril 1898, 7 de la loi du 20 avril 1810, pour défaut de motifs, 2 et 5 du règlement des quartiers payants de l'hôpital du Mans, manque de base légale, en ce que, sans répondre à des conclusions précises de l'exposant soulevant un moyen tiré du règlement de l'hôpital du Mans, la sentence attaquée a rejeté la demande en paiement d'honoraires, formée par l'exposant, chirurgien de l'hôpital du Mans, contre les chemins de fer de l'Etat, dont, en cette qualité, il avait traité un ouvrier victime d'un accident du travail, conduit à l'hôpital pour y être

soigné aux frais du réseau, par le motif que le médecin n'avait d'action directe contre le chef d'entreprise que dans le cas où il avait été directement mis en œuvre par le blessé ; que, dans le cas où celui-ci avait été soigné dans un hôpital, les honoraires du médecin étaient compris, aux termes de l'art. 4, § 3 de la loi du 9 avril 1898, dans les frais « d'hospitalisation » supportés par le chef d'entreprise, alors que, d'une part, le blessé n'ayant pas été « hospitalisé » et n'ayant reçu que des soins médicaux et des pansements, d'autre part, l'hôpital du Mans ne recevant les blessés du travail qu'à titre payant au compte du chef d'entreprise, et le règlement susvisé mettant dans ce cas les honoraires médicaux à la charge de la clientèle, la limitation édictée par le texte susvisé n'était pas applicable dans l'espèce, et alors aussi que le médecin qui a soigné un blessé du travail a, par ce fait, seul action contre le chef d'entreprise, qu'il ait été ou non personnellement désigné par le blessé. »

Arrêt (après délib. en chambre du Conseil) :

La Cour,

Sur le moyen unique :

Attendu que le Dr Plaisant ayant cité devant le juge de paix l'administration des chemins de fer de l'Etat en paiement d'honoraires pour une opération et des pansements faits à Lorent, son ouvrier, à raison d'une blessure causée par un accident du travail, le jugement attaqué déclare cette demande irrecevable par les motifs que, d'une part, le Dr Plaisant a donné des soins à Lorent, non comme médecin choisi par celui-ci, mais en qualité de chef d'un service de chirurgie à l'hôpital du Mans où Lorent avait été admis, suivant les formes administratives, pour le traitement de sa blessure ; que, d'autre part, l'administration des chemins de fer de l'Etat a acquitté les frais réclamés par l'administration hospitalière, seule créancière, dans les termes de l'art. 3, § 3 de la loi du 9 avril 1898, et se déclare prête à payer toutes autres sommes qui auraient été omises ;

Attendu, d'après le pourvoi, que les frais d'hospitalisation qui sont soumis au tarif par l'art. 4 précité ne comprendraient pas le traitement des blessés qui ne sont ni logés ni nourris à l'hôpital ; que, de plus, le jugement aurait méconnu le règlement de l'hôpital du Mans, qui classe les ouvriers et employés victimes d'un accident du travail dans la catégorie des blessés payants au compte du chef d'entreprise et, outre le prix de journée dû à l'administration hospitalière, réserve aux médecins et chirurgiens le droit de poursuivre le recouvrement de leurs honoraires ;

Mais attendu que si, en disposant que les frais d'hospitalisation mis à la charge du chef d'entreprise ne peuvent, tout compris, dépasser un tarif qu'il détermine, l'art. 4 alin. 3, de la loi précitée a eu surtout en vue le cas le plus fréquent d'un blessé hébergé dans l'hôpital, l'expression générale dont il s'est servi n'exclut pas les frais médicaux et pharmaceutiques afférents aux blessés qui, régulièrement admis dans un hôpital sont, à raison du peu de gravité de leur état, autorisés à continuer de loger chez eux ; que ces frais, fixés conformément au tarif de l'art. 4 § 3, sont dus à l'administration hospitalière seule, sans qu'il soit permis aux médecins, chirurgiens ou pharmaciens attachés à cet établissement de réclamer, en outre, des honoraires en leur nom personnel ; que ces dispositions étant d'ordre public, le règlement particulier d'un hôpital ne peut y déroger ;

Attendu qu'en donnant des soins à Lorent, victime d'un accident du travail, le Dr Plaisant n'a agi ni comme médecin choisi par le blessé, ni comme médecin du chef d'entreprise, mais uniquement en qualité de préposé de l'hôpital où Lorent avait été hospitalisé, que, dès lors, il n'avait aucune action en paiement des frais du traitement médical suivi dans cet établissement ;

D'où il suit que le jugement, dont les motifs répondent aux conclusions des parties, n'a violé aucun des textes visés par le pourvoi :

Par ces motifs,

Rejette...

MM. Sachet, rapp. ; Paul Matter, av. gén. Me Auger et Alphandery, avocats.

Cet arrêt nous suggère les réflexions suivantes :

1° La Cour suprême se montre particulièrement bienveillante à l'endroit des intérêts financiers des compagnies d'assurances contre les accidents. Elle interprète *largo sensu* le mot hospitalisation, dans le sens favorable aux responsables des accidents du travail. Déjà, elle a estimé, par un arrêt de la chambre civile du 5 décembre 1923, qu'un blessé du travail, soigné dans une clinique privée, doit être considéré comme étant hospitalisé dans un établissement public ; par suite, le responsable, *alias* la compagnie d'assurance de ce dernier, n'aura à payer que le « tout compris ».

Par arrêt du 18 novembre 1925, la chambre des requêtes a décidé qu'un médecin, n'appartenant pas à l'hôpital, mais soignant un blessé du travail, admis dans une clinique dépendant de l'hôpital, n'a pas droit aux honoraires, toujours en vertu du « tout compris ».

Aujourd'hui, le blessé, qui est soigné uniquement à la consultation externe, qui n'est ni hébergé, ni nourri à l'hôpital, doit néanmoins être considéré comme étant hospitalisé : son patron, son assurance bénéficiera du « tout compris ».

On ne saurait être plus généreux en faveur des chefs d'industrie et de leurs assurances.

2° Les dispositions de la loi sur les accidents du travail étant d'ordre public, doivent être considérées comme caducs tous les règlements d'hôpitaux qui permettent à leurs médecins de se faire rémunérer directement, par le blessé

de l'industrie (ou son patron) qui ne bénéficie pas des lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

3° Le médecin d'hôpital n'est que l'employé de la commission administrative de l'établissement. Ce docteur reçoit une indemnité annuelle, dont il doit se contenter, tout en soignant les malades qui lui sont confiés par son employeur.

La meilleure preuve, c'est que l'arrêt de Cassation reconnaît que si les blessés soignés à l'hôpital, mais non hébergés dans l'établissement, doivent des frais médicaux pour opérations chirurgicales, pansements et soins, ce n'est pas au docteur, qui les a traités, qu'il appartient de les réclamer et de les encaisser, mais seulement à l'administration hospitalière seule, à titre d'employeur des salariés médicaux.

Un jugement de paix de Paris (20e arrondissement) du 20 juin 1923 (*Concours médical* 1924, 1360, *Gaz. Pal.*, 22 fév. 1924) avait, en sens contraire, admis, à la demande d'une compagnie d'assurances, qu'un hôpital n'est en droit de réclamer que les frais de séjour dans l'établissement ; mais les frais médicaux ne sont dus qu'au médecin traitant, pour soins donnés à un malade soigné à la consultation externe.

Se reportant aux débats parlementaires du Sénat (*J. O.*, juin 1904, p. 568), pour discuter le mot « hospitaliser », visant ensuite les termes de l'arrêté du 8 juillet 1920, article 30, prévu par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, qui spécifie que seul le médecin est en droit de présenter une note d'honoraires détaillée et signée par lui, le juge de paix de Paris décidait qu'un hôpital n'est pas fondé à poursuivre le paiement, pour soins donnés par un docteur attaché à l'établissement, puisque seul ce dernier a qualité de réclamer son dû.

Au surplus, ajoutait le juge de paix, « ce serait détourner la fondation du but de son institution et l'autoriser à faire une concurrence illégitime aux médecins de la ville en leur soustrayant une clientèle, qui est capable de payer, ou qui doit leur revenir ».

Que compte un jugement de paix devant un arrêt de la Cour suprême et cependant, quelque respect que je puisse avoir pour une aussi haute institution d'Etat, bien des arrêts de cassation sont inférieurs en justice, en droit et même en équité à certains jugements bien étudiés et fort documentés de modestes juges de canton.

Certains pourraient s'indigner de cet arrêt de la Cour suprême. Je ne m'en affecte pas, au contraire, parce qu'à force de pousser les choses à l'extrême, jusqu'à l'absurde, on en arrivera à provoquer la démission des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

Comme n'importe quel citoyen, le docteur en médecine a le droit absolu de vivre de sa profession. Il paye ses impôts, comme quiconque ; mais il n'entend plus désormais verser un supplément d'impôt, sous forme de réductions considérables, sur le chiffre de ses honoraires, soit pour l'assistance médicale gratuite, soit pour le service d'hôpital, etc.

La collectivité a la charge de la médecine des indigents ; elle doit la payer au tarif ouvrier local et non plus quémander des traitements de faveur de la part du corps médical.

La vie devient trop chère pour qu'il soit possible de consentir aux libéralités d'antan. Remarquons surtout que, d'une part, les blessés du travail hospitalisés ont, comme responsables, des chefs d'industrie, ou les assurances de ces derniers, qui ne sont pas des indigents ; que, d'autre part, les hôpitaux, pour se faire des ressources supplémentaires, reçoivent beaucoup de malades payants, qui ne sont pas non plus des indigents.

Par suite, le médecin entend vivre et faire vivre sa famille, en retirant, de l'exercice de sa profession, toutes les ressources honnêtes qui lui sont permises.

Payez mal vos médecins d'hôpitaux, d'assistance médicale gratuite, de mutualités, d'inspection du premier âge, etc. et vous ne trouverez plus de docteurs qui voudront assurer ces fonctions si peu rétribuées.

Jusqu'à présent, par veulerie, gloriole, esprit de concurrence, par altruisme, ou désir de publicité, désintéressement, ou tout autre motif, les docteurs acceptaient beaucoup de besognes mal rétribuées, parce qu'ils pouvaient, par ailleurs, gagner suffisamment, pour vivre.

A l'heure actuelle, les charges de l'existence vont croissant, les impôts communaux, départementaux ou d'Etat, atteignent le médecin, tout autant que les autres citoyens.

Les praticiens sont donc dans l'obligation de demander à leurs syndicats de discuter les conditions de travail et de rémunération, lorsque ce n'est pas le client qui paie, directement, mais une collectivité publique ou privée.

D'autant que les établissements publics d'assistance ne se gênent plus pour faire de la concurrence aux docteurs comme aux maisons de santé privées, en hospitalisant des malades payants de toutes conditions et en émettant la prétention de faire soigner ces clients, non privés de ressources, gratuitement par le corps médical hospitalier.

J'aime à croire que le bon sens et l'esprit d'équité conduiront les gestionnaires des finances publiques et privées à discuter la refonte de pas mal de contrats médicaux, pour que les docteurs ne soient pas obligés d'employer l'ultimatum du : « c'est à prendre ou à laisser ».

En attendant, médecins d'hôpitaux, continuez à soigner gratuitement les blessés du travail, qui seront hospitalisés, ou qui viendront à

la consultation externe, à moins que vous ne préfériez imiter la conduite d'un professeur de clinique d'une de nos grandes Facultés de province, qui, dans son service d'hôpital, s'est refusé à opérer un blessé du travail admis dans sa salle. Il estima que la commission hospitalière ne pouvait, en aucune façon, lui imposer un traitement et il laissa son blessé (qui n'avait rien d'urgent) attendre ainsi, profitant à l'hôpital de vacances payées par l'assurance (*Concours médical* 1921, p. 628.)

Dr Paul BOUDIN.

LE LIBRE CHOIX

Unionnistes ou Nordistes ?
(ou le libre choix sera-t-il intégral ou intra-syndical ?)

La question se pose, devant les manquements de plus en plus fréquents à la déontologie, les scandales médicaux, les agissements des « cliniquards » et le préjudice qui en résulte pour l'honnête praticien et l'avenir de la médecine...
Rappelons que le libre choix n'est pas une faveur que nous réclamons pour nous, mais un droit que nous réclamons POUR LE MALADE et qu'à ce titre, il peut facilement être introduit dans les contrats professionnels.

... Rappelons aussi qu'en plus des avantages qu'il nous donne, il est la meilleure barrière que nous pouvons opposer à la fonctionnarisation de la médecine, laquelle nous guette et serait un malheur pour tous.

A ce titre aussi, nous devons chercher à le rendre le plus aseptique possible pour en assurer la conservation et le bon fonctionnement.

Et pour ce, une question se pose aujourd'hui, à laquelle il faut répondre :

« Faut-il, quand on parle du libre choix, l'entendre : entre TOUS les médecins, syndiqués ou non, ou entre les seuls syndiqués ? »

Les avis sont partagés sur le principe, peut-être ; ils ne peuvent plus l'être sur les résultats.

L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX, dans la pensée généreuse ... (d'avant-guerre) qu'elle représentait LA PROFESSION MÉDICALE, et dans l'espoir de faire ... l'union entre tous les médecins, a fait introduire le libre choix *intégral* dans toutes les lois sociales dont elle a eu à connaître.

Et ce geste « bellement » altruiste nous a valu les cliniques louches, les médecins « pensionnards », une perte importante d'honoraires ... et de considération. UN GROUPEMENT important de SYNDICATS MÉDICAUX, LA FÉDÉRATION du NORD, dans un contrat professionnel passé, il y a deux ans, avec le Consortium des industriels de Roubaix-Tourcoing, a facilement fait adopter le libre choix ENTRE LES MEMBRES DU SYNDICAT MÉDICAL LOCAL.

Les médecins intéressés ont l'air de s'en trouver tellement bien que leurs mandants n'ont pas hésité à se séparer de l'Union (lors de la dernière Assemblée générale) à la pensée — entre autres — qu'ils pouvaient être exposés à subir légalement le libre choix intégral dans les Assurances sociales.

Quid des deux thèses ?

A mon avis et DANS L'ÉTAT ACTUEL DE NOS MŒURS MÉDICALES, il faut que nous adoptions le libre choix INTER-SYNDICAL et qu'il remplace PARTOUT son congénère avarié : d'abord dans les lois sur les accidents du travail, les pensionnés, les assurances sociales, etc., etc.

Et voici pourquoi :

1° Nos syndicats et leur représentant, l'Union, ont fait la preuve de leur utilité et de leur vitalité ; ils sont bien l'émanation de la pensée médicale professionnelle.

2° Nos Syndicats groupent la grande majorité des praticiens ; dans notre pays de suffrage universel, il est logique que ce soit la majorité — l'unanimité étant impossible — qui édicte les règles d'une saine déontologie, laquelle oblige TOUS les médecins.

3° Notre profession, reposant sur la confiance des malades, c'est-à-dire du public, cette confiance est ébranlée au grand dommage de TOUS (*ab uno disce omnes*) si un médecin n'est plus « the right man in the right place ».

4° La médecine sociale ... inéluctable, ne peut se faire que si, en face des grandes collectivités qui nous l'imposeront, il y a, pour nous défendre, un organisme légal — Syndicat et Union — fort et discipliné, n'admettant ni embusqués, ni francs-tireurs, ni fuyeurs rôdant autour de lui.

5° Le contrôle et les sanctions syndicales de nos statuts sont suffisantes pour assurer une déontologie, même sévère. Point n'est besoin d'un ordre des médecins.

6° La loi du 13 mars 1920, accordant la personnalité civile aux Syndicats professionnels, leur offre de tels avantages matériels et moraux que, si notre profession ne « rend » pas davantage, c'est que nous ne le voulons pas.

IL FAUT DONC OBLIGER MORALEMENT TOUT MÉDECIN A ETRE SYNDIQUÉ, comme tout avocat qui veut plaider doit être inscrit au Conseil de l'Ordre.

OBJECTION :

Et la liberté individuelle ? « Et s'il me plaît à moi de ne pas être syndiqué ? »

RÉPONSE :

Mais vous êtes parfaitement libre d'être ... libre.

Seulement, ne nous éclaboussez pas par vos scandales ; ayez la pudeur de ne pas profiter des avantages que procure ce syndicalisme que vous méprisez. Ne venez surtout pas VOLER les fruits du travail d'autrui, et c'est ce que font MM. les cliniquards, quand ils accaparent les accidents du travail par des moyens bas, déloyaux et anti-confraternels. Et d'autres ! D'ailleurs, cette liberté, dont vous avez l'air de faire si grand cas, l'avez-vous dans la Société ? Etes-vous libre de porter une arme sur vous, de dérober une épingle, d'insulter votre voisin ?

Dites, voire, sur le même ton : « Et s'il me plait, à moi de ne pas payer mes impôts ? » ou bien ; « Et s'il me plait, à moi, de ne pas aller me faire démolir « le buffet » par les prochains Boches ? ».

En réalité, dans toute société civilisée et pour la protection de tous, il y a des restrictions à la liberté individuelle : ce sont les lois. Il ne peut y avoir une liberté de mal faire.

Que les médecins honnêtes, non encore syndiqués, comprennent leur intérêt et viennent à nous.

Que les autres ... comprennent aussi !

CONCLUSIONS.

A) Le libre choix parmi les membres d'un syndicat sera une cause de prospérité pour ce syndicat et pour ses membres.

B) Un tel libre choix est juste et déontologique.

C) Les collectivités auront avantage à l'accorder.

D) Introduisons-le donc dans le fonctionnement des lois sur les accidents du travail, sur les pensionnés, l'A. M. G., les Sociétés de S. M. etc.

E) Veillons surtout à le faire inscrire sans retard dans la loi sur les Assurances sociales.

Dr DORVAUX.
(Saint-Denis).

***

Au regard du malade, sous sa responsabilité, *à ses frais*, et à ses risques et périls, le libre choix doit être absolu. Et il l'est tellement qu'on n'a jamais pu l'empêcher de s'adresser, comme il le fait si souvent, aux illégaux de la médecine.

Au regard du malade, appartenant à une collectivité chargée, légalement ou non, des soins médicaux pour ses ressortissants, et qui entend bénéficier de ces soins, le libre choix doit être limité par le contrat passé entre ces collectivités et les syndicats médicaux, aux médecins appartenant aux syndicats contractants, et à tous autres qui, non syndiqués, auront adhéré à ce contrat, en auront accepté les clauses et conditions et qui, par là même, auront accepté la juridiction syndicale, puisque le contrat prévoiera *obligatoirement* des sanctions contre tous les contrevenants à ces clauses et conditions.

Voilà l'heureuse formule, celle qu'on trouve dans le projet Chauveau présenté au Sénat sur l'assurance sociale, celle qui mérite d'être prise en considération.

Le Syndicat ne peut pas être obligatoire, mais sa juridiction peut l'être légalement à certains points de vue. C'est ainsi que les médecins, syndiqués ou non, qui soignent des pensionnés de guerre dans le cadre de la loi des pensions, relèvent de commissions tripartites dont l'élément médical n'est bien, en fait, qu'une émanation des syndicats.

G. DUCHESNE.

LES ASSURANCES SOCIALES

Commissions d'arbitrage et de contrats dans les Assurances sociales allemandes

Dans le premier projet allemand, le règlement des litiges était effectué par des Commissions de conciliation facultative, puis par une Commission d'arbitrage, enfin par une chambre d'arbitrage, véritable cour d'appel. Mais ce projet resta caduc jusqu'à l'accord de Berlin entre les médecins et les cinq principales fédérations de caisses maladies de l'Allemagne, en 1913.

Dans cette convention de Berlin était fixé le nombre des médecins pour un nombre déterminé d'assurés, le mode de paiement des honoraires et le libre choix laissé aux malades.

Chaque caisse conservait le régime adopté jusqu'à ce jour, le reste était réglé par des contrats collectifs avec les caisses locales.

Pour faciliter ces contrats, il était établi, dans les différentes circonscriptions, une Commission mixte des contrats.

L'accord général de Berlin était signé pour 10 ans, les contrats particuliers pour cinq années.

Au bout de ces 5 ans, vers 1918, les médecins réclamèrent un nouveau tarif d'honoraires adapté à la chute du mark.

L'accord ne put se faire.

Cependant, fin 1919, l'accord de Berlin se compléta d'un nouveau régime d'honoraires qui servit de base à de nouveaux contrats.

A la suite des grèves médicales de 1920, le ministère du travail constitua un office de conciliation et d'arbitrage pour étudier les desiderata des médecins sur les deux points suivants : extension à tous les adhérents du libre choix du médecin et triplement du tarif d'honoraires de 1919.

L'accord se fit sur le premier point et partiellement seulement sur le second, puis plus tard complètement à la suite d'une sentence arbitrale acceptée par les deux parties.

Ces accords furent annexés, en 1921, à la Convention de Berlin et les honoraires furent plusieurs fois modifiés selon les caprices de la dépréciation monétaire.

On créa par suite un office central d'arbitrage devant juger en appel les décisions des offices simples d'arbitrage ; il reçut le nom d'office fédéral provisoire d'arbitrage.

Il comprenait trois délégués des médecins, trois délégués des fédérations de caisse et trois tiers désignés par le président de l'office.

Cet office ne s'occupait que de quelques questions réglant l'agrément des médecins par les questeurs, les modifications importantes des tarifs d'honoraires et les questions de privilège. De 1922 à 1924, en trois années, il n'a siégé que 8 fois.

Mais toutes ces conventions finissaient en 1923. On essaya alors de remplacer l'accord de Berlin et ses additions par un texte législatif. On créa une conférence pour entendre les deux parties qui ne purent se mettre d'accord. Ne pouvant faire aboutir ce projet de loi, le ministre du travail essaya de le transformer en convention, qui fut rejetée par les intéressés.

Le ministre du travail fit alors un règlement officiel qui créait des commissions chargées d'établir des contrats et régler les différends.

Ces commissions se divisaient en commission fédérale, commissions d'Etat et commissions simples ou locales.

La commission fédérale comprend 13 membres, 5 médecins, 5 assureurs et 3 tiers, dont le président nommé par le ministre.

Cette fédération ne s'occupe que des grands conflits et des questions de principe. Elle peut fonctionner avec dix membres sous la présidence alternativement d'un assureur ou d'un médecin. Elle s'occupe alors des directives des contrats, des tarifs généraux d'honoraires et des mesures à prendre pour éviter des abus d'où qu'ils viennent, des assurés ou des médecins.

Les commissions d'Etat n'existent que dans quelques Etats, en Bavière par exemple.

Les commissions simples composées de médecins et de représentants des Caisses s'occupent surtout de la mise sur pied des contrats collectifs.

S'il y a litige pour un contrat en cours d'exécution, il en est référé à un office d'arbitrage composé du président de l'office supérieur d'assurances, deux médecins, deux assureurs et deux tiers désignés par le président. Il peut être fait appel de cet office d'arbitrage à un autre office d'arbitrage composé différemment.

Les sanctions sont des dommages intérêts pour les caisses qui ne se conforment pas aux sentences rendues. Elles peuvent même y être contraintes par l'autorité. Les médecins eux-mêmes peuvent être exclus des caisses pour une période qui peut aller jusqu'à cinq ans.

La commission fédérale a eu à s'occuper de maintes questions, et surtout des rapports des médecins avec les Caisses, des attributions des infirmières employées dans les caisses à grand rayon.

L'office fédéral provisoire d'arbitrage a été remplacé le 1er janvier 1925 par un office définitif. Malgré toutes ces commissions d'arbitrage et de contrôle, les rapports restent tendus entre les caisses et les médecins.

Mais si en principe, les abus sont toujours imputés par les caisses aux médecins, il faut reconnaître et l'auteur, M. Moulin, en convient, que les abus de la part des assurés sont considérables et que rien n'a pu être fait pour y remédier surtout depuis l'organisation de l'assurance chômage. Les déclarations de maladie augmentent avec l'aggravation du chômage, ce qui a pu faire dire que le nombre des déclarations de maladies est plutôt baromètre économique.

M. Moulin, dans ses conclusions, reconnaît que si on a pu réduire les frais de gestion, parer à l'inégalité des risques, modérer les dépenses médicales et pharmaceutiques, par contre, aucune mesure énergique n'a été prise contre le pillage des prestations en espèces et contre la simulation. Il s'agit ici des défauts même de la médecine collective et le gouvernement ne veut pas par des mesures sérieuses s'aliéner le monde ouvrier, ni surtout le parti socialiste. Sur ce point, comme dans beaucoup de pays, c'est la politique du laisser-faire, conséquence de la politique elle-même.

Cette époque nous montre la lutte continuelle que les médecins ont dû soutenir pour se défendre contre les caisses et assurer leur droit à vivre de leur profession.

Réfléchissons, médecins français, voilà ce qu'il nous est réservé de voir dans des années prochaines. Restons unis, dans nos syndicats, si nous voulons sortir victorieux.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La voiture d'occasion.

L'époque des longues randonnées en automobile n'est certes pas encore revenue. Mais néanmoins les jours qui commencent à rallonger, le soleil qui est déjà plus vif, nous font entrevoir Pâques et le réveil du printemps. Il n'est donc pas trop tôt pour songer à l'achat ou à l'échange de voitures, que l'on envisage pour les premiers beaux temps.

Je voudrais à ce sujet donner aux lecteurs du *Concours médical* quelques indications susceptibles de leur être utiles.

La première des choses à faire quand on vous propose une voiture d'occasion, c'est de démontrer au vendeur que l'on n'est pas disposé à se laisser tromper sur sa date de sortie de l'usine. Pour cela, on aura soin de relever le numéro de série, qui est toujours gravé sur le moteur, en vérifiant s'il correspond bien avec celui porté sur la plaque fixée sur le tablier de la carrosserie, en même temps que la force en chevaux, le type, etc.

S'il n'y a pas similitude, il est clair que quelqu'un a eu intérêt à se procurer une fausse plaque afin de faire croire à une voiture de fabrication plus récente. Le vendeur peut fort bien ne pas être l'auteur de cette substitution, mais naturellement, ses prétentions doivent nécessairement s'en ressentir.

Une visite ou une lettre au constructeur s'impose ensuite pour connaître la vraie date de mise en circulation de la voiture.

Quand on sera fixé sur ce point capital, il faudra s'assurer que le châssis ne porte aucune soudure à l'autogène, ni aucune patte de renforcement à la suite d'une rupture quelconque, accident si fréquent à notre époque, en raison du mauvais état des routes.

Il ne faut pas oublier qu'un châssis ainsi réparé perd plus de 50 % de sa valeur, et que son emploi peut présenter un réel danger, si la réparation n'a pas été parfaitement exécutée.

Il est prudent pour cette recherche de mettre la voiture sur fosse et même de demander le concours d'un mécanicien.

Un petit détail, qui échappe souvent et qui a pourtant une signification très exacte, réside dans l'état extérieur des pédales.

Si les striures de ces pédales sont encore très visibles, il y a bien des chances que la voiture ait peu roulé.

Dans le cas contraire, vérifier en même temps, la résistance des ressorts de rappel, et, s'il y a faiblesse et, de plus, jeu latéral, en conclure un kilométrage élevé.

Bien entendu, cette remarque n'est valable en ce qui concerne les striures que si les pédales ne sont pas recouvertes de caoutchouc.

Pour l'examen du moteur, il est prudent d'arriver si possible à l'improviste chez le vendeur et de préférence le matin par temps frais.

Si le départ à froid est facile, il y a gros à parier, en effet, que la compression, la carburation et l'allumage sont en bon état.

Une fois le moteur en route, ne pas accélérer du tout pendant quelques minutes. Le moteur doit continuer à « tourner rond », c'est-à-dire en faisant entendre un ronronnement doux et régulier, et non pas une sorte de bruit de galop de cheval.

Il ne doit pas « caler » de lui-même.

Bien qu'en conditions normales cela ne doive pas être fait, on accélèrera brusquement et à fond. Cette manœuvre ne doit pas « étouffer le moteur ». En quelques secondes, les reprises devront s'opérer et l'accélérateur lâché, le moteur devra reprendre son régime de ralenti sans difficulté.

Au moment des accélérations, on s'assurera que le tuyau d'échappement ne dégage pas de fumée noire, ni blanche, ce qui indiquerait un mauvais réglage de la carburation par excès ou manque d'essence.

La fumée qui s'échappera devra être à peine visible. Je ne signale que pour mémoire les nuages de fumée causés par un excès d'huile, que tous les automobilistes savent reconnaître.

Arrêter alors le moteur, et prier le vendeur de vous ouvrir la boîte de vitesses et le pont-arrière.

Sans craindre de vous salir les mains, introduisez-les avec précaution dans les carters, et patiemment, doucement, en évitant tout déplacement de la voiture ou des leviers qui pourrait vous faire blesser pendant que vos mains y sont engagées, rendez-vous bien compte de l'état des pignons, surtout de la première et de la deuxième vitesse.

Un biseautage des dents de ces pignons serait une preuve irréfutable d'un long service.

Assurez-vous aussi que les vitesses « passent » facilement, ce qui sera le cas si les pignons sont peu usés et s'ils n'ont pas de jeu sur leur arbre.

Nous verrons, dans une prochaine chronique, comment effectuer les essais sur route.

Dr M. T.

AU THÉATRE

Il sait. — Passionnément ! — Le lit nuptial. — Azaïs. Le Chasseur de chez Maxim's. — Divers.

Pièces nouvelles, pièces reprises, pièces continuant à voguer en plein succès ; tel est le bilan de la semaine auquel il faut ajouter l'ouverture d'une scène nouvelle : *La Maison des A.T.I.* « L'aide aux travailleurs « intellectuels » que l'infatigable et charmant Xanrof, plus que jamais épris d'altruisme, a décidé de conduire au triomphe avec des pièces de jeunes et des acteurs auxquels il demande d'être, avant tout, des artistes. Véritable succès pour un petit acte de Camille Oudinot bien écrit et bien joué : *Il sait*, dans lequel des drames de famille prennent naissance d'un quelconque refrain fredonné par taquinerie : « Je sais bien quelque chose, mais, je ne le dirai pas », à la suite duquel tout le monde est tellement convaincu qu'« IL » sait quelque chose, que chacun grille du désir de connaître ce quelque chose qui n'existe pas, et enrage frénétiquement de n'en pas être pris pour l'unique confident !

Au Théâtre de La Michodière, Edmond Roze a mis en scène avec le goût délicat dont il est coutumier, trois actes nouveaux de comédie : *Passionnément*, remarquables par l'association rare d'une musique vertigineuse d'André Messager, dont le talent sûr et souple de l'exquise Jeanne Saint-Bonnet pouvait seul traverser comme en se jouant, les difficultés techniques, tout en satisfaisant à la difficile gymnastique d'un double rôle très chargé et de jeux de scène compliqués, et d'un livret de MM. Hennequin et Willemetz d'une très belle tenue avec des situations comiques nombreuses émaillées de beaucoup d'esprit. L'Américain milliardaire Stévenson veut acheter au Français Robert Perceval, des terrains dont ce dernier ignore la valeur ; il s'embarque sur son yacht avec sa très jolie jeune femme à laquelle il impose « perruque blanche et lunettes noires ». A l'arrivée, Perceval, rencontrant sur le pont la dame sans perruque ni lunettes, en tombe éperdument amoureux et lui déclare si passionnément sa flamme qu'il apprend d'elle, en confidence, qu'elle est la propre nièce de Stévenson (mais une nièce qui ne doit pas descendre à terre)... et quand le milliardaire et sa femme viennent, le lendemain, dîner chez lui, c'est à Mme Stévenson « perruque blanche et verres noirs » qu'il découvre son amour en la suppliant de décider sa nièce à l'épouser. Et tout le monde sera content puisque Stévenson divorcera pour rendre le mariage possible après avoir réglé, par une cordiale association, à la satisfaction de tous, la question des terrains.

En revanche, c'est en plein drame qu'à la Renaissance, M. Charles Méré nous transporte, avec LE LIT NUPTIAL, subtil enchaînement de sentiments parfois contradictoires, tournant autour de la théorie de l'imprégnation morale de la femme par le premier homme qui l'a possédée et dont la pensée, malgré d'autres amours, aventures ou mariage, demeurera liée à celle du seul et véritable lit nuptial. Principe contestable, certes, comme tous les principes, mais qui n'a rien d'invraisemblable et que M. Charles Méré présente avec tant de talent que sa pièce est une véritable observation de plus à l'appui de l'idée initiale dont il ne semble pas qu'il ait voulu faire une thèse à caractère général. Pierre Moreuil vient d'épouser Hélène qui lui avoue, le soir des noces, avant de se donner à lui, qu'elle a déjà eu « une fois » un amant ; elle ajoute même qu'il est mort : Pierre pardonne, tout en restant obsédé par la jalousie. A Dinard, sur la plage, rencontre du ménage Didier de Chauvigny : Hélène se trouble, Pierre devine. Didier veut la reprendre, elle refuse ; il la poursuit chez elle, elle se révolte, et le hait... Pierre survient, saute à la gorge de Didier, qui tombe à demi étouffé ; Hélène s'élance.. Elle s'aperçoit qu'elle l'a toujours aimé malgré elle. Et quand elle vient supplier la femme de Didier d'emmener bien loin son mari, c'est celle-ci qui la remet, douloureuse, aux bras de Pierre, emportant l'aveu qu'elle doit, plus tard (beaucoup plus tard), redire à Didier qu'Hélène n'a jamais pu l'oublier. On sent quelle occasion magnifique le rôle d'Hélène offre à Madame Simone d'exposer, dans toute leur ampleur, ses admirables qualités de sensibilité de passion contenue et d'ardeur pathétique, admirablement aidée par M. Charles Royer, dont le talent, fait de tenue et de sobriété élégante en même temps que d'autorité, a donné au rôle de Pierre Moreuil la note exacte et vivante.

J'enregistre avec plaisir, la continuation de l'immense triomphe aux Variétés, de la comédie de MM. Georges Berr et Louis Verneuil : AZAÏS, une des pièces les mieux construites de ces deux auteurs et dont le premier acte, notamment, est tout à fait hors de pair. Mlle Marcelle Lender, MM. Max Dearly et Pierre Juvenot déploient, en liberté, sur un texte qu'on dirait fait exprès, leurs brillantes qualités comiques, et il apparaît fort agréable de trouver un Max Dearly presque assagi, tirant des effets d'un comique plus irrésistible encore qu'à l'ordinaire tout en gardant toutes ses originalités, en composant, presque sans forcer la note, un personnage qui atteint son maximum de piquant, mais qu'il aurait pu aisément diminuer s'il l'avait tant soit peu forcé. Azaïs est le nom d'un philosophe qui affirme que chaque vie comporte autant de jours de veine que de jours de « cerise » et c'est dans cette affirmation,

à lui faite par la fille du riche Baron, Mlle Suzette (la délicieuse Blanche Montel) dont il est le professeur de piano qu'André Lefaur (Félix), puise l'audace qui lui permet, après avoir été amant de la baronne, directeur de Casino, fiancé d'une milliardaire, de devenir (tout simplement parce que M. Louis Verneuil aime à flirter avec la petite fleur bleue), le mari de son élève qui l'a aimé dès le premier jour pour sa gaucherie de professeur pauvre.

Reprise brillante par *La Cigale*, du *Chasseur de chez Maxim's*, le désopillant Vaudeville d'Yves Mirande et de Gustave Quinson, où Prince retrouve son succès habituel ; continuation, à la Gaité lyrique (où l'on devait reprendre « *La Fille de Madame Angot*, en attendant la mise au point de « l'Homme qui a vendu son âme au diable ») du triomphal succès du *Petit Duc*, magistralement interprété par Mlle Louise Dhamarys et M. Henry Jullien ; continuation, également, au Théâtre Michel, où Mlle Spinelly remporte, dans *Le Dompteur*, la plus sensationnelle des victoires. Triomphe d'artiste et triomphe personnel. A Gaity Theatre, soirée de fou rire et d'art voluptueusement lascif avec *Le shah de Madame* ; au Moulin Bleu, spectable très riche, l'*Orgie païenne* ; au Théâtre de l'Avenue, *La femme du jour*, où Maud Loty est au moins égale à son originalité habituelle. Au Palace, il faut voir jouer et danser Grock, et entendre les gais couplets de « *Couches-tu donc chez ta tante* » complément logique et nécessaire du Concert Mayol, avec Mlle Parisys.

Au cinéma, nombreuses présentations de films et notamment au Théâtre Mogador, l'*Aigle noir*; à l'Artistic Cinéma, *Poil de carotte*, des Cinématographes Phocéa, tragédie bourgeoise tirée des Œuvres de Jules Renard ; *La flamme victorieuse*, de la Société des Films First National ; et *Tom le vengeur* des établissements Fox Film.

J'allais oublier, parce que c'est sur toutes les lèvres, *Trois jeunes filles nues*, aux Bouffes-Parisiens ; *Mozart*, de Sacha Guitry, au Théâtre Edouard VII, avec une adaptation musicale très réussie de M. Raynaldo Hahn ; Mlle Yvonne Printemps y représente le plus gracieux Mozart, tandis que M. Sacha Guitry y fait le Grimm le moins « grimé » qui se puisse.

A Marigny, fou succès continu de *Monsieur Beaucaire*, où, entre autres morceaux de choix, le duo de la toute gracieuse Renée Camia, incomparable de joliesse élégante et de M. Pujol, est l'objet de rappels prolongés, inusités et de tous points justifiés. On comprend la foule d'étrangers désirables qui se presse, à Paris, incomparable groupement permanent des plus beaux spectacles dans tous les genres. Quelle tristesse de ne pouvoir être partout à la fois !

Dr G. Paul-Manceau.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration (29 *décembre* 1925).

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont ; Mignon, Gassot, Noir ; Duchesne ; Pamart ; Levassort ; Huguenin ; Mazeroux et Boudin, *secrétaire*.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

Combinaison MA et B.

22	Seney	Alpes-Maritimes	11 jours	110 fr
34	Parmentier	Var	3 mois	300 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
84	Girod	Haute-Savoie	57 jours	570 »
97	Heurteau	Loiret	6 mois	600 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
162	Bilhaut	Paris	un mois et 27 jours chr.	189 90
164	de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
168	Bouchard	Gironde	27 jours	270 »
175	Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	Houdart	Cotes-du-Nord	3 mois	300 »
211	Camus	Finistère	21 jours + un jour chr.	213 35
219	Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236	Herlaud	Côtes-du-Nord	48 jours	480 »
255	Demmler	Oise	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
264	Lardeux	Seine-et-Oise	18 jours	180 »
311	Rouvier	Isère	3 moiss	300 »
341	Chabanon	Lozère	3 moi	300 »
			à Reporter	6.513 25

			Report	6.513 25
348	Miltas	Creuse	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
441	Frenkel	Haute-Garonne	19 jours	190 »
446	Rollet	Haute-Marnes	27 jours	270 »
488	Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
520	La Bonnardiere	Var	un mois	100 »
524	Fraikin	Seine	28 jours	280 »
534	Epron	Vendée	3 mois	300 »
535	Cunnac	Pyrénées-Oriental	6 mois	600 »
547	Clisson	Maine-et-Loire	un mois et 28 jours chr	193 90
592	Lecocq	Nord	un mois et 3 jours chr	110 »
653	Duhamel	Aube	14 jours	140 »
688	Monmarson	Paris	un mois et 2 jours	106 65
696	Cézilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
796	Poitevin	Somme	19 jours	190 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
712	Laffage	Côte-d'Or	29 jours	290 »
762	Guilhon	Loire-Inférieure	40 jours	400 »
828	Mercier	Paris	31 jours	310 »
832	Bruneau	Seine-et-Marne	50 jours	500 »
833	Pillière	Ardennes	3 mois	300 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
837	Bécour	Nord	6 mois	600 »
839	Girodolle	Corrèze	3 mois	300 »
848	Galand	Nord	40 jours	400 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
864	Guisset	Hérault	11 jours	110 »
900	Duclos	Paris	3 mois	300 »
920	Larroque	Aube	20 jours	200 »
991	Odin	Loire	30 jours	300 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1063	Tanguy	Finistère	11 jours	110 »
1232	Lert	Var	19 jours	190 »
1239	Versepuy	Puy-de-Dôme	28 jours	280 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1274	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1299	Dircksen	Seine	2 mois et 18 jours chr	259 9[illegible]
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1401	Joly	Allier	6 mois	600 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	60 jours + 4 jours chr	613 3[illegible]
1412	Millot	Seine-et-Marne	31 jours	310 »
1537	Casenave	Basses-Pyrénées	11 jours	110 »
1573	Lecouillard	Manche	3 mois	300 »
1587	Lacomme	Saône-et-Loire	20 jours	200 »
1668	Maurat	Lozère	4 mois et 6 jours chr	420 »
1675	Frénel	Oise	3 mois	300 »
1678	Cambillet	Oran	18 jours	180 »
1703	Mons	Constantine	20 jours chr	66 6[illegible]
1743	Pons	Var	30 jours	300 »
1769	Charlin	Doubs	27 jours	270 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1853	Cattin	Morbihan	3 mois	300 »
1896	Roure	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
1908	Triquenaux	Nord	60 jours + 13 jours chr	643 30
1942	Ruais	Yonne	16 jours	160 »
1968	Moré	Finistère	10 jours	100 »
			Total	24.913 6[illegible]

Combinaison MAD.

26 VIRE	Isère	21 jours	420 »
39 LAUGIER	Alpes-Maritimes	18 jours + 2 mois et 4 jours chr.	786 65
53 BOUCHET	Basses-Pyrénées	26 jours	520 »
83 COURTOT	Belfort	24 jours	480 »
107 BENTKOWSKI	Gard	59 jours	1180 »
119 ESCALLIER	Yonne	17 jours	340 »
135 LALAURIE	Aude	20 jours	400 »
166 CASTEL	Finistère	45 jours	900 »
170 GOIRAND	Isère	7 jours	140 »
191 BARRIÉ	Hérault	21 jours	420 »
213 CABIRAN	Gers	9 jours	180 »
237 PERRION	Paris	60 jours + 12 jours chr.	1.279 90
346 Mlle CABANIS	Oran	46 jours	920 »
358 MAINSBUCQ	Loir-et-Cher	9 jours	180 »
524 FRAIKIN	Seine	28 jours (1/2)	280 »
697 POITEVIN	Somme	19 jours (1/2)	190 »
1537 CASENAVÉ	Basses-Pyrénées	11 jours (1/2)	110 »
1703 MONS	Constantine	20 jours chr (1/2)	66 60
1769 CHARLIN	Doubs	27 jours (1/2)	270 »
1853 CALTIN	Morbihan	3 mois (1/2)	300 »
1908 TRIQUENAUX	Nord	60 jours + 13 jours chr (1/2)	643 30
1942 RUAIS	Yonne	16 jours (1/2)	160 »
1968 MORÉ	Finistère	10 jours	100 »
		Total	10.266 45

Le Conseil inflige une amende de 40 francs aux sociétaires 535 et 837 pour retards dans leurs déclarations.

Combinaison P.

Le Conseil alloue la somme de 1200 francs à M. le Dr du Fayet de la Tour pour sa pension de l'année 1926.

Combinaison P.

Le Conseil alloue pour leurs pensions de l'année 1926 les sommes suivantes à MM. :

10 Laurent, Alpes-Maritimes	1.200
39 Liguan, Bouches-du-Rhône	1.200
77 Scheydt, Hérault	1.200
23 Bonnefous, Aveyron	1.200
70 Meyer, Seine-et-Oise	1.200
101 Patron, Oran	1.200
7 Pardoux, Paris	1.200
9 Cornet, Paris	480
78 Pelissié, Lot	1.200
Total	9.240

Le Conseil ordonnance le remboursement de la somme de 2.400 fr. montant des cotisations contre assurées versées par le Dr La Bonnardière, décédé.

Combinaison V.

Le Conseil alloue pour leur pension du 4e trimestre 1925 les sommes suivantes à Mesdames :

4 Vve Lepage, Paris	150
38 Mme Gillette, Calvados	150
43 Vve Chevreux, Paris	150
45 Vve Valot, Hautes-Alpes	60
51 Vve Rousselot, Marne	150
13 Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100
Total	760

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA.

MM. les docteurs Loyer, Midon, Ballet, Floquet et Lecat.

Combinaison MAD.

MM. les docteurs Loyer, Midon, Ballet, Floquet Vauzelles et Prentout.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA.

MM. les docteurs :

CHAVOIX, de Bordeaux.
GRIFFAULT, de Passage-d'Agen, (Lot-et-Garonne).
ABITBOUL, de Aïn-el-Hedjar (Oran).
PLAISANT, du Mans.
PASSET, de Pamiers (Ariège).
MENGUY, de Sancerre (Cher).
TAPHANEL, de Recquignies (Nord).
JACQUIER-BRET, de Vif (Isère).
TARRIERE, de Malaucène (Vaucluse).

Combinaison MAD.

MM. les docteurs :

COLARD, d'Ornans (Doubs).
DUBROCA, de Lacanau-Médoc (Gironde).
VOISIN, de Ste-Maure-de-Touraine (Indre-et-Loire).
FONTENEAU, de Crazannes (Charente-Inférieure).
RUNEL, de Soisy-sur-Ecole (Seine-et-Oise).
CHAVOIX, de Bordeaux.
GRIFFAULT, de Passage-d'Agen (Lot-et-Garonne).
LUNEAU, de Nantes.

Foubert, de Chartres.
Abitboul, de Aïn-el-Hodjar (Oran).
Plaisant, du Mans.
Ferriot, de Saïda (Oran).
Michel, de Satillieu (Ardèche).
Szkolnik, de Vigneulles (Meuse).
Passet, de Pamiers (Ariège).
Tarbouriech, de Tarascon (Bouches-du-Rhône).
Taviani, d'Ajaccio.
Menguy, de Sancerre (Cher).
Taphanel, de Recquignies (Nord).
Jacquier-Bert, de Vif (Isère).
Tarrière, de Malaucène (Vaucluse).

M. le Dr Colard, prendra rang à la date du 1er octobre 1926, époque à laquelle son admissoin provisoire avait été décidée par le bureau.

Les admissions définitives de ces membres seront prononcées dans la séance de fin mars.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P.

MM. les docteurs :

Voisin, de Ste-Maure-de-Touraine (Indre-et-Loire).
Luneau, de Nantes.
Plaisant, du Mans.

Mesdames :

Voisin, de St-Maure-de-Touraine.
P. Dalban, de Grenoble.
L. Dalban, de Grenoble.

Combinaison R.

MM. les docteurs :

P. Dalban, de Grenoble.
L. Dalban, de Grenoble.
Plaisant, du Mans.
Audan, de Grenoble.

Mesdames :

Audan, de Grenoble.
Gassot (M.), de Chevilly (Loiret).
M. le Dr Debidour, de Paris, augmente le nombre de ses parts.

Combinaison V.

M. le docteur :

Plaisant, du Mans.

M. le Dr Gassot, trésorier, entretient le Conseil des travaux préparatoires de l'inventaire actuariel qui sera dressé au 31 décembre 1925 en conformité des statuts.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, poursuit son travail sur la morbidité médicale.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire. P. Boudin.

Le président, A. Maurat.

L'ORDRE DES MÉDECINS EN BELGIQUE

La question semble momentanément en sommeil en France.

Il faudra bien qu'elle fasse l'objet d'un vaste débat dans les syndicats médicaux et qu'elle recoive une solution.

En Belgique, elle est également à l'ordre du jour.

Je m'en étais un peu entretenu aux journées médicales de Bruxelles, en juin 1923, avec mon très distingué confrère et ami le Dr Van Langendonck, secrétaire de la commission médicale de Bruxelles.

Pour notre propre documentation, j'ai grand plaisir à reproduire le magistral travail qu'il a publié dans *Le Scalpel* des 3, 10 et 17 octobre dernier.

G. Duchesne.

Ordre des Professions Médicales et Conseils de Discipline

Par le Dr Van Langendonck,

Secrétaire de la Commission Médicale de Bruxelles

Depuis quelque temps, la création d'un Ordre des Médecins est de nouveau soulevée par ceux qui s'intéressent aux destinées du corps médical.

Cette question n'est pas nouvelle. Périodiquement on la discute dans les publications, les réunions professionnelles ou les congrès : on émet un vœu généralement favorable et tout retombe dans le silence jusqu'à ce que, sous l'influence de préoccupations nouvelles, le problème se pose à nouveau. Cette insistance prouve que l'Ordre est dans les vœux de la plupart d'entre nous, cette impuissance à le réaliser tend à faire croire que la conception que nous en avons est défectueuse. De fait, il en est ainsi, les uns lui demandent plus qu'il ne peut donner, les autres, à cause des lacunes inévitables qu'il présente, lui dénient toute utilité, certains ont des scrupules d'ordre constitutionnel, beaucoup ignorent les nécessités administratives et légales exigées par son organisation et son fonctionnement.

Pourtant, nous croyons qu'un Ordre s'impose parce que la pléthore professionnelle, les difficultés de l'existence, l'abaissement du niveau moral, le caractère vétuste de la loi de 1818, rajeunie, il est vrai, par quelques lois partielles et arrêtés royaux, rendent nécessaire, plus encore dans l'intérêt des malades que dans celui des praticiens, la surveillance des professions médicales.

Ce contrôle ne devrait pas s'exercer sur les seuls médecins ; il serait inadmissible qu'ils réclamassent,

pour eux, des dispositions qui ne s'appliqueraient pas à tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art de guérir. Ce faisant, ils donneraient à croire que leurs qualités morales sont inférieures à celles des autres praticiens. Nous estimons que, si l'on décide de la création d'un Ordre, cette mesure doit être étendue aussi aux pharmaciens, dentistes et accoucheuses et, pour respecter une tradition consacrée par l'organisation des Commissions médicales, aux vétérinaires.

Nous espérons pouvoir démontrer qu'il est possible de créer, sans grandes difficultés, cet Ordre des professions médicales.

Les considérations que nous émettrons à ce propos concerneront surtout l'exercice de la médecine ; la chose est naturelle, nous manquons de précisions au sujet de ce qui se passe chez nos voisins. Toutefois nous croyons que cette lacune n'a pas une importance bien grande ; la situation de toutes les professions médicales est analogue, et ce qui est dit pour les médecins peut s'appliquer, dans une certaine mesure, à tous ceux qui exercent une partie de notre art.

L'armement professionnel, dont nous disposons actuellement, est bien insuffisant.

Les *Unions professionnelles* sont composées de membres qui en font partie à titre bénévole ; échappent à leur action, ceux qu'il importerait surtout d'y soumettre. Leur compétence est restreinte et leurs sanctions purement morales. Encore, ces sanctions ne sont-elles pas unanimement acceptées ; certains y répondent, soit par le dédain, soit par une démission qui parfois même les précèdent ; la plus sévère de toutes, l'exclusion, n'est contestée que si elle est de nature à faire craindre un préjudice matériel.

La *Fédération Médicale* n'a pas une influence plus grande. Son activité se borne à codifier les décisions qui paraissent conformes aux intérêts généraux du corps médical ou à donner certaines directives aux Unions professionnelles.

Elle n'a aucun pouvoir sur les individus ; les Unions elles-mêmes sont libres de se soustraire à son action.

Les *Commissions médicales* ont des attributions plutôt administratives et légales. Elles rendent des services dont il ne faut pas méconnaître l'importance parce qu'elles sont spécialement qualifiées pour la surveillance des professions médicales. Mais leurs prérogatives sont généralement limitées par les lois et règlements sur la matière ; les règles de la déontologie leur échappent quand elles ne constituent pas de véritables infractions contraires à l'ordre public.

Pourtant, elles sont souvent consultées, soit par l'administration de l'hygiène à propos des intérêts généraux des professions médicales, soit par des tribunaux au sujet de certains intérêts privés, par exemple les fautes professionnelles et les contestations d'honoraires ; toutefois, leur intervention n'a jamais que la valeur d'un avis auquel les juges se rallient généralement, mais sans obligation de leur part.

De tout cela il résulte que ce dont nous disposons ne répond que très imparfaitement aux nécessités de l'heure.

Est-il possible de perfectionner notre outillage ?

Nous le croyons d'autant mieux que d'autres professionnels jouissent — légalement — d'organisations meilleures que les nôtres.

Les Tribunaux de commerce, les Conseils de Prud'hommes, l'Ordre et le Conseil de discipline des avocats en sont des exemples.

Les juges des *Tribunaux de commerce* sont élus par leurs pairs ; ils connaissent de toutes les affaires commerciales, tout en étant guidés dans leur mission par un magistrat de carrière dont le rôle se borne d'ailleurs à rédiger les arrêts et à veiller à ce que les lois soient observées.

Les *Conseils de Prud'hommes* sont institués pour régler, par voie de conciliation ou de jugement, les différends qui s'élèvent entre ouvriers ou entre ceux-ci et les patrons. Leurs membres sont nommés par les patrons et les ouvriers. Avant de passer devant les conseils, toutes les affaires sont soumises à un bureau qui a pour mission de tenter la conciliation des parties.

Les *Conseils de discipline de l'Ordre des Avocats* veillent à la conservation de l'honneur de l'Ordre, s'efforcent de maintenir, parmi les membres, les principes de probité et de délicatesse qui font la base de la profession, répriment, par voie disciplinaire, les infractions et les fautes, sans préjudice de l'action des tribunaux, s'il y a lieu, se prononcent sur la taxation des honoraires, en cas de contestation à leur sujet.

Les membres de ces Conseils sont désignés par les avocats eux-mêmes ; ils sont convoqués par le bâtonnier ; les séances sont présidées par lui.

Ils délibèrent sur les plaintes des parties, mais aussi sur les réquisitions écrites du Ministère public.

Ils peuvent : avertir, censurer, réprimander, interdire, pour une année au plus, exclure ou rayer du tableau de l'Ordre.

Toute décision portant interdiction, exclusion ou radiation est transmise par le bâtonnier au Procureur général qui en assure l'exécution.

Le procureur général peut demander une expédition de toute sentence d'absolution.

L'avocat censuré, réprimandé, interdit ou rayé, peut se pourvoir devant la Cour d'appel.

Chacune de ces juridictions constitue un Tribunal d'exception. En les instituant, le législateur n'a pas cru déroger aux prérogatives constitutionnelles. Il a pourtant toujours pris les mesures nécessaires pour leur assurer la stabilité nécessaire, le fonctionnement régulier et constant ; il a prévu, pour ceux qui y sont soumis, un recours auprès des tribunaux régulièrement constitués.

Les dispositions que nous venons de passer en

revue nous serviront de guide pour celles que nous préconisons.

ORDRE DES PROFESSIONS MÉDICALES.

Dans l'esprit de ceux qui en désirent la création, l'Ordre serait chargé de défendre les intérêts de ceux qui en font partie.

Le médecin, par exemple, doit vivre de sa profession ; il est naturel qu'il défende ses intérêts matériels compromis par les difficultés de l'existence et par la concurrence de ceux qui, sans titres légaux ou sans titres suffisants, empiètent sur des prérogatives qu'il a légitimement conquises.

Mais il ne considère pas sa profession comme un simple métier ; il veut que son art soit respecté par le public, et pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire que tous ceux qui l'exercent pratiquent avec honneur et dignité.

La défense de ces intérêts matériels et moraux est-elle de la compétence d'un Ordre ?

Eventuellement, quelles peines pourrait-on appliquer à ceux qui compromettent ces intérêts ?

Comment sanctionner les décisions prises ?

Par quelle organisation assurer le fonctionnement de l'Ordre ?

Compétence de l'Ordre.

A des titres divers, les points suivants touchent aux intérêts de ceux qui exercent une branche de l'art de guérir.

Théoriquement, ils pourraient être de la compétence d'un Ordre.

1. *Intérêts corporatifs.* — Par ces mots, nous entendons le respect du libre choix du médecin traitant par les mutualistes et, éventuellement, par les assurés sociaux, la fixation d'un tarif minimum pour ces malades et pour les prestations les plus usuelles dans la clientèle privée.

2. *Délits de droit commun.* — Le vol, le meurtre, la collusion, l'avortement, l'exercice illégal, les fautes professionnelles rentrent dans cette catégorie de délits.

3. *Déontologie professionnelle.* — Nous appelons ainsi la correction du praticien dans la pratique de son art (annonces, procédés charlatanesques, etc.).

4. *Déontologie inter-professionnelle.* — C'est-à-dire la correction des rapports mutuels entre les médecins et les personnes exerçant une branche accessoire de l'art de guérir (pharmaciens, dentistes, accoucheuses).

5. *Déontologie confraternelle.* — Il s'agit ici de la correction des relations entre les médecins dans l'exercice de leur profession.

6. *Contestations d'honoraires.*

Toutes ces questions sont-elles de la compétence d'un Ordre ?

Nous ne le pensons pas.

Il ne faut pas oublier qu'un Ordre doit avoir une existence légale. Nous pouvons le demander, nous ne pouvons le créer ; c'est au législateur qu'il appartient de prendre les dispositions qui lui permettront d'exister, de formuler des décisions, de prendre des sanctions.

Mais le législateur ne peut intervenir en l'espèce que s'il entrevoit un intérêt public ou social à son intervention.

Un intérêt social, comme dans l'institution des Conseils de Prud'hommes, un intérêt public comme dans l'organisation de l'Ordre des Avocats et des Tribunaux de Commerce.

La collectivité a, évidemment, un avantage réel à ce que les professions médicales soient exercées avec honneur et dignité ; ces conditions ne seront réalisées que si ceux qui exercent ces professions ont, de leur honneur professionnel, une conception suffisante et conforment leur conduite à cette conception.

C'est dans un intérêt supérieur que le législateur peut admettre que soit exercé, sur la conduite de ces personnes, un contrôle qui diffère de celui que les lois existantes exercent sur les citoyens en général.

Si ce contrôle sert en même temps des intérêts particuliers, c'est une conséquence heureuse, mais ce n'est pas la raison pour laquelle l'Ordre reçoit une consécration légale et certaines prérogatives.

Indépendamment de ces considérations, le législateur doit veiller à ce que l'institution exceptionnelle ainsi créée ne porte pas atteinte à certaines dispositions légales ou constitutionnelles qui sont le patrimoine de tous les citoyens.

Dès lors, quelle sera la situation relativement aux divers points que nous avons énumérés plus haut ?

En ce qui concerne les *intérêts corporatifs*, c'est-à-dire ceux qui font l'objet des préoccupations des Unions professionnelles, le législateur ne pourra pas, et ne voudra pas les confier à un Ordre.

Il ne le pourra pas parce que son intervention transformerait l'Ordre en un véritable syndicat obligatoire et que la loi du 24 mai 1921 — remplaçant l'article 310 du Code pénal — garantit la liberté d'association.

Il ne le voudra pas parce qu'il craindra la puissance de ce syndicat et qu'il aurait des motifs de croire que cette force s'exercerait en faveur des professionnels contre ceux qui doivent recourir à leur intervention.

Quant aux *délits de droit commun*, il est de toute évidence qu'il ne serait point admis qu'ils fussent jugés par des tribunaux d'exception.

Pourtant, certains actes d'exercice *illégal*, commis par des personnes exerçant une branche de l'art de guérir et qui empiètent sur les prérogatives d'autrui, n'ont pas la gravité des véritables infractions de l'espèce ; ils pourraient être soumis aux Conseils de discipline de l'Ordre.

Il en serait de même pour certaines *fautes professionnelles* légères qui constituent plutôt des manquements aux principes de la déontologie professionnelle.

On voit donc que — à notre avis du moins — la compétence légale d'un Ordre et des Conseils de discipline qui en seraient l'émanation se réduirait aux infractions relatives à la *déontologie professionnelle, inter-professionnelle et confraternelle.*

Il pourrait en être de même pour les *contestations d'honoraires.*

Même dans ces cas limités, il ne faut pas se dissimuler que toute sanction grave serait susceptible d'appel devant les tribunaux.

Faut-il en conclure que la création d'un Ordre serait inutile ?

Non pas.

Sans doute, l'Ordre ne pourrait combler les lacunes de nos organisations professionnelles.

Nous sommes presque tentés de nous en réjouir. Nos Unions resteront debout avec leurs imperfections, mais avec leurs qualités aussi. Nous y serons chez nous, complètement... toute ingérence étrangère compromettrait leur existence et leur raison d'être actuelle.

D'ailleurs, ne serait-ce rien que de pouvoir étendre les principes de la déontologie à ceux qui, en ce moment, y échappent ? La perspective d'une sanction disciplinaire inciterait à la prudence les praticiens qui ne sont pas disposés à accepter spontanément l'action de nos Unions. L'Ordre ferait de l'hygiène morale préventive.

Ne serait-ce rien que de pouvoir, à la faveur des dispositions que nous dirons plus loin, trancher les différends qui surgissent entre les diverses personnes exerçant une branche de l'art de guérir ?

En matière de délits de droit commun, l'Ordre ne pourrait certes pas prendre l'initiative des poursuites et de la peine civile, mais il semble possible d'ajouter à cette peine une sanction disciplinaire, telle la suspension ou la radiation du tableau. L'Ordre des Avocats exerce cette action.

Des sanctions.

Un projet de loi, déposé en 1899, relatif à la transformation des Commissions médicales en conseils de discipline, prévoyait pour ceux-ci le droit d'avertissement, de réprimande ou de censure. L'exposé des motifs émet, à ce sujet, les considérations suivantes : « Les Conseils de discipline ne se comprennent d'habitude qu'avec des pouvoirs très étendus, allant jusqu'au droit d'interdire, à temps ou à vie, la pratique de la profession à ceux qu'ils en jugent indignes. On a protesté contre cette autorité nouvelle, qui pourrait aller jusqu'à enlever le gagne-pain à des hommes incapables de se tourner vers une autre carrière. On a craint qu'elle pût abuser de son pouvoir pour frapper, d'une manière irrémédiable, des fautes ne comportant pas pareille sévérité.

« Il est pourtant rationnel de charger les Conseils de mettre un terme à des fautes légères, blessant la dignité et l'honneur professionnel ? N'est-il pas naturel de leur permettre, au besoin, de blâmer, de censurer ceux qui s'obstineraient dans ces fautes ? »

Heureux temps où l'on pouvait souscrire à un pareil langage, où des fautes légères seules blessaient la dignité et l'honneur professionnels, où l'on n'avait à envisager les autres que comme d'improbables hypothèses, où l'on était fondé de croire que les coupables s'inclineraient devant des sanctions purement morales !

Aujourd'hui, seule une élite s'incline devant ces sanctions. Une sanction morale ne sera efficace que si elle peut, éventuellement, être suivie d'une sanction réelle : la suspension ou l'interdiction.

Il en est ainsi pour l'Ordre des Avocats. Pour quels motifs ne jouirions-nous pas des mêmes prérogatives ? A-t-on des raisons de se méfier de notre intégrité ?

Sans doute, l'interdiction enlèverait le gagne-pain au médecin ; n'en est-il pas de même pour l'avocat ? Si l'un et l'autre sont indignes d'une profession qui, au nom de l'intérêt public, exige une intégrité morale élevée, n'est-il pas juste qu'ils soient mis, l'un comme l'autre, dans l'impossibilité de se livrer à cette profession qu'ils n'ont pas su respecter ?

Serait-il possible d'appliquer cette sanction ?

Pour le pharmacien, la fermeture de l'officine ; pour le dentiste, la mise sous scellés des instruments, seraient des mesures faciles à appliquer. L'accoucheuse et le médecin seraient plus difficiles à atteindre.

On a souvent fait, à ce propos, un parallèle entre la profession de l'avocat et celle du médecin.

L'avocat qui termine ses études se voit octroyer le titre de Docteur en droit, comme le médecin reçoit le titre de Docteur en médecine.

L'un et l'autre peuvent donner des conseils à ceux qui les sollicitent ; mais, tandis que cette faculté est pour le médecin une prérogative et l'essence de sa profession, elle n'a pas les mêmes caractères pour l'avocat. Sans doute, de par ses études, l'avocat est spécialement qualifié pour donner certains conseils, mais ces conseils, tout le monde peut les donner.

Ce qui caractérise la profession de l'avocat, c'est la faculté de plaider ; il est aisé de lui interdire de se présenter devant les tribunaux, il est difficile, sinon impossible d'empêcher un médecin de conseiller un malade.

Cette objection a une valeur réelle, mais la difficulté n'est pourtant pas insurmontable.

Au surplus, quand bien même cette sanction ne serait pas applicable dans toute sa rigueur, il n'en est pas moins vrai que celui qui en serait l'objet subirait, dans l'exercice de son activité, des entraves assez sérieuses pour que la peine lui fût réelle.

On peut, en tout cas, empêcher le praticien suspendu ou interdit de donner ouvertement des conseils et rendre ces conseils éventuels à peu près inopérants.

Pour le premier objet, il suffirait de lui interdire de porter le titre de son diplôme et de disposer que seuls sont autorisés à pratiquer la profession corres-

pondant au titre ceux qui ont la faculté de s'en prévaloir. Chacune des interventions du médecin (ou de l'accoucheuse) serait passible des peines prévues pour l'exercice illégal.

Pour le second, on défendrait aux pharmaciens d'exécuter les prescriptions des praticiens frappés de la peine.

Le médecin interdit ou suspendu pourrait s'associer avec le porteur d'un diplôme.

Sans doute, mais le diplômé qui en agirait ainsi se rendrait coupable de complicité d'exercice illégal. Ce délit n'existe pas en Belgique. Il faudrait le créer à l'exemple de la France où la loi de 1892 l'a sanctionné des mêmes peines que l'exercice illégal lui-même.

On s'est demandé parfois si la suspension et l'interdiction sont des mesures que l'on peut légalement appliquer en matière médicale.

La réponse à cette question n'a pas une importance bien grande.

Le législateur peut évidemment rendre légale une disposition qui n'a pas encore été prise.

Il n'est pourtant pas sans intérêt de dire qu'il y a des précédents à ce sujet :

La loi de 1818 prévoit cette peine en ses articles 19 et 20. Il en est de même pour l'article 33 du Code pénal et la loi du 9 juillet 1858. La loi du 24 février 1921, relative au trafic des stupéfiants, dispose de la même sanction.

La mesure que nous préconisons n'est donc pas une innovation.

(A suivre.)

Un programme d'études déontologiques et professionnelles.

Secrétariat social catholique, 16, *rue du Plat à Lyon.*

La section médicale et biologique du secrétariat social catholique du Sud-Est, 16, rue du Plat, à Lyon, a repris ses travaux. M. le Dr René Biot nous communique le programme très intéressant des études de déontologie et médico-sociales entreprises par ce groupe.

PROGRAMME : Etude de quelques problèmes moraux qui se posent au médecin au cours de son activité professionnelle.

I. — *Questions concernant le rôle du médecin devant les problèmes sociaux du travail industriel.*

Qu'est-ce que les différents milieux où s'exerce notre profession pensent du rôle du médecin ?

Connaître ces opinions faciliterait beaucoup la solution de certaines questions épineuses, parmi lesquelles est celle des assurances sociales...

Premier sujet. — Le rôle du médecin dans la vie professionnelle du travailleur.

Comment les ouvriers et employés conçoivent-ils le rôle du médecin dans leurs organisations particulières, sociétés de secours mutuels..., et dans les institutions sociales générales qui les intéressent, assurances sociales ?

Deuxième sujet. — Le rôle du médecin dans les institutions créées par les milieux industriels.

Le médecin d'usine... Le problème de la santé du travailleur et de sa famille par rapport à l'organisation de l'industrie... Institutions patronales (initiatives privées ou organisations d'ensemble) visant le facteur humain et familial dans l'industrie... Rapport entre les institutions sociales du patronat et celles de l'Etat (assurances sociales) au point de vue de la profession médicale...

II. — *Questions concernant le secret professionnel.*

Derrière ces questions sociales se cache un problème plus général : celui du respect du secret professionnel médical, sauvegarde du respect de la liberté de la personne humaine.

Ce problème peut présenter deux aspects : vis-à-vis d'autrui, vis-à-vis du malade lui-même.

Troisième sujet. — Des cas de conscience posés au médecin par le respect du secret professionnel.

Quatrième sujet. — Le malade a-t-il droit à la vérité sur son état ?

Le médecin doit-il la vérité au malade lui-même dans tous les cas ?... La doit-il en danger de mort ? Doit-on, par exemple, prévenir tout opéré des dangers possibles de l'anesthésie ?...

III. — *Questions concernant le respect de la vie.*

Ce respect peut être considéré sous divers aspects : respect de la vie des animaux, respect de la vie de l'homme, à propos duquel il y a lieu de spécifier quel doit être le respect de la vie de l'esprit.

Cinquième sujet. — La vivisection est-elle légitime ?

Quelle valeur ont en médecine humaine les résultats que donne la médecine expérimentale et comparée ?...

Sixième sujet. — Vendredi 5 février, 17 h. 45. — Est-il légitime de faire des expériences sur l'homme ?

Le médecin peut-il faire des expériences sur lui-même (Hahnemann, Ecole de l'Antiquaille, Schaudinn...) ? Peut-il en faire sur autrui (Jupille...) ? Les médicaments nouveaux..., les forces mal connues, radium, rayons X... ?

Septième sujet. — Vendredi 19 février, 17 h. 45. — Le médecin a-t-il à faire l'étude du subconscient ? si oui, comment ?... le freudisme...

Huitième sujet. — Vendredi 5 mars, 17 h. 45. — Quelles répercussions les pratiques spirites ont-elles sur la santé ?

Neuvième sujet. — Vendredi 19 mars, 17 h. 45. —

Possession et hystérie. Visions et hallucinations, Aperçu historique et définitions théologiques.

Il est inutile d'insister sur tout l'intérêt que présente un pareil programme. Toutes ces questions sont dignes de fixer l'attention de tous les médecins quelles que soient leurs croyances.

Nous devons remercier notre distingué confrère, M. le Dr René Biot, d'éveiller l'attention sur de graves problèmes qu'il convient de résoudre et sur la plupart desquels les médecins consciencieux et qui réfléchissent ne doivent guère différer d'opinion.

J. Noir.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **M. Roubakine, attaché sanitaire russe, en France.** — Le Commissariat de l'U. R. S. S. a institué, dans divers pays, des bureaux sanitaires chargés d'étudier les questions médicales et scientifiques d'intérêt public. La direction de ce poste, en France, a été confiée à M. A. Roubakine.

— **Service libre de prophylaxie mentale.** — Le Conseil général de la Seine propose de donner à ce service, nouvellement créé, le nom d'Henri Rousselle.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. le professeur agrégé Cade est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générale, en remplacement de M. Mouriquand.

— **Journées médicales tunisiennes** (Pâques 1926). — A. *Renseignements pour des Congressistes venant de France.* — Les réductions consenties aux adhérents du Congrès, qui recevront (en temps utile) une carte donnant droit à ces avantages, ne sont pas encore exactement connues — les grands réseaux français n'ont pas encore fait connaître les réductions consenties (le comité d'organisation escompte au moins 30 %). Cependant, à titre d'indication, le comité d'organisation fait connaître que : le prix du passage Marseille-Tunis-Marseille sera de 624 fr. en 1er classe et de 440 fr. en 2e classe. Sauf nouvelle réduction qui pourrait être obtenue ultérieurement. Les prix ci-dessus comportent déjà 20 % de remise sur les prix totalisés de l'aller et du retour ordinaires.

Pour arriver à Tunis le jour même de l'ouverture du Congrès, les Congressistes devront s'embarquer à Marseille par le paquebot de la Compagnie Générale Transatlantique du mercredi 31 mars 1926 (départ à 17 heures). Le retour s'effectuera : 1° par le paquebot quittant Tunis le samedi 10 avril, à 17 heures, pour les Congressistes ne prenant part qu'à l'excursion de 4 jours en Tunisie ; 2° par le paquebot quittant Tunis mardi 13 avril (via Bizerte) pour les Congressistes prenant part à l'excursion de 6 jours en Tunisie. Les Congressistes ont intérêt à retenir par lettre leurs places le plus longtemps possible à l'avance en s'adressant pour le voyage aller : à la Compagnie Générale Transatlantique, quai de la Joliette, à Marseille ; pour le retour à la Compagnie Générale Transatlantique, rue Es-Sadikia, à Tunis. — Bien spécifier la classe et le nombre de places (dames ou messieurs).

B. *Excursions de 4 et 6 jours en Tunisie.* — Le prix, approximatif, de l'excursion de 4 jours (Tunis, Sousse El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunis) sera de 650 francs environ, tous frais compris, chemin de fer, auto, hôtel, restaurant (sauf les vins), sauf augmentation du coût général de la vie. L'excursion de 6 jours (Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gafsa, Tozeur, Nefta, Sbeïtla, Kairouan, Tunis) coûtera approximativement 950 francs environ, tous frais compris, sauf augmentation du coût général de la vie.

N. B. — Ces prix comportent une réduction de 30 % sur les prix du voyage ordinaire.

C. *Congressistes venant d'Algérie et de Tunisie.* — La carte de congressiste ou une lettre d'invitation permettra d'obtenir à la gare de départ d'Algérie ou de Tunisie un billet plein tarif. Le retour sera effectué gratuitement après visa de la carte ou lettre d'invitation. Toutefois l'impôt de 20 % dont sont passibles, en Tunisie, les porteurs de billets à prix réduits devra être acquitté avec le prix du billet, au départ (La réduction consentie est donc de 30 %).

D. *Séjour à Tunis.* — Les hôteliers et restaurateurs n'ont pas encore donné leurs prix, ceux-ci étant naturellement sujets à variations avec le renchérissement croissant de tout. La liste des hôtels, restaurants avec prix ne pourra être fournie utilement qu'en février 1926. Actuellement on peut fixer le prix moyen de journée (hôtels modestes) à Tunis à 50 francs par personne (sans engagement). Le comité d'organisation pense pouvoir faire mettre à la disposition des Congressistes des lits dans les internats des lycées et collèges, à des prix très modérés. Il donnera, en temps opportun, la nomenclature complète des restaurants avec leurs prix.

Pour inscriptions, renseignements et souscriptions, s'adresser au docteur F. Gérard, secrétaire du Comité, 100, rue de Serbie, à Tunis.

Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, à la chirurgie et à la pharmacie. — A l'occasion du Congrès médical qui se tiendra à Tunis pendant les vacances de Pâques 1926, il sera ouvert une Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, à la chirurgie et à la pharmacie. Cette exposition se tiendra dans le local même du Congrès, donnant ainsi à ses adhérents l'assurance d'une publicité effective puisque les stands seront, en quelque sorte, sous les yeux des congressistes pendant la durée des séances.

Le Congrès paraît assuré d'un grand succès, car, en raison des réductions consenties par les Compagnies de transport et des fêtes à caractère original dont il sera l'occasion, il présente aux médecins de France, d'Italie, d'Algérie, etc., des avantages exceptionnels et les adhésions arrivent nombreuses.

Les maisons de spécialités pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie, de matériel médical, etc., trouveront tous renseignements utiles sur l'Exposition auprès de M. Grandsire, commissaire général, hôpital Sadiki, à Tunis, ou de M. Maujoint, délégué technique à Paris, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — M. le professeur F. Bezançon a commencé son cours à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, et le continue les vendredis à 10 h. 1/2. Programme du cours : Gangrène pulmonaire. Dilatation des bronches.

— **Ecole pratique des Hautes-Etudes.** — *Cours de technique physiologique*, sous la direction de M. J. Gautrelet. — Le cours comprendra 15 manipulations individuelles. S'inscrire au laboratoire de biologie expérimentale (Hautes-Etudes), à la Faculté de médecine de Paris (Ecole pratique), où auront lieu, l'après-midi, les exercices pratiques, du 1er au 18 mars 1926. Une provision de 200 fr. sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de matériel, de produits et d'animaux.

— **Le bicentenaire de l'ancienne Université de Pau.** — Sous la présidence du maire de Pau, l'Association régionaliste vient de commémorer le bicentenaire de l'Université de Pau, fondée le 4 décembre 1725 et disparue en 1793.

— **Belgique.** — *Timbre sur les états d'honoraires.* — La nouvelle loi budgétaire a porté à 1 pour 100 le droit de timbre appliqué aux états d'honoraires des médecins.

— **XIIe Congrès de physiologie.** — Le 12e Congrès de physiologie aura lieu à Stockholm du 3 au 6 août 1926. Les physiologistes français qui ont l'intention d'assister à ce Congrès sont priés de prévenir dès maintenant de leur adhésion M. le professeur E. Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

— **Belgique.** — Les récentes inondations, en créant des menaces sérieuses de fièvre typhoïde, ont provobué un développement considérable des vaccinations anti-typhiques.

— **Bordeaux.** — A l'occasion de l'élection à l'Institut du Professeur Félix Lagrange, au titre de correspondant de l'Académie des Sciences, un Comité s'est constitué dans le but de rassembler dans un volume intitulé : « Félix Lagrange et ses élèves » les principaux travaux originaux écrits par le maître actuel de l'Ecole ophtalmologique de Bordeaux ou sous son inspiration directe. Ce Comité est constitué par MM. le professeur Aubaret, le docteur Beauvieux, le Dr Calamet, le Dr Cosse, le Dr Delorme, le Dr Ginestous, le Dr Lacroix, le professeur agrégé Lacoste, le Dr Max Monod, le professeur agrégé Muratet. le Dr Paul Pesme, le Professeur agrégé Teulières, et par MM. Gaston Doin et Cie, éditeurs et trésoriers.

Les souscripteurs à cet ouvrage scientifique, qui sera luxueusement édité, en recevront un exemplaire numéroté. La souscription est fixée à 100 fr. Elle peut être adressée à MM. Gaston Doin et Cie, 8, place de l'Odéon, à Paris (Compte chèques postaux 201-74) ou à M. le professeur agrégé Teulières, 19, cours de Verdun à Bordeaux (compte chèques postaux n° 6770, Bordeaux).

— **Le Salon des médecins.** — Pour la sixième fois il s'ouvrira du dimanche 14 au 24 mars prochain (1926), au cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : Peinture, sculpture, gravure, art décoratif. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, *rue Lecourbe, Paris* (15e). Joindre un timbre pour la réponse. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 février dernière limite.

— **Confédération des travailleurs intellectuels. C. T. I.** (12, rue Henner, Paris, IXe). — La Confédération des travailleurs intellectuels, fondée en 1920, comprend actuellement 152 associations ou Syndicats, groupant 175.000 membres. Notre confrère Foveau de Courmelles en est l'archiviste.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts). — *Psychothérapie* : Dr Bérillon : La psychothérapie des états anxieux et des obsessions. Les jeudis à cinq heures. — *Psycho-pathologie* : Dr Paul Farez : Les troubles du caractère chez les dyspeptiques. Les samedis à cinq heures. — *Psychologie du criminel* : M. Guilhermet, avocat à la Cour : Les conflits de la répression et de la liberté. Les samedis à quatre heures. — *Psychophysiologie* : Dr Brion : Psychologie des insuffisances glandulaires. Les jeudis à cinq heures et demie. — *Psychologie des organes des sens* : Dr Iribarne : Les réflexes d'origine nasale. Les jeudis à quatre heures. — *Psychologie de l'animal* : Dr H. Lépinay, médecin-vétérinaire : Les influences psychiques des animaux sur l'homme. Les jeudis à six heures. — *Psychologie professionnelle* : M. de Hogues : La psychothérapie dans l'art dentaire. Les jeudis à six heures et demie. — *Psychologie sociale* : G. Kass : Les sophismes sociaux ; L'Etat commerçant et éducateur. Les samedis à cinq heures et demie. — *Psychologie de l'éducation* : Mlle Lucie Bérillon, professeur agrégée de l'Université : L'imagination auditive et l'imagination visuelle chez l'enfant. Les jeudis à quatre heures et demie. — *Psychologie de l'entraînement physique* : M. H. Gosset : Les rééducations psycho-motrices chez les arriérés. Les jeudis à dix heures et demie du matin.

— **Radiologie et électrologie médicales.** — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

— **Ecole centrale de puériculture.** — Tous les samedis, à 4 heures et à 5 heures de l'après-midi, jusqu'au 26 juin 1926, des cours de puériculture ont lieu 5, rue Las-Cases, au Musée social. L'enseignement pratique de l'école comprend : un stage de trois mois dans une crèche, une pouponnière, une consultation de nourrissons, une garderie d'enfants, un dispensaire pour petits, une école maternelle ; l'assistance aux cours de M. le professeur Marfan, aux Enfants-Assistés, et de M. le professeur Nobécourt, aux Enfants-Malades ; des conférences, promenades et visites des centres d'élevage.

— **LIXe Congrès des Sociétés savantes à Poitiers** (avril 1926). — Le LIXe Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Poitiers, le 6 avril 1926, à 2 heures. Les journées des mardi 6, mercredi 7, jeudi 8 et vendredi 9 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance générale de clôture.

— **Les étrangers résidant en France.** — Il existe une question hygiénique et médicale des étrangers, soulevée par la communication récente de M. P. Emile-Weil, à l'Académie de médecine, sur les malades étrangers dans les hôpitaux. D'après une statistique du Ministère de l'Intérieur, au 1er janvier 1925, le nombre total des étrangers résidant en France s'élevait à 2.845 214, se décomposant comme suit : Allemands 64.597, Américains du Nord, 49.414, Américains du Sud 11.394, Autrichiens 5.384, Belges 460.352, Britanniques 84.116, Bulgares 2.874, Espagnols 467.156, Hellènes 25.073, Hollandais 14.727 Hongrois 13.577, Italiens 807.659, Luxembourgeois 36.798, Ottomans 20.108, Polonais 310.265, Portugais, 35.386, Roumains 24.381, Russes 91.461, Scandinaves 11.908, Serbes, Croates, Slovènes 20.555, Suisses 146.273, Tchécoslovaques 39.591, divers 102.165.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

IV

3248. — Pansements de plusieurs doigts.

J'ai donné mes soins, il y a environ un mois, à un accidenté du travail dont le diagnostic était :

1º Plaie par arrachement bord cubital p. doigt ;

2º Plaie superficielle de l'annulaire par coupure ;

3º Plaie profonde région interne et postérieure du méd. ;

4º Plaie profonde de l'index région interne main gauche ;

5º Plaie contuse de l'arcade zygomatique gauche ;

6º Contusion des 10e et 11e côtes droites.

Pensant qu'il s'agissait bien là de l'article 17, j'ai marqué 11,25 pendant 7 jours ; du moment où tout allait mieux je n'ai plus compté mes pansements que 7 fr. ; voici la lettre que m'envoie la compagnie, que je vous envoie en communication. Dois-je accepter sa réduction ?

Dr F.

Réponse.

Les pansements de plusieurs doigts sont considérés, d'après le tarif Breton, comme susceptibles de relever de deux rubriques, bien indiquées à l'article 17, au sujet des « pansements multiples ».

a) Si les plaies sont « très superficielles », il s'agit d'un pansement *simple* compris dans le prix de la visite ou consultation.

b) Si les plaies ne sont pas très superficielles, il s'agit de « pansements *multiples* : 15 francs ». Et cela se comprend, chaque doigt devant être pansé séparément.

Vous avez donc à compter, du moins durant les premiers jours (en deuxième catégorie, (11.25 pour vos pansements de doigts. De plus, vous compterez un pansement simple (7 fr.) pour la plaie de la joue gauche.

Conclusion. — Pendant les premiers jours, par séance de pansements, ce n'est donc pas 7 francs comme le propose la Compagnie, mais bien 18.25 qui vous sont dus, d'après le tarif Breton.

F. D.

Application du Tarif Maginot

54. — Air chaud, lumière, effluves, etc.

Je soigne par la radiothérapie, la diathermie (courants de haute fréquence), les rayons ultra-violets un blessé de guerre ayant un ulcère variqueux. Je dois envoyer ma note à la préfecture le 12 janvier et ne trouve pas dans le tarif des blessés de guerre à quoi les homologuer :

1º Combien dois-je tarifer les rayons ultra-violets ?

2º Combien dois-je tarifer les diathermies qui sont des courants de haute fréquence et que je lui fais sur la jambe pour rétablir la circulation ?

3° Je lui fais aussi sur la plaie de l'effluvation et de l'épluchage qui sont aussi des courants de haute fréquence. Combien les tarifer ?

4° Dans une même séance, je fais quelquefois *a*) de l'étincelage, *b*) de la diathermie, *c*) de l'ultra-violet. Ou bien : *a*) étincelage, *b*) radiothérapie.

Doit-on compter dans cette visite chaque traitement séparément et se cumulent-ils ou bien n'y a-t-il qu'un traitement à compter ? Dans ce sens je perdrais beaucoup, car les tarifs sont déjà très bas pour l'Etat, car en clientèle, les rayons ultra-violets sont comptés 30 fr., les diathermies 50 ou 60 fr. et je ne vois rien d'approchant dans le tarif.

Dr P.

Réponse.

1° En 1925, il fut ajouté au tarif Maginot : « Application de rayons ultra-violets, par séance : 15 francs ».

2° La diathermie n'est pas tarifée, on pourrait peut-être demander le même prix, par analogie.

3° De même pour effluvations et interventions analogues.

4° Je ne crois pas qu'on puisse cumuler les prix dans une même séance, s'il s'agit *d'une seule région*. En cas de traitements divers sur deux ou trois régions distinctes, on pourrait demander une analogie avec les majorations de prix, dans ce cas, pour les traitements électriques (article 80-9°).

5° En tout cas, ne pas manquer d'en donner *avis préalable* à la Commission de contrôle, s'il y a une série de plus de cinq interventions (article 18).

Vous pourriez en profiter pour demander également les prix qu'accepterait la Commission en attendant que les diverses interventions dont vous parlez soient tarifées. En cas de refus de paiement de votre note, vous pourriez faire appel devant la Commission supérieure ; ce serait peut-être un moyen de fixer la jurisprudence sur ces points.

F. D.

3304. — Libération du service militaire.

J'ai été démobilisé comme médecin aide-major de 2e classe à titre temporaire. Lorsqu'il fut question de me nommer à titre définitif, comme j'approchais de l'âge de la libération du service militaire, je vous écrivis pour savoir si je devais donner ma démission d'officier. C'est ce que je fis sur votre réponse. Cette démission fut acceptée par lettre du 29 novembre 1922. Je me croyais donc revenu à l'état d'homme de troupe et libérable en 1925, puisque de la classe 1897, étant né le 3 juillet 1877. Mais voilà qu'aujourd'hui un gendarme m'apporte un fascicule de mobilisation comme *médecin auxiliaire* et d'après lequel je dois me rendre à la ne section d'infirmiers à X. le ne jour de la mobilisation.

Je viens donc vous demander ce qu'il faut faire pour être libéré avec ma classe.

Donnant ma démission d'officier, devais-je retomber médecin auxiliaire ou soldat ?

Etant médecin auxiliaire, serai-je libérable avec ma classe *ipso facto* ou faut-il encore donner ma démission de médecin auxiliaire ?

Enfin, mon cher confrère, indiquez-moi le moyen d'être libéré. J'ai 48 ans 1/2 et mon état de santé ne me permet plus de faire du service actif.

Dr X.

Réponse.

La classe 1897, à laquelle vous appartenez, ayant été incorporée à la date du 1er novembre 1898, ne sera libérée de toute obligation militaire que le 1er novembre 1926.

Ayant donné votre démission d'officier, vous êtes redevenu homme de troupe, soldat ou sous-officier (médecin auxiliaire) et vous serez libérable, *ipso facto*, en même temps que votre classe, sans avoir à donner une nouvelle fois votre démission.

Si votre état de santé ne vous permet plus de prendre part au service actif, vous pourrez vous faire porter malade le jour où vous serez convoqué.

3412. — Inscription au tableau de la Légion d'Honneur.

Ayant été mobilisé, en qualité de médecin aide-major, ayant 5 campagnes comme médecin de bataillon de chasseurs à pied, 2 fois cité, classe 1904, vers quelle époque puis-je espérer recevoir la Légion d'honneur. Le décompte de mes annuités est de beaucoup supérieur à celui de nouveaux promus de fin d'année, les uns avec 19 ans, les autres 20 ou 21, 23.

Je sais qu'un dossier est parvenu à la gendarmerie, avec demande de renseignements en mars 1925, et qu'il est reparti aussitôt, avec annotations élogieuses.

Que faire ? Dois-je attendre simplement, ou adresser à la direction du service de santé de ma région ou au Ministère une demande de renseignements ?

Dr Z.

Réponse.

Il faut normalement vingt-sept annuités pour être proposé pour la Légion d'honneur ; vous réunirez donc bientôt les conditions requises. Des circonstances exceptionnelles sont nécessaires pour obtenir une inscription au tableau de concours dans des conditions meilleures.

Il est actuellement trop tard, si vous désirez entamer des démarches en vue du prochain tableau ; celles-ci sont au contraire utiles dès les premiers jours du mois d'octobre. A cette époque adressez-vous au Directeur du Service de santé de votre région, ou mieux allez le voir personnellement, si vous en avez l'occasion.

3226. — Déclaration de bénéfices professionnels. Déductions.

1° Je suis installé depuis novembre 1924 à mon poste de début.

2° J'ai passé ma thèse en 1925.

3° Je n'ai pas encore fait de déclaration de revenu, n'ayant pas réalisé de bénéfice en 1924.

4° Pour 1925, que devrai-je faire :

a) Etablir mes comptes avec recettes, dépenses, frais d'établissement du 7 nov. 1924 au 31 déc. 1925 ?

b) Ou bien seulement du 1er janvier au 31 décembre 1925 ?

Et dans ce cas comment faire pour déduire de mon bénéficie 1925 les frais que j'ai faits en novembre-décembre 1924, non seulement pour mon installation, mais encore tels que primes d'assurances payées d'avance (auto, incendie, responsabilité, bonne, etc.), frais qui, ayant absorbé ma dot, m'ont encore laissé une petite dette ?

Dr B.

Réponse.

Il est à présumer que vos bénéfices nets des deux derniers mois de 1924 n'atteignaient pas 7.000 francs ; donc vous n'aviez pas de déclaration à souscrire pour 1924. En 1926, vous aurez seulement à déclarer votre bénéfice net réalisé en 1925.

Les frais d'installation ne doivent pas être déduits intégralement des bénéfices de la première année ; ils donnent lieu seulement à un amortissement annuel (5 à 10 % par an pour le mobilier et 20 % pour l'automobile).

En ce qui concerne les primes d'assurances, vous pouvez les compter comme suit :

Celles payées en 1924 :
2/12 sur 1924.
10/12 sur 1925.
Celles payées en 1925 :
2/12 sur 1925.
10/12 sur 1926.
Et ainsi de suite.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3207. — Déduction de la valeur locative de l'immeuble dont le médecin est propriétaire.

Un médecin propriétaire de la maison qu'il habite et où il exerce, est-il fondé à calculer dans ses frais généraux une part de la valeur locative de l'immeuble représentant le loyer des locaux professionnels ? C'est ce qui se fait couramment dans le commerce. Ou s'il doit seulement calculer comme loyer de ses locaux professionnels une part du revenu net de l'immeuble ?

Le confrère a appliqué la première façon de voir, et le contrôleur n'a pas admis cette année cette façon de procéder.

C'est un peu le même problème que celui que je posais, quelle est la définition juridique de la « valeur locative » ?

Dr S.

Réponse.

Le médecin propriétaire de la maison qu'il occupe doit tenir compte dans ses frais professionnels d'une fraction de *la valeur locative*, ce qui est plus simple que de calculer, après avoir déduit le revenu net, la part des frais immobiliers imputables à la profession : entretien, amortissement, assurance.

A. M.

3119. — Double domicile. Avantages au point de vue fiscal.

Je serais très reconnaissant au Concours de bien vouloir me renseigner sur le point suivant :

Je connais un industriel qui, ayant son établissement à Paris, reste néanmoins domicilié en province, dans le petit pays où il a sa maison de campagne. Il y est resté électeur et il y paye ses impôts.

Ceci est, paraît-il, pour lui un réel avantage.

Ne puis-je en faire autant. Nouvellement installé à Paris, je reste propriétaire à la campagne de la maison que j'habitais et que j'ai louée à mon successeur.

Est-ce que je peux, moi aussi, rester domicilié là-bas, y demeurer inscrit comme électeur, et continuer d'y payer mes impôts ?

Et dans ce cas ai-je quelques formalités à remplir et lesquelles ?

Dr X.

Réponse.

Au point de vue fiscal, vous ne pouvez être considéré comme ayant un domicile en province que si vous y avez réellement une habitation meublée à votre disposition.

D'autre part, nous ne voyons pas quel intérêt vous pourriez en retirer, car si vous conservez à Paris l'appartement dans lequel vous exercez votre profession, vous continuerez à y supporter les mêmes contributions, et vous serez, en plus, assujetti à la contribution personnelle mobilière pour votre maison de campagne.

A noter que les droits résultant du tarif des patentes ne sont pas les mêmes pour un industriel et pour un médecin et que, par conséquent, ce qui peut être avantageux pour l'un, ne l'est pas toujours pour l'autre.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

3334. — Valeur du mobilier à amortir. Taxes accessoires.

Merci de vos précieux renseignements. Nous devons faire bientôt des déclarations de revenus,

puisque tout se révise en hausse, n'y aurait-il pas lieu de réviser la valeur de nos mobiliers professionnels ?

Je relève dans ma feuille d'imposition : Article G. Taxes accessoires à la patente, contributions pour frais de bourse et de commerce 24 fr. 43. Article H. Taxes municipales de remplacement, taxes sur les locaux commerciaux et industriels.

A quel titre suis-je frappé, n'étant ni commerçant, ni industriel ?

Dr D.

Réponse.

1° Il n'est pas possible de procéder à une révision de la valeur du mobilier professionnel, attendu que seul l'amortissement du prix d'achat réel peut être admis en déduction des recettes brutes.

2° L'avertissement est mal conçu, car la taxe dite sur les locaux industriels et commerciaux porte en réalité sur tous les locaux servant à l'exercice d'une profession patentable. A noter que cette distinction n'a aucune importance, attendu que tous les locaux non soumis à la dite taxe sont soumis à celle des locaux d'habitation qui est du même taux (3 %).

A. M.

208. — Déclaration des bénéfices professionnels. Déductions et amortissements.

Je viens faire appel à votre obligeance pour me faire donner les renseignements suivants : Le fisc va nous obliger à déclarer au plus tard le 28 février, notre bénéfice professionnel et l'impôt sur le revenu. Déjà quelques compagnies d'assurances m'ont adressé la note globale des honoraires touchés par moi dans le courtant de l'année me prévenant d'en prendre note en vue de ma déclaration prochaine.

Je comprends qu'il est du devoir de tout bon Français de faire une déclaration exacte (autant qu'il est possible) des bénéfices de l'année. Mais nos charges sont multiples et me voici embarrassé comme peut-être bien d'autres de mes confrères pour les récapituler et savoir, dès maintenant si ces charges seront acceptées par le fisc et dans quelles conditions. Aussi me permettrai-je de vous poser un certain nombre de questions auxquelles je vous serais très obligé de donner réponse :

1° J'ai acheté une clientèle l'année dernière et j'ai dû verser, cette année 1925, un acompte de 5.000 fr., sous forme de billets à ordre que je peux montrer.

Puis-je déduire ces 5.000 fr. de mon bénéfice ?

2° Les frais d'auto et transports peuvent-ils être déduits totalement. Je les estime à 6.000 fr. pour une auto 5 chevaux. Est-ce exagéré ? Je calcule l'amortissement de la voiture à 2.000 fr. par an.

3° Les frais et entretien d'une domestique peuvent-ils être compris intégralement dans les charges professionnelles ? Je les estime à 5.000 fr. par an. Bref sur un bénéfice de 35.000 fr., je calcule que j'ai bien 15.000 fr. de frais dus à ma profession ? Cette somme peut-elle être acceptée sans discussion ?

4° Dois-je, dans ma déclaration, fournir des chiffres précis en détail ou faut-il me contenter de faire ma déclaration globale, quitte à préciser si l'on venait me demander des explications plus complètes ?

Dr P.

Réponse.

1° Les acomptes payés sur le prix d'achat de votre clientèle ne peuvent venir en déduction de notre revenu professionnel, seuls les intérêts payés sur ce prix sont déductibles ;

2° Les frais d'automobile dépendent du nombre de kilomètres parcourus pour les besoins de la profession ; le chiffre de 6.000 fr. ne nous paraît pas exagéré *à priori*.

L'amortissement de 2.000 fr. n'est pas exagéré; il peut atteindre annuellement 20 % du prix d'achat ;

3° Si vous avez plusieurs domestiques, la totalité des frais occasionnés par l'un d'eux peut être regardée comme dépense professionnelle, mais si vous n'en avez qu'un seul, le tiers des dépenses qu'il occasionne serait suffisant.

Pour 35.000 fr. de recettes brutes, le chiffre de 15.000 fr. de frais professionnels est admissible, mais nous vous conseillons de prévoir une demande de justifications et de conserver toutes quittances et factures.

4° Vous avez trois chiffres à indiquer :

1° Montant des recettes brutes ;
2° Montant des dépenses professionnelles ;
3° Bénéfice net.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

A TRAVERS L'OFFICIEL

27 *janvier*.

Lutte anticancéreuse.

M. Paul Reis, licencié ès-sciences, est nommé préparateur du centre régional de lutte contre le cancer de Strasbourg.

Hygiène publique.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant règlementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le

conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Colombes (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 15.000 fr. par an, plus une indemnité annuelle et temporaire de 1.800 fr. et les charges de famille de 540 fr. pour le premier enfant, de 720 fr. pour le deuxième enfant, de 1.080 fr. pour le troisième et de 1.260 fr. à partir du quatrième enfant.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau), leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus : l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

Asiles d'aliénés.

Avis de vacance d'un poste de médecin chef de service d'asile public d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne (Marne).

31 *janvier.*

Assistance.

Décret du 24 janvier 1926 autorisant les commissions départementales d'assistance publique et de bienfaisance privée à se grouper pour l'étude certaines questions.

Art. 1er. — L'article 15 du décret du 28 février 1919 est complété par les dispositions suivantes :

« Deux ou plusieurs commissions départementales peuvent provoquer entre elles, par l'entremise de leurs présidents et avec l'agrément du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une entente sur des questions d'assistance comprises dans leurs attributions et qui intéressent à la fois leurs départements respectifs.

« Ces questions seront, soit traitées par correspondance, soit débattues dans des conféren-

ces où chaque commission départementale sera représentée par son président, assisté ou non de délégués spéciaux nommés à cet effet. Les conclusions de ces conférences seront soumises à la ratification des commissions départementales intéressées. La présidence de la conférence appartient au préfet du département où elle se réunit et, en son absence, au plus ancien des préfets présents.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Substances vénéneuses.

Décret du 26 janvier 1926 règlementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Afrique Occidentale française.

1er *et 2 février.*

Enseignement de la médecine.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.

4e division : Chirurgie et obstétrique. Section A. Chirurgie.

Académie de Paris : Fey, Oberlin.

Académie de Grenoble : Bonniot.

Académie de Lyon : Greyssel, Guilleminet, Pollosson, Ricard, de Rougement.

Académie de Montpellier : Mourgue.

Académie de Strasbourg : Terracol, Weiss.

Académie de Toulouse : Boularan.

Hôpitaux et hospices.

Décret du 30 janvier 1926 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 14 février 1921 relative à la fixation des prix de journée dans les hôpitaux et hospices et abrogeant le décret du 9 février 1922, modifié par celui du 29 avril 1925.

Commission des spécialités pharmaceutiques.

La Commission est complétée par l'adjonction de M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs et de M. Toraude, Directeur du laboratoire Billaut.

Hygiène publique.

Vacance d'un poste de directeur de bureau d'hygiène.

La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Fougères (Ille-et-Vilaine).

Le traitement alloué est de 14.400 fr. par an.

Pour les conditions d'admission à la candidature, voir plus haut.

Quarante-huitième année — N° 8 — 21 Février 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 354-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — *1re Zone* **55 fr.** — *2e Zone* **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Docteurs RAULLAND, de Breil ; LECLÈRE, de Braine ; FOURNIER de Miramont, et POULET, de Framayes, la somme de cinquante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 81. — Pour clinique ou mais. de santé, superbe propriété à 15 min. de la porte Versailles, grand pavill. deux annexes et dépendances. Très grand jardin avec source. Superf. 2.400 mètres. Facilités de paiement.

N° 82. — Doct. recomm. dame 50 ans, pouvant tenir intérieur.

N° 83. — Doct. en méd. dermatol. désire trouver client. balnéaire ou thermale, ou place direction dans établiss. thermal, clin. ou mais. de santé.

N° 84. — Conf. très au courant client. est demandé pour intérim., 40 km. Paris, avec auto ou moto, pour période du 27 mars au 5 avril. Ecrire conditions.

N° 85. — Pas-de-Calais. Client. méd. propharm. Rapp. annuel 100.000, à céder 40.000, dont moitié comptant.

N° 86. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 87. — Nord. Seu, méd. pro-pharm., rapp. 40.000, méd. du ch. de fer, maison 6 p. et jardin, à céder de suite 10.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 88. — Grande ville de la Loire. Cab. méd. acchts, rapp. 22.000 en progrès, appart. 5 p. et dépend. Prix à débat., compr. mobil. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Conférence de M. HARVIER, professeur agrégé, sur les *stations et cures thermales*, le vendredi 26 février à 17 h., au grand amphithéâtre.

— « **Noxa** » présente un nouvel appareil intéressant les radiographes, les chirurgiens et les médecins. Ils sont invités à venir le voir fonctionner à l'*Exposition de photographie de Luna-Park* du 21 février au 7 mars.

— **Val-de-Grâce.** — *Cours d'actualités médico-chirurgicales.* — Le samedi 26 février à 17 h., M. le professeur RIEUX : *Notions nouvelles sur le paludisme.*

— **Hôpital Saint-Louis**. — Conférence de M. le prof. agrégé Gougerot, le 28 février, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté : *Etat actuel de la question du mariage des syphilitiques.*

— **Hôpital de Saint-Denis**. — Un concours d'internat aura lieu le 29 mars.

— **Journées médicales tunisiennes**. — Dernier délai des adhésions pour la participation aux diverses excursions : 28 février. (Dr Gérard, secrétaire du Comité, 100 rue de Serbie, Tunis).

— **Faculté de Bordeaux**. — *Cours de broncho-œsophagoscopie.* — Ce cours aura lieu du 1er au 11 mars. Il comprendra des exercices pratiques sur le cadavre, les chiens chloralosés et les malades.

— **Sanatorium de Hohrodberg (Haut-Rhin)**. — La place de médecin directeur de ce sanatorium sera mise au concours (concours sur titres) à partir du 1er mars.

MÉDECINE PRATIQUE

Métrorrhagies de la soixantaine,

Par le Dr C. Fontan.

En lisant une leçon du professeur Delbet dans le *Concours médical*, j'ai été frappé par le passage suivant à propos des polypes et fibromes pédiculés de l'utérus : « c'est une affection de la vie génitale . . . Pour ma part, je n'en ai pas rencontré d'exemple après la ménopause » (1).

Sans doute, il est bon de frapper l'esprit du praticien par des formules simples qui, automatiquement, évoquent à la pensée un diagnostic et une thérapeutique. Mais en réalité, chaque cas, en clientèle, ne doit-il pas poser un problème, déclancher toute une série de questions, de rapprochements et mettre en action notre intelligence plus que notre taylorisme ?

Or, la pratique démontre que la moitié des cas des métrorragies apparues après la ménopause ne trahissent nullement un épithélioma. Et avant de jeter la frayeur dans la famille de la malade, il faut, je crois, savoir et prouver qu'il peut s'agir d'affections bénignes et passagères. Ce qui explique la rareté des cas observés à l'hôpital ou dans la clientèle des professeurs.

Tous les médecins de campagne en ont vu de nombreux exemples. Pour ma part, de trois observations recueillies en cinq ans je ne relaterai que la plus typique :

Madame Rou... A, n'a pas d'histoire médicale, premières règles à 14 ans, grossesse unique et normale à 25 ans, pas d'avortement, ni d'irrégularité,

(1) Cancers du corps de l'utérus. *Concours médical*, 24 janvier 1926.

ni de pertes blanches ou autres jusqu'à la ménopause installée subrepticement à 49 ans.

En mars 1922, âgée de 67 ans, au lever, sans aucun prodrome, un flot de sang macule linge et literie. Pas de douleurs : seule, une lourdeur hypogastrique et des symptômes lipothymiques. A l'examen, je trouve une malade anémiée et affolée. Le toucher vaginal mène sur une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, mi-enchâtonnée dans le col entrouvert. L'index pénètre dans l'isthme utérin et perçoit l'attache du pédicule à la limite du col et du corps sur la paroi antérieure de l'utérus qui saigne encore abondamment.

Quelques tours de torsion, imprimés à la tumeur saisie dans une pince de Museux, détachent le polype et arrêtent l'hémorragie.

A l'examen macroscopique apparaît une tumeur oblongue ; au pôle supérieur naît un pédicule de 4 mm. de diamètre, long de deux centimètres. La muqueuse est intacte. La section au bistouri donne le cri spécial des fibromes et décèle l'aspect capitonné, mamelonné, blanchâtre et suintant habituel.

Le lendemain, l'utérus était rétracté, le col fermé, les pertes arrêtées. Depuis cette époque, la malade n'a jamais ressenti rien et porte aujourd'hui allègrement ses 71 ans.

Dans le cours de la même année, j'ai eu à intervenir pour deux cas superposables (Mme G.D., 58 ans, polype muqueux. Mme Le..., 60 ans, fibrome).

Rapporter ces observations n'aurait d'autre intérêt que de permettre d'affirmer que, quoique rares, les fibromes pédiculés et polypes utérins apparaissent (ou donnent signe de vie) après la ménopause, et que pour le médecin comme pour le malade, il n'y a pas toujours lieu de s'inquiéter des métrorrhagies de la soixantaine.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Aliéné. Secret professionnel. Renseignement demandé par le tribunal au médecin traitant.

Un médecin est appelé à délivrer à la famille d'un malade un certificat constatant la débilité mentale du sujet, atteint de démence sénile.

Après plusieurs examens, le docteur délivre le certificat demandé, aux fins de dation d'un conseil judiciaire.

La famille se sert de ce certificat pour faire annuler un acte, un contrat que le malade vient de signer et demande au tribunal d'en déclarer la nullité.

Avant de dire droit, les juges commettent le médecin qui a signé le certificat, pour qu'il précise, par un rapport régulièrement dressé, si le malade a pu se livrer à une discussion d'affaires

d'une certaine durée et a pu faire preuve de la lucidité d'esprit nécessaire, pour conclure et contracter valablement.

Le médecin traitant peut-il refuser la mission qui lui est confiée, en se retranchant derrière le secret professionnel ?

A mon avis, le docteur, en délivrant son premier certificat, s'est considéré comme étant en présence d'un mineur, d'un incapable. Il a donc agi pour le bien du malade et de la famille de celui-ci, en facilitant la dation d'un conseil judiciaire. Il se trouve dans la situation analogue à celle du médecin qui délivre un certificat d'internement, ou qui, ayant à traiter un enfant en bas âge, ne se considère pas lié par le secret professionnel vis-à-vis de l'incapable, son client, pour dire la vérité à la famille de celui-ci.

Si le malade est vraiment dément, le médecin peut l'attester, en répondant à l'interrogatoire des juges, uniquement sur le point précis de la capacité à contracter que peut, ou non, avoir conservé le malade.

Si la maladie est sujette à des rémissions, le médecin devra rester dans les termes de son premier certificat et déclarer aux juges que son client présente des périodes, au cours desquelles il est apte à contracter.

Il peut encore répondre au tribunal qu'il préfère s'en tenir à la déclaration, qu'il a faite, pour dation de conseil judiciaire et que, pour le surplus des renseignements, il prie les juges de désigner un médecin expert, qui ne peut être le médecin traitant, celui-ci n'ayant pas toute liberté de parler des choses qu'il a vues, entendues, ou surprises, au cours de l'exercice de sa profession.

En somme, le médecin traitant aurait pu, dès le début, se refuser à délivrer le premier certificat, lorsque la famille lui a réclamé cette pièce, pour faire doter le malade d'un conseil judiciaire. Il aurait pu répondre : « Demandez cette attestation à un médecin spécialiste, autre que moi, car j'ai donné mes soins et me considère lié par le secret professionnel vis-à-vis de mon client. »

Mais, le médecin traitant a jugé convenable de délivrer un certificat : il me semble difficile de venir maintenant se réclamer de l'article 378 du code pénal, pour éviter de répondre à la justice.

D'autant que s'il a cru qu'il était de l'intérêt de son client de délivrer une attestation pour permettre la conservation des biens du malade, il se trouve en présence du même motif, puisque le tribunal lui demande, si la démence sénile est telle que les actes peuvent être considérés comme étant entachés de nulité, par l'absence de consentement valable.

En rédigeant son premier certificat, pour que soit donné un conseil judiciaire à son malade, le médecin traitant ne s'est-il pas considéré comme étant un expert, désigné par la famille, celle-ci formant une entité morale avec le dément ?

Le docteur peut donc, à mon sens, difficilement se refuser maintenant à répondre sur le point précis, visé par le réquisitoire du tribunal, celui-ci agissant au nom et dans l'intérêt de cette même famille.

Je viens de consulter le livre classique de Brouardel sur le secret professionnel, ainsi que quelques thèses de doctorat en droit, sur ce sujet et je crois que mon argumentation est défendable, bien que le sujet du secret professionnel soit parfois difficile à apprécier et à résoudre sainement.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

6 *février.*

Enseignement de la médecine.

Modification au règlement de l'agrégation des facultés de médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Vu les statuts des 16 novembre 1874 et 27 décembre 1880 sur l'agrégation des facultés ;

Vu les arrêtés des 14 mars 1924, 5 février et 3 août 1925 sur l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — L'article 9 de l'arrêté du 14 mars 1924 est complété ainsi qu'il suit :

« Sont également dispensés de cette épreuve, mais seulement pour la session qui s'ouvrira en mars 1926 pour la 2e épreuve, les oto-rhino-laryngologistes et les ophtalmologistes des hôpitaux nommés au concours dans les villes de facultés avant le 14 mars 1924. »

Art. 2. — L'article 12 du même arrêté est modifié de la manière suivante :

Catégories.	*Première épreuve correspondante.*
....	....
11° Anatomie pathologique	1re division, section B. 3e division.
....	....

Toutefois, les candidats inscrits à la session ouverte en 1926 en vue des épreuves de la 11e catégorie et provenant de la 1re division, section A, conserveront le droit de se présenter aux épreu-



ves de cette 11e catégorie pour cette session et les deux suivantes.

Fait à Paris, le 5 février 1926.

DALADIER.

Ecoles de plein exercice de médecine et de pharmacie autorisées à faire subir les examens correspondants à la 4e année d'études en vue du doctorat en médecine.

Arrêté du 3 *février* 1926.

Les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, de Nantes et de Rennes, sont autorisées à faire subir les examens correspondant à la quatrième année d'études en vue du doctorat en médecine.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Promotion au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve.

6435. — M. CAYREL, député, rappelle à M. le ministre de la guerre l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, qui concerne l'incorporation des docteurs en médecine, pharmaciens et dentistes, pourvus du brevet de préparation militaire supérieur ; expose que les jeunes gens appartenant aux catégories susvisées et qui ont été incorporés, le 12 mai 1925, auraient dû être nommés aides-majors de 2e classe de réserve, le 12 novembre 1925, pour accomplir, en cette qualité, les six derniers mois de leur service actif ; qu'à la date du 5 décembre 1925, aucune nomination n'avait encore paru au *Journal officiel* ; qu'en conséquence, ces jeunes gens sont privés, depuis le 12 novembre 1925, des avantages du grade auquel la loi leur donne droit ; ajoute que, pour ceux qui ont été envoyés aux théâtres d'opérations extérieurs, notamment au Maroc, le préjudice est plus grand encore, puisqu'ils seraient actuellement officiers et non sous-officiers, et demande pourquoi la promotion du service de santé n'est pas encore faite, alors que les élèves officiers de réserve d'artillerie, d'infanterie, du génie, etc., ont été promus au grade d'officiers de réserve. (*Question du* 14 *janvier* 1925.)

Réponse. — Le retard apporté à la nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve, de quelques médecins auxiliaires en service au Maroc est dû aux difficultés éprouvées par les autorités militaires du Maroc pour la constitution de leur dossier de proposition. D'ailleurs, les intéressés ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, en reportant au 15 novembre 1925 la date de leur

prise de rang dans ce grade, avec rappel de solde et d'indemnité.

(*J.O.*, 30 *janvier* 1926.)

Abattement à la base pour les médecins qui reçoivent des rétributions fixes.

6119. — M. GRINDA, député, rappelle à M. le ministre des finances que la loi de finances de 1925 spécifie, à la cédule des impôts des professions non commerciales, que lorsqu'un contribuable a ses revenus provenant pour partie de traitements publics ou privés, émoluments, indemnités et pour partie de revenus de professions non commerciales, l'abattement à la base sera celui de la cédule des traitements et salaires, et demande si un médecin qui a ses revenus provenant : 1° d'un traitement fixe annuel d'une usine pour assurer les services médicaux et l'hygiène et d'une indemnité annuelle de la commune ; 2° des revenus de la médecine proprement dite, jouit de l'abattement à la base de la cédule des traitements et salaires. (*Question du* 17 *décembre* 1925.)

Réponse. — Un médecin qui, tout en recevant de certains établissements publics ou privés des rétributions fixes, exerce en même temps sa profession dans la clientèle normale, ne peut être considéré comme placé, vis-à-vis de ces établissements, dans la situation subordonnée d'un employé et les honoraires qu'il en reçoit bien que fixés par un abonnement annuel, n'ont pas le caractère d'un traitement ou d'un salaire. Il est dès lors, passible, à raison de l'ensemble de ses revenus professionnels, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et il ne peut valablement prétendre au bénéfice des abattements à la base réservés aux contribuables assujettis à l'impôt sur les traitements et salaires.

(*J.O.*, 30 *janvier* 1926.)

Timbre des rapports d'expertise devant les juridictions répressives. Honoraires.

6476. — M. RÉGNIER, député de la Nièvre, expose à M. le ministre de la justice qu'à la suite d'un accident d'automobile des poursuites ont été intentées à la requête du parquet ; que la victime, s'étant constituée partie civile à l'audience, a obtenu la désignation de trois médecins experts pour l'examiner et demande : 1° si des docteurs doivent (l'affaire ayant cessé d'être correctionnelle) déposer leur rapport au greffe sur papier timbré, ainsi que l'état de leurs honoraires à faire taxer par le président ; 2° dans le cas de la négative, s'ils doivent établir un mémoire sur papier libre, en triple exemplaire, pour

(*Voir la suite page XLVII-461*)

PROPOS DU JOUR

Vaudeville parlementaire joué aux colonies.

Le don gracieux des hôpitaux fait par l'Etat aux colonies. Militarisme à outrance. Hodie mihi, cras tibi.

Un véritable vaudeville vient d'être joué aux Colonies.

L'Etat entretenait à grands frais dans nos possessions d'outre-mer, notamment à Nouméa, des hôpitaux qu'il laissait tomber en ruines. Pour les réparer et les mettre en état, il fallait faire de grosses dépenses et il n'y avait plus un sou en caisse. Quelqu'un, au Ministère des Colonies, eut une idée géniale : ne pourrait-on pas faire don aux Colonies de ces établissements coûteux ? Cela paraîtrait assez naturel au Parlement, puisqu'en somme, les hôpitaux des Colonies servent aux coloniaux, il semble assez juste qu'ils les entretiennent. L'on n'insisterait pas sur l'état de délabrement des constructions qui rendait le cadeau onéreux. Il fallait que tout fût réglé sans longue discussion par un tour de passe-passe. Un député ou un sénateur un peu curieux aurait pu être tenté d'exiger quelques précisions. Mais il y avait un moyen, c'était d'incorporer un article lors de la discussion du budget dans la loi des finances. Pour cela, le gouvernement n'a qu'à s'entendre avec les Commissions des finances de la Chambre et du Sénat : le texte de l'article est rédigé, proposé, voté par surprise, le plus souvent par procuration, et, passez muscade, le tour est joué.

Mais cela ne suffisait pas. Non seulement il convenait que les budgets locaux prissent à leur charge la réparation des immeubles (400.000 francs pour l'hôpital de Nouméa d'après la *France Australe* du 18 novembre 1925), mais M. le Ministre, dans une circulaire du 3 septembre 1925 (1) où il annonçait aux Colonies l'acte généreux de l'Etat, faisait remarquer sans ironie que le devoir de la Colonie était de créer les organisations et les améliorations que, dans son incurie, sa propre administration avait négligé de réaliser, à savoir : « offrir à la population française toutes les ressources médico-chirurgicales dont elle peut avoir besoin », procéder à des « améliorations à apporter dans les services de chirurgie, de maternité (1), de radiologie, sans lesquels, dit en propres termes la circulaire, il ne saurait vraiment plus exister d'hôpital colonial du service général digne de ce nom ».

Dire qu'il a fallu au Ministre des Colonies attendre le 3 septembre 1925 pour faire ces constatations ! !

Les contribuables coloniaux, notamment ceux de la Nouvelle-Calédonie, trouvèrent la pilule amère ; ils supputèrent le nombre de millions qu'il faudrait inscrire aux budgets locaux pour transformer des masures en ruines en hôpitaux modernement outillés et dignes de ce nom. Ils n'espéraient guère à Nouméa obtenir de subventions du Pari Mutuel, n'élisant ni sénateurs, ni députés. Enfin il fallait s'incliner et, s'ils se saignaient aux quatre veines, ils auraient au moins l'avantage de pouvoir profiter des services d'un hôpital, outillé par eux et bien à eux.

Hélas ! les malheureux devaient vider la coupe jusqu'à la lie. L'article 256 de la loi des finances de 1925 disait en propres termes :

« Le Ministre des Colonies est autorisé à faire passer les établissements hospitaliers du service général aux colonies sous l'autorité et la surveillance de l'autorité locale, leur budget sera autonome ou incorporé au budget local ».

Et dans l'exposé général, le rapporteur de la loi précisait :

« La rédaction adoptée par la Chambre en accord avec le gouvernement a pour objet de placer ces établissements sous l'autorité complète des gouverneurs, d'en confier la gestion aux budgets locaux et de faire participer tous les services bénéficiaires aux frais généraux d'entretien et de personnel ».

Et plus loin :

« Mais il est bien entendu que rien ne sera changé dans la composition du personnel d'exécution de ces établissements et *qu'ils resteront placés dans les attributions exclusives du Corps*

(1) *Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie et dépendances*, 7 nov. 1925, page 626).

(1) N'est-il pas quelque peu bouffon de parler d'amélioration de service de maternité qui sera confié à la compétence spéciale d'un médecin militaire !

de santé colonial conformément aux dispositions des décrets du 11 juin 1901, du 4 novembre 1903 et du 20 juin 1908 ». Voilà le progrès !

Donc, citoyens coloniaux, en vous faisant cadeau de ses hôpitaux en ruines, l'Etat généreux vous donne la faculté d'en payer les réparations et la réorganisation, mais dans sa tendre sollicitude, il vous enlève aussi le souci de pourvoir ces établissements de médecins de votre choix, d'infirmiers de votre choix, de gestionnaires de votre choix. Ces établissements resteront *placés dans les attributions exclusives du Corps de santé colonial* et vous payerez la solde des médecins militaires coloniaux, du gestionnaire militaire colonial, des infirmiers militaires coloniaux. Réjouissez-vous du don qui vous est fait et des soucis dont on vous fait grâce.

Un nouveau Molière pourrait écrire sur ce thème une pièce qui ferait le pendant du *Mari battu, cocu et content*. N'est-ce pas en effet là de la haute comédie et de la meilleure ?

***

D'ailleurs, la militarisation des services des Colonies est systématiquement poursuivie par les gouverneurs. Dans le Caméroun et l'Afrique Occidentale française, les services des chemins de fer et des travaux publics seraient enlevés sans raison majeure aux employés civils pour être confiés à des militaires de carrière (*Journal officiel de la Fédération nationale des Associations de fonctionnaires et agents coloniaux*, octobre 1925, page 317).

En Nouvelle-Calédonie, l'Assistance médicale indigène, alimentée par une taxe personnelle de 20 francs, payée par les Canaques, sera assurée par deux médecins militaires (*Le Bulletin du commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides*, 28 novembre 1925,) et le *Journal officiel* de la Colonie du 28 novembre 1925 publie un arrêté désignant des médecins militaires pour assurer la surveillance du traitement des tuberculeux réformés à 100 pour 100.

Enfin, dans d'autres colonies, comme l'Afrique Equatoriale française, à défaut des médecins coloniaux qui, mal payés, ne veulent plus s'y rendre, le gouverneur général a engagé six docteurs russes en qualité d'*hygiénistes adjoints* et une Russe, Mlle Birkhane, a été mise à la disposition du lieutenant gouverneur du Gabon pour être employée au laboratoire de Libreville.

« *Hodie Mihi, Cras tibi* m'écrit ironiquement, à ce sujet, un confrère colonial. Un jour viendra où le gouvernement français donnera dans la métropole, à des médecins russes, annamites, malgaches ou sénégalais, les postes d'hygiénistes départementaux et de médecins des dispensaires d'hygiène sociale, en attendant qu'il en pourvoie au meilleur marché les nouvelles caisses d'assurances sociales. Et tout sera pour le mieux dans le meilleur Etat possible ! » (1)

***

Trêve d'ironie : c'est en prenant des mesures de ce genre (nous parlons surtout de celles qui donnent aux colons la charge budgétaire des hôpitaux tout en les empêchant de les administrer et de les contrôler), c'est par des mesures analogues et guère plus arbitraires que l'Angleterre, il y a un siècle et demi, a provoqué la séparation de ses colonies de l'Amérique du Nord. Il y a, dans certaines colonies françaises, un mouvement autonomiste marqué, qui peut se transformer en campagne séparatiste ; n'y a-t-il pas là de quoi préoccuper l'esprit des Français clairvoyants qui ne bornent pas leur politique à celle du présent et songent à l'avenir de leur Patrie ?

J. Noir.

(1) Ne serait-il pas préférable, dans l'intérêt de nos colonies, de chercher à établir une collaboration cordiale et confraternelle entre les médecins de l'armée coloniale et les médecins civils, que de susciter entre eux des rivalités et d'exciter leur jalousie ?

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DONNÉES RÉCENTES SUR LA TÉTANIE INFANTILE

Par Fr. Saint-Girons,

Chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôpital des Enfants-Malades

Malgré leur nombre et leur qualité, les travaux qui, dans ces dernières années, ont porté sur la tétanie infantile, et, plus généralement les états spasmophiles (ou spasmophilie) ne sont pas encore arrivés à des résultats définitifs pour ce qui est de la pathogénie et de la physiologie pathologique de l'affection ; par contre, l'étude symptomatologique en a été complétée et précisée, et l'examen électrique, a bénéficié notablement des techniques modernes.

I. Symptômes.

La tétanie peut cliniquement se présenter sous deux aspects : *tétanie manifeste*, quand elle s'extériorise spontanément sous forme de spasme glottique, de contractures spontanées des extrémités, de convulsions ; *tétanie latente*, qui doit être recherchée par la constatation de différents symptômes, que nous allons d'abord énumérer.

A. — *Tétanie latente.*

L'accord est actuellement fait sur la valeur des signes cliniques qui permettent de déceler la tétanie latente, laquelle est la plus fréquente de beaucoup, et qu'on rencontre souvent depuis qu'on sait bien la rechercher.

Le meilleur signe est de beaucoup le *signe du facial* ou *de Chvostek*. On le recherche en percutant au milieu de la ligne qui joint le lobule de l'oreille à la commissure labiale. Chvostek en distingue trois modalités : faible, quand on obtient une contraction surtout localisée aux muscles péribuccaux ; moyenne, quand la contraction s'étend à l'hémiface homologue, avec déviation des traits de ce côté ; forte, lorsqu'elle s'étend, en éclair, aux deux côtés avec ébauche de « museau de carpe ». Le signe de Chvostek est à peu près constant dans la tétanie latente. Pour Jaccottet, il est physiologique avant trois mois. Pour Ed. Lesné, Turpin et Guillaumin, il ne se rencontre pratiquement qu'après le sixième mois, car ce n'est qu'à ce moment que la chronaxie du nourrisson se rapproche de celle de l'adulte ; c'est ce qui explique que, chez deux nourrissons âgés de moins de 6 mois, ils aient par deux fois observé un aspect particulier du signe de Chvostek : la percussion ne déterminait une réponse que dans le domaine du facial inférieur, se traduisant par un mouvement de succion. Pour tous les auteurs, le signe de Chvostek garde sa signification entière chez l'enfant, et même chez l'adulte. McNeill est le seul à lui dénier toute valeur après deux ans et demi. Le *signe de Schultze* n'est qu'une modalité de signe de Chvostek, provoqué par un simple effleurage de la joue.

Les autres signes cliniques de la tétanie latente se rencontrent beaucoup moins souvent.

Le *signe de Weiss* consiste en une contraction brusque de l'orbiculaire des paupières par percussion de l'angle externe de l'orbite.

Le *signe de Trousseau* (attitude en main d'accoucheur obtenue par compression prolongée du bras au-dessus du coude) est exceptionnel. Il faut en effet, d'après O. Tezner que l'excitabilité périphérique ait dépassé un certain degré pour qu'une convulsion tonique se produise ; le fait n'a guère lieu que dans la tétanie manifeste, où il se caractérise alors par des spasmes spontanés.

Le *signe des péroniers* (ou signe de Lust) est moins rare. Il consiste à percuter le nerf sciatique poplité externe à son passage au niveau du col du péroné, on obtient une contraction rapide du long péronier latéral, qui projette la pointe du pied au dehors ; pour Jaccottet, ce signe n'est pas caractéristique après deux ans.

Enfin, le *signe du quadriceps* a été décrit récemment par G. Pettenyi : on obtient un mouvement semblable au réflexe rotulien en percutant le quadriceps fémoral à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, là où le nerf crural pénètre dans le muscle. Jaccottet a constaté la présence de ce réflexe chez plusieurs de ses spasmophiles.

Chez les tétaniques latents, on peut parfois observer des manifestations spontanées de l'état spasmophile : pylorospasme, gastrospasme, troubles particuliers du caractère. Très souvent, on relève chez eux des signes de rachitisme (22 fois sur 33 cas. Ed. Lesné, Turpin et Guillaumin) ; une fois, ces derniers auteurs ont vu une crise d'épilepsie.

B. *Tétanie manifeste.*

Cette forme est moins fréquente que la précédente : M. Lesné et ses collaborateurs en ont observé 17 cas, au lieu de 33.

Le spasme du larynx a pu être constaté aux différents âges. Il est généralement bénin. M. Lesné a observé cependant un enfant de 18 mois qui mourut au cours d'un spasme laryngé.

Les contractions spontanées des extrémités, les accès convulsifs, sont observés assez souvent, et ce qui rend le diagnostic étiologique difficile, c'est que, fréquemment, une fois la crise passée il ne subsiste aucun signe clinique ni humoral de tétanie latente.

II. Examen électrique.

Les recherches récentes, dues surtout à Bourguignon, ont modifié considérablement les données classiques. La formule admise jusqu'ici était l'hyperexcitabilité galvanique des nerfs, avec inversion de la formule polaire (la contraction de fermeture du pôle positif devenant supérieur à la contraction d'ouverture du même pôle). Ces données ont été démontrées inexactes par Cardot et Laugier chez l'animal, Bourguignon chez l'homme ; ce qui est intéressant, c'est l'étude de la chronaxie de Lapicque (temps pendant lequel, il faut faire passer un courant donné, pour obtenir une contraction) et ce qui caractérise la chronaxie, dans la tétanie, c'est son instabilité, non seulement d'un muscle à l'autre, mais encore, sur le même muscle selon l'instant considéré.

III. Signes humoraux.

La recherche des signes humoraux de la tétanie a été d'autant plus poussée que la pathogénie et le traitement de l'affection en découlent ; mais il n'a pas été possible d'arriver encore à un accord définitif.

La teneur du sang en calcium, qui est, à l'état normal, de 103 à 110 mmgr. par litre de sérum, chez le nourrisson, est généralement abaissée ; chez 18 tétaniques, Hourland et Marriott ont trouvé une valeur moyenne de 56 mmgr. Et ce fait a été vérifié par nombre d'autres auteurs. Mais cependant cette hypocalcémie, si elle est fréquente n'est pas constante, et d'autres observateurs ont constaté également un taux de calcium normal chez des spasmophiles latents et manifestes (7 fois sur 24 cas, Anderson et Saint-Graham.)

De plus, il n'y a pas de parallélisme entre le degré de l'hypocalcémie et l'intensité des manifestations cliniques (Woringer, Lestocquoy).

Enfin, l'hypocalcémie a été rencontrée en dehors de la tétanie dans des états (néphrites) où n'existe aucune manifestation clinique d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

On a voulu dès lors préciser davantage et doser dans le sang non plus le calcium total, mais seulement le *calcium ionisé* du plasma sanguin (ou ions dissociés du calcium) (1), le plus intéressant, parce que le seul biologiquement actif, dont la teneur normale est de 22 à 28 mmgr. par litre de plasma, et qui varie indépendamment du calcium total. Or, le taux du calcium ionisé est, d'après Rona et Takahashi, sous la dépendance, uniquement, de l'équilibre acide-bases du plasma : donc, on obtiendra ce calcium ionisé en mesurant et l'acidité du plasma (qu'on exprime actuellement sous l'indice pH (2) et sa réserve alcaline (ou plus exactement le taux du gaz carbonique combiné aux bases).

La mesure du calcium ionisé a donné des résultats plus cohérents que celle du calcium total. M. Lesné, R. Turpin et Ch.-D. Guillaumin estiment que l'équilibre acides-bases est généralement troublé chez les spasmophiles dans le sens d'une *hyperalcalinité*, par diminution du nombre des ions calcium du plasma sanguin. Mais cette *théorie de l'alcalose*, soutenue déjà par Freudenberg et Gyorgy, étendue par Bigwood à l'épilepsie, a été fortement battue en brèche par d'autres auteurs, de telle sorte qu'il serait prématuré de conclure. D'autant plus que, récemment, L. Blum, Delaville et Van Caulaert ont soutenu, avec d'aussi bons arguments, une théorie *acidosique* du rachitisme ; et l'on sait l'extrême fréquence avec laquelle rachitisme et tétanie coïncident chez le même sujet.

IV. Pathogénie.

Bien qu'elles ne soient pas encore définitives, les recherches biologiques sur la tétanie infantile, et aussi les autres variétés de tétanies permettent de mieux comprendre la pathogénie de l'affection.

La tétanie consécutive à l'ablation chirurgicale des glandes parathyroïdes et qui est tout à fait comparable, cliniquement et électriquement, à la tétanie infantile, s'accompagne également d'une chute du taux du calcium ionisé du plasma. Il en va de même de la tétanie par hyperpnée volontaire et prolongée, qui a été fort étudiée récemment.

Si l'on admet, dans les tétanies, cette carence en ions calciques, on arrive à concilier deux des théories pathogéniques : celle de l'alcalose, et celle

(1) On sait en effet que le calcium peut se trouver dans le plasma sous trois états :
a) Sels non dissous (sulfate et surtout bicarbonate) : 53 mmgr. par litre de sang.
b) Calcium ionisé.
c) Combinaisons calcium albumine non diffusibles (22 à 25 mmgr.).

(2) Le pH va de 0 à 14 : le pH0 représente l'activité maximale, le pH 14 l'alcalinité maximale ; chez l'homme normal il varie de 7.32 à 7.39, à 38°.

de la déficience en calcium des humeurs, puisque la diminution des ions calciques du plasma a cette double conséquence de diminuer son acidité, et de diminuer la teneur totale en calcium. Il en résulterait un état d'hyperexcitabilité du système nerveux, qui faciliterait le déclanchement de l'accès tétanique.

Mais à quoi est dû cet accès lui-même ? N. Paton, de Glasgow, qui n'admet pas la théorie calcique, a soutenu que la tétanie est le fait d'une *intoxication par la guanidine* et ses dérivés. Cette substance provoque expérimentalement les mêmes signes que la tétanie infantile ou parathyréoprive ; elle est augmentée dans les urines des tétaniques et dans celle des animaux privés de leurs parathyroïdes. Elle se forme aux dépens de la choline (qui existe dans la lécithine), soit dans les tissus, soit dans l'intestin sous l'influence de bactéridies protéolytiques (ce dernier fait explique l'action défavorable du régime carné dans la tétanie). Pour Paton, les parathyroïdes, par leur sécrétion interne, agissent en réglant la production et la destruction de la guanidine dans l'organisme.

V. **Traitement.**

Si les données précédentes manquent encore de précision, du moins la thérapeutique de la tétanie a considérablement bénéficié des recherches récentes.

Les rayons ultra-violets constituent le traitement héroïque de l'affection. Depuis les recherches de Huldschinsky et Sachs, tous les auteurs sont unanimes sur ce point. On obtient des effets presque immédiats, aussi bien sur les crises de tétanie, les plus graves accompagnées de laryngospasme, que dans les tétanies latentes. Mais, comme y insistent E. et H. Biancani, étant donnée la possiblité de récidives, il faudra prolonger le traitement jusqu'à ce que les signes mécaniques, électriques et sérologiques aient complètement disparu : après une trentaine de séances, faites tous les jours ou tous les deux jours, on fera, si besoin, une deuxième série.

Le chlorure de calcium a également des effets remarquables, à condition que les doses soient suffisantes et suffisamment prolongées. Nous employons en général la formule suivante, préconisée par P. Lereboullet et qui rend le médicament fort supportable.

Chlorure de calcium anhydre		10 gr.
Sirop de limon	} àâ	70 gr.
Sirop de fleurs d'orangers	}	
Alcoolature de citron		1 gr.

2 à 4 cuillerées à café par 24 heures.

Le chlorure d'ammonium, préconisé par Freudenberg et Gyorgy à la dose de 6 gr. par jour, en solution à 10 pour 100, a une saveur fort désagréable, et, pour Lesné, Turpin et Guillaumin ne peut être administré que par voie rectale. Cependant, par voie buccale, Jaccottet en a eu de bons résultats en ne donnant que 3 grammes, et en abaissant rapidement les doses.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fibromes utérins

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Voici un fibrome de l'utérus révélé cliniquement par une rétention d'urine. En voilà un autre qui présente quelques points communs avec celui de la malade précédente, en ce sens qu'il avait une portion pelvienne. Ces *fibromes*, malgré le nom qui leur est donné et conservé, sont en réalité constitués principalement par du tissu musculaire lisse, d'où la désignation de *fibromyomes*. A côté de ces tumeurs dans lesquelles on trouve du tissu conjonctif, et surtout du tissu musculaire, on en trouve d'autres contenant des formations adénomateuses dans l'épaisseur du myome : on les appelle *adéno-myomes*. Il arrive que les myomes, qui sont des tumeurs ordinairement bénignes, subissent une évolution maligne. *Bénignes* signifie qu'elles n'envahissent pas les lymphatiques ou les vaisseaux sanguins, ni les ganglions, ne se généralisent pas, et, d'autre part, n'ont pas des sécrétions suffisamment toxiques pour entraîner la cachexie dite cancéreuse. Les accidents produits par ces tumeurs sont d'ordre mécanique. Elles sont capables d'acquérir un énorme volume sans que l'état général s'en ressente. Eh bien, elles se transforment dans certains cas en tumeurs malignes. Tout d'un coup, elles changent d'allure. C'est le plus souvent au voisinage de la ménopause que se produit cette transformation. De là, une conclusion thérapeutique : lorsqu'un fibrome, au moment de la ménopause, — à plus forte raison après, — se met à augmenter de volume, il faut l'opérer sans hésitation. Quelle est la nature de cette transformation ? Dans certains cas, ce sont les éléments conjonctifs qui deviennent malins. On dit qu'on a affaire à un *sarcome*. Dans d'autres cas, c'est

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 19 novembre 1925, recueillie par le Dr LAPORTE.

un épithéliome. Je ne parle pas des envahissements secondaires d'un myome par un épithéliome parti de la muqueuse utérine. J'envisage seulement le cas où l'épithélioma se développe en plein tissu musculaire, sans métaplasie possible. C'est donc un épithélioma primitif. Ce sont précisément ces *adéno-myomes* qui se transforment *in situ* en épithéliomas, c'est-à-dire aux dépens de ces formations aberrantes qui ont persisté dans l'épaisseur du tissu musculaire.

Au point de vue topographie, on distingue le myome interstitiel, ou pariétal, ou intra-mural, compris dans la paroi de l'utérus. Ces myomes interstitiels, lorsqu'ils deviennent volumineux, font saillie, les uns en dehors, les autres en dedans, si bien qu'ils finissent par se rapprocher des deux autres variétés. Les myomes sous-séreux ou sous-péritonéaux peuvent acquérir un volume extrême et remonter dans la cavité abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic, même jusqu'au diaphragme, mais, vu leur situation, ils ne donneront presque pas de symptômes utérins, car ils retentissent extrêmement peu du côté de l'utérus.

Un caractère fréquent de ces fibromes est la *pédiculisation* ; une tumeur très volumineuse peut n'être reliée à l'utérus qu e par un tout petit pédicule et il est extrêmement facile de les enlever sans léser le moins du monde l'utérus. Il suffit de sectionner le pédicule, puis de mettre un point de suture. L'opération est d'une extrême bénignité.

De même que certains fibromes se développent absolument à la périphérie, sous la séreuse, d'autres se développent, au contraire, du côté de la cavité, immédiatement sous la muqueuse. S'ils deviennent volumineux, ils font saillie du côté de la cavité utérine, en refoulant la muqueuse. Ce sont les fibromes sous-muqueux ou cavitaires. Ils donneront des manifestations utérines propres beaucoup plus que les fibromes sous-péritonéaux. Ceux-ci peuvent évoluer sans amener de troubles du côté de l'utérus, tandis que les fibromes sous-muqueux amènent inévitablement des troubles utérins. Ils peuvent acquérir un volume considérable. Il en est qui arrivent à remplir la totalité de la cavité utérine, en la distendant. Le fibrome est fixé en un point de cette cavité, comme un œuf est fixé par son placenta ; aussi Guyon l'a-t-il désigné sous le nom de *grossesse fibreuse*. Il peut donner lieu à des difficultés extrêmes de diagnostic. Il y a nombre de cas qui ont été pris pour des grossesses et pour lesquels on a fait des interventions inutiles. De même, que les myomes sous-péritonéaux, ils peuvent se pédiculiser. Lorsque l'utérus devient trop étroit, il peut se contracter sur ces fibromes et les expulser, c'est-à-dire que, de même qu'il y a une grossesse fibreuse, il peut y avoir un *accouchement fibreux*.

La tumeur vient faire saillie au niveau de museau de tanche. C'est ce qu'on appelle les *polypes fibreux*.

Parfois lorsqu'on fait le toucher, on sent un anneau mince, constitué par le col de l'utérus extrêmement distendu, puis, faisant plus ou moins saillie au niveau de cet orifice du museau de tanche, une tumeur quelquefois extrêmement volumineuse, grosse comme une tête de fœtus. Il y en a qui sont accouchées dans le vagin, étant toujours reliées à la partie supérieure par un pédicule plus ou moins étroit. Enfin, il arrive dans certains cas que ce pédicule, étiré par suite des contractions de l'utérus, s'amincit, se nécrose, que le fibrome devient absolument libre et peut être expulsé au dehors : l'accouchement est complet.

Dans certains cas, on voit des fibromes expulsés de l'utérus dans le vagin, mais assez volumineux pour ne pas franchir l'orifice vulvo-vaginal, si bien qu'on applique le forceps.

Dans ces cas, le pédicule étant rompu, la nutrition est impossible. S'il y a simple nécrose, les accidents ne sont pas graves, mais la cavité utérine peut être septique ; alors il se produit des phénomènes infectieux, le fibrome entre en véritable putréfaction, comme fait un cadavre. Alors, on peut observer des accidents extrêmement graves, et parfois le diagnostic est très difficile. Cette gangrène d'odeur fétide, avec phénomènes de résorption, peut faire songer à un cancer du corps de l'utérus.

Les fibromes superficiels développés dans la partie basse, les fibromes pelviens, méritent des considérations particulières. La cavité pelvienne est une sorte de barrière, dont l'orifice supérieur est plus étroit que la cavité même. Il en résulte que le fibrome se développant ne peut plus remonter au-dessus du détroit supérieur ; si on cherche à le repousser par le toucher, on sent qu'il n'est pas adhérent aux parties voisines, mais néanmoins impossible à refouler. Ce sont les *fibromes pelviens enclavés*. Ils ont toujours une gravité particulière du fait des phénomènes de compression qu'ils entraînent inévitablement. Sur quels organes agissent ces phénomènes de compression ? Sur la vessie, quelquefois sur l'urèthre, mais de beaucoup le plus souvent sur les *uretères*. Cette malade est entrée à l'hôpital pour des phénomènes de rétention d'urine. C'est rare. Si volumineux que soient les fibromes, il est très rare qu'ils entraînent la rétention d'urine. Lorsqu'on fait des interventions, on est stupéfait quelquefois de la discordance entre la modification de la vessie, et l'intégrité relative de la fonction d'évacuation de l'urine. La compression de l'*urèthre* est rare. La compression de l'*uretère* est, au contraire, extrêmement fréquente, et, bien qu'elle soit beaucoup plus grave, au point de vue pronostic, elle passe complètement inaperçue. Quelles sont les conséquences de ces compres-

sions incomplètes de l'uretère ? Incomplètes, c'est dire que l'urine continue à couler dans la vessie, mais non librement ; la pression est augmentée jusque dans le bassinet, et ces augementations de pression ont toujours des conséquences graves pour le fonctionnement des *reins*. Ainsi, il y a des malades qui, sans avoir présenté de troubles urinaires à proprement parler, arrivent à avoir des reins extrêmement déficients. Je vous ai dit tout à l'heure que les fibromes, tumeurs essentiellement bénignes par leur nature, pouvaient entraîner des accidents, et même des accidents graves. Parmi ces accidents, les plus fréquents sont les troubles de compression des uretères, qui retentissent sur le rein lui-même. Landouzy disait : les malades qui ont de gros fibromes en meurent toujours. Ce n'est pas exact, mais ils exposent les malades à des dangers, s'ils sont volumineux, et surtout enclavés, même sans être volumineux. Avant de décider une intervention opératoire, on doit faire une étude attentive du fonctionnement des reins, sinon on s'expose à des désastres.

Ces fibromes retentissent aussi quelquefois sur le *cœur*. Est-ce par l'intermédiaire des reins, ou par leur volume ? Ces troubles cardiaques, étudiés par Sébileau dans sa thèse (Étude du cœur dans les grosses tumeurs abdominales), ne se voient plus guère aujourd'hui, parce qu'on fait le diagnostic plus tôt, on les opère, et ces tumeurs géantes sont devenues extrêmement rares.

Ces fibromes restent sous-péritonéaux, mais peuvent se développer vers la partie inférieure, et alors la tumeur vient prendre un point d'appui sur le muscle releveur de l'anus, refoule l'utérus en avant et en haut et produit les grandes déformations vaginales. Les accidents d'occlusion dans les fibromes n'existent pour ainsi dire pas. Même avec déformations, les malades continuent d'aller à la selle.

L'utérus est refoulé, le col finit par être situé au niveau du pubis, quelquefois plus haut. La tumeur fait une énorme saillie qui refoule le vagin, de sorte qu'au toucher on trouve une grosse masse qui soulève le vagin et le remplit complètement ; puis, en se dirigeant en avant, on trouve un canal vaginal rétréci, car la tumeur aplatit le vagin. Il y a des cas où le doigt a peine à passer. Quelquefois, on va aussi haut que l'on veut dans ce cul-de-sac vaginal anormal, et on n'atteint pas le col. Dans certains cas, on peut encore l'atteindre.

Ces grandes déformations vaginales sont-elles caractéristiques des fibromes ? Quand on a trouvé un vagin étiré en long, aplati derrière la symphyse pubienne, avec le col extrêmement élevé, peut-on diagnostiquer d'une manière ferme un fibrome ?

D'abord, on peut observer ce genre de déformation lorsqu'il se produit dans la cavité périto-néale un épanchement abondant et rapide ; dans les pelvi-péritonites séreuses, c'est très rare, mais c'est fréquent dans les hématocèles dues à la rupture des grossesses extra-utérines. Dans ces cas, le vagin est refoulé par la distension du cul-de-sac de Douglas, mais il n'y a pas d'ascension considérable du col, on l'atteint assez aisément. Dans la grande déformation, l'ascension du col joue un rôle considérable. Cependant les fibromes enclavés de la partie postérieure du bas de l'utérus ne sont pas seuls capables de produire cette déformation vaginale avec élévation du col. Pour que cette déformation se produise, il suffit qu'une tumeur quelconque contracte des adhérences avec la partie postérieure de l'utérus, et évolue vers la cavité pelvienne. Pratiquement, c'est de beaucoup les fibromes de l'utérus qui donnent lieu à ces déformations. Mais d'autres tumeurs peuvent les produire. Ce sont les *tumeurs de l'ovaire*, non pas les kystes bénins, épithéliaux, mucoïdes, qui ne contractent pas d'adhérences, mais d'autres formes, qui peuvent être kystiques, mais sont des épithéliomes de nature plus maligne, contractant des adhérences avec l'utérus. Eh bien, il y a de ces tumeurs de l'ovaire qui n'ont pas une extrême malignité, et contractent avec l'utérus des adhérences telles que, pour faire une opération complète, on est obligé d'enlever l'utérus en même temps que le kyste. Ces tumeurs enclavées postérieures donnent lieu évidemment à quelques difficultés, au point de vue des interventions, mais dont il est assez aisé de triompher.

La situation est toute différente lorsque le fibrome de l'isthme ou du col se développe vers les parties latérales et sur la partie antérieure. Les fibromes latéraux peuvent évoluer soit du côté du ligament large, soit du côté de la gaine hypogastrique, appelée base du ligament large ou encore *paramètre*. C'est le territoire des branches intra-pelviennes de l'hypogastrique. Le fibrome s'insinue entre les deux feuillets du ligament large. Ces fibromes ne donnent jamais lieu à des difficultés opératoires totales, et n'ont pas d'ailleurs de symptomatologie propre. Cependant, il arrive qu'ils se pédiculisent, comme tous les fibromes superficiels, et même que le pédicule s'atténue au point de disparaître, ce qui donne lieu à ces tumeurs fibreuses appelées fibromes du ligament large ; il n'est pas impossible que ceux-ci naissent quelquefois sur place, car ces ligaments contiennent toujours une certaine quantité de tissu musculaire.

D'autre part, il est certain que le ligament rond peut être l'origine de myomes, car il est formé en grande partie de fibres musculaires.

Les fibromes développés en avant, dans l'isthme ou le col sont d'emblée dans la gaine hypogastrique, bridés entre son feuillet supérieur et le muscle releveur de l'anus. Ils vont aussi dévier

♦♦♦

l'utérus, le refouler plus ou moins en haut et sur le côté, et donner lieu à des déformations vaginales. Les rapports qu'ils contractent avec les organes voisins sont variables et, peut-on dire, fantaisistes. Le déplacement de l'artère utérine n'a pas une extrême importance, parce qu'on peut toujours la trouver, et si on la coupe, on peut la pincer sans exposer la malade à l'hémorragie, mais ce qui est grave, ce sont les relations de ces fibromes avec l'uretère. Eh bien, il est absolument impossible, lorsqu'on a affaire à l'un de ces *fibromes sous-aponévrotiques* (c'est le nom qu'on leur donne généralement), de savoir quelle est la situation de l'uretère. Chez une malade, le fibrome remontait bien au-dessus du détroit supérieur, et n'était enclavé que dans sa partie inférieure, avec une grande déformation vaginale. Or, l'uretère était refoulé en haut. Dans ces fibromes sous-péritonéaux, on ne sait jamais où est l'uretère. Il est forcément coudé, comprimé ; par conséquent, dans ces cas, il ne peut pas y avoir intégrité du rein.

Voilà deux cas récents de fibromes pelviens enclavés dans le bassin. Le premier a produit un accident assez exceptionnel et intéressant, une *rétention d'urine*, d'autant plus intéressant que celle-là a été une rétention complète, mais ce n'est pas la règle ; généralement, ces fibromes donnent lieu à une rétention chronique incomplète, c'est-à-dire que les malades continuent à uriner, et quelquefois même urinent par regorgement, ce qui n'empêche pas la vessie de se distendre, parce qu'elle ne se vide pas complètement. Cela conduit à des erreurs de diagnostic. Sentant une énorme tumeur fluctuante, on peut penser à un kyste de l'ovaire, et c'est la vessie.

CAUSERIE CHIRURGICALE

Les probabilités permanentes et croissantes du domaine de la chirurgie

Par DARTIGUES.

Si la pathologie entière, dans tous ses domaines, est dominée par quelques maladies majeures, et peut être ramenée à quelques maladies ayant des transformations multiples et polymorphes, s'il y a, en somme, une étiologie réduite des processus morbides, il est certain qu'en faisant disparaître une cause unique, du même coup on arrive à rayer du cadre nosologique des manifestations extrêmement nombreuses et variées de cette cause. On peut donc dire qus si les problèmes du cancer et de la tuberculose par exemple, sont résolus, du même coup bien des applications de la thérapeutique chirurgicale n'auront plus leur raison d'être.

Cependant, dans les maladies qui accableront toujours l'humanité, l'on peut en prévoir un certain nombre qui auront un caractère chirurgical permanent. Il est vraisemblable qu'il y aura toujours une traumatologie d'origine obstétricale et qu'il y aura constamment les blessures de la parturition avec toutes leurs conséquences qui obligent à des réparations chirurgicales, malgré l'habileté des accoucheurs et l'instruction plus soignée des sages-femmes. A côté de cela, il faut penser qu'il y aura toujours des dystocies qui nécessiteront l'intervention de la chirurgie. Mais il y aura surtout une traumatologie générale : les plaies du cœur, du poumon, du foie, de la rate, de l'intestin, les blessures du crâne, des gros troncs artériels et veineux des membres, les fractures connues du squelette et celles à venir résultant de certaines spécialisations de métiers, d'industries, de locomotion, existeront et auront de quoi occuper les chirurgiens. Le champ de la chirurgie accidentelle est immense ; c'est celui de la paix qui n'en a pas moins ses combattants, ses hécatombes et ses désastres ; cette chirurgie durera autant que s'accroîtront les industries des hommes et que se multiplieront ses moyens de locomotion dans la puissance et la vitesse. Les accidents des sports violents rentrent dans ce groupe. Il est indéniable que le chapitre des fractures devient de plus en plus considérable ; et nous sommes loin, en peu d'années, cependant, des fractures classiques comme celle de Dupuytren par exemple. Les nouvelles professions entraînent des fractures professionnelles typiques (fractures de chauffeurs, de boxeurs, de mécaniciens divers) ; mais en général, la vie nouvelle avec ses moyens trépidants et vertigineux de locomotion terrestre, aquatique, aérienne, cause, pourrai-je dire, une *ostéoclasie accidentelle* que caractérise une irrégularité infinie et qui se comprend quand on songe qu'elle est le résultat, permettez le mot, d'une « casse » à circonstances et incidences également infinies.

D'une façon générale, la chirurgie, qu'il s'agisse de plaies, de bris squelettique, sera surtout et avant tout traumatothérapique. Les viscères fourniront moins à la chirurgie, c'est possible, mais les vaisseaux et le squelette davantage. On peut ajouter aussi que la traumatothérapie accidentelle entraînera le développement d'une chirurgie réparatrice esthétique et que celle-ci aura à honneur, non seulement de sauver la

fonction compromise, mais la beauté ou la régularité des traits et des formes. Les traumatismes de la locomotion, de l'industrie, des sports, nécessiteront le perfectionnement d'une chirurgie rectificatrice, réparatrice plastique qui n'est encore, il faut bien le dire, quand on ne se contente pas de peu, que rudimentaire et même aléatoire.

A côté des accidents, les causes passionnelles qui seront de tous les temps, feront sortir le couteau et l'arme à feu ou tant d'armes que nous ne pouvons même prévoir, car il y aura toujours des vendettas et des assassinats. Il y aura encore de tout temps, et de plus en plus, des brûlures dont il faudra réparer les cicatrices par des opérations savantes et des greffes cutanées et muqueuses ingénieuses.

Il y aura toujours, malgré la culture physique qui les diminuera, des hernies et même des étranglements qu'il faudra réduire et lever chirurgicalement. Il y aura toujours des ruptures accidentelles, comme celle de l'urètre qui nécessiteront des plasties plus ou moins difficiles.

Il y aura, à travers les temps, constamment des irrégularités de la nature, maîtresse sauvage et indomptable avec tous ses débordements, ses troubles et ses erreurs, et il faudra compter avec les déformations congénitales et acquises, tels que les hypospadias, les extrophies vésicales, les multiples atrésies et sténoses, avec les monstruosités, les anomalies de toute espèce.

Et puis, il y aura tout ce groupe compact et considérable que l'on range sous le nom mauvais de pédiatrie, puisqu'il ne s'agit pas que d'enfants, mais auquel je propose de substituer le mot d'*orthomorphisme*, science de la rectification des formes anatomiques chez l'homme et à tous les âges et correspondant à des récupérations fonctionnelles.

Il est probable que les aberrations anatomiques et physiologiques existeront toujours, que des tumeurs par anomalies embryologiques, comme celles qui se développent au niveau des débris des arcs branchiaux s'observeront dans des temps bien lointains encore, et que, à côté, des malformations internes, utérines, tubaires, ovariennes, diverticulaires de toute espèce, etc., qui exigeront le secours de la chirurgie par les complications qu'elles peuvent entraîner, il y aura toujours des grossesses ectopiques avec leur menace de rupture soudaine et mortelle, et des productions kystiques du fait de développement insidieux et anormal de débris wolfiens ; on pourrait multiplier les exemplesà l'infini, et les énumérer exigerait un volume.

Et sans doute, il y aura pendant très, très longtemps, des excroissances, des pierres, des obstacles, des purulences que seule la chirurgie sera capable de libérer.

Malgré toutes les prophylaxies, toutes les hygiènes, tous les sérums, tous les vaccins, tous les moyens physiothérapiques, radifères, électriques, héliothérapiques, ultra-violets qui cèderont la place peut-être à des agents plus puissants et à propriétés inattendues que nous ne soupçonnons même pas encore, il restera tout un ordre d'affections d'origine mécanique, si je puis dire, ou à caractère mécanique, car la plaie humaine existera toujours, le bris humain sera de tous les temps, car l'anatomie humaine, la morphologie humaine aberrante et corrigible offriront des cas à acte opératoire.

Qu'il s'agisse de la chirurgie de l'enfant, où les opérations réparatrices contre les déviations de l'embryologie domineront, de la chirurgie de l'adulte où les opérations salvatrices de la vie ou de la fonction seront le grand lot, de la chirurgie du vieillard, etc., le chirurgien sera de moins en moins l'Hercule du temps héroïque qui se sera attaché surtout à nettoyer les écuries d'Augias et à combattre les monstres tumoraux de l'organisme, mais il sera surtout un constructeur, dans le sens de l'anatomie et de la physiologie puisque, avec les matériaux intrinsèques de l'individu humain lui-même, par un habile agencement appuyé de toutes les forces de ses ressources multipliées et puisées dans l'ambiance du monde physique et chimique, il fera rentrer les individus dans la normalité, et il sera un édificateur puisque, avec les matériaux extrinsèques tirés de l'animalité vivante rendue recevable et assimilable par des moyens humoraux métamorphosés que la biologie trouvera, il pourra par des greffes partielles ou totales, faire cadrer jusqu'à des organes entiers, dans les régions détruites de notre économie par l'accident ou l'évolution des maladies. Le champ futur de la chirurgie est sans doute illimité.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Essai de traitement de la peste bubonique par le bactériophage.

F. D'HÉRELLE rapporte trois cas de peste, où la culture de bactériophage fut injectée dans les 24 heures suivant l'apparition du bubon et, pour lesquels l'état général s'améliora quelques heures après l'injection. Dans un 4e cas, l'intervention eut lieu seulement le 3e jour ; deux injections furent nécessaires ; l'amélioration se produisit quelques heures après la 2e injection ; ceci prouve que la culture de bactériophage, outre la bactériophagie *in vivo* qu'elle provoque, exerce de plus une action toxique (comme dans la dysenterie bacillaire).

Bref, le traitement par le bactériophage doit constituer le traitement spécifique de la peste bubonique. Etant donné que le bacille de la peste est très homogène vis-à-vis du bactériophage, il suffira d'appliquer un stock-bactériophage, sans qu'il soit besoin d'aucun essai de laboratoire. L'auteur recommande de pratiquer l'injection de 1 à 2 cmc. en plein bubon, et cela aussitôt que possible. L'injection de bactériophages virulents pour B. pestis étant absolument inoffensive, même s'il y avait erreur de diagnostic, il n'y aurait pas lieu d'attendre le résultat de l'examen bactériologique. Dès qu'on se trouve en présence d'un cas suspect de peste, il faudrait faire le prélèvement pour l'examen (dans le cas où il serait possible) et, immédiatement après, faire l'injection de la culture de bactériophage. Inutile de dire que les bactériophages injectés doivent être de virulence très grande : appliquer un bactériophage de virulence faible, moyenne ou même assez forte serait courir à un échec certain.

L'auteur conseille de s'en tenir à une seule injection, si la température s'abaisse progressivement. Si, au contraire, la température reste élevée, le lendemain pratiquer une seconde injection et une troisième le jour suivant, en cas de besoin.

En l'absence de bubon, ainsi que dans les cas de peste septicémique ou pneumonique, il y aurait lieu de tenter l'injection intraveineuse. (*La Presse médicale*, 21 octobre 1925.)

Quelques essais de traitement de la fièvre typhoïde par le bactériophage.

Sans entrer dans la discussion sur la nature du bactériophage, MM. H. VIOLLE et Mlle M. C. ROURE dénomment ainsi le bouillon de culture filtré, qui possède des propriétés bactériolytiques vis-à-vis de jeunes bacilles de la même souche.

Ces auteurs ont administré le bactériophage par voie buccale, à des malades ayant eu une hémoculture positive du bacille d'Eberth ; il passe ainsi rapidement dans la circulation générale. Les malades ont reçu 10, 20 et 40 cmc. par jour de bactériophage cultivé en bouillon. Parfois les doses fortes étaient données d'emblée ; dans d'autres cas par augmentation progressive ; la durée du traitement était en général de 3 à 4 jours.

On retrouve le bactériophage antityphoïdique actif peu de temps après dans le sang du malade et plusieurs semaines plus tard dans les selles. Il ne provoque pas, dans l'organisme, de réactions très violentes, sauf dans quelques cas particuliers. Enfin son action thérapeutique paraît peu efficace.

Cependant les essais pratiqués sont trop peu nombreux pour que l'on puisse en déduire immédiatement une conclusion négative. Il faudrait s'efforcer de rechercher un bactériophage plus spécifique, un auto-bactériophage, ou tout au moins d'adapter la souche que l'on possède au bacille du malade, en exaltant sa virulence vis-à-vis de ce bacille par des passages successifs. Mais la grande difficulté est d'aller vite, car il faut du temps, et au moment où le bactériophage est prêt à être donné au malade, celui-ci peut spontanément faire sa défervescence et l'expérience ne prouve plus rien. (*La Presse médicale*, 16 septembre 1925.)

Rhumatisme cardiaque évolutif.

De même que l'atteinte rhumatismale aiguë peut revêtir une allure subintrante dans ses localisations articulaires, de même elle peut le faire dans ses localisations cardiaques. Mais le côté intéressant de la question c'est que la défaillance cardiaque ne s'explique pas toujours, en pareil cas, par des lésions décelables, soit à l'examen clinique, soit à l'examen nécroscopique. Dès lors, ainsi que le pensent le Pr DOUMER et Mlle ALPHANT, on a de sérieuses raisons de songer à l'intervention possible de facteurs différents : nerveux, endocriniens, humoraux.

Les auteurs relatent en détail un cas de ce genre : il s'agissait d'un malade, porteur depuis longtemps d'une cardiopathie cicatricielle d'origine rhumatismale ; cette lésion avait perdu son souffle, et ne fut pas soupçonnée, lorsque s'installa une tachy-arythmie, alors que le ma-

lade ne se plaignait pas de son cœur. Cette tachyarythmie était le résultat d'un réveil de l'infection rhumatismale dans sa localisation cardiaque. Le malade succomba, après quelques mois, aux progrès de cette insuffisance cardiaque, qui se montra irréductible.

Or, à l'autopsie, les lésions de l'endocarde ne pouvaient suffire à expliquer l'asystolie ; par contre, on découvrit des localisations tuberculeuses sur la surrénale gauche. On doit se rappeler à ce propos que les travaux de Josué semblent montrer que la déficience des capsules surrénales peut être un facteur d'insuffisance cardiaque.

On ne peut évidemment conclure ; mais le fait est à retenir, comme une contribution à l'étude des facteurs de myocardie, laissant à l'avenir le soin de l'interpréter et de préciser son importance. (*Gazette des hôpitaux*, 7 octobre 1925.)

Abcès péri-uréthraux d'origine blennorrhagique traités par auto-vaccins et protéinothérapie.

A. Tansard, rappelant ses travaux antérieurs et les résultats obtenus, expose les modifications qu'il a apportées à sa technique, considérablement modifiée : il juge bon d'employer simultanément, le même jour et à la même heure, les auto-vaccins et les injections de lait dans le muscle, alors qu'il utilisait séparément les deux méthodes ; d'autre part, il faut injecter les vaccins à doses progressivement croissantes, à la première piqûre 2 /10 de cent. cube, 3 /10 à la seconde, et ainsi de suite, de 1 /10 en 1 /10 pour atteindre les 6 milliards ; si le malade le supporte on peut faire les injections à 24 heures d'intervalle, sinon on les espace et on ne fait plus que trois piqûres par semaine. Dans certains cas très graves, tels que les rhumatismes à forme pseudophlegmoneuse, il est nécessaire d'atteindre ainsi la dose de 20 milliards par jour.

Il n'y a guère de contre-indications, en dehors des malades atteints de diathèse colloïdoclasique ou des asthmatiques chez qui le choc pourrait amener des accidents graves.

L'auteur insiste encore sur la nécessité des auto-vaccins, car l'on attache beaucoup trop d'importance à la disparition du gonocoque, et que, celui-ci une fois supprimé, le malade est loin d'être guéri, puisque son urètre contient encore des agents infectieux assez virulents pour déterminer des complications, telles que les abcès péri-urétraux. L'association de la protéinothérapie à l'emploi des vaccins est également rationnelle, puisque chez de nombreux malades, et en particulier dans 2 cas d'abcès pré-urétraux, il a obtenu la guérison sans vaccin, en se contentant de n'employer que les injections de lait.

Cette méthode donne des résultats bien supérieurs au traitement chirurgical, car elle évite les fistules et fait disparaître la folliculite, point de départ de l'abcès ; enfin l'urétrite ne persiste que fort peu de temps après la guérison de la complication, quand elle ne disparaît pas en même temps ou quelquefois même avant elle. (*La Presse médicale*, 19 septembre 1925.)

Essai de classification du rhumatisme chronique.

On décrit volontiers trois grandes classes de rhumatismes chroniques : déformant progressif, infectieux ou toxique. Mais, d'après le Dr Paul Gillet, le rhumatisme chronique déformant est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, d'origine infectieuse ou toxique. Dans certains cas la preuve peut en être faite ; dans d'autres cas, elle est plus difficile à apporter en l'état actuel de nos connaissances. Il serait donc plus logique de n'admettre, comme rhumatismes chroniques, que le rhumatisme infectieux et le rhumatisme toxique.

Il faut donc de plus en plus envisager le rhumatisme chronique sous un angle étiologique. C'est la seule façon de mieux le comprendre, en démembrant complètement cet obscur chapitre de pathologie, pour arriver à des conclusions qui permettent d'orienter le traitement vers une thérapeutique rationnelle antituberculeuse, antisyphilitique, opothérapique, en tous cas spécifique, vers laquelle doivent tendre toujours les efforts de tout praticien. (*Le Bulletin médical*, 2 septembre 1925.)

Le traitement par les rayons ultra-violets.

Les rayons ultra-violets possèdent une action analgésiante indéniable, une action stimulante générale qui peut aller jusqu'à l'excitation et à l'insomnie ; ils favorisent le fonctionnement des organes hématopoiétiques et l'augmentation du taux de l'hémoglobine ; ils sont également hypotenseurs et stimulent la calcification. Leur champ d'action est donc considérable, et, si la vogue dont ils jouissent paraît actuellement à son apogée, il semble cependant que les résultats obtenus dans un grand nombre d'affections la justifient au moins en partie.

Dans le lupus vulgaire, les rayons U.V. sont à recommander, mais non dans le lupus érythémateux, où ils sont contre-indiqués dans les formes aiguës et subaiguës, et donnent des résultats inconstants dans les formes chroniques. Le traitement des dermatoses réussit d'autant mieux qu'il s'agit d'affections plus superficielles : à signaler leur emploi dans les pyodermites, et notamment dans les affections staphylococciques des nourrissons.

Ils sont à recommander pour les plaies atones post-traumatiques ou post-opératoires, pour les brûlures du deuxième degré, où la cicatrisation paraît se faire plus rapidement ; un des avantages consiste dans l'aspect de la cicatrice en

général souple, et de coloration très voisine de la normale.

Les rayons ont été employés dans les affections vulvaires, dans les troubles de la menstruation et les affections des annexes. Grâce à eux, on voit l'état général des rachitiques s'améliorer très rapidement, en même temps que le poids augmente.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, il semble qu'il faille faire preuve de la plus grande prudence ; les formes récentes et mal limitées semblent mal supporter le traitement. Cependant dans la tuberculose ganglionnaire et la tuberculose péritonéale, leur action favorable est indéniable.

Il faut encore recommander leur emploi dans la neurasthénie et dans les algies rebelles.

Des précautions sont à prendre pour éviter, au moment de leur application les accidents oculaires (conjonctivite) et l'érythème.

L'application des rayons U.V. est encore empirique à l'heure actuelle, mais comme ceux-ci ne présentent aucun danger réel, il faut espérer que leur emploi se généralisera de plus en plus. (L. DELHERM et MOREL-KAHN. *Gazette des hôpitaux*, 29 septembre 1925.)

Les soins pré- et post-opératoires dans les interventions gastriques.

Comment peut-on, à l'heure actuelle, concevoir la préparation d'un opéré gastrique et sa surveillance post-opératoire dans les cas simples et les cas compliqués ? Tel est l'objet d'une étude de MM. DELORE, CREYSSEL et LE ROUGEMONT. La question, bien connue des spécialistes, l'est moins des praticiens qui hésiteraient, par exemple, à laver un estomac ulcéreux à la veille d'une intervention ou le soir d'une résection gastrique.

I. En dehors des préparatifs ordinaires, il faut obtenir, *avant l'opération*, la vacuité et la propreté aussi parfaites que possibles de l'estomac, afin d'éviter l'usage choquant des clamps et la résorption toxique des liquides de rétention, deux éléments importants pour le choc post-opératoire. Le lavage gastrique pré-opératoire est, quoi qu'on dise, bien supporté, même par les plus affaiblis, et sauf dans certains cas d'ulcères très hémorragiques, ayant déjà causé des hématémèses abondantes de sang rouge, il n'offre que des avantages. On le pratique lentement, avec douceur, à l'aide de liquides chauds, la veille de l'intervention en général, et on le fait suivre d'une diète à peu près complète. Autres précautions préalables : désinfecter soigneusement la bouche et les dents, rehydrater préalablement le malade au moyen des injections répétées de sérum physiologique ou glucosé, éviter l'examen radioscopique la veille de l'intervention (car la bouillie bismuthée peut être gênante et faciliter la désunion des sutures).

II. *Après l'opération*, il est classique de laisser le malade à la diète le premier jour, de l'alimenter exclusivement de liquides pendant plusieurs jours ; cependant, après une anastomose au bouton, ou même à la suture (3 plans de suture), on peut donner aussitôt après l'opération en cas de malades très affaiblis par inanition, le soir même, en tout cas des liquides, et très tôt (2e et 3e jour) des aliments semi-liquides. Au reste l'alimentation sera développée suivant les indications spéciales de chaque cas.

Quand les suites sont compliquées, que le malade a de petits vomissements mêlés de sang noirâtre (sutures), ou même que les vomissements deviennent plus abondants, mélangés de sang et de liquides de stase, quand aussi le ventre se ballonne par atonie gastrique (dilatation gastrique aiguë), un seul traitement doit être institué aussitôt : c'est le lavage gastrique chaud. Les symptômes graves disparaissent comme par enchantement dans les heures qui suivent. S'il s'agit cependant d'accidents péritonéaux vrais, nécessitant le traitement habituel de la péritonite, le lavage n'a été que temporairement efficace.

En cas de circulus vitiosus également, un ou deux lavages n'ont rien fait, et il faut à nouveau intervenir le plus tôt possible pour faire une autre anastomose (accident rare).

Enfin, on se rappellera qu'il peut y avoir du 12e au 20e jour une occlusion par le bouton qui s'élimine, ou une fermeture secondaire de la bouche par oblitération cicatricielle.

Mais il faut surtout retenir que le lavage gastrique, moyen simple, peut bien souvent sauver un opéré de la mort. (*La Presse médicale*, 24 octobre 1925.)

De l'utilité du cathétérisme urétéral dans la colique néphrétique par lithiase.

Les bienfaits de cette méthode ne sont pas suffisamment connus, dit G. MARION, et parfois on laisse souffrir pendant bien des jours un malade en voie d'expulsion d'un gravier urétéral, que l'on pourrait soulager très rapidement par le cathétérisme urétéral, en même temps que l'on faciliterait l'expulsion du dit gravier.

On devrait y recourir chaque fois qu'une crise de colique néphrétique se prolonge un certain temps (voir les trois observations rapportées), sans aboutir à l'évacuation d'un calcul, lorsque cette crise s'accompagne de phénomènes fébriles. La mise en place d'une sonde urétérale, s'il est possible de franchir le point où se trouve le calcul, amène instantanément la suppression des douleurs, et, dans les jours qui suivent, a bien des chances de provoquer l'expulsion du calcul.

L'auteur rappelle que le véritable médicament de la colique néphrétique n'est pas la morphine (qui calme, mais immobilise en même

temps l'uretère et fixe le calcul), c'est au contraire la belladone (jusqu'à huit centigrammes d'extrait en pilules) ;non seulement elle atténue suffisamment les douleurs, mais, en même temps elle facilite le cheminement du calcul en supprimant le spasme urétéral, sans supprimer les contractions péristaltiques. (*La Presse médicale,* 5 août 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les examens médicaux des agents des chemins de fer.

(M. G. Guillain. — *Académie de médecine* ; 12-1-1926.)

M. Guillain présente un rapport sur la question des examens médicaux des agents des chemins de fer, en particuler des agents affectés aux emplois de sécurité (mécaniciens, chauffeurs, chefs de trains, aiguilleurs, etc.). Il rappelle l'importance de l'état de la vision, en pareil cas, de certaines cardiopathies qui peuvent provoquer des défaillances du sujet, des troubles nerveux (épilepsie, psychoses) et de l'alcoolisme. Il termine en proposant le vote des vœux suivants :

1º Pour l'admission dans les services de sécurité des chemins de fer, l'acuité visuelle doit être au moins égale à 9/10 d'un côté et à 8/10 de l'autre, sans correction par les verres. Pour le maintien des agents dans leurs fonctions, l'acuité ne devra jamais être inférieure à 7/10 d'un côté et 5/10 de l'autre.

2º Des examens périodiques de la fonction visuelle seront faits tous les deux ans par des ophtalmologistes.

3º Une visite médicale générale sera passée tous les cinq ans jusqu'à cinquante ans et tous les trois ans après cinquante ans.

4º Tout agent reconnu atteint d'une cardiopathie susceptible de provoquer des défaillances soudaines ou d'une grande hypertension doit être déclaré inapte aux services de sécurité.

5º Les compagnies doivent s'assurer dans les grandes villes la collaboration de psychiatres. Les agents suspects de troubles nerveux seront envoyés à la consultation neuropsychiatrique, par les médecins chargés des examens d'admission et périodiques ; par les oculistes lorsqu'ils constatent des troubles pupillaires ou paralytiques quelconques ; par les chefs de service ayant remarqué des singularités de propos ou de tenue d'un de leurs subordonnés.

6º Il paraît désirable que tout agent ayant présenté des signes d'excès alcooliques habituels soit radié des services de sécurité.

Résultats éloignés de 100 gastrectomies pour cancer.

(M. Hartmann. — *Académie de médecine* ; 12-1-1926.)

Dans une précédente séance, M. Hayem communiquait l'observation d'un malade mort 25 ans après une gastrectomie pour cancer. M. Hartmann expose aujourd'hui sa statistique de 100 opérés de gastrectomie pour cancer. Sur ces 100 sujets, 35 ont été revus sans récidive après un temps qui a varié de un à vingt et un ans. Quatre ont été suivis pendant trois années, sept, de 4 à 6 ans, huit, de 8 à 11 ans, et neuf, de 12 à 21 ans. On arrive ainsi à une proportion de 30 pour 100 de gastrectomisés pour cancer restés guéris.

Ce pourcentage concorde avec celui de quelques statistiques fournies par la littérature étrangère : cliniques du Peter Bent hospital (de Boston), d'Eiselsberg (de Vienne), de Mikulicz (de Breslau), clinique des Mayo (de Rochester).

Les récidives ont été vues principalement au cours de la première et surtout de la seconde année. Après cette période, elles sont beaucoup moins à redouter.

Est-on autorisé à fixer les possibilités de récidive d'après la présence ou l'absence d' HCl libre ? Nous savons que telle est l'opinion de M. Pauchet. M. Hartmann n'a pu tirer aucune conclusion sur ce point de ses 100 observations et il rappelle que des travaux faits à la clinique Mayo n'ont pas reconnu cette valeur à HCl. M. Hartmann est, par contre, d'accord avec M. Pauchet sur l'importance de l'opération précoce. Lorsqu'on opérera de bonne heure les cancers gastriques, dit-il, on obtiendra des résultats meilleurs — supérieurs peut-être à ce que donne l'exérèse de beaucoup d'autres cancers.

La viande congelée.

(M. Laure. — *Académie de médecine* ; 12-1-1926.)

La viande congelée ne doit pas être assimilée à une viande de conserve. Elle possède toutes les qualités de la viande fraîche, y compris les vitamines, contrairement à ce qui se passe pour les viandes conservées par la chaleur.

Les travaux de Armand Gautier, Monvoisin, Wright, Ascoli et Silvestri ont établi que le froid ne détruit ni les ferments, ni les microbes. Il arrête seulement les processus de fermentation, qui reprennent à la décongélation. Ni le sérum sanguin, ni les extraits glandulaires, ni la toxicité, ne sont modifiés. La destruction des cysticerques demande un minimum de 6 jours à moins 9º ; celle des larves de trichine de 20 jours à moins 15º. Les examens histologiques pratiquées par Letulle ont montré que la structure de la fibre musculaire n'était pas modifiée et que les globules rouges étaient intacts. La cou-

leur plus foncée que prennent les viandes congelées dans leurs parties superficielles est due à la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine.

M. Laure a visité à Buenos-Aires les services de frigorifiques de la République Argentine, qui est, par excellence, le pays d'exportation des viandes congelées. Ce qu'il y a vu est pleinement rassurant. Les animaux sont reçus dans des parcs où, vivants, ils font l'objet d'une première surveillance vétérinaire. Le permis d'abatage donné, l'animal est baigné et douché. L'abatage se fait d'une façon méthodique. On procède à l'éviscération, à la section en deux de la bête : un premier chariot roulant emporte les viscères qui sont lavés à eau courante et examinés, pendant que suivent sur un autre chariot parallèle les deux moitiés de l'animal. On sait toujours ainsi à quel animal appartient les viscères, lorsque ceux-ci sont reconnus malades. Avant d'entrer dans les chambres froides, les viandes sont revues encore et estampillées. Les opérations de contrôle font l'objet de rapports complets et réguliers envoyés au Ministère.

L'auteur conclut à la haute valeur hygiénique de ce contrôle. Il montre une fois de plus — ce que nous savions déjà — la supériorité des services d'hygiène en Amérique sur les mêmes services en France. Il est certain que la plupart de nos abattoirs n'approchent que de très loin la perfection des abattoirs sud-américains.

L'hypotension portale.

(M. H. Surmont, de Lille. — *Académie de médecine* ; 12-1-1926.)

Ayant rappelé que le professeur Gilbert et ses élèves ont mis en lumière le syndrome d'*hypertension portale*, M. Surmont parle du syndrome inverse, sinon opposé, d'*hypotension portale*, dans lequel il y a diminution de l'afflux et de la tension du sang dans le tronc de la veine porte.

Cette hypotension apparaît lorsque l'apport des liquides de l'intestin est réduit. Elle est aiguë dans les vomissements incoercibles, les diarrhées aiguës.

Elle est chronique dans les rétrécissements du pylore et dans toutes autres affections gênant l'arrivée et l'absorption des boissons.

Le syndrome d'hypotension portale comprend des signes locaux et des signes à distance. On retrouve d'abord les symptômes circulatoires et rénaux décrits par le professeur Gilbert sous le nom d'hypophléborrhée sus-hépatique (petitesse du pouls, hypotension artérielle, oligurie). L'amaigrissement est très accusé et total, contrairement à celui de l'hypertension portale où l'amaigrissement de la partie inférieure du corps est masqué par les œdèmes et l'ascite. Le tonus abdominal est amoindri, la peau du ventre est flasque, le grêle donne la sensation du chiffon mouillé. On trouve, en les recherchant, des signes d'avidité du grêle et d'avidité colique. Les malades sont capables d'absorber par voie rectale du sérum glycosé isotonique, chauffé à la température du corps, en quantité beaucoup plus grande et beaucoup plus rapidement que les autres sujets.

Les signes d'hypotension portale aboutissent à des indications thérapeutiques intéressantes. Dans les vomissements incoercibles de la grossesse, avec un bocal d'urine pour apprécier ce qu'il manque quotidiennement de liquide à l'organisme, l'accoucheur pourra administrer une quantité égale de goutte à goutte rectal, ce qui transforme l'état des malades. De même en chirurgie, chez les sujets atteints de rétrécissements des parties supérieures de l'appareil digestif, en particulier. M. Léo, dans une communication que nous avons analysée récemment, insistait beaucoup également sur l'utilité du goutte à goutte rectal dans bien des cas chirurgicaux et opératoires.

Traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle.

(MM. Hudelo, Duhamel et Drouineau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-12-1925.)

MM. Hudelo, Duhamel et Drouineau ont eu l'occasion d'appliquer à un certain nombre de malades atteints de chancres mous et d'affections à bacille de Ducrey (bubons suppurés, ulcération phagédénique), la vaccinothérapie selon la méthode de Nicolle (de Tunis).

S'appuyant sur 18 observations, les auteurs concluent qu'à la suite de l'emploi de l'hétéro-vaccin de Nicolle, on observe le plus souvent une cicatrisation rapide de la chancrelle ; on évite la dissémination du bacille, la formation de chancrelles d'inoculation secondaire. Au stade de bubon, on obtient une sédation de la douleur et une diminution de la durée de la suppuration ganglionnaire, avec ou sans ponction. Au stade de phagédénisme, la cicatrisation est très activée, à condition de détruire les infections associées par un traitement adéquat (antisepsie, chauffage) et de stimuler les réparations tissulaires (thermocautère, crayon de nitrate d'argent).

La technique est simple. Les injections se font en moyenne tous les deux jours, ou à intervalles plus éloignés. Ce sont des injections intra-veineuses, dont la série est de six, au plus. Elles déterminent des réactions assez violentes, la température s'élevant alors souvent à 40°. Il s'agit probablement de phénomènes de choc. La méthode est surtout avantageuse à l'hôpital ; elle permet d'abréger beaucoup la durée de la maladie.

— MM. Læderich et Weill-Spire ont obtenu dans dix cas des résultats analogues. Le vaccin de Ch. Nicolle, ajoutent les auteurs, semble réaliser un progrès considérable dans le traitement du chancre mou.

L'examen radiologique en gynécologie.

(MM. Raymond Grégoire, Cl. Béclère et Darbois. — *Société de chirurgie* ; 18-11-1925.)

L'examen radiologique en gynécologie a fait l'ob-

jet déjà de différents travaux. Cary a utilisé l'argyrol, Rubin et Dartigues le collargol, Kennedy le bromure de sodium, Mocquot et Tussau, des pâtes bismuthées d'abord. Puis, à la suite des communications de Sicard et Forestier sur les injections intra-rachidiennes et intra-bronchiques de lipiodol, Carelli, Tussau et Mocquot se sont servis de cette substance en radiologie gynécologique. C'est le lipiodol également que M. Grégoire a employé. Il constitue en effet le produit de choix : il est très opaque aux rayons, est bien toléré et s'injecte bien. M. Grégoire conclut :

1° L'examen radiologique avec le lipiodol intra-utérin est inoffensif ;

2° Avec anesthésie épidurale, il est à peu près indolore ;

3° Il apporte des données importantes au diagnostic gynécologique ;

4° Dans les tumeurs pelviennes, il précise le siège exact de l'utérus, les dimensions et la forme de la cavité, le situation des trompes et leur perméabilité. Il permet de trancher plus exactement les diagnostics souvent si difficiles entre kyste et fibrome ;

5° Dans les cas de métrorrhagies, il peut révéler une tumeur intra-utérine et montrer le point exact où il faut prélever la biopsie.

Traitement médical du cancer.

(M. Baronaki, de Blois. — *Soc. médicale des praticiens* ; 15-1-1926.)

M. Baronaki pense que le cancer est une maladie générale caractérisée par des insuffisances endocriniennes et de profondes altérations sanguines et cellulaires. Depuis une dizaine d'années, il traite les cancéreux par des injections surminéralisantes auxquelles il joint l'opothérapie thyroïdo-surrénale, des préparations contenant des ferments, de l'oxyhémoglobine et de la lécithine.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Décembre 1925.

Contusions de la hanche et fractures.

M. Alphonse-Michel présente deux observations accompagnées de radiographies concernant des traumatismes de la hanche dans lesquels l'examen clinique permettait seulement de supposer mais non d'affirmer l'existence de lésions osseuses. Les radiographies montrent, dans un cas, une fracture du fond de la cavité cotyloïde et, dans l'autre, une fracture transcervicale complète du col du fémur avec engrènement. L'A. rappelle qu'en présence de troubles fonctionnels de quelque importance, on ne doit faire qu'avec circonspection le diagnostic de contusion de la hanche et qu'un contrôle radiographique est absolument indispensable.

Accès de paludisme à forme cérébro-méningée.

M. Antonin rapporte l'observation d'un jeune enfant de 7 ans fortement impaludé (présence d'hématozoaires dans le sang) qui fit pendant 4 jours un accès de paludisme très grave avec syndrome méningé au complet (raideur de la nuque, kernig, vomissements, constipation, délire, mouvements convulsifs). Une ponction lombaire montra un L. C. R. normal et atténua considérablement les symptômes. Le traitement quinique, très énergique, jugula la crise. L'intérêt de ce cas réside dans l'opposition entre les manifestations cliniques et le syndrome biologique. Ces faits sont surtout fréquents chez l'enfant.

Volumineux calcul vésical.

MM. Chauvin et Lahayville présentent un calcul de 100 gr. environ extrait par cystostomie chez un malade de 21 ans. Ils font remarquer, au point de vue clinique, la tolérance relative de la vessie qui n'a commencé à protester vivement que deux mois environ avant l'hospitalisation du malade. Au point de vue opératoire, ils insistent sur les difficultés de ce cas tenant au volume de la pierre et à sa saillie conique dirigée et encastrée dans le col vésical. Avec la prudence et la douceur classiques, ils recommandent les mouvements de version et au besoin une manœuvre originale de glissement et de bascule du calcul sur une branche de ciseaux courbes engagés sous lui.

Adipose douloureuse avec placards dermiques indurés et hypertrichosiques.

MM. Aymes et Simonpietri présentent une malade de 45 ans, qui, depuis une dizaine d'années, a grossi d'une façon considérable, l'adiposité siégeant surtout au tronc, aux fesses, aux membres inférieurs, avec intégrité de la face, des mains et des pieds. Troubles importants de la sensibilité consistant en algies spontanées (ayant précédé de plusieurs années l'apparition de l'adiposité) et provoquées (pincement cutané). Placards dermiques indurés avec hypertrichose siégeant sur la face externe de la cuisse gauche mais à distribution non radiculaire, apparus au cours du processus actuel. B. W. négatif. Urines normales. Ce cas doit être considéré comme une forme diffuse typique d'adipose douloureuse (syndrome de Dercum).

Un nouveau procédé d'investigation du bassinet : La radiopyéloscopie.

MM Chauvin et Huguet exposent la technique et les avantages de cette méthode nouvelle qui fournit des renseignements du plus haut intérêt sur la physiopathologie du bassinet

◆◆◆◆◆

Obstruction intestinale par kyste de l'ovaire néoplasique.

MM Reynes, Jules Giraud et Rochas — Volumineux kyste de l'ovaire dégénéré avec bourgeons néoplasiques ayant occasionné des phénomènes d'occlusion intestinale dominant toute la scène, chez une Syrienne de 63 ans. Malgré la présence des bourgeons du kyste dans la fosse iliaque droite simulant une tumeur cæcale et un abdomen en obusier déterminé par l'occlusion, la présence d'une matité médiane permet de faire le diagnostic, d'intervenir d'urgence et d'extirper la pièce présentée.

E. Castelli.

Les Congrès

XXXIVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(suite et fin) (1)

Communications diverses

Membres — Articulations — Os

La prétendue ostéochondrite ou coxa plana est une subluxation congénitale méconnue. — M. Calot (de Berck) commence par indiquer à grands traits l'essentiel de la *rénovation* de la *pathologie* de la *hanche* par les derniers travaux. Il est, dit-il, une lésion qui n'avait jusqu'ici dans nos livres aucune place et *qui mérite* la toute première, par sa fréquence et son importance clinique à tous les âges. C'est la subluxation congénitale, de même famille mais de moindre degré que la luxation, et qui restera toute la vie au stade de subluxation : ou très nette pouvant mesurer jusqu'à 3 et 4 cm. d'écart, ou simplement ébauchée, ne mesurant que quelques millimètres ; elle est dix fois plus fréquente que la luxation complète, plus fréquente même que la coxalgie (au reste, près de la moitié des cas étiquetés coxalgies sont des subluxations méconnues).

Si l'on a tant tardé à les identifier en tant que lésions congénitales, cela tient d'abord à ce qu'elles peuvent demeurer complètement silencieuses jusqu'à 10 ans, 20 ans, 60 ans ! Cela tient aussi à ce que leur premier symptôme, et parfois le seul, ce peut être une douleur très vive « à crier », douleur due, on le sait aujourd'hui, à de simples entorses à répétition, ces hanches malformées étant toujours en équilibre un peu instable.

Et voilà pourquoi elles ont été prises et décrites comme des lésions *acquises* et des maladies autonomes par Adams, il y a un siècle, sous le nom d'arthrite sénile ou « *morbus coxæ senilis* » et par Deville et Virchow, il y a 70 ans, sous le nom d'*arthrite sèche déformante* de l'adulte ; et enfin chez l'enfant par Legg, de Boston, il y a 16 ans (juin 1909) sous le nom d'« ostéochondrite » ou « coxa plana », lorsqu'en réalité il s'agit, en tous ces cas, d'une même lésion congénitale, la subluxation congénitale, laquelle change d'aspect, évidemment, suivant les âges.

Comment l'identifier ? Dès que l'ossification est presque terminée, c'est relativement facile aujourd'hui, car la radiographie montre presque toujours une lésion qui déjà, à elle seule, est vraiment pathognomonique de la subluxation congénitale : c'est le *cotyle à double fond* de Calot que celui-ci a figuré et décrit.

Mais avant la fin de l'ostéogénèse chez les enfants, ce cotyle à double fond n'est pas encore visible. Voici alors comment, dans les hanches ayant la lésion qu'on appelle ostéochondrite, on reconnaît à la radiographie qu'il s'agit en réalité, là aussi, de subluxation congénitale.

Dans la hanche normale, il y a *emboîtement complet* de la tête et la forme des os est *rigoureusement sphérique* (d'après Broca père et les anatomistes). Dans la hanche subluxée au contraire il y a : 1° *imperfection d'emboîtement* et 2° *imperfection de forme* des os qui ne sont plus rigoureusement sphériques. Et M. Calot montre de très nombreuses radios d'ostéochondrites publiées par Legg, Perthes, Calvé, Nové-Josserand, Pugh et d'autres, où l'on peut retrouver toujours ces deux éléments caractéristiques de la subluxation. Dix-neuf fois sur vingt, ils sont très nets et pour les voir il suffit d'être averti et de regarder, mais dans le vingtième cas, il faudra les chercher, il faudra pour les voir, y regarder à deux fois, parce que dans ce vingtième cas il n'y a plus là qu'une *ébauche de subluxation* : c'est un *cas limite*, un «cas de transition » (Lannelongue) entre une hanche très nettement subluxée et la hanche normale.

Mais, le diagnostic se fera aussi à l'aide de la *clinique* et des *commémoratifs* qu'il faudra se garder d'oublier jamais et qui sont ici bien souvent d'un très puissant secours pour identifier la nature de la lésion. Exemple : dans ce cas vraiment typique tiré de la *Revue de chirurgie* 1910 : Fillette de 6 ans qui n'a *commencé à marcher qu'à* 30 mois — qui *se dandinait* en marchant — dont le trochanter est à 2 cm. *au-dessus* de la ligne de Nélaton — et qui a un *frère* qui *se dandine* aussi, et dont les trochanters sont aussi à 2 cm. au-dessus de la ligne. Chez cette enfant, dont M. Calot montre la radio, il y avait une imperfection très manifeste de l'emboîtement et de la forme des

(1) V. *Concours Médical*, nos 47, 48, 49, 50, 51 de 1925, 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 de 1926

os. Avec tout cela réuni, le diagnostic de subluxation congénitale s'imposait vraiment et pourtant l'on n'y a pas pensé. Et tous les autres cas de prétendues ostéochondrites sont superposables à celui-là, dit l'auteur.

Ensuite, il réfute rapidement les objections faites. Il a prouvé, contrairement à ce qu'on avait dit, qu'aucune de ces hanches n'était primitivement normale à la radio. Quant à l'*aspect de fragmentation* de l'épiphyse, lorsqu'il existe (car il manque 18 fois sur 20 dans la statistique de Mérine) c'est en réalité une preuve de plus de l'identité familiale de la luxation et de l'ostéochondrite ; car on le retrouve identique dans la luxation congénitale réduite ou non réduite et on ne le retrouve identique que là. Il avait même été décrit dans la luxation congénitale par Bade (dont M. Calot donne les figures), plus de deux ans avant l'invention de Legg.

Cet aspect de fragmentation, qui traduit les irrégularités de métabolisme du calcium, est le produit de deux facteurs, d'abord un trophisme spécial des os, propre aux lésions petites ou grandes de la famille des luxations congénitales, et *voilà pour le terrain*, ensuite des *causes occasionnelles* qui sont les aspérités de l'os iliaque sur lesquelles vient buter, en porte à faux, cette tête fémorale très plastique.

M. Calot ajoute d'autres arguments.

Dans la moitié des cas de leurs statistiques, Curtillet et Tillier ont trouvé la coexistence d'une luxation congénitale d'une hanche et d'une prétendue ostéochondrite de la deuxième hanche, argument très significatif qui suffirait déjà à lui tout seul.

Les parents ont souvent une luxation congénitale et les enfants une prétendue ostéochondrite.

Toujours dans celle-ci réponse négative de la bactériologie et de tous les essais de culture. Bilatéralité des lésions 4 fois sur 5 comme dans la luxation.

Et à partir de 9 à 10 ans déjà, l'on peut voir apparaître quelquefois le cotyle à double fond, lequel est pathognomonique de la subluxation congénitale, etc.

L'auteur conclut en disant : dans tous les cas étiquetés ostéochondrite, qui ont été publiés jusqu'à ce jour, l'on peut faire la preuve qu'il s'agit en réalité de *subluxation congénitale méconnue.*

La communication de M. Calot donna lieu à une longue discussion :

M. Frœlich trouve les conclusions de M. Calot trop absolues. Il est vrai qu'on a pu prendre des luxations congénitales pour des ostéochondrites ; mais la tête fémorale au cours de l'évolution d'une ostéochondrite est modifiée dans son volume et sa direction. Par suite elle peut ne plus se trouver en regard du cotyle, et dans ce cas la subluxation n'est que la conséquence de l'évolution de l'ostéochondrite.

M. Perdu fait remarquer que M. Calot simplifie singulièrement la pathologie si complexe de l'articulation de la hanche. Il n'y aurait que de la coxalgie ou de la luxation. L'auteur pense qu'il y a place encore au niveau de la hanche pour bon nombre d'affections dont le diagnostic est du reste fort délicat.

M. Delchef croit que dans l'ostéochondrite la cavité cotyloïde n'est pas déformée. La lésion siège sur l'épiphyse fémorale. Il en donne pour preuve une pièce anatomique qu'il a pu se procurer récemment. Cette pièce provient d'une enfant de neuf ans atteinte d'ostéochondrite de la hanche, ayant succombé à une septicémie suraiguë consécutive à une angine non diphtérique. Le cotyle est arrondi et sain.

M. Calot reprend la parole pour discuter les objections qui lui sont présentées.

Traitement des subluxations congénitales douloureuses de la hanche chez l'adulte. — M. Lance (de Paris). Il existe des luxations congénitales incomplètes de la hanche qui ne se révèlent qu'à l'âge adulte par des crises douloureuses, de la limitation des mouvements, et, tardivement, par de l'arthrite déformante et une ankylose plus ou moins complète. Ces subluxations existent, soit associées à une luxation complète de l'autre côté, soit à l'état isolé. Dans ce dernier cas elles sont le plus souvent méconnues et étiquetées sciatiques, rhumatisme, arthrite déformante, coxalgie.

Jusqu'ici, on a utilisé dans ces cas un traitement purement palliatif : physiothérapie, eaux thermales, résection, arthrodèse, ostéotomies.

L'auteur pense qu'on peut faire plus et faire disparaître les douleurs tout en conservant la motilité. Le vice initial étant un manque d'appui de la tête fémorale dans un cotyle à plafond insuffisant, l'intervention logique consiste à compléter l'appui de cette tête fémorale.

L'opération consiste en ceci : le membre est mis en abduction pour abaisser la tête fémorale ; on découvre l'insertion supérieure de la capsule fémorale ; immédiatement au-dessus on taille dans l'os iliaque un fossé dont on rabat en bas la berge inférieure ; on superpose dans ce fossé des greffons ostéo-périostiques de Delagénière pris au tibia, constituant ainsi un talus osseux au-dessus de la partie luxée de la tête fémorale.

L'auteur a pratiqué sept fois cette intervention pour des subluxations douloureuses de la hanche: quatre isolées, une subluxation double, deux subluxations associées à une luxation du côté opposé.

Tous ces cas ont été améliorés, mais c'est en général assez tardivement, au bout de plusieurs mois, que l'amélioration s'accentue ; aussi ne peut-on juger des résultats définitifs que dans trois cas opérés depuis dix-huit, douze et huit mois.

Dans une subluxation âgée (cinquante-trois ans) avec arthrite déformante chez une malade présentant une luxation complète de l'autre côté, l'amélioration a été très appréciable : la malade, qui ne marchait qu'avec deux cannes, marche sans appui, les douleurs ont disparu. Dans deux subluxations isolées, chez des sujets jeunes (vingt-huit et vingt-cinq ans) les douleurs ont complètement disparu, l'atrophie musculaire a diminué, les mouvements sont plus étendus. Le résultat équivaut à une guérison.

Périostoses dans les cas d'hématomes profonds traumatiques. — M. MAUCLAIRE (de Paris) a observé trois faits de ce genre.

Un des malades avait reçu un coup de pied de cheval sur la cuisse. Assez longtemps après cet accident il vint consulter pour une tuméfaction au niveau du fémur. On pensa à un sarcome. Au cours de l'opération on découvrit une périostose.

Un second malade, marinier, avait reçu un coup de gouvernail sur la cuisse et présenta, comme le précédent, quelque temps plus tard, une périostose du fémur.

Chez le troisième malade on avait fait le diagnostic d'ostéomyélite.

L'auteur se demande si ces accidents sont consécutifs à un épanchement sanguin entre os et périoste ou si l'origine doit en être recherchée dans un hématome musculaire pénétrant secondairement sous le périoste à l'occasion d'une déchirure de ce dernier.

A côté de ces cas de périostoses localisées, il en existe d'autres, à distance. C'est ainsi qu'une malade, à la suite d'un hématome du bras, présenta des périostoses du cubitus et du radius.

Prothèse osseuse perdue en métal à revêtement d'ébonite. — M. ROBINEAU (de Paris) présente une observation de tumeur bénigne osseuse de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, intéressante en raison des caractères histologiques qui ne permettent pas de classer cette tumeur dans un groupe connu, et surtout en raison du mode de réparation de la perte de substance opératoire. Logiquement, il aurait fallu amputer. Grâce à l'ingéniosité de Contremoulins, l'auteur a pu remplacer les 10 centimètres d'humérus réséqué par une pièce en acier moulé sur un humérus sec, puis enrobé complètement dans du caoutchouc durci (méthode inaugurée par P. Delbet en 1919).

L'opération date de six mois ; les radiographies mettent en évidence les faits suivants. La pièce est parfaitement tolérée par l'organisme, le métal ne pouvant s'oxyder dans sa carapace d'ébonite ; l'humérus ne présente aucune altération, aucune ostéoporose. Robineau et Contremoulins attribuent ce fait à ce que la pièce a été fixée immuablement sur l'os ; aucun ébranlement n'a été possible.

C'est la première fois qu'une réparation osseuse aussi étendue et comprenant une extrémité articulaire est faite par ce procédé. La solidité du membre est absolue ; la mobilité du coude n'est pas aussi complète qu'on l'aurait désiré, mais l'utilisation fonctionnelle du membre donne cependant toute satisfaction à l'opéré.

Tuberculose et syphilis. — M. SOREL (de Paris) pense que bon nombre de lésions osseuses ou articulaires considérées comme tuberculeuses relèvent en réalité de la syphilis. C'est du moins ce qui se passe chez l'enfant. Dans vingt cas de ce genre l'auteur a obtenu des guérisons complètes et durables.

Le laboratoire ne tranche pas toujours la question. Il s'agit le plus souvent de manifestations héréditaires, souvent même l'origine de la maladie doit être recherchée chez les grands-parents ; le Wassermann est négatif, et seul, le résultat du traitement montre qu'il s'agissait bien de syphilis.

M. AUVRAY confirme absolument les affirmations de M. Sorel. Il en est ainsi non seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte. Un Wassermann positif doit toujours imposer l'établissement d'un traitement spécifique. Un Wassermann négatif, même après réactivation, ne dispense pas du même traitement. On a certainement amputé des malades dont les lésions se seraient éteintes sous l'action d'un traitement purement médical.

M. TRÈVES fait remarquer qu'il existe aussi des formes hybrides où tuberculose et syphilis s'associent, où les réactions humorales sont le plus souvent négatives et dans lesquelles le traitement spécifique « ne mord pas ». Il faut prescrire cependant les arsénobenzènes à titre de médication générale. On obtient le plus souvent une amélioration des lésions locales plus ou moins marquée ; l'arsenic agissant comme tonique relève l'état général du sujet et rend plus active toute autre thérapeutique employée concuremment.

M. BÉRARD partage l'avis de M. Trèves et dans son service on fait régulièrement de petites doses d'arsénobenzènes à tous les tuberculeux chirurgicaux pour deux raisons : ce traitement améliore les tuberculeux et guérit les syphilitiques qui n'ont que l'apparence de la tuberculose.

Péritoine — Tube digestif et ses annexes

Accidents graves, cinq mois après une contusion abdominale. — M. PERRIER (de Genève). Il s'agit d'un sujet de quarante et un ans victime d'un accident d'automobile. Au bout de cinq mois des signes d'occlusion apparurent. La laparotomie montra une masse complexe constituée par de l'épiploon et des anses grêles.

On se rendit compte que l'intestin était étranglé par un anneau épiploïque : on fit une résection de la portion altérée de l'intestin suivie d'une suture bout à bout. Le malade guérit en dépit d'incidents pulmonaires.

La masse tumorale enlevée au cours de la résection intestinale fut examinée histologiquement. La portion sténosante était constituée par du tissu fibreux avec çà et là des foyers de tissu bourgeonnant et des abcès minuscules.

La contusion abdominale amena sans doute l'attrition du grêle et la déchirure de sa paroi musculaire. L'épiploon dut se rétracter et produire la sténose, puis l'étranglement.

L'auteur souligne le laps de temps considérable qui s'écoula depuis l'accident d'automobile jusqu'à l'apparition des troubles.

Fermeture systématique du péritoine sans drainage dans les péritonites suppurées. — M. BILLET

(de Lille) ayant vu employer cette méthode par Ombrédanne chez trois enfants atteints de péritonite appendiculaire, dont deux ont guéri, l'a essayée après bien des hésitations, et lui demeure maintenant fidèle.

Sur trente cas de péritonite presque toutes d'origine appendiculaire où il a refermé la séreuse sans drainer, il n'a eu qu'un décès.

Cette méthode n'est indiquée que si l'appendice a été réséqué. L'auteur ne pratique pas d'enfouissement du moignon. Il assèche minutieusement le Douglas et lave le péritoine à l'éther.

La paroi est refermée en trois plans.

Dans les cas d'appendicite gangréneuse, même technique, avec attouchement de la région suppurée au bouillon de vaccin, et vaccination sous-cutanée anti-gangréneuse.

Drainage gastrique par gastrostomie dans la péritonite généralisée et l'occlusion intestinale aiguë. — M. Léo (de Trouville). La fistulisation de l'estomac pour quatre à cinq jours, réduite à l'introduction d'une sonde de Nélaton, a été pratiquée deux fois par Jaboulay (de Lyon) et six fois par l'auteur.— Celui-ci insiste, d'une part, sur la désintoxication rapide des malades atteints de péritonite et d'occlusion, grâce à ce drainage évacuateur continu. Mais il insiste, d'autre part, sur l'avantage supplémentaire et inédit de cette opération, qui permet de réveiller le péristaltisme intestinal, et d'obtenir des évacuations de gaz, au bout de trente ou trente-six heures, avec un ventre plat, souple et indolore ; ceci grâce aux boissons absorbées de façon continue par l'opéré ; elles réveillent les contractions duodéno-jéjunales par un réflexe venant des contractions œsophagiennes. Ces réflexes œsophago-gastroduodénaux, non signalés par Jaboulay, constituent un avantage formel de sa méthode, à condition de ne pas hésiter à faire boire à l'opéré des liquides qui pourtant ressortent tous par la sonde, et ne font que traverser sans arrêt l'œsophage et l'estomac.

Causes de réussite ou d'échec dans la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. Guisez (de Paris). L'expérience de l'auteur qui porte actuellement sur plus de 400 cas de cancer de l'œsophage traités par le radium l'a amené aux conclusions suivantes :

Le radium en applications locales directes, dans certains cas favorables, en même temps qu'il rétablit l'alimentation normale chez des malades soignés en dysphagie complète donne des survies souvent prolongées pouvant aller jusqu'à cinq ou six ans et même plus, mais il est indispensable que les indications et la technique de ce traitement soient exactement posées sinon l'on arrivera à un échec.

1° Il faut que l'état général du malade ne soit pas trop avancé.

2° La sténose doit être encore facilement perméable, sous endoscopie, à la bougie 20 ou 22.

3° Il est nécessaire de déterminer la nature histologique, le siège et l'étendue de la tumeur.

4° Il faut en effet que la tumeur soit irradiée dans toute sa hauteur. Aussi l'auteur emploie-t-il la *longue sonde porte-radium* qui seule peut rester exactement en place. Les échecs sont dus à l'emploi d'appareils courts qui ne peuvent irradier toute la hauteur de la sténose et se déplacent facilement, ayant toujours une tendance à remonter dans la poche sus-jacente à la sténose.

5° Il faut enfin que les lésions n'aient pas dépassé les parois œsophagiennes.

La stase intestinale chronique. — M. V. Pauchet (de Paris). Le traitement sera toujours médical et parfois médico-chirurgical. Les résultats thérapeutiques ne seront obtenus que si le chirurgien a posé nettement l'indication et s'il a appliqué à chaque malade l'intervention précise qui lui convient. Les sujets au « ventre fort », dont l'intestin est coudé en plusieurs points par des brides, seront traités par la section des brides, suivie de péritonisation. Cette colclyse est certainement l'opération la plus difficile de ce genre de chirurgie, mais aussi la plus bénigne et la plus brillante.

Les « ventres faibles » qui n'ont pas de coudures sont justiciables des courts-circuits et des colectomies partielles ou totales ; mais ces malades *doivent être traités médicalement avant et après l'opération.* Ils ont été infectés depuis longtemps et l'auteur ne comprend pas le traitement de la stase intestinale sans qu'il y ait, concurremment à la chirurgie, la rééducation du sujet par la psychothérapie, la culture physique, l'antisepsie et l'emploi des *vaccins intestinaux.*

Volvulus du cæcum. — M. V. Pauchet (de Paris). Le volvulus du cæcum est la conséquence d'un état pathologique antérieur, mégacæcum et dolichocôlon droit, qui lui-même est provoqué par une bride péricolique, au niveau de l'angle splénique ; cette bride est une exagération, un épaississement de la membrane de Jackson.

Des malaises dus à la stercorémie précèdent toujours cet accident et ne peuvent être reconnus que par une série de radioscopies.

A) *Si possible, opérer à froid avant le volvulus.* — Alors, sectionner la bride et libérer le côlon ascendant et l'angle hépatique, puis faire la cæco-plicature suivie de cæcopexie.

Si le sujet présente d'*autres déformations* (dolichocôlon sigmoïde, pratiquer une colectomie subtotale. La section des bride ne suffit pas.

B) *Le volvulus est produit, que faire ?* — Couper la bride et faire un anus iléal pour faire disparaître la stercorémie. Deux mois plus tard, faire la cæcocolopexie et fermer l'anus, ou bien faire une hémicolectomie droite suivant que le sujet a un « ventre fort » ou un « ventre faible ».

Les anastomoses des extrémités coliques. — M. V. Pauchet (de Paris). Après la résection d'un côlon, le chirurgien peut rétablir la continuité par un des quatre procédés suivants :

a) *Anastomose bout à bout.* — Traitement idéal à condition que les deux extrémités intestinales soient vides, propres, et se correspondent à peu près par leur calibre, comme 2 à 3, à condition que l'une des parois intestinales ne soit pas trop épaissie par rapport à l'autre, à condition que le chirurgien ait un certain entraînement de cette couture.

b) *Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale croisée.* — C'est un procédé plus facile, moins parfait au point de vue du transit intestinal, mais qui donne encore de très bons résultats.

c) *Implantation du bout proximal dans le bout distal et fixation de ce dernier à la peau, comme anus provisoire* (Lardennois). — Excellente méthode qui peut rendre des services. La cure de l'anus est facile, puisqu'il suffit de le fermer purement et simplement.

d) *Jumelage des deux bouts avec ouverture à la peau* (Mickulicz). — C'est le procédé le plus bénin ; il joue un grand rôle dans la chirurgie intestinale.

L'anastomose bout à bout est le procédé le plus délicat, le plus risqué ; l'anastomose à la Mickulicz est le plus bénin. L'opérateur, huit jours plus tard, pratique la colotomie intestinale pour faire tomber la cloison intercolique et, quelques jours plus tard, il ferme l'anus par voie extrapéritonéale.

L'auteur a de plus en plus recours au Mickulicz qui peut s'employer dans tous les cas : stase intestinale chronique, cancer, tuberculose ; à chaud, en état de subocclusion, toujours ; à froid, très souvent.

Deux cas de pancréatite aiguë d'origine lithiasique. Intervention d'urgence. Drainage des voies biliaires. Guérison. — M. Grimault (d'Algrange). Les deux malades, atteintes depuis longtemps de lithiase biliaire et de pancréatite chronique, ont présenté des poussées douloureuses successives avant l'apparition des accidents graves. C'est ce qui a fait penser qu'ils étaient dus à un choc anaphylactique ; l'auteur les attribue plutôt à une irritation du plexus cœliaque.

Outre les symptômes habituels de la pancréatite aiguë, les deux malades ont eu de l'asthénie profonde, de la cyanose de la face et des taches livides. Ces symptômes peuvent, quand on les rencontre, faciliter le diagnostic toujours délicat de cette grave affection.

Dans les deux cas il y avait des lésions étendues de cyto-stéato-nécrose, la guérison a été néanmoins obtenue grâce à une intervention précoce qui a consisté dans le drainage du pancréas et des voies biliaires, après cholécystectomie dans le premier cas et cholécystostomie dans le second.

Tête — Cou — Thorax

Le cancer amygdalo-glosse. — M. Jacques (de Nancy). C'est une forme relativement fréquente du cancer bucco-pharyngé. La tumeur englobe l'amygdale palatine, et, franchissant le sillon amygdalo-glosse, gagne la région de l'amygdale linguale.

L'épithélioma est souvent ici plus végétant qu'infiltrant et la tumeur conserve une certaine mobilité sur les plans profonds.

Aussi, faut-il préférer, pour son exérèse, à la pharyngectomie externe, dangereuse et mutilante, la méthode endobuccale simple et bénigne dont les résultats éloignés peuvent soutenir la comparaison avec ceux des interventions les plus larges, à condition de la compléter par un curage minutieux des gîtes ganglionnaires pratiqué sous anesthésie locale, comme l'ablation de la tumeur principale.

— Le jeudi 8 octobre, à deux heures et demie, a eu lieu l'Assemblée générale

Le trésorier a lu son rapport annuel.

M. Bégouin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été nommé vice-président du Congrès de 1926.

M. Deniker, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été nommé secrétaire en remplacement de M. Wiart.

La date du prochain Congrès a été fixée au premier lundi d'octobre 1926

Les questions mises à l'ordre du jour de ce congrès sont les suivantes:

1° *Chirurgie des ménisques du genou.* — Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

2° *Opérations conservatrices des affections inflammatoires das annexes.* — Rapporteurs : MM. Tuffier (de Paris) et Chavannaz (de Bordeaux).

3° *Traitement des arthrites gonococciques.* — Rapporteurs : MM. Mondor (de Paris) et Michel (de Nancy).

— A trois heures et demie une séance de projections fut donnée avec le programme suivant :

M. Willems (de Liège). **Projections sur les résultats éloignés des lésions articulaires traitées par la mobilisation active immédiate.**

M. V. Pauchet (de Paris). — **Film sur l'amputation abdomino-périnéale du rectum.**

M. Abadie (d'Oran). **Film sur l'hystérectomie abdominale supravaginale pour volumineux fibrome sans aide.**

M. Dupuy de Frenelle (de Paris). **Film cinématographique montrant la technique de l'autogreffe para-articulaire du genou.**

M. Bourguet (de Paris). **Chirurgie esthétique de la face. Film opératoire. Projection et présentation d'opérés.**

M. Dufourmentel (de Paris). **Film sur la chirurgie plastique de la mâchoire inférieure (déformations, destructions).**

M. Passot (de Paris). **Film sur des procédés de chirurgie esthétique pure.**

A quatre heures et demie, M. Stéfani (de Nice) a présenté une **instrumentation pour la diathermie chirurgicale.**

Chastenet de Géry et Dariau.

Les Livres

G. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Dr J. SABRAZÈS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux (avec la collaboration de J.-V. PRADE, préparateur adjoint à la Faculté). — **Des hernies diaphragmatiques et des pleurésies herniaires.** (1 vol. in-8° raisin, 36 pages, 1 fig., 1925. Prix : 10 francs.)

M. Sabrazès vient de consacrer, avec la collaboration d'un de ses élèves, J.-V. Prade, une étude aux hernies diaphragmatiques. Elle est précédée par un chapitre sur le développement du diaphragme destiné à éclairer le sujet. La pathogénie, la classfication, l'étiologie, sont ensuite envisagées. Une observation de M. Sabrazès, suivie d'autopsie, pose la question des épanchements pleurétiques en rapport avec ces hernies, par analogie avec les vaginalites herniaires ; Sabrazès et Prade ont rassemblé tous les cas connus de ce genre et en ont fait une étude comparative. A cette occasion, ils abordent la symptomatologie, la radiologie, le diagnostic des hernies diaphragmatiques, et montrent, en s'appuyant sur des observations, quelles sont les indications et les contre-indications opératoires.

Les chapitres suivants sont consacrés aux simulations cliniques des hernies diaphragmatiques, aux complications, aux modalités de terminaison.

Ce travail met clairement au point une question ardue et toute d'actualité. Il apporte, à l'appui de la notion des pleurésies herniaires, des documents nouveaux.

Norbert MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Marcel BAUDOUIN. — **La Préhistoire par les Etoiles.**

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

Marcel Baudouin, qui est un amateur de poésie et un lettré, ne m'en voudra pas de mettre comme épigraphe à un compte rendu de son livre : « *La préhistoire par les Etoiles* », ce vers de Virgile, et le lecteur, quand il l'aura lu, car ce livre aura, je l'espère, de nombreux lecteurs, ne s'étonnera pas de me voir affirmer que dans l'ordre d'idées dont il s'agit, à savoir la religion des anciens, c'est-à-dire le polythéisme païen dont les origines remontent à l'origine même de l'homme, 60.000 ans au moins avant J. C., le livre de Marcel Baudouin n'a de comparable pour le mouvement d'idées qu'il suscite, que la Cité Antique de Fustel de Coulanges. J'ai du moins éprouvé pour mon compte cette impression.

Mais ici, c'est de la cité préhistorique qu'il s'agit ; et à défaut de textes, Baudouin, puise dans le ciel, on peut dire à pleines mains. La cité préhistorique, c'est à proprement parler la cité céleste, et il fait défiler devant son lecteur un peu surpris tout un monde astronomique, avec lequel on est plus ou moins familier. Et c'est là, pour l'auteur, la pierre d'achoppement. A force de vivre son livre, il a pris une âme d'astronome et le ciel n'a plus de secrets pour lui. Mais son lecteur ? Je crains que ce lecteur ne soit mis un peu en déroute et s'il n'a pas sous la main un manuel d'astronomie, fût-il populaire, il risquera de ne pas toujours suivre Baudouin dans ses déductions et ses vérifications.

Quoi qu'il en soit, voici la thèse de Baudouin, et c'est celle d'un homme qui l'a vécue depuis 30 ans, qui a examiné à fond tous les monuments mégalithiques de son pays, c'est-à-dire la Bretagne et la Vendée.

Ces monuments sont des monuments religieux. Le préhistorique était essentiellement religieux et la religion et son corollaire, le culte, sont à l'origine de toutes les manifestations de la civilisation préhistorique et même ancienne. L'homme n'est qu'un animal devenu religieux. Baudouin s'efforce de nous montrer comment et pourquoi ce phénomène formidable s'est produit ... en zoologie. Son ambition est de prouver que, scientifiquement :

« 1° L'homme est religieux depuis l'acheuléen, « soit au moins 50.000 à 60.000 ans avant J. C.

« 2° Que la religion païenne classique remonte « aussi haut et a subi des transformations multiples « en se perfectionnant sans cesse.

« 3° Que le point de départ de toute la Religion « est le Ciel, ce qui est assez logique, au demeurant, « puisqu'il est le contraire de la terre : je veux dire « les étoiles et le soleil matérialisés, transformés bien- « tôt en êtres vivants célestes, animalisés, puis an- « thropomorphisés ».

C'est là ce que Baudouin appelle le culte tellosolaire préhistorique et non pas seulement solaire, comme l'avait cru Dupuis, le fameux auteur de l'origine de tous les cultes que Baudouin salue comme un précurseur.

C'est que le Zodiaque, dont les signes nous semblent comme un peu cabalistiques et que notre instruction trop exclusivement littéraire nous fait voir comme un accessoire de littérature mythologique, avait pour le préhistorique une importance que nous ne soupçonnions pas.

Et, ce que justifie le sous-titre du livre « un chronomètre préhistorique », c'est que les monuments mégalithiques sont orientés d'après un ciel qui n'est pas le même que celui d'aujourd'hui et qui a varié constamment au cours des âges, sans d'ailleurs que les préhistoriques s'en soient doutés ; et en se livrant à de certains calculs, d'après des données astronomiques dont on trouvera le détail dans le livre de Baudouin, il est permis de se livrer à des essais de chronométrie passionnants.

De plus, l'étude de certaines inscriptions dont Baudouin nous donne le sens, en appelant « étoiles » ce que certains auteurs appellent cupules, prouve que les préhistoriques ont inscrit sur la pierre l'image du ciel tel qu'ils le voyaient à cette époque et qu'ils avaient divinisée.

Le lecteur qui voudra aborder la lecture de l'ouvrage lui-même, dont un compte rendu incomplet, de la part de quelqu'un qui s'avoue incompétent en astronomie, ne peut rendre qu'une faible idée, ne sera pas déçu, et il verra si l'épigraphe que nous avons placée en tête de cette étude est injustifiée.

Dr H. Moret.
(Courlon-sur-Yonne).

Société d'éditions Noirclerc et Fenétrier, 51, rue de l'Hôtel-de-Ville, à Lyon.

MM. Gouachon et Mouret. — **Les textes législatifs et règlementaires en matière d'assistance.**

Il est parfois bien difficile de retrouver un règlement ou un article de loi, pour une question d'assistance publique, ou privée. Beaucoup de lois, d'arrêtés et décrets divers, des circulaires ministérielles plus ou moins connues ont apporté des modifications, de sorte que nos confrères ne peuvent connaître leurs droits et leurs devoirs, ou bien encore, maires ou conseillers généraux, ils sont obligés d'avoir recours au *Concours médical*, pour être guidés et documentés, afin de remplir dignement leur mandat électoral.

Nous devons à MM. Gouachon et Dr Mouret un livre, qui a une grande utilité.

M. Gouachon, docteur en droit, secrétaire général des hospices civils de Lyon apporte sa grande connaissance des questions administratives, cependant que le Dr Mouret, inspecteur de l'assistance publique, ancien directeur du service des enfants assistés du Rhône, nous fait bénéficier de sa longue expérience et de sa compétence en matière d'assistance.

Dans un gros volume, ils ont concentré tous les textes de lois, de décrets ou d'arrêtés, de circulaires et autres décisions de jurisprudence tant en matière d'assistance publique que de bienfaisance privée.

Après un grand chapitre, consacré aux généralités, pour bien définir le rôle de l'Etat, celui des départements et des communes, tant en matière d'assistance que de protection de la santé publique, les auteurs exposent le rôle des organes d'études : conseils supérieurs, sociétés diverses, etc.

Puis vient la première partie, qui a trait à l'assiscance aux mineurs : protection prénatale, l'accouchement, l'état civil, avec les déclarations de naissance légitime ou naturelle.

Protection du premier âge, avec tous les textes qui s'y rapportent, tant pour les primes d'allaitement, qu'en ce qui concerne les œuvres maternelles, les crèches, etc.

Les familles nombreuses avec les avantages légaux; les enfants assistés, enfants moralement abandonnés, la protection des écoliers, celle des jeunes travailleurs les pupilles de la nation, les enfants anormaux.

Puis, dans la deuxième partie, les hospices et hôpitaux, l'assistance médicale gratuite, les tuberculeux, etc.

Les auteurs exposent ensuite les textes ayant trait aux secours accordés aux valides dans la gêne : les bureaux de bienfaisance, les mesures contre le chômage, l'assistance par le travail.

Enfin cette partie se termine par les œuvres de prévoyance : mutualité, épargne, coopération, assurances sociales.

La dernière partie comprend l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Les auteurs exposent l'état actuel de la législation et de la codification administrative : ils exposent les situations juridiques et sociales, telles qu'elles sont et non pas telles qu'elles devraient être. Au lecteur de puiser dans l'ouvrage tous les renseignements dont il a besoin, pour en tirer les déductions qu'il croit devoir faire.

Cette partie de l'ouvrage est suivie d'une partie purement documentaire où nous trouvons tous les textes, surtout règlementaires, auxquels on a renvoyé le lecteur.

Enfin, une édition lyonnaise comprend tout ce qui a rapport à l'assistance spéciale dans la région de Lyon.

Ce livre est réellement utile à ceux qui ont besoin de se reporter à la codification de l'assistance et il faut reconnaître le grand mérite des auteurs d'avoir su apporter de l'ordre et de la clarté dans la confusion des lois et des règlements divers, en cette matière d'aide et de protection aux enfants, aux malades, aux indigents et aux vieillards.

Dr Paul Boudin.

APPLICATIONS MODERNES DE L'OXYGÉNOTHÉRAPIE

Le traitement d'un grand nombre de maladies par l'oxygène est maintenant à l'ordre du jour. Jusqu'ici, l'oxygène n'avait été employé que pour des moribonds, ce qui est véritablement un contre-sens puisque personne (et les médecins moins que les autres) n'ignore que l'oxygène est le *gaz vital* par excellence.

La cause de cet emploi peu fréquent dans le passé est due à ce fait que les praticiens n'avaient à leur disposition aucun moyen pratique d'obtenir instantanément de l'oxygène en quantité suffisante, pour une utilisation valable.

Pendant la guerre, certaines sommités médicales, parmi lesquelles le professeur Sergent, se servaient de l'oxygène en ballon commercial. Cet oxygène, la plupart du temps, chargé d'impuretés, ne pouvait donner que des résultats peu encourageants, ses possibilités d'action physiologique étant presque nulles.

Aujourd'hui, il existe un appareil simple, robuste, ne présentant aucune espèce de difficulté de maniement, *ni de danger*, qui produit instantanément, en tout lieu, suivant les nécessités pathologiques, un oxygène absolument pur, *neuf*, dont l'action biologique est portée au maximum. Il s'agit de l'appareil mis récemment à la disposition des praticiens sous le nom de « **Salvoxyl** ».

L'efficacité thérapeutique de cet oxygène est considérablement plus grande que celle de l'oxygène du commerce ; beaucoup plus grande aussi que celle de l'oxygène que l'on obtient instantanément par d'autres procédés et qui contient des impuretés (soude, potasse, etc.) nécessitant un lavage et une épuration du gaz avant son emploi. En effet, l'oxygène, lorsqu'il est produit depuis longtemps, ou encore lorsqu'il est lavé et épuré, *n'est plus de l'oxygène neuf*, car pendant cet intervalle et au cours de ces opérations, il s'est combiné en partie avec les différents corps en contact avec lui et a perdu de ce fait la plus grande partie de sa valeur oxygénatrice biologique.

Quelques observations intéressantes :

L'emploi de l'oxygène neuf « Salvoxyl » paraît donc présenter un intérêt tout spécial que confirment déjà un très grand nombre d'observations. En voici quelques-unes :

Tuberculose torpide : Monsieur C., 53 ans, en traitement depuis bientôt quatre ans, géode de tout le lobe supérieur du poumon droit, ne dort plus, ne peut plus faire le moindre mouvement sans éprouver l'angoisse d'une dyspnée intense. Les inhalations d'oxygène « Salvoxyl », faites deux fois par jour, lui rendent le sommeil, suppriment l'anhélence, diminuent l'expectoration, cela depuis bientôt quatre mois ; plus d'amaigrissement, retour des forces ; le malade peut travailler.

Emphysème avec dilatation des bronches : Monsieur B., vieil emphysémateux, ne peut se remonter à la suite d'une congestion pulmonaire, il doit renoncer à tout travail, dyspnée intense au moindre effort, accès de toux, suffocations, perte du sommeil.

Des piqûres de 200 cmc. d'oxygène « Salvoxyl » répétées tous les deux jours, lui ont rendu le sommeil, des forces, une respiration tendant à la normale ; il a repris ses occupations après six injections de 200 cmc.

Albuminurie : Monsieur J., 19 ans, n'a pas le souvenir de maladies de l'enfance ; atteint au début d'août 1925 de céphalée violente, d'œdème des jambes, d'asthénie ; l'analyse des urines décèle une quantité d'albumine de 7 grammes par litre ! ! !

Le 30 octobre 1925 : première injection de 300 cmc. avec régime déchloruré et repos.

Le 2 novembre 1925 : Céphalée très diminuée ainsi que l'œdème ; nouvelle injection de 300 cmc.

Le 4 novembre 1925 : céphalée de nouveau moins accusée ; le malade, qui était venu à la consultation en voiture, vient à bicyclette, œdème très diminué, plus de dyspnée.

Le 6 novembre 1925 : céphalée disparue totalement, plus d'essoufflement ; œdème à peine sensible.

Après la sixième injection, le malade n'a plus ni céphalée, ni œdème, ni dyspnée. Le bruit de galop a disparu depuis longtemps ; albumine : 0.25. Monsieur J. qui a fait régulièrement les 5 km. qui le séparent de son docteur, a faim. Il reprend son métier de maçon dès le 15 décembre.

Anémie cérébrale. — Mme Q..., mère de famille, très fatiguée par plusieurs maternités successives, présente des troubles de mélancolie aiguë, allant jusqu'à des idées de suicide.

Une série de 10 injections de 200 cmc. d'oxygène Salvoxyl, par injection tous les deux jours, procure à la malade, d'abord la disparition totale de la céphalée, un renouveau de forces, le retour à l'état normal des fonctions cérébrales ; plus d'idées noires, plus de mélancolie. Cette observation date de trois mois et la malade, qui n'a pris aucun médicament, n'éprouve plus aucun trouble et vaque à ses occupations ménagères, sans fatigue, sans ennui.

Peut-être pourrait-on dire qu'il y a là, en dehors de l'action de l'oxygène Salvoxyl, une certaine auto-suggestion !! Quoi qu'il en soit, le résultat est là, probant !

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES OBLIGATIONS FISCALES DU MÉDECIN

Voici qu'approche la date fatidique avant laquelle les déclarations de revenu doivent être adressées par tous les contribuables à leur contrôleur. C'est en effet le 28 février qui marque légalement la limite extrême qui leur est accordée pour cette déclaration.

Je rappelle que les médecins, pour le calcul de l'impôt cédulaire, doivent déclarer leurs bénéfices bruts, leurs dépenses professionnelles et leurs bénéfices nets.

Au demeurant : *trois sommes*, dont la troisième est la différence entre les deux premières.

Nulle part la loi ne dit que le déclarant doit donner le détail de ses dépenses professionnelles (1). Or, ce détail trouvé sur un modèle proposé par le *Médecin d'Alsace-Lorraine* et par le *Bulletin officiel du Syndicat des médecins d'Alger*, est accompagné de la note suivante: «*La présente déclaration, dont il sera accusé réception, doit être adressée avant le 1er mars, sous pli affranchi, à. M. le contrôleur des contributions directes.*» Il est exact que la déclaration doit être faite avant la date indiquée. Mais il est inexact qu'elle doive contenir le *détail des dépenses professionnelles*, du moins en vieille France. En Alsace-Lorraine, l'impôt sur le revenu est toujours perçu suivant les méthodes allemandes. En Algérie, la législation métropolitaine se trouve sans doute modifiée par certaines décisions des Délégations financières et par certains décrets.

Il ne faut donc tenir aucun compte de cette note, qui parait valable seulement pour l'Alsace-Lorraine et pour l'Algérie.

Ce n'est qu'au cas où le contrôleur contesterait les sommes figurant sur la déclaration, tant en ce qui concerne les recettes, trouvées insuffisantes, qu'en ce qui regarde les dépenses, trouvées trop fortes, ce n'est que dans ce cas, et quand cet agent du fisc aurait réuni les éléments destinés à baser sa contestation, qu'il pourrait inviter le contribuable à justifier ceci ou cela. Et alors, il est en effet prudent, de la part du médecin, c'est une sage précaution, que de tenir à jour un état détaillé de ses frais professionnels.

Que doit-on entendre par frais professionnels ? Sur la plus grande partie des dépenses considérées comme telles, il n'y a pas de discussion.

(1) Voir également l'avis de M. Martinot à la *Correspondance*, page 462 ci-après. G. D.

Mais cependant, les médecins doivent être prévenus que quelques articles, intégrés dans ce détail, pourront faire l'objet d'une controverse et être rejetés par le contrôleur. Ils feront donc bien d'être prudents. Au nombre de ces articles, figurent : l'amortissement des frais de premier établissement ; les voyages dits professionnels ; les frais de remplacement pour vacances ; les primes d'assurances sur la vie...

Ceci dit, afin de fournir aux lecteurs du *Concours médical*, une abondante documentation, je vais reproduire ci-dessous trois indications tirées de sources différentes.

Dépenses professionnelles, d'après M. Horn (*Paris médical*, 28 novembre 1925).

L'exposé que voici est arrangé et résumé ou modifié d'après les directives proposées par le Dr Séjournet, dans son rapport présenté au Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris qui en a adopté les conclusions (1).

1° Dépenses professionnelles générales. — Appartement. L'*entrée* : pièce professionnelle pour la moitié ; le *salon* : pièce professionnelle pour la moitié ; la *salle à manger* : pièce non professionnelle en général, mais professionnelle pour la moitié, dans certains cas ; *chambre à coucher* : non professionnelle ; le *bureau* dans tous les cas, et *certaines pièces* dans certains cas : pièces entièrement professionnelles ; *cuisine* : non professionnelle.

Chauffage. — *a*) Central : est compris dans le prix du loyer et ne doit pas être compté parmi les dépenses professionnelles ; *b*) local : répartir la dépense totale de l'année, suivant le mode de distribution adopté pour les pièces de l'appartement.

Eclairage. — Même répartition, comme pour le chauffage.

Domestiques. — Un seul domestique professionnel pour la moitié de la dépense globale (gages, nourriture, assurance). Deux domestiques : le second est à compter comme entièrement professionnel. Trois domestiques et plus : le second seul est à considérer comme professionnel.

Assurance contre l'incendie. — Répartir la dépense annuelle, suivant le mode de distinction établi entre les diverses pièces de l'appartement.

(1) Rapport reproduit par la *Presse médicale* du 4 avril 1925.

Etat des Dépenses professionnelles, d'après la Fédération des Syndicats Médicaux du Loiret.

ÉTAT des Dépenses Professionnelles – Année 19

Cet Etat ne doit être communiqué aux agents qualifiés des contributions directes que sur leur demande.

LISTE DES DÉPENSES	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septemb.	Octobre	Novemb.	Decemb.	TOTAL
Habitation													
Loyer professionnel (1)													
Entretien et remplacement du mobilier professionnel (2)													
Peinture et papiers des locaux professionnels													
Frais de nettoyage des locaux (3)													
Téléphone													
Chauffage													
Eclairage													
Eaux													
Instrumentation													
Instruments : achat, entretien													
Instruments chers (4)													
Frais de stérilisation, de gaz pour bouilloires, etc													
Livres : achats et entretien													
Achat de médicaments et objets de pansement													
Lingerie professionnelle (sarraux, serviettes, etc. (5)													
Déplacements													
Frais de transports : chemins de fer, tramways, voitures, autos de louage													
Amortissement de la voiture (6)													
— du cheval (6)													
— du cycle (6)													
Frais d'entretien ;													
Auto : amortissement (6)													
Entretien et réparations													
Garage hors domicile													
Huile, essence, pneus													
Assurances													
Impôts													
Voyages professionnels, congrès, etc. (7)													
Frais de remplacement													
Personnel													
Domestique (8)													
Chauffeur (8)													
Infirmière													
Secrétaire													
Appointements de la famille (9)													
Total à reporter													

(1) Cabinet de consultation, salle de pansement, salles d'attente, écurie, remise, garage, pharmacie pour les propharmaciens.
(2) Cabinet de consultation, salle de pansements, d'examens, etc.
(3) Fournitures de droguerie, de matériel d'entretien et de nettoyage.
(4) A amortir.
(5) Achat, blanchissage et entretien.
(6) A amortir, selon l'usage.
(7) Frais de déplacement et de séjour.
(8) Pour la partie professionnelle.
(9) Appointements de la femme et des enfants pour tenue de livres de pharmacie, aide, etc.

LISTE DES DÉPENSES	Janvie	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septemb	Octobre	Novemb.	Décemb.	TOTAL
Cotisations													
Cotisations aux sociétés médicales, syndicats, etc.													
Pourboires divers													
Banquets professionnels													
Dons à des œuvres de bienfaisance													
Abonnements journaux médicaux													
Assurances professionnelles :													
maladie													
accidents													
retraites													
domestiques													
risques professionnels													
Paperasserie professionnelle													
Frais de bureau (1)													
Frais de correspondance (2)													
Recouvrements d'honoraires :													
timbres-quittances													
agents recouvrements													
frais de procès													
etc.													
Frais de responsabilité (3)													
Montant d'une condamnation (4)													
Impôts : patente													
— chevaux, voitures, bicyclettes (5)													
— taxes diverses													
etc													
Maladies ou accidents professionnels													
Frais de traitement													
Frais de remplacement													
Divers													
Total de la page précédente													
Total général													

(1) Matériel : papier, encre, etc.
(2) Imprimés, timbres-postes, etc.
(3) Non couverts par assurance, avec honoraires des avocats.
(4) Pour responsabilité professionnelle, à amortir.
(5) Les impôts pour autos sont comptés dans les frais de déplacement.

Mobilier. — Amortir le mobilier *professionnel* en dix ans.

Frais de transport. — *a*) Par taxis, tramways, métro, autobus, chemin de fer : de 12 à 15 p. 100 des recettes brutes : *b*) par *auto* : si l'auto est exclusivement professionnelle : dépenses totalement professionnelles ; si l'auto est à destination mixte et avec chauffeur : professionnelle pour la moitié, si l'auto est à destination professionnelle mais sans chauffeur : professionnelle pour les deux tiers des frais.

2° Dépenses professionnelles spéciales. — *Téléphone* : dépense entièrement professionnelle, de même pour celles qui suivent :

Assurance contre les risques professionnels.

Personnel exclusivement attaché au cabinet médical (secrétaire, infirmier, infirmière).

Instruments : achat et entretien.

Livres médicaux et scientifiques.

Journaux professionnels ou scientifiques (abonnement).

Sociétés, syndicats, groupements professionnels (cotisation).

Frais de bureau.

Frais de correspondance.

Frais de publications non rétribuées ou rétribuées, la rémunération de ces dernières étant portée à l'actif.

Recouvrement des honoraires.

Telles sont les indications générales, sans préjudice des cas particuliers que détermine, notamment, la spécialisation du médecin.

Détail des Dépenses professionnelles
(*Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1er février 1926 et le *Bull. Off. du Syndicat des Médecins d'Alger*, n° 27).

		FR.	C.
1°	Part professionnelle du loyer......		
2e	Eclairage et chauffage (part. profess.)......................		
3e	Impôts d'ordre professionnel......		
4e	Domestique { salaire de base pour l'assurance........ / assurances et divers.		
5e	Téléphone		
6e	Infirmières, aides techniques......		
7e	Instruments (achat et entretien)...		
8e	Pharmacie......................		
9e	Blanchissage médical............		
10e	Livres médicaux.................		
11e	Journaux médicaux...............		
12e	Cotisations professionnelles (sociétés savantes, syndicats, soc. de prévoyance méd.)..........		
13e	Frais de bureau (correspondance, recouvrements)		
14e	Frais de publications scientifiques.		
15e	Assurance risque civil...........		
16e	Frais de transport...............		
17e	Assurance-incendie -part. prof.)...		
18e	Amortissement des frais de premier établissement (un vingtième)		
	Total.........		

Si des dépenses considérées par un médecin comme professionnelles faisaient l'objet d'une contestation de la part du contrôleur, et qu'il se refusât à les admettre en déduction des revenus, le confrère pourrait adresser une réclamation sur papier timbré à la préfecture de son département, dans les trois mois qui suivraient la publication du rôle. En cas d'insuccès, il faudrait porter l'affaire devant le Conseil de préfecture. L'échec devant cette juridiction administrative ne serait pas encore définitif. Il y aurait matière à recours devant le Conseil d'Etat.

Que les membres du « Sou Médical » ne manquent pas de nous tenir au courant de toutes les difficultés auxquelles ils pourraient se trouver en butte : notre Ligue de défense examinerait le moyen de leur venir en aide avec le plus grand libéralisme. G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Accidenté du travail admis dans une clinique annexe d'un hôpital. — Médecin de la clinique non-médecin de l'hôpital. — Rejet de la demande d'honoraires.

COUR DE CASSATION (Chambre des Requêtes)

18 *novembre* 1925.

Le médecin d'une clinique annexe d'un hôpital, non attaché à ce dernier, n'a droit à des honoraires que s'il peut prouver que l'admission d'un blessé du travail dans la clinique a été commandée par la nature exceptionnelle de la lésion, ou par l'urgence, ou parce que le traitement suivi avait comporté des moyens curatifs spéciaux, que l'accidenté n'aurait pu trouver ailleurs que dans la clinique dont s'agit.

La Cour :

Ouï M. le Conseiller de Casablanca en son rapport, Me Auger, l'avocat du demandeur en ses observations et M. l'avocat général Wattinne en ses conclusions ;

Sur le premier moyen, pris de la violation de l'art. 4 parag. 1 de la loi du 9 avril 1898, modifiée, par les lois des 31 mars 1905 et 17 octobre 1919, de l'art. 4, par. 3 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 6 juillet 1920 et de l'article 7 de la loi du 20 avril 1810 pour manque de base légale ;

Attendu que le 8 juillet 1920, Salina, ouvrier dans l'usine de Ligny-en-Barrois appartenant à la Société Armand Rivière fut grièvement blessé par un appareil électrique en marche ; qu'il fut aussitôt transporté à l'hôpital de Ligny-en-Barrois et placé à la clinique du docteur Masson, annexe de cet hôpital, où il demeura en traitement pendant 208 jours ; que le docteur Masson n'ayant pu obtenir du chef d'entreprise le paiement de ses honoraires s'élevant à 1.197 fr. 95 centimes, assigna la Société devant le juge de paix de Ligny et que sur appel de cette dernière, le tribunal civil de Bar-le-Duc, réformant le jugement entrepris, a débouté le docteur Masson de sa demande (8 mars 1923.)

Attendu que le jugement attaqué déclare que Salina a été transporté par ses camarades à l'hôpital de Ligny, que ce n'est ni sur la demande du blessé ni sur les instructions du patron qu'il a été admis à la clinique du docteur Masson, laquelle est une annexe de l'hôpital, bien que le docteur Masson ne soit pas médecin dans cet établissement, que, dès lors, ce dernier n'a aucune action directe ni contre le blessé ni contre le patron, à raison de l'accident, au-delà du tarif forfaitaire de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898.

Attendu que la même décision constate que la société Armand Rivière a établi qu'elle avait payé à l'administration de l'hôpital les frais d'hospitalisation déterminés par l'arrêté préfectoral du 1er juin 1920 ;

Attendu que le docteur Masson n'a pas prouvé que l'admission dans sa clinique ait été commandée par la nature exceptionnelle de la lésion ou par l'urgence, ou que le traitement suivi par Salina ait comporté des moyens curatifs spéciaux qu'il n'aurait pu trouver ailleurs que dans cette clinique ; qu'il résulte au contraire du jugement attaqué que l'établissement hospitalier de Ligny a été désigné par le Conseil général de la Meuse pour recevoir tous les malades bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite et comme devant, dès lors, assurer, au besoin, outre les soins ordinaires, les interventions chirurgicales ;

Attendu, dans ces circonstances, que le tribunal de Bar-le-Duc a pu décider, conformément aux dispositions de l'art. 4, parag. 3, de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 20 juillet 1920, que le chef d'entreprise n'était tenu que des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent dépasser le tarif établi pour l'application de l'art. 24 de la loi du 15 juillet 1893 majoré de 30 % et que par suite ledit jugement qui répond à toutes les conclusions d'appel n'a pas violé les textes visés par le pourvoi ;

Sur le second moyen pris de la violation et de la fausse application des textes visés au premier moyen, en ce que le jugement attaqué a rejeté en totalité la demande du médecin traitant alors qu'une partie des honoraires réclamés par ce dernier était afférente à des soins donnés antérieurement à l'admission du blessé à l'hôpital et postérieurement à sa sortie ;

Attendu qu'il n'apparaît ni des qualités ni du jugement entrepris que ce moyen ait été soumis aux juges du fond ; qu'il est mélangé de fait et de droit et, par suite, irrecevable ;

Par ces motifs, rejette la requête.

Commentaires.

Bien qu'elle soit composée de magistrats, parvenus au faîte de la carrière, la Cour de Cassation vient, une fois de plus, de rendre un arrêt qui laisse une grande place à la critique.

Ou bien la décision de la Cour suprême est incomplète, ou bien elle n'est pas tout à fait conforme au Droit.

En effet, le médecin a soigné un malade : il doit donc, de ce chef, recevoir une rémunération. Mais qui devra payer cette dernière ?

Sera-ce l'ouvrier, consommateur de soins ? Non, puisqu'il est garanti par la loi sur les accidents du travail et parce que, dit l'arrêt de Cassation, ce n'est pas lui qui a demandé à entrer à la clinique.

Sera-ce le patron responsable, aux termes de la loi du 9 avril 1898 ? Non, parce qu'il n'a pas envoyé lui-même le blessé à la clinique et que, d'après la Cour suprême, il ne doit acquitter que le « tout compris », bien que le blessé ait été admis, non pas à l'hôpital public, mais dans une maison de santé dépendant de cet établissement.

Cependant, les ouvriers, camarades du blessé, en transportant la victime à la clinique, peuvent être considérés comme ayant été les *negotiorum gestores* du chef d'entreprise : ils ont agi pour le mieux des intérêts de leur patron, afin que le blessé reçoive rapidement les soins nécessaires à son état. Il semble qu'il eût donc été juste de décider que le patron a tacitement acquiescé à l'acte de ses ouvriers, du moment où il n'a pas averti l'administration de la clinique qu'il entendait rester étranger aux frais de séjour de son ouvrier.

Reste alors, comme responsable des honoraires du médecin, la commission hospitalière, gérante de la clinique. Cependant, le docteur n'est pas médecin de l'hôpital ; il ne reçoit aucun traitement de ce chef.

Aussi, puisque la Cour de Cassation, de par son arrêt, entend décharger, une fois de plus, les chefs d'industrie (ou leurs assurances) des responsabilités pécuniaires, pour soins donnés aux blessés, dans des cliniques, voire même à la consultation externe d'un hôpital et n'appliquer, à tous ces cas, que les modalités du « tout compris », grâce à une extension exagérée donnée

aux termes de l'article 4, § 3, de la loi du 31 mars 1905, elle aurait dû indiquer qui, en fin de compte, règlera les honoraires du médecin, pour le travail qu'il a exécuté.

Car, en somme, ce docteur n'est pas appointé par l'hôpital, puisqu'il est étranger à l'établissement : il n'a donc pas à faire entrer ce travail dans les indemnités minimes, que touchent ses confrères des hôpitaux, pour soins donnés aux pauvres hospitalisés.

Ou bien, l'idée de la Cour suprême a-t-elle été de rappeler l'arrêt du 22 mars 1909 (chambre civile, S. 1909. 1. 438), par lequel les honoraires d'un médecin étranger à l'hôpital sont mis à la charge de la commission administrative, c'est-à-dire à la charge du patrimoine des pauvres, pour soins donnés à un blessé du travail hospitalisé, alors que ni le chef d'entreprise, ni l'assurance de ce dernier ne sont des indigents ?

2° Déjà, par arrêt du 5 décembre 1923, la Cour de Cassation avait décidé qu'un blessé du travail, admis dans une clinique particulière, était hospitalisé, au sens général du mot. Par conséquent, le chef d'entreprise responsable (ou l'assurance de ce dernier) ne devait payer que le « tout compris », sans être tenu aux frais médicaux et pharmaeutiques.

Par arrêt du 26 octobre 1925, le docteur n'a pas droit non plus à la rémunération de son travail, lorsqu'il soigne des blessés de l'industrie à la consultation externe des hôpitaux.

La Cour de Cassation n'a, je crois, aucune animosité particulière contre le corps médical, ni aucune préférence pour les intérêts de l'industrie, ou des assurances. Sa justice pose donc parfaitement le problème suivant :

Etant donné que les médecins doivent vivre du fruit de leur travail professionnel, tant à l'hôpital que partout ailleurs, lorsqu'il s'agit de malades qui n'ont pas besoin de recourir à la bienfaisance publique, ni à la charité particulière et individuelle, — qui devra indemniser les docteurs, pour opérations, soins, diagnostics, etc., lorsqu'il s'agit d'une victime du travail, soignée, non pas chez elle, mais dans un hôpital public, ou dans une maison de santé privée, voire même à la consultation externe d'un de ces établissements ?

Ce ne sont ni le chef d'entreprise, ni l'assurance : ainsi le décrète la Cour suprême.

Ce ne peut être l'ouvrier, qui ne touche que son demi-salaire et qui, en raison du forfait, établi par la loi du 9 avril 1898, doit recevoir les soins médicaux, sauf une part minime laissée à sa charge, en sus du tarif ministériel et que le médecin ne réclame jamais.

Ce sera donc l'hôpital, c'est-à-dire l'asile des pauvres, ou bien la maison de santé, qui supporte déjà pas mal d'impôts et de taxes diverses.

Or, ces établissements ne peuvent pas comprendre les honoraires médicaux dans le 30 % de majoration sur le prix de journée de l'assistance médicale gratuite.

Aussi, ou bien les médecins travailleront gratis, pour les plus grand profit des chefs d'industrie, ou de leurs assurances, ou bien il sera nécessaire de reviser la loi, en ce qui concerne l'admission des blessés du travail à l'hôpital.

La jurisprudence est loin de partager la manière de juger de la Cour de Cassation.

Antérieurement à l'arrêt du 5 décembre 1923, nombreuses sont les décisions de paix, ou de tribunaux civils, jugeant en appel, qui décidaient que le « tout compris » n'est pas applicable aux cliniques privées, ni aux salles payantes ou pavillons payants, annexés aux hôpitaux (voir *Concours médical* 1921, 1051 ; Agenda du Concours, 1925. p, 270.)

Une décision assez récente du Tribunal civil de Bordeaux (2e chambre) du 12 mars 1924 (*Gaz. trib.*, 30 août 1924), est ainsi conçue : « Attendu que la compagnie « le Soleil » base son offre sur ce que l'article 4 de la loi de 1898 ne met à la charge du chef d'entreprise, au cas d'hospitalisation, que les frais de cette hospitalisation, tels qu'ils sont fixés par un arrêté préfectoral, mais que cette partie de l'article 4 est inappiicable en l'espèce ;

« Attendu, en effet, que cet article prévoit successivement deux hypothèses, qui ne peuvent être confondues : d'abord le cas où la victime d'un accident se fait soigner chez elle, par un médecin de son choix ; ensuite le cas où elle est hospitalisée dans un hospice public ; que, dans le premier cas, les soins médicaux doivent être payés, selon le tarif de l'arrêté ministériel du 8 juillet 1920 et que c'est seulement dans le second cas que le chef d'entreprise a uniquement à supporter les frais d'hospitalisation, qui, tout compris, sont établis par arrêté préfectoral ; mais que les soins dans une clinique privée, comme en l'espèce, doivent être évidemment assimilés à ceux qui auraient été donnés au domicile même du blessé. »

Il serait donc utile de pouvoir faire naître un procès, qui permettrait de reporter le conflit devant la cour de Cassation, toutes chambres réunies ; mais combien d'années ne faudrait-il pas, pour obtenir l'arrêt de la Cour suprême ! Car la justice est bien lente en France !

Mieux vaut se retourner vers le Ministère du Travail, pour obtenir une modification à apporter à l'article 4, § 3, de la loi du 31 mars 1905, en ce qui concerne les honoraires médicaux, pour soins donnés aux blessés du travail, admis dans des hôpitaux, ou dans des salles payantes ou dans des cliniques privées.

J'entendais, tout récemment, dans une réunion de section du Conseil supérieur de l'Assistance publique, prononcer les mots de grève des mé-

decins. J'aime à croire qu'on ne poussera pas le corps médical à cette extrémité.

Néanmoins, il est impossible, par ces temps de vie chère et de lourds impôts, de demander à une catégorie de citoyens d'abandonner une partie de leur gain professionnel, au profit de collectivités privées, qui n'ont pas été instituées en vue de la bienfaisance publique.

On sera bien avancé le jour où, dans un hôpital, les médecins et chirurgiens se refuseront absolument à soigner, en dehors des cas d'urgence, les blessés du travail hospitalisés.

Que fera la commission administrative ? Renverra-t-elle ces victimes du travail, pour qu'elles se fassent soigner chez elles, ou bien révoquera-t-elle en masse les docteurs attachés à l'établissement ?

Qui soignera alors les autres malades hospitalisés, si les médecins sont destitués de leurs fonctions hospitalières ?

Pour terminer, faisons une dernière remarque sur l'arrêt de la chambre des Requêtes du 18 novembre 1925, que nous publions ci-dessus.

Comme par son arrêt du 5 décembre 1923, la Cour suprême reconnaît que les honoraires médicaux seraient dus, si le blessé du travail avait été admis dans une clinique privée, vu l'urgence, ou pour recevoir un traitement spécial, impossible à donner à l'hôpital.

Comment prouver cette urgence ? Question de fait, parfois bien délicate.

De plus, la Cour de Cassation semble oublier que les hôpitaux ne sont faits que pour les indigents et que les maisons de santé, dues à l'initiative privée, ont le droit à l'existence. Par suite, l'hôpital ne doit pas être considéré, à l'heure actuelle, comme étant le seul centre de traitement, muni de tous les perfectionnements modernes de l'art de guérir.

La Cour de Cassation devrait, au contraire, décider que ce n'est que dans les cas exceptionnels que le blessé du travail doit être admis à l'hôpital si la clinique privée la plus voisine ne peut le recevoir, ni donner les soins nécessités par son état.

A nos syndicats médicaux d'agir.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Assurances sociales et mutualité

Depuis que le projet des assurances sociales a vu le jour, le monde mutualiste s'agite. Au début, la Mutualité a marqué une hostilité réelle contre l'idée de cette réforme. Elle craignait de voir diminuer son autorité, s'évanouir sa clientèle et se tarir son recrutement. L'individu, étant assuré obligatoire, n'avait plus rien à faire dans les sociétés mutuelles. Les membres honoraires, presque tous patrons ayant une cotisation légale à verser, devaient logiquement supprimer leurs allocations aux caisses des sociétés. Enfin les dirigeants craignant de perdre l'administration des groupements, source pour eux de profits et honneurs, étaient à la tête du mouvement d'opposition.

Mais il n'y avait rien à faire contre la poussée sociale et électorale qui réclamait une assurance contre les risques de l'existence. Il n'y avait qu'à s'incliner.

Au début, on accepta le principe des assurances sociales, mais on lutta contre l'obligation. Plus tard on se rallia, on adopta le principe de l'obligation du précompte et on offrit au gouvernement la collaboration de la Mutualité.

Alors la tactique changea d'aspect. Ne pouvant faire échouer le projet, on travailla à l'accaparer et à substituer l'organisme mutualiste à l'organisme gouvernemental.

Au début, les difficultés furent grandes. Le monde ouvrier, bénéficiaire des assurances, voulait avoir la direction administrative et financière du nouvel organisme ; ayant une juste méfiance de la direction du pontife de la Mutualité, appartenant au monde bourgeois et partant capitaliste.

D'autre part, elle voyait un adversaire dans les syndicats agricoles bien organisés. C'est alors que fut présenté le projet Grinda à la Chambre des députés. Il accordait des avantages partiels à la Mutualité ; mais l'organisation était surtout étatique, régionale avec une division en 25 régions, groupant les diverses caisses locales, mutualités professionnelles, syndicales, caisses d'établissement industriel ou commercial, ou autonomes. Ces caisses devaient réunir un certain nombre d'adhérents pour pouvoir légalement fonctionner. C'était ainsi la mort des petites sociétés au bénéfice des groupements importants. C'était en définitive la mort de la mutualité.

Une fois le projet voté à la Chambre, la mutualité recommence une campagne intense pour arriver à accaparer le fonctionnement de l'assurance sociale, conférences, tracts, création de nombreuses sociétés mutuelles, surtout à caractère familial.

Puis pression sur les hommes politiques, renforcement du groupe mutualiste parlementaire, création d'un poste de président général à la Fédération nationale de la Mutualité, qu'elle confie à un homme politique de grande autorité,

M. Raoul Péret, ancien président de la Chambre, président du groupe mutualiste et en même temps président de la Commission des assurances sociales.

En même temps, la propagande se faisait dans les milieux ouvriers et agricoles, aboutissant à un accord entre les syndicats ouvriers, agricoles et la Mutualité. Grâce à cette union, la Mutualité put obtenir gain de cause auprès de la Commission sénatoriale et faire insérer dans le rapport du Dr Chauveau des avantages qui lui donnent la mainmise sur la direction des assurances sociales.

C'est donc avec justesse que le journal *La Mutualité* pouvait mettre en titre à son article « Un cadeau de nouvel an » et dire : « En effet, si le fonctionnement des organismes d'assurance n'est pas exclusivement réservé aux sociétés de secours mutuels, le nouveau projet prévoit que les organismes devront se constituer et s'administrer sous le couvert de la loi du 1er avril 1898. »

Autrement dit, les assurances sociales seront administrées dans la France entière par les Groupements mutualistes ou à défaut par des groupements constitués sous la forme des sociétés de secours mutuels. C'est d'ailleurs le vœu qui avait été exprimé par le conseil supérieur de la Fédération nationale de la Mutualité et nous ne saurions trop féliciter M. le sénateur Chauveau d'avoir donné satisfaction sur ce point capital à la Mutualité. »

La gestion se fait par une caisse départementale et par des caisses primaires aussi nombreuses qu'on voudra et auxquelles un quorum de membres participants n'est plus imposé. Ainsi les sociétés mutuelles actuelles ne sont plus menacées dans leur existence, d'autres pourront se créer et on continuera à voir cette poussière de sociétés squelettiques, mais ayant chacune, ce qui est important, son président décoré ou décorable d'un ruban quelconque et gérée par les Conseils d'administration en exercice ou à nommer parmi les usagers ou les honoraires de la société.

C'est le régime actuel des groupements mutualistes.

Je suppose que toutes les caisses créées et administrées par la loi de 1898 jouiront de tous les avantages consentis par la loi. Par suite, tous les participants, c'est-à-dire presque la moitié des Français, auront droit à toutes les subventions de l'Etat, du département, des communes, tant pour la maladie que pour la retraite. Ce sont de belles sommes à inscrire à notre budget, à ajouter aux autres frais déjà prévus pour le fonctionnement de la loi.

En résumé, le corps médical dans ses contrats collectifs va de nouveau se trouver en face de la Mutualité, qui depuis un demi-siècle ne vit que de son exploitation. Jusqu'ici bien des tentatives ont été faites pour établir une entente médico-mutualiste, mais toujours les conversations se sont terminées par un échec. Du reste, il ne pouvait guère en être autrement. Les médecins, défendant l'intérêt des malades, réclamaient une médecine honorable, avec soins complets et éclairés en rapport avec les progrès de la science. S'ils réclamaient des honoraires leur permettant de vivre, eux et les leurs, ils n'ignoraient pas que la médecine doit être payée à sa valeur pour éviter cette médecine à la grosse qui oblige les praticiens à voir une quantité de malades au lieu de consacrer à un petit nombre un temps nécessaire à établir un bon diagnostic et un traitement utile. La Mutualité dans ses tractations fut toujours moins préoccupée de la qualité des soins, que des rabais à obtenir, l'intérêt de la caisse primant toujours celui des malades. Voilà ceux que nous trouvons encore en face de nous comme tiers payant, *qui, à mon avis, ne signifie pas l'intermédiaire entre le médecin et son malade, mais celui payant le tiers des honoraires légitimement dus.* C'est au moins vrai pour la Mutualité. Heureusement que nous aurons pour nous défendre nos syndicats médicaux ; que notre situation sera en fonction de l'énergie et de la puissance de nos syndicats. C'est pourquoi j'appelle de tous mes vœux l'union dans l'Union des Syndicats, car je n'oublie pas le vieil adage : *Vis unita fortior.*

Dr M. VIMONT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

L'ORDRE DES MÉDECINS DE BELGIQUE

par le Dr VAN LANGENDONCK
Secrétaire de la Commission médicale de Bruxelles

(*Suite et fin*)

Organisation de l'Ordre.

Comment peut-on concevoir l'organisation d'un Ordre des professions médicales ?

Faut-il créer un organisme nouveau ou adapter ce qui existe aux nécessités que nous avons exposées ?

Le contrôle des professions médicales ne sera accepté par les praticiens que si ceux qui l'exercent jouissent de leur confiance ; il faut qu'ils soient choisis par leurs pairs, qu'ils remplissent leur mission librement, sans ingérence étrangère.

Ce contrôle ne sera accordé et sanctionné par le

législateur que si celui-ci peut être assuré que ses limites ne seront point franchies et que l'organisme auquel il est confié ait la stabilité nécessaire, qu'il ne soit pas à la merci de négligences ou de manque de bonne volonté.

Ce principe stabilisateur existe dans l'Ordre des Avocats, dans la personne du Procureur général, Il est impérieusement nécessaire, en ce qui nous concerne, par ce que l'Ordre des professions médicales sera subdivisé en plusieurs Ordres ayant chacun leur Conseil de discipline autonome.

Qu'arriverait-il si un conflit surgissait entre les Ordres ?

Auquel de ces Ordres soumettra-t-on les contestations entre les praticiens d'Ordres différents ?

Chacune des parties aurait le droit de récuser le Conseil de l'adversaire.

Il faudra un jury mixte.

Qui le convoquera ?

Les sanctions des Conseils de discipline du Barreau portant suspension ou interdiction sont exécutés par le Procureur général.

En ce qui nous concerne, ces sanctions entraîneront fatalement des poursuites en exercice illégal, délit de droit commun pour lequel nos Conseils ne seront pas qualifiés.

Il faudrait donc que l'exécution de ces sanctions soit confiée à un organisme qui possède cette prérogative.

Cet organisme existe : les Commissions médicales, traditionnellement chargées de la surveillance des professions de l'art de guérir.

Sans devoir songer à une création nouvelle, on peut leur confier la mission de stabiliser les Conseils de discipline et d'exécuter les sanctions que nous venons de dire.

L'idée d'adapter les Commissions Médicales à l'organisation d'un Ordre n'est pas nouvelle.

En 1859, le Gouvernement a présenté un projet qui instituait des Conseils de discipline distincts et séparés des Commissions Médicales.

Ces Conseils, élus directement par les praticiens de chaque ressort, désignaient eux-mêmes leur Président et leur Secrétaire.

Les Commissions restaient chargées de veiller, sous la direction du Gouvernement, à l'observation des lois et arrêtés concernant la police médicale et la santé publique. Seul le Gouvernement procédait à la désignation de leurs membres sur une liste double présentée par la Députation permanente et les Commissions elles-mêmes.

La Fédération médicale et l'Association générale pharmaceutique n'eurent pas de peine à faire ressortir les complications que présentait le projet et les conflits qui étaient à redouter entre deux autorités si différentes d'origine et d'organisation, ayant pourtant un champ commun d'influence et d'action. Le contre projet élaboré par ces associations offrait lui-même un défaut des plus sérieux. Il proposait, en effet, de confier toutes les attributions des deux autorités visées dans le projet de loi à un organisme unique dont les membres seraient, dans chaque province, choisis par le Gouvernement sur une liste double de candidats élus par tous les praticiens du ressort.

Ce système électif, subordonné à l'intervention du Gouvernement, ne suffisait pas pour donner aux Commissions Médicales l'autorité et l'indépendance nécessaires à l'action disciplinaire.

Le Gouvernement adopta pourtant une partie de ces suggestions.

En 1895, parut un arrêté royal réorganisant les Commissions Médicales dont les membres, à l'exception du Président et du Secrétaire, étaient nommés par le Roi, sur une liste double de candidats présentés respectivement par les médecins et les pharmaciens du ressort.

Cette organisation, encore en vigueur, faisait abstraction de l'action disciplinaire.

C'est cette action qui est particulièrement envisagée dans un projet de loi présenté en 1899 et qui a fait l'objet d'un rapport élaboré sous la direction de M. Beco.

D'après ce projet, les Commissions Médicales sont composées de médecins, pharmaciens et vétérinaires élus directement par leurs pairs.

Les Commissions nomment, dans leur sein, le Président et le Secrétaire, dont les attributions spéciales sont déterminées par le Gouvernement.

Les Commissions sont chargées :

1. De surveiller l'observation des lois et règlements sur l'art de guérir.

2. De maintenir les règles de l'honneur, de la délicatesse et de la dignité dans l'exercice des professions médicales ;

3. De donner aux tribunaux, à la demande de ceux-ci, leur avis sur des contestations d'honoraires ou sur toutes autres questions d'ordre professionnel dans lesquelles sont en cause des personnes appartenant à l'art de guérir.

4. De donner à ces personnes, et à leur demande, des avis dans des questions d'ordre professionnel;

5. De régler, par voie d'arbitrage, à la demande des parties, les différends professionnels survenus entre personnes appartenant à l'art de guérir ou entre celles-ci et des particuliers ou des administrations publiques.

Par contre, elles sont déchargées :

1. De la surveillance administrative de la santé publique ;

2. De la délivrance des diplômes de dentistes et d'accoucheuses (par extension aussi des diplômes d'infirmières).

Le Gouvernement désigne, parmi les membres de la Commission, ceux qui ont le droit de visite des pharmacies et des dépôts de médicaments et ceux qui peuvent constater, par des procès-verbaux, faisant foi jusqu'à preuve du contraire, les infractions en matière d'exercice de l'art de guérir.

Dans la pratique, déclare l'exposé des motifs, ce

droit de verbaliser sera attribué en premier au président et au secrétaire et à tour de rôle, sans doute, à certains membres de chaque Commission choisis dans les trois sections qui la composent.

Chaque fois que les Commissions Médicales sont saisies d'un fait d'ordre professionnel qui échappe aux tribunaux, elles peuvent infliger, le cas échéant, l'avertissement, la réprimande, la censure.

Les infractions qui ne sont pas d'ordre strictement professionnel (déontologie), sont justiciables des tribunaux ordinaires qui pourront interdire l'art de guérir, soit temporairement, soit à titre définitif. Celui qui exercerait, pendant la durée de la peine d'interdiction, serait puni...

Nous estimons que ce projet appelle bien des observations.

Tout d'abord, ne feraient pas partie des Commissions — organisées en Conseil de discipline, ne l'oublions pas — les accoucheuses et les dentistes.

Sans doute, les Commissions Médicales surveilleront l'exercice de leur profession, mais cette mission, traditionnellement admise parce que les Commissions ont un caractère officiel, risquera d'être fortement discutée dès le moment où ces praticiens seront soumis à l'action d'un organisme purement professionnel dont ils seront exclus.

D'ailleurs, cette surveillance ne pourra s'exercer que sur les lois et règlements. Ces catégories de professionnels échapperont donc à toute action disciplinaire organisée.

C'est une erreur, tant au point de vue de ces praticiens eux-mêmes que de l'intérêt public.

Il n'est point besoin de dire que nous approuvons pleinement la nomination par leurs pairs des membres du Conseil. Mais le projet de loi ne dit rien au sujet du nombre de personnes que ce Conseil devrait comporter.

Indépendamment du président et du secrétaire, la Commission Médicale de Bruxelles compte actuellement 4 médecins et 3 pharmaciens. Il ne peut évidemment être question de confier la mission de juger leurs pairs à un nombre aussi réduit de juges.

Le Conseil de l'Ordre des Avocats compte, à Bruxelles, 15 membres.

Pourtant, il serait difficile d'augmenter, dans de notables proportions, le nombre des membres des Commissions médicales. Il faut donc recourir à d'autres dispositions si l'on veut que les décisions des Conseils aient une autorité suffisante.

Le président et le secrétaire seraient nommés par les membres eux-mêmes.

Si l'on envisage uniquement l'action disciplinaire, cette disposition est essentielle.

Mais nous nous demandons si le pouvoir central ne revendiquerait pas des nécessités analogues pour les attributions légales et administratives ?

Le rapport de la Commission chargée de préparer le projet de loi déclare d'ailleurs que « l'Etat ne peut confier un mandat essentiellement administratif et gouvernemental à des délégués qu'il ne choisit pas lui-même, qui ne sont pas désignés sous sa responsabilité. »

Le projet de loi tranche cette difficulté en enlevant aux Commissions certaines prérogatives d'ordre administratif, mais l'expérience prouve que cette proposition est peu réalisable. Que l'on en fasse ainsi pour les attributions en matière d'hygiène, nous pouvons l'admettre. Les inspecteurs du Gouvernement remplissent leur mission mieux que pouvaient le faire les membres des Commissions ; il y a, d'ailleurs, pour cela, de multiples raisons...

Mais le diplôme de dentiste n'est pas supprimé ; loin de décharger les Commissions de la délivrance des diplômes d'accoucheuses, on leur a confié des examens de maturité, ceux d'accoucheuses, agréése et visiteuses, les examens de capacité pour infirmières.

A côté de ces points, combien d'autres encore : la confection de la liste officielle, le visa des diplômes, la tenue des registres, la comptabilité, l'envoi des circulaires, la correspondance... Au point de vue judiciaire, peut-on confier des prérogatives de l'espèce à des personnes qui tiennent, non leur mandat il est vrai, mais l'attribution de ce mandat, de la libre élection ?

On a objecté que ce n'est pas le fait de l'élection qui emportera le droit de police, mais le choix du Gouvernement, et l'on a ajouté qu'en matière analogue le Bourgmestre est choisi par le Roi, parmi les conseillers communaux librement choisis.

Sans doute, mais le Bourgmestre n'est qu'un agent de liaison disposant d'un personnel qui, en fait, remplit ses attributions.

Dans les Commissions médicales, il n'en est pas ainsi, le travail est personnel et souvent très absorbant.

Pour l'accomplir, il faut que celui qui en est chargé ait la sensation d'un lien avec le pouvoir central que la simple investiture de prérogatives spéciales ne donnerait pas.

Qu'adviendrait-il si, par négligence ou conflit, ces attributions n'étaient pas remplies ?

Sans doute, l'Administration supérieure aurait la faculté de procéder à un nouveau choix, mais, en fait, le nombre restreint de candidats possibles et la naturelle solidarité qui existerait entre eux rendrait cette liberté illusoire.

D'ailleurs, en toutes matières qui ne seraient pas strictement interprofessionnelles, le prestige moral et l'autorité de ces membres du Bureau seraient bien compromis.

En matière d'exercice illégal, par exemple, les délinquants, les avocats et les magistrats eux-mêmes suspectent, dans toute plainte, le souci de protéger l'exercice de la profession, bien plus que l'intérêt public et le seul argument qui vaille, parfois, est celui qui consiste à dire que le plaignant n'a rien de commun avec un groupement professionnel, qu'il tient tout son pouvoir de l'administration supérieure.

Quelle valeur aurait cet argument si le requérant était le mandataire direct de ses pairs ?

Nous estimons que le Bureau des Commissions médicales doit être nommé par le Pouvoir central et nous espérons démontrer que cette disposition, bien loin de nuire aux Conseils de discipline, fortifiera leur action et leur donnera la stabilité nécessaire.

Quoi qu'il en soit, les Commissions, en tant que Conseils de discipline, ne pourront appliquer que des peines morales. Nous avons dit déjà que nous estimons ces sanctions insuffisantes. Nous n'y reviendrons pas.

A notre avis, l'erreur fondamentale des dispositions que nous venons d'analyser est de confier à un organisme unique des attributions qui doivent rester distinctes. Ce projet nous donnerait des Commissions médicales qui seraient des Commissions médicales défectueuses.

Pourtant, les directives tracées ne seront pas vaines. Il est possible de créer un Ordre des professions médicales — et des Conseils de discipline — s'appuyant sur les Commissions, se confondant, pour ainsi dire, avec elles, tout en jouissant de la plus large autonomie, sans enlever aux Commissions médicales des attributions propres, nécessaires à l'intérêt public.

Nous croyons pouvoir réaliser comme suit ces desiderata :

A. — Les praticiens de chaque catégorie, inscrits sur les listes officielles de chacune des Commissions Médicales du pays, constituent l'Ordre de ces praticiens.

B. — Les membres de chacun de ces Ordres élisent un Conseil de discipline.

C. — Chacun de ces Conseils désigne librement des membres pour faire partie de la Commission Médicale du ressort, sauf le président et le secrétaire qui sont nommés par arrêté royal.

D. — Les Conseils sont chargés des attributions disciplinaires.

E. — Les Commissions médicales restent chargées de leurs attributions traditionnelles.

Les renseignements suivants donneront un aperçu sur le *modus faciendi* de ces dispositions :

1) La liste des praticiens, dressée par chacune des C.M. du pays détermine les membres de l'Ordre dans le ressort de la Commission.

1) Cette liste est communiquée dans la huitaine de son impression au Président de chacun des Conseils.

2) Les praticiens de chaque catégorie élisent un Conseil de discipline au sein duquel sont choisis un Président et un **Secrétaire** qui sont aussi **Président** et **Secrétaire de l'Ordre.**

2) La date de l'élection est fixée par arrêté royal.

3) Pour l'élection, le ressort de chacune des C.M. est divisé (comme actuellement) en circonscriptions groupant, autant que possible, les praticiens qui ont des us et coutumes analogues (urbains, ruraux, industriels).

3) La division en circonscriptions est nécessaire à la représentation des divers intérêts. Sans cette mesure, les praticiens des campagnes et des petits centres seraient absorbés par ceux des grandes agglomérations.

4) Le nombre des membres de chacun des Conseils, ainsi que celui des candidats attribués aux diverses circonscriptions, sont déterminés par par arrêté royal.

4) Ce nombre est proportionnel à celui des praticiens.

5) Les membres des Conseils sont nommés pour 6 ans et renouvelés par moitié tous les 3 ans.

5)

6) Les élections se font par les soins de la C.M. suivant les dispositions en vigueur pour l'élection des membres de la Commission.

Le vote a lieu par correspondance.

6) Cette disposition est utile pour que les élections se fassent uniformément dans tout le pays. Si l'initiative en est laissée aux Ordres, certaines négligences sont à craindre. En outre les C.M. jouissent de la franchise postale et leurs frais de Bureau sont assurés par le Gouvernement.

7) Les Conseils des Médecins et des Pharmaciens désignent pour faire partie de la Commission Médicale, pendant un temps égal à celui de leur mandat, des délégués dont le nombre, en proportion avec celui des membres du Conseil, est déterminé par arrêté royal.

7) Pour les motifs que nous avons dit plus haut, les membres des Conseils doivent être relativement nombreux. Ces motifs n'existent pas pour la composition des C.M. La proportion devra être telle que le nombre des C.M. soit équivalent à celui actuellement fixé.

8) L'arrêté royal tiendra compte de la représentation en circonscriptions comme il est dit au 3°.

Toutefois, auront seuls le droit d'être représentées dans la Commission les circonscriptions com-

8) Pour la composition des Conseils de discipline, il est utile que les circonscriptions réduites soient représentées.

Le même intérêt n'existe pas pour la composition de la C.M. D'ailleurs plusieurs petites circons-

prenant au moins X... praticiens.

criptions pourront être réunies en groupements ayant les mêmes usages professionnels.

9) Les Conseils des dentistes, accoucheuses, vétérinaires, n'ont droit qu'à un seul délégué à la Commission médicale.

9) *Cette disposition est rationnelle. Au point de vue disciplinaire, ces professions doivent être mises sur le même pied que celle des médecins et pharmaciens.*

Mais au point de vue des intérêts généraux, leur importance est moindre. Il en est surtout ainsi pour les vétérinaires. D'autre part, les titres des accoucheuses et dentistes sont incontestablement inférieurs au point de vue scientifique. Une représentation est pourtant utile pour établir le contact avec la C.M.

10) Les nominations ainsi déterminées se font sans intervention du Gouvernement.

10) *Ces nominations sont notifiées dans la huitaine au Président de la C.M. qui, à son tour, en informe les présidents des divers Conseils.*

11) L'installation des membres de la Commission se fait par les soins du Président, dans le mois qui suit la désignation de ces membres.

11).

12) Le Gouvernement conserve la nomination du Président et du Secrétaire de la Commission dont ils constituent le Bureau.

Leur mandat a une durée de six ans. Ils sont rééligibles.

12) *La rééligibilité est utile parce que les fonctions de président et de secrétaire demandent une longue expérience.*

Ils pourront pourtant, comme actuellement, être remplacés.

13) Sont de la compétence des Conseils, les questions déterminées par les alinéas 2, 3, 4 et 5 du projet de loi de 1899.

13) *C'est-à-dire les questions de déontologie, l'arbitrage entre parties et les avis sollicités par les autorités publiques. Ces deux dernières prérogatives devraient aussi être exercées par la Commission Médicale, si elle est sollicitée à cet effet.*

14) Toutes les plaintes sont transmises au Bureau du Conseil qui les instruit avant de convoquer, s'il y a lieu, le Conseil.

Si la plainte comporte un différend, le Bureau s'efforce de concilier les parties. Si cette tentative échoue, le Conseil est convoqué par le Bureau.

14) *Cette disposition est inspirée par l'organisation des Conseils de Prud'hommes. Elle a pour but d'éviter la convocation trop fréquente des Conseils.*

Au surplus, certains différends se règlent plus aisément en « petit comité ».

15) Si les faits concernent des praticiens de plusieurs Ordres, ils sont traités, comme il vient d'être dit, par les Bureaux réunis. Eventuellement les Conseils sont convoqués.

15) *Les Conseils réunis formeront ainsi un Conseil mixte. Il est à craindre que ce Conseil soit trop nombreux. Les Conseils pourraient utilement désigner, pour faire partie de cette juridiction mixte un certain nombre de membres. La désignation de ces représentants se ferait lors de l'installation des Conseils et serait portée à la connaissance du Président de la Commission Médicale.*

16) Dans l'éventualité prévue par l'article précédent, les Bureaux et les parties, ainsi que les Conseils, s'il y a lieu, sont convoqués par le Président de la C.M. à la demande d'un des Bureaux.

16) *La convocation par le Président de la C.M. est utile pour éviter des conflits d'attributions ; les Ordres égaux entre eux n'ont pas la faculté de se convoquer mutuellement. De plus, elle évitera que l'un des Bureaux puisse, par négligence ou parti pris, empêcher la constitution du tribunal mixte.*

17) Les Bureaux ou les Conseils réunis délibèrent, sous la présidence du Président de la C.M. (ou de son délégué) qui n'a pas voix délibérative.

17) *La présidence d'un membre de la C.M. est une formalité administrative sans influence sur l'autonomie et l'indépendance des Conseils. Elle a pour objet d'éviter certaines susceptibilités et d'assurer la régularité des débats.*

18) Le Conseil (ou les Conseils) peut, suivant les cas : avertir, censurer, réprimander, suspendre pendant un temps qui ne pourra excéder une année, exclure ou

18)

rayer du tableau de l'Ordre.

19) Il n'exercera ces droits qu'après avoir entendu ou appelé au moins deux fois, à quinze jours d'intervalle, le praticien incriminé, qui pourra demander quinze jours pour préparer sa défense.

19) Ces dispositions sont inspirées par celles qui existent dans les Conseils de discipline de l'Ordre des Avocats.

20) Quand la sanction prononcée comporte la suspension ou la radiation, la décision est communiquée au Président de la Commission médicale qui en assure l'exécution.

20) Après avoir laissé passer les délais d'appel, le Président de la Commission porte la décision du Conseil à la connaissance de l'administration de la Commune habitée par le praticien. Elle sera invitée à faire enlever la plaque du praticien frappé.

Il sera de même notifié aux Pharmaciens du ressort qu'ils ne peuvent exécuter les ordonnances.

La décision sera aussi communiquée aux autres C.M. qui en assureront l'exécution si le praticien vient à changer de circonscription.

21) Les sanctions comportant suspension ou interdiction, sont susceptibles d'appel devant la Cour du ressort.

22) Sont de la compétence du Bureau de la Commission :

1. Les obligations administratives ;
2. Les attributions légales ;
3. Le droit de police judiciaire ;
4. L'exécution des sanctions portant la suspension ou la radiation prononcée par les Conseils.

22) Par obligations administratives, il faut entendre tout le travail de Bureau, les attributions légales sont celles qui incombent à la Commission de par sa mission de surveillance des lois et règlements sur l'art de guérir. Pour cette surveillance, le droit de police judiciaire et notamment celui de perquisitionner et de verbaliser, sont indispensables. Actuellement, les C. M. ne les possèdent pas.

23) Sont de la compétence des membres de la Commission :

1) Les enquêtes qui leur sont confiées par le Bureau pour l'accomplissement des diverses attributions qui lui incombent ;

2) La présidence et la fonction de membres des jurys.

3. L'examen de toutes les questions soumises à la Commission par les Autorités publiques au sujet des questions d'intérêt général concernant l'exercice des professions médicales.

4. d'établir un lien entre les divers ordres et entre ceux-ci et la Commission.

23) 1. Le Bureau ne peut évidemment remplir toutes les obligations dont il est question ci-dessus que s'il est assisté dans sa tâche par les membres de la Commission. De telle façon que pour la plupart d'entre elles il serait plus juste de dire qu'elles sont de la compétence des membres aussi bien que de celle du Bureau ; mais le Bureau doit prendre la responsabilité de leur accomplissement.

3) Les questions que les pouvoirs publics posent aux C.M. sont parfois de la compétence de tous les membres, parfois de la compétence plus spéciale de certains d'entre eux. Dans ce dernier cas, ces questions sont mises au point par les membres particulièrement compétents, mais la solution appartient à la Commission tout entière.

Telles sont les dispositions que nous croyons propres à assurer le fonctionnement traditionnel des Commissions tout en assurant celui des Conseils de discipline éventuels.

On se demandera peut-être pour quelles raisons, la Commission étant privée de tout pouvoir disciplinaire, nous proposons que la désignation de ses membres se fasse par les Conseils, c'est-à-dire par les praticiens eux-mêmes, au lieu de maintenir leur nomination par le Gouvernement.

Cette proposition semble porter atteinte à une prérogative gouvernementale sans avantage pour les praticiens puisque la nomination directe n'a d'importance vraie qu'au point de vue disciplinaire.

On a vu que, dans notre esprit, le Bureau de la Commission est le pivot de toute l'organisation. Sa fonction est d'ailleurs purement administrative ; autour de lui se meuvent, en pleine indépendance les divers Conseils ; mais il ne pourra remplir sa mission que s'il jouit de leur confiance, que s'il est en union directe et permanente avec eux. Ces conditions ne seront réalisées que si les membres de la Commission, ses collaborateurs habitués, font aussi partie des Conseils de discipline.

A un point de vue plus général, il importe aussi que les divers Conseils aient des points de contact

qui ne peuvent exister sans le moyen que nous proposons.

C'est pour ces motifs aussi que nous avons envisagé l'entrée dans la Commission des dentistes et des accoucheuses.

Cette admission, d'ailleurs réduite, fera ainsi sortir de leur isolement deux catégories de professionnels, isolement qui est peut-être la cause de certaines erreurs que l'on peut reprocher à quelques-uns d'entre eux.

Quoi qu'il en soit, l'organisation que nous préconisons nous paraît favorable aux intérêts de tous et facile à réaliser.

Nous ne la présenterons pas comme définitive.

Un examen plus approfondi en fera probablement ressortir certaines lacunes et des imperfections.

En présentant ce projet, nous n'avons eu d'autre but que d'établir une base à d'éventuels échanges de vues.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr LAUTZMANN, de Senones (Vosges). — M. le Dr DECRESSAC, d'Angoulême (Charente). — M. le Dr STOURME, de Lyon. — M. le Dr SCOFFIER, de Nice. — M. le Dr Léon MOYNAC, deBayonne, auteur d'ouvrages de pathologie très estimés des étudiants en médecine il y a une quarantaine d'années. — M. le professeur GUILBAUD, de Nantes. — M. le Dr CACAUD, de Clermont. — M. le Dr J. DEROCHE, de Roanne. — M. le Dr LECLERCQ, de Pierrelatte. — M. le Dr DUJOL père, de Saint-Etienne. — M. le Dr CHATIN, professeur agrégé de Lyon. — M. le Dr Marcel SEUVRE, de Paris. — M. le Dr Adrien PANNETIER. — M. le professeur MOUSSOUS, de Bordeaux.

— **La Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer** vient de constituer son bureau pour l'année 1926 : professeur Charles RICHET, président honoraire ; docteur LOIR, président ; professeur RAPPIN, docteur BAILLEZ, docteur Joseph THOMAS, vice-présidents ; docteur SIMIONESCO, secrétaire général.

Les réunions mensuelles auront lieu dans l'hôtel du dispensaire « Marie de Roumanie », 17, square de Messine, le quatrième vendredi de chaque mois.

— **L' « Internacia Medicina Revuo »**, journal médical international rédigé complètement en Espéranto (même les annonces), a maintenant, pour rédacteur en chef, le professeur Vanverts, de Lille, qui s'est assuré des collaborateurs dans tous les principaux pays du monde.

Toutes les lettres, demandes de renseignements, envois de livres pour comptes rendus, etc., doivent être adressés au secrétaire de la rédaction : Dr Briquet, rue de la Bassée, 31, Lille. Abonnement 20 francs par an (pour la France).

— **Faculté de médecine de Paris.** — Dans sa dernière séance le Conseil de la Faculté a décidé de présenter pour la désignation de professeurs titulaires des chaires vacantes : pour la *chaire de physiologie*, M. RATHERY ; pour la *chaire de bactériologie*, M. LEMIERE.

— **Paris, Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.** — M DUJARIER est nommé directeur scientifique de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux en remplacement de M. le professeur SEBILEAU.

— **Marseille. Ecole de Médecine.** — Un concours pour un emploi de chef de clinique exotique s'ouvrira à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, le lundi 19 avril 1926.

— **Congrès international de chirurgie.** — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie se tiendra à Rome cette année, du 7 au 10 avril, sous la présidence du professeur Giordano, de Venise, et le Haut Patronage de S. M. le roi d'Italie. Il réunira l'élite des chirurgiens de 30 nations. Dès à présent plus de 500 adhésions sont acquises. Des rapports d'une grande portée scientifique seront présentés par MM. Beuttner (Genève) Donaldson et Foskide (Londres), Pestalozza (Rome) Recasens (Madrid), Regaud (Paris), Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie), Adson (Rochester), Bastianelli (Rome), Brun (Lucerne), de Martel (Paris), Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres), Cortès-Llado (Séville), Henschen (St-Gall), Leotta (Bari), Papayoannou (Ghezireh), Patel (Lyon) et Leriche (Strasbourg) sur la « Curiethérapie du cancer utérin », l' « Abcès du foie », la « Thérapeutique des tumeurs cérébrales », la « Chirurgie de la rate » et les « Résultats éloignés de l'épilepsie jacksonienne ».

Seuls les membres de la Société peuvent prendre une part active aux discussions pour lesquelles plus de 85 membres se sont déjà inscrits. Toutefois, les séances étant publiques, les médecins parrainés par deux membres de la Société peuvent participer au Congrès, aux fêtes et aux voyages organisés à son occasion. Les congressistes se retrouveront à Milan le 30 mars ; des réceptions sont organisées en leur honneur par les Universités et les Municipalités de Milan, Venise, Bologne. Padoue, Florence, dans la semaine de Pâques.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur L. Mayer, secrétaire général, 72, rue de la Loi, Bruxelles. Les bureaux de l'Agence Th. Cook et Son, dans tous les pays, sont en possession de toutes les indications concernant le voyage (prix des différents itinéraires, des hôtels, etc.)

— **Le 39e Congrès de la Société française d'ophtalmologie** aura lieu à la Faculté de médecine de Paris le lundi 10 mai 1926 et jours suivants. Le rapport sur « l'examen microscopique des affections de la cornée au moyen de la lampe à fente » sera présenté par le professeur GALLEMAERTS, de Bruxelles : un atlas de 22 planches originales en couleurs sera annexé à ce rapport ; une excursion à laquelle les dames sont conviées aura lieu à Port-Royal-des-Champs le lundi 10 mai.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : Dr Onfray, 6, avenue de La Motte-Picquet Paris, 7e.

— **Hospice des Enfants-Assistés.** — Une proposition avait été faite au Conseil municipal de Paris tendant à

donner le nom de Henri Rousselle à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette proposition semble devoir être abandonnée, le nom d'hôpital Henri-Rousselle ayant été attribué au service libre de psychiatrie de l'asile Sainte-Anne.

— **Le Syndicat des médecins directeurs de Maisons de santé** a tenu sa seconde assemblée générale samedi 19 décembre.

Les questions fiscales intéressant les Maisons de santé de toutes catégories ont été longuement discutées.

A l'unanimité, l'assemblée représentant 150 membres venus de tous les coins de France, a émis les vœux suivants :

1° Considérant que la profession du médecin, chirurgien ou spécialiste est essentiellement libérale, que la rétribution que les médecins, chirurgiens ou spécialistes touchent de ce chef est, par conséquent, civile et uniquement civile ;

Déclare :

Qu'aucune taxe ou contribution commerciale ne doit frapper les honoraires médicaux ou chirurgicaux, même s'ils sont perçus pour les traitements institués ou les interventions pratiquées dans un établissement dont le chirurgien ou le spécialiste est propriétaire et où il prend des malades en pension, et donne mandat à son bureau de soutenir énergiquement ce principe, au besoin devant toutes juridictions ;

2° Constatant que les nouvelles lois fiscales les frappent d'une manière tellement lourde qu'elles menacent l'existence même des maisons de santé et cliniques privées.

Constatant, d'autre part, que les hôpitaux d'assistance publique, au mépris de l'esprit des lois et des règlements, au détriment des ayants droit véritables qui sont les seuls indigents, reçoivent et hospitalisent journellement des malades de condition aisée moyennant une rétribution sans aucun rapport avec le prix de revient de l'hospitalisation.

Proteste contre la concurrence déloyale et injuste qu'on oppose ainsi et qui est de nature à supprimer l'initiative privée, supérieure à beaucoup d'égards à l'initiative administrative, lorsqu'elle peut vivre à ses côtés pour le plus grand bien de tous.

Demande que le droit commun soit appliqué, que les hôpitaux ne reçoivent en principe aucun malade payant. Toutefois, si l'absence de maisons de santé privées dans les agglomérations urbaines pourvues d'un hôpital justifie, dans une certaine mesure, la prise en pension à l'hôpital de malades payants, que les hôpitaux tiennent compte à l'avenir dans l'établissement du prix de revient de la journée d'hospitalisation des malades non indigents de tous les éléments normaux qui déterminent celui des Maisons de santé (patente, loyer, amortissements, intérêt du capital, honoraires médicaux).

Concluant que c'est la seule façon d'obtenir le développement normal des Maisons de santé moyennes, de maintenir ainsi la matière imposable par le fisc, d'éviter que soient lésés les intérêts légitimes des indigents et de permettre enfin l'amélioration si nécessaire des services hospitaliers et des laboratoires.

— **Bordeaux**. — M. le Prof. Moure, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique, a été nommé professeur honoraire.

— **Genève. Comité international de la Croix-Rouge**. — Le Comité international de la Croix-Rouge organise à Genève en 1926 un concours portant sur les objets suivants : brancard, appareil de suspension de brancards, carte de blessé, paquet de pansement individuel.

Les spécimens des objets de ces différentes catégories à présenter au concours devront parvenir avec notice détaillée au Comité organisateur, 1, promenade du Pin, à Genève (Suisse), avant le 30 juin 1926.

— **IIe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue françaises** (Bruxelles, 25, 28 juillet 1926). — Questions mises à l'ordre du jour (programme définitif) :

I. *Tuberculides* : nature et traitement. — Rapporteurs : prof. Pautrier (Strasbourg) ; M. Schumann (Stockholm).

II. *Herpès et zona* : étiologie. — Rapporteurs : M. Levaditi (Paris) ; M. Flandin (Paris).

III. *Purpura* : pathogénie. — Rapporteurs : MM. Lespinne et Férond (Bruxelles) ; M. P.-G. Weill (Paris) ; M. Roskam (Liège).

IV. *Réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, superinfection.* — Rapporteurs : M. Marcel Pinard (Paris) ; M. Carle (Lyon) ; M. Bernard (Bruxelles).

V. *Les troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique.* — Rapporteurs : MM. André Léri et Barthélémy (Paris) ; prof. Nicolas et M. Carré (Lyon).

VI. *L'état actuel des traitements des lupus et des tuberculoses cutanées.* — Rapporteurs : M. François (Anvers) ; prof. Halkin (Liège) ; M. L. Dekeyser (Bruxelles).

— **Le V. E. M. de la Faculté de médecine de Nancy aux stations climatiques de la Côte d'Azur** (décembre 1925). — Comptant cette année quatre-vingts personnes environ : médecins et étudiants de Nancy, médecins des provinces recouvrées et du grand Duch-Luxembourg, plusieurs accompagnés de leurs femmes, groupe d'étudiants parisiens, le V. E. M. du professeur Perrin a employé ses vacances de Noël et du Jour de l'An à visiter les stations climatiques de la Riviera française et monégasque. Cannes, Grasse, Nice, Monaco, Menton, Beaulieu, telles furent les villes que présenta à ses hôtes la Société médicale du Littoral méditerranéen, au cours d'une superbe randonnée en auto-cars que guida personnellement le Dr Maurice Faure, président de la Société, et que favorisa un soleil constant. Un arrêt à Marseille, avec réception officielle par le Dr Flaissières, sénateur maire, les autorités locales et l'école de médecine clôtura le voyage. Partout, les médecins du Littoral, et notamment les docteurs Bufnoir, Houssiaux, Bertier, Perrimond, Rivoire, Barbary, Vivant, Camaret Samway, Hérard de Bessé, Sardou, etc., exposèrent aux visiteurs les ressources de leur région, et leur en présentèrent les établissements médicaux, en indiquant les caractéristiques de chaque station. Partout aussi, des réceptions magnifiques, dans des palaces somptueux : hôtels de Paris à Monte-Carlo et à Menton, Métropole et Miramar à Nice, Bristol à Beaulieu, de la Poste, à Grasse, etc., furent organisées par le Gouvernement de la Principauté de Monaco, la Société médicale du Littoral et les Syndicats médicaux affiliés, les Municipalités, les Syndicats d'Initiative et des Hôteliers, etc. A Monaco, le Dr Richard, ancien compagnon des croisières de S. A. S. le Prince Albert Ier et directeur de l'Institut Océanographique, fit les honneurs de celui-ci. L'étude de l'anthropologie préhistorique eut, elle aussi, sa place, avec la visite en territoire italien, des grottes de Grimaldi, que le Dr Faure présenta aux visiteurs. Les membres du V. E. M. N. sont rentrés enchantés de leur voyage, de l'accueil partout reçu, des renseignements techniques et scientifiques rapportés.

L. M.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

être soumis au visa et à la taxe du parquet général. (*Question* du 14 *janvier* 1926.)

Réponse. — 1° Les dispositions de la loi du 22 frimaire an VII sont interprétées en ce sens que, dans les procédures suivies devant les juridictions répressives, les rapports d'experts sont dispensés du timbre, qu'il y ait ou non partie civile en cause ; 2° les experts doivent établir un mémoire en deux exemplaires, dont un sur papier timbré, si le montant excède 50 fr. (art. 133 du décret du 5 octobre 1920 ; art. 134 du même décret, modifié par le décret du 4 septembre 1923) ; ce mémoire doit être visé par le parquet général et rendu exécutoire par un magistrat du siège sur réquisitoire du ministère public (art. 135 et suivants du décret du 5 octobre 1920).

(*J.O.*, 2 *février* 1926.)

CORRESPONDANCE

428. — Au Dr M. H. (anonyme).

Nous vous serons obligé de vous faire connaître, car nous avons pour règle de ne pas répondre aux lettres anonymes.

La Direction.

185. — Déclaration des bénéfices professionnels. Le détail des dépenses n'est pas obligatoire.

Je crois savoir que je ne serai obligé de déclarer que la somme totale de mes frais professionnels, mais le contrôleur aura le droit, s'il le juge à propos, de demander le détail de ces frais et, avant de faire ma déclaration, je désirerais connaître votre avis sur cette question. Dr V.

Réponse.

La loi du 13 juillet 1925 (art. 8) prescrit à toute personne passible de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales de déclarer le montant de son bénéfice brut, celui de ses dépenses professionnelles et le chiffre de son bénéfice net. Elle n'exige donc pas le détail par catégorie des dépenses professionnelles. A. M.

3176. - Avantages accordés aux tuberculeux de guerre.

Un de mes clients, réformé de guerre, 50 % d'invalidité pour bacillose rénale unilatérale confirmée par inoculation, me demande si étant bacillaire, il n'a pas droit aux avantages qu'il croit réservés aux tuberculeux pulmonaires, 100 % d'invalidité ; secours de 5.000 fr., réversibilité de sa pension sur sa veuve en cas de décès. Dr C.

Réponse.

L'indemnité de 5.000 francs, prévue par le décret du 25 août 1925, n'est allouée qu'aux tuberculeux pensionnés à 100 %, sans qu'il soit d'ailleurs fait état de la localisation tuberculeuse.

Cette indemnité n'est acquise qu'au tuberculeux se soignant chez lui, à la condition qu'il ne se livre à aucun travail, et qu'il se soigne sous la surveillance des organes antituberculeux.

La veuve a toujours droit à une pension, au taux normal, si l'ex-militaire est décédé des suites de la maladie pour laquelle il était pensionné. Sinon, elle a droit à une pension, dite de réversion, à la condition que la pension du mari ait atteint au minimum un taux de 60 %.

409. — Privilége en cas de faillite du débiteur.

En 1924 et 1925, j'ai donné mes soins à *un commerçant* et *à san fils*. Ce commerçant faisant faillite et ma note d'honoraires étant impayée le liquidateur judiciaire me demande ma note d'honoraires avec bordereau j'envoie donc ma note détaillée en lui demandant de m'inscrire comme créancier privilégié. Voici sa réponse : « je ne puis vous admettre *à titre privilégié* que pour la somme se rapportant aux visites faites à M. X. personnellement du 26 juillet au 9 août 1924 et pour le solde de vos honoraires à *titre ordinaire.* »

Je vous demande réponse par retour du courrier me disant si cela est légal si je dois accepter cet arrangement et ce que je dois comprendre comme interprétation de « titre privilégié » et « à titre ordinaire » pour le paiement de mes honoraires.

Dr L.

Réponse.

L'article 12 de la loi du 30 novembre 1892, modifiant l'article 2101 du Code civil, accorde au médecin un privilège sur les biens de son malade, pour les soins donnés au cours de sa dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison.

La jurisprudence, interprétant restrictivement cette disposition, a décidé que ce privilège ne s'appliquait qu'aux soins donnés au débiteur lui-même et non à ceux donnés aux membres de sa famille (notamment Cassation, 3 août 1897). Le liquidateur vous fait une stricte application de cette jurisprudence et nous ne pensons pas que vous puissiez élever une protestation.

Il en résulte que, pour ce qui concerne vos honoraires pour soins donnés au failli, vous serez payé intégralement et avant tous les autres créanciers sur les sommes provenant de la liquidation, — et c'est là, le privilège accordé au médecin, tandis que pour les soins donnés au fils du failli, vous devrez, comme les autres créanciers, subir la loi du concours et ne serez payé qu'au prorata de votre créance dans la mesure où la liquidation fera apparaître un actif.

176. — Insuffisance du prix de journée d'hospitalisation des blessés du travail dans les hôpitaux de petite ville.

Un mot seulement sur cette irritante question de l'hospitalisation des accidentés du travail, qui fait l'objet de deux longs articles du dernier « *Concours* » et qu'il importe de reviser au plus tôt *dans l'intérêt*: 1° *des ouvriers*, qui ne peuvent matériellement pas être bien soignés avec les prix actuels ; 2° *des médecins*, condamnés à travailler gratuitement pour le seul bénéfice des compagnies d'assurances ; 3° et *surtout des hôpitaux de petite ville*, dont les modestes ressources risquent d'être englouties par les frais souvent considérables que nécessite le traitement des blessés du travail.

C'est sur ce dernier point que je voudrais surtout insister : *Dans les hôpitaux de petite ville, le traitement des accidentés du travail est nettement déficitaire et se fait au détriment du patrimoine de l'hôpital c'est-à-dire du bien des pauvres.*

Dans nos petites villes en effet, les tarifs de journée d'hospitalisation sont loin d'atteindre ceux des grandes villes, qui dépassent maintenant 20 fr., à peu près partout ; les nôtres sont en janvier 1926 (malgré la livre à 128 fr.) de 6 fr. 50 Avec les 30 % supplémentaires accordés généreusement pour la journée des accidentés du travail, nous arrivons à 8 fr. 65, somme avec laquelle notre malheureux hôpital est obligé de fournir au blessé : la literie, le linge, la nourriture, les matériaux de pansements, sérums, plâtre, etc. Dans ces conditions, ou bien le blessé est mal soigné, mal logé et mal nourri ou bien l'hôpital est en déficit.

Ce dernier cas se produit pour le nôtre, dont l'exercice 1924 s'est soldé par un déficit de 30.000 fr. qui ne fera sûrement que croître et embellir pour l'exercice 1925. Comment s'étonner après cela de la situation lamentable où se trouvent actuellement certains hôpitaux de petite ville, situation d'ailleurs dont on ne paraît guère s'émouvoir en haut lieu ?

Notre hôpital en particulier, (si tant est qu'il mérite ce nom) ne possède ni eau, ni gaz, ni électricité, ni chambres séparées pour les grands malades ou blessés ; aucune réparation n'y a été faite depuis plus de vingt-cinq ans ; aussi vous pouvez supposer l'état des planchers, des murailles et des fenêtres ; sa situation financière est brillante au point que le déficit ne cesse d'enfler ; le confrère et moi qui assurons le service médical, avec les moyens matériels des médecins de tranchée en 1914, touchons royalement 350 fr. par an soit 19 sous-papier par jour ; et les Compagnies d'assurances continuent à vouloir faire traiter leurs blessés à 8 fr. 65 par jour, tous frais compris, pharmaceutiques et médicaux...

Or, comme nous n'avons que de grands blessés, exigeant par suite de grands pansements ; qu'ils quittent l'hôpital sans se faire prier, dès qu'ils le peuvent matériellement, c'est-à-dire à un moment où leurs frais de pansement deviennent plus faibles, les frais pharmaceutiques seuls dépassent en moyen-

ne 5 fr. par journée d'accidenté. Il reste donc à l'hôpital 3 fr. 65 pour la nourriture et l'entretien. Un assisté au contraire coûte en moyenne 1 fr. de frais pharmaceutiques; comme l'hôpital touche pour lui 6 fr. 50, il lui revient donc 5 fr. 50 pour nourriture et entretien.

Dans l'hôpital de notre petite ville, un blessé du travail coûte donc plus cher qu'un assisté Voilà où aboutit la fameuse règle des 30 %.

Avec mes félicitations pour votre campagne, en faveur d'une révision de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, croyez mon cher confrère, à mes sentiments les meilleurs.

Dr D.

Réponse.

Deux points sont à retenir dans cette lettre : d'abord l'état lamentable, dans lequel se trouvent certains hôpitaux de petite ville, qui menacent ruine faute de ressources ; d'autre part, la mauvaise organisation financière de ces établissements, qui font supporter à la collectivité communale le déficit provenant de l'hospitalisation de malades non-indigents.

Sur le premier point, je dirai qu'ils sont nombreux les hôpitaux de France, qui sont plutôt des asiles de miséreux, que de véritables hôpitaux. Pas de salle d'opération, ou bien réduit mal agencé, mal outillé, servant plutôt à faire des pansements septiques que permettant de pratiquer une intervention chirurgicale de petite importance.

Peu ou pas d'hygiène, absence de confort, nourriture déficiente.

Cependant, il est lamentable de laisser s'abîmer des bâtiments qui pourraient être mieux employés, pour le plus grand bien de la collectivité.

Plus confortable, l'hôpital pourrait, avec l'aide du Corps médical local, devenir une petite maison de santé, ouverte aux malades payants, qui pourraient y recevoir les soins du médecin de leur choix.

Le jour où l'on voudra faire appel aux compétences en matière médicale, c'est-à-dire aux médecins, le jour où les hobereaux d'hôpitaux ne considèreront plus les docteurs comme leurs employés salariés, mais comme des collaborateurs pour le bien public, ce jour-là, les hôpitaux boucleront leur budget, cependant que les malades seront mieux soignés sur place et que les médecins gagneront honorablement leur vie.

Car, et c'est ma transition pour le deuxième point, si beaucoup d'hôpitaux de petite ville sont dans la dèche noire, c'est que les administrateurs de l'établissement, hommes de bonne volonté, exerçant gratuitement leurs fonctions, nommés par le préfet, ou délégués du conseil municipal, sont des philanthropes convaincus, mais de déplorables administrateurs.

Ils ne savent pas vraisemblablement qu'il existe des textes législatifs et règlementaires permettant à l'hôpital de fixer son prix de journée, pour que l'hôpital ne soit pas en perte.

Combien sont-ils, ces membres des conseils d'administration de petits hôpitaux qui ont lu les lois des 28 juin 1918, 14 février 1921, et 10 février 1925, qui ont modifié l'ancien article 24 de la loi du 15 juillet 1893 ?

Combien sont-ils ceux qui ont réfléchi sur le décret du 9 février 1922, complété par celui du 29 avril 1925, portant règlement d'administration publique, pour l'application des lois précitées, portant fixation des prix de journée dans les établissements hospitaliers ?

Ceux de nos confrères qui seraient désireux de consulter ces textes, les trouveront dans l'*Agenda du Concours*, 1926, p. 194.

Les administrateurs et économes de petits hôpitaux verraient que, d'après ces textes réglementaires, ils doivent, pour calculer le prix de journée, tenir compte de toutes les dépenses ordinaires, extraordinaires et supplémentaires, afférentes à l'année écoulée, sous déduction de certaines ressources.

Les grosses réparations aux édifices hospitaliers entrent en compte, pour la fixation de ce prix de journée, pour la moyenne annuelle de leur montant totalisé pendant les dix dernières années.

Si donc les membres des commissions administratives connaissaient les lois et règlements qu'ils doivent appliquer, ils se montreraient, en tant que gestionnaires du bien des pauvres, de meilleurs garants, se préoccupant non pas exclusivement du point de vue philanthropique, mais aussi du rapport commercial, si j'ose ainsi m'exprimer.

Non seulement, ils sauraient réclamer à qui de droit ce que coûte chaque journée d'hospitalisation, au lieu de grever le budget communal local, mais encore ils s'entendraient avec le Corps médical de la région, pour créer à l'hôpital, une maison de santé à bon marché, s'il n'existe aucun établissement privé dans la commune (article 28, note du règlement modèle des hôpitaux, du 30 juin 1921).

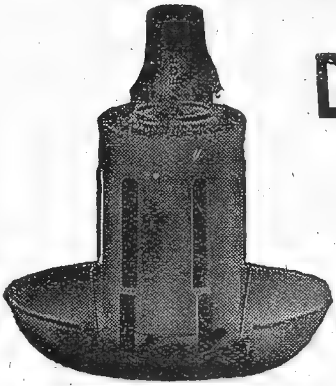
Quant aux blessés du travail, leurs responsables auraient à rembourser le prix de journée exact, majoré de 30 %, en attendant que la commission de révision du tarif ministériel et le conseil supérieur de l'Assistance publique se soient mis d'accord sur le point particulier de la rémunération des médecins, le taux de cette rémunération et enfin le mode de paiement des docteurs.

Malheureusement, on se croit en République, en France ! Ce sont encore les errements de l'empire qui sont actuellement en vigueur : l'autoritarisme, la tutelle, l'irresponsabilité et surtout le maintien de cloisons étanches entre groupes de personnes, animées des meilleures intentions, mais qui se croient adversaires, parce qu'elles ne

Prescrire

LE FUMIGATOR GONIN

Cartouche auto-productrice d'aldéhyde formique, c'est s'assurer par avance d'une



DÉSINFECTION EFFICACE

éprouvée, simple, discrète et peu coûteuse

EN VENTE DANS TOUTES PHARMACIES

ainsi que tous PRODUITS, PROCÉDÉS et APPAREILS de DÉSINFECTION

en surface, en profondeur et par lavages ou trempages

DES ETABLISSEMENTS **GONIN**

FULOFORMOL GONIN

ETUVES de tous chauffages, fixes et transportables, à basse température, sans pression, utilisant le **Fumigator.**

Adresser toute la Correspondance à M. GONIN, 60, rue Saussure, PARIS 17e,

Ad. Télég. : FUMIGATOR-PARIS ◆ *Téléphone* : Wagram 17-23 ◆ *Chèques postaux* : Paris 20

Registre du Commerce, Seine nº 160.287

LA SULFOLÉINE ROZET BACTÉRICIDE. EXPECTORANTE NI TOXIQUE . NI ANTISPASMODIQUE.

TRAITEMENT RATIONNEL INOFFENSIF, EFFICACE DE LA **COQUELUCHE**

3 Cuill. à café, à dessert, à soupe, par jour suivant l'âge. — BENDERITTER, Vendôme (L.&Ch.)

LE GASTROCAOL RÉALISE LE MEILLEUR PANSEMENT GASTRIQUE

Poudre de Silicates hydratés d'Alumine et de Magnésie.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC, DU DUODÉNUM. HYPERCHLORHYDRIE. AÉROPHAGIE. DOULEURS & SPASMES GASTRIQUES. DIARRHÉES AIGÜES & CHRONIQUES.

La Boîte : 8 Frcs assurant au minimum dix jours de traitement

Dose Moyenne : 20 Grs (un sachet) par jour en une ou plusieurs fois.

REMPLACE AVANTAGEUSEMENT LES SELS DE BISMUTH DANS TOUS LES CAS:
MÊMES INDICATIONS
MÊMES DOSES
MÊME MODE D'EMPLOI.
AUSSI EFFICACE
JAMAIS TOXIQUE
SIX FOIS MOINS CHER

Littérature Echantillons *LABORATOIRE DE LA SULFOLÉINE ROZET* — BENDERITTER, Vendôme (L.&Ch.)

sont pas appelées à collaborer ensemble pour le bien public.

Je souhaite ce travail en commun entre commissions hospitalières locales et Corps médical, alors qu'actuellement les premières se croient obligées de considérer les docteurs comme des employés salariés. Que serait un hôpital sans médecins ?

C'est à cette collaboration, sur un pied d'égalité, et non pas de dépendance, que je me suis adonné, depuis que je travaille au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Malheureusement, les représentants des gros hôpitaux de grande ville ne s'occupent que de leurs établissements et non de cette foule de petits hôpitaux, que personne ne représente. Ce sont pourtant ceux-ci qui auront un rôle considérable à jouer, le jour où fonctionnera la loi sur les assurances sociales.

Mais ici encore, parce que nous sommes en France, nous nous serons laissé dépasser par les événements et nous ne serons pas prêts pour appliquer la loi aux bénéficiaires des assurances. Quelques années seront perdues, gaspillées à tâtonner et l'on découvrira enfin, ce qu'on aurait dû apercevoir, dès le début, c'est que le Corps médical doit être appelé à collaborer avec les administrations de toutes sortes, justement parce qu'il a quelque compétence pour soigner les maladies et aussi pour les prévenir.

Dr Paul BOUDIN.

186. — Taxes locales de remplacement.

La municipalité vient de voter pour 1926 un impôt local, pour la ville, de cinquante francs pour voiturettes, motos et petites voitures et cent francs pour grosses voitures, camions. Il s'est formé une société « Auto moto Club » et c'est en qualité de vice-président que je vous demande si légalement la municipalité a le droit, sur simple délibération du Conseil, de créer une taxe qui n'existait pas et dans le cas contraire je vous serais obligé de me donner la marche à suivre pour refuser de payer ces surimpôts.

Dr X.

Réponse.

Les municipalités sont autorisées à créer certaines taxes locales notamment en vertu de la loi du 29 décembre 1897 en remplacement des droits d'octroi, ou de différentes autres lois en vue de subvenir à certaines dépenses spéciales. Ces lois ont précisé les règles d'assiette et de perception.

Si la taxe créée ne rentre pas dans la nature de celles prévues, une autorisation législative est nécessaire ; en tout état de cause le respect de la légalité est assuré car le préfet est appelé non seulement à donner son avis, mais il a seul qualité pour émettre le rôle, c'est-à-dire prescrire le recouvrement des cotisations, et enfin les contribuables peuvent réclamer dans la forme ordinaire dans les trois mois de la publication du rôle.

A. M.

297. — Honoraires de contre-visite d'un accidenté du travail.

Je reçois de la Compagnie le S. une lettre me demandant d'aller voir un blessé pour dire où il en est et d'envoyer rapport détaillé.

J'ignore le nom du confrère traitant, j'apprends près du blessé qu'il a seulement été soigné à l'infirmerie des tréfileries, le confrère d'ici qui le soigne en ce moment pour maladie n'a jamais vu son doigt.

Combien dois-je compter pour la visite et le rapport ? (2e catégorie).

Dr V.

Réponse.

Le tarif Breton ne concerne que la part des honoraires du *médecin traitant* mise par la loi à la charge du chef d'entreprise et ne peut s'appliquer à vos honoraires de médecin contrôleur délégué par la Compagnie d'assurances.

C'est le droit commun qui régit vos rapports avec celle-ci. Par suite, vous pouvez lui demander tels honoraires qui vous paraîtront équitables.

En pratique, il est d'usage de demander pour ces visites de contrôle, rédaction du rapport comprise, de 30 à 50 fr. suivant les difficultés plus ou moins grandes de l'examen. A cela, il y a lieu d'ajouter les frais de déplacement, si vous avez eu à vous déplacer loin de votre domicile.

264. — Pas de limite d'âge pour les ouvriers garantis par la legislation sur les accidents du travail.

Un ouvrier agricole, atteint d'une plaie du médius infectée (il a reçu un tonneau de benzol sur le doigt au cours de son travail) vient me voir ce matin. Je le panse et lui demande le nom du patron et de l'assurance. Il me répond que comme il a 67 ans, son patron lui a dit que l'assurance ne payait plus pour lui car il avait plus de 60 ans et il m'a réglé séance tenante. Est-ce exact ? et la loi de 98 ne couvre-t-elle plus les accidents si le blessé à plus de soixante ans ? ou est-ce l'assurance qui a introduit cela dans son contrat ?. Dr A.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail s'applique à tous les blessés du travail, quel que soit leur âge. Votre client aurait donc pu se faire payer par son patron son demi-salaire et lui réclamer le remboursement de vos honoraires dans les limites du tarif Breton.

Mais il se peut que le contrat passé entre le patron et son assurance exclue du bénéfice de celle-ci les ouvriers d'un certain âge. Cette clause, valable entre les parties contractantes, empêche le patron de se faire couvrir par son assurance des conséquences de l'accident, mais elle ne limite pas et ne peut limiter les droits de l'ouvrier à l'égard de son patron.

3070. — Honoraires pour soins donnés à une femme mariée.

Vous me feriez un très sensible plaisir si vous pouviez me donner le renseignement suivant pour lequel je m'excuse de vous importuner.

J'ai donné mes soins pour un accouchement à une jeune dame et à son enfant et le montant s'élève à 359 fr. Celle-ci est partie avec sa famille, quittant son mari, peu intéressant ; lui-même a changé de domicile. Naturellement, personne ne veut payer.

La jeune femme possède personnellement une maison qui, je crois, ne peut se vendre sans l'autorisation du mari.

Je les ai appelés tous deux en conciliation devant le juge de paix. Personne ne s'est présenté et je les fait citer le 11 prochain — avec l'espoir que le juge rendra un jugement, dit solidaire, me permettant de prendre une inscription d'hypothèque sur la maison de la femme.

Le juge, pressenti, m'a dit qu'il allait étudier la question — mais qu'il craint de ne pouvoir rendre le jugement solidairement parce que le mari était chef de la communauté au moment des soins, etc.

Il est à remarquer que les soins donnés sont personnels à la femme, que souvent ils ont été sollicités par la famille de celle-ci au cours de fugues du mari.

Ne pensez-vous pas que le jugement pourrait aussi bien être rendu contre la femme ? N'y a-t-il pas déjà des précédents en ce sens puisqu'il n'y a qu'elle qui possède et que je n'aurais aucun recours contre le mari ne possédant rien.

Vous m'obligeriez en éclaircissant cette question : des preuves juridiques obligeraient sûrement le juge à se décider dans le sens qu'il jugerait favorable.

Dr G.

Réponse.

En principe, toute personne qui a reçu les soins d'un médecin est personnellement débitrice de ses honoraires, quand bien même d'autres personnes en seraient également responsables.

Cette règle ne souffre pas et ne peut souffrir aucune exception en faveur de la femme mariée, quel que soit son régime matrimonial. Si elle est mariée sous le régime de la communauté, il se peut que la charge des honoraires médicaux incombe en définitive à la communauté, mais c'est là affaire entre la femme et son mari dans laquelle le médecin n'a pas à intervenir et dont il n'a pas à tenir compte.

Par conséquent, le médecin a toujours une action solidaire contre le mari et la femme pour le paiement des soins donnés à la femme.

Dans l'Agenda-Memento du praticien, édition 1925, page 297, vous pourrez trouver des décisions de jurisprudence très nettes sur ce point.

Nous vous signalons particulièrement un jugement du Tribunal civil de la Seine du 28 février

1905 (*Concours médical*, 1905, 236) et un arrêt de la Cour de Paris du 23 novembre 1905 (*C.M.* 1906, 217).

D'après le jugement de la Seine, la femme mariée sous le régime de la communauté légale et qui a reçu les soins d'un médecin est débitrice personnelle envers ce dernier, sans qu'il y ait lieu de rechercher si les conventions matrimoniales imposent au mari ou à la communauté de supporter définitivement cette charge.

L'arrêt de la Cour de Paris admet même que les époux mariés sous le régime de la séparation de biens doivent solidairement les honoraires médicaux pour soins donnés à la femme.

Il apparaît donc que la condamnation solidaire de votre cliente et de son mari s'impose.

---

190. — Allocations complémentaires aux victimes d'accidents du travail.

Un blessé auquel je m'intéresse a subi en 1901, à la suite d'un accident de scierie, l'amputation du pouce et de l'index de la main gauche, et pour cela s'est vu attribuer une pension de 240 fr. par an.

Existe-t-il un moyen pour lui d'obtenir une augmentation de cette rente, proportionnelle à l'augmentation du coût de la vie ?

Dr B.

Réponse.

Une loi du 15 juillet 1922, modifiée et prorogée par les lois du 30 juin 1924 et du 11 juillet 1925, accorde des allocations aux victimes d'accidents du travail survenus avant le 5 août 1920. Pour avoir droit à ces allocations, il faut être atteint d'une incapacité d'au moins 30 %. Ces allocations s'élèvent à 20 francs par mois pour une incapacité de 30 à 49 %, 30 francs pour 50 à 59 %, 40 francs pour 60 à 69 %, 50 francs pour 70 à79 %, 100 francs pour 80 % et plus. Toutefois lorsque le salaire ayant servi de base au calcul de la rente a été supérieur à 2.400 francs, l'allocation se compense à due concurrence avec la rente allouée pour la partie du salaire supérieur à 2.400 francs.

Pour obtenir l'allocation, le bénéficiaire doit adresser une demande au Ministère du Travail (contrôle des assurances) sur papier libre et donner les indications suivantes :

Nom, prénoms, adresse ;

Nationalité ;

Date de l'accident ;

Date de la dernière décision attributive de rente, montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, taux d'incapacité et montant de la rente servie.

Indication de l'établissement qui fait le service de la rente ou, si elle est payée par le chef d'entreprise, les nom et adresse de ce dernier.

Quarante-huitième année. N° 8 *bis.* 24 Février 1926.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 470-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1re Zone **55** fr. — 2e Zone **70** fr.

SOU MÉDICAL

Pour quatre sous par jour,
Assurez-vous jusqu'à concurrence de cent mille francs contre le risque de responsabilité civile.

Je m'adresse aux médecins de France qui ne connaissent encore ni le « Sou Médical », ni le *Concours médical,*

et je leur demande si le sacrifice infime qui leur est réclamé — *quatre sous papier*, qui ne font même pas aujourd'hui *un sou or*, — grèvera trop lourdement leur budget, quand, en contre-partie, ils bénéficieront des avantages que leur offre le « Sou Médical » et qui sont définis dans l'article 2 des Statuts ainsi conçu :

« Le but de la Ligue est de fournir son influence, « ses conseils juridiques avec consultations d'avocats « spécialisés, son appui moral et, s'il y a lieu, pécu- « niaire, à ceux de ses membres qui se trouveraient « lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent « de leurs droits professionnels et de les soutenir dans « toutes les difficultés dont la solution intéresse le « corps médical tout entier... En outre elle couvre « chacun de ses adhérents contre les actions civiles « en responsabilité qui pourraient lui être intentées « pour des actes cliniques ou thérapeutiques accom- « plis par lui jusqu'à concurrence de la somme fixée « chaque année par l'Assemblée générale....

somme fixée par l'Assemblée générale du 15 novembre 1925, à

70.000 francs

auxquels viennent s'ajouter les

30.000 francs

que leur garantit, par sucroît, le *Concours médical*, s'ils en deviennent les abonnés.

Au total :

100.000 francs.

Ainsi, pour quatre sous par jour, *pour soixante-quinze francs par an*, un médecin remplissant les conditions requises, c'est-à-dire appartenant à une association médicale régulièrement établie, ou présenté par deux parrains, membres du « Sou Médical », sera désormais sous la protection de cette Ligue de défense professionnelle, qui le conseillera dans tous les litiges auxquels il pourra se trouver mêlé, à l'occasion de l'exercice de son art ; il pourra compter sur elle pour le couvrir contre le risque de responsabilité civile, — pour 70.000 francs ; — et enfin, il recevra hebdomadairement un journal qui lui apportera une abondante documentation essentiellement

pratique, d'ordre scientifique et professionnel, et qui, par surcroît, portera sa couverture automatiquement jusqu'à 100.000 francs.....

C'est bien ainsi que l'ont compris les 5.000 membres du « Sou Médical », qui sont simultanément abonnés au journal le *Concours médical.*

Confrères qui n'êtes pas encore des nôtres, si vous en connaissez autour de vous, questionnez-les : mieux que nous-mêmes, ils sauront vous dire quel profit ils tirent de cette double qualité.

Pour *quatre sous par jour*,

pour le prix du journal quotidien que vous achetez et que vous ne lisez pas toujours, au moins en entier,

vous vous assurez documentation, protection, appui et concours pécuniaire...

Et vous hésiteriez !!!

Vous êtes 23.000 confrères qui recevrez ce numéro spécial. Si j'en retranche les 5.000 membres du « Sou Médical », vous demeurez 18.000 qui n'en faites pas partie...

Et je parie que sur ces 18.000, il y en aura demain des milliers qui se diront : « *Oui, c'est intéressant ! Il y a longtemps que je pense à adhérer à ces œuvres. Il faudra que je m'y décide.* »

Eh bien ! ne remettez pas ; décidez-vous tout de suite. Et, prenez cinq minutes de votre temps, pour remplir le bulletin d'adhésion que vous trouverez à la p. XXXVII du présent numéro et le bulletin d'abonnement au *Concours médical*, placé pareillement p. XXXVII.

— Mais, direz-vous, peut-être, je voudrais bien être mieux renseigné sur le journal et sur la Ligue.

Qu'à cela ne tienne ! Page 510, vous lirez avec fruit l'exposé des affaires diverses qui ont été soumises au Conseil du « Sou Médical », lors de sa dernière réunion.

Et si vous voulez recevoir *gratuitement* quatre numéros successifs du *Concours médical*, faites-le nous savoir, en nous envoyant votre carte de visite ou une feuille d'ordonnance à votre entête.

De toute façon, je vous en conjure, ne demeurez pas indifférents et venez à nous. Vous ne sauriez jamais le regretter, et vous apprendrez vite, pour votre plus grand profit, que, pour les adversaires du médecin

LA CRAINTE DU « SOU MÉDICAL » EST LE COMMENCEMENT DE LA SAGESSE.

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint
du « Sou Médical ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Prorogation du bail d'un médecin d'eaux ayant plusieurs habitations.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE CASSATION.
17 *décembre* 1925.

Les dispositions des lois du 31 mars 1922 et du 2 août 1924 qui excluent du bénéfice de la prorogation le locataire ayant plusieurs habitations ne s'appliquent pas, pour son local de Paris, au médecin qui, pendant la saison, se rend dans une ville d'eaux pour y exercer sa profession en y faisant de la clientèle et rentre à Paris pendant le reste de l'année en vue de s'y livrer à des études de cabinet et de s'y tenir au courant de la science médicale.

(*Dalloz hebdomadaire*, 1926.86.)

Pourvoi en cassation contre un jugement du Tribunal de la Seine du 21 février 1925.

Attendu que l'art. 9, § 3, de la loi du 31 mars 1922 édicte que n'ont pas droit au bénéfice des prorogations de la même loi, les locataires ayant plusieurs habitations, à moins qu'ils ne justifient que leurs fonctions ou leurs professions les y obligent ; que l'article 1er de la loi du 2 août 1924 dispose, en son alinéa 7, qu'en aucun cas le bénéfice de cette loi ne pourra être invoqué par le locataire qui a à sa disposition un autre local répondant à tous ses besoins et à ceux des membres de sa famille demeurant avec lui;

Attendu que le pourvoi reproche au jugement attaqué d'avoir accordé au Dr Françon une prorogation facultative jusqu'au 1er janvier 1926 pour des locaux d'habitation dont il est locataire à Paris, alors que son domicile légal est à Aix-les-Bains, où il exerce la profession de médecin ;

Mais attendu que le jugement constate « qu'il résulte tant des renseignements fournis que des documents versés aux débats que Françon se rend à Aix-les-Bains pendant la saison, dans un but professionnel, qu'il y fait alors de la clientèle ; que, durant l'hiver, il rentre à Paris se livrer à ses études de cabinet, se tient au courant des progrès réalisés par la science médicale, fréquente à cette fin les milieux médicaux de la capitale » ;

Attendu qu'en l'état de ces constatations de fait, qui sont souveraines, le tribunal a pu décider, ainsi qu'il l'a fait, que le séjour à Paris était indispensable au Dr Françon pour lui permettre le travail professionnel auquel il devait se livrer à Aix-les-Bains pendant la saison d'été ; qu'en conséquence, on ne saurait considérer que le local d'Aix-les-Bains répondait à tous ses besoins et que son appartement de Paris était pour lui un local de plaisance ;

Attendu que la décision attaquée se trouve ainsi légalement justifiée, abstraction faite de tout autre motif surabondant énoncé au jugement, notamment de celui critiqué par le pourvoi et tiré de ce que les

deux habitations, dont Françon a la jouissance, ne sont pas situées dans la même localité ; qu'il suit de là qu'il n'y a pas eu violation des textes de loi susvisés.

Par ces motifs,

Rejette.

Note

La décision de la Commission supérieure ne pouvait être différente en présence des constatations de fait, souveraines, ainsi qu'elle le rappelle, du jugement attaqué.

Il est certain, d'autre part, que le jugement du Tribunal de la Seine du 21 février 1925 a fait une saine appréciation des conditions dans lesquelles un médecin de ville d'eaux exerce la médecine. Les quatre ou cinq mois de l'année pendant lesquels il exerce effectivement sa profession, quoique d'une manière intensive, peut-on dire, ne suffisent pas cependant pour absorber son activité pendant l'année tout entière et les sept ou huit autres mois pendant lesquels il ne soigne aucun malade lui servent à entretenir et à développer ses connaissances scientifiques. A cet effet, la plupart des médecins d'eaux quittent l'hiver la station dans laquelle ils exercent, pour habiter, soit la capitale, soit un des grands centres où ils pourront se tenir au courant de l'évolution de la médecine.

C'est donc, pour eux, une obligation professionnelle qui leur donne le droit de bénéficier de l'exception que l'article 9, § 3, de la loi du 31 mars 1922 apporte à la règle générale, qui refuse le bénéfice des prorogations aux locataires ayant plusieurs habitations.

J. DUMESNY.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Vie chère

Un rentier brusquement me fait ses doléances :
« Ah ! Monsieur, on a beau jouir d'un peu d'aisance
« Posséder sa maison, ses meubles, son jardin,
« Arborer un chapeau moindre qu'un muscadin,
« Ne boire que de l'eau d'un doigt de vin rougie,
« Supprimer le tabac, l'idylle et l'élégie,
« A notre âge, s'il nous reste quelques loisirs,
« N'a-t-on pas droit au moins à d'innocents plaisirs ?
« Tout le monde n'a pas l'élégance sereine,
« Comme certain vicomte, amant de Célimène,
« De passer trois quarts d'heure et gagner ses chevrons
« A cracher dans un puits pour y faire des ronds.

« Aimez-vous le billard ? Moi, mon cher, j'en raffole,
« C'est au point qu'en dormant souvent je carambole,

« Sur terre je ne vis que pour caramboler.
« Je suis né pour cela comme oiseau pour voler.
« Bon dieu ! Point de salut hors du carambolage.
« La queue en main, je suis le coq de mon village.
« Quel noble jeu sportif, hygiénique et savant !
« L'œil entraîne le corps et l'esprit en avant
« Dans un manège ému de calcul et d'adresse.
« Fi du joueur de cartes assis sur une fesse !
« A voir rouler suivant un trajet défini
« Ma bille sur son plan comme un miroir uni,
« Vous ne pouvez saisir le charme que j'éprouve.
« On grouille. On n'a pas l'air d'une poule qui couve.
« Hier sur un tacot j'ai gagné deux cents points.

Mais qu'est-ce que la politique n'atteint point ?
« Autrefois nous avions chez Chicot l'aubergiste,
« Où Harpignies tournait sa salade d'artiste,
« Un billard merveilleux et bien équilibré.
« La guerre lui fut dure, et son drap déchiré
« S'effiloche en lambeau, et ne tend plus la bande.
« Et savez-vous combien maintenant on demande
« Pour réparer le tout ? — Douze cents francs, mon-
(sieur —
« Et voilà la vie chère et toute son horreur !

« A qui la faute ? — Aux ouvriers, aux socialistes,
« Aux huit heures, aux fainéants, aux utopistes.
« Ah ! le joli billard et comme il marchait bien !
« Si l'ouvrier ne veut plus travailler pour rien,
« A quoi voulez-vous donc qu'aujourd'hui l'on s'a-
(muse ?
« Moi, je n'ai pas de goût à taquiner la muse,
« Auquel cas un crayon suffit pour barbouiller,
« Sans pituite et sans frais, une aune de papier.
« Le pauvre mutilé de Chicot l'aubergiste
« Gît tout dépenaillé sous sa guenille triste.
« L'ivoire dans ses trous se refuse à rouler.
« Et je sens à sa vue une larme couler.

« Heureux les députés ! La Chambre tient buvette.
« La boisson, chaude ou froide, est pour eux toujours
(prête.
« A force de parier pour fabriquer des lois
« Qu'ils ne fabriquent pas, leur gorge est aux abois
« Comme un cerf à l'étang, ils courent à leur verre
« Si le vin renchérit, ils doublent leur salaire.
« Et notez qu'ils n'ont pas à payer leur écot.

« Ils se f..... pas mal du billard à Chicot ! »

Dr Paul GROSSIER.

DOCUMENTS OFFICIELS

A L'OFFICIEL

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Qui doit payer les frais d'hôpitaux des victimes d'accidents de la rue ?

6489. — M. Jean Jadé, député, demande à M. le ministre du travail : 1° par qui doivent être payés les frais de traitement des personnes qui sont soignées à l'hôpital, après avoir été victimes d'accidents de la rue, d'attentats ou de rixes : *a*) lorsque l'auteur de l'accident est solvable et déclaré responsable ; *b*) lorsque l'auteur est inconnu ou insolvable, ou non responsable ; 2° si le recouvrement desdits frais incombe à l'hôpital ou au service de l'assistance médicale ; 3° par quels voies et moyens ce recouvrement doit s'effectuer. (*Question du* 14 *janvier* 1926.)

Réponse. — Dans la première hypothèse envisagée par l'honorable parlementaire, les frais d'hospitalisation seront dus par l'auteur de l'accident, solvable et déclaré responsable. Dans la deuxième hypothèse, lesdits frais resteront, soit à la charge de l'hôpital si l'accident s'est produit dans une commune pourvue d'un hôpital, conformément à l'article 1er de la loi du 7 août 1851, soit à la charge de la commune où l'accident se sera produit, si celle-ci n'a pas d'établissement hospitalier, sous réserve du recours prévu à l'article 21 de la loi du 15 juillet 1893, modifié par la loi du 1er août 1919. Le recours incombe au service de l'assistance médicale, en vertu de l'article 2 de la loi du 15 juillet 1893, et il doit être exercé par le préfet contre la collectivité du domicile de secours. (*J. O.*, 30 *janvier* 1926.)

Commentaires

La réponse que le ministre du Travail fait à M. Jean Jadé comporte quelques réflexions et observations.

Lorsque la victime de l'accident est indigente, privée de ressources, elle doit être admise à l'hôpital, en vertu de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, ou de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893.

Les frais d'hospitalisation seront ensuite recouvrés si le responsable de l'accident est solvable.

Mais, si ce dernier est inconnu, insolvable, ou reconnu non coupable, j'estime qu'il faut distinguer deux solutions, selon que la victime est, ou n'est pas privée de ressources.

Dans le premier cas, les frais d'hospitalisation

Voir la suite page XXXIX-513

CONCOURS

Trois mille francs de Prix

Le CONCOURS MÉDICAL ouvre un concours entre tous les médecins français. Ce concours sera clos le 31 mars 1926.

L'objet du concours est la rédaction d'articles qui seront publiés dans le journal sur la question suivante :

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ? — Quelles répercussions peut-on prévoir, sur l'une et l'autre, de la législation relative à la Médecine sociale en général, et aux Assurances sociales en particulier ?

Chaque article devra représenter au minimum 5 colonnes, et au maximum 10 colonnes du *Concours médical.*

Chaque concurrent désignera son travail par une devise reproduite sur sa Carte insérée dans une enveloppe cachetée.

Le jury du concours est composé des membres du Conseil de Direction du *Concours médical.*

Ce concours est doté, par la Société de la REINE DE VALS, de *trois mille francs de prix*, répartis de la façon suivante :

1er *Prix* : **Mille francs.**
2e *Prix* : **Cinq cents francs.**
3e *Prix* : **Trois cents francs.**
et plusieurs prix de cent francs.

Les originaux, dactylographiés de préférence, devront être adressés à

Monsieur le Rédacteur en Chef du CONCOURS MÉDICAL,
132, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Encore une loi mal conçue et inapplicable.

La subvention annuelle de 5.000 francs aux tuberculeux de guerre pensionnés à 100 pour 100. Les difficultés de son application. Ce qu'elle coûte déjà. Les medecins n'éprouvent aucun enthousiasme à jouer le rôle de policiers. Cette loi va à l'encontre du but que se proposait d'atteindre le Législateur.

Dans un but de surenchère sur lequel il est inutile d'insister et sous la pression assez vive d'Associations qui, sans doute, non sans raison, trouvaient que l'Etat ne faisait pas un effort suffisant pour secourir les tuberculeux de guerre, le Parlement incorpora à la *Loi des finances du 13 juillet* 1925 un article 198, ainsi conçu :

ART. 198. — Tout pensionné à 100 pour 100 pour tuberculose, non hospitalisé dans un sanatorium ou un hôpital, aura droit à une indemnité temporaire de 5.000 francs pour lui permettre de se soigner sous la surveillance des organismes antituberculeux *et à la condition qu'il cesse tout travail.*

Un décret déterminera les conditions d'attribution de cette indemnité dont le paiement prendra effet à dater de la promulgation de la présente loi. Elle ne cumulera pas avec l'allocation n° 5 *bis* aux grands invalides.

Cette loi qui, dans une certaine mesure, pouvait paraître justifiée, aurait demandé à être

étudiée ; l'avis de personnalités compétentes était nécessaire ; il eût fallu se rendre compte des frais qu'elle devait entraîner, des difficultés de son application, des abus qu'elle pouvait susciter. Mais il fallait aller vite et éviter les objections gênantes. Qu'importaient les abus ? Et dans la danse des milliards qu'étaient quelques dizaines de millions de plus ou de moins ? Il était si facile de glisser un article de plus dans la loi des finances et de le faire voter au Parlement par procuration et devant des banquettes vides. L'article 198 fut voté, car c'est ainsi que légifèrent le millier de parlementaires à qui le pays a donné sa confiance et entre les mains de qui il a remis ses intérêts.

Le Gouvernement, fut chargé d'élaborer un décret pour l'application de cet article 198 et l'*Officiel* du 26 août 1925, dans sa partie : *Lois et décrets*, publia le décret suivant du 25 août 1925.

DÉCRET

allouant une indemnité de soins aux pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose (page 8396)

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 22 août 1925.

Monsieur le président,

L'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925 dispose que tout pensionné à 100 p. 100 pour tuberculose, non hospitalisé dans un sanatorium ou un hôpital, a droit à une indemnité temporaire pour lui permettre de se soigner sous la surveillance des organismes antituberculeux.

L'article 198 prescrit en outre qu'un décret détermi nera les conditions d'attributions de cette indemnité.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre haute approbation le projet de décret ci-joint. Si vous en approuvez la teneur, nous vous serions obligés de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le Ministre des Pensions,
Louis ANTERIOU.

Le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
DURAFOUR.

Le Ministre des Finances,
J. CAILLAUX.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre des pensions, du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et du ministre des finances,

Vu la loi du 31 mars 1919 ;

Vu l'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925 portant attribution d'une indemnité de soins aux pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose,

Décrète :

Art. 1er. — Tout invalide titulaire d'un titre de pension ou d'un titre d'allocation provisoire d'attente de 100 p. 100 pour tuberculose, a droit, s'il remplit les conditions spécifiées aux articles 2 et 3 du présent décret, à une indemnité de soins d'un montant annuel de 5.000 francs.

Les militaires non rayés des contrôles et les fonctionnaires de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics, des colonies, des pays de protectorat et des territoires à mandat, en congé, en non activité, ou en disponibilité, bénéficiant de tout ou partie de leur traitement, salaire ou solde, peuvent recevoir, le cas échéant, une indemnité différentielle destinée à porter au taux annuel de 5.000 fr. le montant total des émoluments qu'ils perçoivent, abstraction faite des seules indemnités pour charges de famille.

Art. 2. — L'indemnité prévue à l'article 1er est servie à l'intéressé jusqu'à guérison, à condition :

1° Qu'il ne soit traité pour sa tuberculose aux frais de l'Etat, ni dans un sanatorium, ni dans un hôpital;

2° *Qu'il ne se livre à aucun travail*;

3° *Qu'il se soigne sous la surveillance des organismes antituberculeux.*

Art. 3. — Il convient d'entendre par organismes antituberculeux les dispensaires d'hygiène constitués conformément aux dispositions de la loi du 15-avril 1915.

La zone d'action de chaque dispensaire antituberculeux ; concernant la surveillance prévue par l'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925, sera déterminée dans chaque département par arrêté préfectoral, pris après avis du conseil départemental d'hygiène.

A défaut de dispensaire antituberculeux, le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, *désignera par arrêté les médecins qui seront chargés d'assurer la surveillance et fixera la circonscription de chacun d'eux*

Art. 4. — Lorsqu'un pensionné à 100 pour 100 pour tuberculose demande à bénéficier de l'indemnité prévue à l'article 1er, il appartient à l'organisme antituberculeux ou au médecin chargé de la surveillance *d'indiquer si l'intéressé a besoin de soins.*

Si la nécessité des soins a été reconnue, l'indemnité de 5.000 fr. est servie pendant tout le temps *que le traitement est suivi sous la surveillance de l'organisme antituberculeux ou du médecin désigné.* Il appartient à cet organisme ou à ce médecin de dire si *l'intéressé se soumet effectivement à cette surveillance et se conforme aux prescriptions.*

Art. 5. — L'indemnité est payable mensuellement et à terme échu. Elle est servie sans limitation de durée tant que les conditions indiquées aux articles 2 et 3 se trouvent remplies. Elle ne se cumule pas avec l'allocation n° 5 *bis* aux grands invalides.

Art. 6. — *En attendant que les organismes antituberculeux aient formulé leur avis, conformément aux dispositions de l'art. 4 ci-dessus, tous les pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose qui en feront la demande à la sous-intendance départementale dont ils relèvent recevront un titre d'allocation provisoire d'attente, payable mensuellement par douzièmes sur le taux annuel de 5.000 fr.* La demande devra être accompagnée d'une attestation de l'intéressé certifiant que :

1° Le demandeur n'est traité aux frais de l'Etat, ni dans un sanatorium, ni dans un hôpital ;

2° Il ne se livre à aucun travail.

Art. 7. — Des instructions ministérielles fixeront les modalités d'application du présent décret.

Art. 8. — Le ministre des pensions, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait à Rambouillet le 25 août 1925.

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le Ministre des Pensions,
Louis ANTERIOU.

Le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,
DURAFOUR.

Le Ministre des finances,
J. CAILLAUX.

***

Il convient avant de commenter ce décret de préciser comment un tuberculeux de guerre est réformé à 100 pour 100.

Tout pensionné de guerre pour tuberculose pulmonaire ou autre est d'abord inscrit sur une liste provisoire et a le droit de bénéficier de l'article 64 de la loi des pensions qui lui attribue les soins gratuits. Au bout de deux ans, il subit un second examen ; s'il est maintenu sur la liste provisoire, il est examiné au bout de deux autres années, et est alors définitivement pensionné à 100 pour 100.

Sur l'avis de conseillers techniques, dans un but de lutte antituberculeuse, il fut décidé que tout tuberculeux porteur d'une lésion, quelle qu'elle soit, non complètement guérie au bout de ces quatre ans, devait être définitivement pensionné à 100 pour 100.

Or parmi ces tuberculeux, si la plupart sont gravement malades, il en existe un certain nombre en voie de guérison, ou porteurs de tuberculoses osseuses, de tuberculoses localisées, ganglionnaires ou autres, dont le guérison peut être considérée comme probable. Ces malades sont donc définitivement pensionnés à 100 pour 100.

Un nombre considérable de ces réformés à 100 pour 100, ayant pris connaissance du décret et notamment de son article 6, s'empressa de réclamer l'indemnité de 5.000 francs. Il y en eut qui, pour l'obtenir, cessèrent de travailler. Il n'est pas douteux qu'un travail pénible dans un atelier ou une usine malsains est fatal pour un tuberculeux fébricitant, mais il est non moins douteux qu'un travail modéré en plein air et dans de bonnes conditions d'hygiène peut être favorable à un tuberculeux pulmonaire sans fièvre en voie de guérison, ou au porteur d'une tuberculose localisée.

Quoi qu'il en soit, les frais atteignent déjà 75 millions. Le Gouvernement a demandé aux médecins de dispensaires antituberculeux de collaborer à l'application de la loi et du décret. Ils n'y ont mis, s'il faut en croire les procès-verbaux de leurs sociétés, aucun enthousiasme. Ils ne se voyaient pas de gaîté de cœur chargés de faire supprimer une pension de 5.000 francs à un réformé à 100 pour 100 et le rôle policier de surveillance du travail auquel se pourrait livrer le bénéficiaire, travail qu'en conscience ils auraient peut-être conseillé de tenter à leurs malades non pensionnés dans le même état de santé, n'était pas pour les séduire.

Comme, d'autre part, plus de 200 arrondissement sont dépourvus en France d'organismes antitubesculeux, il fallait songer à s'adresser aux Syndicats médicaux pour faciliter aux Préfets la faculté de trouver dans ces arrondissements des médecins contrôleurs. Aussi c'est au titre de délégués de l'Union des Syndicats médicaux que le Dr Lenglet et nous, membres de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux pensionnés, assistâmes à la réunion d'une Commission, convoquée par le Ministère de l'Hygiène, pour tâcher de trouver le moyen d'appliquer la loi et le décret.

Outre les délégués des Ministères des Pensions et de l'Hygiène, les représentants des médecins de dispensaires antituberculeux de Paris et de Province avaient été aussi convoqués.

Le Dr Lenglet tint tout d'abord à protester avec énergie contre le nouveau contrôle de soins que devaient assurer les organismes antituberculeux. Ou ce contrôle serait substitué au contrôle des Commissions départementales tripartites, instituées par la loi des pensions, et cette loi subirait une diminution, ou le contrôle serait double et l'on courrait à d'inévitables conflits.

Les représentants des Ministères répondirent au Dr Lenglet que les tuberculeux auxquels seraient attribués les 5.000 fr. d'indemnité continueraient à bénéficier de l'article 64 et que le contrôle de la Commission tripartite s'exercerait toujours ; que le contrôle de l'organisme antituberculeux consisterait à s'assurer que le tuberculeux se faisait soigner, se pliait aux mesures de prophylaxie édictées par le dispensaire, qu'il ne travaillait pas et à constater sa guérison si elle se produisait pour lui faire supprimer les 5.000 fr. d'indemnité.

Les médecins des dispensaires, avec beaucoup de dignité, firent remarquer que leur rôle devait se borner à la prophylaxie de la tuberculose, qu'ils ne devaient et ne voulaient à aucun prix empiéter sur les attributions du médecin traitant, que d'autre part ils repoussaient tout rôle de police, touchant la surveillance du travail auquel pourraient se livrer les malades. Ils soulignèrent toutes les difficultés où ils se trouveraient pour affirmer la guérison réelle d'un tuberculeux, maintenu quatre ans après sa première réforme, pensionné à 100 pour 100. Ils ne pensent pas pouvoir réprimer beaucoup d'abus et constater en conscience beaucoup de guérisons. Ils veulent bien dire si un tuberculeux de guerre a ou non, besoin de soins. Le fait qu'il est réformé à 100 pour 100 ne laisse guère de doutes sur la réponse. Ils veulent bien attester que le malade vient périodiquement (tous les trois mois par exemple) faire constater son état au dispensaire. Dans

des cas bien restreints, ils concluront, s'il y a lieu, à la guérison, encore peuvent-ils dans ces derniers cas, entrer en conflit avec le médecin traitant qui pourra ne pas partager leur opinion et le contrôleur de la Commission tripartite (art. 64 de la loi des pensions) pourra être entraîné malgré lui dans ce conflit. Mais leur collaboration à la loi nouvelle et à l'application du décret du 25 août 1925 se bornera à ce rôle restreint.

Le Dr Lenglet fit d'expresses réserves sur l'accueil que feraient les Syndicats médicaux à ce genre de contrôle, surtout dans les régions dépourvues de dispensaires où les Préfets désigneraient un médecin contrôleur.

Bien que le rôle de la Commission ne fût pas de critiquer la loi et le décret mais de rechercher les moyens de les appliquer, comme nous le fit courtoisement remarquer un représentant des Ministères, nous crûmes devoir souligner l'inconcevable légèreté avec laquelle pareille mesure avait été décidée. Il est bien difficile de ne pas considérer l'indemnité de 5.000 francs *avec obligation pour le bénéficiaire de ne pas travailler quel que soit son état* comme un encouragement à la paresse. D'ailleurs, avec le coût actuel de la vie, l'indemnité de 5.000 fr. est insuffisante pour permettre à un tuberculeux de se bien soigner, surtout s'il doit songer à aider sa famille à vivre.

Enfin les auteurs de la loi n'ont pas songé à la situation dans laquelle se trouvera un tuberculeux guéri après 3, 4 ou 5 ans de traitement, privé de son indemnité et tenu du jour au lendemain à reprendre un travail auquel il n'est plus habitué. Ce tuberculeux guéri s'il exerçait auparavant un métier, exigeant des connaissances techniques et une certaine habileté, aura perdu une partie de sa valeur après une longue période d'inaction et, ainsi déprécié, il ne pourra plus récupérer la situation qu'il avait autrefois. Il aurait été prudent de prévoir pour les cas de guérison, non la suppression de l'indemnité mais sa diminution progressive.

En somme l'article 198 de la loi du 13 juillet 1925 est mal conçu et sans études préalables suffisantes. S'il est du devoir d'un bon citoyen de s'incliner devant la loi, même mauvaise, et c'est ici le cas, il est encore plus de son devoir d'en signaler les défauts et de réclamer son amendement. Il n'est pas douteux que dans le cas présent la loi est mauvaise, qu'au lieu d'assurer au *tuberculeux réellement malade* les soins nécessaires à sa guérison et d'assurer la prophylaxie de la tuberculose, elle va à l'encontre de ce double but, et nous devons comme médecin, contribuable et citoyen élever contre elle une énergique protestation.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'ANGINE DE POITRINE

Par

Léon GIROUX, et VITAL-LASSANCE,
Ancien chef de Clinique de la Faculté. Médecin consultant à Bains-les-Bains.

Le cœur extériorise sa souffrance par trois phénomènes essentiels : les troubles de son rythme, l'essoufflement et la douleur. Les douleurs cardiaques sont dominées par l'angine de poitrine qui en représente la modalité la plus expressive en raison de ses caractères particuliers, de sa gravité et de sa violence. L'angine de poitrine n'est pas une entité nosologique, mais un syndrome douloureux dont le domaine est encore très mal connu, malgré de laborieux efforts. Nous allons voir, en effet, au cours de cette étude, à quelles difficultés souvent insurmontables se heurte le médecin, quelle que soit sa sagacité et son expérience, quand, en présence d'un accès angineux, il veut remonter à sa cause, ou rechercher les éléments du pronostic qu'il est appelé à formuler.

A. Symptômes.

a) La douleur angineuse.

La douleur angineuse, dans sa forme la plus pure et la plus commune, siège à la partie moyenne du sternum d'où elle s'étend souvent à la région sternale supérieure et à l'appendice xiphoïde. Mais il n'est pas rare de noter une localisation

dorsale ou latéro-thoracique, — que la douleur siège en plein cœur, dans les régions sus et sous-mammaire, ou plus rarement, dans les régions sous-claviculaire ou scapulaire, ou même à droite du sternum. Parfois aussi, la douleur prend naissance dans le bras gauche et s'y localise ; mais dans ces cas, il est fréquent de la voir gagner l'épaule et la région sternale, ce qui permet de l'identifier. Enfin, certains malades présentent la douleur initiale dans le domaine du plexus cervical : tantôt il s'agit d'une douleur dans la région cervicale gauche, tantôt d'une douleur violente du maxillaire inférieur comparée à une névralgie dentaire. Chez un sujet de 45 ans que nous avons suivi pendant plusieurs années, la crise s'annonçait toujours par une vive douleur de la mâchoire, le repos la faisait disparaître ; dans le cas contraire, elle se propageait à la région cervicale et venait s'étaler derrière le sternum. Le malade éprouvait alors une sensation de distension intra-thoracique, progressivement croissante et atrocement douloureuse qui l'immobilisait au cours de la marche ou des efforts professionnels.

Le caractère des douleurs n'est pas uniforme, et il est difficile d'en donner une description exacte car, pour s'orienter dans ce domaine subjectif, le médecin ne dispose que des renseignements fournis par le malade. Or, il suffit de s'analyser pour se rendre compte des difficultés qu'on rencontre quand on cherche à traduire sa souffrance par une image adéquate. Cependant, les douleurs constrictives sont les *plus communes* : le malade éprouve la sensation d'être dans un étau, d'avoir la poitrine écrasée par un cercle de fer ; certains sujets, au contraire, éprouvent des douleurs pongitives ou transfixiantes, ou encore la sensation d'une déchirure ou d'une brûlure rétro-sternale. Cette douleur, dans sa forme la plus typique, est réellement atroce et il suffit, lorsque le malade en évoque le souvenir, d'examiner ses gestes et son facies douloureux pour en soupçonner la violence.

La douleur angineuse se propage à distance dans la majorité des cas et le plus souvent au bras gauche. Tantôt, elle s'irradie dans toute la sphère du nerf cubital jusqu'aux derniers doigts ; tantôt au contraire, elle n'intéresse que l'épaule, le petit doigt, le bras ou l'avant-bras ; parfois le malade accuse uniquement une sensation de constriction au coude ou au poignet. La douleur présente des caractères variables, lancinante ou pongitive chez certains sujets, elle se traduit chez d'autres par une lourdeur ou un engourdissement. Plus rarement, les irradiations intéressent les deux bras ou se montrent prédominantes à droite.

L'irradiation douloureuse peut rester systématisée au bras, mais souvent aussi, l'excitation se propage au domaine du plexus cervical et s'étend à la mâchoire inférieure, à la nuque, à l'oreille gauche. La participation des nerfs intercostaux explique l'hyperesthésie notée au moment des accès et après leur terminaison.

Enfin, dans certains cas plus rares, l'ébranlement atteint une telle violence, qu'il se propage sur toute la hauteur de la moelle et gagne les membres inférieurs qui sont le siège d'engourdissements, de fourmillements, etc.

La douleur de l'angor, par sa violence et son siège, s'accompagne généralement d'une répercussion profonde dans la sphère affective et qui se traduit par une angoisse extrême, une terreur atroce, le sentiment d'une mort imminente. Cette sensation n'est d'ailleurs pas constante et à son origine, intervient, pour une part, l'émotivité constitutionnelle du malade.

Enfin, le système sympathique, violemment sollicité par la douleur et l'état émotionnel, traduit son ébranlement par des paresthésies variées ; fourmillements, syncopes locales, sensation de plénitude stomacale avec éructations, nausées, vomissements, salivation, besoin impérieux d'aller à la selle, rougeur ou pâleur de la face.

b) L'accès angineux, organique.

1° L'ACCÈS ANGINEUX D'EFFORT. — L'accès angineux d'effort est de beaucoup le plus fréquent. Gallavardin l'a observé 486 fois sur 796 observations. Dans la forme la plus typique et la plus commune, à la suite d'un effort, souvent au cours de la marche, le malade est subitement pris d'une violente douleur rétro-sternale qui s'étale et gagne l'épaule, puis le bras gauche et la région cervicale. Le malheureux, terrassé par la souffrance et l'angoisse, s'immobilise, le facies pâle, parfois couvert de sueurs. Si l'accès survient dans la rue, il s'arrête devant un étalage, soutenant souvent de sa main droite son bras gauche douloureux. Indifférent à tout ce qui l'entoure, replié sur lui-même, il masque ainsi au passant non prévenu le drame qui l'étreint. Puis, sous l'influence du repos, la douleur s'atténue et se dissipe et le malade reprend, inquiet, sa marche interrompue.

Quand le médecin assiste à l'accès, il n'apprend souvent rien de plus que ce qui lui est révélé par le facies pâle et anxieux. Généralement, le pouls garde son rythme normal ; cependant, dans certains cas, rares d'ailleurs, on peut noter une bradycardie considérable ou des crises tachycardiques ; parfois aussi on constate du côté gauche un pouls petit, en rapport avec une crise vaso-motrice que l'on peut déceler à l'aide de l'oscillomètre. La tension artérielle n'est pas modifiée ou si elle s'élève, il semble que cette crise hypertensive soit plus l'effet que la cause de l'accès angineux. L'auscultation du cœur reste muette, ou décèle des lésions anciennes, mais

rien qui soit nouveau et propre à la crise douloureuse.

D'une façon générale, les malades restent muets, immobiles, indifférents à ce qui les environne, tout à la douleur qui les accable ; parfois cependant, sans que pour cela il s'agisse d'une angine névropathique bénigne, ils présentent, surtout les femmes, une agitation violente, un besoin de mouvement extrême, en un mot, un état d'instabilité anxieuse.

L'*effort*, avec ses modalités variables, est la cause provocatrice de l'accès angineux : la marche en est un des principaux facteurs, surtout la marche en montée ou contre le vent ; parfois s'y associe l'influence du froid ou d'une chaleur excessive. A une période avancée, la marche même tranquille dans la chambre suffit à déclencher les douleurs, de même le simple fait de se lever et se coucher, de parler, peuvent devenir douloureuses. Les efforts professionnels sont parfois la cause provocatrice, essentielle, et le malade devient, sous peine de paroxysmes douloureux, incapable d'accomplir les efforts exigés par sa profession. Certaines fonctions organiques, et plus particulièrement, la défécation et le coït, sont une cause fréquente d'angor et aussi de mort subite. Enfin, les émotions, par les réflexes vasculaires qu'elles provoquent et les variations de pression qui les accompagnent, sont souvent à l'origine d'une crise d'angine de poitrine ou d'une syncope terminale.

L'accès angineux d'effort présente de grandes variations dans son évolution et sa durée ; il existe des accès courts qui durent quelques minutes ; d'autres qui se prolongent quelques heures, avec des périodes d'accalmie et des exacerbations. D'une façon générale, l'accès d'effort est court, mais il peut aussi se prolonger d'une façon anormale et constituer un véritable *état de mal angineux*. Dans cette forme, il peut n'exister que de la douleur, de l'angoisse et de l'abattement, mais il n'est pas rare qu'il s'y associe de l'essoufflement et de l'œdème pulmonaire.

L'*intensité* des crises est très variable : elles peuvent être légères, frustes ou violentes ; leur répétition est des plus capricieuses ; certains sujets ne peuvent sortir sans souffrir ; d'autres ont des crises espacées, survenant une ou deux fois par mois ou par an ; il est même des sujets qui n'ont qu'un ou deux accès dans toute leur existence. Un de nos malades, âgé de 60 ans, a présenté il y a 5 ans, à quelques mois d'intervalle, deux accès violents et, depuis cette époque, il a pu marcher, chasser sans éprouver la moindre douleur.

L'accès se termine généralement d'une façon favorable ; la douleur diminue, puis disparaît ; à l'angoisse succède un sentiment de bien-être et de détente, souvent accompagné d'éructations, de bâillements, d'émission d'urines abondantes et incolores, parfois de selles impérieuses ; phénomènes traduisant l'ébranlement profond de tout le système nerveux végétatif. Mais les cas ne sont pas rares où il se juge par la mort, qui peut survenir dès les premiers accès ou n'apparaître qu'à une lointaine échéance. Cette fin, dans l'angor d'effort, est généralement subite ; elle survient par syncope pendant la marche, au repos ou au cours des occupations familières. Quand on assiste à un accès qui présente ce mode de terminaison, on peut noter l'arrêt brusque de l'action cardiaque lié sans doute à la fibrillation ventriculaire.

2° Accès angineux de décubitus. — L'angor de décubitus n'est pas complètement distinct de l'angor d'effort, car ces deux variétés peuvent se combiner ; cependant, il emprunte aux circonstances qui le provoquent et à son évolution une physionomie particulière. Etudié surtout par Merklen et Vaquez, il est beaucoup plus rare que l'angor d'effort, puisque Gallavardin ne l'a rencontré que 26 fois sur près de 800 observations d'angor.

L'angor de décubitus débute la nuit, le malade complètement au repos, tantôt au début du sommeil, tantôt au milieu de la nuit. Le réveil est brutal, provoqué par une douleur violente qui présente tous les caractères de l'angine d'effort, avec son siège dans la région rétro-sternale et ses irradiations au bras et au cou.

L'intensité de la douleur est variable, mais très souvent, elle est effrayante. Le médecin appelé d'urgence assiste à une des situations les plus dramatiques de sa carrière. Le malade « assis, immobile sur son lit, est pâle et anxieux ; des sueurs perlent sur son visage, son pouls est petit et rapide et il reste ainsi pendant des heures, attendant la mort qu'il sent prochaine si les accidents ne s'amendent pas. » (Vaquez.) La mort peut, en effet, survenir à la suite d'une syncope ou être provoquée par les accidents de l'œdème aigu du poumon. Dans ce cas, une toux quinteuse succède à la douleur, le malade rejette des mucosités striées de sang, les poumons s'encombrent de râles fins et le malade succombe, si le médecin n'intervient pas d'une façon énergique par une saignée copieuse.

Cependant, la crise ne se termine pas toujours de cette façon et, dans les cas heureux, au bout de quelques heures, les accidents s'atténuent, les irradiations, puis la douleur rétro-sternale cèdent définitivement d'une façon progressive et le malade ne conserve de cet épisode atroce que de la lassitude, de la courbature et une sensation de meurtrissure de la poitrine.

L'examen du malade ne fournit souvent que peu de renseignements ; cependant, le pouls est habituellement accéléré, contrairement à ce qui se passe dans l'angor d'effort. La pression artérielle est élevée, ou au contraire, très basse.

L'existence d'une différentielle très faible traduit l'effondrement brutal de la tension au moment du paroxysme douloureux, par suite de la dilatation aiguë du ventricule gauche. L'auscultation de la poitrine peut être muette ou déceler des râles d'œdème pulmonaire.

L'accès de décubitus peut tuer à la première crise par syncope ou œdème aigu du poumon. Le plus souvent, cependant, le malade sort de cet accès, mais il demeure exposé aux récidives ; puis, dans les cas les plus graves, au bout de quelques jours ou de quelques mois, les paroxysmes douloureux se répètent, un véritable état de mal s'installe; et le malade succombe. D'autres fois, les rémissions sont plus longues, et peuvent se prolonger durant plusieurs années ; enfin, il n'est pas exceptionnel que la dilatation cardiaque, cause de la crise d'angor, soit suivie d'une insuffisance valvulaire qui a pour conséquence d'atténuer les troubles fonctionnels.

L'angine de décubitus, malgré son apparition la nuit, la plus longue durée des accès, leur accompagnement plus habituel de la dyspnée, n'est pas complètement distincte de l'angor d'effort. Les deux formes d'accès peuvent en effet se combiner ; certains sujets, après avoir présenté pendant un certain temps des paroxysmes douloureux d'effort, finissent par souffrir d'accès de décubitus et inversement.

D'ailleurs, dans le sommeil, le repos est souvent plus apparent que réel, les cauchemars, les rêves, les actes digestifs, l'action défavorable pour la circulation de la position couchée, entraînent des perturbations vasculaires et des variations de tension dont le mode d'action n'est pas sans analogie avec celui de l'effort.

3° L'accès angineux de repos. — Rarement, puisque sur une statistique de 796 cas, Gallavardin n'en a réuni que 18 observations, la douleur angineuse survient au repos. Ces accès sont généralement plus violents et plus prolongés que les formes habituelles et plus résistants aux moyens thérapeutiques que l'angor provoqué. Les paroxysmes surviennent à des moments variables, parfois le matin, parfois le soir. Récemment, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette nature ; les accès survenaient le matin et présentaient une grande violence ; dans la soirée, le malade pouvait vaquer à ses occupations sans éprouver le moindre trouble. A l'heure actuelle, rien ne permet d'expliquer la cause de cette prédominance.

4° Les angors douteux. — Dans la pratique, le médecin se trouvera souvent en présence de syndromes douloureux qu'il aura de la peine à identifier ; ce sont ces cas que Gallavardin qualifie d'angors douteux et qui, sont relativement fréquents, puisqu'il les a rencontrés dans 1 /7e des cas.

Ces cas comprennent à la fois des syndromes d'effort et de décubitus. Dans l'angor douteux d'effort, on hésite, parce que les sensations perçues ne sont pas nettes, leur localisation est anormale, elle s n'apparaissent pas à la marche , mais par le simple fait de se baisser ou d'élever les bras ; les sensations douloureuses sont vaguement pénibles et s'accompagnent de troubles céphaliques déconcertants, tels que vertiges, constriction de la nuque, etc.

En présence d'un tableau clinique aussi mal tranché et souvent formé d'éléments paradoxaux, le médecin est hésitant et se trouve dans l'obligation de rechercher une orientation dans l'existence d'une syphilis ancienne, d'une lésion aortique, d'une hypertension notable, d'une constatation radiologique positive.

La nuit, au repos complet, certains sujets présentent des phénomènes douloureux dont l'interprétation sera pour le médecin fort embarrassante. L'accès n'est pas franc, le malade présente une agitation insolite, les manifestations vasomotrices sont prédominantes : la douleur est parfois calmée par l'ingestion de bicarbonate de soude ou d'un verre d'eau. Dans certains cas, ces accès se répètent d'une façon incessante, sans présenter de gravité apparente.

Le cas suivant, dont nous rapportons l'observation résumée, appartient à cette variété d'angor où le diagnostic reste hésitant : il s'agit d'un homme de 54 ans, que nous avons vu pour la première foisen 1920 et qui, à cette époque, se plaignait de crises douloureuses, à point de départ dans la région sternale inférieure et irradiées au bras gauche.

Nous l'avons revu en 1925, aux prises avec les mêmes douleurs, toujours localisées au tiers inférieur du sternum, comparées par le malade à une crampe très douloureuse et accompagnées de pâleur et de sueurs. D'autre part, cet homme était souvent réveillé par des crises de palpitations irrégulières.

Les douleurs n'avaient aucun rapport bien précis avec l'effort ; parfois, elles survenaient au cours de la marche, mais en revanche, le malade disait qu'il pouvait, sans souffrance, chasser pendant de longues heures dans un pays accidenté. D'autre part, l'ingestion de bicarbonate de soude les calmait presqu'instantanément. Dans de telles circonstances, on est tenté d'écarter l'angor et, pourtant, chez de tels sujets, on peut ultérieurement observer de l'angor vrai. Chez notre malade, en raison de l'existence d'une syphilis ancienne, nous avons, malgré le caractère paradoxal des accès, conclu à l'angor et c'est à ce diagnostic que le médecin devra s'arrêter quand il notera une contamination antérieure ou une lésion cardio-vasculaire.

b) L'accès angineux névrosique. — La

pseudo-angine de Lartigue, encore appelée angine névrosique par Gallavardin ou angine secondaire par Mackenzie, est très discutée et certains auteurs, en particulier Vaquez et Laubry n'en admettent pas l'existence.

Il est en effet exact, comme le font remarquer Vaquez et Lian, qu'elle ne se distingue par aucun signe caractéristique et que les cas ne sont pas rares où la mort survient chez des sujets atteints d'une angine en apparence bénigne. Malgré la réalité de ces erreurs d'interprétation, il faut cependant reconnaître avec Gallavardin que, bien souvent, en clinique, la nature des symptômes est en faveur de l'angine nerveuse, ce que les évènements justifient ultérieurement.

L'angine nerveuse s'observe surtout chez la femme et Mackenzie insiste sur cette prédominance. Forbes l'a rencontrée chez 80 femmes et seulement chez 8 hommes, Huchard chez 98 femmes et 43 hommes.

L'angine nerveuse n'a pas l'uniformité ni la netteté de l'angor organique ; elle est plus capricieuse dans ses manifestations ; la douleur de l'angor organique est généralement muette, silencieuse, celle de l'angine nerveuse, au contraire, est habituellement bruyante. L'angine nerveuse survient aussi bien la nuit que le jour ; la marche est indifférente. Les crises sont plus fréquentes, plus prolongées, les contours en sont moins nets ; la douleur siège presque toujours dans la partie gauche de la poitrine en plein cœur, au-dessus ou au-dessous du mamelon ; elle peut être constrictive, mais généralement, les malades accusent une sensation de griffe, de morsure, et surtout de douleur lancinante ou transfixiante comparée à un coup de poignard ; dans certains cas aussi, ils éprouvent une sensation de rongement, de brûlure, etc. Les irradiations brachiales gauches sont communes, et il n'est pas rare que la douleur se propage dans tout le thorax gauche. En revanche, la douleur constrictive rétro-sternale localisée au manubrium ne paraît pas appartenir à l'angine nerveuse. La position n'est pas sans influence sur les crises et certains sujets ne peuvent se coucher sur le côté gauche sans être en proie à des accès violents.

Enfin, dans l'intervalle des accès, il peut persister une sensibilité très vive des plans superficiels.

Contrairement à l'angor organique, habituellement sobre dans ses manifestations, l'angine nerveuse se caractérise par la richesse de ses symptômes. Elle s'extériorise par un tableau clinique bruyant où les manifestations vaso-motrices sont prédominantes ; les malades accusent une sensation de refroidissement général ou localisé aux mains et aux pieds, des fourmillements aux extrémités, de la pâleur ou de la congestion de la face ; ils présentent du tremblement, des sueurs, une envie impérieuse d'uriner. Le paroxysme douloureux se complique parfois de dyspnée, de palpitations, de vertiges, d'état lipothymique. A ce tableau si nuancé, s'ajoute souvent une agitation insolite : les malades courent à la fenêtre, crient qu'ils vont mourir et témoignent ainsi par leur attitude qu'ils souffrent surtout d'une profonde anxiété. On conçoit aisément qu'un orage de cette violence laisse après lui de l'abattement, une lassitude extrême et un profond épuisement. Nous pourrions citer de nombreux exemples de cette variété d'angor ; nous nous contenterons de rappeler brièvement l'histoire d'une femme âgée de 50 ans, qui vécut presque toute la guerre à proximité des lignes. Epuisée par le surmenage et les émotions, elle présenta en 1919 des douleurs violentes sous-claviculaires, irradiées au bras gauche et à la région cervicale. Ces douleurs, sans rapport avec l'effort, s'accompagnaient en outre d'un syndrome de Raynaud, et aussi, de sensations nocturnes bizarres. Peu de temps après s'être mise au lit, elle avait l'impression d'être couchée sur un bloc de glace ; elle éprouvait un refroidissement profond qui s'étendait aux membres inférieurs et provoquait du tremblement suivi bientôt d'une crise de palpitations violentes. La mère de cette malade avait présenté un goitre exophtalmique et sa fille est atteinte de basedowisme fruste. Il existait donc dans cette famille une hérédité qui, associée à un surmenage physique et moral extrême, fournit l'explication du syndrome complexe que notre malade a présenté et dans lequel la douleur angineuse n'est que l'élément dominant. D'ailleurs, cette femme, qui ne présente aucune lésion cardiaque, s'est beaucoup améliorée depuis qu'elle est revenue à une existence normale.

La constatation d'un accès angineux conduit naturellement le médecin à en rechercher la cause et le mécanisme, c'est-à-dire à envisager son étiologie et sa pathogénie. Nous allons voir maintenant à quelles difficultés il se heurte au cours de cette enquête.

B. **Etiologie.**

L'angine de poitrine est une maladie de la clientèle de ville, beaucoup plus que de la clientèle hospitalière où elle s'observe seulement dans 1 /5e des cas. Elle se rencontre dans sa forme organique de préférence chez l'homme, qui est atteint dans les 4 /5es des cas d'après les statistiques de Gallavadin, de Mackenzie, etc. Elle survient généralement entre 40 et 60 ans. En présence d'un cas d'angine de poitrine, le médecin devra, au cours de son examen, rechercher d'abord une lésion de l'aorte, car l'aortite est le facteur habituel de l'angor ; et derrière l'aortite, soupçonner la syphilis qui en est la cause essentielle. Tous les auteur s sont, en effet , d'accord pour reconnaître le rôle important de l'infection syphilitique.

D'après Huchard et Vaquez, elle interviendrait dans 30 p. 100 des cas ; d'après Gallavardin, Lian et l'un de nous, elle s'observerait dans 50 pour 100 des cas ; cette proportion est plus généralement admise et paraît correspondre à la réalité des faits.

La syphilis provoque l'angor par l'intermédiaire de lésions variables, mais généralement localisées à la région sus-sigmoïdienne. Le plus souvent, il s'agit de lésions graves à évolution silencieuse, parfois découvertes à la faveur d'un accès angineux, mais aussi par hasard au cours d'un examen. Dans ces cas, on constate un double souffle aortique, du clangor, une dilatation de la crosse aortique ; parfois, la syphilis intervient en provoquant un anévrysme, de l'athérome ou encore une aortite postérieure susceptibles l'un et l'autre de déterminer des accidents d'angor. Ces lésions surviennent à une période avancée de la maladie, de la 10e à la 20e année, c'est-à-dire à la période des complications viscérales de la syphilis. Exceptionnellement, l'angor est la conséquence d'une aortite syphilitique précoce. Vaquez en a observé un cas chez un jeune homme de 18 ans qui succomba au cours d'un état de mal angineux ; Laubry a recueilli une observation comparable et l'un de nous suit actuellement un malade qui présenta son premier accès d'angor quatre ans après la contamination.

La syphilis acquise intervient dans la majorité des cas, et il est exceptionnel qu'il s'agisse d'une infection héréditaire. Enfin, la proportion d'angors syphilitiques est d'autant plus grande que les sujets sont plus jeunes, et avant 50 ans, il faut toujours penser à la syphilis.

Les aortites d'une autre nature sont rares ; la grippe peut en être la cause, de même le rhumatisme articulaire aigu, comme dans l'une de nos observations, mais il s'agit là de curiosités que le médecin n'aura sans doute pas l'occasion de rencontrer au cours de sa carrière.

L'insuffisance myocardique est, avec l'aortite, le facteur le plus important de l'angor, qu'il s'agisse de l'insuffisance ventriculaire gauche consécutive à une lésion aortique ou à l'hypertension ou de cette insuffisance cardiaque primitive à laquelle Laubry a donné le nom de myocardie, et dont le mécanisme demeure encore très obscur.

L'hypertension artérielle, par le surmenage du cœur qu'elle entraîne et par sa tendance à provoquer des spasmes vasculaires, est un facteur important d'angor, mais en général, l'hypertension se rencontre associée à l'aortite ou à l'insuffisance cardiaque.

L'hérédité est importante à retenir, car elle crée pour certains individus une grave menace. Certaines familles payent, en effet, à l'angor un lourd tribut, et Vaquez rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle le père et les trois frères succombèrent presque au même âge au cours d'une crise angineuse.

Quant au rôle des intoxications, il est tout à fait secondaire ; l'alcool paraît pouvoir intervenir en provoquant l'insuffisance cardiaque ou une sclérose artérielle généralisée. Cependant, il est bon de remarquer que l'angor s'observe avec son maximum de fréquence dans les classes élevées, c'est-à-dire dans le milieu le moins enclin à l'intoxication alcoolique ; la goutte ne peut revendiquer que des cas exeptionnels, comme celui de Laubry ; enfin le tabac, s'il est susceptible d'aggraver la situation des angineux, ne saurait par contre créer des lésions organiques. L'observation de Mouriquand et Bouchut est, à ce point de vue, très démonstrative : il s'agissait d'un malade grand fumeur qui succomba au cours de crises répétées d'angor et qui pouvaient paraître la conséquence de l'intoxication ; en réalité, il s'agissait d'une aortite syphilitique sus-sigmoïdienne constatée à l'autopsie.

En dehors des lésions cardiaques ou vasculaires que nous venons d'envisager et dont l'angor organique relève dans la majorité des cas, le médecin pourra éventuellement observer l'association de l'accès angineux à une médiastinite syphilitique ou tuberculeuse, à une tumeur du médiastin, à une péricardite aiguë ou une pleurésie médiastine.

L'angine nerveuse se rencontre chez des sujets dont le système nerveux végétatif est hyperexcitable. Ils appartiennent à une vaste catégorie, non pas de malades, mais d'anormaux émotifs et facilement anxieux dont la cénesthésie troublée est à l'origine de malaises d'une variété infinie et d'une topographie capricieuse.

C'est sur ce terrain prédisposé que peut éclore l'accès angineux, soit à la faveur d'un état émotionnel (soucis, préoccupations, etc.), soit comme conséquence d'une excitation lointaine. Dans ce dernier cas, il s'agit des angines de poitrine réflexes étudiées par Huchard et Gélineau et dont les variétés les plus habituelles sont les angors d'origine gastro-intestinale, colique (Loeper, Mathieu et Marre), vésiculaire (Potain, Lian, Welssenbach et Parturier).

Avant de clore ce chapitre de l'étiologie, il nous paraît utile d'insister sur ce fait, qu'en matière d'angor, la cause du paroxysme douloureux nous échappe dans bien des cas et que, dans la pratique, nous serons souvent fort embarrassés, faute d'un critérium certain, pour conclure à la nature fonctionnelle ou organique d'un accès angineux.

C. **Pathogénie**.

L'accès d'angor est la conséquence d'une excitation anormale dont nous connaissons les voies de transmission, mais dont le mécanisme exact demeure très obscur. Le cœur et l'aorte sont

pourvus de fibres sensitives qui sont le point de départ d'actes réflexes dont le but est d'adapter le cœur aux besoins variables de l'organisme. L'aorte possède dans sa tunique interne et moyenne des terminaisons nerveuses bien étudiées par Manouélian ; le cœur est également pourvu de fibres sensitives décrites par Smirnow. Il existe, en outre, une autre voie nerveuse représentée par le nerf dépresseur de Cyon dont les ramifications se perdent dans les parois de l'aorte et de l'artère pulmonaire à leur sortie du ventricule. La distension du cœur et surtout de l'aorte provoquée par un effort ou un excès de pression produit une excitation des terminaisons du nerf dépresseur, et secondairement, une vaso-dilatation abdominale qui protège le cœur contre un excès de tension à l'intérieur de ses cavités.

A l'état normal, ces actions réflexes interviscérales, comme la plupart des actes physiologiques essentiels, sont assurés sans que la conscience en soit avertie, mais dans certaines circonstances, en particulier dans l'angine de poitrine, l'excitation anormale par son intensité et sa nature déclenche un syndrome douloureux.

L'excitation pathologique née du cœur et de l'aorte est transmise tout d'abord au plexus cardiaque, puis elle gagne les centres nerveux par deux voies différentes, celle du pneumo-gastrique, dont émane le nerf dépresseur, mais surtout d'après François Franck, celle du sympathique, par les filets cardiaques inférieurs. Ces derniers traversent le ganglion cervical inférieur et aboutissent à la moelle par la voie des racines postérieures correspondant à la 8e paire cervicale et à la première et à la deuxième dorsales gauches.

L'excitation ainsi transmise atteint les cornes postérieures de la moelle et se projette à la périphérie dans le domaine des nerfs qui émanent du même segment médullaire, c'est-à-dire dans celui du circonflexe, du brachial cutané interne et du cubital. Cet ébranlement est la cause des irradiations douloureuses de l'angine de poitrine.

Mais l'excitation ne se limite pas aux territoires sensitifs : elle se réfléchit aussi sur les cellules motrices de la corne antérieure et c'est à ce réflexe sensitivo-moteur que l'angine de poitrine emprunte son caractère constrictif qui est la conséquence de la contracture des muscles intercostaux. Dans certains cas, l'excitation est telle qu'elle gagne le côté opposé et même se propage à toute la hauteur de la moelle pour déclancher des irradiations dans le bras droit et dans les membres inférieurs.

En abordant maintenant la pathogénie de l'angor, c'est-à-dire l'étude des conditions qui provoquent le paroxysme douloureux, nous tombons, suivant l'expression de Clifford-Albutt, dans le marécage de l'interprétation. En effet, l'angine de poitrine n'a pas livré son secret et plus on se consacre à son étude, plus on se pénètre, comme le dit Pal, que les conditions de sa production sont encore à trouver. Actuellement, trois théories sont en présence, la théorie de la *distension cardio-aortique*, la *théorie coronarienne*, la *théorie de l'épuisement myocardique.*

1° Théorie de la distension cardio-aortique. — Cette théorie a été soutenue par Frantzel, Lauder Brunton, Clifford-Albutt à l'étranger, Beau, Merklen et Vaquez en France. D'après Vaquez, l'angine d'effort est la conséquence de la distension de l'aorte, elle est le cri de souffrance d'une aorte malade. Pour cet auteur, la coexistence de lésions des coronaires n'aurait que la valeur d'une coïncidence qui témoignerait de l'importance de la région sus-sigmoïdienne. L'angine de décubitus serait la conséquence de la distension du ventricule gauche et accessoirement de l'aorte. Quant à l'objection tirée de la fréquence des cas de dilatation cardiaque sans angor, elle serait sans valeur, car il ne faut pas confondre dilatation et distension . La distension subite de la vessie au cours d'une rétention aiguë s'accompagne de vives souffrances, tandis que la dilatation permanente de l'hypertrophie prostatique n'est pas douloureuse ; la douleur survient quand il y a incapacité de l'organe à s'adapter à un travail excessif ; ce qui s'observe quand l'aorte ou le ventricule sont surpris par un à coup d'hypertension. Dans ces circonstances, l'excitation des filets nerveux de l'aorte et du myocarde transmet leur souffrance au plexus cardiaque et déclenche l'accès d'angor.

Cette théorie de la distension cardio-aortique, très séduisante en apparence, ne saurait cependant s'adapter à la généralité des faits et Gallavardin, par de nombreux arguments, en a nettement souligné l'insuffisance. D'après cet auteur, il n'existe aucun parallélisme entre la dilatation cardiaque ou aortique et le syndrome angineux ; toutes les cardiopathies organiques aboutissent finalement à la dilatation des cavités cardiaques et surtout ventriculaires sans que l'angine survienne dans plus de 2 à 3 % des cas ; d'autre part, tous les médecins connaissent la fréquence des aortites et la faible proportion des cas compliqués d'angor. Quant à l'argument tiré de la distinction établie entre la distension et la dilatation, il est difficile de la retenir, car en ce qui concerne le cœur, il est souvent impossible d'apprécier ce qui revient à la dilatation et à la distension et de savoir si la dilatation n'a pas été précédée de distension.

En ce qui concerne l'aorte, la théorie de la distension ne paraît pas plus satisfaisante, car au cours de la crise angineuse, la tension artérielle le plus souvent n'est pas modifiée, et d'autre part, l'hypertension paroxystique n'est pas habituellement accompagnée d'angor.

La théorie de la distension cardio-aortique

comporte donc de graves objections auxquelles paraît échapper la théorie coronarienne.

2° Théorie coronarienne. — Cette théorie, soutenue par Jenner et Parry, Franck et Kreysig, Potain et Huchard fut, dans un récent et remarquable travail, éloquemment soutenue par Gallavardin.

Nous savons que le cœur possède une force de réserve qui lui permet de s'adapter aux exigences variables de l'organisme. La fibre myocardique est l'élément essentiel de cette adaptation, mais pour qu'elle conserve sa plasticité physiologique, il est indispensable qu'elle rencontre des conditions favorables, d'abord du côté des coronaires, un apport de sang proportionné à ses besoins ; ensuite à distance, un jeu régulier des actions vaso-motrices. Dans l'angor, tout se passe comme si ce mécanisme d'adaptation était profondément troublé, sans doute par le fait d'influences spasmogènes entraînant une ischémie fonctionnelle relative, alors que le travail du cœur exigerait une circulation en plein rendement. En dehors de la réduction fixe du débit coronarien d'origine lésionnelle, il y a lieu de faire intervenir certaines perturbations angio-spasmodiques d'origine locale ou lointaine et susceptible d'accroître l'effet des lésions sténosantes.

Les faits sont dans bien des cas en faveur de cette interprétation. Bien que l'angor d'effort relève avant tout de la disproportion entre la puissance du cœur et l'effort qui lui est demandé, l'accroissement du travail n'est pas seul à intervenir : il faut tenir compte des influences spasmogènes qui s'ajoutent à l'effort. Chez certains individus, le froid, une émotion banale, le vent, le souvenir d'un accès, c'est-à-dire le simple jeu des actions nerveuses commandant les réflexes vasculaires, suffisent à déclancher la crise. Les cas ne sont pas rares où les malades ont leur accès dès les premiers pas ; ils ont la mise en train difficile, puis ils peuvent marcher longtemps et à une certaine allure sans éprouver de nouvelles douleurs ; il semble qu'il s'agisse dans l'angor de réactions spasmodiques coronariennes plutôt que d'une dilatation cardio-aortique. Enfin l'angine de poitrine peut être associée à d'autres syndromes spasmodiques, au syndrome de Raynaud (1), à la claudication intermittente des extrémités (Parkes Weber, Cawadias, Gallavardin, J,. Heitz) et aussi parfois à certains troubles du rythme cardiaque, bradycardie, tachycardie, qui semblent secondaires à des troubles circulatoires du faisceau de His.

Cependant, les constatations anatomiques sont moins en faveur de l'origine coronarienne, et cela se conçoit, car elles ne peuvent déceler que des lésions grossières. Déjerine et Huet, Bullard et Osler, Rist et Krantz, Galli et Vaquez, etc., ont en effet observé des cas d'angor sans lésions coronariennes ; de même, il est fréquent de constater des rétrécissements et des blitérations des coronaires sans angine de poitrine, et dans la majorité des cas d'infarctus, il n'est pas noté de syndrome angineux ; ces faits ne constituent cependant pas une objection sérieuse, car on sait qu'en ce qui concerne la circulation des membres, ce ne sont pas chez les sujets dont les artères sont le plus atteintes que s'observent les accès douloureux les plus violents. Dans le mécanisme des troubles fonctionnels, le spasme vasculaire intervient davantage que la lésion organique.

3° Théorie myocardique. — La théorie coronarienne comme celle de la distension cardio-aortique n'est donc pas inattaquable ; aussi Mackenzie et Dianélopolu, pour obvier à leur insuffisance, considèrent l'angor comme la conséquence d'un phénomène myocardique. D'après Mackenzie, l'angine de poitrine est l'expression douloureuse de l'épuisement du myocarde et il cherche à justifier sa conception par la constatation, au cours des accès d'angor, de l'alternance du pouls, et d'une chute parfois considérable de la tension artérielle. Ces faits sont exacts, mais inconstants, ils manquent presque toujours dans l'angor d'effort et il est, d'autre part, bien connu que les accès angineux s'espacent ou disparaissent souvent quand l'insuffisance cardiaque s'aggrave.

D'après Dianélopolu, l'angor est la conséquence de la fatigue du myocarde, et est comparable à la crampe douloureuse que provoque la fatigue du muscle volontaire. L'angine de poitrine surviendrait au cours de l'intoxication du muscle cardiaque par les produits de la fatigue incomplètement éliminés, en raison du déséquilibre nutritif créé par l'adapttion insuffisante de la circulation coronarienne au travail à effectuer.

Quant à l'angine nerveuse, elle ne s'accompagne d'aucune lésion de l'aorte ni des coronaires ; elle survient chez des sujets dont le système nerveux est hyperexcitable et vibre douloureusement sous des influences les plus légères. Les secousses morales, le surmenage, les réflexes organiques d'origine lointaine sont susceptibles de provoquer sur ce système nerveux sensibilisé un ébranlement suffisant pour déclencher, dans les circonstances banales de l'existence, des accès violents d'angor.

Arrivés au terme de cette incursion dans le domaine de la pathogénie, nous sommes obligés de reconnaître que le problème de l'angor n'est pas résolu. Cependant, quand on a observé beaucoup de cas d'angine de poitrine, qu'on a souvent et longuement réfléchi à son mécanisme, on aboutit à cette conclusion que l'angor, qu'il soit organique ou fonctionnel, est la conséquence d'un spasme coronarien. C'est cette réaction vasculaire

(1) Léon Giroux. — Maladie de Raynaud et syphilis (*Annales des maladies vénériennes*, 1913.)

qui crée l'unité pathogénique du syndrome angineux et qui rapproche les différents types d'angor que ne sépare, au point de vue de leur mécanisme, aucune différence fondamentale.

D. Diagnostic.

Les notions que nous venons d'acquérir vont nous permettre de comprendre que, dans la pratique, le diagnostic de l'angine de poitrine comporte souvent des difficultés insurmontables. Naturellement, les cas typiques s'imposent au médecin et il lui suffit d'entendre le malade lui exposer ses souffrances pour être fixé sur leur nature et leur gravité.

Le caractère constrictif de la douleur, son siège, ses irradiations, les circonstances qui provoquent l'accès le différencient d'emblée des autres syndromes douloureux.

Il n'y a guère comme le dit justement Laubry, que le rhumatisme *des muscles intercostaux* qui puisse, rarement d'ailleurs, et pour un temps très court, être une cause d'hésitation. Dans ce cas, en effet, la douleur est violente et constrictive, mais en revanche, elle est superficielle, continue, exaspérée par les mouvements et souvent accompagnée d'autres manifestations rhumatismales. Les *névralgies des plexus brachial et cervical* sont seules susceptibles d'être une cause d'erreur, car nous avons appris qu'elles peuvent être, dans certains cas, le première et même la seule manifestation d'un accès de nature angineuse. Mais la douleur banale est spontanée, moins nettement systématisée, tandis que la douleur de l'angor est déclenchée par l'effort, et généralement accompagnée d'une douleur plus ou moins violente de la région sternale.

Dans la majorité des cas, l'identification du syndrome douloureux sera facile et, très rapidement, le médecin sera fixé sur sa nature organique ; mais en revanche, il rencontrera, à tout instant, des cas litigieux où, malgré son expérience, il ne pourra conclure, parce que la douleur est un peu anormale, et l'accès déconcertant par la variété inaccoutumée de ses manifestations. S'agit-il d'une angine organique ou d'une angine nerveuse ?

S'il existe une lésion cardio-vasculaire, une contamination antérieure, la sagesse sera de conclure à l'angine organique ; mais si l'examen clinique ou radioscopique reste négatif, rien n'autorise d'une façon formelle à conclure à la nature purement fonctionnelle de la douleur. Malgré une longue expérience, il est difficile, comme le dit Mackenzie, d'affirmer sans réserves que le paroxysme douloureux est d'origine nerveuse. Cependant s'il s'agit d'une femme à la période de ménopause, atteinte de troubles multiples, si la douleur survient de façon capricieuse sans cause provocatrice, on pourra penser à l'angine névrosique. Malgré tout, il ne faudra jamais formuler ce diagnostic sans restriction, car nous manquons d'un critérium certain pour le justifier. Grâce à quelques réserves, le médecin mettra à couvert sa responsabilité et, tout en maintenant l'entourage dans un optimisme relatif, il n'aura pas à craindre qu'un accident qu'il ne saurait prévoir ne porte une grave atteinte à son autorité.

E. Pronostic.

La survie des malades atteints d'angor est difficile à fixer et elle ne peut être établie que d'une façon approximative, car la plupart des sujets dont l'existence se prolonge échappent à notre observation. D'après Gallavardin, elle serait de 1 à 5 ans dans 79 % des cas, de 5 à 10 ans dans 16 %, de 10 à 20 ans dans 5 %. Les rémissions de 3 à 4 ans ne sont pas rares et même, très exceptionnellement il est vrai, on peut obtenir la guérison.

Mais en présence d'un cas donné, sauf s'il s'agit d'une insuffisance cardiaque ou cardio-rénale grave, nous ne savons jamais, malgré les apparences, si le malade n'est pas à la veille d'une syncope mortelle, ou susceptible d'une survie prolongée. La douleur en elle-même ne fournit aucun renseignement ; aussi, au moment où nous sommes appelés à formuler notre pronostic, n'oublions pas que l'angine de poitrine en apparence la plus bénigne peut se juger par un dénouement fatal et que l'angine la plus franchement organique n'est pas incompatible avec une existence relativement longue.

Certains facteurs cependant interviendront pour orienter et justifier notre verdict. Chez un sujet relativement jeune, âgé de 40 à 50 ans, le pronostic sera plus sombre qu'après la soixantaine, sans doute, parce qu'à cet âge, la stabilisation de la vie soustrait dans une large mesure le malade au surmenage moral et aux fortes émotions. L'angor solitaire, indépendant de toute lésion apparente du cœur et de l'aorte, comporte en général un pronostic sombre. La limitation considérable et persistante de la résistance à l'effort est d'une signification fâcheuse, car la mort subite survient rarement dans le cas contraire. Enfin la notion d'une hérédité similaire est d'une telle importance que nous devrons redouter les pires éventualités chez un sujet dont le père ou le frère ont succombé subitement au cours d'une crise angineuse.

En revanche, certaines circonstances atténueront la gravité du pronostic. Le sexe sera pris en considération et, chez la femme, le médecin sera autorisé à rassurer l'entourage par des paroles optimistes, surtout si l'accès angineux survient dans des conditions qui favorisent les influences spasmogènes (ménopause, grossesse, castration, goitre exophtalmique). La notion

d'une contamination antérieure, d'une intoxication, d'une action réflexe, sera plutôt favorable... car dans ces cas, nous sommes en mesure d'agir efficacement sur la cause même de la crise d'angine.

Traitement de l'angine de poitrine.

Le rôle du médecin consistera, au moment des accès, à calmer les souffrances du malade et dans leur intervalle, à s'efforcer dans la mesure du possible d'en prévenir le retour. Dans le premier cas, notre intervention est généralement efficace ; par contre, dans le second, elle reste souvent sans action.

a) Traitement de l'accès angineux.

Le paroxysme douloureux est parfois si léger qu'il cède spontanément au repos ; il suffit au malade de ralentir sa marche ou de s'immobiliser pour que les phénomènes douloureux s'atténuent et disparaissent ; parfois aussi la souffrance est telle qu'il est obligé de recourir aux médications dont il a éprouvé l'efficacité. Enfin, elle peut être si violente et si tenace que l'intervention médicale s'impose.

1° Traitement de l'accès angineux d'effort. — Les nitrites sont la médication héroïque du paroxysme douloureux d'effort. Lauder Brunton, en 1871, a signalé le premier les effets du *nitrite d'amyle* en inhalation. Quelques gouttes répandues sur un mouchoir calment presque instantanément les douleurs, mais au prix de quelques phénomènes pénibles, tels que congestion du visage, battements violents dans les tempes. Cette drogue n'est cependant pas sans inconvénient et Vaquez a fait justement remarquer que son emploi est parfois suivi d'une crise plus violente que la première et consécutive à une phase de réaction pendant laquelle la tension artérielle dépasse son chiffre antérieur.

La *trinitrine* est très active, d'un usage commode et ne présente pas les mêmes inconvénients. Le médecin pourra la prescrire sous la forme de dragées de trinitrine composée de Dubois renfermant de l'héroïne, de l'éther et de la caféine. Au moment de l'accès, le malade croquera ces dragées et à la faveur de la diffusion rapide des substances actives, il se trouvera très rapidement soulagé. La trinitrine peut aussi être administrée en potion, suivant la formule conseillée par Vaquez.

Trinitrine en solution alcoolique au 1/100..	LX gouttes.
Chlorhydrate d'héroïne.	cinq centigrammes
Caféine	1 gramme
Benzoate de soude.....	2 grammes
Sirop d'éther..........	60 grammes
Eau distillée q.s.p......	100 cc.

Le malade prendra 2 ou 3 cuillerées à café de cette potion au moment de la crise douloureuse.

Le tétranitrate d'érythrol ou tétranitrol est plus lent dans son action et, comme le nitrite d'amyle, il s'accompagne de battements désagréables. Il sera présenté sous la forme de comprimés renfermant deux à trois milligrammes de la substance active.

Dans les accès violents et prolongés qui ne cèdent pas aux médications précédentes, on pratiquera une injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine associé à un quart de milligramme d'atropine. Il y aura en outre intérêt à recommander une révulsion énergique de la région précordiale par des applications chaudes, simples ou sinapisées, et à favoriser la vaso-dilatation par la balnéation chaude des avant-bras. Donc, dans le traitement de l'angor d'effort, le médecin associera les opiacés aux médicaments vaso-dilatateurs.

2° Traitement de l'angor de décubitus. — L'angor de décubitus sera justiciable d'une saignée copieuse de 300 à 400 grammes, et même davantage, s'il coïncide avec une crise violente d'œdème aigu du poumon. Le médecin calmera l'angoisse par une injection de morphine, sans craindre une influence fâcheuse et en réalité inexistante sur la fonction rénale. L'opium, comme l'a observé depuis longtemps Sydenham, est un excellent cordial. Enfin si l'essoufflement survit à l'accès douloureux, on pratiquera une injection intra-veineuse d'ouabaïne sans se préoccuper de l'état du rein ; car cette drogue n'est pas à redouter, même chez les sujets atteints d'une sclérose rénale avancée.

La saignée, l'ouabaïne, la morphine, c'est-à-dire la combinaison des médications déplétive, toni-cardiaque et sédative, résument nos moyens d'action dans les cas d'angor de décubitus. Si le médecin sait user avec sang-froid et discernement de cette thérapeutique d'urgence, il trouvera dans l'une des circonstances les plus dramatiques de sa carrière ses plus beaux triomphes.

3° Traitement de l'angine névrosique. — En présence d'un accès d'apparence nerveuse, on appliquera des compresses chaudes sur la région précordiale, on prescrira du sirop d'éther, et par des paroles optimistes, on s'efforcera de convaincre le malade de la bénignité de ses souffrances.

b) Traitement de l'angine dans l'intervalle des accès.

Dans l'intervalle des accès, le médecin s'efforcera d'en reconnaître la cause et pensera tout d'abord à la syphilis dont nous avons appris le rôle important. L'existence d'une aortite avec insuffisance, d'une ectasie, la constatation de stigmates évidents, une contamination antérieure, une séro-réaction positive, seront les indi-

cations formelles d'un traitement spécifique. Dans la pratique, il sera poursuivi avec circonspection, en tenant compte de l'état du cœur et du rein dont la fonction est souvent plus ou moins compromise.

En l'absence de toute insuffisance cardiaque ou rénale, le malade sera considéré comme un syphilitique banal et traité comme tel avec énergie et persévérance ; il y aura intérêt à varier les médications et à recourir alternativement au cyanure de mercure, au bismuth et aux arsenicaux. Quand les injections mercurielles, en raison de leur fréquence, seront difficilement applicables, on pourra leur substituer les suppositoires renfermant cinq centigrammes d'onguent napolitain. Au traitement précédent, on associera la médication iodée sous la forme d'iodure de sodium, de lipiodol, de néo-riodine, etc. L'iodure sera prescrit à la dose de deux grammes par jour, le lipiodol, la néo-riodine en séries de 12 piqûres tous les deux mois. Nous donnons la préférence aux injections iodées qui ont une action souvent remarquable sur les parois artérielles et qui n'ont pas l'inconvénient, comme l'iodure de sodium, de provoquer des troubles gastriques dont la répercussion sur la fonction cardiaque n'est pas négligeable.

Chez un sujet atteint d'insuffisance cardiaque même légère, le médecin s'efforcera d'abord de rétablir l'équilibre circulatoire ; il interviendra ensuite avec prudence, car dans ces circonstances, la médication antisyphilitique est souvent mal tolérée. Il évitera les arsenicaux susceptibles de provoquer une poussée d'œdème pulmonaire et surveillera attentivement le rein. Si l'état paraît s'aggraver, si les urines diminuent, il interrompra le traitement ; dans le cas contraire, il le poursuivra en se conformant aux règles que nous venons d'établir.

Enfin dans les cas où le cœur et le rein paraissent gravement compromis, il faut s'abstenir de tout traitement antisyphilitique, car les conséquences en seraient désastreuses ; la période de tolérance est définitivement passée, la syphilis ne doit plus retenir l'attention et le malade doit être considéré et traité comme un cardiaque (1).

En dehors de la syphilis, exceptionnellement de la goutte, justiciable de la colchique ; des affections organiques dont le traitement peut éviter les répercussions dangereuses, le médecin, en raison de son ignorance de la cause de l'angor, se trouvera condamné à un traitement symptomatique dont le but essentiel sera de combattre les influences spasmogènes. Dans la pratique, il se trouvera en présence de trois catégories de malades ; des sujets dont l'angor paraît solitaire, ou associé à une aortite sans signes orificiels ni hypertension ; des malades hypertendus ; des insuffisants cardiaques. Chez les premiers, le traitement se résumera dans le régime et la médication iodée. Le *régime* sera très surveillé en raison de l'influence fâcheuse des variations de tension et des troubles digestifs, il sera peu azoté et peu chloruré ; si les accès sont récidivants, il y aura intérêt à recommander les petits repas fréquents. Naturellement tous les excitants : tabac, café, thé, alcool, seront formellement interdits. D'autre part, les malades exposés aux crises postprandiales conserveront un repos absolu pendant une heure ou deux après le repas de midi. La *médication iodée* sera conseillée sous la forme d'iodure de sodium ou des préparations iodées injectables dont nous avons déjà parlé. L'iodure de sodium ne sera prescrit qu'aux sujets dont les fonctions digestives sont normales et de préférence en globules glutineux qui se dissolvent dans l'intestin. La dose sera de 1 à 4 grammes par jour pendant 10 jours par mois. L'association de l'iodure au bromure est à recommander, car elle s'adresse simultanément à l'élément nerveux dont le rôle est important. Le malade prendra pendant 10 jours par mois, trois fois par jour, une cuillerée à dessert de la potion suivante :

Iodure de sodium	10 à 40 grammes
Bromure de sodium ...	12 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	100 grammes
Eau distillée q.s.p.	300 grammes

L'iodure de sodium, à doses fortes et prolongées, a donné dans certains cas une amélioration réelle, se traduisant par l'espacement des crises et même par leur disparition. Dans les cas que nous avons pu suivre, nous n'avons noté aucune modification appréciable. En revanche, certains sujets nous ont paru améliorés par les préparations iodées injectables.

Les malades hypertendus seront justiciables d'un régime rigoureusement surveillé. Toutefois, le médecin se laissera guider par l'état du cœur et du rein, et s'il est légitime qu'il ait la main ferme, il ne devra l'avoir qu'avec discernement. Une intransigeance injustifiée, en dehors de l'affaiblissement qu'elle pourrait entraîner, serait susceptible de provoquer des répercussions morales et des suggestions fâcheuses, plus préjudiciables qu'une certaine tolérance. Le régime sera associé à la médication déplétive (purgatifs réguliers, petites saignées) et aux vaso-dilatateurs (nitrite de soude, trinitrine, benzyle, etc.).

L'insuffisance cardiaque sera combattue par les toni-cardiaques, digitale, ouabaïne. Danielopolu recommande un traitement énergique ; il prescrit XXX gouttes de digitaline pendant 2 jours la première semaine, XXV gouttes par jour pendant 2 jours la seconde semaine en continuant cette dose pendant plusieurs semai-

(1) L. Brin et L. Giroux, Syphilis du cœur et de l'aorte. 1923. Doin, éditeur.

nes. Après un repos plus ou moins prolongé, le traitement sera repris dans les mêmes conditions. Cet auteur recommande également, chez les malades atteints d'accès subintrants, l'ouabaïne intra-veineuse à la dose de 1 /8 de milligramme toutes les deux heures sans dépasser, dans la journée, une dose de 3 /4 de milligramme.

Le *traitement sédatif* interviendra contre les influences nerveuses qui, prépondérantes dans l'angor névrosique, ne sont pas négligeables dans l'angor le plus franchement organique. La médication bromurée, les valérianates, le gardénal seront recommandés.

L'*opothérapie cardiaque* a été conseillée par Martinet. Cet auteur prescrit, soit en lavements, soit par la voie buccale, la poudre ou la peptone de cœur. Le lavement pourra être formulé comme il suit :

Peptone de cœur	une cuillerée à café.
Jaune d'œuf........	n° 1.
Eau distillée........	150 centim³

Si le lavement est mal toléré, on lui incorporera quelques gouttes de laudanum. Par la voie buccale, la peptone de cœur sera donnée aux doses de 2 à 3 grammes en paquets, en cachets, ou même en elixir, au moment des repas. Personnellement, nous avons eu recours dans quelques cas aux proxitases de cœur, mais sans résultat appréciable. Théoriquement justifiée, cette thérapeutique ne paraît pas avoir fourni d'amélioration évidente ; cependant, dans les cas fréquents où tous les traitements échouent, il y aura un avantage tout au moins moral à la recommander.

L'*exercice physique*, quand l'état du cœur le permet, est favorable aux angineux ; le muscle cardiaque, comme le muscle volontaire, n'a rien à gagner à un repos absolu. L'expérience a d'ailleurs montré qu'un séjour au lit prolongé n'avait aucune influence sur le retour des crises. L'exercice sera naturellement régulier, progressif, méthodique ; c'est à cette seule condition qu'il aura l'influence favorable, que nous avons pu constater dans certains cas, ainsi que Vaquez et Martinet.

La *psychothérapie* tiendra une place importante dans le traitement de l'angor. S'il est un peu puéril de recommander aux malades d'éviter les émotions, que la vie ne peut manquer de leur réserver, en revanche, il est en notre pouvoir d'atténuer par des paroles optimistes l'état d'angoisse et de terreur qui favorise le retour des accès. Sans doute, il serait contraire au prestige du médecin et, secondairement, à l'intérêt du malade, de nier l'existence d'un mal sur la nature duquel il est malheureusement fixé, mais il est possible de lui faire comprendre, par des paroles consolantes et des exemples bien choisis, que sa situation n'est pas aussi grave qu'il le croit et qu'avec certaines précautions, il peut encore fournir une longue carrière.

Les *cures hydro-minérales* seront salutaires aux angineux qui ne présentent pas d'insuffisance cardiaque. En dehors de l'influence favorable du repos et du régime, ils bénéficieront du climat et de l'action sédative des eaux. Bourbon-Lancy sera conseillé aux valvulaires, Royat et Bains-les-Bains aux angineux, qu'ils soient ou non atteints d'hypertension. Les eaux de cette dernière station, par leur teneur en silice, leur action diurétique et leur grande radioactivité, interviennent par un mécanisme complexe, à la fois modificateur et sédatif, sur lequel l'un de nous a récemment insisté (1). Sous l'influence des bains, les crises s'atténuent et s'espacent et les malades constatent rapidement l'augmentation de leur résistance à l'effort.

Tels sont les moyens d'action dont nous disposons pour calmer les douleurs de l'angor et s'opposer à leur retour. Ils ne sont en réalité que des indications générales, que le médecin, par un choix judicieux, devra adapter aux circonstances si nuancées de sa pratique journalière. Mais il faut reconnaître qu'en dehors des cas où la syphilis intervient, leur richesse est plus apparente que réelle et que les résultats obtenus sont très inconstants et souvent même décourageants.

Si l'on oppose la carence fréquente du traitement médical à la situation si douloureuse des sujets atteints d'angor, on conçoit que les chirurgiens aient tenté, par une intervention sur le sympathique, de supprimer le paroxysme douloureux et de rendre ainsi au malade une existence tolérable. François Franck, à la suite de ses travaux sur le sympathique cardiaque, avait eu déjà l'idée d'un traitement chirurgical, mais c'est Jonnesco qui pratiqua en 1916 les premieres interventions. Les résultats furent encourageants, les crises disparurent complètement, ou dans les cas moins favorables, perdirent de leur violence et de leur fréquence ; en revanche, il y eut à regretter de graves accidents, tels que dilatation aiguë du cœur, œdème du poumon, chute brutale de la tension artérielle. L'exemple de Jonnesco fut rapidement suivi, mais les techniques employées sont, à l'heure actuelle, trop diverses et trop discutées pour qu'il ne soit pas prématuré de les envisager. Le traitement chirurgical de l'angor est à l'étude et seule, une plus longue expérience nous fixera sur sa valeur pratique. Malgré tout, dès maintenant, il paraît vraisemblable que dans l'avenir, les cas d'angor sans insuffisance cardiaque, rebelles au traitement médical et intolérables par la violence et la fréquence des paroxysmes douloureux, entreront dans le domaine de la chirurgie.

(1) V. LASSANCE. — Les cures hydrominérales dans l'angine de poitrine. — XVIIIe Congrès de Médecine, Nancy, 1926.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Stérilisation des eaux potables par auto-javellisation (système Bunau-Varilla).

Ce procédé permet de réaliser — ainsi que la ville de Reims en fait l'expérience depuis plus d'un an — l'installation la moins onéreuse, la plus simple et la plus parfaite, en n'employant que des doses ultra-réduites d'hypochlorite de soude, imperceptibles au goût et cependant parfaitement efficaces.

Dans une note très intéressante et détaillée, le professeur Téchoueyres fournit quelques indications précises se rapportant : 1° à l'automaticité de l'appareil, qui est d'une extrême simplicité ; 2° aux recherches expérimentales sur l'action antiseptique des doses faibles de chlore libre.

***

I. Le principe de l'appareil auto-javelliseur de Bunau-Varilla consiste dans l'utilisation du courant d'eau mû par les pompes pour réaliser l'amorçage d'une trompe à eau, qui débite la liqueur hypochloritée. Le débit des pompes (eau de consommation) et le débit de la trompe à eau (liqueur javellisante) étant constants, il suffit de connaître leur valeur respective pour établir le titre de la dilution d'hypochlorite, dont on confie à la trompe à eau le soin d'assurer une distribution continue.

L'amorçage et le désamorçage de l'appareil distributeur d'eau de Javel sont déterminés par la mise en marche ou l'arrêt de la circulation d'eau, c'est-à-dire par la mise en marche ou l'arrêt des pompes.

Dans le détail, l'installation se compose d'une canalisation de faible section, établie en dérivation sur les conduites maîtresses de refoulement et d'aspiration ; elle est branchée à son origine sur la conduite de refoulement et se termine sur la conduite d'aspiration ; l'eau y pénètre donc sous pression, refoulée par les pompes, et y circule sous pression jusqu'à un petit réservoir à air libre où elle se répand et d'où elle est aspirée par les pompes. A l'origine de cette dérivation se trouve un robinet qui se ferme automatiquement quand la pompe s'arrête et qui s'ouvre quand elle se met en marche ; on obtient cette automaticité par un enclenchement mécanique, comme ceux assurant le fonctionnement simultané des aiguilles de voies ferrées et des signaux qui les couvrent. Cette dérivation est interrompue par le réservoir, dont nous venons de parler et par une trompe à eau, qui a reçu le nom de bifurcateur-trompe, parce qu'il vient s'y bifurquer deux courants : le courant d'eau et le courant d'hypochlorite de soude.

Ce deuxième appareil est relié à une bonbonne renfermant l'eau de Javel, qui se trouve aspirée vers la trompe par la succion qu'exerce cette dernière ; elle y arrive par un tube effilé, à la vitesse d'environ 8 mètres par seconde, se mélange aussitôt dans le courant, localement tourbillonnaire, de l'eau et se rend avec elle dans la conduite d'aspiration de la pompe.

Le réservoir qui, sur le trajet de l'eau, précède le bifurcateur-trompe, est muni de deux orifices de déversement, en plus de l'orifice qui forme l'origine du tube allant au bifurcateur-trompe. L'un des deux orifices de déversement assure l'écoulement par trop-plein ; l'autre réalise la vidange du réservoir, lorsque la pompe, cessant de fonctionner, n'en renouvelle plus à tout instant la charge. Ce déversement se trouve situé à un niveau légèrement inférieur au niveau de l'orifice par lequel l'eau aspirée par la conduite d'aspiration de la pompe s'engage vers le bifurcateur-trompe. Quand la pompe est en marche, le niveau de l'eau atteint vite celui du trop-plein et tout fonctionne normalement ; quand la pompe s'arrête, le robinet qui commande l'entrée de la dérivation la ferme et le réservoir cesse d'être alimenté. L'eau s'écoule alors exclusivement par le deuxième orifice de déversement, et bientôt, découvre l'orifice du tube relié au bifurcateur-trompe ; l'air y est alors aspiré au lieu d'eau, et, par suite, la succion ne s'exerce plus au bas de l'ajustage de la trompe. Quand la pompe est remise en marche, le réservoir se remplit à nouveau, l'orifice précédemment découvert est maintenant noyé ; l'aspiration se rétablit et la liqueur javellisante immédiatement aspirée se remet à couler. Grâce à cette automaticité absolue, il y a donc un véritable enclenchement hydraulique de la javellisation entre la pompe et le réservoir de la solution antiseptique.

Cet appareillage fonctionne à Reims avec une régularité parfaite ; le mécanisme est si simple qu'il ne saurait être simplifié davantage : à noter que la transparence du bifurcateur-trompe (appareil en verre) permet à tout instant et d'un simple coup d'œil de suivre le fonctionnement régulier du débit de l'eau de Javel.

***

II. L'originalité de la méthode réside, non seulement dans l'usage d'un appareil automatique, mais aussi dans l'emploi de doses efficaces d'hypochlorite de soude, qui soient cependant au-dessous de la limite de perception par le goût. Car il s'agit en somme de purifier une eau sans la dépouiller de ses qualités habituelles d'agréable saveur.

Il convient donc de déterminer dès l'abord de quelles quantités d'eau de Javel on peut charger une eau sans modifier ses caractères organoleptiques (1) ; il faut ensuite s'assurer expérimentalement que les doses inaperçues dégagent assez de chlore libre pour être cependant efficaces.

Pour l'eau de Reims, il a été établi que l'hypochlorite de soude ajouté ne devenait perceptible qu'à partir de 3 décimilligrammes de chlore libre par litre ; au-dessous de cette limite, le goût de l'eau n'est pas modifié. Pour savoir si les doses inférieures à ce taux étaient réellement antiseptiques, on a infecté l'eau avec des cultures récentes de colibacilles ou de bacilles d'Eberth les résultats ont été positifs.

Au cours de ces recherches, on a pu établir que l'agitation ou brassage du mélange, qui paraît *a priori* d'importance secondaire, semblait posséder au contraire une valeur de premier plan. D'autre part, étant établi que la stérilisation est plus parfaite quand l'action des faibles doses se poursuit un temps plus long, une observation fortuite a démontré que le chlore introduit au cours de la javellisation (au taux de 2 décimilligrammes par litre) persistait dans l'eau sous forme libre ou du moins libérable pendant plus de 24 heures. Ensuite, la quantité de chlore fixée par les matières organiques de l'eau devant être ajoutée en supplément à celle qui est nécessaire à la stérilisation, il a été prouvé que celle-ci n'est pas, comme on pourrait le croire, une fonction déterminée et fixe de la quantité de matières organiques.

(1) A noter que la saveur du chlore est d'autant mieux perçue dans une eau javellisée que la quantité de matières organiques contenue dans cette eau est plus faible.

***

L'auteur décrit enfin l'application du système Bunau-Varilla au cas d'une alimentation d'eau par source à débit continu débouchant dans un réservoir ; il établit la formule pour déterminer le titre de la solution d'hypochlorite de soude aspirée par l'auto-javelliseur, ainsi que la méthode à employer pour la détermination du test de chlore. (*Paris médical*, 25 juill t 1925.)

Sur le pouvoir antiseptique et antitoxique des eaux de Châtel-Guyon.

Le pouvoir antiseptique et anti-toxique des eaux châtelguyonnaises s'exerce par un double mécanisme : indirectement, par suite de l'action cholagogue indiscutable de ces eaux, à dominante métallique chlorurée magnésienne, et à la chasse de bile qui en est la conséquence ; directement, par leur action désincrustante et cicatrisante qu'elles produisent au niveau de la face interne de la muqueuse intestinale.

Jean Baumann a cliniquement vérifié l'efficacité de la cure de boisson aidée par la méthode du goutte à goutte rectal remplaçant l'ancienne douche ascendante, et même la moderne entéroclyse, chez certains malades âgés, qui présentent une hypertension due certainement à des troubles artériels conditionnés, tant par le grand sympathique que par le système endocrinien. Les résultats ont été remarquables. Douze observations en témoignent. La contre-épreuve, pratiquée chez des sujets âgés et dont l'hypertension, d'origine artério-scléreuse confirmée, a démontré que, chez de tels malades, la cure n'a aucune action hypotensive, au contraire.

Dans la colibacillose et dans le syndrome entéro-rénal, les résultats du traitement chatelguyonnais ne sont pas moins impressionnants. Sur 13 cas de syndrome entéro-rénal, l'auteur a obtenu 7 résultats positifs, avec disparition du colibacille dans les urines et diminution de la flore intestinale. (*La Presse thermale et climatique*, 1925.)

Les Sociétés Savantes

La neuropathologie et l'expression des émotions.

(M. G. DUMAS. — *Académie de médecine* ; 26-1 et 2-1926.)

Certaines affections nerveuses donnent à la physionomie une expression spéciale (rire, tristesse, peur) dont la fixité permet d'étudier en détail et à loisir les aspects émotifs du facies. Ainsi, la paralysie faciale comporte une expression de tristesse, la maladie de Basedow une expression de colère, la paralysie pseudo-bulbaire une expression d'effarement, les contractures faciales, quand elles ne sont pas trop marquées, une expression de joie et de sourire. L'attitude des parkinsoniens rappelle l'étonnement. L'auteur a tiré de là quelques considérations sur les divers aspects émotifs de la face.

— M. GUÉNIOT montre qu'en dehors de leur traduction sur le visage, les émotions se manifestent quelquefois par des phénomènes singuliers. L'auteur cite l'exemple d'un accoucheur estimé qui ne commençait jamais une opération importante sans s'être mis en colère, la colère lui procurant le cran nécessaire. Le chirurgien Jobert (de Lamballe) calmait ses émotions opératoires en faisant acte de rudesse vis-à-vis de ses aides. La fonction d'interne dans son service était de ce fait assez humiliante !

Céphalées par vaso-dilatation et céphalées par vaso-constriction.

(MM. PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et BLAMOUTIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-11-1925.)

M. Pasteur-Vallery-Radot a établi, en s'appuyant sur différents tests, le rôle de la vaso-constriction dans la migraine. Si l'on immerge les mains de certains migraineux dans l'eau glacée ou si l'on applique de la glace sur le front de ces sujets, la vaso-constriction obtenue provoque rapidement une vive céphalée ou même une crise de migraine. Par contre, l'inhalation de nitrite d'amyle, substance vaso-dilatatrice, procure d'ordinaire une diminution de la douleur chez les migraineux.

MM. Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier présentent aujourd'hui une observation d'un syndrome différent de vaso-dilatation encéphalique, survenant par crises et déterminant une céphalée hémicranienne accompagnée d'hémi-hydrorrhée nasale et d'hémi-larmoiement. Dans ce cas, l'épreuve de la glace donnait un résultat opposé à celui qu'on obtient chez les migraineux, les symptômes cédant au lieu de s'amplifier. Le nitrite d'amyle, par contre, exacerbait la cépha ée. L'air chaud sur la région frontale l'augmentait également. L'adrénaline (vaso-constricteur) la diminuait et une série de 20 injections sous-cutanées de 1 cc. de la solution d'adrénaline à 1 pour 1.000 fut suivie de guérison.

L'auteur conclut que les crises de migraines (qu'il rattache à une vaso-constriction encéphalique par excitation du sympathique) doivent être opposées à certaines autres céphalées, où il y a vaso-dilatation.

L'abcès de fixation est-il un moyen thérapeutique à conserver ?

(M. J. COMBY — *Société médicale des hôpitaux* ; 22-1-1926.)

L'abcès de fixation a été préconisé il y a vingt-cinq ans, pour la première fois, par un accoucheur lyonnais, Fochier, qui l'appliqua au traitement de la septicémie puerpérale. Foch er injectait dans le tissu cellulaire sous-cutané 1 cent. cube d'essence de térébenthine et provoquait ainsi une réaction assez vive suivie d'abondante suppuration. Il se proposait, par ce moyen, d'attirer, de *fixer* en un point déterminé l'infection générale dans ses formes graves.

La méthode de Fochier eut son heure de célébrité, puis elle tomba dans l'oubli, à Paris du moins, car à Lyon et à Bordeaux, on continua à l'utiliser. Elle fut remise en honneur en 1918 par Netter dans le traitement des grippes si sérieuses de cette époque et, un peu plus tard, comme thérapeutique de l'encéphalite épidémique.

L'injection d'essence de térébenthine dans le but de provoquer un abcès de fixation offre-t-elle une somme d'avantages supérieure à ses inconvénients et faut-il la conserver dans la pratique ? M. J. Comby ne le pense pas. Il est temps, dit-il, de rayer de nos formulaires cette aberration thérapeutique. L'injection térébenthinée cause de vives douleurs en général et entraîne une suppuration assez longue à tarir, parfois des escarres, le tout sans bénéfice bien nettement établi. M. Comby a souvent été témoin des inconvénients de l'abcès de fixation et n'a jamais constaté ses avantages. Avant d'y recourir, conclut-il, souvenons-nous du vieil adage « *primum non nocere* ».

— M. NETTER répond aux critiques de M. Comby. L'injection de térébenthine est beaucoup moins douloureuse si le derme n'est pas touché. Il faut enfoncer l'aiguille jusqu'à la partie la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané. La seringue une fois vidée, il est bon de la retirer en laissant l'aiguille en place et, par la lumière de celle-ci, pousser une petite quantité d'air, ce qui permet de retirer l'aiguille sans disséminer la térébenthine sur son parcours. L'abcès collecté, si l'incision est retardée au septième ou huitième jour, la cicatrisation n'est pas très longue.

M. Netter est resté un fervent adepte des abcès de fixation. Il en a obtenu de très beaux résultats dans les grippes graves, l'encéphalite épidémique, certaines méningites, etc.

M. Lereboullet estime, comme M. Comby, qu'on a fait un usage excessif de l'abcès de fixation, chez les enfants en particulier. Toutefois, la méthode semble avoir quelquefois des effets avantageux. Les constatations expérimentales de M. Ramon (de l'Institut Pasteur) apportent un argument en faveur de ces abcès. M. Ramon a vu que les chevaux préparés pour l'obtention du sérum antitétanique s'immunisent mieux lorsque par hasard ils sont porteurs d'abcès. Partant de là, il a eu l'idée d'injecter aux animaux qu'il prépare une substance irritante locale, le tapioca cuit ; cette injection, pratiquée parallèlement avec l'injection d'anatoxine tétanique, décuple le pouvoir antitoxique du sérum. Par analogie, on peut tout au moins supposer que l'injection térébenthinée intervient dans un sens analogue.

— M. Boidin, tout en reconnaissant que l'on a abusé des abcès de fixation à une certaine époque, montre que cette méthode donne dans quelques cas des résultats excellents.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. Action du radium.

(M. E. Apert. — *Soc. méd. des hôp.* ; 20-11-1925.)

M. Apert, dans un cas de ré raction de l'aponévrose palmaire, s'est trouvé bien de l'usage de l'émanation de radium.

— M. Béclère rappelle que l'on connaît depuis plus de vingt ans l'action favorable des rayons de Rœntgen sur la maladie de Dupuytren.

La lambliase vésiculaire.

(MM. Marcel Labbé, Nepveux et Gravila. — *Soc. méd. des hôp.* ; 13-11-1925.)

La lambliase, maladie intestinale, peut être aussi vésiculaire, envahir la vésicule biliaire. Cette lambliase vésiculaire, sur laquelle les auteurs allemands, ont insisté, a été niée par M. Chiray. M. Marcel Labbé croit à sa réalité, sinon à sa fréquence.

Ses symptômes cardinaux sont un état de dyspepsie rebelle, avec amaigrissement, asthénie, cachexie, phénomènes gastriques peu marqués, et prédominance de troubles intestinaux (diarrhée).

Le lamblia est un protozoaire flagellé qui se loge d'abord dans la partie inférieure du gros intestin; on le trouve alors dans les selles, à l'état adulte ou kystique. Il remonte ensuite dans le grêle, et se fixe avec prédilection dans le duodénum, où l'on peut le retrouver par tubage. Du duodénum, il parvient à la vésicule, et le tube d'Einhorn le montre dans la bile.

Le traitement de la lambliase vésiculaire n'a donné jusqu'ici que des résultats médiocres. Les Américains ont utilisé l'arsphénamine. On a employé le tréparsol, le stovarsol, le novarsénobenzol, le sulfarsénol. M. Labbé n'a pas réussi jusqu'à présent, avec ces médicaments, à faire disparaître le lamblia de la bile vésiculaire. Il se propose d'essayer la phtaléine tétrachlorée, et l'essence de térébenthine, qui ont, parait-il, fourni des succès contre la lambliase intestinale.

Hypertension céphalo-rachidienne traitée par les solutions hypertoniques.

(M. Pagniez. — *Soc. méd. des hôp.* ; 27-11-1925.)

Wœd et Mac Kibben ont recommandé l'emploi des solutions hypertoniques dans l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Dans deux cas de ce genre, M. Pagniez a eu recours à cette médication et les malades ont guéri. Chez le premier, l'auteur fit ingérer comme préparation hypertonique une solution de 40 grammes de glycose dans un demi-verre d'eau. Chez le second, il s'adressa à une solution saline forte (eau de Purgos). La céphalée et l'agitation du patient s'amendèrent bien avant l'effet purgatif du médicament.

Iode et salicylate dans le rhumatisme subaigu.

(M. J. de Jong et Mlle Wolff. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-12-1925.)

Dans le rhumatisme subaigu, le rhumatisme chronique avec poussées douloureuses aiguës, M. de Jong a associé avec avantage le salicylate de soude par voie buccale et les injections intra-musculaires d'iode (iodure de sodium, iodo-benzo-méthyl-formine).

La bile et le bactériophage.

(MM. de Jong et P. Hauduroy. — *Soc. méd. des hôp.* 4-12-1925.)

MM. de Jong et Hauduroy ont suivi un patient atteint de fièvre typhoïde, chez lequel une hémoculture faite vers la fin de la maladie fut négative sur milieu peptoné, et positive sur milieu bilié. Pensant que cette particularité pouvait s'expliquer par une action de la bile sur le bactériophage (on sait que dans les hémocultures tardives, le bactériophage empêche l'Eberth de pousser), M. Hauduroy a procédé à un certain nombre d'essais qui lui ont montré qu'effectivement, la bile, même en petite quantité, avait la propriété d'arrêter le phénomène de yse produit par le bacille de d'Hérelle, d'où la possibilité d'hémocultures positives sur milieu bilié, à des moments où elles sont difficilement positives sur eau peptonée. Cette constatation expliquerait aussi un fait clinique bien connu : la persistance des germes typhiques dans la vésicule biliaire, la bile des porteurs de germes restant virulente.

Varicelle mortelle chez une femme enceinte.

(MM. R. Debré, Lévy-Solal, G. Netter et Longchampt. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-12-1925.)

Une jeune femme de 23 ans, enceinte de huit mois, présente un soir une éruption thoraco-abdominale à forme vésiculeuse (type varicelle) et de l'obnubila-

tion intellectuelle. Pas d'accident obstétrical, pas d'albuminurie. Rapidement, le coma s'installe et, malgré le traitement (saignée, goutte à goutte rectal, transfusion de sang de varicelleux récent, etc.) la mort survient au bout de vingt heures.

Le diagnostic de varicelle mortelle à forme comateuse paraît admissible aux auteurs. Ce serait là une reproduction clinique des expériences d'encéphalite herpétique du lapin. La grossesse aurait joué un rôle prédisposant. D'où la conclusion, de chercher à éviter la varicelle chez la femme enceinte, comme on doit éviter chez elle la rougeole. Pour la rougeole, on peut disposer d'une arme (le sérum de convalescent) qui est beaucoup moins active dans le cas de varicelle.

La digestion intestinale des graisses.

(M. Léon Binet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-12-1925.)

Les expériences de Dastre sur le chien lui ont permis d'établir que la digestion des graisses appartient à la bile autant et plus qu'au suc pancréatique. D'une série d'expériences personnelles, M. Binet conclut à son tour qu'en dehors de la lipase pancréatique, l'organisme possède une lipase intestinale. Celle-ci, dans les périodes digestives, peut, après renforcement par la bile, digérer les graisses. Le chien dépancréaté, grâce à cette lipase intestinale et à la bile, présente une injection de ses chylifères traduisant une absorption de la graisse ingérée.

Absence de vagin. Opération de Baldwin.

(M. Baumgartner. — *Société de chirurgie* ; 2-12-1925.)

M. Baumgartner, chez une jeune femme offrant une absence congénitale complète du vagin, a pratiqué il y a 4 ans une opération de Baldwin (néo-vagin constitué avec une anse intestinale). Après une série assez longue de dilatations et quelques retouches opératoires, les résultats ont été excellents. Entrée du vagin normale. Néo-vagin laissant pénétrer deux doigts jusqu'à plus de 12 centimètres de profondeur. Muqueuse souple, un peu épidermisée vers le périnée. Cette femme est mariée depuis deux ans et remplit normalement et régulièrement ses rapports conjugaux.

P. L.

Les Thèses

P. — Dr Roger Robin. — **De la syringomyélie sans dissociation de la sensibilité (avec anesthésie totale)** (Paris, Société moderne d'Edition, 44, rue de Lisbonne, 1925.)

La syringomyélie avec anesthésie totale n'est pas une forme clinique anormale de la syringomyélie : l'altération de la sensibilité tactile est en effet de règle au cours de cette affection.

La destruction des cornes et des cordons postérieurs entraîne la production de l'anesthésie totale. La destruction des cornes postérieures et du segment antérieur des cordons antéro-latéraux a également pour conséquence l'apparition de l'anesthésie totale. L'envahissement du cordon postérieur détermine la production d'une anesthésie tactile à distribution radiculaire. L'atteinte du segment antérieur du faisceau antéro-latéral se caractérise par la présence d'une anesthésie tactile intéressant dans toute leur étendue les téguments des régions sous-jacentes à la lésion, c'est-à-dire par exemple, dans le cas d'une lésion unilatérale droite, les téguments de la moitié gauche du corps qui en dépend. La destruction du cordon postérieur ou du faisceau antéro-latéral n'est pas indispensable à la production de l'anesthésie totale.

Quand, dans un cas de syringomyélie avec anesthésie totale, la substance grise est seule intéressée, la cavité gliomateuse occupe certainement un segment important en hauteur, de façon à intéresser les fibres de la sensibilité tactile venues de plus bas et qui ont fait étape dans la substance grise de la corne postérieure.

Chez tous ses malades, l'auteur a retrouvé les signes cliniques fondamentaux de la syringomyélie, c'est-à-dire : *a*) l'amyotrophie ; *b*) la paralysie motrice ; *c*) les troubles objectifs de la sensibilité ; *d*) la cypho-scoliose ; *e*) des troubles trophiques marqués.

L'atteinte massive de la sensibilité superficielle est un fait général dans tous les cas cliniques qu'il a rapportés ; elle intervient au même titre que l'anesthésie dissociée, en tant que symptôme important dans la syringomyélie. La sensibilité profonde est troublée de façon variable ; son altération est fonction des lésions du cordon postérieur.

Le pronostic de la syringomyélie ne semble pas influencé par les lésions qui conditionnent l'anesthésie totale.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES ASSOCIATIONS ENTRE MÉDECINS

Les méthodes scientifiques actuelles rendent indispensables, pour le clinicien, l'adjonction de recherches de laboratoire, ou l'examen plus particulier de tel ou tel organe, par un médecin spécialisé.

Les traitements, eux aussi, nécessitent tant une installation *ad hoc*, que l'habileté plus particulière du chirurgien, de l'oto-rhino-laryngologiste, du radiothérapeute, etc.

Jadis, l'art de guérir était individuel ; il devient progressivement collectif, en ce sens qu'un docteur en médecine, faisant ce qu'on nomme la médecine générale, doit faire appel à d'autres docteurs en médecine, dits spécialistes, pour préciser un diagnostic, ou pour instituer un traitement.

On peut s'en rendre compte, lorsqu'on jette un coup d'œil sur les études qu'on fait faire, dans les Facultés, aux étudiants. De combien de spécialités ne doivent-ils pas avoir quelque teinture, en sus des études fondamentales d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique.

Une fois docteur, le futur praticien se demande souvent quelle sera la branche de l'art de guérir qu'il va choisir. Est-il externe, et surtout interne des hôpitaux, nommé au concours, dans une ville de Faculté, que cette volonté de se spécialiser s'affirme rapidement par le choix des services hospitaliers.

Est-il donc étonnant de voir certains confrères, exerçant chacun une branche spéciale de la médecine, vouloir s'entendre et, disons le mot, s'associer, pour que les clients soient à la fois bien examinés et bien traités ?

La meilleure preuve, c'est que depuis mon dernier travail sur l'association entre médecins (*Concours médical* 1925, 2895), nous avons reçu nombre de questions de praticiens, voulant savoir sur quelles bases légales ils pouvaient contracter, pour pratiquer collectivement leur art, conformément aux exigences nouvelles.

« Puis-je mettre en commun, avec un confrère, argent, clientèle, immeuble, pour développer ma clinique ? demande l'un. Puis-je, dans ma maison de santé chirurgicale, m'adjoindre, sur un pied d'égalité, d'autres praticiens, l'un oculiste, l'autre oto-rhino-, le troisième radiologiste, etc. ?

« Je n'ai pas assez d'argent, pour fonder, à moi tout seul, une clinique, dont le besoin se fait sentir dans ma localité. Où puis-je trouver les fonds, par une association avec un confrère ?

« Je suis très occupé, ayant une grosse clientèle à desservir, dit l'un ; je suis très absorbé par un mandat politique, dit l'autre ; je suis souffrant, âgé, dit le troisième et je voudrais un collaborateur, qui deviendrait peu à peu mon successeur. Comment faire, pour trouver un associé ? »

Nombreuses et variées sont les questions qui nous sont posées et, délaissant les cas particuliers, je vais essayer de compléter aujourd'hui mon article du 13 décembre dernier, en ne m'occupant que de l'association entre médecins et en développant surtout le côté juridique de la question.

Les apports des associés.

Sous l'empire des articles 1134 et suivants du Code civil, les docteurs en médecine ont parfaitement le droit de mettre en commun des apports matériels, dans le but de fonder une société civile entre eux.

Deux ou plusieurs confrères peuvent fournir, de leurs deniers personnels, les sommes suffisantes, pour acheter un immeuble, ou le louer, pour y installer une clinique médicale, à moins que l'un d'eux n'apporte lui-même cet immeuble à la société.

Le fonds social organisera des services de spécialités, tant par achat que par apport d'instruments spéciaux par certains des associés.

Aussi, dans la fixation et l'estimation des apports, convient-il de préciser certaines modalités.

Il est rare, en effet, que deux ou plusieurs confrères s'entendent, pour consacrer une somme d'argent identique, pour l'organisation de leur travail professionnel.

Celui-ci apporte un immeuble, celui-là son instrumentation.

Mais *quid* de l'*apport de la clientèle* ?

La jurisprudence actuelle tend à déclarer que la clientèle d'un médecin n'est pas dans le commerce. Par suite, toute association, toute tractation, qui repose exclusivement sur l'aliénation, ou l'exploitation en commun d'une clientèle médicale, doit être réputée nulle de droit, comme ayant un but illicite.

Une thèse récente de doctorat en droit (Dr Louis Gaillard : « les Sociétés de médecins et les Sociétés de pharmaciens », 1925, Poitiers) expose le côté doctrinal et jurisprudentiel de la question.

Notre confrère montre que quelques auteurs

seulement considèrent comme licite la vente, ou l'apport en société d'une clientèle médicale. Le plus grand nombre, au contraire, ainsi que la jurisprudence, s'appuie sur ce que la confiance dans un médecin ne peut être transmise à un autre docteur, pour déclarer radicalement nul tout contrat de cession totale ou partielle de la clientèle.

La doctrine semble avoir inspiré la jurisprudence. Nous avons publié, en leur temps, diverses décisions s'opposant à la valabilité de cessions, ou de contrats d'associations entre médecins, l'un apportant sa clientèle et l'autre son argent.

Cependant, par ailleurs, les juges considèrent licite une cession de clientèle, ou une association, lorsqu'en plus de la clientèle sont spécifiés, dans le contrat, des ventes matérielles (instruments ou autres), une cession de droit au bail, voire même une obligation de faire ou de ne pas faire (interdiction d'exercer la médecine dans un rayon déterminé, présentation à la clientèle, etc.).

Etudions donc chaque situation particulière.

La clientèle d'un médecin, reposant uniquement sur la confiance des malades, est hors du commerce et ne peut faire l'objet d'une cession, ou d'un contrat. La nullité des conventions intervenues au mépris de ce principe est absolue.

Ainsi en a décidé la cour d'appel de Paris, le 15 mai 1922 ; ainsi dira également le tribunal civil de Marseille, par son jugement du 24 octobre 1923, à propos de deux vétérinaires.

Cette jurisprudence, ainsi que quelques autres décisions rendues dans le même sens, ne font qu'appliquer les directives suivies en matière de cession de clientèle.

Il en résulte qu'à l'heure actuelle, serait nulle l'association, intervenue entre deux médecins, dont l'un apporte sa notoriété, sa clientèle, *l'autre une somme* d'argent.

Un docteur n'a pas le droit de dire à un de ses confrères : « nous nous partagerons les clients, qui viendront demander le secours de notre art. C'est nous, qui choisirons les malades que nous irons soigner et non pas eux qui désigneront le docteur qui les soignera ».

Cependant, comme le constate le Dr Gaillard, dans sa thèse, il est bien facile de tourner cette obligation morale et de rendre valables pareilles associations.

Il suffit, en effet, que le contrat spécifie des apports mutuels en argent, ou en instrumentation, mobilier, etc. en obligation de faire ou de ne pas faire. Ce qui veut dire que la jurisprudence est actuellement en retard sur les mœurs.

La meilleure preuve est que l'arrêt de la cour de Paris du 15 mai 1922 a été rendu en sens contraire du jugement, qu'il casse, du tribunal de la Seine, du 2 janvier 1920 et malgré les conclusions du ministère public, M. Legris, substitut du procureur général.

S'appuyant sur l'opinion de certains auteurs et sur une jurisprudence, peu abondante il est vrai, M. Legris conclut : « l'association, du genre de celle dont nous parlons, est entrée dans les usages du monde médical. Il n'est pas rare qu'un médecin, au crépuscule de sa carrière, fatigué avant l'âge, ou débordé par le nombre de ses clients, s'adjoigne un assistant, qui réduit son labeur et partage ses profits. Jamais — que je sache — une telle association n'a été taxée d'illégalité. Je ne crois pas que vous puissiez la réprouver pour des motifs juridiques ».

A notre tour, nous dirons qu'il faut tenir compte des scrupules des juges, qui entendent faire respecter, pour chaque malade, la liberté de confiance dans son médecin.

Est illicite, comme dans le cas précédent, le partage des consultations et des visites à faire, partage fait par les médecins eux-mêmes et non par les clients.

Par suite, si dans un contrat d'association entre docteurs, il est bien spécifié que les malades auront toujours le droit de désigner nommément le praticien, qui viendra les soigner, le contrat devra être tenu pour valable.

Ce n'est que dans les cas, où les clients ne feraient pas connaître leur choix et demanderaient simplement des secours médicaux, sans dire par qui ces secours seront donnés, que les médecins auront la possibilité de se partager la besogne entre eux.

Au surplus, le public s'habitue à réclamer des soins de l'homme de l'art indéterminé, et non ceux du Dr X. Témoin ce qui se passe dans les hôpitaux, tant pour l'entrée dans l'établissement, que pour les consultations externes. A l'hôpital, ce sera aujourd'hui le Dr A., demain ce sera le Dr B., ou l'interne, qui fera la visite, on donnera les consultations.

C'est encore le cas des grandes administrations, des entreprises industrielles, des cliniques d'accidents du travail, organisées par les compagnies d'assurances contre les accidents : le malade, ou blessé, subit le médecin qu'on lui envoie, qu'on lui impose et qu'il n'a pas choisi. Et le public ne réclame pas et accepte cette manière de faire.

Pointilleux sur le chapitre de la libre confiance, en matière de cession de clientèle, ou d'association médicale, les juges ne montrent pas le même scrupule lorsqu'il s'agit de mutualités, d'usines, de collectivités publiques, ou privées, qui imposent leurs médecins aux malades qui ressortissent de leur juridiction.

D'ailleurs un arrêt de la cour d'Amiens du 14 avril 1924 reconnaît licite l'association entre médecins, lorsqu'un docteur, moyennant rétri-

bution, aide un confrère dans le service de sa clientèle.

Reste à connaître l'opinion de la cour de Cassation, lorsqu'un cas analogue lui sera soumis, pour déterminer qui a raison, de la cour d'Appel de Paris, ou de celle d'Amiens.

Le contrat d'association peut encore spécifier que le Dr A. s'associe avec le Dr B. et s'engage à présenter ce dernier, à sa clientèle, comme étant son collaborateur, et même comme son remplaçant éventuel.

On ne pourra donc pas arguer que les clients n'ont pas été prévenus ; par suite, ils étaient en droit de manifester leurs préférences, pour recevoir les soins du Dr A., ou ceux du Dr B.

Situations fixes.

Doit-on considérer comme valable l'apport, dans la société, par un des contractants, d'une ou plusieurs situations, dites fixes, qu'il détient ?

Un médecin de chemin de fer, d'usine, de mine, de société de secours mutuels, inspecteur des nourrissons, etc., etc. peut-il faire figurer ces « monopoles » dans son contrat ?

Vis-à-vis de son co-contractant, oui, l'apport est valable, car ce dernier aura à soigner des malades et à profiter des avantages conférés par la situation fixe, à son détenteur.

Vis-à-vis de la mutualité, du propriétaire de l'usine, etc. ? Oui, encore, à la condition que l'employeur accepte que son employé-médecin s'adjoigne un confrère. Mais il faut que ce dernier soit agréé par l'employeur. Ainsi une compagnie de chemin de fer peut s'opposer à ce que ses agents soient visités, soignés et surveillés au point de vue médical par tout autre que le médecin qu'elle a nommé.

Il en est de même, lorsque le titulaire d'un emploi médical se porte fort, vis-à-vis de son confrère, pour lui faire avoir sa succession. Cette dernière est soumise à l'agrément de l'employeur.

Quant aux malades, il ne saurait en être question, puisque le contrat de louage de services, ou d'entreprise, qui lie le médecin employé à l'employeur, a été passé, sans que le client ait été appelé à faire connaître son opinion.

Ainsi, les malades d'une usine subiront le Dr B. au lieu du Dr A. s'il plaît au directeur de l'entreprise industrielle d'agréer le Dr B. comme adjoint ou remplaçant du Dr A.

Instrumentation. Mobilier. Sommes d'argent.

La désignation d'apports matériels rendra licite l'association de deux ou plusieurs médecins, comme elle permet de valider la cession de clientèle.

Mais ici se pose une autre question. Un médecin déjà établi, ayant un cabinet achalandé, s'adjoint un jeune confrère.

Celui-ci n'a pas de fortune personnelle, mais possède de sérieuses qualités scientifiques et professionnelles, qui l'ont fait apprécier par son co-contractant.

On peut donc dire que l'un apportera une situation médicale toute faite et l'autre rien.

Aussi faut-il prévoir un partage inégal des bénéfices, pour que la retenue annuelle, que subira le jeune confrère, puisse amortir, par annuités, sa dette contractée comme défaut d'apport.

Même, dans certains cas, se surajoutera une cession progressive de la clientèle du premier confrère au profit du jeune, car il peut être spécifié, dans le contrat que, dans le délai de x années, le médecin âgé se retirera progressivement, au profit du plus jeune, qui deviendra ainsi seul propriétaire de l'affaire, ou qui pourra, à ce moment, s'adjoindre un autre confrère.

Questions d'espèces, mais qui compliquent considérablement la rédaction du contrat.

En effet, il faut toujours prévoir qu'une dissension éclate, au bout d'un temps plus ou moins long d'association et que chaque médecin veuille reprendre sa liberté. Comment alors faire le départ entre les clientèles ? La confiance des malades devra s'exercer librement ; mais le praticien le plus ancien, qui dans l'association, a apporté la totalité, ou presque la totalité de la clientèle, pourra-t-il demander à son confrère, une indemnité, pour lui avoir ainsi constitué un noyau de clients, qui resteront fidèles au second médecin ?

Cette question devra être envisagée comme solution dans le chapitre : dissolution des sociétés.

Spécialisations différentes.

Il peut se faire que plusieurs médecins s'associent, pour acheter, louer, équiper à frais communs un immeuble, en vue de le transformer en clinique ou polyclinique.

Chacun des contractants apporte son instrumentation particulière, sa clientèle personnelle.

Deux modalités sont à considérer.

Selon la première, les médecins conserveront leur indépendance professionnelle : leur association ne vaudra que pour payer, à parts égales ou différentes, les frais généraux de la clinique.

Le contrat d'association ne devra prévoir que le quantum que chacun devra payer, proportionnellement au temps qu'il passera dans l'établissement, à la clientèle plus ou moins nombreuse, par rapport à celle de ses confrères, qu'il y recevra, le nombre de pièces qu'il emploie, le temps d'occupation de ces chambres, etc.

Parfois, un médecin, propriétaire, ou principal locataire d'un immeuble, sous-loue à des confrères partie de son local, à charge à ces derniers de lui verser une indemnité annuelle fixe et invariable.

Selon une seconde modalité, les médecins s'associent complètement, pour l'exercice de leur art, dans le même immeuble, chacun traitant une branche spéciale de l'art de guérir.

Il faudra prévoir les parts contributives aux frais généraux et spéciaux, de même qu'il conviendra de fixer la répartition des recettes entre les associés.

En effet, la comptabilité de l'établissement peut être sociale, chacun des associés exerçant sa profession, sans percevoir directement ses honoraires.

Ce procédé est-il légal ? Ne pourrait-on pas craindre que la raison sociale étant seule connue du public, il puisse être reproché aux médecins d'exercer sous un pseudonyme ?

Pourvu que les malades puissent librement se confier au praticien de leur choix, il ne peut être interdit à plusieurs docteurs de se partager leurs honoraires, selon leurs conventions.

D'ailleurs, dans de grands établissements dentaires, par exemple, chez certains « princes de la science », les honoraires ne sont pas versés directement au praticien, au maître, mais à un secrétaire, à un comptable, qui tient les livres.

Quant au reproche d'exercer la médecine sous un pseudonyme, je rappellerai que, dans les hôpitaux par exemple, dans les dispensaires, combien sont-ils, parmi les malades, qui connaissent le nom du, ou des médecins qui les soignent ?

La loi du 30 novembre 1892 ne nous oblige, par son article 9, qu'à signer de notre nom véritable les ordonnances que nous rédigeons. D'ailleurs, il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux travaux préparatoires de la loi et principalement à l'opinion du Dr Brouardel, alors commissaire du gouvernement.

Vainement pourrait-on nous objecter qu'il est quelque peu immoral de voir un malade être *soigné par un médecin* dont il ne connaît pas le nom. Un client, par exemple, s'adresse à une association de plusieurs médecins et demande qu'un docteur vienne à domicile, examiner et traiter sa femme, ou son enfant.

L'association lui adresse donc un praticien, dont il ignore la véritable identité, la réputation, les capacités, etc.

En quoi celà est-il répréhensible, tant au point de vue juridique qu'au point de vue professionnel ?

Cela ne se produit-il pas tous les jours, alors qu'un agent de compagnie de chemin de fer, un employé, ou ouvrier de grande firme industrielle, ou commerciale, ou des P. T. T., etc., ayant droit au médecin gratuit, voit arriver chez lui un docteur, qu'il ne connaît nullement et qui vient, non seulement contrôler son état, au nom de la collectivité, qui l'a mandaté, mais encore donner ses soins et signer des ordonnances ?

Que de blessés du travail se font soigner dans des dispensaires patronaux, ou d'assurances, sur ordre de l'employeur : ils reçoivent les soins de personnes dont ils ignorent la véritable identité.

Jamais personne ne s'est soucié de cet état de choses.

Forme de l'association et partage des bénéfices.

Nous avons déjà vu plus haut que les associés ont parfaitement le droit de se partager les bénéfices, entre eux, soit sur un pied d'égalité, soit par parts différentes.

Tout dépend de l'importance des apports mutuels et respectifs, comme également des modalités de subordination qui peuvent exister, d'après le contrat d'association.

Bien entendu, nous laissons aujourd'hui les contrats de louage de services, ou d'entreprise par lesquels un docteur en médecine loue son travail professionnel à un confrère, pour aider ce dernier dans l'exercice de sa clientèle.

Nous n'envisageons que les cas d'association proprement dite.

Si les associés ont des apports égaux comme estimation et un travail égal, ils partageront également les bénéfices.

Mais, l'un d'eux peut apporter sa clientèle, sa réputation, alors que l'autre débute: le premier, faisant connaître son associé à ses clients et s'efforçant de faire reporter la confiance qu'on lui accorde depuis longtemps sur son jeune confrère, créera, pour ce dernier, un noyau de clientèle personnelle, cependant qu'au début, le médecin le plus ancien aura à exécuter le plus de travail, tant que son associé n'est pas suffisamment connu de ses malades.

Le partage des bénéfices pourra alors comprendre une part fixe, servant de traitement pour chacun et l'attribution de tantièmes, sur le surplus de l'actif de l'exercice, selon le travail annuel accompli.

Ce sont questions d'espèces, questions particulières, fort délicates à traiter.

Mais disons bien hautement que le corps médical, malgré ses détracteurs, fait montre d'un désintéressement digne d'éloges.

Personnellement, j'ai été souvent consulté par des confrères, désireux de s'associer : presque toujours, celui qui apporte le plus, tient à ce que son associé soit traité sur le même pied que lui, quant à la répartition des bénéfices. Les plus grandes facilités sont laissées, pour que le moins riche puisse peu à peu compléter son apport, sans gêne, ni vexation.

Le mercantilisme est fréquemment banni de ces tractations: le médecin considère plutôt la perpétuation de son œuvre, de sa clientèle, que le moyen de commercialiser, si je puis ainsi m'exprimer, une industrie médicale.

Dissolution.

Dans l'immense majorité des cas, l'association entre confrères est faite pour fort longtemps. Le confrère le plus âgé voit, dans son associé, son successeur, qui le remplacera progressivement, dans la clientèle, au fur et à mesure qu'il voudra prendre une retraite plus complète.

Sont-ils du même âge et de la même activité, les associés prévoient l'entrée éventuelle et ultérieure d'un autre membre, dans le groupe, plutôt que la séparation.

Néanmoins, le cas de mort doit attirer l'attention. Il ne faut pas que les héritiers d'un des associés viennent, bien qu'ils ne soient pas médecins, gêner le fonctionnement de l'affaire. Les docteurs en médecine doivent toujours conserver leur liberté professionnelle *erga omnes*, surtout lorsque des non-médecins sont intéressés à l'association.

Néanmoins, la dissolution doit prévenir le partage des droits sur l'immeuble, le partage des instruments et autres objets matériels.

Mais *quid* ? en ce qui concerne la clientèle, ou plutôt ce qu'il faudrait appeler le « pas de porte ? »

Les malades ont l'habitude de se rendre dans une maison, où ils savent trouver un médecin : le logis professionnel est une réalité, aussi bien à Paris que dans une petite localité.

Que de fois, des conflits éclatent, parce qu'un propriétaire, pour faire pièce à un docteur, s'empresse de louer l'appartement que celui-ci vient de quitter, à un autre médecin, qui drainera ainsi une partie de la clientèle.

Cela se voit encore, lorsqu'un médecin doit abandonner l'appartement professionnel, dans lequel il exerce depuis quelque temps.

S'il ne trouve pas à se loger, dans les environs immédiats, dans le même quartier, il perdra une partie de ses clients habituels, ceux qui ne voudront pas prendre l'habitude d'aller ailleurs retrouver leur ancien docteur.

Il en est de même pour une clinique.

Le paragraphe de l'acte d'association qui traite de la dissolution doit prévoir d'avance l'attribution de ce pas de porte et, au besoin, le versement d'une indemnité par celui qui le gardera.

Toutes les objections soulevées par la vente d'une clientèle peuvent ici être répétées. Néanmoins, on doit considérer que ce n'est pas un fonds de commerce, qui est ainsi débattu, quant à son attribution entre les associés, mais plutôt la possibilité de continuer l'exercice de la médecine. Le logis professionnel médical, quel qu'il soit, est un véritable instrument, permettant d'exercer une profession libérale.

Ces associations sont-elles de droit civil, ou de droit commercial ?

Nul doute, en ce qui concerne les contrats qui lient deux ou plusieurs médecins, à l'effet de desservir une clientèle : la jurisprudence, sauf exceptions particulières et bien précisées, a toujours estimé que les docteurs en médecine ne sauraient être assimilés à des commerçants.

Mais la question devient plus épineuse, lorsque les praticiens s'associent pour diriger et exploiter ensemble une maison de santé.

La difficulté semblait parfaitement résolue, en ce sens que la maison de santé n'était considérée que comme l'accessoire de l'exercice d'une profession libérale, lorsque les propriétaires sont tous des médecins.

Mais le fisc est intervenu, prétendant qu'une maison de santé est un établissement commercial et, comme tel, assujetti aux impôts commerciaux et taxes sur le chiffre d'affaires.

Nos confrères connaissent la question, que j'ai déjà exposée dans les colonnes du *Concours*. Les médecins, propriétaires de cliniques, prétendent que, dans bien des cas, l'immeuble n'est que l'accessoire de l'exercice de leur profession libérale : une salle d'opérations, un lit pour y transporter le malade, de suite après l'intervention, sont aussi indispensables au chirurgien que son bistouri.

Bien entendu, nous laissons encore ici de côté les associations de capitaux, dans lesquelles le but principal est l'exploitation d'une entreprise de logement et de soins secondaires, la question des soins médicaux ou chirurgicaux étant mise à part.

Le Conseil d'Etat est saisi du conflit et le résoudra définitivement.

Responsabilité professionnelle.

Elle se présente sous deux aspects :

1° Chaque associé est responsable personnellement de ses actes professionnels. Le diplôme de docteur en médecine donne, à chaque titulaire, le droit de soigner, en toute indépendance d'un autre docteur en médecine.

Il en serait différemment, si un médecin louait ses services pour obéir aux directives professionnelles et scientifiques d'un employeur diplômé, pour appliquer, par exemple, exclusivement une méthode de traitement. Dans ces conditions, l'employeur pourrait, dans certaines conditions, être rendu responsable des erreurs de son employé-médecin.

Dans l'association, dont nous nous occupons, il n'y a aucune dépendance scientifique entre les associés et chacun exerce son art, à ses risques et périls.

2° En ce qui concerne le personnel secondaire, infirmiers et autres, ce sera la société qui sera responsable de leurs fautes, en vertu de l'article 1384 du code civil, lorsque c'est l'association qui a conclu le contrat de louage de services.

Pour les fautes ordinaires (brûlures par bouil-

lottes trop chaudes, négligences et autres), ce sera la société elle-même qui sera civilement responsable de l'infirmier.

Pour les fautes d'ordre scientifique, le médecin qui a donné l'ordre technique, à la suite duquel un dommage a été occasionné au malade, sera civilement responsable de son infirmier.

Mais ce sont questions d'espèces, qu'il est bien difficile de condenser dans des formules d'ordre général.

Considérations de déontologie.

Les associations de médecins, permises par le droit commun, violent-elles cependant les habitudes professionnelles ? Sont-elles contraires aux données classiques de la déontologie ?

En ce qui concerne ce que j'appelle le louage de services médical, la question est discutable.

Pour accroître sa clientèle, ou pour empêcher l'installation d'un autre confrère, alors que son poste devient trop absorbant pour un seul praticien, un médecin prend à son service un, ou deux jeunes docteurs, leur donne un appointement fixe et même un tantième sur les recettes annuelles.

Ce médecin est, à mon sens, un entrepreneur de soins médicaux ; il industrialise la profession. Il fait obstacle à la venue d'un jeune confrère, qui a également besoin de gagner sa vie, honorablement, avec son diplôme, d'autant que ce premier médecin détient des situations, dites fixes, à forfait. A l'aide de ses employés médecins, il tirera profit du travail de ses jeunes confrères.

La même objection s'opposerait également à un propriétaire de clinique, pour accident du travail ou autre, ayant des employés médecins, qu'il paye à la journée, ou au mois et du travail desquels il tire bénéfice.

D'autant que, dans bien des cas, pour payer moins cher, l'entrepreneur de soins médicaux engage à son service des étudiants en médecine, qu'il incite ainsi à exercer illégalement, car ils sont ses employés et non pas ses remplaçants.

Ce sont donc des questions locales, à soumettre au Conseil de famille des syndicats médicaux locaux, qui apprécieront déontologiquement la conduite professionnelle et déclareront s'il y a, dans les faits reprochés, industrialisation de l'art de guérir.

Mais en ce qui concerne les associations, sur un pied d'égalité, entre docteurs en médecine, pour faciliter l'exercice professionnel individuel de chaque associé, je ne crois pas qu'il y ait lieu de formuler un reproche déontologique.

Associations entre confrères exerçant des spécialités différentes, mise en commun des ressources péncuniaires pour ouvrir une maison de santé, tant pour le diagnostic que pour la cure : ce sont des procédés de médecine collective, qui sont nécessités par les transformations des méthodes de traitement.

En tous cas, lorsque les futurs associés ont un doute quelconque au sujet des considérations de déontologie, ils feront bien de prendre un avis, auprès du Conseil de famille de leur syndicat local.

Conclusions.

Très complexe est ce problème de l'association entre médecins, dans le but de donner à la clientèle, les soins les plus rapides, cependant que sont observées les directives de la science la plus moderne.

Les régles générales sont peu nombreuses : les docteurs associés doivent surtout laisser leurs clients absolument libres d'affirmer leur confiance sur le nom de tel ou tel médecin, qui devra les soigner. Tout au plus, l'un des associés pourra-t-il s'efforcer de présenter ses collaborateurs, pour que la clientèle puisse reporter sur ceux-ci la confiance qu'elle accordait à son docteur.

Quant aux modalités particulières, ce sont questions d'espèces : chaque cas demande une étude minutieuse, pour que les intérêts de chacun soient observés.

Mais, en plus des avantages de chaque partie, se surajoutent, d'une part, le respect des droits des malades et, d'autre part, les règles de déontologie médicale.

Une profession comme la nôtre exige, de ses membres, une certaine renonciation à leur profit individuel, pour le maintien du bon renom de la corporation tout entière, renom qui est un des principaux facteurs de la confiance que le malade doit avoir, pour s'abandonner à son médecin.

Les règles du droit commun seront donc applicables aux transactions des médecins entre eux, mais elles seront mitigées par le droit médical, droit professionnel, qui dépasse maintenant le code de déontologie, pour constituer, grâce aux nombreuses décisions de jurisprudence que nous avons réunies, un véritable statut médico-juridique, s'appuyant, d'une part, sur la coutume professionnelle, d'autre part sur des textes de lois, de règlements et de jurisprudence.

Paul Boudin,
Docteur en médecine.
Docteur en droit.

CHRONIQUE FISCALE.

Comment les docteurs en médecine peuvent-ils se préserver contre les contestations du fisc ?

Si le médecin, comme d'ailleurs tous les membres des carrières libérales, n'est pas légalement obligé de tenir une comptabilité, comme un commerçant, il est cependant d'élémentaire prudence pour lui, ainsi que je l'ai exposé dans le *Concours médical* (nº 35 de 1925) de tenir à jour un *Livre de comptes.*

Sur ce livre de comptes, voici l'opinion autorisée de M. Martinot, conseiller fiscal.

G. DUCHESNE.

Ce livre de comptes, pour répondre préventivement aux obligations imposées par la loi du 13 juillet 1925, doit comporter le détail et le total du *bénéfice brut* et des *dépenses professionnelles*. La différence entre ces deux sommes constituera le *bénéfice net* qui servira de base à l'imposition.

Que doit-on entendre par *bénéfice brut* ?

Evidemment, les recettes réellement effectuées pendant l'année précédente. Cette interprétation résulte d'une réponse du Ministre des Finances du 25 juin 1921.

Il faut donc inscrire, jour par jour, chaque recette effectuée, sans blanc, ni interligne, ni grattage (1). En cas d'erreur, on barre l'inscription nulle sans la rendre illisible. On totalise par jour ou par mois selon l'importance des recettes et on récapitule mensuellement, et ensuite annuellement.

Dans les recettes, on ne fait, bien entendu, figurer que les honoraires versés par les clients à l'exclusion de tout autre encaissement.

Nous dirons plus loin comment on doit tenir compte des sommes reçues pour ventes de chevaux, voitures, mobilier, etc. servant à la profession.

Dans le cas où le praticien recevrait un traitement comme professeur, il devrait l'inscrire à part, car il serait alors imposable, de ce chef, à la cédule des traitements et salaires. Nous parlerons, dans un article spécial, de l'exercice de professions multiples.

Le compte des recettes est plus facile à établir que celui des dépenses. On doit d'abord diviser ces dernières en deux catégories : 1) celles qui consistent en paiement des frais dont il ne reste rien, comme le salaire d'un auxiliaire, le loyer des locaux servant à la profession, et 2) celles qui ont pour but d'acquérir un objet représentant une valeur, comme un cheval, une voiture, un instrument.

Les secondes figurent dans les dépenses annuelles, non en totalité, mais partiellement, sous la forme d'un amortissement dont l'importance correspond à la dépréciation graduelle de l'objet.

On admet généralement, pour simplifier les opérations, un amortissemnt forfaitaire calculé d'aprés la dépréciation ou l'usure moyenne des éléments envisagés.

L'amortissement du matériel se fait en dix ans ; par conséquent, on portera chaque année en déduction 10 % du prix d'achat.

L'amortissement d'une automobile est admis en cinq ans. La déduction sera donc de 20 %.

Pour faciliter les opérations, nous proposons d'ouvrir un chapitre spécial d'amortissement à la fin du livre de comptes, établi sous forme de tableau conforme au modèle ci-dessous.

Compte d'amortissements.

Date d'achat	Nature des objets	Prix	Taux d'amort.	Amort. antérieurs	Années 1925	1926	1927
1	2	3	4	5	6	7	8
1er juin 1921	auto	10.000	20 %	7.166 fr.	2.000		
15 août 1923	bicyclet.	300	20 %	82,50	60		
25 juil. 1924	meubles	1.500	10 %	65,34	150		
30 avril 1925	instrum.	800	10 %	»	53,35		
Total à ajouter *aux frais généraux*					2.263,35		

Dans la première colonne du compte, on inscrit la date des achats ; dans la deuxième, la nature des objets achetés, dans la troisième, leur prix, dans la quatrième, le taux d'amortissement, dans la cinquième le montant des amortissements qu'on aurait dû effectuer pendant les années précédentes en appliquant le taux normal, enfin, dans les colonnes 6 et suivantes, les amortissements effectués annuellement.

Le total de chacune de ces dernières colonnes donne le montant des amortissements à ajouter annuellement aux autres frais, avant de les retrancher du bénéfice brut pour obtenir le bénéfice net.

Lorsque le total des amortissements relatifs à un même achat atteindra le prix de cet achat, on cessera de les porter en compte.

Si le propriétaire de l'auto la revendait 1.900 fr. en 1926, il y aurait lieu d'additionner ce prix avec le montant des amortissements effectués : on aurait ainsi une somme égale à 7.166 + 2.000 + 1,700 fr., soit 11.066 fr. ; supérieure de 1.066 fr. au prix de 10.000 fr. qui a été payé pour acquérir l'auto. Cette différence constitue un excédent d'amortissement déduit en trop des recet-

(1) Et sans indication d'origine, pour respecter le secret professionnel (N.D.L.R.)

tes antérieures et qui doit y être réintégré, c'est-à-dire compris dans les recettes professionnelles à la date de la vente.

Lorsque le total est inférieur au prix d'achat, la différence doit être ajoutée aux amortissements déductibles pour l'année.

Si le contribuable rachetait une autre voiture, il y aurait lieu d'inscrire cet achat dans les colonnes 1-2 et 3 au compte amortissement, pour l'amortir pendant les années suivantes.

Il nous reste à parler des frais généraux qui devront être justifiés lorsque le contrôleur le demandera. Ces frais comprennent : *le loyer* des locaux professionnels. Si ces locaux sont distincts de ceux de l'habitation, pas de difficulté ; on porte en dépense les loyers à la base de leur payement en y comprenant les charges.

Si le contribuable est propriétaire, il porte en dépense la valeur locative de l'appartement.

Dans le cas où les locaux professionnels et l'habitation font l'objet d'un bail unique, il faut procéder à une ventilation basée sur l'importance des locaux professionnels par rapport à l'ensemble des lieux occupés.

Les frais d'entretien et de nettoyage des locaux (1), du matériel et des instruments, y compris le coût des petits instruments d'un prix modique et souvent renouvelés.

Les frais de *bureau*, de chauffage, éclairage, d'achat de livres et revues professionnells, de téléphone, de recouvrement d'honoraires, etc.

Les frais de *transports*, d'essence, de pneus, de réparations, de voyages professionnels.

Les frais de *personnel* (domestiques, chauffeur, infirmiers, secrétaire, remplaçant, et appointements des membres de la famille fournissant un travail effectif (comptabilité écritures, etc.).

Les frais d'*assurances* professionnelles, accidents, serviteurs, risques professionnels.

Les *impôts professionnels* : patente, taxe sur les autos, impôt cédulaire.

Les *frais de responsabilité* payés, soit à l'amiable, soit après condamnation, quelle que soit leur importance, doivent être portés en dépense au moment de leur payement, même s'ils sont supérieurs aux bénéfices de l'année.

Cette énumération, qui n'est pas limitative, est destinée à fixer les idées.

Pour faciliter le contrôle de l'Administration qui tient à connaître l'importance des frais par *nature*, nous conseillons à nos lecteurs de dresser, tous les ans, un tableau comprenant autant de lignes qu'ils ont de natures de frais, et autant de colonnes qu'il y a de mois dans l'année, plus une pour le total. Chaque mois, ils reporteront le total des dépenses de même nature dans la case déterminée par la ligne et le mois ; de cette façon, on peut, d'un coup d'œil, se rendre compte de l'importance de chaque rubrique.

Nous pensons qu'un livre de comptes établi d'après les principes ci-dessus exposés démontrerait, à l'agent vérificateur, la sincérité des déclarations, et abrègerait beaucoup les investigations.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.
Directeur du *Contribuable français.*

(1) Si les réparations ordinaires, incombant aux locataires, se portent immédiatement en dépenses, il ne saurait en être de même de la remise à neuf des locaux par le locataire ; ces frais se porteraient au compte d'amortissement, et le taux de ce dernier serait déterminé par le temps restant à courir jusqu'à la fin du bail.

IMPRÉVOYANCE

Le *Concours médical*, — Société d'Etudes — ne s'est jamais contenté de théories ; les solutions qu'il a trouvées aux divers problèmes soumis à ses délibérations, il a toujours cherché à les faire passer dans la pratique. C'est ainsi qu'il a créé l'Union des Syndicats médicaux qui depuis est devenue une personne fort considérable ; c'est également dans ce but qu'il a mis sur pied le « Sou médical », qui groupe aujourd'hui près de 5.000 médecins. Mais, dès avant les évènements qui ont amené le *Concours* à créer le « Sou », son activité avait été sollicitée par la situation pénible, angoissante et parfois critique dans laquelle tombe le médecin praticien quand il est arrêté dans l'exercice de sa profession par une maladie ou un accident. Sollicitée par Cézilly, pendant 8 années, de créer une œuvre de protection du médecin malade, l'Association générale des médecins de France, liée par ses statuts, a dû se récuser, et c'est alors qu'en 1894, Cézilly, aidé de Maurat, de Gassot et de Jeanne, organisa l'Association amicale pour l'indemnité-maladie.

Depuis, le *Concours médical* n'a cessé d'apporter son aide et son appui à cette œuvre de mutualité et de prévoyance professionnelle et c'est pourquoi aujourd'hui encore, il profite d'un numéro spécial de son Journal pour rappeler aux *Idées de prévoyance* tous ceux de ses lecteurs, parmi les jeunes surtout, qui ne songent pas assez aux dangers qui les guettent chaque jour, qui ne se rendent pas assez compte de la gravité du préjudice que peut leur causer une maladie ou un accident sans cesse imminents, sans cesse pendant sur leur tête comme une épée de Damoclès.

***

Nous assistons depuis 3 ou 4 ans, à un singulier phénomène psychologique social. La dévalorisation actuelle et passagère de notre franc a eu sur la mentalité du Français une répercussion assez explicable peut-être, mais par ailleurs navrante et néfaste. On ne songe plus qu'à jouir, qu'à dépenser sans compter, qu'à vivre au jour le jour ; le vieil esprit d'économie, si français, et qui avait fait la force de notre race, s'est éteint ; on ne veut plus songer au lendemain. « *Carpe diem* » est la devise universelle, la devise des nations à la veille des révolutions et des convulsions sociales ; et hélas ! c'est souvent son application pratique qui amène la réalisation de bouleversements sociaux, qui, sans elle, seraient très probablement restés dans leurs limbes.

Notre corps médical, je devrais dire nos jeunes générations médicales, sont, elles aussi, atteintes de ce mal. Pressées de gagner vite le maximum d'argent, elles sont également pressées d'en jouir vite pendant que la politique leur en laisse le loisir ; et quand un vieux confrère assagi par l'expérience de la vie veut leur parler de prévoyance, leur demande de songer à l'avenir, aux jours de la maladie et de la vieillesse, on lui sourit avec indulgence et pitié, on pense qu'il n'est plus à la page, ... et l'on passe !

Mais, chers confrères, croyez-vous donc que la pathologie humaine se soucie de politique, de fiscalité, de socialisme, etc., etc. ? Quel que soit l'avenir que nous préparent les politiciens de tout acabit, sachez bien qu'il y aura toujours des maladies, des accidents, des maladies et des médecins pour les soigner, on supprimera peut-être les officiers, les notaires, les juges, les industriels, les bourgeois, que sais-je ? on ne supprimera jamais les médecins ; quoi que devienne la société, elle aura toujours besoin de vous ; vous êtes éternels : car vous tenez l'humanité par la souffrance et la peur de la mort. Donc, vous, confrères, vous serez toujours-là : l'avenir est à vous plus qu'à quiconque, et vous avez le droit, je dirai le devoir, de compter avec cet avenir.

Or, pour être médecins, vous n'en êtes pas moins hommes : « *Homo sum...* » devez-vous penser aussi ; et par conséquent, vous aussi vous payerez votre tribut à la souffrance, à la maladie, à la vieillesse pour beaucoup, à la mort pour tous. Vous avez donc également le devoir de songer à cet avenir pour vous et de prendre les mesures propres à vous garantir contre les conséquences néfastes des manifestations pathologiques qui vous guettent.

On parle beaucoup d'assurances sociales en ce moment. En ce qui vous concerne, sachez bien que vous en serez sûrement le rouage le plus important mais que vous n'en serez aussi sûrement que le plus tardif et le dernier des bénéficiaires. Aussi devez-vous, sans rien attendre de ce bloc enfariné, commencer par vous assurer vous-mêmes et entre vous : « Mutualité confraternelle de Prévoyance », telle est l'œuvre vers laquelle vous devez tendre de toutes les forces de vos énergies ; et comme de telles œuvres existent, vivent et fonctionnent depuis longtemps, vous vous devez à vous-mêmes de ne pas les ignorer et d'y accourir en foule.

***

Croyez-vous peut-être que la maladie vous ménagera, parce que vous passez votre vie à jouer avec elle et contre elle ? Détrompez-vous et sachez que sur les 20.000 médecins exerçant actuellement en France, il y en a en permanence environ 1.200 cloués au lit ou à la chambre pour cause de maladie. Sachez que sur 6.500.000 journées de participation à notre Mutualité familiale, j'ai relevé plus de 170.000 journées de maladie. Je n'aime pas les pourcentages en statistique et je ne vous en infligerai aucun. Mais sachez qu'en moyenne, chacun de nous paye à la maladie, à l'incapacité morbide de travail, environ 10 à 12 jours par an, les vrais malades, eux, prenant pour eux ce que ne souffrent pas les bien portants.

Je n'ai guère besoin de vous rappeler les divers préjudices causés au médecin par la maladie qui le frappe : arrêt du travail et du gagne-pain ; perte de considération ; diminution ou perte de clientèle ; charges diverses d'un remplaçant ; quand ces ennuis durent 2 à 4 semaines, mon Dieu, c'est encore peu de chose ; quand cela dure plus de 2 mois, c'est plus lourd à supporter ; quand cela devient chronique, c'est souvent la catastrophe.

Savez-vous, chers confrères, que sur 120 malades qui forment le contingent moyen habituel des sociétaires indemnisés chaque trimestre, plus de 30 sont des chroniques à peu près définitivement brisés par la maladie, et condamnés au chômage forcé pour le reste de leur vie ?

Et les mieux portants ne sont pas à l'abri des catastrophes : écoutez l'histoire suivante qui est d'actualité.

Un jeune confrère (il a 34 ans à peine), entre à la Mutualité familiale à 30 ans, en pleine santé, et s'inscrit à la combinaison qui lui assure 20 fr. par jour d'indemnité aiguë et 200 fr. par mois à partir du 61e jour de maladie. Un an après son admission il se contagionne, près d'un petit malade et attrape une diphtérie. Il s'en tire heureusement avec 22 jours d'arrêt et reçoit de la Caisse 440 fr. Notez qu'il a la chance de ne pas faire de paralysie consécutive comme l'ont fait plusieurs de nos sociétaires. Au mois d'octobre dernier, il procédait à une séance de vaccination quand, en ouvrant un tube, du vaccin lui saute à la figure, on ne sait comment ; l'œil droit est infecté ; ophtalmie vaccinale, perforation de la

chambre antérieure ; et on se demande comment on lui sauvera son œil. Quoi qu'il en soit, couvert par la Mutualité familiale, il recevra d'elle en plus des 1.200 fr. pour les deux premiers mois, 200 fr. par mois jusqu'à ce qu'il puisse reprendre son travail ; et si le malheur voulait qu'il devînt aveugle par ophtalmie double, nous lui donnerions 2.400 fr. sa vie durant.

Qui eût jamais pensé qu'un tel accident pût frapper l'un des nôtres ?

Notez que des histoires vraies de ce genre, j'en aurais des dizaines à vous raconter si j'en avais la place et le temps.

Donc, en deux mots, le risque maladie-accident est un de ceux qui menace le plus le médecin praticien, un de ceux contre lesquels son devoir le plus impérieux est de se garantir dès l'entrée dans la carrière : car, comme je l'écrivais naguère, on ne brûle pas souvent sa maison ; on n'a pas de procès chaque année ; on a chaque jour l'occasion d'être victime d'un accident ou d'une maladie.

***

Mais voilà ! on n'y pense pas ! On a confiance dans sa santé ; on ne croit pas que jamais une affaire grave puisse nous atteindre.

S'assurer contre l'incendie, c'est banal, et puis cela coûte peu. S'assurer contre le risque juridique, cela ne coûte au « Sou » que 40 fr. par an. Mais pour s'assurer contre la maladie il faut accomplir un certain nombre de corvées ; il faut faire une demande écrite ; remplir quelques paperasses ; passer des examens médicaux et pour cela perdre un peu de temps pour présenter à des confrères éloignés son anatomie et sa physiologie, sans compter ses petites tares ; payer ensuite des cotisations d'une certaine importance, bref, un tas de formalités que vous trouvez ennuyeuses. Bien ! Mais croyez-vous qu'aujourd'hui le confrère dont je vous parlais tout à l'heure regrette ses corvées, les formalités qu'il a dû subir et les 163 francs qu'il doit payer chaque année ?

Confrères imprévoyants, ne cherchez pas de petites excuses à votre imprévoyance. Ce ne sont pas les formalités à remplir qui vous arrêtent ; c'est cet esprit d'imprévoyance, cette insouciance de votre avenir, ce je m'enfichisme à votre sujet propre, cette veulerie, cette peur de l'effort, quand il s'agit de vous. Habitués à dépenser toutes vos énergies au bénéfice de vos malades, il ne vous en reste plus pour prévoir pour vous-mêmes.

J'ai dans mon tiroir deux dossiers de confrères bien portants que le Conseil de la Mutualité a admis en principe. Mais à leurs dossiers il manque une pièce indispensable : à l'un, le certificat du médecin examinateur, à l'autre la déclaration de la combinaison choisie. Eh bien ! voilà 3 fois que j'écris à ces confrères, que je les rappelle à l'ordre : ils ont laissé passer tous les délais sans rien me répondre et je n'ai pu les porter admis. Pourquoi ? veulerie, insouciance, imprévoyance.

Que dans quelques jours ou quelques semaines un accident grave leur arrive, nous ne pourrons plus ni les secourir, ni même les prendre avec nous.

Confrères qui me lisez, songez que ni le *Concours*, ni moi, n'avons aucun intérêt à votre acte de prévoyance. C'est votre intérêt seul, le vôtre à vous, qui est en jeu. Et c'est le rôle, le beau rôle du *Concours*, de vous le rappeler.

Que nous importe une recrue de plus ou de moins ? Ce que nous voulons, c'est un imprévoyant de moins. Allez à l'œuvre qui vous plaira le mieux, si vous voulez ; mais garantissez-vous contre le risque maladie-accident ; redoutez-en les conséquences ; pensez à vous ; en le faisant ce n'est pas seulement vous, ce sont aussi les vôtres, ce sont aussi vos malades et vos clients que vous protégez.

Quant à la Mutualité familiale, si elle vous intéresse, dites-le moi et je vous documenterai sur elle tant que vous le désirerez.

Son secrétaire général,

Dr H. MIGNON
(Le Vésinet, Seine-et-Oise).

VARIÉTÉS

Marin Cureau de la Chambre (1594-1669).

Conseiller médecin du Roi à la Faculté de Paris. — Un des premiers démonstrateurs du Jardin du Roi. — Un des premiers membres de l'Académie Française et de l'Académie des Sciences. — Médecin ordinaire du Roi. (1)

En 1635, un an après la fondation de l'Académie française, Richelieu organisa par décret le Jardin du Roi qui avait été créé en 1626 par lettres patentes.

Le jardin du Roi avait une attribution purement médicale ; il était destiné, selon les termes mêmes du décret « à l'instruction des écoliers en médecine ».

Le premier médecin du Roi, Ch. Bouvard, fut le premier surintendant du Jardin. Guy de la Brosse en fut l'intendant et en avait la clef. Trois conseillers médecins du Roi à la Faculté de médecine de Paris : Jacques Cousineau, Urbain Baudineau et Cureau de la Chambre furent chargés de l'enseignement avec le titre de démonstrateurs, secondés par Vespasien Robin, herboriste du Roi, fils du célèbre Jean Robin, primitivement désigné, mort en 1627 au siège de la Rochelle.

Parmi les démonstrateurs, Cureau de la Chambre dont le nom est actuellement bien oublié, mérite de retenir notre attention, car outre ses fonctions au Jardin du Roi, il fut de par la volonté de Richelieu un des quarante premiers membres de l'Académie française, devint en 1650, médecin ordinaire du Roi et fut admis à l'Académie des Sciences lors de sa fondation en 1666.

Marin Cureau, seigneur de la Chambre, fut donc un personnage fort important à son époque.

Né au Mans en 1594, il vint de bonne heure faire ses études à Paris, où, par sa vaste érudition et ses qualités d'homme de lettres plus que par sa valeur de médecin, il gagna l'affection et la confiance du Chancelier Séguier dont il devint, resta le médecin attitré et qui le recommanda à Richelieu.

Le grand Cardinal apprécia toute la valeur et l'érudition de M. de la Chambre. Il le charge d'établir dans un travail de théologie, que les libertés de l'Eglise gallicane avaient pour base l'Ecriture Sainte. Ce travail parut sous le titre de : *Observations de Philalèthe sur l'Optatus Gallus de Hersent.* Hersent, ancien oratorien, avait accusé Richelieu de préparer un schisme entre l'Eglise gallicane et la Papauté.

Aussi, lorsque le 13 mars 1634 Conrart et ses amis se constituèrent en Académie française, Richelieu, protecteur de la nouvelle Académie, désigna Cureau de la Chambre pour en faire partie et ce dernier s'y rendit pour la première fois le 2 janvier 1635.

Il exerça une grande influence dans la célèbre compagnie. Porchères de Laugier, que le Cardinal considérait comme suspect, fut élu académicien. Cette élection faillit brouiller l'Académie avec son tout puissant protecteur, Cureau de la Chambre intervint et, tout en faisant maintenir l'élection, fit adopter, le 27 novembre 1646, un règlement qui soumettait le choix des candidats au Protecteur.

A la mort de Richelieu, le Directeur de l'Acanémie, de l'Estoile, proposa, le 9 décembre 1641, de charger Cureau de la Chambre de prononcer l'éloge du Cardinal. Et ce fut son ami et patron le chancelier Séguier, qui devint à son tour le protecteur de l'Académie française, titre que s'attribua ensuite Louis XIV.

Cureau de la Chambre avait la réputation d'être un physionomiste remarquable. Louis XIV, qui l'estimait tout particulièrement, ne donnait à personne une charge ou une fonction, sans demander l'avis de M. de la Chambre, avis qu'il suivait aveuglément et, chose étrange, il paraît que le physionomiste ne se trompait jamais. « Il est à craindre, disait Cureau à un ami, que lorsque je ne serai plus, Sa Majesté ne fasse de bien mauvais choix. »

Outre les observations sur l'Optatus Gallus de Hersent, Cureau de la Chambre a laissé un assez grand nombre de travaux qui méritent d'être signalés. Son discours de réception à l'Académie française était intitulé : *Discours pour montrer que les Français sont les plus capables de tous les peuples de porter l'éloquence à la perfection.*

Il rédigea un traité sur l'*Art de connaître les hommes*, qui resta inachevé et n'aurait pas une grande valeur.

Plus important est l'ouvrage intitulé *Les caractères des passions* (1640-1663). Ce travail touffu

(1) Communication à la Société d'Etudes historiques et archéologiques *La Montagne Sainte-Geneviève.*


MARIN CVRÆVS DE LA CHAMBRE REGI A SANCT CONSIL ET MEDICVS ORDINARIVS
delineabat et sculpebat

contient une réponse à Chenet, médecin de la Rochelle, qui avait voulu prouver dans des *Considérations sur la Sagesse de Charron* que les bêtes n'ont pas de raison.

Une partie des *Caractères des passions* fut réimprimée en 1648 avec le titre : *Traité de la connaissance des animaux où tout ce qui a été dit pour ou contre le raisonnement des bestes est examiné.* Il revint sur le même sujet en publiant en 1667 un mémoire *Sur l'amitié et la haine qui se trouvent dans les bestes.*

Cureau de la Chambre, avec une véritable hardiesse pour l'époque, accordait aux animaux l'imagination, la mémoire et même une sorte de raisonnement.

Nous avons encore de Cureau de la Chambre : *Le système de l'âme* (1664) et un certain nombre de travaux scientifiques qui montrent bien l'étendue de ses connaissances. Citons les mémoires *sur la lumière* (1634-1653), *sur l'iris* (1640) *Sur les causes du débordement du Nil*, qui, selon lui, résulterait des effets du nitre dont ses eaux sont chargées (1634-1665).

Dans les *Conjectures sur la digestion* parues en 1636, M. de la Chambre considère que la digestion est une dissolution opérée par le mouvement des esprits animaux et compare ce phénomène à l'attaque du fer par la vapeur de soufre.

On a encore de lui le : *Novæ methodi pro explicandis Hippocrate et Aristote Specimen* (1655) et un discours sur la nature divine (1).

Outre sa grande réputation de lettré et d'érudit, Cureau de la Chambre, homme d'honneur et de probité, mettait au service de tous son influence, qui fut grande. Il eut beaucoup d'amis du fait de son obligeance sans limites.

Nous avons cru intéressant de rechercher dans les *Lettres du Gui Patin*, ce que pensait le célèbre doyen de M. de la Chambre. On sait qu'il manquait le plus souvent d'indulgence et de charité dans les jugements qu'il portait sur les gens en place et surtout sur ses confrères. Or Gui Patin, tout en critiquant les actes et n'appréciant pas toujours les œuvres de Cureau de la Chambre, lui témoigne une grande estime.

Dans une lettre à Ch. Spon, médecin à Lyon (CCXXV) du 3 mai 1650, Gui Patin fait les réflexions suivantes sur l'achat de la charge de médecin ordinaire du Roi.

> M. de Séguin, premier médecin de la reine, a vendu sa charge de médecin ordinaire du roi, qu'il avait depuis sept ans achetée à M. Guillemeau, cinquante mille livres à M. C. de la Chambre, médecin de M. le Chancelier Séguier, qui en a donné 22.000 écus (1). C'est bien de l'argent vu qu'en cette saison les gages des offitiers du roi ne sont point payés.

(1) MICHAUD. — Bibliographie Universelle (1854).
PELLISSON. — Histoire de l'Académie française (1729).

Il revint sur le même sujet dans une autre lettre à Spon (CCXXVII) du 24 mai 1650.

> Le marché de M. de la Chambre était fait plus de six semaines avant que l'on eût ôté les sceaux à M. Séguier, son maître, et n'eût jamais fait ce marché s'il eût pu prévoir ce malheur (2).

Gui Patin, dans une lettre à Falconnet (CCCC. XIV) du 25 novembre 1653 porte le jugement suivant sur le *Traité de la connaissance des animaux.*

> Pour le livre de M. de la Chambre, *Traité de la Connaissance des animaux*, c'est un ouvrage où je ne me connais guère ; on n'en fait pas ici grand cas. L'auteur parle fort bien français ; mais outre la pureté du style, il n'y a guère que du babil. *Vox præterea nihil*: la voix et rien autre, c'est le caractère du rossignol ; mais notre siècle ne laisse pas d'admirer ces bagatelles.

Dans une lettre à M. Belin fils, médecin à Troyes (CXLVIII) du 24 mai 1660, Gui Patin signale une des œuvres médicales de C. de la Chambre.

> Le livre de M. de la Chambre sur les aphorismes a été imprimé il y a déjà 4 ou 5 ans, mais il n'y en a qu'une partie.

Dans une lettre à Spon (CCCLVII) du 25 mars 1664 il signale une nouvelle publication du même auteur :

> On parle ici d'un nouveau tome de *Lettres françaises* de M. de la Chambre qui sera en douze.

Ces simples citations prouvent que Gui Patin qui lui aussi était un érudit et un bibliophile, considérait un peu comme un événement la publication d'un livre de Cureau de la Chambre.

Mais c'est dans deux lettres à Falconet écrites le 23 novembre 1669 à la veille de la mort du médecin académicien et le 13 décembre 1669 après sa mort, qu'il porte sur lui un jugement qui mérite d'être relaté.

> Je consultai hier avec M. Fr. de la Chambre, notre collègue, fils du médecin de M. le Chancelier et médecin ordinaire du roi, qui a acheté cette charge 70.000 livres et qui est frère de Pierre de la Chambre curé de Saint-Barthélemy en cette ville. Ce M. de la Chambre se dit tout affligé que son père se mouroit. C'est un grand homme mélancolique, qui a beaucoup écrit, et principalement *Les caractères des Passions*. J'ai peur qu'il n'aille

(1) Equivalant à 200.000 francs en 1846 (note de Reveillé-Parise).
En 1661, le premier médecin du roi touchait 3.000 livres et le médecin ordinaire 1.800 livres.

(2) La disgrâce du chancelier Séguier ne fut que momentanée.

guère loin à cause de son grand âge de 76 ans. Il est savant, tout ce qu'il a écrit est fort bon. Mais les honnêtes gens meurent comme les autres, et encore quelquefois plus tôt. La mort n'épargne personne, pas même les savants, qui vivent souvent moins que les autres. (*Lettre DCCXCVI, à Falconnet*, 23 *nov*. 1669.)

Le bonhomme, M. de la Chambre, est mort âgé de 76 ans ; il était de l'Académie française et un des premiers et des plus éminents, tant à raison de sa doctrine, qui n'était point commune, que pour le crédit qu'il avait chez M. le Chancelier, en vertu de quoi il était officieux et bienfaisant à ceux à qui il pouvoit servir, et qui avoient affaire en ce pays de chancellerie. (*Lettre à Falconnet DCCXCVII*, 13 *déc*. 1669.)

***

Marin Cureau de la Chambre mourut donc le 29 novembre 1669, laissant deux fils, l'un François de la Chambre, qui fut docteur-régent de la Faculté de médecine de Paris ; l'autre Pierre de la Chambre, curé de Saint-Barthélemy, qui fut membre de l'Académie française, et fut chargé d'y recevoir la reine Christine de Suède. Ce dernier fit inhumer son père à l'Eglise Saint-Eustache et lui fit élever un monument d'après les dessins de Lebrun, monument qui fut détruit pendant la Révolution mais dont a été conservé l'épitaphe :

Ici repose le corps de Messire Marin Cureau de la Chambre, *Cons. du Roy en ses conseils d'Etat, médecin ordinaire de S.M., de Monseigneur Séguier, chancelier de France, et de la Grande Chancellerie, qui décéda le* 29 *nov*. 1669, *âgé de 74 ans et demy*.

Priez Dieu pour son âme.

Spes justorum immortalitate plena est.

J. Noir.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.073 Courbe, Fontaine-le-Dun (Seine-Inférieure), Syndicat d'Yvetot.
7.074 Lunaud, Champigny (Seine), Syndicat de la région de Saint-Maur.
7.075 Colas-Pelletier, Vannes (Morbihan), Syndicat de Vannes.
7.076 Henne, 78, rue Myrrha, Paris. Parrains : Drs Charpentier et Durand.
7.077 Boudou, Vincennes (Seine), Syndicat de Vincennes.
7.078 Susini, Vichy (Allier), Syndicat de l'Allier.
7.079 Gaucher, 70, boul. Voltaire, Paris. Parrains : Drs de Grissac et Archambault.
7.080 Bouillat, Graçay (Cher), Syndicat du Cher.
7.081 Testard, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
7.082 Pain, Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), Syndicat du Charollais.
7.083 Vivien, Tinchebray (Orne), Syndicat de Domfront.
7.084 Lamote, Pont-Rémy (Somme). Syndicat d'Abbeville.
7.085 Paul, Chapareillan (Isère), Syndicat de l'Isère.
7.086 Guerrin, Hermies (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
7.087 Mevel, Mouriès (Bouches-du-Rhône), Syndicat d'Arles.
7.088 Maronneaud, La Rochelle-Palice (Charente-Inférieure), Syndicat de La Rochelle.
7.089 Vial, Châtel-de-Neuvre (Allier), Syndicat de l'Allier.
7.090 Bosc (Pierre), Montpellier (Hérault), Syndicat de Montpellier.
7.091 Delotte, Limoges (Haute-Vienne), Syndicat de la Haute-Vienne.
7.092 Perie, Bergerac (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
7.093 Cornet, Mirebel (Jura), Syndicat de Lons-le-Saunier.
7,094 Guillemet, Cenon (Gironde), Syndicat des Médecins Bordelais.
7.095 Hellmann, Bellevue (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Faulong et Frémont.
7.096 Fau, Vichy (Allier), Syndicat des stations balnéaires et sanitaires.
7.097 Michel, Jœuf (Meurthe-et-Moselle), Association syndicale de Meurthe-et-Moselle.
7.098 Dupechez, Sens (Yonne), Association générale des médecins de France.
7.099 Roux, La Mûre (Isère), Parrains : Drs Bouillac et Astier.
7.100 Dupret, Pierrefitte (Seine), Parrains : Drs Boudin etDuchesne.
7.101 Placet, Philippeville (Constantine), Société des sciences médicales de Constantine.
7.102 Furon, Montmagny (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Boudin et Duchesne.
7.103 Deviller, Nouvion-en-Ponthieu (Somme), Syndicat de la Somme.
7.104 Mugniery, Saint-Didier-au-Mont-d'Or (Rhône), Syndicat du Rhône.
7.105 Ponthieu, Doullens (Somme), Syndicat de la Somme.
7.106 Darde, Beaucaire (Gard), Syndicat de Nîmes.
7.107 Haquin, La Ferrière-Duval (Calvados), Syndicat de Vire.
7.108 Chavas, Saint-Priest-en-Jarez (Loire), Parrains : Drs Angeli et Escande.
7.109 Escarras, Castellane (Basses-Alpes), Syndicat des Basses-Alpes.
7.110 Menguy, Sancerre (Cher), Parrains : Drs Delthil et Legendre.
7.111 Legault, Royan (Charente-Inférieure), Syndicat de Saintes.
7.112 De Fontenay, 58, rue de Terre-Neuve, Paris, Syndicat de la Seine.
7.113 Deschamps, 20, rue de Ménilmontant, Paris, Syndicat de la Seine.
7.114 Betrancourt, Sainghin-en-Weppes (Nord), Syndicat de Lille.

7.115 Mme LAFONT, Mazamet (Tarn), Syndicat de Mazamet.
7.116 PRUVOST, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
7.117 LABUSSIÈRE, Chinon (Indre-et-Loire), Association médicale d'Indre-et-Loire.
7.118 ASTRIE, Liré (Maine-et-Loire), Syndicat d'Ancenis.
7.119 LUCAS, Doulon-Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
7.120 DE LAVAL, Maransin (Gironde), Syndicat de Libourne.
7.121 POTEL, Brécey (Manche), Parrains : Drs Béchet et Le Gac.
7.122 PLANAS, Etoile (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Rrôme.
7.123 DEPREUX, La Madeleine (Nord), Syndicat du Nord.

Accidents du travail.

Les Dr B. (Loire), V. (Nord) et T. (Drôme), ayant soigné des cultivateurs assujettis volontaires à la législation sur les accidents du travail, les compagnies d'assurances émettent la prétention de payer leurs honoraires suivant le tarif Breton, alors qu'ils les avaient établies au tarif de droit commun.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires établis au tarif de droit commun.

Le Dr E. (Rhône) se voit refuser le paiement de ses honoraires pour soins donnés à des accidentés du travail qui n'ont pas interrompu leur travail pendant le traitement.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuisuivre le recouvrement.

Le Conseil ordonnance le paiement au Dr P. (Sarthe) de la sommede 150.50 montant de l'amende de cassation qu'il a payée.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) est menacé d'une demande en restitution de la différence entre le prix d'une visite au tarif Breton et le prix qu'il en a touché, suivant le tarif de droit commun, du patron d'une accidentée du travail. Il avait été mis en œuvre par le patron lui-même.

Le Conseil lui donne éventuellement l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande, qui doit être intentée par la compagnie d'assurances, et former une demande reconventionnelle pour abus de citation en justice.

Le Dr L. (Calvados) a été débouté par le Tribunal de commerce, d'une demande d'admission au privilège, dans la liquidation d'un commerçant, de ses honoraires pour soins donnés aux ouvriers de ce patron, accidentés du travail.

Le jugement n'étant pas sucseptible d'appel, le Conseil, conformément à l'avis de Mre Auger, accorde l'appui pécuniaire au Dr L. pour former un pourvoi en cassation et ordonnance le versement d'une provision de mille francs.

Le Dr S. (Allier), ayant obtenu gain de cause dans une demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un accidenté du travail admis d'urgence dans une clinique privée, est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à 200 francs au maximum.

Honoraires de droit commun.

Le Conseil ordonnance le paiement de 53,20 de frais judiciaires faits contre un débiteur, qui s'est rendu insolvable après avoir traîné son médecin dans le maquis de la procédure.

Les Dr T. (Oran), B. (Meuse) et B. (Côte-d'Or), demandent l'appui pécuniaire pour recouvrer des notes d'honoraires.

Le Conseil, considérant que le client du premier a fait preuve de mauvaise foi dans la discussion et que ceux des deux autres habitent loin de leur propre domicile, ce qui les obligerait à exposer des frais relativement élevés, accorde les appuis pécuniaires demandés.

Les Dr B. (Jura), G. (Loire-Inférieure), V. (Seine-Inférieure), G. (Allier) et B. (Nièvre), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobile, n'ont pu se faire payer leurs honoraires par les automobilistes, bien que ceux-ci les aient mis en œuvre.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr P. (Sarthe) obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre une cliente qui refuse de payer ses honoraires pour soins donnés à sa fille, bien qu'elle en ait pris l'engagement par écrit.

Responsabilité professionnelle.

Les Dr B. (Charente-Inférieure), R. (Hérault) sont menacés de demandes de dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, s'ils poursuivent le recouvrement de leurs honoraires, par des clients mécontents.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre ce recouvrement. Si une action en dommages-intérêts était introduite contre eux, ils seraient couverts par la Caisse de garantie dans les limites statutaires.

Le Dr X. a été cité en correctionnelle pour diffamation par un confrère, qui lui demande 200.000 francs de dommages intérêts.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cette demande, qui apparaît comme absolument injustifiée.

Diffamation.

Le pourvoi en cassation formé contre l'arrêt qui l'a condamnée pour diffamation étant tardif, l'adversaire des Drs A. et C. (Calvados) s'en est désisté.

Sur la proposition de Me Auger, la provision qui lui avait été versée sera affectée à une autre affaire.

Patente.

Le Dr D. (Eure-et-Loir) demande l'appui pécuniaire pour obtenir la réduction de sa patente, réduction à laquelle il a droit, suivant l'avis de M. Martinot.

Le Conseil lui accorde cet appui, l'affaire devant être suivie par M. Martinot.

Déontologie.

Le Conseil prononce l'exclusion d'un adhérent, dont les agissements anti-déontologiques sont de nature à porter au « Sou » un préjudice moral.

Conformément à l'article 10 des statuts, le médecin exclu aura le droit de faire appel de cette décision devant l'Assemblée générale.

Divers.

Le Dr V. (Puy-de-Dôme) demande le remboursement de sa part de frais dans le recours en Conseil d'Etat contre la décision du Préfet qui a nommé membre de la Chambre d'Industrie thermale un médecin qui n'exerçait pas dans la station. Le recours a été abandonné, les médecins qui l'ont formé ayant eu satisfaction morale.

Le Conseil ordonnance le remboursement de la part de frais supportés par le Dr V., soit 173,50.

Le Dr V. a été débouté d'une demande de dommages-intérêts formée contre le père d'une de ses clientes, qui, l'ayant transporté en voiture près de sa fille malade, a versé avec sa voiture et a été cause que le Dr V. a été atteint dans la chute d'une grave blessure.

Me Nattan-Larrier étant d'avis que le jugement a été mal rendu, l'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour interjeter appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à un maximum de 300 francs.

Le Dr D. (Nièvre) a eu son automobile abîmée par des chariots mal éclairés, alors qu'il était en service médical. Le père de l'auteur de l'accident, bien qu'il ait reconnu par écrit la responsabilité résultant du fait de son fils, refuse de l'indemniser.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour le poursuivre, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à un maximum de 200 francs.

Le Dr A. (Oran), ayant demandé 60.000 francs de dommages-intérêts à la commune dont le maire l'avait révoqué de ses fonctions de médecin communal, révocation qui a été annulée par le Conseil d'Etat avec l'appui du « Sou », se voit offrir une indemnité de 2.200 francs.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour former un nouveau recours en Conseil d'Etat contre la commune qui lui a fait cette offre dérisoire.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le service médical de nuit, à Paris.** — Ce service est assuré par 30 médecins titulaires, formant 6 équipes de 5 médecins chacune. Les suppléants sont au nombre de 15. En cas de vacances dans le cadre des titulaires, les remplaçants sont choisis parmi les suppléants.

Les médecins, titulaires et suppléants, reçoivent, par nuit de garde, une vacation de 80 fr.

Les nominations ont lieu au concours.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française, et n'avoir pas plus de 40 ans.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Relations rapides entre la métropole et l'Algérie via Marseille.* — Les relations rapides entre la Métropole et l'Algérie s'établissent par Marseille. C'est, en effet, vers le grand port méditerranéen que convergent, de tous les points de la France, les trains rapides composés de wagons-lits, lits-salon, couchettes, 1re et 2e classes et wagon-restaurant. C'est également de Marseille que partent les paquebots rapides confortablement et luxueusement aménagés qui assurent la liaison avec les grands ports d'Alger, d'Oran et de Philippeville. Nombreux et réguliers sont aussi les départs ; chaque semaine : 5 départs pour Alger ; les mardi (2 départs), jeudi, samedi et dimanche à 12 h. ; deux pour Oran : le mercredi à 17 h. et le samedi à 16 h. ; deux pour Philippeville : les lundi et mercredi, à 12 h.

— **Journées médicales marseillaises.** — Dans son assemblée générale du 29 octobre dernier, le Conseil d'administration du *Marseille médical* a décidé d'organiser, en mai 1927, des Journées médicales, à l'instar de celles qui ont eu lieu à Toulouse en 1925 et de celles qui auront lieu à Montpellier en 1926 et à Bordeaux en 1928.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

incomberont, soit à l'hôpital, si l'indigent blessé a son domicile de secours dans la commune, pourvue d'un hôpital (article 1er de la loi du 7 août 1851) soit au département (loi du 1er août 1919, complétant l'article 25 de la loi du 15 juillet 1893.

Si la victime est solvable et qu'il n'y ait pas lieu de l'inscrire sur les listes de l'assistance médicale gratuite, la situation change (et c'est ce que la réponse du Ministre n'a pas envisagé).

La victime est solvable, alors que l'auteur de l'accident ne l'est pas.

Je ne vois pas pourquoi, en matière d'accident quelconque, il serait dérogé aux règles ordinaires du droit commun, sous le prétexte que le blessé a été soigné dans un hôpital.

S'il avait reçu des soins chez lui, le patient aurait payé de sa poche, parce que solvable, les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par son état. Mais, ne pouvant pas récupérer les dépenses sur l'auteur de l'accident, parce que celui-ci est insolvable, il aurait finalement passé ses débours et d'autres encore au compte des profits et pertes.

Il doit en être de même si les soins sont donnés à l'hôpital et j'estime pour ma part, contrairement à l'opinion du ministre, que c'est la victime qui doit payer les journées d'hospitalisation et non pas l'établissement, ni la commune ni le département.

Agir selon l'opinion du ministre serait charger le patrimoine des pauvres, ou les finances communales et départementales de dépenses de droit commun, pour soins donnés à un blessé solvable.

Certes, je compatis au sort de ce dernier, qui ne pourra pas se faire rembourser par le responsable ; mais le budget de l'hôpital, ni celui de l'assistance publique, n'ont été institués pour venir en aide à des non-indigents.

D'ailleurs, en droit commun, le demandeur doit souvent consigner des frais de procédure, qui resteront à sa charge, même en cas de condamnation du défendeur, si celui-ci est insolvable. Que de fois, le procès est gagné ; mais les frais sont néanmoins payés par le vainqueur, parce que son adversaire ne peut les acquitter.

Même solution, si l'auteur de l'accident est inconnu ou est déclaré non responsable. C'est encore à la victime à payer les soins qui lui ont été donnés et dont il a tiré bénéfice personnellement.

La charité publique ne doit pas intervenir ici, puisque le consommateur de soins peut payer de sa poche le traitement dont il est le bénéficiaire. Les fonds collectifs d'assistance ne peuvent être distribués que pour secourir les indigents et non pas les malades aisés, quelque intéressante que puisse être la situation particulière de ces derniers.

Par conséquent, je compléterai encore la réponse faite par le ministre, en ce qui concerne les voies de recours : c'est à l'hospitalisé lui-même non-indigent, que l'établissement réclamera les journées de maladie, ou de chirurgie, quitte à ce malade à se retourner ensuite vers qui de droit et à demander au juge de condamner, s'il y a lieu, l'auteur de l'accident, à le rembourser de tous ses frais en y adjoignant, si possible, des dommages-intérêts.

Les hôpitaux sont trop souvent exploités d'une manière ou d'une autre, sans qu'on vienne encore leur faire supporter les frais de séjour, occasionnés par des accidents de la voie publique ayant blessé des personnes non indigentes.

De même le texte de la loi du 15 juillet 1893 ne force, en aucune façon, les départements, ni les communes à rembourser ces frais aux hôpitaux.

Dr Paul BOUDIN.

L'appel des jugements de paix en matière d'honoraires accidents est toujours recevable au-dessus de 300 francs.

6589. — M. SAINT-VENANT, député, expose à M. le ministre de la justice, que l'article 5 de la loi du 12 juillet 1905 stipule que les juges de paix connaissent sans appel jusqu'à la valeur de 300 fr. des contestations relatives aux engagements respectifs, des gens de travail... « sans, néanmoins qu'il soit dérogé aux lois et règlements relatifs à la juridiction des prudhommes, au contrat d'apprentissage, aux lois sur les accidents du travail... » ; que cet article 5 vient d'être modifié par la loi du 1er janvier 1926 en ce sens que cette dernière loi porte à 600 fr. le chiffre jusqu'auquel le juge de paix est compétent en dernier ressort, mais que cette loi du 1er janvier 1926 n'a pas modifié le paragraphe concernant l'application de la loi prudhommale, du contrat d'apprentissage et des accidents du travail, qu'en conséquence, alors que dans tous les cas le juge de paix est compétent en dernier ressort jusqu'au chiffre de 600 fr., sa compétence en dernier ressort reste limitée à 300 fr., pour ce qui concerne notamment les contestations rerelatives aux frais médicaux en matière d'accident du travail, qu'il semble y avoir là une situation paradoxale et demande : 1° si effectivement en cette dernière matière (accident du travail, frais médicaux) la compétence en dernier ressort du juge de paix reste limitée au chiffre de 300 fr.; 2° s'il en est de même, en ce qui concerne les jugements rendus par les conseils de prud'hommes. (*Question du* 19 *janvier* 1926.)

Réponse. — 1° Le juge de paix ne connaît en dernier ressort des demandes relatives au

payement des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de 300 francs. En effet, la loi du 1er janvier 1926 n'a pas modifié, en cette matière, le taux de la compétence des juges de paix qui reste fixé par l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905 ; 2° la loi du 24 décembre 1925 qui a élevé le taux de la compétence en dernier ressort des conseils de prud'hommes porte que les jugements des conseils de prud'hommes sont définitifs et sans appel, sauf du chef de la compétence lorsque le chiffre de la demande n'excède pas 600 fr. en capital. (*J.O.*, 6 *février* 1926.)

Les fonctions de médecin expert du centre de réforme sont compatibles avec celles de juge au tribunal des pensions.

6670. — M. André Escoffier (Drôme), député, demande à M. le ministre des pensions de lui faire connaître si un médecin expert du centre de réforme peut être en même temps juge au tribunal des pensions. (*Question du* 22 *janvier* 1926.)

Réponse. — Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions de juge suppléant au tribunal départemental des pensions et celles de médecin expert au centre de réforme. Toutefois, celui-ci ne saurait juger des affaires qu'il aurait été appelé à connaître en qualité d'expert du centre de réforme. (*J.O.*, 4 *février* 1926.)

La revision de la loi accidents.

6631. — M. Adolphe Girod, député, demande à M. le ministre du travail : 1° s'il est dans ses intentions de proposer au Parlement la revision de la loi sur les accidents du travail ; 2° dans le cas de l'affirmative, quels seraient les avantages consentis aux veuves des accidentés. (*Question du* 20 *janvier* à1926.)

Réponse. — 1° Le Gouvernement a déposé sur le bureau de la Chambre, à la date du 15 janvier 1925, le projet de loi n° 1042, ayant pour objet de modifier la loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail ; 2° ce projet prévoit le maintien de la rente viagère égale à 20 p. 100 du salaire annuel, avec suppression de la limite de 4.500 fr. et sans déchéance en cas de nouveau mariage. (*J.O.*, 30 *janvier* 1926.)

DOCUMENTATION SCIENTIFIQUE

J'ai lu dans un article scientifique les mots suivants : «Réflexe solaire d'Henri Claude ». J'ai voulu savoir ce dont il s'agissait et j'ai demandé à deux de mes bons amis ; ils l'ignorent comme moi.

Vous savez qu'un praticien dispose de peu de temps.

Une idée m'est venue.

Le *Concours médical* m'a rendu de grands services en m'apprenant la loi sur les accidents de travail par la rubrique spéciale « des demandes et questions des confrères avec réponses du *Concours* ».

Pourquoi n'ouvririez-vous pas une autre rubrique de questions scientifiques posées par les praticiens et auxquelles le *Concours* ferait réponse par la plume de ses rédacteurs scientifiques spécialement indiqués : Dr Giroux, etc.

Certaines questions sembleront enfantines, il y aura des répétitions, etc., mais c'est cela qui constituera justement la valeur de cette rubrique. On lit plusieurs fois la même chose, on lit des choses qu'on n'osait pas demander, on lit ce qu'on avait oublié, etc. Je le répète, c'est cette méthode qui m'a le plus servi pour m'inculquer les détails de la loi sur les accidents de travail. Elle doit être aussi bonne pour l'apprentissage persévérant du côté scientifique.

Quoi qu'il en soit, je m'inscrirais tout d'abord pour la question : Qu'entend-on par *Réflexe solaire d'Henri Claude* ? Comment le rechercher? Quelle est sa signification ?

Dr A. C.

***

Nous avons pu donner satisfaction à la demande formulée par notre distingué correspondant (voir *Concours médical*, n° 6, 7 février 1926, p. 300).

Nous nous efforcerons de faire toujours de même, toutes les fois qu'un abonné nous posera d'analogues questions.

G. D.

CORRESPONDANCE

279. — Exemple de l'influence du « Sou Médical ».

L'affaire dont je vous ai entretenu tout dernièrement est règlée maintenant.

Je vous remercie du soutien du « Sou Médical ». La cliente récalcitrante s'est rendue immédiatement au seul nom du « Sou Médical ». Je crois, à sa spontanéité, qu'elle a déjà dû s'y frotter et naturellement « s'y piquer », car ce sont toujours les mêmes clients qui ont les mêmes affaires.

Le « Sou Médical » n'est vraiment pas cher à 40 francs par an.

Dr C.

332. — Le détail des dépenses professionnelles n'a pas à être joint à la déclaration des bénéfices.

Je vous serais très obligé de me dire si dans le calcul du revenu : 1° je dois faire la déduction des *impôts* professionnels (patente, impôts sur autos, sur locaux professionnels).

2° S'il est *obligatoire* de fournir le revenu brut professionnel, frais professionnels *avec détail*, revenu net.

Dr D.

Réponse.

1° Vous devez déduire de vos bénéfices professionnels les impôts que vous avez à payer en raison de l'exercice de votre profession, tels que l'impôt cédulaire de l'année précédente, la patente, les impôts relatifs à votre auto, etc.

2° La loi de finances du 13 juillet 1925 oblige les contribuables assujettis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales à indiquer dans leurs déclarations : *a*) leur bénéfice brut ; *b*) le total de leurs dépenses professionnelles ; *c*) leur bénéfice net.

Il n'est pas nécessaire de joindre à la déclaration le détail des dépenses professionnelles, mais le contrôleur peut demander la justification de ces dépenses.

A. M.

214. — Impôts cédulaires sur le revenu. Classification dans les diverses cédules.

1° Les traitements des professeurs d'Ecole de médecine et les rétributions pour articles de journaux ou autres rémunérations qui ne sont pas à proprement parler des « honoraires » doivent-ils figurer à la rubrique « bénéfices des professions non commerciales » ou à celle « Traitements et salaires » ? La jurisprudence semblait donner raison à cette dernière façon de voir (Conseil d'Etat : 24 décembre 1924 et 20 juin 1925) (votre réponse à une question semblable, n° 1399, *Concours* du 5-VII dernier, p. 1643).

2° Mais la loi de finances du 13 juillet 1925 ne vient-elle pas modifier ces conclusions du Conseil d'Etat par son article 12 dont je trouve un extrait dans le *Concours* du 2 août 1925, page 1807.

En somme à quelle rubrique cette année doit-on porter les traitements des professeurs et autres rémunérations de ce genre ?

Dr L.

Réponse.

Le traitement des professeurs d'école de mé-

decine constitue un revenu passible de l'impôt sur les traitements et salaires. Par contre, les rétributions pour articles de journaux constituent un revenu passible de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales.

La loi de finances du 13 juillet 1925 a fixé les règles d'imposition des personnes jouissant de revenus passibles des deux impôts cédulaires visés ci-dessus. Un exemple vous fera comprendre l'article 12 :

Traitement	20.000 fr.
Bénéfice non commercial..	30.000 »
Total	50.000 »

De ce total déduire les abattements pour charges de famille, soit pour un contribuable marié, père de deux enfants âgés de moins de 18 ans : 3 fois 3.000 francs, soit 9.000 francs. Il reste donc 41.000 francs.

D'autre part, pour les traitements et salaires, la première tranche de 7.000 francs est exonérée, reste : 41.000 — 7.000, soit 34.000 francs. Ensuite la tranche suivante de 2.000 francs ne compte que pour moitié, donc encore 1.000 francs exonérés. Il reste à taxer : 34.000 — 1.000, soit 33.000 francs.

Ces 33.000 francs seront répartis dans les deux cédules proportionnellement aux revenus bruts de 20.000 et 30.000 francs, c'est-à-dire qu'on imposera à la cédule des traitements et salaires :

$$\frac{33.000 \times 20.000}{50.000} = 13.200 \text{ à } 7,20\ \%.$$

et à la cédule des professions non commerciales :

$$\frac{33.000 \times 30.000}{50.000} = 19.800 \text{ à } 7.20\ \%.$$

L'impôt brut sera réduit de deux fois 5 % soit 10 % pour deux enfants mineurs.

En fait, le contribuable sera taxé comme si la totalité de son revenu était classée dans la cédule des traitements et salaires. La répartition dans les deux cédules n'a d'avantages que pour le contribuable chargé de famille dont le revenu est suffisamment élevé pour que la réduction d'impôt à laquelle il a droit pour chacune des personnes à sa charge atteigne le maximum prévu, soit 360 francs. Il bénéficiera de ce maximum dans chacune des deux cédules.

Malgré ces nouvelles dispositions légales, continuez à déclarer les revenus dans les deux cédules suivant les indications ci-dessus.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.



107. — Publication et communication des rôles d'impôts.

Que doit-on entendre par *publication des rôles* en matière d'impôt ?

A une certaine époque de l'année, est-il permis d'aller à la mairie prendre connaissance des impôts qui vous frappent et de ceux qui atteignent un ou plusieurs voisins afin de pouvoir faire une comparaison rationnelle ? En un mot existe-t-il un moyen de connaître à coup sûr la somme réclamée à un contribuable habitant la même comune ?

Dr P.

Réponse.

La publication du rôle est une simple formalité par laquelle, en vertu d'un arrêté préfectoral appelé émission du rôle, il est porté à la connaissance des contribuables par voie d'affiches apposées à la mairie que le percepteur est autorisé à poursuivre le recouvrement des cotisations imposées.

Les contribuables ne peuvent jamais prendre connaissance des rôles détenus par le percepteur.

Si un contribuable désire connaître les cotisations imposées au nom de certaines personnes, il ne peut que demander au percepteur de lui délivrer des extraits de rôles de ces cotisations. moyennant une redevance de 0 fr. 50 par extrait, Cette faculté n'existe pas en ce qui concerne les impôts sur les revenus.

Enfin, les contribuables peuvent connaître les bases d'imposition de la contribution foncière pour chaque assujetti en consultant les matrices cadastrales de la mairie.

Il en est de même en ce qui concerne les bases de la contribution des patentes déposées à la mairie pendant une période de 15 jours, ledit dépôt étant annoncé en principe par voie d'affiches.

A. M.

432. — Revision de la valeur locative des propriétés bâties.

Dans la nouvelle évaluation de la valeur locative des propriétés bâties, ma maison, dont je suis propriétaire, a été augmentée dans des proportions beaucoup plus considérables que d'autres maisons similaires de la localité. On a répondu à mes observations verbales que du fait que la maison était employée pour l'exercice d'une profession libérale, elle subissait une majoration de 200 francs.

Je vous ai alors saisi de la question et vous avez répondu que c'était une erreur. Malgré cela, la matrice cadastrale qui vient d'être publiée comporte une majoration bien plus élevée pour ma maison que pour celles des autres propriétaires.

Que dois-je faire ? Dois-je, pour saisir le tribunal compétent, attendre qu'une notification me soit faite par écrit ou dois-je au contraire réclamer de suite dans les formes légales.

Dr R.

Réponse.

Vous devez attendre la publication du rôle de 1926 pour présenter dans les 6 mois une réclamation dans les formes ordinaires devant le conseil de préfecture.

A. M.

Application du Tarif Maginot

3286. — Carnet ancien modèle.

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à ma lettre, mais je me suis certainement mal expliqué.

J'ai, comme vous dites, le chèque à souches, en l'espèce le bulletin de visite du pensionné de guerre ; mais la préfecture l'a retourné, car ce bulletin est antérieur au modèle actuel et n'a plus cours à ce qu'il paraît.

Or, la question que je soulève est celle-ci : est-ce au médecin de faire changer les bulletins des malades quand on change le modèle ou est-ce à l'administration quelle qu'elle soit (préfet, maire) d'échanger des formules périmées contre les nouvelles et d'avertir de ce fait les possesseurs de carnets.

D'autre part quelle est la conduite que doit tenir le médecin en pareil cas. Se faire payer directement ? Dans le cas actuel impossible : le blessé est nécessiteux et la commune ne payera pas l'assistance pour les frais entraînés par les suites de sa blessure de guerre.

Le médecin en sera de sa poche, ce qui correspond bien à l'état d'esprit actuel puisque, vu la différence entre le tarif minimum syndical et d'autre part les tarifs d'assistance médicale et de soins au mutilé, c'est le médecin qui fait la charité à l'Etat sans que celui-ci lui en tienne gré.

Dr J.

Réponse.

Si votre « chèque », pour reprendre ma précédente explication, est bien tiré du carnet à souches d'un bénéficiaire de la loi, si vos soins ont bien été donnés pour la « maladie causale » de la pension, ou ses suites, je ne comprends pas comment on peut refuser de vous payer sous prétexte que le carnet qu'on vous a présenté est de l'ancien modèle. Le bon sens ainsi que l'équité, semblent d'accord pour se refuser à une telle compréhension des choses. Et si c'est là la *seule* raison invoquée en refus de paiement, à votre place, dès que la *décision* de ma commission départementale me serait *signifiée* (ce qui ne me paraît pas avoir été fait, mais *doit* l'être), je ferais appel devant la Commission supérieure. Pour cela, écrire à M. le Président de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, Ministère des pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris. Je ne puis préjuger de sa décision naturellement, mais je crois que c'est un cas d'espèce à faire juger par elle.

F. D.

Quarante-huitième année | N° 9 | 28 Février 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 522-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr FABRE, de Verneuil-sur-Avre, la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond
Hyères : Clément, Minelle Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piétri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 89. — Jne doct. dés. assist. méd. âgé ou malade, en vue succ. ou assist. clin. Spéc. vénér. Paris ou prov. de préf.

N° 90. — Pas-de-Calais. Client. méd. propharm. Rapp. annuel 100.000, à céder 40.000, dont moitié comptant.

N° 91. — Sud-Ouest. Poste seul méd. propharm. à céder ch.-l. cant. Conf. à 10 km. minim. Chiff. 45.000, mais. neuve à reprendre. Transmis. dans cour. 1926, à volonté preneur. Ecr. Depey, 11, Petite Rue St-Sylve, à Toulouse.

N° 92. — Appareil de télestéréoradiographie Reiniger neuf à céder d'occas.

N° 93. — Import. stat. balnéaire breton, client. très ancienne, rapp. 33.000 touchés, en augment. indemnité légère, avec arrangement de règlement. Grande mais., électr. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 34-46.

N° 94. — Côte d'Azur. Station hivern. et estivale réputée, belle villa confortable. Reprise 20.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 95. — Infirmière diplômée enseignerait à domicile, gymnastique rythmée et technique, sous contrôle et direction médicale, à groupe d'enfants.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Laennec. Service d'oto-laryngologie.** — M. Henri Bourgeois, chef du service O.-R.-L., commencera, le lundi 1er mars 1925, à 10 h., une série de 12 leçons sur : *Les suppurations de l'oreille.*

— **Association des médecins du Nord.** — Le prochain banquet du *Nord médical* aura lieu le jeudi 4 mars, au Cercle de la Renaissance (12, rue de Poitiers). S'adresser : Dr Ronnaux, secrétaire général, 24, avenue Mac-Mahon.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours.** — M. P. Truffert, ancien chef de clinique à la Faculté, est nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Bon-Secours, en remplacement de M. Chauveau, démissionnaire.

— **Congrès des anatomistes.** — Il aura lieu à Liège, du 29 au 31 mars prochain. S'inscrire avant le 8 mars. Se renseigner auprès du professeur Nicolas, 7, rue Pierre-Nicole, Paris, ou du prof. Duesberg, 18, rue de Pitteurs, à Liège.

— M. le professeur Charles Richet vient d'être promu grand officier de la Légion d'honneur.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *février.*

Assistance publique.

Concours pour des emplois de sous-inspecteur et de sous-inspectrice de l'Assistance publique.

L'ouverture du concours est fixée au 1er juin 1926.

Sont mises au concours dix places de sous-inspecteur ou sous-inspectrice.

Sont admis au concours les titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Nous donnerons, sur demande, des renseignements plus précis sur les conditions et le programme du concours, que publie le *Journal officiel* du 10 février.

11 *février.*

Lutte anticancéreuse.

M. le Dr Rouslacroix est nommé chef de laboratoire au Centre régional de lutte contre le cancer de Marseille.

M. le Dr Huguet est nommé radiologiste au même Centre.

12 *février*.

Enseignement de la médecine.

Liste de candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine.

3e Division. Section unique : Médecine.
Académie de Paris : Joannon, Tzanck.
Académie de Bordeaux : Joulia.
Académie de Lille : Duthoit, Nayrac.
Académie de Lyon : Paupert-Ravault.
Académie de Montpellier : Pagés.
Académie de Nancy : Drouet, Simonin.
Académie de Strasbourg : Simonin (Camille).
Académie de Toulouse : Sendrail.
Académie d'Alger : Lacroix.

10 *février*.

2e Division. Physiologie. Section A. : Physiologie.
Académie de Paris : Chailley-Bert, Gournay, Legrand, Santenoise.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Legs à un Comité d'hygiène sociale.

7069. — M. Perreau, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances, si le caractère de bienfaisance prévu par l'article 19 de la loi du 25 février 1901 doit être reconnu à un legs recueilli, sans charges ni conditions, par un comité départemental d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose, établissement reconnu d'utilité publique qui emploiera les arrérages dudit legs à la lutte antituberculeuse. (*Question du 31 octobre* 1919.)

Réponse de M. le Ministre de l'intérieur. — La loi de finances du 25 février 1901 (art. 19) stipule que les collectivités et œuvres, dont les ressources sont affectées à des œuvres d'assistance, ne sont soumises qu'à un droit de 9 p. 100 sur les dons et legs dont le produit est réservé à des œuvres d'assistance.

Se référant à cet article, le ministre de l'intérieur saisi, pour attribution par le ministre des finances, de la question posée par M. Perreau, sénateur, et après accord avec le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, estime qu'en raison de son objet et de la destination que cet établissement se propose de donner aux fonds légués, un comité départemental d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose, reconnu d'utilité publique, est qualifié pour bénéficier des dispositions invoquées. (*J. O.*, 11 février 1926.)

Admission à l'Assistance médicale gratuite.

6488. — M. Jean Jadé, député, demande à M. le Ministre du Travail : 1° si un conseil municipal

peut refuser l'admission à l'assistance médicale gratuite et le payement des frais de traitement d'une personne admise d'urgence à cette assistance par le maire, qui l'a fait placer ensuite à l'hôpital ; 2° dans le cas de l'affirmative, si l'hôpital, qui a reçu la malade, sur certificat médical visé par le maire, peut exiger du service de l'assistance médicale le remboursement des frais de traitement : *a*) lorsque la malade est sortie de l'hôpital avant la décision du conseil municipal ; *b*) lorsque la sortie de la malade a lieu postérieurement à cette décision ; 3° si la malade peut faire appel de la décision du conseil municipal ; 4° dans quel délai cet appel doit être fait et quel en est le point de départ. (*Question du* 14 *janvier* 1926.)

Réponse. — 1° La loi impose au maire l'obligation de rendre compte dans le plus bref délai, au conseil municipal, de toute admission d'urgence à l'assistance médicale gratuite, et il appartient au conseil municipal d'homologuer ou d'annuler cette admission lors de l'établissement de la liste d'assistance. Jusque-là, le conseil municipal doit prendre la charge des frais exposés ; 2° dans ces conditions, l'hôpital peut s'adresser au service départemental d'assistance pour obtenir le remboursement des frais de traitement, si la malade est sortie de l'hôpital avant que le conseil municipal ait refusé de l'admettre à l'assistance. Mais, une fois cette décision intervenue, il ne le peut plus, puisque la malade n'est pas admise au bénéfice de l'assistance médicale gratuite et n'a pas droit à être traitée aux frais de la collectivité du domicile de secours ; 3° la malade a le droit de recourir devant la commission cantonale contre la décision du conseil municipal en vertu de l'article 16 de la loi du 15 juillet 1898; 4° cet appel doit être formé, en vertu du même article de la même loi, dans un délai de vingt jours, et ce délai court du jour du dépôt à la mairie de la liste d'assistance.

(*J. O.*, 30 janvier 1926.)

Commentaires

Sur un point, la réponse du Ministre manque de clarté : il semblerait, en effet, que la commune est responsable des frais d'hospitalisation, tant que le conseil municipal n'a pas été appelé à ratifier, ou à annuler la décision du maire, en ce qui concerne l'inscription d'urgence sur les listes de l'A.M.G.

A mon avis, il n'en est rien, et, en nous reportant aux termes précis de la loi du 15 juillet 1893, nous pouvons ainsi préciser la réponse à donner :

Le maire tient des articles 19 et 20 de la loi du 15 juillet 1893 le droit d'admettre d'urgence et provisoirement, au bénéfice de l'assistance médicale gratuite, toute personne, qui tombe malade, dans l'intervalle de deux sessions du Bureau d'as-

sistance et lorsqu'il est impossible de réunir à temps ce dernier.

Mais le maire a l'obligation de rendre compte de sa décision à la plus prochaine réunion du conseil municipal, en comité secret.

Ce dernier est absolument libre d'accepter ou de refuser : dans ce dernier cas, la décision du maire doit être rapportée et annulée.

Dans l'esprit du législateur, comme dans celui de l'administrateur, l'admission d'urgence, confiée au maire, permet à ce magistrat de faire donner des soins d'urgence, sans que ceux-ci puissent être subordonnés à une question préalable de paiement.

Mais, si le conseil municipal estime que le maire a accordé trop facilement le bénéfice de l'A.M.G. à quelqu'un qui ne le mérite pas, ce bénéficiaire des soins donnés est responsable de ses deniers pour le traitement suivi. Quitte à lui, bien entendu, de faire appel de la décision du conseil municipal, dans les 20 jours, auprès de la commission cantonale, prévue par l'article 16 de la loi de 1893.

Par conséquent, si le refus du conseil municipal est connu, avant que le malade ne soit sorti de l'hôpital, ce patient devra régler lui-même les journées d'hospitalisation, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques, si le règlement de l'établissement les fait payer, en sus du prix de journée.

Mais, si l'hospitalisé doit partir avant que le conseil municipal ait pu statuer, l'économat de l'hôpital réclamera les frais de séjour au département. Ultérieurement, ce dernier imputera la dépense, pour tout ou partie, à la commune du domicile de secours, si le malade est accepté comme bénéficiaire de la loi de 1893.

Sinon, si le bénéfice de celle loi lui est refusé, le patient devra rembourser le département, conformément à l'article 21, § 2 de la loi du 15 juillet 1893.

Je tenais à bien préciser ce point, en ce sens que la commune ou le département ne sont tenus des frais d'hospitalisation, que si le conseil municipal approuve l'inscription d'urgence, prononcée par le maire.

Sinon, le malade doit rembourser toutes les dépenses avancées pour son traitement, depuis son admission dans l'établissement.

Il ne faudrait pas, en effet, laisser certains maires abuser des prérogatives que leur donne la loi de 1893, pour éviter, à leurs électeurs influents, des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, pour le plus grand bien de leur réputation électorale.

Il y a déjà bien assez de cas d'inscriptions tardives, pour que le malade, ou l'accouchée n'ait rien à payer au médecin et que celui-ci se contente du tarif de l'A.M.G. Et ce sont encore les finances du département, qui sont ainsi obérées abusivement.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

L'assistance médicale en Afrique occidentale française.

Le Dr Louis Cros, médecin contractuel de l'Assistance médicale indigène en Afrique occidentale française, de retour de la colonie, se met confraternellement à la disposition des médecins qui désireraient aller exercer la médecine en Afrique occidentale, pour leur donner tous les renseignements utiles sur la vie coloniale et professionnelle en Afrique, sur leurs devoirs et sur leurs droits.

Dr Louis Cros,
Villa Louise, *Six-Fours* (*Var*).

Mutualité Familiale. Les opérations chirurgicales donnent droit à l'indemnité maladie.

Je vous serai très obligé de me faire savoir, au plus tôt, si l'indemnité de la Mutualité Familiale s'étend aux opérations chirurgicales que peut avoir à subir un sociétaire. A quelle indemnité, dans ce cas, aurai-je droit ?

Dr S.

Réponse.

Sans aucun doute, un confrère qui subit une opération chirurgicale a droit à l'indemnité de la Mutualité familiale, et cette indemnité est, comme toujours, de 10, 20 ou 30 francs pendant 60 jours et au-delà de 100, 200 ou 300 francs par mois.

Ce n'est pas la maladie qui donne lieu à l'indemnité, c'est l'incapacité de travail causée par maladie ou accident. Il n'y a donc pas lieu de discuter sur la nature de la maladie, il n'y a qu'à constater que le sociétaire ne peut exercer la médecine et cela du fait d'une maladie ou d'un accident.

Le confrère qui subit une opération est naturellement arrêté et arrêté par une cause morbide, il a donc droit à l'indemnité dans les conditions de la combinaison qu'il a choisie.

A. G.

Accidents agricoles. Patron cultivateur blessé. Difficultés de paiement.

Je voudrais vous poser une question que je juge importante et que vous feriez bien d'éclaircir succinctement dans un prochain article du *Concours médical*. Il s'agit de l'application de la loi des accidents du travail à l'agriculture par la loi du 15 décembre 1922.

Que les travailleurs agricoles soient traités par nous comme des travailleurs industriels, cela va bien. Pour ma part, je tiens aussi minutieusement les écritures sur mon registre spécial aux accidentés, et

j'établis la note détaillée conformément à l'article 30 du tarif Breton, devenu maintenant le tarif Durafour. C'est assez astreignant, mais en somme rémunérateur.

Lorsque j'ai à traiter des *assurés individuels* couverts pour les frais médicaux, je me contente d'envoyer à leur assurance une simple note d'honoraires, globale. Et voilà le hic !

Dans notre région agricole (et c'est utile à savoir par les médecins des autres régions agricoles), les cultivateurs sont toujours assurés *globalement* pour *eux*, pour leur entourage *familial*, et pour leurs *domestiques*.

Autrement dit, là où pourrait jouer l'assurance individuelle, pour quelqu'un de riche (et la culture est riche, avantagée) intervient le rigorisme de la loi des accidents.

Non seulement, il faudrait soigner un riche cultivateur pour le même prix que son charretier, mais lui-même sera exposé aux ennuis et contestations qui surviennent dans un traitement compliqué d'accidenté (hospitalisation, préavis divers, etc.).

Dans la région du Nord, toute l'agriculture est assurée dans ces conditions à la « P. ».

J'ai d'ailleurs toujours été ponctuellement réglé par son agence de L., et je ne veux éclaircir que le point de droit.

Mais ayant traité (en octobre-novembre) un gendre de cultivateur aisé (vivant avec son beau-père) j'ai envoyé une note globale à son sujet.

On me la retournait le 11 janvier en me priant de l'établir détaillée conformément à la législation des accidents du travail.

Je répondis au verso de la note qu'il s'agissait d'un *assuré individuel* et non d'un *accidenté du travail* sans quoi j'aurais fait mes écritures comme de coutume.

Et de fait, je l'avais toujours considéré comme tel, et ne l'avais pas porté, jour par jour, sur mon registre d'accidentés. J'ajoutais que, bien que je me sois encore basé sur le tarif Breton, la distinction avait son importance : 1° au point de vue du détail des écritures ; 2° parce que la loi de 1898 et le tarif Breton ne concernaient que les *ouvriers* (et encore pour la part due légalement par le patron) ; qu'il serait donc abusif de les appliquer à certaines catégories de personnes, dont le médecin était le meilleur juge ; qu'on veuille donc bien me dire, en vue de l'avenir, si la loi considérait les *cultivateurs* et les ouvriers sur le même pied.

Or, on me répond aujourd'hui :

« J'ai le regret de vous faire connaître que je ne « suis pas du tout d'accord avec votre note. Il ne « s'agit pas ici d'un accident individuel, mais d'un

(1) Ils sont nombreux, car la Fédération agricole du Nord, qui a contracté l'affaire, groupe 200 syndicats agricoles environ. (Note de l'auteur.)

(*Voir la suite page XLVII-567*)

PROPOS DU JOUR

La Médecine et l'Hygiène aux Colonies.

Les médecins civils aux Colonies : Réserves sur l'utilisation des indigènes. Simple parallèle entre la situation d'un médecin de colonisation de 3e classe et celle d'un contre-maître dans un centre minier de la même Colonie. L'hygiène urbaine à Nouméa exposée au Conseil général de la Nouvelle-Calédonie.

Les questions de médecine coloniale intéressent vivement certains de nos lecteurs et nous valent de nombreuses correspondances. Un de nos confrères de Toulon, M. le Dr A. Boileau, qui a acquis une compétence spéciale aux Colonies, nous a écrit la lettre suivante :

Monsieur et Cher Confrère,

Par hasard et hier, tardivement, je lis votre article du *Concours médical* (no 30, 27 juillet 25) au sujet des médecins civils aux colonies. Ce que vous avancez est absolument exact.

A peine installés aux colonies nous avons voulu faire une politique d'assimilation avant même d'avoir essayé le simple coudoiement, la bonne entente et la collaboration. Cette étape de début réclamait déjà une éducation de l'indigène pendant de longues années.

Que de jeunes gens intelligents et studieux, comme il s'en rencontre beaucoup parmi les noirs et les jaunes, réunissent rapidement les qualités nécessaires pour devenir d'excellents infirmiers, d'accord ; que l'on filtre plus tard après cette première sélection les meilleurs de ces élèves pour les nommer médecins auxiliaires, très bien. On récompenserait ainsi par un titre déjà très beau pour eux — médecin auxiliaire — le travail et le mérite. De là et du jour au lendemain, à les bombarder docteurs en médecine, c'est purement et simplement de la démagogie, affection métropolitaine dont le virus cultivé aux colonies s'exalte singulièrement et à nos dépens !

Procéder par étapes est une nécessité inéluctable tant pour l'œuvre matérielle que pour l'œuvre des esprits ; que dis-je ! bien plus encore pour cette dernière. Transformer l'embryon en adulte, c'est bientôt dit et très beau pour les gens chimériques qui n'ont aucun sens de la réalité ou plutôt aucun bon sens. Pour qui connaît la vanité du noir, l'outrecuidance de l'indigène à peine décrotté, — l'orgueil du primaire n'est rien à côté de celui d'un noir qui sait lire et qui est électeur — ; pour qui a vu de près l'esprit d'intrigue, le besoin inné chez le jaune de la complication, son amour du complot, son penchant à l'affabulation, il est évident que, du jour au lendemain, distribuer des grades universitaires sans adaptation intellectuelle et sans études suffisantes, constitue une faute très grave. Faute pour le Français dont le prestige nécessaire est atteint, faute pour la colonisation qui peut être très retardée par les agissements turbulents de certains de nos protégés devenus nos égaux.

D'un coup de baguette, en l'occurrence un discours de politicien ou un décret quelconque, on ne change pas l'âme d'un indigène façonnée par des siècles d'atavisme. Non sans raison, à leur point de vue, quelques-uns d'entr'eux murmurent déjà : « Ne sommes-nous point capables de remplacer les Français ? Appliquons le principe de la libre disposition des peuples, etc. A nous les rênes du gouvernement. » Ce serait, hélas, très dangereux pour les Français, peu nombreux là-bas, si ce désir se réalisait, même momentanément, et aussi navrant pour l'immense masse des indigènes qui eux ne demandent qu'une chose : le maintien de la paix et la disparition des abus.

Donc, danger social, politiquement parlant, erreur absolue ; même conclusion si l'on se place aussi au strict point de vue médical.

Au contact des siens, l'indigène isolé perdra bien vite le fruit de ses études hâtives et de ce fait, ne pourra plus remplir parfaitement sa mission qui réclame de lui la continuation de l'effort primordial ; par ailleurs il reprendra et très vite les mœurs de son milieu et reviendra à ses anciennes coutumes. L'expérience n'est pas neuve et les exemples abondent. Laissez sans surveillance les médecins auxiliaires indigènes, les sages-femmes dans les maternités et dispensaires des gros centres éloignés, ils retombent vite dans leurs errements, abandonnent les lois élémentaires de l'asepsie et reviennent volontiers aux pratiques malfaisantes, voire à celles de la sorcellerie.

Un cadre européen d'élite, une véritable armature très solide est indispensable à l'Assistance médicale indigène ; c'est à ce seul prix qu'elle donnera son rendement maximum. L'emploi de l'indigène à sa place et selon ses aptitudes n'est nullement à dédaigner. Direction et surveillance au médecin Français ; rôle d'adjoints, d'aides à l'élément indigène. Pour ce faire, donner au médecin européen une situation convenable. On l'a assez dit et trop souvent répété. Faut-il donc désespérer ? Non, car sans l'appoint de ses colonies la France périra ; la métropole, si elle n'est pas soudée d'un bloc avec ses colonies bien exploitées, verra sa monnaie s'avilir et elle passera au rang des nations de troisième ordre.

Que nous faut-il aux colonies? Un cadre européen de valeur exceptionnelle — cadre fonctionnaire, commerçant, industriel, etc. — et dans ce cadre une part de choix doit être réservée au médecin. Celui-ci pourrait bien des fois — ce ne serait pas nouveau — cumuler ses fonctions avec celles d'administrateur, de conseil, de représentant français, le rôle social et le rôle politique marchant de pair dans beaucoup régions. Trop souvent nous en sommes absents et quel préjudice n'en subit pas notre pavillon !

Engager des médecins russes comme on l'a fait dernièrement, n'est-ce pas une erreur ? Mieux eût valu sans doute multiplier les simples infirmiers de couleur. Au moment où l'Allemagne réclame impérieusement ses anciennes colonies, une telle mesure est-elle justifiée ? Ce bloc enfariné de médecins slaves ne me dit, *a priori*, rien qui vaille !

Je m'arrête craignant de vous lasser et me laissant entraîner. Résumons et précisons :

Si la France veut se relever, elle doit mettre en valeur ses colonies, grenier de matières premières.

La mise en valeur des colonies nécessite une main-d'œuvre abondante et saine ce qui est fonction d'une assistance médicale bien organisée.

Qu'on offre donc aux médecins des colonies — armature de l'assistance — une situation enviable pécuniairement et moralement.

Veuillez agréer, etc.

Dr Boileau.

Et, doit-on ajouter, au lieu de susciter des jalousies et des rivalités entre les médecins de la marine, de l'armée coloniale et les médecins civils, ne serait-il pas plus utile de coordonner leurs efforts, d'établir entre eux des liens confraternels, et en reconnaissant pécuniairement d'une manière « honnête » les services que les médecins, quels qu'ils soient, rendent, ne devrait-on pas les amener à poursuivre de concert et en parfaite entente leur noble but, c'est-à-dire l'assainissement de nos colonies pour le plus grand intérêt matériel et moral de la France.

***

Une personne qui est bien au courant de la situation de la Nouvelle Calédonie nous adresse les renseignements suivants :

Simple parallèle

1° Un médecin de colonisation et assistance indigène débute en Nouvelle Calédonie comme médecin de 3e classe. Il perçoit pendant ses 4 premières années :

Solde	10.000
Supplément colonial de 50 %	5.000
Pour services municipaux	1.500
Pour assistance indigène une somme de	1.500
dans certains postes, allant jusqu'à 3.000 dans un autre, et 3.500 aux îles Loyalty.	
Soit au total	18.000

Il est logé, parfois bien, souvent mal, et fait de la clientèle. Dans 3 postes sur 11 cette clientèle est appréciable grâce aux abonnements que servent les mines de ces régions. Dans les 8 autres postes, qui sont ceux des débutants, cette clientèle payante est nulle ou presque nulle. Elle est approximativement de 200 à 250 fr. par mois.

N'en tenons pas compte car ces honoraires ne couvrent même pas les frais de déplacement qu'ils nécessitent.

Ne tenons pas compte non plus des expertises médico-légales excessivement rares et ne couvrant pas non plus les frais nécessités.

Par contre le médecin tenu à des tournées souvent de près de 100 kilomètres dans les tribus ou dans les centres, est obligé de posséder 1 et parfois 2 chevaux, et par suite un domestique (javanais). Il y aurait donc lieu de déduire de ses 18.000 fr. :

1 domestique javanais logé, nourri, habillé et payé, soit par mois, coût	250
1 cheval et 1 sellerie achetés 1800 fr., amortissables en cinq ans, par mois	30
Ferrage et entretien de la sellerie	30
60 kgr. de maïs au cheval par mois (à 225 fr. les 100 kgr.)	140
	450

Il y a donc lieu de déduire 450 fr. par mois, soit *au bas mot*, 5.000 fr. par an, des 18.000 de solde et indemnités.

Le médecin de 3e classe reste donc réduit à 13.000 francs.

2° A V., dans un centre minier, un tout jeune contremaître, M. M., très actif d'ailleurs, mais de simple instruction primaire, reçoit un salaire de 1.500 fr. par mois ; par an 18.000

et le logement, auquel il convient d'ajouter :

1 domestique que lui fournit gratuitement la société, valeur	3.000
et la nourriture de son cheval fournie idem, valeur	1.680
Ce qui représente par an	22.680

Sans commentaires.

***

Enfin pour édifier nos lecteurs sur l'état sanitaire de la Nouvelle-Calédonie ou plutôt sur l'hygiène de la ville de Nouméa, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le compte rendu d'une séance du Conseil général de la Colonie

du 9 décembre 1925, compte rendu publié par le journal quotidien : *La France Australe* du jeudi 10 décembre 1925. Notons en passant que la ville de Nouméa a été fondée en 1854, il y a 72 ans (dix-huit ans après la fondation de Melbourne en Australie) et que pendant de longues années elle aurait pu bénéficier pour les travaux d'édilité de la main-d'œuvre pénitentiaire, qui si elle n'était pas excellente pouvait être, il a quelques 25 au 30 ans, suffisante et peu onéreuse.

Conseil général de la Nouvelle-Calédonie

Séance du 9 décembre 1925.

Présidence de M. Roumy.

M. de Chasteigner. — En lisant le rapport du Dr Genevray, directeur du laboratoire d'hygiène, j'ai été fortement impressionné par l'Etat sanitaire de la Colonie et de Nouméa en particulier.

A la page 4, il est dit que les affections intestinales sont en progression. Cela tiendrait, paraît-il, à l'absence presque absolue de mesures sanitaires.

Il n'y a pas d'égouts. Le système de vidanges est déplorable. L'eau est polluée. Les rues ne sont point arrosées. Il est des taudis inhabitables qui sont cependant habités.

L'immigration asiatique a compliqué la situation par l'apport de nouveaux parasites qui se trouvent dans un milieu favorable à leur développement.

Les médecins font leur devoir, mais ils sont découragés.

Il est indispensable d'édicter immédiatement des règlements et surtout de les appliquer.

Le secrétaire général. — Ce sont là des constatations qui forment un très. gros programme. Le Dr Génevray était rapporteur à la Commission des grands Travaux et il n'a pas failli à montrer la situation telle qu'elle est. Ces quelques lignes représentent plusieurs millions. Les réformes se feront petit à petit. Le Comité d'hygiène a décidé les plus urgentes. Des appareils ont été commandés pour la stérilisation de l'eau par javellisation.

Des facilités seront accordées à la ville pour faire venir des arroseuses. Vous verrez, au budget extraordinaire, que des crédits sont prévus pour mémoire dans ce but.

L'enlèvement des détritus sera fait en régie par la municipalité. La question est à l'étude.

Les égouts sont moins faciles à réaliser. Les spécialistes s'accordent à dire que le terrain rapporté est un obstacle à leur solidité et que le niveau de ce terrain empêche leur établissement.

Les arroseuses seront là bientôt.

Pour les bouges insalubres ou maisons dites inhabitables, la question est grosse de conséquences. Si l'on procède par expropriation, ce sera au-dessus de nos forces.

Il nous reste *la défense d'habiter* mais en avons-nous bien le droit ? Il faudra recourir à des mesures de ce genre autrement nous serons désarmés par la dépense supérieure à nos possibilités.

M. de Chasteigner. — Je remercie M. le secrétaire général des renseignements qu'il vient de nous donner. Pour les bouges, il y a 20 ans qu'on proteste et 20 ans que ça dure et si la solution est si difficile qu'on vient de nous dire, cela durera toujours.

En ce qui concerne les vidanges, le système actuel est simplement épouvantable. Les tinettes sont trouées et tout se répand dans les cabinets. Aux réclamations, l'entrepreneur répond : « Je suis débordé. ».

Ce fait se reproduit cent fois par jour. Malgré toutes les protestations c'est toujours pareil.

Le Dr Genevray. — Il y a là des foyers très dangereux de propagation microbienne.

M. Roumy. — Cela relève-t-il de la ville ou de la colonie.

Le secrétaire général. — Cela relève de la ville, mais la colonie est tutrice. Pour les vidanges, il y a des solutions en vue.

M. de Chasteigner. — Faites payer plus cher s'il le faut, mais que ce service soit convenable.

Le secrétaire général. — On prévoit le transport plus rapide dans des appareils fermés.

Le Dr Genevray. — Aux observations, l'entrepreneur répond : « Prenez mon cautionnement !.. »

Le secrétaire général. — Le personnel fait défaut. Les javanais opposent d'indicibles difficultés. Il faut aller jusqu'à leur promettre une bicyclette pour les décider.

M. David. — Pour les locaux inhabitables le Maire est armé pour en interdire l'habitation. S'il le faisait, les propriétaires agiraient et répareraient leurs immeubles. Mais un Maire est élu, il lui est difficile d'entrer en conflit avec ses électeurs. L'administration qui, elle, est immuable, devrait agir par dessus sa tête. Habiter un immeuble malgré l'interdiction entraîne l'amende et la prison. Le moyen est effectif.

Pour l'eau, dans tous les établissements publics, à commencer par le Collège, il devrait y avoir des filtres. Les particuliers devraient être invités eux aussi à en posséder, par une affiche ou une publication.

Pour l'arrosage, pourquoi n'emploierait-on pas l'eau de mer ? Est-ce qu'elle n'est pas bonne comme désinfectant ?

Le Dr Genevray. — Au point de vue hygiène, il n'y a aucun inconvénient à l'employer.

M. Roumy. — Pour les tinettes, il devrait y avoir une taxe uniforme par immeuble afin que personne ne soit tenté de lésiner sur le nombre des enlèvements Et, si c'est nécessaire, que ce travail soit fait en régie

M. David. — Pourquoi n'imposerait-on pas la fosse étanche avec le système Richer ?

Le secrétaire général. — Ce n'est pas possible, paraît-il.

M. de Chasteigner. — Pardon ! la fosse septique est mauvaise, mais pas la fosse étanche.

M. David. — La fosse septique est condamnée.

M. Soulard. — Ne pourrait-on empêcher l'arrosage des légumes avec les excréments ?

Le secrétaire général. — Certes si, mais c'est bien difficile.

M. Soulard. — Il n'y a aucun moyen ?..

Le Dr Genevray. — Si. Multiplier à l'infini le nombre des agents verbalisateurs. En attendant, éviter de manger des légumes crus que l'on n'a pas fait pousser chez soi (salades, radis, etc.).
Pour les vidanges, je préfère à tout autre système celui des tinettes s'il est bien fait. Le Dr Calmette, lui-même, a condamné les fosses septiques.

M. David. — Insiste pour que des filtres soient établis dans les écoles et collèges.

Le secrétaire général. — Le chef de la Colonie mettra certainement cette idée à l'étude immédiatement.

Inutile de faire la plus petite réflexion après ce triste étalage. Il faut croire que le Gouvernement français averti en a été impressionné car, pour permettre à la Nouvelle-Calédonie d'améliorer son état sanitaire, il a été décidé que l'hôpital de Nouméa qui devait être mis immédiatement à la charge de la colonie, charge plus particulièrement onéreuse étant donné l'état de délabrement de cet établissement, ne lui sera cédé qu'en 1927.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE PROBLÈME DE LA TUBERCULOSE.

Cycle évolutif du bacille tuberculeux. Applications pratiques.

Par Albert Vaudremer,

Maître de Conférences aux Hautes-Etudes.

Nous publions dans ce numéro la dernière partie du travail écrit par le docteur Vaudremer.
A la demande de l'auteur, nous n'avons pas inséré un chapitre où est étudiée l'anatomo-pathologie des lésions tuberculeuses. Ceux de nos confrères que cette partie très technique intéresserait pourront la lire dans l'ouvrage de Vaudremer, qui paraîtra incessamment sous le titre : *Le bacille tuberculeux, son évolution.*

N. D. L. R.

Vaccination expérimentale.

Nous avons précédemment montré à quel relai s'étaient arrêtés les auteurs qui ont étudié et continué à étudier la vaccination antituberculeuse.
A l'heure actuelle on cherche à vacciner les nourrissons par la voie gastrique, en suivant la méthode de Calmette. Nous avons résumé les points essentiels de cette méthode tout en manifestant une certaine réserve sur les craintes éventuelles que cette méthode nous semblait rendre légitimes pour l'avenir. Nous devons dire pourtant que, jusqu'à maintenant, on n'a pas eu à vérifier l'exactitude de ces craintes. Les expériences faites sur le nourrisson remontent actuellement à 3 ans. Jusqu'au 1er juillet 1924, 423 enfants ont été vaccinés. La mortalité globale constatée chez les vaccinés a été de 7 %. Cette proportion est inférieure de 5 % à la moyenne établie pour les enfants du même âge non vaccinés. Sur 137 enfants vaccinés qui vivaient dans un milieu infecté, aucun n'a présenté les signes prématurés d'une infection tuberculeuse. Dans la communication faite à l'Académie de Médecine et dont nous avons donné la référence bibliographique, Calmette affirme que le procédé d'immunisation qu'il conseille a toujours été inoffensif.
Nous devions à la vérité de faire connaître ces faits au public médical qui voudra bien nous lire.
En effet, si, comme il le paraît, la vaccination par les bacilles biliés, éloigne le danger immédiat de l'infection du nourrisson, il est important de

le lui éviter, sans redouter un danger lointain plus qu'il ne conviendrait de le faire. D'ailleurs, bien des espoirs grandissent aujourd'hui sur la possibilité d'une vaccination antituberculeuse qui serait obtenue avec des émulsions de bacilles chauffés. Mais de ceux-ci la preuve doit être faite sur le cobaye.

Nous avons dit que cet animal était le témoin que l'on avait choisi pour démontrer l'existence de l'infection dans les cas douteux. C'est donc une obligation pour le chercheur d'utiliser cet animal pour faire la preuve de la vaccination. Mais une autre raison rend aussi obligatoire le choix de ce témoin : c'est la rapidité avec laquelle chez lui la tuberculose évolue ; c'est aussi la possibilité de démontrer, sans doute possible, l'absence de toute lésion bacillaire.

Ces deux conditions n'étant pas représentées par les grands animaux, nous avons, jusqu'à présent, éliminés ceux-ci de nos recherches.

On a objecté que le cobaye en raison même de sa petite taille ne pouvait être pris comme témoin de la vaccination parce que les doses de bacilles qui lui étaient habituellement inoculées présentaient une disproportion d'un ordre de grandeur colossal avec le poids du corps de l'animal. Cette objection était basée sur le fait unique de l'infection massive à l'exclusion de toute variation dans la virulence des germes inoculés. C'est là une théorie que nous avons dit ne point accepter et nous croyons avoir montré, sans doute possible, que la virulence et la toxicité étaient des propriétés bacillaires on ne peut plus variables.

C'est donc sur le cobaye, que, pour toutes ces raisons, nous avons étudié la vaccination antituberculeuse.

Les résultats de nos premières recherches ont été publiés dans les C.R. de la Société de Biologie (tome XCII, p. 558, 28 février 1925). Dans les termes suivants :

Une souche de bacilles tuberculeux authentiques (souche C. 1) provenant de la collection de l'Institut Pasteur a été cultivée *sur* bouillon de pommes de terre sans glycérine. Le développement s'est fait lentement à la température de 38°. Au bout de six mois d'étuve, le voile recouvrait la presque totalité du bouillon contenu dans un matras de Fernbach. Le milieu de culture décanté fut remplacé par 200 centimètres cubes d'eau physiologique à 8,5 pour 1000.

Après une courte agitation on obtint une émulsion homogène opaline. Cette émulsion répartie en ampoules fut stérilisée à 50° pendant une demi-heure.

Préparation des animaux.

Le 11 décembre 1924, huit cobayes reçurent sous la peau du flanc gauche 2 centimètres cubes de l'émulsion ainsi préparée. Cette injection fut renouvelée le 16 décembre.

Trois et huit jours après l'injection, deux des cobayes moururent. A l'autopsie on constata chez eux des suffusions sanguines, dans la plèvre, le péricarde et le péritoine, une forte hyperhémie rénale et surrénale.

Le 30 janvier eut lieu l'infection de 5 animaux restant et de 5 témoins. Celle-ci fut faite par instillation d'une émulsion épaisse de bacilles virulents dans le cul-de-sac conjonctival inférieur gauche.

Les témoins moururent, un le huit février ; deux le 5 ; un le 14 ; un le 18. Le cinquième témoin tombé d'une table s'était tué deux jours après l'infection. Tous ces animaux présentaient des lésions bacillaires indéniables, caractérisées, des altérations de la cornée infectée ; des adénites sous-maxillaires ; une lésion épidydimaire caséifiée, des lésions pulmonaires typiques, etc.

Dans les lésions, si caractéristiques qu'elles aient pu être, nous n'avons trouvé qu'une fois des bacilles acido-résistants. Mais toujours on a pu constater des formes granulaires cyanophiles, quelques formes en massue et des formes bourgeonnantes.

Aucun des animaux vaccinés n'est mort de tuberculose. Sur les cinq, quatre vivent encore, ils sont sains. Un est mort le 10 juillet 1925. C'était un gros cobaye angora blanc dont l'histoire est particulièrement instructive.

Ce cobaye avait présenté, deux mois après l'infection, un ganglion sous-maxillaire gauche qui avait atteint, à un moment donné, le volume d'un gros pois.

Nous avons pensé que cet animal n'était pas vacciné, d'autant plus que nous savions par expérience la faible résistance opposée à une infection quelconque par les animaux blancs et surtout angora. C'est donc avec surprise que nous vîmes diminuer l'adénite. Elle devint à peine appréciable en trois mois et demi. A la mort de l'animal, tué par une scepticémie banale, on ne trouva pas de lésion tuberculeuse nulle part. Sauf le ganglion dont nous venons de parler. Celui-ci, gros comme une petite lentille, était unique.

Sa consistance très dure en rendit la coupe difficile ; les deux faces de la section apparurent brillantes, grisâtres très homogènes. On put constater histologiquement que le tissu dont était formée cette petite adénite était du tissu conjonctif sans inclusion bacillaire.

On a contesté sans raison la valeur de cette expérience pour l'insuffisant motif que tous nos animaux témoins étaient morts trop vite et que nous n'avions pas trouvé chez tous des bacilles acido-résistants.

Or c'est précisément ce qui rend l'expérience en question intéressante. Elle montre que les

bacilles acido-résistants ne se développent qu'après les granules non acido-résistants et que les animaux infectés par ces dernières formes peuvent succomber sous leur action. Cela, nous ne cesserons pas de le répéter jusqu'à ce que cessent des critiques que nous estimons mal fondées.

Pourtant nous avons cherché à réfuter la contradiction en faisant une deuxième tentative de vaccination. Dans celle-ci nous injectâmes le même vaccin à dix cobayes. Cette deuxième fois nous perdîmes encore la moitié de nos animaux du fait de la vaccination. La première injection est, en effet, toujours inoffensive, mais la deuxième est très sévère. Après quarante jours de repos les animaux survivants furent inoculés par l'œil comme nous l'avions fait lors de la première tentative.

Nous inoculâmes en même temps cinq témoins. Toutefois pour éviter la mort trop prompte de nos animaux nous leur fîmes une instillation dans l'œil avec une émulsion bacillaire virulente deux fois moins épaisse que lors de l'expérience initiale. Le résultat fut médiocre. Sur cinq témoins, deux n'ont pas été infectés du tout ; trois seulement sont morts de tuberculose généralisée au cours du quatrième mois qui a suivi l'inoculation palpébrale.

Pas un des animaux vaccinés n'a présenté de tuberculose. Quatre sont morts d'infection aiguë, pendant le mois d'août, sans présenter aucune trace de lésions bacillaires.

Cette expérience perd presque toute sa valeur en raison de l'absence totale d'infection apparente chez les cobayes témoins survivants.

De nouveaux essais sont en cours d'exécution. Nous ignorons encore quels en seront les résultats. Mais d'ores et déjà nous avons expérimentalement constaté que, contrairement à ce qu'on écrit communément, des bacilles tuberculeux, tués par la chaleur, peuvent être injectés sous la peau des animaux. Si l'on a soin d'employer des bacilles très faiblement acido-résistants, l'injection ne produit pas d'abcès local le plus souvent. Ces constatations nous ont amené à l'application de la bactériothérapie antituberculeuse chez l'homme.

Essais thérapeutiques.

a) Traitement par le liquide de culture d'Aspergillus fumigatus filtrée.

Avant de réaliser cette application, nous avons étudié l'action des cultures filtrées d'Aspergillus fumigatus que nous savions être capable de neutraliser la tuberculine en diminuant la propriété acido-résistante des B.K.

Depuis les recherches déjà lointaines publiées en 1910 dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, cinq cent vingt-deux cas de tuberculose pulmonaire de tous genres et de toute gravité ont été traités en France.

Ces applications n'ont été faites qu'après de nombreuses recherches poursuivies pendant cinq ans sur les cobayes et les lapins. Celles-ci nous ont permis de voir que les cobayes traités mouraient très longtemps, parfois un an, après les témoins. Les expériences étaient réglées de la façon suivante.

Tout d'abord nous préparions de la façon suivante le liquide à injecter. Sur le milieu de Raulin, une culture d'Aspergillus fumigatus était ensemencée. Les ensemencements étaient mis à l'étuve froide et obscure (15°), Après un mois environ, quand la culture était bien sporulée, nous décantions le liquide de culture. A celui-ci nous ajoutions le suc extrait du mycelium d'Aspergillus préalablement broyé avec du sable dans un mortier stérile. Le mélange des deux liquides une fois fait, nous filtrions le tout sur une bougie L. 7. Ce liquide non chauffé contenait donc encore les nombreuses diastases thermolabiles que l'Aspergillus fumigatus produit.

C'est ce liquide que nous avons employé tout d'abord, expérimentalement, et plus tard pratiquement.

Expérimentalement, nous avions constaté que ce liquide n'est pas toxique et que si on l'injecte à la dose d'un centimètre cube, deux fois par semaine, sous le peau du cobaye infecté depuis quinze jours avec des bacilles tuberculeux virulents, les animaux font une tuberculose retardée.

Nous avons conservé comme souvenir de ces expériences depuis 1912, dans le laboratoire, un cobaye témoin et un cobaye traité. Ces animaux étendus sur un cadre de verre baignent dans un liquide conservateur. Le cobaye témoin a des lésions énormes, le cobaye traité n'en a pas.

C'est donc la constatation répétée de ces faits qui nous a conduit à utiliser chez l'homme les cultures filtrées d'Aspergillus comme moyen thérapeutique.

Ce traitement est naturellement infidèle, mais il est très souvent intéressant. Comme il ne rencontre pas de contre-indications et qu'il ne provoque jamais d'accidents, il est d'un emploi facile. Son seul inconvénient est d'être un peu douloureux au cours de l'injection. Les malades, une fois prévenus, ne s'en inquiètent pas.

Nous publions ci-contre une courbe thermique intéressante. Celle-ci mieux que toute description montrera ce qu'on peut obtenir quelquefois en utilisant ce procédé très simple.

Comment agissent les cultures filtrées d'Aspergillus fumigatus. Nous avions cru tout d'abord que leur seule action était une atténuation de la tuberculine *in vivo*. Mais à l'époque où nous avions cette croyance, nous ignorions que le liquide était un milieu de culture pour les formes jeunes granulaires du B.K.

Depuis que ce fait nous est connu, nous cherchons à savoir expérimentalement si ce liquide ne confère pas à l'organisme des propriétés nouvelles particulières, ou comparables à celles que Metchnikoff a étudiées chez la gerbille et Métalnikoff chez la mite de la cire d'abeilles. Ces expériences difficiles et longues ne nous ont pas encore donné de résultats. La question est donc en suspens.

b) **Traitement par les émulsions bacillaires, chez l'homme.**

Les essais bactériothérapiques qu'il nous reste encore à exposer ont été les seconds en date de nos tentatives de traitement.

Précédés de longues recherches expérimentales qu'il serait superflu de décrire ici, ils ont demandé une mise au point difficile. Nous sommes arrivés aujourd'hui à un mode d'application pratique, mais qui demande de la part du médecin une surveillance attentive et persévétante.

Ce traitement consiste en injections intradermiques ou sous-cutanées d'une émulsion de bacilles tuberculeux dans l'eau physiologique.

Tout d'abord les bacilles sont mis à macérer dans le liquide filtré d'Aspergillus fumigatus. Au cours de cette macération, la tuberculine disparaît ; ainsi que le prouvent la survie des cobayes tuberculeux inoculés avec cette macération concentrée au même taux que la tuberculine tuant en 24 heures, par injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube, au cobaye tuberculeux témoin.

Mais la macération a encore un autre résultat, c'est l'atténuation, ou même la disparition de l'acido-résistance des bacilles macérés dans ce liquide, pendant un mois, à la température de 38°. Enfin nous avons dit prcéédemment que le milieu de culture d'Aspergillus filtré avait encore une autre propriété plus importante que les autres, celle de permettre au bacille acido-résistant de *germer* et d'engendrer des formes ne possèdant plus aucune trace d'acido-résistance, et, *poussant sur la gélose ordinaire dans certaines conditions déterminées.* Ces propriétés du liquide de culture d'A.F. filtré étant connues, il nous a été possible, grâce à ces propriétés variées, de préparer des émulsions bacillaires de deux sortes. L'une a été faite avec les bacilles tuberculeux qui à la fin de la macération possédaient encore une légère acido-résistance tout en étant débarrassés de leur tuberculine. La seconde émulsion a été préparée avec les souches développées sur la gélose en tube incliné et n'ayant plus aucun caractère commun apparent avec le B. K. classique.

Dans le premier cas, les bacilles ont été lavés trois fois dans l'eau distillée pour leur enlever toute trace de tuberculine. Dans les deux cas les émulsions ont été faites dans l'eau physiologique et chauffées, les premières à 70° pendant une demi-heure, les secondes à 56° pendant un quart d'heure.

La première émulsion bacillaire étant appliquée depuis le commencement de 1920, nous avons un recul suffisant pour juger son action. Nous ne parlerons donc que d'elle. La seconde est d'un emploi trop récent pour que nous ayons le droit d'en faire état.

Au début de nos recherches nous employions une émulsion forte très opaline. Mais, le maniement de celle-ci nous étant apparu difficile, nous l'avons remplacée par une émulsion faiblement opaline.

Nous avons étudié ce traitement personnellement pendant trois ans sur les tuberculeux pulmonaires. Depuis la fin de 1923 n'ayant plus eu la possibilité de poursuivre des recherches cliniques, nous avons confié des ampoules d'émulsion aux confrères qui nous en ont fait la demande.

Nos recherches personnelles ont été faites sur des tuberculeux pulmonaires fébriles et évolutifs. Nous avons systématiquement choisi des cas graves, ceux dans lesquels la thérapeutique courante ne pouvait être qu'illusoire.

Les injections ont été faites dans le derme, à la dose d'un demi centimètre cube, deux fois par mois environ. Pour renouveler l'injection, nous nous sommes basé tout d'abord sur la clinique. L'inoculation intradermique produit un petit nodule local dur et peu douloureux ; ce nodule persiste parfois plusieurs semaines. Il suppure rarement et, s'il le fait, c'est toujours longtemps après l'inoculation. Quand ces applications ont été faites dans le service de Rénon, Blamoutier a recherché ce que contenait le pus de ces petites collections. Il y a trouvé des bacilles acido-résistants. Ces expériences alors n'ont pas été poussées plus loin. Nous avons repris cette recherche depuis ; nous n'avons pas observé le même fait, les ensemencements sur pomme de terre glycérinée sont demeurés stériles ; les animaux inoculés avec le pus n'ont pas présenté de lésions tuberculeuses.

A part la petite manifestation locale qui vient d'être décrite, l'injection ne produit pas de phénomènes accusés. *Un point à signaler est que, au niveau de l'injection, on ne constate jamais l'apparition de la plaque érythémateuse que produit la tuberculine chez les sujets infectés.* Pendant les deux ou trois jours qui suivent l'application du traitement le malade est irritable. Il dort mal. Mais la température ne monte habituellement pas, *même quelquefois elle baisse.* Nous n'avons pas noté de réaction au niveau des foyers pulmonaires. Généralement le poids augmente pendant le mois qui suit l'injection. La toux, l'expectoration et les sueurs nocturnes

diminuent. Mais les bacilles persistent longtemps dans les expectorations.

En trois ans nous avons appliqué ce traitement à 87 malades graves, pour lesquels toute thérapeutique paraissait devoir être sans effet. 18 sont morts parmi lesquels cinq s'étaient présentés à la période prémortelle et n'avaient reçu qu'une injection. Soixante-neuf cas restaient en traitement à la fin de l'année 1923. Parmi eux 32 étaient en voie de guérison. A la fin de cette année 1923, nous avons interrompu nos essais, pour obéir au règlement des dispensaires qui interdit le traitement dans les formations de ce genre.

Pourtant nous avons pu savoir ce qu'étaient devenus les malades à qui la bactériothérapie avait été appliquée. Parmi eux on a noté 12 nouveaux décès ce qui porte à 30 le nombre total des échecs . Parmi les autres malades anciennement traités, 37 viennent encore se faire examiner trois ou quatre fois l'an. Ils présentent les signes habituels de la sclérose pulmonaire parenchymateuse et ne crachent plus de bacilles. Si l'on se rappelle que les malades traités étaient tous dans un état grave et que le sanatorium leur était fermé en raison de cette gravité même, on peut estimer que la mortalité de 20,7 % constatée parmi les cas est faible.

Depuis nous, ce traitement a été continué par nos confrères de la ville. Sur notre conseil, ils ont pratiqué les injections sous-cutanées et non plus intradermiques. Dans ces conditions les résultats ont été, jusqu'ici, meilleurs. Nous pouvons citer un cas constaté par le Dr Bonnet, de Carrière-sur-Seine, et trois cas observés par le Dr Boudou, de St-Mandé, comme ayant été particulièrement heureux.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales.

Les règlements imposés aux dispensaires ne nous ayant plus permis de poursuivre nos observations sur les tuberculoses pulmonaires, nous avons entrepris des recherches sur les tuberculoses chirurgicales dans le service du professeur Gosset à la Salpêtrière. Ceux qui ont visité ce service savent la rigueur avec laquelle y sont appliquées les méthodes scientifiques. Tous les malades ont été examinés cliniquement et radiologiquement. Les examens bactériologiques et les examens humoraux ont été pratiqués avant et pendant le traitement. Depuis le moment où la méthode de la floculation de Vernes a été connue de nous, l'application en a été faite systématiquement.

A l'heure actuelle nous avons traité depuis le 1er mars 1924 110 malades de tous âges présentant les lésions les plus différentes.

L'émulsion bacillaire utilisée au traitement de ces cas chirurgicaux est la même que celle dont nous avons fait usage pour le traitement des lésions pulmonaires.

Les observations de 65 cas traités et les radiographies les concernant seront publiées dans un livre qui paraîtra en février 1926 sous le titre « Travaux de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière » (1).

Le professeur Gosset ayant bien voulu faire dans ce livre une place importante à nos recherches, ce dont nous tenons à le remercier, nous ne pouvons pas décrire en détail les observations ici. Le lecteur soucieux d'approfondir la question devra lire l'ouvrage où celles-ci seront publiés. Cependant pour permettre de juger l'intérêt du traitement dans son ensemble, nous en donnerons les résultats sous la forme de statistique, celle-ci décomposée ainsi.

Age des malades : 19 à 78 ans.

Tumeurs blanches (épaule, poignet, coude, genou)	33
Coxalgies	13
Adénites	27
Orchites	6
Tuberculoses osseuses	22
Péritonites	7
Salpingites	2
Total	110
Examens de laboratoire	160
Moyenne des injections	4
Durée moyenne du traitement	5 mois

Les résultats fournis par le traitement ont été les suivants pour 85 cas traités :

23 guérisons, sans séquelles.
36 améliorations.
5 états stationnaires.
8 aggravations.
6 décès : suite de tuberculose pulmonaire : 1.
aortite, 1.
hémorragie cérébrale : 1.
Suite de résection du genou : 1.
réactivation des lésions par une gonorrhée grave, prostatite et pyélonéphrite : 1.

Soit :

Succès : 68.72 %.
Echecs : 25.8 %.

Ces chiffres montrent que la bactériothérapie, appliquée comme nous l'avons fait, a produit des résultats intéressants. Ces résultats ont été rapides : on a pu les constater même dans les cas graves.

Parmi les malades traités il en fut qui, atteints de tumeurs blanches du coude et d'ostéite bacillaire des os du carpe, ont guéri sans limitation des mouvements.

(1) Masson, éditeur.

Les épidydimites ont disparu en quelques semaines.

Les péritonites tuberculeuses se sont améliorées au point de ne plus accuser leur présence que par la persistance de petits foyers d'empâtements limités et parfois difficiles à découvrir.

L'attente de ces résultats n'a pas été sans nous causer au début des appréhensions dont il nous reste à préciser la nature.

C'est ainsi que dans certains cas, nous avons vu survenir, une dizaine de jours après l'injection, des polyadénites généralisées athermiques, mais douloureuses. Celles-ci ont regressé lentement puis ont disparu. Dans quelques cas on a pu craindre la suppuration de certains ganglions; mais ce fait ne s'est pas réalisé. *Les ganglions fluctuants se sont transformés lentement en masses lipomateuses persistantes.*

Dans certains cas on a vu apparaître des lésions osseuses ou articulaires nouvelles en des points très éloignés de la lésion pour laquelle le traitement avait été institué. Parmi ces lésions, certaines sont devenues fluctuantes, et on a cru devoir les ponctionner. On l'a fait une fois, il n'a plus été nécessaire de recommencer parce que le pus ne s'est pas renouvelé et que la guérison est survenue.

Enfin dans certains cas un abcès est apparu au point de l'injection. Ces abcès se sont formés tardivement. Il a fallu les ponctionner. Lorsque la ponction n'a pas été faite, la peau s'est ulcérée et la plaie s'est cicatrisée très lentement.

Quand ces incidents ont été connus de nous, nous avons pris la précaution de prévenir les malades de leur apparition éventuelle. C'est une mesure qu'il faut observer.

Aujourd'hui, ces inconvénients ne nous préoccupent plus, pas plus qu'ils ne préoccupent les docteurs Guillot et Dehelly, du Havre, qui ont la grande pratique d'une thérapeutique avec laquelle ils ont obtenu une statistique intéressante. Il en est de même des docteurs Lamare et Larget, chirurgiens de l'hôpital de St-Germain, qui ont bien voulu poursuivre nos essais.

Nous n'avons pas la prétention d'« avoir vaincu la tuberculose » mais nous croyons avoir mis au point un procédé thérapeutique intéressant dès à présent, tout en conservant l'espoir de faire mieux.

Conclusions.

Tels sont les faits que nous avons pu suivre au cours de nos recherches. Ils comportent les conclusions suivantes :

1° La tuberculose est une maladie infectieuse causée par plusieurs germes appartenant à la famille des champignons parasites. *La tuberculose est donc étiologiquement une mycose.*

2° Les germes pathogènes de cette maladie n'appartiennent pas en effet à une seule espèce. Leur développement morphologique différent le prouve. Malgré cette différence, ils aboutissent à un même terme, qui est « *le bacille acido-résistant de Koch* ». Une fois cette convergence accomplie, les bacilles acido-résistants ont une biologie et un pouvoir pathogène communs.

Avant d'atteindre la forme acido-résistante, les germes pathogènes subissent une série de transformations, décrites et démontrées au cours de ce travail.

3° Certaines de ces transformations ne peuvent apparaître que dans des milieux nutritifs pauvres et à des températures relativement basses. Ces conditions, qui sont celles de la nature, permettent de concevoir l'ubiquité des germes et leur développement en dehors de la vie parasitaire.

4° La conservation et le développement des agents de la tuberculose sont assurés par des éléments granulaires. Ces éléments sont constants à quelque stade que ce soit de la vie du microbe.

En milieux nutritifs pauvres, ces granules poussent sous des formes zéogléiques, mycéliennes, bacillaires qui ne sont pas acido-résistantes.

En milieux nutritifs riches en matières grasses et azotées, exposés à la température de 37°, 38°, les granules donnent naissance à *la forme bacillaire de Koch.*

Toutefois, la transformation des formes non acido-résistantes en bacille acido-résistant ne peut se faire qu'après un premier passage à travers l'animal. Elle est la seule pour laquelle la phase parasitaire soit obligatoire.

5° Le volume des éléments granulaires du germe tuberculigène peut être très différent. Il commence à la limite de la visibilité (peut-être au dessous de celle-ci) ; et peut atteindre le volume d'un globule rouge. Les éléments les plus fins traversent la bougie Chamberland L 3. Ils traversent aussi le placenta maternel. La nature du germe de la tuberculose et les conditions biologiques auxquelles celui-ci s'adapte, commandent les lésions anatomiques et la marche particulière de la maladie.

6° *Etiologiquement,* la tuberculose peut être héréditaire ou acquise, la tuberculose héréditaire est transmise par les granules infectieux qui ont traversé le placenta maternel.

La tuberculose acquise peut être provoquée directement par la forme bacillaire de Koch, elle peut l'être aussi par les formes granulaires ou bacillaires cyanophiles.

A ces dernières correspondent : les bacilloses septicémiques, les bacilloses inflammatoires, les poussées évolutives et les formes non folliculaires : à la forme bacillaire de Koch répondent les lésions folliculaires et la tuberculose chronique.

7° Ces constatations conduisent à la bactériothérapie et à la vaccination antituberculeuse par l'emploi de vaccins chauffés.

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — *Les références bibliographiques sont placées dans l'ordre où les questions s'y rapportant sont traitées dans le texte.*

Strauss. — La tuberculose et son bacille.

Calmette. — L'infection bacillaire et la tuberculose.

Grancher. — *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1878.

Virchow. — *Archives de Virchow*, 1868.

Villemin. — *Bulletin* de l'Académie de médecine, 1865.

Gougerot. — Bacillo-tuberculose non folliculaire, 1907.

Landouzy. — Congrès de Washington, 1908.

Ivan Bertrand et Médakovitch. — Etudes anatomiques sur les tuberculoses des centres nerveux. (*Annales de médecine*, 5 mai 1924.)

Giraud et Sédal. — *Revue de la tuberculose*, 1924, n° 1, p. 1.

Potez. — Thèse de Paris, 1925.

Baemaster. — *Deutsch Med. Woch*, n° 1713, 1918.

Graff et Kufferle. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, B.D. 46.

Michel. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, B.D. 49.

Orth. — *Deutsche med Woch*, n° 49, 1921.

Ulrici. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, Bd. 31 et 52.

Nicol. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, Bd. 51 et 52.

Aschoff. — *Deutsche Klinick Tachen*, 36, 1922.

Aschoff et Munster. — *Mediz. Woch*, n° 69, 1922.

Puhl. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, B.D. 52.

Ranke. — *Beiträge zur Klinick der Tuberkulose*, n° 52.

Kuss. — Hérédité parasitaire de la tuberculose. (Thèse de Paris, 1898.)

Ribadeau-Dumas. — La tuberculose pulmonaire d'inoculation infantile. (*Revue de la tuberculose*, 1920, 1.)

Debré et Bonnet. — La surinfection tuberculeuse expérimentale. (*Journal médical français*, t. XI, n° 9, septembre 1922.)

Ribadeau-Dumas. — Sur une forme curable de tuberculose ganglion-pulmonaire du nourrisson. (*Revue de la tuberculose*, n° 1, 1923.)

Roux et Pawlosky. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 19.

Lerefait. — La tuberculose pulmonaire et l'hospitalisation des tuberculeux. (*Normandie médicale*, 1899.)

Louis Martin et A. Vaudremer. — Etudes sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse. (*C.R.* Société de Biologie, 19 nov. 1898.)

Péron. — *Archives générales de médecine*, nov. 1898, p. 573.

Louis Martin et A. Vaudremer. — Etudes sur la tuberculose péritonéale du cobaye. (Congrès international de médecine. Section de bactériologie, Paris, 1900, p. 68.)

Louis Martin et A. Vaudremer. — Etudes sur la pathogénie de la méningite tuberculeuse. (*C.R.* Soc. de biologie, 1896, p. 1067.)

Calmette et Guérin. — *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1914.

Vaudremer. — Action des microbes sur la tuberculine. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1910, tome XXIV. n° 3, p. 189.)

Vaudremer. — Traité d'hygiène de Brouardel et Mosny. (Baillière. Sous presse).

Maragliano. — Congrès français de médecine. Bordeaux, 1923.

Calmette et Breton. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 21 nov. 1923.

Cantacuzène. — *C.R.* Société de biologie, octobre 1906.

Cantacuzène. — *Annales de l'Institut Pasteur*, novembre 1905.

Martin et Vaudremer. — *C.R.* Société de biologie, octobre 1906, p. 258.

Rabinovitch. — *Berliner Klinick Woch.*, 20 janvier 1913.

Ramon. — *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 1, janvier 1924.

Calmette et Guérin. — *Annales de l'Institut Pasteur*, oct. 1905, mai-août 1906.

Marfan. — *Presse médicale*, 22 décembre 1920, n° 102, p. 1069.

Nocard et Roux. — Sur la culture du bacille de la tuberculose. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 24.)

Metchnikoff. — *Virchow's archiv.*, 1888, p. CXIII, p. 63.

Ferran. — *C.R.* Acad. des Sciences, 11 oct. 1897. « Les mutations bacillaires ». Inst. Ferran, Barcelone, 1923.

Dubard, Arloing et Courmont. — *Bull.* de la Soc. de biol., 16 et 31 mai 1898.

Babes et Levaditi. — *Arch. méd. expériment.*, 1902, t. IX.

Auclair. — *Arch. de méd. expériment.*, 1903, t. IV.

Péju et Rajat. — Soc. de biol. 1906-1907.

Vallée. — Soc. de biol., 16 juin 1906., t. LX, p. 1021, 3 nov. 1906, t. LXI, p. 369.

Magrou. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1910, 1923.

Fontes. — *Annales de l'Institut Oswaldo Cruz*, 1910, t. II.

Bezançon et Philibert. — Soc. détudes de la tuberculose, 12 mars 1914, p. 32.

Guilliermond. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1917, n° 3.

Kirchenstein. — Structure et mode de développement des bactéries, Riga, 1923.

Albert Petit. — *Archiv. de l'Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord*, 1er février 1923, t. II.

Martin et Vaudremer. — Soc. de biol., 1er mars 1898, 19 nov. 1898.

Martin et Vaudremer. — Soc. de biol., 1er oct. 1906, t. LXI, p. 258.

Martin et Vaudremer. — Soc. d'études scientifiques sur la tuberculose, 11 mars 1909.

Vaudremer. — Soc. de biol., 1912, p. 501.

Vaudremer. — Soc. de biol., 1913, p. 278 et 752. 30 avril 1921, p. 775, décembre 1921, p. 1055. *La Médecine*, mars 1921 et mars 1922. Soc. de biol., février 1921, p. 259.

Gessard et Vaudremer. — Soc. de biol. 4 nov. 1922.

Vaudremer. — Soc. de biol., juin 1923. « Le bacille de la tuberculose, Sclérothrix Kochii) ». Congrès français de Méd. Bordeaux, septembre 1923. *Paris médical*, 1924, n° 1.

Hauduroy et Vaudremer. — Soc. de biol., 22 décembre 1924.

Bezançon et Paul Hauduroy. — Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 12 janvier 1924. *Revue de la tuberculose*, 1924, n° 2, p. 215.

Vaudremer. — *Revue de la tuberculose* 1924, n° 2, p. 221. *Bull.* de la Soc. des médecins des dispensaires antituberculeux de l'Office public d'hygiène sociale, 1924, n° 2.

Durand et Vaudremer. — Soc. de biol., 5 avril 1924.

Valtis. — Soc. de biol. et section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose, 12 janvier 1924. *Annales de l'Inst. Pasteur*, juin 1924, n° 6.

Vaudremer et Mondet. — *C.R.* de biol. 28 février 1925, t. XCII, p. 558.

Vaudremer. — IVe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. C.R., p. 96.

Vaudremer. — *Presse médicale*, oct. 1924.

Vaudremer. — C. R. Soc. Biologie, janvier 1926.

A PROPOS DE LA RADIOTHÉRAPIE DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE,

Discussion.

Par le Dr Charles GUILBERT,

Radiologiste des hôpitaux.

L'action biologique des radiations X, mystérieuse pour beaucoup, incomplètement définie pour le spécialiste même, n'est point de celle qui entraîne, à l'heure actuelle, la certitude *a priori*. Ce n'est que l'accumulation des observations qui puisse forcer un courant d'opinion. Cependant, il est possible, en s'appuyant sur les connaissances acquises, d'écarter déjà quelques objections de principe sur la radiothérapie prostatique.

Comment les rayons X peuvent-ils agir sur l'hypertrophie prostatique.

Pour définir l'action des rayons X sur l'hypertrophie prostatique, il est nécessaire de considérer un instant la constitution anatomique de cette tumeur.

Velpeau comparaît l'hypertrophie prostatique au fibrome, et sa comparaison est demeurée classique.

Virchow en fait un myome hyperplasique.

Thomson distingue différentes formes : l'une où l'hypertrophie atteint tous les éléments ; l'autre où l'hypertrophie atteint seulement le stroma conjonctif et musculaire ; une troisième où il y a hypertrophie glandulaire ; une quatrième où il y a formation de corps sphéroïdaux analogues aux fibromes utérins.

Launois, avec Cornil et Ranvier, compare l'hypertrophie prostatique aux adénofibromes du sein, et il insiste sur les altérations vasculaires, pensant que ces lésions tiennent sous leur dépendance l'augmentation de volume.

L'opinion qui est aujourd'hui le plus généralement admise est celle de Motz, reprise par Albarran et Hallé, à savoir qu'il y a prédominance de l'élément glandulaire sur le stroma.

Dans d'autres cas — mais il s'agit vraisemblablement de cas plus tardifs — le stroma prédomine, plus fibreux que musculaire, et alors l'élément glandulaire s'atrophie.

Les lésions de périartérite et d'artériosclérose signalées précédemment, n'existent qu'exceptionnellement et accompagnent surtout la sclérose générale.

Il est probable que toutes les lésions décrites peuvent se rencontrer dans l'hystologie de l'hypertrophie prostatique ; en résumé, la forme histologique la plus commune de l'hypertrophie prostatique est l'adéno-fibrome dont les deux éléments : tissu cellulaire hyperplasié et tissu fibromateux, sont en proportion variable.

L'action des radiations Rœntgen est incontestable sur ces deux éléments, mais non pas d'une façon identique et égale. Et ceci explique l'action rapide dans les cas où domine vraisemblablement l'élément cellulaire, l'action plus lente et moins complète sur l'élément conjonctif, fibreux. Dans la forme purement scléreuse, l'échec de la radiothérapie devrait être de règle, bien que nous ayons toujours eu, même dans ce cas, une amélioration notable, que la radiophysiologie actuelle ne peut expliquer.

En dehors de ces formes classiques, anatomiques même, il en est une autre qu'il nous faut envisager au point de vue des résultats. Chez des pléthoriques, presque toujours hémorroïdaires, on trouve une prostate lisse, molle, qui laisserait escompter au premier examen un résultat immédiat et définitif. Or, ce sont les cas les plus résistants. Déjà, je l'ai signalé dans les observations publiées, et j'avais cru devoir en attribuer la cause à l'insuffisance de la dose profonde. J'ai renforcé cette dose par un demi-champ périnéal et le résultat n'a cependant pas été définitif dans les derniers cas traités. Chez ces malades l'hypertrophie rétrocède, mais pour quelque temps et au bout de six mois, parfois un an, la prostate augmente à nouveau de volume, et les troubles urinaires reparaissent. Il semble nécessaire, dans ce cas, de faire subir au malade un traitement décongestionnant prolongé du système porte en même temps qu'un traitement hypotenseur après l'application de radiothérapie.

Récidive. Les résultats sont-ils définitifs ?

En dehors de ces cas de pléthore, on peut se demander si l'intervention rœntgénique donne une guérison définitive. Notre expérience de la radiothérapie profonde ne date que de quatre ans. Nous ne pouvons donner que les résultats acquis.

Depuis la publication de notre statistique, nous avons eu deux malades qui se considéraient comme guéris (observation I et observation XXVII) et qui ont dû subir une nouvelle irradiation ; l'un après quatre ans, l'autre après huit mois, ce qui élève au total les récidives au nombre de cinq, sur trente et un cas publiés.

Parmi les nouvelles observations non publiées (14 cas nouveaux), nous avons eu un insuccès partiel et une récidive actuellement en traitement.

Parmi ces sept malades sur lesquels j'ai eu à revenir, il y a :

1° Trois obèses qui rentrent dans le groupe

des pléthoriques dont nous avons parlé précédemment ;

2° Nous avons deux infectés avec urines purulentes, chez lesquels l'infection vésicale, même soignée, a persisté et a entretenu et renouvelé un état inflammatoire prostatique et péri-prostatique ;

3° Enfin, il y a deux malades sans infection vésicale, ayant donné un peu de troubles vésicaux, mais avec des prostates énormes, dures, régulières, où une seule application était insuffisante et chez lesquels une seconde application paraît avoir amené une guérison définitive.

Le traitement radiothérapique ne laisse-t-il point à sa suite d'adhérences ou de transformations scléreuses qui soient un obstacle à l'intervention chirurgicale si elle était nécessaire, ou ne provoque-t-il point une dégénérescence qui puisse compromettre la vie des malades ?

Ce fut la première objection qui fut faite à l'irradiation prostatique, et ici nous abordons la polémique de l'irradiation des fibromes. C'est une objection qui fut faite à l'irradiation utérine et les observations publiées auraient eu une valeur certaine si, en parallèle, on avait pu dire que jamais un fibrome non irradié n'est accompagné d'adhérences, et que jamais, après une hystérectomie pour fibrome, il n'y a eu de dégénérescence du moignon. Hélas ! irradiés ou non, les fibromes sont parfois adhérents ; irradiés ou non, ils dissimulent parfois une dégénérescence néoplasique. Ce que l'on peut dire de l'irradiation de la prostate, c'est que des malades jusqu'à présent traités par la méthode des fortes doses en six champs, aucun malade traité pour hypertrophie simple, n'a présenté de dégénérescence néoplasique consécutive, et nous considérons que ceci est une chance, car e diagnostic de l'hypertrophie simple et de la dégénérescence n'est pas toujours facile : c'est l'évolution seule qui établit la différenciation. Au sujet des adhérences possibles, nous l'avons déjà écrit, trois de nos malades ont été opérés et les chirurgiens consultés par nous n'ont signalé ni adhérences, *ni sclérose*.

Du reste la technique des doses massives et uniques présente à notre avis l'avantage de ne pas multiplier le traumatisme de l'irradiation et d'écarter au moins théoriquement l'hypothèse des réactions du tissu conjonctif.

Séquelles du traitement radiothérapique.

Immédiates. — L'irradiation de la prostate par haute dose provoque parfois, nous l'avons signalé dès nos premières observations, un état irritatif de la vessie et du rectum qui peut inquiéter. Nous espérons pouvoir dire bientôt que, comme la radiodermite, c'est un mécompte de débutant.

Nous avons remarqué, en effet, que les vessies hypersensibles sont des vessies irritées par une inflammation chronique, cystite des prostatiques, ou par des calculs. Donc, avant de traiter les malades, il faut bien connaître l'état de leur vessie, traiter la cystite, débarrassser les malades des calculs par lithotritie ; c'est ce que nous faisons systématiquement aujourd'hui. Le ténesme, que nous considérions autrefois comme la suite presque inéluctable du traitement, se fait de plus en plus rare. Les seuls cas où il nous est impossible de l'éviter, c'est quand le prostatique est un rétentionniste qu'il faut sonder quotidiennement ou qui doit garder la sonde à demeure.

Lointaines. — Après le traitement, certains malades restent des urinaires, nous l'avons déjà dit, que leur vessie soit infectée, ou le muscle vésical déficient, en totalité (vessie forcée), ou partiellement (vessie à colonne ou à diverticule).

Ces infirmités légères sont indépendantes de l'intervention radiologique.

Conclusion.

En résumé, l'irradiation prostatique est une intervention bénigne en elle-même, sans danger consécutif ; elle ne met pas obstacle à l'intervention dans le cas, assez rare du reste, où elle est nécessaire.

Il y a intérêt à ce que l'irradiation soit aussi précoce que possible parce qu'une hypertrophie jeune, moins scléreuse, est plus radiosensible, et parce que les troubles vésicaux sont encore curables.

Enfin, il paraît nécessaire, pour éviter les récidives chez les pléthoriques, d'abaisser la tension portale et la tension générale ; chez les infectés de soigner l'infection par des lavages vésicaux et des vaccins.

La Rœntgenthérapie prostatique est une thérapeutique très puissamment active, qui peut être mise en parallèle pour ses résultats avec l'intervention chirurgicale, qu'elle rend inutile dans les cas précoces, et qu'elle remplace dans les cas où l'acte chirurgical est contre-indiqué.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Recherches sur la présence des tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques.

Etant donné que, pour qui n'est point économe de son temps, il est toujours possible de retrouver dans le liquide céphalo-rachidien l'agent pathogène des méningites, l'absence pour ainsi dire absolue du tréponème dans les irritations méningées syphilitiques apparaît comme un fait paradoxal. MM. Jeanselme, Schulmann et René Martin, au cours de leurs recherches, sont arrivés aux mêmes constatations bactériologiques négatives malgré les perfectionnements apportés à leur technique.

C'est là un argument important en faveur de la conception de A. Sézary sur la genèse des accidents méningés : le parasite ne se localiserait pas primitivement sur les méninges, mais dans les centres nerveux, où il serait amené par la circulation générale. La méningite ne serait ainsi qu'une réaction banale de la séreuse au voisinage des foyers de pullulation du spirille et des tissus sclérosés et dégénérés. La méningite symptomatique, que révèle la ponction lombaire chez un spécifique, serait le témoin et non la cause des lésions nerveuses parenchymateuses qu'elle accompagne. (*La Presse médicale*, 5 août 1925.)

La tension intra-veineuse chez les hypotendus et hypertendus artériels.

Cette question est d'un intérêt pratique supérieur, et les recherches de M. Helouin ont fourni dse résultats analogues à ceux des autres auteurs.

Il en résulte que chez les sujets à tension artérielle normale, la tension intra-veineuse est sensiblement 13 fois moindre que la tension maxima artérielle.

Chez les hypotendus artériels, il y a fréquemment hypertension veineuse ; lorsque celle-ci reste sensiblement égale à la tension maxima artérielle, il s'agit de chlorotiques, anémiques, lymphatiques, prébacillaires ou bacillaires, avec cœur petit, allongé, non dilaté. Mais si la différence avec la tension maxima artérielle s'accentue notablement, on est en droit de penser à la participation d'un cœur droit pléthorique, en passe de dilatation et de fléchissement ; cette notion offre donc un grand intérêt à la fois pronostique et thérapeutique.

D'autre part, chez les hypertendus artériels, l'hypertension veineuse est fonction d'une surcharge cardiaque et n'apparaît qu'avec elle ; l'hypotension veineuse par contre signifie une parfaite compensation cardiaque. (*La Presse médicale*, 17 octobre 1925.)

Les syndromes d'hérédo-méiopragie ectodermique.

C'est en prenant avec soin les observations des antécédents héréditaires des malades atteints d'affections de la peau, en appréciant la nature des maladies rencontrées chez les collatéraux ou les ascendants de tels malades, qu'on peut arriver, dit le Dr Lortat-Jacob, à établir les relations de telle ou telle dermatose avec telle ou telle manifestation diathésique, telle susceptibilité idiosyncrasique, comme on disait naguère, telle affinité microbienne, et aussi actuellement telle sensibilisation.

Si les lésions congénitales de la peau, des organes des sens, s'accompagnent fréquemment de perturbations nerveuses (développement intellectuel retardé, psychisme, obsession, anxiété, crises comitiales), c'est que les unes comme les autres relèvent également d'une perturbation de l'ectoderme, qui préside au développement et au fonctionnement du système envisagé. Il y a là des équivalences morbides cutanées et nerveuses.

Parmi les maladies qui peuvent atteindre l'ectoderme et provoquer ainsi ces déviations du type normal, soit morphologiquement, soit en imposant des perturbations physiologiques à manifestations épisodiques, tantôt du système nerveux central périphérique, tantôt de la peau, la syphilis est de tous les facteurs celui qui paraît le plus aisé à dépister et à traiter.

Le traitement sera un traitement arsenical du type antisyphilitique ; il sera employé d'une manière aussi précoce que possible, car il est l'agent modificateur par excellence de la peau, des phanères et du système nerveux, en raison des affinités tissulaires de l'arsenic, en dehors de son rôle tréponémicide ou antisyphilitique. (*La Presse médicale*, 9 septembre 1925.)

Les effets de la ponction lombaire chez les diabétiques.

Le Pr Rathery et Mlle Dreyfus-Sée étudient l'action glyco-régulatrice et oligurique de la ponction lombaire chez les diabétiques, mais, en aucun cas ils n'ont retrouvé les modifications considérables signalées dans les observations publiées antérieurement. Ils n'ont pas observé des chutes de diurèse, qui permettraient de rapprocher la polyurie du diabète sucré de celle du dia-

bète insipide ; les diabétiques se sont comportés comme des sujets normaux quant à la *diurèse.* Quant à la *glycosurie,* les effets de la ponction lombaire sont inconstants, et, quand ils existent, ils restent fugaces.

Chez certains sujets cependant les auteurs ont trouvé une chute temporaire et nette de l'*hyperglycémie* atteignant et même dépassant 0 gr. 50. Cette chute se produisait seulement chez la plupart des hyperglycémiques notables et faisait défaut chez les sujets dont la glycémie était peu augmentée.

Bref, quand le mécanisme glyco-régulateur est tout particulièrement sensible, la ponction lombaire peut brusquement provoquer une dissociation entre la glycosurie et l'hyperglycémie, et peut-être par suite d'un traumatisme méningé léger. Mais si on ne nie pas le rôle du système nerveux dans le métabolisme général des diabétiques, et particulièrement dans leur mécanisme hydrocarboné, il ne semble pas que les modifications entraînées par la ponction lombaire puissent venir constituer une preuve nouvelle de cette action. (*Paris médical,* 24 octobre 1925.)

La dérivation des urines par l'urétérostomie iliaque dans les néoplasmes vésicaux inopérables.

Rien ne peut calmer les douleurs de la cystite néoplasique, sinon la dérivation des urines, qui met au repos absolu la partie sous-jacente de l'appareil urinaire.

Le Dr DE BERNE-LAGARDE estime que la cystostomie constitue ici une erreur thérapeutique ; les urines, en effet, continuent à passer par la vessie qu'elles irritent et infectent. La néphrostomie, opération sanglante, est difficile à exécuter correctement sur un rein dont les calices ne sont pas distendus. Mieux vaut pratiquer l'urétérostomie, opération bien moins sanglante, qui ne touche pas le rein ; les uretères sont abouchés à la peau de la paroi abdominale antérieure à trois travers de doigt en dedans et à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le seul danger à redouter est l'infection rénale ascendante, qui n'est d'ailleurs que légère, que l'on évite en pratiquant, par l'intermédiaire d'une sonde urétérale des lavages du bassinet avec une solution de nitrate d'argent au centième.

Cette urétérostomie iliaque est une intervention palliative, qui soulage complètement, immédiatement, et qui donne le calme euphorique à ces malades destinés à mourir. (*L'Hôpital,* octobre 1925-A.)

L'entorse du genou.

Par suite de l'interposition des ménisques intra-articulaires, l'articulation du genou devient, ainsi que le fait remarquer F.-M. CADENAT, une articulation quadruple, et l'on commence à peine à entrevoir le rôle qu'y jouent les ménisques et les ligaments croisés.

Rappelons que des deux ménisques, l'un est très mobile : ménisque externe, presque complètement fermé puisque ses deux cornes s'attachent immédiatement en avant et en arrière des épines tibiales ; l'autre est plus solidement fixé, notamment au ligament latéral interne ; c'est lui qui, dans l'entorse, est le plus lésé, soit qu'il se désinsère, se fende ou arrache ses insertions osseuses.

A noter aussi le rôle capital des ligaments croisés : alors que certaines de leurs fibres se relâchent pendant la flexion, d'autres se tendent pour maintenir les surfaces au contact. Lorsque le membre est en extension, leur intégrité suffit (même si les ligaments latéraux ont été sectionnés) pour empêcher tout mouvement de latéralité.

Quand on examine une entorse, il faut, avant tout, rechercher la fracture possible et l'état des ligaments du genou. Le seul fait de pouvoir détacher le talon du plan du lit permet d'éliminer une fraction du fémur, ou des deux os de la jambe, ainsi qu'une lésion grave de l'appareil de l'extension. Sinon rechercher d'abord la fracture de la rotule (qu'il ne faut pas confondre avec un épanchement de la bourse pré-rotulienne ; d'autre part, le fait qu'il est possible de renvoyer le flot articulaire dans cette bourse témoigne d'une rotule fracturée), la rupture des tendons quadricipital ou rotulien, une fracture de la tubérosité antérieure. Rechercher ensuite les mouvements de latéralité en extension (lésion des ligaments latéraux et des ligaments croisés), les mouvements de tiroir antéro-postérieurs (ligaments croisés), les lésions méniscales (douleur localisée au niveau de l'interligne articulaire en avant et en dedans du tendon rotulien).

Le traitement commun à toutes les entorses du genou, c'est celui de l'hémarthrose ; il ne faut pas hésiter à ponctionner, au bout de 24 à 48 h. (pour éviter une récidive), tout épanchement, pour peu qu'il soit tendu ; on enfonce un trocart de gros calibre dans le cul-de-sac quadricipital. La ponction est suivie d'une mobilisation active et passive par des mouvements biquotidiens du quadriceps, dont on évite ainsi l'atrophie. Ces exercices sont précoces, même lorsqu'il existe de légers mouvements de latéralité ; la meilleure manière, en effet, de suppléer aux mouvements relâchés est de conserver leur tonicité aux ligaments actifs, que constituent les muscles.

Aussi, ne doit-on recourir qu'en dernier ressort aux opérations destinées à reconstituer les ligaments latéraux et les ligaments croisés. On intervient pour les lésions méniscales lorsqu'elles déterminent par intermittence un blocage du genou ; la suture ou fixation échoue le plus souvent ;

mieux vaut pratiquer l'ablation. (*L'Hôpital*, octobre 1925-B.)

Diagnostic et traitement de la phlegmatia alba dolens des accouchées.

Dans une étude intéressante, le Dr E. COUDERT rappelle que de la précocité du diagnostic dépend la rapidité du traitement et par suite la possibilité d'éviter des accidents souvent très graves, quelquefois mortels. Il faut envisager trois formes cliniques.

1° La phlébite à début embolique : alors que l'infection est encore latente, à sa phase préoblitérante, sans aucun signe clinique, un caillot se détache de la paroi veineuse , et va produire une embolie pulmonaire brutale. Le diagnostic de cette variété est difficile ; cependant il est bien rare qu'on ne trouve pas une légère élévation de température ne dépassant pas quelques dixièmes, quelques élancements fugaces ou un léger engourdissement dans le membre. Mais le signe capital à rechercher est la douleur à la pression, soit dans la fosse iliaque sur le bord ou au niveau de la corne utérine, soit sur le trajet des veines fémorales.

Une fois les accidents immédiats de l'embolie traités par les ventouses, les calmants et surtout par l'injection de morphine, il faut réaliser l'immobilisation complète ; même s'il n'y a pas phlébite immédiate, il est nécessaire de la prolonger un mois environ, car la phlébite peut encore apparaître après 20 jours ; on cite aussi le cas de malades qui, levées 15 jours après une petite embolie paraissant sans gravité, et n'ayant aucune localisation veineuse des membres inférieurs, sont mortes subitement en quittant le lit.

2° La forme habituelle de la phlegmatia alba dolens, apparaissant progressivement vers le 12e ou 15e jour de suites de couches fébriles (douleur, œdème de la racine du membre à la périphérie, points douloureux), ou bien de couches jusque là normales (phlébite annoncée par une légère accélération du pouls et une élévation de la température).

L'immobilisation doit être faite avant l'apparition de la phlébite, alors que celle-ci en est seulement à sa période préoblitérante, c'est-à-dire quand existe le maximum de dangers, au moment des variations du pouls, de la température, des frissons légers, des crampes, des élancements.

Point n'est besoin de la gouttière métallique, car de lui-même le membre ne sera pas mobile. Fixer celui-ci dans une attitude qui favorise le retour de la circulation, en déclivité, talon surélevé de 20 cent. sur un coussin de balle d'avoine large de 45 cent., le pied dépassant l'extrémité du coussin et ayant ainsi une tendance naturelle à se mettre en extension, mais maintenu, par un dispositif, à angle droit sur la jambe. Au début simple pansement ouaté ; quand les douleurs apparaissent, compresses humides très chaudes, ou laudanisées, que l'on renouvelle par application sans bouger le membre toutes les trois heures. Afin d'éviter une irritation de la peau, revenir au pansement ouaté simple dès la disparition des douleurs.

On doit maintenir l'immobilisation absolue pendant vingt jours, et si durant cette période, le pouls et la température sont restés normaux, si les douleurs ont disparu, si l'œdème n'augmente plus, on commence la mobilisation : du 20e au 25e jour, chaque jour pendant dix minutes, effleurage superficiel, en évitant le trajet des gros troncs veineux ; le cesser si apparaissent des phénomènes anormaux du pouls, de la température, de la sensibilité. Sinon, commencer les mouvements passifs de flexion et d'extension des orteils, puis, à partir du 25e jour, du cou-de-pied et du genou. Pas de mouvement actif avant le 30e jour. A ce moment mobiliser la hanche et augmenter la durée de l'effleurage.

La jambe, jusque-là en déclivité, sera progressivement ramenée à l'horizontale, et au 35e jour, la malade pourra s'asseoir sur son lit. Massage vrai, mobilisation active des grandes articulations. Le 40e jour, on permet à la malade de s'asseoir sur le bord du lit, jambes pendantes, pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Deux ou trois jours après, la malade se lèvera et essayera de marcher. Pas de béquilles. Enfin, la station assise est permise, mais progressivement, la malade se servant de sièges de moins en moins élevés. Dès que la malade commence à marcher, il est de règle de voir les jambes bleuir et l'œdème reparaître ; il n'y a pas lieu de s'en inquiéter du moment où il n'y a ni douleur, ni modifications de la température et du pouls.

Il faut ensuite les bains, l'électricité galvanique à faible dose, et surtout une cure à Bagnoles-de-l'Orne.

3° La phlébite chez les grandes infectées exige un traitement qui ne diffère en rien de celui qui vient d'être indiqué. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 octobre 1925.)

L'action de l'insuline sur l'azotémie et sur la cholestérinémie.

Ainsi que le démontre le Dr Ch. FLANDIN, l'insuline n'est pas douée de propriétés électives sur le sucre. Injectée à des sujets en état d'hyperazotémie ou d'hypercholestérinémie, elle produit aussi un abaissement marqué de l'urée ou de la cholestérine ; cette action n'apparaît pas chez les sujets sains.

Ces effets complexes permettent d'expliquer les résultats thérapeutiques enregistrés dans certaines dermatoses. Si, en effet, on examine l'état humoral des psoriasiques des eczémateux, des grands prurigineux, etc., on découvre que certains présentent de l'hyperglycémie, d'autres de

l'hypercholestérinémie, d'autres, les deux à la fois, tandis que tout un groupe a une sérologie normale. Seuls, semblent donc bénéficier de ce traitement ceux dont le sang contient du sucre ou de la cholestérine en excès.

Etabli sur ces bases, le traitement par l'insuline trouve, dans les dosages sanguins, des indications précises et sort du domaine de l'empirisme. Il paraît devoir prendre une place importante, peut-être même prépondérante, dans le traitement des états cholestérinémiques. (*Le Bulletin médical*, 5 septembre 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les malades étrangers dans les hôpitaux.

(M. Léon BERNARD. — *Académie de médecine* ; 19-1-1926.)

M. Léon Bernard, au nom d'une Commission composée de MM. Cazeneuve, J. Renault et Sergent, présente un rapport sur la question des malades étrangers dans les hôpitaux.

La France est devenue, depuis la guerre, une terre d'immigration et il paraît indispensable de procéder à une organisation méthodique de celle-ci, à la fois aux points de vue ethnique, moral, et sanitaire. Un contrôle sanitaire, en particulier, est nécessaire. Il est fâcheux, financièrement et hygiéniquement, de laisser entrer sur notre territoire des individus porteurs ou immédiatement menacés d'affections contagieuses ou incurables. Le rapporteur demande aux pouvoirs publics d'organiser sans retard ce contrôle.

— M. LETULLE voudrait que le but du contrôle soit bien précisé pour que les étrangers ne puissent incriminer le manque d'hospitalité de notre pays.

— M. Paul CARNOT estime que le contrôle devrait être fait, chaque fois que possible, au départ, plutôt qu'à l'arrivée. L'auteur cite le cas d'un consul qui faute de règlement l'autorisant à refuser, dut viser un passeport d'immigration à un infirme pour paralysie infantile et à un sujet atteint de trachome.

M. Carnot aborde, en outre, la question à un point de vue plus large. L'immigration, en général, est un problème d'ordre scientifique qui doit être méthodiquement étudié. Elle peut être pour notre pays un bienfait, ou un danger. Il faut viser à acclimater et à assimiler les immigrés stables. S'il s'agit d'étrangers venus en France par tribus entières, parlant seulement leur langue et instruisant leurs enfants hors des écoles françaises (il en existe des colonies chez nous), on se trouve en face d'une invasion réellement redoutable par ses conséquences. S'il s'agit, au contraire, d'immigrants isolés, vivant au milieu des nôtres, parlant notre langue, envoyant leurs enfants à nos écoles, cette immigration peut devenir pour notre pays un inestimable bienfait. Il faudra la favoriser dans la mesure convenable, en particulier pour les étrangers de races voisines de la notre (Canadiens, Italiens du Nord, Belges, etc.). Notre rédacteur en chef, le Dr Noir, a déjà plusieurs fois, on se rappelle, soulevé cette question dans ce journal, comme remède à la dépopulation.

— M. CAZENEUVE donne le renseignement suivant : les hôpitaux de Lyon ont reçu en 1925, 2.858 étrangers représentant 84.840 journées. Si l'on estime à 17 fr. le prix moyen de revient de la journée d'hôpital, cela fait la coquette dépense de 1 million 442.000 fr., pour la seule ville de Lyon.

— M. Léon BERNARD pense que l'Académie doit surtout considérer le côté sanitaire de l'immigration et il propose le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie de médecine, sans vouloir se préoccuper, pour le moment, de l'ensemble du problème de l'immigration dans ses répercussions ethniques, morales et économiques, et tout en demeurant fidèle aux traditions d'hospitalité de la France, mais informée du nombre considérable d'étrangers soignés dans nos hôpitaux alors qu'ils étaient plus ou moins récemment entrés dans notre pays sans avoir été préalablement soumis à un examen médical ; émue des conséquences fâcheuses de cet état de choses, tant au point de vue des dangers pour la santé publique que des charges d'assistance qu'il entraîne, demande aux pouvoirs publics d'organiser sans retard le contrôle sanitaire de l'immigration. »

Formes filtrantes du virus tuberculeux.

(M. H. DURAND. — *Académie de médecine* ; 19-1-1926.)

Le bacille de Koch est-il la seule forme du virus tuberculeux ; en d'autres termes peut-on faire de la tuberculose sans bacilles ? C'est là une question de première importance.

On a cru longtemps que pour obtenir des lésions tuberculeuses, il fallait nécessairement partir des bacilles. Cette notion a été battue en brèche par Fontès, par Valtis et surtout par Vaudremer dans une série de travaux parus entre 1922 et 1924. Au laboratoire du service du professeur Sergent, M. Henri Durand a abordé à son tour le problème des formes filtrantes du virus tuberculeux. Prenant des extraits de ganglions tuberculeux ou du pus d'abcès froid, les passant sur bougie Chamberland, l'auteur a inoculé le filtrat (entièrement dépourvu de bacilles) et il a pu obtenir des chancres tuberculeux d'inoculation.

Ainsi, certains produits tuberculeux, qu'ils renferment ou non des bacilles, sont susceptibles de laisser passer à travers la bougie Chamberland L3 un filtrat qui, injecté à l'animal, peut reproduire la tuberculose. Ce filtrat renferme donc un virus actif, virus invisible. Les lésions provoquées sont parfois atypiques, parfois typiques, contenant alors des bacilles acido-résistants.

De tels faits sont capables de modifier beaucoup nos conceptions sur la tuberculose. On s'explique ainsi que des produits apparemment dépourvus de bacilles de Koch (épanchements pleurétiques, pus d'abcès froids) puissent se montrer virulents pour l'animal. Il y a là tout un champ nouveau de recherches.

— M. Sergent montre que l'étude des formes filtrantes du bacille de Koch, est, en ce moment, fort en honneur. M. Calmette et M. Courmont ont pu démontrer le passage de ces formes filtrantes au travers du placenta.

L'héliothérapie dans la région parisienne.

(MM. Duguet et Clavelin, du Val-de-Grâce. — *Société de chirurgie* ; 18-11-1925.)

M. Duguet présente un malade atteint de mal de Pott fistulisé qui a été soumis à la cure solaire, à Clamart. Les fistules sont fermées et l'état général excellent. Le soleil de Paris, lorsqu'il brille, est assez agressif et son emploi doit être méthodiquement réglé. L'auteur aborde à ce sujet le côté intolérance de l'héliothérapie — intolérance qui n'est pas exceptionnelle. M. Duguet l'explique en l'attribuant à une complication latente, à une menace d'aggravation chez des sujets normalement apyrétiques mais en puissance de bacillémie. L'intolérance se traduit par une hyperthermie prolongée (avec ou sans oligurie), très différente de l'hyperthermie temporaire qu'on observe parfois à la période de début.

— M. Louis Bazy ne croit pas que les intolérances indiquent l'existence d'une complication. Il pense au contraire que c'est l'héliothérapie (arme active) qui provoque la complication.

— M. Duguet répond que la question est complexe. Il a vu des intolérances graves (fièvre, anurie, tendance au collapsus) à la suite de brèves applications de rayons U. V., dans la péritonite bacillaire.

Anorexie mentale guérie par l'opothérapie thyroïdienne.

(M. Sédillot. — *Société de médecine de Paris* ; 13-11-1925.)

Une jeune fille, ayant le vif désir de maigrir, commence à diminuer de poids, en même temps que les règles se suppriment et qu'apparaissent des troubles d'hypothyroïdie (frilosité, hypothermie, constipation). Le psychisme de la malade était touché : déficit de la volonté (absence du désir de manger, anorexie mentale), diminution de la mémoire, perte de tout sentiment de coquetterie. Le poids était tombé de 50 à 28 kilogr. C'est alors que M. Sédillot intervint par la prescription de cachets de thyroïde (0 gr. 01). Aussitôt l'appétit reparut et rapidement la jeune fille revint à son poids normal de 50 kilos.

— M. Dubois demande si la suggestion, même inconsciente, n'a pas joué un rôle dans la guérison obtenue.

— M. Léopold-Lévi rappelle son travail sur « l'anorexie mentale et le corps thyroïde ». L'anorexie mentale pure, primitivement psychique, devient cellulaire ou diastasique. Le corps thyroïde, troublé dans sa sécrétion, accentue et rend durable cette anorexie. Le traitement thyroïdien, par son action sur les centres (de l'appétit et de la faim), puis sur les cellules, redresse le mécanisme vicié de la faim. En tenant compte de la solidarité mentale et thyroïdienne, on pourrait parler d'anorexie psycho-thyroïdienne.

— M. Sédillot ne croit pas que la suggestion soit intervenue pour une part dans l'amélioration de sa malade.

Intoxication par les œufs.

(M. René Martial. — *Société de médecine de Paris* ; 13-11-1925.)

Depuis la guerre, il s'est créé une véritable industrie alimentaire qui procède à la collecte de divers produits dans les campagnes et constitue ainsi des stocks d'aliments qui, naturellement, ne sont pas toujours écoulés avec toute la vitesse désirable. Il en résulte la mise en vente de produits de fraîcheur quelquefois douteuse, et des accidents d'intoxication plus fréquents.

Pour ce qui concerne les œufs, il n'est pas rare de les voir être mis sur la table du consommateur plusieurs semaines après la ponte. Un jugement du tribunal de la Seine a même spécifié qu'un œuf pouvait être considéré comme frais un mois encore après son départ du poulailler ! Dans ces conditions, l'œuf devient, dans nombre de cas, un aliment intoxiquant. M. René Martial en signale trois exemples chez des enfants que présentèrent, après ingestion d'œufs ainsi conservés, une éruption (érythème et papules) distincte de l'éruption ortiée ordinaire.

— M. Debidour pose la question du rôle de la nourriture des poules dans ces accidents. Pour les faire pondre, dit-il, on leur donne des produits extraordinaires, avec de la poudre de viande putréfiée. Peut-être cela donne-t-il des œufs toxiques.

— M. Martial répond qu'il serait intéressant d'éclaircir ces problèmes conjointement avec la Société d'hygiène alimentaire.

Myopie arsénobenzolique.

(MM. Dupuy-Dutemps et Périn. — *Soc. de derm. et syph.* ; 12-11-1925.)

La myopie transitoire arsénobenzolique a été si-

gnalée pour la première fois par M. Milian, en 1920. M. Dupuy-Dutemps en relate un nouvel exemple. Les phénomènes de myopie qui apparaissent ainsi, passagèrement, à la suite d'injections de novarsénobenzol, lui semblent être d'ordre spasmodique.

— M. Clément Simon remarque que ces troubles doivent être rares ou tout au moins passer inaperçus. Ils sont très différents de ceux décrits par Ehrlich et qui avaient trait à l'intoxication du nerf optique par l'atoxyl.

— M. Flandin a eu l'occasion d'observer, chez un amibien, une myopie transitoire de douze heures environ se reproduisant après chaque injection de novarsénobenzol, d'hectine, ou d'émétine.

— M. Milian croit que la myopie aiguë arsénobenzolique, en raison de la rapidité de son évolution, est souvent ignorée. On la reconnaît à ce que le malade, qui ne voit plus de loin, est au contraire capable, de près, de lire et de travailler. L'auteur a observé un cas de ce genre chez un jeune homme de 17 ans traité par l'hectine. Les troubles étaient tels que l'on crut à une méningite avec amaurose. La guérison eut lieu en 48 heures.

Urticaire favorablement influencée par l'iodure.

(MM. Simon et Binet du Jassonneix. — *Soc. de derm.* ; 12-11-1925.)

M. Clément Simon a vu deux cas d'urticaire semblant liés à la ménopause et bien influencés par l'iodure de potassium. L'interprétation de ces faits échappe. On ne peut guère que les enregistrer.

Un cas de bouton d'Orient.

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Soc. de derm.* ; 12-11-1925.)

MM. Jeanselme et Burnier ont eu l'occasion d'observer, chez un garçon de 7 ans, de nationalité persane, un bouton d'Orient qui a guéri rapidement par les injections sous-cutanées locales (autour de l'ulcération) de chlorhydrate d'émétine. Le grattage de la lésion avait permis de distinguer au microscope, sur des frottis, de nombreuses *leishmania*.

Les préparations de chaulmoogra dans les tuberculoses cutanées.

(M. Ch. Fouquet. — *Soc. de dermatologie et syphiligraphie* ; 12-11-1925.)

Depuis longtemps déjà, en raison des analogies qui existent entre le bacille de Koch et le bacille de Hansen, plusieurs auteurs ont essayé de traiter la tuberculose par les préparations de chaulmoogra. Lian, Roger, Hernandez ont eu recours à ce produit dans la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. Pomaret a préparé un éther mixte chaulmoogomorrhuéique destiné au traitement des bacilloses laryngo-pulmonaires et osseuses.

M. Fouquet s'est adressé, dans la médication des tuberculoses cutanées, à une nouvelle préparation sous forme de pommade, où l'huile de chaulmoogra est associée à l'acide élaïérinique, qui jouit d'un pouvoir de pénétration marqué dans les couches cutanées. Appliqué sur le lupus, en particulier après scarification, le chaulmoogra à l'acide élaïérinique a donné à M. Fouquet des résultats intéressants. L'auteur en relate trois observations.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie, et pharmacie.

Un cas d'erreur de sexe.

MM. J. P. Tourneux et Galy-Gasparrou communiquent un cas assez curieux d'erreur de sexe, concernant un hypospade périnéal, qui avait été considéré jusqu'alors comme étant du sexe féminin et qui appartenait comme danseuse au corps de ballet d'un théâtre.

Il s'agissait d'un sujet de 17 ans, de taille moyenne, de physionomie ordinaire sans aucun caractère de féminité, pourvu d'un thorax assez large, surmonté de deux seins assez bien développés, au bassin non évasé, aux membres longs et forts, entré à l'hôpital pour tumeur douloureuse de la grande lèvre droite, tentatives de coït restées infructueuses.

En écartant ce que, à première vue, on pouvait prendre pour des grandes lèvres, on remarquait que les petites lèvres manquaient totalement, et que sous un capuchon exubérant se trouvait un organe génital à tête aplatie, gros comme la pulpe du petit doigt. A sa base, il n'y avait pas de méat urinaire, mais on observait deux petits replis qui conduisaient à un orifice vulviforme situé au milieu du périnée, et qui n'était autre que l'extrémité de l'urètre comme le montra un cathétérisme. Il n'y avait pas d'orifice vaginal, et on ne sentait pas non plus d'utérus par le toucher rectal.

Du fait de ces constatations, on se trouvait vraisemblablement en présence d'un cas d'hypospadias périnéal, avec verge rudimentaire, traces de gouttière urétrale et scrotum bifide, contenant dans la partie droite un testicule bistourné au moment de sa descente.

Cette interprétation des faits fut confirmée par les investigations faites au cours de l'intervention chirurgicale nécessitée par les accidents de torsion du testicule droit qui fut trouvé plein de sang. L'exploration de l'abdomen montra qu'il n'y avait ni utérus, ni trompes, mais qu'il existait un testicule gauche, qui comme celui du côté opposé, se prolongeait par un canal déférent jusqu'au niveau d'une prostate rudimentaire.

Esthésiomètre algésique.

M. Fonsagrives présente un instrument qu'il a dénommé esthésiomètre algésique et qui est destiné

à mesurer la sensibilité à la douleur, à la piqûre. Composé d'une pointe piquante maintenue par un ressort à boudin, dont la pression est mesurée par une tige graduée, cet instrument permet l'étude des variations de la sensibilité suivant les pressions plus ou moins grandes exercées sur la pointe.

Le traitement des dacryocystites.

M. E. Garipuy, après avoir passé un revue les différents modes de traitement longtemps usités, s'attache à l'étude des procédés thérapeutiques que l'on doit suivre actuellement. En laissant de côté les dacryocystites congénitales, qui ont une tendance naturelle à la guérison et demandent tout au plus quelques cathétérismes, l'auteur s'occupe tout particulièrement des dacryocystites de l'adulte. Au début il convient de recourir au cathétérisme, aux irrigations antiseptiques des conduits, aux cautérisations de la muqueuse nasale et du cornet inférieur. Plus tard, lorsque la pression du doigt sur le sac fait sourdre un liquide muco-purulent, il faut recourir au traitement chirurgical, extirpation du sac ou dacryo-rhinostomie. L'extirpation du sac doit être la règle et la dacryo-rhinostomie, opération de Dupuy-Dutemps et Bourguet, réservée pour les cas récents et dans lesquels domine le larmoiement.

Ostéomyélite post-typhique du tibia.

MM. Nicoul et Labourdette relatent l'histoire d'une jeune femme de 27 ans, qui au début de la convalescence d'une dothiénentérie d'intensité moyenne présenta tous les symptômes d'une ostéo-myélite grave du tibia gauche évoluant sous la modalité aiguë. L'intervention faite d'urgence montra, en plus d'un abcès sous-périosté, une cavité médullaire pleine de pus, contenant du pus renfermant du bacille d'Eberth pur. Ce cas d'ostéo-myélite post-typhique se distingue par la précocité de son apparition, par l'intensité et l'étendue des lésions, ainsi que par la rapidité de la réparation osseuse qui malgré un large évidement fut complète au bout de six semaines.

Fractures simultanées des deux clavicules.

M. J.-P. Tourneux rapporte l'observation d'un adjudant du 11e hussards, qui ayant été renversé par une fourragère, dont une des roues lui passa sur le moignon de l'épaule droite, présenta une fracture simultanée des deux clavicules. L'on relevait chez ce blessé, en dehors des symptômes classiques habituels une dyspnée extrêmement marquée, avec impotence fonctionnelle absolue, ainsi qu'une déformation thoracique très accentuée.

Devant le peu de soulagement obtenu par les procédés de contention ordinaire, on décida de recourir à l'ostéosynthèse : on procéda dans la même séance à la suture des deux clavicules au moyen de la ligature en cadre de Lejars. Les suites opératoires furent excellentes. Cette thérapeutique rarement conseillée dans les fractures simples de la clavicule, a été au contraire préconisée par Poirier et par Tanton dans les fractures simultanées, afin de remédier à l'impotence fonctionnelle et d'atténuer les phénomènes dyspnéiques.

Eczéma infantile et traitement thyroïdien.

M. Levrat communique trois observations où le traitement thyroïdien a permis la guérison d'eczéma infantile rebelle à toute autre médication.

Il s'agissait d'enfants âgés de 2 ans à 2 ans 1/2, mal alimentés, porteurs de lésions caractéristiques de l'eczéma. Chez l'un d'eux, de race espagnole, mal tenu, l'eczéma était fortement impétiginé : cet enfant était en outre un mongolien avec facies lunaire, cheveux plats et secs, retard de l'intelligence. Le *traitement thyroïdien a guéri son eczéma*, mais le petit malade n'a pu être suivi pour savoir ce qu'est devenue sa déficience organique génitale.

Le deuxième cas concerne un enfant de souche alcoolique, chétif, très vite guéri de son eczéma par la thyroïde.

Le troisième cas a la valeur d'une expérience : enfant soigné depuis de longs mois en Rhénanie, sans succès ; gros eczéma facial ; amélioration rapide par traitement thyroïdien. Reprise de la lésion par suppression accidentelle du traitement, guérison définitive après une période assez longue de traitement repris.

L'auteur avoue d'ailleurs avoir eu plusieurs insuccès, mais il pense que dans certains cas rebelles, chez des enfants ayant dépassé la toute première enfance, on doit essayer le traitement thyroïdien.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Rougeole et grossesse.

MM. Daléas et Galy-Gasparrou. — Primipare de 18 ans, entrée à la clinique d'accouchements au 8e mois, qui présentait des lésions étendues du membre inférieur, de la colonne vertébrale et du bassin d'origine rachitique. Peu de jours après, apparut une rougeole, qui entraîne un accouchement avant terme ; malgré une atrophie considérable de la partie droite du bassin, un forceps suivi d'un dégagement en occipito-sacrée permit d'avoir un enfant vivant. Les suites furent normales.

Kyste dégénéré de l'ovaire bloquant le petit bassin.

M. J.-P. Tourneux. — Femme de 69 ans, ayant un kyste évoluant depuis trois ans, et hospitalisée dans un très mauvais état général : abdomen distendu par une ascite considérable, œdème des quatre membres, dyspnée continuelle, cœur asystolique, oligurie très marquée (60 cc. d'urines albumineuses en 24 heures). La tumeur ne fut bien perceptible qu'après une ponction évacuatrice de 10 litres d'ascite sanguinolente ; elle était dure, immobile, enclavée dans le détroit supérieur. Le diagnostic de kyste

ovarique, vraisemblablement dégénéré, entraînant des complications rénales et vasculaires par compression mécanique fut confirmé par l'intervention chirurgicale qui permit l'ablation d'une tumeur de 3.500 grammes.

Les suites tout d'abord assez inquiétantes (état de shock, pouls à 120, anurie presque complète) ne tardèrent pas à se modifier, grâce au sérum glucosé, à la théobromine et à la digitaline. Les urines devinrent plus abondantes, les œdèmes disparurent, ainsi que les accidents cardio-pulmonaires.

Aortite et grossesse.

MM. Audebert et Morel. — VIIpare de 30 ans (2 fausses couches, 2 enfants morts, 2 enfants vivants). Entrée à la clinique avec troubles cardio-aortiques : pointe du cœur abaissée, souffle systolique, claquement du deuxième bruit, augmentation des ombres cardiaque et aortique à la radioscopie. Urines renfermant de l'albumine. Réaction de W. positive. Traitement par cyanure de mercure et par Quinby. Accouchement à terme sans aucun phénomène pulmonaire ou cardiaque, suites normales.

Cette observation montre une fois de plus l'importance du traitement antiysphilitique au cours d'une grossesse, car il permet de la conduire à terme sans accidents.

Traitement des formes graves de pyélo-néphrites gravidiques.

MM. Martin et Garipuy. — Ipare présentant au 7e mois tous les symptômes d'une pyélo-néphrite grave (aspect typhique, prostration, T. 39.5, pollakiurie, etc.). Le régime lacté, l'uroformine intraveineuse, la vaccinothérapie colibacillaire restent sans effet. Devant la gravité de l'état général, le cathétérisme urétéral étant impossible, on pratiqua l'interruption de la grossesse, ce qui amena la dispariton de tous les accidents.

Dans les formes graves, où le traitement médical est impuissant et le cathétérisme impossible, il convient d'intervenir, soit par néphrotomie, soit par interruption de grossesse. Dans 28 cas analogues, 10 cas traités par la néphrotomie ne permirent que quatre fois la continuation de la parturition alors que 18 cas d'interruption de grossesse amenèrent quinze fois une guérison complète. Il semble donc que ce dernier procédé donne des résultats très supérieurs à la néphrotomie.

Anémie de Biermer et grossesse.

MM. Audebert, Bounhoure et Galy-Gasparrou. — Il s'agit d'une femme dont l'état général, déjà assez mauvais, ne tarda pas à s'aggraver après l'accouchement : faciès addisonien, vomissements, diarrhée, etc. L'examen du sang ne montrant que 750.000 hématies, on décida de pratiquer de petites transfusions sanguines. Très rapidement le nombre des hématies se releva, et au bout de 14 jours il atteignait le chiffre de 3.710.000, pendant que les symptômes morbides s'effaçaient peu à peu.

Anémie pernicieuse traitée par de petites transfusions répétées.

M. Garipuy. — Ipare de 25 ans, présentant des signes d'une anémie grave dans les deux derniers mois de la grossesse. Echec de toute médication, aggravation de l'état à la suite de l'accouchement : pouls à 130, T. 38, environ 800.000 hématies. Au bout de 7 petites transfusions faites à 48 heures d'intervalle, le nombre des globules rouges était passé à 4.200.000, pendant que l'état général était complètement modifié. Cette observation, comme la précédente, montre que l'on peut être actuellement armé contre ces anémies considérées jusqu'ici comme très graves, et dont bien peu arrivaient à la guérison.

Placenta central, traité par la méthode de Simpson.

MM. Daléas et Galy-Gasparrou. — Malade anémiée, dans un état très grave avec pouls imperceptible. Traitement général et intervention immédiate. Après dilatation bimanuelle, extraction de fragments placentaires, et après incision du col, extraction d'un fœtus mort. Les suites, d'abord un peu mouvementées, ne tardèrent pas à devenir favorables.

Deux cas de tumeurs solides de l'ovaire.

MM. Dambrin, Bernardbeig et Thomas. — Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire droit incluse dans le ligament large et dont l'ablation put être réalisée en respectant l'utérus : on fit un tamponnement au Mickulicz du ligament large. L'examen histologique montra que la tumeur était d'origine wolfienne.

La deuxième malade fut opérée avec le diagnostic de fibrome utérin : il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire gauche en forme de sablier, adhérente à l'utérus, à contenu kystique dans sa moitié externe. A droite, se trouvait un kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

IVe Congrès International de médecine des accidents du travail et des maladies professionnelles.

(*Amsterdam*, 7-12 *septembre* 1925)

Séance du Comité international permanent (*C. I. P.*).

Assistèrent à cette séance, le lundi 7 septembre, à 10 h. 30, les membres suivants du C. I. P. :

Le Dr Van Eden (Hollande), président; le docteur Quivy (France) et le professeur Léniger (Allemagne), vice-présidents ; le professeur Akerman (Suède) et le Dr Gilbert (Belgique), membres du bureau.

Les Dr F. Albee (Amérique), E. R. Hayhurst (Amérique) ; Lehmann (Allemagne), Teleky (Allemagne) ; Sir Thomas Oliver (Angleterre), E. L. Collis (Angleterre) ; De Laet (Belgique), M. François (Belgique), Gyselynck (Belgique), Roels (Belgique), Stassen (Belgique) ; A. Oller (Espagne) ; C. Lenormant (France), Pottevin (France) ; D. Brockx (Hollande), M. de Hartogh (Hollande), L. Heyermans (Hollande), W. Kranenburg (Hollande), Schoemaker (Hollande) ; von Friedrich (Hongrie) ; Carrozzi (Italie), G. Pissenti (Italie) ; Witteck (Autriche) ; Chodzko (Pologne) ; Pœnaru-Caplesco (Roumanie) ; S. Kaplun (Russie) ; Waegner (Russie) ; Julliard (Suisse) ; Prometta (Suisse) ; Zollinger (Suisse) ; G. Wirgin (Suède) ; Loewy (Tchécoslovaquie).

Les principales décisions du Comité furent les suivantes :

1° Au nom de la délégation belge, le Dr Gilbert demande que le bureau se mette en rapport avec, les deux anciens comités encore existants fondés l'un à Milan, pour les maladies professionnelles' l'autre à Liège, pour les accidents du travail, en vue de voir ces organismes reprendre la direction de la coopération scientifique internationale pour la partie qui les concerne respectivement, et s'entendre, par l'intermédiaire du Bureau central d'Amsterdam, pour que les Congrès d'accidents du travail et de maladies professionnelles se tiennent désormais l'un en suite de l'autre dans une même localité. — *Adopté.*

2° Le Comité a reçu pour le prochain Congrès (1928) invitation des représentants de Madrid, Milan, Budapest.

Aucun choix actuel n'a été fait, en conformité avec la décision 1.

3° Au nom de la délégation belge, le Dr de Laet demande que la *Revue belge des accidents du travail et des maladies professionnelles* devienne — comme la *Revue suisse des accidents du travail*, déjà désignée — l'organe officiel du C. I. P

Ces deux périodiques s'entendront avec la revue *Il Lavoro* pour la publication des actes du C I P dans diverses langues. — *Adopté.*

4° M. le Dr Van Eden (Hollande), a été élu par acclamations président du Bureau central du C. I. P.

Le lundi après-midi a eu lieu, dans la grande salle de l'Institut colonial, la séance solennelle d'ouverture du Congrès. A proximité, était installée une exposition de pièces anatomo-pathologiques, de de radiographies, photographies, moulages, graphiques et instrument concernant la pathologie et l'hygiene du travail.

Accidents et maladies. — Rapport de M. le professeur Cunéo (Paris). — Il semble que le double problème de l'influence réciproque des maladies et des accidents peut être, sinon résolu, du moins simplifié. En ce qui concerne l'influence des accidents sur les maladies, cette influence existe dans un grand nombre de cas. S'il est reconnu, en effet, que l'accident peut créer ou aggraver une maladie, il est évident, d'autre part, que toute maladie n'a pas une origine traumatique.

Il faut insister sur :

1° L'importance de l'enquête, la recherche précise des symptômes qu'avait présentés le blessé avant son accident ;

2° Les relations directes entre l'accident et la maladie (temps écoulé entre l'accident et l'apparition des symptômes) ;

3° La nature elle-même de la maladie et l'importance que peut avoir le trauma dans sa pathogénie. Chacun de ces points devra être étudié de près, afin de se rapprocher d'une solution équitable. Le doute sera toujours au bénéfice de l'ouvrier.

En ce qui concerne l'influence des maladies sur les accidents, le problème sera encore plus aride à résoudre.

Diagnostic et domaine des maladies professionnelles. — Rapport de M. le Dr Teleky (Dusseldorf). — Les statistiques de mortalités des différentes professions, par exemple les statistiques anglaises, n'enseignent rien sur les rapports qui relient la mortalité et le travail. Outre la nature du travail professionnel et l'action sélective de la profession, d'autres circonstances, dépendant de la constitution psycho-physique des travailleurs de certaines catégories ainsi que les conditions économiques et sociales de la profession, jouent également un grand rôle. Toutes ces particularités doivent être étudiées minutieusement. La meilleure définition des « maladies professionnelles » (celle de Petri) n'en tient pas compte suffisamment. Au point de vue pratique, l'assurance doit rester limitée à des professions définies, spécifiques, avec spécification de maladies bien déterminées.

Ces conditions sont le plus clairement fournies par les intoxications professionnelles. Celles-ci sont

mises presque partout sur le même pied que les accidents, quoique d'une façon spéciale; dans les différents pays. Le diagnostic présente aussi des difficultés qui pourtant sont presque toujours surmontées après un examen attentif fait par des cliniciens avertis et spécialisés autant que possible. La sensibilité personnelle et la nature de l'intoxication peuvent pourtant considérablement modifier le tableau morbide et ne pas permettre l'établissement de règles fixes, absolument sûres. L'Etat doit faire entrer les médecins dans les commissions de surveillance des fabriques, et, dans les universités, on devrait obligatoirement enseigner de façon approfondie la pathologie professionnelle y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles.

L'assurance ouvrière en Angleterre. — Rapport de M. le professeur J. Glaister (Angleterre). — L'auteur décrit le développement de la législation ouvrière dans son pays. Le « Employers Liability Act » de 1880 reconnaît seulement la responsabilité de l'employeur dans les cas d'impérities ou de négligences. Le premier « Workmen's Compensation Act » date de 1897. Les accidents causés par la faute des patrons n'étaient indemnisés d'après cette loi que quand la mort s'ensuivait. Le rapport des Commissions d'Etat de 1903 et 1919 eut comme conséquence, en 1906 et 1923, de faire introduire dans les textes quelques modifications importantes que l'auteur expose.

La limite d'aisance établie est de 4.200 florins, l'indemnité totale pour la famille 7.200 florins, le temps d'attente trois jours. En cas de différend entre l'ouvrier ou le patron et les médecins respectifs, un médecin expert (*referee*) est désigné. Beaucoup de maladies professionnelles tombent sous l'application de la loi. Le nombre d'industries où le contrôle obligatoire est prescrit augmente régulièrement. L'Etat peut prescrire des mesures de sûreté obligatoires. L'auteur fait un plaidoyer en faveur de la prescription de l'examen médical lors du choix du métier, qui diminuerait le risque d'accident du travail et de maladies professionnelles. Il faut établir des conditions précises d'aptitude pour toute une série de métiers.

Le remplacement des ouvriers invalides partiels permanents. — Rapport de M. le Dr Heyermans (Amsterdam). — Placement de la main d'œuvre inférieure. — Le contrôle du travail, les examens d'aptitude, les mesures d'hygiène sociale, laissent augmenter le nombre d'ouvriers partiellement invalides que, dans sa structure actuelle, la société abandonne, car l'industrie repousse cette main-d'œuvre. Le nombre total de ces victimes atteint plus de 200 pour 10.000 travailleurs, parmi lesquelles 90 malades, 30 victimes d'accidents et 40 atteints de maladies mentales. Il y a nécessité urgente de voir partout un service scientifique bien organisé se préoccuper de les placer dans des emplois où leurs forces corporelles et mentales soient suffisantes et puissent donner leur complet rendement. Il est de l'intérêt de ces ouvriers, comme de la société, de voir leur capacité de travail redevenir productive. Des ateliers et des centres d'éducation doivent être établis dans ce but, qui soient en même temps appropriés à la thérapeutique des convalescents. L'autorité, les organismes d'assurances, les organisations de patrons et d'ouvriers doivent collaborer à cette œuvre. Aux bourses du travail, il faut joindre une section spéciale avec direction médicale et technique pour leur placement. De grands intérêts sociaux et économiques sont ici en jeu. Ce problème est en relation étroite avec celui du chômage, parce que parmi les chômeurs se trouve un gros pourcentage de main-d'œuvre dépréciée.

Accident et tuberculose. — Rapport de M. le Dr Zollinger (Suisse). — 1° On ne peut admettre la relation absolue de causalité entre accident et tuberculose que s'il y a eu inoculation de bacilles tuberculeux au niveau de la blessure, que cette inoculation ait été faite par l'accident ou après lui. Dans tout cas de tuberculose latente ou en évolution, le traumatisme ne peut être considéré comme élément causal.

2° Dans la grande majorité des cas, le traumatisme est un facteur favorisant plus ou moins important. Il n'agit presque toujours que comme élément aggravant.

3° Il est inadmissible de concevoir un traumatisme comme capable de créer régulièrement un *locus minoris resistentiæ*.

4° Les bacilles virulents ne circulent dans le sang (et même pas d'une façon régulière) que dans la tuberculose miliaire ou dans la tuberculose pulmonaire avancée.

5° Les expériences faites sur les animaux ne peuvent pas, dans leurs résultats, être étendues sans restriction à l'homme.

6° Un rapport causal ne peut être accepté que si le traumatisme a été tel que les tissus soient considérablement mortifiés; ces suites immédiates de l'accident doivent être constatées médicalement. Les rapports de temps et de lieu doivent exister.

7° Une récidive ne peut être mise à la charge de l'accident que si l'infection primaire était due à un traumatisme.

8° Il serait désirable que, dans tous les pays, les sociétés d'assurance contre les accidents aient la possibilité légale de prendre partiellement à leur charge le traitement et l'indemnisation des tuberculoses dans lesquelles un accident joue le rôle d'élément partiel.

Début des premiers symptômes typiques de tuberculose après un accident.

Accident et tuberculose. — Communication de M. le professeur Liniger (Francfort). — Les affections tuberculeuses des os, des articulations ou des

parties molles sont relativement rares à la suite directe d'un accident. Dans ce cas, elles sont presque toujours la suite d'une tuberculose ignorée des poumons ou des glandes lymphatiques qui se propage par la voie sanguine ou lymphatique. La corrélation entre un processus tuberculeux périphérique et un accident ne peut être admise que quand le traumatisme, prouvé avec certitude, a agi avec violence sur la partie malade et qu'en outre le début et le cours de la maladie sont caractéristiques.

Pourtant, un processus tuberculeux peut être aggravé par un accident ; mais pour cela, il faut qu'il soit établi que la partie malade a été atteinte par l'accident. En outre, l'aggravation doit être conséquente et surtout elle doit être immédiatement consécutive à l'accident. Si le processus tuberculeux est déjà avancé, il n'est plus possible d'admettre une aggravation réelle par l'accident.

Plaies du thorax par armes à feu et tuberculose. — Communication de M. le Dr TRIMBLE (Angleterre). — L'expérience acquise pendant la guerre est ici d'une grande importance pour l'industrie. L'auteur a examiné 42 cas de perforation de la poitrine par balles suivis ultérieurement de réclamations d'indemnités pour tuberculose pulmonaire. Sept cas seulement parurent réellement des cas de tuberculose pulmonaire, dont trois furent abandonnés parce que le rapport entre la lésion et la tuberculose était vraisemblable. L'auteur traite ensuite des symptômes et du diagnostic différentiel.

Tuberculose et accidents. — Communication de M. le professeur DIEZ (Modène). — L'auteur, se basant sur des observations anatomo-pathologiques et cliniques, ainsi que sur des résultats d'expériences, émet l'opinion qu'une tuberculose n'est que rarement la suite d'une localisation (déterminée par un traumatisme) de bacilles tuberculeux se trouvant dans le sang. Dans la majeure partie des cas, il s'agit d'un foyer préexistant au siège du traumatisme. Le traumatisme ne fait que réveiller et aggraver ce foyer par les altérations bio-chimiques, anatomiques et fonctionnelles qu'il produit dans les tissus. Ce faisant, il diminue la résistance des tissus et augmente la virulence des bacilles.

Pour la tuberculose des poumons, des os et des articulations, l'auteur pose les conditions suivantes :

1° Le traumatisme doit provoquer des lésions anatomiques ;

2° Une phtisie doit débuter, suivant la forme, au plus tôt un à trois mois, au plus tard six mois, une ostéoarthrite, au plus tôt après un mois, au plus tard six mois après le traumatisme, et un an pour les formes qui évoluent lentement avec suppurations;

3° Il faut avoir la certitude qu'avant l'accident, il n'existait pas un foyer de tuberculose au siège du traumatisme ;

4° Les symptômes initaux et le cours de la maladie doivent présenter une corrélation avec la lésion traumatique ;

5° Une aggravation par le traumatisme n'est admissible que si celui-ci est d'intensité moyenne, s'il ne s'écoule que peu de jours entre le traumatisme et l'aggravation, et si l'on est en droit d'assurer que ces symptômes ne sont pas dus à l'évolution normale de la maladie ;

6° Il n'est pas possible d'admettre une aggravation dans les cas où la maladie a déjà atteint un stade avancé.

Traitement d'urgence des plaies et sutures. — Communication de MM. le professeur LENORMANT et le Dr MOURE (Paris). — Après avoir décrit le développement des méthodes de traitement des plaies avant, pendant et après la guerre (asepsie *contra* antisepsie, suture primaire *contra* excision, irrigations et suture secondaire), l'auteur expose les diverses indications dans le traitement des plaies par accident. Les premiers soins et l'examen précis du blessé sont de première importance. La suture primaire exige un contrôle très soigneux durant les premiers jours (les symptômes d'inflammations demandent un débridement très large de la plaie). La contusion des tissus est une contre-indication de la suture primaire ; il est plus avantageux d'exciser largement ces tissus. La suture secondaire après nettoyage de la plaie et une fois la suppuration terminée, n'est nécessaire que pour les plaies béantes. Les tendons et les nerfs ainsi que, si possible, les gros vaisseaux, doivent être suturés immédiatement. Le même point de vue doit régir le traitement des zones fractures compliquées. Pour éviter l'infection, il faut, autant que possible, suturer tout de suite les plaies articulaires, et les fractures compliquées des articulaires doivent être l'objet de résections immédiates. L'amputation durant la période de choc traumatique n'est pas favorable. Les amputations classiques sont vétustes. Il faut recommander l'emploi systématique des sérums antitétanique et antigangréneux en grande quantité.

La mort par électrocution. — Communication de M. le professeur SCHRIDDE (Dortmund). — Sur 39 cas d'électrocution étudiés par l'auteur, dans lesquels un courant alternatif de 220 à 250 volts avait suivi le trajet main-pied, un état thymico-lymphatique a été relevé 28 fois. Aucune altération même microscopique n'a été relevée dans aucun organe. Œdème du poumon dans 21 cas ; donc ces individus ne sont morts que quelques instants après l'accident ; les 17 autres sont morts sur le coup. Il est actuellement impossible de dire pourquoi les thymico-lymphatiques sont plus sensibles au courant électrique et meurent par fibrillation du cœur. Au point de vue des secours, ils ne sont efficaces que dans les instants qui suivent l'accident.

L'intoxication par les gaz. — Communication de M. le Dr AIELLO (Milan). — L'auteur examine surtout les intoxications provoquées par les composés

d'hydrates de carbone (benzine, benzol, toluol) et par les gaz de combat. Il donne, avec la bibliographie, un aperçu de leurs caractères et de leur action (intoxication aiguë et chronique) ainsi que des mesures à prendre pour la protection des ouvriers, entre autres, par une législation internationale. Il traite plus spécialement l'intoxication chronique par le benzol (chez les ouvriers des industries du caoutchouc et des usines de munitions) et les conséquences tardives des empoisonnements par les gaz de combat, spécialement au point de vue de leurs relations avec la tuberculose.

L'intoxication par l'hydrogène sulfuré et le sulfure de carbone et les gaz toxiques en général. — Communication de M. le Dr Kranenburg (Hollande). — L'auteur expose successivement : *a*) la relation entre le temps, la concentration et l'activité de quelques gaz toxiques, notamment des gaz narcotiques ; *b*) l'activité des mélanges de gaz toxiques ; *c*) l'influence de la température sur la tolérance humaine pour les gaz empoisonnés ; *d*) l'influence du travail manuel sur l'activité de ces gaz et, finalement *e*) la question de la tolérance de l'addition de tétraéthyl-plomb à la benzine (les opinions à ce sujet sont partagées : les Américains sont optimistes ; Zangger, de Zurich, se basant sur des calculs contestables, est pessimiste). Il faut attendre le résultat de recherches ultérieures sur des dangers possibles de ce corps.

Intoxications professionnelles par les hydro-carbures. — Communication de M. le Dr Floret (Elberfeld). — L'auteur relate de nouveaux détails sur des cas d'empoisonnement par l'acétylène (empoisonnement par les hydrures de phosphore), le chlore, la benzine et le benzol. Par contre, le benzol semble parfois exercer une action nettement favorable sur la constitution des ouvriers et des ouvrières.

Empoisonnement par l'hydrogène phosphoré. — Communication de M. le Dr Van Ryssel (Hollande). — L'auteur relate le cas de trois enfants ayant dormi auprès d'un chargement de ferro-silicium et qui tombèrent subitement malades. Le plus jeune, âgé de onze mois, mourut dans l'espace de vingt-quatre heures. L'autopsie décela un thymus hypertrophié sans état lymphatique et une dégénérescence graisseuse très prononcée du myocarde. Cette dernière est due à l'action de l'acide phosphorique. La mort survient souvent trop rapidement pour que des dégénérescences organiques aient le temps de se développer.

Chez les deux autres enfants, on put constater aussi des troubles circulatoires (pouls rapide, etc.).

Intoxication par l'hydrogène phosphoré (ferro-silicium). — Communication de M. le Dr Van Herwerden (Hollande). — Des prescriptions internationales au sujet de la manipulation du ferro-silicium sont désirables. Les ordonnances du règlement de la navigation sur le Rhin actuellement en vigueur sont inexécutables ou inexécutées. De nos jours, où, dans le port de Rotterdam, des quantités de ferro-silicium sont transportées de Suède par le Rhin, on observe beaucoup de cas graves d'empoisonnement. Des avertissements oraux et écrits n'ont eu aucun succès. La Société des nations pourrait peut-être trouver ici un champ de travail très utile.

Formation de méthémoglobine par les toxiques contenant de l'azote. — Communication de M. le Dr Heubner (Göttingen). — Démonstration et explication du fait que les poisons contenant de l'azote (nitro-benzol, aniline, gaz nitreux, etc.) appartiennent aux substances capables de provoquer la production de méthémoglobine. Dans l'auto-oxydation progressive des matières premières, il y a production active d'oxygène qui transforme l'hémoglobine.

Le travail dans l'air chaud et humide spécialement dans les mines de houille. — Communication de M. le Dr Thomson (Londres). — L'auteur expose les facteurs qui influent sur la production et la perte de la chaleur, sur la température et le degré d'humidité de l'atmosphère. La catathermomètre de Hill est un instrument de valeur pour l'étude de l'atmosphère à ces points de vue hygiéniques.

L'auteur examine ensuite la nature et l'étiologie de la crampe des mineurs et le rôle qu'y joue l'usage excessif d'alcool. La meilleure boisson est de l'eau avec une certaine proportion de sel. Le besoin de nourriture, de viande surtout, est grand chez les mineurs.

Le travail dans une atmosphère chaude et humide. — Communication de MM. les Dr Torres Fragas et B. Soler (Madrid). — Ce travail provoque chez l'ouvrier des affections rhumatismales, de la dilatation aiguë du cœur, de la dilatation bronchique ; il prédispose à la tuberculose. Seul un rapide éloignement de l'atmosphère nocive peut écarter ce dernier danger. Dans les industries à chaleur et à humidité, la plus rigoureuse hygiène doit être requise ; exclusion des malades dès les premiers symptômes et prise en considération de leur état de santé lors de leur replacement.

(*A suivre.*)

Dr M. de Laet.

Les Thèses

P. — Dr Max Leclerc. — **Etude sur les multiples indications du scuroforme (para-amino-benzoate de butyle normal)**, 1925.

Ayant eu, dans sa pratique stomatologique, l'occasion très fréquente d'employer le scuroforme et d'apprécier ses propriétés anesthésiques, l'auteur s'est attaché à en développer les indications.

Dans un premier chapitre consacré à la pharmacologie du scuroforme, l'auteur rappelle les caractéristiques de ce produit synthétique :

1° Son pouvoir anesthésique en application superficielle sur les muqueuses ou la peau dépouillée de son épiderme ; il est d'une intensité nettement comparable à celui de la cocaïne.

2° Sa non diffusibilité qui assure la persistance de son action locale.

3° Sa non toxicité qui permet de faire des applications aussi souvent répétées qu'il est nécessaire.

4° Sa parfaite tolérance par les tissus, sans aucune réaction d'irritation.

De nombreuses observations cliniques très typiques montrent tout le parti que le médecin peut tirer de l'emploi du scuroforme dans une multitude de cas de pratique courante : pansements d'ulcérations, de brûlures douloureuses, d'affections cutanées diverses, petites interventions.

L'auteur passe en revue les applications du scuroforme dans les diverses spécialités de l'art médical : chirurgie et gynécologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, dermatologie, radio et radiumthérapie, stomatologie. De cette revue, retenons particulièrement l'emploi du scuroforme dans les laryngites dysphagiques, sous forme de poudre lactosée à 1/10 et dans les rétrécissements et spasmes de l'œsophage sous forme d'huile scuroformée.

Médicament chimique, de prescription magistrale, le scuroforme peut être ordonné sous forme de poudres composées, pâtes, pommades, ovules, suppositoires, etc.

L'auteur donne, pour chaque spécialité, une série de formules dans lesquelles le scuroforme est associé à divers antiseptiques, kératoplastiques ou astringents.

Certaines de ces formules semblent particulièrement heureuses et méritent de prendre place parmi les prescriptions journalières.

L'auteur conclut en montrant l'intérêt qu'a tout praticien à mieux connaître le scuroforme auquel il peut d'ailleurs trouver de nouvelles indications.

Ly. — Dr R. Chausset. — **Contribution à l'étude des propriétés pharmacodynamiques de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (Allonal).** (Travail du Laboratoire de thérapeutique de la Faculté. Lyon 1925.)

Depuis près de trois ans que cet analgésique a été soumis à l'expérimentation clinique, il a trouvé un accueil favorable auprès du corps médical qui l'utilise volontiers dans les algies de toute origine.

D'après M Chausset, sa supériorité est réelle dans les insomnies douloureuses et avec agitation ; dans ces cas, l'allonal montre bien ses propriétés sédatives et analgésiques, et il se révèle comme supérieur aux autres agents thérapeutiques : il amène la cessation de la douleur, calme l'excitabilité des malades et permet au sommeil de s'établir dans d'excellentes conditions. Ce sommeil est calme, régulier, et en tous points comparable au sommeil physiologique. Le réveil est naturel, ne laissant aux malades aucune céphalée, aucune sensation de lassitude, comme on l'observe souvent après l'emploi de beaucoup d'hypnotiques.

M. Chausset, dans son expérimentation au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Médecine, et dans divers services des hôpitaux de Lyon, n'a remarqué aucune accoutumance à ce médicament, et au cours du traitement, il n'a jamais, pour ainsi dire, dû renforcer les doses. Il n'a pas observé d'action nocive sur les principales fonctions de l'organisme, ni sur le pouls, ni sur la respiration. L'allonal n'a jamais occasionné de douleurs gastriques, et enfin sa toxicité lui paraît très faible. Dans l'expérimentation sur les animaux, M. Chausset a vu qu'il fallait en injecter au cobaye des doses excessivement fortes pour obtenir l'apparition d'accidents toxiques mortels ou seulement graves.

Dans la pratique clinique, aucun début d'intoxication, aucun phénomène anormal n'ont été signalés. Dans certains cas même, l'allonal s'est révélé supérieur à la morphine, ainsi que l'ont déclaré MM. Burns, Messmer et Stieglitz. Ce sont là évidemment des faits exceptionnels, mais, comme l'emploi de la morphine présente, on le sait, de nombreux inconvénients, dans la plupart des cas où l'on est obligé de donner de la morphine, on pourra, selon M. Chausset, avoir recours à l'allonal avec de bons résultats : la zone maniable est excessivement étendue et les fortes doses employées n'ont jamais provoqué aucun accident. De même il est bon de savoir que l'allonal peut rendre des services dans les cures de démorphinisation et de décocaïnisation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CRISE DU SYNDICALISME MÉDICAL.

La Scission est faite !
Un type de Contrat collectif à recommander.

Le sort en est jeté : la scission est faite. Une circulaire, signée DESROUSSEAUX et MICHON, vient nous apprendre, en effet, que la plupart des Syndicats démissionnaires de l'Union se sont réunis le 10 janvier à Paris, et ont décidé la constitution de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France.

« Cette Fédération, y est-il dit, ne se posera pas en adversaire systématique de l'Union. Elle défendra les mêmes revendications quand celles-ci lui paraîtront justes ; mais elle combattra l'action de l'Union quand cette action lui semblera menacer les intérêts du corps médical et les principes intangibles de l'exercice de la médecine, en ce qui concerne les lois sociales en particulier ».

« Respectueuse de l'autonomie syndicale et convaincue de la nécessité d'une large décentralisation, elle veillera à ce qu'il n'y ait plus de dirigeants de la défense professionnelle ».

« ... En ce qui concerne les assurances sociales en particulier, elle déclare nettement qu'elle ne leur est pas hostile et qu'elle reconnaît l'utilité fréquente d'accords (ou de contrats) avec les collectivités pour assurer le bon fonctionnement du service médical ; mais elle laissera à chaque Syndicat le soin de se prononcer sur l'opportunité de ces accords, et n'admettra ceux-ci que s'ils respectent les principes de l'exercice de la médecine, à savoir : le respect absolu du secret professionnel, le libre choix du médecin, l'absence de tarification et d'interposition d'un tiers payant entre le médecin et le malade ».

Mais alors, qu'est-ce à dire ?

Tout cela, il me semble, est explicitement contenu dans l'ordre du jour GAUSSEL voté à l'Assemblée générale de l'Union, en décembre dernier. Cet ordre du jour demande que le fonctionnement du service médical soit réglé par des contrats entre Caisses et Syndicats. Or, il est manifeste que ces contrats ne seront passés que là où le Syndicat le jugera à propos ; que rien ne pourra l'y contraindre, et que, s'il préfère s'abstenir, il en aura la possibilité. Sans doute, mais il n'est pas douteux que, si cette éventualité se produit, les Caisses y pourvoiront, et il n'est pas douteux également qu'elles finiront bien par organiser un service médical, en dehors du Syndicat réfractaire, et naturellement contre lui. Et puis, il faut songer aussi à l'insurrection syndicale contre la loi, qui pourrait être suivie de la dissolution du Syndicat... Mais, cela, c'est une autre histoire.

Pas de tarification, réclament les « scindés ». Entendez certainement : pas de tarification *officielle* comportant une réduction sur les prix de la clientèle habituelle. Or, que dit Gaussel ? — Tout ce qui a trait aux honoraires est réglé par le contrat à intervenir .... D'où il résulte à l'évidence que le Syndicat pourra toujours dire à la Caisse avec laquelle il traitera : « Voici mes conditions ; *voici mon tarif* ; *c'est celui de tout le monde* » — Et ce sera quand même une tarification.

Pas de tiers payant. Entendu encore là où le Syndicat n'en voudra pas : « Voici mes conditions, poursuivra-t-il ; je prétends que mes honoraires me soient réglés directement par mes malades ... ».

Je passe sur le libre choix, sur le secret professionnel, etc. Tout a été dit à ce sujet.

Et il est démontré péremptoirement, et les dissidents l'ont formellement reconnu : l'*ordre du jour Gaussel pouvait donner satisfaction à tout le monde.*

Donc, la scission n'est pas la conséquence du vote de cet ordre du jour *acceptable par tous*, puisqu'il permet à chacun de faire ce qui lui plaît. Prétexte, prétexte détestable.

Les dirigeants de l'Union, leurs conceptions, leurs méthodes, ont cessé de plaire à ceux qui mènent le mouvement dissident. Qu'ils disparaissent, ou les dissidents se retireront. Et comme une majorité imposante leur maintient sa confiance, les dissidents se retirent ; aussitôt fait que dit ......

Je ne suis par chargé de défendre ici ces dirigeants. Ils n'en ont pas besoin d'ailleurs. Je ne cache pas que certaines de leurs idées, leur langage, ne m'ont pas toujours plu : je suis loin de dire aveuglément *Amen* à tous leurs gestes. Mais, à la façon dont ils ont été attaqués, à la violence injurieuse des campagnes qui ont été menées contre leurs personnes, je fais miennes, avec force et sincérité, les déclarations de M.

LESCARET, délégué à l'Assemblée générale, et représentant le Syndicat suburbain de Bordeaux qui, « *connaissant depuis 20 ans les dirigeants de l'Union, montre que la plupart des améliorations matérielles de la profession médicale sont dues à l'effort tenace des militants ; et fait l'éloge de leur probité, de leur désintéressement.* » Et s'ils se sont parfois trompés, ils l'ont fait de bonne foi, sans que leur intérêt personnel puisse les avoir guidés. Il fallait, et on pouvait, essayer de modifier certaines de leurs conceptions, obtenir d'eux qu'ils temporisent, consultent, sans les vilipender ainsi qu'on l'a fait.

Mais, même, si l'on n'avait pas réussi immédiatement, il était inopportun, à cette heure, de donner à l'extérieur l'impression d'un désaccord, poussé à un point tel que l'Union se trouve amputée d'une trentaine de Syndicats qui, quoiqu'ils en disent, se dressent contre elle.

A vrai dire, c'est la province qui s'insurge contre Paris. Nous avons déjà vu de semblables mouvements. Malheureusement, pour ces mouvements, c'est à Paris que se tiennent les Pouvoirs publics, que siège le Parlement ; c'est à Paris que sont centralisées toutes les grandes administrations. C'est donc à Paris, qu'on le veuille ou non, que doit se tenir également l'Administration de nos groupements corporatifs.

Plus de dirigeants de la défense professionnelle, proclament MM. Michon et Desrousseaux.

C'est bientôt dit. Et après ? Quand le navire n'a ni capitaine, ni pilote, que se passe-t-il ? Il court tout droit sur le banc de sable où il s'échoue, ou sur le récif où il se brise. Est-ce ce que désirent MM. Desrousseaux et Michon ?

Terrible responsabilité qu'ils viennent de prendre... Fassent les dieux qu'ils n'aient pas, un jour prochain, à le regretter profondément !

Quant à nous, ayant fait notre devoir d'informateurs, ayant par surcroit formulé courtoisement les critiques permises au vieux syndicaliste que nous sommes, nous nous en tiendrons là, et nous nous abstiendrons d'alimenter de stériles polémiques, puisqu'il n'y a, comme on le sait, que de pires sourds...

Nous nous contenterons de marquer les points jusqu'au jour, qui viendra, Messieurs les dissidents, où, ayant compris l'inopportunité de votre geste, vous serez les premiers à faire cesser la scission et vous rétablirez l'union indispensable que vous n'auriez pas dû détruire, surtout à l'heure présente.

Je souhaite que ce jour, de grande et sincère reconciliation, ne soit pas trop éloigné, et nul plus que nous n'y applaudira de tout cœur.

***

Quoi qu'il en soit, il est désirable que le régime des contrats collectifs entre Syndicats médicaux et collectivités se généralise pour des raisons que nous avons longuement exposées déjà, et sur lesquelles il est inutile de revenir.

Ce régime est explicitement prévu dans le projet de loi soumis au Sénat par sa Commission d'hygiène, sur l'Assurance sociale.

J'ai déjà publié les textes de semblables accords et je disais : « Ce sont là de fructueuses et profitables expériences, que les Syndicats ont le devoir de tenter, quand ils en ont l'occasion, car elles prépareront d'excellente manière le fonctionnement du service médical dans la branche maladie de l'Assurance sociale. »

Et voici que le Syndicat des Médecins de la Seine vient de contracter pareillement avec une puissante collectivité du département.

J'assistais à l'Assemblée générale de décembre, au cours de laquelle le professeur BALTHAZARD est venu apporter la proposition de la Caisse de Compensation de la région parisienne, sur des bases que notre très distingué collègue ès syndicalisme exposa lumineusement et qui firent une profonde impression sur l'assistance. Personnellement, j'ai été fortement séduit par cet exposé et je suis infiniment heureux que l'heure des réalisations pratiques ait enfin sonné.

Le contrat est ainsi conçu :

Accord intervenu entre le Syndicat des médecins de la Seine et la Caisse de compensation de la région parisienne.

Entre le Syndicat des médecins de la Seine et la Caisse de compensation de la Région parisienne, il a été convenu ce qui suit :

Article Ier. — La Caisse de Compensation de la région parisienne organise un service d'allocations-maladie en faveur du personnel de ses adhérents. Les efforts de la Caisse de compensation de la région parisienne et du Syndicat des médecins de la Seine tendent à assurer, par une collaboration loyale, le succès de cette œuvre.

Article II. — Le présent accord s'applique :

1° Au personnel directement assuré par la Caisse de compensation de la région parisienne, lequel reçoit, en cas de maladie, et du 9e jusqu'au 98e jour inclus, une indemnité journalière.

2° Au personnel affilié aux Mutuelles, subventionnées conformément au règlement de la Caisse de Compensation de la région parisienne, et qui auront adopté les statuts-types ci-annexés, prévoyant du 9e jour au 98e jour inclus de la maladie, une indemnité journalière, ainsi que le remboursement partiel des frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Article III. — Le présent accord pourra également s'appliquer, *mutatis mutandis*, aux Mutuelles subventionnées conformément au règlement de la Caisse de compensation de la région parisienne, mais qui, existant avant la création du service maladie

de la Caisse de compensation de la région parisienne, auront des Statuts différant des statuts-types ci-dessus mentionnés.

Article IV. — Les malades domiciliés à Paris ont le libre choix de leur médecin parmi les membres du Syndicat des médecins de la Seine.

Article V. — Exceptionnellement, les malades peuvent choisir comme médecin le médecin de leur usine, même n'appartenant pas au Syndicat des médecins de la Seine, mais à la condition que la nomination de ce médecin par l'usine ait été antérieure à la signature du présent accord.

Article VI. — Les médecins délivreront aux malades, et sur leur demande, des certificats attestant l'incapacité absolue de travailler, et indiquant la durée probable de l'invalidité.

Le décompte des jours de maladie ne partira que du jour où le premier certificat médical sera parvenu à l'employeur. Ce premier certificat devra certifier que l'invalidité ne provient ni d'un accident du travail, ni d'une maladie professionnelle assimilée par la loi aux accidents du travail, et n'est pas, pour les femmes, une conséquence de la maternité (1).

Les certificats suivants devront certifier l'incapacité absolue de travailler pendant toute la période antérieure depuis l'établissement du certificat précédent.

Lorsqu'il s'agira de la dernière visite, le certificat médical devra en faire mention.

En aucun cas les médecins ne devront indiquer la nature de la maladie.

Article VII. — Le paiement des visites, consultations et opérations, sera fait directement au médecin ou au chirurgien par le malade, suivant les tarifs ordinaires. Quittance devra être donnée au malade.

Article VIII. — La Caisse de Compensation de la région parisienne et les Mutuelles subventionnées par elle se réservent le droit de contrôler directement les malades. En cas de constestation à la suite de ce contrôle, une contre-visite sera faite par un médecin contrôleur de la Caisse de Compensation de la région parisienne ou d'une Mutuelle en présence du médecin traitant dûment prévenu deux jours d'avance par lettre recommandée .

En cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci sont départagés par un médecin désigné par le Syndicat des médecins de la Seine, et dont les honoraires sont réglés par la Caisse de compensation de la région parisienne ou par la Mutuelle.

Article IX. — Les sanctions éventuelles contre les médecins défaillants seront prises par le Syndicat des médecins de la Seine, conformément à ses statuts.

Article X. — La Caisse de compensation de la région parisienne et les Mutuelles subventionnées par elle n'entreront jamais en rapport direct avec les médecins traitants autrement que dans le cas prévu par l'article VIII.

Article XI. — Le Syndicat des médecins de la Seine s'engage à n'accorder son concours à aucune œuvre analogue à celle de la Caisse de compensation de la région parisienne, à d'autres conditions que celles du présent accord.

Article XII. — Le libre choix du médecin par le malade libère la Caisse de compensation de la région parisienne et les Mutuelles subventionnées par elle de toute responsabilité à l'égard du malade en ce qui concerne la compétence des médecins inscrits au Syndicat des médecins de la Seine ou la façon dont les soins ont été donnés.

Article XIII. — Le Syndicat des médecins de la Seine devra communiquer à la Caisse de compensation de la région parisienne, et tenir à jour, la liste de ses membres par arrondissement.

Article XIV. — Le présent accord est conclu pour un an, du 11 janvier 1926 au 11 janvier 1927. Il est renouvelable chaque année, pour un an, par tacite reconduction, s'il n'est dénoncé un mois d'avance.

Fait en trois exemplaires à Paris le 18 janvier 1926.

***

Est-il besoin de dire que je trouve une pareille convention de tous points satisfaisante pour les parties contractantes, et que j'aimerais qu'elle servît de contrat type, tout au moins dans ses principes essentiels, pour les futures Assurances sociales ?

N'est-il pas superflu de rappeler, une fois encore, que ce contrat répond exactement aux desiderata de l'ordre du jour Gaussel ?

Attendons maintenant de le voir à l'œuvre, et redisons avec Jayle, le secrétaire général du S.M.S. : « Le contrat réalise tous nos désirs. Il appartiendra à chacun d'entre nous de faire tous ses efforts pour que la classe ouvrière soit complètement satisfaite de nos soins. »

Il y a, avant de terminer, un point d'une importance capitale pour la solidité et l'avenir de notre Syndicalisme, et que je veux souligner.

C'est un professeur, un de ceux que nous appelions naguère des *officiels*, en donnant à ce mot la signification d'une distance infranchissable qui les séparait du menu fretin, dont nous sommes, c'est le professeur Balthazard qui a courageusement, avec un esprit d'initiative dont il a d'ailleurs déjà donné de nombreuses preuves, été le promoteur de l'acte qui vient de s'accomplir, acte gros de conséquences pour le syndicalisme de la région parisienne.

Louanges lui soient faites ! Et puisse un tel exemple porter ses fruits !

Si jamais le Corps médical parvient à former, dans tous ses éléments, une unité cohérente et disciplinée, il sera imbattable.

Hélas ! il n'en prend pas précisément le chemin !

G. Duchesne.

(1) La maternité fait l'objet d'une autre organisation, celle des Allocations Familiales.

JURISPRUDENCE

Le droit des syndicats d'exclure des médecins de la communauté confraternelle.

TRIBUNAL CIVIL DE LILLE (29 juillet 1925).

(*Rev. Alsace-Lorraine* 1925-105).

Attendu que le 8 janvier 1925, le Dr WANNEBROUCQ, agissant comme secrétaire général du syndicat médical de Lille et de la région, a signé et adressé à tous les adhérents de ce syndicat une lettre dans laquelle il leur faisait part d'un incident qui s'était produit entre le Dr S...-E... et le Dr M... et les engageait à éviter tous rapports confraternels avec ce dernier ;

Attendu que le Dr M... se prétendant lésé par l'envoi de cette lettre et se basant sur l'article 1382 du Code civil a, par exploit du 5 février 1925, assigné le syndicat médical de Lille et le Dr WANNEBROUCQ en paiement de 500.000 francs de dommages-intérêts ; que la fédération des syndicats médicaux du Nord intervient dans l'instance pour conclure au débouté de l'action intentée par le Dr M... ;

1° *Sur la demande principale* :

Attendu que les 11 octobre et 4 novembre 1924, le Dr M... reçut à sa consultation la dame Z..., sur laquelle le Dr S...-E... avait pratiqué trois ans auparavant l'opération d'enlèvement d'un fibrome qui avait été diagnostiqué par plusieurs médecins ; qu'il déclara à cette femme qu'elle avait été opérée inutilement, et qu'au cours de cette opération, le Dr S...-E... aurait dû voir que sa vésicule biliaire était malade et nécessitait une opération bien plus urgente que celle du fibrome, celui-ci pouvant se guérir autrement ;

Attendu que la dame Z... fit part de ces déclarations au Dr S...-E..., qui en fut justement indigné, puisqu'elles portaient atteinte à sa compétence et à sa probité professionnelle, en l'accusant d'avoir fait une opération inutile et négligé de faire une opération urgente ; qu'il conseilla alors à cette femme de se faire examiner par deux professeurs de la Faculté de médecine qui déclarèrent l'intégrité absolue de sa vésicule biliaire et saisit en même temps de ces faits le syndicat médical de Lille dont il faisait partie ;

Attendu que le syndicat convoqua devant son Bureau le Dr M... pour recevoir ses explications au sujet de cet incident, peser les faits et établir son opinion ; que le Dr M... répondit qu'il ne comprenait pas de quel incident il s'agissait et que, ne faisant pas partie de ce syndicat, il ne croyait pas utile de recourir à sa juridiction » ;

Attendu qu'en présence de cette réponse, le syndicat médical vota, dans sa réunion du 19 décembre 1924, la motion suivante :

« Devant les faits qui lui ont été soumis, le syndicat constate que le Dr S...-E..., a été l'objet, de la part d'un médecin non-syndiqué, d'affirmations diffamatoires qui constituent, au point de vue médical, un véritable non-sens, pour ne pas dire plus. Les affirmations n'avaient en effet d'autre but que la volonté de nuire à la réputation professionnelle du Dr S...-E... et d'entraîner une de ses anciennes opérées à subir par ailleurs une intervention nouvelle jugée inutile par deux professeurs de la Faculté, membres du Syndicat, appelés en consultation à la suite de cet incident. Pleinement éclairé, le syndicat donne son appui moral au Dr S...-E... et décide qu'un avocat représentant le syndicat suivra les débats au procès intenté par le Dr S...-E... au confrère incriminé. De plus, il engage ses membres à éviter tous rapports confraternels avec le Dr M... »;

Que le syndicat décida en outre qu'une lettre relatant ces faits et contenant cette motion serait adressée personnellement à tous les médecins syndiqués et aux présidents des syndicats affiliés à la Fédération ;

Attendu que c'est cette lettre qui fut envoyée le 8 janvier 1925 par le Dr WANNEBROUCQ ; qu'elle ne contient pas autre chose que les faits et la motion ci-dessus indiqués ; qu'elle fut envoyée sous pli fermé ;

Attendu, d'autre part, que le Dr S...-E..., considérant comme injurieux et diffamatoires à son égard les propos tenus par le Dr M... à la dame Z..., l'a, par exploit du 3 janvier 1925, fait citer devant le tribunal de simple police de Lille pour injures et diffamations non publiques ; que le tribunal estimant que la preuve de ces propos n'était pas suffisamment rapportée, a, par jugement du 21 février 1925, renvoyé le Dr M... des fins de la poursuite dirigée contre lui sans peine ni dépens ;

Attendu que cette décision faisant l'objet d'un pourvoi en cassation, le Dr M... demande qu'il soit sursis à statuer sur son action contre le syndicat médical de Lille jusqu'à ce qu'il ait été statué sur ce pourvoi, et ce, en vertu de la règle que le criminel tient le civil en état ; que le syndicat médical s'oppose à ce sursis ;

Attendu que la règle précitée ne peut trouver application en l'espèce ; qu'en effet, l'instance actuelle a pour objet la réparation du préjudice que le syndicat aurait causé au Dr M... par l'envoi de la lettre du 8 janvier 1925, alors que le pourvoi en cassation se rapporte à un procès en diffamation intenté au Dr M... par le Dr S...-E... ; que la solution de ce procès ne peut avoir aucune influence sur celle de la question qui est actuellement soumise au tribunal, et qui est de savoir si l'envoi de cette lettre constitue ou non une faute dommageable de la part du syndicat ;

Attendu qu'*il n'est pas douteux qu'un syndicat de médecins a qualité pour prendre des mesures de nature*

à défendre les intérêts professionnels de ses membres, tant au point de vue matériel que moral ; *que parmi ces intérêts figure celui d'assurer le respect des règles de confraternité et de correction qui doivent exister entre médecins* ;

Attendu que les faits dont le syndicat médical de Lille a été saisi étaient de nature à porter une grave atteinte à ces règles ; que son intervention n'a pas eu d'autre but que de les faire respecter ; qu'elle était dès lors justifiée ;

Attendu, d'autre part, qu'il est inadmissible qu'un médecin puisse impunément tenir sur le compte d'un confrère, au sujet de ses actes professionnels, des propos tels que ceux qui sont imputés au Dr M... ; que *le syndicat médical de Lille n'a pas outrepassé ses droits en signalant à ses membres l'attitude de ce dernier et en les invitant, par esprit de solidarité, à s'abstenir de rapports professionnels avec lui* ;

Attendu enfin qu'il n'est pas établi que le syndicat médical et son secrétaire, le Dr WANNEBROUCQ, aient agi vis-à-vis du demandeur avec l'intention de lui nuire ; qu'ils ont, au contraire, agi vis-à-vis du demandeur avec toute la prudence désirable ; qu'au surplus, ce dernier ne justifie pas que l'envoi de la lettre dont il se plaint lui ait causé un préjudice quelconque, que dans ces conditions, il y a lieu de le débouter de sa demande ;

2° *Sur l'intervention de la Fédération* ;

Attendu que la Fédération des syndicats médicaux du Nord est une union de syndicats ; que la loi du 12 mars 1920 a reconnu aux unions de syndicats le droit d'ester en justice, à la condition qu'elles se soient conformées aux dispositions édictées pour leur constitution ;

Attendu que la Fédération des syndicats médicaux du Nord justifie qu'elle est constituée régulièrement ; que ses statuts ont été en effet déposés à la mairie de Lille le 15 mai 1921, et la composition de son Bureau le 7 décembre 1923 ; que le Dr M..., est dès lors mal fondé à prétendre qu'elle ne peut ester en justice ;

Mais attendu qu'en l'espèce, son intérêt ne paraît être que théorique ; qu'un tel intérêt ne suffit pas pour justifier son intervention ;

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal dit qu'il n'y a pas lieu de surseoir à statuer ;

Déclare le Dr M... mal fondé en ses demandes de dommages-intérêts, tant à l'égard du syndicat de Lille que du Dr WANNEBROUCQ :

Déclare la Fédération des syndicats du Nord mal fondée en son intervention ;

Condamne le Dr M... aux dépens, sauf ceux d'intervention qui resteront à la charge de la Fédération. (*Rev. Alsace-Lorraine*, 1925-105 ; *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 1925-393.)

Commentaires

Il convient tout d'abord de faire une distinction entre le terme de mise à l'index et celui d'exclusion.

La mise à l'index frappe un non-syndiqué, ou un exclu du syndicat. C'est une mesure par laquelle les médecins, appartenant au groupe corporatif, cessent d'avoir des relations confraternelles avec un docteur, qui, par esprit de lucre, de basse concurrence, ou d'absence complète des notions les plus élémentaires de la déontologie, porte atteinte au prestige de la profession, ou à l'exercice de celle-ci dans les conditions normales.

La mise à l'index frappera des « renards », qui viennent faire échec à une lutte corporative, en acceptant de faire un service à forfait, alors que les médecins de la localité ont décidé d'obtenir, pour leurs malades, le libre choix du médecin et le paiement à l'acte médical.

Cette mesure disciplinaire atteindra encore le médecin marron, comme celui qui se livrera à une réclame éhontée, sans souci aucun de la dignité professionnelle.

Au contraire, l'exclusion ne sera prononcée que contre un syndiqué, contre un confrère appartenant au groupe. Pour les mêmes motifs que ci-dessus, le délinquant sera exclu du syndicat, pour manquement au pacte syndical, qu'il a jadis librement accepté, en demandant son adhésion au groupe corporatif.

Les résultats sont identiques, car exclus, ou mis à l'index, les mauvais confrères n'ont plus aucune relation confraternelle avec les médecins syndiqués de la localité et des environs.

N'envisageons, avec le jugement ci-dessus, que la seule mise à l'index.

Un syndicat médical a-t-il qualité pour prononcer pareille pénalité contre un médecin qui n'appartient pas au groupe corporatif et, qui, par suite, n'a pas adhéré anux statuts ?

Oui, a décidé la jurisprudence, car le syndicat est l'organisme légal, qui doit maintenir le bon renom de la profession et qui a seul qualité pour défendre les intérêts moraux et collectifs d'une corporation.

En jurisprudence médicale, nous devons signaler le jugement du tribunal civil de Toulouse (14 avril 1910) : un médecin avait été mis à l'index pour avoir accepté un traitement à forfait de la part de sociétés de secours mutuels qui avaient rompu toutes relations avec le syndicat médical local.

Le jugement reconnaît l'autorité morale des syndicats, gardiens des règles professionnelles et considère comme parfaitement licite la mise à l'index d'un non syndiqué.

« Attendu qu'ils (les médecins syndiqués) n'ont eu, en la circonstance, d'autre souci, ou préoccupation, que d'empêcher, par une mesure utile, nécessaire et légitime, comme la mise à l'index des dissidents, la défection de s'établir dans les

rangs des médecins et de compromettre l'autorité morale des syndicats, gardiens des règles professionnelles, en même temps que la garantie que présente, entre syndiqués et non syndiqués, l'entente confraternelle, laquelle condamne l'isolement de celui qui, sous couleur d'indépendance, ou pour tout autre motif, se tient à l'écart, ou lutte contre des décisions mûrement réfléchies. »

Un autre point, qui doit être bien mis en évidence, est le suivant : il ne faut pas que la décision du syndicat, en mettant à l'index un non syndiqué, puisse constituer un abus de droit, inspiré par le désir de nuire.

Le point est extrêmement important, en ce qui concerne la publicité à donner à la mesure disciplinaire. Qu'elle soit communiquée par circulaire, sous enveloppe fermée, à tous les syndiqués, qu'elle reçoive la publicité prévue aux statuts du groupe : parfait ; mais il ne faudrait pas que, par une publicité intempestive, dans les milieux extra-médicaux, le médecin mis à l'index puisse faire grief au syndicat et réclamer réparation, en vertu de l'article 1382 du code civil.

La jurisprudence est unanime sur ce point (cour d'appel de Riom, 7 février 1900 ; cour de Paris, 5 février 1901 ; cour de Limoges, 10 juin 1902 ; cour de Montpellier, 20 février 1903 ; cour de Cassation, 25 février 1905.)

Dans une affaire analogue, mais non médicale, la cour de Paris (3 mai 1924 ; *Gaz. Pal.* 21 mai 1924) a décidé qu'un patron avait le droit d'avertir, par circulaire, d'autres employeurs, des motifs du départ collectif de certains ouvriers, désignés nommément dans la circulaire, sans que cette dernière ne contienne aucun terme blessant ou injurieux à l'égard desdits ouvriers.

Pour qu'ils puissent obtenir des dommages intérêts, les ouvriers devraient rapporter la preuve qu'ils ont éprouvé, du fait de cette circulaire, après leur départ volontaire de chez leur patron, soit un préjudice matériel appréciable, soit un préjudice moral.

Par un arrêt du 29 juillet 1908 (*Gaz. Pal.*, 1908. 8.34), la Chambre des Requêtes a statué sur une mise à l'index d'un employé par des employeurs. La Chambre syndicale des agents de change de Marseille avait interdit d'employer un remisier et la Cour suprême a admis que la Chambre syndicale, en agissant ainsi, « n'a agi que dans le but légitime, de sauvegarder la dignité et les intérêts de la compagnie, dont elle a la garde, et n'a commis aucune faute. »

A l'inverse, les employés ont parfaitement le droit de mettre à l'index certains employeurs.

Un syndicat ouvrier peut, sans engager sa responsabilité, défendre à ses membres de travailler chez un patron, qui a refusé d'accepter, dans leur ensemble, les conditions de salaires à lui proposées par le syndicat ouvrier, si cette interdiction, faite en dehors de toute pensée de malveillance, et pour la seule défense des intérêts professionnels du syndicat, n'est accompagnée ni de menaces, ni de manœuvres dolosives. (Cass. Req., 25 janvier 1905 ; *Gaz. Pal.*, 1905.1.184).

Dans le même sens, cour d'Amiens, 7 juillet 1905. (*Gaz. Pal.*, 1905, 2.607.)

Ces décisions ont une certaine importance, dans l'histoire du syndicalisme. Elles prouvent que les médecins peuvent se défendre, tant contre les mauvais confrères, que contre les collectivités qui n'acceptent pas les conditions de travail proposées par le corps médical.

Elles viennent renforcer les directives de ceux d'entre nous, qui, se méfiant de la faiblesse de chaque praticien, laissé isolé en face d'organisations ouvrières, patronales, ou administratives diverses, ne veulent pas que les individualités médicales se laissent brimer et imposer des tarifs et conditions de travail dérisoires.

Se substituant aux individualités, les syndicats médicaux locaux peuvent défendre la dignité du corps professionnel, cependant qu'ils peuvent plus librement discuter des tarifs et réglementations de l'accomplissement de tous les actes médicaux.

Le contrat collectif de travail devient, non seulement une nécessité, pour chaque individualité médicale, mais aussi un moyen de défense de l'honorabilité de la profession.

Pourquoi certains confrères acceptent-ils encore de travailler pour des prix dérisoires ? Pourquoi se cramponnent-ils à de maigres traitements à forfait ? C'est parce qu'ils ont peur que leur démission ne serve qu'à faire nommer un concurrent sans scrupule, qui acceptera ce qu'ils auront refusé.

Le syndicat se substitue à eux ; il décide que personne ne devra prendre la succession du démissionnaire.

La crainte de la mise à l'index fera réfléchir tous ceux dont l'honnêteté a besoin de sanctions, pour rester dans le droit chemin.

Le syndicat a qualité pour contracter pour ses membres et également pour les non syndiqués, qui n'auront qu'à adhérer aux conditions collectives de travail professionnel.

Que chaque groupe, selon sa force et sa cohésion, contracte selon les habitudes locales, selon les conditions de vie particulières à chaque région et selon les collectivités qui se trouvent en face.

La liberté doit exister pour chaque syndicat ; de même que chaque syndiqué conserve la liberté, dans son syndicat, en ce sens qu'il est toujours libre de démissionner, lorsque bon lui semble.

Mais, la tyrannie syndicale ne saurait être admise. Ainsi, un syndicat ne doit pas accaparer, pour ses seuls membres, l'exercice complet de la profession, rendant ainsi l'adhésion obligatoire au groupe.

Ainsi, en Alsace et en Lorraine, le service médical des caisses d'assurances sociales est fait uniquement par des médecins syndiqués. Il en résulte que, pratiquement, un praticien ne peut pas démissionner du syndicat, s'il veut continuer à faire partie du service médical des caisses, ou bien il se trouve dans l'obligation de demander son affiliation au groupe corporatif, lorsqu'il vient s'installer dans une localité.

Un arrêt récent de la Cour de Colmar (15 juillet 1924 ; *Rev. Alsace-Lorraine*, 1925.105), considère que constitue une entrave à la liberté de travail, le fait, pour un syndicat médical, de refuser l'admission d'un candidat qui accepte les statuts du groupe, alors que le syndicat s'est réservé le monopole de soigner les membres des caisses de malades et leurs familles. Ce monopole de fait empêche un non associé de jouir librement des prérogatives qui sont attachées par la loi du 30 novembre 1892 à son titre de docteur en médecine.

Cependant, un syndicat a le droit de refuser l'affiliation d'un médecin taré, indigne, ayant un passé peu déontologique ; mais il faut que le praticien, dont la demande d'admission est discutée, puisse venir présenter sa défense en toute liberté et que le refus d'admission soit motivé par des considérations d'ordre purement déontologique et professionnel.

D'ailleurs, le droit, pour un syndicat, d'admettre ou non un candidat peut être limité par des considérations de statuts, ou d'exercice de la profession, et il serait trop long d'en discuter au cours de cet article.

Dr Paul BOUDIN.

LES ASSURANCES SOCIALES.

L'esprit des assurances sociales allemandes.

L'assurance sociale, en Allemagne, a pour directive moins l'indemnisation des sinistrés que leur suppression et leur atténuation par des prestations en nature et des mesures de prévention.

Avant la guerre, une partie des excédents de recettes des Caisses était investie en œuvres sociales, sanatoria, maisons de convalescence, dispensaires, maisons de cure, etc. ; le reste était mis en réserve par l'achat de valeurs de l'Etat.

Tous les placements mobiliers furent engloutis par la guerre et les placements en œuvres sociales, considérés comme un rendement nul en revenu, furent les seuls productifs : on reconnut que, grâce à eux, on obtenait une diminution de la morbidité, des prestations de chômage-maladie, d'où rapport intéressant, supérieur au rendement de valeurs mobilières.

Nous avons déjà vu les efforts de l'Allemagne dans la prévention des accidents de travail par la création de contrôleurs appointés et d'ouvriers surveillants de confiance-accidents. On obtint ainsi une diminution de fréquence et de gravité des accidents, puisque ceux-ci sont tombés à 4,43 pour 1000 en 1923 au lieu de 7.05 en 1913.

Elle a diminué également les frais médicaux des accidentés du travail. Primitivement l'accidenté pendant 13 semaines était soigné par la caisse-maladie, puis au bout de ce temps, il passait aux mains du médecin de la corporation industrielle ; ce changement obligatoire de médecins favorisait la simulation et le prolongement des soins.

Dorénavant, la corporation prend le blessé en charge du jour de l'accident à la guérison.

On estime qu'un tiers des invalidités est supprimé par cette continuité du traitement. Et d'après l'auteur, des fractures guérissent en 4 ou 10 mois selon que les soins sont donnés ou non par le médecin d'industrie.

Dans l'assurance-maladie et dans l'assurance des invalides et des survivants, des mesures générales ont été prises pour conjurer le développement de la tuberculose et des maladies sexuelles. La participation des caisses maladie à la lutte contre la tuberculose a été réglée par les cinq grandes fédérations de caisses-maladie et par le Comité central d'Allemagne pour la lutte contre la tuberculose. En 1922, on avait créé 53 hôpitaux pour tuberculeux et 53 sanatoria. Par application du paragraphe 1277, les instituts d'assurance placent dans des maisons de retraite et dans des orphelinats, les invalides et orphelins atteints ou suspects de tuberculose contagieuse.

Par application du paragraphe 1400, les instituts encouragent les *tuberculeux à demander leur hospitalisation en promettant* à leurs familles des allocations supérieures au tarif normal.

Toutes ces mesures ont contribué à diminuer la mortalité qui, par suite des misères physiologiques de la guerre, était de 21,2 pour 10.000 hommes et 21,2 pour 10.000 femmes est tombée en 1920 à 15 pour les hommes et à 15,8 pour les femmes. Je doute fort que l'organisation des mesures hygiéniques contre la tuberculose soit la seule cause de cette diminution de la mortalité. La guerre a fait une sélection naturelle en supprimant beaucoup de prétuberculeux et les conditions améliorées d'alimentation et la réduction des heures de travail ont aussi contribué pour leur part à ce résultat.

La lutte contre les maladies vénériennes s'organise à l'aide de bureaux de consultations avec le concours des organes d'assurance, des autorités militaires, des associations de médecins, du clergé et des principales associations charitables. En 1922, il y avait 188 bureaux de consultations ayant donné leurs soins à 106.763 personnes, dont 30.852 signalées par les médecins. Ceci nous prouve que le secret professionnel n'existe pas pour les praticiens. On essaya de réclamer une loi pour la déclaration obligatoire des maladies sexuelles et réprimant les publicités frauduleuses. Mais la révolution de 1918, fit échouer les projets de loi déposés dans le but.

En Allemagne existe aussi l'assistance maternité, qui s'étend même en dehors du cadre des Caisses d'assurances aux femmes peu aisées qui n'ont pas droit aux prestations d'assurance. C'est donc une assistance aux demi-nécessiteux. Elle accorde une indemnité de 25 marks pour les frais d'accouchement et une allocation journalière de couches pour les quatre dernières semaines de la grossesse. Cette allocation de couches représente un secours de suralimentation et se *cumule avec le salaire* ou avec l'indemnité de maladie.

Pour les six premières semaines de maternité, elle constitue encore une prime d'alimentation et en partie une indemnité de perte de salaire. Elle ne se cumule pas avec l'indemnité de maladie et ne se cumule que pour moitié avec le salaire.

Du moment qu'il est question de salaire, il est évident que la cessation des occupations n'est pas obligatoire. Les statuts peuvent allouer une indemnité journalière de grossesse pendant une durée maxima de six semaines aux femmes enceintes que la grossesse rend incapables de travailler.

Dans toute l'organisation des assurances, une très large part est donnée à la prévention par la création de plus en plus intensive d'œuvres sociales. En effet, à l'heure actuelle, le Reich ne cherche pas à drainer dans ses caisses les réserves provenant des assurances sociales. Il veut toujours paraître pauvre et veut que ses caisses soient vides au vu de l'étranger. Il craint toujours de voir ses anciens ennemis réclamer leur dû, qu'il ne veut pas payer et préfère aussi ne pas accumuler dans ses caisses la fortune de l'assurance sociale allemande. Aussi il a presque supprimé la capitalisation et investi toutes les réserves dans des fondations qui augmentent la prospérité de l'Empire et par le bien-être qu'elles procurent à la classe ouvrière (maisons bon marché, maisons de convalescence, etc.), diminuent la morbidité et par suite la mortalité. Il faut aussi remarquer que les assurances sociales s'efforcent dans la plus large mesure de développer des prestations en nature en dehors des prestations en argent. Leur but principal est de ne pas réduire autant que possible la main-d'œuvre, de ne pas favoriser la paresse, car le travail est, avant tout, un capital or qui fait la fortune des peuples.

Nous aurions certainement en France intérêt à nous pénétrer de ces vérités pour la mise en marche de notre système des assurances sociales.

Dr M. Vimont.

LES VISITEUSES DE L'ENFANCE DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE (1)

Par le docteur Chatin,
Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon.
Chargé du cours de puériculture à la Faculté.

De plus en plus, à l'heure actuelle, dans le programme de la lutte contre la mortalité infantile, les visiteuses de l'enfance prennent une importance grandissante.

Collaboratrices du médecin dans toutes les œuvres d'assistance et de protection de l'enfance, elles s'imposeront de plus en plus comme une nécessité dans toutes les organisations de ce genre. L'institution a fait ses preuves en pays anglo-saxon depuis longtemps déjà ; en France, elle se développe ; les pouvoirs publics l'étudient en ce moment à titre de complément à la loi Roussel.

Je voudrais à ce propos vous exposer en quelques mots l'évolution. d'une organisation de visiteuses de l'enfance fondée à Lyon depuis six ans ; et qui, par son importance et les résultats obtenus, peut vous intéresser comme expérience sociale et scientifique d'hygiène infantile appliquée.

La fondation franco-américaine pour l'enfance de Lyon a été fondée en 1918 par le docteur Lucas, professeur de clinique infantile de San-Francisco, représentant de l'*American Red Cross* et Mme Gillet-Motte, présidente du *Comité des enfants rapatriés de Lyon*, sous le patronage de la Chambre de commerce de Lyon, et a pour président M. Auguste Isaac, ancien ministre. C'est une œuvre privée, dont les premiers subsides ont été une souscription lyonnaise de 650.000 francs que la Croix-Rouge américaine doubla d'une somme égale. En 1922, une « Semaine de l'enfance » qui rapporta 700.000 francs vint remédier à un déficit budgétaire entraîné par le développement de l'œuvre.

L'organisation actuelle met en activité 44

(1) Société de Pédiatrie de Paris, 20-1-1925.

visiteuses qui se partagent la ville divisée en sept districts dans lesquels elles exercent une action de direction hygiénique de la façon suivante :

La Fondation franco-américaine reçoit de la mairie l'indication de toutes les naissances, Elle est renseignée avant même leur naissance sur un grand nombre de ses protégées (mères bénéficiaires de la loi Strauss, dont elle a le contrôle, mères bénéficiaires des allocations familiales), ce qui permet aux visiteuses d'aborder la mère plusieurs mois avant la naissance de l'enfant, point très important pour obtenir l'allaitement maternel.

A la naissance, nos visiteuses sont en rapport avec les mères dans les services de maternité où elles assurent le service social ; elles assurent aussi le même service dans tous les services d'enfants, chirurgie ou médecine (9 *visiteuses sont chargées de ce service social*).

Après la naissance, les enfants sont suivis par les visiteuses dans les 24 consultations de la ville de Lyon (10 municipales, 12 privées).

Les visiteuses de l'enfance assurent également certains services municipaux (crèche de Caluire) ou départementaux (nourricerie départementale de Vinatier).

Elles sont en collaboration intime et continue avec toutes les organisations de protection de l'enfance, qu'elles soient municipales, départementales ou privées.

La surveillance hygiénique de la première enfance est donc ainsi assurée pour toute la ville de Lyon dans une zone d'influence de plus en plus large, grâce au concours des *Caisses d'allocations familiales* dont les bénéficiaires sont de plus en plus nombreuses.

C'est également avec le concours de ces caisses d'allocations, que la Fondation franco-américaine assure depuis deux ans la surveillance hygiénique de la seconde enfance par des consultations mensuelles permettant de surveiller les enfants et de donner aux enfants prédisposés des cures d'air et de soleil de plusieurs mois, soit à la campagne, soit au bord de la mer.

Les consultations hygiéniques et le triage de ces enfants sont faits par le docteur E. Perret, médecin du *Comité commun pour l'hygiène de l'enfance des Caisses d'allocations*, mais il a pour collaboratrices dans toute cette organisation les visiteuses de l'enfance qui sont la cheville ouvrière indispensable de cette œuvre.

Je crois bon d'attirer tout spécialement votre attention sur le concours mutuel que se prêtent ces deux importantes organisations sociales, les *Caisses d'allocations et la Fondation franco-américaine.*

Les caisses d'allocations de Lyon correspondent à un groupement de 33.000 ouvriers et de 13.000 enfants comptant 1.200 naissances annuelles. Outre les allocations, au prorata du nombre des enfants (40 francs pour le 2e enfant, 70 francs pour le 3e, 120 francs pour le 4e, etc.), les Caisses depuis cette année ont organisé des allocations spéciales pour la mère nourrissant son enfant avec les chiffres suivants : allocation de grossesse, 150 francs ; allocation de naissance, 150 francs ; allocation d'allaitement les 3 premiers mois, 120 francs par mois ; allocation d'allaitement les 3 mois suivants, 45 francs. Total : 795 francs.

Cette action d'assistance est heureusement complétée par l'action de surveillance hygiénique qui s'exerce par l'intermédiaire des visiteuses de l'enfance, dirigeant et assistant les mères dans les consultations de grossesse et dans les consultations de nourrissons obligatoires pour les mères bénéficiaires.

Les deux œuvres, *Caisses d'allocations* et *Fondation franco-américaine*, restent indépendantes ; l'une se charge de l'assistance financière, matérielle, l'autre, débarrassée de tout souci matériel, assure uniquement la surveillance hygiénique.

La Fondation franco-américaine reçoit en échange du travail de ses visiteuses une subvention annuelle pour indemniser ce travail, l'étendue du domaine d'action de la Fondation franco-américaine étant d'ailleurs plus large que celui des bénéficiaires des Caisses d'allocations.

Excusez-moi si j'ai été trop long dans cet exposé d'organisation purement administrative, mais il faut bien admettre que c'est à cette organisation bien comprise qu'est dû ce succès de l'œuvre.

Les résultats obtenus semblent en effet des plus intéressants. En ce qui concerne la surveillance hygiénique de la première enfance et la mortalité infantile, voici les chiffres que nous avons publiés à la fin de l'année 1923 :

	1919	1920	1921	1922	1923	TOTAL
Nombre de visiteuses	19	30	35	33	44	»
Visites à domicile	29.455	45.295	65.109	57.804	71.909	249.572
Enfants inscrits depuis la fondation	»	4.648	13.285	18.742	24.923	»
Enfants visités dans le cours de l'année	1.801	7.132	9.906	10.255	9.231	»
Enfants en cours de visite à la fin de l'année	»	3.569	5.187	4.319	3.865	»
Nombre de décès parmi les enfants visités	87	308	438	337	295	1.455
Pourcentage de mortalité	4,9 %	4,3 %	4.4 %	3,3 %	3,01 %	»
Visites pour contrôle de la loi Strauss	»	1.618	5.765	5.072	5.023	17.478

Nota. — *Si le chiffre des visites à domicile a fléchi en* 1922 *et* 1923, *c'est parce que l'effort des visiteuses a eu à faire face au nouveau service créé, celui de la seconde enfance, en collaboration avec les Caisses d'allocations familiales.*

La baisse progressive des chiffres de mortalité est tout à fait intéressante et montre l'efficacité de la surveillance hygiénique appliquée par l'intermédiaire des visiteuses dans un groupe de plus de 10.000 enfants.

Les chiffres de l'année 1924 seront, en ce qui concerne la mortalité, tout à fait comparables à ceux de 1923 d'après les onze premiers mois écoulés. Ces chiffres si bas de mortalité chez les enfants surveillés est attribuable à l'allaitement au sein obtenu, au moins en ce qui concerne les 3 ou 4 premiers mois, dans une proportion qui varie entre 80 et 90 p. 100.

Ces chiffres sont d'autant plus intéressants qu'ils portent sur un ensemble de plus de 30.000 enfants suivis depuis la fondation de l'œuvre.

A cette action sur la réduction de la mortalité infantile dans le présent, il faut ajouter pour l'avenir, les effets bienfaisants de l'instruction d'hygiène infantile donnée aux mères de famille d'une façon pratique au berceau de leur propre enfant. C'est à près de 30.000 mères que cette instruction a été donnée, depuis 6 ans. C'est là un gage important de l'action efficace de l'œuvre des visiteuses.

L'œuvre d'instruction en puériculture s'exerce aussi par les visiteuses de l'enfance sur d'autres terrains : écoles primaires (cours pour fillettes de 10 à 13 ans), écoles ménagères, écoles normales d'institutrices.

A cette action instructive de la visite s'ajoute son action morale. C'est l'action qui s'exerce en faveur de l'allaitement maternel. Elle peut s'exercer aussi sur un autre terrain ; c'est ainsi qu'elle diminue le nombre des abandons d'enfants comme les chiffres que nous avons publiés récemment dans le journal l'*Infirmière Française* l'établissent (1).

Le contrôle de la loi Strauss et l'organisation récente des consultations de grossesse des Caisses d'allocations permettant à la visiteuse d'aborder la mère dès les premiers mois de sa grossesse facilitent beaucoup son action instructive et morale précoce.

C'est par le développement des consultations de grossesse qu'on verra baisser le nombre des avortements, des naissances prématurées, des morts-nés.

Pour la surveillance hygiénique de la seconde enfance, les quelques chiffres suivants donneront l'idée de l'importance de l'effort fait par le Comité commun pour l'hygiène de l'enfance secondé par les visiteuses :

Consultations hygiéniques du 1er janvier au 1er novembre 1924	369
Enfants examinés	5.116
Visites à domicile	10.737
Cures d'air et de soleil à Sylvabelle (Var)	256
— — à la campagne	418
Soins des dents et de la gorge	539
Service prénatal du 1er mars au 1er novembre : Consultations	86
Femmes inscrites	2.025
Femmes vues	1.862
Visites des visiteuses	3.036
Naissances	1.200

Les résultats de ces visites mensuelles et de ces cures d'air et de soleil mises à la disposition des enfants appelés autrefois débiles ou prédisposés, que l'on regarde actuellement comme des enfants victimes de la contagion familiale en état de tuberculose latente, sont vraiment remarquables.

Sur un groupe d'un millier d'enfants de 2 à 13 ans (enfants du personnel d'une importante usine) j'ai pu, la première année, constater 4 cas de méningite tuberculeuse. Dans les cinq années qui ont suivi nous n'avons constaté qu'un seul cas de tuberculose pulmonaire ayant évolué, et aucun cas de méningite.

Ajoutons que, au point de vue de la tuberculose, les consultations hygiéniques de l'enfance sont un des meilleurs moyens de dépister la tuberculose dans les familles et de s'opposer aux ravages de la contagion familiale.

Pour résumer nos conclusions en quelques mots, nous pouvons dire au nom d'une expérience datant de 6 ans :

Les visiteuses de l'enfance peuvent par leur action diminuer la mortalité infantile d'une façon notable. C'est en obtenant l'allaitement maternel et en gardant l'enfant à la mère qu'elles obtiennent ce résultat. Elles exercent une action d'instruction hygiénique qui prolongera dans l'avenir leur action présente.

Elles peuvent avoir une influence morale importante en diminuant le nombre des abandons. Par leurs collaborations et leur propagande en faveur des consultations de grossesse, elles auront une action sur la diminution du nombre des avortements, des naissances prématurées, des morts-nés.

Pour la seconde enfance leur action prophylactique dans le dépistage de la tuberculose et la lutte contre la contagion familiale est aussi des plus importantes.

La collaboration des visiteuses de l'enfance et des organisations des Caisses d'allocations familiales constitue un moyen pratique et efficace des plus importants dans la lutte contre la mortalité infantile et dans l'œuvre de protection de l'enfance qui doit en être la suite.

(1) La visiteuse de l'enfance « assistante sociale » à l'hôpital. Son rôle dans la question de l'abandon, par le Dr P. Chatin. *L'Infirmière française*, octobre 1924.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Le Syndicat des Stomatologistes, docteurs en médecine.

Nous venons de fonder un nouveau syndicat.

Le besoin s'en faisait-il sentir ? Hélas, oui !

La politique professionnelle jusqu'à ce jour est restée ballottée entre deux formules :

La formule stomatologique (doctorat en médecine d'abord (1), études spéciales ensuite ; aucun contrôle par des examens officiels) (2) ;

La formule odontologique (aussitôt après le certificat d'études primaires, dites supérieures (3) études spéciales exclusivement, théoriques et pratiques, avec le contrôle d'examens officiels).

Chacune de ces formules a ses partisans, tous de bonne foi, nous voulons le croire, soutenant d'une façon plus ou moins véhémente et courtoise ce qu'ils croient être la vérité.

Mais si chacun reste sur ses positions, notre politique professionnelle n'évolue pas et l'intérêt public qui réclame des praticiens nombreux (6000 au grand minimum) et instruits *théoriquement* et *pratiquement*, cet intérêt public reste insatisfait :

La formule stomatologique, en raison de la longue durée des études médicales et techniques, 8 ans (4), ne lui donne pas la garantie du nombre ; faute d'examens techniques officiels, elle peut ne pas lui offrir non plus celle de la qualité ;

Avec la formule odontologique, la garantie quantitative existe puisque la durée totale des études dépasse 5 ans, mais, malgré les examens officiels obligatoires, la qualité scientifique de plus en plus indispensable resterait souvent discutable si les modifications demandées par les odontologistes eux-mêmes ne se réalisaient pas.

Entre ces deux formules extrêmes, nous voulons que notre groupement soit le *moyen terme* qui permettra à notre profession *d'évoluer* et de *s'orienter* là où la poussent son intérêt propre et l'intérêt de la santé publique.

Notre programme sera donc toujours un *programme d'évolution. Pour le moment,* nous demandons, avant toute étude spéciale, le baccalauréat complet ; c'est lui qui assurera la possibilité de certaines études médicales et surtout biologiques dont le chirurgien-dentiste ne peut plus se passer et que lui-même réclame. Nous maintenons les 5 années d'études qui, elles, assureront notre recrutement.

Nous ne sommes les adversaires d'aucun groupe ; nous sommes avec ceux des stomatologistes qui réclament, par des examens obligatoires, une consécration technique officielle ; nous sommes avec tous les chirurgiens-dentistes qui veulent élever leur niveau professionnel ; nous sommes avec tous ceux qui veulent assurer en France et dans nos colonies un recrutement qui veille par la qualité autant que par le nombre ; avec tous ceux également qui s'insurgent contre les passe-droits, les dispenses injustifiées, le sabotage des examens et l'exercice illégal.

Nous réclamons, bien entendu, notre place au Comité consultatif de l'Enseignement supérieur.

Nous ne sommes pas des polémistes.

Nous voulons simplement être des réalisateurs.

Le bureau provisoire pour 1925 :

Dr Frey, président ; Dr Frison, vice-président ; Dr Solas, secrétaire ; Dr Leblanc, trésorier ; Dr Bousqet, secrétaire-adjoint.

(1) Nous n'envisageons pas les études spéciales au cours des études médicales selon le programme de l'Association française des chirurgiens-dentistes ; ce serait risquer de ne faire ni de vrais médecins, ni de bons dentistes.

(2) Seuls, les élèves de l'Ecole française de stomatologie peuvent obtenir un certificat officieux d'aptitude.

(3) D'ailleurs, la plupart des groupements dentaires réclame actuellement l'obligation du baccalauréat complet.

(4) P. C. N. 1 année, études médicales 5 années, études techniques 2 années, total : 8 années.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Docteur Vincent Heulin, 1869-1926. — A côté des médecins qui établissent leur renommée par leurs travaux scientifiques ou par leur enseignement et qui illustrent la profession médicale, il y a place pour les médecins praticiens qui ont le mérite d'une vie modeste consacrée au soulagement des souffrances humaines.

Exerçant la médecine à Paris depuis 27 ans, le Dr Heulin, qui vient de mourir après une douloureuse maladie, fut l'un de ces médecins praticiens qui font par leurs vertus professionnelles, l'honneur de notre belle profession. D'une intelligence remarquable, fine et claire, qui se voilait souvent, devant ses amis, d'une légère teinte d'ironie, il analysait les symptômes de la maladie et pénétrant plus avant, découvrait grâce à ses dons de psychologue pénétrant, la vie intérieure de ses malades qui s'abandonnaient vite à lui en sentant la bonté de son cœur généreux. Le dévouement et le désintéressement dont il fit preuve pendant toute sa carrière attachaient à lui tous ceux qu'il avait soignés et qui lui revenaient fidèlement après chaque éclipse imposée par une santé déjà troublée qui succombait

à la charge d'un travail poursuivi jusqu'à une heure avancée de la nuit.

Vint la guerre. Il prit du service bien qu'exempt, et dès 1915, réclama de partir au front dans un régiment d'infanterie où il connut et vécut, jusqu'à l'évacuation imposée par son état d'épuisement, la vie des médecins de bataillon. C'est là que sa santé s'altéra définitivement et qu'il commença de descendre la courbe de sa vie douloureuse entrecoupée de reprises professionnelles de plus en plus courtes où il donnait de tout son cœur le reste de ses forces épuisées.

Regretté de tous, aimé et pleuré de ses amis qui n'oublieront jamais la fidélité de son cœur, ni le charme de son esprit, il laisse à sa femme et à sa fille qu'il chérissait, l'honneur d'un nom qui honore notre corporation et le souvenir impérissable d'une carrière dignement remplie.

Dr C. BAILLET.
4, rue Théodore-de-Banville.

— Société des chirurgiens de Paris. — *Séance annuelle.* — A la séance annuelle du 15 janvier 1926, de la Société des chirurgiens de Paris, M. Maurice PÉRAIRE a prononcé l'éloge du docteur Paul DELBET, le chirurgien parisien mort l'an dernier. Paul Delbet fut un des premiers chirurgiens qui créèrent des Maisons de santé personnelles.

— Pavie (Italie). — On annonce la mort du professeur Camillo GOLGI, auteur de travaux d'histologie et de pathologie générale et d'études sur la malaria.

— Londres . — *Les travaux du Dr Gye sur le cancer.* — Six médecins de Londres se sont offerts au docteur Gye pour qu'il expérimente sur eux ses théories sur le cancer. D'autre part, le Dr Gye vient de recevoir de l'Université de Londres, un prix dont le montant s'élève à 1.500 livres, soit environ 200.000 fr.

— Cours de sérologie. — Laboratoire, 54, rue Saussure, XVIIe. — M. RUBINSTEIN fera son cours de sérologie appliquée à la clinique du 26 avril au 26 mai. Les conférences suivies de travaux pratiques auront lieu les mardis, jeudis et samedis de 14 heures à 18 heures.

Le cours comporte l'étude de toutes les réactions employées pour le sérodiagnostic des maladies infectieuses (syphilis, tuberculose, gonococcie en particulier).

Le nombre des places est limité. Pour tous renseignements s'adresser au laboratoire de 14 à 18 heures.

Un registre d'inscriptions est également ouvert pour les cours et travaux pratiques de chimie médicale qui seront faits au laboratoire par M. BROUN, ancien assistant de M. le professeur BLUM, de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Un prix espagnol de déontologie (5.000 pesetas). — M. le secrétaire perpétuel de la « Real Academia nacional de Medicina » de Madrid adresse au secrétaire général de l'Académie de médecine la lettre suivante dans laquelle il fait connaître les conditions d'un concours de prix créés par la *Fondation Saint-Nicolas* et pour l'un desquels les médecins français sont admis à concourir :

« Excellence,

« Conformément à la décision du Patronage de la Fondation Saint-Nicolas (Rodriguez Abaytua), je remets à votre Excellence les programmes pour le concours des prix de cette Fondation, dans lesquels, entre sept autres, figure un prix de 5.000 pesetas, au meilleur ouvrage publié ou inédit, écrit pendant les cinq années de 1922 à 1926, ces deux années incluses, sur une étude analytico-critique de Déontologie médicale, soit dans son ensemble, soit sur un ou plusieurs des facteurs qui la composent.

« Les professeurs français pouvant concourir à ce prix, je prie votre Excellence de vouloir bien donner la publicité nécessaire, en France, à ce concours, conformément aux conditions détaillées dans le programme ! ».

— Les accidents du travail dans les hôpitaux de Paris. — Le nombre de journées de présence dans les établissements de l'Assistance publique à Paris, pendant l'année 1924, motivées par des accidents du travail, s'est élevé à 109.300 environ.

La moyenne de la durée du séjour pour les blessés du travail étant de dix journées, le nombre des accidentés admis à été approximativement de 10.900. Presque tous ont été l'objet d'une intervention chirurgicale.

La proportion des étrangers parmi les accidentés du travail est de 7 à 8 pour 100.

La recette totale réalisée du chef des accidents du travail, tant au titre de l'hospitalisation qu'au titre du traitement externe a atteint approximativement la somme de 2.980.000 fr.

— Natalité dans les pays d'Europe. — Tableau extrait d'un ouvrage de M. le professeur COUVELAIRE sur l'obstétricie sociale :

Natalité pour 10.000 habitants dans un certain nombre de pays d'Europe en 1920 :

Pays	Natalité
Italie	318
Espagne	300
Hongrie	285
Ecosse	281
Pays-Bas	281
Allemagne	271
Norvège	263
Angleterre	254
Suède	235
Autriche	224
Belgique	221
France	213

— Pour le Doctorat en médecine. — Le Conseil de l'Association générale des médecins de France dans une de ses dernières réunions a décidé d'intervenir énergiquement contre le projet de création du doctorat en chirurgie dentaire.

— L'examen médical avant le mariage en Belgique. — La *Société belge d'Eugénique* a organisé le 7 janvier, à Bruxelles au Palais des Académies, une séance publique pour familiariser l'opinion avec l'idée de l'examen médical avant le mariage. Cette manifestation, présidée par le Dr René SAND, président de la Société belge d'Eugénique, a obtenu le plus grand succès. De nombreuses personnalités avaient tenu à affirmer par leur présence leur sympathie en faveur des organisateurs de la réunion et de la campagne menée par les eugénistes belges : MM. Jaspar, ministre d'Etat ; le professeur Nolf, ancien ministre des sciences et des arts et président de la Croix-Rouge de Belgique ; Brunet, président de la Chambre ; le lieutenant-général Wilmaers, inspecteur général du Service de santé de l'Armée, les professeurs Dustin (de Bruxelles), Brouha (de Liège) ; le Dr Tricot-Royer et le Dr Gallemaerts, président et vice-président de l'Association médicale ; M. Dronsart, directeur général de la Croix-Rouge, de Belgique ; le lieutenant général de Selliers de Moranville ; le Dr Govaerts, secrétaire général de la Société belge d'Eugénique, etc., etc., M. Herbette, ambassadeur de France, assistait également à cette séance.

Comme le prévoyait l'ordre du jour, quatre orateurs traitèrent la question : le professeur Brachet, recteur de l'Université de Bruxelles, du point de vue biologique; le Dr Georges Schreiber (de Paris), secrétaire général

de la Société française d'Eugénique, du point de vue médical et biologique ; M. Paul Wets, juge du tribunal des enfants de Bruxelles, du point de vue légal et social ; le R. P. Fallon, professeur de morale à l'Université de Louvain, du point de vue familial et moral.

Egalement opposés au certificat médical d'aptitude au mariage, tel qu'il est imposé par la loi scandinave, tous les conférenciers se déclarèrent partisans de l'examen médical prénuptial et préconisèrent une propagande suivie pour le faire entrer dans les mœurs avant de l'inscrire dans la législation.

Ils soulignèrent d'un commun accord la nécessité pour le médecin d'apporter dans la pratique de cet examen beaucoup de doigté et de circonspection.

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Les docteurs Montagne, Simon, Bourguet, Censier, Molinéry, Caraven, Loze, Bory, Groc, Lévy-Lebar, Privat, Duraud, Dartigues, Digeon, Mont-Refet, Cambiès, David de Prades, Thomas, Buvat, Delater, Péribère, Lalbie, Flurin, Roule, Reinflet, Busquet, Cibrie, et d'Ayrenx assistaient le mardi 26 janvier dernier à la réunion des médecins de Toulouse à Paris. S'étaient excusés (et ils eurent grand tort car la chère fut exquise) les docteurs Millas, Caujole Cany Digeon, de Lherme. Montsarrat, Esclavissat, Chaumeil, Malleterre et Clavel.

Avant de procéder au renouvellement du bureau pour 1926 le Dr Bory, président sortant, retraça éloquemment la tâche accomplie en 1925, souligna l'heureux et constant développement de la S. A. M. T. P. et émit quelques suggestions intéressantes pour l'avenir. Il annonça la bonne nouvelle de l'adhésion à la S. A. M. T. P. du professeur de Lapersonne, de l'Académie de médecine, qui fut nommé, par acclamations unanimes, président d'honneur. Il se félicita en outre de voir venir aux réunions de la société les étudiants en médecine à Paris d'origine toulousaine. Mlle Roule et M. Marc apportèrent leur jeunesse pleine d'espérance et leur franche gaité : ils ne sont que l'avant-garde d'une nombreuse cohorte de jeunes auxquels l'accueil le plus cordial et l'appui le plus large sera affectueusement réservé.

Le Dr Busquet, agrégé et professeur à la Faculté de médecine, fut à l'unanimité nommé président: son speech démontra que l'éloquence continuera à fleurir à la présidence de la S. A. M. T. P. Dartigues sut être lyrique, entraînant et enthousiaste comme à son accoutumée : il fut vigoureusement applaudi. Le professeur Roule nous entretint de Cuvier sur lequel il va faire paraître un important ouvrage (dont les lecteurs du « *Lien médical* » ont pu savourer quelques-unes des bonnes feuilles dans son dernier numéro) : il fut simple, charmeur et ... instructif : aussi vif succès. La bienvenue fut souhaitée aux nouveaux adhérents : les docteurs Clément-Simon, l'éminent syphiligraphe de Saint-Lazare ; Caraven, chirurgien en renom dans toute la région du Nord, Loze, un des plus remarquables élèves de Calot, Delater, Cambiès (de Châtel-Guyon), Lalbie. En fin, l'on applaudit la Légion d'honneur du Dr Jammes, successeur à la Faculté des sciences de Toulouse, du professeur Roule, à la chaire de zoologie. Au bref, soirée en tous points réussie et qui permit à de nombreux confrères de renouer d'amicales relations interrompues depuis des années par les évènements et les multiples préoccupations de la vie médicale.

Composition du bureau pour l'année 1926 : Président : Dr Busquet, professeur à la Faculté de médecine, de Paris ; vice-présidents : Drs Molinéry, d'Ayrenx, Flurin, David de Prades ; trésorier : Dr Digeon ; secrétaire général : Dr Groc. Pour toutes communications, adhésions, etc., s'adresser au Dr R. Groc, 40, rue d'Enghien, Paris (10e). Tél. Berg. 37-13.

— **Paris. Fondation Pierre-Budin** (91 *bis*, rue Falguière, XVe). — Cette fondation, reconnue d'utilité publique en 1911, distribue aux mères nécessiteuses du lait stérilisé par la méthode Soxhlet-Budin.

Des cours d'hygiène infantile y sont faits les mercredis de chaque semaine, à 17 heures, par MM. R. Turquéty, ancien chef de clinique, et Debray, chef de clinique adjoint d'hygiène et de clinique de la première enfance. A ces cours publics et gratuits, sont invités les étudiants et étudiantes, les jeunes filles et jeunes mères, qui veulent apprendre l'art d'élever les enfants. L'enseignement théorique est complété par des leçons pratiques à la consultation de nourrissons (pesées, examen des enfants, préparation et distribution du lait stérilisé, etc.).

— **Office public d'hygiène sociale.** — *Prix de revient de la journée de sanatorium.* — Les comptes de l'exercice 1924 ont donné, comme prix de revient de la journée de malade dans les sanatoriums dépendants de l'Office les chiffres suivants :

Sanatorium d'Yerres, 15 fr. 95.
Sanatorium de la Tuyolle, 13 fr. 38.
Centre de rééducation du Glandier, 10 fr. 42.
Sanatorium de Groslay, 14 fr. 79.
Preventorium du Plessis-Robinson, 10 fr. 05.
Preventorium de Fontaine-Bouillant, 6 fr. 65.
Preventorium du Glandier, 10 fr. 42.
Preventorium Lannelongue, 9 fr. 89.
Centre de placement familial d'Orthez, 3 fr. 58.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *De Marseille à Menton en cars-limousines P. L. M.* — Outre les Services d'excursions qui fonctionnent au départ de Marseille, Hyères, Cannes et Nice pour la visite des principales curiosités des environs, l'organisation automobile P. L. M. sur le Littoral méditerranéen comporte la mise en circulation, depuis le 15 décembre, de Services automobiles entre Marseille et Nice. Des cars-limousines à 11 places effectuent le parcours dans la même journée, avec déjeuner au Lavandou, en passant par Toulon, Hyères, la Côte des Maures, l'Estérel et Cannes. De Nice, des voitures conduisent à Menton par la Grande Corniche.

Depuis le 5 janvier, d'autres services, assurés par des cars-limousines à 14 places, permettent de faire, également dans la même journée, le voyage aller et retour entre, d'une part, Les Lecques, Toulon, Hyères et La Croix, et, d'autre part, La Croix, Cannes et Nice.

Les touristes ont ainsi à leur disposition tous les moyens de transport pour visiter la région et en apprécier le charme captivant : mer, soleil et fleurs. Ils peuvent, au surplus, se procurer des billets combinés (chemins de fer et autocars) à prix réduit. Les billets délivrés au départ de Paris P. L. M. sont valables 14 jours ; ceux délivrés au départ de Lyon, 8 jours.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

« accident du travail (1). M. X., est un cultivateur « qui, usant de la faculté ouverte par l'article 4 de « la loi du 15 décembre 1922 étendant la législation « du travail à l'agriculture, s'est assujetti lui-même « à la susdite loi. En conséquence, il est donc sou- « mis en ce qui le concerne aux stipulations de la « loi du 9 avril 1898 et de la loi du 15 décembre « 1922 précitée.

« D'ailleurs, pour tous les cultivateurs qui se sont « adressés à ma compagnie (1), j'opère de la même « façon et les ai fait adhérer à la législation sur les « accidents du travail.

« Il est donc tout à fait logique que dans le cas « présent, nous appliquions le tarif ministériel prévu « par la loi du 9 avril 1898, et je vous retourne à « nouveau votre note d'honoraires en vous priant « de bien vouloir me la renvoyer rédigée conformé- « ment à l'article 30 de l'arrêté du 8 juillet 1920. »

Je sais bien que nous pouvons compenser la chose en disant dans ce cas aux cultivateurs venant d'être blessés : « Oui, vous êtes assuré, mais dans les mêmes « et seules conditions que le dernier de vos charre- « tiers, et en cas d'aggravation on vous mettra com- « me eux en salle commune à l'hôpital. Comme vous « êtes propriétaire et non ouvrier, je vous demanderai « un supplément d'honoraires ».

Mais la question de droit est peut-être plus large. Elle peut influer sur les assurances sociales ou leurs applications ultérieures.

C'est pourquoi, je vous la pose en vue d'une étude complète.

Il me paraît, en effet, abusif que par suite d'un assujettissement volontaire permis par la loi, certains riches clients parviennent à se faire traiter obligatoirement comme leurs ouvriers. Cela peut nous mener très loin.

Dr B.

(1) Il déchargeait et embarquait ses betteraves à la gare. (Note de l'auteur.)

Commentaires

Les lois sur les accidents du travail ont toutes laissé le médecin en dehors des situations juridiques qui lient l'ouvr er à son employeur. Les différents textes ne concernent que la part de responsabilité du chef d'entreprise et celle de la victime, dans la réparation des conséquences de l'accident.

Malheureusement, parce qu'il ne connaît pas les lois de son pays et qu'il ne se donne pas la peine de les étudier attentivement, le médecin est venu donner, tête baissée, dans le fonctionnement de ces lois : par paresse, mauvaises habitudes, bonté envers la victime, le docteur a pris la fâcheuse coutume de passer par-dessus la tête de son blessé, pour ne s'adresser qu'au chef d'entreprise responsable, ou surtout à l'assurance de ce dernier.

Par-dessus le marché, il a accepté d'être réglé selon le tarif Dubief-Breton, ne se souvenant

plus qu'il est toujours en droit de se faire payer, par la victime, le complément d'honoraires, laissé à la charge de l'ouvrier, qui choisit son médecin, lorsque ce dernier estime que le tarif ministériel n'est pas suffisamment rémunérateur.

Je rappellerai le jugement du tribunal civil de Rouen, du 6 juillet 1925 (*Concours médical* 1925, 2914) reconnaissant qu'un médecin a parfaitement le droit de réclamer à son malade (en l'espèce le directeur d'une firme industrielle importante) la différence entre le tarif syndical local et le tarif Breton, à propos d'un accident du travail. Ce jugement est actuellement frappé d'appel.

En matière d'accidents agricoles, le tribunal civil d'Annecy a jugé (28 juin 1925) qu'un assujetti agricole facultatif doit payer de sa poche le complément du tarif ministériel.

Dans le cas qui vous occupe, le patron agriculteur, assuré facultatif, est à la fois son propre employeur et son propre employé.

Si vous ne le considérez que comme blessé ordinaire, vous lui réclamerez, en vertu du droit commun, vos honoraires de droit commun, devant le juge de paix du droit commun, c'est-à-dire celui du domicile du défendeur.

Le juge condamnera le consommateur de soins à vous payer intégralement ; puis, s'il y a lieu, il dira quelle est la part que l'assurance devra rembourser au blessé ; mais ce dernier point ne vous regarde pas.

Si vous estimez devoir vous placer sous l'empire de la législation du travail, votre conduite est différente selon que vous assignez le blessé comme patron, ou comme employé, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Si vous le considérez comme patron responsable (surtout lorsque vous assignez l'assurance du blessé), vous ne pouvez juridiquement réclamer que le tarif Breton, puisque le chef d'industrie n'est tenu que jusqu'à concurrence des chiffres fixés par ce tarif ministériel. A vous de voir si vous devez réclamer à ce même défendeur, en tant que victime du travail, le complément laissé à sa charge.

Mais si, en vertu de la loi de 1898, vous assignez le patron agriculteur, en sa qualité de victime, de consommateur de soins, et non pas comme patron responsable, vous devez lui demander le total de vos honoraires : le juge dira, s'il y a lieu, quelle est la part, fixée d'après le tarif Breton, qui sera mise à la charge de l'assurance.

Par conséquent, en discutant avec l'assurance du patron cultivateur, vous semblez reconnaître ce dernier en sa qualité de patron et non pas de victime et par suite, vous semblez devoir vous contenter du tarif Breton.

Si au contraire, vous plaçant au-dessus de la loi de 1898, qui n'a jamais été faite pour ou contre les médecins, vous demandez au patron cultivateur blessé de vous payer vos honoraires, ce consommateur de soins aura toujours le droit

de se retourner vers son assurance et de se faire rembourser par celle-ci les sommes qui sont spécifiées dans le contrat d'assurance qui les lie, contrat dont vous ignorez absolument les termes et qui ne vous regarde pas.

Mais, si au cours du procès, pendant entre vous et le blessé, ce dernier croit devoir appeler son assurance en garantie, vous devez alors, par des conclusions déposées à la barre, bien spécifier au juge, que vous ne connaissez pas l'assurance, avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit : vous demandez vos honoraires au consommateur de soins ; si celui-ci croit devoir, ou pouvoir se faire rembourser tout ou partie de vos honoraires, par une assurance, c'est son affaire et non la vôtre.

Conclusion : vous n'avez pas à correspondre avec les assurances, mais uniquement avec les patrons agricoles blessés.

En second lieu, le fait d'appliquer le tarif Breton, même à un accident de droit commun, n'implique pas que le médecin reconnaisse l'applicabilité de la loi sur les accidents du travail. Le tarif Breton est un tarif comme un autre, qui peut servir de base pour une discussion d'honoraires quelconques.

Enfin, vous avez tort de croire que, lorsqu'il s'agit de droit commun, le médecin a la possibilité de refuser le détail de sa note d'honoraires. Le débiteur peut toujours réclamer un mémoire détaillé : cela résulte encore des mauvaises habitudes prises par le corps médical, qui, rompant avec les méthodes d'antan, a consenti à se laisser embrigader dans des mœurs professionnelles nouvelles : le tiers payant a exigé, le médecin a consenti à fournir des notes détaillées en matière d'assistance médicale gratuite, de soins aux enfants assistés, vaccinations, soins aux mutualistes, aux blessés du travail, aux pensionnés de la guerre, etc., etc.

Le tiers payant est entré dans les mœurs médicales, par la faute du médecin ; il réclame le détail de ce qu'on lui réclame pour les consommateurs de soins : résultats : les malades de droit commun ont également pris l'habitude de demander le décompte des visites, consultations et actes opératoires : finalement, le juge le réclame aussi, pour pouvoir statuer sur un procès en matière d'honoraires médicaux.

Comme conclusion générale, l'assurance a parfaitement eu raison de vous répondre comme elle l'a fait : en droit elle ne doit que les sommes prévues au tarif ministériel et rien de plus.

Par suite ou bien vous accepterez de l'assurance, substituée au patron, les sommes qu'elle doit payer : vous considérerez le blessé comme patron responsable, alors qu'il ne vous a pas choisi comme médecin traitant de son ouvrier ; ou bien vous réclamerez à votre blessé le surplus du tarif Breton, que vous aura réglé l'assurance.

vous verrez alors, dans cette victime, l'ouvrier vous ayant choisi et devant supporter le surplus du tarif ministériel.

Mais, si vous voulez rester un médecin sachant la loi, vous ne devrez connaître que le consommateur de soins, comme seul responsable de vos honoraires. Libre à lui, en dehors de vous, de réclamer à qui de droit ce qu'il croit pouvoir réclamer : cela ne vous regarde pas.

Au surplus, méditez le projet de loi, publié dans le *Concours*, 1926, p. 209, tendant à assujettir le médecin au tarif Breton, dans tous les cas d'accidents du travail.

Pendant que le corps médical s'épuise dans des querelles byzantines et pour des questions de personnalités, le législateur nous met au pas, sans nous demander notre opinion et, un beau jour, nous nous réveillerons soit salariés, soit fonctionnaires : nous aurons perdu notre belle indépendance professionnelle pour ne pas avoir voulu nous préoccuper des lois existantes au lieu de nous hypnotiser sur des lois futures, dont beaucoup parlent, mais que bien peu ont étudiées juridiquement. Dr Paul BOUDIN.

11. — Accident du travail. Revision.

Je viens encore une fois vous demander conseil au sujet d'un de mes blessés : celui-ci a été électrocuté dans son travail le 15 août 24. Il a été soigné depuis cette époque, puis a repris son travail, sans jamais avoir de certificat de guérison. Or, à diverses reprises, il souffre de névrite, de poussées de congestion du foie.

Sa névrite, très douloureuse par moment, lui interdit tout travail pendant les crises. Celles-ci sont très améliorées par les pointes de feu.

La question qui se pose est celle-ci : cet ouvrier ne peut continuer le même travail, qui consiste à monter aux poteaux télégraphiques, et à placer des fils télégraphiques. Si la société l'emploie à un travail d'intérieur, son salaire sera moindre. Il est donc juste de lui faire attribuer une rente. Mais d'autre part, il est plus que probable que ses crises de névrite le reprendront.

Est-il possible de lui faire avoir une rente et des soins médicaux lorsque les circonstances l'exigeront ou doit-il choisir entre l'une ou l'autre ?

Dr M.

Réponse.

Puisque votre blessé a repris son travail, la seule voie de recours qui lui reste ouverte pour obtenir l'allocation d'une rente est la procédure en révision. Pour cela il n'a qu'à faire une déclaration au greffe du tribunal civil de l'arrondissement dans lequel l'accident s'est produit et il sera convoqué en conciliation par le président, contradictoirement avec le patron et l'assurance. Il y aura lieu de lui délivrer un certificat

établissant que la névrite dont il reste atteint est une suite directe des lésions provoquées par l'accident et dans lequel vous évaluerez son incapacité.

Le blessé sera pourvu de plein droit de l'assistance judiciaire et un avocat lui sera désigné pour l'assister dès la conciliation.

Les frais médicaux et pharmaceutiques constituent des accessoires de l'indemnité temporaire ; par conséquent le blessé guéri ou consolidé, comme c'est le cas pour votre client, n'a plus droit aux frais médicaux et pharmaceutiques.

3376. - Intérêts de valeurs de l'Etat échappant à l'impôt général sur le revenu.

Je vous serais très obligé de me dire *si les Bons du Trésor*, et les *Obligations sexennales et décennales* payent l'impôt sur le revenu.

Dr H.

Réponse.

Seuls les intérêts des bons dont l'échéance est à moins d'un an de date de l'émission sont exempts de l'impôt général sur le revenu.

A. M.

---

75. — Déclaration du revenu. Honoraires non touchés.

Dois-je déclarer les 7.500 de revenus que je touche annuellement en coupons, au titre de l'*impôt général sur le revenu* ?

2° Dans la déclaration de mes bénéfices professionnels, faut-il faire figurer les sommes non touchées par suite de retard de certains malades à vous payer.

3° Sur feuilles réglementaires, est-il nécessaire d'inscrire le total des bénéfices et le total des dépenses professionnelles pour ensuite déclarer le revenu net de la profession, ou peut-on se contenter d'y faire figurer ce revenu net, sans autre explication ?

Dr M.

Réponse.

1° Les 7.500 francs de coupons doivent être déclarés au titre de l'impôt général sur le revenu.

2° Vous pouvez tenir compte, soit des sommes effectivement encaissées au cours de l'année, quand bien même elles se rapporteraient à des soins donnés au cours des années précédentes, soit des honoraires payés comptant ou dus pour l'année envisagée, mais, dans ce dernier cas, il faut déduire les sommes dont l'irrecouvrabilité paraît certaine.

3° Par application des dispositions de l'article 5 de la loi du 13 juillet 1925, vous êtes tenu de souscrire une déclaration spéciale faisant connaître :

a) Votre bénéfice brut ;
b) Vos dépenses professionnelles ;
c) Votre bénéfice net.

Ce dernier chiffre figurant d'autre part sur la formule pour l'impôt général sur le revenu.

A. M.

Le tarif kilométrique médical en auto.

Réponse aux assureurs.

Je viens de lire dans le *Concours médical* du 31 janvier le prix du kilomètre médical d'après les mathématiciens assureurs. Je leur demanderai si, quand ils prennent un taxi pour rouler de par la ville ils font le même raisonnement au chauffeur.

Aussi bien pour l'Assistance que pour les Assurances, aussi bien pour la clientèle que pour les blessés de guerre, le kilomètre est le kilomètre, nous n'avons aucune réduction à faire. Pour le parcourir, nous avons le droit de prendre un taxi que payera celui qui paye les honoraires, et en plus une indemnité pour perte de temps dans un inconfort relatif.

Malheureusement, aucun loueur d'auto ne consentira au prix ordinaire à passer par les chemins défoncés où nous passons, à casser les ressorts et crever aussi souvent les pneus.

Les notes théoriques que vous publiez oublient :

1º La paie d'un chauffeur auquel le médecin a droit.

2º L'usure extra-rapide des pneus sur les routes que nous parcourons.

3º La consommation d'essence beaucoup plus forte que l'énoncé des fabricants, sur les routes boueuses où nous nageons si souvent, enfonçant parfois jusqu'au quart de roue.

4º La consommation d'huile en rapport.

5º Le prix élevé des réparations d'une voiture qu'il faut retaper à chaque instant et faire revoir avant 2 ans.

6º Le prix de location d'une auto pendant les réparations et les pannes ou le prix et l'amortissement d'une seconde voiture quand on est loin de tout garage important.

Toute peine mérite salaire, même les démontages de roues dans la boue, le médecin doit avoir la possibilité du chauffeur.

Pour ma part, sans ce dernier, le kilométre me revient à environ 1 franc. Calculez la paie d'un chauffeur, le plus souvent introuvable, et vous verrez que le prix d'un taxi n'est pas exagéré. (Ne pas oublier que le conducteur sait exiger le pourboire). Dans la ville proche, ils sont à l'heure actuelle de 1 franc 50 le kilomètre, de jour. (Pourquoi les assurances ne payent-elles pas supplémentairement les kilomètres de nuit ? — Quand je prends un taxi on ne m'en fait pas grâce).

Dr J.

---

427. — Rachat de la rente d'un accidenté du travail.

Un accidenté ayant droit à une rente de 957 fr. peut-il opter pour une somme forfaitaire ou est-il obligé d'accepter la rente ? S'il peut transiger, combien doit-il obtenir ?

Dr B.

Réponse.

En vertu de l'article 21 de la loi du 9 avril 1898, la pension d'un blessé du travail ne peut être remplacée par le paiement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur.

En dehors de ce cas, l'article 9 de la loi autorise le blessé à demander, lors du règlement définitif de la rente viagère, après l'expiration du délai de révision, que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de sa rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces. Le Tribunal, en Chambre du Conseil, doit être appelé à statuer sur cette demande.

Application des Tarifs Breton et Durafour.

I

326. — Visites trop nombreuses ou non ?

J'ai été appelé à donner mes soins au mois de mai 1925 à un ouvrier qui était tombé d'un échafaudage d'environ 4 m. de hauteur. Mon premier certificat était ainsi libellé : « une plaie au niveau du maxil-« laire supérieur droit et profondes contusions de la « hanche droite et des côtes droites ».

Cet homme souffrait beaucoup de la hanche droite et puis après, fit une phlébite de la jambe droite dont notification a été faite à la compagnie d'assurances sur les différentes prolongations que j'ai données.

Maitenant, la compagnie d'assurance veut me réduire à 450 fr. le montant de mes honoraires qui se montent à 543 fr. sous le prétexte que mes visites furent trop nombreuses. Que dois-je faire ?

L'agent d'assurance qui vint me voir lui-même n'a jamais voulu laisser d'écrit à ce sujet. Je vous envoie ci-joint une copie du relevé des honoraires envoyé à la compagnie d'assurance.

Dr D.

Réponse.

Je ne puis vous donner un conseil sur un rabais qu'on veut vous imposer « sous le prétexte que

vos visites furent trop nombreuses ». C'est là une question tout à fait en dehors de l'application du tarif et sur laquelle je ne puis avoir aucune donnée. Je ne puis que vous conseiller de vous demander en vous-même, sincèrement, si, pour un blessé *payant lui-même ses visites*, vous en auriez fait un nombre semblable. La question que vous avez à résoudre consiste, tout entière, à agir suivant la réponse que vous donnerez à votre conscience.

II

209. — Sutures de tendons.

Je vous serais obligé de me dire comment tarifer l'acte opératoire suivant : (tarif Breton) opération chirurgicale sous chloroforme :

Régularisation, épluchage, suture d'une plaie profonde de la face dorsale de la main gauche avec désinfection des foyers de fractures ouvertes des 2e et 3e métacarpiens, suture des tendons extenseurs index et médius.

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie profonde de la face palmaire de la main gauche, suture des tendons fléchisseurs des 4e et 5e doigts, suture de l'aponévrose.

La compagnie m'offre 200 fr. pour cette opération ; je trouve que c'est trop peu. Quel est votre avis ?

Dr G.

Réponse.

Vous ne pouvez compter à la fois vos sutures de tendons plus des épluchages, car ces tendons ne peuvent être coupés sans lésions de la peau et leur suture comprend toujours la suture de la peau sus-jacente.

Je compterais donc chaque suture de tendon à part :

a) Suture tendon extenseur, index...	50 fr.
b) Suture tendon extenseur, médius..	50 »
c) Suture tendon fléchisseur, 4e doigt.	150 »
d) Suture tendon fléchisseur, 5e doigt.	150 »
Total	400 »

et non pas 200 comme vous offre la Compagnie.

F. D.

III

302. — Date de l'application du tarif Durafour.

Je vous prie de vouloir bien répondre à une question qui vous sera vraisemblablement posée par d'autres confrères, à propos du nouveau tarif d'accidents de travail.

Il y a des blessés, qui soignés à la fin de 1925, ne seront guéris qu'en 1926. Peut-on, dans ce cas, appliquer, à partir du 1er janvier 1926 le nouveau tarif Durafour, ou bien faut-il continuer à suivre l'ancien tarif Breton ?

Dr F.

Réponse.

Il est dit à l'article 33 et dernier : « Le présent tarif *prend effet* à partir du 1er janvier 1926 ». Il en résulte que toute visite ou intervention effectuée après le 31 décembre 1925 doit être comptée au nouveau tarif même lorsqu'il s'agit d'un accident antérieur à cette date. Celui-ci sera simplement l'objet de deux tarifications différentes, suivant la date des soins donnés.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

3253. — Demandes réitérées restées sans réponse.

Abonné du *Concours médical*, je viens vous prier de me donner le renseignement suivant relatif au paiement de mes honoraires pour soins donnés aux mutilés (art. 64).

En 1922 (3e et 4e trimestres) j'ai soigné et opéré divers mutilés de la ville ou des environs et ai renvoyé dans les délais réglementaires des 15 jours la note à la Commission de contrôle départemenale. Je n'ai jamais pu obtenir paiement *ni même réponse* à ce sujet. Il y a 3 mois, voyant les années se succéder sans qu'il me soit possible d'obtenir des nouvelles de ladite note j'ai envoyé au secrétaire de la Commission de contrôle départementale un appel courtois et confraternel par lettre recommandée. Elle est restée lettre ... morte comme les précédentes.

Que dois-je faire maintenant pour obtenir nouvelles et paiement ?

A titre de renseignements, j'ajoute que mes confrères de la ville ont été réglés pour ces notes de 1922 au début de cette année (janvier 1925), et que ma note impayée s'élève au total à 740 francs. Mes notes plus récentes de 1923-1924-1925 ont été normalement réglées.

Dr C.

Réponse.

Je ne comprends rien à cette « carence » continue du secrétaire de votre commission départementale. Pour éviter tout malentendu, envoyez lui d'abord une lettre recommandée. Puis, si celle-là reste également sans réponse, ce qui me surprendrait, vous pourriez alors écrire à M. le Président de la Commission Supérieure de contrôle des soins aux Pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

Mais en expliquant bien votre cas, et en ajoutant que ce n'est pas un appel que vous adressez, puisqu'il n'y a pas eu de jugement, mais une demande d'enquête, afin que la Commission Supérieure agisse en vertu de ses attributions de *surveillance* et de contrôle (article 43).

F. D.

Quarante-huitième année   N° 10   7 Mars 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 576-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr Deleuil, de Trets, la somme de cinquante francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 96. — Pas-de-Calais. Client. méd. propharm. Rapp. annuel 100.000, à céder 40.000, dont moitié comptant.

N° 97. — Méd. cherche poste gros rapp., de préf. poste seul méd. et méd. ch. de fer.

N° 98. — Vaucluse. — A céder poste ch.-lieu cant., rég. riche, rapp. 30.000.

N° 99. — A vend. avec forte réduct. sur prix d'achat : 1° dictionn. Dechambre broché ; 2° pet. boîte pour les yeux ; 3° quelques daviers dentaires. Faire offres.

N° 100. — Chauffe-bain à gaz en bon état à vendre. Dr Bussard, 8 av. Mélanie, à Bellevue (S.-et-O.).

N° 101. — A vend. auto D.F.P. 1920, type A. 2000, 10 CV, 4 pl., 2 strap. carross. tout temps, démar. éclair. électr. técalemit, compt., peu roulé, révisée usine. S'ad. Dr Forestier à Aix-les-Bains.

N° 102. — Import. stat. balnéaire bretonne, client. très ancienne, rapp. 33.000 touchés, en augm. indemnité légère, aver arrang. de règlement. Grande mais. électr. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 103. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N°104. — Est 200 km. Paris, grande ligne, bon poste seul propharm. rapp. 80.000, méd. du ch. de fer. Très belle mais. conf. à céder 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 105. — Bord Océan, pet. ville industr., rapp. 65.000, loyer 900 fr., mais, 6 p., jard., client. agréable (nomb. fixes et A.T.). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Vente sur licitation de la source de Cruzy (Hérault) (Eau minérale purgative magnésienne). — L'analyse de l'école des Mines (voir *Annales de l'école des mines,* VIIIe série, tome VII, année 1885, page 143) indique par litre une teneur de 88 gr. de sel de magnésie. Eau minérale naturelle similaire d'après cette analyse, des eaux purgatives étrangères, Hongroises et Espagnoles. Matériel de pompagne moderne de la maison Ingersoli, Rand et Co. La source de Cruzy est desservie par la gare de Quarante-Cruzy, tête de ligne nouvelle de la Cie du Midi. La vente aura lieu au Tribunal civil de la Seine Palais de Justice à Paris le 27 mars 1926 à 14 heures. Mise à prix : 60.000. Renseignements : Me Boccon-Gibod, avoué, 22, rue Cambon à Paris et sur place à M. Molinié, Cruzy (Hérault).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital maritime de Berck.** — Six leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires seront faites à l'hôpital maritime de Berck par M. E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris et chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, du 29 mars au 3 avril.

— Le 18 mars, au grand Amphithéâtre de la Faculté, à 8 h. 45 du soir, M. le professeur Brindeau fera une conférence de mise au point sur : *l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.*

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu** (professeur Gilbert). — *Enseignement de vacances.* — Un enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 22 mars 1926, à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Villaret.

— **Amphithéâtre d'anatomie.** — Le 15 mars, première leçon du cours d'*opérations sur le tube digestif*, de M. Braine, prosecteur.

— **Commission d'hygiène du Sénat.** — Le docteur Chauveau a été réélu président de cette commission.

— **Cours de pathologie médicale** (M. le professeur Sicard). — Ouverture du cours, le mardi 9 mars, à 18 h., au Petit Amphithéâtre.

— **Montpellier.** — Un concours pour la nomination d'un médecin inspecteur d'hygiène du département de l'Hérault sera ouvert à la Préfecture, à Montpellier, le 22 mars prochain (Traitement : de 14.000 à 20.000 fr. plus indemnité pour frais). Adresser les demandes avant le 12 mars.

— **Journées médicales tunisiennes.** — La date limite d'inscription est reportée au 15 mars.

— Le 11 Mars, **Bal masqué à l'Opéra** au profit de l'Œuvre du sanatorium des étudiants.

— **Bureau d'hygiène.** — Le *Journal Officiel* du 25 février annonce la vacance du poste de directeur du bureau d'hygiène de Boulogne-sur-Mer. Traitement 20.000 fr.

— **V.E.M. aux sanatoriums.** — L'adhésion de MM. les Drs Colbert et Dieudonné, de Cambo, est acquise.

— Nous apprenons avec le plus vif plaisir que notre excellent collaborateur et ami, le Dr Paul Truffert, ancien chef de clinique de la Faculté, vient d'être nommé oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bon-Secours de Paris, en remplacement du Dr Chauveau, démissionnaire.

—**Nécrologie.** — *La doctoresse Kouindjy.* — Nous venons d'apprendre la perte cruelle subie par notre collaborateur et ami, le Dr P. Kouindjy ; sa femme la doctoresse Kouindjy, vient de mourir après une longue et douloureuse maladie. Madame Kouindjy-Pomeranets termina ses études médicales en 1890 et fut reçue docteur en médecine avec une thèse, restée classique, sur la valeur diurétique de la théobromine. Parmi les observations citées dans cette thèse, elle reproduit une auto-observation, faite sur elle-même, pour prouver l'innocuité de la théobromine. Ce travail, exécuté sous l'inspiration de son maître, Dujardin-Beaumetz, fut le premier travail didactique paru en France sur cette question.

Installée une des premières parmi les femmes médecins en 1890, dans un quartier populeux de Paris, elle sut vaincre tous les obstacles et gagner la confiance de la classe laborieuse de ce quartier. Modeste, simple et dévouée à ses malades, la doctoresse Kouindjy était un appui moral et intellectuel pour son mari dans ses travaux Nous prenons part à la peine de notre ami, et nous lui exprimons, ainsi qu'à ses enfants, dont la fille est externe des hôpitaux, nos plus sincères condoléances et le témoignage de notre vive sympathie.

G. Duchesne.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *février.*

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 7 octobre 1926 devant la Faculté de Médecine de Paris pour l'emploi de professeur suppléant de clinique et de pathologie médicales à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture du concours.

19 *février.*

Service de santé de la marine et des troupes coloniales.

Loi du 17 *février* 1926 *donnant aux élèves de l'école du service de santé de la marine, versés dans*

le service de santé des troupes coloniales, une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, lors de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major des troupes coloniales.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Les élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe et versés dans les troupes coloniales sont admis à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales et nommés au grade d'aide-major de 2e classe, à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, avec une majoration d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

Art. 2. — Les docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe admis dans le corps de santé des troupes coloniales, à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906, sont admis à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales et nommés au grade d'aide-major de 2e classe, à compter du 31 décembre de l'année dudit concours.

Ils bénéficient des majorations d'ancienneté de grade, sans rappel de solde, déterminées à l'article précédent.

Art. 3. — Les élèves du service de santé de la marine et les docteurs en médecine admis après concours dans le corps de santé des troupes coloniales, qui ont pris rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, les 31 décembre 1922, 1923 et 1924, seront nommés médecins aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, respectivement les 28, 29 et 30 décembre 1924.

Les élèves du service de santé de la marine et les pharmaciens de 1re classe admis après concours dans le corps de santé des troupes coloniales, qui ont pris rang dans le grade de pharmacien aide-major de 2e classe les 31 décembre 1923 et 1924, seront nommés pharmaciens aides-majors de 1re classe, sans rappel de solde, les 29 et 30 décembre 1925.

20 *février.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 17 *février* 1926, *modifiant et complétant le décret du* 10 *septembre* 1924 *relatif au doctorat en médecine.*

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Vu le décret du 10 septembre 1924, portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine.

Vu le décret du 26 juillet 1925 modifiant le décret du 10 septembre 1924 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Par dérogation aux articles 1er et 22 du décret du 10 septembre 1924, les étudiants en médecine ajournés à une matière ou aux deux épreuves d'une même matière des 1er, 2e, 3e et 5e examens de fin d'année à la session d'octobre, s'ils ont obtenu pour l'ensemble des autres matières de l'examen une moyenne d'au moins 7 points (maximum 10), seront admis à poursuivre leur scolarité sous condition de réparer leur échec à la session extraordinaire de mars. La même facilité pourra être accordée aux candidats ajournés en juillet dans les mêmes conditions et qui, pour des raisons reconnues valables par le doyen de la faculté, ne se seraient pas présentés en octobre.

En cas de nouvel ajournement, la scolarité que ces étudiants auront accomplie par dérogation à l'article 22 sera annulée et ils retomberont sous le coup des prescriptions du dit article.

Le bénéfice de cette mesure ne sera pas applicable aux étudiants ajournés à la session d'octobre à l'une ou l'autre des épreuves orales du 4e examen (pathologie et accouchements).

En dehors de cette dérogation aux dispositions réglementaires, aucune dispense ne pourra être accordée.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

21 *février*.

Hygiène publique.

Ont été nommés auditeurs auprès du Conseil supérieur d'hygiène publique de France : MM. le Dr Julien Hubert, médecin des hôpitaux de Paris et M. Grandjean, inspecteur général adjoint des travaux de la Ville de Paris.

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Albes a été nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, en remplacement de Mlle le Dr Pascal, appelée à d'autres fonctions.

Un poste de médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault) est actuellement vacant.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Constitution et fonctionnement des équipes chirurgicales.

6761. — M. Edouard Soulier, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° à quel moment, au cours de la guerre, a été définitivement arrêté le principe des équipes chirurgicales ; 2° à quelle sommité du monde médical ou militaire on doit attribuer cette initiative. (*Question du 27 janvier* 1926.)

Réponse. — 1° L'instruction ministérielle n° 411 C 1/7, du 25 janvier 1917, a fixé les dispositions relatives à la constitution et au fonctionnement des équipes chirurgicales ; 2° antérieurement à cette instruction, qui émanait du sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire, des équipes chirurgicales de secours, constituées dans chaque armée ou provenant de l'intérieur, ont toutefois été utilisées sur le front en 1916, pendant les périodes d'opérations actives.

(*J. O.*, 13 février 1926.)

CORRESPONDANCE

2461. — Incompatibilité entre les fonctions de médecin assermenté et celles de médecin traitant.

L'administration des P.T.T. ne commet-elle pas un abus en renvoyant un certificat délivré par son médecin traitant à l'un de ses agents et en demandant que le médecin donne le nom de la maladie ?

L'agent en question juge naturellement son médecin et les certificats. De plus, le médecin traitant étant médecin assermenté quelles sont ses obligations envers les diverses administrations dont dépendent les fonctionnaires ? Il semble que le titre de médecin assermenté permette seulement de délivrer des certificats aux fonctionnaires sur papier libre et sans que ceux-ci aient à être légalisés ; qu'en outre c'est une garantie de plus pour l'administration, sans que le médecin soit obligé de violer le secret professionnel.

Quel est votre avis ?

Il semble bien qu'aujourd'hui, l'Etat, ses administrations et les assurances se moquent du secret professionnel. Que sera-ce demain avec les assurances sociales ? Et pourtant, il y a un article 378 du code pénal.

Ne voit-on pas dans le département de l'Ain depuis cette année les carnets d'A.M.G. (qui ne com-

portent que 2 feuillets alors qu'ils en eurent 5, puis 4, avec mention « ne doit servir que pour une seule maladie » !!!) porter en grosses lettres sur chaque feuillet « nature de la maladie » ? C'est donc une question de principe qu'il faut trancher.

Dr P

Réponse.

Il est très regrettable que bien des médecins sollicitent ou acceptent des fonctions, sans bien savoir à quoi ils s'engagent.

Le médecin assermenté est, avant tout, le représentant de l'administration et non pas celui du malade. Il prête serment de dire la vérité, toute la vérité, à l'administration, en ce qui concerne les examens médicaux qu'il fait subir aux agents de cette administration.

Il en résulte que ce docteur assermenté n'est pas lié au secret professionnel, vis-à-vis de l'administration, qu'il représente et ne saurait exciper des obligations de l'article 378 du code pénal.

Cela résulte très bien d'une réponse ministérielle à un député, qui demandait si le médecin assermenté devait indiquer les diagnostics exacts (*Journal officiel*, 7 mars 1924 ; *Concours médical*, 1924, 890.)

De plus, la réponse ministérielle indique que si l'agent de l'administration choisit le médecin assermenté comme médecin traitant, le docteur doit, avant tout, dire la vérité à l'administration ; libre à l'agent de se faire soigner par un autre docteur, s'il ne veut pas que le secret soit dévoilé.

Aussi, dans une note que je faisais suivre, j'insistais sur ce fait, qu'il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et de médecin assermenté.

Dans sa séance du 29 avril 1924, l'Académie de médecine vota l'ordre du jour suivant (*Concours*, 1924.1402) :

« L'Académie de médecine, s'inspirant de l'intérêt des malades, qui doivent trouver, en leurs médecins, leurs défenseurs naturels et soucieuse du respect du secret médical, rappelle que, dans toute organisation de soins médicaux, on doit considérer le rôle du médecin traitant comme incompatible avec celui de médecin contrôleur. En ce qui concerne les expertises, elle rappelle que l'incompatibilité est encore plus rigoureuse entre les fonctions de médecin expert et celles de médecin traitant ou contrôleur. »

Or, les fonctions de médecin assermenté sont justement celles d'un contrôleur médical, agissant au nom de l'administration, et également celles d'un expert, ayant à déterminer le degré de maladie, ou d'invalidité d'un agent.

Donc, un médecin assermenté a le devoir de refuser de donner ses soins aux agents de l'administration, pour laquelle il a prêté serment, s'il ne veut pas être, un jour, poursuivi par son

client, pour violation du secret professionnel, alors qu'il aurait cumulé les fonctions de médecin traitant et médecin assermenté.

Quant à la question de la déclaration du diagnostic, pour les malades de l'Assistance médicale gratuite, elle a été tranchée définitivement par l'annulation de la circulaire ministérielle du 20 août 1925, par la circulaire ministérielle du 24 octobre 1925. Voir à ce sujet : *Concours médical* 1925-1836. En conséquence, vous avez le devoir de ne pas indiquer vos diagnostics en matière d'A.M.G.

Dr Paul Boudin.

---

429. — Garanties de paiement en matière d'accidents du travail.

Le docteur L. et moi-même soignons en 1922 (28 juin, 16 oct.) le blessé B., accidenté du travail. Patron : J. Assurances : La X.

Notes d'honoraires présentées le 31 octobre 1922 et le 21 mars 1923 à la compagnie qui en refuse le paiement, J. ayant négligé d'acquitter ses primes. J. mis en faillite. Notes d'honoraires présentées à la faillite en septembre 1923. Depuis lors silence ... Tout dernièrement, le blessé revu par hasard dit recevoir une rente de l'Assurance, car il a une I. P. P. Note à nouveau présentée à cette dernière qui répond qu'en effet elle acquitte la rente, mais refuse de régler les notes d'honoraires en raison d'un « différend » avec son assuré.

Est-il admissible que la X., reconnue responsable en ce qui concerne l'ouvrier, ne le soit pas en ce qui concerne les frais médicaux ?

Dr D.

Réponse.

Il est exact que les indemnités temporaires, en matière d'accidents du travail, — et parmi celles-ci sont compris les frais médicaux et pharmaceutiques — ne bénéficient pas des mêmes garanties que les indemnités permanentes. Le paiement de ces dernières est assuré, en cas de défaillance du chef d'entreprise débiteur, par un fonds spécial de garantie, constitué par des versements des chefs d'entreprises et des assurances, tandis que les indemnités temporaires bénéficient seulement du privilège de l'article 2101 du Code civil.

Il se peut donc que, malgré la faillite de son patron, le blessé touche sa rente alors que vous ne pouvez arriver à être réglé de vos honoraires.

Cependant, si la faillite présente un actif quelconque, vous devriez être payés par préférence et sans avoir à subir la loi du concours, car votre

(*Voir la suite page LV-631*)

PROPOS DU JOUR

Hygiène et Religion

Des volumes ont été écrits sur l'Hygiène de la Bible ; les préceptes médicaux, recueillis dans les livres sacrés de toutes les religions ont donné lieu à de nombreux travaux.

Le numéro du 1er février 1926 de la *Chronique médicale* publie un très intéressant article de M. le Dr M. F. Carrieu, le distingué professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, sur l'hygiène dans le Koran.

M. le Pr Carrieu, tout en recueillant dans le livre saint de l'Islam, un grand nombre de conseils et d'interdictions alimentaires qui paraissent logiquement adaptés aux conditions d'existence des Arabes du temps de Mahomet et tout en relatant des prescriptions d'hygiène corporelle d'ailleurs assez vaguement indiquées, fait des réserves sur le caractère scientifique de ces recommandations.

Il cite tout au début de son article, cette phrase de Gustave Le Bon : « Dans les doctrines scientifiques et philosophiques que les Arabes propagèrent pendant plus de cinq siècles dans le monde, l'influence du Koran fut aussi nulle que celle de la Bible dans les ouvrages de la science moderne. »

Les citations du Pr Carrieu montrent néanmoins que Mahomet, tout comme Moïse, eut le souci de la santé et du bien-être de son peuple. Mais il ne faudrait pas pousser trop loin la place que ce souci tenait dans les préoccupations des illustres fondateurs de religions.

Les ex-voto, pendus par les malades guéris dans les temples d'Epidaure, de Cnide, de Cos, de Trica et d'ailleurs, indiquant la maladie et son traitement en reconnaissance de la guérison, servirent indiscutablement à la rédaction des *Sentences Cnidiennes* et des *Prénotions Coaques*, mais ce serait leur donner une importance excessive que de leur attribuer la science d'Hippocrate et des Asclépiades. De même, il faut limiter à une juste mesure, d'ailleurs très restreinte, les préoccupations hygiéniques de la Bible et du Koran.

Avec un peu d'imagination, l'on peut faire de singulières découvertes dans le Koran comme dans la Bible.

Lisez dans la traduction du Dr J.-C. Mardrus, la Sourate de l'Eléphant Al-Fyl, vous y trouverez :

> Et Il expédia contre eux
> les Grands Oiseaux volant en file *Ababils*,
> Qui lancèrent contre eux des pierres
> de l'espèce inconnue *Sidgil*.
> Lors, Il les rendit semblables
> aux épis battus,
> Quand ils sont évidés.

Il ne faut pas faire un grand effort imaginatif pour trouver dans ces vers la prédiction des avions qui vinrent en escadrille bombarder durant la dernière guerre les armées et les villes ennemies.

Il convient donc de mettre une grande réserve dans l'interprétation des textes vénérables des livres saints de quelque religion qu'ils émanent.

Les études anthropologiques et les observations des mœurs des peuplades encore sauvages ont permis d'expliquer plus rationnellement les interdictions alimentaires et les prescriptions prétendues hygiéniques des textes sacrés. Elles reposent toutes sur les notions de *tabou* et de *totem* qui ont de tout temps hanté l'esprit superstitieux et terrifié des primitifs. Peu à peu, ces notions ont persisté en se transformant dans les religions et dans les mœurs, au fur et à mesure que l'intelligence et la raison se développaient chez l'homme de la préhistoire. Le tabou est l'objet ou l'animal *sacré*, au sens latin du mot, c'est-à-dire auquel il est interdit de toucher sous peine de mort. Le totem, proche parent du tabou, est l'animal ou l'objet sacré qui protège la tribu et lui sert de divinité .

C'est au moyen du tabou et du totem que l'on peut expliquer les préceptes des prophètes, chez qui le souci de l'hygiène, étant donnés l'ignorance de leur époque et leur esprit primitif et superstitieux, ne pouvait tenir une place de quelque importance.

Salomon Reinach dans l'Histoire générale des religions, qu'il a publiée sous le titre d'*Orpheus*, fait savamment la critique de la prétendue hygiène religieuse, tout au moins à l'origine antique des religions.

« Au XVIIIe siècle, écrit-il, les philosophes propagèrent l'idée fausse que si certains législateurs religieux avaient interdit tel ou tel aliment, c'était pour des motifs hygiéniques. Renan lui-même croyait que la crainte de la trichine et de la lèpre avait fait défendre aux Hébreux l'usage de

la viande de porc. Pour montrer combien cette explication est peu raisonnable, il suffit d'observer que, dans toute la Bible, on ne trouverait pas un seul exemple d'une épidémie ou d'une maladie, attribuée à la consommation des viandes impures ; l'idée d'hygiène n'a pris naissance que très tard, dans le monde grec. Pour les auteurs bibliques, comme pour les sauvages actuels, la maladie est surnaturelle ; *c'est un effet de la colère des esprits*. Les Juifs pieux s'abstiennent de manger du porc, parce que leurs lointains ancêtres, cinq ou six mille ans avant notre ère, avaient pour *totem* le sanglier.

« L'explication hygiénique d'une prohibition alimentaire doit être considérée aujourd'hui comme une marque d'ignorance. »

« En général, rien n'est plus absurde que d'expliquer les lois et pratiques religieuses d'un passé lointain par des considérations tirées de la science moderne » continue Salomon Reinach. Moïse en exigeant le repos du Sabbat n'a fait que codifier un vieux *tabou*, car, pour l'Hébreu préhistorique, un jour de la semaine était un mauvais jour, comme le vendredi 13 est considéré comme néfaste pour beaucoup de gens, qui même se croient libres-penseurs. Il ne faut pas confondre les survivances des vieilles superstitions avec les données de la science, même lorsqu'elles arrivent à se juxtaposer. C'est dans le système des *tabous* et des *totems* qu'il faut chercher et que l'on trouve l'explication de la plupart des pratiques religieuses et mythologiques, tant anciennes que modernes.

L'origine des scrupules religieux a été la peur, et ces scrupules sont les fruits d'explications simplistes chez des êtres sauvages et primitifs.

Les peuples intelligents et énergiques qui, après des siècles d'évolution, ont succédé aux primitifs barbares ont fait une sélection dans la multitude des tabous. Les civilisations ont codifié peu à peu ceux qui parurent utiles et c'est ainsi que le repos hebdomadaire, le mariage, les lois de l'hygiène et de la morale, certaines règles de l'étiquette et de la politesse sont sortis d'un fatras de superstitions dont nous retrouvons la survivance dans maints préjugés populaires, dans les pratiques de magie et les croyances mystiques qui persistent ou se développent dans l'esprit de naïfs ou de détraqués. Les persécuteurs du Curé de Bombon nous en donnent actuellement à ce sujet d'intéressants exemples.

Il est donc probable que les livres saints, comme le Koran, plus ou moins expurgés au cours des siècles, donnent dans les versions qui sont parvenues jusqu'à nous, les préceptes moraux et sanitaires que l'expérience de prêtres intelligents a jugé bon de conserver et de mettre en relief dans un but louable d'intérêt public.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA GRANDE QUERELLE DES SELS INSOLUBLES ET DES SELS SOLUBLES EN SYPHILIGRAPHIE

Par H. Drouin,
Ancien chef de laboratoire à l'hôpital Broca.

La querelle des sels solubles et des sels insolubles ne date pas d'hier : ce fut d'abord le mercure qui en fit les frais. Depuis quelque dix ans la lutte paraissait terminée par la déroute des préparations insolubles, quand nous vîmes renaître la dispute à propos du bismuth.

Les partisans des sels solubles n'eurent qu'à reprendre, tout vibrants encore, les arguments qui avaient condamné les calomels et les huiles grises pour dresser leur réquisitoire contre les sels insolubles de bismuth. Chose curieuse, il parut que ces arguments avaient, en vieillissant, perdu leur vertu. Les premières préparations bismuthiques proposées à notre expérimentation étaient des produits insolubles ; ces produits étaient actifs dans la syphilis, on ne voulut rien entendre de plus. Quatre années ont passé et voilà qu'une floraison merveilleuse éclate de communications où sont rapportés des cas nombreux d'intolérance aux bismuths insolubles. Un cas appelle un autre cas ; une fois de plus joue la loi mystérieuse des séries ; il semble que chacun veuille apporter sa contribution, porter un coup au vieux bastion bismuthique.

Cela est très heureux à la fois et très dangereux, car il ne faut pas que les accusations dirigées contre un mode d'administration risquent de ruiner une méthode par ailleurs digne des plus grands éloges.

La question vaut d'être étudiée avec quelque détail en raison de sa portée considérable, à la fois doctrinale et pratique.

Si nous essayons de comprendre les raisons de l'engouement de presque tous les syphiligraphes pour les bismuths insolubles, nous nous apercevons rapidement, par le simple historique de la question, que les travaux des initiateurs ayant porté uniquement sur des sels insolubles, c'est uniquement sur eux que nous fûmes appelés à juger de la valeur du bismuth comme tréponémicide. Or, cette valeur est considérable, incomparablement supérieure à celle du mercure, tellement grande que de minimes quantités de bismuth métal, à condition qu'elles soient absorbées, suffisent pour une action thérapeutique évidente.

Les jugements qui furent portés sur le nouveau produit furent uniquement cliniques. Loin de moi la pensée de diminuer la vertu de l'antique clinique, mais il semble que pour porter un jugement complet et entièrement motivé sur un produit, il serait nécessaire de l'envisager, non seulement à la lumière de ses résultats expérimentaux et cliniques, mais aussi d'en faire la critique pharmacodynamique et, même, tout modestement pratique.

Or, le bismuth comparaissant au tribunal des syphiligraphes, en compétition avec le mercure et l'arsenic, se vit attribuer un coefficient d'activité fort honorable ; ses avantages et ses inconvénients cliniques furent soigneusement soupesés, mais on laissa à peu près complètement de côté la question de la forme médicamenteuse.

On discuta gravement sur la teneur en bismuth métal des diverses préparations en néligeant le point pourtant capital de l'absorption et surtout de « l'absorbabilité », si j'ose créer ce mot affreux pour désigner la faculté plus ou moins grande d'un composé à se laisser dissocier et absorber par l'économie.

Or, il importe peu qu'un produit contienne dix ou quatre-vingt-dix pour cent de bismuth métal si la majeure partie de ce métal s'enkyste dans les muscles et si, en définitive, deux pour cent seulement du principe actif sont absorbés. Il faut, en vérité, que le bismuth soit formidablement tréponémicide pour se montrer efficace dans d'aussi mauvaises conditions.

L'unanime levée de boucliers à laquelle nous assistons en ce moment à la *Société Française de Dermatologie et de syphiligraphie* a eu pour point de départ une communication de M. Henri Montlaur sur un cas d'abcès bismuthique. Les nombreuses discussions qui ont suivi sont instructives à plus d'un titre. Pour expliquer ces enkystements et ces abcès aseptiques, on a tour à tour incriminé l'excipient huileux, le sel bismuthique, la concentration de ce sel, mais il a fallu de nombreux échanges de vues, pour que soit enfin évoqué le fond véritable du procès, c'est à savoir la nature *physique* des produits employés.

En admettant que, une fois sur mille seulement, l'injection d'un sel insoluble de bismuth amène une suppuration aseptique, je crois qu'il est impossible de nier que neuf cent quatre vingt-dix-neuf fois, cette injection ou s'enkyte ou, à tout le moins, forme au sein du muscle une petite réserve de bismuth qui pendant des mois, voire des années, résistera à toutes les tentatives d'absorption. Tant que l'on n'aura pas prouvé qu'il est utile et profitable au malade de garder dans ses fesses une quantité souvent égale ou supérieure à un gramme de bismuth métal et cela durant un laps de temps indéterminable, je ne pourrai me résoudre à admirer ce nouveau mode de traitement ambulatoire. Je sais bien qu'on a voulu nous y convertir en produisant des analyses d'urines d'où il appert que dix mois après la dernière injection, le malade élimine encore des traces de bismuth : à cela, il est facile de répondre que, si actif que soit le bismuth, il cesse de l'être à des doses aussi infimes et qu'il n'est peut-être pas indifférent pour le foie et le rein de subir sans arrêt le passage d'un produit toxique. Agirait-on autrement pour créer un tréponème résistant et fabriquer une néphrite ?

Comme le dit M. André Léri, à propos de la communication de M. Marcel Pinard (61 cas de rétention bismuthique), « tous les bismuths insolubles provoquent des dépôts intra-musculaires persistants... Ce sont donc des corps étrangers que l'on dépose en plein tissu musculaire et qui y demeurent. S'il faut s'étonner de quelque chose c'est que les abcès ne soient pas plus fréquents, puisqu'on sait que les corps étrangers même aseptiques, déterminent si facilement des abcès dans les tissus et puisqu'une méthode thérapeutique est précisément basée sur la formation de ces abcès dits de « fixation ».

La suggestion de M. Clément Simon nous paraît assez peu convaincante : « Il reste, dit-il, dans la fesse la plus grande partie du bismuth injecté. Une faible partie seule est absorbée, comme le démontre d'ailleurs l'apparition très tardive du métal dans les urines où on ne le trouve qu'en très petite quantité. Et, cependant le bismuth agit cliniquement d'une façon indubitable. On doit donc penser que les doses que nous employons sont beaucoup trop fortes et qu'il y aurait intérêt à les diminuer notablement. On pourrait faire des suspensions aqueuses de deux ou trois centigrammes : on aurait ainsi une absorption plus facile en raison de l'excipient aqueux et on éviterait les enkystements. La

petite quantité de métal empêcherait probablement la douleur locale que provoquent les suspensions aqueuses à forte teneur métallique. »

Outre que ce dernier point n'est pas prouvé, il n'apparaît pas comme évident qu'une petite quantité de sel insoluble serait plus absorbable qu'une grande et ne s'enkysterait pas de même ; on aurait alors de petits kystes au lieu de gros et comme l'absorption ne peut se faire qu'à la surface de la poche, l'exiguïté de celle-ci réduirait à presque rien les possibilités thérapeutiques.

Combien plus logique apparaît la réponse de M. Queyrat : « L'intéressante communication de M. Marcel Pinard nous permet de comprendre bien des cas d'insuffisance d'efficacité de la médication bismuthique dans le traitement de la syphilis. Elle implique la condamnation de l'emploi des préparations bismuthiques insolubles qui ne libérant pas le médicament tréponémicide ou ne le libérant qu'insuffisamment sont des médications inopérantes ou insuffisamment actives. Il y a longtemps pour mon compte que j'y ai renoncé, après les avoir essayées sans aucun parti pris, en voyant, par l'emploi comparatif, combien les préparations bismuthiques solubles donnent des résultats thérapeutiques plus satisfaisants ; je n'emploie plus que ces préparations solubles ; je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux. »

Il semble qu'il n'y ait rien à ajouter à ce jugement. Ce ne sont pas seulement les cas rares d'abcès bismuthiques qui doivent faire condamner les sels insolubles, mais bien plutôt les innombrables cas de *rétention* bismuthique. La thérapeutique par les produits insolubles est une thérapeutique aveugle parce qu'incontrôlable et au premier chef anti-scientifique.

La présence dans le corps du malade d'une réserve de bismuth dont on ignore l'importance constitue un danger permanent, une sorte de bombe à renversement dont on ne sait si elle se fera jour au dehors, créant un abcès interminable — si elle ne s'éliminera pas brusquement, provoquant une intoxication aiguë des mois après la dernière injection — si, à tout le moins, elle ne fatiguera pas sournoisement les émonctoires par une élimination fragmentaire, inopérante thérapeutiquement, mais intoxicante à longue échéance.

Ces critiques disent assez les avantages des sels solubles qui permettent une bismuthisation régulière, toujours contrôlable, intermittente, qualités que nos maîtres nous ont appris à considérer comme essentielles d'un traitement scientifique de la vérole.

Que nous permettent, en effet, les sels solubles de mercure et les arsenicaux organiques ? Une imprégnation progressive de l'organisme par les agents tréponémicides. Imprégnation qu'il nous est possible d'interrompre, de ralentir, d'intensifier selon les besoins, les incidents ou accidents cliniques ou thérapeutiques, les indications de la réaction de Bordet-Wassermann. Avec le « tact clinique » dont parle le maître Brocq, le syphiligraphe sait accorder son clavier thérapeutique à l'infinie diversité des cas particuliers. Une telle souplesse n'est plus possible avec ces médicaments incontrôlables que sont les sels insolubles. Une première injection introduit dans l'organisme une quantité connue de bismuth, dix centigrammes par exemple. Sur ces dix centigrammes combien sont absorbés ? Disons cinq, ce qui est généreux. Une seconde injection porte à quinze centigrammes la teneur des fesses en Bi métal. En supposant que cinq centigrammes encore passent dans le torrent circulatoire, c'est dix centigrammes qui restent pour compte. Une troisième, une quatrième, une dixième injections suivent, qui chacune laisse une certaine quantité de Bi, non absorbé. Il est facile de calculer combien finalement chaque série dépose de métal inactif dans l'organisme du patient. Les mois passent : une seconde, une troisième série sont pratiquées qui viennent augmenter le patrimoine bismuthique du malheureux syphilitique. Le traitement se poursuit à l'aveuglette, puisqu'à aucun moment le thérapeute ne peut se faire une idée exacte de l'état d'imprégnation de son patient.

Le mode d'absorption du bismuth n'est pas encore nettement élucidé. Sans doute, même les sels solubles doivent subir des transformations au sein des tissus avant d'être rendus assimilables, mais tout ce que nous savons des autres métaux nous donne à penser que plus la molécule bismuthique sera dissimulée dans un édifice organique complexe et par conséquent fragile, plus facilement celle-ci sera détruite et libèrera l'élément thérapeutique actif. Il est donc rationnel d'administrer le bismuth sous une forme soluble donc diffusible, organique donc dissociable.

Les principes chimiothérapiques dont s'inspira Ehrlich sont valables pour le bismuth comme pour l'arsenic, la seule différence réside dans le mode d'action des deux métalloïdes. L'arsenic n'est qu'indirectement tréponémicide, il l'est seulement en tant qu'arséno-*benzol*, le bismuth au contraire, et c'est ce qui l'apparente au mercure, est *directement* tréponémicide, c'est-à-dire que c'est *Bi* qui agit, indépendamment de la composition chimique du sel.

Mais, puisque l'on s'accorde à hiérarchiser les produits mercuriels, on ne voit pas pourquoi on ne hiérarchiserait pas les produits bismuthiques. On reconnaît une activité égale à tous les composés, sans chercher leur teneur en métal actif et cependant la faveur générale va vers un des composés dont la teneur en métal actif est la plus faible, j'entends parmi les sels insolubles. Ne serait-ce pas parce que ce composé, l'iodo-bismu-

thate de quinine est précisément de tous les insolubles le plus aisément dissociable ?

Parmi les sels solubles de mercure, le « roi des mercuriaux » n'est-il pas le cyanure, que l'acide le plus faible suffit à disloquer ? Pourquoi n'en serait-il pas de même des sels de bismuth ? Pourquoi les sels bismuthiques solubles ne seraient-ils pas aux insolubles ce que le cyanure est à l'huile grise ?

Sans doute est-il nécessaire que l'élimination ne se fasse pas trop vite et qu'avant d'être évacué par les excreta, le principe actif ait le temps d'agir.

Dès 1919, j'avais avec M. H. Grenet entrepris des essais thérapeutiques avec un sel organique de bismuth par voie intraveineuse. Ces essais furent abandonnés parce que les résultats thérapeutiques ne nous parurent pas probants. Ils ne l'étaient pas pour deux raisons : les doses étaient insuffisantes, et surtout l'élimination était trop rapide. Si rapide qu'au cours même de l'injection se produisait le phénomène que nous avons été les premiers à signaler sous le nom de « choc dentaire » et qui témoignait du contact instantané du bismuth injecté avec les glandes salivaires éliminatrices. Par la suite, nous reprîmes nos essais avec le même sel (le trioxybismuthobenzoate de soude, en solution aqueuse sulfitée), par la voie intra-musculaire. A doses égales, les résultats furent de beaucoup supérieurs pour la seule raison que l'élimination était beaucoup plus lente. Le choc dentaire ne se produisait plus et des doses vraiment thérapeutiques pouvaient être pratiquées sans inconvénient.

Le rythme de l'élimination, aisément contrôlable, permettait de régler le rythme du traitement ce qui, jusqu'ici, a toujours paru la manière la plus rationnelle de régler une thérapeutique.

Ce que je connais d'eux me permet de généraliser ces remarques aux autres sels solubles, et d'étendre à eux : tartro-bismuthate, diéthylène-diaminobismutho-gallate et autres, des avantages, qui me semblent dépendre uniquement de l'état physico-chimique : diffusibilité, maniabilité, régularité d'action, commodité d'emploi (1).

(1) Pour que nos lecteurs puissent juger complètement cette importante question, nous publierons volontiers les arguments que les partisans des bismuths insolubles voudraient bien condenser en un article et nous adresser. N.D.L.R.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les calculs de l'uretère

D'après une leçon du professeur Legueu (*).

Je viens d'opérer devant vous une malade qui est dans le service déjà depuis quelque temps, et dont nous avons parlé à plusieurs reprises. C'est une femme qui a probablement des calculs dans les deux uretères. Elle est âgée de 30 ans et a eu, il y a quelques années, des coliques néphrétiques très nettes, sans expulsion de calcul. Depuis trois ou quatre mois, elle a des douleurs extrêmement vives du côté gauche, alors que les précédentes crises intéressaient le côté droit, l'autre côté. Devant cet historique de calculs, ou de douleurs à droite et à gauche, nous avons tout de suite fait des radiographies, et reconnu qu'il y avait chez cette femme des calculs probablement des deux côtés. Nous trouvions sur les radiographies, à droite et à gauche, une tache sombre correspondant à l'intervalle entre la quatrième et la troisième lombaires. Du côté gauche, l'injection d'iodure a fait remonter le calcul, dont la présence s'affirme nettement. Du côté droit, l'image est moins précise. Il ne fallait pas songer à renouveler ces épreuves, qui ne sont jamais agréables. J'ai profité de cette notion pour aller immédiatement enlever le calcul de l'uretère gauche. L'opération a été faite sous vos yeux. Une incision a permis l'énucléation facile de ce petit calcul.

Voilà un rein, du côté gauche, qui est libéré ; il va fonctionner ; alors nous pourrons voir à droite ce qu'il y a lieu de faire, et comme exploration, et comme intervention. C'est peut-être une tache non calculeuse. Je me rappelle à ce propos une série de calculs de l'uretère, que j'ai opérés en grand nombre, et vais essayer, à l'occasion de ces observations, d'envisager quelques points de l'histoire des calculs de l'uretère, notamment en ce qui concerne leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement.

C'est la radiographie qui fait le diagnostic, dira-t-on. Les choses ne sont pas toujours aussi simples dans la réalité. Il y a en effet des taches qui ne sont pas des calculs de l'uretère à la radiographie, mais pour lesquelles il y a une interprétation à donner, et des explorations nouvelles à faire pour vérifier le bien fondé de leur nature calculeuse.

En présence d'une tache vue dans la région urétérale pelvienne, lombaire ou iliaque, on se

(*) Leçon faite à l'hôpital Necker, le 2 décembre 1925, recueillie par le Dr Laporte.

base sur un certain nombre d'éléments pour dire que c'est une tache de l'uretère. Il faut d'abord qu'elle soit dans la ligne ; il faut qu'elle ait une forme spéciale, la forme des calculs de l'uretère ; il faut aussi se baser sur l'immobilité relative ou la mobilité dans le sens de l'uretère.

Je vais projeter un certain nombre de calculs de l'uretère. Voici un type net. Mais il peut y avoir des taches moins volumineuses, et qui sont tout de même des taches de calcul urétéral. En voici un exemple. Elles passent par la ligne sacro-iliaque, ou à peu près. Au contraire, voici des taches qui n'ont pas absolument la direction, la forme et la situation des autres. Sont-elles vraiment des taches urétérales ? Pour le savoir, un des moyens les plus simples et les plus utilisés consiste à mettre dans l'uretère une sonde opaque aux rayons X, de façon qu'elle soit en contact ou à peu près en contact avec le calcul.

On peut se tromper sur la valeur de ces taches.

Voici des taches ressemblant assez bien à des taches urétérales, mais qui n'en sont pas, ni par leur forme, ni par leur situation, et qui doivent être des ganglions tuberculeux de la cavité abdominale, en projection sur la paroi lombaire postérieure. Chez un homme ayant un trouble qui n'est pas très caractéristique, nous faisons une radiographie. On voit trois taches correspondant à la crête iliaque. Ces taches sont sur le siège de l'uretère. Serait-ce des calculs de l'uretère ?

Mais on ne voit jamais trois calculs dans un uretère, ou c'est tellement exceptionnel que, malgré le siège, on peut être sûr que ce ne sont pas des calculs. Dans une autre radiographie, faite sur le même malade, nous avons eu la satisfaction de voir que ces trois taches changeaient de place à chaque radioscopie ou radiographie : les voici dans la cavité pelvienne ; dans une autre radiographie, à quelques centimètres au-dessous. Nous avons vu que c'étaient trois ganglions tuberculeux au contact du cæcum. Il y a donc beaucoup d'erreurs possibles, et d'interprétations possibles.

En présence de taches douteuses, on peut faire la radiographie avec l'introduction d'une sonde urétérale, ou bien, au moins, une pyélographie, qui donnera des résultats précieux. Nous arrivons ainsi à des précisions très grandes, non seulement sur l'existence d'un calcul, mais sur les altérations du rein, qui sont au-dessus.

Voilà toute une série de notions intéressantes en ce qui concerne le diagnostic : j'en conclus ceci, c'est qu'il faut l'association du siège, l'association de la forme, l'association d'une seule mobilité dans un sens donné, pour conclure à un calcul de l'uretère. Le grand critérium, c'est la sonde mise en contact de la tache.

J'arrive à envisager quelques éléments du pronostic. Logiquement, on dit : l'uretère est oblitéré, il y a de la distension au-dessus du calcul, le rein ne fonctionne pas, il va se dilater, s'infecter, il va se développer une pyélonéphrose. Eh bien, il y a le paradoxe que la clinique nous offre à chaque instant, et qui est déconcertant au point de vue thérapeutique, c'est qu'il n'y a pas proportion entre le calcul et ses manifestations. Il y a des malades qui peuvent supporter dans leur uretère un calcul oblitérant, sans avoir de manifestations, ou des manifestations infiniment moindres que d'autres avec un petit calcul. J'ai eu l'occasion d'opérer un calcul chez un homme qui allait et venait, dont l'activité se maintenait intacte. Et depuis combien de temps avait-il ce calcul ? Il m'a donné une radiographie datant de 1904. Il y avait donc vingt et un ans qu'il avait ce calcul. Jamais je n'aurais pu croire qu'il allait réparer son rein. Je me disais, après l'urétérectomie : je serai probablement obligé d'enlever ce rein. Eh bien, cet homme n'a rien eu depuis, son rein fonctionne. Voilà un rein qui a été comprimé pendant vingt ans par un obstacle intra-urétéral, et qui se comporte bien. On voit cela fréquemment.

Il n'y a pas longtemps, j'ai opéré dans l'uretère lombaire un calcul qui était au moins aussi gros ; il avait le volume du pouce. Il y avait également dans la vessie un gros calcul allongé, qui certainement descendait de l'uretère. Après avoir fait la lithotritie du calcul vésical, j'ai fait une lombotomie et j'ai enlevé ce calcul : l'uretère n'était pas très dilaté au-dessus. Cet homme a parfaitement guéri.

Il y a donc là, le paradoxe de la clinique, et qui montre ce que je soutiens toujours : le phénomène mécanique seul n'est rien, tant qu'il n'y a pas le spasme, l'élément dynamique, qui, sous certaines influences, vient s'ajouter au calcul, l'étrangler et aggraver les choses. Ceci est important, parce qu'au point de vue thérapeutique, nous allons nous trouver en présence de deux écueils qu'il faut éviter.

Voici un exemple des altérations auxquelles peut conduire la présence d'un calcul dans l'uretère. C'est une pyélonéphrite infectieuse.

Ce qui est surtout caractéristique sur cette pièce, c'est la périnéphrite considérable. Ces altérations, — il faut le savoir — vont continuer après l'ablation du calcul ; comme je l'ai écrit, il y a la question du rein après celle du calcul de l'uretère.

En présence d'un calcul dans l'uretère, on ne sait pas quelle est la limite de sa tolérance. Deux écueils sont possibles. Le premier, c'est de faire une opération inutile pour un calcul qui peut sortir. D'un autre côté, si le calcul ne doit pas s'en aller, on doit éviter pour le rein sous-jacent des altérations dont on serait malheureusement responsable. Dans un cas comme dans l'autre, le problème est embarrassant. Quels sont les éléments sur lesquels je me base ?

D'abord, en présence d'un calcul dans l'uretère, il faut absolument faire quelque chose pour le faire sortir. C'est le cathétérisme de l'uretère, la dilatation de la partie sous-jacente au calcul, les injections d'huile ou de glycérine.

Il y a aussi la question de la sonde à demeure. C'est une arme à deux tranchants, qui, généralement, donne une infection du rein, et une infection très prolongée, de sorte que je n'ose pas la mettre en raison de ses résultats défavorables. Il y a tout de même intérêt à passer la sonde au-dessus, à la retirer, pour ébranler le calcul et le mobiliser dans une certaine mesure. On ne doit pas parler d'opération avant d'avoir fait ces manœuvres, avec discrétion et sans trop de violence.

Voici comment je trancherais les choses. Il faut savoir d'abord où est le calcul en question. Si c'est un calcul lombaire, il y a encore plus de raison de l'opérer prématurément qu'un calcul qui est au contact de la vessie.

Quand, à plusieurs radiographies faites à quelques mois de distance, on voit le calcul se mobiliser, il faut attendre, faire des cures de diurèse, et des radiographies tous les deux ou trois mois.

Il y a aussi la question de la douleur. Les calculs qui font souffrir ne sont pas ceux qu'il faut le plus opérer. La colique néphrétique est une manière d'expulsion. Si, au contraire, le calcul est silencieux, il vaut mieux envisager l'éventualité de l'acte opératoire.

En présence d'un calcul urétéral, douze à quinze mois vont se réaliser avant qu'une décision soit nécessaire, à moins d'accidents pressants.

En présence d'un calcul qui, depuis quatorze ou quinze mois, se maintient dans la cavité pelvienne, qui ne fait plus souffrir, qui, à chaque radiographie, se montre dans la même situation, il faut faire l'opération, ce qui vaut mieux que de le laisser évoluer indéfiniment et causer une infection rénale.

Il ne faut pas opérer tous les calculs de l'uretère, mais l'expectation a des limites ; c'est le silence, l'immobilité, la résistance du calcul pendant quinze à dix-huit mois qui doivent décider à l'intervention.

LA MIGRAINE

Etude critique de la discussion qui a suivi la lecture des Rapports sur la Migraine à la Société de Neurologie, juin 1925 (1).

Par G. DIDSBURY,

Ancien interne provisoire des hôpitaux.
Oto-rhino-laryngologiste du dispensaire Péreire.

(Suite el fin)

M. le Dr SCHRODER (Copenhague) s'occupant de l'élimination de l'ammoniaque dans l'urine des épileptiques a étendu ses recherches à un certain nombre (12 cas) de migraineux ; quelques-uns seulement parmi ceux-ci présentaient une courbe d'élimination ammoniacale ayant quelque rapport avec celle des épileptiques. L'auteur se garde de conclure étant donnée la fréquence des deux affections, car on peut supposer toujours la coïncidence de ces deux affections sur le même sujet.

Le Dr POUSSEP (de Dorpat) envisage certaines migraines dues à des altérations de la selle turcique même peu prononcées.

Le Dr HEVEROCH (de Prague) étudie une forme de troubles vestibulaires qui l'amène à considérer la maladie de Ménière et d'autres sortes de troubles parmi lesquels dominent surtout les vertiges et les chutes et quelquefois des signes de migraine ophtalmique.

Des 38 cas qu'il a étudiés, l'auteur se croit justifié à isoler une forme spéciale de la migraine qu'il appelle « vestibulaire » et qu'il pense pouvoir expliquer par l'exagération de pression dans les canaux semi-circulaires. Nous pensons que ces cas sont tellement éloignés de la véritable migraine que ce serait une confusion fâcheuse de les étiqueter « migraines ».

Le Dr Henry MEIGE pense qu'il existe une corrélation entre la migraine et certains spasmes de la face, en se basant sur le fait que l'apparition du spasme a déterminé la cessation de la migraine, comme s'il existait une sorte d'équivalence entre les deux phénomènes. Une réaction vaso-motrice peut accompagner le spasme ce qui permet de supposer que les voies sympathiques participent aux paroxysmes spasmodiques. L'auteur invoque comme cause des lésions centrales.

Les docteurs A. SOUQUES, D. SANTENOISE et J. DE MASSARY s'occupent de la détermination du mécanisme provocateur de la migraine et non pas du siège de la lésion même. Ils s'attachent aux réactions anaphylactiques de l'organisme, ce qui ramène à la théorie de l'intoxication (auto- ou

(1) *Revue neurologique*, juin 1925, tome I, n° 6.

hétéro-intoxication). Un de ces trois auteurs présente lui-même une sensibilité particulière au chocolat. Puis, il est relaté que, chez un certain migraineux, le réflexe oculo-cardiaque était fort exagéré et même avec disparition complète du pouls pendant onze secondes. Un accès violent de migraine se déclanchait quelques heures après. Nous ajouterons à ce propos les réflexions suivantes : connaissant l'extrême irritabilité douloureuse du grand sympathique (constante et chronique chez tous les migraineux) nous ne nous étonnerons en aucune façon de l'exagération du R.O.C. d'une part et d'autre part que la compression du grand sympathique maintenue pendant plusieurs minutes n'ait déclanché une crise paroxystique. On voit bien que, dans ce cas comme dans maint autres, l'intoxication ne joue aucun rôle. Les auteurs n'ont pas cherché des causes anatomiques préexistantes.

Cependant les mêmes auteurs examinant le R. O. C. de migraineux dans l'intervalle des paroxysmes ont trouvé chez tous le R.O.C. extrêmement faible. Nous pensons, alors, que si au lieu de comprimer les globes culaires, les auteurs avaient comprimé au cou, le ganglion supérieur du grand sympathique, nous pensons, disons-nous, que le R.O.C. aurait pu être mis en évidence et reconnu positif. Ce qui nous fait émettre cette opinion, c'est justement notre pratique de compression des nerfs douloureux chez les migraineux : en effet, il nous arrive par la compression du sympathique cervical de voir les patients pâlir et sentir une défaillance les gagner . Tout rentre dans l'ordre par la cessation de la compression et notamment de celle du grand sympathique. Du résultat des réactions médicamenteuses expérimentales, les auteurs concluent que les migraineux ont « un état végétatif de base hypo-vagotonique avec crises paroxystiques d'exacerbation parasympathiques précédant leurs accès céphalalgiques ». Quoi qu'il en soit des données précédentes, les auteurs estiment par cette constatation « que les sujets hypovagotoniques sont brusquement sensibilisés par leur vagotonie passagère à la cause effective de la migraine ». En effet, il est classique que la migraine soit matinale et diurne débutant dans le sommeil pendant que le tube digestif est au repos depuis bien des heures. Une cause chimique d'origine intestinale ne peut donc pas être invoquée constamment. Les auteurs concluent, en somme, que la migraine a une cause toxique.

M. le Dr J.-C. Musso Fournier (Montevideo) rapporte un cas de migraine ophtalmoplégique chez une femme ménopausée et hypothyroïdienne qui fut guérie par la médication thyroïdiennne.

L'auteur ajoute que beaucoup de migraines ophtalmoplégiques guérissant spontanément, il ne peut affirmer dans ce cas, le rôle de la médication : cependant, il fait remarquer qu'à la suite du traitement thyroïdien tous les signes d'hypothyroïdie disparurent.

M. le Dr Léopold-Lévi, dont on connaît les travaux anciens et si importants sur la glande thyroïdienne et sur les glandes endocrines fait part de son expérience sur le sujet. Il relate en débutant une phrase du rapporteur Christiansen qui dit n'avoir jamais vu de résultats du traitement organo-thérapique. Il ne s'agissait pas des mêmes malades et évidemment, il faut s'entendre sur le point de départ, sur la définition ; après avoir rappelé le cas tout à fait extraordinaire d'une femme de 64 ans, migraineuse depuis l'enfance, qui, après 52 années de migraines guérit avec la plus grande rapidité avec quelques cachets de thyroïdine à cinq milligrammes, l'auteur rapporte l'histoire, typique également, de deux migraineux, le frère et la sœur, guéris par de toutes petites doses de thyroïdine, mais ces sujets étaient tous deux exophtalmiques et tachycardiques. Donc chez eux, se manifestaient en plus de la migraine des signes thyroïdiens ! Il faut remarquer au moins pour ces deux cas qu'il y avait une circonstance tout à fait particulière. Ce n'est pas à dire pour cela que notre pensée est que le traitement thyroïdien n'agit chez les migraineux qu'à condition que les malades soient en même temps basedowiens ! Cependant chez ceux-ci, il existe une raison de plus pour expliquer l'action de la thyroïdine, nous pensons de même au sujet des enfants à la croissance retardée qui présentent des dents de lait permanentes, de la cryptorchidie, des pubertés retardées, des types infantiles ne correspondant pas à leur âge, etc., ces sujets aussi bénéficient du traitement thyroïdien aussi bien pour leur croissance générale que pour leurs migraines. Il faut noter aussi, ajoutons-nous, que de tels malades peuvent, en dehors des migraines paroxystiques, présenter de la céphalée de croissance, ce qui vient encore compliquer la question, que les deux ordres de céphalée ne sont pas toujours faciles à distinguer, et que ces sujets peuvent guérir de céphalées de croissance par le traitement opothérapique et que, néanmoins, peuvent subsister quelques migraines. Cependant, ayant la bonne fortune de suivre la consultation du Dr Léopold-Lévi à l'hôpital Beaujon, nous avons pu constater par le traitement thyroïdien la disparition de la douleur de ces émergences nerveuses que nous avons coutume d'explorer et par conséquent d'avoir une preuve d'amélioration de la migraine. Dans quelles proportions et à la faveur de quelles coïncidences, c'est ce qu'il ne nous est pas permis encore de dire, notre documentation étant encore insuffisante. Ce qui domine pour l'auteur, c'est le syndrôme de l'*Instabilité thyroïdienne* qui est justement influencé par un sage dosage de la médication thyroïdienne : les

succès les plus nets sont obtenus chez les hypothyroïdiens.

M. le Prof. DE LAPERSONNE ne s'occupe de la migraine qu'au point de vue purement ophtalmologique. Il s'applique à bien définir l'hémianopsie de la migraine ophtalmique.

Pendant la crise, l'examen du fond de l'œil n'est pas possible mais peu de temps, soit avant, soit après la crise, on peut constater de la pâleur de la papille, un rétrécissement passager des vaisseaux rétiniens. L'excitation du grand sympathique peut causer les angiospasmes rétiniens et cérébraux. Il est bien entendu indispensable de corriger les défectuosités de la vision par l'emploi de verres appropriés , mais nous pouvons ajouter, d'après notre expérience, que cette correction des troubles de la réfraction est bien loin de suffire pour améliorer la migraine ophtalmique.

Le Dr André LÉRI, nous entraîne dans une vaste étude de céphalées causées par des exostoses syphilitiques de la face interne des os du crâne, mais se présentant comme des migraines. L'auteur ne prétend pas d'ailleurs que toute migraine soit due à une syphilis du crâne, mais qu'il nous soit permis de rappeler à ce propos que la recherche de causes superficielles serait la bienvenue dans ces cas où la radiographie montre à la face interne du crâne des lésions évidentes. On pourrait savoir alors la part relative de la syphilis et des autres causes puisque tous les migraineux ne sont pas des syphilitiques. C'est alors qu'on pourrait dire : névralgie par compression d'une exostose syphilitique guérie par le traitement spécifique et non pas migraine syphilitique, ce qui contribuerait à entretenir ces fatales confusions contre lesquelles nous nous efforçons de lutter, en étant sûr par avance d'être parfaitement d'accord avec l'auteur.

MM. les docteurs SICARD et HAGUENEAU adoptant dans la plupart des cas de migraine, la pathogénie hémoclasique emploient la peptone avant le repas, le carbonate de soude intra-veineux et des injections sous-cutanées ou intramusculaires de lait. C'est l'interprétation *chimique* du traitement. Si ces procédés réussissent , ce doit être bien exceptionnel en vérité, car justement nous avons à traiter un grand nombre de migraineux pour qui tous ces traitements avaient été vains. Les auteurs ne sont eux-mêmes, en aucune façon, fidèles à leur doctrine, car ils cherchent à agir également sur les branches nerveuses temporales, soit avec l'adrénaline, soit avec l'alcool dilué. Mais alors, nous voici avec le traitement *anatomique*, le traitement local de la lésion superficielle, justement celui que nous préconisons. Seulement nous ferons cette remarque qu'il y a bien d'autres branches douloureuses que les branches temporales et qui sont également responsables de la migraine. Nous avons fait les mêmes réflexions au sujet du traitement chirurgical de JONNESCO lequel décortique les *deux* carotides primitives du plexus sympathique dit carotidien qui les accompagne : bien entendu le sympathique n'est pas *seul* responsable.

En tous cas, les auteurs concluent qu'il s'agit d'*essais thérapeutiques* non douloureux, pouvant réussir là où d'autres *médications* ont échoué.

Le Dr BOUCHÉ (de Bruxelles) est complètement acquis à la doctrine du choc colloïdoclasique, comme l'appelle le Pr WIDAL, ou vasotrophique suivant la préférence de l'auteur.

En effet, la vaso-constriction spasmodique est manifeste pendant toute la durée de la crise.

Le réchauffement du malade, la vaso-dilatation, la salivation, les émissions d'urine marquent la fin de la crise. L'auteur y ajoute, à tort suivant nous, les vomissements. Ceux-ci sont le fait de la période d'état, au moment où la douleur est le plus aiguë. L'auteur consacre tous ses efforts à habituer le malade à de petits chocs anaphylactiques pour qu'il puisse résister à un plus grand. On sait que l'auteur emploie des injections de crotaline deux dixièmes de milligr. et poursuit le traitement pendant plus d'une année.

Avec le Dr Louis ALQUIÉ qui intitule sa communication « cellulite et migraine », nous approchons des conceptions pathogéniques et thérapeutiques que nous avons adoptées et dont la véracité s'affirme quotidiennement.

L'auteur attache la plus haute importance à la cellulite cervicale superficielle ou profonde : que celle-ci soit provoquée par des infections lymphatiques venues du rhino-pharynx ou provoquées par un facteur hépatique ou gastro-intestinal, peu importe, la lésion chronique est constituée et la clinique, dit l'auteur, nous la montre « la plus apte à engendrer la céphalée ».

Mais, dit-il, cette céphalée n'est pas la migraine ! Alors, qu'est-elle donc ?

Pour une fois que nous rencontrons un auteur qui passe par les mêmes sentiers que les nôtres, il faut qu'une confusion s'établisse ! Pour l'auteur, cette cellulite qu'il voit si bien n'est coupable que des formes *frustes* de la migraine, mais non pas du *grand accès paroxystique*. Chez ces malades, les foyers de cellulite, dit l'auteur, dont « l'irritation exacerbe les douleurs et ses irradiations, mais ne donne pas la véritable crise de migraine ».

Il est vraiment décourageant de ne pas s'entendre pour des différences si minimes. Voici ce que nous affirmons c'est qu'entre les migraines frustes et le grand accès paroxystique, il n'y a pas de différence de nature, mais une question de degré.

La pression des foyers de cellulite déclanche

bien la véritable crise migraineuse, ce n'est qu'une question de pression à faire subir et une question de sensibilité du malade !

Voilà du reste les points où nous nous rapprochons tout à fait de M. Louis Alquié : c'est justement quand il dit à propos de la cellulite qu'on peut trouver « des points dont l'irritation déclanche la céphalée avec l'état nauséeux » et plus loin « le traitement de la cellulite fait disparaître céphalée et réflexes neuro-végétatifs et ceux-ci réapparaissent si la cellulite reparaît ».

On ne saurait mieux dire. Où se trouve une meilleure démonstration que de voir reparaître des effets, lorsque la cause, disparue un instant, reparaît ?

Mais pour cela, il ne faut pas être obnubilé par des conceptions purement imaginatives et sans confirmation anatomique, comme il y en a beaucoup de trop dans la plupart des travaux que nous sommes en train d'analyser. Le temps qui s'écoule, d'ailleurs, se charge de faire justice de conceptions et de thérapeutiques parfaitement vaines et inefficaces. Même notre auteur, le Dr Louis Alquié, avec lequel nous nous rapprochons le plus, termine encore par une confusion. D'une part, dit-il, « de vrais migraideux peuvent grandement bénéficier de ce traitement (le traitement de la cellulite) », puis, par une contradiction que nous ne pouvons pas nous expliquer, il termine son travail par ces mots « mais, si la cellulite, de par l'irritation neurovégétative qu'elle peut déterminer, favorise l'éclosion de la migraine, je n'ai pas encore observé de cas où elle puisse, *à elle seule*, expliquer complètement l'accès paroxystique véritable. »

Avec de pareilles contradictions, comment serait-il possible que le praticien puisse y comprendre quelque chose et se faire une opinion ? D'ailleurs dans les cas rapportés par Alquié, il s'agit des *mêmes lésions* (cellulite cervicale) des *mêmes* symptômes (céphalées intenses et unilatérales) et il ne s'agirait pas de la *même* maladie ? Ajoutons que l'auteur ne donne ni ne tente de donner la moindre explication ou interprétation de sa manière de voir.

Avec le Dr D. Paulian (de Bucarest), nous revenons aux conceptions purement médicales de la migraine, mettant celle-ci en relations constantes avec des troubles de la santé générale, la migraine étant pour lui toujours symptomatique (mais d'un trouble général et non d'une lésion locale) et surtout de l'accumulation dans l'organisme de la cholestérine et dans la première observation qu'il donne, il s'agit d'une dame de 70 ans, *toujours bien portante jusqu'alors* qui présentait toutes sortes de troubles : hypertension (22 Mx au Pachon), céphalée gauche et un taux considérable de cholestérine dans le sang. Devant le résumé de cette observation où la céphalée gauche n'occupe qu'une faible place, nous demandons alors ce que l'auteur entend par migraines ? Qu'avec de la cholestérinémie, il y ait de la céphalée, c'est possible et c'est une autre question. Mais pourquoi l'appeler migraine ? Puis l'auteur établit que les troubles des glandes endocrines déterminent une viciation dans le métabolisme de la cholestérine. Pour l'auteur, il y a donc une migraine par cholestérinémie, puis une autre variété de migraines produite par des malformations osseuses de la base du crâne et tout particulièrement de la selle turcique et des apophyses clinoïdes.

Nous pensons qu'il s'agit là de formes toutes particulières de céphalées et qu'il n'est nullement légitime de les appeler migraines.

Du reste, la recherche systématique de névrites superficielles (ou de périnévrites) qui ne fut ni faite, ni même soupçonnée, aurait pu confirmer ou infirmer nettement le diagnostic.

Nous en dirons volontiers tout autant d'un cas tout à fait extraordinaire de douleur de tête unilatérale accompagnée de troubles psychiques relaté par le Dr Paolo Magandda (de Messine). Une série de treize attaques semblables furent traitées par des ponctions lombaires et se termina par la guérison.

Pour intéressant et rare que soit le cas, nous ne reconnaissons nullement l'histoire clinique de la migraine connue depuis les classiques. Il a plu à l'auteur d'étiqueter migraine un cas de céphalée à prédominance unilatérale et c'est tout.

Le Dr Velter étudie des cas de migraines ophtalmiques qui sont déjà un peu spéciales, puisqu'elles ne se manifestent qu'entre 40 et 50 ans : puis, il donne quelques observations dans lesquelles se surajoutent à la migraine toutes sortes de signes cérébraux très graves.

L'auteur y cherche, très justement selon nous, des lésions d'artérite, soit athéromateuse, soit spécifique. Il remarque aussi, et nous sommes tout à fait de son avis que la migraine ophtalmoplégique n'a rien à faire avec la migraine puisqu'il y a dans l'immense majorité des cas des lésions méningées basilaires.

Nous conclurons comme précédemment : quel que soit l'intérêt de ce travail, il nous éloigne de la migraine véritable.

Le Dr Lucien Cornil rapporte deux cas de migraine. Le premier, associé à des crises d'hémoglobinurie paroxystiques et qui guérit par la peptone et un second cas de migraine et d'épilepsie jacksonnienne associées, par sensibilisation à l'œuf.

Au sujet de cette observation d'un sujet qui devint malade à l'âge de 40 ans par des phénomènes d'épilepsie jacksonienne, puis qui présenta des signes de migraine et qui fut finalement guéri par la suppression des œufs dans l'alimentation et l'usage de la peptone, nous disons que, quel que soit l'intérêt de ce travail, il relate des faits

non seulement exceptionnels, mais encore très éloignés du diagnostic : migraine.

A la suite de ces communications, le Dr Pasteur-Valléry-Radot résume ses réflexions.

Il insiste sur la théorie sympathique de la migraine. Nous ajouterons, c'est mieux qu'une théorie, c'est un fait. Puis il fait remarquer à M. Heveroch, qu'il y a deux formes à distinguer dans les migraines dites vestibulaires, celles qui s'accompagnent de vertige dû à un spasme de l'artère auditive interne (Lermoyez) et celles qui sont dues à des lésions de l'oreille interne. Le spasme artériel joue le premier rôle dans la migraine ophtalmique, mais il ne faut pas oublier, ajouterons-nous, qu'il y a des troubles de l'accommodation qui causent des céphalées, qui n'ont rien à voir avec la migraine. Il apprécie les travaux de MM. Sicard et Hagueneau, Souques, Santenoise, J. de Massary, Bouché, Léopold-Lévi.

Mais nous ne pouvons pas nous empêcher de remarquer que systématiquement, les causes efficientes de la migraine sont confondues avec les causes déclanchantes.

Ainsi avec MM. Souques, Santenoise et de Massary, il est bien établi que le système neuro-végétatif des migraineux est déséquilibré et qu'il existe un paroxysme vagotonique établi par la recherche du réflexe oculo-cardiaque et les tests pharmaceutiques, mais cette constatation prendrait un bien plus grand intérêt, à mon sens, si on avait bien constaté que le grand sympathique est douloureux chroniquement dans l'intervalle des paroxysmes et que l'exploration manuelle le met en évidence en tant que douleur locale d'abord, et en tant que douleurs irradiées ensuite.

Quant à savoir pourquoi le sympathique cervical est douloureux chez tous les migraineux (ou du moins chez ceux que nous appelons migraineux), nous n'avons pas la prétention de le savoir. Tout au plus, pourrions-nous émettre la pensée que le ganglion cervical du grand sympathique est douloureux parce qu'il reçoit une anastomose directe du plexus cervical et que nombre de branches de ce plexus étant douloureuses parce que superficielles, le sympathique est douloureux secondairement et déficient dans ses fonctions d'où l'ensemble des troubles spasmodiques, sécrétoires circulatoires, etc. Cette hypothèse pathogénique que nous émettons n'a, jusqu'à présent, été émise par personne, croyons-nous, et nous nous gardons bien de lui imputer une valeur extraordinaire.

D'autres recherches diront ce que vaut cette conception.

Cependant nous pouvons affirmer que chez les migraineux que nous traitons, la guérison fonctionnelle complète n'est obtenue justement que parce que nous obtenons une guérison anatomique, c'est-à-dire que tous les nerfs que nous pouvons explorer perdent leur hyperesthésie, y compris le sympathique. Or, chez les migraineux nous appelons : causes déclanchantes, toutes les causes qui excitent le sympathique tous les chocs par conséquent qu'ils soient physiques, chimiques ou moraux.

La question qui fait l'objet de toutes ces réflexions est constamment obscurcie par le peu de précision de la définition du mot migraine.

Ainsi nous avons déjà dit que, pour M. Louis Alquié, les myosites, les cellulites (et surtout les périnévrites dont cet auteur ne souffle mot) sont des causes de céphalées et non de migraines véritables.

Source de confusion ! Où se trouve la distinction de migraine et de céphalée, sinon dans la clinique ? Or, les sujets de M. L. Alquié sont bien des migraineux puisqu'ils guérissent avec le traitement de la cause locale et superficielle et la clinique peut cependant facilement confirmer si cette céphalée est bien à tendance unilatérale infantile, paroxystique, diurne et non fébrile.

Donc, il est bien facile de confirmer le diagnostic par l'interrogatoire, par l'exploration manuelle, et par le résultat du traitement.

Il nous est impossible d'être d'accord avec M. Pasteur Valléry-Radot, quand il dit « quand il s'agit de migraines, la cellulite ne peut être qu'un facteur de prédisposition, elle n'est pas l'agent causal » et il ajoute qu'il est sur ce point d'accord avec M. Alquié. Nous ne sommes d'accord ni avec l'un, ni avec l'autre. Quand nous guérissons des migraineux porteurs de cellulite cervicale et d'autres lésions consécutives, ce sont bien de vrais migraineux dont nous faisons bien disparaître de vraies lésions, cause immédiate de la migraine, mais nous sommes muets sur la cause de cette cellulite et c'est peut-être sur ce point que réside une des difficultés de la question ce qui fait que l'on peut confondre deux choses : 1° la cause qui a provoqué cette cellulite (cause immédiate et chronique) ; 2° la poussée congestive ou le choc quelconque qui a déclanché le paroxysme douloureux en excitant, en mettant en jeu par une cause secondaire les conséquences de cette cellulite, cause immédiate.

Dans aucun des travaux que nous venons d'analyser, nous n'avons vu de traces de cette conception et sans avoir la prétention de limiter le traitement de la cellulite à un seul traitement, le massage, nous conclurons en disant :

Il est de la plus haute importance de s'entendre sur la signification exacte du mot migraine, et l'exploration manuelle et superficielle du crâne, de la face, de la nuque des migraineux apporte sur le diagnostic un appoint des plus précieux puisqu'il est possible par de simples pressions de provoquer à volonté le paroxysme migraineux.

Dans le but de faire cesser de lamentables confusions nous terminerons par les lignes suivantes :

La migraine se révèle anatomiquement par des lésions sous-cutanées qui arrivent à constituer des névrites périphériques.

Il n'y a pas de guérison de migraine sans la disparition de ces névrites.

Il existe un remarquable et constant rapport entre l'amélioration anatomique (névrites) et l'amélioration fonctionnelle (migraines).

S'il y a, après guérison apparente, retour de névrites, il y a retour de migraines.

Si, à nos yeux, le meilleur procédé est le procédé mécanique manuel, nous ne disons pas que ce soit le seul.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Influence du traumatisme sur l'éclosion de la sclérose en plaques.

La sclérose en plaques n'est pas toujours une maladie infectieuse. Le Dr CHRISTOPHE (de Liège) publie une observation fort intéressanete à cet égard. Il s'agit d'un individu normal, qui présente de la polyurie insipide, puis ultérieurement de la faiblesse et des troubles subjectifs classés comme névrose traumatique. Ces manifestations persistèrent jusqu'à l'apparition des troubles bulbaires.

Après une rémission de 3 à 4 ans, reprise de l'évolution vers un syndrome de sclérose en plaques complet : paraplégie spastique intense avec nystagmus, tremblement intentionnel, parole un peu scandée et explosive, mictions impérieuses.

Cette observation où les troubles polyuriques et intellectuels ont eu un début si nettement en relation avec le traumatisme démontre à ceux qui ont à prendre des décisions d'expertise combien il y a lieu de se montrer réservé dans l'appréciation des suites possibles de tout ce que notre ignorance affuble du nom de « névrose traumatique ». (*Liège médical*, 11 octobre 1925.)

Traitement des troubles cérébraux des hypertendus par des injections intra-veineuses hyper ou hypotoniques.

Ces troubles cérébraux présentent presque toujours les mêmes caractères, indiqués par A. DUMAS : douleurs de tête plus ou moins localisées, souvent nocturnes, se prolongeant une grande partie de la journée, et diminuant volontiers ou disparaisant dans la position verticale ; vertiges, sensations de brouillards devant les yeux. Ces accidents sont passagers, peuvent disparaître ou bien aboutir à l'ictus, dû soit à l'hémorragie, soit au ramollissement cérébral.

Ainsi que le démontre l'étude de la circulation rétinienne et celle de la tension du liquide céphalo-rachidien, ces troubles sont dus tantôt à de l'ischémie, tantôt à de la congestion cérébrale, par discordance entre l'état de la tension cérébrale et l'état de la tension sanguine générale.

Pour rétablir ce rapport à sa valeur normale (15) nous avons à notre disposition la saignée et la rachicentèse. Mais il semble plus prudent de leur préférer, pour aboutir au même résultat, les injections intraveineuses hyper ou hypotoniques. Pour diminuer la tension intra-rachidienne, il suffit d'injecter dans les veines un liquide hypertonique, et pour l'augmenter, un liquide hypotonique.

Comme hypertonique, on choisit le sérum glucosé à 40 p. 100 à la dose de 15 cmc., répétés à deux jours d'intervalle, et comme hypotonique, à la même dose, l'eau distillée.

Cette pratique amena dans plusieurs cas, entre les mains de l'auteur, une sédation parfaite des accidents. (*Lyon médical*, 11 octobre 1925.)

Signification clinique des polypes muqueux des fosses nasales.

Les polypes du nez, multiples ou solitaires, de forme et de volume variables, uni ou bilatéraux, avec ou sans pédicule, développés sous l'influence d'une infection chronique locale, sont des inflammations tumorales œdémateuses de la muqueuse pituitaire. Le point de départ du polype est donc, d'après le Dr P. CORNET, la muqueuse elle-même, dans les fosses nasales proprement dites ou dans les cavités annexes qu'elle tapisse. Le lieu d'apparition de ces polypes, leur siège de prédilection, leur point d'implantation apparent est certainement le méat moyen, carrefour fronto-ethmoïdo-maxillaire.

Le polype sinusien, devenant naso-pharyngien, vient extérioriser la sinusite latente ; la cure idéale est la trépanation et le curettage du sinus incriminé.

D'ailleurs il faut considérer les différents polypes muqueux des fosses nasales comme un élément d'un syndrome d'obstruction et d'inflammation nasale, de sinusite latente. La conclusion qui s'impose quant au traitement doit

s'inspirer d'un grand principe de la thérapeutique générale : traiter la cause pour obtenir la disparition de l'effet. (*Paris médical*, 5 septembre 1925.)

Un homme peut-il contracter une maladie vénérienne avec une femme indemne ?

Le Dr G. Belgodère veut dire par « indemne » une femme saine cliniquement, mais non pas, bien entendu, bactériologiquement, une femme chez laquelle on ne constate ni les rougeurs inflammatoires, ni les sécrétions anormales, ni les érosions, ni les ulcérations, qui sont les signes habituels des maladies vénériennes.

Étant donné le rôle que jouent les porteurs de germes sains, la chose paraît *a priori* des plus vraisemblables ; elle est démontrée par des exemples fort intéressants, que rapporte l'auteur.

Pour le chancre mou, moins nettement pour la syphilis, la contagion est ainsi possible ; il faut ajouter que la contagion peut être également occasionnée par des spirochètes saprophytes, soit chez une femme en état de syphilis latente, soit même dans certaines circonstances chez une femme qui n'est pas atteinte de syphilis.

D'autres observations ont prouvé, par l'inoculation de l'homme, que les mêmes considérations s'appliquaient à la blennorragie.

Cependant, il est impossible de tirer de la notion du saprophytisme vénérien des applications pratiques. En effet, le dépistage des porteuses de germes vénériens, s'il était possible scientifiquement, ne le serait guère pratiquement, pour des raisons qu'il est facile de concevoir et qu'il est donc inutile de développer. (*Bruxelles médical*, 20 septembre 1925.)

Du traitement chirurgical des adénites inguinales suppurées.

Depuis plus de 20 ans, le Dr Lop (de Marseille) pratique systématiquement l'exérèse de toutes les adénopathies suppurées, vénériennes ou autres, de la région inguinale ; il en a opéré ainsi plus d'un millier de cas. Il ne s'arrête plus au traitement local extérieur modificateur, ni à la vaccinothérapie recommandée à maintes reprises.

La tuberculose est l'exception ; les cas les plus nombreux sont nettement syphilitiques par l'allure clinique, par l'étiologie et la réaction de Bordet-Wassermann, c'est-à-dire que la syphilis est plus fréquemment suppurée qu'on ne le pense dans ses localisations ganglionnaires.

Avant d'intervenir, l'auteur met le malade au repos durant 4 à 5 jours sauf contre-indications de l'état général. Sous cette influence et sous celle des pansements à l'alcool sans imperméable, les téguments, souvent macérés par le pus ou par l'inflammation, reprennent toute leur vitalité ; dès lors le traumatisme de l'exérèse n'est plus une cause aggravante et menaçante des parties molles. La bilatéralité des lésions n'est pas une contre-indication.

Si cependant il s'agit de simples retentissements ganglionnaires à distance, mieux vaut ne pas y toucher, le traitement causal et le repos suffisant en général pour amener la guérison. Il faut aussi se méfier des adénopathies inguinales de la peste ; en particulier chez les marins, lorsqu'une adénite est suppurée, on doit, avant d'opérer, pratiquer un examen bactériologique, si celle-ci n'évolue pas parallèlement à des lésions génitales, anales ou périphériques en pleine florescence, ou ayant laissé des stigmates indiscutables.

Les suites opératoires sont des plus bénignes ; dans les premières 48 heures il se produit une réaction fébrile allant jusqu'à l'hyperthermie. Quant aux récidives, elles sont exceptionnelles si l'intervention est menée régulièrement et complètement ; ne pas aliter trop longuement les malades ; dès le 8e jour les faire lever. S'occuper aussi de l'état général, surtout chez les spécifiques. (*Gazette des hôpitaux*, 13 août 1925.)

De l'artériotomie dans l'embolie.

Cette étude est faite par les Prs C. Lian et Paul Moure, à propos d'une artériotomie suivie de succès dans une embolie de l'artère axillaire.

L'artériotomie, c'est-à-dire l'ouverture chirurgicale d'un tronc artériel pour en extraire le corps étranger qui en oblitère la lumière, est donc devenue une opération bien réglée, capable de donner de merveilleux résultats.

Dans le cas relaté, devant la persistance de l'ischémie complète du membre, 24 heures après l'embolie, les auteurs ont pensé qu'il fallait se hâter d'intervenir, car la formation d'une thrombose secondaire est d'autant plus à craindre après l'artériotomie que l'intervention a été plus tardive.

L'intervention doit être conduite avec la plus grande délicatesse afin d'éviter le morcellement du caillot ; dans ce but il importe de placer immédiatement un clamp sur l'artère, en aval du point oblitéré, afin de barrer la route aux embolies.

Pour apprécier le résultat d'une artériotomie, il faut déterminer la valeur fonctionnelle du membre opéré, puis les chiffres de la pression artérielle et l'amplitude des pulsations artérielles.

Il est, en effet, actuellement prouvé que les membres, dont le tronc artériel principal a été lié, récupèrent progressivement une valeur fonctionnelle normale, et peuvent accomplir un travail qui n'exige pas un effort de longue durée ; cependant ils gardent une pression artérielle très diminuée, et leur indice oscillométrique est en général, nul ou faible. Pour apprécier le résultat d'une suture artérielle, il ne faut donc pas

se baser uniquement sur la valeur du résultat fonctionnel, mais il est nécessaire d'employer le contrôle sphygmomanométrique et oscillométrique. Dans le cas cité, la pression artérielle et l'indice oscillométrique ont atteint après l'opération, et conservé depuis, la même valeur que du côté sain ; il y a donc une restitution intégrale de la circulation du membre embolisé.

L'artériotomie mérite donc de ne pas rester une curiosité expérimentale, mais de passer dans la pratique courante. (*La Presse médicale*, 21 septembre 1925.)

Les cuti-réactions aux vins chez les goutteux.

Etant donné que chez les goutteux l'absorption de certains aliments provoque des crises, F. Widal, P. Abrami et Ed. Joltrain ont eu l'idée de rechercher leur hypersensibilité vis-à-vis de l'une des substances, le plus souvent incriminées par ces malades : le vin.

C'est ainsi qu'ils ont pu établir que si, dans la goutte, les cuti-réactions aux vins sont positives seize fois sur dix-neuf malades, elles sont au contraire négatives, en dehors de la goutte, trente-neuf fois sur quarante-quatre. Il ne peut donc s'agir là de résultats fortuits. Il n'y a là aucune influence particulière à l'ancienneté de la maladie, ni à l'acuité ou à la latence de la goutte ; dans certains cas, on a vu la réaction s'atténuer après la guérison des attaques articulaires aiguës. Il semble donc bien que les résultats observés soient en rapport avec une hypersensibilité de l'organisme des goutteux vis-à-vis des vins incriminés.

Pour ces vins, cet état d'hypersensibilité ne tient ni à leur teneur en alcool, ni à leur acidité plus ou moins grande, ni à leur richesse en tanin.

Il s'agit d'une propriété chimique commune, qui apparente des vins d'origines différentes. Les vins rouges de Bourgogne donnent tous une réaction positive, mais non les vins blancs de la même origine. Ce n'est pas non plus le fait d'être un vin rouge qui confère le pouvoir de sensibiliser, puisque, de tous les vins de la Gironde, il n'est guère que ceux de St-Emilion, qui possèdent cette action.

Il n'y a donc à cet égard aucune parenté entre un vin rouge et un vin blanc de Bourgogne ; et d'autre part les vins de St-Emilion sont couramment appelés, dans le Bordelais, les Bourgognes de la Gironde !

Les résultats des cuti-réactions confirment donc nos impressions gustatives ; ceci permettrait de penser que ce sont les mêmes principes, non décelables par une analyse chimique, qui, dans un vin, lui communiquent ses qualités organoleptiques et son pouvoir sensibilisant. (*La Presse médicale*, 28 octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les rayons ultra-violets peuvent-ils causer des accidents graves ou mortels ?

(Blechmann G. et François de Draveil. — *Société de pédiatrie* ; 9 février 1926.)

AVIS JURIDIQUE DU SOU MÉDICAL

Voici brièvement relatés les faits auxquels fait allusion le titre de cette communication.

L'enfant B. (Jacqueline), née le 12 juin 1925, hospitalisée aux Enfants-Assistés, est adressée par M. Marfan au Centre d'élevage de Mainville-Draveil le 20 juillet 1925. C'était une jumelle atteinte de débilité congénitale et vraisemblablement hérédo-syphilitique. L'enfant fait un rachitisme précoce, à prédominance cranienne qui s'exagère progressivement.

Nous l'examinons avec le docteur François, médecin du Centre, aux dates du 15 septembre et du 10 novembre.

En dehors des signes de rachitisme, l'enfant ne présentait aucune malformation cardiaque, aucun symptôme de gros thymus, etc.

A notre examen du 10 novembre, nous prescrivons un traitement par le stovarsol et l'exposition aux rayons ultra-violets.

Les séances ont lieu à Draveil, à 4 kilomètres de Mainville, où les enfants sont transportés en voiture. La lampe employée est celle dite de la verrerie scientifique. Temps d'exposition de la première séance (18 novembre) : 5 minutes à 0.80 centimètres. L'appareil est manipulé par une personne étrangère à la médecine, mais parfaitement au courant.

La deuxième séance a lieu deux jours après (20 novembre) : 7 minutes.

La troisième séance a lieu 5 jours après la première ; durée : 7 minutes, à 14 heures, par vent froid et pluie.

Le soir de la séance, l'éleveuse appelle l'une de nos infirmières visiteuses : l'enfant fait de la fièvre, 38°7, elle a les extrémités froides, mais ni cyanose ni dyspnée. L'infirmière fait cependant donner un bain sinapisé.

Le lendemain matin, à 8 heures, le Dr François, médecin du Centre, apprit que l'enfant était morte sans qu'on eût eu le temps de le prévenir.

Comme l'autopsie n'a pas été pratiquée, nous ignorons la cause de la mort. Nous savons seulement que les téguments de l'enfant ne présentaient pas de trace d'érythème ni de desquamation et que le traitement par le stovarsol n'avait pas été commencé.

A notre sens, entre l'application des R.U.V. et les accidents mortels, il n'existe pas apparemment de relation de causalité et il ne s'agit, dans ce cas, que d'une bien malheureuse coïncidence.

Mais, si nous rapportons cette observation, c'est parce qu'elle suggère certaines réflexions.

Tout d'abord, nous ne pouvons dissimuler que l'atmosphère du Centre d'élevage fut un peu « lourde » après cet évènement. D'autre part, il s'agissait d'un assisté, mais nous nous demandâmes quelles auraient été les réactions de l'entourage si cet *exitus* était survenu dans notre pratique de ville.

Il nous a donc paru intéressant, au point de vue médico-légal, de poser à nos amis du *Concours médical* les trois questions :

1° La responsabilité médicale pouvait-elle être mise en cause ?

2° Est-on en droit de requérir la présence d'un médecin lors des séances de R.U.V. ?

3° Le cas concernait un enfant assisté ; par conséquent, les questions familiales ne sont pas en jeu, mais en pratique de ville (et ceci se lie à la question n° 1), les parents de l'enfant pourraient-ils exercer une action ?

Comme bien l'on pense, sur les trois points, la réponse qu'on trouvera ci-après fut affirmative, ce qui n'est pas sans importance pour les raisons suivantes :

1) *Les Annales de l'Institut d'Actinologie* viennent de commencer une enquête sur les accidents qui pourraient être imputables à l'application ou à l'action des rayons ultra-violets.

2) Grâce à la vogue extraordinaire des Rayons ultra-violets, à la demande expresse de certains parents, des enfants sont soumis à l'actinothérapie sans examen médical préalable, et parfois, sans qu'un tel traitement soit vraiment justifié.

3) C'est dans la saison froide et pluvieuse que cette méthode thérapeutique est le plus généralement appliquée. Des mesures de précaution contre le refroidissement sont évidemment à recommander.

4) Fréquemment, l'application des Rayons ultra-violets est confiée à des personnes étrangères à la médecine.

***

Les membres du Conseil de Direction du *Concours médical*, qui sont en même temps administrateurs du «Sou Médical», à savoir : MM. les Drs GASSOT, MAURAT, NOIR, VIMONT, DUCHESNE, BOUDIN, docteur en médecine et en droit, DUMESNY, avocat, licencié en droit, ont étudié les trois questions posées et y ont répondu comme suit :

Sur la première question, il faut distinguer entre le médecin prescripteur des rayons U.V. et le médecin qui les applique ou les fait appliquer.

En cas d'accidents, la responsabilité du prescripteur n'est pas plus engagée que lorsqu'il ordonne une formule magistrale irréprochable mais qui est mal exécutée par le pharmacien. Pour évoquer cette responsabilité du prescripteur, il faudrait qu'il eût commis une faute lourde, par exemple, en conseillant l'application des Rayons U.V., sciemment, dans un cas où ils sont formellement contre-indiqués.

Par contre, la responsabilité du médecin qui applique les Rayons U.V. peut être mise en cause, aussi bien qu'elle l'a déjà été pour le radiologiste, l'électrothérapeute, etc.

Un médecin électrothérapeute de province fait des applications de diathermie sur l'avant-bras d'une fillette atteinte de maladie de Morvan. Les applications sont faites selon la méthode de Bordier. Trois applications se passent sans le moindre incident. A la quatrième, qui dura vingt minutes, lorsque le médecin retira sa plaque, il constata l'existence d'une escarre qui, dans la suite, gagna en profondeur, de telle sorte qu'on dut amputer l'avant-bras de cette fillette.

A noter que les applications étaient faites en présence du médecin qui, ayant en même temps d'autres malades en traitement par une autre modalité thérapeutique, allait de l'un à l'autre.

Ce médecin a été poursuivi en responsabilité et vient d'ailleurs d'être acquitté. A noter également que la fillette est une Pupille de la Nation, c'est-à-dire dans une certaine mesure, une assistée...

***

Sur la deuxième question, la réponse est « oui », la présence d'un médecin est indispensable à de pareilles applications. Et si le médecin ne fait pas lui-même ces applications, s'il les laisse faire par un aide non médecin, il est responsable de cet aide, et des accidents qui pourraient survenir.

Un infirmier, une sœur, opérant seuls, de leur propre autorité, sans direction, ni surveillance médicale, seraient responsables civilement des accidents qui pourraient survenir. Ainsi jugé par le Tribunal civil de la Seine, 4e chambre, qui a débouté un ouvrier, atteint d'un phlegmon à la suite d'une piqûre de cacodylate de soude, faite par un infirmier de clinique, de la poursuite qu'il avait intentée au médecin directeur de cette clinique, en décidant que l'ouvrier qui s'était adressé directement à l'infirmier pour se faire soigner, sans prévenir le médecin, avait agi à ses risques et périls, et qu'ainsi, il ne pouvait avoir aucun recours contre le directeur de la clinique.

Et en outre, ils pourraient être et seraient vraisemblablement poursuivis correctionnellement pour exercice illégal de la médecine.

***

La réponse à la troisième question découle de

ce qui précède : en cas d'accident survenant dans les conditions indiquées ci-dessus, l'instance en responsabilité pourrait être déclanchée, non seulement par la famille de l'accidenté, mais encore par ses représentants légaux, tuteurs par exemple...

***

En thèse générale, tout ce qui est du domaine de l'art de guérir appartient en propre au médecin, et accessoirement, pour les médicaments, au pharmacien. Nul ne peut, légalement, se substituer au médecin en cette matière. Mais il en résulte que la responsabilité de l'homme de l'art peut évidemment être mise en jeu, si par imprudence, impéritie, inobservation des règles admises, il a causé un préjudice à autrui, soit par lui-même, soit par un de ses préposés.

G. DUCHESNE.

La vaccination anti-tétanique par l'anatoxine.

(MM. Chr. ZOELLER et G. RAMON. — *Académie de médecine* ; 2-2-1926.)

On connaît l'anatoxine diphtérique de Ramon et les applications auxquelles elle a donné lieu pour la vaccination anti-diphtérique. L'anatoxine tétanique est une préparation analogue dont l'emploi pour la prophylaxie du tétanos était dans l'ordre logique des choses. MM. Zoeller et Ramon présentent aujourd'hui les travaux qu'ils ont poursuivis sur cette question.

L'injection de sérum antitétanique jouit de propriétés préventives bien connues et bien établies en matière de tétanos. Malheureusement (comme pour le sérum antidiphtérique d'ailleurs) l'immunisation (passive) ainsi obtenue est de courte durée. Il faut renouveler l'injection au bout d'une semaine et la renouveler pendant un temps mal défini, l'immunisation étant plus courte aux injections suivantes. A l'injection de sérum, MM. Zoeller et Ramon proposent de substituer (ou d'ajouter) une vaccination par l'anatoxine, conférant une immunité active et durable. L'anatoxine est une toxine privée de son pouvoir toxique, tout en conservant son pouvoir antigène : elle provoque la formation d'antitoxine spécifique dans le sang et crée même une aptitude à produire rapidement de l'antitoxine à l'occasion d'un stimulant nouveau. Alors que la deuxième injection de sérum est déjà moins immunisante que la première, c'est l'opposé pour l'injectiond'anatoxine.

Les premiers essais des auteurs ont porté sur cent sujets. Ils ont noté les particularités qui viennent d'être signalées. Ils ont vu, en outre, que l'anatoxine et le sérum antitétanique pouvaient être associés sans perdre de leurs propriétés ; que l'anatoxine et le vaccin microbien du type T. A. B. pouvaient aussi être utilisés conjointement, chacun d'eux conservant alors toute son activité.

Les auteurs pensent que l'immunité active obtenue après trois et même deux injections d'anatoxine tétanique sera suffisante pour mettre les individus vaccinés à l'abri de la toxi-infection tétanique. Etant donnée toutefois la lenteur d'apparition de cette immunité active (elle demande plusieurs semaines pour être obtenue), il ne saurait être question, actuellement du moins, de la substituer entièrement à l'injection prophylactique de sérum. Chez le blessé non vacciné, la sérothérapie reste la méthode d'urgence. Mais en injectant simultanément de l'anatoxine, on prépare une vaccination active durable, qui rend dans la suite le sérum inutile et qui donne plus de sécurité.

En outre, MM. Zoeller et Ramon voient dans la vaccination anatoxique qu'ils étudient un procédé préventif à employer systématiquement dans certaines circonstances. Au début d'une campagne militaire, par exemple, on pourra y soumettre les soldats avant leur départ aux armées. L'injection peut se faire conjointement avec celle de vaccin antityphique T. A. B., ce qui permettra en deux piqûres, à quinze jours d'intervalle, de vaccin associé, d'immuniser les hommes à la fois contre la fièvre typhoïde et le tétanos.

— M. VAILLARD montre le progrès réalisé par la prophylaxie anatoxinique du tétanos. Le sérum antitétanique confère une immunité immédiate mais passagère ; l'anatoxine spécifique une immunité plus tardive, mais durable. MM. Zoeller et Ramon combinent les deux modes d'immunisation, ce qui est de première importance pour conjurer les tétanos tardifs. Un autre bienfait de leur méthode est la vaccination simultanée antityphique et antitétanique.

— M. Pierre BAZY rappelle les travaux présentés à la Société de chirurgie en 1917 par MM. Louis Bazy et Vallée sur la vaccination antitétanique de l'homme. Ces auteurs employaient une technique analogue à celle mise en œuvre chez le cheval pour l'obtention du sérum antitétanique (toxine iodée).

— M. ROUX répond que le procédé de la toxine iodée n'est pas pratique en clinique humaine parce qu'il n'est pas exempt de risques et nécessite toute une série d'injections. Le procédé de l'anatoxine est tout différent ; c'est une méthode simple et inoffensive qui utilise un corps nouveau, l'*anatoxine*, dérivée de la toxine dont elle à le pouvoir antigène, sans en offrir les dangers. La découverte des anatoxines est d'ordre général. La technique employée par Ramon s'applique aux toxines, aux venins de serpents, aux protéines toxiques végétales, qu'elle transforme en substances inoffensives. Les toxines ainsi traitées conservent néanmoins leurs propriétés immunisantes. C'est bien là une nouveauté scientifique et pratique.

La résorption des sérums.

(M. Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-12-1925.)

En 1923, Mac Clure et Aldrich ont fait une étude de l'état d'équilibre de l'eau dans les tissus en recherchant le temps de resorption de quelques gouttes d'eau salée injectées dans le derme, la palpation de la boule d'œdème ainsi formée permettant d'apprécier cette résorption. Ils ont noté que chez les sujets atteints d'œdème néphritique la résorption est activée. Elle s'accélère encore lorsque l'œdème va augmenter. Reprenant les travaux des auteurs américains, MM. Chevalier et Stiffel ont constaté également que chez les grands œdémateux l'intradermoréaction à l'eau salée pouvait avoir une signification pronostique défavorable lorsque le temps de résorption diminuait.

M. Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand ont envisagé la question chez les nourrissons. Dans le choléra infantile, où la deshydratation est intense, la résorption du sérum est extrêmement rapide. Dans l'athrepsie, le phénomène inverse s'observe et on pourrait le croire, au premier abord, paradoxal. En réalité dans l'athrepsie, il n'y a pas déshydratation, et Fouet a montré qu'il y avait même augmentation de la teneur en eau.

Au point de vue pratique, il semble permis de conclure que dans les états de déshydratation (le choléra infantile en particulier) il faut injecter et faire pénétrer le sérum salé en quantités massives. Dans les états de dénutrition grave (athrepsie) par contre, il convient d'être ménager des mêmes injections de sérum.

Huit cas de phrénicectomie.

(MM. Sergent, Baumgartner et F. Bordet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-1-1926.)

De la lecture de ces huit observations, qui comprennent deux cas de tuberculose pulmonaire, quatre cas de bronchectasies et deux cas de suppurations pulmonaires fétides, il ressort, dit M. Sergent, que la phrénicectomie est une opération relativement bénigne ; que ses effets thérapeutiques sont parfois longs à se produire ; que la rapidité de son action dépend de celle de l'ascension du diaphragme ; que ses résultats varient suivant la nature et l'étendue des lésions et ne sont pas toujours heureux.

— M. Rist ne croit pas que la phrénicectomie soit une intervention aussi inoffensive qu'on le croyait au début. Leriche a observé deux cas mortels et M. Rist a vu un cas terminé par la mort dans les vingt-quatre heures. Cette opération donne parfois des résultats merveilleux mais elle comporte également des succès partiels, des échecs et même des dangers.

Traitement des fractures bimalléolaires.

(MM. Alglave, Dujarier, Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1925.)

A propos d'une observation adressée par M. Courty, de Lille, concernant une fracture bimalléolaire vicieusement consolidée et traitée par astragalectomie, une discussion s'engage sur le traitement des fractures bimalléolaires et sur le traitement de ces fractures lorsqu'elles sont mal consolidées.

M. Alglave a vu plusieurs fois le déplacement du pied se reproduire sous l'appareil plâtré après que la fracture avait paru correctement réduite. Cette incertitude de réduction par manœuvres externes, comme le défaut de sécurité que donnent les appareils plâtrés ont décidé l'auteur à recourir systématiquement au traitement sanglant (vissage) pour les fractures à grand déplacement. Quant aux fractures vicieusement consolidées, on y remédiera par une astragalectomie ou une ostéotomie.

— M. Dujarier a une opinion toute différente. Pour lui, les fractures bimalléolaires ne ressortissent qu'exceptionnellement à l'intervention opératoire, au vissage préconisé par M. Alglave. La réduction est en général facile à pratiquer et à maintenir par les procédés classiques.

— M. Hartmann est du même avis. Dans les fractures récentes il a obtenu, malgré des déplacements considérables, un fonctionnement parfait par la simple réduction suivie de pose d'un appareil plâtré. L'important est de faire cette réduction dès les premières heures, avant que le pied ne soit gonflé. Réduction immédiate, suivie de plâtre immédiat, telle lui paraît être le traitement de choix.

— M. Lenormant n'a pas été, non plus, convaincu par les arguments de M. Alglave en matière de traitement des fractures bimalléolaires récentes. En six ans, sur un nombre élevé de ces fractures, il n'a eu recours au vissage qu'une seule fois.

Le diagnostic des tumeurs du sein.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 16-12-1925.)

M. Anselme Schwartz rappelle qu'en mai dernier il a signalé un certain nombre de faits de *fausses tumeurs de la glande mammaire.* Les caractères essentiels de ces formations sont les suivants : tumeur unique, ferme, grenue, comme si le lobe glandulaire était injecté de suif ; fusion avec la glande mais sans prolongements périphériques ; on ne trouve pas la mobilité de l'adénome ; pas d'adhérence à la peau et pas de douleur à la pression ; pas de ganglions dans l'aisselle. Ces lésions paraissent être de simples engorgements glandulaires que l'auteur traite par des compresses chaudes la nuit et de la compression ouatée le jour. Elles guérissent à la longue, progressivement.

Le point difficile est le diagnostic. Diagnostic très délicat, rendant la conduite embarrassante. M. Moc-

quot préfère pratiquer d'emblée une exérèse limitée suivie d'examen histologique. M. Schwartz s'en tient à l'expectation armée, revoyant les malades mois par mois. Il pense que cette manière de faire donne plus de sécurité que les opérations partielles et les biopsies. Il rappelle l'histoire d'une femme atteinte de tumeur du sein chez laquelle l'examen histologique minutieusement pratiqué conclut à un adéno-fibrome. Or, la pièce revue ultérieurement sur des coupes très nombreuses révéla une dégénérescence cancéreuse et la malade succomba effectivement au bout de peu de mois à un cancer avec métastases.

M. Schwartz croit meilleur, dans des cas de ce genre, de recourir plutôt à la surveillance clinique. Les opérations partielles, dit-il, dans les tumeurs déjà cancéreuses, sont dangereuses. Les simples manipulations du cancer le sont déjà. Les examens histologiques extemporanés, d'autre part, n'offrent pas une sécurité absolue. Il est préférable, dans les cas difficiles en question, d'examiner attentivement, une fois au moins par mois les malades, et à la moindre modification suspecte d'opérer largement. Les guérisons spontanées de ces fausses tumeurs vont aussi à l'encontre de la conduite thérapeutique qui consiste à pratiquer toujours l'amputation du sein dès qu'on y trouve une tuméfaction dont la nature reste imprécise.

Opération de Brauer pour adhérences péricardiques.

(MM. A. Bergeret et Theodoresco. — *Société de chirurgie* ; 6-1-1926.)

L'opération de Brauer (résection du gril costal) pour adhérences péricardiques, bien qu'elle date de vingt-trois ans, n'a fait l'objet que de rares communications à la Société de chirurgie. M. Hartmann, dans le rapport qu'il présente à propos d'une observation nouvelle de MM. Bergeret et Theodoresco, n'en signale que trois : une M. de Gosset, une de M. Gernez et une de M. Hallopeau. La littérature médicale comporte 63 cas publiés. Cette intervention est indiquée lorsque le cœur est gêné dans ses mouvements par les lésions péricardo-pulmonaires et médiastinales. P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fibrome et grossesse.

M. Gouillioud souligne, à propos de cette question, qui a fait l'objet de plusieurs présentations dans nos sociétés, la différence de mentalité des accoucheurs et des chirurgiens : les premiers, en présence d'une femme qui perd, pensant avant tout à la grossesse et ayant tendance à temporiser, les seconds pensant plutôt au fibrome et faisant la laparotomie. M. Gouillioud est d'avis que, chez la femme jeune, il faut avoir la mentalité obstétricale, laisser évoluer autant que possible grossesse, fausses couches, accouchement qui souvent se passent normalement ; faire à l'occasion un curettage dans un utérus fibromateux ; chez la femme plus âgée, il faut reprendre la mentalité chirurgicale, car alors le fibrome devient plus dangereux (hémorragies, sphacèle, transformations malignes).

Caverne gangréneuse de la base du poumon avec niveau liquide.

MM. Pallasse et René Chaix présentent l'observation d'un malade chez lequel on avait constaté cliniquement l'existence, au niveau du poumon droit, d'un foyer de râles humides abondants et à la radioscopie une image hydroaérique avec plage claire limitée en bas par une ligne de niveau oscillant à la mobilisation du malade. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une caverne.

Deux anévrysmes de Rasmussen dans le même poumon.

MM. Bonnamour et Garin. — Femme de 34 ans morte d'hémoptysie foudroyante. A l'autopsie on trouva deux anévrysmes de Rasmusse situés chacun dans une caverne. Le plus gros était du volume d'une bille ; le plus petit, celui qui s'était rompu, était de la grosseur d'un pois. Les anévrysmes de Rasmüssen sont rares : on les trouve, d'après Ménétrier, dans 2 p. 100 des autopsies de cavernes. Il est exceptionnel d'en trouver plus d'un dans le même poumon.

Lésions calcaires de l'anneau fibreux mitral.

MM. Bonnamour et Garin ont fait la constatation nécropsique d'un rétrécissement mitral serré par transformation calcaire de l'orifice mitral, ainsi que de la partie supérieure des deux valves.

Elytrocèle postérieure.

M. Violet a soigné une malade opérée antérieurement pour cystocèle compliquée de l'abaissement d'un utérus fibromateux ; six mois après, apparut à la vulve une nouvelle tuméfaction qui fut reconnue être une élytrocèle, ou hernie du Douglas à travers le raphé aponévrotique déchiré ou distendu par l'accouchement. Une nouvelle intervention fut pratiquée : dissection et exérèse du sac péritonéal du Douglas, résection et suture des parois vaginales distendues.

Paralysie durable du plexus brachial après anesthésie régionale.

M. R. Labry rapporte, avec MM. Wertheimer et Chavent, un cas de paralysie du plexus brachial durant depuis six mois et consécutif à une anesthésie régionale pratiquée pour une phrénicotomie chez une tuberculeuse. L'intervention fut des plus simples

La paralysie régressa très lentement. Par contre, des troubles trophiques importants sont apparus.

Crises tabétiques. Hypotension rachidienne. Eau distillée intra-veineuse.

M. Pierre Lépine relate l'histoire d'une malade du service de M. Cade, syphilitique ancienne, ayant des symptômes de tabès au complet, avec des crises gastriques répétées et graves, s'accompagnant d'hypotension du liquide céphalo-rachidien. Les traitements classiques étant restés sans résultats, on pratiqua des injections intra-veineuses d'eau distillée qui amenèrent une amélioration rapide. Depuis, les crises ne se sont pas reproduites.

L'injection intra-veineuse d'eau distillée a été préconisée par M. Leriche dans le traitement de l'état de mal épileptique avec hypotension rachidienne. Elle agit par le mécanisme de l'hypotonicité passagère qu'elle détermine dans le milieu sanguin et l'hypersécrétion des plexus choroïdes qui en résulte.

Tétanos céphalique consécutif à une blessure oculaire.

MM. Jacqueau et Bujadoux présentent l'observation d'un homme blessé par un fil de fer rouillé ayant perforé la coque oculaire gauche ; l'extension de l'infection nécessita l'énucléation ; les suites en furent normales, mais huit jours après l'accident apparurent des signes de tétanos céphalique : trismus du côté gauche, parésie faciale droite. Celui-ci dure actuellement depuis trois semaines sans amélioration malgré un traitement sérothérapique assez énergique : 400 cmc. en tout. Le tétanos céphalique est assez rare après les blessures de l'œil seul.

Volvulus de la trompe et de l'ovaire droits dans un sac herniaire chez un enfant de 10 mois.

MM. Rochet et Peycelon ont observé une fillette de 10 mois amenée à l'hôpital pour hernie étranglée. A l'intervention, après ouverture du sac, on se rend compte que le contenu de ce dernier est constitué par l'ovaire et par la trompe tordue sur elle-même. Castration droite. Cure radicale de la hernie. Guérison. En pareil cas, la torsion tubaire paraît être l'accident primitif ; l'étranglement ne survient que du fait de la turgescence des organes tordus.

Exploration radiologique des bronches par les injections intra-trachéales de lipiodol.

MM. Roubier et Pétouraud ont pratiqué chez trente-trois malades atteints d'affections chroniques des bronches des injections intra-trachéales de lipiodol. Ils classent en quatre groupes les radiographies obtenues après ces injections : a) *images normales*, dans lesquelles la trachée, sa bifurcation, les grosses bronches, sont dessinées par deux minces traits noirs (le lipodol adhérant aux parois), et les bronchioles complètement injectées, apparaissant comme de minces cordons noirs ; b) *dilatations multiples des extrémités bronchiques*, se présentant sous forme de taches noires arrondies, groupées en bouquets ; c) *dilatations cylindriques*, bronches dilatées uniformément jusqu'au dessus du diaphragme ; d) *dilatations ampullaires*, images en grappe correspondant à des dilatations bronchiques sacciformes. Les accidents de la méthode sont rares. Quant à sa valeur thérapeutique, elle est assez minime.

Ostéite syphilitique du tibia.

MM. Bonniot et Juvin. — Femme atteinte d'ostéite du tibia pour laquelle le diagnostic hésitait, en raison des antécédents, entre ostéite typhique et ostéite syphilitique. La guérison fut obtenue après trépanation et extraction de séquestres avec traitement spécifique associé.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Labry montre une pièce : kyste dermoïde de l'ovaire renfermant un arc osseux représentant nettement un maxillaire avec des dents dont certaines parfaitement constituées, une voûte palatine en partie effondrée, un bloc osseux dur avec des dents irrégulièrement implantées.

Fibrome rouge de l'utérus.

M. Labry présente un fibrome rouge de l'utérus remarquable par son volume et, cliniquement, par l'abondance des pertes, des poussées douloureuses et fébriles, de l'amaigrissement et de l'asthénie.

Kyste de l'ovaire simulant une rétroversion de l'utérus gravide.

M. Latreille présente, au nom de M. Cotte, une observation de kyste de l'ovaire en ayant imposé tout d'abord pour une rétrover ion de l'utérus gravide en raison d'une aménorrhée absolue et de phénomènes de rétention d'urine.

Tuberculose rénale unilatérale. Néphrite subaiguë du côté opposé.

M. Peycelon rapporte, au nom de M. Gayet, l'observation d'un malade porteur d'une tuberculose rénale gauche évidente ; le rein droit, indemne de tuberculose, présentait par contre des lésions inflammatoires de néphrite qui amenèrent des accidents mortels d'urémie. On peut en pareil cas, se demander s'il faut tenter la néphrectomie et ce qu'il faut en attendre.

Cancer du côlon généralisé au foie simulant une cirrhose.

MM. Pallasse et Lesbroc relatent l'observation d'un malade qui, à son entrée à l'hôpital, présentait de l'ascite avec circulation veineuse collatérale, des œdèmes des membres inférieurs, une cachexie avan-

cée, un gros foie lisse et dur. A l'autopsie, nombreux noyaux cancéreux du foie, cancer du côlon transverse sur lequel rien n'avait appelé l'attention pendant la vie.

Luxation acromio-claviculaire.

M. Creyssel montre, au nom de M. Delore, un malade qui, ayant été projeté contre un mur, le bras en adduction, se fit une luxation acromio-claviculaire. Le déplacement étant très marqué, il paraissait certain que la contention serait impossible par un simple appareillage. M. Delore tenta donc la réduction sanglante par suture du ligament trapézoïde. Le résultat fut des plus satisfaisants. Le blessé peut mettre la main sur la tête et réalise une abduction très marquée.

Bacillose iléo-cæcale.

M. Labry présente, au nom de M. Delore, une malade atteinte de bacillose iléo-cæcale et chez laquelle M. Delore établit tout d'abord une dérivation interne par une anastomose iléo-colique, puis, quinze jours après, pratiqua une hémicolectomie droite. M. Delore fait présenter ce cas pour protester contre la tendance qu'ont actuellement beaucoup de chirurgiens d'opérer en un temps les tumeurs du côlon droit non compliquées d'occlusion aiguë. Cette manière de faire expose, en effet, à des mécomptes : accidents mortels de cellulite rétro-péritonéale.

Coryza spasmodique avec troubles oculaires.

MM. Rollet, Sargnon et Colrat ont traité un malade venu à la clinique ophtalmologique pour troubles oculaires vagues ; l'examen oculaire ne montre aucune lésion du fond de l'œil. Par contre on apprend que le malade a presque tous les matins des crises d'éternuement suivies d'hydrorrhée. L'examen rhinoscopique (M. Sargnon) révèle une grosse déviation de la cloison nasale du côté droit et un gros cornet moyen droit. M. Sargnon pratique l'ablation d'une partie de ce cornet. Les troubles oculaires disparurent complètement après l'intervention.

Société médicale des hôpitaux.

Anévrysme fusiforme non syphilitique de l'aorte abdominale.

MM. Dumas et P. Ravault exposent le protocole d'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de gangrène de la jambe droite, chez laquelle existait, à la terminaison de l'aorte abdominale, une dilatation fusiforme que l'examen anatomo-pathologique montra être le résultat d'altérations athéromateuses, sans lésions syphilitiques. L'histoire de la malade, l'absence de réaction de Wassermann plaidaient du reste contre la syphilis.

Médication iodée dans la tuberculose pulmonaire.

MM. Bonnamour et P. Delore ont étudié cette médication chez des malades porteurs de tuberculose fibro-caséeuse avec signes d'évolution et symptômes d'intoxication. Ils ont utilisé : la teinture d'iode en gouttes, ingérée soit avec du lait, soit avec de la glycérine et du lait, l'iode colloïdal en injections intra-musculaires, la solution de Tarnier en inhalations (peu recommandable), enfin le lipiodol en injections intra-trachéales. Les auteurs s'élèvent contre le préjugé qui veut que l'iode soit dangereux chez les tuberculeux pulmonaires ; il ne faut pas confondre en effet l'iode avec les iodures. Quant aux résultats, MM. Bonnamour et Delore en ont eu quelques-uns de favorables, et beaucoup de nuls. Toutefois, ils pensent que l'iode est indiqué dans les formes peu évolutives, à prédominance fibreuse.

Les formes filtrantes du bacille de Koch et le problème de l'hérédité tuberculeuse.

MM. F. Arloing, A. Dufourt et Malartre, reprenant la question des formes filtrantes du B. de Koch, ont constaté qu'après inoculation de filtrats provenant de lésions tuberculeuses diverses, on ne trouvait à l'autopsie des cobayes aucune lésion tuberculeuse visible, mais les frottis de ganglions trachéo-bronchiques, lombaires et sous-maxillaires renfermaient de grandes quantités de bacilles. L'existence de formes filtrantes du bacille tuberculeux est donc certaine et on est amené à se demander s'il n'y aurait pas lieu, en tenant compte de ces faits, de reviser la question de l'hérédité tuberculeuse, le passage de bacilles qui a lieu à travers les filtres pouvant peut-être s'effectuer au niveau du placenta.

Lambliose chez l'enfant.

MM. Cade et Pierre Lépine rapportent l'observation d'un enfant de 34 mois ayant commencé par maigrir et s'anémier, puis qui présenta de la diarrhée et des douleurs anales. L'examen des selles montra en grande abondance des kystes de *Lamblia*. Des injections d'acétylarsan amenèrent une amélioration rapide. A noter que la plupart des cas de lambliose ont été jusqu'ici observés chez des adultes.

Sténose pylorique du nourrisson. Lavages d'estomac.

MM. Mouriquand, Bertoye et Charleux présentent l'observation d'un enfant de 3 mois et demi envoyé à l'hôpital pour vomissements datant de deux mois. Enfant amaigri (2.980 gr. au lieu de 3.650 à la naissance), déshydraté. Vomissements se répétant deux à trois fois par jour. Ondes péristaltiques très nettes. Radioscopie : estomac très dilaté. Pas de tumeur pylorique perceptible. Traitement : lavage d'estomac deux fois par jour pendant deux mois (en tout 120 lavages) ; 5 cmc. de sérum artificiel sous la peau tous les jours. Amélioration progressive. Actuellement l'enfant ne vomit plus qu'ac-

cidentellement, et la radioscopie montre un estomac de dimensions normales.

Les lavages d'estomac dans la sténose pylorique du nourrisson sont, dit M. Mouriquand, particulièrement indiqués : quand l'enfant — c'était le cas ici — n'a ni constipation opiniâtre, ni oligurie marquée, quand les symptômes surviennent longtemps après la naissance et quand on est près du quatrième ou cinquième mois, époque de guérison habituelle de la sténose ; enfin quand la bouillie barytée est expulsée de l'estomac en moins de cinq heures. Quand ces conditions ne sont pas remplies, quand malgré les lavages, les vomissements persistent abondants, quand l'état général décline rapidement et progressivement; il faut faire opérer le petit malade.

Néphrite azotémique au cours de la diphtérie.

MM. Chalier, Brochier, Mollon et Morel rapportent deux cas de diphtérie, l'une d'intensité moyenne, l'autre maligne avec paralysie précoce, qui se compliquèrent toutes deux de néphrite azotémique révélée dans un cas par les douleurs lombaires, le taux élevé (18 gr.) de l'albumine, l'anémie, la torpeur, la somnolence ; dans l'autre, par la constatation d'albumine et de cylindres, la somnolence, la torpeur ; dans les deux cas, le dosage d'urée dans le sang confirme le diagnostic. Tous deux eurent une terminaison fatale. Pour M. Chalier, le rein joue sans doute un rôle important dans le syndrome secondaire malin de la diphtérie. Au point de vue thérapeutique, on peut se demander si on peut continuer les injections de sérum en cas de néphrite. M. Chalier pense, que oui, l'albuminurie, dans les cas présentés, n'ayant pas progressé malgré le sérum.

Maladie sérique consécutive à un épanchement séreux sous-cutané.

M. L. Michon. — Une malade, à la suite d'une hystérectomie totale pour annexite ancienne, eut au sixième jour une éruption d'urticaire généralisée avec céphalée, vomissements et diarrhée ; le lendemain, face œdématiée, paupières tuméfiées ; l'examen de la plaie opératoire montre alors, à la partie supérieure de la cicatrice, une collection, d'où après débridement s'échappa un verre à bordeaux environ de sérosité claire légèrement hémorrhagique. On apprend alors que la patiente, ayant eu la diphtérie quelques années auparavant, avait reçu plusieurs injections de sérum antidiphtérique. Le Dr Bertoye consulté, diagnostiqua une maladie sérique typique, diagnostic qui fut confirmé par l'apparition les jours suivants de douleurs articulaires. Les phénomènes disparurent au bout de quelques jours. Il s'est donc agi de maladie sérique survenue chez une sensibilisée, à la suite d'un épanchement du sérum de la malade dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ostéopathies syphilitiques de la première enfance.

M. Péhu et Mme Enselme, sur 42 observations de syphilis congénitale, ont relevé 32 lésions osseuses, soit une proportion de 76 %. La périostite ossifiante est de beaucoup la lésion la plus fréquente. Vient ensuite l'ostéochondrite. Celle-ci se produit de préférence pendant la vie intra-utérine et les trois premiers mois après la naissance. La périostite ossifiante commence quelques semaines après la venue au monde et continue à se manifester jusque dans le cours de la deuxième année. L'ostéochondrite, même étendue et accompagnée de fractures, guérit le plus souvent avec une rapidité parfois surprenante, sous l'influence des divers traitements : arsenicaux, bismuth, mercure. La périostite au contraire est souvent rebelle aux traitements spécifiques.

Anaphylaxie à l'insuline.

MM. Péhu, Despeignes et Charleux. — Chez un enfant de 2 ans, diabétique, les injections d'insuline, d'abord tolérées pendant environ six mois, provoquèrent ensuite des phénomènes d'anaphylaxie caractérisés par des érythèmes locaux avec induration et œdème.

Le nitrite de soude en injections intra-veineuses.

M. Petzetakis a employé le nitrite de soude en injections intraveineuses dans l'artériosclérose et l'hypertension artérielle, dans l'angine de poitrine, le mal de Bright, etc. Ce médicament a, selon lui, une action hypotensive et cardiotonique qui amène l'amélioration, souvent rapide, d'une série de troubles, tels que dyspnée, pesanteur, bourdonnements d'oreille, etc.

Société d'ophtalmologie.

Corps étranger intra-oculaire.

MM. Rollet et Colrat présentent un malade blessé par un éclat d'acier et vu deux heures après l'accident. On fait de suite une application de l'électro-aimant géant qui permit de retirer un éclat de 9 millimètres de long, sur 8 de large et 2 d'épaisseur, et pesant 66 centigr. L'extraction ne produisit pas de lésions nouvelles. Les suites furent simples et l'œil put être conservé. De tels accidents nécessitent souvent l'énucléation et l'heureux résultat obtenu ici doit être attribué à la précocité de l'intervention.

Séquelles de brûlure oculaire par ypérite.

M. Genet présente un étudiant en médecine, sous-aide-major pendant la guerre, qui fut atteint par les gaz en octobre 1918 : brûlure oculaire, toux, coryza et brûlures en divers points du corps, bourses notamment. Actuellement on note les séquelles suivantes : vascularisation de teinte rouge des deux yeux, aspect porcelainé de la conjonctive bulbaire, persistance de sécrétions conjonctivales la nuit, de photophobie, de poussées de rougeur des globes dans le travail de près prolongé.

Zona ophtalmique et lésion du ganglion ophtalmique.

M. Genet relate l'histoire d'une jeune fille de 17 ans atteinte en décembre 1922 de varicelle avec zona ophtalmique et qui conserve actuellement, du côté du zona, une parésie de l'accommodation, avec mydriase et déformation de la pupille. M. Genet pense qu'il serait légitime d'attribuer ces phénomènes à une lésion du ganglion ophtalmique.

De la survie dans le gliome de la rétine.

M. Genet rapporte l'histoire d'un malade chez lequel il pratiqua en janvier 1913 une énucléation pour un gliome de la rétine. Le sujet, alors âgé de 27 mois, a été revu en avril 1925. Il n'a présenté aucune récidive et l'autre œil est intact.

Autovaccinothérapie dans les conjonctivites.

MM. Rollet et Colrat ont observé deux cas de kérato-conjonctivites et un cas de blépharo-conjonctivite à staphylocoques, rebelles aux traitements ordinaires et qui ont guéri rapiedment par l'autovaccinothérapie.

A. Chabanon.

Les Congrès

Congrès de médecine des accidents du travail.

(*Suite et fin*) (1).

Tableau annexé aux communications sur la tuberculose et les accidents du travail. (délais d'apparition et d'évolution).

Localisation.	Minimum.	Maximum.
Tuberculose osseuse et articulaire.	4-6 semaines.	6 mois ; dans la tuberculose de la boîte crânienne, du bassin et de la colonne vertébrale, un an.
Tuberculose pulmonaire	Fin de la première semaine.	4 mois.
Tuberculose miliaire	10-12 jours, mort 15 jours après l'accident, au plus tôt.	Fin de la troisième semaine, mort 8 semaines après l'accident au plus tard.
Méningite	3-4 jours.	10-15 jours.
Pleurésie	Fin de la deuxième semaine.	3-4 mois.
Péritonite	2 semaines.	Commencement de la 4e semaine.
Tuberculose articulaire et épididymaire		1-2 mois.
Tuberculose rénale	3-4 semaines.	Plusieurs mois.
Tuberculose cutanée, musculaire et des muqueuses	3-4 semaines.	
Tendovaginites et synovites	3-4 semaines.	Jusqu'à 6 mois.
Tuberculose des glandes lymphatiques	2 mois. 3-4 semaines.	6 mois. 3 mois.

Yeux.	Infection exogène.	Infection endogène.	Infection exogène.	Infection endogène.
Conjonctive, cornée, sclérotique	5-7 jours.	5-6 semaines.	10-12 jours.	3 mois.
Iris, choroïde, cristallin, rétine	5-7 jours.	6-7 semaines.	Fin de la 2e semaine.	4 mois.

(1) V. *Concours Médical*, n° 9.

L'indemnisation des petites invalidités. — M. le professeur Julliard (Suisse). — Exposé des différents système pour le règlement de l'indemnité à un taux d'invalidité de 10 à 15 p. 100 : 1° pas de rente ; 2° rente ordinaire ; 3° rachat ; 4° rente différée (valeur capitalisée à cinquante ans, système Hool) ; 5° le système proposé en Belgique. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients. L'auteur recommande de laisser aux organismes d'assurance et aux industries le libre choix entre les systèmes.

M. le Dr Liniger (Francfort). — Ce mode de paiement qui est employé avec succès depuis près de cinquante ans dans les assurances privées, produit des résultats excellents au point de vue de la capacité de travail, même dans les cas de blessures graves ; la « psychose de rente » se guérit, après le paiement, d'une façon surprenante. En Allemagne, l'assurance contre les accidents limite le paiement aux rentes de 20 p. 100 au moins. Ici aussi le résultat est bon. Chaque fois qu'il fut possible de contrôler ultérieurement les cas où ce paiement a été effectué précédemment, toutes les plaintes avaient disparu malgré la persistance objective de dérangements importants, qui, sans cela, auraient obligé au paiement d'une rente annuelle. L'auteur préconise le paiement aussi rapidement que possible ; le décret gouvernemental prescrivant de ne pas payer de rentes en-dessous de 20 p. 100 n'a pas été accepté.

L'enseignement médical des accidents du travail. — M. le Dr Kaufmann (Zurich). — L'importance de la médecine des accidents pour l'application des lois d'assurance est chose consacrée en Allemagne, en Autriche, en Italie, dans les Pays-Bas et en Suisse. Il en est de même de la nécessité de la formation des médecins en vue des devoirs qui leur incombent dans ce domaine.

La médecine des accidents a été introduite dans l'enseignement universitaire en Suisse dès 1912. Mais un enseignement systématique manque encore à l'heure actuelle, de même que son complément pratique.

Dans d'autres Etats, il existe des moyens de formation de spécialistes : cliniques et hôpitaux spéciaux, assurance obligatoire, presse médicale s'occupant spécialement de ces questions (revues paraissant d'une façon régulière, traités de médecine des accidents) etc.. Dans beaucoup d'universités, des professeurs et agrégés donnent des cours dans ce domaine. L'auteur ne s'occupe pas, dans ce travail, des moyens de développer cet enseignement et ne formule pas de propositions à ce sujet. Il se contente d'indiquer ce qui a été fait pour l'enseignement de cette branche jusqu'à nos jours.

Les lois d'assurance sociale et l'enseignement universitaire de la chirurgie. — (M. le professeur Zaager (Hollande). — La loi sur les accidents a eu une répercussion sur l'enseignement médical, et cette influence est appelée à devenir de plus en plus importante. L'enseignement doit progressivement s'y adapter d'une façon harmonieuse. L'application de la loi nécessite un diagnostic exact et précoce parce qu'il fournit les éléments d'appréciation nécessaires et présente l'étiologie d'une façon claire. L'auteur discute ensuite les méthodes d'examen, la thérapeutique et les indications opératoires. L'étudiant en médecine doit recevoir cet enseignement à l'université et son intérêt pour la médecine des accidents doit déjà être éveillé pendant ses années d'étude.

Affections oculaires professionnelles. — M. le professeur Elschnig (Prague). — Parmi les 105.000 malades de la clinique ophtalmologique de Prague (quatorze années), se trouvent 9.100 blessures dont 5.590 blessures du travail. La littérature montre que l'industrie du fer et du métal comporte un accident grave pour 1.000 travailleurs, la construction 1 pour 3.600 et l'agriculture 1 pour 15.250 (nombre de blessures respectivement : 10.7, 4 et 3,8 du total). Le nombre des blessures par corps étrangers augmente vers la fin de la semaine. L'ulcus serpens est particulièrement fréquent à la campagne. L'auteur recommande comme prophylaxie de l'infection l'application immédiate d'un onguent à l'oxycyanure de mercure (1 p. 5.000). La plupart des accidents peuvent être évités par des mesures prophylactiques. Celles-ci doivent être obligatoires. Des médecins spécialistes doivent surveiller les ateliers et les travailleurs, en corrélation avec l'inspecteur du travail, et donner des conseils sur le choix du métier.

Dans l'organisation des premiers secours on doit tenir compte de tous ces facteurs.

Affections cutanées causées par la paraffine. — M. le Dr Scott (Angleterre). — En fait d'affections de la peau causées par l'influence de la paraffine brute ou à demi-raffinée, l'auteur énumère successivement : les comédons professionnels, la folliculite et la périfolliculite, la dermite pustuleuse et papuleuse, l'érythème simple, la dermite érythémateuse et l'épithélioma (cancer de la paraffine).

L'industrie des sels d'uranium au point de vue pathologique. — MM. le Dr M. De Laet et Ch. Meurice (Bruxelles). — L'uranium traité industriellement en Belgique comme sous-produit de l'isolement du radium, passe dans la littérature pour extrêmement toxique. Les auteurs ont longuement étudié quatre ouvriers travaillant depuis un ou deux ans dans les sels solubles ou insolubles d'uranium. A part une notable hypoleucocytose portant surtout sur la série polynucléaire, une certaine anémie globulaire (un cas de purpura) et une chlorurie très marquée, les ouvriers ne présentent aucune manifestation morbide. Des recherches ultérieures préciseront la part due à la radio-activité de l'uranium dans les altérations sanguines décrites dans ce travail.

Pathologie de la profession typographique. — M. le professeur SEITZ (Leipsig). — L'auteur a fait des recherches statistiques sur les conditions hygiéniques et la morbidité (surtout en rapport avec l'empoisonnement par le plomb) dans les différentes branches des industries typographiques. Il croit à l'existence d'une immunité acquise très notable chez beaucoup d'ouvriers dans ces industries. Les résultats de l'examen du sang dans les différents groupes en donnent une idée. Cet examen doit se faire régulièrement.

Pathologie professionnelle des pompiers. — M. le professeur CHAJES (Berlin). — La fréquence des accidents chez les pompiers professionnels à Berlin, Breslau et Munich, est plus grande que dans les autres groupes d'ouvriers. A côté de l'intoxication par le gaz et la fumée, on doit encore noter comme maladies professionnelles les troubles digestifs, ainsi que les maladies des organes respiratoires et locomoteurs (refroidissements). L'exploration des hommes pour ce qui concerne les organes des sens et les systèmes circulatoire et nerveux, se traduisent par des chiffres très élevés de maladie de ces organes. L'auteur recommande la diminution du temps de garde (au plus vingt-quatre heures), l'examen périodique, ainsi que plusieurs autres mesures d'hygiène sociale.

Les maladies nerveuses professionnelles. — Rapport de M. le professeur O. CROUZON (Paris). — Parmi les maladies professionnelles qui comportent des symptômes nerveux, il faut placer en premier lieu les empoisonnements (plomb, mercure, arsenic, oxyde de carbone, les combinaisons sulfocarbonées, celles du chlore et du carbone, l'alcool, la nicotine, les gaz et vapeurs asphyxiantes). L'étiologie, la clinique et l'anatomie pathologique sont décrites d'une façon très complète par l'auteur.

Dans une deuxième catégorie de maladies nerveuses professionnelles, sont rangées les affections par décompression (maladies des caissons) et spécialement celles causées par les courants électriques. De moindre importance sont les crampes professionnelles, les coups de chaleur, etc.

La loi française du 25 octobre 1919 reconnaît seulement les intoxications saturnines et mercurielles, et parmi celles-ci, quelques formes seulement, à savoir : les paralysies des extenseurs et l'hystérie dans les cas de saturnisme, le clonisme et les paralysies dans les intoxications mercurielles ; et encore y a-t-il de nombreuses formalités pour l'obtention de l'indemnisation.

Blessures accidentelles de la main. — Rapport de M. le professeur WITTEK (Graz). — Le sort de ces blessures dépend, en premier lieu, des premiers soins médicaux. Ceux-ci doivent être chirurgicaux et immédiats. Lorsque ces conditions sont remplies, la possibilité d'une guérison *per primam* est plus probable. Un traitement institué après vingt-quatre heures ne permet en réalité que peu de chances de guérison rapide. Il faut se garder d'un traitement par trop conservateur, spécialement dans les écrasements des doigts. Enfin, le traitement de toutes les blessures de la main chez les ouvriers ne doit jamais être un traitement ambulatoire s'il y a eu contusion et déchirure de la peau, si les articulations sont ouvertes, les tendons endommagés, et par conséquent lorsqu'il y a danger immédiat d'infection. L'hospitalisation est alors nécessaire. Il est recommandable, après le traitement de la plaie chez ces blessés, de les garder quelques jours au lit et de pourvoir les blessés de la main et de l'avant-bras d'un pansement avec soutien. Si, après la guérison, des troubles fonctionnels persistent, on peut encore attendre d'un traitement chirurgical rationnel une amélioration réelle.

Traumatismes du cartilage semi-lunaire. — M. le Dr BIRCHER (Suisse). — La législation sur les accidents du travail a fait progresser la chirurgie des articulations du genou. Des facteurs géographiques et constitutionnels jouent un rôle, comme aussi la profession, dans la genèse des lésions du ménisque par suite des altérations dégénératives primaires et secondaires et des inflammations. Pas plus d'un tiers du nombre total des lésions du ménisque n'est causé par lésion traumatique directe ; dans 10 p. 100 des cas il existe une autre lésion. Un examen radiologique et arthro-endoscopique est indispensable pour le diagnostic. Une prompte opération donne les meilleurs résultats (90 p. 100 de guérison complète et durable). A l'opération, ne faire qu'une petite incision et éviter toutes les ligatures. Il est nécessaire de faire suivre l'opération le plus tôt possible d'un traitement orthopédique.

L'arthrite déformante traumatique. — M. le Dr P. EWALD (Allemagne). — La corrélation avec l'accident est à limiter aux cas où l'arthrite déformante se développe dans le courant de la première année qui suit l'accident et au siège de la blessure. Se développe-t-elle dans une articulation éloignée et après plus d'un an, elle ne peut être considérée comme suite de l'accident. Pour reconnaître une aggravation d'une arthrite existant auparavant, la preuve qu'un accident a eu lieu doit être fournie d'une façon précise.

Les pneumoconioses. — M. le professeur COLLIS (Angleterre). — Sous cette dénomination générale se rangent l'asthme, la bronchite, la pneumonie et la phtisie fibreuse. Peu de poussières seulement sont inoffensives lors d'une inhalation prolongée ; toutes causent la bronchite et, en moindre proportion, la pneumonie. Quelques poussières de coton et de lin. La poussière de silicium est connue comme cause de silicose, qui prédispose à la tuberculose pulmonaire.

L'auteur expose une vue d'ensemble des nombreux matériaux statistiques, cliniques, pathologi-

ques et bactériologiques, rassemblés ces dernières années à propos de ces affections.

Les pneumoconioses. — M. le Dr Sleeswijck (Hollande). — Les opinions sur la nature des maladies qui sont désignées par ce nom collectif sont divergentes. L'intérêt se concentre sur deux questions: Quelle est la cause de pneumoconiose ? Quelle relation y a-t-il entre cette pneumoconiose et la tuberculose pulmonaire ? La structure microscopique des poussières est, contrairement à ce qu'on pensait autrefois, de très minime importance. Déjà, en 1917, l'auteur a attiré l'attention sur l'importance de leur teneur en chaux. Moins il y a de chaux plus les poussières (pierreuses) sont nocives. Cela concorde avec l'expérience. La proportion de silicium, au contraire, joue un rôle funeste. Les symptômes et les anomalies résultant de la chalicose et de la silicose sont décrits en détails. L'auteur indique en passant, dans la bibliographie, une confusion dans les idées. La « coalminersphtisis » n'a aucun rapport avec la tuberculose. C'est un synonyme anglais de silicose.

L'orateur traite ensuite les difficultés que présente le diagnostic différentiel. Seule la découverte des bacilles de la tuberculose peut donner la certitude (ce qui est très rare). Le nombre des tailleurs de pierre indubitablement tuberculeux est très petit aux Pays-Bas (sur 963 examinés 6 seulement avaient des bacilles de la tuberculose, dont 5, encore, présentaient des tares héréditaires). La tuberculose est donc dans les cas de chalicose et de silicose une complication d'importance secondaire. Bibliographie critique. Bien des problèmes restent en suspens que les recherches expérimentales seront le mieux à même de résoudre.

Tuberculose et pneumoconiose des mineurs de la Rhur. — M. le Dr Bohme (Allemagne). — Les foreurs seuls présentent des pneumoconioses vérifiables par les rayons X, seulement après dix ou quinze ans de travail. Le pourcentage est plus élevé chez les foreurs de pierres que chez les foreurs de mines de charbon. Des symptômes pathologiques ou des plaintes de malades n'en révèlent précocement qu'un petit nombre. La quantité de poussières peut monter jusqu'à 5 p. 100. Le pourcentage de tuberculose, très peu élevé, provient du recrutement soigneux des mineurs. L'étude du matériel d'hôpital donne des chiffres un peu plus élevés ; ici aussi les mineurs des carrières des pierres présentent un pourcentage plus élevé.

Maladies professionnelles des femmes et des enfants. — M. le professeur Thiele (Allemagne). — L'auteur démontre que le travail professionnel actuel demande au corps et à l'esprit de la femme des efforts trop grands, qui ne peuvent être comparés au travail ordinaire de la femme dans la maison et dans sa famille. On est loin encore de protéger suffisamment l'ouvrière, surtout celle qui est enceinte ou qui allaite. Une amélioration de ces mesures dans l'intérêt de la descendance est donc pour la société une nécessité urgente.

Dr Laet.

Les Livres

L. Dauresse, éditeur, 41, rue de Maubeuge, Paris.
J. Vanverts. — **Le Guide professionnel du médecin.**
Un volume in-8 raisin de 180 pages. Prix : 20 fr.

Le professeur Vanverts, de Lille, a compris, depuis longtemps, que le rôle de celui qui a la noble et périlleuse mission d'enseigner la jeunesse médicale, n'accomplit qu'une partie de sa tâche, s'il borne son enseignement, à l'anatomie, à la pathologie, à la clinique, à la thérapeutique, c'est-à-dire aux sciences que doit posséder le *docteur en médecine*. Il a compris qu'il appartient au professeur de former en même temps le *médecin*, c'est-à-dire le professionnel qui mettra en pratique dans l'intérêt des malades et de la santé publique, ses connaissances scientifiques.

Il l'a tellement compris qu'il ne manque jamais, chaque année, de faire une leçon ou de donner une conférence à ses élèves, sur toutes les questions qui concernent, non plus les *sciences médicales*, mais l'art médical, et l'exercice de la médecine.

J'imagine que le « Guide professionnel » qu'il vient de publier, n'est que la matérialisation de cette partie de son enseignement.

Ainsi qu'il le dit expressément lui-même dans son avant-propos, il n'a pas eu pour but d'exposer dans tous leurs détails les questions d'ordre professionnel qui intéressent le médecin. Pour certaines — soins aux accidentés du travail et aux victimes de la guerre, par exemple, — il a réuni tous les renseignements utiles et s'est efforcé de les présenter sous une forme commode. Pour d'autres, — fonctions que le médecin peut briguer, associations professionnelles, sociétés de prévoyance, etc. — il s'est borné à signaler les points principaux, caractéristiques, suffisants pour attirer l'attention et pour faire connaître les conditions de fonctionnement, les avantages, etc.

C'est ainsi que nous trouvons, au chapitre *Assurances du médecin* deux grandes pages consacrées à notre Mutualité familiale, et une page consacrée à notre « Sou médical ».

Nous ne saurions trop remercier notre distingué confrère de nous avoir fait une si large place dans sa brochure. Nous savions depuis longtemps, en quelle estime il tient le *Concours médical* et ses filiales. Il nous en donne un nouveau témoignage. Grâce ui en soient rendues, ainsi qu'au « Guide p ofessionnel du médecin », auquel nous souhaitons tout le succès qu'il mérite.

G. Duchesne.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA DÉSUNION DANS L'UNION

I

Fédération nationale des Syndicats médicaux de France.

COMMENTAIRES DE LA CIRCULAIRE

Par le Dr G. BATIER, de Strasbourg.

Les « Dirigeants » de l'Union des Syndicats médicaux de France ont, depuis quelques années, entraîné cette association dans la voie de la fonctionnarisation et de l'asservissement du médecin (1). Sans se soucier de l'opinion de la très grande majorité du Corps médical, ils ont poursuivi et continuent à poursuivre le but qu'ils veulent atteindre et qu'ils atteindront si une réaction énergique ne se produit pas.

Tous les efforts faits pour arrêter cette marche vers la catastrophe ont été vains. Les Dirigeants se sont toujours et obstinément opposés à l'adoption des mesures qui auraient amélioré le fonctionnement de l'Union. Ces mesures consistaient dans la transformation du *Médecin Syndicaliste*, jusqu'ici réservé exclusivement à l'exposé et à la défense de l'opinion de quelques privilégiés (2), dans la modification du mode de désignation des membres des commissions (3) et dans la suppression de la fonction de secrétaire unique de ces commissions (4), dans le changement

---

1) C'est là une affirmation gratuite que les faits contredisent. La loi sur l'hygiène publique, la loi sur les pensions de guerre, la loi sur les accidents du travail, n'ont été ni voulues, ni faites par l'Union des Syndicats médicaux. Il est extraordinaire qu'il faille le rappeler.

La thèse classique des dissidents repose sur ce postulat entièrement faux, que la médecine sociale rencontre l'hostilité des médecins et la faveur des dirigeants de l'Union. C'est le contraire qui est vrai. Même à Lille et à Lyon, de nombreux médecins acceptent avec empressement de participer à la médecine sociale dans des conditions matérielles et morales qui constituent une véritable abdication. Il est non moins exact que l'Union travaille pour l'indépendance du Corps médical, quand, devant un mouvement social qu'il n'est ni dans ses buts, ni dans ses moyens de contrecarrer, elle tente le possible pour y introduire des mesures de sauvegarde professionnelle.

Quand l'Union essaye d'associer le médecin traitant à la lutte antituberculeuse, elle cherche à lui conserver la direction thérapeutique de ses malades ; même chose dans la lutte antivénérienne ; est-ce sa faute si cela n'est possible que par le contrat collectif, d'ailleurs largement pratiqué dans le Rhône et dans le Nord ?

Est-ce fonctionnariser la médecine ? C'est au contraire la thèse des dissidents qui mène tout droit à la fonctionnarisation, car elle consiste en une opposition de principe, en une protestation cornélienne contre la participation des praticiens aux lois sociales, de sorte que les « officiels » auraient carte blanche pour l'exécution de leurs rêves, pour l'instauration de médecins-fonctionnaires, chargés de la lutte thérapeutique contre tous les fléaux sociaux, tuberculose, syphilis, cancer..... pour commencer ! Si l'inspection des écoles est organisée avec le concours des Syndicats médicaux, elle demeurera service d'hygiène entre les mains des praticiens ; si elle est organisée sans eux, elle sera service public entre les mains de médecins-fonctionnaires et bien vite elle s'adornera de cliniques scolaires ! Qui donc favorise la fonctionnarisation de la médecine, si non les dissidents ?

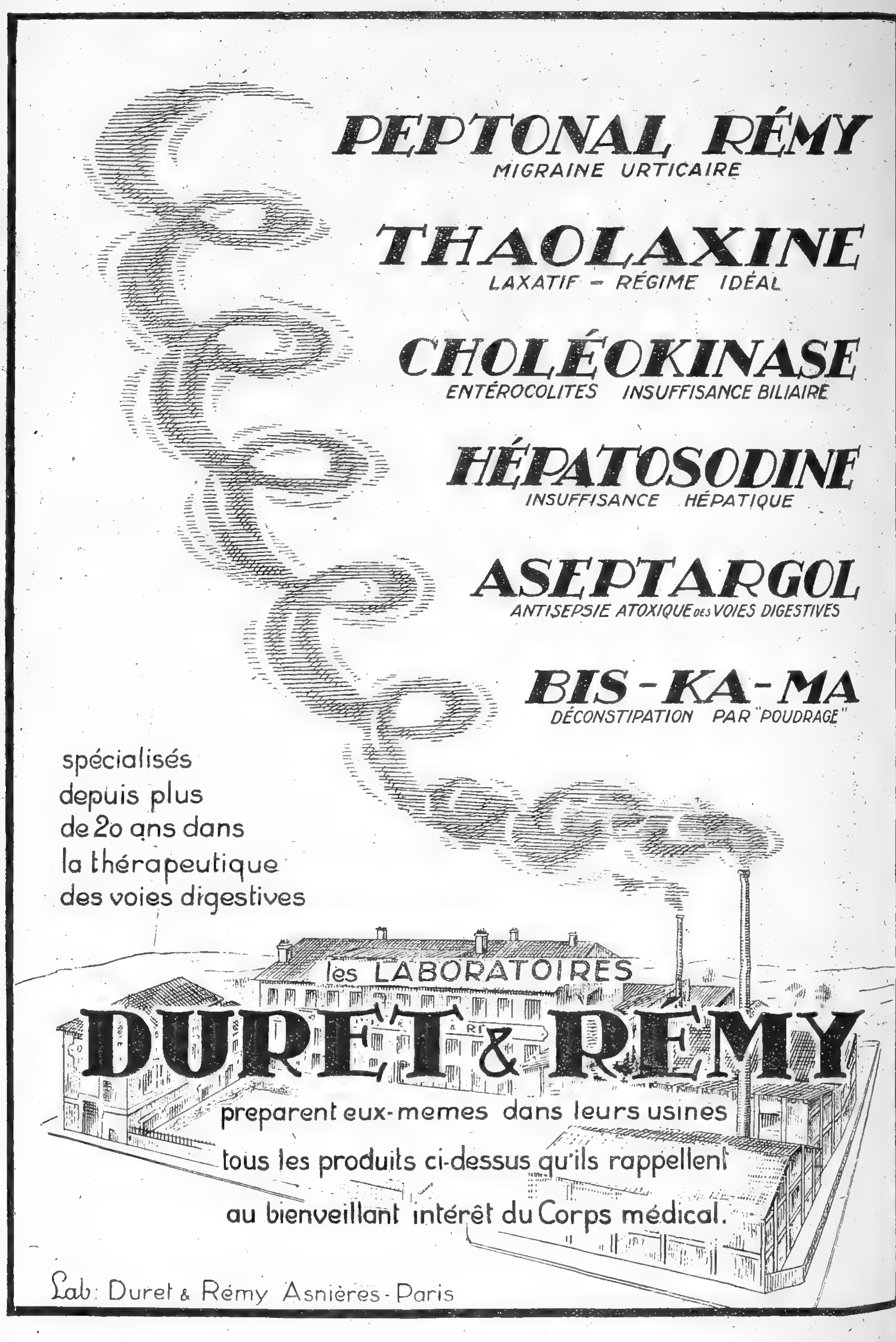
2) Voit-on le *Journal officiel*, tribune publique à l'usage de tous les parlementaires ?

Il n'y a pas de privilégiés au *Médecin Syndicaliste* qui, bulletin officiel, n'accepte la prose de personne, hormis l'exécutif responsable.

Ceci dit, je ne fais aucune difficulté pour reconnaître que ce bulletin a besoin de rénover ses méthodes.

3) Les Commissions sont organes de préparation technique et seul, le Conseil d'administration est organe d'exécution dans les limites du mandat qu'il reçoit de l'Assemblée. Tout homme de bon sens reconnaîtra que les organes de préparation technique doivent être nommés par les organes d'exécution pour lesquels ils travaillent.

4) Ceci est une attaque personnelle contre un homme dont je suis loin de partager toutes les idées, mais qui mérite le respect de tous ses confrères pour l'énergie, l'intelligence et le désinté-


PEPTONAL RÉMY
MIGRAINE URTICAIRE
THAOLAXINE
LAXATIF – RÉGIME IDÉAL
CHOLÉOKINASE
ENTÉROCOLITES INSUFFISANCE BILIAIRE
HÉPATOSODINE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
ASEPTARGOL
ANTISEPSIE ATOXIQUE DES VOIES DIGESTIVES
BIS-KA-MA
DÉCONSTIPATION PAR "POUDRAGE"
spécialisés depuis plus de 20 ans dans la thérapeutique des voies digestives
les LABORATOIRES
DURET & RÉMY
preparent eux-memes dans leurs usines tous les produits ci-dessus qu'ils rappellent au bienveillant intérêt du Corps médical.
Lab: Duret & Rémy Asnières-Paris

du mode de nomination des membres du Conseil d'administration (5), dans une meilleure organisation des assemblées générales (6), dans la substitution de motions nettes aux ordres du jour vagues, donnant satisfaction à tous et ne confiant pas de mandats précis au Conseil et aux secrétaires généraux (7), etc. Ceux-ci, tout en agissant à leur guise, pouvaient s'appuyer sur les décisions imprécises de l'Assemblée et soutenir qu'ils appliquaient ces décisions.

Les incidents qui se sont produits à la dernière assemblée générale de l'Union ont été tout à fait démonstratifs et ont entraîné la scission. Il fut en effet prouvé une fois de plus, que, malgré les tentatives faites, les Dirigeants ne changeraient pas de méthode et qu'ils se refuseraient à défendre les revendications nettement exprimées de la majorité du Corps médical (8). Est-il besoin de faire remarquer que le projet de loi sur les assurances sociales, déposé au Sénat, n'a guère suscité les protestations des représentants de l'Union, bien qu'il fût exclusivement basé sur le tiers payant (avec tous ses inconvénients : paperasserie, tarification, commissions multipartites de contrôle) que rejettent les 5/6 des médecins syndiqués (9) ?

Dans ces conditions l'unité, reconnue désirable par tous, ne pouvait être maintenue. En restant dans l'Union, les Syndicats qui réprouvaient l'action des Dirigeants auraient continué à apporter leur appui à celle-ci et auraient fait un « marché de dupes ».

Les représentants de la plupart des Syndicats démissionnaires de l'Union se sont réunis le 10 janvier à Paris et ont décidé la constitution de la « *Fédération nationale des Syndicats médicaux de France* ».

Cette Fédération ne se posera pas en adversaire systématique de l'Union. Elle défendra les mêmes revendications quand celles-ci lui paraîtront justes ; mais elle combattra l'action de l'Union quand cette action lui semblera menacer les intérêts du Corps médical et les principes intangibles de l'exercice de la médecine — en ce qui concerne les lois sociales en particulier.

Respectueuse de l'autonomie syndicale et convaincue de la nécessité d'une large décentralisation (10), elle veillera à ce qu'il n'y ait plus de dirigeants de la défense professionnelle (11).

Elle tient à attirer l'attention sur le fait que l'on a souvent prêté à plusieurs des membres de ce qu'on a appelé « l'opposition » dans l'Union, des opinions

---

ressement qu'il consacre à la défense professionnelle. Est-ce sa faute si les hommes de bonne volonté sont si peu nombreux qu'il tient la place de plusieurs ? Je suis convaincu qu'il est prêt à laisser le secrétariat de plusieurs commissions à ceux qui seraient disposés à le prendre avec la confiance des confrères.

5) Si l'opposition n'avait pas énervé la dernière assemblée, si surtout elle n'était pas partie en dissidence 24 heures avant que la question ne vienne en discussion, il est à peu près certain qu'elle aurait obtenu satisfaction à ce sujet en décembre dernier.

6) La proposition de Bouvat (Ardèche), qui organisait le vote par délégation et le rendait utilisable, a été adoptée sans la moindre résistance et mise aussitôt en œuvre. Quant à l'idée de supprimer tout débat sur le fond, si Vanverts la met en pratique, il faut reconnaître que la plupart des dissidents actuels la réservent pour le programme et l'oublient complètement en assemblée où ils se répandent en discours sans fin.

7) Il est absolument faux que les ordres du jour de l'assemblée soient vagues et tels que le Conseil d'administration puisse faire ce qu'il veut. En matière d'assurances sociales, celui de 1923 était l'œuvre de Michon, l'un des deux signataires du présent manifeste : il ne fut guère trouvé obscur, en son temps, que par Duby (de Bourg). Celui de 1924 n'était pas heureux, mais il avait une signification très nette. Celui de 1925 est limpide ; je n'ai eu aucune peine à en faire le commentaire minutieux et nul n'a contesté mon interprétation, ce qui est assez démonstratif.

8) Complètement faux. Voir les textes.

9) Les dirigeants de l'Union ne partent pas en guerre contre des moulins à vent, car ils ont le sens de leur responsabilité. Ils veulent agir en connaissance de cause, selon leur habitude. Ils étudient en ce moment le projet de loi sorti de la Commission sénatoriale et, comme il s'agit d'une action parlementaire, ils ont déjà les contacts nécessaires pour exercer l'influence qu'il faut : cela vaut mieux que l'action verbale !

Si les dissidents avaient eu le même souci d'exactitude dans l'information, ils auraient évité de dire que le projet de la Commission sénatoriale est exclusivement basé sur le tiers payant et qu'il comporte le contrôle médical par une Commission multipartite. L'entente directe sans le contrat collectif, est parfaitement possible avec le texte de la Commission sénatoriale (art. 4 et 5). Quant au contrôle, il est réservé aux Syndicats (art. 7, paragr. 1). Comment un homme respectable comme Michon peut-il signer pareilles contre-vérités ?

10) C'est dans cet esprit que l'Union avait recommandé aux Syndicats l'organisation de leur secrétariat ; la vie locale devenant plus intense, l'organe central eût été déchargé d'autant. On a appelé ça un geste de dictature !

11) Plus de dirigeants de la défense professionnelle ? Alors l'armée médicale combattrait l'ennemi sans capitaines, sans généraux, sans états-majors, et cela dans le moment qu'elle court les pires dangers ? Qu'est-ce que cette folie, si cela signifie quelque chose ? Quel galimatias si cela ne signifie rien !

qu'ils n'ont jamais émises ou qui ont été travesties (12) En ce qui concerne les assurances sociales en particulier, elle déclare nettement qu'elle ne leur est pas hostile et qu'elle reconnaît l'utilité fréquente d'accords (ou de contrats) avec les collectivités pour assurer le bon fonctionnement du service médical (13), mais elle laissera à chaque Syndicat le soin de se prononcer sur l'opportunité de ces accords et n'admettra ceux-ci que s'ils respectent les principes de l'exercice de la médecine, à savoir : le respect absolu du secret professionnel, le libre choix du médecin, l'absence de tarification et d'interposition d'un tiers payant entre le médecin et le malade (14).

Pour le Bureau provisoire,

Le Président, Dr Michon.

Le Secrétaire, Dr Desrousseaux.

---

12) L'embarras est ici évident. Il demeure que Duby (de Bourg), le théoricien des dissidents, a recommandé la lutte contre les assurances sociales et l'action directe en ce sens sur l'opinion publique, aux applaudissements des dissidents actuels ; lui qui a le courage de ses opinions, a dû souffrir de cette phrase.

13) Il était déjà très net, à la dernière assemblée de l'Union, que les dissidents actuels étaient résignés à admettre le contrat collectif. A vrai dire, il leur était difficile de continuer à le combattre, car le Nord et la région lyonnaise étaient l'an dernier, avec l'Alsace les régions les plus riches en contrats collectifs.

Nous tenons ici la clef du problème psychologique que pose la dissidence. Celle-ci se compose de mystiques qui ne voient point et d'hommes raidis devant l'évolution évidente de la Société ; la vie poursuit sa route et force progressivement les uns et les autres à réaliser ce qu'ils ne voulaient point. Avant-hier encore, le contrat collectif était l'un des cavaliers de l'Apocalypse ; hier, il est devenu de pratique courante pour les dissidents eux-mêmes ; il entre aujourd'hui dans leur programme. *Sic transit*.....

14) Ici seulement apparaît la partie constructive du manifeste. La différence entre la majorité du Corps médical et les dissidents tient en ceci, que la majorité veut laisser à chaque Syndicat sa pleine liberté d'action dans le droit commun et que la dissidence entend limiter cette liberté. Et dire que les défenseurs de la liberté pleine et entière ont été accusés de dictature par ceux qui entendent restreindre la liberté !

Voyons les limites que fixent les dissidents à la liberté de contracter. Elles sont intéressantes et dignes d'éloge. Le malheur est que les dissidents les franchissent largement dans la pratique.

Le respect *absolu* du secret professionnel fait partie de notre charte, c'est entendu. Mais je me suis laissé dire qu'à Lyon, la déclaration des maladies contagieuses est régulièrement faite par les médecins traitants. Suis-je bien informé ? Si oui, l'adjectif « absolu » n'est-il pas excessif sous la plume du président du Syndicat de Lyon ? J'ai fait le même reproche à l'Académie de médecine à qui nous devons l'entorse au secret professionnel que réalise la déclaration des maladies contagieuses par le médecin.

Le libre choix des médecins constitue une bien vague définition. L'adjectif « absolu » ne figure pas et c'est tant mieux, car on ne saurait admettre que les tarés aient ici des droits. Mais la thèse de l'Union — mise en pratique à Lille, Roubaix et Lyon — réside dans le libre choix intra-syndical. Il semble que les dissidents se soient réfugiés dans une expression vague pour échapper au dilemne : donner raison à l'Union ou se mettre en contradiction avec soi-même.

L'absence de tarification réclamerait aussi quelque explication. Le syndicat de Lyon a d'importants contrats avec tarification, et il ne les a pas encore dénoncés. Comment concilier ce fait avec le programme des dissidents qu'il approuve, s'il ne l'a pas entièrement rédigé ?

L'interposition d'un tiers payant entre le médecin et le malade est fâcheuse. Depuis cinq ans, je recommande à mes confrères de l'Intérieur de ne la point accepter. Mais je ne reconnais pas le droit aux Lyonnais de fixer des conditions aux contrats alsaciens ou provençaux, pas plus d'ailleurs qu'aux Alsaciens et aux Provençaux, le droit d'intervenir dans les contrats lyonnais. La thèse que je défends — et que l'Union a fait sienne, parce qu'elle est dans sa tradition libérale — est que les syndicats affiliés doivent avoir pleine liberté de contracter, tant vis-à-vis des pouvoirs publics que vis-à-vis d'elle-même.

L'échec des dissidents actuels à la dernière assemblée de l'Union révèle ici sa raison profonde. Il y avait une écrasante majorité contre le tiers payant et le succès de Desrousseaux l'a bien montré. *Mais la majorité, jalouse de l'autonomie syndicale, a refusé de suivre l'opposition qui voulait y porter atteinte.* Les Syndicats demandent à l'Union l'action sur les pouvoirs publics et des directives en ce qui concerne leur action locale ; la majorité se dressera toujours contre ceux — quels qu'ils soient — qui toucheront à l'indépendance des Syndicats. Les dissidents actuels l'ont appris à leurs dépens.

L'interposition du tiers payant n'est malheureusement pas chose nouvelle dans la profession médicale. Elle y sévit, même à Lille et à Lyon, à Troyes comme à Tours. Avec l'absence du libre choix, elle est à la base de tous les « fixes » médicaux, manne trompeuse qui leurre le Corps médical. Besançon qui l'a compris, fait un sérieux effort pour s'en libérer. Quand les Syndicats dissidents combattront le tiers payant chez eux, ils seront mieux placés pour recommander cette lutte aux autres !

II

A propos de la scission et de ses causes

Au Dr Duchesne

Franchise sans détours, large libéralisme, urbanité parfaite dans la controverse, — vos qualités coutumières d'écrivain ne m'ont paru jamais mieux en relief que dans votre récent article du 31 janvier : La Désunion ... repose sur des pointes d'aiguilles.

Voulez-vous pourtant me permettre de vous signaler ce que je crois une lacune de votre sens critique — ou peut-être un excès de mansuétude — dans l'analyse du texte Gaussel et des Extraits du Projet sénatorial.

Le Dr Gaussel semble approuver ce dernier.

Or, prenons l'art. 7, alinéa 1.

« Les Syndicats professionnels de praticiens ont *la charge respective des services* qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance maladie, sans préjudice de la *responsabilité personnelle* des praticiens ...

Résultat pratique : Voici un Syndicat départemental devenu *entrepreneur de soins médicaux* distribués aux quatre coins du département — par des syndiqués échappant à la surveillance — à des individus dont il ignore la réalité et le degré de maladie. D'où responsabilité collective, morale d'abord, pécuniaire ensuite, pénale, peut-être ? ?

Pour le praticien, responsabilité personnelle, vis-à-vis de son client d'abord (c'est le droit commun actuel), puis vis-à-vis de son Syndicat, et enfin vis-à-vis de la Caisse qui réserve ses propres droits de contrôle. Ça fait bien des responsabilités accumulées sur un seul homme !

Art. 7, suite de l'alinéa 1 « ... Ils (les Syndicats) contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la Caisse ».

Là, je fais appel à vos souvenirs de praticien de campagne — croyez-vous vraiment — parce que quelques cerveaux féconds ont organisé sur le papier un contrôle des soins aux pensionnés dont tout le monde sait l'efficacité, croyez-vous qu'un Syndicat départemental sera en mesure de contrôler en permanence des actes médicaux effectués dans un rayon de 60 km. ? Si les clients le règlent au comptant, faudra-t-il, malgré tout, que le médecin adresse chaque soir à un organisme médical permanent (composé de qui, et aux frais de qui ?) le résumé personne par personne, de ses visites journalières — un double en étant sans doute conservé pour le contrôle propre de la Caisse ? ...

Art. 7, alinéa 3. Il y est prévu que le médecin sera tenu de fixer « l'importance de l'incapacité de travail ! » Qu'est-ce à dire ? Dans un accident du travail où il s'agit d'une lésion locale déterminée, brusquement survenue sur un organisme d'adulte généralement sain, on comprend, en même temps que son utilité, la possibilité de mesurer approximativement la durée du chômage ou le quantum d'impotence définitive. Mais avec un nourrisson ou un écolier, avec les chroniques, avec les affections gynécologiques ou nerveuses des femmes, que peut bien signifier « l'importance de l'incapacité de travail ». La belle source de conflits entre des administrateurs avant tout soucieux d'être informés exactement, à l'avance, des frais à engager, et des techniciens capables tout au plus de répondre dans la moitié des cas par un « Que sais-je ? »

Alinéa 5. Commission tripartite, soit ! On ne peut nier l'intérêt pour les représentants de parties contractantes de rester en contact. Admettons *la prévention* et le *règlement amiable des difficultés*. Mais laisser à cette Commission le pouvoir de « prendre toutes sanctions nécessaires avec appel devant la Section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales », n'est-ce pas légèrement anticiper sur « les ententes locales faites en toute liberté entre Syndicats affiliés à l'Union et Caisses d'assurances » que le professeur Gaussel a cru voir admises par le projet de loi sénatorial ?

Je m'excuse, après lecture du texte, d'en conclure que cette *entière liberté de traiter*, censée promise aux Syndicats autonomes, est d'abord et surtout pour eux — *une obligation* d'assumer la responsabilité technique et administrative d'une organisation de soins et d'assurer le contrôle de leurs membres sous le supercontrôle de la Caisse — et pour les praticiens: l'asservissement intra-syndical au lieu de la discipline librement consentie, l'endossement de responsabilités supplémentaires, la charge de trier les carottiers de leur propre clientèle, et enfin l'agréable espoir de comparaître devant des juridictions successives autant que répressives.

Cet article 7, où transparaît d'ailleurs la collaboration du groupe dirigeant de l'Union, inventeur de la prise en charge de la médecine sociale, de l'organisation des soins avec tiers payant (voir projet de contrat collectif no 1 in *Médecin Syndicaliste* et du contrôle permanent, à étages multiples, de la pratique médicale, rétrécit déjà la portée du troisième vœu Gaussel, mais surtout il ne permet qu'un contrat collectif singulièrement différent du type Desrousseaux, dont l'ordre du jour dit qu'il se bornera à assurer :

« 1o L'indication du fait de maladie ;

« 2o L'indication du nombre de visites ou de consultations ..... et ne comportera jamais ni organisation de soins, ni contrôle autre que celui que les Syndicats exercent sur les médecins, conformément au système de Roubaix-Tourcoing »... Les pointes d'aiguilles ne sont-elles pas de forts clous ?

Sans mandat de personne, m'autoriserez-vous à conclure, à titre individuel, qu'entre le noyau agissant du Conseil de l'Union et la minorité, il n'y a pas (du moins, je veux le croire) conflit de personnes, mais bien conflit de méthodes et conflit d'idées.

Conflit de méthodes : Le groupe dirigeant a constamment collaboré, dans une discrète obscurité, avec certains parlementaires à l'élaboration de textes de lois, suivant des idées théoriques personnelles — faisant voter des motions d'une moyenne généralité propre à d'élastiques interprétations, évitant de provoquer de la part des Syndicats autonomes des directives nettes. Il a *gouverné*, il n'a jamais eu le souci d'obéir aux volontés du syndicalisme médical.

La minorité, au contraire, désire un Conseil ayant assez d'abnégation pour se borner à être le mandataire fidèle des Syndicats ...

Conflit d'idées. Le groupe dirigeant sous l'empire d'aspirations politico-sociales indéniables, thuriféraire, dès l'origine, des assurances sociales, en a conçu l'application, non dans le cadre de la pratique médicale existante, mais comme génératrice d'une nécessaire transformation de cette pratique.

La minorité, au contraire, a considéré que les essais de réforme sociale, de réussite incertaine, devaient tenir compte des exigences d'une pratique traditionnelle moralement saine, lentement perfectionnée par l'expérience et techniquement assez souple pour se prêter à tous les véritables progrès sociaux ...

Donc, une embrassade générale ne modifierait guère l'antagonisme de fond.

D'ailleurs cette accolade est-elle bien indispensable ?— Quel inconvénient à ce que les Pouvoirs public sachent qu'une forte partie du Corps médical tient à honneur de ne pas sacrifier aux *contingences* politiques de l'heure une indépendance jugée nécessaire au sain exercice de son art et veut aborder la discussion des contrats entre Syndicats et Caisses avec une entière liberté, c'est-à-dire inconditionnelle?

Il ne faudrait pourtant pas confondre cette minorité avec un groupe de Saxons prêts à trahir la solidarité professionnelle pour des profits particuliers.

En plein accord avec vous, mon cher confrère, dans vos sentiments de conciliation, avec la fin prochaine de l'actuelle crise, souhaitons donc que tant l'esprit d'*autoritarisme*, que l'*esprit de parti* disparaissent des deux fractions du syndicalisme médical, et que toute l'union, l'ancienne Union se mette d'accord pour réaliser cette formule :

« Pas de texte légal limitant le droit de chaque Syndicat à traiter librement avec les Caisses ».

Avec mes sentiments les meilleurs.

Dr SALVAGE.

Réponse.

Vous critiquez l'article 7 du projet Chauveau. Et je suis en grande partie d'accord avec vous. Souvenez-vous que j'ai écrit, — page 264 du n°5 : « Pour en revenir au texte sénatorial..... *sans nier qu'il mérite encore de sérieuses critiques...* »

Mais on ne niera pas davantage qu'il constitue un sérieux progrès en faveur du Corps médical, sur la loi votée auparavant par la Chambre.

Là n'est pas la question. Ce contre quoi je m'élève ; ce qui mérite de graves reproches, c'est, d'une part, la campagne d'injures et de violences menée contre tels et tels. Ceux qui ont pris l'initiative et la responsabilité de cette campagne se sont grandement trompés. Ils sont de ceux qui voient la paille dans l'œil de leurs voisins et ne discernent pas la poutre dans leur propre œil. C'est, d'autre part, l'inopportunité de la scission. Vous dites que ce geste n'aura pas de conséquences fâcheuses et qu'il n'y a pas d'inconvénient à ce que quelques milliers de médecins fassent connaître leur sentiment. Et moi, je vous dis que le Parlement sera trop heureux de prendre acte à son tour des divergences d'idées existant parmi nous et de se passer de notre avis pour la future loi. « Qu'importe, direz-vous peut-être, si nous formons un bloc assez imposant pour résister... ». Quelle illusion et combien cruel sera le réveil ! Souvenez-vous de l'expérience anglaise. Souvenez-vous de l'aventure de Limoges...

Excusez cette réponse. Elle me paraît nécessaire pour vous montrer pourquoi je réprouve la dissidence, qui a tort, à mes yeux, d'être d'abord, — et d'être surtout au mauvais moment. Le *Concours médical*, fondateur de l'*Union des Syndicats médicaux* de France, ne peut désirer que l'union dans l'Union, je le répète encore une fois, une et indivisible.

G. DUCHESNE.

LES ASSURANCES SOCIALES

L'allaitement maternel et les assurances sociales

L'allaitement maternel est en train de disparaître en France. Je ne sais si à l'heure actuelle 10 % des enfants sont nourris au sein.

Bien des causes ont présidé à cette faillite du devoir maternel. La vie chère et par suite la nécessité pour les femmes de travailler et de contribuer aux charges du ménage, la soif de plaisir, conséquence d'après guerre, qui fait rejeter cette obligation astreignante, éloignant les jeunes mères des réunions mondaines, du théâtre, des dancings, etc. La mode enfin. Car si autrefois, nous pouvions dire « elles n'en ont pas en Angleterre », je crois que nos aimables françaises n'ont plus rien à envier à leurs sœurs anglaises et que les charmants petits païens, glorifiés dans Phi-Phi, sont des accessoires bien gênants dans les robes collantes de notre époque. Le grand chic actuel est la platitude, cela n'est guère la forme à réaliser par une bonne nourrice.

Mais j'ai peut-être l'humeur morose d'un ancêtre, je crois que la suppression de l'alimentation au sein est due en partie aux médecins.

D'abord, nous nous sommes faits volontiers les complices ou des jeunes mamans prétextant des motifs de santé pour éluder leur rôle de nourrices ou des jeunes époux craignant l'entrave d'un allaitement ou redoutant la déformation des avantages plastiques de leur jeune moitié.

Mais ceci n'est qu'une cause accessoire. Depuis un demi siècle, les médecins se sont ingéniés à créer dans le lait de vache un succédané avantageux du lait de femme.

Au lieu de favoriser l'allaitement maternel, en le réglant, en aidant les mères, en essayant d'augmenter leurs facultés de nourricières, comme on le fait en médecine vétérinaire, on s'est occupé purement et simplement de créer des laits adaptés à l'alimentation de l'enfance.

On a vu naître le lait pasteurisé, stérilisé, humanisé, homogénéisé, décaséiné, phosphaté, oxygéné, hypersucré, puis les laits écrémés, les laits gras, les laits maigres, les laits condensés, les poudres de lait, les laits aigres, képhir, babeurre, les laits déchlorurés, etc., et j'en oublie certainement, sans parler du lait de chèvre.

Avec cette richesse de types de lait, les médecins sont arrivés à se persuader que le lait maternel n'était plus nécessaire et qu'on pouvait avec avantage y substituer un de ces nouveaux produits. Quand l'un de ceux-ci n'était pas toléré on passait à un autre et c'était tout.

Ce qu'il y a de malheureux, c'est que les médecins progressivement persuadèrent les mères qu'un bon lait de vache remplace le lait de femme et qu'il n'était pas nécessaire pour la vie des enfants de compliquer leur existence par un allaitement normal et naturel.

Ils semblaient avoir souvent raison. Parmi les enfants, échappés au danger biberonique, il y avait de superbes bébés, souvent même de trop beaux, de véritables bêtes à concours, analogues à ces volatiles qu'on sert sur nos tables aux fêtes de Noël.

Mais à côté de ces enfants dociles, il y avait des enfants rébarbatifs qui ne voulaient pas absorber le lait de vache sous une forme quelconque, et qui, par leur mauvais vouloir, voulaient démontrer que le lait de vache était meilleur aux petits veaux qu'aux petits enfants.

Malgré toute cette science chimique et cette sophistication des laits, on dut s'apercevoir que le lait de vache dans ses formes modernes n'était pas toujours sans danger pour l'enfant. On parla de maladie de Barlow, de scorbut infantile. On incrimina d'abord le malheureux enfant lui-même de son obstination à ne pas s'adapter au lait de vache, c'était un prématuré, un prétuberculeux hérédo-syphilitique, etc.

On ne pensa pas un instant à faire une campagne intense en faveur du retour à l'allaitement maternel. On partit de ce principe que l'enfant devait pousser avec le lait animal et que s'il ne prospérait pas, il fallait en découvrir la cause dans ses modifications elles-mêmes.

C'est alors que s'établit la théorie des vitamines, des maladies par carence, etc. Il ne vint pas à l'idée qu'il y avait peut être des vitamines dans le lait vivant de la mère ou si on le savait, on n'essaya pas de l'apprendre aux jeunes mamans.

Aussi on chercha comment on pourrait remplacer les vitamines déficientes dans le lait de vache, et on institua les prises de jus d'orange ou de citron. C'est la mode actuelle, mode heureuse puisqu'elle permet de continuer le bienheureux lait de vache au grand agrément des mamans.

Et pourtant, en dehors des nombreuses variétés de lait que j'ai énumérées au cours de cet article, il y en a d'autres qui sont souvent le lot de l'enfant, le lait tuberculeux, le lait infecté, le lait écrémé, le lait gras au beurre de coco, le lait conservé par les conservateurs (borate, formol, etc.). car il ne faut pas oublier qu'avec l'industrie laitière florissante (beurre, fromages, etc.), il n'y a pas de produit plus fraudé que le lait, quand on en trouve, et qu'il n'est pas accaparé par l'industrie souvent étrangère (laits suisses recueillis en France, etc.).

Il sera peut-être temps qu'une réaction se fasse en ces temps difficiles où les femmes ne veulent

plus d'enfants et, si elles en ont par hasard, ne veulent plus les élever.

Quelques bons esprits s'occupent de la question qui intéresse la France. Il y a là un moyen sinon d'augmenter la natalité tout au moins de diminuer la mortalité infantile. Voyez les statistiques de la mortalité des enfants élevés au biberon.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de voir le projet des assurances sociales favoriser l'allaitement au sein et à son défaut au moins l'élevage par la mère.

D'autres pays s'étaient déjà convaincus de l'importance de la question. En Autriche, toute accouchée allaitant son enfant a droit à une indemnité égale à la moitié de l'indemnité de maladie jusqu'à l'expiration de la douzième semaine après l'accouchement.

En Bulgarie, il n'est pas question de prestation d'allaitement, mais la loi protège les mères après leur accouchement contre un congédiement et leur accorde deux repos d'une demi-heure par jour pour permettre l'allaitement.

Dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes, il est donné une allocation d'allaitement aux mères allaitant elles-mêmes leurs enfants pendant une période de vingt semaines après la cessation de l'allocation de maternité et dont le montant quotidien est de la moitié du salaire de base, mais n'excède pas trois dinars. Les femmes qui ne peuvent pas allaiter leurs enfants, sur certificat médical, touchent une indemnité de lait.

C'est la France qui, dans son projet de loi présenté au Sénat fait le grand effort pour favoriser l'allaitement au sein par son article 4. L'assurée ou la femme de l'assuré qui allaite son enfant a droit, durant la période d'allaitement et pendant un an au maximum, à une allocation mensuelle spéciale de 100 fr. pendant les deux premiers mois, de 75 fr. le 3e, de 50 fr. du 4e au 6e, de 25 fr. du 7e au 9e, de 15 fr. du 10e au 12e.

L'assurée ou la femme de l'assuré qui, *par suite d'une maladie grave constatée par le médecin, se trouve dans l'impossibilité absolue d'allaiter son enfant peut recevoir, si l'enfant est élevé chez elle* et pendant la durée de sa maladie et de sa convalescence, des bons de lait dont la valeur ne peut en aucun cas, dépasser les deux tiers de la prime moyenne d'allaitement.

Cet article amende celui voté par la Chambre. Il ajoute la femme de l'assuré, à l'assurée elle-même, et aussi étend l'indemnité d'encouragement à l'é evage au sein. D'autre part, il élève de 10 fr. à 15 fr. l'allocation du 10e au 12e mois.

Le projet du Dr Chauveau a de nombreux avantages ; d'abord il reconnaît l'utilité de l'élevage au sein pendant la première année du nourrisson puisqu'il répartit ses subventions d'allaitement pendant douze mois.

D'autre part, il ne favorise pas l'élevage au biberon. Il faut un cas de maladie grave mettant l'accouchée dans l'impossibilité absolue de nourrir elle-même son enfant et cela certifié par un médecin pour qu'on puisse lui accorder une subvention destinée à l'achat de lait. Faut-il encore que l'élevage au biberon soit fait à son foyer et sous sa direction.

Mais le reproche que je fais au projet c'est de ne pas continuer suffisamment longtemps la prime élevée de 100 fr., de façon à encourager, la femme à nourrir au moins jusqu'au 6e mois, c'est-à-dire jusqu'au moment de la première dentition. Deux mois de prestation à 100 fr. semblent indiquer à l'accouchée qu'il est surtout utile de nourrir au sein deux mois et qu'à partir de ce moment la chose est moins utile.

Je pense qu'une indemnité de 100 fr. pendant six mois serait susceptible de sauver bien des vies d'enfants et ce serait une opération financière profitable pour l'avenir de la France.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

La voiture d'occasion

Nous avons examiné, dans notre précédente chronique, quelques-unes des plus importantes précautions à prendre quand on veut acheter une voiture automobile d'occasion. Mais la liste n'en est pas finie, et nous pensons être utile à nos confrères en complétant aujourd'hui les indications données.

Après la recherche de l'âge de la voiture, de l'état du châssis, de la boîte de vitesse et du pont-arrière, de l'aptitude au départ et à une bonne carburation du moteur, au sujet desquels nous avons fourni quelques « trucs » de métier, nous allons terminer les vérifications à faire avant de quitter le garage, puis nous aborderons celles à effectuer sur la route.

Sur place, il est indispensable de faire mettre successivement chaque roue sur cric, et de rechercher le jeu qui peut exister tant dans les fusées que dans les roulements à billes. Pour cela, saisir fortement la roue en haut et en bas, puis à gauche et à droite, et s'efforcer de provoquer le mouvement de balancement qui permettra de déceler le jeu. Ensuite, faire tourner vivement la roue en disposant un outil quelconque, mar-

teau, tournevis ou autre, échafaudé sur n'importe quelle base, et dont l'extrémité viendra presque toucher le rebord de la jante. En se plaçant un peu en recul, on verra ainsi très facilement si la roue tourne bien « rond ».

Pour les roues arrière, cette opération est plus difficile car les freins gênent souvent leur giration, mais elle permet précisément de vérifier si les patins de freins ne sont pas trop serrés.

Avant de partir, on jettera enfin un coup d'œil attentif sur la carrosserie, sans s'alarmer d'une peinture un peu défraîchie. On a trop de tendance en effet à considérer comme bonne une voiture bien vernie et dont les cuivres brillent à souhait. Mieux vaut une mécanique peu usée qu'un savant maquillage de l'extérieur.

On peut, après ces recherches, aborder les essais sur route. Ici, un point très délicat se pose. Le vendeur — et c'est un usage admis — prétend conduire lui-même. Or, l'intérêt de l'acheteur est évidemment de prendre le volant, car il se rendra bien mieux compte des qualités et des défauts de la voiture en la conduisant que comme simple passager.

Quoi qu'il en soit, s'assurer de la quantité d'essence et d'huile contenue dans les réservoirs afin de pouvoir en contrôler la consommation, en ayant soin de relever le chiffre du compteur kilométrique ou de parcourir un trajet connu pour sa distance.

Puis, démarrer lentement, très lentement même, passer le plus tôt possible en prise directe, et y rester à très faible allure, même en légère montée, au risque de faire un peu cogner le moteur.

C'est en effet ainsi que l'on jugera de l'état du moteur qui doit, à titre exceptionnel, supporter cette épreuve sans faiblesse, sans cogner en palier, et permettre les reprises nécessaires à l'accélérateur, sans changer de vitesse, au besoin en jouant un peu de la pédale de débrayage.

Cet essai terminé, aborder une forte côte franchement, à bonne allure, mais passer en vitesse immédiatement inférieure à la prise directe le plus tôt possible, afin de faire tourner le moteur à grand régime.

Le moteur ne doit ni cogner, ni chauffer anormalement, ce que l'on peut voir par le débouchage du radiateur dont l'eau ne doit pas bouillir, et l'embrayage doit entraîner pleinement la voiture, sans impression de « patinage ».

En descente, couper les gaz, débrayer fréquemment et écouter attentivement tous les bruits que l'on entendra : c'est le bon moment pour vérifier les craquements dans les roulements à billes, les grincements de la carrosserie, etc., etc., et essayer successivement les 2 freins, en ayant bien soin de toujours agir progressivement de façon à éviter le râpage des pneus et des dérapages toujours dangereux.

Certes, ces quelques conseils ne suffisent pas pour traiter à coup sûr une bonne affaire, mais ils vous éviteront presque certainement d'en faire une mauvaise. Et c'est déjà quelque chose dans ce genre de transaction.

Dr M. T.

AUTOUR DES THÉATRES

La Prométhéide. — Tarsicius. — Sainte-Monique. — Les Danseurs de Gigue. — Sherlock Holmès. — Plaire. — « J'ai perdu ma Femme. »

Serait-ce l'annonce de la venue du nouveau Messie que présentent les Théosophes dirigés par Mme Annie Besant ? Serait-ce le trouble des temps qui incite les gens à faire comme l'autruche qui cache sa tête sous son aile pour ne pas apercevoir le chasseur et à espérer le miracle, toujours est-il que les reprises et les nouveautés de la semaine se sont ressenties d'une teinte de mysticisme et de surhumain, soit de par le sujet des reprises soit par les aspirations exagérément idéales, presque invraisemblables, prêtées à leurs héros par les auteurs des pièces nouvelles.

Dans la jolie salle Adyar, et sous la direction de l'actif et habile Paul Castan, metteur en scène synthétique de tout premier ordre, le théâtre Esotérique a repris la Prométhéide de Joséphin Péladan, l'une des quatorze tragédies de haut vol qui figurent dans les œuvres du Sâr entre autres merveilles inconnues et que nul, jusqu'ici, n'avait eu l'audace de porter à la scène tant il apparaissait facile, si l'on n'atteignait pas dans le décor la note purement symbolique, qu'il fallait trouver, de sombrer dans le ridicule.

Ce n'est pas qu'on ne puisse imaginer sur le même sujet un opéra à grand spectacle puisque un Ballet dont Bethoven écrivit la musique fut autrefois donné à la Scala de Milan, mais il n'est pas certain que l'effet réalisé puisse être de beaucoup plus puissant que ce qu'a obtenu M. Paul Castan avec des moyens sobres et de bons acteurs parmi lesquels le nom de M. Fainsilber doit être tout particulièrement retenu.

Prométhée, le Titan « Daymon » immortel, Fils de Thémis est en révolte contre Zeus parce qu'il reproche aux Dieux de l'Olympe de ne penser qu'à jouir et de ne laisser tomber sur les hommes, cee « éphémères » que des menaces et des maux. Prométhée aime les hommes, il en a grand pitié et, même au prix de souffrances sans nombre, il veut faire

triompher l'Idéal. Doué de la puissance divinatoire, il aperçoit dans une vision magnifique les dangers qui menacent les Dieux au-dessus desquels il sent, sans pouvoir la comprendre, une puissance supérieure, à forme d'idée coordonnée et « une » et qu'il appelle l'Anangkè, le Destin. Il n'en poursuit pas moins son but, dérobe aux Dieux le Feu sacré, image de la civilisation dont une parcelle lui a déjà servi à donner la vie aux hommes qu'il avait modelés dans la glèbe avec l'aide d'Athéné, et, pour ce forfait, est enchaîné sur le Rocher où l'aigle de Zeus viendrait éternellement lui labourer le foie, de son bec acéré, si Hercule, l'habile archer, n'abattait l'aigle et si Zeus, voyant là l'annonce de temps nouveaux et se sentant menacé dans sa puissance par l'arrivée du « Destin », ne pardonnait à Prométhée qui, lui-même, dans un geste sublime, pardonne à Zeus.

C'est la pure mythologie, mais c'est toute l'histoire de l'évolution des grandes idées, c'est l'esprit humain insatisfait, toujours épris de curiosité et qui, pour s'entraîner à pousser toujours plus loin la recherche scientifique, a besoin de croire qu'il y a toujours au-delà du connu, cet inconnu mystérieux derrière lequel se cache le mystère de la vie. Devant son œuvre réalisée et devant toute l' « imperfection qu'il y reconnaît, Prométhée sent que sa vision est encore trop petite et qu'après avoir instauré chez les hommes le culte de ces Dieux dont chacun ne représente, en somme, qu'une idée isolée, il se trouvera quand même quelqu'un en présence de cette Force mise au service du Pouvoir qui doit exister au-dessus de tout, Force de coordination vers un Idéal de Bonté et d'Espérance réalisé par la Puissance sous l'égide de la Justice. Grande idée, aussi vieille que le monde, et toujours à l'ordre du jour.

Le Bon Théâtre, sous le couvert du Cercle artistique des Philippins, a monté *Tarsicius* ou le Martyre de l'Eucharistie, trois actes de M. Edward Moutier. Le jeune Tarsicius, chargé de porter l'Eucharistie à des chrétiens qui vont mourir, est lapidé par les païens et meurt héroïquement. Très belle évocation des premiers âges et de la vie extraordinaire des premiers Chrétiens dans les Catacombes.

La Société Art et Foi, après un acte de M. Pierre Domaine, le *Tombeau Vivant*, a représenté *Sainte Monique*, quatre actes dans lesquels M. Henri Cochard a largement brossé la vie maternelle de Sainte Monique dont quelques scènes, dans leur simplicité, sont évangéliquement émouvantes.

La Maison de L'Œuvre a découvert deux tableaux de M. Henry Soumagne « *Les Danseurs de Gigue* ». L'originalité de construction quasi géométrique et mécanique de cette pièce est incontestable et quelque peu déconcertante ; qu'on en juge : Le même jour, à la même heure, deux jeunes gens prennent en même temps le même train, porteurs des mêmes bagages, pour aller dans la même ville, faire les mêmes études. Semblables aux parallèles de la Géométrie Euclidienne, leurs deux existences sont parallèles, ce n'est que sous l'action de la femme qu'un peu plus tard elles se diviseront. Le refus de l'un d'eux à un examen rompt la similitude ; ils se marient, l'un devient homme d'affaires, l'autre avocat sans causes. Celui-ci perd un procès important que l'autre, s'il avait été avocat, aurait gagné haut la main. Ici le parallélisme cesse, les lignes de vie se rencontrent, mais les deux hommes ne s'aiment plus, la haine a tout remplacé, un duel est décidé où les deux pauvres « danseurs de gigue » sont tués en même temps, touchés tous les deux au front, dans la même ligne. L'interprétation très soignée, comme les décors, accentue encore les intentions de l'auteur, la géométrie y domine comme il sied et c'est d'une note infiniment intéressante.

A la Salle Adyar, très bon effort de la Compagnie des *Jonchets*, le moment difficile de M. Per Lagerkvist. « *Une visite* » de Mme Anne Valray et six tableaux de Tolstoï. *Le Premier Bouilleur* traduit par M. J.-W. Bienstock qui classe cette Société parmi les meilleurs spectacles.

L'Odéon a repris le *Sherlock Holmes* de Conan Doyle dont le héros, par des déductions subtiles, présentées avec une puissance singulièrement saisissante (surtout au temps où la pièce fut créée), ne fut pas certainement sans action sur de nombreuses imaginations, et a peut-être été le Jules Verne de la médecine légale. Cette conception du détective artiste et instruit, capable d'avoir une conscience et d'en respecter les impulsions, n'a pas été sans jouer un grand rôle dans l'évolution de la police actuelle, et de la place, de plus en plus exacte, prise dans notre société par ceux qui font profession de rechercher les criminels, et de défendre l'ordre social ; il faut féliciter l'Odéon de l'avoir reprise et M. Gémier de la façon magistrale dont il en interprète le rôle principal.

Sans tomber dans le mysticisme, le théâtre de La Potinière, lui-même, n'a pas dans sa nouvelle pièce « Plaire », échappé à l'ambiance. « *Plaire* » est une comédie gaie mais dont l'héroïne, « Suzanne » qu'incarne avec tant d'émotion Mlle Falconetti, aspire à un idéal d'amour presque tellement surhumain, qu'elle ne tarde pas à retomber de tout son haut dès qu'elle prend contact avec les réalités et demande par orgueil, à l'ivresse du vin, de la mettre hors d'état, de ne pas accomplir des actes contraires à elle-même et ce, non sans avoir réédité, quant aux procédés de séduction, la vieille farce de maître Pathelin. Meurtrie par un premier mariage, elle s'introduit parmi les hommes, au fumoir, en habit et lunettes noires, à la faveur d'une surprise party. Elle veut entendre comment ils parlent lorsqu'ils sont entre eux et savoir, notamment, comment son fiancé, Henri, qui l'aime depuis dix ans, s'exprime sur les

femmes lorsqu'elle n'est pas là. Sous le nom de Lord Seymour, elle écoute les théories amoureuses que Jacques (M. Pierre de Guingand), ancien officier de hussards, joueur et fêtard, qui s'est juré de faire sa conquête et qui sait son déguisement, lui expose sur les femmes et sur l'Amour. Apprenant par Henri, son rival, qu'il a fait fausse route et que les pensées de celle qu'il veut « tomber » mais dont il ignorait tout, sont tout le contraire de ce qu'il avait supposé, il retourne ses batteries et présente à Suzanne — comme s'il l'extrayait pour elle, à regret, de son jardin secret, un « Double » imaginaire qu'il met en tiers entre eux deux et qu'il pare de tous les sentiments qu'elle recherche chez l'homme qu'elle voudrait aimer ... Il l'enlève et elle se donne ! ... Au premier réveil, c'est-à-dire trop tôt (beaucoup trop tôt pour l'homme averti qu'il est), mais pressé par elle de questions auxquelles il ne peut se dérober, il lui révèle sa vraie nature et, de toute la hauteur de son amour imaginatif, elle retombe froissée infiniment Et dès ce moment, peu lui importe de savoir qu'elle est en présence d'un amour véritable, que Jacques s'est pris lui-même au piège qu'il avait tendu et qu'il veut le lui prouver en devenant réellement l'homme, auquel elle avait cru se donner : quelque chose, en elle, de fragile et de total s'est brisé et bien réellement brisé, puisque, quinze jours plus tard, lorsque Jacques la rejoindra dans la ville de fête où elle a retrouvé ses amis et son ancien fiancé et où l'a entraînée un jeune homme nouvellement rencontré, léger, sceptique et possédant à l'exagération, tous les défauts qui l'ont écartée de Jacques, elle n'aura ni un regard ni une pensée pour ceux qui furent son fiancé et son amant et dont, fidèlement, les deux cœurs l'adorent. C'est au nouveau venu qui, sans gêne, flirte devant elle (et pense si peu à lui faire la cour qu'il la prendrait volontiers pour complice tant elle lui apparaît inattaquable) qu'empruntant à Jacques, devenu quelque peu l'avocat Pathelin, son procédé du « Double » elle vient s'offrir toute, imaginant, comme si elle l'avait jusque-là jalousement cachée en elle-même, une femme de plaisir et de fête légère qu'il se dépêche d'emporter bien vite. Dénouement imprévu et sur lequel le rideau fait bien de retomber en toute hâte, car, seule la profondeur de la blessure d'amour-propre dont Jacques fût l'auteur, peut l'expliquer ? Dans la vie, le rideau se serait sans doute relevé pour qu'en un dernier acte le petit oiseau blessé soit recueilli par son premier fiancé fidèle et compatissant ; mais le théâtre n'est pas la vie, et, copier servilement la vie, ne serait pas forcément un excellent moyen de plaire.

Et puisque plaire en amusant n'est pas un des moins bons côtés du théâtre, et puisque la femme est faite pour être souvent perdue pour ceux qui l'aiment, je signale avec quelle gaieté simple, le théâtre Cluny et de façon moins profonde, résoud la question d'une tout autre manière. Dans le joyeux vaudeville « *J'ai perdu ma femme* », c'est à la suite d'une nuit de noce carabinée qu'un joyeux fêtard perd sa femme et la retrouve, pour vivre avec elle la plus douce des lunes de miel. Ici, le combat des idées est moins âpre, moins profond ; ce n'est, d'un bout à l'autre, qu'un long éclat de rire qu'on se reprocherait, en y réfléchissant (tant sont connus déjà les procédés employés pour le déchaîner par MM. Jean Kolb et Max Harry) sans la pensée qu'en toutes choses la détente est utile et bonne « pour ce que rire est le propre de l'homme ».

Dr Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

UN ESSAI D'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES EN SEINE-INFÉRIEURE (1)

Par M. le Dr OTT.

Inspecteur départemental des Services d'Hygiène.

Comme beaucoup d'autres services laissés à l'initiative des maires, l'inspection médicale des écoles n'a été, exception faite de quelques grandes villes, créée presque nulle part.

Dans son statut légal actuel, cette inspection ne relève en effet que de l'administration communale. Bien que divers projets de loi tendant à en faire un service départemental obligatoire soient depuis fort longtemps en chantier au Parlement, rien ne permet d'entrevoir le moment où des réalisations législatives verront le jour. Il n'est donc pas inutile de définir le statut légal actuel de l'inspection médicale des écoles, car l'état actuel semble devoir durer longtemps encore.

Ce statut est réglé par l'article 9 de la loi du 30 octobre 1886 sur l'organisation de l'enseignement primaire et par les articles 136 et 141 du décret organique du 18 janvier 1887. Ce sont les seuls textes où il soit fait mention de l'inspection médicale des écoles.

« *Article* 9 *de la loi du* 30 *octobre* 1886 : L'inspection des établissements d'instruction primaire publics ou privés est exercée...

« 7° Au point de vue médical par les médecins inspecteurs communaux ou départementaux ».

(1) *Rev. d'hyg.*, n° 9, septembre 1925.

« *Article* 141 *du décret du* 18 *janvier* 1887 : Les médecins désignés au § 7 de l'article 9 de la loi précitée n'auront entrée dans les écoles qu'après avoir été agréés par le préfet. Ils devront remplir les conditions mentionnées en l'article 136 du présent décret. Leur inspection ne pourra porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire ».

« *Article* 136 *du décret du* 18 *janvier* 1887 : Nul ne peut être délégué cantonal, s'il n'est Français et âgé de vingt-cinq ans au moins ».

Il résulte donc bien de ces textes que l'inspection médicale des écoles est d'essence communale ; c'est donc le maire qui nomme les médecins inspecteurs, qui n'ont toutefois entrée dans les écoles qu'après avoir été agréés par les préfets.

Le fait que l'inspection est communale a comme conséquence directe que les dépenses de ce service incombient exclusivement au budget communal. Soit dit en passant, c'est là également la cause principale du mauvais fonctionnement de ce service, les maires hésitant toujours à surcharger leur budget d'une dépense nouvelle, non formellement obligatoire.

Lorsque l'Administration intervient auprès des maires pour les amener à créer l'inspection, ils obtempèrent en général en ce qui concerne la nomination des médecins, mais se refusent à faire voter les crédits nécessaires pour les honorer.

Devant cette réalité, et, d'autre part, devant l'incontestable util té de ce service, et sans attendre le vote de la proposition de loi Gilbert Laurent (qui vient d'être reprise par la Chambre actuelle), le ministre de l'Hygiène, Paul Strauss, adressa le 8 mars 1924 aux préfets une circulaire contresignée par le ministre de l'Instruction publique, où il insistait à nouveau sur la nécessité d'organiser l'inspection médicale des écoles, partout où elle n'existait pas, et préconisait la création d'un service départemental pour assurer cette inspection dans les communes qui n'auront pu ou voulu l'organiser spontanément.

Des propositions furent donc faites au Conseil général de la Seine-Inférieure ; elles furent appuyées d'une étude préalable portant sur les points suivants :

Etat actuel de l'inspection librement organisée par les maires ;

Intentions des maires et projets à l'étude ;

Utilité de ce service et bénéfice social à retirer de sa généralisation.

Pour connaître exactement la situation actuelle de l'inspection médicale des écoles dans les 759 communes du département, un questionnaire fut adressé récemment par les Services d'hygiène à tous es maires des communes pour lesquelles les services ne possédaient aucun renseignement précis.

. . . .

En résumé, la situation actuelle des services d'inspection médicale des écoles dans le département était la suivante : 16 communes seulement possédaient un service organisé ; 9 autres avaient un embryon d'organisation, soit en tout 25 communes présentant quelque chose sur les 759 que compte le département.

La deuxième partie du referendum adressé aux maires comprenait les questions suivantes :

« Si l'inspection médicale n'est pas organisée, envisagez-vous la création de ce service municipal ? — Dans quelles conditions ? — La question des honoraires du médecin a-t-elle été envisagée ? — Si oui, indiquez l'état actuel des pourparlers ? — Honoraires demandés ou proposés ? — Quelles sommes comptez-vous inscrire au budget communal pour ce service en 1925 ? — A défaut d'un service municipal, seriez-vous prêt à recourir à l'organisation départementale prévue par l'Office public d'Hygiène sociale ? »

Le dépouillement des réponses donna les résultats suivants :

64 communes se proposaient d'envisager la création d'une inspection médicale des écoles, mais plus de la moitié d'entre elles demandèrent que le service soit assuré par l'Office public d'Hygiène sociale.

211 se déclarèrent impuissantes ou non désireuses de le créer elles-mêmes et demandèrent que l'Office public d'Hygiène sociale se charge de ce service.

Quant aux autres, l'absence de toute réponse explicite au deuxième questionnaire permit de penser qu'elles se désintéressaient de la question.

1 commune signala qu'elle avait dû renoncer à organiser le service par suite du refus des médecins d'y collaborer (1).

12 communes enfin déclarèrent ce service inutile.

Parmi les 211 communes qui déclarèrent vouloir créer l'inspection médicale des écoles, 27 ont joint le geste à la parole et inscrit à leur budget pour 1925 des sommes variant de 25 à 100 francs.

Il est donc permis de résumer les résultats de cette enquête en disant que la grande majorité des maires et des conseils municipaux est favorable à la collaboration d'un service *départemental* d'inspection médicale des écoles.

Une autre question se posait, en se plaçant exclusivement au point de vue de l'intérêt général : à quelles nécessités d'ordre sanitaire l'inspection médicale des écoles allait-elle avoir à faire face, et que donnerait-elle ?

Pour répondre à cette question, des sondages furent faits dans 38 écoles, par un médecin de

(1) Pour quelle raison ? Il serait intéressant de le savoir. Et la municipalité de cette commune est peut-être responsable de ce refus. N.D.L.R. du *C.M.*

l'Office accompagné d'une visiteuse d'hygiène, et pourvu d'un matériel indispensable aux mensurations et examens spéciaux (bascule, toise, rubans métriques, écouvillons stériles, abaisse-langues individuels, lames pour prélèvements, lampes à alcool, savon, blouses, linges d'auscultation, etc...)

1.859 enfants ont été examinés.

Les enfants, gardant leur culotte ou jupon et leurs chaussettes ou bas, ont passé sur la bascule et sous la toise ; le médecin procédait aux examens suivants dont les résultats furent consignés sur les carnets de santé du modèle de l'Office : examen de la colonne vertébrale, auscultation pulmonaire et cardiaque, examen du cuir chevelu, renseignements sur la vision et l'audition, ainsi que sur le développement physique ; mesure du périmètre thoracique en inspiration et expiration.

Ainsi compris, l'examen d'un enfant normal demandait de trois à cinq minutes ; les enfants présentant une particularité quelconque étaient revus plus longuement en fin de séance.

Je ne m'appesantirai pas ici sur les intéressantes observations d'ordre médical, consignées dans les rapports du médecin de l'Office, mais je me contenterai de résumer quelques constatations, toutes graves pour l'avenir de l'enfant, insoupçonnées des parents pour la plupart, et susceptibles de faire plus tard de l'enfant une non-valeur ou tout au moins une moindre valeur sociale. Toutes ces lésions sans exception, pour la plupart révélées par l'inspection médicale des écoles, auraient guéri ou pourraient être guéries ou compensées par l'intervention opportunément provoquée du médecin de la famille, si celle-ci avait été avertie au moment voulu.

Avant d'en faire la simple énumération, je crois devoir faire deux remarques d'ordre général, faites par le médecin inspecteur : la première est que, d'une façon générale, les enfants ne « savaient pas respirer » (il ne s'agit bien entendu que des enfants ayant les voies respiratoires supérieures, nez et pharynx, absolument libres). Pour qui connaît l'importance des échanges respiratoires dans le développement de l'enfant, cette constatation est troublante, et appelle la généralisation à toutes les écoles et à tous les milieux de la société des services d'éducation physique rationnelle encore trop parcimonieusement distribuée dans nos écoles.

La seconde remarque, d'ordre général également, concerne la malpropreté des enfants. Sur les 1.000 premiers enfants examinés, plus d'un tiers — exactement 354 — étaient porteurs de poux ; et je ne mentionne pas les lésions prurigineuses ou impétigineuses ; les règles de la propreté individuelle et l'application continue des principes d'hygiène *élémentaire* ne devraient-elles pas amener la disparition de tout cela ; les instituteurs et institutrices, dont l'action s'arrête au seuil de l'école, et se heurte à des difficultés insoupçonnées, allant quelquefois jusqu'à l'injure publique, ne doit-elle pas être continuée et prolongée dans la famille même par le véritable apostolat des assistantes scolaires, comme cela se fait au Havre et à Rouen, ou par la transformation de la tenue des écoles, adaptées aux règles de « l'Hygiène par l'Exemple ? »

Voici maintenant l'énumération des affections, infirmités ou malformations mises en relief au cours de l'examen des 1.859 enfants sur lesquels a porté l'inspection au cours des sondages :

Scoliose	13 cas.
Mal de Pott constitué	2 —
Mal de Pott tout à fait au début	1 —
Genu valgum	1 —
Paralysie infantile	1 —
Luxation de la hanche non traitée	1 —
Luxation de l'épaule non traitée	1 —
Innombrables cas de carie dentaire sur les dents définitives ;	
Tuberculose pulmonaire en évolution	3 —
Adénopathie trachéo-bronchique	25 —
Lésions cardiaques graves	2 —
Hypertrophie des amygdales dépassant la ligne médiane	335 —
Végétations adénoïdes graves ayant abouti au facies adénoïdien	35 —
Surdité	10 —
Otite moyenne	12 —
Vision défectueuse	14 —
Strabisme	4 —
Diplopie	2 —
Arriération mentale	7 —
Goitre commençant	1 —
Suppurations mastoïdiennes	2 —
Adénites cervicales suppurantes non traitées	2 —
Ectopie testiculaire	1 —

Cette simple énumération d'affections, curables pour la plupart, et méconnues par les parents ou inconnues d'eux, a une éloquence saisissante : elle justifierait, s'il en était besoin, l'extension à toutes les écoles de la surveillance médicale des écoliers, qui n'existe encore que dans 16 villes ou communes du département.

En terminant ce compte rendu rapide des résultats des sondages effectués dans 38 écoles du département, j'ai plaisir à consigner l'accueil cordial et quelquefois enthousaiste fait à notre initiative par tous les instituteurs et institutrices, et souvent aussi par les membres des municipalités qui sont venus assister aux séances. *Aussi un certain nombre de ces municipalités*

ont-elles répondu au questionnaire ci-dessus reproduit par une délibération du conseil municipal demandant que l'Office public d'Hygiène sociale assure dans la commune le service de l'inspection médicale des écoles.

S'il est exact de dire que l'instruction obligatoire dispensée dans les écoles publiques a pour but de créer des valeurs sociales au point de vue intellectuel et moral, il est non moins exact d'affirmer que le but social recherché ne sera atteint que si, parallèlement à l'action pédagogique, l'inspection médicale des écoliers fait simultanément de ceux-ci des valeurs sociales au point de vue physique. L'énumération ci-dessus prouve qu'il y a urgence à le faire.

Comment organiser maintenant effectivement l'inspection médicale des écoles dans le département, et à qui la confier ?

Il y a lieu ici de rappeler qu'il ne saurait être question d'intervenir, de quelque manière que ce soit, dans les différents services déjà créés par certaines municipalités justement soucieuses du bien-être de leurs écoliers, ou d'imposer une manière de voir spéciale à celles qui voudraient créer des services analogues.

Quelles que soient les solutions adoptées, du moment qu'elles assurent une inspection médicacale efficace, se terminant par des avis adressés aux familles, les invitant à faire soigner leurs enfants par le médecin de la famille, pour les gens aisés, et entraînant de droit la possibilité de recourir au médecin de l'Assistance médicale gratuite paur les indigents, le but recherché devra être considéré comme atteint, et l'organisation créée pourra être approuvée et subventionnée.

Avant d'entrer dans les détails d'organisation du service à créer pour les communes qui, renonçant à user du droit qu'elles tiennent de la loi, ont demandé ou demanderont à l'Office de se substituer à elles, et avant de comparer la thèse du recours au médecin praticien et celle de l'intervention du médecin ne faisant pas de clientèle, une distinction de première importance est à établir.

L'article 141 du décret du 18 janvier 1887 porte que l'inspection des médecins « ne pourra porter que sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire ».

La « santé des enfants », qui est l'élément le plus important, doit être envisagée à deux points de vue : la santé des enfants en temps normal, et la santé des enfants en temps d'épidémie. Comment en assurer la surveillance ?

On a vu plus haut l'importance considérable de la surveillance médicale des enfants en temps normal ; mais, pour qu'elle puisse se faire de manière à donner des résultats utiles, elle nécessite un examen long et minutieux. Est-il certain que le médecin praticien, si absorbé par les soucis d'une clientèle active, aux prises avec les nécessités de l'existence, pourra consacrer à cet examen tout le temps voulu et indispensable ? Peut-on, d'autre part, lui demander de se familiariser avec la technique de certains examens spéciaux ; peut-on lui imposer la tenue et la mise à jour des carnets de santé, et l'établissement des rapports indispensables ?

D'autre part, si, agissant comme médecin inspecteur, il signale à la famille la nécessité de certains soins médicaux pour des lésions qu'il n'a pas vues en tant que médecin de la famille, ne s'expose-t-il pas à des interprétations désobligeantes ? Et, dans ces cas, ses avis et conseils ne seront-ils pas l'objet de préventions lorsque parviendra à la famille l'avis ou l'invitation à faire octroyer des soins médicaux à l'enfant inspecté. Cette prévention se manifeste déjà dans certains des centres d'examen médical dont le médecin-chef exerce la médecine dans la localité même où le centre est installé, alors qu'il s'agit pourtant de malades véritables, ouvertement connus comme tels ; ne se manifestera-t-elle pas plus énergiquement lorsqu'il s'agira de lésions inconnues ou méconnues par les parents, et révélées seulement par l'inspection médicale ?

Pour toutes ces raisons, j'estime que dans la généralité des communes, l'inspection médicale des écoliers, avec ses deux examens annuels complets (qui me paraissent nécessaires mais suffisants pour être efficaces) doit être confiée à des médecins ne faisant pas de clientèle et joignant cette surveillance aux autres missions de contrôle des services de la santé publique qu'ils exercent déjà.

Il ne saurait, par contre, en être ainsi de la surveillance de la santé des écoliers lorsqu'une manifestation épidémique se déclare dans une école. Ici, le recours immédiat au médecin praticien est logique, conforme à l'intérêt général et doit être la règle.

On sait que la prophylaxie des maladies transmissibles repose tout entière sur le diagnostic précoce de la maladie, ainsi que sur l'éviction immédiate des malades et des suspects ; rentrent d'ailleurs dans cette catégorie les frères et sœurs des malades. Or, le diagnostic précoce de toutes les maladies transmissibles ne peut se faire que par un examen médical individuel des enfants, et en répétant cet examen chaque jour ou tous les deux jours, pendant un laps de temps variable pour chaque maladie, mais en rapport avec la durée d'incubation. En temps d'épidémie, rapidité de l'intervention de la surveillance médicale et continuité de cette surveillance sont les deux seules bases efficaces de toute prophylaxie en milieu collectif. Seul le médecin prati-

cien ayant l'école contaminée dans son rayon d'action peut intervenir utilement.

Comment envisager maintenant la rémunération de ce service ? Il semble indispensable de considérer les visites ainsi faites dans les écoles, sur invitation des services d'hygiène, comme des visites d'urgence devant être faites toutes affaires cessantes, c'est-à-dire qu'elles doivent être honorées au plein tarif, augmenté d'une somme à déterminer, compensatrice du temps passé aux examens individuels, ainsi qu'à l'établissement et à l'envoi du procès-verbal d'information ou d'enquête étiologique à adresser aux services d'hygiène.

Partant des directives ci-dessus, le projet de règlementation d'un service d'inspection médicale des écoles fut soumis au conseil général, qui émit un vote de principe favorable et demanda que les essais entrepris soient continués en vue de propositions fermes à lui présenter au cours de sa deuxième session de 1925.

Le projet de règlementation dont le texte va être reproduit me paraît se différencier des règlements adoptés ailleurs sur deux points.

Tout d'abord il étend la surveillance médicale aux maîtres et comble ainsi une lacune que tous les médecins ayant exercé à la campagne ont toujours vivement regrettée. Combien avons-nous vu de maîtres ou maîtresses tuberculeux continuer à faire la classe aux enfants jusqu'à la veille de leur mort, et contagionner si souvent les enfants au cours de contacts fréquents répétés et prolongés qu'ils sont obligés d'avoir avec eux. Si, actuellement, une règlementation, toute récente et véritablement humaine, permet de mettre en congé de longue durée les maîtres ou maîtresses tuberculeux, la nécessité de surveiller leur état de santé, comme celui de leurs élèves, n'en subsiste pas moins impérieusement. Sur ce point, l'inspection médicale sera donc *complète* et s'exercera sur tout ce qui gravite obligatoirement autour des écoliers.

En second lieu, cette règlementation ne sera pas *stérile* en ce sens qu'elle permettra à l'enfant malade, même indigent, de recevoir les soins médicaux nécessaires. N'est-il pas en effet illogique, pour ne pas dire plus, de recommander à un père de famille de faire soigner son enfant, en n'obligeant pas en même temps le maire à délivrer les bons de visite et de soins, qui sont partout si parcimonieusement distribués. Un des articles du projet de règlementation envisagé fait ainsi une obligation au maire de délivrer les bons de visite, lorsque le médecin inspecteur a reconnu la nécessité ou l'utilité de soins.

Sur un dernier point, enfin, le projet a cherché à respecter les intérêts si légitimes du corps médical, en rémunérant à plein tarif son concours lorsqu'il est demandé et en cantonnant le médecin inspecteur dans son rôle de surveillant médical ou de dépisteur.

Après le texte du projet de règlement, on trouvera les modèles des avis à faire remettre aux familles par les instituteurs, après chaque séance d'examen, ainsi que le modèle de la demande de la famille autorisant la communication des résultats des examens au médecin de la famille.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA S.-INF^{re}. (1).

Projet de règlement de l'inspection médicale des écoles.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé un service départemental d'inspection médicale des écoles et des écoliers pour toutes les communes qui renonceront à l'application stricte du décret du 18 janvier 1887, leur réservant le soin d'organiser directement un service municipal de cette nature.

Ce service départemental est rattaché à l'Office public d'Hygiène sociale et à l'Inspection départementale des Services d'hygiène de la Seine-Inférieure.

ART. 2. — L'inspection portera sur la santé des élèves, des maîtres et des personnes habitant avec eux, sur la salubrité des locaux scolaires et sur l'observation des règles de l'hygiène scolaire.

Elle comportera :

1° La surveillance de l'état physique des enfants, confiée à des médecins ne faisant pas de clientèle et relevant de l'Office public d'Hygiène sociale et de l'Inspection départementale des Services d'hygiène.

2° L'examen individuel des enfants, en cas d'épidémie ou de manifestations épidémiques, confiée aux médecins praticiens exerçant dans la région.

Nomination des médecins praticiens.

ART. 3. — Les médecins praticiens chargés d'un service d'inspection en cas d'épidémie ou de manifestation épidémique sont nommés pour trois ans par les maires, et agréés par le Préfet, conformément aux prescriptions des art. 136 et 141 du décret du 18 janvier 1887.

Ils doivent avoir accepté au préalable le règlement du service.

Leur mandat peut être renouvelé.

ART. 4. — Ils peuvent être relevés de leurs fonctions soit par les maires, après approbation du Préfet et avis de l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène, soit par le Préfet, sur proposition de l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène, et après avoir été appelés à fournir tous éclaircissements ou explications, soit pour faute grave dans le service, soit pour inobservation persistante du règlement ou des instructions techniques qui leur ont été données.

Rôle des médecins praticiens.

ART. 5. — L'action des médecins praticiens s'exerce en temps d'épidémie ou de manifestations épidémiques par des visites dans les écoles et des examens individuels pratiqués sur tous les enfants fréquentant l'école, ainsi que sur les maîtres ou maîtresses.

Ils reçoivent à ce sujet directement de l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène toutes instructions et indications appropriées, lui rendent compte directement des constatations faites, ainsi que du résultat des enquêtes étiologiques dont ils peuvent avoir été chargés, et lui transmettent leurs propositions s'il y a lieu.

---

(1) Comparer ce projet d'organisation en Seine Inférieure avec l'organisation réalisée dans l'Eure, sur l'initiative de la Fédération des Syndicats médicaux, — page 628, ci-après N. D. L. R.

Honoraires.

Art. 6. — Les honoraires alloués aux médecins praticiens, pour chacune des visites qui leur sont demandées par l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène dans les conditions prévues à l'article précédent, comprennent une somme égale au prix de la visite normale dans la commune où siège l'école, augmentée d'une vacation fixe de 10 francs par séance, y compris le procès-verbal des opérations effectuées qui doit être établi et adressé le jour même, ou au plus tard le lendemain, à l'Inspection des Services d'hygiène.

Le montant des dépenses est mandaté chaque semestre sur le budget départemental.

Médecins spécialisés. Leur rôle.
Fiche sanitaire des écoliers et des maîtres.

Art. 7. — Les médecins de l'Office public d'Hygiène sociale et de l'Inspection départementale des Services d'hygiène sont chargés de la surveillance médicale périodique des écoliers des écoles publiques.

Ils sont assistés, chaque fois qu'il est possible, d'une visiteuse de l'Office, et pourvus de tout le matériel nécessaire aux examens spéciaux qu'ils peuvent avoir à pratiquer.

Cette surveillance s'exerce au cours de deux examens individuels complets, pratiqués à six mois d'intervalle, au cours de chaque année scolaire. Elle donne lieu à l'établissement d'une fiche sanitaire dite « carnet de santé » qui reste entre les mains du médecin examinateur et ne peut être communiquée, en tout ou partie, qu'au médecin de la famille, et sur sa demande.

Cette fiche doit porter des réponses explicites à toutes les questions qui y figurent, et être toujours complétée et tenue à jour par la consignation des résultats constatés au cours de tous les examens ultérieurs.

Une fiche sanitaire semblable est établie pour chacun des instituteurs ou institutrices adjoints ou titulaires et tenue à jour dans les mêmes conditions.

Compte rendu des séances.

Art. 8. — Un rapport d'ensemble, terminant les opérations relatives à chaque école, est adressé aussitôt au Service central.

Une partie spéciale de ce rapport est réservée à l'état des locaux scolaires, à leur tenue, et, s'il y a lieu, aux propositions de toute nature visant à leur amélioration.

Cette dernière partie du rapport est communiquée par l'autorité préfectorale à l'Inspection académique, pour motiver une intervention auprès des maires de la commune intéressée.

Toutes remarques concernant l'état de santé des instituteurs ou institutrices sont également transmises immédiatement à l'Inspection académique.

Avis aux familles.

Art. 9. — Après chaque séance d'examen, un avis est adressé par les soins du Service central aux familles des enfants pour lesquels le médecin inspecteur aura estimé que des soins médicaux sont nécessaires ou utiles.

Sur production de cet avis le maire délivre aux indigents régulièrement inscrits sur les listes d'assistance un bon de visite médicale et le renouvelle si le médecin traitant le demande. En cas de contestation, l'avis du Service central est demandé par les intéressés, et le Préfet statue.

Dans le cas où l'affection présentée par l'enfant nécessiterait son hospitalisation, celle-ci sera prononcée par le Préfet, qui désignera l'établissement hospitalier sur lequel l'enfant devra être dirigé sur avis du Service central.

Frais.

Art. 10. — Les frais de visite médicale et la délivrance des médicaments consécutifs aux constatations de l'inspection médicale des écoles incombent à la commune où l'enfant a son domicile de secours.

Les frais de séjour dans les hôpitaux ou établissements spéciaux incombent au département.

Rapport annuel.

Art. 11. — Un rapport annuel sur l'ensemble de ses travaux est établi par chaque médecin inspecteur et adressé avant le 10 août à l'inspection départementale des Services d'hygiène.

Un rapport d'ensemble sur le service est établi chaque année par l'Inspecteur départemental des Services d'hygiène, et présenté par le Préfet au Conseil général dans sa deuxième session ordinaire.

Département
de la
SEINE-INFÉRIEURE

INSPECTION
des
Services d'Hygiène

Inspection Médicale des Ecoliers

En réponse à l'avis qui lui a été remis par M. le Directeur de l'Ecole primaire publique de

M

ascendant de l'enfant

informe le Service central de l'Inspection des Services d'Hygiène que son Médecin habituel est M. le Docteur

demeurant à

auquel peuvent être adressés tous renseignements relatifs aux constatations faites par le Médecin Inspecteur.

Date

Signature

Talon à détacher par le Médecin Inspecteur
et à joindre au Carnet de Santé

Commune de *Ecole*

Nom et prénoms de l'élève

Date de la remise de l'avis aux parents

« la réponse des parents

« l'envoi des renseignements au Docteur

....

Département
de la
SEINE-INFÉRIEURE

INSPECTION
des
Services d'Hygiène

Inspection Médicale des Ecoliers

AVIS AUX PARENTS

Au cours d'une visite d'inspection faite le à l'école primaire publique de , il a paru au Médecin inspecteur que l'état de santé de votre gagnerait à être surveillé par votre Médecin habituel.

Si vous désirez donner suite à cette suggestion, je vous serais obligé de vouloir bien me retourner, en franchise, la lettre ci-jointe, en m'indiquant le nom de

votre Médecin, afin de permettre de lui signaler DIRECTEMENT *le point particulier ayant attiré l'attention du Médecin inspecteur.*

Dans le cas où vous seriez inscrit sur la liste des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, vous êtes autorisé à réclamer au bureau d'assistance un bon de visite médicale.

En ce qui concerne cette dernière, il est préférable de ne la provoquer que 8 jours après la date d'envoi de la demande ci-jointe, afin d'être certain que l'avis médical du Médecin inspecteur soit parvenu au Médecin traitant.

Date

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France.

Fondée en octobre 1919

Compte rendu analytique du 6e Congrès des 5 *et* 6 *octobre* 1925. *Paris.*

Le président indique la marche de l'Association, les nouvelles adhésions, les divers services qui ont été rendus dans le courant de l'année à des collègues de plusieurs centres hospitaliers.

L'Association compte aujourd'hui plus de 400 membres : médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux de France, Algérie, Tunisie, Maroc, et colonies.

Le tout compris. — Le Congrès est mis au courant des démarches faites par le Conseil depuis plus de deux ans, en vue de la suppression du « tout compris ».

La question semble mûre pour une prompte solution. Pour la faciliter, le Congrès décide d'envoyer à Monsieur le Ministre du Travail et de l'Assistance Publique, une lettre demandant :

« Que la question de la rémunération des méde-« cins, chirurgiens, et spécialistes des hôpitaux ci-« vils pour soins donnés aux victimes des accidents « du travail hospitalisées, soit reprise et soumise à « nouveau à l'Assemblée compétente ».

Cette lettre a été remise à M. le Ministre, dans les meilleures conditions de réussite.

Le Congrès approuve les conclusions d'un rapport du docteur Paul Boudin, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, sur l'admission à l'Assistance médicale gratuite des malades demi-nécessiteux pour opérations chirurgicales.

L'Assemblée discute deux propositions du Dr Marquis, de Rennes.

Le Congrès considère que le « Tarif Breton » ne répond plus aux nécessités actuelles.

Il estime qu'il y a lieu de demander sa revision. Celle-ci sera demandée par l'Association à la Commission de revision de ce tarif, par les soins de M. Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, membre de la Commission de revision du « tarif Breton ».

Une lettre dans ce sens a été adressée par le Conseil de l'Association à M. le Dr Decourt.

En ce qui concerne le nouveau Syndicat des chirurgiens français, le Congrès décide que l'Association a sa raison d'être personnelle. Mais, son Conseil nouera des pourparlers d'entente cordiale, et de communes actions avec les membres du bureau du nouveau Syndicat. Ces démarches ont eu lieu avec succès.

Election du nouveau Conseil :

Président : M. Reynes, de Marseille.

Vice-présidents : MM. Le Nouene, du Havre ; Renon, de Niort.

Trésorier : M. Patel, de Lyon.

Secrétaire général : M. J.-L. Rocher, de Bordeaux.

Conseiller médico-juridique : M. Paul Boudin, de Paris.

II

Fédération des syndicats médicaux de l'Hérault

3 *janvier* 1926

Présidence du professeur Paul Delmas.

Résumé analytique.

1. *Situation née des incidents survenus au cours de l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.*

M. Gaussel, délégué du Syndicat de Montpellier à l'Assemblée générale de l'Union, rend compte des évènements auxquels il a été mêlé. Le détail s'en trouve page ... sous le titre : « A propos d'un ordre du jour ».

Le président remercie M. Gaussel de son exposé et demande au Conseil son sentiment sur l'état des choses né de ces incidents.

M. Lautié témoigne du vif regret que lui cause une telle scission dans le corps médical, mais déjà en 1912, une dissidence s'était produite qui fut heureusement sans lendemain.

Le président constate une situation de fait : la scission. D'autre part certains membres du Conseil lui paraissent souhaiter que la Fédération adresse un appel au Corps médical, tout entier, en vue de refaire l'entente.

Déjà lui sont parvenus deux appels aux Syndicats médicaux de France, signés Michon et Vanverts. N'y aurait-il pas lieu avant de procéder à une démarche extérieure, d'attendre d'arrivée d'un manifeste déjà annoncé par MM. Cruchet et Verger ?

Une discussion serrée s'engage où l'avis est exprimé d'adresser sans délai à tous les groupements corporatifs de France un appel à la concorde, avant que la scission ne soit devenue définitive : par suite il conviendrait de le rédiger sans délai et plus spécialement sans attendre qu'une Assemblée générale de la Fédération en ait donné le mandat exprès à son bureau.

Il en est ainsi décidé, sous réserve que la motion votée par le Conseil n'engage que lui et non la Fédération qui n'a pas été convoquée pour se prononcer sur cette initiative.

L'appel ci-dessous sera donc adressé par les soins du secrétaire général à tous les Syndicats médicaux de France.

En voici le libellé :

« Le Conseil d'administration de la Fédération des « Syndicats médicaux de l'Hérault, dans sa réunion « statutaire du 3 janvier 1926, tenue dans les locaux de la Faculté de médecine de Montpellier,

« Emu des dangers que peut faire courir au corps « médical la scission née des incidents survenus au « cours de l'Assemblée générale de l'Union des S. M « de France le 4 décembre 1925.

« Adresse le plus pressant appel à tous les délé« gués régulièrement mandatés des groupements « corporatifs de France, en vue de maintenir, en « dehors de toute dissidence, la cohésion plus que « jamais indispensable entre tous les membres du « corps médical, alors que les circonstances légis« latives engagent la profession dans des voies nou« velles ».

II. *Fusion des Syndicats médicaux Montpellier-Lodève.* — Il résulte des tentatives de fonctionnement du Syndicat de Lodève que le quorum de membres en séance n'a jamais été atteint. Aussi, en démissionnant, son bureau a-t-il pensé traduire l'avis de tous en demandant que les membres de ce groupement adhèrent au Syndicat le plus voisin.

Sauf circonstances géographiques spéciales, où les facilités de déplacement rapprocheraient plus volontiers certaines communes de Béziers, il semble que les adhérents de l'ancien Syndicat de Lodève doivent, pour la plupart, s'inscrire au Syndicat de Montpellier. Ils seront invités à faire connaître à la Fédération leur décision sur ce point.

III. *Assistance médicale gratuite.* — Le représentant de la Fédération à la Commission de contrôle fait part des critiques adressées à certains médecins dont les prescriptions ont paru, au regard de l'administration, présenter un caractère somptuaire.

Le Conseil estime, sans s'attarder à des points de détail qui n'engagent qu'un petit nombre de médecins, que plus importante est la question de la refonte du régime de l'assistance.

Une étude sera faite par chaque Syndicat des moyens à mettre en œuvre pour que soit substitué à une réglementation imposée par la Préfecture un véritable contrat bilatéral où soient respectés les intérêts des deux parties en présence.

IV. *Questions diverses.* — Le président rappelle que, depuis plusieurs années aucun des Syndicats adhérents n'a fait parvenir au bureau, au début de l'année civile, la liste des médecins qui exercent dans l'arrondissement.

Cette disposition, d'ailleurs statutaire (art. 7, alin. 3) doit cependant être observée, ne fût-ce qu'en vue de rendre possibles et régulières les opérations de trésorerie.

Le secrétaire général,
Dr Desfour.

III

Fédération des Syndicats Médicaux de l'Eure

Compte rendu de l'Assemblée générale du 29 novembre 1925

L'Assemblée générale de la Fédération s'est tenue à Evreux, à l'Hôtel de Ville, à 14 heures :

1. — Le président remercie les confrères qui ont bravé le mauvais temps pour assister à la réunion. Il montre que les questions professionnelles posées devant les syndicats deviennent de plus en plus nombreuses et importantes. Le développement de la médecine sociale rend indispensable l'entente et la collaboration de tous les médecins ; et les bureaux des syndicats, dont le travail est lourd et souvent ingrat, ont besoin de pouvoir compter sur l'aide active des confrères pour lesquels ils travaillent.

ceux-ci, l'assistance aux réunions devrait être leur premier devoir ainsi que le respect des décisions votées en Assemblée générale.

2. — LUTTE ANTITUBERCULEUSE.

Les syndicats des Andelys et de Pont-Audemer croient difficile la création d'un dispensaire sur leur territoire en raison de la dissémination des populations.

Le syndicat des Andelys demande que les médecins soient tenus au courant des places disponibles dans les sanatoria. Mais le Dr THIRARD fait remarquer que ces établissements sont en général pleins et qu'on y envoie les malades inscrits aussitôt que des vacances se produisent. C'est justement un des rôles du dispensaire qui se tient en contact avec les sanatoria.

Les syndicats de Bernay et d'Evreux sont satisfaits du dispensaire tel qu'il existe et qui rend service aux malades, à leur famille et aux médecins. Le rôle de l'infirmière, qui apporte dans les taudis la propreté et l'hygiène, est particulièrement mis en valeur.

3. — RÉVISION DU TARIF DÉPARTEMENTAL MINIMUM.

L'acte médical minimum est fixé à 10 francs.

Pour l'indemnité kilométrique les syndicats se sont engagés à l'établir à 1 fr. 25 pour le 1er janvier 1926.

4° SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Nos délégués à la commission mixte convoquée par la préfecture devront défendre le principe que *le tarif appliqué aux membres des sociétés mutuelles sera le tarif syndical local.*

Au plus, une remise de 10 % à titre *d'indemnité de recouvrement* pourrait-elle être consentie.

Au cas où ces demandes ne seraient pas admises, nos délégués ne devraient pas conclure mais apporter à la prochaine Assemblée de la Fédération le compte rendu des négociations en vue d'une nouvelle étude.

5. — INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES.

Le secrétaire donne lecture de l'arrêté préfectoral créant le service. Cet arrêté va être transmis à tous les médecins du département.

Le secrétaire rend compte du travail des commissions, qui, sous la présidence effective du préfet, ont obtenu par une collaboration bienveillante une entente satisfaisante pour tous.

Le projet médical, étudié et adopté à la réunion du 28 juin, a été accepté dans ses grandes lignes. Une circulaire spéciale va faire connaître à tous les confrères les détails et les conditions du service, qui doit débuter au 1er janvier 1926.

6. — UNION DES SYNDICATS.

Après étude des questions qui tendent actuellement à diviser le corps médical, la Fédération résume son opinion dans l'ordre du jour suivant, qui sera transmis à l'Union :

La F. S. M. de l'Eure :

CONSIDÉRANT *que les discussions pouvant surgir dans le corps médical doivent toujours rester dans le domaine des idées et conserver le caractère de courtoisie*

Que ces discussions doivent être portées à la connaissance du corps médical par l'Union elle-même et non par des circulaires adressées directement aux médecins par les intéressés ;

Que l'Union doit seule représenter le corps médical, et le représenter tout entier ;

ÉMET LE VŒU *que le mode d'élection au conseil de l'Union assure une représentation plus complète du corps médical en répartissant les candidats sur toute l'étendue du territoire ;*

Que le Médecin Syndicaliste *soit ouvert à l'exposé de toutes les opinions dans les limites de forme et de développement admissibles ;*

Que tout soit mis en œuvre pour maintenir la bonne entente du corps médical dans le cadre de l'Union des syndicats ;

FAIT CONFIANCE *au bureau et au conseil de l'Union pour réaliser ce vœu.*

7. — IMPOT DU MÉDECIN.

La Fédération se rallie entièrement à la décision du syndicat de Nantes posant l'alternative ;

a) Confiance des services fiscaux dans les médecins impliquant de la part de ces derniers la collaboration aux services publics ;

b) Défiance ou contrainte arbitraire de la fiscalité entraînant fatalement et immédiatement la rupture.

8. — DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS.

La Fédération admet le principe du dispensaire aidant au diagnostic et fournissant des médicaments aux malades nécessiteux, le traitement appartenant toujours au médecin habituel du malade.

Le médecin du dispensaire devrait être désigné par le syndicat et nommé pour un an, de façon à permettre un roulement.

9. — La Fédération s'associe pleinement au *vœu des stomatologistes* réclamant le maintien du titre de docteur aux seuls titulaires du doctorat en médecine français.

10. — PENSIONNÉS DE GUERRE.

Le Dr COURAUD rend compte de la marche du service en 1925. Il rappelle aux médecins que leurs prescriptions ne peuvent se rapporter qu'aux maladies et blessures causes de la réforme ; que la prescription des spécialités et des vins n'est pas admise.

Le montant de prescriptions irrégulières serait porté au compte de leur auteur.

11. — A. M. G.

La Fédération devra reprendre le réajustement des tarifs avec l'indice du coût de la vie et faire reconnaître le principe du tarif annuel variable avec cet indice.

Les tarifs suivant devront être demandés :

Consultation	5 fr.
Visite	7 fr.
Indemnité kilométrique	1 fr. 25

Augmentation des tarifs chirurgical et obstétrical.

Les Dr THIRARD et VIVIER devront défendre ces demandes devant la commission du Conseil général.

12. — La Fédération s'associe au vœu des syndicats pour la *suppression des catégories* en médecine sociale, en particulier pour le *tarif Breton*, dont le taux général devra suivre l'élévation de l'indice du coût de la vie.

Le Président, Dr Thirard.
Le Secrétaire, Dr Vivier.

Service d'inspection médicale des écoles institué par arrêté préfectoral (limité aux communes demandant à en bénéficier) (1).

Voici la base de fonctionnement de ce service :

L'enfant, avant d'entrer à l'école, est présenté par sa famille *au médecin de son choix en son cabinet*, muni de deux livrets. Sur le premier carnet, qui doit rester propriété de la famille, le médecin inscrit tous les résultats — positifs ou négatifs — de son interrogatoire et de son examen. Sur le deuxième carnet, destiné à être conservé à l'école, le médecin n'inscrit que les renseignements pouvant être utiles au maître. Il ajoute, s'il y a lieu, la mention : « *A revoir périodiquement* ».

A l'école, chaque trimestre, l'instituteur inscrit sur le carnet de surveillance sanitaire les courbes de poids, de taille et de périmètre thoracique de l'enfant et les observations spéciales qu'il a pu faire.

Tout enfant à courbes anormales, ou ayant éveillé l'attention du maître pour une raison quelconque, tout enfant indiqué par le médecin comme « à revoir périodiquement », est adressé *tous les* 6 *mois* à son médecin. Celui-ci remplit alors les cases spécialement réservées dans les deux livrets, en indiquant sur le livret d'école les mesures opportunes (à envoyer à la mer, à mettre près du tableau, à ménager, ... etc...).

Pour des raisons budgétaires ce service ne peut être mis en marche que progressivement. Seuls seront vus cette année les enfants entrant pour la première fois à l'école, et, en cours d'année, les enfants jugés à surveiller.

Les HONORAIRES prévus pour les médecins sont les suivants :

Examen initial et établissement du dossier : 15 francs. Cet examen est payé par la famille, sauf pour les familles inscrites à l'A. M. G. Pour ces dernières l'examen est gratuit et le médecin en inscrit au compte de l'A. M. G. le montant fixé à 10 francs.

Examens ultérieurs : 10 francs pour tous les enfants. Pour ces examens, les enfants inscrits à l'A. M. G. doivent se présenter à leur médecin munis d'un bon spécial.

Mis dans l'obligation de fixer des prévisions budgétaires, les membres de la Commission ont dû estimer le taux des enfants à revisiter en cours d'année, en attendant que l'expérience donne une indication plus précise. Le taux de 1 /6e a été admis, et nous le donnons aux médecins à titre indicatif, car il est désirable que dès le début l'imprévu ne vienne pas compromettre le service.

Des INSPECTIONS D'HYGIENE DES ÉCOLES sont prévues en cas d'épidémie, lieu de morbidité particulière sur un territoire scolaire.

En ce cas, un médecin est délégué par la préfecture pour se rendre compte des mesures à prendre.

Pour cette inspection, une vacation de 20 francs par école est prévue, plus, s'il y a lieu, l'indemnité kilométrique au tarif de l'A. M. G.

Enfin une COMMISSION DE CONTROLE est instituée, destinée à faciliter le bon fonctionnement du service.

La Fédération a désigné pour la représenter à cette Commission les Dr THIRARD et VIVIER. Les médecins pourront donc s'adresser à eux pour tous éclaircissements dont ils auraient besoin.

Le service ainsi compris a pour but essentiel de créer une surveillance de l'enfant, de dépister ses tares, ses prédispositions, ses insuffisances ; de découvrir à temps l'incubation des maladies chroniques, en particulier de la tuberculose ; d'éclairer les familles et les maîtres sur les mesures à prendre pour sauvegarder la santé et le développement de l'enfant.

Les principes qui nous sont chers ont été respectés. Chaque médecin reste seul en présence de la famille qui lui accorde sa confiance ; le double livret sauvegarde le secret professionnel. Enfin aucun travail inutile n'est demandé au médecin ce qui permet de rémunérer l'acte médical à un taux mieux proportionné à sa valeur.

Tous les médecins participent à ce service sous la seule réserve d'accepter les clauses de ce contrat.

Dr VIVIER.

Annexe

PRÉFECTURE DE L'EURE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

4e DIVISION

Objet : **Inspection Sanitaire des Ecoles**

Le Préfet de l'Eure, Chevalier de la Légion d'honneur,

Vu les instructions ministérielles tendant à obtenir la création, dans chaque département, d'une Inspection sanitaire des Ecoles ;

Vu les procès-verbaux de la Commission spéciale désignée à cet effet par le Conseil général dans sa séance du 19 mai 1925 ;

Vu la délibération de l'Assemblée départementale du 30 septembre 1925,

Arrête :

Article premier. — Un service d'Inspection médicale des écoles est institué dans le département de l'Eure, sous l'autorité du Préfet, avec le concours d'une commission de contrôle.

Art. 2. — Ce service a pour but d'assurer

(1) On comparera avantageusement cette organisation de l'Eure avec celle que préconise le Dr Ott, dans la Seine-Inférieure, et que nous publions ci-devant, page 619. N. D. L. R.

progressivement aux enfants des écoles une surveillance efficace afin d'éclairer les familles et de guider les maîtres chargés de veiller au développement normal de leurs élèves.

L'examen de l'enfant doit être minutieux, il doit porter sur tous les organes, dépister des tares anciennes qui n'ont laissé que des traces minimes, des maladies évolutives à leur début, de simples prédispositions dont la constatation toujours si délicate demande un long interrogatoire et un examen clinique prolongé.

Pour ces raisons, ce premier examen doit avoir lieu au cabinet du praticien et par les soins du médecin de la famille.

Art. 3. — Les résultats de cet examen sont consignés sur un carnet de santé qui doit rester la propriété de la famille.

D'autre part, un carnet de surveillance sanitaire est remis à l'instituteur avec toutes mentions et observations utiles. Sur ce carnet, le maître doit inscrire trimestriellement lescourbes du poids, de la taille, du périmètre thoracique. Si quelque courbe lui paraît anormale, la famille et le médecin seront immédiatement avisés par ses soins.

Art. 4. — Dans les cas où une inspection d'hygiène à l'école est nécessaire, la demande doit en être faite, par l'instituteur à l'administration préfectorale qui désigne le médecin après avis de l'Inspecteur d'Académie.

Art. 5. — Une Commission de contrôle est chargée de vérifier les mémoires, de surveiller le fonctionnement du service, d'aplanir les difficultés et de réprimer les abus éventuels ou les fautes professionnelles lourdes pouvant entraîner pour son auteur l'exclusion du service.

Cette Commission, présidée par le Préfet, est composée de :

2 conseillers généraux désignés par leurs collègues ;

2 médecins proposés par la Fédération ;

2 représentants de l'Enseignement ;

2 représentants de l'administration départementale.

Art. 6. — Les honoraires des médecins sont fixés comme suit :

1° *Pour les familles non nécessiteuses.* — Examen initial et établissement du carnet, 15 francs.

Examens ultérieurs, 10 francs.

2° *Pour les familles admises à l'assistance médicale.* — Examen initial et carnet, 10 francs.

Examens ultérieurs, 10 francs.

3° *Pour les inspections d'hygiène à l'école.* — Vacation : 20 francs (vingt francs) plus l'indemnité kilométrique au tarif de l'assistance médicale gratuite.

Les autres dépenses comprennent :

1° L'acquisition des bascules destinées aux écoles et pour lesquelles le département vient en aide aux communes sous forme d'une subvention.

2° Les frais d'administration et de contrôle qui consistent dans la fourniture des imprimés et l'attribution des jetons de présence aux membres de la Commission de contrôle, jetons dont la répartition et la quotité seront ultérieurement fixées.

Art. 7. — M. le Secrétaire général, MM. les Sous-Préfets, MM. les Maires et M. l'Inspecteur d'Académie, sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté qui entrera en vigueur à partir du 1er janvier 1926.

Evreux, le 9 novembre 1925.

Le Préfet,

Ernest BEAUGUITTE.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Conférence de Mme le Dr Lipinska.** — Le mardi 16 mars, à 20 heures précises, dans la Salle de la Société de Géographie, Mme le Dr Lipinska fera une conférence sur l'*Hygiène mentale et la nutrition.*

La conférence aura lieu sous la présidence du Pr Charles Richet, de l'Institut, et du Pr Gley, du Collège de France et de l'Académie de médecine ; elle est organisée avec le concours de M. le Dr Auguste Marie, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; de M. le Dr Paul Sollier, professeur à l'Université libre de Bruxelles ; de M. le Dr Mawas, médecin de la Clinique ophtalmologique Ad. de Rothschild (Buttes-Chaumont) ; de Mme H. Gaboriau ; de M. le Dr J. Noir, rédacteur en chef du *Concours médical.*

Sommaire de la conférence :

I. L'influence du jeûne sur les facultés intellectuelles : mémoire, attention, intuition, imagination, etc.

II. L'influence du jeûne sur le développement du caractère et de la volonté.

III. Le jeûne thérapeutique, moyen de rajeunissement et d'embellissement du corps ; *a*) Disparition des rides ; *b*) clarté et fraîcheur du teint ; *c*) démarche alerte et souplesse du corps.

IV. Le jeûne thérapeutique au point de vue social. Moyen de rétablir l'équilibre financier.

V. Diète des nerveux, des goutteux, des rhumatisants. Exemples de malades traités par le jeûne en Amérique, en Angleterre et en Pologne.

— **L'Amicale des médecins de la Champagne.** — Il vient de se fonder une amicale des médecins de la Champagne ayant pour but de réunir les médecins originaires de la Marne, de l'Aube, de la Haute-Marne, de l'Aisne.

Pour toute demande de renseignements ou adhésions, s'adresser au Dr Villetard de Laugière, 11 rue du Lac, à Saint-Mandé (Seine) ou au Dr Colaneri, 61 *bis*, boulevard Beauséjour (Paris.

— **Nécrologie.** — M. le docteur François SIMON, de Paris. — M. le docteur Gaston DANTAN, de Paris. — M. Joseph CORTIAL, directeur des Laboratoires Cortial. — M. GÉRODIAS, externe des hôpitaux de Paris. — M. le docteur A. YVERGONEAU, de Nort-sur-Erdre. — M. le docteur Felve PERRENOT, de Puget. — M. le docteur OVION, de Toulon. — M. le docteur Léon MICHAUD, de La Malou.

— **Préfecture du département de la Seine.** *Service médical.* — M. le docteur Paul CORNET, médecin en chef, est nommé médecin en chef honoraire. Sont nommés : médecin de la 4e circonscription, M. le docteur FINOT ; médecin adjoint de la 4e circonscription, M. le docteur LANGLOIS.

— **Clinique neuro-psychiatrique infantile** (379, rue de Vaugirard). — M. HEUYER fait un cours de clinique neuropsychiatrique infantile (enfants arriérés), le mardi à 10 h. 1/2. Examen des malades, les mardis, mercredis, vendredis, à 10 heures.

— **Clinique urologique.** — Sous la direction de M. le professeur F. LEGUEU, avec la collaboration de MM. CHABANIER, FEY, FLANDRIN, FOUQUIAU, GARCIN, GAUME, TRUCHOT et VERLIAC, chefs de clinique et de laboratoire, un cours de perfectionnement d'urologie chirurgicale commencera le mardi 25 mai 1926, à 11 h., à la clinique urologique de l'hôpital Necker, et durera jusqu'au vendredi 4 juin (inclusivement).

— **Marseille.** — Le Dr FLAISSIÈRES, maire de Marseille, vient de promulguer un arrêté municipal interdisant l'entrée et la mise en vente de lots de coquillages non accompagnés d'un duplicata du certificat délivré par les services d'hygiène compétents (Inspection départementale, Bureau municipal d'hygiène).

— **Hôpital de Saint-Denis (Seine).** — *Un concours d'internat* aura lieu le 29 mars 1926, à 9 heures, à l'hôpital-hospice de Saint-Denis. — Les candidats devront avoir 16 inscriptions nouveau régime, ou 12 inscriptions ancien régime. Le internes sont nourris, logés, chauffés, éclairés et touchent une indemnité mensuelle de 250 fr. Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Hôpital, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, à Saint-Denis. — Clôture des inscriptions le 22 mars.

— **Pour les infirmes par paralysie infantile.** — *La Colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry (Seine-et-Marne).* — Une femme généreuse, Madame E. POIDATZ, qui fut paralysée elle-même, a créé à Saint-Fargeau, dans une campagne aérée et saine, une colonie où elle a rassemblé nombre d'enfants atteints de séquelles de paralysie infantile.

Le traitement qu'on y applique consiste dans la correction des attitudes vicieuses par un redressement judicieux, par des exercices méthodiques, réalisés au moyen d'un appareillage spécial. On y associe les interventions chirurgicales pour compenser les insuffisances musculaires irrémédiables. A côté du traitement médical l'instruction des enfants n'est pas négligée et les jeunes pensionnaires comblent rapidement le retard d'un enseignement souvent incomplet.

Dans différentes études sur la rééducation physiothérapique appliquée à la Colonie de Saint-Fargeau, le regretté docteur F. Helme, constatait que sur 10 sujets, neuf sortent *fonctionnellement guéris.* « Ils sont entrés infirmes, dit-il, et sortent capables de vivre normalement et d'exercer une profession, de fonder un foyer et de créer une famille. »

De nombreux enfants demi-impotents à l'arrivée sont rentrés chez eux marchant sans appareil. D'autres, presque impotents depuis des années, marchent avec une ou deux cannes et leur rééducation musculaire se poursuit en même temps que leur instruction. Cependant, pour le que le traitement atteigne toute son efficacité, il est nécessaire qu'il soit appliqué pendant les années de croissance afin d'en suivre minutieusement les étapes évolutives. Il faut qu'en dehors des heures consacrées au traitement, ces enfants soient constamment soumis à une surveillance destinée à éviter les déformations secondaires. Celles-ci reviennent uniquement de ce fait que les groupes musculaires ne se régénèrent pas tous avec la même rapidité. Il s'ensuit des attitudes vicieuses des membres atteints, attitudes auxquelles il faut remédier par des appareils orthopédiques qui doivent être changés aussi souvent que nécessaire. C'est pour combler cette lacune que la Colonie de Saint-Fargeau a été fondée. L'œuvre est reconnue d'utilité publique.

— **Sanatorium de Hohrodberg (Haut-Rhin).** — *Mise au concours de la place de médecin-directeur.* — La place de médecin-directeur du Sanatorium du Hohrodberg, au-dessus de Munster (Haut-Rhin) est mise au concours depuis le 1er mars 1926 (concours sur titres).

Les candidats à ce poste devront adresser *avant* le 15 avril 1926, leurs demandes au Comité de Direction de la Caisse de Maladie des Chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, 3, boulevard du Président-Wilson, à Strasbourg. A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus et des titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances médicales, scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. (Prière d'ajouter en même temps un exemplaire des publications). Les candidats devront parler couramment la langue allemande.

Une commission technique, nommée par le Comité de Direction de la Caisse de Maladie des Chemins de fer d'Alsace et de Lorraine, sera chargée d'examiner les titres des candidats ; la nomination sera faite par le Comité de Direction de cette Caisse. Le traitement du médecin-Directeur est de 15.000 francs. Ce médecin sera logé et nourri par le Sanatorium.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

créance contre le chef d'entreprise est privilégiée (article 23 de la loi du 9 avril 1898 et article 2101 du Code civil). Vous pourriez faire une démarche auprès du syndic de la faillite pour savoir où en sont ses opérations et s'il est en possession d'un actif quelconque. Avez-vous demandé à exercer votre privilège lorsque vous avez produit à la faillite ? Si vous ne l'avez pas fait, le syndic vous dira s'il est temps encore de réparer votre omission.

---

308. — Droit de reprise du propriétaire d'un local médical.

1re lettre.

Auriez-vous l'obligeance de me dire si, dans l'état actuel de la loi, un propriétaire a droit de reprendre pour son usage personnel un local loué à un médecin, c'est-à-dire un local à la fois à usage d'habitation et à usage professionnel ?

Dr B.

Réponse.

D'après la jurisprudence, les lois actuellement en vigueur sur les loyers interdisent au propriétaire l'exercice du droit de reprise lorsqu'il s'agit d'un local affecté à un usage professionnel, comme c'est le cas pour les médecins. De nombreuses décisions ont été rendues dans ce sens, notamment un arrêt de la Commission supérieure de Cassation en date du 9 juillet 1925, publié dans le *Concours médical* n° 43 *bis* du 28 octobre 1925, page 2525.

Mais la législation actuelle sur les loyers n'est applicable que jusqu'au 1er avril prochain. A partir de cette date, nous serons sous l'empire d'une nouvelle loi, en discussion pour le moment devant le Parlement. Il est, bien entendu, impossible de préjuger des dispositions de cette loi, mais tout porte à croire que le droit de reprise du propriétaire n'y sera pas plus étendu que dans les lois qui l'ont précédée.

442. — 2e lettre.

En possession de votre réponse, qui me fait connaître qu'un propriétaire n'a pas droit de reprise sur le local professionnel d'un médecin, je viens vous prier de compléter vos renseignements et de me dire :

1° A-t-il le droit de reprendre les locaux à usage d'habitation en laissant au médecin le salon et son cabinet indispensable à l'exercice de sa profession ;

2° Si le médecin quitte son local pour aller exercer ailleurs, celui-ci a-t-il le droit, moyennant indemnité, de vendre sa clientèle, et de sous-louer son appartement à son confrère, alors que dans le bail est inscrite une clause qui l'empêche de sous-louer sans l'autorisation écrite du propriétaire ?

Dr B.



Réponse.

1° Si le local professionnel et les pièces affectées à l'habitation font partie d'un même appartement et sont compris dans un seul et même bail, ils sont indivisibles et le propriétaire ne peut exercer son droit de reprise sur une partie quelconque de l'appartement.

2° La jurisprudence la plus récente interprète les clauses qui soumettent la cession ou sous-location à l'agrément du propriétaire comme restrictives et non prohibitives du droit de céder ou de sous-louer. Dans ce cas, pour refuser son agrément à la cession ou sous-location, il faut que le propriétaire puisse justifier de motifs légitimes. La cession ou sous-location faite sans l'agrément du propriétaire peut être validée par le Tribunal, s'il est démontré que le propriétaire n'avait pas de justes motifs pour s'y opposer, ou bien, si son opposition empêche la cession ou sous-location, il peut être condamné à des dommages-intérêts envers son locataire.

503. — Déclaration de grossesse.

Existe-t-il une loi obligeant les femmes enceintes non mariées (futures filles-mères) à déclarer leur grossesse dans les mairies, au 6ᵉ mois ?

Dr L.

Réponse.

Il n'existe aucune loi imposant l'obligation d'une façon générale aux femmes enceintes, mariées ou non, de déclarer leur grossesse à un moment quelconque à la mairie.

Seules, celles qui veulent bénéficier des allocations aux femmes en couches doivent faire leur demande à la mairie et produire à l'appui toutes justifications de leur état d'indigence et un certificat médical attestant qu'elles ne peuvent continuer à travailler sans danger pour elles ou les enfants.

432. — Le « tout compris » ne s'applique pas quand le blessé a été soigné chez lui.

Un ouvrier d'une société de transport de force électrique, soumis à la loi de 1898, se fait une hernie de force en soulevant un pylône. La Cie, après examen d'expert, reconnaît l'origine. Elle accepterait l'opération radicale à l'hôpital « tout compris ». En vertu du libre choix, le blessé se fait opérer à domicile, après en avoir prévenu la Cie d'assurance par lettre recommandée.

Le chirurgien et l'aide appliquent le tarif Breton, déplacement compris. La Cie veut payer sur la base du « tout compris » (moi je ne comprends pas ce que ça veut dire, dans ce cas). Doit-elle payer les honoraires demandés au tarif Breton ?

De plus, la solution de l'affaire ayant traîné six mois, j'ai marqué au blessé un bandage herniaire qu'il a payé 70 fr. et qu'il veut se faire rembourser. La Cie dit qu'elle n'a pas à payer le bandage. A-t-elle raison ?

Dr C.

Réponse.

Le « tout compris » ne saurait être applicable lorsque le malade a été soigné ou opéré en son domicile. Les prétentions de la Compagnie d'assurances sont donc inadmissibles. L'accidenté a parfaitement le droit de ne pas vouloir entrer à l'hôpital et de se faire soigner et opérer chez lui et le patron (ou la compagnie) ne sauraient restreindre leur responsabilité, en ce cas, au montant de ce que leur aurait coûté l'hôpital pendant le temps du traitement.

Si le bandage herniaire a été fourni avant la consolidation de la blessure, il doit être considéré comme ayant eu un but curatif et le patron en doit le prix, contrairement à ce qui existerait si le bandage, utile au blessé après la consolidation de sa blessure, n'avait plus qu'un caractère d'appareil de prothèse.

514. — Recouvrement d'honoraires contre les héritiers du client.

Le 14 avril 1924, une personne a été opérée d'un polype anal. Quelque temps après, cette personne donne au chirurgien un acompte de 50 fr. sur 600 fr., montant de la note. La personne meurt le 17 novembre 1924. Le chirurgien, n'habitant pas le pays et ignorant le décès, néglige sa créance. Ce n'est qu'aujourd'hui, en revisant ses comptes, qu'il retrouve celui de la personne opérée et décédée.

Peut-il encore se faire payer par les héritiers ? N'y a-t-il pas un article de loi disant que toute créance, pour être valable après le décès, doit être fournie au notaire ou aux héritiers dans les six mois ou un an après ce décès ?

Dr V.

Réponse.

Il n'existe aucun délai spécial pour poursuivre le recouvrement d'une créance contre les héritiers d'une personne décédée. Le seul délai à observer est celui de la prescription, qui est de deux ans pour les honoraires médicaux.

Seulement, si le créancier poursuit avant que le partage soit opéré entre les héritiers, il peut les assigner tous devant le tribunal du lieu où la succession s'est ouverte, tandis que s'il n'agit qu'après le partage, il doit alors poursuivre chaque héritier devant le tribunal de son domicile et au prorata de sa part dans la succession.

Application des Tarifs Breton et Durafour

I

451. — A). Date d'application du Tarif Durafour — B). La règle du médecin le plus rapproché.

Je reçois le numéro du *Concours* avec le tarif Durafour.

Ce tarif est-il applicable pour les accidents à cheval sur les deux années et dont les notes ne sont pas encore faites ?

Je vois encore figurer sur ce tarif la question du médecin le plus rapproché. Cette clause du tarif, bien compréhensible, est cependant très gênante dans certains cas.

Par exemple, j'habite un chef-lieu de canton et, pour des raisons d'habitude, de commodité : téléphone, facteurs, chemin de fer, marché, etc., les habitants d'une localité située à 6 km. font tous partie de ma clientèle et pourtant ils ont un médecin à 3 kilom. de chez eux. Un blessé de cette localité ne songera même pas à aller chercher le médecin le plus rapproché.

N'y aurait-il pas moyen de fixer une certaine latitude, par exemple un rayon de 10 km. ou fournir une attestation du maire que la localité fait partie de la clientèle habituelle du médecin, etc ? En cherchant, on pourrait peut-être trouver un arrangement.

Je livre ces réflexions au Dr Decourt pour ce qu'elles valent.

Dr G.

Réponse

1° Vous ne pouvez user du nouveau tarif que pour les interventions postérieures au 31 décembre 1925. Il y aura donc deux prix *différents* pour tout accident chevauchant sur les deux années.

2° Je comprends qu'il y ait parfois des questions d'espèce à faire valoir, mais la règle du médecin le plus rapproché se retrouve dans *tous* les tarifs et je ne vois pas comment on pourrait faire autrement, sans tomber dans un terrible guêpier d'autres cas d'espèces.

Dr F. Decourt.

II

343. — A) Majorations dominicales — B) Surveillance prolongée.

Devant envoyer ma note à l'assurance et ne sachant exactement quelle somme réclamer, je viens encore pous prier de me donner un renseignement et je vous en remercie d'avance.

Voici les faits : le dimanche 20 décembre 1925, à quatre heures de l'après-midi, un maçon occupé à la démolition d'une maison fait une chute du premier

étage. On le transporte dans une maison voisine et on me fait appeler. Je constate plusieurs plaies sur la main et le bras et un enfoncement de la région temporo-frontale. Devant la gravité du cas et la difficulté des moyens de communication (C. est en hiver à 70 kilm. de M....) je demande en consultation un de mes confrères de la localité, le Dr B. Nous décidons de faire venir immédiatement un chirurgien de C. En attendant ce chirurgien, je reste auprès du blessé toujours dans le coma et lui fais de temps en temps des piqûres d'huile camphrée et de caféine. Le chirurgien arrive à 7 heures. Opération, trépanation et mort du blessé à la fin de l'opération. Le chirurgien s'est fait payer immédiatement par le patron. Je n'ai moi-même pas encore réclamé ma note ni celle du confrère que j'ai appelé en consultation. Voici ce que je me propose de demander. Veuillez bien me dire ce que vous en pensez.

20 décembre 1925 :
(*Dimanche*) :

		Dr B.
Visite en consultation avec un confrère (art. 5)........................	36	36
Visite prolongée le dimanche 5 1/2 heures (4 1/2 à 7 h.) (art. 6).......	40	
Certificat descriptif (art. 29).........	10	
Aide de chirurgien (art. 11)..........	50	
	156	36
Total général.................	192	

Dr M.

Réponse.

1° *Seule*, la visite est majorée le dimanche (art. 3-b). La « consultation entre confrères » reste donc à 24 francs.

2° De même pour la « surveillance prolongée » (art. 6), mais vous devez additionner les 1/2 heures, *après* avoir compté une heure, il me semble, pour la consultation ci-dessus. Il reste donc de 5 à 7 heures, 4 demi-heures à 8 francs, soit 32 francs.

3° Le reste est normal. Donc, au total, 24 + 32 + 50 + 10, soit 116 francs.

4° Quant à la note du confrère, c'est à lui-même et non à vous de l'envoyer (art. 30, *in fine*).

F. D.

III

411. — Greffe de Thiersch plus pansement Cumul.

Peut-on, dans un cas de greffes épidermiques de Thiersch prélevées sur une cuisse et placées sur un bras et un avant-bras, compter dans ses honoraires : 1° le prix des pansements de ces deux derniers segments de membre ; 2° le prix d'un pansement de la cuisse.

Dr G.

Réponse.

Tout d'abord, il va de soi que votre plaie *opératoire* de cuisse, causée pour prélever une greffe, fait partie (comme suture ou comme pansement, etc.) de l'*opération* elle-même et est d'une tarification incluse dans les 80 francs de la greffe. Mais, en outre et de façon générale, on ne peut jamais *cumuler* (article 14) les prix d'une intervention quelconque avec le prix d'une visite ou consultation et, par suite, ce qui est inclus (art. 17) dans le dit prix comme pansement, pointes de feu, injection hypodermique, etc.

F. D.

IV

434. — Ongle incarné.

Abonné au *Concours médical*, j'ai l'honneur de venir vous demander combien je dois compter pour accident du travail.

Ongle incarné : ablation totale sous anesthésie locale.

Il y a au tarif Breton seulement marqué ablation d'ongles semi-détachés, compris dans le prix de la consultation ou visite.

Dr V.

Réponse.

En 1920, à la commission du tarif, on m'a refusé toute tarification spéciale pour ablation d'ongle *quelconque* : a) *semi-détaché*, parce qu'intervention anodine ; b) *incarné*, parce que ce n'est jamais là une suite d'un accident du travail.

En 1921, même décision.

En 1925, même décision.

Je ne vois pas que je puisse revenir désormais sur cette question.

F. D.

Liste des sanatoriums français pour tuberculeux pulmonaires (1).

Sanatoriums publics.

Ain. — *S. Bellecombe*, à Hauteville (900 mètres d'altitude), 53 lits pour hommes. Médecin : Dr Farjon.

Allier. — *S. François-Mercier* ou du *Montel* (430 mètres d'altitude), 260 lits pour hommes. Médecin : Dr Chantepie.

Alpes-Maritimes. — *S. de Gorbio*, près Menton (250 mètres d'altitude), 110 lits pour hommes. Médecin : Dr Foare.

Creuse. — *S. de Sainte-Feyre*, à Sainte-Feyre (290 mètres d'altitude), 102 lits pour instituteurs et institutrices. Médecin : Dr Berthelon.

Finistère. — *S. de Guevenan*, par Plongouvan. 192 lits pour adultes et enfants des deux sexes. Médecin : Dr Le Page.

(1) D'après M. G. Poix dans *Paris médical*, 1925.

GIRONDE. — *S. de Feuillas*, à Pessac, près Bordeaux. 243 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Leuret.

HÉRAULT. — *S. Bon Accueil*, près Montpellier. 210 lits pour femmes et enfants. Médecin : Dr Brissaud.

S. de Bellevue, près Montpellier. 80 lits pour hommes. Médecin : Dr Brissaud.

INDRE-ET-LOIRE. — *S. de Bel-Air*, à la Membrolle-sur-Choisille. 75 lits pour hommes. Médecin : Dr Bayle.

ISÈRE. — *S. de Seyssuel*, près Vienne (160 mètres d'altitude). 164 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Féret.

LOIRE. — *S. de Chavanne*, par Saint-Chamond (540 mètres d'altitude). 60 lits pour femmes. Médecin : Dr Lorcin.

S. de Saint-Jodard, près Roanne. 120 lits pour hommes. Médecin : Dr X.

LOT. — *S. de Montfaucon*, à Montfaucon-du-Lot. 225 lits pour hommes. Médecin : Dr Graveline.

LOT-ET-GARONNE. — *S. de Monbran*, près Agen. 75 lits pour hommes. Médecin : Dr Le Bayon.

MARNE. — *S. du Mont-Héry*, près Châlons (116 mètres d'altitude). 80 lits pour femmes et jeunes filles.

S. Sainte-Marthe, à Epernay. 40 lits pour jeunes filles. Médecin : Dr Chapt.

MAYENNE. — *S. de Clavières*, par Meslay-du-Maine, 90 lits pour hommes. Médecin : Dr Esnault.

MEURTHE-ET-MOSELLE. — *S. de Lay-Saint-Christophe*, près Nancy (500 mètres d'altitude). 150 lits pour les deux sexes. Médecin : Dresse Bouin.

NIÈVRE. — *S. de Pignelin*, par Varenne-lès-Nevers. 150 lits pour enfants des deux sexes. Médecin : Dr Casella.

OISE. — S. *Villemin*, à Angicourt près Liancourt. 150 lits pour femmes. Médecin : Dr Buc.

PYRÉNÉES (BASSES-). — *S. de Larressore*. 150 lits pour hommes. Médecin : Dr Jacquemin.

SAONE-ET-LOIRE. — *S. de Mardor*, par Coubes-les-Mines (413 mètres d'altitude). 90 lits pour hommes. Médecin : Dr Roux.

S. de la Guiche, à la Guiche (419 mètres d'altitude). 230 lits pour hommes. Médecin : Dr Duballen.

SEINE-INFÉRIEURE. — *S. d'Oissel*, à Oissel. 200 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr X.

SEINE-ET-OISE. — *S. des Cheminots*, à Ris-Orangis, 125 lits pour les cheminots. Médecin : Dr Guillermain.

S. de la Tuyolle, par Taverny. 150 lits pour femmes. Médecin : Dr Smolizanski.

S. de la Baronnie, à Balainvilliers, par Longjumeau. 43 lits pour femmes. Médecin : Dr Vicq.

S. Belle-Alliance, à Groslay. 60 lits pour femmes et fillettes. Médecin : Dr Renaud.

S. d'Yerres, à Yerres. 75 lits pour hommes. Médecin : Dr Davrinche.

S. de Villepinte, à Villepinte. 480 lits pour femmes et jeunes filles. Médecin : Dr Piettre.

Sanatoriums privés.

AIN. — *S. Mangini*, à Hauteville (910 mètres d'altitude). 135 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Dumarest.

S. d'Angeville, à Hauteville (900 mètres d'altitude). 150 lits pour femmes. Médecin : Dr Rochette.

S. de Belligneux, à Lompnes (910 mètres d'altitude). 80 chambres pour les deux sexes. Médecin : Dr Dumarest.

S. du Sermay à Hauteville (900 mètres d'altitude). 32 chambres pour les deux sexes. Médecin : Dr Philip.

ALPES-MARITIMES. — *S. de laMaison-Blanche*, à Vence. 20 chambres pour les deux sexes. Médecins : Drs Boulva et Benoist.

AVEYRON. — *S. Fenaille*, à Enguayresque par Séverac-le-Château (940 mètres d'altitude). 50 lits pour hommes. Médecin : Dr Reynal.

DOUBS. — *S. de Villeneuve-d'Amont*, par Le Viez (600 mètres d'altitude). 75 lits pour hommes. Médecin : Dr Ducrot.

FINISTÈRE. — *S. du Porsmeur*, à Morlaix. 20 lits pour femmes et enfants. Médecins : Drs Prouff et Martin.

S. de la Garenne, au Huelgoat, 29 chambres pour les deux sexes. Médecin : Dr Classe.

GARD. — *S. du Mont-Duplan*, à Nîmes. 25 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Baillet.

GIRONDE. — *S. de la Pignada*, à Liège, près Arès. 75 lits pour femmes. Médecin : Dr Hermand,

INDRE-ET-LOIRE. — *S. de la Croix-Montoire*, à Tours : 34 lits pour femmes et jeunes filles. Médecin : Dr Mercier.

LOIR-ET-CHER. — *S. des Pins*, à Lamotte-Beuvron. 100 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Hervé.

S. Jeanne d'Arc, à Lamotte-Beuvron. 38 lits pour enfants des deux sexes. Médecin : Dr Hervé

LOIRET. — *S. de Beauregard*, à Mardié. 25 lits pour femmes. Médecin : Dr Debienne.

S. de Chécy, à Chécy. 30 lits pour hommes. Médecin : Dr Debienne.

S. de la Chapelle-Saint-Mesmin, à La Chapelle-Saint-Mesmin. 260 lits ; en voie de réorganisation.

MAINE-ET-LOIRE. — *S. du Bois-Grolleau*, près Cholet. 30 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Coubard.

MORBIHAN. — *S. de Moncan*, par Auray. 37 lits pour hommes. Médecin : Dr Waquet.

MOSELLE. — *S. d'Albreschwiller* (300 mètres d'altitude). 58 lits pour hommes. Médecin : Dr Nilus.

PUY-DE-DOME — *S. de Durtol* (520 mètres

d'altitude). 56 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Labesse.

S. d'Enval, à Enval (430 mètres d'altitude). 42 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Brodiez.

PYRÉNÉES (BASSES-). — *S. Devaux*, à Pau. 60 lits pour femmes. Médecin : Dr Verdenal.

S. Franchet, à Cambo. 66 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Dieudonné.

S. de Beaulieu, à Cambo, 75 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Dieudonné.

S. des Terrasses, à Cambo. 32 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Colbert.

S. de Trespoöy, à Pau. 36 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Crouzet.

S. Grancher à Cambo, 20 lits pour femmes. Médecin : Dr Camino.

PYRÉNÉES-ORIENTALES. — *S. des Escaldes*, par Angoustrine (1.400 mètres d'altitude). 110 lits vour les deux sexes. Médecin : Dr Hervé.

RHIN (BAS-). — *S. de Schirmeck*, à Schirmeck (386 mètres d'altitude). 170 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Schmittbuhl.

S. de Saales, à Saales (à l'altitude de 665 mètres). 150 lits pour hommes. Médecin : Dr Eber.

RHIN (HAUT-). — *S. Lalance*, à Lutterbach. 75 lits pour enfants des deux sexes. Médecin : Dr Mutterer.

S. d'Aubure par Ribeauvillé (à l'altitude de 800 mètres). 140 lits pour femmes et jeunes filles. Médecin : Dr X.

S. de Salem, par Aubure (à l'altitude de 900 mètres). 80 lits pour hommes. Médecin : Dr Hirtzmann.

S. de l'Altinberg, par Munster (1.070 mètres d'altitude). 125 lits pour hommes. Médecin : Dr Fath.

S. Sainte-Anne, à Thannenkirch (600 mètres d'altitude). 50 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Haag.

RHÔNE. — *S. de Bayère*, par Charnay. 50 lits pour hommes. Médecin : Dr Nové-Josserand.

SEINE-ET-MARNE. — *S. d'Avon*, près Fontainebleau, 25 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr de Salivas.

S. de Villevaudé, par Claye-Souilly. 36 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Picard.

SEINE-ET-OISE. — *S. de Bligny*, par Briis-sous-Forges. 382 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr L. Guinard.

S. des Ombrages, à la Porte de Bucq, à Versailles. 70 lits pour femmes. Médecin : Dr Sigwalt.

S. de Sainte-Colombe, par Bazemont. 30 lits pour les deux sexes. Médecin : Dr Chevrolet.

S. *de Buzenval*, près Rueil. 31 chambres pour les deux sexes. Médecin : Dr Poussard.

SEINE. — *S. Larue*, à Chevilly, par l'Hay-les-Roses. 120 lits pour femmes. Médecin : Dr Renault.

VAR. — *S. de la Pouverine*, près Cuers. 31 lits pour femmes, Médecin : Dr Prat-Flotter.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 640-IV*)

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr RIEUSSET-PUCHOLIER, de Mèze, la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçou.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Béal, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy, Daniel (*Maison de cure*).
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle Pierrhugues, Verrier, Pignet (*urol. derm.*).
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Coubard, Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Louviot, Malaussène (*Pneumo. artif*), Nafilyan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy. Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 106. — Pour clinique ou mais. de santé, superbe propriété à 15 min. de la porte Versailles, grand pavill. deux annexes et dépendances. Très grand jardin avec source. Superf. 2.400 mètres. Facilités de paiement.

N° 107. — Près ville, poste propharm., moyenne 40.000 indemn. dem. 25.000 av. pharmac., dont 12.000 compt., loyer 1.800, écrire Pailnot, 37, rue Claude-Bernard, qui transmet.

N° 108. — Urolog. connu cherche place ou success. dans clin. sérieuse à Paris, de préf. 16e, 17e, 18e, 9e et 8e.

N° 109. — Serais achet. appar. radio récent, facilem. maniable.

N° 110. — Centre, à céd. rais. de santé ds joli pays riche, près gr. ville anc. client., seul méd. proph. rapp. ann. 25 à 30.000 susc. augm. par méd. act. Mais. agréab., ind. 10.000. Ecr. de Valmont, Thermes-Romains, Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

N° 111. — A céd. chiots, épagneuls bretons, pédigrée au sevrage, 200 fr. Ecr. Colard, avenue Wilson, à Ornans (Doubs).

N° 112. — Faut. roul. d'appart. et jard. excell. état, matér. médic. et faut. spéc. gothique très élégant.

N° 113. — A céd. cab. méd. à Paris, rapp. moyen 40.000, suscept. augm., avec appart. comprenant 5 pièces, bail.

N° 114. — Dr en méd. célib., 49 a., fatigué client. campagne ch. place méd. résid. dans clin., mais. de santé ou de convalesc., ou sanator., ou aiderait confr. âgé.

N° 115. — Sage-femme prendr. pensionn. enfants ayant bes. de la camp.

N° 116. — Matér. dent. à vendre. Demander liste avec prix. S'adr. Dr Babiaud, place de Verdun, La Rochelle, timb. rép.

N° 117. — Bretagne. Dr grosse client. dés. assist. au cour. accouch., radiogr., pet. chir., pour collabor. longue durée. Cond. très avant.

N° 118. — A céd. de suite pr rais. de santé, poste bon rapp. méd. génér. dans sous-préf. de l'Est, 20.000 habit., bail, mais. 8 p., prix 15.000, dont 10.000 compt.

N° 119. — Rég. Midi, ch.-lieu de cant. sur gr. ligne, méd. du P. O., pas de concurr. Rapp. à développ., mais. 8 p., garage, prix 6.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 120. — Est. Ch.-lieu cant., seul méd., fixes import· affaire d'avenir, indemn. 12.000 à débatt. S'ad. Cab· Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46·

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur.** — Le *Journal Officiel* publie la citation suivante par laquelle le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Emile Juramie, interne titulaire en médecine des hôpitaux d'Alger.

« Appelé à donner ses soins aux malades contagieux hospitalisés à l'ambulance d'El Kittar, s'est prodigué auprès de tous. A lutté avec toutes les forces vives de son être pour arracher à la mort un malade atteint de typhus exanthématique. Est parvenu à le sauver, mais, frappé à son tour par la maladie, est décédé victime de son dévouement le 12 janvier 1926. »

— Le 25 mars, au grand amphithéâtre de la Faculté, à 8 h. 45 du soir, M. le professeur COUVELAIRE fera une conférence de mise au point sur : *le traitement des hémorrhagies par insertion du placenta sur le segment inférieur.*

— **Hôpital Saint-Louis.** — Conférence de M. le professeur agrégé GOUGEROT, le 21 mars, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté : *Syphilis et secret professionnel, questions de déontologie.*

— **Conférence de Mme le Dr Lipinska.** — Mardi 16 mars, à 20 h., salle de la Société de géographie (*L'hygiène mentale et la nutrition*).

— **Cours de radiodiagnostic.** — Un cours de radiodiagnostic sera fait du 15 au 20 mars à la clinique du professeur SERGENT (Charité).

— **Salon des médecins.** — Le Salon des médecins sera inauguré le 14 mars, à 2 heures, au cercle de la Librairie (117, boulevard Saint-Germain). Heures d'ouverture : 10 à 12 h., et 2 à 5 h. 1/2.

ERRATUM. — **La Désunion dans l'Union,**
No 10 DU 7 MARS 1926, p. 611.

Note 9, 2e alinéa, 6e ligne. Lire :

L'entente directe *dans* le contrat collectif est parfaitement possible avec le texte de la Commission sénatoriale...

et non ... *sans* le contrat collectif, — ainsi qu'il a été imprimé à tort. C'est tout le contraire..

N. D. L. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Métrorrhagies après la ménopause.

J'ai éprouvé la même surprise que notre confrère Fontan quand j'ai lu, dans la leçon du Pr Delbet parue dans le *Concours médical* et relative aux polypes muqueux utérins, le passage suivant : « pour ma part, je n'en ai pas rencontré d'exemple après la ménopause. »

Aux observations que le Dr Fontan vous communique, je puis en ajouter une personnelle.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, qui, depuis sa ménopause, n'avait jamais éprouvé aucun trouble génital. Elle vint me consulter il y a 6 mois, pour des pertes rouge vif assez abondantes, se renouvelant depuis un mois. Au toucher, je trouvai une masse irrégulière et molle, pédiculée et le spéculum me permit de voir un polype muqueux de la grosseur d'une fève, inséré dans la portion cervicale du col. Je sectionnai le pédicule au thermocautère, et cautérisai le point d'insertion.

Depuis cette époque, cette malade n'a jamais eu de pertes sanglantes et tout est rentré dans l'ordre.

Dr J. GIBERT,
de Commentry (Allier).
Ex-chef de clinique de la Faculté de Bordeaux.

HONORAIRES

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

Augmentation du tarif des honoraires.

L'acte médical minimum est fixé à dix francs au cabinet et quinze francs pour la ville. Le tarif est triplé pour la nuit de 19 h. à 7 h. La visite du dimanche est doublée.

Les accouchements sont fixés à 150 fr. minimum. Un tiers en plus pour le forceps, et les visites en plus.

ADDITIONS ET MODIFICATIONS AU CODEX

Arrêté ministériel du 24 décembre 1925.

I

ADDITIONS

Page 90, avant l'article *Bismuth* (*Gallate de*), intercalez l'article ci-après :

Bismuth (Carbonate de), sous-carbonate de bismuth (*Bismuthum carbonicum*). — Composition. — On attribue généralement au carbonate de bismuth la formule $(Bi^2O^2CO^2)^2H^2O$. D'après cette formule, le sel contiendrait 89,7 d'oxyde de bismuth anhydre Bi^2O^2 p. 100.

Commercialement, pour un produit convenablement préparé, la teneur en oxyde de bismuth peut varier de 88 à 91 p. 100.

Caractères. — Le carbonate de bismuth est une poudre blanche, insipide, inodore, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, complètement soluble dans l'acide azotique ou l'acide chlorhydrique, en donnant un dégagement abondant d'anhydrique carbonique.

La solution de 1 gramme de carbonate de bismuth dans 1,5 centimètre cube d'acide azotique donne un précipité quand elle est diluée de vingt-cinq fois son volume d'eau.

Chauffé au-dessus de plus 400°, le sel perd son eau, son acide carbonique et laisse un résidu d'oxyde de bismuth, Bi^2O^2, soluble dans l'acide azotique. La solution azotique, étendue d'eau et traitée par l'hydrogène sulfuré, fournit un précipité noir de sulfure.

Essai. — Le carbonate de bismuth, chauffé en présence d'un alcali, ne doit pas dégager de vapeurs bleuissant le papier rouge de tournesol (*ammoniaque*).

La solution de 1 gramme de carbonate de bismuth dans 20 centimètres cubes d'acide azotique dilué (R) ne doit donner qu'un louche au

plus par l'azotate d'argent (*chlorures*). Elle ne doit pas donner de précipité à chaud par le molybdate d'ammonium en solution azotique (R) (*phosphates, arséniates*).

Dissolvez 3 grammes de carbonate de bismuth dans 4 centimètres cubes d'acide azotique pur ; chauffez puis versez la solution dans 100 centimètres cubes d'eau distillée. Séparez par filtration le précipité blanc d'azotate basique ainsi obtenu. Evaporez, au bain-marie, le liquide filtré jusqu'à réduction à 30 centimètres cubes. Filtrez de nouveau. Prélevez 10 centimètres cubes de liquide filtré, ajoutez-y de l'azotate de baryum (R) ; il ne doit se produire qu'un louche, au plus (*sulfates*). Sursaturez 10 autres centimètres cubes par un excès d'ammoniaque ; il ne doit pas se produire de coloration bleue (*cuivre*).

Délayez 1 gramme de carbonate de bismuth avec 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse, au tiers, de potasse caustique. Faites bouillir quelques instants, puis filtrez. Le liquide filtré, additionné de diphénylamine, puis acidifié par l'acide acétique, ne doit donner ni louche, ni précipité (*plomb*).

Délayez 0 gr. 5 de carbonate de bismuth dans 2 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré. Ajoutez de la diphénylamine (R) ; il ne doit se produire au plus qu'une coloration bleue peu intense (*azotate*).

Le carbonate de bismuth ne doit pas contenir d'*arsenic* ; recherchez celui-ci comme il est dit pour l'azotate basique de bismuth (voyez *Azotate basique de bismuth*, p. 88).

Dosage des sels alcalins ou alcalino-terreux. — Dissolvez 1 gramme de carbonate de bismuth dans 10 centimètres cubes d'eau distillée. Dans la solution filtrée, précipitez le bismuth par l'hydrogène sulfuré ; séparez, par filtration, le sulfure de bismuth formé. Evaporez le liquide, filtrez dans un creuset de porcelaine taré ; séchez et calcinez le résidu. Pesez. Le poids du résidu ne doit pas dépasser 5 milligrammes.

Dosage de l'oxyde de bismuth. — Prélevez 1 gramme de carbonate de bismuth séché à + 100° jusqu'à poids constant. Calcinez au rouge dans un creuset de porcelaine taré. Le poids du résidu, constitué par l'oxyde de bismuth anhydre, Bi^2O^2, doit être compris entre 0 gr. 88 et 0 gr. 91.

Emploi. — Iodobismuthate de quinine.

Page 107, avant l'article *Carbonate de calcium*, intercalez l'article ci-après.

Calcium (Bromure de) officinal (*Calcium bromatum officinale*). — Composition. — Le bromure de calcium peut cristalliser avec des quantités variables d'eau.

Le bromure de calcium officinal résulte de la solidification d'un sel fondu dans son eau de

cristallisation. Il contient 20 à 25 p. 100 d'eau et 75 à 80 p. 100 de bromure de calcium sec.

CARACTÈRES. — Le bromure de calcium se présente en masses cristallines, incolores, légèrement amères, très déliquescentes ; il est soluble également dans l'alcool.

Il est neutre au tournesol.

La solution aqueuse à 2 p. 100 donne, avec l'azotate d'argent (R), un précipité blanc, caillebotté, insoluble dans l'acide azotique dilué (R), soluble dans un grand excès d'ammoniaque. La même solution précipite par les carbonates alcalins, par l'oxalate d'ammoniaque (R) même en solution acétique, par le ferrocyanure de potassium (R), surtout à chaud ; elle ne précipite pas par la solution saturée de sulfate de calcium (R).

ESSAI. — Le soluté aqueux de bromure de calcium doit être neutre au tournesol ; il ne doit pas donner de précipité noir par le sulfure d'ammonium (*fer*) ; il ne doit pas précipiter par la solution saturée de sulfate de calcium (R) (*baryum*)

Il ne doit pas contenir plus de 1 p. 100 de chlorure, calculé en chlorure de calcium.

CONSERVATION. — En flacons de petite capacité, bien bouchés et placés dans un endroit sec.

OBSERVATION. — En raison de la très grande hygroscopicité de ce sel, il est plus commode, pour l'emploi, d'utiliser une solution aqueuse de titre connu.

EMPLOI. — Sirop de bromure de calcium.

Page 323, après l'article *Girofle*, intercalez l'article suivant :

Glucose officinal, dextrose, glycose (*Glucosum*). — $C^6H^{12}O^6$ = 180.

Le glucose officinal est le glucose pur ; anhydre, il est constitué par le *d*-glucose.

CARACTÈRES. — Le glucose se présente sous la forme d'une poudre blanche constituée par des cristaux rhomboïdaux obliques, hémièdres, incolores, inodores, de saveur d'abord farineuse puis sucrée, mais beaucoup moins sucrée que celle du sucre blanc officinal.

Le glucose, anhydre, fond à + 146°.

Il est soluble à + 17°5, dans 1,3 partie d'eau, dans 51,5 parties d'alcool à 90° et dans 4,7 parties de cet alcool à l'ébullition.

Il est soluble dans l'alcool méthylique et dans l'acétone ; il est insoluble dans l'éther éthylique.

Les solutions aqueuses sont neutres.

Le glucose officinal est dextrogyre. Il présente le phénomène de la multirotation.

On distingue deux formes de *d*-glucose ;

Le *d*-glucose α, obtenu anhydre, par cristallisation d'une solution aqueuse au-dessus de + 30° à + 35°, ou d'une solution dans l'alcool mé-

thylique ou dans l'alcool éthylique ; il possède une rotation spécifique de + 110°, l'observation étant faite immédiatement après la préparation d'une solution aqueuse de 10 à 14 p. 100.

Le *d*-glucose β, obtenu par évaporation lente, à + 110°, d'une solution aqueuse concentrée de glucose ; il possède une rotation spécifique de + 19°, l'observation étant faite aussitôt que la solution a été préparée.

En solution, le *d*-glucose α se transforme en *d*-glucose β et réciproquement, de telle sorte qu'avec le temps, un état d'équilibre est atteint ; la rotation spécifique est alors de + 52°75. La vitesse de transformation est augmentée par l'ébullition de la solution. L'état d'équilibre est atteint instantanément si l'on ajoute à la solution 1 millième d'ammoniaque.

Le glucose est fermentescible ; il subit les fermentations alcoolique, lactique, butyrique, citrique et visqueuse sous l'influence des ferments appropriés.

Le glucose donne, avec la phénylhydrazine, une phénylglycosazone, poudre microcristalline jaune, fusible, à + 228°-231°, insoluble dans l'eau.

Le glucose réduit, à l'ébullition un peu prolongée, les solutions aqueuses de bichlorure de mercure, d'acétate de cuivre et la solution cupro-alcaline (R).

Essai. — Le glucose ne doit pas, à l'incinération, laisser plus de 1 millième de résidu (*matières minérales fixes*).

Il doit être entièrement soluble à froid, dans son poids d'alcool à 80° (*dextrines, isomaltose*).

Mélangez au mortier 2 grammes de glucose, 0 gr. 3 de magnésie calcinée et 1 gr. 5 d'azotate de magnésium. Placez le mélange dans un creuset de porcelaine de 80 centimètres cubes. Desséchez à l'étuve en chauffant progressivement à + 100°. Calcinez ensuite, d'abord légèrement, vers + 200° à 220°, puis lentement, au rouge très sombre, dans un four à moufle. Reprenez les cendres blanches par 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique dilué (R) ; filtrez. Ajoutez au liquide filtré 10 centimètres cubes de solution chlorhydrique d'hypophosphite de sodium (R) et versez le mélange dans un tube à essais que vous maintiendrez dans un bain d'eau bouillante, pendant dix minutes : il ne devra se produire aucune coloration brune (*arsenic*).

La rotation spécifique, déterminée avec une solution aqueuse à 20 p. 100 additionnée de 0 cc. 1 de solution décinormale d'ammoniaque, doit être de + 51°5 à + 53°.

Observation. — Il existe une autre forme commerciale de glucose : le glucose manohydraté $C^2H^{12}O^2 + H^2O$, poudre blanche microcristalline dont 110 grammes correspondent à 100 grammes de glucose anhydre.

L'emploi de ce glucose est autorisé sous réser-

ve qu'il réponde au titre indiqué ci-dessus et aux essais de pureté prescrits pour le glucose officinal.

EMPLOI. — Soluté de glucose, isotonique, injectable. Soluté de glucose, hypertonique, injectable.

Page 567, avant l'article *Quinine* (*Sulfate basique de*), intercalez l'article ci-après :

Quinine (Iodobismuthate de), iodure double de bismuth et de quinine (*Bismuthum chininumque iodata*).

Carbonate de bismuth (douze grammes cinquante centigrammes).....	12 gr. 50
Acide chlorhydrique officinal (deux cent vingt grammes)............	220 grammes
Iodure de potassium (soixante-deux grammes cinquante centigrammes)	62 gr. 50
Chlorhydrate neutre de quinine (onze grammes cinq centigrammes).....	11 gr. 05
Eau distillée (environ 5000 grammes)	Q.S.

Dans une fiole jaugée de 250 centimètres cubes, introduisez le carbonate de bismuth et 125 centimètres cubes environ d'eau distillée. Agitez pour mettre le carbonate de bismuth en suspension, puis ajoutez 25 centimètres cubes d'acide chlorhydrique officinal.

Il se dégagera du gaz carbonique et vous obtiendrez la dissolution de la presque totalité du sel de bismuth. Ajoutez alors l'iodure de potassium, par petites portions et en agitant. Complétez à 250 centimètres cubes avec de l'eau distillée. Mélangez. Filtrez la solution iodobismuthique, qui est de couleur rouge orangé.

Dans une fiole jaugée de 250 centimètres cubes, introduisez le chlorhydrate neutre de quinine, 100 centimètres cubes environ d'eau distillée et 12 cc. 5, d'acide chlorhydrique officinal. Après dissolution, complétez à 250 centimètres cubes avec de l'eau distillée ; mélangez, puis filtrez.

Dans un flacon de 6 litres, bouchant à l'émeri, versez 4 l. 5 d'eau distillée et 150 centimètres cubes d'acide chlorhydrique officinal ; mélangez intimement. Versez alors la solution iodobismuthique venant d'être préparée ; agitez. Versez ensuite la solution de quinine. Agitez de nouveau. Il se forme un abondant précipité rouge d'iodobismuthate de quinine.

Laissez déposer. Afin d'éviter une cristallisation partielle du précipité, limitez à deux heures la durée du dépôt. Décantez le plus possible du liquide surnageant et versez sur le précipité 1 litre d'eau distillée. Après agitation, laissez reposer une heure, décantez de nouveau. Répétez quatre fois ce lavage par décantation, puis recueillez le précipité sur un grand filtre ; laissez-le égoutter ; essorez-le convenablement, puis faites-le sécher à l'air libre ou à l'étuve à + 40°.

(*Voir la suite page LV-695*)

PROPOS DU JOUR

La politique sanitaire en France.

Au XII[e] Congrès d'Hygiène qui s'est tenu en octobre à l'Institut Pasteur, deux de nos confrères les plus distingués, M. le D[r] Dequidt, inspecteur général d'hygiène et M. le D[r] Forestier, inspecteur départemental, ont exposé dans un remarquable rapport *les tendances actuelles de la législation et de l'administration sanitaires.* Ce rapport mérite d'être analysé en entier, nous nous bornerons ici à en commenter les premières pages où les auteurs, sortant des cadres étroits de la technique et avec une hauteur de vue toute philosophique, exposent sur quels principes moraux devrait être établie la politique sanitaire indispensable à notre pays.

En France depuis très longtemps, font remarquer MM. Dequidt et Forestier, l'on trouve dans tous les milieux et ... même au Parlement, des préoccupations d'ordre sanitaire. Mais nous avons le regret de constater un manque absolu de méthode dans l'élaboration législative en ce qui concerne l'hygiène. Les influences démagogiques et celles des groupements intéressés interviennent à tort et à travers, sans qu'aucune coordination administrative essaye de mettre un peu d'ordre dans les réalisations sanitaires. Comme les lois ne sont pas adaptées aux réalités du corps social, elles sont de ce fait inefficaces.

Le législateur français a la prétention d'atteindre d'emblée la perfection. Il rédige des lois définitives, rigides, sans harmonie et sans souplesse, réglemente uniformément et dans les moindres détails en matière d'hygiène, où tout varie selon les régions, les milieux sociaux, les mœurs, l'éducation et les ressources matérielles et morales. Et pour parfaire cette œuvre monstrueuse, il lui donne un caractère obligatoire d'autant plus vain qu'il ne s'appuye sur aucune sanction efficace.

Tout est antiscientifique dans l'élaboration de ce qu'il est convenu d'appeler notre législation sanitaire. Le Parlement ne la base sur aucune expérience, aucune enquête sérieuse, car aucune administration bien organisée n'est capable de le renseigner.

Sans vouloir prendre modèle sur une nation étrangère qui peut se trouver dans des conditions toutes différentes, nous constatons, avec MM. Dequidt et Forestier, qu'on procède en Angleterre d'une façon autrement pratique. Nos voisins d'Outre-Manche, à l'encontre de nos Parlementaires, édictent un strict minimum d'obligations ; leur législation est surtout facultative. Loin d'être figée dans un formalisme rigide, la loi est vivante et susceptible d'évoluer et il arrive souvent que les autorités locales dépassent spontanément ses prescriptions.

En somme, nous sommes pourvus en France d'une législation chaotique, fragmentaire, incoordonnée, à tendance plus réglementaire qu'organisatrice. En matière d'hygiène, nous avons beaucoup de lois, trop de lois, mais nous n'avons pas une législation sanitaire pouvant être codifiée en un ensemble harmonieux, en un tout synthétique.

Pour modifier cette situation déplorable, pour sortir de ce désordre, il conviendrait d'avoir une politique sanitaire.

Qu'est-ce qu'une politique sanitaire ? MM. Dequidt et Forestier la définissent par son but : « Dans un groupe d'êtres humains, la politique sanitaire a pour but de diminuer la mortalité et la morbidité, de prolonger la durée de la vie moyenne, de conserver et d'améliorer le type ethnique. »

La technique qui doit réaliser le but de la politique sanitaire, n'est pas une fin, mais un moyen. Or, font remarquer avec raison MM. Dequidt et Forestier, il existe à la base de toute action sanitaire réfléchie, une volonté politique et morale, de nature variable suivant les circonstances de lieu et de temps.

Le médecin, comme tout technicien pur, méconnaît trop souvent qu'« à l'origine de tout problème sanitaire nous retrouvons, conscient ou non, un postulat politique ou moral. Son importance est primordiale puisqu'il oriente et détermine l'action technique. »

Ce postulat repose parfois sur des bases assez fragiles et qu'il ne faudrait pas sans doute hâtivement généraliser, car c'est le cas de dire avec Pascal : Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au-delà.

MM. Dequidt et Forestier en donnent un exemple typique :

Le Dr Héricourt, entreprenant une campagne de presse pour la protection de l'enfance, a proclamé, pour légitimer les mesures qu'il préconisait et leurs réalisations techniques, le postulat : l'*enfant a droit à la vie*. Cependant en Chine, dans la Russie des Soviets, en Angleterre, dans certains cantons suisses, en Autriche, soit à cause de la misère, soit du fait de la surpopulation, l'on tolère, l'on organise même une propagande anticonceptionnelle que nous jugeons criminelle dans notre France, anémiée par la dénatalité.

Ce seul exemple suffit à montrer que la politique sanitaire doit s'adapter aux besoins de la collectivité qui doit l'appliquer. Destinée à favoriser la vitalité et le mieux-être d'un groupement humain, elle doit tout d'abord connaître à fond les conditions d'existence de ce groupement et les divers problèmes que comportent leur amélioration, pour préconiser les moyens techniques nécessaires à leur résolution.

En France, nous nous laissons entraîner par un sentimentalisme excessif qui amène une mauvaise utilisation des moyens dont nous pouvons disposer. Nous ajoutons parfois plus d'importance à la conservation d'un déchet social (malade chronique, hérédo-syphilitique, taré, arriéré, criminel) qu'à la préservation et à l'épanouissement d'un être sain et d'une valeur sociale très supérieure.

C'est ainsi que dans certains départements, on fait des sacrifices tout aussi grands, parfois plus grands, pour les aliénés, les arriérés, les hérédo-syphilitiques, même les détenus, que pour les écoliers et la partie saine de la population qu'on laisse dépérir dans des habitations malsaines.

L'on s'émeut devant des souffrances criantes, devant une épidémie brusque et l'on s'intéresse peu à l'adolescent qui, s'il était élevé dans un milieu hygiénique, avec une alimentation suffisante, deviendrait une valeur sociale et contribuerait à l'amélioration du type ethnique.

Il serait temps d'allier harmonieusement notre sentimentalisme excessif à un utilitarisme raisonné. Nous n'irons pas jusqu'à adopter les doctrines d'Herbert Spencer.

Ce philosophe faisait remarquer avec une cruelle logique que nos œuvres d'assistance s'opposaient à la sélection naturelle et abâtardissaient la race en arrachant à la mort et en perpétuant des êtres faibles et tarés qui, normalement devraient disparaître dans la lutte pour l'existence.

Ce contresens biologique, économique et moral, affirmait Herbert Spencer, devait avoir pour conséquences plus de souffrances humaines dans l'avenir.

Non, nous n'irons pas jusque-là. Nous sommes persuadés qu'une des plus nobles qualités de notre civilisation est de venir en aide aux faibles, de secourir les tarés, victimes innocentes des injustices et des vices sociaux, et de les empêcher d'être inévitablement supprimés par la sélection naturelle. La civilisation, du moins la nôtre, a pour but d'atténuer les rigueurs trop brutales de la nature. Mais il ne faut pas que notre sentimentalisme tienne une place trop grande et nous empêche de comprendre les avantages de l'utilitarisme anglo-saxon. Il faut que nous nous rendions compte d'une façon exacte de la valeur morale, sociale et même monétaire d'une vie humaine.

Les mesures sanitaires doivent être surtout guidées par l'utilitarisme, que d'ailleurs nous savons parfois appliquer d'une façon singulière puisqu'il est en France des départements où le service des épizooties dépense plus que les services d'hygiène.

Notre politique sanitaire devrait donc être basée sur un utilitarisme pratique tempéré par un sentimentalisme raisonnable. La France qui est le pays de la clarté et du bon sens, n'aurait aucune difficulté, à notre avis, à allier harmonieusement ces deux directives dans sa politique sanitaire. Mais nous sommes encore absolument de l'avis des docteurs Dequidt et Forestier quand ils affirment que pour réaliser pareil programme, il conviendrait tout d'abord de faire l'éducation hygiénique du peuple, de guider ainsi l'opinion, et de parfaire en même temps celle d'une élite, composée des hygiénistes et des médecins praticiens, qui, par une collaboration franche et loyale, pourraient un jour réaliser le but d'une politique sanitaire bien adaptée aux besoins de notre Pays.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DE L'IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE (1)

Par le docteur Paul GILLET,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Ancien chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.

Tout médecin praticien voit dans sa clientèle un certain nombre de malades qui viennent le consulter pour ce qu'ils nomment des « douleurs » des « rhumatismes ». Qu'il s'agisse d'arthralgies simples, d'arthrites sèches ou ankylosantes, ou de rhumatisme déformant typique, ce sont là en tout cas, des manifestations de « rhumatisme chronique ».

Le plus souvent, jusqu'à ces dernières années, le médecin prescrivait une médication symptomatique, ordonnait un antinévralgique quelconque contre les douleurs, ou une friction avec un liniment « omnibus ». Parfois, il conseillait l'absorption d'iodure, ou pratiquait quelques injections d'un produit iodé. Quand la chose était possible, il recommandait des bains d'air chaud ; et enfin, à bout de ressources, envoyait son client à quelque station thermale du Nord, du Centre ou du Midi.

Mais surtout, et malheureusement trop souvent, devant un de ces malades étiqueté « arthritique », le praticien plein de zèle, ordonnait trop volontiers un régime sévère, parfois strictement lacto-végétarien. Ce régime, destiné à supprimer des toxines alimentaires, a le plus souvent pour effet de mettre le malade en état de sous-alimentation, et si ses arthralgies ne sont pas améliorées, par contre son état général périclite. On ne saurait trop insister sur les résultats souvent néfastes d'un tel régime.

Quant à la médication symptomatique, dont nous parlons plus haut, nous ne voulons pas trop en médire, car il est des cas où elle reste la seule à envisager.

Cependant, le praticien doit savoir que, depuis ces dernières années, de nombreux travaux ont insisté sur le *diagnostic étiologique* du rhumatisme chronique. Et cela a permis d'arriver, sur plus d'un point, en dehors de toute considération scientifique, à des conclusions éminemment *pratiques*. Conclusions pratiques, car elles vont permettre au praticien d'envisager cette fois une thérapeutique *spécifique*, celle que nous devons nous efforcer de pratiquer toujours.

En effet, de plus en plus, on en arrive à considérer le rhumatisme chronique comme le résultat ou d'*infections* parfois difficiles à dépister, ou d'*intoxications* exo ou endogènes, parmi lesquelles, il faut faire une place à part à l'origine *endocrinienne*.

Il est donc indispensable, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un de ces malades atteints de rhumatisme chronique qui viennent réclamer le secours de notre thérapeutique, non pas de formuler une ordonnance quelconque, mais de tâcher d'étudier très minutieusement ce rhumatisme, afin d'en poser le diagnostic étiologique.

Certes, la tâche est parfois très délicate : il faut avoir beaucoup de patience pour fouiller soigneusement les antécédents héréditaires et personnels, pour dépister les maladies infectieuses antérieures, pour rechercher l'existence d'un foyer de tuberculose, la possibilité d'une syphilis acquise ou héréditaire, syphilis souvent fruste d'ailleurs. Et fréquemment, cet interrogatoire resté négatif ; il convient alors d'examiner minutieusement le malade pour savoir s'il ne présente pas quelque foyer d'infection latent : uréthrite chronique, pharyngite, sinusite ou parfois même banale infection dentaire. Enfin, on n'omettra jamais d'explorer systématiquement son appareil endocrinien : surtout thyroïdien et ovarien.

Tantôt, en effet, ce rhumatisme chronique peut être rapporté à un dysfonctionnement du corps thyroïde. Il s'agit, en général, d'un sujet qui présente alors des petits signes d'hypothyroïdisme : il accuse des céphalées matutinales, de la constipation, une tendance à la frilosité ; fréquemment, il existe des œdèmes cartonnés des membres inférieurs.

Plus rarement, on trouve des symptômes d'hyperthyroïdisme : léger tremblement, éclat du regard, qui commandent alors la prudence dans la conduite du traitement opothérapique.

En effet de tels sujets relèvent avant tout de l'*opothérapie* : extrait thyroïdien à petites doses,

(1) Voir P. GILLET. — Essai de classification du rhumatisme chronique. *Bulletin médical*, n° 37, 12 septembre 1925.

dont on devra toujours suivre les effets sur l'état du malade, de crainte qu'il n'y ait de l'hyperthyroïdisme associé.

Les bons résultats d'une telle thérapeutique sont si nets que certains auteurs en généralisant, en arrivent à prescrire des extraits thyroïdiens à tout rhumatisant chronique. Nous croyons que c'est là une exagération. Il faut, du reste, savoir distinguer ; et il est évident par exemple, que chez un malade rhumatisant où les troubles endocriniens sont eux-mêmes sous la dépendance de l'infection syphilitique, le traitement spécifique devra passer avant l'opothérapie.

D'autres fois, il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, qui, depuis sa ménopause a vu survenir des douleurs articulaires : arthralgies avec arthrites, parfois il existe de véritables déformations du genre de celles du rhumatisme déformant. E n même temps, cette malade accuse d'autres symptômes : vertiges, céphalée, bouffées de chaleur. Si l'on institue chez elle un traitement opothérapique par les extraits ovariens, on verra le plus souvent ces troubles s'amender et les douleurs rhumatismales rétrocéder. Ce rhumatisme ovarien, sur lequel on a encore peu insisté jusqu'ici, est une réalité clinique certaine ; nous l'avons constaté assez fréquemment, et dans ces cas, le succès thérapeutique nous a semblé une preuve évidente de l'origine endocrinienne de ce rhumatisme.

Parfois, c'est seulement un interrogatoire serré, un examen général minutieux qui nous apprennent que le sujet est porteur d'un foyer de suppuration chronique : pharyngite, sinusite, ou même comme nous l'avons dit, banale infection dentaire.

Les auteurs américains ont beaucoup insisté sur la fréquence de ces infections comme causes de rhumatisme chronique ; et encore tout dernièrement STAUFER, dans *The Laryngoscope*, disait que sur 97 malades de sa statistique atteints de rhumatisme chronique, 65 avaient des amygdalites, 28 des sinusites. Sans vouloir exagérer la fréquence de cette étiologie, on devra y penser, dépister ces foyers d'infection et les traiter.

D'autres fois, il faut savoir rechercher une uréthrite chronique dont le malade est atteint depuis lougtemps et dont il ne peut arriver à se défaire. Cette blennorragie chronique suffit à produire des manifestations articulaires, et on devra instituer un traitement énergique pour tâcher d'en débarrasser le patient.

Dans certains cas, c'est un vieux tousseur, *bronchitique*, emphysémateux, qui a une hydarthrose avec des lésions d'arthrites déformantes, parfois accompagnées de réaction synoviale. L'origine *tuberculeuse* de ce rhumatisme chronique est alors probable ; elle sera souvent difficile à affirmer, les lésions bacillaires pouvant être discrètes. On mettra tout en œuvre pour confirmer ce diagnostic : radiographie, examen des crachats, inoculation au cobaye du liquide d'hydarthrose.

Le traitement, souvent délicat, s'inspirera du diagnostic étiologique : on tendra surtout à soigner l'état général du malade, mais on s'adressera, en outre, aux agents physiques qui seront là de précieux adjuvants : héliothérapie chaque fois qu'elle est possible, mais aussi actinothérapie. Les rayons ultra-violets constituent en effet une médication souvent efficace, surtout si on leur adjoint l'action des rayons infra-rouges.

Enfin, il est une catégorie de rhumatisants chez qui c'est la syphilis qui est en cause : et ces faits de rhumatismes chroniques syphilitiques ont particulièrement attiré l'attention ces derniers temps.

Il peut s'agir soit de sujets jeunes chez qui, on peut mettre en évidence l'hérédo-syphilis par l'existence d'altérations dentaires, oculaires (iritis, iridocyclite) ou auriculaires, une réaction de Wassermann ou de Hecht positive, la certitude de la syphilis chez les parents.

D'autres fois, ce sont des sujets plus âgés qui ont une syphilis acquise. Mais il faut bien savoir qu'il s'agit alors, le plus souvent, d'une syphilis « froide », peu évolutive ; notamment il s'agit souvent chez la femme de syphilis conceptionnelle passée inaperçue.

C'est dans ces cas que le praticien doit savoir être clairvoyant et rechercher notamment dans les antécédents l'existence de fausses couches. Un examen général complet permettra de déceler une plaque de leucoplasie, de l'inégalité pupillaire, l'abolition d'un réflexe, un souffle d'aortite. On obtient souvent ainsi un ensemble de faits que viendra confirmer bien des fois, un examen sérologique montrant un Wassermann ou un Hecht positif.

Toutes ces recherches ont une grosse importance chez un malade atteint de rhumatisme chronique ; en effet la syphilis ne donne pas cliniquement un cachet spécial au rhumatisme. Il s'agit tantôt d'arthralgies simples, d'arthrites sèches, d'hydarthroses souvent bilatérales, mais aussi d'arthrites déformantes ne se distinguant par aucun caractère des lésions relevant des autres infections ou intoxications. En un mot, en matière de rhumatisme, la syphilis peut tout donner.

C'est pourquoi en présence d'un malade chez qui l'on soupçonnera l'étiologie syphilitique, on devra essayer le traitement d'épreuve qui, par son action, viendra affirmer ou infirmer le diagnostic.

L'épreuve du traitement permettra notamment de distinguer le rhumatisme chronique syphilitique du rhumatisme évoluant chez un spécifique.

A propos du traitement, nous insisterons encore sur deux points :

a) D'abord sur le fait qu'il faudra autant que possible, donner la préférence aux arsénobenzols, c'est avec eux qu'on obtiendra les meilleurs résultats ;

b) Ensuite, il ne faudra pas cependant attendre du traitement des cures miraculeuses : il ne pourra pas réduire des déformations ou des ankyloses importantes, détruire des proliférations osseuses. Mais on assistera à la disparition des douleurs, des arthralgies, à une récupération fonctionnelle importante des articulations intéressées.

C'est, en effet, dans ces cas de rhumatisme chronique syphilitique qu'on voit tout l'intérêt du diagnostic étiologique, qui permet alors une médication vraiment spécifique et très efficace dans la plupart des cas.

On voit que nous avons voulu, en une série de schémas, montrer les aspects étiologiques du rhumatisme chronique, avec les conclusions thérapeutiques qu'on en peut tirer.

Mais loin de nous l'idée d'affirmer que la tâche sera toujours facile. Comme cela arrive souvent en clinique, devant certains rhumatisants chroniques, nous aurons beau mettre tout en œuvre, nous livrer à l'examen le plus complet, pratiquer sur eux toutes les épreuves de laboratoire, nous n'arriverons pas, malgré toute notre patience à trouver la clef du problème.

Il ne faut pas oublier que les difficultés du diagnostic étiologique peuvent en effet, se compliquer, dans la pratique, du fait que certains rhumatismes chroniques sont une association dans laquelle infection et intoxication jouent toutes deux un rôle : c'est ainsi qu'il n'est pas rare chez certaines femmes âgées, de se trouver en présence de manifestations rhumatismales chroniques d'origine goutteuse combinées à des phénomènes d'insuffisance ovarienne.

Comme on le voit, et c'est là notre conclusion, la recherche de l'étiologie du rhumatisme pour l'ordonnancé du traitement, est souvent extrêmement complexe et, il faut bien l'avouer, on doit parfois se contenter d'une thérapeutique symptomatique, sous réserve de rechercher au cours d'examens ultérieurs le symptôme qui fera découvrir l'étiologie de ce rhumatisme.

En tout cas, nous pensons qu'en orientant le problème de cette façon, le médecin pourra conduire sa thérapeutique d'une façon plus efficace, et nous croirons avoir fait œuvre utile si nous avons persuadé le praticien de toute l'importance du diagnostic étiologique dans le traitement du rhumatisme chroinique.

INFLUENCE DE L'INTESTIN SUR L'APPAREIL DIGESTIF

Par L. Pron.

I. Intestin et bouche.

Couillaud a consacré sa thèse (1) à l'exposé d'un point intéressant de séméiologie digestive : le *signe de la langue*, qui serait caractéristique de l'ascaridiose et de l'oxyurose. Il consiste en une hypertrophie des papilles fongiformes, qui tranchent alors sur le fond souvent blanchâtre de la muqueuse, sous l'aspect de points rouges répartis à la partie antérieure de l'organe, sur les bords et la pointe. On ne saurait mieux les comparer qu'aux fruits ou akènes de la fraise, la partie qu'on mange n'en étant que le support ou gymophore.

Langue fragaroïde = vers intestinaux. J'ai remarqué assez souvent l'exactitude de cette équation, qui permet d'attirer l'attention des parents sur l'origine possible de bien des malaises infantiles.

Cette hypertrophie disparaît après l'expulsion des parasites.

La *langue fendillée* se rencontre dans l'auto-intoxication intestinale.

Ce dernier état retentit également sur les gencives et les dents.

(1) Thèse de Paris, 1920.

Les gencives deviennent molles, elles se gonflent et elles saignent facilement, à l'occasion de la mastication de corps durs. A cette période de *gingivite fongueuse*, fait suite un stade de durcissement et de ratatinement (*gingivite scléreuse*), qui entraîne la découverture du collet des dents avec accumulation de tartre, de fins débris alimentaires et de microorganismes banals, le tout aboutissant à la *carie du collet* ou à l'ébranlement, puis à la *chute spontanée des dents*.

Dans d'autres cas, par suite d'une nutrition insuffisante des dents, l'émail devient friable, d'où *fendillement* et *facilité de cassure*.

D'autres fois, en raison d'une insuffisance des processus de défense, les humeurs de l'organisme, et, en particulier, le sang deviennent acides; cette acidification entraîne la *décalcification* des dents (1) et leur *carie*.

On peut encore rencontrer la *sialorrhée*, soit à

(1) Outre un traitement récalcifiant et une thérapeutique visant le tube digestif, il est donc indiqué d'avoir recours aux alcalinisants du sang, qui peuvent être, à leur point de départ, acides, tel le *citrate acide de soude*, que vient de recommander Blondel. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 34, séance du 27 octobre 1925, p, 932).

titre de réflexe, soit à titre de moyen de défense, à côté de la diarrhée, des sueurs, etc., quoiqu'en général la peau soit sèche, comme la bouche, chez les auto-intoxiqués digestifs.

II. Intestin et estomac.

De même que le ralentissement du transit gastrique amène de la stase iléale (réflexe de BARCLAY), la constipation ou la stase iléale amène de la *stase gastrique* ; il y a parallélisme ou répercussion étroite entre le fonctionnement moteur de l'estomac et de la fin de l'iléon. La dyspepsie engendre de la constipation, et la constipation augmente les malaises gastriques, d'où l'utilité stricte des laxatifs chez les dyspeptiques, non seulement au point de vue de l'exonération intestinale, mais comme appui à la thérapeutique stomacale elle-même.

La stase gastrique entraînant à sa suite la congestion de la muqueuse, puis l'hypersécrétion, est pour ARBUTHNOT LANE et pour MAYR, un facteur important dans la genèse de l'*ulcère*, soit stomacal, soit duodénal (après duodénite), et si bon nombre de sujet gastro-entérostomisés ne retirent aucun avantage de l'opération, c'est que le chirurgien n'a pas été voir et n'a pas exploré assez loin, laissant passer inaperçues brides, coudure ou adhérences de la fin de l'iléon. Loeper, qui tend aussi à admettre un « passé intestinal » chez certains ulcéreux du duodénum, a insisté sur la cœlialgie et la *dyspepsie* consécutives à la dysenterie. Chez 25 à 30 % de ces patients, on observerait soit de la simple gêne gastrique avec flatulence, soit de véritables douleurs précoces ou tardives, soit un spasme médiogastrique ou pylorique et, dans certains cas, de l'hypersécrétion à jeun (1). De mon côté, j'ai observé le *catarrhe acide* assez souvent chez les vieux dysentériques.

L'appendicite retentit généralement sur l'estomac, quelquefois de façon si marquée qu'elle en impose pour une gastropathie primitive, et le diagnostic est rendu difficile par le fait qu'inversement on rencontre couramment des manifestations subjectives (cœcalgie spontanée) et objectives de la région cœco-appendiculaire (douleur provoquée, épaississement, etc.).

Pour J.-C. ROUX, la dyspepsie appendiculaire aurait une pathogénie variable. Elle pourrait être : 1° *réflexe*, soit par action directe, soit par une coudure ou des adhérences épiploïques, qui irriteraient les filets du sympathique ; 2° *toxique* ; dans cette variété, on note un mauvais état général et une élévation de température, par résorption des produits contenus dans la cavité ou la paroi de l'appendice ; 3° *mécanique*, par troubles

(1) *Leçons de pathologie digestive* (4e série, 1919). p. 264.

de l'évacuation intestinale (épiploïte des angles côliques, etc.). D'une manière générale, il a remarqué que la sensibilité du creux épigastrique marche de pair avec celle de l'appendice (1).

L'appendicite, bien plus et bien plus souvent que la stase iléale, est susceptible de déterminer l'apparition d'un *ulcère* gastrique ou duodénal. La clinique montre qu'il existe, entre l'appendice, la vésicule biliaire et le duodénum, une association physiopathologique étroite ; WALTER ZWEIG (de Vienne) a insisté, en 1921, sur ce point (2), qu'ont repris plusieurs auteurs, entre autres DURAND et BINET, mais partiellement (3) ; auparavant, DIEULAFOY avait déjà dit que « l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent » ; il avait oublié le duodénum dans cette union morbide.

Pour HOLLER, l'appendice agirait par mode réflexe ; il y aurait soit un trouble d'innervation du pneumogastrique, soit névrite véritable.

D'après SOLTAU FENWICK, l'*hypersécrétion continue* peut être provoquée par une lésion appendiculaire. Sur 122 malades opérés, dans 22 cas il existait une altération de l'appendice, et l'intervention ne put révéler aucune autre lésion de l'appareil digestif. Lorsque les lésions appendiculaires sont refroidies, on ne trouve qu'une petite quantité (10 à 30 c. c.) de liquide faiblement acide, le matin à jeun, dans l'estomac, Au moment, des poussées inflammatoires, il se produit une hypersécrétion plus abondante et plus acide.

La tuberculose du grêle, pendant les phases d'occlusion passagère qu'elle provoque, peut retentir de façon aiguë sur l'estomac.

J'ai rapporté, il y a quelques années, l'observation d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui m'était envoyé par le Dr BONNET (de Bône) avec le diagnostic de « dyspepsie, hypersthénique rebelle. Tous les traitements classiques

(1) D'après mes observations, qui portent sur un grand nombre de malades, suivis pendant plusieurs années, la dyspepsie appendiculaire est beaucoup plus rare qu'on ne le croit ; un grand nombre de malades appendicectomisés continuent à souffrir de l'estomac comme auparavant, et leur région cæcale est très sensible à la pression.

On abuse énormément du diagnostic d'appendicite. On ne doit le poser que chez les sujets ayant présenté des crises : fièvre, vomissements, douleur aiguë et bien localisée au point de MAC BURNEY ou de LANZ, avec défense de la paroi, — ou chez ceux ayant des troubles généraux et digestifs mal définis, avec une douleur provoquée, *nettement délimitée*.

(2) *Die Abdominal Trias*. (*Archiv fur Verdauungs Krankheiten*, vol. XXVII, fasc. II, p. 128).

Pour BERCEANU, une infection partant de l'appendice, peut gagner le duodénum ou l'estomac par la voie lymphatique postérieure sous-péritonéale.

(3) Appendicite et cholélithiase. (*Monde médical*, 1er juin 1922).

ont été essayés (régime lacté, poudres de saturation, pansement bismuthé, belladone) sans qu'une amélioration notable ait été constatée. Deux radioscopies n'ont décelé rien de bien particulier ; pas de trace d'ulcération ; estomac à peine dilaté. Ce malade n'a jamais vomi de sang, et l'examen des selles n'a jamais décelé rien de suspect. A noter, au dire du malade, que le point de départ de la douleur, qui déchaîne la crise et les vomissements, se trouve au niveau de la région appendiculaire et s'irradie ensuite vers la région stomacale. »

Ce jeune homme avait commencé à avoir de « l'entérite diarrhéique », vers l'âge de 10 ans. Depuis deux ans, il accusait des crises intermittentes (actuellement une par semaine, durant un jour) de douleurs gastriques, qu'il supprimait en provoquant un vomissement; l'appétit était excellent ; poids 51 k. 400.

L'examen à jeun permettait de constater un bruit de clapotage net, quoiqu'il y eut eu précisément un vomissement vers 2 heures du matin ; le foie était normal ; il y avait une douleur au voisinage du point de Mac-Burney ; le fond de l'estomac était, dans le décubitus, à 2 cm. au-dessus de l'ombilic. Un examen radioscopique en série fit poser le diagnostic de bride cæcale ; j'avais, cliniquement et auparavant, éliminé celui d'appendicite.

Je fis entrer le malade à l'hôpital de Mustapha dans le service du Dr Cochez, qui l'opéra le 23 mars 1922. On ne vit rien d'anormal dans la région cæcale ; mais, en déroulant le grêle, on constata un chapelet de six noyaux, de la grosseur d'un marron, dans la dernière portion de l'iléon et sur une longueur d'un mètre et demi environ. Le chirurgien se borna à refermer le ventre, et je perdis le patient de vue.

Il y avait là un cas frappant, de manifestations aiguës gastriques ou gastro-hépatiques d'une tuberculose du grêle, au point de simuler une gastropathie primitive.

Après la constatation de clapotage, j'avais fait un tubage, qui avait ramené un liquide vert foncé laissant déposer de la boue biliaire, ayant une faible réaction acide (0 gr. 36) due à la présence d'acides volatils de fermentation et ne donnant pas de réaction du sang (Adler et Boas négatifs)

On a observé la *dilatation prépylorique* dans l'appendicite chronique, consécutivement à une bride d'épiploïte.

De même, Fleig a attiré l'attention sur la *pseudo-sténose du pylore* chez les sujets jeunes — et sur le *pseudo-cancer pylorique* chez les sujets âgés — dus uniquement à une constipation opiniâtre ou à l'insuffisance quantitative des selles quotidiennes ; en réalité, il ne s'agit que de troubles réflexes.

La diarrhée consécutive à l'achylie gastrique est bien connue, quoique la pathogénie de cette dernière affection, qui paraît très complexe, soit encore mal pénétrée. Inversement, l'*achylie* ou l'*achlorhydrie* à point de départ intestinal serait très fréquente selon Schütz.

Il y a une quarantaine d'années que Leyden a décrit, sous le nom de *vomissements périodiques*, un syndrome caractérisé par des crises de vomissements incoercibles, durant de quelques heures à quelques jours, apparaissant à intervalles variables et s'accompagnant, en général, de céphalée ; la fièvre et les douleurs gastriques peuvent manquer. Les vomissements sont d'abord alimentaires, puis muco-acides ou bilieux ; l'haleine a une odeur caractéristique d'acétone, qui permet de faire le diagnostic ou de mettre sur sa voie. Combe voit là une forme d'élimination des entéro-toxines dans l'auto-intoxication intestinale.

Non seulement, l'estomac subit le contre-coup de l'intestin, au point de vue pathologique franc, mais sa morphologie peut être conditionnée par les variations du contenu ou du calibre de l'intestin. Marko a insisté sur ce point (1).

La *pseudo-biloculation*, par compression de l'angle colique gauche dans l'aérocolie, est un symptôme maintenant classique. Dans la dilatation du transverse, l'estomac est repoussé vers la droite ; cette *dextrogastrie* peut être prononcée, au point que l'organe est plaqué sous le foie. Dans la sténose ancienne du côlon, et plus ou moins rapidement dans celle du côlon ascendant, il y a dilatation du grêle ; cette modification de calibre entraîne une déformation de l'estomac, décrite sous la dénomination d'*estomac en cascade*.

En irradiation sagittale, on observe des *dilatations sacciformes* ; en irradiation latérale, on distingue une portion postérieure, développée, c'est la région cardiaque, — et une antérieure, mince, la région pylorique. Cette dernière s'évacue rapidement ; la région cardiaque, au contraire, est lente à expulser son contenu, quelquefois quinze à trente minutes.

A l'action pathologique de l'intestin sur l'estomac, il y a encore à ajouter la *dyspepsie parasitaire*.

Des manifestations dyspeptiques variables, accompagnées souvent de fortes douleurs et de fringales, sont dues, plus fréquemment qu'on ne le croit, à la présence d'helminthes ou de tænia.

On ne saurait trop engager les malades à jeter

(1) *Klinische Wochenschrift*. Analysé in *Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo*. (Mai 1923, p. 307.)

un coup d'œil sur leurs selles, chaque jour, de façon à ne pas laisser passer inaperçus les parasites ou leurs anneaux.

III. Intestin et foie.

D'après MAYR (1), quelques minutes après l'excitation manuelle de l'intestin par un massage ou par la simple palpation, on observe une *variation de volume* du foie. Quand il est hypertrophié et douloureux, il devient plus souple, moins sensible à la pression, et sa hauteur diminue. Cette modification s'explique facilement par ce fait que le foie est un organe extrêmement vasculaire et que, par réponse réflexe à l'excitation mécanique de l'intestin, il se produit en lui une vaso-constriction.

Le massage abdominal est donc indiqué toutes les fois qu'on se trouve en face d'une hypertrophie du foie.

L'amélioration de la motilité intestinale, en modifiant la circulation intra-hépatique, modifie tous les processus inflammatoires ; elle peut même agir dans les états cirrhotiques.

Inversement, dans l'hypokinésie intestinale, qui est une condition morbide très fréquente, il se produit de la *congestion hépatique*, soit sanguine, soit biliaire.

Quand il y a atonie du duodénum, l'excrétion biliaire est diminuée, par manque de contractions, qui normalement font un appel de bile, en incitant la vésicule à se vider. Cette *stase vésiculaire* a comme conséquence la déshydratation du contenu de la vésicule, d'où facilitation de la concrétion des principes solides de la bile, d'où *lithiase* (2).

De même, dans l'atonie intestinale, les produits toxiques, amenés au foie par la veine porte, produisent de l'encrassement du filtre hépatique, une diminution de la lumière des canalicules et de l'*angiocholite*.

L'entéro-colite chronique s'accompagne d'*insuffisance hépatique* dans la majorité des cas. SAVIGNAC et MATHIEU DE FOSSEY l'ont constatée dans 13 cas sur 17, en la recherchant par le rapport azoturique, le coefficient de MAILLARD, la présence d'urobiline, de pigments et de sels biliaires dans l'urine et dans le sang, par le dosage de la cholestérine, la cholémie, l'hémoclasie digestive, la résistance globulaire, etc... (1).

J'ai parlé, plus haut, de la liaison pathologique existant entre l'appendice et la vésicule biliaire. L'appendicite chronique retentit également sur le fonctionnement du foie en général. POENARU-CAPLESCO a fait plusieurs communications sur ce point (2), en insistant sur l'appendicite latente, qui se manifeste uniquement par des symptômes hépatiques, ceux-ci pouvant même être seulement estompés et demandant à être recherchés, pour ne pas passer inaperçus. Dans les « lésions appendiculaires latentes, qui sont quand même le point de départ des lésions microbiennes ou toxiques du foie » ; chez certains malades, qu'il appelle « hépatiques appendiculaires », le seul signe qui mette sur la voie du diagnostic est le « signe conjonctival », c'est-à-dire l'*ictère* ou le *subictère de la conjonctive*, la douleur au point de MAC-BURNEY pouvant faire défaut.

A propos des rapports généraux, existant entre l'intestin et le foie, MAZERAN (3) pense que le point de départ intestinal, dans les troubles du foie, a une importance beaucoup plus grande que le facteur inverse, et, à l'appui de son opinion, il énumère les stases côliques, — les troubles d'auto-intoxication amenant le surmenage du foie — la colibacillémie et ses retentissements angiocholitiques, — les troubles liés à une assimilation défectueuse et créant le *foie petit* des inanitiés, — la dysenterie et ses complications hépatiques, — la constipation, facteur d'*hypertension portale*, — enfin, l'insuffisance sécrétoire intestinale, amenant l'*insuffisance biliaire*, suivant les conceptions de BAYLIN et STARLING (4).

(1) *Fundamente zur Diagnostik der Verdauungs Krankheiten*. (Vienne et Leipzig, 1921, p. 114 et suiv.).

(2) La lithiase vésiculaire n'amène de crises que s'il y a des contractions spasmodiques, de l'irritation de la muqueuse de la vésicule ou un brusque déplacement des calculs par une secousse imprimée au corps, une fatigue physique ou même une émotion.

(1) Société médicale des hôpitaux (11 mai 1923).

(2) Entre autres : Société médicale des hôpitaux de Bucarest (3 décembre 1924) ; Académie de médecine (3 juillet 1923, p. 29 du *Bulletin*) ; *Ibidem*, 29 mars 1921, p. 414 du *Bulletin* ; 18 janvier 1921, p. 105 du *Bulletin*.)

(3) Société de médecine de Paris (27 janvier 1923), p. 67 du *Bulletin*.

(4) Je reprendrai cette question à propos de l'influence du tube digestif sur l'intestin.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

Grosses adénopathies tuberculeuses du médiastin (1).

M. le Professeur Nobécourt.

Ces deux petits malades sont entrés dans le service au début d'octobre pour de la dyspnée accompagnée de cornage, de tirage et de cyanose. Nous avons fait le diagnostic de grosses adénopathies tuberculeuses du médiastin. Voici leur histoire.

Le premier est né le 5 février 1925. Il a fait, en mai et juin, à 3 mois, un premier séjour à l'hôpital. La cuti-réaction était négative à ce moment ; il était surtout hypotrophique. Après un mois de séjour, nous l'avons envoyé à la *Fondation Parquet*, qui reçoit ces débiles. Il ne s'y est pas développé comme on s'y serait attendu, s'est mis à tousser. Finalement on nous l'a renvoyé le 1er octobre avec de la fièvre et de la bronchite.

Il est alors âgé de 8 mois, toujours petit (58 cm) et très maigre (4 kgr. 400). C'est un hypotrophique et un cachectique. Il présente quelques légers stigmates de rachitisme. La température, le soir de l'entrée, s'élève à 39°4 ; le lendemain soir elle tombe à 37° et demeure à 37°-37°5 les jours suivants.

On trouve de petits ganglions disséminés aux aisselles, aux aines et au cou, les plus gros aux aisselles. Mais ce qui frappe le plus, c'est une dyspnée très vive, la cyanose de la face et des extrémités. La respiration est rapide, 58 par minute, et bruyante ; il existe un véritable cornage. On constate en outre un tirage sous-sternal, sous-costal, sus-sternal, sus-claviculaire, une dépression des côtes inférieures à chaque inspiration. La toux n'est ni rauque, ni bitonale ; elle provoque des accès de dyspnée et de cyanose.

En avant, au niveau du manubrium sternal et des régions parasternales supérieures, on trouve de la submatité, une respiration bruyante et rude. En arrière, dans la région interscapulo-vertébrale, surtout à gauche, on trouve les mêmes symptômes et une expiration prolongée. A la base gauche, il existe une zone de submatité. Partout ailleurs la sonorité est forte, on entend, d'autre part, des râles de bronchite à droite, des râles sous crépitants assez secs à gauche, au voisinage du hile et à la base. Le pouls est à 140 ; la foie et la rate sont normaux.

La radiographie, pratiquée par M. Duhem, montre une *volumineuse adénopathie trachéo-bronchique* ; le médiastin supérieur est élargi. A droite et surtout à gauche du cœur, de grosses ombres irrégulières débordent l'ombre cardiaque et descendent presque jusqu'au diaphragme ; l'opacité est diffuse, assez accentuée en certains points ; certaines taches plus opaques révèlent des ganglions crétacés.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive. Il n'y a pas de signes de syphilis ; d'ailleurs le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Au bout de cinq ou six jours la fièvre reparaît ; elle s'élève de plus en plus avec une courbe irrégulière ; elle est à certains moments à 40° ; puis, à partir du 27 octobre, elle diminue.

Pendant cette période l'enfant s'amaigrit considérablement ; le 31 octobre, il pèse 3 kgr. 850 ; il a perdu en un mois 550 grammes.

Les symptômes persistent et même s'accentuent. Sur une radiographie pratiquée le 31 octobre, on remarque, à droite, l'extension de l'ombre médiastinale en dehors du cœur et une opacité plus accentuée ; en outre, à gauche, une opacité de la moitié inférieure de l'hémithrorax.

Pour essayer de soulager l'enfant, M. Duhem l'a soumis à deux séances de radiothérapie, les 5 et 7 novembre. Elles ont peut-être été suivies d'une légère sédation de la dyspnée, mais l'effet n'a pas été durable.

Actuellement, malgré une température normale, la polypnée, le tirage et le cornage persistent, ainsi que les différents signes physiques.

Il n'y a aucun doute sur l'existence d'une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique de nature tuberculeuse en évolution. Il est probable qu'il y a, en outre, des lésions tuberculeuses du poumon gauche.

Le second malade est né le 22 mars 1923 à terme, de parents bien portants. Il n'y a rien à signaler dans son histoire, jusqu'au mois d'août dernier. A ce moment, à 2 ans et 4 mois, il commence à tousser. La toux devient quinteuse, coqueluchoïde. En outre, la respiration est de plus en plus gênée. On conduit l'enfant à l'hôpital Bretonneau, où on aurait porté le diagnostic d'asthme. Il est traité par des applications de rayons ultra-violets, sans amélioration. Il a de la fièvre : 37° ou 37°5 le matin, 38° ou 40° le soir.

(1) Leçon du 14 novembre 1925 recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

Finalement, la mère nous l'amène le 5 octobre pour l'oppression persistante.

L'enfant, âgé de 2 ans et demi, a une taille de 82 cm. et est assez maigre (10 kgr. 150) ; il ne présente pas de rachitisme, pas d'adénopathies périphériquess ; la température ne dépasse pas 38°. Il a, par jour, deux ou trois quintes coqueluchoïdes, qui ne provoquent pas de vomissements.

On est frappé par une respiration bruyante, un véritable cornage inspiratoire et surtout expiratoire. Il y a du tirage sous-sternal, sous-costal et même sus-sternal. La respiration est fréquente (44 par minute), un peu irrégulière

On trouve, dans l'espace inter-scapulo-vertébral et la partie interne de la région sus-épineuse, de la submatité, de la résistance ; à ce niveau on entend à l'auscultation un cornage inspiratoire et surtout expiratoire, descendant jusqu'à la 5e vertèbre dorsale. En avant, dans la région du manubrium et les parties voisines, on constate également de la submatité, le même cornage et en outre un souffle à caractère véritablement tubaire, localisé à droite du sternum.

La radiographie montre l'existence d'une *volumineuse adénopathie trachéo-bronchique*. A droite, l'opacité est forte, déborde largement le cœur et les vaisseaux de la base ; c'est un embrumement total indiquant l'existence d'une périadénite étendue. A gauche, l'adénopathie est moins marquée et ne s'accompagne pas de périadénite. Les champs pulmonaires sont normaux.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann douteux (H^6)

Les jours suivants, des périodes d'apyrexie alternent avec des périodes de fièvre à grandes oscillations. L'enfant maigrit ; le 16 octobre, il pèse 9 kgr. 050, ayant perdu 1100 gr. en onze jours ; la dyspnée augmente.

Etant donnée l'intensité de la dyspnée, nous avons institué la radiothérapie. La première séance a lieu le 15 octobre. Le soir, la température, qui atteignait déjà 38°8 la veille, s'élève à 40°, mais le lendemain et le surlendemain, elle s'abaisse. En même temps nous constatons une diminution très nette de la dyspnée, du cornage et du tirage.

Une deuxième séance de radiothérapie est faite 5 jours après, le 22 octobre. Le lendemain, le cornage est très diminué, la cyanose a disparu. Les jours suivants les troubles s'atténuent encore. A l'examen du thorax, on constate la même matité, mais seulement un souffle expiratoire assez fort.

Comme le montre la radiographie du 27 octobre, les ombres hilaires, à gauche et à droite, sont moins opaques, moins uniformes ; il persiste cependant une zone très opaque le long du bord droit du cœur qui n'est pas visible.

A partir du 25 octobre, la température s'est régularisée autour de 37°5-37°9.

Depuis le 30 octobre, le malade est exposé, tous les deux ou trois jours aux rayons ultra-violets.

Actuellement il est très amélioré. Il n'a plus ni cornage ni tirage. Sa température est à peu près normale. Il pèse 10 kgr. ; son poids a augmenté de 950 gr. en vingt-sept jours.

L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, qui avait provoqué des accidents menaçants, semble donc en voie d'amélioration.

***

Je désire, à propos de ces deux petits malades, vous entretenir des GROSSES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES DU MÉDIASTIN.

Dans le médiastin existent des groupes ganglionnaires très importants, les *ganglions péri-trachéo-bronchiques*. Ils ont été bien décrits par Baréty, en 1874.

Les uns sont situés à droite et à gauche, le long de la trachée et au-dessus de la bronche : c'est la chaîne *juxta-trachéale* et *sus-bronchique, pré-trachéo-bronchique.*

Les autres sont placés au-dessous de la bifurcation de la trachée et des bronches : c'est le groupe des *ganglions inter-trachéo-bronchiques.* Il comprend une douzaine de ganglions, surtout nombreux du côté droit.

D'autres ganglions enfin sont disposés autour de chaque grosse bronche, au moment de son entrée dans le poumon (ce sont les *ganglions hilaires*) et autour des ramifications bronchiques jusqu'à la quatrième division, dans l'intérieur du poumon (ce sont les *ganglions intra-pulmonaires*).

Les ganglions péri-trachéo-bronchiques reçoivent les lymphatiques des poumons, des bronches et du cœur. Ils sont souvent atteints de tuberculose ; toutes les fois qu'il y a de la tuberculose chez un enfant on peut être sûr, à de rares exceptions près, que ces ganglions sont tuberculisés.

La *tuberculose des ganglions péri-trachéo-bronchiques* se présente sous des aspects très variables.

Le nombre des ganglions tuberculisés, leur volume et leur aspect diffèrent suivant les cas.

Il y a des cas où seulement un ou deux ganglions sont lésés. Ils sont peu tuméfiés, tuberculisés partiellement.

Il y a des cas où plusieurs ganglions sont atteints et plus ou moins profondément lésés.

Il y a des cas enfin où un grand nombre de ganglions, sinon tous, sont hypertrophiés et tuberculisés en totalité. Ils réalisent de volumi-

neuses adénopathies, de véritables *tumeurs ganglionnaires*. Ce sont ces cas décrits depuis longtemps sous l'appellation de *phtisie bronchique*. C'est d'eux dont je veux vous parler aujourd'hui.

Quand il existe de grosses adénopathies tuberculeuses, certains groupes ganglionnaires seulement ou tous les groupes peuvent être intéressés : assez souvent la tuberculose reste localisée ou prédomine d'un côté. Un type fréquent est celui qui est schématisé sur cette figure empruntée à la thèse que G. Küss a consacrée en 1898 à l'*Hérédité parasitaire de la tuberculose humaine*. Il s'agit d'un enfant mort à l'âge de 4 ans et demi : les ganglions intra-pulmonaires, les ganglions hilaires, les ganglions inter-trachéo-bronchiques, sus-bronchiques et péri-trachéaux sont gros et tuberculisés en masse ; dans le groupe inter-trachéo-bronchique, un ganglion sous-bronchique gauche est particulièrement volumineux.

En général, les ganglions intra-pulmonaires ne sont pas très gros ; comme le font remarquer Rilliet et Barthez, ils ne dépassent guère le volume « d'une noisette mondée ou d'une petite amande ». Les ganglions inter-trachéo-bronchiques et péri-trachéo-bronchiques sont les plus volumineux. Ils forment de grosses masses : ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de poule ou même d'une grosse pomme. Les ganglions voisins sont isolés ou fusionnés ; ils forment des masses bosselées, irrégulières. Il y a de la périadénite.

Sur les coupes, les ganglions ont des aspects variés. Certains sont tuberculisés partiellement ; ils contiennent des points jaunes, caséeux. D'autres sont caséifiés dans leur totalité ; leur coupe, sèche et friable, a l'aspect du marron cuit. D'autres enfin sont ramollis ; ils forment des sortes de kystes à parois formées de tissu caséeux, à contenu puriforme.

Pour donner une idée du volume que peuvent atteindre les grosses adénopathies tuberculeuses, je ne puis mieux faire que vous montrer ces pièces de notre collection qui ont été recueillies à l'autopsie d'un jeune garçon mort à 13 ans et demi, le 20 mai dernier. Vous voyez d'énormes ganglions péri-trachéo-bronchiques caséeux, fermes ; quelques-uns présentent par place de l'anthracose ; d'autres contiennent des points ramollis.

Leur topographie est très appréciable sur des coupes transversales, que vous voyez d'avant en arrière, comme si le sujet était placé debout, face à vous.

La première coupe passe en avant de l'aorte ascendante et de la veine-cave supérieure ; elle a ouvert la partie antérieure du ventricule droit. De gros ganglions caséeux agglomérés forment une chaîne le long du bord droit de la veine cave supérieure jusque sur la face supérieure de l'oreillette droite.

La deuxième coupe, faite un peu plus en arrière, sectionne verticalement la portion ascendante de l'aorte. Des deux côtés de celle-ci, il y a de gros ganglions caséeux. A droite, on voit les coupes de l'artère pulmonaire et de la bronche droite, entourées de ganglions qui les compriment et les rétrécissent ; ces ganglions reposent en bas sur l'oreillette droite qui est sectionnée.

La troisième coupe passe en arrière de la trachée ; elle sectionne le ventricule gauche et laisse voir la partie postérieure de la valvule mitrale ; au-dessus elle sectionne une veine pulmonaire gauche et la portion horizontale de la crosse de l'aorte. Ces vaisseaux sont noyés au milieu de volumineux ganglions caséeux.

Voici enfin une quatrième coupe, faite en avant de la précédente, qui passe par la trachée et la bronche gauche, sectionnée dans toute sa longueur ; au-dessus est la section de la crosse de l'aorte. Vous voyez de gros ganglions sus-bronchiques et un énorme ganglion sous-bronchique gauche. qui refoule la bronche de bas en haut, et rétrécit un peu son calibre.

On comprend sans peine que des ganglions aussi volumineux peuvent provoquer sur les organes du médiastin, avec lesquels ils sont en contact, des *compressions*, des *ulcérations*, des *inflammations*.

La *trachée* et les *bronches* sont généralement plutôt refoulées que comprimées, à moins qu'elles ne soient placées entre des ganglions comme entre les branches d'un étau. La compression est presque toujours limitée ; elle entraîne une dépression latérale, qui donne à la lumière du conduit la forme d'un triangle ou d'une fente. L'oblitération presque complète d'une grosse bronche est exceptionnelle. Parfois le ganglion ulcère la paroi de la bronche, qui est envahie par le processus tuberculeux ; à un moment donné, il s'ouvre dans la cavité bronchique ; il en résulte une *caverne ganglionnaire*, siégeant habituellement au hile et communiquant avec la cavité bronchique soit par un petit pertuis, soit par un large orifice.

A droite, la *veine-cave supérieure*, la *grande veine azygos*, à gauche, la *crosse de l'aorte*, des deux côtés les *artères* et les *veines pulmonaires* peuvent être comprimées. L'oblitération vasculaire est tout à fait exceptionnelle. Parfois il se produit une perforation d'une branche de l'artère pulmonaire.

Les *nerfs* sont souvent intéressés. Les *pneumogastriques*, les *récurrents*, surtout le gauche, qui contourne la bord inférieur de la crosse de l'aorte ; les *plexus pulmonaires* peuvent être comprimés

✦✦✦✦

ou atteints de lésions inflammatoires qu'a bien étudiées Henri Meunier, en 1896, dans sa thèse sur le *rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil pulmonaire.*

En même temps que les ganglions péri-trachéo-bronchiques tuberculeux, il est fréquent de trouver des lésions tuberculeuses ou banales des poumons.

On trouve d'une façon à peu près constante le petit *tubercule d'inoculation,* souvent une *granulie* terminale ou une *broncho-pneumonie caséeuse.* Parfois, au niveau du hile, le parenchyme est envahi par le processus de caséification ; il y a de grosses *masses caséeuses ganglio-pulmonaires* et parfois des *cavernes ganglio-pulmonaires.*

Souvent on trouve de la *congestion* et de l'*œdème* consécutifs à une compression des veines pulmonaires, une *broncho-pneumonie banale.*

L'*emphysème* pulmonaire est la règle.

La *perforation de la plèvre* avec formation d'un pyo-pneumothorax est exceptionnelle

D'autre part, on trouve très souvent une *granulie généralisée* ou une *méningite tuberculeuse.*

***

Les grosses adénopathies tuberculeuses du médiastin s'observent surtout chez les enfants jeunes. Elles sont rares pendant les six ou huit premiers mois de la vie, bien qu'on puisse les rencontrer chez des bébés de 2 ou 3 mois. Elles deviennent plus communes à partir de 6 mois, et surtout à partir d'un an. C'est, en somme, principalement de 1 à 3 ans qu'elles se constituent ; mais on peut les voir également chez de grands enfants.

Ce ne sont pas les formes les plus fréquentes de l'adénopathie trachéo-bronchiques ; le plus habituellement celles-ci sont discrètes ou n'atteignent qu'un volume modéré ; c'est de loin en loin que nous rencontrons le tableau clinique que je viens de relater.

Ce qui caractérise le tableau clinique des grosses adénopathies trachéo-bronchiques, ce sont surtout des *symptômes fonctionnels* et *subjectifs* dus à leur retentissement sur les organes du médiastin ; à ces symptômes s'associent quelques *signes physiques,* qui reconnaissent la même origine. D'autres *signes physiques,* révélés par l'examen des régions ganglionnaires, relèvent *directement* de la présence des tumeurs ganglionnaires.

Je n'ai pas l'intention de décrire tous les symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Je me limite aux grosses adénopathies. Ce sont celles, d'ailleurs, qui ont été les premières étudiées : en 1780, par Lalouette, dans son *Traité des scrofules* ; en 1824, par Leblond qui, dans sa thèse de Paris, décrit *une espèce de phtisie particulière aux enfants* ; en 1826, par Becker, de Berlin ; Rilliet et Barthez, en 1843, dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants,* leur consacrent plusieurs pages.

Le symptôme saillant est une *dyspnée bruyante.* Elle s'installe petit à petit et augmente progressivement. C'est d'abord une dyspnée d'effort, passagère, provoquée par les cris, le jeu, la marche. Plus tard, elle s'installe d'une façon *permanente.* La respiration est *bruyante* ; c'est le *cornage broncho-trachéal* d'Empis, le *râclement sec trachéal* de Barèty. Le bruit est assez variable dans son intensité et ses caractères, suivant les malades et, pour un même malade, suivant les moments. Quelquefois, il rappelle le bruit d'une scie, la respiration est serratique.

Quel que soit l'âge des enfants, le bruit de cornage s'entend aux deux temps de la respiration, surtout à l'inspiration. Chez le nourrisson, ainsi que l'ont signalé, en 1904, M. Variot et M. Guinon, il est surtout expiratoire. « C'est, écrit M. Guinon, une sorte de sifflement surtout expiratif, bien qu'il s'entende parfois aussi à la fin de l'inspiration. »

A mon avis, il convient de ne pas établir de différence aussi tranchée dans les modalités du cornage chez les nourrissons et les enfants plus âgés. Nos deux petits malades ont un cornage inspiratoire et expiratoire.

Grancher a dit que le nombre des respirations était diminué, que l'inspiration et l'expiration se faisaient en plusieurs temps. En réalité, ces caractères sont loin d'être la règle. Très souvent il y a *polypnée.* Les deux malades que je viens de montrer ont une respiration rapide. Il en est habituellement ainsi chez les nourrissons : « le cornage, écrit Guinon, s'accompagne d'une *polypnée* variable, qui augmente avec l'ancienneté de l'affection, et, à une période avancée, d'un rythme anormal à *dominante expiratrice,* comme dans la bronchite capillaire. »

En même temps que la respiration bruyante, on constate du *tirage.* Ce tirage est plus ou moins étendu ; il est épigastrique, sous-sternal, sous-costal, souvent sus-sternal et même sus-claviculaire. Surtout chez les petits, qui ont des côtes particulièrement molles et dépressibles, on remarque, et vous l'avez vu très nettement chez nos malades, une dépression inspiratoire des côtes et des espaces intercostaux inférieurs. Le tirage indique la présence d'un obstacle au passage de l'air, qui ne vient pas distendre les vésicules pulmonaires et combler le vide réalisé par les mouvements inspiratoires.

La dyspnée bruyante et le tirage s'accompagnent enfin de *cyanose* de la face et des extrémités.

La dyspnée est continue ; elle n'a pas à tous les

moments la même intensité. Il y a des moments où elle se calme, d'autres où, au contraire, elle s'exagère. D'ailleurs, en même temps que cette dyspnée habituelle et même avant qu'elle se soit installée, il peut se produire des *accès de dyspnée*, du *type asthmatique* des ou accès de dyspnée liés à du *spasme de la glotte* ; ils n'ont rien de spécial aux grosses adénopathies trachéo-bronchiques et se rencontrent plutôt dans les adénopathies discrètes, inflammatoires, qui provoquent une irritation du pneumogastrique ou du récurrent gauche. Plus spéciale aux grosses adénopathies est la *dypsnée laryngée par paralysie de la corde vocale gauche*, conséquence d'altérations destructives du récurrent.

La dyspnée habituelle et le cornage s'expliquent par la compression de la partie inférieure de la trachée et des grosses bronches, réalisée par de grosses adénopathies. Le cornage est dû aux vibrations de la colonne d'air lors de son passage à travers le rétrécissement. La prédominance expiratoire du cornage chez les nourrissons serait, d'après M. Variot, déterminée par une compression plus forte de la trachée et des bronches pendant l'affaissement expiratoire du thorax ; au contraire, au moment de l'inspiration, l'adénopathie serait attirée excentriquement et le conduit s'ouvrirait plus largement.

Cependant on ne peut pas toujours incriminer une compression. Ainsi que le remarque M. Ribadeau-Dumas, dans le *Nouveau traité de médecine* de Widal, Teissier et Garnier « il est assez curieux de constater que souvent, en cas de violente dyspnée, les canaux bronchiques présentent une perméabilité parfaite, malgré le gros volume des ganglions qui les entourent ». Il y a donc, dans la production de cette dyspnée, des facteurs assez complexes.

La *voix*, le *cri*, la *toux*, peuvent être plus ou moins modifiés, surtout suivant les altérations subies par les nerfs. La toux est quelquefois coqueluchoïde : mais elle l'est peut-être plus habituellement dans les petites adénopathies que dans les grosses.

Chez les nourrissons, on observe quelquefois la *toux bitonale*, qu'a décrite le prof. Marfan. Elle « est formée, écrit-il avec Mme Dora-Mantoux dans *Le Nourrisson* de novembre 1913, de deux bruits distincts, dissonants et se produisant en même temps ; le premier est grave et voilé ; le second est plus élevé et a quelque chose à la fois de chantant et de cassé ; on dirait qu'ils sont émis par des larynx différents. » Cette toux bitonale est spéciale aux nourrissons. M. Marfan ne l'a rencontrée que 10 fois sur 44 cas d'adénopathies trachéo-bronchiques au-dessous de 2 ans. Elle semble être spéciale aux grosses adénopathies, aux formes comprimantes.

La pathogénie de ce symptôme n'est pas élucidée. M. Marfan l'a d'abord attribué à la compression du récurrent, entraînant une inégale tension des cordes vocales. De fait, chez une fille morte à 8 mois, il existait une « énorme adénopathie trachéo-bronchique enserrant ou comprimant le nerf récurrent gauche et les deux nerfs pneumogastriques. »

Plus tard, dans un mémoire publié par *La Médecine*, en août 1922, il montre que la compression du récurrent n'explique pas tous les cas. Il se demande si un des bruits n'est pas produit au niveau de la glotte, comme dans la toux banale, et l'autre bruit au niveau du rétrécissement.

Somme toute, la toux bitonale peut aider à faire le diagnostic de grosse adénopathie trachéo-bronchique chez les nourrissons ; mais elle n'est pas un symptôme constant ; nous ne l'avons pas remarquée chez nos deux malades.

Les *troubles cardiaques* ne sont pas rares. La *tachycardie* peut être consécutive à la gêne de la respiration ; d'après Marey, en effet, quand on respire dans un tube étroit, la respiration se ralentit, le cœur s'accélère. Elle peut être due à une paralysie du pneumogastrique, tandis que la *brachycardie*, qui est rare, relève d'une excitation de ce nerf.

Rares sont les *troubles de la circulation veineuse périphérique*, dus à la *compression de la veine cave supérieure*. On remarque alors la dilatation des jugulaires, des veines sous-cutanées du cou, des épaules, du thorax, de la cyanose et un léger œdème des paupières et de la face.

Mais on constate souvent, chez les enfants atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques, une circulation veineuse très développée dans les parties supérieures du thorax. Il faut se garder de conclure qu'elle témoigne d'une gêne à la circulation veineuse occasionnée par ces grosses adénopathies. Ces veines apparentes n'ont pas une telle signification. M. Cany, qui a étudié dans *La Presse médicale* du 20 décembre 1911 les relations entre la *circulation collatérale thoracique* et l'*adénopathie trachéo-bronchique*, a établi qu'elle ne lui était pas subordonnée.

Après avoir constaté les symptômes fonctionnels et subjectifs que je viens de signaler, on passe à l'EXAMEN PHYSIQUE du malade.

L'inspection révèle certains des symptômes que nous venons de passer en revue : la fréquence des mouvements respiratoires, le tirage, la cyanose, etc. Elle nous montre, dans certains cas, que l'ampliation respiratoire est diminuée d'un côté, au cas de compression d'une bronche.

Par la percussion on reconnaît les *aires de submatité ou de matité* bien décrites par Guéneau de Mussy et Baréty.

En avant, l'aire de matité est située au niveau du manubrium et des régions parasternales à la hauteur des deux premières côtes et des deux

premiers espaces intercostaux. Il faut interpréter les modifications de la percussion dans cette région avec une grande réserve, surtout chez le nourrisson. Comme je l'ai fait remarquer avec Tixier, cette région est, en effet, normalement submate chez ce dernier parce qu'on y trouve le cœur, les gros vaisseaux et le thymus.

En arrière, l'aire de matité occupe l'espace interscapulo-vertébral, à hauteur des 2ᵉ, 3ᵉ et 4ᵉ vertèbres dorsales. Aux 2ᵉ et 3ᵉ vertèbres correspondent les ganglions prétrachéo-bronchiques ; à la 4ᵉ, les ganglions intertrachéo-bronchiques ; l'aire descend à gauche jusqu'à la 5ᵉ vertèbre, car la bronche gauche est plus longue que la droite. Chez le nourrisson, elle descend un peu moins bas, car, d'après Combe, la trachée se bifurque à hauteur de la 3ᵉ vertèbre dorsale.

Dans la région interscapulo-vertébrale, la matité est unilatérale ou bilatérale, symétrique ou prédominante d'un côté ; elle est plus ou moins étendue et forte et s'accompagne d'une sensation de résistance caractéristique.

A ce niveau, la *transsonance thoracique* est plus ou moins modifiée, dure et forte.

Au niveau des aires de matité antérieure et surtout postérieure, l'*auscultation* fait percevoir tantôt une expiration prolongée et soufflante, tantôt un souffle surtout expiratoire à caractère bronchique ou tubaire, ou pleurétique, ou caverneux, ou amphorique ou tubo-pleurétique.

Ces bruits sont unilatéraux ou bilatéraux, ont leur maximum vers la colonne vertébrale et se propagent plus ou moins loin. Ils sont très variables dans leur intensité et leur nombre, non seulement d'un malade à l'autre, mais encore chez un même malade, suivant les périodes d'examens.

Dans certains cas, quand il y a une grosse compression, ce qui domine, c'est le bruit de cornage qui remplace tous les autres bruits.

Ces bruits anormaux ont, pour la plupart, été bien décrits par Rilliet et Barthez. Pour leur production, le bruit de cornage mis à part, la compression de la trachée et des bronches n'est pas nécessaire. Ils sont dus à la propagation à travers les ganglions densifiés du bruit normal trachéo-bronchique qu'on entend ainsi comme s'il se produisait sous l'oreille. Ces ganglions, écrivent Rilliet et Barthez, « constituent un corps solide, susceptible d'etre animé de vibrations et de les transmettre à la colonne vertébrale ou au sternum. »

On perçoit, en outre, une bronchophonie exagérée, la voix chuchotée et d'autres modifications de la voix. Elles ne sont pas spéciales aux grosses adénopathies.

L'*examen des champs pulmonaires* révèle souvent des symptômes dus à la présence des altérations que j'ai signalées tout à l'heure.

Très souvent la respiration est faible, soit dans toute leur étendue, soit dans une région déterminée, généralement dans une région sus-épineuse ou à la base, sans qu'il y ait de diminution appréciable de la sonorité. Cet affaiblissement est dû à la compression d'une grosse bronche, qui empêche le passage d'un volume d'air suffisant pour dilater les vésicules pulmonaires, d'où atélectasie pulmonaire. Il est variable s'atténue ou disparaît après quelques fortes respirations.

A la base, l'affaiblissement du murmure vésiculaire est associé, assez souvent, à de la submatité, car à l'atélectasie se surajoute de l'œdème interstitiel dû à la compression des veines pulmonaires.

Dans la région interscapulo-vertébrale, on entend souvent des *bruits adventices* ; râles muqueux plus ou moins gros et même cavernuleux ou caverneux ; ces bruits adventices peuvent être accompagnés d'un souffle à caractère caverneux. On pourrait croire à l'existence d'une caverne pulmonaire. En réalité il s'agit habituellement de signes cavitaires sans cavernes. C'est là une cause d'erreur de diagnostic sur laquelle insistent longuement Rilliet et Barthez. Les ganglions trachéo-bronchiques volumineux écrivent-ils, peuvent exagérer les râles humides « au point de donner à l'oreille la sensation d'un râle très gros et très humide, d'un véritable gargouillement. »

Quant aux cavernes ganglionnaires, elles ne déterminent aucun symptôme d'auscultation.

Je ne parle pas des symptômes que peuvent donner les différents types anatomo-cliniques de tuberculose pulmonaire associée.

La *radioscopie* et la *radiographie* rendent de grands services pour l'étude des grosses adénopathies tuberculeuses. Celles de nos malades me dispensent d'entrer dans des détails circonstanciés.

En position frontale antérieure, l'enfant regardant l'observateur, on voit des ombres plus ou moins opaques à contours polycycliques, qui descendent le long des vaisseaux de la base du cœur, surtout à droite, et, plus bas, débordent plus ou moins l'ombre cardiaque ; elles peuvent remonter jusqu'à l'orifice supérieur du thorax, descendre plus ou moins bas, pénétrer plus ou moins profondément dans les plages pulmonaires. Elles sont causées par les ganglions péri-trachéo-bronchiques et péri-bronchiques.

Les ganglions inter-trachéo-bronchiques sont plus difficiles à voir parce qu'ils sont cachés en partie par le cœur et les gros vaisseaux ; cependant, au-dessus du cœur, on voit souvent une opacité qui indique leur présence.

Mais pour les mieux explorer, il faut mettre le sujet en oblique antérieure droite : alors on voit le médiastin postérieur, plus ou moins comblé par des ombres opaques.

Les contours des ombres sont plus ou moin

précis ; souvent ils sont flous, car il y a de la périadénite.

Quand il y a des ganglions très volumineux, comme chez nos malades, l'interprétation des examens radiologiques est relativement facile. Ils n'exposent pas aux mêmes erreurs que les petits ganglions.

Somme toute, les symptômes des volumineuses adénopathies trachéo-bronchiques sont surtout des symptômes de compression de la trachée et des bronches, et, dans une certaine mesure, de compression des vaisseaux et des nerfs. Ces adénopathies réalisent des *formes comprimantes*, qui se traduisent par de la dyspnée, du cornage, du tirage, de la cyanose.

Parfois la compression intéresse surtout les nerfs récurrents et entraîne un *syndrome laryngé*, qui peut attirer tout spécialement l'attention.

Mais même avec de très grosses adénopathies les symptômes de compression peuvent manquer. A côté des formes comprimantes il y a des *formes non comprimantes*. En voici un exemple caractéristique.

Un garçon, né le 27 décembre 1911, est pris le 25 décembre 1924, à l'âge de 13 ans, d'un point de côté sous-mammaire gauche, d'une forte fièvre, de toux avec expectoration gommeuse. Il entre à l'hôpital le 6 janvier 1925, avec une température de 39°-40°, de l'herpès labial, une respiration faible à la base gauche. On parle de pleurite. La fièvre persiste et, le 16 janvier, débute une scarlatine. Celle-ci se complique d'une otite suppurée et d'une mastoïdite, qui est opérée le 2 février. A la suite, la fièvre tombe ; mais bientôt elle reprend et ne disparaît plus. On émet l'hypothèse d'endocardite maligne, puis de fièvre typhoïde. Enfin, vers le 27 février, on constate, dans l'espace interscapulo-vertébral, droit, une submatité légère, et, à la base droite, de la faiblesse du murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitants secs. Le malade maigrit.

En mars, à la submatité du hile droit s'ajoute un souffle expiratoire ; en différents points des poumons apparaissent des foyers de râles sous-crépitants secs ou humides.

Sur la radiographie, on constate une ombre médiane très élargie. Au-dessus du cœur, il existe une grosse opacité médiane et paramédiane. A droite du cœur, l'opacité est très marquée et on voit plusieurs noyaux très opaques. A gauche, l'opacité déborde largement le cœur, au niveau de sa moitié supérieure. Dans les champs pulmonaires, les ombres vasculaires sont très apparentes et il existe des petites taches opaques disséminées, surtout à gauche. Ces symptômes permettent de porter le diagnostic de volumineuse adénopathie péri-trachéo-bronchique et hilaire avec tuberculose pulmonaire probable.

Finalement, à partir du 6 mai, la fièvre diminue, des symptômes de méningite apparaissent et l'enfant meurt le 20 mai.

A aucun moment le malade n'a présenté de symptômes subjectifs ou fonctionnels attribuables à l'adénopathie ; sa respiration n'était pas gênée de façon appréciable.

Or l'autopsie a montré des ganglions médiastinaux caséeux énormes. Vous avez vu les pièces tout à l'heure. Il existait en outre une granulie dans la plèvre, la rate, les méninges.

Les grosses adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses ne donnent donc pas toujours des symptômes fonctionnels et physiques très accentués. Dans certains cas, ce sont les manifestations générales, la fièvre notamment, qui dominent le tableau clinique. Mais elle n'est pas en rapport avec le volume de l'adénopathie.

Quand l'adénopathie est très grosse, le pronostic est particulièrement grave, La *mort* est la terminaison habituelle. Les malades peuvent mourir de *granulie*, de *méningite tuberculeuse*, de *cachexie tuberculeuse*, d'*infections broncho-pulmonaires* intriquées. Ces modes de terminaison peuvent s'observer dans les diverses variétés d'adénopathies. Plus spéciale aux grosses adénopathies est la mort due à des phénomènes de *compression* et d'*asphyxie* ou à des *complications*.

L'ouverture d'un gros ganglion ramolli dans une bronche peut provoquer un accès de suffocation mortelle par arrêt de débris caséeux au niveau de la glotte. L'ulcération d'un gros vaisseau par un ganglion tuberculeux peut causer une hémoptysie foudroyante.

Somme toute, le pronostic est doublement grave : d'abord à cause des phénomènes de compression, ensuite à cause de la tuberculose.

***

Quand la tuberculose des ganglions péritrachéo-bronchiques a atteint un tel degré, il n'y a guère d'espoir d'arrêter le processus tuberculeux par le traitement habituel de la tuberculose ganglionnaire. On instituera naturellement ce traitement, mais ce que nous devons chercher à obtenir c'est le soulagement des malades, qui étouffent. Les traités classiques sont en général muets à ce sujet.

Nous possédons cependant dans la *radiothérapie* une méthode qui sans doute ne paraît pas arrêter l'évolution de la tuberculose, mais qui réalise le meilleur ou même le seul moyen de calmer la dyspnée.

La première observation a été rapportée par MM. Ribadeau-Dumas, Albert Weill et Mlle

Sauvet, le 14 octobre 1913, à la *Société de pédiatrie*. Chez un enfant de 5 mois, porteur d'une volumineuse adénopathie du médiastin, la dyspnée continue et les crises de suffocation menaçante disparaissent sous l'influence de la radiothérapie prolongée.

Le 21 octobre 1919, avec MM. Stévenin et Duhem, j'ai présenté à la *Société de Pédiatrie* l'observation d'un enfant de 5 ans et demi ; il entre dans le service du prof. Hutinel, que je remplaçais, pour une dyspnée extrêmement vive avec cornage, tirage, cyanose de la face et des extrémités, dilatation des veines du cou, asphyxie menaçante. Il existe des signes physiques et radiologiques d'une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique. Nous instituons la radiothérapie.

Après une première séance l'enfant est déjà très amélioré : il n'a plus de crises de suffocation ; la dyspnée diminue progressivement ; les signes d'auscultation disparaissent. Une deuxième séance, quinze jours après, hâte la régression des symptômes. Une radiographie faite 15 jours après la deuxième séance montre une diminution très notable de l'adénopathie : la masse ganglionnaire paraît fondue et dispersée ; il n'y a plus qu'une légère teinte grise avec quelques nodules opaques.

A la même séance de la *Société*, M. d'Œlsnitz, de Nice, a cité trois cas d'adénopathie avec cornage favorablement influencés par la radiothérapie.

La radiothérapie est donc la médication des troubles liés à la compression des voies respiratoires par de volumineuses adénopathies trachéo-bronchiques. On est frappé, dans les cas favorables, par la rapidité avec laquelle les symptômes régressent. Il est douteux que la radiothérapie détermine une résorption du tissu caséeux; mais elle agit sur les phénomènes inflammatoires et la périadénite qui existent très souvent. Les radiographies témoignent en faveur de cette interprétation.

Evidemment les résultats ne sont pas et ne peuvent pas être toujours favorables. Les lésions des ganglions, les altérations concomitantes des poumons, sont trop différentes.

***

Nos deux enfants illustrent la description des grosses adénopathies tuberculeuses du médiastin.

Le premier, âgé de 8 mois, présente de la fièvre, un état cachectique, une dyspnée vive avec cornage, tirage, cyanose. Nous constations, dans la région hilaire, de la submatité, une respiration bruyante, une expiration prolongée. La radiologie décèle une grosse adénopathie péri-trachéo-bronchique. Cet enfant est à l'hôpital depuis un mois et demi. Son état s'aggrave. Il semble bien que le processus tuberculeux intéresse également les poumons. Nous avons, par acquit de consicence, essayé la radiothérapie. Elle n'a eu que des effets médiocres et transitoires. Le pronostic reste très grave.

Pour le second malade, l'affection a débuté à 2 ans et 4 mois par une toux coqueluchoïde, de la gène respiratoire, de la fièvre. On a pensé à l'asthme et essayé l'actinothérapie, sans aucun résultat. L'état s'est aggravé. L'enfant entre à la Clinique deux mois après le début. Il présente une dyspnée vive, avec cornage et tirage ; on constate des signes importants d'adénopathie trachéo-bronchique et la radiologie confirme l'existence d'une adénopathie volumineuse, avec périadénite. La radiothérapie fait disparaître rapidement les troubles respiratoires et les signes de périadénite. On applique ensuite les rayons ultra-violets. Actuellement l'état général est très amélioré ; mais le pronostic est toujours sérieux, car la tuberculose persiste et n'est pas éteinte.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Arthrite vertébrale chronique et troubles médullaires ; arthrite vertébrale chronique et tumeur de la moelle.

Ainsi que l'indique le Pr Barré (de Strasbourg), une arthrite vertébrale chronique peut se compliquer soit de troubles médullaires simples, soit de tumeur de la moelle, et il n'est pas toujours facile de distinguer ces deux cas.

Les troubles médullaires sont de deux ordres : *a*) ceux (bien connus) qui relèvent d'une compression osseuse directe et donnent lieu au tableau classique des paraplégies sensitivo-motrices ; *b*) ceux sur lesquels l'attention a été peu attirée encore, les troubles pyramidaux (phénomènes d'irritation ou de déficit, isolés ou associés à des degrés divers), qui ne s'accompagnent souvent d'aucun trouble sensitif. Ces troubles purement moteurs, variables en intensité d'un moment à l'autre, même sous l'influence de la marche, évoluent avec lenteur par saccades et demeurent parfois stationnaires pendant plu-

sieurs années ; ils se distinguent des paraplégies, car ils permettent longtemps la marche sans aide; ils ne s'accompagnent d'aucune modification spéciale du liquide céphalo-rachidien, et semblent d'origine ischémique.

Pour mener à bien le diagnostic, le mieux est, quand l'arthrite vertébrale chronique est bien établie et peut être retenue comme cause possible des troubles et par son siège et par l'importance de son développement, de surveiller l'évolution des troubles pyramidaux, de surprendre l'apparition d'un syndrome de Brown-Séquard ou le développement de l'anesthésie, enfin et surtout puisqu'il est démontré qu'il peut exister exceptionnellement des tumeurs sans anesthésie, de faire un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien, qui pourra présenter au bout d'un certain temps l'état xantho-chromique avec dissociation albuminocytologique, et de pratiquer l'épreuve du lipiodol de Sicard, qui pourra rendre grand service si elle donne un résultat typique.

Ces notions, très peu répandues encore, semblent devoir pénétrer avec avantage dans la pratique médicale. (*Paris médical*, 3 octobre 1925.)

Traitement de la dystocie par contracture utérine.

La contracture utérine a été depuis longtemps étudiée sous le nom de rétraction de l'anneau de Bandl.

1° *Traitement prophylactique.* — Le plus souvent, elle relève d'une cause qui trouble la marche normale de l'accouchement, et qui peut être évitée. Supprimer donc toute dystocie fœtale ou maternelle ; respecter soigneusement l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète ; ne pas chercher sans indication précise à exciter la contraction utérine par des moyens soit médicamenteux (autrefois ergotine, actuellement hypophyse), soit mécaniques (ballons), manœuvres cervicales de dilatation ou de réduction d'une procidence.

2° *Traitement curatif.* Trois principes, d'après le Dr Bourret ;

La contracture a presque toujours une cause que le premier soin de l'accoucheur doit être de reconnaître et de traiter.

Neuf fois sur dix, cette cause sera une dystocie, soit d'origine fœtale : hydrocéphalie, présentation de l'épaule ou du front, tumeurs fœtales, procidences ; soit d'origine maternelle : rétrécissements du bassin, fibromes ou kyste prævia.

Vis-à-vis d'un utérus surexcité, mieux vaut patience et douceur que force et vigueur.

La conduite à tenir varie suivant :

a) Qu'il y a une cause de dystocie. La rupture utérine étant menaçante, il ne faut ni temporiser, ni essayer de calmer l'utérus ; que l'enfant soit vivant ou mort, on doit par des manœuvres appropriées supprimer l'obstacle ; dès lors, la femme ne sera plus en danger, la sédation utérine se produira rapidement.

b) Il n'y a pas de cause de dystocie. Que l'enfant soit vivant ou qu'il soit mort (à moins de menaces de putréfaction fœtale), il sera préférable de temporiser d'abord, en essayant de calmer l'utérus par les sédatifs habituels, chloral, morphine, et au besoin anesthésie générale ; puis, après une période de temporisation d'une durée variable suivant les circonstances, on passera à une thérapeutique active visant à extraire le fœtus malgré ce qui peut persister de dystocie utérine.

Une césarienne peut être indiquée, quand l'enfant est vivant, mais comme celle-ci sera toujours indiquée par la souffrance de la mère ou du fœtus, ce sera une opération très grave pour la mère (entraînant soit l'hystérectomie, soit l'extériorisation utérine momentanée suivant la technique de Portes) et très aléatoire vis-à-vis du fœtus . On préfèrera toujours, quand il sera possible, l'extraction par les voies naturelles, à condition de n'opérer, sans force et violence, que des tractions essentiellement intermittentes et discontinues (*Gazette des Hôpitaux*, 10 octobre 1925.)

Le traitement de l'épilepsie par le gardénal Equivalents psychiques.

La vulgarisation du traitement de l'épilepsie-type par le gardénal a été un véritable bienfait, en supprimant de façon étonnante chez un très grand nombre de malades les phénomènes moteurs de l'épilepsie, permettant ainsi de remplacer le bromure et d'éviter les troubles généraux provoqués par l'administration à haute dose de ce médicament, et les éruptions cutanées qu'elle entraînait.

Cependant, le Dr Henri Colin attire l'attention sur la possibilité de l'apparition en retour, après la disparition des troubles moteurs, d'équivalents psychiques sous forme d'accès délirants, d'agressivité et de réactions éminemment dangereuses. Dans ce cas, en dehors des mesures immédiates qui peuvent s'imposer, il y a lieu de suspendre aussitôt l'emploi du gardénal et de le remplacer par une autre médication. (*Paris médical*, 17 octobre 1925.)

Action activante, singularités de pigmentation, siège des douleurs provoquées dans un cas de maladie d'Addison.

L'observation du Pr Sabrazès méritait d'être signalée, en raison :

1° De l'influence activante d'une insolation sur les stigmates cutanés de la maladie, fait noté plusieurs fois ;

2° Des particularités de la pigmentation (liseré gingival, aréole des seins, plis palmaires, noircissement des nævi) ;

3° Du siège des douleurs provoquées. C'est en plongeant le médius, et par une palpation saccadée au point culminant des hypocondres, qu'on tâte la susceptibilité des capsules surrénales. En dirigeant ce doigt le plus haut possible en dedans on réveille, de chaque côté, de vives douleurs. Sans doute, on n'atteint pas ainsi les glandes surrénales elles-mêmes ; on explore simplement les tissus des zones qui les avoisinent et qui sont richement innervés par des plexus en rapport avec ceux des surrénales ; la sensibilité de ces régions, beaucoup plus vive que normalement, trahit les lésions de ces organes. (*Gaz. hebd. des sciences médicales*, 30 août 1925.)

Le traitement des adénites inguinales suppurées.

A. Tierny (d'Arras) confirme que toute adénite inguinale suppurée doit être traitée par l'exérèse ganglionnaire, même si elle n'est pas encore complètement ramollie, même si elle a déjà été incisée préalablement à tort, ou si elle est déjà fistulisée. Cette règle est vraie quelle que soit la cause : infection des membres inférieurs, chancre spécifique, chancre mou, tuberculose exceptionnellement. On libère complètement la veine saphène (sectionnée au début) avec la masse ganglionnaire jusqu'à son point de pénétration dans la veine fémorale.

L'opération est simple et exécutée en cinq minutes. Réséquer les portions mal nourries ou sphacélées. Essuyage à l'éther.

Si la plaie est relativement aseptique, la fermer par quelques points séparés en drainant avec une botte de crin. Si la plaie est vraisemblablement infectée, tamponner avec une mèche imbibée d'opolysine.

Le malade se lèvera du 10e au 12e jour. S'il y a du soleil, recourir à l'héliothérapie. Si la cicatrisation est lente, recourir aux applications d'air chaud ou de rayons ultra-violets. (*Le Bulletin médical*, 10 octobre 1925.)

L'engelure est-elle un trouble d'origine génitale ?

Elle s'observe chaque hiver sur les enfants, les jeunes filles, les grands garçons lymphatiques, exceptionnellement au cours de l'âge adulte ou de la vieillesse ; la puberté fait souvent cesser les accidents. On a donc eu depuis longtemps l'idée de rattacher à un trouble fonctionnel génital l'engelure, lésion produite par le froid, mais nullement conditionnée par ce dernier.

Le Dr Louis Charron, admet que la constitution qui prédispose à l'engelure est la constitution hypogénitale, la glande génitale se trouvant, momentanément du moins, en état d'infériorité. Ainsi beaucoup de jeunes filles, que la puberté n'a pas dispensées de l'engelure annuelle, en sont radicalement guéries par le mariage et la maternité.

Si donc il existe réellement un rapport entre l'engelure et certains troubles de l'appareil génital, un traitement dirigé contre ces derniers pourrait être tenté. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 août 1925.)

L'automobile et les affections génitales de la femme.

Le plus souvent ces désordres surviennent de façon insidieuse, en dehors des chutes, des chocs violents (accidents de la route), à la suite d'un paisible voyage dépourvu de tout incident, sous la seule influence de la trépidation continue et des secousses répétées de la voiture, difficilement évitables, qui troublent singulièrement la statique des organes du bassin et la circulation utéro-ovarienne.

C'est ainsi que, d'après le Dr A. Siredey, un voyage en automobile est particulièrement dangereux au cours des salpingo-ovarites ; non seulement les souffrances peuvent devenir très pénibles, mais il peut y avoir ruptures d'adhérences, écoulement de pus dans le péritoine et accidents graves. Ces accidents, auxquels s'expose rarement une femme atteinte d'une affection annexielle aiguë, s'observent plus fréquemment dans les formes chroniques, au déclin d'une poussée inflammatoire, ou bien il s'agit de réveil de foyers éteints, ou tout au moins silencieux.

Ce sont encore les gros utérus mal involués à la suite d'accouchements, les inflammations du paramètre, lymphangites et cellulites pelviennes, phlegmons du ligament large ; les kystes du parovarium, les kystes du ligament large, les kystes ovariens mobiles, les fibromes réagissant soit par des douleurs , soit par des hémorragies.

Le déplacement des organes abdominaux et pelviens joue d'ailleurs un rôle considérable en pareils cas, et ils méritent de figurer en première ligne parmi les causes de cette intolérance que présentent certaines femmes vis-à-vis de l'automobile : rétroflexion utérine, antéversion surtout complète, abaissement de l'utérus.

Les tendances ménorragiques des jeunes filles contre-indiquent l'abus de l'automobile, ainsi que tous les sports violents.

L'automobile peut aussi exercer une influence fâcheuse, même après l'ablation des organes génitaux ; son abus est susceptible de compromettre les résultats d'une opération chirurgicale même très brillamment exécutée. Il en est de même pour la genèse de fausses couches.

S'il est utile, le cas échéant, de traiter toutes ces complications par le repos absolu, au lit, par des applications de glace sur le ventre ou par des pansements humides chauds, selon les cas, il est infiniment plus important de prévenir le mal en attirant sur lui l'attention des médecins et des familles. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 octobre 1925.)

Du contrôle médical de la prostitution.

Le Dr Matthys (de Bruxelles) conclut, à la suite d'un intéressant travail, que le service médical de la femme se livrant à la prostitution devrait être dirigé par un médecin vénéréologue. Ce service, dans les grandes villes, serait à intercommunaliser de façon à établir des règles d'examen uniformes et à centraliser les renseignements sanitaires de toutes les prostituées. Les médecins attachés à ce service devraient être des praticiens ayant été attachés pendant des années (au moins deux ans), à un service de vénéréologie. Les examens se feraient avec des précautions spéciales, deux fois par semaine. Les examens microscopiques seraient pratiqués méthodiquement tous les 8 ou 15 jours, et plus souvent en cas de manifestations suspectes.

Les femmes, quoique ne présentant pas de gonocoques, mais cependant, chose fréquente, de l'irritation au niveau du col de la matrice, devraient subir pendant cet examen une toilette approfondie du col, et l'application d'un topique (teinture d'iode ou autre antiseptique, ferrolagol, argyrol, etc.) et un tampon à la glycérine ichtyolée.

Toute femme atteinte de syphilis serait inscrite sur un registre spécial où serait relaté tout son traitement. Le contrôle devient dès lors très rapide et un simple coup d'œil permet de vérifier le traitement.

Quand une nouvelle prostituée se présente, faire immédiatement une prise de sang. Si la réaction est négative, et si rien ne permet de déceler la syphilis, si elle est jeune, elle doit être surveillée de près : au début B. G. W. tous les mois ; au moindre signe douteux, faire une réactivation afin d'éviter toute surprise. Les prostituées âgées sont moins dangereuses, et un examen sérologique trimestriel suffit comme pour toutes les autres prostituées en traitement.

L'application de ces mesures est susceptible de donner des résultats certains, déjà confirmés par la pratique. (*Bruxelles médical*, 6 septembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Spirochètes et gangrène pulmonaire.

(MM. Bezançon et Etchegoin. — *Académie de médecine* ; 9-2-1926.)

Les recherches bactériologiques ont, dans la gangrène pulmonaire, révélé la présence et montré le rôle des divers agents : microbes anaérobies du type Veillon, association fuso-spirillaire (bacille fusiforme et spirilles buccaux). M. Bezançon, ayant étudié la question avec des méthodes plus précises, a mis en lumière des spirilles plus fins. Il lui est apparu que l'on trouvait, dans un nombre important de cas de gangrène pulmonaire, un spirochète, différent du *spirochœta buccalis* et du *spirochœta Vincenti*, se rapprochant beaucoup, par contre, de l'espèce décrite par Castellani dans la bronchite sanglante, sous le nom de *spirochœta bronchialis*.

L'avenir dira, ajoute l'auteur, si les spirochètes interviennent dans toutes les gangrènes ou dans quelques formes seulement. Mais on peut dès aujourd'hui assurer que le rôle de ces agents, en particulier celui du spirochœta bronchialis, est de première importance. Cette constatation offre un intérêt clinique et thérapeutique. Elle permet de mieux comprendre la pathogénie de certaines variétés presque chroniques, à rechutes, à plus ou moins longues rémissions, de la gangrène pulmonaire, le spirochète persistant alors à l'état latent dans le poumon. Elle appuie aussi l'emploi des arsenicaux dans nombre de cas de gangrène pulmonaire, notion confirmée par la pratique thérapeutique.

Les injections intra-trachéales de salvarsan dans les processus respiratoires fétides.

(MM. M.-R. Castex, Heidenreich et Repetto, de Buenos-Aires.— *Académie de médecine* ; 9-2-1926.)

Tout un groupe d'affections des voies respiratoires a été traité par la voie trachéale : les trachéites, bronchites, bronchiectasies, les broncho-pneumonies, la tuberculose, la gangrène pulmonaire, l'asthme, etc., et l'on a utilisé ainsi en injections intra-trachéales de nombreux médicaments : le goménol, l'eucalyptol, le gaïacol, le camphre, le thymol, le bleu de méthylène, l'électrargol, l'argyrol, le thiocol, la créosote, les sérums et les vaccins.

Le novarsénobenzol intra-trachéal a été recommandé par Rosenthal dans le traitement des bronchites spirillaires, de la bronchite sanglante de Castellani en particulier. M. le professeur Castex, de Buenos-Aires, y a eu recours chez un de ses malades atteint de bronchiectasie avec fétidité de l'expectoration et de l'haleine. Le médicament avait été essayé par voie intra-veineuse conjointement avec les balsamiques, et il n'en était résulté qu'une diminution très minime de la fétidité. Dès le lendemain de l'injection de novar dans la trachée, la fétidité disparut complètement. Cinq injections de néosalvarsan en solution aqueuse ou hydro-glycérinée furent ainsi faites, à intervalles d'une dizaine de jours, par voie inter-crico-thyroïdienne et à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 70.

Tuberculose pulmonaire bilatérale : phrénicectomie et pneumothorax artificiel.

(M. JULLIEN, de Pau. — *Soc. méd. des hôp.*; 18-12-1926.)

Dans les cas de tuberculose pulmonaire bilatérale, il est de règle de considérer le pneumothorax artificiel comme contre-indiqué. Quelques auteurs ont cependant effectué la collapsothérapie des deux poumons, mais c'est là une pratique qui reste tout à fait exceptionnelle et offre parfois des dangers. Dans un cas de ce genre, M. Julien a combiné le pneumothorax artificiel (pour un côté) et la phrénicectomie (pour l'autre côté). La malade soumise à ce traitement a vu son état considérablement amélioré.

Le somnifène dans l'épilepsie.

(MM. RIMBAUD, BOULET et CHARDONNEAU, de Montpellier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-1-1926.)

MM. Rimbaud, Boulet et Chardonneau emploient ordinairement, et avec succès, le gardénal (luminal) dans l'épilepsie. Dans deux cas cependant, de manifestations épileptiques graves, de véritables états de mal, ayant résisté au gardénal, au bromure, au chloral et à la rachicentèse, ils se sont adressés au somnifène en injections sous-cutanées, à la dose de 2 à 4 cent. cubes, en vingt-quatre heures. Chez les deux malades, les phénomènes convulsifs se sont amendés et ont disparu très rapidement.

Axiphoidie et syphilis héréditaire.

(MM. SÉZARY, VIBERT et GODEL. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 15-1-1926.)

On sait que, pour M. Queyrat, l'absence d'appendice xiphoïde, l'axiphoïdie est un signe de syphilis héréditaire, au même titre que nombre d'autres dystrophies ostéo-cartilagineuses. M. Sézary a fait sur ce sujet une série de recherches nouvelles qui ont porté sur 226 enfants. Il a trouvé l'axiphoïdie chez 20 pour 100 d'entre eux. Parmi ces axiphoïdiens, 58 % étaient des hérédo-syphilitiques démontrés (Wassermann positif, syphilis des parents, etc.). Si à ce chiffre, on ajoute quelques cas d'hérédo-syphilis non décelable, on arrive à une proportion assez élevée de syphilis héréditaires dans l'axiphoïdie.

La constatation de l'axiphoïdie, sans permettre d'affirmer la syphilis héréditaire, doit néanmoins faire penser à celle-ci. Elle ne résout pas le problème, mais le pose, comme différents autres indices de plus ou moins grande probabilité de l'hérédo-syphilis.

Etat hémorrhagique ; transfusions ; guérison.

(MM. P. EMILE-WEIL et STIEFFEL. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 15-1-1926.)

Une jeune femme de 27 ans, atteinte d'ictère fébrile par lithiase infectée du cholédoque, se trouvait dans une situation grave qui demandait une intervention chirurgicale. Celle-ci, en raison d'un état hémorrhagique accusé (ecchymoses, hémorrhagies, incoagulabilité sanguine) apparaissait impossible à faire, lorsque M. P. Emile-Weil intervint par une série de transfusions sanguines. La coagulation et les troubles sanguins s'améliorent rapidement : vingt jours plus tard, M. Grégoire put pratiquer la cholédocotomie et la guérison s'ensuivit.

Luxation acromio-claviculaire.

(M. Anselme SCHWARTZ. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1925.)

Jeune femme de 24 ans atteinte de luxation acromio-claviculaire complète. La clavicule dépassait largement en dehors et en arrière l'acromion et faisait une saillie extrêmement disgracieuse. La réduction parut à M. Schwartz délicate, sinon impossible. Connaissant, d'autre part, les difficultés du maintien de la réduction par les méthodes sanglantes, en particulier la suture acromio-claviculaire et la ligature à la manière de Delbet et Mocquot, hésitant à recourir à l'intervention de Cadenat, l'auteur fit purement et simplement la résection du fragment saillant et luxé de la clavicule. Aujourd'hui, trois ans après l'opération, le résultat esthétique et fonctionnel est presque parfait.

Utérus didelphe. Double avortement.

(MM. MAUCLAIRE, PIOT et JUBÉ. — *Société de chirurgie* ; 9-12-1925.)

M. Mauclaire présente une radiographie obtenue après injection de lipiodol d'un utérus didelphe (double vagin, deux cols utérins, deux cavités utérines). La malade, jeune femme de 25 ans, avait fait une double fausse couche, la seconde à deux jours d'intervalle de la première.

Fractures méconnues de la colonne vertébrale.

(M. Maurice PÉRAIRE. — *Société de médecine de Paris*; 18-11-1925.)

Il existe, dit M. Péraire, certaines fractures du rachis d'origine traumatique sans signes médullaires et avec un minimum de symptômes physiques. Ces fractures n'étaient diagnostiquées autrefois que par la constatation des déformations de la colonne vertébrale survenues tardivement. Elles étaient et peuvent être encore méconnues parce qu'elles n'empêchent pas la reprise des occupations habituelles des malades. Leur diagnostic n'est posé que par la radiographie. Leur traitement consistera en une immobilisation prolongée dans un appareil plâtré ou silicaté.

Ces fractures méconnues de la colonne vertébrale ont été étudiées dans la thèse récente de M. Vivas.

L'oxygénothérapie.

(M. DUPUY DE FRENELLE. — *Société de médecine de Paris* ; 11-12-1925.)

L'oxygénothérapie a des applications nombreuses, tant médicales que chirurgicales. M. Dupuy de Frenelle montre qu'elle rend de grands services dans l'anesthésie, dans le traitement des plaies septiques, des pleurésies purulentes, etc. L'auteur y a recours dans l'anthrax de la façon suivante : il fixe une aiguille mousse de large calibre sur le caoutchouc qui émane de la double poire à insufflation. Il place l'aiguille dans chacun des orifices de l'anthrax et fait passer un courant d'oxygène qui, outre son action antiseptique, chasse au dehors le bourbillon.

Chancre syphilitique et accident du travail.

(MM. LOUSTE, A. MARION et Mlle BRAUN. — *Soc. de derm. et de syphiligr.* ; 10-12-1925.)

Un homme de 29 ans, tapissier, se donne un coup de marteau sur la face dorsale du pouce. Il s'ensuit une contusion avec plaie superficielle qui, loin de guérir, s'étend. Soumis à l'examen de M. Louste, on porte le diagnostic de chancre du pouce.

Une question se pose : quel est le rôle du traumatisme accidentel du travail dans cette contamination syphilitique ? D'une part, le coup de marteau semble bien avoir porté au siège du chancre ; d'autre part, l'enchaînement des accidents fait remonter l'inoculation à une date antérieure au traumatisme.

— M. BOIDIN, au sujet de l'étiologie des chancres du doigt, rappelle un fait particulier dont il a observé trois exemples : la syphilis primaire après blessure du doigt par un clou. M. Besnier a indiqué jadis l'origine de ce chancre digital : l'habitude qu'ont les ouvriers fabriquant les caisses et emballages de se mettre dans la bouche les clous. La souillure des clous peut inoculer ultérieurement le tréponème.

— M. GOUGEROT signale qu'un jugement du tribunal de Lyon, sur le rapport de Gailleton, a accordé le bénéfice de la loi sur les accidents du travail à un ouvrier blessé par un coussinet mécanique, chez qui un chancre s'était greffé sur la petite blessure.

— M. QUEYRAT, pour ce qui concerne le malade présenté par M. Louste, remarque qu'il y a discordance de date entre l'accident du travail (six semaines) et le début du chancre. Le sujet est en pleine roséole depuis six jours ce qui recule l'apparition du chancre à près de trois mois. L'inoculation a été vraisemblablement antérieure à l'accident.

Accidents locaux consécutifs aux injections d'hydroxyde de bismuth.

(MM. LACAPÈRE et GALLIOT. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 10-12-1925.)

Sur 9.000 injections de sels insolubles de bismuth, MM. Lacapère et Galliot ont eu 22 accidents, sous forme d'abcès de la fesse, qui ont été causés : une fois par un iodo-bismuthate ; 21 fois par des hydroxydes de bismuth, un de ces hydroxydes en ayant provoqué 17 pour son compte.

Les auteurs ne croient pas, cependant, qu'il faille condamner la méthode des sels insolubles, car c'est une marque particulière d'hydroxyde qui a déterminé la majorité des accidents.

Les injections de sels insolubles de bismuth peuvent entraîner trois ordres de réactions locales : de la rougeur diffuse, durant 3 ou 4 jours ; des nodosités qui disparaissent progressivement et semblent dues au reflux de la préparation dans le tissu cellulaire sous-cutané ; des infiltrations profondes, survenant plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'injection, et nécessitant le plus souvent des débridements chirurgicaux.

— M. MONTLAUR étudie sur l'animal depuis plusieurs mois, dans le service de M. Hudelo, l'assimilation des principales préparations bismuthées utilisées. Il ne pourra apporter des résultats définitifs qu'ultérieurement. Cependant il a noté déjà la résorption rapide des sels solubles du type tartrobismuthate et leur plus grande toxicité pour l'animal, en conséquence. Parmi les sels insolubles, les hydroxydes s'enkystent facilement et reproduisent chez l'animal les dépôts de bismuth signalés par MM. Lortat-Jacob et Roberti, MM. Marcel Pinard et Rabut et M. Montlaur.

— M. QUEYRAT fait observer que la toxicité des sels solubles n'existe pas chez l'homme, aux doses thérapeutiques.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Cancer du rectum traité par la radiothérapie profonde et guéri depuis deux ans.

M. MORIN-GÉRARD. — Cancer du rectum chez une jeune fille de 27 ans traitée par la radiothérapie profonde seule. Guérison ? En tous cas survie de 30 mois avec un état général parfait, selles régulières et moulées, reprise du poids avec gain de 10 kilos sur celui du début du traitement, la malade ayant repris les occupations de couturière qu'elle avait dû abandonner. Biopsie pratiquée et positive. Wassermann négatif.

Dislocation inter-ilio-ischiatique paraissant spontanée chez une enfant de cinq ans.

M. L. BOSSY présente une radiographie montrant un décollement inter-ilio-ischiatique droit chez une enfant de cinq ans. Le déplacement fut réduit par l'extension continue appliquée symétriquement sur les deux membres. Après vérification radioscopique de la possibilité d'un nouveau déplacement, la petite

malade fut immobilisée dans une culotte plâtrée prenant le bassin et les deux cuisses.

Volumineux éclats de verre tolérés pendant 15 ans, dans l'orbite et dans l'œil.

M. Jean Sédan a énucléé un moignon oculaire atrophique, indolore, mais empêchant la prothèse, chez un homme blessé 15 ans auparavant, par éclats de vitres. Il a trouvé dans l'orbite un éclat en forme de flèche de 40 mm., 9 mm., 40 mm., qu'il n'a pu extraire qu'avec une pince à mors en caoutchouc. Dans l'œil, éclat de 10 mm., 9 mm., 6 mm. La flèche de verre intraorbitaire s'étant brisée au milieu, la découverte du fragment terminal (pointe, a été faite à l'exploration digitale de la cavité, toujours indispensable dans ces cas. L'A. signale le danger de croire « que l'on a tout enlevé lorsqu'on a enlevé quelque chose ». (Cf. Dupuy-Dutemps, Onfray, etc.)

Occipitalisation de l'atlas et axialisation de la troisième vertèbre cervicale sans syndrome clinique.

MM. H. Roger, J. Reboul-Lachaux et Chabert présentent un jeune homme chez lequel la radiographie a révélé, outre un aspect grêle de l'atlas avec tendance à l'occipitalisation, une fusion des corps et des apophyses épineuses de C2-C3 par disparition de l'interligne osseux, sans spina bifida. Pas de syndrome clinique de Klippel-Feil ; mobilité et musculature du cou, implantation des cheveux normales. Un syndrome d'atrophie thénarienne et d'irritation pyramidale droites légères, présenté par le malade, paraît attribuable moins à une malformation des 6e et 7e segments médullaires qu'à une localisation médullaire récente d'une hérédo-syphilis (dystrophies dentaires, arrêt intellectuel, B. W. positif dans le sang), qui expliquerait également l'anomalie rachidienne.

Corps étranger de l'uretère.

M. Martin-Laval présente un morceau de roseau (tuyau de pipe) qu'un malade prostatique s'était introduit dans le canal et qui s'est brisé au niveau du bulbe, ayant provoqué une périurétrite aiguë avec large sphacèle et perforation de l'urètre sur une étendue de deux centimètres de haut sur cinq millimètre de large. L'A. ayant pratiqué une cystostomie de dérivation, put obtenir une réparation spontanée de l'urètre avec guérison en trois semaines et conservation d'un calibre de 32 béniqué.

Tétanos aigu généralisé guéri par sérothérapie intensive.

MM. Roger, Chabert et Mlle Gayraud présentent un tétanique qui avait été atteint d'une forme sérieuse et qui a guéri après injection de 780 cc. de sérum (60 sous-arachnoïdiens et 720 sous-cutanés). Ils insistent sur la porte d'entrée minime (érosion insignifiante du genou), sur le début par des phénomènes crampoïdes du membre inférieur qui ont précédé de 24 heures le trismus, sur l'action sédative des bains thermo-lumineux, sur quelques modifications du L. C. R. apparues, avant toute sérothérapie, par blocage dans le cul-de-sac lombaire d'une petite hémorragie due à une ponction difficile.

Emile Castelli.

Les Congrès

Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie

(XXVIIIe SESSION)

Sous la présidence du docteur Brindel (de Bordeaux), le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie a tenu ses assises du 14 au 17 octobre, à Paris, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Deux rapports avaient été choisis :

Premier rapport.

MM. Lemée, André Bloch et P. Cazejust ont étudié **l'otite latente du nourrisson et de l'enfant.**

L'otite latente est une collection purulente de la caisse qui ne se manifeste par aucun des signes fonctionnels habituels et dont seuls les signes physiques permettent le diagnostic. C'est une otite cachée, qui, par sa fréquence, mérite d'attirer l'attention. L'otite latente se rencontre surtout chez le nourrisson et c'est entre le sixième et le neuvième mois que l'on observe le plus grand nombre de cas. A cet âge, *pour des raisons anatomiques*, la trompe d'Eustache met en relation directe et large l'antre et le naso-pharynx, ouvrant constamment la porte à l'infection.

Chez le nouveau-né, il peut s'agir, soit d'un ensemencement du milieu fœtal de la caisse, soit d'une infection par le liquide amniotique qui pénètre dans l'oreille.

Chez le nourrisson et l'enfant, trois modes principaux d'infection peuvent être incriminés :

Voie directe : c'est le mécanisme, semble-t-il, le plus fréquent. Les sécrétions du rhino-pharynx stagnent sur les orifices des trompes et peuvent être facilement entraînées vers l'oreille ; c'est le plus souvent à la suite d'un accroissement brusque de pression, au niveau du cavum, soit au cours des vomissements, soit par suite d'un effort de toux. Dans la caisse, la virulence microbienne s'exacerbe rapidement ; s'il y a rétention, l'otite aiguë franche est réalisée. Mais si la trompe reste perméable, l'affection est moins brutale, les douleurs vives font défaut, c'est dès lors à l'*otite latente* que l'on a affaire.

La voie sanguine paraît exceptionnelle.

La voie lymphatique a quelques défenseurs. L'infection a pour point de départ le tissu lymphoïde du cavum, et se propage de proche en proche à la trompe et l'oreille moyenne. Cette théorie paraît confirmée par les heureux effets obtenus par l'ablation des végétations adénoïdes.

L'otite latente ne donne lieu qu'à un tableau clinique imprécis et effacé. Il n'y a guère de signes fonctionnels auriculaires ; comment pourrait-il en être autrement au cours d'une otite latente ?

Toute la symptomatologie se résume dans la *fièvre* et le *mauvais état général.*

D'ordinaire, ce sont des troubles digestifs assez discrets qui ouvrent la scène. L'enfant présente un peu de diarrhée ; quelquefois des vomissements. Il perd du poids ou n'augmente plus.

Parfois cet état s'améliore temporairement, pour se reproduire bientôt sans cause apparente, en même temps que se manifeste une poussée thermique.

En général, émergent des troubles divers, une triade symptomatique :

C'est d'abord l'*élévation de température*, dont la courbe est des plus variables.

L'amaigrissement, qui est à peu près constant et prend de ce fait une valeur considérable. Un amaigrissement dont l'origine n'est pas évidente, doit toujours faire songer à l'éventualité d'une otite latente.

Les troubles digestifs constituent le troisième terme de la triade. La diarrhée qui semble sous la dépendance de la pyophagie, l'anorexie, les vomissements, accompagnent presque toujours la première poussée thermique.

Le faciès révèle l'intoxication. Le petit malade est abattu et fait souvent preuve d'un calme « résigné », très frappant.

Les convulsions sont assez fréquentes et affectent en général un type localisé, le plus souvent oculaire.

La douleur manque dans bien des cas. Quand elle existe, elle se manifeste par des cris, qu'il est difficile de rapporter à leur véritable cause. Très souvent la douleur est exagérée par les mouvements de succion et de déglutition. L'enfant repousse le sein et refuse de s'alimenter,

Les signes physiques seuls permettent d'orienter le diagnostic.

La douleur rétro-angulo-maxillaire liée à l'existence d'une adénopathie carotidienne haut située, la chaleur plus marquée à la palpation de la mastoïde du côté malade, n'ont qu'un intérêt relatif. En fait, l'otite latente ne peut être révélée que par *l'examen du tympan*, qui présente d'ailleurs chez le nourrisson des difficultés réelles. On constate des modifications de couleur (aspect blanc mat ou gris terne) surtout *l'absence de la tache lumineuse*, dont la disparition régulièrement constatée paraît être un signe capital.

La voussure possède une valeur moindre, sauf si elle est totale.

Les aspects cliniques sont multiples. On peut observer une *forme fébrile*, où tout le tableau clinique se résume dans la température persistante ; une forme caractérisée par la *prédominance de l'amaigrissement* ; dans d'autres cas, les troubles digestifs sont surtout accusés : la diarrhée, les vomissements aboutissant à une cachexie progressive. C'est cette forme que Maurice Renaud considère comme étant la cause, dans un grand nombre de cas, de l'*athrepsie du nourrisson.* On peut également décrire une forme à *prédominance pulmonaire* et une forme à *prédominance de symptômes méningés.*

Chez le jeune enfant, l'otite latente peut s'observer au début des maladies éruptives, soit dans la rougeole, soit dans la scarlatine, et c'est la fréquence de l'otite latente au début de la scarlatine qui explique la gravité toute particulière des complications auriculaires au cours de la maladie.

Enfin, chez le grand enfant, l'otite latente peut revêtir une forme subaiguë et même chronique, « otite fermée » le plus souvent, pouvant ne se révéler que brusquement par l'apparition d'une complication grave.

Ces complications ne sont pas rares : la plus importante est la mastoïdite. Même en l'absence de complications, le danger de l'otite latente réside dans les troubles auditifs qu'elle provoque etqui peuvent conduire à la surdité.

Le diagnostic d'otite latente doit être soupçonné chaque fois qu'existe un des troubles pathologiques susmentionnés. Il se base uniquement sur l'examen otoscopique. La ponction exploratrice préconisée par certains auteurs ne paraît pas sans inconvénient et doit être rejetée.

La gravité de l'otite est fonction de la virulence des toxines élaborées dans la caisse. Il s'agit plutôt « d'otites-toxines » que « d'otites-abcès ».

Le traitement consiste en l'instillation auriculaire de glycérine boratée tiède. La glycérine phéniquée sera proscrite rigoureusement. En outre, on pratiquera la désinfection du rhino-pharynx.

La paracentèse est indiquée chaque fois que l'aspect du tympan sera trouvé nettement pathologique. Si tout ne rentre pas dans l'ordre après ce drainage, il convient de pratiquer l'antrotomie.

On peut employer comme moyens adjuvants les vaccins et les sérums. D'autre part, en vue d'éviter les complications broncho-pulmonaires, on aura avantage à pratiquer des injections intra-musculaires d'huile eucalyptolée. Le traitement prophylactique consiste dans le curetage des végétations adénoïdes et dans les instillations nasales d'antiseptiques très faibles.

— Ce travail, excellente mise au point d'une question difficile, a soulevé une intéressante discussion.

M. Leroux-Robert insiste sur le fait que peu d'enfants *malades* échappent à l'infection auriculaire, car elle fait de l'otite du nourrisson la conséquence et non la cause d'un état morbide. Pour cet auteur la ponction exploratrice est jugée indispensable au diagnostic ; mais elle doit rester explora-

trice, ne pouvant en aucun cas être thérapeutique. Positive, elle doit être immédiatement suivie de paracentèse. Il attire également l'attention sur la surdi-mutité. Pour lui, l'otite latente est, avec la syphilis, la cause la plus fréquente de cette infirmité. Aussi, soutient-il la nécessité d'une prophylaxie otique et nasale, dès la naissance, au même titre que la prophylaxie oculaire.

M. Robert RENDU (de Lyon), propose une définition un peu différente et préconise également la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite chez l'enfant. Depuis 1922, cet auteur utilise ce procédé de diagnostic ; il pratique les ponctions à l'aide d'une seringue à trois anneaux et d'une aiguille coudée permettant le contrôle de la vue. La ponction aspiratrice, en ramenant quelques gouttes de pus, affirme le diagnostic et permet en outre, des recherches cytologiques et bactériologiques sérieuses.

Pour M. SARGNON, le pneumocoque est le microbe habituel de l'otite chez l'enfant. Le traitement utilisé à Lyon est très souvent le vaccin de Weill et Dufourt. La gravité de l'opération est fonction non pas de l'intervention, mais de l'anesthésie. L'éther, goutte à goutte, selon la méthode américaine est recommandable.

Le professeur CANUYT (de Strasbourg), n'accorde pas à la disparition de la tache lumineuse l'importance d'un signe pathognomonique.

M. Maurice RENAUD souligne certains faits qui, pour lui ont une importance primordiale.

Les otites des nourrissons qui deviennent cachectiques ne sont pas des lésions terminales. Les nourrissons élevés au sein sont aussi souvent frappés que ceux nourris par des procédés artificiels.

Quand un état infectieux, rationnellement traité, ne rétrocède pas rapidement, il faut en rechercher la cause au niveau de l'oreille.

En protégeant le naso-pharynx et en drainant les otites, on réduit considérablement la mortalité infantile.

M. DE SA (de Pernambuco) a constaté que l'otite des nourrissons est presque toujours mono-microbienne et pneumococcique.

Dans les cas douteux, cet auteur pense que l'antrotomie exploratrice est à conseiller et a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est plus précoce.

M. BRINDEL n'intervient que lorsque la septicité de l'épanchement central est manifeste. Quand l'otite est refroidie, il préfère s'adresser à sa cause qui réside dans le tissu adénoïdien du rhino-pharynx.

(*A suivre.*)

Les Livres

N. MALOINE, éditeur, Paris.

Dr St. RUZICKA, professeur d'hygiène à l'Université de Bratislava ((Presbourg) Tchéco-Slovaquie. — **L'eubiotique sociale.**

Il y a peu d'hygiénistes parce qu'il y a peu d'apôtres. Aux connaissances d'un encyclopédiste, un hygiéniste, méritant vraiment ce titre, doit joindre les qualités morales d'un apôtre — et quelques autres encore ... Mais les apôtres sont rares, et les cerveaux, vieillis avant l'âge, de la plupart de nos contemporains ne sont susceptibles ni de la foi ni de la force active qu'elle confère. On prône des méthodes de lenteur, de prudence, grâces auxquelles rien de neuf ni de solide ne se crée.

Nous l'avons déjà souvent écrit : il fallait profiter de la fin de la guerre pour faire table rase en hygiène et réaliser avec ardeur une œuvre hardie. Quelques nations ont fait ce que n'ont pas su faire les Français. Mais il est à remarquer que ce sont plutôt des nations jeunes, le plus souvent nées ou reconstituées depuis la guerre.

Dans ces nations on trouve des individualités originales et hardies, des apôtres. Le professeur St. Razicka (de Bratislava) est une de ces individualités. C'est un apôtre, c'est l'homme de l'Eubiotique sociale. C'est en Tchéco-Slovaquie, l'hygiéniste qui veut faire cadrer les nécessités de la vie moderne avec celles non moins inpérieuses, de la vie saine, dans un milieu salubre, dans un corps vigoureux et avec un moral solide.

L'Eubiotique sociale pourrait se définir : une extension des idées de J.-J. Rousseau à l'ensemble de la vie contemporaine.

Nous passerons sur les données physiologiques, biologiques et prophylactiques qui étayent la thèse de l'auteur. Tout le monde est d'accord là-dessus. Le problème est d'ailleurs complexe, car il s'agit d'une réforme totale de nos habitudes, et ce n'est pas une mince entreprise. « Il semble probable d'ailleurs qu'une telle réforme, si jamais elle réussissait, serait beaucoup plus aisée chez des nations en voie de formation ou de renaissance que chez de très anciennes ».

L'auteur conserve à la base de son système la vie familiale suivant le type chrétien.

Mais, là où git le point en même temps que la difficulté, c'est qu'il ne la considère plus en dehors de son milieu vital, et ce milieu de choix, c'est la nature. Il ne sépare pas plus la famille de la nature, que le bactériologue ne sépare le microbe du milieu où il le cultive.

Aussi, dit-il, « la vie familiale *en connexion étroite* avec la nature est l'unique élément fondamental » de l'Eubiotique, il est le seul véritablement effectif du développement de la collectivité en état de santé physique et moral. Or, actuellement, la vie familiale a été arrachée à la nature, cette dernière est délaissée et oubliée.

Ainsi séparée de son milieu naturel et de choix, la famille s'étiole, souffre dans sa santé physique,

dans sa santé morale, dans sa santé intellectuelle.

La vie des villes, des usines, des bureaux, des magasins constitue un milieu artificiel où la famille ne trouve pas les éléments nutritifs nécessaires à sa vie.

Les conséquences sont les maladies organiques, les maladies contagieuses modernes, rançon de la vie moderne : syphilis, para-syphilis, hérédo-syphilis, grippe, par exemple, et par-dessus tout : la tuberculose, l'alcoolisme, les démences, les névroses, la toxicomanie, etc.

L'auteur déclare tout net que l'unique remède, la panacée universelle, réside dans une réforme radicale *du type de vie* et du *mode d'habitation*, entreprise dans le sens d'un rapprochement avec la nature. Est-ce le retour à la terre — oui et non — c'est quelque chose de plus et d'autre, puisque l'homme ne voudra jamais abandonner les progrès matériels qu'il a accomplis, et que, pour ce faire, il faudra travailler encore dans des usines, des laboratoires, des magasins, des bureaux, etc. C'est en conservant les avantages conquis, l'adaptation de cette vie moderne à la nature. Vous direz que le sport en est une manière d'adoption. Non, parce que très imparfaite et surtout parce que très incomplète.

Pour le Professeur Ruzicka, le type nouveau de vie est caractérisé par ce fait : chacun, en dehors de sa profession spéciale et habituelle, s'occupe des travaux de son jardin, de son champ, de sa basse-cour, etc.

Ceci suppose l'application intégrale de la loi des huit heures et l'utilisation raisonnée des heures de repos. Ceci suppose en outre une organisation excellente de transports rapides capables d'emmener l'ouvrier, l'employé fort loin de la ville. Fort loin, parce qu'il lui faut, pour lui et sa famille, une étendue suffisante de terre à cultiver autour de sa maison. Ceci suppose, aussi, et l'auteur ne paraît pas y avoir pensé, ou tout au moins ne l'a pas mentionné, que la femme reprenne son rôle de mère de famille et de maîtresse de maison, que par suite, elle abandonne l'usine, le magasin, le bureau dès qu'elle est mariée ; le salaire du mari devra donc être suffisant pour subvenir aux besoins de toute la famille.

On le voit, ce retour de la famille à la vie, au milieu normal, entraîne une infinité de graves répercussions économiques, sociales, et sans doute aussi, politiques.

Il est d'ailleurs vrai, comme le dit le professeur Ruzicka, que sans cette réforme, tout effort dans le domaine de l'hygiène, aussi bien que dans celui de la morale ne conduit qu'à des résultats partiels sans conséquences, et ressemble plutôt au bouchage et au replâtrage d'une maison établie sur des fondements défectueux.

Il est vrai également que notre actuel type de vie défie la raison et le bon sens, que l'humanité (européenne à tout le moins) est complètement fourvoyée. Tous ceux qui ont pu observer des peuples non contaminés par l'orgueil de la civilisation (?) européenne en sont convaincus.

Mais cette contamination, cet aveuglement sont-ils curables ? Le professeur Ruzicka n'en doute pas et c'est avec une foi d'apôtre qu'il démontre que le retour de la famille à des rapports intimes avec la nature détermine automatiquement le progrès dans tous les problèmes de l'hygiène, de la morale, de la sociologie. La culture intellectuelle elle-même profite de ce mode de vie, car l'organisme tout entier, pendant son séjour dans la nature, se désintoxique des préoccupations des soucis de la vie matérielle, retrouve la faculté de la méditation, et par suite celle de la déduction, de l'intervention — et ce dans toutes les branches de l'activité intellectuelle.

Au point de vue de l'hygiène pure, la théorie du professeur Ruzicka, appliquée, deviendrait un triomphe (v. pages 22 à 26).

L'auteur ne néglige pas d'entrer dans des précisions en ce qui concerne la Tchéco-Slovaquie, et étudie quelle superficie exigerait le logement de toutes les familles du pays, la superficie d'une ville de un million d'habitants organisée suivant le nouveau type, la nécessité de l'électrification non seulement pour les transports, mais pour tous les besoins de la vie moderne, y compris les besoins ménagers.

La réalisation est-elle possible, oui, puisqu'elle est indispensable pour sauver l'humanité. Et ici, on peut faire un rapprochement inattendu avec le beau livre de Wells : « Men like Gods », qui décrit en somme ce que deviendrait une humanité se conduisant suivant les principes exposés par le professeur Ruzicka.

Quant aux moyens. Ils se rapprochent assez de ceux que nous avons souvent préconisés nous-même, et appliqués parfois ; nous les avons exposés dans diverses publications, et plus spécialement dans notre « charte française d'hygiène » (publiée elle aussi chez N. Maloine).

Mais, à tout ceci il faut une volonté de réalisation. On la trouvera toujours plus facilement, et toujours plus énergique chez les peuples jeunes. Le peuple tchéco-slovaque est un de ceux-là. Sous l'influence de l'auteur, le Parlement de Prague s'est attelé à la besogne en commençant par l'hygiène de l'habitation — ce qui revient au système anglais que j'ai décrit dès 1909, dans la *Revue d'hygiène*, et que j'ai appelé « l'hygiène par le home ».

Le professeur Ruzicka pense, d'ailleurs, que ce sont les Slaves qui, ayant conservé avec la nature des connexions plus intimes que les autres peuples de culture européenne, sont appelés à jouer un rôle important, spécial et vigoureux dans le processus de l'assainissement de la vie des peuples.

Pour les hygiénistes qui ne se satisfont pas d'observations superficielles, ni ne se laissent étourdir par des propagandes étourdies, il pourrait bien y avoir là, non seulement une part de vérité, mais encore une prophétie.

C'est avec plaisir que nous recommandons aux lecteurs du *Concours* ce très curieux ouvrage, plein de vie, de candeur, de santé et d'espoir.

Dr René Martial.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hygiène publique n'est-elle même plus une façade ? ?

Les tendances actuelles de la législation et de l'administration sanitaires, — tel est le titre d'un remarquable rapport, présenté au XIIe Congrès d'hygiène, par MM. les Drs DEQUIDT, inspecteur général, et FORESTIER, inspecteur départemental d'hygiène.

Rapport ? Oui, si l'on veut se conformer à la terminologie en usage. Mais bien plutôt réquisitoire, réquisitoire abondamment documenté et sévère à souhait, contre une hygiène publique qui ne demeure même plus la façade derrière laquelle Wurtz dénonçait, il y a quinze ans, le néant.

S'il est exact que notre époque est dominée par des préoccupations d'ordre sanitaire, si tous les groupements autorisés, et le Parlement lui-même, manifestent un souci théorique de l'hygiène, si, chez le législateur, ce souci se traduit par une abondante moisson de lois et de règlements :

« Le caractère hétérogène d'une telle législation, surgie souvent en dehors de toute prévision méthodique, de tout plan préconisé, au hasard des pressions *démagogiques*, est évident ...

« Bien que l'opinion soit chose essentiellement plastique et malléable, nous enregistrons de la part du *pouvoir central*, une *carence* complète pour la guider et l'utiliser à des fins sanitaires d'intérêt national... »

De sorte que, finalement, ce sont les groupements fortement organisés qui se substituent à une opinion publique, inexistante en la matière. Or, ces groupements représentent, non l'intérêt général, mais des intérêts de groupe.

« Ne tendons-nous pas à revenir tout doucement à la consommation libre de l'absinthe ? »

Conséquence : une législation parcellaire, aux vues étroites, sans harmonie, et qui n'embrasse pas le problème sanitaire dans toute son ampleur nationale ; législation déductive, visant d'emblée à la perfection, sans avoir profité préalablement des enseignements d'une expérimentation poursuivie par étapes.

« Il en résulte un ensemble législatif rigide, sans souplesse, et sans harmonie, ne s'adaptant pas aux réalités, incapable de briser ces réalités pour les faire entrer dans son formalisme, accusant une forte tendance à la réglementation uniforme et minutieuse plutôt qu'à l'organisation adéquate et active.

« En résumé : législation chaotique, fragmentaire, incoordonnée, à tendance plutôt réglementaire qu'organisatrice. Beaucoup de lois, trop peut-être ; pas d'ensemble harmonieux, de tout synthétique ».

Il faut donc une politique sanitaire. Et qu'est-ce au demeurant ?

« Dans un groupe d'êtres humains, la politique sanitaire a pour but de diminuer la mortalité et la morbidité, de prolonger la durée de la vie moyenne, de conserver et d'améliorer le type ethnique ».

Et comment, actuellement, ce postulat est-il satisfait ? Ecoutons nos sévères réquisiteurs.

« En pratique, les choses se passent le plus simplement du monde : les souffrances criantes, scandaleuses, sont soulagées, les grosses épidémies sont prévenues ... Mais la prophylaxie des souffrances à venir, la prévention de la maladie commune ... on l'ignore ; et notre sentimentalisme est satisfait ... Ce qui se voit : nouveau-né sans mère, précieusement nourri à la pouponnière ; ce qui ne se voit pas : l'hécatombe d'enfants due à l'ignorance maternelle. Ce qui se voit : le jeune malingre recueilli au préventorium ; ce qui ne se voit pas : l'adolescent mal nourri, mal logé, surmené, voué à la tuberculose. Ce qui se voit : le malade soigné au sanatorium ; ce qui ne se voit pas : le malheureux rejeté dans la mêlée sociale qui va le tuer ... Dans un pays où la natalité est faible, où la léthalité infantile est élevée, où chaque année la mort emporte presque autant de nourrissons que de tuberculeux, n'est-ce pas une *honte* qu'aucun effort d'ensemble n'ait été fait pour sauver la première enfance, alors que le problème ne présente ni difficultés techniques ni difficultés financières ? »

Je m'en voudrais d'affaiblir, par un seul mot de commentaires, le tableau, saisissant de réalisme, d'un réalisme profondément attristant, que brossent avec vigueur, énergie, et je dirais

presque violence, deux médecins, administratifs pourtant, du néant que masque à peine une fragile façade arachnéenne. Et de clore ce chapitre de leur rapport par cette formule cinglante pour « qui de droit », heureux mélange d'ironie et de rudesse :

« ... Nous savons encore pratiquer une politique sanitaire basée sur l'économie, mais nous l'appliquons à la protection de la santé des animaux, et dans certains départements, le service des épizooties dépense plus que les services d'hygiène... Nous n'avons pleinement conscience ni de la valeur morale, ni de la valeur sociale, ni de la valeur monétaire de la vie humaine... »

Mais comment amener l'opinion à accepter, sinon à réclamer la politique sanitaire idéale ? *Par l'éducation.* J'ai dit moi-même, il y a plusieurs années : « *l'hygiène sera éducative ou elle ne sera pas* »

Cette éducation s'adressera, soit à la masse, soit à l'élite. C'est celle-ci qui donnera les meilleurs résultats.

« Nous ne pouvons rien espérer, à cet égard, *sans la collaboration franche et loyale du corps médical*... Nous enregistrons avec satisfaction une tendance, très nette depuis quelque temps, à un rapprochement, et peut-être à une coopération entre les Syndicats médicaux et les fonctionnaires sanitaires ».

S'il y a une politique des problèmes sanitaires, leur solution demande une technique dont l'adaptation et l'application appartient à un fonctionnaire administratif.

Qu'est-ce qu'un fonctionnaire administratif ? Que devrait-il être ? Sur le premier point, savourez cette satire de nos mœurs bureaucratiques, satire qui emprunte un goût singulier à ses auteurs et que n'aurait pas désavouée La Bruyère.

« Est qualifié d'esprit administratif le fonctionnaire qui connaît les textes, suit avec une certaine habileté la procédure et *sait dégager opportunément sa responsabilité, soit en la faisant glisser sur d'autres têtes, soit en résolvant une question par la solution dite administrative. La solution administrative consiste à terminer une affaire par un arrêté, un ordre, un règlement, un acte* (!) *administratif, c'est-à-dire la signature d'un papier, sans se préoccuper du cours des événements dans la réalité* ».

L'esprit administratif, ajouterai-je, tient tout entier dans cette boutade bien connue dans le milieu militaire : « Rendre compte et s'en f..... ». Il dispose d'un instrument merveilleux (!) dont il use avec une touchante prodigalité, c'est la Circulaire....

Les Circulaires ont ma peau
J'en suis dingo.....

chantait le vieux médecin chef...

Administrer, c'est tout autre chose.

« Administrer, c'est prévoir, organiser, commander, coordonner, contrôler ».

Mais, pour le moment, nous sommes en plein désordre, encore que se manifestent deux tendances opposées, pour un rappel et un retour à l'ordre. La première renforce l'autorité du fonctionnaire de la loi de 1902, en rendant obligatoire l'inspection départementale d'hygiène, centralisant tous les services départementaux. La seconde dépossède au contraire le fonctionnaire, l'élimine de toute la politique sanitaire moderne, de sorte que :

« Après avoir vainement tenté de réaliser cette politique en dehors du concours du praticien, l'on tend aujourd'hui chez nous à la réaliser en dehors de l'hygiéniste professionnel ».

Une réforme est nécessaire, pour réaliser l'unité, aussi bien dans la politique que dans l'administration sanitaires. Mais, peut-on escompter une réforme qui ne sera pas une révolution, un bouleversement, dans l'état actuel de nos mœurs ? Si non, tâchons de mieux utiliser l'armature existante. Cette armature comporte des autorités sanitaires fondamentales, correspondant aux grandes unités administratives, et d'abord au sommet, l'Etat ; puis, le département, et à la base, la commune. A la tête, à défaut du ministère de la santé publique si désiré, il faudrait au moins une stabilité suffisante dans la direction de l'hygiène. Or, c'est tout le contraire qu'on y observe, cette direction étant devenue « *un simple poste d'attente pour les préfets.* » De telle sorte que la *politique sanitaire* est gênée, entravée, viciée par la *politique tout court*, l'infâme, l'immonde politique.

Quand on pense que MM. Dequidt et Forestier, — dont j'analyse ici le *réquisitoire*, c'est décidément bien le mot qui convient, — qui, *nourris dans le sérail, en connaissent bien tous les détours*, nous apprennent que la protection de la santé des animaux est d'une organisation administrative et technique beaucoup plus évoluée que la protection de la santé publique ! C'est inimaginable....

Dans les départements, l'organisation est en progrès : 27 départements seulement ne possèdent pas d'inspecteur départemental d'hygiène.

Dans les communes, l'organisation doit-elle demeurer communale ou devenir départementale ? En d'autres termes, le directeur du bureau d'hygiène doit-il dépendre du maire ou du préfet ?

« L'on remarque avec justesse que le maire est trop enclin à ménager l'*électeur*, mais ne voit-on pas combien le Préfet est enclin à ménager l'*élu* ? Le Maire étouffe-t-il plus d'affaires que le Préfet ? Et celui-ci n'a-t-il pas le pouvoir d'agir lorsque celui-là est défaillant ? ... Nous n'avons pas une foi plus solide dans l'action coercitive du Préfet que dans celle du Maire ».

L'opinion publique reste le grand maître de tous. Et c'est parce qu'elle est insuffisamment éduquée, éclairée, que les autorités sanitaires exécutives abdiquent à peu près complètement leur fonction prophylactique... Elles ne peuvent se désintéresser de deux autres fonctions : la levée des impôts et l'exercice du droit de police.

« Il en résulte pour ces autorités une politique assez dangereuse qui a pour conséquence de partager aux yeux de l'opinion la fonction prophylactique entre deux administrations qui semblent animées de tendances opposées : l'une, sympathique à la population, satisfait le goût du public pour les consultations gratuites, les distributions de secours, le placement des enfants et des malades ; l'autorité sanitaire paye, mais ce n'est pas elle qui retire le bénéfice moral de l'action manifestée. L'autre administration est impopulaire, coercitive, elle se traduit par l'augmentation des impôts et des mesures de police : l'autorité sanitaire et le fonctionnaire de la loi de 1902 en supportent seuls les inconvénients».

Toutefois, il faut reconnaître que la doctrine administrative subit une transformation qui lui est imposée, en quelque sorte, par des puissances privées avec lesquelles il faut compter, et qui envisagent que la gestion des affaires publiques doit être confiée aux groupements intéressés.

Nous connaissons cette formule, dans notre milieu médical : c'est la prise en charge de la médecine sociale par les Syndicats.

MM. Dequidt et Forestier exposent ensuite comment se comportent, dans la politique sanitaire actuelle, les Comités d'assistance, établissements privés, qui s'opposent aux Offices publics d'hygiène sociale.

« Nous assistons ainsi à l'éclosion d'un droit nouveau caractérisé par la participation de plus en plus grande de ces groupements à la gestion et à l'administration des affaires publiques ... Dans l'ordre prophylactique, cette tendance a donné naissance à la thèse syndicaliste des médecins praticiens, à la théorie de la participation à l'organisation sanitaire par certains groupements de malades, aux prétentions d'administrer la protection de la santé publique émises par certaines associations philanthropiques. Et nous devons reconnaître, en face de l'indigence trop fréquente des conceptions officielles, la richesse constructive des projets du syndicalisme médical ... »

« Les opinions divergent, et nous n'en discuterons pas. Mais le fait est indéniable : il est impossible de n'en point tenir compte. La fonction publique doit faire appel à toutes les forces organisées de la Nation : *et il est inimaginable que nous nous obstinions à vouloir réaliser la protection de la santépublique sans le concours du praticien* ».

Il est nécessaire que la voix du Corps médical soit entendue dans nos assemblées sanitaire à tous les degrés ainsi que ces multiples conseils, où le représentant des médecins doit avoir sa place, au même titre que le mutualiste, le travailleur ou l'instituteur. »

Cette dernière phrase du rapport Dequidt-Forestier ne me satisfait pas, et elle me paraît n'avoir pas été suffisamment réfléchie. Je ne comprends pas en effet comment des médecins peuvent envisager que, dans l'hygiène, qui est une science médicale, le représentant des médecins sera *sur le même plan* que le mutualiste, le travailleur ou l'instituteur. Il semble même que, sous cette forme, ce soit comme une grâce, une concession que font MM. Dequidt et Forestier au corps médical ...

Tout de même, il mérite mieux et davantage. Et dans ces assemblées sanitaires, et dans ces multiples conseils où l'on dissertera de l'hygiène et de ses problèmes, il importe que, puisqu'il s'agira de sanitation, la voix médicale soit prépondérante.

Et pour conclure, voici le vœu présenté au Congrès par les distingués rapporteurs :

Le Congrès :

1° Considérant que la dissociation des attributions relatives à la protection de la Santé publique et le défaut d'unité d'action sont incompatibles avec une Administration efficace,

Emet le vœu :

Que toutes les fonctions relatives à la protection de la Santé publique soient centralisées autour des organismes normaux de l'application de la loi de 1902, modifiée en conséquence ;

Que l'Inspecteur départemental d'hygiène soit le chef de tous les Services d'Hygiène du département, sous réserve d'adopter une forme administrative assez souple pour permettre à toutes les collaborations de se manifester utilement.

2° Considérant que la continuité des vues est également indispensable à une Administration féconde,

Emet le vœu :

Qu'un chef qualifié, permanent, responsable, un organe directeur centralise toutes les fonctions relatives à la protection de la Santé publique sans pré-

judice de la collaboration d'autres organismes, mais en respectant le principe de l'unité d'action ;

Que le fonctionnaire de la loi de 1902 soit sélectionné, stabilisé, et qu'un statut lui donne la dignité, l'indépendance, la sécurité, les garanties d'avancement des fonctionnaires d'Etat.

3º Considérant que l'Administration sanitaire doit s'exercer en étroite collaboration avec le Corps médical organisé,

Emet le vœu :

Que les bases d'une coopération entre l'Administration et le Corps médical soient recherchées, discutées, précisées, en s'inspirant de l'intérêt général.

4º Considérant que l'action sanitaire, tant au Parlement que dans les Administrations, doit être entreprise avec la préoccupation constante du rendement maximum,

Emet le vœu :

Que toutes dispositions soient prises pour mesurer, suivant des méthodes statistiques précises, le rendement de chaque organisme, afin d'orienter la politique sanitaire dans le sens le plus fécond, en commençant par les organisations de protection infantile qui permettent de réaliser très économiquement un gain important en existences humaines et dont la généralisation assurerait à notre démographie un bénéfice considérable.

5º Considérant que l'information et l'éducation sanitaires sont à la base de l'activité sanitaire ; que l'Administration, par son action éducative, peut être un organe régulateur et promoteur de la législation,

Emet le vœu :

Que l'Administration sanitaire prépare les voies au perfectionnement législatif par la réalisation d'un programme d'éducation de l'élite et d'éducation populaire appuyé sur une information précise et complète, programme exécuté en coopération avec les organismes intéressés.

Dr DEQUIDT,
Médecin inspecteur général d'hygiène,

Dr FORESTIER,
Médecin inspecteur départemental.

***

Nous venons d'assister à la démolition des méthodes négatives et stériles, qui sont actuellement en honneur dans les services de l'hygiène publique. Et ce qui donne une valeur énorme à ce geste, c'est que les démolisseurs sont deux fonctionnaires de ces services.

Ils confirment pleinement ce que, tant de fois, nous avons dénoncé, et consacrent de leur autorité le quasi néant de l'hygiène publique en France.

Passons maintenant dans une autre enceinte, dans un autre milieu, et voyons comment, à l'Académie de médecine, sont envisagés les grands problèmes sanitaires.

M. Vallée présente son rapport sur le service des épidémies en France en 1923, et son rapport est une nouvelle critique de la loi de 1902 et des médiocres résultats que son application donne.

« Votre rapporteur a, dit le professeur Vallée, minutieusement dépouillé les dossiers de tous les départements... L'examen de *trop* d'entre eux donne au lecteur cette assurance que leur sécheresse ou leur optimisme masquent une *complète inorganisation* ».

Il y a cependant de remarquables organisations des services d'hygiène. Douze départements se classent au premier rang. Douze ! Une infime minorité...

Après avoir établi la statistique des maladies déclarées en 1922 et 1923, M. Vallée s'exprime ainsi :

« Nul parmi nous n'espère trouver en un tel document l'expression même de la vérité et nous savons tous quels motifs éloignent le médecin de l'obligation de la déclaration ... C'est avec surprise que j'ai pu lire dans le rapport de M. le Préfet des Bouches-du-Rhône que « tous les cas de fièvre typhoïde constatés dans son département n'ont pas été déclarés », dans un rapport de M. le Sous-Préfet de Vendôme « qu'il est de notoriété publique que certaines épidémies, qui se sont produites dans l'arrondissement, n'ont pas été déclarées, enfin dans tel autre document que « les gendarmes sont les agents d'information les plus zélés du Service des Epidémies » !

Qui connaît le dévouement du Corps médical trouve en de tels exemples la *condamnation des formes administratives actuelles de la déclaration, obligatoire ou facultative, des maladies contagieuses* ...

... Il est des victoires que l'hygiène humaine doit remporter si elle sait satisfaire, à l'exemple de la médecine vétérinaire, à la nécessité impérieuse de la déclaration obligatoire. Mes confrères me permettront donc d'écrire que le jour où la déclaration des maladies visées par la loi sur la santé publique sera obligatoire *pour les familles*, et reçue, dans chaque département, non point par l'administration régionale, mais en son nom par un « médecin fonctionnaire » dévolu à la santé publique, une grande étape sera franchie sur la route qui conduit au succès ».

Le rapporteur, après avoir passé en revue les enseignements qui se dégagent de l'examen des dossiers, maladie par maladie, ne veut pas terminer sur une note trop pessimiste, et il admet « qu'une impression nette et réconfortante se dégage de cet examen »... Il appartient à la représentation départementale, mieux informée et plus courageuse, de consentir, avec le concours de l'Etat, tous les sacrifices financiers nécessaires à une bonne organisation de nos services régionaux. *Mais aussi la réforme des*

conditions de la déclaration des maladies transmissibles est urgente...

***

Ainsi, pour le professeur Vallée, l'obligation de la déclaration des maladies transmissibles imposée aux familles, et non plus aux médecins, entraînera une véritable renaissance de l'action sanitaire. Ce n'est pas d'aujourd'hui que je me suis personnellement élevé contre ce déplacement des responsabilités, grâce auquel ce n'est pas l'auteur du risque de contamination et de contagion qui doit obligatoirement prendre l'initiative de limiter ce risque par une déclaration opportunément faite, mais le médecin qu'il appelle ; et comme il n'en appelle pas toujours, par exemple, dans les cas de rougeole bénigne, de scarlatine fruste, etc., il y a beau jeu pour la naissance et la diffusion de l'épidémie.

Pour MM. Dequidt et Forestier, cette renaissance sera conditionnée par une réforme administrative selon laquelle le fonctionnaire sanitaire prévu par la loi de 1902 sera sélectionné, stabilisé, et un statut lui donnera la dignité, l'indépendance, la sécurité, les garanties d'avancement des fonctionnaires de l'Etat, — selon laquelle également, on recherchera les bases d'une coopération entre l'administration et le corps médical.

Je penche surtout vers ce dernier desideratum. Tous ceux qui parlent d'hygiène publique, quand ils ne sont pas de parti pris, conviennent et affirment qu'elle demeurera toujours balbutiante tant qu'elle ne reposera pas sur la collaboration volontaire du corps médical : cela n'est pas douteux.

Sans entrer dans le détail de l'exposé des méthodes qui pourraient rendre cette collaboration possible et profitable, j'ose redire un mot que j'ai déjà prononcé en 1914 sur un moyen assez pratique de faciliter cette coopération, en perfectionnant la sélection du fonctionnaire sanitaire.

L'hygiène étant une branche de la médecine, il est inutile de redire que le médecin est mieux qualifié que n'importe qui pour être un hygiéniste. Il le sera d'autant mieux qu'il aura reçu, au cours de ses études, une instruction suffisante. Il faut donc faire à l'hygiène la place qui lui revient, et dont il ne serait peut être pas très difficile de déterminer l'étendue et la localisation dans le cycle des études ; on sacrifierait sans grand inconvénient en quatrième année, le temps dévolu à la chimie, à la physique, à l'histoire naturelle, pour le consacrer à l'hygiène. Au lieu de faire l'objet d'une brève leçon apprise en quelques heures dans un manuel, avec, pour sanction, une ou deux questions hâtivement posées dans un quelconque examen, l'hygiène mériterait une application particulière et suffisamment longue, avec travaux pratiques, stages définis, visites, interrogations, etc.

Le médecin, ainsi préparé, n'aurait plus qu'à se perfectionner ultérieurement, en suivant un enseignement spécialisé, pour devenir un hygiéniste de carrière.

Et comme on ne peut être réellement un bon hygiéniste si l'on n'est pas un praticien suffisant, je voudrais que nul ne pût être fonctionnaire sanitaire sans avoir exercé la médecine générale au moins pendant cinq ans.

Voulant alors bifurquer vers l'administration sanitaire, ce médecin déjà familiarisé avec les rudiments essentiels de l'hygiène, ayant une certaine expérience de la pratique de la médecine, se perfectionnerait en suivant un enseignement supérieur durant quelques mois. Ensuite, il subirait un examen devant une commission dans laquelle les Syndicats médicaux seraient représentés.

S'il en était ainsi, la sélection serait améliorée ; les relations des services d'hygiène avec les praticiens seraient assurées, et auraient de grandes chances d'être particulièrement cordiales. Quant à la stabilité que réclament MM. Dequidt et Forestier, il appartiendrait au statut de la fixer.

Ainsi pourrait se construire un édifice bien compris et bien aménagé, avec une façade abritant des services bien organisés, bien coordonnés, fonctionnant à plein rendement.

Quel contraste avec le néant chaotique dénoncé par nos distingués confrères, masqué par une façade qui tombe en ruines et dont il ne reste plus, après leur exécution, que quelques pierres... des pierres tombales !!

G. DUCHESNE.

LÉGISLATION MÉDICO-SOCIALE

La désinfection des locaux après décès.

PROPOSITION DE LOI

tendant à rendre obligatoire la désinfection des locaux après tout décès, après tout changement de propriétaire ou de locataire et la désinfection périodique de tous les établissements ouverts au public et de tous les véhicules de transport en commun,

Présentée par M. le Dr Louis Gardiol, et quelques collègues.

Exposé des motifs.

Messieurs,

Il est superflu de rappeler les méfaits de la contamination inter-humaine, tant du point de vue des maladies chroniques que du fait des affections aiguës endémiques ou épidémiques. Plus particulièrement, l'enfant présente un terrain propice de contagion qu'il faut sauvegarder.

La France, patrie de Villemin et de Pasteur, les créateurs de la prophylaxie scientifique, se doit d'appliquer les méthodes illustrées par ces deux illustres génies.

« Prévenir, c'est guérir », dit une vielle formule. L'indifférence générale, le scepticisme systématique, en matière d'hygiène publique, doivent être contrebalancés par une législation rigoureuse.

Il importe de remédier aux possibilités d'infections consécutives à tout décès, quelle qu'en soit la cause dernière, ou bien à tout séjour dans un établissement, local ou véhicule, quel qu'en puisse être le caractère public.

Des moyens appropriés, simples ou complexes suivant les cas, qu'il appartiendra au médecin de famille de formuler, existent et sont applicables en tout lieu.

Leur généralisation imposée uniformément doit être incluse en notre législation, dont le contrôle le plus pratique paraît être réalisable par un certificat émanant soit du corps médical soit de professionnels autorisés.

Nous vous soumettons en conséquence le texte suivant :

Proposition de loi.

Article premier.

Après tout décès, après tout changement de propriétaire ou de locataire, la désinfection des locaux est obligatoire.

Art. 2.

Périodiquement, seront désinfectés obligatoirement les établissements, locaux et véhicules ouverts au public.

Art. 3.

Des certificats établis soit par le corps médical, soit par des professionnels autorisés, assureront le contrôle.

Commentaires.

A mon point de vue personnel, la proposition de loi du Dr Gardiol, député des Basses-Alpes, me donne entière satisfaction.

Jusqu'ici, les projets, ou propositions de lois concernant cette désinfection avaient été incomplets.

Un projet de loi, annexé au procès-verbal de la séance du 5 novembre 1912, à la Chambre des députés (*Concours médical*, 1913, 83) modifiait ainsi l'article 7 de la loi du 15 février 1902, sur la protection de la santé publique :

« La désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladies, déclarés en exécution des articles 4 et 5.

« A défaut de déclaration, il est procédé de droit à la désinfection, après tout décès, survenu au-dessus d'un an et au-dessous de 60 ans, s'il n'est justifié, par la production d'un certificat médical, que le défunt n'était atteint d'aucune des maladies transmissibles, énumérées dans le décret visé à l'article 4. »

A cette époque, j'avais considéré ce projet de loi comme incomplet et souvent inopérant.

En effet, pourquoi décider que seules sont contagieuses les maladies ayant entraîné la mort de sujets compris entre un et 60 ans ? Cette distinction n'émane sûrement pas d'un technicien.

En second lieu, pourquoi exonérer de la charge de la désinfection, lorsque le médecin traitant aura délivré un certificat, constatant que la mort est due à une maladie autre que celles que le docteur est dans l'obligation légale de déclarer?

Aussi, déjà en 1913 avions-nous proposé l'amendement suivant :

« La désinfection est obligatoire après tout décès, comme après tout déménagement et changement de locataire, dans les locaux d'habitation. »

Dans le *Concours* de 1925, 1250, nous avons publié et commenté un projet de loi, déposé par M. Justin Godart, ministre du travail et de l'hygiène publique, tendant à rendre obligatoire la déclaration des cas de décès par tuberculose.

A notre avis, ce projet de loi était encore insuffisant pour être efficace. Que faut-il entendre par décès par tuberculose ? De plus, la mort

survenue à l'occasion d'une maladie intercurrente, ou par accident, chez un tuberculeux contagieux, ne devrait pas, *stricto sensu*, donner lieu à déclaration.

Aussi, préférons-nous le texte proposé par notre excellent confrère, le Dr Gardiol.

Tout cadavre est producteur de germes nocifs, cependant qu'il attire mouches et autres insectes nuisibles. Une désinfection de la chambre, où le mort est resté exposé, ne saurait qu'être utile pour les habitants futurs de ce local.

En second lieu, pourquoi vouloir restreindre la désinfection aux seuls cas de décès par maladies contagieuses qui doivent être déclarées ? La tuberculose, l syphilis, le cancer ne sont pas compris dans les affections à signaler à l'autorité administrative, pas plus que la grippe, la pneumonie, la coqueluche, etc.

D'autant que el médecin traitant peut se demander, : i scientifiquement, il s'agit bien d'une maladie transmissible, alors qu'il n'a pas de laboratoire à sa disposition, pour faire des analyses, des examens et des cultures.

Quelle sera, de plus, sa conduite, si le décès survient, non pas du fait de la maladie contagieuse, mais pour une tout autre cause ?

Devra-t-il déclarer, pour rendre la désinfection obligatoire ?

Car, ne l'oublions pas, le praticien est parfois pris entre son devoir social et son intérêt personnel.

Soigne-t-il un commerçant, ou toute autre personne ayant affaire avec la clientèle : son diagnostic peut occasionner un préjudice, si l'on apprend, par sa déclaration, qu'il y a un malade contagieux dans la maison.

Son diagnostic est-il erroné, le client peut lui en réclamer réparation devant les tribunaux.

Ou bien l'intéressé peut demander et obtenir du docteur que ce dernier ne dira pas la vérité, ou toute la vérité, pour ne pas ébruiter la nature de la cause du décès.

Signalons encore les cas où le diagnostic est difficile à établir : scarlatine fruste, diphtérie méconnue, etc., cas d'autant plus fréquents, en clientèle, que certains malades négligent de faire appel au docteur.

Dans ces cas, le praticien n'a donc qu'à vérifier la mort et, en fait d'anamnestiques, il doit se contenter de ce qu'on voudra bien lui faire savoir.

Aussi, pour toutes ces raisons, puis-je joindre ma voix à celle du Dr Gardiol, pour demander que la désinfection soit obligatoire automatiquement après chaque décès.

Certes, je ne réclame pas que l'épuration soit faite par les appareils municipaux ou départementaux. Il suffit que le médecin traitant déclare que la désinfection a été faite par la famille, à l'aide d'appareils reconnus par l'autorité compétente.

Mais, me dira-t-on, pourquoi demander la désinfection après chaque changement de locataire, comme le fait la proposition de loi du Dr Gardiol ?

Parce que, du moment où l'on veut améliorer la législation sur la protection de la santé publique, il ne faut pas faire les choses à moitié.

Nous tous, praticiens, savons les conséquences néfastes de ces arrivées et départs de locataires successifs, dans un appartement ou dans une chambre qui n'ont jamais été désinfectés et où sont morts différents malades, à contagiosité diverse.

Notre législation de l'hygiène publique en France souffre de ce que l'intérêt individuel, privé, égoïste, prédomine par rapport à l'intérêt collectif, social.

Pour ne pas toucher aux droits sacro-saints d'un propriétaire, pour ne pas ennuyer un locataire, on souffre qu'un individu, un appartement puissent devenir des foyers de propagation d'une maladie transmissible.

Cependant, en quelques rares circonstances, le juge s'est montré autrement courageux et plus épris de bon sens que le législateur.

Le locataire, dont un enfant a été atteint d'une maladie contagieuse, est tenu, envers le propriétaire, d'effectuer tous les travaux nécessaires, pour assainir l'habitation contaminée, lorsqu'il est certain que le germe de la maladie n'a pas été pris dans l'immeuble même (J.P. Menton, 11 mai 1895 ; Trib. civ. Seine, 30 juin 1893 ; Poitiers, 21 janvier 1895 ; *D.P.* 1896.2.338).

Les dépenses de désinfection sont à la charge du locataire, alors même que les usages locaux, ou que le bail, par une clause expresse, ne prévoient pas ce point particulier (Pau, 21 juillet 1902 ; *D.P.* 02.2.439).

De même, le propriétaire est tenu de faire procéder à la désinfection des locaux d'habitation, qui viennent d'être abandonnés par un locataire atteint de maladie contagieuse. Faute par lui de s'adresser au service de l'hygiène publique, quand il en existe un, dans la localité, il est responsable de l'insuffisance de la désinfection.

En conséquence, si la famille du nouveau locataire est atteinte par la maladie contagieuse, le propriétaire est passible de dommages intérêts et même ne peut exiger le paiement du loyer. (J.P. Oran, 4 février 1895. *D.P.* 96-2-341.)

Cette décision a été rendue avant guerre, alors qu'il n'y avait pas de crise des loyers. Elle n'en constitue pas moins un indice : le juge de paix a décidé en équité que les locaux loués doivent être habitables et, par suite, non dommageables pour la santé des nouveaux occupants.

Bien entendu, le propriétaire a toujours le droit de se retourner contre le précédent locataire et d'exiger de lui, ou de sa succession, le

remboursement des dépenses engagées pour la désinfection. Après tout, le coupable, le responsable, aux termes de l'article 1382 du code civil, est bien le malade lui-même. Qu'il fasse le nécessaire pour que l'affection dont il est atteint n'infecte pas son entourage et ses voisins.

Citons, comme analogie, un arrêt de la Cour de Paris du 1er février 1895 (*D.P.* 96.2.341), décidant qu'un hôtelier, chez qui un voyageur a été atteint d'une maladie transmissible, a droit au remboursement des frais engagés pour la désinfection et l'épuration des locaux occupés par le malade.

Allant même plus loin, un locataire, apprenant qu'un de ses voisins devait recevoir chez lui des enfants atteints de scarlatine, assigna, en référé, pour qu'interdiction soit faite de laisser venir ces malades.

« La fièvre scarlatine, dit l'ordonnance du président du tribunal de la Seine, statuant le 2 décembre 1916, en référé, figurant sur la liste des maladies contagieuses, auxquelles s'appliquent les mesures prescrites en exécution de la loi du 15 février 1902, le locataire d'une maison non contaminée est fondé de demander qu'il soit interdit, à un autre locataire, d'introduire, dans la dite maison, des enfants atteints de cette maladie et habitant un autre immeuble ceux-ci devant demeurer isolés, tant qu'il ne sera pas justifié, par la production d'un certificat médical, que la contagion n'est plus possible. »

Ainsi, la jurisprudence précède la loi. Soyons en satisfaits.

Constatons également que l'initiative privée est en avance sur la législation. Au cours d'un voyage que je fis dans le Bordelais, en 1913, j'ai pu constater qu'à Arcachon, les médecins de la ville ont su donner toute garantie aux hivernants : tout logis est désinfecté, après le départ de chaque habitant et le certificat de désinfection est montré au nouvel occupant.

Arcachon, dont on n'a pas besoin de citer l'utilité au point de vue du traitement des affections bacillaires, a voulu donner à ses habitants, définitifs ou temporaires, la certitude que le séjour d'un malade quelconque ne pourrait contaminer un voisin. Les médecins sont parvenus à faire comprendre à la municipalité qu'il fallait non seulement construire des maisons et villas hygiéniques, pour abriter les malades (c'est la ville d'hiver) mais encore qu'il convenait de faire exécuter une désinfection énergique, après chaque départ.

Aussi, tout bail comporte-t-il une formule écrite, par laquelle le locataire devra faire désinfecter, à ses frais, les locaux, lorsqu'il les quittera. La maison lui est livrée propre, elle doit être rendue telle.

De même, l'étranger qui arrive a le droit d'exiger qu'on lui fasse la preuve que la désinfection a bien été effectuée.

Les médecins ont fait l'éducation du public et maintenant l'habitude hygiénique est entrée dans les mœurs locales.

Mais un locataire se refuserait-il à cette désinfection au moment de son départ, ou quitterait-il la ville, sans avoir accompli cette formalité, que l'opération serait faite à ses frais. Il se verrait assigné devant le juge de paix d'Arcachon, parce que, dans son bail, il a signé une élection de domicile pour le règlement de cette question d'hygiène et de préservation sociale.

En somme, le malade est considéré comme étant responsable aux termes de l'article 1382 du code civil, comme constituant, du fait de la contagiosité de sa maladie, une faute, envers la collectivité, faute qu'il est tenu de réparer. (voir *Concours médical* 1913, 3043).

Personnellement, j'applaudis à l'initiative de nos confrères d'Arcachon et souhaiterais que le législateur puisse s'inspirer de cette coutume pour la codifier.

Au fond, pourquoi ne pas traiter les êtres humains comme de vulgaires ruminants, voire même comme des cochons ? Existe-t-il une épizootie, une épidémie de fièvre aphteuse, ou autre, immédiatement l'autorité préfectorale édicte des mesures sévères pour la protection des animaux encore indemnes.

S'agit-il d'être humains, on n'ose ni légiférer ni règlementer. Cependant, on nous raconte tous les jours qu'il faut des enfants à la France. Un peu moins de discours pompeux et verbeux, un peu plus de mesures prophylactiques ferait mieux notre affaire.

Seulement, le ministère dit de l'hygiène comprend beaucoup d'administrateurs de carrière, un ou deux professeurs de Faculté. Quant aux médecins praticiens, véritables techniciens, ils brillent par leur absence.

Au contraire, au ministère de l'agriculture, pour préserver les animaux, les bêtes de toutes sortes, l'initiative est laissée à des chefs choisis dans les cadres des vétérinaires.

Puissions-nous un jour voir, en France, les humains être mis sur le même pied que les animaux, en ce qui concerne la défense de la santé publique.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en médecine et en droit.

LES ASSURANCES SOCIALES

La question du chomage.

J'ai eu l'occasion d'écrire récemment dans le *Concours* un article où j'étudiais la question du chômage. Je disais que ce risque devait faire l'objet d'une prime spéciale et ne devait pas être incorporé dans la prime de 10 % prévue par la oi des assurances sociales, sinon qu'on pourrait être obligé pour couvrir ce risque nouveau de diminuer les autres indemnités et notamment de rogner sur les honoraires médicaux.

Je vois avec satisfaction que cet avis est partagé par d'autres, et je me permets de rapporter une résolution de la Ligue des droits de l'homme sur cette question.

« Le Comité central:

« Après avoir entendu le rapport de sa commission des assurances sociales présidée par M. Bouglé ;

« Renouvelle son adhésion à un projet d'assurance qui couvrirait tous les risques et en souhaite aussi rapidement que possible la réalisation ;

« Mais il constate que :

« 1° Les risques couverts par l'assurance-chômage sont très différents par leur nature et leur origine des risques auxquels doivent parer tout d'abord les assurances sociales ; 2° le projet du Sénat repose, en ce qu' concerne l'étendue du risque (nombre des chômeurs, le temps éventuel de chômage) sur des évaluations très contestables ; 3° l'introduction d'une assurance-chômage ainsi comprise aurait pour conséquence de réduire les avantages légitimement escomptés par les travailleurs et risquerait d'autre part, de retarder indéfiniment le vote du projet ; 4° l'équilibre financier de toute la loi pourrait être compromis par l'adjonction d'un chapitre dont il est difficile dans les circonstances actuelles d'évaluer les conséquences. Dans ces conditions et sans renoncer à l'institution ultérieure de l'assurance-chômage, le Comité central estime que l'effort du Parlement doit tendre en premier lieu à couvrir par l'assurance : la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et il décide d'intervenir en ce sens auprès du Sénat. »

Une autre personnalité de la Mutualité et qui ne peut être suspectée, puisque intéressée ellemême à l'assurance chômage, M. Robert Perdon, ouvrier et président de la Fédération mutualiste du travail, disait au sujet du chômage : « 1° Il est nécessaire que le risque chômage fasse l'objet d'un projet particulier, non pas parce que ce risque, en raison même de l'incertitude de son évaluation, est plus complexe que les autres, mais parce qu'il part d'un ordre d'idées et de choses tout différent et qu'avec lui se pose tout le problème de la main-d'œuvre et de l'immigration ;

« 2° Parce que lier l'assurance chômage à ces divers autres risques (maladie, invalidité, vieillesse, décès), c'est non seulement en alourdir le fonctionnement, mais aussi en faire supporter les charges à ces derniers et parce que, enfin, l'assurance chômage tout comme le risque accident du travail doit être entièrement à la charge de l'industrie et non de l'ouvrier. »

Sans retenir cette dernière suggestion d'ordre économique, je constate que l'assurance chômage est susceptible de modifier les résultats de l'assurance sociale, en grevant la cotisation prévue par la loi, d'une charge considérable au détriment des autres branches de l'assurance générale.

Dans le projet de la commission d'hygiène et d'assurances sociales du Sénat, l'assurance contre le chômage est alimentée par une affectation de 1 % des versements opérés en vertu de l'article 2 de la présente loi. Sur les 10 % de retenue sur les salaires, dont 5 % à la charge de l'ouvrier et 5 % à la charge du patron, 1 % soit environ 30 à 40 millions seront affectés au risque-chômage, ce qui paraît insuffisant étant donné le taux des salaires actuels et disons-le, futurs. N'oublions pas que l'allocation est de 40 % de ces salaires, pendant 60 jours ouvrables par période de 12 mois.

Je sais bien que dans le projet de loi, à cette cotisation s'ajoute le montant des subventions allouées par le, départements et les communes et dont le total doit être égal à 25 % au moins des allocations versées aux ayants droit au cours de chaque exercice. A cela s'ajoutent les contributions de l'Etat, dont le montant doit être égal au chiffre moyen des crédits budgétaires ouverts au cours des 20 derniers exercices au ministère du travail au titre de fonds de chômage et de subventions aux caisses syndicales d'assurances contre le chômage.

Si nous jetons un coup d'œil sur les assurances chômage en Allemagne, nous pourrons avoir quelque idée de l'importance de cette branche de risque. Le budget fédéral de 1924 prévoyait 170 millions de marks pour participation du Reich aux indemnités de chômage, 110 pour participation du Reich aux mesures productives en faveur des chômeurs avec faculté de virement d'un poste à 1 autre. *Au total, la participation du Reich, des Etats et des communes représente certainement plus de* 300 *millions de marks en* 1924 *contre* 110 *millions à la charge des patrons et* 110 *millions à la charge des assurés.*

Aussi dans son livre, M. Gustave Moulin, a-t-il pu dire : l'assurance maladie est devenue moitié plus coûteuse qu'avant la guerre, non seulement parce que les pertes de salaires résultant du chômage, de la réduction des heures de travail ou de la suppression périodique de certains postes

ont orienté beaucoup d'ouvriers vers le médecin de caisse : aussi a-t-on pu dire que le nombre des déclarations de maladie est un baromètre économique plutôt qu'un baromètre... Il dit d'ailleurs : l'assurance maladie ne réussit pas à écarter de ses caisses les chômeurs et dégénère en assurance crise. Il ne faut pas oublier que le plus souvent l'allocation maladie est supérieure à l'assurance chômage et évite à l'ouvrier des travaux obligatoires fournis par les offices de placement et qui ne sont pas en rapport avec son métier.

Ajoutons que l'assurance chômage est loin d'être généralisée dans les divers États. Elle existe en Allemagne et couvre tous les salariés, il en est de même au Queensland. On la trouve également en Espagne, elle couvrait en 1911 les salariés de certaines branches industrielles et fut étendue en 1920 à tous les salariés de l'industrie et du commerce. Elle existe également au Panama pour tous les salariés.

La loi anglaise prévoit aussi le chômage et donne droit à une indemnité de chômage de 20 shillings par semaine, si c'est un homme et de 17, si c'est une femme, pendant une période 15 semaines pour une année.

En dehors de ces quelques États qui, jusqu'à ce jour, ont créé une assurance chômage, vingt-neuf États figurant au tableau du rapport du sénateur Chauveau ne s'occupèrent pas de ce risque. Je n'ai pas de renseignements sur les lois et réglements en vigueur aux Etats-Unis d'Amérique et au Mexique.

En résumé, l'assurance chômage, dont nul ne peut contester l'utilité, est dangereuse pour le corps médical avec l'organisation prévue actuellement. Car elle peut déborder sur les autres risques couverts par l'assurance sociale et par contre-coup, par mesure d'économie, diminuer le montant des honoraires médicaux et peut-être devenir l'origine d'un forfait médical. A mon sens, le chômage ne peut être couvert que par une prime spéciale en dehors de la cotisation spéciale de 10 %.

Dr M. VIMONT.

LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE

On sait que le respect de l'idée et l'utilisation par son auteur sont des buts poursuivis par la Confédération des Travailleurs Intellectuels (C.T.I.), qu'un exposé et un projet de loi en dérivèrent sous la présidence du mathématicien Emile Borel, de travaux faits et discutés chez lui. Un petit livre, résumé de nos discussions, parut sous les signatures de notre confrère le Dr R. Dalimier et de M. Louis Gallié, avocat à la Cour de Paris : « La propriété scientifique, le projet de la C.T.I., création d'un droit d'auteur pour le savant et l'inventeur. »

Nous avons exposé (*Concours médical*, 9 août 1925) la thèse juridique soutenue à la Faculté de Droit de Nancy par Mlle Suzanne Th. Munier : *Les droits des auteurs de découvertes ou d'inventions scientifiques*, après celle de M. Marcel Vigneron, à Poitiers : *Essai sur la propriété scientifique*. Une troisième thèse, celle-là, franchement défavorable, est de M. Georges Nettre ; elle vient d'être soutenue également à Nancy sous le titre : *Le problème de la propriété scientifique*.

La propriété commerciale va vraisemblablement être consacrée ; la propriété industrielle (brevets d'invention, dessins, marques de fabrique) existe et a reçu une plus ample consécration à La Haye, en novembre 1925, grâce à l'éloquence du délégué français, M. Marcel Plaisant, avocat et député ; la propriété littéraire, la propriété artistique, s'imposent de plus en plus. Seule, la propriété scientifique rencontre encore maints opposants, même parmi les savants. Le prof. Ch. Richet a jadis, sous le pseudonyme de Ch. Epheyre, écrit entr'autres romans, *Le Microbe et le Mirosaurus* où le Maître dépouille l'élève de ses idées et recherches. Cela serait-il si fréquent que l'on puisse ainsi apprécier le rôle des opposants ? Nous ne le pensons pas.

Qu'il soit difficile de remonter toujours aux sources, soit, surtout dans le passé, mais aujourd'hui avec toutes les sociétés, les publications, combien il est facile de publier une idée, d'en montrer l'importance si possible, car que de principes de sciences pures, théoriques d'apparence, ont conduit à de réelles découvertes industrielles...

Quand Roussin découvrit les couleurs d'aniline, comme l'a prouvé l'exquis écrivain et pharmacien L.-G. Toraude, le même qui nous montra le Dijonnais Courtois, inventeur de la teinture d'iode et de l'iode ; s'il (Roussin) les avait brevetées, étant pharmacien militaire, et l'Etat, le sachant, les lui aurait pu prendre et payer (comme le propose excellemment Mlle Munier ; pour les découvertes pouvant intéresser la défense publique) ; quelles richesses seraient restées à la France ; la *Badische anilin* dont le monde entier est tributaire, n'existerait pas sans doute, et on sait quelle menace elle est pour le monde : ne peut-elle en 24 heures se transformer en usine de gaz asphyxiants (*L'énigme du Rhin*, du major Lefebure).

M. Emile Borel, président du dernier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences a montré l'utilité de la science pure,

idéale, les richesses qui en découlent ; en ce Congrès qui se tenait à Grenoble exposant la houille blanche, combien cela éclatait, rayonnait d'évidence. La loi de Newton, de la gravitation universelle, a eu tant de portée, et l'on sait, tout le monde sait, qu'elle est de Newton, ceci pour répondre à une objection de M. Nettre.

Certes, l'origine d'un travail, d'une idée, n'est pas toujours facile à trouver, mais « pas facile » ne veut pas dire « impossible », croyons-nous. Il y aurait ainsi des rivalités entre nations. Par exemple, en la télégraphie sans fil, pour suivre M. Nettre, quelle part revient à Hertz, *découvreur* des ondes, Branly et son radio-conducteur, Marconi qui industrialisa l'invention, et tant d'autres qui perfectionnèrent. La Société des Nations, société d'arbitrage et de paix, pourrait départager, attribuer des parts qui iraient sinon aux intéressés, du moins aux laboratoires de leurs pays réciproques. L'industrie n'en serait pas gênée, comme on le dit trop souvent, et ce serait justice que ce qui lui rapporte, souvent énormément, profite aussi au pays, aux pays d'origine.

La propriété scientifique fait cependant son chemin, grâce à la C.T.I., à son groupe parlementaire présidé par M. Emile Borel, M. Le Troquer, vice-président, M. Marcel Plaisant, auteur d'un projet de loi sur les brevets, MM. Ch. Bertrand, Barthélemy, auteur aussi d'un projet de loi sur les inventions, Astier, Carnot... membres, et membres réels et assidus à nos rapports, sans parler d'autres députés ou sénateurs agissant dans les commissions.

Nous avons parlé, d'après la thèse de Mlle Munier et nos connaissances personnelles, des projets de MM. Klotz, Ruffini, sénateur italien.. M. Nettre nous fait connaître nos... adversaires. J'y retrouve M. Berthélemy, doyen de la Faculté de Droit de Paris, membre de l'Académie des sciences morales dont j'ai combattu déjà dans *Le Matin* les idées au point de vue de la violation du secret médical en matière d'avortement ; M. Nettre nous dit que l'opposition contre la propriété scientifique est menée par M. Berthélemy, en sa section de l'Institut.

***

Les difficultés de reconnaître des priorités sont grandes. L'Académie des sciences de Paris fut consultée par le ministre de l'Instruction publique, le 2 octobre 1923, et saisie du rapport fait à la Société des Nations par la Commission de coopération intellectuelle sur la propriété scientifique, le projet Ruffini, l'intervention de Gallié à la S.D.N. Une commission y fut formée de MM. Emile Picard, Haller, Schlœsing, A. Lacroix, Bigourdan, Le Chatelier, Moureu, Blondel, Rateau, Charpy, Viala, Daniel Berthelot, de Chardonnet, Lumière, Laubeuf, Breton, Borel. Elle estime que la question mérite de retenir très sérieusement l'attention.

« Elle est loin d'ailleurs de se dissimuler les graves difficultés qui se dressent devant la réalisation du projet proposé. Elle signale notamment combien il peut être malaisé de distinguer la part des divers savants qui ont contribué à une découverte et surtout d'en faire l'évaluation numérique. En outre, elle est d'avis que la durée de jouissance de la propriété scientifique proposée par le rapport doit être notablement diminuée.

« Cependant, elle croit que ces difficultés ne doivent pas déconcerter les efforts tendant à faire triompher une noble cause, que, si une solution pratique est trouvée, un pas important sera accompli dans la voie de l'équité à l'égard des savants, et qu'il en pourra résulter un encouragement à la recherche profitable au progrès général... »

Cette réponse au Ministre, que j'extrais de la thèse de M. Nettre, est sage. Comme les brevets d'invention qui ne sont pas éternels, des principes nouveaux tomberaient, eux aussi, au bout d'un certain temps, dans le domaine public, de l'utilisation, de l'enseignement...

M. Marcel Plaisant, dans son projet de loi sur les brevets d'invention, a fait allonger le délai d'exploitation. En deux ans, précédemment accordés, il était souvent impossible à l'auteur de trouver les fonds nécessaires à l'exploitation, à la réalisation de son idée, alors perdue pour lui à tout jamais. M. Plaisant a obtenu à La Haye, dans cet ordre d'idées, des progrès notables, et dirons-nous, humanitaires : tant d'inventeurs meurent de misère, qui eussent pu, avec une prorogation — mot si à la mode ! — tirer profit pour eux, pour les leurs, pour tous même, du fruit de leurs labeurs et de leurs méditations.

De même, en science pure, d'autant plus méritoire que non intéressée, que de voies ouvertes n'ayant profité, comme la découverte de médicaments, qu'à des gens totalement étrangers aux travaux de chercheurs.

M. Nettre prend ses exemples, les difficultés de trouver les principaux auteurs des découvertes, dans le domaine de l'électricité qui m'est cher. Nous avons montré en T.S.F. (dont la Confédération nationale des radio-clubs m'a élu président), que l'on ne saurait quelle part donner à Hertz, Branly, Marconi, sans parler d'autres « perfectionneurs ». soit !

***

Il remonte même plus loin, il va dans le passé, et il a raison, M. Nettre, bien que maintenant, seul, l'avenir nous intéresse. Il nous parle des Ampère, des Faraday, des Gramme, des

Edison... Mais, nous ne nous lasserons pas de le répéter, il ne faut pas confondre difficulté et impossibilité. Quand on veut bien, on trouve les origines, surtout maintenant. Mlle Munier nous montre les rayons N, leurs discussions, les vrais auteurs. Pour Ampère, on sait ce qu'il fit, et l'ingénieur Boucherot notamment exposa son œuvre à la Sorbonne, lors du centenaire du grand savant.

Mon regretté ami Moissan, si accueillant, a « isolé un grand nombre de corps nouveaux, ou réalisé, dit M. Nettre des préparations beaucoup plus simples pour divers métaux. Il ne pourrait cependant prétendre avoir un droit d'auteur sur les applications dérivant de ses différentes découvertes, car il n'aurait pu aboutir s'il n'avait eu à sa disposition le four électrique de Violle ». Je répondrai à M. Nettre, que cela prouve simplement que les industries profitant de ces corps sont redevables à Violle et à Moissan.

La méthode Taylor n'est pas protégée, dit-il, mais n'est-ce pas la division du travail, copie de la nature et du bon sens si élémentaire, alors ?..

« Celui qui trouverait un remède au mal de mer et qui ainsi pour certains, comme dit M. Luzzati à l'Académie italienne des Lincei, découvrirait une seconde fois l'Amérique, ne serait pas récompensé ». — Pourquoi pas ? Ce sera probablement un médicament. En effet, un corps nouveau n'est pas, à l'heure actuelle, protégé, et c'est ce que nous reprochons légitimement, croyons-nous. Au meeting de la C.T.I. (salle Wagram, 28 novembre 1925), M. Boucherot, au nom des ingénieurs, a montré la main mise sur leurs inventions partout où on les emploie ou presque.

M. Nettre applique la même affirmation à qui découvrirait un nouveau système d'assolement des cultures, pourquoi préconiser l'impuissance à discerner les idées et leur valeur, peu à peu, avec l'expérience.

Quant aux difficultés pratiques nous ne nous les dissimulons pas. Il faut des conventions internationales, nous l'avons toujours pensé à la C.T.I., comme à la C.I.T.I., en nos réunions internationales de travailleurs intellectuels ; n'en est-il pas ainsi pour les autres propriétés, industrielle, artistique, littérature, et M. Ruffini s'appuie avec raison, croyons-nous, sur ces conventions, et ce ne serait pas « un saut dans l'inconnu » (Nettre) ni « son projet irrémédiablement condamné », (Cesare Vivante, professeur à l'Université de Rome). Il y a des différences avec les discussions sur les brevets, certes, MM. Plaisant nous l'a montré à la C.T.I. ; ici, il y a date ; la véritable paternité aura souvent besoin de l'arbitrage, voire l'arbitrage international, d'où des charges imprévisibles sur les industriels — combien répétons-le, enrichis, et comment, par des travaux ayant même appauvri leurs auteurs.

Le nationalisme scientifique peut impressionner les experts, mais à la S.D.N., n'en peut-il être ainsi pour la paix ou tous autres litiges ? Il y aura, dit M. Vivante, des polémiques, des revendications pour ces prix de vertu « décernés par les intrigues de diplomates ». *Ce n'est point ici matière* à un jugement arbitral, souligne M. Nettre, quel grossissement des choses ? Ira-t-on pour un rien devant la S.D.N. ? et s'il s'agit de gros intérêts, pourquoi n'irait-on pas ?

L'industrie payant des redevances aux savants augmenterait ses prix, renchérirait la vie. Eh bien alors, elle ne vendrait plus, un autre inventeur surgirait qui ferait mieux et à un meilleur marché ; ce serait là une émulation et non un arrêt.

L'automobile est un ensemble de pièces dont tout ou partie sont brevetées, et dont le prix est la résultante de ces charges qui deviendraient plus lourdes pour les idées protégées, l'assemblage... Mais les automobiles ne manquent pas, elles sont un indice de luxe dont tant de gens qui n'en ont pas besoin font montre et ostentation et si la propriété scientifique fait augmenter leur prix, bien des inventeurs enrichis s'en offriront...

Allons-nous revenir aux raisonnements des mariniers de la Fulda, détruisant le bateau à vapeur du Dr Denis Papin, sous prétexte qu'il devait supprimer bien des marins.

Protéger l'inventeur, ici, d'idées, c'est faire reculer l'industrie, dit M. Nettre ; mais au contraire, dirons-nous, lui assurer l'existence ; c'est le multiplier, le créateur d'idées, c'est l'encourager à produire. A l'heure où nos pauvres laboratoires sont désertés, et mes camarades de la Faculté des sciences vont dans l'industrie où ils peuvent vivre, ne convient-il pas de leur assurer des ressources : des hommes, des idées, en donnant l'excès de bénéfices industriels à ceux et aux milieux qui en sont la cause, à ceux qui les produiront encore s'ils y restent et les augmenteront.

Il y a des inconnues à déterminer, soit ; mais solutionnons-les.

***

Il y a les *idées dans l'air*, dont M. Nettre fait grand cas pour, à notre sens, donner trop de place aux difficultés du problème. *On découvre parfois en même* TEMPS, de divers endroits, les mêmes choses. Nous citerons, nous, le téléphone, d'abord, découvert et décrit en France, dans l'*Illustration*, dès 1857, par Bourseul ; plus tard, le 1er mai 1876, dans deux pays des Etats-Unis, à une heure d'intervalle, Graham Bell et Elisah Gray en prenaient le brevet d'invention ; Graham

Bell, par son heure d'avance eut seul le brevet. Bourseul, inspecteur technique des postes, fut reconnu plus tard le véritable inventeur et fait chevalier et officier de la Légion d'Honneur, cependant il mourut pauvre, en son pays natal, à Saint-Céré (Lot) où le Maire, M. Castagné et, le sénateur, M. de Monzie, lui firent, en 1922, élever une statue que je vis l'été de 1925.

Le brevet a protégé le non-inventeur ; cependant tout le monde a rendu justice à Bourseul. M. Nettre croit-il qu'une faible redevance à Bourseul, puis à nos laboratoires français, n'eût pas été versée justement.

D'autres cas, bien nombreux, ne comportent pas de brevet. Ce sont des méthodes, mais combien nouvelles et utiles, telle, la radiothérapie par exemple, la radiumthérapie, qui sortirent du laboratoire, rayons X et radium, pour les appliquer à la cure des maladies. La radiothérapie des fibromes que j'imaginai et que d'Arsonval présentait en mon nom à l'Académie des sciences le 11 janvier 1904 est aujourd'hui classique ; plus heureux pour cette innovation que pour d'autres, ma priorité est admise (Wetterer, de Manheim, J.-L. Faure, A. Béclère, Delherm, Laquerrière, Guilleminot, pour ne citer que les premiers auteurs m'ayant rendu justice), et il ne me déplairait pas d'abandonner aux laboratoires français ce petit droit que chaque radiologue du monde entier pourrait me devoir à chaque traitement de fibrome. En médecine, je l'applique en somme, comme tous les radiologues, sans avantage plus grand. Tous les inventeurs médicaux en sont là. Que touche notre éminent maître d'Arsonval, quand nous ou nos confrères (en suivant l'ordre chronologique) appliquons la d'arsonvalisation à nos malades... ?

Les ennemis ou les adversaires de la propriété scientifique seraient sans doute moins intransigeants s'ils étaient de l'autre côté de la barricade, celui, où non indifférent on se voit souvent dépouillé... même du simple honneur scientifique et que l'on voit attribuer à X ou Y le fruit de son labeur cependant évident, éclatant ! La question d'argent est moindre que celle de l'honneur, Mlle Munier le proclame justement, et la priorité pourrait incomber à charge aux intéressés, et elle est souvent, surtout à notre époque, fixée par des journaux scientifiques, des communications aux corps savants... le tout très vérifiable. Pour « l'idée dans l'air », comme pour le téléphone où Graham Bell triompha d'Elisah Gray, pour une différence d'une heure, le premier publié aurait gain de cause !

Il y a souvent aussi comme élément d'appréciation, des priorités, *consentement général*, bien qu'il n'y ait rien là d'absolu, nous l'avons vu pour la loi de Newton ; de même, Galilée qui l'a payé assez cher, près de l'autorité religieuse, pour le mouvement de la terre (*E pur si muove*), et pour le pendule.

Il y a certes, des exceptions, mais le fait qu'on les connaît, prouve par cela même qu'on a pu les trouver et les dénoncer, cependant l'erreur persiste. Je ne sais plus qui a dit qu'il était plus facile de trouver une vérité que de redresser une erreur. Mais quand on veut bien. Ainsi tout le monde attribue à Franklin l'idée du jouet d'enfant, le cerf-volant, pour aller chercher la foudre au sein des nuages. Louis Figuier, en ses *Merveilles de la science*, si documentées, démontre que l'idée de ce cerf volant est bien française, due au magistrat du présidial de Nérac, de Romas, qui la communiqua dès le printemps de 1752 à l'Académie de Bordeaux. Mon regretté ami Jean Bergonié, prof. de la Faculté de médecine de Bordeaux, l'a prouvé lui aussi, en un beau et très renseigné livre. J'y ai consacré moi-même une leçon de mon cours libre de la Faculté de Paris. Franklin expérimenta seul, avec son fils, dans une plaine des Etats-Unis, en septembre 1752, dans de mauvaises conditions qui en font mettre en doute bien des détails. Tout ceci fut prouvé en 1763 par une commission de l'Académie des sciences de Paris, où le grand électricien d'alors, l'abbé Nollet, était rapporteur. Malgré cela, Franklin garde la gloire, mais *on sait*, quand même... *ceux qui veulent savoir* !

Je pourrais multiplier de tels exemples, mais à quoi bon ?

Quand *on veut savoir*, on peut, on doit savoir. J'insiste. Je tiens encore à donner un exemple récent qui a ému nos Académies, Médecine et Science. Il s'agit du cinématographie que certains auteurs attribuent à Marey et Demeny, les autres aux frères Lumière. Certes, là, la thèse de M. Nettre d'opposition à la propriété scientifique, eût trouvé de puissants arguments, et cependant... Les découvertes se font par des progrès successifs, et *chaque progrès est personnel à qui le trouve, le réalise* ; ne pas admettre ceci que nous considérons comme un axiome, c'est nier tout effort humain, tout brevet d'invention même. L'*histoire du cinématographe* par M. C. M. Coissac qui suit pas à pas les jouets d'enfants avec mouvements reproduits, à la chronophotographie de Jansen, en astronomie, et de Marey en physiologie ; elle nous montre surabondamment ce qu'il restait à faire, et combien important, pour arriver au cinématographe des frères Lumière.

Beaucoup d'*affirmations* des auteurs hostiles à notre cause de la propriété scientifique, et je les ai résumées avec M. Nettre, sans être ébranlé le moins du monde !

Chose curieuse et peu rare devant Dame Justice ! Les arguments de Mlle Munier et de M. Nettre sont semblables, et simplement interprétés différemment. Le *pour* et le *contre* ne sont

ils pas souvent plaidés de même ! Je me garderai bien de médire du barreau, ayant moi-même en 1889 prêté serment d'avocat devant la Cour d'Appel de Paris et voulu cumuler l'exercice médical et la plaidoirie, mais des statuts archaïques de l'ordre veillaient, et ce cumul est interdit. Tout de même, il est amusant de constater la *relativité* — qu'en pense Einstein ? — de nos paroles, de nos dissertations, puisque l'on peut faire dire souvent aux mêmes arguments, tout le contraire !

Quoi qu'il en soit, comme tout est préférable au silence, même l'éreintement le plus violent, ce qui n'est pas le cas avec M. Nettre du reste, je trouve son travail très intéressant, très utile ; il prouve que la cause est en marche. On ne s'attaque qu'aux choses ou aux gens qui en valent la peine. La propriété scientifique entre dans le domaine juridique, on l'étudie, on la discute, donc on la résoudra plus ou moins vite, mais on la résoudra, dans le sens de l'équité et du droit !

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'augmentation de l'Indemnité-Maladie

Au cours de ces derniers mois, j'ai reçu d'un certain nombre de confrères des lettres concernant des suggestions trop intéressantes pour que je puisse les passer sous silence.

J'en prends deux qui résument bien l'esprit des autres et précisent la question soulevée :

Voici la première :

Monsieur le secrétaire général,

J'ai bien reçu votre envoi de pièces en blanc avec un exemplaire des statuts de la Mutualité familiale du Corps médical français, mais je vous avouerai que la lecture de ces derniers m'a quelque peu désillusionné.

Vous écrivez des articles sur la prévoyance en général et sur votre société en particulier, vous nous dites qu'elle est faite pour secourir le médecin et l'aider en cas d'incapacité de travail . . . et que nous offrez-vous ? — 30 francs par jour au maximum ! Avouez que, par le temps qui court c'est peu et que le jeu n'en vaut guère la chandelle.

Vous n'ignorez pas qu'aujourd'hui le moindre remplaçant demande 50 fr. par jour, nourri et logé. ... Quand votre Mutualité familiale assurera au moins ces 50 fr. quotidiens, quand elle nous assurera le paiement de nos remplaçants, je viendrai à elle — pour l'instant elle ne m'intéresse pas et je m'abstiens, tout en rendant justice à votre initiative, à vos efforts et à votre passé.

Veuillez agréer ....

Dr M...

et voici la seconde :

Mon cher secrétaire général,

Membre de MAD., je viens vous prier de me faire inscrire à MA. afin de m'assurer l'indemnité de 30 fr. par jour, car je trouve réellement insuffisants les 20 fr. que je recevais en cas de maladie.

Mais, puisque l'occasion m'en est offerte, laissez-moi vous dire que notre Mutualité familiale ne se maintient guère à la hauteur des circonstances. Je ne méconnais certes pas vos efforts et je vous félicite d'avoir pu nous permettre de compter sur une indemnité de 30 francs au lieu et place des 10 fr. des débuts, mais aujourd'hui tout coûte de 4 à 5 fois plus cher qu'en 1918 : le budget du plus modeste praticien, avec les autos, atteint un chiffre énorme ; chaque jour d'incapacité fait perdre au bas mot cent francs de recettes — pensez-vous que, dans ces conditions, vos 30 francs quotidiens soient une aide efficace ? Ils ne sont plus qu'un maigre secours et, vraiment nous avons droit à mieux : songez que le moindre remplaçant demande aujourd'hui 50 francs d'honoraires par jour.

La Mutualité familiale se doit à elle-même et nous doit d'étudier les moyens de nous assurer 40 et même 50 fr. d'indemnité journalière. Il ne doit pas être bien difficile, je suppose, de permettre de prendre deux parts de MAD. — 2 fois MAD + MA, voilà nos 50 francs trouvés sans complications, sans création de combinaison nouvelle . Je vous soumets la question et vous prie de l'étudier : il y a urgence pour nous et je suis sûr que cette mesure vous atirerait pas mal de jeunes recrues qui aujourd'hui haussent les épaules devant ce que vous leur offrez ...

Veuillez agréer ..... Dr H...

Ces lettres m'ont d'autant moins surpris que je suis hanté moi-même, depuis l'an dernier, des mêmes préoccupations que mes correspondants et qu'au Conseil de la Mutualité, nous avons déjà plusieurs fois parlé de cette question.

Si nous n'avons pas été plus loin, en voici les raisons :

D'abord, avant d'apporter à nos services une modification de cette importance, nous avons besoin de savoir ce que nous donnera l'inventaire de 1926. C'est d'après les résultats obtenus, et d'après eux seulement, que notre actuaire pourra étudier les possibilités d'augmentation des indemnités, la façon de faire, le tarif des cotisations nouvelles, etc...etc...

Une innovation qui risque rapidement de doubler le total des indemnités versées ne s'improvise pas : il est évident que si la cotisation de MAD est plus élevée que deux cotisations MA, si encore MAD + MA coûte plus cher que la somme des cotisations de MA et de MAD, il faudra prévoir pour une indemnité de 50 francs par jour, une cotisation très sensiblement supérieure à cinq fois celle de MA. Toutes ces études demandent du soin, des recherches, des calculs et ne peuvent partir que sur une base solide.

Nous devons donc attendre.

D'autre part, trente années d'expérience nous ont prouvé qu'une combinaison quelconque ne peut marcher qu'avec le nombre. Pour faire marcher une combinaison nouvelle, il faudrait à mon sens — et si je me trompe, M. Fleury rectifiera — ne partir qu'avec 300 adhérents au moins. Or, si tous les amateurs de la combinaison à 50 francs attendent pour y venir qu'elle soit constituée, jamais nous ne pourrons la mettre sur pieds.

Et la question est de savoir si réellement le corps médical français, dans sa majorité, pense comme mes correspondants. Certes, ceux-ci ont raison de vouloir trouver le maximum possible de prévoyance, mais je me demande si véritablement ils sont beaucoup à penser ainsi.

Je veux donner les raisons de mon doute.

Quand nous avons ouvert notre combinaison MAD, quand nous avons autorisé le cumul de MA avec MAD, nous avions pensé que la grande majorité de nos sociétaires de MA s'empresseraient de se faire inscrire à MAD : je viens de faire dans mes archives une enquête pour savoir ce qu'il en est advenu et voici ce que j'ai trouvé.

Sur 293 sociétaires affiliés à MA et pouvant, de par leur âge, entrer soit à MAD, soit à 1/2 MAD, 79 seulement se sont inscrits pour avoir 20 francs d'indemnité par jour et 74 seulement pour avoir 30 francs ; 140 se contentent de l'indemnité de 10 francs.

Le tableau suivant donne, par âge actuel, le total des membres inscrits à MA et le nombre de ceux qui se sont inscrits à MAD ou à 1/2 MAD

Age actuel	MA	MAD	1/2 MAD
46 ans	50	9	12
45 —	39	10	9
44 —	29	3	10
43 —	26	3	10
42 —	21	2	5
41 —	30	7	10
40 —	22	3	10
39 —	16	7	4
38 —	12	3	5
37 —	11	5	2
36 —	9	3	1
35 —	7	4	1
34 —	6	3	»
33 —	4	4	»
32 —	5	3	»
31 —	2	2	»
30 —	1	1	»
29 —	2	1	»
28 —	1	1	»
	293	74	79

Que quelques-uns d'entre eux ne puissent être admis aux autres combinaisons à cause de leur état de santé, je l'admets, mais leur nombre ne dépasse pas 40 au grand maximum. Plus d'une centaine ont la santé et l'âge voulus pour avoir la faculté de doubler et de tripler leur indemnité.

Indifférence, négligence, ignorance, que sais-je ? Mais devant une telle constatation le Conseil de la Mutualité familiale a le droit de se demander si tout le travail d'une organisation permettant de donner 40 ou 50 francs d'indemnité quotidienne vaut la peine d'être tenté. Tout notre effort ne va-t-il pas aboutir à recruter une cinquantaine d'adhésions avec lesquelles nous ne pourrons rien faire.

Je soumets la question au corps médical tout entier, à nos adhérents futurs comme à nos anciens.

Que chacun y réfléchisse, que chacun m'écrive ce qu'il en pense et que tous ceux que la chose intéresse véritablement m'envoient dès maintenant une adhésion non pas de principe, mais une adhésion ferme qui ne soit soumise qu'à la restriction toujours nécessaire de l'état de santé du postulant.

A l'empressement à adhérer à une combinaison nouvelle en rapport avec le coût actuel de la vie, au nombre des adhérents qui s'inscriront, nous jugerons si nous pouvons, si nous devons marcher dans cette voie nouvelle.

Nous ne demandons pas mieux que de le faire, mais nous voulons, auparavant, savoir où nous allons.

H. MIGNON.

AUTOUR DES THÉATRES

Carmosine. — Résurrection. — Poussière de Soleils. — La Bayadère. — L'Ombre. — L'Ecole des Courtisanes. — L'Animateur. — Caroline était mariée. — Une paire de Pères.

La splendeur des précédentes semaines ne s'est pas maintenue et le nombre des nouveautés s'est ralenti sans toutefois laisser vraiment au critique le temps de se reposer : les fêtes qu'on prépare au Romantisme et à la remise à la mode du mot sinon de la chose en sont la raison. A-t-on dit assez de mal de ce Romantisme et combien peu cependant parmi ceux qui s'en sont vantés sont parvenus à s'en échapper. Pour la plupart, ils étaient des sensibles et des imaginatifs, et comme la caractéristique du Romantisme est la prédominance de la sensibilité et de l'imagination sur la raison, ils n'ont pu résister à la suprématie de l'individualisme et à la substitution du particulier au général dans tous les genres, qu'ils soient le romanesque ou le dramatique. La généralisation avait été le domaine propre du classique, elle avait entraîné l'absolu des règles et des modèles en enfermant et comprimant la pensée comme pour restreindre l'expansion du génie individuel ; il était naturel que par une réaction correspondante la rupture se fasse, amenant avec elle le réveil du Lyrisme : au fond, tous les hommes de génie ont été des romantiques à leurs heures, chaque fois que s'affranchissant des règles et des idées reçues ils se sont laissés aller suivant leur seul tempérament propre.

Voici que la Comédie-Française, prenant ainsi à son compte toute l'œuvre de Musset (puisquelle doit, dit-on, remonter bientôt *Lorenziaccio*) a inscrit *Carmosine* à son répertoire : la trame de *Carmosine* est des plus simples : elle est aimée depuis son enfance par un gentil jeune homme tandis qu'elle même se meurt d'amour pour le Roi, mais le roi est marié à une reine qu'il adore et qui le lui rend et tous les deux s'emploient à guérir la jeune fille et la marient avec celui qui l'aime depuis si longtemps. Pas plus que les autres pièces d'Alfred Musset, *Carmosine* n'a été écrite pour la scène et son extrême sobriété doit être considérée comme partie intégrante de son charme : les amours de Titus et de Bérénice contrariées par la raison d'Etat n'ont-elles pas donné naissance à des œuvres remarquables dont le sujet est au moins aussi sobre ? mais par-dessus tout, dans *Carmosine*, la psychologie des personnages est incomparable ! C'est la thérapeutique la plus raffinée des psychoses et des suggestions appliquée à la guérison d'une âme qui souffre. La science n'a pas trouvé mieux depuis et il ne semble pas que les plus modernes psychistes puissent trouver une méthode et des moyens plus habiles et plus efficaces en même temps que plus élégants pour les mettre en harmonie avec l'élévation et la noblesse des caractères et la grâce alerte et pure des images et du langage.

Je salue en Mlle Marie Bell une Carmosine jolie qui semble avoir particulièrement bien compris les subtilités d'un rôle tout de nuances délicates et je félicite M. Fresnay, dont la silhouette est de beau style, d'avoir su si bien donner aux mots le rythme et l'éclat en faisant des phrases sonores une véritable musique.

L'Odéon a repris *Résurrection* en donnant le rôle de la Maslova à Mlle Jane Marnac. Le caractère de la pièce varie de façon étrange avec la personnalité de la principale artiste. Depuis Berthe Bady qui la créa, *Résurrection*, revenue à l'Odéon depuis quelques années, est demeurée au répertoire où le rôle principal y fut tenu entre autres par Mmes Germaine Rouer, Suzanne Rusler et Trouhanova ? Il faut féliciter Mlle Marnac de la compréhension très personnelle qu'elle a réalisée et qui serait certainement allée au cœur de l'auteur, de ce grand Henri Bataille dont une autre pièce, l'*Animateur*, tient si brillamment la scène du Théâtre de Paris. Combien nous sommes loin, dans ces deux pièces, de par le pathétique, la violence et la vigueur, de tous les petits spectacles et des comédies légères qui sont la monnaie courante dont nous devons, et non sans regret, pour le moment nous contenter.

« *Poussière de soleils* », s'étale à la Porte Saint-Martin en 21 grands tableaux enveloppés de musique nègre et présentés sur une bonne douzaine de fonds différents : les décors ne sont pas sans mérite. Le texte est d'une clarté déconcertante dans sa puérilité synthétique, les idées passent presque sans suite avec un mélange de pittoresque et de décousu : quelques tableaux défilent et tout d'un coup c'est le vide, la pièce est finie sans qu'on sache bien pourquoi, en même temps qu'une jeune fille (que diable est-elle venue faire dans cette galère) épouse celui qu'elle aime, accolant à l'autre sans aucun lien réel une seconde petite pièce, prétexte naïf à quelques tableaux de plus qui auraient pu avec avantage être mis à part.

La Bayadère que MM. Emile et Vincent Isola ont montée au théâtre Mogador a été mise en scène avec le maximum de luxe de décors, d'interprètes et de costumes. Dès le début, l'impression est un peu pénible ; les récitatifs par lesquels le Prince exhale son amour ont trop de points communs avec la complainte sentimentale qu'un chanteur de café concert de très bonne qualité clamerait, pendant l'entr'acte, au balcon du couloir des loges pour faire paraître moins longues les minutes d'attente, aux spectateurs massés en dessous dans quelque foyer-bar. Et malgré la voix agréable de Madame Kousnezoff et les effets vocaux de haute classe de M. Léonard, malgré

la somptuosité des décors orientaux, malgré les mots spirituels dont M. Pierre Veber a émaillé son livret, une impression de gêne persiste que seule au troisième acte la tournée dans Montmartre vient dissiper sur le tard. L'origine viennoise de la pièce, malgré tout le talent du librettiste, à cause, peut-être, des airs et des danses déjà si connus, transparaît en lourdeur et c'est l'ensemble trop moyennement monotone de la musique récitative (en dehors des couplets que l'on chante partout) qui me paraît en être la cause.

Au Nouvel Ambigu, M. Mario Niccodemi a obtenu un vif succès avec *l'Ombre* : *l'Ombre* revient en France après une brillante carrière à l'étranger ; elle possède la solidité de facture et de charpente des pièces d'avant-guerre dont nous avons perdu l'habitude et nous ramène, non sans charme, aux scènes importantes auxquelles les auteurs d'actualité semblent avoir renoncé, même lorsqu'ils sont capables de les construire : Un peintre célèbre, écrivain à ses heures, a une femme paralysée depuis six ans ; elle guérit comme par miracle d'une visite à son atelier. Mais elle y trouve la maîtresse et l'enfant que son mari la croyant infirme pour toujours, a installés là depuis plusieurs années et elle reprend sa place d'infirme, cachant à tous sa guérison et se condamnant à ne plus être que l' « Ombre » fidèle. Quelque invraisemblable que soit le dénouement, Mlle Bérengère, qui interprète le rôle de la femme, parvient de façon magistrale, à passer en quelques instants de la joie la plus vive à la peine la plus effroyable ; elle est toute de sensibilité tellement qu'il est invraisemblable d'admettre que le personnage qu'elle exprime puisse se résoudre à simuler une des plus terribles formes de l'infirmité qui soit, surtout quand elle doit être simulée.

Opérette légère, « *L'Ecole des Courtisanes* », à la Gaité-Rochechouart, est renouvelée de l'antique *Ecole de Corinthe* ; elle atteint à merveille son but, car elle ne paraît viser qu'à récréer ceux qui aiment à la fois la note gauloise, grivoise et solidement gaillarde. Il y a bien quelque exagération dans le calcul des exploits amoureux dont s'enorgueillissent les héros, mais cet excès forme avec les couplets « j'ai fait ça pour toi » et la leçon de maquillage, la vraie raison du succès. Les auteurs ont écrit pour leur public et la musique de M. Maurice Bellecour est « à la page » sans banalité.

Au Théâtre Déjazet, Mlle Rolle a le talent de dénicher des vaudevilles très gais que Mme Paul Rolle met en scène dans des décors très appréciés de M. Georges Rolle. Toute la pièce « *Caroline était mariée* » roule sur la constatation des adultères que Caroline, femme publique, perpètre avec ses amants et qui, subitement, ont eu le don de ne plus plaire à son mari. Une note d'excellent aloi est donnée au début et à la fin par Mme Marthe Sarbel dont l'enjouement sait demeurer de bonne et saine tradition dans une distinction élégante et raffinée. De vrai, le commissaire est, plus que partout ailleurs, bon enfant, puisqu'il sait se faire nommer Directeur de prison juste à temps pour mettre son appartement personnel à la disposition de ceux qu'il a mission de faire écrouer. La manière dont son gardien-chef interprète ses instructions, ne sauvegarde pas absolument les formes légales, mais il suffirait peut-être de visiter les prisons de certaines petites villes pour se rendre compte que les gardiens y sont volontiers des domestiques de leurs prisonniers et qu'il est arrivé à nombre de ceux-ci d'en profiter pour ligoter le geolier (ou sa femme) et s'enfuir le long de la corde du puits. Il serait injuste de se montrer trop sévère au choix de ces situations rares mais non impossibles que doivent rechercher presque obligatoirement les auteurs gais pour amuser leur public.

C'est d'ailleurs sur une situation non sans étrangeté que M. Léon Xanroff a montré le désopilant Vaudeville « *Une paire de Pères* » qu'il a écrit en collaboration avec MM. Vercourt et Bèver, et que les Folies Dramatiques viennent de monter dans un décor de caserne d'Intendance du plus réjouissant effet. On comprend assez bien que Simone ne tienne pas absolument à ce que son fiancé garde à son service son ordonnance, Tricot (qu'incarne, en pince sans rire, le facétieux Morton) malgré les attentions les plus minutieuses et les plus délicates dont l'entoure son lieutenant en souvenir de durs moments passés ensemble aux Colonies. Mais le procédé par lequel l'ordonnance après être allé à la mairie reconnaître comme sa fille la fringante Zanzibette (Mlle Musidora) chanteuse de Music-Hall, s'avise, pour ne plus pouvoir en être séparé, de reconnaître également son lieutenant pour son fils, est plus délicat à digérer, et ce n'est pas sans quelque soulagement, car tout vient à point, qu'on voit arriver un second père, le vrai, pour tout remettre au point. Les mots d'esprit pétillent d'un bout à l'autre, en un véritable feu d'artifice, à la manière de Xanroff, et c'est le fou rire qui fait passer en faisant oublier tout ce qui n'est pas la minute et la scène, et c'est bien déjà quelque chose.

Avec ces dernières pièces, il semble que nous soyons loin du romantisme et cependant ... n'est-il pas permis de penser que le Romantisme n'est pas forcément exclusif de gaieté. Les procédés de M. Xanroff sont ici très loin des moyens classiques de déchaîner le rire, il ne cherche en aucune manière à généraliser les situations qu'il imagine et le caractère de son héros, du père fictif, est incontestablement tout ce qu'il y a de plus individualiste ; c'est donc que — et dès longtemps — on s'en doutait, M. Xanroff est un Romantique et je ne crois pas que ce puisse être pour lui déplaire.

Dr G.-PAUL MANCEAU.

LA RECRUDESCENCE DE L'ALCOOLISME

Sous ce titre, la revue *Le Concours Médical*, dans son numéro du 30 août 1925, rend compte dans les termes suivants d'une communication faite par M. le professeur Achard à l'Académie de médecine, le 27 juillet précédent :

« L'alcoolisme, qui avait presque disparu des hôpitaux à la fin de la guerre, est depuis quelque temps en recrudescence. M. Achard a déjà eu l'occasion d'en parler à la tribune de l'Académie et il apporte aujourd'hui une statistique de son service de l'hôpital Beaujon, portant sur les six derniers mois.

« Durant ce laps de temps, 418 hommes et 579 femmes ont été reçus dans ses salles, fournissant une proportion d'alcooliques de 10 % pour les premiers, et de 6 % pour les dernières. L'alcoolisme chez ces malades était tantôt la cause essentielle de l'affection pour laquelle ils avaient été admis à l'hôpital (cirrhose, delirium tremens, polynévrite, gastrite), tantôt une cause seulement d'aggravation.

« Cette recrudescence de l'alcoolisme reflète assez exactement, semble-t-il, le relèvement de la consommation de l'alcool en France. Les origines de ce regain de l'éthylisme sont de divers ordres : la progression des salaires, le défaut d'esprit d'économie chez les travailleurs des villes, la journée de huit heures qui accroît les loisirs, le désir de profiter au maximum des satisfactions matérielles, etc. Pour diriger la prophylaxie, il faudrait déraciner le préjugé populaire qui veut que l'alcool donne des forces, enrayer le développement des boissons distillées qui, sous des noms camouflés, tendent à ressuciter l'absinthe (qu'il est même question de rétablir), répudier le terme de boissons hygiéniques que l'on applique trop généreusement aux vins, cidres et bières (faisant croire qu'elles sont favorables à la santé en toutes quantités), et organiser une propagande populaire auprès des travailleurs (le médecin est particulièrement qualifié pour donner sous ce rapport des conseils désintéressés) et, auprès des enfants à l'école ».

Et M. Achard conclut :

« Quand s'organisera chez nous la « cellule » qui inscrira dans son programme les réalités profitables à l'hygiène avant le mirage d'un paradis social ? J'aurais, je l'avoue, plus de confiance dans la police antialcoolique, faite par quelques camarades convaincus et organisés, que dans les adjurations philanthropiques des plus éminents moralistes ».

Nous croyons devoir nous permettre de dire très respectueusement à M. le professeur Achard que nous ne partageons pas son opinion quant à certaines des causes auxquelles il attribue la recrudescence de l'alcoolisme constatée.

Nous pensons d'abord que c'est à tort que la progression des salaires est incriminée : parce que cette progression est nécessitée par celle du coût de l'existence et que, toute proportion gardée, les salaires d'aujourd'hui ne sont pas, en général, supérieurs à ceux d'avant-guerre ; 2° parce que l'expérience démontre que ce ne sont pas les ouvriers aux salaires les plus hauts que l'on rencontre chez les buveurs.

Le défaut d'esprit d'économie, à notre avis, est moins grand de nos jours, dans la classe ouvrière ; cette constatation s'impose si l'on considère le nombre toujours plus grand des ouvriers et employés qui deviennent propriétaires de leur maisonnette.

Quant à la réduction de la durée de la journée de travail, c'est à tort qu'on l'accuse d'inciter les ouvriers à boire. Les gens qui voient les travailleurs de près savent que c'est chez ceux qui font des travaux pénibles, et surtout de longues journées, qu'on trouve des personnes s'adonnant à la boisson. Bien qu'une loi ait limité la durée du travail à huit heures, nombreux sont les ateliers, usines et magasins où cette durée est dépassée de plusieurs heures, et ce sont principalement les travailleurs qui, volontairement ou non, dépassent la journée légale qui, croyant à la vertu prétendue de l'alcool fortifiant, lui demandent le coup de fouet dont ils éprouvent le besoin pour résister à la fatigue.

Enfin, si le désir — bien légitime pour qui travaille — de profiter des satisfactions matérielles se développe dans le monde ouvrier, ses goûts se sont élevés. Le travailleur est plus soigné qu'il ne l'était. Les jours de sortie, on voit de nombreux ouvriers que l'on prendrait pour des bourgeois si leurs mains étaient gantées, à la façon dont ils sont habillés. Leurs mains calleuses et déformées par le travail seules les trahissent. Tous ceux qui peuvent avoir des vacances s'efforcent de partir à la campagne et à la mer ; tout au moins, cette satisfaction est procurée, autant que possible, à la femme et aux enfants.

Non, M. le professeur, ne croyez pas que l'amélioration du sort des travailleurs contribue à le pousser vers l'alcool ; c'est le contraire qui est la vérité.

Si vous consentiez à vous rendre dans une assemblée de syndiqués, vous constateriez la bonne tenue de ces gens qui luttent pour obtenir les hauts salaires nécessaires à leurs besoins et les journées courtes leur permettant le repos et les loisirs dont a besoin tout être humain, quel que soit son rôle social et seriez convaincu que ce ne sont pas ceux-là que vous trouvez parmi vos malades d'alcoolisme.

Ceux-ci sont en grande partie les victimes de l'état actuel de la vie que nous ont fait les conséquences de la guerre.

Une grande quantité de personnes sont obligées de vivre à l'hôtel en raison de la pénurie des logements. L'hôtelier étant presque toujours un débitant de boissons, on est tenu, malgré soi, d'alimenter son commerce. Puis on est contraint de prendre ses repas au dehors et de consommer plus de boissons dites hygiéniques que chez soi. Enfin, ne se plaisant pas

dans sa pauvre chambre d'hôtel, on passe son temps, homme, femme, enfants là où il fait plus gai en tout temps et plus chaud en hiver. La même tentation hante les familles qui, quoique n'habitant pas l'hôtel misérable, sont parquées dans des taudis dans lesquels bien des bourgeois ne voudraient pas loger leur chien. Voilà ce qui développe l'alcoolisation des travailleurs. Combien de bourgeois, qui s'alcoolisent, n'ont pas ces excuses ?

Et puis, il y a la réclame effrénée des marchands de mixtures, d'apéritifs, soi-disant tous meilleurs les uns que les autres. Les affiches illustrées, les motifs lumineux, les banderoles, etc., tout cela est mis en œuvre pour frapper l'imagination des foules. Les journaux, sans excepter ceux qui ont pour mission de guider et défendre le prolétariat — ou qui sont censés remplir cette mission — réservent chaque jour une place aux empoisonneurs publics.

Quant aux politiciens de toutes couleurs, ils se gardent bien de réagir. Dire au peuple la vérité, quand on veut avoir ses suffrages, y pensez-vous ? Il vaut mieux le flatter, l'approuver presque ; ce faisant, on ne risque pas de s'aliéner les grands électeurs, MM. les Débitants de boissons, et l'on devient un grand homme.

Oui, M. le professeur Achard, une propagande désintéressée s'impose, mais il faut en avoir les moyens. Avez-vous songé à ce qu'il faudrait d'argent pour faire pièce à la réclame que payent les marchands d'alcool ?

La *Ligue Nationale contre l'alcoolisme*, grâce à l'aide que lui apportent un certain nombre — relativement faible — de personnes qui voudraient enrayer le fléau, fait de la propagande. Elle a quelques militants qui prêchent ... presque dans le désert, ou à peu près, en raison de la modicité des ressources dont elle dispose.

Elle agit, autant qu'elle le peut, auprès des écoliers, mais qu'est-ce hélas ! en comparaison de l'action intensive de nos adversaires, soutenue indirectement par l'inertie de nos gouvernants ?

Nous ne vous gardons pas rancune, M. le professeur, des allégations qui nous affligent parce que vous êtes, comme nous, un ennemi déclaré du poison de l'humanité, mais nous vous prions de croire que les améliorations que nous avons pu apporter à notre sort avec tant de peine, sont bien innocentes du crime dont vous les avez accusées (1).

E. QUILLENT,
Ouvrier syndiqué.

VARIÉTÉ

Chirurgie nègre

Le Père REUMAUX, missionnaire à Oukerévé, a eu l'occasion d'assister à l'opération que les nègres pratiquent pour le traitement des *poitrinaires*.

« Ecoute, lui dit un jour un nègre, tu es poitrinaire, tu vas chez le médecin, il t'ouvre la poitrine (mot à mot : il te perce), il coupe, il tranche, et, si Dieu le veut, tu es guéri. »

Laissons la parole au P. Reumaux (1).

Voici comment opère le noir Esculape.

Avant d'entreprendre l'opération, il étudie longuement son malade, cherche surtout l'endroit précis de la douleur, et finalement prononce son jugement.

— Ça peut réussir !

Et l'on prend jour.

A l'heure fixée, opérateur et opéré vont s'intaller au bord du lac. Le chirurgien fait une incision de six à sept centimètres au niveau inférieu- d'une côte, et dans le sens de la côte. L'incision faite, le patient, à genoux, se baisse, allonge le corps, la main arc-boutée contre terre et peu à peu une portion du poumon finit par passer par cette ouverture. Le chirurgien sectionne les parties attaquées, fait rentrer le reste et ramène son client dans sa case.

Chaque jour, on baigne le malade. Des onctions de beurre fondu sont faites sur les plaies, et, au bout de peu de semaines, celles-ci sont cicatrisées.

Je vois d'ici plus d'un lecteur sourire de façon très sceptique, et la Faculté lever les bras ou hausser les épaules à la lecture de cette opération chirurgicale (2).

Et, de fait, l'opération n'a pas réussi : le poumon d'Oscar n'a pas fait son apparition. D'ailleurs, en a-t-il, suffisamment, le pauvre garçon,

(1) Missions d'Afrique, août 1925.

(1) *Fraternité*, septembre-octobre 1925.

(2) Mgr de Jacobis, ancien vicaire apostolique de l'Abyssinie, nous apprend que les gens de la tribu des Irob-Bochaïta excellent dans les opérations chirurgicales et y font preuve non seulement d'une adresse rare, mais d'un grand courage. Et il rapporte le fait suivant dont il a été témoin.

Un certain Blatta Sebhatou souffrait horriblement d'un mal d'entrailles dont il voulut se guérir lui-même. Il commença par remplir de beurre fondu une grosse écuelle de bois, qu'il recouvrit d'un réseau abdominal d'une vache tuée sur l'heure. Ceci fait, il s'assied à terre, s'ouvre le bas du ventre avec un rasoir, fait tomber ses intestins sur le réseau tout fumant encore et les dégage successivement d'une graisse d'où, dit-il, vient tout son mal, ayant soin, durant l'opération, d'oindre de temps en temps ses mains avec le beurre, il fait rentrer ensuite le tout à sa place naturelle, coud la blessure avec soin, après quoi il se couche sur le dos, tire les jambes à lui et reste immobile dans cette position, ne prenant que très peu de nourriture jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

car voilà cinq à six ans qu'il traîne sa maladie de médecin en médecin.

— Qu'à cela ne tienne ! dirent alors les témoins guérissons d'abord la plaie et l'on recommencera l'opération une côte plus haut.

Mais, quelques jours après, se produisit une complication. Pendant qu'on baignait le malade, qu'à cet effet on avait apporté au bord du lac, survint une hémorragie.

Croyez-vous le chirurgien découragé ? Pas le moins du monde !

— Si l'hémorragie ne se reproduit pas, dit-il, préparons-nous à une nouvelle opération (2).

Le récit qu'on vient de lire nous remet en mémoire le fait suivant qui nous a été conté par un de nos confrères du Rouanda.

Un de nos guerriers Banyarouanda reçut un jour un terrible coup de lance dans le ventre. Vite emporté du champ de bataille, le blessé trouve refuge dans une hutte amie. On mande en toute hâte le médecin indigène, vulgaire paysan qui en impose à ses clients, non par une vraie science, mais par beaucoup d'aplomb et par la connaissance de quelques recettes superstitieuses.

« C'est une plaie de quatre pioches ! » dit-il, après un instant d'examen, indiquant par là les honoraires réclamés, toujours mathématiquement en proportion avec la gravité de la maladie.

Le point délicat était de réintégrer les entrailles en leur place normale. Des bandages en feuilles sèches de bananier sont impuissants à produire ce résultat et l'on commençait à perdre tout espoir lorsqu'un des assistants se hasarde à proposer un remède inédit.

— Faisons d'abord entrer les intestins dans une *katchouma* (courge servant de gourde, d'une contenance d'un demi-litre).

Aussitôt dit, aussitôt fait. On apporte une *katchouma*, on y fait passer les intestins rebelles et l'on introduit le tout dans l'abdomen du blessé puis, en rapprochant les lèvres de la plaie au moyen de ficelles grossières, on obtient une adhésion ! aussi parfaite que possible.

Quelques semaines plus tard, il ne restait plus au blessé, comme souvenir, qu'une vilaine cicatrice et, l'on s'en doute bien, une bosse, disgracieuse sans doute, mais qui proclamait hautement l'ingéniosité de son inventeur.

O méthodes aseptiques et antiseptiques, vous voilà bien humiliées ! où êtes-vous ? Professeurs des Facultés, expliquez le cas si vous le pouvez. Voilà une gourde qu'ont remplie successivement les liquides les plus divers, qu'ont cent fois manipulée des mains jamais lavées, qu'ont souillée des lèvres malpropres et parfois ulcérées. Eh bien ! ce véritable bouillon de culture est inséré dans les replis intestinaux d'un nègre ; aucune inflammation ne se déclare, bien plus, la santé revient florissante.

Nous ne conseillerions pourtant pas ladite recette à nos chers confrères qui auraient à soigner pareilles blessures.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Cours de pathologie médicale.** — M. le professeur Sicard a commencé le cours de pathologie médicale le *mardi* 9 *mars* 1926, à 18 heures et le continue les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (Petit Amphithéâtre). Objet du cours : *Intoxications, pathologie méningée, endocrinologie.*

— **Nécrologie.** — M. le docteur Durand, de Maubourguet (Hautes-Pyrénées). — M. le docteur Druet, de Le Puy-Notre-Dame (Maine-et-Loire). — M. le docteur Lucasse, de Saint-Omer (Pas-de-Calais). — M. le docteur Philippe Maréchal, de Paris. — M. le docteur Achille Chapuis, de Paris. — M. le docteur Pierre Péraldi, de Sartrouville. — M. le docteur Vanneufville, de Tourcoing. — M. le docteur Sainz, de Cholet. — M. le docteur Guiter, de Cannes.

— **Le Centenaire de la Chambre syndicale des Pharmaciens.** — La Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine vient de fêter en un banquet le centième anniversaire de sa fondation. Près de cinq cents convives y assistaient.

— **Bordeaux.** — *Conférence sur le vin.* — M. le professeur Pousson a fait, le 6 février, au Cercle Voltaire, à Bordeaux, une conférence sur le vin. L'orateur rappela les attaques dont le vin a été l'objet et les répliques des médecins bordelais. La valeur nutritive, antiseptique et sociale du vin, ajouta-t-il, a été mise au point par les professeurs Arnozan, Blarez, Régis et Sabrazès, de la Faculté de Bordeaux.

— **Belgique.** — *Tarif des certificats d'assurance-vie.* — Conformément à un accord établi entre la Fédération médicale et le secrétariat des assurances-vie, les honoraires des certificats d'assurance-vie sont fixés à 35 fr. Ce chiffre comporte un examen qualitatif des urines.

— **V. E. M. Sanatorium des Pins.** — Le premier voyage d'études organisé par le Sanatorium des Pins aura lieu dans la semaine de Pâques. Rassemblement à Lamotte-Beuvron, mardi 6 avril à l'arrivée du train de Paris, 11 heures du matin. Le jeudi 8, départ pour les Escaldes.

Le programme aux Escaldes comprendra la visite de l'Etablissement et des conférences et démonstrations qui seront faites pour compléter celles de Lamotte.

Dimanche matin 11, départ en auto-car pour visiter les établissements et stations thermales ou climatiques de la Cerdagne : Font-Romeu, Superbagnères-Odeille,

(2) La nouvelle opération n'a pas été nécessaire, et pour cause. Quelques jours après, Oscar est mort « étouffé par un crachement de sang ».

Thuès, Vernet, coucher à Vernet; lundi matin, départ pour Amélie, vallée de la Tech; départ le lundi soir pour Banyuls. Dislocation le mardi matin. Retour à Paris le mercredi matin à 8 h. 50.

Les Compagnies du P. O. et du Midi accordent une réduction de 50 %. Les prix d'excursion en auto-car se ront donnés par correspondance.

— **Journées Médicales tunisiennes de Pâques.** — Le Comité d'organisation, ayant reçu encore un assez grand nombre de demandes de renseignements qui indiquent qu'il y aura des retardataires, a décidé de proroger *jusqu'au* 15 *mars*, la date limite des inscriptions.

Les Congressistes sont priés de se hâter d'envoyer leur adhésion au docteur Gérard, secrétaire, 100, rue de Serbie à Tunis, surtout s'ils doivent participer aux excursions projetées. Les randonnées dans les oasis de Tozeur, de Nefta, ou à la ville sainte de Kairouan, et de l'oasis de Gabès sont sans contredit un des attraits les plus marquants d'un voyage en Tunisie. Quant aux souks de Tunis la blanche, ils constituent l'une des plus remarquables curiosités de l'Afrique du Nord. L'époque de Pâques est la plus favorable, par ses longues journées et son temps particulièrement sec, sans chaleur excessive pour accomplir ce beau voyage. Nul doute que nos confrères de Tunisie verront leurs efforts dans l'organisation de ce Congrès attrayant couronnés d'un grand succès.

— **Enseignement technique de laboratoire.** — Cours d'enseignement pratique des analyses bactériologiques, sérologiques, cytologiques et chimiques, donné par M. Delater, ancien chef du laboratoire du Val-de-Grâce, directeur du laboratoire de recherches de l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'UMFIA, M. P. Rolland, ancien chef de laboratoire de la Faculté de Paris, assisté par M. Abramow, ancien professeur des Facultés de Moscou et de Sofia, et par M. Bolotow, docteur ès sciences, ancien chef de laboratoire de la Faculté d'Odessa.

Il comprend environ 60 séances portant sur toutes les expertises pratiquées dans les laboratoires cliniques et réparties ainsi qu'il suit : analyses du sang, des urines, des selles, du suc gastrique, des pus, des crachats, des exsudats, du liquide céphalo-rachidien, du lait, ultra-microscope, vaccins, etc.

Les travaux se poursuivent tous les jours de 14 à 17 h. En outre, il est donné des leçons individuelles sur tel sujet de laboratoire, qui pourrait intéresser un médecin isolé : histologie, pathologie, chimie, sérologie, etc.

Le nombre des élèves est limité. Les candidats voudront bien demander tous renseignements et s'inscrire auprès de M. Delater, 48, rue Monsieur-le-Prince, Paris, VIe.

— **Lyon.** — Le récent concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Philippe ROCHET.

— **Strasbourg.** — *Association amicale des étudiants et anciens étudiants de la Faculté de Strasbourg.* — Sous la présidence d'honneur de M. le professeur WEISS doyen de la Faculté de médecine, s'est fondée une association amicale des étudiants et anciens étudiants en médecine de Strasbourg. Ses buts sont : 1° d'établir des liens de solidarité et des relations amicales entre les professeurs, les anciens étudiants et les étudiants de la Faculté de médecine ; 2° de prendre en mains la défense des intérêts collectifs des étudiants et de transmettre leurs vœux aux autorités compétentes ; 3° d'assurer l'entr'aide de tous les membres, soit au cours de leurs études soit au cours de leur carrière. M. E. MULLER en est le président, M. Fr. SPINDLER, le secrétaire.

— **Société Laënnec.** — Une Société d'études scientifiques, a été fondée sous le nom de *Société Laënnec* en octobre 1925, à Quimper, par un groupe de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires du Finistère.

— **Stations climatiques.** — Au nom de la Commission des Eaux Minérales, M. POUCHET propose à l'Académie de médecine de voter la reconnaissance comme stations climatiques des villes suivantes : LANGRUNE (Calvados), CHATELAILLON (Charente-Inférieure), GRANVILLE (Manche) et BUGEAUD (Constantine).

— **Les forages dans le bassin hydro-minéral de Vichy.** — La Commission des Eaux minérales, émue des nombreuses demandes de forage présentées pour le bassin de Vichy, propose à l'Académie, par la voi x de son rapporteur, M. Meillère, d'émettre le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine craignant de voir compromettre l'avenir du bassin du Vichy par le nombre excessif des forages exécutés dans cette région — comme le fait s'est produit ailleurs à plusieurs reprises — émet le vœu que l'Administration surveille attentivement l'exploitation des sources de ce bassin, et fasse fermer les captages qui ne sont pas l'objet d'une exploitation permanente, régulière. »

— **L'Esperanto dans les postes de l'U.R.S.S.** — La Direction des Postes de l'U.R.S.S. a émis un nouveau timbre-poste à l'occasion du 25e anniversaire de la mort de l'ingénieur Popoff, considéré comme l'un des inventeurs de la T. S. F. Ce timbre porte une mention en esperanto. D'autre part, les cartes postales émises par la Direction des Postes Soviétiques ont leur titre officiel rédigé en russe, en français et en esperanto.

— **Le tabac et les écoliers, en Hollande.** — La Ligue des Instituteurs hollandais a constaté qu'il y avait, à Amsterdam, parmi les élèves des Ecoles, plus de 52 % de fumeurs.

Par contre, en Norvège, il est interdit de fumer avant 16 ans. Dans quelques Etats de l'Amérique du Nord, l'enfant qui fume peut être puni d'amende (amende payée par les parents). A Chicago, la vente du tabac aux jeunes gens au-dessous de 21 ans est prohibée.

— **Les accidents mortels d'automobiles en France, en 1924.** — Pendant l'année 1924, les accidents d'automobile, en France, ont causé 1.594 morts, dont 484 automobilistes et 1.142 piétons.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

Vous obtiendrez 42 grammes environ d'iodobismuthate de quinine ; les eaux-mères contiennent environ 30 grammes d'iodure de potassium.

COMPOSITION. — L'iodobismuthate de quinine, ainsi préparé, ne contient ni eau de constitution, ni eau de cristallisation. Il répond sensiblement à la formule $BiI^2(^2,C^{20}H^{20}Az^2O^2,2HI)$, ce qui correspond à une teneur, pour 100 parties, de 23,66 parties de bismuth, 57,79 parties d'iode et 18,42 parties de quinine.

CARACTERES. — L'iodobismuthate de quinine constitue une poudre rouge vif rappelant par sa couleur l'iodure mercurique, mais en différant par sa légèreté apparente. Il est insoluble dans l'eau qui le décompose par un contact prolongé.

ESSAI. — L'iodobismuthate de quinine ne doit pas retenir plus de 1 p. 100 d'eau.

Agitez 0 gr. 25 du sel avec 5 centimètres cubes de chloroforme, ce dissolvant ne doit pas se colorer en violet (iode libre).

DOSAGE DU BISMUTH. — Pesez 1 gramme du sel et placez-le dans un mortier en verre de 75 centimètres cubes environ. D'autre part, dans une éprouvette graduée de 10 centimètres cubes, faites un mélange de 5 centimètres cubes de lessive de soude pure, exempte de sels halogénés, et de 5 centimètres cubes d'une solution d'acide tartrique à 200 grammes par litre. Versez goutte à goutte cette solution sur la prise d'essai en triturant convenablement ; ajoutez 20 centimètres cubes d'eau distillée et abandonnez au repos pendant quinze minutes.

Au cours de cette opération, sous l'action de la solution alcaline de tartrate de sodium, l'iodobismuthate de quinine est décomposé et perd sa couleur rouge ; le bismuth passe en solution, à l'état d'émétique de bismuth, l'iode à l'état d'iodure de potassium, tandis que la quinine, mise en liberté, reste insoluble.

Jetez le contenu du mortier sur un filtre sans plis, placé au-dessus d'une fiole conique de 375 centimètres cubes environ, lavez le mortier et le filtre, à deux reprises seulement, avec, chaque fois, 25 centimètres cubes d'eau distillée. Au liquide filtré, ajoutez 125 centimètres cubes d'une solution de carbonate d'ammoniaque à 160 grammes par litre ; portez au bain-marie pendant vingt-quatre heures. Dans ces conditions de dilution, le bismuth est intégralement précipité à l'état de carbonate de bismuth. Lavez le précipité par décantation, jetez-le sur un filtre sans plis de 11 centimètres de diamètre, faites-le sécher, puis calcinez-le ; pesez l'oxyde de bismuth ainsi obtenu. Le poids d'oxyde de bismuth Bi^2O^2 trouvé, multiplié par le coefficient 0,8965, donne la quantité de bismuth métalloïdique contenue dans la prise d'essai.

Rapportée à 100 grammes, la teneur en bis-

muth ne doit pas être inférieure à 22 gr. 5, ni supérieure à 24 grammes.

DOSAGE DE L'IODE. — Reprenez le liquide et les eaux de lavage provenant de l'opération précédente, après séparation du carbonate de bismuth, et versez-les dans une fiole conique d'environ 500 centimètres cubes ; ce liquide et ces eaux contiennent tout l'iode de la prise d'essai à l'état d'iodure. Ajoutez 20 centimètres cubes de solution au dixième d'azotate d'argent, acidulez fortement par l'acide azotique, mais ajoutez l'acide progressivement afin d'éviter une effervescence trop brutale due à la décomposition du carbonate d'ammoniaque ; puis portez au bain-marie pendant une heure. L'iode est précipité à l'état d'iodure d'argent. Après vingt-quatre heures de repos, recueillez le précipité, lavez-le ; séchez-le à + 100°, puis calcinez-le légèrement et pesez-le après refroidissement. Le poids d'iodure d'argent AgI obtenu, multiplié par le coefficient 0,5405, donne la quantité d'iode contenue dans 1 gramme de sel essayé.

Rapportée à 100 grammes, la teneur en iode ne doit pas être inférieure à 56 grammes, ni supérieure à 58 grammes.

DOSAGE DE LA QUININE. — Pesez 1 gramme d'iodobismuthate de quinine et triturez-le comme ci-dessus, dans un mortier de verre, avec le mélange de 5 centimètres cubes de lessive de soude et de 5 centimètres cubes de solution d'acide tartrique à 200 grammes par litre, ajoutez 20 centimètres cubes d'eau distillée et laissez reposer durant quinze minutes. Versez le contenu du mortier, en vous aidant d'un entonnoir, dans une ampoule à décantation, lavez avec soin de façon à y introduire la totalité du produit. Epuisez alors le mélange à trois reprises, avec 20 centimètres cubes de chloroforme chaque fois. Réunissez les liquides chloroformiques qui contiennent la quinine ; après filtration et lavage, abandonnez-les à l'évaporation spontanée dans un grand cristallisoir.

La quinine ainsi obtenue est toujours souillée d'un peu d'iodure alcalin et se prête mal à la pesée ; pour la doser, faites une détermination polarimétrique.

Pour cela versez dans le cristallisoir 4 centimètres cubes de solution normale d'acide sulfurique, portez pendant quelques minutes au bain-marie pour dissoudre intégralement l'alcaloïde, et décantez la solution sur un petit filtre sans plis, placé sur une fiole jaugée de 50 centimètres cubes. Lavez le cristallisoir et le filtre, complétez à 50 centimètres cubes avec de l'eau distillée ; mélangez. Observez la rotation dans un tube de 2 décimètres.

La déviation polarimétrique ne doit pas, pour

la prise d'essai de 1 gramme, être inférieure à 1^{c}68, chiffre correspondant à 15,5 parties de quinine pour 100 de produit.

EMPLOI. — Suspension d'iodobismuthate de quinine.

Page 614, avant l'article *Sirop de bromure de potassium*, intercalez l'article ci-après :

Sirop de bromure de calcium (*Sirupus calcii bromati*).

Bromure de calcium officinal (vingt-cinq grammes)	25	grammes
Eau distillée (quinze grammes)	15	—
Sirop de fleur d'oranger (cent grammes)	100	—
Sirop simple (huit cent soixante grammes)	860	—

Dissolvez le bromure de calcium dans l'eau distillée, ajoutez le sirop de fleur d'oranger et le sirop simple ; mêlez.

Vingt grammes de ce sirop contiennent 25 centigrammes de bromure de calcium.

Page 668, avant l'article *Soluté de gutta-percha*, intercalez les deux articles ci-après :

Soluté de glucose hypertonique, injectable (*Solutio glucosi fortis*).

Glucose officinal (trois cents grammes)	300	grammes
Eau distillée	Q.S.	

(pour obtenir 1 litre de soluté).

Opérez comme il est indiqué pour le soluté de glucose isotonique injectable.

Soluté de glucose, isotonique, injectable (*Solutio glucosi*).

Glucose officinal (cinquante grammes)	50	grammes
Eau distillée	Q.S.	

(pour obtenir 1 litre de soluté).

Dissolvez.

Opérez ensuite comme il est indiqué pour le soluté de chlorure de sodium, isotonique, injectable (voyez *Soluté de chlorure de sodium, isotonique, injectable*, p. 665), la stérilisation étant toutefois faite seulement à + 110°, dans du verre neutre.

Page 710, après l'article *Sureau*, intercalez les articles ci-après :

Suspension d'iodobismuthate de quinine, suspension d'iodure double de bismuth et de quinine (*Bismuthum chininumque iodata suspensa*

Iodobismuthate de quinine finement porphyrisé (dix-sept grammes)	17	grammes
Graisse de laine, anhydre (cinq grammes)	5	—
Huile d'olive neutralisée (quatre-vingt-sept grammes)	87	—

Opérez la stérilisation de la graisse de laine anhydre et de l'huile d'olive mélangées, comme il est dit, pour la graisse de laine, à propos de l'huile grise (voyez *Huile grise*, p. 349).

Flambez soigneusement, à l'alcool, un mortier et son pilon ; placez-y l'iodobismuthate de quinine et délayez-le avec une quantité suffisante d'excipient refroidi. Triturez longuement, jusqu'à l'obtention d'un mélange homogène. Ajoutez alors une nouvelle quantité d'excipient pour fluidifier le mélange. Versez le mélange fluide dans un flacon de 150 centimètres cubes environ, à large goulot, bouchant à l'émeri, préalablement stérilisé à + 180°. Ce flacon devra porter un trait de jauge à 100 centimètres cubes.

Lavez à plusieurs reprises le mortier et le pilon avec un peu d'excipient, pour faire passer tout l'iodobismuthate de quinine dans le flacon jaugé.

Faites ces manipulations dans les conditions rigoureuses d'asepsie.

Complétez à 100 centimètres cubes avec une quantité suffisante d'excipient ; fermez le flacon et agitez vigoureusement.

Répartissez ensuite en ampoules de 1 à 2 centimètres cubes, préalablement stérilisées à + 180°. Puis procéder à une stérilisation par chauffage discontinu, trois fois, à + 70°.

Un centimètre cube de suspension contient pratiquement 17 centigrammes d'iodobismuthate de quinine correspondant à 4 centigrammes de bismuth.

Suspension d'oxyde de bismuth hydraté (*Bismuthum hydroxydatum suspensum*).

Oxyde de bismuth hydraté (neuf grammes trente centigrammes).........	9 gr. 30
Graisse de laine anhydre (six grammes)	6 —
Huile d'olive neutralisée (quatre-vingt-dix grammes)...................	90 —

Préparez cette suspension comme celle d'iodobismuthate de quinine.

Un centimètre cube de suspension contient pratiquement 93 milligrammes d'oxyde de bismuth hydraté correspondant à 8 centigrammes de bismuth.

II

MODIFICATIONS

Bismuth (Oxyde de) hydraté. — Page 91, FORMULE, au lieu de :

Acide sulfurique dilué (cent grammes)	100 grammes
Eau distillée (sept cent cinquante grammes).....................	750 —

Lisez :

Acide sulfurique dilué (environ trois cents grammes)..................	300 grammes
Eau distillée.......................	Q.S.

Page 92, (même article), alinéa 2, après : « Laissez cette nouvelle dissolution s'opérer complètement » ; modifiez la rédaction de la façon suivante : « ajoutez, goutte à goutte, l'acide sulfurique dilué tout en conservant au mélange une réaction légèrement alcaline ».

Alinéa 3, après les mots : « à l'étuve à + 100° » ajoutez : « à l'abri du gaz carbonique ».

Avant le paragraphe Caractères, intercalez le paragraphe ci-après :

« Observation. — La solution aqueuse de potasse caustique doit être bien exempte de carbonate. L'acide sulfurique dilué et l'eau distillée doivent être exempts de gaz carbonique dissous. Les manipulations doivent être faites à l'abri du gaz carbonique de l'air pour éviter la carbonatation de l'oxyde de bismuth hydraté.

Page 93 (même article). Essai, premier alinéa. — Supprimez : « chauffé fortement dans un tube à essais, il ne doit dégager de vapeurs nitreuses (*azotate basique*) ».

Alinéas 3 et 4. — Remplacez ces alinéas par la rédaction ci-après :

« La solution de 0 gr. 5 d'oxyde de bismuth dans l'acide azotique dilué ne doit donner au plus qu'un louche par addition d'azotate de baryum (*sulfates*). Une même solution ne doit précipiter ni par l'azotate d'argent (*chlorures*), ni, à chaud, par le molybdate d'ammonium, en solution azotique (R) (*phosphates, arséniates*).

« Délayez 0 gr. 5 d'oxyde de bismuth dans 2 centimètres cubes d'acide sulfurique concentré ; il ne doit se produire qu'une faible effervescence (*traces de carbonate*) ; ajoutez ensuite au mélange de la diphénylamine (R) ; il ne doit se produire au plus qu'une coloration bleue peu intense (*azotate*).

« Délayez 2 grammes d'oxyde de bismuth avec 3 centimètres cubes de solution aqueuse, au tiers, de potasse caustique. Faites bouillir pendant une ou deux minutes. Ajoutez 10 gouttes de solution de chromate neutre de potassium (R). filtrez ; le liquide filtré, acidulé par l'acide acétique, doit demeurer limpide (*plomb*). »

Emploi. — Ajoutez : « suspension d'oxyde de bismuth hydraté ».

Bismuth (Salicylate basique de) Page 94, Essai, alinéa 2. — Après les mots : « le salicylate basique de bismuth », intercalez : « mélangé avec de l'acide sulfurique pur ».

Eau d'Alibour forte. — Page 203 (et arrêté du 24 septembre 1923). — Ajoutez en sous-titre : « *Aqua cuprozincica fortis* ».

Sirop de bromoforme composé. Page 613 (et arrêté du 2 mai 1925).—Après la formule, ajoutez le Mode opératoire suivant :

« Dissolvez la codéine dans l'alcool ; ajoutez à la dissolution le soluté officinal de bromoforme et la teinture de racine d'aconit. Après avoir mélangé, ajoutez le sirop de baume de tolu et le sirop d'ipécacuanha composé. Mélangez de nouveau. Ajoutez ensuite l'eau de laurier-cerise. Mêlez. »

Sodium (Anilarsinate de). — Page 656 (et arrêté du 2 mai 1925). — Reportez l'article à la page 634, avant l'article *Sodium (Arséniate de)*.

FORMULE. — Au lieu de : « $C^6 H^{17}$ », lisez : « C^6H^7 ».

DOSAGE, dernière ligne. — Au lieu de : « 13 à 14 centimètres cubes », lisez : 12,9 à 13,1 centimètres cubes ».

Sodium (Sulfate de) officinal. — Page 659 et arrêté du 2 mai 1925). — ESSAI, dernier alinéa. Au lieu de : « hyposulfite de sodium », lisez : « hypophosphite de sodium ».

Soluté de chlorure de sodium. — Page 665. — Supprimez l'article en totalité et remplacez-le par l'article ci-après :

Soluté de chlorure de sodium isotonique injectable (*Solutio natrii chlorati*).

Chlorure de sodium officinal (huit grammes) .... 8 grammes
Eau distillée (mille grammes)....... 1000 —

« Dissolvez le chlorure de sodium dans l'eau ; filtrez sur un double papier filtre ; répartissez le soluté dans des récipients de capacité convenable, préalablement stérilisés. Stérilisez à l'autoclave, à + 120°, pendant quinze minutes comptées à partir du moment où cette température est atteinte.

« OBSERVATION. — Ce soluté est souvent désigné sous les termes impropres de sérum physiologique ou de sérum artificiel. Le nom de *Sérum* doit être exclusivement réservé aux *Sérums thérapeutiques* et aux *Sérums naturels*.

« EMPLOI. — Extraits organiques injectables. Vaccin antipesteux. Vaccin antipesteux sensibilisé. »

Soluté de gélatine. — Page 668. — Supprimez l'article en totalité et remplacez-le par l'article ci-après :

Soluté de gélatine injectable, soluté salin de gélatine (*Solutio gelatinæ salita*) ;

Gélatine officinale (dix grammes)..... 10 grammes
Chlorure de sodium (huit grammes)... 8 —
Eau distillée....................... Q.S.

« Dans un ballon taré, à fond plat, d'une contenance de 1.500 centimètres cubes, introduisez successivement la gélatine, le chlorure de sodium et 500 grammes d'eau distillée ; faites dissoudre au bain-marie. Assurez-vous de la réaction du

milieu, à l'aide du papier de tournesol ; si elle est acide, neutralisez exactement par addition de solution décinormale de soude (R) versée goutte à goutte, et complétez le poids de 1.000 grammes avec de l'eau distillée.

« Portez le ballon à l'autoclave, à + 115°, pendant quinze minutes comptées à partir du moment où cette température est atteinte. Filtrez le liquide chaud et répartissez-le, à la dose de 100 centimètres cubes, dans des récipients appropriés et préalablement stérilisés ; portez ces récipients à l'autoclave, + 115°, pendant quinze minutes comptées à partir du moment où cette température est atteinte. »

(*J. O.*, 4 *et* 5 *janvier* 1926.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement de la médecine.

26 *février*.

Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 22 mars 1926, pour 2 places d'agrégé des facultés de médecine (section ophtalmologique) :

Académie d'Alger : M. Toulant.

Académie de Bordeaux : M. Pesme.

Académie de Montpellier : MM. Carrère et Villard.

Académie de Paris : MM. Magitot et Velter.

27 *février*.

Lutte anticancéreuse.

Sont nommés membres de la Commission ayant pour objet de coordonner les travaux et les efforts relatifs à l'étiologie, à la pathologie, à l'étude clinique, à la thérapeutique, à la prophylaxie du cancer : M. le Pr Reynès, M. le Dr Le Roy des Barres et M. le Dr Dubois-Roquebert.

1er *et* 2 *mars*.

Instruction relative à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique.

Cette instruction, vu son étendue, sera publiée ultérieurement.

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale. C'est au secrétaire général qu'il faut envoyer les déclarations de maladie.

Je suis atteint d'érysipèle de la face, voulez-vous bien en prendre note en vue de l'indemnité qui me sera allouée fin mars ? Dr J.

Je vous informe que mon mari le Dr L. est atteint d'angine diphtérique contractée près d'un enfant. Je vous prie de lui accorder l'indemnité de 10 fr. à partir du 12 février...

Réponse.

Quoi que je puisse dire, je reçois continuellement des lettres de ce genre : je ne puis que les transmettre au secrétaire général qui seul a qualité pour faire le nécessaire.

De là des retards et supplément de frais de gestion inutile.

Encore une fois, j'adjure les membres de la Mutualité Familiale, lorsqu'ils sont arrêtés, d'adresser leurs déclarations au Dr Mignon (*Le Vésinet, Seine-et-Oise*).

Le trésorier ne peut envoyer l'indemnité que sur le vu d'un bordereau dressé par le Conseil et celui-ci ne statue que sur le rapport du secrétaire général.

A. G.

134. — Déclaration du revenu des valeurs mobilières.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me faire savoir si le montant de coupons (valeur étrangère, change) échus en décembre 1925, mais perçus en 1926, doit figurer dans la déclaration de l'impôt général sur le revenu pour l'année 1925, ou seulement dans celle pour l'année 1926, avec toutes sommes perçues réellement dans cette année ?

Dr L.

Réponse.

Au point de vue de l'impôt général sur le revenu, il n'y a pas lieu de tenir compte de la date à laquelle le montant des coupons a été effectivement encaissé, mais de la date à laquelle ce montant a été mis à la disposition du porteur.

Donc, le montant des coupons échus en décembre 1925 mais seulement perçu en 1926 a dû être compris dans la déclaration des revenus de 1925 souscrite avant le 1er mars 1926.

A. M.

300. — Paiement des impôts en cas de cessation d'exercice.

Je prends ma retraite et quitterai M. vers le 15 février.

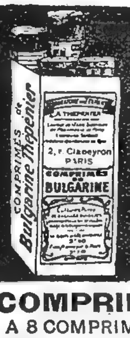
Que puis-je faire au sujet de mes impôts, cote personnelle, patente, prestations ? Dois-je payer l'année 1926 entière ? A part celui des prestations, les rôles ne sont pas encore publiés. Dois-je demander les dégrèvements ?

Dr X.

Réponse.

Toutes les contributions énumérées sont établies d'après les faits existant au 1er janvier 1926 et restent dues pour l'année entière. Aucun dégrèvement ne pourra être obtenu en raison de votre départ et de la cessation de votre profession.

A. M.



564. — Accident du travail. Libre choix du médecin.

Je soigne à l'heure actuelle à X. où j'exerce, un blessé du travail de la Cie P.L.M. qui habite normalement Y où il a son dépôt. Atteint de plaie contuse de la jambe droite, qui est plaie atone en ce moment, il a reçu durant quelque temps les soins du médecin de la Cie. Mécontent du traitement, il est venu habiter X où il a la famille de sa femme et il m'a demandé de continuer à le soigner. J'ai établi un certificat constatant son état avec prolongation d'incapacité. Le certificat a été présenté, par les soins du blessé, à la Cie à laquelle il a fait savoir de vive voix qu'il avait changé de médecin. Ce droit lui a été refusé et mon certificat a été regardé comme non avenu. Depuis, la Cie adresse à tout instant à mon blessé des plis recommandés lui enjoignant de regagner dans le plus bref délai son domicile qu'il a quitté sans autorisation du médecin-chef de la Cie. On ne peut invoquer une raison d'ordre médical pour faire garder un repos absolu à mon blessé, attendu que lorsqu'il était à Y. il était obligé de faire 4 kilomètres à pied pour se rendre chez le médecin de la Cie de chemin de fer P.L.M. et qu'il est venu à X en tramway. Je vous serais très obligé de me donner toute indication utile et toute autorité pour mettre la Cie P.L.M. à la raison. Car si je consulte les ordonnances du travail qui m'ont été délivrées par le *Concours médical*, ordonnances où se trouve l'avis aux employés et aux ouvriers blessés dans le travail, il ne me fait aucun doute que la Cie est dans ses torts.

Dr Y.

Réponse.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail dit textuellement ceci, dans son article 4, paragraphe 2 : « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien ». Aucune contestation sérieuse ne peut donc s'élever sur le droit absolu qu'avait votre client de refuser les soins du médecin de la Compagnie et de s'adresser à vous. D'autre part, aucun grief ne peut lui être fait d'avoir changé de domicile, car nulle part, la loi ne fait une obligation au blessé de se faire soigner chez lui. Il est parfaitement en règle s'il a fait connaître sa nouvelle adresse à la Compagnie, qui reste ainsi à même d'exercer son droit de contrôle.

Au cas où la Compagnie refuserait de payer au blessé son demi-salaire et à vous vos honoraires, vous pourriez l'un et l'autre la citer devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

Enfin, si la Compagnie prenait prétexte du fait que votre client a refusé de continuer à se laisser soigner par son médecin pour refuser de payer le demi-salaire, votre client pourrait porter plainte contre elle (ou plutôt contre l'agent de la Compagnie qui aurait pris cette mesure) et le faire condamner en correctionnelle à une amende de 16 à 300 francs, nonobstant tous dommages-intérêts, pour violation du libre choix, et cela en vertu de l'article 30 , paragraphe 4 de la loi du 9 avril 1898.

572. — Constatation de décès.

Réquisitionné verbalement par le maire pour constater deux décès, quel tarif dois-je appliquer ?
1° Examen du cadavre.
2° Déplacement.
3° Certificat. Dr E.

Réponse.

Requis par le maire agissant en sa qualité d'officier de la police judiciaire, pour l'examen de deux cadavres, vous avez droit aux honoraires fixés par l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, soit 15 francs par cadavre examiné, y compris la rédaction et le dépôt du rapport, en l'espèce votre certificat. A cela, il convient d'ajouter vos frais de transport à raison de 0 fr. 6 0 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Vous devrez envoyer votre mémoire établi en double exemplaire sur papier libre (le total de la somme réclamée n'excédant pas 50 francs)au Procureur de la République du ressort, qui, après visa du Procureur général, et taxe du Président, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

325. — Patente sur un garage professionnel.

J'ai un appartement sur lequel je paye une patente (considérable ici : plus de 60 % du loyer) et jusqu'ici, ma voiture était dans un garage public. Ce garage disparaissant, j'ai été amené à louer une petite remise pour n'avoir pas ma voiture trop loin de mon domicile. Vais-je avoir à payer une patente sur cette remise ? A quels impôts puis-je être astreint pour cette remise ?

Si j'ai à payer 60 % de patente, assurances, etc., je prévois avec horreur que cette *petite remise non chauffée*, obligatoire pour moi, de par mon métier de praticien, va me coûter 2 fois le prix d'un box dans un grand garage (malheureusement éloigné) où ma voiture serait lavée deux fois par mois.

Dr N.

Réponse.

Comme vous le craignez, vous serez imposé à la patente sur votre garage qui constitue un local professionnel.

Ce sera d'ailleurs le seul impôt, à moins qu'il n'existe des taxes municipales spéciales à votre ville.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 12 — 21 Mars 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 706-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs ROUBE, de Béziers et MILLET, de Lyon, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 121. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 122. — A céd. de suite pr rais. de santé, poste bon rapp. méd. génér. dans sous-rpéf. de l'Est, 20.000 habit., bail, mais. 8 p., prix 15.000, dont 10.000 compt.

N° 123. — Offre situat. intéress. à conf. actif, connaiss. bien voies urin.

N° 124. — A vend. cond. int. Delage 10 CV. mod. 1923, peu roulé, avec tous access. Type D.E.

N° 125. — Cause chang. voiture, à vend. : Superculasse Desprez, pour Citroen 10 CV. état neuf, 1.300 fr. ; 4 chamb. increvables Dexpert, état neuf, 710/90, 125 fr. pièce ; 2 pneus 710/90 état neuf, 260 fr. pièce ; 2 roues Michelin 710/90, 40 fr. pièce ; strap-mobile, 50 fr. Ecr. Dr Mayet, à Bourg-Saint-Maurice (Savoie).

N° 126. — A vend. torp. Zèbre, 2/3 place., 8 CV., capote rideaux, éclair. démarr. 5 roues, pneus conf., compt. O.S., montre, etc., entièrem. revisée récemm., cause double empl. Dr Duval, à Ingré (Loiret).

N° 127. — A vend. landeau jumeaux de la maison Vincent, très bon état.

N° 128. — On obliger. confr. en lui procurant quelq. disques Pathéphone. prix courant, spécial, n° 3141 baryton.

N° 129. — Médecins toutes spécial. et méd. génér. demandés pour petite clinique quart. populeux.

N° 130. — Cond. int. Peugeot 10 CV, 3/4 places 1922, peu roulé, parf. état, garantie comme neuve, à enlev. de suite 13.500 fr. Nombr. access., compt. montre, técalemit., etc.

N° 131. — Pharm. très bonne réf. est demandé pour gérer officine après décès, pharmacie Franche-Comté.

N° 132. — Extrêmement urgent, client. à reprend. contre indemn. 40 à 50.000. Ne pas écrire, venir sur les lieux.

N° 133. — Dr cherche poste de banlieue, propharm. de préfér., avec maison convenable et jardin.

N° 134. — Grande ville maritime, cab. méd. génér. gynécol., très bel emplac., pavillon de 12 p, confort. A céd. d'urgence pour repr. des instr. et matér. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Pari s (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 135. — Paris, quart. sélect., appart. à usage médical, 6 p., s. de bains, tout confort, bail, à céder avec reprise,. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Cimiez. — Grande propriété bien exposée pouvant faire **Maison de santé** comprenant : villa et deux pavillons. Nombreuses chambres avec salles de bains. Tout confort. Eau stérilisée. Parc de 14.500 m.q. et terrain nu de 17.000 m. q. On peut morceler. Pour visiter « Villa l'Enchanteresse », avenue de l'Ancien Jardin Botanique, Cimiez (Nice). Renseignements et photos, à Paris : M. Cain, 25, rue de Bourgogne.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Un cours de gastro-entérologie* aura lieu du 12 avril au 2 mai 1926. Se faire inscrire dans le service de M. LE NOIR (droits de travaux pratiques : 150 fr.).

— **Faculté de médecine.** — *Conférences sur les accidents du travail.* — M. DERVIEUX fera, le 23 mars, à 6 h., au grand amphithéâtre, une conférence sur : les honoraires médicaux dans les accidents du travail ; pratique des expertises d'accidents du travail.

— **Ecole de médecine de Reims.** — Le 11 avril prochain, à 11 h., inauguration des bustes des professeurs GRANDVAL et LAJOUX (adhésions chez M. le Dr SAINT-AUBIN, 3, rue Pontgivart, Reims).

— **Mission du professeur Achard au Canada.** — M. le professeur ACHARD, actuellement en mission au Canada, a reçu, à Montréal, de nos confrères canadiens, un très chaleureux acceüeil.

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. GEORGES DUMAS a été élu membre de l'Académie dans la section des membres libres. Etaient présentés par la Commission, en deuxième ligne : M. HENRI DE ROTHSCHILD ; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. CABANÈS, KLING, LEPAGE et TRILLAT.

— Le 21 mars, au Val-de-Grâce, *Vente de charité au profit des veuves et des orphelins du Corps de santé militaire.*

— **Soins aux mutilés et réformés de guerre (art. 64).** — M. le docteur QUIDET, secrétaire de la 3e Commission départementale de surveillance et de contrôle des soins aux victimes de la guerre, fera, le vendredi 26 mars, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine (rue de l'Ecole-de-Médecine, 6e), une conférence sur les « soins aux Mutilés et Réformés ».

Cette conférence fait partie du programme d'enseignement donné sous la direction de M. le professeur BALTHAZARD sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les pensions et soins aux mutilés de guerre.

L'entrée des amphithéâtres des cours de la Faculté est libre et gratuite.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ. — VÉTÉRINAIRE. — MÉDICAMENTS. ANIMAUX. — MORT.

COUR DE CASSATION (Chambre des Requêtes).
24 juin 1925.
(*Gazette des Tribunaux*, 28 décembre 1925.)

Lorsqu'un vétérinaire, sur la demande d'un fermier, lui délivre, pour être administrée à des veaux présumés atteints de vers, une poudre vermifuge dont il ignorait la composition et qui contenait des sels d'antimoine à dose beaucoup trop élevée, et que l'ingestion de cette poudre a entraîné la mort des veaux, il y a là de la part du vétérinaire une faute grave qui engage sa responsabilité.

M. Denizot a formé un pourvoi en cassation contre un arrêt de la Cour de Bourges, rendu, le 22 novembre 1922, au profit de M. André.

La Chambre des requêtes, après avoir entendu le rapport de M. le conseiller Dassonville, la plaidoirie de Me *Talamon* et les conclusions conformes de M. l'avocat général Péan, a statué en ces termes :

« La Cour :

« Sur le moyen unique pris de la violation des articles 1132, 1382, 1383 du Code civil et 7 de la loi du 20 avril 1810 pour défaut de motifs, contradiction de motifs et défaut de base légale :

« Attendu que, d'après le pourvoi, l'arrêt attaqué a à tort déclaré un vétérinaire responsable de la mort de six veaux, attribuée à l'absorption d'un vermifuge à une dose trop forte en une seule fois, alors qu'il est constant et reconnu par le propriétaire de ces animaux que le vétérinaire n'est pas allé sur place examiner les animaux et que, sur la demande du fermier, il lui a seulement fourni ce vermifuge, que ce dernier a ensuite lui-même fait absorber à ces animaux ; d'où il suit que l'arrêt attaqué n'a pas légalement constaté l'existence de la prétendue faute imputée au vétérinaire et qu'en tout cas la Cour d'appel n'a pas répondu aux conclusions par lesquelles celui-ci excipait du fait constant aux débats que son rôle s'est exclusivement borné à fournir le remède demandé ;

« Mais attendu que la Cour de Bourges déclare que Denizot vétérinaire, prié par André de venir donner ses soins à six veaux présumés atteints de vers, lui remit plusieurs paquets d'une poudre vermifuge avec une ordonnance indiquant la manière de l'administrer ; qu'aussitôt l'ingestion de cette préparation, l'état des veaux empira et, malgré les soins du vétérinaire appelé, deux veaux moururent et les quatre autres les jours suivants ; que l'expert commis par justice et dont, malgré les critiques de Denizot, la Cour a ratifié les conclusions, a trouvé dans les intestins des animaux des sels d'antimoine

à dose beaucoup trop élevée, ce qui suffit pour expliquer une intoxication mortelle ; que ce phénomène a sa cause évidente dans l'usage d'une poudre vermifuge qui ne semblait pas destinée à ces « jeunes ruminants » non encore sevrés, alors que la décomposition du lait dans leur appareil digestif devait augmenter la solubilité des sels d'antimoine ;

« Attendu enfin, que la Cour déduit de ces circonstances que Denizot a commis l'imprudence grave de fournir à son client, avec une ordonnance, une poudre dont il ne connaissait pas la composition ;

« Attendu qu'en l'état de ces constatations et appréciations souveraines, qui répondent à toutes les conclusions prises devant elle, la Cour de Bourges a pu légalement rendre Denizot responsable de la mort des veaux du fermier André ;

« Par ces motifs ;

« Rejette... »

Observations. — La responsabilité des vétérinaires est régie par les mêmes principes que celle des médecins : Dalloz (*Répertoire pratique*, v° *Responsabilité civile*, nos 556 et suiv.). On sait que, d'après une théorie courante, les médecins ne seraient responsabiles qu'en cas de faute lourde ou de négligence grave. De même la responsabilité du vétérinaire est écartée pour erreur excusable de diagnostic : Trib. civ. Bourgoin, 7 juillet 1897 (*Gazette des Tribunaux*, 11 novembre 1897) ou pour l'application d'une méthode scientifiquement discutée mais non condamnée : C. de Nancy, 18 juin 1912 (Daloz 1913.2.236).

Cette théorie est très discutable. En supposant que la responsabilité des médecins ou des vétérinaires soit une responsabilité délictuelle, l'article 1383 du Code civil permettrait de retenir leur responsabilité pour simples négligences ou imprudences. Ne semble-t-il pas plus juridique de considérer leur responsabilité contractuelle puisqu'il sont liés par un contrat avec leurs clients ? Henri Lalou (Du fondement juridique de la responsabilité civile des médecins, *Gazette des Tribunaux*, 4 novembre 1919). Dès lors, ils sont responsables de la *culpa levis in concreto* conformément au principe consacré par l'article 1137 du Code civil en matière contractuelle.

Dans l'espèce ci-dessus, le pourvoi avait invoqué à la fois l'article 1134 (terrain contractuel) et les articles 1382 et 1383 (terrain délictuel). Sans prendre parti sur la question de savoir si la responsabilité est contractuelle ou délictuelle, la Cour de cassation retient la responsabilité pour « imprudence grave », consistant pour le vétérinaire à fournir une poudre dont il ne connaissait pas la composition. Dans l'état de ces constatations, il apparaissait que le vétérinaire avait commis une faute professionnelle et dans ces questions de responsabilité des praticiens le procès revient toujours pratiquement à déterminer si une faute professionnelle a été commise.

Commentaires

L'an dernier, un de nos confrères nous avait demandé si, pour augmenter son revenu professionnel, il ne pourrait pas donner des conseils de médecine vétérinaire et vendre des produits pharmaceutiques, à l'usage des animaux.

Nous lui signalons aujourd'hui cet arrêt de Cassation. La responsabilité du vétérinaire est du même ordre que celle du docteur en médecine humaine : toute faute, négligence peut mettre notre responsabilité en jeu, lorsqu'il peut être démontré, que nous n'avons pas pris toutes les précautions voulues.

Donc, délivrer des médicaments, pour soigner un veau, qui n'a pas été examiné, est aussi grave que de rédiger une ordonnance, pour un malade, qui est au loin.

Et cependant, chaque jour les pharmaciens vendent des drogues pour des humains, ou des bêtes, alors qu'ils ne font subir aucun examen médical, ou vétérinaire aux dits clients.

De plus, le vétérinaire a été déclaré coupable d'avoir utilisé une poudre dont il ne connaissait pas la composition. Il aurait dû se douter, en outre, d'après le rapport d'expertise, que le lait, absorbé par les veaux encore à la mamelle, facilitait l'absorption des sels d'antimoine, contenus dans la préparation médicinale et favorisait ainsi l'intoxication dont les animaux sont morts.

Donc, faute, pour avoir délivré un médicament spécialisé à formule secrète ; faute pour avoir ignoré la possibilité d'un empoisonnement chez des animaux non encore sevrés.

Ce sont là des questions d'ordre technique, que les tribunaux apprécient, d'après les rapports des experts, qu'ils soumettent pour les renseigner.

La médecine vétérinaire n'est donc pas de tout repos et peut-être serait-il bon de s'abstenir de soigner les animaux, lorsqu'on n'a pas fait d'études spéciales à cet effet.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 *mars.*

Médecine navale.

Attribution du prix de médecine navale.

Par décision ministérielle en date du 26 février 1926, et conformément à l'avis émis par le conseil supérieur de santé de la marine, le prix de médecine navale pour l'année 1926, a été attribué à MM. Vialard (M.-J.), médecin principal, et Darleguy (L.-J.-B.), médecin de 1re classe, pour leur travail, en collaboration,

intitulé : *Considérations épidémiologiques et cliniques sur une épidémie de méningococcie.*

D'autre part, il a été accordé, à cette occasion, les récompenses suivantes aux officiers du corps de santé ci-après désignés :

Une mention honorable à M. le médecin en chef de 2e classe Lucas (J.-A.-M.), pour « son rapport d'inspection générale (année 1924) des frontières de la Manche et de la mer du Nord ».

Un témoignage officiel de satisfaction à M. le médecin de 1re classe Le Bourgo (G.-C.-H.), pour « son rapport de fin de campagne de l'aviso *Bellatrix* (1923-1925) ».

Modification à l'instruction insérée au Journal officiel *du 6 octobre 1925 et relative à l'admission, en* 1926, *dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine.*

Page 9654, 3e colonne, titre II, 5e ligne, au lieu de : « 2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-deux ans révolus », lire : « 2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-trois ans révolus » (le reste sans changement).

Page 9655, 2e colonne, 1re ligne, au lieu de : « 2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-trois ans », lire : « 3° Avoir eu, au 1er janvier 1926, moins de vingt-quatre ans ».

4 mars.

Enseignement de la médecine.

Décret du 28 février 1926 relatif au délai de publication des concours pour l'emploi de chef des travaux dans les écoles de médecine.

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 2 du décret du 27 juillet 1885 susvisé est modifié et complété de la manière suivante :

« Le délai de publication au *Journal officiel* de la date d'ouverture des concours pour l'emploi de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie est fixé à trois mois ».

Examen d'agrégation des Facultés de médecine.

Sont admis à prendre part à la deuxième épreuve de l'examen les candidats dont les noms suivent :

1° *Histoire naturelle médicale et parasitologie* :
Académie de Paris : MM. Larousse et Lavier.
2° *Anatomie* :
Académie de Paris : M. Corsy.
Académie de Bordeaux : M. Dubec.
Académie de Lyon : M. Gabrielle.
Académie d'Alger : M. Ribet.
Académie de Toulouse : M. Florence.
3° *Histologie* :
Académie de Paris : MM. Giroud et Millot.

Académie de Strasbourg : MM. Benoit et Courrier.

Académie de Montpellier : M. Granet.

Professeurs de Faculté.

Sont nominés :

M. Rathery, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris (chaire de M. Roger).

M. Lemierre, professeur de bactériologie à la même Faculté (chaire de M. Bezançon).

M. Portmann, professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Bordeaux (chaire de M. Moure).

M. Desoil, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de Lille (chaire de M. Verdun).

M. Laporte, professeur de pathologie interne à la Faculté de Toulouse (chaire vacante).

Assistance Publique.

Nouveaux traitements du personnel de l'inspection départementale de l'Assistance publique.

Sous inspecteurs :

3e classe	8.500 fr.
2e classe	9.500 fr.
1re classe	10.500 fr.
Hors classe	11.500 fr.

Inspecteurs :

3e classe	11.500 fr.
2e classe	12.500 fr.
1re classe	13.500 fr.
Hors classe	15.000 fr.

5 *mars.*

Hygiène publique.

Vacance de Direction de Bureau d'Hygiène,

Est vacante la direction du bureau d'hygiène de Valence (Drôme).

Traitement : 12.000 fr., plus 2.000 fr. pour les analyses bactériologiques.

8 *et* 9 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Arrêté du 8 mars 1926, relatif au doctorat en médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les décrets des 29 novembre 1911 et 29 juillet 1912 relatifs aux études médicales ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1925 fixant la date d'application des dispositions du décret du 10 septembre 1926,

Arrête :

Les candidats au doctorat en médecine qui, sous le régime des études médicales institué par les décrets des 29 novembre 1911 et 29 juillet 1912, auront subi avec succès :

a) En 3e année les épreuves de médecine opératoire et d'anatomie topographique et les épreuves d'obstétrique ;

b) En 4e année les épreuves de pharmacologie, ne seront pas astreints à subir de nouveau ces épreuves aux examens de 4e année et de 5e année du nouveau régime institué par le décret du 10 septembre 1924.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Délivrance gratuite de certificats médicaux aux candidats aux agrégations.

7259. — M. Charles DELONCLE, sénateur, demande à M. le ministre de l'instruction publique si le certificat médical exigé, depuis 1925, des candidats aux différentes agrégations de l'enseignement secondaire ne pourrait être, à partir de la prochaine session de concours, délivré gratuitement aux intéressés par les médecins de l'administration, comme cela se pratique pour le recrutement des fonctionnaires dans nombre d'autres administrations publiques. (*Question du 28 janvier* 1926.)

Réponse. — L'administration ne disposant d'aucun crédit pour la rémunération des médecins qui seraient chargés d'examiner, gratuitement, l'aptitude physique des candidats visés ci-dessus, la mesure préconisée n'est pas actuellement réalisable. (*J.O.*, 19 *février* 1926.)

Note. — Le corps médical ne peut que remercier M. le ministre d'avoir répondu comme s'il comprenait que le certificat devait être gratuit pour le candidat seulement, mais non pour l'administration, car il est évident que M. le Sénateur Deloncle entendait que la délivrance en soit faite gratuitement par les médecins.

Paiement des honoraires pour soins donnés aux mutilés de guerre.

7239. — M. le lieutenant-colonol JOSSE, sénateur, demande à M. le ministre des pensions à quelle date les médecins du département de la Seine qui donnent leurs soins aux mutilés de guerre toucheront leurs honoraires du deuxième trimestre de 1925. (*Question du 22 janvier* 1926.)

Réponse. — Les médecins qui ont adressé leur mémoire à la commission de contrôle des soins

(*Voir la suite page XLVII-753*)

PROPOS DU JOUR

L'exercice illégal de la médecine. Le roman d'un faux médecin

L'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, article modifié par la loi du 14 avril 1910, oblige les médecins « dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et s'il s'agit de débutants, n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser comme il est dit ci-dessus le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté. Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai. »

Les exigences de cet article 9 nous portaient à croire qu'il serait désormais bien difficile d'exercer aux faux médecins. Or de temps à autre on en découvre un et toujours dans des circonstances romanesques.

Le dernier qui fut poursuivi et que fit condamner le Syndicat médical d'un département de l'Est, était un ancien étudiant qui avait abandonné ses études après sa douzième inscription. Mobilisé comme médecin, il était parvenu on ne sait comment à décrocher le galon d'aide-major. Il prit goût à la médecine, s'installa après la guerre, adhéra au Syndicat, à l'Association, au « Sou médical ». Ayant changé de département, il fut reconnu par un confrère qui avait été son ancien condisciple. Une enquête fut faite par le Syndicat médical de la région où il venait de se fixer. L'on apprit que, prétendant avoir perdu son diplôme, il en avait fait enregistrer une copie, certifiée conforme par un maire de village. L'Office de répression de l'exercice illégal de l'Union des Syndicats médicaux fit des recherches, on ne trouva trace du nom du faux médecin ni mention de sa thèse dans aucune faculté. Il fut poursuivi comme faussaire et faux médecin et fut condamné. Nous avons conté son histoire en détails dans un de nos *Propos du Jour* du 6 novembre 1924. Nous croyions bien que ce faux médecin serait le dernier échantillon de son espèce, il n'en fut rien, car un de nos confrères des Bouches-du-Rhône nous a envoyé le thème d'un véritable roman dont le triste héros fut un aventurier du même genre :

Au mois de septembre 1925, nous écrit notre confrère, un certain Georges X, se disant ancien interne des hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique à l'hôpital Beaujon, rendit visite à un honorable médecin exerçant dans un bourg du département du Var. Ce dernier reçut confraternellement le nouveau venu et crut reconnaître en lui un ancien camarade du P. C. N. Georges X lui annonça qu'il venait s'installer dans un village assez proche. Le poste lui aurait été désigné par le président d'un Syndicat médical voisin. Mis en relations par un pharmacien avec le maire de ce village, dépourvu de médecin depuis 1905, ce dernier l'aurait accueilli avec une certaine réserve, mais la Coopérative vinicole et alimentaire de l'endroit lui aurait voté une subvention de 7.500 francs par an pour le décider à s'y fixer.

Georges X s'installa donc définitivement. Il fit des visites aux confrères voisins ; certains s'engagèrent à ne plus aller dans le village où il s'établissait puisque désormais il était pourvu d'un médecin. Ces sentiments généreux et confraternels étaient dictés surtout par la misère apparente de Georges X.

Peu après, Georges X faisait venir une fillette de trois ans qui fut bientôt suivie d'une femme et d'une autre fillette de 7 mois qu'il prétendait être son épouse et ses enfants. Toute cette famille donnait l'impression non déguisée d'une véritable misère. Avec un bagout stupéfiant, Georges X racontait à ses confrères qu'il était le fils d'un Gouverneur des colonies, appelé sous peu à devenir Préfet de Police à Paris et il expliquait sa misère par la brouille survenue avec ses parents à cause du mariage qu'il avait fait et auquel ces derniers n'avaient pas voulu consentir. Cependant l'on ne tarda pas à s'apercevoir que le nouveau médecin s'abrutissait avec du véronal et était morphinomane. Un pharmacien refusa de renouveler une ordonnance de morphine. Georges X fit valoir ses titres d'ancien interne, d'ancien chef de clinique, demanda si on le prenait pour un chevalier d'industrie et parla du diplôme qu'il avait en poche, diplôme qu'il n'avait pas fait viser par le maire, mais qu'il avait montré à l'adjoint. En même temps, il disait à son confrère qu'il ne s'était pas hâté de s'installer parce qu'il préparait l'agrégation.

Tout ceci était débité avec assurance, même avec une certaine élégance de langage et finissait par en imposer.

Pourvu d'un fixe, il s'installa provisoirement à l'hôtel et toute la population de la commune eut recours à ses soins.

« Un jour cependant, continue notre correspondant, je passais pour visiter un assuré dans le village où exerçait Georges X. On vint me prier d'aller voir un malade frappé d'apoplexie. Sachant que Georges X avait été appelé, je proposais une consultation pour le lendemain. Georges X vint me trouver et me dit que mon intervention n'était guère nécessaire et comme je lui demandais son diagnostic : — C'est un accès de goutte remontée au cerveau, répondit-il. — Cela me parut surprenant dans la bouche d'un ancien interne, chef de clinique et candidat à l'agrégation. Nous vîmes le malade ensemble ; il avait eu une banale attaque d'apoplexie avec hémiplégie. Je m'aperçus au cours de la consultation que Georges X avait persuadé aux habitants de sa résidence qu'il avait seul le droit d'y exercer.

Un incident analogue mit en éveil la méfiance d'un autre confrère. Georges X avait qualifié d'hystériques, des attaques d'urémie survenues chez une femme atteinte d'albuminurie, qui mourut peu après.

D'autres faits augmentèrent la suspicion dans laquelle on commençait à le tenir. C'est ainsi qu'ayant demandé du nitrate d'argent à un pharmacien, ce dernier mit une étiquette portant azotate d'argent et Georges X lui demanda s'il ne s'était pas trompé.

Un beau jour, en décembre, Georges X annonça qu'il allait concourir à Marseille pour une place de chirurgien-adjoint à l'hôpital d'Aix. Un de ses concurrents vint lui rendre visite. Il prit le train avec lui et s'affubla d'une casquette d'officier de marine. Si bien que le confrère, qui l'accompagnait, fut persuadé qu'il était un fumiste.

Notre correspondant fut alors se renseigner au chef-lieu d'arrondissement : le diplôme de Georges X n'avait pas été déposé à la sous-préfecture, ni au greffe, et il n'était pas inscrit sur le tableau officiel des médecins exerçant dans l'arrondissement. Le sous-préfet écrivit au maire de réclamer son diplôme à Georges X. Ce dernier produisit un certificat tapé à la machine à écrire.

Notre correspondant voulut tirer l'affaire au clair : il fut trouver le maire, pourvu de son propre diplôme et lui demanda si celui de Georges X était semblable : « Non, dit le maire, c'est un simple papier tapé à la machine et signé d'un professeur agrégé de Marseille. D'ailleurs, il m'a promis de partir demain à 9 heures pour le faire enregistrer à la sous-préfecture ».

L'on apprenait en même temps par le Président du Syndicat qui, d'après Georges X, lui aurait indiqué le poste qu'il occupait, que ce dernier lui avait rendu visite portant un costume fantaisiste d'officier de marine, se donnant pour aviateur, se qualifiant d'un nom honorablement connu dans la marine. Il lui avait demandé de lui indiquer un poste pour un médecin de ses amis qui se trouvait avec sa famille dans une atroce misère.

Le beau-frère d'un médecin voisin l'avait encore rencontré et il s'était donné pour officier aviateur sur le point d'être promu capitaine de corvette.

Lorsque Georges X prit le train pour aller déposer son prétendu diplôme, il demanda un billet de quart de place comme officier de marine en congé de convalescence. Il ne put montrer au contrôleur sa permission. Signalé au brigadier de gendarmerie, déjà intrigué parce que Georges X parlait anglais et allemand couramment, il ne put être arrêté parce qu'il évita de descendre à la station pour laquelle il avait pris son billet.

Le brigadier de la gendarmerie fit des recherches dans les Annales de la Police et y trouva une fiche avec un signalement semblable à celui de Georges X, dont le titulaire était recherché pour exercice illégal de la médecine, escroquerie, faux et usage de faux.

Le brigadier fut trouver X : il affirma avoir fait deux mois de prison pour les délits signalés sur la fiche et reprocha au gendarme de venir l'inquiéter alors qu'il n'avait pas de mandat d'arrêt délivré contre lui.

Comme le Syndicat médical d'Aix se réunissait à cette époque, c'était au début de janvier, notre correspondant demanda qu'on portât plainte au parquet. Il fut ensuite pour se renseigner de nouveau auprès de Georges X. Quand il arriva à son domicile, on lui apprit qu'il venait d'expirer. Il s'était empoisonné avec du véronal.

Avant de mourir, Georges X avait protesté de son innocence auprès de certains de ses clients et les avait avertis qu'il préférait mourir que d'être déshonoré. Il donnait l'adresse de ses parents à Marseille.

Sa mère aurait dit, en apprenant sa fin, qu'elle préférait le voir mort que de le savoir vivant. Il y avait cinq ans qu'il n'avait donné aucune

nouvelle à ses parents. Les braves gens vinrent pour le faire enterrer, ils payèrent ses dettes qui étaient nombreuses. Toute la population suivit le convoi. Il n'y eut pas toutefois de discours. Cependant, dans un entrefilet, un journal de Marseille annonçait les obsèques du médecin du village de X installé depuis trois mois ; ce docteur avait su, par sa science médicale, son caractère doux et agréable, s'assurer la sympathie de toute la population.

L'auteur de l'article était une personne qui savait la vérité et que le caractère moral de ses fonctions aurait dû rendre plus circonspect.

Les parents de Georges X refusèrent de s'occuper de la femme et des enfants avec lesquels Georges X ne vivait que depuis huit mois. Cette famille retourna dans le pays d'origine de la mère.

Telle est en résumé l'histoire rocambolesque du dernier faux-médecin dévoilé, certainement un demi-fou. Elle mérite néanmoins d'être contée.

Tirons-en une moralité : Les Syndicats médicaux devraient soigneusement s'enquérir de l'identité des médecins nouveau-venus, obtenir la vérification des diplômes et ne pas se contenter du témoignage d'un maire de campagne ou d'un commis de greffe ou de préfecture.

Dans les cas suspects, ils n'auraient qu'à s'adresser à l'Office de la répression de l'exercice illégal de l'Union des Syndicats médicaux de France où les documents recueillis et classés avec méthode par le Dr Darras leur permettraient de mener à fond leur enquête et de les renseigner sûrement et promptement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SYPHILIGRAPHIE

Prophylaxie de l'hérédo-syphilis

Par le docteur A. Galliot,

Médecin assistant à l'infirmerie de St-Lazare.

La Ligue nationale française contre le péril vénérien a organisé cette année à Paris des journées médicales consacrées à l'étude de la *syphilis héréditaire*.

Les rapports très intéressants qui y furent présentés, ainsi que les nombreuses communications qui y furent faites, attirent de nouveau l'attention de tout le monde médical sur la nécessité d'une lutte active contre l'hérédo-syphilis.

Si ce sont les spécialistes qui ont surtout déclanché l'offensive, il ne faut pas oublier que c'est surtout aux praticiens, médecins de famille, qu'il appartient de dépister le tréponème et de lutter contre ses ravages.

La syphilis héréditaire tue chaque année un nombre considérable d'enfants ; Leredde a déjà insisté particulièrement, dans ce journal, sur la mortalité et la morbidité infantiles par la syphilis, et, dans la crise de natalité que subit la France, il y a d'autant plus intérêt à sauvegarder les jeunes existences qu'elles sont plus rares.

La syphilis est le principal facteur des avortements, des débilités infantiles, et de la plupart des tares tant viscérales que nerveuses ; c'est donc d'une utilité primordiale de rechercher à dépister la syphilis quand elle existe, et une fois que celle-ci est reconnue, de la traiter énergiquement, surtout au point de vue de la conception : ce n'est pas là seulement l'intérêt et la santé de l'individu qui rentre en jeu mais encore la vie d'un innocent qu'il faut sauvegarder à tout prix.

Le dépistage de la syphilis est d'une nécessité absolue si l'on veut avoir des enfants sains : plus tôt la syphilis est traitée, meilleurs sont les résultats.

Les meilleures conditions pour éviter les ravages héréditaires de la syphilis seraient évidemment de n'autoriser le mariage et surtout la procréation, que chez les individus exempts d'infection tréponémique ou qui en auraient été guéris.

Cette question du mariage des syphilitiques a déjà fait couler beaucoup d'encre, et si actuellement, on peut dire que le mariage n'est conseillé par le médecin aux syphilitiques qu'après

un traitement long et régulier, il faut bien avouer que la plupart se marient quand bon leur semble et sans prendre un conseil médical.

Bien rare sont les mariages où l'un des conjoints avoue au médecin familial une syphilis antérieure, même bien soignée ; aussi dans le cas de grossesse il est bien difficile en l'absence de tout accident spécifique, de savoir s'il existe par avance chez le procréateur quelques tréponèmes bien cachés mais qui cependant seront funestes dans un délai plus ou moins rapproché pour l'enfant qui va naître.

C'est pourquoi nous croyons utile dans l'intérêt de l'enfant, pour le médecin qui a charge de la grossesse, de l'accouchement, et des soins du nouveau-né, de rechercher systématiquement une syphilis sinon probable du moins possible.

Pour ce faire il faut d'abord, comme l'a si bien montré ici même Leredde, s'enquérir des antécédents familiaux tant paternels que maternels. En outre nous croyons qu'il est toujours utile de pratiquer chez la femme en état de grossesse une réaction de B. W.

Que l'on ne nous objecte pas la difficulté de faire accepter par la famille cette recherche sanguine.

Une femme qui attend un enfant, accepte tous les examens, toutes les recherches, du moment que c'est dans l'intérêt de l'enfant qu'elle désire. En outre il est toujours facile de faire une réaction de B. W., sous un prétexte quelconque, anémie, etc., au cours des petits incidents qui se produisent si fréquemment pendant la gestation.

Quant aux renseignements que donnera la réaction de B. W. ils seront utiles sinon absolus. Si la réaction de B. W. est positive (et nous parlons ici de réaction faite dans un laboratoire sérieux), il n'y a pas de doute sur la présence du tréponème. Si la réaction est négative ceci ne veut pas dire grand'chose.

Nous ferons toutefois remarquer que la pratique de la réaction de B. W. chez les femmes enceintes permet de déceler un nombre important de *crypto-syphilis* comme nous l'avons montré avec M. Le Lorier à la Maternité de Boucicaut.

Les syphilis, qui peuvent avoir jusque-là passé inaperçues, faute d'accidents chez la mère, n'en sont pas moins, malgré leur action qui paraît bénigne, excessivement toxiques pour le produit de la gestation, soit pendant la grossesse, soit souvent beaucoup plus tard.

La syphilis dépistée pendant la grossesse permet l'administration d'un traitement sévère, qui plus tard, évitera bien des déboires dans la vie du jeune enfant. Plus le traitement est commencé tôt, meilleurs sont les résultats. Il vaut mieux traiter avant la procréation, mais à défaut il est encore préférable de traiter pendant la gestation que de traiter l'enfant une fois venu au monde, et là encore, il vaut mieux traiter l'enfant dès sa naissance que d'attendre pour intervenir de constater les ravages causés par le tréponème.

C'est peut-être dans l'œuf, en tous cas dès les premiers mois de la vie que la syphilis frappe les glandes endocrines, comme l'a montré Marfan; mais ces lésions des glandes endocrines restent sourdes à leur début, et quand elles se manifestent par des symptômes visibles, il est déjà tard, presque trop tard, pour agir avec efficacité.

Il faut donc traiter le plus tôt possible : « attendre et voir » dans ce cas, est une lourde faute ; ce n'est pas, lors des manifestations visibles de l'hérédo-syphilis, qu'il faut traiter les enfants qui en sont atteints, il est beaucoup plus utile, et plus facile de prévenir les manifestations héréditaires que de les guérir.

Le traitement précoce anti-syphilitique, dont la nécessité n'est plus à discuter, est parfois cependant différé à cause de la difficulté de faire dans les familles un traitement approprié. Bien que la notion de *syphilis, maladie honteuse*, tende peu à peu à disparaître, il est encore bien des fois peu facile de faire admettre un traitement antisyphilitique, quand l'un des deux conjoints au moins ignore l'origine de cette infection.

Il est évidemment préférable de dire aux époux franchement la vérité ; mais on doit parfois y renoncer par crainte de l'éclosion d'un drame conjugal dans beaucoup de milieux ; d'ailleurs le plus souvent l'auteur primitif qui hébergea le tréponème, forcé d'avouer par les circonstances une infection que lui-même tenait secrète, demande à nouveau le secret vis-à-vis de son partenaire. Dans ce cas, quand la syphilis acquise ne peut être avouée, il faut tricher, avoir recours à la notion d'une syphilis héréditaire ancienne qu'on peut repousser pour les besoins de la cause à plusieurs générations (et personne dans ce cas ne sera là pour réclamer) ; ou bien encore s'il est impossible pour des raisons spéciales de faire intervenir avant le traitement et pour justifier celui-ci une syphilis héréditaire de deux ou trois générations, le médecin peut toujours s'arranger avec la complicité de l'autre conjoint, pour faire un traitement anti-syphilitique non avoué. Les prétextes ne manquent pas pendant la grossesse ; toutes les petites indispositions que ressentent les femmes pendant cette période, et qui les amène à consulter un médecin, justifie à leurs yeux un traitement par piqûres qu'elles acceptent d'autant mieux que c'est pour leur enfant.

Il est évidemment fâcheux d'avoir à dissimuler la vérité, de se faire complice de mensonges pour traiter une affection que le malade ignore ; mais nous croyons que c'est là une *nécessité* pour le médecin. Il faut savoir mentir même si on le regrette, car il faut mieux mentir pour sauver une existence d'un enfant innocent que de risquer par l'abstention thérapeutique ou une thé-

rapeutique fallotte, un avortement ou la naissance d'un être chétif plus ou moins dystrophique.

L'intransigeance dans ce cas nous paraît tout à fait condamnable.

En résumé nous croyons que, en présence de la quantité des avortements, de la mortalité et de la morbidité du premier âge, la recherche systématique d'une syphilis possible doit préoccuper le médecin, en présence d'une gestante, et qu'il doit tout mettre en œuvre pour dépister et traiter une crypto-syphilis si funeste par les ravages qu'elle *produit.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les épithéliomas du rectum ; symptômes et diagnostic

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Ce malade est entré à l'hôpital pour une poussée hémorroïdaire. Il ne se doutait pas d'avoir autre chose. On a fait le toucher rectal, comme on doit toujours le faire, quand il y a des raisons de penser à un néoplasme, et on a trouvé une tumeur énorme dans la partie sus-ampullaire du rectum.

Ceci est un enseignement. Il n'est pas rare que des malades porteurs de tumeurs malignes du rectum présentent des poussées hémorroïdaires. Qu'il y ait ou non une relation entre les deux affections, ce qui est certain, c'est que beaucoup de malades se plaignent uniquement de leur hémorroïdes. Si on se contente de cette interprétation et d'un traitement palliatif, on méconnaîtra un diagnostic d'importance capitale. Dans le rectum, disait Trélat, on ne sait pas ce qu'on peut rencontrer. On y trouve quelquefois des objets insolites : bouteille de cognac, manche à balai, cierge emprunté à une chapelle, etc., etc. L'histoire des corps étrangers du rectum est remplie d'anecdotes savoureuses. Il y a, par exemple, l'histoire d'un moine qui s'était introduit dans le rectum une bouteille d'eau de la reine-mère de Hongrie, pour se traiter de la diarrhée. Au seizième siècle, à Padoue, des étudiants, un soir de fête, avaient introduit dans le rectum d'une fille de joie une queue de cochon qu'un chirurgien eut l'idée heureuse de retirer en protégeant la muqueuse au moyen d'une tige de sureau vidée de sa moelle.

Ces corps étranger du rectum peuvent entraîner des accidents très graves, et même la mort par déchirure du côlon.

Les premières manifestations des épithéliomas du rectum, malheureusement, sont souvent singulièrement estompées, et nombre de malades, quand on les voit, ont des tumeurs déjà complètement inopérables ; les tumeurs du rectum peuvent évoluer pendant longtemps d'une manière tout à fait silencieuse. Beaucoup de malades n'ont pas attaché d'importance aux premiers symptômes. C'est d'abord la perte de la sensibilité ano-rectale, se rattachant à la dilatation de l'ampoule rectale. Les malades ne savent plus distinguer, disent-ils quelquefois, « un pet d'une crotte ». Ce symptôme est très significatif. Certains malades accusent des écoulements anormaux.

Leurs matières sont modifiées dans leur forme. Elles sont de deux types : dans certains cas, les matières sont aplaties, on les dit rubanées. Dans d'autres cas, elles sont formées par une accumulation de petites boulettes comme les crottes de brebis ou de lapins, d'où leur nom de matières ovillées.

Il n'y a aucune relation entre la forme des matières et la nature de la lésion ; c'est une question de siège : lorsque le rétrécissement siège à la partie tout inférieure du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter, les matières sont expulsées au dehors aussitôt qu'elles ont traversé la filière rétrécie, et elles en gardent l'empreinte ; elles ne sont pas aplaties, plus souvent elles sont comme passées à la filière. La tumeur peut laisser l'empreinte de sa forme sur le bol fécal. On trouvera, par exemple, un bol fécal dont la coupe aura une dépression en forme de cœur de carte.

Lorsque la tumeur siège dans la partie supérieure du rectum, lorsqu'il reste au-dessous du rétrécissement une portion de l'ampoule rectale assez considérable, les matières traversent cette partie rétrécie progressivement, sous l'influence des contractions du segment supérieur de l'intestin, elles sont brassées, réduites en boulettes. Quand elles sont expulsées, elles ont l'aspect des crottes de brebis.

Souvent les matières que rendent les malades atteints de néoplasme du rectum sont enduites de détritus , de mucosités ayant plus ou moins l'apparence de fausses membranes : ceci n'a aucune signification, on peut le voir dans les rectites les plus banales.

Beaucoup de malades se plaignent d'alternatives de diarrhée et constipation.

Les néoplasmes ano-rectaux peuvent être divisés en deux groupes au point de vue topographique : les néoplasmes anaux proprement

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 7 janvier 1926, recueillie par le Dr Laporte.

dits, et rectaux proprement dits. Cette distinction a une importance capitale. Les épithéliomas anaux sont du type pavimenteux, cutané, ils sont spino-cellulaires ou baso-cellulaires ; ils sont terriblement graves ; leur symptomatologie est beaucoup plus dramatique, ils envahissent d'une manière très précoce les ganglions du pli de l'aine, groupe interne. On voit quel long tracé suivent dans les lymphatiques les cellules épithéliales. Dans ces cas, on ne peut pas faire la résection à la fois de la tumeur, des ganglions et de la portion intermédiaire des lymphatiques.

Ces épithéliomas sont presque toujours végétants et ulcérés, remplissant le périnée de masses ulcérées, saignantes, ichoreuses, fétides. Ils donnent lieu à des douleurs parfois assez précoces, se produisant au moment de la défécation, par suite de la pénétration des matières fécales dans les interstices ulcérés des masses bourgeonnantes. Les malades ont souvent des épreintes atroces, c'est-à-dire des besoins d'aller à la selle qu'ils ne peuvent pas satisfaire. Il faut ajouter une infirmité particulière à ce genre de tumeurs, singulièrement pénible, c'est un mélange d'incontinence et de rétention. Le sphincter infiltré ne se laisse plus distendre au moment de la poussée fécale. Il y a des accidents de stercorémie. Il y a cependant une incontinence, parce que le sphincter ne peut plus se contracter ; il y a souvent de larges ulcérations destructives remontant jusqu'à la partie supérieure du canal anal, qui détruisent la musculature.

Ces malheureux souffrent d'une manière incessante, ils ne peuvent pas contenir leurs matières, ni les évacuer d'une manière complète. C'est une forme terrible de cancer.

Les épithéliomas du rectum proprement dits sont tout différents. Ce sont des épithéliomas cylindriques ; cependant il y a quelques exceptions ; les métaplasies pavimenteuses de la muqueuse rectale ne sont pas rares ; dans les rectites, on les observe assez souvent. Ces plages où la muqueuse a subi la transformation pavimenteuse peuvent devenir l'origine de cancer. Mais, dans la règle, les épithéliomas du rectum sont cylindriques. On distingue : 1° une forme basse, un cancer ano-rectal, qui ne permet pas, lorsqu'on fait l'intervention, de conserver l'appareil sphinctérien ; 2° un cancer de l'ampoule, n'atteignant pas le canal sphinctérien.

Peut-on en distinguer deux variétés, comme on l'admettait jadis, un cancer sus-ampullaire, et un cancer recto-sigmoïdien, c'est-à-dire à cheval sur l'anse sigmoïde et le rectum ? Jadis, on faisait commencer le rectum au promontoire. On le fait commencer aujourd'hui au niveau de la troisième sacrée, de sorte que cette distinction n'a pas grand intérêt.

Le fait capital c'est qu'il y a des cancers assez haut situés pour laisser, au-dessous d'eux, une portion d'ampoule rectale non atteinte ; lorsqu'on fait une intervention, on peut donc rétablir la continuité du tube digestif avec l'anus, qu'ils soient un peu plus haut ou plus bas, cela n'a pas une grande importance aujourd'hui. Jadis, c'était important, parce qu'on opérait par voie périnéale : l'extension dans le sens vertical constituait la contre-indication principale. Il y a juste un siècle que Lisfranc a fait pour la première fois cette amputation du rectum.

L'emploi du thermo-cautère était loin d'améliorer les résultats et de simplifier la technique. La règle était que tout épithélioma du rectum que ne pouvait pas franchir le doigt était inopérable. A l'heure actuelle, l'extension dans le sens vertical n'a plus aucune importance, parce que la technique de l'extirpation du rectum s'est complètement modifiée. En prolongeant les incisions en arrière et en réséquant le coccyx, on a pu atteindre une portion un peu plus haute ; jusqu'à 15 et 25 cm. de rectum ont pu être extirpés par cette voie. On a fait des résections osseuses de plus en plus étendues. Au congrès allemand de 1885-86, on a proposé de faire la résection d'une partie du sacrum remontant jusqu'au niveau du troisième trou sacré. Ce procédé, modifié par Quenu, est devenu l'opération abdomino-périnéale en deux temps.

On divise les épithéliomas cylindriques du rectum en deux grandes formes cliniques, comme tous les épithéliomas, d'ailleurs : des formes végétantes, qui forment des tumeurs saillantes dans l'intérieur de la cavité intestinale, et des formes infiltrées, qui ont tendance à envahir les tissus voisins.

La forme infiltrée présente deux variétés, qui ne donnent pas lieu aux mêmes difficultés de diagnostic. Il y a d'abord une forme tubéreuse, donnant lieu à un rétrécissement du rectum par une plaque indurée. La surface de cette plaque — ce qui peut être trompeur — est souvent lisse, mais elle est légèrement mamelonnée, friable, pouvant être déchirée avec l'ongle, quoique n'ayant pas l'extrême friabilité des formes végétantes.

Ces épithéliomas commencent toujours sur un point de la circonférence du rectum. Ils ont plus de tendance à progresser dans le sens circonférenciel qu'à s'étendre dans le sens du tractus intestinal. Le résultat, c'est qu'ils tendent à devenir circulaires, annulaires. Un grand nombre d'épithéliomas du rectum font tout le tour de celui-ci ; ils ne l'occupent pas d'emblée, ils s'étendent à partir d'un point d'origine, de sorte qu'il y a une zone plus épaisse, celle où la tumeur a pris naissance : l'ensemble a la forme d'une bague avec son chaton.

Dans les régions plus élevées de l'intestin, c'est-à-dire sur le côlon, il y a très souvent une

lésion annulaire, mais de très peu de hauteur, lésion qu'on appelle ordinairement l'épithélioma en ficelle. Cette forme est exceptionnelle dans le rectum.

Une autre variété est la forme franchement ulcéreuse. Ces épithéliomas sont généralement bas situés : dès que le doigt a franchi le canal anal, il tombe dans une véritable caverne dont on a grand'peine à atteindre le fond.

La tumeur à forme végétante fait une saillie dans le rectum ; au point de vue macroscopique, c'est un polype. Il y a des polypes du rectum, qui sont des tumeurs absolument bénignes, et il y a aussi des néoplasmes extrêmement malins qui ont cette forme de polype. Les polypes s'observent surtout chez les enfants, mais on en rencontre quelquefois chez les adultes. On peut être embarrassé pour faire le diagnostic clinique et même histologique. Dans quelques cas, ces tumeurs sont villeuses, peuvent déborder le rectum et s'étendre jusque sur le côlon.

La forme végétante type est constituée par des bourgeons irréguliers, se laissant effriter sous le doigt et saignant abondamment, reposant sur une base très dure, infiltrée : il s'agit incontestablement d'une tumeur maligne. Mais il y a des cas où la tumeur est résistante, assez régulière, onctueuse comme la muqueuse du rectum, ressemblant à une tumeur bénigne, et ce peut être une tumeur extrêmement maligne.

Chez un adulte, à plus forte raison chez un homme âgé, on ne doit pas faire le diagnostic de polype. Il faut chercher l'état de la paroi du rectum au niveau du point d'implantation de la tumeur. Si l'on sent un épaississement, une résistance, à plus forte raison des adhérences au loin, on doit faire le diagnostic de tumeur maligne. Quénu et Landel ont insisté sur le rapport nucléo-protoplasmique généralement très élevé dans les cellules épithéliales du cancer. Dans la forme maligne, les cellules perdent leur propriété de sécréter du mucus. Mais il y a des formes d'épithélioma dans lesquelles les cellules, au contraire, sécrètent d'une manière exubérante, ce sont les épithéliomas appelés colloïdes.

Ces épithéliomas sont beaucoup moins graves que les autres formes. En voici un exemple. Un malade avait un épithélioma colloïde pour lequel il avait été laparatomisé. Le chirurgien déclara que la tumeur était inopérable, et que le malade survivrait au plus trois mois. Cinq ans et demi après, le même malade, avec un anus artificiel, faisait tous les matins une promenade à cheval. Il n'en avait pas moins son épithélioma.

Quelquefois ces épithéliomas se manifestent par l'expulsion anale de masses gélatineuses, mêlées ou non de matières fécales.

Ce malade était donc venu pour des hémorroïdes, qu'il avait depuis longtemps, et cette poussée hémorroïdaire n'avait rien présenté de particulier. Il avait une rectorrhée assez abondante. C'est ce que Gosselin a appelé les hémorroïdes blanches, par opposition aux hémorroïdes saignantes. Il avait, dit-il, des périodes de constipation, depuis longtemps, sans doute, car à son entrée, on note déjà un certain degré de ballonnement de l'abdomen. Bien qu'il n'y ait pas d'obstruction intestinale à proprement parler, il y a cependant une difficulté à l'évacuation : l'intestin se laisse distendre au-dessus de l'obstacle, les anses intestinales sont souvent visibles à travers la paroi, même lorsqu'elles ne se contractent pas. Si l'on donne une chiquenaude sur la paroi de l'abdomen, il arrive qu'on détermine des mouvements péristaltiques. Le syndrome de Kœnig est constitué par des contractions intestinales visibles à travers la paroi, douloureuses et sonores, c'est-à-dire se terminant par un bruit de gargouillement, qu'on a qualifié de musical, lorsque les gaz et matières franchissent la partie rétrécie.

Certains malades atteints d'épithélioma du rectum ont des irradiations douloureuses violentes dans la région sacrée, la région du sciatique, de l'obturateur : cela indique toujours que le néoplasme a largement franchi la paroi du rectum et qu'il a infiltré le bassin.

La seule erreur de diagnostic qu'on puisse commettre, c'est avec une rectite chronique à forme proliférante.

Dans beaucoup de cas, pour le diagnostic, on est obligé de faire le toucher rectal avec le doigt nu.

Chez ce malade, il y a une portion de l'ampoule qui est libre et distendue. C'est un symptôme important, surtout dans les cas où la tumeur est inaccessible. Ici, on atteint facilement une tumeur saillante, de consistance molle, onctueuse, régulière. Ce ne sont pas les caractères ordinaires des épithéliomas. On dit au malade de pousser comme pour aller à la selle, pour atteindre le plus haut possible et tâcher de percevoir le pédicule. On constate que la tumeur a dépassé la paroi du rectum et déjà infiltré l'excavation sacrée. Le doigt sort propre et non souillé de sang et de sanie. Il y a donc des épithéliomas qui ne sont pas saignants, et qui n'en sont pas moins des tumeurs malignes.

A l'état normal, les parois de l'ampoule rectale viennent au contact l'une de l'autre lorsqu'elle ne contient pas de matières fécales. Le doigt a quelquefois beaucoup de peine à trouver la direction du canal. Chez les individus ayant un épithélioma du rectum, il arrive que, bien que le rectum ne contienne pas de matières, les parois sont tenues à distance de façon que le doigt s'y promène comme un bâton dans une cloche. C'est qu'il y a des gaz. Le séjour et la non expulsion de ces gaz s'explique par la diminution ou la perte de la sensibilité ano-rectale.

Pour l'étude d'un épithélioma, on doit toujours chercher les ganglions. Il y a dans cette région trois territoires ganglionnaires. Il y a le territoire anal, dont les lymphatiques vont aux ganglions du pli de l'aîne, groupe supéro-interne. Il y a le pédicule lymphatique, le seul vraiment rectal qui se rend aux ganglions situés au niveau de la bifurcation de l'hypogastrique. Il y a enfin un pédicule appelé hémorroïdal, mais en réalité mésentérique. Ces territoires lymphatiques ont été étudiés depuis longtemps par Quénu, Cunéo, et d'autres auteurs, plus récemment par Poulet, dans sa thèse.

Au cours des opérations on constate que ces ganglions sont presque toujours augmentés de volume. Il arrive que les ganglions situés dans le territoire d'un cancer présentent une augmentation de volume considérable, mais cependant ne sont pas cancéreux.

Lorsque le cancer est ulcéré, il est facile d'expliquer cette adénopathie par une inflammation plus ou moins atténuée. La suppuration est rare.

Ce malade a un anus artificiel.

Ici, l'anus artificiel avait un double but : supprimer les accidents de stercorémie, diminuer les douleurs du malade ; agir peut-être sur l'évolution de son néoplasme, et rendre possible une intervention radicale. Il arrive en effet que les adénopathies sont, pour une part, au moins, inflammatoires, et qu'à la suite de la dérivation des matières fécleas elles diminuent, ce qui rend opérables des cancers qui se présentaient auparavant dans des conditions défavorables.

Chez l'homme, les principales contre-indications à l'intervention sont les adhérences à la prostate, aux vésicules séminales, au bas-fond de la vessie, à l'urètre. Il faut toujours, dans ces cas-là, faire un examen cystoscopique. On trouve quelquefois ce qu'on appelle une cystite bulleuse. Il est admis, à l'heure actuelle, que cette lésion est liée uniquement à des troubles de vascularisation, qu'elle n'implique pas l'envahissement de la vessie et par conséquent ne contre-indique pas formellement l'intervention, mais on peut trouver dans certains cas un envahissement de la paroi vésicale par le cancer, et ceci contre-indique formellement l'intervention.

A PROPOS DU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE DU Dr DANI HERVOUET

Par R. Monceaux,

Docteur ès sciences. Docteur en pharmacie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Académie de Médecine,
Chef de laboratoire à l'hôpital Cochin.

Ce n'est pas sans quelque surprise que nous avons appris par le *Concours médical* du 18 octobre 1925 que le traitement « spécifique » de la tuberculose était enfin découvert. Cette nouvelle sensationnelle surprenait d'autant plus les chercheurs qu'elle n'avait été annoncée à aucune société savante sauf, pardon, à la Société médicale ...... de l'Hôtel de Ville.

Nous venons de voir dans la *Gazette médicale de Nantes* du 1er février dernier, une réédition de l'exposé des idées du Dr Dani Hervouet sur le traitement « spécifique » des tuberculeux ; nous croyons qu'il est temps d'intervenir pour tempérer l'ardeur toute juvénile de son auteur, et lui objecter quelques faits chimiques et biologiques précis qui pourraient peut-être troubler la « logique séduisante » de sa conception.

Le Dr Hervouet commence par citer le mot de Grancher « la tuberculose est la plus curable des maladies » et il ajoute « la guérison de la tuberculose se fait par un travail organique naturel, la thérapeutique ne jouant qu'un rôle de comparse ». Jusque-là nous sommes pleinement d'accord ; tous les phtisiologues ont observé des cas qui se sont guéris par les seules défenses naturelles de l'organisme. Mais le Dr Hervouet va plus loin . . . il propose pour arrêter le mal de donner aux tuberculeux « en quantité suffisante » des « déchets azotés » qu'il précise ensuite comme étant la créatinine et les acides aminés. La présence dans le sang de ces produits azotés aurait « une action empêchante sur le bacille de Koch » et une « action antituberculeuse certaine ». Il ne lui en faut pas plus pour affirmer la « solidité inébranlable » de sa conception.

Nous nous permettons ici de n'être plus du tout d'accord avec le Dr Hervouet. Nous étant spécialisé depuis de longues années dans l'étude de la nutrition des tuberculeux, nous croyons avoir une compétence suffisante de la nutrition azotée de ces malades pour réfuter sans trop de peine les hypothèses exposées plus haut.

Le Dr Hervouet propose d'administrer aux tuberculeux des acides aminés libres. Il aurait dû, au moins, au préalable, faire la bibliographie de la question et se rendre compte par lui-même du métabolisme de ces corps. J'ai consacré l'une de mes thèses justement au métabolisme pro-

téique dans la tuberculose pulmonaire (1), je ne puis mieux faire que d'y renvoyer le Dr HERVOUET. Il y trouvera une documentation qui pourra peut-être lui être utile dans ses recherches. Il y verra entre autre des photographies d'acides aminés que l'on peut extraire de l'urine et du sang des tuberculeux avec une extrême facilité vu leur abondance, de même que la créatine et la créatinine qui m'ont gêné dans bien des extraits par leur concentration. C'est que le métabolisme de ces corps est profondément perturbé par suite d'un processus morbide que j'ai exposé dans de nombreux travaux (2) : l'insuffisance des oxydations. Le tuberculeux dégrade bien ses matières protéiques alimentaires jusqu'au stade acide aminé, mais à partir de ces acides aminés, il n'est plus capable d'opérer les synthèses nécessaires à l'édification de ses tissus ; voilà pourquoi il maigrit, et voilà pourquoi on peut extraire de son sang et de ses urines (par où ils s'éliminent normalement) de magnifiques acides aminés. J'ai même dit que c'était un *mode de préparation* des acides aminés. Si M. HERVOUET veut obtenir de la cystine, il n'aura qu'à donner des protéiques sulfurés (choux ou lentilles) à ses malades, le lendemain les urines renferment la cystine demandée. S'il veut de la tyrosine ou de la leucine, il faudra leur faire prendre du lait ou de la viande. J'espère que je n'étonnerai pas le Dr HERVOUET en lui disant que la plupart des tuberculeux sont des insuffisants hépatiques, s'il n'en était pas très convaincu, je me permettrai de lui signaler une thèse récente sur ce sujet, qui pourrait l'intéresser (3). C'est en effet l'insuffisance hépatique qui retentit le plus sur la nutrition de ces malades et les empêche d'utiliser leurs acides aminés et leurs acides gras par insuffisance de leurs oxydations.

Après cette mise au point on comprend facilement que la conception du docteur HERVOUET de donner des acides aminés aux tuberculeux comme « remède spécifique » nous ait fait sourire. Ces pauvres gens ne pouvant déjà pas utiliser ceux que leur organisme fabrique, n'utiliseront pas mieux ceux qu'on viendra leur injecter et qui ne pourront que s'ajouter à ceux qui existent déjà.

(1) Le métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire. 1 volume 180 p. avec microphotogr. (Librairie Legrand, 93, boul. St-Germain, Paris.)

(2) Voir dans ma thèse précédemment citée, en outre : MONCEAUX. Comment doit-on concevoir la nutrition azotée des tuberculeux, *Art médical*, janvier 1925. — PISSAVY et MONCEAUX, Les anti-oxygènes et le traitement de la tuberculose. — Sté de thérapeutique, juin 1924. — R. MONCEAUX. Etude chimique de la bile et du foie des tuberculeux. *Revue de la tuberculose*, VI, juin 1925.

(3) SALMON (H.). — Considérations anatomiques, histogénétiques et étiologiques sur quelques lésions du foie des tuberculeux pulmonaires. Thèse de Paris 1925, 250 pages. (Librairie Maloine, Paris).

Voici un premier point.

Il y en a un autre sur lequel je ne partage pas non plus la conception du Dr HERVOUET, si « séduisante » soit-elle, c'est « l'action empêchante » de ces produits sur le bacille de Koch. Je veux bien espérer qu'au cours de ses recherches sur la tuberculose, le Dr HERVOUET a cultivé du bacille de Koch. Il aurait dû voir alors que *les acides aminés sont des aliments indispensables pour le bacille tuberculeux*. Bien plus, certains acides aminés donnent aux cultures une vigueur extraordinaire ; les cultures de bacilles de Koch sur bouillon renfermant de l'*arginine* donnent des récoltes plus abondantes que sur n'importe quel autre milieu et si on ne l'utilise pas plus c'est que l'arginine coûte cher. Donc non seulement il n'est pas prouvé que ces corps ont une action « empêchante » sur le bacille de Koch. mais il semble bien au contraire qu'ils ont une *action très favorisante* sur son développement *in vitro* du moins et qu'il n'est peut-être pas anodin d'en injecter sous la peau des malades.

Si nous avons tenu à éclairer le corps médical sur la valeur des conceptions du Dr HERVOUET c'est qu'en matière de tuberculose on ne saurait jamais être assez prudent dans les conclusions thérapeutiques. Tant de malheureux attendent le remède spécifique qu'il serait coupable de leur crier victoire avant de vérifier par des faits précis une simple hypothèse si séduisante soit-elle.

***

Réponse du Dr Hervouet à M. Monceaux

M. Monceaux, chimiste non médecin, qui n'a pas encore trente ans, a peut-être tort de prendre avec moi ce ton de suffisance et d'ironie de grand seigneur de laboratoire.

Les critiques qu'il m'adresse ne me sont pas une nouveauté ; je me les suis formulées depuis longtemps, et j'ai à peu près terminé le travail qui les étudie et les réfute. Je vais donc profiter de cet incident pour en donner un aperçu à mes confrères.

Mon contradicteur insinue que j'ai présenté ma découverte comme « LE traitement spécifique de la tuberculose ». Je n'ai pas eu cette outrecuidance ; j'ai écrit « UN traitement », expression qui ne préjuge rien des recherches faites par d'autres. Quant à l'épithète « spécifique », elle se base non sur une idée théorique, mais sur des faits observés par moi, et par d'assez nombreux confrères qui ont vérifié mes affirmations. Une médication régulièrement efficace dans le plus grand nombre des cas peut revendiquer le titre de spécifique, malgré certains échecs, et bien qu'elle déborde le cadre de la maladie, au même

titre que l'iode, le mercure, l'arsénobenzol et le bismuth dans la syphilis.

Je n'ignore pas la thèse de doctorat en pharmacie de M. Monceaux sur le métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire. Voilà plusieurs mois que je l'ai lue et relue. L'auteur y montre, après d'autres, que les grands tuberculeux sont atteints de lésions graves du foie et que leurs oxydations sont au-dessous de la normale ; ils ne se consument pas par utilisation excessive d'oxygène ; c'est le contraire ; ils meurent par défaut d'assimilation.

Ce sont des faits, quoi qu'en dise M. Monceaux, qui n'étaient pas ignorés des médecins. Nous savons très bien que tous les malades, bacillaires ou non, arrivés à la période ultime, meurent de dénutrition. Comme nous savons très bien qu'il n'est pas de maladie aiguë, quelle qu'elle soit, qui ne retentisse plus ou moins profondément sur la glande hépatique. Le mérite d'avoir rectifié (?) de précédents travaux de laboratoire sur ce point n'autorise peut-être pas M. Monceaux à se poser en juge compétent et définitif des questions de nutrition et de traitement des tuberculeux.

Un gros reproche que je lui ferai d'abord est l'équivoque où il se complaît en employant l'expression « les tuberculeux ». Il semble qu'il s'agisse de tous les tuberculeux, alors que son travail est basé à peu près exclusivement sur les tuberculeux ultimes. Il y a là un petit tour de passe-passe qui n'a rien de scientifique.

A toutes ses allégations, j'oppose simplement une autorité qu'il ne récusera pas, — lui-même. On peut lire, dans son travail, page 82 : « L'extrait urinaire nous a fourni des résultats *qualitatifs* extrêmement intéressants ; nous avons vu apparaître à l'état cristallisé la leucine et la tyrosine, *alors que, dans bien des cas, le dosage* QUANTITATIF *de l'azote aminé ne révélait rien d'anormal.* » Et un peu plus loin, même page : « De cette longue étude, nous pouvons conclure qu'il existe une hyperaminoacidurie *chez les malades dont l'état est grave* ; *mais à part quelques cas, cette élévation est faible.* » Aux conclusions les dernières, page 171 : « D'une façon générale, l'*aminoacidurie des tuberculeux n'est pas sensiblement supérieure aux chiffres normaux* : *seuls, les grands malades donnent des éliminations élevées* ». Et enfin, même page : « Dans la tuberculose pulmonaire, le rapport azoturique est normal au début de la maladie, *le plus souvent normal chez les tuberculeux en évolution*, nettement abaissé chez les grands malades. »

Sur la créatine et la créatinine, il n'y a qu'un court chapitre où il est affirmé que les éliminations élevées de créatine indiquent de graves lésions du foie, nullement spéciales aux tuberculeux. En outre, au début et à la fin de ce chapitre, pages 98 et 100, on lit : « Le métabolisme de ces corps est encore très obscur », et « malgré tous ces travaux, les relations entre la créatine et la créatinine restent très obscures (?) ».

Quand on confronte ces textes avec les affirmations de la première partie du factum de M. Monceaux, on a peine à comprendre comment son jugement peut atteindre une pareille hauteur d'illogisme et sur quoi se base sa protestation.

Quant à la question des lésions hépatiques chez les tuberculeux graves, elle n'est pas la propriété de ce chimiste. Au point de vue clinique et anatomo-pathologique, elle est connue depuis longtemps. Je n'ai eu garde de la négliger ; elle a sa place dans une des conclusions de mon travail, que voici : « Mes échecs totaux se sont toujours montrés chez des malades dont les fonctions hépatique et digestive sont en déchéance complète. » Et à tous les confrères qui m'ont fait l'honneur de me demander avis, j'ai toujours eu soin de dire : « chez les malades avancés, chez ceux dont l'hyperthermie ne cède pas assez rapidement à la médication, n'ayez aucune espérance, ils sont condamnés, car leur foie est profondément altéré par les toxines tuberculeuses. » De ce côté, je suis d'accord avec M. Monceaux, qui n'a rien inventé.

Que sait-il de la façon dont l'organisme utilise les acides aminés ? Quand il répète, ce que d'autres ont dit avant lui, que nous en recevons par nos aliments une quantité telle que la plus grande partie est retenue et détruite par le foie, il ne fait qu'exprimer le côté grossier du phénomène sans pouvoir rien expliquer au point de vue vital. Il ne s'agit nullement d'un fait mathématique, ne subissant aucune variation. Et les A.A. ne sont pas des soldats de même force, de même valeur, égaux les uns aux autres, et interchangeables. Là est la grosse faiblesse des connaissances chimiques sur ce sujet ; et malgré des travaux délicats et minutieux, le problème n'est pas très avancé.

Les physiologistes ont montré que leur action vitale est inégale, aussi bien que leur toxicité. Je ne puis entrer dans le détail de ces derniers travaux qui me mènerait trop loin. Il y a là un vaste champ d'études dont un petit coin commence à peine à être défriché et que les travaux cliniques peuvent féconder. Toutes ces

notions et ces considérations auraient dû suffire à empêcher M. Monceaux d'émettre des affirmations téméraires et tendancieuses.

Combien plus téméraires, quand on envisage les faits cliniques courants de la pratique médicale, dont il ne semble pas avoir connaissance ! Si ma conception de donner aux tuberculeux des acides aminés choisis par expérimentation, et soustraits aux modifications digestives, l'a fait sourire, malgré les résultats obtenus, combien plus sa gaîté doit-elle se donner cours à voir tous les professeurs et tous les médecins ordonner aux tuberculeux du suc de viande et de la viande crue, c'est-à-dire des AA. abondamment et en bloc ! Ignore-t-il que le prof. Richet, en préconisant avec une extrême énergie la zomothérapie chez les bacillaires, a cru faire œuvre scientifique et pratique à la fois ? Sait-il que le prof. Marfan a recommandé, pour les enfants rachitiques et athreptiques, les injections sous-cutanées de certains acides aminés ?

Les mêmes arguments qu'il m'oppose leur sont applicables autant et plus qu'à moi. En me prenant pour cible au lieu de tant de médecins éminents, il m'accorde un relief et une importance que je n'avais pas la vanité de m'attribuer.

J'aurais encore infiniment à dire sur cette question de l'utilisation par l'organisme des AA. ; c'est un sujet inépuisable. Je me borne aujourd'hui à affirmer que j'obtiens chez une foule de malades non tuberculeux, anémiés, déficients, amaigris, dyspeptiques ou non, des résultats d'une rapidité et d'un éclat incroyables, et une stimulation de toutes les fonctions et de tous les organes qui fait penser à une puissante polyopothérapie. Je donnerai bientôt un travail sur ce sujet, avec de nombreuses observations.

J'arrive maintenant au second point soulevé par M. Monceaux ; les cultures de B.K. en milieu A. A. poussant très bien, il est illusoire et peut être dangereux d'injecter des A.A. sous la peau des malades. Raisonnement simple et puéril.

Mon contradicteur n'ignore pas, je pense, que le B.K. peut pousser en des milieu d'une extrême pauvreté ; je le renvoie, s'il en est besoin, aux remarquables travaux de Vaudremer. Si l'on devait tirer de la culture *in vitro* des conclusions applicables *in vivo*, cela voudrait dire qu'on ne doit donner aux tuberculeux, pas plus par voie buccale que sous-cutanée, aucune substance susceptible d'être utilisée par le B.K., c'est-à-dire aucune espèce de nourriture, sauf peut-être des cailloux. Et non seulement aux tuberculeux, mais aussi à tous les bien portants, qui, en assimilant des matériaux capables de nourrir le B.K., se prédisposent évidemment à une invasion bacillaire prochaine : telle est la suite logique des raisonnements de M. Monceaux.

Cette objection *a priori* m'avait été faite, il y a six mois, sur un ton demi-plaisant, par un confrère, extrêmement versé dans les travaux de laboratoire où il s'est spécialisé. Elle m'avait paru à première vue de peu de force, et à la réflexion, plus légère encore. Je l'ai néanmoins soumise au prof. Armand-Delille, médecin de l'hôpital Hérold, membre de l'Académie de médecine, qui a fait avec plusieurs collaborateurs d'importants travaux sur les cultures de B.K. en milieu A.A. Voici une phrase de sa réponse, du 16 novembre dernier, qui répond à M. Monceaux : « Votre travail m'a vivement intéressé ; « vos résultats m'ont un peu surpris *a priori*, « puisqu'ils paraissent en contradiction avec ce « que j'ai constaté sur l'action du glyocolle dans « les milieux de culture ; *mais ce n'est cependant « pas contradictoire*, et il y a lieu de continuer ces « essais qui sont des plus encourageants. »

Je crois inutile de rien ajouter.

J'avais eu l'intention de montrer combien certaines autres conclusions du travail de M. Monceaux sont criantes d'illogisme et d'incohérence. Mais je pense avoir l'occasion de revenir sur ce sujet.

Je remercie le Conseil de direction du *Concours médical* de m'avoir permis de faire immédiatement à mon adversaire la réponse nécessaire.

Et je termine par une pensée empruntée à M. Monceaux, premier paragraphe, chapitre 1er, où je suis d'accord avec lui :

« On conçoit le rôle des matières protéiques « comme capital en pathologie, puisqu'elles sont « le support de la vie elle-même. »

Dr DANI HERVOUET.

MÉDECINE PRATIQUE

Embolie des membres. (Traitement chirurgical par l'artériotomie).

Par

C. LIAN et A. BLONDEL

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Tenon.

Interne en Médecine des Hôpitaux de Paris.

Depuis trente ans que l'artériotomie a été pratiquée pour la première fois contre une embolie, cette opération n'avait donné que des échecs. Mais le cas heureux de Labey ouvrit une série de succès. Tels furent à l'étranger les cas de Emar Key, Pupovac, Olivecrona, etc., et en France l'observation de Sencert et Blum, ainsi que le cas tout récent de C. Lian et P. Moure (1).

De ces divers travaux, et spécialement de l'article de Lian et Moure, nous dégagerons les conclusions pratiques suivantes :

I. *La fragmentation manuelle du caillot* par le massage de l'artère oblitérée a fourni quelques succès, mais c'est une méthode infidèle et certainement dangereuse. En effet, la seule présence d'un caillot dans une artère est une cause d'irritation pour l'endartère ; or, le traumatisme produit par des massages répétés ne peut qu'exagérer cette irritation et favoriser la production redoutable d'un caillot prolongé. D'autre part, la fragmentation du caillot peut aller bloquer la circulation de plusieurs territoires périphériques et déterminer des gangrènes parcellaires. L'emploi du massage doit donc être envisagé seulement comme une méthode d'exception lorsque la défaillance de l'état général interdit une intervention chirurgicale ; mais cette contre-indication est rendue plus rare du fait que l'artériotomie peut être pratiquée sous anesthésie locale.

II. *Indications de l'artériotomie.* — Lorsque l'artériotomie a été faite dans des cas où le caillot s'était produit sur place comme complication d'une lésion artérielle, elle n'a fourni que des échecs. *Elle est donc contre-indiquée dans la thrombose.*

Les indications de l'artériotomie se limitent donc aux embolies non septiques, brusques et récentes, détachées du cœur gauche et venant oblitérer une artère saine assez facilement accessible.

Elle est d'autant plus indiquée que le caillot siège en un point critique comme la bifurcation fémorale (fémorale commune et fémorale profonde), l'axillaire basse, la poplitée basse. En ces points en effet, l'oblitération artérielle aboutit souvent à la gangrène.

III. *Combien d'heures après l'embolie peut-on faire l'artériotomie ?* L'intervention doit être précoce. En effet, la présence de l'embolus dans l'artère est une cause d'irritation pour l'endartère, et pour peu qu'il y soit depuis 48 heures, il a de grandes chances d'avoir entraîné des altérations de l'endartère. S'il en est ainsi, l'ablation de l'embolus par artériotomie risque fort d'être suivie de la reproduction du caillot *in situ* par thrombose.

D'autre part, si l'on ne fait pas l'artériotomie, cette endartérite secondaire due à l'embolus risque de causer un caillot thrombosique prolongé qui, oblitérant les orifices des collatérales, empêchera le rétablissement de la circulation.

Cependant nous ne pensons pas qu'il soit indiqué d'opérer dès les premières heures qui suivent l'embolie. En effet, C. Lian a observé plusieurs cas d'embolie des membres où les troubles ischémiques apparus avec l'embolie sont disparus en quelques heures. On peut penser que le caillot s'est rapidement fragmenté, mais cette éventualité doit être rare, car elle ne cadre guère avec l'absence de tout trouble circulatoire périphérique, alors que de nombreuses artérioles seraient oblitérées simultanément par les fragments de l'embolus mitral. Il est probable que, dans ces cas, les troubles ischémiques sont dus à un spasme artériel rendant hermétique l'oblitération incomplète due au caillot, ou encore compliquant un embolus d'une artère nourricière de la paroi de la grosse artère du membre. En quelques heures, ce spasme surajouté cesse, et tout s'arrange, surtout si l'embolus ne siège pas dans un des points critiques déjà cités plus haut.

Nous avons donc des tendances à considérer que, pour être sûr de ne pas faire une intervention inutile, il serait bon d'attendre 6 à 12 heures avant d'opérer, en cherchant par des pansements et des bains chauds locaux, à faire cesser le spasme, si spasme il y a. Dans les cas où le malade est examiné trop tardivement, on peut admettre qu'au-delà de 48 heures après l'embolie, les chances de succès opératoires sont minimes.

Enfin, pour poser les indications de l'artériotomie dans l'embolie, il est important de prendre en considération que cette intervention se fait sous anesthésie locale. « Comme l'intervention, très minutieuse, risque d'être longue, il faut absolument bannir les anesthésiques généraux », dit Moure. Ainsi dans le cas de Lian et Moure, l'anesthésie locale fut faite au « nikétol », l'intervention ne fut nullement douloureuse et ne choqua pas du tout la cardiaque ainsi opérée.

IV. *Diagnostic de l'embolie et de son siège précis.* — En général, les circonstances étiologiques rendent tout à fait vraisemblable le diagnostic d'embolie. Ainsi la malade de Lian et Moure était une asystolique avec arythmie complète, qui brusquement ressentit une douleur dans l'avant-bras droit, en même

(1) *Presse méd.*, 23 sept., 1925 (avec bibliographie)

temps que sa main s'engourdissait et devenait comme morte. On sait que les embolies s'observent surtout dans les endocardites malignes, et parmi les cardiopathies chroniques, dans le rétrécissement mitral, dans l'arythmie complète.

Dans les thromboses, le début est en général progressif, encore que les signes cliniques puissent débuter brusquement. En particulier, dans les gangrènes du membre inférieur, il est fréquent qu'auparavant le sujet ait présenté depuis longtemps de la lourdeur du membre, des douleurs vagues, ou le syndrome si caractéristique de la claudication intermittente. Les causes les plus fréquentes des artérites oblitérantes sont la sénilité et le diabète.

On se rappellera aussi, comme l'a fait remarquer le prof. Cassaet, qu'en amont d'une embolie, les pulsations artérielles ont, en général, une amplitude supérieure à celles de la région homologue du côté sain, tandis qu'il n'en est pas habituellement ainsi en amont d'une thrombose.

Pour établir l'existence et le siège de l'oblitération artérielle, on procède comme nous l'avons indiqué plus haut à l'article *artérite oblitérante* (1). Mentionnons que la pression du point où siège l'embolus est en général douloureuse.

V. *Résultats à attendre de l'artériotomie.* — L'artériotomie faite dans les conditions précitées selon la technique délicate, actuellement bien réglée (2), donne de beaux résultats.

Ainsi dans les observations citées plus haut, et en particulier dans le cas de Lian et Moure, la pression artérielle et l'indice oscillométrique du membre opéré ont atteint après l'opération, et toujours conservé depuis, la même valeur que du côté sain, alors qu'avant l'intervention la gangrène paraissait proche. L'artériotomie (ouverture de l'artère, ablation de l'embolus, et suture latérale de l'artère) est susceptible d'aboutir à la restitution intégrale de la circulation du membre embolisé.

L'artériotomie pour embolie est donc une excellente opération qui mérite de ne pas rester une curiosité expérimentale, mais de passer dans la pratique courante (3).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Oxyurase et traitement bismuthé.

Le Dr MALHERBE relate le cas d'un homme d'une soixantaine d'années, qui vint le consulter notamment pour des oxyures, et à qui il fit subir la cure classique par le bismuth, médicament inoffensif, et réellement efficace.

Or, *fait inattendu*, dès les premières doses, ce sujet, habituellement calme et placide pour son âge, vit se réveiller soudain des ardeurs génésiques étonnantes ; d'abord, érections fréquentes, puis prolongées, et, à mesure que les doses se répétaient, un état érectile quasi priapique. La cure bismuthée s'arrêtant, tout rentra dans le calme et dans l'ordre.

Deux nouvelles cures de bismuth ramenèrent chaque fois les mêmes phénomènes de vaillance dans les mêmes termes. (*Gazette médicale de Nantes*, 15 septembre 1925.)

Une maladie qui n'est pas morte. La « chorée rhumatismale ».

Aujourd'hui on a tendance à détacher l'antique chorée de Sydenham du rhumatisme et à la rattacher à l'encéphalite léthargique, pour les raisons énumérées ci-après : analogies très grandes entre les secousses de la chorée et les mouvements involontaires de l'encéphalite léthargique ; début de certaines chorées franches par de la somnolence ; identité d'allures des chorées graves et de certaines encéphalites ; fréquence, dans les unes comme dans les autres, des rechutes.

Cependant, le Dr BABONNEIX estime que, si l'existence de chorées post-encéphalitiques n'est pas douteuse, ce n'est pas une raison pour nier les chorées rhumatismales. On ne peut distinguer celles-ci des premières par la forme du mouvement choréique, identique dans les deux cas, mais par les antécédents familiaux et surtout personnels de rhumatisme (angine rouge aiguë suivie de phénomènes articulaires, etc.), par les symptômes associés (alors que dans la chorée rhumatismale n'existe aucune manifestation analogue, la chorée encéphalitique débute souvent par de l'hypersomnie diurne ou de l'insomnie nocturne, des manifestations oculaires, des paralysies incomplètes, des myoclonies, etc.).

---

(1) Allusion à un article placé avant celui d'embolie dans le volume de l'*Année Médicale pratique* sous presse — voir plus loin la note (4).

(2) P. MOURE. — Chirurgie vasculaire conservatrice édit. Masson, Paris 1925.

(3) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs. Prix du volume : 24 fr.

Envoyer avant le 1er mai : 20 fr. (pour l'étranger : 22 fr.), à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques postaux 712-04.

Enfin, les complications observées ne sont pas les mêmes : dans la chorée encéphalitique, par exemple, on note des phénomènes algiques, myocloniques, de la raideur et du tremblement du type parkinsonien, mais jamais d'endopéricardite ; certaines chorées graves s'accompagnent de phénomènes d'infection suraiguë se terminant, en quelques jours, par la mort.

Bref la chorée rhumatismale n'est pas une vue de l'esprit ; elle revendique les cas qui n'affectent aucune allure épidémique, débutent par des arthropathies, s'accompagnent presque tout à coup de déterminations cardiaques, et dans lesquels on n'observe à aucun moment d'élément de la série encéphalitique. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 sept. 1925.)

Névrite du circonflexe et diabète.

H. Kauffmann attire l'attention sur la valeur diagnostique de certaines scapulalgies, dues à la névrite du circonflexe, dans le dépistage du diabète (manifestation nerveuse comparable à la sciatique, classique chez les diabétiques).

Lorsque la symptomatologie est complète (parésie, atrophie, hypotonicité du deltoïde, avec modification de l'excitabilité électrique de ce muscle, voire réaction de dégénérescence — troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité — troubles vaso-moteurs et troubles trophiques cutanés), le diagnostic de névrite périphérique d'un nerf mixte s'impose d'emblée. Rapidement l'affection, un peu diffuse au début, se cantonne, et l'examen permet d'affirmer que la névrite en question est une névrite du circonflexe, qu'il faut savoir distinguer, surtout au début, de la myalgie du deltoïde, d'une arthrite, de la périarthrite scapulo-humérale de Duplay.

Quant à la nature de cette névrite, le seul critère de son origine résulte de ce fait que les symptômes s'améliorent ou s'aggravent parallèlement aux modifications de la glycémie.

Pour ce qui est de son époque d'apparition et de sa fréquence, *souvent* cette névrite du circonflexe a été constatée alors que le malade ne se savait pas diabétique.

Il est donc intéressant de lire les observations relatées par l'auteur, car elles tendent à établir la valeur séméiologique de certaines scapulalgies, dues à une névrite du circonflexe, dans le dépistage du diabète, ce qui n'implique nullement, d'ailleurs, que cette névrite existe chez tous les diabétiques, ce qui ne signifie pas davantage qu'elle ne puisse avoir d'autre étiologie que le diabète sucré. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1925.)

L'asphyxie par l'oxyde de carbone.

Il se produit fréquemment des accidents par l'oxyde de carbone, et, dit le Dr Dervieux, on a le grand tort, faute de connaître suffisamment la question, de ne pas penser à envisager pareille hypothèse.

On n'ignore pas les sources de l'oxyde de carbone : incendies, explosions, gaz d'éclairage, appareils de chauffage, etc. On sait moins que l'oxyde de carbone est dangereux, mieux quand il est respiré à l'air libre, comme cela se produit, par exèmple, pour les vagabonds qui viennent en hiver se coucher — pour y mourir — sur les fours à chaux ou sur les fours à plâtre en activité. D'autre part, l'oxyde de carbone occasionne des accidents à distance de telle sorte que, dans les expertises, il est parfois fort difficile de retrouver exactement d'où il est venu. C'est ainsi qu'une fille qui couchait dans une mansarde san s cheminée fut asphyxiée par les émanations d'un tuyau qui aboutissait sur le toit, mais dont la fumée avait été aspirée par la fenêtre à tabatière dans laquelle une sorte de tirage s'était établi.

On vit encore sur cet axiome de Brouardel que tout globule touché par l'oxyde de carbone est un globule mort ; or, il est maintenant de notion courante que si l'oxyde de carbone a déplacé l'oxygène, l'oxygène à son tour est capable de déplacer l'oxyde de carbone. La saignée est donc une méthode absurde, qui conduit d'ailleurs à réduire le champ de l'hématose, c'est-à-dire à augmenter l'asphyxie ; il faut au contraire respecter le sang du malade à qui l'on devra se consenter de faire respirer, mais très abondamment, de l'oxygène.

L'examen spectroscopique, seul, permet de faire le diagnostic de cette intoxication, à la condition qu'il soit rapide, c'est-à-dire que, chez le malade soustrait à l'action des gaz nocifs, l'oxyde de carbone ne se soit pas partiellement éliminé.

Balthazard a instauré une méthode nouvelle, extemporanée et très précise même pour les petites quantités d'oxyde de carbone ; elle ne nécessite que quelques gouttes de sang. Il s'agit d'un procédé basé sur l'emploi du spectromètre ; les longueurs d'onde ont été observées pour les différentes teneurs en oxyde de carbone et une table a été dressée. Il suffit donc, avec l'instrument en question, de repérer les bandes de la carboxyhémoglobine, de faire la lecture de la longueur d'onde correspondante, pour avoir immédiatement le pourcentage oxycarboné.

Il est à souhaiter que l'usage de cet appareil se répande, pour élucider les cas douteux, dont la fréquence est trop souvent méconnue, et pour traiter sans retard, des malades qu'il est facile de ranimer et la plupart du temps de sauver. (*La Médecine*, septembre 1925.)

Traitement des brûlures et lanoline.

La lanoline paraît supérieure aux autres topiques médicamenteux grâce à ses propriétés cal-

mantes, absorbantes aseptiques, antiseptiques, et cicatrisantes. Voici, d'après le Dr BELLET, la technique de son emploi chez les grands brûlés.

Il faut d'abord désinfecter avec le plus grand soins les surfaces brûlées, et aussi, sur une large étendue, les régions cutanées avoisinantes. Ce temps est long et délicat, l'épiderme et les plaies de ces blessés, surtout aux extrémités, étant souvent imprégnés d'huile, de graisse, de charbon, etc. A défaut de grands bains, on utilise des compresses imprégnées d'alcool ou savon, plus facilement supporté qu'on ne le suppose, du moins les premières heures après l'accident, ensuite de grandes irrigations des plaies à l'eau bouillie, aux solutions antiseptiques faibles (permanganate de potasse) ; on ponctionne les phlyctènes, on pratique l'ablation des tissus trop mortifiés, tout en ménageant le plus possible les parties d'épiderme ou de derme, qui peuvent subsister et servir ultérieurement à la régénération. Nouvelles irrigations avec du sérum artificiel de Hayem ou de Locke. Assèchement léger des plaies avec des compresses aseptiques, après avoir passé à l'alcool, à l'éther, ou à la solution iodée faible, les régions saines avoisinantes. Séparation avec des lanières de gaze des doigts et orteils atteints, bourrage des cavités axillaires, etc., pour éviter des rétractions ou des adhérences. Et enfin, application sur les plaies de compresses, en plusieurs épaisseurs, trempées dans la lanoline maintenue en fusion au bain-marie. On recouvre cette gaze bien imprégnée de lanoline d'une faible épaisseur de coton hydrophile, puis d'ouate ordinaire stérilisée, et on maintient ce pansement par des bandages peu serrés.

Dans les cas de brûlures de la face, gargarismes, antisepsie rhino-pharyngée, antisepsie oculaire, lavage plusieurs fois par jour des yeux avec eau bouillie, solutions faibles de cyanure de Hg, instillations d'argyrol à 1/20, etc. Applications de compresses de lanoline, disposées en masques, sur la face.

A la lanoline anhydre pure, un peu irritante pour le pourtour des plaies, l'auteur a préféré ensuite un mélange lanoline-vaseline (une partie de vaseline, quatre parties de lanoline).

Quand les brûlures sont profondes et étendues, on renouvelle les pansements tous les jours, puis tous les deux jours, et tous les trois jours.

L'ablation des pansements, souvent si douloureuse avec d'autres topiques, est facile et rapide avec la lanoline. A chaque pansement, on continue d'enlever les parties sphacélées, on pratique un lavage rapide avec une solution faible de permanganate de potasse, une irrigation plus prolongée avec du sérum physiologique, et on nettoie bien le pourtour des plaies à l'alcool et à l'éther ; assèchement léger à la compresse, et nouveau pansement à la lanoline.

Quand la cicatrisation est en voide 'achèvement, on emploie avec avantage la vaseline au salicylate de bismuth (10 p. 100), qui sèche rapidement les excoriations de l'épiderme encore fragile.

Quand, au cours de l'évolution, les plaies deviennent douloureuses, qu'il y a hyperthermie, craindre quelque complication infectieuse secondaire et y remédier au plus vite. Remonter, dès le début, l'état général.

En résumé, les observations de grands brûlés, traités par cette méthode, et guéris rapidement avec des cicatrices parfaites, confirment les excellents résultats déjà signalés avec ce mode de pansement. (*Arch. de médecine et de pharm. navales*, n° 3, 1925.)

Traitement diététique de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Le Pr JAROTZKY proscrit définitivement l'usage du lait dans le traitement des ulcères peptiques et de l'hyperchlorhydrie, car la caséine du lait se coagule dans l'estomac, et le passage des moindres quantités de lait dans le duodénum provoque la fermeture du pylore ; enfin, parce que le lait augmente la sécrétion du suc gastrique.

Il prescrit, par contre, les blancs d'œufs et le beurre ; le blanc d'œuf fixe l'acide chlorhydrique, n'agit pas sur la sécrétion gastrique, et traverse le pylore sans s'arrêter ; il doit être donné cru, sans sel et non fouetté. Le beurre frais, non salé, présente l'avantage de contenir sous une petite masse beaucoup de calories ; il diminue la sécrétion gastrique et ouvre le pylore. Mais il faut le donner à part, car le mélange de blanc d'œuf et de beurre représente une nourriture qui séjourne plusieurs heures dans l'estomac et provoque une sécrétion gastrique abondante. Pendant la durée du traitement, le malade ne doit recevoir de l'eau ni par la bouche, ni par lavement, ni par injections de solution physiologique sous la peau. Par cette méthode d'alimentation, on peut introduire dans l'organisme à peu près 1.200 calories ; il est donc tout à fait inutile de donner des lavements nutritifs. Pas de médicaments non plus, car les douleurs cessent aussitôt, même celles que la morphine ne pouvait calmer. En même temps, les contractions stomacales cessant, la région épigastrique s'affaisse, ce qui facilite la cicatrisation de l'ulcère.

Le malade est alité et reçoit le premier jour un blanc d'œuf le matin et 29 gr. (une cuillerée à soupe) de beurre frais non salé dans la seconde moitié du jour (après 3 h. de l'après-midi). Chaque jour un blanc d'œuf en plus et 20 gr. de beurre (le malade doit avaler les blancs d'œufs, l'un après l'autre, comme on avale les huîtres). Ainsi le 8e jour : 8 blancs d'œuf et 150 gr. de beurre ; l'auteur n'a pu dépasser 10 blancs d'œuf et 180 gr. de beurre. Les malades entrés à la cli-

◆◆◆◆◆

nique après une hémorragie se portent mieux en recevant ce traitement, qu'en ne prenant aucune nourriture.

Ce régime est continué au plus pendant 18 jours ; puis on prescrit les diverses soupes de différents gruaux, passés après cuisson *à l'eau*, sans sel, les purées de différents légumes (pommes de terre, carottes, chou, navet) cuits à l'eau, sans sel, passées et préparées avec du beurre ; les purées de fruits. Ni lait, ni sel pendant la durée du traitement.

L'urine, faute d'ingérer de l'eau, tombe à quelques centaines de cent. cubes. Cette abstention de liquide est bien tolérée par les malades. Ce traitement se prescrit même dans les cas les plus graves, quand on interdit toute alimentation par la bouche. (*La Presse médicale*, 25 septembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

A propos des bronchites sanglantes.

(M. H. Vincent. — *Académie de médecine* ; 16-2-1926.)

Dans une communication sur la bactériologie de la gangrène pulmonaire, M. Bezançon faisait observer qu'à son avis le spirochète de la bronchite hémorrhagique de Castellani était distinct du *spirochæta Vincenti*. M. Vincent, présente à ce propos une revue de travaux faits par différents auteurs qui tous concluent, au contraire, au rôle important du spirochæta Vincenti dans la bronchite sanglante, à l'identité du spirochæta Vincenti et du spirochæta bronchialis de Castellani. La bronchite hémorrhagique et l'angine de Vincent dépendraient des mêmes germes, à savoir la symbiose fuso-spirillaire (bacille fusiforme et spirochète). Ces notions pathogéniques conduisent à la fois à la thérapeutique des spirochétoses (arsenic) et à une prophylaxie par la désinfection buccale, la bouche étant le siège d'élection de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

Le virus tuberculeux filtrant.

(MM. F. Arloing et A. Dufourt, de Lyon. — *Académie de médecine*, 16-2-1926.)

Les formes filtrantes du bacille de Koch sont à l'ordre du jour. Ce virus tuberculeux filtrant a été étudié en France par Vaudremer, Valtis, Hauduroy, par Calmettte, Durand, Arloing et Dufourt ; à l'étranger par Vanucci (Italie), Parc (Canada), etc.

Comme suite à une communication récente, à l'Académie, de M. H. Durand et de M. Sergent, MM. Arloing et Dufourt rappellent leurs travaux, déjà présentés, l'an dernier, aux Sociétés Savantes de Lyon. Les recherches des auteurs lyonnais ont été effectuées avec des produits pathologiques provenant d'enfants tuberculeux du service de M. Dufourt, produits mis après pulpage, en suspension dans de l'eau salée, filtrés sur bougie Chamberland L3, et inoculés. Sur 30 filtrats, 16 ont donné des résultats positifs, les résultats négatifs tenant peut-être à des conditions expérimentales particulières. Le type morbide obtenu chez l'animal a été la plupart du temps le suivant : cachexie progressive, pas de chancre d'inoculation, pas de granulation, mais présence de nombreux bacilles acido-résistants dans les ganglions lymphatiques.

MM. Arloing et Dufourt ont enfin (comme MM. Calmette, Valtis, Nègre et Boquet) constaté chez le cobaye le passage du filtrat au travers du placenta et des bacilles acido-résistants dans un ganglion de fœtus (cobaye) parvenu au deux tiers de sa vie intra-utérine.

— M. Sergent poursuit, de son côté, des recherches sur le bacille filtrant et son passage à travers le placenta.

La notion des formes filtrantes du virus tuberculeux va-t-elle redonner du crédit à l'ancien dogme de l'hérédité tuberculeuse ? On sait que le dogme nouveau admet seulement la contagion après la naissance. Allons-nous dire, une fois encore : la vieille clinique et « nos » pères avaient raison !

Les pyélites infantiles.

(M. E. Gorter. — *Société de pédiatrie et Société néerlandaise* ; 27-9-1925.)

La question des pyélites infantiles a été discutée en septembre dernier dans une réunion combinée de la Société de Pédiatrie de Paris et de la Société de Pédiatrie néerlandaise, à Amsterdam et Leyde.

Il fallait ce déplacement pour que ce chapitre de pathologie se trouve situé dans son cadre : les pyélites infantiles, en effet, sont fréquentes dans les pays du Nord et semblent rares en France ; du moins ont-elles peu attiré l'attention des pédiatres français quant à présent.

Le professeur Gorter montre qu'en Hollande, la pyélite des enfants, au-dessous de deux ans surtout, est commune. Dans son service de clinique infantile il en reçoit chaque année une vingtaine de cas. Le diagnostic est quelquefois posé avant l'examen de l'urine. Un enfant jusque-là bien portant inquiète son entourage par une fièvre élevée qui débute assez brusquement. Parfois la mère remarque que l'enfant souffre en urinant, mais ceci est plutôt l'exception. La physionomie du petit malade a quelque chose de spécial : la face est pâle avec une légère bouf-

fissure et un aspect un peu intoxiqué, comme chez les nourrissons atteints de gastro-entérite aiguë. Quiconque n'a pas pris l'habitude d'examiner les urines des nourrissons pense volontiers à des accidents digestifs.

L'urine est trouble et ressemble à des cultures de bacilles typhiques âgées de 24 heures. Au microscope, on y trouve un grand nombre de leucocytes et beaucoup de microbes.

Le pronostic est des plus variables. Cette pyélite coli-bacillaire peut guérir sans laisser de traces après une période fébrile de une à deux semaines ; il n'est pas rare aussi d'observer des rechutes et même un état chronique.

Le traitement comprendra les antiseptiques urinaires, l'administration des fortes doses de citrate de soude préconisées par Thomson, d'Edimbourg, l'usage des vaccins (coli-vaccins), du bactériophage de d'Hérelle, etc. M. Gorter ne croit pas à la constance d'action de ces diverses médications.

L'infection des voies urinaires peut se faire par voie sanguine (résorption des coli-bacilles de l'intestin) ou par voie ascendante, uréthrale. La prédominance de la maladie chez les filles est apparemment en faveur d'une prépondérance de cette dernière pathogénie.

— MM. Robert Debré et Semelaigne pensent que les infections des voies urinaires sont fréquentes dans le tout jeune âge. Leur connaissance est importante, car elles expliquent un bon nombre d'états morbides, dont l'origine reste obscure simplement parce que l'analyse systématique des urines n'est pas pratiquée. L'examen des urines (que l'on parvient à recueillir malgré de petites difficultés pratiques) est, chez le nourrisson, aussi utile que plus tard. Il serait nécessaire que cet examen ne soit pas négligé.

Les nourrissons ne sont pas amenés chez le médecin pour des troubles urinaires. Il ne faut pas compter à cet âge sur la dysurie ou la pollakiurie. En règle générale, les petits enfants atteints d'infection urinaire nous sont montrés pour de la fièvre durant depuis plusieurs jours ou même plusieurs semaines et dont on ne découvre pas la cause. Plus rarement, ce sont des phénomènes généraux, anorexie, arrêt de croissance, qui font consulter. Le diagnostic n'est posé que par l'examen des urines, qui sont généralement troubles, purulentes. Le germe le plus ordinairement rencontré est le bacterium coli ; il y a pyurie ou bacillurie simple.

— M. Sickenga parle du bactériophage anticoli au cours de la pyélite des enfants. Son rôle n'apparaît pas très net.

— M. Comby remarque que la pyélocystite est en France bien des fois passée sous silence. Il ne croit pas, que, fréquente dans le Nord de l'Europe, elle devienne rare en descendant vers le Sud. Il conviendrait donc d'y penser.

— M. Armand-Delille a recherché dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold la pyélite et la colibacillurie. Il l'a rencontrée avec une certaine rareté.

— M. Nobécourt se demande si la variabilité des opinions quant à la fréquence des pyélonéphrites des enfants ne tient pas à des interprétations différentes des faits. En Hollande et dans d'autres pays, on considère les pyélites et les pyélo-néphrites de l'enfance comme des affections communes. En France, on les tient pour assez rares. Il est possible que la compréhension médicale des pyélites soit, hors de France, plus large que chez nous. Le diagnostic, chez le nourrisson, est difficile. Les cystites peuvent donner des phénomènes analogues aux pyélites et les nuances du diagnostic urinaire sont plus délicates à saisir chez le nourrisson qu'à un âge plus avancé.

— M. Hallé croit aussi que la vraie pyélite des nourrissons est peu répandue dans notre pays. Nous parlons plutôt de pyélo-cystite et de bactériurie, de décharges de bacterium coli par les urines. En tout cas, la question mérite d'être reprise, avant que l'on puisse avoir à son sujet une opinion nettement fondée.

Action hypertensive du chlorure de sodium.

(MM. L. Ambard et Cahn. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-1-1926.)

Le régime déchloruré comme traitement de l'hypertension artérielle a été préconisé en 1904 par Ambard et Beaujard. Divers auteurs, et notamment Allen et Scherill, se sont prononcés en sa faveur, mais nombre d'autres ont aussi conclu à son inefficacité.

MM. Ambard et Cahn reviennent sur ce point à propos d'un malade atteint d'hypertension avec azotémie et albuminurie, chez lequel le régime salé faisait remonter la tension, et le régime déchloruré la faisait redescendre.

Action hypertensive du citrate de soude.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-1-1926.)

M. Maurice Renaud a constaté que l'ingestion quotidienne de doses élevées de citrate de soude provoque de façon régulière une élévation de la tension artérielle, qui passe de 20 à 24 et au-delà. Bien que les conséquences de cette hypertension passagère aient été minimes dans les cas rapportés par l'auteur, la connaissance de ces faits doit rendre prudent dans l'administration prolongée des fortes doses (10 à 12 grammes) de citrate de soude. Il convient alors de surveiller l'état de la tension artérielle.

Brûlure de l'estomac par ingestion d'acide chlorhydrique.

(M. Pérard, de Casablanca. — *Société de chirurgie* ; 13-1-1926.)

Un homme de 43 ans avale, dans un but de suicide,

un verre environ (dit-il) d'acide chlorhydrique. Cette ingestion est immédiatement suivie de vives douleurs gastriques avec vomissements. Depuis lors, le malade continue à souffrir, à vomir, et il élimine un jour une sorte de poche membraneuse qui semble être un moule de la muqueuse stomacale. L'appétit reste conservé, mais l'amaigrissement notable. L'examen radioscopique montre une sténose pylorique, et l'opératio n fait constater une sténose complète du pylore s'étendant à la petite courbure.

— M. Roux-Berger note que l'on trouve ici certains des caractères bien établis des brûlures de l'estomac : la localisation maximum de s lésions au pylore et à la petite courbure ; l'évolution en une période de gastrite aiguë, à laquelle fait suite, quand le malade n'a pas succombé, celle de sténose constituée. Comme dans tous les cas semblables, il reste un doute sur l'état de l'œsophage. Neuf mois après l'opération, le patient est en bonne santé. Le délai n'est pas suffisant pour que l'on puisse écarter définitivement la possibilité d'une sténose œsophagienne dont les premières manifestations peuvent être très tardives.

Tumeur de l'omoplate.

(M. Burty, — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 18-12-1925.)

M. Burty a observé une jeune femme de 25 ans atteinte de tumeur de l'omoplate gauche. Tous les examens : radiologique, histologique par la biopsie, microbiologique, écartent les hypothèses de tuberculose, mycose, syphilis ou ostéomyélite, et aboutissent à la conclusion du myxome. L'auteur répugne, étant donnée la jeunesse de la malade, à faire une interscapulo-thoracique et il est enclin à s'en tenir à une scapulectomie.

— M. Dartigues a étudié autrefois, à Clamart, la technique de l'extirpation de l'omoplate. Dans un cas de ce genre, il ferait une scapulectomie suivie de fulguration.

P. L.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Dilatation subaiguë de l'estomac après opération césarienne.

M. Audebert rapporte l'observation d'une primipare de 28 ans, mesurant 1 m. 42, chez laquelle il fut obligé de pratiquer une césarienne d'urgence. Intervention sans incidents, pas de drainage utérin. Dans la nuit, la malade, qui vers la fin de l'opération offrait déjà du gonflement gastrique, présenta tous les symptômes d'une dilatation subaiguë de l'estomac, qui céda au traitement Le 8e jour, la malade ressentit de vives douleurs abdominales et fit de la fièvre par rétention lochiale due à de l'antécoudure utérine et à de l'agglutination des lèvres du col. On ne peut regretter l'absence de drainage utérin, étant donné que ces accidents éminemment curables n'ont apparu qu'à une date tardive, alors que le drain, s'il eût été placé, aurait déjà été retiré depuis plusieurs jours.

Accidents de torsion axiale de l'utérus.

M. Dieulafé a eu à intervenir dans deux cas de torsion : dans le premier, il s'agissait d'un utérus fibromateux, dont la torsion s'était accompagnée d'accidents violents rappelant ceux de la lithiase rénale (vomissements, douleurs lombaires). L'intervention pratiquée quelques jours plus tard montra que l'utérus était tordu de droite à gauche, de près d'un tour complet au niveau de l'isthme, amenant ainsi un gros noyau fibromateux au contact de l'uretère droit et le comprimant.

Le second cas se rapporte à une primipare, enceinte de 4 mois, qui avait présenté subitement un syndrome péritonéal. Comme on avait trouvé à l'examen une masse volumineuse du côté droit de l'utérus, on intervint pensant à des accidents de grossesse tubaire. On vit alors qu'il s'agissait d'une gravidité angulaire gauche, tordue suivant le sens des aiguilles d'une montre. L'utérus fut remis en bonne position et maintenu par contention utérine. La grossesse évolua normalement.

Invagination intestinale chez un nouveau-né.

MM. A. Garipuy et P. Mériel communiquent le cas d'un enfant du sexe masculin, né à terme d'une mère normale, ayant rendu son méconium, et qui, 48 heures après sa naissance fut trouvé mort dans son berceau : les langes étaient souillés de melæna.

L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de malformations intestinales, mais qu'il existait en plus d'un côlon pelvien en état de volvulus et distendu par du sang, une invagination iléo-iléale, siégeant à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen.

Il s'agit d'un accident des plus rares chez le nouveau-né, dont on ne connaît que quelques observations.

Physométrie, hystérectomie, mort.

MM. Audebert, Fournier et Rascol présentent l'observation d'une I pare entrée à l'hôpital dans un état presque désespéré (T. 40. Pouls à 130), qui avait été prise de douleurs deux jours auparavant, et qui avait subi trois applications infructueuses de forceps.

La hauteur utérine était de 39, pas de rétrécissement du bassin, la tête fœtale débordait le plancher pelvien ; on fit une hystérectomie subtotale, après extraction de l'œuf en bloc ; la malade mourut 48 heures après.

Ce cas montre, une fois de plus, que dans les dystocies par excès de volume fœtal, il convient de recourir à l'opération césarienne d'emblée, et d'abandonner le forceps qui ne peut rien donner.

Césarienne pour bassin cyphotique, mort par perforation d'un ulcus pylorique.

MM. Fournier, Daléas et Galy-Gasparrou relatent le cas d'une Ipare de 30 ans, atteinte de cyphoscoliose à bassin très touché, qui ayant subi sans aucun incident une césarienne, présenta, le 8e jour, le tableau clinique de la dilatation aiguë de l'estomac. Les accidents cédèrent à un tubage, ainsi qu'à la position ventrale : quelques heures plus tard, la malade mourut brusquement. L'autopsie montra l'existence d'une perforation longitudinale sur la face antérieure du pylore.

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Mésentérite rétractile.

MM. Dambrin et Bernardbig ont eu à intervenir chez une femme d'une quarantaine d'années, qui fut amenée à l'hôpital en état d'occlusion intestinale chronique. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'une mésentérite rétractile, siégeant à environ 70 centimètres de la terminaison de l'iléon. Le mauvais état général de la malade ne permettant pas une résection intestinale, on pratiqua une iléo-iléostomie au bouton de Jaboulay, de préférence à une iléo-sygmoïdostomie qui aurait eu l'inconvénient d'exclure une trop grande étendue d'intestin grêle. Les suites furent parfaites.

Compression trachéale par goitre kystique.

MM. Dambrin et Bernardbeeg rapportent l'observation d'une jeune femme de 27 ans, sans antécédents particuliers, qui présentait un goitre kystique droit en évolution depuis environ 4 ans. Au moment de l'hospitalisation de la malade, il atteignait le volume d'une orange, et occasionnait des troubles marqués de la respiration et de la déglutition.

L'énucléation de la tumeur kystique fut pratiquée sous anesthésie locale, la malade étant assise : la guérison survint sans incidents.

Hallucination panophobique.

M. E. Gay rapporte l'observation d'un facteur de constitution paranoïaque, qui fit sous l'appoint éthylique une série de fugues comparables à celles d'une bête traquée. Une fois, en 48 heures, il exécuta dans les champs une série de marches incohérentes, dont le total atteignit 200 kilomètres ; également, sous l'empire de ses hallucinations terrifiantes, il se livra à deux tentatives de suicide et à une tentative d'homicide sur sa femme.

Ce cas montre la gravité, dans les psychoses hallucinatoires chroniques, de l'élément éthylique capable d'engendrer les pires réactions antisociales.

Fugue au cours d'un délire hallucinatoire chronique.

M. Pérès communique le cas d'un boulanger de 51 ans, éthylique, qui, pour échapper aux menaces de ses ennemis qui le poursuivaient en automobile, fit une fugue de 20 kilomètres. Arrivé près de Toulouse, il s'arrêta d'abord avec l'idée de se suicider, mais l'approche de ses ennemis l'obligea à reprendre sa course vers la ville, où il passa la nuit blotti contre une porte. Le lendemain, il reprit sa course, se livra à une tentative de suicide et fut enfin amené à la Clinique neuro-psychiatrique.

Considérations sur l'asthme infantile.

M. Auban, après avoir rappelé que cette affection a été récemment l'objet d'intéressantes discussions, se base sur les derniers travaux et sur dix observations personnelles pour présenter une mise au point des données étiologiques et pathogéniques.

Malgré les récentes acquisitions effectuées dans le domaine de l'anaphylaxie et de la colloïdoclasie, il faut bien avouer que la nature de l'asthme et de son terrain d'évolution reste inconnu. Toutefois, il est permis, par les méthodes modernes d'investigation, d'affirmer que le déséquilibre du système nerveux végétatif conditionne l'état paroxystique de l'affection. Il paraît difficile pour le moment d'approfondir la raison de l'hypervagotonie ; peut-être faudrait-il la rechercher dans les modifications humorales profondes que peut entraîner l'insuffisance des glandes à sécrétion interne et l'état méiopragique du foie.

Les rayons ultra-violets dans la spasmophilie.

M. Drouet choisit parmi les cas de spasmophilie qu'il a soignés par les rayons ultra-violets trois observations intéressantes à titres divers et où le traitement amena la disparition rapide et complète de tous les accidents observés.

Les rayons ultra-violets, dans la spasmophilie grave, pouvant être parfois mortelle, constituent un traitement particulièrement heureux : même chez les hérédo-syphilitiques, il forme le traitement rapide, qui doit accompagner ou même précéder le traitement spécifique. Ces rayons agissent, pour une bonne part, en combattant les effets de la carence solaire qui semble être un facteur important de la spasmophilie.

Sur le dédoublement de la terpine.

M. Murat a pu constater dans ses recherches, que tous les acides, minéraux ou organiques, dédoublaient la terpine en eau et en terpinol ; mais qu'ils agissaient avec des vitesses inégales.

Les plus actifs sont les acides forts ; pratiquement, de très faibles doses d'un acide minéral quelconque peuvent convenir, mais il semble que leur activité soit en relation avec leur état d'ionisation, les plus ionisés étant les plus actifs. Les acides organiques peuvent également être employés, mais leur activité est bien moindre.

Il est permis de penser que, dans l'organisme, sous l'influence des sucs acides de la digestion notamment, la terpine puisse être aussi partiellement dédoublée : l'auteur a l'intention de poursuivre ses recherches dans cette voie.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie (1).

DEUXIÈME RAPPORT

Les phénomènes sympathiques en rhinologie

Rapporteur : M. HALPHEN.

Le dérèglement neuro-végétatif peut avoir des répercussions nasales ; il peut être dû également à une lésion de la pituitaire ou à une irritation des fibres trigémino-sympathiques qui retentit à distance sur tout le système nerveux autonome. La thérapeutique anesthésiante du système sphéno-palatin, calmant l'irritation, peut rétablir l'équilibre sympathico-endocrinien.

La crise sympathique est plus que le simple réflexe déterminé par une irritation locale et entraînant sécrétion nasale, larmoiement, éternuement. C'est un malaise général s'accompagnant de causalgie, de douleurs profondes, d'un flux hydrorrhéique abondant, de crise d'asthme, constituant dans leur ensemble une véritable « épilepsie sympathique ».

Un tel tableau clinique ne se trouve réalisé que grâce à un concours de circonstances particulières :

Une lésion locale : déviation haute de la cloison, gros cornet moyen, ou bulle ethmoïdale, comprimant les filets issus du trijumeau ou du ganglion sphéno-palatin.

Une infection locale : coryza, sinusite, rhino-pharyngite grippale, altérant les filets nerveux ou le ganglion.

Un terrain sympathico ou vagotonique ; le plus souvent amphotonique. Le système nerveux de ces malades ressent d'une façon exagérée les moindres perturbations de l'organisme. Les réflexes neuro-végétatifs sont modifiés et principalement le réflexe naso-facial (P. E. Weill, Lévy-Franckel et Juster), si facile à rechercher ; l'attouchement de la partie haute de la fosse nasale, avec un porte-coton imprégné d'un mélange caustique, entraîne du larmoiement avec injection de la conjonctive, de la rougeur des téguments du front, de la pyramide nasale et même du cou. Le réflexe peut être intense et en plus des troubles précédents plus accusés, provoquer lipothymie, tachycardie, nausées, sueurs froides.

Un dysfonctionnement des glandes endocrines expliquant le déséquilibre végétatif. Le syndrome sphéno-palatin coexiste souvent, en effet, avec des troubles menstruels, ou bien s'accompagne de dépression (action des surrénales) ou de troubles dus au dysfonctionnement de la thyroïde ou de l'hypophyse.

C'est sur ce terrain local et général ainsi bien défini que se déclenche le *choc* qui a été si bien mis en évidence par les recherches hématologiques de Jacques Lermoyez.

Enfin le moral (émotion, chagrin, surmenage intellectuel) peut agir sur les troubles sympathiques et, d'autre part, la thérapeutique sphéno-palatine peut améliorer l'état général.

Après avoir ainsi passé en revue les diverses causes locales ou générales qui conditionnent ce que Sluder appelle le « syndrome sphéno-palatin », l'auteur énumère les différents symptômes qu'une thérapeutique anesthésiante du système sphéno-palatin peut amender ou guérir :

Troubles sécrétoires : coryza spasmodique périodique ou apériodique, hydrorrhée nasale, crises d'éternuement, larmoiement, asthme.

Troubles sensitifs : paresthésie, hyperesthésie, véritable causalgie de la face et du crâne, avec irradiations lointaines, apparaissant au moment des règles, s'exagérant avec la chaleur, provoqués par une crise morale, et s'accompagnant d'obstruction nasale, de troubles vaso-moteurs et même parfois d'angoisse et de neurasthénie.

Troubles oculaires : asthénopie accommodative, conjonctivite, certains glaucomes, et peut-être même certaines névrites rétro-bulbaires.

Nombreux troubles congestifs : rhinite à bascule, rhinite hypertrophique du coryza spasmodique.

Troubles trophiques : ulcération de Hajek, ozène ;

Troubles paresthésiques du pharynx ;

Les algies du laryngé supérieur : toux coqueluchoïde (par vaso-dilatation au niveau des capillaires de la région épiglottique et glottique).

La thérapeutique a pour but de lutter contre l'hyperexcitabilité du système sphéno-palatin.

Le ganglion sphéno-palatin est directement appliqué sous la muqueuse, au niveau du trou sphéno-palatin, c'est-à-dire en arrière de la queue du cornet moyen : ses rapports anatomiques ont été précisés par M. Terracol.

Le badigeonnage à la cocaïne, ou mieux au mélange de Bonain, de la région de la queue du cornet moyen (hile nasal) provoque l'anesthésie immédiate de tout le système trigémino-sympathique nasal.

Ce badigeonnage réveille parfois une crise douloureuse ou un coryza spasmodique ; mais, répété à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle, il peut amener une grosse sédation et quelquefois la guérison. La disparition du réflexe naso-facial sera la preuve que le but cherché est obtenu.

Les injections modificatrices (novocaïne ou alcool) complètent ou remplacent le badigeonnage. La voie endonasale n'offre aucun inconvénient : voie directe à l'aide d'une aiguille qui transfixe l'insertion du

(1) V. *Concours Médical* n° 11.

(1)

“ Il s’agit moins de prendre de la chaux que d’en garder ” (FERRIER).

Cette formule « lapidaire » domine toute la thérapeutique *dite* de recalcification. S’il est rationnel, en effet, de prescrire des sels minéraux dans tous les cas où l’organisme les élimine en excès (Tuberculose, Chloro-anémie, Rachitisme, Neurasthénie, Fractures, Convalescences, Croissance, etc.), il est indispensable de faire cet apport sous une forme essentiellement utilisable. Et les sels de chaux, on le sait, sont difficiles à fixer dans les tissus.

Les travaux de STOLZER, BOSSI, BEZANÇON, LÉON BERNARD, sur le Rachitisme et l’Ostéomalacie, de CARNOT, sur les fractures, de RÉNON et surtout de SERGENT sur la Tuberculose, ont mis en évidence l’action favorisante de l’adrénaline sur les échanges minéraux, et, en particulier calciques.

ANDRÉ RICHARD, dans sa thèse : « Métabolisme des sels de chaux et calciurie dans la Tuberculose », étudie les variations calciuriques chez des malades soumis au traitement calcique seul, et chez ceux soumis au traitement calcique associé à l’adrénaline. Il conclut nettement en faveur de cette dernière méthode.

Une thérapeutique rationnelle de reminéralisation doit s’inspirer de ces données cliniques et biochimiques. La CRINOCALCINE HATIER utilise, comme fixateurs de la chaux, *l’extrait total de capsules surrénales* dont est retirée l’adrénaline, et *l’extrait total d’hypophyse*. Cette synergie opothérapique diminue l’acidité humorale, assure de façon parfaite le métabolisme des calcaires, et a, de plus, l’avantage de renforcer la pression artérielle dont le fléchissement est particulièrement marqué dans les états de déminéralisation.

Associée aux sels minéraux déficients (Chaux, Phosphore, Silice, Fluor, Magnésie), elle fait de la CRINOCALCINE HATIER le produit de recalcification le plus complet, le plus rationnel, le plus efficace.

CRINOCALCINE HATIER

GRANULÉE

Sa Posologie

Trois cuillerées à café par jour pour les adultes.

Deux cuillerées à café pour les enfants.

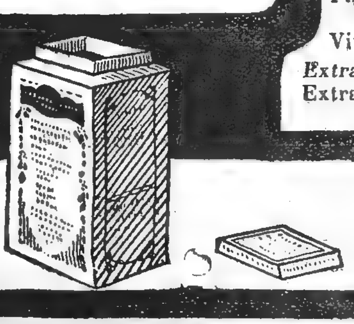
Sa Formule

Carbonate de Chaux
Phosphate de Chaux
Silicate de Chaux
Fluorure de Chaux
Carbonate de Magnésie
Phosphore et Vitamines { de l’embryon de blé et de l’orge germée
Extrait total de capsules surrénales
Extrait total d’hypophyse

Ses Indications

Tous les états de déminéralisation : **tuberculose**, rachitisme, chloro-anémie, neurasthénie, convalescences, fractures, etc

ADOPTÉE PAR LES HOPITAUX LES SANATORIA



Cliché Rouffé

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE AU LABORATOIRE DE LA CRINOCALCINE

HATIER

PHARMACIEN, 13, PLACE DU PEUPLE, ST-ÉTIENNE LOIRE

cornet moyen et pénètre sous la fibro-muqueuse qui obture le trou sphéno-palatin. La voie palatine (canal palatin postérieur, au ras de la dent de sagesse) qui est la voie idéale pour les injections de novocaïne, est par contre à déconseiller pour les injections d'alcool.

La voie zygomatique, voie de choix pour les névralgies du trijumeau, peut être utilisée.

Cette thérapeutique palliative sera, dans certains cas, complétée par le traitement chirurgical libérateur d'une fosse nasale obstruée : ablation d'un éperon, résection d'une cloison déviée et surtout arrachement du cornet moyen.

En outre, en pensant à l'étiologie des phénomènes sympathiques, on pourra prescrire une thérapeutique anti-anaphylactisante ou même opothérapique, en même temps que des médicaments dont l'action est de rétablir l'équilibre neuro-végétatif compromis, tel que la belladone.

Discussion. — M. Sargnon insiste sur l'importance du rôle que joue le système trigémino-sympathique dans la pathogénie du syndrome rhino-spasmodique, ainsi que dans un grand nombre de céphalées chroniques, et tout particulièrement dans les complications optiques des sinusites dites latentes. Au point de vue thérapeutique, cet auteur préconise tout spécialement l'aération du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal par résection de la partie postérieure du cornet moyen.

M. Lemaitre demande au rapporteur quelle est son expérience au point de vue de la glossodynie, affection mystérieuse que certains dermatologistes, Darier en particulier, rattachent à une infection dentaire ou gingivale.

M. Chavannes (de Lyon) donne des aperçus intéressants sur la physiologie du ganglion sphéno-palatin.

Le professeur Canuyt pense que le terme de « phénomènes sympathiques » est plus judicieux que celui de « syndrome sphéno-palatin ».

Les résultats thérapeutiques sont encourageants, mais il faut savoir manier la gamme des agents thérapeutiques. On commencera par tâter la susceptibilité du malade par la cocaïno-adrénalisation de la fosse nasale, puis par des cautérisations de nitrate d'argent en solution faible dans la région sphéno-palatine, au niveau du « hile vasculaire ». Les injections sont réservées aux cas rebelles et difficiles. La voie palatine est la voie de choix.

M. Laffitte-Dupont indique la difficulté que l'on éprouve parfois à pénétrer avec l'aiguille dans le canal palatin.

M. Flurin (de Cauterets) demande quels résultats ont été obtenus par l'emploi de l'ésérine qui possède une action élective sur le sympathique abdominal.

M. A. Hautant. Le syndrome du ganglion sphéno-palatin n'est pas aussi simple que l'expose M. Halphen. L'examen de la sensibilité des fosses nasales ne se résume pas dans l'exploration du hile vasculaire ; il faut interroger aussi la tête du cornet inférieur et le tubercule de la cloison.

Il y a de multiples procédés de traitement pour apaiser les réflexes à point de départ nasal, depuis le simple attouchement à la pointe de feu jusqu'au badigeonnage des points hypersensibles au nitrate d'argent ou à l'acide chromique. Ce sont là des faits connus depuis longtemps. Quant à l'injection d'alcool dans le ganglion sphéno-palatin par le canal palatin postérieur, elle est à proscrire car elle a été le point de départ d'accidents graves hors de proportion avec les malaises qu'elle se propose de guérir.

Communications

Oreilles

M. Seigneurin (de Marseille) recommande l'incision très précoce du tympan dans les otites moyennes aiguës. La paracentèse est la sauvegarde de l'oreille moyenne et de ses annexes. Ses indications sont tirées de la rougeur du tympan, la diminution de l'acuité auditive, la douleur spontanée qui traduit la rétention séro-purulente au niveau de la caisse.

M. Lapouge (de Nice) apporte sa contribution personnelle à l'étude de la gravité des trépanations mastoïdiennes du nourrisson.

Même en l'absence de symptômes mastoïdiens objectifs, les mastoïdes présentent parfois des lésions profondes. Les phénomènes post-opératoires inquiétants cèdent en général rapidement. La précocité de l'intervention est le facteur essentiel du succès.

M. Moreau (de Saint-Etienne) considère comme graves, chez le nourrisson, les opérations mastoïdiennes ; dans les heures qui suivent l'intervention, on peut voir se dérouler une évolution fatale en quatre à vingt heures, au milieu des symptômes suivants : hyperthermie, pouls très rapide, torpeur, facies plombé. La responsabilité de ces accidents n'incombe ni à l'anesthésie, ni au shock hémorragique, ni à la durée de l'intervention. L'autopsie pratiquée dans trois cas fut absolument négative. — MM. Hudelo et Louet ont d'ailleurs cité des faits analogues chez des nourrissons atteints d'eczéma, sans qu'aucune thérapeutique ait été instituée et sans qu'aucune lésion ait été constatée à l'autopsie. L'auteur préconise comme moyen préventif chez tout nourrisson opéré de la mastoïdite l'injection de 50 centimètres cubes de sérum adrénalisé.

M. Benjamin (de Gœningen) apporte le résultat de ses recherches sur l'organe paratympanique de Vitali chez les oiseaux. Il confirme sans restriction les belles découvertes de l'anatomiste italien et ajoute l'existence d'un ganglion périphérique propre à l'organe et intercalé entre celui-ci et le ganglion géniculé.

Par contre, l'auteur n'adopte pas les conclusions physiologiques de Vitali. Alors que pour ce dernier la destruction de l'organe détermine une incapacité totale au vol, M. Benjamin n'a constaté sur neuf

pigeons opérés aucune modification dans l'aptitude au vol. La fonction exacte de l'organe de Vitali reste méconnue dans l'état actuel de nos connaissances.

MM. BOUCHET et Louis LEROUX (de Paris) citent un cas « de vertige de position » : blessé traumatisé du crâne qui présenta pendant trois mois un vertige se produisant uniquement dans le décubitus latéral droit. Ils rappellent les premiers faits de cet ordre qui ont été publiés par Barany et rattachés depuis à une atteinte du système otolithique. Pour déceler la lésion ou le trouble fonctionnel de l'appareil otolithique, la « réaction paradoxale » leur paraît présenter quelque intérêt. (Réaction rotatoire normale contrastant avec une réaction calorique presque nulle).

M. QUIX (d'Utrecht) fait une très intéressante étude critique des théories actuelles sur la fonction de l'organe vestibulaire.

MM PORTMANN et KISLER apportent quelques considérations anatomiques sur l'ampoule des canaux semi-circulaires membraneux. Ces auteurs ont constaté que le neuro-épithélium qui recouvre la crête acoustique et les plages semi-lunaires n'est pas isolé au milieu de l'épithélium plat des parois de l'ampoule, mais est le point de départ de « bandelettes épithéliales » qui se prolongent le long du canal semi-circulaire et pénètrent dans l'utricule.

M. le professeur BARRAUD (de Lausanne) attire l'attention du Congrès sur les paralysies faciales « a frigore ». Avec beaucoup d'autres otologistes, M. Barraud estime que cette paralysie est le plus souvent consécutive à des otites transitoires catarrhales ou même aiguës ; plusieurs observations concluantes étayent cette théorie.

M. ALOIN (de Lyon) prend la parole à propos des lésions du trijumeau dans certaines formes de mastoïdite chez l'enfant et rapporte deux observations : ostéite diffuse de la mastoïde et du rocher ayant entraîné des lésions névritiques dans le domaine du V.

Dans une première phase, otite aiguë avec phénomènes septicémiques graves améliorés par une anthrotomie bilatérale. Quelques jours après l'intervention, apparition de douleurs névralgiques dans le domaine du maxillaire supérieur : crises à prédominance nocturne, quotidiennes au début, s'espaçant ensuite pour réapparaître après de longs intervalles de calme. En outre, atteinte de la branche motrice : troubles de la mastication.

L'auteur explique ces phénomènes par la participation des cellules pétreuses occupant le versant antérieur du rocher, et par un certain degré de méningite localisée de la base.

MM. LANNOIS et MOUNIER (de Lyon) rapportent un cas de thrombo-phlébite isolée du sinus caverneux d'origine otique. Les auteurs rappellent à cette occasion les diverses théories pathogéniques de la phlébite caverneuse isolée, puis résument ainsi les divers essais de traitement : trépanation large du foyer mastoïdien et drainage indirect du sinus caverneux par le sinus pétreux. Il existe des cas de guérison après intervention et même de guérison spontanée ; pour ces derniers, il faut admettre la possibilité de thrombose très peu septique analogue aux thromboses de défense du sinus latéral dont le professeur Sébileau a précisé la réalité.

M. BONAIN (de Brest) propose une explication du résultat des épreuves de Rinne-Weber, Schwabach, et de la surdité dite paradoxale. Le résultat de ces épreuves dépend, soit de la sensibilité de l'organe nerveux récepteur, soit de la résistance différente des voies aéro-tympanique et cranienne au passage des sons graves de faible intensité.

L'augmentation de résistance de la voie aéro-tympanique altérée isole l'oreille interne et la met dans une ambiance de calme relatif favorable à une meilleure réception des sons transmis par contact cranien qui, normalement, sur une oreille saine, sont étouffés par les vibrations plus sonores transmises par la voie aéro-tympanique intacte. Dans un milieu bruyant, les oreilles paradoxales sont beaucoup moins assourdies que les oreilles normales. L'assourdissement de celles-ci provoquant une émission plus forte de la voix parlée, les oreilles paradoxales peuvent alors comprendre comme en milieu calme une parole émise à voix forte et sur une tonalité plus élevée.

M. GIROU (de Carcassonne) combat la légende de l'adrénaline hypertensive. L'adrénaline aurait au contraire une action hypotensive, et à l'appui de ses dires l'auteur apporte des courbes sphygmométriques. Cette action hypotensive serait pour lui la raison du succès qu'on obtient dans le traitement du vertige : l'adrénaline est le médicament prophylactique des éclipses auditives chez les hypertendus.

(*A suivre.*)

Les Livres

Docteur Charles PETIT, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, médecin consultant de l'Etablissement thermal de Bagnoles-de-l'Orne. — **Précis d'électrocardiographie.**

Dans son Précis d'électrocardiographie le docteur Petit s'attache successivement :

1° A l'explication de la méthode.

2° A l'interprétation des électrocardiogrammes.

I. — *Explication de la méthode.*

L'auteur expose d'abord le principe fondamental : le déplacement de l'électricité musculaire du cœur au moment de sa contraction, et les différences de potentiel qui en résultent entre les zones contractées et les zones non contractées.

Il montre ensuite quels obstacles ont dû surmonter les expérimentateurs pour :

1° Retrouver en certains points de la *surface* du corps ces différences de potentiel ;

2° Construire un galvanomètre d'une sensibilité extraordinaire, capable de mettre en évidence les courants électriques d'une faiblesse extrême, qui peuvent être recueillis en joignant ces différents points par un fil conducteur ;

3° Enregistrer les oscillations de ce galvanomètre, et obtenir ainsi un tracé.

II. — *Interprétation des électrocardiogrammes.*

Le tracé normal est étudié en premier lieu, chaque inflexion de la courbe a sa signification expliquée et il est démontré qu'à chaque systole les oscillations du tracé correspondent d'une façon absolue au mouvement de l'onde de contraction dans le cœur.

Puis sont décrites les altérations des tracés dans les troubles de toutes les fonctions cardiaques ; en outre, cette description est complétée par de nombreux exemples de tracés avec leur interprétation. Ainsi se trouvent indiquées toutes les particularités qui caractérisent :

Les troubles de déviation ;

Les arythmies sinusales ;

Le flutter et la fibrillation auriculaire ;

L'arythmie complète ;

Les extra-systoles ;

Les blocs cardiaques, et spécialement, parmi ces derniers, la dissociation auriculo-ventriculaire du syndrome de Stokes-Adams, et les blocs des branches du faisceau de His.

Connaissant ainsi les caractères essentiels des tracés dans les cas pathologiques, rien n'est plus facile que de faire, par un travail inverse, l'interprétation des électro-cardiogrammes.

***

Dans le Précis d'électrocardiographie, la lecture des tracés reste toujours au premier plan, mais la partie clinique n'est pas négligée et, entre autres choses, nous voyons soulignées l'importance du bloc des branches du faisceau de His dans le pronostic des affections cardiaques et l'augmentation considérable de la mortalité lorsque survient cette complication.

C'est donc une étude complète de la question, et, grâce aux nombreux exemples publiés, il sera toujours possible au praticien averti de comparer à un tracé typique tout électro-cardiogramme qui lui sera présenté, et, sachant l'interpréter minutieusement, il disposera pour assurer son diagnostic et donner son pronostic d'un élément d'appréciation de haute valeur et d'un document indiscutable.

Raymond MOLINÉRY.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Contribution à l'étude du Scillarène diurétique, azoturique. Une observation personnelle.

par le Dr J. BELVÈZE (de Toulouse).

La thèse récente de FONTENEAU, nouvelle expression clinique des idées professées par l'école de Lyon, sur l'action azoturique de la scille, arrête à nouveau l'attention sur cette importante question de pratique médicale.

Les professeurs PIC et BONNAMOUR, leurs élèves LUQUET et IMBERT ont, à diverses reprises, insisté sur l'action diurétique et désintoxicante de la scille dans l'azotémie. Abandonnant les préparations galéniques inconstantes et par conséquent impropres aux recherches scientifiques, Fonteneau a pris comme base de ses travaux, le glucoside cristallisé, principe actif du bulbe de la scille, et il étudie, expérimentalement chez le lapin et cliniquement chez l'homme, l'action du scillarène dans les rétentions d'urée (néphrite et cirrhose avec ascite).

Les conclusions de Fonteneau sont précises, le glucoside de la scille a une action élective sur l'élimination de l'urée, il augmente la diurèse, abaisse la pression artérielle, améliore la constante d'Ambard.

Nous avons observé aussi des faits qui nous permettent d'admettre l'action favorable toute particulière de ce cardio-tonique dans l'azotémie, et il nous a été possible de suivre cette action dans des cas atypiques, comme par exemple le suivant où la rétention de l'urée s'exprime cliniquement par des lésions eczémateuses aiguës, d'allure papulo-vésiculeuse chez un malade azotémique atteint de tuberculose rénale.

Les résultats favorables obtenus dans ces cas graves sont dignes de retenir l'attention. Aussi avons-nous jugé utile de publier cette observation personnelle :

S.F. 42 ans, vient, en août 1924, nous consulter pour eczéma papulo-vésiculeux aigu, siégeant à l'abdomen, aux jambes, au dos et à la face.

Aux membres inférieurs, l'éruption forme une véritable carapace lamelleuse de place en place; sous la squame humide reparaissent constamment des pores eczématiques qui suintent abondamment. Le prurit est intolérable, encore exagéré par la station debout et la marche.

Divers topiques n'ont produit aucune sédation (pâte de Lassar, liniment oléo-calcaire alcalinisé, etc.).

L'auscultation du cœur et du foyer aortique, l'examen du pouls décèlent une sclérose cardio-polyartérielle, avec hypertension vérifiée au Pachon.

Pression maxima = 27 ; pression minima = 16 ; pression différentielle = 11.

Les urines renferment 1 gr. 50 de sérum albumine, il existe donc une néphrite totale. On constate, en outre, de la pyurie.

Les urèthres antérieur et postérieur examinés avec un explorateur nº 24, sont normaux. Le col vésical et la vessie elle-même ont leur sensibilité normale.

L'examen bactériologique du pus révèle une abondance de polynucléaires et de staphylocoques.

Le Ziehl est négatif, pas de gonocoques.

Rien non plus n'est à signaler du côté des testicules, des épididymes, des vésicules et de la prostate.

Il n'y a donc rien d'appréciable cliniquement, du côté des deux reins, des deux uretères et du trigone.

Cette pyurie rénale, d'étiologie obscure, nous fait penser à une bacillose et nous adressons ce malade à l'un de nos confrères urologistes.

Celui-ci, à la suite de radiographies et du cathétérisme des uretères, diagnostique une bacillose ouverte du rein gauche.

L'azotémie est de 1 gr. 25; la constante d'Ambard = 0,22.

Devant l'indécision du malade, et les risques d'une opération chirurgicale, on récuse la néphrectomie et le malade est soumis à un traitement dermatologique, rénal et cardio-artériel purement symptomatique.

Le Scillarène a été le traitement essentiel de cette médication. Administré à la dose de 4 comprimés par jour, c'est-à-dire 2 mmgr. de principe actif, et depuis 14 mois, par période de 12 jours, avec des intervalles de repos de 8 jours, ce cardio-rénal a été admirablement supporté, il n'a nullement fatigué le rein et a maintenu une abondante diurèse (2000 à 3500 grammes d'urines par jour); il en est résulté une azoturie progressive avec désintoxication générale.

A l'heure actuelle, nous constatons les résultats suivants :

1º L'assèchement quasi-total des surfaces eczématiques. Parfois, de loin en loin, il se produit une petite poussée très localisée, et immédiatement jugulée par l'application d'un épithème caoutchouté suivi d'un badigeonnage au goudron pur.

2º Le taux de l'urée sanguine est tombé à 0,65, la constante d'Ambard est voisine de la normale.

3º La pyurie elle-même a beaucoup diminué.

4º Le malade a augmenté de poids (4 kilos), il se lève, se promène dans son jardin, et peut même se livrer à des travaux manuels.

Quand on compare l'état actuel de ce malade à celui qu'il présentait il y a 14 mois, alors que le pronostic était des plus sombres, on ne peut qu'être frappé de l'action particulièrement énergique sur l'azotémie, du scillarène, et l'on se rend compte que ce médicament est le véritable diurétique azoturique de la thérapeutique actuelle.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA CRISE DE LA PROFESSION MÉDICALE

A propos d'une controverse budgétaire. — Un loyer médical de 300 fr. par an ! Deux recettes gratuites... Riposte.

Dans une petite feuille, totalement inconnue ici, je viens d'être pris à partie par un anonyme qui, sous une forme dialoguée qui veut être spirituelle à mes dépens, me reproche de nouveau le budget que j'ai établi, avec mon expérience personnelle, d'un médecin rural, marié, père d'un enfant en bas âge, ayant auto et deux domestiques. Et qui m'accuse de rendre un bien mauvais service aux médecins, en publiant un pareil bilan.

J'aurais pu, usant de mon droit de réponse, contraindre cette feuille à insérer trois ou quatre pages de ma prose ...

Plus souvent, que je jetterais ma poudre aux... pierrots !

Mon verre n'est pas grand, mais je couche dans mon lit, disait plaisamment Max Dearly dans je ne sais plus quel vaudeville à succès. Et mon bon vieux *Concours médical* me suffit, pour dire tout ce que j'ai sur le cœur : je suis ainsi assuré d'être dans les conditions voulues pour être lu par plus de la moitié des praticiens de France.

Je ne prendrai pas même la peine de discuter toutes les puériles et inconsistantes objections qui me sont faites, ce qui ne me serait pas bien difficile. Retenez seulement que mon contradicteur anonyme accuse 28.000 francs de revenu et qu'il fournit un incomplet état de dépenses qui, en y ajoutant ce qu'il y manque, prouve que, contrairement à ses affirmations fantaisistes, il joint à peine les deux bouts.

Je releverai seulement dans son bilan un chiffre, *un seul* : IL N'A QUE TROIS CENTS FRANCS DE LOYER PAR AN !

Vous entendez bien, chers lecteurs, chers amis, 300 frs de loyer annuel... Où donc, que j'y cours ! ! ! Car, c'est la chose essentielle, et il oublie de le dire : où habite cet heureux privilégié ? Et comment est-elle faite, cette maison dont le loyer, en l'an de grâce 1925, ne coûte encore que 300 fr... ? C'est un phénomène unique au monde. Venez voir le Médecin, qui a peut-être vu Phiphi, mais qui ne paie que 60 thunes à son proprio ... ! Curiosité tératologique à monter en épingle de cravatte.

Il avoue consacrer 10.000 francs par an à la nourriture du ménage, avec le gibier de sa chasse, du frigo et du poisson dont je connais par expérience la qualité, en ayant usé pendant quelque temps. C'est encore beaucoup trop. Qu'il sache, en effet, qu'il est possible de dépenser infiniment moins. Je vais, confidentiellement, vous en donner la recette. Mais n'allez pas surtout me trahir ! C'est un secret de famille ; ... Pour l'alimentation, au petit déjeuner, vous sucez votre pouce ; au grand déjeuner, vous mangez vos ongles : excellent et parfaitement digestif... Et le soir, serrant d'un cran votre ceinture, vous vous couchez et vous endormez, car chacun sait que : qui dort dîne ! Quelques lampées d'eau fraîche, de cette eau potable que sa minéralisation optima assimile à un précieux et reconstituant sérum, — et le tour est joué. Dépense : 000.000 frs. 000....

C'est comme pour le vêtement ; je vous livre généreusement et gratuitement ma formule : c'est la conséquence d'un vœu. Le soir, entre chien et loup, vous allez rôder dans les chemins déserts qui longent les jardins, les vergers où foisonnent les épouvantails à moineaux. Vous savez bien ? Ces bonshommes fabriqués avec deux bâtons en croix revêtus d'un vieux phalzar, d'une antique et vénérable rédingote, et coiffés d'un respectable chapeau ... Vous vous en emparez subrepticement, et vous voilà nippé pour six mois.

Dépense : 000.000.000 frs. 000.000. ...

Je me permets, cependant, de recommander à l'anonyme et à son interlocuteur de lire plus attentivement le *Concours médical*, et de suivre, avant de critiquer, tout ce qui paraît sur une question donnée. C'est pour ne l'avoir pas fait, qu'ils ignorent que je ne bois que de l'eau et que je ne mange pas 150 grammes, non seulement de viande, mais même d'albumines animales, par semaine... Je suis donc bien désintéressé, personnellement, dans ces calculs alimentaires.

Mais, je m'arrête, et je cède la plume à mon excellent confrère, le docteur RENAUD, qui a bien voulu me signaler cette élucubration et qui a pris la peine de la discuter, — ce dont je le remercie ...

G. DUCHESNE.

***

Je me défends d'entamer une controverse au sujet du budget moyen du médecin de campagne ; un referendum même ne trancherait pas la question ; car ce budget dépend de multiples facteurs : âge, activité, région, train de maison, nombre d'enfants, leur instruction, goûts et aspirations personnelles.

Mais notre situation sociale, de par nos études et notre rôle quotidien, doit nous permettre de vivre « *de notre profession* » aussi largement qu'un simple contremaître de grande usine.

Aussi, quelle mesquinerie de venir discuter les chiffres de nourriture, que vous aviez donnés et qui, dans leur ensemble, n'étaient pas erronés !

L'anonyme D. lui, veut nous retirer, ainsi qu'à nos domestiques, le pain de la bouche, puisqu'il nous ramène aux rations de guerre de 300 grammes. Le gigot de frigo existe peut-être dans les grandes villes, jamais dans nos campagnes. Quant aux légumes, il est nécessaire, dans nos petits bourgs, d'en cultiver pour pouvoir en manger ; car nous n'avons aucun marchand de légumes ; et, que vous preniez un homme de journée ou un jardinier, vous verrez à la fin de l'année, si vous tenez un bilan, que les légumes vous reviennent plus cher que si vous aviez pu les acheter en ville, au marché. Ce qui est vrai pour les légumes, l'est aussi pour les œufs et les poulets ; si vous êtes obligé d'acheter tout le grain nécessaire à votre élevage, vous verrez à la fin de l'année à quel prix vous revient l'œuf et le poulet. Quant au gibier de leur chasse, les chasseurs doivent être fixés sur ce point.

Le confrère est heureux de son sort. Tant mieux pour lui ! Il est vrai qu'il est encore dans la lune de miel.

Mais c'est l'anonyme D, et non Duchesne, qui nous rend un bien mauvais service en établissant son bilan.

Si son article tombe entre les mains d'un contrôleur, celui-ci en déduira que tous les médecins de campagne ont la sobriété du chameau, qu'ils n'ont besoin d'aucune distraction dans leur solitude à part la T. S. F., que les réunions et dîners entre amis sont un luxe réservé aux seuls confrères citadins.

Il en déduira surtout que ceux qui payent plus de 300 fr. de loyer par an (loyer d'après guerre, puisque le rival en cause est jeune marié), vivent en chatelains et que les signes extérieurs de pareille opulence méritent un tour de vis.

Anonyme D., ces 300 fr. de loyer sont encore un superflu, car je connais des pays charmants : « seul médecin, pas de sage-femme, on fait la pharmacie, chasse et pêche », où la municipalité pousse la gentillesse jusqu'à nous loger gratuitement.

Dr Renaud
(Allier).

LA SUPPRESSION DES TROIS CATÉGORIES MAGINOT

Par le Dr Fernand Decourt.

Je commence par déclarer qu'elle *est faite*, si le Corps médical la veut, *avant tout*. En effet, l'Administration se déclare prête à soutenir la demande de l'Union des Syndicats médicaux de la « suppression des catégories », d'après le même système de « redressement » que celui du tarif Durafour. C'est ce que des voix autorisées nous ont fait entendre à la Commission supérieure des pensions alors que Noir, Lenglet et moi-même, les trois délégués de l'Union, nous soutenions l'impossibilité morale de voir coexister deux tarifs ministériels de bases aussi différentes : celui du travail, désormais, *sans aucune* catégorie ; celui des pensions *avec trois* ! . . . Malheureusement l'entente ne put se faire sur le prix unique des dix francs du tarif Durafour. On ne nous a offert que le prix unique de HUIT FRANCS.

Ce ne fut pourtant pas faute d'avoir insisté. Tout d'abord, au ministère, Lenglet et moi, nous avions discuté longuement pour prendre comme base, ce qui semblait aller de soi, le tarif Durafour. De cette façon, la 1re *catégorie* ne restait pas dans un *statu quo* injustifié, le prix de chaque visite comme de chaque consultation étant augmenté de *deux francs*. Nous n'avons pu aboutir à faire accepter ces demandes, pourtant aussi modestes que justifiées. Quelques jours plus tard, la question ayant été reprise sur notre demande à la Commission supérieure, ce fut Noir, cette fois, qui survint en renfort. Longuement, avec une grande véhémence, il montra que, dans certaines grandes villes les pensionnés de guerre sont gênés pour se faire soigner, un certain nombre de médecins ne voulant plus se servir des bons du carnet. D'ailleurs, mathématiquement, un pourcentage d'augmentation s'imposait, suivant le coût de la vie, alors que l'Etat avait accordé 80 % de majoration précisément à ces mêmes pensionnés de guerre dont on « chicane » le paiement normal des soins, etc.... On nous fit remarquer que le taux des pensions provenait de la loi de 1919, celui du tarif du 25 octobre 1922, donc que la quotité de diminution de la valeur de l'argent entre ces trois périodes n'était pas superposable, dans les deux cas. Soit ; Mais *aucune majoration* du tout n'en est pas moins inadmissible...

A ces mots, les représentants de l'Administration se récrièrent de plus belle. « Vous demandez, nous dirent-ils, la *suppression des ca-*

tégories, rien que cette réforme coûterait au Trésor, avec les propositions actuelles au taux unique de huit francs, *trois millions.* Les honoraires médicaux globaux annuels étant environ de 17 millions passeraient *ipso facto* à 20 millions. Au début des pourparlers, on envisageait une augmentation d'un million, aujourd'hui c'est presque entendu pour trois millions et voilà que maintenant ce n'est pas encore suffisant ?... »

Ceci demande un mot d'explications. C'est depuis l'année dernière déjà que nous réclamons, au nom de l'Union. On avait tout d'abord parlé de supprimer, pour 1926, la 3e *catégorie,* celle des parias de la campagne à cent sous la consultation. Cette suppression ne coûterait guère, en effet au Trésor qu'un million cent mille francs. En supprimant également la 2e catégorie, afin que les prix soient désormais *pour tous semblables à ceux actuels de la première catégorie,* la réforme coûterait, paraît-il, avec quelques ajustements dont je parlerai plus loin, environ *trois millions.* Or, cela, c'est à peu près entendu, on l'accepterait encore ... mais, vu l'état du budget, on refuse d'aller plus loin.

« *Unification des prix actuels en 1re catégorie, soit! Davantage, impossible!* » C'est à prendre ou à laisser. *Ou unification,* par suppression de la 2e et 3e catégorie, sans majoration supplémentaire, *au statu quo.* Telle est la situation simple, claire, qui résulte des derniers pourparlers.

***

Supposons le problème résolu. Il n'y a plus qu'une seule catégorie, à *huit francs* la visite et consultation, plus les deux francs de moyenne de déplacement dans les grands centres comme dans le tarif Durafour ; qu'en résultera-t-il pour les confrères, dans chacune des catégories actuelles ?

a) 1re CATÉGORIE. — *Statu quo* :

Consultation : actuellement 8 fr., à prévoir 8 fr.

Visite : actuellement 10 fr., à prévoir 8 + 2 = 10 fr.

b) 2e CATÉGORIE. — 1 *fr. de plus par consultation* :

Consultation : actuellement 7 fr., à prévoir 8 fr.

Visite : actuellement 8 fr., à prévoir 8 fr.

c) 3e CATÉGORIE. — *Gros avantages* :

Consultation : actuellement 5 fr., à prévoir 8 fr.

Visite : actuellement 6 fr., à prévoir 8 fr.

Soit 3 fr. de plus par consultation et 2 fr. par visite.

Autrement dit, seuls, sont vraiment avantagés les médecins de campagne, en 3e catégorie ; ceux de la deuxième n'ayant qu'un très léger avantage et ceux de la première, rien du tout.

d) SPÉCIALISTES. — Mais il faut, en outre, envisager, d'après les derniers pourparlers, une *diminution* pour les spécialistes. Leur consultation *tomberait de 20 à 15 francs,* toujours afin de se rapprocher du tarif Breton qui alloue ce prix aux oculistes (les seuls d'ailleurs).

Sans applaudir à cette diminution, sans même l'approuver (car il ne fallait pas accorder en 1922 de tels prix alors), je répèterai néanmoins, à ce sujet, ce que j'ai déjà écrit dans le *Concours,* à savoir qu'il y a quelque chose d'anormal (j'ai même parlé plus énergiquement) entre la consultation à *cent sous* pour un médecin de troisième zone et celle à 20 *francs* pour son voisin, pourvu des mêmes diplômes — et cela simplement parce que celui-ci, lâchant la dure, l'implacable médecine générale où le praticien est 24 heures par jour à la merci du client, a mis une plaque à sa porte et un en-tête à ses ordonnances, indiquant qu'il est spécialiste et reçoit dans son cabinet de 2 à 5 heures, sans aller au dehors jour et nuit, par tous les temps comme les camarades ... Je sais bien que je vais me faire vouer aux gémonies par tous mes amis spécialistes, mais, au moment où on peut espérer supprimer une *injustice* dans les tarifs médicaux à compartiments multiples, j'ai bien le droit, ce me semble, et c'est un devoir que me prêche ma conscience, de crier ce que je crois être la vérité et l'équité : ceci ne doit pas empêcher cela.

***

Donc, voilà le problème nettement posé, avec ses trois solutions :

1° Veut-on accepter les propositions faites, soit la SUPPRESSION DES 2e ET 3e CATÉGORIES, sans toucher en rien à la première, et, en outre, avec une diminution pour la consultation du spécialiste qui passerait de 20 à 15 francs, restant encore privilégié par rapport aux 8 francs des autres médecins.

2° Ou bien, veut-on rester dans le STATU QUO actuel, sans faire le geste de tendre une main secourable aux *sacrifiés* de province et de campagne, qui, en 1922, se sont résignés parce qu'on leur a *demandé* de le faire.

3° Ou bien, enfin, le Corps médical est-il prêt à *se dresser contre l'ultimatum* et à se remettre, dès maintenant, en bataille pour : *a*) la suppression des catégories, et *de plus* :*b*) une augmentation globale, immédiate, du tarif Maginot ?

Laquelle de ces trois attitudes doit-on prendre ? Telle est la question, bien nette, que le Conseil de l'Union dans sa séance du 28 février a décidé de poser aux Syndicats, ne voulant pas — avec raison — prendre sur lui de la trancher. C'est à chaque Syndicat, en assemblée générale, dans sa séance de printemps, de décider de la

conduite à tenir : la majorité fera loi, c'est entendu.

***

Il ne m'a pas semblé inutile, dans cette grande tribune confraternelle qu'est le *Concours médical* et en dehors de toute question syndicale, d'exposer cette réforme pour laquelle mes amis Noir, Lenglet et moi, nous avons bataillé, sans avoir pu arriver à de meilleurs résultats que ceux exposés plus haut.

Toutefois, en terminant, il est bien permis de dire ici, entre camarades, que le mieux est l'ennemi du bien ; qu'il vaut mieux tenir que de courir ; qu'il ne faut jamais, enfin, lâcher la proie (suppression des catégories), pour l'ombre (augmentation globale supplémentaire du tarif).

D'ailleurs, si, en songeant à tout cela, les Syndicats décidaient d'accepter cette *première* réforme, il est bien entendu, bien convenu (et nous l'avons dit franchement à la Commission supérieure) que le Corps médical ne ferait que s'incliner *provisoirement* devant la pénurie actuelle des coffres de l'Etat et que, *dès avant la fin de* 1926, *la question serait officiellement reprise par l'Union.*

Dans le cas, où, pour le moment, nous nous résignerions donc à cet os, sans substantifique moelle, de trois millions pour nos confrères de province et de campagne, en vue de remédier à l'*injustice* dont principalement ces derniers ont souffert *depuis* 4 *ans*, alors que — plus que quiconque, par leur dissémination même, loin des jaunes possibles — ils nous ont aidé, dans notre lutte de 1921 dans ce même cas, donc, il est bien convenu, entre nous également, que ce n'est là qu'une *étape*, un relai, la justice ne devant être satisfaite que par un *ajustement du tarif* d'octobre 1922 au coût de la vie à cette date et en fin 1926.

C'est ainsi, et seulement ainsi, ce me semble, que le problème doit être envisagé, si l'on veut qu'il soit complet dans son exposé.

Dr Fernand DECOURT.

LE TORCHON BRULE !

Les praticiens de la banlieue parisienne s'insurgent contre la servitude administrative.

Un conflit vient d'éclater entre nos confrères de la banlieue parisienne et la Préfecture de la Seine. Il convient d'en suivre les phases avec intérêt, car il s'agit encore, en la circonstance, d'une tentative de domestication et d'asservissement du corps médical par une collectivité. Mais la tentative risque d'échouer, cette fois, par la résistance énergique de nos confrères qui, conscients de leur dignité et de leurs droits, se sont groupés dans leurs syndicats de banlieue pour la défense résolue de leurs intérêts corporatifs. Voici les faits :

L'administration préfectorale et le Conseil général de la Seine ont décidé d'appliquer à la banlieue la loi du 15 juillet 1893 sur l'A. M. G. Cette loi fonctionne cependant dans toute la France, depuis 33 ans. Le département de la Seine échappait — on ne sait pourquoi — au droit commun. L'assistance médicale était assurée dans chaque commune suburbaine suivant un régime municipal particulier, essentiellement différent d'une commune à l'autre et les médecins, par entente directe avec le maire, faisaient le service des assistés et autres nécessiteux plus ou moins avérés, soit suivant une indemnité forfaitaire, soit suivant un tarif à la visite. Aucune organisation de soins n'était prévue : c'était seulement consultations, visites ou hospitalisation. Aussi le budget des communes était-il jusqu'ici lourdement obéré par les frais d'hospitalisation.

L'Administration, en proposant une organisation de soins à domicile, avec une tarification des actes médicaux, espère de ce fait une diminution sensible des frais d'hôpital. Elle n'a certes pas tort, à la condition toutefois que les médecins soient suffisamment rémunérés de leurs peines et soins.

Des palabres eurent lieu entre l'administration et les délégués des médecins. Les prétentions de ces derniers se bornaient à l'application pure et simple d'un tarif officiel déjà vieillot, le tarif Maginot. Leurs desiderata n'eurent pas l'honneur d'être pris en considération.

Proprio motu, l'Administration édicta un tarif de son cru, ridiculement dérisoire au regard des conditions économiques actuelles. Elle fixa la consultation à 6 fr., la visite de jour à 8 fr., celle de nuit à 16 fr. et le reste à l'avenant.

Aux pharmaciens — caste privilégiée — elle ne demande qu'une réduction de 15 % de leur tarif normal, révisable d'ailleurs, tous les trimestres.

A la Préfecture, elle crée un service central de l'A. M. G. magnifiquement doté puisqu'il est prévu 300.000 frs de crédits !

Elle fit adopter le 31 décembre dernier, en une dernière séance précipitée de session du Conseil général, un règlement comportant son fameux tarif.

Au cours de cette séance mémorable, quelques conseillers généraux — c'est-à-dire quelques-uns de ces politiciens dont les fonctions électives se

payent grassement, Dieu sait pour quel travail sérieux ! — crurent devoir blâmer l'attitude des médecins dont les revendications offusquaient ces bons apôtres. D'après eux les médecins pratiqueraient, comme les terrassiers, la politique du ventre, seraient dépourvus de sentiments élevés, etc., etc...

Des aménités de ce genre, assaisonnées de tous les lieux communs d'humanité, de dévouement gratuit, de sacerdoce, de devoir social, au nom desquels des profiteurs de la politique veulent astreindre d'humbles praticiens de banlieue à faire, pour des salaires de famine, un travail ingrat, ont eu pour conséquence un sursaut d'indignation chez nos confrères.

Ceux-ci estiment que, comme contribuables et citoyens, ils prennent une large part aux charges qui incombent à la collectivité, mais, comme médecins, ils entendent faire rémunérer honorablement leurs services par ladite collectivité. Se faire exploiter comme devant au nom de sentiments divers hypocritement invoqués, ils ne le veulent plus. Ils jugent immorale et cynique l'intention de les contraindre à un service public contre un tarif imposé par le fait du prince.

En conséquence, ils ont pris le parti de faire la grève administrative. Le règlement de la Préfecture ? Ils déclarent solennellement ne pavouloir le connaître. Les papiers, les carnets, les mémoires en triple exemplaire ? Ils les refuserons à moins que justice leur soit rendue et satisfaction accordée.

En même temps — il le faut bien — ils proclament qu'ils préféreront donner librement leurs soins gratuits à l'indigent suivant la plus pure tradition médicale, avec le dévouement et l'abnégation dont ils s'honorent d'être coutumier, sen dépit qu'on feigne l'ignorer.

Dans presque toutes les communes de banlieue, nos confrères repoussent du pied le règlement de Môssieu le Préfet. Que vont devenir les ronds de cuir et leurs précieux papiers ? On ne sait ... Ces Messieurs se grattent l'occiput. Si ces cochons de médecins ne marchent pas, que vont devenir les 300.000 balles qu'ils se sont royalement dévolues ... sur nos contributions et nos centimes additionnels ? ...

L'affaire en est là : on réfléchit en haut lieu.

Pourvu que nos confrères tiennent bon ! ...

Dr V.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Médecin. — Racolage. — Loi du 25 octobre 1918, art. 11. — Délit. — Condamnation. — Compagnie d'assurances. — Intervention. — Droits à sauvegarder. — Dommages-intérêts.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (15e Chambre),

12 mars 1925.

En attirant dans sa clinique, par des dons ou promesses d'argent, des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, un docteur porte atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin, délit prévu et puni par l'article 11 *de la loi du* 25 *octobre* 1919 ;

En dehors du préjudice médical certain causé par de semblables manœuvres, celles-ci peuvent avoir pour résultat de multiplier les accidents, ce qui suffit à justifier l'intervention d'une compagnie d'assurances se constituant partie civile et l'allocation à celle-ci de dommages-intérêts de principe.

Le Tribunal,

Donne acte à la Compagnie d'assurances X... de sa constitution de partie civile intervenante dans les poursuites exercées à la requête du ministère public contre L..., M... et F..., prévenus d'escroquerie et d'infraction à la loi du 25 octobre 1919, joint ladite constitution à la demande principale et statuant sur le tout par un seul et même jugement.

Attendu qu'au cours d'une enquête qu'il faisait au sujet d'un vol commis à l'usine P..., le commissaire de police du quartier du Combat apprenait que deux ouvriers de ladite usine s'étant blessés volontairement après avoir été licenciés par leur patron, les deux ouvriers L... et M... avaient conseillé à leur camarade, le sieur P..., d'en faire autant, en lui indiquant que le docteur F..., spécialisé dans ce genre d'accidents, « le reconnaîtrait facilement » et lui donnerait même vingt francs à la première visite. L'un d'eux lui remit quatre cartes de ce docteur en ajoutant que lorsqu'il enverrait audit docteur des blessés dans les mêmes circonstances, il lui donnerait cinq francs par client envoyé à condition de mettre son nom derrière la carte ;

Attendu que, mis au courant de ces faits, le directeur de la Compagnie X... a déposé une plainte en se constituant partie civile, que dans les premiers jours de novembre 1923, L... et M... étaient congédiés par leur patron, le sieur P... qui leur donnait leurs huit jours ; le 5 novembre, L... s'est blessé volontairement à la main gauche à l'aide d'une scie et d'une meule ; le lendemain, il est allé faire examiner sa plaie par le docteur F... qui avait parmi les ouvriers la réputation de délivrer très facilement des certificats médicaux pour des blessures très légères et de donner des incapacités de travail très longues ; qu'ainsi dans le courant de novembre 1923, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader

l'existence d'un événement chimérique et en se faisant volontairement des blessures, L.. et M... se sont fait remettre des fonds et ont, par ce moyen, escroqué partie de la fortune d'autrui, délit prévu et puni par l'article 405 du Code pénal ;

Attendu qu'il résulte des mêmes documents, la preuve que, à Paris, dans le courant de l'année 1923, le docteur F... a, par dons, promesses d'argent, attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans sa clinique et d'avoir ainsi porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin, délit prévu et puni par l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919 ; en ce qui concerne L.. et M..., ils reconnaissent les faits qui leur sont reprochés ;

Attendu que le docteur F..., poursuivi uniquement pour infraction à la loi du 25 octobre 1919, soutient qu'il ne peut avoir commis le délit relevé dans l'assignation, les sommes remises « pour frais de déplacement » aux inculpés ne leur ayant été données qu'après leur première visite, qu'ainsi il ne saurait être considéré comme les ayant racolés ou attirés de manière à vicier leur libre choix d'une clinique et qu'il invoque à l'appui de sa thèse un jugement rendu le 9 novembre 1923 par la 13e Chambre du Tribunal de la Seine ;

Mais attendu que chaque espèce doit être examinée par rapport aux circonstances de fait qui lui sont particulières ;

Attendu que, dans son interrogatoire devant le juge d'instruction, le 10 avril 1924, L... a déclaré que l'infirmière du docteur F... lui avait donné un certain nombre de cartes portant l'adresse de la clinique, ajoutant qu'il aurait cinq francs par client qu'il enverrait, que, comme suite à ces sollicitations, L... et M... ont remis un certain nombre de ces cartes au jeune P..., ouvrier comme eux chez P..., l'engageant à se blesser volontairement ainsi qu'ils l'avaient fait eux-mêmes pour se mettre à l'assurance, ajoutant que le docteur le déclarerait facilement inapte au travail, lui donnerait vingt francs à sa première visite et lui remettrait d'autres cartes pour lui procurer d'autres clients dans les mêmes conditions ; que pour toucher les cinq francs promis il lui suffirait d'inscrire son nom au dos de la carte ;

Attendu que L... et M... avaient eux-mêmes reçu d'un nommé M... des cartes de la même clinique dans des conditions identiques ;

Attendu qu'il est dès lors constant qu'en attirant ainsi des clients au moyen de l'appât d'une prime de cinq francs promise au racoleur et d'une gratification promise au blessé sous couvert de remboursement de ses frais de déplacement , le docteur F... a contrevenu à la loi du 25 octobre 1919 ; mais attendu que l'inculpé a pu croire au vu du jugement ci-dessus rappelé que les remises de fonds étant postérieures à la première visite, il ne commettrait pas un délit ; qu'il y a lieu en conséquence de lui faire pour cette première infraction, à titre d'avertissement, une application modérée de la loi ;

Attendu qu'au moment où il a commis le délit qui lui est reproché L... était âgé de plus de treize ans et moins de dix-huit ans, que la question se pose de savoir s'il a agi avec discernement ou sans discernement ;

Attendu que le Tribunal a les éléments d'appréciation suffisants pour décider qu'il a agi sans discernement, que dans ces conditions, il y a lieu de le faire bénéficier des dispositions de l'article 21 de la loi du 22 juillet 1912 ;

Attendu que M... est âgé de plus de treize ans et moins de dix-huit ans, que la question se pose de savoir s'il a agi avec discernement ou sans discernement ;

Attendu que le Tribunal a les éléments d'appréciation suffisants pour décider qu'il a agi sans discernement, que, dans ces conditions il y a lieu de le faire bénéficier des dispositions de l'article 66 du Code pénal modifié par l'article 21 de la loi du 22 juillet 1912 ;

Par ces motifs,

Faisant application aux prévenus chacun en ce qui le concerne des articles 11, loi du 25 octobre 1919, et 66 du Code pénal modifié par l'article 21 de la loi du 22 juillet 1912 ;

Condamne F... à cinquante francs d'amende ; acquitte les mineurs L... et M... comme ayant agi sans discernement ; dit qu'ils seront rendus à leurs parents qui les réclament ;

Et statuant sur les conclusions de la partie civile, attendu que son intervention est recevable ;

Attendu que les faits de racolage des accidents du travail peuvent avoir pour résultat de multiplier les accidents, qu'en tout cas le préjudice médical est certain, mais attendu que ce que réclame la Compagnie X... c'est surtout une sanction de principe ; que, dans ces conditions l'allocation d'une somme de un franc de dommages-intérêts suffira, à raison des circonstances, à sauvegarder ses droits ;

Attendu que la partie civile n'a pas insisté sur la demande d'affichage qui, à raison des circonstances, n'apparaît pas comme nécessaire pour une première infraction ;

Par ces motifs ,

Condamne L... à payer à la partie civile la somme de 125 francs à titre de restitution. M... la somme de 129 francs à titre de restitution ; condamne en outre L..., M..., et F... conjointement et solidairement à payer à la partie civile un franc à titre de dommages-intérêts ;

Les condamne en outre sous la même solidarité aux dépens.

Commentaires.

On se souvient de l'émotion qu'avait causé le jugement du 9 novembre 1923 du tribunal correctionnel de la Seine (13e chambre) (*Concours médical* 1922-4005) décidant que ne constituait pas un délit, pour le médecin traitant, le

fait de rembourser, au blessé du travail, ses frais de déplacement.

Un Syndicat médical s'était formé, parmi les praticiens, qui se spécialisent en accidents du travail et dirigent des cliniques, ne soignant que les blessés de l'industrie.

Pour se protéger les uns contre les autres, les membres de ce Syndicat avaient fait poursuivre un certain nombre de praticiens, qui, sous le prétexte de rembourser les frais de déplacement, donnaient aux victimes de véritables primes, des dons, des ristournes.

Dans l'esprit des membres du Syndicat, pareils agissements devaient tomber sous l'application de l'article 11 de la loi du 25 octobre 1919 et être réprimés par les pénalités prévues par cette loi.

En effet, on peut rembourser indistinctement, au moyen de la même somme, allouée à chaque client, les frais de déplacement, qu'il est censé avoir déboursés.

Donner par exemple le prix de deux voyages en métro en première classe, ou trois sections d'autobus, également en première, alors que le blessé a pris un aller-retour de seconde, ou bien même est venu à pied, n'ayant rien autre à faire qu'à se faire soigner.

Allant plus loin, il n'est pas interdit de supposer que les clients ne peuvent venir qu'en taxi, de chez eux à la clinique.

Car, disent les habitués de ces méthodes, si nous ne remboursons pas les frais de déplacement des ouvriers, ceux-ci seront gênés pour choisir librement leur médecin et ils iront à la clinique la plus proche, au lieu de venir chez nous.

Ou bien, disent encore d'autres, pourquoi nous infërioriser, nous médecins spécialistes en accidents du travail, alors que les dispensaires des compagnies d'assurances remboursent les frais de déplacement, au nom, dit-on, du chef d'entreprise responsable ?

La conclusion la plus évidente, c'est que le blessé du travail ne fréquente presque plus le cabinet des médecins, racolé qu'il est et dirigé vers les cliniques spéciales, tenues soit par des médecins spéciaux, soit par des assurances, ou des usines.

Les mœurs médicales, suivant les doctrines de la vieille déontologie, ont toujours réprouvé ces manières de racolage plus ou moins détournées. Il est indigne d'un médecin de rechercher des clients en leur passant la pièce et même en donnant des ristournes à celui qui racole ses camarades et les conduit là où il faut.

Je ne veux pas ici discuter ce point de morale professionnelle : je veux m'en tenir simplement au point de vue juridique.

J'estime que les juges de la 15e chambre ont bien jugé. En effet, le tarif ministériel en matière d'accidents du travail, comme en matière de réformés de guerre, ne dit-il pas que le malade a le choix entre les médecins, mais à la condition qu'il ne fasse pas supporter, au chef d'entreprise responsable, des frais supplémentaires de déplacement du docteur? Les honoraires alloués à celui ci seront toujours ceux du docteur le plus rapprochés.

A contrario, si c'est le blessé qui se déplace, il choisira son médecin, mais sans faire supporter à son chef d'industrie des frais supplémentaires. Autrement dit, le malade peut aller se faire soigner où il veut, par qui il veut, mais le patron n'est tenu de payer que les honoraires dus au médecin le plus rapproché.

N'oublions pas que la loi du 9 avril 1898 est une loi forfaitaire, laissant à la charge de l'ouvrier une partie des frais médicaux, lorsque la victime a choisi son médecin.

Nous avons discuté ce point, lorsque nous avons analysé le jugement de Rouen (frappé d'appel) (*Concours médical*, 1925.2914 *bis*) et le projet de loi modifiant l'article 4, § 2 de la loi du 31 mars 1905 (*Concours médical* 1926-209).

Dans ces conditions, les frais de déplacement restent à la charge du blessé, lorsque c'est celui-ci qui a choisi son médecin.

La meilleure preuve, c'est que le juge de paix de la Ferté-sous-Jouarre, par jugement du 5 mars 1925 (*Bull. des J. P.*, juin 1925, p. 27) a décidé que ce n'est que dans le cas où le médecin traitant ne peut pas donner lui-même des soins spéciaux à un blessé que celui-ci est en droit de se faire rembourser, par son patron, les frais de déplacement nécessités pour aller chez un spécialiste (un oculiste en l'espèce). (Dans le même sens, J. P. Paris, 13 décembre 1905, *Rec. Min. Trav.*, VIII, 17 ; — trib. civ. Saint-Girons, 28 juillet 1910 ; *id.* XIV-70).) (Voir *Concours médical* 1925-490.)

Cette décision indique donc bien qu'en matière ordinaire, le chef d'entreprise ne doit pas rembourser les frais de déplacement.

Font donc des dons, tombant sous l'application de l'article 11 de la loi du 27 octobre 1919, les médecins et les assurances, qui remboursent, aux blessés, leurs frais de déplacement, plus ou moins véritables et non justifiés.

C'est une manière de racolage auquel les blessés ne restent pas indifférents.

Je sais bien que, dans toutes les espèces qui, en fait, constituent de véritables racolages, les juges recherchent attentivement si la ristourne donnée a bien constitué l'élément déterminant du choix du malade : le détournement de clientèle est bien difficile à prouver ; il suffit de se reporter aux jugements, que le « Sou médical » a publiés en leur temps.

Et c'est aussi dans cet ordre d'idées que la 13e chambre du tribunal correctionnel de la Seine a décidé le 9 novembre 1922 (*Concours médical*,

1922-4005) que le remboursement des frais de déplacement au blessé n'est délictueux que s'il a été la cause déterminante du choix du médecin.

Le jugement ci-dessus est donc rendu en sens contraire et permettra de recommencer les poursuites contre tous ceux qui emploient des procédés anti-déontologiques, ou commerciaux, pour racoler leur clientèle, dans la classe des blessés du travail.

Inutile de faire remarquer l'importance de cette question, à la veille de la discussion de la loi sur les assurances sociales.

L'article 67 du projet du Dr Chauveau est ainsi conçu : « Sera puni d'une amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés, ou à des Caisses d'assurances, ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi notamment dans une clinique, ou cabinet médical, ou officine de pharmacie ».

Oui ! mais l'assuré (comme le blessé du travail) peut toujours prétendre que ce n'est pas le don d'argent, qui l'a incité à venir dans la clinique, où l'on donne des ristournes, mais la réputation professionnelle du médecin.

Pourquoi ne pas interdire purement et simplement les dons, ristournes, ou autres, sans rechercher si ces dons ont une influence ou non sur le choix du médecin par le malade ?

Dr Paul Boudin.

AUTOUR DES THÉATRES

Le Secret de Polichinelle. — L'Enfant et les Sortilèges. — A Paris tous les deux. — Tototte Poule de luxe. — Et avec ça, Madame ? — Poussière de soleil. — Le Bourgeois Romanesque

Un des événements de la semaine est la mise au répertoire de la Comédie-Française du *Secret de Polichinelle*, de Pierre Wolf ; c'est là une excellente acquisition qui a gardé toute sa saveur malgré les années. L'importance de l'effort nécessaire pour déroger aux idées reçues et consentir à une mésalliance de l'enfant adoré, peut sembler aujourd'hui un peu exagérée, mais il n'est pas possible de voir sans émotion ces grands-parents qui viennent, en cachette l'un de l'autre, visiter et gâter le petit enfant issu de l'amour de leur fils et d'une jeune fille trop modeste, mais digne de toute leur estime, amour que chacun d'eux ne se croit obligé de contrarier que par la crainte du chagrin qu'en pourrait éprouver l'autre s'il en avait connaissance. L'interprétation est parfaite et digne en tous points de notre première scène.

Le second « Event » est le nouveau spectacle de l'Opéra-Comique : *l'Enfant et les Sortilèges* ; texte de Mme Colette, Musique de M. Maurice Ravel. Que nous voici loin des poncifs habituels et comme il est bon de faire un vrai voyage au pays de l'Art ! la fantaisie du texte est de grande saveur et de haute qualité, et la musique suit, précède ou exprime toutes les nuances du texte en les accentuant. Il s'agit d'un enfant qui fait mille diableries ; il est paresseux, il saccage tout et se rend odieux même aux choses. Les meubles se mettent à protester ; la vieille horloge à laquelle il a retiré son balancier se révolte, et il n'est pas jusqu'aux arbres du jardin, aux animaux qu'il a tous plus ou moins martyrisés, qui ne se dressent contre lui pour l'envelopper d'un étourdissant et menaçant vacarme. Et voici que, dans la bagarre, un écureuil est blessé et que l'enfant, ému, s'apitoie et le panse ; blessé lui-même, il perd connaissance et, revenant à lui, il appelle sa maman qui le ramène — enfin sage — à la maison. Il est aisé de concevoir quelle souplesse et quelle extraordinaire variété de rythmes (pouvant confiner à la licence), un pareil sujet pouvait mettre à la disposition du musicien, et on devine sans peine quel parti extrême M. Maurice Ravel a su en tirer. Par instants, et le contraire en serait surprenant, on demeure quelque peu désorienté, mais très vite on est acquis ; c'est que l'impression n'est ni malsaine, ni perverse tout en demeurant un peu déconcertante dans une note saine et gaie qui sent la franchise et dont l'originalité de bon aloi est absolue. Les nouveaux Directeurs de l'Opéra-Comique se devaient de monter une belle œuvre, et pas banale, et ils n'y ont pas failli.

A la Comédie des Champs-Elysées, M. Georges Ménier démontre, non sans quelque succès, qu'on peut être à la fois industriel et musicien de talent. La partition qu'il a écrite sur le livret de *A Paris tous les deux* de MM. Falk et Bousquet n'est pas inférieure à celle de la plupart des opérettes récentes. A vrai dire, le sujet n'est pas d'une originalité extrême : Rip, déjà, à la Gaité-Lyrique, s'est à maintes reprises, « endormi pendant vingt ans » faisant de toute la pièce la réalisation d'un rêve ; ici, ce sont deux cousins fiancés sans trop d'emballement l'un pour l'autre ; lui, vague poète, elle possédant un filet de voix et qui, à la veille de leur mariage, sans se le dire, désertent le manoir familial pour filer vers Paris et ..... vers la Gloire ..... Ils s'assoupissent sur une banquette au buffet de la gare de Bourg-le-Bourg et y rêvent toute la pièce : rêves de triomphe et de décadence tels qu'au réveil, d'un commun accord, ils renoncent aux grandeurs et reviennent au

mariage. L'époque des costumes, un peu différente, d'ailleurs, de celle annoncée (1889) est pour beaucoup dans le charme de la soirée, parce qu'ils sont, pour la première fois, présentés en costume de style, quoique récents encore. Poufs et mantelets vus par les couturiers d'aujourd'hui donnent à Mme Marguerite Deval à la fois la Tante de province gourmée et correcte, Tante d'artiste à la morale frivole, écuyère pschutteuse ou Mondaine prometteuse, capable au besoin, de remplacer sa nièce et de séduire le Shah (bravo Galipaux pour le joli ruban rouge) ainsi qu'à Mme Coréa, une allure qui sent l'autrefois sans faire oublier le présent. Disons d'ailleurs, puisque nous sommes dans le domaine des fées et du rêve (et qu'on nous en prévient), que les incohérences certaines du livret sont assez adroitement présentées pour contribuer, sans conteste, à l'agrément de la pièce.

Au Théâtre Comœdia, la note est des plus lestes; et c'est sans faire appel au rêve que *Totoffe, poule de luxe,* comédie musicale obtenue par la mise en couplets de leur Vaudeville « Une Poule de luxe », par MM. Achaume et Marcel Nancey, a vu le jour. Ne regardons pas de trop près le livret ; tout est ici dans le jeu des acteurs et l'élégance d'une collection d'artistes jolies et bien déshabillées : les situations piquantes fourmillent sans trop de banalité ; les élégantes soubrettes se transforment, avec simplicité — solution admirable de la crise des domestiques — en poules de luxe et vice versa, et tout cela parce que deux jeunes mariés sans logis se sont installés, faute de mieux, et sans le savoir, dans l'appartement qu'occupait la veille encore, « La Grande Irma », femme « chez qui l'on passait ». Terrain bien indiqué pour de faciles quiproquos si adroitement mis en œuvre que, d'un bout à l'autre de la soirée, ce n'est qu'un long éclat de rire, avec parfois jusqu'à quatre personnes dans le même lit.

A la Cigale, la Super Revue *Et avec ça, Madame,* comporte une particularité assez savoureuse : les auteurs y ont développé une idée et l'ont fait avec quelque pittoresque. Certes, l'idée n'est pas essentiellement neuve : Cupidon et Mercure se disputent, jusqu'à en venir aux mains, pour cette grave question : les femmes, pour être heureuses, aiment-elles mieux l'Amour ou l'Argent ? Ce que, voyant, Jupiter munit les deux adversaires, l'un, de tout l'Amour, et l'autre, de tout l'Argent et les envoie sur la terre pour y séduire les mortelles. Au retour, ils sont naturellement renvoyés dos à dos, parce que l'Amour et l'Argent, ont été, sont et demeureront des forces d'égale valeur. Les décisions de Bacchus, arbitre de haut goût et, notamment celle qui concerne les femmes du Pasteur Mormon, pourraient être exactement inversées sans que le simple bon sens en soit choqué, mais les couplets que l'on redit en chœur, sont alertes, agréables et en rapport avec le titre, ce qui vaut d'être noté.

Poussière de soleil s'étale à la Porte Saint-Martin en 21 grands tableaux enveloppés de musique nègre et présentés sur une bonne dizaine de fonds différents. Les décors ne sont pas sans mérite. Le texte est d'une clarté déconcertante dans sa puérilité synthétique, on dirait des phrases de cinéma. Les idées passent sans suite en l'esprit de ce Colonel venu recueillir, en Guinée, l'héritage d'un oncle, héritage si modeste qu'il est conduit à supposer que le mort a dû laisser et cacher une collection de pierres précieuses. Avec un mélange de pittoresque et de décousu, on s'attend à voir rééditer Sherlok Helmès, on voit défiler quelques tableaux, et puis, tout d'un coup, c'est le vide ; à la fin, les gemmes se sont retrouvées sans qu'on voie bien comment et pourquoi. En même temps, la fille du Colonel (que diable est-elle venue faire dans cette galère ?) épouse celui qu'elle aime, petite pièce accolée à l'autre sans aucun lien réel, et prétexte naïf à quelques tableaux qui pourraient avec avantage être mis à part.

Un tout jeune auteur, déjà connu à l'Atelier, M. Jacques Blanchon, a présenté, au Studio des Champs-Elysées, une Comédie en trois actes, *Le Bourgeois Romanesque.* Le sujet est assez artificiel, mais traité dans une manière qui est du bon théâtre. Un Parisien cherche à faire entrer l'idée du romanesque dans l'esprit et dans la vie d'un cousin de province qui vit des jours calmes, semblables et heureux entre sa femme et sa fille, après avoir fait fortune dans la confection. Il lui démontre que sa vie n'est pas le bonheur, mais l'anéantissement et l'amène à la désorganiser de telle sorte qu'il lui apparaît indispensable de revenir bien vite à ses anciens errements. Le procédé a quelque chose d'incertain, presque de puéril ; tout démolir pour tout reconstruire ; démontrer la continuité de l'ordre bourgeois et familial, et sa puissance ; c'est sous une autre forme, l'éternelle histoire des « Bureaux des Ministères » dont on peut, de temps à autre, vaincre pour une fois, péniblement, l'inertie, mais qui demeurent semblables à eux-mêmes, avec une fidélité qui est leur force, et leur force nécessaire. Les idées de cette bourgeoisie dans les rangs de laquelle passent successivement, à mesure qu'ils prennent des années, et que leur situation s'affermit, les hommes de toutes les idées et de tous les partis, sont les véritables bureaux de la famille, dont elles assurent la continuité malgré les avatars des ménages et les à-coups passagers des lois. Assurance véritable contre la variabilité des personnes et des idées. Les bureaux assurent l'aboutissement automatique et lent de celles des lois qui dureront jusqu'à leur application tout comme la tradition bourgeoise de la « Possession par le travail pour acquérir le Repos » assure la conservation de la Famille, et il n'est pas sans piquant de songer que les Américains, gens de soi-disant progrès et chez lesquels l'idée de Famille est réduite au strict minimum, n'ont rien trouvé de mieux, en ces derniers temps, que d'envoyer en France des milliers d'étudiants

sous condition qu'ils soient logés et accueillis par des familles françaises, afin d'y prendre pour le rapporter là-bas, le goût de cette vie qui demeure si bonne à la mémoire de ceux d'entre eux qui ont pu la goûter en notre doux Pays de France.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

QUELQUES SUGGESTIONS SUR LA RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE (1)

Par M. TUFFIER.

Les enseignements de la guerre ont été trop cruels et trop chèrement payés pour que nous en perdions le souvenir et les bénéfices. Notre insuffisante préparation du Service de Santé, personnel et matériel, l'absence de liaison entre les médecins militaires de carrière et les médecins civils, la méconnaissance des compétences civiles et de toute notion des valeurs individuelles nous ont conduit à des erreurs qui ont coûté la vie à bien des blessés. D'autre part, l'insuffisance des connaissances de la médecine militaire par des médecins de complément, et la nécessité pour eux de faire alors toute leur instruction, a été désastreuse.

Nous avons commis des erreurs, nous devons en éviter la répétition et, à cette époque où la réorganisation de l'armée est un problème imminent, nous devons penser à l'organisation du Service de Santé. Je ne doute pas que des projets aient été étudiés ; il me paraît indispensable que la médecine civile, et au premier chef l'Académie de médecine, qui comprend les éléments médicaux les plus compétents, les plus expérimentés, les plus élevés dans la hiérarchie médicale, et qui détient, en plus, des hommes scientifiques de haute valeur, donne au moins son avis sur une question qui intéresse la nation tout entière.

Voilà pourquoi, Messieurs, je me permets aujourd'hui de venir sans prétention devant vous, exposer quelques propositions que je n'ai pas l'intention de présenter comme les meilleures, mais qui pourront être prises en considération et servir de base à une discussion.

Le cadre actuel du Service de Santé militaire qui, depuis 1911, n'avait pas varié, sauf pendant la guerre, devrait compter 1.710 médecins de l'armée active ; or, jamais ce chiffre n'a été atteint, et le déficit a souvent compté plusieurs centaines d'absences. Je laisse de côté les causes de cette déficience pour ne mettre en relief que ce fait : ce cadre a suffi aux besoins de la métropole, du Maroc et du Levant, et, depuis la guerre, aux charges très lourdes du Service des Expertises et des Réformes du ministère des Pensions. Or, par le service actuel de dix-huit mois, les effectifs de l'armée auxquels s'adresse ce service sont déjà réduits de près de moitié ; cette réduction ira vraisemblablement aux deux tiers si la loi d'un an est adoptée ; il ne peut donc pas être question d'augmenter le nombre des médecins militaires, et malgré les spécialisations à outrance qu'on a voulu bien à tort y introduire, il est logique d'en réduire le nombre.

D'autre part, pour la sécurité de nos soldats qui est le seul mobile auquel nous devons obéir, il est nécessaire *en cas de mobilisation* d'avoir le nombre et la qualité des médecins destinés aux corps combattants. Réduction des effectifs de temps de paix, organisation permettant en temps de guerre d'avoir un personnel suffisant et suffisamment entraîné, voilà les éléments du problème.

Nous pensons qu'il peut être résolu par une collaboration étroite, une véritable interpénétration du cadre des médecins de l'armée active et de ceux de la réserve, c'est-à-dire les médecins civils, et par l'adaptation exacte de chacun d'eux à sa compétence.

***

En temps de paix, trois éléments sont susceptibles de se partager les charges du Service de Santé : les médecins de l'*armée active*, les médecins de la *réserve* ou du corps de complément, et les *étudiants en médecine* ; c'est cet ensemble qui devra assurer le service lors de la mobilisation.

I. — *Les médecins de l'armée active.*

Ils sont indispensables pour tous les postes militaires dépourvus de médecin civil, au Maroc, dans le Levant, dans les régions du Sud algérien et tunisien. Ces postes sont desservis par l'armée métropolitaine ; les médecins qui les assurent ont une vie assez dure, dans des conditions climatériques vraiment pénibles, ils ont souvent de grands espaces à parcourir, ils doivent être jeunes et en pleine activité. C'est en somme, au début de leur carrière qu'ils peuvent accomplir leur mission. Il nous faudra donc là des effectifs nombreux. Cette catégorie de médecins militaires en rentrant dans la métropole fera un excellent cadre, très expérimenté, et rompu aux nécessités de la médecine de guerre. Leurs services sont encore de grande utilité pour certaines fonctions et dans certaines conditions, mais, dans les grands centres de nos régions, dans les grandes villes bien organisées, des médecins civils peuvent, au contraire, assurer une partie du

(1) Académie de médecine, 16 fév. 1926.

Service de Santé militaire, en collaboration avec leurs collègues de l'armée active.

II. — *Les médecins de réserve, médecins civils.*

Les médecins de réserve ou du cadre de complément pourraient être appelés sur leur demande à faire à tour de rôle des périodes d'un ou plusieurs mois dans le centre où ils exercent, dans leur résidence, si bien qu'ils pourront sans se déplacer participer au Service de Santé de l'armée, en assurer même certains rouages, tout en satisfaisant aux besoins de leur service civil. N'oublions pas qu'il existe environ 14.000 médecins de complément, et qu'ils constituent le gros de notre armée. Ils seront, pendant cette période, assimilés comme honneurs, dignités, privilèges et indemnités, aux médecins militaires de même grade. Ils auraient la même hiérarchie, jusqu'aux grades de médecins inspecteurs généraux. Ils bénéficieront dans leur cadre spécial des mêmes règles d'avancement pour les grades ou les honneurs que leurs camarades de l'armée active (tableau d'avancement de l'armée, propositions dans la Légion d'honneur). Cette interprétation peut même aller jusqu'à la substitution, on pourrait même constituer des contrats forfaitaires pour les médecins civils attachés à des postes de faible effectif ou à des services de spécialisation.

Il y aurait un triple avantage : celui de l'instruction des médecins civils, celui de la diminution de travail et du nombre des médecins militaires, et enfin une économie considérable pour le Trésor public.

En somme, notre but est d'assurer :

1° L'instruction pratique des médecins militaires en les envoyant en Syrie, au Maroc, là où ils peuvent affronter le service pratique ;

2° L'instruction technique militaire des médecins civils ou médecins de complément, qui permettra leur adaptation rapide en cas de mobilisation.

III. — *Les étudiants en médecine.*

Ils peuvent rendre les plus grands services quand leurs connaissances médicales sont assez avancées. Les étudiants ayant 16 inscriptions feront avantageusement, pour eux-mêmes et pour les malades, leur service comme médecins auxiliaires ou même comme médecins aides-majors. Il serait donc nécessaire de leur faire savoir que des sursis de départ leur seraient accordés, sur la présentation annuelle de la prise de leurs 4 inscriptions trimestrielles, jusqu'à la fin de leur quatrième année d'étude. Ils auront le grade de médecin auxiliaire ou d'aide-major.

En cas de mobilisation, ces trois éléments, grâce à leur instruction antécédente, suffiraient à assurer le cadre de mobilisation en admettant que le tiers seulement des médecins militaires de réserve acceptent ces fonctions.

Peut-être pourrait-on voir ainsi les effectifs réduits, ce n'est là qu'un simple aperçu :

	Loi de 1911 Cadre pour la loi de trois ans	Proposition 18 mois ou 1 an
	—	—
Médecins inspecteurs généraux..	5	1
— inspecteurs..........	20	20
— principaux de 1re clas..	50	40
— — de 2e —	95	50
— majors de 1re classe...	370	300
— majors de 2e classe....	580	300
Aides-majors de 1re et 2e classes.	590	300
	1.710	1.011

Il en résulte une réduction de 700 unités sur le cadre de 1911 établi par la loi de trois ans. Si l'on tient compte que ce chiffre de 1.710 médecins n'a jamais pu être atteint par déficience de recrutement, que, d'autre part, les services de dix-huit mois et éventuellement d'un an réduisent les effectifs hommes de moitié et peut-être des deux tiers, cette réduction est très raisonnable et compatible avec les charges militaires.

Elle a, outre l'*économie* budgétaire appréciable, l'avantage de former les réserves par l'emploi rationnel en temps de paix des médecins de complément et des étudiants en médecine.

Enfin, par cette collaboration étroite de tout le Corps de santé, active et réserve, elle donne un maximum de garantie pour la santé de nos soldats, du fait que les deux milieux connaîtront plus parfaitement les règles d'hygiène et de prophylaxie épidémique de l'un et de l'autre.

Si vous voyez dans ce cadre une réduction considérable dans le haut personnel de ce service, puisqu'on réduit les inspecteurs généraux à 1 et les médecins principaux de 140 à 90, vous constatez en revanche que les médecins-majors et aides-majors sont en proportion plus nombreux que dans le cadre de 1911, c'est que nous considérons que les médecins de grades inférieurs sont de beaucoup les plus nécessaires à la perfection du service en temps de paix et en temps de guerre. Les médecins d'un grade élevé deviennent surtout des administrateurs, et dès lors leur nombre peut être restreint, et surtout il sera facile, en temps de mobilisation, pour répondre au besoin des armées, en admettant qu'on ne puisse les prendre dans le cadre des 20 médecins inspecteurs en activité, d'utiliser le nombre considérable des inspecteurs généraux qui sont au cadre de réserve (actuellement 12 inspecteurs généraux, 60 inspecteurs).

En somme, il s'agit ici d'assurer une meilleure utilisation des médecins de complément, de façon à ce qu'ils puissent s'instruire pendant la paix pour la guerre, et d'assurer cette collaboration des médecins de l'active et de la réserve qui, ainsi que j'ai pu le constater directement, a si malheureusement fait défaut au commencement des hostilités et qui, au contraire, a réalisé à la fin de la guerre l'admirable résultat que nous avons tous constaté.

Je crois que nous ne pouvons pas rester en dehors d'une question aussi primordiale qui regarde la santé et la sauvegarde de tous les Français.

— Sur la proposition de M. le Président, le travail de M. Tuffier est renvoyé à l'examen d'une Commission composée des treize membres suivants : MM. Vaillard, Sieur, Dopter, Delorme, Tuffier, Chauffard, J.-L. Faure, Quénu, Walter, Lejars, Le Gendre, Vincent et Sergent.

***

Les suggestions de M. le professeur Tuffier sont certainement intéressantes, tout au moins dans leur principe.

Je crois qu'il est possible de parvenir au résultat qu'il cherche par un autre aménagement des services de santé.

Je l'indiquerai prochainement.

G. Duchesne.

Réglementation générale du service des médecins-inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault

Les traitements annuels des six médceins-inspecteurs d'hygiène du département de l'Hérault sont les suivants :

4e classe	14.000 fr.
3e classe........	16.000 »
2e classe........	18.000 »
1re lasse........	20.000 »

Le passage d'une classe à l'autre s'effectue au bout de trois ans, à l'ancienneté et de deux ans au choix.

Les médecins inspecteurs d'hygiène reçoivent chacun une indemnité forfaitaire annuelle de 15.000 fr. pour frais de bureau et de déplacements, sous condition expresse de la possession d'une automobile en ordre de marche et d'un abonnement au téléphone.

Les médecins inspecteurs d'hygiène sont inscrits à la Caisse départementale des retraites ; ils ont droit aux indemnités de résidence et de charges de famille, ainsi qu'à l'indemnité spéciale de vie chère accordée aux fonctionnaires départementaux par le Conseil général en octobre 1925 (cette dernière indemnité est du 1 /8 du traitement pour les traitements inférieurs ou égaux à 8.000 fr. le 1 /10 du traitement pour les traitements compris entre 8.000 et 16.000 fr. ou égaux à 16.000 fr., du 1 /15 pour les traitements supérieurs à 16.000 fr.).

Les médecins inspecteurs d'hygiène ne pourront être maintenus en fonctions après l'âge de 65 ans.

Ils pourront être relevés d'office de leurs fonctions par le préfet, après avis du Conseil départemental d'hygiène, en cas de faute grave, d'insuffisance reconnue, ou s'ils manquent aux engagements souscrits par eux et prévus par l'arrêté instituant le concours.

Ils pourront, à toute époque, être affectés d'une circonscription à une autre par décision du préfet, sans autre motif que l'intérêt du service.

Les médecins inspecteurs d'hygiène exercent leurs fonctions sous l'autorité du préfet et sous la direction permanente, la surveillance et le contrôle du médecin inspecteur principal des services d'hygiène départementale.

Ils font partie, avec voix consultative, des commissions sanitaires de leur circonscription administrative.

Les principales attributions de ces médecins sont les suivantes, *sans que cette nomenclature ait rien de limitatif* :

1° L'inspection médicale des écoles publiques et privées et de tous les établissements d'enseignement dans toutes les communes du département où ce service n'est pas assuré par les soins de la municipalité;

2° La défense sociale contre les maladies transmissibles : les médecins inspecteurs d'hygiène sont les médecins des épidémies de leur circonscription ; ils veillent à l'application littérale des lois et règlements en vigueur en ce qui concerne la vaccination et contrôlent le fonctionnement de ce service ;

3° Service de désinfection : les médecins inspecteurs d'hygiène ont mission de contrôler le service de désinfection et veillent à l'exécution correcte des opérations reconnues nécessaires ;

4° Contrôle sanitaire des villes et communes rurales : agissant comme conseillers techniques des maires, ils veillent à l'application des règlements sanitaires et de toutes les mesures d'assainissement des communes. Ils veillent d'une façon particulière à la protection des eaux d'alimentation et à l'évacuation des eaux et matières usées ; ils provoquent et surveillent l'élaboration des projets d'assainissement ou d'adduction d'eau, la réalisation de ces projets, et le fonctionnement des dispositifs après que les projets ont été réalisés ;

5° Application des mesures d'hygiène dans les établissements publics : surveillance des établissements classés autres qu'abattoirs, tueries, porcheries et chantiers d'équarrissage ; agissant d'accord avec l'Inspecteur du travail et le directeur des services vétérinaires, ils doivent contrôler si les conditions imposées par les arrêtés préfectoraux portant autorisation sont strictement exécutées ;

6° Etablissement de la statistique sanitaire : préparation et instruction des affaires intéressant l'hygiène, qui doivent être soumises aux assemblées sanitaires ;

7° Surveillance sanitaire des stations climatiques,

hydrominérales et de tourisme : ils contribuent à l'établissement des projets d'assainissement réclamés par le Conseil supérieur d'hygiène, veillent à la réalisation de ces projets, enquêtent sur le fonctionnement des stations et sur l'emploi de la taxe de séjour ;

8° Contrôle de la salubrité des établissements de pêche et parcs coquillers, conformément aux articles 12 et 13 du décret du 28 mars 1919 ;

9° Lutte contre les grands fléaux sociaux, principalement syphilis et tuberculose ; ils aident à cette lutte chaque fois que l'occasion leur en est offerte, notamment au cours de l'inspection médicale des écoles ; ils assurent dans leur circonscription respective le fonctionnement ou la surveillance des organisations créées par l'Office départemental d'hygiène sociale, dont ils suivront strictement les directives sous le contrôle effectif de la Commission exécutieve ;

10° Puériculture et protection de l'enfance : ils contribuent à ce service en vulgarisant par des conférences, des affiches, ou des brochures, les principes de l'hygiène infantile et en veillant à la parfaite qualité du lait distribué ; ils collaborent à la création et au fonctionnement de consultations de nourrissons avec les diverses organisations de protection de l'enfance, en liaison avec le service de l'Assistance publique ;

11° Contrôle sanitaire des hôpitaux, hospices, sanatoriums, maisons de santé publiques et privées, maisons d'accouchement et maternités publiques. Après entente avec les autorités compétentes, ils peuvent émettre un avis au sujet de la salubrité de ces établissements, de leur organisation et de leur mode d'action ;

12° Surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des services municipaux de désinfection.

Ils ont à donner leur avis sur toutes les questions intéressant à un titre quelconque l'hygiène publique ou sociale et sont chargés de l'instruction de toutes les réclamations concernant l'hygiène.

Ils recherchent toutes les causes d'insalubrité des habitations et les signalent, par l'intermédiaire de l'inspecteur principal, au préfet, qui provoque l'avis des assemblées sanitaires en vue des mesures à prendre pour faire disparaître ces causes d'insalubrité.

Ils profitent de toutes les circonstances qui s'offrent à eux pour compléter l'éducation hygiénique des populations, soit par des conférences, soit par des démonstrations pratiques.

Tous les mois, ils adressent à l'inspecteur principal un rapport détaillé sur le fonctionnement de leur service.

L'action des médecins inspecteurs d'hygiène s'exerce surtout au point de vue technique ; ils sont consultés sur toutes les mesures d'hygiène qui relèvent de l'autorité préfectorale et ont à prendre l'initiative de proposer l'application de toutes celles qui ne lui auraient pas été soumises et dont ils reconnaîtraient pourtant la nécessité.

Le préfet de l'Hérault,
A. DUCAUD.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours du semestre d'été* : PHYSIOLOGIE. — M. le professeur H. ROGER fait son cours à 17 h., au Petit Amphithéâtre, les samedis et jeudis.

PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. JOYEUX, agrégé, a commencé ses conférences le vendredi 5 mars 1926, à 17 h., à l'amphithéâtre Vulpian et les continue les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

(Némathelmintes, arthropodes, animaux venimeux et vénéneux ; animaux réservoirs de virus, champignons parasites et vénéneux).

HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — M. le professeur Léon BERNARD a commencé le cours le lundi 8 mars 1926, à 17 h., au Petit Amphithéâtre, et le continue les vendredis et lundis suivants, même heure.

Les démonstrations pratiques, réservées aux étudiants de 5e année, seront dirigées par M. Robert DEBRÉ, agrégé, chef des travaux, et auront lieu au laboratoire d'hygiène, les mardis et jeudis à 17 h.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. S. I. DE JONG, agrégé, fait son cours à 16 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis.

PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. CHAILLEY-BERT, chargé de cours.

Les jeudis, à 18 h. : Cours théorique avec projections cinématographiques au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté.

Les mardis et samedis, à 17 h. : Exercices pratiques de physiologie et d'anthropométrie appliquées à l'éducation physique, au laboratoire d'Education physique, annexe du laboratoire de physiologie.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. — M. le professeur NOBÉCOURT.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins à 9 h. : Enseignement clinique dans les salles, par le professeur.

Lundi et jeudi, à 10 h. : Policlinique à l'Amphithéâtre par le professeur.

Mardi, à 10 h. 30 : Conférence sur la séméiologie des affections des voies respiratoires, à l'Amphithéâtre, par M. Lereboullet, agrégé.

Mercredi, à 10 h. 30 : Conférence de médecine pratique par les chefs de clinique et de laboratoire.

Samedi, à 10 h. : Cours de clinique à l'Amphithéâtre, par le professeur.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Services des remplacements et consultations.* — Sont affectés aux services suivants :

I. MÉDECINS. — A. *Services des remplacements.* — 1° Hôpitaux généraux : MM. les Drs Tinel, May, Brodin, Feuillié, Gautier, Donzelot, Cain, Binet, Lechelle, Le-

blanc ; 2° hôpitaux d'enfants : M. le Dr Debré. — B. *Services des consultations* : MM. les Drs Chabrol, à l'*Hôtel-Dieu* ; Faroy, à l'hôpital de la *Pitié* ; Touraine, à la *Charité* ; Weil (M.-P.), à l'hôpital *Saint-Antoine* ; Duvoir, à l'hôpital *Necker* ; Bénard, à l'hôpital *Cochin* ; Wiessenbach, à l'hôpital *Beaujon* ; Pruvost, à l'hôpital *Lariboisière* ; Laroche, à l'hôpital *Tenon* ; Troisier, à l'hôpital *Laënnec* ; Stevenin, à l'hôpital *Bichat* ; Moreau, à l'hôpital *Andral* ; Heuyer, à l'hôpital *Broussais* ; Rouillard, à l'hôpital *Boucicaut* ; Richet, à l'hôpital *Trousseau* ; Huber, à l'hôpital *Bretonneau* ; Hutinel, à l'hôpital *Hérold* ; Flandin, à l'hôpital *Ambroise-Paré*.

Service des consultations anti-syphilitiques du soir. — MM. les Drs Touraine, à l'hôpital *Tenon* ; Renaud, à l'hôpitl *Bichat* ; Pinard, à l'hôpital *Boucicaut*.

II. Chirurgiens. — A. *Assistants*. — M. les Drs Mocquot, assistant de M. le professeur Delbet, Okinczyc, assistant de M. le professeur Hartmann ; Mondor, assistant de M. le Dr Souligoux. — B. *Service des remplacements*. — MM. les Drs Capette, Brocq, Bergeret, Gouverneur, Madier, Girode, de Gaudart d'Allaine, Gatellier, — C. *Service des consultations*. — MM. les Drs Houdard, à l'*Hôtel-Dieu* ; Küss, à l'hôpital de la *Pitié* ; Deniker, à l'hôpital de la *Charité* ; Bazy, à l'hôpital *Saint-Antoine* ; Desplas, à l'hôpital *Necker* ; Monod, à l'hôpital *Cochin* ; Guimbellot, à l'hôpital *Beaujon* ; Picot, à l'hôpital *Lariboisière* ; Martin, à l'hôpital *Tenon* ; Leveuf, à l'hôpital *Laennec* ; Moulonguet, à l'hôpital *Bichat* ; Berger, à l'hôpital *Broussais* ; Moure, à l'hôpital *Saint-Louis* ; Rouhier à l'hôpital *Boucicaut* ; Metivet, à l'hôpital *Ambroise-Paré*.

III. Accoucheurs. — A. *Accoucheur adjoint à la Maternité*. — M. le Dr Lemeland. — B. *Service des remplacements*. — MM. les Drs Vignes, Guéniot, Cleisz et Portes. — C. *Assistants*. — MM. les Drs Chirié (Hôtel-Dieu : Dr Macé) ; Ecalle (Beaujon : Dr Funck).

IV. Oto-rhino-laryngologistes. — *Service des consultations*. — MM. les Drs Halphen, à l'hôpital de la *Pitié* ; Baldenweck, à l'hôpital *Beaujon* ; Moulonguet, à l'hôpital *Boucicaut* ; Le Mée, à l'hôpital des *Enfants-Malades* ; Rouget, à l'hôpital *Trousseau* ; Bloch, à l'hôpital *Bretonneau* ; Ramadier, à l'hospice de *Brévannes*.

V. Ophtalmologistes. — A. *Service des remplacements*. — MM. les Drs Bourdier et Monbrun. — B. *Service des consultations*. — MM. les Drs Coutela, à l'hôpital de la *Pitié* ; Cerise, à l'hôpital *Saint-Antoine* ; Bollack, à l'hôpital *Cochin* ; Velter, à l'hôpital *Trousseau*.

— **Voyage au Sahara du « Bruxelles médical » à prix spéciaux pour médecins.** — Du 12 avril au 2 mai. Itinéraire : Rome, Naples, Palerme, Tunis, Kairouan, Sfax, Gabès, Tozeur, El Oued, Toggourt, Biskra, Timgad, Constantine, Alger, Marseille ou *vice-versa, avant ou après le Congrès*. Possibilité d'aller directement de Tunis à Marseille ou de Marseille à Tunis (Comp. générale Transatl.) — Tunis-Gabès : auto. — Gabès-Toggourth : (grandes dunes du Sahara), auto r. jumelées spéciales du désert. — Biskra-Alger : ch. de fer. Durée : 20 jours. Les prix Naples-Marseille, Marseille-Naples, ou Marseille-Marseille sont de 5.700 francs *français* pour les congressistes (au lieu de 9.000 fr.) : ce prix comprend tous les trajets en 1re classe, bateaux et ch. de fer, et *tous les frais* : autos, guides, hôtels, restaurants, pourboires.

S'adresser : Office belge de Navigation : boulevard Adolphe Max, 29, Bruxelles.

— **Journées médicales de Montpellier.** — A côté des grands Congrès qui, périodiquement, permettent aux divers spécialistes d'entendre des rapporteurs qualifiés mettre au point des questions d'actualité, il s'est, depuis la guerre, créé sous le nom de journées médicales des organismes plus souples et plus compréhensifs qui s'adressent, sous la forme régionaliste, au corps des praticiens tout entier.

L'éclatant succès qu'elles ont tour à tour connu à Bruxelles, Paris, Bordeaux, Toulouse, faisait aux Montpelliérains un devoir de ne pas s'en désintéresser. C'est aujourd'hui chose faite.

Sous le haut patronage des autorités constituées de la ville et de la région, un Comité d'organisation vient de mettre au point les grandes lignes de ces assises scientifiques qui auront lieu à Montpellier, les 4, 5 et 6 novembre 1926.

Outre des conférenciers locaux, tels que les professeurs Forgue et Hédon, le concours est déjà assuré de maîtres éminents de la médecine militaire et de savants parmi les plus autorisés de la capitale et des pays de civilisation latine, tels la Roumanie, l'Italie et l'Espagne.

Des journées médicales comportent aussi d'importantes expositions d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, la chimie et la pharmacie.

Dans le même ordre d'idées réalistes ont été prévues une démonstration du Service de Santé et une séance d'aviation sanitaire. Plus particulièrement attrayantes pour ceux des médecins de complément qui n'ont pas fait la guerre, leur intérêt n'est pas moins vif pour le grand public, à qui elles montreront sur quelles organisations les familles peuvent compter pour ceux des leurs qui pourraient être blessés sous les drapeaux.

Qu'on y joigne des réceptions officielles, représentations de grand gala, excursions, etc., et le lecteur aura une idée d'ensemble de ce programme assez séduisant pour avoir d'ores et déjà éveillé un peu partout les plus sympathiques curiosités.

La note locale sera donnée par la célébration du centenaire de la découverte du brome par cet illustre Montpelliérain que fut Jérôme Balard.

Sous la présidence du professeur Ducamp, ces journées se dérouleront dans les locaux de la Faculté de médecine. L'activité méthodique du secrétaire général, professeur Faucon, est un sûr garant de leur succès.

Professeur Paul Delmas, *Commissaire général*.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux

gratuits dans les délais réglementaires (art. 53 du décret du 25 octobre 1922) ont actuellement fait l'objet de propositions de payement du service préfectoral et sont, pour le plus grand nombre, déjà payés par le Trésor ; ceux qui ne seraient pas encore règlés ne sauraient manquer de l'être dans un délai très rapproché.

Quant aux mémoires qui ne sont pas encore en état d'être mandatés, ce retard provient soit du fait des créanciers eux-mêmes qui n'ont fourni leurs pièces que tardivement, soit (et le cas est exceptionnel) du fait que ces mémoires ont dû être retenus ou ajournés par les commissions tripartites pour des raisons de contrôle. (*J.O.*, 27 *février* 1926.)

Conditions d'allocation de l'indemnité de soins aux réformés pour tuberculose.

7238. — M. Marcel Donon, sénateur, demande à M. le ministre des pensions si l'attribution de « l'indemnité de soins » accordée aux militaires réformés pour tuberculose par la loi de finances du 13 juillet 1925 est compatible avec un travail intellectuel modéré, conseillé par le médecin traitant. (*Question du* 22 *janvier* 1926.)

Réponse. — Une instruction en préparation fixera les modalités d'application du décret du 25 août 1925, notamment en ce qui concerne l'interprétation qui doit être donnée à l'obligation faite aux pensionnés de ne se livrer à aucun travail. (*J.O.*, 27 *février* 1926.)

Assistance aux familles nombreuses en cas d'infirmité du père de famille.

7035. — M. Georges Pernot, député, demande à M. le ministre du travail si l'assistance peut être accordée pour chaque enfant de moins de treize ans au-delà du premier enfant de moins de treize ans, par application du paragraphe 2, de l'article 2, de la loi du 14 juillet 1913, relative à l'assistance aux familles nombreuses, lorsque le père de famille est atteint d'une infirmité qui l'empêche de se livrer à tout travail rémunérateur et que les enfants restent ainsi à la charge exclusive de la mère. (*Question du* 9 *février* 1926.)

Réponse. — Cette question a été résolue par l'assemblée générale de la commission centrale d'assistance, qui a décidé, en application du paragraphe 2, de l'article 2, de la loi du 14 juillet 1913, relative à l'assistance aux familles nombreuses, que, quand le père est assisté en vertu de la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, les enfants sont réputés à la charge exclusive de la mère et si ell e ne dispose pas de ressources suffisantes, i

y a lieu de lui attribuer autant d'allocations qu'il y a d'enfants au-delà du premier.

(*J. O.*, 24 février 1926.)

Dépenses occasionnées par la loi sur l'encouragement national aux familles nombreuses.

7071. — M. Georges PERNOT, député, demande à M. le ministre du travail à combien se sont élevées, pour chacun des exercices 1924 et 1925, les dépenses occasionnées par l'application de la loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses. (*Question du 11 février* 1926.)

Réponse. — Les dépenses occasionnées par l'application de la loi du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses se sont élevées pour l'exercice 1924 à 4.100.000 fr. La liquidation de l'exercice 1925 n'étant pas encore commencée, il n'est possible actuellement que d'indiquer le montant des acomptes déjà accordés aux départements qui s'élève à 5.550.000 fr.

(*J. O.*, 24 février 1924.)

CORRESPONDANCE

286. — Accident agricole. Demi-salaire. Hospitalisation du blessé.

Un cultivateur qui, pendant presque toute la durée des soins médicaux donnés à un accidenté du travail, consent à le nourrir et le chauffer jusqu'à l'envoi à l'hôpital réclamé par le patron comme par le blessé, est-il en droit de se faire rembourser par la compagnie d'assurances des frais ainsi exposés ?

Qui doit en outre supporter les frais de l'hospitalisation ainsi tardive ?

Est-ce du patron ou de la compagnie que l'hôpital est en droit d'exiger, avant l'admission, la promesse de paiement des journées d'hôpital, les soins médicaux et fournitures pharmaceutiques étant sans doute compris dans le prix de journée ?

Dr G.

Réponse.

Un cultivateur, dont l'ouvrier, auquel il donne habituellement, outre un salaire en espèces, la nourriture et le logement, lui doit, pendant l'incapacité temporaire de travail consécutive à un accident du travail, la moitié de son salaire complet, comprenant les prestations en nature.

Si, d'accord avec son ouvrier, il continue à lui fournir les prestations en nature, il y aura à tenir compte de la valeur de ces prestations dans le

calcul des sommes qu'il pourra réclamer à la Compagnie d'assurances. C'est une entente à intervenuir entre ouvrier et patron, d'abord, entre patron assurance ensuite.

En ce qui concerue les frais d'hospitalisation, ils sont à la charge du patron et, par suite, de l'assurance, à quelque époque qu'intervienne l'hospitalisation. Il n'est nullement nécessaire qu'une promesse de paiement des frais de séjour soit faite à l'hôpital, auquel la loi accorde une action directe contre le patron, comme au médecin et au pharmacien, pour le paiement des soins et des médicaments.

Mais le patron, et par suite, la Compagnie, ne sont tenus que des frais d'hospitalisation, « tout compris », tels qu'ils sont fixés par la loi et le médecin ou le pharmacien de l'hôpital n'ont pas le droit d'exiger du patron le paiement de leurs honoraires et fournitures de médicaments.

---

336. – Accident causé par une explosion de projectiles dans les régions libérées.

Depuis longtemps abonné au *Concours*, je me permets de solliciter le secours de vos lumières pour le cas suivant :

J'ai donné mes soins, voici deux jours, à un ouvrier qui s'était fait sauter partiellement deux doigts avec une grenade — il avait aussi d'autres éclats à la main et à une jambe. Cet accident s'est produit au cours du travail. Cet ouvrier, d'une importante scierie qui exploite la forêt de Saint-Gobain, travaillait à la réfection d'une voie de 60 pour le transport des grumes. C'est en donnant un coup de pioche que cette grenade inaperçue, à demi-enfoncée, a fait explosion. Un autre ouvrier, qui se trouvait là, a reçu un éclat dans l'œil et il est probable que ce dernier devra être énucléé. Ces ouvriers sont Polonais. Je désirerais savoir si la responsabilité du patron est engagée dans ce cas particulier, et celle de l'Etat ?

Dr G.

Réponse.

Lorsque des personnes sont blessées au cours de leur travail par des explosions de projectiles ou autres accidents pouvant se rattacher aux événements de guerre, les soins sont à la charge de l'employeur (ou de son assurance), loi de 1898.

Jusqu'à présent ces frais ne sont remboursés par l'Etat, — une fois les droits à pension de la victime civile de guerre reconnus — que pour l'Alsace-Lorraine, où la loi sur les assurances sociales permet à l'employeur de se retourner, s'il y a lieu, contre le tiers responsable (l'Etat, dans le cas particulier).

D'autre part, la loi du 28 juillet 1921 (art. 4) accorde les soins gratuits pour les suites de la blessure, mais ce bénéfice n'est donné qu'à par-

tir de la décision ministérielle de pension, et non pas, comme pour les invalides de guerre, à partir du jour de la commission de réforme.

299. — Déclaration des bénéfices professionnels.

A partir de quel chiffre, pour 1926, le revenu net professionnel de 1925 est-il imposable ?

2° Le chiffre à partir duquel le revenu net professionnel est imposable s'élève-t-il quand le médecin est marié et père de famille ?

Quid pour un médecin marié avec deux jeunes enfants ?

3° Si le revenu professionnel net du médecin est au-dessous du chiffre à partir duquel il est imposable, est-il obligatoire de le déclarer ?

4° Si l'ensemble des revenus du médecin est au-dessous du chiffre à partir duquel joue l'imposition, le médecin est-il astreint à une déclaration quelconque ?

D^{r} D.

Réponse.

1° Les bénéfices non commerciaux sont imposables à partir de 7.000 fr.

2° Aucun abattement n'est accordé en raison de la situation de famille.

3° Le médecin dont le bénéfice professionnel est inférieur à 7.000 fr. n'est pas tenu de souscrire une déclaration, mais si le contrôleur l'invite à souscrire cette déclaration il doit le faire dans un délai de 20 jours en indiquant, comme le prescrit la loi du 13 juillet 1925, son bénéfice brut (honoraires perçus) ses dépenses professionnelles et la différence représentant son bénéfice net.

4° Si l'ensemble des revenus est inférieur au minimum imposable (soit 7.000 fr. plus 3.000 pour la femme et 3.000 fr. par enfant, donc au total 16.000 fr. en ce qui vous concerne) vous n'êtes pas tenu de souscrire une déclaration à condition cependant que vous n'en ayez jamais souscrit. car la déclaration d'une année antérieure est considérée comme maintenue tant qu'elle n'est pas renouvelée.

A. M.

511. — Amortissement en cas de vente et d'achat d'automobiles.

J'ai revendu en mai 1925 une auto Ford 4.000 francs et une moto 2.900 francs pour racheter une voiture Ford conduite intérieure 19.000 francs.

Comment dois-je faire figurer cette vente et cet achat dans ma déclaration de revenu ?

J'avais amorti ma première Ford et ma moto sur 10 ans, à raison de 1.800 francs par an (depuis 1921) il me fallait par conséquent 5 ans encore pour amortir complètement ma voiture et ma moto. J'ai l'in-

-tention de prévoir en 5 ans l'amortissement de ma seconde voiture.

Dr C.

Réponse.

Vos dépenses professionnelles de 1925 devaient faire état de la perte sur automobiles déterminée comme suit :

Prix d'achat		18.000
Amortissements effectués :		
1.800 × 5 =	9.000	15.000
Prix de vente	6.000	
Perte		3.000

En outre vous pouvez amortir la nouvelle voiture à raison de 20 % par an.

A. M.

414. — Transformation de la destination d'une automobile.

Ayant acheté il y a deux ans, à un représentant de la maison Ford, une voiture Ford neuve, carrossée type voiture commerciale ou agricole, c'est-à-dire aménagée pour transporter des marchandises, en cas de besoin des voyageurs, le receveur des contributions directes me réclame la taxe de luxe sous prétexte que je transporte de ces derniers.

En l'achetant je ne me suis pas engagé à ne pas transporter de voyageurs, d'autant que cette voiture était aménagée à ce dernier usage.

Le receveur a-t-il raison ? Dans l'affirmative qui doit payer cette taxe ? L'agent de Ford ou moi ?

Dr P.

Réponse.

L'affectation au transport des personnes d'une automobile ayant été déclarée précédemment comme devant être utilisée exclusivement au transport des marchandises, donne lieu au payement *de la part de son possesseur* de la taxe de luxe, sous déduction de l'impôt sur le chiffre d'affaires acquitté par le vendeur (article 93 de la loi du 13 juillet 1925.)

Il vous appartient donc de payer la taxe réclamée, après vous être assuré que votre vendeur n'a pas déjà acquitté cette taxe.

A. M.

499. — Admission des médecins civils aux fonctions de médecins militaires.

1° Quelles sont les principales conditions de l'admission des docteurs en médecine aux fonctions de médecins militaires.

2° Un docteur en médecine, médecin aide-major de réserve, a-t-il la possibilité d'entrer avec son grade dans le service de santé de l'armée active (métropole ou colonies) ?

Si vous ne pouvez me renseigner vous-même, j'ai pensé que vous me donnerez les indications nécessaires pour m'adresser où il faut. Dr B.

Réponse.

Les médecins civils peuvent remplir les fonctions de médecins experts auprès des centres de réforme ; pour cela ils doivent adresser une demande au médecin chef du centre de réforme de leur choix. Cependant, le nombre des dossiers diminuant à l'heure actuelle, il y a lieu de craindre que satisfaction ne soit pas obtenue dans des délais restreints.

Les médecins civils peuvent se présenter chaque année au concours d'admission directe au Val-de-Grâce, concours institué en principe pour compléter à l'effectif voulu les promotions de médecins militaires sortant de l'école de Lyon. On ne peut affirmer que ces médecins soient admis avec leur « grade actuel dans la réserve », mais il leur est tenu compte, pour le calcul d'ancienneté, du temps passé effectivement sous les drapeaux.

---

493. — Accident du travail causé par un tiers.

Une de mes clientes est envoyée par son patron à la poste. Elle suit le trottoir et une automobile en passant la renverse.

L'accident n'est pas contesté. Elle va toucher son demi-salaire et probablement une rente ultérieure de la part de l'assurance du patron.

Mais un tiers est intervenu pour causer l'accident. Ne doit-il pas réparation du préjudice causé ? C'est-à-dire, ma cliente peut-elle réclamer à ce tiers le complément du salaire ? Peut-elle pour la rente (incapacité permanente partielle) laisser de côté l'assurance du patron, et réclamer au tiers une indemnité pour cette incapacité permanente qu'il a causée ? Pour elle, toucher une rente ou une somme n'est pas du tout équivalent.

Dr C.

Réponse.

L'article 7 de la loi sur les accidents du travail réserve expressément, tant à la victime de l'accident qu'à son patron, leur recours contre les tiers qui peuvent être responsables de l'accident.

Le blessé doit tout d'abord réclamer à son patron ou à l'assurance de celui-ci les indemnités auxquelles il a droit en vertu de la loi sur les accidents du travail ; ensuite, il doit demander au tiers responsable, suivant le droit commun, la réparation de la partie du préjudice subi non couverte par l'application de la loi de 1898. En cas d'incapacité permanente, l'article 7 édicte impérativement que l'indemnité due par le tiers responsable doit être attribuée sous forme de rente servie par la Caisse nationale des retraites.

Mais, en outre de la rente, le blessé peut obtenir, sous forme d'une indemnité immédiatement exigible, le paiement du demi-salaire perdu jusqu'à la consolidation de sa blessure, le remboursement des frais exposés non couverts par la loi de 1898 et enfin une certaine somme à titre de *pretium doloris*.

De son côté, le patron (ou son assurance) peut demander au tiers responsable le remboursement des indemnités qu'il doit verser au blessé en application de la loi sur les accidents du travail.

---

818. — Accident agricole. Beau-père blessé au service de son gendre.

Un cas d'assurance agricole assez intéressant et un peu différent de celui qui est relaté dans le dernier *Concours* se présente dans ma clientèle.

Il s'agit d'un patron agriculteur qui est blessé au service d'un autre qui est son gendre. J'ai adressé ma note à l'accidenté en personne et c'est une compagnie qui me répond de me conformer au tarif Breton.

Remarquez que s'il s'était agi d'un patron blessé *à son propre service* la question ne faisaitpas de doute : il doit régler les honoraires pour une part fixée par ce tarif et qui est la part patronale, et pour une autre, part, la part ouvrière, ou mieux la part individuelle, que les médecins ne réclament jamais à l'ouvrier mais que nous devons réclamer aux patrons suivant un tarif qui n'est pas fixé, mais qui doit être en rapport avec la situation de l'accidenté. Or ici ce patron a été blessé au service d'un autre (qui est son gendre je le veux bien). Est-il logique de faire supporter à l'employeur un tarif élevé en rapport avec la qualité exceptionnelle de son employé ?

Est-il bien, d'autre part, de traiter comme patron celui qui a été blessé en tant qu'employé et qui n'était peut être pas rémunéré pour ce travail aussi bien qu'il peut l'être pour le travail qu'il fournit dans sa propre exploitation ? Je dois ajouter que le praticien qui me l'a adressé, l'a considéré (je l'ai su depuis) comme un accidenté simple au tarif Breton pour les soins qu'il lui a donnés avant et après mon intervention ce qui est un argument de la compagnie d'assurance.

D'autre part enfin, il s'agit d'une fracture de l'humérus dont j'ai effectué la réduction et la contention au moyen d'un appareil métallique à ressort qui est classique (Delbet), qui m'est personnel, que j'ai prêté et ce genre de prêt n'est évidemment pas inscrit au tarif Breton.

D^r L.

Réponse.

Il est douteux que, dans l'espèce que nous expose votre lettre, il y ait eu accident du travail garanti par la législation spéciale.

Vous dites, en effet, que le blessé est lui même

un patron, gendre du cultivateur pour lequel il travaillait. Y avait-il contrat de travail entre eux, ou le beau-père prêtait-il simplement, à titre de pure obligeance, un simple coup de main, suivant l'expression, à son gendre, et ce sans recevoir aucune rémunération ? Dans ce dernier cas, l'assujettissement à la loi accidents serait à bon droit contestable.

Quoi qu'il en soit, le médecin qui a soigné un blessé du travail n'est jamais contraint d'accepter de se soumettre à la loi accident et peut toujours, refusant de s'adresser au soi-disant patron, demander purement et simplement, suivant le droit commun, le paiement de ses honoraires au blessé qu'il a soigné, comme à un client ordinaire.

Vous pouvez donc parfaitementt, à notre avis, persister à suivre la ligne de conduite que vous avez suivie dès le début, en envoyant à l'accidenté lui-même votre note d'honoraires et, ignorant la Compagnie, et même le prétendu patron occasionnel, poursuivre le blessé devant le juge de paix de son domicile, si la note, comme il est probable, ne dépasse pas 1.500 fr.

864. — Paiement du demi-salaire d'un accidenté du travail.

Un accidenté du travail arrêté pour douze jours par son médecin — guéri, avant ce laps de temps (dix jours dans le cas présent) s'il demande à reprendre de *lui-même son travail avant ces douze jours, n'a-t-il pas le droit d'être payé tous les jours.*

J'avais appris en médecine légale que dans ce cas l'ouvrier devait être payé les dix jours (1/2 salaire bien entendu).

L'agent d'assurance refuse de payer mon blessé tous les jours. Qui a raison ?

Dr C.

Réponse.

D'après l'article 3, paragraphe 3, de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, le demi-salaire n'est dû que si l'incapacité de travail dure plus de quatre jours. L'indemnité ne commence à courir que du cinquième jour qui suit celui de l'accident ; toutefois elle est due à partir du premier jour, si l'incapacité de travail dure *plus de dix jours.*

Dans l'espèce que vous nous soumettez, vous aviez prévu une incapacité de douze jours, mais il s'est trouvé qu'en fait la guérison a été obtenue plus tôt et que l'ouvrier a pu reprendre son travail avant le onzième jour après celui de l'accident. Dans ces conditions, c'est avec raison que l'agent d'assurances refuse de payer le demi-salaire afférent aux quatre premières journées d'incapacité.

Application des Tarifs Breton et Durafour.

I

437. — Frais d'auto à huit sous du kilomètre.

Je vous ai adressé il y a 2 jours, au *Médecin Syndicaliste*, mes très sincères félicitations, pour nous avoir, au tarif Breton, élevés à la dignité de médecin alors qu'ici nous n'étions que des guérisseurs de 2e zone.

A nouveau et de tout cœur je vous félicite. Puissiez-vous faire qu'aux « Mutilés » et qu'aux « Assurances sociales » le *tarif Decourt* soit en usage et ce moralement, d'abord, matériellement ensuite.

Les assureurs sont extra-comiques quant à leurs prétentions d'établir un prix de revient du kilomètre automobile.

Comment voulez-vous assurer le service d'un médecin de campagne comme moi avec une voiture ?

Je fais en moyenne 20.000 kil. par an. Je ne me sers que de voitures Renault. En moyenne l'une de mes voitures est arrêtée 30 à 40 jours par an. Nos routes sont épouvantables, d'où bris de ressort, réparations de carrosserie, châssis dérivés, etc., etc. et ce en plus des bris de mécanisme. Mes 3 confrères ici, mes amis d'ailleurs, sont à même enseigne et ont deux voitures.

Et alors et le prix et l'amortissement de la 2e voiture ? Ne serait-ce qu'une 6 Renault ?

Et qui lave et graisse la voiture chez les assureurs ? Est-ce le président du Conseil d'administration ?

Là, en Normandie, il pleut (tout le monde le sait) les 2/3 de l'année.

Mon domestique (comme celui des confrères) chaque semaine y passe 2 bonnes heures. Cela ne compte donc pas ?

Et les impôts pour 2 voitures ?

Et le garage de 2 voitures ? Et l'assurance-chauffeur ?

Je fais une proposition sérieuse :

Si, pour moi, une assurance peut me véhiculer toute l'année, pour 8 sous du kilomètre, je m'engage à lui confier toutes mes polices d'assurances : voitures, chauffeur, domestique, incendie, immeuble, mobilier, etc., afin de lui prouver mon éternelle reconnaissance.

Ces gens-là en sont sans doute encore à l'époque où l'on entendait le pas des Cosaques à 3 étapes de Berlin.

Quoi qu'il en soit, bravo et merci pour vos efforts couronnés de succès.

Je n'ai qu'une espérance, c'est que l'on veuille bien continuer à vous confier nos intérêts moraux et matériels. Vous nous avez rendu les plus grands services.

Dr D.

Réponse.

Merci, confrère, pour votre si aimable lettre.

Croyez que « ça fait toujours plaisir », comme dit la chanson. Médecin de campagne, comme vous, plus même, puisque seul en un petit patelin depuis 34 ans (hélas !), je ne puis qu'approuver votre *défense* de nos frais d'auto que je ne connais que trop. Ce que vous dites est très juste et mérite d'être répété au grand jour du *Concours*, non pour nous, mais pour les assureurs qui le lisent chaque semaine, m'ont-ils dit.

F. D.

II

450. — Contention provisoire de fracture.

Combien demander au patron (ou assurance) d'un blessé du travail pour contention provisoire d'une fracture des os jambe gauche et pansement d'une longue et large plaie du pied gauche ?

Dr G.

Réponse.

Voyez l'arrêté ministériel du 28-6-21 à l'article 18 : « ...Il y a lieu de tarifer au prix de 50 francs, en première catégorie, les soins d'urgence, donnés dans ces cas par le médecin et la pose de l'appareil provisoire, en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin ». Si c'est vous-même qui comptez ultérieurement une réduction, vous ne me paraissez pas pouvoir réclamer ici autre chose que « pansements multiples : 15 francs ».

F. D.

III

415. — Fracture paraarticulaire avec éclatement osseux de voisinage.

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou », je vous serais obligé de me dire quel tarif, en 2e catégorie, je dois appliquer à une fracture de l'extrémité inférieure du radius qui s'accompagne en même temps d'une fracture, sans déplacement bien entendu, de l'apophyse styloïde du cubitus ? Doit-on tenir compte de cette fracture de l'apophyse styloïde du cubitus, pour appliquer le tarif de fracture des deux os de l'avant-bras, soit 90 fr., ou bien cela ne constitue-t-il qu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, soit 60 fr... ?

Dr N.

Réponse.

Il ne m'apparaît pas que ce soit là ce qu'on appelle une « fracture des deux os de l'avant-bras ». Nous rentrons ici plutôt dans la « fracture de l'extrémité inférieure du radius », para-articulaire naturellement, avec éclatement comme souvent, d'une apophyse contiguë à l'articulation, ce qui n'est qu'un épiphénomène secondaire, ne changeant rien à l'intervention, ni à la tarification.

F. D.

Quarante-huitième année. N° 12 *bis.* 24 Mars 1926.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 764-IV*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45** fr. — 1re Zone **55** fr. — 2e Zone **70** fr.

LA PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Prévoir, Pourvoir. . .

Confrères !!!

Pour **SOIXANTE-QUINZE FRANCS** (75 francs) par an. . .

Pour **QUATRE SOUS** par jour. . .

Assurez-vous contre la **RESPONSABILITÉ CIVILE** jusqu'à **CENT MILLE FRANCS.**

Assurez-vous les **CONSEILS, L'APPUI,** le **CONCOURS** du « Sou Médical ».

Assurez-vous le service hebdomadaire du **CONCOURS MÉDICAL,**

de ce journal que le Dr GRIMARD n'a pas hésité, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 25 novembre dernier, à qualifier d'*admirable.*

Soyez *prévoyants,* pour que le « Sou Médical » *pourvoie* pour vous aux difficultés professionnelles que vous pourrez rencontrer dans l'exercice de votre art. . .

Faites comme ce confrère de l'Est qui, membre du « Sou Médical », vient d'être poursuivi en responsabilité et condamné à *douze mille francs de dommages-intérêts,* en première instance.

Appuyé par notre Ligue de défense professionnelle, il fait appel d'un jugement qui paraît mal rendu. Mais s'il advenait que la confirmation de ce jugement fût prononcée et qu'un pourvoi en Cassation ne fût pas possible, le « Sou Médical » *solderait tous les frais du procès,* et rembourserait, en outre, à son adhérent le montant des dommages-intérêts.

Il ne faut pas confondre cependant les *dommages-intérêts,* ressortissant à une *action civile,* avec les *amendes,* ressortissant à une poursuite correctionnelle. Les premiers sont une *réparation*; les secondes sont une *pénalité,* exactement comme l'emprisonnement.

Pas plus que le président ou le secrétaire général du « Sou Médical » ne subiraient une peine de prison à la place d'un de ses adhérents ainsi condamné, pas plus la caisse de la Ligue ne peut, n'a même le droit, *légalement,* de payer une amende dont il aurait été frappé.

C'est d'ailleurs explicitement précisé dans les statuts, et l'article 9 du Règlement de la Caisse de garantie est ainsi conçu :

La Caisse couvre seulement les responsabilités civiles et ne peut couvrir, *conformément à la loi,* les amendes qui pourraient être encourues par les membres du « Sou Médical ».

APHORISMES ANTIASTHMATIQUES

L'asthme vit rarement en solitaire.

Interrogez bien les antécédents de votre patient : et vous découvrirez que son asthme a vécu en compagnie d'une migraine, d'une urticaire ou d'un eczéma, d'un coryza spasmodique. Voilà le syndrome — triade, tétrade parfois — que vous aurez l'occasion de reconstituer assez souvent.

***

Si un auteur écrit : « Ma théorie explique tous *les cas d'asthme que j'ai vus. Ma méthode guérit* toujours *», — je me méfie de cette audacieuse candeur. Quand le néo-spécialiste aura observé une centaine de cas, vous verrez qu'il sera moins tranchant.*

***

Un des meilleurs traitements que l'on ait jusqu'ici proposés contre le rhume des foins paraît bien être celui de MM. Pasteur-Valléry-Radot et Blamoutier. Ils injectent dans le derme *1/10e, puis 2/10es, et même 3/10es de cc. d'une solution de peptone pure, à cinquante pour cent et stérilisée. Mais le traitement demande de la persévérance : une piqûre 20 jours de suite.*

***

Le premier, j'ai décrit l'adrénalinomanie, possible chez un chronique qui s'accoutume aux piqûres. Il ne faut pas toutefois en grossir le danger : je connais de vieux asthmatiques qui m'ont déclaré, les uns avoir dépassé 1.000, 2.000, 3.000 injections, les autres ne plus compter les boîtes de freinix ou d'évatmine consommées.

Un certain asthmatique n'a-t-il pas totalisé 31.000 piqûres en 13 ans ? Et son système cardio-vasculaire ne s'en porte pas plus mal, nous affirme Ricaldoni.

Dans beaucoup de cas analogues (bien que n'approchant pas ce record), j'ai reussi à espacer les injections et surtout à réduire la dose à 1/3, 1/4, 1/5 d'ampoule.

***

Il n'y a pas de petits moyens en théra-

peutique antiasthmatique. (Tous sont utiles s'ils sont bien choisis). Combien de crises ont été écartées ou calmées par le simple Lancelot !

Et combien d'autres ai-je pu enrayer en faisant ingérer tout simplement un cachet de rhoféine avec un cachet de théobromine (de bonne qualité) ou de técarine !

L'essentiel est de ne pas se montrer absolu, exclusif. Ne pas dire : « Le régime suffit à tout ».

Ne pas laisser croire que des cachets de thyroïde, à eux seuls, pourront réduire l'asthme à néant.

Si puissante que soit la cure thermale, je me garde bien de dire à mes malades : « mangez, buvez à votre guise pendant votre saison. Votre cure suffit à tout. »

***

Les rayons ultraviolets — nouveaux-venus dans la thérapeutique de l'asthme — améliorent l'asthme de l'enfant, très peu celui de l'adulte.

Conseillez toujours de faire les séances d'U.V. dans l'intervalle des crises.

SÉGARD (de Saint-Honoré).

Quelques réflexions relatives au prix de revient kilométrique du déplacement médical.

Je lis avec grand plaisir l'article si bien « vécu » du Dr François (de Bohain, Aisne). Voilà une réponse de *praticien* « pas manchot » qui met chaque jour la main à la pâte et peut parler des frais d'un *auto médical* en toute connaissance de cause.

En publiant le devis établi par nos collègues *assureurs* à la Commission du tarif des soins aux accidentés du travail, j'avais précisément le désir de voir paraître la *réplique d'un praticien.* La voici nette, détaillée, complète et établie avec une compétence indéniable.

Je ne puis que remercier notre excellent confrère de l'avoir envoyée et m'empresser de la publier dans le *Concours.*

Dr Fernand DECOURT.

1° Quelques critiques du relevé.

A. *Générales.*

A priori, vos assureurs déclarent que le type de voiture médicale au point est la 5 C.V. Citroën.

Objections.

Citroën ne fait plus sa 5 C.V.

Renault abandonnerait sa 6 C.V.

Bien des médecins qui se sont servis de 5 C.V. Citroën ont été obligés de s'en défaire et en prendre une autre plus forte.

Bien des médecins qui ont une 5 C.V. Citroën l'ont doublée par une autre plus forte.

Les trois premières objections se passent de commentaire. La dernière affirme que le médecin ne peut compter exclusivement sur elle, mais qu'il l'admet dans certaines conditions comme auxiliaire.

Elle est acceptable dans certains chemins, à certaines saisons, en *doublure* d'une autre plus forte, plus capable de le transporter sans accroc à sa besogne.

Elle a le gros défaut de ne point donner par tous les temps et à toute heure, à celui qui doit toujours être prêt, le confort protecteur de sa santé.

Le médecin la prend pour faire baisser la moyenne de son prix de revient, pour ménager ses revenus trop mesurés par ses frais, et ne s'inquiète pas assez, surtout s'il est jeune, de sa santé actuelle ou future. Il compte sur l'ange gardien de son dévouement.

B. *Particulières*.

Amortissement. Les assureurs ou la commission parlent de 5 ans avec 30.000 km. par an. Vous en parlez comme d'une règle. Mais qu'on en amène une, une seule qui ait fait ses 150.000 km. sans broncher et toujours prête.

Réparations. 400 fr. par an dites-vous. Mais les pièces couronne et cône de différentiel pris à l'usine les coûtent. Et combien de 5 C.V. n'ont-elles pas laissé leur propriétaire dans un mauvais chemin ou une ornière en panne de pont arrière ? J'estime que des mauvais chemins comme en ont des confrères augmentent la moyenne de résistance offerte à la voiture de 40 % sans compter les à coups au départ ou dans une ornière.

Essence. La même chose : 6 litres au 100 km. Oui, sur route sans arrêt l'été. Augmentez de 40 %, avec nos arrêts, nos départs, le refroidissement du carburateur et du moteur pendant notre visite, les mauvais chemins en ce moment, le manque à la pompe du marchand d'essence ; vous pouvez les compter ces 40 %.

Et le chapitre entretien et conduite ?

Vous parlez de 30.000 km. par an, soit 100 km. par jour à 300 jours de l'année. Combien de temps allez-vous écrire pour les parcourir ? 4 ou 5 heures, dans nos chemins et dans les villages, car nous ne faisons pas de la route en prise directe. Et le lavage, le graissage, la vérification ? Le médecin sait, si la commission ne le sait pas, que la voiture a des ressorts, des jumelles à remplacer plus souvent qu'on ne pense, des soupapes à roder, des boulons à resserrer, des roulements à remplacer, des cardans à arranger, un pointeau, des gicleurs à nettoyer, des freins à règler, magnéto, éclairage, accus, etc., etc. Ceci mérite bien trois heures par semaine, soit avec la durée du parcours plus haut citée les 5 heures du jour, sans discussion.

Il est vrai qu'on accorde une dérogation au mé-

decin et qu'on lui donne des journées de 6 à 21 heures de jour, et par-dessus le marché, son travail de nuit : peu enviable privilège.

Ce travail est tellement dur que le médecin doit aboutir au doublement en se procurant un chauffeur plus ou moins mécanicien.

Ce dernier aura à son actif ces 5 heures de travail de jour, plus la présence à payer dans la voiture pendant l'absence du médecin en visite chez son client. Coût : 7.000 fr. par an. Combien un assureur payerait-il son chauffeur qui lui donnerait 30.000 km. par an ?

Pneumatiques : Il y a des morts rapides avec les 12.000 km.

Maintenant, pour parler chiffre, je ne puis que vous exposer ma comptabilité.

J'ai 2 voitures : une 10 et une 8 C.V. J'ai fait 18.000 km.

Elles m'ont coûté :

Essence ...	4321 fr.	soit pour 1 km.	0 fr. 24	
Pneus	3375,90	» » »	0 fr. 185	
Huile	646	» » »	0 fr. 0358	
Impôts et prestations	1377,70	» » »	0 fr. 0765	
Assurances.	630,45	» » »	0 fr. 035	
Réparations	3511,40	» » »	0 fr. 195	0 fr. 76
Entretien .	7000		0 fr. 3888	
Amortissement	9000		0 fr. 50	0 fr. 88
Total général passé				1 fr. 64

Remarque : Si vous ne voulez pas accepter les 7.000 du chauffeur, non compris les heures de travail, prenez vos 5 heures plus haut citées où ce travail est fait par le médecin. Vous n'allez pas le payer autrement à l'heure que ne l'est le mécanicien qu'on lui compte au garage, c'est-à-dire 6 fr. de l'heure, soit 30 fr. par jour, ce qui vous fera pour 60 km. 0 fr. 50 du km au lieu de 0 fr. 3888 ;

Les chiffres de la commission sont dans les nuages. Ceux-là sont malheureusement vécus.

Je ne suis plus non plus un nouveau du volant, ayant commencé en 1910 et n'étant en retard sur personne pour démonter magnéto, boîte de vitesse, roder soupapes, vérifier frein ou pont arrière, etc.

J'ai une forge, une enclume, un établi à bois et ne suis pas manchot.

Il est donc des dépenses que j'ai pu éviter par un travail personnel.

Si ce devis vous intéresse, veuillez en prendre copie et me le retourner ; je suis prêt à le défendre et le signe.

Bohain, le 2 mars 1926,

Dr François.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Application de l'impôt sur le chiffre d'affaires aux maisons de santé et cliniques.

6781. — M. Philippoteaux, député, demande à M. le ministre des finances : 1° pour quelle raison une distinction est faite en ce qui concerne l'application de l'impôt sur le chiffre d'affaires, entre les chirurgiens de Paris et des grandes villes qui opèrent leurs malades dans des maisons de santé ne leur appartenant pas et encaissent de ce fait, des honoraires nets et somptueux, alors que les chirurgiens de petites villes dépourvues de maison de santé, qui sont obligés, pour vivre, d'installer à leurs risques et périls une clinique absorbant le plus souvent tous leurs bénéfices, doivent payer l'impôt sur le chiffre d'affaires, ajoutant que cette distinction doit disparaître ; 2° que l'impôt sur le chiffre d'affaires ne soit pas appliqué aux chirurgiens des petites villes. (*Question du* 28 *janvier* 1926.)

Réponse. — 1° Par un arrêt en date du 12 novembre 1923, la cour de cassation a jugé que les maisons de santé et cliniques, même tenues par un médecin, qui procurent, moyennant rémunération, aux malades, avec les soins médicaux, le logement et la nourriture, sont des entreprises commerciales, dès lors qu'elles ne constituent pas des établissements fondés dans des intentions purement humanitaires dont l'exploitation ne poursuit aucun bénéfice. Il suit de cette jurisprudence que les exploitants de cliniques et de maisons de santé — médecins ou non — sont passibles en cette qualité de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, ce qui, par application des dispositions de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920, entraîne leur assujettissement à la taxe sur le chiffre d'affaires. Au contraire, le médecin se bornant à donner aux malades les soins que réclame leur état ne peut être réputé faire acte de commerce et n'est pas, par suite, susceptible d'être soumis à la taxe du chiffre d'affaires ; 2° aucune distinction ne saurait être faite entre les exploitants de cliniques et de maisons de santé suivant la population des localités où ils sont établis, cet élément étant absolument étranger à la détermination de leur situation fiscale qui repose uniquement sur le caractère commercial de leurs opérations. (*J.O.*, 2 *mars* 1926.)

Note. — Comme on le voit par cette réponse, l'administration fiscale maintient toujours son interprétation, contre laquelle nous n'avons

Voir la suite page XXXIX-807

PROPOS DU JOUR

Médecins de demain et Praticiens du siècle dernier. Quelques belles figures d'autrefois à peu près inconnues.

Que sera le médecin praticien dans l'avenir ? Il est difficile de le prévoir, car son sort dépend à la fois des transformations de la technique médicale scientifique, et de l'évolution de la Société.

Si, petit à petit ou brusquement, notre Société actuelle s'acheminait vers le communisme pur ou mitigé, la fonctionnarisation de la médecine en serait la conséquence inévitable et l'organisation sanitaire de l'Union des Républiques socialistes soviétistes russes nous permet dès ce jour de prévoir le sort qui n us serait réservé. *Le médecin d'Alsace et de Lorraine,* dans un de ses numéros d'octobre 1925, donne sur ce point quelques précisions, d'après le Dr Wagner, de Berlin, et le Pr Weisbrod, de Moscou.

En Russie soviétique, tous les médecins sont fonctionnaires. Les assurances sociales, imposées à toute la population, suppriment en fait, sinon en droit, toute clientèle privée. Le commissaire du peuple à la santé publique de l'U.R.S.S., M. Shémasko, nous l'avait déjà lui-même affirmé. La journée de travail du médecin ordinaire est fixée à six heures de durée, celle du médecin d'ambulance à cinq heures. Il faut joindre à cela 42 heures de repos hebdomadaire, et en outre, quatre semaines de congé annuel. Ce congé est porté à six semaines pour certains spécialistes.

Une partie de ces heures de repos doivent être consacrées à l'étude et au perfectionnement du médecin dans des cours organisés par l'Association des médecins elle-même, cours que les praticiens sont d'ailleurs tenus de suivre. Les médecins sont divisés en classes et leur avancement se fait au concours. Les salaires mensuels varieraient entre des sommes pouvant être évaluées à 375 francs-papier au début, et pourraient atteindre à 3.000 francs environ de notre papier monnaie. Le praticien est défrayé de toutes ses dépenses professionnelles. Comme les autres citoyens, le médecin a droit à des indemnités pour les enfants en bas âge. Sa veuve obtient une pension. Une retraite lui est assurée ; il est payé en cours de maladie et est assuré contre l'invalidité. Il peut prendre son congé dans les châteaux princiers du régime tsariste, transformés en maisons de repos. L'exercice de la médecine est sévèrement contrôlé par les soins de l'Association des médecins qui est responsable devant le Gouvernement soviétique. Tout ceci est, bien entendu, l'organisation idéale de la médecine soviétique, mais, d'après ce que le commissaire Shémasko a dit à l'A.D.R.M., la situation des médecins de campagne serait actuellement des plus pénibles.

Il n'est pas douteux que les partisans du moindre effort, ceux qui manquent d'initiative et d'énergie, qui n'apprécient pas l'indépendance, trouveront satisfaisantes ces conditions de travail réduit et de vie paresseuse et médiocre et s'accommoderaient parfaitement de cette chaîne qui n'est même pas dorée ; mais nous, dont l'éducation a été différente, qui sommes habitués à l'activité et restons jaloux de notre indépendance, nous avons peine à admettre la possibilité de cette fonctionnarisation, ou plutôt, de cette militarisation de la médecine, car c'est bien de militarisation qu'il s'agit, puisque les médecins sont groupés par catégories du même grade, soumis à une discipline de tous les instants et envoyés par ordre et par équipes là où leur présence paraît nécessaire à l'administration sanitaire. Il est curieux de voir qu'un Etat, qui se réclame du pacifisme intégral, organise militairement la profession qui se prête le plus difficilement à la militarisation.

Ce genre de médecine finira-t-il par s'installer dans notre pays avec la réalisation des assurances sociales ? Peut-être, si le manque d'union qui règne entre les praticiens et l'incompréhension d'un certain nombre des nécessités de l'heure, ne permettent pas d'organiser solidement et pratiquement l'exercice de la profession médicale sur des bases plus appropriées à l'évolution de la société de notre époque. En tous cas, nous le déplorons, car si nous reconnaissons, comme tous les gens raisonnables, que la profession médicale doit évoluer et s'adapter aux progrès de la technique et aux transformations sociales, nous aurions voulu sauvegarder par notre syndicalisme la dignité et l'indépendance du médecin et lui

éviter la servitude militaire, fût-ce au détriment de la quiétude et de la douce paresse, apanages de toute fonctionnarisation.

Nous craignons fort que, si la profession médicale se transforme selon le mode soviétique, nous voyions disparaître la race de ces médecins praticiens qui firent la réputation et l'honneur de notre profession au siècle dernier et dont, de temps à autres, certains d'entre nous exhument pieusement le souvenir. Quels exemples de droiture, de dignité, de noblesse, d'énergie, de qualités professionnelles ! L'on se plaît à citer le Dr Rome, de Voreppe (Hautes-Alpes) qui fut le prototype du Dr Benassis, héros du *Médecin de campagne* de Balzac. Nous avons jadis (1) relaté l'histoire du Dr Georges Rouffy, de Draveil (Seine-et-Oise), qu'Alphonse Daudet prit comme modèle du Dr Rivals dans son roman *Jack*. Nous avons en même temps conté la vie simple du Dr Francisque Maigne, de Blesle (Haute-Loire), ancien représentant du peuple en 1848. Abandonnant une carrière politique qui eût pu être brillante, le Dr F. Maigne consacra sa vie dans un petit bourg d'Auvergne au service de la souffrance et de la misère et sa fin stoïque eût pu inspirer un nouveau Plutarque. Nous avons signalé, lors de sa mort, les services rendus par le Dr Fabre, de Poussan (Hérault) qui exerça pendant *soixante-trois ans* la médecine, et qui, octogénaire au début de la guerre, voulut malgré son âge, et put grâce à son énergie, suppléer utilement les médecins mobilisés de sa région. Combien de héros de ce genre ? Les noms des Gairal, des Mignen, et de bien d'autres, sur la tombe desquels on pourrait faire graver l'épitaphe du Dr Rome, de Voreppe : *Pertransit benefaciendo*, viennent à l'esprit de tous ceux qui les connurent. Qui n'a pas gardé le souvenir d'un de ces modèles de dévouement, de dignité, de droiture professionnelles, vénéré et admiré de tous ?

Et ces médecins de campagne sont parfois des savants, de vrais savants, dont la modestie extrême laisse des travaux presque ignorés du public et même des gens instruits. Notre ami Molinéry, dans un récent article de la *Médecine internationale illustrée* (février 1926), a fait avec une sorte de piété toute filiale l'apologie du Dr Emile Labat, son compatriote, qui fut un médecin de campagne comme on en connut peu.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur d'obstétrique à l'école de médecine de Toulouse, le Dr Emile Labat fut un praticien très distingué et, en outre, un écrivain et un philosophe de grande valeur. Il eût pu briguer les situations les plus honorées et s'assurer la plus riche des clientèles, mais il préféra se fixer à Gimbrède d'abord, puis à la Plume, dans le Lot-et-Garonne, et y mener pendant quarante années la vie toute de dévouement et de labeur du médecin de campagne. Il est vrai que, dans toute la région, le Dr Labat jouissait d'une réputation exceptionnelle. Trois études, qu'il publia sous le titre d'*Hier et Demain* dans la *Revue des Deux Mondes* et dont Molinéry donne de nombreux extraits dans son article, montrent la noble conception qu'Emile Labat avait de la profession médicale et du rôle que le médecin est appelé à remplir.

A côté du Dr Labat, nous citerons encore le Dr Edouard Loydreau, médecin de campagne qui exerça à Chagny (Saône-et-Loire) depuis 1850 et mourut en 1905, âgé de 86 ans, à Neuilly, où il avait pris sa retraite et où il était, comme à Chagny, respecté et vénéré de tous.

Le Dr Loydreau, dont notre très distingué confrère, le Dr G. Variot, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, a tracé un vivant portrait à la Société d'histoire de la médecine (1), était neveu du conventionnel Guyton de Morveau, l'éminent chimiste, et fils d'un officier du Premier Empire. Il fut un praticien très distingué qui jouissait d'une véritable popularité due à son inépuisable bonté et à son extrême bienveillance pour les humbles malgré son aspect hautain et son regard sévère. Mais le Dr Loydreau devint, en outre, un archéologue et un préhistorien de premier ordre. Ce fut lui qui, dans de longues et patientes recherches, découvrit et exhuma la station du Camp de Chassey que le Dr Variot qualifie de Pompeï néolithique, que lui avait signalée M. Flouest en 1864, et qu'il entreprit d'explorer dès 1865. Les richesses provenant des fouilles du Dr Loydreau, sont actuellement réunies au Musée Rolin à Autun et y constituent une collection sans rivale. Les préhistoriens les plus réputés tels que MM. de Mortillet et M. Déchelette se rendirent plusieurs fois à Neuilly pour y admirer et étudier les découvertes du Dr Loydreau.

Nous pourrions allonger à loisir la liste de ces grands praticiens du siècle dernier qui ont contribué à donner à notre profession la considération et le prestige dont elle a si longtemps joui, et ce n'est pas sans tristesse que nous en verrions interrompre la suite au XXe siècle.

---

(1) *Concours médical*, 11 juin 1922. Propos du Jour.

(1) *Bull. de la Soc. d'Hist. de la méd.*, nov.-déc. 1925.

Pour atteindre un pareil niveau moral et intellectuel, l'indépendance et le sentiment de dignité qui en découle nous paraissent indispensables. Ces qualités d'essence supérieure nous paraissent incompatibles avec la fonctionnarisation qui émascule l'initiative, la volonté et l'énergie. Puisse notre syndicalisme, dans l'intérêt du bien public et pour l'honneur de la profession médicale, écarter ce danger imminent et permettre aux médecins de demain d'atteindre la valeur morale des praticiens du siècle passé ! C'est pourquoi nous demandons l'Union dans nos syndicats, l'Union toujours, l'Union quand même et déplorons les discordes et les scissions, surtout à l'heure présente.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE MOUVEMENT CHIRURGICAL FRANÇAIS EN 1925

Par le Dr Raphaël MASSART,
Assistant du service de chirurgie de l'hôpital Bretonneau.

Le coup d'œil rétrospectif que chaque année, nous avons l'habitude de jeter ensemble, sur ce qui a été fait par les chirurgiens français, pendant les douze mois écoulés, risquerait fort de devenir très monotone, si nous n'essayions pas d'en dégager ce qui peut intéresser chacun de nous, dans la quantité des faits, des articles, des présentations et des rapports qui s'accumulent sur nos tablettes, dans le cours d'une année.

Tout ce qui traite de la technique pure ne s'adresse guère qu'aux chirurgiens de carrière, curieux de connaître, dans ses moindres détails d'exécution, telle ou telle intervention nouvelle ; la plupart de ces articles largement illustrés supportent mal une analyse rapide, ils doivent être lus dans le texte original, longuement médités et souvent, s'il est possible, complétés par une visite au chirurgien qui, en l'exécutant, vous montrera les temps principaux de l'intervention, les difficultés qu'on rencontre, certains tours de main qui lui sont personnels : c'est encore là, je crois, la meilleure façon de s'assimiler une technique nouvelle.

Ce qui traite des indications opératoires, des résultats obtenus, constitue la grande majorité des publications ; ce sont celles que nous lisons tous avec le plus d'intérêt. Elles nous permettent, surtout si elles s'appuient sur de nombreuses observations, de juger des méthodes, de comparer les résultats à ceux que nous avons pu obtenir. Elles nous montrent que des indications opératoires nouvelles ont permis à des esprits novateurs d'élargir le domaine de la chirurgie et de porter le bistouri en des régions encore inexplorées. Ces publications-là ne peuvent pas nous rester étrangères, elles sont d'une lecture facile, une discussion vivante et animée les accompagne, elles constituent vraiment la vie chirurgicale.

Nous grouperons dans une dernière partie les articles de mise au point, les rapports, les revues générales. Ce sont toujours des travaux qui ont demandé à leurs auteurs beaucoup de peine, des recherches bibliographiques nombreuses et qui doivent grandement faciliter la tâche de tous ceux que les questions traitées peuvent intéresser.

Le mouvement chirurgical ainsi compris vous demandera, ô mon lecteur, le minimum de peine ; vous pourrez laisser de côté ce qui pour vous est sans intérêt ou au contraire retrouver facilement ce dont vous êtes curieux ; si elle est peu scientifique, cette manière de grouper les faits en vaut une autre, puisqu'elle se propose de retenir une attention qu'une longue énumération risquerait fort de lasser.

Les techniques de la chirurgie osseuse et articulaire, qui s'est tant développée depuis la guerre, occupent une grande place dans les journaux de chirurgie.

ALGLAVE donne, à la Société de chirurgie, des détails intéressants sur la façon d'aborder les fractures du coude haut situées, par la voie transolécrânienne, c'est-à-dire, en sectionnant l'olécrâne à sa base, en relevant le fragment ainsi détaché et en le refixant dans sa position primitive, grâce à une longue vis qui le traverse de part en part. Alglave montre avec raison que cette voie, d'abord peut être utilisée pour les fractures basses de l'humérus, et qu'ainsi, on ne risque jamais de traumatiser le nerf radial, ce qu'une incision externe ne saurait faire.

BROCQ et PANIS donnent, dans le *Journal de Chirurgie* une technique bien illustrée de l'ostéosynthèse pour fractures des condyles tibiaux. La technique employée par ces auteurs offre ceci de très particulier, que le tendon rotulien n'est pas sectionné ; son insertion tibiale est enle-

vée en « queue d'aronde » qu'on replace ensuite par vissage après avoir facilement exploré l'articulation du genou.

Cette voie d'abord, que Brocq a utilisée pendant la guerre, trouve encore son indication dans l'arthroplastie du genou.

Les opérations qui se proposent de donner de la mobilité à un genou ankylosé, surtout après les arthrites blennorragiques, se pratiquent de plus en plus.

DESMARETS, ALGLAVE, BROCQ, DUJARIER ont eu l'occasion de faire des arthroplasties et de rendre la mobilité à des genoux qui étaient complètement ankylosés. L'arthroplastie restera encore longtemps une intervention rarement indiquée, elle sera le type de l'opération orthopédique de luxe.

Le professeur OMBRÉDANNE et LANCE ont publié à la Société de chirurgie, dans la *Presse médicale*, et au Congrès d'Orthopédie, une série d'interventions fort intéressantes du domaine un peu spécial de la chirurgie orthopédique, mais qui paraissent ouvrir un horizon nouveau dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. On sait combien il est difficile de maintenir l'extrémité supérieure du fémur dans le cotyle lorsque l'enfant a passé dix ans ; l'échec des tentatives par manœuvres externes est la règle, le cotyle mal formé, mal développé, ne peut appuyer la tête et la reluxation se fait aussitôt.

Pour empêcher cette reluxation, Lance a imaginé de créer artificiellement un toit au cotyle et d'assurer ainsi une bonne contention de la tête fémorale. Ce toit est fait avec un greffon prélevé sur le tibia et reporté dans une cavité pratiquée au-dessus du sourcil cotyloïdien. L'opération est simple, élégante, peu traumatisante. Elle a ce caractère qu'on doit exiger de toute intervention orthopédique : ne faire courir aucun risque au malade et ne pas aggraver son état en cas d'échec.

Nous avons eu nous-même l'occasion de la pratiquer et nous ne pouvons que vanter l'excellence de cette méthode.

Les butées osseuses voient ainsi leur technique se préciser et s'améliorer.

M. NOVÉ-JOSSERAND a utilisé cette méthode dans le pied paralytique, comme complément d'une arthrodèse astragalo-calcanéenne postérieure.

Ce sont là des faits trop importants pour qu'on puisse les ignorer.

Les kystes des os, dont la radiographie a montré la fréquence, doivent-ils être traités chirurgicalement ou la fracture spontanée qui se produit à leur niveau est-elle un mode de guérison, comme l'a observé Mathieu ?

Mouchet préfère intervenir chirurgicalement et placer à l'intérieur du kyste, vidé de son contenu et curetté, des greffes ostéo-périostiques qui reforment ainsi rapidement de l'os nouveau en lui donnant de la solidité.

Nous avons nous-même présenté, avec notre maître Mathieu, une opération permettant de réduire et de guérir le pied bot invétéré chez l'enfant ; c'est une intervention simple et sans gravité que nous aurons l'occasion d'exposer un jour plus longuement dans les colonnes de ce journal.

Nous ne reviendrons pas encore cette année sur la technique de l'ostéosynthèse, nous l'avions l'an passé longuement exposée. C'est, quoi qu'en disent ses détracteurs, une manière de traiter les fractures qui a fait ses preuves et dont les beaux résultats ne se comptent plus.

Le traitement chirurgical du mégacôlon sigmoïde bénéficierait, selon Hertz, de l'opération en deux temps à la manière de Mickulicz. Dans un premier temps, on se contente d'exclure du ventre l'anse hypertrophiée que l'on sectionne quelques jours plus tard au thermocautère.

Le professeur LECÈNE différencie, dans ce traitement chirurgical, les cas où le malade est en état d'occlusion et ceux où l'occlusion n'existe pas. Aux premiers seuls, il réserve l'opération faite à la manière de Mickulicz, il préfère opérer les autres en un seul temps.

Le professeur GOSSET, nous donne quelques indications techniques, sur la cholédocotomie pour lithiase. Ces conseils, que sa très grande expérience de la chirurgie hépatique nous rend précieux, abondent dans cet article qu'illustrent des schémas très clairs.

Il y a encore à dire sur l'appendicite, qui, chaque année, depuis trente cinq ans, figure au mouvement chirurgical. Notre maître J.-L. FAURE s'élève, dans un article de la *Presse médicale*, contre la tendance de beaucoup d'entre nous à ne plus drainer les appendicites à chaud. Il est certain que, dans bien des cas aigus où la réaction péritonéale est légère, et ceci chez l'enfant, nous nous sommes crus autorisés, après les publications du professeur Ombrédanne, à ne plus drainer. Mais là, comme partout, il faut se garder des principes absolus et savoir discerner les cas où la fermeture est permise et ceux où le drainage s'impose.

Si, pour notre part, nous avons fermé, sans autres ennuis qu'un petit abcès de la paroi, des appendicites aiguës, nous savons, pour en avoir obtenu des guérisons inespérées, utiliser le fameux sac de Mickulicz dont notre maître Faure a jadis, seul contre tous, soutenu les bienfaisantes vertus.

On sait trop de quelle gravité sont les fistules intestinales haut situées, empêchant le malade de s'alimenter, irritant les téguments abdominaux, retardant toute possibilité d'intervention, pour ne pas prêter grande attention au traitement qu'en donne SÉNÈQUE dans la *Presse médicale* ; on évite les accidents que nous signalions

en plaçant temporairement sur l'anse fistulisée une prothèse caoutchoutée.

Parmi les techniques nouvelles, il ne faut pas laisser passer celle donnée par LAMBRET pour rendre, un anus iliaque continent. Ce chirurgien forme, avec le bout central de l'anse exclue, une espèce de trompe ou de gargouille volumineuse sur laquelle on adapte facilement un appareil caoutchouté.

DUJARIER et LARGET ont traité, chez des femmes âgées, des prolapsus génitaux complets, par la colpectomie totale suivie d'un cloisonnement dont le mérite est d'offrir à la vessie et au rectum un excellent soutien.

L'école lyonnaise pratique volontiers l'ablation des filets sympathiques péri-artériels, les beaux résultats obtenus par LERICHE sur les blessés, ont encouragé ses collègues à étendre les indications de ces interventions.

COTTE et DUHAUME font des sympathicectomies périartérielles sur l'artère hypogastrique, dans des cas de névralgies pelviennes rebelles, de dysménorrhées, d'hypoplaxie utérine avec ovaire scléro-kystique, de vaginisme, et leurs opérées ont vu disparaître les troubles qui les amenaient au chirurgien.

Comment agit la section des filets sympathiques ? C'est un point assez difficile à fixer ; il semble que la section provoque une hyperémie, à laquelle on doit *attribuer l'amélioration* des phénomènes observés.

Leriche a publié des résultats de ses sympathectomies sur les artères hypogastriques, et enfin, GERNEZ dans un cas d'angine de poitrine a réséqué le sympathique cervical gauche à une malade qui, dix mois après, était améliorée.

Tous ceux que ce sujet intéresse liront aussi avec grand intérêt un article de WERTHEIMER sur la chirurgie du tonus musculaire, l'auteur y trouve la voie d'une thérapeutique nouvelle pour certains états qui, jusqu'ici, n'étaient pas du ressort de la chirurgie, les contractures, les hémiplégies spasmodiques infantiles, la rigidité parkinsonienne.

Il est certain que chez l'enfant, le traitement de certaines encéphalopathies et de leurs séquelles est actuellement uniquement orthopédique. La maladie de Little en particulier, et surtout, si le sujet est intelligent, est améliorée par un long traitement dont DUCROQUET a donné une intéressante étude ; les schémas très clairs qui illustrent son article montrent comment on mesure cliniquement les lésions existantes et comment, par des traitements orthopédiques, on remédie aux déformations qui se constituent peu à peu avec la croissance du sujet.

Nous voyons encore trop de ces enfants, soumis à des traitements par la gymnastique, alors que leurs segments de membre sont contractés et immobilisés en positions vicieuses. Gymnastique et mécanothérapie ne pourront avoir d'effet et être utiles que si l'enfant a retrouvé un usage à peu près normal du jeu de ses articulations, et c'est trop souvent ce que négligent des physiothérapeutes non avertis.

Faits cliniques. — La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, que le pneumothorax a transformée depuis quelques années, va-t-elle devenir chirurgicale et réserver le même succès à l'exérèse du nerf phrénique ? Il est bien certain que cette opération, qui amène la paralysie et l'atrophie du diaphragme, doit naturellement prendre place à côté du pneumothorax et des thoracoplasties.

MAURER, ROLLAND et VALTIS, d'une part, puis FERRET, PIGUET et GIRAUD en publient des observations où des exérèses incomplètes, ou des indications mal posées n'ont pas permis d'obtenir les résultats qu'on était en droit d'en attendre.

C'est une arme de plus pour le phtisiologue, bien qu'en France la tuberculose pulmonaire tente peu le chirurgien.

Le professeur BÉRARD le constate à propos de la thoracectomie qu'il fut un des premiers à pratiquer en France et qu'il regrette de voir ne pas être une opération plus répandue. Elle permet, lorsque la lésion est unilatérale, qu'elle siège à la base, de rendre très rapidement à des sujets qu'un pneumothorax améliorerait lentement, une capacité de travail voisine de celle d'un sujet bien portant. La spécialisation chaque jour plus grande permettra sans doute de pratiquer ces interventions au sanatorium même, et d'obtenir ainsi de meilleures conditions de succès.

Nous avons rarement l'occasion d'observer des *égagropiles*, c'est-à-dire des enfants qui mangent leurs cheveux. Cette perversion avait déterminé, dans un cas signalé par Mathieu, une volumineuse tumeur gastrique dont le diagnostic était particulièrement difficile. L'estomac ouvert, le chirurgien retira facilement un amas de cheveux longs, agglutinés, du volume d'un poing, qui allait en s'effilant vers le pylore.

La pathologie de l'estomac nous vaut chaque année des quantités d'observations, d'articles, de faits cliniques, dont nous voudrions surtout retenir une étude très documentée de DELORE et CREYSSEL sur les *ulcères peptiques*, c'est-à-dire sur cette complication des interventions gastriques qu'on nomme encore ulcères récidivants post-opératoires.

La lecture des vingt et une observations de ces auteurs montrera que l'ulcère peptique peut échapper au clinicien. On attribue à l'intervention et à ses suites des phénomènes douloureux qui sont liés, en réalité, à l'évolution de cette ulcération nouvelle.

L'acte chirurgical comporte souvent des suites

plus ou moins lointaines que tout praticien doit connaître ; l'intervention la plus simple, la mieux faite, peut laisser dans l'organisme des troubles qui ne se révèlent qu'à plus ou moins longue échéance, telle l'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Les observations de Mathieu, la discussion qui s'en est suivie, nous apprennent à ne jamais négliger un trouble abdominal, même léger, chez un malade auquel l'appendice a été enlevé et ceci, d'autant plus que l'opération première a été laborieuse, a suppuré ou a été pratiquée en pleine crise.

La chirurgie des voies biliaires enrichit ses moyens d'exploration radiographique en essayant de rendre facilement visible la vésicule biliaire. Gosset et Lœwy décrivent, dans la *Presse médicale*, les modifications qu'ils ont apportées à l'épreuve de Graham pour administrer les bromures alcalins. Les auteurs conseillent de donner le tétra-iode par la bouche, ce qui, dans la majorité des cas, est suffisant ; s'il n'est pas possible d'obtenir ainsi un diagnostic correct, on peut avoir recours à l'injection intra-veineuse de phénol-phtaléine tétra-iodée.

Les faits cliniques qui ont trait aux perforations de la vésicule biliaire en péritoine libre, observés par le professeur Gosset avec Desplas et Bonnet, viennent compléter un chapitre important de la chirurgie d'urgence où les éléments cliniques, qui permettent de poser un diagnostic, sont nettement établis. C'est un syndrome comparable par sa soudaineté à celui de l'appendicite perforante, de l'ulcère duodéno-gastrique perforé ; dans tous ces cas d'ailleurs, l'intervention chirurgicale s'impose rapide.

Une observation de Petit (de Niort) rapportée par Marion nous a valu une très intéressante discussion à la Société de Chirurgie sur les blessures de l'uretère.

Un uretère sectionné, puis suturé bout à bout, peut-il retrouver sa perméabilité, ou au contraire est-il voué au rétrécissement et à l'oblitération complète ? L'observation de Petit, où la suture a été faite sur une sonde à demeure, suture suivie de cathétérismes, a réussi à maintenir au conduit sa perméabilité ; en général, il n'en est point ainsi, il se fait en arrière une dilatation qui aboutit non pas à de l'hydronéphrose, mais à de l'atrophie rénale. Mais souvent, comme le remarque Lecène, la section a été faite au cours d'une intervention pour annexite suppurée ou cancer du col, le milieu est septique ; la ligature du bout central devient dangereuse, si on ne la fait pas suivre huit ou quinze jours après d'une néphrectomie.

En somme, ce cas constitue une heureuse exception, car sutures et anastomoses urétérales sont de peu de valeur ; il faut savoir ne pas trop compter sur un résultat définitif parfait et ne jamais, pour les pratiquer, prolonger une opération en faisant courir des dangers au malade.

La chirurgie du cancer du rectum qui est entrée dans la pratique reste, comme le montre fort bien Schwartz dans son très intéressant rapport au Congrès de chirurgie, une intervention sérieuse.

Certes, les opérations bénignes, c'est-à-dire celles qui sont pratiquées par la voie périnéale, ne sont pas grevées d'une lourde mortalité immédiate, mais les récidives en sont fréquentes alors que les opérations abdomino-périnéales, plus graves immédiatement, apportent plus souvent la guérison définitive.

Le traitement par les radiations du cancer du rectum ne donne pas les résultats intéressants obtenus pour le cancer du col utérin et, jusqu'à nouvel ordre, il faudra enlever le cancer toutes les fois où son extension ne l'aura pas rendu inopérable.

La statistique présentée au Congrès par le professeur Hartmann et Barbillan, par ses chiffres éloquents, puisqu'elle porte sur 398 interventions, confirme ce qu'avait dit le rapporteur.

C'est aussi au Congrès de Chirurgie que Fredet nous a donné les résultats de sa pratique dans le traitement des tumeurs blanches du genou chez l'adulte. L'auteur a, non seulement étudié les cas opérés par lui, mais il a recherché autour de lui les statistiques de ses collègues, et il semble que la résection soit, sous certaines conditions, le traitement de choix. Il est nécessaire avant tout de faire une ablation parfaite des fongosités et des parties malades. Fredet pratique l'extirpation en vase clos, c'est-à-dire sans ouvrir l'articulation dès le début et en sciant les surfaces osseuses, le membre étant en extension ; c'est là une manière de faire qui s'écarte sensiblement de ce que préconisait jadis Ollier et qui a l'inconvénient de sacrifier le surtout ligamenteux que le chirurgien lyonnais respectait complètement, pour obtenir une consolidation osseuse rapide. Il est vrai que Fredet complète sa résection par une ostéosynthèse et arrive, grâce à elle, à obtenir une bonne ankylose du genou.

La résection du genou n'est pas, pour tous les chirurgiens, le traitement idéal, et la formule habituelle qui conseille, chez l'enfant, l'immobilisation, chez l'adulte, la résection, chez le vieillard l'amputation ne rallie pas tous les suffrages.

Il est bien évident qu'il ne faut voir là qu'une directive commode et que, si l'adulte dans certains cas, peut bénéficier du traitement par l'immobilisation, tout comme le vieillard, on se trouvera bien dans la plupart des cas d'une ligne de conduite formulée aussi rigoureusement.

Nous pensons que la plupart de nos confrères liront avec intérêt les très intéressants rapports sur l'appareillage des fractures de l'humérus et du fémur. Ils trouveront peut être que les méthodes préconisées par les rapporteurs sont difficiles à appliquer, dans la pratique journalière et

regretteront de voir ainsi rejeté le très bon appareil d'Hennequin pour les fractures de la diaphyse humérale. S'il en est ainsi, c'est que la radiographie nous a rendus plus difficiles ; à côté du bon résultat fonctionnel, il y a la réduction complète, que permet de vérifier la radiographie et cette réduction complète par bout à bout, seuls les appareils dont parle GUYOT (de Bordeaux) peuvent la donner. C'est ainsi, croyons-nous, que les conclusions des rapports de Guyot et de Rouvillois doivent être interprétés, car le praticien qui n'a pas à sa disposition une installation radiographique et qui est loin d'un centre chirurgical peut, avec les moyens simples qui ont fait la renommée des méthodes d'Hennequin et de Tillaux, obtenir des résultats très satisfaisants dans le traitement des fractures. Notre regretté maître Broca se montrait fier du résultat qu'on avait obtenu sur lui par la simple extension dans une fracture du fémur, et il avait coutume de faire deviner, à ceux qui se montraient septiques, lequel de ses deux fémurs avait été fracturé.

La vaccination pré-opératoire reste toujours la grande préoccupation des chirurgiens, elle doit augmenter la résistance des malades à l'infection et leur permettre de mieux se défendre contre elle au cours d'opérations portant sur des viscères dont le contenu est éminemment septique. Louis BAZY opposant la vaccinothérapie, dans des infections constituées, a montré dans une étude très documentée que la vaccination pré-opératoire est inoffensive et d'application facile.

L'auteur emploie un vaccin polyvalent composé avec les germes de quatre espèces, streptocoques, coli-bacilles, staphylocoques et entérocoques, préparé par la méthode de Besredka, dite des vaccins sensibilisés. Ces vaccins ont l'avantage, non seulement de stimuler, grâce aux microbes injectés, la formation d'anticorps dans l'organisme, mais encore d'en apporter déjà de tout préparés avec eux. Ils ont ainsi une action immédiate.

Il y a là une méthode qu'on ne peut méconnaître et dont le développement permettra d'améliorer, dans une bonne mesure, les résultats opératoires d'un grand nombre d'interventions.

On ne progresse jamais, disait dans sa leçon d'ouverture à Strasbourg, notre maître et ami LERICHE, en se concentrant sur les méthodes du temps passé ; c'est en les renouvelant dans l'ordre et la mesure que, tout en restant vraiment classique, on parvient à créer un état de choses nouveau et à établir une tradition pour les âges futurs. Il y a, dans cette remarquable leçon, que tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie doivent lire, bien des objectifs à offrir à notre méditation.

Leriche montre combien nous sommes restés des empiriques et comme chacun de nous, attendant tout de sa propre expérience, néglige trop la plate-forme d'où il pourrait partir et que lui ont établie ses prédécesseurs.

Dresser le bilan des études et des acquisitions du passé, tel doit être le premier objectif de la tâche qui s'offre aux chirurgiens de demain.

Le second, c'est d'approfondir sur le vivant au cours d'opérations, quantité de faits qui ont trait à l'homme normal, que nous constatons simplement, sans chercher à en expliquer l'utilité ou le rôle.

Il faut enfin offrir à la chirurgie actuelle des objectifs nouveaux, ne plus se contenter d'enlever ce qui est malade, redresser ce qui est tordu, mais chercher par des procédés originaux à guérir des maladies tenues jusqu'ici pour incurables.

Pour atteindre ces buts, Leriche croit qu'une collaboration de plus en plus étroite des chirurgiens, des médecins, des physiologistes, des chimistes et des physiciens est indispensable. Il faut, après l'école, donner à l'aspirant chirurgien une éducation qui lui permettra, non seulement d'être une main habile qui opère, mais par dessus tout, une pensée et un cerveau pour qu'il puisse à tout instant et en toutes circonstances prendre la meilleure décision.

Les destinées et les directives de la chirurgie actuelle préoccupent plus d'un d'entre nous, et notre ami DARTIGUES, dans une conférence de belle allure, les exposait aux Journées Médicales toulousaines.

Comme lui, nous aussi, en suivant chaque jour le mouvement chirurgical de chez nous, de chez nos amis, et du monde entier, nous voyons de nombreux courants qui portent la chirurgie vers des horizons nouveaux ; comme lui, nous croyons bien lointaine l'époque où la science nous en délivrera et avec lui nous pouvons redire :

« Il faudra toujours des chirurgiens et de la chi-
« rurgie, tant que la chair sera susceptible d'être dé-
« chirée, tant que notre charpente squelettique sera
« susceptible de se briser, tant que les réservoirs
« et les conduits de notre organisme seront sus-
« ceptibles de s'obstruer, tant que la nature sortira
« des normes de ses desseins morphologiques, tant
« qu'enfin le mouvement et la lutte caractériseront
« la vie humaine. »

CLINIQUES ET COURS

La toux et ses médications (1)

M. le professeur agrégé Harvier,
Médecin des hôpitaux.

Avant d'étudier les médications susceptibles de calmer la toux, il est nécessaire de savoir ce qu'est ce symptôme, comment il se produit et quelles en sont les causes. Je vous rappellerai aussi un fait qu'il ne faut pas perdre de vue : c'est que la toux n'est pas toujours symptomatique d'une affection des voies respiratoires.

La toux est un phénomène caractérisé par une série d'expirations saccadées grâce auxquelles le poumon, les bronches et la trachée peuvent se vider des sécrétions qu'ils contiennent. Il y a lieu de considérer la toux physiologique, volontaire, et la toux réflexe, involontaire. La toux volontaire est destinée à débarrasser les voies respiratoires de leur contenu pathologique. La toux réflexe nécessite une voie d'apport, un centre, et une voie motrice. Elle peut être schématisée de la façon suivante. Voici le centre, la voie centripète, la voie centrifuge. La voie d'apport est représentée par le vague ; le centre, c'est le bulbe ; la voie motrice est formée des nerfs aboutissant aux muscles expirateurs. Chaque fois qu'il y aura sur le territoire du nerf pneumogastrique une cause d'excitation, il pourra s'ensuivre de la toux. Or, le vague a une distribution très étendue. Il innerve le poumon, l'estomac, l'intestin, etc., véritable nerf poly-splanchnique. Il a un filet auriculaire et vous savez qu'un corps étranger de l'oreille, un grattage du conduit auditif peuvent provoquer de la toux réflexe. Si l'on prend le territoire respiratoire du pneumogastrique, on se représente la possibilité de la toux nasale, naso-pharyngienne, adénoïdienne, celle-ci fréquente en clinique. Un grand nombre de toux spasmodiques sont en effet causées par des rhinites et des végétations adénoïdes. Pour les guérir, il faut remonter à la cause et opérer les adénoïdes.

Il y a une toux d'origine œsophagienne, une toux gastrique, intestinale, une toux laryngée, trachéale, pulmonaire, pleurale. Ceci fait comprendre qu'il ne saurait être question de formuler un traitement uniforme de la toux ; il convient d'en reconnaître l'origine et d'instituer un traitement pathogénique d'abord.

Cela dit, il y a lieu, au point de vue thérapeutique, d'envisager encore une autre condition. Il est des malades dont la toux est grasse, aboutissant au rejet de mucosités : c'est la toux utile, nécessaire. Il convient d'aider, en ce cas, simplement l'expectoration. Je n'envisagerai ici que le traitement des toux inutiles, sèches, quinteuses, qui ne s'accompagnent pas de rejet de sécrétions pathologiques, qui ne font que congestionner les muqueuses des voies aériennes, cette congestion exagérant la toux par un véritable cercle vicieux.

Les médicaments préconisés contre la toux sont nombreux. Je retiendrai seulement les quatre principaux, suffisants quand on sait bien les manier. Ce sont, par ordre d'importance, l'opium et les opiacés, la belladone, l'aconit, le bromoforme et parfois les bromures.

Comment les opiacés sont-ils capables de calmer la toux ? Vous connaissez l'opium en tant qu'analgésique et hypnotique. C'est aussi un béchique. Agit-il, en l'espèce, sur les voies sensitives, sur les voies motrices, sur le centre de la toux ? L'opium est un calmant de la toux à action centrale, bulbaire : nous verrons qu'il n'en est pas de même de la plupart des autres calmants. Vous pouvez employer la poudre d'opium (0 gr. 05 à 0 gr. 20), l'extrait aqueux d'opium ou extrait thébaïque (doses moitié moindres). Une bonne préparation est constituée par les pilules de cynoglosse opiacées (0 gr. 02 d'extrait thébaïque et 0 gr. 02 d'extrait de jusquiame par pilule). Comme sirops opiacés, je citerai le sirop diacode (ou sirop d'opium simple), le sirop thébaïque, beaucoup plus riche. Autre formule : la poudre de Dower qui renferme, par gramme, 0 gr. 10 d'extrait d'opium et de l'ipéca (dose 0 gr. 75 à 1 gr.).

J'arrive aux alcaloïdes de l'opium calmants de la toux. Un des plus utiles est la codéine. Elle atténue mieux la toux que la morphine, celle-ci étant principalement analgésique. La codéine est d'autre part moins toxique que la morphine et ne donne pas, comme elle, des phénomènes d'accoutumance. Une dose de 4 centigr. qui calme la toux d'un tuberculeux par exemple est capable de la calmer pendant de nombreuses semaines. La dose de codéine oscille entre 4 et 20 centigr. On la formule en pilules ou en sirop. Il n'y a pas que la codéine qui soit douée de propriétés sédatives. La dionine est active également, aux mêmes doses (0 gr. 05, 10, 15, 20 centigr.). L'héroïne est un autre alcaloïde que l'on utilise chez certains tuberculeux. Elle est plus toxique que la codéine. Sa posologie se rapproche de celle de la morphine : 1, 2, 3 centigr. (dose maxima du Codex, par 24 heures).

Les opiacés sont d'une façon générale d'excellents calmants de la toux, mais ils ont l'inconvé-

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, recueillie par le Dr P. Lacroix.

nient de diminuer l'expectoration. Il faut en être ménager chez les sujets âgés et surtout chez les enfants. Chez l'enfant, on n'emploiera guère que le sirop de codéine, 2 gr. par année d'âge, sans aller au-delà.

La belladone agit sur la toux par un autre mécanisme que les opiacés. C'est un médicament vagotrope, inhibiteur du vague. Il calme la toux en influençant les terminaisons sensitives et motrices du pneumogastrique. Il est indiqué dans les cas de toux spasmodiques, d'origine laryngée en particulier, dans les irritations des ramifications du vague. Il réussit mieux que l'opium dans ce genre de toux, dans la coqueluche entre autres. La poudre de belladone se formule à la dose de 0 gr. 15 centigr. à 0 gr. 50 au maximum. Chez l'enfant 0 gr. 005 milligr. à 1 centigr. par année d'âge. L'extrait alcoolique de feuille de belladone a comme posologie 0 gr. 05 à 0 gr. 10 chez l'adulte et, chez l'enfant, deux milligr. par année d'âge. La teinture à 1/10, très employée, se prescrit, comme calmant de la toux, 1 à 2 gr. par jour, et, pour l'enfant, 5 gouttes par année d'âge. Le sirop, en raison de sa grande activité, est peu utilisé.

Troisième médicament : l'aconit. Il agit, à la façon de l'opium, sur le bulbe ; il diminue la sensibilité bulbaire. Il n'y a guère qu'une préparation d'aconit employée : la teinture de racine. L'alcoolature a une teneur en principe actif très variable et on ne s'en sert guère, pour ce motif. Par conséquent, vous prescrirez la teinture de racine d'aconit à 1/10. La dose moyenne est de 1 gr. 50 (adultes) ou 5 gouttes par année d'âge (enfants), comme pour la teinture de belladone.

Quatrième médicament : le bromoforme. On reste assez embarrassé pour expliquer le mécanisme de ses effets thérapeutiques. Les uns lui attribuent une action centrale, d'autres, une action anesthésiante sur les terminaisons sensitives du pneumogastrique, par son élimination au niveau des voies respiratoires. Le bromoforme est surtout le médicament des toux quinteuses rebelles, des toux laryngées, de la coqueluche.

Sa toxicité est assez grande et, depuis son emploi dans le traitement de la coqueluche, on a observé des cas assez nombreux d'accidents provoqués par ce médicament. Mais quand on relit les observations, on s'aperçoit que les accidents en question se sont toujours produits dans les mêmes circonstances, quand on a donné une dose trop considérable et qu'on n'a pas pris soin de recommander le fractionnement. Le fractionnement constitue tout le secret de l'administration du bromoforme. Une dose de 15 gouttes est toxique si l'enfant l'absorbe en une fois ; répartie en 4 ou 5 prises, elle est dix fois, cent fois moins toxique, car le médicament s'élimine vite.

Le bromoforme est un liquide incolore, insoluble dans l'eau. Pour le solubiliser, on est obligé d'ajouter de l'alcool et pour maintenir la solution, il faut une grande quantité d'alcool. Si l'on n'en a pas mis assez, le bromoforme se précipite : les premières cuillerées de la potion en renferment peu et les dernières beaucoup. C'est dans ces conditions que l'on a vu survenir des accidents. Il existe au Codex un soluté officinal dans lequel le bromoforme est dissous dans l'alcool et la glycérine. Il n'est pas à recommander. La seule forme pratique est l'émulsion où le médicament, non dissous, est en suspension. Si l'on a soin d'agiter la potion avant de l'utiliser, on a une distribution à peu près homogène du produit. Marfan a donné une formule, qui est la seule à retenir :

Bromoforme	XLIII gouttes
Huile d'amandes douces ...	15 gr.

Emulsionner et ajouter :

Gomme arabique	15 gr.
Eau de laurier-cerise	2 gr.
Eau distillée q. s. pour	120 gr.

(Agiter avant de faire prendre la potion).

Une cuillerée à café (5 gr.), renferme deux gouttes de bromoforme.

Reste à signaler l'emploi de quelques antispasmodiques, bromure de K, bromure de calcium, dans le traitement de certaines toux, dans la laryngite striduleuse principalement, à raison de 0 gr. 25 par année d'âge.

J'arrive aux applications de ces divers médicaments. Comme exemples, j'envisagerai la toux pleuro-pulmonaire des tuberculeux, la toux quinteuse de la coqueluche, la toux spasmodique de la laryngite striduleuse.

Dans la tuberculose au début, s'observe souvent une toux sèche, inutile. Il est bon de donner au malade quelques conseils qui permettent déjà de calmer ce symptôme, sans médicament. On prévient cette toux dans une large mesure en évitant de parler, de fumer, de faire des efforts, en disciplinant la respiration, en traitant les causes adjuvantes (végétations adénoïdes, sténoses nasales). Cela dit, quels sont les médicaments qui peuvent calmer la toux des tuberculeux avancés ou des bacillaires ayant des pleurites sèches tussigènes. C'est l'opium qui convient ici, les pilules de cynoglosse, l'extrait thébaïque et, bien mieux encore, la codéine. Voici quelques formules :

a) Codéine .... 0 gr. 02
Extrait de polygala q. s. pour une pilule
de 2 à 5 par jour.

b) Codéine .... 20 centigr.
Eau de laurier-cerise .....}
Eau distillée ....} ââ 5 gr.

Vingt gouttes correspondent à deux centigr. En donner vingt gouttes deux ou trois fois par jour.

c) Sirop de codéine ...... 200 gr.
Une cuillerée à soupe, matin et soir.

Lorsque la codéine échoue, vous pourrez la remplacer par la dionine, mêmes formules. L'héroïne, active mais plus toxique, convient à certaines toux cavitaires, en raison de ses propriétés eupnéiques. L'héroïne peut se formuler en gouttes :

Chlorhydrate d'héroïne . vingt centigrammes
Eau de laurier-cerise ... } ââ 10 cent. c.
Eau distillée .... }

Dix gouttes renferment un centigramme. Donner dix gouttes deux ou trois fois par jour.

Chez un certain nombre de tuberculeux, la toux a une origine dyspeptique, et se termine en vomissement (toux émétisante). La toux émétisante ne cède pas aux opiacés ; elle se calme par les médications purement gastriques : régime (lacto-végétarien quelque temps), bismuth, eau chloroformée, etc.

Envisageons ensuite le traitement de la toux de la coqueluche. Je ne dis pas le traitement de la coqueluche elle-même, n'ayant en vue que le symptôme toux. En l'absence de médication spécifique (quelques essais ont été faits dans ce sens : ils n'ont pas abouti encore à une solution), on s'adressera à la thérapeutique symptomatique. On a recommandé dans cette affection de nombreux médicaments. Il en est trois ou quatre dont la réputation s'est établie : la belladone, le bromoforme, le drosera. La préparation de belladone la plus utilisée est la teinture, 5 gouttes par année d'âge. Chez un enfant de cinq ans, vous ferez prendre, quatre ou cinq fois par jour, cinq gouttes de teinture de belladone dans de l'eau sucrée. On peut l'incorporer à du sirop. Pour la belladone, comme pour le bromoforme, il faut recourir aux doses fractionnées, jamais aux doses massives. Un enfant de cinq ans, qui a droit théoriquement à 25 gouttes par jour, doit les prendre toujours en plusieurs fois. La belladone est un toxique dont on surveillera l'administration. L'enfant au-dessous d'un an y est plus sensible encore que l'enfant plus âgé.

Le bromoforme est considéré, à la suite de Marfan, comme un des médicaments les plus actifs contre la coqueluche. On prescrira la potion de Marfan suivant des règles simples. Au-dessous de six mois la dose est de deux à trois gouttes par jour. De six mois à un an, quatre gouttes par jour. Ensuite 4 gouttes par année d'âge. Telles sont les doses, tout au moins au début du traitement. Si vous progressez lentement, vous pouvez augmenter, parfois même jusqu'au triple.

La teinture de drosera est une très vieille préparation recommandée par Barth et dont l'emploi a été rajeuni par Lereboullet. Elle est beaucoup moins toxique que la belladone et le bromoforme. Elle procure de bons résultats, à condition de dépasser les quantités du Codex. Prescrire dix gouttes par année d'âge, trois fois par jour (30 gouttes par année d'âge, pour 24 heures), posologie du début. On aura soin d'augmenter le lendemain et journellement de 5 à 10 gouttes jusqu'à atteindre la dose efficace. Celle-ci est variable : 100, 200, quelquefois 300 gouttes par 24 heures. Lorsqu'il s'agit d'un nourrisson au-dessous d'un an, trois gouttes par jour et mois d'âge, avec progression de deux gouttes par jour, sans dépasser 120 gouttes au total.

Dans certaines formes graves et rebelles, Triboulet a eu recours à l'injection de morphine : 1/4 de centim. cube avant un an, 1/2 cent. c. de 1 à 2 ans, 1 cent. c. après 3 ans. Il faisait ces injections trois jours, les suspendait trois jours. C'est là, à la vérité, une médication difficilement acceptée par les familles et à surveiller très étroitement. J'étais à cette époque l'interne de Triboulet et il nous arrivait souvent de constater des signes d'intoxication, du myosis par exemple. C'est un traitement d'exception. Il n'en est pas de même d'une autre thérapeutique préconisée par le prof. Weill, de Lyon : l'inhalation d'oxygène, dont les propriétés sédatives sont appréciables. On fait faire des inhalations d'oxygène pendant 5 à 10 minutes toutes les heures, avec un entonnoir en verre recouvrant le nez et la bouche. Ce moyen est aussi un préventif des complications pulmonaires.

Un mot, enfin, du traitement de la laryngite striduleuse. C'est une laryngite aiguë qui débute dans la nuit par des accès de suffocation. On lui opposera les compresses chaudes sur le cou, ou les cataplasmes sinapisés, les tisanes chaudes, une potion anti-spasmodique.

Bromure de K. .... } ââ 5 gr.
Antipyrine .... }
Sirop de tolu .... 25 gr.
Eau q. s. pour .... 75 gr.

pour un enfant de cinq ans, une cuillerée à soupe au moment des accès ; une seconde cuillerée si la crise recommence.

L'accès terminé, on gardera le malade à la chambre et surtout on explorera ses voies aériennes. On recherchera les défauts de perméabilité du nez et de l'arrière-nez. On traitera les rhinites hypertrophiques et les végétations adénoïdes.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les lavages de plèvre dans le traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel.

On connaît la gravité habituelle des épanchements pleuraux purulents consécutifs au pneumothorax artificiel. Différentes méthodes de traitement ont été proposées pour cette complication. MM. F.-L. Muralt et P. Weiller préfèrent à toutes le lavage de la plèvre qui, suivant leur technique spéciale, donne d'excellents résultats.

La plus grande asepsie doit présider à cette opération, qui est une véritable petite intervention chirurgicale. Une heure ou deux avant, le malade reçoit une injection d'huile camphrée (2 à 3 cmc.). Si le malade est nerveux, si l'opération s'annonce comme difficile (poche profonde, pus épais), et pour éviter les accès de toux, on donne de la codéine, ou une injection, soit de morphine, soit d'héroïne. Le patient est généralement assis le plus confortablement possible et lève le bras correspondant au côté où la ponction doit s'effectuer. Puis, après anesthésie locale, on introduit une aiguille dans la cavité pleurale, sur la face antérieure du malade, et assez haut pour ne pas être gêné ; cette aiguille est reliée à un appareil de pneumothorax et sert à renseigner sur les variations de la pression intrapleurale. Un peu au-dessous de la limite supérieure de l'épanchement, qui a été soigneusement repérée, et autant que possible sur la ligne axillaire antérieure, on pratique, plan par plan, une sérieuse anesthésie locale. Ce temps est extrêmement important. A cet endroit, on enfonce un trocart, relié par un tube de caoutchouc à un embout en verre, dont les tubulures vont, l'une à un aspirateur Potain, l'autre à un irrigateur situé à deux ou trois mètres au-dessus du sol, et contenant de la solution de Jessen, soit :

Iode	0.5
Iodure de potassium.........	1
Eau stérilisée	1.000

Cette solution est chauffée à 38°.

Deux pinces A et B interceptent la communication, soit avec l'irrigateur, soit avec le Potain, La pince B retirée, le liquide purulent s'écoule, et l'on surveille pendant ce temps la baisse progressive de la pression pleurale sur le manomètre de l'appareil de pneumothorax ; il ne faut pas la laisser devenir trop basse ; on évite ainsi une décompression trop brusquée du poumon malade, et la congestion possible des lésions du poumon opposé. On referme la pince B, et on desserre la pince A : la solution antiseptique s'écoule alors dans la plèvre ; la pression intra-pleurale s'élève et, quand on la juge suffisamment haute, on laisse le liquide s'évacuer à nouveau dans le Potain. Et ainsi de suite, jusqu'à ce que le liquide retiré devienne clair.

Si le liquide contient des bacilles de Koch en grande quantité, à plus forte raison s'il y a des infections associées, on injecte dans la plèvre, à la fin du lavage, une ampoule d'électrargol ou de collobiase d'or. Enfin, la pression intrapleurale, jugée nécessaire et suffisante, est rétablie par le moyen d'une insufflation d'azote.

Les bons effets du lavage se traduisent par un abaissement de la température, qui, généralement à partir du troisième lavage, subit une défervescence nette (sauf poussée fébrile de deux ou trois jours, quand il y a injection intra-pleurale d'or) ; les sueurs nocturnes disparaissent vite ; il y a reprise du poids. Enfin le liquide pleural ne se reproduit, d'une façon générale, que d'une manière assez lente après les lavages.

Au cours de quarante lavages pratiqués chez trois malades, les auteurs n'ont observé aucun phénomène de choc pleural, complication assez fréquente, ni aucune autre complication. Les trois malades sont guéris ou en bonne voie de guérison.

Les lavages de la plèvre, avec une technique sérieuse, semblent donc un excellent mode de traitement des pleurésies purulentes du pneumothorax artificiel ; s'ils échouent, c'est à la thoracoplastie extrapleurale qu'il faut recourir comme suprême ressource. (*La Presse médicale*, 7 octobre 1925).

L'anaphylaxie au vin blanc.

Il convient d'ajouter le vin blanc à la liste déjà longue des substances alimentaires capables de produire des accidents urticariens. Parmi les vins blancs, les seuls nocifs sont les vins blancs du commerce à l'exclusion des vins de marque. Ceci provient des différences de méthode de collage des divers vins, collages susceptibles d'introduire dans le vin des quantités plus ou moins grandes d'albumine restant en suspension.

Si les vins rouges ne sont pas collés le plus souvent, les vins blancs le sont toujours aussi ; les premiers ne produisent-ils pas d'accidents anaphylactiques.

Ces particularités sont démontrées au moyen de

faits d'observation clinique et d'expérimentation par MM. L. SPILLMANN et V. DE LAVERGNE : les albumines de collage des vins blancs (colle de poisson, colle de gélatine, colle du sang) peuvent donc se comporter comme antigènes, et expliquer ainsi, de façon simple, les poussées d'urticaire que leur ingestion détermine parfois chez certains sujets. (*La Presse médicale*, 10 octobre 1925.)

Le symptôme minimum dans l'appendicite aiguë.

On ne résume pas un diagnostic dans une formule mathématique, mais s'il fallait résumer, en deux mots, la symptomatologie minima qui permet le diagnostic d'appendicite au début et doit pousser à l'intervention, le Dr DESGOUTTES (de Lyon) dirait volontiers que la douleur plus ou moins localisée et le vomissement doivent être considérés comme suffisants.

Un malade qui présente ces deux symptômes doit être traité comme un appendiculaire et, dit l'auteur, opéré immédiatement. Si l'on est temporisateur, il faut voir le malade de 12 en 12 heures, et, à la moindre exagération de ces symptômes, le diagnostic ne manquera pas de s'éclairer.

Combien de fois regrettera-t-on d'être intervenu sur ces seuls symptômes ? Bien rarement, et s'il ne s'agit pas d'une appendicite, il s'agira d'une perforation gastrique ou d'une grossesse tubaire.

Cette règle de conduite peut paraître excessive, mais plus s'accroît l'expérience du Dr Desgouttes, plus il croit qu'elle se rapproche de la vérité. (*La Presse médicale*, 10 octobre 1925.)

La leucémie consécutive à l'emploi des corps radio-actifs.

On sait que les radiations de courte longueur d'ondes sont capables de déterminer des lésions destructives des organes hématopoiétiques ; par suite, l'usage thérapeutique de radium, de thorium ou de rayons X à doses trop fortes ou trop répétées peut produire toutes les variétés d'anémie grave, ou pernicieuse aplastique. P. Emile WEIL vient d'observer, chez deux ingénieurs, qui depuis plusieurs années s'occupaient de la préparation de substances radio-actives de la famille du thorium, un cas d'anémie pernicieuse, et un cas de leucémie myéloïde.

Les radiations sont donc capables également de provoquer la leucémie, sous la forme myélogène aussi bien que sous la forme lymphatique, ainsi que le prouvent aussi les quelques études publiées sur ce sujet ; les rayons X, plus souvent utilisés médicalement, ont dû être plus incriminés que le thorium ou le radium.

Or, rien ne permet jusqu'à présent de séparer, en dehors de l'étiologie, les leucémies dues aux radiations des autres leucémies, pas même leur comportement vis-à-vis des rayons, puisque dans un cas, tout au moins au début, les rayons se sont montrés très efficaces sur la tumeur splénique, qui avait diminué sous leur influence ; ce phénomène est à rapprocher des cancers épithéliaux des radiologistes également sensibles aux radiations.

La seule caractéristique que l'on pourrait trouver aux leucémies des radiations, c'est que celles-ci n'agissent pas que sur les organes hématopoiétiques, mais encore sur les organes génitaux (atrophie testiculaire ou ovarienne). (*La Presse médicale*, 30 septembre 1925.)

Au sujet de l'anesthésie obstétricale par les composés uréiques.

Celui de ces dérivés, dont on a le plus parlé, est un sel de l'acide barbiturique et de la diéthylamine, déposé dans le commerce sous le nom de somnifène.

Le somnifène peut rendre des services dans les accouchements longs et pénibles, mais il doit être manié par des mains exercées, sous une surveillance constante et avec un personnel averti et de sang-froid.

M. le Pr DELMAS et le Dr ROUME estiment qu'aux doses thérapeutiques, le produit ne s'est jamais montré toxique, ni pour la mère, ni pour l'enfant ; aucun cas de mort n'a été observé dans ces conditions. L'administration par voie intraveineuse donne des résultats d'une brutalité impressionnante ; la voie rectale lui sera préférée. L'action soporifique de tels composés est à peu près constante ; par imprégnation corticale, la perception consciente de la douleur paraît bien supprimée et l'amnésie de la parturiente au réveil est de règle. Cependant, il faut savoir que le retentissement sur la moelle de la souffrance ainsi masquée provoque des révoltes de l'organisme sous forme de véritables convulsions, qui soulignent la douleur, exigent un personnel de contention vigoureux et ne permettent pas d'actes opératoires, sans faire intervenir les anesthésiques.

La période d'expulsion est, en effet, souvent prolongée du fait de l'action des barbiturates et ce duel des fibres striées ne peut être terminé que par l'action de l'accoucheur.

Les enfants, enfin, naissent froids et somnolents ; ils n'acceptent de prendre le sein qu'au bout de quelques jours.

Bref, pour intéressants que soient ces produits dans certaines circonstances (leur dose d'anesthésique étant infime), il en faut strictement réserver l'usage au milieu hospitalier.

La question de l'accouchement indolore ne semble donc pas encore au point. (*La Presse médicale*, 2 septembre 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le cancer est-il plus fréquent aujourd'hui qu'autrefois.

(M. P. Ménétrier.—*Académie de méd.* ; 23-2-1926.)

Il est assez habituel de dire et d'écrire que le cancer est de nos jours plus fréquent qu'autrefois. Il a semblé que l'augmentation de fréquence portait plus spécialement sur les cancers viscéraux, notamment ceux du tube digestif, et on a voulu voir là un effet de certaines conditions de la vie moderne.

En réalité, cet accroissement du nombre des cas de cancer est beaucoup plus une donnée d'impression qu'un fait démontré. M. Ménétrier, dont on connaît les importants travaux sur le cancer, a cherché à vérifier cette opinion en partant de bases bien établies. A cet effet, il a consulté, un ouvrage très complet, fruit de 14 années de travail, de Gaspard Laurent Bayle, ouvrage terminé en 1816 sous le titre : Traité des maladies cancéreuses. Successivement comme interne, puis comme médecin de la Charité, Bayle fit toutes les autopsies des malades reçus dans cet hôpital, et il les pratiqua avec une compétence remarquable. Sur 2.556 observations avec vérification anatomique, il trouva une proportion de cancers de 1 sur 7, soit à peu près 14 p. 100. En 1802-1816 il y a cent ans passés, le chiffre des cancers était donc de 14 % des décès.

Dans son service de médecine, M. Ménétrier est arrivé à une proportion analogue (ou plutôt inférieure) de 10 à 12 %. La statistique suisse actuelle, une des meilleures que nous possédions sur la question, donne un pourcentage moins élevé encore, de 9.3 %.

M. Ménétrier conclut que depuis 110 ans le cancer n'a pas, en réalité, augmenté de fréquence.

La dextrocardie.

(MM. A. Clerc et R. Lévy. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 15-1-1926.)

La dextrocardie ou transport du cœur dans l'hémithorax droit, s'oppose à la dextroversion, dans laquelle le cœur est simplement refoulé à droite par un épanchement, une tumeur, etc. Cette dextrocardie vraie s'observe dans deux conditions différentes : ou bien, elle est associée à l'inversion des principaux viscères (foie à gauche, estomac à droite, etc.), ou bien elle est pure et isolée, c'est-à-dire sans hétérotaxie. Chacune de ces deux variétés est dite simple ou compliquée suivant qu'elle s'accompagne ou non de malformations congénitales du cœur et des gros vaisseaux. Ce sont ces dernières, d'ailleurs, qui font la gravité du pronostic, autrement, la dextrocardie simple, avec ou sans *situs inversus*, n'entraîne par elle-même aucune complication, reste compatible avec une longue survie, et n'est souvent découverte que par hasard. D'autre part, tandis que la dextrocardie avec transposition viscérale est un fait relativement répandu (on en compte plus de 250 observations dans la littérature médicale), la variété pure, dont M. Clerc a donné, avec M. Bobrie, en 1918, une description d'ensemble, représente une véritable rareté. La première est congénitale, tenant à un bouleversement datant de la vie embryonnaire. La pathogénie de la seconde n'est pas aussi clairement élucidée.

MM. Clerc et Lévy rapportent deux observations nouvelles de dextrocardie.

Radioscopie de l'appendice. Application au diagnostic de l'appendicite chronique.

(M. Cambiès.—*Société de méd. de Paris* ; 23-1-1926.)

L'examen radiologique de l'appendice nécessite le remplissage de cet organe par la bouillie opaque, ce qui offre quelques difficultés pratiques. Ces difficultés, M. Cambiès les a vaincues en ayant recours à une méthode dont le principe s'appuie sur l'action excito-motrice des solutions chlorurées magnésiennes à l'égard des fibres musculaires du tube gastro-intestinal. Il emploie, à cet effet, l'eau de Châtel-Guyon dont la teneur saline en chlorure de magnésium est de 8 gr. pour 1.000.

Voici comment il procède. Le sujet est préparé par un lavement ou une purgation, suivi de l'administration, durant deux jours, de 200 gr. d'eau de Châtel-Guyon-Gubler. La veille de l'examen, le malade prend en deux fois une bouillie opaque (mêlée parfois d'aliments pour former un véritable repas opaque) diluée dans 100 à 150 gr. d'eau chlorurée magnésienne. La radiographie ou la radioscopie est pratiquée le lendemain matin à jeun.

La solution de chlorure de magnésium, en exagérant le péristaltisme normal du cæcum, et en favorisant les contractions anti-péristaltiques, facilite le passage de la substance opaque dans la lumière de l'appendice, sa progression dans l'intérieur de l'organe et sa sortie : l'appendice devient alors visible aux rayons. Dans 90 pour 100 des cas, l'auteur a réussi de cette manière avec facilité l'exploration radiologique et l'appendice a été nettement injecté.

Au point de vue clinique, cette épreuve fournit des données importantes pour le diagnostic souvent si délicat de l'appendicite chronique. Elle permet dans une large mesure de faire la part de ce qui revient à l'appendice et de ce qui revient au cæcum dans la pathologie de la fosse iliaque droite. On pourra ainsi noter, comme indices des lésions appendiculaires, la forme anormale de l'organe, sa position, les coudures, les vacuoles, l'inégalité de remplissage ; la fixité, la stase intra-appendiculaire, la localisation précise de

la douleur sous l'écran soit avec le doigt, soit avec un explorateur à boule, la douleur à la base ou à la pointe, etc. On voit la multiplicité des renseignements qui peuvent être ainsi fournis et leur intérêt.

— M. DUPUY DE FRENELLE rappelle que, dès 1912, il a montré la valeur de la radiographie dans le diagnostic de l'appendicite chronique.

— M. LÉVY-FRANKEL a eu l'occasion de voir M. Cambiès appliquer sa méthode. Il a pu suivre de façon précise le remplissage de l'appendice et les mouvements péristaltiques de l'intestin.

— M. GOEHLINGER fait remarquer que les expériences des physiologistes français, attribuent au chlorure de magnésium des propriétés paralysantes des fibres musculaires intestinales. L'explication données par M. Cambiès ne pourrait donc pas être admise.

— M. CAMBIÈS répond que l'action excito-motrice du sulfate de magnésie (sur la contraction vésiculaire) a été reconnue par Metzer en Amérique

L'orchiépididymite sporotrichosique.

(M. THEVENARD. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

Dans un mémoire paru en 1912 et résumant les résultats de leurs recherches expérimentales sur l'orchiépididymite sporotrichosique, MM. de Beurmann et Gougerot se montraient surpris que cette affection, manifestation constante et précoce de toute infection sporotrichosique expérimentale, n'ait été qu'aussi exceptionnellement signalée en clinique. Ils pensaient que si des recherches méthodiques et systématiques étaient faites, les observations en serait moins rares.

L'orchiépididymite sporotrichosique ressemble beaucoup à l'orchi-épididymite tuberculeuse et la confusion entre les deux affections est facile. Il n'existe jusqu'ici que deux cas authentiques publiés (le premier de Lagoutte et Briau, le second de Monier et Villard) d'orchiépididymite sporotrichosique. M. Thévenard en ajoute un troisième concernant un malade dont l'un des testicules fut enlevé pour tuberculose et l'autre se prit peu de temps après.

Sur quels signes, dit M. Thévenard, peut-on se baser pour établir un diagnostic différentiel entre l'orchi-épididymite sporotrichosique et l'orchi-épididymite bacillaire ?

Certains caractères particuliers peuvent déjà éveiller l'attention : l'intégrité du canal déférent et des vésicules séminales, le peu d'altération du testicule lui-même, une infiltration plus grande des téguments, un volume plus considérable de l'hydrocèle, une cuti-réaction à la tuberculine si elle est négative, l'évolution rapide et silencieuse. Un signe positif réside dans l'ensemencement sur gélose glycérinée des produits pathologiques qui donne en cas de mycose une culture poussant en trois jours à la température de la chambre.

— M. PEUGNIEZ montre également que le diagnostic doit reposer sur la culture des liquides baignant les ulcérations. Il a observé une ulcération d'un doigt qui avait résisté à tous les traitements. L'ensemencement montra qu'il s'agissait de sporotrichose.

— M. DARTIGUES demande si la spermatose est conservée dans l'épididymite sporotrichosique.

— M. LUYS pose la question de la voie de pénétration du germe.

— M. THÉVENARD répond que, dans cette affection, la spermatose n'est pas annihilée. On a même obtenu des sporotrichoses héréditaires. L'infection a lieu par la voie sanguine et par la voie digestive. Le seul signe de certitude est la culture des produits de suppuration. En recherchant l'orchi-épididymite sporotrichosique, il est probable qu'elle apparaîtra moins rare. Quelques castrations inopportunes pourront ainsi être évitées, et un peu d'iodure de potassium remplacera avantageusement alors le bistouri.

Correction du nez en « pied de marmite ».

(M. Pierre MORNARD. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

M. Mornard a opéré, il y a 7 mois, une jeune fille de 15 ans présentant un nez écrasé, du type nez « en pied de marmite ». L'intervention a consisté à inciser sous le lobule, à creuser dans la cloison à la rugine un tunnel ostéo-périostique aboutissant à la racine du nez et à glisser dans ce canal un fragment de cartilage costal, de 8 cm., sur 4 cm. Tirant à ce moment sur le lobule avec une pince, le greffon, un peu réduit, vint se caler sous la peau. Suites simples. Un petit épanchement apparu à la racine du nez guérit par quelques ponctions à l'aiguille de Pravaz et actuellement la malade a un nez droit qui transforme sa physionomie.

— M. PÉRAIRE estime que le délai de 7 mois est insuffisant pour juger du résultat définitif. Ces greffes cartilagineuses ont tendance à la longue à se résorber.

— M. PEUGNIEZ a fait pas mal de restaurations nasales à l'aide de cartilages. Les échecs, lorsqu'il en a eu, ont toujours été précoces. La résorption du cartilage s'est faite, en ce cas, en quelques semaines.

— M. BOURGUET pense que la plupart des greffons cartilagineux se maintiennent. L'auteur, toutefois, a abandonné la greffe de cartilages parce que les malades souffrent pendant plus d'une semaine. Il emploie maintenant une greffe morte, de paraffine dure (la paraffine molle donne des accidents). Il possède des observations remontant à 8 et 10 ans, où le résultat reste bon.

— M. LUYS n'est pas partisan de la paraffine, ayant eu à réopérer des malades chez lesquels cette méthode avait été mise en œuvre.

— M. DUFOURMENTEL a revu une malade chez laquelle il a inséré un greffon de cartilage en 1919 ; le cartilage n'a pas bougé. La paraffine lui paraît peu

recommandable. Il vient d'être consulté par deux personnes traitées par la paraffine. L'une avait des accidents épouvantables. Même avec la paraffine dure, on n'est pas à l'abri des inconvénients.

Goitre exophtalmique syphilitique.

(M. Schulmann. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 10-12-1925.)

Depuis 1918, M. Schulmann étudie le rôle de la syphilis dans le goitre exophtalmique et il est arrivé à cette conclusion que la maladie de Basedow, avec une fréquence longtemps insoupçonnée, a une origine syphilitique. Le syndrome peut survenir à un moment quelconque de l'évolution morbide, tantôt en pleine période secondaire, tantôt au cours de la période tertiaire ou plus tardivement encore. Sur 82 basedowiens, l'auteur a relevé la syphilis 20 fois.

— M. Marcel Pinard croit aussi que le goitre exophtalmique est bien des fois dérivé d'une syphilis, acquise ou héréditaire. L'iode sous forme d'iodo-bismuthate de quinine ou d'iodure double de tanin et de mercure lui a donné des résultats favorables. L'arsenic n'est pas toujours bien toléré.

— M. Flandin estime qu'il faut être prudent dans la prescription des préparations iodées aux basedowiens. Presque tous les goitres exophtalmiques sont soumis pour commencer (en raison du goitre) aux iodures et aux iodiques ; presque tous subissent, à la suite de ces médications employées sans surveillance, une poussée. L'auteur met en garde contre l'iode dans la maladie de Basedow.

— M. Schulmann est d'accord avec M. Flandin sur la nécessité de tâter la susceptibilité du sujet avant de poursuivre l'administration de l'iode chez les basedowiens. P. L.

Les Thèses

P. — Dr Pierre Fontaine. — **Contribution à l'étude du traitement du pied bot varus équin chez le nourrisson.** (Evreux, imprimerie René Bauche, 37, rue Chartraine, 1925.)

Le traitement du pied bot varus équin doit être institué aussitôt que possible, dans les vingt jours qui suivent la naissance. Les moyens orthopédiques suffiront alors. Tout au plus pourra-t-on être amené, dans certains cas, à pratiquer une ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Les séances de redressement auront lieu régulièrement une fois par semaine. Entre chaque séance, le résultat obtenu sera maintenu par des bandelettes de leucoplaste. Celles-ci suffiront également après la ténotomie quand on aura dû la pratiquer.

La correction doit aller jusqu'à l'hypercorrection en talus valgus très prononcé. Elle s'obtient habituellement en dix à douze séances, et doit ensuite être maintenue pendant des mois. Le plus simple appareil de contention est là encore la bandelette de leucoplaste, renouvelée chaque semaine d'abord, puis toutes les deux semaines.

La surveillance médicale de l'enfant atteint de pied bot doit être prolongée au moins pendant un an si l'on veut prévenir toute récidive.

Lille. — Dr Jean Demory. — **L'arthroplastie du genou, en particulier dans le cas d'ankylose d'origine bacillaire.** (Lille, imprimerie Plateau, 25, rue Nicolas Leblanc, 1925.)

La technique opératoire de l'arthroplastie et les résultats obtenus sont actuellement si parfaits que la plupart des auteurs admettent ou préconisent cette opération dans le traitement des ankyloses non bacillaires du genou. Si les conditions sont favorables, il semble bien qu'une tentative puisse toujours être faite sans danger et sans inconvénients. Seuls, jusqu'à ce jour, quelques chirurgiens étrangers l'ont appliquée avec des succès remarquables à des ankyloses tuberculeuses anciennes de cette articulation.

L'observation présentée par M. Demory semble être la première arthroplastie publiée en France pour un cas de ce genre. Elle n'est pas isolée, car on en trouve une vingtaine dans la littérature étrangère. Elle apporte une nouvelle preuve de cette opération, rejetée par beaucoup de chirurgiens comme trop dangereuse, peut donner dans certaines conditions un résultat fonctionnel excellent sans aucun accident. Une instrumentation spéciale n'est pas obligatoire ; l'ostéotome suffit.

Bien loin de généralier l'arthroplastie à toutes les ankyloses bacillaires, l'auteur pense, jusqu'à plus ample informé, qu'il vaut mieux conserver les ankyloses solides en bonne position. L'arthroplastie n'est utilisable que dans certains cas exceptionnels. L'abstention est la règle la plus générale mais non un dogme intangible.

Les ankyloses trop anciennes accompagnées de déchéance définitive du quadriceps sont une contre-indication opératoire capitale ; de même la présence d'un autre foyer bacillaire en évolution.

Cette cure radicale reste une « opération de luxe » Elle sera tentée avec avantage chez les sujets jeunes ayant terminé leur croissance, qui pourront dans la suite ménager leur néarthrose et qui présentent une ankylose incomplète, peu solide et plus ou moins vicieuse, nécessitant de toute façon une intervention orthopédique sanglante.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LES ASSURANCES SOCIALES

Exposé et critique du Rapport du Sénat (1)

Du très gros rapport (530 pages) que le Dr Chauveau soumet à la discussion du Sénat, je ne tiens à commenter que ce qui a trait uniquement au fonctionnement du service médical des assurances sociales.

Mais, pour bien comprendre la portée sociale, comme l'économie de la future législation, il faut, au préalable, dégager certaines idées et directives fondamentales.

La loi poursuit un but de réparation sociale : le travailleur doit être garanti contre les risques de la maladie et ceux de la vieillesse, lorsque son salaire est insuffisant pour lui permettre de faire, lui-même, les réserves nécessaires, pour supporter, par ses seuls moyens, les dépenses de traitement médical et pour se prémunir contre la cessation du travail par vieillesse, ou invalidité prématurée.

La vaste mutualité obligatoire, constituée par les caisses d'assurances, donnera, non pas une charité, une aumône, mais un droit aux soins et à une retraite.

Tout malade assuré devra être bien soigné, pour qu'il puisse, le plus rapidement possible, reprendre son travail : ceci dans l'intérêt immédiat de l'assuré, qui doit être mis à même de gagner son plein salaire ; dans l'intérêt des caisses, qui doivent dépenser le moins possible, en indemnités journalières pour incapacité de travail ; dans l'intérêt des patrons, pour leur assurer un personnel ouvrier et employé fixe ; dans l'intérêt de la collectivité tout entière, car chaque membre de la nation doit être en mesure de produire le plus possible et le plus longtemps qu'il le pourra.

Aussi, pour que l'incapacité de travail soit réduite au minimum, convient-il que le malade soit soigné le mieux possible, que les médecins soient à la hauteur de leur mission professionnelle.

Il faudra également que les caisses d'assurances aient à leur disposition des maisons de cure et de diagnostic, cependant qu'elles auront à se préoccuper d'éviter l'éclosion des maladies, par la construction de maisons saines, tout en s'intéressant au dépistage précoce des affections morbides, en diffusant les notions élémentaires d'hygiène, en protégeant la maternité, l'enfance, ainsi que le travailleur.

Une première conclusion s'impose : il faudra beaucoup d'argent, si l'on veut faire besogne utile et non pas une caricature d'assurance sociale.

Il faudra également intéresser au fonctionnement de la loi tant les malades que leurs médecins, les caisses d'assurances et l'Etat, ce dernier devant être déchargé, pour grande partie, des secours, qu'il doit accorder à l'assistance médicale gratuite.

***

De la lecture du projet de loi, se dégage cette première constatation : les caisses d'assurances vont recevoir de l'argent des cotisants : de ce fait, elles contractent des obligations, des devoirs, vis-à-vis des ayants droit. Ces devoirs et obligations sont les suivants :

1° Donner des soins.

A. A qui ?

D'après le projet Chauveau, les soins médicaux les plus complets doivent être donnés à l'assuré, à son conjoint et à leurs enfants non salariés de moins de seize ans.

Ces soins seront assurés, non seulement au domicile du malade, mais aussi dans les maisons de cure, ou dans les hôpitaux, ayant passé des contrats avec les caisses d'assurances.

Au cours de la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement, la femme de l'assuré a droit aux soins médicaux et aux fournitures pharmaceutiques.

Mais, une première critique à faire aux dispositions législatives, c'est que l'assuré, devenu invalide, n'a plus droit aux soins médicaux au bout de cinq années. Il en est de même pour les vieillards lorsqu'ils sont titulaires de leur pension de retraite.

Je sais bien que les calculs des actuaires n'ont pas envisagé cette augmentation des dépenses médico-pharmaceutiques. Cependant, parce qu'invalides, ou vieillards, ces personnes ont plus besoin du médecin que l'assuré valide.

Comme praticien, je regrette d'avoir à constater que toute une catégorie de malades aura à

(1) *Nous tenons à faire remarquer que le présent travail est une étude personnelle, dans laquelle les idées émises, les conceptions exposées, les critiques formulées, n'engagent que la responsabilité de son auteur, le Dr P. Boudin.*

La Direction du Concours médical.

payer de sa poche les soins nécessités par un état précaire de santé, au moment précis où la capacité de travail est fortement diminuée par l'invalidité prématurée ou par la vieillesse.

B. **Quels soins devront être donnés ?**

Le projet de loi est rédigé en termes très généraux : les soins seront donnés tant à domicile que dans les établissements spéciaux.

Il en résulte que l'assuré se croira en droit d'exiger autre chose qu'une médecine pour pauvres, médecine de charité, hâtive, de seconde zone. Du moment où il paye, le bénéficiaire de l'assurance voudra recevoir des soins conformes aux données de la science la plus moderne, par des praticiens attentionnés et savants.

Ici, doit venir à l'esprit une difficulté considérable. L'enseignement pratique de la médecine se fait au lit d'hôpital. Parce qu'il est hébergé et soigné gratuitement, le pauvre doit consentir à se laisser examiner par les étudiants, à servir d'objet de leçons cliniques *coram populo*. C'est aussi à l'hôpital que sont faites certaines expérimentations, certes conduites avec beaucoup de prudence et de précautions scientifiques.

En sera-t-il de même, le jour où l'assuré, admis dans une maison de cure, se considèrera comme un malade payant et se refusera à servir à l'enseignement médical ?

La Faculté de médecine doit, cependant, instruire ses élèves. Pour ce faire, elle a des services hospitaliers de clinique. J'entrevois une modification radicale dans l'enseignement médical : la Faculté deviendra le centre d'une région universitaire. C'est elle qui aura à demander au législateur, qui sera dans l'obligation de modifier la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, la libre disposition de certains services, tant dans les hôpitaux de la ville de Faculté que dans ceux des villes voisines, pour que les étudiants soient répartis, comme externes et internes (ces concours étant devenus obligatoires), dans tous ces hôpitaux, ou maisons de cure dépendant de la Faculté. *Fabricando fit faber* : c'est en soignant les malades, sous la direction de médecins accrédités par la Faculté, que les étudiants apprendront leur profession, cependant que les services actuels étant dégorgés et désencombrés, les malades hospitalisés seront moins tourmentés par des examens renouvelés, successifs, de la part de jeunes stagiaires, désireux de s'instruire.

Les fonctions actuelles de médecins et spécialistes des hôpitaux, nommés au concours, dans les grands centres, ne disparaîtront pas ; mais ces concours ne seront plus organisés par les commissions hospitalières, puisque celles-ci seront souvent appelées à disparaître (les indigents deviendront pour la plupart des assurés).

Ces concours seront réglementés par la Faculté de médecine, d'accord avec les médecins praticiens, puisque, comme nous le verrons en étudiant plus loin les dispositions de l'article 7, les syndicats médicaux ont la charge respective des services qui les concernent.

Nous reviendrons plus loin sur cette question de l'enseignement médical.

C. **Par qui ces soins seront-ils donnés ?**

Seuls les praticiens ayant adhéré au contrat collectif passé entre la caisse locale et le syndical local auront le droit, syndiqués ou non, d'être librement choisis par les malades assurés.

Caisses et syndicats auront le droit de récuser certains praticiens, pour des motifs graves.

Autre restriction : l'assuré ne pourra choisir que le praticien le plus rapproché.

L'article 4, § 2, prévoit donc un accord entre syndicat et caisse, pour l'établissement de cette liste de praticiens.

Seuls les syndicats affiliés aux Unions nationales auront le droit de contracter.

Que faut-il entendre par « Unions nationales ». Le législateur veut-il ne reconnaître qu'une seule Union de syndicats par corporations (médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens) ?

Faut-il au contraire admettre comme étant habilitées toutes Unions nationales, alors que, chez les médecins, par exemple, il se fonderait deux, trois ou quatre Unions de syndicats ?

Dès lors, ne serait-il pas à craindre une formation de syndicats locaux, ne représentant que de petits intérêts personnels, égoïstes et se réunissant à trois ou quatre groupes, pour former une Union, dite Nationale ?

Des groupes corporatifs existent déjà depuis de nombreuses années et qui ont fait leurs preuves. C'est l'Union des syndicats médicaux de France ; c'est l'Association générale des pharmaciens de France, etc. Ces groupes ont donc toute qualité pour accréditer leurs seuls syndicats adhérents et empêcher ainsi l'éclosion de groupes concurrents, souvent créés, le jour du fonctionnement de la loi, pour des motifs antidéontologiques (rabais, ristournes, rabattage, etc.).

Mais, ai-je lu, page 99 du rapport Chauveau, les caisses peuvent signer des accords collectifs avec le syndicat local, ou des « accords individuels avec ceux qui, ayant adhéré aux conditions fixées, ne sont pas exclus pour motifs graves et légitimes. »

Ces accords individuels ne sont pas mentionnés dans le texte de l'article 4, § 2, et je m'en réjouis. Il ne faut pas permettre que des conventions particulières puissent faire échec aux intérêts collectifs professionnels de tous les praticiens d'une ville ou d'une région.

Des influences locales, politiques, familiales, amicales, ou autres, peuvent inciter les dirigeants des caisses à contracter avec des individualités,

parmi les praticiens, pour assurer à ces individualités un quasi-monopole, au détriment des assurés, lesquels seront dans l'obligation de subir un praticien, au lieu d'avoir un choix plus général.

D. **Comment et à quel taux ces soins seront-ils donnés ?**

Le 4e paragraphe de l'article 4 prévoit des conventions entre syndicats locaux de praticiens et caisses d'assurances, pour arrêter les modalités du don des soins, tant à domicile que dans les milieux hospitaliers ou de cure.

Ces conventions devront prévoir également des tarifs, évalués selon les habitudes locales et les tarifs locaux.

Le paragraphe 5 laisse toute liberté, pour que syndicats et caisses puissent s'entendre localement, sur le point de savoir si les honoraires dus aux praticiens seront versés par les caisses ou par le malade, celui-ci étant ensuite remboursé par son assurance.

Aux praticiens, donc, dans chaque localité, de s'entendre avec les organisations locales d'assurances pour déterminer le mode de paiement.

Ici, le malade payera directement son docteur ; là, ce dernier recevra des bons de visites et de consultations, que la caisse lui règlera tous les mois, ou trimestres, comme pour les pensionnés de guerre ; ailleurs une somme forfaitaire sera versée au syndicat, qui la répartira entre ses membres, au prorata du nombre de visites faites par chacun, etc.

Le législateur n'a pas voulu s'immiscer dans les détails d'application : il n'a pas voulu savoir si la majorité des docteurs avait raison, ou tort d'exiger un paiement direct par le client, ou si le mode de paiement, usité par la loi du 31 mars 1919, présentait des inconvénients de tenue de livres et d'écritures pour établir les bordereaux de paiement.

Il ne se demande pas, non plus, pourquoi le département du Lot-et-Garonne a renoncé au forfait global annuel, versé au syndicat médical, pour assurer le fonctionnement de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

A chaque groupe professionnel le soin de s'entendre, par un accord, avec la caisse locale d'assurance au mieux des intérêts de chacun, pour que tout le monde et surtout les malades soient contents.

La loi ne trace que des directives générales, ne voulant pas entraver, ni enchaîner les initiatives locales, par une obligation législative unique pour toute la France. Nous retrouvons ici la volonté du législateur de 1893, qui, en matière d'assistance médicale gratuite, a laissé toute latitude aux conseils généraux, pour organiser, par départements, le service médical, pour les soins à donner aux indigents.

Nous en concluons également que le Parlement n'a pas l'intention de prévoir l'établissement d'un tarif général, uniforme pour toute la France, comme cela existe pour les blessés du travail et les pensionnés de guerre : chaque région s'organisera localement, par des accords passés entre les intéressés, selon les habitudes locales, qu'il convient de respecter.

Mais, surgit alors une très grosse objection : les sommes prévues par les actuaires vont-elles être suffisantes pour couvrir les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation ?

Pour ma part, je ne le crois pas.

Constatons d'abord qu'il est impossible de s'appuyer sur une table sérieuse de morbidité, pour la bonne raison qu'il n'en existe aucune de précise. Les chiffres, qui sont donnés, dans le rapport au Sénat, sont fort discutables comme exactitude.

En second lieu, les actuaires n'ont pas suffisamment fait la part de l'énorme augmentation de consultations et de visites médicales qui va se produire, au lendemain de l'application de la loi.

Actuellement, beaucoup de malades peu graves vont consulter le pharmacien, qui, bon gré ou mal gré, doit faire de l'exercice illégal de la médecine, pour ne pas déplaire à sa clientèle.

Beaucoup de gens veulent également faire l'économie d'une visite chez leur docteur et se rendent soit à la consultation externe d'un hôtal, soit dans un dispensaire privé.

Tous ces gens-là, parce qu'assurés, auront désormais la prétention de consulter leur praticien chez lui, individuellement et non pas devant tout le monde comme à l'hôpital, ou à la consultation gratuite du bureau de bienfaisance.

Les médecins seront donc beaucoup plus occupés, puisque ces clients seront remboursés de leurs frais médicaux et pharmaceutiques, ou parce que la caisse payera pour eux.

Tant mieux pour le dépistage précoce des maladies ; tant pis pour les finances de la caisse locale.

Or cette dernière ne doit toucher qu'une somme forfaitaire annuelle, pour le risque médical. Cette somme sera-t-elle suffisante ? Je réponds hardiment par la négative.

Cette considération financière nous conduit à discuter une autre obligation des caisses :

2º Eviter les fraudes et établir un contrôle. Organisation du service médical.

A. La caisse doit, en premier lieu, surveiller ceux qui n'ayant pas droit aux secours médicaux, et qui peuvent surprendre la bonne foi des uns et des autres.

C'est ainsi que n'ont pas le bénéfice de l'assurance sociale tous ceux qui jouissent d'avan-

tages analogues, prévus par des lois déjà existantes (mineurs, accidentés du travail, réformés de guerre, etc.).

Sont dans la même situation, les assurés qui, intentionnellement, ont provoqué leur blessure, ou leur maladie, comme aussi tous ceux qui ne sont pas à jour de leurs cotisations.

C'est donc, pour la caissse, l'obligation d'établir un contrôle administratif par ses représentants autorisés.

B. Mais il faut également contrôler l'abus possible des frais médicaux.

Pour ne pas se déranger, le malade peut faire venir le médecin à son domicile, au lieu de se rendre à la consultation du praticien.

Malgré le 10 % laissé à sa charge, l'assuré peut abuser du docteur ; comme aussi ce dernier peut se laisser aller à multiplier le nombre de ses actes professionnels.

Sans empiéter sur le domaine médical, la caisse doit, pour défendre son budget, avoir un droit de regard sur la manière dont malades et praticiens sont en rapport.

Elle a donc parfaitement la possibilité d'avoir un médecin à elle, nommé par elle, qui la renseignera, comme cela se passe en matière d'accidents du travail (article 4,§ 5,de la loi du 31 mars 1905). Le législateur laisse toute latitude aux caisses pour s'organiser comme elles l'entendront pour ce contrôle ; mais d'ores et déjà les syndicats médicaux peuvent se préoccuper, pour que le règlement d'administration publique, qui précisera certains détails du fonctionnement de la loi, puisse décider qu'en aucun cas, le médecin traitant ne pourra être le médecin contrôleur de la caisse.

Il ne faut pas qu'ainsi que cela se passe, en certains cas (médecins assermentés par exemple, médecins de grandes administrations, de chemins de fer, etc.) le même homme soit appelé à choisir entre son devoir et son propre intérêt.

Son devoir, c'est de prendre avant tous les intérêts de la firme qui l'a commis, pour une mission de contrôle. Son intérêt, c'est d'être complaisant pour son malade, pour que celui-ci lui conserve sa clientèle payante.

C. La caisse aura également à se préoccuper de la qualité des soins qui seront donnés à ses assurés. C'est elle qui, en fin de compte, supporte les frais occasionnés par la maladie ou l'accident des ayants-droit. Elle a donc l'obligation de savoir si les soins sont suffisants, s'ils sont bien exécutés et suivis par le malade, si le médecin n'est trop pas faible, se pliant aux exigeances ou aux craintes du patient, qui redoute, par exemple, une opération, qui doit le guérir beaucoup plus vite.

Somme toute, si le malade n'est pas bien soigné et que l'invalidité traîne en longueur, c'est la collectivité des assurés locaux, qui aura à supporter des frais supplémentaires de journées de maladie, ainsi que des frais médicaux et pharmaceutiques.

Nous discuterons plus loin la manière de réprimer des fraudes, prévue dans le projet de loi, pour aborder de suite l'organisation du service médical.

Organisation du service médical.

Le premier paragraphe de l'article 7 doit retenir toute notre attention. Il est ainsi conçu :

« Les syndicats professionnels de praticiens ont la charge respective des services qui les concernent dans le fonctionnement de l'assurance maladie, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il soit porté atteinte aux droits propres de la caisse. »

Je n'ai pas trouvé, dans l'exposé des motifs du rapport du Dr Chauveau, l'éclaircissement attendu.

Doit-on interpréter ce paragraphe comme signifiant que les syndicats de praticiens deviennent de véritables entrepreneurs, devant assurer par leurs propres moyens, selon leurs directives et sous leur responsabilité, le fonctionnement médical de l'assurance ?

Autrement dit, les accords prévus entre les caisses et les syndicats de praticiens, par l'article 4, § 2, ne doivent-ils comprendre que la rédaction de la liste des praticiens entre lesquels pourront choisir les assurés et le tarif local des honoraires ? Les syndicats de praticiens auraient alors toute latitude, pour organiser le fonctionnement du service médical et pharmaceutique, pour codifier certaines règles déontologiques et, non seulement arrêter les modalités du contrôle professionnel, mais encore décider de pénalités, applicables, pour fautes corporatives, par le Conseil de famille du syndicat.

Ceci comporterait des modifications profondes dans l'exercice actuel de notre profession.

Ce seraient les syndicats de praticiens qui auraient à connaître des abus commis par certains de leurs membres ; ils auraient également à faire la chasse aux collusions entre malades et praticiens ; ils statueraient même, comme de véritables experts, au cas où une plainte serait portée contre un praticien, mettant en doute sa science personnelle, ou sa méthode de traitement.

Pareille interprétation, donnée à cet article 7 est fort grave, d'autant qu'elle autoriserait les syndicats de praticiens à s'immiscer dans le domaine de la pédagogie scientifique.

Responsable de la valeur de ses membres, le syndicat pourrait exiger de la Faculté qu'un enseignement plus rationnel, moins théorique, plus pratique et moins surchargé d'inutilités

scientifiques soit donné à ceux qui devront soigner les assurés.

Les syndicats auront également à s'entremettre avec les Facultés, pour qu'un certain nombre de maisons de cure, ou d'hôpitaux soient affectés à l'enseignement.

En acceptant d'entrer dans ces établissements, hopitaux universitaires, les malades sauraient parfaitement qu'ils serviraient à l'éducation des futurs praticiens ; mais ils se sauraient également sous l'autorité scientifique de maîtres compétents, en renom, cependant qu'ils ne seraient pas considérés comme des malades, qu'on accepte par charité, mais bien comme des clients, pour lesquels la caisse payera tous les frais de séjour.

Mais cette interprétation de l'article 7 ne doit pas être la seule. En effet, la loi ne prévoit d'accord entre la caisse et le syndicat que pour arrêter la liste des praticiens idoines à traiter les malades de l'assurance et pour déterminer le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que ceux des maisons de cure, appartenant à l'initiative privée.

Liberté est laissée, par l'article 4, § 5, pour que les prix, indiqués au tarif, soient « supportés, ou remboursés par la caisse, au choix des intéressés. »

Dois-je en conclure que, lorsqu'un syndicat de médecins décidera, d'accord avec la caisse locale, que le malade payera directement son docteur, selon le tarif personnel de ce dernier, la caisse ne sera tenue de rembourser son adhérent que jusqu'à concurrence du tarif arrêté d'accord, le syndicat sera déchargé de toute responsabilité, quant au fonctionnement du service médical, ainsi que du contrôle, prévu à l'article 7 ?

Je sais bien qu'un règlement d'administration publique aura à déterminer « les conditions d'exécution des présentes dispositions » (article 4, § 5). Néanmoins, j'aimerais que certains sénateurs, désireux de prendre part à la discussion, en séance, lorsque ce projet de loi viendra à l'ordre du jour de la Chambre Haute, puissent s'aboucher avec les délégués du corps médical, pour apporter un peu de clarté dans l'interprétation à donner au dit article 7.

On peut, en effet, comprendre le rôle des syndicats de praticiens, dans le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales, de trois manières différentes :

1° Le corps médical peut être l'employé, le salarié des caisses ; il sera traité un peu comme le corps médical des mutualités , comme celui des usines, des grandes entreprises industrielles, ou des chemins de fer, etc.

Il reçoit des ordres, qu'il exécute, mais qu'il ne discute pas. Seulement, les résultats obtenus par de pareils procédés sont peu encourageants et sont loin de donner satisfaction aux malades.

2° Le syndicat sera-t-il un entrepreneur de soins, assumant la charge de guérir les malades dans le minimum de temps, et avec le moins de frais possible ?

3° Le corps médical restera-t-il complètement en dehors de l'administration et du fonctionnement des caisses ; mais il sera un conseiller technique, donnant des avis autorisés, lorsqu'on les lui demandera. Il bornera son rôle à soigner les malades, comme des personnes de droit commun.

Je laisse aux représentants autorisés des syndicats médicaux le soin de faire connaître les décisions de leurs mandants.

Contentieux des fraudes.

A. En cas de contestation entre un malade et son médecin, en ce qui concerne l'importance de l'incapacité de travail, fixée par le praticien, ou si la caisse d'assurance désire faire examiner son malade par un autre docteur, il est prévu, à l'article 7, § 3, que l'« état du malade sera apprécié par une commission, composée du médecin traitant, d'un médecin désigné, suivant les cas, soit par l'assuré, soit par la caisse et d'un troisième médecin, choisi par les deux premiers, pour les départager. »

De la lecture de ce paragraphe, on pourrait déduire que point ne serait besoin, pour les caisses, d'avoir un médecin contrôleur. Il suffirait, à ces organisations d'assurances, de demander, à leurs contrôleurs administratifs, de leur signaler, aussi bien les manquements quelconque des assurés, que leurs observations, en ce qui concerne le service du praticien.

Au cas où la caisse trouverait nécessaire de faire contre-visiter le malade, par un autre docteur, interviendrait la modalité prévue par ledit paragraphe 3 de l'article 7.

Autre conclusion, le syndicat de praticiens n'a pas à intervenir, comme semble le demander le premier paragraphe de l'article 7, pour contrôler la manière dont le service médical est assuré.

B. Les fraudes véritables sont punies par les articles 65 et 67.

Le premier paragraphe de l'article 65 décide que : « sont passibles d'une amende de 16 à 500 francs, les assurés qui se rendent coupables de fraudes, ou de fausse déclaration, pour obtenir des prestations auxquelles ils n'ont pas droit. »

Par conséquent, suivant application de l'article 59 du code pénal, ainsi conçu : « les complices d'un crime, ou d'un délit, seront punis de la même peine que les auteurs mêmes de ce crime, ou de ce délit, sauf les cas où la loi en aurait disposé autrement, » les praticiens, qui se seraient rendus coupables d'avoir, par de fausses déclarations, aidé des assurés à tromper leur caisse, seront également frappés par les pénalités prévues au dit article 65.

L'article 67 dispose que « sera puni d'une

amende de 100 à 2.000 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par menaces, dons, promesses d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux, ou fournitures pharmaceutiques, faits à des assurés ou à des caisses d'assurances, ou à tout autre personne, aura attiré, ou tenté d'attirer, ou de retenir les bénéficiaires de la présente loi, notamment dans une clinique, ou cabinet médical, ou officine de pharmacie. »

En dehors de ces cas, réservés à la connaissance des tribunaux correctionnels, et qui souvent restent impunis (comme cela se passe pour l'application de la loi sur les accidents du travail) tous les cas simples seront réservés (article 7, § 5) à une commission tripartite, composée par tiers de représentants des caisses, des groupements professionnels et de représentants de l'office des assurances sociales.

Cette commission « est chargée de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services, ou entre eux, et de prendre toutes les sanctions nécessaires, avec appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales ».

Je crois pouvoir interpréter ce paragraphe de l'article 7, comme s'appliquant aux petits délits, ou manquements aux règles déontologiques, à moins que le législateur n'ait voulu viser que les services administratifs des assurances, laissant, en vertu du premier paragraphe de l'article 7, les syndicats de praticiens absolument libres d'organiser leur discipline intérieure, au moyen de leurs conseils de famille.

3° Organiser les contrats avec les maisons de cure.

Le législateur entend-il laisser aux caisses locales le soin de s'entendre avec les établissements publics, ou privés, qui hospitalisent les malades, pour règler les modalités d'admission et de traitement des assurés ?

Ou bien préfère-t-il, selon les termes de l'article 7, paragraphe premier, que ce soient les syndicats de praticiens qui aient la charge de cette organisation de l'hospitalisation?

C'est qu'en dehors des questions financières, se posent d'autres problèmes. L'hospitalisé, parce que malade payant, aura-t-il le droit de choisir librement le docteur qui lui donnera ses soins, dans l'établissement ? Ne faudra-t-il pas, dans les grands centres au moins, prévoir une discipline médicale, pour que l'ordre ne soit pas troublé, par les allées et venues de nombreux médecins, ayant un ou deux malades seulement, dans une grande salle de 50 lits, par exemple. *Quid* pour l'utilisation de la salle d'opérations et des services de spécialités ?

D'autre part, si les syndicats médicaux doivent prendre la responsabilité des services qui les concernent (article 7, § 1), ne faudra-t-il pas qu'ils discutent avec les caisses locales d'une part et les établissements publics, ou privés, d'hospitalisation, d'autre part, pour que ces derniers se transforment selon les données de la science moderne, alors que les caisses auront à fournir les fonds nécessaires ?

Ne faudra-t-il pas également, dans ce but, que les syndicats médicaux soient consultés, pour les modifications à apporter à la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux ?

Car, ne l'oublions pas, le législateur espère que les indigents diminueront en nombre considérable, grâce aux assurances sociales. Il conviendra donc de changer la destination des hôpitaux, qui, d'établissements charitables, fondés par des dons privés, entretenus par le budget de l'assistance médicale gratuite, deviendront, en quelque sorte, des établissements commerciaux, faisant plus ou moins la concurrence aux maisons de santé privées.

Je rappelle ici le gros problème de l'enseignement médical, qui nécessitera le concours simultané des caisses, des établissements de cure, des syndicats professionnels et des Facultés. C'est une véritable révolution dans nos conceptions actuelles, car toutes les hiérarchies, auxquelles nous sommes habitués, seront bouleversées, du fait que les malades hospitalisés devront être considérés comme des malades payants et entendront être traités comme tels.

4° Organiser la destination des bénéfices annuels.

Supposons (ce dont je doute fort) qu'une caisse d'assurance ait, en fin d'exercice, un excédent de recettes sur les dépenses.

Le 4e paragraphe de l'article 29 défend aux caisses en aucun cas, d'allouer à leurs fondateurs, administrateurs ou directeurs un profit quelconque, qui aurait le caractère d'un bénéfice commercial, d'un dividende, ou d'une rémunération, en rapport avec le chiffre d'affaires.

Excellente précaution prise contre l'égoïsme de ceux qui veulent réaliser des bénéfices individuels, au détriment de la collectivité.

Mais, quelles précautions ont été prises contre le dévouement excessif, contre le zèle exagéré de certains philanthropes qui, pour faire des économies annuelles, au seul profit de la caisse sociale, réduisent et compriment le plus possible tous les chapitres de dépenses ?

Pour accroître le capital social, pour thésauriser, certains privent la collectivité, non seulement du superflu, mais souvent de l'essentiel.

Or, en matière de soins, tant curatifs que prophylactiques, il faut souvent savoir dépenser et surtout prévoir des dépenses. C'est fréquemment

faire un excellent placement social que d'attribuer des sommes d'argent à une organisation de prophylaxie, ou à la destruction d'un taudis, lequel cependant rapporte un revenu annuel.

Je sais bien que l'article 31 détermine le mode d'emploi des sommes qui seront mises à la disposition des caisses et provenant des cotisations. Le paragraphe *e* de cet article prévoit l'acquisition de terrains ou d'immeubles, soit pour la construction, ou l'aménagement d'établissements de prévention ou de cure.

Le solde créditeur peut encore (article 33) servir à diminuer les obligations laissées à la charge des assurés (art. 4, § 5) qui sont de 10 à 15 %, pour le prix des visites médicales et de 10 % sur les frais pharmaceutiques.

Il peut également servir à augmenter la participation de la caisse aux frais médicaux et pharmaceutiques, à créer et à développer des hôpitaux, sanatoria, dispensaires, maisons de convalescence ou de retraite, gouttes de lait, terrains de jeux, et autres institutions d'hygiène sociale.

Cette conception du législateur est louable ; mais pourquoi le Sénat n'a-t-il pas prévu un conseil de techniciens, représentant tous les intérêts en présence (assurés, praticiens divers et office d'assurances), qui décideraient de l'emploi de ces bonis, au profit des bénéficiaires, c'est-à-dire des malades actuels, ou à venir ?

Il me semble que les représentants des syndicats de médecins, d'architectes, ou autres, auraient bien leur mot à dire, en ce qui concerne l'hygiène, surtout pour enrayer les fléaux sociaux, par la construction de maisons saines, claires, par la transformation d'hôpitaux selon les conceptions de la science moderne, par l'organisation de cures en plein air, de colonies de vacances, pour les enfants, plus ou moins menacés d'une tare héréditaire quelconque.

5° Organiser la prophylaxie.

C'est un corollaire de l'obligation précédente, qui incombe également à l'activité sociale des caisses d'assurances.

Enseigner l'hygiène par l'intermédiaire du corps médical, qui aura à sa disposition et sous ses ordres techniques les sages-femmes d'abord, excellentes propagandistes de puériculture (surtout si, dans les écoles et maternités, on adjoint ce chapitre d'hygiène sociale à leurs études d'accouchement), puis les visiteuses diverses, infirmières chargées de l'inspection des écoles pour le dépistage, de celle des usines et autres locaux commerciaux et industriels, foyers d'infection trop fréquents, etc.

Prévenir les maladies, c'est diminuer le nombre de journées de chômage par invalidité : c'est donc faire une économie sérieuse pour l'avenir.

Conclusions.

Arrivé au terme de ce rapide exposé de ce que pourrait être le service médical futur des caisses d'assurances, je m'aperçois que je n'ai pas abordé à fond certaines questions, telles que le mode de paiement des médecins, tant par le malade que par le « tiers payant ».

Je n'ai pas envisagé non plus le détail du fonctionnement du service médical, en ce qui concerne les certificats, l'exercice des spécialités, la nécessité des opérations, etc.

C'est que le législateur a eu parfaitement raison de ne pas faire une loi d'exception, pour le service médical, en ce qui concerne les caisses d'assurances sociales.

Il a voulu que le médecin reste attaché au malade qui l'a choisi, par les obligations de l'article 378 du code pénal, par celles de l'article 1382 du code civil, etc.

Respect des usages locaux, simplification des rapports entre médecins et caisses : à ces organismes de s'accorder avec les syndicats de praticiens pour établir des règles locales.

Cependant je me demande comment pourront faire certains confrères qui estiment que le médecin pourrait ignorer les caisses d'assurances et soigner ces malades tout comme des clients ordinaires.

Le législateur entend que le libre choix du praticien soit limité à une liste établie d'un commun accord entre caisse locale et syndicats. Il veut également que les tarifs et modalités des soins soient arrêtés par ces accords locaux.

Les syndicats médicaux seront, par la force des choses (à moins que le Sénat n'en inscrive l'obligation dans la loi) appelés à donner leur avis sur l'amodiation des hôpitaux et maisons de cure, sur la lutte contre les fléaux sociaux, sur l'emploi des bonis annuels, pour la prophylaxie, comme pour la protection de l'enfance, etc.

Les syndicats de praticiens sont encore obligés, par la loi, de désigner des représentants à la commission tripartite prévue par le paragraphe 5 de l'article 7.

Un praticien fera également partie du conseil d'administration de chaque office départemental des assurances sociales (art. 68, § 4).

L'Union des syndicats médicaux aura *in fine* à désigner trois délégués au conseil supérieur des assurances sociales (article 72).

Aussi, lorsque nous sommes réunis dans nos groupes professionnels, oublions nos conceptions politiques personnelles, pour ne songer qu'à la corporation.

Nos syndicats médicaux ne sont pas constitués pour discuter si la loi est viable ou non ; si le législateur a tort ou raison d'admettre, comme assurés obligatoires, les salariés gagnant moins de 12.000 francs, ou s'il y a lieu d'étendre, ou de

restreindre ce maximum ; si le fait de comprendre l'assurance contre le chômage, dans le cadre de la loi, ne constitue pas une incertitude pour l'équilibre financier des caisses.

Aux Comités politiques à envisager ces questions.

Pour nous, médecins, nous devons nous demander de quelle manière nous devrons nous y prendre, pour que nos malades soient soignés le mieux possible, dans le cadre des obligations imposées par la loi à intervenir.

D'ores et déjà, demandons-nous si notre puissance corporative a la possibilité de déclarer que chaque médecin, en particulier, et les syndicats, en général, pourront ignorer la loi, ou si nous serons contraints d'y obéir, tant par la force des choses, que par la concurrence confraternelle et la lutte pour l'existence.

Si le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales nous oblige à sortir de notre tour d'ivoire, comme nous en a tirés celle sur les accidents du travail et celle sur l'assistance médicale gratuite, ou sur les pensionnés de guerre, ne devrions-nous pas, dès aujourd'hui, considérer le problème comme étant résolu, c'est-à-dire supposer que la loi des assurances sociales est votée et qu'elle deviendra applicable l'an prochain (nous avons cependant encore deux ans, au moins devant nous) ?

Ne devrions-nous pas alors, dans chaque syndicat local, élaborer un projet d'accord avec les caisses d'assurances supposées à la veille de fonctionner ? Comment, pour chaque localité, comprendre le libre choix du médecin, le fonctionnement du service médical, le mode de paiement des honoraires, les arbitrages divers, l'organisation des maisons de cure et celle des hôpitaux, la création d'un service de prophylaxie et d'hygiène, la réforme des études médicales ?

Gros problèmes, qui seront demain d'actualité car, que nous le voulions ou non, notre profession constitue un rouage de la société et il nous est impossible de nous isoler du reste de la collectivité.

C'est donc vers la collaboration technique, comme donneurs de conseils et d'avis autorisés, que nous devons orienter les préoccupations de notre corporation.

Apportons une trève à des discussions théoriques basées sur des mots et mettons-nous plutôt en présence de la situation de demain : que répondrons-nous aux caisses locales d'assurances, lorsqu'elles nous demanderont de collaborer avec elles pour la protection de la santé publique ?

Pensons-y dès maintenant, de peur de nous trouver un jour en présence d'une situation juridique et professionnelle, qui nous sera imposée par un texte de loi, que le législateur aura voté, sans notre avis, si nous lui laissons croire à notre volonté de rester étrangers à la loi.

Il ne sera plus temps alors de récriminer, car force reste toujours à la loi (les gendarmes sont de son côté et à son service) : l'occasion nous est offerte de collaborer à une œuvre sociale alors qu'il sera bien difficile, la loi une fois votée, d'en faire modifier certaines dispositions.

A mon avis, la question se pose ainsi :

Ou bien nous devons rester fidèles à nos errements anciens, soigner l'individu malade et ne considérer que son seul intérêt ; mais alors, pour être logique avec nous-mêmes, il nous faut renoncer aux situations fixes de médecins appointés par les chemins de fer, les grandes administrations, publiques ou privées, interdire l'utilisation du tiers payant, en matière d'accidents du travail, de mutualités, d'assistance médicale gratuite, de pensionnés de guerre ;

Ou bien nous devons envisager une médecine sociale, adjacente à la médecine individuelle. Nos habitudes corporatives devront suivre l'évolution de la science et celle de la sociologie. Le malade sera dès lors soigné par plusieurs médecins, examiné par plusieurs spécialistes, facilement hospitalisé, pour recevoir des soins plus idoines qu'à son domicile.

A l'individu pauvre ou de condition modeste, se substituera une collectivité quelconque, mutuelle, assurance privée ou sociale, qui payera tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques, tant pour venir en aide à l'individu malade que pour protéger la santé publique et le rendement du travail de la nation.

Déjà, en droit privé, les médecins s'intéressent à la question de l'association entre confrères ; déjà se fondent des maisons de diagnostic, de cure, dues à l'initiative publique ou privée.

Aujourd'hui, en étudiant la question des assurances sociales, le corps médical doit se demander quelle situation sera la sienne, demain, lorsque la loi sera appliquée (car elle le sera un jour, que ce soit l'an prochain, ou dans cinq ans).

Foin de la politique et de la théorie, dans nos groupes professionnels : étudions le mieux-être corporatif de demain, pour que les malades soient bien soignés et que soient sauvegardées l'indépendance, la moralité, la dignité et la science pratique du médecin.

Dr Paul BOUDIN,
Docteur en médecine et en droit.

LA LOI ASSURANCE-MALADIE

Il faut sortir de l'impasse et dresser, en commun, un programme d'action.

Par le Dr Fernand DECOURT.

Sur cette redoutable, cette angoissante question du projet de loi assurance-maladie, voilà le corps médical coupé en deux « tronçons ». Que ceux-ci soient d'inégales longueurs, peu importe ! Le fait brutal est là : on va pouvoir nous opposer les uns aux autres et le Parlement, n'ayant plus, pratiquement, à écouter les avis des délégués *officiels et mandatés* de *tout* le corps médical, n'en fera désormais qu'à sa guise. Je vais plus loin : les quelques conquêtes arrachées, de haute lutte, par l'Union, à la Commission sénatoriale, seront indubitablement remises en question, lors de la discussion au Sénat. Il n'en restera que des lambeaux, grâce à cette malheureuse scission, et ces lambeaux, la Chambre se chargera de les dissiper en fumée, au souffle impétueux de la démagogie. Nous nous trouverons un beau, ou plutôt, un triste matin, devant une loi faite *en dehors de nous*, comme le furent celles analogues en Allemagne et en Angleterre. Comme nos confrères de ces pays, nous roulerons alors un lourd rocher de Sisyphe pendant des années, sans pouvoir remonter la mauvaise pente, ni arriver à ce que nous désirons *tous*, l'exercice d'une médecine loyale, saine, familiale, la seule que nous puissions admettre, dans l'intérêt même de nos malades.

Tout cela, faute d'une entente préalable. Et cependant, à part quelques modalités secondaires régionales, l'exercice normal de la médecine est *un*. Et cependant, chacun des deux « tronçons » comporte des confrères d'esprit lucide, avisé, au courant des questions syndicales de médecine sociale, désireux d'agir pour le mieux et persuadés que leur conduite actuelle a pour but de rendre service à leurs confrères ainsi qu'à leurs malades. Et cependant, il est un certain nombre d'*axiomes* sur lesquels nous sommes tous d'accord, d'ores et déjà. Et cependant, il est un certain nombre de *principes* que l'on retrouverait vivaces, sur le « tuf » de notre conscience, une fois celle-ci déblayée des amas de considérations, de verbiage et de sophismes sous lesquels ils sont ensevelis. Et cependant, ces axiomes et ces principes pourraient aisément servir de base à une ligne de conduite acceptable par tous... si on *veut*, une bonne fois, laisser de côté toute question de personnes ou d'amour-propre, toute arrière-pensée, tout entêtement.

Reprendre la question en une *assemblée générale extraordinaire de* TOUS *les syndicats*, après avoir fait, tacitement, table rase de toutes les discussions antérieures ?.. Hum ! Je crains fort que nous recommencions à patauger dans la même gabegie : discours interminables se suivant en s'efforçant de prouver exactement le contraire ou, pis encore, se répétant exactement les uns les autres ; énervement progressif des auditeurs ; interruptions de plus en plus vives et nombreuses ; puis, en crescendo, attaques personnelles volontairement cinglantes, horizon de plus en plus trouble, confusion générale — et comme conclusion, nouvelle dispersion en confrères ennemis.

Il est, par contre, une chose qui me semblerait possible : c'est cette même assemblée générale *préparée par des travaux préliminaires d'approche*, en petit comité, autour du tapis vert où se trouveraient réunis — simplement à titre consultatif, bien entendu et *sans pouvoirs* aucuns, mais avec la *volonté* d'aboutir au *front unique* — où, dis-je, se trouveraient réunis officieusement les principaux leaders qui se firent entendre, pour chaque tendance, lors de la dernière assemblée générale de l'Union.

Je vois d'ici certains confrères m'objecter « *les statuts* ». Nous sommes ici sur un terrain tout autre : il ne s'agit pas de l'*intérieur* de l'Union, mais de prendre langue, entre ceux qui sont *sortis* de l'Union et ceux qui y sont *restés*, en vue de reconstituer notre *unité professionnelle*. J'en entends d'autres s'écrier : « Impossible ! Les fossés sont trop profonds, trop larges, pour y jeter des ponts. Cette fois encore, on n'en arriverait qu'à de la bouillabaisse »...

Est-ce donc vrai ? soupirera le confrère « moyen », le confrère de la rue, de la route, de la plaine ou de la montagne qui a, jusqu'ici, prêté une oreille peu attentive, dans l'obsession de la journée à remplir, à toutes nos discussions professionnelles. Est-il donc vrai que nous sommes dans une impasse et que nos militants ne pourront jamais nous en sortir ?

Eh bien, non ! confrère « moyen ». On en sortira dès qu'on *voudra*, de tout cœur, *en sortir*.

Nous nous « battons » entre nous, sous l'œil amusé de la galerie, alors qu'au train dont vont les choses, se dessine un COMBAT POUR NOS LIBERTÉS MÉDICALES que, dès maintenant, nous nous devons à nous-même de prévoir, en établissant, sans perdre de temps notre PLATE-FORME DE DÉFENSE.

Cela, tout militant doit pourtant le sentir ! Et, avec de telles idées, nous marcherions à la bataille en ordre dispersé, pour nous faire battre ? Allons-nous oublier le splendide mouvement de

cohésion qui nous donna la victoire, lors de Loi des Pensions ? Il s'agissait alors de 2 ou 3 % de notre clientèle. Aujourd'hui c'est 75 ou 80 %... Et nous, les militants, ceux à qui nos confrères font confiance, nous ne tenterions rien, sous prétexte que les ponts sont coupés et que la réunion des deux « tronçons. » est impossible ?.. Allons donc !...

Aussi, faisant abstraction de tout ce qui s'est dit, fait et écrit, dans nos journaux ou nos bulletins, depuis la fâcheuse scission, cherchant mon bien partout où je le trouve, ne voulant pas connaître si telle idée vient de telle ou telle tendance (j'allais écrire de tel ou tel camp), je veux m'assurer que l'un et l'autre sont détenteurs de fragments de vérité. Et, causant ici entre camarades, sur le « terrain neutre » des colonnes du *Concours*, qu'on me permette d'examiner si nous ne pouvons tendre ces ponts, combler ces fossés — et dresser cette plate-forme.

***

Jusqu'ici, ce qu'on a étalé surtout, c'est ce qui nous *divise*. Aujourd'hui, cherchons à exposer, à cataloguer méthodiquement, ce qui nous *unit*.

1° Secret professionnel. — Là, nous sommes *tous* d'accord (ordres du jour Gaussel et Desrousseaux) pour demander que « *le principe de la stricte observation du secret professionnel soit inscrit dans la loi.* »

Cela va sans dire, a-t-on objecté puisque le Code pénal nous en fait une obligation. Cela ira encore mieux en le disant. Donc, pas d'objection.

2° Libre choix. — Nous sommes tous d'accord pour que le malade ait le libre choix de son médecin (et réciproquement, ne l'oublions pas) — étant entendu qu'en seront exclus, soit les indignes, soit ceux restés volontairement en dehors des accords conclus entre syndicats et caisses.

3° Tarif a la visite. — Tous d'accord pour refuser tout paiement au *forfait* ou à l'*abonnement*, comme contraire à nos principes syndicaux, solennellement affirmés à diverses reprises, à nos assemblées générales.

4° Pas de taxation du médecin. — Tous d'accord pour refuser de voir *taxer* nos honoraires sur bases *ne varietur*. Nous l'avons admis pour les pensionnés de guerre, car nous n'avons pas voulu demander quoi que ce soit aux anciens combattants ; c'est entendu. Mais, à part cela, *jamais* ! Un ministre a fait mine de le proposer au sujet des accidentés du travail. Si ce projet revenait sur l'eau, *tout* le corps médical doit se lever, comme un seul homme contre ce « fait du prince ». Et il se fera écouter, s'il est uni. Il doit en être de même au sujet des assurances sociales. *Chaque médecin doit être libre de juger de la valeur de ses soins et aussi d'augmenter ses prix suivant la situation sociale du malade.* Nous avons une profession libérale ; nous ne débitons pas une denrée qui se mesure à l'aune. Aussi, nous pouvons, ce me semble, être *unanimes* pour demander (ainsi que l'a fait déjà le Conseil de l'Union) qu'à l'art. 4, paragr. 4, soit ajoutée cette simple phrase (que je souligne pour la détacher du contexte) :

« Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après les conventions et évaluées suivant des tarifs locaux, fixant seulement la part de responsabilité des caisses, et résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les caisses et les syndicats professionnels. »

Certains confrères, je le sais, proclament: « Pas de tarif du tout ! » Mais alors pourquoi, dès que nous sommes réunis, commençons-nous par en faire pour la clientèle courante ? Pourquoi en trouve-t-on dans la salle d'attente de certains confrères ? Pourquoi presque tous les syndicats en dressent-ils et les publient-ils dans leurs bulletins professionnels, quelques-uns mêmes dans les journaux locaux ? Ces tarifs-là, ce sont toujours des *tarifs syndicaux minima* et, comme tels, ils n'empêchent nul praticien de demander davantage, à ses risques et périls, ni nul grand pontife d'en demander 4 fois plus, si le client veut, quand même, aller le consulter. Eh bien ! est-ce une utopie de penser que nous pourrions nous mettre tous d'accord pour que ce tarif syndical soit fixé par nous, modifiable suivant le prix de la vie, et inscrit dans nos contrats collectifs locaux comme tarif minimum, fixant seulement la part de responsabilité de la caisse ?

5° Ententes locales faites « en toute liberté ». — Ceci est *inexistant* dans le projet actuel, malgré l'ordre du jour Gaussel qui semble « en prendre acte », par suite d'une addition de Batier mise en mauvaise place et qui aurait dû se trouver plus bas, dans les « demandes ». Et c'est inexistant depuis que le *nouveau* texte de l'art. 4, paragr. 5, dit :

« La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la caisse entre 10 et 15 % et réalisée pour la visite à l'aide d'un ticket... »

Là encore, nous pouvons être *unanimes* pour repousser ce ticket avec pourcentage. Non pas pour le repousser dans *tous* les cas (que les syndicats, voulant ce *modus agendi* le prennent !) mais *pour refuser qu'il soit inscrit dans la loi elle-même*, parce que restrictif de la *liberté* d'entente locale que nous *voulons*.

Oui ; des « ententes locales en toute liberté. » Voilà où peut se faire l'unanimité du corps médical et voilà encore un point à caser sur notre plate-forme de défense professionnelle.

Je ne vois pas qui, parmi nous, de droite ou

de gauche, pourrait s'en montrer l'adversaire, à moins de répudier ce que nous avons si souvent proclamé sur l'*autonomie des syndicats*, surtout après le vote émis en 1922, *à l'unanimité*, au sujet précisément de cette loi assurance-maladie à laquelle « l'Union pourrait collaborer sur les bases suivantes : libre choix, tarif à la visite *suivant les prix des syndicats*, paiement intégral des honoraires par le malade ou par la caisse *suivant le désir des syndicats.* ».

Et alors, plus de ces discussions bysantines sur le *tiers payant*, le *paiement direct*, l'*entente directe*. Plus de ces professions de foi *ex cathedra* — où chacun met ce qu'il veut, en toute sincérité, tandis que le voisin y trouve autre chose... En toute liberté, cela veut dire que le syndicat de Somme-et-Garonne aura le droit, si cela lui plaît, de faire un contrat avec sa caisse, comportant tiers payant, contrôle, sanctions, etc. ! Par contre, le syndicat de Loire-et-Var aura le droit de se cantonner dans l'entente directe la plus absolue et de mettre, dans son contrat avec la caisse, que chaque confrère est libre de faire ce qu'il veut.. ; « tyrannie syndicale » (style du Bulletin vert), « anarchie » (style du Bulletin rouge), ces craintes contraires amèneront peut-être certains à souffler amicalement à d'autres, à l'occasion : « Réfléchissez bien, là-bas, dans votre coin. Vous savez ? Comme on fait son lit, on se couche. » S'ils restent sourds, ils auront le droit de tenter l'expérience. Et d'ailleurs, celle-ci ne durera pas : je suis persuadé que ces extrêmes (supposés) auraient bien vite fait de rallier le gros des troupes, dans le juste milieu.

Donc, *suppression de l'art.* 4, *paragraphe* 5, ACTUEL, c'est entendu. Mais nous ne sommes pas seuls. Et même, la loi n'est pas faite pour nous, mais pour les futurs assurés. Enfin, pour éviter les *abus*, nous sommes *tous* d'accord pour admettre que l'assuré doit *supporter une part* des frais de maladie, principalement de ceux de visite et consultation simple. Dès lors, quelle objection y a-t-il à laisser subsister l'ANCIEN texte de pourcentage ?

> « Leur montant (des diverses prestations) est *remboursé* par la caisse à l'assuré ou *supporté* par elle jusqu'à concurrence de 85 %... Le règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles *des avances sur les frais médicaux* et pharmaceutiques pourront être consenties par les caisses aux assurés qui en feront la demande. »

N'est-ce pas la mise en pratique — au choix des contrats locaux — du tiers payant ou du paiement direct ou de l'entente directe absolue en *combinant nos deux paragraphes* 4 *et* 5 *réclamés*. Le pourcentage de 85 % *ne nous regarde en rien* : c'est affaire entre la caisse et son assuré (le voilà, le contrat à deux du texte Desrousseaux : *ici*, cela va tout seul). Ce que nous savons, nous, *après* ces deux changements des paragraphes 4 et 5 c'est que :

a) Nous garderions la liberté de nos honoraires ;

b) Nous pourrions faire payer notre client directement.

Mieux encore : si la maladie le laisse à court d'argent, il sera en droit de demander à la caisse « une avance sur ses frais médicaux ». Là encore, confrères, ne pourrions-nous pas nous mettre *tous* d'accord ?

5° ORGANISATION DE SOINS. — Sur ce point, il convient de signaler une différence entre les Ordres du jour Desrousseaux et Gaussel. « *Pas d'organisation de soins* ! » proclame le premier « *Contrat pour ce qui a trait... au service médico-chirurgical...* » déclare le second. Y aurait-il conflit ?... Nullement, confrères, car la différence n'est heureusement qu'*apparente*. En effet, Desrousseaux dit plus bas : « Les questions d'hospitalisation et de gestion des caisses devront être étudiées dans le plus bref délai ». Alors, Desroussistes et Gausselistes, amicalement réunis, peuvent donc étudier ces questions médico-chirurgicales d'hospitalisation et de gestion de caisses, questions *techniques* regardant bien, en effet, le corps médical, qui se doit, à lui-même de *prendre officiellement position* à *ce sujet*.

Et cela est, pour nous, de première importance. L'art. 6 du projet de loi dit, en effet :

> « L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention *dépendant de la caisse* d'assurance dont il reçoit les secours en cas de maladie. »

De grâce, confrères, ne laissons pas, *ici*, s'établir ce dangereux « contrat à deux entre l'assureur et l'assuré ». Il faut y introduire toute la corpulence du corps médical. Car, de ce « droit » pour l'assuré, nous en connaissons l'antienne ; nous avons vu fonctionner les dispensaires du Comité national, avec *ses* tuberculeux, *ses* médecins, *ses* infirmières visiteuses, etc... Même pour les *pensionnés de guerre*, ceux-ci ont dû « profiter du droit » aux consultations dans les dits dispensaires — s'ils voulaient toucher les suppléments de pensions, accordés aux 100 % ne travaillant pas. Pour avoir leur argent, il leur faut aller, en effet, se faire contrôler, apostiller, timbrer, tous les x jours, dans le dispensaire le plus proche..., même lorsqu'ainsi que je l'ai raconté dans le *Concours médical*, pour un tuberculeux de chez moi (1), celui-ci est obligé de faire, aller et retour, en chemin de fer, cent vingt kilomètres, pour faire signer son papier d'orthodoxie.. Et on voudrait que les caisses aient le droit de dresser des dispensaires, des cliniques à

(1) Cf. *Concours médical* du 23 août 1925 : **Les beautés de la dispensairomanie.**

leur guise, *même à nos portes*, avec *leurs* médecins et *leurs* infirmières visiteuses. ? Ah non ! confrères, étudions tous ensemble cette question dans le plus bref délai, comme dit Desrousseaux, et *pas d'organisation de soins sans nous*, comme le demande Gaussel.

Et voilà encore une des pièces principales et *unanimement* reconnue, de notre plate-forme de combat.

6° CONTROLE. — Il en faut un. J'irai même aussi loin que nos confrères de Roubaix-Tourcoing : *il en faut deux.* Là encore, je crois que nous allons être tous unanimes. Oui, deux : Le premier exercé *par la caisse* sur ses malades, comme c'est son droit, et même son devoir. Le second exercé *par le syndicat* médical sur ses propres membres : *contrôle professionnel moral*, ainsi que nous l'a expliqué magistralement Desrousseaux à la tribune — et suivant la formule même, qu'il y a 4 ou 5 ans je développais si longuement dans le *Concours*. Mais je n'ai jamais eu l'amour-propre d'auteur et je ne tirerai même pas gloire de ce que, depuis des années, c'est ce genre de contrôle que nous employons chez nous, en Seine-et-Marne, pour l'A.M.G. : contrôle destiné à attirer l'attention du confrère sur un premier « faux pas » afin de l'empêcher de glisser plus loin... Tous d'accord, n'est-ce pas ?

5° CONTESTATIONS. — Cela ne me paraît pas difficile à règler. Il est nécessaire, en effet, que caisse, malade, médecin ou pharmacien, puissent au besoin être cités devant un *organe spécial* sans aller, tout de suite, devant le tribunal correctionnel. Que cet organe s'appelle *commission*, que celle-ci soit *tripartite* ou non, peu importe, à condition que chacun y ait droit de libre défense et, ensuite, d'*appel*, si besoin est. D'ailleurs, si un confrère de Lille, de Perpignan ou de Quimper était victime d'une injustice signalée par son syndicat, croyez-vous donc que nous ne serions pas là, le corps médical tout entier, pour le soutenir d'un même élan et lui faire obtenir justice ?

Qu'importe que dans telle ou telle commission, nous ayions peu ou prou de « délégués médicaux » ? Si, dès le premier jour, ils se posent en défenseurs exclusifs du bon droit et de l'équité contre le coupable — quel qu'il soit — soyez bien assurés que, si petit soit leur nombre, ils seront *toujours* écoutés et suivis... Le nombre n'est rien en ces sortes de choses. Le principal pour nous, dans cette histoire d'assurance-maladie, est de *n'être absent de nulle organisation de caisse*. Les absents ont toujours tort. Là encore est un pion de l'échiquier à disposer sur notre plate-forme de combat...

***

Eh bien, confrères, tout en bavardant amicalement, ainsi entre nous, tout en paraissant volontairement « laisser courir notre plume, la bride sur le cou » comme disait la marquise, ne trouvez-vous pas que nous n'en venons pas moins d'esquisser un *programme* ? Assaisonnez-le de bonne volonté, saupoudrez-le du désir d'entente, ne croyez-vous pas qu'on pourrait en faire quelque chose, au lieu de se dresser en deux camps et de s'invectiver à la façon des héros d'Homère ?

J'en appelle ici à tous les lecteurs du *Concours*. J'en appelle à tous les militants de la défense professionnelle. J'en appelle à tout le corps médical. Voulez-vous que, de commun accord, nous tentions de créer un vaste mouvement de cohésion et de concorde ?

Que chacun de nous, dans son coin, soit le bon ouvrier de l'entente : tous, même ceux qui, jusqu'ici ne se sont guère occupés de défense professionnelle, dans la bousculade chronique de leur labeur journalier. Je suis certain que si tous ceux-là, qu'ils soient de ville, de province ou de campagne, voulaient faire un geste, ILS POURRAIENT NOUS OBLIGER, NOUS AUTRES MILITANTS, A REFAIRE L'UNION DU CORPS MÉDICAL.

Il faut, pour notre avenir, pour celui de nos enfants, qu'un profond mouvement en vue du *redressement de la situation* se dessine au plus tôt.

Demandez à vos leaders, à vos conseillers habituels, à vos militants que vous aimez, que vous écoutez, que vous suivez, demandez-leur de SE DÉCLARER PRÊTS A VENIR CAUSER, en d'intimes et amicales réunions, AVEC LEURS ANTAGONISTES DE DÉCEMBRE, en vue de jeter les bases d'une ATTITUDE UNIQUE des praticiens français devant le Parlement, au sujet de cette foi assurance-maladie.

Ensuite... dans quelques six semaines, par exemple, nous n'aurions plus qu'à faire une assemblée générale de *tous* nos syndicats. Alors, le corps médical s'étant ressaisi, sera assuré, cette fois, d'être écouté par les pouvoirs publics sur toutes ses légitimes revendications. Et ce sera justice, car celles-ci, en somme, sont basées sur le bien des malades, de façon à assurer, dans le cadre de ces lois sociales nouvelles, la continuation d'une technique médicale toujours en progression, dans une pratique journalière évoluant au milieu d'une atmosphère pure, saine et familiale.

Dr Fernand DECOURT.

P. S. — Je me propose aux militants pour centraliser les réponses. Puisse mon appel être entendu et refaire l'union du Corps Médical !

MUTUALITÉ FAMALIALE

Il faut y adhérer. Comment j'y suis entré.

Notre secrétaire général vient de publier sous le titre *Imprévoyance* un substantiel article que tous devraient méditer.

Me permettra-t-on à moi, vieux sociétaire de la Mutualité Familiale, de lui envoyer, au nom de tous un bien cordial merci et de lui dire combien nous apprécions ses efforts incessants en faveur de l'œuvre ?

Me permettra-t-on, à moi qui suis bénéficiaire de cette organisation admirable, de dire comment j'ai été amené à lui donner mon adhésion et comment, lors des jours sombres, je fus heureux d'avoir cédé aux suggestions qui me furent donnés jadis.

Au lendemain de ma thèse inaugurale, cela remonte déjà à 1904, je m'empressais d'entrer au syndicat de Lot-et-Garonne. Ce syndicat, on le sait, a des statuts tout particuliers qui lui ont permis, après la campagne menée par le Dr Torte, de créer dans son sein une véritable compagnie d'assurances pour ses membres ; mais, en 1904, il n'était encore question de rien : c'est le Dieu Hasard qui me fit causer du *Concours médical* et de ses filiales avec le Dr Guy, de Villeneuve-sur-Lot.

C'était, il m'en souvient, sur cette admirable route d'Agen dont les arbres semblent être autant d'amis pour le voyageur, et le Dr Guy s'efforçait de me convaincre de la nécessité où était le jeune médecin, au début de sa carrière, de s'assurer dans la mesure du possible contre les risques d'une existence qui est toujours en butte à l'accident brutal de la contagion, d'une piqûre septique, d'une brûlure, que sais-je encore ?

Et moi, de lui récapituler toutes les dépenses indispensables auxquelles devait se soumettre le médecin au début de son installation : moyens de transport, mobilier décent, domesticité, assurance contre l'incendie, instrumentation, abonnement aux journaux scientifiques et professionnels, etc., etc. et la somme, même aux temps heureux où le franc était tout simplement de l'or, faisait un total assez impressionnant, d'autant qu'il fallait attendre le client éventuel ,alors qu'on se créait soi-même, de toutes pièces, son propre nid. Fallait-il donc sortir encore des billets pour s'assurer contre la maladie qu'on ne prévoyait pas, contre l'accident qu'on croyait impossible, contre la vieillesse qu'on voyait si loin, si loin... ? Encore une charge budgétaire pour le jeune médecin qui n'est guère riche que de ses espérances et de ses illusions.

Mais le Dr Guy sut trouver des arguments qui finirent par me convaincre : je demandai au *Concours médical* tous documents utiles et, quelques semaines après, par une après-midi, je gagnais Villeneuve-sur-Lot, où le Dr Guy examina « et mon anatomie et ma physiologie ». Il faut croire qu'il ne trouva ni l'une ni l'autre par trop déficientes puisque je devins, après le prononcé statutaire, membre de la Mutualité Familiale.

Quelques années s'étaient à peine écoulées qu'un accident aussi stupide qu'imprévu vint m'obliger à renoncer complètement à l'exercice actif de la médecine à la campagne. Je devenais bénéficiaire de la Mutualité Familiale !

Tout a été dit sur les conditions dans lesquelles a été créée cette société : le trésorier, le secrétaire général ont insisté sur son organisation, sur son fonctionnement, sur les avantages que présentent ses diverses combinaisons... mais ce qu'ils n'ont pas dit et ce qu'il appartient aux sociétaires et aux bénéficiaires surtout de dire, c'est qu'ils ont trouvé à la Mutualité familiale non seulement l'aide matérielle à laquelle ils s'attendaient, mais aussi l'aide morale qui les a réconfortés.

J'ai précieusement conservé les lettres qu'en 1913 m'écrivait le Dr Gassot : le mandat qu'elles contenaient était certes reçu avec reconnaissance, mais combien plus encore les délicates paroles qui l'accompagnaient ! Quel réconfort émanait de ces lignes qui faisaient espérer en un avenir meilleur, qui assuraient que la Mutualité familiale ne faillirait jamais à son devoir et que, du reste, le droit de tout sociétaire à son indemnité n'avait, en aucun cas, l'allure d'un don de charité (encore que cette charité n'eût rien eu de désobligeant venant de confrères dévoués) mais d'un droit acquis par le versement de cotisations sérieusement étudiées à l'avance.

Et cette étude des cotisations par des compétences n'est pas un des moindres avantages qu'offre la Mutualité. Si l'on veut bien considérer que périodiquement son bilan est vérifié par un actuaire des plus qualifiés, on conviendra que sa solidité ne peut être contestée.

Voici 33 ans que la Mutualité Familiale fonctionne : malgré les changements économiques, malgré la guerre au cours de laquelle bien des sociétaires suspendirent le paiement des cotisations, elle a toujours continué à verser chaque année 110.000 à 125.000 francs d'indemnités à ses participants. Je me souviens que dans les premiers jours d'octobre 1914, malgré le moratorium qui fermait les guichets des banques, ses indemnités arrivèrent comme toujours aux ayants droit.

Ne croit-on pas que si la Mutualité Familiale

n'était pas assise sur des bases absolument sûres, elle n'eût pas traversé sans encombre ces graves difficultés ?

En 1894, lors de la fondation de la Mutualité Familiale, le médecin n'était pas éduqué comme il l'est aujourd'hui, et s'assurer paraissait être une chose extraordinaire. En faisant pénétrer peu à peu dans la masse des praticiens l'idée d'assurance et l'idée de mutualité, ses fondateurs ont bien mérité du corps médical.

Qui veut s'en rappeler ? Eh bien, j'estime qu'il nous appartient à nous, qui depuis bientôt vingt-cinq ans appartenons à ce groupement, de dire à tous nos confrèrese : « N'oubliez jamais que c'est à vos confrères, à vos amis du *Concours médical* que vous devez d'avoir pu assurer vos jours contre l'accident, la maladie, la vieillesse, la mort. »

Rien, absolument rien de ce qui existe ne peut remplacer la Mutualité Familiale : seule elle est ouverte à tous les médecins sans aucune exception, quelle que soit leur situation, quelle que soit leur résidence. Elle s'impose à nous. Elle est nôtre. Si elle n'existait pas, il faudrait la créer.

Et c'est pour cela que, moi qui ai pu en apprécier tous les bienfaits, je dis hautement qu'on ne saurait la méconnaître, que c'est un devoir pour tous de venir à elle, que c'est être coupable vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis des siens que de la dédaigner. Je sais, parmi les bénéficiaires, des confrères qui ont reçu en indemnités dix, quinze, vingt fois ce qu'ils ont versé en cotisations. Et je sais des chroniques pour qui la somme trimestriellement reçue est une joie véritable tant elle est nécessaire.

Mais supposons pour un instant que jamais vous ne deviez avoir besoin d'elle, supposons que jamais vous ne deviez regretter de ne pas vous être assurés contre les risques professionnels, ne croyez-vous pas, confrères, qu'en adhérant à la Mutualité, vous n'aurez pas fait œuvre utile en permettant à de moins heureux que vous de ne pas souffrir des souffrances que je vous souhaite de ne connaître jamais.

Un certain nombre d'entre vous ignorent peut-être que nos confrères Gassot et Mignon se sont consacrés bénévolement à la marche et à la prospérité de la Mutualité Familiale, qu'ils ont employé à la conduire de succès en succès des jours et des jours, qu'ils en ont fait l'œuvre véritable de leur vie... écrivez-leur, ils vous documenteront avec l'affabilité la plus grande, ils vous conseilleront si vous le désirez, et, soyez-en sûrs, vous leur en aurez plus tard la reconnaissance la plus vive.

Confrères,

J'ai laissé parler mon cœur, je vous ai dit le fond de ma pensée, laissez-moi espérer que je n'aurai pas crié dans le désert.

Raymond Molinéry.

VARIÉTÉS

Le diagnostic par l'odeur

(d'après Cabanès : *Les curiosités de la médecine* : *Les cinq sens* : Chap. de l'Odorat E. Le François, édit. Paris 1926.)

Un diagnostic médical exact ne peut s'établir qu'au moyen de signes physiques perçus par les sens du médecin, sens à l'insuffisance desquels des instruments perfectionnés peuvent remédier en augmentant leur puissance de perception.

La vue dont le domaine s'est étrangement étendu par le microscope et la radiographie, l'ouïe qui, par l'auscultation, est d'une utilité si grande dans l'examen des malades, le toucher avec la palpation et la percussion sont les trois sens dont les données associées permettent d'établir le diagnostic que les signes subjectifs fournis par le malade laisseraient imprécis et souvent erroné.

Le goût et l'odorat n'ont guère été sérieusement utilisés jusqu'alors. Nous ne parlerons pas du goût, mais l'odorat ne doit pas être, à notre avis, absolument dédaigné. Il peut donner et donnera sans doute plus tard de nouveaux renseignements précieux qu'utiliseront les cliniciens de demain pour étabir le diagnostic. Jusqu'à ce jour, l'on en est trop souvent resté, en ce qui concerne l'usage de l'odorat, à la formule du pharmacien qui, lorsqu'il rédige les résultats d'une analyse d'urine, inscrit plaisamment en face de la mention : *odeur* ; la réponse quelque peu comique : *Sui géneris*. Cela peut suffire à satisfaire un client ignorant, mais le médecin ne relève pas sans pitié pareille niaiserie.

Dans la partie d'un de ses volumes sur les *Curiosités de la médecine* que Cabanès consacre aux *cinq sens* et où il traite de l'*odorat*, il aborde la question, bien peu étudiée, du *diagnostic par l'odeur*. Ce serait certes là le sujet d'une belle thèse et qui sortirait des banalités courantes.

Tout le monde connaît la vaste érudition de Cabanès, l'étendue presque inconcevable de sa documentation, les anecdotes curieuses, les renseignements innombrables touchant aux à-côtés médicaux de l'histoire qu'il a su recueillir avec méthode et classer avec soin pour s'en servir à

toute occasion. Nos lecteurs pourront admirer, une fois de plus l'érudition de ce Pic de la Mirandole contemporain par ce court résumé des quelques pages que notre ami a consacrées dans son dernier livre au diagnostic par l'odeur.

***

L'odorat est un auxiliaire précieux dans nombre de professions ; les dégustateurs de vins, les marchands de thé ou de houblon, les droguistes, les négociants en tabac, les parfumeurs, etc., exercent leur odorat et tirent des renseignements qu'il leur donne les conclusions techniques les plus utiles. Il devrait en être de même pour le médecin. Il est vrai que ce dernier n'a guère à flairer que de bien mauvaises odeurs, ce qui doit diminuer son enthousiasme à se servir de l'odorat, mais qu'importe. Il ne serait pas inutile d'habituer les jeunes étudiants en médecine à éduquer leur nez, comme ils exercent leurs oreilles pour l'auscultation ou leurs doigts pour la palpation. « L'odorat est le sens de l'imagination », a dit Jean-Jacques Rousseau. Il a émis là une de ces contre-vérités dont il était coutumier. Certes, l'odorat est susceptible d'illusions et d'erreurs comme tout ce qui est humain, mais pas plus que les autres sens. Lorsqu'en parlant d'un clinicien on affirme qu'il a du flair, on ne fait pas seulement une métaphore. D'ailleurs, un médecin distingué, le Dr E. Monin, a pu écrire un très intéressant opuscule sur *les odeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie* (Paris, 1886).

Certains ont une finesse de l'odorat surprenante. Cadet de Gassicourt citait une personne qui, à l'odeur, pouvait distinguer un homme d'une femme et il est des médecins qui « flairent » la période menstruelle chez leurs clientes, ce qui, pour certaines femmes, n'exige pas une grande délicatesse d'odorat.

L'enfant qui tette a une odeur aigrelette d'acide butyrique qui s'atténue ou disparaît au sevrage.

Une odeur analogue existerait à l'époque de la puberté.

L'odeur nauséabonde que dégagent les aliénés est bien connue de tous ceux qui les soignent. Mac Cossy, Narabayoshi Asajero, Fèvre (de Toulouse) et bien d'autres aliénistes se sont intéressés à cette question. Souvent, l'odeur fétide de l'aliéné s'atténue quand il s'améliore et disparaît quand il guérit.

Marcel Briand a relaté l'observation d'un épileptique dont l'aura consistait en un dégagement d'odeur putride qui disparaissait quelques minutes après l'accès.

L'hypochondriaque sentirait vaguement la violette, le choréique sentirait le pin ; certains hystériques, l'ananas (Hammond, de New-York) ou même une odeur d'iris, due au dégagement d'éther butyrique.

D'après Mac Cossy (*Medical Times*), l'on pourrait, en s'exerçant, diagnostiquer par l'odeur la rougeole, la diphtérie, la tuberculose. Le teigneux exhalerait une odeur de souris, la péritonite tuberculeuse dégagerait une odeur de musc. Le fiévreux vulgaire sentirait l'ammoniaque ; tandis que le fiévreux paludéen sentirait le pain fraîchement cuit.

L'odeur des femmes hystériques, s'il faut en croire le *Vratch russe* (nº 6, 1902), varierait entre l'ananas et la violette. Le goutteux sent le petit lait (Sydenham), l'ictérique dégagerait un parfum musqué (Boerhaave), l'enfant atteint du carreau, une odeur vinaigrée (Winslow) ; la cystite donnerait une odeur urineuse (Monin), la syphilis, un parfum mielleux (?) (Cullerier).

L'odeur de la scrofule serait celle de la bière aigre (Stark), celle du diabète, parfois de l'acétone ; celle du choléra, de l'ammoniaque (Dresch) celle de la peste à son début serait mielleux comme celle de la syphilis (Diemerbroeck). La sueur du dysentérique a l'odeur de ses déjections (Masselon et Folet), celle des typhoïdiques a l'odeur du sang (Béhier, Frédéric Bérard) ; celle du rhumatisant est aigrelette (acides acétique et formique).

Le malade, atteint de suette miliaire, sentirait l'huile rance ou le moisi, ou la paille pourrie (Lepecq de la Clôture).

L'odeur du varioleux diffère de celle du rubéolique. L'eczéma impétigineux, l'acné sébacée, le rupia, le pemphigus ont des odeurs différentes, tantôt fétides, tantôt fadasses. La teigne faveuse dégage un parfum comparé à celui d'une couvée de souris (Hardy), à celui de l'urine de chat (Biette) à l'odeur de marécage (Alibert).

L'haleine nasale a une odeur fade dans le coryza aigu (Monin). L'ozène essentiel sent le marécage (Tissot) ; l'ozène scrofuleux sent la punaise écrasée ; l'ozène syphilitique a une odeur spermatique ou de merlan frais. Dans la diphtérie, l'haleine nasale a une odeur intermédiaire entre celle de la gangrène et celle de la punaise.

L'haleine de la bouche, presque inodore chez le sujet sain, prend souvent un vague parfum de moisi chez la femme durant la menstruation.

Dans la fièvre puerpérale, l'haleine buccale sent aigre ; dans la manie aiguë, elle sent la souris ; dans l'urémie, le poisson avancé ; dans la pneumonie de l'enfant, le chloroforme ; dans la dysenterie, le cadavre ; dans le choléra, l'haleine est cuivreuse ; dans la fièvre typhoïde, elle est fétide.

Esquirol avait remarqué que lorsque, dans la manie aiguë, l'haleine n'était pas fétide, le pronostic était meilleur. Grellety, Dubouée (de Pau) ont attribué aux diabétiques une haleine vineuse, vinaigrée, de bière aigre, en somme d'a-

cétone. Durand-Fardel a considéré l'haleine fétide chez le diabétique comme d'un fâcheux pronostic. Si elle devient ammoniacale, ce serait le prélude de l'urémie.

Les abcès du foie, l'ictère grave, selon Charles Robin, donnent des odeurs de macération anatomique ou fécaloïdes.

Le parfum de l'ail ou du raifort se manifesterait chez les enfants qui ont des ascarides et dans l'apoplexie pulmonaire. Le sphacèle du poumon dégage une odeur analogue à celle du plâtre récemment gâché. Ferran (de Barcelone) prétendait que les crachats de certains tuberculeux dégageaient une odeur spéciale analogue à l'odeur de sperme humain, due à une forme saprophytique du bacille de Koch.

Tous les médecins connaissent la fétidité de l'haleine dans la plupart des stomatites.

Le Dr Tavignot (de Toulouse) a doté le glaucome d'une odeur safranée.

Les crachats dégagent une odeur d'une fétidité épouvantable chez les malades atteints de gangrène pulmonaire dont l'haleine asphyxierait les mouches. Si l'odeur s'atténue, d'après Trousseau, l'on peut espérer avoir affaire à une forme curable.

Leyden a comparé l'odeur des crachats d'empyèmes, vidés par les bronches, à celle du vieux fromage, du petit lait fermenté.

L'odeur des vomissements a aussi une valeur séméiologique. Dans le catarrhe gastrique, ils ont l'odeur d'huîtres ; s'ils sont bilieux ils dégagent un parfum musqué ; dans le choléra, les vomissements riziformes sentent le sperme ; dans les empoisonnements, l'odeur des substances vomies peut aider à déceler la nature du toxique. Trousseau insistait sur les renvois sulfhydriques au début de la goutte. Les éructations dans le cancer de l'estomac sentent le chou pourri ou l'œuf couvé (Monin) L'odeur, cependant si repoussante, des matières fécales a intéressé les grands cliniciens de jadis, les Roger, les Parrot, les Briquet.

L'odeur de l'urine est encore variable. Dans les fièvres graves, les urines alcalines se putréfient très rapidement. Dans la diète, l'urine exhale une odeur phosphorée. Dans le cancer de la vessie, l'urine sent le purin ou la lavure de chair ; elle sent l'hydrogène sulfuré chez le prostatique. Dans l'albuminurie, l'odeur urineuse est comparée à celle du bouillon de veau, du bouillon de bœuf aigri, du pain bouilli (Albert Robin). Chez certains malades dont le rein fonctionne mal, l'odeur de l'urine n'est pas altérée par l'ingestion des asperges.

L'odeur du pus de bonne nature qualifiée de fade et nauséeuse depuis Hippocrate, se modifie selon l'organe qui donne lieu au foyer de suppuration ou qui l'avoisine.

Les médicaments ingérés modifient l'odeur des sécrétions et des exhalaisons. L'huile de foie de morue donne une odeur propylamique ; la liqueur de Fowler rend fétide la sueur axillaire ; le santol, la térébenthine donnent aux urines l'odeur de violettes ; le phosphore de zinc rend la sueur alliacée. L'alcoolique dégage une odeur aldéhydique. L'ingestion dn fer réduit par l'hydrogène provoque des éructations sulfhydriques.

***

Cette longue énumération montre qu'il serait possible de tirer partie en clinique des données fournies par l'odorat.

Certes cela demanderait des observations minutieuses et nombreuses et l'on devrait encore tenir compte de la subjectivité des sensations de l'observateur. Mais un chapitre, sinon un livre, de séméiologie pourrait être écrit sur le diagnostic par l'odeur et nous devons remercier Cabanès, ici nouveau Méphistophélès (1), d'avoir, dans son ouvrage bourré de renseignements intéressants, attiré l'attention sur ce sujet.

J. NOIR.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration

Admissions.

7.124 MOLINES, Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), Association générale des médecins de France.
7.125 TOFFIN, Noyon (Oise), Association des médecins de l'Oise.
7.126 BAILLAT, Belmont (Loire), Syndicat de la Loire.
7.127 COFFIN, Ault (Somme), Syndicat d'Abbeville.
7.128 CLÉMENT, Cérilly (Allier), Parrains : Drs Regerat et Virmont.
7.129 LEMARCHAND, Le Havre (Seine-Inférieure), Syndicat du Havre.
7.130 FORESTIER, Aix-les-Bains (Savoie), Association de la Savoie.
7.131 BUTTNER, Marseille (B.-du-R.), Parrains : Drs Lop et Lombard.
7.132 PORRE, Marseille (B.-du-R.), Parrains : Drs Lop et Lombard.
7.133 DESBONNETS, Roubaix (Nord), Syndicat de Roubaix.
7.134 REVEL, Cransac (Aveyron), Syndicat du Bassin houiller de l'Aveyron.

(1) Mephistophilès signifie ami des mauvaises odeurs

7.135 Mlle Balaban, 13, rue des Lyonnais, Paris, Association française de femmes médecins.
7.136 Legoy, Gallardon (Eure-et-Loir), Syndicat de Chartres.
7.137 Lefort, Arbois (Jura), Association des médecins du Jura.
7.138 Timsit, Alger (Algérie), Syndicat d'Alger.
7.139 Marteville, Romorantin (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher).
7.140 Lebeau, Charny (Yonne), Syndicat de Joigny.
7.141 Serpentier, La Grand'Combe (Gard), Syndicat d'Alais.
7.142 Durieux, La Rochette (Savoie), Syndicat de la Savoie.
7.143 Rigot, St-Jean-de-Thomas (Manche), Syndicat de la Seine.
7.144 Chavannaz, 12, rue Ferrère, Bordeaux, Association des médecins de la Gironde.
7.145 Barbier, 34, rue de Vaugirard, Paris, Syndicat de la Seine.
7.146 Vaquier, Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise), Syndicat du Raincy.
7.147 Fouchon-Lapeyrade, Berck-Plage (Pas-de-Calais), Parrains : Drs Molinéry et Bouquier.
7.148 Fodiman, Labastide-Rouairoux (Tarn), Syndicat de Castres et Lavaur.
7.149 Hebrard, 47, rue de Boulainvilliers, Paris, Syndicat de la Seine.
7.150 Dusauls, Bagnols-sur-Cère (Gard), Parrains : Drs Arène et Arnaud.
7.151 Barthe, St-Agnant-le-Marais (Charente-Inférieure), Syndicat de Rochefort-sur-Mer.
7.152 Azema, Aulnay-sous-Bois (Seine-et-Oise), Association de la banlieue Nord et Ouest.
7.153 Bérard, Argent-sur Sauldre (Cher), Syndicat du Cher.
7.154 Roudouly, 88, rue de Sèvres, Paris, Parrains : Drs Gassot et Duchesne.
7.155 Brunet, Béthune (Pas-de-Calais), Parrains : Drs Bazin et Périchon.
7.156 Rey, Chabons (Isère), Syndicat de la Tour-du Pin.
7.157 Lahonda, Bedous (Basses-Pyrénées), Parrains : Drs Poey-Noguez et Magendie-Husté.
7.158 Agostini, Cassis (Bouches-du-Rhône), Syndicat des Bouches-du-Rhône.
7.159 Turquand, Tourcoing (Nord), Syndicat de Tourcoing.
7.160 Hernu, Saint-Quentin (Aisne), Syndicat de l'Aisne).
7.161 Pfeiffer, Compiègne (Oise), Syndicat de l'Oise.
7.162 Henry, Malakoff (Seine), Association confraternelle des médecins français.
7.163 Taviani, Ajaccio (Corse), Syndicat de la Corse
7.164 Gotteland, Firminy (Loire), Syndicat de la Loire.
7.165 Godeau, Lignières (Cher), Syndicat du Cher.
7.166 Cadet, Tourlaville (Manche), Syndicat de l'arr. de Cherbourg.
1.167 Emanuel, 159, rue de la Pompe, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.168 Pitavy, Arlanc (Puy-de-Dôme), Syndicat d'Ambert.
7.169 Boudier, St-Rambert-d'Albon (Drôme), Syndicat du Nord de la Drôme.
7.170 Briery, St-Germain-Laval (Loire), Syndicat de la Loire.
7.171 Pointud, Pierrepont (Meurthe-et-Moselle), Parrains : Drs Stern et Basile.
7.172 Rathelot, 60, boul. de la Paix, Marseille, Syndicat de Marseille.
7.173 Sicard, Montpellier (Hérault), Parrains : Drs Parès et Aimes.
7.174 Morel, Le Perreux (Seine), Syndicat de la banlieue-Est.
7.175 Thin, 11 *bis*, rue Jules-César, Parrains : Drs Seguin et Pradignat.
7.176 Couturier, Grenoble (Isère), Syndicat de l'Isère.
7.177 Tesseyre, Bougival (Seine-et-Oise), Syndicat de l'arrondissement de Versailles.
7.178 Colin, Trieux (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
7.179 Nouguin, Vaucouleurs (Meuse), Syndicat de la Meuse.
7.180 Grimberg, 74, rue Blanche, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.181 Herpin, 97, boul. Haussmann, Paris, Société de Stomatologie.
7.182 Gaillard, Sanary (Var), Syndicat de l'arrond. de Toulon.
7.183 Ardillaux, Jaunay-Clan (Vienne), Association des médecins de la Vienne.
7.184 Pacaud, St-Germain-du-Bois (Saône-et-Loire), Syndicat de la région louhannaise.
7.186 Couzinet, Prat-Bonrepaux (Ariège), Syndicat de l'Ariège.
7.187 Queroy, Salies-du-Salat (Haute-Garonne), Parrains : Drs Dartigues et Molinéry.
7.188 Bonduel, Rochefort (Charente-Inférieure), Syndicat de Rochefort.
7.189 Pouillot, Chaource (Aube), Syndicat de l'Aube.
7.190 Decressac, Angoulême (Charente), Syndicat de la Charente.
7.191 Blotnik, 15, rue Lemercier, Paris, Parrains : Drs Fainsilber et Marcus.
7.192 Helot, Oran (Algérie), Parrains : Drs Cubry et Carte.
7.193 Mlle Delaplace, 126, av. E.-Zola, Paris, Parrains : Drs Levassort et Duchesne.
7.194 Gouteryon, St-Didier-en-Velay (Haute-Loire), Syndicat de l'arrond. d'Yssingeaux.
7.195 Wurtz, Bayonne (Basses-Pyrénées), Syndicat des oto-rhino-laryngologistes français.
7.196 Offret, 39, rue Servient, Lyon, Parrains : Drs Bollet et Mugniéry.
7.197 Beurois, Dax (Landes), Parrains : Drs Riberol et Mesplede.
7.198 Cumenge, Nîmes (Gard), Syndicat de Nîmes.
7.199 Nicolescu, Ecole franç. de stomatol., Paris.
7.200 Duchatel, » » » »
7.201 Chopard, » » » »
7.202 Cao si tan, » » » »
7.203 Boisrami, » » » »
7.204 Bara, » » » »
7.205 Moluar, » » » »
7.206 Mesnard, » » » »
7.207 Leproust, » » » »
7.208 Lacaisse, » » » »
7.209 Guilbert, » » » »
7.210 Demacon, » » » »
7.211 Klang, » » » »
7.212 Van der Meer, » » » »
7.213 Razanakolona, » » » »
7.214 Petit, » » » »
7.215 Dufieux, » » » »

Honoraires de droit commun.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr L. (Seine-et-Marne) de la somme de 140,60, qu'il a payée pour frais et honoraires d'huissier, dans une affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé et qui s'est terminée à l'amiable.

Le Dr F. (Ille-et-Vilaine) est trainé en appel d'un jugement qui condamne le légataire universel de sa tante à lui payer des honoraires pour les soins qu'il a donnés à cette dernière.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel et fixe à 200 fr. le maximum de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr D. (Haute-Marne) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'honoraires qui lui sont dus par un client décédé.

Comme le débiteur habite Paris, l'appui pécuniaire est accordé au Dr D.

Le Dr M. (Gard) ayant à recouvrer une note d'honoraires contre un client, ami du juge de paix, qui désirant ne pas être saisi de l'affaire a menacé de faire des frais élevés, notamment en désignant 3 experts éloignés, le Conseil, lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre l'affaire.

Le Dr G. (Seine-et-Oise). ayant opéré dans sa clinique l'amie d'un individu qui, après avoir payé une partie des frais, a refusé de payer le solde, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ce solde.

Le Dr D. (Oise), qui a accouché sur appel des patrons, en villégiature, leur domestique, a reçu 150 fr. sur les 250 fr. d'honoraires demandés, mais n'a pu obtenir paiement des 100 fr. de surplus, malgré la promesse des patrons.

Ceux-ci habitant Paris, le Conseil accorde au Dr D. l'appui pécuniaire pour recouvrer les 100 fr. qui lui restent dus.

Le Dr H. (Loire-Inférieure), ayant pratiqué un cathétérisme chez une cliente, dont la Société de secours mutuels ne paye que les visites et consultations, les opérations restant à la charge des sociétaires, se voit refuser le paiement de l'intervention par le client, qui prétend que le cathétérisme n'est pas une opération et est compris dans le prix de la visite ou consultation.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr H. (Constantine) a soigné l'enfant d'un individu, failli, ayant obtenu son concordat, qui refuse de le payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr C. (Charente) est en conflit avec un client qui cherche à l'intimider en lui reprochant, en sa qualité d'adjoint au maire, la fréquence des visites faites à une assistée.

Le Conseil, étant donnée cette attitude inacceptable de son client, accorde au Dr C. l'appui pécunaiaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr D. (Yonne) a été traîné en appel d'un jugement qui condamne un gendre, qui l'a fait appeler pour soigner sa belle-mère chez lui, à payer ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire en appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à un maximum de 200 fr.

Les Drs M. (Oise), B. (Nord), D. (Cher), P. (Indre-et-Loire), P. (Ille-et-Vilaine), F. (Calvados) et B. (Orne), ayant soigné des victimes d'accidents d'automobile, n'ont pu obtenir le paiement de leurs honoraires par les automobilistes qui les ont mis en œuvre.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Dr F. (Marne) et le Dr B. (Jura) obtiennent le remboursement des frais et honoraires (30,30 et 15 fr.) restés à leur charge à la suite du recouvrement d'honoraires dus par des automobilistes dont ils avaient soigné les victimes.

Accidents du travail.

Le Dr L. (Calvados) a été débouté par le Tribunal de Commerce d'une demande d'admission comme privilégiée d'une note d'honoraires pour soins donnés à des accidentés du travail, produite à la liquidation judiciaire d'un commerçant.

Suivant l'avis favorable de Me Auger, le Conseil accorde l'appui pécuniaire pour former un pourvoi en cassation, le jugement n'étant pas susceptible d'appel, et ordonnance le paiement d'une provision de mille francs.

Le Dr C. (Haute-Marne), ayant soigné dans une chambre payante de l'hôpital un boucher, directeur de la succursale d'une coopérative, blessé dans son travail, se voit opposer le « tout compris » par la Compagnie d'assurances.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le boucher, auquel il a donné ses soins sans savoir s'il était assujetti à la législation sur les accidents du travail, dès lors que le règlement de l'hôpital l'autorise à réclamer des honoraires aux malades payants.

Le Dr D. (Seine-Inférieure) signale que le jugement du tribunal de Rouen, qui a condamné un ingénieur, blessé du travail, à lui payer la différence entre le tarif de droit commun et le tarif Breton, a été frappé d'appel par l'adversaire.

Le Conseil, lui donne l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel, en fixant à 300 fr. au maximum la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr C. (Nord), qui a obtenu antérieurement l'appui pécuniaire pour citer le père d'un accidenté du travail mineur, en paiement de la différence entre le tarif de droit commun et le tarif Breton, demande un crédit pour se faire représenter devant le juge de paix par un avocat, comme le fait son adversaire.

Le Conseil lui ouvre à cet effet un crédit de 150 fr.

Le Dr L. communique un arrêt d'appel qui a rejeté la compétence du Tribunal de commerce dans une affaire d'honoraires accidents du travail, en constatant qu'en fait, le Dr L. n'avait pas été choisi par le patron.

Cette décision, qui ne porte pas atteinte à la jurisprudence antérieure sur la question, ne peut être utilement déférée à la Cour de Cassation, étant donnée la constatation de fait susénoncée. Mais le Conseil donne au Dr L. l'appui pécuniaire pour reprendre l'affaire devant le juge de paix.

Il ordonnance le paiement au Dr L. de la somme de 746,70 montant des frais à la charge du « Sou » dans l'instance qui s'est terminée par l'arrêt de la Cour, y compris 300 fr., montant de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr E. (Sarthe) a donné ses soins à un patron cultivateur, assujetti volontaire à la loi sur les accidents du travail. La Compagnie prétend lui imposer l'application du tarif Breton.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre son client en vertu du droit commun.

Le Dr D. (Jura) est traîné en appel d'un jugement de paix qui lui a accordé le paiement des soins donnés à un blessé du travail admis d'urgence *dans sa clinique*.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire en appel, comme il l'a fait devant le juge de paix, en fixant à 200 fr. le maximum de la contribution du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr M. (Rhône) est traîné en appel d'un jugement, qui, conformément aux conclusions de l'expertise, a condamné un patron à lui payer intégralement une note d'honoraires accidents.

L'appui pécuniaire lui est accordé en appel, la particpiation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant fixée à un maximum de 200 fr.

Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 413,80 pour frais judiciaires d'une affaire du Dr S. (Seine) revenue après cassation devant le Tribunal de Melun.

Le Dr M. (Meuse) a donné des soins à un accidenté du travail dans une clinique privée, parce que l'hôpital était insuffisamment outillé à cet effet.

Etant donné qu'il s'agit d'un des cas exceptionnels dans lesquels la Cour de Cassation a admis que le « tout compris » opposé au Dr M. n'est pas applicable, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour citer le patron en justice de paix.

Le Dr A. (Gard), ayant soigné dans son cabinet un accidenté du travail hébergé dans un hospice de vieillards et d'orphelins, qui ne possède aucune organisation chirurgicale, se voit opposer le « tout compris ».

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr R. (Seine-et-Oise) se voit refuser le paiement de ses honoraires pour soins donnés à un ouvrier atteint d'ampoule infectée, contestée en tant qu'accident du travail.

Comme il a été mis en œuvre par un bulletin signé du patron et ne portant aucune réserve, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr C. (Haute-Marne) est menacé par un client d'une action en responsabilité pour avoir négligé de faire radiographier une fracture.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, la garantie de la caisse spéciale lui étant acquise pour le cas où une demande de dommages-intérêts serait formée contre lui (1).

Le Dr R. (Gironde) est menacé par un client dont la femme est décédée de la suite d'une grippe infectieuse, d'un procès en responsabilité, s'il poursuit le recouvrement de ses honoraires.

Sa conduite ayant été irréprochable à tous points de vue dans cette affaire, le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, la garantie de la caisse spéciale lui étant éventuellement acquise.

Le Dr M. (Loire) est menacé d'une action en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle, s'il demande le paiement des honoraires d'accouchement qui lui sont dus.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, la garantie de la caisse spéciale devant lui être acquise s'il était donné suite à la menace dont il a été l'objet (2).

Le Dr S. (Vosges) est assigné, avec d'autres personnes, en 100.000 francs de dommages-intérêts par une personne qui l'accuse d'avoir violé

(1) (2) Ces deux affaires se sont terminées à l'amiable, les clients ayant payé les honoraires réclamés.

le secret professionnel en délivrant un certificat d'internement. Une plainte, déposée antérieurement contre lui, a été suivie d'un non lieu, par suite d'amnistie.

Le Conseil admet le Dr S. à la garantie statutaire de la Caisse spéciale.

Le Dr L. (Drôme) est menacé d'un procès en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle par les parents d'un enfant qu'il a soigné. Ceux-ci refusent de payer les honoraires du médecin et le diffament dans leur entourage.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, l'admettant en principe au bénéfice de la garantie statutaire en cas de demande de dommages-intérêts. En ce qui concerne la diffamation, l'appui pécuniaire lui sera accordé, s'il produit des attestations de témoins.

Le Dr R. (Hérault) annonce la solution amiable du différend survenu entre lui et un client qui menaçait de mettre en cause sa responsabilité s'il demandait le paiement de ses honoraires. Il a touché ceux-ci et payé 23 fr. de frais et d'honoraires, dont il ne réclame pas le remboursement, faisant en outre don au « Sou » d'une somme de 5 francs.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr G. (Maroc) est menacé d'un procès en responsabilité par un client qui refuse de lui payer ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement, la garantie statutaire lui étant éventuellement acquise en cas de procès en responsabilité.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr P. (Saône-et-Loire), ayant accouché une cliente qui n'était pas inscrite à l'A.M.G., se voit opposer l'inscription de celle-ci faite deux mois après l'accouchement sur la liste d'assistance.

Le Conseil, considérant que cette inscription tardive est inopérante, accorde l'appui pécuniaire au Dr T. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires conformément au droit commun.

Le Dr M. (Puy-de-Dôme) a accouché une femme qui a été inscrite à l'assistance 15 jours après l'accouchement et refuse, par suite de cette inscription, de le payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Diffamation.

Le Dr B. (Seine) a versé 2.000 fr. de cotisation comme partie civile pour poursuivre la femme qui l'a diffamé et contre laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr B. de la provision et le paiement d'une somme de 500 fr. pour la participation du « Sou » dans les honoraires de son avocat.

Le Dr D. (Hérault) ayant été traîné en appel du jugement qui a ordonné la suppression de l'inscription, diffamatoire pour lui, placée dans une chapelle de cimetière, la Cour a confirmé le jugement en réduisant simplement de 500 à 1 fr. les dommages-intérêts alloués au syndical local.

Baux et locations.

Le Dr L. (Vienne), à qui l'appui pécuniaire avait été accordé dans une affaire de revision de loyer, a payé 116,65 de frais et 150 fr. d'honoraires d'avocat, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Exercice illégal.

Le Conseil ordonnance le remboursement au syndicat de Cambrai de la somme de 75,60, montant de la part à la charge du « Sou », à proportion du nombre des membres du Syndicat qui sont en même temps ses adhérents, dans le procès en exercice illégal contre des matrones, dont la condamnation a été obtenue.

Honoraires d'expertise.

Les Drs C. et V. (Bouches-du-Rhône), ayant procédé, avec un troisième confrère, non membre du « Sou », à une expertise dans une affaire civile, le président du tribunal, sur une demande d'honoraires de 2250 fr. a opéré une réduction de 1450 fr.

Le Conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour faire opposition à la taxe.

UNE ŒUVRE CONFRATERNELLE QUI DOIT PROSPÉRER

La Maison du Médecin. Sa vente de charité et sa tombola prochaines.

Nul n'ignore qu'il existe au château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise) une maison de retraite pour les médecins, *la Maison du Médecin*.

L'Association qui lui donna naissance fut constituée par le Dr Courtault le 12 mars 1908 et fut reconnue d'utilité publique par décret du 25 mai 1912.

D'abord ouverte dans une villa à Brezolles, la *Maison du Médecin*, trop à l'étroit, fut transportée au château des Charmilles à Valenton en 1913.

Vingt-trois pensionnaires dont cinq ménages de médecins trouvent actuellement aux Charmilles une hospitalité à la fois riante et confortable, nous allions dire vraiment luxueuse. Le château est admirablement situé au milieu d'un parc de sept hectares et bien aménagé, pourvu de salons, salle de billard, bibliothèque, T. S. F., chauffage central. La liberté y est absolue, elle n'est limitée que par le respect de la tranquillité des autres, les exigences du bon ordre et de la gestion régulière, assez difficile, d'un établissement de ce genre.

Il ne faudrait pas croire que la *Maison du Médecin* soit destinée presqu'exclusivement au Corps médical parisien ; ce sont les régions parisienne et du Nord qui lui ont fourni jusqu'à ce jour, le moins de pensionnaires.

Les 76 confrères qui depuis 1911 ont été admis à la Maison du Médecin venaient de tous les coins de France : Creuse, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Gard, Gironde, Loiret, Loir-et-Cher, Maine-et-Loire, Orne, Puy-de-Dôme, Rhône, Seine, Seine-et-Oise, Somme, Var et Vendée.

Pendant la guerre, la *Maison du Médecin* a vécu. C'est déjà quelque chose. Elle a de ce fait subi une crise inévitable mais le dévouement inlassable et la générosité de son président, le Dr *M. Cazin, de son* secrétaire général, le Dr Dupuy de Frenelle, et de tous les membres du bureau de l'Association et du Conseil sont parvenus à renflouer cette institution confraternelle qui, grâce à de nombreuses donations et à une administration sérieuse, paraît, à l'heure actuelle, malgré la crise économique, à l'abri de tout danger.

Mais il convient de songer à l'avenir. *Les demandes d'admissions tendent à se faire plus nombreuses et plus pressantes.* Les frais s'accroissent considérablement, et comme l'on ne saurait songer à diminuer le bien-être des pensionnaires, il faut s'efforcer d'augmenter les ressources.

Périodiquement une *vente de charité* et une *tombola* ont fourni un appoint important à la trésorerie de la Maison du médecin. Cette année sous la Direction de la Présidente du Comité des Dames patronnesses, Madame Claisse, secondée par Mesdames Cresson, Dupuy de Frenelle, Regnier, Lardennois, Thion de la Chaume, Zacchiri, à laquelle le Corps médical ne saurait vouer une reconnaissance trop grande, la vente s'organise et *aura lieu les* 8 *et* 9 *mai à la Faculté de médecine de Paris*, de 2 heures à 7 heures de l'après-midi.

Une *tombola* importante préparée grâce à la généreuse activité du Dr Boucard, sera tirée en même temps.

Il importe que tous nos confrères, de Paris et de province, des villes et des campagnes s'intéressent à la vente et à la tombola de la Maison du Médecin. Car l'Institution a besoin de ressources, *désirant augmenter le nombre des pensionnaires, et être en mesure de répondre à toutes les demandes d'admission* qui, nous le répétons, se font de plus en plus nombreuses.

Confrères, et vous surtout femmes de confrères qui, peut-être, plus que vos maris, songez à l'avenir, envoyez votre adhésion à la *Maison du Médecin*, 51, *rue de Clichy, à Paris* (1). Ne craignez pas de demander des explications sur le fonctionnement de notre Œuvre commune. Tout envoi pour la vente de charité ou la tombola, toute demande de billets sera accueillie avec reconnaissance (2) et si le hasard de vos voyages, ou vos loisirs, vous permettent de traverser l'arrondissement de Corbeil, allez à Valenton visiter les Charmilles à 3 kilomètres de la gare de Villeneuve-Saint-Georges, non loin de Brévannes, vous en reviendrez émerveillés et enthousiastes.

J. Noir,

Membre du Conseil d'Administration de la Maison du Médecin.

(1) *Cotisations minima* : adhérents : 10 fr. ; titulaires : 20 fr. ; donateurs : 100 fr. ; perpétuels : 400 fr. une fois donnés ; fondateurs : 500 fr. et bienfaiteurs : 1.000 fr.

(2) Les demandes de billets de tombola (prix : 10 fr. chaque) doivent être adressées à M. le Dr Boucard, 60 Rue Singer, Paris, 16 .

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

LE SOU MÉDICAL

Ligue de protection et de défense professionnelles

Siège Social : **132, Faubourg Saint-Denis, PARIS**

C. M. 3-1926

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms, qualités) ____________________

médecin à __________ *Rue* __________ *Dép^t* __________

né le __________ *à* __________

reçu devant la Faculté de __________ *le* __________

membre de (1) ____________________

ou présenté par MM. (2) __________ *déclare*

adhérer à la Ligue de protection et de défense professionnelles **LE SOU MÉDICAL**

ou (3) { *Envoie au Trésorier la somme de quarante francs pour la cotisation de l'année* 1926.
Verse cette somme au compte de chèques postaux : Sou Médical, Paris 182-31.

Je déclare, en outre, être déjà assuré contre la responsabilité civile à __________

__________ *jusqu'à concurrence de* (4) __________

et abonné au «Concours Médical» (5) *A* __________, *le* __________

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale
(2) Deux confrères membres du Sou Médical
(3) Rayer la mention qui ne convient pas.
(4) En cas d'assurance antérieure, indiquer la ou les Compagnies auxquelles l'adhérent est déjà assuré et la somme assurée.
(5) Rayer cette mention, s'il y a lieu.

Envoyer ce Bulletin AVEC LE MANDAT INCLUS au Trésorier du **Sou Médical** : Dr Gassot à Chevilly (Loiret) ou remplacer le mandat par un versement au compte de chèques postaux Sou Médical Paris 182-31

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET D'INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (10e)

France.. 35 fr

BULLETIN D'ABONNEMENT

Référence — P. Mars 1926

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS) ____________________

Médecin à __________ *Rue* __________ *N°* ______

arrondissement de __________ *département de* __________

déclare m'abonner au Journal le " *CONCOURS MÉDICAL*" *à partir du* __________

ou (*) { *Ci-inclus, j'envoie un mandat de 35 francs.*
je verse le montant au compte de chèques postaux (Concours Médical, Paris 167.95).
je demande le recouvrement postal à mes frais.

(*) Rayer la mention qui ne convient pas.

La présente déclaration comporte, sauf avis contraire, adhésion aux Statuts de la Société d'études du *Concours Médical* (1)

A __________ *le* __________ *192*

(SIGNATURE)

Les abonnements partent du 1er de chaque mois (35 fr. pour la France). On peut envoyer un mandat-poste ou verser au compte chèques postaux 167.95. — A défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile (1 fr. en plus). *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.*

Adresser ce bulletin, rempli et affranchi comme lettre, à M. C. Boulanger, Administrateur du " CONCOURS MÉDICAL ", 132, Rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS (10e)

(1) Les statuts seront envoyés sur demande.

cessé de nous élever, l'arrêt de cassation du 12 novembre 1923.

Le Conseil d'Etat n'a pas encore, en effet, rendu son arrêt tant attendu et rien n'a été modifié dans la situation depuis que le litige est *sub judice*.

Cependant, le *Bulletin du Syndicat des chirurgiens français* de janvier dernier a publié, sous le titre : « Le fisc et les maisons de santé privées » une information de laquelle il semble résulter que le fisc aurait abandonné la prétention (tout à fait inadmissible, d'ailleurs) d'incorporer au chiffre d'affaires de la clinique appartenant à un médecin les propres honoraires perçus par celui-ci. Cette prétention n'était pas aussi généralement exprimée par les agents du fisc que celle que le Ministre des Finances, par la réponse ci-dessus, continue à soutenir. Il y a donc lieu d'espérer que les agents trop zélés qui l'avaient émise l'abandonneront, lorsqu'ils connaîtront l'avis de leur grand chef.

Voici l'information du Syndicat des chirurgiens français :

L'assemblée générale du 8 octobre dernier avait donné mandat au bureau du Syndicat de faire une démarche auprès du M. le Directeur des Contributions directes, au sujet des impositions qui frappent les maisons de santé privées.

Voici les résultats de cette démarche :

Premier point. — Le fisc veut, en effet, soumettre nos maisons de santé privées à la taxe sur les bénéfices commerciaux, mais il n'est pas dans sa pensée d'y englober nos honoraires.

Trois cas peuvent se présenter : 1° le malade paye à la directrice sa note d'hospitalisation et au chirurgien ses honoraires. Aucune discussion n'est possible.

2° Le malade paye à la directrice à la fois la note d'hospitalisation et la note d'honoraires du chirurgien. Dans ce cas, celle-ci doit faire figurer ses honoraires aux *entrées*, mais elle doit les porter aux *sorties*.

3° Le malade paie à la directrice une note globale. Pratique déplorable ; mais, dans ce cas encore, la directrice doit faire la ventilation.

Conclusion. — Il ne faut jamais faire de note globale. Il faut que le malade paie séparément et sa note d'hospitalisation et la note d'honoraires chirurgicaux, et si le tout est payé à la directrice, le mieux et le plus simple est que celle-ci remette directement au chirurgien ses honoraires sans les faire figurer sur ses livres.

Deuxième point. — Il est donc acquis que la taxe sur les bénéfices commerciaux ne peut porter que sur les frais d'hospitalisation de la maison de santé. Mais nous pouvons *légitimement* arguer que cette hospitalisation est l'accessoire de l'acte chirurgical (voir le compte rendu du Conseil) et refuser de payer.

Nous n'avons qu'à remercier M. le Directeur général des Contributions directes de sa courtoisie, mais

nous avons été d'accord pour reconnaître que si le point de vue de l'Administration était de nous faire taxer, nous avions parfaitement le droit d'aller jusqu'au bout de nos droits, c'est-à-dire de nous pourvoir devant la juridiction compétente (Conseil de Préfecture).

Conclusion. — Si on vous demande le montant de vos bénéfices de votre maison de santé, déclarez-les (ils sont nuls en général) et n'oubliez pas de spécifier que vous ne reconnaissez pas au fisc le droit de vous taxer. Si vous êtes taxé, portez votre recours devant le Conseil de Préfecture et avisez immédiatement le secrétariat de notre Syndicat.

Le secrétaire général,
G. RENON.

Des trois modes énoncés, le premier est certainement préférable ; nous n'hésitons pas à le recommander, comme étant celui qui doit éviter au maximum les difficultés.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

969. — Frais d'hospitalisation et demi-salaire des accidentés du travail.

Une compagnie, son propre assureur à elle-même, ayant un hôpital où elle hospitalise et fait soigner ses blessés graves par ses médecins, peut-elle faire payer à ses dits blessés des frais d'hospitalisation ?

2° Est-ce que le blessé hospitalisé dans n'importe quel hopital public ou privé n'a pas droit à l'intégralité absolue de son demi-salaire ?

Dr H.

Réponse.

Il résulte de la rédaction de l'article 4, § 3, de la loi accidents, qui est ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3, des frais d'hospitalisation, qui, tout compris, etc... »

1° Que le chef d'entreprise ne peut faire supporter à ses ouvriers blessés une part quelconque des frais d'hospitalisation, puisqu'il en « est seul tenu, dans tous les cas ».

2° Qu'il doit aux ouvriers hospitalisés le demi-salaire intégral, puisque les frais d'hospitalisation sont à sa charge « en outre des obligations contenues à l'article 3 », c'est-à-dire du paiement des rentes en cas d'incapacité permanente et du demi-salaire en cas d'incapacité temporaire.

Peu importe qu'il s'agisse d'un hôpital privé et non d'un hôpital public, la jurisprudence de la Cour de Cassation ayant assimilé ces deux genres d'hôpitaux pour l'application du paragraphe dont il s'agit.

954. — Accidents du travail ; 1° dans l'escalier de l'usine ; 2° à un jardinier.

1° Une ouvrière a terminé son travail à l'usine : en descendant les escaliers de l'établissement, elle fait une chute suivie d'une contusion du pied, y a-t-il accident du travail ?

2° Un jardinier travaille régulièrement pour un établissement religieux (un couvent qui n'est pas un établissement de bienfaisance, mais simplement de religieuses contemplatives) il y fait 3 à 4 journées par semaine, il est son propre patron : au cours du travail, il tombe d'un arbre et se fracture l'humérus droit. Y a-t-il accident du travail ? Le fait que l'établissement a payé le 1/2 salaire depuis 2 mois et l'hospitalisation constituent-ils une présomption d'accident du travail et un engagement de responsabilité ?

Dr L.

Réponse.

1° Puisque l'accident est survenu au moment où l'ouvrière allait quitter l'usine, mais se trouvait encore dans l'escalier de l'établissement, il doit être considéré comme imputable au travail et survenu à l'occasion de celui-ci. Par conséquent, la loi du 9 avril 1898 lui est applicable. La jurisprudence est formelle dans ce sens.

2° En vertu de l'article 2 de la loi du 15 décembre 1922 qui a étendu aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail, sont assimilés aux ouvriers agricoles ceux qui, n'étant pas petits patrons, sont occupés, par des entrepreneurs ou par des *particuliers*, à l'entretien et à la mise en état des jardins. La loi ne donne pas la définition de ce qu'elle entend par « petit patron », mais il semble que ce terme ne saurait s'appliquer à un jardinier qui d'ordinaire travaille seul et sans le concours d'un ou plusieurs autres ouvriers salariés par lui.

Application des Tarifs Breton et Durafour

I

699. — Spécialiste ou non ?

Seriez-vous assez aimable pour me fournir le renseignement suivant.

Le nouveau tarif des honoraires médicaux en ce qui concerne les accidents du travail comporte comme l'ancien le tarif des oculistes qui naturellement n'est dû qu'aux médecins spécialisés. Croyez-vous qu'un médecin spécialiste puisse en plus de sa spécialité, faire d'une façon courante tous les accidents du travail sans que les compagnies d'assurance puissent contester ses honoraires et lui créer des difficultés ? Il est entendu qu'il ne fait aucune médecine générale.

Dr J.

Réponse.

Si un médecin soigne indistinctement *tous* les accidents du travail, quelle que soit leur nature, il fait, par là même, de la médecine *générale*. Donner ses soins exclusivement à des accidentés du travail, ce n'est plus exercer une *spécialité technique*. L'entête même de votre lettre ne porte pas, au sujet du cas que vous indiquez, la désignation « Dr X... oculiste », mais simplement votre nom et votre adresse ainsi que le fait tout praticien non spécialisé.

Dr F. DECOURT.

II

669. — « Interventions multiples » sur l'extrémité du pouce.

Il y a quelques mois, j'ai eu à traiter un accidenté du travail, atteint de section presque complète de la phalange terminale du pouce gauche, avec hémorrhagie abondante ayant nécessité une hémostase par ligature. La compagnie d'assurances qui couvre le patron de mon blessé, se refuse à règler les sutures multiples auxquelles j'ai dû ensuite procéder.

De mon côté, je maintiens ma note, estimant, en vertu de l'article 13 du tarif Breton, avoir le droit de cumuler hémostase par ligature et sutures multiples (la première de ces interventions, seule, me serait règlée, si le point de vue de la compagnie triomphait).

Dr W.

Réponse.

1° Il m'apparaît difficile de soutenir en justice le droit au tarif de deux interventions : *a*) hémostase par ligature nécessitée par une hémorrhagie abondante, *b*) et *en même temps* « sutures multiples », tout cela, alors qu'en fin de compte il s'agit de la « phalange terminale du pouce ».

2° L'article 13 n'est pas à invoquer en l'espèce. Il ne parle que du *cumul* de la visite et d'une intervention, ce qui n'est pas votre cas où il s'agit de deux interventions. Est-ce parce que vous y lisez les mots : « chaque intervention ? » Il paraît bien clair cependant que cette deuxième phrase, venant à la suite de la première et dans le même article, signifie que « chaque intervention » (inscrite dans le tarif ci-dessous) « est *tarifée à part*, sans adjonction d'un prix de visite ». Je ne vois pas d'autre signification possible ni qu'on puisse en tirer quoi que ce soit d'autre.

F.D.

III

588. — Petite intervention de nuit.

J'ai été appelé cette nuit auprès d'une accidentée du travail qui souffrait beaucoup d'un panaris de l'index (superficiel). Je l'ai ouvert et pansé immédiatement. D'après le tarif Decourt : honoraires = 20 fr. + 25 % ce qui fait 25 fr. pour mon intervention qui m'a tenu plus d'une heure hors de chez moi.

Mais, si je m'étais contenté de faire le diagnostic de panaris, ce qui était facile, si j'avais prétendu que l'ouverture pouvait attendre, que la douleur se calmerait par des bains, ma visite durait 5 minutes et je touchais comme honoraires : 10 × 3 = 30 fr.

Les honoraires pour intervention ne comportent pas le cumul, même la nuit. Puis-je compter à l'assurance une visite de nuit, sans intervention. Mais l'assurance ne s'expliquera pas les pansements consécutifs pour un panaris qui n'aurait jamais été ouvert. Et puis il faut être sincère. C'est là un tout petit point de détail, mais je me demande si je sais bien interpréter dans ce cas le tarif Decourt et votre avis me sera précieux.

Dr B.

Réponse.

Vous avez toujours le droit de choisir dans le tarif ce qui vous est le plus avantageux, lorsque vous avez accompli une intervention ressortissant en somme à deux rubriques. Vous avez fait une visite de nuit, donc : 10 × 3, soit 30 francs. Cette visite fut nécessitée par une intervention, petite mais vraiment urgente, c'est l'explication même de votre visite de nuit. Libre à vous de compter maintenant ou la visite ou l'intervention, puisque vous avez fait les deux, tout en ne pouvant compter que l'une ou l'autre qui furent, d'ailleurs, simultanées et confondues.

F. D.

IV

516. — Suture des tendons fléchisseurs d'un doigt avec épluchage de deux autres doigts de la même main.

J'ai fourni à une Cie d'assurances une facture ainsi libellée :

Epluchage, régularisation et suture de plaies profondes du pouce, index et auriculaire droits : 75 fr.

Suture des fléchisseurs du médius droit : 112 fr. 50.

La Cie se basant sur article 14 de l'arrêté du 28 juin 21 concernant « le même segment du membre » ne veut me payer que la suture des fléchisseurs. Dois-je accepter ? Cela me paraît onéreux pour le corps médical, car en admettant ce principe on acceptera de réparer pour le prix d'un tous les doigts d'une main et il y en a cinq.

Dr B.

Réponse.

1° Un épluchage de doigts n'est pas une affaire de *plaies profondes*, c'est-à-dire comme le mot l'indique, situées dans les parties profondes du corps ; c'est ce qui fut bien entendu lors de l'élaboration du tarif Breton.

2° Ceci dit, je ne suis plus d'accord avec l'assurance quand elle se base (pour ne pas payer les deux *interventions*) sur ce qu'elles furent faites « sur le même segment de membre », en se basant sur l'article 14. En effet, à cet article, il n'y a de restriction, à ce propos, que sur les

pansements : « ...hors le cas prévu de pansement sur un même segment de membre, les soins donnés sont tarifés pour *chacun des pansements ou des interventions*... ». Et avec justice, car on pourrait, sans cela, avoir eu à suturer l'artère radiale et le nerf cubital et avoir fait deux opérations *distinctes*, sans avoir le droit de compter plus d'une intervention.

Conclusion. — Je trouve équitable, en l'espèce, de compter : 1° suture des tendons fléchisseurs du médius droit ; 2° épluchage et suture de plaies superficielles des doigts (pouce et auriculaire droits) étant donné, naturellement, pour cette dernière tarification, qu'il y a eu, pour cette intervention anesthésie, excision de tissus morts et suture primitive, comme il est dit pour tout épluchage à l'article 17 de l'arrêté ministériel du 28-6-21.

F. D.

V

457. — Abcès de la main.

Je lis dans le *Journal officiel* de 8-1-26 à propos du tarif accidents.

Tarif chirurgical, art. 17 :

Abcès sous-*aponévrotique* de la paume de la main : 35 fr.

Et dans le même tarif publié dans le dernier *Concours* :

Abcès sous-*aponévrotique* de la paume de la main : 35 fr.

Je pense qu'il y a lapsus dans le *Concours*, mais je serais néanmoins heureux de le voir rectifier.

Ce genre d'abcès est en effet fréquent en clientèle A.T.

Dr M.

Réponse.

C'est bien *sus* et non pas sous-aponévrotique qu'il faut lire comme tarifé à 35 francs. L'ouverture de phlegmon *sous*-aponévrotique est tarifée 100 francs à la ligne suivante, à condition, toutefois, qu'il y ait contre-incision et drainage.

F. D.

---

911. — Frais de justice criminelle.

1° Appelé à examiner une jeune fille victime de viol pour dire si elle était enceinte, j'ai pratiqué bénévolement deux examens à un mois d'intervalle. Ces examens ont eu lieu à mon cabinet. N'ai-je droit qu'à une visite et un rapport ou puis-je compter davantage en raison de mes deux examens ?

2° J'ai pratiqué à dix kilomètres l'autopsie d'un nouveau-né trouvé dans une excavation remplie d'eau où il avait séjourné environ trois mois : comment dois-je établir ma note d'honoraires.

Dr Q.

Réponse.

1° Si vous avez examiné à deux reprises la

jeune fille violée, vous avez droit, d'après l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, à deux fois quinze francs, soit trente francs, y compris la rédaction et le dépôt du rapport.

Au cas où vous estimeriez que la mission que avez eu à remplir dépasse le cadre de de ux simples visites, vous pourriez proposer pour vos honoraires une somme plus élevée, laquelle serait soumise à l'appréciation du magistrat commettant. Cette faculté résulte du dernier paragraphe de l'article 26.

2° Le paragraphe 5 du même article 26 alloue un honoraire de 50 francs pour l'autopsie d'un cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée, rédaction et dépôt du rapport compris. A cela il convient d'ajouter vos frais de déplacement à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

---

529. — Secret professionnel.

Un de mes clients, M. X. se trouve en mauvais termes avec un autre de mes clients M. Y. que j'ai soigné l'été dernier. M X. désirerait que je lui délivre un certificat attestant que M. Y a été malade l'été dernier et n'a pu de ce fait effectuer de journées de travail que lui compte M. Y.

Le secret professionnel ne s'oppose-t-il pas à la délivrance de ce certificat ? Dr X.

Réponse.

L'obligation au secret professionnel interdit au médecin de révéler à qui que ce soit ce qu'il a pu voir, entendre ou constater dans l'exercice de sa profession. Il peut seulement, s'il le juge utile, remettre au client lui-même un certificat dont celui-ci fera, sous sa seule responsabilité, l'usage qu'il voudra.

Mais il vous est absolument impossible de délivrer à un tiers un certificat concernant un de vos clients, car en agissant ainsi vous vous exposeriez à une plainte en violation du secret professionnel, nonobstant tous dommages-intérêts qui pourraient vous être réclamés.

---

690. — Accident survenu à une femme de ménage. Salaire de base.

Une femme de ménage a eu la jambe cassée durant son travail. Elle est soumise à la loi des accidents du travail. Mais elle a deux patrons chez qui elle « fait des heures ». Elle touche 100 fr. par mois de part et d'autre.

Quel est son demi-salaire durant l'incapacité de travail ? Est-ce la moitié de ce qu'elle gagne dans sa journée, c'est-à-dire la moitié des paiements de ses deux patrons ?

Et en ce cas quel est celui des deux patrons qui paye le demi-salaire ?

Les deux patrons partagent-ils les frais ? Ils sont assurés tous les deux pour cette femme. Dr B.

Réponse.

L'article 2 de la loi du 2 août 1923, qui étend la législation sur les accidents du travail aux serviteurs à gages, dispose que le salaire servant de base à la fixation des indemnités s'entend uniquement de la rémunération et des prestations en nature directement allouées par le maître, en exécution du contrat de louage de services.

Lorsqu'une femme de ménage, qui doit être considérée comme serviteur à gages, est blessée dans son travail, on ne doit donc tenir compte que des gages qu'elle reçoit du maître au service duquel elle a été blessée. Par suite, en l'espèce, son demi-salaire, comme la rente à laquelle elle aurait droit si elle restait atteinte d'une incapacité permanente partielle, doit être calculé sur la somme de 100 fr. par mois si elle est payée au mois. Elle aurait donc droit à 50 fr. par mois, soit, 1,66 par jour, jusqu'à la guérison ou à la consolidation de la blessure.

Bien entendu, l'autre patron, chez qui l'accident n'est pas arrivé, ni son assurance, n'auraient rien à payer.

471. — Réductions d'impôts au profit des mutilés de guerre.

Je viens vous demander si, comme on me l'affirme, les mutilés et grands mutilés de guerre (100 % d'invalidité) ont droit à une diminution, une réduction dans le montant de leur impôt.

J'en doute, mais un confrère généralement bien informé m'en donne l'assurance. Dr R.

Réponse.

Une invalidité supérieure à 40 % donne droit aux seuls avantages suivants :

1° Cédule des traitements et salaires abattement spécial de 1.000 fr.

2° Impôt général sur le revenu exonération de la majoration de 25 % pour les célibataires âgés de plus de 30 ans, ou de 10 % pour les contribuables mariés sans enfants. A. M.

NOTRE CONCOURS DE 1926

Nous avons reçu à ce jour onze articles, sous les devises suivantes :

1) *Pauper Medicus probus.*
2) *Le plus beau geste de l'homme, c'est de résister à l'autorité.*
3) *Quos vult perdere Jupiter dementat.*
4) *Delenda est Carthago.*
5) 192... *En une année la Gaule sera toute retournée. Vieille prophétie.*
6) *Præmia cum poscit medicus Satan est.*
7) *Patere quam ipse accepisti legem.*
8) *La Colombe.*
9) *L'union fait la force.*
10) *Macte Animo.*
11) *Video Meliora.*

Nous rappelons à nos lecteurs que ce concours sera irrévocablement clos le 31 mars 1926.

Quarante-huitième année — N° 13 — 28 Mars 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 816-IV*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr DE VALMONT, d'Amélie-les-Bains, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du **CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 136. — A céd. de suite pr. rais. de santé, poste bon rapp. méd. génér. dans sous-préf. de l'Est, 20.000 habit., bail, mais. 8 p., prix 15.000, dont 10.000 compt.

No 137. — Tout. pet. poste à céd. envir. Paris, contre achat mais. 45.000. Conviend. méd.retraité ou fatigué.

No 138. — A vend. de Dion-Bouton 1914, 5 CV. EY 2 torp. 2 pl., bon état de marche, une roue de secours Michelin garnie, mot. excel. état. Essai à volonté sur les côtes les plus fortes. Prix : 2.500, Dr Guillaumot, à Buxy (Saône-et-Loire).

No 139. — 3 pièces meublées à louer pr. la saison dans jolie vallée, 3 h. de Paris, 1/2 h. d'Evreux.

No 140. — Paris, Dr exerc. quart. commerc. et popul., appartem. conf. 4 p., s. de b., téléph., loyer 2.000, bail, échang. contre appart. 5 p. confort., quart. bourgeois 5 à 6.000, où il pourr. exerc. art dentaire. Offrir. au besoin client.

No 141. — Cond. int. 12 HP., 6 pl., très bon état, éclair., démarr. élect., à vend. cause décès.

No 142. — A vend. pour la Pentecôte, cond. int. Citroen 4 p.l, 8 CV, 1922, révisée 1925 et repeinte, 4 pneus confort 730 × 130, 2 pneus sec. 710 × 90, 4 ch. à air Dexpert increvab., excel. état de marche. Prix : 12.000.

No 143. — Calvados. Local seul méd., rapp. 40.000 env. en dévelop. habit. agréable avec électr., eau cour., à céd. d'urg. contre pet. indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 144. — Ouest. Import. ch.-lieu de cant., excellt poste anc. rapp. 60.000 touchés, très belle villa confort., à céd. 25.000 dont compt. à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

No 145. — A céder par suite décès, très bon poste Midi. Grande ligne. Conditions avantageuses.

Cimiez. — Grande propriété bien exposée pouvant faire **Maison de santé** comprenant : villa et deux pavillons. Nombreuses chambres avec salles de bains. Tout confort. Eau stérilisée. Parc de 14.500 m.q. et terrain nu de 17.000 m. q. On peut morceler. Pour visiter « Villa l'Enchanteresse », avenue de l'Ancien Jardin Botanique, Cimiez (Nice). Renseignements et photos, à Paris : M. Cain, 25, rue de Bourgogne, 25.

Le Gastropeptyl est le rééducateur par excellence de l'estomac, le spécifique des dyspepsies et des gastrites. Dose 3 comprimés après le repas. Boîte gratuite pour essais, 40, rue des Acacias, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — Du 7 au 17 avril, cours de révision de médecine et de clinique des enfants (service du prof. Nobécourt.)

— **Société d'hydrologie et de climatologie du Sud-Ouest.** — Cette société tiendra sa session annuelle de 1926 les 9 et 10 avril, à Bordeaux. Le dimanche 11 avril sera consacré à la visite d'Arcachon et de la source hydrominérale des Abbatilles. (Renseignements auprès du prof. Sellier, 29, rue Boudet, Bordeaux).

— **Congrès.** — Du 29 au 31 mars, Réunion des anatomistes, à Liège. — Du 2 au 10 avril, Journées médicales tunisiennes.

— **Banquet de l'Internat.** — Le banquet de l'Internat des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 17 avril, à l'Hôtel Moderne, 8 *bis*, place de la République.

— **Académie des sciences.** *Election.* — M. Léon Frédéricq (de Liège) a été élu correspondant dans la section de médecine et chirurgie de l'Académie des Sciences, en remplacement de M. J. Bergognié.

— **Direction de bureau d'hygiène.** — La direction du bureau d'hygiène de Perpignan est ouverte. Traitement annuel : 4.000 fr.

Les candidatures doivent être adressées, dans le délai de 20 jours, partant du 18 mars, au Ministère du travail et de l'hygiène, direction de l'Assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau.

— **Institut de criminologie.** — *Cours de police scientifique.* — Ces cours commenceront le 12 avril et auront lieu au service de l'identité judiciaire (Palais de Justice), tous les jours de 17 h. à 19 h., jusqu'au 4 mai.

FAITS CLINIQUES

Zona et varicelle.

Depuis un certain temps, on discute sur l'identité ou la non-identité de la varicelle et du zona. Je n'ai pas à rappeler les divers arguments pour ou contre cette identité. J'ai cependant souvent observé dans la même maison les parents atteints de zona, alors que les enfants jeunes restaient indemnes de varicelle et de zona. Je n'ignore pas les coïncidences troublantes en faveur de l'identité de l'agent causal. Voici cependant un fait rare peu favorable à l'identité.

La jeune J. B., 11 ans, présente actuellement un zona typique dans la zone du 12e intercostal gauche et du premier nerf lombaire. Or, vers l'âge de 4 ans, elle a eu une varicelle caractéristique, lors d'une petite épidémie, au cours de laquelle son jeune frère fut également atteint.

Les récidives de zona et de varicelle étant exceptionnelles, il est curieux de rencontrer les deux affections chez la même malade, surtout dans un intervalle de temps aussi court.

Dr L. MAUCUER,
Bollène (Vaucluse).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Conflits d'assistance médicale gratuite.

Lassé d'être berné par la préfecture et par le Conseil général, qui n'accordent que des salaires de famine, pour les soins donnés aux indigents, un syndicat médical signifie au préfet que, désormais, les indigents seront soignés comme des malades ordinaires, selon le tarif minimum du syndicat local. Tant pis, si les malades ne payent pas leurs médecins, ces derniers verront s'ils doivent poursuivre le recouvrement de leurs honoraires ou s'ils passeront ceux-ci au compte de profits et pertes.

Malin, le préfet insère, dans le règlement de l'A.M.G. cette phrase : « Le fait de soigner un assisté implique, pour le médecin, l'acceptation du règlement. »

Et le premier magistrat départemental se frotte les mains du bon tour qu'il vient de jouer au syndicat médical, qui émet la prétention exorbitante d'être payé d'après le tarif local, alors que la commune et le département ne lui concèdent aucune réduction sur les impôts locaux.

M. le préfet est dans l'erreur, s'il croit que les docteurs vont tomber dans le piège.

Un praticien est appelé auprès d'un malade : il l'examine et rédige une ordonnance.

Or, le client demande au médecin de signer des papiers pour que le patient puisse bénéficier de l'assistance médicale et de la gratuité des médicaments.

Ou bien le médecin se refuse à signer quoi que ce soit et rédige son ordonnance sur son papier personnel à en-tête. Au malade, de faire contresigner cette ordonnance par le maire, pour que le pharmacien délivre les médicaments, au compte de l'A.M.G. Cela ne regarde nullement le médecin.

Ce dernier a ignoré, ou a voulu ignorer la qualité d'assisté du client : il reste donc dans le droit commun, se fait payer comptant par le client, ou lui fait crédit, ou lui fait la charité d'une visite : cela le regarde.

Dans ce cas, le praticien n'est pas lié par la petite phrase insidieuse, introduite, par le préfet, dans son règlement.

Ou bien le médecin se laisse aller à faire un certificat, pour que le malade obtienne l'assistance, ou il rédige son ordonnance sur papier administratif, sur le carnet de visite du client ; il signe la matérialité de sa visite, ou de sa consultation, sur le dit carnet, ou sur la feuille *ad hoc*.

Dans ce cas, le médecin ne peut pas arguer qu'il a traité son malade, selon les règles ordinaires et le préfet pourrait lui opposer son petit entrefilet.

Au surplus, le médecin a toujours la ressource de déclarer, par écrit, ou devant témoins, avant de donner ses soins, qu'il veut bien secourir le malade au titre privé et nullement au titre de l'assistance médicale gratuite.

Un procès serait intéressant à soutenir et je suis certain que le « Sou médical » accepterait de grand cœur de soutenir un de ses adhérents devant le Conseil de préfecture, puis devant le conseil d'Etat, contre les roueries administratives d'un préfet.

Cependant, l'assistance médicale gratuite n'est pas un impôt, ni un service public, imposé par une loi quelconque au corps médical. Ce service des soins à donner aux indigents ne constitue qu'un contrat de louage de services : au syndical local de discuter les termes et modalités de ce contrat avec le conseil général et le préfet.

Si l'accord ne peut intervenir entre les parties, les malades indigents seront soignés comme des malades ordinaires, d'après les règles du droit commun, à moins que le préfet ne trouve suffisamment de médecins dissidents, de « renards », qui acceptent de soigner les indigents, d'après les conditions imposées par l'administration préfectorale.

C'est donc question de contrat collectif entre syndicat médical local et préfet.

Dr Paul Boudin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

11 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Il est créé à la Faculté de Lille, une chaire de médecine légale et médecine sociale (fondation de l'Université).

Pensions militaires.

Rémunération des médecins experts près les tribunaux des pensions.

RAPPORT
AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 9 mars 1926.

Monsieur le Président,

L'article 44 du décret du 2 septembre 1919, pour l'application de la loi du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer, en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service, a stipulé en son deuxième paragraphe :

« Qu'il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 francs. »

L'application de ce texte a fait ressortir les inconvénients de la fixation d'un tarif uniforme, d'ailleurs peu élevé, pour tous les cas d'expertises ordonnées par les tribunaux de pensions.

En effet, les expertises sont loin de présenter toutes la même complexité et les mêmes difficultés ; l'importance du travail de l'expert varie avec le nombre et la nature des questions soumises à son appréciation (filiation des infirmités, imputabilité au service, évaluation de l'invalidité, etc., etc.).

Aussi, dans de nombreux cas, les experts commis par le tribunal apportent-ils peu d'empressement à s'acquitter de leur mission, souvent le président du tribunal est obligé, afin que l'affaire soit mise en état, de procéder à une nouvelle désignation. Il en résulte des retards considérables dans la liquidation des affaires en instance, retards qui soulèvent des réclamations justifiées.

C'est pourquoi il nous a paru opportun d'envisager une modification du décret du 2 septembre 1919 et de compléter le deuxième paragraphe de l'article 44, de la façon indiquée dans le projet ci-joint. Il serait ainsi prévu deux taux de rémunération pour les experts ; un taux de base, constituant le droit commun qui serait celui de 25 fr. existant déjà et une allocation supplémentaire de 25 fr., attribuée dans les cas où l'expertise pré-

senterait des difficultés spéciales ou exigerait un travail important. Il appartiendrait au président du tribunal de décider du taux à appliquer.

Si vous approuvez la teneur du projet de décret ci-joint, nous avons l'honneur de vous prier de bien vouloir le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre des pensions,
JOURDAN.

Le ministre des finances,
Paul DOUMER.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre des pensions,

Vu la loi du 31 mars 1919, modifiant la législation des pensions des armées de terre et de mer en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service ;

Vu le décret du 2 septembre 1919 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 31 mars 1919 ;

Vu l'avis du garde des sceaux, ministre de la justice et celui du ministre des finances ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Le paragraphe 2 de l'article 44 du décret du 2 septembre 1919 est complété ainsi qu'il suit :

« Il est alloué aux médecins experts pour l'ensemble des actes, convocations, examens, rapports et dépôts de rapports devant le tribunal des pensions, par pensionné examiné, une somme fixe de 25 fr. ; toutefois, si l'expertise a présenté des difficultés particulières qui auraient nécessité le dépôt d'un rapport détaillé, il pourra être alloué par le président du tribunal une allocation supplémentaire de 25 fr. »

Art. 2. — Les ministres des pensions, des finances et de la justice sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 9 mars 1926.

13 *mars*.

Hygiène publique.

Les nouveaux traitements que comportent les emplois du laboratoire du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales sont fixés ainsi qu'il suit :

Directeur : 5.000 ; chef de laboratoire : 15.000 ; premier préparateur : 6.500 ; deuxième préparateur : 6.000.

13 *mars*.

Asiles publics d'aliénés.

Le poste de directeur médecin de l'Asile agricole d'aliénés de Chezal-Benoît (Cher) est actuellement vacant.

14 *mars*.

Service militaire de santé.

Concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe.

Arrêté du 1er février :

Un concours sera ouvert le mercredi 8 décembre 1926, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1926, c'est-à-dire être nés après le 1er janvier 1897, cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait, au 31 décembre 1926, aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

A. — *Pour les docteurs en médecine.*

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Majoration des points

Une majoration de 20 points est accordée :

....

3° A ceux qui ont été nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté de médecine ou de pharmacie.

Une majoration de 10 points est accordée :

1°...

2°...

3° Aux lauréats des facultés de médecine et de pharmacie, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un *premier prix* au concours ouvert an-

nuellement pour chacune des années d'études dans les établissements d'enseignement supérieur ;

4° Aux internes des hôpitaux nommés au concours dans une ville d'école de médecine ou de pharmacie ;

5° Aux anciens préparateurs des facultés de médecine et de pharmacie.

Pour bénéficier de ces majorations, qui comptent pour l'admission, les candidats joindront à leur demande ou remettront au président du jury une pièce officielle constatant leurs titres.

Une majoration de points sera également attribuée aux candidats pour leur tenir compte du dommage résultant de l'interruption de leurs études et de la durée de leur présence sous les drapeaux pendant les hostilités, d'après le barème ci-après :

1 point par mois de présence aux armées ou dans la zone des armées comptant pour l'obtention des brisques.

5 points par citation à l'ordre du régiment ou de la brigade.

10 points par citation à l'ordre de la division ou du corps d'armée.

15 points par citation à l'ordre de l'armée.

30 points si le candidat est décoré de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire (sans cumul avec la citation qui entraîne l'inscription au tableau pour ces distinctions).

10 points par blessure de guerre.

Les points résultant de la majoration pour services de guerre ne comptent pas pour l'admission et n'interviennent que pour le rang à donner dans le classement des candidats.

PIÈCES A PRODUIRE.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec toutes les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel), avant le 10 novembre 1926 au plus tard.

Ces pièces sont :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° *a*) Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien, indiquant le régime d'études terminales (cette pièce pourra n'être produite qu'au moment de l'ouverture du concours) ; le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine ou de pharmacien ;

b) Le cas échéant, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit aux majorations de points d'ordre technique ;

3° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du

(*Voir la suite page LV-871*)

PROPOS DU JOUR

Un historique des assurances sociales.

Notre distingué confrère, le sénateur C. Chauveau, vient de publier chez l'éditeur Payot un petit livre de moins de 300 pages où il expose avec clarté la question des *assurances sociales*. Cet ouvrage n'est pas destiné aux médecins, il est écrit pour le public et M. le Sénateur Chauveau y explique et défend le projet de la Commission du Sénat dont il est le rapporteur. Il qualifie son édifice de modeste mais de solide. « Elaboré dans un esprit de transaction, avec le dessein d'aboutir, ce projet s'inspire avant tout, dit M. Chauveau, d'idées de simplicité et d'économie, de la technique des assurances, des enseignements de la pratique, que l'on a essayé de concilier avec une compréhension large et compatissante des souffrances humaines. »

Nous n'avons pas la prétention d'analyser en détail, de critiquer, de commenter le livre de M. Chauveau. Nous en conseillons à nos confrères la lecture. Un trop grand nombre discute actuellement d'assurances sociales sans les connaître et critique le projet Chauveau sans l'avoir lu. Il faut que nos confrères se persuadent que si la part du médecin est grande dans le fonctionnement de la loi, elle est loin, très loin de l'absorber toute entière, que M. Chauveau a fait le possible pour laisser au corps médical le soin d'organiser lui-même sa participation, que nous devons le remercier de l'imprécision où il laisse certains points. S'il n'est pas douteux qu'un règlement d'administration publique comblera bien des lacunes qui nous intéressent, nous devons nous en féliciter, car il est plus facile d'obtenir un nouveau règlement que de faire modifier une loi. Ceux qui ont pris part avec nous (et ils se font rares) à la campagne menée pour la modification de la loi sur les accidents du travail, savent quelles difficultés nous avons dû surmonter, l'effort collectif puissant que nous avons dû faire et les appuis que nous avons dû chercher un peu dans tous les milieux pour réussir à atténuer les défauts et les graves lacunes de cette loi. Mais nous ne voulons pas aborder ici la question même des assurances sociales, nous voulons nous borner de faire leur historique d'après un chapitre du livre de M. Chauveau Nos lecteurs, en parcourant ces lignes, se rendront compte des erreurs que dans le feu des discussions on a propagées un peu partout dans le corps médical et qui ont pu discréditer le principe même des assurances. On a voulu en faire une conception purement allemande, une trouvaille de Bismarck pour asservir les ouvriers allemands. Certains espéraient qu'au lendemain de la guerre, cette simple affirmation suffirait pour faire prendre les assurances en horreur. Rien n'est plus erroné. L'origine des assurances sociales est française, bien française. D'ailleurs cette origine serait-elle allemande, cette raison purement de sentiment serait insuffisante à des gens sensés pour faire rejeter un progrès.

***

L'origine des assurances sociales remonte au XVIIe siècle. Colbert, ministre de la marine depuis le 7 mars 1669, prescrivait dans le règlement du 23 septembre 1673 que six deniers par livre seraient retenus sur les appointements et soldes des officiers et des équipages de la marine du Roi pour être employés à leur donner des soins dans les hôpitaux maritimes ou à payer des secours à ceux qui préfèreraient se faire soigner dans leur famille.

Jérôme Phélypeaux, comte de Pontchartrain, ministre de la marine à son tour, fit signer l'édit de mai 1709, qui réduisit à quatre deniers par livre la retenue des soldes des marins mais étendit au personnel civil, aux ouvriers des arsenaux et aux équipages de la marine marchande cette retenue et les avantages auxquels elle donnait droit. Il augmentait en outre le prélèvement que l'Etat faisait en faveur des équipages sur la vente de toutes les prises. Ce dernier prélèvement devait servir à assurer des pensions aux marins de l'Etat et aux invalides et estropiés de la marine marchande.

En 1793, la Convention projeta de donner une pension après 25 ans de travail à tout citoyen pauvre. En 1827 la caisse de secours mutuels de Diétrich et Cie à Niederbronn, celle de la Société d'Hartmann et fils à Munster, fondée en 1850, celle des Houillères de Petite-Roselle, fondée en 1859, et celles de quelques autres industries alsaciennes, bien avant le traité de Francfort, organisèrent

de véritables assurances avec double cotisation patronale et ouvrière et même avec le précompte, c'est-à-dire la retenue du salaire. Ajoutons à ces précédents pour la France la loi du 26 juin 1894, instituant les caisses de secours pour les ouvriers mineurs et la loi de la Mutualité du 1er avril 1898.

Mais nous devons avouer que ce n'est que depuis 1883 que les idées de Colbert trouvèrent leur plein épanouissement et ce fut dans la législation allemande. Cette législation allemande a débuté par l'institution de l'assurance obligatoire contre la maladie qui comprend l'accouchement, dans la loi du 15 juin 1883.

L'assurance contre l'invalidité-vieillesse, contre les accidents du travail suivirent, et toute cette législation fut réunie en juillet 1911 dans le *Code impérial des assurances sociales* qui fut modifié en décembre 1911, en juin 1916 et en décembre 1924.

La législation des assurances allemandes est, nous le savons, appliquée actuellement en Alsace et en Lorraine.

Depuis, *dix-huit nations* d'importance variable ont adopté une législation d'assurances sociales. Avant la guerre, l'Angleterre, la Belgique, la Roumanie, la Suède, le Luxembourg, la Suisse ; après la guerre ce furent l'Italie, la Pologne, l'Espagne et le Portugal (1919), le Japon, la Yougoslavie, la Grèce, l'Autriche, la Russie (1920), la République Argentine, la Bulgarie et la Tchécoslovaquie (1924). Presque toutes les législations et surtout celles élaborées après la guerre imposent l'obligation des assurances pour tout ou partie des risques.

En Portugal, l'assurance est étendue à toutes les personnes dont le revenu est inférieur à un certain chiffre. En Suède, l'assurance est nationale et s'étend à toute la population sans condition de revenus. En Autriche et en Russie, la loi ne s'applique qu'aux salariés. En Yougoslavie, les ouvriers agricoles, les domestiques, les pêcheurs sont écartés de la loi.

Seule la Russie couvre tous les risques. Au Danemark, l'invalidité est seule couverte ; tandis que la maladie l'est uniquement au Japon. En Italie, l'assurance est obligatoire contre l'invalidité, la vieillesse et le décès ; elle est facultative et encouragée contre la maladie. En Portugal et en Roumanie il y a deux régimes différents pour la maladie et l'invalidité. En Tchécoslovaquie, l'assurance-maladie est obligatoire, l'assurance-invalidité-vieillesse est facultative.

La plupart des législations ont adopté la triple contribution de l'assuré, de l'employeur et de l'Etat.

En Suède, les cotisations proviennent des assurés et les allocations de l'Etat et des communes les complètent. L'Etat n'intervient pas en Argentine ; ni pour le risque maladie en Portugal et en Roumanie.

En Danemark, les assurés n'interviennent pas, les ressources sont fournies par les employeurs, l'Etat et les communes. En Roumanie les assurés seuls font les frais de l'assurance-maladie. En Portugal, tous les habitants d'une commune de 15 à 75 ans, sont groupés en caisse de secours mutuels en cas de maladie. Tous payent une cotisation mensuelle, seuls ceux qui ont un faible revenu ont droit aux prestations.

Presque partout les cotisations sont proportionnelles au salaire. En Angleterre, les caisses payent une indemnité de chômage, sauf en cas de grève, de lock-out, de renvoi pour inconduite ou de prison.

En Yougoslavie les prestations d'accouchement sont tout particulièrement étudiées et développées.

Les prestations d'incapacité de travail atteignent 80 pour 100 du salaire en Autriche et sont égales au salaire en Russie.

L'on est étonné de ne pas entendre parler des Etats-Unis de l'Amérique du Nord dans cet historique des assurances sociales. Mais les Etats-Unis sont le pays où les assurances sont le plus développées et les compagnies d'assurances privées affectent les formes les plus multiples et couvrent les risques les plus imprévus. L'assurance est dans les mœurs, tout le monde s'assure et contre tout. Pendant la guerre le gouvernement américain avait assuré ses soldats.

Loin d'être à l'avant-garde du progrès social en matière d'assurances, reconnaissons que la France arrive bonne dernière, elle qui fut cependant le berceau de cette idée généreuse.

Il ne faut donc pas considérer la réalisation des assurances sociales comme une dangereuse utopie, puisque la presque unanimité des nations civilisées les ont adoptées, que certaines en ont fait l'expérience depuis de longues années, et qu'aucune n'y a renoncé. Certes, au point de vue médical, elles sont appelées à modifier singulièrement nos habitudes et, si nous n'y prenons garde à bouleverser totalement l'exercice de la médecine en France. C'est à nos syndicats de veiller, c'est à eux d'étudier les divers modes d'adaptation du corps médical à la loi, c'est à eux de se

renseigner sur cette adaptation dans les dix-huit nations qui ont adopté les assurances sociales.

Pour nous, nous persistons à croire que le projet Chauveau nous laisse la faculté de nous organiser en pleine liberté. Nous souhaitons qu'on évite une application rigide et uniforme dans toute la France. Nous espérons qu'on laissera à cette loi assez de souplesse pour permettre qu'elle s'adapte aux conditions d'existence qui varient selon les régions, qu'en somme, la législation française, dernière venue, bénéficiera de l'expérience des autres peuples et constituera un notable progrès.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les scolioses congénitales thoraciques

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL,
Professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

Le thorax, composé d'un ensemble de pièces osseuses multiples et mobiles (vertèbres, côtes, sternum), entouré par des muscles qui mettent en mouvement ces diverses pièces squelettiques (diaphragme, pectoraux, dentelé, scalènes, sterno-cléido-mastoïdien), est, à l'état régulier, symétrique. Mais le moindre trouble dans l'anatomie des os ou des muscles apportera un déséquilibre dans l'édifice, un désordre statique qui se manifestera le plus ordinairement par une déviation du rachis, une scoliose.

Les variations du squelette

Envisageons rapidement les diverses variations squelettiques qui vont entraîner ces troubles statiques :

I. — Squelette vertébral.

A. *Hémi-vertèbres.* — Les vertèbres thoraciques sont au nombre de douze. Mais ce nombre peut être ou réduit ou augmenté, les éléments des autres segments du rachis restant normaux. A la formule :

C7 — Th 12 — L 5 — S 5 — Cx 4 ou 5

se substitueront les suivantes :

C7 — Th 11 — L 5 — S 5 — Cx 4 ou 5

ou bien :

C7 — Th 13 — L 5 — S 5 — Cx 4 ou 5

Si la pièce manquante fait défaut complètement ou si la pièce surnuméraire a un développement parfait, il n'en résulte aucun trouble statique. Le thorax d'une façon absolue est ou raccourci, ou allongé de la hauteur d'un élément vertébral, c'est-à-dire de deux ou trois centimètres.

Nous avons vu ailleurs que le siège de cette variation numérique ne se trouvait pas au niveau de la région de transition thoraco-lombaire, mais vers la fin du rachis thoracique au niveau de la 9e ou de la 10e vertèbres.

Mais très souvent on a affaire avec un élément en voie de disparition, ou avec un élément ajouté en voie de développement. C'est un élément incomplet, irrégulier, aplati, souvent asymétrique et qui, dans la majorité des cas, prend une forme de coin. C'est une vertèbre cunéiforme, une hémi-vertèbre qui ne sera munie de côte que d'un seul côté. En même temps qu'un trouble rachidien, il y a un trouble costal et on comptera une côte de plus d'un côté que de l'autre. Cet élément cunéiforme intercalé dans la tige rachidienne va déterminer un déséquilibre statique, une scoliose.

B. *Fusions vertébrales.* — C'est Goodhart, en 1876 qui a, le premier, signalé la coïncidence d'une scoliose avec une fusion congénitale de plusieurs vertèbres thoraciques en une pièce unique. Ces fusions vertébrales sont rares, elles peuvent comprendre deux ou trois et même un plus grand nombre de vertèbres. Leur siège est variable. La masse ainsi formée est irrégulière, asymétrique, à bords inégaux.

C. *Spina bifida.* — La spina bifida de la région thoracique est rare. La vertèbre ainsi ouverte en arrière est d'ordinaire aussi irrégulière de forme, asymétrique, écrasée, Le fait est plus net encore

◆◆

lorsque la spina bifida intéresse plusieurs vertèbres successives. Cela explique la coïncidence fréquente d'une scoliose.

II. — Squelette costal.

Les variations des côtes sont fréquentes. Aux variations des côtes thoraciques il fautajouter celles des côtes attachées à la 7e vertèbre cervicale ou à la première vertèbre lombaire, qui augmentent la hauteur de la cage thoracique.

A. *Asymétries d'articulation.* — Ordinairement les deux côtes d'une même paire s'articulent au même niveau sur le corps vertébral correspondant.

Mais assez souvent on note des variations consistant dans une dénivellation des points articulaires. Une 5e côte par exemple s'articulera d'un côté entre les 4e et 5e vertèbres, tandis que de l'autre côté elle s'articulera sur le milieu du corps de la 5e vertèbre. A chaque mouvement respiratoire, il y aura donc des pressions inégales et asymétriques exercées sur le rachis ; à la longue, et surtout si ces dénivellations se retrouvent sur une série de paires costales, il en résultera une scoliose.

B. *Fusions costales.* — Deux ou plusieurs côtes voisines peuvent entrer en contact par leurs bords, s'articuler et même se fusionner. Il en résulte sur le côté de la cage thoracique la formation d'une palette osseuse plus ou moins étendue.

Les espaces intercostaux sont interrompus à ce niveau.

On a plusieurs fois observé de la pachypleurite pariétale au niveau de cette palette.

Il résulte de cet état de chose une gêne dans le mouvement respiratoire ; un manque de souplesse ; un obstacle à l'expansion pulmonaire.

Cette gêne due à la variation osseuse et à la suppression des muscles intercostaux détermine la formation d'une scoliose.

C. *Agénésie de la première côte.* — L'absence complète de la première côte thoracique n'a jamais été signalée. On a noté son agénésie partielle. Elle est représentée par ses deux extrémités osseuses, en arrière par une lame plus ou ou moins longue, en avant par un tubercule osseux qui s'attache au cartilage sternal. La partie intermédiaire osseuse fait défaut, elle est représentée par un ligament fibreux, dur, épais et très tendu. Accompagnant cette disposition, on constate l'absence du scalène antérieur.

Des troubles nerveux douloureux dus à une pression du premier nerf intercostal, ou des éléments du plexus brachial ;des troubles sympathiques ; des troubles vasculaires du membre supérieur par compression avec œdème, forment un syndrome aujourd'hui bien fixé (thèse Baillargeat).

D. *Agénésie partielle des autres côtes.* — On a noté aussi l'agénésie dela portion moyenne des autres côtes. Ce phénomène est identique au précédent. Seuls persistent le segment osseux postérieur et un segment assez court antérieur juxta-chondral. Le segment intermédiaire est réduit à un ligament fibreux.

L'agénésie peut porter sur plusieurs côtes successives.

Les muscles thoraciques font ordinairement défaut et on a signalé l'absence des pectoraux, du grand dentelé en partie.

Là où le squelette costal fait défaut, le poumon peut faire hernie (pneumocèle).

Le syndrome se complète par des douleurs dues à des compressions des nerfs intercostaux et par la scoliose.

E. *La 7e côte cervicale.* — La présence d'une côte articulée à la 7e vertèbre cervicale est un phénomène fréquent. Il s'agit d'ordinaire d'une côte incomplète n'atteignant pas le sternum, mais s'unissant au sternum par un ligament fibreux ou s'articulant avec la 1re côte thoracique.

Cette côte détermine la formation d'un nouvel espace intercostal avec ses muscles, ses nerfs et ses vaisseaux. Lorsqu'elle est assez développée, elle donne insertion à un faisceau supplémentaire du scalène.

La présence d'une côte cervicale est le point de départ de symptômes aujourd'hui bien connus, avec troubles nerveux, troubles circulatoires, ou sympathiques.

La scoliose accompagne souvent cette variation costale lorsqu'elle n'existe que d'un côté ou lorsqu'étant bilatérale, elle est inégalement développée à droite et à gauche.

F. *La 1re côte lombaire* est peut être aussi fréquente que la variation précédente. Elle ne présente sous la forme d'un appendice généralement articulé avec le corps vertébral et son apophyse transverse.

Elle détermine la formation d'un nouvel espace intercostal.

Le muscle carré des lombes prend une insertion sur cette côte, de même aussi le grand dentelé par un faisceau supplémentaire, de même encore le diaphragme.

Le sinus costo-diaphragmatique est étendu en bas.

La première côte entre en contact avec le bassinet du rein, d'où une symptomatologie diagnostique à établir avec un calcul du bassinet un point pleural bas placé, une fracture d'une apophyse transverse lombaire.

J'ai souvent constaté la coexistence d'une

scoliose avec une 1re côte lombaire (thèse Baillargeat).

III. — Squelette sternal.

Les variations du sternum telles que les *fissures sternales, les côtes bifurquées, le sternum infundibuliforme* n'entraînent que rarement des scolioses. Elles sont plus généralement sassociées à la cyphose.

Les scolioses

Comme on vient de le voir, les variations du thorax s'accompagnent très souvent de scoliose. Toutes ces scolioses n'ont pas la même pathogénie et toutes ne présentent pas les mêmes caractères.

Les scolioses d'origine *vertébrale* sont surtout des scolioses *statiques*.

Les scolioses d'origine *costale* sont accompagnées de troubles musculaires, ce sont des scolioses *dynamiques*.

Nous ferons un groupe spécial pour les scolioses qui accompagnent la *dénivellation des articulations costales.*

I. — Les scolioses statiques.

Les hémi-vertèbres ou les vertèbres cunéiformes déterminent des scolioses à caractères particuliers. Nous considèrerons deux cas suivant que la vertèbre cunéiforme a sa base horizontale et sa face supérieure oblique, ou que ses deux faces sont également obliques.

Dans le premier cas, la portion du rachis située au-dessus s'incline latéralement du côté opposé à l'hémivertèbre, cette inclinaison est brusque. Il en résulte une courbe à petit rayon ; on remarque un pli cutané profond, Puis au-dessus de cette inclinaison il se forme une grande courbure de compensation, à grand rayon pouvant intéresser toute la hauteur du rachis thoracique et même cervical.

Dans le second cas, la vertèbre cunéiforme formera le sommet d'une courbe qui intéressera les vertèbres situées au-dessus et au-dessous. Cette courbe est peu haute, de moyen rayon ; il n'y a souvent pas de courbure de compensation.

Dans l'un et l'autre cas, on note au niveau de l'hémi-vertèbre une grande raideur du rachis, difficile à mobiliser et il s'établit des ankyloses encore aggravées du fait de la formation de ligaments très serrés unissant l'hémi-vertèbre aux éléments voisins.

On remarquera le nombre inégal de côtes à droite et à gauche.

La scoliose statique due à des *fusions vertébrales* échappe à une description schématique à cause de la grande différence des cas observés. Mais comme précédemment il y a toujours une inclinaison brusque au-dessus du bloc osseux, et une raideur particulière du rachis ainsi fusionné.

Dans la *spina bifida*, la forme de la scoliose est équivoque.

II. — Les scolioses dynamiques.

Les scolioses sont dues, chez les sujets présentant des variations costales, à la fois à celles-ci et aux asymétries musculaires qui les accompagnent presque toujours.

Lorsque la variation est bilatérale le rachis reste rectiligne et le thorax est symétrique.

Pour qu'il y ait scoliose il faut donc que la variation soit unilatérale.

La présence d'une 7e côte cervicale d'une certaine longueur s'accompagne de la formation d'un muscle scalène surnuméraire. C'est à mon avis la présence de ce faisceau irrégulier et unilatéral qui est la cause de la scoliose constatée dans ces cas. C'est la scoliose que Garré a signalée, qui a été mise en doute et niée par beaucoup d'auteurs. Cette scoliose qui n'existe qu'avec des côtes assez développées munies d'un muscle scalène est caractérisée par une inclinaison de la tête, une rotation du rachis cervical qui donne l'apparence d'un torticolis.

C'est au contraire l'absence du muscle scalène antérieur dans les cas d'agénésie de la première côte qui contribue à la formation d'une scoliose, Dans l'un et l'autre cas il y a asymétrie dans la musculature du cou et un dynamisme dont l'équilibre est rompu (Baillargeat).

L'agénésie de plusieurs côtes avec absence des pectoraux et d'une grande partie du dentelé rend de même le jeu du thorax asymétrique.

De même, la fusion de plusieurs côtes, supprimant des espaces intercostaux avec leurs muscles, trouble le rythme respiratoire, gêne la souplesse des mouvements inspirateurs et rompt l'équilibre thoracique. De là des scolioses.

Enfin la présence d'une première côte lombaire, créant un espace intercostal supplémentaire, déterminant des insertions nouvelles du carré des lombes et du diaphragme devient par suite de ces variations musculaires une cause de scoliose.

Toutes ces scolioses dues à des variations musculaires accompagnant des variations du squelette costal ont un caractère commun d'être souples, à grand rayon, sans rotation grave du rachis (sauf la scoliose de Garré). Elles ne deviennent apparentes qu'assez tard lorsque les muscles ont pris une certaine force.

III. — Les scolioses par dénivellation articulaire des côtes.

C'est peut être une cause plus fréquente qu'on ne le pense de scolioses.

A chaque mouvement respiratoire la pression des côtes sur le rachis est différente des deux côtés, et ne se produit pas au même point. Ce sont

ces causes mécaniques qui déterminent inclinaison puis rotation du rachis.

Ces scolioses se corrigent mal, mais n'amènent jamais de grandes courbures.

Conclusions

En résumé, comme on vient de le voir, nombreuses sont les variations du squelette et de la musculature thoraciques qui s'accompagnent de troubles scoliotiques.

Ces scolioses constituent un chapitre très important des scolioses congénitales. Leur étude est récente et a déjà fourni des données d'un vif intérêt. Il importe quand on examine un thorax de rechercher avec grand soin toutes ces variations.

Le traitement des déviations du rachis ne peut être établi qu'avec une connaissance parfaite de la pathogénie de ces dysmorphies vertébrales. C'est donc cette pathogénie qu'il faut d'abord mettre en lumière.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Généralités sur les applications de la constante uréo-sécrétoire à la clinique.

D'après une leçon du Professeur LEGUEU (1).

La constante uréo-sécrétoire est d'une incontestable utilité en clinique. Comme toujours en médecine, il y a eu à son sujet une phase d'enthousiasme, d'espérance illégitime, suivie d'une période de doute, de découragement. On a tiré de la constante des conclusions illégitimes et injustifiées. Par exemple, une première faute a été de conclure, en présence d'une constante, à un diagnostic d'uni ou de bilatéralité de tuberculose. Une constante normale ou à peu près normale ne veut jamais dire qu'il n'y a de lésions que d'un côté. A chaque instant on voit des lésions de tuberculose bilatérales — on ne peut pas dire très étendues, il n'y a pas, dans ces cas-là, des cavernes partout — mais il peut y avoir des lésions bilatérales avec des constantes non pas normales, mais au-dessous de 0,100, c'est-à-dire dans des conditions favorables à une opération. On peut supposer qu'il y a quelques lésions rénales qui n'altèrent pas énormément le fonctionnement du rein, et puis il faut tenir compte de l'hypertrophie compensatrice qui se produit ou dans le rein le plus mauvais, ou dans le moins malade. Quoi qu'il en soit, la notion est nette et précise : une constante à peu près normale ne signifie pas qu'il ne puisse exister que des lésions unilatérales.

Une constante élevée ne veut pas dire qu'il y a des lésions de tuberculose des deux côtés. La constante ne donne que la somme de fonctionnement des reins. Quand on a, par exemple, un fonctionnement de 0,125, c'est-à-dire relativement défectueux, il y a très probablement, presque sûrement, bilatéralité, mais ce n'est pas une bilatéralité de tuberculose, et l'on n'est pas dans l'inopérabilité. Il y a un trouble fonctionnel assez défectueux, mais dont la répartition est inconnue.

Une deuxième conclusion illégitime et injustifiée qu'on a essayé de tirer de la constante concerne le pronostic opératoire. Au début, on disait : avec une constante au-dessous de 0,100, on peut opérer, et le succès est certain ; avec une constante au-dessus de 0,100, on ne doit pas opérer. En réalité il n'y a pas un chiffre de constante, si favorable soit-il, qui permette d'opérer avec sécurité. L'expérience montre que certains malades qui, la veille de l'opération, ont un fonctionnement rénal parfait, vont mourir après 4 ou 6 jours avec une azotémie de 1 gr. 20, 1 gr. 50 ou 3 gr. Dans d'autres cas, on a une constante très élevée, de 0,180, par exemple. Un chirurgien conclut que l'opération est impossible. Un autre chirurgien opère le même malade et le guérit. Alors, dira-t-on, à quoi sert la constante ? Elle donne la mesure du fonctionnement rénal ; le reste lui échappe. Il y a dans l'opération beaucoup d'autres choses qui ne dépendent pas directement de la constante. Il y a, par exemple, les questions de fonction aqueuse du rein et d'oligurie post-opératoire. Une hémorragie abondante, à la suite de l'opération, suffit pour abaisser le pouls, la tension, par conséquent la quantité d'urine, et pour faire monter l'azotémie à 1 gr. 50, le lendemain, chez un malade qui se trouvait dans des conditions très favorables au moment de l'intervention. Il suffit d'une complication post-opératoire pour transformer les valeurs rénales.

L'oligurie post-opératoire est causée ici par une hémorragie ; là, elle est causée par une anesthésie. Il faut encore tenir compte des infections microbiennes qui peuvent frapper le rein. Tout cela n'est pas prévu dans la constante. On doit renoncer à tirer d'un chiffre de la constante une indication opératoire ; la grande majorité des déceptions qui viennent de la constante tiennent à ce qu'on a voulu fixer des chiffres. Ceci donnera

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker, le 10 février 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

les mêmes déceptions avec le bleu ou avec la sulfo comme avec la constante

Il y a encore une troisième conclusion illégitime et injustifiée, qui dépasse peut-être même l'étendue du territoire urologique. D'un chiffre de constante on a conclu à un pronostic vital, et on en a tiré des conclusions erronées et amenant des déceptions nombreuses. Par exemple, on trouve une azotémie assez élevée et une constante plus élevée encore, puisque les deux choses marchent un peu dans la même proportion. On dit alors que le malade est perdu, on le dit à sa famille, on fait un pronostic vital, comme tout à l'heure on faisait un pronostic opératoire. Là encore des déceptions très grandes se réalisent. C'est que la constante donne la somme du fonctionnement rénal actuel, momentané, immédiat. Demain, ce ne sera peut-être plus le même. Hier, il était différent. Par conséquent, il ne faut pas tirer des conclusions fatales d'un chiffre essentiellement mobile et variable, selon les malades. Les faits démontrent la relativité de tous ces chiffres et combien il est nécessaire d'y apporter le contrôle de la clinique. Si on tire de la constante actuelle une valeur définitive, on a tort, parce que cette valeur n'est que momentanée. On connaît bien ces petites néphrites qui sont le lot de tout le monde à partir d'un certain âge. On les modifie, on améliore le fonctionnement rénal, par une cystostomie, ou par un régime, on conseille aux malades de s'abstenir d'aliments azotés, de viande, et on voit la constante baisser de jour en jour : c'est ce qu'on appelle préparer les malades à un acte opératoire. C'est un chiffre qu'on modifie. Si le premier jour on avait tiré de ce chiffre une conclusion définitive, on aurait eu absolument tort. On a tort d'attacher à un chiffre un pronostic vital. C'est parce qu'on a attaché à un chiffre qui n'est qu'une valeur actuelle et essentiellement mobile une valeur définitive qu'on a eu des déceptions.

La constante est plus que l'azotémie. La constante comprend l'azotémie. L'azotémie est un facteur de la constante. L'azotémie est moins que la constante, surtout dans les petites néphrites inférieures à 1 gr. d'azotémie. Pour les grandes néphrites, entre 1 gr. 50 et 2 gr. d'azotémie, il est inutile de faire une constante qui ne donnera que des chiffres fantaisistes, mais au-dessous de 1 gr. c'est extrêmement précieux. Voici, par exemple, deux individus ayant le même chiffre d'azotémie. L'un a une constante de 0,100, ce qui lui représente un fonctionnement rénal de 50 %. L'autre a une constante de 0,167, ce qui lui représente un fonctionnement de 83 %. C'est donc la constante qui tranche cette incertitude de l'azotémie.

Il y a donc toujours intérêt à avoir l'azotémie, mais on doit y ajouter la constante qui fournira des latitudes dont l'azotémie seule ne donne pas l'indication. Puis, la constante est une mesure exacte et précise du fonctionnement rénal actuel. Tous les malades qui vont mourir présentent une augmentation progressive de la constante avec élévation de l'azotémie. Tous ceux qui vont guérir présentent une amélioration de la constante au fur et à mesure que le fonctionnement rénal se manifeste.

L'instabilité du fonctionnement rénal est justement une notion que la constante a appris et qu'on voit bien par le cathétérisme des uretères. La constante est comme une balance de précision, elle indique les moindres mobilités. C'est un avantage et un inconvénient. Un avantage, parce qu'aux points de vue physiologique et pathologique on en peut tirer des indications ; un inconvénient, parce qu'on risque d'en tirer des conclusions illégitimes. En outre, il est à noter que la constante est la mesure du fonctionnement des reins, elle n'est pas la mesure de leur résistance. Il ne faut pas confondre la résistance avec la fonction. La résistance du rein au choc opératoire est importante à considérer. Du reste, à ce point de vue, le rein n'est pas seul à envisager, il faut tenir compte de la résistance des autres organes, en particulier du foie et du cœur.

CAUSERIE CHIRURGICALE

La chirurgie est elle arrivée à son apogée ?

Quelques vérités sur : les voies d'accès anatomique, les clefs opératoires, les techniques, l'hémostase l'anesthésie, l'infection, les synéchies opératoires, l'embolie, la cicatrice.

Par DARTIGUES.

Quelques chirurgiens croient que la chirurgie est arrivée à un apogée qui ne sera pas dépassé. C'est là une candide illusion due à ce qu'ils limitent, dans leur pensée, la chirurgie au seul acte opératoire sanglant et à une douzaine d'opérations tout au plus, dont la technique leur paraît la perfection. Même à ce point de vue extrêmement restreint, je ne partage pas le charmant état de béatification de certains qui me paraissent avoir ce contentement pâmé et ébloui des parents

◆◆◆

devant leur enfant, qu'ils voient resplendissant de toutes les beautés et de toute l'intelligence, pour si imparfait soit-il. Peut-être, parce qu'esprits plus tourmentés, comme celui de don Juan pour les femmes, nombre d'entre nous trouvent au contraire que la chirurgie est une maîtresse qui laisse inassouvi à chacune des nouvelles offrandes de sa chair !

Croit-on qu'il n'y ait pas, au point de vue de la technique opératoire seule, à trouver d'autres types d'opérations ? Quelques clefs opératoires facilitant singulièrement les interventions ont été trouvées en chirurgie pelvienne, par exemple, surtout par Péan, Doyen, J.-L. Faure, Kelly, etc., et par certains en chirurgie cranienne et faciale par Cushing, de Martel, Bourguet. Mais on en trouvera bien d'autres pour pénétrer dans des parties secrètes ou tourner bien des difficultés. Cherchez les clefs et vous trouverez.

Tout ce qui est possible de faire n'a pas été fait, bien qu'on en ait prétendu ; car tout ce qu'il est possible de construire chirurgicalement ne l'a pas encore été ; et tout ce qu'il est possible d'éviter ne l'est pas. *Presque toute la chirurgie conservatrice ou constructive dépendra du progrès de l'utilisation de la connaissance anatomique et physiologique.*

N'y a-t-il rien à trouver de plus parfait et de plus complet dans les opérations conservatrices, comme les myomectomies en gynécologie, comme dans la chirurgie des membres où l'esprit conservateur et l'utilisation physiologique des moignons a rayé presque tout ce qu'on appelle encore de ce mot un peu ridiculet et archaïque : *la médecine* opératoire ? Que d'amputations et de désarticulations n'ont déjà plus de raison d'être, si ce n'est de faire des exercices sur des cadavres ! Aujourd'hui, quand on supprime un membre, on le fait dans un sens économique pour utiliser au maximum ce que l'on épargne. On n'opère pas schématiquement comme sur un mannequin, ou une statue. Et à ce sujet, avez-vous pensé que la Vénus de Milo a subi du fait de ce chirurgien fameux et immortel, le Temps, une magnifique amputation humérale à droite, une désarticulation typique de l'épaule gauche, et un superbe Chopart du pied gauche ?

On ne répare pas un vase d'art, en tout cas, en lui coupant systématiquement le goulot, ou si vous aimez meux, le col ou l'anse harmonieuse; on en rassemble les morceaux ; de même faisons-nous vraiment pour la femme, cette amphore, et pour l'homme, ce merveilleux mécanisme vivant.

Certain chirurgienss ont eu à se mordre la langue, tel jadis, le cependant très intelligent Richelot, pour avoir dit qu'on avait trouvé le procédé *définitif* et idéal d'hystérectomie.

Et les sutures vasculaires des artères et des veines qui sont à leur balbutiement d'essai, et dont cependant dépend la réalisation d'une chirurgie entièrement renouvelée et illimitée ? *Presque toute la chirurgie de l'avenir est basée sur les trouvailles que l'on fera dans le sens de la continuité ou de l'adaptation angéiologique.*

Et le sang en chirurgie ? N'y a-t-il pas des systèmes d'hémostase à trouver ?

Voilà que Launois et Patel, de Lyon, font pour extraire des projectiles de la région prévertébrale et l'extirpation de tumeurs de la région carotidienne, ou dans les plaies des vaisseaux carotidiens, la trépanation préalable de l'apophyse mastoïde avec tamponnement du sinus latéral qui réalise une véritable ligature temporaire de la jugulaire interne, qui permet d'agir avec beaucoup moins de danger dans la région du paquet vasculo-nerveux du cou.

Les techniques chirurgicales se réalisent de plus en plus au prix de peu de sang. Mais quels progrès à réaliser encore pour l'opération non sanglante ! *Toute opération est une pensée préalablement combinée d'hémostase.* Un jour doit venir où l'opération se fera sans une goutte de sang versée. On opèrera sur des régions complètement exsangues, grâce à des barrages artériels et veineux et à des moyens chimiques artificiels ingénieusement prévus, à l'arrosage de la région opératoire avec des liquides vaso-moteurs ou coagulants ; les petits vaisseaux seront même visibles au chirurgien par des colorations artificielles sur le vivant, comme certaines recherches le font déjà espérer ; alors, plus de fusées ni d'inondations sanguines. L'opération devient d'ailleurs de plus en plus une sorte de messe blanche. Le chirurgien n'est du reste pas, comme le croit le profane, un verseur de sang ; il n'est pas le rouge bourreau imaginé par la peur et qui travaille dans la douleur et la chair sanglante, et sa préoccupation constante et première est précisément d'arrêter le sang au cours de ses actes. A l'heure actuelle, même en attendant la période de l'hémostase absolue, le chirurgien, au moment où il œuvre, est l'homme le plus candidement blanc et le plus immaculé qui soit dans toutes les professions. *Presque toute la chirurgie de l'avenir est appelée à se faire à sec, et même suivant une visibilité vasculaire artificielle.*

Et l'anesthésie en chirurgie ! Croit-on qu'on est arrivé au suprême de la perfection, alors que chaque jour nous assistons aux découvertes les plus inattendues ? *Presque toute la chirurgie se fera hors de la douleur* !

N'y a-t-il rien à trouver *contre l'infection*, et la péritonite dont nous ne sommes pas toujours maîtres, bien qu'on ait eu l'imprudence de l'écrire, puisque de temps à autre les chirurgiens les meilleurs ont de douloureuses surprises, par l'emploi de substances spéciales versées sur la région opératoire ou par une préparation biochimique et hygiénique du malade ? contre la *production des adhérences opératoires* qui occasionnent

quelquefois des occlusions graves ? Croit-on qu'on ne trouvera pas mieux pour accoler des feuillets, comme dans la péritonisation, que de vulgaires surjets, avec des substances adhésives, pour suturer, que le matériel d'origine animale ou métallique dont nous nous servons ? Croit-on que les ligatures vasculaires ne céderont pas le pas à une angiotripsie ingénieuse facile et rapide associée, à des substances colloïdes ou à des éléments caloriques ? Est-ce que les anciens avaient pu prévoir les ligatures perdues de Lister, et enfin nos ligatures résorbables ?

Par la diaphanoscopie perfectionnée, on se dirigera à travers les viscères à rapports compliqués, comme dans une sorte de transillumination indicative.

Et la terrible *embolie* ? Pensez-vous qu'on n'arrivera pas à supprimer sa foudroyante menace ? Déjà des recherches permettent de l'espérer en partie. Mason, en étudiant expérimentalement la thrombose et la coagulation cause d'embolie pulmonaire, a trouvé des antidotes des coagulants d'origine tissulaire. Toute une chimiothérapie ou même une organothérapie préalable à pouvoir coagulant ou hémolysant sera utilisée dans ce but. Tout dernièrement, le Prof. Acevedo, de Montevideo, a montré qu'on pourrait éviter cette embolie en utilisant l'action vaccinothérapique des vaccins de Delbet. *Presque toute la sécurité certaine de la chirurgie résultera de la mesure ou l'on pourra enrayer l'infection, le synéchie, l'embolie* !

Et la *cicatrice*, honte de la chirurgie en même temps que signe et signature de sa victoire; ne doit-elle pas être appelée à disparaître, non pas seulement par une invisibilité demandée à des ombrages pileux ou à des plis secrets et détournés, mais peut-être à des manières, d'inciser comme dans les incisions biseautées que j'ai été le premer à préconiser et à essayer, mais surtout à une préparation biochimique de la peau ? *Presque toute la chirurgie esthétique dépendra du progrès fait à propos de la cicatrice* !

Ceux qui croient que la chirurgie est arrivée à sa suprême perfection ne sont donc pas difficiles, ou ne sont plus ambitieux. Nous pensons, au contraire, qu'elle est simplement sortie du chaos et qu'elle s'est élevée dans une belle aurore. Quand on pourra opérer avec des diagnostics d'une précision parfaite, grâce à des méthodes qui ne laisseront rien au hasard, avec des techniques simplifiées et sans aucun danger ,quand on pourra réaliser une hémostase absolue ; quand non seulement l'opération, mais les suites de l'opération seront sans douleur ; quand on saura prévoir à coup sûr l'infection et l'embolie, préparer savamment l'organisme à l'intervention pour en objtenir la résistance voulue ; quand, l'immobilisation des opérées sera réduite à l'extrême, de façon à interrompre au minimum le cours des occupations actives, et quand enfin on ne connaîtra plus le stigmate de la cicatrice, on pourra dire que la chirurgie, même pour les cas graves, sera peu redoutable et qu'elle aura fait les principaux progrès désirables.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GÉO-MICROBES

Par le Dr Albert VEILLARD (de Meung-sur-Loire).

I — Entérite toxi-infectieuse du nourrisson par le lait provenant de vaches mises au paturage dans des prairies artificielles.

Dans mes deux derniers articles du *Concours médical* j'ai montré le rôle que jouaient les géo microbes dans la formation des alcaloïdes et des glycosides des végétaux. Le point de départ de cette étude avait été le *phaseolus lunatus* (haricot de Java ou de Birmanie) dont M. le prof. Guignard avait fait une excellente monographie restée classique, en même temps que M. Kohn-Abrest en avait établi la toxicologie se rapprochant beaucoup de celle de l'acide prussique.

Dans ces articles j'avais insisté sur l'importance du *bacillus radicicola* dans la formation de la phaséolunatine, glycoside à acide cyanhydrique, pathogène de l'encéphalite léthargique et indiqué que beaucoup de nos légumineuses indigènes (vesce, gesse , trèfle, etc.) renfermaient des doses infinitésimales d'acide cyanhydrique, doses minimes incapables d'entraîner des accidents d'intoxication et ayant peut-être l'avantage d'assurer une certaine immunité par une longue accoutumance.

Or, j'ai reçu de M. le Dr Josserand, de Milly (S.-et-O.), la lettre suivante qui montre bien le rôle toxique et infectieux que peut jouer chez les nourrissons le lait de vaches nourries dans des pâturages de plantes fourragères légumineuses.

Milly, (S.-et-O.), le 19-5-1925.

Mon cher Confrère,

Depuis bien des années, j'avais constaté que, dès que dans ma région, les bêtes laitières étaient au régime du fourrage frais — trèfle incarnat et gesses — je voyais apparaître chez mes nourrissons divers cas d'entérite caaractérisée au début par un peu de diarrhée verte qui durait plusieurs jours, sans d'ailleurs

augmenter de fréquence et s'accompagnait dès le 4e jour de vomissements ; la température variait de 39°5 à 40 ; l'enfant très abattu, présentait un aspect typhique et dans 50 % des cas, la mort survenait vers les 10 jours, précédée dans les 15 à 20 dernières heures de symptômes d'apparence méningitique.

Il y avait aussi, mais non constamment, un peu de congestion des bases. Cette affection que (faute de pouvoir en préciser la nature), je considérais comme entérite de nourrisson, ne présentait pas de caractère épidémique, mais nettement saisonnier.

En lisant vos derniers articles parus dans le *Concours médical*, je me suis expliqué l'origine de cette maladie ; je pense qu'elle est déterminée par des ptomaïnes provenant des microbes des légumineuses, ptomaïnes qui, à leur tour, passent dans le lait, sans que la bête laitière probablement immunisée avant toute parturition en ressente les effets.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que, dans ma région, le bétail presque toujours à l'étable est nourri à peu près exclusivement de betterave et fourrages secs et ne consomme que pendant deux ou trois mois du fourrage frais provenant, non pas de pâturages, inexistants chez nous, mais de prairies artificielles obtenues avec divers engrais — engrais qui peuvent, comme ceux dont vous parlez, provenir des farines de haricot de Java et transmettre aux plantes leur toxicité — ou qui peuvent tout simplement, comme les engrais provenant de gadoues et d'épandage, apporter aux légumineuses leurs parts de microbes.

Je pense qu'il pourrait être d'une grande utilité de faire la recherche des ptomaïnes dans le lait provenant des bêtes nourries exclusivement avec les produits frais de prairies artificielles et en particulier les gesses,

Je pense que mon hypothèse est plausible, étant donnée l'affinité fréquente pour les centres nerveux de la maladie que j'ai décrite, étant donné aussi que la stérilisation du lait n'empêche pas l'évolution de la propagation du mal, ce qui prouverait qu'il est bien dû à des toxines résistant à la chaleur plutôt qu'à des corps microbiens.

Dr JOSSERAND.

Il est fréquent que le nourrisson soit pris de diarrhée verte lorsque les vaches, dès la belle saison, après de longs mois d'étable et d'alimentation par les fourrages secs, sont mises dans les champs ; mais dans les cas signalés par M. le Dr Josserand, il y a autre chose ; nous nous trouvons en présence d'une toxi-infection grave dont il s'agit de rechercher la cause.

Or, quelques heures à peine avant de recevoir cette lettre, j'avais une conversation avec M. Bissauge, docteur-vétérinaire, président de la Société de pathologie comparée, président de la Goutte de lait de la ville d'Orléans. Il me disait : « Nos légumineuses renferment sûrement un toxique. Si, par les grandes chaleurs, on met paître des vaches dans des prairies artificielles de trèfle ou de gesse, et aussi de sarrasin (de la famille des polygonées), ces animaux sont pris de démangeaisons, d'éruption, de desquamation. Le soleil seul ne peut pas être incriminé, car ces mêmes animaux, mis au pâturage, par des chaleurs semblables dans des prairies naturelles de graminées, ne présentent aucun signe d'intoxication. D'un autre côté, si l'on coupe ces fourrages de prairies artificielles et qu'on les donne aux animaux dans l'étable, l'intoxication ne se produit pas. »

Tous ces faits viennent à l'appui de ce que j'avançais dans mon étude sur le *bac. radicicola* des légumineuses et le géo-microbe du sarrasin. Par les chaleurs torrides, la vie géo-microbienne est suractivée et par suite, la ptomaïne devient plus infectante ; les animaux mangent le fourrage où cette ptomaïne renferme le cyanogène à l'état naissant, alors que la plante n'a pas encore eu le temps de la transformer et de l'assimiler. Mais si cette même légumineuse (trèfle, vesce, gesse) est coupée pour être consommée à l'étable, le fourrage n'est plus toxique, car la respiration de la plante, même coupée, continue et l'acide carbonique est rejeté. L'azoture de carbone est donc modifié dans sa constitution ; la plante renferme proportionnellement une plus grande quantité d'azote et moins de carbone ; le cyanogène se trouve ainsi détruit.

De plus, les expériences de Rothée, pharmacien principal de l'armée, faites pendant la guerre, en 1917, lors de l'épidémie qui avait frappé et décimé les colombiers militaires de Grenoble, ont montré que la graine de vesce paraissait au premier abord inoffensive, mais qu'il suffisait d'élever artificiellement la température du pigeon pour voir immédiatement apparaître les phénomènes d'intoxication.

Cette action de l'élévation de la température sur l'apparition des signes d'infection n'explique-t-elle pas ce qui s'est passé au moment des épidémies de grippe de 1917 à 1921 ? L'encéphalite léthargique paraissait être déclanchée par la grippe, celle-ci provoquant l'apparition de la première par la simple élévation de la température.

Pasteur et Joubert ont publié les premiers travaux montrant l'extrême sensibilité de la vie microbienne aux écarts de température. J'ai constaté souvent la chaleur élevée des terrains où croissent pois et haricots dont les nodosités à *bac. radicicola* constituent autant de foyers de hausse thermométrique.

Il n'est pas étonnant que l'ultra-sporule de ce bacille ou virus filtrant, se trouvant dans un milieu de chaleur favorable, ait un commencement de tendance à la germination avec émission de ses ptomaïnes et diastases provoquant la réaction de l'encéphalite.

Personnellement, j'ai souvenir de quelques cas

désastreux où des nourrissons étaient morts rapidement malgré des soins minutieux de stérilisation du lait, au moment des fortes chaleurs, après avoir présenté les symptômes décrits par notre confrère Josserand : diarrhée, signes d'infection générale, phénomènes cérébraux.

Comme l'encéphalite léthargique, cette maladie a bien les symptômes d'une maladie toxi-infectieuse. Intoxication directe par la ptomaïne dérivée de l'excrétion du *bac. radicicola* d'une part, infection par l'évolution du virus filtrant, forme ultra-sporulée de ce même bacille, d'autre part.

Ces mêmes faits expliquent l'accoutumance certaine que nous avons vis-à-vis des toxines du radicicola ; dès le jeune âge nous sommes soumis à une alimentation qui en renferme à doses infinitésimales, et petit à petit nous arrivons à en absorber des doses massives sans symptômes extérieurs appréciables. Les cas constatés peuvent être considérés comme de véritables cas d'anaphylaxie ou de surintoxication, au milieu d'une population gavée depuis plusieurs années de maïs avarié, de pois du Japon, haricot de Birmanie, manioc cyanogéné ; mais sous l'influence de ces drogues, même sous la forme d'accoutumance, cerveaux et moëlles s'altèrent lentement et l'intoxiqué s'en va tout doucement vers le parkinsonisme ou la confusion mentale, sans avoir eu aucun accès d'encéphalite léthargique.

Quant à la prophylaxie des entérites toxi-infectieuses signalées par notre confrère Josserand, elle est simple. Au moment des très fortes chaleurs et surtout quand le fourrage artificiel (vesce, gesse, trèfle, sainfoin) sera en voie de formation, de graine — période où, comme je l'ai montré, la toxine du radicicola présente son maximum de virulence — il faudra éviter de mettre les vaches laitières au pâturage. Les prairies artificielles seront utilisées en vert, aux champs, ou à l'étable ; mais quand les légumineuses seront à graine, on évitera de les donner sous cette forme aux bêtes devant fournir le lait. Le fourrage sera battu, la graine mise de côté pour la semence ; alors seulement, la plante pourra être de nouveau utilisée pour la nourriture du bétail, en prenant les précautions usitées contre l'humidité et les fermentations.

Ces précautions seront d'autant plus nécessaires que le fourrage proviendra d'un terrain sauvage et sans engrais où toute la provision azotée de la plante est fournie par les géo-microbes des nodosités, seuls auteurs de la toxine incriminée.

II. — Diphtérie et pomme de terre.

Les lecteurs du *Concours médical* qui ont pu prendre connaissance de la conception que j'avais de la toxicité des géo-microbes fixateurs d'azote atmosphérique, toxicité d'ordre le plus souvent cyanhydrique, ont remarqué sans doute que si j'avais, pour les trois premières catégories :

1° *Bacillus radicicola* vivant en symbiose avec les légumineuses et les aulnes ;

2° Mycorhizes vivant les symbioses avec les rosacées (arbres à fruits à noyau cyanhydrique) et les rubiacées, conifères et bétulacées (arbres à pollen asthmatigène) ;

3° Microbes vivant en symbiose avec les algues ;

donné les noms de très nombreux végétaux à l'appui de ma manière de voir, par contre il ne m'avait pas été possible de rattacher une seule plante à la quatrième catégorie, qui restait ainsi une simple curiosité de laboratoire. Voici d'ailleurs l'énoncé de cette quatrième catégorie :

4° Microbe anaérobie, fixateur direct de l'azote atmosphérique, vivant en symbiose avec un, et, le plus souvent, deux microbes aérobies.

Mais une courte note de notre confrère Gustave Monod (de Vichy), notre parue dans le n° 5 du 1er mai 1925 de la *Chronique médicale*, attira récemment mon attention. En voici le passage principal.

Diphtérie et pomme de terre

En 1881, avant la découverte du bacille de la diphtérie, parut, dans l'un des principaux journaux médicaux de l'Allemagne, et sous la signature d'un maître, un article tendant à prouver que la consommation des pommes de terre était la cause de la diphtérie ! On démontrait, chiffres en mains, que la maladie avait fait son apparition en Europe après l'introduction du tubercule ; que les cas s'étaient multipliés suivant une courbe superposable à la courbe de la consommation de la pomme de terre ; que les plus sévères épidémies correspondaient aux moments de la plantation et de la récolte ; que si les plus petits enfants en étaient plus spécialement atteints, c'était qu'ils jouaient avec les pommes, pendant que les aînés étaient en classe ; que si telle localité présentait plus de cas de diphtérie que telle autre, c'était que les habitants faisaient des provisions et se trouvaient plus souvent en contact avec des produits avariés, etc.

Or, ajoute le professeur Pearl, si pareil raisonnement nous paraît aujourd'hui absurde, parce que nous savons à quoi nous en tenir, il faut reconnaître qu'il n'est pas plus absurde que maint autre dont nous nous contentons à l'heure actuelle.

Faut-il rejeter *a priori* toute idée de corrélation possible entre les épidémies de diphtérie et la consommation de la pomme de terre ? Depuis que je m'occupe de la toxicité des produits des géo-microbes vivant en symbiose avec des végétaux, je me suis souvent heurté à trois toxi-infections : diphtérie, tétanos, botulisme qui ont tous les caractères des maladies toxi-infectieuses d'origine géo-microbienne : leurs microbes ne peuvent

pas se développer dans le sang où ils versent cependant une ptomaïne très virulente.

En ce qui concerne plus spécialement la diphtérie, on a signalé depuis longtemps qu'elle se développait de préférence à proximité de la paille, des fumiers, des basses-cours ; dans l'espèce humaine, son bacille reste toujours à la superficie des muqueuses ou des parties excoriées.

Sa toxine est très virulente et ses effets ressemblent beaucoup à ceux causés par la solanine, l'atropine, l'hyosciamine et autres toxiques tirés des plantes de la même famille que la pomme de terre. Les troubles de l'accommodation, la mydriase sont des troubles très fréquemment observés et qui le seraient plus souvent encore si on les recherchait systématiquement ; ils passent inaperçus chez les enfants âgés de moins de 5 à 6 ans qui ne savent pas encore lire, mais on les constate pour ainsi dire toujours chez les enfants plus âgés qui se trouvent dans l'impossibilité de reprendre la lecture pendant leur convalescence.

Dans les pseudo-membranes diphtériques, nous trouvons le microbe de Loeffler associé à des microbes divers, streptocoques et micrococoques : c'est ce point que nous voulons tout particulièrement étudier.

Le *clostridium pastorianum*, véritable anaérobie, est en général accompagné de deux aérobies : 1° un bacille assez gros se divisant en chaînettes d'articles sporogènes arrondis ; 2° un bâtonnet très mince en filaments longs et contournés. Ces deux aérobies ne peuvent pas se développer sans la présence de l'anaérobie qui leur fournit l'azote.

Or, Pringsheim a isolé le *clostridium* d'une pomme de terre américaine, le *clostridium americanum* (Kayser. Microbiologie agricole, page 205).

Toutes les variétés d'aérobies peuvent d'ailleurs remplir le rôle d'absorber l'oxygène et de *dégager* l'acide carbonique qui permettra à l'anaérobie de prendre son plein développement.

Le *clostridium* est renflé au centre, effilé à ses extrémités ; par contre, le bacille de Loeffler est plus mince au centre qu'aux extrémités, renflées et sporées. Mais dans les deux cas nous voyons des associés aérobies de même forme ; le plus souvent des streptocoques et des micrococoques.

Clostridium et bacille de Loeffler ne pourront pas prendre leur état d'anaérobie sans l'association des aérobies qui par leur excrétion d'acide carbonique mettront clostridium et Loeffler à l'abri de l'oxygène et leur permettront de prendre leur vie normale d'anaérobie.

On comprend dès lors que l'on pourra trouver dans la gorge le bacille de Loeffler sans que le porteur présente le moindre symptôme de diphtérie ; tant qu'il ne forme pas une étroite association avec les streptocoques en chaînettes et les micrococoques, il reste en sommeil, mais ne prolifère pas activement. Ces streptocoques et micrococoques que l'on a considérés jusqu'ici comme d'importance secondaire sont en réalité d'importance capitale pour la formation de l'infection diphtérique. Il faut qu'il y ait symbiose entre le bacille de Loeffler et ses co-associés. Le Loeffler désormais prend largement l'azote à l'azote atmosphérique, vit, pullule, dégage son excrétion azotée ou ptomaïne qui tout à la fois sert à la nourriture de ses co-associés et intoxique l'organisme du porteur ; la symbiose existe désormais entre les aérobies et l'anaérobie, les premiers fournissant l'hydrate de carbone et le second l'azote d'origine atmosphérique. La diphtérie rentre donc bien dans le cadre des maladies d'origine géo-microbienne ; sa toxine résulte d'une symbiose d'un microbe qui a fixé l'azote atmosphérique avec d'autres organismes qui ont fourni l'hydrate de carbone.

Mais d'où viennent ces co-associés qui ont transformé brusquement un bacille banal et sans danger pour le porteur en un bacille pathogène redoutable ? Ne viennent-ils pas précisément des débris, épluchures de pommes de terre où existe un bacille anaérobie, le clostridium, accompagné en général de deux aérobies : un streptocoque et des micrococoques divers ?

Le rôle de la pomme de terre peut donc être capital dans le développement des épidémies de diphtérie. Quand la pomme de terre est retirée du sol, que ses débris et épluchures jonchent les tas d'ordures, fumiers ou basses-cours, la vie du clostridium est arrêtée, car celui-ci a perdu son milieu nécessaire : la terre. Dès lors l'association avec ses aérobies est rompue ; ceux-ci, libérés sous la forme sporée, se dispersent au gré des contacts ou des coups de vent ; pénétrant, au hasard des rencontres, dans les voies digestives ou respiratoires de l'enfant et y trouvant une atmosphère chaude et humide favorable à leur germination ils reprennent leur forme bacillaire. Mais, dans ce nouveau milieu il est rare qu'ils ne trouvent pas quelque bacille de Loeffler qui vivait de sa vie d'aérobie, à l'état isolé et dans l'impuissance de pulluler ; l'association est vite formée entre les trois co-associés et voilà un foyer de diphtérie avec tous ses dangers : inflammation locale, pseudo-membranes, croup possible, infection générale, paralysie par la toxine, contagion.

La pomme de terre peut donc avoir un rôle prépondérant dans la dispersion des foyers épidémiques de la diphtérie, car on rencontre dans ce tubercule une association microbienne (un anaérobie et deux aérobies) analogue à celle trouvée dans les pseudo-membranes diphtériques.

Il serait intéressant de rechercher si les racines des autres solanées (tabac, jusquiame, datura, belladone, mandragore) ne renferment pas aussi

cette association microbienne, car les effets toxiques de leurs alcaloïdes et glycosides azotés ont de grandes ressemblances avec ceux causés par le solanine et la toxine diphtérique.

Ne faut-il pas respecter la vie discrète du bacille de Loeffler vivant dans la gorge à l'état isolé, sans association d'aérobies ? N'est-il pas alors antidiphtérique plutôt que diphtérique ? N'est-ce pas alors sa toxine qui, pénétrant dans l'organisme lentement, à dose infinitésimale, assure petit à petit l'accoutumance, l'immunité contre la toxine diphtérique infectante ?

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le diagnostic précoce du cancer du rein et la pyélographie.

Pour améliorer les résultats, jusqu'ici déplorables, de la chirurgie dans le cancer du rein, il faut pouvoir faire un diagnostic précoce, afin d'opérer avant l'envahissement lymphatique de l'atmosphère graisseuse péri-rénale et des ganglions aortiques, avant la propagation des bourgeons néoplasiques aux veines rénales.

Au point de vue de ce diagnostic précoce, le cancer du rein peut, d'après le Pr LEGUEU et le Dr B. FEY, être ramené à deux types :

1° Le malade présente une tumeur rénale, avec ou sans hématurie. Dans 45 % des cas, celle-ci est révélée par la douleur ; elle a donc évolué d'une façon absolument latente jusqu'à ce qu'elle soit devenue le plus souvent inopérable. La plupart des cancers, tumeurs rénales perceptibles, sont, en effet, inopérables, et parmi ceux que l'on peut opérer, la plupart sont voués à une récidive rapide.

2° Le malade présente, comme seul signe, des hématuries.

Lorsque l'hématurie ne s'accompagne pas encore d'une tumeur constituée, le cas peut être favorable, à la condition de savoir reconnaître à ses caractères particuliers l'hématurie néoplasique. Celle-ci est abondante (avec caillots allongés d'origine rénale), totale, indolente, spontanée, intermittente et capricieuse (apparaissant et disparaissant sans cause dans la même journée), unilatérale (le cystoscope permet de localiser l'hématurie à tel rein, à l'exclusion du rein du côté opposé).

Deux maladies peuvent seules prêter à confusion : l'adénome prostatique (facile à déceler par le toucher rectal et s'accompagnant souvent d'une crise de rétention aiguë) et les néphrites hématuriques ; pour celles-ci, le diagnostic doit être accepté avec la plus grande méfiance ; de plus elles sont habituellement bilatérales et ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de la formation de caillots.

Il faut donc souvent, dans les cas d'hématuries, avoir recours aux explorations complémentaires. Ce sont : la palpation minutieuse des reins ; la recherche du varicocèle (il permet d'affirmer la nature maligne d'une tumeur rénale, mais comporte donc en lui-même un mauvais pronostic ; de plus il est tardif et n'intéresse pas le diagnostic précoce) ; la radiographie et la pyélographie ou pyéloscopie.

La radiographie doit toujours être pratiquée, ne fût-ce que pour éliminer la possibilité d'une lithiase ; elle peut déceler précocement, bien avant la palpation, une augmentation de volume, et surtout une irrégularité de contour, particulièrement importante pour le cancer s'il y a hématurie concomitante.

La pyélographie, et surtout la pyéloscopie, complètent la radiographie ; la pyéloscopie surtout permet mieux d'étudier la forme, la mobilité, les rapports d'une tumeur, sous l'écran. La radiographie nous montrait des noyaux saillants sur le contour externe du rein ; la pyélographie nous montre des noyaux saillants dans les cavités du rein, et amenant à leur niveau une irrégularité de contour qui modifie l'aspect normal de l'ombre pyélique. Différents aspects plaident en faveur du cancer : 1° l'absence complète ou partielle des éléments constituant l'ombre normale du bassinet et des calices ; 2° les déformations portant principalement sur les calices ; 3° les images lacunaires ; 4° les contours dégradés et flous. Mais, il ne faut pas demander à ces explorations plus qu'elles ne peuvent donner, et ce serait une erreur grave de vouloir faire un diagnostic de cancer du rein sur le seul vu d'une image pyélographique. Cependant, en présence d'une hématurie seul signe, lorsque cliniquement on redoute un cancer et que l'une de ces explorations montre une image déformée, irrégulière ou floue, on trouve dans cette indication la confirmation nécessaire et suffisante pour poser nettement en toute tranquillité l'indication d'une intervention au moins exploratrice. (*Paris médical*, 1er août 1925.)

La spermatorrhée.

Un principe doit être posé avant tout, d'après

le Pr Chavigny, c'est que l'érection et l'éjaculation de l'individu bien portant ont lieu sous l'influence de l'excitation centrale *et* périphérique et non pas centrale *ou* périphérique. Il y a là un acte cérébral et non pas médullaire. S'il y a seulement excitation centrale ou excitation périphérique, l'érection est par cela même anormale, et déjà pathologique.

Laissons de côté la spermatorrhée physiologique, constituée par de simples pollutions ; des pertes séminales, surtout nocturnes, apprennent aux jeunes garçons leur accession à la vie génitale.

La spermatorrhée pathologique ne s'accompagne pas, comme on l'affirmait, de troubles généraux ; elle est, au contraire, l'effet de ces troubles généraux. La fragilité mentale du sujet spermatorrhéique est plus ou moins grande : terreurs de devenir, d'être ou de demeurer impuissant ; psychopathies diverses, hypocondriaques.

La spermatorrhée chirurgicale n'existe pas ; elle est toujours une affection mentale, mais elle peut être greffée sur un incident d'ordre chirurgical : urétrite, inflammation banale quelconque, lésion chirurgicale de la zone génito-urinaire ou rectale. Ces lésions chirurgicales doivent être traitées tout d'abord si elles existent ; ce sont des points de départ, des points d'appel. Parfois la guérison survient, quand on a fait disparaître par exemple des fissures anales, des eczémas de la région anale, des hémorroïdes, voire même de la constipation, des oxyures, un tænia, etc.

Puis intervient la thérapeutique mentale, basée sur un examen complet au point de vue psychiatrique. Réaliser une bonne hygiène mentale, supprimer toutes les causes excitantes, lectures pornographiques, etc. Ensuite seulement il peut être question du traitement médicamenteux.

Le bromure donne de maigres résultats ; il déprime l'individu avant de calmer l'éréthisme génital.

Il semble préférable de s'adresser à l'état causal. Le spermatorrhéique est un sujet, qui dort d'un sommeil insuffisant, incomplet, peuplé de rêves. On aura donc recours aux hypnotiques, en les faisant varier suivant les malades. Les meilleurs résultats, obtenus par l'auteur, sont dus au sulfonal, à la dose de 1 gramme, une heure au moins avant le moment du coucher et avec les précautions usitées pour un assurer la solubilisation dans le tube digestif. La belladone paraît aussi recommandable. Il faut enfin pratiquer la rééducation hygiénique du sommeil ; l'hypnotisme peut aussi procurer d'utiles suggestions.

Bref, la spermatorrhée doit être considérée en psychiatrie, si l'on veut la comprendre, comprendre ce que l'on fait, et lui appliquer une thérapeutique appropriée. (*Paris médical*, 8 août 1925.)

Traitement de l'hérédosyphilis.

Dans le traitement de l'hérédo-syphilis, précoce ou tardive, de l'enfance, le Pr Lereboullet estime que le mercure, l'arsenic, le bismuth et l'iodure doivent être principalement à la base d'un traitement, suffisamment énergique pour juguler la syphilis, tout en restant inoffensif, mais qui doit être prolongé afin que son action soit durable.

Pour le mettre en œuvre, il faut distinguer divers cas cliniques :

1° *L'hérédo-syphilis congénitale ou précoce.*

Avant tout, il faut avoir fait l'enquête sérologique, mais se rappeler que, malgré un Wassermann négatif, la clinique peut avoir le dernier mot pour affirmer ou infirmer le diagnostic, et ne pas oublier l'enquête familiale, portant non seulement sur les père et mère mais également sur les frères et sœurs.

Quand il s'agit d'*hérédo-syphilis virulente du nouveau-né*, précoce, avec pemphigus suspect, éruptions cutanées ou muqueuses, ou tardive, soit à forme splénomégalique; soit à accidents ostéopathiques (pseudo-paralysie de Parrot), on doit employer, comme médication d'attaque, le mercure, toujours bien toléré par le jeune enfant; on l'applique en frictions selon l'ancienne méthode, avant même d'avoir contrôlé l'état des parents et on continue pendant 10 à 15 jours. Quelquefois, quand la peau n'est pas saine ou quand le temps presse, on recourt aux injections de cyanure dans les veines épicraniennes, ou à travers la jugulaire, ou encore aux injections de biiodure et de benzoate. On peut aussi, malgré les difficultés de faire absorber les médicaments par voie buccale dans le premier âge, utiliser les solutions de lactate de mercure ou de liqueur de Van Swieten ingérées avec un peu de lait.

Au mercure on associe l'arsenic : néosalvarsan dans les veines épicraniennes ou dans le sinus longitudinal supérieur, en commençant par des doses faibles, au total un demi à un centigramme, pour éviter des accidents ; de préférence sulfarsénol ou mieux encore stovarsol et tréparsol par voie buccale ; rarement le bismuth, difficile à manier surtout au-dessous de deux mois.

Parmi les manifestations monosymptomatiques, le *coryza syphilitique, les vomissements sanglants, la maladie des vomissements habituels de Marfan,* indiquent aussi le mercure. Aux frictions mercurielles, on substitue parfois les suppositoires préparés à l'huile grise ou, de préférence, à l'onguent napolitain et représentant de cinq milligrammes à deux centigrammes d'hydrargyre métallique (soit un à quatre centigrammes d'onguent napolitain). Il sera bon de consolider ultérieurement l'action du mercure par les arsenicaux. Dans les *formes scrofuloïdes*, un traitement énergique est nécessaire, le mercure doit être

complété par l'arsenic et le bismuth. L'*hérédo-syphilis dystrophique*, on se méfiera d'un traitement spécifique trop actif, et on n'emploiera que de faibles doses de mercure et d'arsenic ; recommander, dès que l'enfant peut le supporter, le sulfarsénol, qui est un excellent eutrophique.

Dans les *manifestations nerveuses*, le mercure a donné des résultats très encourageants, quelquefois l'arsenic s'est montré supérieur, notamment chez les arriérés cérébraux et les débiles, mais le médicament le plus actif dans ces cas est peut-être le bismuth.

2° L'*hérédo-syphilis de la deuxième enfance* ne présente pas, de prime abord, des accidents très révélateurs, car ils sont souvent localisés à la peau, aux muqueuses, au foie, aux reins ; il y a aussi des manifestations nerveuses (épilepsie, céphalées). Certains d'entr'eux sont néanmoins significatifs. A Fournier a insisté justement sur les déformations craniennes, sur le nez retroussé, aplati ou camard, sur les déformations des fémurs et des tibias, sur la triade d'Hutchinson (kératite interstitielle, surdité, malformations dentaires), à laquelle il faut ajouter l'hydarthrose chronique du genou. Ces stigmates sont, ou non, associés aux accidents mentionnés plus haut, auxquels se joignent parfois des dystrophies endocriniennes.

Dans tous ces cas, il faut pratiquer un traitement actif, d'autant plus énergique que ce sont des syphilis déjà anciennes que l'on ne peut pas guérir entièrement ; celui-ci obéit aux mêmes règles que chez l'adulte, le mercure devant toujours être complété par d'autres médications : injections intraveineuses de néosalvarsan par 3 séries de 10 piqûres par an, de façon à faire 2 à 3 grammes de néo par série. Chez les jeunes enfants on emploie le sulfarsénobenzol de préférence, en injections au nombre de 10 à 12, à raison d'une ou deux par semaine, répétées trois fois par an, chaque série pouvant atteindre 3 grammes et plus. Par la voie buccale, le stovarsol et le tréparsol sont efficaces, mais d'une posologie encore difficile à fixer. Le bismuth est également une arme puissante, qui doit être alternée avec l'arsenic et le mercure, sous forme de iodo-bismuthate de quinine, d'oxhydrate de bismuth ; il s'applique spécialement aux cas de syphilis nerveuse avec convulsions ou paraplégie spécifique.

Enfin l'adjonction de la médication iodurée est efficace.

On se rappellera que le foie supporte mal la médication arsenicale, et que l'hectine ou l'arsénobenzol ont parfois provoqué des accidents ; inversement le rein malade supporte mal le mercure, qu'il faut remplacer par les arsenicaux.

3° L'*hérédo-syphilis latente* doit-elle être traitée ? La question est discutée ; on n'oubliera pas cependant qu'une infection aiguë réveille parfois la syphilis jusque-là purement latente.

D'une façon générale, au traitement antisyphilitique, il faut ajouter un *traitement adjuvant* : le soufre, le quinquina, la chaux, les rayons ultra-violets ; *hydrominéral.*

Toujours il faut traiter énergiquement l'enfant hérédo-syphilitique ; la thérapeutique de blanchiment n'est pas suffisante ; il faut un traitement énergique et prolongé qui, toutefois, reste inoffensif. On le réalise au besoin dans des consultations spéciales à l'hôpital. (*Le Progrès médical*, 8 août 1925.)

Doit-on opérer l'appendicite chronique ?

Sur ce sujet, le monde médico-chirurgical français est très divisé ; la majorité des chirurgiens même semblent actuellement contre l'intervention chirurgicale.

D'après le Dr R. Brunon, la raison de ces divergences de vues réside dans ce fait que les principaux signes de la typhlo-colite et de l'appendicite chronique sont communs, et que le diagnostic de cette dernière affection est difficile. C'est une maladie qui veut être cherchée et elle se cache sous les formes les plus bizarres en apparence : manifestations intestinales, péritonéales, pleurales, pulmonaires, hépatiques, rénales, vésicales, cutanées, etc. Il faut rechercher l'appendicite systématiquement comme on recherche l'alcoolisme et la syphilis. Alors on la trouvera ; on sera effrayé du danger qu'elle fait courir ; on sera étonné de sa fréquence, et de la fréquence avec laquelle elle est méconnue.

Si l'on hésite entre la typhlo-colite et l'appendicite, il ne faut pas trop prolonger le traitement médical ; si on soupçonne une appendicite, on doit la faire opérer ; on ne doit pas attendre une nouvelle crise aiguë ou subaiguë ; personne ne sait si elle ne sera pas mortelle.

L'ablation de l'appendice ne donnera pas de regrets, l'abstention peut causer les plus grands ennuis. Il faut opérer, quand bien même l'appendicite n'existerait pas, de peur de ne pas opérer une appendicite qui existe ; l'enjeu est la vie du malade. Après l'opération, il y a des cas, qui restent stationnaires ; dans la grande majorité l'amélioration est considérable et rapide ; la guérison complète ne viendra que dans les 6, 8 ou 10 mois suivants.

Le traitement médical est de mise dans la colite. Il a, de plus, sa raison d'être après l'intervention chirurgicale ; il est même indispensable et doit être prolongé. Mais le médecin se leurre s'il s'imagine qu'il y a un traitement médical de l'appendicite chronique. (*Paris médical*, 8 août 1925.)

Sténose pylorique du nourrison guérie par le traitement médical.

M. Hautefeuille, professeur de pathologie interne à Amiens, relate deux observations très

intéressantes de sténose pylorique du nourrisson guérie médicalement.

Le premier cas est celui d'un enfant né à terme. Antécédents héréditaires nuls. Nourri au sein. Commence par avoir des régurgitations pendant deux ou trois jours, puis des vomissements en fusée, s'espaçant de plus en plus, et de plus en plus abondants. Ces vomissements ne sont jamais bilieux. L'odeur, aigrelette au début, devient putride, puis, sulfureuse. Constipation. Urines chargées et rares. Ondes péristaltiques de gauche à droite après les repas. Pas de sensation de tumeur pylorique.

L'examen radioscopique montre, trois heures après le repas, que les 3 /4 de la potion bismuthée sont restés dans l'estomac.

On essaye successivement l'eau sucrée, qui est rejetée comme le lait, le lait condensé, sucré, le lait homogénéisé, la poudre de lait. Les vomissements persistent. Le lait maternel analysé est reconnu normal. On remet l'enfant au sein, en essayant de petites quantités toutes les heures. On essaye la méthode inverse sans succès. Le citrate de soude, la papaïne, l'eau de Vals, ne donnent aucun résultat. On essaye deux gouttes de teinture de belladone par 24 heures. Les vomissements s'atténuent d'abord, puis reprennent. Les lavages d'estomac, enlevant le chyme, semblent donner des résultats, mais l'enfant dépérit plus rapidement. Un chirurgien consulté conseille une intervention. On essaye la poudre de zymatine Lescène, en petite quantité, avant chaque têtée. Les vomissements cessent brusquement, l'enfant grossit de 75 grammes par jour et augmente régulièrement. La guérison est définitive. Il continue la zymatine Lescène jusqu'à un an. Sevré à onze mois, il a maintenant un an.

Pour le deuxième cas, l'auteur conseille une alimentation progressive : on arrive à faire prendre 75 grammes de lait en y ajoutant de la zymatine. Il recommande aussi de redonner du lait après chaque vomissement. La courbe de poids montre qu'à partir de ce jour, l'enfant commença à augmenter. Mais les vomissements continuent. La belladone, puis, le changement de nourrice, semblent les atténuer.

Les signes pyloriques se montrent nettement dans ces deux observations : 1° début à 2 ou 3 semaines ; 2° vomissement abondant, brusque, explosif, en jet de plus en plus tardif ; 3° absence de bile dans les vomissements ; 4° ondes péristaltiques épigastriques ; 5° constipation ; 6° urines rares ; 7° amaigrissement. On a signalé la coïncidence fréquente du pylorospasme avec le rachitisme et la spasmophilie, diathèses en rapport étroit avec les troubles du métabolisme calcique, et surtout avec sa diminution dans le sang.

« Je me demande si l'action remarquable obtenue dans l'observation 1 avec la zymatine, qui parut arrêter net les vomissements, n'était pas due au saccharate et aux phosphates de chaux qu'elle contient, en plus de ses ferments. »

On a remarqué que la maladie pylorique est plus fréquente chez les enfants nourris au sein, et chez les garçons. Or le lait de femme est plus pauvre en chaux que le lait de vache. Les garçons ont peut-être une consommation plus grande du Ca due à un accroissement plus rapide du squelette.

« Cette hypothèse que j'émets de l'action de l'insuffisance du Ca est confirmée par les dosages faits de ce sang par le Dr Guner, de Madrid. Dans les syndromes pyloriques avancés, il en a trouvé une diminution nette (5 ou 6 mgr. au lieu de 10 ou 11). Dans le cas en voie de guérison, la dose de Ca était normale.

« Il est possible que la maladie pylorique évolue suivant un certain cycle, et qu'à un moment donné, soit parce que les glandes digestives se sont développées, soit par un apport nouveau, une tendance naturelle se produise vers la guérison. La disparition brusque des vomissements chez notre premier malade, sous la seule influence de la zymatine, qui contient à la fois des diastases peptonifiantes et saccharifiantes et des carbonophosphates de chaux, serait en faveur de cette opinion. » (*Gazette médicale de Picardie*, novembre 1925.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La vaccination anti-tuberculeuse des nouveau-nés par le vaccin B.C.G.

(MM. Calmette, Guérin, Negre, Bocquet, Weill-Hallé, Wilbert et Turpin. — *Académie de médecine*, 23-2-1926.)

La vaccination antituberculeuse des nouveau-nés par le bacille Calmette-Guérin a déjà cinq années d'existence, les premières expériences de prémunition datant de 1921. M. Calmette en présente aujourd'hui les premiers résultats, actuellement assez probants et d'ancienneté suffisante pour permettre quelques conclusions.

L'auteur rappelle les principes généraux de la méthode :

1° L'immunité contre l'infection et contre les réinfections tuberculeuses ne peut être obtenue que par

l'imprégnation préalable des organismes sensibles par des bacilles *vivants* ;

2° Pour que les bacilles appelés à servir de vaccins soient tolérés par les cellules lymphatiques et ne créent pas de lésions tuberculeuses, il est nécessaire qu'ils conservent leurs propriétés antigènes et leurs caractères essentiels (production de tuberculine, acido-résistance, etc.), qu'ils soient héréditairement privés de toute aptitude à former des tubercules, et qu'ils ne puissent pas récupérer naturellement celle-ci par leur séjour au sein des tissus qui les hébergent ;

3° On ne peut prémunir efficacement que les sujets sûrement indemnes de toute infection tuberculeuse préexistante ;

4° Cette immunisation peut être réalisée par l'inoculation ou — principalement chez les très jeunes sujets — par l'absorption buccale d'une quantité convenable de culture d'une race de bacille non tuberculigène, créée et étudiée par les auteurs et connue sous le nom de B.C.G.

5° Enfin, dans nos pays de vieille civilisation, où l'infection bacillaire est très répandue, la seule prémunition qu'on puisse pratiquement envisager est celle qui s'adresse aux nouveau-nés dans les dix premiers jours de la vie, époque où l'intestin est facilement perméable aux microbes.

M. Calmette parle ensuite des résultats obtenus. Aucun des enfants (94 ont pu être suivis) qui ont fait l'objet des premières vaccinations en 1921-1922 n'a succombé à la tuberculose. Du 1er juillet 1924 au 1er janvier 1925, 5.183 nouveau-nés ont été vaccinés avec le B.C.G. Sur ce nombre, 586 l'ont été depuis 6 à 18 mois. Bien qu'ils soient demeurés au contact de parents bacillifères, 11 seulement (0,7 %) ont succombé à des maladies tuberculeuses avec une mortalité générale de 7 %, alors que la mortalité des enfants non vaccinés vivant dans les mêmes conditions n'est pas moindre de 25 %. La vaccination n'a jamais provoqué d'accident, pas plus qu'elle n'en a déterminé dans d'autres pays où elle a été appliquée (Belgique, Indo-Chine, etc.).

L'auteur conclut que la vaccination est inoffensive et que son efficacité paraît actuellement démontrée.

En conséquence, ajoute M. Calmette, « nous ne croyons pas enfreindre les règles d'extrême prudence qui s'imposent aux expérimentateurs en encourageant les médecins à utiliser cette méthode et à en conseiller l'emploi, surtout aux familles dont les nouveau-nés sont exposés au contact de bacillifères.

Il doit être entendu, toutefois, que cette vaccination ne saurait dispenser des mesures d'hygiène susceptibles d'empêcher ou de raréfier les contaminations massives. »

Scoliose alternante avec rachis à ressort

(MM. Maurice Mayer et Cl. Testu. — *Soc. méd. des hôp.* ; 8-1-1926.)

MM. Mayer et Testu ont observé un malade qui réalise un exemple de scoliose alternante avec rachis à ressort, affection signalée en 1919 par M. André Léri. Le patient vint consulter pour une affection douloureuse de la région lombaire datant de huit mois. Douleurs lombaires et sacro-iliaques gauches, irradiant vers la fesse et empêchant le travail. Scoliose lombaire de type croisé. Le malade déclare qu'il peut transformer sa scoliose, de croisée en homologue, en prenant un appui sur une chaise. Le mouvement se traduit en un ressaut brusque qui fait passer le haut du tronc d'une position à l'autre. La radiographie montre une lésion identique à celle décrite par M. André Léri, à savoir un aplatissement de deux vertèbres sur leur côté droit, donnant la forme en coin sur l'épreuve de face. Qu'il y ait lieu ou non de rapporter au rhumatisme l'écrasement vertébral, c'est là un nouvel exemple d'une curieuse déformation.

Ombres radiographiques du petit bassin.

(MM. Sicard, Robineau et Lichtwitz. — *Soc. méd. des hôp.* ; 29-1-1926.)

Les surprises sont relativement fréquentes en matière de radiographie du petit bassin. On connaît les images que donnent les calculs vésicaux, les kystes dermoïdes de l'ovaire, les fibromes calcifiés. On sait les distinguer des opacités dues à des coprolithes, à des plaques calco-vasculaires, à des fistules calcifiées. Il est aussi des ombres particulières intra-pelviennes, ombres denses, circulaires, simulant à s'y méprendre la lithiase de la vessie. MM. Sicard, Robineau et Lichtwitz ont rencontré un cas de ce genre où la radio décela des ombres noires, en forme de calculs, faisant penser à des calculs vésicaux. L'intervention chirurgicale révéla des granulations péritonéales et un bloc pelvien constitué par des petits abcès caséeux.

Traitement des sténoses spasmodiques et inflammatoires de l'œsophage par la dilatation multi-bougiraire.

(M. Guisez. — *Société de médecine de Paris* ; 23-1-26)

Dans l'évolution des sténoses dites spasmodiques de l'œsophage, il y a deux phases distinctes : une première, relativement courte, de spasme pur avec contracture plus ou moins permanente, et une seconde, de sténose inflammatoire, où, dans les cas anciens, existe véritablement un rétrécissement permanent organique.

M. Guisez traite ces affections par les voies naturelles. Si le malade ne présente, à l'œsophagoscope, que de la simple contracture spasmodique, la méthode la plus avantageuse est la dilatation forcée. L'auteur préconise la dilatation multibougiraire, faisant passer une première bougie, puis une seconde et une troisième, les unes à côté des autres, réalisant ainsi une dilatation bien supérieure et bien plus efficace que celle d'une grosse bougie. S'il y a sténose inflammatoire, le traitement doit se rapprocher de

celui de la sténose cicatricielle traumatique et consister en dilatations progressives.

— M. OZENNE demande pourquoi M. Guisez ne s'attache pas à guérir surtout la cause des spasmes œsophagiens, l'œsophagite.

— M. GUISEZ répond qu'il ne commence jamais une dilatation sans avoir traité l'œsophagite par la rééducation de la mastication, la pose d'un bon dentier, des lavages de la poche de rétro-dilatation. Il cite l'exemple d'un soldat qui, au front, cassa un jour son dentier. Dès ce moment, il sentit les aliments s'arrêter au cardia. Une fois pourvu d'un autre dentier, les troubles cessèrent.

Phimosis acquis des vieillards.

(M. P. GALLOIS. — *Société de médecine de Paris* ; 23-1-1926.)

M. Gallois rapporte l'histoire d'un homme de 70 ans atteint de phimosis assez serré. Cet homme avait eu déjà dans sa jeunesse un phimosis léger. Très religieux il avait cessé tout rapport sexuel à la ménopause de sa femme, restant fidèle à celle-ci et continent. Le prépuce n'ayant plus eu ainsi à subir les mobilisations du coït, finit par être le siège d'un processus de sclérose, d'où le phimosis. Pas d'adhérences préputiales, ni d'inflammation par le smegma. Le sujet refusant la circoncision, fut traité par des dilatations au moyen de Béniqués, avec résultat satisfaisant.

— M. DABOUT a vu un cas analogue chez un homme de 58 ans : phimosis par défaut d'usage ; gland et prépuce nettement malpropres. L'auteur fit la circoncision.

— M. OZENNE considère les phimosis de ce genre comme fréquents. Il n'y a qu'à prendre les ciseaux et à couper.

— M. LUYS a observé également nombre de ces phimosis des vieillards. Lorsque la dilatation est insuffisante, il faut faire la circoncision.

Table pour les injections intra-variqueuses sclérosantes.

(MM. MOLINÉRY et VACHERON. — *Soc. de méd. de Paris* ; 23-1-1926.)

MM. Molinéry et Vacheron présentent une table spéciale dont le dispositif facilite la technique des injections intra-variqueuses, et s'applique au traitement des varices par la méthode du professeur Sicard.

Rapidité d'évolution d'un kyste de l'ovaire.

(M. G. LÉO. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

Les livres classiques ne fournissent que peu de renseignements sur le temps nécessaire à l'apparition et à l'accroissement d'un kyste de l'ovaire. Ils donnent surtout des indications relatives à la durée totale de l'évolution du kyste. A la marche galopante de certaines de ces tumeurs qui, comme le disent Spencer Wells et Quénu, tuent en moins de deux ans, ils opposent des cas d'une très longue durée (30 ans 73 ans chez une malade de Franck).

M. Léo a eu l'occasion d'observer un kyste de l'ovaire à son début et ayant offert une marche rapidement envahissante. Les conditions de l'observation sont très particulières. La malade fut opérée par l'auteur, une première fois, pour salpingite droite et, au cours de l'intervention, l'aspect normal de l'ovaire gauche fut formellement noté. Or, deux mois plus tard, une seconde opération pratiquée au Havre par M. Dehelly, en présence de M. Léo, révéla l'existence d'un kyste de l'ovaire gauche, dont les dimensions atteignaient la taille d'un utérus gravide de cinq ou six mois, remplissant le petit bassin et remontant à l'ombilic. Peu de chirurgiens ont eu sans doute la possibilité de constater par la vue, un jour le volume normal d'un ovaire et deux mois plus tard un kyste de ce même ovaire ayant acquis un tel développement.

L'acidité ionique d'une soixantaine de sources bicarbonatées carboniques du Puy-de-Dôme.

(MM. BILLARD, MOUGEOT et AUBERTOT, de Royat. — *Société d'hydrologie médicale de Paris* ; 1-3-26.)

Le pH (symbole classique de notation logarithmique de la concentration en ions hydrogène) est nettement inférieur au point de neutralité dans les eaux recueillies à l'émergence et dans les eaux embouteillées avec soin. Une courte ébullition chassant presque totalement le tampon de gaz CO^2 libre fait monter le pH bien au-dessus du point de neutralité et il reste, surtout après éventration, une assez forte alcalinité à l'ensemble des bicarbonates et carbonates que les auteurs, par analogie avec ce que nous savons du mécanisme régulateur du pH dans le sang, nomment la « réserve alcaline » des eaux bicarbonatées carboniques. MM. Billard (de Clermont-Ferrand), Mougeot et Aubertot, se basant sur des expériences poursuivies depuis des années, ont constaté que certaines eaux minérales exercent une influence favorisante (« agocytique » selon l'expression créée par Aloy, Billard et Valdiguié) sur la germination des graines, la croissance des tigelles et radicelles, l'apparition des racines et des feuilles dans les boutures et ils rapportent partie de ces phénomènes à la concentration en ions H, sans nier l'influence des électrolytes.

Ils rappellent avoir montré le rôle essentiel du pH dans l'action de certaines eaux minérales (action excitante ou « zymosthénique ») sur l'activité d'un ferment cellulaire (la sucrase de la levure de bière).

On ne saurait contester l'ingéniosité que les auteurs apportent à trouver des réactifs vivants et variés pour l'étude biologique et expérimentale des eaux minérales « milieux vitaux ».

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Cinq cas de corps étrangers de l'œsophage.

M. Rebattu rapporte cinq cas de corps étrangers de l'œsophage : trois furent extraits par la voie buccale à l'aide de la pince de Brünings, après cocaïnisation et sous le contrôle de l'œsophagoscopie ; les deux autres furent expulsés par les voies naturelles : il s'agissait de corps mousses qu'un spasme retenait dans l'œsophage et qu'une cocaïnisation prolongée a libérés (désenclavement de Sargnon).

Etranglement du grêle.

M. Ricard a observé un malade atteint d'occlusion intestinale par étranglement du grêle dans la fossette intersigmoïdienne.

Corps étrangers des voies aériennes et digestives hautes.

M. Sargnon expose à ce sujet la statistique d'un an, mars 1924 à avril 1925, soit quatorze cas. Les conclusions peuvent se résumer ainsi :

Les corps étrangers des voies aériennes supérieures sont beaucoup plus rares que ceux des voies digestives : deux cas chez de petits enfants ; pour leur extraction, l'auteur préconise l'emploi d'une pince courbe sous le contrôle du doigt et, quand cette méthode est impossible, l'endoscopie directe.

Pour les corps étrangers du pharynx inférieur, l'auteur utilise également, chez les tout petits, la méthode de l'extraction à la pince, sous le contrôle du doigt. Dans nombre de circonstances, il reste fidèle à sa méthode du désenclavement cocaïnique. Si elle échoue, on a recours à l'œsophagoscopie, que l'on emploie aussi d'emblée pour les corps étrangers difficiles.

Pancréatite chronique avec ictère.

M. Villard présente en son nom et au nom de MM. Savy et Mallet-Guy une malade opérée par lui en 1923 pour ictère chronique d'origine pancréatique. Il s'agit d'une femme de 33 ans ayant eu six grossesses et une fausse couche et ayant présenté des douleurs lombaires à différentes reprises. A l'entrée, ictère généralisé, ventre souple, grosse vésicule, ra te non perçue, selles décolorées, urines bilieuses. Intervention : pas de calculs dans la vésicule ni dans le cholédoque ; par la palpation, on perçoit dans le pancréas une petite masse indurée qui est vraisemblablement la cause de l'ictère. Cholécysto-gastrostomie. Suites simples. Disparition rapide de l'ictère. Actuellement, la guérison se maintient parfaite. M. Mallet-Guy qui a étudié, par la radioscopie et le tubage duodénal, le fonctionnement de la fistule cholécysto-gastrique conclut de ses recherches que celle-ci fonctionne d'une façon à peu près continente, que le cholédoque semble d'autre part avoir retrouvé sa perméabilité et que la valeur du suc pancréatique est normale.

Coexistence d'un ulcère cardiaque et d'un ulcère pylorique.

M. Comte présente un malade de son maître, M. Delore, qui, en juillet 1924, eut une crise douloureuse abdominale violente avec selles glaireuses, épreintes et ténesme. Il eut ensuite tous les jours de violentes douleurs épigastriques survenant à chaque repas et s'accompagnant de régurgitations, de salivation, de spasme pharyngé. Plus tard, les douleurs durèrent plus longtemps, et des vomissements tardifs se montrèrent. Mélæna. Pas d'hématémèses. Des radiographies successives (M. Cade) et une œsophagoscopie (M. Rebattu) ne décelèrent rien.

A l'entrée, malade inanitié ; ondes péristaltiques. L'intervention montra l'existence de deux ulcus, l'un juxta-cardiaque, l'autre pylorique. Gastro-entéro-anastomose et gastrostomie (l'ulcus cardiaque était impossible à aborder). M. Delore s'est décidé à faire d'emblée cette double opération, ayant dû, dans un cas analogue où il n'avait fait qu'une gastro-entérostomie, faire secondairement, et sans succès, une gastrostomie.

Volumineux calcul vésical.

MM. Guiliani et Servajean montrent un calcul de 60 grammes enlevé par cystostomie à un vieillard de 77 ans, qui avait eu, 10 ans auparavant, une colique néphrétique et avait depuis des urines troubles, des hématuries intermittentes, des mictions douloureuses.

Arthropathie syringomyélique de l'épaule.

MM. Tixier, Rochet et Ducroux. — Homme de 52 ans, sans antécédents notables jusqu'en 1918 ; à cette époque, troubles trophiques de l'annulaire droit, qui devient violacé et œdémateux ; en même temps, l'épaule droite commence à s'enraidir. En février 1925, au cours d'une « grippe » l'épaule gonfle considérablement, ainsi que le bras, et une rougeur apparaît au niveau du bord antérieur du deltoïde ; le médecin traitant incise en ce point, et il s'écoule du liquide jaunâtre. A l'entrée, tuméfaction de l'épaule et fistule. Main droite grosse, violacée, doigts boudinés, ongles partiellement tombés. L'abduction du bras est limitée, la projection en avant impossible. Réflexes généralement faibles ; réflexes cutanés abdominaux abolis. Troubles de la sensibilité très accusés : sensibilité tactile intacte, sensibilité thermique abolie dans la plus grande partie du tégument. La radiographie montre de la raréfaction osseuse au niveau de l'acromion et de la tête humérale, et une perte de substance à l'extrémité externe de la clavicule.

Cysto-sarcome du sein.

MM. Alamartine, Combe et Labry. — Femme de

69 ans. Depuis un an, apparition dans le sein droit d'une masse du volume d'une noix, indolore et mobile. Depuis trois mois, la tumeur a augmenté rapidement de volume. A l'entrée, grosse tumeur irrégulière et bosselée, de consistance inégale. Veines dilatées. Pas d'adhérences profondes. On pense à un adéno-sarcome. Amputation du sein. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne : fibro-adénome à stroma végétant.

Adéno-fibromes des deux seins.

M. R. Labry présente, au nom de M. Patel, une malade opérée par celui-ci pour des tumeurs bénignes des deux seins, se présentant cliniquement comme des adénofibromes. Histologiquement, ils avaient des caractères un peu différents, celui du sein gauche présentant des végétations épithéliales intra-canaliculaires, qui impliquent un caractère de moindre bénignité.

Ulcère de la petite courbure ayant nécessité trois interventions.

MM. Wertheimer et Vachey. — Femme de 44 ans offrant depuis depuis 1913 des symptômes typiques d'ulcère gastrique. Opérée en 1922 pour une perforation (Dr Durand). Accalmie de six mois, puis réapparition des douleurs qui ramènent la malade à l'hôpital en janvier 1924, où en raison des difficultés que présentait la libération de l'estomac on fait une gastro-entéro-anastomose à la suture. La malade est soulagée pendant quatre mois, puis recommence à souffrir et à vomir. Troisième intervention en avril 1925 : estomac très difficile à extérioriser, ulcère de la petite courbure très adhérent au foie et au pancréas. Gastro-pylorectomie et gastro-entéro-anastomose au bouton. Suites bonnes. Actuellement, la malade digère tout et ne souffre plus.

Ostéome hérédo-syphilitique des deux maxillaires supérieurs.

MM. Rebattu et Bertoin ont traité une jeune femme se plaignant d'obstruction nasale bilatérale, sans épistaxis, ni rhinorrhée, ni douleur. Cette obstruction était due à l'existence de deux tumeurs de consistance osseuse, occupant chacune un sinus maxillaire, l'une d'elles tendant à envahir l'orbite (exophtalmie). La malade présentait des stigmates d'hérédo-syphilis : incisives supérieures en tournevis, tibias un peu incurvés. Réactions de Wassermann et de Hecht positives. Le traitement confirma le diagnostic. L'obstruction nasale disparut presque complètement après une série d'injections de néo-salvarsan et l'administration de KI et de HgI^2, complétés par une série d'injections bismuthiques.

Volumineuse hydronéphrose du rein gauche.

M. Vachey présente au nom de M. Patel une volumineuse hydronéphrose enlevée par celui-ci à un homme de 26 ans qui souffrait de l'hypochondre gauche depuis six mois et avait présenté d'une façon intermittente une tumeur volumineuse de cette région avec contact lombaire et sonorité antérieure. La séparation des urines, en période de tumeur, avait montré un débit insignifiant du rein gauche. La néphrectomie fut pratiquée sans difficulté, grâce à l'emploi de la voie parapéritonéale antérieure.

Grossesse double intra et extra-utérine.

M. Guilleminet. — Femme de 37 ans, multipare, entrée à l'hôpital avec un syndrome de pelvi-péritonite d'origine annexielle. Un traitement médical amena une sédation des phénomènes aigus et trois semaines après l'entrée, on intervint et on trouva un utérus *gravide* flanqué à gauche d'une grosse masse constituée par un foyer d'hématocèle au milieu duquel on trouva la trompe gauche partagée en deux fragments. Ce foyer fut enlevé. Un mois après la grossesse utérine se termina par une fausse couche. De tels faits ne sont pas absolument exceptionnels et on estime que dans 50 % des cas rapportés, le fœtus utérin a pu aller jusqu'à terme. D'où l'indication pour l'opérateur de ménager le plus possible l'utérus gravide.

Accidents au niveau d'un moignon d'hystérectomie subtotale.

MM. Guilleminet et E. Pollasson relatent l'observation d'une malade de leur maître, M. Molin, opérée en décembre 1922 pour des hémorragies survenues trois ans après la ménopause : hystérectomie subtotale, utérus porteur de deux fibromes en voie de sphacèle, sans caractère néoplasique (pas d'examen histologique). La malade recommença à perdre en rouge en janvier 1924. Une dilatation du col ayant donné issue à des bourgeons végétants paraissant de nature cancéreuse, on pratiqua l'ablation du moignon d'hystérectomie. Or l'examen histologique de ce dernier montra qu'il ne s'agissait pas de cancer, mais d'une sorte d'état adénomateux analogue à celui qu'on observe dans certaines métrites chroniques.

Hystérectomie subtotale. Epithélioma du col.

M. Wertheimer a observé un cancer développé sur un moignon d'hystérectomie subtotale pour annexite double. Cette malade est actuellement soumise à un traitement radiumthérapique.

M. Dunet a vu un cas analogue.

Lithiase, pyélonéphrite et dilatation urétéro-pyélique.

MM. Gayet et Peycelon présentent une malade qui fut atteinte, en août 1924, de coliques néphrétiques avec expulsion de calculs, se répétant pendant quarante jours toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures. Deux mois et demi après, apparition de signes de pyélonéphrite et de cystite ; pyurie. A l'entrée, la palpation du rein gauche est douloureuse,

mais sans augmentation de volume de l'organe. Cystoscopie : vessie saine, *uretère gauche très dilaté* ; cette dilatation de l'uretère est confirmée par la pyélographie. L'examen des urines séparées fait reconnaître une diminution fonctionnelle du rein gauche. Néphrectomie. Guérison. Les auteurs tendent, avec des réserves, à admettre une dilatation congénitale.

Abcès dysentérique autochtone du foie.

MM. Labry et Comte. — Homme de 48 ans, n'ayant jamais été aux colonies. En août 1923, température élevée, avec selles fréquentes et glaireuses dont l'examen, du point de vue parasitologique, fut négatif. Trois mois après, la température persistant et l'état général devenant mauvais, le foie devint douloureux ; une incision à son niveau donna issue à du pus mal lié. Le malade se crut guéri, lorsqu'en avril 1925, la température réapparut et le foie redevint douloureux ; état général de plus en plus précaire, subictère, dyspnée. On trouve alors un gros foie lisse et douloureux. Intervention : abcès bombant sur la face convexe du foie, ouverture et drainage. Traitement à l'émétine. L'examen du pus donna des amibes. Guérison. Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic, la ténacité de l'affection avec deux abcès consécutifs, la présence d'amibes dans le pus, fait rare, la nécessité du traitement médical associé au drainage chirurgical.

Endocardite infectieuse chez une tuberculeuse.

M. Grandmaison rapporte au nom de M. Bonnamour le cas d'une femme entrée à l'hôpital avec des signes de broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë et un gros foie qui fit faire le diagnostic de cirrhose. La malade succomba deux jours après son entrée ; à l'autopsie, outre des lésions tuberculeuses bilatérales étendues des poumons, on trouva des lésions d'endocardite ulcéro-végétante localisées uniquement *à la tricuspide*. Cette localisation est habituellement d'origine puerpérale.

Brûlure gastrique par ingestion d'ammoniaque.

MM. Rebattu et Paufique relatent l'histoire d'une malade, débile mentale et épileptique, qui tenta de se suicider en avalant de l'ammoniaque, et à l'autopsie de laquelle on trouva une brûlure de la muqueuse gastrique sans aucune lésion œsophagienne et des lésions de méningite tuberculeuse : il n'y avait eu pendant la vie aucun signe méningé, mais seulement un état général grave avec hautes températures. Torpeur, puis coma.

Société médicale des hôpitaux.

Paraplégie pottique consécutive à une opération d'Albee.

MM. Froment, P. Delore et Jouve. — Femme de 23 ans, atteinte de mal de Pott remontant au début de 1922. En mars 1923, opération d'Albee. Cinq semaines après, la malade n'ayant pas quitté son lit présenta une paraplégie qui en quatre jours devint complète ; en même temps survinrent de l'incontinence des sphincters et une énorme escarre sacrée. Celles-ci disparurent au bout de huit mois, puis la paraplégie se mit à rétrocéder : en octobre 1924, la malade quittait l'hôpital, marchant avec une canne, mais revenait un mois et demi après, accusant des douleurs radiculaires ; puis la paraplégie reparut et fut bientôt de nouveau complète. En avril 1925, survint une hémorrhagie intestinale accompagnée de syncopes. Le lendemain les troubles nerveux s'étaient modifiés d'une façon extraordinaire et rapide et actuellement la malade commence à marcher un peu. Pour M. Froment, l'hémorrhagie intestinale suivie presque immédiatement de la rétrocession de la paraplégie correspond certainement à l'ouverture d'un abcès froid dans l'intestin (quoique le pus n'ait pas été distingué), abcès qui comprimait la moelle. Signalons, en outre, l'action remarquable du sérum antigangréneux dans le traitement de l'escarre sacrée.

Heureuse évolution de grossesse et d'accouchement chez une tuberculeuse traitée par la méthode de Forlanini.

M. P. Courmont rapporte l'observation d'une malade atteinte de tuberculose unilatérale du poumon gauche traitée par le pneumothorax artificiel. Dix-huit insufflations avaient amené une amélioration considérable et l'état général était excellent, lorsque survint une grossesse. L'appétit et les forces diminuèrent, la toux reparut. Mais l'état génital resta bon et, grâce à quelques insufflations à doses modérées, la malade put mener à bien sa grossesse. L'accouchement se fit sans incident. Les insufflations furent reprises après. Six mois plus tard, la malade était absolument guérie en apparence. La question s'était posée pour elle de l'avortement provoqué. M. P. Courmont n'en est pas partisan.

Insomnie post-encéphalitique. Traitement par le beurre arsenical.

MM. Mouriquand, Bertoye et Mantelin présentent deux oberyations d'enfants de 12 et 8 ans qui, à la suite d'une encéphalite à forme légère, eurent de l'insomnie tenace avec phénomènes excito-moteurs. Les hypnotiques restant sans effet, on eut l'idée d'employer la médication par le beurre arsenical, préconisée par E. Weill (de Lyon) dans la chorée. Grâce à ce traitement, l'agitation diminua et le sommeil revint.

Mouvements oculaires saccadés et syndrome strié post-encéphalitique.

MM. J. Froment et Carillon. — Malade atteint de syndrome parkinsonien fruste avec *dysbasia lor-*

dotica et spasme intermittent des élévateurs des yeux combiné à une déviation du regard à droite, tous accidents consécutifs à une encéphalite.

Radiothérapie pour tumeur cérébrale.

MM. Froment, P. Delore et Tassitch ont employé la radiothérapie dans cinq cas de tumeurs cérébrales. De leurs observations, ils concluent que cette thérapeutique peut provoquer des troubles qui,la plupart du temps, se présentent comme une exaspération des symptômes d'hypertension intracranienne, accidents généralement transitoires ; ceux-ci se manifestent surtout au début du traitement, d'où la nécessité de commencer par des doses faibles de rayons. Les gliomes et les tumeurs intra-cérébrales sont, comme l'a indiqué Roussy, particulièrement sensibles aux rayons.

Un nouveau signe de paralysie faciale latente.

M. Froment attire l'attention sur un signe non encore décrit de parésie faciale : ce signe consiste dans le caractère incomplet de l'occlusion palpébrale quand on demande au malade de fermer les yeux tout en dirigeant son regard en haut.

Action de l'acétylarsan dans quelques protozooses intestinales.

MM. Cade et P. Lépine rapportent quelques observations montrant les bons effets obtenus par l'emploi de l'acétylarsan dans la dysenterie amibienne et la lambliose.

Trois cas d'hémiplégie ancienne avec épilepsie symptomatique et mort en état de crises subintrantes.

MM. A. Dumas et Henri Thiers relatent trois observations, absolument comparables entre elles, concernant des hémiplégiques anciens (l'un d'eux l'était depuis trente-sept ans), n'ayant jamais eu de nouveaux ictus, mais restés sujets à des crises épileptiques plus ou moins rapprochées. Ces trois malades succombèrent au milieu de crises subintrantes avec élévation de température. Dans les trois cas, l'autopsie révéla une atrophie considérable de l'hémisphère intéressé, correspondant à des oblitérations artérielles anciennes. Les auteurs rapprochent ces cas d'une observation de Bourneville publiée en 1882.

A. C.

Les Congrès

Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie

(XXVIIIe SESSION). (*Suite et fin*) (1).

Communications

Sinus. Fosses nasales. Naso-pharynx.

MM. Laffitte-Dupont et Sekoulitch (de Bordeaux) décrivent une technique pour l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur, du ganglion sphéno-palatin et l'exploration du sinus sphénoïdal.

Ces auteurs précisent d'abord les diverses dispositions anatomiques du trou sphéno-palatin et des vaisseaux et nerfs qui le traversent.

Leur technique utilise un mandrin coudé à angle droit ; celui-ci, suivant la face supérieure du cornet moyen, est poussé jusqu'au contact de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal ; retiré ensuite de 2 millimètres environ, son extrémité se trouve en face du trou sphéno-palatin. Une aiguille coulissant dans le mandrin atteindra, suivant la profondeur, soit le nerf vidien, soit le ganglion sphéno-palatin, soit le nerf maxillaire supérieur. Pour faciliter ces manœuvres les auteurs présentent un appareil très ingénieux qui peut également servir à la trépanation et l'exploration du sinus sphénoïdal.

M. Bertemes (de Charleville) rapporte un cas intéressant de névralgie vidienne au cours d'une sinusite sphénoïdale.

(1) V. *Concours Médical*, nos 11 et 12.

M. Tarneaud (de Paris) préconise la médication par la belladone et adrénaline dans la pathologie du sympathique nasal.

M. Got (de Bordeaux) rapporte une observation de sinusite frontale spécifique extériorisée au niveau de la racine des cheveux.

Après deux interventions successives, une fistule, rebelle au traitement mixte arséno-mercuro-ioduré céda rapidement à quelques injections de bismuth.

M. le professeur Jacques (de Nancy) précise technique et indications opératoires dans l'antrite frontale chronicisée.

L'antrite frontale chronique purulente est toujours accompagnée d'ethmoïdite et presque toujours de sinusite maxillaire. Avant d'intervenir par voie externe sur le front, il faut entreprendre d'abord la cure radicale du foyer maxillo-ethmoïdal. Si, dans un délai de trois à six mois, l'écoulement purulent de l'antre frontale n'a pas rétrocédé, il faut intervenir sur celui-ci. Suivant alors que les altérations ethmoïdales seront discrètes ou diffuses, on recourra, soit au simple élargissement du trajet fronto-nasal à la râpe, par voie endo-nasale, soit à l'ouverture large avec résection totale du toit orbitaire et du labyrinthe ethmoïdal, selon la technique déjà décrite

par le même auteur, sous le nom de « cure radicale esthétique » de l'antrite frontale chronique.

Dans les panantrites proliférantes, la médication hydrargyrique constituera un utile adjuvant à l'acte chirurgical.

M. le professeur Mouret (de Montpellier) précise le diagnostic des sinusites frontales. Sa conclusion est qu'aucun des moyens d'investigation qui tendent à diagnostiquer tout à la fois la présence d'une cavité sinusienne et l'existence d'une sinusite, ne peut être considéré comme donnant une certitude absolue. Aussi, pour atteindre le sinus frontal, est-il sage de creuser le puits d'attaque non dans l'os frontal seul, parce qu'on risque de pénétrer dans la cavité cranienne, si le sinus n'existe pas, mais au-dessous de la ligne qui doit correspondre à la situation la plus basse du plancher cranien : c'est-à-dire aux dépens tout à la fois de la branche montante du maxillaire supérieur, de l'apophyse nasale et de l'os frontal. Cette trépanation transmaxillo-frontale découvre l'ethmoïde antérieur et permet à l'opérateur de cureter ce dernier et de mesurer avec une sonde les dimensions très variables du sinus frontal.

M. Bertemès, à propos de douze observations, précise les divers points intéressants de sa technique opératoire.

M. Moulonguet (de Paris) cite trois cas de sinusite frontale récidivés, traités avec succès par la résection complète et bilatérale du segment nasal du plancher du sinus.

La technique de l'auteur combine l'opération de Lothrop (résection de la moitié antérieure du plancher des deux sinus) et l'opération du professeur Sébileau (résection de la moitié postérieure du plancher des deux sinus). Cette intervention, anatomiquement praticable toutes les fois qu'on a affaire à des sinus bien développés venant au contact l'un de l'autre, a donné au docteur Moulonguet des résultats rapides et très satisfaisants.

MM. Hirtz et Worms (de Paris) font une intéressante communication sur les signes radiologiques des péri-sinusites profondes.

L'étude attentive de nombreux clichés de la base du crâne a permis aux auteurs de constater parfois autour des sinusites profondes passées à la chronicité, des lésions débordant plus ou moins loin de leur foyer d'origine. MM. Hirtz et Worms proposent de désigner ces lésions par le terme de « péri-sinusites ». Des faits analogues ont été également observés autour de sinus frontaux, atteints d'antrite chronique.

Ces ombres radiologiques qui paraissent être l'expression de la réaction du feuillet profond de la dure-mère confirment non seulement les données hésitantes de la clinique, mais contribuent à fonder l'authenticité de ces troubles sensitivo-sensoriels : céphalée, migraine, névralgies trigéminales et occipitales, troubles oculaires, qui, dans ces dernières années ont été rapportés aux sinusites postérieures. Il y aurait une véritable compression des troncs des filets nerveux par leur manchon dure-mérien épaissi.

MM. Chavanne et Harcelin (de Lyon) ont observé un cas de mucocèle fronto-ethmoïdale de dimensions exceptionnelles occupant les deux sinus frontaux et l'ethmoïde gauche, faisant hernie de ce côté au niveau de la racine du nez, et aboutissant en bas à la bulle ethmoïdale. Ces auteurs qui ont opéré par voie externe, et par ouverture large de la bulle ethmoïdale, pensent que l'ouverture nasale, qu'ils jugent nécessaire, est même parfois suffisante.

M. Maurice Sourdille (de Nantes) rapporte trois cas de tumeurs de l'hypophyse opérés par la méthode de Hirch Ségura.

MM. Le Mée et J. Lemerle (de Paris) restreignent les indications de la cure radicale dans le traitement des pyosinusites maxillaires et vantent les avantages du procédé méatique. Ce procédé consiste, sous anesthésie locale, à effondrer la paroi du méat inférieur de la fosse nasale, pour y pratiquer un orifice assez large assurant un drainage facile et permettant au malade de faire lui-même ses lavages du sinus. Les résultats obtenus laissent à penser que le drainage doit primer le curetage. Ce dernier, en effet, favorise les récidives, provoquant des lésions du côté des apex dentaires et de leur pédicule nourricier. Et les auteurs affirment que si la sinusite maxillaire peut être d'origine nasale, ses récidives après curetage, sont certainement d'origine dentaire.

MM. Laffitte-Dupont et Sékoulitch communiquent les résultats de leurs recherches sur l'origine des cavités accessoires des fosses nasales. Ils concluent à l'origine exclusivement ethmoïdale de ces cavités accessoires.

M. Rebattu et Proby (de Lyon) décrivent leur méthode de traitement de l'ozène par des auto-vaccins à dose intensive, en applications locales, en badigeonnages après décapage de la muqueuse. Quand la muqueuse sinusienne participe au processus de rhinite atrophique, les auteurs pratiquent des injections intra-sinusales de vaccins. Ces deux méthodes de vaccination locale leur ont donné des résultats satisfaisants.

M. Portmann traite l'ozène par le vaccin de Pérez : injections sous-cutanées à huit jours d'intervalle, en commençant par 25.000.000 de germes pour augmenter progressivement jusqu'à 500 millions. Sur 12 malades : 2 guérisons, 8 améliorations, 2 résultats négatifs.

M. Moreau (de Saint-Etienne), dans une série de projections, relate différents procédés d'autoplastie auxquels il eut recours pour reconstituer la face latérale du nez et l'angle palpébral interne détruits par une gomme spécifique.

M. Seigneurin rapporte deux cas de kystes paradentaires du maxillaire supérieur ayant eu une évolution particulière.

M. Ramezon (de Lille) prend la parole au sujet du cloisonnement du cavum. L'auteur passe d'abord en revue les raisons anatomiques qui favorisent cette

malformation, puis on décrit la symptomatologie dont le trait essentiel est l'obstruction nasale. Le diagnostic est fait par le toucher digital. Le traitement consiste en l'ablation du cloisonnement à l'aide d'une pince coupante spéciale.

Amygdales. Pharynx, Œsophage. Radiothérapie.

M. DE GANDT (de Roubaix) préconise l'ablation systématique en trois temps nettement séparés et dans la même séance des amygdales palatines et pharyngée.

M. GUISEZ (de Paris), dans ces six dernières années, a observé 140 cas de corps étrangers de l'œsophage et 38 des voies aériennes. Il y a lieu de souligner quelques faits intéressants : au point de vue de la nature des corps étrangers, il s'agit pour l'œsophage, le plus souvent de petits os et d'arêtes de dentiers; pour les bronches, de clous chez l'adulte, d'anches de trompettes chez les enfants.

Chez l'adulte, l'anesthésie locale est seule indiquée ; au-dessous de deux ans, aucune anesthésie ; plus tard, chloréthyle.

La latence des corps étrangers de l'œsophage est fréquente ; elle est presque constante pour les voies aériennes, principalement chez l'enfant.

L'emploi de tubes ovalaires de gros calibre facilite l'extraction des corps étrangers volumineux. Une pince spéciale imaginée par l'auteur, facilite l'extraction des épingles de nourrice.

M. GAULT (de Dijon) expose le cas fort intéressant d'un enfant de quatre ans ayant présenté une parotidite bilatérale à répétition.

Le professeur JACQUES signale la rareté de l'œsophagisme chez l'enfant. Il a eu néanmoins l'occasion d'en observer et se basant sur deux observations personnelles pense pouvoir incriminer l'hyperchlorhydrie comme cause provocatrice de la contracture et l'hérédo-syphilis comme cause prédisposante.

M. KOWLER (de Menton) communique un cas de tumeur à aspect clinique néoplasique ayant envahi le voile en entier ; traitement par électro-coagulation (diathermie). Récidives.

M. TEXIER (de Nantes) a traité un sarcome du larynx à implantation cordale par la radiothérapie profonde et a obtenu la guérison qui remonte à trois ans.

M. HAUTANT (de Paris) donne les résultats obtenus dans 18 cas d'épithéliomas du maxillaire supérieur. L'intervention chirurgicale est nécessaire pour enlever toutes les masses cancéreuses et faciliter la mise en place des tubes de radium très exactement sur toute la périphérie de la tumeur. Elle doit également réséquer les massifs osseux envahis par le cancer qui seraient atteints d'ostéo-radio-nécrose et causes d'accidents de suppuration parfois mortels. Une dose de 25 millicuries est détruite en quatre jours. Elle est répartie en un grand nombre de tubes, 15, en général, afin d'isoler la dose presque uniformément sur toutes les parois de la cavité. Neuf malades dont 50 p. 100 sont restés sans récidive ; deux sont morts d'autres affections, sept sont actuellement vivants et sans récidive, soit 38 p. 100. Les cas guéris datent de cinq ans à dix-huit mois.

M. SARGNON préconise la radiumthérapie dans le traitement des tumeurs du naso-pharynx. L'auteur place des tubes de radium dans le naso-pharynx et la partie haute des fosses nasales à l'aide d'un caoutchouc sans fin, bucco-nasal ; les tubes sont laissés quarante-huit heures et de préférence bien filtrés pour diminuer dans la mesure du possible les accidents de nécrose que l'on observe parfois au niveau de la voûte palatine et du vomer. Le radium a habituellement une action définitive. Il supprime les hémorragies et fait fondre la tumeur. C'est le traitement de choix à l'heure actuelle.

M. SOUCHET (de Rouen) cite un cas de tumeur mixte dysembryoplastique du voile, en voie de dégénérescence maligne, traitée et guérie depuis vingt mois par le traitement radiothérapique après échec du traitement chirurgical.

M. PROBY (de Lyon) préconise également pour le traitement du néoplasme en otorhinolaryngologie, le radium et les rayons X.

MM. HIRTZ et WORMS ont appliqué la radiothérapie au traitement des sinusites et péri-sinusites chroniques. Après avoir donné le détail de leur technique, les auteurs relatent les heureux résultats qu'ils ont obtenus ; amélioration rapide des troubles sensitifs, rétrocession indiscutable de céphalée profonde, névralgies trigéminales, paresthésie, troubles subjectifs des organes des sens.

M. GAULT (de Dijon) a, depuis quatre ans, traité par des applications de radium plusieurs néoplasies malignes des premières voies respiratoires, non justiciables du bistouri ; cet auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Nécessité d'un traitement précoce ;

N'entreprendre la curiethérapie que si l'on a la quantité de radium jugée suffisante, sinon s'abstenir.

Si l'on n'a pas la quantité suffisante de radium pour faire des applications externes, méthode optima, introduire des tubes *in situ* par voie endoscopique, après ablation préalable des ganglions.

Larynx. Trachée. Varia, instruments.

M. BOURGUET (de Paris) présente un certain nombre d'opérés. Trichinose cérébrale, méningite séreuse pré-rolandique, ponction du ventricule moyen à travers le corps calleux pour stase papillaire ; tumeur de l'hypophyse par la méthode de Hirsch ; deux neurotomies rétro-gassériennes avec, dans un cas, conservation de la racine motrice ; deux trépanations labyrinthiques pour symptômes vertigineux très accusés.

M. NEPVEU (de Paris) rapporte, à la suite d'un voyage d'études qu'il fit aux Etats-Unis et au Canada, ses impressions sur l'oto-rhinolaryngologie d'outre Atlantique.

MM. L. LEROUX et BOUCHET signalent les accidents que l'on peut observer à la suite des injections

intra-trachéales : ils citent un cas de phlegmon gangréneux du cou apparu à la suite d'une injection par ponction inter-cricothyroïdienne ; et en raison de la fréquence des formes atténuées et chroniques de gangrène pulmonaire chez l'adulte, les auteurs pensent qu'il est prudent d'éviter l'injection par ponction chez l'adulte et de la réserver aux enfants chez qui la méthode laryngoscopique est le plus souvent impossible.

M. Dutheillet de Lamothe (de Limoges) a observé quatre cas de mort subite après trachéotomie d'extrême urgence, chez des malades à l'état asphyxique.

M. Brindel fait quelques remarques intéressantes à l'occasion de six cas de corps étrangers des voies aériennes chez de tout jeunes enfants, et en particulier préconise, chaque fois que le corps étranger est situé au-dessous du larynx et enclavé, la bronchoscopie inférieure en raison de l'étroitesse des voies aériennes chez l'enfant en bas âge.

M. Bar (de Nice). Considérations au sujet d'un cas d'herpès zoster cervico-facial avec paralysie laryngée.

M. Rebattu (de Lyon) relate quatre observations de paralysie des dilatateurs de la glotte, deux bilatérales et complètes, ayant nécessité une trachéotomie d'urgence, et deux à prédominance unilatérale. Dans ces quatre cas, les réactions humorales révélèrent la syphilis et le traitement spécifique (arsenic et bismuth) amena une grande amélioration. Pour cet auteur, toute paralysie des dilatateurs qui ne fait pas sa preuve, doit être considérée comme d'origine syphilitique.

M. le professeur Collet (de Lyon) fait une très intéressante communication sur les diplégies laryngées.

Cette appellation doit être réservée aux paralysies bilatérales du larynx par lésions organiques du système nerveux tronculaire, nucléaire, ou sus-nucléaire ; ce qui comprend :

La paralysie récurrentielle double par compression ou névrite ;

La paralysie limitée aux dilatateurs avec ou sans crise laryngée ;

La paralysie qui forme un des éléments du syndrome glosso-labio-laryngé.

Dans le premier groupe, l'auteur cite treize cas : compression par le corps thyroïde, anévrisme aortique ou lésion œsophagienne ; ces paralysies par compression ont des caractères communs : fréquence de l'aphonie, rareté des troubles dyspnéiques et quelquefois atteinte inégale des cordes.

Dans la paralysie des dilatateurs, la première place revient à la syphilis et en particulier au tabès de forme fustre.

Dans la paralysie dite glosso-labio-laryngée, la participation du larynx est assez rare ; c'est plutôt une participation pharyngée. On observe, le plus souvent, de la monotonie de la voix ou de l'oligotonie ; ce sont les muscles tenseurs qui sont le plus souvent intéressés.

MM. Canuyt, Terracol et La Barre vantent les bons effets de l'adrénaline au cours de l'anesthésie locale et montrent que ce médicament possède *in vivo* une action accélératrice propre sur la coagulation du sang. Malgré les doses élevées qu'ils utilisent, ils n'ont jamais eu le moindre incident.

M. Jacob (de Lyon) rapporte trois cas de sympathicectomie péri-artérielle pour ulcération torpide du larynx. Amélioration très rapide.

MM. Souchet et Lessertisseur citent un cas intéressant d'ostéite déformante de Paget. Dans cette observation, deux faits particuliers ; disparition des sinus sphénoïdaux et oblitération des sinus maxillaires, alors que les sinus frontaux sont volumineux ; et, d'autre part, nécrose massive du maxillaire supérieur gauche ayant nécessité une résection partielle de cet os.

M. Kowler (de *Menton*) a guéri une laryngite tuberculeuse étendue à l'épiglotte et aux cordes vocales par l'héliothérapie à l'aide de l'appareil qu'il a imaginé.

M. Armingaud (de Cauterets) présente un nouvel appareil à insufflation continue pour pratiquer le cathétérisme tubaire et aérer la caisse du tympan.

M. Nepveu (de Paris) préconise un nouveau protège-visage se fixant extemporanément au miroir de Clar.

M. Tribarne prend la parole au sujet des pseudo-tuberculoses d'origines rhinopharyngées.

La sténose nasale diminue la quantité d'air inspiré soit par obstruction, soit par action réflexe sur le poumon, soit surtout par action sur le diaphragme dont le jeu devient progressivement insuffisant. Le rétablissement de la perméabilité nasale amende rapidement les troubles pulmonaires et généraux.

A. Valat.

Les Livres

Editions de l' « Entr'aide »
20, rue des Fabricants, Roubaix (Nord).

Dr Henri Diffre. — **Nos enfants seront beaux si...**

Le Dr Diffre, de Roubaix, vient de publier une brochure pleine de conseils judicieux sur la thérapeutique préventive des tares infantiles et de l'adolescence.

Pour justifier son travail, l'auteur dont la compétence médicale est rehaussée par une pratique sportive, qui a fait de lui-même un athlète et un champion, nous cite cette phrase d'Alexandre Du-

mas : « Sur vingt hommes qui passent dans la rue, vous n'en verrez pas plus de deux qui marchent comme un homme doit marcher, la tête haute et d'un pas ferme et sonore. Les dix-huit autres sont voûtés, frileux, malingres, étiolés, pâles, essoufflés, apoplectiques, bilieux, mous, chancelants.

... Cette dégénérescence de l'homme vient de ce que, lorsqu'il était enfant, on n'a pas mis en lui les forces que la nature lui avait départies ».

Le volume a moins de 50 pages, et on le lit avec plaisir et profit, car sous une forme des plus littéraires, il enseigne aux parents et aux éducateurs les directives grâce auxquelles l'*Education physique de l'enfant* peut être réalisée avec facilité et sans perte de temps ; par conséquent, sans nuire aux études intellectuelles.

Qu'on ne s'y méprenne pas. Il ne s'agit pas, en France, de plagier les modes anglaises, qui, au préjudice du travail cérébral, imposent à l'enfant des exercices physiques absorbant la plus grande partie de leur journée.

Non ! il s'agit de tout autre chose et d'un système d'éducation infiniment meilleur.

Gardons-nous, certes, de supprimer dans nos collèges ces belles études classiques qui firent de notre langue française la première du monde par la clarté, la richesse, la précision et la finesse élégante de notre verbe ; mais, sachons reconnaître aussi que nos programmes exagérément touffus, surchargés, et encombrants ont nui trop souvent au développement physique si nécessaire à l'adolescent, et que l'équilibre étant rompu entre le travail cérébral d'une part, et le travail musculaire, respiratoire et circulatoire d'autre part, nous arrivons à ce résultat lamentable que nos meilleurs cerveaux, nos plus belles intelligences, se trouvent souvent dans des corps affaiblis, malingres, rétrécis et cassent brusquement quelquefois comme un ressort trop rendu, pour sombrer dans une imbécillité irrémédiable !

Il ne s'agit pas de viser à faire de nos enfants des *Forts de la Halle*, mais il faut vouloir énergiquement que leur corps soit l'assise solide et résistante de leur cerveau, et que d'après la jolie comparaison de Platon, reprise par notre Montaigne, on élève à la fois l'âme et le corps « qu'il faut conduire ensemble comme un couple de chevaux attelés au même timon ».

A peine quinze minutes par jour, mais bien employées, tous les jours, suffisent à obtenir le résultat cherché.

L'auteur décrit et analyse les détails de cette éducation physique qui, sans effort, redresse *le maintien*, raffermit *la démarche*, donne *la souplesse* à tous les mouvements, augmente *la résistance* qui vaut mieux que la force et aboutit, en dernier ressort, à une *Beauté d'ensemble qui relève la race*, et qui, une fois obtenue, peut permettre, sans danger, la culture du sport et la réalisation des performances réservées aux élites.

Gaston DOIN et CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

Victor PAUCHET et S. DUPRET. — **L'anatomie en poche.** (1 volume 11-18 contenant 297 planches en noir et en couleurs. Prix : 25 francs.)

L'Anatomie en poche a été écrite par Victor Pauchet qui, au début de sa carrière, enseigna à l'Ecole de Médecine d'Amiens l'anatomie et la pratique opératoire, et dessinée par l'un des maîtres du dessin anatomique, S. Dupret.

Les auteurs présentent aux chirurgiens un petit volume qui, en 297 planches claires, nettes, schématiques, leur rappellera l'*anatomie*. Ils pourront repasser en 5 minutes, à la veille d'une opération, les rapports des organes de la région où ils vont opérer.

Ce petit livre, d'un prix abordable, sera également d'une incontestable utilité aux étudiants qui voudront se remémorer rapidement les matières d'un examen ou d'un concours. Il sera, enfin, vraiment précieux au praticien pour lui rappeler, par un simple coup d'œil, le renseignement anatomique précis dont il a, à tout moment, besoin pour un diagnostic ou une intervention de chirurgie courante.

Avec l'*Anatomie en poche* de Pauchet et Dupret, qui ne tient guère plus de place qu'un carnet de visite, le praticien se replace sous les yeux, en un instant et sans recherches, le détail anatomique qu'il désire contrôler.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez POINAT, 21, rue Cassette.

J. CASTAIGNE, Fr. MOUTIER, R. GOIFFON et P. AUBOURG. — **Les maladies des intestins. Séméiologie et thérapeutique**, avec un formulaire. (Un vol. 11.5 × 17.5, 308 p., 46 fig. Prix : 15 fr.).

Chez Norbert MALOINE,

F. CALOT. — **L'orthopédie indispensable aux praticiens.** (Un vol. sur papier couché in-8°, 970 p., 1360 fig. originales, 9e Ed. 60 fr.).

Collection des Petits Précis (chaque volume : 8 fr. 50)

A. BEAUVY. — **Examens de laboratoire.**
LEMELAND. — **Accouchements.**
LAQUERRIÈRE. — **Radium et rayons X.**
André MARTIN. — **Chirurgie infantile.**
SORREL et DELAHAYE. — **Tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.**
BALDENWECK. — **Oto-rhino-laryngologie.**

(Ces ouvrages seront analysés ultérieurement).

LE MEILLEUR AGENT
D'OPOTHÉRAPIE BILIAIRE

CHOLÉÏNE CAMUS

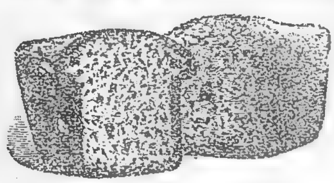
PILULES A BASE DE FIEL DE BŒUF

LITHIASE BILIAIRE
COLIQUES HÉPATIQUES
ENTÉRO - COLITES
CONSTIPATION - ACHOLIE - ICTÈRES
CHOLÉMIE - AUTO-INTOXICATION

4 à 6 pilules par jour

LABORATOIRES DARRASSE, 7, 9, 11, 13, Rue Saint-Maurice, NANTERRE (Seine)
R. C. S. 140162.

(2)



DIABÈTE
PAIN FOUGERON

AVEC MIE — FRAIS — EXQUIS
37, rue du Rocher — PARIS
R. C. Seine N° 53.956.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

TAXOL

A BASE DE

1 à 6 Comprimés avant chaque repas.

1° *EXTRAIT TOTAL des GLANDES de l'INTESTIN* qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.
2° *EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ* qui régularise la sécrétion de la bile.
3° *AGAR-AGAR* qui rehydrate le contenu intestinal.
4° *FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS*, action anti-microbienne et anti-toxique.

LABORATOIRES RÉUNIS, 11, Rue Torricelli, PARIS. R. C. Seine, 165,821.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Un traitement moderne de l'artério-sclérose.

On sait bien aujourd'hui que l'artério-sclérose, loin d'être une maladie univoque, au tableau clinique toujours semblable à lui-même, ne représente au contraire que l'ultime lésion d'une longue évolution morbide. Aussi bien la sclérose artérielle n'est elle pas toujours un phénomène général, mais le plus souvent localisé sur tel ou tel point de l'organisme, créant ainsi une symptomatologie particulièrement en rapport avec les fonctions de l'organe atteint. Ainsi longue période de présclérose, si l'on peut dire, et localisation scléreuse ensuite sont deux notions qui doivent être constamment à l'esprit de qui veut instituer une thérapeutique rationnelle de cette affection redoutable.

La première montre jusqu'à l'évidence l'absolue nécessité d'un traitement aussi précoce que possible et d'une surveillance inlassable du sujet prédisposé.

La seconde conduit à l'observation minutieuse des symptômes locaux d'où découle la mise en œuvre des moyens appropriés.

Heureusement, l'étude physiologique de la circulation apporte au médecin un précieux élément d'appréciation, et si l'on ne dit plus, fort justement d'ailleurs : hypertension = artériosclérose, il n'en reste pas moins vrai que la valeur de cette hypertension constitue une véritable mesure barométrique du trouble résultant de la simple intoxication ou au contraire de la sclérose constituée.

D'autre part, dans le dédale des nombreux symptômes de sclérose ou de présclérose subsiste encore une notion causale commune, précieuse pour l'action thérapeutique, c'est le vice constant de l'élaboration et de l'élimination des substances azotées. C'est pourquoi, il reste légitime et salutaire d'instituer un véritable traitement de fond de l'artériosclérose, visant la cause principale que nous venons de signaler et sur lequel viendront se greffer, suivant les symptômes du moment, les actions thérapeutiques accessoires.

Dans ce but bien des essais furent tentés et le principal médicament employé fut très probablement l'iode. Mais après avoir fait naître des espoirs démesurés, l'iode tomba bien vite dans un discrédit non moins exagéré. Peut-être ne méritait-il ni cet excès d'honneur ni cette indignité puisque l'expérience montre fréquemment que si l'on sait éviter les hautes doses, véritables intoxications iodiques aiguës ou chroniques, et s'en tenir au contraire aux doses minimes longtemps continuées, et heureusement stimulatrices du tissu lymphoïde, on obtient avec lui les plus heureuses modifications de la nutrition profonde.

Un autre médicament qui fit pendant un temps beaucoup parler de lui à propos du rhumatisme chronique, est le soufre à l'état naissant ou colloïdal. On sait combien son rôle est important dans le métabolisme des protéines et cela justifie amplement son emploi contre les troubles nutritifs de l'artériosclérose. Mais ici surgit une grande difficulté, qui consiste dans le choix d'une forme permettant sa libération à l'état actif au niveau des tissus seulement.

C'est à la réalisation de ce double problème : administration à dose réfractée d'iode combiné dans la préparation même du produit, et de soufre libéré à l'état naissant au sein des tissus, que se sont attachés, en des recherches longues et ardues, les créateurs du nouveau produit dont le nom, l'Artérogène, dit bien le résultat clinique précis que le médecin peut attendre de lui.

L'Artérogène représente une solution particulièrement élégante du problème indiqué puisque, au cours de la réaction chimique d'où dérive sa constitution, se combine l'iode en proportion déterminée et se forme la tétrathionate destiné à porter jusqu'aux tissus le soufre qui doit être libéré là, mais là seulement.

De fait, les résultats cliniques sont venus bien vite montrer qu'il ne s'agissait pas dans ce cas de simples vues de l'esprit. Aussi peut-on dire qu'avec l'artérogène le médecin possède une arme sûre qui lui permettra d'atteindre la cause même de l'hypertension et de la sclérose, cependant qu'observateur attentif, il s'attachera jour par jour à en soigner d'autre part les manifestations locales les plus variées.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES DANGERS DE L'INDIVIDUALISME INTÉGRAL DEMONTRÉS PAR LES FAITS

Essai sur la médecine de l'avenir.

Au cours de la dernière Aseemblée générale de l'Union des Syndicats, un honorable délégué, s'élevant contre le tiers payant et les contrats acceptés par des médecins, quels que soient ces contrats, qualifia ceux-ci d'*absurdes* et d'*immoraux*.

Si nous les repoussons, a-t-il ajouté, nous risquons de faire le jeu des médecins qui consentiront à traiter avec les caisses, et il s'en trouvera un certain nombre pour le faire... Mais le public regimbera, l'immense majorité du corps médical le soutiendra, *et cela ne durera pas trois mois.*

Le compte rendu sténographique indique que cette affirmation fut saluée d'*exclamations*.

Je ne rappelle cette déclaration que pour la prendre comme une manifestation d'un illusionnisme qui me paraît infiniment dangereux.

Il faut avoir la volonté d'ouvrir les yeux et les oreilles, de se rendre compte de ce qui se passe, de ce qui se fait, de ce qui se dit partout. Il faut prendre les faits comme ils se présentent, et en déduire les conséquences qui s'imposent.

Ces faits sont légion. J'en ai déjà signalé plusieurs. J'ai évoqué l'aventure de Limoges. J'ai révélé la véritable ruée, que j'ai personnellement constatée, vers une petite clientèle médicale d'un département montagneux du Sud-Est, comportant un fixe de 12.000 francs, et qui trouva *deux cents amateurs*.

La lamentable situation des médecins de mines, que des enquêtes récentes nous ont apprise, empêche-t-elle les compagnies minières de trouver autant et plus de médecins qu'elles en ont besoin ?

Les grandes entreprises industrielles sont de plus en plus portées à organiser un service médical qu'elles imposent à leur personnel. Et qui choisissent-elles pour assurer ce service ? D'anciens internes des hôpitaux. Avez-vous entendu dire qu'elles aient parfois échoué dans leur recherche ?

Mais qu'arrive-t-il quand ce médecin a cessé de plaire à ceux dont il est le salarié ? Ils le mettent purement et simplement à la porte, comme le dernier de leurs manœuvres. Et encore, non, parce que le manœuvre est parfois défendu avec succès par son syndicat, dont la puissance n'est pas un vain mot, tandis que le syndicat médical, s'il intervient, échoue lamentablement, s'il n'est pas partie contractante. Vous en doutez ? Reportez-vous au Propos du Jour de Noir, du 15 novembre dernier. Vous apprendrez comment un confrère, qui se trouvait dans ce cas, vit son contrat résilié et fut congédié avec un préavis de six mois, malgré l'intervention du syndicat médical de l'arrondissement, et du groupement fédéral des syndicats médicaux de la région.

Le dernier fait du genre de ceux qu'il importe de signaler à tous ceux qui soutiennent qu'un certain individualisme, pratiqué par les médecins, est sans danger, est une annonce parue dans le *Moniteur du Puy-de-Dôme*, du 27 février dernier.

Je la transcris ici sans commentaires, laissant le soin d'en dégager la morale à ceux qui nourrissent leurs aspirations autrement que d'illusions.

Avis du Service médical des Usines Michelin

Un certain nombre de médecins viennent s'installer à Clermont avec l'espoir d'être inscrits dès leur installation sur la liste des médecins, chirurgiens ou spécialistes composant le **Service médical des Usines Michelin.**

Dans le but d'éviter, à l'avenir, des déceptions à ces nouveaux médecins, nous les prévenons que ce Service médical est maintenant au complet et qu'il ne sera plus ajouté, en principe, aucun nom sur la liste.

Et je transcris également, sans ajouter un seul mot pour ne pas risquer d'en affaiblir l'éloquence et la signification prophétesse, une autre annonce qui voisine avec la précédente, dans le même numéro de ce journal.

Le Docteur PELLOTIER

MÉDECIN-SPÉCIALISTE

Traitant par la méthode hyposthénique les MALADIES DE L'ESTOMAC, des INTESTINS, des NERFS, de la MATRICE, et de la VESSIE, donnera ses consultations à :

Montluçon, mercredi 3 mars, Hôtel de l'Univers.
Clermont-Ferrand, jeudi 4 mars, Hôtel de l'Univers.
Brioude, vendredi 5 mars, de 8 à 14 heures, Hôtel du Commerce.
Ambert, samedi 6 mars, H. de la Gare.
Thiers, dimanche 7 mars, Hôtel de Paris et de l'Aigle d'Or.
Roanne, lundi 8 mars, H. du Commerce.
Moulins, vendredi 12 mars, H. de l'Allier.

Notre méthode, consacrée par 25 ans de pratique, est la seule qui permette aux malades de prendre une alimentation complète et fortifiante et de supprimer les régimes débilitants qui entretiennent l'anémie, la faiblesse et le nervosisme.

Pour tous renseignements, écrire au **Docteur PELLOTIER**, 188, boulevard Péreire, PARIS.

Or, il existe, dans le Puy-de-Dôme, un foyer de syndicalisme assez ardent et le syndicat médical de Clermont-Ferrand est de ceux qui font preuve d'une activité réelle.

Est-ce donc là, nonobstant, la médecine de l'avenir ???

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Médecin militaire. — Soins défectueux allégués. — Incompétence de l'autorité judiciaire.

COUR DE CASSATION (Ch. des requêtes).

20 janvier 1926.

(*Gaz. Pal.*, 20 février 19286.)

Lorsqu'une faute imputée à un médecin du service de santé aurait été commise par lui dans son service de médecin militaire, à supposer même que l'exactitude du diagnostic de ce médecin et l'efficacité des remèdes prescrits puissent être discutés, ce n'est pas — alors que les faits qui lui sont reprochés ne sauraient être détachés de sa fonction et constituer une faute personnelle — à l'autorité judiciaire qu'il appartient de connaître d'une action en dommages-intérêts intentée contre lui à raison de la mort du militaire qu'il était chargé de soigner.

M. Chiron s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la Cour de Bourges rendu le 26 juin 1923 au profit du docteur Sineau, rapporté *Gaz. Trib.*, 4 mars 1924.

Arrêt :

La Cour,

Sur le moyen pris de la violation des art. 1382 et suiv. C. civ., titre II de la loi des 16-24 août 1790, de la loi du 16 fructidor an III et de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810 pour manque de base légale :

Attendu que la Cour de Bourges se serait à tort, d'après le pourvoi, déclarée incompétente pour connaître de l'action en dommages-intérêts dirigée contre le docteur Sineau par les parents du soldat Maurice Chiron dont la mort survenue le 1er mai 1921, à l'hôpital de Châteauroux était attribuée par eux à la faute de ce médecin chargé du service des trois dépôts de la place de Châteauroux ;

Mais attendu que l'arrêt attaqué constate que le docteur Sineau a, les 16, 22 et 25 avril 1921, examiné le soldat Chiron, l'a exempté de service et lui a prescrit certains remèdes ;

Attendu qu'il résulte de ces constatations que la faute imputée au docteur Sineau aurait été commise par lui dans son service de médecin militaire ; qu'en supposant même que l'exactitude du diagnostic de ce médecin et l'efficacité des remèdes prescrits puissent être discutés, les faits reprochés au docteur Sineau ne sauraient être détachés de sa fonction et constituer la faute personnelle justifiant la compétence de l'autorité judiciaire ; d'où il suit qu'en se déclarant incompétente la Cour de Bourges n'a violé aucun des textes ou des principes visés au moyen ;

Par ces motifs,

Rejette...

Commentaires.

Cet arrêt de Cassation confirme la décision de la Cour d'appel de Bourges, que nous avons publiée et commentée dans le *Concours médical* 1924.2306.

Il intéresse non seulement les médecins militaires, ou les médecins civils qui font une période militaire, mais également tous les praticiens qui, à l'occasion d'un service médical, peuvent être considérés comme des fonctionnaires.

En cette qualité, devant quels tribunaux peuvent-ils être assignés, lorsqu'un client leur reproche une faute quelconque, une erreur de diagnostic, ou de traitement. ?

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat et celle de la Cour de Cassation, les tribunaux civils ou correctionnels ne peuvent connaître que des fautes commises par l'homme, faute détachable de ses fonctions administratives ou publiques.

Ainsi s'exprime un arrêt du Conseil d'Etat, du 6 mars 1914 (S. 1920.3.79) : « Les fautes commises par les fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions ne sauraient engager la responsabilité de leurs auteurs, qu'autant que les faits relevés auraient le caractère de fautes person-

nelles, se détachant de l'exercice de la fonction, auquel cas les tribunaux judiciaires seraient seuls compétents pour apprécier cette responsabilité. » (LL. 16-24 août 1790 ; 16 fructidor III, 24 mai 1872.) »

Différents arrêts se sont prononcés sur la distinction entre la faute personnelle et la faute de service (Cassation, 25 mai 1924 ; S. 16.1.86 ; Bordeaux, 19 juin 1917 ; S. 18-19.2.1 ; Cass. crim. 21 mars 1918 ; S. 18-19.1.17).

Ainsi, un délit de droit commun, commis par un fonctionnaire en service commandé, peut tomber sous l'application des lois pénales, par conséquent le délit sera apprécié par les tribunaux de droit commun.

Un militaire, conduisant une auto à une allure exagérée, alors qu'il n'était pas en service commandé, sera puni par le tribunal correctionnel (Cass. civ. 7 février 1923 ; *Gaz. Pal.* 23.1.566).

Un ingénieur en chef des ponts et chaussées occasionne, par son imprudence, un accident d'auto, alors qu'il voyageait pour l'exercice de ses fonctions. Il sera poursuivi devant les tribunaux ordinaires (Poitiers, 1re chambre, 3 juillet 1922 ; 12 février 1923 ; *Gaz. Pal.* 1923. 1.566).

Dans le même sens a été rendu un arrêt de la cour de Colmar, 2e chambre, le 17 novembre 1924 (*Gaz. Pal.* 1925.1.72 ; D. 1925.2.59) à propos d'un conducteur d'auto, au service de la Reconstruction, dont l'imprudence a constitué une infraction à la loi pénale, faute séparable de la fonction d'agent de l'Etat, bien que commise dans l'exercice de celle-ci.

Par conséquent, un médecin fonctionnaire ne serait pas en droit de prétexter les nécessités de sa fonction officielle pour enfreindre les règlements du code de la route, par exemple.

***

En ce qui concerne les médecins militaires, un médecin civil, attaché comme médecin chef à un hôpital militaire, avait refusé d'examiner un soldat, sous prétexte qu'il s'agissait d'un ivrogne. Ce malade est conduit en prison, sur l'ordre du docteur ; son état s'aggrave et le praticien refuse encore d'aller le visiter. Mort.

Par jugement du 12 février 1919, le tribunal de Chateauroux se déclara incompétent, estimant que le procès était justiciable des règlements et tribunaux administratifs : « Attendu que quelque contraire qu'il puisse être aux sentiments d'humanité, le refus d'un médecin civil de donner ses soins à un malade ne saurait donner ouverture à une action civile. »

La cour de Bourges confirma cette incompétence, par arrêt du 8 juin 1920.

Mais la chambre civile de la cour de Cassation, par arrêt du 12 juin 1923 (*Gaz. Pal.* 1923.2.430 ; S. 1924.1.28) décida que « les tribunaux de l'ordre judiciaire sont compétents pour connaître des actions en dommages-intérêts, dirigées contre un fonctionnaire public, à raison d'une faute personnelle qui se détache de la fonction.

« Spécialement, lorsque la mort d'un soldat est attribuée à la faute lourde d'un médecin, chargé du service sanitaire d'un camp, faute ayant consisté dans le refus de lui donner des soins, sous prétexte qu'il s'agissait d'un alcoolique et, dans son incarcération, ayant aggravé son état, l'autorité judiciaire est compétente pour connaître de l'action en dommages-intérêts des ayants cause de ce soldat, l'examen des faits articulés n'impliquant l'appréciation d'aucun acte, ou règlement administratif. »

Il est parfois bien difficile de déterminer si le fait reproché a été accompli, ou non, à l'occasion de l'exercice de la fonction.

Nous avons publié dans le *Concours* 1924.53 l'espèce suivante. Une malade civile, à la suite d'une radiographie faite dans un hôpital mixte, se plaint d'une radiodermite consécutive. Elle attaque en dommages-intérêts le radiographe, qui est un pharmacien mobilisé comme infirmier militaire, parce qu'il aurait opéré dans des conditions défectueuses.

Le tribunal de Saint-Lô (9 décembre 1920) et la Cour de Caen (6 juin 1922) avaient condamné le pharmacien, parce qu'il s'agissait d'une blessure survenue chez un malade civil et que, par suite, le ministère de l'infirmier militaire radiographe n'était pas obligatoire, comme faisant partie de sa fonction.

Par arrêt du 25 juin 1923 (*Gaz. Pal.*1923.2.430 430), la chambre civile de la cour de Cassation a débouté la victime ; elle a estimé que l'infirmier militaire n'avait pas commis de faute personnelle, se détachant de l'acte fonctionnel. La cour a donc recherché si le fait incriminé rentrait dans le service normal et habituel de l'infirmier militaire.

Or, ce dernier avait reçu des ordres de ses chefs, d'avoir à radiographier cette malade et il s'était tenu dans les limites des instructions reçues comme fonctionnaire.

Conclusions.

Lorsqu'un médecin se voit reprocher un acte professionnel, à l'occasion d'une fonction administrative quelconque (médecine militaire, protection du premier âge, service d'hygiène, etc.), il faut distinguer, si la faute incriminée a été commise par le fonctionnaire dans l'exercice de ses devoirs administratifs, ou si elle a été commise comme citoyen, ou comme médecin praticien

Dans le premier cas, seuls les supérieurs hiérarchiques et le Conseil d'Etat pourront en connaître, alors que, dans le second cas, les tribunaux civils ou correctionnels seront compétents.

Dr Paul BOUDIN.

ENTENTES MÉDICO-MUTUALISTES

Nous apprenons par la presse mutualiste qu'une entente vient de se faire entre les médecins et les mutualités des Bouches-du-Rhône.

Grâce à une union de nombreuses sociétés mutuelles, on a pu prévoir que le coût annuel des dépenses pour le service médical familial devait s'élever à 24 fr. par sociétaire et par an. Un trust de sociétés s'est créé, assurant le service médical moyennant cette prime de 24 fr.. Il verse 10 fr. par visite et 8 fr. par consultation aux docteurs et sur ces sommes le sociétaire contribue pour chaque vacation par un ticket modérateur de 2 fr. Il réalise ainsi le libre choix du médecin, le paiement à l'acte médical et met par le ticket modérateur de 20 % à 25 % une barrière aux abus.

Cette union médicale, fière de son organisation, ne va-t-elle pas jusqu'à en proposer l'adaptation au régime des assurances sociales. Il est évident que par cet abonnement forfaitaire, les sociétés mutuelles adhérentes assurent la fixité de leur équilibre financier en cas d'épidémie. Mais rien ne nous prouve qu'en cas de risques-maladies aggravés, la société puisse remplir ses engagements. Je sais bien que ce service médical ne comprend que les visites et consultations simples et le service pharmaceutique. Dans l'article que j'ai lu, il n'est pas question de service chirurgical ou obstétrical. J'en conclus qu'il s'agit du service médical ordinaire des mutualités, peu en rapport avec l'évolution moderne de la médecine.

Je me demande sur quelle base actuarielle on a établi le chiffre forfaitaire de 24 fr. devant couvrir le risque médical familial normal et exceptionnel.

Je me demande aussi comment l'adapter au régime des assurances sociales. Les cotisations d'ordre maladie prévues au rapport Chauveau en dehors de l'indemnité en argent versée aux malades sont beaucoup plus élevées que celles fixées par l'Union mutuelle des Bouches-du-Rhône.

D'après ce rapport dans la ventilation de la cotisation de 10 %, nous trouvons pour ce qui concerne le service médical et pharmaceutique les pourcentages et chiffres suivants, en prenant pour salaire moyen de base 5.000 fr. dont le 10e est de 500 fr. :

Frais de traitement médical et pharmaceutique, cure	1,20 =	60
Frais de traitement médical et pharmaceutique, cure pour le conjoint non assuré	0,17 =	8.50
Frais de traitement médical et pharmaceutique, cure, pour les enfants de l'assuré	0,45	22.50
Maternité	0,35	17.50
Frais de traitement (assurance invalidité)	0,10	5
		113.50

Nous trouvons donc comme total la somme de 113.50 investie au service médico-pharmaceutique. Nous sommes donc loin de compte. Il est vrai que dans cette somme se trouvent compris le service chirurgical, les recherches de laboratoire, les appareils, la radiographie ou radiothérapie etc., dont ne s'occupent pas habituellement les sociétés mutuelles.

Dans cet article de la Mutualité, il y de longs développements sur les ententes médico-mutualistes en général.

Le journal constate, ce que nous savons déjà, que la bonne entente est loin de régner entre médecins et mutualistes. « Les sociétés déploient toute leur activité pour l'organisation du service maladie, malheureusement c'est aussi celui-ci qui grève le plus les budgets et constitue pour la plupart des dépenses considérables ». C'est une vérité de M. de la Palisse : le service médical serait idéal s'il n'y avait pas de malades et partant pas de médecins.

Il faudrait, pour parer à cette situation fâcheuse, une entente préalable avec les médecins ; malheureusement cet accord est loin de régner, Les mutualistes reconnaissent « que beaucoup ne font pas l'effort nécessaire pour adapter leurs organisations aux exigences de la vie chère ». Ils constatent aussi « que les médecins n'ont pas la même compréhension du rôle social qu'ils sont appelés à remplir auprès des mutualistes qui par l'effort volontaire d'une prévoyance librement consentie, ne veulent rien devoir à l'assistance ni aux services publics ».

Mais s'ils regrettent cet âge d'or de la Mutualité, ils semblent oublier qu'elle s'est profondément modifiée depuis ses origines. Alors qu'elle ne groupait au début que des ouvriers modestes appartenant plutôt à la classe des nécessiteux, elle ouvre aujourd'hui ses rangs à tout venant ; elle comprend beaucoup de gens aisés et même riches, notamment beaucoup de ces petits commerçants qui sollicitent par son intermédiaire des rabais sur les honoraires médicaux, mais grèvent leurs marchandises d'un bénéfice leur permettant de faire rapidement fortune, chose rare pour le médecin.

Il faut chercher à amener une conciliation entre les deux cas. Les mutualistes, lisons-nous dans l'article, devront s'imposer une cotisation suffisante en rapport avec les tarifs actuellement en vigueur ; les médecins devront, à leur tour, *consentir aux mutualistes les réductions raisonnables qu'ils sont en droit d'exiger par leurs organisations de prévoyance* ».

Je comprends que par des tractations on essaye d'obtenir un tarif minimum, mais je m'élève de toutes mes forces contre cette préten-

tion *d'exiger* des réductions raisonnables, sous prétexte qu'il s'agit de sociétés mutuelles.

De quel droit exiger une réduction. Est-ce que la vie n'est pas aussi dure aux médecins qu'aux autres citoyens ? N'ont-ils pas des frais d'établissement à payer, une famille à nourrir, des enfants à élever et à instruire ? Encore s'ils ont fait des frais d'études représentant un capital, n'ont-ils pas comme le commerçant ou l'officier ministériel un fonds de commerce ou une charge qu'ils peuvent vendre avec bénéfice, ou qui à leur mort représente une certaine valeur. Leur seul capital est leur personne et leur travail ; à leur mort, des frais engagés il ne reste rien.

Les sociétés de secours mutuels jouissent de privilèges, elles ont des subventions, sont affranchies des frais de timbre, de réunion. Elles sont privilégiées dans les successions et donations qu'elles peuvent recueillir. Elles ont en un mot des avantages financiers et fiscaux.

Rien de pareil pour le médecin. Il paye des impôts écrasants, des taxes élevées sur son automobile, des droits d'enregistrement élevés dans ses successions, en un mot c'est un contribuable comme les autres, payant beaucoup plus que ses riches clients de la campagne souvent membres de sociétés mutuelles, faisant fortune et ne versant à l'Etat que des miettes d'imposition comparées aux charges du reste de la population. L'Etat qui réclame à chaque instant aux médecins des avantages particuliers pour toutes ses œuvres sociales ou électorales, assistance médicale gratuite, pensionnés, accidentés, mutualistes et demain assurés etc., quels avantages fait-il aux médecins ? quelle modération d'impôts leur accorde-t-il ? quel privilège leur concède-t-il en échange des services qu'il demande ? rien. Loin de là, le médecin est souvent considéré comme un gêneur, un empêcheur de danser en rond et souvent comme un carottier suspect de se dérober à son devoir fiscal. Pourtant, en Allemagne, les sommes versées par les Caisses d'assurances sociales ne rentrent pas dans la déclaration du revenu. Mais le médecin ne réclame aucun privilège spécial et ne demande qu'à prendre sa part des charges publiques comme tous les citoyens et comme tous les citoyens il réclame le droit de vivre et pour cela il doit exiger de tous, Etat, collectivités particulières, des honoraires en rapport avec l'augmentation de la vie : un régime égal pour tous. Liberté, égalité, fraternité.

Dr M. VIMONT.

RENSEIGNEMENTS MUTUALISTES

Sociétés de secours mutuels assurant à la fois une pension de retraite et un capital en cas de vie ou de décès. — Application de l'article 28 de la loi du 1er avril 1898.

Question. — Une société de secours mutuels approuvée peut-elle à la fois accorder à ses membres participants une pension de retraite de 1.080 francs et leur assurer, en cas de vie ou de décès, un capital de 9.000 francs sans tomber sous le coup des dispositions de l'article 28 de la loi du 1er avril 1898 ?

Réponse. — Le cumul d'une pension de retraite de 1.080 francs avec une assurance en cas de vie de 9.000 francs semble en contradiction avec l'article 28 de la loi du 1er avril 1898, puisque rien n'est plus facile que de convertir un capital en rente et de se procurer ainsi plus de 1.080 francs de retraite. L'interdiction semble devoir porter sur l'un et l'autre des deux avantages, en ce sens qu'il doit être fait état, pour savoir si le maximum est dépassé, de la valeur proportionnelle de chacun d'eux. Avec une pension de 1.080 francs, il ne peut être contracté aucune assurance sur la vie ; avec une pension de 540 francs on doit pouvoir s'assurer pour une somme de 4.500 francs et avec une pension de 270 francs pour une somme de 6.750 francs.

En ce qui concerne, au contraire, le cumul d'une pension de 1.080 francs et d'une assurance au décès, on ne voit pas pourquoi il serait interdit et en quoi il est en contradiction avec l'article 28. Il n'y a pas en réalité de cumul, puisque la pension cesse d'être payée quand les héritiers entrent en possession de la somme assurée. Une interprétation différente de l'article 28 irait, si elle était rigoureusement appliquée, jusqu'à empêcher une société de donner la moindre indemnité au décès et même de payer les frais des obsèques de ses membres.

LES MÉDECINS RUSSES EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE

On sait que les médecins français ne désirent guère aller exercer leur profession en Afrique occidentale française ; ils paraissent du reste avoir quelques bonnes raisons pour justifier cette abstention.

Le gouverneur général du groupe des colonies de l'Afrique occidentale française, autant pour satisfaire l'opinion publique que pour répondre aux demandes pressantes des commerçants et des fonctionnaires isolés dans la brousse, a créé une Ecole de médecine indigène à Dakar, destinée à instruire et à former des médecins auxiliaires et des sages-femmes indigènes. Il avait même projeté, je crois, de faire appel aux médecins auxiliaires indochinois, bien que la mentalité des deux races fût aussi différente que leur couleur.

Or, ces médecins auxiliaires ne peuvent constituer que des cadres secondaires. Car s'il est toujours possible de donner au bout de quatre ans d'études un diplôme de fin de scolarité à un Noir, il n'aura guère et pour peu de temps qu'un faible vernis superficiel. Il deviendra peut être un bon infirmier. Il pourra par la pratique journalière obtenir une certaine habileté manuelle, mais il lui sera presque impossible, par suite de sa faible intellectualité, de prendre le cas échéant une décision logique et rapide, de savoir juger sainement qu'en telle circonstance il convient de préférer telle médication à telle autre, en un mot, de faire acte de médecin instruit.

Il fallait donc, malgré ce recrutement, des cadres médicaux.

Le gouverneur général a cru bon de faire appel aux médecins russes émigrés en France qui sans emploi et sans ressources étaient susceptibles d'être utilisés en Afrique.

Ces médecins russes, n'ayant pas de diplôme légalement valable pour exercer la médecine dans les possessions françaises, ont été engagés sous la dénominations d'hygiénistes.

Il est arrivé en Haute Volta (je ne parle que de ce que mes yeux ont vu) un chirurgien russe — du reste bon confrère et bon opérateur — qui a été affecté à Ouagadougou, le chef-lieu de la colonie. Un autre médecin russe, sans spécialité, a été affecté à Dédougou, chef-lieu d'un cercle administratif. Quand je quittai la colonie, en décembre dernier, un autre confrère russe venait de débarquer à Grand-Bassanm pour rejoindre son poste en Haute-Volta. Apparemment, il en est de même dans les autres colonies ; mais je n'en parle pas, n'ayant aucune certitude à ce sujet.

Ces hygiénistes russes ont été engagés par contrat et touchent un traitement bien inférieur à celui des médecins français contractuels. Il est vrai qu'on leur a fait espérer que cette abnégation serait compensée et récompensée probablement par l'autorisation d'exercer en France dans l'avenir ! ! Obligés de gagner leur vie, les infortunés confrères ont accepté ces conditions.

Tels sont les faits.

Les Syndicats médicaux professionnels, chargés de la défense des droits du corps médical (ou bien le groupe médical parlementaire), pourraient demander au ministre des colonies, responsable des actes de ses subordonnés :

1° Comment le gouverneur général, vice-roi de l'Afrique occidentale française, s'est-il permis, au mépris des lois et règlements, d'engager des médecins russes dans les colonies françaises ? Il est certain que les médecins français ne refuseraient pas d'aller aux colonies si on leur y offrait une situation pécuniaire et sociale en rapport avec leur diplôme et les services qu'ils rendent.

2° Pourquoi les médecins russes engagés sous la fallacieuse étiquette d'hygiénistes font en réalité œuvre de médecin ou de chirurgien ?

3° Pourquoi étant médecins ou chirurgiens, il ne leur est pas alloué un traitement semblable à celui des confrères français ?

Dr Louis Cros.

P. S. — Voici à titre documentaire, les traitements des médecins en Afrique occidentale française :

1° médecins du cadre : début comme médecin adjoint de 3e classe, à 13.600 fr. par an., et par par suite d'augmentation périodique tous les deux ans pouvant aller jusqu'à 35.700 fr. comme médecin principal de 1re classe (au bout de vingt-cinq ans environ).

2° médecins contractuels : 20.400 fr. par an.

(Décret du 6 juin 1925 paru au *Journal officiel de l'A. O. F.*, le 13 juin 1925.)

HYGIÈNE SOCIALE

La lutte contre le taudis (1)

Par le Dr Raymond MOLINÉRY,

Lauréat de la Société de Préservation contre la Tuberculose.
Médecin directeur des Etablissements thermaux de Luchon.
(Médaille d'Or de l'Académie de Médecine).

Dans la *Liberté* du 14 février 1926, nous lisions les lignes suivantes que je vous demande la permission de reproduire : elles sont douloureusement éloquentes.....

Les Petits Martyrs de la Sorbonne : 3, impasse Chartière. Un long couloir obscur. Tout en haut, sous les toits, une mansarde. Quelle mansarde ! Trois mètres de côté environ. Comme plafond, le toit. On ne peut se tenir debout sans risque de se heurter le crâne. Une odeur épouvantable se dégage dès qu'on ouvre la porte.

Ce misérable taudis a été hier le théâtre d'un de ces drames ignorés et, pourtant, si nombreux dans Paris. Les acteurs : Albert M., 30 ans, sujet suisse bien taillé, mais ayant la réputation d'un paresseux. Sa compagne, une nommée Julienne D., 27 ans, trop connue, dans le monde des bars mal famés des Halles.

Existence irrégulière... Mais deux gosses, deux bambins de 8 et 3 ans sont condamnés à vivre éternellement dans ce logis privé d'air et de lumière sans en jamais sortir. Pas de feu et, sur leur paillasse humide, ni couverture, ni draps.

« Depuis deux ans, nous dit un voisin, je puis affirmer que ces gosses ne sont jamais descendus une seule fois. »

Au bout de deux ans (deux ans ! ! !) une dénonciation amène le commissaire de police du quartier à visiter ce taudis qui vient de lui être signalé. Les parents sont conduits au poste, tandis que les enfants dont la santé est ce que vous pouvez deviner, sont, le jour même, dirigés sur Berck-plage où l'Assistance de Paris a organisé un admirable hôpital marin...

A la Société de Médecine de Paris, le Dr René MARTIAL, dans une communication des plus remarquées, fit le procès de nos lois sociales actuelles, considérées du point de vue de l'hygiène. Reprenant la phrase célèbre — mais vraiment sévère : « L'hygiène est une belle façade derrière laquelle il n'y a rien », notre distingué confrère y ajouta : « Le chaos est pire que le néant et c'est le chaos que nous offre l'état actuel de l'organisation sanitaire ». Je cite de mémoire et si les termes ne sont pas exacts dans leur lettre, le sont-ils, à tout le moins, dans leur esprit. Je laisse au Dr René Martial toute la responsabilité d'affirmations appuyées sur d'authentiques faits venant à l'appui de sa thèse.

(1) Causerie faite à la Salle des Horticulteurs de France le 28-2-26.

Je voudrais simplement faire remarquer qu'il faut avoir beaucoup d'indulgence pour les hommes et pour les choses, quand hommes et choses sont infiniment complexes et que la « biologie » s'imbrique avec l'administration.

Que l'Etat ait à intervenir dans la lutte contre les fléaux sociaux que sont tuberculose, syphilis cancer, nul n'y contredit. Que le taudis soit un facteur de déchéance physique et morale, tout le monde est d'accord. Mais qui se substituera à l'Etat si celui-ci est défaillant ? Qui prendra la responsabilité que Monsieur Tout le monde pense être le fait du voisin ?

Pour répondre à de telles questions l'on n'avait que faire de discours. Voilà pourquoi, d'emblée, la LIGUE CONTRE LE TAUDIS a dit : « Je prends toutes les responsabilités ; puisque « la Ville-Lumière a sa lèpre honteuse que ne peuvent cacher ses oripeaux de luxe », nous dirons où se trouvent ses taudis infâmes. Et à tous ceux qui se disent — où se croient — les heureux du monde, nous demanderons aide morale et matérielle afin que, le soir, lorsque la fête bat son plein, le remords ne vienne pas leur crier : « là, à votre porte, gît une famille de 6 ou 8 ou 10 personnes, qui pour se coucher ont une seule chambre, et, au petit jour, quand vous aurez regagné votre demeure, les immenses salons du dancing seront vides et les salles de cinéma qui couvrent je ne sais plus combien d'hectares à Paris attendront « la matinée » pour voir les foules s'y presser, à nouveau.

Peut-on penser, sans être secoué d'un sentiment de honte, que tant de femmes, d'enfants, d'hommes, de travailleurs, sont sans gîte, sans feu, tandis que nos boulevards sont, peu à peu, envahis par des bâtiments qui n'abritent plus personne et qui sont uniquement élevés pour le luxe, l'argent ou le plaisir... ?

Un jour, passant au Musée social, j'apprends qu'une conférence va être donnée par les soins de la Ligue contre le taudis et voici ce que j'ai entendu :

Fondée en mars 1924 sur l'initiative généreuse de Madame Georges Leygues, la Ligue nationale contre le taudis a groupé immédiatement quelques personnalités parisiennes pénétrées de l'importance de la lutte à mener contre le fléau social qu'est le taudis. Inutile de vous dire que les plus hauts patronages figurent dans le Comité d'Honneur depuis le Président de la République

jusqu'au Grand Rabbin en passant par le Cardinal Archevêque de Paris et le Président de l'Union des Libres penseurs et libres croyants. Ici, on pratique l'Union sacrée ou ce mot n'a jamais rien signifié. Mais le Conseil d'administration nous présente Mme Georges Leygues et à ses côtés, le Dr Auguste Marie, M. l'abbé Violet et M. Vaudoyer, M. Paul Juillerat, ancien chef du bureau administratif des services d'hygiène de la Ville de Paris donne son concours officieux à la Ligue chaque fois que celle-ci a besoin de recourir à sa haute expérience.

Le but de la Ligue fut nettement exposé par le conférencier : réunir les ressources nécessaires à la création de cités, d'immeubles, qui abriteront, provisoirement ou définitivement, mais toujours dans des conditions d'hygiène convenables, les familles qui sont le plus cruellement victimes du taudis.

Je continue à citer : « La Ligue donnera son appui moral et matériel aux sociétés, œuvres et associations existantes qui se proposent de construire des logements ou d'améliorer les locaux défectueux, d'assurer au plus grand nombre le bénéfice de la loi Ribot, et, accessoirement, de faciliter l'acquisition d'un mobilier décent ou le paiement d'un loyer correspondant aux besoins de la famille secourue.

Là ne s'arrêtera pas l'activité de la Ligue : celle-ci s'efforcera d'obtenir une action sans cesse grandissante des pouvoirs publics et du législateur, notamment, en ce qui concerne la surveillance des lotissements et la réalisation de plans d'ensemble pour l'extension de centres surpeuplés.

Et cela ne suffit pas encore à l'activité de la Ligue : une action morale sera exercée, enfin, par les encouragements à la bonne tenue des immeubles et des logements, par le développement de l'éducation ménagère à l'école, et, après l'école, dans le sens d'une meilleure hygiène du foyer familial.

Devoir patriotique et social, devoir de justice, devoir d'humanité. *L'enfant pauvre a droit au soleil que l'enfant riche a le devoir de lui procurer*, car là où entre le soleil n'entre pas le médecin. C'est le droit à la santé que nous proclamons pour ceux qui habitent le taudis et, comme le taudis est « *tueur d'enfants, pourvoyeur des hôpitaux, recruteur du crime et de la prostitution, fauteur de haines sociales, honte de notre civilisation* », faites donc le geste de solidarité qui s'impose !...

Ainsi et beaucoup mieux encore parla l'éloquent conférencier.

Pour les sceptiques, paresseusement enfouis dans les coussins multiples que notre mollesse exige impérieusement au nom de la mode (je sais cent maisons où le prix de ces mille coussins inutiles procurerait un mobilier) tout cela est un vain artifice de rhétorique à l'usage de « bonnes dames d'œuvres » ajoutentt-ils, avec un petit air de mépris. Des œuvres ! allons donc ! parlez-moi de bonnes lois sociales, bien imprimées, fortement et longuement discutées au sein du Parlement, dans des réunions électorales où l'on peut piper le bon populo (celui-ci décide de ne plus se laisser faire)... parlez-moi de vœux transmis après de retentissants ordres du jour, à la fin de banquets où la chaleur communicative a changé en optimisme indéfectible les discours de multiples orateurs. Des œuvres ? mais cela rappelle le Moyen-Age et nous avons évolué de la charité vers la solidarité.

Voulez-vous m'accompagner ? Voulez-vous plus exactement que nous demandions à Mme Georges Leygues de l'accompagner dans ses innombrables courses à travers le taudis de Paris, bouges tels que l'ancien président du Conseil qui sait le danger qu'elle court, dit un soir devant nous : « Ils la tueront quelque jour ». Non, Monsieur le Ministre, on ne tue jamais la Charité incarnée dans une femme française à moins que la main qui tue ne vienne, vous savez, de par delà quelles frontières...

Tout en devisant, nous voici rue de la Marre, dans le 20e. La famille S... se compose de parents, tous deux en assez mauvais état de santé et de cinq enfants, entre onze et un an. Un sixième est attendu pour la fin de l'année. Deux sont morts. La conduite de ces gens est très sérieuse. Ces sept personnes habitent une seule pièce dans laquelle se trouvent un lit pour le père et la mère, un lit-cage pour deux enfants, une voiture pour l'un des petits, un lit de 1 m. 20 pour un autre ; enfin, une paillasse à même le sol sur laquelle couche l'aîné.

La pièce a 4 m. 50 de longueur, 2 m. 80 de large, 2 m. 50 de hauteur, et la moitié est mangée par l'inclinaison du toit. Ce n'est pas suffisant, dans cette insuffisance : il faut encore que la porte s'ouvre sur un escalier noir et sans air qu'infectent les W.-C. mal odorants. Un vasistas de 1 m. sur 0 m. 72 est l'unique moyen d'aération, il donne sur un toit.

Changeons d'arrondissement, gagnons le 5e. La rue de l'Arbalète, le marché des Prophètes et arrivons à la rue Mouffetard que, bien souvent, nous a décrite le grand praticien qu'est le Dr Julien Noir. Voici une famille de sept personnes : le père et la mère , travailleurs courageux. Les enfants ont de 20 à 8 ans avec des santés médiocres. Dans une pièce humide, s'ouvrant sur un palier dangereux et la fenêtre donnant sur une cour étroite, se trouvent 3 lits pour les sept occupants.

Rue du Tage, dans le 13e, une unique pièce au rez-de-chaussée abrite cinq personnes : un vieillard malade, sa femme, son petit-fils, âgé de 18 ans, et deux petites filles qui couchent sur des

matelas placés sur deux chaises. Il n'est pas possible d'ouvrir la fenêtre qui donne sur le lit. Au reste, la famille ne serait pas en sûreté : cette fenêtre donne sur la rue.

La pièce sert de dortoir, de cuisine, de salle à manger, de buanderie et d'atelier de cordonnerie pour le grand père. Mais le pire est que dans cette chambre infâme, il y a un égout au milieu de la pièce, égout qui, à chaque instant déborde et répand une eau puante.

Nous sommes, je vous le rappelle, à Paris en 1926...

On a bâti, il y a une cinquantaine d'années, de beaux immeubles de rapport qui, s'accolant les uns aux autres, laissent en leur milieu une courette en forme de puits, puits sur lequel s'ouvrent une quantité de fenêtres où chaque matin la literie est abondamment secouée. Or ceci est incurable car il faudrait détruire la maison...

Mais il y a pire encore. Entrons avec notre courageuse guide, rue Broca, dans le 13e : toute une famille vient d'y subir la fièvre typhoïde et quatre personnes ont été mortellement atteintes. La famille M. habite dans une très vieille maison que la propriétaire voudrait démolir mais qui reste debout parce que les locataires ne trouvent pas à se loger ailleurs. Le couloir et l'escalier très sombres ne sont éclairés, au premier étage, que par les W.-C. qu'il faut laisser ouverts à la porte même du logement.

Les M. disposent de deux pièces dont une seule est habitable où se trouvent deux lits et un berceau et sous la fenêtre de laquelle sont installés les W.-C. d'une usine. Jusqu'à la fin de mars 1923, le père et la mère occupaient un des lits, le second servait à quatre garçons et le berceau à un cinquième. La typhoïde devait inévitablement les frapper ; leur eau d'alimentation était prise au robinet, dans les cabinets d'aisance servant à toute la maison. Je vous l'ai dit : quatre morts !

Si le rachitisme est une maladie de l'obscurité. la tuberculose peut reconnaître la même cause. Voici ce que nous rapporte Mme G. Leygues, le tenant de M. Paul Juillerat : sur une période de 15 ans, de 1894 à 1908, la moyenne annuelle pour 10.000 habitants varie de 6,7 dans le quartier des Champs-Elysées à 67,4 dans le quartier de St. Merry. Or le quartier populeux de Javel n'offre plus que 38 décès par 10.000 habitants ; mais le quartier de Javel présente des conditions d'aération et d'ensoleillement très saisissantes.

Aussi on peut résumer de la façon suivante les observations de M. Juillerat :

Décès pour 10.000 habitants :

6,7....	Lumière et richesse;
38,0....	Lumière et pauvreté
67,4....	Obscurité et pauvreté.

Les faits sont irrécusables : sur 263 logements visités (peut-on donner à ces infects réduits le nom de « logement ? ») la pièce unique abritait avec leurs malades tuberculeux : 961 personnes.

Et vous vous étonnerez de la mortalité infantile chez les tuberculeux ?

Dans une récente étude publiée par le Dr Paul Roussel, du sanatorium de La Motte-Beuvron, l'auteur indique que dans les familles à tuberculose, les enfants sont frappés dans une proportion de 37,59 p. %... Voilà une statistique globale, mais si l'on prend des cas d'espèces on voit que 525 familles ont perdu les 3/4 de leurs enfants par contagion de tuberculose et cela en raison de la cohabitation dans la pièce unique dont tout à l'heure nous avons cité un exemple. Les rapport s de M. Juillerat de 1915 sont un terrible réquisitoire contre le taudis.

Combien les hécatombes de la guerre nous rendent plus douloureuses encore celles de la maladie en temps de paix. Dispensaire, préventorium, placement à la campagne par l'Œuvre Grancher, développement des colonies de vacances en station balnéaire, marine, en station climatique de montagne, en station thermale, mais aussi développement de ces camps sanitaires comme on a si bien organisés M. le Dr Wibbaux, à Camiers, près d'Etaples doiventêtre largement développés pour que l'enfant soit soustrait au taudis. Encourageons également la campagne si ardemment menée par le *Mouvement sanitaire* du Dr Dequidt.

Il est des maisons maudites, des quartiers maudits, des îlots où la tuberculose semble régner comme en un fief : *ce sont les quartiers à taudis*. Il faut ne jamais se lasser de signaler à l'attention de tous et des médecins plus encore que du public qu'il est à Paris six groupes de rues particulièrement frappés dans les 4e, 5e, 14e, 11e, et 12e arrondissements : ici la mortalité par tuberculose atteint 90 pour 10.000 habitants (Statistique de 1907).

La rue du Paon-Blanc, la rue Brise-Miche, la rue du Prévôt, la rue de Venise, la rue de la Reynie et d'autres encore sont des types de rues où le soleil ne semble devoir jamais pénétrer.

Nous demandons à Mme Leygues de nous exposer quels sont les remèdes que la Ligue contre le taudis se propose d'apporter à un tel état de chose.

Ces remèdes sont de deux sortes : d'une part, démolir et reconstruire les îlots si abominablement contaminés, créer un exode des populations ouvrières vers la grande banlieue en leur offrant des maisons claires et saines facilement accessibles par des moyens de transport, aussi peu dispendieux que possible et aussi rapides que faire se pourra. Créer des cités ouvrières comme il s'en ouvre plusieurs actuellement à

Paris sur les emplacements des anciennes fortifications. Mais, d'autre part, la maladie n'attend pas, ni la souffrance. Aussi, la Ligue aide-t-elle, par tous les moyens en son pouvoir, les familles qui sont signalées. Voilà, Impasse Léon, dans le 18e, une famille de 10 personnes pour une seule pièce : père, mère et leurs 8 enfants. On a fait construire une solide maison en bois, de 4 pièces, et à double paroi, dont le prix s'est élevé à 6.678,50 et D. remboursera à raison de 50 fr. par mois et il sera propriétaire. A peu de chose près, il en a été de même pour la famille T., de la rue Ollier dans le 14e ; pour la famille M., Grande Rue, à B...

Et, pour finir, une curieuse anecdote : Mme Georges Leygues est allée visiter une agglomération ouvrière constituée par une Association communiste dans un département limitrophe : très aimablement reçue par... le camarade-citoyen, (j'allais dire le patron), Mme Leygues demande comment se sont bâties ces maisons avenantes, claires, où la gaîté semble avoir pris séjour. Il lui est répondu que chacun a aidé le voisin et que les matériaux ont été achetés en commun : « *Voyez-vous, Madame, il ne faudrait pas qu'un voisin vienne nous voler quoi que ce soit briques, sable, chaux, nous défendrions notre « propriété » de la façon la plus énergique* ». Voilà qui est bien ; le camarade-communiste-propriétaire devient conservateur de ses biens. La chose me paraît tout aussi logique que légitime : un minimum de bien-être n'est-il pas nécessaire à l'existence de la vertu ?..

La conclusion ? Il n'en est qu'une. Inscrivez-vous ce soir (demain vous n'y songeriez plus) à la *Ligue contre le taudis*.

BEAUX ARTS

Exposition rétrospective de trente ans d'art indépendant.

Sous les auspices de la Société des Artistes Indépendants, vient de s'ouvrir, au Grand Palais, une Exposition rétrospective, formidable monument d'art qu'on ne reverra sans doute jamais, puisqu'il a fallu, pour le rendre possible, un concours de circonstances rarement réalisables. C'est Victor Dupont qui, le premier, avait eu l'idée, depuis plusieurs années, de faire appel à tous les artistes ayant exposé aux Indépendants avant 1914, et de leur demander de présenter, groupées, plusieurs de leurs œuvres, à leur choix, afin de montrer au public l'histoire de leur conception de l'art avec ses étapes telles qu'il les conçoivent et les aiment. En raison de l'Exposition des Arts Décoratifs, le Grand Palais pouvait, cette année, être disponible en même temps que le Palais de Bois de la Porte Maillot, ce qui permettrait de donner satisfaction aux Vieux Indépendants, tout en ne troublant en rien l'exposition annuelle ordinaire. Dès qu'Igounet de Villers, secrétaire général de la Société et réalisateur d'organisations d'art en même temps qu'artiste admirable (et il n'est pas décoré), sentit la possibilité d'agir, il partit en campagne et, sans à coup (sinon sans discussions passionnées) tout marcha vers la réalisation.

On n'a pas oublié l'année où une toile signée de « Boronali » (anagramme d'Aliboron), toile obtenue en trempant l'extrémité de la queue d'un âne dans des pots de peinture et en la promenant au hasard, fut réalisée par quelque grand artiste, jaloux des lauriers des Indépendants, et placée à leur exposition, en présence d'un huissier compétent. Ce fut, contrairement à ce qu'avait espéré l'auteur de cette fumisterie, la vraie consécration des principes des Indépendants !...

L'idée généreuse qui anima leurs anciens et dont le président Signac (je salue respectueusement et son beau talent et la fermeté de ses idées, et sa rosette d'Officier de la Légion d'honneur), est demeuré la vivante image, est qu'il ne doit pas y avoir en France une seule personne se croyant artiste, sous quelque forme que ce soit, qui ne puisse librement présenter au jugement du public ce qu'elle considère comme une œuvre d'art. Plus donc de ces jalousies épiques qui mirent aux prises, lors des premiers Salons, les élèves et les maîtres. N'importe quoi, dans n'importe quel cadre, et tant pis pour l'artiste (ou soi-disant tel) s'il sef ait du tort à lui-même et trouve la mesure de la pauvreté de son goût et de son talent, il récoltera ce qu'il aura semé, mais il ne pourra plus se dire la victime d'une caste, d'une cabale, de mesquines jalousies ; il mesurera sa valeur à ce que penseront de lui ceux auxquels il vient se montrer tel qu'il s'aime lui-même, en ses plus beaux rêves !..... Et j'ose dire que si cet excès de liberté n'a pas été sans arrêter dans la voie sans issue où ils allaient se lancer, beaucoup de sans talent qui se croyaient des maîtres, il a vraiment été la cause presque unique de la progression très nette de ces dernières années parce qu'il a largement contribué à laisser travailler librement et sans entraves tous les cerveaux.

Une partie imposante de l'Exposition est consacrée aux précurseurs, aux disparus qui furent, parfois, de leur vivant, de véritables chefs d'Ecole, et il ne fut pas sans saveur d'entendre, à l'heure de l'inauguration, l'éminent directeur

des Beaux-Arts, M. Paul Léon, dire, en traversant certaines Salles, « qu'elles étaient l'antichambre du Musée du Louvre. Hélas ! il faut bien avouer que ces salles-là sont justement celles pour lesquelles le point d'interrogation se pose avec le plus d'intensité. Le public ordinaire, le public non éduqué, passe le plus souvent sans regarder, ou en jetant sur les Cézanne, les Van Gogh, les « douanier Rousseau », les Seurat, un regard plutôt dépourvu d'enthousiasme ! Est-ce lui qui a raison, est-ce lui qui a tort ?... A coup sûr, et s'il n'est pas guidé, sa sympathie spontanée n'est pas attirée !... Le grand public considère l'art comme devant servir à représenter des choses ou des idées, à les évoquer plutôt de façon agréable à voir, et la sérénité, presque trop absolue, de certains précurseurs, n'évoque même pas en lui une pensée aussi forte que celle qu'il éprouve en regardant choses et gens directement. Peu de travailleurs savent comprendre l'immense grandeur de la sérénité : les vacances elles-mêmes, pour être bien goûtées, ne nécessitent-elles pas un apprentissage ?

Reconnaissons aussi que l'énonciation fantasmagorique des prix auxquels sont évaluées (avec ou sans exactitude) certaines de ces œuvres, ne sont pas sans justifier toutes les opinions : en même temps qu'elles sont une des forces attirantes de la rétrospective, elles en font aussi la faiblesse ; car beaucoup d'entre elles appartiennent soit à des marchands, soit à des collectionneurs qui ne sont, le plus souvent, que de véritables marchands camouflés et pour lesquels chaque article de journal, chaque vente successive, soigneusement arrosée d'une publicité coûteuse, n'est qu'un facteur d'augmentation de la valeur marchande. A mesure qu'une de ces œuvres vieillit, elle entraîne avec elle le poids mort de tout ce qu'a coûté sa mise en valeur ; à la sortie de l'atelier, elle ne représentait que le prix du temps, de la toile et des couleurs ! La réussite plus ou moins grande, le talent et la notoriété de l'auteur n'intervenaient que pour une bien faible part, parce que, lors de la production, il était encore jeune et ignoré. A ses frais généraux faibles correspondait un prix coûtant faible, formant à eux deux un prix de revient modeste et que, malgré tout cependant, le prix de vente ne couvrait pas toujours. Dès qu'au contraire, quelque critique, plus ou moins affilié à un marchand, signale un artiste ou une œuvre, tout change, grâce à la déesse Publicité, pourvu que la production annuelle puisse être suffisante pour justifier un effort soutenu de la part des « Managers », ou encore pourvu qu'il s'agisse d'artistes morts parce que leur production totale pouvant être cataloguée au complet, permet d'ajouter aux autres éléments du prix, le bénéfice de la rareté, de cette rareté que les snobs apprécient par-dessus tout, au moins de façon temporaire quoi qu'elle ne dure souvent que ce que dureront les réserves des revendeurs.

Ce n'est donc pas sans quelque inquiétude, théoriquement justifiée, que les huit ou dix premières salles consacrées, en grande partie, aux grands Indépendants décédés, doivent être parcourues. Je conseille d'y venir et d'y revenir à différentes heures, en fuyant l'idée préconçue, en se laissant attirer par la seule sensibilité qu'en toute simplicité on possède et de s'en tenir, pour tout jugement, à la sympathie comme à l'impression de sérénité satisfaite qu'on pourra éprouver.

Au contraire, à partir de la salle 10, il s'agit, presque partout, d'artistes vivants, d'ailleurs moins bien partagés comme place, et considérés comme les parents pauvres des précédents : moins d'œuvres dans chaque exposition, et moins d'œuvres en cimaise ; leurs envois ont été trop nombreux pour des non affiliés, et, bon gré mal gré, ils ont dû se serrer pour faire place aux invités du Comité, puissants marchands et riches collectionneurs qui seront peut-être pour eux aussi des acquéreurs de demain.

Dans cet ensemble magnifique des vingt dernières salles, je ne citerai que peu de noms, alors que la plupart mériteraient de l'être, mais... ils sont trop, pour la place dont je dispose ! Je tiens à signaler, dans son exposition « la Seine en dégel auprès du Pont-Neuf » d'Igounet de Villers, souvenir d'un Paris qui n'existe plus puisque l'écluse a été démolie. Ensuite, André Léveillé dont le robuste talent suit une progression intense. Il me plairait que son autobus mastodonte et solide fasse partie de son effort d'avenir, tant son mouvement est sûr pour tout écraser sur sa route... Sérénité dans le mouvement !

Très vigoureuses dans une lumière intense, sont les œuvres d'Ossip de Perelma : ses baigneurs tout imprégnés de la lumière d'un ciel brûlant dont l'onde reflète les chaudes nuances, supportent avec fierté le voisinage d'un portrait de prêtre dont la tête est expressive et fine et la pose fort élégante. J'aime la scène de boxe de Daynes, les vues de Moret de René Debraux. Avec sa modestie habituelle, Alexandre Urbain s'est effacé, mais il n'en est pas moins difficile d'approcher de sa « Baie de Naples » tant la foule l'entoure. Il faut suivre tout l'effort de Carlos Reymond depuis « Ses voiles au sec » de 1909, jusqu'à son « Bazile » qui fit tant de bruit en 1925. Un long regard pour le vieux paysan et les environs de Marivaux de Tristan Klingsor, pour « la Neige à Chartres », de Georges Schreiber. Une mention très particulière à Luigi Moretti dont les « Vues de Venise » sont d'une haute compréhension et qu'il est passionnément attachant de suivre dans son évolution de ces dernières années.

Et, pour finir, un hommage à Luc-Albert Moreau dont le « Boxeur » est une des plus belles œuvres et des plus complètes, et dont l'ensemble de 1912 à 1924 me paraît incontestablement (et c'est pourquoi j'en parle en dernier lieu) représenter l'œuvre d'un chef de groupe dont l'effort, bien plus nettement saisissable, et, si j'ose dire, didactique, que celui de la plupart des décédés, n'est pas celui d'un précurseur instinctif qui aurait pu demeurer stérile et inconnu, mais celui d'un réalisateur à la fois volontaire et puissant, maniant savamment une lumière saisissante et sachant user de l'analyse et de la synthèse avec science et mesure, en très grand Indépendant.

Ces trente années d'Art Indépendant paraissent bien être le meilleur de tout l'Art de ces trente dernières années, aucune des Expositions rétrospectives, jusqu'ici tentées, ne saurait être comparée en splendeur à celle des Artistes Indépendants.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat Médical d'Orléans.

Rapport concernant la situation des hospices en vue de l'application de la loi sur « les Assurances sociales ».

présenté à l'Assemblée générale du Syndicat médical d'Orléans, le 29 novembre 1925.

Commission : Dr VACHER, DESHAYES, BRETON, LIMOUZI.

Rapporteur : Dr LIMOUZI.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

La commission qui nous a précédés dans cette étude a pensé que le corps médical devait exiger que les hôpitaux fussent réservés aux indigents seuls.

En présence du projet de loi qui paraît devoir être prochainement adopté, la plupart d'entre nous ont estimé que nous ne pouvions nous en tenir à cette solution évidemment très simple et très désirable.

En effet, dans l'esprit du législateur, les lois de *bienfaisance* et de charité doivent disparaître et faire place à des lois de *prévoyance* et de solidarité sociales.

Il n'y aura plus qu'un nombre infime d'indigents dans ce nouvel ordre de choses. Et comme l'assurance sera *obligatoire*, nous ne pourrions méconnaître les exigences de cette loi que si le corps médical était assez étroitement uni pour répondre : « Nous ne voulons pas connaître cette loi. » Mais cette unanimité ne règne pas dans notre profession. Et outre les sanctions auxquelles nous serions exposés, nous n'aurions peut-être pas une attitude digne de notre culture et de notre cœur en nous opposant au fonctionnement d'une loi dont les principes sont, en somme, hautement louables.

Aussi, un nombre important de syndicats médicaux considèrent que nous devons au contraire apporter toute notre collaboration aux promoteurs de la loi, pour qu'elle ne se fasse pas contre nous et malgré nous.

Cependant nous ne devons pas nous dissimuler que les problèmes soulevés par le fonctionnement des hôpitaux dans le cadre des lois nouvelles sont très graves pour notre profession.

Avant de les soumettre à votre examen, nous allons vous rappeler en quelques mots ce que sera la loi sur les assurances sociales, car ce n'est pas vous faire injure de supposer que beaucoup parmi vous n'ont pas eu le temps de se documenter à cet égard.

LA LOI.

Le but de la loi sur les « assurances sociales » est de protéger la partie de la population dont les ressources sont modestes contre les risques : maladie, invalidité, vieillesse, décès, maternité, chômage.

Il existe trois projets :

Celui de l'administration (Cahen-Salvador) ;

Celui de la Commission de la Chambre (Grinda) ;

Celui de la Commission du Sénat (Chauveau).

LE PROJET CHAUVEAU.

Ce dernier est le plus récent. Il est adopté par la Commission spéciale du Sénat. Il est rédigé par un médecin distingué. Il simplifie et synthétise les deux autres. Il a les plus grandes chances de devenir définitif.

Voici quelles sont ses grandes lignes (exposées dans le numéro de juin 1925 du *Médecin Syndicaliste*) :

Il distingue trois catégories d'assurés :

1° Les obligatoires ;

2° Les facultatifs ;

3° Les participants à l'assurance continuée.

Sont inscrits *obligatoirement* tous ceux dont le salaire annuel est au moins de 1.200 francs et ne dépasse pas 12.000 francs. Toutes les allocations familiales étant exclues de ce chiffre. De plus, ce chiffre limite est augmenté de 2.000 fr. par enfant de moins de seize ans.

Les *facultatifs* sont tous ceux (petits patrons, artisans, cultivateurs, intellectuels, etc...), qui, sans être salariés, vivent de leur travail et dont le revenu annuel ne dépasse pas 12.000 francs.

Enfin, les *participants* à l'assurance continuée sont les précédents qui voient leurs ressources dépasser 12.000 fr. par an, et qui gardent, en versant leur cotisation, leurs droits à l'assurance invalidité, vieillesse et décès.

Les caisses assurent le paiement des frais de médecine générale ou spéciale, de pharmacie, d'appareils, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale, de traitement dans un établissement de cure, dans une proportion de 80 à 85 %.

15 à 20 % restent à la charge de l'assuré. Le demi-salaire (compte tenu des charges de famille) est payé à partir du 9e jour de maladie.

Cela est dû pendant six mois. Après six mois, l'assuré est considéré comme invalide. Les frais ci-dessus ne sont plus payés ; mais il touche une rente.

Le paiement des soins est dû à l'assuré, à son conjoint et à ses enfants âgés de moins de seize ans.

Le budget sera alimenté par un prélèvement de 10 % sur les salaires : 5 % versés par l'ouvrier ; 5 % versés par l'employeur et par les versements de l'Etat.

Ce budget alimentera :

1° Les caisses locales ou primaires ;

2° Les caisses départementales ;

3° Le fonds de garantie (caisse nationale de réassurance) ;

4° Le fonds de majoration (pour frais de gestion, pensions).

Les caisses pourront être mutualistes, syndicales, professionnelles, agricoles, patronales ou ouvrières. Pour constituer une caisse, il faut au moins 300 adhérents, 50.000 francs de cotisations annuelles et une réserve d'au moins un million.

Les caisses seront administrées par un conseil composé de 12 membres dont la moitié d'assurés élus au moins.

Les caisses pourront placer leurs fonds en valeurs d'Etat et jusqu'à concurrence de la moitié, en acquisition d'immeubles ou de terrains (pour édifier des établissements de cure par exemple).

La surveillance administrative sera effectuée par les fonctionnaires du Ministère du travail et de la prévoyance sociale ; la surveillance financière par les fonctionnaires du ministère des finances. Les contestations ou infractions seront jugées par les tribunaux ordinaires.

En ce qui nous concerne, le projet Chauveau admet :

Le libre choix ;

La possibilité du contrat collectif ;

La possibilité du paiement direct des médecins par l'assuré, qui serait remboursé par la caisse.

Il nous donne satisfaction à ce point de vue. Mais la dernière rédaction prévoit que la liste des médecins à choisir sera établie par la caisse *seule* et non d'accord avec les syndicats. Voilà un danger, et une erreur.

De plus, il n'est pas question du *secret professionnel*. Or, une récente interprétation du Conseil d'Etat en ce qui concerne le secret professionnel, le menace singulièrement. Il n'est pas question non plus du *tarif à la visite*. Cela est très sérieux.

Enfin et surtout, le projet ne contient *aucune disposition concernant les hôpitaux*, les maisons de cure, les laboratoires et les dispensaires.

Cela suppose évidemment que les assurés emploieront les établissements déjà existants. Mais cela soulève des problèmes graves pour l'avenir de notre profession. Passons-les en revue.

Application de la loi.

Pour nous placer en face de ces problèmes, supposons que les assurances sociales votées commencent à entrer en application. Que va-t-il se passer ?

Les caisses se constituent. Des contrats s'élaborent entre les caisses et nous ; entre les caisses et les hôpitaux.

Nous soignons les malades qui nous ont choisis, à leur domicile, ou ils viennent nous consulter à notre cabinet. Nous sommes payés, soit directement par le malade, soit par la caisse, au tarif fixé et consenti. Cela ne semble pas devoir soulever de difficultés plus grandes que pour les accidents du travail ou les mutilés de guerre.

Les « assurés » dans les hôpitaux.

La question est différente, s'il s'agit des hôpitaux.

Pour les malades de médecine, il est probable qu'ils continueront le plus possible à se faire soigner à domicile, si leur foyer est tant soit peu convenable, et s'ils ont quelqu'un pour leur donner des soins. L'hôpital est devenu tout à fait indésirable depuis la guerre. Et il est certain que le malade restera chez lui s'il n'a aucun avantage pécuniaire à entrer à l'hôpital. Il en sera de même pour les enfants, sauf peut-être dans le cas de maladie contagieuse dangereuse ou prolongée (diphtérie, typhoïde). L'hospitalisation des vieillards pourra être plus recherchée ; cependant beaucoup se contenteront de la rente invalidité-vieillesse.

Alors, si le corps médical sait retenir les malades dans le milieu familial, et, s'il est assez uni pour maintenir les tarifs syndicaux, il peut ne pas avoir de déficit sensible. Il peut même escompter un plus grand nombre de consultations au cabinet au détriment des consultations hospitalières. Le point délicat sera l'élaboration et le maintien des tarifs. Notre union absolue sera nécessaire.

La question des malades chirurgicaux ou justiciables d'une spécialité est beaucoup plus grave.

Dans le régime de l'assurance, si le malade trouve des chirurgiens ou spécialistes pour pratiquer l'intervention à domicile au tarif de l'assurance, il le fera probablement, sauf le cas d'impossibilité technique. Parfois, il se résoudra à parfaire la somme pour aller dans une clinique privée. Mais, le plus souvent, cela n'est pas douteux, il préfèrera se rendre à l'hôpital,

où techniquement il trouvera tout le nécessaire et où il n'aura rien à débourser.

Mais nous raisonnons ici comme si un tarif chirurgical et un tarif de spécialités était élaboré pour les « assurances sociales ». Or, il n'en est rien. La loi est muette sur ce point. Et il pourrait se faire simplement que la loi dise : en cas d'intervention chirurgicale ou spéciale, la caisse payera le prix de journée d'hôpital, et c'est tout. Ce sera ainsi, au cas où le « tout compris » resterait en vigueur. C'est là le nœud de la question pour le Corps médical. Et si nous voulons ne pas être spoliés dans cette affaire, notre union apparaît ici absolument indispensable. Et nos mandants auront sans doute fort à faire pour obtenir gain de cause.

L'ATTITUDE DU CORPS MÉDICAL.

Quelles attitudes différentes pourrions-nous prendre ?

1° Obtenir des commissions administratives qu'elles n'accueillent pas les « assurés sociaux ». C'est ce que demandait la précédente commission. Mais, les indigents restant en nombre infime, cela nous paraît impossible. Car les hôpitaux seraient vides. Et nous ne serions approuvés par personne.

2° Obtenir que le corps médical hospitalier refuse de soigner « les assurés sociaux ». Cela est plus impossible encore.

3° Attirer les « assurés sociaux » dans des maisons de santé à bon marché. Ce serait une excellente solution. Mais est-il possible de faire vivre, à l'heure actuelle, de tels établissements ? Les maisons de santé pourront-elles ou voudront-elles se transformer ainsi, même partiellement ? Dans ce cas, les hôpitaux ne chercheront-ils pas à concurrencer ces maisons de santé ? Et ne leur sera-t-il pas très facile de le faire avec succès, si l'on ne les oblige pas à employer les biens de fondation pour les indigents seuls ? le Dr Boudin estime que cette transformation des hôpitaux des petits centres en maison de santé à bon marché est souhaitable. Pour notre part, dans les grandes villes, nous préfèrerons, si elle est possible, une large entente entre les caisses, les syndicats médicaux, les hôpitaux et les maisons de santé.

4° Etant données les difficultés de cette solution, il peut arriver que nous soyons obligés d'accepter l'afflux des malades chirurgicaux et spéciaux à l'hôpital. Or, ils exigeront d'être soignés avec la dernière perfection technique, puisqu'ils ne seront plus des assistés pour lesquels on fait œuvre de bienfaisance, mais des assurés forts de leur droit de payants. Aussi, il nous paraît absolument abusif qu'on impose au corps médical hospitalier un tel surcroît de besogne et de responsabilité sans aucune compensation.

LE DROIT DE PERCEVOIR DES HONORAIRES A L'HÔPITAL.

La compensation logique, conséquence normale de l'admission des malades payants à l'hôpital, est le droit *de percevoir des honoraires* pour toutes les interventions à pratiquer sur les assurés hospitalisés.

Cette conclusion est si naturelle que c'est à elle qu'aboutit le syndicat des chirurgiens français récemment formé, dans son dernier congrès (5 octobre 1925) où l'on s'est entendu sur les bases suivantes :

1° Légitimité de la demande d'honoraires pour tout malade payant ;

2° Fixation du prix d'entretien des malades dans les hôpitaux sur des bases réelles ;

3° Entente entre les syndicats et les caisses pour la fixation des tarifs.

D'un autre côté, l' « Association des chirurgiens et des médecins d'hôpitaux » vient de réclamer de nouveau au ministre la suppression du « tout compris ». C'est sous une forme différente, une revendication de même nature. Cette association a bon espoir d'aboutir. Elle demande aussi le relèvement du tarif Breton. D'aucuns parmi nous estiment que ce relèvement devra suivre et non pas précéder l'établissement du tarif des « assurances sociales ». Les arguments pour et contre sont d'importance.

Quoi qu'il en soit, pour vous montrer que ces idées de rémunération du travail hospitalier sont dans l'air, je vous citerai deux exemples pris dans notre région : Tours et Nevers.

A Tours, le Dr Cosse nous fait savoir que le corps médical des hôpitaux fait actuellement les démarches pour obtenir le droit d'être rémunéré par les malades payants. Il espère obtenir satisfaction. La Commission administrative serait favorable à ce projet.

A Nevers, le corps médical hospitalier a déjà reçu satisfaction. Le Dr Lemoine, secrétaire du Syndicat de la Nièvre, nous écrit (11 novembre 1925) :

« Les malades que nous avons à soigner peuvent se classer de la façon suivante :

« 1° A. M. G. (soins entièrement gratuits) ;

« 2° Indigents non inscrits à l'A. M. G. (soins gratuits par générosité médicale) ;

« 3° Accidents du travail (soins gratuits légalement) ;

« 4° Payants : *a*) salle commune (honoraires modérés fixés par le médecin) ; *b*) chambres à part (honoraires plus élevés fixés par le médecin).

« L'administration *n'intervient jamais* dans les questions d'honoraires. Jamais il n'y eut de plaintes des malades, les honoraires réclamés étant raisonnables. »

Ce qui existe à Nevers peut se faire partout. Il suffit d'un peu d'énergie du corps médical et d'intelligence de la part des commissions administratives.

LES INCONVÉNIENTS DE CETTE SOLUTION.

L'on peut cependant faire des critiques à cette organisation, car elle comporte des inconvénients. Examinons-les :

Elle peut léser les intérêts :

1° Des *cliniques privées*. Assurément, le préjudice

semble devoir être sérieux. Mais, nous l'avons vu, ces cliniques peuvent créer des chambres communes à bon marché. Leurs tarifs peuvent être voisins de ceux des hôpitaux, si les prix de revient sont exactement calculés dans ces hôpitaux. De plus, les cliniques peuvent signer des contrats avec les caisses pour recevoir certaines catégories d'assurés et même s'entendre avec les hôpitaux et les médecins à ce sujet. Car il n'est pas douteux que les malades ne les préféreraient aux hôpitaux. La question est difficile ; elle n'est peut être pas insoluble. Elle vaut d'être sérieusement étudiée par les intéressés.

2° Des *chirurgiens* et *spécialistes* qui peuvent trouver un danger à la tarification officielle des honoraires. Cependant, un tarif vaut encore mieux que l'absence de tarif, qui laisse le champ libre à la concurrence au rabais. En tout cas, leurs efforts doivent tendre à ce que ce tarif ne soit pas inférieur au tarif syndical.

3° Des *médecins traitants* : A notre avis, il serait facile de ménager les intérêts du médecin traitant. Actuellement, lorsque le médecin traitant envoie en clinique un malade au chirurgien aux fins d'intervention, il aide le chirurgien et touche pour cela des honoraires. Puisque l'hôpital fonctionnera désormais comme maison de santé, il n'y a pas de raison pour que le médecin traitant s'en voie refuser l'entrée. Il doit pouvoir y aider le chirurgien comme en clinique, y garder le contact avec le malade qui l'a librement choisi et toucher les honoraires en rapport avec son travail.

Le libre choix absolu à l'hôpital, excellent en théorie, nous paraît pratiquement impossible pour les hôpitaux de grande ville. Cela pour de multiples raisons que nous ne développerons pas à cause de la longueur de ce rapport. Nous considérons comme indésirable la solution proposée par le Dr Lenglet, qui préconise la fonctionnarisation complète du médecin d'hôpital. Nous persistons à penser que nous devons conserver autant que nous le pourrons tout ce que nous pourrons de notre indépendance.

La transformation des hôpitaux.

Des considérations qui précèdent, il résulte que le statut des hôpitaux devra subir une transformation complète.

Cette transformation est amorcée, puisque les hôpitaux soignent déjà, à côté des indigents, les accidentés du travail, les maladies professionnelles, les malades et les mutilés de guerre. Mais à cause du nombre relativement faible des derniers nommés, ces hôpitaux fonctionnent encore comme établissements de bienfaisance. Du jour où les assurés y seront admis, ils deviendront un des rouages de l'immense organisation de prévoyance sociale. Il n'y aura plus alors que deux catégotries d'hospitalisés :

1° *Les indigents*, bénéficiaires de l'assistance, en très petit nombre. Leurs frais de séjour devront être couverts par les ressources de fondation qui, selon toute prévision, y suffiront amplement.

2° *Les bénéficiaires des lois sociales.* Ceux-là devront payer. Les ressources de fondation ne leur serviront pas, si la loi est juste et bien faite. Ils payeront une part que le projet Chauveau fixe à 15 ou 20 %. L'Etat payera le reste, le tout par l'intermédiaire des caisses.

Dans ces conditions, la gestion de l'hôpital devra être confiée à tous ceux qui y sont intéressés. Les commissions administratives comprendraient utilement :

1° Des représentants des assurés sociaux ;

2° Des représentants des collectivités payantes (caisses, Etat, département, communes) ;

3° Des représentants des techniciens qui assurent le fonctionnement de la loi (médecins, pharmaciens).

Les caisses auront le devoir de faire tout leur possible pour soigner convenablement leurs ressortissants et par conséquent de fournir de leurs deniers aux techniciens tous les locaux utiles et tout le matériel nécessaire.

Les prix de journée devront être établis d'une façon sincère, exacte, régulière, en tenant compte de toutes les dépenses et en aucun cas les biens hospitaliers destinés à la bienfaisance ne viendront s'ajouter au budget des assurés sociaux. Il ne serait pas juste d'enrichir avec le bien des pauvres ceux qui peuvent payer.

De même, il serait souverainement injuste d'obliger les médecins à soigner pour rien à l'avenir les gens qui collectivement possèderont des millions pour assurer une organisation de soins.

La médecine exercée comme un sacerdoce pouvait se comprendre dans un temps où seuls les indigents peuplaient les hôpitaux, dans un temps où le corps médical, d'ailleurs issu de milieux aisés, faisait la charité parce qu'il en avait les moyens et en tirait un bénéfice moral de respect et de notoriété.

Désormais, les médecins n'ont plus de raison de prodiguer la bienfaisance, puisque les hospitalisés se réclament de la prévoyance sociale, puisque les assurés possèderont de grosses ressources, puisque beaucoup de docteurs en médecine sont nés maintenant de familles extrêmement modestes, puisqu'enfin ni le respect, ni la notoriété ne viennent à notre époque récompenser les rares esprits scientifiques attardés au désintéressement absolu.

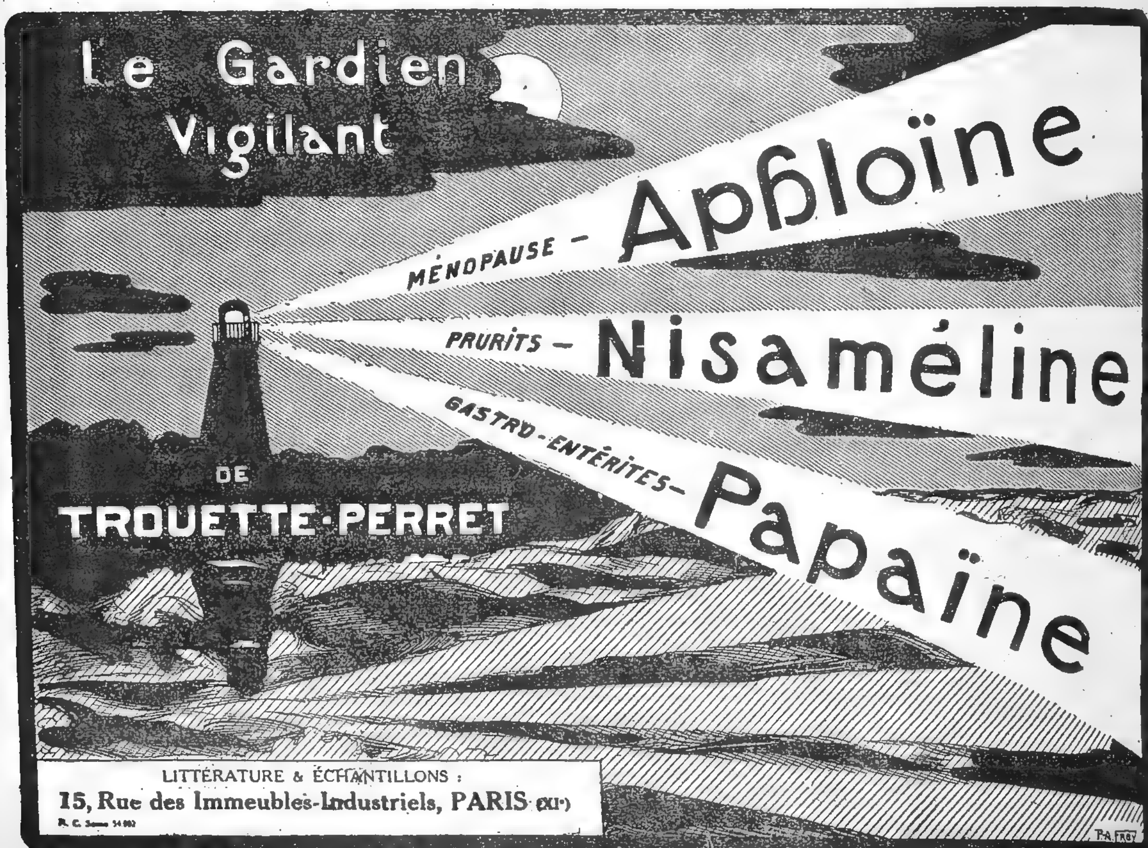
Nous offrons ce long exposé à vos méditations ; et nous espérons qu'il pourra servir de base à une utile discussion.

Sans avoir la prétention de régler en quelques lignes les importantes questions que nous avons examinées en commun, nous vous proposerons les conclusions suivantes :

Conclusions,

Le Syndicat médical d'Orléans estime que :

1° En vue du fonctionnement de la loi sur les assurances sociales, l'union du corps médical organisé en syndicats est plus *nécessaire* que jamais.


Le Gardien
Vigilant
DE
TROUETTE-PERRET
MÉNOPAUSE – Apioline
PRURITS – Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES – Papaïne
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

2° Le corps médical doit réclamer sa participation à la gestion des caisses et à la gestion des hôpitaux.

3° Il doit réclamer la suppression du « tout compris » et l'établissement d'un prix de journée exact pour toutes les catégories de malades payants hospitalisés.

4° Il doit réclamer le droit de toucher directement des honoraires de ces malades hospitalisés selon un tarif fixé d'accord avec les collectivités payantes.

5° Il doit réclamer pour le médecin habituel du malade hospitalisé, le droit de rester en contact avec lui, et en particulier d'assister le spécialiste dans ses interventions et de toucher pour cela des honoraires légitimes.

Dr LIMOUZI.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. MAILLON

Médecin expert près les Tribunaux

Nous commençons aujourd'hui la publication de ces tableaux, dressés par le Dr MAILLON, *qui, exerçant dans une région minière et industrielle, a acquis une expérience consommée qui lui a permis de fixer, aussi exactement que possible, le pourcentage des invalidités dues aux lésions accidentelles du travail.*

N.D.L.R.

LÉSIONS DES MEMBRES ET DU TRONC

1° Membres supérieurs

Éléments généraux d'appréciation

1° LA PROFESSION : Celles où l'usage des membres inférieurs domine comportent une évaluation moindre que celles dans lesquelles le membre supérieur, la main sont le plus utiles.

2° LE MEMBRE. Le membre gauche, appelé membre passif, comporte une évaluation moindre que le membre droit, dit actif. Chez les gauchers, le membre gauche devient le membre actif.

Amputations et désarticulations.

Eléments d'appréciation.

LÉSIONS DONNANT :	L'ÉVALUATION MINIMUM	L'ÉVALUATION MAXIMUM.
a) Le moignon.	mobile, souple, recouvert de tissus épais ;	mal étoffé.
	pas de raideurs des articulations voisines ;	raideur des articulations voisines.
	pas d'atrophie musculaire ;	atrophie musculaire ;
	absence de douleur spontanée ou provoquée ;	sensibilité objective au tact, à la chaleur, etc. subjective : douleurs névralgiques ou névritiques.
b) La cicatrice.	opératoire ;	accidentelle ;
	dorsale ;	palmaire ou terminale ;
	souple ;	adhérente ;
	à tissus solides ;	mince, fragile, mal protégée.
c) La profession.	profession exigeant surtout l'usage des membres inférieurs.	profession exigeant surtout l'usage des membres supérieurs.
d) Le membre	membre gauche ou passif.	membre droit ou actif.

Mains.

1° Amputation ou désarticulation partielle ou totale d'un doigt isolé.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Membre gauche		Membre droit		Membre gauche		Membre droit	
	Moignon bon	Moignon défectueux	Moignon bon	Moignon défectueux	Moignon bon	Moignon défectueux	Moignon bon	Moignon défectueux
	Cicatrice correcte	Cicatrice vicieuse	Cicatrice correcte	Cicatrice vicieuse	Cicatrice correcte	Cicatrice vicieuse	Ciccatrice correcte	Cicatrice vicieuse
1° *Pouce.*								
a) Une phalange...	6	6 à 8	6 à 8	8 à 10	10 à 12	12	12 à 15	15
b) Deux phalanges..	20	25	25	25 à 30	25 à 30	25 à 30	30 à 35	35
c) Deux phalanges et le métacarpien.	20 à 25	25	25	25 à 30	25 à 30	25 à 30	30 à 35	35 à 40

2° ***Index.*** C'est le doigt *de l'adresse.* Pour les professions nécessitant des manipulations délicates, des travaux d'art, il convient d'augmenter de 25 % environ les chiffres ci-dessous.

a) Une phalange....	2	3	2 à 3	3	4	6	8	10
b) Deux phalanges..	6 à 7	7 à 8	8 à 10	10 à 12	12 à 14	14 à 15	15 à 16	16 à 18
c) Trois phalanges...	7 à 8	8 à 9	9 à 12	12 à 14	14 à 16	16 à 18	18 à 20	20

3° *Médius.* — C'est le doigt de *la force* pour les manouvriers. Il a pour eux presque la même valeur que l'index pour les professions demandant de l'adresse. Les chiffres ci-dessous sont établis pour les premiers. Ils sont maximum pour les autres.

a) Une phalange....	2	2 à 4	4 à 6	6 à 8	8	9	9	10
b Deux phalanges..	3 à 5	4 à 6	6 à 8	7 à 9	9	10	10	12
c) Trois phalanges..	5 à 7	7 à 8	7 à 8	8 à 10	9 à 10	10 à 12	12 à 15	5 à 18

4° *Annulaire.* Les deux derniers doigts sont, généralement considérés comme moins importants que les précédents. Dans certaines professions ils ont pourtant une assez grande utilité ; ainsi l'annulaire chez le typographe, le dactylographe, etc., chez le forgeron, l'auriculaire gauche écarte et rapproche une des branches de la tenaille, etc.

a) Une phalange....	1	9	1 à 2	2 à 3	3 à 4	4 à 5	4 à 5	5 à 6
b) Deux phalanges..	3 à 4	3 à 4	4 à 5	5 à 6	5 à 6	5 à 6	6 à 7	7 à 8
c) Trois phalanges..	4 à 5	4 à 6	4 à 6	6 à 7	7 à 8	7 à 8	9	10

5° *Auriculaire* :

a) Une phalange..	0	1	1	1 à 2	1 à 2	2 à 3	2 à 3	3 à 4
b) Deux phalanges..	2 à 3	2 à 3	3	4	4	5	5	6
c) Trois phalanges ..	4 à 5	4 à 6	5 à 6	5 à 7	6 à 7	8	9	10

Perte d'une ou deux phalanges à plusieurs doigts.

(Moyennes obtenues par l'examen des évaluations des incapacités admises en jurisprudence en 1922, 1923, 1924 (Cf. *Revue générale des accidents du travail*, n° 4, avril 1925.)

1° Deux doigts.

a) Annulaire et auriculaire :

demi-phalange au premier	+ 1/2 phalange au 2e	4	% au membre gauche =	5	% à droite.
1 »	+ 1 »	5	»	6	»
2 »	+ 1 »	7	»	10	»
2 »	+ 1,5 »	7	»	11	»
2 »	+ 2 »	10	»	12,50	»

b) Médius et annulaire :

0,5 phalange au premier	+ 0,5 phalange au 2e =	4	% au membre gauche =	5	% à droite
1 »	+0,5 »	4	»	6	»
1 »	+1 »	8	»	8	»
1,5 »	+1 »	8	»	10	»
1,5 »	+1,5 »	8	»	12	»
2 »	+1 »	8	»	14	»
2 »	+2 »	10	»	16	»

c) Index et médius :

1 phalange au premier	+ 0,5 phalange au 2e	= 4 % au membre gauche	= 5 % à droite	
1 »	+1 »	7 »	10 »	
1 »	+1,5 »	8 »	10 »	
1,5 »	+1,5 »	10 »	15 »	
1 »	+2 »	12 »	15 »	
2 »	+1 »	15 »	18 »	
2 »	+2 »	18 »	20 »	

d) Pouce et index :

1 phalange au premier	+1 phalange au 2e	= 8 % au membre gauche	= 10 % à droite
1,5 »	+1 »	20 »	22 »
1 »	+2 »	20 »	24 »
2 »	+1 »	25 »	30 »

2° Trois doigts.

a) Médius, annulaire, auriculaire :

1 phalange au 1er	+ 1 phalange au 2e	+ 1 phalange au 3e	= 11 au membre gauche	= 15 au membre droit
1,5 »	+ 1 »	+ 1 »	15 »	18 »
1,5 »	+ 2 »	+ 1 »	15 »	20 »
2 »	+ 2 »	+ 1 »	18 »	20 »

b) Index, médius, annulaire :

1 phalange au 1er	+ 1 phalange au 2e	+ 0,5 phalange au 3e	= 10 au membre gauche	= 15 au membre droit
1 »	+ 1 »	+ 1 »	11 »	18 »
1 »	+ 1,5 »	+ 1,5 »	18 »	20 »
1 »	+ 1,5 »	+ 2 »	20 »	22 »
1 »	+ 2 »	+ 2 »	22 »	25 »
1,5 »	+ 1,5 »	+ 0,5 »	12 »	15 »
2 »	+ 2 »	+ 1 »	12 à 15 »	15 à 18 »
2,5 »	+ 2,5 »	+ 2 »	43 »	45 »

3° Quatre doigts.

a) Index, médius, annulaire, auriculaire :

2 phalanges au 1er	+ 2 phalanges au 2e	+ 2 phalanges au 3e	+ 1 phalange au 4e	= 30 à gauche ;	35 à droite.
2 »	+ 2 »	+ 2 »	+ 2 »	30 à 35	35 à 40

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — M. le docteur Vincent, de Lyon. — M. le docteur Eugène Degressac, d'Angoulême. — M. le docteur Debout, de Rouen. — M. le docteur Léon Baraduc, père du docteur Franck Baraduc (de Châtel-Guyon). — M. le docteur Labro, d'Aurillac.

— Faculté de médecine de Paris. — *Cours du semestre d'été* :

Anatomie descriptive. M. Hovelacque, agrégé. — Conférences à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), les mardis, jeudis, samedis.

Obstétrique. M. Ecalle, agrégé. — Cours complémentaire d'obstétrique à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours théorique), les lundis et vendredis, et les mercredis à 15 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours pratique).

Objet du cours. — Les syndromes hémorragiques. Dystocie maternelle et fœtale. Infection puerpérale. Opérations.

Histologie. M. Prenant, professeur. Cours à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

— Hôpitaux de Paris. — *Chirurgie.* — Le corps chirurgical des hôpitaux de Paris compte actuellement 48 chefs de service et 25 chirurgiens non placés. Il y a quatre-vingts ans, les chirurgiens des hôpitaux étaient au nombre de 33 seulement.

— Association des Anciens élèves de l'Ecole de médecine de Reims. — *Inauguration des bustes des professeurs Grandval et Lajoux.* — Les Anciens élèves de l'Ecole de Médecine de Reims qui ne sont pas encore inscrits à l'Association des Anciens Elèves de cette école sont instamment priés d'adresser leur adhésion à M. le Dr Saint-Aubin, 3, rue de Pontgivart, à Reims.

En outre, les anciens élèves de MM. Grandval et Lajoux sont priés d'assister aussi nombreux que possible

à l'inauguration des bustes de ces Maîtres vénérés qui aura lieu à l'Ecole de Médecine de Reims le 11 avril prochain, à 11 heures. Les adhésions au banquet qui suivra sont reçues à Reims, chez M. le Dr Saint-Aubin et à Paris, chez M. Lesœurs, 51, boul. Garibaldi.

De la part de MM. Lesœurs et Bottu, et de MM. les docteurs Weill et Mignon.

— Les médecins Parisiens de Paris. — Les « Médecins Parisiens de Paris » ont donné le 11 février, leur premier grand dîner annuel, lequel fut précédé de l'Assemblée générale et suivi d'une soirée artistique et dansante des plus brillantes.

A l'Assemblée générale, le rapport du trésorier fit ressortir l'excellent état des finances, et celui du Secrétaire général, la prospérité de cette Société. En effet, alors qu'à la fondation (le 25 mars 1924), 56 médecins parisiens constituaient seuls ce groupement, celui-ci compte aujourd'hui 110 membres et 11 candidatures nouvelles furent annoncées à cette dernière réunion.

Enfin fut élu le Bureau pour 1926 qui est ainsi composé : président d'honneur : M. le prof. Charles Richet ; président honoraire : M. le prof. Balthazard ; vice-président honoraire : M. le Dr Vimont ; président : M. le Dr Devraigne ; vice-présidents : MM. les docteurs Blondin et Duclaux ; secrétaire général : M. le Dr Pierre Prost ; trésorier : M. le Dr Jules Bongrand.

Au cours du dîner, qui groupait autour des membres de l'Amicale, un certain nombre d'invités, l'entrain et la gaieté allèrent *crescendo* jusqu'à l'heure des toasts où le président sortant, le Dr Dartigues, après l'énoncé de quelques anecdotes piquantes et colorées, céda la parole au nouveau président , le Dr Devraigne. Celui-ci répondit avec verve, mais limita son discours pour permettre l'heureux développement du programme artistique qu'il avait lui-même préparé. M. le prof. Balthazard fit preuve de la même mesure en n'acceptant de prendre la parole... que pour engager les convives à quitter la table et à faire place aux nombreuses dames et jeunes filles dont la gracieuse présence devait si agréablement animer la soirée.

Au cours de celle-ci, M. Francell (de l'Opéra-Comique) exprima avec sa parfaite maîtrise le charme de quelques mélodies dont certaine était l'œuvre de Raoul Brunel (*alias* Dr Blondel, médecin parisien de Paris) ; MM. Hervé et Rognoni (de la Comédie-Française) eurent eux aussi un succès très mérité. Puis, Mlle Elsa Podvinecz fit preuve d'un remarquable talent sur le cymbalon, instrument original dont elle tira de très jolies sonorités. Le Dr Fauvel, à la voix bien timbrée, fit apprécier ses qualités d'amateur. Enfin le « Topping-Jazz » éclata et par son rythme endiablé, entraîna de nombreux couples qui dansèrent fort avant dans la nuit.

Remarqués dans l'assistance : Mme et le prof. Balthazard ; M. le prof. Lereboullet, Mme et le Dr Lortat-Jacob, Mme et le Dr Devraigne , les docteurs Baillière, Barry, Mme, Mlle et le Dr Blondin, les docteurs A. Bloch, Blondel, Mme et le Dr Jules Bongrand, Mme et le Dr Bourguignon, Mme et le Dr Cachera, les docteurs Constensoux, Cousin, Courtin, Mme et le Dr Crocquefer, les docteurs Dartigues, Doin, Dubois-Roquebert, Duclaux, Mme et le Dr Léon Gérard, les docteurs Galliot, Gaugier, Gillet, Mme et le Dr Pierre Gérard, Mme et le Dr Guébel, Mme et le Dr Huber, le Dr Kohn, Mme et le Dr Lenormand, Mme et le Dr Larche, Mme et le Dr Laquerrière ; les docteurs Legrain, Le Savoureux, Lobligeois, Loubier, Mock, Montus, Mme et le Dr Molina, Mme, Mlle et le Dr de Monchy, Mme et le Dr Mounier, les docteurs Merklen, Piot, Mme et le Dr Papillon, Mme et le Dr Poiré, Mme et le Dr Pierre Prost, Mme et le Dr Quiserne, Mme et le Dr Rolet, le Dr Roger, Mme le Dr et M. Rosenstock, les docteurs Schæffer, Springer, Mme et le Dr Schreiber, Mme et le Dr Tarrius, le Dr Traverse, Mme et le Dr Viguerio, Mme, Mlle et le Dr Vimont, Mme et le Dr Vivier, Mme et le Dr Vieux, MM. S. Blondin, Gaston Blum, Boutet, Laquerrière, Nizor, Péribère (et Mme), Peretti de la Rocca, internes et externes des hôpitaux.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général, le Dr Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris 8e.

— Les subventions de l'Etat pour la lutte antisyphilitique. — Voici, d'après le docteur Queyrat, quelles ont été, depuis 1916, les contributions pécuniaires de l'Etat à la lutte antisyphilitique :

1916	200.000 francs
1917	800.000 —
1918	800.000 —
1919	800.000 —
1920	1.220.000 —
1921	1.500.000 —
1922	1.500.000 —
1923	3.000.000 —
1924	3.000.000 —
1925	3.950.000 —

Les trois millions de 1923 sont dus à l'intervention au Parlement du professeur Pinard.

— Institut prophylactique. — Le Conseil municipal de Paris a accordé à cet établissement une subvention de 300.000 fr., pour l'année 1926.

— Cinquième Congrès International de protection à l'enfance et à la Maternité. (Madrid, avril 1926). — *Rapports officiels* : 1° Influence de la chaleur estivale sur les nourrissons ; 2° Isolement des installations destinées aux nourrissons ; 3° Prophylaxie de la mortalité infantile ; 4° Prophylaxie des infections de l'enfance ; 5° Protection de la mère pendant la grossesse ; 6° Influence de la Mutualité sur la protection du premier âge ; 7° Organisation de l'emploi des gardes-nourrissons et leur uniformisation internationale ; 8° Protection contre l'abandon infantile ; 9° L'orientation professionnelle et la protection à l'enfant ; 10° Proposition d'un cadre uniforme à adopter dans tous les pays pour y consigner les données statistiques médicales des œuvres de protection du premier âge : *a*) pour les consultations de puériculture ; *b*) pour les pouponnières (enfants internés) ; *c*) pour les crèches (enfants au-dessous de deux ans, non internés).

Programme provisoire. — Dimanche 4, matin, inauguration du Congrès. — Lundi 5, 10 h., session scientifique ; 12 h., visite au Musée du Prado. Conférences sur Greco, Goya, Velasquez et Murillo, par des illustres critiques d'art ; 17 h., session scientifique ; soir, représentation de gala dans un théâtre. — Mardi 6, 10 h., visite aux établissements de bienfaisance, hôpitaux, gouttes de lait, reformatoires, etc. ; 17 h., session scientifique ; soir, réception à l'Hôtel de Ville . — Mercredi 7, 10 h., session scientifique ; 14 h., excursion à l'Escorial ; soir, réception au Ministère des Affaires Intérieures. — Jeudi 8, 10 h., session de clôture ; soir, banquet officiel.

Délégué général pour la France : Dr Bandelac de Pariente, 10, square Moncey, Paris.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

candidat au point de vue du service militaire ou état signalétique et des services ;

4° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service ;

5° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans les réserves ;

6° L'engagement de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active ;

7° Etat des services conforme au modèle ci-après, indiquant le temps passé aux armées, les blessures, citations et décorations donnant droit à majoration ;

8° L'indication, par ordre de préférence, des villes, sièges de faculté où le candidat désirerait être affecté, à partir du 31 décembre 1926 jusqu'au 1er novembre 1927, date à laquelle il sera appelé à effectuer un stage à l'école d'application du service de santé.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

Les candidats devront se rendre, aux dates et heures fixées, à l'école d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce, sans attendre aucun avertissement particulier.

Les dossiers des candidats non reçus au concours sont renvoyés directement aux intéressés, au domicile indiqué dans la pièce n° 4.

Nota. — Les candidats admis seront nommés médecins aides-majors de 2e classe, à dater du 31 décembre 1926, et bénéficieront d'une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum, diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires, pour l'obtention de leur diplôme à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée de stage dans une officine ; ainsi, par application de ces bonifications, les docteurs en médecine ayant terminé leur scolarité sous le nouveau régime d'études seront nommés immédiatement médecins aides-majors de 1re classe, pour prendre rang du 31 décembre 1925, et les pharmaciens (nouveau régime d'études) seront nommés pharmaciens aides-majors de 1re classe, pour prendre rang du 31 décembre 1926. Ils sont pourvus, à dater du 31 décembre 1926, d'une affectation à un hôpital militaire ou aux salles militaires d'un hospice mixte se trouvant dans une ville siège de faculté de médecine ou de pharmacie ; leur affectation sera prononcée d'après les vacances existant au 31 décembre 1926 et d'après l'ordre de classement des candidats dans le cas où plusieurs d'entre eux solliciteraient leur affectation dans une même ville de faculté.

Réponses des ministres aux questions des parlementaires.

Dépenses du médecin qui prend un congé.

7255. — M. Villette-Gaté, sénateur, demande à M. le Ministre des Finances si un médecin, qui est obligé de travailler tous les jours, souvent la nuit, et ne peut rester chez lui sans être soumis aux besoins de sa clientèle, a le droit de considérer comme dépenses professionnelles les dépenses personnelles supplémentaires occasionnées par un mois de congé pris en dehors de son domicile. (*Question du* 28 *janvier* 1926.)

Réponse. — Les dépenses de congé ont le caractère de dépenses d'ordre privé et ne peuvent, en conséquence, être admises en déduction pour l'établissement de l'impôt.

(*J. O.*, 5 mars 1926.)

Note. — Le Ministre a raison en ce qui concerne les dépenses de voyage, d'hôtel, etc. effectuées pendant le congé du médecin.

Mais il en serait autrement s'il s'agissait des honoraires et des frais de nourriture et d'entretien de son remplaçant. Ces dépenses sont des dépenses professionnelles, qui sont déductibles des recettes professionnelles.

J. D.

Les médecins propharmaciens sont exonérés de la taxe sur le chiffre d'affaires.

6851. — M. Reynouard, député, demande à M. le Ministre des Finances s'il est exact que les médecins propharmaciens sont exonérés de la taxe sur le chiffre d'affaires en ce qui concerne leurs ventes de médicaments et pourquoi il n'y aurait pas à cet égard assimilation absolue entre médecins et pharmaciens. (*Question du* 1er *février* 1926.)

Réponse. — Le médecin qui se borne à fournir aux malades qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans tenir boutique et sans vendre à tout venant, ne fait pas acte de commerce et ne peut, dès lors, être soumis à la taxe sur le chiffre d'affaires. Par contre, les pharmaciens exploitant une officine ne peuvent être considérés que comme des commerçants et sont, à ce titre, passibles de la taxe dont il s'agit, lors même qu'ils seraient pourvus du diplôme de docteur en médecine.

(*J. O.*, 13 mars 1926.)

CORRESPONDANCE

De la preuve en matières d'accidents du travail.

Caisse syndicale d'assurance mutuelle et Caisse-Mutuelle-Accidents des agriculteurs de France.

Paris, le 10 mars 1926,

Monsieur le Docteur,

M'autorisant de l'accueil bienveillant que vous avez fait à mes précédentes communications, je vous demande la permission d'appeler votre attention sur un extrait du compte rendu du Congrès International de médecine des accidents du travail d'Amsterdam, publié dans le *Concours médical* du 28 février 1926, page 549.

Sous la rubrique « Accidents et Maladies », il est indiqué que Monsieur le Professeur Cunéo, de Paris, a émis les conclusions suivantes :

« Il faut insister sur :

« 1° L'importance de l'enquête, la recherche précise des symptômes qu'avait présentés le blessé avant son accident ;

« 2° Les relations directes entre l'accident et la maladie (temps écoulé entre l'accident et l'apparition des symptômes) ;

« 3° La nature elle-même de la maladie et l'importance que peut avoir le trauma dans sa pathogénie. Chacun de ces points devra être étudié de près, afin de se rapprocher d'une solution équitable. *Le doute sera toujours au bénéfice de l'ouvrier* ».

Cette affirmation étant de nature à produire sur l'esprit des lecteurs du *Concours médical* une impression erronée, je me permets de signaler que M. le docteur Cunéo a fait une interprétation inexacte de la loi dans la circonstance. Il a oublié en effet qu'aux termes de l'article 1315 du Code civil, la charge de la preuve incombe au demandeur. Or, dans la circonstance, le demandeur est le *blessé*, par conséquent, *il doit prouver*, d'une manière *certaine*, et *non équivoque*, non seulement la matérialité de l'accident, mais encore la relation de cause à effet entre cet accident et les conséquences pathologiques qu'il en fait dériver.

La Cour de Cassation s'est prononcée nettement dans ce sens dans de nombreuses espèces.

Cassation Requêtes : 1er mai 1911 ;
Cassation Civile : 24 février 1914 ; D. P. 1917.1.1.
Cassation Requêtes : 24 fév. 1915 ; D.P. 1917.1.1.
Cassation Requêtes, 20 mars 1923 ; *Rev. gén. acc.*, 1923-187.
etc., etc.

Il a, en outre, été décidé :

« Que seules les lésions qui sont la conséquence directe et immédiate de l'accident, donnent droit aux indemnités prévues par la loi ;

Cass. Civ., 21 février 1912 ; *Gaz. Pal.*, 1912-1.479.
Cass. Req., 8 mai 1922 ; *Rec. Sp. acc.*, 1922-233.

« Que la preuve ne résulte pas des dires de l'intéressé ;

Cour de Lyon, 17 mai 1922 ; *Rev. gén. acc.*, 1923-154.

« Ni d'une hypothèse, même possible, mais non démontrée, émise par l'expert ;

Cour de Limoges, 14 mai 1917 ; *Gaz. des Trib.*, 21 10-1917.

Cour de Riom, 22 mars 1923 ; *Rev. gén. acc.*, 1923-206.

Cass. civile, 12 janvier 1925 ; *Rec. Sp. acc.*, 1925-134.

Cass. civile, 18 mars 1925 ; *Rev. gén. acc.*, 1925-181. etc., etc.

« Que la preuve ne résulte pas des termes dubitatifs employés par le médecin ;

Cour de Lyon, 20 mars 1920 ; *Rev. gén. acc.*, 1920-147.

Et enfin, « qu'en invoquant, en présence du doute, dans lequel ils se trouvent, la maxime : « Le doute doit profiter au prévenu », non seulement les experts sortent de la science médicale qui leur est propre, pour entrer dans le domaine de la science juridique qui leur est étrangère, mais qu'en transplantant cette formule du droit criminel dans le droit civil, ils en font l'application *à rebours* et *à contre sens*, car si l'on admet l'analogie, c'est au défendeur qu'elle doit profiter (donc au chef d'exploitation), puisqu'en vertu de l'article 1315 du Code civil, c'est au demandeur qu'incombe la charge de la preuve ».

Cour de Lyon, 18 mai 1922 ; *Rev. gén. acc.*, 1922-266.

Je suis persuadé, Monsieur le docteur, que vous voudrez bien demander au *Concours médical* d'insérer cette rectification dans l'intérêt des médecins, comme dans celui des blessés, de manière à ce que des contestations inutiles et des procès longs et coûteux ne surviennent pas, par le fait d'une mauvaise interprétation de la loi par les experts ou par les médecins qui délivrent des certificats.

Rien n'est plus préjudiciable en effet aux bons rapports sociaux, qui doivent exister entre tous les membres d'une Société, que des procès qui aboutissent à une violente déconvenue pour les blessés qui, évidemment, ne peuvent en être reconnaissants, ni envers le médecin qui les a induits en erreur, ni envers le patron qui a résisté, ni vis-à-vis de la Compagnie d'assurances qui a soutenu cette résistance.

Je vous remercie d'avance de vouloir bien me servir d'intermédiaire de nouveau dans cette circonstance et vous prie de croire, Monsieur le docteur, à l'expression de mes sentiments les plus distingués.

L'Inspecteur général,
COCRAL.

La Maison de santé privée devra-t-elle disparaître, à cause de la concurrence que lui fait l'hôpital ?

C'est toujours avec plaisir, que je lis les articles que vous donnez dans le *Concours médical*, où se trouvent si bien défendus les intérêts du Corps médical.

Particulièrement, votre dernier article (*Concours*, 7 janvier 26) traite d'une question qui touche de très près aux intérêts de bon nombre de nos confrères, celui de la maison de santé hospitalière.

Certes, les chirurgiens qui ont édifié une clinique privée, ne l'ont pas fait pour leur plaisir, car pareille organisation entraîne des frais considérables et tout un cortège de soucis dont on se passerait bien.

Mais, les faits sont là. Beaucoup d'entre nous n'ont pas trouvé d'autre moyen, pour soigner leurs malades. Par la force des choses, certains de ces établissements ont donné asile à d'autres chirurgiens ou spécialistes que le fondateur lui-même, au point que parfois ils ont pris une extension telle que de véritables capitaux y ont été investis.

Sans vouloir en faire objet de commerce proprement dit, il a bien fallu songer à assurer une rémunération à peu près normale de ces capitaux, d'autant plus que les nécessités de l'outillage technique augmentant sans cesse (radiologie, physiothérapie, etc.), la moindre prudence commande de prévoir un système d'amortissement, tout au moins pour ce qui concerne le matériel technique, qui se démode très rapidement.

Vous savez d'autre part que le fisc nous menace de la cédule des B.I.G. et de la taxe sur le chiffre d'affaires.

Dans ces conditions, comment se défendre contre cette nouvelle menace de concurrence de la maison de santé, créée par les hôpitaux. Ceux-ci ont à leur disposition, les subventions municipales, qui leur rendront faciles les créations de maisons de santé, et cela d'autant mieux qu'ils verront dans l'exploitation de cette annexe, une opération commercialement fructueuse, et sans aucun risque, car, si par hasard, une année est déficitaire pour l'ensemble du budget hospitalier, ils en seront quitte pour demander des crédits supplémentaires et faire attendre les créanciers. Ajoutez à cela que les hôpitaux ne payent pas d'impôts, et qu'ils pourront toujours, pour toutes ces raisons, ruiner les établissements privés par une concurrence injuste.

Mes craintes ne sont pas vaines. Déjà les choses se passent ainsi pour un hôpital privé, l'hôpital Saint-Joseph, qui vient d'être déclaré d'intérêt public et qui ne trouve rien de mieux, pour se procurer des ressources, que de multiplier les chambres de pensionnaires, où sont admis une foule de malades, qui d'ailleurs payent les quelques chirurgiens qui y opèrent.

Or, du fait des donations qui affluent à cet hôpital, et de l'exonération d'impôt, il y a des chambres à

tous prix et aussi un échelon d'honoraires tout à fait accommodant, les praticiens pouvant accepter les plus modestes, sans grand dérangement pour eux.

Cette situation cause un tort considérable aux praticiens indépendants et soulève des protestations aussi vives que peu opérantes.

Que sera-ce si, demain, les hôpitaux publics entrent dans cette voie ?

Dans un article, analysé dans le *Concours médical* et argumenté par vous-même, n'avons-nous pas vu M. Duguit (de Bordeaux) affirmer pour les hôpitaux la nécessité de lutter par le prix de leurs chambres de pensionnaires contre la concurrence des cliniques privées ?

Je crois bien que pour ce dernier point, mes souvenirs sont exacts.

Que devient dans cette orientation, le principe de l'hôpital pour les indigents, posé dans le règlement modèle que vous connaissez bien ?

Encore une fois, nous autres, médecins, n'avons pas fondé nos cliniques autrement que par nécessité. Mais en fait, celles-ci existent, elles nous ont coûté, ont rendu, somme toute, de grands services durant de nombreuses années.

L'hôpital va-t-il nous ruiner ? Je vous soumets ces graves objections. A en juger par les discussions qui ont marqué les séances d'octobre dernier, du syndicat des chirurgiens, cette question des cliniques privées préoccupe grandement plusieurs centaines de chirurgiens. Permettez-moi d'espérer que le *Concours médical* ne manquera pas de tenir compte de nos soucis, et de poser la question, en ce moment où tout l'édifice de l'Assistance va être profondément remanié par l'institution prochaine et pleine de menaces des assurances sociales.

En m'excusant de cette longue lettre, je vous prie, mon cher confrère, de recevoir avec tous mes remerciements pour la compétence et le dévouement que vous apportez à la défense des intérêts du corps médical, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr J.

Commentaires.

A mon avis, le problème se pose nettement : ou bien nous devons faciliter l'avénement de la socialisation de la médecine, ou bien nous devons faire respecter, par la voie judiciaire, le droit au travail, par l'initiative individuelle.

Point n'est besoin, pour nos syndicats généraux, ou pour le syndicat des médecins propriétaires de maison de santé, de perdre leur temps à discuter le problème de l'hospitalisation des malades payants. Je crois préférable de situer autrement le problème.

Actuellement, au Conseil supérieur de l'assistance publique, je suis chargé du rapport sur l'hospitalisation des malades de condition modeste et d'un autre sur la possibilité d'admettre, à l'assistance médicale gratuite, les gens privés momentanément de ressources, principalement

ceux qui ne peuvent faire complètement les frais occasionnés par une maladie longue, ou par une opération chirurgicale.

Ce qui veut dire, qu'il existe une classe très nombreuse de gens qui ne sont pas assez pauvres pour être admis à l'hôpital, sous le bénéfice des lois du 7 août 1851, ou du 15 juillet 1893, mais qui ne sont pas assez fortunés pour faire les frais de séjour dans une maison de santé.

Donc, premier problème, qui se pose : comment organiser des maisons de santé à bon marché, pour recevoir cette catégorie de clients, qui devient de plus en plus nombreuse ?

Par qui seront créées ces maisons de santé modestes ? Par les hôpitaux ? Par la bienfaisance privée, faisant reconnaître ses cliniques, comme établissements publics ? Par l'initiative privée, en facilitant aux maisons de santé déjà existantes les conditions d'existence, en les dégrevant d'impôts, par exemple ?

Il est incontestable que l'art de guérir nécessite actuellement des frais d'installation considérables, tant en matériel de chirurgie, de spécialités, de radiologie, qu'en constructions elles-mêmes, qui sont fort onéreuses.

La commune, le département et l'État doivent-ils se substituer à l'initiative privée, partout où celle-ci est déficiente, ou bien doivent-ils faire la concurrence aux établissements privés déjà existants ?

Car, il ne faut pas se le dissimuler, il est presque impossible de définir ce qu'il faut entendre par malades de condition modeste. Quelque soin qu'on puisse apporter aux enquêtes, on laissera toujours passer des gens qui masquent leur véritable situation de fortune, pour se faire opérer, soigner et guérir à bon marché.

Dans sa brutalité, le dilemme suivant se pose : ou bien l'hôpital se confinera à sa destination première et ne recevra que les bénéficiaires des lois de 1851 et de 1893, à l'exclusion de tout malade payant, ou bien ces établissements publics seront autorisés juridiquement, par le Conseil d'Etat ou par la Cour de Cassation, à faire des actes de commerce, en hospitalisant, moyennant bénéfices modiques, les malades qui se présenteront à l'admission dans l'établissement, quelle que soit leur condition de fortune.

Mais cette simplicité du problème n'est qu'apparente.

Beaucoup d'hôpitaux de petite ville sont obligés de faire fonction de maison de santé, parce que l'initiative privée est déficiente.

En second lieu, la bienfaisance privée a organisé des dispensaires, des hôpitaux ou centres d'enseignement libre, qui reçoivent à bon marché toutes sortes de malades, sans souci de leur condition de fortune.

Enfin, il est bien difficile, en l'état actuel de la législation financière, en matière d'impôts et de

taxes, de diminuer les prix de séjour dans les maisons de santé privées.

Aussi, se créent des habitudes, des tolérances, des violations des lois et réglements, qui laissent croire à des philanthropes de bonne foi qu'ils ont le droit de concurrencer librement les cliniques privées déjà existantes.

A cela, ajoutons le bouleversement qu'apportera, dans nos habitudes professionnelles, l'application de la loi sur les assurances sociales.

Les assurés ne seront pas hospitalisés, comme des indigents, mais comme des malades payants. Où seront-ils admis ? Créera-t-on, avec l'argent des caisses locales d'assurances, des maisons de cure et de traitement ? ou bien utilisera-t-on les hôpitaux, qui seront privés de presque toute leur clientèle, puisqu'il ne devra, en principe, ne presque plus y avoir d'indigents ?

De tout ceci résulte deux lignes de conduite :

a) La lutte, la bataille juridique. Profiter d'une bonne espèce, pour traduire, devant les tribunaux, une commission hospitalière, publique ou privée, pour concurrence déloyale, en ce qui concerne l'admission des malades non indigents. Faire déclarer par les juges, puis par la Cour de Cassation, ou le Conseil d'Etat (selon que nous nous placerons sous l'empire du droit civil, du droit commercial, ou du droit administratif), que l'établissement public ne peut pas faire de bénéfices commerciaux *quelconques, ou que sa* destination est l'admission unique des malades privés de ressources.

b) La collaboration, l'entente, pour le plus grand bien des malades. Partout organiser des hospitalisations à bon marché, soit dans des établissements publics, soit dans des maisons privées. Mais, entente entre administrations diverses et corps médical local.

Il est passé le temps où des administrateurs d'hôpitaux pouvaient dire, avec quelqu'orgueil : « Mes médecins, mon corps médico-chirurgical. »

Oui, juridiquement un médecin, ou chirurgien des hôpitaux, nommé ou non au concours de petite ville, comme de Paris, de Lyon ou ailleurs, n'est que l'employé, le salarié de l'hôpital.

Mais ce salarié entend être traité avec déférence car, sans lui, l'hôpital ne pourrait pas fonctionner.

La lutte pour la vie devient de plus en plus âpre ; le corps médical ne peut plus consentir à des indemnités minimes, qui lui ont toujours été accordées dans les hôpitaux.

Par conséquent, il ne peut admettre que cette indemnité infime qu'il touche pour soinsdonnés aux pauvres hospitalisés serve encore de prétexte pour faire soigner gratuitement des hospitalisés payants.

Chacun a le droit de gagner sa vie.

Donc, si l'on décide, dans une entente locale *avec le corps* médical, de créer une maison de

santé à bon marché, dépendant de l'hôpital, il doit bien être entendu que les médecins auront le droit de réclamer leurs honoraires à leurs malades payants.

Mais, cet accord local est indispensable, entre commission hospitalière et corps médical local : il faut respecter les intérêts des malades, d'abord, mais également ceux des indigents, qui ont droit à l'hôpital, ceux des médecins comme ceux des maisons de santé privées, s'il en existe.

L'hôpital ne doit faire fonction de maison de santé, que s'il n'existe pas de clinique privée dans la localité, ou si celle-ci ne peut pas consentir des prix abordables, pour personnes de condition modeste.

Donc, questions d'espèces.

En second lieu, il faudra déterminer les voies et moyens pour permettre aux malades payants de choisir librement leur médecin, sans que la discipline intérieure de l'établissement puisse en souffrir. Encore question d'entente entre commission administrative et corps médical.

Enfin, entente avec les maisons de santé existantes, pour que celles-ci, aidées par l'hôpital, puissent recevoir des malades à bon compte, à moins que ces cliniques se refusent à créer des lits ou chambres, pour personnes de condition modeste, et ne délèguent à l'hôpital ce soin, qu'elles ne peuvent pas accomplir.

Mais, j'estime personnellement que, sous prétexte de faire de la philanthropie, on en arrive à créer des concurrences illégales à certaines catégories de citoyens, qui ont, comme tous autres, droit à la vie. On n'impose pas aux bouchers, aux boulangers, et autres fournisseurs des hôpitaux, ou établissements publics, une restriction quelconque dans l'exercice de leur profession. Il doit en être de même, pour la corporation médicale, d'autant que le médecin est loin de réaliser les bénéfices presque scandaleux qu'on tolère chez les fournisseurs de l'alimentation, ou autres.

Nos syndicats, et surtout celui des médecins directeurs de maisons de santé, ont le devoir de rappeler les textes de lois et de règlements à des philanthropes de bonne volonté, certes, mais qui oublient trop les buts assignés, par le législateur, aux établissements publics, institués pour la bienfaisance et non pour la concurrence commerciale.

Je souhaite des ententes, des conversations locales, parce que tout le monde — et surtout les malades — y trouveront leur profit.

Dr Paul BOUDIN.

548. — Déduction sur les bénéfices professionnels : loyer, remplaçant, etc.

Au nombre des réductions à faire sur le revenu brut, il y a celle du loyer pour locaux professionnels. Les locaux que j'habite sont ma propriété. J'ai été imposé pour 1925, contribution foncière : 1° propriétés bâties pour un revenu net de 600 fr. ; 2° propriétés non bâties pour un revenu net de 65 fr. 25.

Que dois-je déduire ?

Puis-je porter en déduction les frais d'une cure que je fais tous les ans et les frais du remplaçant que je dois mettre à ce moment-là ?

Dr N....

Réponse.

Indiquez dans vos dépenses professionnelles le tiers de la valeur locative de votre immeuble servant de base *au droit proportionnel de patente* (voir sur l'avertissement correspondant).

Comprendre dans vos dépenses professionnelles les frais du remplaçant, mais non ceux d'une cure.

A. M.

---

536. — Propharmacien. Déduction des dépenses de pharmacie des bénéfices professionnels.

Pourriez-vous me donner un conseil pour me défendre contre les exigences du fisc ; je suis médecin propharmacien, et pour ma déclaration de 1925, j'ai indiqué :

54.700 fr. de recettes brutes (rentes comprises).

42.000 fr. de dépenses (nourriture comprise pour une femme et trois enfants).

Bénéfices : 12.000 fr. environ.

Je suis taxé pour 47.700 de bénéfices professionnels et sur 52.000 fr. pour le revenu global, je verse :

2.433 fr. 93 pour le bénéfice professionnel ;

1.211 fr. 76 pour le revenu global ;

850 fr. 83 pour majorations des impôts 1925.

Total : 4.496 fr. 54 et on m'a tenu compte des déductions pour quatre personnes à ma charge.

Je fais un peu plus de 10.000 fr. de bénéfice et il m'en faut verser 5.000 fr. J'ai fait auprès du préfet une réclamation sur papier timbré. Je ne puis obtenir du contrôleur qu'il soit tenu compte de mes dépenses pharmaceutiques qui s'élèvent à près de 20.000 fr. ; j'ai offert de montrer mes factures, mais le contrôleur affirme que je suis taxé suivant une base juste et qu'il n'a que faire de mes traites ; il déduit sur 54.700 fr. de recettes 7.000 fr. pour abattement de base ; 12.000 fr. pour charges de famille et c'est tout.

Abonné au « Sou médical », j'ai l'intention de demander son concours. Peut-être savez-vous si légalement, les dépenses pharmaceutiques sont inscrites au débit du propharmacien.

Dr X.

Réponse.

Il n'y a aucun doute : le contrôleur ne doit pas refuser la déduction du montant des achats de produits pharmaceutiques et vous avez eu raison d'adresser une réclamation au préfet.

Par contre, vous avez eu tort de comprendre, dans vos dépenses professionnelles, vos dépenses personnelles de nourriture.

Nous vous serons reconnaissants de bien vouloir nous faire connaître le résultat de votre réclamation.

A. M.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 882-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Docteurs Baudet, de Vieux-Berquin, et Achart, d'Aïn-Temouchent, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 146. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 147. — Centre, à céd. rais. de santé, ds joli pays près gr. ville, anc. client. seul méd. pro-pharm., rapp. ann. 25 à 30.000, suscept. augment. par méd. act., mais agréab. Indem. 10.000. Ecr. Dr de Valmont, à Magny-Cours (Nièvre).

N° 148. — Nice. Aff. except., à céd. après décès la pharmac. la mieux située de Nice. Urgent. 230.000. Dem. renseig. Dr Féraud, 5, rue Smolett, à Nice.

N° 149. — Nice. Cab. radiolog. et rayons ultr. violets, install. complète ultra moderne. Gr. et luxueux appart. plein cent., à céd. pour rais. famille. 120.000 dont 80.000 compt. Dr Schutz, 1, rue du Palais, à Nice.

N° 150. — Vaucluse. A céd. en mai poste ch.-lieu cant., rég. riche, rapp. 30.000, indemn. 10.000.

N° 151. — Sage-fem. jeune, sérieuse, correcte et active est demandée pour la comm. de Catillon (Nord) et environs. Réf. méd. si possible.

N° 152. — Morbihan, A céd. ds ch.-lieu cant., vieille client., rapp. 60 à 70.000 prouvés. Villa luxueuse 13 p., électr., jard., remises, garage, loyer 4.000. Indemn. 20.000, compt. à débattre.

N° 153. — Dr 40 ans, très sér. réf. cherche direct., assoc. ou collabor. clinique, mais. de santé ou d'accouch.

N° 154. — Infirmière, 10 a. prat. chirurg. (salle d'opér. et opérés), cherche situat. préfér. rég. Ouest.

N° 155. — A vend appar. Kuss, déclancheur automat. Gaiffe, microtome. Dr Le Moal, à Lorient.

N° 156. — Centre, proxim. préfect., poste seul méd., rapp. 30.000, fixes 6.000, gr. mais. conf. et jard., pet. indem. S'adresser Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 157. — Vallée de l'Eure, poste seul propharm., produit 50.000, mais. 6 p., dépendances, eau, électr., faible indemn. à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 158. — A vend. 500 fr., microscope Nachet n° II sous inclinaison, object. 2, 5, 7, avec une chambre claire pour dessins.

N° 159. — A vend. moto Gnôme et Rhône 4 CV., excell. état, comme neuve mod. 1924, 3.200 fr. compt Dr Gaudichon, à Le Lavandou (Var).

Cimiez. — Grande propriété bien exposée pouvant faire **Maison de santé** comprenant : villa et deux pavillons. Nombreuses chambres avec salles de bains. Tout confort. Eau stérilisée. Parc de 14.500 m.q. et terrain nu de 17.000 m. q. On peut morceler. Pour visiter « Villa l'Enchanteresse », avenue de l'Ancien Jardin Botanique, Cimiez (Nice). Renseignements et photos, à Paris : M. Cain, 25, rue de Bourgogne, 25.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès.** — Du 4 au 8 avril, à Madrid, Congrès de protection à l'Enfance et à la Maternité. — Du 7 au 10 avril, Congrès International de Chirurgie, à Rome. — Du 9 au 11 avril, Réunion de la Société d'hydrologie et de Climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

— **Journées médicales de Bruxelles.** — La conférence inaugurale des Journées médicales de Bruxelles de 1926 sera faite par le maréchal Lyautey.

— **Prix de l'internat des hôpitaux de Paris.** — *Médecine.* Le concours de la médaille d'or s'est terminé par la nomination de M. Pollet.

— **Visite de médecins danois à Paris.** — Une centaine de médecins danois ont visité Paris, se rendant à Marseille pour s'embarquer sur le *Lotus* et participer à la croisière du *Bruxelles médical.*

— **L'interdiction des sucettes.** — Dans sa séance du 24 mars, la Chambre des députés a procédé à la discussion de la proposition de loi de MM. Paul Denise et Pinard ayant pour objet l'interdiction de la mise en vente des « sucettes ».

Après discussion la Chambre a adopté successivement :

1° L'article 1er du projet de loi qui interdit la vente, la mise en vente, la fabrication et l'importation des sucettes et des objets similaires dont le rôle est de donner à l'enfant l'illusion de la tétée ; 2° l'article 2 qui décide que les tribunaux peuvent prononcer la confiscation des sucettes et des objets similaires, en contravention ; 3° une disposition additionnelle de M. Clamamus prévoyant un délai d'application de trois mois, pour donner le temps aux petits fabricants de transformer leur matériel.

— **Pharmacologie.** — Par arrêté ministériel en date du 18 mars 1928, M. H. Busquet, agrégé, est chargé de l'enseignement de la pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1925-1926.

NOTRE CONCOURS DE 1926

Nous avons reçu 18 articles, sous les devises suivantes :

1) *Pauper Medicus probus.*
2) *Le plus beau geste de l'homme, c'est de résister à l'autorité.*
3) *Quos vult perdere Jupiter dementat.*
4) *Detenda est Carthago.*
5) 192... *En une année la Gaule sera toute retournée. Vieille prophétie.*
6) *Præmia cum poscit,medicus Satan est.*
7) *Patere quam ipse accepisti legem.*
8) *La Colombe.*
9) *L'union fait la force.*
10) *Macte Animo.*
11) *Video Meliora.*
12) *Nihil humani a me alienum puto.*
13) *L'ordre des médecins dans l'ordre social.*
14) *Suum cuique.*
15) *Caveant consulés ! Di avertant !*
16) *Pourquoi pas ?*
17) *Mieux vaut prévoir que regretter.*
18) *Les problèmes sociaux que pose l'exercice de notre art ne sauraient être exclus des études, strictement techniques, du médecin.*

Le concours a été clos le 31 mars 1926.

Les résultats en seront proclamés le 4 juillet et les prix seront distribués dans le courant du mois de juillet.

L'HYGIÈNE MENTALE ET LA NUTRITION

(Conférence de Mme la Doctoresse Lipinska).

Madame la doctoresse Lipinska a fait, le 16 mars, à 20 heures, dans la salle de la Société de Géographie, une conférence sur l'Hygiène mentale et la nutrition devant un public très nombreux.

Mme Lipinska, qui a séjourné deux ans en Amérique où elle était chargée d'une mission pour étudier les méthodes de rééducation des aveugles, étant elle-même frappée de cécité presque complète, a, au cours de sa conférence, exposé le fruit de son expérience sur le jeûne qui, depuis des années, a été l'objet tout particulier de ses études. Elle préconise la méthode de Guelpa, qu'elle étend d'ailleurs à un grand nombre de maladies. Le jeûne hydrique est par excellence la cure de désintoxication. Il peut être sans danger prolongé pendant plusieurs semaines. Les troubles gastro-intestinaux, les maladies du cœur, des reins, les affections nerveuses, le rhumatisme, etc., etc. sont rapidement influencés par le jeûne et très favorablement. Madame Lipinska a énuméré un grand nombre d'observations curieuses, qu'elle a recueillies en France, en Angleterre, en Amérique et en Pologne. Il va sans dire que pour que le jeûne donne de bons résultats, il faut qu'il soit indiqué et pratiqué sérieusement et avec conviction.

Le jeûne n'est d'ailleurs bien supporté que si on

lui associe la psychothérapie qui donne au malade la confiance, la foi raisonnée dans le traitement qu'on lui impose.

La conférence de Madame Lipinska a fort intéressé le public très nombreux et très varié qui était venu l'écouter. Nous ferons quelque réserve sur les résultats que le jeûne donnerait pour résoudre la crise financière. Madame Lipinska a affirmé, avec humour, qu'un jour de jeûne par semaine, tout en améliorant la santé de tous les Français, résoudrait le problème financier qui reste pour nous angoissant. Le public a paru à cet égard un peu sceptique et nous sommes persuadé que Madame la doctoresse Lipinska doit espérer avec nous que le Ministre des Finances trouvera des moyens plus sûrement efficaces.

J. N.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un médecin peut-il se refuser à soigner un malade ?

Un docteur, qui est seul médecin dans une localité, est-il juridiquement (et non pas moralement) obligé de donner ses soins, indistinctement, à tous les malades, qui le font appeler ?

Peut-il refuser de soigner un patient qui le fait appeler pour la première fois ? Bien entendu, nous laissons de côté les cas où le traitement est déjà commencé.

Légalement, le médecin a parfaitement le droit absolu de ne soigner que qui lui plaît et lorsque cela lui plaît. Il va de soi que nous n'envisageons que la situation du médecin parfaitement indépendant, n'ayant aucun contrat de travail avec qui que ce soit (usine, mutualité subventions communales, etc.).

« Le ministère du médecin est parfaitement libre et n'est nullement obligatoire. Il peut refuser de se rendre à l'appel d'un malade et ne doit compte de sa conduite sur ce point qu'à sa conscience » (Cassation, 29 fructidor an X ; P. Chrn, 4 juin 1830 ; S. 1.1.693).

Depuis cette époque, un certain nombre de décisions judiciaires ont été rendues dans le même sens (voir *Concours médical* 1920.2147, article où j'ai traité toute la question).

Mais, en refusant ses soins à un malade, atteint d'une affection très grave (accident, hémoptysie, éclampsie, etc.), le médecin ne pourrait-il pas voir sa responsabilité civile être engagée, au cas où, faute de soins, le patient viendrait à succomber ?

Moralement, tout homme doit à son semblable les secours d'humanité. Mais, en droit, le médecin n'est pas obligé de donner ses soins. La jurisprudence est formelle à ce sujet.

Je sais bien que certains auteurs soutiennent que le diplôme de docteur en médecine confère à son titulaire une sorte de monopole dans l'art de guérir et, qu'à cause de ce monopole, nous devons nos soins, principalement lorsque l'urgence nous fait un devoir humanitaire de ne pas nous dérober.

La question n'a jamais été jugée ; mais je suis d'un avis opposé : le diplôme, que confère la Faculté de médecine, est une garantie donnée au public et non pas un monopole donné aux médecins. L'Etat exige un minimum de science et d'études, consacré par le doctorat, pour avoir le droit de soigner ses semblables ; mais l'exercice illégal de la médecine est puni de peines fort légères.

Un notaire, un avoué, un huissier ont un monopole, car seuls, les actes, passés à leur étude, ou par leur ministère ont une valeur légale. De plus, le nombre des offices ministériels est limité géographiquement.

Il n'en est plus de même pour les professions dites libérales, telles que celles des avocats et des médecins.

Allant plus loin, un pharmacien, seul dans une localité, a parfaitement le droit de refuser de vendre ses médicaments à qui bon lui semble (*Concours médical* 1922.1505).

Je conclus donc qu'en dehors de toute question de sentimentalité, le médecin est parfaitement en droit de se refuser à soigner qui que ce soit, si bon lui semble.

A lui à juger si, en agissant ainsi, il ne viole pas les devoirs de sa conscience, qui l'incitent à porter secours à son prochain, lorsque celui-ci est en danger.

Une autorité judiciaire, ou administrative, ne pourrait pas réquisitionner le médecin pour donner des soins. Nulle loi ne nous obligerait à déférer à pareille réquisition, d'autant qu'il est impossible de forcer quelqu'un à travailler intellectuellement.

La loi du 30 novembre 1892, comme le code civil, ne prévoient la réquisition obligatoire pour le médecin que pour constater des crimes, ou des délits, mais non pas pour soigner des malades.

Et encore, comme je l'ai démontré dans le *Concours médical* 1920-2990, en matière civile, le médecin est toujours en droit de se refuser à faire une expertise et même, en matière correctionnelle, à la suite d'une réquisition régulière d'un représentant de l'autorité judiciaire, le docteur a la possibilité de se récuser, pour ne pas remplir la mission d'expertise qu'on veut lui confier, s'il a des motifs valables.

Aussi, en présence d'une situation très grave, ou d'un accident, le médecin peut rendre le service que lui dicte son devoir d'humanité. Il

portera les premiers secours ; mais il aura toujours le droit de déclarer, par écrit, ou devant témoins, préalablement à tout acte médical, qu'une fois les premiers secours donnés, il ne s'occupera plus du malade, qui aura toute liberté de faire appel à un autre médecin, ou de se faire transporter dans une clinique privée ou dans un hôpital.

Dr Paul BOUDIN.

A TRAVERS L'OFFICIEL

17 *mars.*

Protection des femmes qui allaitent.

Décret du 11 mars 1926 portant réglement d'administration publique pour l'exécution des dispositions des articles 54 b à 54 e du Livre II du Code du Travail concernant l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux.

Ce décret sera publié ultérieurement.

18 *mars.*

Stations de tourisme.

Par décret du 11 mars, la commune de Saint-Tropez (Var) est érigée en station de tourisme et il est créé, dans cette station, une chambre d'industrie touristique.

22 *et* 23 *mars.*

Infirmières des hôpitaux militaires.

Circulaire relative à un concours pour l'emploi d'infirmières des hôpitaux militaires.

Cette circulaire sera publiée ultérieurement. Le concours qu'elle organise aura lieu le 1er juin 1926.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Expertise d'un accidenté du travail ordonnée par le juge de paix.

4705. — M. SAINT-VENANT, député, expose à M. le Ministre de la Justice que le dernier alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail stipule que : « si le médecin du patron certifie que la victime est en état de reprendre son travail et que celle-ci le conteste, le chef d'entreprise peut, lorsqu'il s'agit d'une incapacité temporaire, requérir du juge de paix une expertise médicale, qui devra avoir lieu dans les cinq jours », et demande dans quelles conditions la décision du juge de paix nommant expert doit être notifiée à l'intéressé, et, d'autre part, dans quel délai maximum l'expert ainsi désigné est

tenu de déposer son rapport. (*Question du* 18 *juin* 1925.)

Réponse. — 1° La loi n'a pas prévu les conditions dans lesquelles l'ordonnance du juge de paix nommant expert doit être signifiée à l'accidenté. En général, cette ordonnance est simplement remise à la partie qui la requiert, et celle-ci saisit le médecin désigné comme expert, qui fait les diligences utiles. Dans d'autres justices de paix, l'expert est avisé par la voie du greffe. Le médecin convoque alors directement les parties et leur fait connaître l'objet de sa mission ; 2° l'expertise doit être faite dans les cinq jours qui suivent la date de l'ordonnance, mais la loi ne fixe aucun délai pour le dépôt du rapport. Toutefois, il est de pratique constante, dans de nombreuses justices de paix, d'impartir un délai à l'expert pour le dépôt dudit rapport.

(*J. O.* 13 mars 1926.)

Point de départ de l'allocation de l'assistance aux vieillards.

7327. — M. Emile Ternois, député, demande à M. le Ministre du Travail, si, pour l'application de la loi du 6 mars 1924, qui fixe au jour de la demande le point de départ de l'allocation de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, il est nécessaire que la date de cette demande soit authentifiée, soit par l'enregistrement à la mairie, soit par la remise d'un récépissé, ou si, à défaut de ces formalités, la date indiquée doit être présumée exacte, et, pour le cas où il estimerait que l'authenticité doit être assurée, de donner des instructions pour qu'elle le soit par des règles précises et uniformes. (*Question du* 26 *février* 1926.)

Réponse. — Le décret du 3 août 1909, portant règlement d'administration publique, pour assurer l'exécution de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, impose, par son article 3, au maire, l'obligation légale de donner récépissé des demandes d'assistance adressées au bureau d'assistance. (*J. O.*, 13 mars 1926.)

La taxe vicinale remplaçant les prestations est due par toute personne inscrite au rôle des anciennes contributions directes.

7112. — M. Ferdinand Bougère, député, expose à M. le ministre des finances qu'en vertu de la loi de 1836, pour exécuter les prestations, il faut être légalement capable de faire la journée de travail et que la taxe vicinale n'est que le remplacement des prestations, et demande quelles sont les causes de réforme, par suite de faits de guerre, qui exemptent des prestations et de

la taxe les contribuables qui, sans leur défaut physique, y seraient astreints. (*Question du 14 février* 1926.)

Réponse. — Quelles que soient les causes de leur réforme, les réformés de guerre sont affranchis pour leur personne, de la taxe des prestations, si l'invalidité dont ils sont atteints les met dans l'incapacité de s'acquitter en nature. Mais cette exemption ne s'étend pas à la taxe vicinale remplaçant les prestations, attendu que cette taxe, étant établie sous la forme de centimes additionnels aux anciennes contributions directes, est due par toute personne inscrite au rôle de l'une quelconque desdites contributions. (*J.O.*, 23 *mars* 1926.)

CORRESPONDANCE

211. — Renseignements pris sur le compte d'un médecin d'assurances sur la vie.

Je ne peux pas résister au plaisir de vous adresser ci-joint une demande de renseignements qu'une compagnie d'assurances a eu le toupet de me faire parvenir.

Il s'agit de ceci : un de mes clients désire s'assurer. L'agent qui le voit lui propose de la façon la plus pressante le médecin de la compagnie, qui, dans le cas particulier, est un de mes confrères de la région. Mon client qui est habitué à mes soins, refuse nettement et déclare qu'il ne s'adressera qu'à moi. Pour ne pas perdre une affaire, force est donc de venir me trouver. On me donne une feuille d'examen et en même temps le délicieux papier que je vous envoie.

J'ai fait l'assurance pour être agréable à mon client, mais j'attends la visite de l'agent qui doit venir chez moi rechercher sa feuille de renseignements. Je lui donnerai quelques explications dont il ne se vantera pas, je suppose.

Ce qui me stupéfie le plus, ce n'est pas le formidable culot de la compagnie, mais c'est qu'il y ait des médecins qui répondent à ce genre de questionnaire.

Il faut bien qu'il y en ait puisque la compagnie a des médecins officiels, tels que celui de ma région.

Dr X.

La X. Compagnie d'assurances générales sur la vie.

Rapport confidentiel sur le médecin proposé à la compagnie.

Il importe à la Compagnie d'être renseignée très exactement sur les différents points, qui font l'objet de ce rapport.

Nom, prénoms, âge, domicile.

Docteur de la Faculté de

A-t-il été interne dans un hôpital et où ? Cette place a-t-elle été obtenue au concours ?

Depuis combien de temps exerce-t-il ?

(*Voir la suite page LV-937*)

PROPOS DU JOUR

L'Unité de la Médecine menacée.

La querelle des stomatologistes et des odontologistes a été portée devant les milieux officiels et parlementaires et des projets singuliers sont défendus avec habileté et acharnement. Les odontologistes, qui prévoient les difficultés qu'ils auraient à obtenir un doctorat ès-art-dentaire, ont maintenant la prétention de faire interdire aux médecins les soins de la bouche à moins qu'ils n'aient préalablement obtenu leur propre diplôme. Pour donner plus de poids à leurs exigences, ils demandent qu'on exige le baccalauréat avant de pouvoir entreprendre des études de dentiste, que la durée de ces études soit portée à cinq ans et qu'elles s'accompagnent d'examens très sérieux. Nous approuvons certes la barrière que les odontologistes veulent mettre à l'entrée de leur profession et nous ne saurions nous plaindre de ce qu'ils cherchent à élever notablement le niveau scientifique, et partant moral, de leurs futurs confrères, mais nous ne saurions admettre la moindre restriction aux prérogatives que confère le diplôme de docteur en médecine. D'ailleurs ne serait-il pas bouffon d'interdire à un homme qui a légalement le droit de pratiquer les interventions les plus dangereuses et les plus délicates, de panser une dent cariée et d'ouvrir un abcès dentaire ?

Néanmoins quand on examine sans parti pris les arguments des odontologistes, l'on doit admettre que certains ne manquent pas de valeur. N'est-ce pas tromper le public que de s'intituler spécialiste sans avoir fait des études et un apprentissage spéciaux ? Et peut-on considérer comme consciencieux, un homme, fût-il docteur en médecine, qui s'intitule dentiste alors qu'il n'a fait aucun apprentissage de l'art dentaire ?

Il y a là un problème délicat qui fatalement doit s'étendre à toutes les spécialités et qui, s'il n'est pas résolu convenablement, peut menacer gravement l'unité de la médecine, ce qui serait loin de constituer un progrès.

Récemment, dans sa leçon d'ouverture, M. le Pr Leriche, de Strasbourg, proclamait la nécessité de ressusciter le diplôme de docteur en chirurgie et de perpétrer le divorce de la médecine et de la chirurgie. M. le Pr Leriche, à notre avis, s'est servi d'excellents arguments, mais dans ses conclusions il est allé trop loin, car s'il obtenait la réalisation de son rêve, ce serait un recul de plus d'un siècle pour la profession et les sciences médicales.

Dans l'Antiquité, médecine, chirurgie et spécialités étaient confondues. Hippocrate et les Asclépiades, Galien étaient à la fois médecins et chirurgiens. Au IIe siècle avant Jésus-Christ, les deux sectes médicales qui se disputaient à Alexandrie, dogmatiques et empiriques, avaient provoqué la division de l'art médical en un certain nombre de spécialités : les diététistes qui ne soignaient les maladies que par les régimes ; les pharmaceutes qui utilisaient les médicaments ; les chirurgiens qui pratiquaient seulement les opérations manuelles ; les oculistes et les sages-femmes, etc. Mais ce morcellement ne vécut que ce que dura l'Ecole d'Alexandrie et l'esprit pratique de Rome rétablit l'unité de la médecine. Mais au Moyen-Age, toute personne savante ou lettrée était d'Eglise et l'Eglise avait pris pour devise : *Ecclesia abhorret a sanguine.* Comme cette devise était respectée comme un dogme dans sa lettre plus que dans son esprit, les médecins qui étaient clercs ne pouvaient faire de chirurgie. Faire un travail manuel était déroger et la chirurgie était par définition un travail manuel. Ce préjugé était si profondément ancré dans les mœurs que l'article 24 des statuts de la Faculté de médecine de Paris ne permettait à un chirurgien d'obtenir la licence en médecine que s'il s'engageait par devant notaire à ne plus pratiquer d'opération : *Nisi prius fidem suam astringat publicis notariorum instrumentis, se nunquam posthac chirurgiam aut aliam artem manuariam exercitu num* (1).

Ces préjugés absurdes qui règnaient encore au XVIIIe siècle mais qui étaient fortement attaqués depuis le XVIIe siècle, ne contribuèrent pas peu à la décadence de la Faculté de médecine de Paris et au lamentable discrédit où elle était tombée à la fin de l'Ancien Régime.

La Révolution fit table rase de toutes ces institutions périmées. Quand Fourcroy et Thouret obtinrent en 1794 un décret de la Convention créant les trois Ecoles de Santé de Paris, Montpellier et Strasbourg, l'enseignement de la médecine et de la chirurgie furent réunis. A Paris,

(1) Cité par Franklin, in « La Vie privée d'autrefois. Les Chirurgiens ».

l'Ecole de santé fut installée dans l'hôtel que l'Académie de chirurgie avait fait construire. Nous possédons une médaille de l'Ecole de médecine de Paris donnée comme prix de l'Ecole Pratique en l'an VI sur laquelle est frappée la double effigie symbolique de Jean Fernel et d'Ambroise Paré avec la mention :

La médecine rendue à son unité primitive. Décret du 14 frimaire an III de la R. F.

La loi du 19 ventôse an XI réglementa la médecine et fit un peu ce que désire M. le Pr Leriche en ne permettant qu'aux docteurs en médecine de faire de la grande chirurgie et en l'interdisant aux officiers de santé. L'on sait le résultat obtenu par la création de ces deux catégories de médecins. Dès 1811 Dupuytren et en 1825 Chaptal réclamaient déjà la suppression des officiers de santé. Le diplôme de docteur en chirurgie purement honorifique disparut de lui-même.

Les nécessités de l'heure présente firent, dans la loi de novembre 1892, créer le diplôme de chirurgien dentiste, mais Brouardel, commissaire du Gouvernement lors de la discussion de la loi, écrivait :

« L'article de loi actuel (qui crée le diplôme de chirurgien dentiste) n'est pas destiné à durer bien longtemps ; il sera considéré comme insuffisant. Nous verrons se produire pour les dentistes l'évolution que je vous ai exposée au sujet des officiers de santé. A mesure que les études des chirurgiens dentistes deviendront plus sérieuses, elles atteindront progressivement celles du docteur en médecine ; plus ces deux branches d'études se rapprocheront, plus le nombre des chirurgiens dentistes non docteurs ira en diminuant ; j'espère que dans vingt ou trente ans, nous serons arrivés au résultat souhaité et que tous les dentistes ou presque tous, seront docteurs. »

Brouardel a été en partie bon prophète.

Quoi qu'il en soit, les spécialistes dentistes ou autres ont de bons arguments pour protester contre le *satu quo*. Est-il admissible qu'un individu sans conscience, fût-il docteur en médecine, se donne au public comme un spécialiste apte à pratiquer les opérations les plus délicates et les plus dangereuses ?

D'autre part, créer de nouveaux diplômes, morceler notre doctorat, le réduire à une sorte de baccalauréat donnant le seul droit d'entreprendre l'étude de spécialités et de poursuivre des surdiplômes de spécialistes, n'est-ce pas infiniment dangereux ? Ne mettra-t-on pas ainsi le praticien dans l'impossibilité de prendre, en cas de nécessité, la plus petite initiative ? Craignant d'encourir de trop grandes responsabilités, ne prendra-t-il pas trop souvent, lorsqu'il faudrait agir d'urgence, l'attitude des bras croisés ? Qui sera la victime alors ? Le malade. Et la profession médicale, spécialisée ou non, est faite pour le malade, et le malade n'est pas fait pour le médecin.

Nous avons entendu un jeune et très distingué professeur d'une Faculté de province nous exposer la solution de cette délicate question, et elle nous paraît celle dont nous devrions poursuivre la réalisation.

D'abord, il importe que le diplôme de docteur en médecine garde toutes ses prérogatives, et permette à celui qui le possède toutes les interventions qui relèvent de son art sous le contrôle de sa conscience et avec sa responsabilité tout entière, en cas de faute lourde.

Mais il importe que le public ne puisse être trompé et que le premier venu, sans études spéciales, sans apprentissage spécial, qu'on nous passe le mot, ne puisse se donner comme pourvu de capacités extraordinaires et spéciales.

Un docteur en médecine ne pourrait se donner comme spécialiste (chirurgien, urologiste, oculiste, oto-rhino-laryngologiste, psychiâtre, accoucheur et voire même dentiste) sans posséder un titre quelconque, un certificat prouvant qu'il a tout particulièrement étudié sa spécialité et acquis, par un stage approprié, une certaine habitude, si non une certaine habileté de la technique de cette spécialité. Il faudrait certes étudier longuement cette question, bien définir et limiter les spécialités, mais tout cela ne nous paraît pas très difficile.

Depuis de longues années, les hôpitaux sont entrés dans cette voie en instaurant des concours de chirurgien et de spécialistes. L'application de la loi sur les accidents du travail, celle de l'article 64 pour les soins gratuits aux pensionnés de guerre exigent, pour qu'un médecin puisse bénéficier des tarifs plus élevés pour les spécialistes, qu'il fasse la preuve qu'il est réellement bien spécialisé ; l'on se contente de demander de prouver qu'ils font partie du syndicat ou de la société scientifique qui réunit les praticiens exerçant cette spécialité. L'on sait en effet que ces associations ferment (et avec raison) jalousement leurs portes à ceux qui ne montrent pas patte blanche. Il suffirait donc d'organiser, de développer ce contrôle des spécialistes, et l'on pourrait répondre à des desiderata légitimes sans attenter à l'unité de la médecine, sans diminuer les prérogatives de notre diplôme de docteur.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'ALIÉNATION MENTALE : FAIT NON-MÉDICAL

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — 1° Principes : ce qu'est l'aliénation mentale (réactions dangereuses, incapacité de se diriger) ; ce qu'elle entraîne ; ce qu'elle n'est pas ; 2° Conséquences : rôle du médecin ; rôle du magistrat ; 3° Sur quelques réformes de la loi de 1838 ; les malades mentaux, aigus, curables ; les asiles de sûreté ; les maisons de santé ouvertes.

L'aliénation mentale est indéfinissable du point de vue médical pur, c'est-à-dire du point de vue scientifique, et ce point de vue scientifique est spécialement et uniquement le point de vue psychopathologique. Quelle que soit la richesse future des signes objectifs ou somatiques chez les aliénés, il faudra tout de même que les malades soient atteints de troubles mentaux, avérés, réels, incontestables : je crois devoir énoncer ici cette donnée pourtant évidente, car quelques médecins, que les découvertes chimiques, physiques ou physiologiques, poussent à une sorte d'exaltation, tendent à n'accorder plus qu'une importance accessoire à l'état psychique propre des malades mentaux.

Dans le peuple, et d'une manière générale dans presque tous les milieux de la société, on a le sentiment confus de cette imprécision que représente l'aliénation mentale, et, si on ne fait qu'exceptionnellement confiance au médecin dit aliéniste, si on éprouve quelque crainte à l'occasion de son intervention, cela tient en partie au vague et à la mobilité de la psychiatrie. On s'explique aussi de cette façon qu'il ait été si souvent question de modifier la loi de 1838 sur les aliénés. Dans cet article nous nous proposons d'établir que l'aliénation mentale n'est pas un fait médical, Pour le démontrer, des principes ou bases de discussion doivent d'abord être fixés ; nous verrons ensuite quelles conséquences pratiques il en résulte ; enfin nous dirons quelques mots au sujet de certaines réformes de l'hospitalisation et de l'assistance des psychopathes.

***

1° PRINCIPES. — Trois points sont à préciser. Qu'est-ce que l'aliénation mentale ? Quelles mesures entraîne-t-elle socialement ? Qu'est-ce qu'elle n'est pas, et, par suite, de quelle science relève-t-elle en définitive ?

Ce qu'elle est. — L'aliéné est un malade qui doit être confié, — cela n'est plus l'objet de discussions, — aux soins d'un médecin ; mais l'aliénation mentale, si elle a trait à des malades, n'est pas une maladie ni un ensemble de maladies ; autrement dit, le mot aliénation mentale, qui est excellent et socialement indispensable, ne signifie pas la même chose que maladies mentales.

Si l'on considère les faits qui sont patents, que chacun peut examiner comme nous, et si l'on analyse leurs circonstances, l'aliénation mentale apparaît comme une qualité propre à certains malades mentaux qui presque toujours ne se rendent pas compte de leurs troubles psychiques. Elle s'acquiert durant la vie en liberté ; elle ne devient réelle qu'après l'entrée à l'asile ; il n'y a pas d'aliénés en dehors de l'asile, il n'y a que des malades mentaux ou des psychopathes plus ou moins conscients de leurs troubles. L'aliénation mentale ou folie n'est pas la maladie elle-même, elle est la conséquence de la maladie, au même titre que l'irresponsabilité, l'incapacité civile ou professionnelle. Cela explique sa place dans les traités de médecine légale, mais elle ne saurait être définie simplement, comme dans les dictionnaires usuels, « le dérangement des facultés intellectuelles ». Une telle confusion doit cesser et le mot aliéné devra disparaître de la littérature scientifique en tant que synonyme de malade mental ou de psychopathe.

L'aliénation mentale étant une qualité spéciale à certains malades mentaux, quels sont ses éléments constitutifs ? Ils sont au nombre de deux.

a) L'aliénation mentale est déterminée par ce premier fait que l'individu, malade psychiquement, inconscient de son état, devient dangereux pour les autres ou pour lui-même. Cette méconnaissance de troubles mentaux personnels existe chez près de 95 p. 100 des aliénés actuels. Quant à l'état dangereux, il est dû à la forme de la maladie, aux réactions nuisibles et destructives du patient, à son agitation diurne et nocturne, etc. ; il se manifeste dans la rue, au travail, à l'hôpital ou à l'hospice, mais le plus souvent c'est le milieu familial qui se trouve le plus gravement boulever-

versé. En raison du péril commun, le patient est placé d'urgence dans un établissement spécial destiné au traitement de son affection : qu'il soit un aigu ou un chronique, un curable ou un incurable, c'est cet état dangereux qui, par sa permanence ou sa répétition, est la cause directe de l'hospitalisation à l'asile.

b) L aliénation mentale est déterminée par cet autre fait que le sujet, malade psychiquement, sans être véritablement dangereux, est incapable de vivre en liberté, soit dans la société, soit dans la famille ou même dans un hospice ordinaire. Un petit nombre de malades, très violents dehors continuent à l'être à l'asile, environ 5 p. 100. La grande majorité des malades, à l'asile, sont calmes, dociles, peu dangereux. Le changement de milieu, l'isolement, la discipline intérieure, le régime de la porte fermée, suffisent pour que disparaissent les réactions fâcheuses de la vie libre ou familiale ; cet amendement par placement dans un milieu nouveau est un phénomène du ressort de la psychologie normale. Les malades mentaux chroniques, faciles, à peine dangereux épisodiquement, doivent pourtant rester à l'asile : cela, il est vrai, bien plus parce qu'ils sont incapables de subvenir à leurs besoins ou de réintégrer le milieu familial que parce qu'ils sont réellement susceptibles de nuire à autrui ou à eux-mêmes. La famille, par ses exigences morales et ses insuffisances matérielles, joue un rôle important dans le maintien du patient à l'asile, et il n'en pourrait être autrement à ce jour : c'est pourquoi nous avons pu dire que, dans 80 ou 90 pour 100 des cas chroniques, l'aliénation mentale est fonction de la situation familiale.

Parmi ces aliénés chroniques dociles, il y en a qui peuvent bénéficier de l'open-door, de la colonie agricole ou familiale (10 à 20 p. 100 environ), à la condition d'en accepter le réglement, de rentrer exactement aux heures prescrites, de ne pas s'évader, etc. D'autres, au premier abord, paraissent n'exiger que des soins de propreté, une surveillance attentive ; cependant ils ne pourraient guère être assistés dans un hospice ordinaire, à moins d'instituer dans une des salles de cet hospice le régime de l'asile, c'est-à-dire le régime de la porte fermée, En vérité, tous ces malades mentaux sont à leur place à l'asile.

L'incapacité de se diriger, de vivre dans la famille ou dans la société en raison de troubles psychiques constants ou à répétition, quoique sans réactions dangereuses graves, contribue pour la plus large part à créer l'état d'aliénation mentale, surtout chez les sujets appartenant à dse milieux pauvres ou peu fortunés. L'aliénation englobe donc à la fois un petit nombre de malades très dangereux, et un très grand nombre de malades faciles, incapables de se conduire, c'est-à-dire de vivre de la vie libre. Ce sont là deux variétés d'aliénés, constituant une catégorie sociale nombreuse de malades : on ne saurait les séparer pratiquement.

Ce qu'elle entraîne. — L'aliénation mentale étant une qualité propre à certains malades atteints de troubles psychiques, elle a fait naître un mode spécial d'hospitalisation et d'assistance, l'asile. Ce dernier a été créé, non pas tant pour traiter et guérir les malades, — les législateurs sont allés au plus pressé, — que pour protéger la société, la famille et le sujet lui-même. Si l'on considère les malades d'un service d'aliénés, on constate, comme dans notre service par exemple, que sur les 300 malades qui s'y trouvent en ce moment, il y a environ 40 malades curables ; que sur les 200 aliénés entrés dans l'année, il n'y en a guère que 60 appelés à guérir. L'asile reçoit avant tout les chroniques dans un but de protection sociale.

L'état d'aliénation aboutit au placement dans un établissement où le régime de la porte fermée est en principe une nécessité absolue ; il provoque une mesure spéciale, « l'internement », la privation de la liberté. C'est pourquoi, il est indispensable que des dispositions judiciaires protectrices soient prises vis-à-vis du patient, tantôt d'emblée, tantôt après quelques mois d'observation et de traitement.

Ainsi l'état d'aliénation touche directement à l'organisation de la vie en société et en famille. Elle relève du droit civil, de la sociologie, du droit social et administratif, non pas de la médecine : les modes d'hospitalisation, pas plus que la privation de la liberté d'un malade mental généralement inconscient de son état, ne sont du ressort de la médecine à proprement parler.

En résumé, l'aliénation mentale serait à définir comme une qualité individuelle, liée à des troubles psychiques presque toujours ignorés du patient, caractérisée par l'existence soit d'un état véritablement dangereux pour les autres ou pour le sujet, soit, simplement et plus souvent, d'un état d'incapacité de vie sociale ou familiale, qui entraîne une variété d'assistance et d'hospitalisation spéciales avec privation de la liberté.

Ce qu'elle n'est pas. — L'aliénation mentale ne doit pas être confondue avec la médecine mentale. L'aliénation est une conséquence de la maladie et, par suite, une simple qualité qui particularise certains malades mentaux. La médecine mentale ou psychiatrie, c'est l'étude des symptômes, des syndromes et des maladies psychiques. L'aliénation est liée à des troubles cérébraux, mais l'existence de ceux-ci, même s'ils sont très développés, ne suffisent presque jamais pour créer ce que nous appelons actuellement l'aliénation mentale. Un psychopathe calme, facile à persuader, peut vivre en liberté dans la société, rester dans sa famille, être traité dans

un hôpital, dans un hospice, dans une maison de santé, et cela jusqu'à la fin de ses jours. La pathologie mentale, pathologie des sensations, des représentations, des émotions et des passions, constitue un ensemble d'états cliniques extrêmement variés et complexes, plus souvent d'origine fonctionnelle que d'origine organique ; on ne saurait la limiter à l'étude des aliénés, c'est-à-dire à l'étude des malades d'asile. Si l'aliéniste est un psychiatre et un psychopathologiste, il ne jouit pourtant que d'un champ d'observation assez étroit et quelquefois monotone ; il ne reçoit pas dans ses services toutes les formes de maladies psychiques.

L'aliénation et les affections mentales ne sont donc point une même chose ; c'est en vain qu'on chercherait à les confondre : l'aliénation est une qualité individuelle propre qui relève du droit civil et social ; elle n'est pas plus de la médecine que l'interdiction, la dation d'un conseil judiciaire ou la responsabilité. Elle se rattache à l'étude générale de la capacité civile : elle est exactement une modalité spéciale de l'*incapacité*.

Dans les traités de droit, l'aliénation mentale ne devra plus être confondue avec les maladies mentales, ni les alinéés avec les malades mentaux, conscients au non de leurs troubles. Elle pourrait être définie un jugement par lequel un tribunal, après avoir établi qu'un individu atteint de troubles psychiques est dangereux ou incapable de vivre en liberté, décide son placement dans un asile d'aliénés.

***

2° **CONSÉQUENCES.** — De ces caractères de l'aliénation mentale découlent des conséquences pratiques au point de vue juridique et au point de vue médical.

Rôle du médecin. — L'aliéné étant un malade, c'est le médecin qui doit constater les troubles psychiques en évolution chez le patient ; son rôle doit se borner à observer des symptômes ou des syndromes, à discuter et préciser des diagnostics, à définir et traiter la maladie : ce rôle suffisant est difficile et grand à la fois. Ce n'est certainement pas au médecin à déclarer qu'il y a aliénation mentale ou folie. De fait, dans la pratique journalière, il n'est jamais le premier à le dire : d'abord personne ne lui en saurait gré dans l'entourage du malade ; ensuite c'est la famille, troublée dans son activité, qui se voit tenue de proclamer l'état d'ailénation, ou encore c'est la société par l'intermédiaire de ses agents de police urbaine ou communale.

Comment les choses se passent-elles dans le détail ? Chacun remarque que le sujet délire, déraisonne, divague, perd la mémoire, s'affaiblit mentalement, mais il n'est question d'aliénation que lorsque le patient s'agite, brise des objets mobiliers, devient violent envers les autres ou envers lui-même, ne dort plus, refuse de garder le lit, cherche à fuir, vagabonde, met le feu, trouble l'ordre public, etc. Le médecin, lui, par l'observation immédiate, ne peut déceler que les phénomènes directs psycho-morbides. Pour juger des réactions dangereuses du malade, ou de son degré d'incapacité familiale ou sociale, il faut vivre à ses côtés. Ayant constaté la maladie mentale, le praticien s'explique les faits qui lui sont signalés, il en comprend les conséquences, et, sur le désir de la famille ou des autorités, il délivre le certificat exigé par la loi. C'est ainsi, dans la très grande majorité des cas, que se succèdent les événements qui précèdent l'internement, qu'il s'agisse de placement volontaire ou de placement d'office. La simulation ou la mauvaise foi de l'entourage pourraient seules induire en erreur. Mais, en vérité, sous ce régime, la fonction du médecin n'est-elle pas faussée ? Celui-ci, en principe, ne doit connaître que des symptômes, des maladies, de leur traitement, et non de leur portée sociale.

A l'asile, aussi, quelques difficultés se présentent. Le médecin, maintes fois, est assez embarrassé au sujet de la sortie de certains malades mentaux, chroniques, d'autant que, — fait incroyable, — les rapports administratifs et judiciaires concernant les aliénés ne lui sont pas communiqués, à moins qu'il n'en fasse la demande expresse. Si le malade est très dangereux, ou s'il est incapable de gagner sa vie et que sa famille refuse de le prendre chez elle, le cas est simple, il y a maintien. Mais si, plus ou moins dangereux, le malade se montre calme, docile, travailleur, à quel moment lui accorder sa sortie ? La vie au dehors est bien différente de la vie réglée de l'établissement spécial. C'est une question très délicate à apprécier. A notre avis, la mise en liberté d'un malade mental chronique ou non encore guéri n'est pas plus de la médecine que la question de l'entrée à l asile : si l'opinion de l'aliéniste qui a observé le malade a de la valeur, ce n'est qu'une opinion, et dans certains cas cette opinion est digne de contrôle. Les exemples de mises en liberté arbitraires d'aliénés sont communs.

Rôle du magistrat. — Si la maladie mentale doit être constatée par le médecin, les troubles psychiques, qu'ils soient plus ou moins conscients, ne suffisent pas pour affirmer l'état d'aliénation. C'est au magistrat, en se basant sur le diagnostic médical, sur une enquête détaillée et qui peut être précise après avoir entendu tous les témoins, qu'il appartient de dire si l'état d'aliénation existe ou n'existe pas. Mieux renseigné que le médecin sur les réactions du malade, il jugera s'il y a danger ou non et s'il importe de placer le sujet à l'asile ou de le laisser dans sa famille.

Une conséquence heureuse de cette pratique sera de faire connaître les aliénés aux magistrats : il n'y aura plus de séquestration dite arbitraire Cela seul ne devrait-il pas décider tous les médecins à substituer le placement judiciaire au placement administratif ? On objecte que l'intervention du magistrat retardera l'entrée du malade à l'asile : pour les cas urgents, une procédure expéditive sera forcément instituée ; pour les autres, — nous le voyons quotidiennement, — étant donné que les familles attendent toujours le dernier moment pour le placement, étant donné que presque tous les malades, persécutés, mélancoliques, déments, etc., ne sont hospitalisés à l'asile qu'après des mois, sinon des années de maladie, c'est à se demander réellemet si le placement par autorité judiciaire ne sera pas plus rapide que le placement par autorité administrative.

En résumé, c'est le rôle du médecin de définir et préciser les troubles psychiques ; c'est celui du magistrat de déterminer et d'établir l'état d'aliénation mentale.

***

3° **SUR QUELQUES RÉFORMES DE LA LOI DE 1838.** — L'aliénation mentale n'étant pas un fait médical, quelques questions particulières nous paraissent intéressantes à envisager ici : la question des aliénés aigus et curables, la question des asiles de sûreté et enfin la question des maisons de santé ouvertes.

Les malades mentaux aliénés curables. — Les malades mentaux, aigus et curables, devenus dangereux pour les autres ou pour eux-mêmes, ne doivent pas être placés à l'asile qui doit être réservé aux chroniques, mais à l'hôpital où dès maintenant il importe d'installer des pavillons organisés pour les recevoir, observer et soigner, spécialement au point de vue de l'*agitation*.

Qu'on le veuille ou non, à ce jour, l'avenir est là. Grâce à ces services particuliers d'examen et de traitement, qui sont à créer dans les grands centres, on évitera aux curables la tare de l'asile et on sera en mesure de leur appliquer immédiatement une thérapeutique appropriée. Ajoutons que ces services, auxquels on pourrait annexer quelques salles de tranquilles et de convalescents et une consultation gratuite, deviendraient d'actifs foyers d'enseignement pour les maladies mentales.

Ces services d'observation et de cure, qui doivent être des services ouverts, où l'on entrera sans formalité spéciale, ont trouvé des adversaires. L'*objection* la plus importante est que le sujet agité soumis nécessairement au régime de la porte fermée, serait livré à l'arbitraire médical. La pratique démontrera vite la vanité de cette affirmation. Les malades protestataires qui apparaîtraient comme incurables seraient rendus aux familles ou placés à l'asile ; ceux dont la guérison se ferait attendre, par exemple plus de trois ou plus de six mois, pourraient être signalés aux autorités judiciaires. Alors d'où viendraient les complications ?

Il faut créer des services spéciaux pour malades mentaux aigus et curables dans les grands hôpitaux urbains : ce serait une erreur radicale de vouloir faire de l'asile actuel un hôpital de traitement des aigus. On ne se livrera dans ce sens qu'à d'infructueuses tentatives : l'asile fatalement concentrera les chroniques ; l'asile est une variété d'hospice. A notre avis, ces services ouverts seraient à créer dans les hôpitaux, même si l'on devait exiger des formalités complexes soit à l'entrée du sujet, soit pendant son séjour à l'hôpital : la séparation des malades aigus et des malades chroniques, des curables et des incurables, est une nécessité absolue, au point de vue médical et au point de vue moral.

Les asiles de sûreté. — Actuellement, la création d'asiles de sûreté pour aliénés difficiles ou criminels doit être écartée : la situation financière y oblige. D'ailleurs est-il rationnel de créer pour les aliénés criminels un asile spécial ? Un persécuté homicide doit être tout simplement placé dans un établissement d'aliénés. En vérité, à quelle sorte de sujets destinait-on les asiles de sûreté ? Aux impulsifs, aux « demi-fous », aux « pervers », à tous les récidivistes des tribunaux qui ne sont peut-être pas des individus normaux, mais qui certainement non plus ne sont pas des aliénés. Faut-il fonder pour eux un asile spécial : asile de sûreté, ou asile-prison ? En fait, en pratique, c'est la prison qui leur convient, c'est la maison de sûreté et de correction morale, si possible, qui s'impose : et cela ne sera jamais un asile d'aliénés. A l'asile des aliénés, il y a bien toujours quelques malades très difficiles et très dangereux, trois à cinq pour cent : à ceux-là, presque tous des persécutés chroniques très irritables, il convient de réserver les chambres nécessaires à leur isolement, non pas parce que ces malades brisent ou déchirent beaucoup, mais parce qu'ils désirent l'isolement, la paix, la solitude. A l'asile de sûreté, ou à la maison de sûreté et de correction morale possible, le régime cellulaire s'imposera pour presque tous les sujets ; réunis, soit au travail, soit au repos, ils nécessiteraient un très nombreux personnel et, même, commettraient les actes les plus violents. A ce jour, pour les récidivistes qui sont le plus nettement des impulsifs et qui, en même temps, sont plus ou moins dangereux, il suffirait de réserver un établissement pénitentiaire spécialisé, comme la prison de Fresnes, où seraient constitués leurs dossiers administratifs et scientifiques en vue

des décisions à prendre vis-à-vis de chacun d'eux par les commissions constituées.

Les maisons de santé ouvertes. — Un grand nombre de psychopathes non conscients de leurs troubles sont protégés légalement soit par le placement à l'asile, soit par la dation d'un conseil judiciaire, soit par l'interdiction. Il est une catégorie de malades mentaux, aisés, riches, qui échappent à toute protection : ce sont ceux qui sont placés dans des maisons de santé ouvertes, maisons de convalescence, maisons d'hydrothérapie, cliniques pour maladies nerveuses, etc. Cet état de choses équivoque ne saurait guère durer. Ces malades de maisons de santé « ouvertes » ne sont jamais très dangereux et ils ne protestent jamais très énergiquement contre leur séjour à l'établissement ; ils sont l'objet d'une surveillance active et continue ; quelques-uns même sont soumis au régime de la porte fermée, régime circonscrit, partiel, nécessaire quand même. N'était leur fortune, ils seraient immédiatement dirigés sur un asile d'aliénés. De telles maisons de santé reçoivent donc des malades mentaux qui ont les mêmes affections que les sujets placés à l'asile, et ces malades ne sont en aucune façon protégés au point de vue civil. Quelle règle établir pour eux ? S'il importe, aujourd'hui, de les laisser dans les établissements qui les traitent, le législateur doit instituer pour ces établissements un système de surveillance, aussi discret que possible, par exemple sous forme d'inspections médicales, de visites de magistrats, après trois ou six mois de séjour à la maison de santé.

De même, la loi devra protéger les malades mentaux chroniques inconscients, soignés à domicile et soumis au régime de la porte fermée.

***

En résumé, l'aliénation mentale est une qualité individuelle d'ordre social et civil, liée à des troubles psychiques généralement méconnus du sujet, entraînant la privation de la liberté par placement dans une maison de santé fermée ; elle n'est point synonyme de maladie mentale ; elle n'est certainement point chose médicale. Il n'appartient pas en principe au médecin d'en connaître, mais au magistrat : le médecin doit seulement constater, préciser et soigner les troubles psychiques. Les impulsifs, les extravagants, les exaltés, les demi-fous, les « pervers », que nous avons appelés des aliénés « putatifs », doivent être placés en prison et non à l'asile. L'avenir de l'assistance des malades mentaux est dans le traitement des aigus et curables à l'hôpital. L'asile doit être réservé aux chroniques. Enfin les malades mentaux chroniques et inconscients, placés dans des maisons de santé ouvertes ou soignés dans les familles, doivent être protégés par le législateur (1).

(1) Voir Benon (R.). 1. L'aliénation mentale n'est pas de la médecine : la loi sur les aliénés. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1916, II oct., p. 193 ; — 2. Jules Vallès à l'asile des aliénés de Saint-Jacques, Nantes. *La Nouvelle Revue*, 1918, 15 janv., T. XXXVIII, p. 353 et les séquestrations arbitraires : le cas de Jules Vallès. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1919, I, janv., p. 56 ; — 3. Perversions instinctives et perversité. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1919, II, nov., p. 280 ; — 4. Psychiatrie. Responsabilité. Expertise contradictoire. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1921, I, janv., p. 5 ; — 5. Psychiatrie et responsabilité atténuée. *Gaz. des hôp.*, 1920, 20 janv., p. 103, n° 7 ; — 6. Psychiatrie. Rédaction des rapports médico-légaux. *Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég.*, 1921, I, mai p. 322 ; — 7. Aliénation mentale, fonction de la situation familiale. *Gaz. des hôp.*, 1921, 20 sept., p. 1174, n° 74.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures de la rotule

M. J.-P. Tourneux.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Il y a deux semaines environ, je vous ai entretenus des fractures de la clavicule ; je veux vous parler aujourd'hui de celles de la rotule, assurément beaucoup moins fréquentes, mais non moins importantes et intéressantes, qu'il importe de bien connaître, surtout au point de vue des lésions qu'elles comportent, car, c'est de leur connaissance seule que l'on doit déduire la conduite à tenir.

Samedi matin, est entré d'urgence dans notre service, le malade qui occupe actuellement le n° 12 de la salle Saint-Pierre : c'est un ouvrier charpentier de taille élevée, de forte constitution, robuste et bien musclé, qui, en travaillant les jambes à demi fléchies à son chantier, voulut éviter une chute en arrière survenant à la suite d'un faux mouvement. En se redressant brusquement, il ressentit une assez vive douleur dans le genou droit et tomba sur le sol. Après s'être relevé péniblement, il a essayé à plusieurs reprises de faire quelques pas, mais a vite dû constater que la marche lui était tout à fait impossible. Ses camarades se sont alors empressés d'appeler un médecin, qui, constatant l'existence d'une solution de continuité au niveau de la rotule droite, a con-

seillé son envoi à l'Hôtel-Dieu, ce qui eut lieu sans perte de temps.

Dès que le blessé eut été déshabillé et couché dans le lit qu'il devait occuper, j'ai procédé immédiatement devant vous à un examen qui a été des plus faciles, car l'accident ne datant que d'une heure et demie environ, le genou ne présentait pas encore cette déformation globuleuse qui ne tarde pas à se manifester, et c'est ce qui m'a permis de me rendre un compte exact des lésions et de pouvoir confirmer le premier diagnostic porté.

En palpant donc ce genou qui, à première inspection, ne présentait que peu de changement d'aspect, la rotule paraissant seulement allongée et aplatie, j'ai constaté que la région occupée par cet os offrait vers sa partie médiane une dépression très nette, et qu'en plaçant mes doigts dans cet enfoncement, je sentais à sa partie supérieure, comme à sa partie inférieure, la présence des bords de deux surfaces dures et résistantes, qui ne pouvaient être autre chose que des fragments osseux, provenant de la rotule, distants l'un de l'autre, et que dans le fond de cette dépression, j'arrivais à toucher l'échancrure intercylindrique ainsi que les saillies latérales des condyles fémoraux.

L'intervalle qui séparait les deux fragments rotuliens l'un de l'autre mesurait environ deux centimètres et demi de large et vous avez pu constater qu'il augmentait lorsque je cherchais à fléchir légèrement le genou, alors qu'il diminuait au contraire dans l'hypertension du membre. Quant aux deux fragments osseux, s'il était très facile de les saisir entre les doigts et de les déplacer transversalement en sens inverse l'un de l'autre, on ne parvenait pas à les faire mouvoir dans le sens vertical, de façon à les amener au contact, afin de mettre en évidence la crépitation osseuse.

Mais à défaut de ce symptôme, si important d'ordinaire au point de vue du diagnostic, mais qui ne présente pas ici la valeur qu'il acquiert dans les aut es solutions de continuité, car, on ne peut qu'exceptionnellement le mettre en évidence dans les fractures transversales de la rotule, les différentes constatations physiques qu'il m'avait été permis de faire au cours de mon examen suffisaient amplement à ma conviction, qui ne pouvait être encore que renforcée par les divers symptômes fonctionnels présentés par le malade.

En dehors d'une douleur assez vive, et qui s'étendait plutôt diffusément sur tout le genou, notre blessé présentait une impotence fonctionnelle tout à fait caractéristique : couché, il était, comme vous avez pu le constater vous-mêmes, dans l'impossibilité absolue de soulever son membre inférieur droit, et de détacher son talon du lit ; il pouvait bien fléchir la jambe sur la cuisse, mais il ne lui était pas permis de ramener la jambe fléchie dans l'extension. L'ayant fait mettre debout, vous avez pu vous rendre également compte que la marche en avant ne pouvait pas non plus s'accomplir, car le blessé n'arrivait pas à lancer la jambe en avant, alors qu'il parvenait à exécuter quelques pas à reculons, mais en traînant le pied en arrière sur le sol, et en maintenant fortement tendus les muscles et les ligaments postérieurs, la jambe était en quelque sorte en hyperextension passive sur la cuisse.

En présence des différents symptômes tant physiques que fonctionnels constatés, impotence particulière, diastasis interfragmentaire, et mobilité anormale, le diagnostic ne pouvait être douteux : dans le cas présent, il s'imposait même avec une telle évidence que je ne pouvais penser à une autre lésion qu'à une fracture de la rotule siégeant au niveau de sa région moyenne et s'accompagnant vraisemblablement, vu le degré d'écartement des deux fragments osseux, d'une déchirure des deux ailerons rotuliens.

Comme de pareilles lésions nécessitent toujours, ainsi que vous le verrez d'ailleurs dans un instant, un traitement opératoire et qu'il importe de réunir à cet effet le maximum de conditions favorables, il convient par suite de ne pas intervenir de bonne heure en pleins phénomènes réactionnels, mais de savoir patienter quelques jours, afin que l'hémarthrose, qui ne manque jamais, ait commencé à se résorber. J'ai donc fait immobiliser le membre dans une gouttière convenablement capitonnée, et j'ai attendu jusqu'à ce que le genou, dont l'aspect entre temps s'était considérablement déformé, ait repris sa physionomie habituelle. En ce moment, c'est-à-dire près de 7 jours après l'accident, notre blessé se porte aussi bien que possible, il ne souffre pas, sa température et son pouls ne dépassant pas la normale, tous ses appareils fonctionnent convenablement, les téguments de son membre inférieur commencent à perdre leur coloration ecchymotique, ses méplats rotuliens arrivent à se dessiner, ses fragments osseux ne sont plus totalement noyés dans une tuméfaction diffuse, tous symptômes qui m'indiquent nettement que l'épanchement sanguin est en bonne voie de résorption. Le moment d'agir est donc arrivé ; aussi ais-je l'intention d'intervenir demain matin, et de pratiquer le cerclage de la rotule dont je vous exposerai la technique dans un moment.

Nous nous trouvons dans d'excellentes conditions et j'ai toute raison d'espérer un bon résultat, car la fracture rotulienne ne présente jusqu'ici aucune complication, ainsi que me l'a d'ailleurs montré l'examen radiographique que l'on doit toujours faire pratiquer dans les cas de traumatismes osseux, et auquel je me suis empressé de faire procéder dès le lendemain de l'hospitalisation de notre blessé.

Les fractures de la rotule, connues depuis la plus haute antiquité, puisque leur description fut faite par Séranus et par Paul d'Egine, s'observent beaucoup moins fréquemment que la situation superficielle de cet os, ainsi que l'importance de son rôle physiologique ne devraient le faire supposer ; la raison en est à son ossifi-

cation assez tardive, à sa grande résistance propre et à la position qu'il prend dans la flexion du genou.

Quoi qu'il en soit, ces solutions de continuité qui ne représentent suivant les auteurs que 1,5 (Bruns) à 2,51 (Plagemann) % de toutes les fractures, se voient à tout âge, mais avec des degrés de fréquence bien différents. Tout à fait exceptionnelles chez l'enfant, et rares également chez le vieillard, bien que la raréfaction du tissu osseux ne manque pas à se produire à cette époque dans la rotule, comme dans les autres os, leur maximum de fréquence s'observe de vingt à cinquante ans, et plus particulièrement de trente à quarante. Survenant moins souvent chez la femme que chez l'homme (379 cas contre 125 d'après Corner) comme d'ailleurs toutes les lésions traumatiques, les fractures de la rotule se rencontreraient un peu plus souvent du côté droit que du côté gauche (55 cas contre 43) : leur bilatéralité ne s'observe que dans une proportion infime, dans 1 pour 100 des cas, mais par contre, il est assez fréquent de voir les deux rotules se fracturer successivement chez le même individu à intervalles variant de quelques jours à huit ou dix mois, comme si la fracture d'une rotule avait prédisposé en quelque sorte à la fracture de l'autre, fait déjà signalé depuis longtemps par Malgaigne.

Plusieurs mécanismes se partagent l'étiologie des fractures de la rotule qui peuvent se produire spontanément ou bien être occasionnées par des violences soit directes, soit indirectes, ces deux causes pouvant parfois s'associer dans les fractures dites mixtes.

Les fractures spontanées ne sont pas exceptionnelles au niveau de la rotule, car de nombreux auteurs en ont observé des cas au cours de la période préataxique de tabes, ou en pleine évolution tabétique : il est bien évident que dans les faits rapportés la fragilité spéciale de l'os a joué le rôle principal, car la fracture a toujours succédé à une contraction musculaire de très faible intensité.

Les fractures de cause directe s'observent dans la proportion de une pour quatorze fractures indirectes, et résultent soit d'un choc portant directement sur la rotule, coup de pied de cheval, coup de bâton, coup de feu, passage d'une roue de voiture, soit d'une chute sur le genou dont la flexion dépasse légèrement l'angle droit, seule position dans laquelle la rotule puisse frapper sur le sol. La fracture, occasionnée alors par le traumatisme n'est qu'exceptionnellement à direction transversale, elle est ordinairement étoilée ou comminutive, et le genou porte antérieurement la trace de la violence sous la forme d'une contusion plus ou moins étendue ou d'une plaie contuse.

Les fractures par cause indirecte sont de beaucoup les plus nombreuses : ce sont des fractures par contraction musculaire, dont le quadriceps fémoral est l'agent actif, qui se produisent habituellement le genou étant en flexion, comme il en a été chez notre blessé, et dont le mécanisme a été remarquablement exposé par Boyer. « La rotule dont la face postérieure n'appuie alors que par un point sur la partie antérieure des condyles du fémur se trouve placée entre la résistance du ligament qui la fixe au tibia et l'action des muscles droit antérieur et triceps crural. Si cette action est supérieure à la résistance de la rotule, la continuité de cet os sera détruite ». A la traction musculaire, qui représente la puissance, s'ajoute donc, pour rompre la continuité des fibres osseuses, la flexion de l'os sur un point d'appui, et ce rôle de flexion est particulièrement important, ainsi que vous allez vous en rendre facilement compte. On sait en effet, que la rotule supporte à tout instant d'énormes pressions, et qu'un sujet adulte passant de la position accroupie à la position verticale, exerce à un moment donné sur chaque rotule un effort qui peut varier de trois cents à mille kilogrammes : il s'ensuit qu'une rotule saine ne saurait donc se briser par simple traction directe, et qu'il est nécessaire, pour qu'une solution de continuité puisse se produire, qu'à cette traction vienne s'ajouter un autre élément, la flexion de l'os, qui par appui sur les condyles, permet à la secousse musculaire de venir à bout du tissu osseux, surtout si l'on considère que dans la rotule le plan vertical des lamelles est coupé à angle droit par des plans transversaux, qui s'écartent dans la flexion et se dissocient sans avoir presque à se fracturer.

Quelques auteurs, tels que Gosselin, Trélat, Berger, se sont demandé si les fractures par action musculaire ne pourraient pas s'expliquer par une fragilité spéciale de l'os conséquence d'un trouble trophique ou d'une influence héréditaire. Le fait est assurément possible chez certains malades, comme chez ceux signalés par Le Dentu et par Goriveaud, et l'on est alors fondé à admettre l'existence d'un manque de résistance osseuse, conséquence de l'ostéoporose sénile, d'une diasthèse, ou des modifications qu'apporte l'évolution du cal dans le reste de l'os. On ne saurait, du reste, comme le fait observer fort justement Tanton, formuler rien de précis, car il est incontestable, ainsi que le prouvent de nombreuses observations, celles de Hergott sur les bateliers du Rhin, par exemple, que la contraction violente du triceps est capable à elle seule de fracturer une rotule.

Vous vous demanderez peut-être comment il se fait que dans une fracture par action musculaire, ce ne soit pas le ligament rotulien ou le tendon quadricipital qui cède plutôt que la rotule ? Il y a là tout d'abord la traduction locale

d'un fait général, car un tendon se rompt rarement et arrache plus volontiers son insertion osseuse, et en second lieu, il résulte des recherches expérimentales de Bähr que la fracture indirecte serait liée à la position de flexion moyenne du genou alors que la rupture des tendons se produirait dans la position d'extension ou dans la flexion extrême.

Les fractures de cause mixte sont celles où la contraction musculaire et la violence directe s'associent pour fracturer l'os : très fréquente d'après Mayd, mais beaucoup moins pour d'autres auteurs, qui pensent qu'il ne s'agit le plus souvent que de lésions résultant de la contraction musculaire seule, elles s'observent à la suite d'un mouvement brusque effectué au moment d'une chute sur le genou, mais qui s'est accompli soit sur un terrain inégal, soit l'articulation se trouvant dans la moindre flexion possible, seules conditions, comme l'a bien montré Malgaigne, qui permettent à la rotule de prendre directement contact avec un obstacle par sa face antérieure et de réaliser ainsi l'association des deux causes, directe et indirecte.

Les fractures simultanées des deux rotules, relativement rares, s'observent presque toujours à la suite d'une chute sur les deux genoux et sont ordinairement de cause mixte ; les fractures par contraction musculaire pure, dont les cas rapportés par Desault et par Boyer constituent de fort beaux exemples, sont tout à fait exceptionnelles.

Quant aux fractures successives des deux rotules, chez le même individu, certains avaient pensé que la répétition de ces lésions devait impliquer une altération préalable de l'os : l'hypothèse, bien que fort séduisante, ne saurait cependant devoir être retenue, et avec Malgaigne et Bromfield il convient plutôt de faire intervenir les efforts ssuccessifs que subit une rotule saine chez un individu qui obligé par sa profession à des efforts puissants ménage sa rotule récemment fracturée et impose par suite un travail plus considérable à la jambe saine.

Au point de vue anatomo-pathologique, la rotule peut se fracturer partiellement ou en totalité.

Je ne m'étendrai guère sur les fractures partielles qui ne sont autre chose que des arrachements osseux limités siégeant d'ordinaire au niveau des insertions ligamentaires à la base ou à la pointe de la rotule, mais qui peuvent également dépendre de la face postérieure, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un fort beau cas à la suite d'un traumatisme direct. Les fragments osseux détachés tombent alors dans l'articulation du genou, où ils constituent de véritables corps étrangers avec toutes leurs conséquences.

Les fractures totales au contraire sont beaucoup plus importantes et intéressantes : elles comprennent des fractures transversales, des fractures verticales qui peuvent être sagittales ou frontales, et des fractures étoilées ou comminutives.

Dans les solutions de continuité transversales, celles dont je m'occuperai surtout, puisque vous en avez un exemple très net sous les yeux, et qui représentent 86 pour 100 de la totalité des fractures de la rotule, le trait, généralement bien transversal, mais quelquefois oblique en bas et en dedans, peut siéger en un point quelconque de la hauteur de l'os : cependant, dans la grande majorité des cas, il en occupe les deux tiers inférieurs, plus rarement le tiers supérieur, exceptionnellement la pointe. Chez notre blessé, le trait est situé à la partie moyenne de l'os, ce qui a entraîné la production de deux fragments à peu près égaux : il est bien évident qu'il ne peut plus en être de même lorsque la fracture siège au niveau du tiers moyen ou du tiers supérieur ; l'un des fragments est alors sensiblement plus petit que l'autre, ce qui peut entraîner dans les cas extrêmes de véritables difficultés opératoires.

Dans toutes les fractures transversales, les fragments osseux subissent un déplacement qui s'effectue suivant la hauteur : les deux fragments s'écartent l'un de l'autre et il en résulte ainsi un diastasis interfragmentaire, qui, très peu accusé dans certains cas, où l'écartement est presque nul, est plus prononcé dans d'autres ; en moyenne, il varie de 1/2 à 4 centimètres, mais peut atteindre 6, 7 et même 8 centimètres. Dans quelques cas il existe en outre un déplacement transversal de quelques millimètres, le fragment supérieur étant alors attiré en dehors par la traction du vaste externe.

A cet écartement s'ajoute d'ordinaire une déviation angulaire : les fragments sollicités par leurs attaches basculent en effet de telle façon que les surfaces fracturées regardent obliquement en avant et en bas pour le fragment inférieur, en avant et en haut pour le fragment supérieur, formant par suite un angle ouvert en avant. Lorsque l'écartement des deux fragments est minime, ils peuvent rester en contact par leurs bouts postérieurs, alors que les bords antérieurs sont sensiblement éloignés l'un de l'autre.

De tous ces déplacements, c'est le diastasis qui est de beaucoup le plus important, car son existence comme son étendue ne sont que fonction de l'état du surtout ligamenteux pré-rotulien et des expansions fibreuses latéro-rotuliennes émanées des vastes, les ailerons rotuliens. Si ces derniers demeurent intacts, le diastasis reste minime et ne dépasse pas 1/2 à 1 centimètre ; un écartement des fragments supérieur à ce chiffre, implique nécessairement leur déchirure, qui peut

être très considérable, et s'étendre jusqu'aux ligaments latéraux du genou.

Cette déchirure peut se produire à deux moments différents : tantôt elle a lieu en même temps que la fracture rotulienne, comme chez notre blessé, tantôt après la séparation osseuse, en quelque sorte en un second temps : dans ce dernier cas, la fracture est d'abord sous-ligamenteuse sans déplacement, puis le blessé essayant de se relever et de marcher, la contraction musculaire entre en jeu ; le surtout fibro-périostique résiste tout d'abord en vertu de son élasticité et s'étire, puis lorsque cette dernière se trouve dépassée, il se rompt et la déchirure s'étend plus ou moins loin sur les parties latérales, sur les ailerons rotuliens.

Il faut bien remarquer que la déchirure du surtout péri-rotulien s'effectuant au-dessous du trait de fracture, en un point quelconque de l'espace interfragmentaire, les lambeaux fibreux pendent plus ou moins étirés, effilochés, déchiquetés et viennent tomber entre les surfaces fracturées qu'elles recouvrent alors d'une façon plus ou moins complète, tendent à s'opposer par suite à une réparation osseuse normale : c'est là un fait extrêmement important dont il faut tenir grand compte au point de vue du traitement.

Je serai beaucoup plus bref sur les fractures comminutives, ainsi que sur les fractures verticales tant sagittales que frontales.

En négligeant même ces dernières, dont on ne connaît que trois observations, et encore l'une d'elles serait fort douteuse d'après Malgaigne, je vous dirai que les fractures sagittales, considérées généralement comme assez rares, seraient, suivant l'opinion de Tanton, beaucoup plus fréquentes que ne peut le faire croire le petit nombre de cas publiés : la raison en serait à ce que bon nombre de fractures passent totalement inaperçues ou restent confondues avec les entorses du genou, ce qui ne se produirait certainement pas, si l'on prenait la précaution de faire radiographier systématiquement tous les traumatismes articulaires.

Le plus souvent, il s'agit dans ces cas de fractures de cause directe : cependant l'action musculaire a pu également être incriminée dans quelques cas, où la rotule attirée en dehors sous l'action prédominante du vaste externe et du fascia lata, et mise à cheval sur le condyle externe, s'est brisée par flexion à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen. Le trait de fracture est vertico-sagittal ou un peu oblique en bas et en dehors : rarement il sectionne la rotule par son milieu, car il passe d'ordinaire au niveau du tiers externe de l'os, et comme le surtout ligamenteux demeure intact, le diastasis est nul ou peut être considéré comme tel, car il ne dépasse pas 1 ou 2 millimètres.

Quant aux fractures comminutives, toujours d'origine directe, elles sont relativement fréquentes, car elles représentent 10 p. 100 de la totalité des fractures rotuliennes. Le nombre des traits de fracture et par suite celui des fragments qu'ils isolent est assez variable : on a pu compter jusqu'à 15 fragments et dans bon nombre de cas, c'est d'un point central que semblent partir des fissures plus ou moins radiées. Le diastasis est presque toujours nul, et n'existe que lorsque le blessé, essayant de marcher, a déchiré secondairement ses ailerons rotuliens.

Je ne reviendrai pas bien longuement sur la symptomatologie de ces lésions, dont vous avez parfaitement pu vous rendre compte vous-mêmes au moment de l'interrogatoire et de l'examen de notre blessé, qui présentait un cas tout à fait type des fractures de la rotule avec son impotence caractéristique, fonction de la désinsertion quadricipitale, sa mobilité anormale et un diastasis interfragmentaire si net et si facile à reconnaître.

Mais il ne faut pas oublier que ce cas a été particulièrement facile à examiner, le blessé ayant été transporté à l'hôpital peu de temps après son accident, alors que son genou n'était pas encore tuméfié. Dans les heures qui ont suivi l'épanchement sanguin intraarticulaire, l'hémarthrose qui est constante, n'a pas tardé à apparaître, et à déformer toute la région, effaçant tous les méplats et rendant le genou globuleux. Vous comprendrez aisément que l'examen devient alors plus délicat, car on sent mal la rotule et on arrive difficilement à en délimiter les fragments. La chose devient encore plus malaisée lorsque le grand cul-de-sac sous-tricipital cède sous l'épanchement sanguin, qui peut alors envahir la partie inférieure de la cuisse et produire une tuméfaction diffuse de cette région, s'associant ainsi à celle du genou : heureusement qu'une telle évolution est assez rare.

Enfin, il convient que je vous signale que dans quelques cas, le blessé perçoit lui-même un craquement au moment de la production de la fracture : ce signe, qui pour plusieurs auteurs serait constant et caractéristique des fractures indirectes, manque le plus souvent comme il en a été chez notre blessé.

Si donc le diagnostic ne présente dans certains cas, comme celui que vous avez eu sous les yeux, aucune difficulté, il n'en est pas toujours de même, lorsque l'hémarthrose s'est établie ; aussi est-il parfois nécessaire, en présence d'épanchement considérable, et avant de procéder à la palpation de l'articulation, de la vider préalablement du sang qui la distend, afin de pouvoir se rendre un compte exact des rapports osseux et de voir si l'on a véritablement affaire à une fracture de la rotule.

Quels sont les affections que vous devez songer

✦✦✦✦

à éliminer ? En premier lieu se trouve la rupture traumatique isolée et complète des tissus aponévrotiques péri-rotuliens, dans laquelle on trouve une tuméfaction globulaire, une dépression transversale très nette, et un écartement pouvant aller dans la flexion jusqu'à un centimètre, symptômes simulant bien au premier abord une solution de continuité rotulienne ; mais les conditions même de cet écartement, plus marqué à son entrée que sur les bords, et disparaissant dans l'extension, la sensation d'un plan résistant au fond de la dépression, l'absence d'hémarthrose et de mobilité anormale et l'intégrité de la marche composent un ensemble de signes suffisants pour vous éviter une erreur.

La rupture du ligament rotulien et celle du tendon rotulien présentent de nombreux symptômes communs aux fractures rotuliennes, parmi lesquels je citerai l'impotence fonctionnelle et l'hémarthrose. Mais la perception d'une rotule intacte, abaissée dans le premier cas et remontée dans le second, l'absence d'un deuxième fragment et l'existence d'une ecchymose en écharpe sus ou sous-rotulienne permettront aisément le diagnostic.

Vous ne devrez cependant pas considérer votre examen comme terminé lorsque vous serez arrivés à reconnaître qu'il s'agit bien d'une fracture de la rotule : vous devrez encore vous enquérir de la disposition des fragments, de leurs rapports, de leurs volumes respectifs, et vous n'oublierez pas surtout de rechercher quel est le degré d'extension des lésions, c'est-à-dire si la rotule a été seule rompue, ou si sa fracture se complique d'une déchirure plus ou moins étendue des ailerons rotuliens. C'est ce dernier point qu'il conviendra que vous cherchiez particulièrement à élucider, car c'est lui qui devra décider ce que vous aurez à entreprendre au point de vue du traitement. Enfin, nous n'oublierez pas que l'on doit toujours faire systématiquement pratiquer l'examen radiographique de tous les traumatismes du genou, et en agissant ainsi vous reconnaîtrez souvent la présence de petits corps étrangers intrarticulaires, et vous éviterez la production de toutes ces douleurs persistantes, de ces atrophies localisées qui ont pour origine une fracture méconnue de la rotule.

De quelle manière ces lésions que je viens de vous décrire vont-elles se réparer ? Par un cal osseux ou par un cal fibreux ; dans certains cas, il ne se produira pas de soudure entre les fragments et il se constituera une pseudarthrose.

Les cent louis d'or de Pibrac avaient autrefois consacré la rareté du cal osseux : il est actuellement d'observation courante depuis le traitement opératoire de ces fractures.

Le cal fibreux, par suite de l'écartement fragmentaire et de l'interposition des lambeaux du surtout péri-rotulien est la règle dans toutes les solutions de continuité avec diastasis persistant : sa longueur varie suivant l'écartement des fragments et peut atteindre jusqu'à 18 centimètres. Lorsqu'il est court et inextensible il s'insère sur toute l'étendue des deux surfaces fracturées ; long et mince, il n'en occupe souvent que la partie postérieure et contracte, dans bon nombre de cas, par sa partie moyenne, des adhérences avec le fascia superficialis et avec la peau.

Bien que la pseudarthrose puisse exister sans diastasis, puisque Chassaignac en a rapporté un exemple indiscutable, elle ne survient en général que dans les cas d'écartement extrême : le fragment supérieur remonte plus ou moins haut sur la cuisse, contracte alors des adhérences parfois assez intimes, qui rendent alors le traitement plus particulièrement délicat.

Le pronostic fonctionnel des fractures de la rotule est essentiellement variable : assurément, personne ne peut plus actuellement soutenir l'opinion de Malgaigne qui déclarait n'avoir jamais vu un membre reprendre complètement ses fonctions, mais bien que considérablement amélioré par l'intervention chirurgicale, ce pronostic reste encore assez sérieux, car plus d'une fracture se termine par des séquelles plus ou moins graves, entraînant une diminution de capacité fonctionnelle, qui se traduit par de la faiblesse du membre inférieur, de l'hésitation dans la marche, de l'impossibilité de monter ou de descendre un escalier, de la raideur articulaire, de la limitation de la flexion et de l'insuffisance de l'extension.

A quelles causes devons-nous rattacher toutes ces séquelles ? On a incriminé longtemps, et certains incriminent encore la persistance du diastasis ; or, en réalité, le rôle de ce diastasis n'est que très secondaire, car on a observé de nombreux cas de fractures de la rotule marchant fort bien avec des cals fibreux de 10, 12 et 15 centimètres (les cas rapportés par Hamilton, Gayet, Picqué, Bazy, Le Forta en font foi), alors que d'autres blessés présentaient de l'impotence fonctionnelle marquée avec un cal fibreux très court (Berger), ou même avec un cal osseux (Mignon).

Retenez donc qu'il n'y a pas de rapport étroit entre la valeur fonctionnelle du genou et l'état de consolidation de la rotule, et qu'en fait, il faut tenir compte de plusieurs facteurs qui sont, l'état anatomique du cal et des parties fibreuses latéro-rotuliennes, l'état anatomique et physiologique du quadriceps, l'arthrite et la périarthrite concomitantes.

Chaput, par ses recherches, a bien montré le rôle mécanique que jouait le cal rotulien, et l'entrave qu'il pouvait apporter aux mouvements du genou, en particulier à la flexion. Si

la rotule est pourvue d'un cal osseux ou fibreux sans hypertrophie, ou si le cal fibreux peut facilement s'infléchir, les mouvements de flexion restent satisfaisants ; il n'en est plus de même si la rotule est hypertrophiée et rigide ou si le fragment supérieur, surmontant un cal de 2 à 5 centimètres, est déformé et vient en butant contre la crête articulaire, qui bride la trochlée, limiter la flexion.

En ce qui concerne les parties fibreuses latérales, leur état anatomique est souvent plus important que celui du cal au point de vue du pronostic fonctionnel, car leur intégrité complète permet l'extension, malgré la fracture rotulienne, alors que leur déchirure avec écartement considérable supprime l'action de ces extenseurs accessoires et abolit la fonction.

L'atrophie musculaire du quadriceps, et en particulier celle du droit antérieur constitue également un facteur des plus qualifiés dans la limitation de l'extension. Pourtant, l'état anatomique du muscle n'est pas tout, et il convient de reconnaître que dans bon nombre de cas, le muscle se trouve dans l'impossibilité d'agir efficacement sur le fragment rotulien inférieur, par suite de la longueur du cal, de son absence ou de la déchirure des releveurs.

En outre, il faut encore songer qu'arthrite et péri-arthrite jouent aussi un rôle dans la limitation de la flexion : conséquence forcée de l'hémarthrose, l'arthrite, quand elle est bien développée, s'accompagne toujours d'une inflammation plastique et de rétraction des tissus périarticulaires, ce qui entraîne par suite une diminution de l'amplitude des mouvements.

Vous voyez donc ainsi que tous ces différents facteurs s'associent les uns aux autres, à des degrés divers il est vrai, dans le pronostic des fractures rotuliennes. Dans le cas de rétablissement du levier osseux, ce sont l'état de l'articulation, l'arthrite et l'atrophie musculaire qu'il faut prendre en considération ; s'il existe un diastasis avec cal fibreux, c'est la longueur de ce cal, et l'état des tissus fibreux péri-rotuliens qui interviennent. Au point de vue de l'incapacité de travail définitive, il faudra prendre pour base la diminution de valeur de l'extension et la gêne apportée à la flexion : elle atteindra en moyenne 30 p. 100, pour descendre à 10 dans les cas favorables et monter jusqu'à 60 lorsque l'extension sera totalement compromise.

L'évolution normale des fractures de la rotule, simple dans la grande majorité des cas, peut cependant être parfois entravée par l'apparition d'un certain nombre de complications, qui peuvent venir se manifester précocement ou tardivement et que je vais vous signaler successivement.

C'est ainsi que le foyer de fracture peut communiquer avec l'extérieur : c'est là une complication qui s'observe particulièrement dans les fractures par violence directe. Elle est toujours grave en raison de l'infection articulaire à laquelle elle expose ; aussi, bien que la pyohémie soit à l'heure actuelle exceptionnelle, son pronostic doit-il être toujours très réservé.

A côté d'un cas de mort par syncope dû à l'intensité de la douleur rapporté par Malgaigne, on a signalé un certain nombre d'embolies pulmonaires, consécutives à des thromboses veineuses et survenant d'ordinaire dans les 16 jours qui suivent la fracture.

On a relevé de même quelques cas de coexistence de fracture rotulienne avec une rupture du tendon quadricipital, un arrachement du ligament rotulien, ou une fracture de la tubérosité antérieure du tibia.

En plus de ces complications précoces survenant au moment même où la rotule est brisée, ou dans les quelques jours qui suivent, il existe toute une série d'autres complications, qui apparaissent ou manifestent leur présence un peu plus tard.

Les corps étrangers intra-articulaires détachés de la rotule par le traumatisme, traduisent leur existence au moment de la reprise des fonctions par les phénomènes de la souris articulaire.

Dans un autre ordre d'idées, les réactions post-hémarthrosiques peuvent, lorsqu'elles sont très intenses s'accompagner de brides fibreuses intra-articulaires, de rétractions ligamenteuses et capsulaires péri-articulaires, aboutissant à une ankylose fibreuse plus ou moins complète de l'articulation.

A côté de l'entorse du cal fibreux, accident plutôt rare, qui se traduit par un léger épanchement, par des douleurs et par une impotence fonctionnelle transitoire, on observe plus fréquemment un allongement secondaire du cal fibreux qui résulte d'une reprise trop hâtive de la marche avant que le cal fibreux ait acquis une densité et une solidité suffisante.

Plus importantes et plus fréquentes sont les fractures itératives, car la rotule semble bien être, de tous les os du squelette, celui qui se refracture le plus souvent. Plus fréquente dans les rotules traitées par le massage et la mobilisation que dans les rotules suturées, la fracture itérative qui peut se produire plusieurs fois de suite et au bout d'un laps de temps très variable, se présente sous deux types anatomiques différents suivant que le trait de fracture siège au niveau du cal ou en un point différent du premier foyer de fracture.

Les fractures du cal osseux sont très rares, celles du cal fibreux sont au contraire beaucoup plus fréquentes ; quant aux fractures itératives vraies, qui passent pour se voir plus souvent que les ruptures du cal fibreux, elles sont favorisées

par l'augmentation des dimensions de la rotule, et par l'altération du tissu osseux dépendant soit de la première fracture, soit d'un trouble trophique d'ordre plus général.

Pour les fractures de l'autre rotule, dont la fréquence est diversement appréciée, elles surviennent de quelques jours à quelques mois après la première fracture : aux causes invoquées par Malgaigne, Tanton pense qu'il conviendrait d'ajouter l'existence d'une prédisposition organique qui nous échappe encore, d'autant que les malades, qui font des fractures successives des deux rotules sont précisément ceux qui font des fractures itératives.

Et j'en arrive pour terminer au traitement, question capitale, que j'envisagerai tout d'abord au point de vue des fractures transversales, qui, ainsi que je vous l'ai montré, sont les plus communes et par conséquent celles que vous aurez presque toujours à soigner.

En ce qui concerne ce traitement, s'il s'agit d'une fracture récente et non exposée, le but que vous devez chercher à remplir, sera de rapprocher et de maintenir les fragments au contact l'un de l'autre, de faire disparaître l'hémarthrose, de prévenir l'atrophie musculaire en conservant au muscle toute sa puissance et à l'articulation toute sa souplesse.

Deux méthodes principales se proposent d'y parvenir, d'une part la méthode orthopédique non sanglante, et d'autre part la méthode opératoire, l'ostéo-synthèse chirurgicale.

Je ne vous parlerai pas au sujet du traitement orthopédique des innombrables appareils qui ont tour à tour été préconisés pour rapprocher les fragments, le kiastre, l'appareil de Velpeau, l'appareil de Boyer, l'appareil de Boude ıs, etc.; car il faut absolument bannir de votre pratique toute immobilisation prolongée dont les résultats sont complètement désastreux : l'atrophie du triceps, la raideur ou l'ankylose du genou y sont constantes pour une coaptation tout à fait illusoire.

Metzger, puis Tilanus ont montré qu'il fallait, en négligeant la coaptation, s'inquiéter avant tout de la restauration fonctionnelle et que l'on pouvait y parvenir par le massage et la mobilisation précoce. On fait donc tout d'abord de la compression élastique du genou pour aider à la résorption du sang épanché, que l'on facilite au besoin par une ponction évacuatrice, puis on commence le massage le troisième jour et le blessé commence à marcher le douzième sans qu'on lui ait appliqué d'appareil.

Le traitement opératoire, qui dérive des anciennes tentatives externes de Malgaigne, de Trélat et de Duplay, ainsi que des procédés souscutanés de Volkmann et de Kocher, consiste en une arthrotomie large suivie de la suture des fragments. C'est là à vrai dire la seule méthode qui réalise les diverses conditions que je vous ai énumérées, conditions nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant. En effet, l'ostéosynthèse procure une coaptation parfaite et par suite une suture osseuse avec conservation des dimensions normales de la rotule ; elle entraîne le rétablissement de la continuité physiologique du triceps, elle permet une mobilisation très précoce et réduit enfin sensiblement la période d'invalidité.

Voici comment elle doit être pratiquée : après une incision semi-lunaire à concavité inférieure, on relève le lambeau cutané, on vide ensuite l'articulation du sang et des caillots qu'elle renfermait, on abrase tous les tissus fibreux recouvrant les surfaces fracturées, que l'on nettoie et que l'on fait suivre d'un coup de curette. On procède enfin à la coaptation des fragments par suture directe ou par cerclage. La suture osseuse, verticale ou transversale, théoriquement plus solide, est assez difficile à pratiquer dans bon nombre de cas : elle expose souvent à l'éclatement des fragments et prédisposerait à l'ostéite raréfiante ainsi qu'à la nécrose de l'os.

Le cerclage plus facile à exécuter, car il réduit au minimum les manœuvres intra-articulaires, et donne une coaptation tout aussi solide.

Il existe encore un autre procédé, dû à Chaput, dans lequel, en négligeant la rotule, on se borne à la réfection des ailerons et du surtout périrotulien. Je ne vous le recommanderai pas, car il me paraît très inférieur aux deux précédents ; on ne peut en effet commencer ici la mobilisation qu'assez tard, puisqu'il faut attendre que la cicatrisation des ailerons ait permis l'ossification du cal.

Mais, et c'est là un point des plus importants, vous ne devrez pas oublier que l'arthrotomie du genou nécessite une pratique de l'aseptie plus rigoureuse que pour une laparotomie, et que trop souvent des arthrites suppurées suivies d'ankylose du genou ou même d'amputations de cuisse ont été la conséquence d'interventions entreprises dans de mauvaises conditions. Il ne faudra donc pratiquer l'ostéo-synthèse qu'en s'entourant des précautions les plus minutieuses, dans une atmosphère stérile et en évitant surtout de toucher la peau et les fragments osseux avec les doigts.

Quels sont donc les résultats obtenus par l'une et l'autre de ces deux méthodes : actuellement, il est hors de doute que ceux de la méthode opératoire sont nettement supérieurs à ceux de la méthode orthopédique. Alors que cette dernière ne procure que 45 à 50 p. 100 de bons résultats fonctionnels, la suture en donne de 80 à 94. En outre, alors que la durée de l'invalidité temporaire est de deux à trois mois chez les opérés, elle atteint six mois à un an chez les non opérés, et

25 p. 100 de ceux-ci conservent encore un certain degré d'invalidité permanente. Enfin la consolidation fibreuse augmentant les dimensions de la rotule expose à une diminution de la flexion et à une rupture itérative du cal.

Et maintenant, à quelle méthode devrez-vous avoir recours ?

Dans les fractures ou l'écartement des fragments n'atteindra pas un centimètre, ce qui laissera supposer l'intégrité des ailerons, vous pouvez faire usage du traitement orthopédique. Dans tous les cas, au contraire, où le diastasis mesurera plus d'un centimètre, se compliquant nécessairement de la déchirure des parties fibreuses latéro-rotuliennes, il faudra intervenir chirurgicalement. Vous pourrez tenter la suture dans les rotules à tissu serré et solide fracturées à peu près à leur partie moyenne : pour toutes les autres, vous emploierez le cerclage.

Il est pourtant bien entendu que vous devez vous abstenir d'intervention chez les sujets en puissance d'infection ou au décours d'une infection grave, de diabète, d'albuminurie, de tuberculose avancée : l'âge et le tabes, à la période préataxique tout au moins, ne constituent pas des contre-indications absolues.

Vous interviendrez de même dans les fractures itératives ainsi que dans les fractures exposées, mais en vous souvenant que, dans ce dernier cas, il s'agira d'une véritable opération d'urgence où s'impose une désinfection minutieuse du foyer.

Au contraire dans les fractures longitudinales, où le cal osseux est la règle en raison d'absence d'interposition fibreuse, le traitement orthopédique sera indiqué.

Enfin, en ce qui concerne les fractures anciennes vicieusement consolidées, vous ne devez songer à opérer que les cas qui s'accompagneront d'impotence, de perte de l'extension active par suite de la désinsertion complète du triceps : lorsque la fonction sera suffisamment conservée, mieux vaudra vous abstenir.

L'intervention devra consister alors dans l'arthrotomie suivie de libération, d'avivement et d'ostéo-synthèse des fragments, mais vous vous heurterez souvent à des difficultés considérables lorsqu'il s'agira d'abaisser le fragment supérieur en raison de la rétraction du droit antérieur. Il sera alors nécessaire de recourir à des opérations plus complexes s'adressant les unes aux muscles, les autres au ligament rotulien ou à la rotule même.

THÉRAPEUTIQUE ANTI-GOUTTEUSE

Traitement symptomatique. Traitement de fond.

Par le docteur THÉBAULT,

Docteur ès sciences, ex-préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

La diathèse goutteuse implique plusieurs ordres de phénomènes biologiques qui constituent l'ancien « tempérament » goutteux de nos aïeux qui, imbus de théories dont ils voyaient les manifestations, mais dont ils ignoraient les causes exactes, suppléaient aux connaissances chimiques qui leur faisaient défaut par des explications plus ou moins théoriques, lesquelles reposant sur des vues de l'esprit, n'étaient pas exemptes d'erreurs et de sophismes. L'époque des « diathèses », qui a remplacé celle des « humeurs » et des « tempéraments », sera demain remplacée elle-même par quelque autre chose qui se substituera aux conceptions chimiques et dynamiques, bases actuelles de nos doctrines. Ainsi va le monde : tout passe, la roue tourne vers un perpétuel devenir.

Quoi qu'il en soit, le phénomène fondamental, que nous pouvons, à l'exemple de nos prédécesseurs, considérer aujourd'hui comme diathésique est une surproduction d'acide urique, qui passe inaperçue jusqu'au jour où elle se révèle sous forme d'une crise aiguë. Jusque-là le goutteux s'est plaint de douleurs souvent mal localisées et mal définies que l'on a pu qualifier successivement de rhumatisme goutteux, noueux, fibreux (camptodactylie, *morbus coxæ senilis*) ; de goutte entéralgique, névritique, hépatique, néphritique, troubles trophiques et déformations d'étiologie plus ou moins obscure, dénominations dont le vague dissimule notre ignorance des causes profondes et notre insuffisance de données diagnostiques exactes.

Pendant toute cette période, le malade se préoccupe généralement assez peu de son état, mais la scène change d'aspect quand se manifeste un épisode aigu. Le médecin est alors vivement sollicité d'intervenir et il se doit de répondre par une thérapeutique adéquate aux exigences d'un malade qui réclame de lui, à cor et à cris, un remède efficace à son mal.

S'il s'agit d'un accès de goutte classique et franc, la première ordonnance aura pour base le colchique qui, depuis que Stork, en 1763, l'introduisit dans la thérapeutique, est considéré comme un spécifique. Il fut, on le sait, universellement adopté au siècle dernier, et j'ai connu le temps où le médecin qui n'aurait pas employé le colchique au cours d'un accès aigu

eût été considéré comme le dernier des ignorants.

Le colchique est indéniablement un sédatif de la douleur, mais qui n'a d'autre avantage que d'être un médicament symptomatique qui, à ce titre, n'agit que pendant l'accès. Longtemps on l'a utilisé sans rien connaître du mécanisme de son action pharmacodynamique et on aurait pu dire de lui, à la façon de Molière parlant de l'opium : « le colchique calme les douleurs de l'accès aigu parce qu'il a une vertu calmante, antidouloureuse ». Des recherches récentes ont montré que cette action si nettement et si rapidement analgésique du colchique tient à ce que son alcaloïde, la colchicine, paralyse les terminaisons périphériques des nerfs sensitifs.

Mais si nul ne conteste les propriétés analgésiques du colchique, personne n'en ignore non plus la toxicité. Elle est extrême ; on a signalé des cas d'empoisonnement avec 3 milligrammes de colchicine, et de nombreux accidents occasionnés par diverses préparations à base de colchique ont été rapportés par Epagnon-Dezille (1). Il faut se méfier beaucoup de sa répercussion possible sur le cœur. Jacobson et L. Backman ont montré récemment l'action paralysante de la colchicine sur les terminaisons cardiaques du vague (2) ; les sympathicotoniques seraient donc tout particulièrement exposés à ses accidents. Le colchique exige en somme une grande prudence de prescription ; si le médecin a quelquefois besoin de toute son autorité pour le faire accepter par un malade timoré, plus souvent c'est le goutteux qui, en ayant éprouvé le soulagement immédiat lors d'un précédent accès, y recourt avec trop d'empressement et sans avis médical à un accès ultérieur.

De plus le colchique, s'il est un spécifique de la douleur de l'accès goutteux, ne l'est point du tout de la goutte elle-même, et comme l'a très justement fait remarquer Finck, de Vittel, *il diminue très sensiblement l'excrétion de l'acide urique*, ce qui a pour conséquence de juguler l'accès, en le fixant en quelque sorte. L'accès ne sera pas alors accompagné ni suivi de cette abondante élimination d'urates qui est le moyen de défense naturelle de l'organisme dans cette lutte contre la maladie.

La méthode qui consiste à juguler l'accès de goutte par l'emploi du colchique ne doit donc être maintenue que dans certains cas et dans certaines limites parce qu'elle ne constitue pas le traitement étiologique de la diathèse goutteuse. Il convient de la considérer telle qu'elle est : un bon traitement symptomatique de l'accès aigu, qui a ses indications et beaucoup de contre-indications.

Les excellents cliniciens qu'étaient Trousseau et Dieulafoy l'ont dit il y a longtemps déjà : il faut user de beaucoup de précautions, tâter la susceptibilité des malades, débuter par de faibles doses, interrompre la médication immédiatement s'il survient de la diarrhée, des vomissements, de la prostration. Ce n'est pas l'adjonction au colchique de la bryone dioïque, (base de cette fameuse poudre de Pistoïa qui eut son heure de célébrité), qui en modifie le caractère général.

Mais si nous quittons le traitement analgésique et symptomatique de l'arthralgie goutteuse, nous retrouvons nombreux encore les médicaments destinés à combattre l'hyperuricémie, dont Tenant et Pearson ont montré le rôle pathogénique primordial, et à favoriser l'élimination de l'acide urique en excès dans le plasma ou, ce qu'il ne faut pas confondre, en réserve dans l'organisme. Une revue de ces médicaments serait fastidieuse. Retenons seulement, concernant le principe de leur action, qu'il semble acquis, aujourd'hui, que l'hyperuricémie ressortit en général à un processus complexe dont le schéma est :

a) Surproduction d'acide urique par alimentation surabondante, et surtout hyperazotée, ou par métabolisme dévié.

b) Insuffisance d'élimination urinaire par exhaussement du seuil rénal.

c) Précipitation au niveau de certains organes de l'acide urique du plasma par un mécanisme sur lequel il est inutile de s'étendre. Disons seulement qu'il est d'ordre chimique ou physique (choc sérique local avec floculation consécutive), puis, secondairement, remise en circulation de l'acide urique précipité, d'où hyperuricémie pendant la période d'accès goutteux.

Sur la formation excessive d'acide urique, la thérapeutique chimique est à peu près sans action, à l'encontre de la diététique et de l'hygiène qui semblent jusqu'à présent être les seuls agents actifs.

Mais la médication chimique peut agir en stimulant le rein, d'où abaissement du seuil vis-à-vis de l'acide urique sanguin. Elle peut favoriser, grâce à certaines substances, sa solubilisation urique dans le plasma en s'opposant aux précipitations intra-organiques. Tel agit l'acide thymique excellent éliminateur de l'acide urique naissant, mais malheureusement sans action sur celui qui existe dans les tophi déjà constitués.

Comme cet acide urique précipité est précisément l'agent efficient de la crise goutteuse, c'est sur lui que doit surtout agir le médicament employé pour avoir sur l'accès de goutte déclarée, de même que sur le tophus refroidi, une action véritablement caractérisée.

(1) Epagnon-Dezille. — Etude médico-légale du colchique et de la colchicine. (Thèse Paris, 1889).

(2) Jacobson et Backman. — Action de la colchicine sur le cœur. (Société biologique de Suède, 22 août 1924).

De là l'intérêt d'un médicament de découverte assez récente, le phénylcinchoninate d'allyle, qui prend une place de plus en plus grande dans la pharmacopée anti-rhumatismale et anti-goutteuse. Plus connu sous le nom d'atoquinol, ce corps est un dérivé de la quinoléine, au même titre que l'acide phénylcinchoninique déjà connu. Il en diffère par l'adjonction d'un radical allyl, qui lui confère une fonction éther dont on connaît, depuis les travaux de Nencki, la valeur pharmacologique au point de vue de l'atténuation de la causticité et de la toxicité des acides initiaux.

L'atoquinol agit chez le diathésique hyperuricémique en puissance ou en période d'accès, comme un éliminateur extrêmement puissant de l'acide urique en formation ou déjà précipité.

Très vraisemblablement cette action éliminatrice découle d'actions localisées sur les divers modes de formation et de précipitation de l'acide urique, c'est-à-dire :

a) Modification du métabolisme des purines ;

b) Libération de la sécrétion urique du rein (abaissement du seuil) ;

c) Mobilisation des dépôts uratiques constitués.

Des quelques observations que nous avons pu faire en clientèle, il résulte nettement que ce corps doit être considéré comme le véritable spécifique de la diathèse uricémique.

Un avis beaucoup plus autorisé que le nôtre, celui du prof. Chauffard, que l'on trouvera dans un mémoire récent du plus haut intérêt (1), nous a d'ailleurs devancé dans des constatations à peu près identiques aux nôtres.

Voici donc quelques-uns de nos cas :

Obs. I. — Mme V., 45 ans, sans antécédents pathologiques infectieux, présente des poussées fréquentes de rhumatisme polyarticulaire subaigu que soulage assez bien le salicylate, mais celui-ci est fort mal supporté. On prescrit le traitement par l'atoquinol, deux cuillerées à café de granulé par jour pendant dix jours. L'amélioration est très nette dès le second jour, au bout de dix jours toutes les articulations ont récupéré leur mobilité. Médicament très bien toléré. Je conseille une cure préventive de cinq jours chaque mois et, depuis, cette malade nous a dit ne s'être jamais aussi bien portée.

Obs. II. — J. C., 55 ans. Bonne santé habituelle. Aime la bonne chère et pratique largement les dîners de chasse. Pas d'antécédents goutteux proprement dits, mais douleurs erratiques diffuses depuis 5 ou 6 ans. En mars dernier fait une arthrite subaiguë de l'épaule gauche très douloureuse, entraînant l'impotence complète du bras. Je prescris 4 cachets à 0 gr. 50 d'atoquinol pendant cinq jours. Dès le lendemain la mobilisation de l'articulation redevient possible ; deux jours après l'amélioration est manifeste ; au bout des huit jours de traitement la *restitutio ad integrum* est acquise. Deux mois après, ce même malade présente une névralgie crurale de la région antérieure de la cuisse droite ; nous lui prescrivîmes encore l'atoquinol aux mêmes doses et pendant le même temps ; la guérison se fit sensiblement dans les mêmes conditions. Au cours de ces deux traitements, les urines furent très chargées en dépôts uratiques. Depuis, nous avons conseillé au malade de prendre, deux jours par semaine, trois cachets d'atoquinol à titre préventif ; revu récemment, il nous dit se porter à merveille.

Obs. III. — C. V., 74 ans. Goutte chronique banale et ancienne remontant à 25 ans, traitée par les moyens habituels et notamment la colchicine, qui provoque des troubles dyspeptiques assez prononcés.

Nous ordonnons l'atoquinol forme granulée (préférable chez les sujets à estomac sensible), deux cuillères à café par jour pendant une semaine, dès le 2e jour, douleur bien calmée ; grosse élimination uratique à partir du 4e jour ; au 6e jour, guérison de l'accès. Rechutes fréquentes, mais atténuées et toujours jugulées en trois ou quatre jours par le traitement atoquinolique.

Obs. IV. — M. D., 60 ans. Vieux goutteux faisant des accès fréquents, mais peu douloureux. Présente de nombreux tophi. Le traitement par l'atoquinol à la dose de trois cachets par jour enraye en deux jours ses accès, mais le malade, cessant le traitement aussitôt après, reste diathésiquement dans le même état, avec ses tophi inamovibles.

Obs. V. — Dr M. un excellent confrère. Sans antécédents rhumatismaux sévères, fit brusquement en mai dernier une atteinte subaiguë de la hanche gauche qui le tint immobilisé dans son fauteuil. Le salicylate de soude, mis en œuvre dès le début de l'accès, ne produisit aucun effet. Vers le 5e jour, il essaya l'atoquinol à la dose de 4 cachets à 0 gr. 50. Au bout de 24 heures, la douleur disparut, le lendemain il put marcher, et le surlendemain il reprit ses occupations professionnelles. Il fit une rechute six mois après, cette fois à la hanche droite et recourut immédiatement à l'atoquinol : deux cachets dans la matinée, deux dans la soirée ; le lendemain, il pouvait, bien qu'encore un peu endolori, reprendre ses occupations. Chaque fois ce traitement fut suivi d'une abondante élimination uratique.

Obs. VI. — Dr B. Un confrère encore. Celui-ci, il y a deux ans, s'aperçut que la marche lui devenait pénible, qu'il éprouvait de la difficulté à faire à pied ses visites ; il constatait en même temps un certain état de rougeur et de gonflement de son pied gauche.

(1) Chauffard. — Le traitement de la goutte. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 décembre 1925.)

Il mit cela sur le compte de chaussures mal faites et se borna quelque temps à pester contre l'impéritie de son chausseur.

Mais la scène se précisa bientôt davantage ; la douleur se localisa dans l'articulation métatarsienne ; malgré des périodes de rémission, la marche était devenue encore plus difficile ; force fut à notre ami de ne plus se déplacer qu'en auto et de renoncer à la chasse, son sport favori. Cet état persistant, il pensait à se faire radiographier pour se rendre compte de ce qui se passait dans son squelette pédalique, lorsque, brusquement, un fait nouveau vint comme un trait de lumière dissiper les brumes du diagnostic. Le gros orteil (du pied droit cette fois) devint tout d'un coup douloureux et rouge et ne laissa plus de doute sur la nature de l'affection : notre ami était victime de la goutte.

Il recourut au colchique comme tout autre l'eût fait à sa place ; la douleur en fut un peu atténuée, mais le gonflement persista et le traitement ne put d'ailleurs être continué bien longtemps pour cause d'intolérance.

C'est alors qu'il se prescrivit l'atoquinol, à la dose de 1 gr. 50 par jour (trois cachets). Au bout de 4 jours, gonflement, rougeur, douleur, furent considérablement atténués, et cette amélioration alla en s'accentuant jusqu'au 8e jour où le traitement fut cessé.

Depuis, la marche est redevenue normale, les deux pieds ont perdu leur sensibilité douloureuse, l'articulation métatarsienne gauche a repris sa souplesse de telle sorte que, comme aux anciens jours, l'auto ne fut plus requise que pour les déplacements importants. Tout récemment notre ami nous racontrait avec un sourire vainqueur que le dimanche précédent il avait pu se livrer de 7 h. du matin à 7 h. du soir à une pêche au saumon au lancer, pêche sportive, qui exige des déplacements incessants et des mouvements assez violents. Le soir, aucune fatigue, aucun gonflement douloureux : ses articulations métatarsiennes et phalangiennes étaient décidément débarassées de tout encrassage goutteux.

Cette manifestation goutteuse franche, précédée de deux ans par des symptômes insidieux, fait penser à la remarque de Brodie, que beaucoup de malades souffrant d'affections locales mal définies ne sont que des goutteux en puissance.

Mais de nos observations personnelles, comme de celles qui nous avons vu produire par d'autres auteurs (1), il ressort que nous possédons avec le phénylcinchoninate d'allyle, ou atoquinol, un médicament de haute valeur par les modifications qu'il détermine dans le chimisme humoral du goutteux, du rhumatisant et, d'une façon plus générale, de l'uricémique. Ces modifications qui se traduisent par une augmentation momentanée et transitoire du taux urique et cholestérinique sanguin (2), puis, secondairement, par une diminution de ce taux, l'abaissement du seuil rénal et l'élévation de la courbe d'élimination urinaire, ne peuvent qu'orienter le malade vers un processus de guérison, qu'aidera et renforcera encore l'hygiène générale et la diététique.

Nous nous sommes toujours bien trouvés chez les aigus d'une posologie variant de 1 à 3 grammes par jour, pris en 2 ou 6 cachets à 0 gr. 50 ; ce traitement, institué dès la période prodromique, provoque généralement l'avortement de l'accès. Préventivement nous donnons chaque mois, pendant dix jours consécutifs, un cachet de 0 gr. 50 le matin avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian ; sous l'influence de cette médication intercalaire et préventive de grands goutteux à crises incessantes ont pu voir cesser complètement leurs crises aiguës ; d'anciens rhumatisants ont récupéré une souplesse musculaire et articulaire avec impression de juvénilité qu'ils ne connaissaient plus depuis longtemps.

Nous avons, en outre, la conviction que le traitement atoquinolique, en remontant plus haut que tout autre dans la causalité biologique de l'hyperuricémie et de ses accidents, s'oppose aux métastases toujours redoutables de la goutte dite « rentrée », c'est-à-dire rétrocédée par les médications jugulatrices de l'accès.

---

(1) Entre autres : FORGE. Une auto-observation de rhumatisme goutteux, effet du traitement par l'atoquinol (*Courrier médical*, 12 juillet 1925). Et le Dr B., dont nous venons de narrer l'observation à peu près comme il nous la conta, ajoutait qu'ayant voulu faire bénéficier certains de ses malades de la médication atoquinolique, il en avait obtenu les meilleurs résultats dans un cas de rhumatisme déformant des doigts.

(2) C'est dans ce sens que l'on a pu dire que le traitement par l'atoquinol réalise chez le goutteux en imminence d'accès, « l'effet de l'accès sans l'accès », le taux urique sanguin s'élevant au cours de celui-ci, puis diminuant ensuite par décharge rénale (Cf. M. REYNAUD. Le phénylcinchoninate d'allyle, solvant de l'acide urique, thèse Paris 1925, Jouve et Cie, édit.).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les indications de la cholécystostomie, opération d'urgence, de prévoyance, de nécessité.

Pour le Dr Jean Berger, ces trois qualificatifs résument bien les indications de la cholécystostomie, opération facile et rapide, pouvant être faite sous l'anesthésie locale, quand l'état général est mauvais. Le principal reproche qu'on lui fasse est de ne pas constituer toujours une cure définitive des accidents qui l'ont motivée. Cependant, chez un malade ayant présenté des accidents infectieux, qui peuvent être appelés à se reproduire, elle permet de drainer à nouveau les voies biliaires, et sert de conducteur au cours d'une nouvelle opération éventuelle, que la cholécystectomie rendrait extrêmement grave et laborieuse.

Dans les interventions « à chaud », pour cholécystite ou angio-cholite aiguës, qu'elles soient calculeuses ou non, il faut pratiquer la cholécystostomie avec drainage extérieur ; ce n'est qu'au cas où l'on trouve une gangrène de la vésicule que l'on conseille la cholécystectomie, si toutefois cette dernière opération est réalisable sans trop de difficultés.

Dans les opérations pour cholécystites, « à froid », sans accidents infectieux actuels, et en général lithiasiques, l'auteur fait le plus souvent la cholécystectomie, en ayant, néanmoins, recours à la cholécystotomie dans tous les cas où la cholécystectomie paraît dangereuse à cause des adhérences, ou encore lorsque le diagnostic est incertain au moment de l'intervention. (*La Presse médicale*, 2 septembre 1925.)

Le pseudo-rétrécissement mitral fonctionnel des basedowiens.

G. Bickel rappelle la possibilité de l'apparition à différentes périodes de l'évolution de la maladie de Basedow, de troubles cardiaques graves pouvant aboutir à l'asystolie. Il ajoute que cette affection est susceptible de réaliser, avec une prédilection spéciale et avec une pureté parfois surprenante, le tableau clinique considéré comme pathognomonique d'une sténose mitrale.

Mais la sténose mitrale fonctionnelle de la maladie de Basedow ou du goitre basedowifié diffère cliniquement du pseudo-rétrécissement mitral des névropathes et des chlorotiques ; en effet, tandis que ce dernier est complètement bénin, tandis qu'il finit presque toujours une fois ou l'autre par disparaître et qu'il n'aboutit jamais à l'asystolie ou à la dégénérescence du myocarde, il n'est pas rare de voir le pseudo-rétrécissement mitral des basedowiens s'accompagner de signes d'hyposystolie légère, se compliquer ensuite de phénomènes arythmiques marqués et même d'une défaillance complète du myocarde.

Cette évolution relativement sévère, paradoxale à première vue, puisqu'il s'agit d'un trouble purement fonctionnel, s'explique parce que la maladie de Basedow, en même temps qu'elle détermine la perturbation fonctionnelle de l'appareil auriculo-ventriculaire qui donne l'illusion d'une sténose organique, s'attaque au myocarde et à ses nerfs. Par le déséquilibre profond qu'elle engendre dans le domaine du système nerveux extra-cardiaque, par l'intoxication prolongée de la fibre contractile que réalise la viciation de la sécrétion thyroïdienne, par le surmenage qu'impose au myocarde la tachycardie, la maladie de Basedow crée au niveau du cœur un état de déchéance progressive, qui, se surajoutant au pseudo-rétrécissement mitral, pourra en paraître à tort la conséquence, alors qu'il ne représente en réalité qu'une manifestation simultanée et beaucoup plus sévère d'une même cause, la dysthyroïdie.

Quelques particularités permettront parfois de reconnaître le caractère fonctionnel de ce trouble. C'est tout d'abord le fait que le frémissement et le roulement sont relativement courts, exclusivement présystoliques, et qu'ils n'empiètent jamais sur la diastole. En outre, le pseudo rétrécissement, en dépendance étroite de la vitesse des battements, ne se développe guère que pour une rapidité donnée ; les signes de sténose disparaissent au rythme normal comme lorsque les battements dépassent le nombre de 120 à 130 à la minute. Enfin, c'est l'absence habituelle des signes attribués à l'induration de la valvule : terminaison soufflante du roulement, dédoublement du second bruit, vibration dure systolique. L'électro-cardiographie ne fournit aucun renseignement spécial.

En dehors des cas typiques, existent d'autres cas frustes (simple frémissement, roulement bref), qui montrent qu'entre le cœur basedowien hyperkinétique banal et la sténose fonctionnelle présystolique tous les intermédiaires existent ; le pseudo-rétrécissement mitral correspond vraisemblablement à l'exagération d'une perturbation cardiaque existant à l'état potentiel chez tout basedowien. (*La Presse médicale*, 29 août 1925.)

Le début de la sclérose en plaques. Son diagnostic précoce.

R. A. Marquezy note qu'en pratique, il est assez exceptionnel de trouver positifs, chez un malade, dès la période initiale, tous les symptômes que peut révéler un examen clinique systématique. Mais il semble qu'on puisse affirmer le diagnostic de sclérose en plaques si l'on peut découvrir l'un quelconque des symptômes suivants: nystagmus, démarche ataxique, troubles de la sensibilité profonde, asynergie et adiadococinésie même légère, décoloration du segment temporal de la papille, abolition du réflexe du voile. La chose est d'autant plus vraie si le malade se plaint en particulier de paresthésies douloureuses au niveau des extrémités des membres (fourmillements, engourdissements).

Les vertiges, le tremblement, les troubles de la parole, les troubles urinaires ne viennent qu'au second plan.

Quant à l'abolition des réflexes cutanés abdominaux, elle ne paraît pas avoir l'importance qu'on tend à lui attribuer habituellement ; quoique plus fréquente dans la sclérose en plaques, elle se retrouve dans nombre de paraplégies spasmodiques.

Enfin le diagnostic doit toujours être complété par la recherche de la dissociation de Bordet-Wassermann-Benjoin, dont on connaît la haute valeur séméiologique.

Les formes oculaires de la sclérose en plaques mises à part, ce sont surtout les formes paraplégiques qui sont les plus difficiles à reconnaître au début, et qu'il faut distinguer des compressions médullaires au début, de la myélite syphilitique (paraplégie d'Erb), etc.

Le diagnostic de la sclérose en plaques au début ; celui de ses formes frustes si nombreuses, présentent un intérêt considérable, car il est profondément regrettable de considérer comme d'ordre névropathique une affection essentiellement organique, à évolution le plus souvent régulièrement progressive, ou d'étiqueter syphilitiques des malades qui n'ont jamais eu de chancre, ou encore de traiter comme pottiques des malades ne présentant pas la moindre compression médullaire. (*Le Bulletin médical*, 29 août 1925.)

L'azoospermie avec intégrité des caractères sexuels secondaires.

Clément Simon a observé deux cas de ce nouveau syndrome glandulaire, qui est probablement d'origine syphilitique héréditaire.

Cette absence de spermatozoïdes dans le sperme, sans troubles des caractères sexuels secondaires (voix, poils pubiens, faciaux, axillaires, développement des organes génitaux et squelette, etc.), montre que la glande exocrine et la glande endocrine peuvent fonctionner indépendamment l'une de l'autre. On peut être infécond, mais non impuissant. Il est, d'ailleurs, de notion banale que les épididymites blennorragiques suppriment la sécrétion des spermatozoïdes, tout en conservant la fonction de la glande interstitielle. On peut donc penser qu'une infection quelconque, la syphilis le plus souvent, à un moment de la vie fœtale ou au cours du développement ultérieur, soit susceptible de détruire les tubes séminifères, tout en respectant la glande endocrine. Il s'agit là, le plus souvent, de lésions définitives, qu'aucun traitement ne peut influencer.

Cette azoospermie n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense ; elle serait plus souvent découverte, si on la recherchait systématiquement dans les ménages involontairement stériles, ou chez les femmes stériles, alors que l'examen gynécologique le plus minutieux ne fait rien découvrir d'anormal. (*La Presse médicale*, 5 septembre 1925.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La rachianesthésie dans l'opération césarienne.

(M. A. Brindeau. — *Académie de médecine* ; 2-3 1926.)

La rachianesthésie est peu employée en obstétrique et cela se conçoit, les anesthésiques généraux étant en général très bien supportés par la femme enceinte. Ce mode d'anesthésie peut cependant rendre ici des services.

M. Brindeau s'y est adressé 232 fois pour des interventions obstétricales. Il a noté qu'il produisait des effets très particuliers : il renforce la contraction et la rétraction utérines, tout en paralysant la zone non contractile du conduit cervico-vulvo-périnéal — phénomènes comparables à ceux obtenus chez les femelles pleines par la section de la moelle lombaire. Ces propriétés sont des plus utiles pour l'opération césarienne ; elles expliquent l'absence presque complète d'hémorrhagie.

M. Brindeau a pratiqué 102 césariennes sous anesthésie rachidienne. Dans un cas seulement l'anesthésie a été nulle et dans huit autres cas insuffisante ; on dut la compléter par quelques bouffées d'éther. L'opération a été notablement facilitée, principalement pour le procédé suprasymphysaire.

L'anesthésie rachidienne chez la femme enceinte

n'est pas cependant sans danger. Sur 232 cas, l'auteur a eu deux morts à déplorer. Ce grave inconvénient doit être mis en balance avec les avantages : absence presque totale d'hémorrhagie, suites opératoires beaucoup plus simples, morbidité faible.

La Maternité-annexe de Baudelocque pour tuberculeuses.

(M. A. COUVELAIRE. — *Académie de médecine* ; 2-3-1926.)

Depuis 1921, la clinique d'accouchements Baudelocque comporte une maternité-annexe pour les femmes enceintes tuberculeuses. Le but de cette institution est à la fois de secourir les femmes et de sauver les enfants sains de la contagion.

M. Couvelaire présente aujourd'hui un aperçu du fonctionnement de cette maternité pendant les quatre années allant de 1922 à 1926. Durant ce laps de temps, 231 malades ont été hospitalisées : 13 sont mortes à la clinique. Sur les 101 admises avant mai 1924, 63 seulement survivaient un an après l'accouchement. Pour ce qui concerne les enfants, leur éloignement de la mère dès la naissance a permis d'éviter de nombreuses contagions.

— M. Léon BERNARD signale l'importance d'une séparation *immédiate* de l'enfant et de la mère tuberculeuse. Un contact de quelques heures avec la mère malade peut suffire à contaminer le nouveau-né. M. Bernard revient, à ce propos, sur la question longuement discutée il y a quelque temps à l'Académie, de la tuberculose chez la femme enceinte. Il reconnaît que trop souvent on constate des réveils de bacillose provoqués par la gestation. Néanmoins, le rôle aggravant de la grossesse ne lui apparaît pas jugé. Forssner, de Stockholm, a établi une statistique de deux groupes de tuberculeuses, les unes n'ayant pas été enceintes, les autres ayant eu des enfants, et il a vu que le premier groupe avait été le plus frappé par la mort.

Le professeur Couvelaire, dans sa communication, a fait allusion à certains cas de débilité, de mort mal expliquée de nourrissons issus de mères tuberculeuses, sans contagion, sans lésions tuberculeuses visibles à l'autopsie de l'enfant. Ces morts inexpliquées, observe M. Léon Bernard, demeurent assez mystérieuses, mais l'hérédité bacillaire n'y a pas une action bien appréciable, en tout cas bien établie.

—M. Emile SERGENT, pour ce qui concerne la gravité de la tuberculose chez la femme enceinte, ne se déclare pas convaincu par les statistiques de Forssner. La clinique montre le rôle important de la gestation et de l'accouchement dans les réveils de la tuberculose. Contre cet argument, une statistique n'a qu'une valeur très relative.

La radiographie en urologie au moyen du lipiodol.

(M. LE FUR. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Le Fur présente une série de 52 radiographies intéressantes de l'appareil urinaire ou génital prises au lipiodol, concernant l'urèthre, la vessie, l'appareil excréteur du rein (calices, bassinets, uretères) ainsi que les voies séminales. Les *uréthrographies, cystographies et urétéro-pyélographies* ont le grand avantage de donner une image nette de ces différents conduits ou réservoirs, précisant ainsi la *morphologie* normale ou pathologique de l'appareil excréteur des urines (rétrécissements, dilatations ou poches, abcès caséeux) et fixant le degré de *rétention* au niveau de cet appareil.

Elles permettent aussi d'étudier avec une certaine précision et des conceptions nouvelles, grâce aux radiographies prises en série, la *physiologie normale et pathologique de l'appareil urinaire évacuateur*, soit au niveau de la vessie, soit au niveau des reins (miction vésicale, miction pyélique). Les mêmes recherches peuvent être faites sur les *voies génitales* (épididyme, canal déférent, vésicules séminales) pour en préciser la forme, le degré de perméabilité et le mode d'évacuation. La supériorité du lipiodol consiste dans son opacité considérable, son pouvoir de pénétration remarquable, et son innocuité absolue.

Syphilis nerveuse familiale.

(MM. Georges GUILLAIN, PÉRISSON et THÉVENARD. — *Société médicale des hôpitaux* ; 12-2-1926.)

A propos d'un cas de syphilis nerveuse familiale, M. Georges Guillain soulève à nouveau la question des deux variétés (dermotrope et neurotrope) du tréponème, celle des syphilis nerveuses conjugales et aussi celle du rôle du terrain récepteur du virus spécifique.

Depuis longtemps, Alfred Fournier, Pierre Marie Erb et d'autres syphiligraphes ou neurologistes ont remarqué que la syphilis nerveuse, le tabès et la paralysie générale spécialement, se manifestait fréquemment chez des sujets ayant eu peu d'accidents cutanés. Les travaux expérimentaux de Levaditi et Aug. Marie, ont, d'autre part, incité à penser qu'il existait deux variétés de virus syphilitique : un neurotrope, l'autre dermotrope. La réalité de ces deux virus n'a pas été démontrée, mais les remarques des anciens syphiligraphes (rareté des accidents cutanés dans les cas de syphilis nerveuse) plaident en faveur de cette distinction. Plaident aussi dans le même sens, apparemment du moins, les observations de tabes conjugal, de paralysie générale conjugale, les cas où plusieurs sujets atteints de tabès ou de paralysie générale ont contracté la syphilis à la même source. C'est sur cet ensemble d'arguments qu'a été basée la notion, encore très discutée, du double virus syphilitique, l'un dermotrope, l'autre neurotrope.

La syphilis nerveuse familiale rentre dans le même groupe de faits. Aux exemples antérieurement connus, M. Guillain en ajoute un autre dans lequel un tabès chez le père et chez la mère s'est associé, chez un enfant de quatre ans, au signe d'Argyll-Robertson, avec Wassermann positif.

— M. Hudelo fait remarquer que la fréquence avec laquelle la neurosyphilis se manifeste chez des malades n'ayant eu que des manifestations cutanées minimes a incité certains auteurs, le Dr Bernard, de Bruxelles, en particulier, à conseiller de ne pas traiter la syphilis avant l'apparition des accidents cutanés, pour permettre à l'organisme de fabriquer d'abondants anticorps à la faveur des lésions de la peau. On reprendrait ainsi les anciennes pratiques qui attendaient la roséole avant de commencer le traitement. Aujourd'hui, la règle est d'attaquer le chancre le plus tôt possible par une cure intensive. Reviendrions-nous, en l'exagérant, à la méthode en honneur il y a 30 ans, époque où nous voyions les maîtres de l'hôpital Saint-Louis (1) donner du sirop d'iodure de fer jusqu'à la roséole.

— M. Marcel Pinard trouve le conseil du Dr Raoul Bernard un peu paradoxal. Il vaut mieux cependant, dit-il, ne pas traiter les malades que de les traiter incorrectement.

— M. Maurice Renaud signale un cas de syphilis nerveuse collatérale : deux frères, syphilitiques, faisant de la syphilis nerveuse.

— M. Sézary a observé une famille comprenant : un père paralytique général, une mère tabétique, une enfant atteinte de pemphigus, puis de gomme du voile du palais ; syphilis neurotrope des parents, dermotrope de l'enfant, sans affinité particulière par conséquent.

— M. Dufour, dans le même ordre d'idées, rappelle la fréquence de l'aortite syphilitique chez les tabétiques.

— M. Queyrat ajoute que cette association a été notée jadis par Grasset, de Montpellier. Elle est commune.

— M. Netter ne croit pas bien solide la distinction entre le tréponème neurotrope et le dermotrope.

— M. Sicard enregistre les contradictions nombreuses rencontrées dans cette question de la neurotropie syphilitique. L'auteur a l'habitude de toujours rechercher le Wassermann du sang du conjoint, dans les cas de paralysie générale ou de tabès. Il l'a trouvé positif quelquefois, mais sans nul signe de syphilis nerveuse.

— M. Jeanselme note que la règle selon laquelle le tabès et la paralysie générale se voient dans des syphilis à accidents cutanés peu bruyants souffre beaucoup d'exceptions. Ses recherches personnelles lui ont montré l'absence de tabès et de paralysie générale chez les indigènes en Extrême-Orient. Le virus d'importation européenne, répandu à profusion dans les ports d'Extrême-Orient, s'il est générateur de syphilis neurotrope, devrait propager celle-ci parmi les indigènes. Or, il n'en est rien. Le blanc, d'autre part, qui contracte la syphilis d'une femme indigène peut devenir plus tard tabétique ou paralytique général. Comme les autres microbes, le tréponème s'adapte à tel organe ou à tel tissu. Il existe des formes de tuberculose systématisée de la peau, des os, etc. ; on ne distingue pas pour cela diverses races de bacilles de Koch.

— M. Flandin rapporte des observations de syphilis conjugale à localisation aortique. Il ne faudrait pas déduire de là une race particulière, aortique, de tréponèmes. C'est plutôt le terrain, créé par la même hérédité, par le même mode d'existence, qu'il faut incriminer pour expliquer ces faits. L'hypothèse de la pluralité des virus syphilitiques ne paraît pas à l'auteur satisfaisante. Le terrain semble avoir plus d'importance que le virus contaminateur, en l'espèce.

— M. Sicard présente, enfin, en opposition à la dualité du virus spécifique, un argument de bon sens. S'il existe vraiment un tréponème neurotrope, comme il reste inclus dans le système nerveux, il devrait être appelé à disparaître, ce qui n'est malheureusement pas la réalité.

(1) Notre regretté maître Du Castel entre autres.

Un sérum antitétanique purifié.

(M. Louis Martin. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1926.)

On hésite quelquefois à faire une injection préventive de sérum antitétanique, par crainte d'accidents sériques, dans des cas de plaie légère du doigt, de piqûre par clou souillé, de lésion traumatique avec solution de continuité d'aspect peu menaçant. Cette abstention a parfois pour conséquence l'éclosion d'un tétanos.

Pour éviter ces tétanos, il faudrait posséder un sérum présentant le minimum de toxicité, qui ne déterminerait d'accidents sériques qu'exceptionnellement. Le sérum contient plusieurs albumines : la sérine, la globuline et la pseudo-globuline. Il est possible de précipiter ces différentes albumines et de s'assurer que l'antitoxine existe dans le précipité de la pseudo-globuline. En employant ce seul précipité, on utilise un sérum purifié, privé de sérine et de globuline, avec lequel les accidents sériques tardifs seront très rares, et les accidents anaphylactiques nuls pour l'injection sous-cutanée.

— M. Proust met en relief l'intérêt de la communication de M. Louis Martin et les horizons nouveaux qu'elle fait entrevoir.

P. L.

Les Congrès

XXVe Congrès Français d'Urologie

(*Paris*, 8-10 *octobre* 1925.)

Le XXVe Congrès français d'urologie s'est ouvert à Paris sous la présidence de M. le professeur Gayet (de Lyon).

Les membres correspondants étrangers avaient tenu à venir nombreux à l'occasion du XXVe anniversaire de la fondation de l'Association. En leur nom le docteur Brongersma (d'Amsterdam) a pris la parole et au nom du Comité international qui s'était réuni à cet effet, il a mis à la disposition de l'Association une somme dont les rentes permettront de décerner des prix destinés à récompenser des travaux importants concernant la science urologique.

M. le professeur Pousson (de Bordeaux), président de l'Association, a exprimé comme il convenait les remerciements de tous pour cet hommage d'estime et de reconnaissance à l'Urologie française.

Une plaquette due au maître graveur Bottée a été frappée à cette occasion ; frappée pour les membres de l'Association, elle présente un magnifique profil du professeur Félix Guyon, premier président (1896-1919).

Un volume de tables général, a été édité par les soins du secrétaire général, où sont classés par noms d'auteurs et par matières tous les rapports, communications et discussions présentées aux différents Congrès français d'urologie depuis l'origine jusqu'à cette même année.

La dérivation haute des urines

Rapport de M. Papin (de Paris).

L'Association française d'urologie m'a fait l'honneur de me confier un rapport sur la dérivation haute des urines.

Je dois d'abord indiquer brièvement de quelle façon j'ai compris la question, et dans quelles limites j'ai cru bon de me tenir.

La dérivation des urines au-dessus de la vessie peut être pratiquée soit pour drainer les reins, soit pour exclure la vessie. J'ai laissé de côté délibérément tout ce qui concerne le drainage des reins infectés, et j'ai fait en quelque sorte du terme « dérivation haute des urines » un synonyme d'exclusion de la vessie.

J'ai cependant envisagé rapidement la question de dérivation dans le cas d'obstruction brusque des uretères en certaines affections pelviennes dont le cancer de l'utérus est le type.

La question se trouvait ainsi délimitée. J'ai cru bon de la circonscrire encore en éliminant l'opération de Maydl et les opérations analogues pratiquées dans l'exstrophie de la vessie, et qui ne sont pas la véritable dérivation, mais la constitution d'un véritable cloaque.

J'ai divisé mon rapport en deux parties : dans la première partie j'étudie les méthodes de dérivation haute dans leur technique et leurs résultats ; dans la seconde j'envisage les applications de cette méthode dans les différentes affections urinaires où elle paraît indiquée.

La dérivation des urines peut être obtenue par deux procédés : soit par néphrostomie, soit par greffe urétérale à la peau ou dans un viscère.

De la néphrostomie je dirai peu de chose : c'est une opération bien connue, elle a le défaut d'être sanglante ; aussi doit-on préférer les méthodes qui respectent au maximum le parenchyme rénal. On peut faire la néphrostomie tout d'abord en dedans, ou de dedans en dehors d'après les techniques que vous trouverez décrites en détail dans le rapport.

Un point de vue qui a été discuté, c'est de savoir si on doit pratiquer la section et la ligature de l'uretère dans la néphrostomie définitive ; c'était l'avis formel d'Albarran, et c'est aussi le nôtre.

Les objections qu'on peut faire à la néphrostomie sont tout d'abord les lésions qu'elle provoque du côté du parenchyme rénal, le drainage fait à contre-sens, et l'appareil forcément mal placé puisqu'il ne peut être surveillé directement par le malade.

Avant de traiter des différentes greffes urétérales j'envisagerai dans leur ensemble ce que j'ai appelé les conditions biologiques de ces greffes. Il y a quatre questions à résoudre :

1° L'uretère isolé peut-il vivre sans danger de nécrose ?

Nos connaissances sur la circulation artérielle de l'uretère, sur la disposition de sa gaine vasculaire et des rameaux afférents, ainsi que les expériences faites par Margarucci et Sampson suffisent à montrer que l'uretère isolé ne se nécrose pas à condition qu'on ne le sépare pas de sa gaine conjonctive.

2° Cet uretère isolé peut-il fonctionner de façon à peu près normale ?

Lorsqu'on sectionne transversalement un uretère et qu'on le suture ensuite, comme l'a fait Alskne, on voit que l'onde péristaltique est arrêtée au niveau de la cicatrice et qu'il faut plusieurs ondes pour franchir cet obstacle.

D'autre part nous savons que l'uretère séparé du rein après néphrectomie continue à fonctionner, mais d'une façon anormale. Il en est de même pour l'uretère isolé de ses connexions avec la vessie.

Tout ce que nous savons de la physiologie de l'uretère nous permet de dire que l'isolement de cet or-

gane de ses connexions habituelles, et particulièrement sa séparation d'avec le rein et d'avec la vessie ont pour effet de troubler son fonctionnement. L'uretère devient atone, il se dilate et ses contractions sont plus lentes et plus rares.

Les opérations de greffes urétérales semblent donc devoir provoquer une certaine atonie de l'uretère, mais il faut dire immédiatement que cette atonie existe presque toujours d'avance dans les cas où la greffe urétérale est indiquée, et celle-ci ne l'augmente guère.

3° Peut-on éviter la dilatation de l'uretère et du bassinet, et l'atrophie du rein ?

Il est impossible, comme nous venons de le dire, d'éviter la dilatation par atonie, mais celle-ci est très lente ; ce qu'on peut, et ce qu'on doit éviter c'est la dilatation par rétrécissement ou coudure qui est rapidement progressive.

4° Peut-on éviter l'infection ascendante ?

Tous les procédés, qu'il s'agisse de l'implantation du trigone ou de celle de l'uretère ou de la collerette de muqueuse sont impuissants à éviter l'infection ascendante. Mais d'autre part l'expérience a démontré que le reflux vers le bassinet ne s'oppose pas forcément à l'infection ascendante. La condition la plus favorisante de l'infection c'est encore la dilatation de l'uretère.

L'implantation des uretères à la peau employée par les gynécologues au début, à la suite d'accidents opératoires, a été appliquée ensuite délibérément comme procédé d'exclusion vésicale, notamment par Rovsing, par Fenwick et par moi-même avec M. Legueu. Des expériences nombreuses ont été faites sur les animaux ; j'en ai pratiqué moi-même un certain nombre que j'ai résumées dans mon rapport. Ces expériences sont sans valeur, car les animaux ne réagissent pas comme l'homme. L'expérience humaine est aujourd'hui suffisamment grande pour que la greffe de l'uretère à la peau puisse être considérée comme une opération relativement peu dangereuse. Cette greffe peut se faire à la région hypogastrique, dans le flanc, à la région lombaire ou à la région iliaque. C'est cette dernière région qui me paraît la plus favorable ; voici comment je pratique cette opération :

Incision recto-curviligne ayant son centre à deux grands travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision du grand oblique. Ecartement des muscles larges. Refoulement du péritoine, découverte de l'uretère, on le décolle en bas le plus loin possible, et on le sectionne au-dessus d'une ligature. Le segment supérieur est amené au milieu de la plaie sans tiraillement et on le laisse pendre naturellement. Une sonde est placée dans l'uretère qu'on lie sur la sonde ; on suture le grand oblique et la peau et on fixe l'uretère à la peau par un petit fil latéral. Pansement au tulle gras Lumière. Maintien de la sonde en la changeant jusqu'à cicatrisation.

Après guérison on applique un appareil formé d'une cupule garnie d'un pneumatique et fixé par une ceinture ; deux tubes amènent l'urine, l'un en bas dans la station debout, l'autre latéralement dans la station couchée.

L'urétérostomie est une opération définitive sans espoir de réfection ultérieure ; on ne doit la proposer que lorsqu'aucun autre traitement ne semble possible. Elle est compatible avec une longue survie. Parmi mes opérés l'un d'eux a subi cette intervention il y a plus de cinq ans. J'ai donné dans mon rapport son observation complète, car ayant pu l'examiner au bout de trois années j'ai montré que les urines des deux côtés étaient aseptiques, que la concentration minima atteignait presque 30 p. 1000, enfin que la dilatation des uretères à la pyélographie était peu marquée. Il est donc faux de prétendre que l'implantation des uretères à la peau conduit fatalement à la perte du rein.

Les implantations dans l'urètre sont à rejeter ; elles n'ont donné que des échecs ; l'implantation dans le vagin est de plus en plus abandonnée, malgré quelques beaux résultats. Plus intéressante est l'implantation dans l'intestin, car elle a le grand avantage d'éviter le port d'un appareil. Malheureusement cette opération est tellement grave que beaucoup de chirurgiens l'ont abandonnée.

Ici encore on ne peut tirer presque aucun enseignement des expériences sur les animaux ; la mortalité est ici effroyable ; un seul fait s'en dégage ; c'est que l'implantation bilatérale en un temps est toujours mortelle, tandis que l'implantation unilatérale peut être supportée.

Les résultats chez l'homme, bien que mauvais dans l'ensemble, sont très supérieurs à ceux qu'on obtient chez les animaux. Il faut toujours choisir un gros intestin, de préférence l'S. iliaque ou le rectum, plus rarement le côlon ou le cæcum.

Les techniques primitives, comme celle de Chaput avec les perfectionnements qui ont été apportés ensuite, sont mauvaises et ont donné peu de résultats.

Les modifications les plus intéressantes sont celles qui ont été apportées par Mirotworzeff et par Coffey. Le premier enfouit l'uretère dans la paroi intestinale plissée; le second le place entre la musculeuse et la muqueuse. J'ai modifié moi-même la technique de Coffey pour obtenir d'une façon plus simple le passage de l'uretère entre la musculeuse et la muqueuse de l'intestin.

En dehors de la technique proprement dite de l'implantation, il faut signaler les efforts faits par beaucoup de chirurgiens pour obtenir une exclusion totale ou partielle de l'anse intestinale, où les uretères ont été implantés. Il y a deux séries de méthodes :

1° L'implantation d'une anse partiellement exclue. Ce sont les procédés de Borelius, Berglund, de Mysch, de Muller, de Descomps, de Goldenberg et de Berg.

2° L'implantation dans une anse totalement exclue. Mauclaire a eu l'idée d'exclure le rectum par un anus iliaque et d'implanter les uretères au-des-

sous. D'autres chirurgiens ont essayé de faire une nouvelle vessie à l'aide d'un fragment d'intestin amené à côté du rectum devant ou derrière, mais en dedans du sphincter anal.

L'utilisation du cæcum comme vessie artificielle, imaginée par Verhoogen, a été exécutée avec succès par Lengemann. Enfin, il faut signaler toute une série d'opérations extrapéritonéales dans lesquelles les uretères ont été implantés dans le rectum ; c'est le procédé de Peters Buchalnan.

Quelle que soit la méthode employée les accidents de l'implantation intestinale sont fréquents et graves. Les accidents immédiats sont la péritonite très fréquente, la pyélonéphrite aiguë beaucoup plus rare, l'anurie, enfin, qui est peut-être l'accident le plus fréquent bien qu'on l'ait ignoré jusqu'ici ; cette anurie se produit dans l'implantation bilatérale en un temps ; elle est due au gonflement inflammatoire de la bouche ; on l'évite en opérant en deux temps comme le conseillent les Mayo. D'une façon générale, la mortalité par implantation intestinale des uretères dépasse 50 p. 100, et si l'on considère les résultats des dernières années, ceux-ci sont bien meilleurs, particulièrement ceux obtenus en Russie et en Amérique.

Si l'opération a réussi, le rein peut secondairement être infecté ou subir une atrophie progressive. J'attirerai l'attention sur les trois points suivants :

1° Les procédés d'exclusion de l'intestin, la constitution de valvules, l'opération de Maydl ne mettent pas à l'abri de l'infection ascendante.

2° La destruction de la valvule urétéro-vésicale ne provoque pas forcément l'infection ascendante.

3° L'infection du rein ne se fait pas toujours par voie ascendante, elle peut se faire par résorption et par voie sanguine ; c'est l'atonie de l'uretère et sa dilatation qui constituent le principal danger ; les moyens employés pour s'opposer au reflux ont le grand inconvénient de provoquer cette dilatation.

On ne discute plus la question de savoir si l'intestin peut supporter le contact de l'urine : c'est un fait aujourd'hui démontré; l'examen rectoscopique pratiqué plusieurs fois a montré le bon fonctionnement des uretères.

La dérivation des urines est employée dans quatre cas :

1° Dans la cystectomie totale ; la dérivation est ici, en effet, une question essentielle ; sur 181 cas de cystectomie totale que j'ai réunis j'ai pu, dans 163 cas, préciser exactement la technique suivie. La néphrectomie a été pratiquée dans 9 cas avec 8 guérisons ; l'urétérostomie à l'hypogastre a été faite dans 25 cas avec 17 guérisons et 8 morts ; l'urétérostomie cutanée a été faite par voie lombaire 24 fois avec 16 guérisons et 8 morts, par la voie iliaque ou latérale dans 8 cas avec 2 morts.

Ainsi sur un total de 66 dérivations cutanées, nous avons 47 guérisons et 19 morts, soit une mortalité globale de 28,7 p. 100.

La dérivation intestinale a été pratiquée dans l'S. iliaque 43 fois avec 24 morts, dans le rectum 27 fois avec 15 morts, dans le côlon et le cæcum 9 fois avec 7 morts, dans l'intestin grêle 2 fois avec 2 morts soit un total de 81 cas avec 48 morts, c'est-à-dire une mortalité de 59,2 p. 100.

Malgré les progrès récents de la technique qui ont amélioré les résultats, ceux-ci restent encore très inférieurs à ceux de la dérivation cutanée.

La dérivation vers le vagin a été faite 13 fois avec 6 guérisons, 6 morts et 1 résultat non indiqué, soit 50 p. 100 de mortalité. Quant à la dérivation dans l'urètre il y a 8 morts pour 8 cas. Cette méthode doit donc être définitivement abandonnée.

Une question fort importante c'est la division des temps opératoires ; les différentes techniques employées sont les suivantes :

1° Cystectomie totale suivie d'abouchement au gros intestin en un temps ;

2° Implantation de l'uretère à l'intestin, et dans un deuxième temps cystectomie ;

3° Implantation séparée des uretères en deux temps, et plus tard cystectomie ;

4° Anus iliaque ; implantation des uretères et cystectomie en trois temps séparés.

La question de l'anus iliaque, à première vue très séduisante, n'a pas grand intérêt ; ce qui paraît bien plus important c'est l'implantation séparée des uretères suivie de cystectomie.

L'exclusion de la vessie a pour but de mettre cet organe au repos ; la cystostomie ne donne qu'un repos relatif. L'exclusion donne un repos absolu.

L'exclusion de la vessie est indiquée :

1° Dans les tumeurs inopérables de la vessie ;

2° Dans la tuberculose vésicale.

Dans les tumeurs inopérables de la vessie l'exclusion constitue à elle seule un bon traitement palliatif ; les deux seules méthodes possibles sont la dérivation cutanée et la dérivation intestinale. J'ai recueilli 45 observations de ce genre.

Implantation dans l'intestin...	18 cas	10 morts
Double néphrostomie.........	5 cas	1 mort
Double urétérostomie	22 cas	7 morts
Total	45 cas	18 morts

Cette mortalité est assez élevée, mais il s'agit de malades en très mauvais état, la plupart du temps même en plus mauvais état qu'il ne semble.

Dans la tuberculose vésicale rebelle à tout traitement on ne peut que mettre la vessie au repos, ce qu'on n'obtient pas par la cystostomie sus-pubienne.

La dérivation haute qui exclut la vessie supprime la douleur.

Ici encore on a le choix entre la dérivation cutanée et la dérivation intestinale.

La néphrectomie faite à travers le rein malade ne donne pas toujours de résultats satisfaisants ; elle a été pratiquée 8 fois avec 5 cas de mort.

L'implantation intestinale a été faite 8 fois avec

5 morts et 3 guérisons ; il me semble que la préférence doit être donnée à l'urétérostomie cutanée ; cette opération a été faite par voie lombaire 4 fois, par voie iliaque 6 fois ; je n'ai pu apprécier la technique suivie dans les 12 cas de Key ; sur ses 12 malades il n'y a eu qu'une mort.

Depuis que j'ai rédigé ce rapport j'ai encore opéré un autre cas avec succès.

La dérivation des urines peut être pratiquée pour insuffisance anatomique et fonctionnelle, c'est-à-dire dans les fistules vésico-vaginales et dans l'exstrophie de la vessie.

Dans les fistules vésico-vaginales cette opération est rarement pratiquée chez nous ; c'est en Russie que j'ai trouvé une statistique considérable qui, d'ailleurs, présente une mortalité assez élevée.

Je ne puis entamer ici la discussion sur la curabilité des fistules vésico-vaginales. Dans l'exstrophie de la vessie si l'on adopte la méthode de la dérivation, celle-ci peut se faire dans l'intestin ou à la peau.

La dérivation vers l'intestin s'est presque entièrement réduite à la méthode de Maydl pendant quelques années, mais ce n'est pas une dilatation haute à proprement parler. On s'est vite aperçu que cette méthode qui donnait une forte mortalité ne justifiait pas l'espoir qu'on avait mis en elle de supprimer l'atonie de l'uretère et l'infection ascendante. On en revient donc aujourd'hui à l'implantation intestinale des uretères séparés ; sur 37 cas que j'ai réunis, il y a eu 9 morts et 28 guérisons.

Les Mayo ont une statistique personnelle remarquable, car sur 135 cas ils n'ont eu qu'une mort en opérant en deux temps séparés. Les chirurgiens russes, au contraire, apportent une statistique de 98 cas avec 37 guérisons seulement et 61 morts ; il faut donc attribuer à la technique des Mayo opérant en deux temps les succès qu'ils ont obtenus.

A cette opération pourtant grave on peut opposer l'urétérostomie cutanée qui permet le port d'un bon appareil et qui, pratiquée 4 fois dont 3 fois par moi-même, a donné 4 guérisons.

La dérivation, enfin, peut être faite dans le cas d'étranglement bilatéral des uretères ; ici il n'y a que deux méthodes : la néphrostomie et l'urétérostomie que j'ai pratiquée avec succès, en pareil cas, et qui permet le port d'un bon appareil.

La dérivation des urines peut être obtenue par deux méthodes, soit par dérivation cutanée, soit par dérivation intestinale. La dérivation cutanée est une opération simple et peu dangereuse et donnant de bons résultats. La dérivation intestinale plus élégante, présente de gros dangers immédiats.

La première méthode a l'inconvénient d'obliger au port d'un appareil qui, si parfait qu'il soit, constitue une grosse gêne pour le malade. L'implantation intestinale, au contraire, réalise en quelque sorte la formation d'une nouvelle vessie aux dépens de l'intestin.

La dérivation cutanée me paraît s'imposer dans deux cas : tout d'abord chez les sujets atteints de cancers avancés de la vessie qui ne peuvent espérer qu'une courte survie, mais dont on peut soulager les abominables souffrances, puis les malades atteints de tuberculose grave de la vessie, et chez qui un rein a été déjà supprimé ; l'implantation intestinale chez ces malades serait trop grave.

Au contraire, l'implantation intestinale me paraît devoir être réservée aux sujets atteints d'exstrophie vésicale ou de fistules vésico-vaginales incurables. Chez ces malades l'opération sera toujours pratiquée en deux temps.

La dérivation haute des urines est toujours une opération palliative excellente, la meilleure de toutes, bien supérieure à la cystostomie ; mais elle peut aussi précéder l'opération radicale, je veux dire la cystectomie totale. Je ne veux pas ici discuter cette question de la cystectomie totale, mais devant la faillite de tous les autres procédés de traitement, y compris le radium et la radiothérapie profonde, je pense qu'il faut chercher la seule chance de salut dans une opération précoce et radicale allant délibérément jusqu'au sacrifice de la vessie.

Les Livres

Imprimerie TANCREDE, Paris.

Troisième Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. — Comptes rendus des séances, publiés sous la direction de MM. UZAC, médecin principal de 1re classe, MAISONNET et GAUTHIER, médecins majors. Un volume illustré de 700 pages.

On se souveint du légitime succès remporté par le IIe Congrès de médecine militaire qui se tint à Paris il y a environ un an. Le volume qui vient de paraître, à la diligence de la direction du Service de Santé au Ministère de la guerre, en donne un compte rendu fidèle et complet, et en publie *in extenso* tous les rapports dont les conclusions sont imprimées en français, en anglais, en italien et en espagnol.

On relira avec intérêt l'exposé des grandes questions rapportées à ce Congrès, et la spécialisation technique comme base du fonctionnement du service, et la sélection du contingent et la tuberculose, et l'évolution et le traitement des arthrites traumatiques, et l'analyse du matériel de pansements et de sutures.

Parmi les vœux qui ont été adoptés, il y a lieu de mettre en évidence celui que l'Assemblée a émis, à la fin du Congrès, sur l'initiative du médecin inspecteur général VINCENT, professeur au Collège de France, et des membres du Comité permanent, dont voici le texte :

« Pour permettre la continuité des efforts et assurer la solidarité la plus étroite entre les membres du Service de santé des armées de terre et de mer des différentes nations, c'est-à-dire médecins, pharmaciens et officiers d'administration, il serait hautement désirable de fonder une association internationale de médecine militaire. Le Congrès demande au Service de Santé de l'armée française de bien vouloir mettre en œuvre la réalisation de ce vœu. »

Septimanie. — *Revue dirigée et rédigée par le* Dr Duplessis de Pouzilhac. Nous avons reçu le superbe numéro de Noël 1925 et du 1er janvier 1926 de la Revue *Septimanie* que dirige et que rédige avec son talent bien connu, notre distingué confrère Paul Duplessis de Pouzilhac, de Narbonne.

Septimanie est à la fois un titre et un programme. Qu'il évoque la septième légion romaine qui, à l'époque d'Auguste, colonisa la Ire Narbonnaise, ou qu'il rappelle les sept cités florissantes qui firent la gloire et la richesse de cette province : Narbonne, Agde, Béziers, Magnelonne, Carcassonne, Elne et Lodève, ce mot de Septimanie a une signification bien précise : il indique le pays qui s'étend des Cévennes et des Pyrénées à la mer. Tour à tour occupé par les Romains, les Wisigoths, les Sarrazins, il fut de très bonne heure rattaché à la France et forma une marche française au seuil des pays catalans et espagnols.

La Septimanie est dans le Midi sub-pyrénéen ce que la Provence est restée dans le Midi subalpin, une région, certes bien française, mais qui a su conserver son esprit régional, ses talents artistiques et son parler savoureux, la pure langue d'oc, la langue des troubadours.

Le numéro de Noël de *Septimanie* est une publication luxueuse, très originalement illustrée par des artistes de talent dont les noms méritent d'être cités : Benno-Vigny, Honoré Broutelle, Paul Castéla, A. Copieux, G. Delatousche, Grandjean, Lapujade, Lemar, Henri Martin, Louis Neillot, Jane Rouquet d'Hondt et Achille Rouquet. Les bois de ces graveurs vigoureux et habiles, dont certains, hors texte, sont de véritables chefs-d'œuvre, donnent un caractère tout spécial à cette revue, éditée par le maître-imprimeur M. Montane, sur papier de luxe. *Septimanie* ne saurait en rien être comparée aux autres publications similaires de notre époque où la plate et économique photogravure s'est substituée aux chefs-d'œuvre du burin et de la pointe.

Le texte débute par trois beaux contes du Dr Duplessis de Pouzilhac, suivis d'une légende en vers français de Paul Castéla, illustrée par le poète lui-même, une ode de Baudassé, *Automne sur la montagne*, les *Propos du docteur Campagnou*, par Paul Voivenel, etc., etc. Signalons encore en vers languedocien l'*Odo à la Cevena*, de Delmont-Delascabras et le *Roundel d e Nadal*, de Jean Camp.

Nous félicitons vivement le Dr Duplessis de Pouzilhac de faire revivre aussi brillamment la Septimanie. Nous nous rendons compte des difficultés que lui et ses collaborateurs ont dû surmonter pour arriver à éditer une publication aussi belle et à composer un fascicule aussi artistique que le numéro de Noël qui mérite d'être conservé avec soin parmi les éditions précieuses.

J. Noir.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin.

R. Porak. — **La diurèse.** — *Une nouvelle méthode d'exploration.* (In-16, 248 p., 76 graphiques . Prix : 15 fr.).

Arthur Leclercq. — **Les angines de poitrine et leur traitement.** (Collection des maladies de la cinquantaine). (Un vol. 192 p., avec fig. Prix : 15 fr.).

Chez Vigot.

J. Thomas. — **Trois conférences sur le cancer,** préface du Pr Richet. (In-8, 96 p., 6 fr.).

Mme le Dr A. Panayotatou. — **L'amibiase intestinale et ses localisations extra-intestinales.** (In-8, 160 p., 3 fig. Prix : 12 fr.).

A la librairie agricole de la Maison Rustique
26, rue Jacob.

J. Vercier, professeur d'arboriculture à Dijon. — **Le Cassis, histoire, culture, débouchés, industrie,** 4e édition. (Un vol. 154 p., avec fig. Prix : 6 fr.).

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ORDRE DES MÉDECINS

A l'Assemblée générale du Syndicat des médecins de Toulouse, tenue le 10 décembre 1925, M. le Dr Aversenq a fait une communication dans laquelle il soulève de nouveau la question de l'Ordre des médecins, qui lui tient particulièrement à cœur. Au cours de cette communication, je lis cette phrase où je suis personnellement mis en cause :

« Il faut bien que ces vérités apparaissent évidentes, puisque nous avons vu non seulement de bons syndicalistes, comme Levassort et Renon, se rallier à l'idée d'un Ordre (chambre disciplinaire ou autre), mais encore un adversaire résolu de nos projets, Duchesne, consentir à la constitution de Commissions médicales régionales . . . élues par les Syndicats au prorata du nombre de leurs membres, et dont la juridiction s'étendrait aux non syndiqués. Il faut lire ce projet pour admirer son caractère *tyrannique* et apprécier l'autorité de l'Ordre. Mais, ne retenons ici que l'importante concession que M. Duchesne nous fait. C'est tout uniquement la juridiction syndicale obligatoire qu'il propose. Mais l'obligation est incompatible, nous le savons, avec l'idée syndicale dont la base et la raison d'être est la liberté. La fameuse formule «le Syndicat suffit» serait donc fausse ? Triste, mais trop vraie constatation ».

C'est bien la première fois que je me vois accuser de tyrannie, et j'en suis resté quelque temps confondu. Et puis, j'ai eu la curiosité de relire mot pour mot ma conception et celle de M. Aversenq. Les voici juxtaposées : rien de meilleur que ces comparaisons pour faire éclater la justesse ou l'exagération des critiques.

Texte Aversenq

Le Conseil de l'Ordre *poursuit* et *réprime* d'office, ou sur les plaintes qui lui sont adressées les infractions ou les fautes commises par les médecins inscrits au tableau ou leurs remplaçants autorisés.

Il applique, suivant la gravité des manquements aux règles de la déontologie, les peines disciplinaires suivantes :

L'avertissement ;

Le blâme avec ou non l'affichage intérieur, avec ou non la suspension du droit de vote et de l'éligibilité, ne pouvant excéder dix ans ;

L'amende, pouvant se combiner ou non avec la précédente peine ;

L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer toutes missions judiciaires, toutes fonctions médicales ou d'enseignement conférées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, d'assurance, etc.

Cette interdiction sera limitée à la région. Elle ne peut être appliquée qu'en cas de récidive.

La suspension du droit d'exercer la médecine, pour un an ou plus ;

La radiation du tableau.

La suspension et la radiation sont limitées à la région. Elles ne peuvent être appliquées qu'en cas de récidive ou après condamnations prévues par l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892. L'exercice de la médecine, pendant les périodes de suspension ou après la radiation passée en force de chose jugée, est puni des peines de l'exercice illégal.

Texte Duchesne.

Toutes les fois qu'un médecin est l'objet de poursuites pour une faute de droit commun commise dans l'exercice de sa profession, les commissions médicales régionales sont obligatoirement *consultées* par le Ministère public qui les saisit des poursuites en cours. Elles mènent leur enquête, sur pièces ou les parties entendues, ordonnent toutes les comparutions qu'elles jugent nécessaires, se font représenter aux expertises ordonnées. Elles fournissent ensuite au Tribunal saisi un rapport dont les conclusions se prononcent exclusivement sur la culpabilité et sur son degré, ou la non culpabilité du prévenu.

A l'égard des fautes strictement *anti-déontologiques*, elles *fonctionnent comme un tribunal du premier degré.* Elles font toutes les enquêtes qu'elles jugent nécessaires, entendent les parties, les droits de défense de la partie poursuivie étant scrupuleusement respectés. Elles prononcent les sanctions suivantes ;

L'avertissement ;

La réprimande ;

Le blâme ;

L'amende ;

La suspension temporaire ou définitive du droit d'exercer aucune fonction professionnelle publique, ni de délivrer aucun certificat pour l'autorité judiciaire, aussi bien que pour l'exécution des lois d'assistance, d'accidents du travail et de toutes celles qui prévoient une organisation de soins.

Les Commissions médicales régionales ont, dans leurs attributions, la taxation des états d'honoraires, quand elles en sont requises par l'autorité judiciaire ou administrative. Dans les contestations d'honoraires qui surgissent entre médecins et clients, elles fonctionnent comme *Tribunal d'arbitrage*.

Puisque le mot de tyrannie a été prononcé, je demande qu'après avoir scruté attentivement les textes juxtaposés qui précèdent, on dise impartialement de quel côté elle se trouve.

La Commission, telle que je la conçois, est d'abord consultative ; elle est Commission d'enquête, Commission d'arbitrage. Et ce n'est qu'en

dernier ressort qu'elle devient Tribunal répressif, dans certains cas nettement définis. Quand elle fonctionne ainsi, elle dispose d'une échelle de peines dont la plus grave est la suspension ou l'interdiction d'exercer la *médecine publique* ou la *médecine sociale* : on sait ce que cela veut dire.

Dans le projet de M. Aversenq, le Conseil de l'Ordre est avant tout et surtout un organe de répression.

Je ne crois pas d'ailleurs, à vrai dire, que le reproche de tyrannie qui m'est fait par M. Aversenq vise le rôle que j'assigne aux Commissions régionales. Ce qui sans doute paraît un abus d'autorité, aux yeux de M. Aversenq, c'est que, dans mon projet, je soumets tous les médecins d'une région, syndiqués ou non, à une juridiction d'émanation purement syndicale.

Or, lorsque j'ai publié ce projet de création de Commissions médicales régionales, le 2 septembre 1923, j'ai pris soin de le faire suivre de commentaires et de réflexions, parmi lesquelles je détache celle-ci :

« Je publie ce projet pour qu'il puisse servir de base à des études et à des discussions. On peut concevoir parfaitement des additions, des amendements à y apporter. »

Et c'est tellement vrai que, trois mois plus tard, le 9 décembre 1923, je proposais de modifier le recrutement des membres des Commissions médicales, de la façon suivante : « Ces membres, disais-je alors, seraient nommés par l'Etat, sur une liste de candidats élus par les Fédérations intersyndicales réunies en Collèges électoraux. » Et j'ajoutais : « En vérité, dès lors que l'Etat intervient pour nommer finalement les membres des Commissions régionales, qu'il choisit parmi une majorité qui se présente avec une organisation bien définie et reconnue par la loi, je ne vois pas en quoi elles mériteraient le reproche d'être formées à l'image des Soviets...?

Le Syndicat a quelque chose d'énorme pour lui, c'est qu'il *existe*, c'est qu'il est *légal*, c'est qu'il *agit*, plus ou moins activement d'ailleurs selon les régions.

C'est avec le Syndicat que les Caisses passeront les contrats nécessaires au fonctionnement de l'assurance sociale (branche maladie). C'est le Syndicat qui établira la liste des médecins parmi lesquels pourra s'exercer limitativement le choix des malades. Cette liste comprendra : 1° tous les membres du Syndicat ; 2° tous autres médecins *non syndiqués*, qui auront adhéré aux conditions du contrat, et qui, par conséquent, auront accepté la juridiction syndicale, en cas de conflits.

Il n'y a pas à dire : ce sont des faits, et des faits qu'il n'est pas permis de négliger quand on discute de la question. Si la juridiction syndicale s'impose à tous ceux qui l'auront acceptée, syndiqués et non syndiqués, dans le cadre de l'assurance maladie, et il en sera ainsi de l'immense majorité, pourquoi cette même juridiction, émanation de l'Etat, mais basée sur une élection d'origine syndicale, ne pourrait-elle être obligatoire pour tous les médecins sans exception ? Si la juridiction est obligatoire, le Syndicat ne l'est pas, et le principe de la liberté d'en faire ou non partie demeure intangible. D'ailleurs, M. Aversenq sent si bien que cette thèse n'est pas, au demeurant, si méprisable qu'il dit lui-même : « Il pourrait arriver, dit M. Lenglet, qu'en quelque endroit, les syndiqués fussent en minorité et que la justice professionnelle fût rendue par des indifférents ou des hostiles. Répondons-lui que rien n'empêcherait de prévoir une disposition qui donnât plus de voix aux syndiqués ou au Syndicat en tant qu'organisme de défense. »

Si les mots n'ont pas deux sens, cela revient à dire que M. Aversenq admet que la majorité pourrait appartenir en fait au Syndicat : est-ce donc tellement différent de mes propres idées ? Surtout si j'ajoute que M. Aversenq dit encore : « Le Syndicat établit le Code déontologique, contrôle son application, poursuit les délinquants devant le Tribunal de l'Ordre... » Quels délinquants ? Les seuls syndiqués, ou tous sans exception ? Tous sans exception, n'est-ce pas ? Et nous voyons M. Aversenq, qui commence par m'accuser de proposer des mesures tyranniques, se rapprocher peu à peu de moi pour en arriver à dire presque la même chose. Car si le Syndicat établit un Code qui s'impose à tous, s'il contrôle son application, s'il poursuit *tous* les délinquants, s'il possède en un mot toutes ces initiatives, tous ces privilèges, toutes ces attributions, son rôle devient tellement prépondérant, à côté du Conseil de l'Ordre où nous avons vu qu'il pourra avoir la majorité d'office, que je ne saisis plus pourquoi mon distingué contradicteur se dit tellement en désaccord avec moi...

Mais à quoi bon dès lors se mettre en frais de dispute ? A quoi bon se dire des choses désagréables, ou qui veulent l'être ? Quel est le résultat de controverses qui emploient de semblables procédés ? Cela tourne à la mode chez nous, et l'on en voit même, de rang élevé, qui semblent se faire une gloire d'injurier ceux qui ne pensent pas comme eux : je ne dis pas cela pour M. Aversenq.

Ils oublient que, selon la forte pensée de Jules Tellier, « l'injure est méprisée des esprits droits, parce qu'elle embrouille et étourdit et qu'elle empêche de saisir le vrai. Et pour le même motif, elle est la ressource favorite des autres. Ce n'est point sans raison que dans le parler du peuple, *malhonnête* et *injurieux* sont synonymes. Rien de plus sûr que la logique inconsciente de la langue ».

Cherchons donc ce qui nous réunit, au lieu de nous battre à propos de ce qui nous sépare. Bien

souvent, sur le plan de l'objectivité, ce qui sépare est tellement ténu, tellement inconsistant, qu'on se demande pourquoi l'accord ne se fait pas plus rapidement et plus complétement. Il est vrai que nous sommes des hommes, avec toutes les faiblesses de notre nature...

Et, sur ce terrain de la discipline professionnelle qui est une nécessité et un besoin, je n'hésite pas à le proclamer, essayons d'harmoniser nos vues, afin d'entrer sans tarder dans le domaine des réalisations pratiques. M. Aversenq prend acte de ce qu'il appelle mes concessions. Qu'il me permette d'enregistrer les siennes, et nous ne serons peut-être plus aussi éloignés les uns des autres.

Qu'y suffit-il ? Beaucoup de bonne volonté, et l'absence de parti pris.

Parmi les réalisations possibles, il en est une sur laquelle je pense qu'il n'y a pas d'opposition, c'est la possibilité d'exclure de la médecine sociale et légale tout médecin reconnu coupable de fautes graves et répétées contre la déontologie. C'est l'avis de M. Verger, de Bordeaux, c'est l'avis de M. Aversenq, c'est le mien, et de tant d'autres avec nous. Sur ce point donc, l'accord existe.

Il cesse, par contre, quand, voulant aller plus loin, M. Aversenq prévoit, comme peine la plus grave, l'interdiction d'exercer la médecine, *toute* la médecine, à temps ou à vie. J'ai tant de fois déjà combattu cette prétention que je n'y reviendrai pas : je ne pourrais que rééditer les arguments que j'ai maintes fois produits.

Je terminerai cependant sur un fait relaté par M. Perrin, de Nancy, grand partisan de l'Ordre superposé, pour ne pas dire opposé, au Syndicat, et ce sera ma conclusion.

Le professeur Perrin cite le cas d'un médecin condamné pour avortements qui, laissé en liberté provisoire, *voit affluer la clientèle et détient le record du maximum d'ordonnances journalières.*

Et je le demande à M. Perrin, et je le demande à M. Aversenq, que ferait de plus le Conseil de l'Ordre des médecins, s'il existait et fonctionnait, que ferait-il de plus que le Tribunal qui a condamné cet avorteur, en lui accordant sans doute le bénéfice du sursis ? Il le rayerait du Tableau, ce qui entraînerait pour lui l'interdiction d'exercer. Et puis ??? Il le poursuivrait pour exercice illégal, ce médecin diplômé, et il obtiendrait une condamnation ; à quoi ? A une amende, dont le condamné se moquerait comme de sa première chemise, ses brillantes affaires lui permettant et au-delà d'en supporter les frais ? A la prison, peine jamais prononcée pour ce délit, et dont l'importance ne dépasse pas *un mois* ? De telle sorte que, sa prison purgée, au bout de 30 jours, le condamné reviendrait, paré d'une auréole, reprendre illégalement sa profession, recevrait plus de malades que jamais, aurait un succès fou, — il l'a déjà ! — laissant au Conseil de l'Ordre, comme consolation, la gloire de s'être couvert de ridicule...

Tant que la répression de l'exercice illégal ne sera pas de l'ordre des travaux forcés, ou tout au moins de la réclusion, il y aura encore de beaux jours pour les illégaux, même médecins. C'est peut-être peu flatteur pour l'humanité, pour son jugement, et pour sa propreté morale. Mais allez donc essayer de la modifier, puisque, comme aurait pu dire Pascal, depuis qu'il y a des médecins, et qui *pansent*, il y a des illégaux, et qui font fortune...

G. DUCHESNE.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

Conflits pour l'augmentation des honoraires médicaux.

Nous découpons dans *Le Populaire*, de Nantes, du 12 février 1926 l'article suivant :

Les Conflits du Travail

La grève des médecins de l'Assistance Publique.

Depuis le 1er janvier 1926, les médecins qui assurent le fonctionnement de l'assistance médicale gratuite en Loire-Inférieure sont en grève. La loi de 1884 leur confère ce droit, comme aux terrassiers, comme à tous les travailleurs qui se réclament de la loi sur les syndicats.

Nous aurions donc mauvaise grâce, dans ce journal surtout, à chicaner les « grévistes » dans la jouissance d'un droit que Waldeck-Rousseau, si je ne m'abuse, voulait universel.

Une tradition voulait naguère que les médecins fussent considérés comme exerçant une sorte de sacerdoce, à l'instar des prêtres des religions qui se disputent le gouvernement des âmes.

Cette tradition est périmée. Les médecins — j'entends par là les seuls grévistes de l'assistance publique et qui sont une minorité — veulent être considérés comme d'ordinaires commerçants. Ils vendent des visites ou des consultations comme Mme Crainquebille vend une botte de radis ou un paquet de choux.

Il me déplairait souverainement de contrarier les honorables médecins qui ont voulu descendre de leur sacerdoce et se mettre à tu et à toi avec Mme Mercanti. Des goûts et des couleurs il ne faut pas discuter ...

Je n'aurais pas déterré cette détestable grève des médecins de quelques médecins, — ils sont 64 sur 216 que compte le corps dévoué assurant l'assistance médicale gratuite — et de l'administration, si les indigents ne devaient faire les frais des divergences survenues, si les indigents n'étaient menacés d'être privés de soins en cas de maladie. Conflit douloureux, je le précise, mais qui n'englobe tout de même pas tous les indigents du département. Ceux de Nantes et de Saint-Nazaire, en effet, en sont exclus puisque dans ces villes un régime spécial leur a été donné. En sont exclus encore tous les assistés clients des médecins restés attachés à leurs fonctions.

Si les prétentions des médecins étaient défendables avant la dernière session du Conseil général, leur intransigeance, — je ne parle bien entendu que des 64 grévistes — est insoutenable aujourd'hui. Surtout après la louable initiative qui avait pour but d'aplanir le conflit et que les syndicats médicaux de la Loire-Inférieure ont repoussée.

Quelle était donc la situation des médecins de l'assistance médicale gratuite avant le conflit ?

C'est le rapport de M. le Préfet de la Loire-Inférieure, présenté au Conseil général pour la session de 1925, qui va l'exposer. Je la trouve à la page 121e du dit rapport.

Les honoraires en vigueur étaient les suivants ; 4 francs pour la consultation ; 5 francs pour la visite : 1 franc pour l'indemnité kilométrique.

Le président de la Fédération des syndicats demanda que ces prix fussent portés de 4 à 5 francs pour les consultations, de 5 à 6 pour les visites et de 1 à 1.25 pour les indemnités kilométriques.

C'était une nouvelle charge de 30.000 francs à inscrire au budget départemental, venant s'ajouter aux 278.000 francs que le Conseil général devait déjà concédés aux médecins pour l'application de la loi de 1893.

L'Assemblée départementale n'est pas toujours prodigue des deniers dont elle a la gestion. S'agissant des pauvres, cependant, elle eût donné immédiate satisfaction au syndicat des médecins, mais elle voulut voir ce qui se passait autour d'elle. Et voici ce qu'elle apprit. Je puise toujours ces chiffres dans le rapport de M. le Préfet.

Dix-sept départements furent interrogés sur le fonctionnement de leurs services de l'assistance médicale gratuite. L'enquête apprit que consultations, visites, indemnités kilométriques étaient ainsi rétribuées :

Deux-Sèvres	6 »	7 »	1 25
Gironde	5 »	5 »	1 »
Manche	4 »	6 »	1 »
Ille-et-Vilaine	4 »	5 »	1 »
Rhône	4 »	5 »	1 50
Vendée	4 »	5 »	1 »
Loiret	4 »	5 »	0 80
Charente-Inférieure	4 »	4 »	1 24
Puy-de-Dôme	4 »	4 »	1 50
Finistère	3 50	4 50	1 25
Nord	3 »	5 »	1 »
Côtes-du-Nord	3 »	4 »	1 25
Maine-et-Loire	3 »	4 »	1 »
Seine-Inférieure	3 »	4 »	1 »
Calvados	3 »	4 »	1 »
Morbihan	3 »	4 »	1 50
Haute-Garonne	2 »	3 »	1 »

La comparaison de ces tarifs et des tarifs appliqués en Loire-Inférieure révéla que les médecins de notre département n'étaient point si désavantagés dans la rétribution de leurs services.

Le Conseil général se décida néanmoins à relever les tarifs des consultations et des visites, mais il estima injustifiée l'augmentation des tarifs kilométriques.

D'où le conflit.

Furent-ils sages, les médecins, en décrétant la grève ? Etaient-ils fondés à prétendre que les éminents services rendus par eux ne recevaient pas une rémunération suffisante ?

Entrons dans les faits. Considérons une visite faite par l'un d'eux à un bénéficiaire de l'Assistance publique, résidant à cinq kilomètres de sa résidence. Quelle va être sa rémunération ?

5 kilomètres à 1 franc : 5 francs ; autant pour le retour : donc, dix francs ; une visite, 6 francs. Total 16 francs.

Mais le médecin de l'Assistance publique donne aussi ses soins aux réformés de la guerre, aux anciens prisonniers d'Allemagne, aux enfants assistés du premier âge, aux malades des hôpitaux ruraux, aux malades des élèves des écoles de l'Etat, aux employés des chemins de fer. Il asure le service de la vaccination, le service des épidémies. Il délivre aussi des certificats d'incurabilité.

Le jour où il se rend chez un indigent, rien ne lui interdit de faire coïncider son déplacement avec le déplacement qu'il devrait effectuer pour visiter un mutilé de guerre, un enfant assisté, un cheminot malade. Autant de visites, autant d'indemnités kilométriques à percevoir. Si bien que le taux de la visite fixé primitivement à 16 francs, se trouve doublé, triplé, quadruplé.

Ces considérations, semble-t-il, eussent dû prédisposer à la conciliation le Syndicat des médecins. Il n'en fut rien et c'est fâcheux.

M. Mathivet estima, il y a quelques jours, que, dans le but de résoudre le problème qui nous occupe, on devait, de part et d'autre, se faire de réciproques concessions.

Il demanda, en conséquence, au Syndicat des médecins, s'il ne serait pas disposé à signer la paix sur la base de 1 fr. 15 pour l'indemnité kilométrique. Sa bonne volonté se heurta à une résolution ne permettant aucune transaction.

Va-t-il falloir se résigner à voir le conflit des médecins et de l'Assistance publique se perpétuer ?

Ce n'est pas possible, à notre avis. Si, jusqu'à ce

jour, les indigents, bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite, ont pu se passer du concours des « grévistes » ; si, jusqu'à cejour, de graves maladies ont été épargnées aux malheureux ou si ces derniers ont pu les vaincre, grâce au concours des médecins « non grévistes », une telle situation ne peut se prolonger, nous le répétons.

Il est possible de remédier, et rapidement, à ses actuels inconvénients.

Un plan, qui m'a semblé très réalisable, m'a été fourni par un vieux médecin de campagne, avec lequel je m'entretenais de la grève de ses collègues. Ce projet aurait cet avantage double de ne point grever les finances départementales et d'assurer, en tous temps, à tous les assistés, les secours médicaux dont ils pourraient avoir besoin.

Ce projet m'a été succinctement résumé de la façon suivante :

Dans chaque canton l'Administration préfectorale pourrait constituer une sorte de « médecine administrative » qui concentrerait dans ses mains les services mêmes assurés hier par les médecins de l'Assistance publique. Il y aurait, ce n'est pas douteux, une clientèle assez importante pour retenir, de façon continue, un médecin et même un aide au service de l'Assistance médicale gratuite des consultations de nourrissons et des diverses institutions que j'énumérais il y a un moment.

Les « grévistes » pourraient alors se consacrer exclusivement à la clientèle « payante » qu'ils semblent préférer.

Le Syndicat des médecins va-t-il donc persévérer dans sa décision primitive ? Nous ne saurions le dire. Mais ce que nous savons bien, c'est que l'Administration préfectorale, c'est que la Commssion départementale sont aujourd'hui rendues à l'extrême limite des concessions qu'elles pouvaient faire aux médecins leur ayant refusé leurs services.

Nous voulons croire qu'avant de laisser le Département prendre des déterminations décisives, les médecins reviendront à une plus saine compréhension de leur rôle.

Nous ne pouvons, malgré les apparences contraires, nous faire à cette idée que le seul amour du lucre inspire leur attitude. La situation qui leur est faite en Loire-Inférieure, nous le répétons, n'est point inférieure à la situation de leurs collègues des départements voisins.

Qu'ils pensent aux pauvres ; qu'ils pensent à ceux qui souffrent ; qu'ils considèrent la noblesse de la mission sociale à eux dévolue.

Au nom des déshérités, c'est la requête que nous leur adressons respectueusement.

Commentaires

Depuis quelques mois, deviennent plus nombreuses les questions posées par nos confrères, pour savoir s'ils peuvent et comment ils peuvent lutter contre le conseil général et le préfet de leur département, pour obtenir une augmentation d'honoraires, en ce qui concerne l'A.M.G.

L'extrait du journal, dont nous venons de donner copie ci-dessus, n'est que le reflet des difficultés qui surgissent un peu partout.

Dans cet article, le journaliste s'étonne que le praticien abandonne la conception du sacerdoce, qu'exerçait le médecin d'antan, pour devenir un marchand : « il vend de la médecine. »

Qui donc est cause de cette évolution des mœurs ? Ne sont-ce pas les lois, dites de solidarité sociale, qui ont imposé, aux praticiens, des tarifs divers pour chaque acte médical ?

Jadis, le médecin de famille ne donnait jamais le détail de sa note d'honoraires : son chiffre était global, pour soins donnés dans une année, ou pour une maladie.

Selon sa conscience et son dévouement, le praticien voyait son malade toutes les fois que c'était nécessaire. A la terminaison de la maladie, on lui réglait sa note d'honoraires, en bloc.

Mais sont venues les lois sur l'assistance médicale gratuite, sur les accidents du travail, sur les pensionnés de guerre, qui ont institué des tarifs à l'acte médical.

Les compagnies d'assurances contre les accidents, les mutualités, l'Etat, les départements, ont exigé du médecin le détail de chacun de ses actes professionnels.

Alors que quelques médecins, qui avaient une âme plus mercantile que sacerdotale, ont saisi l'occasion, avec bonheur, pour établir des « notes de plombier », que devait solder un « tiers payant », la très grosse majorité du corps médical s'est pliée avec peine à l'obligation d'établir des bordereaux de paiement, en détaillant la note des soins donnés.

A leur tour, les malades de droit commun se sont mis à réclamer le détail de ce qu'ils doivent, pour pouvoir discuter l'opportunité de telle visite ou de telle petite intervention.

Eh bien ! puisque les mœurs nous obligent à voir dans le traitement de chaque malade, non plus un ensemble, mais toute une série de visites, ou de consultations, avec des interventions de petite ou grande chirurgie, de spécialités, pourquoi nous étonner que nous « vendions » de la médecine à la pièce ? Il faut voir l'apreté avec laquelle on doit parfois discuter avec le « tiers payant », pour justifier sa conduite professionnelle, pour comprendre que, bien malgré nous, nous devons perdre l'ancienne conception sacerdotale que nous nous faisions jadis de notre art, pour en arriver à vivre de l'autel.

Alors, plus de sensiblerie, ni de grands mots : la loi du 15 juillet 1893 oblige les communes et les départements à donner les soins médicaux et pharmaceutiques aux indigents. Les pharmaciens vendent leurs médicaments : ils n'en sont pas amoindris moralement, cependant qu'ils

exercent une profession plus noble que le vulgaire commerce.

La loi du 15 juillet 1893 n'a pas obligé les médecins à venir en aide aux communes et aux départements, par une réduction forcée de leurs honoraires. Ils sont mis sur le même pied que tous les autres citoyens, qui vendent leurs produits ou touchent une indemnité, un traitement, des honoraires, pour les services qu'ils rendent à la collectivité.

La loi ne fait pas peser, sur les épaules d'une seule corporation, celle des médecins, un impôt nouveau, en ce qui concerne l'assistance médicale gratuite.

Non ! elle oblige simplement les départements et les communes à faire donner des soins aux indigents malades.

Jusqu'ici, par bonté d'âme et par philanthropie, les médecins ont consenti à des honoraires considérablement réduits.

Mais aujourd'hui, que la vie devient terriblement chère, que les impôts augmentent chaque jour, nous, médecins, nous ne voyons pas pourquoi, seuls parmi tous les autres citoyens, nous viendrions encore augmenter nos impositions, en acceptant des honoraires réduits, sous le prétexte de soulager les finances du département.

Certes, — et nous retrouvons cette antienne, dans l'article que nous reproduisons ci-dessus — il est habituel de gémir sur les difficultés qu'ont les départements et les communes, pour boucler leur budget.

C'est très regrettable, mais ce n'est pas un motif pour frapper le corps médical d'un impôt spécial, permettant d'équilibrer les finances départementales : ce n'est pas dans la loi.

Alors, se plaçant au niveau de tous autres citoyens, qui gagnent leur vie, au moyen de leur travail et sont assujettis aux mêmes impôts, les médecins réclament des départements et des communes des honoraires normaux et non pas fortement diminués.

Aux administrateurs de faire le nécessaire pour boucler leurs budgets, pour remédier aux gaspillages faits dans un but purement électoral.

Les frais médicaux, pour soins donnés aux indigents, doivent, ce me semble, passer avant les subventions accordées aux sociétés de tir ou de gymnastique, ou aux diverses mutualités qui mendient une allocation départementale ou communale, pour ne pas avoir à exiger de leurs membres une cotisation normale.

Les médecins n'ont pas à faire la charité ni aux mutualistes, ni aux sociétés diverses, inscrites, pour une subvention, au budget de la commune ou du département.

Je sais bien que l'article ci-dessus établit une comparaison entre les divers départements voisins. Mais qu'on sache bien que, dans beaucoup de départements, les médecins commencent à s'agiter, devant le refus plus ou moins brutal, qu'opposent les Césars de la III[e] république, — j'ai nommé MM. les préfets —, à toutes leurs demandes de réajustement des tarifs de l'A.M.G., d'après l'indice actuel du coût de la vie.

Doit-on en conclure que ce seront les indigents, qui payeront les pots cassés ? Non ! la loi oblige les départements et les communes à faire le nécessaire, pour que les malades privés de ressources, reçoivent les soins que nécessite leur état. Il faudra bien que les administrateurs départementaux et communaux obéissent aux injonctions de la loi et se décident à rémunérer l'acte médical à son taux véritable.

D'ailleurs, je connais beaucoup de médecins, qui préfèreront soigner leurs indigents pour rien, par charité ; mais qui n'hésiteront pas à diriger sur l'hôpital, tous les privés de ressources, qu'ils ne pourront pas soigner.

Pourtant, dans l'article que nous reproduisons ci-dessus, j'ai senti la flèche du Parthe : le journaliste a bien su mettre en lumière, d'abord, la division qui règne dans le corps médical. Ce n'est pas l'unanimité, montre-t-il, qui dicte les directives des médecins, en ce qui concerne l'A.M.G.

Par conséquent, du moment où il y a une minorité, on peut toujours s'entendre avec elle, pour saboter l'action de la majorité. De tous temps, la division dans un camp a donné la victoire aux adversaires.

En second lieu, on sort la petite menace : puisque certains médecins veulent regimber, on va faire un seul bloc de toutes les situations à traitement fixe : A.M.G., enfants assistés, protection du premier âge, vaccination, etc. Cela fera un traitement annuel assuré, qui ne sera pas à dédaigner et que ne dédaigneront sûrement pas les renards de la profession médicale.

Fort bien imaginé ; malheureusement, la discipline syndicale existe, dans le camp des médecins et ceux-ci sauront faire taire leur intérêt personnel, individuel, pour le plus grand profit de l'intérêt corporatif. Ils repousseront les présents d'Artaxercès pour rester libres, indépendants, puisque la doctrine syndicale médicale répudie les traitements à forfait, pour n'accepter que le tarif à la visite.

Pour ma part, je suis navré de voir ces luttes s'établir ainsi, avec cette acuité ; mais ces batailles sont nécessaires. Elles feront comprendre à nos dirigeants administratifs et politiques, qu'en République, une profession ne veut pas subir les errements d'un régime impérial, ou d'une royauté absolue.

Nous entendons discuter librement nos conditions de travail, pouvoir les accepter, ou les refuser.

Mais, devant les difficultés de la vie, subissant de lourds impôts, nous ne nous laissons plus en-

dormir par de belles paroles, qui flattent notre amour-propre et notre vanité, lorsqu'on parle du sacerdoce du médecin et de son abnégation.

Ce n'est pas au pauvre, à qui nous faisons la charité, lorsque nous acceptons, ou plutôt lorsque nous subissons les tarifs ridicules de l'A.M.G. : c'est au département et à la commune, en faveur de qui nous consentons tous à payer un impôt corporatif supplémentaire, en ne recevant que des honoraires fortement diminués.

Discutez avec les syndicats médicaux, sur un pied d'égalité, Messieurs les préfets et conseillers généraux, sinon trouvez bon qu'on rompe toute relation avec vous, car la loi du 15 juillet 1893 ne contient aucune disposition obligeant les médecins à soigner au rabais les malades dont la commune et le département ont la charge.

Dr Paul BOUDIN.

COMMERCIALISONS NOS MÉTHODES

Il est grand temps d'adopter en matière de recouvrement d'honoraires des méthodes commerciales, ce qui ne revient pas du tout à commercialiser la médecine, mais ce qui nous permettra de vivre.

La première de toutes les réformes à faire est de décider que les soins seront payés *comptant* et d'y tenir la main. Achète-t-on moins de tabac, va-t-on moins au café parce qu'on paye comptant ? Va-t-on moins au théâtre où on paye non pas même comptant, mais d'avance ? Tout ce qui se paye comptant : pompes funèbres, clergé est respecté. Tout ce qui se paye... quand on a le temps : soins médicaux, est bafoué. Et vous voyez chaque jour des gens qui prétendent ne pas pouvoir payer les 400 francs de frais d'une fièvre typhoïde, si le malade guérit et qui trouvent sur l'heure les 3 ou 4.000 francs réclamés par les pompes funèbres et le clergé si le malade meurt. Donc exigeons le paiement au comptant. Et si le paiement est différé exigeons : 1° qu'il soit fait au cours du franc le jour des soins et non le jour du règlement ; 2° que notre argent indûment retenu nous rapporte, en plus du principal, 10 % d'intérêt par année ou fraction d'année.

D'autre part, des centaines, des milliers d'étrangers viennent à la faveur du change vivre dans la douce France. Ces étrangers viennent-ils à tomber malades, faisons leur payer nos soins au prix qu'ils payeraient le médecin chez eux.

Voici un Anglais : malade à Londres, il aurait payé une livre sa visite, je suppose. Je soutiens, qu'hier, à Paris, un médecin de quartier devait lui demander 135 francs par visite, cours de la Livre. En effet que ce médecin ait eu hier sa femme à Londres et qu'elle soit tombée malade, il aura bien fallu qu'il débourse 135 francs pour lui payer une visite de médecin anglais. Une visite en vaut une autre. Je veux qu'un Anglais me paye ce que je dois payer pour faire soigner ma femme à Londres par un médecin anglais. *La Gazette médicale de Bretagne* publie des graphiques indiquant le cours des changes. Un graphique plus utile serait celui du coût de la visite médicale (calculé en francs) à Londres et à New-York, etc.

Que les journaux professionnels, après enquête, établissent donc le prix de la visite médicale du médecin ordinaire à Londres, New-York, Genève, Madrid, Amsterdam, etc. Qu'ils publient en tête de la première colonne de chaque numéro le cours du change et par conséquent le prix que les ressortissants étrangers doivent payer la visite dans la semaine en cours.

Livre sterling :

Prix des médecins anglais....	Prix du médecin français pour les Anglais..

Dollar :

Prix des médecins américains...	Prix de la visite pour les Américains...

Pesetas :

Prix des médecins espagnols...	Prix de la visite pour Espagnols...

Il me semble que c'est de toute justice. Vite à l'œuvre ou demain nous aurons soif en les regardant vider notre dernière bouteille de champagne et faim en les regardant manger notre dernière dinde.

Dr LE DUIGOU.

MONUMENT AUX MORTS DE LA PHARMACIE FRANÇAISE

Le dimanche 21 février 1926 fut un grand jour pour les Annales de la Pharmacie. Cette journée, tant attendue par le Monde pharmaceutique devait revêtir un caractère tout particulier de solennité. La nature elle-même s'était parée d'un éclat sous la forme d'un manteau tout poudré d'or par un soleil de printemps précoce qui devait faire un brillant cortège à cette pieuse commémoration, consacrée aux Morts glorieux par une corporation reconnaissante à ses victimes de la Grande Guerre 1914-1918.

L'un des plus importants groupements de la Seine, la Fédération des Sociétés pharmaceutiques d'arrondissements de Paris et de la Seine, dans une réunion d'avril 1922, avait entendu un éloquent et attristé appel de l'un de ses regrettés membres, CORNETTE ; cet orateur devait secouer l'indifférence générale et réparer un injuste délaissement. Un Comité fut désigné, séance tenante. Le Président nommé, fut M. JAMMES. Cet homme d'élite, doublé d'un cœur généreux, devait tenter de vaincre les difficultés avec l'aide du secrétaire général, M. Georges WEILL ; avec quelle éloquence prenante, ils surent exalter nos Morts, secouer les indifférences, battre le rappel des dévouements ! Quelle émotion surent-ils faire naître parmi ceux qui les écoutaient, émotion génératrice d'action, car le geste qui voulait honorer, par un symbole durable, nos inoubliables morts, sortit de cette séance mémorable. Les membres du Comité d'initiative furent les quinze membres du Conseil de la Fédération. Le Comité pria le Doyen de la Faculté de pharmacie d'accepter le titre de président d'honneur, pour représenter la Faculté de pharmacie.

De même que chaque hameau a honoré ses enfants, de même que toute collectivité a accordé un souvenir éternel à ses adhérents, partout s'étale la Reconnaissance et elle a posé sa trace. La Pharmacie, à son tour, a voulu rappeler que ses membres, à tous les degrés, avaient servi de toutes les forces de leur cerveau et de leur corps, la Nation en péril ; elle tenait à dire aux générations futures les heures cruelles qu'elle a vécues, les sacrifices qu'elle a consentis, les succès qu'elle a obtenus.

Nombreux furent les pharmaciens, qui, dès le début des hostilités, partirent comme combattants, soit comme soldats ou chefs de section, et versaient leur sang sur la Marne ; d'autres furent aviateurs ou infirmiers de bataillon ; ou brancardiers divisionnaires, ou de Corps d'armée, qui suivaient les combats intimement, au milieu de l'unité à laquelle ils appartenaient. Puis, au poste de secours, aux ambulances, quel secours ne vint pas avec les connaissances si variées du pharmacien ; il fut le collaborateur le plus précieux du médecin, grâce à l'étendue de ses études qui lui permettaient de coopérer à toutes les besognes. Rappelons-nous son rôle si utile à l'hôpital d'évacuation où son savoir fut si largement mis à contribution et où il put déployer ses qualités d'initiative si précieuses. Et le rôle du pharmacien pour fournir d'abondance l'eau potable aux troupes, les mesures d'hygiène et leur application, l'assainissement des cantonnements. Enfin, la part puissante que prit le pharmacien dans le grave problème des gaz où tout était à inventer, à innover, à improviser dans ce rôle ; il y excella à un tel point que peu de temps après la surprise du début, l'on imagina les moyens de retourner à l'ennemi ses procédés ; ces procédés qui étaient si contraires aux notions de civilisation et d'honneur qu'ils ne furent même pas soupçonnés au début de la campagne. Pris à son propre piège, l'Allemand reçut à son tour une réponse soignée et méritée que lui envoya la Faculté de pharmacie sous l'estampille de nos pharmaciens-chimistes. Il serait de la dernière ingratitude d'oublier le rôle si modeste, si noble, si digne du pharmacien auxiliaire qui accomplit des prodiges et rendit les plus éminents services au Corps de santé. Ce furent encore les pharmaciens des trains sanitaires qui, vivant comme des nomades, conduisaient les blessés et les malades, loin de la zone du feu.

Et, après la guerre, quand le dénombrement des pertes fut relevé, 323 pharmaciens et étudiants manquèrent à l'appel. Leurs hauts faits d'armes, leurs glorieux exploits ont été pieusement recueillis et figureront dans le livre d'or de la pharmacie qui sera édité prochainement par l'éminent éditeur d'art JAMMES.

Le Comité eut le bonheur de grouper autour de lui le corps pharmaceutique tout entier et put ainsi aboutir ; grâce à ses efforts, le succès le plus complet couronna l'œuvre entreprise, e n ce beau dimanche 21 février 1926 qui fut le jour d'inauguration du Monument voué aux pharmaciens et étudiants en pharmacie, victimes de la guerre.

Afin de permettre à des délégués du pays tout entier de participer à cette cérémonie, d'importantes réunions professionnelles tinrent leurs séances à la même époque : le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats pharmaceutiques de France, la conférence mensuelle militaire, l'Association des docteurs en pharmacie de France.

L'exécution du monument a été confiée au statuaire limousin COUTHEILLAS, qui a réalisé l'une des plus belles œuvres de sa carrière artistique. Taillée dans un bloc de pierre, la Pharmacie figurée dans une incarnation de la Science abandonne ses travaux, ses incessantes recher-

ches vers la Vérité, pour se donner à l'admiration qui va vers un petit pharmacien auxiliaire expirant à son poste de combat. Puis, la Science reprend son labeur et continue....

A l'occasion de cette cérémonie, la Galerie des Bustes avait reçu une parure somptueuse : drapeaux, plantes, fleurs, étaient répandus à profusion pour fêter nos héros.

La solennité fut présidée par M. le Président Painlevé, Ministre de la Guerre ; M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, M. Durafour, l'entourait ainsi que le Colonel Derendinger, représentant M. le Président de la République. Le Recteur de l'Université de Paris, M. Lapie, avait été délégué par M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Daladier; M. Herriot, Président de la Chambre des Députés, était représenté par son chef de Cabinet. Assistaient également : M. le Président du Conseil Municipal de Paris, des délégués des Préfets de la Seine et de Police, Messieurs les Doyens des Facultés de Droit, de Médecine, des Sciences, des Lettres, de Pharmacie, les Professeurs en robe de la Faculté de Pharmacie de Paris, précédés de leur massier, les Doyens et délégués des Facultés et Ecoles de médecine et de pharmacie de toute la France, le Directeur de l'Ecole Centrale, de nombreux professeurs délégués des Facultés de province, notamment M. le Dr Biais, Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges ; de nombreux médecins et pharmaciens militaires, M. le médecin-inspecteur Toubert, MM. les médecins-inspecteurs Savornin, Fournial, M. le pharmacien-inspecteur Gautier, M. le pharmacien inspecteur Rœser de réserve, M. le pharmacien principal Chaput, André Jehl, Bruère, Bourgoin, etc., et de très nombreuses personnalités universitaires, parlementaires, militaires.



La musique de la Garde Républicaine qui prêtait son concours à la cérémonie joua la *Marseillaise* à l'arrivée du cortège précédé par M. le Président Painlevé. Le Président du Comité, M. Jammes, remercia en termes pathétiques toutes les personnalités présentes, et sut en termes particulièrement heureux rendre un témoignage ému à nos héros. Puis, il fit la remise du Monument au Gouvernement par l'entremise du Doyen de la Faculté. Une minute de silence avait été observée, sur sa demande, en l'honneur des 1.500.000 Morts de la Guerre.

Puis, le Secrétaire général du Comité, M. Georges Weill fit l'historique de l'Œuvre ; traça en grandes lignes les diverses étapes, et souligna les concours moraux et pécuniaires reçus par le Co-

mité ; il remercia les glorieux morts pour la part qu'ils ont prise dans la délivrance de l'Alsace et de la Lorraine.

Après ce discours, le Secrétaire général procéda à l'appel des 323 Morts : moment impressionnant ! toute l'assistance s'était levée spontanément et se tenait profondément recueillie, car les pensées se portaient en sympathie vers les familles des disparus.

Ce furent ensuite M. Barthet, président de l'Association des Syndicats pharmaceutiques de France, M. Langrand, au nom de l'Association des Pharmaciens de réserve ; M. Jouve, au nom de l'Association des Etudiants en pharmacie qui prononcèrent des paroles émouvantes et éloquentes en l'honneur de nos Morts.

Les pharmaciens Belges avaient envoyé une délégation de quatre membres. M. Haazen, d'Anvers, prononça quelques paroles émues, rappelant la communauté de nos souffrances et l'amitié qui scella définitivement nos deux peuples. La délégation belge déposa une palme en bronze ; puis ce fut l'exécution de la *Brabançonne* que les assistants écoutèrent debout.

Enfin, M. le Président Painlevé, dans une improvisation vraiment heureuse, rendit hommage aux réalisateurs, MM. Jammes et G. Weill pour la réussite de cette belle œuvre de souvenir ; il rappela le rôle si bienfaisant, si brillant de la Pharmacie pendant la guerre ; et il tint à souligner tout spécialement la place prépondérante des savants professeurs de la Faculté dans cette lutte contre la guerre atroce des gaz. Au nom du Gouvernement, il signala les services éminents rendus à la Patrie par la Pharmacie françise.

Et ce fut la fin de la manifestation, toute empreinte de patriotique reconnaissance ; la foule s'écoula, émue, pensive, reportant toute son admiration vers Ceux qui ne revinrent pas.

Toute la journée, les familles vinrent en pélerinage déposer des fleurs sur le beau monument aux Morts de la Pharmacie, laissé en bonne garde aux générations futures....

Georges WEILL.

AUTOUR DES THÉATRES

L'Ami des Femmes. — Dalilah. — Ariel.

Dans une atmosphère sympathique, la Comédie-Française a repris, avec les costumes de l'époque, *L'Ami des femmes* d'Alexandre Dumas fils. L'accueil fait à cette présentation de la Société du second Empire a dépassé ce qu'on était en droit d'en espérer, car la pièce n'a rien perdu de son charme et le fait que des auteurs plus modernes s'en sont inspirés et lui ont emprunté quelques-unes des situations qu'elle contient, ne paraît pas lui avoir causé le moindre préjudice. M. Le Bargy interprétait, pour la première fois, le rôle principal, celui de M. de Ryons, l'Ami des femmes, qui n'est, au fond, que celui du confident auquel elles se racontent et qui, les connaissant toutes, se trouve bien placé pour tirer les ficelles, donner d'intéressants conseils ou éclaircir des situations amoureuses en s'inspirant, avant tout, de sa bonté éclairée. C'est sans réserve que je félicite M. Paul Gerbault de son intepprrétation du rôle de Montègre tout de haute tenue et d'élégance, et Mlle Marie Bell, parfaite de pudeur et de sentimentailté jolie, dans le rôle de Jeanne de Symerose.

Laissant là l'atmosphère éthérée des salons où l'Amour est la base sérieuse ou futile de tout ce qui advient, nous sommes appelés, par la Maison de l'Œuvre et par l'Odéon, vers des exposés diversement pittoresques de l'Amour chez les Juifs. A l'Odéon, les trois actes de M. Paul Demasy, *Dalilah*, sont naturellement le rappel des souvenirs bibliques, et se renferment, d'une façon générale, dans le cadre du connu ; mais ce n'est pas sans originalité : voici Samson chez lui, dans sa demeure, espionné par un serviteur, Mesraïm, qui sert ses amours avec Dalilah. Mesraïm est au service des Philistins, tandis que Samson est le sauveur qu'attendent les Juifs. Dalilah, fille de Philistins, aime à la fois les caresses de Samson et l'argent de la trahison grâce auquel elle achètera des colliers et des robes transparentes afin de mieux séduire celui qu'elle veut s'attacher davantage en le laissant réduire à l'impuissance. Et c'est de plein front qu'elle l'attaque ; entourant, comme en se jouant, les bras de Samson avec des cordes, elle appelle les Philistins ; mais Samson, d'un effort, se délivre et les terrasse. Dalilah veut savoir le secret de sa force, et ce secret, c'est de lui-même qu'elle veut le tenir. D'abord, il la chasse, puis tout à coup, lorsqu'elle revient, il s'abandonne, avoue que c'est dans sa chevelure qu'est sa force, et se laisse couper les cheveux ! Il y a là quelque chose d'assez surprenant, et il ne l'est guère moins, lorsque, prisonnier, les yeux crevés par la lance d'un soldat, il se voit supplié par les Juifs qu'il aime d'accepter de danser devant le peuple, non seulement pour recouvrer sa liberté et les caresses de Dalilah, mais surtout afin d'éviter à ceux qui comptent sur lui, le châtiment que ferait tomber sur eux son refus de le voir s'y dérober brutalement, alors qu'il s'est si aisément laissé aller une première fois : se retrouvant attaché

à un pilier du Temple, il donne, dans sa colère, un effort tellement violent pour s'en dégager, que la Cité des Philistins s'en trouve ravagée par un terrible orage qui détruit tout, sans que, comme dans la Bible, le Temple s'écroule sur ses colonnes ébranlées.

M. Jean Hervé a tenu à venir de la Comédie Française, interpréter une fois à l'Odéon cette pièce qu'il aurait aimé à voir figurer au répertoire de notre première scène ; son succès y fut très complet, bien accompagné par celui de Mme Véra Korène qui fut une merveilleuse Dalilah, séduisante et souple ; les décors sont à l'avenant.

Dans *Dalilah*, le peuple juif est présent, et c'est après l'avoir sauvé, que Samson, après avoir faibli et cédé à la femme, se voyant sur le point d'être terrassé, non seulement par les mauvais traitements mais encore par le ridicule d'une exhibition publique, se révolte ; c'est la version biblique qui réapparaît en partie. Dans *Ariel*, au contraire, la nouvelle pièce que M. Henry-Marx vient de faire représenter à la Maison de l'Œuvre, c'est la pensée juive qui domine et qui s'efforce de lutter contre l'effort stérile de l'individu isolé et ignorant que conduisent ses seuls instincts. Ariel est le nom d'une idole des Moabites dont on a fait celui d'un mauvais ange, mais ce n'est pas autour de cet Ariel-là que vit la pièce de M. Henry-Marx : Ariel est un joli nom qui lui a plu et lui a paru en harmonie quasi totale avec le caractère de son personnage ; Ariel est un enfant élevé à la campagne et qui a vu Dieu dans l'harmonie de la nature et dans la joie de vivre. Son instinct, à peine éclairé par quelques lectures, le porte à vouloir le bonheur de tous ceux qui souffrent et, lorsque, rappelé par ses parents dans la cité industrielle où l'on étouffe et se tue au travail, il y rencontre la juive Sarah (dont Mlle Gisèle Picard a présenté le personnage d'une manière qui mérite tous les éloges), il se sent attiré du premier coup vers cette femme qui est venue étudier sur place les moyens de donner à « ceux de la Patrie juive », en Palestine, tout ce qu'elle aura pu rencontrer de bon afin de leur éviter les travaux inutiles et les souffrances de toutes sortes. Elle représente, en face d'Ariel, le labeur persévérant et instruit mis au service de la poursuite de ce but d'idéal social qu'il rêve et sent confusément, sans se rendre compte qu'à lui seul il n'aboutira qu'à une manifestation stérile d'impuissance. Il organise, avec beaucoup d'autres, un plan secret pour tuer le Patron, s'emparer des usines et réaliser le bien-être de tous ceux qui en vivent, et s'est offert pour être le bras qui frappe. A l'heure de la Messe de Minuit, malgré l'opposition de Sarah qui l'aime et celle des camarades que son geste prématuré peut trahir tout en le conduisant lui-même à la mort, comme illuminé, il décide d'agir : fermant, sur ceux qui veulent le retenir, la porte à double tour, il s'élance dans l'Eglise et, stupéfait, halluciné, en voyant le peuple prosterné devant la toute puissance de l'or des ostensoirs, des ornements brodés et des lumières, il s'avance jusqu'à l'autel, arrache l'ostensoir des mains du prêtre pour le jeter à la tête du patron assis là près, dans le banc d'œuvre. Et, dans les bras des siens, après s'être enfui sans avoir été reconnu, il meurt dans la beauté de son rêve. La pièce de M. Henry-Marx est fort belle et très supérieure à l'*Enfant Maître* et à l'*Homme en marche*, ses deux précédentes pièces. La pensée en est exprimée simplement dans un langage constamment élevé tout en restant compréhensif.

Quoique d'ordre social, la pensée est pleine de vraisemblance, parce que les progrès évoqués ne sont pas irréalisables et cependant quelque chose m'a gêné parmi les idées exposées, c'est la volonté de chasser tout ce qui représente le Souvenir et le Passé, pour ne vouloir regarder que vers l'Avenir. L'Art est-il, et peut-il être autre chose que de l'Avenir qui s'appuie sur les documents, les progrès, les travaux et le culte du passé et des souvenirs, et cependant il évolue constamment et ne paraît pas exclusif de progrès, et, comme j'aime l'Art et le révère, il m'est cruel de voir Ariel se réjouir violemment de la perte ou de la destruction des reliques et des souvenirs de la famille ; c'est le seul point qui m'ait surpris et presque choqué dans tout ce mouvement d'idées élevées tout près de devenir des idées couramment acceptées. M. Henry-Marx les a exposées avec un rare talent auquel il serait njuste de ne pas accoler celui, splendide, de M. Courtoy qui a réalisé un Ariel grand, noble, exalté, illuminé, accablé...

Dr G. PAUL-MANCEAU

ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE

Deux cas de lésions craniennes dans le Dolmen d'Assignan (Hérault).

Par le Dr Marcel BAUDOUIN.

Parmi les ossements, provenant du Dolmen du *Bois de Monsieur*, à Assignan (Hérault), que nous a soumis, pour examen technique, M. L. Giraux, l'heureux inventeur de cette sépulture, nous en avons reconnu d'abord deux, qui présentent des pariticularités intéressantes, dignes de retenir l'attention.

Il s'agit de deux débris de crânes humains, présentant des *lésions pathologiques*, assez délicates à déterminer, vu l'état des parties. 1° La première lésion correspond aux vestiges d'une *trépanation*, classique dans sa forme, sinon dans son lieu ;

2° La seconde se rapporte, non plus à des traces opératoires, mais à une *lésion pathologique* vraie, très spéciale et assez rarement observée en préhistoire.

Il est donc utile de résumer brièvement ces deux observations, avec les détails voulus, d'autant plus, fait rare, que la sépulture est du CUIVRE ou du début de l'AGE DE BRONZE (analyse spectroscopique, faites par M. BAYLE, Police scientifique).

I. — VESTIGE DE TRÉPANATION, GUÉRIE, SUR LE PARIÉTAL DROIT.

Le débris est un fragment de l'*os pariétal droit* d'un *adulte* âgé. Sexe indéterminable ; mais homme probable.

1° Il correspond à la suture sagittale, depuis le bregma jusqu'à 20 mm. du lambda. Ce qui donne à la *courbe médiane pariétale* une longueur de 120 mm. (reste 95 mm, car il en manque 25 mm.),

2° Le bord inférieur du fragment triangulaire à pointe antérieure correspondant au milieu de la bosse pariétale de l'os, par fracture *post mortem*.

3° Le bord postérieur est remplacé par une ÉCHANCRURE en *arc de cercle*, à concavité postérieure limitée seulement de haut et en bas par 20 mm. d'os, cassé *post mortem*.

Le bord supérieur est reconnaissable, en *arrière* surtout, à une trace, longue de 30 mm., de la gouttière sagittale, typique.

Le *côté* a pu être déterminé, de façon précise, par la dite *gouttière* et surtout par les impressions des *ramifications* de l'*artère méningée moyenne*, qui sont assez marquées, quoique peu normales : ce qui est dû, sans doute, aux changements apportés à la circulation artérielle par la trépanation.

D'une façon générale, l'os, peu épais (5 mm.), est normal, sauf au niveau de la lésion opératoire bien entendu (1). Il semble bien être un os d'homme et non de femme.

L'*arc postérieur* du pariétal est aminci et cicatrisé, Il est tout à fait typique des *trépanations* néolithiques, ayant *guéri*.

Il mesure 40 mm. de long, pour une flèche de 10 mm. Mais il ne faudrait pas croire qu'il s'agissait là d'un orifice circulaire.

Il est probable plutôt que le trou était *ovalaire*, à grand axe vertical, ou presque.

La perte de substance correspondait au moins à 10 mm. de pariétal en hauteur et 25 mm. en largeur. Le reste de l'orifice était pris sur le côté *droit* de l'*occipital*, au niveau de la *fosse cérébrale* ou fosse supérieure ; mais il n'atteignait pas la ligne médiane, c'est-à-dire le lambda, ni surtout le *sinus veineux*, dit longitudinal supérieur.

Ce qui explique pourquoi la trépanation a parfaitement guéri !

Le *biseau* a été taillé au dépens de la face externe, tandis que la face interne est intacte. Mais la *cicatrisation osseuse* est complète ; et on ne remarque sur le bord, qui persiste de l'orifice, que quelques petites exostoses, des aiguilles très courtes et quelques minuscules dépressions. On ne voit aucune trace des *grattages* opératoires, tant la cicatrisation est normale.

C'est là un très beau cas de trépanation guérie. Malheureusement, on n'a qu'un côté de l'orifice ! Probablement elle a été obtenue par râclage (malgré l'absence de stries), et non par sciage.

II. PERFORATION CRANIENNE CONGÉNITALE AU NIVEAU DU LAMBDA.

Le second fragment osseux correspond à la partie *droite* de la moitié supérieure de l'*occipital*. Il est carré, de 50 mm. de côté.

La détermination précise a pu être faite, grâce à la gouttière longitudinale supérieure conservée en entier, et au bord droit articulaire (art. avec le pariétal droit) ; deux autres bords correspondent à des cassures de l'os au niveau de la gouttière latérale droite (sinus veineux), et de la fosse cérébrale gauche.

(1) Les cas de trépanation, en ce point du crâne, sont assez rares, dans les cas d'opération unique. Mais nous ne savons pas s'il n'y avait, sur le crâne considéré, qu'une seule ouverture opératoire !

L'angle supérieur est remplacé par une *concavité*, à bord très mince, cicatrisé, irrégulier, se trouvant au niveau de *lambda* et de la gouttière longitudinale supérieure.

Mais ici il ne s'agit pas de *trépanation guérie*. En effet, malgré les apparences, le biseau est ici *du côté de l'intérieur du crâne*, et non de l'extérieur.

Ce qui a percé le crâne, ce n'est donc pas une action de l'homme néolithique, puisque le travail a été effectué par l'intérieur de la boîte cranienne, mais certainement une *Tumeur* qui a perforé *l'occipital* en ce point.

Vu la régularité du travail et l'état de l'os, qui est normal et en outre et surtout le voisinage immédiat du lambda, il faut ici penser à un *méningocèle*, c'est-à-dire une *anomalie congénitale*, compatible avec la vie.

L'os est peu épais ; par conséquent il s'agissait sans doute, d'ailleurs, d'un *adolescent*.

Le bord malade présente en outre une échancrure, à angle droit, qu'on ne trouve jamais dans les trépanations.

D'autre part, une trépanation faite en ce point, au néolithique, aurait entraîné l'ouverture opératoire du sinus longitudinal supérieur ; et, certainement, l'opéré n'aurait pas pu guérir !

Par conséquent, il ne faut accepter que le diagnostic de *Perforation pathologique*, spontanée, *de dedans en dehors*, compatible avec l'existence ; et par suite le seul diagnostic acceptable est celui de *hernie cérébrale* et *méningée, congénitale*.

***

Ainsi qu'on vient de le voir, les deux faits ci-dessus se rapportent à des cas exceptionnels.

Il est donc très heureux que, grâce à une fouille *méthodique*, on ne les ait pas laissé échapper, car les faits *certains* de trépanation préhistorique du début de l'âge de bronze sont *très rares* encore en France.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Syndicat des médecins de la région de Guingamp.

Assemblée ordinaire du 13 novembre 1925.

Tarif médical. — L'assemblée procède à l'étude d'un tarif qui serait applicable à Guingamp et dans les localités en dehors de cette ville comprises dans le rayon d'action du Syndicat. Ce tarif est approuvé à l'unanimité. L'assemblée décide également que lorsque des renseignements seront demandés par l'assurance à un médecin au cours du traitement d'une victime d'accident du travail, les médecins devront s'abstenir de donner aucun renseignement ou délivrer un certificat dont le coût est fixé à 10 fr.

Inspection médicale des écoles. — M. le Dr Hamon lit un rapport du Syndicat de Châteaulin et explique le fonctionnement d'un essai d'inspection médicale des écoles actuellement en cours dans l'arrondissement de Châteaulin. Il s'étend sur l'intérêt de cette expérience dont on escompte l'excellents résultats.

Union des Syndicats médicaux de France. — Le Président expose qu'il y a lieu d'étudier la révision des articles 11 à 17 des statuts. Il propose de décider que le Comité de l'Union des Syndicats pourra être composé de délégués choisis parmi les groupes régionaux au lieu de les choisir uniquement dans les groupements de la région parisienne.

Il émet l'avis que l'éloignement de certains délégués n'est pas une obligation suffisante pour empêcher leur désignation et qu'il est de l'intérêt des groupements régionaux d'être représentés au sein du Comité

Le Syndicat approuve les déclarations du Président et les adopte. M. le Dr Mage est désigné à l'unanimité pour représenter le Syndicat à l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Assurances sociales. — Le Président invite l'assemblée à délbiérer sur les modalités qui sembleraient préférables pour assurer, lorsqu'elles entreront en fonctionnement, les dispositions de la loi sur les assurances sociales.

L'assemblée émet l'avis que le libre choix de son médecin soit laissé au malade, que le tarif à intervenir soit établi à l'acte médical et que les honoraires soient au compte du tiers payant avec ticket modérateur.

Liquidations anticipées de retraites ouvrières. — M. le Dr Mage rappelle que lorsqu'un assuré demande la liquidation anticipée de sa retraite ouvrière, il y a lieu de l'examiner et de remplir un formulaire destiné à l'Administration qui désigne le médecin chargé de ce soin. Il expose que la rémunération de ce travail est insignifiante et propose de refuser de l'établir sans accord préalable entre l'Administration et le médecin.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Tarif minimum adopté par le Syndicat des médecins de Guingamp.

		1re catégorie	2e catégorie	
CONSULTATIONS :	simples	8.00	10.00	
	avec examen spécial	10.00	—	
	le dimanche	10.00	—	
VISITES :	simples	10.00	12.00 à 15.00	
	en passant	10.00	—	
	d'urgence	12.00	—	
	en consultation avec un confrère	15.00	15.00	
	le dimanche	15.00	—	
	de 7 à 9 h. du soir	15.00	—	
	de 9 h. du soir à 7 h. du matin	20.00	25.00	
INJECTION DE SÉRUM		15.00	15.00	
INJECTION INTRA-VEINEUSE		20.00	—	
EXAMEN médical pour assurance sur la vie		50.00	—	
PIQURES (cacodylate, etc.)		prix de la consultation ou de la visite.		
EXPERTISE pour révision de rente		50.00	—	
FAUSSE COUCHE, délivrance		80.00	100.00	
ACCOUCHEMENT :	simple	125.00	150.00	plus tarif kilométrique.
	forceps, version	150.00	200.00	
CHLOROFORME		60.00	—	
Appelé pour un accouchement terminé avant l'arrivée du médecin		Tarif kilométrique avec minimum de 20 francs.		

CERTIFICATS : Le prix de la visite, sauf pour : certificats femmes en couches ... 5.00
Certificats coups et blessures ... 15.00

TARIF KILOMÉTRIQUE : Jour 4.00 par kilomètre aller et retour.
Nuit 6.00

FAUBOURGS :		
Sainte-Croix	visite	10.00
Pen-an-Croissant	d°	10.00
Locménar	d°	12.00
Saint-Jean jusqu'à la chapelle	d°	12.00
Saint-Jean au-delà de la chapelle	d°	15.00

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. Maillon

Médecin expert près les Tribunaux

(*suite*).

3° Amputation ou désarticulation de plusieurs doigts à une seule main et raideurs concomitantes

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Membre gauche		Membre droit		Membre gauche		Membre droit	
	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse
1° *Perte de deux doigts.*								
a) Pouce et index	40	45	45	50	55	60	60	65
b) Index et médius	20	25	25	30	30	35	35	40
c) Médius et annulaire	15	15 à 20	20	25	25	30	30	35
d) Annulaire et auriculaire	10	10 à 12	12 à 15	15	15 à 20	20	20 à 25	25
e) Ablation de deux doigts avec raideur du pouce et des autres doigts	35 à 40	40	45	50	50	55	55	60
2° *Perte de trois doigts voisins.*								
a) Les trois premiers doigts (pouce, index, médius)	45	45 à 50	50	55	55	60	60	65 à 70
b) Les trois doigts moyens (index, médius, annulaire)	25 à 30	30 à 35	35	40	40	45	45	50
c) Les trois derniers doigts (médius, annuliaire, auriculaire)	20	20 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	40 à 45	45	50
d) Médius, annulaire et auriculaire avec raideur du pouce et du doigt restant	35 à 40	40	40 à 45	45 à 50	50	55	55 à 60	60 à 65
3° *Perte de trois doigts non voisins.*								
a) Pouce, index, annulaire	40 à 45	45	45 à 50	50	55	60	60	65
b) Pouce, index, auriculaire	40	45	45	50	55	60	60	65
c) Pouce, médius, annulaire	40	40 à 45	45	50	55	60	60	65
d) Pouce, médius, auriculaire	35	40	40	45	50	55	55	60
e) Pouce, annulaire, auriculaire	35	40	40	45	50	55	55	60
f) Index, médius, auriculaire	35	40	40	45	50	55	55	60
Perte de quatre doigts.								
a) Quatre doigts, pouce intact	40	45	45	50	50	55	55	60
b) Trois doigts et le pouce	45	50	50	55	55	60	60	65

Ablations simultanées à deux mains.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs		Professions intéressant surtout les membres supérieurs	
	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse
1° Ablation des deux pouces.....	50	50 à 55	55 à 60	60
2° Ablation de deux pouces et d'un index..................	60	60 à 65	65	70
3° Ablation de deux pouces, un index, un médius..............	65	70	70	75
4° Ablation de deux pouces et de trois autres doigts d'une main..	75	80	80	85
5° Ablation de deux pouces et de deux index..................	80	85	85	85 à 90
6° Ablation de deux pouces et de trois autres doigts...........	85 à 90	90	90 à 95	95 à 100
7° Ablation de deu x pouces et de tous les doigts..............	90 à 95	95	95 à 100	100

Ablation de cinq doigts d'une main, d'un membre supérieur.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Membre gauche		Membre droit		Membre gauche		Membre droit	
	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse	Cicatrisation bonne	Cicatrisation vicieuse
1° Ablation de cinq doigts de la main...................... 2° Amputation intra-métacarpienne .... 3° Désarticulation des cinq métacarpiens .... 4° Amputation intra-carpienne	55	60	60	65	65	70	75	80
Désarticulation du poignet. Amputation basse de l'avant-bras.	60 à 65	65 à 70	70 à 75	75	75	80	80	85
Amputation de l'avant-bras. Désarticulation du coude.......	65 à 70	70 à 75	75	75 à 80	75 à 80	80 à 85	80 à 85	85
Amputation du bras. Désarticulation de l'épaule............	70 à 75	75	75 à 80	80	80 à 85	85	85 à 90	90

Amputations multiples.

Perte des deux mains ou des deux bras.................... 100 pour cent quelle que soit la profession.

Raideurs et ankyloses.

Eléments d'appréciation.

LÉSIONS DONNANT :	L'INVALIDITE MINIMUM :	L'INVALIDITÉ MAXIMUM :
	a) raideur peu serrée ;	raideur serrée, ankylose ;
	b) mouvements passifs conservés ;	mouvements passifs abolis ;
	c) mouvements évoluant dans l'angle favorable ;	mouvements évoluant dans l'angle défavorable ;
	d) flexion conservée (plus utile que l'extension) ;	flexion supprimée ;
	pas d'atrophie musculaire.	lésions périarticulaires : synovites, ténosites de voisinage, troubles circulatoires et trophiques, œdème, rétractions, atrophie musculaire.

Raideurs articulaires. Ankyloses partielles.

MAINS.

RAIDEURS D'UNE OU PLUSIEURS PHALANGES D'UN DOIGT ISOLÉ.

	PROFESSIONS INTÉRESSANT SURTOUT LES MEMBRES INFÉRIEURS				PROFESSIONS INTÉRESSANT SURTOUT LES MEMBRES SUPÉRIEURS			
	Angle de mobilité favorable conservé (de la demi-flexion à la flexion complète)		Angle de mobilité défavorable de la demi-flexion à l'extension		Angle de mobilité favorable conservé (de la demi-flexion à la flexion complète).		Angle de mobilité défavorable de la demi-flexion complète à l'extension	
	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT
1° *Pouce.*								
a) Articulation interphalangienne	0	0 à 1	1 à 2	2 à 3	0 à 1	1 à 2	1 à 3	2 à 4
b) Articulation métacarpo-phalangienne	0	1	1 à 1.50	2 à 3	0	1 à 2	0 à 1	2 à 3
c) Articulation interphalangienne et métacarpo-phalangienne	2 à 3	3 à 4	3 à 4	4 à 6	3 à 4	4 à 6	4 à 6	4 à 8
d) Articulation carpo-métacarpienne (diminution de l'abduction et de l'adduction)	2 à 3	3 à 4	4 à 5	6	6	8	8	10
2° *Index.*								
a) Articulation métacarpo-phalangienne	1	2	2 à 3	3 à 4	1 à 1.50	2 à 3	2 à 4	3 à 5
b) 1re ou 2e articulation interphalangienne	1 à 2	2 à 3	4	5	2	2 à 4	4 à 5	5 à 6
c) Deux articulations interphalangiennes	2 à 3	3 à 4	4 à 5	6 à 7	2 à 4	3 à 5	4 à 6	6 à 8
d) Articulation métacarpo-phalangienne et articulations interphalangiennes	3 à 4	4 à 5	7	8 à 9	3 à 5	4 à 6	7 à 8	8 à 10
3° *Médius et annulaire.*								
a) Articulation métacarpo-phalangienne	0	1	1	2	1	1 à 2	1 à 2	2 à 3
b) Une articulation interphalangienne	0	0	0	1 à 1.50	0	0	0 à 1	1 à 2

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Angle de mobilité favorable conservé (de la demi-flexion à la flexion complète)		Angle de mobilité défavorable de la demi-flexion à l'extension		Angle de mobilité favorable conservé (de la demi-flexion à la flexion complète)		Angle de mobilité défavorable de la demi-flexion à l'extension	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
c) Deux articulations interphalangiennes	1	2	3	5	1 à 2	2 à 3	3 à 4	5 à 6
d) Articulation métacarpo-phalangienne et articulations interphalangiennes	2	4	5	7	2 à 3	4 à 5	5 à 6	7 à 8
4° *Auriculaire*:								
a) Articulation métacarpo-phalangienne	0	0 à 1	0 à 1	1	0 à 1	1	1	2
b) Une articulation interphalangienne	0	0 à 1	0 à 1	1	0 à 1	1	1	2
c) Deux articulations interphalangiennes	1	1 à 2	1 à 2	2	1.5	2	2	3
d) Articulations métacarpo-phalangienne et articulations interphalangiennes	3	3 à 4	4 à 5	6	3 à 4	4 à 5	5 à 6	6 à 7

(*A suivre*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours du semestre d'été* :

Pathologie médicale. M. M. Chiray, agrégé. Conférences les mercredis, vendredis, à 18 h. (Petit Amphithéâtre).

Programme du cours. — Maladies du tube digestif et de la nutrition.

Chimie médicale. — M. le professeur A. Desgrez fait ses leçons de chimie appliquée à la médecine les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à 17 h. (amphithéâtre Vulpian).

Enseignement de la phtisiologie. — *Hôpital Laënnec*, service du professeur Léon Bernard. — *Enseignement clinique* : la visite dans les salles est faite les lundis et mardis, à 10 h., comprenant l'examen clinique et l'étude des clichés radiographiques. Le mercredi, examen radioscopique des malades du service.

Pneumothorax artificiel : les séances de réinsufflation ont lieu les mardis et mercredis, à 9 h.

Enseignement médico-social : l'examen, comprenant l'examen radioscopique des malades et de leur famille, est fait au dispensaire Léon-Bourgeois les jeudis et samedis, à 9 h. Service social à l'hôpital, les lundis, mardis, mercredis.

Prophylaxie de la première enfance : Démonstrations pour la prophylaxie anté-natale le jeudi à 10 h., au dispensaire Léon-Bourgeois. Pour la prophylaxie post-natale, visite de la crèche Landouzy, le vendredi à 10 h.

Examen des malades proposés pour les préventoriums et sanatoriums : les jeudis et samedis à 10 h., au dispensaire Léon-Bourgeois.

Cours spécial : Un cours spécial de phtisiologie est donné tous les ans, du 10 octobre au 10 novembre, à l'hôpital Laënnec et à la Faculté de médecine (chaire d'hygiène et médecine préventive), sous la direction de MM. Léon Bernard et Robert Debré.

— **Bordeaux.** — M. Portmann est nommé professeur d'oto-rhino-laryngologie, en remplacement du professeur Moure.

— **Toulouse.** — M. Laporte est nommé professeur de pathologie interne.

— **Lille.** — M. Desoil est nommé professeur de zoologie médicale et pharmaceutique.

— **Société médicale des hôpitaux.** — *Prix Le Gendre.* — Le Prix Le Gendre sera décerné cette année au meil-

leur mémoire sur le sujet suivant : *Le service social à l'hôpital* (*réalisations actuelles et améliorations désirables*). Adresser les mémoires au Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1926.

— **Institut du radium.** — M. A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 29 avril, à 9 h. du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Détail des leçons. — Lundi 19 avril : L'énergie radiante. — Mardi 20 avril : La découverte de Rœntgen. — Mercredi 21 avril : Les propriétés du rayonnement de Rœntgen. — Jeudi 22 avril : Les mesures du rayonnement de Rœntgen. — Vendredi 23 avril : L'énergie électrique. — Samedi 24 avril : Les mesures électriques.

Lundi 26 avril : Les générateurs et les transformateurs. — Mardi 27 avril : Les interrupteurs, les soupapes et les rhéostats. — Mercredi 28 avril : Les dynamos et les courants alternatifs. — Jeudi 29 avril : Les divers modes d'emploi des courants alternatifs. — Vendredi 30 avril : Les ampoules de Rœntgen à air raréfié. — Samedi 1er mai: Les ampoules de Rœntgen à vide.

Lundi 3 mai : La techniqude la radioscopie. — Mardi 4 mai : Les images de Rœntgen. — Mercredi 5 mai : La technique de la radiographie. — Jeudi 6 mai : Stéréoradioscopie, stéréoradiographie et cinéradiographie. — Vendredi 7 mai : Les bases biologiques de la rœntgenthérapie. — Samedi 8 mai : Les bases physiques de la rœntgenthérapie.

Lundi 10 mai :La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle. — Mardi 11 mai : La technique générale de la rœntgenthérapie profonde. — Mercredi 12 mai : La radioactivité et les substances radioactives — Jeudi 13 mai : Les bases biologiques et physiques de la curiethérapie. — Vendredi 14 mai : Les divers modes d'application de la curiethérapie. — Samedi 15 mai : Les moyens de protection.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. Solomon ; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 26 avril, est de 150 fr. et devra être acquitté entre les mains de M. Salomon.

— **Institut de criminologie.** — *Section de police scientifique.* — Les cours auront lieu tous les jours, de 17 h. à 19 h., au service de l'identité judiciaire (Palais de Justice), à partir du lundi 12 avril 1926 jusqu'au mardi 4 mai inclus. Ils comporteront les notions de médecine légale, de psychiatrie, de droit pénal et d'organisation policière et un enseignement de police scientifique.

Médecine légale. — M. le professeur Balthazard, les lundis, mercredis, vendredis, à 18 h.

Médecine légale psychiatrique (*anthropologie criminelle*). — M. le professeur Claude, avec la collaboration de MM. Lévi-Valensi, Heuyer et Cellier, les lundis, mercredis, vendredis à 17 h.

Police scientifique. — M. Bayle, chef de service de l'identification judiciaire, les mardis, jeudis, samedis, à 18 heures.

Organisation de la police. — M. René Faralicq, docteur en droit, les mardis, jeudis, samedis et, à 17 h.

Pourront suivre ces cours les étudiants inscrits dans une autre section de l'Institut de Criminologie et les étudiants qui se seront fait inscrire à la section de Police scientifique (secrétariat de la Faculté de médecine).

Un certificat de police scientifique est délivré après examen de l'aptitude du candidat, au moyen d'épreuves écrites et orales.

Les droits à percevoir en vue du certificat de police scientifique sont fixés ainsi qu'il suit : 1 droit d'études, 60 fr. ; 1 droit d'examen, 20 fr. Les étudiants déjà inscrits dans une autre section sont dispensés du droit d'études.

— **Paris.** — *Une singulière statistique.* — Un conseiller municipal a demandé au préfet de la Seine de lui fournir le nombre des opérations chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux de Paris... et le nombre des décès survenus après ces opérations, entre le 1er janvier 1924 et le 31 juillet 1925.

— **Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1924-1925.** — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1924-1925 est de 1.140, se décomposant comme suit :

Facultés	Diplôme d'Etat	Diplômes d'Université	Total
Alger	31	»	31
Beyrouth	22	»	22
Bordeaux	123	8	131
Lille	33	1	34
Lyon	139	9	148
Montpellier	103	12	115
Nancy	21	6	27
Paris	481	50	531
Strasbourg	41	3	44
Toulouse	53	4	57
	1.047	93	1.140

— **Savety education.** — Il existe (en Amérique naturellement) dans certaines écoles, des cours dits de sécurité (Safety education). On apprend aux enfants, par des moyens scolaires à double but (dictées, problèmes d'arithmétique) à se prémunir contre les accidents de la rue... et d'ailleurs. Voici un exemple de cette Safety education, qui nous donne en même temps le prix d'une visite médicale aux Etats-Unis : « Si une visite de médecin coûte *trois dollars*, combien votre papa devra-t-il débourser pour huit visites faites à son petit garçon qui est tombé en allant jouer sur la glace, sans s'être assuré qu'elle était assez solide. »

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

Est-il médecin d'un hôpital ?

Est-il médecin d'autres compagnies d'assurances et desquelles ?

S'occupe-t-il de médecine générale, ou se livre-t-il à une spécialité et laquelle ?

Est-il marié ? Père de famille ?

A-t-il une clientèle considérable ?

Sa situation de fortune le rend-elle indépendant ?

Quelle est sa réputation sous le rapport de la capacité ? Sous le rapport de l'honorabilité ?

Quels honoraires demande-t-il ?

Je soussigné .... agent de la Compagnie, La X., certifie les réponses ci-dessus sincères et véritables.

Réflexions

La compagnie d'assurances sur la vie n'a pas tort, en prenant des renseignements précis sur le médecin, qu'on lui propose d'accréditer, comme médecin examinateur.

Ce dernier n'est, en effet, que l'homme de l'art représentant, non pas les intérêts du malade, mais ceux de l'assurance.

Je signale, cependant une incompatibilité radicale entre les fonctions de médecin examinateur, pour une compagnie d'assurances et celles de médecin traitant. Un docteur doit se refuser absolument à pratiquer un examen, en vue d'une assurance sur la vie, pour un client qu'il soigne habituellement.

Quelle serait la conduite du praticien, si son devoir de médecin certificateur l'obligeait à dévoiler à l'assurance l'existence d'une maladie actuelle, ou passée, maladie qu'il n'a connue que dans l'exercice de ses fonctions de médecin traitant ?

S'il dévoile le diagnostic à l'assurance, le client est en droit de poursuivre le médecin traitant, pour violation du secret professionnel (article 378 du code pénal) ;

Se tait-il, au contraire, et cache-t-il une partie de la vérité, il peut être poursuivi par l'assurance, comme complice d'une fraude qui est préjudiciable à la compagnie.

Mais, me dira-t-on, si le médecin traitant est certain que son client peut être accepté comme assuré, il peut parfaitement accepter de l'examiner en vue d'une assurance sur la vie.

Alors, le fait, pour ce même médecin, de refuser d'examiner un autre de ses clients, aboutira à une dénonciation indirecte, laissant entendre qu'il n'examine que ceux de ses clients, pour lesquels il est certain de ne pas avoir à violer le secret professionnel.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 29 avril 1924 (*Concours médical*, 1924-1402) a bien insisté sur l'incompatibilité qui existe entre le rôle du médecin traitant et les fonctions de médecin contrôleur.

Les syndicats médicaux ont toujours été de cet

avis et moi-même, dans le *Concours médical*, ai-je eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'insister sur les obligations du secret professionnel qui s'imposent à tout médecin, qui donne ses soins à un malade.

D[r] Paul Boudin.

---

426. — Taxe sur les automobiles.

Je ne circule plus avec ma camionnette depuis le 1[er] janvier (début du trimestre), l'ayant mise en vente. Est-il vrai que je doive quand même payer les droits de circulation parce que je n'ai pas « prévenu » 8 jours avant le commencement du trimestre. Il se peut cependant très bien que je n'aie pris cette décision de vente que le 1[er] janvier, par exemple.

Le receveur buraliste dit que je dois payer les droits de circulation de ce trimestre.

Qu'en pensez-vous, je vous prie ?

D[r] R.

Réponse.

La taxe sur les automobiles est exigible par trimestre et d'avance. Il s'ensuit que, si un véhicule commence à circuler au cours d'un trimestre donné, les droits afférents à ce trimestre sont dus intégralement.

Vous auriez dû déposer votre permis de circulation à la recette buraliste avant le 1[er] janvier.

Si vous avez cédé votre voiture à un particulier et si celui-ci a payé également la taxe pour le trimestre, vous pourriez demander la restitution du droit payé par vous.

A. M.

---

641. — Paiement des honoraires accidents en cas de liquidation d'une société.

En cas de liquidation ou de dissolution d'une société, à qui le médecin doit-il s'adresser pour se faire payer les honoraires, qui lui sont dus pour soins donnés aux ouvriers sinistrés de la société ?

D[r] C.

Réponse.

En cas de liquidation de société, soit amiable, soit judiciaire, si la police d'assurances souscrite par la société continue à produire effet, le médecin peut continuer à s'adresser à la Compagnie pour se faire payer ses honoraires. Dans le cas contraire, le médecin doit envoyer sa note au liquidateur en demandant à être payé par privilège en vertu de la loi sur les accidents du travail et de l'article 2.101 du Code civil. En cas de contestation, c'est le liquidateur qui doit être cité en justice.

---

554. — Patente basée sur un local occupé gratuitement.

Installé à X. comme oculiste, je vais depuis longtemps donner des consultations mensuelles à Y. Dans cette ville, je ne possède aucun pied à terre ; je descends chez une personne de ma famille, et c'est chez elle que je consulte.

Or cette année, pour la première fois, on me réclame une patente pour Y où je ne me rends que 12 fois par an et où je ne possède rien.

La patente est-elle due ? Ai-je été imposé régulièrement ou par erreur ?

Dr Z.

Réponse.

La patente est régulièrement établie si vous donnez des consultations dans un local sis à Y., quand bien même ce local serait concédé gratuitement. Mais le loyer servant de base à l'imposition ne peut être que celui qui serait effectivement payé pour l'occupation du local dans les conditions indiquées, c'est-à-dire approximativement 100 à 200 fr. par an.

A. M.

534. — Secret professionnel.

Il se présente à ma consultation une jeune fille de 22 ans (qui me laisse ignorer son nom). Quelques semaines après, le père ayant appris, par un tiers, cette visite de sa fille, vient me trouver afin que je le renseigne. Je ne crois pas que je puisse lui dire ce que j'ai trouvé. Qu'en pensez-vous ?

Dr X.

Réponse.

Vous êtes lié par le secret professionnel d'une façon absolue à l'égard de votre cliente et il vous est interdit de révéler à son père quoi que ce soit de ce que vous avez pu voir, entendre ou constater au cours de votre consultation.

La jeune fille serait-elle mineure que votre obligation au secret professionnel n'en subsisterait pas moins.

885. — Majoration de pension militaire. Point de départ.

J'ai dans ma clientèle un réformé de guerre, pour séquelles de pleurésie double.

Cet homme étant devenu nettement tuberculeux pulmonaire a demandé à passer devant la commission de réforme de X. pour obtenir 100 %.

La commission de réforme de X. du 14 décembre 1925 l'a, en effet, proposé pour une pension de 100 %.

Mais comment se fait-il que cet homme, dont l'état est très précaire, qui est dans l'impossibilité absolue de travailler, qui a besoin d'argent, ne touche pas sa pension de 100 % à partir du jour où il l'a obtenue ? Cette pension n'aura effet qu'à partir du 6 avril 1926.

Et de quoi vivra mon pauvre tuberculeux pendant ce temps-là. Bien que cette question ne soit pas absolument d'ordre médical, je vous serais reconnaissant de me dire pourquoi mon réformé à 100 % ne touche pas sa pension tout de suite, et si l'administration est bien fondée dans sa prétention à ne servir cette pension qu'à partir du 6 avril 1926.

Dr B.

Réponse.

Le sous-intendant fait erreur. Du moment que c'est l'intéressé lui-même qui a demandé une nouvelle visite *pour aggravation*, il a droit au taux de 100 % *dès le jour* de la visite qui lui a reconnu 100 % ; il ne s'agit pas en effet d'une *visite biennale de renouvellement*, ce que semble croire le sous-intendant.

Ce nouveau taux de 100 % lui est acquis dès le jour de sa visite, pour la fin de la période biennale en cours, quitte à ce qu'il soit de nouveau visité à ce moment, afin d'établir si le nouveau taux doit être maintenu pour la prochaine période biennale, commençant le 6 avril 1926.

Il faut adresser une réclamation *personnelle* au sous-intendant, en reproduisant ces arguments, qui résultent d'un avis officieux du Ministère des Pensions.

---

871. — Réduction de la durée du service militaire.

Je sais qu'il existait (il y a quelque temps encore un de mes camarades en a bénéficié) une circulaire militaire stipulant que les soldats nommés sous-officiers au bout de 6 mois de service ne feraient qu'un an de service militaire au lieu de 18 mois.

Cette loi est-elle encore en vigueur ? Et moi, du premier contingent de la classe 1922, en sursis jusqu'à maintenant et devant partir le 15 mai 1926, puis-je en profiter ?

Dr X.

Réponse.

Il résulte des dispositions mêmes de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement que la condition première pour ne faire qu'un an de service, au lieu de 18 mois, c'est d'avoir obtenu le brevet de préparation militaire supérieur spécial. S'il en est ainsi pour vous, vous ferez six mois comme médecin auxiliaire et, puisque vous êtes docteur, six mois comme médecin aide-major.

Le cas auquel vous faites allusion se rapporte certainement à un jeune homme qui, ne remplissant pas au moment de son incorporation les conditions de scolarité requises pour entrer de droit dans un peloton d'élèves officiers de réserve, a passé avant son incorporation le concours *d'admission à un peloton* de ce genre et qui, après six mois de ce peloton, a été nommé sous-

officier après avoir obtenu à ce moment la moyenne pour être nommé sous-officier seulement et non pas officier de réserve. Mais il possédait le brevet de préparation militaire supérieur (articles 34-35-37).

779. — Pension d'un médecin aide-major de 1re classe.

Voulez-vous avoir l'amabilité de m'indiquer le chiffre de la pension (depuis l'augmentation de 1,80 en 1925 sur la base de pension de soldat) d'un médecin aide-major de 1re classe (1er échelon) réformé 30 %, ayant deux enfants ?

Dr H.

Réponse.

La nouvelle pension sera de 1.671 francs plus une majoration de 162 francs par enfant — correspondant ainsi au taux d'invalidité de 30 %.

808. — Publication du Tableau du concours pour la Légion d'Honneur.

Je vous serais très obligé de me dire si le tableau de concours pour la Légion d'honneur de 1926 est paru et sinon, quand doit-il paraître ?

Dr Z.

Réponse.

Le tableau de concours pour la Légion d'honneur (réserves), année 1926, ne paraitra vraisemblablement qu'au mois de juin-juillet 1926.

Application du Tarif Durafour

I

774. — Traitements multiples simultanés d'une même lésion.

J'ai bien reçu votre lettre du 19 courant, répondant à la mienne et vous remercie d'avoir accepté la discussion. Membre du Syndicat général des électro-radiologues, je n'ai pas voulu le laisser en dehors de la question qui nous intéresse tous et j'ai adressé copie de ma première lettre à notre secrétaire, le Dr Quivy, à qui je transmettrai également notre correspondance ultérieure. En outre, par même courrier, je lui demande d'inscrire la question à l'ordre du jour de notre assemblée générale où je me propose de l'exposer et de défendre le point de vue que je vous ai défini dans ma première lettre.

Cette question, j'ai dû mal la poser, si j'en crois votre réponse.

Vous me dites, en effet, avoir eu l'occasion de constater les abus que renferme *déjà* la mécanothérapie, alors qu'on a pour principe de faire « rendre » le maximum au tarif. Et vous ajoutez qu'une « modeste » blessure en « clientèle de paiement direct » ne serait jamais l'objet d'un tel « luxe » d'interventions.

Ce langage me surprend et m'attriste. Faut-il donc nous voir toujours opposer le fameux *ab uno disce omnes* » ? et, s'il y a quelquefois abus, ces abus ne se rencontrent-ils donc que chez le spécialiste ? Si luxe, il y a, où commence-t-il ? Et l'injection de sérum antitétanique que croira devoir faire à son blessé le médecin praticien (et qui, elle, sera tarifée à part, bien que faite, par exemple, en même temps qu'une amputation de doigt) cette injection, dis-je, va-t-elle aussi être taxée de luxe ?

Me faut-il, en outre, rappeler à l'un de ceux qui ont tenu sur les fonts baptismaux les tarifs officiels régissant nos rapports avec les tiers payants, me faut-il lui rappeler que le spécialiste ne peut intervenir qu'après avis donné audit tiers payant et réception de son consentement ? et qu'ainsi le contrôle est beaucoup plus facile que pour un praticien de médecine générale qui, lui, n'est pas soumis à l'avis préalable. Admettons donc que le blessé objet de ma première lettre a bien besoin de deux traitements différents. Si le tiers payant en doute, qu'il fasse agir son contrôle ; s'il ne le fait pas, il n'a pas à protester et doit admettre cette nécessité.

Je m'étonne que vous étiquetiez « luxe » des traitements qui sont en train de devenir classiques. J'en appelle à l'autorité des Bordier, Delherm, Laquerrière, etc., etc. ; tous admettent à l'heure actuelle que pour traiter avec succès des ulcères variqueux, il est indiqué de faire des rayons U.V. et de la diathermie et et que pour la névrite, le vrai traitement comporte à la fois des bains de lumière et du courant continu avec ou sans ionisation, sans parler de la diathermie qui est aussi indiquée. Bien que vous sembliez croire le contraire, le physiothérapeute voit, fort heureusement pour lui, beaucoup plus de « clients de paiement direct » que de clients à tiers payant et ces clients directs sont soignés suivant ces principes.

Du reste, les « modestes » blessures ne viennent pas chez nous et, bien souvent, c'est le tiers payant qui prend l'initiative de nous adresser ses malades, dont la guérison tarde trop à son gré.

Voici donc un blessé ou un malade « à tiers payant » qui a un besoin certain de deux traitements différents. Je vous repose ma question de l'autre jour.

Oui ou non, ce malade a-t-il droit au même traitement que le malade « à paiement direct » ?

(J'estime comme vous que l'on ne doit pas faire pour le premier plus que pour le second, sous prétexte que ce n'est pas lui qui paie. Médecin-contrôleur pour l'électrothérapie à la commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre de mon département, c'est ce principe qui a toujours dicté mon avis. Mais s'ensuit-il que l'on doive faire moins ? Je m'élève contre cette opinion).

Puisqu'il a droit aux mêmes traitements, comment le spécialiste pourra-t-il les lui administrer s'il veut être honoré comme il y a droit ?

Pourra-t-il faire les deux traitements le même jour, c'est-à-dire en n'infligeant au malade qu'un déran-

gement et au tiers payant qu'un déplacement à rembourser ?

Ou bien, pour sauver la sacrée fôôôôôrme, lui faudra-t-il faire revenir le malade deux fois pour une ? Voilà toute la question.

J'ajoute que je ne comprends pas très bien, si la défiance règne à l'état endémique, ce qui empêcherait le médecin sans scrupule de faire revenir son malade autant de fois qu'il le voudrait et dans ce cas votre argument de l'abus possible dans le cas de plusieurs séances *de traitement* dans la même séance de *présence* au cabinet du médeciûn me semble tourner court.

J'espère, cher et honoré confrère, vous avoir convaincu cette fois de la justesse de mes revendications, etc...

Dr C.

Réponse.

Je vous ai dit, dans ma précédente lettre : « Si, dans un cas d'espèce bien choisi, on voulait faire plaider votre thèse, je serais le premier à demander au « Sou » de le tenter et serais ravi qu'on vous donne raison ». Il me semble difficile de faire plus, surtout que je vous ai dit cela sans la moindre arrière-pensée. Le mot « *luxe* » vous a offusqué, et cependant, c'est celui qui vient à l'esprit quand il s'agit d'une séance comportant, en reprenant vos propres termes : « *à la fois* : bains de lumière, courant continu avec ou sans irradiation, sans parler de diathermie qui est aussi indiquée... »

Si vous le voulez bien, nous ne parlerons pas de votre comparaison entre cet amoncellement d'interventions et « une amputation de doigt, plus une injection antitétanique ». Le fléau de la balance risquerait de pencher fortement, n'est-ce pas ? Quant à votre question sur le malade payant lui-même ou non, je me contenterai de vous retranscrire ma formule habituelle : « En matière de médecine avec tiers-payant, faire autant, — ni plus, ni moins —, que lorsque le malade paye lui-même son médecin ».

En tout cela, il s'agit de questions d'espèce et il est dangereux de généraliser. Le mieux, dans un cas de ce genre, est de s'entendre auparavant avec ledit « tiers payant », qui acceptera tout ce qu'on voudra, si le malade doit en guérir plus vite, afin d'avoir moins de journées à payer. C'est d'ailleurs le règlement (article 7), quand il y a une série de plus de cinq interventions à tarif spécial.

Je serais heureux d'avoir, à ce sujet, l'avis de mon ami Quivy. De plus, si vous présentez la question à votre assemblée générale, faites voter des *conclusions* et envoyez-les-moi, je vous prie, pour qu'elles puissent paraître dans le *Concours*. Cela peut toujours servir dans l'avenir.

F. D.

II

755. — Massages par non-médecin.

Comme abonné au *Concours médical*, je vous serais

reconnaissant de me donner votre avis sur le cas suivant : j'emploie comme auxiliaire pour les cas de fractures d'accident du travail, notamment pour les massages, un masseur diplômé de l'Ecole de Paris. Comment dois-je faire rétribuer cet aide dans mes notes d'honoraires ?

Ce masseur ne travaille naturellement que sous ma direction.

D^r M.

Réponse.

Le tarif Breton ne considère que les soins donnés par un *médecin*. Même quand il s'agit d'un aide (article 11), il faut que ce dernier soit médecin. De plus, « le médecin ne peut réclamer d'honoraires que pour les soins qu'il a donnés lui-même ». N'avez-vous donc pas, en votre région, un confrère qui pourrait être votre « auxiliaire » dans le cas où vous ne pourriez vous-même suffire à votre besoigne ? Celui-là pourrait alors « réclamer lui-même » les honoraires fixés au tarif.

F. D.

III

695. — Injections intra-veineuses sclérosantes multiples pour varices.

Je viens vous demander un renseignement concernant l'application du tarif Durafour. Je fais en ce moment des piqûres intra-variqueuses à un accidenté du travail qui présente un ulcère variqueux traumatique.

Dans ces conditions, puis-je mettre sur le compte du patron et par suite de son assurance le traitement des varices (qui préexistaient à l'accident) pour la raison qu'une fois les varices sclérosées, l'ulcère se guérira beaucoup plus vite que si je ne faisais qu'un traitement local ?

Dans l'affirmative, dois-je appliquer le tarif de 20 francs par piqûre (injection intraveineuse autre que le novarsénobenzol), ou par séance.

Il m'arrive de faire 3 à 4 piqûres en une séance.

Il me semble que 20 francs, c'est bien peu vu la difficulté relative de l'injection intravariqueuse par rapport à l'injection intraveineuse classique du pli du coude. D'autre part, on ne peut demander 60 à 80 francs par séance. Ce serait un peu trop, il me semble. Je pense que cette question a dû vous être posée déjà depuis le temps que le traitement de Sicard est passé dans la pratique courante. Quelle est votre opinion ?

D^r R.

Réponse.

1° Votre lettre débute par une sorte de pétition de principe, en déclarant : « Ulcère variqueux *traumatique* ». Il y a d'abord à régler la question de savoir si cet ulcère est traumatique ou non. Je vous signale cela, pour mémoire, afin de vous éviter toute surprise ; mais c'est là une question de *fait* et non pas de l'application du tarif, dont je m'occupe exclusivement dans cette rubrique.

2° Ceci posé, n'oubliez pas que vous ne pouvez faire cette *série* de piqûres (il y en a plus de cinq (sans en donner « *avis préalable* » au patron ou à son assureur substitué (article 7).

3° Vos injections intraveineuses ne sont pas celles indiquées à l'article 16. Ces dernières sont destinées à porter, dans la circulation, un médicament agissant sur l'organisme *en entier*. Les vôtres n'ont qu'une action *locale*. Par suite, celles-ci doivent être *multipliées* pour *chaque* veine séparément. Je ne pense donc pas que, pour une seule séance, vous puissiez additionner vos *fractions* locales d'injections médicamenteuses comme autant d'interventions séparées. Ce serait comme si, lors d'une anesthésie régionale (article 12), vous comptiez autant d'interventions que vous faites de piqûres.

Conclusion. — Etant entendu qu'il s'agit bien d'un accident du travail, je donnerais « avis préalable » au patron ou assureur, puis je compterais une injection intraveineuse par chaque séance.

F. D.

IV

711. — Que signifie le mot « Cumul » ?

Comme il est bien stipulé à l'art. 13 que le tarif ne comporte par le cumul de la visite avec un acte opératoire quelconque, j'ai bien le droit, par exemple, de tarifer pour brûlure moyenne :

Pansement, c'est-à-dire acte opératoire...	15 fr.
Visite	10 fr.
Total	25 fr.

Et de même pour tous les autres actes.

Mais je désirerais des éclaircissements, au sujet de la mention suivante : « Toutefois, on peut cumuler.... .... sans adjonction d'un prix de visite. »

Si je comprends bien, cela voudrait dire que je n'ai pas le droit de compter par exemple :

Visite	10 fr.
Suture	15 fr.
Injection sérum antitétanique.......	20 fr.
Total	45 fr.

Alors, prière de me faire connaître comment établir mon compte.

Réponse.

Vous ne pouvez *cumuler* le prix d'une intervention avec celui d'une visite. Cela signifie que vous ne pouvez compter à la fois l'un plus l'autre. C'est le contraire du sens que vous me semblez attribuer au mot cumul, d'où l'erreur que vous commettez. Par contre, vous pouvez cumuler deux interventions distinctes, donc compter : « sutures plus injection antitétanique », mais toujours sans y ajouter le prix de la visite. Pour établir votre compte, vous n'avez donc qu'à supprimer, dans les deux cas, les 10 francs de visite.

F. D.

788. — Accident de droit commun. Inapplicabilité du Tarif Durafour.

Le cheval de M. M... donne un coup de pied dans l'abdomen d'un piéton. Celui-ci n'est pas employé au service de M. M.... Le propriétaire du cheval dit au blessé d'appeler son médecin et qu'il est assuré contre les accidents, même pour les tiers. Quel tarif dois-je employer ? Il me semble que le tarif ouvrier n'a pas à être appliqué en cette circonstance.

Dr D.

Réponse.

Il s'agit en l'espèce non pas d'un accident du travail, mais d'un accident de droit commun. Par conséquent, vous devez vous faire payer par le blessé, conformément à votre tarif habituel de clientèle, et le blessé comprendra vos honoraires dans la demande d'indemnité qu'il pourra présenter au propriétaire de l'animal. Vous pouvez également, si vous le voulez, présenter votre note directement à ce dernier qui ne paraît pas contester sa responsabilité. Mais, au cas où des difficultés se produiraient et où il serait nécessaire de porter l'affaire en justice, vous ne pourriez vous adresser qu'à votre client et non au tiers responsable, faute de lien de droit avec ce dernier.

---

940. — Responsabilité en cas d'accidents à un sapeur-pompier.

Quelle est la responsabilité d'une commune dans un accident à un pompier tant au point de vue des frais médicaux et pharmaceutiques que dans les indemnités d'incapacité temporaire ou totale, ou en cas de mort.

Y a-t-il un quantum fixe ou une base sur les salaires ?

Dr M.

Réponse.

Les sapeurs-pompiers blessés en service ont droit à une pension viagère en cas d'incapacité permanente totale ou partielle.

La pension en cas d'incapacité permanente absolue est de 2.400 fr. par an. Celle en cas d'incapacité permanente partielle est de 1.800 fr. au maximum et est fixée par une Commission instituée au Ministère de l'Intérieur.

En cas d'incapacité temporaire, le sapeur-pompier a droit à une indemnité égale au montant de la perte du salaire qu'il a subie, sans qu'elle puisse excéder 30 fr. par jour.

La commune supporte les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que les frais funéraires.

Vous pouvez donc vous adresser au maire pour vous faire payer de vos honoraires. Il n'est indiqué dans les décrets aucun tarif qui soit applicable aux soins médicaux. Il y a donc lieu, à notre avis, d'appliquer le tarif de droit commun.

Quarante-huitième année — N° 15 — 11 Avril 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 948-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 160. — Normandie. A céd. de suite pour rais. fam. client. rapp. 80.000, pour 40.000, dont 15 à 20.000 compt.

N° 161. — Loiret. A vend. Peugeot 9 CV, cond. intér. 2/3 pl., mod. 1921, type 163, écl. et dém. électr., Très bon état de marche. Dr Paris, 85, rue Saint-Marceau, à Orléans.

N° 162. — On dés. acheter : 1° un mannequin av. porte et charnière et un fœtus av. tête compressive ; 2° une boîte en métal nickelé à forceps 40 × 12 × 8 ; 3° un stérilis. électr. à air. av. thermom. en cuivre nickelé de 0,25 × 0,10 × 0,07 ; 4° un marteau percut. de Déjerine.

N° 163. — Vaucluse. A céd. en mai, poste ch. lieu cant. rég. riche. Rapp. 30.000, ind. 10.000.

N° 164. — Chadourne (Louis). Le Pot au noir. Bois gravés par Falké, 200 fr., édition originale, ex. numéroté sur Rives, rare, état de neuf. Dr Pouliot, 1 *bis*, rue Gounod, Paris (17e).

N° 165. — Dr rech. client. demi-repos avec fixe, 10 à 12 km. de Paris max., payerait compt.

N° 166. — Dr 40 a., décoré, possèd. capit. s'intér. à aff. méd. ou para très sér., suite climat., mais. santé, gymnast. médic.

N° 167. — Le poste méd. de l'Ile d'Ouessant (Finist.) est actuell. vacant. Allocat. annuelle 6.000, suscept. augm. Municipalité assurer. logem. Pour rens. compl. s'adr. au maire d'Ouessant.

N° 168. — Coutainville-Plage (Manche). A louer pour saison : 1° Maisonnette rustique, 2 p. (dont 3 lits) av. cuis. et w c. : 1.300 fr. 2° Pet. maison, terrasse vue sur mer, 2 p. (dont 3 lits) av. cuis. et w.c. : 1.500 fr. Possib. locat. au mois. S'ad. à M. Roth, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.

N° 169. — Banl. imméd. Paris,. A céd. poste méd. anc., gros rapp., conv. à méd. act. et sér. Belle mais, avec jard., tout conf. moderne. Bail à repr. ind. à déb.

N° 170. — Sud-Est. Ch.-lieu cant. à prox. grande ville, poste ancien, rapp. 50.000, av. appart. 5 p. et cabinet. A céd. d'urgence 15.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 171. — Ille-et-Vilaine. Cabinet seul propharm. rapp. 70.000, beauc. A. T., loyer 1.500, mais 6 p., jardin, à céd. 25.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Cimiez. — Grande propriété bien exposée pouvant faire **Maison de santé** comprenant : villa et deux pavillons. Nombreuses chambres avec salles de bains. Tout confort. Eau stérilisée. Parc de 14.500 m.q. et terrain nu de 17.000 m. q. On peut morceler. Pour visiter « Villa l'Enchanteresse », avenue de l'Ancien Jardin Botanique, Cimiez (Nice). Renseignements et photos, à Paris : M. Cain, 25, rue de Bourgogne, 25.

Le Gastropeptyl est le rééducateur par excellence de l'estomac, le spécifique des dyspepsies et des gastrites Dose 3 comprimés après le repas. Boîte gratuite pour essais, 40, rue des Acacias, Paris.



R. C. Seine 71.076

DERNIÈRES NOUVELLES

— Un **Congrès italien de radiologie** se tiendra à Naples, en octobre 1926.

— **Amphithéâtre d'anatomie** (17, rue du Fer-à-Moulin, Paris Ve). — *Cours de chirurgie des voies urinaires.* — Ce cours (technique opératoire) sera fait à partir du lundi 26 avril à 14 h. par M. Jean Braine, prosecteur. (Droit d'inscription : 250 fr.)

— **Hôpital civil d'Oran.** — Un concours pour la *nomination d'un chef de service de radiologie et d'électrologie* aura lieu le 24 mai 1926. S'adresser à l'hôpital civil d'Oran.

— **Allocation à M. Vadon, interne des hôpitaux, victime du devoir.** — Le conseil municipal de Paris vient de voter une allocation annuelle renouvelable de 5000 fr. à M. Vadon, interne des hôpitaux de Paris, victime du devoir.

— **Conférences sur les arythmies.** — M. Clerc, agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera le 14 avril à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, une série de 10 conférences sur les arythmies et leur traitement.

— **Académie des sciences.** — Le Dr Jean Charcot vient d'être élu membre titulaire dans la section des académiciens libres, en remplacement de M. Tisserand.

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale.* — L'assemblée générale de l'A. G. aura lieu le 18 avril, à 14 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et sera suivie d'une conférence du Dr Lutembacher sur la pluriauscultation à distance avec le télécardiophone. Le soir, banquet à Lutetia sous la présidence du Dr Delpierre, sénateur.

— **Collège de France.** — Le 17 avril, à 17 h., salle no 6, leçon de M. Dienert, chef du service de la surveillance des eaux de la Ville de Paris sur l'*épuration des eaux par les boues activées.*

— **Bordeaux.** — *Mission du prof. Jeanneney.* — M. le Dr Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé de mission par le Ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, pour étudier l'organisation de la « lutte contre le cancer en Italie ».

— **Académie de médecine.** — *Election.* — M. le professeur Couvelaire est élu membre titulaire dans la section « chirurgie et accouchements ».

La variole dans la région parisienne. — M. le Préfet de la Seine signale à l'Académie les cas de variole survenus à Paris, dans le XVe arrondissement, et en banlieue, à Boulogne-sur-Seine.

— **Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.** — M. le professeur Cange, d'Alger, fera, le vendredi 16 avril, à 10 h. 1/2 du matin, à l'amphithéâtre Dupuytren, une leçon sur « l'étiologie, la pathogénie et les formes cliniques de *la conjonctivite granuleuse* ».

— **Le placement familial des Tout-Petits.** — L'œuvre du Placement familial des Tout-Petits que dirige Madame Seligman, vient de tenir son assemblée générale annuelle, sous la présidence du Dr Mourier, directeur de l'assistance publique à Paris. Le professeur Léon Bernard, secrétaire général de l'œuvre, a exposé les résultats, très satisfaisants, de 1925. La mortalité dans les centres de placement reste particulièrement faible (3,6 %). Il n'apparaît pas, a ajouté M. Léon Bernard, que les récentes découvertes en matière de tuberculose (vaccination de Calmette, virus filtrant et recherche de son passage au travers du placenta...) puissent diminuer en rien l'importance de l'œuvre.

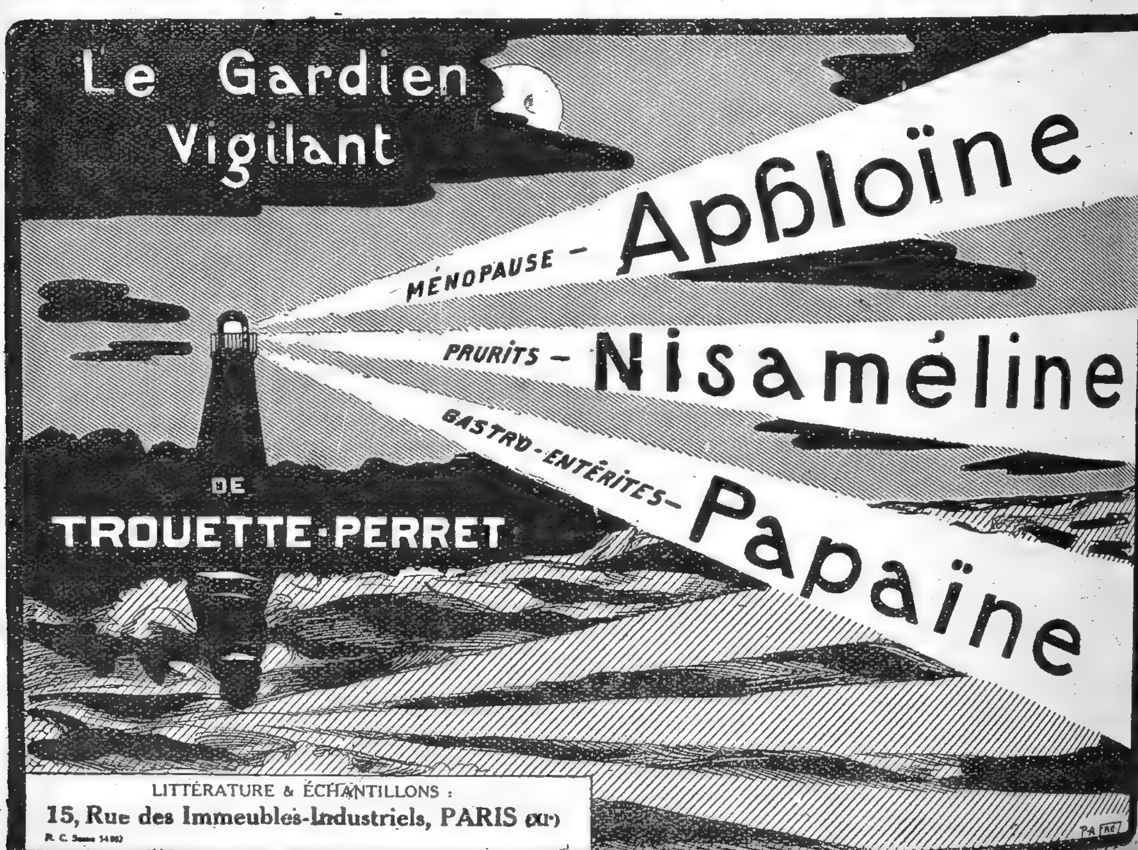
Quelques réflexions relatives au prix de revient kilométrique du déplacement médical

Très intéressé par la réponse de notre confrère François, de Bohain, je vous envoie le relevé de mes dépenses automobiles pendant ces 3 dernières années.

J'ai deux voitures, comme il est nécessaire dans cette région montagneuse à tout docteur ayant une clientèle moyenne. Une 6 chevaux Amilcar et une 7 Zedel. J'ai bien essayé, pour réduire mon prix de revient kilométrique, de rouler avec des voitures plus faibles et, après avoir eu trois quadrilettes, j'y ai renoncé, le service qu'elles pouvaient rendre dans nos routes défoncées et les chemins dans lesquels nous sommes obligés de nous aventurer (le mot n'est pas trop fort) réduisant par trop leur durée.

Je suis sur le point de changer ma 6 chevaux. Eh bien, je vais prendre une 8 chevaux, persuadé par l'expérience que c'est un minimum au-dessous duquel un médecin de campagne de région de montagne ne saurait descendre.

Pour le chiffre des réparations, il faut tenir compte du fait que beaucoup de confrères habitent des villages où ne résident pas de mécaniciens capables d'effectuer sérieusement des répa-


Le Gardien
Vigilant
MÉNOPAUSE – Apßloïne
PRURITS – Nisaméline
GASTRO-ENTÉRITES – Papaïne
DE
TROUETTE-PERRET
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

rations au moteur, au pont arrière, à la boîte à vitesse, etc. Il nous faut donc, pour toutes ces réparations, faire descendre la voiture au mécanicien le plus proche (ici cela fait 18 kilomètres) d'où frais s'ajoutant au prix de la réparation elle-même.

Autre cause de frais : nous n'avons pas le temps de graisser et d'entretenir sérieusement nos voitures. Si nous avons le temps parfois, nous n'osons nous y lancer pour ne pas salir nos mains, sachant avoir un accouchement à faire ou une intervention à effectuer le soir même. Faire faire le travail par un mécanicien ? Il faut en avoir un sous la main ! Ou bien on trouve quelqu'un qui vous promet de graisser la voiture régulièrement, qui n'oublie pas de présenter sa note pour ce travail... mais qui oublie de le faire. Résultat : nous roulons avec des autos mal graissées et pas entretenues, qui ne font pas l'usage normal.

Je voudrais bien voir des voitures de confrères ayant effectué 150.000 kilomètres ! Je suis bien loin d'arriver à ces chiffres et dois les amortir sur 60.000.

Voici mes comptes :

Kilomètres effectués en 3 ans : 59.883 dont 30.259 en quadrilette 4 HP.

Essence : 12.434,25.
Huile : 2.526,95.
Bougies : 448.
Impôts : 869.
Assurance : 998.
Réparations : 9.638,30.
Dépannages : 1.065,75.
Cornes : 88.
Pneus et chambres : 6.829,20 (il y en a qui éclatent).
Eclairage : 1.547,90 (réparation dynamo et canalisation).
Chaînes antidérapantes : 580 (on en perd dans la neige).
Conducteurs : 1.805. (les jours où je suis trop fatigué).
Amortissement : 42.061.
Total : 80.691,35 pour 59.883 kil. ; soit au kilomètre : 1,34.

A noter que je conduis moi-même et que j'ai roulé toute cette année avec des pneus achetés il y a deux ans... meilleur marché que maintenant. Noter également que je n'ai eu comme grosse réparation qu'une bielle coulée.

Le montant de mon amortissement n'est pas une estimation quelconque, mais la différence entre le prix d'achat des quatre voitures et leur prix de revente. Un hiver éreinte une voiture par ici.

Voici donc un prix de revient, malheureusement exact, pour les kilomètres effectués en majeure partie avec des quadrilettes 4 chevaux. Je ne doute pas que mes comptes de cette année,

avec des voitures de 6 et 7 chevaux, avec des pneus en grande hausse, avec de l'essence à 12,50, ne soit autour de 1,60.

Qu'il est dommage que les assureurs possesseurs d'autos ne puissent nous donner le compte de ce qu'ils ont dépensé pour leurs voitures. On trouverait peut être un chiffre différent de celui qu'ils nous proposent.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments et mes remerciements de tout le dévouement que vous déployez pour nous, médecins de campagne.

Dr H. Voisin.
Cruseilles (Haute-Savoie).

A TRAVERS L'OFFICIEL

25 *mars*.

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Mirc, médecin chef, préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, a été nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Hérault), en remplacement de M. le Dr Albes.

Le poste qu'il occupait à l'hospice d'Agen est vacant.

29 *et* 30 *mars*.

Pensions militaires.

Décret du 18 mars 1926 déterminant le barème des invalidités en ce qui concerne le paludisme et les maladies exotiques.

Etant donné son étendue, ce document sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Le contrôle des thermomètres médicaux.

7350. — M. Ajam, sénateur, demande à M. le ministre de l'instruction publique pour quelle raison le Conservatoire des arts et métiers, chargé du contrôle des thermomètres médicaux, accorde pour la restitution de ces appareils une fois contrôlés un tour de faveur à certains thermomètres, suivant leur origine ou leur destination, sur quel texte de loi se base l'administration pour en décider ainsi ; s'il n'y aurait pas lieu de donner des instructions pour que, d'une manière absolue, aucune faveur ne soit accordée à certains déposants au détriment des autres. (*Question du 4 mars* 1926.)

Réponse. — A la suite des dépôts considérables de thermomètres médicaux effectués, au cours de l'année 1925, un retard s'est produit dans la

livraison des instruments après contrôle, retard qui s'est aggravé du fait que le Conservatoire national des arts et métiers n'a pu disposer, en temps voulu, des crédits nécessaires au recrutement d'un personnel supplémentaire.

M. le sous-secrétaire d'Etat de l'enseignement technique, préoccupé des conséquences de cette situation, a réuni, le 12 novembre 1925, la commission interministérielle des thermomètres médicaux. Cette commission, qui comprenait, outre les représentants des divers ministères intéressés, plusieurs industriels et commerçants en thermomètres médicaux, a estimé qu'il y avait lieu, afin de ne pas paralyser le développement d'une industrie naissante, d'accorder aux instruments français une certaine priorité dans le contrôle, étant entendu, toutefois, que le laboratoire d'essais du Conservatoire, chargé des opérations, contrôlerait chaque mois un nombre égal de thermomètres français et de thermomètres d'origine étrangère.

C'est dans ces conditions, et conformément à la décision prise par la commission interministérielle, que s'effectue actuellement la vérification.

Il y a lieu d'ajouter, toutefois, que grâce aux mesures prises dès la fin de 1925, le nombre des thermomètres médicaux contrôlés mensuellement s'est accru d'une façon très sensible.

Un décret du 15 décembre 1925 a, en effet, autorisé l'imputation sur le compte « paiements à régulariser » d'un crédit permettant le recrutement de 31 dames temporaires.

Pour conserver, en 1926, ce personnel indispensable, le crédit dont il s'agit a été compris dans les douzièmes provisoires accordés pour les premiers mois de l'exercice, sous réserve d'une demande d'incorporation au budget de 1926.

Si le Parlement adopte les propositions qui lui seront soumises à cet égard, lorsqu'il reprendra le vote du budget de 1926, on peut espérer que la situation du service de vérification s'améliorera rapidement. Or, la mesure prise en faveur de l'industrie française des thermomètres médicaux deviendra sans objet le jour où le stock arriéré se trouvant liquidé la marche normale du service pourra être assurée. (*J.O.*, 24 *mars* 1926.)

L'Institut du Radium et la Fondation Curie

En réponse à une question que nous avions adressée, pour renseigner l'un de nos correspondants, à M. le Prof. Cl. Regaud, nous avons reçu de lui l'aimable lettre qui suit. Qu'il en soit ici vivement remercié :

Je reçois aujourd'hui seulement votre lettre et je m'empresse de vous donner quelques renseignements généraux concernant la Fondation Curie et l'œuvre qu'elle poursuit.

La Fondation Curie, dont la création remonte à quelques années déjà, est intimement liée à l'Institut du Radium de l'Université de Paris ; elle s'est, en effet, donné pour but d'aider les services et les laboratoires de celui-ci en leur procurant les ressources nécessaires pour développer les applications des corps radioactifs au traitement des maladies, et plus spécialement au traitement du cancer.

La Fondation Curie est une œuvre d'initiative privée, mais reconnue d'utilité publique depuis le 27 mai 1921, elle possède la personnalité civile, et peut donc recevoir les dons et legs qu'elle emploie conformément à l'esprit de ses statuts et suivant les volontés des donateurs. Son Conseil d'administration comprend des représentants de l'Université et de l'Institut Pasteur, des Académies et des Facultés de médecine et des Sciences, des pouvoirs publics... C'est de la bienfaisance privée qu'elle a pu jusqu'ici tirer le plus clair des ressources qui lui étaient nécessaires pour poursuivre son but vers une connaissance et une thérapeutique meilleures du cancer.

La première à la fois en date et en importance de tous les établissements français spécialisés dans l'étude et le traitement du cancer, la Fondation Curie a rassemblé des moyens de travail et de traitement uniques dans notre pays ; elle possède plusieurs grammes de radium, 8 appareils de radiothérapie profonde, un dispensaire de consultations, 2 services de chirurgie et d'hospitalisation pouvant recevoir des malades de toutes conditions sociales, et la collaboration étroite de ses médecins avec les physiciens et les biologistes de l'Institut du Radium lui a permis d'apporter une contribution exceptionnellement importante à la lutte contre le cancer. Ses méthodes de traitement, particulièrement par le Radium ont réalisé de très grands progrès qui se sont répandus dans tous les pays étrangers unis dans un effort commun contre le fléau social qu'est le cancer.

En six ans, la Fondation Curie a traité environ 2.000 cancéreux dont plusieurs centaines sont guéris, et ses consultations publiques ont accueilli plus de 10.000 malades. J'ajoute que la plus grande partie des malades traités sont indigents, ou de condition modeste, et que la Fondation Curie n'a pu poursuivre son œuvre d'intérêt public que grâce au désintéressement de ses savants et de ses médecins.

Je vous adresse, ci-joint, en double exemplaire :

Les statuts de la Fondation Curie ;

Une brochure éditée à l'occasion du 25e anniversaire de la découverte du radium, dont la Fondation Curie avait organisé la célébration ;

Un petit opuscule où sont exposés les conditions de fonctionnement du dispensaire et des services de la Fondation Curie.

Je reste en outre à votre disposition pour vous donner tout renseignement plus précis qui vous paraîtrait nécessaire, et je suis prêt à faire visiter nos laboratoires et nos services à la personne désireuse de s'intéresser efficacement à notre œuvre.

En vous remerciant, etc.

Cl. REGAUD.

Voir la suite page XLVII-993

PROPOS DU JOUR

Le Bureau Central des infirmières brevetées au Ministère de l'Hygiène. Le Recrutement des Infirmières.

Nous recevons fréquemment des demandes de renseignements de nos lecteurs au sujet des écoles d'infirmières et de l'enseignement que l'on y donne soit pour former des infirmières hospitalières, soit pour dresser des infirmières spécialisées (visiteuses d'hygiène sociale, directrices de crèches, d'établissements de puériculture, infirmières scolaires, surintendantes d'hygiène sociale attachées à des œuvres organisées par de grandes industries, etc.).

Nous savions bien qu'en créant le brevet d'Etat d'infirmière, le Gouvernement avait décidé l'organisation d'un bureau des infirmières, chargé de centraliser tous les renseignements, de faciliter aux écoles la préparation au brevet et en outre de documenter les personnes ou les institutions qui, à un titre ou dans un but quelconques, désireraient être mis au courant de la question des infirmières. Mais en France, dans le domaine de l'hygiène, depuis la loi de 1902, il y a eu tant de décrets, d'arrêtés, d'ordonnances et de circulaires, remplis de décisions louables, d'excellentes intentions et de non moins excellents conseils qui sont restés lettres mortes, que nous nous demandions si le Bureau central des infirmières existait.

Or ce Bureau existe, pas depuis très longtemps, bien que sa création ait été décidée il y a près de quatre ans, mais il existe quand même et a bien l'intention de fonctionner.

Pour être bien fixé à son égard, nous nous sommes adressés à une personne de grande valeur intellectuelle et morale qui, nouvelle Florence Nigthingale, s'est vouée à l'éducation, à l'instruction et au perfectionnement des infirmières. Nous l'avons priée de nous documenter sur ce point et nous sommes heureux de publier les renseignements qu'elle a bien voulu nous donner :

Par un décret en Conseil d'Etat du 4 décembre 1924, fut créé à Paris un établissement public dénommé *Office National d'hygiène sociale*, qui a pour objet :

A) De recueillir et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France.

B) De recueillir et de mettre à la disposition des services publics nationaux, locaux et du public, tous les documents et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie.

C) De faire en France et aux Colonies une propagande auprès du public en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé.

D) D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées, afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la santé publique.

L'Office National d'hygiène sociale est rattaché au Ministère chargé de l'hygiène publique.

En date du 22 août 1925, par arrêté ministériel, le *Bureau Central des Infirmières*, comme suite à la délibération du Conseil d'administration de l'Office, en date du 18 juillet 1925, a été rattaché à l'Office national d'hygiène sociale.

Ce bureau est dirigée par Mlle Delagrange, qui a assuré les fonctions d'Inspectrice déléguée du Ministère de l'hygiène à la Préfecture du Nord depuis 1919 et qui, en juin 1922, a assuré au Ministère les fonctions de surintendante des services féminins d'hygiène et d'assistance en Régions libérées. Elle est aidée dans cette direction par Mlle de Joannis, infirmière diplômée, directrice de l'école professionnelle d'assistance aux malades, 10, rue Amyot, Paris, membre du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et chargée de mission à ce bureau, plus spécialement en ce qui concerne les infirmières hospitalières ; par Mlle Séguenot, infirmière diplômée d'hygiène sociale, précédemment attachée à la Fondation Rockefeller et par Mlle Lequeux, successivement inspectrice-déléguée-adjointe à la Préfecture du Nord et inspectrice déléguée à la Préfecture des Ardennes.

Le Bureau central des Infirmières, d'après les délibérations du *Conseil de perfectionnement* institué par décret du 27 juin 1922, prépare et fait aboutir administrativement tous les travaux dudit Conseil. Pour cette partie de sa tâche, il dépend de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Au sujet de toutes les réformes intervenues dans les écoles d'infirmières depuis l'application du décret du 27 juin 1922, le Bureau central des infirmières possède toute documentation en ce qui concerne le fonctionnement des écoles, les conditions d'admission, les programmes d'enseignement, les examens d'Etat, les situations offertes aux infirmières obtenant le diplôme d'Etat. Il constitue en ce moment le fichier central des infirmiers et infirmières de France (25.000 environ) qui ont déposé leurs dossiers en vue d'obtenir pour le passé le diplôme d'Etat. A

côté de ce fichier s'organise également le fichier des infirmiers et infirmières qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen d'Etat institué par décret du 27 juin 1922. Le fichier des écoles, préparant à ce diplôme d'Etat, existe également au Bureau central des infirmières.

Ces renseignements, enregistrés et classés, permettront d'obtenir un travail de statistique intéressant qui établira, par région et par département, ainsi que par établissement hospitalier ou d'hygiène sociale, le bilan du personnel infirmier et infirmière diplômé d'Etat en fonctions en France.

Le Bureau central des infirmières a été chargé par la direction de l'hygiène et de l'assistance publiques de l'organisation des premiers examens d'Etat, ce qui a permis au personnel de direction de porter en province : à Lyon, Avignon, Marseille, Grenoble, Lille, Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Nîmes, Rennes, les explications et les renseignements détaillés aux écoles d'infirmières sur la réorganisation de leur enseignement. Ces visites des écoles reconnues administrativement, des établissements et organisations dans lesquels sont admises comme stagiaires les élèves de ces différentes écoles, ont donné l'occasion de constituer une documentation sérieuse, d'une part, sur l'enseignement donné dans ces institutions, et d'autre part, sur le fonctionnement de ces organisations. Ces visites accueillies avec le plus grand contentement par la direction des écoles toujours désireuse de voir le Ministère s'intéresser effectivement et sur place à leur activité, à leurs efforts vers un meilleur rendement, ont porté le plus grand fruit et sont instamment réclamées de tous côtés. En effet, il ne suffit pas d'édicter des réformes fondamentales pour l'enseignement des infirmiers et des infirmières professionnelles. Il faut encore aller sur place encourager ces réformes, se rendre compte des difficultés locales que leur application entraîne et apporter à ceux et à celles qui ne demandent qu'à préparer du personnel professionnel, le réconfort de conseils, de directives adaptés à la situation particulière de chaque région et de chaque localité.

Ces visites sont également l'occasion de causeries de propagande pour le recrutement des élèves-infirmières dans des milieux appropriés. Elles ont toujours pour effet d'amener aux écoles d'infirmières des candidates nouvelles et ce résultat n'est pas négligeable, étant donnée la pénurie actuelle, en France, d'infirmières professionnellement préparées.

C'est à cette grande tâche de propagande que s'appliquera le Bureau central des infirmières, en s'adressant au public et au corps médical. Cela, au moyen de visites en province, de causeries, ainsi que par l'élaboration de tracts et brochures qui feront comprendre l'importance grandissante de la santé publique dans tous les problèmes sociaux et celle de la formation des infirmières qui peuvent contribuer à solutionner ces problèmes.

Cette propagande tout naturellement est amenée à s'élargir, à sortir du cadre des écoles et à propager tous les plans nouveaux d'organisation de services d'hygiène sociale.

En résumé, le Bureau central des infirmières poursuit les buts suivants :

1° Centralisation de toutes les questions concernant les écoles d'infirmières et d'infirmiers.

2° Organisation d'un fichier central du personnel infirmier de toutes spécialisations existant en France.

3° Propagande active pour le recrutement d'élèves infirmières.

4° Propagande pour les écoles reconnues administrativement, préparant au diplôme d'Etat, au moyen de tracts, brochures, causeries.

5° Propagande en faveur des buts poursuivis par l'Office national d'hygiène sociale dans tous les départements.

***

La personne qui, si aimablement, a bien voulu nous renseigner sur le Bureau central des infirmières et qui y joue un rôle important, m'a laissé entendre que ce bureau serait heureux d'entrer en relations avec les médecins praticiens, leurs Syndicats et toutes leurs Associations professionnelles, soit pour échanger avec eux des idées, et recevoir les observations qu'ils voudraient bien lui soumettre, soit pour leur donner des renseignements précis sur tout ce qui concerne la question des infirmières.

Nous avons cru devoir faire remarquer à notre interlocutrice que, si le corps médical avait témoigné et témoigne peut-être encore quelque froideur aux infirmières, c'est parce que nombre de soi-disant infirmières, d'infirmières amateurs ou de vraies infirmières, incomplètement éduquées, avaient, par des initiatives déplacées, par des conversations maladroites et des jugements inconsidérés, causé dans plus d'une circonstance de sérieux ennuis à des médecins traitants. Le rôle du praticien auprès des familles est souvent assez délicat et sa responsabilité est assez grande pour qu'il ne tienne pas à les voir compliquer par l'intervention étourdie et les paroles imprudentes d'une auxiliaire qui, même bien intentionnée, provoque dans les familles la défiance à l'égard du médecin traitant.

Notre interlocutrice sourit, car elle connaît à fond les infirmières, leurs grandes vertus et leurs petits défauts et elle nous fit judicieusement remarquer que tous ces défauts disparaîtraient au fur et à mesure que l'*éducation* (nous ne disons pas seulement l'enseignement) des infirmières se perfectionnerait. La création du brevet d'Etat est une sérieuse garantie pour le Corps médical. « Puis, ajouta notre interlocutrice, nous

comptons sérieusement sur les médecins eux-mêmes pour faire disparaître ces défauts en participant activement au recrutement de nos infirmières. Déjà plusieurs de vos confrères, et non des moindres, ont bien voulu confier à l'école que je dirige, des jeunes filles de leur propre famille, qui, imbues des traditions médicales, donnent le bon exemple à leurs compagnes. Priez vos confrères de s'intéresser à la question des infirmières, engagez -les vivement à aider au recrutement de nos écoles. Ils feront ainsi une œuvre la fois très utile pour le Corps médical qui aura à sa disposition les auxiliaires impeccables qu'il désire, pour les malades qui seront intelligemment soignés, pour la société entière qui bénéficiera d'œuvres d'hygiène sociales, fonctionnant harmonieusement et utilement et surtout pour les jeunes filles, destinées à devenir de bonnes infirmières. Ces dernières n'auront aucune difficulté à trouver des situations honorables et dignement rétribuées. car, chose étrange, depuis près d'un demi-siècle qu'on se préoccupe en France de former de bonnes infirmières, leur nombre est encore notablement insuffisant et nous recevons plus d'offres que de demandes et de beaucoup ».

Notre interlocutrice prêchait un converti et plus d'une fois nous avons émis ces idées dans le *Concours médical*, nous croyons néanmoins devoir récidiver aujourd'hui à propos du Bureau central des infirmières, espérant que ce ne sera pas toujours en vain.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PATHOLOGIE DIGESTIVE

La leucopédèse gastrique.

D'après les leçons de M. Loeper (1),

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

I. *L'épreuve de la leucopédèse gastrique.* — Outre la sécrétion du suc gastrique, la muqueuse de l'estomac donne issue dès l'arrivée des aliments à de nombreux leucocytes qui jouent un rôle important, protecteur et fermentaire, dans la digestion gastrique.

Leur pouvoir protéolytique, amylolytique et lipasique est parfois tel qu'il peut suppléer à l'action du suc gastrique. D'autre part, le pouvoir protecteur et antitoxique des leucocytes dans l'estomac est fort important puisque son absence ou son insuffisance peut permettre aux phénomènes d'anaphylaxie de se produire.

Cette leucocytose gastrique n'avait guère été étudiée jusqu'à ce jour. M. Loeper lui consacre les trois premiers chapitres de la sixième série de ses leçons de pathologie digestive et nous croyons intéressant pour nos lecteurs de les résumer ici en une courte analyse.

M. Loeper appelle cette leucocytose, *leucopédèse gastrique*, terme dont s'est servi M. Charles Richet, parce que les leucocytes qui s'épanchent dans l'estomac, sortent du sang par *diapédèse* et ne proviennent pas de la muqueuse ni des follicules de l'estomac.

La leucopédèse gastrique accompagne toutes les ingestions alimentaires et toutes les sécrétions : elle est influencée par la nature des aliments (surtout par le glycose et les peptones). Elle est influencée encore par certains médicaments d'action surtout nerveuse (l'atropine l'accroît, l'ésérine et la pilocarpine la diminuent constamment). L'action psychique est manifeste comme le prouve l'influence active de la mastication des aliments sans déglutition de parcelles alimentaires ni de salive.

Les leucocytes extravasés dans l'estomac pendant la digestion ne retournent pas dans les vaisseaux de l'intestin, ils sont dissous et les substances qu'ils mettent en liberté ont un rôle digestif.

Ces leucocytes sont presque tous des polynucléaires.

Nous n'insisterons pas sur les minutieuses recherches de MM. Loeper et Marchal qui dé-

(1) M. Loeper. — Leçons de Pathologie digestive (sixième série). Masson et Cie, édit., 1925.

montrent que les leucocytes viennent en aide à l'action de suc gastrique, de la bile et du suc pancréatique.

Il est bien établi que la secrétion leucocytaire apporte son contingent utile à la digestion, du moins à l'état normal. Cela est différent à l'état pathologique et il faut pratiquer l'épreuve de la leucopédèse provoquée.

En donnant 125 gr. de bouillon peu salé et convenablement dégraissé à un sujet normal, l'on compte 1000 leucocytes à la première heure, 2000 à 2500 à la deuxième, 2000 à la troisième. Les variations de ces chiffres coïncident avec une altération de la muqueuse, des troubles circulatoires ou nerveux.

L'action des médicaments sur la leucopédèse est variable. Les amers ont un pouvoir leucopédétique certain, mais avec des doses assez élevées et ce pouvoir n'est pas le même pour tous. C'est une leucopédèse d'irritation, qui est passagère mais qui se continue par une leucopédèse de digestion prolongée, si le sujet absorbe des aliments. A ce propos, le colombo, puis la gentiane sont plus actifs que la noix vomique et la quassia amara. Le thé, la kola, le quinquina sont aussi actifs.

II. *La leucopédèse et l'ulcère de l'estomac.* — Le leucocyte, tout en remplissant des fonctions digestives dans l'estomac, ne perd pas ses propriétés fondamentales, phagocytaires et antitoxiques. Mais l'action du suc gastrique rend expérimentalement cette constatation difficile et donne lieu à des résultats paradoxaux dans les recherches entreprises. A l'état normal, la richesse chlorhydrique du suc gastrique est indépendante de la leucopédèse et les deux fonctions évoluent parallèlement. A l'état pathologique l'évolution est souvent inverse. Chez l'hypochlorhydrique, le cancéreux, la leucopédèse est intense, elle est pauvre chez l'hyperchlorhydrique, chez l'ulcéreux. « L'estomac des hyperchlorhydriques et des ulcéreux est mal défendu par les leucocytes, parce que les leucocytes y sont apportés en plus maigres proportions et qu'ils se désintègrent ensuite trop rapidement. »

L'action du suc gastrique explique leur désintégration mais c'est le système nerveux qui est cause de l'insuffisance de leur production.

Le pneumogastrique est le nerf sécréteur de l'estomac (Magendie, Contejean, Pavlov). L'excitation du nerf au-dessous du diaphragme excite la sécrétion, sa section la diminue. Pour la leucopédèse, l'action du pneumogastrique est diamétralement opposée. Sa section, qui amène une chute de la sécrétion, élève formidablement la leucopédèse (6000 leucocytes par mmc). L'atropine, inhibiteur du nerf vague, augmente la leucopédèse, l'ésérine qui paralyse le sympathique, ou la pilocarpine, qui excite le vague, la diminuent.

La vagotonie, de règle chez les ulcéreux, est un effet de l'excitation du pneumogastrique chez eux. Le réflexe oculo-cardiaque est exagéré le plus souvent. La vagotonie qui détermine l'hypersécrétion et l'hypoleucopédèse, crée et favorise l'ulcération et s'oppose à sa cicatrisation.

Le sérum d'animal agit sur l'ulcère non seulement comme hémostatique, mais par son pouvoir cicatrisant, en faisant affluer les leucocytes polynucléaires dans l'estomac. Le bouillon et surtout l'eau sucrée à la concentration de 8 gr. de saccharose par 100 gr. d'eau ont une action analogue. L'eau sucrée a l'avantage de favoriser la leucopédèse sans provoquer l'hypersécrétion. Comme médicaments, l'adrénaline et l'atropine sont utiles. L'adrénaline est inconstante pour exciter la leucopédèse et peut déterminer l'hypersécrétion. L'atropine comme cela a été dit plus haut est préférable. L'atropine, à doses renouvelées et prolongées, agit contre le spasme et l'hypersécrétion et prolonge l'action leucopédétique.

L'étude de la leucopédèse gastrique dans les autres affections de l'estomac donnera certainement des résultats pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces affections.

III. *La leucopédèse et l'intoxication digestive.* — L'anaphylaxie est un état d'hypersensibilité aux actions toxiques. Depuis que Ch. Richet l'a constatée, les travaux sur l'anaphylaxie se sont multipliés. Les accidents déterminés par les produits microbiens vinrent expliquer beaucoup d'accidents digestifs. L'anaphylaxie alimentaire fut constatée après l'ingestion de lait, d'œufs, de crème aux œufs, de viande crue, de jus de viande, de poissons, de moules, d'huîtres, de homard.

L'anaphylaxie alimentaire se produit surtout avec les aliments crus ou peu cuits contenant des substances protéiques, mais aussi avec les aliments cuits. Les albumines végétales sont moins nuisibles mais on a observé des accidents anaphylactiques dus aux haricots, aux pois, même au pain.

L'anaphylaxie alimentaire peut se traduire par des accidents graves : syncope, urticaire, crises douloureuses de l'abdomen, vomissements, diarrhée, abaissement de la pression artérielle.

Widal donne à ces signes un triple substratum biologique : la leucopénie, l'augmentation de la coagulation sanguine, l'hypotension. En général, les accidents sont plus bénins ; ils consistent en nausées, diarrhée, mucorrhée, éruptions cutanées récidivantes, eczémateuses, prurigineuses, ortiées, œdème de la face, troubles dyspnéiques asthmatiformes, malaise mal défini. Il faut pour que ces accidents se produisent une prédisposi-

tion, l'idiosyncrasie d'autrefois, devenue la sensibilisation.

On a cherché à expliquer ces phénomènes. Ch. Richet les attribue à la formation d'une apotoxine. Widal, Abrami, Brissaud croient qu'ils proviennent d'un ébranlement des colloïdes du sérum, choc colloïdo clasique. Billard y ajoute la rupture de l'équilibre lipoprotéïque et l'absorption des toxiques par les lipoïdes. Lumière fait intervenir la floculation dans les petits vaisseaux du derme, du cerveau, des organes.

Le déclanchement brusque serait en partie déterminé par le système nerveux. Le déséquilibre vaso-sympathique est invoqué par Claude. Enfin le foie serait insuffisant et son pouvoir protéopexique diminué.

M. Loeper montre le rôle très important que jouent la muqueuse et les sécrétions gastriques, tant dans la genèse des accidents toxiques de l'anaphylaxie alimentaire que dans la protection contre ces accidents.

M. Loeper ne met pas en doute les troubles hématiques ni l'action protéopexique du foie, mais en s'appuyant sur des observations et des expériences, il montre quel est le rôle important de l'estomac et le rôle protecteur de la leucopédèse gastrique.

L'action préventive de la peptone pure à faible dose, une heure avant les repas, serait plus une vaccination gastrique qu'une vaccination générale. Le sucre produit le même effet.

A la *Société de biologie* (juin 1924) MM. Loeper et Marchal ont conclu de leurs recherches :

1° La toxicité pour l'organisme d'une substance protéique absorbée et même de certaines autres substances toxiques, dépend en grande partie de la leucopédèse gastrique et est inversement proportionnelle à l'intensité de cette leucopédèse ;

2° Cette toxicité est atténuée par l'accroissement artificiel de cette leucopédèse, comme elle peut être exagérée par son abaissement ;

3° C'est parce qu'ils sont de puissants leucopédétiques que la peptone à faible dose, l'atropine et le sucre se montrent antitoxiques ; c'est parce qu'elle est inhibitrice que l'ésérine favorise ou accroît l'intoxication.

Nos lecteurs peuvent juger par cette courte analyse de ses premiers chapitres, la valeur scientifique et l'intérêt pratique de l'ouvrage de M. le Dr Loeper, un savant et un innovateur en physiologie et en pathologie digestives.

J. Noir.

TRAITEMENT DE L'ASTHME INFANTILE PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Par le Dr Georges Schreiber.

Le traitement de l'asthme infantile par les rayons X est employé depuis une vingtaine d'années. C'est en 1906, très peu de temps après la découverte de ces rayons, que Schilling (1) publia le premier cas d'asthme guéri par la radiothérapie d'une façon toute fortuite : pratiquant l'examen radioscopique du thorax d'un sujet asthmatique souffrant de crises violentes et répétées depuis plus de trois ans, il fut très surpris de constater la disparition complète des accès à la suite de cette irradiation.

Depuis cette observation *princeps*, de nombreux auteurs ont traité avec succès des asthmatiques par la radiothérapie *thoracique* (Schilling, Eckstein, Immelmann, Menzer, Klewitz, Parrissius, Marum), *splénique* (Drey et Lossen, Grœdel, Pohlmann), *thoracique et splénique* (Muller), *thymique* (Morgan et Dachter), *hypophysaire* (Ascoli et Fagnioli) *thyroïdienne* (Mortier, Raulot-Lapointe). Les indications de la radiothérapie dans l'asthme ont fait l'objet d'une revue générale récente de Raulot-Lapointe, à laquelle je renvoie le lecteur pour la bibliographie de cette question (1).

La radiothérapie peut exercer une influence *locale* favorable sur des tumeurs qui entretiennent l'asthme en comprimant la trachée ou les bronches (adénopathie trachéo-bronchique, hypertrophie du thymus), ou sur des glandes à sécrétion interne (thyroïde) dont l'hypersécrétion favorise les crises, mais son action se manifeste surtout *à distance*, comme le montrent les bons résultats obtenus par les irradiations de la rate. Cette action, dont la nature intime nous échappe, est peut-être à rapprocher de celle que fournit également l'actinothérapie.

Les rayons ultra-violets semblent avoir été employés pour la première fois contre l'asthme des adultes en 1923, par un médecin de Chicago, Abraham R. Hollender (2). Ce procédé lui a

(1) Th. Shilling. — Günstige Beeinflussung der chronischen Bronchitis und des Bronchial-asthmas durch Rontgenstrahlen. *Munch. med. Wochenschr.*, 11 sept. 1906.

(2) Raulot-Lapointe. — Indications de la radiothérapie dans l'asthme. *La Médecine*, juillet 1925.

(1) A. R. Hollender. — *Journ. of American med. Association*, 1923, t. LXXXI, n° 24, p. 2003. A.-R. Hollender et M.-R. Cottle. Basis for actionotherapy in hay fever and asthma. *Journ. of Radiol.*, février 1925, vol. VI, n° 2, pp. 41-51.

donné des résultats très satisfaisants dans la moitié des cas.

En juillet 1924, deux médecins parisiens, J. SAIDMAN et Mme HENRY (1) ont attiré l'attention sur les bons effets des R. U. V. dans l'asthme infantile. Cette constatation futf aite par hasard : il s'agissait d'une petite malade du service de RIBADEAU-DUMAS à la Maternité de Paris ; chez cette enfant soumise à l'actinothérapie pour un eczéma étendu, les accès d'asthme ont disparu dès le début du traitement.

Peu de temps après, Léon TIXIER et René MATHIEU (2) présentaient à la Société de Pédiatrie de Paris quatre observations d'asthme infantile remarquablement améliorés par les R. U. V. et au cours de la même séance DORLENCOURT signalait l'excellent résultat que lui avait donné l'actinothérapie chez un enfant de trois ans, dans un cas d'asthme grave traité par lui avec FRAENKEL.

A la réunion annuelle de la Société de Pédiatrie, le traitement de l'asthme infantile ayant été mis à l'ordre du jour, Léon TIXIER (3) pouvait apporter dix cas soumis aux R. U. V. Sur ce nombre sept avaient été considérablement améliorés (disparition des accès, auscultation redevenue sensiblement normale, état général meilleur) et chez cinq d'entre eux le traitement était terminé depuis plus de cinq mois, sans qu'aucune rechute ait été observée. Les trois autres petits malades ont été également améliorés (crises moins fréquentes, moins fortes), mais une certaine dyspnée d'effort a persisté chez eux et l'auscultation révélait encore des signes anormaux.

A la même réunion DORLENCOURT et F. FRAENKEL (4), Maurice BINET (d'Alger) (5) etmoi-même (6) avons apporté des faits qui concordent d'une façon absolue avec les précédents.

L'observation personnelle suivante peut être considérée comme typique :

Francis G..., âgé de 13 ans, appartient à une famille de grands asthmatiques. Son père, sa mère, son frère unique ont tour à tour, ou simultanément des crises d'asthme répétées. Lui-même a eu sa première crise à 6 mois, à la suite d'une coqueluche, et depuis les accès se sont reproduits presque sans interruption, interdisant à l'enfant la fréquentation de l'école et l'obligeant aux plus grands ménagements au point de vue de son régime alimentaire et de son genre de vie. Les changements d'air, les séjours à la campagne, les cures du Mont-Dore, l'ablation des amygdales et des végétations n'ont donné que des améliorations très passagères. Les crises de plus en plus intenses et de plus en plus fréquentes, ont entraîné l'apparition d'une bronchite chronique avec dilatation des bronches et de l'emphysème pulmonaire qui obligèrent l'enfant à garder constamment la chambre ou le lit. Depuis trois mois, cet état n'a fait qu'empirer : les crises sont devenues subintrantes avec fièvre continue entre 38° et 39°5, nuits sans sommeil, dyspnée intense et amaigrissement. L'examen des crachats, pratiqué entre temps, était négatif au point de vue de la recherche du bacille de Koch et la radioscopie montrait un thorax en tonnelet avec diaphragme peu mobile et la dilatation de certaines bronchioles, sans autres lésions appréciables.

Tous les traitements classiques ayant échoué et l'état devenant inquiétant, je soumets l'enfant aux R. U. V. Dès la première séance (5 minutes d'irradiation à 80 cm. avec une lampe de quartz transparent de 3.500 bougies), l'amélioration est notable, la fièvre descend au-dessous de 38°. Les accès se reproduisent le lendemain, mais moins intenses. Après la deuxième séance (7 minutes d'irradiation à 80 cm.) le soulagement est très net et les nuits deviennent bien meilleures. Ces bons résultats se maintiennent à la suite des séances ultérieures (Durée totale des irradiations : 2 heures. Distance portée successivement à 75 et 70 centimètres). On perçoit encore quelques râles sibilants, mais les crises d'asthme s'espacent et diminuent considérablement d'intensité ; les nuits sont bonnes, l'enfant augmente notablemetnt de poids et reprend sa vie ordinaire.

L'efficacité des R. U. V. contre l'asthme infantile, ou tout au moins contre de nombreuses formes de cette affection pénible paraît bien démontrée. A quoi l'attribuer ? La pathologie de l'asthme comportant de nombreuses inconnues, il n'est guère possible de répondre avec certitude à cette question.

Il se peut que les R. U. V. exercent une action sédative sur l'élément spasmodique qui paraît dominer dans l'asthme infantile (R. TIXIER et R. MATHIEU) de même qu'ils influencent très favorablement les diverses manifestations spasmophiles du jeune âge. Peut-être faut-il faire intervenir l'action directe sur l'épithélium des bronches ou des alvéoles de l'air ionisé par les ultra-violets (J. SAIDMAN). Peut-être enfin, l'actinothérapie modifie-t-elle le chimisme sanguin, comme la radiothérapie et donne-t-elle naissance à des produits de désintégration hématique qui agissent sur l'asthme d'une manière analogue à la protéinothérapie (RAULOT-LAPOINTE).

(1) Jean SAIDMAN et Mme HENRY. — *Bull. de la Soc de Pédiatrie de Paris*, 8 juillet 1924.

(2) Léon TIXIER et René MATHIEU. — Le traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. *Bull de la Soc. de Pédiatrie*, 17 mars 1925. *Discussion* : DORLENCOURT, *Ibid.*

(3) Léon TIXIER. — Le traitement de l'asthme par les rayons ultra-violets. *Bulletin Société de Pédiatrie*, 18 mai 1925.

(4) DORLENCOURT et F. FRAENKEL. — Traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. *Loc. cit.*

(5) Maurice BINET. — Traitement de l'asthme infantile. *Loc. cit.*

(6) Georges SCHREIBER. — Traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. *Loc. cit.*

Quelle que soit la raison des succès fournis par les R. U. V. dans l'asthme infantile, ceux-ci paraissent suffisamment établis à l'heure actuelle pour inciter tous les praticiens à recommander ce traitement, souvent très efficace et toujours inoffensif, lorsqu'il est bien manié.

Dr Georges SCHREIBER.

LA PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE A L'ART DE GUÉRIR

Par le Dr Pierre PROST.

I

Psychothérapie. — Vue d'ensemble.

On peut dire que de tout temps des moyens psychologiques ont été utilisés dans le but de guérir les malades.

Mais, si des procédés purement empiriques furent les seuls employés autrefois, ceux-ci ont fait place peu à peu à une application de plus en plus scientifique, raisonnée, de lois psychologiques, elles-mêmes chaque jour plus précises.

Ce fut là, d'ailleurs, l'évolution normale de toute la médecine, dans son ensemble, comme dans chacune de ses branches.

Renonçant à répéter ici une étude historique de la question qui, si intéressante qu'elle soit, a déjà été traitée à fond et ne répondrait pas au but pratique que nous nous proposons, il semble quand même utile, au début de cette étude, de rechercher pourquoi cette branche spéciale de la médecine a été jusqu'ici méconnue, dédaignée, et pourquoi elle commence seulement à se faire une place honorable au soleil sous le nom de « psychothérapie ».

D'abord, qu'est-ce exactement que la psychothérapie ? C'est, dit Janet, l'utilisation parfaitement consciente et raisonnée des lois psychologiques» (1) pour le traitement des malades.

C'est bien, en effet, cette définition (ou toute autre semblable) qui est évoquée lorsque le mot psychothérapie est prononcé devant des médecins.

Mais, pourquoi faut-il alors que tant d'erreurs, d'idées fausses ou préconçues, se présentent ensuite si on veut développer tant soit peu cette définition ?

C'est que, la psychothérapie, trop longtemps abandonnée aux charlatans, aux empiriques, récolta pour elle-même le mépris du corps médical, mépris qui n'aurait dû atteindre pourtant que ceux qui l'employaient alors et les procédés souvent grossiers, burlesques, auxquels ils avaient recours. — C'était là, en effet, presque une nécessité pour eux que d'entourer d'extraordinaire, de merveilleux, les phénomènes qu'ils constataient mais dont ils ne possédaient à vrai dire pas encore la clef scientifique.

Certains médecins pourtant, s'attaquèrent quand même au problème et cherchèrent à expliquer le pourquoi et le comment des faits certains qu'ils observaient. Mais, pendant longtemps les difficultés furent grandes. Chacun ne s'attaquant, en franc-tireur, qu'à l'un des côtés de la question, ne parvenait pas à en avoir une vue d'ensemble. Puis, bientôt, les documents épars furent si nombreux qu'il fut difficile de les grouper.

Et surtout, comme le dit fort justement Janet (2), vers 1895-1896 « les médecins étaient dégoûtés de l'hystérie, de l'hypnotisme et de la suggestion parce qu'on leur avait prouvé qu'il fallait étudier un peu la psychologie pour les comprendre, et ils préféraient rejeter en bloc tout ce qui concernait ces problèmes ».

C'était là pourtant la seule voie raisonnable pour reconnaître que cette science n'était plus une science « occulte ».

Enfin beaucoup se lassèrent après une trop rapide étude et des premières tentatives d'application restées infructueuses ou même des résultats quelquefois brillants mais inconstants. Or, comme pour toute branche de la médecine, la psychothérapie est à la fois une science et un art, et pour acquérir la maîtrise en cet art, il faut, comme en tout autre, de la ténacité, de la persévérance et une longue expérience.

De là naquit cette autre erreur que les résultats obtenus par psychothérapie sont fugaces et les rechutes fréquentes. Il en est certes ainsi si le traitement est incomplet ou mal conduit ; mais, comme nous le verrons plus loin, une bonne technique met à l'abri de ces rechutes.

Un médecin qui, autrefois, aurait voulu s'improviser électrothérapeute sans vouloir distinguer le galvanique, le faradique, la haute fréquence, etc., et aurait appliqué ces divers courants dans la méconnaissance la plus complète de leurs qualités propres, n'aurait-il pas dû annoncer, lui aussi, que ces traitements étaient quelquefois utiles, quelquefois inefficaces et d'autres fois dangereux. Ces objections sont sans valeur aujourd'hui où la technique électrothérapique existe. Il en est de même pour la psychothérapie.

(1) « Médications psychologiques » de P. JANET. Tome I, page 342.

(2) « Médications psychologiques », de P. JANET. Tome II, page 8.

Certains ont, à tort, encore aujourd'hui, cette conception fausse que la psychothérapie ne comporte que les quelques paroles de pitié que la bonté peut inspirer à un médecin vis-à-vis d'un malade incurable.

D'autres, pensent encore que la psychothérapie est un mode de traitement uniquement applicable à des aliénés dans des maisons de santé. Ceux-ci méconnaissent alors l'opinion de Grasset qui dit que la psychothérapie n'est pas seulement le traitement *de* l'esprit, mais bien le traitement PAR l'esprit. Le champ d'action de la psychothérapie se trouve donc beaucoup plus étendu, ainsi que nous le verrons bientôt.

On a dit que certains médecins faisaient journellement de la psychothérapie « sans le savoir » ... comme M. Jourdain de la prose. Mais il y a aussi la catégorie de ceux qui « croient en faire » en distribuant à leurs malades des pilules de mica panis par exemple ou des cachets de bleu de méthylène avec l'affirmation de la guérison, mais en ignorant tout de la technique de cette spécialité.

Certes, celle-ci est encore imparfaite. Mais n'est-ce pas là une autre raison pour encourager les médecins à s'y intéresser, celle-ci venant s'ajouter à l'efficacité certaine de ces procédés dans un grand nombre de cas.

Aussi avons-nous voulu, dans une série d'articles destinés aux praticiens, essayer de coordonner, de condenser tout ce qui peut se rapporter à la psychothérapie : rappeler les faits d'observation qui lui servent de bases, énoncer les lois psychologiques qu'elle cherche à appliquer, énumérer les divers procédés auxquels elle a recours, préciser la technique qui nous paraît la meilleure, enfin donner un aperçu du champ très vaste de son action et des résultats qu'elle peut donner. C'est certainement là le meilleur moyen de détruire les idées fausses que nous énoncions plus haut.

Dès le début d'une pareille étude, il importe, suivant le vieux principe cartésien, de faire « table rase » et au risque de sembler vouloir démontrer l'évidence, de parler d'abord de l'influence réciproque du moral sur le physique et du physique sur le moral.

A ce point de vue nous faisons nôtre la façon de voir de Camus et Pagniez lorsqu'ils écrivent : « En physiologie, comme en pathologie, aucun procédé d'expérimentation ne nous mène à la conception de l'esprit et ne nous permet de distinguer un esprit et un corps... En réalité il n'y a pas là de délimitation biologique possible. En physiologie, en psycho-physiologie, en pathologie, il n'y a pas un esprit et un corps, il n'y a qu'un organisme avec des fonctions multiples qui retentissent les unes sur les autres » (1).

(1) « Isolement et psychothérapie », par CAMUS et PAGNIEZ, page 132.

Et ces retentissements sont même quelquefois à répétition, constituant en pathologie des « cercles vicieux » de la plus haute importance.

Un exemple banal nous fera mieux comprendre. Une émotion quelconque détermine chez un individu des phénomènes physiques (vaso-moteurs entre autres) qui, par leur manifestation même, deviennent un coefficient de majoration de l'émotion première. Il y a eu dans ce cas influence primitive du moral sur le physique, puis retentissement secondaire du physique sur le moral. Cette notion de l'unité physique et morale de l'individu est capitale et nous aurons à la rappeler lorsque nous étudierons les applications psychothérapiques.

Un physiologiste comme Charles Richet, un psychologue comme P. Janet, n'ont pas manqué de la souligner chacun dans les termes suivants :

« Chaque mouvement, soit volontaire, soit réflexe, soit communiqué, retentit sur les centres nerveux et modifie le cours de nos idées et de nos sentiments » (1). — « Un individu qui a un certain sentiment est, en réalité, un individu qui prend une certaine attitude et qui a une certaine conduite : avoir réellement du chagrin ou de la colère, c'est avoir dans tout son corps les modifications motrices, circulatoires, sécrétoires du chagrin ou de la colère » (2).

Il y a donc intrication complète des phénomènes physiques et mentaux et c'est une grave erreur que de vouloir les séparer et les considérer isolément. Quelques exemples d'observation courante souligneront cette notion de façon encore plus frappante. Le tableau clinique de la peur — c'est là l'émotion-type — est particulièrement riche en symptômes physiques: tachycardie ou arrêt du cœur, tremblement ou paralysie, rougeur ou pâleur de la face, sueurs profuses et diarrhée ou sécheresse de la bouche apnée ou polypnée, spasmes divers, peuvent alors se manifester suivant les réactions propres à chaque individu. Mais dans des circonstances beaucoup moins dramatiques et même quelquefois sous des influences très minimes les mêmes troubles pourront se produire.

Dans le domaine de la circulation, « tous les physiologistes répètent avec Hack Tucke («Le corps et l'esprit », page 213) que le seul fait de penser à une partie du corps suffit pour y augmenter localement l'afflux du sang et l'activité nerveuse et que l'intervention d'une émotion puissante augmente encore l'effet produit... Claude Bernard mentionne cette action dans sa physiologie du cœur, et, en exposant la théorie des actions cérébrales sur le cœur, il écrit que le

(1) « De l'influence des mouvements sur les idées ». Ch. RICHET. *Revue philosophique*, 1879.

(2) « Médications psychologiques ». P. JANET. Tome I, page 207.

sang doit se rendre aux parties visées par le cerveau et tout spécialement par l'imagination » (1).

De plus, tout médecin sait qu'il existe des palpitations émotives, que la seule émotion due à un examen médical peut modifier le rythme du pouls, et enfin que certains sujets sont même capables de modifier d'eux-mêmes ce rythme, de l'accélérer, de le ralentir, ou même de créer des arythmies passagères.

Les fonctions digestives sont également susceptibles de présenter des phénomènes analogues.

Un individu en proie à un violent chagrin, ou tourmenté par une contrariété récente perd généralement l'appétit. Il y a alors une suppression des sécrétions des glandes de la digestion, depuis celle des glandes salivaires (et la sécheresse de la bouche qui en est la conséquence peut se produire aussi sous l'empire de la peur) jusqu'à celle des glandes de l'intestin et on peut trouver là l'origine de bien des constipations.

L'expression populaire qui dit d'une personne à l'aspect morose, hargneux, qu'elle a l'air « constipée », n'est pas le résultat d'une mauvaise observation. Là encore un cercle vicieux s'est formé bien souvent et il est difficile de dire si c'est le physique ou le moral qui a commencé. Enfin il est classique de citer la diarrhée émotive dont peuvent être atteints certains soldats sur le champ de bataille.

La vue d'un objet répugnant peut provoquer le vomissement chez certains sujets sensibles tout comme la vue d'un beau fruit ou d'un mets savoureux provoque ordinairement la sécrétion des glandes salivaires « fait venir l'eau à la bouche », suivant l'expression habituelle. Et dans ces deux cas la vue n'est même pas nécessaire pour provoquer les phénomènes et le seul fait d'évoquer l'idée correspondante peut suffire à provoquer ces réactions.

Pavlow (de Saint-Pétersbourg) a d'ailleurs démontré ces faits par des expériences demeurées célèbres.

Ayant provoqué des fistules gastriques chez des chiens dont il avait également sectionné l'œsophage, il lui suffisait de soumettre à la vue de ces chiens des morceaux de viande pour constater aussitôt une abondante sécrétion de suc gastrique. Beaumont observa du reste des phénomènes analogues sur un Canadien atteint de fistule gastrique.

Or, si nous rapprochons de ces faits, abondamment démontrés par l'expérience, l'observation de celui-ci : l'émotion peut encore produire des transpirations même très abondantes dans certains cas, nous en concluerons que l'action du moral sur le fonctionnement de toutes les glandes que nous pouvons contrôler directement est absolument certain.

Pourquoi n'en pas inférer alors que les glandes endocrines subissent la même loi ? — Nous savons, certes, d'autre part, que, lorsque le fonctionnement de ces glandes endocrines est défectueux, des troubles d'ordre mental peuvent en être la conséquence : le crétinisme en est un bel exemple. Mais n'est-ce pas là encore un de ces cercles vicieux dont nous avons déjà parlé, un de ces chocs en retour plusieurs fois répétés, un échange de mauvais procédés entre le physique et le mental dont les frontières sont si mal fixées ?

Mais, passant à un autre domaine, envisageons maintenant les troubles de la motricité qui peuvent être causés par l'émotion.

Reprenant l'exemple typique de la peur, nous pouvons constater, suivant les individus et suivant le degré de la peur, soit une raideur généralisée de tout le corps, conséquence de la contraction de tous les muscles de l'économie : ceux des membres, du tronc, de la face ; ainsi que les muscles splanchniques et surtout le diaphragme ; soit un tremblement partiel ou généralisé ; soit, au contraire, un relâchement musculaire, une paralysie partielle, momentanée.

Le plus souvent, pourtant, c'est la contraction qu'on observe et sa généralisation entraîne pendant quelques instants une apnée plus ou moins complète à laquelle succède, quand le danger a disparu, un profond soupir provoqué par la soif d'air et la possibilité de la satisfaire par suite du relâchement des muscles et surtout du diaphragme.

Ce fait d'observation courante se retrouvera lorsque nous étudierons les applications de la psychothérapie. Nous verrons que beaucoup de névropathes sont dans un état de spasme plus ou moins généralisé et cela d'une façon constante. Des exercices respiratoires pourront donc avoir leur utilité comme adjuvants des exercices psychiques qui auront pour but de rétablir l'équilibre mental. La notion du cercle vicieux devra pratiquement se traduire par une attaque simultanée des divers éléments qui le constituent.

Pour les paralysies, contractures, tremblements émotifs, nous pourrons faire la même remarque et noter que tous ces troubles, lorsqu'ils persistent de façon anormale (alors que l'émotion, le choc, ont disparu depuis longtemps), deviennent alors nettement pathologiques. Mais leur nature, leur origine est toujours la même et tous ces troubles relèvent par conséquent bien de la psychothérapie.

Les exemples que nous venons de donner, et malgré qu'il soit facile d'en citer beaucoup d'autres encore, nous semblent assez probants pour bien marquer l'intrication constante du physique et du moral.

(1) « Suggestion, hypnotisme et psychothérapie », par Bonjour (de Lausanne), page 78.

« Il faut toujours avoir présent à la mémoire ce principe fondamental : tout état intellectuel est accompagné de manifestations physiques déterminées. La pensée n'est pas, comme beaucoup l'admettent encore par tradition, un évènement qui se passe dans un monde suprasensible, éthéré, insaisissable » (1).

Or, si, comme nous l'avons vu, l'émotion, l'idée est capable de provoquer un spasme ou un relâchement musculaire, d'augmenter ou de supprimer une sécrétion glandulaire, d'amener une congestion ou une anémie de telle partie du corps, il est facile de concevoir tout le parti à tirer de telles notions tant pour établir l'étiologie que pour orienter le traitement de bien des maladies.

Suivant l'expression de Bernheim : « Sans une connaissance approfondie de l'élément psychique dans les maladies et de son rôle pathogène et thérapeutique, nous ne sommes pas en réalité des médecins, mais seulement des vétérinaires (2) »

Or, pendant le XIXe siècle on semble avoir délibérément négligé tout ce côté psychologique de la médecine. Les grandes découvertes de la chimie ont orienté d'abord les médecins vers la pharmacologie et ceux-ci considérèrent bientôt l'homme comme une simple éprouvette dans laquelle ils cherchaient à provoquer des réactions chimiques déterminées. Ensuite les progrès de la physiologie et de l'anatomo-pathologie poussèrent les chercheurs dans une autre voie : la recherche de la lésion et l'expérience de laboratoire. Le malade était enfin considéré biologiquement non plus comme une éprouvette, mais comme un animal de laboratoire. Enfin l'étude plus poussée de la physique (notamment de l'électricité) et la découverte de nouvelles radiations expliquent l'essor récent de la physiothérapie. De même l'intérêt porté aujourd'hui aux phénomènes psychologiques a enfin incité les médecins à étudier les applications possibles de la psychologie au traitement des malades.

Il était grand temps d'admettre dans la pratique cette conception fondamentale que l'homme n'est pas une simple mécanique, que les forces qui animent celle-ci doivent être aussi considérées, que les modifications qu'elles subissent peuvent à elles seules expliquer quelquefois la maladie, enfin que l'action sur ces forces peut également, dans ces cas, amener la guérison.

Et tout en rendant hommage aux grands progrès réalisés dans les autres branches de l'art de guérir, il nous est permis d'envisager déjà de non moins intéressantes conquêtes dans ce domaine resté si longtemps en friches.

Les notions rappelées au cours de cette étude laissent déjà prévoir l'immense étendue de ce domaine. Nous étudierons prochainement les lois psychologiques qui servent de bases solides à la psychothérapie. (*A suivre*).

(1) « Psychologie de l'attention », par Th. RIBOT, page 20.
(2) *Revue de l'hypnotisme*, IX, page 119.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections intraveineuses de salicylate de soude,

Par MM. R.-J. WEISSENBACH et Gilbert DREYFUS.

Pour renforcer l'action du salicylate de soude dont l'absorption à hautes doses par la voie buccale peut être nocive pour le tube digestif, on a été appelé à utiliser ce médicament par injections intraveineuses.

I. Technique des injections intraveineuses de salicylate de soude. — On sait que les solutions concentrées de salicylate provoquent localement au niveau de la veine injectée, une phlébosclérose oblitérante. Il convient donc d'employer des *solutions diluées* à 5 *ou mieux à 4 p.* 100 (1), dont le seul inconvénient est de nécessiter des masses d'injection assez volumineuses ; pour obvier à cet inconvénient relatif, MM. Bénard, Marchal et Bureau (2) préconisent l'emploi de solutions à la fois glucosées et salicylées, à 10 p. 100 de chaque.

A la suite de la piqûre, on n'observe aucun choc, aucun malaise, pas même les bourdonnements d'oreille et les troubles gastriques qu'occasionne souvent l'ingestion du salicylate. L'élimination se fait rapidement, et l'on observe au bout de quelques minutes la présence du médicament dans les urines ; seule l'imperméabilité rénale, qui rend l'élimination urinaire beaucoup moindre constitue une contre-indication à l'usage des fortes doses.

II. Indications et résultats dans le rhumatisme articulaire aigu. — D'accord avec Lutenbacher, Gilbert, Bénard et Khoury, Carnot et Blamoutier formulent schématiquement les indications suivantes :

A. *Les petites doses intraveineuses* (0 gr. 20 à 0 gr. 40), qui équivalent à des doses dix fois plus fortes prises par la bouche, seront employées en cas d'intolérance gastrique pour le salicylate ; on

(1) CARNOT et P. BLAMOUTIER. — *Paris méd.*, 5 déc. 1925.
(2) *Soc. méd. des hôp. Paris*, 15 janv. 1925.

y aura aussi recours avec profit en cas de faiblesse du myocarde.

B. *Les doses moyennes* (1 à 3 gr.), à raison d'injections veineuses quotidiennes ou biquotidiennes sont indiquées dans les cas sérieux où l'on cherche à juguler d'emblée l'infection rhumatismale avant l'attaque de l'endocarde.

C. Enfin, des *doses fortes* (supérieures à 3 gr.), seront injectées isolément ou concurremment avec l'ingestion de doses complémentaires dans les complications graves et dans les formes récidivantes.

En règle générale, le traitement veineux constitue un *traitement d'assaut* qui a l'avantage, pour une dose donnée, de multiplier les effets thérapeutiques du salicylate.

III. Indications et résultats dans l'encéphalite épidémique. — Après échec de la plupart des médications proposées contre l'encéphalite épidémique, Carnot, puis nombre d'auteurs, ont obtenu de bons résultats tant immédiats que tardifs en mettant en œuvre un traitement prolongé par injections intraveineuses de salicylate de soude.

A. Dans les *formes aiguës et graves*, il y a lieu d'injecter par voie veineuse, le plus près possible du début de l'affection, des doses d'emblée *considérables*, atteignant 4 à 6 grammes et davantage, si possible en deux ou trois injections par jour ; l'ingestion et l'injection musculaire, insuffisamment actives à elles seules, pourront être instituées à titre adjuvant. Il faut continuer ce traitement tous les jours sans lassitude et le prolonger même après cessation apparente des accidents.

B. Dans l'encéphalite *aiguë* de gravité *moyenne* on se contentera de doses *moyennes* (1 à 4 gr. par jour) ; les cas ainsi traités paraissent ne pas devoir présenter de complications ultérieures.

C. Par contre, dans les *séquelles traitées tardivement* (M. de Parkinson, etc.), les injections veineuses de salicylate n'ont guère donné de résultats appréciables ; c'est que la *précocité* du traitement, par rapport à l'établissement de l'infection, est toujours un facteur de succès des plus importants (3).

SELS SOLUBLES ET SELS INSOLUBLES DE BISMUTH EN SYPHILIGRAPHIE

Par M. A. Galliot,

Assistant de consultation à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.

Dans un article paru dans ce journal le 7 mars, M. Drouin rallume la grande querelle des sels solubles et insolubles à propos de la bismuthothérapie. Champion des sels solubles, M. Drouin voue à l'abandon total les sels insolubles de bismuth dans le traitedent de la syphilis. Je crois que partir de cette façon en guerre et décréter que la thérapeutique bismuthée sera uniquement l'apanage des produits solubles, ou ne sera pas, est une erreur. Il faut un peu se méfier du dogmatisme et, personnellement, je crois que les sels solubles et les sels insolubles de bismuth ont chacun leurs indications spéciales et qu'il ne faut pas jeter la pierre plus à une médication qu'à une autre.

Je suis tout à fait partisan de l'emploi des sels solubles quand on veut faire un traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth et dans ce cas, je suis complètement d'accord avec M. Drouin sur les avantages indiscutables de cette médication.

Je rappellerai d'ailleurs qu'en 1922, j'ai présenté, avec le Dr Lacapère, à la Société de dermatologie et de syphiligraphie, un bismuth colloïdal dont le mode d'action et d'élimination est tout à fait identique à celui de différents sels solubles dont parle M. Drouin.

Mais si je suis d'accord avec M. Drouin, quand il s'agit du traitement d'attaque de la syphilis, je ne le suis plus du tout, quand il s'agit du traitement d'entretien. C'est dans ce cas que je crois qu'il y a tout intérêt à utiliser les sels insolubles parce que leur action est plus durable ce qui est facilement vérifiable par la persistance plus grande de la négativité du R.B.W.

M. Drouin rappelle dans son article la grande querelle des sels insolubles et solubles dans la médication mercurielle, mais je crois bien que, les plus farouches défenseurs de cette méthode, quand il s'agit du traitement d'entretien ont recours à l'huile grise, sel insoluble, de préférence aux produits solubles : benzoate, cyanure, etc. Il en est de même pour la thérapeutique bismuthée.

Dans son article, M. Drouin accuse les sels insolubles de nombreux méfaits qu'à mon avis je ne crois pas justifiés M. Drouin dit : « Il importe peu qu'un produit contienne 10 ou 90 % de bismuth métal si la majeure partie de ce métal s'enkyste dans les muscles et si en définitive 2 % seulement du principe

(3) Extrait de l'*Année médicale pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs. Prix du volume : 24 francs.

Envoyer avant le 1er mai : 20 francs ; (pour l'étranger : 22 francs) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e)
Comptes chèques-postaux 712-04.

actif sont absorbés ». Je crois que c'est là une erreur, car l'enkystement du produit est exceptionnel si l'on se sert de médicaments judicieusement préparés. Lorsqu'on examine à la radiographie les fesses des malades qui ont reçu une ou plusieurs séries d'injections de sels insolubles de bismuth, on voit, quand l'injection a été correcte et le produit employé parfait, des traînées de fines particules de bismuth, et non une masse opaque continue.

Si l'on fait des radiographies en séries, et j'ai l'intention de revenir plus tard sur ce sujet, on constate que ces particules très fines disparaissent peu à peu et finissent dans un temps plus ou moins long par être absorbées ; par conséquent, je crois que c'est une erreur de dire comme M. Drouin que « 999 fois sur 1000, l'injection s'enkyste ou forme au sein du muscle une petite réserve de bismuth qui, pendant des mois, voire, des années résistera à toutes les tentatives d'absorption. »

Quant aux abcès, la proportion en est relativement minime si l'on met de côté d'une part les abcès septiques par faute de technique et d'autre part, le nombre relativement important d'abcès que l'on a constatés l'année dernière par suite d'un produit défectueux, je peux dire qu'en moyenne et ceci sur un chiffre d'injections que j'ai faites ou fait faire qui n'est pas loin de 15.000, la proportion des abcès est d'environ 1 pour 2.000 injections.

Je dirai que j'en ai vu avec toute sorte de produits même avec des produits solubles et que ces produits, quoiqu'en dise M. Drouin, s'enkystent eux aussi quelquefois.

Je crois donc qu'il ne faut pas jeter l'anathème sur les sels insolubles de bismuth, ils sont utiles et efficaces, je dirai même qu'ils sont pratiques, plus pratiques que les sels solubles, car la thérapeutique bismuthée par les sels insolubles exige un nombre d'injections considérablement moindre que la thérapeutique par les sels solubles. Et dans ces temps de vie chère, il est beaucoup plus facile d'obtenir d'un malade qu'il se soigne correctement en lui demandant de passer une fois par semaine recevoir une injection, que d'exiger de lui deux ou trois déplacements hebdomadaires qui risquent de le déranger davantage dans ses occupations.

En résumé, je crois qu'il faut être éclectique et ne pas *à priori* renoncer à une médication quelle qu'elle soit. Avec M. Drouin, j'applaudis à l'emploi de sels solubles de bismuth dans le traitement d'attaque de la syphilis, mais je persiste à croire, contrairement à son opinion, que le traitement d'entretien doit être l'apanage des sels insolubles.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'emploi du tartre stibié par voie buccale contre les hémoptysies tuberculeuses.

Ch. Mattéi et F. Escudier ont remis en honneur ce médicament et ont démontré sa réelle valeur contre les vraies hémoptysies, c'est-à-dire les hémoptysies évolutives des malades fébriles, faites de sang rouge, spumeux, abondant, et bien souvent en voie d'augmentation, quand on commençait la médication stibiée.

Ces malades étaient maintenus à la diète lactée glacée, tant que le sang n'avait pas disparu des crachats depuis 48 heures. Le tartre stibié était ingéré dans 10 ou 15 cmc. d'eau une heure après ou avant les prises alimentaires, en pilules contenant 2 à 5 centigr. de tartre stibié toujours associés à un centigr. d'extrait thébaïque. La dose de tartre variait de 5 à 15 centigr. par 24 heures. La durée moyenne du traitement fut de cinq jours consécutifs pour la plupart des malades ; atteignit deux fois dix jours, soit au total 0,89 centigr. Il a paru prudent de rester au-dessous d'un gramme en dix jours, et, après s'être approché de cette dose totale, d'interrombre la cure pour cinq ou six jours.

Toutes les actions nettes et complètes ont été obtenues avec une première pilule de 0,05 centig. Dans les cas insuffisamment améliorés par la dose de 0,03, même répétée, une seule pilule de 0,05 amenait l'arrêt complet de l'hémorragie. Dans huit cas sur onze, l'arrêt de l'hémorragie est survenu quelques minutes après l'apparition de l'état nauséeux ; on note une hypotension légère passagère ; pas d'autres modifications appréciables, du pouls, de la fièvre, de l'état général.

L'élimination urinaire de l'antimoine semble durer encore deux jours après la fin de la cure.

La vieille médication stibiée prudemment dosée mérite donc une place de choix dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. (*La Presse médicale*, 14 octobre 1925.)

Le traitement des escharres des paralytiques généraux.

C'est là une des préoccupations du médecin pour les malades longtemps alités et gâteux. Le nombre des escarres, même chez les malades qui se lèvent, est d'autant plus grand que les infirmiers deviennent négligents. Pour les éviter, il faut donc avant tout pouvoir compter sur un personnel infirmier instruit et conscient de ses devoirs.

Pour éviter les escarres, celui-ci doit restreindre toutes les causes de compression sur la peau (plis des draps, matelas d'eau, ronds de caoutchouc), tenir la peau très propre (nettoyages fréquents, asséchage, saupoudrage du lit avec talc et amidon ; et lorsque l'escarre s'est produite , on la panse soigneusement une ou plusieurs fois par jour suivant son étendue et son degré de suppuration.

Le lavage à l'eau oxygénée, soit pure, soit coupée par moitié, est excellent. Pour les pansements, le Dr A. Rodiet conseille la formule suivante :

Créosote	10 grammes
Vin aromatique	500 grammes

ou mieux la formule de Pautrier, qui est très efficace dans tous les cas de plaies atones et s'énonce ainsi : laver la plaie à l'eau de feuilles de noyer, ayant bouilli pendant cinq minutes ; bien sécher ensuite et toucher avec une solution de :

Nitrate d'argent	0 gr. 50
Eau distillée	25 cent.cubes

quelques minutes, avant de terminer par un pansement avec gaze trempée dans la solution :

Ichtyol	20 grammes
Eau distillée	180 grammes

qu'on aura soin de recouvrir de taffetas imperméable.

Ce pansement devra être renouvelé chaque jour. La guérison s'obtient ensuite aisément avec la poudre de dermatol, lorsque l'escarre s'est limitée et ne s'étend plus en profondeur. (*Le Progrès médical*, 17 octobre 1925.)

Une méthode thérapeutique nouvelle contre l'infection généralisée. L'immuno-transfusion de Wright.

L'immuno-transfusion consiste à injecter dans les veines d'un malade, réagissant défavorablement à la vaccinothérapie et à la sérothérapie, le sang d'un individu sain, reconnu « bon donneur » et auquel on a injecté peu de temps auparavant un vaccin microbien.

L'immuno-transfusion applicable à tous les cas de septicémie grave est bien différente de l'injection de sang de convalescent ; elle introduit dans l'organisme déficient du sang vivant, pour ainsi dire « alerte » contre l'infection et qui renferme des éléments « naissants » d'immunisation.

Wright a bien montré qu'un *malade septicémique* réagit mal au vaccin, et qu'un individu sain réagit favorablement, d'où l'idée d'injecter au premier le sang du second. Il apporte dans son mémoire 7 observations.

Linser, puis Mlle Bass, Gay-Bonnet et Lévy-Weissmann, Wiethe et Waldapfel, Guy Laroche et Bécart ont publié des observations dans lesquelles les malades ont véritablement ressuscité après l'immuno-transfusion.

La technique est facile à réaliser. Le donneur reçoit une dose faible de 200.000 germes de vaccin microbien (auto-vaccin, stock-vaccin ou vaccin quelconque) dans la veine, ou une dose de 500 millions de germes sous la peau.

Le sang peut être prélevé de 1 /4 d'heure à 6 heures après l'injection de vaccin pour être injecté à la dose de 300 à 400 cc. dans les veines du malade.

Wright indique les moyens de se rendre compte, par des réactions de laboratoire, de l'état opsonique du malade et du donneur, et de déterminer la dose optima de vaccin qu'il convient d'injecter dans les veines du donneur.

Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services dans tous les cas de septicémies graves dans lesquelles la thérapeutique estsouvent impuissante. (*L'Immunité*, 1er mars 1926.)

Toxicomanie et volonté.

Le Dr A. Rodiet note que dans la toxicomanie, quelle qu'en soit l'origine, c'est surtout l'énergie et la volonté, qui sont atteintes avec le temps ; jusqu'au moment où l'affaiblissement de la volonté est devenu manifeste, le toxicomane peut encore guérir. Lorsqu'il a perdu la force de lutter et ne trouve plus en lui l'énergie nécessaire pour résister à l'entraînement et aux mauvaises raisons qu'il se donne pour s'intoxiquer, il est perdu.

Mais il n'arrive pas jusqu'à cette phase ultime de la maladie lorsqu'il a gardé assez de conscience pour se confier à un ami, à un parent, ou à sa femme, ou à un médecin, et se laisser guider. Dans ce cas, il reste susceptible d'amélioration, car sa volonté défaillante, prise en mains par un caractère plus énergique et capable de la dominer, peut être rééduquée. Telle doit être en effet la préoccupation des amis qui s'intéressent à lui et souhaitent sa guérison. Là est tout le traitement.

La cure de désintoxication, même si l'intoxiqué ne présente plus d'accidents aigus et s'il a repris conscience, n'es t pas durable si sa volonté n'a pas été rééduquée pour éviter le toxique. Aussi faudrait-il résoudre le problème de l'assistance aux malades redevenus libres de leurs actes. En France, nous n'avons aucun moyen de les suivre, lorsqu'ils ne sont plus à l'asile, et leur premier soin est de fuir le médecin auquel ils ont fait des promesses, parce qu'ils redoutent son jugement et ses observations. Aussi devrait-on les garder internés jusqu'au jour non seulement où ils auraient perdu l'habitude de s'intoxiquer, mais encore où l'internement aurait été profitable à leur volonté. (*Le Bulletin médical*, 3 octobre 1925.)

Le traitement des convulsions éclamptiques.

Voici quelques règles posées par le Dr H. Vignes.

Ce qu'il faut faire quand l'éclampsie est possible. Le traitement prophylactique comporte quatre éléments : repos au lit en position horizontale, éviter soigneusement le refroidissement, notamment par le port d'une chemise de flanelle ; évacuer l'intestin ; régime lacté strict, sans compromission et sans interruption (une femme qui a été au régime lacté pendant huit jours est à peu près à l'abri des convulsions éclamptiques ; c'est seulement lorsque les urines et la tension sont redevenues normales qu'on cessera progressivement et prudemment ce régime lacté).

Ce qu'il faut faire quand l'éclampsie devient probable. Ecarter toute cause d'excitation (lumière trop vive, bruit) ; essayer de diminuer l'excitabilité du système nerveux par le chloral ou la morphine ; débarrasser le tube digestif par un lavage intestinal avec deux litres de solution bicarbonatée à 5 p. 100, et un purgatif drastique (15 gr. d'eau de vie allemande, plus 15 gr. de sirop de nerprun) ; diète hydrique (car le lait devient dangereux) ; la saignée (copieuse 800 à 1.200 gr., ou petite 300 gr.) est quelquefois indiquée dès cette période ; la médication diaphorétique (par bains chauds, etc., ou par la pilocarpine) reste discutée.

Quand il y a crise d'éclampsie. Empêcher l'éclamptique de se mordre la langue (par un mouchoir qui abaisse le maxillaire inférieur et applique la langue sur le plancher de la bouche). Diminuer l'excitabilité ; dès les premières grimaces, appliquer une compresse largement imbibée de chloroforme ; souverain contre la convulsion, mais nuisible pour le foie déjà troublé, ce médicament est remplacé par le chloral à dose forte : 15 à 20 gr. par jour en doses de 2 à 4 gr. par la bouche (sirop dilué), ou par le rectum (délayé dans un verre de lait). L'auteur conseille vivement la morphine à dose forte, qui supprime les crises, en même temps qu'elle est, fait paradoxal, bien tolérée par le rein. La saignée constitue, si elle est copieuse et précoce (avant qu'il n'existe des lésions irrémédiables du rein, du foie, ou du système nerveux), le meilleur traitement, réellement efficace. L'emploi systématique de la ponction lombaire est à repousser, à moins d'une hémorragie méningée ou de prédominance de symptômes nerveux. Le traitement obstétrical est, en général, inutile, car il constitue une excitation dangereuse, qui multiplie les crises ; quant au traitement chirurgical (décapsulation rénale), il est rarement indiqué, à moins que 24 heures après l'accouchement, la situation reste grave, principalement pour l'anurie.

Après la crise, après l'accouchement et les suites de couches, surveillance prolongée, régime approprié, cures à Evian ou Saint-Nectaire. (*Journal des Praticiens*, 12 septembre 1925.)

CHRONIQUE HYDROLOGIQUE

L'enfant à Bagnères-de-Luchon.

Landouzy, à qui l'on doit toujours revenir, dès qu'il s'agit de la charte contemporaine de la crénothérapie, écrivait au sujet de son application dès l'enfance : « Si la clientèle d'enfants se pressait en rangs plus serrés aux eaux minérales, on y verrait, dans quelques décades, venir moins d'adultes et d'hommes faits puisque ceux-ci s'étant évadés, enfants, de leurs vices originels, auraient vers la trentaine moins à compter avec tant d'affections des bronches, de la peau, du foie, de l'estomac ; avec tant de dyscrasies, aboutissant de maladies transmises du père à l'enfant, recommencement de maladies alors que l'enfant, devenu adulte, procréera à son tour sans avoir, par la médication thermale rédemptrice, été mis à même de dépouiller les tares ancestrales. « Et le maître de conclure : « La cure thermale et la climatothérapie sont bien souvent utiles à l'enfant sain et nécessaires à l'enfant malade, celui précisément chez lequel l'hérédité a laissé une emprise morbide. »

La thèse du Dr Savère (1) n'est que la paraphrase appliquée à Luchon des lignes, si substantielles, que l'on vient de lire. Si la notion humorale, que Bordeu avait mise en lumière au 18e siècle, domine toute la pathogénie, il sera donc plus vrai que jamais quil faudra avoir recours à la médication hydrominérale pour traiter « en profondeur » les séquelles de multiples « hérédos ». Or, le soufre suscite, depuis ces toutes dernières années, les travaux les plus savants. A la suite de Rey-Pailhade, de L.-C. Maillard et d'Albert Robin, de Loeper, Bergeron, Vahram et de tant d'autres, Gauvain, Armingeat, Arloing et Ricard, Piéry, Bonamour et Milhaud, enfin Flurin, Lamarque et Liacre (Congrès de Bruxelles), René Audubert et Jean Dufrénoy , etc., etc., ont par des communications diverses, essayé de fixer le rôle du soufre dans l'organisme et d'en dégager son métabolisme. La notion qui semble, le plus explicitement, se dessiner, à l'heure actuelle, est l'*action catalytique* du soufre que nous avions indiquée en 1915 lors de notre premier mémoire à l'Académie de médecine.

Après avoir étudié la richesse thermale de Luchon, rappelé les grands travaux de MM. Moureu et Lepa-

(1) Dr J. Savère, Toulouse, 1925.

pe, Bertrand et Mailhet, le Dr Savère étudie l'application de la crénothérapie luchonnaise à l'enfant. Si la pénétration du soufre par la cure de boisson est à considérer (surtout en ce que diverses sources ferrugineuses radioactives « source Moureu » permettent l'association du fer et du soufre), la pénétration du soufre par le « humage » retient, davantage encore, l'attention de l'auteur. Le humage qui n'est autre, à Luchon, que la pénétration dans les bronches et les alvéoles pulmonaires de vapeurs sulfurées naturelles spontanément émises, est, en effet un des modes les plus efficaces d'absorption en raison de son entrée directe dans la circulation, au contact de cette surface immense que présente le tissu pulmonaire.

Aussi ne serons-nous pas surpris de voir le soufre être utilisé à Luchon :

1° Pour le traitement des affections de l'appareil respiratoire, par action sur le centre bulbaire qui est excité et sur le parenchyme pulmonaire qui est directement modifié par l'hydrogène sulfuré ;

2° Pour le traitement des dermatoses par son action antiseptique et kératoplastique ;

3° Pour le traitement des chloro-anémies ;

4° Pour le traitement des affections rhumatismales chroniques, par action anti-anaphylactique et radioactive ;

5° Pour le traitement de la syphilis, par action reminéralisatrice, endocrinienne, hématoplastique et catalytique ;

6° Pour le traitement des vers intestinaux par action parasiticide.

Mais, avec combien de raison M. Savère ajoute-t-il, « Le médecin doit connaître la valeur des eaux et du climat de Luchon par rapport à la maladie et mieux encore par rapport au petit malade à traiter car la maladie-schéma est l'exception et l'on peut dire que chaque sujet fait sa maladie à sa manière ».

A quel âge doit-on envoyer l'enfant à Luchon ? Avec Sersiron, de la Bourboule, nous avons autrefois fait campagne en faveur des touts petits aux eaux minérales. Le Dr Savère pense que, dès 18 mois, le bébé peut bénéficier des eaux minérales, mais que, vers deux et trois ans, les indications se précisent : « L'enfant ne viendra jamais trop tôt et il ne reviendra jamais trop. Il faut le prendre comme le jardinier prend la plante toute petite et cherche à la faire grimper le long de son tuteur. »

Avec beaucoup de nos confrères, nous sommes partisan de la balnéation en piscine pour les jeunes enfants : à cela, bien des avantages. Les enfants prennent confiance en se trouvant avec leurs petits camarades : ils jouent en se baignant, en criant, en remuant bras et jambes. Ils aspirent donc à plein poumon, les émanations sulfurées radioactives qui s'échappent spontanément de l'eau thermale dont la température ne dépasse pas 32 degrés. Les plus grands apprennent à nager et c'est alors une gymnastique merveilleuse qui double la mécanothérapie spécialisée. Repos après le bain, puis vie au grand air, « grand air dont M. Lepape vient d'étudier la teneur en radon », la vie au soleil, à altitude variable ; l'enfant, dans la station, étant à 630 mètres et pouvant par des promenades à l'accès facile, gagner 800 mètres. Par le chemin de fer électrique, on s'élève à 1.000, 1.200 et 1.800 mètres jusqu'à Superbagnères dont M. le Dr Jules Renault, médecin des hôpitaux de Paris, a bien précisé les indications en thérapeutique infantile. Le Dr Savère étudie ensuite les troubles de la puberté et comment ils sont favorablement influencés à Luchon, en raison de l'action du soufre sur les glandes endocrines.

Et s'il faut se servir encore de ces anciens vocables, les enfants à diathèse neuro-arthritique, scrofulo-lymphatique et syphilitique seront ceux qui seront le plus justiciables de la cure à Luchon. La localisation rhino-pharyngée de ces diathèses est celle que « spécifiquement parlant », on modifiera le mieux à cette station.

La clinique ne vaut que par la multiplicité des faits bien observés, ce que Bouchard appelait « le matériel de la science ». Le Dr Savère publie les résultats des dix dernières années concernant les enfants envoyés de Toulouse par l'A. P. ; ils sont des plus remarquables : il y joint les observations des divers médecins consultants de la station.

Cette thèse constitue l'un des travaux les plus importants qui aient été publiés, en France, sur l'utilisation des eaux minérales en pédiatrie et nous applaudissons aux conclusions de l'auteur : « L'association de la cure d'altitude graduée, de l'héliothérapie et du traitement aux eaux sulfurées de Luchon, constitue un traitement de fond. Il serait à souhaiter que les enfants frappés par les diathèses dont nous avons parlé soient dirigés, à quelque catégorie sociale qu'ils appartiennent, sur des stations semblables à celles de Luchon. ».

Sauver un enfant, c'est enrichir le capital social de la race.

Raymond MOLINÉRY.

Les Sociétés Savantes

Paris

La transfusion du sang chez le nouveau-né.

(M. Paul Guéniot. — *Académie de médecine* ; 2-3-26.)

La transfusion du sang chez le nouveau-né offre ce caractère particulier d'être facilement massive. Une injection de 20 centim. cubes de sang représente pour l'enfant à la naissance, le dixième du volume sanguin total. Pour le nouveau-né non à terme, ce pourcentage est encore plus élevé.

Il semblerait donc qu'on puisse attendre de la transfusion chez le tout petit enfant des effets intensifs. M. Paul Guéniot a eu recours à cette méthode chez vingt débiles prématurés et aussi chez trois débiles nés de mères tuberculeuses. Il s'en est suivi en règle presque générale (avec des exceptions cependant), une augmentation de poids immédiate et une amélioration sensible que l'auteur attribue aux hormones et aux produits de sécrétion interne contenus dans le sérum. La transfusion, il est vrai, comporte ici une assez grande difficulté de technique, tenant à la petitesse des veines du tout petit enfant. Force est souvent d'utiliser le sinus longitudinal supérieur pour y faire l'injection de sang.

M. Guéniot conclut qu'il n'y a certes pas lieu de généraliser la transfusion à tous les prématurés, dont beaucoup s'accroissent admirablement par des soins et une alimentation convenable. Mais chez ceux qui, malgré cela, dépérissent et sont menacés, cette intervention peut offrir une planche de salut.

Les excitants de la contraction de la vésicule biliaire.

(MM. Chiray, Lebon et Callegrari. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-1-1926.)

MM. Chiray, Lebon et Callegari ont étudié cliniquement l'action de certains excitants de la contraction de la vésicule biliaire. Ils ont constaté que l'injection hypodermique de pilocarpine et l'injection d'extrait hypophysaire activaient le drainage biliaire. Le médecin aurait, avec ces deux médicaments, la possibilité de traiter les stases vésiculaires d'origine atonique, états au moins aussi communs que les stases mécaniques liées à la péricholécystite, à la sténose et aux calculs. On obtient ainsi une sorte de culture physique de la vésicule. Deux malades ont été, par cette médication, considérablement améliorés.

— M. Laignel-Lavastine souligne l'action du vague dans les expériences de M. Chiray. Le chlorhydrate de pilocarpine, qui augmente l'écoulement biliaire par contraction de la vésicule, est une drogue vagotrope excitante. M. Laignel-Lavastine a observé une lithiasique biliaire qui avait des crises de coliques hépatiques l'avant-veille ou la veille de ses règles, période comportant souvent une hyperexcitabilité du vague. L'administration préventive de la teinture de belladone chez cette femme (d'ailleurs vagotonique) avant les règles a rendu les crises plus rares.

Pilocarpine et belladone, l'une excitante et l'autre inhibitrice, montrent le rôle du pneumogastrique dans les faits de contraction de la vésicule biliaire.

La phrénicectomie.

(MM. P. Moure, Cantonnet et Lebée. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-2-1926.)

M. Paul Moure a pratiqué la phrénicectomie chez trois malades (deux dilatations bronchiques et une tuberculose). Le résultat thérapeutique, quoique non négligeable, a été incomplet. L'un de ces malades a vu son expectoration diminuer de moitié ; chez le second, l'atténuation a été partielle ; le troisième (tuberculeux) a été amélioré quant à l'expectoration et à la température.

M. Moure conclut que la phrénicectomie est une opération bénigne, qui comporte des indications nettes ; mais, comme elle détermine une paralysie (définitive de l'avis de l'auteur) de l'hémidiaphragme, il ne faut la pratiquer qu'après une étude attentive du malade.

— M. Sergent remarque que de l'ensemble des observations connues, il apparaît déjà que les suites de la phrénicectomie ne sont pas toujours aussi favorables qu'on a voulu l'espérer. L'opération est, dans certains cas inefficace, et son rôle curateur reste parfois long à se manifester. Le résultat favorable peut n'être que passager et suivi d'une rechute de la maladie. Enfin, on a noté à sa suite des accidents graves et même mortels. Leriche a rapporté deux exemples de mort après cette opération. On a rencontré aussi des rétentions de pus accumulé dans un foyer basilaire avec des troubles sérieux.

M. Sergent reconnaît à l'opération le grand avantage d'être bénigne, opératoirement parlant. Il ne saurait être question de jeter le discrédit sur elle, mais il conviendra , par l'accumulation des observations, de préciser ses indications et contre-indications pour lui assurer le rôle bienfaisant qu'elle a dans les cas qui sont de son ressort.

Helminthiase et coli-bacillurie.

(M. G. Léo. — *Société des Chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

M. Léo pense que la coli-bacillurie est quelquefois sous la dépendance de l'helminthiase, soit que les parasites intestinaux blessent la muqueuse et favorisent la pénétration des coli-bacilles dans la circulation, soit par toute autre pathogénie. L'auteur a publié une première observation de ce genre en 1924. MM. Le Lorier et Fish ont fait une communication

sur le même sujet en décembre 1925 à la Société de gynécologie et d'obstétrique. M. Léo présente aujourd'hui quatre nouvelles observations dans lesquelles une coli-bacillurie s'est associée à l'helminthiase et a été amendée par le traitement anti-helminthique. Il peut s'agir d'ascaris, d'oxyures, de trichocéphales.

— M. DARTIGUES croit la parasitose susceptible d'intervenir dans la production de l'appendicite.

— M. PEUGNIES a trouvé trois fois, dans des appendices opérés par lui, un tricocéphale.

— M. LÉO ajoute qu'à côté des cas rares, exceptionnels, où les helminthes provoquent des catastrophes, il y a beaucoup de cas ordinaires où les vers ont une part dans la genèse d'états constitutionnels, de troubles légers, mais gênants, voire d'accidents plus sérieux comme la stase intestinale chronique. Le traitement de l'helminthiase rend alors de grands services.

Orchidopexie pour ectopie bilatérale.

(M. Alphonse HUGUIER. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

M. Huguier présente un jeune homme de 21 ans qu'il a opéré 14 ans auparavant pour ectopie bilatérale. Il fit une orchidopexie, en fixant l'un à l'autre les deux testicules sur la ligne médiane, au niveau d'un trou fait à la cloison, l'insuffisance de longueur des cordons n'ayant pas permis la double orchidopexie par le procédé d'Ombrédanne. Le jeune homme possède aujourd'hui deux testicules de volume convenable et en position normale. Il remplit avec honneur ses fonctions génitales.

— M. CATHELIN n'opère plus les ectopies testiculaires chez l'enfant. Il conseille simplement pendant 12 à 14 mois des massages et le port d'une ceinture. Il obtient de cette manière des résultats excellents, avec descente et développement normaux des testicules.

— M. ISELIN fait observer que la hernie, qui existe pour ainsi dire dans tous les cas d'ectopie, est une indication opératoire dans cette affection.

— M. PEUGNIEZ et M. PETIT DE LA VILLÉON sont du même avis. Ils croient à la supériorité du traitement opératoire sur toutes les autres méthodes, même massothérapiques, en matière d'ectopie testiculaire.

Les cures opératoires, ajoute M. Petit de la Villéon, donnent habituellement d'excellents effets à condition qu'on n'opère pas les enfants trop tard ; le bon âge est aux environs de 7 à 10 ans. Avec une intervention soigneuse, le testicule descend bien en général.

— M. DARTIGUES pense que beaucoup d'ectopies testiculaires guérissent spontanément après l'enfance et bien des fois il suffit de savoir attendre pour arriver à l'état normal.

— M. PÉRAIRE est peu partisan, ici, du massage. Avec le procédé de Walther, c'est-à-dire la transposition du testicule dans la vaginale du côté opposé, après avoir dégagé le plus possible les éléments du cordon, le résultat est parfait.

— M. BRODIER distingue les ectopies testiculaires en différentes variétés : 1° les ectopies qui guérissent seules, sans intervention, sans hernie concomitante ; 2° les ectopies où l'intervention est sinon facile, du moins suffisamment aisée pour obtenir une bonne descente testiculaire et une fixation solide du testicule dans le scrotum ; 3° les ectopies testiculaires où il est extrêmement difficile d'abaisser le testicule malgré toute la patience et toute l'habileté chirurgicale.

Opération de Hartmann.

(MM. Victor PAUCHET et LUQUET. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 5-2-1926.)

M. Pauchet montre une sigmoïde intestinale qu'il a enlevée chez un malade de 73 ans ayant subi l'opération de Hartmann. Celle-ci est une résection de l'anse sigmoïde complétée par la fermeture en cul-de-sac du bout rectal et l'abouchement à la peau du côlon descendant (anus iliaque). Cette intervention est indiquée soit pour des raisons d'ordre général, dans les cas où le malade ne paraît pas apte à supporter l'amputation abdomino-périnéale, soit quand l'état du descendant ne permet pas de l'invaginer dans le bout rectal (opération de Mayo). Elle est plus bénigne que n'importe laquelle des opérations qui se pratiquent sur le segment recto-sigmoïdien.

La cardiolyse.

(M. TUFFIER. — *Société de Chirurgie* ; 27-1-1926.)

Il existe deux groupes d'opérations de cardiolyse : l'endo-péricardique, qui sépare le péricarde viscéral du pariétal (opération de Delorme, d'indication rare) ; l'extra-péricardique dont le type est l'opération de Brauer à laquelle on ajoute souvent cette ablation du péricarde ou péricardectomie qui est actuellement la question discutée.

M. Tuffier cite, une autre application de la résection costale dans les affections cardiaques. Il a opéré, il y a 16 ans à l'hôpital Beaujon, un jeune homme de vingt ans offrant une hypertrophie cardiaque sans lésion orificielle, incapable de faire un effort sans souffrir. A chaque révolution cardiaque, on voyait la paroi thoracique se bomber : le cœur semblait à l'étroit dans le thorax. La résection des 3e, 4e et 5e cartilages costaux et des côtes correspondantes sur une longueur d'environ deux centimètres amena effectivement un soulagement considérable et le malade put reprendre son travail de cultivateur. M. Tuffier eut l'occasion de pratiquer une autre fois, chez un jeune homme de 17 ans, dans les mêmes conditions, une semblable intervention.

Pyoarthrose du genou à bacilles d'Eberth.

(M. E. Michon. — *Société de Chirurgie* ; 27-1-26.)

M. Michon présente un malade chez lequel il est intervenu pour une pyoarthrose du genou à bacilles d'Eberth, apparue vingt ans après la fièvre typhoïde. L'arthrotomie et la mobilisation suivant le procédé de Wilhem ont donné un bon résultat.

Coma diabétique et insuline.

(M. Henry Bith. — *Société de médecine de Paris* ; 23-1-1926.)

L'insuline est le traitement héroïque du coma diabétique. Cependant, encore aujourd'hui, la mort est souvent la conséquence du coma, malgré la médication insulinique.

M. Henry Bith relate l'histoire d'une jeune femme de 26 ans, diabétique ignorée, qui fut prise un jour, à son débarquement à Sydney, en Australie, de coma. Elle guérit par une cure d'insuline. Revenue en France, et malgré la continuation des injections insuliniques, elle eut trois rechutes de coma et de très nombreux abcès au niveau des anciennes piqûres (d'insuline anglaise, en particulier). Pour obtenir la guérison, il fallut élever la dose de médicament à un taux très élevé, à 520 unités lors de la troisième crise.

L'auteur conclut que les quantités d'insuline employées doivent varier suivant l'état des malades, l'évolution du diabète et les complications, et qu'il ne faut pas craindre d'atteindre des doses considérables, à condition de « sucrer » les malades par un goutte à goutte rectal glycosé, par exemple. Pour lui, c'est l'insuffisance des doses qui explique la plupart des échecs du traitement, lorsque celui-ci est commencé assez tôt. Une autre cause d'échec réside dans la réserve alcaline : ne pas négliger de la faire remonter par l'ingestion ou l'administration rectale de bicarbonate de soude.

Pour ce qui concerne les abcès, M. Bith remarque que l'insuline anglaise n'en est pas exempte. Chez sa malade, ce sont surtout les piqûres d'insuline anglaise, faites en Australie, qui ont donné lieu à de l'abcédation. La staphylococcie n'a été arrêtée que par l'auto-vaccination.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Février 1926

Syndrome parkinsonien unilatéral et arthrite de la hanche.

MM. H. Roger, J. Reboul-Lachaux et Bonnal présentent une femme de 55 ans atteinte de syndrome parkinsonien tremblement prédominant, à gauche avec arthrite chronique de la hanche du même côté. Cette répartition de l'association morbide est en faveur du rôle joué par les lésions du système nerveux dans le développement des arthropathies (Charcot et Brissaud, Sicard et Lhermitte). Par ailleurs, la constatation sur la radiographie de la hanche gauche d'anomalies du cotyle, de surélévation légère de la tête fémorale, associées aux lésions de rhumatisme chronique, d'une part, l'existence d'une luxation congénitale complète de la hanche droite avec raccourcissement du membre, aspect gracile de la diaphyse fémorale et déformation en escalier de l'os coxal, d'autre part, sont en faveur du rôle, mis en lumière par Calot, des subluxations congénitales dans la pathologie de la hanche. Chez la malade présentée, deux facteurs auraient ainsi localisé l'atteinte rhumatismale de la hanche gauche : l'un osseux, congénital, subluxation légère, l'autre nerveux, acquis, lésions centrales causes du syndrome parkinsonien.

Tuberculose cutanée à foyers multiples.

MM. Paul Vigne, A. Fournier et Plantevin présentent une malade de 26 ans dont l'affection a débuté, il y a 5 ans par un lupus de la face. Actuellement, le lupus a envahi toute la face détruisant le nez et les paupières et s'accompagne de nombreuses lésions bacillaires et gommeuses sur le cou, les bras et les avant-bras. Cette malade, traitée par l'éther benzylcinnamique depuis 6 mois, s'améliore nettement.

Insertion vélamenteuse du cordon.

MM. J.-R. Henry, A. Rathelot et Brugeas présentent un placenta provenant d'un accouchement en O. I. G. A. chez une primipare. Enfant né étonné. L'examen du délivre montre : une insertion vélamenteuse du cordon à 10 centimètres du placenta, une grosse veine variqueuse du volume du petit doigt sillonnant les membranes de l'insertion du cordon à l'un des pôles du placenta. De ce tronc partent de grosses ramifications qui courent sur l'œuf avant d'atteindre le placenta. L'insertion du cordon est à quelques centimètres de l'orifice des membranes, ce qui explique la souffrance du fœtus par compression de ces veines au moment de l'accouchement.

Tête d'enfant hydrocéphale ayant contenu 5.450 gramme de liquides.

MM. J.-R. Henry, A. Rathélot et Brugeas. — Italienne, octipare, 43 ans. Sept grossesses antérieures toutes terminées par avortement ou accouchement prématuré d'enfant hydrocéphale, sauf une durant laquelle la mère a subi un traitement spécifique et qui a donné le jour à un enfant normal actuellement vivant et normal âgé de 13 ans et demi. La grossesse actuelle prend fin au cinquième mois. HU = 49 cm. S. I. G. A. Après extraction du siège

la tête est retenue au détroit supérieur. HU = 36 cm. Perforation de la tête ; issue de 5.450 gr. de liquide. Les A. insistent sur la rareté d'une hydrocéphalie de cette importance et sur la présence nette de l'étiologie syphilitique dans ce cas. Syphilis du mari, efficacité d'un traitement antisyphilitique chez la mère.

Cancer de la prostate. Radiumthérapie. Guérison actuelle.

MM. Chauvin, Zuccarelli et Paoli.— Néoplasme prostatique pour lequel avait été déjà pratiquée une cystostomie. Incision périnéale, épinglage de la prostate avec 12 aiguilles de 3 milligr. laissées en place 5 jours. La prostate fond littéralement ne laissant qu'un placard fibreux et le malade, sa cystostomie refermée, rentrait chez lui deux mois plus tard sans résidu urinaire.

Autour de l'énigme de l'instinct. Réponse à une offensive contre le naturaliste J.-H. Fabre.

M. J. Poucel. — Si quelqu'un avait dû échapper à la crise de dénigrement des grands hommes, qui sévit en ce moment, il semble que ce dût être le modeste naturaliste J.-H. Fabre. Il n'en est rien. Quelques hommes de science l'attaquent comme naturaliste, écrivain, philosophe, et même comme homme. Il est impossible que, dans une œuvre aussi vaste que les *Souvenirs entomologiques*, il n'y ait des lacunes et même des erreurs. Mais ce sont là de minimes défaillances en regard de la riche moisson de faits nouveaux apportés à la vie psychique des insectes. Les détracteurs de Fabre n'ont été heureux ni dans leurs critiques, ni dans leurs essais de théorie de l'Instinct à lui opposer. Ils n'ont pu ébranler son édifice. Son œuvre demeure, pour les médecins, la plus belle introduction à la biologie humaine.

Myoclonie diaphragmatique périodique.

MM. H. Roger et J. Reboul-Lachaux présentent un homme de 37 ans atteint, depuis un an, de secousses diaphragmatiques bilatérales, survenant au rythme de 35 à 50 par minute, en salves irrégulières, avec bruit de hoquet intermittent, persistant pendant le sommeil et rebelles à la thérapeutique ordinaire. Ces secousses se produisent par accès durant une dizaine de jours avec période intercalaire de durée égale. Le malade a présenté, il y a 4 ans, des phénomènes analogues qui ont duré deux mois. Chaque crise est immédiatement précédée d'une hydrorrhée nasale très abondante qui dure quelques heures. A cause de ce dernier symptôme et en l'absence de tout antécédent névraxitique comme de toute affection abdominale ou thoracique cliniquement ni radiologiquement constatable, les A. pensent à la nature anaphylactique des troubles déclanchés à la faveur d'une épine irritative des voies aériennes supérieures et exprimées par un mécanisme réflexe analogue à celui du hoquet ordinaire.

Un cas de fibrinurie.

M. Chauvin. — Fibrinurie massive avec coagulation des urines en gelées chez un malade qui fut néphrectomisé pour cancer du rein, type hypernéphrome.

Confusion mentale et tuberculose.

M. Wahl. — La tuberculose pulmonaire est extrêmement fréquente chez les aliénés (Brouardel) et complique tout particulièrement les états mentaux incurables, à la suite d'un long séjour à l'asile. Si l'on admet, avec Régis, que la démence précoce est la forme incurable de la confusion, c'est elle qui fournirait le plus gros contingent de ces phtisies. Mais l'A. veut attirer l'attention sur un autre ordre de phénomènes : ceux dans lesquels la tuberculose est contemporaine du début de la confusion mentale ou lui est même antérieure. Dans ces cas, et en l'absence de toute autre intoxication exogène ou endogène, force est bien d'admettre que c'est la maladie pulmonaire qui est chez les prédisposés le primum movens du trouble mental. Dans la phtisie vulgaire, on pourrait croire à une coïncidence, mais dans les formes à marche rapide et fébrile (au moins au début) il faut admettre que c'est bien la tuberculose qui détermine les troubles mentaux.

Bien entendu, il n'est pas ici question de méningites, ni même de méningisme de Dupré.

Ulcère tuberculeux de la langue.

MM. J. Combes et P. Vigne présentent un malade bacillaire atteint d'une large ulcération de la langue, dont les symptômes, en particulier la dureté des bords, leur couleur, la profondeur, l'indolence et la très forte induration sous-jacente avaient fait porter le diagnostic d'épithélioma. Une biopsie montra au contraire qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse.

Un cas de rupture intra-péritonéale de la vessie.

MM. Chauvin et Lahayville. — Il s'agit d'un jeune Arabe de 26 ans, venu à pied à l'hôpital, 38 heures environ après avoir reçu des coups de pieds dans le ventre, à la suite desquels il n'a uriné qu'un peu d'urine mêlée de sang. Les signes cliniques font croire à une rupture extra-péritonéale de la vessie, diagnostic que l'intervention redresse. La lésion était un éclatement intra-péritonéal de 6 cm. environ qui est suturé en trois plans. Une sonde à demeure est laissée en place 14 jours et la guérison est obtenue. Les A. font des remarques sur le choc minime qu'a éprouvé le malade, sur la tolérance relative du péritoine vis-à-vis de l'urine. Au point de vue opératoire, ils insistent sur les facilités que donne à la suture la transformation de la brèche, de longitudinale en transversale, par étirement bilatéral et sur l'importance d'un plan de péritonisation soigneux. Enfin ils font ressortir les heureux résul-

tats, dans leur cas, d'une intervention qui comporte habituellement pour ce genre de lésions, opérées après 36 heures, une léthalité de 40 % environ.

Quatre observations de grippes graves chez des nourrissons.

M. Fernand Trabuc. — Il s'agit de quatre nourrissons de 4 mois et demi à 8 mois, morts rapidement à la suite d'une affection contractée auprès d'un de leurs parents atteint de grippe saisonnière bénigne. Ces enfants ont présenté avant de mourir des convulsions, sans modification du L. C. R. ou des méningites vraies. L'A. estime que ces encéphalites et méningites, que certaines formes de gastro-entérites graves, sont des complications de la grippe du nourrisson. Il pense que cette affection n'est pas aussi rare qu'on le croit chez l'enfant de moins d'un an et surtout il s'élève contre l'opinion généralement admise autrefois de la bénignité de la grippe chez le nourrisson

Emile Castelli.

Les Congrès

VIe Réunion Neurologique internationale annuelle.

Séances du 25 *mai* 1925.

La sclérose latérale amyotrophique.

La VIe réunion neurologique internationale annuelle se devait, à l'occasion du Centenaire de Charcot, de mettre à son ordre du jour l'étude de la maladie à laquelle Charcot a attaché son nom : la sclérose latérale amyotrophique.

A vrai dire, depuis la description si complète et si précise, dans ses traits cliniques et anatomiques, qu'a donnée le maître de la Salpêtrière, d'abord avec Joffroy en 1869, puis avec Gombault en 1871, enfin dans ses Leçons cliniques de 1872 à 1874 il n'y a rien eu à reprendre au tableau classique de la sclérose latérale amyotrophique tel qu'il avait été tracé par une main si sûre. Sans doute nos connaissances cliniques se sont enrichies de données plus précises sur les aspects de début et sur les formes frustes, dont Charcot avait lui-même amorcé l'étude. Les méthodes modernes d'histologie fine ont permis de soumettre à une critique plus serrée les caractères topographiques et évolutifs des lésions et d'en tirer des enseignements d'un haut intérêt pour la physiologie pathologique du système nerveux central. Mais les grands chapitres de l'étiologie et de la pathogénie restent encore à écrire, et la maladie de Charcot est toujours la terrible et mystérieuse affection, dont la marche progressive ne connaît guère de rémission, et que personne ne s'est jamais vanté d'avoir guérie ni même retardée.

L'intéressant rapport clinique du professeur Vincenzo Neri (de Bologne), le rapport anatomique très documenté et très suggestif de MM. Ivan Bertrand et L. Van Bogaert constituent d'excellentes mises au point de la question en même temps qu'ils lui apportent la contribution d'une documentation personnelle importante.

Rapport clinique. — Professeur Vincenzo Neri (de Bologne). Les deux caractères cliniques fondamentaux de la sclérose latérale amyotrophique résident toujours, d'une part dans la prédominance très marquée des troubles moteurs sur les troubles sensitifs, et d'autre part dans l'association des signes d'altération du neurone moteur central pyramidal et du neurone moteur périphérique. Les progrès de la sémiologie, depuis Charcot, ont eu surtout pour effet de permettre la reconnaissance plus précoce des deux catégories de troubles moteurs objectifs, et par là de faciliter le diagnostic à la période initiale.

La sclérose latérale amyotrophique débute certainement par une phase latente, et on peut admettre qu'au moment où le malade accuse les premiers symptômes, les lésions évoluent déjà depuis un certain temps. Les preuves de ce fait sont nombreuses. Ainsi il est bien des cas où le malade n'accuse de troubles que dans les membres supérieurs ou même dans un seul membre supérieur, alors que l'examen électrique ou les trémulations fibrillaires montrent déjà une généralisation aux quatre membres. Ainsi encore il n'est pas rare, à l'autopsie de formes hémiplégiques ou monoplégiques, de constater des lésions déjà très avancées et très diffuses. Les faits de début pseudo-apoplectiforme, comme MM. Guillain et Alajouanine en ont rapporté récemment un exemple, correspondent également à une révélation relativement tardive de l'affection restée latente jusque-là. Enfin, lorsqu'il existe des phénomènes douloureux, ces derniers précèdent souvent de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, les troubles moteurs : à l'encontre des fibres sensitives, qui traduisent si vite leur souffrance, les fibres motrices, semble-t-il, ne manifestent leur déchéance qu'au moment où elles sont déjà profondément altérées.

Les premiers indices de l'atteinte du neurone moteur périphérique sont les secousses fibrillaires et les troubles des réactions électriques.

Les secousses fibrillaires attirent parfois l'attention du malade avant même l'affaiblissement musculaire ou l'atrophie ; elles donnent lieu à de petits mouvements involontaires des doigts ou même à des sortes de crampes que le rapporteur compare à une « épilepsie de la corne antérieure ». Mais, le plus souvent, les trémulations fibrillaires n'apparaissent qu'à un examen attentif, et il faut alors savoir les provo-

quer : la percussion des masses musculaires, leur élongation, leurs contractions réitérées surtout la faradisation des nerfs correspondants sont les artifices les plus efficaces pour les mettre en évidence.

Quant aux troubles des réactions électriques, on sait mieux les déceler depuis que la mesure des chronaxies est entrée dans la pratique. Le trouble, en effet, peut être déjà apparent sur des muscles qui ne présentent encore ni paralysie, ni atrophie. Cependant, il faut bien savoir aussi que même les muscles les plus atrophiés, même ceux qui paraissent complètement paralysés ne sont généralement pas atteints de réaction de dégénérescence complète : certaines de leurs fibres ont conservé leur contractilité faradique. L'atrophie et la paralysie touchent les muscles fibre à fibre, de même que la dégénérescence atteint la corne antérieure de la moelle cellule par cellule.

Mais la sémiologie du neurone moteur central s'est enrichie depuis Charcot bien plus encore que celle du neurone moteur périphérique. Le neurologiste n'attend plus la contracture pour déceler l'atteinte du faisceau pyramidal. Il a à sa disposition toute une série de signes plus sensibles : la surréflectivité tendineuse, du réflexe massétérien au réflexe achilléen, le clonus du pied, le signe de Babinski (moins constant, il est vrai, dans la sclérose latérale amyotrophique que dans les autres affections pyramidales); le réflexe d'adduction du pied, les inversions des réflexes aux membres supérieurs, la diffusion des réflexes (Guillain et Alajouanine), les syncinésies (attitude du bras pendant la marche, signe de la pronation). M. Souques a signalé, dans un cas, un réflexe controlatéral des jumeaux : la percussion du tendon d'Achille d'un côté provoque la contraction des jumeaux, non seulement de ce côté, mais aussi du côté opposé. M. Néri insiste personnellement sur deux symptômes. Tout d'abord l'inversion du réflexe ostéo-périosté scapulo-huméral, décrite par Cocchi (de Bologne) : la percussion de la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate provoque, au lieu d'une rotation externe du bras, une légère abduction du bras avec flexion de l'avant-bras et pronation. Cette combinaison constituerait, d'après l'opinion de Néri, un véritable « réflexe d'automatisme du membre supérieur ». Un autre signe, étudié spécialement par M. Néri, est l'excitation cathodique, qui met en évidence la contracture latente.

Grâce à tous ces symptômes, il est généralement facile de se rendre compte de la lésion précoce du faisceau pyramidal. Cependant les signes pyramidaux peuvent faire défaut, au début, dans certains cas, et cela particulièrement dans les formes qui débutent par l'amyotrophie des membres inférieurs. Il peut alors y avoir aréflexie tendineuse, et Patrokios a décrit ces cas, de diagnostic difficile, sous le nom de « formes pseudo-polynévritiques ».

L'absence des troubles de sensibilité reste un des caractères négatifs essentiels de la maladie. Cette règle ne comporte que de bien rares exceptions pour ce qui concerne les troubles de sensibilité objective. L'étude de la chronaxie des nerfs sensitifs cutanés ne révèle même aucune anomalie (Néri). Mais, par contre, les douleurs ne sont pas rares : crises douloureuses de localisations diverses, fourmillements, engourdissements, crampes, sensibilité à la pression ou à la traction des masses musculaires. Ces troubles peuvent même rester, pendant des semaines ou des mois, les seuls symptômes apparents de la maladie. Les troubles des réactions électriques, par leur diffusion et par leur caractère parcellaire, les petits signes de lésions du faisceau pyramidal peuvent cependant, dès cette période, mettre sur la voie du diagnostic. Les troubles trophiques et vaso-moteurs n'appartiennent pas non plus au tableau classique de la sclérose latérale amyotrophique. Cependant on a signalé des bouffées de chaleur, des sympathalgies (V. Van Bogaert, Guillain), des troubles trophiques des ongles (Vulpian), des œdèmes localisés (Florand, Patrikios, Lejonne et Lhermitte), des névralgies du trijumeau, des troubles labyrinthiques. Les troubles pupillaires, les paralysies oculo-motrices, la gêne de la miction, signalées dans quelques observations anciennes, ne paraissent pas appartenir au tableau légitime de la maladie.

Par contre, les troubles mentaux ne sont pas rares. Ils témoignent de l'extension fréquente des lésions aux hémisphères. P. Marie a mis en valeur les signes neurasthéniques du début, l'émotivité, le puérilisme, la tendance au rire ou au pleurer spasmodique. Mais il n'y a guère de trouble de l'intelligence, de délire, ni de psychose caractérisée, et il faut généralement un examen approfondi pour déceler les petites altérations de l'état psychique.

L'évolution de la sclérose latérale amyotrophique est régulièrement progressive. Les rémissions sont exceptionnelles. La durée varie entre quelques mois et deux ou trois ans, du moins à partir du moment où les premiers symptômes ont fait leur apparition. Les formes prolongées sont exceptionnelles, et M. Souques n'admet que trois cas authentiques de la maladie, qui aient duré plus de dix ans. Les formes à début bulbaire n'ont pas toujours une marche plus rapide (Souques). Néanmoins la mort est généralement le fait des troubles bulbaires, et en particulier de la paralysie des abducteurs du larynx.

Le diagnostic n'offre guère de difficulté que dans les formes atypiques de début (forme paraplégique, forme scapulo-humérale, forme pseudo-polynévritique, forme monoplégique, formes bulbaires et hémibulbaires). Il se pose alors avec la forme amyotrophique de la sclérose en plaques à localisation cervicale, avec la forme motrice de la gliose cervicale, avec les tumeurs et les ramollissements du bulbe, quelquefois avec les polynévrites, mais surtout avec les formes amyotrophiques de la syphilis spinale.

Doit-on laisser place, à côté de la sclérose latérale amyotrophique, à des formes pures de paralysie bulbaire progressive et d'atrophie musculaire progressive du type Duchenne de Boulogne, par poliomyélite antérieure chronique ? C'est là une question con-

troversée. Si Déjerine identifiait toutes les paralysies labio-glosso-laryngées à la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique, il n'en existe pas moins des observations où les lésions pyramidales semblaient faire entièrement défaut (Reinhold, Guillain, Alajouanine et Bernard). De même, la poliomyélite chronique, que P. Marie proposait de rayer des cadres de la pathologie, répond néanmoins à certains faits, comme celui de Souques et Alajouanine, où les lésions de la voie pyramidale faisaient entièrement défaut. Il n'en est pas moins permis de penser que ces observations aberrantes présentent une certaine parenté avec la sclérose latérale amyotrophique au point de vue étiologique.

Mais qu'il s'agisse d'observations atypiques ou des formes les plus classiques, l'étiologie reste toujours également mystérieuse.

Le rôle favorisant du traumatisme paraît vraisemblable dans un certain nombre de cas, mais par quel mécanisme intervient-il ?

La syphilis provoque bien des amyotrophies myélopathiques progressives. Mais leur marche est plus rapide ; elle ne progresse pas d'une façon continue ; il y a des troubles pupillaires, des modifications du liquide céphalo-rachidien. Dans la sclérose latérale amyotrophique, au contraire, le liquide est normal, et la grande majorité des malades atteints de sclérose latérale amyotrophique sont exempts de syphilis.

Les formes familiales sont exceptionnelles (5 observations d'après L. Van Bogaert).

Alajouanine, sur un malade du service de Souques, a pu mettre en évidence un virus névrophile par inoculation au lapin de substance nerveuse provenant d'une amyotrophie spinale progressive. Mais il s'agissait d'une forme amyotrophique pure, à marche subaiguë. La même expérience, reprise avec la substance bulbaire d'une sclérose latérale amyotrophique légitime, n'a pas donné de résultat.

Néri est porté à voir dans la sclérose latérale amyotrophique un processus dégénératif, favorisé par un état toxique ou infectieux antérieur. Il resterait à reconnaître cette infection ou cette intoxication. Tant que le problème étiologique reste ainsi dans le mystère, aucun effort logique ne peut être tenté pour le traitement de la maladie de Charcot.

Rapport anatomo-pathologique. — MM. Ivan Bertrand et Ludo Van Bogaert. La lésion essentielle de la sclérose latérale amyotrophique est, comme l'a bien décrit Charcot, la dégénérescence associée du faisceau pyramidal, d'une part, et, d'autre part, des éléments cellulaires de la corne antérieure de la moelle et des noyaux moteurs du bulbe.

Cette dégénérescence se fait fibre à fibre, cellule par cellule, si bien qu'on observe simultanément tous les stades de la dégénérescence, et que des éléments d'apparence sains peuvent apparaître à côté d'autres éléments complètement atrophiés. Cette dernière particularité explique que, même dans des stades ultimes, la sclérose latérale amyotrophique ne donne guère de paralysie totale ni de réaction de dégénérescence complète.

Cette lésion associée des deux neurones moteurs ne peut être considérée comme une dégénérescence systématisée de tout le système moteur ainsi qu'on l'avait d'abord pensé. Elle se présente, au contraire, comme un processus d'une allure histo-pathologique très spéciale, qui, sur bien des points, semble mettre en défaut la théorie du neurone.

C'est ainsi que l'atteinte élective, étendue, du cordon antéro-latéral et particulièrement du faisceau pyramidal incite tout naturellement à rechercher la cause du processus dégénératif dans les centres correspondants de l'écorce cérébrale. Or les recherches minutieuses des rapporteurs leur ont bien montré, comme M. P. Marie l'avait signalé dès 1883, des lésions dégénératives prédominant sur la frontale ascendante. Mais, sur neuf cerveaux, ces lésions n'existaient que cinq fois ; elles étaient d'intensité et d'étendue variables, et elles se retrouvaient en réalité également sur les deux premières frontales, sur les circonvolutions pariétales, sur le pli courbe, sur l'hippocampe. Ce sont des lésions qui portent surtout sur les couches cellulaires III et IV, et qui se présentent soit comme des plaques cellulaires, soit comme une raréfaction « par plages », soit comme une raréfaction cellulaire. Elles s'accompagnent d'hypergliose secondaire, de dégénérescence des grandes cellules de Betz, avec apparition d'une granuleuse interne raréfaction des fibres tangentielles, apparition d'état précriblé et de globes albumineux intrachromatiques, surtout dans le centre ovale, ces deux dernières lésions restant le privilège des formes à évolution lente.

Les dégénérescences cellulaires se présentent généralement soit sous forme d'atrophie lipo-pigmentaire, soit sous forme de sclérose atrophique de Nissl. Même chez des malades jeunes, il n'est pas rare d'observer des cellules d'Alzheimer absolument typiques, avec groupement des fibrilles autour du noyau, plus rarement la margination des neurofibrilles (Marinesco).

Ces lésions des centres débordent l'écorce, et, comme l'a montré Patrikios, des lésions importantes du système strié et du système pallidal ne sont pas rares dans la sclérose latérale amyotrophique.

Aux lésions inconstantes, toujours plus ou moins discrètes, des centres supérieurs s'oppose la dégénérescence du faisceau pyramidal, toujours plus intense et plus étendue au fur et à mesure qu'on approche de la région bulbo-cervicale : dans la capsule interne, c'est la dégénérescence d'un étroit quadrilatère, qui en occupe le bras postérieur (P. Marie, H. Bouttier, et I. Bertrand). Dans le pédoncule, c'est un triangle qui occupe la partie moyenne du pied. Dans la protubérance, l'éparpillement des fibres du faisceau pyramidal ne permet plus de suivre sa dégénérescence. Mais, dans le bulbe, elle se retrouve, intense, étendue, s'avançant jusqu'à la substance réticulée et la débordant largement.

Dans tout ce trajet, il est impossible de retrouver

les connexions que les classiques admettent, et que la sclérose latérale amyotrophique devrait, à première vue, mettre en évidence mieux qu'aucune autre maladie, entre la grande voie motrice et les noyaux moteurs bulbo-protubérantiels, si bien qu'on peut se demander si cette connexion ne fait pas entrer en jeu des relais intermédiaires dans la substance réticulée de la calotte. En tout cas, lors même que les corps granuleux sont très abondants dans toute l'étendue du faisceau pyramidal, il n'en existe jamais la moindre trace dans les noyaux moteurs de la protubérance et du bulbe, quelle que soit l'intensité de leurs lésions cellulaires.

Les lésions cellulaires des noyaux bulbaires et protubérantiels ne se limitent d'ailleurs pas aux noyaux moteurs, mais elles s'étendent également aux noyaux sensitifs : noyau de l'aile grise, noyau du faisceau solitaire, et il existe même des lésions des noyaux vestibulaires, qui expliquent les troublesde l'équilibre signalés par MM. Barré et Van Bogaert.

C'est dans la moelle que les lésions atteignent leur maximum : dégénérescence intense du faisceau pyramidal, débordant largement l'aire intéressée par les dégénérescences secondaires, tant vers les voies cérébelleuses en dehors, que vers la substance grise des cornes antérieures et postérieures, qu'elle borde de très près. Elle intéresse manifestement, outre le faisceau pyramidal, les faisceaux spino-cérébelleux, particulièrement le faisceau de Gowers, le faisceau rubrospinal, le tractus vestibulo-spinal,le contingent tertospinal, les fibres courtes d'origine réticulo-bulbaire, les fibres endogènes du cordon antéro-latéral. Mais les faisceaux considérés comme constitués de fibres endogènes descendantes du cordon postérieur sont rigoureusement intacts, ce qui les différencie nettement de tout le reste du système moteur, et ce qui peut amener à douter de leur signification réelle.

La lésion de la voie motrice diffère des dégénérescences secondaires par une autre particularité : son atteinte fréquemment fragmentaire. C'est ainsi que les rapporteurs ont vu, dans un cas, les lésions présenter un double maximum : à la région lombo-sacrée et à la région cervicale, alors que la moelle dorsale supérieure était presque intacte. Dans ce cas, les lésions corticales prédominaient sur les circonvolutions préfrontales, et épargnaient presque complètement Fa. Cependant nulle part les coupes longitudinales ne permettent de saisir l'atteinte partielle des fibres motrices ; il n'y a pas ici de lésion focale comme dans la sclérose en plaques.

Les altérations cellulaires de la moelle atteignent leur maximum à la région cervicale. Elles affectent tous les groupes radiculaires moteurs, les cellules cordonales et les éléments sympathiques disposés dans la substance grise. La colonne de Clarke, le groupe sympathique latéral et la substance gélatineuse de Rolando sont habituellement respectés.

Les nerfs périphériques dégénèrent, mais il s'agit plutôt d'une atrophie de la gaine myélinique que d'une dégénérescence véritable, à corps granuleux, comme celle qu'on oberve dans les polynévrites, et cette atrophie semble atteindre les fibres sensitives aussi bien que les fibres motrices. Elle semble, d'ailleurs, ne pas compromettre aussi gravement qu'on serait tenté de le croire la vitalité du cylindraxe : chez un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique qu'on a dû amputer de la cuisse, les rapporteurs ont vu le nerf sciatique, malgré l'aspect atrophique de ses fibres, donner naissance à un bourgeon névromateux exubérant. Si l'on rapproche ce fait de l'intensité des lésions dégénératives du centre cellulaire dans la corne antérieure, il faut bien avouer qu'on est tenté de voir encore là un nouvel argument contre la théorie du neurone.

Après avoir discuté le diagnostic anatomique de la sclérose latérale amyotrophique, en particulier avec les rares observations de paralysies bulbaires vraies (type Duchenne, de Boulogne), avec les poliomyélites chroniques, avec l'amyotrophie spinale progressive à terminaison bulbaire du type Souques-Alajouanine, les rapporteurs se demandent si l'étude anatomique de la sclérose latérale amyotrophique autorise quelques conclusions pathogéniques.

Leurs conclusions sont des plus prudentes. Les périvascularites à forme lymphoïde, les figures de neuronophagie des infiltrats méningés ne suffisent pas à établir l'action d'un virus. Comme l'ont montré MM. Guillain et Bertrand à propos de la sclérose en plaques, ces lésions peuvent n'être que les conséquences d'un processus de désintégration.

La notion d'une lésion systématique des deux neunones moteurs ne cadre pas avec les faits observés.

Les rapporteurs conçoivent la sclérose latérale amyotrophique comme une atteinte primitive de la substance grise bulbo-médullaire, qui présente ce caractère particulier d'abolir la « synapse » (Sherrington), en supprimant en quelque sorte la barrière qu'elle établit entre les divers neurones moteurs. La lésion cellulaire de la moelle déterminerait dès lors non seulement la dégénérescence du neurone moteur périphérique, mais aussi celle du neurone moteur central et celle du neurone propric-cepteur d'association.

(*à suivre*)

Les Livres

Imprimerie Léon Sézanne, Lyon.

Auguste Lumiere, correspondant national de l'Académie de médecine. — **Théorie colloïdale de la vie et de la maladie.**

Cet opuscule résume l'état actuel des principes sur lesquels l'auteur estime que la physiologie et la médecine pourront, dans l'avenir, prendre un point d'appui solide pour expliquer et comprendre nombre de phénomènes vitaux.

Vigot frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Manuel du médecin expert. (*Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes*). (Un vol. in-16 carré, de 770 pages. Prix : 30 fr.).

Ce manuel a pour but de permettre à tout praticien, à tout médecin traitant de faire une expertise médico-légale et de rédiger rapidement un certificat ou un rapport, aussi bien pour les lésions chirurgicales externes que pour les maladies internes consécutives aux accidents du travail. Il présente un plan d'exposition qui se retrouve dans chaque chapitre.

I. *Modèle type* d'un certificat ou rapport d'expertise.

II. 1° *Etiologie* : accidents du travail ; blessures de guerre ; maladie ; 2° *symptômes* : tests cliniques et radiologiques (épreuves de laboratoire) ; 3° *conclusions et pourcentages d'invalidité.*

III. *Répertoire.* — Donnant la bibliographie, le sommaire (en forme d'aide-mémoire), des données : anatomique, physiologique, chimique, clinique et thérapeutique concernant la question..., grâce à cette division méthodique, l'auteur a pu accumuler dans un petit livre, portatif et pratique, une quantité considérable de notions éparses dans des traités plus volumineux, et s'est proposé d'éviter ainsi au lecteur un grand nombre de recherches théoriques souvent longues, parfois infructueuses.

La pratique des accidents du travail s'est enrichie des enseignements que l'expertise d'un grand nombre dès blessés et des accidentés de guerre a apportés aux médecins ; les traités classiques ont fait largement état de ces expériences. Il était cependant nécessaire qu'un médecin depuis longtemps spécialisé dans la pratique et la vérification des expertises de guerre et au courant des législations et des barèmes français et étrangers, écrivît un manuel complet, dans lequel l'étude des affections spéciales des yeux, du nez, des oreilles, du larynx et des maladies internes ne devait pas être sacrifiée à celle des lésions traumatiques externes, sans doute plus fréquentes, mais d'un diagnostic et d'une évaluation plus faciles. Cet ouvrage sera non seulement intéressant pour le médecin légiste, mais très utile aux praticiens qui auront à intervenir dans toutes les questions d'assurances et d'invalidité-maladie.

Librairie Académique Perrin et Cie,
35, quai des Grands-Augustins, Paris.

Qu'est-ce que la vérité ? Correspondance entre le Dr Raymond Penel et Noémi Regard, publiée par Georges Goyau, de l'Académie Française. (Un volume in-16, de XIV-211 pages. Broché : 9 fr.).

Un jeune médecin, fils d'un pasteur protestant qui avait perdu la foi à la fin de sa vie, et une institutrice, fille d'artisans campagnards qui se sont faits protestants, après avoir échangé, dans un village de la Savoie, leurs idées sur les questions religieuses, sont séparés par les évènements et continuent, par correspondance, l'entretien commencé verbalement. Le médecin se convertit au catholicisme, dont il devient de suite un très fervent adepte. Il tâche de faire partager sa foi à sa correspondante, qui, malgré tout son bon vouloir, ne peut devenir une croyante.

Ces deux âmes, également sincères, dont l'une a trouvé la réponse à la question qui sert de titre au volume, et dont l'autre cherche vainement cette réponse, tiennent, suivant l'expression de Georges Goyau, le grand écrivain catholique, « comme un dialogue entre deux pôles de l'horizon religieux : dialogue pressant, mais respectueux, où la fièvre sous-latente n'abolit pas la sérénité. »

Ce dialogue entre le « champion du catholicisme », qu'est, en l'espèce, le Dr Raymond Penel, « vieil abonné et collaborateur occasionnel » du *Concours médical*, suivant sa dédicace, et Noémi Regard, libre-penseuse spiritualiste, déiste et même panthéiste, est de nature à intéresser tous ceux qui sont encore à la recherche de la vérité, et même, sans doute, ceux qui l'ont trouvée ou croient l'avoir trouvée.

J. Dumesny.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

FAUT-IL POURSUIVRE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ?

Dussè-je me faire huer tout d'abord, par vous, chers confrères, je réponds sans hésiter aujourd'hui : NON, tant que les pénalités ne seront pas plus sévères et la répression plus énergique.

Et je le prouve.

En 1895, exerçant la médecine dans un important chef-lieu de canton de Normandie, je m'aperçus que je cessais d'être appelé dans une commune de ma circonscription où, jusqu'alors, je venais d'une façon régulière. Ayant procédé à une enquête discrète, j'appris que presque tous les malades de cette commune s'adressaient au mari de la nouvelle receveuse des postes, qui, se targuant d'études sérieuses antérieurement faites et de grades conquis, parce qu'il avait été vaguement cul-de-plomb dans une quelconque pharmacie, visitait les uns, recevait les autres en consultation, et donnait à tous des médicaments, qui n'étaient le plus souvent qu'une solution banale de bicarbonate de soude. Je trouvai, dans ma clientèle, des personnes, qui, complaisamment, me confirmèrent la chose avec tous détails à l'appui.

Je me mis alors d'accord avec mes deux confrères locaux, et nous déposâmes une plainte en exercice illégal de la médecine, nous portant partie civile et réclamant des dommages-intérêts. J'avais fait citer comme témoins les personnes de qui je tenais les renseignements qui précèdent. J'étais moi-même convoqué en cette même qualité.

Le jour de l'audience, l'inculpé dut avouer les faits qui lui étaient reprochés et que confirmaient les témoignages réclamés. Mais il plaida qu'il rendait service à toute une population éloignée de 8 kilomètres des médecins les plus voisins. Les témoins, tout en reconnaissant la matérialité des faits, furent unanimes à chanter les louanges du guérisseur dont ils avaient apprécié la valeur technique (!) et le désintéressement (il ne faisait payer que les médicaments ... mais à quel prix !) Bref, il fut condamné à 50 fr. d'amende et à 300 fr. de dommages intérêts ...

Qu'y ai-je personnellement gagné ? Avant ma plainte, on me demandait encore quand il s'agissait d'une maladie sérieuse. Après la condamnation, je fus regardé de travers par la majorité de mes anciens clients, qui cessèrent d'avoir recours à moi, cependant que le mari de la receveuse, bénéficiant de la situation officielle de sa femme, continuait de plus belle à exercer illégalement, jusqu'au jour où nous finîmes par obtenir le déplacement de ladite receveuse qui fut envoyée dans un département éloigné où son mari la suivit, naturellement, pour continuer dans sa nouvelle résidence sa coupable industrie.

Nous avons connu, il y a deux ans, les poursuites engagées contre le père Benoist, d'Amiens, et le père Bar, de Compiègne. Nous avons enregistré les condamnations prononcées : *un franc d'amende avec sursis*, en même temps que nous apprenions que des officiers, des ecclésiastiques, des magistrats même, étaient venus à la barre témoigner en faveur des délinquants, et célébrer leurs vertus. Qu'en est-il résulté ? Une auréole plus brillante nimbant le front de ces victimes de la persécution médicale, de ces martyrs de la haine jalouse des morticoles.

Le Médecin d'Alsace et de Lorraine publiait, il y a quinze jours (16-3-26), l'entrefilet suivant qui vient à l'appui de cette thèse :

Le nommé LUCKHARDT (Louis), de Petite-Rosselle (Moselle), avait ouvert un cabinet de consultations dans sa commune, sans la moindre étude préalable ; il a été condamné à 100 fr. d'amende par le tribunal correctionnel de Sarreguemines.

Quelle indulgence ! Mais pourquoi s'en étonner ? Les magistrats n'ont-ils pas coutume d'appliquer ce « tarif minimum » aux charlatans ? Encore faut-il s'estimer satisfait quand ils n'appliquent pas la loi de sursis.

Béziat, l'ineffable guérisseur d'Avignonet, est l'objet d'une première poursuite dans laquelle le Syndicat des médecins de Toulouse intervient comme partie civile. Tout d'abord, acquittement en première instance, acquittement en appel à Toulouse, cassation de l'arrêt ; renvoi devant la Cour de Montpellier, qui prononce une condamnation de principe dérisoire.

Béziat continue ... Deuxième poursuite. Condamnation, en première instance, à des dommages-intérêts assez importants en faveur du Syndicat. Appel devant la Cour qui confirme la condamnation, mais ramène les dommages-intérêts à une somme insignifiante ...

Béziat continue ... Il continue de plus belle, et loin de lui faire du tort, ses démêlés avec la justice et les médecins ont eu un tel retentissement et ont porté sa réputation si loin que la

clientèle de ce guérisseur est devenue innombrable, qu'il faut faire antichambre et attendre son tour, durant plusieurs jours, dans les hôtels du voisinage, et que des entreprises de transport ont organisé des services réguliers pour transporter les malades qui affluent vers ce centre curateur, et contribuent à en faire la fortune.

Vous en doutez ? Vous criez à la farce grossière ? Voici l'annonce qui paraît de temps en temps dans les journaux de province, que le *Journal de Rouen* a publiée l'an dernier, et qu'un quotidien de l'Yonne vient d'insérer à son tour.

VISITE AU GUÉRISSEUR D'AVIGNONET

Région-Transports, agence de voyage, 52, boulevard Carnot, à Toulouse, assure à tous les malades, moyennant un prix forfaitaire : le transport Toulouse-La-Borie et retour, nourriture et logement, consultation à jour fixe supprimant ainsi plusieurs jours de pénible attente.

Auto-ambulance pour malades couchés.

Cela se passe au grand jour, sous les yeux indifférents, sinon approbateurs, de la magistrature.

Avais-je pas raison, en débutant, de proclamer l'inutilité, que dis-je ? le danger des poursuites que nous déclanchons pour exercice illégal ? Ne vaut-il pas mieux patienter, laisser faire, éviter de remuer l'opinion publique, toujours crédule, toujours prompte à rosser le commissaire et à prendre parti pour l'irrégulier contre le régulier ? Ne pas faire de réclame à cet irrégulier au prix d'une condamnation illusoire quand elle n'équivaut, par ses attendus, à une sorte de *satisfecit* ?. Et attendre . . .

Attendre quoi, me direz-vous ? Attendre l'occasion propice, la blessure par imprudence, la mort sans intention de la donner, tous accidents qui ne manqueront pas d'arriver un jour ou l'autre entre de telles mains. Et alors, obtenir des poursuites qui, en pareil cas, auront sans doute l'approbation de l'opinion publique et pourront aboutir à de sévères sanctions (fortes amendes, emprisonnement, gros dommages-intérêts...)

Je ne dis pas que cela sera toujours possible, ni même facile. Je dis que c'est la seule conduite qui, pratiquement, puisse donner un résultat positif.

Car, elles sont de tous les temps, les Martines qui veulent être battues ; il est de tous les âges le vulgaire qui veut être trompé. Ils s'appellent *Légion*. Près d'eux, les semeurs d'illusions auront presque toujours le dernier mot, car l'Illusion est, avec le Désir et l'Espérance, le condiment qui donne quelque saveur à l'existence et la rend supportable. G. DUCHESNE.

DE L'IMMIGRATION (1)

Par le Dr René MARTIAL.

I. Introduction.

Depuis la guerre, le grand public, et le public médical se sont enfin émus du problème de l'immigration. Si je me permets d'en parler, c'est que j'ai l'honneur d'être un de ceux, très peu nombreux, qui ont eu l'occasion avant, pendant et après la guerre, de manier des immigrants, c'est-à-dire de s'occuper d'eux d'une manière directe, en différents points de France, et même en dehors. Je n'ai publié, en partie, mes observations, tantôt sous une forme directe, tantôt sous une forme indirecte, que depuis 1916, dans le *Montpellier médical*, dans la *Revue d'hygiène* (année 1919), sous forme de lecture à *l'Académie* (année 1922), dans le *Parlement et l'Opinion* et la *Revue de France* (année 1923), dans les *Annales d'hygiène* (année 1924). En juillet 1925, j'ai présenté au Congrès tenu à Grenoble, par l'Association française pour l'avancement des sciences, un rapport sur la question de l'immigration envisagée au point de vue de l'hygiène, dont les conclusions ont été adoptées par l'assemblée générale de l'Association, et adressées, sous forme de vœu, à la Commission interministérielle d'immigration qui siège au Ministère des affaires étrangères.

Mais, depuis le mois de juillet dernier, la question a été abordée de manières fort diverses, et n'a pas été éclaircie, bien au contraire. Dans la presse, soit scientifique, soit médicale, on a qualifié certains immigrants de l'épithète d'indésirables ; dans la presse quotidienne, des journalistes éminents, comme M. Pierre Mille, par exemple ont répété, de bonne foi, cette épithète ; il en est résulté, par une généralisation regrettable, une confusion dans l'esprit public, et l'on a une tendance à considérer maintenant tous les im-

(1) C'est volontairement que l'auteur a laissé de côté, dans ce travail nombre de points de détail très intéressants ; non seulement afin de ne pas allonger trop le texte, mais encore, pour ne pas obscurcir ce tableau d'ensemble, pour ne pas interrompre la ligne générale, pour ne pas nuire à la clarté.

migrants comme des indésirables (1). Or, il ne faut pas oublier que si notre natalité était aussi forte que celle des Italiens, des Polonais ou des Allemands, nous n'aurions nul besoin de faire appel à la main-d'œuvre étrangère. Dans une certaine mesure, nous devons être reconnaissants à ces étrangers qui viennent nous aider à maintenir notre vie économique nationale. Peu de personnes, en dehors du monde industriel, comprennent la valeur et le rôle de « volant » qu'ils jouent dans la production, volant grâce auquel nous pourrons peut-être échapper à la si redoutable puissance industrielle des Anglo-Saxons, à la pression financière et au chômage. Soyons donc plus circonspects dans le choix de nos épithètes et sachons, de par ailleurs, assimiler ces éléments nouveaux.

Si des malades, des fous ou des criminels se trouvent parmi les immigrants, la faute en incombe uniquement à l'absence de toute organisation cohérente de l'immigration. Pourquoi, au lieu d'une police de l'immigration, n'avons-nous pas, comme les Etats-Unis, une législation, ce qui est bien différent. Pourquoi persévérer dans l'erreur qui consiste à confier la direction des services de l'immigration à des policiers et non pas à des techniciens ?

Pourquoi avoir laissé disparaître ou amoindrir depuis la guerre, ce qui avait si bien fonctionné pendant ?

C'est notre faute si nous avons des indésirables. Beaucoup, d'ailleurs, ne viennent pas de pays étrangers, mais bien de nos colonies où il nous serait si aisé de les retenir avant le départ. Ce qui importe, c'est la création d'une véritable législation, nationale et internationale, au fonctionnement de laquelle des organismes sanitaires, dirigés par des techniciens compétents, apporteraient leur concours. Pour être compétents, ces techniciens n'ont pas besoin de dépendre absolument de l'administration.

Ceci dit, que j'ai déjà eu l'occasion d'exprimer à la *Société de Médecine de Paris*, au cours de la présente année, je me propose d'exposer brièvement aux lecteurs du *Concours médical* ce que c'est que l'immigration envisagée au point de vue de l'hygiène, à celui de la statistique, à ceux de la sociologie et de la législation.

II. Statistique, sociologie, assimilation.

L'immigration de la main-d'œuvre étrangère a débuté en France avant la guerre, par suite du développement rapide de nos industries. Elle date approximativement de 1912 et 1913. A cette époque, on trouvait déjà en France des Italiens, des Kabyles, des Polonais, des Belges, des Cosaques. Pendant la guerre, les nécessités de la défense nationale firent appeler des travailleurs de toutes les parties du monde où l'on ne se battait pas : Afrique du Nord, Espagne, Grèce, Syrie, Chine, Indochine, etc. Depuis la guerre, les pays d'origine ont un peu changé ; nos colonies nous envoient beaucoup moins de monde, mais, en revanche, l'Italie, la Pologne nous en envoient bien davantage. L'afflux de ces travailleurs est considérable ; en réalité, plus considérable que les statistiques officielles ne le disent, parce que tout ne passe pas fatalement par la main des agents recruteurs ni par les portes d'entrée qui ont été établies, depuis la guerre, à leur usage.

Les chiffres des plus récentes années sont, pour la France, en 1922, 170.000 entrées, en 1923, 262.000 et, pour 1924, 382.725. Il est bien entendu que ne sont pas comptés dans ces chiffres ni les touristes, ni les voyageurs, ni les réfugiés russes. Voici d'ailleurs un petit tableau des pays de départ et des pays récepteurs, qui donnera une idée des mouvements de population, ainsi qu'on les appelait jadis, en ce qui concerne les transports de main d'œuvre étrangère :

Pays de départ	année 1900	année 1913	année 1919	
Emigrants de Grande-Bretagne et	—	—	—	
Irlande	168.825	469.640	352.811	
Suède	39.525	27.816	9.582	(moyenne)
Danemark	3.570	8.051	3.341	
Pays-Bas	1.899	2.656 (moy.)	3.465	(moyenne)
Belgique	2.215	7.590		9.384 en 1920
Allemagne	22.309	25.843	3.144, et,	36.577 en 1920
Pologne	en 1923 =	127.421		
Hongrie	38.888	96.721	0	3.076 en 1922
Espagne	0	151.000	69.472	93.246 en 1923
Italie	352.782	872.598	245.060	389.957 en 1923

(1) V. aussi : Société de médecine de Paris, *Bulletins* n°s 1 et 4 1926. *Annales d'hygiène*, n°s 4 et suivants 1926, et *Archives de médecine navale*, fascicule 1926.

Pays récepteurs			
Pays récepteurs autres que la France			
Canada	30.653	252.841	65.623
Etats-Unis	487.918	1.197.892	430.001
Cuba	0	43.507	80.488
Brésil	40.300	192.685	37.898
Argentine	84.851	302.047	41.279
Australie	0	140.251	223.736
Nouvelle Zélande	18.094	44.588	20.931

D'après Bunle et Laurence, l'intensité des mouvements de population de l'Europe vers l'Amérique peut se mesurer ainsi pour la période de 1901 à 1920 (non compris, bien entendu, les transferts de troupes de 1914 à 1918) :

Vers le Canada : 155.000 de 1904 à 1906, 402.000 en 1913, 49.000 en 1916, 79.000 en 1918.
Vers les Etats-Unis : 1.218.000 en 1914, 110.000 en 1918, 430.000 en 1920.

Parmi ces travailleurs, la plus grande partie demeure en France plus d'une année ; cette plus grande partie représente à peu près les quatre cinquièmes des entrants : si bien qu'à la fin de 1924, il restait environ 3 millions de travailleurs étrangers en France. Un certain nombre restent moins d'une année parce qu'ils sont pour ainsi dire des immigrants saisonniers, par exemple les Belges moissonneurs, les Espagnols-vendangeurs, les Espagnols agriculteurs, les carriers italiens. D'autres s'en vont au bout d'un an ou avant parce que la situation n'est pas celle qu'ils espéraient ou pour toute autre raison. Parmi les migrateurs, il faut citer les Piémontais qui, depuis longtemps, sont des ouvriers venant en France par périodes, vivant chez nous d'une manière modeste, frugale, travaillant sans relâche, épargnant à peu près tout ce qu'ils gagnent et retournant chaque année en Italie pour vivre pendant l'hiver avec l'argent qu'ils ont gagné pendant l'été. Beaucoup de ceux qui restent sont de véritables déracinés : témoins les Arméniens, les Africains du Nord, etc., ces derniers moins assimilables que les Arméniens.

Les mêmes auteurs, Bunle et Laurence, donnent des chiffres de détail très intéressants dont voici quelques-uns .

Immigrants dénombrés par le service de la main d'œuvre agricole de 1915 a 1920

	Agriculture						Industrie		
En milliers années	1920	1919	1918	1917	1916	1915	1917	1916	1915
Total	69.2	62.2	37.4	47.7	48.8	14.5	58.2	46.4	5.6
Espagnols et portugais	41.5	55.1	36	47.3	48.5	14.5	56	46.4	5.6
Italiens	10.6	1.7	1.5	0.4	0.3		2.2		
Belges	15.2	5.3							
Polonais	1.9								

Remarquer la proportion de chaque nationalité suivant l'année. Le tableau suivant qui se réfère aux travailleurs introduits par le service de la main-d'œuvre étrangère, de 1916 à 1920 est également remarquable :

En milliers :	*Totaux*	Belges	Espa.	Grecs	Hol.	Pol.	Port.
du 1/7 1916 au 30/6 1917	22.3	0	1.4	11.6	3.3	0	5.6
du 1/7 1917 au 30/6 1918	28	0	0	3	0	0	10
année 1919	27	0	9	0	11	0	7
année 1920	130	13.4	17.4	0	75.6	14.7	6.8

Qu'il me soit permis de poser ici une revendication de priorité au sujet des foyers musulmans dont j'ai demandé l'organisation dans mes lectures à l'Académie, et dans les *Annales d'hygiène* depuis 1922, dont j'ai été surpris de retrouver l'idée, sans aucun nom d'auteur et sans aucune référence bibliographique, comme émanant de je ne sais plus quelle personnalité touchant ou non à l'administration.

C'est parce que beaucoup de ces immigrants sont des déracinés qui sont lancés dans la circulation nationale sans aucune préparation, sans parler la langue nationale, ni la comprendre, sans aucune adaptation, sans guide moral et sans

soutien, c'est pour cela qu'ils deviennent des criminels, et cela est encore notre faute.

D'autre part, on a trop oublié qu'il ne suffisait pas d'appeler des centaines de mille de gens à travailler dans nos usines ou dans nos campagnes pour solutionner le problème économique. On a donné à ce problème, une solution partielle mais, en même temps, on en a fait naître d'autres. Il aurait fallu penser à organiser la vie de ces nouveaux venus ainsi que leur fusion avec la population autochtone. Cette organisation de la vie des immigrants et le processus de leur assimilation comptent parmi les questions les plus difficiles qu'a entraînées l'arrivée en France des travailleurs étrangers.

A l'occasion de la mobilisation de l'armée américaine, les autorités des Etats-Unis ont constaté que beaucoup de leurs soldats ne parlaient pas même anglais. Aussitôt après la guerre, cette faute de politique intérieure a été dénoncée vigoureusement par plusieurs revues importantes d'Amérique ; il est probable que, depuis 1919, les Américains auront remédié, au moins en partie à cet état de choses en organisant des écoles d'anglais obligatoires pour tous les immigrants.

La question est d'une égale importance pour la France, et même davantage parce que la diminution constante de notre natalité menace l'existence même du pays ; or non seulement il faut s'occuper d'assimiler les immigrants en leur faisant apprendre la langue française, mais encore il faut allier cette nécessité avec les conditions imposées par les pays d'origine à l'émigration de leurs citoyens. C'est ainsi qu'à côté des traités de travail que nous avons passés avec la Pologne, la Tchécoslovaquie, l'Italie et la Belgique, traités de travail dont la stipulation de base est que les travailleurs de ces nations seront placés, au point de vue des salaires et des assurances, sur un pied d'égalité avec les travailleurs français, la Pologne, par exemple, a exigé qu'à côté de l'école française, il y ait une école polonaise. Dans la région du Nord de la France, à côté des villages français, se sont organisées des colonies polonaises qu'il importe d'assimiler et de résorber, faute de quoi ces travailleurs finiraient par constituer de petits États étrangers dans l'État français et deviendraient une source de troubles et de graves difficultés au lieu d'être une aide et un secours.

Au contraire, si nous savons bien comprendre et diriger le phénomène de l'immigration, nous obtiendrons des résultats extrêmement encourageants, dont un exemple existe déjà dans le département du Gers, où nos campagnes, abandonnées par la population française, soit faute d'enfants, soit par départ dans les villes, ont été repeuplées ou sont en voie de repeuplement par des Italiens qui ne demandent pas mieux que de devenir des Français et qui se mélangent très volontiers avec les indigènes.

A Paris et dans la Seine, la situation était, en 1921, d'après Galmiche, la suivante :

	PARIS	COMMUNES DE LA SEINE	ARROND. ST-DENIS	ARROND. SCEAUX
Français	2.736.945	1.440.926	844.186	596.740
Etrangers (non compris les touristes, voyageurs, etc.)	1.695.527	64.293	42.446	21.847
	4.432.472	1.505.219	886.632	618.587

Le recensement de 1926 devra nous dire les augmentations survenues.

Les plus nombreux étaient les Belges ; les Suisses, les Russes, les Polonais, en 1921, étaient en beaucoup plus petit nombre qu'aujourd'hui.

Les arrondissements les plus chargés d'immigrants ou de réfugiés, étaient : le 9e, les 1er, 8e, 4e, 2e et 16e.

III. Avant et pendant la guerre.

Par cette rapide esquisse, on devine déjà toute l'importance de la question.

Afin de ne pas allonger trop ce travail d'ensemble, je m'abstiendrai de parler de ce qui existait avant la guerre au sujet de l'immigration en France et qui se résumait d'ailleurs dans le seul fait de la délivrance du passeport sanitaire que bien des médecins ont plus ou moins connu.

Si la délivrance du passeport sanitaire avait été suivie des effets édictés au moment de sa création, c'eût été une excellente mesure, eu égard à la médiocre quantité d'immigrants arrivant en France ; mais, comme souvent chez nous lorsque quelque chose est créé, on oublie de l'appliquer et bientôt les résultats s'évanouissent

Pendant la guerre, les mouvements de population furent d'abord représentés par des migrations et des immigrations militaires ; mais bientôt celles-ci furent doublées de migrations et d'immigrations civiles, par suite de l'embauchage de la main-d'œuvre. Les deux phénomènes furent très comparables, car, en tant qu'adjoint technique d'hygiène de l'armée, nous avons pu voir que les troupeaux humains qu'on menait pour en faire des soldats n'étaient parfois pas en meilleure santé que les troupeaux humains qui arrivaient pour travailler sur notre

sol. Dans un contingent de 2.000 Africains du Nord arrivés dans la petite ville de L..., en 1916, j'ai constaté l'existence de six maladies épidémiques simultanées. Sur 2.000 hommes, il y en avait à peine 400 de bien portants, et, parmi les malades, il y en avait un très grand nombre qui étaient physiquement incapables de faire ni un soldat ni un travailleur (v. *Montpellier médical*, n° 37, 1916).

L'immigration de la main-d'œuvre pendant la guerre a compris des travailleurs coloniaux et des travailleurs européens. Parmi les travailleurs coloniaux, on aurait pu citer les habitants de presque toutes nos colonies : Annamites, Tonkinois, Indochinois, Malgaches, Africains du Nord, etc. En dehors de ces travailleurs coloniaux, il y eut aussi bon nombre d'Orientaux : Chinois, Syriens, Arméniens. Certaines nations européennes nous fournirent de nombreux contingents : Espagnols, Portugais, Grecs, etc. Chacune de ces races apportait avec elle les germes de maladies communes à toutes les races et de maladies spéciales à elle-même. De sorte que nous n'eûmes pas seulement à faire face aux maladies pestilentielles, mais encore et surtout à des maladies intestinales, à des maladies parasitaires, au paludisme, à la lèpre, au trachome, à la tuberculose, à la syphilis, à des maladies communes.

De ce chef, nous eumes à créer et à faire fonctionner des organisations sanitaires s'adressant tantôt aux travailleurs déjà arrivés en France, déjà pourvus d'une situation dans une usine, tantôt à des travailleurs se présentant aux frontières.

Pour les premiers, nous fûmes occupés principalement par le paludisme, par les parasites intestinaux, par la fièvre typhoïde, par la variole, le trachome, etc. Je renverrai à mon rapport de l'année dernière pour nombre de détails techniques de ces organisations. A cause des conditions actuelles de l'édition, ce rapport n'a été ou ne sera publié que partiellement soit dans les *Archives de médecine navale* (1926) soit dans le *Mouvement sanitaire* (1925), soit à la Société de médecine de Paris (1926), soit dans les *Annales d'hygiène* (1926) sous forme de quatre articles séparés. On pourra consulter également le *Montpellier médical*, années 1916, 1917 et 1918. En ce qui concerne les travailleurs se présentant aux frontières, il y eut et il y aura deux cas à distinguer : s'il s'agit des frontières terrestres, ou s'il s'agit des frontières maritimes.

Aux frontières maritimes, nous eûmes plus spécialement à veiller aux maladies pestilentielles et, en particulier, au typhus exanthématique ainsi qu'à la variole.

Aux frontières terrestres, la variole fut très évidemment la maladie la plus menaçante, vu le nombre considérable des immigrants espagnols et l'absence de toute vaccination obligatoire en Espagne.

Au sujet des méthodes dont j'ai regretté l'abandon depuis la guerre, on a allégué que l'époque de guerre était différente de celle de la paix, que les moyens devaient être renouvelés et surtout les méthodes modifiées. Je demanderai seulement à mes honorables contradicteurs si les poux, les puces, les vers intestinaux, etc., ont changé depuis la guerre. Je leur demanderai aussi s'ils ont seulement une idée de ce qu'est le déchet humain, en route et à destination ? Ont-ils une idée de ce que doit être une organisation d'ensemble pour bien fonctionner. Je travaille dans du neuf. Ce n'est nullement sage ni efficace de vouloir soit prendre des demi-mesures, soit assembler des pièces usagées pour en faire une machine neuve. Elle ne saurait donner le rendement escompté.

(*A suivre.*)

DIÉTÉTIQUE

Conservation du poisson par le froid,

Par MM. A. Loir et Legangneux (du Havre) (1).

Une campagne très active est faite depuis quelques années pour amener les Français à se servir du poisson dans l'alimentation.

Dans la séance du 12 mai 1925, M. le prof. Desgrez, rapporteur de la Commission instituée à ce sujet par l'Académie de Médecine, montrait que la chair du poisson se rapproche de la viande par sa teneur en matière protéique, mais que l'on devait toutefois choisir, suivant les cas, les poissons rangés dans la catégorie des poissons maigres à chair ferme et délicate, et les poissons gras plus nourrissants, surtout en ce qui regarde le pouvoir calorique.

Il y a aussi à considérer la question de la conservation du poisson, car sa chair est facilement altérable et cela est dû, pour une grande part, aux procédés de pêche et au mode d'expédition.

La plus grande partie du poisson qui arrive sur nos marchés est pêchée au chalut. Le poisson ainsi capturé se trouve entassé dans un grand filet, dont les mailles, lorsqu'on le monte

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, 9-2-1926

à bord, déchirent, par place, la peau de ces animaux pressés les uns contre les autres. Le produit de la pêche est ensuite placé dans la cale en couches séparées par des morceaux de glace dont les angles pénètrent encore plus profondément dans la chair du poisson. La mise en caisse pour la vente et l'expédition augmente à nouveau ces causes d'avarie qui sont des portes d'entrée à tous les microbes, et l'on comprend ainsi la facilité avec laquelle se produit l'altération de cet aliment.

On a cherché à améliorer la conservation de ces matières alimentaires en remplaçant la glace concassée par de la neige artificielle obtenue en râpant les blocs de glace. Mais le meilleur mode de conservation à bord des navires de pêche ne peut être réalisé qu'en se servant du froid sec dans un frigorifique. Le poisson aussitôt capturé est mis dans une chambre de congélation installée à bord des navires. Le poisson frais, congelé à cœur à — 20° C., puis placé dans des chambres frigorifiques maintenues à une température régulière de — 10°, conserve toutes ses qualités.

Les procédés actuels permettent une amélioration en congelant le poisson non pas à l'air sec, mais dans un liquide analogue au milieu dans lequel il vit, mais qui est simplement beaucoup plus salé pour pouvoir rester liquide même à une température de —20°. Cette saumure est surtout utile pour la conservation des poissons maigres à chair friable et des petites pièces.

Le poisson peut ainsi se conserver dans de très bonnes conditions pendant cinq et six mois.

Le poisson frigorifié est dur.

Aussitôt après décongélation, la chair a l'aspect ferme du poisson frais. Cette décongélation doit se faire lentement, immédiatement avant la cuisson.

Le poisson frigorifié apporte par lui-même une garantie au point de vue de la qualité. En effet le poisson avant d'être frigorifié doit être lavé à l'eau douce avec le plus grand soin et trié. On rejette tout poisson dont l'épiderme a été abîmé soit par le filet, soit autrement. Le poisson que l'on traite ne risque donc pas d'être altéré comme nous l'avons dit pour le poisson expédié en caisse, il est dans un état de fraîcheur absolue et il conserve cet état lorsqu'il est arrivé congelé chez le consommateur.

Le poisson conservé dans la glace fondante, dans les cales des bateaux par le procédé actuel, est mou, sa chair est flasque, il présente souvent un commencement de décomposition qui ne s'accompagne d'aucune modification de la saveur et de l'odeur et peut ainsi passer inaperçue. Les Français à l'heure actuelle ne connaissent, pour ainsi dire, que le poisson ainsi conservé à la glace fondante.

Si la composition chimique de la chair du poisson varie avec chaque espèce, il y a pour une même espèce des différences suivant le mode de conservation. C'est une question qui nécessite de nouvelles recherches susceptibles de modifier la carte des régimes alimentaires.

Le poisson est-il, comme on l'a si souvent écrit, capable de donner toujours des troubles de la nutrition ? Ne doit-on pas plutôt incriminer précisément l'état de fraîcheur du poisson dans les indispositions signalées chez certaines personnes après l'ingestion de cet aliment. Il existe, peut-être, certains sujets particulièrement sensibles au poisson, mais, en général, il est possible d'incriminer un commencement d'altération.

Nous nous permettrons, à ce sujet, de signaler l'observation suivante : il y a quelques mois, nous rencontrions un pêcheur qui nous dit être le plus malheureux des hommes parce qu'il avait de l'eczéma aux jambes, en particulier, et que son médecin lui avait prescrit un régime sévère et surtout lui avait interdit de manger du poisson.

Nous lui dîmes, connaissant son métier et sachant qu'il était capable d'avoir du poisson absolument frais, qu'il devait s'abstenir de manger des coquillages, de la morue salée, du maquereau (poisson gras, difficile à digérer), de la raie ; nous insistâmes surtout sur la raie qui est un poisson fort désagréable lorsqu'on le mange frais et qui, par suite, ne peut-être consommé que lorsqu'il a subi un commencement de putréfaction. Nous lui permîmes de manger un peu de poisson qu'il aurait pêché lui-même et qu'il conserverait à l'état frais, mais sans le mettre dans la glace fondante : hareng, sole, limande, carrelet, dorade, et même roussette, tels étaient généralement les poissons que cet homme pêchait. Il y a quelques jours, nous le rencontrions de nouveau et tout joyeux il nous dit : « Vous savez, docteur, je suis complètement guéguéri, je ne mange ni viande, ni lait, ni œuf ; mais je mange du poisson fraîchement sorti de l'eau que je pêche moi-même au bout de la jetée. » Cet exemple montre qu'il y a lieu d'examiner de plus près la question de l'alimentation par le poisson. Sans nier que dans certains cas il puisse être nocif, il l'est peut-être moins qu'on l'a dit.

Conclusions. — Il y a une grande différence entre le poisson conservé dans la glace fondante selon la méthode employée en ce moment sur les chalutiers et celui mis dans les frigorifiques qui pourraient être installés à bord de grands navires qui iraient pêcher dans les mers où le poisson est abondant. En ce moment, nous ne mangeons que du poisson conservé à 0°. Dans un frigorifique le poisson garderait ses qualités de poisson frais. Il y a là une question à envisager au double point de vue économique et hygiénique

DÉFENDONS LA PROFESSION

« Il faut agir. L'action est le principe ; l'action est le moyen. *L'action est le but* ».
(G. CLÉMENCEAU.)

Si on essayait......... (1)

(Petit canevas à développer, à méditer et à mettre en ... action.)

EXORDE. — Constatons auto-intoxication. profession médicale par :

A) Poisons exogènes (illégaux, charlatans, exotiques, etc.) ;

B) Poisons endogènes (médecins marrons, carnettistes, etc.).

Résultats : Mauvaise Presse (Affaires de Marseille, etc., Knock).

Dilution de la « respectabilité ».

Misère en habit noir et course aux fixes bas, etc., etc.

CORPS. — *Voici un remède* : Orienter l'esprit) de nos Syndicats vers des fins plus ... tangibles.

POURQUOI ?

1° LES SYNDICATS MÉDICAUX NE « RENDENT » PAS ASSEZ.

a) Le médecin n'est pas encore sorti de son individualisme ancestral.

b) Il vit toujours sur des préjugés « sacerdotaux ».

c) Il a toujours été mauvais calculateur.

d) Les Syndicats jouent un rôle trop spéculatif : travail peu ordonné et peu suivi ; pas de discipline. Encore de l' « invidia ».

e) Résultats IMMÉDIATS peu apparents .

f) Cotisations élevées éloignent hésitants.

II. LA SOCIÉTÉ RÉCLAME DE PLUS EN PLUS DE MÉDECINE :

1° Hygiène plus répandue.

2° Lutte contre les fléaux sociaux.

3° Assurances sociales, accidents, A. M. G., pensionnés.

4° Sociétés de S. M. Industrie. Commmerce, etc., etc.

III. SOYONS DE NOTRE TEMPS ET CONSTATONS QUE :

1° « L'Union faisant la Force » nous revenons à la Corporation par la Coopération : le plus gros comme le plus petit commerçant achète, vend et se défend *par son Syndicat*.

2° La médecine se « mécanise » de plus en plus : on assimile le travail cérébral à celui d'un moteur ou d'une ampoule Coolidge et on « pécuniarise » son rendement. C'est le siècle de la T. S. F. et ... des tarifs médicaux.

(1) Les idées exprimées dans ce travail n'engagent que la responsabilité de leur auteur. Le *Concours médical* le publie pour satisfaire son ambition d'être une tribune où toutes les opinions peuvent se faire jour.

COMMENT ?

Impossible de faire marche arrière ou de stationner. DONC EN AVANT ! ! FAISONS DE NOS SYNDICATS DES ESPÈCES DE SOCIÉTÉS ANONYMES POUR LA VENTE DE LA MÉDECINE.

I. Pourquoi pas ? *La loi nous y invite.* Celle du 12 mars 1920 accorde aux Syndicats professionnels *la personnalité civile*, c'est-à-dire le droit de posséder, de recevoir des dons, de commercer, d'avoir des marques ou « labels » (en voilà une mine à exploiter !)

II. C'est *possible* parce que :

1° Nous avons déjà des Syndicats. *Conservons-les* tels :

a) D'abord ils existent. Ils sont légaux.

b) Ils groupent la grande majorité des médecins.

c) Ils sont entraînés à l'esprit corporatif.

d) Nous en connaissons les dévouements et compétences.

e) Il n'y a rien en face.

2° Notre « marchandise » nous est assez réclamée :

a) Par l'Etat (assurances sociales, pensionnés, etc.).

b) Départements (loi Roussel, A. M. G., etc.).

c) Communes (Etat-civil, hygiène, écoles, etc.).

d) Grandes collectivités (Sociétés de S. M. usines, etc.).

Pas de formalités à remplir pour jouir de la *loi* du 12 mars 1920.

III. On pourrait procéder ainsi :

1° Bien *hiérarchiser* les valeurs actuelles :

L'Union des Syndicats agit près des Pouvoirs centraux (Parlement, Ministères) pour les questions intéressant l'Etat et *tous* les médecins.

Les Fédérations départementales agissent près du Préfet ou du Conseil général pour les questions départementales (A. M. G., etc.)

Les Syndicats locaux ou *régionaux* agissent près des Municipalités ou des collectivités locales pour les questions les intéressant.

2° Bien poser en PRINCIPE que :

a) Un Syndicat, personnalité civile, peut se faire « honorer » pour les avantages qu'il procure à chacun de ses membres.

b) La puissance d'un Syndicat (comme de toute Société commerciale) est fonction de la prospérité de son avoir.

3° Faisons une APPLICATION (A. M. G., Société de S. M. etc.)

« *Une collectivité demande un service de soins médicaux* ». Que se passera-t-il ?

a) Le Syndicat, prévenu, prend contact avec elle.

b) Offre le concours des médecins du Syndicat

avec libre choix (si agréable aux malades). Probité (sanctions syndicales). Economie d'un contrôle extra-médical.

c) Débat les conditions d'application du règlement.

d) Fixe le mode de paiement des honoraires : soit à la visite, d'après tarif ; SOIT PAR FORFAIT, s'il y a concurrents extra-syndicaux, ou pour autre raison.

e) ENCAISSE LUI-MÊME LE MONTANT DES HONORAIRES. (C'est la base du système.)

f) Les répartit entre ses membres (d'où contrôle).

g) EN VERSE UN TANTIÈME A LA CAISSE DU SYNDICAT.

N. B. — Système, que j'ai préconisé dès la promulgation de la loi du 12 mars 1920, tient le milieu entre le «système Roubaix-Tourcoing» où le Syndicat ne fait aucune retenue sur les honoraires et le « système d'Agen où le Syndicat verse dans la caisse *tous* les honoraires des « fixes » (dont il fait faire le service par les « jeunes ») ; ce qui lui permet d'avoir Maison de santé, 600.000 fr. de capital, distribuer aux vieux médecins des retraites de 6.000 fr., je crois et d'être débarrassé de tout ennemi du dehors ... et du dedans !

TROIS OBSERVATIONS. — 1° Ce système, ai-je dit, PERMET LE FORFAIT qui, ne l'oublions pas, a des avantages et des zélés partisans ... de l'autre côté. La somme forfaitaire, qui peut être égale à la totalité approximative des honoraires à la visite, serait répartie entre les syndiqués au prorata de leurs interventions (d'ou contrôle) et *sans que le public puisse connaître le prix de la visite ou consultation.*

2° Si des médecins non syndiqués ou marrons offraient leurs services, si leur concurrence en valait la peine (cas de Limoges) et si la caisse ou l'abnégation des syndiqués le permettait, on pourrait décourager cette concurrence en acceptant, MOMENTANÉMENT, un prix inférieur, quitte à le relever dans la suite quand cette même concurrence aurait disparu (ainsi font les consortiums, les comptoirs, etc.).

3° Ces « médecines » collectives peuvent avoir une grande élasticité d'application, car, pour la plupart, elles ne viennent que comme appoint : la grosse part des moyens d'existence étant tirée de l'exercice de la *clientèle payante qui continuerait à être pratiquée sans modification ni immixtion syndicale.*

DEUX OBJECTIONS. — PREMIÈRE : *Le libre choix restreint aux seuls membres du Syndicat est-il déontologique* ?

RÉPONSE : Dans l'état actuel de nos mœurs, OUI ; c'est à cette condition qu'on peut, humainement parlant, en garantir (?) la moralité, *donc l'existence.* (Chaque pays civilisé ne l'est que grâce à une législation restrictive de la liberté individuelle ou collective.) Que les médecins honnêtes et non syndiqués le comprennent.

Quant aux médecins marrons, le libre choix ne peut s'étendre jusqu'à eux : la liberté du mal faire, en faisant tort à autrui, n'est pas licite, car c'est un vol : on n'a pas la liberté de prendre de l'argent dans la poche de son voisin, surtout quand ce voisin est ... « cumfrère ».

DEUXIÈME OBJECTION : *Et les situations acquises* ?

RÉPONSE : *a*) Elles ne furent acquises, elles ne sont toujours conservées qu'au détriment d'autrui.

b) Par leurs bas tarifs et leur monopolisation, elles empêchent plus d'honoraires de circuler ; elles sont donc dolosives.

c) La plupart sont destinées, sinon à disparaître par la législation « montante », du moins à être bien amputées.

d) Rien n'empêche le Syndicat, s'il y a une encaisse suffisante de racheter ces « fixes » et de les reverser dans la communauté.

CONCLUONS.

1° Dans la guerre d'asservissement qui nous est livrée par les puissances intéressées, il *faut* nous défendre et conserver *libérale* notre vieille et belle profession.

2° L'argent est (pour longtemps encore) le nerf de la guerre.

3° En voilà ! !

Dr DORVAUX.

LE SALON DES ARTS MÉNAGERS DE 1926

Ah ! combien il semble que la vie puisse être douce et agréable, pour la maîtresse de maison, qui peut avoir, à sa disposition, tous les appareils perfectionnés, qui nous ont été présentés, au Grand Palais.

Confort, utilité, propreté, hygiène, diminution du travail manuel : que ce soit pour la maison de ville, ou pour l'habitation de la campagne, tout est réuni pour alléger le travail domestique, le rendre facile, moins fastidieux, plus rapide et surtout mieux fait.

La maison d'habitation.

Des modèles divers nous sont présentés. Ici, c'est une maison démontable, à un étage, avec luxe et confort moderne. Là, ce sont des plans, des croquis, des devis, pour tenter tous ceux

qui ont le désir de devenir propriétaires à peu de frais.

Le problème du logement se pose actuellement d'une façon brutale, irréductible presque, à cause de la cherté des matériaux de construction et du coût de la main-d'œuvre.

Aussi, a-t-on cherché à parer en partie à cet inconvénient, en proposant des maisons, dont les pièces sont faites en série, réunies ensuite en un assemblage, d'où le nom de maisons démontables.

Les constructions que nous avons visitées, ne laissaient pas rappeler, à l'intérieur, que nous nous trouvions dans une maison, presque entièrement en bois, tellement on avait su donner d'élégance à chaque chambre, tout en n'oubliant pas les commodités du service intérieur.

Le chauffage.

L'ingéniosité des constructeurs est grande, pour nous présenter des systèmes de chauffage central, tant pour immeuble entier, que pour étages séparés.

Chacun peut avoir son chauffage central, indépendant ; chose appréciable, en ville, dans ces grandes maisons, dont chaque appartement n'est pas loué, mais vendu ; système non moins agréable à la campagne, pour éviter, en hiver, d'allumer des feux nombreux, dans chaque pièce.

Ce chauffage se fait surtout à la vapeur, ou à circulation d'eau chaude. L'air chaud des anciens calorifères n'est plus à la mode.

Mais, si l'on ne veut pas le chauffage, ainsi distribué partout, avec chaudière indépendante, ou adjointe au fourneau de la cuisine, il est facile d'avoir des radiateurs uniques, pour chaque pièce, radiateurs chauffés par l'électricité, par le gaz d'éclairage ou par le gaz de pétrole. Un très grand nombre de radiateurs paraboliques rougeoient, à côté d'autres appareils ressemblant à des radiateurs à vapeur d'eau.

Je n'insiste pas également sur les appareils divers, uniquement chauffés à l'électricité et qui répandent une chaleur suffisante, sans poussière aucune et sans dégagement malodorant.

La cuisine.

Ici, c'est un triomphe. Que de cuisines entièrement installées, propres, luisantes, claires, cependant qu'on nous fait admirer l'ingéniosité des inventeurs.

Le fourneau, ce roi de la cuisine, est chauffé de diverses manières. Ici, l'électricité, pour la cuisson directe, pour le four, la rôtissoire, etc. Avec un appareil de réglage, on donne la chaleur voulue et la cuisinière peut préparer toutes sortes de mets, voire même confectionner d'excellentes pâtisseries, à feu très doux ?

Là, le fourneau est chauffé au gaz d'éclairage ; mais combien ces fourneaux sont perfectionnés. On va jusqu'à introduire, dans l'ancien foyer à charbon, un dispositif à gaz, qui chauffe toute la cuisinière à la fois.

Plus loin, le fourneau sera chauffé au gaz de pétrole, ou même à l'essence.

Mais, ce n'est pas tout : la batterie de cuisine arrête nos regards et on nous présente des casseroles perfectionnées, des « mijoteuses », des récipients divers ayant, paraît-il, des qualités particulières pour faire de bonne cuisine.

Pourquoi, me suis-je demandé, cette débauche de modèles divers d'appareils, pour confectionner le café ? On en trouve de toutes sortes, à vapeur, à eau chaude, à distillation, etc. Ici, électricité, là chauffage direct sur le fourneau, ailleurs l'eau bouillante imbibe la poudre de café, *secundum artem.*

On trouve même l'appareil pour confectionner le café au lait, sans mettre d'autre eau que celle que le laitier a déjà ajoutée à notre insu.

Passons rapidement sur les instruments aussi divers qu'ingénieux, pour peler et détailler les légumes, pour arriver aux glacières et frigorifiques.

Certes, on a raison de concevoir, dans la cuisine moderne, un appareil qui conservera les denrées alimentaires, par le froid artificiel.

Un médecin du Havre, le Dr Loir, nous parlait tout récemment d'une société en formation, qui ferait pêcher, dans la mer des Sargasses, rapporterait le poisson dans un frigorifique, construit dans le bateau. Ce poisson frigorifié serait ensuite envoyé aux consommateurs. A leur tour, ces derniers pourraient le conserver quelques jours, grâce au frigorifique, placé dans leur cuisine.

Des modèles très séduisants nous ont été montrés, appareils utilisant la glace, ou fabriquant eux-mêmes la glace, ou encore produisant le froid nécessaire.

Salles de bains.

Je ne me souviens plus qui affirmait que la révolution serait impossible, si tous les ménages ouvriers avaient, chez eux, une salle de bains.

Cette réflexion est très profonde, car, si l'hygiène est peu connue, surtout si peu respectée, c'est que le peuple n'est pas habitué à se laver comme il faut. La saleté du corps et des vêtements n'incite pas à tenir une maison propre et, si le logis est sale, le cabaret vous attire avec son faux luxe et son clinquant.

Aussi, comme sociologue et comme médecin, avons-nous bien regardé ces modèles divers de salles de bains, modèles ingénieux, pouvant être utilisés à la ville comme à la campagne, pouvant même être démontables dans les villes, où, comme à Paris, l'espace est fort limité et les appartements très exigus.

Machines à laver la vaisselle et le linge.

Nous retrouvons les mêmes modèles que l'an dernier. La besogne fastidieuse du lavage de la vaisselle est supprimée. Plus n'est besoin de se souiller les mains, dans une eau grasse, innommable, chargée de détritus.

Les assiettes, les plats, etc. sont disposés dans des cuves de formes diverses, dans des dispositifs variables selon les marques. Des jets rotatifs d'eau chaude, chargée de carbonate de soude, ou la rotation des paniers chargés de vaisselle, forcent cette dernière à barboter dans l'eau. Après quoi, rinçage automatique et séchage, toujours par rotation.

Même principe pour le linge, qui peut être lavé, rincé, puis séché par des essoreuses et même mécaniquement repassé.

Ces divers appareils sont mus, chauffés à l'électricité, soit garnis d'eau chaude et actionnés à la main.

Combien en ai-je vu de personnes arrêtées par le désir de voir fonctionner ces appareils. Les stands étaient parfois fort entourés, les représentants assaillis de questions et, du côté féminin, surtout, j'entendais des réflexions prouvant combien serait appréciée la diminution de l'esclavage domestique de la maîtresse de maison, à l'heure surtout où la main-d'œuvre augmente de prix.

Dans le même ordre d'idées, signalons les nombreux fers électriques, que tout le monde connaît et même emploie actuellement. Rien de bien nouveau n'a été présenté, dans ce rayon.

Appareils de nettoyage.

Très entourés aussi étaient les stands présentant, les uns, des aspirateurs divers de poussière, les autres, des balais perfectionnés, magiques, des appareils permettant de laver par terre, sans aucune fatigue et sans se salir les mains, des cireuses et brosseuses, etc.

Réflexions terminales.

En me promenant au milieu de toutes ces merveilles d'hygiène, dues à la domestication du gaz et de l'électricité, deux réflexions me venaient à l'esprit.

En premier lieu, la lutte contre la poussière, contre le logis inconfortable est organisée ; mais elle est laissée entièrement à l'initiative privée. Ayez de l'argent et vous pourrez vous offrir ces appareils fort commodes, qui diminueront votre travail, cependant que la mère et ses enfants ne vivront pas au milieu de ce nuage de poussière, qu'on déplace chaque jour, sous le prétexte de balayer.

Un aspirateur de poussière enlève cette dernière et ne l'envoie pas, sous forme impondérable, se déposer sur les murs, les vêtements, les aliments.

Mais alors, puisque les milieux administratifs veulent organiser l'hygiène en France, pourquoi permettent-ils que les grands services publics ne soient pas obligés d'avoir des aspirateurs de poussière ?

Que de fois, dans une station de métro, n'ai-je pas aspiré, avec l'employée chargée du balayage, ces poussières chargées de parcelles de silex, de fer et surtout de débris organiques, de bactéries, de germes nocifs ?

Ce n'est pas l'électricité qui manque pourtant ; mais la routine et surtout le désir de ne pas faire la dépense, que le conseil d'administration jugerait inutile, puisque les grands directeurs ne voient pas les agents subalternes vivre dans cette poussière, ni le public travailleur aspirer tous ces germes.

Ne pourrait-on en dire autant des chemins de fer, dont les voitures sont sales, mal odorantes, alors que l'aspiration pourrait nettoyer de façon utile ?

Je ne parle pas des locaux des grandes administrations, postes, bureaux administratifs divers. La plupart du temps, c'est sale et ils sentent mauvais, par définition.

Rappelons, pour mémoire seulement, qu'il existe une loi, en France, dite pour la protection de l'hygiène publique. Mais, jamais on n'osera imposer aux grandes administrations, à commencer par celles de l'Etat et des villes, l'obligation de donner l'exemple et de propager l'hygiène, en en respectant soi-même les directives.

De beaux discours font mieux notre affaire : nous qui sommes les descendants des Grecs et des Latins, nous nous gargarisons de belles phrases, soit dans les cérémonies publiques, soit à la fin des banquets. Beaucoup de promesses, mais peu d'actes.

Pourtant, il me semble qu'il appartiendrait à la puissance publique qui édicte des lois et règlements, que les particuliers sont censés connaître et respecter, de donner la première le bon exemple et de faire entrer l'hygiène dans les mœurs, par la vulgarisation de tous ces appareils, destinés à lutter contre la morbidité.

En second lieu, je me demandais pourquoi faire la dépense d'achat de ces appareils, alors que l'électricité, le gaz coûtent si cher.

Encore le besoin de respecter les intérêts privés des actionnaires de ces grandes firmes, alors que toute la collectivité en souffre.

Au lieu de dépenser des milliards pour des casernes malpropres, où l'hygiène n'est qu'un mythe, pour des fortifications, pour des œuvres de mort et de destruction, pourquoi ne pas affecter de grosses sommes au budget des travaux publics ?

L'électricité devrait être chose commune, comme les routes et les jardins publics. Laissez pénétrer l'électricité partout et l'on peut faire la cuisine, sans poussière de charbon ; on peut

par des aspirations enlever les germes nocifs ; on a de la lumière à foison.

Rien ne sert d'apprendre, à l'école, des notions élémentaires d'hygiène, si la future ménagère, rentrée au logis, trouve la malpropreté régnant en maîtresse.

Et cependant, quels beaux efforts sont faits pour donner aux fillettes des directives générales, pour en faire de bonnes maîtresses de maison. Des écoles ménagères ambulantes, ou fixes, des cours ménagers, dans les écoles primaires ou à l'école Nationale d'agriculture pour jeunes filles, de Cœtlogon-Rennes, des leçons gratuites et privées de cuisine sont organisés un peu partout.

Mais on se garde bien de faire quelque chose, pour faciliter l'introduction de l'hygiène dans les familles.

Aussi, cette visite au Salon des Arts ménagers m'a démontré une fois de plus que, sans argent pour acheter les appareils, sans logis, dits modernes, sans argent, pour payer les notes de gaz et d'électricité, qui augmentent de prix chaque jour, la vulgarisation de l'hygiène n'est encore qu'un coup d'épée dans l'eau.

Pourtant, la richesse de la nation entière ne serait-elle pas augmentée considérablement, si la ménagère, quelle que soit sa situation de fortune, avait été dressée à acheter, administrer, dans son intérieur, travailler chez elle au confort du logis et, à son tour, était capable d'éduquer ses enfants, en matière d'hygiène ?

N'accroîtrait-on pas ainsi la vitalité de tout un peuple, cependant qu'on arriverait à diminuer la morbidité et qu'on ferait reculer les limites de la moyenne de la mortalité générale ?

Je crains actuellement, d'errer dans le royaume d'Utopie. Dr Paul BOUDIN.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr HUMBERT, de Tanninges (Haute-Savoie). — M. le Dr MARQUEZ, de Port-Sainte-Marie (Lot-et-Garonne).

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Hôpital Saint-Louis).** — M. le professeur Jeanselme fait tous les vendredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique, ses leçons cliniques de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentations de malades.

Les lundis, à 9 h., examen des malades à la Policlinique au pavillon Bazin.

Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin.

Les mercredis, à 9 h., examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital.

Les jeudis, à 9 h. 1/2, examen des malades soignés au dispensaire antisyphilitique de la clinique. Opérations dermatologiques à la policlinique.

— Leçons de dermatologie par MM. Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux ; MM. P. Chevalier et Schulmann, anciens chefs de clinique ; MM. Hufnagel, Fouet et Terris, chefs de clinique ; M. Giraudeau, chef des agents physiques ; M. Georges Lévy et Mlle Eliascheff, chefs de laboratoire.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique, leçon avec projections et présentation de malades.

— **Ecole française de stomatologie.** — *Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique*, 20, passage Dauphine, Paris. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend : 1° la clinique générale des maladies de la bouche et des dents ; 2° des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie ; 3° des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire. Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

— **Prix de la Société de pathologie comparée pour 1926.** — Un concours est ouvert à la Société de pathologie comparée pour l'attribution :

1° D'un prix de 500 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail, inédit, sur les *anémies pernicieuses* ;

2° D'un prix de 500 francs, à décerner à l'auteur du meilleur travail, inédit, sur le *cancer* de l'homme ou sur les liens qui pourraient le rattacher au cancer des animaux et à celui des plantes.

Les mémoires devront être remis au secrétaire général, (55, avenue Kléber, Paris), avant le 1er octobre 1926.

— **Colonie de Saint-Fargeau par Ponthierry (Seine-et-Marne).** — Comme suite à la note que nous avons antérieurement publiée sur la colonie de Saint-Fargeau, nous donnons ci-après quelques renseignements complémentaires :

Situation. — Saint-Fargeau est une petite commune de Seine-et-Marne sur la ligne P.-L.-M. à 40 kilomètres de Paris. Saint-Fargeau, séparée de toute agglomération urbaine, en plein air et en pleine lumière jouit d'une atmosphère vivifiante d'une pureté remarquable. Ce n'est pas une station climatique, mais un village de trois cents âmes à côté duquel s'est créée «La Colonie de Saint-Fargeau », éparpillant en pleine campagne ses immeubles et son établissement.

Indications. — La Colonie de Saint-Fargeau a été créée pour traiter les enfants paralysés (hémiplégie spasmodique infantile, maladie de Little, poliomyélite antérieure aiguë, etc.). Par la suite et sur les instances du corps médical, la Colonie de Saint-Fargeau a ouvert un service spécial dans lequel elle prend : 1° les enfants chétifs, anémiés, convalescents, lymphatiques, ganglionnaires, etc., qui ont besoin d'une cure d'air, de soleil, et de surveillance médicale ; 2° les enfants atteints d'affections osseuses, articulaires, d'insuffisance respiratoire ou musculaire (tels les scoliotiques), etc. La Colonie de Saint-Fargeau reçoit également les convalescents d'affections médicales ou chirurgicales. Des immeubles

absolument séparés facilitent à ces derniers les cures de repos.

La Colonie de Saint-Fargeau possède une installation médicale complète : rayons X, électrothérapie, diathermie, spiroscopie, salle de mécanothérapie et gymnastique, etc. La plupart des appareils utilisés à la Colonie ont été construits spécialement pour elle. En outre, une organisation permet de réaliser les différents appareils orthopédiques. L'installation rend donc possible toutes rééducations musculaires, articulaires et respiratoires. Toute personne atteinte d'affection contagieuse n'est pas admise. Le soin des malades est assuré par les infirmières de la Colonie.

La vie à la Colonie. — Les chambres, de dimensions variées, sont toutes très claires, ensoleillées et aménagées selon les principes de l'hygiène moderne. La Colonie dispose d'une installation moderne de lavabos, W. C., avec tout à l'égoût, salle de bains avec eau courante, chaude et froide. Un solarium permet les bains de soleil et les jeux au grand air, même en hiver. Lorsque l'état de santé nécessite un long séjour et permet néanmoins un peu de travail, il peut être donné par l'institutrice de la Colonie, sur la demande des parents, des leçons ou répétitions.

Conditions de séjour. — Le prix de pension, essentiellement variable suivant la chambre occupée, les soins exigés, etc., comprend chambre, nourriture, les soins et les services courants, l'éclairage et le chauffage (30 à 50 fr. par jour). Suivant l'usage, le prix de chaque quinzaine doit être réglé d'avance. Tout départ doit être annoncé au moins huit jours d'avance, sinon huit jours pleins sont dûs à dater de l'annonce de ce départ. Le médecin et la Direction se réservent le droit absolu de refuser les malades à l'arrivée, ou de mettre fin à un séjour lorsqu'ils le jugent à propos.

Moyens de communications. — 1° Gare : Saint-Fargeau-Seine-port, à 1.000 mètres, environ de la Colonie ; 2° l'automobile de la Colonie se rend sur demande à la gare pour le service des malades. — *Renseignements* : S'adresser à la Direction, soit par correspondance : Colonie de Saint-Fargeau, par Ponthierry (S.-et-M.). ; soit par téléphone : Ponthierry-11.

— **Le produit des jeux dans les casinos en** 1924-1925 (1er octobre à 1er octobre) s'est élevé à 222 millions contre 204 en 1923-24 et 152 millions en 1922-23. Sur ce chiffre, l'Etat a prélevé 148 millions, soit 60 % du produit brut. Deauville (32.500.000), Cannes (32.400.000) et Nice (26.200.000) sont, en France, actuellement, les trois casinos venant en tête au point de vue de la cagnotte.

— **Le personnel médical étranger dans les établissements d'assistance publique.** — M. René Fiquet ayant demandé à M. le préfet de la Seine de vouloir bien lui faire connaître l'état numérique des fonctionnaires, directeurs, médecins, internes, consultants de nationalité étrangère, des établissements d'assistance (hôpitaux, hospices, sanatoria, préventoria, etc.), relevant directement de son autorité ou sur lesquels il peut exercer un droit de contrôle, a reçu la réponse suivante :

« Il n'existe dans les établissements d'assistance de la Préfecture de la Seine et de l'Assistance publique aucun agent titulaire de nationalité étrangère occupant des fonctions administratives ou médicales.

« Par contre, sept auxiliaires de nationalité étrangère ont été admis à prêter leur concours à l'administration, soit au titre bénévole, soit au titre purement temporaire. Leur répartition s'établit comme suit :

« Asile clinique : 2 assistants bénévoles (1 Roumain, 1 Russe) ;

« Asile d'aliénés de Chezal-Benoît : 1 médecin assistant (Russe) ;

« Colonie d'aliénés d'Ainay-le-Château : 1 médecin assistant (Russe) ;

« Service libre de prophylaxie mentale : 1 assistant (Polonais) ; 1 préparateur (Polonais) ;

« Office public d'hygiène sociale du département de la Seine : 1 médecin assistant de dispensaire (Tunisien) ;

« Il convient d'ajouter à l'énumération ci-dessus six internes des hôpitaux de l'Assistance publique de nationalité étrangère recrutés dans les conditions prévues par le réglement de l'internat. »

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours du semestre d'été* :

Pathologie chirurgicale. — M. Paul Moure, agrégé, mardis, jeudis, samedis, à 17 h., à l'amphithéâtre Vulpian : *pathologie chirurgicale des membres.*

Physiologie. — M. Léon Binet, agrégé, lundis, mercredis, vendredis, à 15 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique : *physiologie des muscles, du système nerveux, reproduction et croissance.*

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** — Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 20 septembre au 6 novembre 1926, sous la direction de M. le professeur M. L. Pautrier, avec la collaboration de M. le prof. A. Barré, professeur de clinique médicale ; prof. G. Canuyt, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; prof. Merklen, professeur de clinique médicale ; M. le Dr Paul Blum, chargé de cours d'hydrologie ; Dr Boez, chargé de cours de bactériologie ; Dr Gunsett, chargé de cours de radiologie ; Dr Rœderer, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr Simon, professeur agrégé, clinique chirurgicale A. ; Dr Vaucher, chargé de cours, clinique médicale B. ; Dr Weill, chargé de cours d'ophtalmologie ; Dr A. Bœckel, chargé de la polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A. ; Dr Diss, chef de laboratoire ; D. Glasser, chef de laboratoire ; Dr G. Lévy, chef de clinique ; M. Sloimovici.

Le cours aura lieu du *lundi 20 septembre au samedi 6 novembre* tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil, à la clinique des maladies cutanées, et pour chaque branche de la spécialité dans les cliniques intéressées. Tous les cours, essentiellement pratiques, seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement, cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intraveineuses, lavages de l'urèthre, dilatations, interventions uréthroscopiques, uréthroscopie, etc. En dehors des heures de cours, ils auront libre accès dans le service: *visite complète du service les mardis et vendredis matin*, à 9 h., *polyclinique externe dermatologique*, tous les jours à 10 h. Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 heures.

La clinique des maladies cutanées *possède une bibliothèque de près de 3.000 volumes* qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité, et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours. Droit d'inscription de 300 fr. S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2, quai Saint-Nicolas. Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, à des prix moyens.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses en vingt leçons aura lieu en même temps. Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera

chaque leçon. En particulier, ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle. Ils seront exercés à la technique des examens sérologiques (réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht-Bauer, floculation de Vernes). Droit d'inscription : 300 fr. S'inscrire en écrivant directement au professeur PAUTRIER.

— **Journée médicale thermale de Clermont.** — Cette journée, consacrée aux stations hydrominérales du Centre de la France, est organisée par le « Centre médical », sous la présidence du Pr CASTAIGNE et avec le patronage de l'Ecole de médecine et du corps médical des hôpitaux de Clermont. Elle aura lieu le dimanche 6 juin 1926.

Le porgramme comprend un rapport du Pr Billard, sur « Les propriétés biologiques des eaux minérales de la Région du Centre » ; un rapport du Pr Carnot sur « Le traitement hydrominéral des maladies du tube digestif et du foie par les eaux minérales de la Région du Centre » ; un rapport du Pr Rathery sur « Le traitement hydrominéral des maladies dyscrasiques (diabète et rhumatisme) par les eaux minérales de la Région du Centre » ; un rapport du Pr Pic sur « Le traitement hydrominéral des maladies du cœur, des artères et des reins par les eaux minérales de la Région du Centre » ; un rapport du Pr Serr sur « Le traitement hydrominéral des maladies des voies respiratoires par les eaux minérales de la Région du Centre ».

— **Société amicale des médecins alsaciens** (9, rue d'Astorg, Paris, VIIIe). — Cette Société vient de se réunir sous la présidence de M. Rist. Etaient présents : MM. Bauer, Brucker, Cornélius, Fuchs, Gæhlinger, Kalt, Kopp, Læmmer, Munch, Nora, Quirin, Rist, Rœderer, Schmitt, Schwobb, Ulrich, Suz. Weill. S'étaient excusés : MM. les professeurs Éremer et Bœckel de Strasbourg, Loeper et Schwartz de Paris, MM. Blum, Borst, Engel, Hartenberg, Kolb, Pfuhl, Rieder, Schangel, Trèves, Troller, Zadoc-Kahn, Wehlin...

— **Algérie.** — *Création d'un poste de médecin au Gouvernement général de l'Algérie.* — Il est créé au Gouvernement général de l'Algérie un poste de médecin de l'Administration qui aura pour fonction de diriger le service médical dans les questions relatives au personnel des administrations publiques. Son action s'exercera sur l'ensemble du territoire de la colonie. Toute opération de clientèle privée lui sera rigoureusement interdite. Il aura droit à un traitement annuel de 31.250 francs (traitement principal de 25.000 francs, plus l'indemnité algérienne de 25 %).

— **Le certificat médical prématrimonial.** — *En Europe*, un seul pays, la Norvège, a inscrit dans sa législation l'obligation du certificat médical de santé avant la célébration du mariage. En Amérique, quelques Etats (Indiana, Pensylvanie, Michigan, etc.), l'exigent pour l'homme. A Washington, la loi demande une attestation pour le fiancé et un serment ..... pour la fiancée. Les candidats au mariage, d'ailleurs, ne se font aucun scrupule pour aller faire consacrer leur union dans un Etat... moins exigeant.

— **La Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins. Sa vente et sa tombola.** — L'Exposition des Œuvres de peintures exécutées par Madame Thoinot, au cours d'un voyage en Afrique Occidentale française, aura lieu à la Faculté de médecine « Grand Hall » les 15, 16, 17, 18 avril 1926, sous la présidence d'honneur de M. le prof. Roger, Doyen de la Faculté. Une partie des Œuvres de peinture sera vendue directement au public et sur place ; une seconde partie sera réservée à une tombola (prix du billet 10 fr.) dont le tirage aura lieu à la Faculté de Médecine le 18 avril, à 5 heures. Toutes les sommes, provenant de la vente, du placement des billets de tombola, ainsi que des dons et offrandes parvenus directement, seront versées à la caisse de secours de la Société de Secours Mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins, 5, rue de Surène, à Paris.

Cette Société, sous la Présidence de M. le Dr Siredey, membre de l'Académie de médecine, et la vice-présidence de Madame Jayle et de M. le Dr Darras, vice-président de l'Association générale des Médecins de France, a pour but d'apporter une aide morale et matérielle aux veuves et enfants de médecins. Elle comporte des membres bienfaiteurs ou honoraires et des membres actifs, ceux-ci se décomposant : 1° en membres cotisants pour une retraite de droit à 55 ans ; 2° en membres ne cotisant pas pour la retraite, ayant droit aux mêmes avantages.

Nous attirons toute l'attention du monde médical sur cette manifestation importante de solidarité professionnelle en faveur d'une société, intéressante au plus haut point, puisqu'elle n'est composée que de femmes et d'enfants de médecins français.

Comité d'honneur des Dames patronnesses : Madame Brouardel, présidente ; Madame Baldini, Doctoresse Blanchier, Anc. int. des hôp. de Paris, Madame Bellencontre, Madame Butte, Madame Donatien Labbé, Madame Georges Labey, Madame Félix Legueu, Madame Margain, Madame A. Marie, Doctoresse Montlaur, Madame Ch. Paul, Madame A. Sicard, Madame Thoinot.

Prière d'adresser : dons, offrandes, demandes de cartes d'invitation et billets de tombola à M. le Dr Jules Bongrand, 5, rue de Surène, et M. Abel Watelet, secrétaire général, 21, rue Violet (Paris XVe).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

CORRESPONDANCE

L'assistance médicale gratuite à domicile peut-elle être conditionnelle et partielle ?

Vieil abonné du *Concours*, je vous expose le cas particulier suivant dont l'avis du journal peut intéresser les praticiens.

Le maire d'un village m'adresse la liste de ses inscrits à l'A.M.G. Parmi ces inscrits on trouve Mme X., avec l'observation : seulement pour le temps de ses couches. Mme X est bien sans aucun doute indigente.

Aux termes d'un arrêté préfectoral de chez nous, le médecin (pas de sage-femme présente), à propos des accouchements, n'est payé que pour deux déplacements. Donc si les suites nécessitent plus tard d'autres visites, le médecin, après avoir été obligé de faire l'accouchement peut-être presque malgré lui, se trouvera exposé à avoir à sa charge les soins nécessaires à une cliente insolvable et admise que partiellement à l'A.M.G. Il y a là une anomalie.

La décision du conseil municipal me paraît arbitraire. Une femme est indigente ou ne l'est pas. Reconnue indigente pour un accouchement, elle doit l'être de même dans un autre cas si elle fait appel au médecin. L'A.M.G. à domicile, s'accorde à un indigent entière : on ne peut pas la lui donner s'il a la diarrhée et la lui refuser s'il a une angine. C'est logique et conforme au bon sens. Si l'A.M.G. à domicile peut être conditionnelle et partielle, tout maire pourra, à sa guise, faire voltiger et pirouetter un médecin selon son bon plaisir avec sa liste d'assistance. Cela permettrait l'exploitation d'un médecin par les municipalités. En outre, c'est de l'assistance trop avare et trop dépourvue de bienfaisance à l'égard des pauvres.

Je demande l'opinion du *Concours*. Si cette opinion peut servir utilement les médecins, je traiterai la question à la prochaine réunion de notre syndicat départemental. Peut-être le syndicat pourra-t-il obtenir du préfet des instructions à adresser aux maires à ce sujet.

Il me semble aussi que le nouveau-né d'une accouchée d'indigente doit également être inscrit d'office.

Dr S. P.

Réponse.

L'article qui paraîtra prochainement sous la signature du Dr Paul Boudin, répondra à la lettre qui précède.

---

805. — Révocation des médecins chargés d'un service public.

Le syndicat médical a émis, à l'unanimité, le vœu que les médecins chargés d'un service officiel, communal ou départemental, tels que : protection

du premier âge, vaccine, etc., ne puissent être révoqués sans raison grave, et, au moins sans être avisés de la décision qui va être prise contre eux.

Qu'il soit impossible, par exemple, qu'un médecin qui a été chargé pendant 15 ans du service de la vaccine pour un canton, ne puisse obtenir, à sa démobilisation, d'être réintégré dans les fonctions qu'il occupait. Alors même que le confrère qui le remplace donne sa démission en sa faveur.

Les employés des préfectures, ceux des finances, les ouvriers même de la ville — les balayeurs de rues — ont des droits qu'un médecin ne possède pas.

Ne croyez-vous pas qu'il y a là une très grave lacune.

Il reste encore quelques habitants dans nos campagnes — et quelques médecins — il est de l'intérêt du pays de défendre les uns et les autres.

Plusieurs syndicats m'ont promis leur concours. Puis-je compter sur le vôtre ?

Mon observation intéresse d'ailleurs à un égal degré les médecins de ville.

Dr A.

Réponse.

L'article 65 de la loi du 22 avril 1905 décide qu'aucun fonctionnaire ne peut être révoqué, sans avoir eu connaissance de son dossier.

Aussi, en vertu de cet article, le Conseil d'Etat a-t-il annulé nombre de révocations, parce que le fonctionnaire frappé n'avait pas eu connaissance de son dossier.

Il s'agit maintenant de savoir dans quels cas, un médecin peut être considéré comme fonctionnaire.

Ainsi que vous le verrez dans le *Concours médical*, dans un article sur la grève en matière d'assistance médicale gratuite, le médecin de la protection du premier âge et l'inspecteur des enfants assistés, le directeur du bureau d'hygiène, le médecin de maison centrale, le médecin sanitaire maritime sont considérés, par le Conseil d'Etat, comme étant des fonctionnaires.

Ils sont nommés par une autorité administrative ; ils reçoivent un appointement fixe et ont une fonction d'inspection, de contrôle, ou bien donnent des ordres, représentant ainsi l'autorité préfectorale ou communale.

Mais en ce qui concerne les médecins, qui ne donnent que les secours de leur art, qui ne sont pas nommés directement par le préfet, mais sont choisis librement par les malades (assistance médicale gratuite, etc.), la loi du 22 avril 1905 ne leur est pas applicable, car il n'y a pas de révocation possible.

Quant aux médecins vaccinateurs, s'ils sont nommés par le préfet, pour une circonscription et qu'ils aient un certain droit d'inspection, en signalant à l'autorité préfectorale ceux qui se sont soustraits à la vaccination obligatoire, à fins de sanctions, s'ils reçoivent un appointement fixe, à l'année, sans être payés à la tâche, on peut les considérer comme étant des fonctionnaires.

Pour toutes ces fonctions, si les médecins syndiqués supportent d'être nommés à la faveur, par le préfet, selon le bon vouloir de ce dernier, celui-ci a le droit de ne pas réintégrer dans ses anciennes fonctions un médecin, sans avoir à donner les motifs de son refus : il est le maître, l'employeur.

Si, au contraire, le syndicat veut être consulté, pour les nominations, il fera, avec la préfecture, un contrat de travail, afin que les médecins praticiens soient désignés par leurs pairs, ou pour qu'ils existe un roulement entre les circonscriptions et leurs titulaires. Alors, le syndicat peut imposer la réintégration d'un confrère.

Veuillez donc me donner des précisions et des détails, ainsi que les réglements des divers services de votre département, pour les cas qui vous intéressent et je me ferai un plaisir de vous donner une consultation juridique plus précise.

Dr Paul Boudin.

---

946. — Accident pendant le trajet du domicile de l'ouvrier au lieu du travail.

Un ouvrier couvreur se rendant le matin à quatre kilomètres de son domicile pour travailler chez un patron et revenant le soir à son domicile après son travail terminé est tombé de bicyclette à 6 heures 1/4 du soir en se rendant chez lui alors qu'il venait de quitter son travail et s'est blessé assez gravement à la face, sur le nez et la lèvre supérieure. Le patron dans ce cas est-il responsable de l'accident ?

L'assurance prétend que non ?

Dr C.

Réponse.

Ne sont garantis par la loi sur les accidents du travail que les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail, et la jurisprudence a décidé que, pour qu'un accident soit reconnu comme survenu à l'occasion du travail, il est nécessaire qu'à ce moment, le blessé se soit trouvé sous l'autorité et la surveillance de son patron.

Par conséquent sont exclus du bénéfice de la loi les accidents dont l'ouvrier peut être victime dans le trajet de son domicile au lieu de son travail et *vice versa*. Il n'y a d'exception à cette règle que lorsque le transport de l'ouvrier est assumé par le patron, car alors on estime que la surveillance du patron a pu s'exercer dès le moment où l'ouvrier a pris place dans le véhicule mis à sa disposition. Cette exception à la règle ne saurait être appliquée dans l'espèce que vous nous soumettez. Par suite, à notre avis, le patron ne peut être considéré comme responsable de l'accident.

---

480. — Frais de justice criminelle.

J'ai été commis par le Juge de paix de mon canton pour examiner une mort suspecte (coups et blessures ayant entraîné la mort) et j'ai déposé un rapport.

A qui dois-je adresser ma note d'honoraires et comment dois-je l'établir ?

Veuillez, je vous prie, être assez aimable de me donner les indications nécessaires.

Dr M.

Réponse.

Requis par le maire agissant en qualité d'officier de police judiciaire pour examiner un cadavre, à la suite d'une mort suspecte laissant présumer un crime ou un délit, vous avez droit aux honoraires fixés par l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, c'est-à-dire 15 francs, plus les frais de déplacement à raison de 0 fr. 60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, si vous avez eu à vous rendre à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Vous devez envoyer votre mémoire en double exemplaire sur papier libre (la somme réclamée ne dépassant pas 50 francs), au procureur de la République du ressort, qui, après visa du Procureur général et taxe du Président du Tribunal, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

---

588. — Réformé pour tuberculose pulmonaire.

X a reçu pendant la guerre une balle dans le poumon gauche. En 1921, la présence de bacilles dans les crachats, la radio, et les symptômes pulmonaires ont fait porter le diagnostic de bacillose pulmonaire et X a été réformé à 100 %. En 1924, nouvel examen, mais plus de bacilles. Ce blessé a été remis à 60 %. D'où la question : est-ce qu'un malade chez lequel des bacilles de Koch ont été une fois trouvés, n'est pas systématiquement à 100 % et à titre définitif ?

Dr F.

Réponse.

Non ; conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi du 31 mars 1919, une pension temporaire ne peut, à moins que la maladie ne soit reconnue incurable, devenir définitive qu'au bout de quatre ans, le taux de cette pension définitive étant fixé par une commission de réforme au cours des six derniers mois de ces quatre années.

La règle commune s'applique aux tuberculeux à 100 %.

---

664. — Déduction sur les bénéfices professionnels. Patente.

1° Puis-je faire entrer dans les dépenses professionnelles les frais occasionnés par la construction d'un garage.

2° Puis-je compter aussi dans les dépenses les vêtements de courses et tournées médicales ?

3° Un médecin dentiste qui a deux cabinets dans le même canton (dans son village et dans le chef-lieu de canton, à 6 kil.) où il se rend l'après-midi 1 à 2 fois par semaine, doit-il payer une ou deux patentes ?

Dr X.

Réponse.

1° Le montant total des frais de construction du garage ne peut être admis en déduction des bénéfices d'une année, il peut seulement être amorti en 20 ans, par exemple à raison de 5 % l'an.

2° Seuls les vêtements spéciaux nécessités par l'exericce de la profession (blouses par exemple), peuvent être admis en déduction des bénéfices.

3° Vous êtes passible de la patente dans les deux localités.

A.M.

---

692. — Privilège pour frais de la dernière maladie.

J'ai donné mes soins pendant 2 mois, en 1923, à une personne qui est décédée subitement plus d'un an après, non pas dans sa famille, mais à 8 ou 10 kilomètres de son domicile. Un médecin voisin, appelé en toute hâte, n'a pu que constater le décès.

Aucune maladie ne lui étant survenue depuis l'époque où je l'avais soignée jusqu'à sa mort, serais-je fondé à considérer comme frais privilégiés de dernière maladie mes soins antérieurs et partant à remettre au notaire chargé de la succession ma note d'honoraires, note dont je n'arrive pas à me faire régler. Je sais de bonne part qu'un des principaux créanciers a pris hypothèque sur la maison du défunt. Pensez-vous que le notaire acceptera ma note comme privilégiée, note dépassant peu 200 francs ?

Dr G.

Réponse.

Le privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires s'applique à ceux qui concernent la dernière maladie « quelle qu'en ait été la terminaison ». Une interprétation littérale de ce texte conduit à estimer que, du moment où le malade n'a pas subi une autre maladie entre l'époque où le médecin a cessé de le soigner et l'époque de sa mort, de sa faillite ou de sa déconfiture, le médecin qui l'a soigné le dernier est en droit d'exercer son privilège, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du plus ou moins d'importance du délai écoulé depuis la cessation des soins.

Nous sommes donc d'avis que vous pouvez en l'occurrence, demander à être payé par préférence en présentant votre note au notaire.

---

826. — Paiement des honoraires accidents du travail.

Quel est le délai légal imparti à une société d'assurances pour régler les honoraires d'un médecin, à dater du moment où ce dernier a envoyé sa note d'honoraires ?

Ayant des difficultés à ce sujet, avec la Société d'assurances, la P., j'attends votre réponse pour constituer un avoué, afin de mettre cette société en demeure de me payer des sommes assez importantes qui traînent, volontairement de sa part, depuis des mois.

Dr M.

Réponse.

D'une façon générale, la loi ne prescrit aucun délai pour le réglement des créances ; tout dépend de la patience du créancier. Si celui-ci estime que le réglement tarde trop, il est toujours libre de citer son débiteur devant le tribunal compétent.

Mais, en matière d'accidents du travail il ne faut pas oublier que vous n'avez pas d'action directe contre les compagnies d'assurances, mais seulement contre les chefs d'entreprise assurés. Par conséquent, si les compagnies retardent systématiquement le paiement de vos honoraires, ce n'est pas elles que vous devez assigner, mais bien les patrons des blessés. D'ailleurs, ce moyen de pression indirect est un des plus efficaces, car la citation du médecin indispose l'assuré contre sa compagnie et peut le décider à s'adresser ailleurs.

Nous vous conseillons donc d'écrire à la Compagnie que, faute par elle de vous avoir réglé dans tel délai, vous allez citer les patrons devant le juge de paix. Il se peut que cette seule menace l'amène à changer de tactique.

Au cas où cette mise en demeure resterait sans résultat, il ne faudrait pas hésiter à mettre vos menaces à exécution. Le juge de paix compétent est celui du canton où l'accident s'est produit. Toutes les instances introduites en vertu de la loi sur les accidents du travail sont exemptes des droits de timbre et d'enregistrement.

Enfin, nous vous rappelons que le délai de prescription en matière d'accidents du travail est seulement d'un an à compter de la guérison du blessé. Cette prescription est d'ordre public et peut, par conséquent, être opposée en tout état de cause. Il y a donc intérêt à ne pas laisser passer une année complète depuis la cessation des soins pour lancer la citation.

---

769. — Honoraires d'expertise civile.

A qui doit s'adresser le médecin expert nommé par un tribunal de 1re instance ou d'appel pour le réglement de ses honoraires dans les affaires de droit

commun ? Quelles pièces justificatives doit-il fournir? Doit-il attendre la solution du procès pour le réglement de ses honoraires ? Est-il obligé de se faire taxer ?

Dr D.

Réponse.

En matière civile, les experts ont droit à un honoraire fixe de 6 francs pour la prestation du serment et autant pour le dépôt du rapport. Au cas où ils sont domiciliés à plus de deux kilomètres du Tribunal, ils ont droit, en outre, à une indemnité de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, pour l'accomplissement de ces formalités.

Pour les opérations d'expertise proprement dites, il n'existe aucune tarification. Les experts doivent annexer à leur rapport un mémoire détaillé de leurs débours et des honoraires qu'ils proposent. Les débours et honoraires sont ensuite taxés par le président qui doit tenir compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni.

Les experts peuvent demander la taxation de leurs honoraires dès que leur rapport est déposé ; ils n'ont pas besoin d'attendre l'issue du procès. Pour le réglement, ils doivent s'adresser, en principe, à l'avoué de la partie qui leur a fait signifier le jugement les commettant. En cas de besoin, ils peuvent lever un exécutoire de taxe et poursuivre solidairement toutes les parties présentes à l'expertise.

Enfin, les experts peuvent être autorisés par le président à toucher, au cours de la procédure, des provisions sur leurs débours et honoraires. Devant certains tribunaux, et notamment le tribunal de la Seine, il est même d'usage de verser des provisions aux experts sans autorisation du président.

1075. — Diplômes permettant de pratiquer les accouchements.

1° Quel est le diplôme minimum requis pour une femme qui veut faire des accouchements (section du cordon, extraction du placenta, etc.) ?

2° La loi permet-elle qu'une femme sans diplôme fasse couramment des accouchements, et en cas de non permission, quelles seraient les sanctions applicables ?

Dr B.

Réponse.

Pour pouvoir exercer l'art des accouchements, il faut être pourvu soit du diplôme de docteur en médecine, soit du diplôme de sage-femme.

Toute autre personne qui se livrerait habituellement à la pratique des accouchements se rendrait coupable d'exercice illégal de la médecine et serait passible des peines prévues par

l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, c'est-à-dire d'une amende de 100 à 500 francs ; en cas de récidive d'une amende de 500 à 1000 francs ; et d'un emprisonnement de 6 jours à 1 mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

En outre, elle pourrait être condamnée à des dommages-intérêts envers les médecins et sages-femmes lésés, ainsi qu'envers les syndicats locaux de médecins et de sages-femmes.

1081. — Prescription des honoraires médicaux.

Abonné au *Concours*, je vous prierais de me dire s'il existe un délai de prescription en matière d'honoraires médicaux et quel est ce délai.

Il s'agit en l'espèce d'une cliente à qui j'ai donné mes soins entre février 1922 et juin 1923. Cette cliente quitte le pays et, ces jours derniers, j'apprends qu'elle est placée à 10 km. environ de mon domicile. Je lui envoie ma note par lettre recommandée et elle me répond : « Qu'elle n'était pas introuvable, car je pouvais me procurer son adresse plus tôt, qu'il est trop tard pour lui présenter ma note ; qu'au surplus, ne sachant ni lire ni écrire, elle n'a plus sa note en mémoire, ne sait pas si ma note est exacte et si elle s'élève à ce prix. »

Bref, elle invoque la prescription d'abord et conteste l'exactitude de ma note.

Je vous serais donc obligé de me donner votre opinion là-dessus, car, à la campagne, il est courant que les clients vous doivent depuis deux ou trois ans, et si chacun d'eux pouvait arguer des mêmes faits, je me demande ce qui nous resterait comme honoraires.

D[r] B.

Réponse.

Il est exact que le délai de prescription des honoraires médicaux est de 2 ans à compter de la cessation des soins.

Mais cette prescription n'est pas d'ordre public, c'est-à-dire qu'elle ne peut d'office être appliquée par le tribunal ; il faut que le moyen soit opposé par le défendeur.

En outre, la prescription ne constitue qu'une présomption de paiement au bénéfice du défendeur, présomption qui peut être combattue par la preuve contraire.

C'est ainsi que le client, qui ne conteste pas avoir reçu les soins, mais refuse simplement de payer en invoquant la prescription, avoue par cela même qu'il a reçu les soins et ne les a pas payés. Dans ces conditions, la prescription ne peut jouer et le débiteur doit être condamné.

C'est exactement la situation qui se présente dans votre affaire, grâce à la lettre imprudente pour elle de votre cliente.

Aussi, estimons-nous que vous ne devez pas hésiter à la poursuivre devant le tribunal com-

pétent, c'est-à-dire devant le juge de paix du canton où elle se trouve actuellement domiciliée.

Nous croyons devoir vous signaler qu'en matière d'accidents du travail, à la différence des règles du droit commun, la prescription est acquise par l'expiration d'un délai d'un an à compter de la guérison du blessé ou de la consolidation de sa blessure et que cette prescription est d'ordre public et peut, par conséquent, être invoquée en tout état de cause et même, au besoin, être suppléée par le juge.

1127. — Accident du travail. Incapacité permanente partielle.

Un jeune homme travaillant à Paris chez un patron non assuré a eu un panaris de l'index droit (accident de travail), à la suite duquel on a dû lui amputer les deux premières phalanges. Le patron lui a payé tous les frais médicaux et pharmaceutiques. Ce jeune homme peut-il demander au patron des dommages pour perte de ces deux phalanges, et dans l'affirmative quelles sont les démarches à faire.

D^r^ M.

Réponse.

Sans doute l'accident n'a-t-il jamais été déclaré par le patron à la mairie, comme le prescrit l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 ? Si moins d'un an s'est écoulé depuis le jour de l'accident, l'ouvrier peut accomplir lui-même cette formalité à la mairie du lieu de l'accident. Il remettra ensuite au greffe de la justice de paix un certificat médical constatant qu'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle. Le juge devra alors ouvrir une enquête et transmettre ensuite le dossier au Président du Tribunal civil qui convoquera les parties en conciliation pour fixation de la rente. A défaut de conciliation, l'affaire sera portée devant le Tribunal civil et l'ouvrier bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

Au cas où l'accident aurait été régulièrement déclaré par le patron, le blessé n'aurait aucune déclaration à faire à la mairie, mais il devrait toujours remettre un certificat médical au juge de paix, comme nous l'indiquons plus haut.

Enfin, si plus d'un an s'est écoulé depuis le jour de l'accident, la situation est différente. Dans ce cas, pour vous donner un avis, il serait nécessaire que vous nous fassiez connaître jusqu'à quelle date le blessé a touché son demi-salaire.

L'incapacité permanente résultant de l'amputation des deux premières phalanges de l'index droit peut être évaluée à 8 ou 10 %.

1114. — Accident survenu à un patron assuré individuellement.

Quel est le taux d'invalidité permanente que l'on pourrait attribuer à un maréchal-ferrant, patron,

assuré par police individuelle, qui, au cours de son travail, s'est fait une plaie contuse au niveau d'une varice à la face antérieure de la jambe gauche avec hémorragie et ulcère consécutif torpide et résistant à tout traitement. Comme l'intéressé est alcoolique et a eu des crises de delirium, un chirurgien n'a pas cru devoir entreprendre la résection de ses varices.

Actuellement l'ulcère présente environ 7 à 8 cm. de diamètre, est bourgeonnant au ras de la peau, mais sans tendance à la cicatrisation, est entouré d'une zone d'œdème chronique et de lymphangite. Le repos complet au lit n'a pu être obtenu. La durée fixée par sa police d'assurance pour les indemnités journalières relatives à ce sinistre est actuellement expirée.

Dr R.

Réponse.

Le Guide-Barème des Pensions militaires qui est souvent employé pour les accidents du travail, porte pour l'ulcère variqueux étendu et récidivant une évaluation de 20 à 30 %.

Mais il ne faut pas oublier que, dans votre espèce, il s'agit d'un patron, assuré individuellement, et qu'il ne peut exiger de son assurance que le paiement des indemnités qui sont stipulées dans la Police.

Généralement, les incapacités permanentes qui donnent lieu à une indemnisation autre que l'indemnité journalière, sont énoncées dans la Police, en plusieurs catégories, d'après leur gravité et il leur est alloué un tant pour cent de l'indemnité stipulée pour le cas d'incapacité permanente absolue.

Il faudrait donc avoir en main la Police de votre client pour savoir s'il a droit à quelque chose, en plus de l'indemnité journalière pendant la durée maxima fixée au contrat.

990. — Réformé pour tuberculose.

Réformé de guerre à 50 % (pension définitive) pour une orchi-épididymite *bacillaire* double, puis-je demander que mon taux de pension soit élevé automatiquement à 100 %, la lésion pour laquelle je suis réformé étant de nature tuberculeuse. Dans ce cas, pourriez-vous me dire comment je dois procéder.

Dr X.

Réponse.

D'après les dispositions réglementaires actuellement en vigueur, seules, les tuberculoses pulmonaires ou osseuses bénéficient sous certaines conditions (surexpertise, etc.), d'une élévation automatique à 100 % du taux de leur invalidité.

Les autres formes de tuberculose peuvent aussi justifier ce taux de 100 %, mais seulement dans les limites des évaluations fixées par le barème, d'après les éléments pour l'appréciation de la gravité.

Vous pouvez toujours, par lettre recommandée, adresser une demande de visite motivée au Directeur du Service de santé de votre région.

Quarante-huitième année — N° 16 — 18 Avril 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1004-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Reportage Pofessionnel

Demi-Colonnes

A Travers l'Officiel

Correspondance

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1[re] Zone **55 fr.** — 2[e] Zone **70 fr.**

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 172. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 173. — Le poste méd. de l'Ile d'Ouessant (Finist.) est actuell. vacant. Allocat annuelle 6.000 suscept. augm. Municipalité assurer logem. Pour rens. compl. s'adr. au maire d'Ouessant.

N° 174. — Coutainville-Plage (Manche). A louer pour saison : 1° Maisonnette rustique, 2 p. (dont 3 lits av. cuis. et w.c. : 1.300 fr. 2° Pet. maison terrasse vue sur mer, 2 p. (dont 3 lits) av. cuis. et w.c. : 1.500 fr. Possib. locat. au mois. S'ad. à M. Roth, 7, rue Fenoux, Paris, 15e

N° 175. — Normandie. A céd. de suite pour rais. fam. client. rapp. 80.000, pour 40.000, dont 15 à 20.000 compt.

N° 176. — Cause double empl. cabriolet Mathis 8/10 HP, 1924, Ecl., dém., amort. Dr Corvisy, 59*bis*, rue du Mont-Cenis, Marcadet 21-48.

N° 177. — Etud. en méd. tr. sér. réf., 10 ans de prat. mal. ment., dés. pl. dans mais. santé privée. Ay. notions pharm., accept., gérance pharm. fournir. caut. Représ. mais. sér. de prod. pharm. ou scient., connaiss. 4 lang., voyager à l'étranger. H. Nicolaou, asile aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

N° 178. — Banl. imméd., à céd. contre indemn. compt., appart. avec bail, occupé par méd. depuis 20 ans, quart. popul. et d'usines. Rens. sur place de 1 h. à 3 h.

N° 179. — A céd. timbres Sardes, vieux français, bloc 0,40 retouché état défectueux, timbres sur envelop. Dr Jacq. Clerc à St-Pierre d'Albigny (Savoie).

N° 180. — Paris, quartier très central, cabin. gorge, nez, oreilles, aff. anc., bien installé, appart. 4 p. très agréab. Indemn. 50.000 à débatt. (compris mob. salon de val. et instrum.). S'ad. Cab. Breitel et Goret 1 rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 181. — Cabinet ville, spéc. yeux, nez, gorge, oreill. Rapp. 140.000 fixes, concurr. insignif., bel appart. 12 pièces, 9 ans de bail. A céd. d'urgence, 70.000 dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Necker**. — *Clinique urologique*. — 20 avril, à 16 heures, conférence de M. Dossot sur les *infections rénales et les pyélonéphrites*.

— **Hôpital Cochin**. — *Cours de perfectionnement (maladies du foie et du rein)*. — Du 3 mai au 27 mai, un cours de perfectionnement sur les maladies du foie et du rein aura lieu à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés (droits de 200 fr. Inscriptions à la Faculté).

— **Hôtel-Dieu**. — *Gynécologie médicale*. — M. Paul Dalché commencera ses leçons sur les *Maladies des femmes*, le mercredi 21 avril 1926, à 10 heures (Salle Saint-Charles).

— **Lille**. — Il est créé, à la Faculté de médecine de Lille, une chaire de médecine légale et de *médecine sociale*.

— **Collège de France**. — *Institut d'hydrologie et de climatologie*. — Le 19 avril, à 15 heures, à l'amphithéâtre de médecine, salle n° 6 du Collège de France, leçon de M. le Dr Cambier, chef du service du Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris : *Purification des eaux usées*. — Le 21 avril, leçon de M. Guillerd sur les *stations hydrominérales des Vosges* (17 h., salle 6).

— **Hôpitaux de Nimes**. — *Un concours pour la nomination d'un médecin stomatologiste* des hôpitaux de Nîmes sera ouvert dans la deuxième quinzaine de mai.

— **Faculté de médecine de Paris**. — Lundi 19 avril, à 6 h., leçon inaugurale de M. le prof. F. Rathery (cours de pathologie expérimentale et comparée).

— **Nantes**. — *Concours pour un poste de chef de laboratoire*. — La ville de Nantes met au concours un poste de chef de laboratoire à la section d'hygiène. Traitement de 16.000 fr. Inscriptions jusqu'au 25 avril.

— **Hospice Paul-Brousse (Villejuif)**. — Un médecin adjoint et un chef de laboratoire de radiologie seront nommés par voie de concours à l'hospice départemental Paul-Brousse, à Villejuif (Seine). L'indemnité annuelle attribuée au médecin adjoint est de 3.000 fr. ; celle attribuée au chef de laboratoire de radiologie de 5.600 fr. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 30 avril à la préfecture de la Seine, service de l'assistance, 3e bureau, 2, rue Lobau.

— **Bucarest**. — On annonce la mort du prof. Thomas Jonnesco, doyen de la Faculté de médecine de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris et ancien prosecteur à la Faculté de Paris, grand

officier de la Légion d'honneur, auteur d'importants travaux de chirurgie. Ses communications récentes à l'Académie sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine sont encore présentes à l'esprit de tous les médecins. Comme son frère, l'ancien ministre Take Jonnesco, le prof. Jonnesco était un ami sincère de notre pays.

NOTRE CONCOURS DE 1926

Ce concours est clos depuis le 31 mars dernier.

Nous avons reçu, depuis la publication de la dernière liste, le 4 avril, sept nouveaux manuscrits, sous les devises suivantes :

19) *Virtutem fortuna secundat.*
20) *Medice, cura te ipsum.*
21) *Quo vadis ?*
22) *In memoria Benassisi.*
23) *Il n'est pas si dangereux ...* (La Rochefoucauld).
24) *Le passé répond de l'avenir.*
25) *Escrivait sur parchemin velu avec son gros gaillimart prognostications et almanachs.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

31 *mars.*

Enseignement de la médecine.

Décret du 28 mars 1926 fixant les nouveaux traitements du personnel enseignant des facultés de Paris.

Art. 1er. — Les nouveaux traitements et les classes du personnel enseignant des facultés de l'université de Paris sont fixés ainsi qu'il suit :

Professeurs :	
1re classe	35.000 fr.
2e classe	32.000
3e classe	29.000
Chargés de cours complémentaires et maîtres de conférences titulaires :	
1re classe	26.000 fr.
2e classe	24.000
3e classe	22.000
Agrégés :	
Chargés d'enseignement (droit, médecine et pharmacie)	21.000 fr.
Sans enseignement (médecine et pharmacie)	13.500
Chefs de travaux :	
1re classe	21.000 fr.

2e classe 19.500
3e classe 18.000

Préparateurs :

1re classe .... 17.000 fr.
2e classe 16.250
3e classe 15.500
4e classe 14.750
5e classe 14.000

Décret du 25 mars 1926 fixant les nouveaux traitements du personnel de service des facultés de Paris et des départements.

Agents du cadre ordinaire.

Appariteurs :

1re classe .... 7.800 fr.
2e classe 7.350
3e classe 7.000
4e classe 6.650
5e classe 6.300
6e classe 5.950
7e classe 5.600

Chefs d'atelier, garçons d'anatomie et de laboratoire :

1re classe .... 7.800 fr.
2e classe 7.400
3e classe 7.100
4e classe 6.800
5e classe 6.500
6e classe 6.200
7e classe 5.900
8e classe 5.600

Surveillants, garçons de bibliothèque, de salle, de bureau, hommes de peine, concierges :

1re classe .... 7.300 fr.
2e classe 7.040
3e classe 6.800
4e classe 6.560
5e classe 6.320
6e classe 6.080
7e classe 5.840
8e classe 5.600

Décret du 28 mars 1926 fixant les nouvelles rénumérations des cours et conférences dans les diverses facultés.

Art. 1er. — Les cours et conférences faits dans les diverses facultés, soit par des fonctionnaires de ces établissements en dehors de leur service normal, soit par des personnes prises en dehors des facultés seront rétribués au moyen d'une indemnité non soumise à retenues, et calculée sur le tarif suivant :

Heure Hebdomadaire :	Paris	Départements
Annuelle	2.500 fr.	1.800 fr.
Semestrielle	1.800	1.250 fr.
Mensuelle	350	250 fr.

Art. 2. — L'indemnité annuelle est payable par dixième, à la fin de chacun des dix mois de l'année scolaire légale ; l'indemnité semestrielle est payable également par dixième à la fin de chacun des cinq mois de semestre ; l'indemnité mensuelle est payable dès que le service est effectué.

Art. 3. — Les heures bi-mensuelles seront calculées à raison de 50 p. 100 du tarif prévu à l'article 1er.

Commission d'hygiène dentaire.

M. Massonnet, chirurgien dentiste à Paris, est nommé membre de la Commission d'hygiène dentaire.

1er *avril.*

Baux et locations.

Loi du 31 *mars* 1926 *prorogeant jusqu'au* 1er *juillet* 1926 *la législation sur les loyers en ce qui concerne les loyers à usage industriel ou commercial.*

2 *avril.*

Loi du 1er *avril* 1926 *réglant, à partir du* 1er *avril* 1926, *les rapports des bailleurs et des locataires de locaux d'habitation.*

Ces deux lois seront prochainement commentées dans le journal.

Maladies professionnelles.

Ont été maintenus membres de la Commission supérieure des maladies professionnelles pour une période de quatre ans : MM. Calouat, le Dr Heim, J.-L. Breton, Fontane et Tardieu.

4 *avril.*

Loi du 4 avril 1926 portant création de nouvelles ressources fiscales.

Cette loi sera prochainement commentée dans le *Concours*, tout au moins dans celles de ses dispositions qui intéressent plus particulièrement les médecins.

5 *avril.*

Pensions militaires.

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie.

Sont nommés membres de la commission consultative de prothèse et d'orthopédie pour l'année 1926 :

MM. Valentino, directeur du contentieux et des services médicaux au ministère des pensions, président ; Rieffel, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vice-président ; Paloque, chef du service des soins gratuits et de l'appareillage au ministère des pensions ; Thoumyre, mutilé de guerre, député, ancien sous-secrétaire d'Etat ; Miellet, mutilé de guerre, député ; Sincou, administrateur de l'union amicale des mutilés blessés et anciens combattants de l'Yonne ; Beaufils, chargé de l'inspection technique des services d'appareillage; Clavelin, professeur agrégé au Val-de-

Grâce ; Ripert, chirurgien consultant au centre d'appareillage de Paris ; Rœderer, assistant d'orthopédie à l'hôpital Saint-Louis ; Dellac, médecin chef au centre d'appareillage de Bordeaux ; le président de la chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical ou son représentant ; le président de la chambre syndicale des fabricants de prothèse et d'orthopédie ou son représentant ; le président de la chambre syndicale du Sud-Est des instruments et appareils de l'art médical et chirurgical, ou son représentant ; Montier, chef d'atelier au centre d'appareillage de Paris ; Vivie, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Paris ; Raux, ouvrier sellier garnisseur au centre d'appareillage de Rennes.

CORRESPONDANCE

576. — Secret professionnel dans l'Assistance médicale gratuite.

Je fais appel à votre bienveillance, à vos lumières et à votre impartialité, en vous faisant juge du cas suivant.

Ayant donné mes soins à un tuberculeux les cinq derniers mois de sa maladie (soit en moyenne trois visites par mois) la préfecture m'adresse, à ce sujet, es considérants que je vous transmets.

L'article 16 de l'Assistance médicale est ainsi libellé : « Lorsque le médecin traitant prévoit qu'une maladie peut entraîner des visites nombreuses et répétées, il est prié de faire connaître le *diagnostic de cette maladie* ainsi que toutes les indications et observations qu'il jugerait nécessaires, tant pour justifier le nombre anormal de visites ou consultations que pour prévenir des contestations qui pourraient être soulevées au moment de l'examen de la note d'honoraires par la Commission de contrôle ».

1° Considérez-vous cet article comme ayant force de loi ? En un mot, la préfecture peut-elle obliger un médecin soignant un assisté à violer le secret professionnel ?

2° Le nombre de visites est-il limitatif vis-à-vis d'un assisté ?

Si oui, le médecin n'est plus libre de se rendre à l'appel du malade et de le soigner en son âme et conscience !

Je crois avoir lu dans le *Concours médical* qu'un médecin, à qui la préfecture refusait de mandater les soins donnés à un indigent, sous prétexte de refus de mentionner le diagnostic de la maladie, avait eu gain de cause en Conseil d'Etat ! !

Voilà un cas de jurisprudence qu'il faudrait éclaircir, si ce n'est déjà fait, et cela, dans l'intérêt de chacun.

Si vous jugez utile de faire paraître ma demande et votre réponse dans le *Concours*, faites-le.

Dr P.

PRÉFECTURE DE...

Inspection de l'Assistance publique.

Extrait du procès-verbal de la commission de vérification et de contrôle des mémoires de l'assistance médicale gratuite.

Séance du 28 janvier 1926.

Dr P. — M. le Dr P. réclame 112 francs d'honoraires pour visites faites à M. H. La Commission, considérant que l'article 16 du règlement départemental n'a pas été observé ; considérant que, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, le médecin ne saurait se retrancher derrière le secret professionnel, lorsqu'il s'agit de renseigner l'administration départementale sur la nature de la maladie d'un assisté ; considérant que, conformément à la jurisprudence adoptée par la Commission supérieure de contrôle des mémoires aux réformés, la qualité des soins n'est pas proportionnelle au nombre des visites et qu'en particulier, en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, il n'est pas utile de réitérer des visites à brève échéance, sauf le cas où les complications évolutives se produisent, est d'avis d'inviter M. le Dr P. à fournir tous renseignements utiles à la Commission, lorsque ceux-ci lui sont demandés et à ne pas multiplier les visites dont la nécessité ne serait pas absolument établie.

Réponse.

Le préfet a parfaitement le droit d'inscrire, dans le réglement départemental de l'assistance médicale gratuite, toute mesure de précaution, susceptible d'empêcher les abus, de quel que part que ceux-ci puissent se produire.

Par conséquent, il est parfaitement licite d'exiger que, lorsque le médecin traitant prévoit qu'une maladie, soignée chez un assisté, entraînera un certain nombre de visites, ou d'actes médicaux, il doit en référer à la préfecture, pour que cette dernière fasse contrôler par le médecin de son choix.

Mais, le préfet viole la loi, lorsqu'il exige le diagnostic. Un réglement préfectoral ne peut pas enfreindre les prescriptions contenues dans l'article 378 du Code pénal.

Nous devons taire le diagnostic des maladies que nous soignons, sauf dans le cas de maladies contagieuses, que nous devons déclarer, aux termes des lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902.

J'ai d'ailleurs publié une consultation, sur ce cas de déclaration du diagnostic, en matière d'assistance médicale gratuite (*Concours médical* 1925, 2836).

Malgré une première circulaire du Ministre du Travail, s'appuyant sur un avis erroné du Conseil d'Etat, j'ai démontré, textes en mains, que

le médecin est lié par le secret professionnel, malgré tous les ordres donnés par des préfets, ou même par des ministres.

Seule, une loi peut nous délier des obligations du Code pénal.

En ce qui concerne la note que vous a transmise le préfet, il convient de constater qu'elle invoque la jurisprudence du Conseil d'Etat, en ce qui concerne le secret professionnel.

Or, je mets au défi le préfet de votre département de fournir le texte des arrêts qu'il invoque. Ils n'existent pas.

Il ne faut pas aussi que ce haut magistrat fasse un mélange entre les errements suivis pour l'application de la loi du 31 mars 1919, sur les pensionnés de guerre et ceux suivis pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite.

En cette matière, je lui rappellerai l'arrêt du Conseil d'Etat, section du contentieux, du 23 mai 1907 : « Considérant que s'il appartient à l'administration intéressée, de vérifier si les honoraires réclamés par le médecin sont afférents à des opérations effectivement exécutées, et décomptées régulièrement, d'après le tarif fixé conformément aux délibérations du Conseil général, elle ne saurait refuser le paiement des interventions chirurgicales effectuées, en se bornant à contester leur opportunité. »

Par conséquent, vous pouvez considérer comme erronée la décision de la commission de vérification et de contrôle des mémoires de l'assistance médicale gratuite de votre département, en date du 28 janvier 1926. Vous pouvez répondre au préfet que, conformément aux avis juridiques ci-dessus, vous continuerez à soigner vos malades de l'assistance médicale gratuite, en votre âme et conscience, en donnant à ces malheureux tous les soins nécessités par leur état.

Vous ajouterez que, conformément aux prescriptions de l'article 16 de votre réglement départemental, vous avertirez l'autorité préfectorale des cas dans lesquels vous jugerez bon de faire un certain nombre de visites, ou d'actes médicaux, non pas pour demander une autorisation, mais pour permettre au préfet d'envoyer un médecin contrôleur, s'il le juge à propos.

Mais vous pourrez avertir le préfet que vous ne pourrez pas vous conformer à une obligation, prise en violation de l'article 378 du code pénal et que d'ailleurs le préfet peut se reporter à la circulaire du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, en date du 24 octobre 1925, rapportant la circulaire du 20 août 1925 (*Concours médical* 1925.2836).

Et, si une contestation se produit, le « Sou Médical » vous assistera pour porter le litige devant le Conseil de préfecture d'abord, puis devant le Conseil d'Etat.

Dr Paul Boudin.

Voir la suite page LV-1069

PROPOS DU JOUR

Le Tarif des soins gratuits aux pensionnés de guerre.

Lorsqu'en 1922 fut constituée la Commission tripartite (commission dont nous étions membre) pour élaborer le tarif destiné à assurer les soins médicaux gratuits aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des Pensions, il fut bien entendu que ce tarif d'honoraires médicaux serait le *tarif moyen* de la clientèle ordinaire et non un tarif d'assistance. Les représentants du Ministre des Pensions le proclamèrent comme nous.

Trois catégories furent constituées répondant au chiffre de la population des communes habitées par les malades en suivant l'exemple du tarif des accidents du travail : Communes de 5.000 habitants au plus où la consultation était tarifée 5 francs et la visite 6 francs ;

Communes de 5.001 à 100.000 habitants et communes des régions libérées où le prix de la consultation s'élevait à 7 francs et celui de la visite à 8 francs ;

Communes au-dessus de 100.000 habitants avec le département de la Seine et sept cantons de Seine-et-Oise où le prix de la consultation atteignait 8 francs et celui de la visite 10 francs. Les prix, fixés par ce tarif, étaient bien alors ceux du tarif moyen de la clientèle ordinaire, tout au moins pour la troisième catégorie. Pour les deux autres catégories, les tarifs étaient plus arbitraires, car à cette époque d'après guerre, où notre papier monnaie commençait à subir une dépréciation importante, un certain désarroi régnait dans nos syndicats et les tarifs dans les divers centres de province étaient des plus variables. Ce fut, la cause qui obligea les délégués médecins de la commission à capituler sur ce point devant les arguments de fait que produisait l'Administration.

Indiscutablement, la création de ces catégories était une injustice et tout aussitôt les protestations surgirent de toutes parts.

Des pourparlers à ce sujet se poursuivirent de 1923 à 1926 entre les représentants de l'Administration et ceux du Corps médical. Pendant ce temps, les catégories étaient supprimées dans le tarif *fixant la part de la responsabilité patronale* pour les soins donnés aux accidentés du travail. Les honoraires de la consultation et de la visite étaient unifiés à 10 francs et une indemnité de déplacement de 2 francs était accordée pour les visites à domicile aux praticiens des grandes villes. L'acte de justice que fut la suppression des catéries, constituait une assez sérieuse augmentation pour les médecins de campagne. L'accroissement du tarif pour les médecins des villes était minime, mais le Corps médical fut unanime à accepter cette transaction en attendant mieux et nous fûmes les premiers à remercier le Dr Decourt qui avait été le négociateur avisé de cette réforme.

Il eut semblé logique de voir appliquer par le Ministre des Pensions aux victimes de la guerre ce que le Ministre du Travail trouvait équitable pour les victimes du travail. Nous ne pensons pas, bien qu'en sept ans on ait oublié bien des choses, qu'il s'élève en France une voix pour affirmer qu'un blessé de guerre soit moins intéressant qu'un blessé du travail. Malheureusement il n'en est rien et voici les conditions que propose l'Administration des Pensions pour effectuer la suppression des catégories.

La visite et la consultation seraient dans toute la France uniformisées au tarif de 8 francs. Une indemnité de 2 francs particulière aux grandes villes et aux communes de la Seine et Seine-et-Oise, déjà désignées dans le décret, serait allouée pour la visite à titre de déplacement.

Par une circulaire, le secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France soumet le cas à l'examen de chaque Syndicat qui fera savoir à l'Union, s'il accepte les conditions de l'Administration.

Nous tenons à protester comme nous l'avons fait à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle contre ces propositions (1).

L'argument de la pénurie du trésor que nous ont objecté les représentants de l'Administration ne peut nous émouvoir ; car les quelques millions (et ils ne seraient pas nombreux) qu'exigerait la suppression des catégories dans les mêmes conditions que celles du tarif des accidents du travail, ne peuvent être sensibles dans un budget qui compte un nombre appréciable de milliards.

Il est des économies très faciles à réaliser qui

(1) Notre protestation n'est pas dictée par le souci de notre intérêt personnel, le relevé de nos honoraires pour le premier trimestre de 1926, trimestre d'hiver notons le, s'est élevé à 180 fr.

permettraient aisément de récupérer ces millions nécessaires.

Nous constatons que l'Etat qui avait promis aux médecins de les honorer pour les soins donnés aux victimes de la guerre au tarif moyen de la clientèle ordinaire, manque à sa parole, car les prix du tarif officiel des pensionnés sont à peu près moitié moindres que ceux du tarif ordinaire et il faut noter que nos tarifs médicaux sont loin, très loin de s'adapter à l'indice du coût de la vie.

Le corps médical ne demande pas à se soustraire aux obligations fiscales, il n'exige ni faveurs, ni privilèges, mais il réclame ce qui lui est légitimement dû.

On parle des millions que coûtent les soins donnés gratuitement aux victimes de la guerre.

Qu'on se donne la peine de diviser ces chiffres qui paraissent importants, par le nombre des bénéficiaires de la loi des pensions et aussi par celui des médecins qui exercent en France et l'on sera stupéfait de la faible somme que coûte à l'Etat chaque pensionné pour recevoir les soins médicaux et les modestes honoraires que chaque médecin reçoit de ce fait.

J. Noir.

Le Ministère des Pensions qui fait preuve d'une .... parcimonie difficile à qualifier, envers les médecins qui donnent leurs soins aux bénéficiaires de l'article 64, est encore...disons moins généreux pour les experts médecins du Tribunal des Pensions. Nous avons reçu une lettre de protestation à ce sujet où nous relevons le fait suivant bien caractéristique :

Un ancien mobilisé intente un procès à l'Etat devant le Tribunal des Pensions. Il s'agit d'un infirme intransportable qui est atteint d'accidents méningés et médullaires. Un médecin est désigné comme expert. Mais le malade habite à 120 kilomètres en chemin de fer de la demeure du praticien. Ce dernier sera donc obligé de s'absenter durant deux jours. Il devra pratiquer une ponction lombaire, opérer une prise de sang pour faire faire un Wassermann. Avant d'accepter cette mission, le médecin expert a la prudence de demander quelle sera l'indemnité qu'on voudra bien lui allouer. Le Président du Tribunal, fort embarrassé, transmet la question au Ministère des Pensions et on lui répond que l'indemnité de l'expert s'élèvera *à 25 francs tout compris*. Pendant ces démarches, le malheureux malade qui devait être expertisé, trouva à ces difficultés une solution élégante... il mourut. Constatons que le Ministre des Pensions et ses fonctionnaires ne paraissent pas s'être aperçus que les conditions économiques de notre Pays se sont sensiblement modifiées depuis la guerre. Heureuses Gens !

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

POLYNÉVRITE CONSÉCUTIVE A UNE INJECTION PRÉVENTIVE DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE. — INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE DE TRAVAIL

Dr Ch. Faguet, de Périgueux.

Rapport médico-légal

Nous, soussigné, Ch. Faguet, docteur en médecine à Périgueux, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux, médecin-légiste, désigné à titre d'expert par jugement de M. Etienne Dubourg, deuxième suppléant du Juge de paix de Périgueux faisant fonctions pour le premier suppléant empêché, en date du 21 juillet 1925, avec mission de décrire l'état actuel de M... François, charcutier, de fixer la date de la consolidation de la blessure, de dire s'il résulte de l'accident une incapacité de travail permanente partielle, et dans l'affirmative, en fixer le quantum.

Dispensé du serment,

Certifions avoir procédé aux diverses opérations de cette expertise du 18 août 1925 à la date de ce jour à Périgueux, département de la Dordogne, soit dans notre cabinet de consultations, rue Maleville, n° 9, soit dans celui de M. le Dr M. Bertrand, médecin-spécialiste en électro-radiologie, rue Guynemer, n° 8 ; nous certifions en outre avoir, au préalable, pris con-

naissance de toutes les pièces du dossier dont l'énumération suit :

1° Jugement de la Justice de paix du canton de Périgueux du 21 juillet 1925 ;

2° Quatre certificats de M. le Dr J. ESPINET, de Périgueux, en date des 11 et 14 février, 13 mars et 28 avril 1924 ;

3° Deux radiographies faites par M. le Dr A. COLOMBET, de Périgueux, le 5 mars 1924 ;

4° Une note de M. le Dr E. URY, demeurant à Neuilly-sur-Seine, département de la Seine, rue Berteaux-Dumas, n° 22, en date du 11 avril 1924 ;

5° Quatre rapports médicaux de M. le Dr Em. LE ROUX, de Périgueux, en date des 31 mars et 17 décembre 1924, 27 mars et 11 juin 1925.

HISTOIRE DE L'ACCIDENT. — Il est établi que M... François a été victime d'un accident le 8 février 1924, pendant qu'il travaillait pour le compte de M. F.., fabricant de conserves alimentaires à Périgueux. Cet accident qui a eu pour conséquences immédiates « une plaie infectée » de la face dorsale de la main droite, était guéri à la date du 14 février 1924 et M... pouvait reprendre son travail le 15 février 1924 d'après les certificats de M. le Dr Espinet qui avait été appelé à lui donner ses soins ; mais, M. avait reçu à titre préventif, une injection de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur de Paris — dix centimètres cubes — le 11 février 1924 au niveau de la face externe de la cuisse gauche ; et le 21 février 1924, quelques jours après avoir repris son travail, sans avoir présenté de réaction locale dans la zone où avait été faite l'injection de sérum antitétanique, il fût pris brusquement dans la région postérieure de l'épaule gauche, de douleurs qui, dans la soirée du même jour, se sont étendues à la nuque, à l'épaule droite et aux deux membres supérieurs et se sont accompagnées dès le lendemain de paralysie flasque. Les douleurs très vives pendant une quinzaine de jours ont entraîné une insomnie pénible. En même temps, on voyait apparaître une atrophie rapide tout d'abord des muscles de l'avant-bras, puis du bras et enfin de l'épaule. Les symptômes — douleurs et paralysies — ont toujours été plus accusés sur le membre supérieur gauche que sur le membre supérieur droit ; néanmoins ils ont été assez importants à droite pour mettre M... dans l'impossibilité d'élever le bras à la hauteur du visage. Il ne s'est jamais produit aucun trouble au niveau des membres inférieurs, ni des sphincters (pharynx, anus, vessie).

Un examen radiographique fait le 5 mars 1924 par M. le Dr Colombet, ne révéla aucune lésion de la portion cervicale de la colonne vertébrale.

L'électro-diagnostic fait à la même époque montra une réaction de dégénérescence très nette de certains groupes musculaires (extenseurs de la main et des doigts, du biceps et du deltoïde à gauche et à droite ?) appartenant au type radiculaire. M... fut immédiatement soumis au traitement suivant : courant galvanique continu pendant huit à dix minutes puis interruptions rythmées pendant deux minutes ; renversement du courant ; de nouveau huit à dix minutes de courant continu et enfin deux minutes d'interruptions rythmées. Il a été fait une trentaine de séances semblables en deux ou trois séries.

Il résulte des renseignements fournis par M.., par M. le Dr Espinet, médecin traitant, par M. le Dr Le Roux qui a contre-visité quatre fois M... à la requête de la Compagnie d'assurances « L'Union et le Phénix Espagnol » et enfin par M. le Dr Colombet, qu'une amélioration appréciable s'est produite assez rapidement après les premières séances d'électrothérapie, puis cette amélioration s'est affirmée d'une façon moins nette et enfin l'état a paru stationnaire, consolidé, depuis le mois de juin 1925.

Ces troubles — douleurs, paralysies, atrophies musculaires — en l'absence de toute autre cause pathologique furent rattachés à l'injection de sérum antitétanique faite à titre préventif le 11 février 1924.

DOLÉANCES. — M... se plaint de douleurs dans les muscles du cou surtout à l'occasion d'un effort et de faiblesse dans les deux membres supérieurs et plus particulièrement dans le membre supérieur gauche, ce qui le met dans l'impossibilité de remuer des poids lourds, lui rend le travail plus difficile et plus pénible, et enfin diminue sensiblement sa capacité ouvrière ; toutefois il reconnaît, d'une façon qui paraît très sincère, *qu'il peut travailler*, mais *il affirme qu'il* est incapable de fournir un effort soutenu.

ETAT ACTUEL. — M... François, vingt-cinq ans, n'a pas connu son père ; sa mère, qui l'a nourri au sein, et un demi-frère sont en bonne santé ; il ne connaît aucune tare nerveuse dans sa famille.

Il n'a eu aucune maladie pendant sa première enfance, sauf la rougeole, sans complications, à dix ans.

Il a fait son service militaire au 5e Régiment du génie à Versailles (Seine-et-Oise) et n'a jamais quitté la France.

M... déclare qu'il n'a jamais eu aucune maladie ou accident avant le 8 février 1924 ; ni grippe, ni syphilis, ni blennorrhagie... Il a été vacciné contre la fièvre typhoïde pendant qu'il était sous les drapeaux : vaccin T.A.B. n° 2 à l'éther, deux centimètres cubes, le 20 août 1920. Il n'a jamais reçu aucun sérum antidiphtérique, antitétanique, hémostyl, etc., avant le 11 février 1924.

L'accident du 8 février 1924 a produit une petite éraillure superficielle sur la face dorsale de la main droite au niveau du milieu du troi-

sième métacarpien. Cette éraflure, qui fut occasionnée au cours du travail par un fragment d'os de cochon frais, ne l'aurait nullement préoccupé tant elle était insignifiante — et pour laquelle il n'avait pris aucun soin — s'il ne s'était manifesté dès le lendemain de la rougeur, puis de la douleur : c'est ce qui le décida à consulter M. le Dr Espinet qui lui conseilla du repos et des pansements humides. L'amélioration et la guérison furent rapides, puisqu'il était guéri à la date du 14 février 1924. L'injection de sérum antitétanique faite au titre préventif le 11 février 1924 ne provoqua aucune douleur anormale et ne produisit aucune réaction locale, immédiate ou tardive.

Examen clinique. — Il ne reste actuellement aucune trace de la lésion produite par l'accident du 8 février 1924 sur la face dorsale de la main droite de M...

L'examen somatique montre une scoliose dorso-lombaire avec un léger décollement de l'omoplate du côté droit. Il n'existe pas de troubles circulatoires ou trophiques superficiels, mais on observe quelques callosités — indice du travail — sur la face palmaire des deux mains.

Le membre supérieur gauche paraît un peu moins volumineux que le membre supérieur droit et les mensurations comparatives donnent les résultats suivants :

a) Circonférence du bras à 0 m. 17 au-dessous de l'apophyse coracoïde de l'omoplate :

Côté droit	0 m. 250
Côté gauche	0 m. 245

Soit une différence de 0 m. 005.

b) Circonférence de l'avant-bras à 0 m. 12 au-dessous du sommet de l'olécrâne :

Côté droit	0 m. 220
Côté gauche	0 m. 215

Soit une différence de 0 m. 005.

L'état de la sensibilité sous ses différentes formes (contact, piqûre, température) étudiée d'après les schémas de M. le Prof. L. Testut (Traité d'anatomie humaine, 2e édition, tome II, page 844) donne les renseignements suivants :

	Côté droit	*Côté gauche*
1° Plexus cervical	normal	plus faible
2° Circonflexe ou axillaire ..	d°	normal
3° Accessoire du brachial cutané interne	d°	plus faible
4° Brachial cutané interne.	d°	normal
5° Musculo-cutané	d°	d°
6° Radial.	d°	plus faible
7° Médian	d°	d°
7° *Id.*, rameau cutané palmaire	d°	d°
8° Cubital	d°	normal
8° *Id.*, rameau cutané palmaire	d°	d°

Il résulte de cet examen que la sensibilité est diminuée sur le membre supérieur gauche, mais on ne trouve aucune zone d'anesthésie totale.

Le sens musculaire et les réflexes sont normaux ; le sens de l'équilibre est intact ; il n'existe pas de tremblement des mains dans l'extension.

Tous les mouvements actifs et passifs de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts sont possibles, mais plus lents du côté gauche.

La force musculaire est diminuée d'une façon appréciable dans le membre supérieur gauche, et le dynamomètre indique :

Main droite	42 kilog.
Main gauche	30 kilog.
Soit une différence de	12 kilog.

L'examen des membres inférieurs ne met en évidence aucun symptôme pathologique.

L'électro-diagnostic fait par M. le Dr Bertrand et dont on trouvera le détail sur le tableau annexé (1) à ce rapport montre que M... présente actuellement les symptômes d'une névrite accentuée du nerf radial et de la presque totalité des muscles qu'il commande, et une névrite plus légère du nerf cubital et du plexus brachial, restes d'une polynévrite antérieure ayant atteint primitivement et d'une façon massive le plexus brachial et ayant peu à peu évolué vers l'état actuel.

L'état général de M... est très satisfaisant; les organes cardio-pulmonaires, digestifs, génito-urinaires sont sains. Les urines émises en notre présence et examinées immédiatement à l'aide des réactifs usuels, ne contiennent ni albumine, ni sucre ; on y voit quelques filaments lourds.

On ne trouve chez M... aucun signe de sinis-

(1) Il nous paraît inutile de reproduire ici ce tableau ; on peut en tirer les conclusions suivantes : 1° *au bras gauche*, on constate une paresse très nette des muscles biceps, triceps et deltoïde, sans altération de la formule indiquant une atteinte du tissu musculaire et un léger degré d'altération des nerfs du plexus brachial (nerfs musculo-cutané et radial). Le nerf radial a perdu le contrôle des muscles extenseurs et supinateurs ; 2° *à l'avant-bras gauche*, les muscles innervés par le nerf radial sont dans une dégénérescence plus ou moins profonde, le plus atteint étant le muscle long supinateur en état de R. D. totale. Les muscles innervés par le nerf cubital présentent un léger degré de R. D. ; le nerf cubital lui-même présente une hypoexcitabilité légère au coude, sa réaction étant normale au poignet ; 3° *à la main gauche*, les muscles innervés par le nerf radial répondent très mal à l'excitation électrique, sans cependant présenter de R. D. ; leur atrophie est donc profonde ; de même pour les muscles innervés par le nerf cubital et pour quelques muscles innervés par le nerf médian (éminence thénar, 1er et 2e lombricaux) ; 4° dans l'ensemble, le nerf médian et les muscles qu'il commande sont normaux ; 5° certains muscles de la ceinture scapulaire (digitations accessibles du grand dentelé) ont une atteinte dépassant les muscles du membre supérieur et intéressant le plexus brachial lui-même. La légère hypoexcitabilité faradique du point de Erb vient à l'appui de cette thèse. (Note remise par M. le docteur M. Bertrand).

trose, de simulation, d'exagération ou de névrose traumatique.

Discussion. — Il est certain que les troubles dont se plaint M... et que les symptômes que les examens cliniques permettent de constater sont la conséquence d'une polynévrite surtout accusée au niveau du membre supérieur gauche ; il est certain aussi que l'évolution de cet état pathologique est conditionné par l'évolution même de cette polynévrite.

On ne peut en effet songer dans ce cas ni à l'hystéro-traumatisme, ni à la simulation, ni à la sinistrose. Il est évident aussi qu'on ne peut attribuer les symptômes observés, ni aux myopathies (type Erb ou Landouzy, ou Déjerine), ni aux dystrophies musculaires de type myopathique (Claude, Vigouroux, Lhermitte), ni aux polynévrites dues à une compression du plexus brachial ni aux polynévrites dues à une intoxication (alcool, plomb, arsenic), ni au diabète, ni à l'urémie, ni à la syphilis, ni à la tuberculose.

Mais il y a lieu de rechercher : 1° la cause de cette polynévrite, et 2° le lien qui peut la rattacher à l'accident du travail survenu à M... le 8 février 1924. Il eut été difficile, il y a encore quelques années, de répondre d'une façon précise à cette double question, mais à l'heure actuelle, la lumière s'est faite grâce aux travaux récents qu'il nous paraît inutile de citer ici, et dont on pourra trouver l'énumération dans une revue générale de M. Léon Pollet, publiée dans la *Gazette des hôpitaux civils et militaires de Paris* (26 avril, 1er et 3 mai 1924) et on sait qu'à « côté de ses innombrables bienfaits, la sérothérapie peut parfois provoquer des accidents dont les modalités cliniques habituelles sont maintenant devenues classiques ». Mais il existe des formes anormales de la maladie du sérum, et parmi ces accidents un des plus intéressants est la polynévrite post-sérothérapique. A vrai dire, c'est là une complication exceptionnelle : M. Lhermite en a rapporté cinq cas en 1919 ; M. L. Pollet a pu en rassembler vingt-cinq observations en 1924 et quelques autres cas ont été publiés depuis cette époque.

La paralysie motrice consécutive à la sérothérapie antitétanique est la moins rare. On peut l'observer dans deux conditions : ou bien il s'agit de patients guéris d'un tétanos confirmé grâce à la sérothérapie ; ou bien, deux fois plus fréquemment il s'agit de blessés souvent légers, chez lesquels on a pratiqué préventivement une injection de dix à vingt centimètres cubes de sérum antitétanique. C'est le cas de M...

L'évolution de ces polynévrites est très variable ; cependant d'une façon générale ces polynévrites ont tendance à régresser plus ou moins précocement. Les paralysies motrices sont plus tenaces et les amyotrophies peuvent persister un an, dix-huit mois et plus, surtout s'il y a eu réaction de dégénérescence complète.

La sérothérapie préventive antitétanique est, à l'heure actuelle, après l'expérience décisive de la guerre de 1914-1918 une nécessité absolue : tout blessé, s'il a une plaie, si minime soit-elle, doit donc le plus rapidement possible après l'accident recevoir une injection de sérum. Actuellement, cette question n'est plus discutée ; à tous les degrés de la juridiction, il est acquis que l'*injection préventive de sérum antitétanique est une nécessité.* (*L'Immunité*, 1er octobre 1925, page 4.)

Tous les soins qui résultent des accidents sériques et l'incapacité qui en découle sont à la charge de l'employeur et sont la conséquence directe de l'accident au point de vue médico-légal. (*L'Immunité, loco citato.*)

L'accident du travail, dont M... a été victime le 8 février 1924, est donc responsable de la polynévrite que nous constatons encore aujourd'hui.

La polynévrite post-sérothérapique, dont M... est atteint, nous paraît appartenir à une forme de gravité moyenne, et, en raison de ses caractères et de sa marche, nous estimons qu'elle constitue actuellement une incapacité permanente de travail dont le taux est de dix pour cent (10 %).

La date de la consolidation juridique de la blessure peut être fixée au mois de juin 1925 en tenant compte de l'appréciation fournie par M. le Dr Le Roux dans son certificat du 11 juin 1925.

Conclusions. — Les diverses opérations de cette expertise nous amènent à formuler les conclusions suivantes :

1° M... François est atteint d'incapacité permanente partielle de travail à la suite et comme conséquence de l'accident du 8 février 1924.

2° Le taux de la réduction de la capacité ouvrière est de dix pour cent.

3° La date de la consolidation de la blessure doit être fixée au mois de juin mil neuf cent vingt-cinq.

En foi de quoi, nous avons dressé le présent rapport médico-légal dont nous attestons le contenu sincère et véritable pour valoir ce que de droit sous le régime des Lois sur les Accidents du travail.

Périgueux, le 21 novembre 1925.

Dr Ch. Faguet.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le Professeur NOBÉCOURT.

Les broncho-pneumonies tuberculeuses des nourrissons (1)

Nous avons eu l'occasion de soigner récemment à la salle Husson un petit malade dont voici l'histoire.

C'est un garçon né le 23 mars 1925, à terme. Ses père et mère, ainsi que quatre frères et sœurs, sont bien portants. Il a été élevé au sein de sa mère jusqu'à 7 mois. A cet âge, il pesait 7 kilogr. C'est alors qu'il a commencé à maigrir, à tousser et, en toussant, à vomir une partie de ses aliments. Il avait à certains moments de la fièvre, jusqu'à 39°3. On l'a fait entrer à l'hôpital le 11 janvier dernier, à l'âge de neuf mois et demi.

Il est de taille moyenne, mesurant 76 cm., mais il ne pèse que 5 kgr. 180, au lieu de 8 kgr. 300 ; le rapport du poids à la taille est de 77, au lieu de 124.

Il est très maigre, cachectique ; ses bourses sont un peu œdématiées ; il présente quelques signes discrets de rachitisme, n'a que quatre incisives. La température est normale, de 37°2 ; le pouls à 136. Il a chaque jour deux ou trois selles glaireuses, panachées.

Il tousse beaucoup et la toux est parfois accompagnée de régurgitations.

Le ventre est globuleux, tendu, météorisé. Le foie est gros et descend d'un travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la rate est grosse et palpable.

A l'examen des poumons, nous trouvons du côté droit, en avant et en haut, de la submatité et une inspiration soufflante ; en arrière, dans le tiers inférieur, de la submatité, un souffle inspiratoire et expiratoire, de nombreux râles sous-crépitants de moyen volume.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative ; une deuxième, pratiquée le 16 janvier l'est également. Le Bordet-Wassermann (H^2) et le Hecht sont positifs.

On constate que la quantité de lait fournie par la mère est tout à fait insuffisante ; elle n'est que de 130 gr. en 24 heures. Le lait est d'ailleurs très pauvre : d'après l'analyse pratiquée par M. Bidot, il est très clair ; sa densité est de 1030 ; il contient par litre 105 gr. 80 d'extrait sec, 14 gr. 70 de beurre, 62 gr. 55 de lactose.

Nous nous trouvons donc en présence d'un bébé cachectique. L'hypoalimentation joue certainement un rôle, mais elle n'est pas seule en cause. Cet enfant est un tuberculeux, comme le révèlent, malgré l'apyrexie et la réaction cutanée à la tuberculine négative, les symptômes pulmonaires. La radiographie confirme le diagnostic de tuberculose : les plages pulmonaires sont obscures et parsemées de taches opaques plus ou moins sombres, irrégulières, qui leur donnent un aspect pommelé ; à la base droite, l'opacité est uniforme ; l'ombre du médiastin est élargie sur toute la hauteur des deux côtés ; elle déborde largement le bord droit du cœur.

L'estomac enfin est distendu par une volumineuse poche gazeuse.

Les jours suivants la température devient irrégulière ; à partir du 16, elle s'élève à 38°, à partir du 20, à 39°, avec des oscillations ; le poids diminue rapidement ; le 22, il est de 4 kil. 740 ; en onze jours l'enfant perd 440 gr., soit 40 gr. par jour. Les symptômes pulmonaires s'accentuent : dans toute la hauteur des poumons on entend de nombreux râles sous-crépitants moyens et gros. En même temps apparaît un peu d'abattement et de raideur de la nuque, qui font penser à une méningite, à tort d'ailleurs, car la ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien normal.

L'enfant meurt le 24 janvier.

A l'autopsie, nous trouvons des lésions typiques de *broncho-pneumonie tuberculeuse*, de *broncho-pneumonie caséeuse*. Sur les coupes des poumons, vous voyez de très nombreux nodules caséeux, blanc-jaunâtre, à contours arrondis ou irréguliers, certains folliacés ; entre eux sont des granulations grises, grosses comme des têtes d'épingle. A droite, dans le lobe inférieur, il y a de gros amas caséeux. Les nodules caséeux sont homogènes ou présentent un commencement de ramollissement central ; certains sont creusés d'une petite caverne, du volume d'une lentille, communiquant avec la bronche.

Les ganglions péri-trachéobronchiques sont hypertrophiés et renferment des tubercules. Sur les plèvres pariétales il y a quelques nodules caséeux, gros comme un grain de mil.

Il y a quelques granulations tuberculeuses sur le péritoine.

Les ganglions mésentériques sont très gros, caséeux ; ils forment une masse volumineuse, dont on n'avait pas soupçonné l'existence ; ils ont probablement joué un rôle dans la production des symptômes abdominaux que nous avions constatés.

Le foie est gros, a l'aspect un peu muscade.

(1) Leçon du 6 février 1926, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

La rate est très grosse ; on voit à sa surface quelques petits tubercules caséeux. Les reins, les capsules surrénales, les méninges, l'encéphale ne présentent rien de particulier.

Nous observons assez souvent des malades semblables. Je vais vous en citer deux observations typiques.

Une fille est née le 11 août 1922, à terme, pesant 3 kil. 730. Ses parents ne sont pas tuberculeux. Elle est allaitée par sa mère jusqu'à un mois et pèse alors 4 kgr. 500. A cet âge, elle est placée en nourrice à la campagne et élevée au lait de chèvre. Le 7 février, la nourrice meurt de tuberculose. La mère va chercher son enfant et apprend qu'elle tousse depuis un mois. Elle nous l'amène le 13 février 1923, à l'âge de 6 mois.

Cette enfant est petite, ne mesure que 61 cm. Elle pèse 5 kil. 500, au lieu de 7 kgr. ; le rapport du poids à la taille est de 91 au lieu de 109 ; elle est donc très amaigrie. Elle tousse beaucoup et a de la diarrhée. La température est de 38°-38°3. Nous constatons quelques signes de rachitisme, un foie gros, une rate grosse et ferme.

A l'examen des poumons, nous trouvons : en avant, des râles humides des deux côtés, surtout à gauche, et une respiration rude à la partie moyenne ; en arrière, dans la région hilaire, une respiration soufflante et une expiration prolongée, des râles humides disséminés des deux côtés, et à droite quelques foyers de râles sous-crépitants fins.

La radiographie montre des plages pulmonaires parsemées de nodules opaques, irréguliers, surtout nombreux à droite, où ils sont conglomérés vers la partie moyenne et inférieure. Au milieu de quelques ombres nodulaires, il existe de petites taches claires, arrondies, qui sont probablement des cavernules ; à gauche, au-dessous de la clavicule, est un espace clair, irrégulièrement arrondi, à bords nets, indiquant l'existence d'une petite caverne. Les hiles sont élargis.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative, et deux autres pratiquées les 20 et 25 février le sont également.

Le Bordet-Wassermann (H^7) et le Hecht sont négatifs.

Les jours suivants, apparaît une fièvre à grandes oscillations, s'élevant le soir progressivement jusqu'à 39°5, descendant le matin au voisinage de 38°. Après une faible rémission les 18 et 19, la fièvre reprend.

Le poids diminue rapidement ; le 25 il est de 4 kgr. 460, il a donc diminué de 1040 gr. en 12 jours, soit de 86 gr. par jour.

Les mucosités prélevées dans le pharynx ne montrent pas de bacilles de Koch, mais celles recueillies par un lavage de l'estomac en contiennent de nombreux.

Finalement, le 25, la température s'élève à 40° et l'enfant meurt.

A l'autopsie, on trouve dans les poumons des nodules caséeux disséminés, des granulations miliaires généralisées, une caverne à la partie moyenne du poumon gauche. Les ganglions trachéo-bronchiques sont tuberculeux. Il y a également des granulations tuberculeuses dans le foie et dans la rate.

Le troisième enfant est un garçon né le 2 juin 1925, à terme, pesant 3 kgr. 500, d'une mère alcoolique et tuberculeuse, ayant des bacilles de Koch dans les crachats. Cette femme allaite son enfant sans suivre aucune règle et sans prendre de précautions pour le protéger contre sa maladie ; il se développe mal et reste maigre.

A partir du 1er décembre, l'enfant est pris de toux, d'oppression ; il s'amaigrit rapidement. On nous l'amène le 12 décembre à l'âge de 6 mois.

Il mesure 57 cm. et pèse seulement 3 kgr. 490. Le rapport du poids à la taille est de 61. C'est *un cachectique*. Il présente quelques signes de rachitisme.

Les selles sont normales. La température est de 37°. Mais l'enfant tousse beaucoup, est gêné pour respirer, a de la polypnée avec un léger tirage épigastrique. Le ventre est un peu tendu ; le foie un peu gros déborde de trois travers de doigts le rebord costal ; la rate n'est pas palpable.

A l'examen des poumons, on constate : en avant, dans la région moyenne, une respiration soufflante ; en arrière, à droite, dans l'espace inter-scapulo-vertébral et la région sus-épineuse, de la submatité, de la résistance sous le doigt, une inspiration rude et soufflante ; à gauche, dans la région inter-scapulo-vertébrale, une légère submatité.

La radiographie montre une ombre médiastine élargie, avec des bords irréguliers ; à gauche, des points plus sombres indiquent la présence de ganglions ; à droite, une grosse masse opaque déborde le cœur et les vaisseaux. Les plages pulmonaires sont parsemées de taches nébuleuses comme chez les malades précédents.

La cuti-réaction à la tuberculine est faiblement positive et retardée, elle ne se montre qu'au bout de trois jours. Le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Les jours suivants, la température s'élève : du 15 au 21 décembre, elle est de 37°4-37°8 ; à partir du 22 décembre, elle atteint 38°5-39°, avec de grandes oscillations. Le poids tombe, le 27 décembre, à 3 kgr. 110 ; l'enfant a perdu 380 gr., en quinze jours, soit 25 gr. par jour. Cependant il n'a pas de troubles digestifs.

La polypnée persiste, on entend des râles sous-crépitants disséminés des deux côtés.

Le 29 décembre, l'enfant est emmené par son père, malgré notre conseil, dans un état très

◆◆◆

grave ; il a dû mourir peu de temps après sa sortie de l'hôpital.

***

Ces trois enfants ont été atteints de BRONCHO-PNEUMONIES TUBERCULEUSES. Je pourrais encore vous citer bien d'autres observations, car malheureusement cette forme de tuberculose n'est pas rare chez les nourrissons, surtout à partir de 6 mois ; au-dessous de cet âge on observe, en effet, plutôt des formes granuliques. Elle est due, comme toutes les infections tuberculeuses du nourrisson, à une contagion, qui se réalise le plus souvent dans le milieu familial par la vie en commun avec des parents tuberculeux. Mais la contagion peut venir d'autres sources, d'une nourrice, par exemple.

La broncho-pneumonie tuberculeuse est rarement *primitive* ; cette éventualité se rencontre quelquefois quand l'enfant est soumis à une infection massive, mais il s'agit alors plutôt d'un processus d'alvéolite aiguë confluente ou disséminée que d'une broncho-pneumonie.

Dans la règle, la broncho-pneumonie est *secondaire*. Le bacille de Koch effectue une première étape dans laquelle il réalise le tubercule pulmonaire d'inoculation et le tubercule similaire dans un ganglion trachéo-bronchique. Puis, dans une deuxième étape, il infecte les bronches et les poumons. Cette infection peut s'effectuer suivant deux modalités. La voie d'invasion la plus habituelle est la voie bronchique : un tubercule pulmonaire ou un tubercule ganglionnaire se rompt dans une bronche, laisse échapper des particules caséeuses bacillifères ; les bacilles sont brassés par l'air de la respiration et se disséminent dans les extrémités de l'arbre bronchique ; c'est le processus de l'embolie bronchique, qu'a particulièrement bien décrit Sabourin. Mais la dissémination peut se réaliser par la voie sanguine : au niveau d'un ganglion trachéo-bronchique caséeux, des bacilles passent dans une veinule, parcourent la veine cave inférieure, le cœur droit, l'artère pulmonaire et s'arrêtent dans les capillaires extralobulaires ; toutefois l'infection sanguine entraîne plutôt la granulie pulmonaire que la broncho-pneumonie.

Parfois enfin, la broncho-pneumonie tuberculeuse est due à une réinfection exogène massive.

Les LÉSIONS de la broncho-pneumonie tuberculeuse sont en général très caractéristiques.

Vous les voyez sur les poumons de notre premier malade et sur ces pièces de la collection du aboratoire.

Ce poumon a été recueilli à l'autopsie d'un enfant de 4 mois, entré le 22 novembre 1911. Depuis deux mois il tousse et maigrit, il ne pèse que 4 kgr. 075. Il n'a pas de fièvre (37°8, 37°6, 37°3). Il présente des signes de méningite tuberculeuse, que confirme la ponction lombaire. Quelques jours après, le 2 décembre, il meurt au milieu de convulsions.

Cette autre pièce provient d'un enfant plus âgé ; je vous la montre parce que les lésions sont très typiques.

A l'autopsie, les plèvres sont tapissées d'un exsudat fibrineux ; parfois il existe des adhérences molles entre les deux feuillets.

Les poumons sont plus ou moins congestionnés. Au palper, on perçoit dans leur profondeur des noyaux résistants comme dans les bronchopneumonies nodulaires banales.

Ces noyaux sont plus ou moins nombreux ; ils sont rares dans les *formes discrètes*, nombreux dans les *formes disséminées*, conglomérés au niveau d'un lobe dans les *formes pseudo-lobaires* ; la pneumonie caséeuse du nourrisson est presque toujours une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

Sur les coupes, les noyaux ont une coloration blanc-jaunâtre ou grisâtre; ils sont formés de matière caséeuse, dense et sèche. Leur volume varie du grain de mil à la noisette. Ils sont arrondis, ovalaires, plus ou moins allongés, suivant la direction des coupes par rapport aux bronches et aux lobules ; ils peuvent reproduire la forme du lobule. Leurs bords sont polycycliques, festonnés, foliacés. Certains résultent de la fusion de plusieurs lobules voisins.

Au centre on peut voir la coupe transversale ou longitudinale d'une bronche. Tantôt la bronche est remplie par la matière caséeuse qui se continue avec la matière caséeuse du lobule ; tantôt elle contient du pus épais, caséeux ; tantôt elle s'ouvre dans une caverne miliaire. Quand la masse caséeuse est volumineuse, elle peut être creusée d'une caverne grosse comme un pois ou une petite noisette.

Sur certaines coupes, on voit des granulations grises plus récentes, des lésions banales de splénisation, de bronchite, de broncho-pneumonie.

Les ganglions médiastinaux et souvent les ganglions mésentériques contiennent des tubercules caséeux.

Habituellement, il s'est produit une bacillémie contemporaine de la broncho-pneumonie ou secondaire ; on trouve des granulations tuberculeuses dans les divers organes de l'économie.

Au microscope le *nodule caséeux* présente les caractères suivants. Au centre est une bronchiole oblitérée par du tissu caséeux et dont la paroi est détruite par la substance caséeuse. Au pourtour de la bronchiole, il y a de la péribronchite caséeuse englobant les vaisseaux et les alvéoles. C'est un processus de caséification massive ; il n'y a pas de follicules tuberculeux.

Dans certains nodules on trouve des cavernules dues à la fonte du tissu caséeux.

Autour du nodule, est la zone de splénisation ou d'extension, caractérisée par de l'œdème aigu, de la pneumonie catarrhale, un exsudat fibrino-leucocytique dans les alvéoles. Par places existe de la nécrose vitrifiante, début de la caséification.

A côté des nodules caséeux existent des nodules non caséeux, semblables à ceux de la broncho-pneumonie banale à ses différents stades ; dans certains on trouve des îlots de nécrose vitrifiante ou de caséification à son début.

Il est parfois difficile de préciser s'il s'agit d'un début de broncho-pneumonie tuberculeuse ou d'une broncho-pneumonie banale qui peut coexister. L'absence de follicules tuberculeux n'est pas probante, car ils manquent dans la broncho-pneumonie tuberculeuse. Landouzy et Queyrat ont pu tuberculiser des cobayes avec ces lésions banales.

Dans certains cas, on trouve au niveau des lésions des pneumocoques, des streptocoques ou d'autres germes banaux. Certains auteurs pensent que ces infections banales favorisent la localisation du bacille de Koch. Elles ne sont pas nécessaires.

Certaines formes de broncho-pneumonies subaiguës avec abcès péribronchiques et avec bronchectasies réalisent des lésions dont l'aspect rappelle celui de la broncho-pneumonie tuberculeuse. Ce sont, comme l'a écrit le prof. Hutinel, de véritables *broncho-pneumonies pseudo-tuberculeuses*. Mais ces formes sont rares avant deux ans.

***

Les analogies anatomiques entre les broncho-pneumonies tuberculeuses et les broncho-pneumonies simples expliquent leurs analogies cliniques. Les symptômes généraux, les symptômes subjectifs et fonctionnels, les signes physiques sont de même ordre. Nous rechercherons tout à l'heure s'il existe des caractères différentiels. Tout d'abord étudions les faits.

Les broncho-pneumonies tuberculeuses apparaissent dans des circonstances diverses.

Il y a des cas où, auparavant, rien ne permet de soupçonner une évolution tuberculeuse. L'enfant paraissait bien portant, quand débutent les symptômes de la broncho-pneumonie.

D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, on s'aperçoit depuis quelque temps que le bébé n'est plus en bonne santé ;son poids reste stationnaire ou même il maigrit ; souvent il a de l'anorexie, il est moins vivace ; il présente des irrégularités thermiques ou même une petite fièvre.

Quelquefois, l'affection débute après une rougeole ; après une phase d'apyrexie de huit ou dix jours, la température remonte et les divers symptômes se manifestent. D'autres fois elle apparaît au cours d'une coqueluche.

Le DÉBUT est parfois aigu. En général il est insidieux et ne peut être précisé ; l'enfant maigrit et se met à tousser ; sa toux peut être quinteuse, coqueluchoïde, provoquer des vomissements. Il est légèrement dyspnéique. Il n'a pas de fièvre ou sa température s'élève légèrement, à 38°-38°5.

A ce moment l'examen des poumons est négatif ou ne révèle que des signes discrets. Les modifications de la sonorité à la percussion et du murmure vésiculaire sont nulles ou discutables. On peut entendre en deux ou trois points, d'un côté ou des deux, quelques bouffées de râles sous-crépitants fins ou moyens, qui siègent surtout à la base. Dans certains cas, on perçoit quelques signes de condensation pulmonaire dans la région scapulaire, à la base ou en avant : de la submatité, de la résistance, une respiration bronchique un peu soufflante, des râles sous-crépitants fins.

Ces symptômes sont difficiles à constater ; on les trouve ou on ne les trouve pas suivant que l'enfant respire faiblement ou fortement, qu'il tousse et crie ou non.

On trouve assez souvent dans l'espace inter-scapulo-vertébral des signes discrets d'adénopathie trachéo-bronchique : légère submatité, résistance, respiration rude ou soufflante.

Plus ou moins vite, l'affection arrive à la PÉRIODE D'ÉTAT et se caractérise.

Parmi les *symptômes généraux*, la *fièvre* et l'*amaigrissement* sont les plus importants.

La *fièvre* revêt des modalités diverses. Les courbes thermiques des malades dont je vous ai parlé en témoignent.

Chez le premier, après une phase d'apyrexie, survient une petite fièvre irrégulière, puis une température de 38°5-39° avec des crochets qui persistent jusqu'à la mort.

Chez le deuxième, la température s'élève progressivement le soir jusqu'à 39°-39°5, puis reste au-dessous de 38° pendant deux jours, enfin remonte jusqu'à la mort : elle présente de grandes oscillations.

Chez le troisième, la température est d'abord subfébrile, puis, pendant les sept derniers jours, elle s'élève à 39°-39°5 avec de grandes oscillations.

En somme, la température n'est en général, pas très élevée et présente de grandes irrégularités.

Il y a des cas cependant où, pendant toute l'évolution, elle se maintient en plateau, au voisinage de 39°. Il en était ainsi pour un enfant de 6 mois que j'ai observé à la Maternité avec M. Paraf, et dont nous avons publié l'histoire, dans les *Archives de médecine des enfants*, en juillet 1919, parce qu'il s'agissait d'un fait intéressant de contagion tuberculeuse dans une crêche d'hôpital. Parfois, au contraire, l'enfant reste

apyrétique pendant toute la maladie, comme le bébé de 4 mois, mort de méningite tuberculeuse, dont je vous ai montré les pièces.

L'*amaigrissement* est le deuxième grand symptôme ; il est progressif, rapide ; l'enfant perd 20, 40, 80 gr. par jour, souvent sans présenter de troubles digestifs bien manifestes.

Il a de la pâleur, quelquefois des sueurs.

Aux symptômes généraux s'associent des *symptômes fonctionnels.*

La *dyspnée* est généralement vive ; il y a de la polypnée, du tirage, de la cyanose des extrémités ; mais elle peut être légère.

La *tachycardie* est souvent exagérée par rapport à l'élévation de la température ; cette dissociation n'a pas une grande valeur sémiologique chez les nourrissons.

La *toux* est plus ou moins sèche, quelquefois quinteuse, coqueluchoïde ; elle provoque souvent des vomissements. A un moment donné, elle devient plus grasse, mais, à l'âge des malades, n'est pas suivie d'expectoration.

Le ventre est souvent gros et tendu. Le foie et la rate sont souvent hypertrophiés. On peut percevoir des petits ganglions périphériques.

Les *signes physiques* diffèrent suivant l'étendue et le stade des lésions. Ils n'ont ici rien de spécial à la tuberculose. Les uns traduisent l'inflammation bronchique et alvéolaire et la présence d'exsudats plus ou moins épais ; ils manquent quand la matière caséeuse sèche infiltre les bronchioles et les alvéoles : ce sont des râles muqueux plus ou moins gros, des râles sous-crépitants fins, plus ou moins secs, des râles crépitants et même des râles cavernuleux. Les autres sont des signes de condensation pulmonaire, dus à la présence des nodules broncho-pulmonaires ; quand ceux-ci sont suffisamment nombreux et confluents, la percussion peut déceler de la submatité ou de la matité, de la résistance, et l'auscultation une respiration plus ou moins soufflante, des souffles à caractères divers, des modifications du cri, etc.

Les signes physiques sont, en général, nuls dans les formes discrètes, plus ou moins manifestes dans les formes disséminées, assez nets dans les formes confluentes.

Il n'est pas rare que les signes restent discrets avec des lésions très avancées ; il y a souvent désaccord entre le peu d'intensité des signes physiques et l'importance des symptômes généraux et fonctionnels.

Les signes physiques sont généralement bilatéraux ; assez souvent ils prédominent d'un côté.

La symptomatologie physique des bronchopneumonies tuberculeuses est donc très différente suivant les malades. Tantôt on perçoit en un ou plusieurs points, avec ou sans submatité, une respiration soufflante et des râles sous-crépitants fins et secs. Tantôt on entend par places des foyers de râles fins, tandis qu'en un ou plusieurs autres points, il y a de la submatité du souffle bronchique, tubaire ou broncho-pleurétique, des râles sous-crépitants fins et secs plus ou moins nombreux. Tantôt à ces symptômes se surajoutent des râles humides plus ou moins généralisés, prédominant en certains points.

Il ne faut jamais oublier d'explorer la région inter-scapulo-vertébrale ; on y trouve souvent des signes plus ou moins nets d'adénopathie trachéo-bronchique, qui ont une grande valeur sémiologique.

Au cours des examens successifs, on remarque que parfois, comme dans les broncho-pneumonies banales, les symptômes sont mobiles, varient d'un jour à l'autre, parce qu'il se produit des phénomènes fluxionnaires. Le plus habituellement, au contraire, les symptômes restent fixes ; ils s'étendent de proche en proche comme une tache d'huile, et se fusionnent avec les foyers voisins.

L'analyse des signes physiques révèle dans une certaine mesure l'état des poumons. Mais ces signes sont trompeurs ; généralement les lésions sont plus importantes qu'il ne paraît.

La *radiographie*, plus précieuse encore que la radioscopie, en témoigne. A un moment donné, les plages pulmonaires, plus ou moins obscures, sont parsemées de taches, plus ou moins opaques, fixes, qui leur donnent l'aspect pommelé caractéristique. Ces taches sont plus ou moins grosses, ont un diamètre de un demi à un centimètre, des contours irréguliers, flous, effilochés ; elles sont dues aux nodules tuberculeux disséminés ; certaines zones plus étendues, plus opaques, correspondent à des nodules conglomérés, à des amas pseudo-lobaires. Les cavernules se traduisent par de petites taches claires en plein tissu opaque. L'adénopathie trachéobronchique présente les caractères habituels.

***

Les broncho-pneumonies tuberculeuses ont en général une ÉVOLUTION AIGUE, d'autant plus rapide que l'enfant est plus jeune. Après une phase initiale, plus ou moins longue, apparaissent les symptômes de la maladie confirmée. L'état s'aggrave et la mort survient par asphyxie et cachexie en quatre, cinq ou six semaines.

Il arrive qu'on puisse suivre, surtout dans la clientèle de la ville, mais quelquefois, également, à l'hôpital, un malade depuis le début de la maladie jusqu'à la fin. C'est le cas pour l'enfant dont je parlais tout à l'heure, que j'ai soigné avec M. Paraf. Ce bébé était fils d'une nourrice de mon service de la Maternité, bien portante, ayant des réactions cutanées à la tuberculine négatives ; il était allaité par sa mère. Un jour, sans cause appréciable, à l'âge de 5 mois et demi, il

commence à maigrir, se met à tousser, a un peu de diarrhée. Puis apparaît la fièvre ; d'emblée la température est élevée et reste en plateau autour de 39°. Nous constatons de la submatité au hile gauche et l'apparition, dans les poumons, de foyers de râles sous-crépitants disséminés. La radiographie montre l'aspect pommelé caractéristique. L'enfant maigrit rapidement, se cachectise. Il meurt un mois après le début de la fièvre. Deux cuti-réactions à la tuberculine ont été positives ; nous avions trouvé des bacilles de Koch dans les crachats prélevés au niveau du pharynx.

Plus rares sont les formes moins rapides, les FORMES SUBAIGUES ; elles sont d'autant plus fréquentes que le bébé est plus avancé en âge ; elles ne se rencontrent guère qu'à partir d'un an et demi et surtout de 2 ans.

La température est plus ou moins élevée, irrégulière ; elle présente des périodes de diminution et d'augmentation, de grandes ondes. L'enfant se cachectise ; il a de la diarrhée, il tousse. On trouve à l'examen du poumon des signes de ramollissement. La mort survient au bout de trois ou quatre mois ; rarement l'affection se prolonge cinq ou six mois.

Cette forme subaiguë se rapproche, par son évolution, de la broncho-pneumonie tuberculeuse, de la *phtisie galopante* de la moyenne et de la grande enfances.

La MORT survient généralement par cachexie et par asphyxie. Assez souvent elle est hâtée par une granulie ou par une méningite tuberculeuse ; en général celle-ci a une symptomatologie fruste et ne se révèle guère que par des convulsions avec une légère raideur de la nuque.

Le processus cavitaire cause exceptionnellement une *hémoptysie* foudroyante. Les hémoptysies, exceptionnelles d'ailleurs chez le nourrisson, sont plutôt dues à l'ulcération d'un vaisseau par un ganglion trachéo-bronchique caséeux, ouvert d'autre part dans une bronche.

***

Le tableau clinique, que je viens d'esquisser, montre les difficultés du DIAGNOSTIC de la broncho-pneumonie tuberculeuse du nourrisson. Elle peut être méconnue ou diagnostiquée à tort. Il est possible de la reconnaître grâce à l'analyse des symptômes, à l'évolution et à diverses recherches.

Diverses éventualités se présentent.

On peut penser à une *affection gastro-intestinale* quand les troubles digestifs prédominent et les signes thoraciques sont discrets.

On peut penser à une *broncho-pneumonie simple* quand les signes thoraciques retiennent l'attention. Cependant, dans cette dernière, le début est plus rapide ; il est généralement précédé par un catarrhe des voies respiratoires supérieures, par une bronchite plus diffuse. A la période d'état, la fièvre est généralement plus élevée, l'amaigrissement est moins progressif et moins grand ; les signes physiques sont plus importants, plus en rapport avec la fièvre et la dyspnée ; ils sont plus mobiles, plus variables ; la matité est moins forte et moins fine.

Dans les formes prolongées la *broncho-pneumonie subaiguë avec bronchectasie* présente de grandes analogies avec la broncho-pneumonie tuberculeuse. Mais elle est rare avant deux ans, est consécutive à une rougeole, à une grippe, à la coqueluche ; l'état général est moins touché, l'amaigrissement moins rapide et moins accentué ; au bout d'un certain temps l'importance des signes physiques, à caractères cavitaires, contraste avec un état général relativement assez bon.

Il y a des cas où le diagnostic est à faire avec une *pleurésie purulente para-broncho-pneumonique* généralement *à pneumocoques,* localisée au niveau de l'interlobe, de la région antérieure ou de la partie supérieure, etc. de la plèvre. On constate en effet dans ces régions des signes qui font penser à un ramollissement du poumon et même à une caverne. Le véritable symptôme différentiel, en dehors des circonstances de l'évolution, est la matité absolue avec perte d'élasticité, qui fait penser à la présence de pus ; un foyer tuberculeux n'entraîne pas une telle matité.

Il faut encore penser à la possibilité d'une *broncho-pneumonie banale chez un enfant porteur d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.* Ces intrications ne sont pas exceptionnelles. L'évolution permet seule le diagnostic.

Quant au diagnostic entre la broncho-pneumonie tuberculeuse et la *granulie pulmonaire,* il a surtout un intérêt scientifique, car le pronostic est aussi mauvais dans un cas que dans l'autre. La confusion n'est guère possible dans les cas où la granulie pulmonaire se traduit par de grands symptômes fonctionnels et généraux, contrastant avec des signes physiques à peu près nuls. Elle est au contraire difficile à éviter dans les cas où elle s'accompagne de signes de broncho-pneumonie ou même de pneumonie.

La RADIOLOGIE nous rend de grands services pour le diagnostic. L'aspect pommelé de la broncho-pneumonie tuberculeuse diffère de l'image donnée par les broncho-pneumonies banales. Dans celles-ci les ombres sont plus légères, plus diffuses, beaucoup plus difficiles à préciser ; toutefois, dans les formes pseudo-lobaires, l'opacité peut être assez grande pour prêter à la confusion. De même l'aspect pommelé est différent de l'aspect granité, des fines granulations opaques de la granulie pulmonaire.

Un appoint utile pour le diagnostic est la RÉACTION CUTANÉE A LA TUBERCULINE. Généra-

✦✦✦✦

lement elle est *positive* ; alors elle ne certifie pas que la broncho-pneumonie soit tuberculeuse ; mais, avant un an, alors que la tuberculose reste rarement occulte et est presque toujours évolutive, elle est un argument de grande probabilité. Mais il n'est pas rare que la cuti-réaction reste *négative*, témoin les deux premiers malades dont je viens de parler, qui, l'un, treize et huit jours avant la mort, l'autre, douze et cinq jours avant la mort, avaient des cuti-réactions négatives. Elle peut encore être *très faible* et *retardée*, comme chez notre troisième malade, dix-sept jours avant la mort.

Il ne faut pas oublier enfin que certaines maladies, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pneumonie sont anergisantes et empêchent chez un tuberculeux la cuti-réaction à la tuberculine de se produire.

L'HÉMATOLOGIE est susceptible de donner quelques renseignements. Dans les broncho-pneumonies simples, la leucocytose est plus marquée, la polynucléose plus intense que dans les broncho-pneumonies tuberculeuses.

On doit enfin rechercher le BACILLE DE KOCH.

On peut quelquefois le déceler dans le *sang*, par inoculation au cobaye. Il est cependant exceptionnel que la bacillémie puisse être décelée. Avec M. Darré, en 1912, j'ai tuberculisé un cobaye par l'injection du sang d'un enfant de 3 ans. Il faut surtout rechercher les bacilles dans les *expectorations* prélevées soit au niveau du pharynx, soit dans l'estomac à l'aide d'un lavage de la cavité, soit dans les selles. Assez souvent les constatations sont positives. Pour notre dernier malade nous avons trouvé des bacilles dans le contenu de l'estomac ; pour le malade soigné avec Paraf, nous les avons trouvés dans le pharynx. Evidemment, un résultat négatif ne veut pas dire qu'il ne s'agit pas de tuberculose.

Il est important de porter le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse, car le PRONOSTIC est fatal à brève échéance. Il n'y a pas de TRAITEMENT qui permette d'arrêter l'évolution ; on se borne à instituer un traitement symptomatique.

Aussi vaut-il mieux essayer de PRÉVENIR l'infection tuberculeuse que d'avoir à la traiter. Pour la prévenir, il faut mettre le nourrisson à l'abri de tout contact avec un tuberculeux ; notamment, il faut le séparer, dès la naissance, de ses parents, s'ils sont tuberculeux.

D'autre part, le nourrisson malade demande l'institution de MESURES PROPHYLACTIQUES pour préserver son entourage. La fréquence avec laquelle on trouve le bacille de Koch dans les mucosités du pharynx montre que ce bacille peut se répandre à l'extérieur. Le malade qui tousse et qui crie peut répandre des bacilles autour de lui et par suite contagionner ses petits voisins. Il est donc nécessaire de l'isoler pour éviter la contagion. La contagion dans les crèches et dans les salles d'hôpital peuplées de nourrissons est une chose réelle. L'observation recueillie avec M. Paraf, dont je vous ai parlé tout à l'heure, nous a montré la réalité de la contagion tuberculeuse dans les crèches. A l'Académie de médecine, le 9 juin de l'année dernière, MM. Lesné et Langle ont soutenu la même opinion.

MÉDECINE PRATIQUE

Ostéosynthèse dans les fractures. Ses indications,

Par le Dr André TRÈVES.

Dans l'*Année médicale pratique* de 1922, p. 177, nous avons abordé cette question à propos du traitement des fractures en général. Elle a donné lieu tout récemment à des discussions très importantes, d'abord à la Société des Chirurgiens de Paris (1), puis à la Société de Chirurgie (2), enfin à la Société de Médecine de Paris (3) ; elle a fait l'objet de communication, d'articles de technique sur lesquels nous devons revenir.

Indications générales. — L'avantage théorique de l'ostéosynthèse est d'obtenir une réduction *anatomique* parfaite, une sorte de *restitutio ad integrum*, là où le traitement orthopédique ne permettrait pas un résultat semblable.

Une première indication d'ordre général consiste donc à n'utiliser le traitement sanglant que lorsque la méthode orthopédique a échoué ou qu'on a la certitude qu'elle se montrera inefficace.

Or, si la technique de l'ostéosynthèse a fait de grands progrès, depuis la guerre surtout, il en est de même des méthodes non sanglantes, et il est regrettable, comme je l'ai montré [(1) et (3)], que la confection des divers appareils et les modes de réduction non sanglante avec ses perfectionnements divers (tables spéciales, radiographies préalables, de face et de profil, contrôle radioscopique ou radiographique pendant la réduction et jusqu'à la terminaison de l'appareil) ne soient pas mieux utilisés.

Voyons maintenant les indications particulières de l'ostéosynthèse.

Chez l'enfant, l'ostéosynthèse est encore plus exceptionnellement indiquée que chez l'adulte. Paul Mathieu (1) qui l'a utilisée 15 fois sur 600 fractures, dont 9 fois dans des fractures des deux os de l'avant-bras, estime qu'avec une expérience plus grande de la chirurgie infantile, il l'emploiera moins souvent encore.

Elle trouverait pour cet auteur, ses indications lorsqu'il existe plusieurs fractures sur un même membre, dans les fractures comminutives, complexes ou proche des extrémités articulaires, surtout au membre inférieur.

Humérus. — La luxation de l'épaule étant pour ainsi dire inexistante chez l'enfant, elle ne viendra pas, ici, compliquer une fracture de la tête humérale ; l'ostéosynthèse n'a donc pas d'indication.

Au niveau de la diaphyse, seule, la paralysie radiale grave et définitive commanderait l'intervention, car l'interposition musculaire n'existe pas chez l'enfant.

La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus est la plus fréquente des fractures de l'enfant. Pratiquement, elle revêt trois formes :

La *sus-condylienne* où, contrairement à ce qu'a écrit Lenormant, l'intervention n'est jamais indiquée.

La *fracture du condyle externe*, lorsqu'elle s'accompagne d'un gros déplacement gênant la fonction, peut commander une intervention. Mais, comme je l'ai montré depuis longtemps, une amélioration spontanée se produit bien souvent et une intervention tardive peut en tout cas donner un résultat tout aussi bon ; j'en ai publié un cas récent (4).

Il en est tout autrement de la fracture *partielle* du condyle, décrite et baptisée par Mouchet : *décalottement du condyle huméral.* Ici, le fragment, intraarticulaire, bloque le coude et doit être enlevé. Ce décalottement a fait l'objet de la thèse d'Alcalaz (5), d'un rapport de Mouchet sur une communication de Gay-Bonnet (6) et d'un important article pathogénique d'André Rendu (7).

Dans la *fracture de l'épitrochlée*, lorsque le fragment détaché est coincé dans l'articulation, la reposition et le vissage sont inutiles. L'arthrotomie et l'extirpation du fragment s'imposent [Gence (8)].

Avant-bras. La fracture *des deux os*, quoi qu'on en ait dit, est presque toujours réductible, à condition de surveiller la réduction sous écran jusqu'à dessiccation du plâtre. J'en ai publié une observation très nette (3).

Il en est de même du *décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius*, Grimault et Léonhart (9) n'auraient sans doute pas eu besoin de l'ostéosynthèse, toujours à éviter dans une épiphyse d'enfant, en pratiquant la réduction de la manière sus-indiquée.

Enfin, la *fracture du cubitus avec luxation de la tête du radius*, assez fréquente chez l'enfant, ne commande l'intervention qu'au cas d'irréductibilité, ce qui est exceptionnel.

La *fracture de la tête du radius* peut entraîner l'ablation du fragment lorsqu'il gêne les mouvements du coude, mais non l'ostéosynthèse.

Au membre inférieur, il n'existe aucune indication d'ostéosynthèse chez l'enfant. En particulier, *le décollement de l'extrémité inférieure du tibia* peut toujours être réduit et appareillé [Leibovici (10)].

D'une manière générale, la malléabilité et la faculté d'adaptation fonctionnelle des os chez l'enfant font que le pronostic s'améliore constamment au cours du développement.

Chez l'adulte. — La fracture de l'*olécrâne* et la fracture de la *rotule*, cette dernière surtout, commandent l'intervention, car on n'en peut attendre de consolidation osseuse.

Humérus. Extrémité supérieure : c'est surtout la fracture avec luxation de la tête qui nécessite la réduction sanglante avec vissage de la tête à la diaphyse.

Fractures diaphysaires. — La *paralysie radiale* immédiate entraîne l'intervention pour la plupart des auteurs. Cependant, la réduction et la temporisation permettent d'éviter l'opération lorsqu'il ne s'agit que d'une contusion du nerf. L'*interposition musculaire* persistante après tentative de réduction est une indication formelle d'intervention, pour éviter la pseudarthrose, dans les fractures très obliques.

Extrémité inférieure. — La *fracture sus et intercondylienne* dont les conséquences peuvent être très graves, est très difficile à bien réduire et doit être opérée le plus souvent.

Avant-bras. — La fracture des deux os est considérée par beaucoup comme nécessitant l'ostéosynthèse. C'est l'avis de Dujarier, Fredet, Riche (2), Petit de la Villéon, Dupuy de Frenelle (3). Cependant, avec le contrôle de la radioscopie, on doit, le plus souvent éviter l'intervention, dont on a sûrement abusé.

Poignet. — Les fractures du carpe, bien étudiées depuis plusieurs années (Destot, Pierre Delbet, Mouchet et Jeanne, etc.), sont, en général, réductibles lorsque le diagnostic en est fait précocement. Dans le cas contraire, on pratique l'ablation du fragment gênant (semi-lunaire en général), mais l'ostéosynthèse n'est pas indiquée.

Fémur. — Nous avons étudié longuement l'an dernier les *fractures du col du fémur* (*Année médicale pratique*, 1925, pp. 76-78), nous n'y reviendrons donc pas.

Diaphyse. — Bien que Riche (2) et Dupuy de Frenelle (3) considèrent la fracture oblique comme pouvant nécessiter l'ostéosynthèse, c'est ici que les abus ont été les plus nombreux ; nous avons vu, d'autre part, que l'appareillage actuel de ces fractures est bien au point et c'est au fé-

mur que les dangers de l'intervention sanglante atteignent leur maximum, comme nous le verrons plus loin.

Extrémité inférieure. — Ici encore une réaction se dessine contre les abus opératoires. La réduction par traction et l'immobilisation en flexion forcée permettent presque toujours une réduction suffisante dans les *fractures supracondyliennes. Pierre Delbet* et *Raoul Monod* (11) en rapportent deux observations où le traitement par l'extension continue a été suivi d'un très bon résultat fonctionnel, malgré un résultat anatomique d'apparence défectueuse.

Dans les fractures *intraarticulaires,* au contraire, unicondylienne ou en y, l'irréductibilité est plus fréquente et ses inconvénients au point de vue des mouvements du genou amènent à pratiquer l'arthrotomie et le vissage des fragments.

Jambe. Plateaux du tibia. — Ici encore, en raison de la dénivellation qu'elle entraîne, la fracture d'un ou des plateaux du tibia peut être dangereuse. Cependant Desgouttes et Ricard (de Lyon) (12) montrent que ce danger n'existe qu'au niveau du condyle interne et relatent trois observations de fractures graves réduites et plâtrées avec un excellent résultat.

Diaphyse. Les fractures obliques du tibia commanderaient l'ostéosynthèse pour Dujarier, Fredet, Riche, Dupuy de Frenelle, etc. Blanchard (13) s'élève contre cette opinion. La facilité apparente de l'intervention y a incité beaucoup de chirurgiens, l'os étant très superficiel. Je n'ai jamais eu besoin d'y recourir.

Fractures bimalléolaires. — Après une vogue opératoire très nette, surtout dans les cas accompagnés de fracture marginale postérieure, une réaction se dessine et la majorité des chirurgiens convient que la réduction est presque toujours obtenue avec l'anesthésie générale dans les cas difficiles et le maintien en hypercorrection (flexion aiguë et varus).

Astragale. — Lorsqu'elle est irréductible ou multi-fragmentaire, la fracture de l'astragale peut entraîner à pratiquer l'astragalectomie, mais l'ostéosynthèse n'est guère indiquée.

Calcanéum. — Pour beaucoup de chirurgiens, la fracture du calcanéum, souvent à plusieurs fragments, est irréductible et doit être vissée. C'est même l'avis de Blanchard (13), pourtant peu interventionniste.

J'ai pourtant réduit, plâtré et guéri une fracture du calcanéum à trois fragments (14).

(1) *Soc. des chir. de Paris,* 2 avril 1924 ; 20 juin 1924, p. 345 ; 7 nov. 1924, p. 474 ; 5 déc. 1924, p. 538 ; 16 janvier 1925, p. 23 ; 6 mars 1925, p. 193.
(2) *Soc. de chir.,* 8, 15 et 22 nov., ; 6, 13 et 20 déc. janvier 1925, p. 23 ; 6 mars 1925, p. 193.
1924 ; 14 et 21 janv. ; 4 et 11 février, 22 avril 1925.
(3) *Soc. de méd. de Paris,* 24 avril 1925, p. 245 ; 8 mai 1925, p. 304 ; 23 mai 1925, p. 350 ; 27 juin 1925, p. 410.
(4) *Rev. d'orthop.,* nov. 1924, pp. 521-525.
(5) *Thèse Lyon,* 1924.
(6) *Soc. de chir.,* 26 nov. 1924.
(7) *Rev. d'orthop.,* sept. 1925, pp. 445-461.
(8) *Thèse Paris,* 1925.
(9) *Rev. d'orthop.,* mai 1925, pp. 261-268.
(10) *Id.,* juill. 1925, pp. 345-364.
(11) *Soc. chir.,* 1er et 8 juill. 1925.
(12) *Journ. de chir.,* nov. 1925, pp. 481-485.
(13) *Presse méd.,* 19 nov. 1924, p. 916.
(14) Extrait de l'*Année médicale pratique,* volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obs., spécial, et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs. Prix du volume : 24 fr.
Envoyer avant le 1er mai : 20 fr. (pour l'étranger : 22 fr.), à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e).
Comptes chèques postaux 712-04.

FAITS CLINIQUES

Sténose du pylore chez le nourrisson. (Sténose organique et sténose spasmodique).

Par le Dr Maximilien Dupont (de Bougival).

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment deux cas de sténose du pylore chez le nourrisson. D'un caractère essentiellement différent l'un de l'autre il est intéressant de comparer ces deux cas, d'en suivre l'évolution, d'en discuter le traitement.

Chez les deux malades, l'affection s'est terminée par la guérison, mais l'un nécessita un traitement chirurgical, tandis que l'autre guérit par le traitement médical. Exposons d'abord des faits.

Obs. I. — *Sténose organique.*

Enfant Cor... (sexe masculin). Né le 23 octobre 1924. On ne note rien de spécial dans les antécédents paternels ni maternels. Il s'agit du troisième enfant et les trois grossesses ont été normales. L'enfant aîné a eu des vomissements abondants dans les premiers mois de la vie, mais qui, sans avoir présenté de caractère inquiétant, ont cessé spontanément. Le second enfant n'en n'a pas eu.

Dans le cas particulier, grossesse et accouchement sont normaux. Pas de signes d'hérédo-syphilis chez le nouveau-né. Le poids à la naissance est de 3 k. 600.

On n'a rien à signaler, dans le cas particulier, pendant les douze premiers jours de la vie, c'est-à-dire jusqu'au 4 novembre : l'enfant est soumis à l'allaitement maternel, il prend normalement le

sein, aucune tétée n'est suivie de vomissement, les selles, après l'expulsion de méconium ont un aspect normal.

A partir du douzième jour, l'enfant commence à vomir et progressivement, en l'espace de cinq jours, l'intolérance finit par être complète. Le 9 novembre, *au dix-septième jour* de la naissance, on constate des *vomissements* survenant après chaque tétée, après un temps variant de un quart d'heure à une heure, vomissements explosifs projetant à distance du lait tantôt pur et tantôt caillé, mélangé de salive, ne renfermant ni bile ni sang. En même temps la *constipation* s'installe de plus en plus opiniâtre et les selles reprennent leur *caractère méconial*. On note de l'*oligurie*. Toutefois l'*état général* reste bon : l'enfant n'est pas déshydraté et le pincement de la peau au niveau de l'abdomen ne laissa pas de pli. La fontanelle n'est pas déprimée. L'enfant affamé prend le sein avec avidité. Toutefois *l'amaigrissement* se produit et le 13 novembre, — le 21e jour — l'enfant pèse 3 kgr., ayant perdu 600 gr. sur son poids de naissance.

Sur ces entrefaites, *le traitement* suivant avait été institué visant le gastrospasme :

1° Dix repas par jour de 50 gr. : sept tétées et trois repas de lait condensé composés d'une cuillerée à café de lait pour trois d'eau.

2° Le premier jour une cuillerée à café avant chaque repas, de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine à 1 pour 1000	III gouttes
Eau distillée	50 gr.

On augmente chaque jour le sulfate d'atropine d'une goutte dans le but d'arriver à huit gouttes, dose maxima.

3° On ajoute à ce traitement l'irrigation continue goutte à goutte intra-rectale de sérum glucosé.

Le 15 novembre, un *examen radiologique* est pratiqué par le Dr Barret et donne le résultat suivant : l'examen est pratiqué à 16 heures la dernière tétée, — de 60 grammes — ayant été prise à midi et suivie de vomissement. On constate un résidu abondant au moins égal à la quantité prise. Après ingestion de 20 cc. d'eau bouillie sucrée barytée, il se produit des vomissements répétés et une période d'intolérance complète durant près de vingt minutes pendant laquelle l'estomac expulse une grande partie de son résidu. On réussit à faire conserver environ 25 centimètres cubes.

L'estomac très contracté pendant la période d'intolérance cède, s'affaisse, on constate une dilatation prépylorique très nette. Puis une lutte péristaltique se manifeste avec crise d'efforts intenses séparés par des phases de fatigue avec inertie totale. Après 20 minutes environ la lutte s'affaiblit, l'estomac s'affaisse complètement et reste absolument inerte. Aucune évacuation n'est observable pendant toute la durée de l'examen.

Dans ces conditions, l'examen permet de conclure avec une très grande probabilité à l'existence d'une sténose matérielle du pylore, le spasme surajoutant son action à celle de l'obstacle mécanique.

L'indication du traitement chirurgical semble formelle, étant donné la gêne considérable de l'évacuation en dépit du traitement antispasmodique.

Le 17 novembre, M. le professeur Ombrédanne exécute une *pylorotomie* longitudinale extramuqueuse et note au cours de l'intervention un pylore dur et hypertrophié.

Les suites opératoires sont normales et sans incidents. Au troisième jour on observe le passage du lait dans les selles ; l'enfant ne vomit plus. Au moment où nous écrivons ces lignes, c'est un superbe bébé de 15 mois, parfaitement bien portant et qui, depuis, n'a jamais été malade.

Obs. II. — *Sténose spasmodique.*

Enfant Fl... Sexe féminin. Née le 23 septembre 1925. La mère a une fille bien portante de cinq ans, n'a jamais fait de fausse-couche.

L'enfant née à terme, à la suite d'un accouchement normal, pèse 3 kgr. 500 et est soumise à l'allaitement maternel. Dès les premiers jours de la naissance on note un léger coryza. Cependant la santé est bonne pendant quinze jours, puis pendant la troisième semaine, il se produit un peu de diarrhée qui cède rapidement. A ce moment, l'enfant aurait eu une légère hématémèse. Pendant cette troisième semaine, le poids est resté stationnaire. A partir de la quatrième semaine il diminue progressivement. A la cinquième semaine, les vomissements apparaissent : un médecin conseille à ce moment des frictions mercurielles et du lait de Dryco.

Nous sommes appelé à voir cet enfant le 9 novembre et nous constatons un *état général* bon, malgré l'*amaigrissement* : pas de deshydratation, pas de dépression de la fontanelle, pas de stigmates d'hérédo-spécificité, malgré le coryza précoce.

L'enfant manifeste avidement son appétit. Le poids est de 3 k. 050. L'enfant présente des *vomissements* explosifs ; il ne vomit pas tous les repas mais semble rejeter plusieurs repas d'une seule fois. La *constipation* est opiniâtre et les lavements ne ramènent qu'avec peine un peu de matière brunâtre. Nous conseillons dix repas par jour de lait Dryco de 50 grammes, et nous instituons immédiatement le *traitement antispasmodique* tel que nous l'avons indiqué à la précédente observation : on administre dans les 24 premières heures une cuillerée à café avant chaque repas de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine à 1 pour 1000	III gouttes
Eau distillée	50 gr.

Le 11 novembre : 4 gouttes d'atropine. L'enfant ne vomit que deux tétées, on observe quelques rares grumeaux de lait dans une selle.

Le 12 novembre. Poids : 3 *kgr.* 040, selle assez abondante, on donne 65 grammes de lait Dryco par repas.

Le 13 novembre. Poids : 3 *kgr.* 070, 6 gouttes d'atropine, trois ou quatre vomissements, pas de selle. L'état général est toujours satisfaisant, il n'y a ni deshydratation ni de dépression de la fontanelle, l'enfant est affamé. Ce jour-là nous pratiquons un *examen radioscopique* qui montre :

Quatre heures après ingestion de 20 grammes d'eau sucrée contenant une cuillerée à café de gélobarine, qui, peu après, a été suivie de vomissement, l'estomac affecte la forme de deux godets, l'un sous le foie, l'autre au-dessus et à gauche du premier. De plus on note la présence de quelques taches noires de gélobarine dans la masse intestinale.

Immédiatement après ingestion de 20 grammes d'eau sucrée avec une cuillerée à café de gélobarine (l'enfant n'a pas de vomissement pendant la durée de l'examen) : l'estomac se remplit affectant la forme normale de l'estomac du nourrisson. Au-dessus du repas opaque surnage une couche de liquide clair. On ne note pas de contraction en masse de l'estomac mais peu après l'ingestion du biberon on observe nettement des passages de gélobarine à travers le pylore et descendant dans l'intestin grêle. Les passages se montrent très répétés.

Dans ces conditions et malgré la chute de poids on s'éloigne de plus en plus de l'idée d'une intervention chirurgicale.

Le 14 novembre. Poids : 3 *kgr.* 7 gouttes d'atropine, un seul vomissement. L'enfant a une selle contenant très nettement du lait. On donne à l'enfant toutes les 2 heures 1/2 un repas de 75 gr. de lait Dryco.

Le 15 et 16 novembre, 8 gouttes, puis 7 gouttes d'atropine.

Le 17 novembre. Poids : 3 *kgr.* 090. 6 gouttes d'atropine. L'enfant ne vomit plus. Les selles sont normales et régulières, l'état général est bon.

On alterne 90 gr. de lait Dryco et une tétée de lait de nourrice toutes les 2 heures 1/2.

Le 18 novembre. Poids : 3 *kgr.* 110. 5 gouttes d'atropine.

Le 19 novembre. Poids : 3 kgr. 130. 4 gouttes d'atropine. L'enfant ne vomit plus. La constipation est opiniâtre, mais les selles rendues sont d'aspect normal.

Le 20 novembre. Poids : 3 *kgr.* 160. 3 gouttes d'atropine puis on cesse le traitement.

Le 21 novembre. Poids : 3 *kgr.* 190.

Le 22 novembre. Poids : 3 *kgr.* 260.

Le 23 novembre. Poids : 3 *kgr.* 260.

Le 24 novembre. Poids : 3 *kgr.* 240. Les vomissements ont repris à tous les repas. On recommence le traitement à l'atropine suivant la règle précédente de 3 à 8 gouttes puis de 8 à 3.

Le 25 novembre. L'enfant aurait eu une légère hématémèse. *Poids* : 3 *kgr.* 220. Il se produit une augmentation progressive du poids jusqu'au 2 *décembre* où on arrive à 3 *kgr.* 420. Le 3 décembre la courbe tombe à 3 kgr. 220 et reste stationnaire jusquau 11 décembre.

Le 9 décembre: En raison des deux légères hématémèses que nous avons signalées et pensant à la possibilité d'une légère ulcération gastrique, on donne à l'enfant dans chaque biberon une demi-cuillerée à café de bismuth Desleaux. Enfin suspectant la syphilis du fait même des hématémèses et nous souvenant du coryza précoce nous instituons un traitement antispécifique : frictions mercurielles et suppositoires à l'arsenobenzol.

Du 11 au 25 décembre, la courbe du poids monte régulièrement jusqu'à 3 *kgr.* 650 ; ensuite elle devient assez hésitante puis atteint 3 kgr. 810 le 31 décembre, 3 kgr. 870 le 8 janvier, 4 kgr. le 18 janvier, 4 kgr. 150 le 25 janvier, 4 kgr. 400 le 8 février, 4 kgr. 650 le 15 février. A ce moment l'enfant a été remis au lait de vache. On continue le traitement antispécifique. L'enfant revu en avril 1926, est tout à fait normal.

De l'étude de ces deux observations, il se dégage un certain nombre d'enseignements.

Et tout d'abord, du point de vue symptomatologie, nous observons bien ici cette *période de latence* pendant laquelle rien ne peut faire prévoir les troubles digestifs graves qui vont suivre. Cette période de latence a été de douze jours pour la sténose organique, de quatre semaines pour la sténose spasmodique. Les auteurs classiques assignent à cette période une durée moyenne de une à quatre semaines.

Ensuite apparaissent des *vomissements* mais ils ne sont pas d'emblée caractéristiques et le syndrome ne s'impose pas dès le début : ce n'est pas une sténose serrée brusque, c'est progressivement qu'elle s'établit et l'imperméabilité du pylore n'est complète que lorsqu'on constate la disparition de selles normales ou la réapparition du méconium. Cette période a duré cinq jours dans la sténose organique ; pour la sténose spasmodique, n'ayant pas observé l'enfant à cette période, les renseignements ont été moins précis, cette période a cependant pu être mise en évidence.

Une fois constitués, quelle différence avons-nous observé entre les deux syndromes ? Les vomissements avaient un caractère identique dans les deux cas et rien n'aurait permis de différencier l'une de l'autre les deux formes. Nous n'avons pu, dans un cas ni dans l'autre constater la présence de contractions péristaltiques sous la paroi épigastrique non plus que la sensation de durcissement en masse de l'épigastre à la palpation bien que nous ayons méthodiquement recherché ces signes. Nous n'avons pu trouver non plus, à la palpation profonde, de tumeur pylorique.

L'aspect des selles a eu une grande importance. Alors que dans la sténose organique elles ont pris rapidement l'aspect méconial et l'ont conservé jusqu'à l'intervention, dans la sténose spasmodique au contraire les selles étaient rares et brun foncé mais

non méconiales. De plus, en les examinant attentivement, on pouvait de temps à autre constater la présence de quelques grumeaux de lait. C'est assurément là une constatation de la plus grande importance, mais on conçoit qu'elle ne s'impose pas : elle doit être recherchée fréquemment, avec le plus grand soin et par le médecin lui-même.

Quant à l'*état général*, il ne présente pas de particularités dans un cas ni dans l'autre : amaigrissement, sans dépression de la fontanelle, pas de deshydratation, du moins dans l'état dans lequel se présentaient nos nourrissons. Dans les deux cas l'état général était bon et l'appétit conservé.

On a pu constater jusqu'ici que le diagnostic était assez malaisé entre les deux formes et que l'indécision peut être grande quand il s'agit de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Heureusement l'*examen radioscopique* est venu lever nos doutes dans les deux cas. Toutefois cet examen devra être précédé d'un traitement antispasmodique qui pourra diminuer la contracture du sphincter pylorique, et éviter l'erreur de prendre pour une sténose organique une sténose qui n'est que spasmodique. Il est bien entendu que ce traitement d'épreuve sera mis en œuvre aussi précocement que possible de façon à avoir le temps d'en attendre l'effet, avant que l'état général soit trop précaire, l'amaigrissement trop prononcé, l'enfant irrémédiablement perdu. Dans l'une et l'autre de nos observations cet examen a donné un résultat décisif, sténose complète d'une part, sténose partielle de l'autre.

Il est évident que la constatation de la perméabilité ou de l'imperméabilité tranche le diagnostic et dicte le traitement.

Toutes ces indications sont indispensables pour mener à bien ce traitement : soupçonner l'existence d'une sténose du pylore chez le nourrisson est chose aisée, faire le diagnostic de l'organicité est beaucoup plus délicat. On ne saurait trop insister sur la mise en œuvre précoce du traitement d'épreuve de l'atropine et l'opportunité de l'examen radioscopique afin, s'il y a lieu, de remettre entre les mains du chirurgien, — qui vous en saura grand gré — un nourrisson non cachectique, susceptible de supporter *une intervention grave, qui, dans la majorité des cas* est couronnée de succès.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique.

MM. L. Bériel et A. Devic attirent l'attention sur des formes encore peu étudiées de l'encéphalite épidémique ; l'infection intéresse non seulement le mésocéphale et tout le névraxe, mais souvent, avec prédominance, les nerfs et les racines ainsi que les méninges. Ils démontrent qu'il n'est ni hasardeux, ni contraire aux faits d'interpréter ces « polynévrites » comme des manifestations du virus de l'encéphalite.

Le début en est variable ; habituellement les signes infectieux sont discrets, et il est difficile de mettre en lumière la phase de réaction méningée ou d'infection générale. Les paralysies débutent tantôt brutalement, le plus souvent avec lenteur. Une fois la maladie installée, ses symptômes sont ceux d'une polynévrite : paraplégie flasque avec abolition des réflexes, etc. ; mais certains points les distinguent des polynévrites classiques. Il s'agit d'abord de l'extension des paralysies ; certains cas se limitent banalement aux membres inférieurs ; d'autres atteignent les muscles de la paroi abdominale, d'autres enfin les membres supérieurs. Ce qu'il y a de plus spécial, c'est l'atteinte des nerfs craniens (nerf facial, glosso-pharyngien). La paraplégie peut être globale ; d'autres fois, elle présente une distribution anormale ; souvent les sujets se présentent comme des myopathiques. La sensibilité est habituellement touchée ; douleurs spontanées ; hyperesthésies et surtout paresthésies. Les sphincters sont souvent atteints, même si la paralysie n'est pas particulièrement intense ; c'est là un point caractéristique. Enfin il y a une réaction du liquide céphalo-rachidien (hyperalbumose, lymphocytose discrète).

L'évolution est habituellement favorable ; la guérison survient progressivement (un à six mois) sans laisser d'atrophie notable, ni surtout localisée à un groupe musculaire.

Le diagnostic se fera surtout par la recherche des signes initiaux infectieux, par l'aspect polynévritique de la maladie, la diffusion des paralysies (nerfs craniens et sphincters). Dans les premières semaines, avant l'évolution globalement régressive, il est parfois difficile d'éliminer la polyomyélite antérieure aiguë (paralysie infantile).

Le traitement n'offre rien de spécial en dehors des prescriptions connues pour les autres polynévrites : prévention des escarres et des rétractions musculaires, strychnine, courants continus. Les antiseptiques de la série urotropine ne paraissent pas particulièrement efficaces.

Bref, on doit arriver à une conception de plus

en plus élargie de l'encéphalite épidémique, maladie du névraxe tout entier, du système nerveux périphérique et de l'appareil neuro-musculaire, la méninge étant dans tous les cas intéressée, et peut-être le point d'invasion du virus. (*La Presse médicale*, 31 octobre 1925.)

La perforation de l'utérus au cours du curettage ; son traitement par la colpotomie.

La première idée qui vient au chirurgien malheureux, c'est de pratiquer d'urgence une hystérectomie ; MM. Molin et Desjacques préfèrent la colpotomie, avec mise en place d'une mèche, et ils affirment que le pronostic de cette complication n'est pas aussi réservé qu'on pourrait le croire au premier abord. Voici d'ailleurs les conclusions de leur étude :

1° L'utérus gravide est souvent d'une friabilité extrême. La dilatation et le curettage devront donc être pratiqués avec une grande prudence ; et malgré toutes ces précautions, il faut toujours s'attendre à une perforation. L'asepsie la plus stricte sera donc indispensable, puisque le péritoine peut être ouvert.

2° La conduite à tenir sera variable suivant les cas : intervention abdominale si l'utérus est très septique ou si des lésions viscérales concomitantes ont par malheur été produites ; dans les autres cas, on évitera de faire une injection intra-utérine, et les auteurs se sont bien trouvé de faire une colpotomie avec mise en place d'une grosse mèche dans le Douglas. Dans ces conditions, les suites sont très simples et le pronostic de ces perforations très rassurant.

3° Enfin, en cas de plaie utérine peu étendue, on peut très bien se contenter également de cette conduite adoptée dans les perforations à la suite du curettage. (*Lyon médical*, 29 nov. 1925.)

Le traitement de la rétention d'urine post-opératoire.

La fréquence de la rétention d'urine dans les suites opératoires des opérations abdominales et les inconvénients du cathétérisme répété chez les malades dont la miction normale ne se rétablit souvent qu'au premier lever expliquent les tentatives multiples faites récemment dans le but de provoquer le réflexe d'évacuation vésicale. C'est ainsi qu'on s'est adressé à l'administration sous-cutanée, intraveineuse ou intravésicale de certaines substances, telles que la pilocarpine, l'extrait hypophysaire, la bile, le chlorure de sodium, l'urotropine.

M. L. Michon et Bouvier estiment qu'aucune rétention post-opératoire ne justifie actuellement l'évacuation banale et répétée de la vessie par sondages ; les moyens médicamenteux sont suffisamment nombreux, d'un emploi suffisamment simple et d'une efficacité telle que le sondage avec ses inconvénients et ses risques ne se justifie plus.

D'après ces auteurs, deux méthodes sont à placer au premier plan : 1° l'injection d'urotropine intraveineuse (solution à 40 p. 100, injection de 5 cmc., soit 2 gr. d'urotropine) ; souvent une injection suffit ; la miction se produit entre 10 minutes et une heure ; faire l'injection quand le malade ressent les premières douleurs pour uriner, mais jamais après 42 heures suivant l'opération.

2° L'instillation de glycérine boriquée à 10 p. 100 (10 à 20 cmc. dans la *vessie pleine*) ; mais elle nécessite le sondage et elle est quelquefois un peu douloureuse. En revanche, elle est mieux à la portée d'un personnel infirmier en général peu familiarisé avec les ponctions veineuses. Même dans les cas traités tardivement, elle a toujours donné un résultat excellent. (*La Presse médicale*, 25 novembre 1925.)

Les diathèses hémorragiques.

Quand, par suite de rupture vasculaire, le sang est au contact des tissus ou de l'air extérieur, toute une série d'actes interviennent pour provoquer et faciliter la formation de la fibrine, qui constitue le substratum le plus important du caillot. Cette fibrine se trouve déjà préformée dans le sang circulant, sous la forme de fibrinogène, albumine du sérum qui serait d'origine hépatique. La transformation du fibrinogène en fibrine ne se réalise qu'en présence de la thrombine (fibrin ferment ou plasmase). Cette thrombine est elle-même une substance complexe, à la constitution de laquelle collaborent différents éléments. Elle résulte de la combinaison, en présence de sels de chaux, d'une substance d'origine plasmatique, le thrombogène, à une substance sécrétée par les cellules sanguines (leucocytes, plaquettes, etc.) et vasculaires (cellules endothéliales), la thrombokinase.

Différents facteurs humoraux ou cellulaires ont donc un rôle à remplir : l'anomalie des uns ou des autres peut engendrer des états hémorragiques, dont l'ensemble représente la diathèse.

Il peut, par conséquent, y avoir hémorragie : 1° par modification de l'état cellulaire (cellules endothéliales des vaisseaux, cellules réticulaires des tissus, cellules sanguines elles-mêmes, globules rouges ou blancs, plaquettes) ; 2° par diminution des substances qui, sans jouer un rôle de premier plan, sont nécessaires au maintien de l'équilibre physiologique du sang (calcium, vitamines, etc.) ; 3° par diminution des albumines de coagulation.

La combinaison de ces éléments crée des syndromes complexes. Ce sont :

L'*hémophilie*, état diathésique hémorragique spécifiée par une prédisposition aux hémorragies provoquées (type héréditaire et familial, type individuel et sporadique) ;

L'*hémogénie*, qui est la prolongation du temps de saignement, le temps de coagulation étant

normal, ce qui est le contraire de l'hémophilie.

Les *hémorragies par dyscrasies d'origine viscérale* (foie, rein, pneumopathies, infections). Il existe donc des dyscrasies sanguines capables de devenir hémorragipares au cours de maladies à déterminismes variés, et notamment de toxi-infections.

Les *hémorragies par anaphylaxie et par sensibilisation* à des protéines ou toxines exogènes.

Le Pr MERKLEN et M. WOLF s'en tiennent à ces quatre formes de la diathèse hémorragipare, qui offre encore beaucoup d'inconnues. Pour pousser plus à fond le problème, il faudra mieux pénétrer encore le problème de la coagulation, et préciser ses rapports avec les facteurs qui régissent l'équilibre vasculo-sanguin. (*Strasbourg médical*, 5 octobre 1925.)

Contribution à l'étude des concrétions calcaires sous-cutanées.

Leur constitution calcaire permet de les distinguer des autres productions minéralisées de la peau ou de la zone sous-cutanée (ostéomes, tumeurs secondairement calcifiées, etc.).

D'après le Pr GILBERT et L. POLLET, il faut les distinguer essentiellement en concrétions à phosphate de chaux exclusif ou prédominant, et en concrétions à carbonate de chaux exclusif ou prédominant. Il semble que les concrétions phosphatées atteignent des sujets plus jeunes, du sexe féminin de préférence, et en des sièges plus variables ; mais que l'affection se généralise plus volontiers et puisse alors amener des désordres généraux graves et même mortels. Pour les concrétions carbonatées l'âge du début de l'affection est plus avancé (38 à 56 ans).

Le siège initial en est généralement pour les unes comme pour les autres à l'extrémité du membre supérieur, avant-bras, mains ou doigts. Toujours le début est insidieux, indolent, d'apparence spontanée ; les tumeurs sont opaques aux rayons X, ce qui les distingue des tophi. L'évolution des concrétions est variable ; elles peuvent exceptionnellement guérir par résorption ou expulsion spontanée ; dans la règle, elles vont persister indéfiniment ou se reproduire après ulcération. Au bout de quelques mois, ou de deux ou trois ans, elles sont susceptibles de se généraliser, de préférence au voisinage des articulations, des bourses séreuses où elles amènent quelques troubles fonctionnels : douleurs, impotence, troubles trophiques.

Le seul traitement curatif est l'ablation chirurgicale des concrétions, à condition qu'elles ne soient pas généralisées.

Pour prévenir les récidives, ou dans les formes généralisées, les moyens thérapeutiques sont limités. On insistera sur le régime alimentaire, qui doit être surtout carné ; il faut en effet éviter le lait et les légumes, qui sont trop riches en calcium. On a préconisé aussi la cure de citrons, pour éviter la précipitation des sels calciques en acidifiant les humeurs. Se basant sur le métabolisme du calcium, on essayera d'alterner avec l'adrénaline, qui abaisse la calcémie, mais en revanche augmente à la longue la phosphatémie, et avec les médications opothérapiques : thyroïdienne, parathyroïdienne, et ovarienne chez la femme. Si la déficience glandulaire paraît être liée à la spécificité, on y adjoindra naturellement les médications mercurielles, arsénicales et bismuthiques. On pourra, tout au moins, éviter ainsi la formation de nouvelles tumeurs. (*Paris médical*, 31 octobre 1925.)

Les manifestations fébriles aiguës de la nécrobiose des fibromes utérins.

La mortification des fibromes utérins, interstitiels ou sous-séreux, peut être aseptique, véritable *nécrobiose, par opposition à celle que subissent* les fibromes exposés et qui est une gangrène septique.

Cette nécrobiose aseptique correspond à ce que les chirurgiens dénomment encore : sphacèle des fibromes, gangrène aseptique, nécrobiose ou même « myomes rouges ».

Elle détermine une véritable symptomatologie : douleur, augmentation de volume assez rapide, phénomènes généraux consistant en une élévation modérée de la température et en altération du teint qui devient jaunâtre.

A côté des formes moyennes, il existe des formes frustes, insidieuses où la nécrobiose constitue une véritable *trouvaille opératoire. Il existe* aussi des formes violentes aiguës, à manifestations péritonéales marquées, qu'étudient E. LOUBAT et M. COUTY.

Chez une femme, qui porte depuis quelque temps une tumeur abdominale assez volumineuse apparaissent subitement des douleurs très vives dans le bas-ventre ballonné, des vomissements, parfois l'arrêt des gaz et des matières, signes d'une inflammation péritonéale. Si ce début correspond aux règles, ce sont aussi des pertes sanguines importantes, de véritables hémorragies qui anémient la malade. La température s'élève à 38,5°-40°. A noter que cette haute température ne s'accompagne pas de frissons habituellement, mais le facies est altéré, le teint est jaunâtre, un peu terreux, sans ictère. Ces phénomènes durent une dizaine de jours, avec tendance rapide à décroître. Fait très important, à cette période aiguë fait suite une accalmie à peu près complète, au bout de trois semaines environ, et la symptomatologie redevient celle des formes légères.

Ces malades, abandonnées à elles-mêmes, se décident presque toujours à se faire opérer ; cependant, bien que l'organisme semble d'autre

part s'accoutumer dans une phase de tolérance à ces phénomènes d'intoxication, la crise peut se reproduire ultérieurement.

Le diagnostic est facile si le médecin est bien pénétré de la possibilité de l'existence de ces accidents ; cependant le kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule est l'affection qui comporte le plus de signes comparables à la nécrobiose des fibromes. On peut aussi penser à l'annexite ou à l'appendicite.

Le principe de l'intervention chirurgicale ne se discute même pas ; le fibrome doit être enlevé par voie abdominale ; les autres méthodes telles que le radium et la radiothérapie sont formellement contre-indiquées. Il n'est pas nécessaire cependant d'opérer en période aiguë, comme s'il s'agissait d'accidents infectieux. Il semble, au contraire, qu'il soit sage d'attendre deux ou trois semaines, sous surveillance médico-chirurgicale, pour opérer à froid une malade devenue ensuite plus résistante. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La syphilis est-elle en décroissance ?

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Académie de médecine* ; 9-3-1926.)

Revenant sur cette question, qui a déjà fait l'objet d'un rapport de M. Pautrier au dernier Congrès d'hygiène, M. Jeanselme présente la statistique des syphilis récentes observées à sa consultation de l'hôpital Saint-Louis pendant la période sexennale 1920-1925.

Cette statistique montre tout d'abord que c'est au voisinage des fêtes que l'on contracte le plus la syphilis, tout au moins pour ce qui concerne la clientèle hospitalière. Le Jour de l'An, le Mardi-gras, la Mi-Carême, Pâques, la Fête nationale sont des occasions de liesse et de réjouissances dont profite, hélas, le tréponème. Cette statistique montre ensuite que le nombre des cas de syphilis récente, assez élevé en 1919 et 1920, était tombé progressivement d'une façon sensible en 1921, 1922, 1923 et 1924, mais s'est relevé notablement en 1925. La syphilis, en déclin depuis quatre années, aurait regagné au cours de 1925 presque tout le terrain perdu. Cet accroissement a été noté également dans les autres services de l'hôpital Saint-Louis et dans tous les principaux centres dermato-vénéréologiques de France (à Lyon : M. le prof. Nicolas ; à Saint-Etienne : M. le Dr Laurent ; à Marseille : M. le Dr Vigne et M. le Dr Barbier; à Bordeaux : M. le prof. Petges, etc.), avec des variations selon les régions.

A l'étranger, au contraire, la syphilis a continué à rétrocéder régulièrement sans recrudescence nouvelle. Il en a été ainsi en Suisse (Dr Du Bois, de Genève), en Belgique (Dr Schrœnen, prof. Malvoz, de Liége), au Danemark (pays où la déclaration des maladies vénériennes est depuis longtemps obligatoire), à Vienne (prof. Finger, Dr Schrœter; le prof. Oppenheim donne toutefois des chiffres en désaccord). En Espagne, la syphilis diminue (Dr Sainz de Aja, de Madrid). Par contre, à Moscou, le nombre des chancres syphilitiques observés à l'hôpital Metsantrond, en 1923-1924, est considérable. Le Dr Anderson, qui fournit ce renseignement, croit, il est vrai, que la multiplication des accidents secondaires ne serait qu'apparente !

Pourquoi la syphilis, en décroissance régulière dans nombre de pays, offre-t-elle un retour d'activité en France ? M. Jeanselme incrimine surtout deux causes : l'afflux d'immigrants étrangers et les nouveaux traitements par le bismuth.

La syphilis est fréquente chez les étrangers (ils la contractent souvent en France d'ailleurs) et ceux-ci, négligents à l'habitude pour leur traitement, deviennent des disséminateurs de germes. La faveur dont jouit le bismuth ferait négliger les arsénobenzènes, plus énergiques comme médication d'attaque, partant meilleurs stérilisateurs des accidents contagieux. M. Jeanselme voudrait que l'esprit des praticiens se tourne plus vers les arsenicaux intra-veineux quand ils sont en présence de chancres syphilitiques, réservant le bismuth aux cures d'entretien.

La traite mécanique des vaches laitières.

(M. Henri de Rotschild. — *Académie de médecine* 9-3-1926.)

En 1922, M. Henri de Rotschild a entrepris au centre de zootechnie de Vaux-de-Cernay des expériences visant à fixer la valeur pratique de la traite mécanique des vaches laitières. Le résultat de ces expériences a décidé l'auteur à tenter l'exploitation industrielle de la méthode et, depuis cette époque, une trentaine de vaches ont été ainsi soumises régulièrement à la traite mécanique.

M. de Rotschild conclut que la traite mécanique est supérieure à la traite manuelle. Elle est plus économique et permet d'obtenir du lait de qualité exceptionnelle, lait notablement plus pur et plus aseptique que les laits de traite ordinaire. Une de ses difficultés est le nettoyage du tube de caoutchouc qui conduit le lait du point de traction au réservoir de réception ; M. de Rothschild la résout par le lavage sous pression à l'eau chaude à 85°.

Poisson réfrigéré, poisson congelé.

(MM. Loir et Legangneux, du Havre. — *Académie de médecine* ; 9-3-1926.)

MM. Loir et Legagneux font une deuxième communication sur l'utilisation du poisson congelé.

Au point de vue social, disent-ils, il est nécessaire d'augmenter, surtout en France, la consommation du poisson, qui constitue un aliment d'une grande valeur, mais il faut s'efforcer qu'il parvienne au consommateur dans un état parfait de conservation.

Le poisson gardé dans la glace fondante n'a pas toujours les qualités du poisson frais. Il n'en est plus de même si l'on emploie le froid industriel qui est un agent merveilleux de conservation. Lorsque le travail est bien conduit et le poisson traité rapidement, les modifications histologiques, chimiques et bactériologiques sont nulles : on retrouve dans le poisson congelé toutes les propriétés nutritives du poisson frais.

On doit souhaiter le développement de l'industrie du froid. Elle permettra de livrer sur nos marchés un aliment qui ne subira plus comme prix les variations amenées par les aléas de la pêche et qui sera vendu au consommateur dans un état de conservation que malheureusement on ne trouve pas toujours actuellement, ce qui, dans beaucoup de cas, a découragé le public dans l'achat de ce produit alimentaire.

L'hygiène de l'enfance.

(M. Jules Renault. — *Académie de médecine* ; 16-3-1926.)

M. Jules Renault présente le rapport annuel de la Commission de l'hygiène de l'enfance pour l'année 1924-1925. Il insiste sur l'importance de la révision (par extension) de la loi Roussel et sur l'utilité qu'il y a à développer et à multiplier les consultations de nourrissons. M. Paul Strauss a déposé une proposition de loi au Sénat en 1918 et M. Dron une autre en 1920. La proposition de loi en question, qui étend la surveillance des enfants instituée par la loi Roussel, a été adoptée par le Sénat et est en instance devant la chambre. Quant aux consultations de nourrissons, elles ont été créées par Budin en 1892. Il en existait 70 en 1914 et 900 en 1922. L'œuvre nationale de l'Enfance se propose d'en établir dans chaque commune.

M. Jules Renault soumet, en conclusion, à l'Académie, les vœux suivants :

La Commission permanente de l'hygiène de l'enfance a l'honneur de proposer à l'approbation de l'Académie les vœux ci-après formulés :

« Prier M. le Ministre de l'hygiène de demander à MM. les inspecteurs départementaux de calculer la mortalité des enfants de moins d'un an comme on le fait pour les pupilles de l'Assistance publique de la Seine placés dans les agences de province, en recherchant ce que sont devenus pendant la première année de leur existence les enfants admis dans le service, et d'indiquer, d'autre part, l'âge habituel des admissions et la durée moyenne du séjour ;

Prier M. le Ministre de demander à MM. les inspecteurs départementaux combien de consultations de nourrissons, de crèches, de centres d'élevage, de pouponnières, de maisons maternelles fonctionnent dans leur département ;

Prier le gouvernement de vouloir bien hâter autant qu'il sera possible le vote des propositions de loi sur la protection des enfants du premier âge ;

Prier le gouvernement de vouloir bien proposer au Parlement la création obligatoire des consultations de nourrissons ;

Prier M. le Ministre de l'hygiène d'envisager la création de postes de visiteuses de l'enfance dans les villes et les régions rurales. »

L'entamœba coli peut-elle être pathogène ?

M. E. Brumpt. — *Académie de médecine* ; 13-6-1926.)

L'amibe du côlon a été considérée comme n'ayant aucun caractère pathogène pour l'homme jusqu'à ces dernières années. Tous les auteurs qui ont étudié la biologie de cette amibe s'accordent pour reconnaître qu'elle se nourrit d'éléments trouvés dans le contenu intestinal de son hôte : bactéries, levures, grains d'amidon, débris variés, leucocytes, protozoaires parasites à l'état kystique et parfois à l'état végétatif. La destruction assez fréquente des protozoaires parasites par l'amibe du côlon a pu même faire considérer cette dernière comme jouant un rôle utile dans l'intestin humain.

Cependant, quelques observations ont permis de supposer que l'entamœba coli pouvait dans certains cas pénétrer la muqueuse intestinale et peut-être acquérir des propriétés pathogènes. M. Brumpt, expérimentant sur le chat, est parvenu dans des conditions particulières à infecter l'intestin de cet animal par l'amibe du côlon. Une telle constatation offre un intérêt biologique en montrant qu'une amibe saprozoïte, vivant dans la lumière du tube digestif, est capable de devenir histolytique et pathogène. Elle indique aussi un des stades suivis au cours des siècles par les amibes pour passer de la vie ancestrale à la vie parasitaire, dont le type le plus parfait chez l'homme est fourni par l'amibe dysentérique vraie.

Les névroses sympathiques dans l'ovarite scléro-kystique.

(M. Georges Roux, de Montpellier.— *Académie de médecine* ; 16-3-1926).

Au cours de la dégénérescence kystique de l'ovaire on voit survenir des syndromes douloureux et des accidents morbides divers : névralgies de la sphère génitale, troubles névrosiques, crises d'épilepsie avec douleurs violentes du petit bassin au moment des règles, troubles sympathicotoniques (phénomènes vaso-moteurs, dermographisme, réflexe oculo-car-

diaque inversé), troubles psychiques (dépression, obsession, phobies, folie raisonnante). L'action chirurgicale portée sur l'appareil ovarien (castration unilatérale ou totale) montre que c'est dans la zone génitale que siège la lésion irritative causale. Des cas probants de guérison à la suite d'intervention sur le sympathique pelvien, les annexes étant respectées, paraissent situer l'origine de ces troubles dans le plexus sympathique, si riche au niveau du petit bassin.

M. Georges Roux a fait des examens histologiques d'un certain nombre d'ovaires scléro-kystiques à manifestations douloureuses et enlevés chirurgicalement. Il a trouvé une hyperplasie anormale des filets sympathiques ovariens, névromes nombreux puisque sur une même coupe il a pu en dénombrer quinze à vingt. La connaissance de ces névromes sympathiques dans l'ovarite scléro-kystique lui semble un fait important, susceptible d'apporter un peu de clarté dans la pathogénie des troubles nerveux en question et de justifier l'action chirurgicale.

Fracture de la voûte du crâne irradiée à la base.

(M. Villandre. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Villandre rapporte une observation de M. Le Moine (de Brive) ayant trait à un malade atteint de fracture de la voûte. L'exploration montra une fissure dans la région pariéto-occipitale droite. Une trépanation ne décela pas d'hématome profond. Après avoir été dans un état très satisfaisant pendant huit jours, le malade tomba dans le coma. Une ponction lombaire ramena un liquide louche de méningite purulente aseptique. Après deux jours d'amélioration, le coma reparut, et malgré une nouvelle ponction, la mort eut lieu dans la journée. L'autopsie révéla une fissure de la voûte propagée à la base jusqu'à la fente sphénoïdale avec une cavité suppurée dans le lobe frontal.

Ligamentopexie rétro-utérine transligamentaire (procédé de Dartigues).

(M. Weber. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Weber relate six observations de malades opérées par la technique de Dartigues. Chez l'une d'elles, qui dut subir une nouvelle intervention 18 mois après la ligamentopexie, l'auteur a pu constater la fusion intime de l'utérus et des ligaments transformés en un cordon de calibre uniforme. Des cinq autres malades suivies pendant deux ans, trois ont accouché sans incidents et deux ont actuellement une grossesse normale.

— M. Péraire trouve très intéressantes ces observations, mais il craint que dans ce procédé, où il y a des tractions sur les extrémités effilées des ligaments ronds, un effilochage ne se produise, diminuant la solidité de la suture. Il n'a jamais eu d'ennuis avec l'hystéropexie isthmique de Walther et signale aussi l'opération de Carl Beck (de New-York).

— M. Dartigues a constamment employé cette méthode dont il a créé le nom et la technique. L'utérus reste toujours en bonne position et l'auteur a vu un certain nombre de grossesses consécutives heureuses, sans que la sangle ait cédé. Il proteste contre le fait qu'on donne à ce procédé le nom de Baldy seul, ou qu'on l'associe au sien : il a décrit la ligamentopexie transligamentaire en 1906, et personne n'a jamais pu donner une indication bibliographique montrant une priorité de Baldy.

Corps étranger du rectum.

(M. Haller. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Haller montre un corps étranger, étui de brosse à dents en cristal de forme cylindrique, qui était remonté dans l'S. iliaque, sa base restant enclavée dans le rectum. Après des essais infructueux pour l'extraire par les voies naturelles, l'auteur pratiqua une laparotomie médiane, et sans ouvrir l'intestin, refoula de haut en bas le corps étranger et le fit sortir par l'anus. Guérison sans incidents.

P.-L.

Toulouse

Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie.

Une page d'histoire de la Société de médecine.

M. Gerber, après avoir rappelé les circonstances dans lesquelles fut fondée en 1801 la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, évoque la figure de Jérome Tournon, premier secrétaire général de la Société, en insistant sur tous les désagréments que l'inimitié de Picot de Lapeyrouse fit subir à ce botaniste.

Syphilis ostéo-articulaire de l'épaule.

M. Bounhoure rapporte l'observation d'un homme de 43 ans, dont l'épaule gauche était tuméfiée, avec des téguments rouges et chauds, sillonnés de veines apparentes et déformé en gigot. Les mouvements d'abduction et d'élévation du bras étaient impossibles, et ceux d'adduction très limités.

On élimina la tuberculose, l'ostéo-myélite et le sarcome, et bien que le malade ait nié tout antécédent spécifique, on fit le diagnostic d'ostéo-arthrite syphilitique, en se basant sur la coexistence d'inégalité pupillaire, de paralysie faciale ancienne et de surdité labyrinthique ; le malade avait d'ailleurs été réformé pour névrite optique.

La réaction de B. W. fut positive, et la guérison clinique fut obtenue au bout de 3 mois de traitement. L'examen radiographique avait confirmé le diagnostic porté.

Les antécédents du malade, et le fait que ses trois frères sont morts en bas âge permettent peut-être de se demander s'il ne s'agit pas en l'espèce d'hérédo-syphilis tardive.

Sténose du pylore.

MM. J.-P. Tourneux et de Gilis communiquent le cas d'un homme de 43 ans, offrant un état général plutôt médiocre et présentant des phénomènes douloureux à siège épigastrique trois à quatre heures après chaque repas. Pas de température, pas de vomissements, pas de dégoût alimentaire, mais des nausées et de fréquentes éructations.

A l'examen clinique, on constatait de la douleur épigastrique profonde ainsi que du bruit de clapotage : l'examen des selles, au point de vue de la recherche du sang fut négatif et celui du liquide gastrique révéla une hypoacidité marquée (0.40 par litre). La réaction de B. W. ne put être pratiquée à ce moment, mais la radioscopie montra un estomac se contractant régulièrement avec bas-fond très bas situé et antre pylorique volumineux sans image lacunaire, s'accompagnant de retard à l'évacuation bismuthée.

En présence de ces derniers symptômes, on pensa à une sténose de nature néoplasique, et vu l'état général du malade, on résolut une intervention qui montra un pylore uniformément induré, libre de toute adhérence et entouré d'un semis de ganglions, se propageant dans les mésos.

Etant donné le caractère purement inflammatoire des ganglions, et l'existence d'une réaction de B. W. fortement positive, les auteurs se demandent si on ne pourrait pas penser ici, malgré sa grande rareté, à la présence d'un syphilome pylorique.

Au sujet du traitement de l'ozène.

M. Gazes estime que le traitement complet de l'ozène doit être établi de la manière suivante :

1° Thérapeutique vaccinale par le vaccin de Pérez-Hoffer, suivant la technique adoptée par ces auteurs, consistant en injections sous-cutanées de doses graduées de germes atténués.

2° Soins de propreté nasale.

3° Dans le cas où la suppuration, quoique diminuée, persiste, envisager l'utilité d'une intervention chirurgicale sur la région ethmoïdale en particulier et sur les cavités accessoires du nez en général.

4° Obvier aux inconvénients dus à l'atrophie des cornets en employant la méthode des inclusions cartilagineuses sous-muqueuses, telles que l'auteur les a conseillées en 1923, et qui ne lui ont donné que de bons résultats, même à longue échéance.

Association et succession des maladies infectieuses.

MM. Delon et G. Fournier relatent l'histoire d'un enfant ayant fait, après une rougeole, une scarlatine et une diphtérie, compliquées pendant leur évolution d'un phlegmon des amygdales et d'une otite. Ce cas fournit aux auteurs l'occasion d'étudier les caractères spéciaux de certaines pyrexies évoluant simultanément ou se succédant immédiatement. Ils insistent sur la fréquence de la localisation sur le larynx de la diphtérie post-morbilleuse et sur l'aggravation du pronostic qui résulte de l'évolution rapprochée des maladies infectieuses, dont les complications apparaissent au fur et à mesure que les pyrexies se succèdent.

Démence sénile et alcoolisme au cours d'une cardiopathie.

M. R. Sorel rapporte l'observation d'une femme âgée de 68 ans, qui présentait depuis 2 ans, un affaiblissement psychique global et progressif sans délire systématisé. Alcoolique invétérée, atteinte d'une double lésion mitrale à sa phase d'asystolie, le diagnostic de démence sénile ne pouvait être posé qu'après avoir éliminé les hypothèses de psychose alcoolique et de troubles psychiques survenant à la période ultime des cardiopathies. L'allure même du délire, sa longue évolution, l'absence d'amélioration dans le psychisme de la malade par la suppression de l'alcool et par la médication cardiosthénique, permirent de conclure à une démence sénile dont l'aspect était peut-être modifié par le terrain alcoolique et l'existence d'accidents hyposystoliques.

Hiatus lombo-sacré en forme de spina-bifida.

M. Pinat communique une observation d'hiatus lombo-sacré interprété d'abord comme fracture de la 5e lombaire chez un blessé qui avait fait une simple chute en arrière, et à ce propos, il étudie les relations possibles entre ces hiatus lombo-sacrés et les algies lombaires.

Des différents travaux publiés à ce sujet, il demeure établi que :

1° Le spina bifida est physiologique chez l'enfant jusqu'à 7 ans.

2° Chez l'adulte, l'hiatus lombo-sacré est si fréquent, qu'il doit apparaître non comme une anomalie mais comme une simple variation.

3° La proportion de ces hiatus lombo-sacrés est de 32 %.

4° Les algies lombaires liées à cette malformation congénitale peuvent être aggravées par le traumatisme dans l'esprit de la loi de 1898, mais la neuro-radiculite caractérisée par des troubles moteurs et sensitifs doit être établie pour servir de base au calcul d'une incapacité permanente partielle.

Sur l'action du thorium X.

MM. Maurin, Aversenq et Galoustre, continuant leurs recherches sur les effets du thorium X sur le développement des plantes, font connaître les résultats obtenus sur le ricin.

Les ricins, par addition au sol, tous les 15 jours, de 10 microgrammes de thorium X mêlé à de l'eau

d'arrosage, ont non seulement accusé un développement végétatif plus accentué que des témoins, mais encore ont manifesté une augmentation nette de leurs semences en nombre et en qualité, en même temps qu'ils se montrés plus résistants au mauvais temps.

La richesse en produits de réserves (substances azotées, hydrates de carbone, graisses), est à l'étude et sera ultérieurement publiée.

L'automobile homicide.

M. Sorel, au cours de l'année 1925, a reçu mandat du tribunal de Toulouse de pratiquer huit autopsies pour accidents d'automobile : c'est là la moyenne depuis quelques années. Les autopsies ont été des plus intéressantes ; le cadavre ne portait en apparence que des contusions insignifiantes, alors que les délabrements profonds étaient considérables et avaient entraîné la mort soit immédiate, soit après une courte survie. Il s'agissait de quatre fractures du crâne, de deux du rachis et de deux enfoncements du thorax. Si l'on veut mettre fin à un péril aussi menaçant, pire que celui des accidents de chemin de fer ou de tramways dont les méfaits ne sont pas négligeables, il importe de ne délivrer le permis de conduire qu'à des gens possédant réellement l'aptitude physique et technique, d'ériger en loi le vœu présenté le 31 octobre 1922 par le Professeur Balthazard à l'Académie de médecine.

Tuberculose utéro-annexielle primitive.

MM. Dambrine et Trouette rapportent une observation de tuberculose utéro-annexielle ayant évolué chez une jeune femme ne présentant pas d'autres lésions tuberculeuses, en particulier de lésions pleuro-pulmonaires. Il semble que l'on se soit trouvé en présence d'une véritable tuberculose génitale primitive dont la pathogénie est difficile à préciser. A noter que le mari de cette malade est un homme vigoureux, très bien portant, n'ayant pas de signes de tuberculose prostato-vésicale ou testiculaire.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Grossesse extra-utérine, erreur de diagnostic, pseudo-placenta.

M. Laurentie communique le cas d'une Ipare de 27 ans présentant en plus de métrorragies des douleurs abdominales ; au toucher on sentait à gauche d'un utérus augmenté de volume une tumeur. T. 37°8, pouls à 110. On pensa à une grossesse compliquée de kyste ovarien.

Par suite de l'abondance des hémorragies, on pratiqua un nettoyage qui amena l'extraction d'une masse ressemblant à un placenta, mais dont l'examen histologique ne fut pas fait. La recrudescence des divers symptômes força à une laparotomie, qui montra l'existence d'une grossesse tubaire.

L'auteur pense que ce qu'il avait tout d'abord pris pour un placenta, ne devait être autre chose que la muqueuse utérine hypertrophiée à son maximum, comme cela s'observe souvent au cours des grossesses tubaires.

Perte bubonique et grossesse.

MM. Laurentie et Tyan relatent l'histoire d'une IIIpare de 28 ans, hospitalisée au début du travail et présentant tous les symptômes de la peste bubonique (bacille de Yersin dans les frottis et les cultures).

Bien que l'état général fût très grave (T. à 40°, pouls à 120) l'accouchement se fit normalement. Pendant 6 jours au cours desquels on injecta 290 cc. de sérum anti-pesteux, il n'y eut pas de changements : la rémission se fit le 6e jour, et la malade put sortir le 15e.

Les auteurs, qui ont déjà pu observer cinq cas analogues, se croient en droit de conclure que :

1° La preste bubonique n'entraîne pas d'ordinaire l'interruption de la grossesse

2° L'état puerpéral ne cause aucune aggravation de la peste.

3° Les enfants naissent et restent en bon état.

4° L'état de grossesse ne saurait modifier le traitement sérique.

Accouchement provoqué dans un cas de psychose.

MM. Audebert et Daléas rapportent l'observation d'une Ipare de 20 ans, atteinte de luxation congénitale double de la hanche, hospitalisée au 7e mois de sa grossesse pour psychose gravidique, suite de frayeur, caractérisée par une grosse agitation motrice, de la logorrhée, de l'obnubilation avec désorientations auto et allo-psychiques.

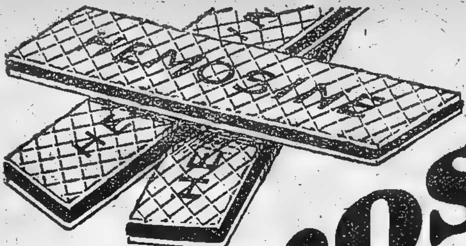
Devant la gravité de l'état général (T. 39, pouls à 140) on décida d'interrompre la grossesse. Sans anesthésie (la malade était depuis quatre jours sous l'influence du somnifène) on plaça, après la dilatation aux bougies de Hégar, un ballon de Champetier de 350 cc., puis après double incision du col, on termina par une version, deux tentatives de forceps ayant échoué.

Bien que la césarienne, soit abdominale, soit vaginale, doive rester l'opération de choix, les auteurs ont cru devoir l'écarter en pareil cas, comme leur paraissant trop schokante.

Hystérectomie subtotale chez une femme antérieurement césarisée.

MM. Dambrine et Trouette ont eu à intervenir pour annexite double chez une jeune femme qui avait subi 8 ans auparavant une césarienne pour bassin uniformément rétréci.

Cette femme, qui avait présenté au mois de novembre une bartholinite, avait fait en décembre une fausse couche provoquée qui nécessita un curettage. Dans les jours qui suivirent apparurent tous les si-



Hémosine

du Docteur GUIBERT

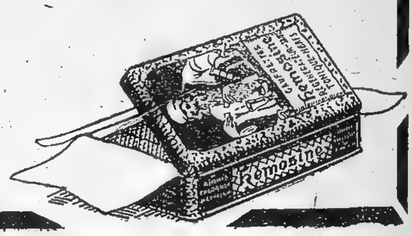
GAUFRETTES FOURRÉES

à l'Oxy-Hémoglobine et aux Glycérophosphates de Chaux Manganèse, Magnésie, Fer, Soude.

Régénérateur du Sang
Tonique des Nerfs

Traitement de l'Anémie, Chlorose, Croissance, Puberté, Maternité, Névralgies, Epuisement Hémorragies, Neurasthénie, Excitations nerveuses, Surmenage intellectuel, Paludisme, Convalescence, Faiblesse générale.

Les délicieuses Gaufrettes **HÉMOSINE** constituent une Préparation régénératrice du Sang et de tous les Tissus nerveux. Elles sont employées avec un succès d'autant plus grand qu'elles sont une agréable friandise que le malade absorbe non seulement sans répugnance mais avec plaisir.



Prix au Public : 15 fr. la boîte. Echantillon et Littérature franco sur demande

Dépôt Général pour la France :

Laboratoire HEMOSINE, 89, Bd Sébastopol, PARIS (2e)

CAPSULES BRUEL

à l'Ether Amyl Valérianique (Ether de la pomme de reinette et de la banane)

SPÉCIFIQUE DU SPASME

Un médicament valériané capable de faire céder un spasme aussi serré que celui de la colique hépatique est un médicament précieux pour le neurologiste qui s'aperçoit chaque jour que les phénomènes somatiques des anciennes névroses sont essentiellement spasmodiques, et que leur thérapeutique ne saurait être illusoire ou toxique.

Dr L. L.
Ancien Médecin de C. Neurologique.

DOSES :

A. — **Curative de spasme :**
3 à 4 caps. tous les 1/4 d'heure jusqu'à concurrence de 12 capsules.

B. — **Préventive de spasme :**
3 à 4 capsules le soir avant le sommeil.

- Colique hépatique
- Colique néphrétique (Voir les traités de Thérapeutique.)
- Etats d'anxiété
- Fausse angine de poitrine
- Palpitations
- Migraines
- Tachycardie paroxystique
- Dysménorrhée membraneuse

Echantillons. Brochures. Renseignements : **36, rue de Paris, Colombes (Seine)**

R. C. Seine 48.849

gnes classiques des salpingites doubles. En février, la lésion une fois refroidie, on procéda à une hystérectomie et à une appendicectomie, car la trompe droite adhérait intimement à l'appendice. Les suites furent normales.

Monstre célosomien.

M. Baux présente le cas d'une Ipare de 21 ans, à grossesse jusqu'alors normale, qui au 8e mois eut une rupture des membranes suivie d'écoulement sanguin. L'accouchement se fit sans complications, mais l'enfant présentait une éventration thoraco-abdominale avec extériorisation complète du cœur. Le cordon ne mesurait que 16 à 18 cm. et le placenta était énorme.

Tumeur bénigne du placenta.

M. Baux a été appelé auprès d'une Ipare de 24 ans entrée en travail au 6e mois ; l'utérus était tendu avec une corne droite très saillante. Un forceps permit de retirer un enfant de 1.400 gr.

Pendant l'expulsion du placenta, on assista à la sortie d'une tumeur ovalaire d'aspect bilobé, rouge foncé, de consistance ferme, pesant 330 gr. et mesurant 10 cm. de diamètre. Cette tumeur devait vraisemblablement tenir primitivement au placenta, mais ces connexions avaient dû se rompre lors de la délivrance. Histologiquement, il s'agissait d'une formation placentaire avec absence de villosités choriales.

Volumineux angiome du bras chez un nouveau-né.

M. Baux a observé chez un enfant né d'une IV pare et pesant 3.800 gr., au niveau de la face interne du bras gauche, une grosse tumeur violacée mesurant 9 cm. de diamètre et 3 cm. d'épaisseur.

Hématome du cordon ayant entraîné la mort du fœtus in utero.

M. Audebert et Sorel rapportent l'observation d'une V pare, qui accoucha d'un enfant macéré, dont la mort paraissait remonter à 4 jours, date à laquelle la mère avait cessé de le sentir remuer.

Il existait au niveau du cordon une lésion très curieuse, consistant en une hémorragie entourant les vaisseaux funiculaires en pas de vis sur une longueur de 20 cm. à partir de l'omiblic et intéressant toute l'épaisseur du cordon sur 3 à 4 cm.

L'examen histologique montra qu'il existait à ce niveau des lésions nettes d'endartérite avec une artériole complètement atrésiée, et toute la gelée de Wharton envahie par la suffusion hémorragique. Cet hématome, relevant du barrage produit par cette obstruction artérielle, explique la mort du fœtus *in utéro* par compression des vaisseaux funiculaires.

Deux observations de grossesse après annexite double traitée par le vaccin de Delbet.

M. Dalias, a pu guérir à la suite de trois injections de vaccin de Delbet deux malades qui, après une métrite, avaient présenté des lésions annexielles rebelles à tout traitement médical. Les deux malades présentèrent ultérieurement un état de grossesse, et l'une d'elles accoucha normalement.

J.-P. Tourneux.

Les Congrès

VIe Réunion neurologique internationale annuelle (1)

Discussion des rapports.

I. — Sur la sémiologie de la sclérose latérale amyotrophique.

La chronaxie musculaire dans la sclérose latérale amyotrophique. — M. Bourguignon a constaté que, au cours de la sclérose latérale amyotrophique, il existe toujours, à côté des éléments à forte chronaxie, certains muscles ou certains faisceaux musculaires qui présentent une chronaxie inférieure à la normale. Il semble que ce soit là le premier indice d'irritation, qui prélude à la dégénérescence.

Syndrome post-encéphalitique simulant la sclérose latérale amyotrophique. — M. Froment (de Lyon) rapporte un cas d'encéphalite épidémique à la suite duquel se développèrent des myoclonies fines, fasciculaires, ressemblant à des trémulations fibrillaires. Il y avait en même temps des signes d'irritation pyramidale, et le tableau clinique rappelait celui de la sclérose latérale amyotrophique.

II. — Sur les lésions de la sclérose latérale amyotrophique.

Cytologie des dégénérescences cellulaires dans la sclérose latérale amyotrophique. — M. Marinesco insiste sur les modifications intra-cellulaires physico-chimiques (protéolyse, altérations diastasiques) qui président à l'atrophie cellulaire dans la sclérose latérale amyotrophique.

Dégénérescence de la virgule de Schultze dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — M. Catola (de Florence) a pu étudier cette dégénérescence, dans un cas, par la méthode de Marchi. Il a été, sur ce point, plus heureux que les rapporteurs.

(1) V. *Concours médical*, n° 15.

Remarques sur l'étiologie et sur l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique. — M. Patrikios rappelle que la sclérose latérale amyotrophique peut se développer à n'importe quel âge, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Il reprend la description qu'il a donnée de la forme polynévritique, dans laquelle les lésions cellulaires spinales prédominent au niveau du renflement lombaire, contrairement à ce qui se passe dans les formes classiques. Enfin il insiste sur les lésions qu'il a trouvées, dans quatre cas, au niveau du globus pallidus. Ce dernier était bourré de granulations, qui s'étendaient d'une part jusqu'au thalamus, d'autre part jusque dans le corps de Luys, le noyau rouge et le locus niger. Ces lésions du globus pallidus sont intéressantes, dans une maladie qui reste avant tout une affection du système moteur.

Etude anatomo-clinique d'un cas de sclérose latérale amyotrophique à forme pseudo-polynévritique. Coexistence d'une tumeur méningée intracranienne. — MM. Foix, Chavany et Bascourret. Dans cette observation, comme dans le cas de MM. Pierre Marie et Patrikios, la paralysie des membres inférieurs, avec amyotrophie et abolition des réflexes donnait l'impression d'une polynévrite. La coexistence de phénomènes bulbaires permettait le diagnostic. A l'autopsie, il existait une tumeur méningée du volume d'une noix, qui comprimait l'opercule rolandique du côté gauche, et, d'autre part, des lésions typiques de sclérose latérale amyotrophique. Les lésions cellulaires préodominaient au niveau des membres inférieurs ; mais elles étaient néanmoins très manifestes au niveau du renflement cervical.

Sclérose latérale amyotrophique fruste : démyélinisation marginale sous-pie-mérienne associée. — M. J. Jumentié et Mlle Sentis rapportent une observation anatomo-clinique d'un cas de sclérose latérale amyotrophique, dans lequel la participation du faisceau pyramidal paraissait douteuse cliniquement. L'examen anatomique, s'il montre des lésions de la substance grise du bulbe et de la moelle incontestables, ne révèle qu'une participation très minime du faisceau pyramidal. Les auteurs signalent en outre, dans la répartition des dégénérescences du cordon antéro-latéral, certains points en contradiction avec les données classiques.

III. — Sur la délimitation anatomo-clinique de la sclérose latérale amyotrophique.

A propos d'un cas anatomo-clinique de poliomyélite antérieure chronique. Caractères anatomiques et cliniques de l'affection. Existe-t-il des formes de transition entre la poliomyélite antérieure chronique et la sclérose latérale amyotrophique ? Considérations sur les dégénérations dites transneurales et la pathogénie de ces affections. — MM. Foix et Chavany apportent l'observation anatomo-clinique d'un cas d'atrophie musculaire Aran-Duchenne, ayant duré vingt-trois ans, et caractérisé par une atrophie cervico-brachiale massive avec chute de la tête e n avant ou en arrière. Le seul signe d'irritation du faisceau pyramidal était une tendance au clonus du pied. A l'examen histologique, on constatait une atrophie massive des cornes antérieures, et une intégrité de la voie pyramidale, sauf dans la région sacrée inférieure. Les auteurs font le diagnostic de poliomyélite antérieure chronique en raison de la lenteur de l'évolution et de l'intensité de l'amyotrophie cervico-brachiale. Mais ils se demandent s'il n'y a pas là une forme de passage avec la sclérose latérale amyotrophique, et si le même agent ne pourrait pas, frappant selon les cas d'une manière prépondérante soit les cellules, soit les conducteurs, déterminer tantôt les diverses formes de la sclérose latérale amyotrophique, tantôt les formes cellulaires pures, plus rares, de la poliomyélite antérieure chronique.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis spinale à forme amyotrophique. — M. A. Léri est porté à faire la part très large à la syphilis dans les amyotrophies spinales, et il rappelle que, dans les syphilis spinales à forme amyotrophique, les lésions sont diffuses, débordent sur les cordons antéro-latéraux et réalisent par suite le syndrome de la sclérose latérale amyotrophique.

L'origine infectieuse probable de la sclérose latérale amyotrophique. — M. Poussep (de Dorpat) rapporte quelques observations qui lui paraissent plaider en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose latérale amyotrophique : observation d'un patron et de son ouvrier, atteints l'un et l'autre de cette maladie ; observation anatomique d'un cas où il existait des lésions méningées ; observation d'un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique, ne paraissant pas syphilitique, et chez qui le liquide céphalo-rachidien contenait vingt lymphocytes par millimètre cube.

Séance du 26 *mai* 1925.

Séance de communications.

Cette séance, tenue dans la salle de la Société de neurologie, 12, rue de Seine, à 9 heures, est consacrée à la célébration du XXVe anniversaire de la Société de neurologie.

M. Guillain, président de la Société de neurologie, ouvre la séance par un discours d'une haute tenue scientifique et littéraire, dans lequel il évoque l'histoire de la Société depuis sa fondation le 6 juillet 1899, les souvenirs personnels qu'il a conservés des premières séances ; l'activité scientifique incessante qui s'y est manifestée, et d'où sont émanés presque tous les progrès faits par la neurologie dans le dernier quart de siècle ; enfin, son rôle pendant la guerre et le succès croissant des réunions neurologiques internationales qu'elle a organisées.

Le reste de la séance est réservé aux communications des invités étrangers à la Réunion neurologique, qui apportent ainsi à la Société une contribution scientifique jubilaire importante.

Sur le réflexe plantaire.— M. Bersot (de Neufchâtel) étudie l'évolution du réflexe plantaire avec l'âge et dans les diverses affections du système nerveux. Son étude statistique confirme pleinement la valeur du signe de Babinski.

Sur le psychisme sous-cortical. — M. Hascovec (de Prague) étudie les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (troubles du sommeil, troubles émotionnels, obsessionnels, psychasthéniques et neurasthéniques) et y trouve des indications sur le fonctionnement des centres psychiques sous-corticaux, et en particulier mésencéphaliques.

Les mérites insuffisamment appréciés de Charcot en tant qu'investigateur des troubles moteurs de l'hystérie.— M. Pienkowski (de Varsovie) pense que l'activité motrice de l'hystérique témoigne de la libération d'automatismes physiologiques dont elle facilite l'étendue.

Quelques considérations sur les hémorragies sous-arachnoïdiennes.— M. Herman (de Varsovie) a principalement étudié, dans le service de son maître Flateau, les hémorragies spontanées des jeunes sujets, et il incline à en faire une affection autonome.

Opération de Royle. — M. Rodriguez Arias (de Barcelone) a fait pratiquer l'opération de Royle (résection du sympathique cervical) dans différents cas d'hypertonies pyramidales ou extrapyramidales. Il a toujours obtenu, à la suite de l'intervention, une diminution de l'hypertonie.

Sur une variété de paraplégie spasmodique familiale.— M. Marinesco a observé, dans une famille, une association morbide constituée par des crises d'hypertonie généralisée, à horaire fixe, des crises végétatives associées, et enfin un spina bifida.

Sur la rigidité décérébrée.— Mlle Zand (de Varsovie) a examiné au point de vue anatomique deux cas de rigidité décérébrée : l'un par tumeur des tubercules quadrijumeaux, l'autre par hydrocéphalie tuberculeuse. Les lésions semblaient intéresser surtout le noyau rouge. L'auteur s'est proposé de rechercher expérimentalement quel était le centre de la rigidité décérébrée, et elle a constaté que, expérimentalement, la lésion des olives bulbaires faisait disparaître cette rigidité. Si l'on envisage le développement des olives dans la série animale, il semble qu'il soit en relation avec l'aptitude des animaux à conserver la station verticale.

Sur la localisation de l'écorce sensitive dans le cerveau. — M. Dusser de Barenne (d'Utrecht) a utilisé la strychnine pour déterminer une excitation localisée de l'écorce cérébrale chez le macaque. L'agitation de l'animal témoignait du caractère douloureux de l'excitation. L'expérience a montré que l'excitation paraissait douloureuse, non seulement dans la zone postrolandique, mais encore dans la zone prérolandique, et cela lors même qu'on avait au préalable enlevé au bistouri ou anesthésié à la novocaïne toute la zone post-rolandique et toute la région excitable du côté opposé.

Recherches sur la projection de la rétine dans le système nerveux.— M. Brouwer (d'Amsterdam) a réalisé, chez le lapin et chez le singe, des lésions localisées de la rétine, et il a suivi les dégénérescences consécutives dans les voies optiques et dans le corps genouillé externe. Il a pu, de cette manière, déterminer, dans la bandelette optique et dans le corps genouillé externe, les localisations qui répondent aux divers quadrants, le territoire très étendu, mais cependant localisé, qui répond au faisceau maculaire, enfin la part qui revient respectivement à la vision monoculaire et à la vision binoculaire. (*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr S. T. Curtil. — **Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire.** (7 planches ; Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1925.)

Dans ce travail, le Dr Curtil signale les résultats obtenus par le Dr Dufour et par lui-même, à l'hôpital Broussais, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iodo-benzométhyl-formine (iodaseptine).

L'iode doit être considéré comme un moyen thérapeutique puissant dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire. Toutefois, sa forme et son mode d'administration en commandent l'action. Les iodures sont trop congestionnants et la teinture d'iode, qui, pour être plus efficace, doit être employée à doses élevées (Boudreau), n'est pas toujours bien tolérée. Parmi les composés iodés utilisables, l'iodo-benzo-méthyl-formine est un des mieux supportés et des plus actifs. Il a l'avantage de se présenter sous forme de solution injectable qui permet de respecter l'estomac des malades.

On emploie une solution au dixième d'iodaseptine et on injecte d'abord des doses faibles, soit 2 cc. par 24 heures, pour atteindre 5 cc. Les injections sont pratiquées en séries de vingt jours, séparées par un

repos de quinze jours au plus, suivant les cas. Elles se font intra-veineuses ou intra-musculaires. Elles ne donnent pas de phénomènes de choc, ni d'iodisme.

Cette thérapeutique doit être réservée aux malades ne présentant pas de fièvres à grandes oscillations, aux tuberculeux au début à lésions peu évolutives, aux tuberculeux à la première période et même à la seconde période. Dans la tuberculose fébrile, on injectera, non plus de l'iodaseptine, mais la septicémine (di-urotropine-iodo-benzométhylée, Hamant et Méry) à la dose de 4 cc. par jour. On la remplacera par l'iodaseptine dès que la température sera au-dessous de 38°.

Selon le mot de Jacquerod, pour obtenir des résultats tangibles, « il faut avant tout s'y prendre à temps, et y mettre le temps ». Deux ordres de faits traduisent l'amélioration du tuberculeux : l'augmentation du poids, la disparition des bacilles dans les crachats. Ces deux résultats sont rapidement obtenus avec le traitement à l'iodaseptine ; on voit en même temps l'état général s'améliorer alors que le malade peut reprendre ses occupations.

Enfin, le traitement par l'iodaseptine ne contre-indique pas une thérapeutique associée : M. Dufour conseille souvent les pilules de Dioscoride, alternant avec l'iodaseptine. Une malade dont M. Curtil cite l'observation fut traitée à la fois par l'iodaseptine et par un pneumothorax : elle supporta 18 insufflations.

Le travail de M. Curtil se termine par onze observations très complètes dans lesquelles les faits sont contrôlés par le laboratoire et la radioscopie : elles sont précisées par des courbes de température et d'élimination des crachats.

P. — Dr Roger Fournier. — **A propos de quelques cas de pyélonéphrite de l'enfance.** (Paris, Jouve et Cie, éditeurs, 1925.)

La pyélonéphrite mérite en nosologie infantile une place plus importante que celle qui lui est attribuée habituellement dans les ouvrages classiques.

L'enfant y est exposé à tous les âges. Les pyélonéphrites de la première enfance, nouveau-né et nourrisson sont bien connues, mais celles que l'on observe de 2 à 15 ans, moins fréquentes, ont été moins étudiées.

L'étiologie de cette affection est différente suivant que l'on considère un sujet de la première enfance ou de la deuxième. Alors que dans la première enfance elle succède principalement aux infections gastro-intestinales, pulmonaires ou pharyngées, dans la deuxième elle est surtout causée par les maladies infectieuses, fièvres éruptives, adénoïdites, appendicite, fièvre typhoïde. Elle peut même apparaître au cours d'une crise de rhumatisme aigu.

Le pronostic immédiat des pyélonéphrites infantiles dépend de la gravité de l'infection causale ou de son passage à la chronicité. Le pronostic éloigné est lié à l'atteinte du rein, dans ses fonctions d'excrétion et de sécrétion, par la suppuration.

Ly. — Dr Démetre Paizis. — **Traitement des gangrènes humides des diabétiques par la diathermie.** (Lyon, imprimerie Bosc et Riou, 42, quai Gailleton, 1925.)

La d'arsonvalisation diathermique, par son pouvoir calorigène au niveau des tissus traversés par le courant, par l'active circulation qu'elle provoque, par l'exaltation du pouvoir défensif contre les agents pathogènes étrangers qui en résulte, peut-être aussi par une action propre sur les microbes, doit logiquement agir sur les gangrènes humides des diabétiques.

Les huit succès complets sur neuf cas traités dont l'auteur rapporte les observations semblent confirmer cette hypothèse.

Les résultats notés chez les malades, dès les premières séances de diathermie, sont : la diminution des douleurs et de l'œdème, la chute des escarres, le bourgeonnement intense des plaies, la rétrocession des accidents toxi-infectieux généraux et la chute de la température.

Les améliorations obtenues paraissent indépendantes du traitement par l'insuline, auquel plusieurs de ces malades avaient été soumis.

Les succès observés parfois chez des patients très gravement atteints autorisent l'essai de ce traitement dans des cas qui semblent relever uniquement de l'intervention chirurgicale.

Mt. — Dr Pierre-Henri Griffault. — **Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon sigmoïdien** (Imprimerie Firmin et Montane, rue Ferdinand-Fabre, Montpellier, 1925.)

Le mégacôlon sigmoïde est une maladie grave, incurable, qu'il faut traiter chirurgicalement, car il n'en existe pas de traitement médical. Pratiquement, et d'une façon générale, le diagnostic n'est que très rarement posé, si ce n'est avec le secours d'un examen radiologique très attentif.

La conduite de choix sera la colectomie « idéale », quand le diagnostic aura été posé. Sinon, la formule la plus sage, l'opération, « ne mettant jamais en danger la vie de l'opéré », sera l'intervention en plusieurs temps, extériorisation, résection de l'anse extériorisée, cure de l'anus contre nature.

Mt. — Dr François Roque. — **Contribution à l'étude de la syphilis hépatique** (Montpellier, imprimerie Firmin et Montane, rue Ferdinand-Fabre, 1925.)

Beaucoup d'affections du foie, et même du tube digestif, peuvent prendre le masque de la syphilis, et il importe au plus haut point au thérapeute de bien discriminer la part de celle-ci. En agissant ainsi, il fera œuvre utile. Les magnifiques résultats obtenus par la médication spécifique doivent l'encourager dans cette voie.

L'auteur, nourri de la doctrine de l'école montpelliéraine, héritière des grands principes d'Hippocrate, rappelle que les médications étiologiques, comme

celle qui découle de l'origine syphilitique de certaines cirrhoses, doivent être l'idéal des thérapeutes dans la lutte qu'ils entreprennent contre la maladie

B. — Dr Joseph FABRE. — **De la toux dans la tuberculose pulmonaire chronique. Ses complications. Essai de traitement symptomatique.** (Thèse de la Faculté de médecine de Bordeaux, 11 décembre 1925.)

Le complex pantopon, papavérine, éther sulfurique d'atropine, plus connu sous le nom de spasmalgine, est utilisé dans tous les cas si nombreux de spasmes de la gorge, du tube digestif, de l'appareil génital, dans les coliques hépatiques et néphrétiques (Rutimeyer), dans la dysménorrhée (Caro), dans tous les cas de déséquilibre neuro-végétatif (Mergui). Se basant sur ces faits cliniques et d'autre part sur l'emploi par Popper de la papavérine contre la toux coqueluchoïde, M. Fabre a songé à utiliser ce médicament en général contre la toux des tuberculeux et en particulier contre la toux émétisante, à la dose de deux comprimés par jour. Il en a obtenu d'excellents résultats. La spasmalgine, que l'on peut d'ailleurs employer également sous forme d'injections sous-cutanées, diminue le tonus de la fibre musculaire lisse et l'excitabilité réflexe des centres bulbaires, en particulier des noyaux du vague, surtout quand il y a hypervagotonie : au début de la maladie, elle donne de très bons effets ; à la période cavitaire, elle diminue la violence et l'intensité de la toux ; elle fait disparaître presque complètement les quintes et les sueurs nocturnes ; jointe à l'allonal, elle permet au malade de prendre un repos qui lui est nécessaire. Justement M. Chausset, dans sa thèse de Lyon, a eu l'occasion de constater combien l'allonal, ou isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine, était utile dans le traitement symptomatique des tuberculeux et c'est ce même médicament que tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, MM. Villaret, Justin-Bezançon et Fauvert ont conseillé dans l'insomnie des tuberculeux : ce sont là des notions de pratique courante utiles à connaître, car la toux des bacillaires est souvent combinée aux sueurs profuses et à l'insomnie et il est particulièrement intéressant d'avoir à sa disposition deux médicaments efficaces et, pour ainsi dire, « atoxiques », aux doses thérapeutiques, ainsi que le constate M. Fabre pour la spasmalgine ; même constatation a été faite pour l'allonal dans les travaux de MM. Mounot, Chausset, Estival, Pouchet, Redonnet, etc.

Dans la toux émétisante, la spasmalgine administrée quelques minutes avant le repas, ferait disparaître la quinte post-prandiale et du même coup le vomissement. Cette amélioration semble persister un certain temps : aussi M. Fabre conseille-t-il le traitement discontinu, 5 à 10 jours de traitement, 5 à 10 jours de repos, qui lui a toujours donné satisfaction, sans qu'il ait pu observer de phénomènes d'accoutumance et il cite notamment un cas de tuberculose pulmonaire, à évolution très lente, vraisemblablement fibrosé, ayant présenté, au cours de son évolution, à deux reprises, un syndrome de toux émétisante. Ce syndrome, après 15 jours de traitement à la spasmalgine, a été chaque fois complètement modifié dans son évolution ; les vomissements se sont arrêtés au début de la médication, permettant une alimentation normale, et n'ont pas repris à la suspension du médicament qui a semblé exercer ici une espèce d'effet de discipline particulièrement heureux.

P. — Dr Adrien VIGUIER.—**Traitement de l'épilepsie dite essentielle par la belladone totale (Bellafoline) associée au gardénal.** Travail du service du Dr Toulouse, consultation du Dr Marchand, asile Sainte-Anne. (Imprimerie Fonsèque et Métivier, 54, *passage du Caire, Paris, 1925.)*

Les vertus thérapeutiques de la belladone, dans le traitement de l'épilepsie ont été pressenties depuis longtemps et appréciées par plusieurs auteurs.

Les résultats obtenus, avec les préparations galéniques de belladone, sont inconstants et contradictoires, en raison de la teneur variable de ces préparations en principes actifs. De même, pour l'atropine, utilisée sans les autres éléments de la plante.

Le véritable principe actif de la belladone n'est d'ailleurs pas l'atropine, mais l'hyoscyamine, lévogyre, deux fois plus active. La plante renferme, en outre, de la scopolamine et quelques autres alcaloïdes. La belladone totale ou bellafoline contient tous ces alcaloïdes à l'état pur et exactement dosés. Son activité est deux fois supérieure à celle de l'atropine.

L'association gardénal-bellafoline parvient, très souvent, à juguler les crises épileptiques dans les cas où le gardénal seul ne donne que peu ou pas de résultats. Lorsque les accidents ne sont pas complètement jugulés, ils sont cependant, ou moins violents, ou moins nombreux. Cette association médicamenteuse est en général efficace dans les formes larvées et frustes de l'épilepsie.

Il faut, pour chaque malade, chercher la dose nécessaire et suffisante de gardénal et de bellafoline pour obtenir les meilleurs résultats. Les doses prescrites par l'auteur ont été, habituellement, celles de 0 gr. 20 de gardénal et de 2 comprimés de bellafoline (soit un demi-milligramme de principes actifs).

Les doses de bellafoline peuvent être portées, au besoin, jusqu'à 4 comprimés par jour, soit un milligramme de principes actifs.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE DANGER DU CONTRAT COLLECTIF

Habent sua fata verba !

Le docteur V. Bérard, de Bourges, a bien voulu nous adresser un exemplaire de deux lettres qu'il a envoyées à tous ses confrères du Cher.

L'une de ces lettres porte le titre que j'ai donné à cette chronique, pour une autre raison que celles qu'invoque l'auteur et que j'indiquerai plus loin. Comme nous avons la prétention d'être une tribune où toutes les opinions peuvent se manifester, nous publions la partie essentielle de cette lettre, où le danger du contrat collectif est envisagé à propos des Assurances sociales.

Le bureau (de l'Union) paraît croire que le Contrat collectif est inévitable entre les caisses et le Corps médical. Je veux démontrer que ce Contrat collectif est inacceptable.

Voyons le Contrat collectif où il existe, en Alsace-Lorraine, sans tenir aucun compte des atteintes portées à la dignité professionnelle, à son intérêt matériel et à l'intérêt du malade par ce qui, dans ce pays, s'ajoute au Contrat collectif : le tiers-payant, le contrôle et les sanctions.

Qui dit « contrat collectif » dit « contrôle » ; et quand les Caisses auront leur responsabilité et la préoccupation de celui qui « tient la queue de la poële » et ne veut pas être débordé par les dépenses, elles seront amenées par la force des choses à nous observer, à nous contrôler, à nous imposer des directives au point de vue technique : emploi des méthodes de recherches (Radio, laboratoire), et au point de vue thérapeutique.

Si je prends mes exemples en Alsace-Lorraine, je vois les feuilles d'ordonnance, remises tout imprimées par les Caisses aux médecins, avoir comme espace disponible exactement la dimension d'une carte de visite, et le Contrat spécifie qu'il faut formuler économiquement. On remet d'ailleurs au médecin un formulaire de prescriptions économiques et de quelques spécialités bon marché faisant des ristournes aux Caisses. Le médecin, par le Contrat collectif, est rendu responsable des formules exagérément dispendieuses lorsque tous les trimestres les ordonnances sont vérifiées pour le paiement des pharmaciens. Voici alors les poulets que reçoivent les médecins qui n'ont pas été suffisamment économes : « Vous avez prescrit teinture d'hydrastis au lieu de teinture d'hamamélis ; la teinture d'hydrastis est trop chère, tenez-en compte pour une autre fois ». — « Vous avez, mis dans une potion de 120 grammes, 60 grammes de sirop ; vous devez vous contenter de 30 grammes ». — « Vous avez prescrit un traitement pour dix jours, c'est trop ». Il faut, d'ailleurs, pour que la Caisse puisse faire face aux dépenses excessives d'une consommation excessive de soins parce que gratuite, que le malade ne coûte pas plus de 13 à 14 francs par trimestre de prescriptions pharmaceutiques. S'il s'agit de traitements et d'examens spéciaux, voici la circulaire numéro 908 de la Caisse de l'Arrondissement de Colmar : « Monsieur le Docteur, pour les membres de notre Caisse,ainsi que pour épouses et enfants qui ont droit à l'assurance à la famille, (je respecte la langue française employée dans cette circulaire), et dont l'état de santé ou le genre de leur maladie nécessitent un traitement spécial (radiographie, radioscopie, examens d'estomac ou d'intestin, traitements aux rayons X ou bleus, etc...), Messieurs les médecins de la Caisse sont priés de bien vouloir prendre notre qu'à l'avenir, ces traitements ne seront exécutés qu'après un second examen par notre médecin-conseil... » Une autre circulaire aussi suggestive ; elle est en date du 8 décembre 1925 : « Monsieur le Docteur, depuis le grand froid, le nombre de nos malades portés incapables de travailler, s'est accru d'une façon inquiétante, surtout que la température actuelle ne nous paraisse pas malsaine à ce point. Nous avons relevé, parmi les malades, surtout des ouvriers du bâtiment et des journaliers travaillant dehors et qui sont forcés par le froid de chômer. Un grand nombre de ces ouvriers qui a pu être examiné par notre médecin-conseil a été reconnu apte au travail ; mais comme il n'est pas possible de faire examiner actuellement tous les suspects, nous nous permettons de rappeler aux médecins qu'il est de leur devoir de vérifier consciencieusement l'incapacité de travail... »

Ne dites pas que le libre choix et l'entente directe supprimeront ce contrôle, ces observations. Contrôle et observations sont la conséquence fatale du Contrat collectif — disons davantage — des assurances sociales, et c'est à nos dirigeants à montrer au législateur les conséquences déplorables des soins gratuits, encouragement à la paresse. Voici encore une circulaire plus démonstrative, elle est en date du 21 décembre 1925, quelques jours, par conséquent, avant les fêtes de la Noël : « Monsieur le Docteur, comme

il y aura sûrement des malades qui voudront profiter de l'indemnité de chômage pour les deux jours de fête, même si leur incapacité de travail avait cessé avant, nous vous prions de ne certifier l'incapacité de travail au-delà de jeudi prochain pour les personnes qui se présenteront à la consultation du jeudi, que si celle-ci ressort nettement des symptômes objectifs constatés ». (Signé : Le Médecin-conseil).

Ici, c'est un médecin qui écrit. Lisez bien : *symptômes objectifs*. Prenez garde à l'erreur de diagnostic dans laquelle peut vous faire tomber l'absence de tout symptôme objectif. Nous voilà en plein dans la médecine de caserne, médecine de triage basée sur la défiance du médecin vis-à-vis de son malade. Il est facile, sans que j'insiste, de tirer toutes les déductions d'un pareil état de choses au point de vue de la dignité professionnelle, de l'intérêt du malade, etc., etc.

Qu'on ne me dise pas que les lois sociales votées, le Contrat collectif est inéluctable, qu'on ne me dise pas surtout qu'il est un mode de protection des intérêts matériels du médecin consciencieux, parce que, disait le Docteur Hervy, de Limoges (*Médecin Syndicaliste* du 15 février 1926), si nous ne voulons pas du Contrat collectif, les Caisses trouveront toujours, des dissidents des syndicats pou rl.accepter et drainer la clientèle. C'est à nous à démontrer au législateur qu'il ne faut pas qu'il insère le Contrat collectif dans la loi parce que cela ira à l'encontre des intérêts du pays,parce qu'il ne trouvera que des médecins marrons et profiteurs pour accepter le Contrat collectif dont abuseront « producteurs » et « consommateurs de soins », que tous ceux qui ont une valeur et une dignité professionnelles refuseront de se lier.

Il faut proposer que l'Assuré soit traité comme le Mutualiste actuel qui paye directement son médecin librement choisi, et se fait ensuite rembourser par sa Mutualité ses dépenses médicales à un prorata que nous n'avons pas à connaître. L'Association mutualiste exerce sur ses Administrés le contrôle qu'elleveut et, comme certainement une certaine partie des dépenses médicales et pharmaceutiques reste à la charge du Mutualiste, celui-ci n'est pas tenté d'abuser des soins médicaux, tout en trouvant dans la Mutualité, une aide efficace, une diminution considérable de l'angoisse que peut amener dans un budget familial la maladie et le chômage. *C'est à cela que doit se borner l'ambition du législateur, mais s'il cherche à décharger entièrement l'assuré de toute responsabilité pécuniaire en cas de maladie, il se trouve obligé, prevoyant la consommation excessive de soins, de passer des contrats à bon marché avec le producteur de soins, de contrôler tous les actes du médecin et du malade, et par conséquent, d'aboutir à une mauvaise médecine, je crois l'avoir suffisamment démontré.*

Dans la ville industrielle de Vierzon, je vois quelquefois des accidentés oculaires me faire signer plusieurs feuilles d'incapacité professionnelle pour diverses sociétés de prévoyance, et ils ne me cachent pas qu'avec la demi-journée donnée par l'assurance et les secours de ces diverses sociétés, ils touchent plus que lorsqu'ils travaillent. Lorsqu'il s'agit, en pareil cas, d'ouvriers peu sérieux, je suis obligé d'imposer de façon très autoritaire la reprise de travail lorsque la cicatrisation me paraît suffisante. Ces cas isolés seraient notre lot quotidien avec le Contrat collectif et la prise en charge de toutes les dépenses par les Caisses sociales.

Il est donc nécessaire que nous donnions à nos délégués le mandat très impératif d'imposer le libre choix, le respect absolu du secret professionnel, le paiement direct, tels que je le définissais dans ma lettre précédente, et le refus absolu de tout contrat collectif qui semble tenir encore à cœur aux membres du Bureau de l'Union, parce que ce Contrat collectif amènera fatalement l'intrusion d'un tiers comme contrôleur.

Bourges, le 10 *mars* 1926.

Docteur VITAL-BÉRARD.

M. V. BÉRARD fait le procès du contrat collectif et de la médecine de Caisses tels qu'ils sont pratiqués en Alsace et en Lorraine. Qu'il nous permette de lui faire observer qu'il arrive un peu tard, et qu'il y a beau temps qu'en ce qui nous concerne, ayant envoyé notre collègue Paul Lacroix enquêter sur place, nous avons dit ce que nous pensions de cette façon de comprendre et d'exercer la médecine. Cela remonte au premier semestre de l'année 1922. Nous sommes donc d'accord. D'ailleurs, les confrères Alsaciens-Lorrains sont les premiers à déplorer les nombreuses imperfections du système auquel ils sont soumis, et ils réclament un réajustement de l'Assurance-maladie, fondé sur les grands principes qui doivent demeurer à la base de notre exercice professionnel.

Mais de ce qu'un certain type de contrat soit indésirable, doit-on en conclure que, d'une façon générale, la méthode est mauvaise ? Alors, confrère Bérard, vous condamnez en bloc tous les accords de cette nature, et celui de Roubaix-Tourcoing, et celui du Syndicat des Médecins de la Seine publié dans le numéro 9 du *Concours Médical* du 28 février dernier, et celui du Syndicat des Deux-Sèvres avec une Mutualité (5 avril 1925), et tant d'autres qui donnent toute satisfaction aux parties contractantes. C'est très certainement en vertu des clauses d'un certain contrat collectif passé entre syndicats médicaux et mutualités, que fonctionne le régime qui plaît à M. Bérard, qui me plaît à moi-même, et dont il parle au début du 2e avant-dernier alinéa de sa lettre.

Or, personne n'a jamais entendu dire que la partie contractante, du côté médical, ait été composée de médecins marrons et profiteurs... Alors, comment M. Bérard a-t-il pu écrire et signer cette phrase : « ..... Il se ne trouvera que des médecins marrons et profiteurs pour ac-

cepter le contrat collectif dont abuseront « producteurs » et « consommateurs » de soins . . . »

Voilà une phrase qui fera un évident plaisir aux confrères du Nord qui ont signé l'accord de Roubaix-Tourcoing, et aux confrères de l'Ouest qui ont contracté, par l'intermédiaire de leur Syndicat avec une Société Mutuelle, et aux confrères de la Seine qui, semblablement, viennent de traiter syndicalement avec la Caisse de Compensation de la région parisienne . . .

« Seigneur, gardez-moi de mes amis ... Mes ennemis, je m'en charge . . . . . ». N'est-ce pas la prière qui montera aux lèvres de tous ces confrères lorsqu'ils liront une telle hérésie, qui se condamne elle-même, puisque, le contrat collectif étant passé entre Syndicat médical et collectivité organisatrice des soins, cela revient à dire que les Syndicats médicaux ne sont composés que de médecins marrons et profiteurs ?

Aussi bien, arrêterai-je là les remarques que me suggère la lettre de M. Bérard.

Le danger du contrat collectif, ou pour mieux dire, son tort, c'est de se nommer ainsi.

Et pourquoi donc, direz-vous ? Parce que cette expression est détournée de son véritable sens et prise avec une signification erronée et péjorative. Pour un assez grand nombre de médecins, contrat collectif, cela ne peut évoquer qu'une adhésion aux doctrines collectivistes.

Vous en doutez ? J'ai sous les yeux le *Bulletin* du Syndicat médical de la Dordogne de janvier dernier, et j'y lis, page 19, dans le rapport de M. le Dr Lamy-Laperrière : « L'ordre du jour Gaussel ne peut-il prêter à des interprétations diverses, suivant qu'on le regarde de l'angle *contrat-collectiviste*. . . . ».

D'ailleurs, cette expression *contrat collectif* n'existe que dans la Législation du Travail, qui n'a pas été faite, quoi qu'on puisse dire, pour les professions libérales en général, ni pour les médecins en particulier. Dans la loi du 25 mars 1919 relative aux conventions collectives de travail, on lit l'article 31, ainsi conçu :

« La convention collective de travail est un contrat relatif aux conditions du travail, conclu entre, d'une part, les représentants d'un syndicat professionnel *ou de tout autre groupement d'employés*, et d'autre part, les représentants d'un syndicat professionnel ou de tout autre groupementd'employeurs contractant à titre personnel, ou plusieurs employeurs contractant à titre personnel, ou même un seul employeur. »

On ne saurait prétendre que des médecins, même syndiqués, puissent être considérés comme des employés, dans le sens où cette expression est prise ci-dessus.

Que l'on ait étendu cette terminologie aux accords que passent les syndicats médicaux avec certaines collectivités, on a voulu, ce faisant, indiquer que les parties contractantes ne sont pas des individualités physiques, mais des collectivités.

Or, puisque le qualificatif de *collectif* n'ajoute rien d'obligatoire au mot contrat qui, dans la Législation civile, a un sens nettement défini, et puisque l'expression prend ainsi figure d'épouvantail et évoque les pires catastrophes sociales, je propose qu'on cesse de l'employer. Je propose qu'on envisage simplement les conventions, les accords, les contrats qui peuvent être passés entre personnalités qualifiées pour régler les conditions de l'exercice de la médecine, dans certains cas déterminés.

Et alors, si le principe de ces contrats est adopté, et il l'est, nonobstant l'argumentation spécieuse de M. Bérard, il appartiendra aux Syndicats d'être assez forts, assez puissants, assez énergiques, pour poser leurs conditions et pour n'accepter de clauses que celles qui garantiront au médecin la possibilité de pratiquer la médecine saine, honnête et relativement indépendante qui demeure l'idéal de la majorité du Corps médical.

G. Duchesne.

LES COMMISSIONS TRIPARTITES

« Le Juge c'est moi ! » dit M. le Préfet,

Par le Dr Fernand Decourt.

Je viens d'avoir sous les yeux, une lettre signée « Pour le Préfet, le Secrétaire général », au sujet d'une décision de la commission departementale de la Seine-Inférieure. Je suis stupéfait de voir avec quelle désinvolture le signataire traite la *décision* de cette Commission qu'il transforme en une *proposition* qu'il lui plaît, à lui secrétaire général remplaçant le préfet, donc à lui préfet, *d'adopter*, en sa toute puissance, *sic volo, sic jubeo*. Et cela, malgré les précisions apportées, sur ce point, en 1925, par un décret qu'un préfet ou son secrétaire, ne devrait pas méconnaître à ce point.

Voici donc la lettre que reçut notre confrère, le Dr L... et qu'il me communique, non pas à cause du point que nous allons examiner mais

simplement pour me demander, sur son cas, un avis personnel, n'ayant jamais douté de la toute puissance de son préfet, ce dernier voulut-il se déclarer « *juge unique* », ce qui est contraire aux lois, ainsi qu'aux mœurs de notre pays.

Préfecture de la Seine-Inférieure — Soins médicaux aux victimes de la guerre

République Française — Rouen, le 13 mars 1925.

Monsieur le Docteur,

Dans sa séance du 11 mars courant, la Commission départementale de surveillance et de contrôle des soins aux bénéficiaires de l'Art. 64 de la loi du 31 mars 1919 *a proposé* que ...

J'ai l'honneur de vous faire connaître que *j'ai adopté la proposition de la Commission* et qu'un délai de deux mois vous est imparti pour vous pouvoir, si vous le jugez utile, *contre* MA *décision*, devant la Commission supérieure de contrôle siégeant à Paris, 37, rue de Bellechasse. Ce délai courra dès la réception de la présente lettre.

Agréez ...

Pour le Préfet,
Le Secrétaire général,
(Illisible).

Monsieur le secrétaire préfectoral général, n'a sans doute pas lu les modifications apportées au décret du 25 octobre 22 qui laissait un peu trop dans le vague et l'ambiguité le rôle, les attributions et les droits des commissions tripartites. Comme nous nous en sommes pas mal occupés, à la Commission supérieure, Lenglet, Noir et moi-même, et comme, à la suite, tout cela fut réglé aussi officiellement que clairement, il m'a semblé intéressant de rappeler ici les dites modifications, simplement en rapportant le texte même des nouveaux articles réglant ces questions.

Art. 54 (nouveau). — Les notes et mémoires sont examinés par les Sous-Commissions et soumis à la Commission *qui statue* et transmet au préfet *sa décision*, laquelle doit être motivée, ainsi qu'il a été dit à l'art. 32. »

Mais, concernant les mémoires contestés, la Commission ne doit prendre SA *décision* qu'après avoir convoqué le créancier pour prendre connaissance de ses explications ».

Art. 55 (nouveau). — Si *la décision de la Commission* n'est pas acceptée soit par le créancier, *soit par le préfet*, la Commission supérieure est saisie, dans les conditions fixées à l'art. 34. »

Et, pour terminer, nous donnerons ce dernier article, afin qu'il ne reste aucune obscurité :

Art. 34 (nouveau). — « Les décisions d'ordre contentieux de la Commission peuvent être déférées *par les parties en cause*, pendant un délai de deux mois à partir de la notification, à la Commission supérieure prévue au chapitre ci-après. »

Je comprends qu'il soit dur, très dur, pour M. le secrétaire préfectoral général, remplaçant de M. le préfet, de n'être plus le personnage qui, par procuration, peut dire devant le pauvre praticien, « MA *décision* ». Il n'en est pas moins vrai, textes en mains, qu'il n'est plus qu'une simple « partie en cause » et que, tout comme les camarades : mutilés, médecins ou pharmaciens, il n'a plus qu'à se pourvoir devant la Commission supérieure — dans le délai de deux mois sous peine d'être forclos — des décisions de la Commission départementale qui n'ont pas eu l'heur de lui plaire.

J'ai tenu à bien mettre cette question au point, du haut de la grande tribune du *Concours médical*, afin que nul de nos confrères n'en ignore, et surtout les secrétaires des Commissions départementales de contrôle. Placés, par leurs pairs, au poste d'honneur, c'est-à-dire « sur la brèche », à un endroit, en effet, où on reçoit plus de flèches que de fleurs, ils sauront ainsi — ceux, du moins, à qui ces modifications auraient pu échapper — qu'ils auront désormais à veiller et à ne *jamais laisser passer* des... erreurs de pouvoirs semblables à celle-ci.

« Petite histoire, diront quelques uns, simple question de forme ! » Je ne suis nullement de cet avis. La fôôrme finit par emporter le fond, en entrant dans les coutumes.

Les Commissions de contrôle ont des devoirs austères qui, parfois, ne nous plaisent guère, c'est entendu. Mais elles ont aussi *leurs droits*, sur lesquels nous avons, *tous*, intérêt à ne laisser jamais personne empiéter, fût-ce l'administration. Rappelons-nous toujours le mot de La Fontaine (je parle du fabuliste) : « Laissez leur prendre un pied, etc.... »

Dr Fernand Decourt.

HERBORISTES — VENTE DE MÉLANGE DE PLANTES INDIGÈNES

Le *Journal officiel* publie les réponses, que les ministres font aux questions qui leur sont posées par un membre du Parlement. Or, comme aucune liaison n'existe entre les bureaux de l'administration et les personnes compétentes, syndicats professionnels, ou autres, ces réponses sont parfois erronées, parfois incomplètes et, pour notre part, nous avons relevé certaines erreurs, ou omissions.

C'est ainsi que dans le *Journal officiel* du 25 février 1926, nous avons découpé la réponse suivante :

6955. — M. Camille LENOIR, député, demande à M. le Ministre de la Justice, en l'état actuel de la législation réglementant la profession d'herboriste, si un herboriste diplômé a le droit de vendre des plantes médicinales indigènes, mélanges ou non, soit sur la demande du client, soit sur ordonnance médicale. (*Question du 5 février* 1926.)

Réponse. — Aux termes de l'article 37 de la loi du 21 germinal an XI, un herboriste diplômé a le droit de vendre « des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes fraîches ou sèches ». Il apartient aux tribunaux seuls de dire si cette formule vise aussi bien les mélanges de plantes que les plantes simples.

L'auteur de la réponse ne s'est pas donné grand mal : il passe la parole aux tribunaux, sans se demander s'il existe une jurisprudence. Cependant, c'est le Ministre de la Justice, qui est responsable de cette réponse.

Nous pensons être utiles aux médecins propharmaciens, en précisant ce point de droit.

L'article 37 de la loi du 21 germinal an XI est ainsi rédigé : « Nul ne pourra à l'avenir vendre des plantes, ou des parties de plantes médicinales, indigènes, fraîches, ou sèches, ni exercer la profession d'herboriste... »

Deux cas sont à considérer.

1° L'herboriste fait un mélange de plantes indigènes, dose les proportions et met en vente ce produit, dans un but curatif. Par exemple, il lance un laxatif, composé de simples, sous un nom quelconque.

Il est répréhensible juridiquement, pour deux motifs.

En premier lieu, il vend un médicament secret, et par conséquent viole l'article 36 de la loi de Germinal.

En second lieu, il débite, au poids médicinal, un véritable médicament, car, si chaque plante, entrant dans la composition du remède vendu, a une propriété particulière, le mélange de ces plantes peut avoir une propriété curative différente.

Or, il est interdit à tous ceux qui ne sont pas munis du diplôme de pharmacien, de faire des mixtures destinées à être administrées sous forme de médicaments (déclaration du 25 avril 1777 et article 36 de la loi de Germinal).

Un arrêt de cassation, chambre criminelle, du 13 mars 1919 (*Gaz. Pal.*, 30 juin 1922 ; *Bull. crim.*, p. 107) décide que « l'herboriste, qui a le droit de vendre des plantes, ou des parties de plantes médicinales indigènes, commet un exercice illégal de la pharmacie, lorsqu'il met en vente, sous le nom de thé, suivi d'un qualificatif de fantaisie, un mélange de plantes, dont rien ne révèle ni la nature, ni la proportion et alors qu'il préconise ce thé comme constituant un spécifique souverain contre certaines maladies. »

Un arrêt de Cassation, du 29 janvier 1926, est rendu dans le même sens.

COUR DE CASSATION (CH. CRIMINELLE).

29 janvier 1926.

Gaz. Pal., 13 mars 1926.

L'interdiction portée par l'art. 33 de la loi du 21 germinal an XI de vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique est applicable à tous ceux qui, n'exerçant pas la profession de pharmacien, font ces ventes prohibées, et notamment aux herboristes auxquels l'art. 37 de ladite loi confère seulement le droit de vendre en nature des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes, non vénéneuses, fraîches ou sèches.

Et la loi, en édictant cette interdiction ne distingue pas entre les procédés à l'aide desquels les compositions ou préparations pharmaceutiques, ainsi vendues ou mises en vente, auraient été obtenus.

Ainsi un herboriste excède les droits que lui confère l'art. 37 quand, par un mélange de plantes indigènes non toxiques et par la manière dont il l'offre au public, il présente ce mélange comme constituant un remède.

Syndicat des pharmaciens de Loire-Inférieure contre G.

Le Syndicat des pharmaciens de Loire-Inférieure s'est pourvu en cassation d'un arrêt de la Cour de Rennes, rendu le 22 juin 1925 au profit de M. G. herboriste.

Arrêt (ap. délib. en ch. du conseil) :

LA COUR,

Sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation de la déclaration du 25 avril 1777, des art. 25, 29, 32, 33, 37 de la loi du 21 germinal an XI, ensem-

ble de l'art. 7 de la loi du 20 avril 1810, contradiction de motifs, en ce que l'arrêt attaqué a décidé que les faits constatés ne constituaient pas un acte d'exercice illégal de la pharmacie, sous le prétexte que le mélanges de plantes indigènes, même vendus dans un but curatif, ne sauraient être considérés que comme des tisanes rafraîchissantes et non comme des remèdes secrets ou de véritables médicaments, puisque les plantes qui les composent n'ont subi aucune altération de leur substance en vue de constituer un médicament répondant, soit à une formule du codex, soit à une formule magistrale et qu'en conséquence il ne saurait être interdit aux herboristes de les mettre en vente dans des boîtes avec des appellations spéciales et diverses, alors que les lois qui régissent leur profession n'ont conféré aux herboristes que le droit de vendre en nature des plantes ou parties de plantes médicinales, leur interdisant de composer ou de préparer des produits médicamenteux et de faire aucun débit au poids médicinal, c'est-à-dire en vue d'un emploi curatif déterminé, et alors, d'autre part, que, des faits retenus par l'arrêt, il ressort que les mélanges incriminés étaient bien des remèdes secrets ou des médicaments dont la préparation est interdite aux herboristes :

Vu les articles de loi visés au moyen ;

Attendu que l'interdiction portée par l'art. 33 de la loi du 21 germinal an XI de vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique est applicable à tous ceux qui, n'exerçant pas la profession de pharmacien, font ces ventes prohibées, et notamment aux herboristes auxquels l'art. 37 de ladite loi confère seulement le droit de vendre en nature des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes non vénéneuses, fraîches ou sèches ; que la loi en édictant cette interdiction ne distingue pas entre les procédés à l'aide desquels les compositions ou préparations pharmaceutiques, ainsi vendues ou mises en vente, auraient été obtenues ;

Attendu que, des constatations de l'arrêt attaqué, il résulte que G., herboriste, a vendu ou mis en vente sous le nom de « Tisane stomachique » un produit qui a été reconnu comme étant constitué par le mélange d'un grand nombre de plantes ou de parties de plantes médicinales indigènes ; que l'étiquette apposée sur le récipient indiquait les maladies à combattre au moyen de ce produit, dont la composition n'était point révélée, les doses à prendre et la manière de les utiliser ;

Attendu que, pour écarter l'action en dommages-intérêts formée, à raison de ces faits, par le Syndicat des pharmaciens de la Loire-Inférieure contre G., la Cour d'Appel de Rennes a déclaré que la « Tisane stomachique » n'offrait pas le caractère d'un véritable médicament parce qu'elle était le produit du simple mélange de plantes n'ayant subi aucune altération chimique dans leur substance, et parce que, d'autre part, les herboristes puisaient dans l'art. 37 de la loi du 21 germinal an XI le droit de vendre au poids médicinal, même sous une appellation de fantaisie, des mélanges de plantes indigènes destinées à un usage curatif ;

Mais attendu que l'interdiction portée par l'art. 33 de la loi de l'an XI s'étend à tous les médicaments et remèdes sans distinguer entre les procédés à l'aide desquels ils ont été obtenus ;

Attendu, d'autre part, que si les herboristes ont reçu de l'art. 37 de la loi précitée le droit de vendre en nature des plantes médicinales indigènes non toxiques, ils excèdent le droit qui leur est ainsi limitativement conféré quand, par le mélange desdites plantes et par la façon dont ils l'offrent au public, ils présentent le mélange dont il s'agit comme constituant un remède, les pharmaciens ayant le monopole de la préparation et de la vente des compositions faites en vue d'un emploi curatif ;

Et attendu qu'en l'état de ses propres constatations l'arrêt attaqué, en déclarant que la « Tisane stomachique » ne rentrait pas dans la catégorie des médicaments, est tombé dans une véritable contradiction ; que, dès lors, sur ce point son appréciation n'est pas souveraine ; qu'ainsi il y a eu violation des textes de loi visés au moyen ;

Par ces motifs,

Casse ...

NOTE. — Les herboristes diplômés tiennent de l'art. 37 de la loi du 21 germinal an XI le droit de vendre des plantes ou parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches, mais ce droit comporte-t-il celui de les vendre mélangées avec une affectation curative déterminée ? Telle est la question à laquelle la Cour de cassation répond par la négative dans l'arrêt ci-dessus.

Il est interdit, en effet, à tous ceux qui ne sont pas pharmaciens de faire des « mixtures » destinées à être administrées sous forme de médecines, de fabriquer, de vendre et débiter « des compositions entrantes au corps humain » (déclaration du 25 avril 1777), et « de faire aucun débit au poids médicinal ». (loi du 21 germinal an XI, art. 36), — ce qui s'entend de tout débit « fait en vue d'un emploi curatif nettement déterminé » : Cass. crim., 26 juillet 1873 (L. 73.1.493) ; 16 novembre 1923 (*Gaz. Pal.*, 1924. 1.197). Il est donc bien certain que le mélange de plantes débité au poids médicinal est réservé aux seuls pharmaciens, comme constituant une véritable composition pharmaceutique. Rappr. Cass., 13 mars 1919 (*Bull. crim.*, p. 107 et 110).

Il n'est pas nécessaire pour qu'il y ait préparation ou composition pharmaceutique, ainsi que l'avait décidé à tort l'arrêt frappé de pourvoi dans l'espèce ci-dessus, qu'il soit effectué entre les différents éléments de la préparation une combinaison, une transformation telle que ces éléments ne se présentent plus dans leur état normal. La loi a au contraire assimilé complètement la préparation dans laquelle les produits sont obtenus par des manipulations propres à l'acte du pharmacien, à la composition, qui consiste

essentiellement dans des mélanges et dosages de corps simples : l'une et l'autre sont soumises aux mêmes règles et la vente des compositions ou mélanges est, comme celle des préparations, exclusivement réservée aux pharmaciens, lorsqu'elles sont offertes comme composition ayant un but curatif déterminé. Il faut donc bien reconnaître que l'herboriste qui, après avoir composé un mélange de plantes, le met en vente avec l'indication qu'il doit servir à la guérison de telle ou telle affection déterminée, empiète sur le domaine de la pharmacie, puisqu'il compose et débite un médicament qui peut avoir des effets tout différents des herbes simples qui constituent son domaine et dont les effets sont à peu près connus.

Une fois de plus, la Cour suprême interdit à quiconque, qui n'est pas muni de diplôme de pharmacien, de vendre un remède quel qu'il soit. La jurisprudence est constante, basée sur les termes mêmes de la loi du 21 germinal an XI.

Mais, que faudrait-il décider, au cas où l'herboriste se trouve en présence d'une *ordonnance de médecin, formulant un mélange de plantes,* selon les doses indiquées par le praticien ?

Si l'on se reporte à l'article 37 de la loi de germinal, on pourrait déduire que l'herboriste a le droit de vendre des plantes indigènes, dont le mélange et les doses lui seraient formulées par un docteur en médecine.

En effet, la jurisprudence condamne l'herboriste qui, *proprio motu,* selon sa propre inspiration, met en vente, sans ordonnance médicale, des mélanges de plantes indigènes, dans un but curatif.

A contrario, pourrait-on soutenir, que du moment où l'herboriste ne fait qu'exécuter une ordonnance magistrale, il n'excède pas le droit de vente, qui lui est conféré par l'article 37, puis que c'est le docteur en médecine qui est juge et reste responsable des effets de son ordonnance magistrale.

Cependant, la jurisprudence considère comme préparations pharmaceutiques le thé Chambard (trib. correct. Millau, 26 mai 1898), le thé suisse (trib. correct. Orléans, 19 mai 1899), le thé purgatif (trib. correct. Nogent-le-Rotrou, 3 janvier 1902), la tisane des Shackers (trib. correct. Seine, 9e chambre, 4 juillet 1906), etc.

Doit-on prétendre que ces préparations pharmaceutiques, vendues d'après l'ordonnance d'un médecin par l'herboriste, ne devraient pas être préparées par celui-ci, mais par un pharmacien ? Car l'article 36 de la loi de germinal interdit à toute personne, non munie du diplôme de pharmacien, de débiter au poids médicinal, ou de distribuer toute drogue ou préparation médicamenteuse.

De la lecture de l'arrêt de Cassation du 29 janvier 1926, il semblerait que la cour suprême entend défendre la vente d'un mélange de plantes par l'herboriste, dans tous les cas.

L'espèce, à savoir si un herboriste a le droit de préparer un mélange de plantes, suivant l'ordonnance écrite d'un médecin, n'a jamais été jugée. Mais, je crois que la rigueur de l'interdiction de vente n'irait pas jusqu'à ce point, car le médecin est responsable de l'effet de son ordonnance et, d'autre part, le mélange de plantes ne constitue pas, à l'heure actuelle, une pharmacopée bien active, partant bien utile, dont le monopole doit rester absolument entre les mains d'un pharmacien.

Dr Paul BOUDIN.

DE L'IMMIGRATION

Par le Dr René MARTIAL.

(*suite*).

IV. Les lacunes actuelles. Absence de législation.

Depuis la guerre, les organisations que nous avons créées sont partiellement tombées en désuétude : parce que les pays de recrutement de la main-d'œuvre ont changé, parce que les frontières de l'Est sont devenues libres ; parce que l'administration a compris l'organisation de la prophylaxie des immigrants d'une manière plus lâche. D'autre part aussi, parce que l'on n'a pas réalisé, dans le temps de paix l'unité d'action et de direction qui existait pendant la guerre, qui a si bien réussi et qui aurait dû demeurer en exemple. Je n'en veux pour preuve de détail, que la collaboration intime, à la frontière espagnole des Pyrénées-Orientales, du service de santé, de la sûreté générale et du service de la main-d'œuvre agricole. L'organisation fut telle qu'au point de vue technique, il ne s'est produit aucun accroc, et que, matériellement parlant, cette organisation a payé ses frais par elle-même, en laissant encore un léger bénéfice. Dans la nouvelle organisation, les postes qui étaient primitivement placés à la frontière même, ont été reculés le plus souvent,

ce qui constitue, à nos yeux, une erreur. Lorsqu'on a pris l'habitude de manier de grandes quantités d'individus, on sait que tout sujetqui n'est point pris et examiné sur le champ est un sujet qui peut s'égailler, se perdre, et, si un poste (frontière) d'immigration est placé à 30 kilomètres en arrière de la frontière, on peut être certain que, sur 100 immigrants il n'en arrivera pas plus de 90, à 30 kilomètres au-delà. Il y aura donc un déchet d'au moins 10 p. 100 de ces immigrants lesquels auront échappé au contrôle sanitaire et au contrôle des autres administrations. Et ce seront peut-être justement de vrais indésirables. L'épouillage est réputé fonctionner, la vaccination antiva-rio lique aussi, mais pourquoi n'a-t-on pas établi aux frontières l'obligation de la vaccination antityphoïdique bui se fait maintenant en une seule piqûre, et est déjà devenue obligatoire dans plusieurs pays d'Europe ?

Un progrès a cependant été accompli dans les ports, depuis bientôt une année, en ce qui concerne la syphilis : à Marseille, les immigrants reconnus atteints de syphilis contagieuse ne peuvent poursuivre leur voyage qu'après le blanchissement de leur syphilis au lazaret du Frioul.

Il n'existe rien au sujet de l'accueil, ni à la frontière, ni au port d'arrivée, ni à destination. Il n'existe rien ou presque rien — et dans le cas où il existe quelque chose cela est dû à l'initiative privée — au sujet du logement des travailleurs embauchés et de leur famille, car ils arrivent avec femmes et enfants, quelquefois même avec leurs prêtres, etc. Il n'existe rien au sujet des secours aux femmes enceintes ni aux petits enfants ni aux jeunes filles voyageant seules, etc., etc. Nous verrons plus loin que ces lacunes sont encore plus nombreuses que nous ne venons de le dire. Or, de ces gens meurent dans nos hôpitaux simplement parce qu'ils se sont trouvés sans abri à leur arrivée. Je pourrais citer le cas d'une famille hollandaise pour illustrer ce que j'avance.

A ces rudiments d'organisation correspondent, soit dans les préfectures, soit dans les ministères, des organismes plus ou moins anciens, non coordonnés, non adaptés aux besoins nouveaux dont la tendance est généralement uniquement policière. A Paris, siège, au Ministère des affaires étrangères, une commission interministérielle qui pratiquement règle toutes les questions relatives à l'immigration, mais cette commission n'a à sa disposition aucune législation, c'est ce qui fait sa faiblesse. Et, selon nous, c'est pourquoi les hommes très distingués qui la composent n'obtiendront pas les résultats nécessaires.

V. La législation américaine. Filtrage des immigrants.

La supériorité des Etats-Unis sur la France et sur la plupart des autres pays recevant des immigrants, c'est l'existence d'une législation vis-à-vis de laquelle la police n'est qu'un agent d'exécution, au lieu d'être le maître. Schématiquement parlant, cette organisation, qui a pour but de ne laisser pénétrer aux Etats-Unis que des éléments mentalement, moralement et physiquement sains, comporte un bureau central à Washington. L'activité de ce bureau central se répartit en trois directions : 1° au-delà des frontières ; 2° aux frontières ; 3° à l'intérieur des Etats-Unis.

Au-delà des frontières. — Quel que soit son pays d'origine, tout individu qui veut émigrer aux Etats-Unis doit adresser une demande au consul général des Etats-Unis résidant dans le pays. Ce consul fait immédiatement examiner le candidat, sa famille et ses enfants par un médecin qui doit remplir un long questionnaire médical lequel constitue une véritable observation médicale, telle que celles que nous prenons dans nos hôpitaux. Cette observation ne comporte pas seulement les antécédents de l'émigrant et de sa famille, non pas seulement les faits cliniques se rapportant soit à des infirmités, soit à des maladies bien caractérisées, mais encore comporte des renseignements obligatoires au sujet des névroses des psychoses des toxicomanies, de l'alcoolisme, etc., etc. A cette fiche médicale, *qui est la pièce principale du dossier*, vient d'adjoindre une fiche sociale concernant le métier et les aptitudes du candidat ainsi que ceux de sa femme et de chacun de ses enfants, puis un extrait du casier judiciaire (ou une *fiche policière*) et *enfin quelques* renseignements sur l'état de fortune, je devrais plutôt dire d'infortune du candidat. Le dossier ainsi formé est d'abord examiné par le consul du pays de départ qui a le droit de veto. Ce droit de veto est exercé non seulement à l'égard des candidats en tant qu'individus, mais dépend encore du quantum d'émigrants autorisés pour la nation envisagée. Si ce quantum est déjà atteint au mois d'avril ou au mois de mai de l'année en cours, par exemple, le consul opposera son veto au départ de l'émigrant, même si son dossier est favorable. Supposons que le consul n'oppose pas son veto. L'émigrant est alors averti qu'il pourra s'embarquer à telle date et dans tel endroit. Au port d'embarquement, il sera de nouveau examiné, soit par un médecin américain résidant dans le port, soit par un des médecins de la compagnie de transport, lui et sa famille. S'il est reconnu malade ou si quelque membre de la famille est reconnu malade, deuxième veto. Ce veto est d'autant plus strict que si la compagnie de navigation amène à Ellis-Island, un ou des immigrants malades, elle est obligée par le service d'immigration des Etats-Unis de les rapatrier à ses frais jusqu'à leur point de départ.

Aux frontières. — Enfin, l'immigrant a déjà franchi ces deux veto ; il s'embarque et arrive en vue de New-York, à Ellis-Island. Là, les immigrants débarquent et font un séjour plus ou moins prolongé ; ils produisent le dossier qu'ils ont amené et qui a été constitué pour chacun des membres de la famille. Ce dossier est examiné par chacun des services compétents : santé, recrutement de la main-d'œuvre, finances (moyens d'existence, minimum dix dollars) police et services spéciaux (mentaux, contagieux, etc.). Si ce dernier examen est favorable, l'immigrant est admis aux Etats-Unis. S'il est défavorable, la compagnie de navigation rapatrie l'immigrant et sa famille. Enfin, si l'immigrant veut user du droit de recours que lui accorde la loi américaine, il peut rester quelques semaines à Ellis Island et envoyer son recours au bureau de Washington. Mais pratiquement cela ne sert à rien, car le droit qu'il a de séjourner à Ellis-Island est trop court pour qu'il puisse recevoir même une simple réponse de Washington.

Dans ces conditions, on comprend aisément que les Etats-Unis ne reçoivent qu'un très petit nombre d'indésirables parmi les immigrants qui se pressent à ses frontières.

Le même système fonctionne aux frontières terrestres.

A l'intérieur du pays. — Mais le bureau de Washington doit encore s'occuper des immigrant après leur entrée aux Etats-Unis. Le point de destination de chacun de ces immigrants est connu et ses déplacements à travers les Etats-Unis le sont aussi. S'il s'agit d'un immigrant qui a réussi à passer à travers les filtres sans se soumettre aux formalités prévues, il est repris à son arrivée à destination, même si cela est un an ou deux après qu'il a échappé à tout contrôle, et alors, quelle que soit la durée déjà accomplie de son séjour aux Etats-Unis, il est expulsé. Enfin, si l'immigrant, tout en s'étant soumis aux contrôles légaux, est cependant reconnu ultérieurement atteint de maladies contagieuses (tuberculose) ou de maladies mentales, ou si l'on découvre qu'il a présenté un faux état civil ou un casier judiciaire incomplet, etc., etc., il peut encore être repris par le service de l'immigration et renvoyé dans son pays d'origine. Et comme les différents services du bureau central de Washington sont tous placés sous la même et unique direction, qu'ils sont coordonnés et articulés entre eux, que ce bureau fonctionne en vertu d'une loi votée par le Parlement américain, et d'ententes ou de traités internationaux, il y a là une organisation cohérente, légale et compétente qui n'a certainement pas son analogue en France, et qui de toute nécessité doit être créée.

VI. Quota, restrictions et exclusions.

Cette création est d'autant plus nécessaire que le mouvement d'immigration n'est pas près de se ralentir, et que, à l'imitation des Etats-Unis, nous pouvons être dans l'obligation soit de l'intensifier, soit de le diminuer. C'est ainsi qu'il y a quinze à vingt ans, les Américains admettaient jusqu'à 1.200.000 immigrants par an dans leur pays. Or, en 1923, ils n'en admettaient plus que 450.000, et vraisemblablement ce nombre a encore diminué. Les restrictions considérables opposées par les Etats-Unis à l'immigration sont une des raisons, d'ailleurs, pour lesquelles les immigrants affluent en France.

Car, au point de vue de la production, la main-d'œuvre étrangère représente un volant extrêmement précieux, mais qu'il faut savoir manier ; et c'est en quoi les Américains ont acquis une grande habitude. C'est le service central de Washington qui, muni de tous les renseignements économiques nécessaires, propose de modifier chaque année le nombre des immigrants à admettre. En outre, des lois nouvelles appuient, révisent, fixent les quota à laisser entrer, ou prononcent l'interdiction totale de l'entrée à certains immigrants, soit même encore le choix parmi ces mêmes immigrants. Les divers quota et les exclusions peuvent être modifiés chaque année.

Par exemple, à l'heure présente, il est formellement interdit aux Japonais de s'engager comme main-d'œuvre pour les Etats-Unis. Cette question a d'ailleurs failli faire éclater la guerre entre les deux pays. Autre exemple : il existe, sur la carte de l'Asie une zone barrée comprenant presque une moitié de l'Asie, la moitié *la plus* centrale. De cette zone aucun habitant n'est admis à émigrer aux Etats-Unis. D'autre part, pour les pays dont les émigrants sont encore admis aux Etats-Unis, il y a des quota qui ont été fixés et qui varient par décret chaque année. Ces décrets disent, par exemple que pour telle année, on n'admettra que 20 % d'Italiens, 3% de Français, 7 % de Suédois, etc., etc., et ces pourcentages sont calculés, non pas d'après la population du pays d'origine, mais d'après le nombre des immigrants de ces pays dans l'année où ils se sont présentés dans le plus grand nombre. Ainsi les industries américaines ne manquent pas de main-d'œuvre étrangère, mais n'en sont pas submergés, et le pays ne risque pas un chômage dangereux pour la tranquillité publique aussi bien que pour le bonheur de la population ouvrière.

D'autres pays récepteurs d'immigrants ont également créé une législation et des services d'immigration. Tels sont le Canada, dont la loi a pour but de conserver au pays son caractère britannique, d'encourager l'immigration des cultivateurs, d'écarter les hommes de races jaune;

l'Australie, qui écarte les Asiatiques, mais est, de par ailleurs favorable à l'immigration ; la Nouvelle-Zélande, l'Union Sud-africaine. Ces derniers pays ont adopté les mêmes dispositions que l'Australie.

Le Brésil est très accueillant, mais il écarte les étrangers atteints d'une maladie mentale ou âgés de plus de soixante ans. les criminels, les vagabonds, les anarchistes sont également exclus. L'Argentine encourage l'immigration, assiste les nouveaux immigrants et les aide à trouver du travail à gagner leur lieu de destination mais prononce les mêmes exclusions que le Brésil.

Enfin beaucoup de pays émetteurs d'émigrants ont également constitué chez eux une législation qui, le plus souvent est en relation avec la législation des pays récepteurs. C'est pourquoi il est important d'avoir une telle législation afin de pouvoir l'accorder avec celle des pays émetteurs. Cette législation n'existant pas en France, il n'y a actuellement, avec les pays étrangers, que des traités de travail qui sont fort incomplets.

(*A suivre.*)

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. Maillon

Médecin expert près les Tribunaux

Ankyloses complètes.

(*Suite*)

MAINS.

Ankyloses combinées d'une ou plusieurs phalanges d'un doigt.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Ankylose en position favorable (phalange en flexion à 90°)		Ankylose en position défavorable phalange en extension		Ankylose en position favorable phalange en flexion		Ankylose en position défavorable phalange en extension	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1° *Pouce.*								
1° Articulation carpo-métacarpienne	10	12	14	16	10 à 12	12 à 15	15	20
2° Articulation métacarpo-phalangienne	4 à 5	5 à 6	6 à 7	7 à 8	6	8	8	10
3° Articulation interphalangienne	3	4	4	5	4	5	6	8
4° Articulations métacarpo-phalangienne et interphalangienne	10	12	12	15	12	15	15	20
5° Toutes les articulations	15	18	20	25	20	25	25	30

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs				Professions intéressant surtout les membres supérieurs			
	Ankylose en position favorable (phalange en flexion à 90°)		Ankylose en position défavorable phalange en extension		Ankylose en position favorable phalange en flexion		Ankylose en position défavorable phalange à l'extension	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
2° *Index.*								
1° Articulation métacarpo-phalangienne	4	6	8	10	10	12	12	16
2° Articulation de la 1re et la 2e phalange	3	4	5	7	7	8	8	10
3° Articulation de la 2e à la 3e phalange	1	2	2	3	3	4	4	5
4° Les articulations interphalangiennes	6	6 à 7	7 à 8	8 à 10	10	12	12	15
5° Les trois articulations	10	12	12	15	15	15 à 18	18	20
3° *Médius.*								
1° Articulation métacarpo-phalangienne	2	2	3	4	4	5	6	7
2° Articulation de la 1re à la 2e phalanges	2	2	3	4	4	5	6	7
3° Articulation de a 2e à la 3e phalange	0 à 1	0 à 1	1 à 2	2	2	2	2	3
4° Deux articulations interphalangiennes	4	4 à 5	4 à 5	5 à 6	6	8	8	10
5° Les trois articulations	5	6	6 à 8	8 à 10	10	12	12	15
4° *Annulaire.*								
1° Articulation métacarpo-phalangienne	0 à 1	2	3	4	4	5	5	6
2° Articulation de la 1re à la 2e phalange	0 à 2	2	2	3	3	4	4	5
3° Articulation de la 2e à la 3e phalange	0 à 2	2	2	3	3	4	4	5
4° 2 articulations interphalang.	3 à 4	4	5	6	6	8	8	10
5° Les trois articulations	6 à 8	7 à 8	8	9	9	10	10	12
5° *Auriculaire.*								
1° Articulation métacarpo-phalangienne	0 à 1	2	3	4	4	5	5	6
2° Articulation de la 1re à la 2e phalange	0	0	0 à 1	1	1	2	2	3
3° Articulation de la 2e à la 3e phalange	0	0	0 à 1	0 à 1	1	1 à 2	1 à 2	2
4° Les deux articulations interphalangiennes	2	2	3	3 à 4	4	6	6	8
5° Les trois articulations	4 à 5	5	6	6 à 8	8	10	10	12
Ankyloses combinées.								
Impotence totale de la préhension de la main, par flexion permanente ou par extension permanente de tous les doigts y compris le pouce	50 pour le membre gauche		55 pour le membre droit		55 pour le membre gauche		60 pour le membre droit	

Raideurs et ankylose du coude.

Pour la torsion (pronation et supination) voir : raideurs et ankyloses du poignet.
Pour la flexion et l'extension, le jeu normal va de 180° (extension) à 30° (flexion).
L'ankylose en position rectiligne ou à angle obtus est la plus défavorable.
L'ankylose à angle très aigu est moins défavorable, mais médiocre et mauvaise s'il s'y joint la suppression des mouvements de torsion.

L'ankylose à angle droit ou un peu aigu est la plus faovorable :

de 180° à 105° = position défavorable ;
de 105° à 75° = position favorable ;
de 75° à 30° = position médiocre.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs		Professions intéressant surtout les membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1° Raideurs du coude avec torsion conservée :				
a) Angle de mobilité favorable, évoluant entre 105° et 75°	8	10	12	15
b) Angle de mobilité médiocre, évoluant entre 75° et 30°	15	20	25	30
c) Angle de mobilité défavorable, évoluant entre 180 et 105°	25	30	40	50
2° Ankylose incomplète (huméro-cubitale) avec torsion conservée :				
a) En position favorable, entre 105° et 75°	12	15	20	25
b) En position médiocre, entre 75° et 30°	15	20	25	30
c) En position défavorable, entre 180 et 105°	25	30	35	45
3° Ankylose complète (flexion, extension, torsion abolies :				
a) En position favorable entre 105° et 75°.				
main en pronation	15 à 18	18 à 20	20 à 25	25 à 30
main en supination	20 à 25	25 à 30	30	35
b) En position médiocre entre 75° et 30° :				
main en pronation	25	30	35	40
main en supination	30	35	40	45
c) En position défavorable, entre 180 et 105°				
main en pronation	30	40	45	50
main en supination	45	50	50	60

Raideurs et ankylose de l'épaule.

Les mouvements sont : adduction : 0°.
Abduction : de 0° à 90°.
Elévation : abduction + 90° ; de 0° à 180°.
Rétropulsion ou extension : 30 à 35°.
Antépulsion ou flexion : de 0 à 90°, de là passe à l'élévation.
Circumduction : passage de l'un à l'autre de ces mouvements.
Rotation en dedans : très limitée.
Rotation en dehors : très limitée, plus limitée encore que la précédente.

	Professions exigeant l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
Raideur de l'épaule.				
1° Abduction complète (90°), grâce à la bascule immédiate de l'omoplate	3 à 5	5 à 8	5 à 10	10 à 15
2° Diminution de moitié (de 0 à 45°) de l'antépulsion et de l'abduction	10 à 12	15 à 20	20 à 25	25 à 30
3° Même degré de raideur avec péri-arthrite douloureuse.....	12 à 15	20 à 25	30	35
4° Diminution de moitié (de 0 à 15°) de la rétropulsion........	5	8	10	12 à 15
Ankylose de l'épaule.				
1° En adduction (omoplate mobile)......................	25	30	35	40
2° En adduction (omoplate fixe)..	35	40	45	50
3° En adduction (avec péri-arthrite douloureuse)..........	40	45	50	60

Fractures.

Eléments d'appréciation.

Lésions :	donnant l'évaluation mimimum	donnant l'évaluation maximum
a) Cal :	cal solide, correct	cal plus ou moins vicieux.
	insensible	douloureux.
	raccourcissement modéré (peu important au membre supérieur),	très grand raccourcissement,
	membre en rectitude.	déviation de l'axe du membre.
b) Lésions de voisinage :	atrophie musculaire modérée.	atrophie bien marquée.
		œdème et troubles circulatoires.

CHRONIQUE SYNDICALE

Fédération des Syndicats médicaux d'Ille-et-Vilaine.

Syndicat des Médecins de Rennes et Sud Ille-et-Vilaine.

Etude sur les bénéfices de la profession médicale, la déclaration obligatoire et l'imposition fiscale dans le département de la Loire-Inférieur, par le Docteur Clénet, président du Syndicat Médical de la région Nortaise.

RAPPORT

PRÉSENTÉ A LA RÉUNION DU SYNDICAT MÉDICAL DE LA RÉGION NORTAISE, LE 5 NOVEMBRE 1925.

Nous allons successivement étudier devant vous les bénéfices de la profession médicale avant et après la guerre et les différents modes de déclaration.

1° *Bénéfices d'avant-guerre* (en 1914 et précédemment).

Il convient d'abord d'évaluer les récettes brutes d'avant-guerre au moment où le franc était au pair. Dans notre région qui est surtout rurale, un praticien de campagne faisait un chiffre d'affaire variant entre 6.000 et 12.000 fr., soit une moyenne de 10.000 francs en chiffre rond. Les frais professionnels de

vaient atteindre environ la moitié, soit 5.000 francs ; le bénéfice net était d'environ 5.000 fr.

2° *Bénéfices en* 1925.

Depuis la guerre les dépenses ont notablement augmenté, le prix de l'acte a quadruplé, mais les frais de déplacement n'ont pas suivi la même progression, ils ont doublé en 1922 (1 franc par kil. parcouru) et un peu plus que doublé en 1925 (1 fr. 25 par kil.) mais comme le prix de l'acte médical s'ajoute aux kilomètres, il semble qu'on puisse admettre le coefficient quatre (pour un rayon étendu, il est évident que ce coefficient serait trop fort).

On voit par là que les honoraires n'ont pas suivi la progression de toutes choses, car il faudrait adopter le coefficient 5.

La recette brute varie entre 24.000 et 50.000 fr., soit une moyenne de 36.000 fr. Les dépenses devant être évaluées aux 3 /5, on obtient:

Bénéfice brut moyen	36.000 fr.
Bénéfice net	14.000 fr.
Dépenses	22.000 fr.

Suivant la clientèle de chacun, le bénéfice net variera de 10.000 à 25.000 francs.

3° *Prix du kilomètre.*

En 1914, le prix de revient du kilomètre variait entre 0.40 et 0.50, en 1922 de 0.80 à 0.90, en 1925 de 1 fr. à 1.10.

Ces prix s'entendent avec un garçon à tout faire, pouvant conduire à la rigueur, mais non un chauffeur spécial qui se fait rétribuer beaucoup plus cher.

Les chauffeurs de taxi et les loueurs d'auto prennent une moyenne de 1.50 par kilomètre. Si certains conducteurs de taxi ne prennent que 1 fr. du kilomètre, il y a lieu de considérer qu'ils comptent la prise en charge, que l'arrêt est également compté, que des conditions toutes spéciales sont accordées au chauffeur pour la fourniture de l'essence, de l'huile et des pneus, qu'enfin les réparations sont le plus souvent à la charge de la maison ou faites à prix réduits.

4° *Dépenses.*

Il y a lieu de faire rentrer en ligne de compte les dépenses dont le docteur Y. de Sallier-Dupin, secrétaire adjoint du syndicat, a dressé un tableau très complet, établi par catégories et par articles et dont nous vous donnons le détail.

Tableau des frais professionnels du Médecin praticien 1924-1925.

1° *Impôts.*

2° *Loyer.*

Cabinet de consultation	300 à 500 fr.
Chauffage et éclairage	300 à 500 fr.
Garage	

3° *Transport.*

Auto : Amortissement du capital en 5 ans à 15 %. Intérêts du capital auto à 6 %. Réparation et entretien (1)	2.000 fr.
Pneus (6 enveloppes, 2 chambres à air)	
Essence	
Huile	
Dépenses diverses (carbure, pétrole, éponges, etc.)	150 fr.
Prix du kilomètre en 1924	1 fr. à 1.10

4° *Assurances*

Incendie	
Personnelle accident	
Assurance au 1 /3	
Domestiques accidents	
Responsabilité professionnelle	
Sou médical	26.50
Médicale	
Assurance médicale française (ancienne ancre médicale)	

5° *Domestiques.*

Garçon et bonne (un seul ou les deux par moitié)	3.600 à 5.000 fr.

6° *Frais divers.*

Achats d'instruments, Livres, Imprimés	800 à 1.000 fr.

7° *Abonnement aux Journaux médicaux*	60 à 100 fr.
8° *Téléphone*	300 fr.

9° *Associations professionnelles.*

Syndicat, Association des Médecins de France, Maison du Médecin	150 fr.

10° *Frais de pharmacie.*

Ampoules et médicaments d'urgence, pansements, coton, gaze, bandes, etc.	500 à 800 fr.

11° *Frais de recouvrement et impayés.*

12° *Amortissement des frais d'installation.*

Mobilier, appareils, instruments.

Ces dépenses atteignent les 3 /5 des recettes brutes. Le plus ordinairement la comptabilité est peu, point ou mal tenue et le médecin arrive forcément à faire des omissions regrettables. En plus il y a les mauvais payants et les charités du médecin qui sont souvent plus importantes qu'on ne le croit et que ne le croit le médecin lui-même qui ne tient pas un compte exact de ses largesses.

Peut-être un médecin qui ne prendra pas de garçon à l'année et enverra chez le garagiste son automobile

(1) On ne pourrait cumuler, dans le décompte des frais d'auto, avec l'annuité d'amortissement, qui doit être de 20 % en 5 ans, et non de 15 %, que l'intérêt des sommes restant à amortir. Et là-dessus, les avis des juristes ne sont pas concordants.

N. D. L. D.

pour le nettoyage et le graissage, fera-t-il une certaine économie, moindre cependant qu'on pourrait le supposer, car les heures d'un mécanicien sont chères. Même dans ce cas, ses dépenses professionnelles dépasseront largement la moitié de ses recettes.

Voyons maintenant les modes d'imposition des professions libérales.

1° *Signes extérieurs de la richesse.*

L'imposition basée sur les signes extérieurs de la richesse serait tout à fait injuste et vexatoire. Le médecin nouvel arrivant a besoin d'une installation confortable, sinon luxueuse, et ses dépenses ne cadrent pas toujours avec ses recettes. Trop souvent la cage ne nourrit pas l'oiseau. Quelqu'inéquitable que soit ce mode d'imposition, le Ministre des Finances, M. Caillaux, ne dit-il pas que le train de vie du médecin servira de guide pour la taxation.

2° *Forfait.*

Le forfait nous semblerait de beaucoup préférable, il aurait l'immense avantage de supprimer la déclaration annue le toujours susceptible de chicane et serait le système le moins inquisitorial pour le médecin. Peut-être serait-il d'une application plus difficile pour les médecins de grandes villes : Nantes et Saint-Nazaire.

A la campagne il paraît difficile d'avoir un prix unique, car si le médecin qui est seul dans un poste rural arrive à faire dès le début un chiffre d'affaires peu inférieur aux années consécutives, il faut admettre que dans les localités plus importantes et dans les petites villes où il y a plusieurs médecins, le nouvel arrivant est souvent obligé de marquer le pas pendant trois à cinq ans en moyenne et les recettes arrivent difficilement à équilibrer les dépenses et les frais d'installation. Il serait équitable de l'exonérer la première année d'exercice. De même le médecin qui arrive à dépasser 55 à 60 ans, voit souvent les malades préférant s'adresser à des médecins plus jeunes et plus actifs

Il faudrait donc établir deux prix, l'un pour les jeunes médecins ayant cinq ans d'exercice et pour les médecins de 55 à 60 ans, l'autre pour les médecins en pleine activité.

Médecins ayant 5 ans d'exercice ou âgés de 55 à 60 ans.

	Revenu net	8.000 à 10.000 fr.
	» brut	24.000 à 30.000 fr.
Moyenne	» net	9.000 fr.
	» brut	27.000 fr.
	Dépenses	16.200 fr.

Médecins en pleine activité

	Revenu net	15.000 à 25.000 fr
	» brut	36.000 à 50.000 fr
Moyenne	» net........	16.000 fr.
	» brut	40.000 fr.
	Dépenses	24.000 fr.

Ces chiffres sont établis suivant la valeur actuelle de la monnaie. Ils sont susceptibles de varier comme le change lui-même. Pour faire quelque chose d'exact et de positif, il faudrait tabler sur le franc or tel qu'il existait avant la guerre et qui à ce moment était au pair.

Pour les médecins de ville, il nous semble qu'un barème identique pourrait être établi en créant 3 ou 4 catégories.

C'est au système du forfait que se sont ralliés les médecins de la Seine, forfait basé sur les signes extérieurs, loyer professionnel par exemple avec coefficient convenable.

3° *Déclaration.*

Le troisième système est la déclaration telle qu'elle est pratiquée actuellement.

Jusqu'à l'année 1924, le contrôleur se contentait de la déclaration des bénéfices nets. En 1925, la plupart d'entre nous ont été rappelés à l'ordre et ont dû fournir recettes brutes et bénéfices nets. En cas de contestation, il appartenait à l'agent du fisc de faire la preuve que la déclaration du médecin était erronée.

Comme vous avez pu le voir par la nouvelle loi des Finances du 13 juillet 1925, ce sera désormais au médecin d'apporter la preuve que sa déclaration est exacte , et cela *sans aucun carnet ni aucun livre.* Vous entendez bien, sans aucun carnet ni aucun livre. M. Evain, député, a essayé de faire préciser comment et par quel moyen nous pourrions faire la preuve et à deux reprises différentes, le rapporteur général a répondu que le médecin ne devait en aucun cas produire ses carnets ou sa comptabilité.

Ainsi donc ce sera au médecin de faire la preuve, et sans présenter aucune pièce, car il violerait le secret professionnel. Vous pensez bien que dans ces conditions la preuve est non seulement difficile, mais vraiment impossible. Vous êtes donc à la merci d'un contrôleur qui, s'il trouve la déclaration insuffisante, se basera sur les signes extérieurs de la richesse éminemment trompeurs, sur la rumeur publique qui a tendance à majorer les recettes du médecin sans s'inquiéter des lourdes charges qui grèvent son budget, peut-être même sur rien du tout, si le contrôleur en mal d'avancement veut faire du zèle ou nourrit quelqu'animosité à votre égard. Le Ministre des Finances lui-même ne dit-il pas qu'on se basera sur le train de vie du médecin.

Lors de la discussion de la loi des finances, il avait été prévu, en cas de contestation, un jury d'équité composé du Président du Tribunal Civil, d'un avocat, d'un notaire et d'un médecin, mais le Sénat a jugé bon de nous supprimer cette faible garantie.

Il nous faut nous soumettre à la loi, mais il importe de nous unir et de nous défendre contre les taxations injustes et arbitraires qui ne manqueront pas de se produire.

1° Nous rappelons à nouveau qu'en aucun cas le médecin ne doit produire ses livres de comptabilité et ses carnets de visite au risque de violer le secret professionnel. La thèse de l'agent du fisc tenu lui-

même au secret professionnel est fausse, illégale. Si comme cela s'est produit à Paris et ailleurs, un contrôleur demandait communication des livres du médecin, celui-ci n'aurait qu'à le prier de lui donner un ordre écrit et de repasser sous un mois. Il est probable que celui-ci n'insisterait pas.

2° En second lieu, comme vous avez pu le voir dans nos journaux médicaux, LE MÉDECIN NE DOIT JAMAIS DONNER LE DÉTAIL DE SES DÉPENSES PROFESSIONNELLES, mais simplement le bénéfice brut et le bénéfice net. La feuille très complète où nous vous signalons par catégories les frais que vous devez défalquer, ne doit jamais être communiquée au contrôleur ; elle n'a d'autre but que de faciliter votre tâche et de vous éviter de faire des omissions et des oublis. (1)

3° Un troisième point sur lequel nous nous permettons d'attirer votre attention, est que vos déclarations soient en concordance, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas désaccord entre vos recettes brutes et vos recettes nettes. Ainsi que je vous le disais plus haut, dans notre clientèle rurale, les dépenses professionnelles doivent être évaluées aux 3/5 environ.

Voilà, mes chers confrères, les quelques considérations pratiques que nous avons cru bon de vous soumettre, peut-être présenteront-elles un certain intérêt pour quelques-uns d'entre vous, ceux surtout qui ne tiennent pas une comptabilité régulière, car cela leur permettra de ne pas faire d'oublis et d'omissions et d'éviter la taxation d'office.

Il serait préférable d'établir un forfait tel que nous l'exposions plus haut. Celui-ci aurait l'immense avantage de supprimer tout conflit avec l'Administration, d'éviter les mesures inquisitoriales et de présenter un caractère de durée qui n'existe pas avec la déclaration annuelle.

Cette importante question des impôts et du fisc sera portée à l'ordre du jour des Syndicats médicaux de France, et nous espérons que de la discussion jaillira la lumière et qu'il en sortira des déductions pratiques.

Nort-sur-Erdre, le 5 *novembre* 1925.

Le Président du Syndicat médical de la Région Nortaise,

Dr E. CLENET.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le docteur Louis GAUCHET, de Saint-Maur-les-Fossés. — M. le docteur SALEIL, radiologiste de l'hôpital Péan. — M. le docteur Léon VOUTERS, professeur à la Faculté libre de Lille. — M. le docteur Victor HEITZ, professeur honoraire à l'Ecole de Besançon. — M. le docteur Alfred CHOBANT, d'Avignon. — M. le docteur VIOLET, de Paris. — M. le docteur GOLDSCHMIT, de Paris. — M. le docteur DENOMMÉ, de Paris. — M. le docteur Jules VANNEUFVILLE, de Tourcoing. — M. le docteur Georges TREILLE, médecin des troupes coloniales. — M. le docteur DE BRYE, de Saint-Ouen. — M. le docteur GUILLOTEAU, de Maisons-Alfort. — M. le docteur PÉLISSIER, professeur agrégé à la Faculté de Lille.

— **Hôtel-Dieu.** — *Maladies des glandes endocrines.* — Leçons de M. P. SAINTON, le lundi, à 11 h., amphithéâtre Dupuytren.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Cours de pathologie expérimentale et comparée.* — Les lundis, mercredis, vendredis, à 6 h., au petit amphithéâtre : M. le professeur F. RATHERY.

— **Chaire de physique médicale et institut du radium** — Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux.

Electrologie-photothérapie. — Lundi 3 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les affections du neurone sensitif. — Mardi 4 mai. M. Bourguignon : les indications et la technique dans les affections du neurone moteur central, les troubles vaso-moteurs et trophiques, les névroses. Traitement des contractures. — Mercredi 5 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Jeudi 6 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les maladies de la nutrition. Rhumatisme. Goutte. Obésité. — Vendredi 7 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les affections du tube digestif.

Lundi 10 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les affections du tube digestif. — Mardi 11 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique dans les affections de l'appareil locomoteur. — Mercredi 12 mai. M. Laquerrière : les indications et la technique en gynécologie. Voies urinaires. — Jeudi 13 mai. M. Zimmern : les accidents de l'électricité. — Vendredi 14 mai. M. Zimmern : les accidents de l'électricité. — Samedi 15 mai. M. Cottenot : les bases physiques de la photothérapie. Photobiologie.

Lundi 17 mai. M. Cottenot : Héliothérapie. Finsenthérapie. — Mardi 18 mai. M. Cottenot : actinothérapie. Ultraviolet.

Les leçons auront lieu à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, à 18 h.

Travaux pratiques. — Pendant la troisième partie du cours, quelques exercices pratiques portant sur la technique électrologique auront lieu au laboratoire de physique de la Faculté de médecine, sous la direction de M. Turchini, chef des travaux de physique.

---

(1) *Erreur profonde* qu'il faut détruire pour éviter de graves mécomptes aux médecins qui seraient tentés, sur la foi de ce rapport, de refuser de donner au contrôleur les explications qu'il leur réclamera. IL FAUT, AU CONTRAIRE, TENIR UN ÉTAT RÉGULIER ET A JOUR DE TOUTES LES DÉPENSES PROFESSIONNELLES, POUR LE PRÉSENTER AU CONTROLEUR, S'IL CONTESTE LES CHIFFRES DÉCLARÉS, faute de quoi, ce sera LA TAXATION D'OFFICE, ET LE PAIEMENT OBLIGATOIRE, nonobstant toutes réclamations et instances devant les tribunaux administratifs, qui ne sont pas suspensives.

N. D. L. D.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Cours pratique et complet de vénéréologie du 12 mai au 11 juin 1926, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Lemaître, professeur agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Gougerot, Lian, De Jong, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux ; Darré, Tixier, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux ; Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare ; Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux ; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, ancien chef de clinique ; Hufnagel, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Fouet, Terris, chefs de clinique ; Mlle Eliascheff, chef de laboratoire à la Faculté ; M. G. Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du lundi 12 mai au vendredi 11 juin 1926, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée ou au Laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire ; recherche du tréponème ; examens bactériologiques ; réaction de Wassermann ; ponction lombaire.

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des Moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat pourra être délivré à la fin du cours aux auditeurs assidus.

Un cours semblable a lieu chaque année en mai et en novembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 250 fr. Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. Pour renseignements complémentaires, s'adresse à M. Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin). Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — — *Concours pour la nomination à quatre places de médecin-adjoint de dispensaire, et deux places de chef de laboratoire-adjoint.* — Ce concours sera ouvert, le *lundi* 17 *mai* 1926, à 9 h. 30, dans la salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis. Les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Siège Social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris-VIIIe, du *samedi 24 avril au samedi 1er mai inclusivement*, de 10 h. à midi, où ils pourront prendre connaissance des conditions de fonctionnement des dispensaires et des conditions et du règlement du concours. Les médecins-adjoints et chefs de laboratoire-adjoints nommés auront pour fonction de remplacer, en cas de maladie, d'absence et pendant les vacances, les médecins titulaires et chefs de laboratoire des dispensaires de la Ligue. Ils toucheront, les jours où ils seront de service, les mêmes indemnités que les titulaires (cent francs, plus les frais de déplacement). Au cas où des postes de médecin-chef ou de chef de laboratoire deviendraient vacants ou en cas de création de nouveaux postes, les médecins-adjoints et chefs de laboratoire-adjoints seraient appelés dans l'ordre de leur nomination à occuper ces nouveaux postes. Le jury sera tiré le *lundi* 3 *mai* 1926, à 11 heures, au Siège social de la Ligue. Le secrétaire général de la Ligue : Dr Gougerot ; le président de la Ligue : Dr Louis Queyrat ; le directeur général de la Ligue : Dr Sicard de Plauzolles.

— **XIXe voyage d'études médicales** (29 août-8 septembre 1926). — Le XIXe voyage d'études médicales, organisé par le docteur Maurice Gerst, sous la Direction scientifique de M. le docteur Paul Carnot, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, Membre de l'Académie de Médecine, et de M. le docteur Harvier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Bicêtre, directeur scientifique adjoint, aura lieu du 29 *août au* 8 *septembre* 1926. Il se déroulera en *Lorraine*, en *Alsace* et dans les *Vosges*. La visite qui avait été primitivement prévue aux stations de Spa et de Mondorf, pour aller saluer nos confrères Belges et Luxembourgeois, ne pourra avoir lieu cette année. Ces deux stations, de langue et de culture françaises, seront incorporées dans un autre voyage qui conduira le V. E. M. aux sations thermales et climatiques du Nord-Est de la France.

Le Voyage d'Etudes médicales est exclusivement réservé aux médecins et étudiants en médecine *en fin d'études*. Quelques médecins pourront être accompagnés de leur femme ou de leur fille. Le prix du voyage est fixé à 1.050 francs pour les adhérents des pays à change haut et à 650 francs pour les adhérents des pays à change bas. Ce prix comporte la totalité des frais, du point de concentration : *Nancy*, au lieu de dislocation : *Vittel* (voyage en chemin de fer en première classe, auto-cars, hôtels, pourboires, etc...). Une réduction de 50 % sera accordée aux médecins sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du point de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière. Mais le Comité de Direction des grands réseaux des chemins de fer français n'a étendu cette faveur qu'au profit des femmes de médecins étrangers inscrites au V. E. M. Les demandes d'inscription peuvent être adressées dès maintenant au Dr M. Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris (16e). Le versement de la cotisation sera effectué par *chèque barré sur Paris*, au nom du docteur Gerst, qui confirmera au plus tard un mois après l'envoi du chèque, l'acceptation définitive, et transmettra, en temps utile tous documents nécessaires.

N. B. — La concentration à Nancy donne la possibilité aux adhérents que cela intéresserait, de visiter les champs de batailles de Lorraine et de Verdun (Saint-Mihiel, Verdun, Douaumont, Le Bois Le-Prêtre). S'adresser directement au Syndicat d'initiative de Nancy.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

975. — Prescription en matière d'honoraires de droit commun.

Un de mes clients, assez gêné, d'ailleurs, mais très bien intentionné dit-il m'est redevable de la somme de 1.800 fr. Le temps de la prescription de cette somme (soit deux ans) arrive puisque l'origine remonte en avril 1924.

Je vous serais très obligé, si je ne vous dérange pas trop, de bien vouloir me dire :

1° Quelles sont les pièces légales que je dois exiger de mes clients pour qu'en cas d'assignation future, la prescription soit enrayée et ne joue pas.

2° La forme, le libellé si possible de ces pièces ou de cette pièce ; et la durée de sa validité.

Dr B.

Réponse.

Pour empêcher la prescription de deux ans de jouer, il vous suffira d'obtenir de votre client une reconnaissance de dette sous une forme quelconque, une lettre par exemple, dans laquelle il spécifiera le montant de la somme due et les causes de sa dette (pour soins donnés du tant au tant). Cette reconnaissance de dette ne pourra se prescrire que trente ans après avoir été souscrite.

1169. — Complications d'un accident du travail. Frais médicaux.

J'ai soigné pour fracture de côtes un accidenté du travail. Au bout de 2 mois environ, le blessé, qui était un rhumatisant, a fait des complications si graves qu'il est mort de myocardite rhumatismale 6 mois après son accident. L'Etat, son patron, a donné une pension à sa veuve et à son fils, le traumatisme ayant aggravé la diathèse rhumatismale de l'accidenté. Ne dois-je donc pas réclamer mes honoraires non seulement pour le traitement de la fracture de côtes mais encore pour le traitement des complications rhumatismales qui ont causé la mort de l'accidenté ? La réponse doit être à mon avis affirmative, puisque l'Etat a accordé une pension de 1.400 fr. environ à son fils et à sa veuve.

Dr T.

Réponse.

S'il est exact que la veuve du blessé et son fils touchent de l'Etat une pension allouée en vertu de la loi de 1898 (et non pas en raison de la qualité de fonctionnaire de la victime de l'accident), il en résulte implicitement que l'Etat a reconnu que les complications rhumatismales ont été provoquées par le traumatisme et sont une conséquence de l'accident.

Par suite, le blessé avait droit aux soins médicaux, non seulement pour sa fracture, mais encore pour les conséquences de celle-ci, et vous

avez le droit de demander à l'État de vous payer vos honoraires depuis le jour de l'accident jusqu'au jour du décès.

906. — Jeune soldat tombé malade en service.

Un jeune soldat, incorporé en novembre dernier, a été envoyé dans un régiment en Allemagne. Atteint d'une bronchite, il a été rapatrié en France et envoyé dans un hôpital où l'on a reconnu des lésions des sommets.

Peut-il demander à être envoyé dans un sanatorium ? Ou bien sera-t-il réformé et dans ce cas a-t-il droit à une indemnité qui lui permette de se soigner chez lui ? Il s'agit d'un ouvrier sans d'autres ressources que sa journée.

Dr Z.

Réponse.

Tant que ce jeune homme n'aura pas été renvoyé dans ses foyers (par réforme ou par libération), il ne doit se préoccuper de rien ; il recevra automatiquement de l'autorité militaire tous les soins que comporte son état de santé, et cela au mieux de ses intérêts.

S'il est un jour proposé pour la réforme, la commission de réforme fera pour lui l'étude de ses droits à pension et lui délivrera aussitôt un titre d'allocation d'attente correspondant au degré d'invalidité proposé. En attendant que le ministre ait statué, ce militaire pourra donc, aux échéances fixées, toucher une somme correspondant à l'indemnisation, évaluée pour son cas.

890. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Je serais reconnaissant au « Sou Médical » de bien vouloir me guider pour l'établissement de ma déclaration de dépenses professionnelles.

Je reçois du contrôleur des contributions directes la lettre, dont ci-joint copie qui me semble en désaccord avec ce que j'ai lu dans le *Concours médical*, en particulier en ce qui concerne l'automobile et le matériel.

A mon avis l'achat d'une voiture ne constitue pas, comme le prétend le fisc, « un placement de capital devant contribuer au développement de mes affaires pour les exercices suivants », mais une dépense absolument indispensable à l'exercice de ma profession.

Il en va de même pour l'appareil de radio-diagnostic que j'ai acheté en 1925 et dont le but est de m'aider à établir un diagnostic plus précis ; étant médecin de médecine générale, et non spécialiste, il ne saurait être question, à la campagne surtout, d'un matériel de rapport.

Sur une feuille de déclaration, j'ai fait porter sur

5 ans l'amortissement de mon automobile et sur 8 ans celui de mon appareil. Dois-je, en particulier pour l'auto, entrer en lutte avec le fisc ou accepter l'amortissement en 10 ans, ce qui me semble monstrueux.

Lettre du Contrôleur.

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi du 13 juillet 1925, j'ai l'honneur de vous inviter à déclarer ci-contre :

1° Le montant brut de vos honoraires perçus en 1925 ;

2° Le détail par nature de dépenses de vos frais professionnels durant la même année.

Il convient de remarquer que l'achat d'une voiture automobile et d'un outillage mécanique ne constitue pas une *dépense proprement dite*, mais seulement un placement de capital devant contribuer au développement de vos affaires pour les exercices suivants.

Dès lors, les sommes versées ne sauraient affecter le bénéfice réalisé en 1925. Seul l'intérêt calculé à raison de 10 % pour l'auto et 7 % pour le matériel peut valablement être déduit du revenu brut à titre d'amortissement.

Recevez, etc.

Dr F.

Réponse.

Il est exact que le prix d'achat de la voiture ne peut être inscrit en dépense ; seul l'amortissement peut venir en déduction du bénéfice brut. Celui qui est généralement admis pour les voitures automobiles correspond à une durée de 5 ans, soit 20 %.

Le prix d'acquisition est ainsi réparti sur les cinq années correspondant à la durée normale de l'automobile.

En ce qui concerne l'appareil, l'amortissement en 10 ans nous paraît normal.

En vertu de l'article 8 de la loi du 13 juillet 1925, vous devez déclarer au contrôleur le montant de vos recettes brutes, celui de vos dépenses professionnelles et la différence, c'est-à-dire le bénéfice net.

A.M.

---

728. — L'indemnité aux secrétaires des Commissions de contrôle doit figurer à la cédule des traitements et salaires.

La réponse du ministre à une question du Dr Grinda que je lis dans votre numéro du *Concours médical* du 21 février, p. 422, me suggère de mettre à contribution votre obligeance pour un renseignement qui en même temps que moi-même paraît *susceptible d'intéresser* quelques confrères.

L'indemnité payée par le Ministère des pensions aux secrétaires des commissions tripartites de contrôle des soins aux victimes de la guerre rentre-t-elle dans le cadre des bénéfices professionnels ou a-t-elle sa place dans la cédule des salaires et traitements ?

Jusqu'ici, bien que dans ma déclaration de revenu j'aie mentionné à part cette indemnité, le contrôleur l'a toujours comptée comme bénéfice professionnel. Il semble cependant que la besogne administrative demandée aux secrétaires des dites commissions soit nettement distincte de l'exercice professionnel et n'ait rien de commun avec le traitement fixe qu'un médecin peut recevoir d'une usine ou d'une administration quelconque pour soins ou surveillance médicale de ses employés. La seule objection qui semble pouvoir être opposée à cette thèse c'est que le secrétaire des commissions tripartites doit être obligatoirement un médecin. Mais cette objection est-elle vraiment dirimante ? Si vous pouviez, par l'intermédiaire de votre journal, me faire connaître ce qui se passe dans les autres départements et au besoin l'avis des conseillers techniques du *Concours médical*, je vous en serais reconnaissant.

Dr X.

Réponse.

A notre avis la rémunération allouée par le ministère des pensions aux secrétaires des commissions tripartites de contrôle des soins aux victimes de la guerre, constitue un revenu à comprendre dans la cédule des traitements et salaires. La qualité de médecin nécessaire à la nomination à cet emploi ne peut modifier le caractère fiscal de cette rémunération.

A. M.

1058. — Impôt sur deux automobiles ne sortant pas en même temps.

J'ai acheté une 5 CV pour « doubler » la mienne, une 10 CV.

Ces deux voitures ne sortiront jamais ensemble.

Dois-je payer le droit de circulation pour les deux, ou seulement pour la plus forte ?

De même pour les impôts au titre des prestations ?

Dr E.

Réponse.

Vous ne devez payer qu'une seule taxe sur la voiture la plus forte, à la condition que les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence ou de périodicité.

En ce qui concerne la taxe municipale, remplaçant celle des prestations, elle est due pour les deux voitures.

A. M.

Application du Tarif Durafour

I

843. 1° Blessé en pension ; 2° Consultation entre confrères après une intervention.

Un accidenté du travail, atteint de fracture du fémur, ne peut être soigné chez lui par suite de l'éloignement de son domicile perdu en montagne ; il ne peut non plus être hospitalisé, les hôpitaux

se refusant absolument à le recevoir, en manière de protestation contre le « tout compris ». Il est recueilli par un de ses camarades, ouvrier d'usine, qui lui cède une chambre dans la cité ouvrière qu'il habite.

La Cie d'assurances est-elle tenue de payer à cet ouvrier les frais qui lui sont occasionnés par l'« hospitalisation » à son domicile d'un accidenté du travail ? Si oui, quelle somme peut être raisonnablement demandée pour *le logement, la pension* et *aussi pour rémunérer les frais de journée d'une autre personne placée auprès de lui en qualité de garde-malade* ?

2° Cette deuxième question s'adresse plutôt au Dr Decourt, que je me permets d'abord de féliciter et de remercier très sincèrement pour les résultats obtenus par lui dans l'établissement du Tarif Accidents du travail. Il s'agit du même blessé, fractures du fémur et de la clavicule. J'ai, le dimanche matin, procédé à l'appareillage de ces deux fractures et je pense pouvoir compter : fémur 150 fr., clavicule 30 fr. Mais le même jour, dans l'après-midi, j'ai cru nécessaire d'appeler en consultation un confrère, chirurgien à B. Il n'a pas jugé nécessaire de modifier les appareils que j'avais placés, mais il a été décidé que dans quelques jours nous remplacerions la traction continue par un appareil d'Hennequin. Et voici les éclaircissements que je désire :

a) Dois-je, en plus du prix de réduction et contention des fractures (opérations exécutées le matin), compter le prix d'une consultation avec un confrère, consultation ayant eu lieu l'après-midi ?

b) En ce qui concerne le nouvel appareil que nous devons faire dans quelques jours pour remplacer le premier, je ne trouve au tarif aucune rémunération spéciale. Je pense donc que tous les appareils consécutifs exécutés pour une fracture du fémur sont compris dans le prix unique de 150 fr. Mais sera-t-il possible de compter à ce moment le prix d'une nouvelle consultation avec un confrère ?

Dr C.

Réponse.

1° D'après un arrêt de la Cour de Cassation du 28 février 1910 (D.P. 1911-1-137) les frais occasionnés par l'hospitalisation d'un ouvrier, victime d'un accident du travail, dans un hôtel, constituent des dépenses utiles et nécessaires auxquelles le patron ne peut se soustraire.

Il nous semble que la jurisprudence résultant de cet arrêt est tout à fait applicable au cas d'espèce que vous nous soumettez, dans lequel l'hospitalisation chez un ami a été jugée nécessaire par vous, alors qu'aucun hôpital ne voulait recevoir le blessé.

D'autre part, si le garde-malade était nécessaire au traitement du blessé, *bien que les frais* de cette nature ne soient pas compris dans les tarifs officiels, ils doivent cependant être assumés par le patron, comme un accessoire indispensable du traitement.

Mais il est à observer que la loi n'accorde d'action directe contre le chef d'entreprise qu'aux

médecins, aux pharmaciens et aux établissements hospitaliers. Par conséquent si l'assurance refuse de payer les frais d'hébergement et de garde-malade, il faudra que le blessé les paye de sa poche, quitte ensuite à se retourner contre son patron en le citant devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit. Il nous est impossible de vous donner un avis sur la somme qui peut être réclamée à ce double titre (hébergement et garde) ; c'est là une pure question de fait.

2° Voici la réponse à la deuxième question.

a) Vous avez à compter : le matin, votre réduction et contention des fractures, plus l'après-midi, la « consultation entre confrères », les deux interventions n'étant pas *simultanées*, mais au contraire totalement distinctes l'une de l'autre.

b) Voir article 18, *in fine* : « Répétition d'appareil plâtré ou silicaté des grands segments de membres : 50 francs ». Compter cela ou une deuxième consultation entre confrères, mais non les deux à la fois.

F.D.

II

856. — 1° Ponction du genou avec lavage à l'éther ;
2° Majoration pour première visite.

1° Je vous serais obligé de me donner votre appréciation sur la tarification applicable à « ponction du genou avec lavage à l'éther de l'articulation », accident du travail.

2° Ne croyez-vous pas que l'on pourrait légitimement demander, à l'occasion de la révision du tarif accidents du travail, le relèvement du prix de la première visite ou consultation, ce premier examen devant être plus précis et plus minutieux que les examens suivants. Par ailleurs, combien de fois m'est-il arrivé, et à de nombreux confrères, sans doute, de voir porter chez moi, généralement à l'heure du dîner, un ouvrier couvert de boue ou de poussière, la tête entourée d'une bande tachée. On fait bouillir de l'eau, on prépare des compresses, des instruments d'urgence, on rase le cuir chevelu, on fait un examen minutieux du blessé, et on trouve de vagues contusions ou de simples écorchures qui nécessitent à peine un pansement. On a passé une heure auprès d'un blessé légèrement schocké, le plus souvent éthylique, qui a tout sali chez vous, vous a fait perdre votre temps, pour le prix d'une consultation. Car je ne vois pas dans le tarif une rémunération pour le temps ainsi passé.

Dr A.

Réponse.

1° Voir article 16 : « Ponction du genou : 60 francs » sans rubrique spéciale pour « lavage » en plus. Cependant, *a priori*, il semble naturel de demander un supplément (par exemple de 30

francs), par analogie très proche avec : « Ponction de la vaginale : 30 francs » et ensuite « ponction de la vaginale avec injection modificatrice : 60 francs », soit 30 francs de majoration, ainsi que vous pouvez le lire à l'article 17.

2° Sans doute, la première visite ou consultation donne beaucoup plus de mal, d'ordinaire, que les suivantes. Mais, par contre, les dernières, et surtout l'ultime où l'on signe le certificat de reprise, est bien peu absorbante. Ceci compense cela.

F. D.

III

851. — Appareil d'urgence en vue d'une réduction ultérieure.

Pour un accidenté fracturé de jambe, et que j'ai été relever à 2 kilomètres de son domicile, j'ai fait un appareil provisoire pour le transport, puis quelques jours après j'ai vérifié la réduction et appliqué un plâtre définitif.

A la guérison j'ai compté un appareil provisoire de transport 37 fr. 50 et le prix de la réduction de la fracture de jambe. La Cie d'assurances l'A. refuse de me payer le prix de l'appareil de transport.

Je vous prie de me dire si cette Cie a raison et si je dois accepter son refus.

Dr R.

Réponse.

C'est moi-même qui, en 1921, ai fait ajouter au tarif Breton une tarification pour appareils d'urgence, en vue de transport. Cela ne me fut accordé que dans le cas où ce serait un *autre* médecin qui ferait la réduction ultérieure. C'est ce qui fut inscrit dans l'arrêté ministériel du 28 juin 1921 et qu'on retrouve en note, à la fin de l'article 18 du arif Durafour. La Compagnie est donc dans son droit, puisque c'est *vous-même* qui avez appliqué, ultérieurement, l'appareil définitif de contention.

F. D.

IV

860. — Extraction de corps étrangers superficiels.

Je ne trouve pas dans le tarif Durafour de prix pour l'« extirpation d'une écharde sous-unguéale ayant nécessité l'ablation d'une partie de l'ongle. » Si ce n'est à l'article 28 où il est parlé de corps étrangers *profonds*, avec tarif de 50 fr.

C'est peut-être exagéré pour une aussi petite intervention comparativement aux autres prix et d'un autre côté cela me paraît valoir plus que les 10 fr. de visite, c'est certainement plus compliqué qu'une ouverture d'abcès à 20 fr. et je demanderais équitablement — toutes choses égales d'ailleurs — 25 fr., mais sur quoi me baser ?

Dr G.

Réponse.

Revoir le tarif Durafour, précisément à l'article 28 : « Extraction de corps étranger superficiel : 20 francs ».

V

799. — Brûlure de deux segments de membre.

Je soigne une brûlure (accident du travail) étendue à partir de 10 cm. environ au-dessous du genou jusqu'au gros orteil en un point et jusqu'à 5 centimètres de la racine des autres orteils.

Latéralement la brûlure déborde un peu la crête tibiale en dedans et occupe toute la moitié externe de la face antérieure de la jambe jusqu'à son union avec la face postérieure.

Elle couvre la presque totalité de la face dorsale du pied.

L'étendue de la brûlure est donc supérieure à la *moyenne brûlure* (main, pied, ou surface comparable) mais inférieure à la *grande brûlure* (membre). Toutefois elle n'est que de très peu inférieure à *l'étendue de la face*.

Comment tarifer ?

Faut-il compter 15 ou 50 francs suivant le cas à chaque pansement jusqu'à ce que l'étendue ait diminué et rentre dans la catégorie inférieure ?

Le premier jour j'ai pratiqué l'ablation de parties molles nécrosées, de phlyctènes, de parties suppurées. Faut-il compter 40 fr. (art. 17 régularisation, épluchage...) au lieu du tarif des brûlures et par la suite des pansements ordinaires.

Dr L.

Réponse.

Il y avait une lacune dans le tarif Breton entre les prix de 15 francs et de 50 francs pour pansements de brûlure. Cette lacune est comblée dans le tarif Durafour par cette rubrique : « Brûlure comprenant deux segments de membre ou surface équivalente : 30 francs », ce qui me paraît correspondre, pour les 10 premiers jours, à votre cas.

F. D.

1165. — Amortissement des automobiles. Déduction des gages et frais d'entretien des domestiques.

Je vous adresse ci-joint en communication, une proposition d'imposition, qui ne me paraît pas très légale.

1° J'ai deux domestiques. N'est-il pas légal de déduire le salaire du domestique homme. Je le paye 225 fr. par mois soit 2.700 par an. Il n'est pas exagéré d'estimer sa nourriture à 2.400 soit 200 fr. par mois

2° Pour l'amortissement de mes voitures je compte le cinquième de leur valeur. N'est-ce pas légal ?

Votre réponse autorisée me permettra de protester plus énergiquement auprès de mon contrôleur.

Dr B.

Réponse.

L'amortissement des automobiles peut se faire en cinq ans, mais, une fois le prix amorti, vous

ne pouvez plus compter d'amortissement. De plus, si vous vendiez la voiture pour un prix supérieur à la partie non amortie du prix d'achat, vous devriez comprendre la différence dans vos recettes de l'année de la vente.

Les frais du domestique doivent être déduits dans la proportion où ses services sont utilisés pour votre profession. A. M.

1156. — Accident de droit commun. Inapplicabilité du Tarif Durafour.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire si je suis obligé d'appliquer le nouveau tarif Durafour dans le cas suivant.

Un laitier, assuré personnellement contre les accidents, est renversé par le train (la barrière n'étant pas fermée) et, en plus des dégâts occasionnés à sa voiture, il présente lui-même une fracture du bras. La compagnie de chemins de fer n'ayant jamais donné signe de vie, il est probable néanmoins qu'elle devra payer tous les frais, vu la faute de ses employés; toutefois, dois-je appliquer le tarif Durafour ou le tarif local ? (le blessé a déclaré l'accident à sa compagnie).

Dr C.

Réponse.

Le tarif Durafour ne concerne que la part des honoraires du médecin traitant mise par la loi à la charge du chef d'entreprise dans les accidents du travail. Même lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, le médecin reste toujours libre de réclamer au blessé le complément de ses honoraires suivant son tarif habituel ; il peut même se faire payer intégralement par le blessé, sauf à ce dernier à se faire rembourser par son patron dans les limites du tarif.

Par conséquent, le domaine du tarif Breton est étroitement limité. Il ne saurait être appliqué quand il s'agit d'un accident non soumis à la loi de 1898, comme c'est le cas dans l'espèce présente.

D'ailleurs, en matière de droit commun, vous n'avez d'action directe que contre votre client et non contre la Compagnie d'assurances ou le tiers responsable.

Il faut donc que vous vous fassiez payer par le blessé suivant votre tarif local. Vous lui remettrez ensuite un reçu qui lui permettra de comprendre vos honoraires dans l'indemnité qu'il réclamera soit à son assurance, soit à la Compagnie de chemins de fer.

Quarante-huitième année — N° 17 — 25 Avril 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1078-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les docteurs VALENTIN, de Gentilly, et MULLER, de Rilly-la-Montagne, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

AVIS

I

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

II

Les médecins sollicités de s'installer à Saint-Maurice ou à Vigneulles (Meuse) sont invités à se renseigner auprès du Président du Syndicat des médecins de la Meuse ou du Dr Voirin, inspecteur départemental d'hygiène, à la Préfecture de la Meuse.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 182. — Normandie. A céd. de suite pour rais. fam. client. rapp. 80.000, pour 40.000, dont 15 à 20.000 compt.

N° 183. — Saint-Quay-Portrieux. — A vend. ou à louer meublées pour la saison, 2 villas confort. Christiaen, L'Armor, Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord).

N° 184. — Cond. int 2/3 pl. caross. luxe française sur Ford surbaissée, roues détachab., 5 roues garnies, essai à volonté : 10.000.

N° 185. — Dr demande pour son fils, très sérieux, chambre près Luxembourg libre en octobre. Ecr. S.-lieut. Dessèvre, Ecole d'Applicat. d'artillerie, Fontainebleau.

N° 186. — A vend. faut. roulant Dupont, jamais servi. Ecr. Dr Huart, à Fournes-en-Weppes (Nord).

N° 187. — Achet. pour instal. de pet. clinique mobilier, instrum., etc. de chirurg., méd., labor., radiogra., etc. Pour offres, écr. à docteur Bajat, à Villard-de-Lans (Isère).

N° 188. — Cab. ville maritime, aff. anc., rapp. plus de 50.000, belle mais. confort. à céd. d'urg. pour cause départ, 20.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 189. — Banl. imméd. de Paris, cab. fais. 50.000, pavillon avec grand jardin, conf. moderne, prix demandé, poste et maison : 150.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpitaux de Paris.** — *Ophtalmologistes.* — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 23 juin. — *Oto-rhino-laryngologistes.* Un concours pour deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 27 mai.

— **Un Institut Pasteur à Montréal.** —A la demande de l'Université de Montréal, l'Institut Pasteur de Paris et le ministère des Affaires étrangères viennent de déléguer le docteur Auguste Pettit, professeur à l'Institut Pasteur et membre de l'Académie de médecine, pour se rendre au Canada et y organiser un Institut Pasteur, sur le modèle de celui de Paris.

— **Paris. Assistance médicale à domicile.** — *Concours.* — Un concours pour la nomination à six places de médecins de l'Assistance à domicile, aura lieu le 7 juin. S'inscrire, 3, avenue Victoria (de 14 à 17 h.), du 3 mai au 19 mai.

— **Lyon.** — *Cours d'électro-radiologie.* — Le cours de perfectionnement d'électro-radiologie, sous la direction du Prof. Cluzet, commencera le lundi 3 mai, à 14 heures, au laboratoire et aura une durée de quatre semaines.

— **Lyon.** — *Concours des hôpitaux.* — Le concours ouvert le 21 mars pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Langeron, chef de clinique médicale.

— **Fête sportive des écoles dentaires de Paris.** — Les étudiants en chirurgie dentaire donneront le 9 mai au stade universitaire de la Porte Dorée, leur deuxième fête sportive.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — M. Le Noir fera le dimanche 25 avril, à 10 h., une conférence sur la *thérapeutique symptomatique des dyspepsies.*

— **Académie des sciences.** — *Election.* — Le professeur Forgue, de Montpellier, vient d'être élu membre correspondant national de l'Académie des sciences.

— **Association générale des médecins de France.** — L'Assemblée générale et le banquet de l'A. G. ont eu lieu dimanche dernier, et ont présenté un intérêt de premier ordre.

Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

— **Tombola de la Maison du Médecin.** — Tirage le 9 mai, à 17 h., à la Faculté de médecine. Gros lot : une Peugeot 3 places. — Prix du billet : 5 fr.

A TRAVERS L'OFFICIEL

8 avril.

Accidents du travail.

Loi du 7 avril 1926 modifiant le 6e alinéa de l'article 27 de la loi du 9 avril 1898 (modifié par la loi du 31 mars 1905) concernant la composition du comité consultatif contre les accidents du travail.

Art. 1er. — La première phrase du paragraphe 6 de l'article 27 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, est remplacée par les dispositions suivantes :

« Le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail est divisé en deux sections. La première statue sur toutes les affaires d'assurances contre les accidents du travail, à l'exception de celles qui ont trait à l'application de la loi du 15 décembre 1922 ; la seconde connaît spécialement des questions relatives aux assurances contre les accidents dans l'agriculture. Elles se réunissent et délibèrent en assemblée plénière sur les questions communes d'application de la législation des accidents du travail.

« Sont membres des deux sections : quatre sénateurs et six députés, élus par leurs collègues ; le directeur du contrôle des assurances privées ; le directeur du travail ; le directeur de l'agriculture ; le directeur général de la caisse des dépôts et consignations ; trois membres agrégés de l'institut des actuaires français ; un professeur de la faculté de droit de Paris.

« Font, en outre, partie de la première section : le président du tribunal de commerce de la Seine ou un président de section désigné par lui ; le président de la chambre de commerce de Paris ou un membre désigné par lui ; deux ouvriers et deux patrons membres du conseil supérieur du travail et désignés par lui ; deux directeurs ou administrateurs de sociétés mutuelles d'assurances contre les accidents du travail ou de syndicats de garantie, élus par ces sociétés ; deux directeurs ou administrateurs de sociétés anonymes ou en commandite d'assurances contre les accidents du travail ; deux mutilés du travail désignés par la fédération nationale des mutilés du travail ; quatre personnes spécialement compétentes en matière d'assurances contre les accidents du travail.

« Font partie de la deuxième section : un inspecteur des associations agricoles ; un délégué du conseil supérieur de l'agriculture ; un délégué des chambres d'agriculture ou des offices régionaux agricoles désigné par le conseil supérieur de l'agriculture ; deux exploitants et deux ouvriers agricoles désignés par le conseil supérieur de l'agriculture ; quatre directeurs ou administrateurs de sociétés ou caisses mutuelles d'assurances agricoles constituées dans les termes de la loi du 4 juillet 1900, élus par ces

sociétés ; deux directeurs ou administrateurs de sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles contre les accidents du travail ou de syndicats de garantie pratiquant l'assurance contre les accidents agricoles ; deux mutilés du travail agricole désignés par la fédération nationale des mutilés ; quatre personnes compétentes en matière d'assurances contre les accidents du travail dans l'agriculture. »

Art. 2. — Un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique déterminera les conditions d'application de la présente loi, et notamment le mode d'élection des représentants des sociétés mutuelles.

Hygiène publique.

Loi du 4 *avril* 1926 *modifiant l'article* 24 *de la loi du* 7 *avril* 1903 *relative à l'application à la ville de Paris et au département de la Seine de la loi du* 15 *février* 1902 *sur la protection de la santé publique.*

Article unique. — L'article 24 de la loi du 7 avril 1903 est ainsi modifié :

« Art. 24. — Le préfet de la Seine et le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions sanitaires et sous sa présidence, par le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, dont la composition est fixée comme il suit :

« Le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents ;

« Deux vice-présidents, pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du conseil d'hygiène et deux secrétaires administratifs ;

« Dix-neuf membres à raison de leurs fonctions : le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la faculté de médecine de Paris, le doyen de la faculté de pharmacie de Paris, le président du comité technique de santé du gouvernement militaire de Paris, le sécrétaire général de la préfecture de la Seine, l'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la ville de Paris, le directeur de l'hygiène, du travail et de la prévoyance sociales, le directeur des affaires départementales, le directeur administratif des services municipaux d'architecture, le directeur des travaux de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées, chargé du service ordinaire du département, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, le chef de la deuxième division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine, le chef du bureau de l'hygiène de la préfecture de police, l'inspecteur divisionnaire du travail ;

« Vingt-quatre membres titulaires, nommés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la présentation du conseil d'hygiène ;

« Trois membres du conseil général de la Seine et trois membres du conseil municipal de Paris, élus par leurs collègues ;

« Six membres choisis par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence.

« Le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données aux conseils départementaux d'hygiène par la présente loi.

« Les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continueront à exercer leurs fonctions, sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la présente loi au préfet de police.

« Les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine, en dehors de Paris, exercent les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou à l'autre de leurs administrations.

« Les maires des communes autres que Paris exercent les attributions sanitaires sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents.

« Le préfet de police continuera à appliquer, dans les communes du département de la Seine autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi. »

Nouvelle rémunération du personnel du service central de prophylaxie des maladies vénériennes.

Les nouvelles indemnités annuelles, non soumises aux retenues pour pensions civiles, attribuées au personnel du service central de prophylaxie des maladies vénériennes sont fixées ainsi qu'il suit. :

Médecin, 20.500 à 24.500 fr., par augmentations successives de 2.000 fr.

Rédacteurs 7.500 à 12.500 fr., par augmentations successives de 1.000 fr.

Commis d'ordre et de comptabilité, 5.600 à 11.000 fr., par augmentations successives de 900 fr.

Dame dactylographe, 4.800 à 8.000 fr., par augmentations successives de 500 fr. pour les cinq premières et de 700 fr. pour la dernière augmentation.

Accidents du travail.

Arrêté du 31 *mars* 1926 *fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.*

Etant donné son étendue, ce document sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

9 *avril.*

Taxe de séjour.

Arrêté du 31 *mars* 1926.

Art. 1er. — La taxe additionnelle à percevoir, en sus de la taxe de séjour dans les stations hydrominérales, climatiques et de tourisme, en exécution des articles 18 et 19 de la loi du 24 septembre 1919, est fixée, pour l'année 1926, aux taux ci-après :

10 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net de la taxe principale n'a pas dépassé 20.000 fr. pendant l'année 1925 :

Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), Alet (Aude), Allos (Basses-Alpes), Annemasse (Haute-Savoie), Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées), Audinac-les-Bains (Ariège), Bains-les-Bains (Vosges), Bastia (Corse), Belpouey-Barèges (Hautes-Pyrénées), Binic (Côtes-du-Nord), Bormes (Var), Bréhat (Côtes-du-Nord), Briançon (Hautes-Alpes), Bussang (Vosges), Capvern (Hautes-Pyrénées), Chaudesaigues (Cantal), Condat-en-Feniers (Cantal), Durtol (Puy-de-Dôme), Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), Etables (Côtes-du-Nord), Grau-du-Roi (Gard), Gréoux-les-Bains (Basses-Alpes), Hauteville-en-Bugey (Ain), Lacaune (Tarn), Lyons-la-Forêt (Eure), La Nouvelle (Aude), Marly-le-Roi (Seine-et-Oise), Martigny-les-Bains (Puy-de-Dôme), Menthon (Haute-Savoie), Mimizan (Landes), Montlouis (Pyrénées-Orientales), Murat (Cantal), Odeillo-Font-Romeu (Pyrénées-Orientales), Passy (Haute-Savoie), Pralognan (Savoie), La Roche-Posay (Vienne), Salies-du-Salat (Haute-Garonne) Salins (Jura), Sallanches (Haute-Savoie), Servez (Haute-Savoie), Sorèze (Tarn), Saint-Eugène (Algérie), Tallcires (Haute-Savoie), Vals-les-Bains (Ardèche), Vallorcine (Haute-Savoie), Villefranche-sur-Mer (Alpes-Maritimes), Le Vésinet (Seine-et-Oise).

15 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net supérieur à 20.000 fr. n'a pas dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1925 ou dans lesquelles la taxe n'a pas encore été perçue pendant une année entière :

Ajaccio (Corse), Allevard-les-Bains (Isère), Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), Annot (Basses-Alpes), Ax-les-Thermes (Ariège), Bandol (Var), Beausoleil (Alpes-Maritimes), Biskra (Algérie), Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), Bourbon-l'Archambault (Allier), Brides-lesBains (Savoie), Cambo-les-Bains (Basses-Pyrénées), Cap-d'Ail (Alpes-Maritimes), Carcassonne (Aude), Chambéry (Savoie), Constantine (Constantine), Contrexéville (Vosges), Enghien-les-Bains (Seine-et-Oise), Etretat (Seine-Inférieure), Grasse (Alpes-Maritimes), Lamalou-les-Bains (Hérault), Laveissière (Cantal), Le Lavandou (Var), Lion-sur-Mer (Calvados), Luc-sur-Mer (Calvados), Luxeuil (Haute-Saône), Ouistreham (Calvados), Palavas-les-Flots (Hérault), Pléneuf (Côtes-du-Nord), Quiberon (Morbihan), Rambouillet (Seine-et-Oise), Saint-Agrève (Ardèche), Saint-Flour (Cantal), Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), Saint-Jean-Cap-Ferrat (Alpes-Maritimes), Saint-Martin-Vésubie (Alpes-Maritimes), Sainte-Maxime (Var), Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), Soulac-sur-Mer (Gironde), Thonon (Haute-Savoie), Trébeurden (Côtes-du-Nord), Tréguier (Côtes-du-Nord), La Turbie Alpes-Maritimes), Vence (Alpes-Maritimes), Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), Vitré (Ille-et-Vilaine).

20 p. 100 dans les stations suivantes où le produit net a dépassé 50.000 fr. pendant l'année 1925 :

Aix-les-Bains (Savoie), Alger (Algérie), Annecy (Haute-Savoie), Arcachon (Gironde), Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), Bagnoles-de-l'Orne (Orne), Bayonne (Basses-Pyrénées), Beaulieu-sur-Mer (Alpes-Maritimes), Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), Biarritz (Basses-Pyrénées), Cabourg (Calvados), Cannes (Alpes-Maritimes), Cauterets (Hautes-Pyrénées), Chamonix (Haute-Savoie), Châtelguyon (Puy-de-Dôme), Dax (Landes), Deauville (Calvados), Dinard (Ille-et-Vilaine), Divonne-les-Bains (Ain), Escoublac-la-Baule (Loire-Inférieure), Evian (Haute-Savoie), Fontainebleau-Avon (Seine-et-Marne), Gérardmer (Vosges), Grenoble (Isère), Hendaye (Basses-Pyrénées), Hyères (Var), Houlgate (Calvados), Lyon (Rhône), Malo-les-Bains (Nord), Menton (Alpes-Maritimes), Mont-Dore (le) (Puy-de-Dôme), Néris (Allier), Nice (Alpes-Maritimes), Paramé (Ille-et-Vilaine), Pau (Basses-Pyrénées), Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), Plombières (Vosges), Pornichet (Loire-Inférieure), Roquebrune-Cap-Martin (Alpes-Maritimes), Royan (Charente-Inférieure), Royat-Chamalières (Puy-de Dôme), Les Sables d'Olonne (Vendée), Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), Saint-Gervais (Haute-Savoie), Saint-Lunaire (Ille-et-Vilaine), Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord), Saint-Raphaël (Var), Le Touquet-Paris-Plage (Pas-de-Calais), Trouville (Calvados), Uriage-les-Bains (Isère Vichy (Allier), Villers-sur-Mer (Calvados), Vittel (Vosges), Wimereux (Pas-de-Calais).

Art. 2. — Le recouvrement aux taux ci-dessus sera effectué en même temps et dans les mêmes formes que celui de la taxe principale et les fonds versés mensuellement dans les conditions et suivant les règles fixées par l'article 83 du décret du 4 mai 1920, modifié par le décret du 30 mai 1923.

10 *avril.*

Asiles d'aliénés.

Décret du 31 *mars* 1926 *modifiant le décret du* 12 *juin* 1912 *relatif aux asiles autonomes d'aliénés.*

Art. 1er. — Les trois premiers paragraphes de l'article 3 du décret du 12 juin 1912 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« La commission administrative est composée de huit membres nommés par le ministre chargé de l'assistance publique. Deux de ces membres sont choisis parmi les conseillers généraux. Le nombre des membres de la commission peut être porté à dix par arrêté ministériel, la section compétente du conseil supérieur de l'assistance publique entendue.

« Les fonctions de membres de la commission sont gratuites.

« Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans »

Art. 2. — Le troisième paragraphe de l'article 4 du même décret est modifié ainsi qu'il suit :

« Elle ne peut délibérer que si cinq ou six de ses membres au moins, suivant que le total de ceux-ci est de huit ou dix, sont présents. En cas de partage, la voix du président est prépondérante ».

11 *avril.*

Lutte anticancéreuse.

Est nommé chirurgien du Centre de lutte contre le cancer de Nantes, M. le Dr Henri Lerat.

Est nommé membre du Conseil d'administration du Centre de lutte anticancéreuse de Strasbourg, M. Wackenthaler, président du Comité directeur de l'Institut d'assurance sociale d'Alsace et de Lorraine.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Assistance médicale gratuite. Effet d'une admission d'urgence annulée.

7598. — M. Saint-Venant, député, expose à M. le ministre du travail, que l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893 autorise, dans certains cas d'urgence, le maire à prononcer l'admission au bénéfice de l'assistance médicale gratuite, sous réserve d'en rendre compte au conseil municipal dans sa prochaine séance ; que le conseil municipal a le droit d'annuler cette décision du maire, et demande : 1° si, en cas d'annulation, le malade admis d'urgence par le maire conserve le bénéfice de l'assistance médicale gratuite pour la période courant du jour de la décision du maire au jour de la décision du conseil municipal, où s'il doit rembourser les frais médicaux engagés durant cette période ; 2° quels textes officiels régissent cette question.

Réponse. — Lorsqu'un conseil municipal refuse d'inscrire un postulant sur la liste d'assistance médicale gratuite, c'est généralement parce que celui-ci n'est pas privé de ressources. Si donc, dans l'hypothèse donnée, le malade admis d'urgence n'est pas indigent, il ne conserve pas le bénéfice de l'assistance médicale gratuite pour le temps écoulé entre l'admission d'urgence et la délibération du conseil municipal qui écarte sa candidature. Le recours prévu par l'article 2 de la loi du 15 juillet 1893 peut toujours être exercé, soit contre les personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers lui, en vertu de l'article susmentionné, soit contre lui-même, en vertu de l'article 1235 du code civil. Au surplus, l'article 16 de la loi du 15 juillet 1893 lui donne le droit de se pourvoir devant la commission cantonale contre la décision du conseil municipal.

(*J. O.*, 1er avril 1924.)

Voir la suite page LI-1129

PROPOS DU JOUR

La Maison du Médecin.
Une visite au Château des Charmilles à Valenton.

La vente et la Tombola dont le gros lot est une automobile.

Nous nous souvenons avoir assisté, il y a un peu plus de 18 ans, à une réunion, dans la salle de mécanothérapie du Dr Courtault aux environs de la Bourse. Nous étions bien en tout une dizaine qui avions répondu à l'appel de notre confrère.

Le Dr Courtault nous exposa l'idée qu'il nous conviait à réaliser. Elle était simple : la création d'une maison de retraite pour les médecins : *La Maison du Médecin.*

La proposition du Dr Courtault reçut un accueil un peu sceptique. Il fallait d'abord trouver l'argent et, pour pareille fondation, il en fallait beaucoup. Puis, était-on bien sûr de recruter des pensionnaires pour *la Maison du médecin* ? Le praticien, surtout le vieux praticien, objectait-on, est un être à part, indiscipliné, jaloux de son indépendance. En trouverait-on qui consentiraient à mener l'existence quasi-monacale, en tous cas collective, qui devrait être vécue dans la *Maison du Médecin* ?

Avec un doux entêtement, le Dr Courtault fit face à chaque objection. Il rappela que les médecins, même jeunes, étaient aptes à mener une vie collective, parfois joyeuse, comme par exemble les internes dans les salles de garde.

La plupart des confrères présents consentirent à s'inscrire et à verser une cotisation pour être agréable au Dr Courtault d'abord, ensuite parce que les quelques dix médecins qui s'étaient dérangés dans cette soirée d'hiver, croyaient fermement qu'il ne faut jamais décourager une initiative généreuse quelle qu'elle soit. Tous, sauf le Dr Courtault, étaient bien convaincus que jamais ils ne verraient s'ouvrir une maison de retraite pour les médecins.

C'est ainsi que, le 13 février 1908, fut fondée l'Association « *La Maison du Médecin* ».

Le Dr Courtault s'était résolu à provoquer la création de son Association en lisant un article du Dr Nass, citant une page des mémoires du Dr Véron, jadis directeur de l'Opéra. Véron reproduisait lui-même une lettre de son ami, Orfila, qui, après avoir fondé l'Association des Médecins de la Seine, affirmait son désir de cré r une maison de retraite pour les médecins.

Une dizaine de mille francs fut réunie par l'Association. Evidemment, c'était peu de choses et chacun d'entre nous, avec un sourire tristement ironique, attendait un Mécène, comme jadis l'on attendait le Messie, persuadé qu'il ne viendrait jamais. Seul, le Dr Courtault avait foi dans l'avenir de son œuvre. A la stupéfaction générale, le Mécène vint un jour ; il resta anonyme et se présenta dans des conditions si mystérieuses qu'on crut d'abord à une mystification. Comme dans un conte de fées, 50.000 francs tombèrent du ciel dans la Caisse de la *Maison du Médecin.* On se hâta de réaliser le projet. Une modeste, mais confortable maison de campagne, située au milieu d'un petit domaine, fut louée à Brezolles, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Dreux, et, au bout d'une année, neuf heureux pensionnaires, tout ce que pouvait contenir la Maison de Brezolles, avaient été choisis parmi un assez grand nombre de candidats.

La mort du Président-fondateur, le Dr Courtault, victime du naufrage de l'*Emir* dans les parages de Gibraltar, en août 1911, amena une modification dans le Bureau de l'Association de la *Maison du Médecin.* Le Dr Paul Reynier, chirurgien de Lariboisière, membre de l'Académie de Médecine, accepta la présidence. Aussitôt survint un don anonyme de 40.000 fr. ; puis, d'autres dons affluèrent. On ne donne qu'aux riches, et la *Maison du Médecin* commençait à être riche. Un décret du 25 mai 1912 reconnut l'œuvre d'utilité publique.

En 1913, une subvention de 180.000 francs du Pari Mutuel permettait l'achat du Château des Charmilles, à Valenton, près de Villeneuve-Saint-Georges, car la Maison de Brezolles, devenue trop petite pour ses hôtes, était en outre d'un accès assez difficile.

Nous avions suivi l'essor de la *Maison du Médecin* avec des yeux émerveillés, un peu comme un enfant voit se dérouler, au théâtre du Châtelet, les décors d'une féerie et nous avions été convaincu qu'il ne fallait jamais désespérer de réaliser une œuvre utile. L'Histoire de la *Maison du Médecin* servira, nous n'en doutons pas, d'encouragement à notre ami Thiéry qui s'acharne toujours à la Création du Foyer national du Mé-

decin français à Paris. Or, un jour, le Conseil d'Administration de la *Maison du Médecin* nous fit le grand honneur de nous appeler dans son sein. Collaborer à cette œuvre admirable dont nous avions assisté, nous ne dirons pas à la naissance, mais à la conception et dont notre *Concours médical* est membre fondateur, était pour nous une joie. Aussi, bien que faisant partie d'une douzaine de Conseils ou de Commissions aux travaux desquels nous donnons une collaboration réelle et active, nous n'hésitâmes pas un instant à accepter cette nouvelle charge.

Nous connaissions bien et à fond l'histoire de la *Maison du Médecin*, mais nous ne connaissions ni la Maison elle-même, ni ses pensionnaires ; et nous fûmes heureux de répondre à la demande de notre Président, le dévoué et généreux Dr Cazin, lorsqu'il nous proposa d'aller avec le Dr Le Fur et lui, comme délégués du Conseil, visiter le Château des Charmilles.

Nous y fûmes un dimanche, par une belle matinée d'hiver.

Valenton est un bourg aux origines antiques, situé sur une hauteur, à 3 kilomètres environ de Villeneuve-Saint-Georges, dans un coin de l'Ile de France où les châteaux et les belles propriétés abondent. Il n'est pas douteux, car des fouilles en font foi, que Valenton est d'origine romaine ; son nom serait celui de son premier propriétaire, Valens ou Valentinus.

Valenton possède une église du XIIIe siècle, une mairie moderne, un château du XVIIIe siècle que fit construire ou réparer le fermier général Halma de Belmont, dont le vaste parc fut morcelé, après la Révolution, enfin le Château des Charmilles, notre Maison du Médecin, qui appartenait, il y a soixante ans, à Chaix d'Estange, le jurisconsulte célèbre, tour à tour avocat, procureur général, vice-président du Conseil d'Etat, et Sénateur du Second Empire, que Victor Hugo a si violemment attaqué dans un vers des *Châtiments.*

Un clos de sept hectares, entouré de murs, donne au château une apparence tout à fait seigneuriale et comprend le parc, avec ses arbres séculaires, sa pièce d'eau, ses charmilles, un jardin potager, des communs, une ferme, etc.

Le château est relativement moderne. On y pénètre par une terrasse qui donne accès à un grand hall central, surmonté d'un dôme vitré ; un grand escalier de pierre, conduit aux étages ; des balcons circulaires qui dominent le hall, donnent à chaque étage accès aux appartements. La demeure a vraiment grand air. Deux salons, une salle de billard, une bibliothèque, une salle à manger très vaste, forment, au rez-de-chaussée, les pièces communes à tous les pensionnaires. Tandis qu'aux étages, sont les chambres grandes et petites, qui permettent de recevoir environ 25 personnes.

La Maison a été presqu'entièrement meublée par les dons de généreux bienfaiteurs. Le mobilier du grand Salon, recouvert de tapisseries d'Aubusson, la garniture de cheminée en bronze, proviennent d'un legs du Dr Hérard, le membre bien connu de l'Académie de Médecine ; la Bibliothèque, ses sièges, ses rideaux, firent partie du mobilier du Cabinet du Dr Reynier, le regretté président. De nombreux meubles et bibelots, des pièces d'argenterie ont été donnés, après leur mort, par le Dr Chaslin, médecin de la Salpêtrière, et Mlle le Dr Delporte, trésorière de l'Association. Le chauffage central répand partout une douce température.

Dans ce séjour, plus que confortable, nous allions dire luxueux, et qui doit être en été délicieux, vivent 23 pensionnaires (dont cinq ménages) ; quelques-uns sont depuis plus de dix ans les hôtes des Charmilles.

Dans de pareilles conditions, la vie ne saurait être monotone à la *Maison du Médecin*. Le parc et les jardins, les promenades pendant la belle saison, la bibliothèque, la téléphonie sans fil, les jeux, les arts d'agréments, les conversations entre gens de même éducation, de même profession, ayant tant de connaissances, de souvenirs communs, font que les jours y passent vite et sans ennui. La liberté la plus grande y règne. Au début, la *Maison du Médecin* fut dans toute son acception une réduction de l'Abbaye de Thélème. La règle se réduisait en cette clause :

FAIS CE QUE VOUDRAS.

« parce que gens libères, bien nés, bien instruits, conversants en compagnies honnêtes, ont par nature un instinct et aiguillon qui toujours les pousse à faits vertueux, et retire de vice, lequel ils nommaient honneur », a dit notre confrère Rabelais.

Mais, après quelques années d'expérience, on s'aperçut que l'homme ne peut être parfait et que, dans l'intérêt de tous et pour la sécurité des plus âgés, un règlement intérieur était indispensable.

Le 16 décembre 1920 et le 28 avril 1921, le Conseil d'administration élabora un règlement, si toutefois l'on peut donner ce nom à quelques articles qui sont plutôt des conseils que

des règles, et qui n'ont qu'un but : assurer le bon ordre dans l'établissement, permettre à chacun de jouir du maximum de liberté en évitant de gêner celle des autres, permettre à la directrice responsable d'être avertie des absences des pensionnaires, lorsqu'ils viennent à Paris, ou vont en congé chez leurs parents ou leurs amis.

Madame Perrin, la directrice actuelle, femme distinguée et d'une bonté sans limites, veille au bon fonctionnement de la Maison. Elle témoigne la plus grande déférence aux pensionnaires, donnant ainsi le bon exemple au personnel.

Tout se passe normalement aux Charmilles ; rares, très rares sont les heurts entre confrères de caractères dissemblables. Le château est vaste, et il est si facile de s'isoler à ceux qui ont une humeur ombrageuse. Le Conseil d'administration et le Conseil de famille n'ont guère eu à intervenir, sauf dans de rares cas où la maladie d'un pensionnaire ne permettait plus de le conserver.

Lors de notre visite, les hôtes de *La Maison du Médecin* étaient en émoi ; la baisse progressive du franc les inquiétait fort. Qu'allaient-ils devenir en cas de catastrophe financière ? L'Association pourrait-elle contiuer à les entretenir avec le coût croissant de la vie ? Pour la plupart de nos vieux confrères, seuls, sans famille, ayant réalisé jusqu'au dernier sou leur très modeste avoir, et qui espéraient finir leur vie en toute tranquillité aux Charmilles, la question devenait angoissante.

Notre visite avait surtout pour but de les rassurer. Notre président, le Dr Cazin, avec un grand tact, une affectueuse bonté toute confraternelle qui, néanmoins, laissait entrevoir une volonté tenace et une autorité réelle, sut rassurer tout le monde. Il démontra combien la situation financière de l'Association était, depuis ces dernières années, solidement établie, combien son capital et ses réserves s'étaient accrus de dons généreux. Il engagea les pensionnaires à une grande indulgence pour le personnel, difficile à recruter et qui sera, par la force des choses, peut-être longtemps insuffisant pour un établissement de cette importance.

Enfin il conclut, en faisant remarquer que la grande préoccupation du Conseil n'était pas de faire vivre la *Maison du Médecin*, mais d'étendre son action et d'augmenter le nombre des pensionnaires. Les demandes d'admission deviennent de plus en plus nombreuses et certaines sont vraiment pressantes. Le Conseil voudrait pouvoir répondre à tous les besoins urgents.

C'est pour cela d'ailleurs que s'organise, sous la direction active et intelligente de Madame Claisse, la Présidente du Comité des Dames Patronnesses, *une vente qui aura lieu les 8 et 9 mai, de 2 h. à 7 h. de l'après-midi à la Faculté de Médecine de Paris*. A cette date seront aussi tirés les numéros gagnants d'une importante *tombola* préparée par le Dr Boucard, si dévoué à la prospérité de l'œuvre, et dont le gros lot sera une superbe automobile cabriolet Peugeot à trois places (1).

Nous ne doutons pas du succès de la vente et de la tombola et nous espérons que la *Maison du Médecin*, aux débuts si hypothétiques, dont la réalisation à Brézolles fut d'abord si modeste, dont l'épanouissement, à Valenton, a été considérable, prendra dans une quatrième période de son existence toute l'ampleur nécessaire pour être classée au premier rang des fondations de ce genre.

J. NOIR.

---

(1) Les demandes de billets de tombola doivent être adressées à M. le Dr Boucard, 60, rue Singer, à Paris. Le Billet : 5 fr. Le Carnet de 10 Billets : 50 fr. Le tirage de la tombola aura lieu le 9 mai à la Faculté de Médecine à 17 h.

Pour adhérer à l'Association *La Maison du Médecin* et pour demander à son sujet des renseignements, s'adresser au Secrétariat, 31, rue de Clichy, à Paris.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES PANSEMENTS GASTRIQUES

Par le Dr René A. GUTMANN,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Attaché médical à la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

L'idée de « panser » l'estomac pour aider à cicatriser un ulcère, pour calmer l'irritabilité motrice ou sécrétoire, est des plus anciennes. La médecine utilisait jadis la terre sigillée ou terre bolaire, qui est l'argile, remise en honneur sous forme de kaolin. La thérapeutique populaire emploie encore le blanc d'Espagne délayé dans l'eau, c'est-à-dire une variété de craie préparée. Si le mécanisme par quoi agissent sur la muqueuse gastrique les poudres dites inertes est encore discuté, le fait clinique incontestable est qu'elles agissent et c'est à bon droit qu'elles ont un rang important dans le traitement des affections de l'estomac.

Quels produits emploie t-on ?

Le *bismuth* est actuellement, de tous les produits, le plus employé. On utilise couramment le carbonate de bismuth ou le sous-nitrate. Le carbonate serait moins toxique, encore que G. LION ait discuté cette opinion. Mais la notion de toxicité n'intervient éventuellement que dans les doses massives employées pour les examens radiologiques. En thérapeutique où,comme nous le dirons, on obtient d'excellents résultats avec des doses discrètes, on tient peu compte de ces faits. On prescrira donc indifféremment le carbonate ou le sous-nitrate ; pour ce dernier, on formulera le sous-nitrate Codex 1884, que l'on trouve d'ailleurs en général dans les pharmacies de préférence au sous-nitrate Codex 1908, plus acide, moins stable et de mauvais goût.

Carbonate et sous-nitrate ne sont pas les seuls sels employés. On peut utiliser aussi le gallate de bismuth et le salicylate de bismuth dont le pouvoir adhésif serait plus marqué.

Le *kaolin*, remis en honneur par M. Hayem, est, nous l'avons vu, employé depuis longtemps. Les anciens connaissaient son pouvoir « antiputride » et « alexipharmaque », c'est-à-dire ses propriétés absorbantes et adsorbantes. Il est nettement moins analgésiant que le bismuth ; par contre, son prix le rend plus maniable pour beaucoup de malades. Il a, en outre, un avantage qu'il faut connaître. Dans le cours d'un ulcère traité médicalement ou mis en observation, la coloration noire des selles est un signe capital et le malade doit attentivement surveiller l'apparition possible d'un mélæna. Or, le bismuth se transforme dans l'intestin en sulfure de bismuth noir, et, son emploi, comme celui du charbon, rend l'observation imprécise. C'est un inconvénient que n'a pas le kaolin.

Le *talc* lui est très comparable.

Le *charbon* s'emploie sous forme de charbon animal ou végétal. Ce dernier est en général moins adsorbant. Pourtant, depuis la guerre, on a appris, en fabriquant des produits spéciaux destinés à fixer les gaz toxiques, à préparer des charbons « activés », c'est-à-dire très adsorbants sous un faible volume.

Les *silicates* (silicate de magnésie hydratée ou talc, silicate d'alumine) complètent la série de ces médicaments topiques.

On peut rapprocher de ces produits, le groupe des substances dites anti-acides.

Le *bicarbonate de soude* en est le représentant le plus connu et le plus nocif. Il excite en effet secondairement la muqueuse, à tel point que loin d'être un « saturant », il peut servir de stimulant et, pris à jeun, d'apéritif. Il ne faut donc jamais, si l'on en use, l'employer seul ; quand on veut avoir recours aux propriétés analgésiques qu'il doit surtout au dégagement d'acide carbonique, on l'associera à d'autres poudres qui pallieront à ses inconvénients.

Le bicarbonate de soude employé aux grandes doses parfois recommandées, produit de plus à la longue des troubles généraux d'alcalose, à type d'intoxication.

Aussi vaut-il mieux, pour diminuer transitoirement le taux de l'acidité gastrique, recourir à d'autres agents non excitants de l'estomac et qui agissent comme antiacides surtout locaux. La *craie préparée*, la *magnésie hydratée* sont bien connues. Les *phosphates tribasiques neutres*, soit de *chaux*, soit de *magnésie*, le sont moins. Ce sont pourtant d'excellents agents de sédation locale ; le phosphate de chaux est de plus légèrement constipant, celui de magnésie légèrement laxatif. Ils sont préférables au phosphate de soude, employé plus communément et qui agit surtout à la façon du bicarbonate de soude, avec une réaction secondaire d'excitation ; à tel

point que M. HAYEM l'a préconisé comme stimulant de la muqueuse stomacale dans la «gastrite hypopeptique ».

Comment emploie-t-on ces produits ?

On a utilisé pour certaines de ces substances, le bismuth surtout, des *doses massives*, une vingtaine de grammes le matin à jeun, une dizaine de grammes après les repas. Nous n'avons pas observé que cette méthode donnât des résultats meilleurs que l'emploi de quantités plus discrètes.

Les *petites doses multipliées* dans la journée ont été souvent recommandées. Soupault, le premier, en a montré l'avantage, il prescrivait toutes les heures, puis toutes les deux heures, l'absorption d'un paquet de :

Bicarbonate de soude	àâ 0,50
Craie préparée	
Magnésie calcinée	àâ 0,25
Sous nitrate de bismuth	

La méthode de SOUPAULT associée au régime des petits repas gras fractionnés a été introduite en Amérique par Sippy qui a vanté ses effets dans l'ulcus.

Il existe une troisième manière, que nous préconisons plus volontiers. C'est celle des *petites quantités moyennement répétées*. On prend comme dose moyenne 1 gr. à 1 gr. 50 du produit médicamenteux, le bismuth par exemple, auquel on peut joindre un « antiacide » d'action locale. Enfin, il est bon de se rappeler que le spasme pylorique joue un rôle essentiel dans la prolongation de la plupart des états gastriques douloureux et on adjoint un antispasmodique, par exemple la belladone.

On a ainsi un paquet type :

Carbonate de bismuth.............	1 gr.
Phosphate tricalcique neutre.......	0.50
Poudre de belladone..............	0.02

que l'on peut donner le matin à jeun, 1 /2 heure avant les repas, au moment du début des douleurs et de nouveau un peu plus tard si la douleur persiste.

Partant de ce schéma, on peut multiplier les formules en changeant les produits ou en les ajoutant. Voici, par exemple, une poudre complexe très active :

Sous-nitrate de bismuth	àâ 20 gr.
Magnésie hydratée	
Phosphate tricalcique neutre.	
Carbonate de chaux précipité léger	
Kaolin	
Charbon animal	
Poudre de belladone.........	0,20
Codéine	0,10

par cuillerées à café dans de l'eau aux moments indiqués précédemment.

D'autres combinaisons peuvent être réalisées. On peut mêler aux poudres adhésives des topiques cicatrisants.

Le nitrate d'argent, qu'on a utilisé en lavages dans l'ulcus, peut ainsi être intimement mêlé au talc en proportion légère :

Nitrate d'argent finement pulvérisé	0,01
Talc.........................	50 gr.

Faire 20 paquets.

Le peroxyde de manganèse, utilisé jadis par Potain dans les dyspepsies, a été prôné par KOVJANIC (de Serbie) qui le prescrit adjoint à des sels adhésifs de bismuth :

Gallate de bismuth...............	0,10
Salicylate de bismuth.............	0,40
Peroxyde de magnanèse à 25 %.....	0,50

Un paquet avant chaque repas.

Au lieu de la forme pulvérulente, on peut employer les *suspensions gommeuses* auxquelles on incorpore un calmant, par exemple le bromure de sodium :

Carbonate de bismuth.........	10 gr.
Bromure de sodium...........	10 gr.
Gomme arabique..............	20 gr.
Eau ....q.s.p.	200 cc.

On connaît le pansement gelosé-gelatiné préconisé par F. RAMOND :

Carbonate de bismuth...........	1 gr.
Gélatine pure finement concassée..	0,40
Gélose pulvérisée...............	0,10

Ce mode d'administration nécessite quelques préparatifs.

On jette un de ces paquets dans une tasse d'eau aromatisée à la menthe, à l'anis ; on fait bouillir 4 ou 5 minutes en agitant, on filtre sur un tamis assez large pour ne pas arrêter les grains de bismuth, on sucre et on fait boire chaud aux heures fixées.

A côté de ces procédés, je crois intéressant de faire connaître des formules nouvelles qui me paraissent présenter des avantages réels. Elles prennent comme bases actives les substances que nous venons de voir, comme adjuvant l'huile, et comme excipient des potions mucilagineuses. Ce sont en somme des *loochs huileux.*

L'huile végétale est, en effet, un excellent agent de sédation gastrique aussi bien motrice que sécrétoire ; elle calme les spasmes, l'hypersécrétion, elle atténue les douleurs. De ce point de vue, elle a pris rang déjà dans un certain nombre de régimes dont les types sont, par exemple, le régime de Senator et celui de Collman,

composés surtout d'huile d'olive avec du beurre, de la crème et des œufs, etc.

Employée non plus dans le régime, mais dans la thérapeutique, l'huile me paraît devoir occuper une place plus grande que celle qu'elle a actuellement. Les médicaments qui lui sont associés peuvent supprimer les inconvénients qu'on lui a reprochés, par exemple de retarder l'évacuation de l'estomac. Il faut dire d'ailleurs que ces inconvénients sont plus théoriques que pratiques.

La méthode la plus simple est de prescrire simplement le looch huileux ou le looch blanc du Codex. Il sert de véhicule a un agent comme le carbonate de bismuth et on peut y adjoindre, s'il y a lieu, un calmant.

On formule par exemple :

Carbonate de bismuth..........	10 gr.
Sirop de belladone............	10 gr.
Looch huileux du Codex...q.s.p.	200 cc.

Ce qui correspond *environ* à 1 gr. de bismuth et à V gouttes de teinture de belladone par cuillerée à soupe.

Ce mélange donne, à mon avis, des résultats supérieurs aux paquets et aux suspensions gommeuses simples. Mais il contient peu d'huile. Aussi j'emploie de préférence un looch plus riche en huile, rendu plus consistant par un mucilage et qui a l'avantage de pouvoir supporter sans nuire à sa stabilité des quantités plus importantes de produits actifs.

En voici la formule. Telle qu'elle est indiquée ici elle comporte, comme la précédente, 1 gr. de carbonate de bismuth et l'équivalent de V gouttes de teinture de belladone par cuillerée à soupe ; mais il va de soi qu'on peut y varier les poudres, y augmenter la belladone, etc.

Carbonate de bismuth.....	15 gr.
Sirop de belladone.........	25 gr.
Sirop simple..............	40 gr.
Eau distillée de fleur d'oranger....................	40 gr.
Essence d'amande amère....	IV gouttes
Huile d'olive...............	150 gr.
Décocté de carragahen......	160 gr.

(*Mod. oper.* : à préparer comme l'émulsion d'huile de foie de morue du Codex.)

Ce mélange est de consistance et de goût agréables ; il faut le garder au frais pour éviter la fermentation. L'emploi des loochs huileux me paraît constituer un procédé de plus très actif et très simple de pratiquer les pansements en thérapeutique gastrique.

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les variations du tégument thoracique. Leur importance clinique.

Par le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours).

Quand on est appelé à faire l'examen d'un sujet, l'attention doit être tout particulièrement attirée sur la région thoracique.

Le thorax en effet peut présenter quantité de petits détails qui n'échapperont pas à un observateur attentif, et chacun de ces détails peut avoir une importance clinique et mettre sur la voie d'un diagnostic précis.

Aussi bien nous paraît-il utile de grouper dans cette étude quelques-unes de ces particularités qui doivent être bien connues du clinicien afin que celui-ci puisse en tirer des conclusions pratiques.

Nous examinerons successivement les indications qu'on peut tirer de l'examen du revêtement cutané du thorax, et celles qui peuvent être données par l'étude du système musculaire de la cage thoracique. Ce sera l'objet de deux articles. Aujourd'hui, nous ne traiterons que des variations du tégument.

***

Les poils thoraciques.

Ce qui frappe souvent à l'examen même superficiel du thorax, c'est la présence de productions pileuses plus ou moins abondantes et plus ou moins étendues.

Il faut distinguer parmi les POILS thoraciques ceux qui sont d'ordre GÉNITAL, et ceux qui font partie accidentelle du pelage général du corps. Les premiers sont normaux, les autres sont anormaux.

Les poils génitaux.

Les *poils thoraciques génitaux* sont ceux de la région axillaire et ceux qui entourent comme d'une couronne l'aréole des seins.

A. Les poils axillaires ont une grande importance physiologique et partant un grand intérêt clinique.

On sait bien, surtout depuis les recherches de Paul Godin, quelle est la modalité d'apparition de ces poils et leur rythme de croissance pendant la période pubertaire.

Les poils axillaires apparaissent un an après les poils pubiens. Si ces derniers se montrent chez les garçons vers 14 ans 1/2 en moyenne, les poils axillaires commenceront à pousser vers 15 ans 1/2.

Chez les filles, ces phénomènes seront plus précoces d'un an ou même de dix-huit mois.

La toison axillaire mettra deux ans environ pour atteindre son étendue normale. Lorsqu'elle aura pris son maximum d'extension, la période pubertaire est achevée, donc vers 17 ans 1/2.

Toute modification dans ce rythme de croissance des poils axillaires doit être rigoureusement recherchée et peut invoquer des causes pathologiques.

Chez un garçon de 16 ans, par exemple, dont les poils pubiens ont apparu à 14 ans, si l'on ne trouve pas encore de poils axillaires, il convient de rechercher l'origine de cette anomalie. Il y a là un trouble de la puberté, dû à une atteinte d'une glande endocrinienne, ou sous la conséquence d'une maladie générale. Les médecins qui ont à faire l'examen des écoliers, ceux qni ont à donner leur avis sur l'orientation professionnelle des apprentis, devront rechercher ces détails. On sait, en effet, quelle est l'instabilité physique et psychique de l'adolescent pendant toute la période de croissance et les inconvénients graves qui en résultent lorsque par ignorance on laisse s'établir une discordance entre les phénomènes du développement somatique et l'effort intellectuel qu'on exige d'un adolescent.

Or, l'examen de l'aisselle est un moyen facile de connaître si le rythme pubertaire s'accomplit régulièrement. Il ne faut pas le négliger.

Il faut noter surtout les sujets qui ne présentent pas de poils axillaires lorsque l'époque normale de la puberté est passée. On constate en général en même temps l'absence des poils pubiens. On doit penser alors aux grands syndromes génitaux. bien mis en évidence ces années dernières : l'infantilisme, la dystrophie adiposo-génitale.

B. **Les poils aréolaires.** L'apparition de poils autour de l'aérole est un phénomène beaucoup plus tardif et dont on ne peut pas tirer de conclusions précises. Les variations individuelles qu'on observe sont nombreuses et jusqu'à présent ne peuvent pas être rattachées à des perturbations physiologiques.

Au point de vue morphologique, signalons que ces poils peuvent former un cercle unique autour du mamelon, ou au contraire, se disposer en plusieurs cercles concentriques.

L'hypertrichose thoracique.

Toutes différentes sont les productions pileuses qui couvrent le thorax complètement ou par places plus ou moins étendues.

Le thorax est en général glabre dans l'un et l'autre sexes.

Les poils de la ménopause. Ce n'est qu'après la ménopause chez la femme, vers la cinquantaine chez l'homme, que sur des thorax glabres jusqu'alors se montrent des poils plus ou moins nombreux, isolés ou groupés en touffes et occupant de préférence l'espace intermammaire. Mais ce sont là des phénomènes d'ordre physiologique, comme il s'en produit, en d'autres endroits du corps (chez la femme aux lèvres et au menton), au moment du retour d'âge.

Peut être la pousse de ces poils est-elle sous la dépendance d'un trouble de la glande surrénale.

L'hypertrichose. Mais ces cas exceptés, il existe un assez grand nombre de sujets qui de bonne heure voient leur thorax se couvrir d'un pelage. Cet état commence vers 13 ou 14 ans et se développe progressivement pendant plusieurs années.

Ces poils se trouvent de *préférence sur les* deux régions pectorales et forment deux champs tantôt isolés, tantôt s'unissent au devant du sternum.

Ou bien c'est la région inter-mammaire qui se couvre de poils, les régions pectorales restant glabres. C'est l'hypertrichose sternale.

A cette hypertrichose pectorale s'oppose l'hypertrichose scapulaire. Les deux régions scapulaires sont *poileuses*, unies ou non par des poils interscapulaires. Ou bien seule la région interscapulaire se couvre d'un pelage ; mais dans ce cas ces poils qui occupent la ligne épineuse, sont plus longs et plus souples et prennent l'apparence de véritables crinières. Des cas de ce genre ont été signalés dans l'un et l'autre sexes et on connaît l'observation de Saltarino relative à Bella Carter.

Enfin à ces localisations pectorales et scapulaires, s'ajoutent des productions pileuses sur les épaules recouvrant les régions deltoïdiennes.

Plus rarement on trouve une hypertrichose généralisée du thorax occupant les deux plans antérieur et postérieur, et pouvant s'étendre aux régions abdominale et lombaire.

Il existe alors un revêtement velu complet.

Le Double et Houssay dans leur beau livre sur *Les velus*, paru en 1912, ont longuement étudié toutes ces variations.

Elles sont bien plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Chez celle-ci, les pelages pectoraux ou scapulaires sont rares et plus rares encore les hypertrichoses généralisées à tout le thorax. Mais chez la femme, on trouve assez souvent entre les deux seins quelques poils formant une touffe.

Quelle est la signification de cette hypertri-

◆◆◆

chose thoracique ? Ici différentes opinions ont été présentées.

Certains ont prétendu que les hommes ainsi velus étaient souvent tuberculeux.

D'autres ont reconnu à de tels sujets des propensions génésiques très développées.

Pour d'autres, les velus seraient doués d'une force extraordinaire. (Cependant, nous avons rarement reconnu ces hypertrichoses chez les athlètes et les champions sportifs).

Ces suppositions ne reposent sur aucune donnée scientifique. L'hypertrichose thoracique localisée ou généralisée est due à la transformation pileuse d'une zone plus ou moins étendue du revêtement lanugineux qu'on rencontre à l'état régulier chez le fœtus.

Pour notre part nous ne croyons pas qu'il faille considérer ces pelages comme un stigmate pathologique tuberculeux ou hérédo-syphilitique, Si donc il est intéressant de les remarquer, au point de vue anatomique, on ne saurait en tirer pour le moment aucune déduction clinique.

Les nævi-pileux. — Il convient de distinguer ces hypertrichoses, des taches poilues que forment à la région thoracique les grands *nævi-pigmentaires*. Ces nævi peuvent occuper une large zone. Cette zone est de contours irréguliers, ne correspond pas généralement à une région pectorale ou scapulaire ou deltoïdienne. Mais surtout les poils des nævi ont un aspect très différent des poils hypertrichosiques. Ce sont des poils très fins, soyeux, très luisants, assez courts, très serrés les uns contre les autres ; ils sont rarement bouclés. Ils forment une toison, douce au toucher. Les différences de structure et la présence sur la peau d'une assise pigmentée suffit à distinguer les deux variations.

***

Les seins.

Nous passerons rapidement sur les variations des glandes mammaires, beaucoup plus fréquentes qu'on le pense généralement.

Les seins peuvent varier de nombre, de volume, de position. Chacun de ces groupes de variations offre des particularités cliniques à signaler.

Variations de nombre. L'absence d'un sein ou des deux seins, constituant l'*amastie*, est rare. Elle coïncide souvent avec d'autres variations des organes génitaux internes. D'où cette règle absolue de faire toujours un examen complet d'une femme chez laquelle il y a une amastie uni ou bilatérale.

La présence de seins supplémentaires est beaucoup plus fréquente. C'est la *polymastie*. On les trouve aussi bien chez l'homme que chez la femme. Souvent la présence de glandes mammaires accessoiress se manifeste seulement par une tache brune sur le thorax. On pense alors à un *nævus*. Mais la tache est plissée, elle est ombiliquée, parfois, elle suinte. Ce sont là signes distinctifs.

Les mamelles surnuméraires sont très souvent, même chez l'homme, le point de départ d'une tumeur. Aussi bien faut-il surveiller avec régularité ces productions anormales.

Variations de position. L'examen attentif du thorax fait découvrir souvent une asymétrie de position entre les deux seins.

Ceux-ci peuvent n'être pas sur la même ligne transversale. Il y a DÉNIVELLATION mammaire.

Cette *dénivellation* est purement *anatomique* quand il s'agit d'une asymétrie de position : un sein peut se trouver au niveau du second espace intercostal et l'autre au niveau du troisième. Cette malposition n'a pas d'intérêt clinique. Elle amène seulement une dysharmonie de la poitrine très inesthétique.

Cette *dénivellation* peut être *symptomatique*. Les deux seins sont dans le même espace intercostal, mais il y a apparence d'une asymétrie de position, par suite d'une dystrophie thoracique ou rachidienne. Ce genre d'asymétrie se trouve dans les scolioses, les torticolis osseux ou musculaires, l'élévation congénitale d'une épaule. C'est donc là un bon symptôme qui doit conduire à rechercher une déformation du squelette.

Les seins peuvent être asymétriques par *inégal éloignement du plan sagittal médian* du corps. Cela crée un aspect assez disgracieux.

Variations de volume. Elles sont banales. Les deux seins sont rarement de même volume chez la femme. On a signalé des hypertrophies considérables des seins d'ordre pathologique.

Ce qui est à souligner c'est le non synchronisme de développement des deux seins chez la jeune fille. Un seul sein peut, à la puberté, augmenter de volume, alors que l'autre reste inerte. Ce n'est qu'après un temps assez long que ce dernier s'accroît à son tour. En fin de compte vers la vingtième année tout s'harmonise et la poitrine devient symétrique.

Mais il existe chez ces sujets pendant plusieurs années une asymétrie choquante. Cette inégalité de volume passagère a conduit certains médecins à penser qu'on se trouvait en présence d'adénome évoluant dans le sein à développement précoce. On est même dans ces cas intervenu chirurgicalement. Il faut donc être prévenu de ce défaut possible de synchronisme dans le développement des glandes mammaires, et ne pas se hâter de porter un diagnostic.

***

Conclusions.

Comme on le voit l'examen du thorax nous permet de découvrir quantité de variations morphologiques.

Beaucoup de ces variations ont un intérêt clinique évident.

Elles doivent surtout inciter le médecin qui les rencontre à compléter son examen.

Ce sont en quelque sorte des signaux dont il importe de tenir compte et qui peuvent conduire à l'établissement d'un diagnostic précis.

MÉDECINE PRATIQUE

Ostéosynthèse et traitement sanglant des fractures. Ses abus. Ses dangers,

Par le Dr André TRÈVES.

En amorçant le débat sur les abus du traitement sanglant des fractures à la Société de Chirurgie, Thiéry en a fait un tableau très sombre d'après les médecins contrôleurs des accidents du travail.

Les résultats seraient des plus médiocres.

De même Roux (de Lausanne (1), sur 72 fractures revues ne trouve que 31 bons résultats et note un cas de mort et 5 pseudarthroses.

Les chirurgiens habitués à la méthode protestent contre ces conclusions pessimistes : Dujarier compte 78 % de bons résultats. Fredet publie une série remarquable d'ostéosynthèses pour fractures de l'humérus.

Or, si l'on en croit ces chirurgiens, ils n'opèrent que les cas non justiciables du traitement orthopédique. Mais ils insistent sur l'absolue nécessité d'une organisation spéciale, d'un matériel perfectionné, etc., ce qui rend la méthode peu accessible aux praticiens obligés de soigner tous les cas qui se présentent à eux.

D'autre part, il y a certainement, pour beaucoup, une tendance à étendre à l'excès les indications opératoires, ce qui a permis à Petit de la Villéon de prononcer le mot de « folie d'ostéosynthèse ».

On a perdu un peu trop de vue le fait que c'est le résultat fonctionnel seul qui compte et non le résultat anatomique. Schwartz a montré à ce sujet des radiographies et des résultats impressionnants chez des malades qu'il a fort bien guéris sans opération, alors que l'intervention lui paraissait d'abord indispensable.

La méthode, comme le dit justement Péraire, est une méthode d'exception. Elle n'est pas sans inconvénients.

Infection. — Malgré toutes les précautions d'asepsie, les meilleurs chirurgiens n'en sont pas à l'abri.

Au fémur en particulier, Dujarier (2) a présenté deux observations avec suppuration. D'autres chirurgiens qualifiés en ont relaté également.

(1) *Rev. suisse des accid. du trav.*, nos 3-4, 1924, pp. 49-85.

(2) *Soc. de chir.*, 24 févr. 1925.

Gaudier et Bataille (1) rapportent une observation de cal vicieux de l'extrémité inférieure du fémur après ostéosynthèse, avec déplacement secondaire, ayant nécessité l'amputation après six mois de suppuration

Sans parler de cas aussi graves, on relève un nombre considérable d'ostéites fistuleuses ayant nécessité

L'intervention secondaire. — Celle-ci consiste dans l'ablation du matériel de prothèse utilisé, surtout les plaques, les cercles et les vis.

Dans 80 % des cas, pour Thiéry, cette intervention secondaire a dû être pratiquée. Par contre, Dujarier n'y aurait eu recours que chez 19 % de ses opérés, dont 50 % des fractures de jambe.

Troubles dans la formation du cal. — La plupart des auteurs reconnaissent que la consolidation est plus lente après les interventions sanglantes. Cette lenteur peut atteindre plusieurs mois ou même entraîner une fragilité définitive.

De plus, le cal est gros, comme soufflé et il peut le rester très longtemps, englobant peu à peu dans son intérieur le matériel de prothèse, dont l'ablation secondaire peut être rendue très difficile, surtout lorsqu'il s'agit de cercles de Putti.

Raréfaction osseuse. — Elle est d'autant plus importante que le matériel de prothèse employé est plus volumineux. Cette raréfaction peut aller jusqu'à entraîner des fractures itératives. Tavernier (2) a observé une fracture spontanée du tibia au niveau d'une ostéosynthèse ancienne ; Patel (3) une fracture itérative du fémur après cerclage. Schwartz a traité un enfant de 15 ans ostéosynthésé trois ans auparavant pour une fracture de l'humérus par Hallopeau ; cet enfant, pour un traumatisme insignifiant, fit une vraie fracture pathologique. On dut enlever une

(1) *Réun. médico-chir. des hôp. de Lille*, 19 janv. 1925.

(2) *Soc. chir. Lyon*, 19 juin 1924 in *Lyon chirurg.*, nov.-déc. 1924, p. 771.

(3) *Id.*, p. 788.

vis tordue dans le foyer où s'était formée une véritable cavité. L'application d'un appareil de Séjournet pendant trois semaines amena la guérison.

Schwartz a observé des fractures de ce genre à distance de l'ancienne fracture, preuve que la raréfaction osseuse peut s'étendre très loin.

Conclusion. — Le traitement opératoire des fractures, même entre des mains exercées, n'est pas sans présenter des inconvénients et même des dangers. Il rend cependant de grands services, mais doit être réservé uniquement aux cas où des tentatives bien conduites et sérieuses de traitement non sanglant ont échoué (1).

CRÉNOTHÉRAPIE ET VACCINOTHÉRAPIE ASSOCIÉES

Hypertension artérielle et vaccinothérapie,

Par le Dr H. GAEHLINGER,

Médecin consultant à Châtel-Guyon.

Il n'est pas dans ma pensée de vouloir affirmer que toutes les hypertensions artérielles sont justiciables de la vaccinothérapie, mais je voudrais simplement insister sur les résultats intéressants que peut donner cette médication quand l'hypertension est associée à des symptômes intestinaux.

C'est d'ailleurs un pur hasard de clientèle qui m'a conduit à cette conception au premier abord étrange.

Dans le courant de mai 1925, je recevais une malade de 60 ans atteinte de typhlocolite et d'hypertension artérielle. Le confrère de Bruxelles qui me l'adressait me disait que cette malade présentait une hypertension nette (21 /12) sans aucune altération cardiaque, ni vasculaire, et qu'étant donnée l'existence de troubles intestinaux et hépatiques, il pensait que les toxines intestinales et hépatiques devaient être la cause de l'augmentation de la tension. C'est pourquoi il me l'envoyait à Châtel-Guyon, espérant que cette cure modifierait l'état intestinal et peut-être aussi l'état artériel.

C'était d'ailleurs une constipée de longue date qui, pendant des années, avait très bien supporté sa constipation et ne présentait des troubles d'intoxication que depuis trois ans. Depuis cette époque, elle se plaignait de vertiges, de migraines. Son entourage avait noté une modification appréciable du caractère avec tendances neurasthéniques.

L'examen clinique montrait une typhlocolite avec réaction vésiculaire. En même temps l'examen des urines permettait de déceler un léger syndrome entéro-rénal. Devant ce tableau, je décidais d'associer à la cure anticolitique de Châtel-Guyon, une auto-vaccination par voie buccale.

L'amélioration des symptômes intestinaux fut très rapide et les phénomènes généraux s'amendèrent considérablement. Migraines, vertiges, symptomes neurasthéniques, s'améliorèrent, puis disparurent pendant que les urines, louches au début, devinrent claires.

Au bout de quinze jours, la malade me demanda de lui reprendre sa tension qui, selon elle, devait être redevenue normale. Sur son insistance, je procédais à cet examen et fus fort étonné de constater que la pression (méthode de Riva-Rocci) n'était plus que de 16 /10,5.

Je soumis ces résultats au médecin traitant qui eut dans la suite l'occasion de les contrôler. Dans ces derniers temps, la pression a remonté en même temps que sont apparus de nouveaux symptômes intestinaux. Une nouvelle vaccination est en cours.

Deux mois après, un de mes excellents confrères de Royat m'adressait un malade qui venait de faire une cure dans cette station. Sa tension à l'arrivée à Royat était de 27 /12 et il en partait avec 24 /11,5. Comme il présentait une constipation chronique avec colite, il était à espérer que la cure de Châtel-Guyon pouvait donner un résultat heureux, tout au moins au point de vue intestinal. Me souvenant de la première observation, je fis chez ce malade en même temps que la cure, une vaccination par voie buccale. La pression tomba à 21,5 /11. Je conseillais à ce malade de continuer l'emploi de stock-vaccins et j'appris six semaines après que la pression était tombée à 18 /10,5.

Telles sont les deux premières observations que j'ai soumises au Congrès d'hydrologie de Bruxelles.

A cette époque, il m'était difficile de dire quelle était la part de la vaccination et celle de la cure désintoxicante, anticolitique, de Châtel-

(1) Extrait de l'*Année médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs. Prix du volume : 24 francs.

Envoyer avant le 1er mai : 20 francs ; (pour l'étranger: 22 francs, à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e).

Comptes chèques postaux 712-04.

Guyon. En effet, Baumann a montré que dans certaines observations de stase droite avec troubles auto-toxiques, l'hypertension artérielle est considérablement améliorée par la cure chlorurée magnésienne.

Cependant, depuis ma communication au Congrès d'hydrologie, le Dr Schuermans, assistant du prof. Vandervelde (de Bruxelles), a soigné systématiquement ses hypertendus intestinaux (communication personnelle) par la vaccination buccale et a obtenu des résultats superposables aux miens. D'autre part un de mes confrères d'Anvers me disait récemment qu'à la suite de la lecture de certains travaux allemands sur le rôle de l'infection intestinale dans la genèse de l'hypertension et de l'artériosclérose, il avait traité par des injections d'auto-vaccins une trentaine d'hypertendus et avait toujours obtenu une diminution nette de la tension et une amélioration des symptômes d'artériosclérose.

Une des observations de Schuermans est particulièrement caractéristique. Il s'agit d'une malade que j'ai eu l'occasion de soigner à Chatel-Guyon il y a six ans et qui, dès cette époque, présentait en même temps qu'une typhlocolite et un fibrome, une hypertension considérable (T. Max. 25 à 26). Elle a fait successivement 4 cures carbo-gazeuses sans grand résultat apparent. Sous l'influence de la vaccination, la tension de cette malade, chez qui aucun hypotenseur n'a jamais donné de résultat durable est tombée à 19, et même parfois à 18.

Comment peut-on expliquer ces résultats ?

L'importance des toxines intestinales dans la genèse de certaines hypertensions est connue depuis longtemps. Rappelons que Metchnikoff réalisait des artériolites viscérales par l'indol et le crésol. Il est admis également que l'hypertension est l'expression d'une néphrite ou d'une perturbation endocrino-sympathique susceptible d'être provoquée par certains produits toxiques ou toxiniques, et dans le cas particulier par les toxines intestinales. Il faut faire également une part importante à l'élévation de la viscosité sanguine chez les intestinaux, constatée par Mazeran et Jamin.

Pour que les toxines intestinales, dérivées des albuminoïdes ou des microbes du milieu intérieur, puissent créer des perturbations endocrino-sympathiques ou des modifications de la viscosité, il ne suffit pas qu'il y ait stase intestinale, sinon tous les constipés deviendraient tôt ou tard des hypertendus ou des artérioscléreux.

Or, il est heureusement beaucoup de constipés qui tolèrent bien leur rétention et ne présentent que peu ou pas de phénomènes toxiques. Le degré de la rétention, pas plus que sa localisation, ne fournit pas forcément le critérium de l'intoxication. Nous connaissons tous de grands rétentionnistes qui ne se plaignent que de leur difficulté d'exonération tandis que d'autres, pour un retard de quelques heures, commencent déjà à se plaindre de céphalées et de vertiges.

C'est l'infection intestinale et les altérations de la muqueuse qu'elle détermine qui nous donnent l'explication de ces variations de tolérance. Tant que la flore intestinale reste normale, tant que la muqueuse reste intacte, les résorptions restent minimes et peu toxiques. Si la barrière intestinale est levée, si la flore microbienne est plus abondante, si les bacilles normaux sont exaltés dans leur virulence ou si des microbes pathogènes sont apportés par la circulation ou par l'alimentation, les résorptions toxiques sont possibles et l'intoxication générale s'installe.

Il faut que la muqueuse intestinale soit lésée pour que les microbes et leurs toxines puissent gagner la circulation générale. C'est la colite qui transforme la constipation banale en constipation stercorémique, ce sont les altérations de la muqueuse qu'elle provoque, qui permettent de comprendre l'hypertension toxique présentée par certains de nos malades.

Les toxines microbiennes, les poisons indoliques et phénoliques, lèsent eux-mêmes le foie et cette surabondance de produits toxiques vient forcer la barrière hépatique, diminue la fonction antitoxique de l'organe qui, peu à peu, n'est plus capable de neutraliser les poisons provenant de la putréfaction des protéiques et les laisse se répandre, intoxiquant les glandes endocrines et les reins.

Puisque c'est, en dernière analyse, l'infection intestinale qui a transformé une constipation bien tolérée en constipation toxique, n'est-il pas légitime de chercher à modifier cette flore microbienne qui est cause de colite et provoque ainsi des accidents toxiques à distance.

C'est ce que l'on fait depuis longtemps par les antiseptiques intestinaux, par les ferments lactiques. N'était-il pas logique d'essayer de réaliser cette antisepsie relative par les vaccins intestinaux ? On peut adopter suivant ses préférences la voie sous-cutanée ou la voie buccale. Si j'ai adopté la voie buccale, ce n'est pas par adhésion absolue aux théories de Besredka, mais bien parce que, chez les malades de cure, en traitement dans les hôtels, il n'est pas désirable de provoquer des réactions générales comme en produit trop souvent la vaccination sous-cutanée. Les résultats de la vaccination buccale sont d'autant meilleurs que l'on emploie des doses plus élevées et personnellement je me suis arrêté à celle de 500 milliards par jour dans 20 centimètres cubes de bouillon qui me donne toute satisfaction et ne m'a jamais donné d'ennuis, si minimes soient-ils. Il faut accorder la préférence aux auto-vaccins toutes les fois où cela est possible, auto-vaccins liquides contenant à la fois les bacilles et leurs exotoxines. En effet, les travaux de ces dernières années ont

◆◆◆◆

montré que les exotoxines ont une action vaccinale importante. Lorsque l'on aura recours aux vaccins stock, soit parce que l'absence de laboratoire spécialisé empêchera la fabrication d'auto-vaccins, soit pour continuer un traitement, il faudra recommander les vaccins liquides de préférence aux pilules qui ne comprennent le plus souvent que les corps microbiens. C'est en effet que la vaccination buccale demande à être renouvelée assez fréquemment, tout au moins au début du traitement. Dans ces conditions, si l'état du malade est bon, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire refaire chaque fois un auto-vaccin et je crois au contraire qu'un bon stock vaccin est suffisant pour la continuation de la thérapeutique. Cette thérapeutique anti-infectieuse donne des résultats très intéressants, non seulement dans les colites qui accompagnent la constipation, mais encore dans les complications de cette constipation infectée, qu'elles soient toxiques (névralgies, vertiges, hypertension) ou infectieuses (colibacilloses, déterminations cutanées).

Quelle est maintenant l'influence de la cure de Châtel-Guyon ? Nous avons vu que c'est la colite qui permet le passage des toxines bactériennes et des microbes à travers la paroi intestinale. Or si les microbes ont pu se développer, ce n'est pas seulement par suite de leur virulence, c'est aussi et surtout parce que le terrain était favorable à leur développement. Si l'on se contente de faire une lutte anti-bactérienne sans modifier le terrain qui a permis à l'infection microbienne de se développer, les causes d'infection se renouvelant, la pullulation microbienne recommencera et l'infection sera à nouveau réalisée avec tous ses accidents.

Ce terrain favorable à l'infection a été constitué par la stase, mais aussi et surtout par l'insuffisance sécrétoire et en particulier par l'insuffisance hépato-biliaire. Il faut également rechercher la cicatrisation des pertes de substance de la muqueuse.

Ces trois indications sont remplies par la cure de Châtel-Guyon. Son action dans la constipation est connue de longue date et il n'est pas nécessaire de rappeler des faits à l'heure actuelle bien précisés.

Dans différentes publications faites en collaboration avec M. le prof. Carnot, j'ai montré son action de stimulation de toutes les sécrétions digestives et surtout de la sécrétion hépato-biliaire. C'est un cholagogue puissant et c'est ainsi qu'elle facilite la désinfection du tube intestinal.

Enfin, depuis les travaux de Delbet, de Fiessinger, nous connaissons l'action cicatrisante des sels de magnésium et en particulier du chlorure de magnésium, qui, nous le rappelons, est le principe actif de l'eau de Châtel-Guyon. Ces propriétés cicatrisantes de l'eau minérale ont d'ailleurs été bien précisées par les travaux de mes confrères et constituent la base de son action anticolitique.

Ces actions bien étudiées de la cure de Châtel-Guyon permettent de comprendre les heureux résultats que l'on obtient dans les colites et les améliorations des symptômes toxiques observées par les médecins de la station. Au point de vue de la vaccination par voie digestive, on comprend comment l'action de la cure vient s'ajouter à celle de la thérapeutique anti-infectieuse et en augmenter non seulement l'efficacité, mais aussi la durée d'action.

Les quelques résultats thérapeutiques ci-dessus mentionnés montrent que dans les cas d'hypertension associée à l'intoxication intestinale chronique, il peut y avoir intérêt d'associer la vaccination buccale et la cure de Chatel-Guyon. Cette thérapeutique directement anti-toxique et anti-infectieuse permettra de supprimer une cause d'intoxication constante de l'organisme et de perturbations endocrino-sympathiques et comme telle préparera efficacement l'action des bains carbo-gazeux de Royat et de Spa, qui constituent néanmoins le traitement de fonds de l'hypertension artérielle.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La sérothérapie antipneumococcique.

Depuis qu'on a fait entre les pneumocoques les distinctions utiles, il semble que les résultats de la sérothérapie soient devenus plus constants. On peut, avec de bons effets, user d'un sérum polyvalent, tel que celui de l'Institut Pasteur, à condition d'en injecter des doses suffisantes. Pour prolonger enfin l'action du sérum et parer aux manifestations tardives, on combine sérothérapie et vaccinothérapie, ce qui permettrait d'obtenir dans des cas même graves des résultats satisfaisants.

Sans qu'il soit question de l'âge du malade, c'est naturellement au cours des affections pulmonaires que la sérothérapie est surtout indi-

quée. Dans les autres localisations, l'action du sérum est moins nette. On l'a utilisé dans un but préventif également, pour éviter les complications pulmonaires de la période post-opératoire.

Certaines contre-indications résultent des accidents sériques ; il faut aussi se méfier de la sérothérapie dans les cas où une température très élevée coïncide avec une tension artérielle abaissée, à cause des réactions thermiques secondaires. Mais d'autres contre-indications sont absolues : présence de bacillose, d'infections aiguës non pneumococciques en évolution, néphrites, cardiopathies, grossesse après le 5e mois, où l'administration de sérum peut être l'origine d'accidents graves.

Le plus grand nombre des cliniciens préfèrent, aux injections intra-pulmonaires, intra-pleurales, intraveineuses, sous-cutanées, les injections intramusculaires ; les doses sont alors de 10 cmc. chez le nourrisson, 20 chez l'enfant, 40 chez l'adulte, pendant trois jours au moins. Certains auteurs trouvent avantageux de donner de grosses doses initiales (80 à 100 cmc. sous-cutanés, 30 à 40 intra-musculaires) pour continuer ensuite par des doses moyennes de 20 cmc. chaque jour.

L'action du sérum est surtout évidente sur les signes généraux : chute de la fièvre suivant divers types : calme plus grand, disparition de la cyanose de la face, du délire, débâcle urinaire ; hyperleucocytose du sang.

Ces changements sont très nets dans la pneumonie ; ils le sont moins dans les congestions pulmonaires et les bronchopneumonies.

Quant aux lésions pulmonaires, elles semblent peu modifiées. Il est cependant fréquent de voir l'évolution s'accélérer et les signes d'auscultation se modifier dès le 5e ou le 6e jour ; mais l'asphyxie s'est très précocement atténuée.

Les décès sont notés dans la proportion de 5,40 p. 100 au lieu de 9,26 p. 100 en l'absence du traitement sérique. (R. LEVENT. *Gazette des hôpitaux*, 29 août 1925.)

La psychiatrie d'urgence.

C'est, disent Mlle PASCAL et J. DAVESNE, une thérapeutique de la folie aiguë ; elle évite l'internement à tous les aliénés curables.

En effet, placée sur le terrain de la pathologie générale, la psychiatrie a bénéficié des nouvelles recherches de la biologie, qui ont transformé le traitement des maladies physiques. En face d'une psychose aiguë, le médecin est moins désarmé qu'autrefois ; il peut provoquer, dans certains cas, et surtout au début, la réaction de défense abortive qui jugule brutalement le processus morbide ; il peut dissiper les grandes bourrasques du psychisme : agitations, hallucinations vives, délire des actes, impulsions, suicides, homicides, qui rendent l'aliéné dangereux pour lui-même et pour la sécurité publique, sans avoir recours aux moyens de contention barbares, à la douche ou au cabanon. C'est surtout au début des psychoses que les troubles morbides sont les plus influencés par cette thérapeutique rationnelle.

Or, la période prodromique des maladies mentales est souvent très longue. Les premières lésions portent sur les éléments les plus délicats de l'activité psychique et les troubles intellectuels sont masqués par l'intégralité de la vie automatique. Il n'y a pas de demi-folie ; ceux que l'on considérait comme des demi-fous doivent être regardés et traités comme de vrais malades.

L'isolement, qui doit être un moyen de thérapeutique morale, et non une séquestration, s'impose à toutes les périodes de la maladie, mais il n'est efficace que s'il est appliqué à la première phase.

Et pour faire un diagnostic précoce de folie, il n'est pas nécessaire d'être un grand aliéniste, mais il faut avoir une certaine expérience de l'évolution des maladies mentales.

« L'homme aux petits papiers », « la femme aux mille bobos » sont très nombreux ; leurs souffrances ne sont pas imaginaires, mais seulement exagérées par l'intro-inspection constante. A mesure qu'on les étudie, on trouve chez eux une base organique : déséquilibre organo-végétatif, altérations du sentiment vital, troubles de la cénesthésie. La recherche du métabolisme basal, l'étude de l'équilibre vago-sympathique, permettent de déceler l'insuffisance fonctionnelle responsable et d'instituer de bonne heure, le traitement qui s'impose.

C'est en présence des agités, des « vrais fous » que le médecin est appelé à pratiquer les méthodes nouvelles de *la psychiatrie d'urgence* ; leur état général est mauvais, dépendant de nombreuses insuffisances fonctionnelles, cardiaque, hépatique, rénale. Jamais il ne faut de moyen de contention grave, mais l'isolement, pour les soustraire à leur entourage habituel.

On les calmera par l'alitement, les bains de 4 à 6 heures de 28 à 37° ; la douche est parfois dangereuse. Restreindre l'emploi des hypnotiques et sédatifs, qui sont des toxiques chez ces insuffisants organiques.

La thérapeutique rationnelle, en plus des purgatifs, comprend les abcès de fixation, qui à choc unique ou à chocs successifs (une ou plusieurs doses) réalisent un choc bienfaisant ; les chocs colloïdal, protéinique, arsénobenzolique, vaccinal, sérique.

Chez les malades tranquilles, sans réactions dangereuses pour l'entourage, il faut faire un choix spécial de la substance déchaînante, subordonné à l'état général du malade, à sa pression artérielle, à ses fonctions hépato-rénales et digestives, etc.

Quel que soit, d'autre part, le degré de cura-

bilité d'une affection mentale, il est absolument nécessaire de recourir à l'internement toutes les fois qu'il existe une tendance violente aux actes dangereux. (*La Pratique médicale française*, novembre 1925-B.)

De la sueur et des éruptions sudorales chez le nourrisson.

Le Pr MARFAN démontre que le nourrisson au sein et bien portant ne transpire abondamment que s'il est trop couvert ou s'il séjourne dans une atmosphère chaude.

Mais l'enfant privé du sein et celui qui est atteint de rachitisme ont une disposition particulière aux sueurs abondantes ; celles-ci se produisent spontanément ou sous l'action de causes qui ne provoquent pas de transpiration chez les nourrissons sains : repas pris par succion, cris ou pleurs prolongées, tétanie avec spasme de la glotte compliquant le rachitisme, etc.

Elles apparaissent plus facilement à la tête, au front, aux tempes, à la nuque, et provoquent des démangeaisons, qui excitent l'enfant à se frotter.

Or, les transpirations abondantes ou habituelles des nourrissons peuvent toutes déterminer des éruptions sudorales de deux sortes : 1° la miliaire rouge ou commune ; 2° la miliaire blanche, appelée aussi « sudamina » ; celle-ci ne s'observe presque jamais chez le nourrisson ; la première est, au contraire très fréquente.

La miliaire rouge est constituée par de minimes nodules rouges ou roses, au centre desquels se développe une très fine vésicule, qui, ronde ou acuminée, renferme un liquide opalin ou trouble, dans lequel on trouve des leucocytes polynucléaires encore intacts, mélangés à des débris de leucocytes détruits ou à des cocci communs de la peau.

Conséquence de la transpiration, elle a bien le même siège. Elle peut former des placards étendus ; le grattage peut déterminer l'eczématisation secondaire, et aussi l'infection secondaire si fréquente de cette dermatose. Si les poussées éruptives se succèdent, la dermatose a une évolution prolongée.

La miliaire rouge est donc une cause très puissante et très fréquente des pyodermites des nourrissons ; le liquide des vésicules miliaires paraît en effet un excellent milieu de culture pour les streptocoques et les staphylocoques, qui s'y introduisent par une minime solution de continuité.

La pyodermite chronique expose à tous les accidents des infections cutanées : érysipèle, phlegmons, néphrite, etc. ; le nourrisson maigrit et meurt de cachexie, ou de broncho-pneumonie, de diarrhée cholériforme.

Fait important à connaître : aucune thérapeutique n'est capable de mettre un terme à cette forme de pyodermite, tant que persiste la disposition à transpirer ; en dépit d'une asepsie minutieuse , les abcès se reproduisent. La vaccinothérapie est inefficace.

Pour supprimer les sueurs habituelles : moins couvrir le nourrisson, le remettre au sein et traiter le rachitisme. Mais comme la thérapeutique causale du rachitisme agit lentement, il faut lui donner les médications qui agissent favorablement sur la nutrition en général, sur celle des os et des tissus hémo-lymphatiques : soit adrénaline associée aux phosphates calciques, huile de foie de morue, rayons ultra-violets. (*La Presse médicale*, 1925.)

Comment éviter les accidents secondaires qui suivent la ponction lombaire.

Ces accidents, quoique passagers, sont souvent assez pénibles : méningisme se traduisant par des vertiges, des maux de tête, sensations de pesanteur dans la tête et la nuque ; nausées, vomissements, sentiment de lassitude, douleurs dans la colonne vertébrale et autres parties du corps, etc.

D'après J.-D. PERKEL (Odessa), ces accidents ont principalement pour cause l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par le canal ponctionné dans l'espace épidural, et peut-être aussi le choc cérébro-spinal et les hémorragies capillaires, suites d'un brusque déséquilibrage survenu dans la pression du liquide céphalo-rachidien après l'extraction du liquide.

Ils sont plus fréquents chez la femme, chez les malades ambulatoires, chez les gens dont le liquide céphalo-rachidien est normal.

Sur 1.600 ponctions lombaires, le plus grand pourcentage du méningisme a été observé chez des malades non syphilitiques, dont le système nerveux central avait conservé son intégrité, ensuite dans la syphilis latente ; le moindre pourcentage dans la paralysie générale. La syphilis active occupe une place moyenne, ainsi que le tabès et les maladies du système nerveux central d'origine syphilitique ou non.

La durée du méningisme est le plus souvent de 6 à 10 jours ; la plus grande durée a été observée dans la syphilis de l'encéphale, la plus courte dans la paralysie générale.

Parmi les procédés thérapeutiques employés dans le traitement des accidents du méningisme avec hypotension, ce sont les injections intraveineuses d'eau distillée, et les injections sous-cutanées de « pituitine » et de « pituglandol », qui ont donné les meilleurs résultats ; dans les cas d'hypertension, c'est la solution concentrée du sucre, prise par la bouche.

Les injections épidurales de sérum physiologique dans le méningisme avec hypertension donnent aussi de bons effets, mais sont d'application difficile au point de vue pratique, étant donné qu'elles provoquent des accidents secondaires et que leur technique est assez compliquée. (*La Presse médicale*, 3 octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le virus filtrant tuberculeux et l'hérédité tuberculeuse

(M. Fernand ARLOING et A. DUFOURT. — *Académie de médecine* ; 23-3-1926.)

La découverte des formes filtrantes du bacille de Koch va-t-elle modifier les conceptions actuelles sur l'hérédité tuberculeuse et rendre moins exclusif le rôle attribué à la contagion dans la genèse de la tuberculose du nourrisson ?

On sait que Calmette, Valtis, Nègre et Boquet, se servant de cultures tuberculeuses, ont constaté chez le cobaye le passage des formes filtrantes du virus tuberculeux à travers le placenta. MM. Fernand Arloing et Dufourt, partant de lésions humaines, ont abouti aux mêmes résultats. On peut se demander dès lors si ce virus filtrant n'est pas appelé à provoquer chez l'enfant des troubles divers, des dystrophies ? Chez le cobaye, l'inoculation des filtrats de certains tissus tuberculeux amène un état cachectique sans altérations macroscopiques apparentes, mais avec des bacilles acido-résistants dans les ganglions. MM. Arloing et Dufourt ajoutent à ces faits expérimentaux une observation clinique concernant un nouveau-né prématuré, issu de mère tuberculeuse. L'enfant mourut hypotrophique un mois après la naissance. A l'autopsie, on trouva des bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques et le filtrat de ces ganglions inoculé au cobaye donna un résultat positif.

Les auteurs estiment qu'il est présumable, dans ces conditions, qu'il existe chez le nouveau-né et le nourrisson une pathologie spéciale, encore méconnue, due au passage transplacentaire du virus tuberculeux filtrant. Dans ce groupe morbide rentrent probablement certains dépérissements et certaines modifications trophiques dont l'origine n'a jamais été clairement élucidée, les protocoles d'autopsie, toujours négatifs, en pareils cas, n'en fournissant pas l'explication.

— M. Léon BERNARD fait les plus grandes réserves sur les conclusions de M. Arloing. Du passage transplacentaire de la forme filtrante du bacille de Koch, constaté chez le cobaye par Calmette, Durand, Arloing, etc., dans quelques cas, est-on en droit d'inférer au même phénomène chez l'homme ? M. Léon Bernard trouve cette déduction dangereuse. La grande majorité des phtisiologues considère l'hérédité bacillaire comme négligeable en pratique, surtout eu égard à la foule de faits qui mettent en évidence la contagion. Il existe bien des « morts inexpliquées » de nourrissons issus de mère tuberculeuse et précocement hypotrophiques, mais les imputer aux formes filtrantes du bacille de Koch est formuler une simple hypothèse.

Les inoculations d'organes d'enfants nés de femmes tuberculeuses ont toujours été, à ce jour, négatives. De même, la cuti-réaction, à la naissance et dans les premiers mois — tout cela contredisant le passage transplacentaire du bacille chez l'homme.

— M. BAR signale un exemple de tuberculose congénitale. Dans son service une femme mourut, tuberculeuse, trois jours après être accouchée. Elle ne vit pas son enfant et était dans un état tel qu'elle ne demanda pas, d'ailleurs, à le voir. Le nouveau-né, élevé à la Clinique par des personnes parfaitement saines, succomba trois mois après avec des tubercules dans de nombreux organes. La tuberculose congénitale est rare parce qu'il faut, pour qu'elle se produise, des conditions particulières, un état de bacillémie maternelle persistante, condition peu commune.

— M. MARFAN et M. BEZANÇON s'associent aux réserves de M. Léon Bernard sur les conclusions de M. Arloing. J'ai été, dit M. Bezançon, un de ceux qui ont mis en lumière l'existence des formes filtrantes du bacille tuberculeux. Les faits actuellement connus ne permettent pas de transporter à la clinique humaine les données fournies sur cette question par les expériences sur le cobaye, dont l'infection tuberculeuse est si différente de celle de l'homme.

Le traitement du céphalématome.

(M. POTOCKI. — *Académie de médecine* ; 23-3-1926.)

L'hématome, développé chez le nouveau-né entre l'un des os de la voûte du crâne et son périoste décollé, se résorbe en général spontanément en quelques semaines et ne nécessite guère de traitement. Les classiques rejettent même, ici, toute intervention, non seulement comme inutile, mais encore comme dangereuse.

M. Potocki s'élève contre cette condamnation, tout au moins dans son exclusivisme. Il est intervenu avec avantage dans un certain nombre de cas de céphalématome. Si la tumeur sanguine est de petites dimensions ou si, étant de moyen volume, sa résorption se poursuit régulièrement, l'abstention doit être de rigueur. Lorsque, par contre, elle est très volumineuse, si la régression traîne en longueur, la question de l'intervention peut se poser. La résorption de gros céphalématomes est susceptible de déterminer de l'ictère. La tumeur peut s'ossifier à la face profonde du périoste, et s'enflammer si les chocs ne sont pas évités soigneusement.

On reproche à la ponction ses deux inconvénients : l'infection et l'hémorrhagie dans la poche. L'infection ne se voit pas dans les interventions aseptiques. L'hémorrhagie ne s'observe pas non plus si l'on a soin, aussitôt le céphalématome ponctionné, de pratiquer la compression, que l'auteur fait au moyen d'emplâtre adhésif au caoutchouc. On en découpe

✦✦✦✦✦

des bandelettes qu'on applique directement sur la lésion en prenant soin d'en dépasser légèrement les limites.

M. Potocki a appliqué plusieurs fois cette technique au traitement de céphalématomes assez volumineux. A son avis, la ponction suivie de compression peut rendre des services dans certaines circonstances, certes assez rares, où la résorption d'un gros hématome, par exemple, ne peut pas être convenablement surveillée. En tout cas, la défense classique de toucher au céphalématome ne paraît pas rigoureusement justifiée.

L'aspergillose du poumon.

(MM. MACAIGNE et NICAUD. — *Société médicale des hôpitaux* ; 29-1-26.)

Les observations d'aspergillose du poumon publiées jusqu'à ce jour concernent soit des infections manifestement secondaires, soit des associations aspergillo-bacillaires, aspergillus et bacille de Koch se développant simultanément.

L'aspergillose primitive et isolée du poumon est fort rare. MM. Macaigne et Nicaud en ont vu un exemple chez une femme qui succomba à la suite d'hémoptysies abondantes et à l'autopsie de laquelle ils trouvèrent une oblitération de l'artère pulmonaire et des lésions aspergillaires occupant un tissu pulmonaire très altéré, ayant macroscopiquement l'aspect spongieux.

Traitement du lupus par le curettage et le permanganate de potasse (méthode d'Aurégan).

(MM. BIZARD et MARCERON. — *Soc. de dermat. et syphiligr.* ; 14-1-1926.)

La méthode de traitement du lupus tuberculeux du Dr Aurégan dérive de deux procédés déjà anciennement utilisés, mais que l'auteur a eu le mérite de réunir. Elle consiste à pratiquer, dans un premier temps, le curetage complet des lésions à la curette de Volkmann, curetage suivi dans un deuxième temps d'une application de permanganate de potasse porphyrisé. Ce traitement, que M. Aurégan emploie à Lannion depuis vingt ans, a été mis en œuvre dans le service de M. Bizard chez douze malades. Il paraît amener une cicatrisation plus rapide et plus sûre que la plupart des méthodes jusqu'ici employées. M. Bizard ajoute que ce procédé n'est pas à généraliser, cependant, à toutes les formes de tuberculose cutanée. Il semble devoir être plus spécialement réservé aux formes ulcéreuses, à tendance envahissante.

— M. AURÉGAN donne quelques renseignements complémentaires sur sa méthode. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle est nécessaire. L'intoxication par le permanganate de potasse n'est pas à redouter. L'auteur a pu bourrer une fois une plaie opératoire vaste et anfractueuse (épithélioma facial opéré) avec plus de 150 gr. de permanganate en poudre et aucun symptôme toxique ne se produisit.

La poudre de permanganate réalise instantanément l'hémostase. Au contact du sang, elle forme une croûte sèche qui est le meilleur des pansements. Inutile d'ajouter une autre protection et il suffit de laisser la croûte se détacher d'elle-même. Il faut signaler, au moment de l'application, un dégagement intense de chaleur avec production de vapeurs.

Plus de soixante malades ont été soignés ainsi à Lannion par M. Aurégan et tous ont été guéris.

— M. DARIER fait observer que ni le curetage des lupus ni leur traitement par le permanganate ne sont nouveaux. L'originalité du procédé consiste dans l'association du moyen mécanique et du caustique. Au titre de caustique, M. Darier donnerait la préférence à l'acide trichloracétique et au trichlorure d'antimoine.

— M. SABOURAUD signale la réaction douloureuse assez prolongée qui suit l'opération.

Sur les soins pré-opératoires.

(M. DUPUY DE FRENELLE. — *Soc. médicale des praticiens* ; 19-3-1926.)

M. Dupuy de Frenelle insiste sur la nécessité, avant toute opération importante, d'enregistrer la capacité respiratoire, la pression sanguine, le taux de l'hémoglobine, la quantité des urines, le taux de l'urée dans le sang, le temps de coagulation du sang, la sensibilité à l'infection par l'intra-dermo-réaction.

L'auteur attire également l'attention sur les bienfaits de la transfusion de petites quantités de sang mélangées à de grandes quantités de sérum glucosé avant l'acte opératoire, chez les anémiés, et sur les bienfaits de l'injection sous-cutanée d'oxygène chez les insuffisants respiratoires.

Indications thérapeutiques des spermatocystites.

(M. Georges LUYS. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Luys développe les nombreuses circonstances dans lesquelles une action thérapeutique doit s'exercer sur les vésicules séminales. Il faut soigner les vésicules séminales infectées :

1° Dans tous les cas d'uréthrite chronique postérieure. L'origine de celle-ci est située dans la ou les vésicules séminales et l'on s'attaque alors directement à la cause de l'écoulement uréthral persistant ;

2° Dans toutes les prostatites chroniques qui, elles aussi, procèdent dans la règle d'une spermatocystite trop longtemps ignorée ;

3° Dans tous les cas de pyurie qui ne sont pas d'origine rénale ;

4° Dans toutes les spermatocystites chroniques qui seront reconnues par des examens et des cultures de sperme effectuées au moins pendant six jours ;

5° Dans toutes les infections épididymaires non tuberculeuses, celles-ci procédant constamment d'une infection primitive de la vésicule séminale correspondante ;

6° Dans les bactériuries qui ne sont pas d'origine rénale. La désinfection complète des vésicules séminales a permis à l'auteur dans deux cas bien observés de faire disparaître le bacterium coli des urines.

Semelle pour pied plat.

(M. Rœderer. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Rœderer présente une semelle pour pied plat ainsi fabriquée : une semelle de cuir est mise en forme sur un moulage corrigé et est soutenue par un aggloméré de poudre de liège mélangée à de la bouillie de cellulo-acétone. On obtient un prisme de liège à la fois exact, rigide et souple néanmoins, partant non douloureux.

Anévrysme artério-veineux fémoro-poplité.

(M. Barbet. — *Soc. de s Chirurgiens de Paris* ; 5-3-1926.)

M. Barbet montre une pièce d'anévrysme artério-veineux fémoro-poplité, recueillie chez un malade blessé à la cuisse quinze ans auparavant par coup de couteau. On peut supposer que le couteau avait atteint surtout la veine et effleuré l'artère, l'hématome veineux ayant dû s'organiser pendant que l'artère développait au niveau de sa paroi lésée un sac anévrysmal, communiquant ensuite avec la poche veineuse.

Abcès de la prostate à phénomènes phlegmoneux ischio-rectaux.

(M. Iselin. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 5-3-26.)

M. Iselin lit un rapport sur une observation de M. Lemoine (de Brive) concernant un abcès de la prostate ayant donné lieu à des accidents graves du petit bassin avec double phlébite des membres inférieurs et phénomènes phlegmoneux des deux creux ischio-rectaux. L'abcès s'était ouvert spaontanément dans le rectum. L'intérêt de ce cas réside dans le diagnostic, égaré par l'envahissement périnéal et fessier.

P. L.

Montpellier

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

Utérus didelphe avec vagin unique . Rétention de fœtus mort et macéré dans l'utérus gauche.

M. V. Riche présente une pièce opératoire provenant d'une intervention récente chez une jeune femme de 31 ans, mariée il y a un an, devenue enceinte trois mois après et ayant présenté au 4e mois de sa grossesse des signes de mort du fœtus (montée laiteuse très abondante) survenus après de violentes douleurs abdominales s'accompagnant de métrorragies.

L'examen clinique montrait une tumeur abdominale siégeant à l'hypogastre, un peu à gauche, dure, régulière, arrondie, du volume d'une orange, perçue aussi par le toucher vaginal dans le cul-de-sac gauche. Cette tumeur se mobilisait légèrement sur le flanc gauche de l'utérus, qui était petit, un peu déjeté à droite, tout contre la paroi abdominale. Les règles étaient normales et régulières.

L'intervention opératoire a révélé l'existence de deux utérus, complètement séparés. L'utérus droit, à type infantile, flanqué d'une trompe et d'un ovaire normaux, était plaqué contre la face profonde de la paroi abdominale antérieure, un peu à droite de la ligne médiane,et un ligament rond,court mais puissant, le rattachait à l'orifice interne du trajet inguinal droit. Du côté gauche, ce n'est que secondairement que l'on a reconnu qu'il s'agissait d'un utérus. En effet, c'est la tumeur arrondie, régulière et dure perçue par palper qui est venue s'offrir aux regards. Cette tumeur, tout à fait indépendante de l'utérus droit et située à gauche de la ligne médiane, était elle-même flanquée d'une trompe et d'un ovaire normaux, et rattachée aussi à la paroi abdominale antérieure par un ligament rond très développé.

L'extirpation de cette tumeur a nécessité la ligature de trois pédicules ; ligament rond, utéro-ovarien, ceux-ci normaux ; enfin troisième pédicule de la grosseur d'un crayon dont la coupe a montré une lumière si volumineuse et à parois si épaisses que l'auteur s'est demandé un instant s'il ne s'agissait pas de l'uretère. Ce pédicule se dirigeait obliquement en bas et en dedans, derrière la vessie, vers le vagin unique faisant suite à l'utérus droit.

La coupe de la tumeur enlevée, dont les parois mesuraient par place de 15 à 20 mm. d'épaisseur, a libéré un fœtus de 4 mois environ, mort et macéré, avec son placenta.

L'examen microscopique de la paroi fait par le professeur Grynfelt a montré qu'il s'agissait bien d'un myomètre.

Quant à la nature du petit pédicule, la disposition des couches musculaires et les caractères de l'épithélium cilié font penser à une coupe de trompe de Fallope dans sa position isthmique. Or, la trompe est intacte et entière au pôle opposé de la tumeur. Il s'agit sans doute d'un canal de Müler.

Hystérectomie et môle.

M. L. Devèze. — Une de ses malades qui avait subi, six mois auparavant, un curettage pour une môle, vit reparaître des hémorragies très abondantes et nécessitant une hystérectomie. Un examen histologique montra une prolifération glandulaire très marquée, surtout au niveau des cellules épithéliales qui formaient des bourgeons saillants vers la lumière.

Il ne faut donc pas hésiter à recourir à une opération radicale quand les hémorragies reparaissent après l'expulsion d'une môle, faisant craindre une transformation carcinomateuse.

Discussion. — M. DE ROUVILLE fait remarquer que les lésions décrites sont celles d'un carcinome. Il s'agit vraisemblablement d'une simple coïncidence entre la môle et l'épithélioma glandulaire.

M. TÉDENAT. — Il n'y avait pas les masses bourgeonnantes caractéristiques du chorio-épithélioma.

Môle hydatiforme et placentome malin.

M. E. GODLEWSKI. — Observation de môle hydatiforme à transformation maligne. L'hystérectomie a permis l'étude de la pièce où l'on voit la môle avec ses vésicules caractéristiques frisant la capsule et envahissant le muscle utérin.

Tuberculose rénale et grossesse.

MM. Léon VALLOIS et J. COLL DE CARRERA. — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade qui fut néphrectomisée pour tuberculose du rein droit et devint enceinte dès le mois qui suivit son opération. La grossesse évolua normalement et se termina par la naissance à terme d'un bel enfant. La malade ne présenta jamais d'élévation de température, ni d'albuminurie, ni pendant la grossesse, ni pendant les suites de couches.

Le pronostic clinique paraissait donc favorable. Cependant l'inoculation des urines au cobaye démontre que cette malade était atteinte de tuberculose du rein gauche, seul existant.

Rachianesthésie en gynécologie.

M. L. DEVÈZE. — Notre statistique de rachianesthésie porte sur 624 cas.

En tenant compte de certaines contre-indications (malades grasses ou en hypertension, malades âgées) et en suivant la technique indiquée par Riche qui insiste surtout sur la lenteur de l'injection, les accidents qu'on peut observer se réduisent au minimum et on n'observe plus les alertes que certains auteurs ont observées. La rachianesthésie est une méthode qu'il ne faut pas employer systématiquement, mais qui garde des indications à côté des procédés d'anesthésie générale. Elle ne comporte pas plus de risques que le chloroforme ou l'éther et, en chirurgie rurale, offre des avantages inappréciables.

A propos de la rachianesthésie en obstétrique.

M. A. ROUME se déclare partisan de l'analgésie rachidienne employée en obstétrique. Il lui reconnaît sur les autres procédés de narcose une série d'avantages :

1° Se passer d'aide ; 2° résolution musculaire complète et grande souplesse des parties molles ; 3° ce mode d'insensibilisation respecte au maximum les organes éliminateurs chez la mère, pas d'élévation du coefficient d'acidose chez les intoxiqués gravidiques ; 4° il respecte complètement l'état de l'enfant.

Cependant, il ne s'agit pas d'une intervention anodine, il ne faut l'utiliser qu'avec discernement et quand il y a réellement indication ; c'est affaire de science et de conscience.

Pour les courtes interventions (forceps facile, version au temps d'élection, curettage *post abortum* au début de la grossesse), si l'anesthésie paraît nécessaire, les méthodes par inhalation gardent la supériorité.

La rachianesthésie à la clinique gynécologique.

MM. DE ROUVILLE et MADON. — Actuellement mise au point, la rachi, particulièrement indiquée dans les opérations gynécologiques, est régulièrement pratiquée sauf contre-indications ou désir exprès des operées dans le service de M. de Rouville. Cette méthode s'est toujours montrée d'une innocuité absolue entre nos mains et nous ne lui reconnaissons d'autres contre-indications qu'une hypotension marquée ou un nervosisme excessif de la malade.

Analgésie rachidienne et version par manœuvres internes.

MM. P. DELMAS et COLL DE CARRERA. — Les auteurs rapportent l'observation d'une femme chez qui la rachi-analgésie leur permit de pratiquer une version facile dans un utérus vide d'eau depuis 4 jours et 5 heures. Les auteurs pensent que nul autre procédé d'insensibilisation leur eût permis cette intervention.

La rachianesthésie en clientèle obstétricale.

M. MADON. — La rachi est un excellent procédé d'analgésie en obstétrique. Ses principaux avantages se réduisent ainsi : suppression d'un aide, absence d'effet toxique sur le foie et les reins, possibilité de pratiquer une injection intra-utérine, une révision de l'utérus ou une suture du périnée en toute tranquillité, l'anesthésie ne cessant pas immédiatement après la fin de l'intervention. Entre les mains de l'auteur dont l'expérience depuis un an porte sur 11 cas, la rachi s'est toujours montrée d'une innocuité absolue. La seule contre-indication à retenir est l'hypotension (en particulier chez les femmes qui ont beaucoup saigné), la rachi étant nettement hypotensive. La caféine administrée systématiquement après ou même avant la rachi supprime en grande partie cet inconvénient.

Sur la rachianalgésie.

M. Paul DELMAS. — Après avoir montré comment il est venu à ce procédé d'insensibilisation, l'auteur expose, en dehors de ses rachi hautes par rachicocaïnisation homogène du liquide céphalo-rachidien, auxquelles il n'a pas renoncé, mais qui sont sans objet en obstétrique et gynécologie, quelle est sa technique pour les rachi basses. Emprunt au sujet de 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien, dont 5 sont rejetés et 5 lui sont restitués, après dissolution extemporanée de 10 cgr. de scurocaïne stérile en poudre. Entre au-

très bienfaits du procédé, il insiste sur la béance vulvo-périnéo-vaginale et la disparition de la contracture utérine ; des versions sont ainsi possibles, plusieurs jours après la rupture de la poche des eaux, sans que jamais les contractions ou les rétractions utérines soient touchées.

Le choix de l'anesthésie en gynécologie.

M. E. Forgue utilise la rachianalgésie pour toutes les opérations pelvi-abdominales, sauf pour les ligamento-pexies et les ovariotomies pour kyste de l'ovaire libre.

Les avantages de cette analgésie sont nombreux : silence abdominal facilitant les divers temps de l'intervention ; obtention du vide du petit bassin avec un Trendelenbourg modéré (gros avantage chez les femmes obèses à tendances congestives), facilité plus grande et sécurité plus complète dans les opérations portant sur le périnée, etc.

Du point de vue technique, l'auteur insiste sur l'inutilité des fortes doses. Pour sa part, il dépasse rarement 9 centigr. de syncaïne Clin. Injection lente de la solution, obtenue par pression régulière sur le piston de la seringue. Pas de barbotage.

Contre les petites alertes de l'analgésie : caféine, calotte d'eau chaude sur la tête et inhalations d'oxygène dont l'action est particulièrement efficace contre la sensation quelquefois possible d'apnée.

J. Coll de Carrera.

Les Congrès

VI[e] Réunion Neurologique internationale annuelle.

(*Suite.*) (1)

Communications

Sur les tumeurs centrales de l'encéphale. — M. Winkler (d'Utrecht) projette les photographies d'une série de tumeurs du III[e] et du IV[e] ventricules. Il signale l'inclinaison de la tête en avant, dont les malades atteints de ces tumeurs prennent souvent l'habitude, et qui semble destinée à faciliter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Cette attitude disparaît après la trépanation décompressive.

L'acromacrie. — M. Egas Moniz (de Lisbonne) désigne sous ce nom une affection caractérisée par l'augmentation de longueur de toutes les extrémités osseuses : membres allongés, longues mains et longs pieds, hypertrophie des apophyses épineuses. C'est la dystrophie qui a été déjà décrite sous le nom d'« arachnodactylie », d' « hyperchondroplasie ». Le nouveau cas, dont l'auteur rapporte les photographies et les radiographies concerne une fillette de onze ans et demi dont la taille atteint déjà 1 m. 60. La selle turcique paraît dilatée. Cette observation vient s'ajouter à celles de M. Marfan et de M. Achard.

Tumeurs multiples de la base du cerveau. — M. Christiansen (de Copenhague).

Le lymphatisme endocranien. — M. Bosch (de Ferrare) pense que beaucoup de céphalées banales sont liées à des méningites séreuses atténuées, en rapport avec la constitution lymphatique. D'autre part, ces méningites séreuses pourraient être le point de départ de méningites tuberculeuses.

(1) V. *Concours médical*, n[os] 15 et 16.)

Sur la photoréaction prémyotique des pupilles dans les conditions normales et pathologiques. — M. Negro (de Turin) a étudié la légère dilatation qui précède la contraction pupillaire sous l'influence de la lumière ainsi que l'hippus physiologique consécutif. La réaction prémyotique est abolie par l'atropine, exagérée par l'adrénaline. Elle est plus marquée dans les états de sympathicotonie.

Observations physio-pathologiques et cliniques sur le phénomène de la roue dentée. — M. Negro (de Turin) a observé le phénomène de la roue dentée, qu'il a décrit, non seulement dans la maladie de Parkinson, mais aussi dans la maladie de Basedow et dans certains syndromes vestibulaires. Elle témoigne de l'hypertonie du sarcoplasme, quelle qu'en soit la cause.

L'intoxication des nerfs par le curare. Ses applications à la clinique. — M. Negro (de Turin) montre que le curare n'agit pas seulement sur la « plaque motrice », comme l'admettaient les classiques, mais que l'intoxication atteint également les nerfs périphériques.

De quelques faits relatifs à l'ancienne hystérie de Charcot. — M. Mendelssohn.

Le signe du funambule, démarche pathognomonique pour le pithiatisme ou la simulation. — M. Henner (de Prague). Par son caractère paradoxal et discordant la démarche du funambule ou danseur de corde permet de conclure à coup sûr à la non-organicité.

Sur un syndrome cérébelleux paludéen. — M. Patrikios présente six observations où le syndrome cé-

rébelleux s'installa au cours d'un paludisme primaire ou secondaire d'une façon plus ou moins brusque : syndrome évoluant tantôt vers la guérison, tantôt vers la chronicité, malgré un amendement des troubles cliniques. Quelquefois ces troubles cérébelleux peuvent être associés à des phénomènes pyramidaux, à du tremblement intentionnel ou à du rire ou du pleurer spasmodiques.

Sur le caractère intérieur du phénomène de Piotrowski. — M. SIEMIONKIN (de Dziekouka).

Hypertonies d'origine lenticulaire. — M. PELNAR (de Prague).

Pseudo-sclérose de Westphall. — M. SYLLABA (de Prague), rapporte un cas de pseudo-sclérose de Westphal, dans lequel il faut relever un certain nombre de particularités : la cirrhose était reconnaissable cliniquement, car il y avait gros foie et grosse rate ; elle s'associait à un syndrome hémorragique ; enfin il existait des troubles trophiques des ongles, qui prenaient l'aspect d' « ongles d'émail ».

Les narcolepsies postencéphalitiques. — M. Stéfano PERRIER (de Turin) fait une étude spéciale des états de somnolence qui survivent à une encéphalite, après que la maladie semble avoir cessé d'évoluer.

Considérations sur les lésions de l'écorce cérébrale et du locus niger dans le parkinsonisme post-encéphalitique. — M. DONAGGIO (de Modène), de l'étude anatomique de trois cas, conclut à l'origine cortico-nigrique du syndrome parkinsonien.

Tumeur de la base du cerveau postérieur. — M. POUSSEP (de Dorpat) a diagnostiqué et enlevé une tumeur qui siégeait au-dessous de la corne occipitale du ventricule latéral gauche. Les symptômes consistaient en hémianopsie, douleurs, nystagmus et symptômes cérébelleux. Les suites opératoires ont été excellentes.

Sur une nouvelle méthode d'exploration de la sensibilité gustative ; contribution à la séméiologie de la corde du tympan. — M. ROASENDA (de Turin).

L'autosérothérapie intrarachidienne dans l'encéphalite épidémique chronique.—M. CATOLA (de Florence).

Les connexions centrales du nerf vestibulaire. — M. VAN GEHUCHTEN a pratiqué expérimentalement la section du nerf vestibulaire dans son trajet intracranien et il a étudié ses dégénérescences. Il a pu constater ainsi l'importance de son faisceau cérébelleux, le grand nombre de fibres centrifuges qu'il contient, mais dont l'origine reste mal déterminée, enfin sa terminaison au niveau des noyaux que l'on peut considérer comme les noyaux primaires de la vie labyrinthique : noyau vestibulaire, noyau du toit, noyau triangulaire, noyau descendant, noyau de Bechterew. Le noyau de Deiters ne fait pas partie de ce groupe : ce serait plutôt un noyau secondaire.

Contribution à l'étude histologique de l'état marbré. — M. SPRINGELOVA (de Prague).

Localisation des troubles des impressions tactiles et auditives dans un cas de lésion corticale. — M. OTAKAR-JANOTA (de Prague).

Adresse de la Société de neurologie de Vilna. — M. WLADYCZKO, au nom de la Société de neurologie de Vilna, confère à M. Babinski, le titre de docteur *honoris causa* de la Faculté de médecine de cette ville.

Séance de l'Académie de médecine.

L'après-midi du 26 mai a été occupée par la commémoration du centenaire de Charcot à l'Académie de médecine. La cérémonie, à laquelle assistaient le docteur Jean Charcot, l'explorateur du pôle sud, et toute la famille de Charcot, a débuté par un discours de M. BARRIER, président de l'Académie, qui a rappelé la biographie de Charcot et la place tenue par lui, comme savant et comme médecin, dans la Société d'il y a quarante ans.

L'éloge de Charcot a été prononcé par M. Pierre MARIE, son élève direct, qui devait, après Raymond et Déjerine, devenir son successeur à la chaire de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. Nul ne pouvait dire avec plus de compétence ce qu'avaient été sa carrière, son œuvre de neurologiste et d'anatomo-pathologiste, sa méthode, ou plus exactement, — pour employer l'expression qui convient à l' « artiste » qu'il était, — sa « manière », enfin son enseignement et son influence.

M. MARINESCO parla ensuite au nom des nombreux élèves étrangers de Charcot, qui sont maintenant disséminés dans le monde entier, et qui, pour la plupart sont à leur tour devenus des maîtres. Il dit l'influence que Charcot avait exercé sur ses jeunes années, et qui a inspiré toute sa vie scientifique.

M. CHRISTIANSEN ajoute quelques mots d'hommage délicat et ému à celui dont il s'honore d'avoir été également l'élève.

Enfin, M. ACHARD, secrétaire général de l'Académie, termine la séance par une courte allocution, très applaudie, dans laquelle il remercie les orateurs et les membres de la famille de Charcot ; de plus, il apporte lui aussi l'hommage de sa reconnaissance au grand savant dont on fête le centenaire puisque, élève de Jeoffroy, son esprit s'est formé dans l'ombre de Charcot.

Séance du grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Le soir, a eu lieu la cérémonie officielle du centenaire de Charcot en présence du Président de la Ré-

publique, et sous la présidence de M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique.

M. BABINSKI, président du Comité d'organisation, retraça en un tableau magistral l'œuvre scientifique de Charcot.

MM. MARINESCO (de Budapest), VINKLER (d'Utrecht), SAINT-CLAIR THOMSON (de Londres), prirent la parole au nom des délégués étrangers.

Puis, M. LALLEMAND, au nom de l'Académie des Sciences, M. CALMETTE, au nom de l'Institut Pasteur, M. GUILLAIN, au nom de la Société de Neurologie, M. RIST, au nom de la Société Médicale des hôpitaux, M. ROUSSY, au nom de la Société anatomique, apportèrent à leur tour leur hommage à la mémoire de Charcot.

Enfin, les délégués officiels des 17 gouvernements représentés vinrent présenter solennellement, en un défilé pittoresque, leurs adresses au ministre de l'Instruction publique.

Ce dernier termina la cérémonie en associant le gouvernement à l'hommage éclatant qui venait d'être rendu au grand savant français.

(*A suivre.*)

MOUZON.

Les Livres

HIRT ET CIE, éditeurs à Reims.

André PRUDENT. — **Le Manuel de l'assuré**. Un vol. in-8° de 170 pages. Prix : 20 fr.

Beaucoup de particuliers, après un sinistre, sont surpris de voir les Compagnies d'assurances soulever des difficultés et même refuser une indemnité quelconque. C'est qu'ils n'ont pas su préciser, vis-à-vis de l'assureur, de quelle façon ils entendaient être garantis.

Le « Manuel de l'assuré », véritable guide, indispensable à celui qui possède un capital mobilier ou immobilier, a prévu tous les cas. Il vous indiquera comment vous pouvez obtenir des assureurs le maximum de garantie avec le minimum de primes, tout en vous mettant en garde contre certains courtiers d'occasion qui ne connaissent pas leur métier.

Grâce à ce petit volume, vous saurez comment assurer votre maison, votre auto ou vos domestiques ; tout y est clairement expliqué ou commenté.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Henry VINCENT, 27, rue de Vesle, Reims.

L'Auto-Catalogue (modèles 1926)

Beaucoup de nos lecteurs manquent complètement d'une documentation générale bien utile quand on utilise l'automobile. Ceux qui ne vont pas aux Salons sont obligés de s'en remettre à la documentation plus ou moins étendue de leurs amis. Ceux qui vont aux Salons peuvent prélever une foule de catalogues qui constituent un fouillis souvent inextricable.

Pour se tenir au courant de tout ce qui se fait en automobile et avoir en un volume les catalogues de tous les constructeurs d'autos, motos, accessoires quelconques, il existe une publication annuelle, l'*Auto-Catalogue*, qui est à la fois un recueil illustré des catalogues et un annuaire de l'industrie automobile, explicite, documentaire et dont la lecture est instructive et intéressante.

Ce volume est d'autant plus utile qu'il n'y a pas eu de Salon à Paris en 1925.

Avec un semblable ouvrage sous la main, on économise un temps énorme et on connaît dans les détails l'état actuel du marché de l'automobile.

On le trouve luxueusement édité, 500 pages, format 25 × 32, à l'*Auto-Catalogue*, 40, rue de Liège, Paris (8e).

Son prix est de 40 francs pour la France, 42 francs pour les colonies françaises, 45 francs pour l'étranger. Les commandes doivent être accompagnées de leur montant par chèque ou mandat. Il n'est pas fait d'envoi contre remboursement.

Ceci pour répondre à bien des lecteurs et à une foule plus grande encore de demandes de renseignements de tous ordres.

Louis VIDAL et DAREAU. — **Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques**, édition 1925, 7e année (1 vol. de 600 pages, 135 × 90. Prix, relié carton : 10 francs.) (Office de Vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy, Paris, 2e.)

Aide-mémoire portatif comprenant :

1° Table par indications thérapeutiques des spécialités figurant dans cet ouvrage, facilitant la recherche du produit le mieux approprié au cas donné ;

2° Dictionnaire donnant sur environ 1.200 spécialités pharmaceutiques médicales, les renseignements essentiels (composition, formes, posologie, etc.) qui en permettent la prescription sans erreur ;

3° Nomenclature purement nominale des principales spécialités pharmaceutiques médicales, avec noms et adresses des fabricants.

Dr O'FOLLOWELL. — **Le Médecin de service 1926** (17e année).

Ce répertoire de 150 pages renferme la liste complète des services médicaux des théâtres et attractions de Paris. Cet annuaire est indispensable à tous les médecins qui désirent être renseignés sur la question du service médical dans les théâtres et qui désirent connaître la composition des services médicaux de chaque établissement de spectacle.

Grâce à ces renseignements et à ces listes, nos confrères auront toutes facilités pour échanger ou obte-

nir les fauteuils du service médical. L'annuaire est en vente chez l'auteur : 10, rue d'Alger (Prix : 5 francs).

Dr E. VILLIGER, professeur à l'Université de Bâle. — **L'innervation périphérique**. Traduction française de la troisième édition, revue et corrigée par le Dr P. HOFF (de Genève), 1925. (Un vol. in-8, 214 pages avec 66 figures. Prix : 22 francs).

Exposé succinct de l'origine, du trajet et de la disposition des nerfs craniens et rachidiens, ainsi que des nerfs du système sympathique, et aperçu des phénomènes pathologiques les plus importants.

Grâce à la clarté des tableaux synoptiques complétés par de nombreux schémas simplifiés, cet ouvrage permet une révision rapide et complète des éléments essentiels de la pathologie nerveuse de tous les jours, d'autant plus fructueuse que les notions pratiques se déduisent sans effort.

Joseph LERICHE. — **Le cancer. Technique de sa thérapeutique médicale moderne**. (Edition 1925. Prix : 6 fr.)

Après un exposé rapide des diverses considérations étiologiques, sur lesquelles repose la thérapeutique rationnelle qu'il a instituée, l'auteur fait un exposé intégral de toute sa technique et rapporte à l'appui les observations de cancéreux qui démontrent l'opportunité et la valeur de la médication mise en œuvre.

La technique de cette méthode nouvelle est d'une application facile ; elle reste à la portée de tous les praticiens et représente une acquisition intéressante notoire de la science moderne.

Les Thèses

P. — Dr Pascal PIÉDALLU. — **Les phénomènes cardio-vasculaires engendrés par l'effort : le cœur dans le sport**. (A. Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris. Prix : 12 fr.)

L'étude physiologique des phénomènes circulatoires engendrés par l'effort peut aider à comprendre certaines modalités pathologiques du fonctionnement cardiaque et mérite à ce titre d'être poursuivie avec les moyens les plus perfectionnés et la technique la plus rigoureuse.

Il résulte de l'étude du Dr Pascal Piédallu que la circulation, fonction vitale par excellence, présente une énorme marge d'adaptation, et fournit normalement, quels que soient les circonstances et les besoins, avec une merveilleuse précision, la quantité de sang qu'il faut, là où il faut et dans le temps qu'il faut. Il n'existe pas, au point de vue de la circulation, deux efforts semblables. A chaque effort correspond en effet une synergie cardio-vasculaire différente, selon l'intensité et la durée de cet effort, ou sa modalité, et notamment selon l'attention qu'il exige, le type respiratoire dont il s'accompagne, la fatigabilité du sujet et tout ce qui la modifie (état général, entraînement, digestion, etc.).

Outre les modifications de son rythme, le cœur répond aux circonstances par deux moyens : la dilatation, immédiate, mais passagère, et surtout l'hypertrophie, progressive, mais plus durable. L'adaptation du cœur à tous les débits a pourtant des limites qui peuvent être atteintes au cours d'un effort considérable. Mais on ne connaît aucun cas où un effort ait à lui seul, et « mécaniquement » lésé un cœur sain.

La fatigue, par contre, met le myocarde en état d'infériorité fonctionnelle temporaire. Il est classique d'admettre que l'état d'intoxication qui constitue le surmenage ne peut pas, à lui seul, léser le myocarde de façon définitive, s'il ne s'y ajoute pas une autre intoxication ou une infection (que favorise le surmenage par l'état de moindre résistance qu'il crée).

Le seul danger possible des efforts excessifs, qui n'est pas spécial au cœur et qui est celui de tout excès, réside donc dans le surmenage éventuel. Hormis cette exception, qu'indique le bon sens, l'exercice physique ne présente que des avantages certains et évidents, au point de vue cardio-vasculaire comme à tous les points de vue.

« Le mouvement est une sorte de médicament qui a sa posologie ». (Helme). A ce titre, l'exercice physique doit être surveillé médicalement, pour produire le maximum de bienfaits.

P. — Dr André LEFEBVRE — **Les logements sanatoria. Tentative d'organisation de prophylaxie antituberculeuse à domicile**. (Jouve et Cie, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1925).

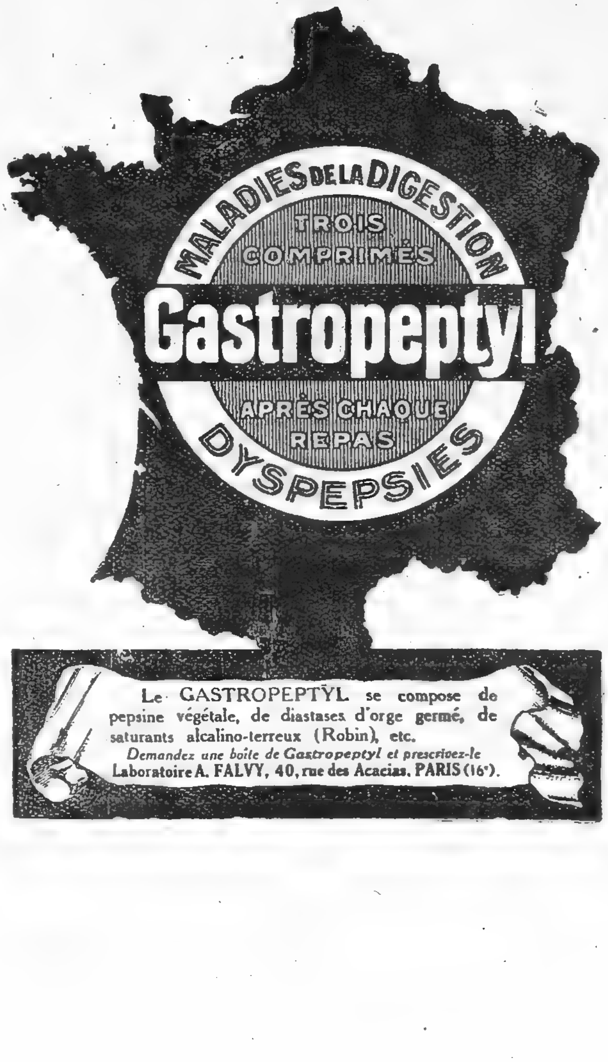
Les logements-sanatoria (logements où le malade se soigne en restant dans sa famille) constituent une arme utile dans la lutte contre la tuberculose, et, bien que cette tentative soit récente, elle a déjà donné quelques résultats intéressants :

a) Les tuberculeux hospitalisés au L. S. ont tiré bénéfice de leur cure, le pronostic basé d'après leur état au moment de l'entrée ;

b) A l'égard des sujets sains restés en cohabitation avec le malade, la prophylaxie a été efficace, puisque, sur 100 descendants, 6 cas nouveaux seulement de tuberculose sont apparus, dont un seul mortel, et sur 24 conjoints, 1 seul a été contaminé et a guéri d'ailleurs ;

c) Le foyer enfin a été sauvegardé et les conditions d'existence des familles complètement améliorées.

Il est à souhaiter que le développement de cette œuvre s'étende chaque jour davantage ; que des tentatives du même genre soient faites dans les régions les plus menacées, pour multiplier ainsi les moyens de lutte et de prophylaxie antituberculeuses.


MALADIES DE LA DIGESTION
TROIS COMPRIMÉS
Gastropeptyl
APRÈS CHAQUE REPAS
DYSPEPSIES
Le GASTROPEPTYL se compose de pepsine végétale, de diastases d'orge germé, de saturants alcalino-terreux (Robin), etc.
Demandez une boîte de Gastropeptyl et prescrivez-le
Laboratoire A. FALVY, 40, rue des Acacias. PARIS (16e).

P. — Dr Paul Letondal. — **Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant.** (Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 1925.)

Le mégacôlon est une affection essentiellement caractérisée cliniquement par une constipation opiniâtre, un gros ventre tympanique et une évolution chronique ; anatomique, par une dilatation totale ou segmentaire du côlon, s'accompagnant le plus souvent d'allongement et d'hypertrophie des parois.

Il s'agit avant tout d'une affection de l'enfance, beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dont la cause nous est en réalité inconnue dans les cas où la dilatation ne s'accompagne d'aucun obstacle au cours des matières, et paraît le fait d'une malformation embryonnaire. D'autres fois, il s'agit d'une rétrodilatation secondaire à un obstacle situé sur le trajet du côlon. Cet obstacle peut être d'ordre mécanique, anatomique ou physiologique. Il nous faut surtout souligner la fréquence et l'importance des phénomènes mécaniques dont « la longueur anormale, les replis multiples et très accusés du côlon ilio-pelvien, avec longueur et laxité exagérée du mésentère correspondant » constituent les faits dominants chez les jeunes enfants (Marfan).

Le diagnostic de mégacôlon ne saurait être affirmé sans la radiologie ; il existe des cas de dolicocôlon sans mégacôlon qui ont la même expression clinique que les vrais mégacôlons et que, seule, la radiologie peut mettre en évidence.

Le mégacôlon est une affection rare et on ne saurait trop s'insurger contre les auteurs qui veulent voir des mégacôlons partout ; il n'y a mégacôlon que s'il y a dilatation considérable et persistante du gros intestin constatée à la radio, et que si cette dilatation s'accompagne du syndrome clinique de la maladie de Hirschsprung.

Le traitement du mégacôlon est médical et chirurgical. L'entéroclyse quotidienne pratiquée avec une longue sonde pouvant atteindre la partie dilatée du côlon est le point capital du traitement médical. Le traitement chirurgical doit intervenir dans les cas où le traitement médical a échoué ou lorsque l'obstacle au cours des matières est d'ordre anatomique : « colectomie dans les ectasies segmentaires, iléo-sigmoïdostomie dans les ectasises totales ». Pierre Duval

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement d'épreuve dans la syphilis douteuse.

On sait combien le domaine de la syphilis est étendu ; actuellement on peut dire que tous les tissus, tous les organes, peuvent être atteints par le tréponème pallidum, et que, dans presque tous les cas, un traitement bien conduit peut permettre la guérison, s'il est institué de manière suffisamment précoce.

Le diagnostic des manifestations syphilitiques acquises ou héréditaires n'est pas toujours aisé, et bien souvent, les résultats des recherches biologiques telles que la réaction de Bordet-Wassermann ne sont pas suffisamment précis pour autoriser un diagnostic immédiat et l'institution d'un traitement énergique. Dans la syphilis tardive, et surtout dans les lésions provoquées par la syphilis héréditaire, la réaction de Bordet-Wassermann demeure presque toujours négative et peut conduire à des erreurs très préjudiciables pour le malade.

En outre, il est parfois bien difficile, pour le praticien qui exerce loin d'un grand centre, de pouvoir faire les prélèvements nécessaires, d'en assurer le transport jusqu'au laboratoire le plus proche et d'en attendre les résultats sans exposer son malade à s'aggraver rapidement et à perdre le bénéfice que lui aurait donné une intervention thérapeutique immédiate.

Dans ces cas où le médecin soupçonne la syphilis sans pouvoir la dépister avec certitude, le traitement d'épreuve peut donner les indications les plus précieuses. Mais, pour avoir toute sa valeur, ce traitement d'épreuve doit être puissant et d'un effet immédiat ; pour autoriser le médecin à incriminer la syphilis, l'amélioration par le traitement d'épreuve doit être obtenue en quelques jours ; ce résultat ne laissera alors aucun doute sur la conduite à adopter.

Il est donc impossible d'utiliser, pour tâter les lésions douteuses, les traitements par les composés insolubles tels que les préparations bismuthiques le plus habituellement employées, l'huile grise, le calomel, dont les résultats ne se déclenchent pas avec une rapidité suffisante. L'emploi d'un médicament soluble, facile à administrer, et ne faisant par lui-même courir au malade aucun danger est ici chose indispensable.

Ajoutons que le traitement d'épreuve doit être souvent institué sans que le médecin puisse mettre au courant de ses soupçons l'entourage du malade, et nous sommes obligés de reconnaître que l'emploi des arsénobenzènes est presque toujours impossible.

Parmi les médicaments solubles d'une efficacité incontestable, d'un effet rapide, d'un maniement facile et exempt de tout danger, l'acétylarsan occupe certainement le premier rang. Sa présentation en ampoules toutes préparées, sa conservation indéfinie, l'indolence des injections intra-musculaires ou sous-cutanées en fait véritablement le médicament de choix dans le traitement d'épreuve des syphilis douteuses.

N'oublions pas que, dans bien des milieux, le

nom de syphilis ne peut être prononcé et qu'il n'est pas rare de voir des parents renoncer à traiter leur enfant, plutôt que de convenir qu'ils ont pu lui transmettre cette maladie. N'est-ce pas alors un devoir pour le médecin de s'assurer, en recourant à une épreuve concluante, si ses soupçons se confirment et de poursuivre la guérison du mal avant de compromettre, par une franchise trop précoce, le succès de son intervention.

Dans la syphilis acquise comme dans la syphilis héréditaire, le traitement d'épreuve est souvent indispensable.

Au début de l'infection spécifique, et pour peu que l'accident primitif ait passé inaperçu, on sait combien les confusions sont aisées entre les efflorescences syphilitiques et certaines affections cutanées comme le pityriasis rosé qu'on a nommé « le sosie de la roséole ».

La syphilis palmaire secondaire que l'on confond si facilement avec l'eczéma palmaire, l'alopécie en clairières qui en impose souvent par un début de pelade, les plaques muqueuses qui singent l'angine ou la laryngite chroniques, les syphilides génitales discrètes qui passent fréquemment pour des hémorroïdes, guérissent sans laisser subsister le doute par les injections d'acétylarsan.

Les lésions cutanéo-muqueuses de la syphilis tardive sont également justiciables, dans bien des cas, du traitement d'épreuve.

Les gommes sous-cutanées ou les ulcérations gommeuses, et surtout les ulcérations phagédéniques tertiaires comme celles qui atteignent souvent les ganglions, les lésions ulcéreuses ou croûteuses qui singent l'ecthyma et le rupia, les gommes du voile du palais qui provoquent des mutilations irréparables si on tarde à les attaquer énergiquement, fondent comme par enchantement sous l'action de l'acétylarsan et montrent l'existence d'une syphilis dont le traitement doit être longtemps poursuivi.

Mais, si les accidents cutanés ou muqueux de la syphilis acquise demandent souvent l'épreuve du traitement, on peut dire que c'est dans les manifestations viscérales si nombreuses, si diverses dans leurs caractères, que cet essai est indispensable.

Comment dépister l'origine des céphalées tenaces de la syphilis secondaire ou tertiaire sans l'épreuve du traitement? La réaction de Bordet-Wassermann est souvent infidèle quand la syphilis est ancienne, la ponction lombaire effraye le malade ; l'essai du traitement qui agit en moins d'une semaine dans la plupart des cas suffit à trancher définitivement la question.

N'en doit-on pas dire autant de ces lésions pulmonaires chroniques simulant la tuberculose et où on ne peut trouver de bacilles dans l'expectoration. L'essai du traitement par l'acétylarsan amène souvent une guérison qui stupéfie les malades et éclaire immédiatement le médecin sur la nature des accidents.

Les lésions du rein, du foie demandent également dans bien des cas à être tâtées avec prudence et les injections d'acétylarsan, dont on peut modérer les doses de début en rapprochant les injections, permettront souvent de faire disparaître une albuminurie, un ictère dont les causes étaient demeurées inconnues.

L'hémiplégie est peut-être l'un des accidents où les plus beaux succès peuvent être obtenus et, sans inquiéter l'entourage du malade par des soupçons qui ne se justifient pas toujours, on peut tenter une médication active qui, en quelques semaines, permet la restitution *ad integrum* si la syphilis est en cause.

On voit l'immense champ où cette méthode peut rendre les plus signalés services ; l'utilité du traitement d'épreuve par l'acétylarsan dans la syphilis héréditaire douteuse est peut-être plus grande encore.

Les éruptions du début que l'on confond si aisément, chez le nourrisson, avec l'irritation produite par les langes souillés, le coryza syphilitique qui témoigne toujours d'une infection redoutable, l'hypertrophie du foie et de la rate souvent accompagnés d'athrepsie et qui ne permettent pas toujours d'instituer un traitement par les arséno-benzènes, cèdent avec une promptitude remarquable aux injections d'acétylarsan.

La méningite du premier âge, trop souvent considérée comme fatale, peut guérir en quelques jours si le traitement spécifique est institué. C'est véritablement un devoir pour le médecin de tenter, malgré les dénégations familiales, un traitement d'épreuve masqué, seul moyen de salut pour un enfant condamné.

Plus tard, les lésions osseuses, la coxalgie, le mal de Pott, si souvent regardés comme tuberculeux et qu'un traitement spécifique suffit à guérir parfois, les lésions oculaires telles que la kératite avec les taies indélébiles qu'elle laissera, les lésions des glandes endocrines, myxœdème, obésité, rachitisme, s'amélioreront bien vite sous l'influence de l'acétylarsan et montreront sans laisser d'hésitation la voie féconde où le traitement doit s'engager.

On voit toute l'importance du traitement d'épreuve dans la syphilis douteuse et l'emploi de l'acétylarsan dans ce traitement d'épreuve. Son innocuité, son indolence, permettent de faire tomber les doutes dans les cas où l'existence de l'infection syphilitique n'est pas contredite par un diagnostic indubitable.

C'est une arme puissante et d'un maniement facile, un excellent moyen de diagnostic et un admirable moyen de traitement.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

POUR L'UNION GÉNÉRALE DU CORPS MÉDICAL

Lettre ouverte au Dr Décourt,

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

Mon cher Président,

Vous êtes un sympathique ; la preuve en est que, dans la bagarre actuelle, vous avez été à peine égratigné par des gens qui ne reculent pas devant les expressions outrancières. Si quelqu'un peut faire l'union, c'est bien vous, dont le programme syndical de Seine-et-Marne est semblable depuis longtemps à celui de nombreux syndicats dissidents, vous qui, par ailleurs, avez l'unanime confiance de l'actuel conseil de l'Union des syndicats.

Il est hors de doute que les dissidents et les autres sont d'accord sur tous les points que vous avez définis dans le *Concours médical* du 24 mars dernier, et qu'à leur sujet une mise au point en commun serait théoriquement facile.

Mais il y a les impondérables qui échappent à toute règle logique. Il y a surtout une grosse question préalable à poser : *les dissidents veulent-ils l'union du corps médical ? La souhaitent-ils ?* Pour ma part, je ne le crois pas. Tout prouve qu'ils veulent imposer leur manière de voir au corps médical entier sans souci de l'autonomie syndicale et que, n'ayant pas réussi dans leur dessein à l'assemblée de 1925, ils ont espéré le succès par une dissidence qui aurait entraîné le syndicat de la Seine, puis d'autres, à consommer le meurtre de notre organe collectif. Je voudrais me tromper ; j'espère encore qu'un homme de bonne volonté me montrera mon erreur. En attendant, je doute de votre réussite pour cette raison même.

Ne va-t-il pas sans dire que mon faible concours vous est entièrement acquis dans vos généreux efforts ? Car je sers les causes justes, même quand leurs chances sont réduites.

Ce préambule me met tout à fait à l'aise pour vous chercher chicane au sujet de *la suppression des trois catégories Maginot* : c'est le titre de votre article du *Concours médical* du 21 mars dernier.

« Il faut, en outre, envisager, dites-vous, une *diminution* pour les spécialistes. Leur consultation *tomberait de* 20 *frs à* 15 *frs...* »

Croyez-vous le moment bien choisi pour dire aux spécialistes que les 20 francs alloués en 1922, dont la valeur d'achat est réduite de plus de moitié, risquent de subir une nouvelle réduction de 25 % ? Croyez-vous que les spécialistes, certainement les plus soucieux d'indépendance professionnelle et dont beaucoup ont de la sympathie pour les dissidents, ne vont pas écouter cette fois les voix tentatrices qui leur murmurent, depuis quelque temps, que les spécialistes n'ont aucun bénéfice à rester dans l'Union et qu'ils y rencontrent un esprit contraire à leurs intérêts ?

Ce ne sera jamais de bonne politique syndicale, que de prendre dans la poche de certains syndiqués ce qui manque à la poche des autres. Cela ne peut que créer la division pour aujourd'hui ou pour demain. Mais dans le moment présent, cette politique serait particulièrement mauvaise, surtout de la part d'un président qui, par définition, est au-dessus des intérêts particuliers des omnipraticiens comme des spécialistes.

Et vis-à-vis des pouvoirs publics, croyez-vous que ce soit adroit d'accepter une réduction, quand le coût de la vie a doublé ? Vous reconnaîtriez ainsi qu'on vous a trop donné, que vous acceptez aujourd'hui un tiers de dollar, pour le même acte qui fut tarifé auparavant un dollar, d'un commun accord ! Quand bien même il y aurait eu injustice en 1922 — et je ne le crois pas — il ne faudrait envisager sa réparation que par l'élévation des positions trop basses et le *statu quo* pour les autres. *La politique extérieure des collectivités fortes ne subit pas l'influence des mesquines rivalités ni des jalousies intérieures, car tous ont à y perdre.*

Les contingences sont souvent, dans la vie pratique, plus importantes que le fond des problèmes. C'est sans doute le cas ici, mais il est toutefois intéressant d'examiner une bonne fois la question en elle-même, car le corps médical la retrouvera à chaque pas en médecine sociale et il a intérêt à l'examiner d'avance.

Vous dites excellemment — dans votre article du 24 mars — : « Tous d'accord pour refuser de voir taxer nos honoraires sur base *ne varietur*. Nous l'avons admis pour les pensionnés de guerre, car nous n'avons pas voulu demander quoi que

ce soit aux anciens combattants ; c'est entendu. Mais, à part cela, *jamais* !... Il doit en être de même au sujet des assurances sociales. *Chaque médecin doit être libre de juger de la valeur de ses soins et aussi d'augmenter ses prix suivant la situation sociale du malade.* » (C'est vous qui soulignez ainsi.)

Le droit de chaque médecin est également le droit des groupements médicaux où l'accord s'est fait à ce sujet. Or les spécialistes ont accepté le prix de 20 francs pour le tarif Maginot, parce que tel est leur minimum syndical en clientèle courante, minimum largement dépassé dans la pratique par beaucoup d'entre eux.

Le tarif minimum de la clientèle privée, voilà le criterium ! Non pas celui qu'on imprime, mais celui qu'on pratique et qui est le secret de Polichinelle ! Vous trouvez trop grand l'écart entre le prix de l'omnipraticien et celui du spécialiste dans le tarif Maginot ? Laissez-moi vous faire remarquer qu'il est sensiblement le même dans la pratique courante. Est-ce la faute des spécialistes, si les omnipraticiens défendent moins bien leurs honoraires ? Voulez-vous les punir — les vilains ! — d'avoir mieux que les autres suivi les conseils de l'Union, qui nous a sans cesse répété : « relevez vos tarifs personnels et il nous sera facile de relever les tarifs généraux » ?

Entre parenthèses, laissez-moi vous faire remarquer que le spécialiste ne touche que le prix de consultation lorsqu'il fait une visite, ce qui représente déjà une réduction sur le tarif habituel.

Voilà suffisamment démontré que le tarif de 20 francs n'a rien d'excessif et que ce serait une dangereuse injustice que de le diminuer en quoi que ce soit.

L'occasion est bonne de vous dire que les spécialistes ont pris ombrage de certaines tendances de l'Union à leur endroit. Ce n'est pas un hasard si les spécialistes ont constitué récemment un groupement de leurs syndicats nationaux. Peu enclins d'habitude à multiplier les manifestations syndicales, inaccoutumés à suivre le mouvement professionnel, ils ont laissé certains faits s'accomplir sans les voir ou sans les comprendre et l'on a pu prendre leur attitude pour de la résignation. Mais ils s'éveillent à la conscience collective et font un retour sur le passé.

Ils ont découvert — ce que je leur avais signalé il y a deux ans — qu'ils ne peuvent pas donner plus de cinq consultations au même malade sans la permission de la commission départementale, alors que l'omnipraticien n'est pas soumis à cette limitation. *Il faut absolument que cette disposition — non prévue dans le tarif Maginot et instituée depuis — disparaisse explicitement dans le nouveau tarif.* Il est inadmissible qu'une mesure de contrôle ne soit pas identique pour tous.

Je devance l'objection : les omnipraticiens sont soumis à la même mesure quand ils font une consultation spéciale au prix de 20 francs et les spécialistes évitent cette mesure, comme les omnipraticiens, quand ils font une consultation ordinaire à 7 ou 8 francs. Nous allons y revenir. Mais il y a lieu de faire remarquer tout de suite que si l'Administration entend contrôler l'acte et non le médecin, le spécialiste subit en fait un contrôle particulier, car sa pratique courante se trouve sous le coup de la mesure, ce qui n'est pas le cas de l'omnipraticien.

Il s'est établi une jurisprudence fort curieuse en matière de loi des pensions, à savoir qu'« un spécialiste qui fait un examen sans avoir recours à l'emploi des instruments usuels de diagnostic spéciaux, n'a droit qu'au tarif de consultation et de visite fixé par l'article 60 », c'est-à-dire le tarif ordinaire.

Le Médecin syndicaliste du 15 février 1924 (page 161) éclaire cette conception de deux exemples : l'oculiste qui reconnaît la nature spécifique de l'affection oculaire en cause, touchera les honoraires d'omnipraticien pour le traitement antisyphilitique ; de même s'il juge utile l'instillation répétée d'un collyre dans les culs-de-sac conjonctivaux. Conclusion : « le spécialiste ne touche le prix spécial que lorsqu'il exerce un acte médical que, seul, un spécialiste peut exercer ».

Voilà la thèse. Examinons ce qu'elle vaut.

Le malade va consulter un spécialiste, non point parce que les autres médecins sont incapables de lui donner les soins utiles, mais parce que le spécialiste — du fait de sa limitation — lui offre plus de garanties de compétence. De même que pour construire un pont, on préfère l'architecte ou l'ingénieur spécialisé dans ce genre de travaux, de même on préfère confier une vessie malade à celui qui, plus qu'un autre, a l'habitude de regarder dedans.

Voulant assurer les soins aux mutilés de guerre *dans les conditions de la clientèle privée*, les pouvoirs publics ont donc prévu le recours direct du malade au médecin spécialiste et le paiement de ce dernier avec une majoration de prix proportionnellement conforme aux usages.

C'est donc la compétence du médecin — basée essentiellement sur la limitation de son activité — qui est le critérium des soins spéciaux en clientèle privée. C'est le même principe qu'il faut admettre pour les soins aux mutilés de guerre, si l'on veut rester dans l'esprit de la loi.

Autre argument : si mon fils a de l'iritis et si je juge prudent d'inviter l'oculiste à y mettre lui-même le collyre classique à base d'atropine, je prie le lecteur de ne pas croire que je suis incapable de glisser quelques gouttes dans les culs-de-sac conjonctivaux d'un malade ; mais je pense que le confrère surveillera l'iris avec une com-

pétence plus grande que la mienne, et qu'à la faveur du traitement périodique, il en contrôlera mieux l'effet. Même raisonnement basé sur les faits, en ce qui touche le traitement antisyphilitique. Il est donc faux de dire que le spécialiste ne fait pas acte de compétence spéciale lorsqu'il applique un traitement général d'une affection locale, ou lorsque le traitement spécial entrepris est apparemment à la portée de tous. On peut dire que *le spécialiste a toujours « recours à l'emploi d'au moins un instrument de diagnostic spécial », à savoir son œil spécialisé dans l'examen des cas de sa compétence*, et la distinction scolastique de la jurisprudence s'évanouit complètement.

J'entends l'objection : je suis à côté de la question. *Contrairement à ce qui se passe en clientèle privée, la jurisprudence entend qu'en matière de tarif pour soins aux mutilés de guerre, le critérium ne soit plus la compétence personnelle du médecin, mais l'acte médical accompli.*

C'est en effet ce qu'elle établit. Mais a-t-on pris garde que cette doctrine aboutit logiquement à la suppression du spécialiste en matière de loi des pensions ? A-t-on pris garde qu'elle est contraire aux usages de la profession médicale, donc à l'esprit de la loi et du décret portant application de la loi ? A-t-on pris garde que cette doctrine, émanée de milieux médicaux, était de nature à inquiéter les spécialistes, qui peuvent légitimement y voir une ébauche de condamnation à mort ? A-t-on pris garde qu'elle est contraire à la division du travail, facteur de progrès dans toutes les branches de l'activité humaine ?

Il y a deux ans que j'ai mis le doigt sur ce point douloureux. Tôt ou tard, on reconnaîtra que j'avais raison. Le moment est excellent pour faire machine arrière, en introduisant l'article qu'il faut dans le nouveau tarif. Que l'omnipraticien ait droit au tarif spécial quand il justifie avoir fait acte spécial, ce n'est pas moi qui y trouverai rien à reprendre, *car en clientèle privée ce confrère demande également davantage que le prix de consultation en pareille circonstance.* Mais il faut que le spécialiste qualifié ait toujours droit au tarif spécial, *car il en est toujours ainsi dans sa pratique courante.*

Mon cher Président,

Je conclus par un principe qui m'est cher depuis que je vis en pleine médecine sociale. La profession médicale ne peut être sauvée, d'avant la marée montante de la médecine sociale, que par les contrats collectifs et *à condition que ces contrats sauvegardent les règles essentielles de la pratique habituelle.* Je viens de vous dire comment je l'entends au sujet d'une question particulière et actuelle ; admettons que c'est à titre d'exemple.

G. Batier.

Réponse à la lettre ouverte du Dr Batier.

Mon cher Batier,

Avec votre amabilité coutumière, vous enrobez si gentiment de miel vos critiques que je ne vais plus oser vous répondre. Et cependant « *Amicus Plato, sed magis*... ». Permettez-moi donc de vous faire, sur votre « Lettre ouverte », quelques réflexions, nullement *théoriques* d'ailleurs, mais uniquement basées sur les *faits*.

Actuellement, le *tarif Maginot* alloue aux médecins, pour une consultation :

En 1re catégorie	8 francs.
En 2e —	7 »
En 3e —	5 »
Spécialistes	20 »

Demain, si nous acceptions les *ultimes concessions* du Ministère, ce même tarif deviendrait :

a) Pour *tous* les médecins de France : 8 francs.
b) Pour les spécialistes : 15 fr.

Et ce sont ces derniers qui « rouspèteraient ? Et c'est vous, ami Batier, comme leur porte-parole, qui me reprochez de n'avoir pas bondi d'indignation en les voyant ainsi réduits à la portion congrue — alors que, si nous n'acceptons pas les 15 francs pour spécialistes, *les sacrifiés à cent sous* CONTINUERONT *à ne toucher que cent sous* ?...

Oh ! vous, à l'esprit si délié, si clair, d'ordinaire, est-il exagéré de vous dire que, comme M. Josse en orfèvrerie, vous ne voyez plus les choses d'assez haut et vous manquez de « recul » ?

Depuis plusieurs années que je me suis personnellement « attelé » à la *suppression des catégories*, j'ai eu le temps de me placer « au-dessus des intérêts particuliers » comme vous le réclamez de moi. Je me suis fait ainsi un sentiment « panoramique », si j'ose dire, de la question, ne fût-ce que par *plusieurs centaines* de lettres reçues à ce sujet. Et, en priant les confrères spécialistes comme je le fais en cette amicale réponse, de ne pas trop « tirer à eux la couverture », j'ai la conviction absolue de prendre précisément leurs propres intérêts. Je m'explique :

Je savais, depuis longtemps déjà, quelle « rancœur » s'amassait, au sujet des consultations à un louis du spécialiste, dans l'esprit du praticien à cent sous... « C'est inouï ! » ; c'est un « scandale », une « honte »... « On voit bien que les dirigeants de l'Union sont souvent des spécialistes (?!?)... et non de simples médecins de campagne... » (Et moi donc, qui suis un praticien à cent sous, au Tarif Maginot !) « ... On s'est f... moqué de nous ! C'est à l'Union à réparer cette injustice flagrante... » etc., etc. J'en passe et des meilleurs. Alors que diminuerait, quelque

peu, l'écart du louis à la pièce cent sous, j'espèrais ainsi voir s'apaiser les rancœurs... Je dois néanmoins constater que, depuis la publication des dernières concessions du Ministère, je n'en ai pas moins reçu diverses lettres de confrères réclamant « la suppression *complète* des catégories » et s'écriant, en leit-motiv : « *Tous* les médecins au même prix ! Pourquoi un privilège spécial pour les spécialistes ? » etc... J'ai répondu de mon mieux, *défendant le prix spécial pour le spécialiste*... Et voilà maintenant que je suis attaqué par celui-là même, me trouvant ainsi entre le marteau et l'enclume, ce qui prouve, au fond, que je suis dans le droit chemin !...

Ami Batier, croyez-moi, ne menez pas bataille sur ce point : ce serait desservir ceux-mêmes que vous désirez défendre.

Dans quelque temps, avec l'assurance maladie, auront lieu des tractations entre Caisses *locales* et Syndicats *locaux*, le temps des tarifs *généraux* étant heureusement passé. Est-ce en se dressant en bataille contre leurs confrères *voisins* que les spécialistes se prépareront des tarifs « intéressants » lors des tractations *locales* ? Je vous dis cela à cause de « l'ombrage pris » dites-vous, par les spécialistes, qui « ont constitué récemment un groupement de leurs syndicats nationaux ». Est-ce une menace voilée et d'ailleurs je ne sais à quel sujet, que vous avez voulu tracer ici dans l'espace ?... « Mané ! Thécel ! Pharès !... » Celle contre laquelle je veux vous prémunir est autrement troublante, réfléchissez-y bien.

Ne vous mettez pas à dos, par intransigeance, les « omnipraticiens », pour prendre votre mot. Si, rien que par votre *veto*, les médecins à cent sous restaient à ce prix, vous auriez beau avoir conservé votre louis, ce serait pour vous, à mon avis, une victoire à la Pyrrhus...

Je n'ai pu entrer ici dans les détails d'une controverse. Je vous ai promis des *faits*. Je crois avoir tenu parole. C'est la meilleure façon d'aimer ses amis que de ne leur jamais céler la vérité. Cette réponse est la preuve que je suis et reste entièrement le vôtre.

Dr Fernand Decourt.

P.S. — Je n'ai pas voulu vous répondre, au sujet de l'attitude des « dissidents » devant mon *appel* dans le *Concours*. Vous dites : « Les dissidents veulent-ils l'union du corps médical ? La souhaitent-ils ? Pour moi *je ne le crois pas.* » Hélas ! Jusqu'ici, les *faits* ne me permettent pas de vous dire que vous vous trompez...

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Les membres d'un syndicat médical peuvent-ils, tous à la fois, refuser de faire le service de l'A.M.G. ?

Dans beaucoup de départements, les médecins ne veulent plus consentir à soigner les malades de l'Assistance médicale gratuite, pour ne recevoir que des honoraires ridiculement bas.

Ils estiment que les impôts les frappent aussi lourdement que les autres citoyens et que la vie est aussi chère pour eux que pour toutes les catégories sociales.

Dans ces conditions, avant d'entrer franchement en lutte avec le préfet et le conseil général, *il est indispensable* d'étudier la question par son côté juridique.

1° *Le médecin de l'assistance médicale gratuite est-il un fonctionnaire ?*

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, ne doivent être considérés comme fonctionnaires que les docteurs en médecine qui sont chargés d'un service public, reçoivent pour cela un traitement fixe, sans qu'il soit nécessaire qu'il soit constaté qu'ils émargent pour la constitution d'une retraite.

Le médecin fonctionnaire doit détenir une parcelle de l'autorité publique. Par exemple, il doit représenter l'autorité préfectorale, ou communale, lorsqu'il est chargé d'inspecter les nourrices et nourrissons, comme inspecteur de la protection du premier âge, ou visiter des locaux insalubres, ordonner les mesures nécessaires contre une épidémie, comme médecin inspecteur départemental d'hygiène.

Le médecin directeur de bureau d'hygiène doit être considéré comme un fonctionnaire (Conseil d'Etat, 8 novembre 1918 ; 27 novembre 1918 ; 28 novembre 1919 ; *Concours médical*, 1920, 1404).

Est également considéré comme fonctionnaire le médecin inspecteur du premier âge (Conseil d'Etat, 29 octobre 1919 ; 10 novembre 1916 ; *Concours médical*, 1920, 445.)

Au contraire, ne peut pas être considéré comme fonctionnaire le médecin qui a loué ses services aux chemins de fer de l'Etat (Conseil d'Etat, 2 juillet 1915 ; *Concours médical*, 1920, 1276) ou aux chemins de fer de l'Etat, en Algérie (Conseil d'Etat, 11 janvier 1918) ou à une société privée, ayant un cahier des charges avec une commune (médecin contrôleur de la compagnie de distribution électrique de Paris, Conseil d'Etat, 21 mai 1920 ; *Concours médical*, 1920, 2980).

Les fonctions de médecin des Enfants Assistés ne peuvent être considérées comme un service public, car le seul mandat, qui est conféré au docteur par l'administration, consiste dans l'obligation de veiller à la santé des enfants, confiés à sa surveillance, de les visiter périodiquement et, en cas de maladie, de leur donner des soins et de leur fournir des médicaments (Cour de Cassation, 24 mai 1898 ; *Concours médical*, 1898, 310.)

Cependant, le tribunal civil de la Seine ; 6e chambre, 30 décembre 1910, *Concours médical* 1911, 259) a considéré comme étant un fonctionnaire un médecin de l'assistance publique à Paris, parce que nommé directement par l'administration et recevant un traitement fixe.

A contrario, le médecin de l'assistance publique, qui n'est pas nommé directement par le Préfet et qui ne touche pas un appointement fixe, à l'année, ne doit pas être considéré comme un fonctionnaire.

Et c'est le cas de la plupart des médecins qui donnent leurs soins aux indigents.

En effet, l'article 2 de presque tous les règlements départementaux arrêtés par le préfet, pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, spécifie que « tous les médecins, qui auront accepté le présent règlement sont admis à donner leurs soins aux malades de l'Assistance médicale gratuite ».

Par conséquent, aucun d'eux ne peut être considéré comme un fonctionnaire, puisque ce n'est pas le préfet qui les nomme, mais leur propre volonté, en acceptant de soigner les indigents aux conditions prévues au tarif départemental.

Ils ne touchent pas non plus de traitement fixe, puisqu'ils sont payés à la visite.

En troisième lieu, ils sont appelés uniquement à donner les secours de leur art, des soins.

En quatrième lieu, ils ne sont nullement détenteurs d'une parcelle de la puissance publique, puisqu'ils n'ont reçu aucun mandat, aucune délégation du préfet, pour inspecter, contrôler, ordonner au nom de l'autorité administrative locale.

2° *Un Syndicat médical peut-il défendre ses intérêts corporatifs, envers l'Etat, le département, ou la commune ?*

Cette question de savoir, si les médecins de l'assistance médicale gratuite peuvent être considérés comme des fonctionnaires, revêt à mes yeux, une très grosse importance, pour savoir si un Syndicat médical est autorisé à discuter un tarif d'honoraires avec le préfet et si, en cas de désaccord, les syndiqués peuvent abandonner le service de l'A. M. G.

En effet, l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 reconnaît aux médecins le droit de se constituer en Syndicats, sous le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sauf contre l'Etat, le département ou la commune (1).

Or, on peut interpréter cet article de plusieurs manières.

a) Il est interdit aux médecins de se constituer en Syndicat, dans le seul but de discuter leurs intérêts professionnels, à l'égard de l'Etat, des départements et des communes. Mais, si le Syndicat est formé depuis longtemps, s'il s'est constitué dans un but de défense générale, le groupe peut discuter valablement des intérêts corporatifs à l'encontre de l'Etat, du département et de la commune (*Concours médical*, 1912, 1952).

Dans cette hypothèse, ce qui serait interdit, ce serait le fait lui-même de se constituer en Syndicat, uniquement pour lutter contre l'Etat.

b) Le législateur de 1892 a voulu interdire les Syndicats de fonctionnaires. Par conséquent, les médecins fonctionnaires n'ont pas le droit de discuter corporativement avec leur patron, Etat, département ou commune.

Or, nous venons de voir que les médecins de l'A. M. G. ne sont pas des fonctionnaires.

De plus, à l'heure actuelle, les Syndicats de fonctionnaires sont tolérés et même reconnus comme légaux. Le syndicalisme a fait des progrès depuis 1884 et 1892.

3° Observation : en 1884, les professions libérales n'avaient pas le droit de se constituer en Syndicats. Le législateur de 1892 a innové, en faveur de la corporation médicale ; mais il a entendu faire la restriction que les docteurs, occupant une profession élevée dans la Nation, ne devaient pas, à un moment donné, entraver la libre application des lois, alors que leur ministère est nécessaire.

Mais, faisons remarquer que la loi du 12 mars 1920 reconnaît le droit, sans restriction, de se syndiquer, à toutes les professions libérales. Par suite, l'objection tombe.

Pour ma part, alors que la jurisprudence n'a jamais été appelée à se prononcer, j'estime qu'un Syndicat médical a parfaitement le droit de discuter avec l'Etat, le département et la commune, lorsqu'il s'agit de défendre des intérêts généraux et corporatifs.

En effet, au point de vue juridique, le médecin de l'assistance médicale gratuite n'est que le salarié du département.

Le docteur a librement consenti à travailler aux conditions, contenues dans un cahier des charges, appelé règlement préfectoral, mettant

(1) Article 13 : A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouissent du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes, autres que l'Etat, les départements et les communes.

en vigueur, dans le département, la loi du 15 juillet 1893.

Le corps médical se trouve en présence d'un contrat de travail unilatéral, dont les termes sont fixés et arrêtés par une seule partie, le préfet. Il faut accepter, ou refuser en bloc.

Or, la loi du 15 juillet 1893 n'oblige pas les praticiens à soigner les indigents. Par conséquent, le jour où le service ne plaît plus aux médecins, ils l'abandonnent.

La démission collective est-elle punissable judiciairement ?

Si les médecins syndiqués décidaient d'envoyer, tous à la fois, leur démission au préfet, ce dernier aurait-il le droit de poursuivre juridiquement les dirigeants du Syndicat ?

Il en a toujours le droit ; mais reste à savoir si les tribunaux lui donneraient raison.

Ce n'est pas en vertu des articles 414 et 415 du Code pénal, que le procès serait intenté. Ces articles ne prévoient que les violences, voies de fait, etc. dans le but d'obtenir une cessation du travail, ou de porter atteinte au libre exercice de l'industrie ou du travail.

Certes, les médecins n'emploieront pas la violence contre ceux de leurs confrères, qui voudraient continuer à assurer le service de l'A. M. G.

D'ailleurs, la mise à l'index d'un patron est parfaitement licite. Les médecins d'un département mettent à l'index leur patron, le préfet, pour le service de l'A. M. G. Nous sommes ici sous l'empire du droit commun, car la loi du 15 juillet 1893 oblige les préfets et les conseils généraux à faire donner des soins aux indigents, mais n'ordonne pas aux médecins de donner ces soins à leur corps défendant.

C'est donc une pure question de contrat de travail et de salaire qui est en discussion et qui *provoque la cessation du travail*, de la part des docteurs, envers un patron, le préfet, qui les paye trop mal.

Quel serait le résultat des poursuites correctionnelles.

Supposons que le procès ait lieu et que les dirigeants du Syndicat soient poursuivis devant le tribunal correctionnel et soient reconnus coupables. Quelle peine pourrait leur être infligée ?

La loi du 30 novembre 1892 est muette, quant aux sanctions applicables, pour violation de l'article 13 (constitution d'un Syndicat médical contre l'Etat, le département, ou la commune).

Or, en droit pénal domine un principe : *nulla pœna sine lege*. Par suite, le tribunal ne pourrait que constater la violation de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892, mais ne pourrait appliquer de pénalité, puisqu'aucune n'est prévue par le législateur.

Les pénalités édictées à l'article 9 de la loi du 21 mars 1884 (dissolution du Syndicat et amende de 16 à 200 francs) ne sont prévues que pour des cas particuliers, qui ne rentrent pas dans le cadre de la question précise qui nous occupe.

J'en conclus qu'étant donnée l'évolution des idées, en ce qui concerne la conception du syndicalisme et de ses droits, nous ne nous trouvons plus, en 1926, en présence de la même mentalité que celle qui régnait en 1884 et en 1892.

Je crois donc qu'un Syndicat médical peut parfaitement décider que tous ses membres pourront démissionner du service médical de l'assistance médicale gratuite, service qui n'est pas légalement obligatoire pour les médecins, motifs pris de l'intransigeance du préfet et du Conseil général, ainsi que de l'insuffisance des honoraires alloués aux médecins.

Un procès serait intéressant à soutenir et le « Sou médical » ne se déroberait pas pour donner son appui à ses adhérents.

Service de l'A. M. G. à l'abonnement et à la circonscription.

Mon raisonnement doit être légèrement modifié, au cas où il s'agirait d'un des rares départements, où persiste encore le vieux système de la circonscription et de la nomination par l'autorité préfectorale.

On pourrait soutenir, avec la 6e chambre du tribunal de la Seine (30 décembre 1910, précité) que le médecin de l'A. M. G. doit dans ce cas, être considéré comme un fonctionnaire, parce que nommé par le préfet et touchant un appointement fixe à l'année.

Il serait donc possible de reprocher au Syndicat médical d'avoir organisé une coalition de fonctionnaires, pour mettre obstacle au bon fonctionnement d'un service public.

A cela, je répondrai que chaque médecin peut, individuellement, donner sa démission de titulaire d'une circonscription d'A. M. G. et prévenir le préfet qu'il cessera ses fonctions, avec un préavis d'un mois, par exemple, pour permettre au préfet de trouver, si possible, d'autres titulaires.

Néanmoins, aucune sanction pénale ne pourrait être applicable, à part la dissolution du Syndicat, qui se reconstituerait, en Syndicat, le lendemain de la dissolution, avec un autre bureau.

D'ailleurs, en général, les médecins ne sont pas nommés pour une période déterminée (sauf lorsqu'ils sont désignés à l'année, dans lequel cas, ils doivent terminer l'année commencée et ne démissionner que pour l'année suivante). Le fait d'être médecin d'une circonscription de l'A. M. G. comporte un contrat individuel de louages de services dont il faut, de part et d'autre, respecter les termes et conditions.

Dr Paul BOUDIN.

DE L'IMMIGRATION (1)

Par le Dr René MARTIAL.

(suite et fin).

VII. La conférence de Rome (1924) jette les bases d'une législation.

Il nous reste maintenant à parler de la conférence de Rome de 1924, qui a en somme, jeté les bases de la généralisation de ces législations nationales et internationales. La conférence de Rome s'est, en outre, proposé d'unifier, dans la mesure du possible, les différentes législations existantes en vue de régulariser les nouvelles migrations populaires, de parer à leurs inconvénients de tous ordres et d'éviter les difficultés qu'elles peuvent soulever.

L'idée de la conférence de 1924 n'était d'ailleurs pas tout à fait nouvelle. En 1869, les Etats-Unis ont fait une première tentative dans ce sens. Depuis lors, l'Allemagne, la Hollande, la Belgique, l'Argentine, l'Italie, ont pris tour à tour l'initiative de différentes conférences se rapportant, de près ou de loin, à l'immigration. La dernière en date était celle de 1921, qui avait amené les choses au point où elles sont actuellement.

La conférence de Rome a réuni 53 nations. Elle était divisée en 4 sections : 1° transport, hygiène et services sanitaires ; 2° collaboration entre les services d'émigration et d'immigration des divers pays ; 3° assistance aux émigrants dans les ports d'embarquements, et aux immigrés de la part d'institutions privées dans les pays d'arrivée, assistance spéciale aux femmes et aux enfants ; 4° péréquation de l'immigration aux besoins des pays récepteurs ; développement de la coopération, de la prévoyance, de la mutualité entre les immigrants ; principes fondamentaux des traités de travail.

Les délégations de chacun de ces pays comptaient des diplomates, de hauts fonctionnaires, des industriels, des professeurs de droit, des directrices d'assistance, des attachés commerciaux etc. ; mais nous avons cherché en vain, dans la liste du personnel de ces délégations, que nous avons eue sous les yeux, un médecin-hygiéniste qualifié, et, en particulier, il semble bien que la délégation française n'en comptait pas un. En tout cas, il n'était pas cité.

Les vœux émis par la conférence ont été multiples et leur seul énoncé équivaut à tout un programme d'organisation législative. Il y a d'abord l'éducation de l'immigrant. La conférence demande que des notions soient données aux immigrants sous une forme populaire, avant leur départ du pays d'origine, sur la propreté, l'hygiène personnelle et collective, l'entretien des maisons d'habitation, l'emploi rationnel de l'eau potable, les moyens de se défendre contre les maladies contagieuses et parasitaires.

« Vingt ans après », une conférence internationale se range aux théories que j'ai émises dans mon « Ouvrier », lesquelles découlaient elles-mêmes de cette parole de Danton : « Après le pain, le premier besoin du peuple c'est l'éducation ».

VIII. La conférence de Rome et l'organisation sanitaire.

La conférence a demandé que *l'examen médical et sanitaire des immigrants,* tel qu'il est compris aux Etats-Unis *soit généralisé,* et, c'est précisément là *le nœud de la question,* puisque c'est la légalité de cet examen médical et sanitaire qui nous permettra d'éviter les indésirables physiques, moraux et mentaux.

La conférence a émis le vœu que, dans tous les pays où la vaccination antivariolique est obligatoire, les immigrants fussent vaccinés ou revaccinés et porteurs d'un certificat attestant cette opération. Mais elle a complètement oublié la vaccination antityphoïdique, ce qui à notre époque, est d'autant plus incompréhensible que, dans un certain nombre de pays, même européens, elle est obligatoire.

La conférence s'est préoccupée à juste titre de l'organisation sanitaire des bateaux destinés au transport des immigrants. Il est bien certain que des progrès ont été faits à cet égard et que les navires qui transportent les immigrants sont mieux tenus et mieux agencés que ceux d'il y a vingt-cinq ans. Cependant, on ne peut pas dire que ces navires réalisent encore toutes les conditions d'hygiène nécessitées par le transport de grandes masses d'individus. Le vœu de la conférence est donc tout à fait justifié. Ce vœu se complète, d'ailleurs, par la nécessité d'une organisation hygiénique et sanitaire des principaux ports d'embarquement des immigrants. Un commencement d'effort a été fait puisque, à Cherbourg, un abri pour 3.000 immigrants a été construit et puisque, d'autre part, la Ligue nationale de lutte contre la syphilis se préoccupe d'organiser des dispensaires de fréquentation internationale pour les marins de la marine marchande. Il faut espérer que ces dispensaires seront également utilisés par les immigrants, lesquels pourraient ainsi, même en cours de route, continuer le traitement qu'ils auraient commencé dans leur pays d'origine, en admettant toutefois que leur départ eût été autorisé. Il faut également un service médical

(1) Voir Concours médical 1926, nos 15-16.

de surveillance qui puisse parer à toute alerte susceptible de survenir dans un groupe d'immigrants, car nous savons que les épidémies peuvent surgir brusquement, surtout chez des individus qui, même propres, peuvent transporter avec eux des germes ou des parasites.

La conférence a indiqué aussi la nécessité absolue de donner aux femmes et aux enfants, pendant les traversées, une assistance spéciale. Le navire devrait compter dans son personnel une ou des personnes offrant toutes les garanties morales nécessaires, connaissant les langues étrangères, ayant reçu une éducation sanitaire suffisante pour pouvoir s'occuper plus spécialement de cette partie de la population qui voyage. L'assistance aux femmes enceintes s'impose ; si l'on veut songer aux conditions déplorables dans lesquelles un accouchement se fait dans les entreponts des troisièmes et des quatrièmes classes.

La conférence a pensé que des cabines spéciales devraient être réservées aux femmes et aux jeunes filles voyageant seules, sans les obliger à acquitter un supplément de prix sur le tarif des immigrants logés en dortoir. Ce serait, en somme, continuer à bord la protection de la jeune fille qui existe déjà dans un grand nombre de villes en Europe, et, en particulier, dans les gares des grandes villes.

La conférence a suggéré que les gouvernements des différentes nations s'entendent pour recueillir, centraliser et échanger les constatations faites durant les voyages transocéaniques par les médecins des navires sur l'état de santé des enfants en bas âge depuis leur embarquement jusqu'à leur débarquement et sur les méthodes d'alimentation que l'on pourrait préconiser au cours de la traversée. Selon nous, il conviendrait de procéder de même au sujet des *voyages en chemin de fer* qui ne sont pas moins meurtriers.

Cet ordre de prévisions a été complété par le projet de la création d'une assurance des immigrants contre les risques du voyage et la publication d'un recueil méthodique des dispositions en vigueur dans tous les pays, relatives au régime sanitaire des immigrants.

Rien que par cette partie des vœux émis par la conférence, on constate combien notre pays est en retard et dénué de presque tout moyen convenable d'assurer le passage et la vie des immigrants. La tâche est grande, mais nullement *impossible. Il sera nécessaire seulement* de la confier à des compétences vraies.

IX. Assistance aux immigrants et statut des *immigrants*.

Ainsi la conférence de Rome a bien indiqué les solutions sanitaires à donner au problème de l'immigration. Certaines voix se sont fait entendre à Paris, pour réclamer le mérite d'avoir pensé à l'assistance due aux immigrants. Mais cette assistance n'est et ne peut être qu'un palliatif et non pas la solution des problèmes que nous venons d'esquisser dans ce résumé. Toutefois, ce palliatif ne saurait être négligé, mais il faut le comprendre d'une manière tout à fait différente de ce qui a été fait jusqu'ici. Jusqu'à présent, on a compris l'assistance aux immigrants uniquement sous la forme hospitalière. Or cette forme n'est elle-même qu'une partie minime de la vraie assistance et les mêmes personnes, qui font ressortir les mérites de l'assistance hospitalière, semblent oublier que, même pour un immigrant, la vie ne se passe pas à l'hôpital. Elle s'y passera d'autant moins que tout pays aura une législation de l'immigration telle que le transport des malades, de quelque catégorie que soit leur maladie, deviendra très difficile, sinon impossible. L'assistance doit donc porter ses vues au-delà et en dehors de l'hôpital. Aussi la conférence a-t-elle préconisé la création d'asiles aux frontières, pour les familles des émigrants, la surveillance, par les services d'hygiène nationaux, des logements qui leur seront réservés et a signalé l'urgence qu'il y a à améliorer le bien-être et en particulier la nourriture des immigrants. Ceux, parmi les hygiénistes, qui ont eu l'occasion de voir et de manier des immigrants sont convaincus de la justesse de ce dernier vœu, et comment et pourquoi des immigrants, qui seraient partis en bonne santé de leur pays ne peuvent arriver à destination que dans un état médiocre, en raison même de l'infériorité de la nourriture qu'ils ont consommée en route.

Un autre point de vue a préoccupé la conférence : la protection des femmes et des enfants contre les trafiquants de chair humaine. Elle demande que les immigrants soient protégés contre la propagande mensongère qui les incite à se mettre en route sans renseignements suffisants et en exploitant leur espoir d'un sort meilleur.

La conférence a pensé également aux charges que sont pour les émigrants les bagages qu'ils traînent, aux dépenses supplémentaires que ces bagages leur occasionnent, aux vols et aux pertes auxquels ils les exposent. J'ajouterai qu'elle aurait pu penser que ces bagages sont eux-mêmes d'excellents vecteurs de maladies contagieuses et, en particulier, du typhus exanthématique et de la peste, car ils recèlent dans leur profondeur des poux et des puces.

***

A côté des questions purement législatives qui devront faire l'objet de traités spéciaux de pays à pays et dont les termes seront nécessairement variables selon ces pays, se place une idée

d'un haut intérêt, qui est celle du *statut de l'émigrant.* En effet, tout individu vivant dans sa nation a un statut à la fois personnel et national. Mais, dès le moment qu'il quitte son pays d'origine, et jusqu'à ce qu'il soit incorporé dans son pays de destination, l'émigrant peut être considéré comme un homme sans nationalité et partant sans statut. Ceci comporte pour lui plus d'inconvénients que d'avantages. Il en est de même pour les pays qu'il traverse. Il devient donc nécessaire d'élaborer un statut des humains voyageant en qualité d'émigrants. Ce statut s'inspirerait des principes généraux régnant dans les différentes nations et des accords internationaux établis entre ces nations. Le statut consacrerait la liberté d'émigration et la liberté d'immigration, sous réserve des restrictions établies par les différents pays à certains moments de leur existence. Nous avons vu, en effet, que les Etats-Unis font varier chaque année les quota d'immigrants qu'ils reçoivent de chaque pays. Cette liberté serait étendue à toute la famille, de manière à maintenir l'unité de cette famille. Le statut donnerait aux immigrants la protection sanitaire et la protection morale pendant toute la durée du voyage et quels que soient les pays traversés. Le statut les obligerait à l'instruction, à laquelle nous avons fait allusion un peu plus haut, sur la manière et les conditions à remplir pour voyager et leur indiquerait la connaissance des risques qu'ils courent au cas où ils ne se conformeraient pas aux règles adoptées par les différents pays récepteurs. Le statut indiquerait les grandes lignes de l'assimilation des immigrants aux droits civils des nationaux, sous réserve des réciprocités, l'assimilation des travailleurs étrangers aux travailleurs nationaux, au point de vue économique, sous la seule réserve des exceptions établies pour la défense nationale, l'égalité des travailleurs étrangers aux nationaux devant l'impôt, la même égalité en ce qui concerne les assurances maladie-accidents et les assurances sociales dans les pays où l'assurance sociale existe.

X. Le but à atteindre, en France ; les compétences.

Cette question de l'immigration, qui constitue actuellement, pour la France, le premier problème après le problème financier, s'il n'est pas sur un pied d'égalité avec lui, qui doit sauver l'industrie nationale de la pression étrangère, qui doit apporter une partie de la solution du problème de la natalité, qui, au point de vue sanitaire, s'est déjà révélée d'une gravité évidente, préoccupe aujourd'hui — et l'on peut dire un peu trop tardivement — beaucoup de Français. Mais, il faut obtenir que cette question ne soit pas déviée, et que le seul intérêt général soit vraiment considéré. La nécessité absolue, pour parvenir à cet idéal, est de ne confier l'étude et la réalisation de la législation de l'immigration qu'à des personnalités vraiment compétentes et non pas seulement compétentes par leurs titres ou leurs fonctions. Il faut espérer que ceux qui collaboreront à l'élaboration de la future législation seront choisis et recrutés même en dehors du monde officiel. Trop souvent, en effet, les intentions les plus louables ont été détournées de leur but par l'incompétence manifeste des membres de commissions, également trop nombreuses, qui ont eu à les examiner et à les codifier. Nous demandons que les efforts soient coordonnés, que les *institutions fragmentaires* qui peuvent déjà exister soient fusionnées dans la législation générale à créer, qu'on ne laisse pas subsister des vestiges d'institutions occasionnelles ou surannées sous le seul prétexte qu'elles existent déjà. Il s'agit de créer une législation agissant avec une méthode prévoyante et un mécanisme bien articulé, qui fera naître les organismes sanitaires et sociaux indispensables. Il est également indispensable au bon succès de cette nouvelle législation et de ces organismes qu'il y ait unité de vues, unité de doctrine, unité d'action et, par conséquent, harmonisation complète dans la fusion de tout ce qui peut exister avec tout ce qui existera, le second tout devant être beaucoup plus considérable que le premier.

Il nous paraîtrait équitable de définir, de délimiter les compétences appelées à élaborer la nouvelle législation de la manière suivante : le ou les parlementaires qui ont travaillé la question, des fonctionnaires des affaires étrangères, des techniciens des transports, des industriels, et des agriculteurs, des techniciens de la santé publique choisis parmi les directeurs municipaux et les inspecteurs départementaux d'hygiène, des inspecteurs du travail, des chefs de service du Ministère du travail.

XI. L'étape préparatoire.

LA NATURALISATION

Une étape préparatoire est en train de se franchir, qui l'a déjà été aux Etats-Unis. Elle devrait être franchie depuis déjà longtemps, si l'on songe aux pertes en hommes que nous a values le retard apporté à la question de la naturalisation. Il s'agit de régler le sort d'étrangers qui sont venus très jeunes en France ou même adolescents, qui ont appris à aimer notre pays, qui y sont fixés pour toujours, qui veulent offrir leurs efforts à notre pays et qui ne le peuvent pas à cause des difficultés qu'on leur oppose au point de vue de la naturalisation. Non seulement nous perdons ainsi depuis la guerre environ 100.000 hommes par an, qui sont obligés de retourner à l'étranger pour y accomplir leur devoir mili-

taire, mais nous perdons encore de précieuses forces intellectuelles, et beaucoup de ces hommes qui sont, en fait, des Français ardents, déplorent que leur demande de naturalisation dorme dans des cartons administratifs pendant deux ans et plus avant de recevoir aucune solution.

Il importe donc que le Parlement vote au plus tôt les dispositions qui lui sont proposées pour faciliter la naturalisation et l'assimilation totale des nombreux éléments étrangers qui ont fait leurs preuves de bons citoyens français, mais ne veulent pas s'engager dans la légion étrangère pour des raisons faciles à comprendre, et qui ne désirent qu'une chose, faire leur service dans l'armée française métropolitaine. Je le répète, il y a là non seulement des travailleurs manuels en grand nombre, mais aussi des travailleurs intellectuels, dont quelques-uns sont de premier ordre et qui souffrent de l'attente qu'on leur impose. Cette modification de la loi de naturalisation est de toute urgence et constituera une préface naturelle à la législation de l'immigration que nous devons créer sous ses deux aspects : national et international. Elle est aujourd'hui en instance devant le Parlement, mais il faut qu'on se hâte.

Tel est aujourd'hui, selon nous, l'état de la question en France. Nous ne manquerons pas de tenir les lecteurs du *Concours médical* au courant de ses futurs développements.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

J'ai lu et relu, avec un très grand intérêt, l'article publié sous votre signature dans le *Concours médical* du 14 mars 1926, et intitulé « Hygiène et Prophylaxie . L'hygiène publique n'est-elle plus une façade ? ? ».

Ayant exercé la médecine pendant 10 ans avant de devenir, il y a plus de 15 ans et après concours effectif, inspecteur départemental d'hygiène, je crois rentrer dans le cadre de ceux que vous signaliez , *in fine*, comme susceptibles de contribuer à un bon fonctionnement des services d'hygiène dans un département. Cette expérience, déjà longue, de la médecine préventive et de l'administration de l'hygiène me permet, je crois, de vous présenter quelques réflexions sur deux points de votre article.

Vous signalez, d'une part, que « dans les départements, l'organisation est en progrès : 27 départements seulement ne possèdent pas d'Inspecteur départemental d'hygiène », et, d'autre part, qu' « il y a cependant de remarquables organisations des services d'hygiène. Douze départements se classent au premier rang. Douze! une infime minorité ».

S'il est exact que, sur les 90 départements français, 27 sont totalement dépourvus d'une Inspection départementale d'hygiène, il en est un nombre environ égal dans lesquels cette Inspection n'existe que sur le papier, un Inspecteur de l'Assistance publique ou une autre personne recevant une indemnité dérisoire pour permettre d'inscrire au budget départemental un article « Inspection et contrôle des services d'hygiène » ou tout autre libellé analogue : il n'y a, en réalité, qu'une trentaine de départements dans lesquels il existe une Inspection d'hygiène réelle.

Et, parmi ceux-là, « douze départements se classent au premier rang ». Vous reconnaîtrez avec moi que douze premiers dans une ..... classe de 30 élèves, c'est déjà un résultat. Il s'agirait de savoir le nombre des Inspections réelles qui ne méritent pas de figurer au « tableau d'honneur », qui, par conséquent, sont réellement insuffisantes.

Le seul remède à cette situation, c'est la modification du premier paragraphe de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, qui rend actuellement facultative seulement la création d'une Inspection d'hygiène dans un département.

Revenant sur la question si discutée de la déclaration des maladies contagieuses, vous estimez, avec beaucoup de confrères, que celle-ci doit être faite par les familles : je n'y vois, personnellement, aucun inconvénient. Mais, je crois utile de vous faire connaître que, dans certains départements, la déclaration de toutes les maladies contagieuses est faite régulièrement, avec le mode actuel de déclaration.

Dans celui où j'exerce, il y a environ 390.000 habitants. En 1925, les médecins ont adressé spontanément 299 déclarations de tuberculose, en vue d'une désinfection après décès, hospitalisation ou déménagement. En outre, 284 opérations de désinfection ont été effectuées sur la demande des Dispensaires d'hygiène sociale, et 213 sur la demande directe des familles intéressées, soit un total de 796 désinfections en une seule année pour tuberculose, dont 165 après transport (déménagement ou hospitalisation).

La moyenne annuelle des décès par tuberculose dans le département étant de 800, 79 % d'entre eux ont donc été, sans obligation de déclaration pour cette affection, l'objet de mesures de désinfection. Je ne sais si c'est un record, aucune étude générale n'étant faite à ce sujet pour la France entière. Mais, je crois pouvoir certifier, d'après une expérience de 15 ans, que les médecins font actuellement leurs déclarations de maladies contagieuses lorsqu'ils constatent

que ces déclarations ont un résultat. Que des Inspections départementales soient créées partout et qu'elles fonctionnent régulièrement, et l'on verra, dans la France entière, les déclarations des médecins se multiplier, comme elles l'ont fait ici depuis 15 ans, passant de 38 en 1911, à 299 en 1925, pour la seule tuberculose.

Je pourrais vous exposer également des faits intéressants en ce qui concerne la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc. Mais ceci m'entraînerait beaucoup trop loin, et je ne voudrais pas abuser de votre temps. Je tiens seulement à montrer, par l'exemple que je vous ai donné, que, comme l'ont écrit MM. les docteurs Dequidt et Forestier, comme vous le signalez vous-même, on obtient beaucoup avec la collaboration franche et loyale entre le Corps médical et l'Administration. Mais, il faut que celle-ci soit représentée par un conseiller technique qui sache inspirer confiance à l'une comme aux autres ; là est le point capital. Comme l'a dit M. Emile Roux, Directeur de l'Institut Pasteur, tant vaut l'homme, tant vaut l'Inspection départementale. Il faut donc que cette dernière, non seulement existe partout, mais qu'elle soit partout sérieusement organisée et qu'elle soit dirigée par un médecin spécialisé susceptible d'inspirer confiance, tant à l'Administration qui l'emploie qu'au Corps médical avec lequel il doit se tenir en relations constantes.

Sans bruit, sans coups de grosse caisse, sans réclame, une Inspection départementale d'hygiène peut faire beaucoup, même avec la législation actuelle : qu'on la crée partout, qu'on en confie le service à un médecin compétent, expérimenté et serviable vis-à-vis de ses confrères, et les résultats favorables se manifesteront dans un avenir que, avec l'expérience acquise, je puis qualifier de très proche.

Un tel fonctionnaire ne méritera jamais le reproche d'être administratif, dans les conditions que vous reprochez à certains d'entre eux, d'accord avec MM. les docteurs Dequidt et Forestier. Et alors, il n'y aura peut-être plus de « façade », mais il y aura des réalisations devant aboutir au mieux être général et, à défaut d'une natalité supérieure, à une diminution de la mortalité en France.

Dr Paquet,
Inspecteur département d'hygiène de l'Oise,
Auditeur au Conseil supérieur
d'hygiène publique de France.

***

Je remercie mon très distingué confrère, le Dr Paquet, des renseignements qu'il veut bien nous donner. Je le remercie d'autant plus que son exemple vient précisément illustrer le desideratum que je formulais dans l'article auquel il répond, à savoir que les fonctionnaires de l'hygiène publique soient des médecins ayant effectivement pratiqué durant un minimum de cinq ans la médecine générale.

Si les services de l'hygiène fonctionnent activement dans son département, je suis convaincu que c'est en grande partie à sa qualité d'ancien praticien que ce résultat est dû.

En ce qui concerne la déclaration des maladies contagieuses, ce n'est pas sans surprise que j'ai retrouvé, dans le rapport de M. Vallée à l'Académie de Médecine, la critique si souvent formulée naguère contre l'obligation imposée au médecin traitant. Considérant qu'en effet, cette formalité tend à passer de plus en plus dans les mœurs médicales et est bien plus volontiers acceptée, je n'en aurais jamais reparlé *proprio motu*. Les remarques si nettes, si catégoriques de M. Vallée ont ramené mon attention là-dessus, et je me suis dit que si un académicien formulait contre la déclaration obligatoire pour le praticien les mêmes critiques, c'est qu'elles n'avaient pas perdu de leur valeur ni de leur actualité.

De là, mes propres réflexions.

Que l'on trouve le moyen d'obtenir la coopération du Corps médical, et que l'on réussisse à faire l'éducation du peuple, en matière d'hygiène, je pense comme vous que le problème sera résolu.

G. Duchesne.

AUTOUR DES THÉATRES

La Prisonnière. — La Rose de septembre. — Qu'est-ce ? — Blum... Badabloum. — Tartuffe (« à l'Empire »). — Zut à l'or. — Monsieur de Saint-Obin.

La Rose de Septembre, au Théâtre de l'Athénée est une Idylle jolie dont le nom seul, évoquant le souvenir de quelque chose de démodé, est charmant. Et cependant c'est une pièce moderne qu'a réalisée là M. Jacques Deval et dont M. Lucien Rosemberg et Mlle Madeleine Soria interprètent avec leur habituelle maîtrise les deux rôles principaux, ceux d'honnêtes gens qui s'aiment et qui, cependant, se séparent parce qu' « Elle » est mariée et que « Lui » riche propriétaire, maire respecté de sa ville, directeur de conscience de ses administrés, ne doit pas faillir. C'est avec une rare habileté que M. Jacques Deval a su faire éclater chez ses deux héros l'amour que, sans le savoir, ils avaient l'un pour l'autre, amour d'une jeune femme gaie et heureuse pour un parrain célibataire qui s'aperçoit avec angoisse, lorsque sa filleule vient s'asseoir

sur ses genoux pour le caliner tendrement, que l'affection paternelle qu'il croit lui porter, est un Amour tardif qui a fleuri comme une Rose de Septembre..... et c'est charmant !

Ce n'est pas précisément sur un terrain pareillement idyllique que s'est placé M. Edouard Bourdet, en faisant représenter *La Prisonnière* au Théâtre Fémina ! La conception qu'il a dû adopter pour donner à sa pièce une portée morale et en faire ressortir le grand « prenez garde » qui en est la conclusion logique en fait un cas particulier sans qu'il y ait lieu de le généraliser. Peut-on dire que le sujet en est médical, qu'il porte sur un point de psychiatrie, je ne le pense pas. Il n'est pas inutile d'affirmer de temps à autre que certains modes moins usuels ne sont pas forcément l'apanage d'anormaux ou de vicieux, et que l'amour de classifications, souvent stériles (rarement comportant une thérapeutique utile) pousse certains spécialistes à réclamer comme appartenant à leur domaine certains gestes qui, à l'ordinaire (sauf cas exceptionnels bien caractérisés), ne ressortissent que du cadre de « la Vie » et ne comportent pas l'intervention du médecin. Les héros de M. Bourdet sont très près du cas médical. Que Delphine d'Aiguines n'aime l'amour qu'à la façon de Bilitis, ce serait sans importance si elle n'en faisait un véritable principe, malheureusement inséparable en pratique de quelque prosélytisme puisque des pensées et des volontés s'ajoutent au geste simple. Il semble qu'il n'y ait rien à gagner à dramatiser sur ce geste et qu'on risque surtout comme l'ont fait, dans une autre matière, des lois récentes sur les stupéfiants, d'éveiller des curiosités et de faire naître des adeptes résolus là où il n'y avait que de simples consommateurs ! Quoiqu'il en soit, Irène de Monteil est la « Mnasidika » de Delphine et le mariage lui-même avec un homme qui l'aime, n'arrive pas à chasser de sa pensée le souvenir de celle vers laquelle elle revient dès qu'un bouquet de violettes la rappelle, au retour de son voyage de noces. La pièce est belle et les sentiments exposés le sont avec beaucoup de force et de sincérité. Peut-être sera-t-elle encore mieux comprise par les hommes qui, comme le mari de Delphine, auront souffert du mal qu'elle expose ou par des intellectuelles, amoureuses de psychologie et de sentiments excessifs. En vérité, il est une sorte de suggestion ou d'auto-suggestion qui résulte couramment — sans qu'on s'en rende compte — du charme ou du mystère de certains sujets dont l'attirance apparaît énorme de loin et qui perdent beaucoup à être creusés... On n'a pas oublié l'exemple, souvent cité, de l'amoureux qui portait toute son imagination sur les bottines de la femme aimée et ne pouvait avoir ..... d'extases ..... qu'en prenant un petit soulier dans ses mains. Ce cas, assez fréquent, n'est cependant qu'une manifestation partielle de l'action générale « efficace » de la coquetterie de la femme sur les appétits de l'homme et j'ai expérimenté qu'en mettant à demeure le soi-disant malade dans l'atmosphère d'un magasin correspondant à sa préférence, le charme spécial cessait d'agir et laissait rentrer les désirs dans l'ordre de la coquetterie générale, sans plus..... Si Irène revient à Delphine après son mariage, c'est que Jacques ne sut pas s'y prendre, c'est qu'il ne sut pas se faire aimer d'elle : ce n est pas « vers » Delphine qu'elle se précipite, c'est « de » Jacques qu'elle s'éloigne et il y a un monde entre les deux. La prison véritable pour Irène, c'est le mariage avec l'homme qu'elle n'aime pas et qui n'a pas su lui faire de la vie conjugale autre chose qu'une geôle. En des temps où certains actes deviennent souvent « trop simples » au point de n'être que de simples gestes auxquels la natalité paraît n'avoir, tant qu'ils demeurent tels, pas beaucoup plus à perdre qu'à gagner, M. Bourdet a répondu à une intention louable en dénonçant ce qui lui paraît être un véritable péril social. Quant à l'intensité de ce danger, j'avoue n'en être pas bien convaincu : celles que leur imagination, leurs tendances, leurs idées pousseront à être des « Delphine » des cérébrales convaincues, exclusives, faisant à la fois du prosélytisme et le malheur de leur mari , ne sont pas « mères » et ne feraient que des mères peut-être indésirables, à moins que..... car « tout arrive », l'Amour ne passe (avec un grand A) qui, plus fort que tout, peut toujours « tout » remettre en place comme il le fait si simplement pour la plupart de celles qui n'étaient devenues des « Irène » que faute de mieux.

Grande semaine pour les petits théâtres et pour le Music Hall ; au Perchoir, une Revue drôle : *Qu'est-ce ?* de M. Jean Marsac dans laquelle les artistes descendent *dans la salle* et offrent des dragées aux spectateurs, forme toujours nouvelle d'une fantaisie que le public apprécie volontiers ; au « Théâtre de Dix heures », une agréable revuette de M. Charles Fallot : *Blum...... Badabloum* ! ...... atmosphère mi-sociale, mi-politique ; la démolition de l'Exposition des Arts Décoratifs voisine avec le Multimillionnaire dépouillé par le fisc et le curé de Bombon avec l'horloger chargé de réparer le Cartel ; l'idée fixe de l'Américain qui réclame le paiement des dettes fait un joyeux pendant au vieux monsieur qui élève des poules au grand dam de sa femme, et à M. Joseph Durand qui se félicite de Locarno. Au Théâtre des Deux-Anes, MM. Roger Ferréol et Georges Merry donnent dans *Zut à l'Or*, une troisième sorte de revue dont le genre est très particulier : le souvenir de Madame de Sévigné, dont le mari ne trouve pas drôle tous les jours d'être le mari d'une fem-

me de Lettres, s'y rencontre de façon fort heureuse avec celui de la grande et fantaisiste artiste de Music Hall que deux dames, venues de Carcassonne et de Lille pour la voir de près, ne peuvent. .rencontrer dans sa loge parce que... ce soir-là, elle est allée jouer à la Comédie-Française. Manière spirituelle d'évoquer les débuts de M. Silvain devant le public du Music Hall. Ce fut pour « l'Empire », une soirée inoubliable ; M. Silvain fut incomparable de mesure et la dignité de son jeu se trouva d'autant plus en valeur que ses partenaires affectèrent de forcer leurs effets pour plaire à un public spécial. Il était à craindre que *Tartuffe*, partiellement intercalé entre deux numéros gais, ne se trouvât pas tout à fait en valeur et que le succès de M. Silvain ne s'en ressentît, il n'en fut rien et il n'est pas sans intérêt de constater, tout en faisant la part de la curiosité, que les recettes de l'Empire en furent magnifiques, ce qui est criterium, et non sans valeur.

Le Théâtre des Mathurins a eu la main heureuse avec *Monsieur de Saint-Obin* de MM. André Picard et H. M. Harwood. Que Monsieur de Saint-Obin qui a besoin d'argent connaisse à point en l'homme d'affaires Dupin, celui qui lui en procurera, la trouvaille ne serait pas bien neuve, mais les conditions en sont assez pittoresques : il doit, pour y arriver, compromettre une dame et se faire prendre avec elle en flagrant délit afin de lui permettre de divorcer et d'épouser le député qui versera les fonds ; oublieux des conventions, il plaît au mari, néglige la femme, et lorsque celle-ci, éprise puisque dédaignée, puis conquise, est surprise par son mari au moment où elle se défend contre une attaque brusquée du député qu'elle n'aime plus, c'est ce dernier qui prend la porte...... Et si le mari n'en est pas moins trompé, c'est cependant du côté où il les espérait le moins que viennent les fonds à M. de Saint-Obin puisqu'il entre dans les Conseils d'administration du mari. Il y a quelque chose d'assez inattendu dans cette manière d'arriver comme sans le vouloir à se tirer d'affaire sans avoir réellement perpétré la petite malpropreté qui se trouvait à la base du contrat. Combien de très honnêtes gens doivent leur fortune à la constitution de sociétés dans lesquelles les premiers fonds ne furent jamais ni versés ni ne durent jamais l'être et dont la rapidité de réussite évita seule la mise au point par un juge d'instruction de l'... « abus de confiance » qui était à leur point de départ et dont ils avaient, sans gaieté de cœur, accepté l'éventualité.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. MAILLON

Médecin expert près les Tribunaux

(Suite)

Raideurs et ankylsoses articulaires.

RAIDEURS ET ANKYLOSES DU POIGNET.

L'extension normale va de 180° à 95°.
La flexion normale va de 180 à 130°.

Le mouvement de latéralité à droite et à gauche va :

Pour l'abduction, de 180° à 148° ;
Pour l'adduction, de 180° à 130°.

La torsion, de la pronation complète à la supination complète exécute un arc de cercle de 180°.

	Professions intéressant surtout les membres inférieurs		Professions intéressant surtout les membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
a) Mouvements de flexion et d'extension :				
1° Flexion diminuée, extension conservée..	2 à 3	3 à 4	4 à 5	6
2° Flexion conservée, extension limitée...	4 à 5	5 à 6	6	7
3° Flexion et extension limitées.........	5	6	7	7 à 8
4° Flexion abolie, extension conservée...	6 à 8	8 à 10	10 à 12	12 à 15
5° Flexion conservée, extension abolie...	10 à 15	15 à 20	20 à 25	25 à 30
6° Flexion et extension abolies, *mais en rectitude*	12 à 18	18 à 20	25	30

7° Flexion et extension abolies, main en extension	20 à 25	25 à 30	30	35
8° Flexion et extension abolies, main en flexion	25 à 30	30 à 35	35	40
b) Mouvements de rotation ou de torsion :				
1° Pronation ou supination limitée	5 à 6	6 à 7	8	10
2° Pronation et supination limitées, réduites à la moitié	10 à 12	12 à 15	15	20
3° Raideur en pronation	6 à 7	6 à 8	8	10
4° Raideur en supination	10 à 15	20 à 25	25	30
c) Raideurs combinées :				
1° Flexion et extension diminuées avec rotation diminuée	10 à 12	12 à 15	15 à 18	20

Raideurs combinées des doigts.

	Profession intéressant surtout le membre inférieur		Profession intéressant surtout le membre supérieur		Profession nécessitant surtout la préhension digitale graveurs, tailleurs, écrivains, etc.
	Membre *gauche*	Membre *droit*	Membre *gauche*	Membre *droit*	Membre *actif*
1° Quatre doigts enraidis avec le pouce libre si la gêne fonctionnelle ntéresse :					
a) L'extension	8	10	12	15	rien de spécial
b) La flexion	15 à 20	20 à 25	25 à 30	30 à 35	40 à 50
2° Cinq doigts entraidis si la gêne intéresse :					
a) L'extension	10 à 12	12 à 15	15	20	»
b) La flexion	20	25	35	40	50 à 60

On peut encore évaluer la gêne fonctionnelle suivant le mode ci-dessous indiqué.

1° Raideur de l'extension	8	10	12	15	rien de spécial
2° Raideur de la flexion :					
a) Gênant la saisie d'objets très fins , extrémité des doigts restant de 1 à 3 centimètres de la paume	10	12	15	18 à 20	40 à 50
b) Gênant la saisie d'objets moyens Extrémité des doigts restant éloignée de 3 à 5 centimètres de la paume	12	15	25	30	50
c) Gênant la saisie d'objets de gros calibre. Pointe restant loignée de 5 à 6 centim. de la paume	15 à 18	18 à 20	25 à 30	35 à 40	55
d) Gênant la préhension de tout objet : Extrémité des doigts restant éloignée de plus de 6 centim. de la paume	18 à 20	20 à 25	35	40 à 45	60

d) Ankyloses complètes combinées :

1° En extension et demi-pronation : pouce en dessus, pouce et doigts mobiles (Cf. barème militaire)	10 à 12	12 à 15	15	20

2° En extension et pronation complète doigts mobiles....................	15	20	30	40
3° En extension et pronation complète doigts enraidis....................	30	35 à 40	40	45
4° En extension et supination suivant le degré de mobilité des doigts........	25 à 30	35 à 40	40 à 45	45 à 50
5° En flexion et pronation, suivant le degré de mobilité des doigts..........	30 à 35	35 à 40	40 à 45	50 à 60
6° En flexion et supination, doigts mobiles	35	40	45	50
7° En flexion et supination ; doigts ankylosés, perte de l'usage de la main.........................	40	45	50	60

EVALUATION.

Fractures des doigts et mains.

Se reporter aux pages concernant les raideurs et ankyloses des doigts, de la main, du poignet.

Fractures de l'avant-bras:

Eléments d'appréciation.

Etat du cal . Effacement ou maintien de l'espace interosseux. Raccourcissement du membre. Rectitude ou déviation de l'axe du membre. Raideur plus ou moins serrée du poignet : gêne ou abolition de ses différents mouvements.

Fonction maintenue ou altérée des doigts : préhension de la main. Atrophie musculaire.

	PROFESSIONS EXIGEANT SURTOUT L'USAGE DES MEMBRES INFÉRIEURS		PROFESSIONS EXIGEANT SURTOUT L'USAGE DES MEMBRES SUPÉRIEURS	
	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT	MEMBRE GAUCHE	MEMBRE DROIT
1° Fracture isolée du cubitus avec gêne de la prosupination (doigts libres)......................	5	5 à 7	7	10
2° Fracture isolée du radius avec raideur modérée de la prosupination	8 à 10	10 à 12	10 à 12	12 à 15
3° Fracture des deux os de l'avant-bras :				
a) Diminution de la prosupination......................	10	12	15	20
b) Suppression de la prosupination......................	15	15 à 20	20	25 à 30
c) Ankylose du poignet et radio-cubitale :				
1° En pronation.........	20 à 25	25 à 30	25 à 30	40
2° En supination.........	35	35 à 40	40 à 45	50

Raideur du poignet (flexion et entension) avec raideur des doigts.

MEMBRES GAUCHES

Les chiffres minima se rapportent aux professions nécessitant plutôt l'usage des membres inférieurs les chiffres maxima à celles qui nécessitent surtout l'usage des membres supérieurs.

Raideur de la flexion des doigts.

Raideur du poignet : Raideur des doigts :	Pointe des doigts restant éloignée de 1 à 3 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de 3 à 5 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de 5 à 6 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de plus de 6 cent. de la paume
Flexion diminuée : extension conservée...	12 à 20	14 à 30	17 à 30	20 à 40
Flexion conservée : extension diminuée..	14 à 20	16 à 30	20 à 35	22 à 41
Flexion et extension diminuées.........	15 à 22	17 à 32	20 à 37	23 à 42
Flexion abolie, extension conservée......	16 à 25	18 à 35	22 à 40	25 à 45
Flexion conservée, extension abolie.....	20 à 35	22 à 45	25 à 50	28 à 53
Flexion et extension abolies, main en rectitude	22 à 40	24 à 50	27 à 55	30 à 60
Flexion et extension abolies, main en extension	30 à 45	32 à 55	35 à 60	38 à 65
Flexion et extension abolies, main en flexion..........................	35 à 50	35 à 60	40 à 65	55 à 70

MEMBRES DROITS.

Les chiffres minima s'appliquent aux professions nécessitant plutôt l'emploi des membres inférieurs, les chiffres maxima à celles qui nécessitent surtout l'usage des membres supérieurs.

Raideur de la flexion des doigts.

Raideur du poignet : Raideur des doigts :	Pointe des doigts restant éloignée de 1 à 3 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de 3 à 5 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de 5 à 6 cent. de la paume	Pointe des doigts restant éloignée de plus de 6 cent. de la paume
Flexion diminuée, extension conservée...	13 à 20	15 à 24	18 à 35	22 à 45
Flexion conservée, extension diminuée...	15 à 22	17 à 25	20 à 37	26 à 47
Flexion et extension diminuées.........	16 à 23	18 à 26	21 à 38	28 à 48
Flexion abolie, extension conservée......	18 à 27	20 à 30	23 à 42	30 à 52
Flexion conservée, extension abolie......	25 à 40	27 à 43	30 à 55	35 à 65
Flexion et extension abolies, main en rectitude	28 à 45	30 à 48	38 à 60	38 à 70
Flexion et extension abolies, main en extension	35 à 50	37 à 53	40 à 65	45 à 75
Flexion et extension abolies, main en flexion..........................	40 à 55	42 à 58	45 à 70	50 à 80

***Raideur du poignet** (pronation et supination) avec raideur des doigts.*

Membres gauches :				
Diminution de la prosupination.........	20 à 30	22 à 40	25 à 45	28 à 50
Suppression de la prosupination. ..	25 à 35	27 à 45	30 à 50	33 à 55
Membres droits :				
Diminution de la prosupination.........	24 à 38	27 à 50	30 à 55	32 à 60
Suppression de la prosupination.........	27 à 43	30 à 55	33 à 60	35 à 65

Fractures de l'olécrâne (voir aussi : **raideur du coude**).

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
a) Cal osseux ou fibreux court. Bonne extension, flexion peu limitée (amplitude de 180 à 40°).	4	6	6 à 8	8 à 10
b) Cal fibreux long, extension faible ou légèrement diminuée, flexion peu diminuée (amplitude de 160° à 40°), pas d'atrophie musculaire bien sensible..	6	8	8 à 10	10 à 12
c) Cal fibreux long, flexion peu diminuée, extension très diminuée (amplitude de 105° à 40°). Atrophie notable............	10 à 12	12 à 15	15 à 18	18 à 20

(A suivre).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le dîner d'hiver de « L'Expansion scientifique française ».** — Le dîner d'hiver de « L'Expansion scientifique française » a eu lieu le 16 février dans les salons du Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le professeur Fernand BEZANÇON.

A la table d'honneur avaient pris place, à ses côtés : MM. Maurice BERNARD, président de la Chambre syndicale des Eaux minérales ; Paul FUMOUZE, secrétaire général de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques ; NORMAND, secrétaire général de la Compagnie fermière de Vichy ; les Drs GARDETTE, G. DE PARREL, PARTURIER, PIERRA, PIETKIEWICZ, E. et H. BIANCANI, MM. les professeurs LE LORIER, PAUCOT (de Lille), JEANNENEY (de Bordeaux), GUÉNIOT ; les Drs CHÉVRIER, chirurgien des hôpitaux ; CATHALA, accoucheur des hôpitaux ; HARTENBERG, MOUSSOLLI (du Caire), POULIOT, MOUSSEAU (de Montréal), Mme le Dr GALAND (de Berck), Mlle PÉCHENARD, MM. HEUDEBERT, LONGUET, etc. Reconnu dans l'assistance les Drs BERGOUIGNAN, BORY, BROUSSE, CAUVY, DAUSSET, DAVID DE PRADES, DIGEON, le professeur BOTTU (de Reims), MM. DURET, BOYER, DESMARS, les Drs BRETON, CHENILLEAU, FLURIN, FOURCADE, GALLAND (de Berck), HEITZ, LIVET, MATHIEU DE FOSSEY, MM. LEMATTE, PIERRON, les Drs PERRERE, PIERRET, ROGER, ROSENTHAL, WINTER, etc.

Au dessert, le Dr PIERRA, administrateur-fondateur de « L'Expansion scientifique française », a souhaité la bienvenue au professeur BEZANÇON, dont le nom résume l'union si féconde et si indispensable du laboratoire et de la clinique, et aux hôtes nouveaux de la Société. Après lui, le Dr GARDETTE, directeur de « L'Expansion scientifique française », a rappelé pourquoi celle-ci a été fondée, en quoi elle consiste, quel est son programme et comment elle s'efforce de le réaliser grâce à une collaboration intime de tous les éléments qui composent la vie d'un journal : rédaction, administration, publicité. Puis, le professeur BEZANÇON a marqué son approbation pour le programme ébauché par le Dr GARDETTE et montré sous une forme souvent anecdotique, le grand intérêt national que présentent à la fois notre presse médicale, nos stations thermales et nos produits pharmaceutiques. Enfin, MM. Maurice BERNARD, au nom des stations hydro-minérales, et Paul FUMOUZE, au nom des fabricants de produits pharmaceutiques, se sont associés aux vues et aux intentions de « l'Expansion scientifique française ».

(Communiqué par l'Association de la Presse médicale française).

— 50e **Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences.** — *Exposition de matériel scientifique.* — Pendant la dernière semaine de juillet 1926 se tiendra à Lyon le Congrès annuel de l'Association française pour l'Avancement des sciences. Ce Congrès est le cinquantième de cette grande Association dont la première réunion s'est tenue à Bordeaux en 1872. C'était au lendemain de la guerre et l'Association venait de se fonder pour apporter à notre pays épuisé le secours de la science. Le cinquantième Congrès mettra en lumière tous les résultats obtenus, montrera à quelle hauteur est parvenu l'esprit scientifique et révèlera les bienfaits qu'il a répandus dans tous les domaines de l'activité.

Ce Congrès sera présidé par M. Alfred LACROIX, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Son secrétaire général est le Dr Jean VERNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Il groupera autour des plus éminentes personnalités françaises et étrangères tous les hommes curieux des méthodes de recherche et des réalisations techniques. Le Comité lyonnais chargé de l'organisation du Congrès réunit sous la présidence de M. HUGOUNENQ, doyen honoraire de la Faculté de médecine, une pléiade de personnalités officielles, de savants et d'industriels. Il a choisi pour secrétaire général M. A. OFFRET, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Lyon.

Désireux d'assurer l'union plus que jamais nécessaire et la collaboration efficace des hommes de laboratoire et des hommes d'action, les organisateurs du Congrès ont décidé de compléter leurs travaux scientifiques par une vaste Exposition qui sera une manière de synthèse et de mise au point de tous les progrès réalisés dans les multiples domaines de la technique. Cette Exposition se tiendra du 24 juillet au 1er août dans le grand Palais de la Foire internationale de Lyon. Les exposants y trouveront des installations confortables, de véritables magasins qui abriteront sans risque les appareils les plus délicats, et où l'abondance de la lumière et de la force motrice permettra toutes les démonstrations. Le groupe K comprend le matériel médical et pharmaceutique, d'hygiène et de médecine publiques ; le groupe L, la radiologie ; le groupe M, l'odontologie.

Renseignements au Bureau de la Foire internationale de Lyon, 1, rue Blanche, Paris.

— **Faculté de médecine de Bordeaux** (Clinique oto-rhino-laryngologique). *Cours de perfectionnement du professeur* PORTMANN, du lundi 21 juin au samedi 3 juillet 1926. — Ce cours, d'une durée de 15 jours, s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques. Il est fait par le professeur PORTMANN avec la collaboration des professeurs LAGRANGE (ophtalmologie), PETGES (syphiligraphie), RÉCHOU (électricité médicale) et des professeurs agrégés DUPÉRIÉ (clinique infantile), LEURET (tuberculose), MAURIAC (clinique médicale), PAPIN et JEANNENEY (clinique chirurgicale) et de M. le docteur MOREAU (chef de clinique oto-rhino-laryngologique). Le cours comprend des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur des sujets d'actualité et des examens de laboratoire.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine. Droit d'inscription : 250 francs.

— **Vichy.** — La saison de Vichy a commencé cette année, le 6 avril, date à laquelle le Grand Etablissement thermal remplace celui de la Source de l'Hôpital, ouvert toute l'année.

Un ensemble d'améliorations et d'agrandissements, réalisés depuis un an, donnera toute satisfaction à une clientèle de plus en plus nombreuse en lui permettant d'unir à la cure de boisson la pratique des méthodes thérapeutiques les plus modernes : hydrothérapie sous toutes ses formes, mécanothérapie, électro et radiothérapie.

De nombreux hôtels de toutes classes sont ouverts aux malades qui accèderont, dès à présent, facilement à Vichy par wagons directs de Paris, départ 12 h. 05, et Nice 18 h. 30.

— **L'entrée des spécialités médicales en Tchécoslovaquie.** — Le Gouvernement de la République tchécoslovaque vient de décréter que désormais, les spécialités médicales devront être déclarées dans un bref délai au ministère de la Santé, et ce, sans exception, par l'intermédiaire d'une pharmacie tchéco-slovaque. Les spécialités ne pourront être importées sans déclaration.

— **Lyon.** — *Diplôme d'électro-radiologiste.* — L'obtention du diplôme de médecin électro-radiologiste de l'Université de Lyon exige deux ans de stage accomplis dans certains services électro-radiologiques agréés par la Faculté.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.** — Des séries de *travaux pratiques de laboratoire*, appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, auront lieu pendant l'année scolaire, au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 h. à 19 h. Chaque série comprend 10 séances. Ultra-microscopie. Coloration du tréponème Spirilles banaux. Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Auto-vaccins. Bacille tuberculeux. Bacille de Hansen. Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures. Hématologie. Technique de la biopsie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (rue de l'Ecole-de-Médecine), guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17. Droits de laboratoire : 250 fr.

Pour renseignements et dates, s'adresser à Madame Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 h.

— **Institut du cancer du département de la Seine.** — Le Conseil général de la Seine a adopté la délibération suivante :

ART. 1er. — Il sera inscrit au chapitre 15 (article à créer) du budget départemental de 1926, une somme de 150.000 francs pour subvention au Comité de l'Institut du cancer, ladite somme se répartissant de la manière suivante :

100.000 francs pour le fonctionnement de l'Institut du cancer, installé provisoirement à la Faculté de médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) et à Villejuif (Centre anticancéreux de la banlieue parisienne) ;

50.000 francs pour les études à faire en vue de la construction des bâtiments destinés à abriter définitivement l'Institut du cancer.

ART. 2. — Les terrains situés à l'ouest de l'hospice de Villejuif, compris dans le mur d'enceinte dudit établissement, et sur lesquels aucune construction n'est actuellement édifiée, seront concédés à l'Institut du cancer pour l'édification des bâtiments nécessaires à son installation dans des conditions qui seront ultérieurement déterminées.

— **Congrès des aliénistes.** — La 30e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne, au début du mois d'août 1926. Elle coïncidera avec la célébration du centenaire de la mort de Pinel et sera présidée par un de ses descendants (Semelaigne). Présidents : M. René Semelaigne, de Paris ; professeur Long, de Genève. Vice-président : professeur Raviart, de Lille. Secrétaire général : M. Repond, de Malevoz-Monthey (Valais).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Frais d'hospitalisation d'un malade n'ayant pas son domicile de secours dans la commune.

7599. — M. SAINT-VENANT, député, expose à M. le ministre du travail qu'en vertu de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1893, complétée par la loi du 1er août 1919, lorsqu'un hôpital admetd'urgence, en exécution de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, un malade privé de ressources n'ayant pas son domicile de secours dans la commune, qui est le siège de cet établissement hospitalier, les frais d'hospitalisation doivent être remboursés à cet hôpital par le département, dans les conditions prévues par l'article 21, de la loi du 15 juillet 1893 ; ajoute que le département a la faculté d'exercer son recours contre toute personne ou collectivité tenue à l'assistance médicale envers cet indigent ; et demande, étant donné les termes de cet article 25 : 1° si le département est en droit de refuser à cet établissement hospitalier le remboursement de ces frais d'hospitalisation lorsque cet établissement ne peut fixer le domicile de secours du malade, ou, en d'autres termes, pour obtenir du département le remboursement des frais d'hospitalisation si l'hôpital se trouve dans l'obligation de déterminer le domicile de secours des malades hospitalisés dans les conditions prévues par l'article 2 de la loi du 1er août 1919, s'il ne doit pas lui suffire de prouver que ce malade n'a pas son domicile de secours dans la commune siège de l'établissement hospitalier : quels sont les textes officiels qui règlent cette question. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

Réponse. — Le seul texte officiel qui régisse la question est l'article 2 de la loi du 1er août 1919. Il donne à l'hôpital droit au remboursement, par le service départemental d'assistance, des frais qu'il a exposés en faveur d'un malade qui n'a pas le domicile de secours dans la commune siège de l'établissement. Dès lors, il paraît logique de conclure que l'hôpital n'a pas à faire connaître le domicile de l'assisté, et qu'il a droit au remboursement dès qu'il a établi que celui-ci n'a pas le domicile de secours dans la commune. (*J. O.*, 1er avril 1926).

Allocation des spécialités pharmaceutiques aux pensionnés de guerre.

7659. — M. Henri TASSO, député, demande à M. le ministre des pensions si l'on ne pourrait pas accorder gratuitement les spécialités pharmaceutiques mentionnées sur les ordonnances détachées du carnet médical aux réformés de guerre titulaires dudit carnet. (*Question du* 22 *mars* 1926.)

Réponse. — Tous les produits inscrits au tarif de l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France peuvent être prescrits au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 à la condition qu'ils soient délivrés sous forme de préparation magistrale. (*J. O.*, 4 avril 1926.)

Effet de la démission d'un élève de l'Ecole du Service de santé de la marine de Bordeaux.

7687. — M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le ministre de la marine si un élève de l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, promotion 1922, ayant déjà fait deux mois de service militaire : 1° peut donner sa démission avant la thèse, et dans le cas de l'affirmative, si sa démission sera acceptée ; 2° quelle serait dans ce cas, la durée de service à accomplir et avec quel grade il ferait ce service, étant à un galon à l'école, mais un décret récent donnant droit à deux galons, à la sortie de l'école, avec un an d'ancienneté. (*Question du* 23 *mars* 1926.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative, rien ne s'opposant, en principe à l'acceptation de cette démission ; 2° les élèves de la promotion 1922 ont souscrit l'engagement de huit ans prévu par l'article 13 de la loi du 7 août 1913. En cas d'acceptation de la démission, l'intéressé serait mis à la disposition du ministre de la guerre, auquel il appartiendrait de fixer la durée du service militaire qu'il devrait accomplir ainsi que le grade à lui attribuer. Par ailleurs, les élèves de l'école de Bordeaux ne peuvent bénéficier des dispositions prévues par les lois des 25 janvier et 17 février 1926 qu'après l'obtention du diplôme de docteur en médecine et leur répartition entre les deux corps de santé de la marine ou des troupes coloniales suivant la classement de sortie établi le 31 décembre de la dernière année d'études.

(*J. O.*, 3 avril 1926.)

CORRESPONDANCE

1.294. — Les tarifs kilométriques d'A.M.G. Une rectification.

Je lis dans le *Concours médical*, n° 14, du 4 avril 1926, page 921 :

« L'enquête apprit que consultations, visites et « indemnités kilométriques étaient ainsi rétribuées :

....

	Consult.	Visite	Ind. kilom
Seine-Inférieure......	3	4	1

A L'ALLER SEULEMENT.

Ce qui en réalité ne fait que 0.50 le km.

Ma petite rectification n'a aucune importance, mais il est inutile de laisser se propager une erreur.

D'ailleurs, ces tarifs vont probablement être remaniés, car on vient de nous prier de ne pas envoyer nos mémoires du premier trimestre 1926 pour l'A. M. G. avant que ces tarifs ne soient fixés à nouveau !

Dr Chimot,
(Boos. — (Seine-Inférieure).

144. — Contre-visite d'un accidenté du travail.

Un de mes blessés est envoyé par la compagnie d'assurances près d'un médecin de la ville voisine pour contrevisite. Ne devrais-je pas avoir été prévenu de cette contrevisite et par qui ? Médecin contrevisitant ou assurance ?

Est-il normal que ce soit le blessé qui se déplace et non pas le médecin contrôleur (dans le cas particulier, mon blessé peut parfaitement se déplacer). Mais je me trouve privé du droit que j'ai d'assister à la contrevisite ; il y a en effet 40 kilomètres d'ici la ville voisine et il ne manque pas de médecins aux environs immédiats susceptibles de faire cette contrevisite, qui ne relève d'aucune spécialité.

Le fait de ne pas m'avoir prévenu est en tous cas au moins une impolitesse ; près de qui puis-je protester ?

Dr M.

Réponse.

Le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail autorise le chef d'entrepries ou son assurance à faire examiner hebdomadairement le blessé par un médecin de son choix. La désignation du médecin contrôleur doit être visée par le juge de paix et le médecin traitant doit être prévenu de la date et de l'heure de la contre-visite, quarante-huit heures à l'avance, par lettre recommandée. De plus la loi donne au dit médecin « accès hebdomadaire » auprès du blessé, ce qui veut dire que la contre-visite doit avoir lieu au domicile du blessé.

Par conséquent, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, le blessé aurait pu refuser de se rendre à la convocation ou tout au moins exiger du médecin contrôleur qu'il fasse la preuve que vous aviez été prévenu. Le blessé s'est laissé examiner sans protester ; il n'y a donc rien à dire, mais vous pouvez néanmoins faire remarquer à votre confrère le manque de courtoisie de son procédé.

Pour l'avenir, il y aurait lieu de prévenir vos blessés, dès le moment où vous commencez à leur donner vos soins, que : 1° la contre-visite doit avoir lieu chez eux, à moins d'arrangement entre vous et le médecin-contrôleur ; 2° qu'avant de se laisser examiner hors de votre présence, ils doivent exiger du médecin de l'assurance la production de sa désignation visée par le juge de paix et le récépissé de la lettre recommandée justifiant que vous avez été prévenu à temps et que, faute de production de ces pièces, ils sont en droit de refuser de se prêter à l'examen.

1162. — Accident survenu à un ouvrier se rendant à son travail.

Je donne en ce moment mes soins à un employé d'usine qui, en se rendant à un travail sur une bi-

cyclette, a fait une chute et s'est blessé grièvement à la cuisse gauche.

Je vous serais très obligé de me faire savoir si cet employé, payé au mois, a droit à ses demi-salaires et dans ce cas de vouloir bien m'indiquer les jugements qui auraient pu être prononcés dans des cas semblables.

D^r P.

Réponse.

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé a pénétré sur le lieu de son travail, s'est mis à la disposition de son patron et a effectivement pris possession de son service.

En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait où à l'occasion du travail, lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime, soit parvenu sur le lieu du travail.

Comme, en l'espèce, l'accident est survenu pendant le trajet de l'ouvrier de son domicile au lieu de son travail, mais avant qu'il y soit parvenu, la loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable et le blessé n'a pas droit à son demi-salaire ni aux frais médicaux et pharmaceutiques. C'est lui qui devra vous payer vos honoraires.

1170. — Radiographie d'un accidenté du travail.

Membre du *Concours* et du « Sou », je vous serais obligé de me fixer sur le point suivant, à propos duquel j'ai eu une vive discussion avec la Compagnie d'assurances Z. J'ai vu un blessé pour lequel j'ai porté le diagnostic de fracture en bois vert de la clavicule droite, tiers moyen. Au bout de 12 jours, j'apprends incidemment, par le blessé, qu'il est convoqué le jour même par la Compagnie auprès d'un radiographe. Ainsi une Compagnie aurait le droit, sans avis préalable du médecin traitant, et à son insu, de faire radiographier un blessé du travail ? J'ai écrit à l'agent que ce procédé me paraissait inadmissible et que je demandais un avis préalable comme pour les contre-visites hebdomadaires que la loi (art. 4) permet au patron. L'agent me répond que je fais confusion, puisqu'il n'est pas question, dans cet art. 4, de radiographie. Ainsi il serait trop commode à la Compagnie d'assurances de tourner la loi, et d'éviter l'avis préalable à une contre-visite, en usant d'un droit, l'examen radiographique, qui n'est nullement spécifié dans le texte législatif. Est-ce possible ?

D^r B.

Réponse.

Un accidenté du travail n'est pas obligé de se faire radiographier sur l'ordre seul de son patron

ou de l'assurance de celui-ci. Mais s'il s'est rendu à la convocation qui lui a été adressée et s'est prêté à la radiographie, le médecin traitant ne peut rien. Il en est de même, d'ailleurs, lorsque le blessé a subi la contre-visite du médecin du patron hors la présence de son médecin traitant, et sans que les formalités légales aient été effectuées.

La loi, en effet, est faite dans l'intérêt du blessé et non dans l'intérêt du médecin et si le blessé n'a pas cru devoir exiger l'application des formalités légales, le médecin traitant ne peut légalement s'élever contre la manière d'agir de son client. Il peut simplement lui faire des reproches et même renoncer à continuer de le soigner.

Quant à la radiographie, il serait dangereux, à notre avis, de la considérer comme une simple extension de la contre-visite.

Il est préférable de s'en tenir au § 26-VII du tarif Durafour, qui indique qu'elle doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Si la compagnie veut faire procéder à la radiographie, elle doit en faire la proposition au médecin traitant, qui serait d'ailleurs, sans doute, mal fondé à refuser.

Mais le fait que le blessé s'est prêté de bon gré à la radiographie met à néant toute cette réglementation.

1176. — Frais de justice criminelle.

Commis par le juge d'instruction pour examiner et autopsier : 1° le cadavre d'un nouveau-né :

2° D'un fœtus de 7 mois.

Pour examiner les deux inculpés ; veuillez me dire si les honoraires que j'ai à demander sont bien :

1° Par autopsie, 50 francs (nouveau-nés après exhumation).

2° Par examen de femme, 15 francs, soit au total 130 francs. Me donner la date du décret fixant les honoraires (je crois qu'elle est de 1920 et que l'article est l'art. 26.)

Me donner modèles des mémoires à adresser au procureur ou m'envoyer des mémoires imprimés dont vous voudrez bien me donner le montant à vous envoyer.

D^r S.

Réponse.

Le décret sur les frais de justice en matière criminelle est du 5 octobre 1920.

En vertu de l'article 26, paragraphe 5, vous avez droit à un honoraire de 50 francs pour « autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou en état de décomposition avancée ». En cas « d'autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation », l'honoraire est seulement de 35 francs (paragraphe 4).

Le paragraphe 1er du même article 26 alloue 15 francs pour une visite judiciaire.

Enfin le dernier paragraphe de l'article permet au magistrat commettant d'allouer des honoraires plus élevés au cas d'expertise présentant des difficultés particulières.

En cas de déplacement à plus de deux kilomètres de sa résidence, l'expert a droit à une indemnité de déplacement de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Votre mémoire doit être établi en double exemplaire dont l'un sur papier timbré, le total réclamé dépassant 50 francs.

Nous vous faisons adresser par le même courrier 50 exemplaires de mémoires dont le coût est de 6 francs.

Application du Tarif Durafour

I

955. — Hémostase.

Un accidenté du travail se présente chez moi, après 9 heures du soir, porteur de plaies multiples à la tête et aux deux mains, avec une hémorragie artérielle dans une de ces plaies. Je fais l'hémostase par application d'une pince et par ligature, je fais les pansements. Combien dois-je demander pour mes honoraires ?

Dr C.

Réponse.

Vous avez à compter : « Hémostase par ligature ou pince à demeure au fond d'une plaie 40 francs » (article 17). Ajoutez à cela 25 % de majoration pour intervention de nuit. Et c'est tout, car le pansement est compris dans la consultation, laquelle ne peut être comptée en plus, ce qui serait contraire à l'article 13, qui défend le cumul.

F. D.

II

909. — Injection antitétanique à doses fractionnées.

Je vous serais obligé de vouloir bien prier le Dr Decourt de me faire savoir, soit directement soit par la voie du journal, comment je dois établir ma note pour le cas suivant (accident du travail).

Il s'agit d'un homme ayant reçu un choc sur le gros orteil droit, d'où le diagnostic : plaie par écrasement du gros orteil (droit) sans lésions osseuses.

Etant donné les circonstances et la nature de la blessure, je crois prudent de lui faire du sérum antitétanique, mais comme il a eu, il y a un an, pour un accident antérieur, une injection du même sérum suivie de symptômes d'anaphylaxie, je lui fais suivre la technique de Besredka, une injection de 1cmc, toutes les heures jusqu'à quatre, puis une cinquième normale. Cela m'a donc obligé de lui faire cinq visites dans la même journée et j'ai l'intention de compter

quatre visites plus une injection de sérum antitétanique. De plus j'ai dû pour ce blessé régulariser sa plaie, enlever les tissus mortifiés, en un mot éplucher et nettoyer à fond, sans toutefois, faire de suture. Que dois-je compter pour celà ?

Dr L

Réponse.

1° Il n'y a pas encore de précédent concernant une injection antitétanique en cinq visites. Ce serait intéressant à faire juger. La question à élucider serait de savoir si la rubrique « Injection sous-cutanée de sérum antitoxique, 20 francs » (article 16) doit être comptée comme une entité, une seule intervention à pratiquer en une, deux, cinq ou *x* fois, suivant le cas, ou bien si chaque intervention, chaque piqûre d'un gramme, correspond à autant d'injections multiples. Pour moi, je crois que le mieux serait, dans certains cas spéciaux comme le vôtre, de compter *x* visites simples *nécessitées* par une injection antitétanique faite à doses fractionnées toutes les heures, par suite de précédents symptômes anaphylactiques. Mais comment suivre cette technique, quand le blessé est à 4, 6, 8 kilomètres du médecin ?

2° Quant à votre « épluchage », je n'y vois ni anesthésie, ni sutures... Comment alors justifier cette rubrique ? Voyez sur ce point la note jointe à l'article 17 du tarif Durafour.

F. D.

III

968. — Corps étrangers et radio.

Je vous serais très reconnaissant si vous voulez bien m'indiquer comment je dois tarifer l'intervention suivante :

Extirpation de plusieurs morceaux de verre et un petit caillou dans la main droite (espaces inter-métacarpiens, en pleine éminence thénar). Ce nettoyage m'a demandé une longue heure de travail, sous anesthésie. J'ai fait une radio.

Je trouve que : extirpation de corps étrangers superficiels, 20 fr. ce n'est pas suffisant, pour le travail que j'ai eu. Je compte sur votre haute compétence et votre amabilité.

Je vous remercie d'avance.

Dr R.

Réponse.

C'est justement pour des cas de ce genre que le tarif Durafour porte une rubrique nouvelle, étant entendu qu'on ne s'en servira que pour des cas où le *repérage* s'impose, comme cela m'apparaît dans celui-ci. Donc, cette rubrique nouvelle, vous la trouverez à l'article 28 : « Extirpation de corps étrangers nécessitant un repérage radiologique : 100 francs ». Et vous y ajouterez 40 francs, puisque vous avez fait une radio de la main, mais n'oubliez pas, dans ce cas, que « le médecin radiologiste devra fournir pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplai-

res des épreuves, datées et signées par lui avec le nom du blessé et avec leur commentaire détaillé, l'un pour le patron ou son assureur l'autre pour le blessé » (article 26, chapitre VII, alinéa 5), et, de plus, que les prix de radio sont majorables de 25 % (article 26, chapitre VI, *in fine*).

F. D.

IV

912. — Les 20 % de majoration des radios.

1° Le tarif Durafour supprime-t-il les catégories pour les soins, thérapie, par exemple, et pouvons-nous établir nos notes de radiologie sur la première catégorie ?

2° Je ne connais que ces deux textes.

Tarif Breton, cou-de-pied (face et profil), 60 fr.

Que l'arrêté ministériel du 24 décembre 1924 transformé par majoration de 20 %, en 72 fr.

Pouvez-vous me dire quel est ce décret du 31 décembre 1925 dont je n'ai jamais entendu parler ?

Dr L.

Réponse.

1° Le tarif Durafour supprime *toutes* catégories, en toutes rubriques, générales ou techniques.

2° Ce décret est bien, en effet, du 24 décembre 1924. Il a paru dans le *Médecin Syndicaliste* du 15 janvier 1925, page 41. Il est d'ailleurs reporté dans le tarif Durafour, lequel n'est autre que cet arrêté du 31 décembre 1925 dont vous n'avez jamais entendu parler... sous cette appellation. Aussi, dites bien à la Direction des P.T.T. de Seine-et-Marne qu'elle a oublié d'éclairer sa lanterne en lisant la dernière ligne de l'article 26, chapitre VI, dans cet arrêté qu'elle désigne par la date et que nous appelons Durafour, pour simplifier.

F. D.

V

848. — Intervention de nuit.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner un renseignement au sujet du tarif des accidents du travail.

Pour une fracture de cuisse réduite la nuit, n'ai-je pas le droit de compter une majoration de 25 %? (Article 8).

L'assurance me dit « La majoration de nuit ne s'applique pas aux appareillages (réduction de fracture de cuisse).

Qui a raison ?

Si je ne puis compter cette majoration, puis-je compter (ancien tarif 1925).

Fracture de cuisse	112.50
Visite triplée (art. 4)	24

Dr M.

Réponse.

Qu'appelle-t-on « acte opératoire », ainsi qu'il est dit à l'article 8 ? C'est, ce me semble,

toute intervention pratiquée par le médecin, qu'il s'agisse d'une amputation, d'une suture ou d'une réduction et contention de fracture. Je ne vois donc aucun doute à élever sur votre droit à majoration de 25 %. Par contre, votre seconde hypothèse ne tient pas : vous ne pouvez compter à la fois une intervention et une visite, ce qui est défendu par l'article 13.

F. D.

Application du Tarif Maginot

1025. — Ablation d'amygdales et aide ?

J'ai demandé et obtenu l'autorisation de pratiquer l'ablation des amygdales chez une victime de guerre atteinte de néphrite consécutive à des poussées d'amygdalite.

Quel est le tarif de cette petite opération. Elle peut comporter un aide je pense.

Dr A.

Réponse.

1° Voyez donc l'article 77 où est inscrit, en toutes lettres, « ablation des amygdales, 150 francs ».

2° Il ne m'apparaît pas qu'on se mette d'ordinaire à deux médecins pour faire une ablation d'amygdale, et, d'ailleurs, je ne vois pas quel pourrait être, dans ce cas, le rôle technique de l'aide médecin.

F. D.

959. — Affectation d'un médecin auxiliaire de réserve.

Médecin auxiliaire toute la guerre, je n'ai jamais sollicité ma nomination au grade d'aide-major bien qu'à ce moment j'eus douze inscriptions, mais une aptitude restreinte me commandait la réserve. Docteur en médecine après la guerre je n'ai fait aucune demande pour la même raison, je suis donc toujours médecin auxiliaire. Je reçus après la guerre une affectation à un régiment d'artillerie lourde et devais rejoindre le troisième jour. Or on m'a changé mon fascicule de mobilisation et je dois rejoindre le *premier jour*.

Je vous serais très obligé de me faire connaître : 1° comment il se fait que ma date de mobilisation ait été avancée alors que, classe 1909, j'ai maintenant 37 ans.

2° Quelles lois régissent actuellement l'armée et plus spécialement le service de santé ; les classifications, réserve, territoriale etc., existent-elles toujours ou par quoi sont-elles remplacées ?

3° Mon asthme s'étant fortement aggravé depuis la guerre, quelle démarche dois-je faire pour obtenir une affectation en rapport avec ma santé ?

Dr X.

Réponse.

1° et 2° D'après les dispositions de la loi sur le recrutement, les classifications de réserve, territoriale, etc., servent de principes pour établir

les affectations de mobilisation. Cependant, les chefs de corps, suivant les ordres qu'ils reçoivent de l'état-major pour la mobilisation de leur unité, restent libres de juger du moment où ils auront besoin de convoquer leurs officiers de troupe, leurs médecins, etc. Il n'y a donc rien à faire de ce côté.

3° Cependant, étant donnée votre aptitude physique restreinte, demandez à votre directeur du service de santé de vous faire convoquer devant une commission de réforme pour établir votre degré d'invalidité. La décision de cette commission vous permettra d'obtenir ensuite de votre directeur une affectation en rapport avec votre santé.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Requête en forme de ballade pour obtenir du Sénat la grâce de la sucette.

Sénateurs remplis de sagesse,
Quand trancherez procès pendant,
N'y mettez aucune rudesse,
Montrez-vous un peu indulgents
Quand vous portiez encor bavette
Et que pissiez facilement.
Ayez pitié de la sucette !

Questions plus hautes sans cesse
Sollicitent vos jugements :
Le franc, hélas ! tous les jours baisse,
L'homme au couteau entre les dents,
Si n'y tenez main fermement,
Mettra tout cul par dessus tête.
C'est notre angoisse du moment,
Ayez pitié de la sucette !

Laissez l'enfant à sa liesse ;
Il fait ce que permet son an.
Plus tard au temps de sa jeunesse
Fumera cigare odorant,
Sucera alcool enivrant,
Paille tenant lieu de pipette.
Rappelez-vous neiges d'antan
Ayez pitié de la sucette !

Envoi.

Pinard qui, solennellement,
Tant requiers contre la pauvrette,
Fends de ton bistouri mordant
Tous les bassins insuffisants,
Mais prends pitié de la sucette.

Dr Gibert (de Commentry).

Quarante-huitième année — N° 18 — 2 Mai 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1140-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

***Concours Médical*, Paris, 167-95.**
***Sou Médical*, Paris, 182-31.**
***Mutualité Familiale*, Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

AVIS

Stations thermales, d'altitude et balnéaires

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans les listes que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 190. — Finistère. Poste fac. à dévelop. Belle mais. 8 p., jard., gar., dépend. A vend. de suite.

N° 191. — Ouest. A céder de uite, poste pro-ph. intér.

N° 192. — A vend. torp. Rolland-Pillain 10 CV, 1912, pa roulé guerre et depuis juin 1925, pas fait 15.000 km. 6 pn. dont 3 presque neufs. Carross. et mécan. en excel. état. Vendue avec garant. Prix : 6.500. Dr Puibaraud, à Vernou-sur-Brenne (I.-et-L.).

N° 193. — 120 km. Paris, seul méd. dans ch.-lieu cant., méd. du ch. de fer, 30.000, client. anc., a été négligée, en progrès depuis 3 ans. Ind. 10.000, dont 5.000 cpt. Loyer 2.000 long bail à volonté seule. Garage dans la maison. Urgent. Dr Dujardin à La Ferté-Vidame (Eure-et-Loir).

N° 194. — Méd. âgé, seul dans stat. baln. sur Manche, céd. client. contre pet. indem., 38.000 touchés, sans voit. ni auto, susc. amélior. avec méd. jeune et actif.

N° 195. — Jeune Dr dés. pl. dans mais. de santé ou clin. méd. gén. ou spéc. méd. S'ad. Dr R. Amat, 32 *bis*, faub. Boutonnet, à Montpellier (Hérault).

N° 196. — A céd. cause double emploi, boîte cautère, cour. cont. 110 v. transform. à trembleur. Etat de neuf, fonctionne égalem. sur cour. altern., 250 fr., port et emball. à la charge acheteur.

N° 197. — A vend. auto 8 CV, parf. état marche, entièrem. révisée, 2 carr. interch., torp. 4 pl. coupé cond. int. 2 pl., prix 15.000, photo sur demande. Dr Bougarel à Villiers-sur-Marne (S.-et-O.).

N° 198. — Cond. int. Berliet 16 CV, type V.L. 1921, carr. Vicart, bon état, à vendre, Faire off. Dr 21 *bis*, av. Gambetta à Millau (Aveyron).

N° 199. — Œufs du jour pr enf. et convalesc. Dr Denel, à Fronton (Haute-Gar.) t.p.r.

N° 200. — Stomatol. ville préfect. Cab. rapp. minimum 100.000 prouvés, suscept. grosse augment. Cherche assoc. avec conf. même non spécial. Promesse vente.

N° 201. — 11 CV Chenard, torpedo 1924/25, écran Céler pour hiver, 6 roues Rudge garnies, dont 2 Michelin neufs, peint. neuve, 2 project. Marchal et 1 project. pare-brise, Nivex, coffre s. march.-pied, porte-bag., Tendelet, roulé 16.400 km. parf. état, large essai.

N° 202. — 135 km. Paris, ch.-lieu de cant. poste rapp. 55.000, pro-pharm. fixes du ch. de fer, mais. 7 p., jardin, électr., Indemn. dem. 25.000 dont 12.000 compt. (chasse, pêche). S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 203. — Eure-et-Loir. Ch.-lieu de cant., poste seul, rapp. 30.000 méd. du ch. de fer, belle mais. 9 pièces. Cession urg. pour cause départ. Prix dem. : 10.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur.** — M. Lœb, interne à l'hospice de Bicêtre, vient de décéder des suites d'une scarlatine contractée en service.

MM. Rafignon et Calmels, vice-présidents du conseil municipal, Levilain, secrétaire et Mourier, directeur de l'Assistance publique, se sont rendus à l'hospice de Bicêtre pour saluer, au nom de la ville de Paris, la dépouille de M. Lœb. Au moment de l'embarquement du corps pour Nice où a eu lieu l'inhumation, le ministre du travail, M. Durafour, épingla sur le cercueil la médaille d'or des épidémies et la Croix de la Légion d'honneur.

— **Æsculape.** Grande revue mensuelle. Le numéro spécial de mars qui vient de paraître est consacré au *Cœur et Sang dans l'Art.* Son prix est de 15 fr. Principaux articles :

Histoire de la Circulation : de Michel Servet à William Harvey (8 ill.), par le Prof. Charles Richet. — *Un tatouage de cœur* (1 ill.), par le Dr Edmond Locard. — *Comment m'apparut le Sacré-Cœur* (3 ill.), par la V.-M. Marie Alacoque. — *Laënnec et la clinique du cœur*, par le Prof. agr. Lian et le Dr Finot. — *Une scène d'envoûtement du cœur* (2 ill.), par le Dr Benjamin Bord, etc.

— **Légion d'honneur.** — Le docteur Pierre Duvochel, de Pomerols (Hérault), a été promu officier de la Légion d'honneur, pour blessures de guerre.

— **Clinique urologique de Necker.** — Sous la direction du professur Legueu, un cours d'urologie commencera le 25 mai. Il est destiné aux médecins de langue anglaise et espagnole.

— **Amicale des médecins de Bretagne.** — La prochaine réunion aura lieu le mardi 18 mai. Secrétaire général de l'Amicale : Dr Larcher, 1, rue du Dôme (XVIe).

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Médecine opératoire spéciale.* — Cours de M. S. Oberlin, prosec-

teur, sur les *opérations d'urgence* et de pratique courante. Première leçon, le 10 mai. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (droits : 150 fr.).

— **Hôpitaux de Vannes.** — Un *concours* pour une place de chirurgien aura lieu en juillet. S'adresser avant le 15 juin à l'administration des hospices de Vannes, rue de la Loi.

— **Conférences eugéniques sur l'examen médical prénuptial.** — Ces conférences seront faites les vendredis 7 et 14 mai 1926, à 17 heures précises, au Musée social, 5, rue Las Cases.

— **Visite de professeurs anglais.** — Quelques professeurs de clinique de Londres viennent de rendre visite à la Faculté et aux services hospitaliers parisiens. Citons parmi eux : Sir Thomas Horder, M. Lang don Brown, M. Hurst, M. Cecil Wall, M. Young.

— **Dîner du Saint-Hubert médical.** — Lundi 17 mai, à 19 heures 30, au Cercle de la Renaissance, 12, rue de Poitiers (VIIe), dîner des fins gosiers (prix : 40 francs, service compris). S'inscrire avant le 10 mai auprès du docteur Schangel, trésorier, 5, rue de Villersexel, Paris (VIIe). Tél. : Ségur 13-17.

Mariage. — Le mardi 20 avril dernier, a été célébré à Saint-Pierre-du-Gros-Caillou, le mariage de M. Jacques Decourt, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Gabrielle Cottet, fille du distingué médecin consultant d'Evian.

Une nombreuse assistance se pressait autour des jeunes époux et de leurs familles, et nous y avons reconnu la multitude des amis que compte, dans le monde médical, notre ami Fernand Decourt, président de l'Union des Syndicats, ainsi que les « patrons » et les camarades d'internat du marié. Tous rivalisèrent de zèle et d'empressement pour aller porter au jeune couple leurs félicitations et leurs souhaits de bonheur, tant à la sacristie que chez Madame Cottet, qui, avec Madame Decourt, recevait avec une grâce parfaite.

Le *Concours médical* n'avait pas été le dernier à déléguer ses dirigeants parisiens pour dire à Decourt et à ses enfants quelle part nous prenons à la joie de sa famille et combien grande est notre satisfaction de voir son fils aîné entrer dans la vie sous des auspices aussi brillantes.

Tous les espoirs sont permis à M. Jacques Decourt, et la destinée la plus belle lui est promise ; puisse-t-elle se réaliser pleinement, aux côtés d'une jeune femme charmante, qui lui rendra douce et facile la route, parfois rude, de la vie ! ! ! G. D.

— **Bureau Central des Infirmières.** — Nous informons ceux de nos lecteurs qui désireraient demander des renseignements au Bureau Central des Infirmières que le local occupé par cette Institution est au siège de l'*Office national d'hygiène sociale*, 26, boulevard de Vaugirard, à Paris, XVe. Téléphone : Invalides : 28-54.

Adresser la correspondance à Mademoiselle Delagrange, directrice du Bureau Central des Infirmières. J. N.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *avril.*

Hygiène Publique

Introduction dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 15 avril 1926.

Monsieur le Président,

La législation française en matière d'hygiène est principalement contenue dans la loi du 15 février 1902, alors que la législation allemande, en vigueur dans les trois départements recouvrés, est dispersée dans des textes assez nombreux : cette codification et les dispositions mêmes de la réglementation française présentent des avantages incontestables sur la législation locale qui est actuellement en vigueur dans les trois départements recouvrés ; toutefois il a semblé que certaines mesures d'adaptation devaient être prises pour mettre en harmonie les dispositions de la législation française avec certaines institutions maintenues en Alsace et Lorraine ; en outre, certaines parties de la réglementation locale doivent être maintenues, présentant un avantage certain sur les dispositions de la loi française ou réalisant une réforme reconnue désirable par nos services administratifs. C'est ainsi qu'il a semblé utile de maintenir l'obligation de déclaration pour le trachome et la tuberculose ; en effet, pour cette dernière maladie, tous nos hygiénistes demandent depuis longtemps que la déclaration en soit faite ; quant au trachome, les oculistes reconnaissent que cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait admis jusqu'à ce jour et que des mesures de prophylaxie sont nécessaires, dans les écoles notamment.

L'article 3 du projet du décret tient compte de cette situation et maintient la déclaration obligatoire du trachome et de la tuberculose. Mais cette déclaration, adressée d'après l'arrêté du 10 février 1903 au maire de la commune, devra être faite dans les trois départements au médecin d'arrondissement ; cette prescription assure d'une manière plus efficace le secret qui est nécessaire.

Toute l'organisation du service d'hygiène dans les départements est déjà réalisée dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ; il y a dans chaque département un directeur départemental d'hygiène, et dans chaque arrondissement un médecin sanitaire ; *mais ces fonctionnaires sont actuel*lement des fonctionnaires d'Etat, alors que la loi de 1902 ne connaît que des fonctionnaires départementaux. Mais les conseils généraux des trois départements ayant décidé d'instituer un service d'hygiène d'une importance au moins égale à celle qui existe ac-

tuellement, toute difficulté est levée ; toutefois il a semblé nécessaire de préciser la situation de droit des directeurs départementaux et des médecins d'arrondissement afin que l'introduction de la législation française ne lèse pas leurs droits acquis. C'est ce qui fait l'objet de l'article 6 du présent décret.

La répartition des frais dans la législation locale donnait lieu à une incertitude ; les frais de désinfection étaient supportés par les familles, sauf toutefois si elles étaient nécessiteuses ; dans ce cas, les frais étaient supportés par le département et la commune. La loi de 1902 lève tout doute à ce sujet.

En ce qui concerne la répartition des dépenses, prévue par l'article 26 de la loi du 15 février 1902, il importe, pour ne pas désavantager les départements et les communes d'Alsace et Lorraine, de tenir compte des dispositions de l'article 10 du décret du 21 février 1924, qui a prévu un coefficient de diminution à apporter à la valeur du centime additionnel local : l'article 8 tient compte de cette situation particulière aux départements recouvrés.

Telles sont les modifications et conditions sous lesquelles nous ont paru pouvoir être étendues aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle les dispositions de la loi du 15 février 1902. C'est en vue de cette extension qu'a été préparé le projet de décret que nous vous prions, s'il ne soulève pas d'objection de votre part, de bien vouloir revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du conseil,
ministre des affaires étrangères,
Aristide BRIAND.

Le ministre du travail, de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance
DURAFOUR.

Le ministre des finances,
Raoul PÉRET.

Décret du 15 *avril* 1926.

Art. 1er. — Sont introduits dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, à dater de la promulgation du présent décret et sous réserve des dispositions prévues à ses articles 3 à 8, la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique ainsi que les textes législatifs et réglementaires qui l'ont ultérieurement modifiée ou complétée.

Art. 2. — La liste établie par le décret du 13 octobre 1923, pris en vertu de l'article 4 de la loi de 1902, des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires ou facultatives, remplace la liste actuellement en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;

Toutefois, la déclaration du trachome et de la tuberculose ouverte des poumons et du larynx reste

obligatoire dans les cas prévus par la législation locale en vigueur savoir :

a) Du trachome en cas d'épidémie.

b) De la tuberculose.

1. En cas de changement de domile (connu du médecin).

2. Lorsque les conditions du logement présentent un danger manifeste pour l'entourage du malade.

3. Dans tous les cas constatés dans les écoles, maisons d'éducation, maisons de santé, orphelinats, hospices, maisons d'infirmes et autres établissements.

4. Dans tous les cas de décès.

Art. 3. — La déclaration des maladies visées à l'article précédent se fera dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle au médecin sanitaire d'arrondissement qui devra prendre les mesures prescrites, en conformité des dispositions de l'article 5 de la loi du 15 février 1902, par l'arrêté du 10 février 1903 et le décret du 10 juillet 1906.

Art. 4. — La législation locale relative à la vaccination antivariolique est remplacée par les dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 complété par la loi du 17 septembre 1915, et par celles du décret du 27 juillet 1903.

Toutefois, l'interdiction faite aux sages-femmes par la législation locale de procéder aux vaccinations antivarioliques est maintenue en vigueur.

Art. 5. — L'article 19 de la loi du 15 février 1902 s'appliquera dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle sous réserve des modalités suivantes :

Les directeurs départementaux d'hygiène et les médecins sanitaires d'arrondissements actuellement en service seront maintenus dans leur emploi en qualité de fonctionnaires départementaux.

Ils assureront, sous l'autorité du préfet, l'exécution de la loi du 15 février 1902.

Les détails de l'organisation et le budget du service, ainsi que le statut de ces fonctionnaires, seront déterminés par le préfet en suite d'une délibération du conseil général en conformité des dispositions de la loi du 15 février 1902.

Les médecins sanitaires d'arrondissement actuellement en fonctions seront d'office les directeurs des bureaux d'hygiène qui viendront à être créés ultérieurement au lieu de leur résidence de service.

Art. 6. — Les retenues pour pensions civiles effectuées par l'Etat sur les traitements des médecins départementaux actuellement en fonctions en Alsace et en Lorraine seront versées à la caisse des retraites du département intéressé.

Art. 7. — La législation locale relative aux conseils d'hygiène départementaux et d'arrondissement est remplacée par les dispositions des articles 20 et 21 de la loi du 15 février 1902.

Le médecin sanitaire d'arrondissement sera d'office membre de la commission sanitaire de sa circonscription.

Art. 8. — Pour la répartition, prévue à l'article 26

de la loi du 15 février 1902, entre les communes, les départements et l'Etat des dépenses rendues nécessaires par l'application de cette loi, il sera tenu compte, en ce qui concerne l'application des barèmes, des dispositions de l'article 10 *in fine* du décret du 21 février 1924 fixant provisoirement le taux du coefficient de diminution à apporter à la valeur du centime additionnel local.

Art. 9. — Sont abrogées à partir de la promulgation du présent décret ;

La loi d'empire du 30 juin 1900 relative à la lutte contre les maladies contagieuses ;

La loi d'empire du 8 avril 1874 sur la vaccination ;

L'arrêté ministériel du 31 juillet 1903 instituant la lutte antityphique et les ordonnances ultérieures sur le même objet ;

Les dispositions des articles 7, 11, 14 de la loi d'empire du 30 décembre 1871 en tant qu'elles concernent les directeurs départementaux et les médecins d'arrondissement, ainsi que l'ordonnance du 7 mars 1872 relative à ces derniers ;

L'ordonnance du 27 mai 1872 sur les conseils d'hygiène ;

Et généralement toutes les dispositions des lois et règlements contraires au présent décret.

Art. 10. — Le présent décret sera soumis à la ratification du Parlement en exécution de l'article 4 de la loi du 17 octobre 1919.

Art. 11. — Le président du conseil, ministre des affaires étrangères, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et le ministre des finances sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française et au *Bulletin officiel* d'Alsace et Lorraine.

CORRESPONDANCE

349. — Certification des décès.

J'ai lu dans le *Concours* tout ce que vous avez publié sur la question déclaration des causes de maladie et je pense que le procédé que je vous soumets ne vaut pas mieux. Cependant, je désire avoir votre avis et vous demander si vous connaissez dans l'état actuel des lois un moyen de satisfaire aux statistiques sans violer le secret professionnel.

En Saône-et-Loire, nous avons depuis quelque temps un bureau d'hygiène avec un directeur médecin.

Le préfet et le docteur chargé de l'hygiène désireraient vivement que la déclaration des causes de décès fût faite suivant le mode de la Seine-Inférieure. Ci-joint un modèle : 1° une feuille à remettre à la mairie ; 2° une carte-lettre à envoyer à la préfecture. Le médecin serait payé 5 fr. pour l'envoi de cette carte. Beaucoup de nos confrères accepteraient cette façon de faire, parce que outre les 5 fr. du certificat,

Voir la suite page LV-1193

PROPOS DU JOUR

Autour d'un contrat collectif.

Ce serait vraiment amusant, si cela ne nous obligeait à constater une fois de plus, avec amertume, combien sont profondes les divisions qui séparent les divers groupes du Corps médical parisien. Peut-on d'ailleurs appeler corps un assemblage aussi disparate de gens qui ne peuvent ou ne veulent avoir ni le même idéal, ni le même genre de vie, ni les mêmes intérêts, ni, par suite, la même mentalité ?

Vous savez que le Syndicat des médecins de la Seine qui est le groupe le plus important et le plus compact de praticiens parisiens puisqu'il compte 1.500 cotisants, a, sur la proposition d'un de ses membres, le professeur BALTHAZARD, signé avec une très importante Caisse de Compensation un contrat extrêmement libéral, à peu près analogue à celui dont le Syndicat de Roubaix-Tourcoing fait depuis près d'un an l'expérience.

Le Conseil d'administration du S.M.S., après avoir obtenu l'approbation d'une Assemblée générale, ne pouvait prendre d'engagement que pour ses membres. Ceci tombe sous le coup du bon sens, et Dieu sait, du reste, les protestations qui se seraient élevées s'il avait osé parler au nom de médecins étrangers à son groupement ! Néanmoins, le Conseil du S.M.S. poussa le libéralisme, nous dirons la délicatesse, jusqu'à vouloir faire profiter des avantages du contrat tous les non-syndiqués qui le désireraient. Il vota une somme de 1.500 francs pour faire parvenir à tous les médecins parisiens une lettre explicative, leur indiquant toute l'importance de l'expérience que tentait le Syndicat, et il engageait tous ceux qui voudraient bien collaborer à cette expérience à adhérer au S.M.S. L'adhésion exige le payement d'une cotisation et le respect des statuts qui sont loin, très loin d'être draconiens et poussent à ses extrêmes limites le respect de la liberté individuelle. Vous auriez pu croire que le geste du Conseil du S.M.S. aurait été unanimement approuvé et qu'on lui aurait su gré, dans tous les groupements médicaux parisiens, de sa courtoisie ?

Détrompez-vous. Comme le Syndicat des médecins de la Seine est à peu près le seul groupement qui se soit efforcé, depuis 35 ans qu'il existe, de faire quelque chose d'utile, il a suscité bien des haines, et encore plus de jalousies.

Des protestations indignées se sont élevées. Et en devinez-vous le prétexte ? Nous vous le donnons en cent ; ne cherchez pas, le voici :

Le S.M.S., en signant un contrat avec la Caisse de Compensation, contrat où il ne prend d'engagement que pour ses membres, et encore, que pour ceux qui veulent bien y consentir, porte atteinte au *libre choix du médecin par le malade* !!!

Quand nous songeons aux milieux médicaux d'où partent ces reproches, milieux qui furent toujours terriblement hostiles au libre choix, nous sommes, malgré nous, pris d'une folle envie de rire et nous nous demandons si vraiment les protestataires espèrent être pris au sérieux.

Parmi les reproches que l'on a fait au Syndicat des médecins de la Seine, nous relevons celui de n'avoir pas proposé à la Caisse de compensation de s'adresser à la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, qui est une sorte d'association, si toutefois l'on peut donner ce nom à un groupement flottant et amorphe, qui réunit, par des liens singulièrement élastiques, toutes les associations professionnelles et autres de Paris et de sa banlieue et dont le S.M.S. a consenti, d'ailleurs sans grand enthousiasme, à faire partie. Or, la Fédération corporative n'a et ne peut avoir de personnalité civile ; elle ne peut donc signer aucun contrat, ni prendre un engagement quelconque. En outre, les discussions de l'assemblée des délégués qui lui donnent une apparence de vie, sont incohérentes et décousues au point de ne pouvoir permettre de les clôturer par un ordre du jour.

En voici un exemple : lorsque l'on fonda la Fédération corporative actuelle, un certain nombre de syndiqués (et nous fûmes du nombre) émirent quelques doutes sur l'utilité de ce groupement dont ils prévoyaient les inconvénients et ne distinguaient pas les avantages. Les confrères, partisans de cet essai de simulacre de Fédération, nous objectèrent que ce serait un moyen d'amener peu à peu au syndicalisme des groupements dissidents, et qu'un jour viendrait où la Corporative se transformerait en Syndicat et l'unité syndicale du Corps médical parisien se trouverait ainsi consommée. Notre vieille expérience de plus de trente ans de luttes syndicales nous incitait à rester sceptique. Cependant nous, et beaucoup d'autres, nous fûmes, ne voulant pas gêner si peu que ce fût, l'expérience. Des hommes de bonne volonté, d'une autorité et d'un désintéressement indiscutables, dont M. le Pr Balthazard, firent l'impossible pour aiguiller la Fédération

Corporative sur cette voie. Or, voici le résultat obtenu : nous empruntons le renseignement à l'organe officiel du S.M.S. (numéro de mars 1926, page 61) :

« La Fédération Corporative des médecins de la Région parisienne est encore si peu unifiée que, dans son Assemblée générale du 6 mars 1926, malgré un rapport remarquable de son président, M. le Dr Balthazard, et malgré ses conseils pressants, non seulement elle n'a pu voter l'étude d'un Syndicat unique pour la Seine, mais même émettre un vœu en faveur de cette idée.

« Il est à noter que la question est à l'ordre du jour de la Fédération depuis au moins dix-huit mois, que tous les groupements ont eu largement le temps de l'étudier et que les délégués du S.M.S. ont demandé le vote.

« La séance s'est terminée dans un *cacafouillis* remarquable. »

Nous laissons aux Rédacteurs de l'organe officiel du S.M.S. la responsabilité de ce court exposé dont nous ne mettons pas un instant en doute l'absolue véracité. M. le Pr Balthazard, bien que distingué mathématicien, tentait de résoudre un problème encore plus insoluble que celui de la quadrature du cercle : faire un Syndicat avec des antisyndicalistes, ou bien : faire avec rien quelque chose. Depuis la biblique création, ce phénomène ne s'est pas renouvelé.

Mais il nous est permis de sourire quand on vient reprocher au Conseil du S.M.S. de n'avoir pas respecté le libre choix du médecin dans le contrat signé avec la Caisse de Compensation. Le distingué secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr Jayle, a répondu, non sans ironie, à un membre du Syndicat qui lui en faisait aimablement le reproche, qu'il n'avait pas la naïveté de se donner autant de mal pour organiser solidement et administrer correctement notre Syndicat, dans le but de procurer des avantages à nos adversaires et aux indifférents,

« Je suis, écrit le Dr Jayle, de ce pays d'Auvergne où l'on sait très bien faire cuire les marrons, mais où l'on ne les tire pas du feu pour les adversaires ou les indifférents. »

Nous aussi nous sommes de ce pays d'Auvergne dont les habitants passent pour ne manquer ni de patiente énergie, ni de tenace volonté. Nous comptons plus de trente ans de services syndicaux. Pendant plus de 15 ans, nous avons rempli les fonctions de secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, et pendant plus longtemps encore, nous avons bataillé dans notre Syndicat dont nous avons eu l'honneur d'être vice-président et président à la période la plus critique de son histoire. A l'Union, soutenu par les présidents qui s'appelaient Porson, Comby, Lande et Gairal, nous avons presque, sans argent, souvent avec nos propres ressources, fait une active propagande dans toute la France et mené le bon combat. Nous avons obtenu quelques résultats puisque, de 2.500 membres en 1895, quand nous avons pris le secrétariat, le nombre des adhérents s'est progressivement élevé à 8.500 environ quand nous l'avons quitté. Nous avons collaboré à la généralisation du libre choix dans l'application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite ; nous avons, avec Jeanne, Diverneresse, Gairal, Dubuisson et bien d'autres, terriblement lutté pour faire inscrire le libre choix dans la loi sur les accidents du travail et obtenir des sanctions pour le faire respecter. On nous attribue même l'invention de l'expression *liberté de confiance*. Notre lutte énergique, contre des adversaires sans scrupules, nous valut de passer deux fois en correctionnelle pour des diffammations dont nous n'étions pas l'auteur mais dont nous avions tenu à prendre toute la responsabilité, car nous n'avons jamais eu le triste courage d'abandonner nos amis, ni de tourner le dos à nos compagnons de lutte, surtout lorsque la vérité de ce qu'ils affirmaient, ne pouvait être et n'était du reste pas contestée. Il y eut même des gens de l'autre côté de la barricade, des gens qui se disaient médecins, qui eurent l'impudeur de nous reprocher notre conduite.

Et ce n'est pas pour leur donner les avantages si péniblement conquis malgré eux, que nous avons sacrifié notre tranquillité, la plus grande partie de notre temps et tous nos loisirs pendant trente ans de notre vie.

Nous n'avons jamais eu une parole de reproche, ni de haine ; nous avons, dans plus d'une circonstance, tendu loyalement la main à ceux qui avaient voulu nous flétrir et nos syndicats leur ont ouvert largement leurs portes, mais que ceux qui ont refusé d'y entrer, ceux, dans les rangs desquels on a combattu sans merci l'action syndicale et tenté d'empêcher la réalisation de la liberté de confiance, que ceux-là, disons-nous, ne viennent pas reprocher aux nôtres de ne pas s'efforcer de la leur assurer.

Ces protestations singulières dans leur bouche nous rappellent la fameuse apostrophe de Louis Veuillot : « Je vous demande la liberté au nom de vos principes et c'est au nom des miens que je vous la refuse. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES TROUBLES PSYCHIQUES MENSTRUELS (1)

Par le professeur Henri CLAUDE.

Je n'ai pas l'intention d'étudier les troubles mentaux qui peuvent se développer chez la femme à l'occasion de la puberté et de la ménopause et je désire me limiter aux troubles liés à la menstruation. Les relations entre les troubles psychiques et des états physiologiques, comme la menstruation, sont indéniables, alors que cette dernière se produit normalement.

Certes, il est de notion banale qu'on voit souvent des troubles de l'humeur et du caractère au moment des règles. Ils sont en rapport soit avec des manifestations cœnesthésiques, soit avec les tendances constitutionnelles du sujet. On note de l'irritabilité, de l'excitation, la tendance aux tracasseries ou, chez d'autres personnes, de la dépression ; parfois même des manifestations hystériformes, des tendances impulsives pouvant entraîner à certaines réactions médico-légales.

Mais je veux surtout envisager l'état pathologique bien que tous les stades intermédiaires puissent s'observer. Y a-t-il un rapport de causalité entre la modification psychique et la modification physiologique ? On peut répondre affirmativement. Du reste, ces faits sont assez bien connus.

Pour Esquirol, le sixième des troubles mentaux chez la femme serait dû en général à la menstruation. Il rapporte l'observation d'une femme qui, à l'occasion des règles, avait l'idée obsédante de tuer ses enfants et son mari pendant qu'ils étaient endormis.

Gendrin raconte l'histoire d'une jeune fille dont le frère et la mère s'étaient suicidés et qui, sans état mental antérieur, se jeta par la fenêtre au moment de ses règles. Morel cite l'exemple d'une jeune fille qui avait de l'hébétude, de l'obtusion intellectuelle lors de ses époques et qui manifestait des tendances au vol, à l'incendie, d'un caractère automatique. Ses règles étaient abondantes et douloureuses. On la traita et il y eut amélioration parallèle des troubles psychiques et organiques.

Hitzig parle d'une mère qui fut arrêtée pour avoir jeté son enfant à l'eau. On apprit qu'elle présentait toujours des signes d'aliénation mentale au moment des règles.

Brière de Boismont rapporte l'histoire d'une femme qui quatre jours avant les menstrues avait de l'hébétude, de a torpeur et un état de déchéance physique allant même jusqu'au gâtisme, jusqu'au moment où, les règles apparaissant, tout rentrait dans l'ordre. Il est donc utile de savoir que des *réactions médico-légales* peuvent s'observer en pareil cas. Cependant on a abusé de cette notion à propos de la kleptomanie et Antheaume a eu raison de réagir contre cette interprétation. Beaucoup de femmes arguent de troubles psychiques menstruels qui ne sont rien moins qu'évidents. J'ai observé des personnes qui avaient commis des vols au moment des règles, mais d'autres vols avaient été commis antérieurement dans l'intervalle des menstrues.

Permettez-moi de vous présenter quelques malades qui vous montreront mieux que tous les commentaires ce qu'on observe d'ordinaire en pratique.

Une jeune fille de 20 ans, mannequin, gagnant bien sa vie, est entrée à l'asile en juillet 1925 pour des symptômes d'excitation maniaque : insomnie, gesticulation, cris, maniérisme, plaisanteries, ironie. Elle avait aussi des peurs liées sans doute à un certain état onirique. Les choses s'améliorèrent bien que nous ayons fait des réserves sur l'éventualité d'une démence précoce. Elle nous raconta les contrariétés dont elle avait eu dernièrement à souffrir. Elle avait eu, disait-elle, les mêmes troubles en janvier et avait dû interrompre ses occupations. A la fin de juillet, elle était améliorée. Elle nous avouait qu'au moment de ses règles elle était toujours irritable.

En août, sa conduite est normale et déjà nous pensions à la faire sortir. Or du 28 août au 2 septembre, elle a ses règles et elle devient plus bavarde, plus agitée, turbulente. On voit apparaître l'incohérence du langage, le désordre des actes (bris de carreaux), le maniérisme, les fausses reconnaissances. Parfois même, certaines attitudes cataleptoïdes, des rires immotivés. Et nous revenions à l'hypothèse d'une démence précoce au début. Maintenant nos inquiétudes sont tombées car tout est amélioré, pour quel-

(1) Leçon recueillie par le Dr Gilbert ROBIN, chef de clinique.

que temps, mais les manifestations psychiques devaient revenir pour la même cause.

Au début d'octobre, en effet, à l'apparition des règles, la voici de nouveau agitée et délirante, se prétendant d'une naissance illustre, se sentant poussée à parler, comme si, disait-elle, elle subissait des influences étrangères. L'agitation tombe et le calme revient pour deux semaines. Nouvelles règles fin octobre. Après les menstrues on note de l'inhibition psychique, une légère obtusion, elle se voit à la fin du monde, est désorientée, le syndrome rappelle la confusion mentale. Enfin depuis le 15 novembre l'état mental est normal et les règles survenues le 28 novembre n'ont pas provoqué d'accidents. Il faut ajouter que cet état psychique survenant par intervalles est produit à l'occasion des règles normales, non douloureuses. Du reste, l'hyperidéation, l'excitation psychique n'empêchaient pas des préoccupations tristes (déboires, chocs moraux) mais qui étaient en quelque sorte submergés par l'état maniaque lié à la menstruation et cédant avec elle.

Voici une deuxième malade de 25 ans, dont l'histoire est analogue à la précédente. En fin de juin 1925, elle a eu de l'excitation psychique, de l'incohérence, des attitudes théâtrales, de la discordance. Il semble que chez elle, à l'âge de 17 ans, lors de la première menstruation, il y eut déjà de l'excitation, de l'irritabilité, de vagues idées de persécution. Le malaise a duré un certain temps, mais ne se reproduisait en somme que tous les 7 ou 8 mois. A l'asile, nous avons noté au moment des règles, une certaine causticité dans les propos, de l'ironie, une tendance à jouer et à mystifier l'entourage. Elle déchirait tout ce qu'elle avait sous la main. Puis tout disparut d'un jour à l'autre. On notait, ce qui n'existe pas chez l'autre malade, un état dépressif qui atteignait d'ordinaire sa plus grande intensité quelques jours avant les règles. La menstruation, au point de vue physiologique, s'est montrée normale.

La malade a absolument conscience de son état. Elle s'analyse parfaitement. Le rythme de ses troubles est variable. Les troubles psychiques sautent parfois plusieurs mois, en général 7 ou 8. Cette fois seulement, elle a eu 5 accès consécutifs apparaissant à chaque menstruation et durant une dizaine de jours. Actuellement la *restitutio ad integrum* est totale.

Dans certaines circonstances, les troubles psychiques précèdent les règles, dans d'autres, ils les suivent. Certains auteurs parlent de modifications physiologiques des menstrues, parfois trop abondantes, insuffisantes en d'autres cas. Il est certain que ces faits peuvent s'observer ; on a même vu, dans des cas d'aménorrhée, le rythme des troubles psychiques répondre à ce que devrait être le rythme menstruel. König a rapporté récemment l'observation d'une femme ovariotomisée sans hystérectomie dont l'aménorrhée entraîna de l'irritabilité, de l'impulsivité. Quelques mois après les règles reparurent, règles très peu abondantes du reste, et à ce moment, elle se montra profondément déprimée à chaque période menstruelle, ce qui semble bien indiquer que, dans ce cas, l'insuffisance menstruelle n'était pas étrangère à l'apparition de la dépression.

Voici une dame de 52 ans, qui depuis une radiumthérapie pour un fibrome se sent, à la date approximative des règles, à la fois énervée et fatiguée. Elle se dit incapable d'agir, elle a des idées mauvaises, idées de suicide sans motif précis. Elle a même pris un jour une grande quantité d'un hypnotique « pour en finir avec sa lassitude de vivre ». Ces accès de tristesse venaient d'abord tous les mois, et semblaient répondre à la période menstruelle disparue. Mais depuis un certain temps, la régularité est moins parfaite, bien que la malade soit persuadée que sa tristesse suive toujours le rythme de ses règles absentes.

Il y a certainement des faits dans lesquels l'aménorrhée semble à la base des troubles maniaco-dépressifs, mais il est bien difficile de séparer ces faits de ceux d'intoxication dans lesquels la menstruation peut subir un arrêt. De sorte que je me limite aux cas où il y a périodicité de troubles psychiques répondant à chaque flux menstruel. Car on sait que tous les états psychopathiques chroniques s'exagèrent au moment des règles.

Faut-il incriminer au premier chef les troubles endocriniens ? Ils sont parfois bien réduits et si les troubles psychiques peuvent survenir dès le début de la menstruation, comme Ziehen tend à l'admettre, ces faits ne sont pas habituels et ne coïncident pas toujours avec ce que j'ai pu constater en clinique.

En général, l'état toxi-infectieux n'est pas manifeste. Si les souvenirs de l'accès sont flous, ils sont cependant rarement abolis. Les troubles sont transitoires et vers 35-40 ans disparaissent le plus souvent. Leur nombre ne dépassent guère une dizaine d'accès, se reproduisent en général deux ou trois fois par an et on ne note guère plus de cinq à six accès consécutifs, dans les cas de séries mauvaises.

En somme, le pronostic est bénin et la seule chose à noter, c'est la possibilité d'idées délirantes, passagères du reste, susceptibles d'entraîner les malades à des réactions médico-légales.

Le diagnostic se fondera surtout sur la notion de coïncidence. On évitera de confondre ces troubles avec les délires transitoires liés à l'épilepsie, avec les délires hystériques, à type confusionnel, d'autant plus que nos malades ont parfois des éléments légers de discordances et des tendances à la désorientation.

On songera aussi, chez des prédisposées, à la possibilité d'une bouffée délirante passagère, à caractère polymorphe.

Enfin — et surtout — on fera une sérieuse enquête sur le terrain constitutionnel. Krafft-Ebing (1878-1902) voyait dans le rythme de ces troubles psychopathiques un rapport avec l'hystérie et l'épilepsie : cette doctrine est exagérée. Il faut insister plutôt sur la notion d'hérédité et de prédisposition individuelle.

Pour Hœffner, les manifestations seraient une forme de la psychose maniaco-dépressive. Dans le traité de Psychiâtrie de Ziehen, elles sont d'ailleurs décrites au chapitre manie : c'est la manie périodique menstruelle. Je crois qu'il n'y a pas état maniaque à proprement parler, car la symptomatologie n'est pas toujours celle de la manie ; elle peut être variable à chaque accès et rentre plutôt dans l'ordre de la confusion avec excitation délirante et, d'autre part, si ces sujets étaient cyclothymiques, la menstruation n'aurait pas l'influence prépondérante qu'elle a dans les cas que j'ai rapportés et les accès se manifesteraient en dehors des règles.

Il y aurait un vif intérêt pratique à étudier de plus près ces troubles menstruels, parce que si nous sommes désarmés encore aujourd'hui pour expliquer le rythme de la psychose maniaco-dépressive, malgré les progrès réalisés par l'étude du système neuro-végétatif, nous serions mieux placés pour fixer les rapports de la fonction menstruelle et des troubles mentaux.

On sait que 12 ou 14 jours avant les règles, se rompt le follicule et se produit la chute de l'ovule avec parution du liquide folliculaire. La formation du corps jaune, pour Frankel et Villemin précèderait le flux menstruel de 3 ou 4 jours. La constitution du corps jaune donnerait lieu à des transformations de la muqueuse utérine et après les règles, le corps jaune entrerait en régression. Mais pour Regaud, Dubreuilh, Schakelé, etc., chez des sujets réglés régulièrement, il n'y aurait pas de rapport chronologique entre la formation du corps jaune et la menstruation. On ne peut donc dire avec exactitude si le corps jaune déverse dans l'organisme des produits qui pourraient être la cause de la modification utérine qui provoque le flux menstruel et aussi la cause de certains troubles de l'organisme.

Le corps jaune mérite pourtant de retenir l'attention au point de vue des phénomènes psychiques qui nous occupent. Il est constitué par une couche épithéliale, les cellules lutéiniques lesquelles contiendraient des substances lipoïdes, pour les uns, des substances protéiques pour d'autres. Below a établi que l'injection d'extrait d'ovaire sans corps jaune donnait une augmentation de la pression, favorisait la fixation de O, et l'élimination de CO^2, alors que l'extrait de corps jaune diminuait la pression et la fixation de l'oxygène. Mais ces recherches expérimentales sur l'action du corps jaune ne sont qu'un pâle reflet de ce qui peut se passer dans l'organisme. Plus importantes sont les études des modifications dans la constitution du sang chez la femme à l'époque des règles. M. Charrin avait constaté la toxicité du sérum sanguin lors de l'apparition des règles. MM. Chauffard, Grigaut et Laroche ont étudié le rôle de la cholestérine dans le sang. Ils ont vu que, dans la menstruation normale, il y avait de l'hypercholestérinémie dans les 5 à 7 jours précédant les règles, une diminution du taux dans la période menstruelle et un retour du taux à la normale après les règles. Il y aurait lieu de reprendre ces études sur les femmes ayant des troubles psychiques. Au point de vue sanguin, M. Carnot et Mlle Deflandre ont observé au début des règles un abaissement rapide des érythrocytes. MM. Joseph Salher, Pötzl ont montré qu'il y avait une augmentation du nombre des globules rouges 2 à 6 jours avant les règles, une chute pendant, et un retour ascensionnel après.

Il serait intéressant d'étudier de plus près les variations sanguines, *d'autant plus qu'elles* n'existent pas chez la fille impubère et après la ménopause. On pourrait aussi voir les rapports de ces états menstruels avec le système neuro-végétatif, le système endocrinien et enfin le métabolisme basal. MM. Guillaume et Godel ont noté un abaissement du taux du métabolisme avant les règles et un état normal dès l'apparition du sang.

Ils ont également vu que, dans la période intermenstruelle, il existait de la vagotonie, et de la sympathicotonie dans la période prémenstruelle. Du reste, chez nos malades, nous avons observé des modifications du tonus neuro-végétatif qui prouvent que les recherches de ce côté ne doivent pas rester sans résultats : la sympathicotonie était très marquée après les règles.

Pour nous résumer, il n'y a pas de troubles nets de dysovarie chez nos malades. C'est en quelque sorte la fonction normale qui est à la base des troubles psychiques observés. Il faut accorder une grande importance au terrain. Mais ce point une fois posé, il y a certainement, même au cours d'une menstruation normale un élément d'intoxication ou un trouble du système neuro-végétatif. Il y aurait lieu de pratiquer toutes les recherches relatives aux variations de l'état du sang et aux échanges avant, pendant et après les règles. Pour ces investigations psychobiologiques, tout un programme d'études pourrait tenter les chercheurs et il y aurait lieu d'étudier simultanément et chaque jour, la toxicité du sérum, la toxicité urinaire, les variations neurovégétatives, celles du pH. urinaire, de la glycémie, etc., durant le cycle prémenstruel, menstruel et intercalaire.

Ainsi nous pourrons arriver à un résultat pra-

tique pour combattre ces troubles psychiques, car pour le moment, nous en sommes réduits à un traitement empirique. Nous instituons une thérapeutique contre les phénomènes vago-sympathique, endocriniens et nous conseillons des sédatifs, mais nous tâtonnons encore et j'espère pouvoir un jour compléter ces notions succinctes par une étude d'ensemble sur ce sujet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Cancer du sein. — II. Phénomènes de torsion et de bascule des kystes de l'ovaire.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

I. — *Cancer du sein.*

Cette malade est entrée à l'hôpital pour une tumeur du sein. Ce qui a attiré son attention, ce ne sont pas des phénomènes douloureux, c'est une modification de forme, c'est quelque chose d'anormal qu'elle a constaté dans son sein. Eh bien ! dans la majorité des cas, il en est ainsi des néoplasmes malins ; les épithéliomes du sein sont absolument indolents. Pourquoi ? C'est une question extrêmement obscure.

Pratiquement, c'est une notion importante : les néoplasmes malins par eux-mêmes sont absolument indolents, restent indolents pendant la plus longue phase de leur évolution ; les phénomènes douloureux n'apparaissent qu'à une période tardive, lorsque les nerfs sont comprimés ou envahis. Plus ou moins tardivement, car il y a des épithéliomes neurophiles qui ont une affinité particulière pour les nerfs, et d'autres pour les vaisseaux sanguins qu'on peut appeler hémophiles.

Pratiquement, lorsqu'on trouve dans le sein une tumeur primitivement douloureuse, quand des sensations anormales de picotements, de tiraillements, ont attiré l'attention des malades, il est probable qu'il s'agit plutôt d'une mammite chronique. Ces phénomènes douloureux prennent encore plus d'importance lorsqu'ils augmentent avec les règles : on pensera alors fermement à une mammite chronique.

Ici, la lésion date d'un mois. Elle est extrêmement volumineuse.

Pour examiner une tumeur du sein, il ne faut pas la saisir à pleine main, manœuvre trompeuse, car on saisit, en même temps que la tumeur, les parties voisines plus ou moins graisseuses. Il faut aplatir le sein contre la paroi thoracique.

On constate que cette tumeur reste encore très volumineuse quand, cessant de la tenir à pleine main, on aplatit le sein.

La tumeur occupe le quadrant supéro-interne de la glande. Ces néoplasmes sont plus graves que ceux du segment inférieur, surtout à cause de leurs connexions lymphatiques. Ils ont tendance à envahir le sternum, les cartilages costaux, peut-être les ganglions médiastinaux. Cette situation du néoplasme implique le curage systématique préventif du creux sus-claviculaire.

Dans beaucoup de cas, on voit des dilatations veineuses très marquées sur les seins néoplasiques. Il arrive que le tégument de la région présente une teinte ecchymotique. Souvent elle prend la couleur de pelure d'oignon, ou une couleur d'un rose assez vif, c'est quelquefois une ecchymose d'une coloration diffuse violacée, plus ou moins rougeâtre, puis passant par diverses teintes. Lorsque cette ecchymose se produit spontanément, c'est un symptôme important, qui permet d'affirmer qu'on se trouve en présence d'un épithélioma hémophile, variété d'épithélioma dont le pronostic est particulièrement grave.

Cette tumeur est très irrégulière, extrêmement grenue, elle présente des différences de consistance très marquées, mais les nodosités sont confluentes. Ceci est très important. Dans la mammite chronique, ou maladie kystique de Reclus, si on fait la palpation, comme on doit la faire, en étalant le sein sur la paroi thoracique, on constate une série de petits grains distincts. Quand, dans une mammite chronique plus ou moins ancienne, les nodosités deviennent confluentes, adhérentes et qu'au lieu d'un cercle complet, elles ne forment qu'un demi-cercle, c'est que la mammite évolue vers l'épithéliome, et l'exérèse est indiquée.

Il y a autre chose à noter, ce sont, entre les diverses parties de cette tumeur, des différences de consistance considérables, des parties manifestement plus molles, rénitentes, presque fluctuantes. Ce sont probablement des kystes. Dans la mammite chronique, les kystes sont la règle. Souvent ils sont microscopiques, mais parfois ils atteignent une dimension assez grande pour contenir 10 à 20 cmc. de liquide sous tension, et par conséquent ils sont très durs ; on n'y trouve jamais de sensation de fluctuation nette.

Dans les néoplasmes malins, on observe souvent des pseudo-kystes dus au ramollissement du néoplasme, mais ce qu'on rencontre le plus souvent, ce sont des kystes hématiques. C'est une

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr Laporte.

erreur d'admettre qu'un néoplasme du sein d'apparence maligne, présentant de grosses cavités kystiques, est d'une gravité atténuée. Il faut s'en méfier et penser que c'est peut-être un épithéliome hémophile angiotribe.

Il faut chercher maintenant quelles sont les connexions de la tumeur avec la glande. C'est là une partie capitale de l'examen. Le caractère fondamental des néoplasmes malins, c'est d'être diffus, de n'avoir pas de circonscription nette. Cette circonscription est, au contraire, le caractère des tumeurs bénignes.

Dans les mammites, la circonscription n'a pas cette netteté parfaite qu'on observe dans les adénomes purs, d'ailleurs si rares, de sorte que souvent il est difficile de bien faire la distinction entre une mammite en évolution et un épithéliome primitif.

Ici, la tumeur est absolument diffuse ; c'est là le caractère fondamental d'un épithéliome.

On doit savoir faire le diagnostic d'un épithéliome du sein avant qu'il ne présente l'adhérence à la peau, avant la rétraction du mamelon, avant l'existence de ganglions perceptibles. Le symptôme qui permet le diagnostic, c'est la diffusion de la tumeur. Si on attend les autres symptômes, on compromet l'avenir, car les résultats de l'intervention chirurgicale sont d'autant meilleurs que l'intervention est plus précoce.

Il y a, il faut le dire, des formes d'emblée si malignes, que l'intervention la plus précoce est condamnée à un échec : au premier rang sont les épithéliomes hémophiles.

Ici, on ne peut pas dire qu'il y ait une rétraction du mamelon. Mais la peau est adhérente, on n'arrive pas à la pincer, on n'arrive pas à la plisser au moins en divers points ; il y a des endroits où la peau est capitonnée. Ceci est un caractère de malignité incontestable. On ne trouve pas de peau d'orange. Cet aspect dit de peau d'orange est lié à de la rétraction et à l'œdème lymphatique ; ce n'est donc pas un symptôme direct des néoplasmes du sein. Beaucoup de néoplasmes du sein peuvent évoluer jusqu'à la fin sans qu'apparaisse ce phénomène, et la peau d'orange peut exister dans des lésions n'ayant rien de néoplasique. Il y a des mammites chroniques où la peau d'orange se manifeste nettement.

Dans les cas où il n'y a pas de peau d'orange, il n'y a pas beaucoup à craindre les récidives cutanées, mais au point de vue de l'extension du néoplasme, il ne faut pas en conclure que c'est un symptôme favorable.

Le néoplasme présente-t-il des adhérences profondes ? La malade tenant son bras contre le corps, on cherche à l'en empêcher, et l'on constate que, le grand pectoral se contractant, la tumeur n'est pas immobilisée. Il n'y a donc pas d'extension vers les parties profondes. D'ailleurs, il est très rare qu'un néoplasme du sein contracte des adhérences avec le grand pectoral avant d'avoir envahi la peau.

Pour l'exploration de l'aisselle, on doit faire asseoir la malade. La graisse est refoulée, dans le décubitus, du côté de l'aisselle, et l'exploration est rendue plus difficile. On fait donc asseoir la malade, et alors on constate une adénopathie nette de l'aisselle. Le fait qu'on ne sent pas les ganglions séparés les uns des autres a une importance énorme. Dans une première phase, les ganglions sont envahis par le hile. De là, les cellules néoplasiques envahissent les follicules, et détruisent tout le ganglion, sauf la coque ganglionnaire. Dans une phase ultérieure, cette coque est détruite, et alors les cellules néoplasiques essaiment dans la graisse péri-ganglionnaire.

On doit toujours faire l'étude des ganglions sus-claviculaires. Le creux sus-claviculaire peut être envahi par deux voies différentes. Par la voie indirecte : les cellules néoplasiques cheminent d'un ganglion à l'autre, peuvent pénétrer par le canal thoracique du côté gauche, la grande veine lymphatique du *côté droit.*

Par la voie sus-claviculaire directe, étudiée par M. Mornard. Ce sont alors les vaisseaux lymphatiques efférents du segment supérieur de la glande qui, passant sous le petit pectoral, vont directement aux ganglions sus-claviculaires. Le plus souvent envahi, c'est le ganglion du confluent sous-clavier, dans l'angle de la jugulaire interne et de la sous-clavière.

Une troisième voie est la voie de la mammaire interne ; généralement, elle passe par le troisième espace intercostal, et s'en va, vers les ganglions intra-thoraciques (médiastinaux antérieurs, rétro-sternaux) ; ces ganglions échappent à l'examen clinique. D'après les recherches de M. Mornard et la statistique de Thorack et Welchener, on peut estimer de 6 à 10 pour cent la proportion où les ganglions médiastinaux antérieurs sont atteints. Et dans ces cas, on doit dire que l'intervention est vouée à un échec. Cliniquement, on ne peut pas reconnaître l'existence de cette adénopathie. Il y a donc là une lacune inévitable dans tous les examens de néoplasmes du sein. Mais on peut avoir des présomptions : ce sont surtout les épithéliomes de l'hémisphère interne qui empruntent cette voie.

On doit chercher les symptômes de généralisation. L'apparence de santé que présente cette malade éloigne l'idée de généralisation, mais non d'une manière formelle. Quels sont les organes, les tissus où les épithéliomes du sein ont le plus de tendance à se généraliser ?

Très souvent c'est la plèvre, mais pour la plèvre, il s'agit d'une extension de proche en proche, et non d'une véritable généralisation. Les nodules couvrent toute la plèvre pariétale, d'abord, puis toute la plèvre viscérale. C'est aussi le diaphragme, et ici encore il s'agit d'une extension

✦✦✦

de proche en proche et non d'une véritable généralisation.

Les nodules de véritable généralisation, on les trouve surtout dans le foie, et aussi dans l'épiploon, dans les capsules surrénales, dans la rate, dans les reins. Le phénomène le plus saisissant, le plus extraordinaire, c'est la fréquence de la généralisation dans les os, dans le squelette. Chaque variété de tumeur maligne a une topographie métastatique.

Les épithéliomes du sein, au moins certaines variétés, ont ce triste privilège de se généraliser aux os : cette généralisation aux os a lieu par la voie vasculaire sanguine.

Le sternum et les côtes mis à part, car pour ces os, c'est encore un envahissement de proche en proche, l'os le plus souvent envahi dans les néoplasmes du sein est le fémur, en un point situé entre les deux trochanters, au-dessous de la base du grand trochanter. L'épithéliome amène une fracture spontanée. Viennent, après le fémur, par ordre de fréquence : d'abord l'humérus. Phénomène singulier, la clavicule n'est que rarement envahie ; elle est cependant beaucoup plus proche du néoplasme que le fémur et même que l'humérus. Il y a aussi des cas d'envahissement des os du crâne.

Chez un homme ayant une toute petite tumeur du sein gauche, la première manifestation fut une tumeur de l'olécrâne, considérée comme un sarcome. Après l'opération, un examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithéliome. Alors on chercha l'épithéliome primitif ; on le trouva au sein. Ainsi, un cancer du sein gauche avait déterminé un premier noyau métastatique dans l'olécrâne du côté droit, un deuxième dans l'iléon, également du côté droit. Comment l'expliquer par la voie lymphatique, alors qu'il n'y avait aucune lymphangite, aucune perméation appréciable, aucun nodule de transfert ?

Une autre généralisation fréquente, c'est à la colonne vertébrale.

Chez cette malade on ne trouve encore aucune trace de propagation osseuse, mais ce qui fait la gravité de sa lésion vient de son siège particulier et des autres caractères qui font rattacher vraisemblablement cet épithéliome à la forme hémophile, c'est-à-dire à une forme de cancer du sein dont l'évolution est si fâcheuse qu'on se demande s'il ne vaut pas mieux s'abstenir qu'intervenir dans un cas semblable.

II. — *Phénoménes de torsion et bascule des kystes de l'ovaire.*

La tumeur est à peu près médiane, soulevant la partie antéro-inférieure de l'abdomen, et se prolongeant du côté gauche ; elle est mate.

Normalement, l'ovaire est situé sur la face dorsale postérieure de l'utérus. Lorsque l'ovaire augmente de volume et de poids, il tombe en arrière, il n'a aucune tendance à remonter. Le kyste vient donc tomber dans le cul-de-sac de Douglas ; dans la première partie de son évolution il reste pelvien, et rétro-utérin.

Les kystes de l'ovaire sont capables d'acquérir un volume énorme ; dans certains cas, à mesure qu'il augmente de volume, le kyste tend à s'énucléer du bassin.

Mettons dans un verre une vessie vide, remplissons-la d'eau. Progressivement, elle va d'abord se mouler sur le verre, puis s'extérioriser, parce qu'elle prend une forme arrondie que le verre ne lui permet pas. Eh bien, beaucoup de kystes de l'ovaire se comportent de cette façon. Après une phase rétro-utérine, ils finissent par sortir complètement du bassin, ils se développent dans l'abdomen, au-dessus du détroit supérieur. Dans cette ascension, dont le mécanisme est très facile à comprendre, le kyste peut entraîner plus ou moins l'utérus.

Certains kystes dermoïdes sont anté-utérins. Les kystes du ligament large sont quelquefois anté-utérins, mais les kystes du ligament large sont tout à fait différents du véritable kyste de l'ovaire, ils sont franchement unilatéraux, contiennent un liquide absolument clair, et atteignent rarement un volume très considérable.

Les crises douloureuses répétées qu'accuse la malade correspondent à des réactions assez caractéristiques constituant des phénomènes de l'ordre de la torsion et qu'on peut observer dans toutes les tumeurs de l'abdomen. On peut les observer dans les salpingites. On peut les observer dans les fibromes. Il y a des cas où la torsion porte non seulement sur la tumeur pédiculée, mais sur l'utérus lui-même qui est entraîné dans la torsion. Mais, de toutes les tumeurs, celles qui présentent le plus souvent le phénomène de la torsion, ce sont incontestablement les kystes de l'ovaire.

Il y a différentes modalités de torsion. Il y a des torsions brusques, rapides, qui entraînent des accidents dramatiques. Ce ne sont peut-être pas les plus importantes en pratique. Les plus importantes sont celles qui passent inaperçues, ce sont les petites torsions progressives, se faisant par à-coups, déterminant de temps à autre une réaction péritonéale modérée avec quelques phénomènes douloureux, un peu de ballonnement, de la constipation, quelques vomissements ; puis, tout rentre dans l'ordre.

Pourquoi ces phénomènes de torsion du pédicule ont-ils une si grande importance ? Parce que toutes ces torsions, complètes ou incomplètes, entraînent inévitablement par réaction du côté du péritoine, la formation d'adhérences. Dans certains cas, la torsion est telle que le pédicule finit par être détruit : alors ce sont les adhérences contractées qui seules assurent la nutrition du

kyste. Dans ces cas-là, lorsqu'on a disséqué péniblement les adhérences, on ne trouve pas de pédicule. La torsion du pédicule a toujours cette conséquence d'amener la formation d'adhérences plus ou moins étendues et diffuses, qui rendent l'opération beaucoup plus difficile et plus grave.

La torsion du pédicule peut-elle avoir pour conséquence de faire passer une tumeur rétro-utérine en avant de l'utérus ? Certainement. Dans certains cas, ce n'est pas une véritable torsion qui se produit. Une torsion, c'est la rotation de la tumeur, de sorte que le pédicule se tord en spirale.

Mais on observe aussi parfois une bascule du kyste, la tumeur tombant en arrière, ou tombant en avant, pouvant passer de la région rétro-utérine à la région anté-utérine.

On peut reconnaître les kystes dermoïdes à divers caractères. Lorsqu'on fait le toucher, dans le cul-de-sac postérieur, on sent une partie molle, puis une partie dure, et on reconnaît la consistance et la forme d'un os ; on peut être sûr qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

Ceci n'est pas extrêmement fréquent. La masse est souvent constituée par des parties graisseuses, ayant la consistance d'une cire un peu molle. Ces tumeurs sont modelables, c'est-à-dire que si l'on presse progressivement sur la tumeur, on y marque l'empreinte du doigt. Il ne faut pas s'imaginer que toutes les tumeurs modelables de l'abdomen sont des kystes dermoïdes, car on retrouve ce caractère dans les tumeurs stercorales.

Les kystes mucoïdes, d'autre part, peuvent présenter des sensations multiples, des zones d'épaississement, des végétations en certains points.

Les kystes dermoïdes s'observent ordinairement chez des sujets jeunes, mais ils peuvent aussi se développer plus tard. Ils sont généralement bilatéraux, c'est-à-dire existant dans les deux ovaires.

Avec les kystes de l'ovaire, on peut trouver toutes les modalités menstruelles, mais ordinairement, sans que le rythme soit troublé (il peut l'être parfois), il y a une diminution de la quantité de sang perdu et de la durée des règles. C'est peut-être plus fréquent dans les kystes dermoïdes que dans les kystes mucoïdes ; mais ce n'est là qu'une nuance qui ne permettra pas de faire le diagnostic.

Ce qui a de l'intérêt, ce sont les phénomènes de torsion ou de bascule, à cause des conséquences qu'ils entraînent ; ils conduisent toujours à une intervention aussi rapide que possible.

PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE A L'ART DE GUÉRIR

Par le Dr Pierre Prost.

(Suite).

II

Les bases de la psychothérapie.

Au cours d'une étude précédente (1) nous avons rappelé l'influence réciproque du physique sur le moral et du moral sur le physique.

Ces faits d'observation étant tout à fait indiscutables, la première idée qui vient alors à l'esprit de celui qui songe à la possibilité d'en tirer une conclusion pratique est évidemment celle-ci : Quelles sont les conditions qui régissent ces phénomènes ? Car, une fois celles-ci connues de façon précise, il deviendra facile de les répéter à volonté et, par conséquent, de provoquer ces phénomènes à bon escient au lieu de les laisser se produire au hasard.

Comme en toute autre science, l'expérimentation, continuant l'observation, permettra de passer de la théorie à la pratique.

Pour établir les bases de la psychothérapie il importe donc, dès maintenant, d'énumérer ici quelques connaissances psychologiques indispensables.

Or, l'enseignement psychologique qu'on donnait encore il y a 20 ans dans nos lycées n'a plus cours aujourd'hui.

Comme l'écrit Janet (1) : « La conception de notre science psychologique se modifie peu à peu par les tentatives de mise en pratique. Les premières tentatives de la psychothérapie ont réveillé la psychologie et l'ont brutalement rappelée à la question... Ce sont les nécessités des applications thérapeutiques qui forcent aujourd'hui la psychologie à aborder l'étude qui lui est propre, la description et l'explication scientifique de la conduite humaine. »

Ne pouvant entreprendre ici (et tel n'est d'ailleurs pas notre but) un exposé étendu de la psychologie, nous nous contenterons d'énumérer

(1) *Concours médical*, nº 15, p. 961.

(1) « La Médecine psychologique », par Pierre Janet, 923, page 284.

les données nouvelles d'où découlent ses applications.

Et tout d'abord, il nous faut reconnaître que l'habitude ancienne de distinguer des facultés indépendantes les unes des autres était peut être commode pour la description mais tout à fait arbitraire. Dupré (1), parlant de l'intelligence, l'exprime de façon fort imagée : « Comme la lumière blanche dans le spectre, comme la symphonie dans un orchestre, l'intelligence dans l'encéphale, a ses origines et son siège partout, son centre nulle part. »

D'autres auteurs, Toulouse et Piéron (2), font même observer que ce mot « intelligence » recouvre des complexus assez différents suivant le sens donné au mot : pouvoir d'assimilation, pouvoir de création, rapidité des processus mentaux, force des processus mentaux, etc., et que la raison du succès social, d'après lequel on juge, en général, de ce qu'on appelle d'un mot vague et inexact, l'intelligence, réside pour une bonne part dans la maîtrise que peuvent présenter les individus : soit pour agir, soit pour cesser d'agir, inhiber telle ou telle tendance, etc. Et ceci nous ramène à la conception de Janet énoncée plus haut : la psychologie est la science de la conduite humaine. Ce même auteur précise du reste encore en disant (3) : « la conduite de l'homme comprend des mouvements aussi bien que des idées ». C'est d'ailleurs là un des principes fondamentaux de la doctrine « behaviourist » américaine.

En effet, tout acte conscient comporte à la fois des *sentiments* (désir antérieur à l'acte et plaisir ou déplaisir consécutifs à l'acte), des *mouvements*, des *sensations*, des *perceptions*, du *raisonnement* (comparaison des motifs qui incitent à agir ou, au contraire, à réfréner une impulsion, ainsi que l'étude des moyens propres à accomplir l'acte dans les meilleures conditions), de la *mémoire* (celle des actes antérieurement exécutés dans des conditions semblables), enfin de la *volonté*, grâce à laquelle l'acte s'accomplit.

Et cette complexité de l'acte se retrouve lorsque l'on considère soit un acte physique, soit un acte mental. Il s'agit toujours d'une résultante de toutes les fonctions intellectuelles, en un mot d'une **psycho-synthèse**, à laquelle s'ajoutent des phénomènes d'ordre physiologique.

On comprend donc déjà que les troubles divers qui relèveront de la psychothérapie, et qui ne sont en définitive que des troubles de la conduite, devront toujours être envisagés à la lumière de cette conception de la psycho-synthèse, tant pour être compris que pour être traités. Nous y reviendrons en temps utile.

Mais nous n'avons jusqu'ici considéré que le côté conscient de la psychologie. Or, comme le dit le prof. Charles Richet (1) : « Il existe des phénomènes intellectuels inconscients, ou à peine conscients, et il n'est pas permis de restreindre la psychologie à l'étude des intelligences concientes d'elles-mêmes. »

Force nous est donc d'envisager maintenant le **conscient**, le **subconscient** et l'**inconscient**. Que faut-il entendre exactement par chacun de ces termes ?

« Les phénomènes manifestés par les êtres vivants peuvent se ramener à plusieurs catégories superposées aujourd'hui, mais qui se sont lentement succédé dans le temps : 1° phénomènes *vitaux* (nutrition, respiration, etc.) ; 2° phénomènes *affectifs* (sentiments, passions, etc.) ; 3° phénomènes *intellectuels* (réflexion, raisonnement, etc.). Ces derniers apparurent très tard dans l'histoire de l'humanité. La vie organique, la vie affective et la vie intellectuelle constituent ainsi trois sphères d'activités fort distinctes ; mais, bien que séparées les unes des autres, elles agissent sans cesse les unes sur les autres. » Ainsi s'exprime Gustave Le Bon « Les opinions et les croyances », page 36.

Une image précisera peut-être encore mieux les rapports entre ces trois termes :

Un homme, ignorant des lois de la physique, voyant flotter un iceberg, limitera sa connaissance à la partie de glace dépassant le niveau de la mer et méconnaîtra complètement l'autre partie, pourtant beaucoup plus volumineuse mais cachée par les flots. De même, un autre homme, ignorant la psychologie, ne connaîtra que les phénomènes conscients, et n'imaginera même pas ceux, beaucoup plus nombreux et aussi importants, qui se passent dans l'inconscient. Enfin, poussant plus loin notre comparaison (qui doit avoir déjà fait comprendre ce que sont le conscient et l'inconscient), il est facile de voir qu'il y a entre ces deux extrêmes une zone intermédiaire, qu'en psychologie on appelle le subconscient, et qui correspond à cette partie d'un iceberg, tantôt visible et tantôt cachée, par suite de l'agitation des eaux de la mer, mais qu'un observateur prévenu peut déjà deviner par transparence.

Dans un cas comme dans l'autre, des délimitations précises sont impossibles à établir entre chacune de ces zones.

La conception psychologique est même encore plus complexe quand on remarque que des phénomènes conscients peuvent devenir subcon-

(1) Traité de pathologie mentale de GILBERT-BALLET, 1903, page 883.

(2) « Psychologie expérimentale », TOULOUSE et PIÉRON, 1923, tome II, pages 182 et 203.

(3) JANET. — « Médecine psychologique », 1923, page 274.

(1) « Psychologie générale », 10e édition, 1919, page 2.

scients, et, inversement, des phénomènes subconscients devenir conscients.

Une autre image permettra de le bien comprendre : le regard d'un individu étant dirigé sur un point quelconque de l'espace, tout objet situé en ce point sera perçu d'une façon absolument nette, alors que ceux immédiatement voisins le seront un peu moins. Plus la distance sera grande entre un objet et celui sur lequel tombe l'axe visuel, et moins la visibilité de cet objet sera nette. Ceux placés à l'extrême limite du champ visuel seront perçus à peine : leur existence sera reconnue, mais leur description impossible. Enfin en dehors du champ visuel, tous les objets, pourtant existants, cesseront d'être perçus.

Au point de vue psychologique, il en est de même. Tout phénomène sur lequel notre attention est fixée est tout à fait net dans notre conscience : c'est un phénomène *conscient*. Mais à côté de ce phénomène, d'autres sont perçus plus ou moins vaguement, ce sont les phénomènes *subconscients*. D'autres enfin ne sont pas du tout perçus, ce sont les phénomènes *inconscients*.

Mais, reprenons notre comparaison : si la direction du rayon visuel vient à changer, celui-ci peut alors tomber sur un objet préalablement invisible qui devient alors tout à fait net, alors qu'au contraire la netteté des autres objets diminue et, même, leur visibilité peut être supprimée quelle qu'ait été leur visibilité antérieure.

De même, si l'attention se fixe secondairement sur un phénomène préalablement inconscient ou subconscient, celui-ci devient conscient, à l'inverse de celui qui, antérieurement conscient, devient subconscient ou inconscient.

Dans ces conditions il est facile de comprendre que ces dénominations de « conscient », « subconscient », « inconscient », ne désignent pas des êtres différents, mais bien des *manières d'être* d'une même personne. Et nous verrons plus loin l'importance capitale de cette conception lorsque nous passerons à l'étude des applications.

Dans l'*état conscient* se manifestent les processus d'élaboration des vérités conscientes, celles qui sont régies par la *logique rationnelle*, la seule connue de la psychologie classique.

L'*état subconscient* est celui dans lequel les sentiments prédominent. Une autre logique, tout à fait différente de la logique rationnelle leur est applicable, d'après Le Bon, c'est la *logique affective*.

Enfin l'*inconscient* relève de la *logique biologique*. Celle-ci règle tous les phénomènes de la vie organique : « Toutes ces œuvres si précises, si admirablement adaptées à un but, sont dirigées par des forces dont nous n'avons aucune idée, et qui agissent exactement comme si elles possédaient une clairvoyance bien supérieure à notre raison. L'œuvre qu'elles accomplissent à chaque instant de l'existence plane très au-dessus de ce que peut réaliser la science la plus avancée » (1).

Chacune de ces manières d'être a donc sa logique propre ; et, au point de vue psychothérapique, nous pouvons déjà signaler, en passant, quelle grave erreur commettent ceux qui veulent agir sur des phénomènes subconscients ou inconscients avec des procédés d'ordre conscient. Lors de l'étude des divers procédés, nous nous attacherons à montrer quels sont ceux qui doivent être employés dans les divers cas, en nous basant justement sur les conceptions psychologiques que nous venons d'exposer.

L'intuition, dans le domaine subconscient, peut suppléer à ce que nous entendons par intelligence dans le domaine conscient. De même la suggestion peut être considérée comme une volonté subconsciente. Enfin, la psychanalyse étudie les complexes affectifs de sentiments ou de tendances qui sont d'ordre inconscient et nous mènent à notre insu.

D'après ce que nous venons de dire y a-t-il lieu de conclure que, suivant l'état d'un sujet considéré à un moment donné, des phénomènes conscients, par exemple, se manifesteront seuls, et que, cet état venant à changer, ce seront alors des phénomènes purement subconscients ou inconscients qui prendront leur place ? Il n'en est rien.

En effet, si nous avons déjà montré, il y a quelques instants, la complexité des actes en les analysant d'après les diverses facultés de la psychologie classique, il en est encore de même si on les observe à la lumière des données que nous avons exposées depuis.

L'acte, en apparence le plus conscient, le travail intellectuel, par exemple, dépend, lui aussi, en partie, d'élaborations subconscientes.

Il est classique, à ce sujet, de rappeler, depuis Maury (2), des exemples historiques d'idées coordonnées d'une manière suivie pendant des rêves : Voltaire composant un chant de la Henriade, Tartini composant sa fameuse Sonate du Diable, Burdach faisant une découverte de physiologie.

Victor Hugo utilisait de façon méthodique ce travail intellectuel inconscient : « Son emploi du temps à Guernesey est demeuré célèbre. L'après-midi, il n'écrivait pas un seul vers. C'était l'heure de la promenade en voiture, heure de méditation profonde, où dans l'hypnose des vagues obsédantes, le poète évoquait en esprit ses visions inachevées, et n'échangeait que quelques paroles, visiblement absent de son entourage. Le travail déclanché se poursuivait dans le sommeil. A cinq heures du matin, Hugo

(1) LE BON. — « Les Opinions et les Croyances », p. 77.
(2) MAURY. — « Le sommeil et les rêves », (1862) page 37.

se mettait à l'œuvre et extériorisait sur le papier le poème qui s'était fait en lui (1). »

Et si nous analysons maintenant le travail de l'artiste, il sera encore plus facile de mettre en lumière le rôle du travail subconscient dans un acte qui semblerait, au premier abord, devoir être purement conscient.

Une interview du caricaturiste Sem (2), qui a le mérite de n'avoir pas été prise dans un but d'étude psychologique, nous semble absolument probante à ce sujet. L'artiste s'exprime ainsi : « Quand je regarde à froid, que mon crayon est au fourreau, mon œil au cran de repos, j'ai une vision moyenne et normale. Je vois comme toute le monde. ». Jusqu'ici il n'y a *pas encore travail artistique* : il n'y a rien que de banal.

« Il est donc nécessaire, quand je veux dessiner, que j'entre d'abord en excitation, que j'arme mon œil. Il y a des gens qui, au premier coup d'œil, paraissent insaisissables. C'est un rébus à deviner. C'est une énigme vivante dont le nœud réside en un point original, unique et spécial, qui est sa caractéristique. C'est ce point qu'il faut découvrir et isoler. »

La décision de faire un dessin vient d'être prise : les facultés *conscientes* sont mises en jeu. Voyons de quelle manière et avec quel succès :

« Avant tout je dois comprendre le visage, je dois le débrouiller. Pour cela je l'aborde humblement. Avec précaution, j'en fais le tour et je l'explore. Paralysé par le souci de l'exactitude, j'essaye des croquis tâtonnants, respectant scrupuleusement les détails : timidement je le grignote. Si quelque indiscret regardait à cet instant par-dessus mon épaule, il serait bien étonné de l'insignifiance de ce dessin inoffensif mais en somme exact et que des gens superficiels jugeraient très suffisamment ressemblant. »

Le travail purement conscient est alors terminé. Nous n'ajouterons rien aux appréciations de Sem lui-même pour montrer l'*insuffisance de ce travail*. Mais le *travail insconscient* va commencer. Observons-le : « Quand, par cette préparation, j'ai enfin appris par cœur ce visage, que je puis le dessiner tout entier de mémoire, alors, affranchi du scrupule des détails, je m'évade de ces vaines apparences. Mon œil, libéré, pénètre hardiment dans cette face, à la recherche des réalités plus profondes. »

Tout se passe en réalité comme si le travail conscient du début n'avait eu pour résultat que de fournir des matériaux à l'inconscient qui, par une *finalité propre*, permet à l'artiste d'atteindre le but qu'il se proposait.

N'est-il pas curieux d'entendre décrire par l'artiste lui-même l'*état subconscient* dans lequel il se trouve alors ?

« Mais, pour que l'opération réussisse, il faut que je m'isole, que je m'abstraie absolument de l'ambiance ; et si, à cet instant précis où je couve l'image, on me parle, ou si je suis distrait par le moindre incident, cette vision âcre et aiguë s'évapore, tout s'évanouit, la plaque est voilée. »

Quelle précision dans la description de cet état spécial qui est la condition des manifestations purement subconscientes !

Ces exemples d'actes intellectuels complexes font bien comprendre l'importance du subconscient, même dans des cas où, à première vue, on aurait pu supposer que le conscient seul aurait dû jouer un rôle.

Aussi peut-on répéter avec Ribot : « Ce sont les sentiments seuls qui mènent l'homme (1). »

En effet, les *habitudes*, créées par l'éducation, ou par la répétition constante des mêmes actes dans des circonstances données, remplissent à elles seules une grande partie de notre existence, et Le Bon a pu écrire sans exagération : « A la guerre, tout autant que pendant la paix, les 3/4 de nos actes sont dirigés par l'habitude (2). »

Le rôle de l'éducation, en général, et de tout apprentissage, en particulier, n'est, en fin de compte, que de créer des *automatismes*.

Pendant toute la période d'entraînement, l'attention est obligatoire, et toute distraction survenant suffit à faire manquer l'acte. Puis, peu à peu, celui-ci devient automatique et d'autant plus parfait qu'il est plus inconscient. Bien mieux, si plus tard, l'attention vient à se fixer, à tort, sur un acte automatique, elle en trouble l'accomplissement.

Et il est fort heureux qu'il en soit ainsi, car le conscient peut alors se trouver libéré et capable de fournir un autre genre de travail pendant que le subconscient surveille le mécanisme qu'il a suffi au conscient de déclancher.

C'est ainsi qu'un violoniste, par exemple, pourra atteindre à la virtuosité, lorsque le jeu des doigts sera devenu tellement bien réglé qu'il n'aura plus à s'occuper que du sentiment musical à exprimer. C'est ainsi également qu'il est possible d'écrire, en suivant uniquement les idées à exprimer, sans s'occuper ni du mécanisme de l'écriture, ni de l'orthographe, ni des règles de grammaire à observer.

A propos de l'habitude et de l'automatisme, il est bon d'indiquer dès maintenant les conséquences que nous pourrons tirer de l'observation de ces faits lorsque nous passerons à l'étude des applications thérapeutiques.

(1) Ch. BAUDOUIN. — « Suggestion et autosuggestion » page 149.
(2) *Revue de psychothérapie*, 26e année, page 20.

(1) « Maladies de la volonté », par Th. RIBOT, 19e édition, page 12.
(2) « Enseignements psychologiques de la guerre européenne », par LE BON, page 241.

De même qu'il y a des habitudes, créées volontairement par éducation raisonnée, de même il existe de mauvaises habitudes, formées au hasard, et qui seront quelquefois à l'origine de troubles morbides. C'est par rééducation psychothérapique qu'il y aura lieu de les détruire.

Il en sera de même pour certains symptômes qui, primitivement dus à une maladie réelle, persistent ensuite, devenus des habitudes morbides, alors que la cause organique qui les provoquait n'existe plus depuis longtemps.

Et, pour conclure ce long exposé théorique du conscient et du subconscient, nous dirons que, si le premier a l'avantage d'être mieux connu que le second, son importance est bien moindre si l'on se place au point de vue de l'étude de la conduite humaine.

En effet, si le conscient est négligeable dans tous les cas d'actes purement automatiques, inconscients, le subconscient vient presque toujours se mêler aux actes conscients : « A part les actes devenus, par habitude, automatiques, toute volition est précédée d'une onde émotive, d'une perception affective de l'acte à accomplir (1). »

***

Abandonnant maintenant la théorie pour la pratique, nous devons d'abord préciser les conditions dans lesquelles se manifestent spontanément des états conscients, subconscients ou inconscients.

Si nous envisageons l'ensemble de la vie humaine nous pouvons tout de suite remarquer que celle-ci présente dans tout son cours des alternatives de *veille* et de *sommeil*. Ce sont là deux manières d'être bien différentes, absolument opposées l'une à l'autre, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental.

Pourtant entre ces deux états extrêmes il est légitime d'en décrire un troisième, intermédiaire, la *somnolence*.

Pendant le *sommeil*, les muscles sont relâchés, le corps immobile et l'activité mentale est généralement tout-à-fait inconsciente, la plupart des rêves étant oubliés au réveil.

Pendant la *rêverie*, il y a encore relâchement musculaire plus ou moins complet. L'activité mentale est entièrement désordonnée, involontaire et à peine perçue par la conscience ; mais, pourtant, cette conscience vague, cette subconscience existe.

A l'état de *veille*, au contraire, il existe des contractions musculaires plus ou moins étendues et marquées ; et surtout, l'individu a une conscience très nette de ses perceptions, de ses pensées, de ses actes.

Ces trois états correspondent donc aux trois manières d'être décrites théoriquement plus haut : l'inconscient, le subconscient et le conscient.

(1) « Education de la volonté », par PAYOT, 1922, page 51.

Et nous ne pouvons manquer de noter dès maintenant, avec Maury, que ces états ne diffèrent entre eux que par le *degré d'attention* qui s'y manifeste : « Ainsi que l'a judicieusement fait observer Dugald-Stewart (philosophe écossais) (*in* « Eléments de la philosophie de l'esprit humain », traduc. Peisse, t. I, p. 244) tout ce qui tend à diminuer l'attention provoque à dormir, et plus l'attention est faible chez un individu, plus facilement le sommeil s'empare de lui. Tous les hommes ne sont pas également capables d'attention, et la grande puissance qu'on peut apporter dans celle-ci est une preuve de force intellectuelle (1). »

***

Que faut-il entendre exactement par **attention** ?

Pour le préciser, nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter à la magistrale étude qu'en fit Ribot (2).

Remarquons tout d'abord avec lui que l'attention n'est pas une faculté, mais une manière d'être, une *attitude mentale*.

Il importe ensuite de distinguer une *attention spontanée*, état qui n'est pas celui qu'on comprend généralement sous le nom d'attention, et une *attention volontaire*, laquelle est un perpétuel rappel de l'esprit vers un objet donné, et exige par conséquent un effort, dont la fatigue peut être la conséquence.

Si l'effort d'attention est dirigé vers l'extérieur, c'est l'attention proprement dite, l'*observation*.

Si, au contraire, il est dirigé vers l'intérieur, c'est la *réflexion*.

L'*intelligence* d'un individu est proportionnelle au développement de l'attention chez ce même individu. La précision de la *mémoire* est également fonction du degré d'attention qui a présidé à l'enregistrement des faits à retenir.

Enfin, Bergson a pu dire (3) : « Le génie du philosophe n'est que l'attention volontaire soutenue », et P.-E. Lévy (4) écrire que l'effort volontaire consiste en une accumulation brusque de l'attention.

Ainsi donc, toutes les facultés conscientes : intelligence, mémoire, volonté, sont fonctions de l'attention et leur développement est en rap-

(1) « Le sommeil et les rêves », par MAURY, 1862, page 15.
(2) « Psychologie de l'attention », par Th. RIBOT, Alcan, édit.
(3) « Culture de la force morale », par Ch. BAUDOUIN, page 38.
(4) « Education de la volonté », par P.-E. LÉVY, page 152.

port avec celui de l'aptitude à réaliser cette attitude mentale qu'est l'attention.

Cette dernière est donc bien la *condition indispensable de tout acte conscient*, fait que précise Janet quand il définit l'attention : « Le contrôle exercé par une tendance supérieure sur une inférieure (1). »

D'après Ribot (2), l'attention est une condition de la vie, elle se rattache à l'instinct de conservation. Elle permet, en effet, l'adaptation de l'animal au milieu physique, et celle de l'homme au milieu social.

Au point de vue pathologique, on peut envisager l'excès d'attention et aussi son affaiblissement.

Il y a excès lorsque l'attention se fixe à tort sur un acte qui doit être automatique. Cette fixation anormale suffit alors à troubler l'acte, quelquefois même à l'empêcher.

« On sait que le seul fait de fixer son attention sur une partie du corps, le cœur, l'estomac, la vessie, les intestins, amène à la conscience des sensations insolites : ce qui est un cas de cette loi générale que *tout état de conscience vif tend à s'actualiser* (3). »

Et c'est là le mécanisme des maladies dites imaginaires, des idées fixes, des obsessions, des phobies.

De plus, comme le rappelle P. Janet (4), lorsqu'il décrit les théories de Déjerine à ce sujet, l'effort d'attention entraînant une dépense d'influx nerveux, si celle-ci est excessive, la sensation de fatigue peut alors en être la conséquence : l'auto-observation constante des névropathes, la raideur musculaire entraînant l'insuffisance respiratoire, sont encore des facteurs importants à considérer dans la pathogénie des névropathies.

L'affaiblissement de l'attention se rencontre au contraire, dans certains cas « d'hystérie, de mélancolie, au commencement de l'ivresse, à l'approche du sommeil, dans l'extrême fatigue physique ou mentale. Les enfants atteints de chorée sont, aussi, peu capables d'attention. Ces états morbides ou semi-morbides confirment la thèse que nous avons soutenue précédemment (en étudiant l'état normal) : c'est que *le mécanisme de l'attention est essentiellement moteur* (5). »

Et ces derniers mots remettent en mémoire la phrase de Maudsley : « Celui qui est incapable de gouverner ses muscles est incapable d'attention », phrase qui illustre bien le *parallélisme constant et absolu du physique et du mental.*

C'est d'ailleurs là une manière de voir tout à fait conforme à celle de Ribot : les quelques citations suivantes le montreront bien.

« L'attention n'existe pas *in abstracto*, à titre d'événement purement intérieur : c'est un état concret, un complexus psycho-physiologique (1). » « Tout acte de volition, impulsif ou inhibitoire, n'agit que sur des muscles et par des muscles (2). » « Il faut toujours avoir présent à la mémoire ce principe fondamental : tout état intellectuel est accompagné de manifestations physiques déterminées. La pensée n'est pas, comme beaucoup l'admettent encore, par tradition, un événement qui se passe dans un monde suprasensible, éthéré, insaisissable (3). »

Et Ribot étudie les phénomènes physiques : vaso-moteurs, respiratoires, moteurs, qu'il considère comme « facteurs indispensables de l'attention ».

***

Mais l'état d'attention constitue dans la vie un état exceptionnel.

« Si l'on veut bien observer les hommes tels qu'ils sont, pris en masse, non les esprits dressés et cultivés, comme le font presque toujours les psychologues, on reconnaîtra sans peine que l'attention spontanée, et surtout l'attention volontaire, sont des états exceptionnels. Eliminons d'abord la routine de la vie, toute cette masse énorme d'habitudes qui nous meuvent comme des automates, avec des états de conscience vagues et intermittents. Eliminons les périodes de notre vie mentale où nous sommes surtout passifs, parce que l'ordre et la succession de nos états de conscience nous sont donnés du dehors, et que leur série nous est imposée, comme une lecture d'un intérêt moyen, une occupation manuelle ou autre supposant une succession d'actes dans un ordre fixe. Eliminons cet état de repos relatif pour l'esprit, où l'on « ne pense à rien », c'est-à-dire où les états de conscience n'ont ni intensité ni détermination nette : la nonchalance intellectuelle, la rêverie à tous ses degrés. Eliminons les états de passion et d'agitation violente avec leur flux désordonné et leur diffusion de mouvements. Ces éliminations faites et probablement d'autres encore, le reste peut s'inscrire au compte général de l'attention (4). »

De cette énumération des diverses circonstances dans lesquelles il n'y a pas d'attention

---

(1) « Médications psychologiques », par P. JANET, I, page 216.
(2) « Psychologie de l'attention », par Th. RIBOT, p. 45.
(3) *Id.*, p. 122.
(4) « Economies psychologiques », par P. JANET, p. 15.
(5) « Psychologie de l'attention », RIBOT, p. 153.

---

(1) « Psychologie de l'attention », par RIBOT, p. 38.
(2) *Ibid.*, p. 73.
(3) *Ibid.*, p. 20.
(4) *Ibid.*, p. 175.

nous pouvons tirer les conclusions suivantes, et tout d'abord faire remarquer que le sommeil constitue, de façon évidente, l'état où l'attention est nulle.

La routine, les habitudes, la vie passive, ne sont, en somme, dans bien des cas, que les résultats d'une éducation préalable, que des automatismes voulus antérieurement.

Les émotions violentes, les manifestations passionnelles ne comportent, en effet, aucune attention. Il y a alors suppression des facultés d'inhibition, mais cette suppression est accidentelle, involontaire, et difficilement réalisable expérimentalement.

Reste enfin, la *rêverie* qui mérite d'être étudiée de plus près à cause des conséquences pratiques qui découleront de cette étude.

La rêverie est un état intermédiaire entre le sommeil et la veille attentive.

C'est cet état, si important pour la réalisation de la suggestion ou de l'auto-suggestion, que les divers auteurs qui se sont occupés de ces questions ont décrit sous des noms différents, chacun cherchant à mettre en valeur une de ses caractéristiques.

C'est l'*état de charme* de Liébault. C'est la *réflexion méditative* de Payot, le *recueillement* de P.-E. Lévy, l'*hypotaxie* de P. Farez, l'*auto-hypnose* de Bonnet, les *hallucinations hypnagogiques* de Maury. Ce sont ces états que P. Janet caractérise par le *rétrécissement du champ de la conscience*. C'est enfin sous le nom d'*affleurement du subconscient* que le décrit Ch. Baudouin (1) en reprenant l'image à laquelle P. Janet eut recours en décrivant le subconscient. Le subconscient étant comparé à des couches géologiques profondes que recouvre une couche superficielle et seule visible qui constitue la conscience, « il est des moments, des états, où les couches profondes, soulevées en une vague, percent l'écorce et affleurent à la surface, où le conscient superficiel disparaît plus ou moins et où le subconscient devient visible. Le sommeil est le plus caractéristique de ces états », la rêverie en est un autre.

Dans les diverses appellations qui lui furent attribuées nous retrouvons les différentes caractéristiques de cet état.

Et, comme justification de cette loi, préalablement énoncée, que les phénomènes psychologiques s'accompagnent toujours de phénomènes physiologiques déterminés, ces caractéristiques sont physiques et mentales.

Physiquement, l'individu qui se laisse aller à la rêverie est toujours dans un état de relâchement musculaire plus ou moins complet : il y a *détente physique*.

(1) Suggestion et auto-suggestion, par Ch. BAUDOUIN, 1re édit., p. 106.

Mentalement, il se produit un défilé très rapide d'images variées. Les pensées n'étant plus canalisées par la volonté inhibitrice, leur flux en est désordonné, mais leur abondance nuit à leur netteté. De plus, celle-ci entraîne une désadaptation de la vie extérieure et une sorte de transport passif dans un monde intérieur.

C'est en somme cette passivité, à la fois physique et mentale, qui caractérise cet état. De même qu'il y a alors suppression plus ou moins complète de la tension musculaire, de même il y a suppression de cette tension intellectuelle qu'est l'attention.

Aussi emploierons-nous à notre tour le mot de **détente** pour désigner cet état contraire de l'attention. Ce terme, déjà employé par Baudouin en même temps que celui d'affleurement du subconscient, nous paraît le plus heureux, car il exprime bien, à la fois, l'état physique et l'état mental, et, d'autre part s'oppose bien à celui d'attention, laquelle est une tension intellectuelle s'accompagnant elle aussi de tension musculaire comme l'a observé Ribot,

Cet *état de détente* est des plus importants à connaître, et à savoir réaliser expérimentalement, car, ainsi que nous le verrons plus loin, il est indispensable pour que se produisent certains phénomènes d'ordre subconscient, comme la suggestion par exemple. D'autre part, ainsi que le fait remarquer P. Janet : « Le malade est un individu fatigué, épuisé, qui a le besoin le plus urgent de se reposer et d'économiser ses forces ; mais, il ne sait pas se reposer et il se laisse entraîner à faire continuellement ce qui l'épuise le plus » (1).

On comprend alors l'intérêt thérapeutique qu'il peut y avoir à entraîner un tel malade à la détente, à le rééduquer dans ce sens, à lui apprendre de nouveau à réaliser cet état en en décomposant les différents stades. Dès qu'il y parviendra, il commencera déjà à faire des économies de forces nerveuses, à remonter sa tension nerveuse : « Quand nous nous reposons, quand nous nous détendons au milieu d'amis, quand nous nous endormons, nous baissons la tension ; au contraire, quand nous commençons un acte, quand nous sommes en public, quand nous nous préparons à la lutte, ou simplement quand nous nous réveillons, nous nous tendons davantage (2). »

* * *

Ainsi donc, cette dernière phrase de P. Janet nous le fait bien comprendre, à tout moment de son existence, l'être humain se trouve dans l'un de ces deux états : TENSION OU DÉTENTE.

(1) « La médecine psychologique », par Pierre JANET, p. 185.
(2) *Id.*, p. 217.

De son aptitude à les réaliser exactement suivant les nécessités découle son adaptation plus ou moins parfaite à son milieu, à son genre de vie.

Il est classique de citer à ce sujet les exemples de tels généraux, comme Alexandre, Napoléon Ier, qui avaient la faculté de pouvoir dormir au moment où se préparait telle bataille dont dépendait leur sort.

Et dans le même ordre d'idées, P. Janet cite dans ses « Economies psychologiques » l'exemple plus moderne, d'ordre sportif, donné par un Américain, R.C. Cabot : « L'équipe de rameurs qui gagne la course est celle qui sait se détendre et se reposer entre chaque coup de rames ». Il en est ainsi dans la vie d'un homme, et les névropathes présentent toujours à l'origine de leurs troubles un *déséquilibre entre ces deux pôles : tension et détente.*

Ou bien leur attention s'est fixée de façon excessive sur une idée ou sur un trouble organique et les a, de la sorte, amplifiés.

Ou bien une tendance trop marquée à la rêverie, une incapacité à sortir d'une détente habituelle, a favorisé le développement d'idées morbides par autosuggestion.

Le but de la psychothérapie sera donc de réaliser une **équilibration** normale entre la *tension* et la *détente*, à la fois dans le domaine *physique* et dansle domaine *mental.*

Pour la plupart des malades c'est à la détente qu'il faudra d'abord les entraîner.

Puis, les ayant ainsi habitués à se rendre maîtres de leurs émotions, à relâcher les spasmes organiques qui les accompagnent, on les entraînera par la suite à développer leur attention, à la diriger exactement suivant leurs besoins.

Alors l'ancien malade sera devenu capable d'organiser son budget nerveux, de limiter ses dépenses et d'augmenter son avoir de forces nerveuses, suivant la comparaison imagée qui servit à P. Janet à illustrer sa conception du dynamisme psychique.

Dans notre prochaine étude nous examinerons comment les divers procédés psychothérapiques ont tous pour but d'entraîner le malade, soit à une meilleure tension, soit le plus souvent à une meilleure détente.

En résumé, il nous semble établi que :

1° La *psychologie pratique* ayant pour but l'étude et la direction de la *conduite humaine*, il ne s'agit plus d'envisager des facultés isolées, indépendantes ; mais , au contraire, par **psychosynthèse**, toute activité dans son ensemble.

2° L'état d'attention et l'état de détente constituent **deux manières d'être opposées**. Chacun de ces deux états est caractérisé par des manifestations *physiques* et *mentales* qui vont toujours *de pair.*

3° **L état de détente** est nécessaire pour la réalisation des phénomènes d'ordre subconscient. Cet état réalise un abaissement de la *tension psychologique*, une économie des forces nerveuses.

4° **L'état d'attention** est celui dans lequel se produisent les phénomènes d'ordre conscient.

5° L'activité d'un individu normal est un **équilibre rythmé** entre ces deux manières d'être opposées.

6° Le **but de la psychothérapie** est le *rétablissement de cet équilibre* lorsqu'il se trouve rompu de façon habituelle.

(A suivre.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les déterminations de proche en proche de la tuberculose pleuro-péritonéale avec participation du grand épiploon et du diaphragme et hoquet persistant.

Le Pr Sabrazès (de Bordeaux) rapporte en détails, avec vérification nécropsique, l'observation d'un malade, âgé de 45 ans, qui, deux mois environ après une crise de vomissements incoercibles, muqueux et bilieux, avec toux pénible, émétisante, fut repris de vomissements, et d'un hoquet tenace, empêchant le sommeil, ne s'accompagnant pas d'autres manifestations myocloniques. Vingt jours plus tard, apparut un épanchement pleural, puis de l'ascite. La mort survint peu de temps après.

On trouva à côté d'ulcérations tuberculeuses de l'iléon, une tuberculose appendiculaire de la séreuse et de la muqueuse, une tuberculose hypertrophique iléo-cœcale, une épiploïte tuberculeuse hypertrophique totale, une tuberculose du diaphragme.

Ce cas est intéressant car, si la plèvre est toujours intéressée quand le péritoine est pris, en raison des nombreuses communications lymphatiques et du cours ascendant de la lymphe, inversement quand les plèvres sont d'abord tuberculisées, le péritoine peut se prendre, mais sa participation est plus rare.

Quant au hoquet, dont la persistance avait égaré le diagnostic, faisant penser à une encé-

phalite épidémique, il s'expliquait par les phénomènes de tuberculose du diaphragme et de péritonite tuberculeuse chronique. Les lésions irritatives de nature tuberculeuse du diaphragme intéressaient les faisceaux musculaires et les ramifications des nerfs phréniques. Elles nous font comprendre le mécanisme pathogénique des convulsions cloniques du diaphragme, accompagnées d'un bruit glottique, que l'on qualifie de hoquet. Pendant un mois, ce hoquet n'avait pas cessé, résistant à tous les traitements. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 13 septembre 1925.)

Le syndrome « circulus vitiosus ».

Le tableau clinique du circulus vitiosus, succédant à une gastro-entéro-anastomose, peut revêtir deux types principaux, d'après Ph. Rochet et E. Pollosson.

1° *Une forme aiguë* survenant très rapidement après l'opération ; l'état général s'aggrave dès le 2e ou le 3e jour : sensation de malaise épigastrique et de pesanteur ; pouls accéléré et cependant température normale ; oligurie. Brusquement surviennent ensuite des vomissements en fusée, très abondants et bilieux, deux ou plusieurs fois en 24 heures. A la région épigastrique, il n'y a pas de contracture de la paroi abdominale ; après 36 heures, on peut percevoir un clapotage profond traduisant laréplétion gastro-duodénale par le liquide qu'évacueront bientôt les vomissements. Cette forme revêt souvent un caractère de gravité extrême et elle exige une intervention d'urgence. On ne la confondra pas avec la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, car les lavages d'estomac et la position génupectorale apportent un soulagement rapide et très souvent définitif dans la dilatation aiguë.

2° *Une forme retardée*, qui s'installe progressivement au bout d'une semaine. C'est là le propre du circulus vitiosus d'origine inflammatoire, qui s'oppose ainsi à la forme mécanique qu'est la précédente ; au début il existe un simple état de malaise et d'agacement indéfinissable ; le pouls est rapide, la température oscille autour de 38°-38°5, et les urines diminuent peu à peu d'abondance ; il n'y a pas de météorisme, mais la palpation de l'épigastre et la percussion de l'estomac sont douloureuses, sans véritable contracture de défense ; puis, du 6e au 8e jour apparaissent quelques vomissements bilieux abondants, qui soulagent le malade. Malheureusement ceux-ci se répètent les jours suivants ; ils sont le seul signe pathognomonique ; c'est une évacuation aqueuse et verdâtre qu'on peut évaluer à un litre et plus. Survenant deux ou trois fois dans les 24 heures, ils peuvent céder sous l'influence d'une vessie de glace et de lavages d'estomac, de la suppression de toute alimentation même liquide, d'injections de sérum physiologique ; mais le plus souvent l'état général s'altère rapidement et la mort survient si l'on n'intervient pas en temps voulu.

La première forme répond très probablement aux diverses étiologies mécaniques ; elle peut être évitée, grâce à une technique bien réglée ; la forme retardée, qui se constitue peu à peu, relève d'un processus péritonéal inflammatoire, au niveau du foyer opératoire.

Le circulus vitiosus apparaît beaucoup plus souvent dans la gastro-entéro-anastomose effectuée pour parer aux complications d'un ulcère que dans celle destinée à contourner un cancer pylorique. On peut le prévoir et le craindre quand des adhérences périgastriques gênent l'abord de l'estomac et qu'il s'agit anatomiquement d'un ulcère infecté, l'infection pouvant ultérieurement gagner la néostomie.

Pour traiter chirurgicalement le circulus vitiosus inflammatoire, la jéjuno-jéjunostomie ou la duodéno-jéjunostomie n'ont qu'une action lente. Il vaut mieux quelquefois, si le traitement médical a échoué, refaire une nouvelle gastro-entéro-anastomose, d'autant plus qu'il peut exister ultérieurement une atrésie inflammatoire de la première bouche anastomotique. (*La Presse médicale*, 12 septembre 1925.)

Considérations générales sur les méthodes d'évaluation de la pression artérielle.

Dans une étude sévère des méthodes actuellement en faveur pour mesurer la pression artérielle, M. Crouzel s'efforce de démontrer que « la tensiométrie artérielle, au moyen des sphygmographes, passée à l'état de *pratique courante*, laisse le champ libre à de graves critiques et par suite, n'a nullement reçu la consécration clinique sans conteste, requise en pareil cas. »

Certes, si l'on prétendait baser toute la physiopathologie cardio-vasculaire sur la seule mesure de la tension artérielle, on risquerait fort de passer souvent à côté de la vérité. Personne à cette heure, en France, ne refusera de se rallier à l'opinion de l'auteur ainsi exprimée : « Il est incontestable que le laboratoire est auxiliaire précieux et même aujourd'hui indispensable de la clinique ; mais celle-ci a barre sur lui comme le chirurgien sur ses aides. Ils se complètent, mais leur importance est relative à leur rôle spécial. »

Cette précision formulée, il faut interpréter les données de la tensiométrie, dans un sens effectivement clinique, c'est-à-dire en fonction des données de toutes les autres méthodes d'exploration du cœur et des vaisseaux. Et c'est ce que ne manquent pas de faire les vrais cliniciens, qui se gardent bien d'un dogmatisme stérile pour faire état avant tout de l'expérimentation et de l'observation. (*Revue de pathologie comparée*, 5-9-1925.)

L'eau et les eaux en thérapeutique gynécologique.

M. Vignes étudie, dans ce travail, l'hydrothérapie et les eaux minérales et thermales dans leurs applications au traitement des affections gynécologiques. L'eau tiède (37°) est sédative ; l'eau chaude (au-dessus de 38°) et l'eau froide (15° à 25°) sont excitantes. D'une façon générale, la douche froide, fraîche ou tiède, tonifie l'organisme, tout comme le bain de rivière ; la douche tiède et le bain tiède sont des calmants ; le bain chaud contribue à faciliter la résorption des infiltrats. Localement, l'injection vaginale froide courte et sous pression, agit parfois utilement contre l'aménorrhée ; prolongée, elle a été conseillée, comme pis aller, contre certaines métrorrhagies mal coercibles. La douche utérine et l'injection chaude sont stimulantes et se recommandent dans certains cas d'aménorrhée, d'insuffisance ovarienne, et comme hémostatiques.

La douche froide lombaire combat les métrorrhagies en excitant le centre génito-spinal et le sympathique ; les douches épigastriques et hypogastriques faibles agissent sur la circulation abdominale ; la douche plantaire froide et le bain de pied froid contractent l'utérus et sont hémostatiques, tandis que le bain de pied chaud, la douche chaude au plat des cuisses sont hémorragipares.

En crénothérapie gynécologique, les chlorurées fortes (Salies-de-Béarn, Biarritz et Besançon) comportent les indications suivantes : aménorrhées, congestion utérine, leucorrhées, fibromes, reliquats des salpingites. Les sulfurées (Luchon, Barèges, Cauterets, Saint-Sauveur) agissent efficacement dans les congestions passives et les métrorrhagies torpides, dans certaines rétroversions, dans la métrite cervicale, dans la stérilité.

Les eaux radioactives (Evaux, Plombières, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy...) améliorent les dysménorrhées, les infiltrats péri-utérins et périsalpingiens, la leucorrhée, etc. (*Bull. général de thérapeutique*, 8 octobre 1925.)

Les glandes parathyroïdes et la gestation.

Les glandes parathyroïdes contrôlent le métabolisme de la chaux ; quand elles sont insuffisantes, il y a élimination excessive de cet élément constitutif des tissus et des humeurs, décalcification, abaissement de la tolérance pour le sucre et excitabilité anormale du système nerveux.

Quand l'insuffisance parathyroïdienne coïncide avec la gestation, par le mécanisme qui précède, et que met en lumière M. Vignes, on observe des cas de tétanie, caractérisés par des fourmillements, des paresthésies, de la difficulté pour écrire ou coudre, des contractures, même de la perte de conscience, durant quelques semaines. Les formes frustes sont intéressantes à dépister. Dans les formes bénignes, on conseillera le régime lacté ou lacto-végétarien déchloruré, le lactate de calcium, l'extrait surrénalien, parathyroïdien, l'atropine. Dans les formes graves, l'interruption de la grossesse pourra s'imposer. La tétanie n'a rien à voir avec l'éclampsie que certains auteurs ont prétendu, trop facilement, imputer à l'insuffisance para-thyroïdienne. (*Journ. méd. franç.*, octobre 1925.)

La crise intermenstruelle.

Divers auteurs exposent que les femmes présenteraient fréquemment une crise intermenstruelle, survenant vers le début du troisième septénaire du mois dont le premier se rapporte aux règles normales. Cette crise se traduirait par une sensation de chaleur à la région génitale et de tension au bas ventre ; par des douleurs hypogastriques, par une hypersécrétion utérine ; par une poussée congestive constatable au toucher, par une petite hémorragie ... tous ces signes n'existant jamais au complet chez la même femme.

Au dire de M. Vignes, d'accord en cela avec Siredey et Bouilly, il s'agirait de manifestations ressortissant à un état pathologique appréciable. La réalité de ce phénomène considéré comme physiologique n'est pas établie sans contestation possible. « Il est très probable qu e de telles vagues existent, mais ce sujet appelle quelques vérifications, en ce qui concerne sa constance..... Ces phénomènes sont discrets et plus que discrets chez le plus grand nombre des femmes, et pour provoquer des troubles notables, il faut soit une lésion locale, amenant une maladie de l'ovulation, soit un tempérament nerveux et congestif. ... ». (*Les Sciences médicales*, 21 octobre 1925.)

Les gazés à Saint-Honoré-les-Bains.

M. Comoy rapporte deux intéressantes observations de gazés de guerre qui, atteints l'un de bronchite fétide avec sphacèle des extrémités bronchiques, l'autre de gangrène pulmonaire, et n'ayant rien obtenu des traitements usuels, furent tellement améliorés par les eaux de Saint-Honoré-les-Bains, qu'il est permis de les considérer comme cliniquement guéris.

« Ces eaux, ajoute l'auteur, sulfureuses et légèrement arsenicales, bien dosées, nous ont donné dans les cas précédents et dans d'autres qui furent moins saillants, mais assez nombreux, des résultats affirmatifs qui nous engagent à faire le plus tôt possible un essai analytique de la radio-activité de nos eaux. (*Gaz. méd. du Centre*, 15 mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hygiène de l'enfance à l'Académie.

(*Académie de médecine* ; 30-3-1926.)

L'Académie discute et adopte les conclusions du rapport de M. Jules Renault, conclusions que nous avons déjà publiées. M. Nobécourt y fait ajouter le vœu suivant concernant le placement familial des enfants :

« Considérant que le placement familial rend la surveillance des enfants protégés plus facile et plus efficace et donne des résultats meilleurs que le placement libre.

« L'Académie, renouvelant les vœux émis en 1924 et 1925, prie M. le ministre de l'hygiène de donner les instructions nécessaires pour l'organisation partout où il est possible, de centres de placement familial surveillé ».

M. Nobécourt croit qu'une nouvelle loi ne modifierait guère le sort des enfants protégés. Si la loi Roussel était appliquée, elle procurerait déjà d'heureux résultats. Malheureusement, elle n'est mise convenablement en application presque nulle part, état de choses qui tient pour beaucoup à l'insuffisance des crédits votés par les Conseils généraux pour la rémunération des soins médicaux. Dans ces conditions, quantité d'enfants ne reçoivent pas la visite des médecins ou ne sont vus qu'un très petit nombre de fois.

Les résultats des traitements prolongés du diabète par l'insuline.

(M. Marcel Labbé. — *Académie de médecine* ; 30-3-1926.)

L'action remarquable exercée par l'insuline sur les symptômes et sur l'état général des diabétiques a fait naître de grands espoirs et envisager même la guérison possible du diabète par cette médication. Voici actuellement trois années que l'insuline est utilisée en France : quelles conclusions cette expérience déjà appréciable de l'insulinothérapie permet-elle de tirer ?

M. Marcel Labbé rappelle diverses opinions américaines. En 1923, Allen, signalait les élévations parfois considérables de la tolérance hydrocarbonée produites par l'insuline, mais il ne les regardait pas comme des guérisons. James Wood et Boyd ont observé la même élévation de la tolérance aux hydrates de carbone. Joslin fournit une statistique de 127 cas de diabète grave traités par l'insuline depuis un an et demi. Elle comporte 25 morts, par coma, pneumonie, abcès, tuberculose, etc. Nombre de diabétiques ont été tirés du coma ; pas un seul n'a guéri véritablement.

M. Marcel Labbé expose ensuite sa statistique personnelle portant sur 24 cas de diabète sérieux soumis à la thérapeutique insulinique prolongée depuis 3 ans. Douze de ces malades sont morts et douze sont vivants. Malgré cette forte mortalité il y a là une amélioration sur les résultats anciens. La mort a eu lieu cinq fois par coma, trois fois par infection, quatre fois par tuberculose. Les comas mortels ont été souvent occasionnés par la négligence des malades qui avaient abandonné trop complètement leur traitement.

En somme, les diabétiques traités par l'insuline, malgré la restitution d'une santé apparente, restent des sujets fragiles et exposés à des accidents et à des complications graves. Ils doivent continuer à se tenir sous la surveillance minutieuse et constante de leur médecin. Ils doivent même apprendre à s'observer, afin de reconnaître les premières menaces des complications qui se développent insidieusement et éclatent brusquement, comme le coma acidosique. On sait combien Joslin et ses collègues se sont attachés à cette éducation des diabétiques et quels avantages ils en ont obtenus.

Si le traitement prolongé par l'insuline n'empêche pas la progression du diabète grave, il la retarde néanmoins considérablement. La durée de ces diabètes qui était, avant l'insuline, très faible (deux à trois ans) se trouve aujourd'hui fort allongée. Dans quelques cas même, on observe une régression, une action de régénération fonctionnelle. Sans pouvoir *malheureusement parler de guérison*, ces faits doivent encourager à poursuivre patiemment et énergiquement le traitement du diabète par l'insuline.

Le taux de la cholestérine chez les hypertendus.

(MM. Richard et Roesch. — *Académie de médecine* ; 30-3-1926.)

La cholestérinémie dans les états rénaux a été étudiée par divers auteurs : Widal, Cordier, Colrat, etc. Le professeur Chauffard, Laroche, et Grigaut résumaient les conclusions de ces travaux en disant que l'hypercholestérinémie, phénomène presque constant au cours des néphrites chroniques, est néanmoins indépendante à la fois de la rétention chlorurée, de l'azotémie et de l'état de la tension.

MM. Richard et Rœsch ont cherché à vérifier ces données chez 80 sujets hypertendus, avec ou sans troubles rénaux. Il leur est apparu également qu'il n'y avait pas de relation proportionnelle entre l'hypertension et l'hypercholestérinémie. De plus, si cette dernière se montre souvent liée aux états brightiques, le taux de l'azotémie n'a pas semblé conditionner celui de la cholestérinémie.

— M. Marcel LABBÉ, dans des recherches poursuivies avec M. Heitz sur ce sujet, est arrivé aux mêmes constatations.

Stérilisation des eaux potables par la chloramine.

(M. TÉCHOUEYRES et Mlle PILLEMENT. — *Académie de médecine* ; 30-3-1926.)

Depuis 1923, la ville de Reims emploie pour la stérilisation des eaux potables la méthode Bunau-Varilla, basée sur l'adjonction à l'eau de doses excessivement faibles et jusqu'alors inusitées d'hypochlorite de soude (1 décimilligramme de chlore libre par litre au lieu de 1 à 4 milligrammes). A ces doses infimes, rien ne décèle au goût la présence du chlore et l'antisepsie des eaux livrées à la consommation est absolue.

M. Téchoueyres, qui est directeur du bureau d'hygiène de Reims, estime qu'il faut s'en tenir à cette méthode, partout où l'on dispose d'eau de Javel. Mais, hors de France, aux Colonies par exemple, ou dans certaines conditions (éloignement des centres d'approvisionnement), il peut devenir important de remplacer l'eau de Javel par un produit de conservation et de transport plus faciles. L'auteur propose, à cet effet, la chloramine sodique qui donne une stérilisation excellente des eaux impures ou infectées. On peut s'en servir sous la forme pratique de comprimés. Aux doses convenables, elle ne communique pas à l'eau de saveur chlorée.

La réaction de Dick dans la scarlatine.

(MM. DEBRÉ, LAMY et BONNET. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 12-3-1926.)

Depuis les premières communications de George et Gladys Dick, un nombre assez important de travaux ont été faits sur la réaction signalée par les auteurs américains. Les avis n'ont pas tous été entièrement concordants et une opinion unanime n'est pas parvenue à se dégager à ce sujet. M. Robert Debré présente aujourd'hui, dans une intéressante communication, les résultats de son expérience sur la réaction de Dick et sa valeur au point de vue de l'immunité vis-à-vis de la scarlatine.

On connaît la thèse des auteurs américains. Reprenant une théorie ancienne, soutenue par différents médecins et, en France en particulier, par Bergé, G.-F. et G.-H. Dick affirment que l'agent pathogène de la scarlatine n'est autre que le streptocoque, ou plutôt un certain streptocoque trouvé dans la gorge des scarlatineux ; pour eux, ce sont les toxines de ce germe qui provoquent les principaux symptômes de la scarlatine, l'exanthème par exemple. Utilisant une faible quantité de toxine streptococcique qu'ils injectent dans le derme, ils provoquent une réaction qui se montrerait positive chez les sujets réceptifs, et négative chez les sujets immunisés et serait pour la scarlatine ce qu'est la réaction de Schick pour la diphtérie. Au cours de la scarlatine elle-même, la réaction, positive au début, deviendrait négative dans la convalescence.

Depuis plus de dix-huit mois, M. Robert Debré a poursuivi des recherches personnelles sur cette question. La technique présente ici des difficultés. Tous les streptocoques isolés de la gorge des scarlatineux ne sont pas aptes à fournir une toxine appropriée. Inversement, certains streptocoques, isolés de lésions qui n'ont rien de commun avec la scarlatine peuvent procurer une bonne toxine. Il faut aussi une toxine très active, que l'on puisse largement diluer, pour éviter les pseudo-réactions dues aux protéines.

Quoi qu'il en soit, M. Debré et ses collaborateurs ont fait, chez les enfants et chez les adultes, une étude suivie de la réaction de Dick. Ils ont trouvé, sur 677 enfants, 481 réactions négatives et 196 positives. Le maximum de fréquence a été de un à trois ans (44 %). Sur 122 adultes, 112 avaient une réaction négative et 10 seulement réagissaient positivement. Les auteurs américains ont publié des statistiques comportant un nombre de résultats positifs beaucoup plus élevé : peut-être, et probablement même, la scarlatine est-elle actuellement plus fréquente aux Etats-Unis que dans notre pays.

Deux points essentiels méritent d'être envisagés. La réaction de Dick permet-elle — comme le fait la réaction de Schick pour la diphtérie — de classer les sujets en réceptifs et en non réceptifs à la scarlatine ? Sa valeur est-elle suffisamment prouvée pour démontrer, *ipso facto*, le rôle causal du streptocoque hémolytique générateur de la toxine utilisée ?

Pour Zingher, la réaction de Dick est toujours positive dans les trois premiers jours de la scarlatine ; puis, dans la convalescence, elle devient négative. Cet argument, qui est en faveur de la spécificité de la réaction, n'a été reconnu exact par M. Debré que partiellement. Chez 19 scarlatineux au début, il a noté 10 réactions négatives. Par contre, sur 64 convalescents, tous avaient des réactions négatives. Quatre enfants chez lesquels on avait trouvé une réaction quelque temps auparavant positive, établissant leur réceptivité, eurent effectivement la scarlatine ultérieurement, à la fin de laquelle la réaction vira au négatif.

Un autre argument s'appuie sur le phénomène de Schultz et Charlton. Ce phénomène, dit d'extinction, consiste, on le sait, en une disparition locale de l'éruption scarlatineuse quand on injecte en un point de la peau du sérum de convalescent immunisé. Si la réaction de Dick a une signification réelle, et révèle l'immunité quand elle est négative, le phénomène de Schultz doit se produire quand on injecte du sérum prélevé chez un sujet à Dick négatif, convalescent ou non de scarlatine. Il en a été effectivement ainsi au cours des recherches de M. Debré.

Les conclusions de l'auteur sont en définitive dans leur ensemble favorables à l'emploi de la réaction de Dick. Toutefois, la valeur de celle-ci n'est pas encore rigoureusement démontrée, sur différents points.

— M. Zœller montre les coïncidences favorables et les discordances défavorables aux idées défendues par les auteurs américains. Ainsi, le virage de la réaction au négatif dans la convalescence de la scarlatine est habituel mais non constant. Le fait que certains scarlatineux ont au début une réaction négative paraît ébranler la valeur de cette réaction comme test de l'immunité, mais peut-être cela tient-il à une immunité très précoce dans ces cas.

En résumé, quant à présent, la conception de Georges et Gladys Dick n'est pas appuyée par des preuves rigoureusement probantes. Toutefois, elle se trouve soutenue par un ensemble de faits importants, de concordances qui semblent bien dépasser le simple domaine des coïncidences. Cette conception nous apportera-t-elle une notion pathologique nouvelle : celle de la scarlatine, maladie angineuse (comme la diphtérie) due à un streptocoque hémolytique spécial causant l'angine par sa présence et les autres manifestations de l'affection par sa toxine (comme la diphtérie encore). Nous apportera-t-elle un *test* éprouvé de la réceptivité d'un sujet à la scarlatine, à savoir une réaction de Dick négative. Nous apportera-t-elle même des moyens thérapeutiques nouveaux ? Ce n'est pas impossible, certes, mais la question mérite encore de nombreuses études pour que nous soyons fixés sur ces points.

Pathogénie et traitement des crises gastriques du tabès.

(M. Cauvy, de La Malou. — *Soc. médicale des praticiens* ; 19-3-1926.)

M. Cauvy, qui a fréquemment observé à la station de La Malou des crises gastriques tabétiques, considère ces crises comme relevant de troubles vaso-moteurs du sympathique et d'une hypoadrénalinémie. Contre elles, l'adrénaline paraît avoir une certaine efficacité. En dehors de la période des crises et à côté du traitement de base du tabès, la cure thermale de La Malou, classique depuis Charcot, constitue un adjuvant puissant de la médication pathogénique, en contribuant à la prophylaxie des paroxysmes.

P. L.

Les Congrès

VIe Réunion neurologique internationale annuelle

(*Suite*) (1)

Séances du 27 *mai* 1925.

La migraine

La VIe Réunion neurologique annuelle internationale avait mis à son ordre du jour, cette année, une seconde question, et elle avait choisi la migraine. Cette question venait à son heure, elle aussi, à l'occasion du centenaire de Charcot, puisque Charcot, qui avait souffert de cette petite infirmité si pénible, en a laissé une description qui est restée célèbre.

Or, si tout n'est pas éclairci dans l'histoire de la migraine, il est certain que les nombreux efforts réalisés depuis quelque temps pour éclairer la pathologie du sympathique ont ouvert des aperçus tout nouveaux sur cette affection longtemps mystérieuse.

Rapport clinique. — M. Viggo Christiansen (de Copenhague). Ce rapport, émaillé d'observations personnelles, précise, en les discutant, les données classiques sur l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique de la migraine.

Il sépare d'abord nettement la migraine de toutes les céphalées, dont elle se distingue avant tout par son apparition sous forme d'accès d'une certaine durée, séparés par des périodes interparoxysmales indemnes. Le type le mieux individualisé en est la migraine ophtalmique.

Si l'on envisage cette dernière, on peut lui reconnaître certains facteurs étiologiques bien caractérisés : c'est une affection avant tout féminine, débutant en général dans le jeune âge et très souvent héréditaire. D'après un des élèves de Christiansen, Jens Chr. Smith, elle se transmettrait comme une maladie héréditaire dominante au sens mendélien. Christiansen admet que, souvent, les migraineux présentent en même temps une certaine instabilité psychique. Les maladies infectieuses, en particulier la grippe, l'encéphalite, semblent favoriser son apparition. Il en est de même du traumatisme ; mais, dans ce dernier cas, il s'agit presque toujours de migraines graves, accompagnées de phénomènes d'allure épileptiforme, avec tendance à la progression, période interparoxysmale plus ou moins troublée ; ce serait le seul cas où l'association de la migraine avec l'épilepsie s'observerait avec une certaine fréquence.

La forme typique, la migraine ophtalmique, survient à la suite des causes occasionnelles les plus variées, parmi lesquelles les influences psychiques occupent la première place. Elle est souvent précédée de prodromes : asthénie, sensation d'abattement, ou au contraire d'excitation et d'irritabilité, sensibilité aux bruits, aux odeurs, troubles digestifs, vaso-moteurs ou sécrétoires. Ces prodromes sont, en général, toujours les mêmes pour chaque malade et permettent à chacun de prévoir sa crise.

Puis apparaissent les phénomènes visuels : hémianopsie, quadrants hémianopsiques, scotomes scintillants.

(1) V. *Concours médical*, nos 15, 16 et 17.

C'est seulement un certain temps après (quelques minutes à une demi-heure) que s'installe le mal de tête, généralement unilatéral et souvent juxtaorbitaire au début, puis s'étendant à tout le crâne, débordant même, dans certains cas, vers le cou et vers le bras.

Cette douleur s'accentue dans un crescendo qui arrache parfois des cris au malade, qui l'oblige à fuir toute lumière, tout bruit, tout ébranlement, et qui peut s'accompagner de vomissements. L'état nauséeux persistant, le vertige, l'asthénie et l'indifférence profondes rappellent le mal de mer. Enfin, la douleur s'atténue peu à peu, et la crise se termine souvent par une sensation de bien-être et de délivrance et par un sommeil critique. Le lendemain de la journée de migraine, le sujet est généralement frais et dispos ; quelquefois seulement il garde un peu de lourdeur de tête et de lassitude.

A ces symptômes peut s'associer toute une série de troubles d'ordre sympathique et en particulier vaso-moteur : pâleur ou rougeur de la face (migraine blanche ou migraine rouge de Du' ois-Reymond), œdème palpébral, œdèmes circonscrits, coryza, hémorragies sous-conjonctivales ou épistaxis, herpès zoster. Quant à la sensibilité douloureuse des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique décrite par Oppenheim, Christiansen discute son interprétation et l'attribue à de la cellulite cervicale associée.

La forme typique de la migraine peut se trouver atténuée (migraine simple) ou au contraire se corser, d'autres symptômes : sensations paresthésiques de la face, de la langue, du bras, et, dans les migraines droites, aphasie transitoire. C'est alors la « migraine ophtalmique associée » de Charcot. Ce dernier qualifiait ces phénomènes paresthésiques d' « épilepsie sensitive », mais la lenteur de leur installation, leur disparition constante entre les crises, l'absence de tout phénomène moteur associé, les distinguent très nettement des phénomènes sensitifs jacksoniens.

Enfin, il existe des formes atypiques de migraine, dans lesquelles le diagnostic peut présenter les difficultés les plus inattendues, et dont le rapporteur donne une série d'exemples instructifs : migraines associées sans hémicranie, migraines à forme nauséeuse, ou asthénique, ou vertigineuse (« hemicrania cerebellaris » d'Oppenheim), ou purement hémianopsique, état de mal migraineux (« hemicrania permanens ») qui dure plusieurs jours.

En règle générale, tous les symptômes de la migraine disparaissent avec la migraine elle-même. Les cas dans lesquels la douleur est suivie de phénomènes aphasiques, d'apraxie, de ptosis, sont exceptionnels, et on peut suspecter leur légitimité.

Les accès migraineux revêtent généralement, chez chaque sujet, un type particulier qui reste toujours le même. Les migraines des enfants disparaissent souvent à la puberté. Celles des adolescents, au contraire, ont souvent débuté à la puberté ; elles s'atténuent avec l'âge et elles cessent à la ménopause.

Après avoir rappelé les éléments du diagnostic entre la migraine et l'épilepsie jacksonienne sensitive d'une part, les céphalées anémiques, neurasthéniques, rhumatismales d'autre part, le rapporteur envisage le traitement. A cet égard, il insiste sur le caractère individuel des réactions de chaque malade à telle ou telle thérapeutique. Chez l'un, c'est le régime lacto-végétarien qui fera disparaître les migraines ; chez l'autre, ce sera le calme de l'émotivité, ou bien la régularité dans l'horaire du travail, ou bien encore une hydrothérapie appropriée. Parmi les médicaments, Christiansen vante, selon les cas, la médication bromurée préconisée par Charcot, l'arsenic, la phényléthylmalonylurée, surtout la nitroglycérine (III à IV gouttes de solution alcoolique à 1 p. 100 trois à quatre fois par jour). Les dérivés de l'acide salicylique, la belladone, l'ergotine, l'aconit, le chanvre indien ne peuvent servir qu'à calmer la crise elle-même ; mais ils ne protègent nullement contre les crises ultérieures, et ils exposent à des abus. Enfin le rapporteur se montre sévère pour les traitements endocriniens et pour les méthodes anti-anaphylactiques qui ne lui ont donné que des déboires.

Rapport pathogénique. — M. Pasteur-Vallery-Radot. Etayé par une documentation considérable, le rapport de M. Pasteur-Vallery-Radot expose avec une clarté des plus convaincantes les conclusions très fermes d'un médecin qui, depuis plusieurs années, s'est attaché au problème du mécanisme de la migraine et de son traitement.

Pour M. Pasteur-Vallery-Radot, la migraine, qui doit être soigneusement séparée de toutes les céphalées d'origine oculaire ou sinusale, doit être considérée comme un angiospasme encéphalique *lié à une* crise d'irritation sympathique. « L'angiospasme du territoire vasculaire du trijumeau ophtalmique et dure-mérien explique la migraine simple ; l'angiospasme de la région cortico-calcarine ; la migraine ophtalmique ; l'angiospasme de la région rolandique, la migraine accompagnée » (Sicard, Claude, Henry Meige). Cette opinion, déjà soutenue dès 1860 par Dubois-Reymond, qui avait pu établir sur lui-même les caractères de la migraine, résulte :

1° De la discussion minutieuse de toutes les théories qui ont été émises sur la pathogénie de la migraine : théories corticales, mésocéphaliques, hypophysaires, méningées, trigéminales, myositiques et cellulitiques. Aucune de ces théories ne possède en réalité de fait précis à son actif.

2° De l'ensemble des signes d'irritation sympathique qui accompagnent la crise de migraine. Dubois-Reymond avait déjà constaté sur lui-même que la crise s'accompagnait de pâleur de la face du côté de la migraine, de refroidissement du conduit auditif externe, de dilatation pupillaire, de durcissement de l'artère temporale. A la fin de la crise, des phénomènes de vaso-dilatation paralytique se produisaient. Les phénomènes d'irritation sympathique peuvent d'ailleurs se généraliser davantage : sudation, éry-

thèmes, diarrhée. Enfin, la vasoconstriction explique parfaitement les troubles visuels de la migraine, ainsi que les phénomènes transitoires de parésie, d'aphasie, d'engourdissement des mains et de la face qui caractérisent les migraines accompagnées. Elle cadre bien avec l'association de syndrome de Raynaud (Krispin), de phénomènes angineux (Curschmann), de spasme des artères rétiniennes (PembertonPeake, Curschmann, Mme Weissmann). Bien plus, chez certains migraineux, il suffit pour provoquer une crise, de déterminer une vaso-constriction, soit par immersion des mains dans l'eau froide, soit par application de glace sur le front. Inversement, MM. Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier ont vu, chez sept malades, que, au cours de la crise, la compression de la carotide (et, par suite, du plexus péricarotidien), ou l'inhalation de nitrite d'amyle suffisent pour suspendre l'accès. Si les vaso-constricteurs (caféine, adrénaline), injectés localement au voisinage de l'artère temporale (Sicard), peuvent aboutir aux mêmes résultats, c'est sans doute à cause de leur action vaso-dilatatrice secondaire. Enfin, les opérations de sympathicectomie cervicale, qui ont été tentées jusqu'à présent (Debrez, de Liège, Hellwig, Witzel, Sicard et J. Lermoyez) ont généralement déterminé des améliorations au moins temporaires. S'il existe des céphalées qui sont liées à la vaso-dilatation des vaisseaux céphaliques, comme le rapporteur en a vu un cas avec M. Blamoutier, il s'agit là de phénomènes permanents bien différents des crises de migraine.

Quelles sont les causes qui mettent en jeu le sympathique pour provoquer la crise de migraine ? Ces causes peuvent être d'ordres très divers et elles n'agissent que si certaines circonstances favorisantes se trouvent réalisées.

1° Le rapporteur envisage d'abord les *migraines d'origine anaphylactique* qu'il a étudiées avec MM. Pagniez et Nast depuis 1919 : migraines associées à l'urticaire, à l'œdème de Quincke, à l'asthme, au rhume des foins, à l'eczéma, à la tachycardie paroxystique, aux vomissements cycliques de l'enfance, migraines liées à l'ingestion d'un aliment déterminé (chocolat, œufs, lait, viande, haricots), ou à l'inhalation d'une odeur. MM. Pagniez et Nast, puis Lubbers ont constaté qu'une crise colloïdoclasique pouvait précéder de semblables migraines. L'éosinophilie, contrairement aux assertions de Gaensslen, n'a pas paru fréquente chez les migraineux étudiés par le rapporteur; mais ce fait ne saurait infirmer la nature anaphylactique de certaines de ces migraines. Van Leeuwen et Zeydner (1922) ont trouvé dans le sang des migraineux une substance qui, chez le chat, agit comme la pilocarpine en provoquant la contraction des muscles lisses de l'intestin, et cette substance se retrouverait dans le sang des urticariens, des asthmatiques, des épileptiques.

De nombreuses tentatives ont été faites pour rechercher, par cutiréaction, chez les migraineux, l'agent sensibilisant. Les résultats positifs sont assez peu nombreux : 3 de Ramirez, 2 de Harkavy. Le rapporteur a étudié 14 migraineux à cet égard. Il n'a observé qu'une fois une cutiréaction positive pour la farine de blé et pour la farine de seigle ; mais la suppression de ces aliments n'empêcha pas les récidives.

(*A suivre.*)

Les Thèses

Ly. — Dr Martin. — **L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse.** (Thèse de 1925.)

Dans un récent travail (« Recherches sur la fixation et l'élimination de l'acétylarsan », Thèse de doctorat en pharmacie, Lyon 1925) Thoral a montré que l'acétylarsan est doué d'un neurotropisme supérieur à celui des autres arsenicaux utilisés dans la thérapeutique antisyphilitique (arsénobenzènes, tryparsamide). Il était donc tout indiqué d'étudier son action sur les manifestations nerveuses de la syphilis. L'auteur s'y est employé dans les services des Drs Lépine, Bard, Froment, Bériel et Devic.

Il relate une série d'observations cliniques très minutieusement relevées et classées en trois groupes principaux : lésions méningées, lésions myélo-encéphaliques, tabès.

L'auteur a obtenu de grosses améliorations dans des cas de méningites syphilitiques hémorragiques et d'hémiplégies prises tout au début. Sur les lésions diffuses l'acétylarsan a une action plus lente ; lorsque le processus dégénératif est déjà avancé, s'il n'est plus question de guérison, on note, par contre, à l'actif de l'acétylarsan, une influence eutrophique très nette et une amélioration des symptômes subjectifs.

Le traitement comporte en général l'administration de 12 gr. d'acétylarsan en 16 injections de 0.75 chacune (3cc. de solution). L'acétylarsan s'éliminant très rapidement (l'arsenic apparaît en effet dans les urines 8 à 10 minutes après l'injection et on n'en trouve plus de traces 24 à 36 heures après), il est possible de multiplier les séries d'injections, ce qui est précieux dans une maladie à allure chronique et à évolution prolongée. L'auteur confirme de plus toutes les publications antérieures en ce qui concerne l'indolence complète des injections sous-cutanées ou intra-musculaires, la parfaite tolérance locale ou générale et l'extrême facilité d'emploi.

Il est à retenir de cet intéressant travail que, par son absence de réaction sur le liquide céphalo-rachidien normal, son activité sur les manifestations cytologiques, son pouvoir de fixation sur les centres nerveux, sa parfaite tolérance et son emploi remarquablement facile, l'acétylarsan constitue dans le traitement de la neuro-syphilis un médicament d'une portée pratique.

Ly. — Dr Louis Poncet. — **Vaccination obligatoire ou vaccination facultative contre les maladies typhoïdes et le choléra, dans vingt-huit pays d'Europe.** (Imprimerie Bascou, 42, rue Sala, Lyon, 1925.)

La multiplicité des langues représente l'une des principales difficultés des enquêtes internationales, si utiles pour la documentation des hygiénistes et pour le progrès de l'hygiène ; l'Espéranto, langue internationale auxiliaire, permet dès actuellement de résoudre cette difficulté ; ce travail en est un exemple.

La vaccination contre les maladies typhoïdes, ou tout au moins contre la dothiénentérie éberthienne, est ou a été obligatoire pour certaines catégories de citoyens et spécialement pour les militaires, en temps normal ou en cas de guerre ou d'épidémie, dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Tchécoslovaquie, Union des Républiques Socialistes Soviétiques. Cette obligation a été instituée, en général, en 1914, ou en 1915. La vaccination contre les maladies typhoïdes, sans être obligatoire, a été utilisée en grand, surtout dans l'armée, aux colonies et pendant la guerre mondiale, en Grande-Bretagne et en Irlande. La vaccination contre les maladies typhoïdes n'est pas et n'a jamais été obligatoire et n'est ou n'a été que rarement utilisée dans les pays suivants : Albanie, Danemark, Dantzig, Esthonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse.

Devant les résultats extrêmement encourageants (diminution de la morbidité, atténuation des formes, rareté des complications, abaissement de la mortalité, arrêt d'épidémies) obtenus par la vaccination antityphoïdique, on ne peut que souhaiter la généralisation de son obligation. Mais à cause des réactions locales et générales assez fréquentes et de rares accidents, surtout devant la répugnance de la population civile à se soumettre à des injections successives et à des réinjections périodiques, et plus encore en raison des pertes économiques représentées par les journées de repos nécessaires, la vaccination ne paraît pouvoir être imposée obligatoirement, en dehors de l'armée, qu'aux personnes particulièrement exposées à la contagion (entourage des malades soignés à domicile ou des porteurs de germes, personnel hospitalier, corporation médicale, etc.) et ne présentant pas de contre-indications. En outre, toutes les personnes que ces contre-indications auraient empêché de vacciner par cette première méthode plus certainement efficace et surtout mieux expérimentée, devraient être soumises obligatoirement à la vaccination et à la revaccination périodique par voie buccale, dont le contrôle est plus difficile. L'adoption de telles dispositions légales ne doit à aucun prix faire négliger les autres mesures prophylactiques et notamment la protection contre les dangers de la contagion d'origine hydrique et fécale.

La vaccination anticholérique n'a en Europe que des indications exceptionnelles et fut utilisée, temporairement et suivant les circonstances, d'une manière obligatoire, surtout dans les pays suivants : Autriche, Grèce, Italie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Union des Républiques Socialistes Soviétiques ; et, en France, pour les armées d'Orient et du Levant de 1915 à 1924.

La Société des Nations, par sa Commission des Epidémies et par son Comité d'Hygiène et par le Bureau de l'Office international d'Hygiène publique, est toute désignée pour coordonner la lutte sur le terrain international, en cas d'épidémie grave menaçant plusieurs pays et pour recommander aux gouvernements l'adoption de mesures législatives rendant obligatoires en tout temps la vaccination contre les maladies typhoïdes et, en certains cas, la vaccination contre le choléra.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Encore le diabète.

« Le diabétique qui se soigne
« a autant de chance de vivre
« longtemps que l'homme en
« bonne santé ».

Bouchardat.

Quoiqu'en aient pu prétendre certaines théories récentes, le pancréas est loin d'être seul à intervenir dans tous les cas de diabète. Le foie n'est pas encore près d'être dépossédé du rôle de premier plan que lui assigna notre Claude Bernard. Le système nerveux (le vago-sympathique principalement) n'a-t-il pas la part prépondérante dans ce précieux équilibre de la *glycémie*, dont le foie nous représente l'usine productive et distributrice ? Enfin, les logiciens de la pratique médicale estiment justement que, en dépit de son vif intérêt théorique, l'hormone des îlots reste, actuellement (sauf les cas de *coma* urgents à traiter), d'une application clinique très délicate et qui ne s'accorde guère avec les possibilités du traitement des malades à domicile.

Ce qui domine tout le traitement du diabète, c'est la régularisation du métabolisme hydrocarboné, c'est-à-dire de la production, destruction et répartition du glycose dans le sang. D'autre

part, la dégradation des radicaux gras et protéiques, intimement liée à la combustion organique du sucre, doit être maintenue suffisante : sinon, on voit se déclencher la production des acides gras et des redoutables corps cétoniques. C'est pour cela qu'on a cru devoir, récemment, conseiller l'utilisation des graisses non cétogènes, comme l'*intarvine* américaine, éther glycérique de l'acide margarique : mais cette innovation est loin d'être jugée opérante, en tant que médicament-aliment, et n'est guère entrée dans la pratique.

La vérité est que l'ignorance des causes réelles du trouble nutritif qui engendre le diabète a empêché, jusqu'ici, la construction d'un édifice curatif réellement spécifique. Force nous est donc de nous réfugier dans *les remèdes qui améliorent toujours et guérissent souvent*, sans prétention de théories pathogéniques. A cet égard, la découverte, déjà vieille, du pouvoir antidiabétique dévolu à la santonine, base du complexe « pilules du Dr Séjournet », représente pour les malades une importante étape : car il en est peu qui, après essais loyaux, soient demeurés réfractaires à cette méthode. Avec la santonine, l'hyperglycémie cesse, l'urée décroît et les corps cétoniques disparaissent à l'analyse des urines et du sang. Doué, vis-à-vis de l'*acidose*, d'une activité préventive indéniable, le traitement du Dr Séjournet est un paratonnerre contre les foudres du terrible coma. Il diminue l'extrême sensibilité du diabétique aux échanges azotés et élève notablement « le seuil glycémique ».

Van Nypelseer insistait, dernièrement, sur la grande efficacité de la santonine en cas de gangrène diabétique. En oxydant le glycose et polymérisant le glycogène, elle prolonge la santé des malades qu'elle préserve de la tuberculose, du coma et des complications cardio-rénales. L'étude du métabolisme basal démontre aussi la valeur d'une méthode qui n'a rien du remède expédient et temporaire et délivre les cliniciens de réels embarras, au cours de leur pratique journalière : « Avec la cure du Dr Sejournet, on ne doit plus mourir du diabète », a dit un des nombreux médecins, partisans, *pour eux-mêmes*, de la méthode.

Amélioration notoire de l'état général, de l'assimilation et des échanges ; diminution de l'aptitude à l'autophagie, à la tuberculose, à l'hypertension, à l'anthrax, à la néphrite ; augmentation de la tolérance pour le sucre et les hydrocarbonés ; refrénation constante de la glycosurie : voilà les résultats unanimement signalés. Il ne s'agit pas d'une action fugace et brutale, mais d'une *glycolyse* persistante et graduelle. Le retour des forces et la capacité de travail, la reconstitution tissulaire, le rétablissement du quotient respiratoire et des réserves minérales se traduisent par l'effacement de la polydipsie et de la polyurie, l'arrêt de la dénutrition, la disparition de l'intoxication, l'amélioration du métabolisme des graisses et la renaissance fréquente de l'intellect, trop souvent compromis par la glycosurie. Chacun observe aussi une heureuse action sur la gingivite expulsive, les diabétides, le prurit ano-vulvaire (Monin), la cicatrisation des plaies et les interventions chirurgicales en général.

Associée à l'exercice en plein air et à la discipline de la sobriété (restrictions globales des hydrocarburés chez le diabétique gras et modération extrême des albumines et graisses, pour peu qu'il y ait menace d'acidose), la santonine a prévenu bien des catastrophes. Il faut y songer judicieusement, dès que débute un diabète, au lieu d'acheminer, par le nihilisme thérapeutique et les indulgentes douceurs de régime, les glycosuriques vers les complications. Veillons aussi sur la courbe du poids, dont la chute indiquera une consomption menaçante. Le traitement du Dr Sejournet, combiné avec la « ration d'entretien » capable de maintenir l'équilibre nutritif, donnera toute satisfaction aux médecins et aux malades.

En ce qui concerne les cures systématiques intermittentes, il faut préférer les régimes de *demi-jeûnes* (aux légumes verts, avoine, pommes de terre et surtout à la lévulose, oxydante et alibile) à ces cures exclusives de jeûne complet (avec ou sans purgation), armes à deux tranchants, qui fatiguent et hyposthénisent les plus robustes. Vous visez ainsi, croyez-vous, la glycosurie. . . . . et c'est le glycosurique qui tombe . . . . .

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

I

L'Assemblée générale

Le dimanche 18 avril, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est tenue la 64e Assemblée générale annuelle des délégués de l'Association des Médecins de France.

Bien que l'ordre du jour de ces Assemblées générales soit quelque peu monotone, les mêmes questions réapparaissant à peu près tous les ans, nous aimons à nous trouver à ces réunions auxquelles nos fonctions de membre du Conseil général nous font un devoir d'assister.

Il est toujours agréable de retrouver parmi les délégués ou les présidents des Sociétés locales, les vétérans de notre Syndicalisme, qui, après avoir vu, avec les ans, s'atténuer leur enthousiasme combatif, ont cédé dans la lutte professionnelle la place à de plus jeunes et se sont réfugiés au sein de l'Association, tels les vieux députés abandonnent la tumultueuse Chambre pour prendre dans le calme Sénat, leurs quartiers d'hiver.

Que de souvenirs évoquent plus d'une tête blanche qui nous reporte à 25 ou 30 ans en arrière ?

Et puis l'Assemblée générale de l'Association a pour nous encore bien d'autres charmes. C'est avec un plaisir toujours nouveau que nous entendons l'allocution simple, spirituelle et élégante du Président Bellencontre qui trouve chaque fois le moyen d'éviter, chose difficile en pareille occurrence, d'être banal et sait provoquer par le talent de sa sobre et correcte éloquence de vigoureux et sincères applaudissements.

C'est toujours pour nous une satisfaction que d'approuver les comptes du trésorier général Bongrand qui sait, avec une si fine bonhomie, se mettre au service de l'Assemblée pour donner toutes les explications désirables et dont le sympathique visage exprime si bien la droiture, l'ordre, la méthode et la bienveillance qui sont les qualités maîtresses d'un argentier idéal.

Nous en dirons autant du secrétaire général, Thiéry, à qui incombe la redoutable mission de faire ajourner les propositions prématurées, parfois irréalisables ou dangereuses pour notre grande Fédération Mutuelle, propositions que des délégués encore jeunes, désireux de faire quelque chose de nouveau et de mieux, défendent avec ardeur et conviction.

Le Dr Thiéry s'acquitte de sa tâche avec toute l'énergie nécessaire, mais l'on sent bien comme il est pénible à cet excellent homme d'être obligé de refuser quelque chose, surtout quand ce quelque chose est demandé au nom de la bienfaisance et de la confraternité.

Fatalement, au cours des discussions techniques, intervient le secrétaire général honoraire, Levassort. Sa grande expérience du fonctionnement des rouages multiples de l'Association lui permet en quelques phrases limpides de rendre claire telle ou telle question d'apparence diffuse et la netteté de ses explications, toujours appréciées, est saluée par des applaudissements unanimes.

Parfois enfin, le Conseiller médico-juridique, Paul Boudin, intervient pour rappeler tel article des statuts, telle considération juridique que l'Assemblée paraît ignorer ou vouloir méconnaitre.

***

Nous n'avons nullement l'intention de faire un compte rendu de l'Assemblée générale. Cependant un vœu nous a tout particulièrement intéressé, c'est celui de la Gironde, de l'Aveyron et de la Drôme et Ardèche : *Augmentation et unification de la cotisation* ; *unification du chiffre du versement statutaire.*

N'est-il pas paradoxal de voir cinq sociétés avec une cotisation de douze francs (ce qui au taux actuel du franc fait *deux francs quatre centimes d'avant guerre*) tandis que 4 ont élevé le versement annuel de leurs membres à cinquante francs, ce qui est encore insuffisant à notre avis. Quant aux autres : 3 ont des cotisations de quarante francs, 12 sociétés, de trente francs ; 2 de vingt-huit francs ; 15, de vingt-cinq francs ; 2 de vingt-quatre ; 44 de vingt ; 1 de dix-

huit ; 1 de dix-sept francs cinquante (!) ; 1 de seize ; 1 de quinze et 1 de treize.

Ce désordre et cette mesquinerie sont-ils vraiment dignes du Corps médical français ? Et la faiblesse de *toutes* ces cotisations peut-elle vraiment inspirer confiance à de jeunes praticiens ? Certains ont exprimé la crainte très vive d'éloigner les nouveaux adhérents en portant les cotisations à un chiffre raisonnable. Quelle erreur ! erreur qui provient de ce que nous conservons trop notre mentalité d'avant guerre. Vous allez dire, mon cher Président de Société locale, à un jeune médecin d'entrer dans votre Société. Vous lui proposez de verser une cotisation de 12 francs. Ce garçon qui n'est pas un imbécile et pour qui le franc-papier vaut entre trois et quatre sous, de notre ancienne monnaie, car il n'a jamais eu, lui, entre les mains de pièces d'or, ni connu le billet de cent francs qui valait cent francs-or, réfléchit à ce qu'on pourra bien lui donner avec ces quarante et un sous d'avant-guerre. Il vous demande alors avec ironie ce que vous lui promettez pour cette importante somme. Vous vous rengorgez alors et lui répondez : 1.200 francs ou 1.600 francs de pension annuelle à 60 ans, si vous êtes dans le malheur. C'est juste de quoi ne pas mourir absolument de faim pendant deux ou trois mois. Et vous vous étonnez s'il trouve cet avantage éventuel dépourvu d'intérêt. Mais lui répliquez-vous, si vous venez à mourir, votre veuve touchera immédiatement 500 fr. « C'est à peu près cent francs d'avant guerre ; à peine de quoi payer un cercueil en sapin, » conclura-t-il et il vous quittera en haussant les épaules.

Sortons de cette situation mesquine et indigne du Corps médical français. Portons à 50 francs, à 100 francs au moins les cotisations ; triplons, quadruplons les subventions données par les sociétés locales à la Caisse de l'Association et augmentons les pensions et les indemnités proportionnellement. Alors quand on parlera de pensions de 3.000, de 4.000, de 5.000 francs, les jeunes confrères trouveront la chose intéressante et ils adhèreront, car ils auront l'espoir, en cas de malheur, de recevoir un secours suffisant.

Et dire que les médecins praticiens qui ont fait si souvent la critique de la Mutualité, de cette Mutualité toute de façade qui, avec ses cotisations infimes, donne à ses sociétaires l'illusion d'un secours ridicule, tombent dans les mêmes errements quand il s'agit d'eux-mêmes, et de leur propre Association.

***

La question du Doctorat en chirurgie dentaire qui est plutôt d'ordre syndical, avait été mise à l'ordre du jour à la demande de la Société de la Drôme et de l'Ardèche. Il ne s'agissait pas de contrecarrer l'Union des Syndicats mais, au contraire, d'appuyer de toute l'influence de l'Association ses démarches ; car il ne saurait désormais y avoir de conflits entre Association et Syndicats. Le projet de création d'un doctorat en chirurgie dentaire n'existe plus, l'on a compris l'inutilité et le danger de ce nouveau titre. Mais ses partisans ont la prétention de faire imposer aux docteurs en médecine qui voudraient exercer l'art dentaire l'obligation d'études spéciales, sanctionnées par le diplôme de chirurgien dentiste. Est-il besoin de dire l'accueil fait par l'Assemblée à pareille prétention ? A la demande du Dr Régis qui fut, il y a 13 ou 14 ans rapporteur de la même question, l'Assemblée proposa de demander purement et simplement la suppression du diplôme de chirurgien-dentiste, en réservant bien entendu les situations acquises par les dentistes actuels ou les jeunes gens en cours d'études. Le diplôme de chirurgien-dentiste était, dans l'esprit de ceux qui ont élaboré la loi de 1892 qui l'a institué, une création passagère, destinée à disparaître un jour, comme en font foi les paroles de Brouardel, alors commissaire du Gouvernement devant le Parlement. Nos Facultés délivrent suffisamment de diplômes de *docteurs en médecine* pour qu'il soit possible d'exiger ce grade de tous ceux qui voudront désormais exercer l'art dentaire qui ne saurait être détaché de l'art médical.

***

Une Assemblée générale extraordinaire eut lieu immédiatement après pour la modification des statuts nécessitée par la création de l'Assurance complémentaire de la Caisse d'assurance au décès. Cette modification fut adoptée sans discussion.

***

Les membres de l'Assemblée eurent alors la bonne fortune d'assister à la reproduction par le Dr Lutembacher, des expériences qu'il a faites récemment à l'Académie de médecine : Reproduction des bruits du cœur enregistrés suivant la technique du film parlant. Cinématographie du cœur isolé pour l'étude des arythmies, enfin Pluri-auscultation à distance avec le télécardiophone. Ces expériences, parfaitement réussies, ont vivement intéressé les assistants.

Mânes des Sénac, des Corvisart, des Laënnec, des Bouillaud, et plus près de nous, de nos vieux et excellents maîtres, Potain, Peter, Jaccoud, Germain Sée, Desroziers, vous qui avez créé de toutes pièces la pathologie du cœur et sa sémiologie, quelle n'aurait pas été votre stupéfaction, si revenant du pays des Ombres, vous aviez pu assister aux merveilleuses expériences du Dr Lutembacher, un disciple très distingué de votre digne successeur le Pr Vaquez ?

J. Noir.

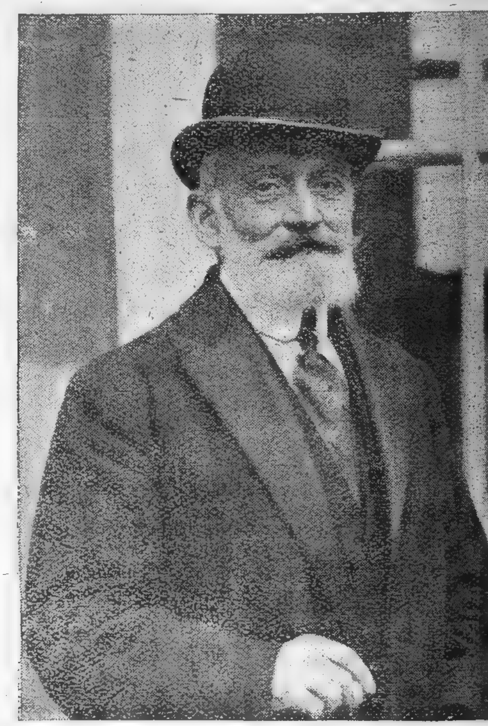
II

Le Banquet

Le banquet a été servi à 8 h. dans les Salons de l'Hôtel Lutetia, sous la présidence du Dr Delpierre, sénateur de l'Oise. Plus de cent médecins, présidents et délégués de la Société Centrale et des Sociétés départementales, étaient groupés autour du Président et des membres du



Dr Bellencontre, O. ✻, Président de l'A. G.



Dr Thierry, O. ✻, Secrétaire général de l'A. G.



Dr Bongrand, ✻, Trésorier de l'A. G.

Conseil général, et de quelques invités de marque, le Dr MERLIN, sénateur, le professeur H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine, le Dr CAZIN, de la Maison du Médecin, M. Jean FAURE, président de la Chambre Syndicale des Spécialistes pharmaceutiques, le Dr DECOURT, président de l'Union des Syndicats, Me GEOFFROY, avocat à la Cour d'Appel de Paris, le Dr LENGLET, secrétaire général de l'Union des Syndicats, etc., et quelques dames et jeunes filles qui avaient accompagné, qui leur mari, qui leur père, et dont la présence contribuait à mettre cette réunion dans une atmosphère de charme et d'élégance.

Du charme et de l'élégance, vous savez que notre ami BELLENCONTRE, président de l'Association, en est abondamment pourvu. Et nous l'avons vu une fois de plus, quand, en maître de maison accompli, il a pris la parole, à l'heure des toasts.

« J'avais préparé, a-t-il dit, en débutant, l'allocution que je devais prononcer ce soir, et, après l'avoir relue, je me suis aperçu qu'elle avait quelquechose de guindé qui ne convenait pas à la circonstance. Aussi, délaisserai-je cette préparation et me laisserai-je aller au hasard de l'improvisation, avec tout ce que mon cœur contient de dévouement et de gratitude pour vous ... »

Et il a continué, sur ce ton, avec cette éloquence qui, chez lui, n'est si prenante que, précisément, parce qu'elle vient du cœur. Ce qui n'a d'ailleurs pas empêché son esprit, — et de cela, aussi, il en a à revendre, — de se donner libre cours, et d'émailler son speech de mots et d'images qui ont, à maintes reprises, déchaîné les applaudissements frénétiques, de l'auditoire. Tant est-il que, dès qu'il eut terminé, il fut salué d'un ban vigoureux et prolongé qui lui démontra une fois de plus de quelle sympathie il est entouré, et combien fut judicieux le choix des membres de l'Association qui l'appelèrent et le maintiennent à la présidence de cette Société, si éminemment bienfaisante.

Ayant eu, avec infiniment d'à-propos, la phrase qui convenait pour congratuler et remercier, et les dames présentes au banquet, et les invités, Bellencontre a fait délicatement allusion à la scission survenue dans le Corps médical organisé. Il a montré combien l'heure était mal choisie pour un geste aussi inopportun, et répétant à son tour que cette scission ne reposait sur aucune raison plausible, d'ordre doctrinal, il a bu à l'Association générale, à ses représentants présents, et à l'Unité dans l'Union.

DECOURT, avec fougue, a renouvelé l'appel émouvant qu'en sa qualité de président de l'Union, il a adressé, par la voix du *Concours médical*, à tous les syndiqués, dissidents ou non, de reprendre le contact pour chercher à rétablir cette unité, réclamée par Bellencontre...

« J'ai reçu des monceaux de lettres de confrères qui m'écrivent de tous les coins de France, qui s'étonnent que le conflit dure, qui m'adjurent de le faire cesser... J'en ai été très touché, mais j'éprouve une peine réelle en constatant que, parmi les militants de la scission, pas un seul n'a encore répondu à mon appel ... ».

Il a naturellement, de la façon la plus véhémente, adjuré tous les convives venus de province, lorsqu'ils seront de retour dans leur région, de plaider la cause de l'unité, plus nécessaire que jamais, à la veille de la discussion probable, au Sénat, de la loi sur les Assurances sociales.

DARTIGUES, au verbe et à la mimique si expressifs, a montré le rôle important de l'UMFIA, qu'il dirige et qui groupe plus de trois mille médecins de race latine, français, espagnols, portugais, sud-américains, pour la diffusion de la science française et le maintien de sa prépondérance dans le monde. Et, se basant sur la parfaite connaissance qu'il a du monde médical latin, il a plaidé la cause du « Foyer médical » si nécessaire à cette heure, pour la réception et l'organisation de leur séjour à Paris, des confrères étrangers qui viennent prendre contact avec nos centres d'enseignement. Il importe, tout d'abord, de déterminer les bases juridiques sur lesquelles sera fondé le « Foyer médical ». Aura-t-il le caractère d'un Syndicat, d'une Association, d'une Société anonyme ? Une sous-commission qui comprend les docteurs Vimont et Boudin a été nommée et en décidera. Dès que celle-ci aura terminé sa tâche, on passera à la réalisation et il n'est pas possible que les médecins français ne contribuent pas, par leurs souscriptions, à la fondation de cette œuvre si puissamment utilitaire.

Le Dr THIERRY, secrétaire général de l'A. G., en quelques mots bien sentis, a complété l'exposé de Dartigues, et suggéré aux convives un geste généreux, en faveur de la Caisse du Secours immédiat de l'Association, à l'occasion de la quête que deux jeunes filles ont faite avec beaucoup de grâce.

Le Dr MERLIN, sénateur, a eu vite fait de conquérir son auditoire dès les premiers mots qu'il prononça : « J'appartiens, a-t-il dit, à la grande famille médicale depuis mon enfance. Mon père était un médecin de campagne, tout comme mon collègue et ami Delpierre. Et je ne me rappelle pas, sans une vive émotion, qu'il est mort à la tâche, succombant à une affection contractée au cours d'une randonnée de 35 kilomètres, sous la pluie et le brouillard.... ». Et il a continué : « J'ai l'habitude, partout où je me trouve, de dire la vérité, et de ne dire qu'elle. Et il ne me déplait pas de grouper contre moi une opposition que peuvent irriter ma netteté et ma franchise. Je vais donc vous dire tout ce que je pense... »

Et à propos de l'Assurance sociale, dont le vote

peut-être enlevé au moment où l'on y pensera le moins, demain peut-être, de cette loi qui est promenée partout comme une monnaie électorale, il a conjuré le Corps médical de se mettre d'accord pour apporter à la Commission du Sénat une conception acceptable de l'organisation des soins dans l'assurance maladie. La division ne peut que nuire aux intérêts des médecins, et aussi des malades. Il importe qu'elle cesse. Avec rudesse, il a fait le procès de la crise d'autorité qui sévit au Parlement et dans le Gouvernement, et de la prédominance fâcheuse des préoccupations démagogiques chez un trop grand nombre de parlementaires. Il a formulé le souhait que d'autres méthodes soient mises en pratique, méthodes qui gagneraient à s'inspirer de celles qui sont en honneur parmi les médecins. Et il a bu, en terminant, à la grande famille médicale française.

Enfin, avec une souriante bonhommie, le docteur Delpierre, président du banquet, a rappelé qu'il n'est qu'un petit médecin de campagne, dans un tout petit pays de 700 habitants, qu'en cette qualité, rien de ce qui touche aux intérêts du Corps médical ne saurait le laisser indifférent.

Il en est d'ailleurs ainsi des sénateurs médecins, trop peu nombreux. Les médecins peuvent être assurés que tous, et au premier plan, le Dr Merlin, qu'on appelle au Sénat, *Merlin l'Enchanteur*, et lui-même, sauront, le moment venu, sutenir leurs légitimes revendications. Mais qu'ils commencent, d'abord par se mettre d'accord. Qu'on ne revoie plus ce qui s'est passé lorsque des groupements médicaux différents sont venus devant la Commission sénatoriale soutenir des thèses opposées ...

Le Dr Delpierre a de nouveau félicité le Dr Bellencontre à l'occasion de la rosette de la Légion d'honneur qui lui a été décernée, et qui n'est que la légitime récompense de ses nombreux services, particulièrement durant la guerre, où, travaillant côte à côte, il a eu l'occasion de le voir à l'œuvre.

Là-dessus, les deux présidents, celui de l'A. G., et celui, éphémère, du banquet, ont échangé une chaleureuse accolade saluée d'applaudissements frénétiques, et l'on a levé le siège pour aller prendre le traditionnel café, tout en continuant à deviser des questions qui tiennent, à cette heure, la première place dans les milieux professionnels.

Appel à l'Union, de Bellencontre, de Decourt, de tous les autres orateurs... Reconstitution du front unique, tel est l'objectif de l'heure présente ; c'est vers cette reconstitution que doivent tendre tous les efforts.

Et c'est sur cet appel que je terminerai, en le récidivant, après tant d'éloquents propagandistes de la cause de la médecine française, qui est aussi celle de la santé publique, — le perfectionnement de celle-ci étant fonction de la qualité de l'autre.

G. Duchesne.

N. B. — Les photographies qui illustrent le présent compte-rendu nous ont été aimablement confiées par notre confrère et ami Crinon, de l'*Informateur Médical* : qu'il en soit très remercié.

G. D.

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE PARTIELLE

Etat actuel de la question.

De très nombreux confrères nous consultent sur le point suivant : certains conseils généraux ont l'intention, à leur session prochaine, de modifier le réglement départemental de l'A.M.G., pour que, sur les listes des assistés, puissent figurer des personnes ayant quelques ressources mais insuffisantes, pour faire les frais d'une maladie longue, ou d'une opération chirurgicale.

Pareille prétention est-elle légale ? Quels sont les voies et moyens pour que la mise en pratique soit équitable ?

Discussion juridique.

La loi du 15 juillet 1893 pose le principe que sont seules admises à l'assistance les personnes privées de ressources. Interprétant *stricto sensu* l'article premier de ladite loi, l'opinion de beaucoup de légistes et d'administrateurs fut, pendant longtemps, que l'assistance médicale gratuite devrait être donnée complètement aux seuls indigents et que ne pouvaient en bénéficier les personnes momentanément dans la gêne, ou partiellement privées de ressources. (Avis des Inspecteurs généraux en date du 26 avril 1921.)

Cependant, le coût actuel de la vie, ainsi que l'extension progressive du domaine de la chirurgie, conduisirent certains conseils généraux à demander au Ministre, si la législation de 1893 leur permettait ou leur interdisait d'introduire, dans le réglement départemental, des dispositions propres à faire imputer, aux budgets communal et départemental, les dépenses médicales et pharmaceutiques, nécessitées par les soins à donner aux demi-nécessiteux.

Par sa circulaire du 10 octobre 1922, M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales interrogea les pré-

lets sur les organisations locales de demi-assistance.

L'assemblée générale du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en sa séance du 27 juin 1923, discuta le rapport de Mademoiselle Chaptal, sur cette question de l'organisation de l'assistance partielle.

L'avis du Conseil supérieur fut que les conseils généraux avaient le droit de réglementer, dans le cadre de la loi du 15 juillet 1893, l'admission aux secours de l'A.M.G. des personnes partiellement privées de ressources.

Néanmoins, par mesure de prudence, il fut décidé de provoquer l'avis du Conseil d'Etat sur la légitimité de pareille organisation.

Voici la réponse de cette haute assemblée :

SECTION DE L'INTÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS

N° 190.712

Question : (*Travail, Hygiène, Assistance et Prévoyance sociales*).

M. Léon NOEL
Rapporteur

CONSEIL D'ETAT

Extrait du registre des délibérations de la Section.

Séance du 19 janvier 1926.

AVIS

La Section de l'Intérieur, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du Conseil d'Etat, consultée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur la question de savoir si l'assistance médicale gratuite peut, en vertu de la loi du 15 juillet 1893, être accordée pour partie aux malades qui, sans être totalement privés de ressources, se trouvent cependant dans l'impossibilité de supporter l'intégralité des frais de leur traitement ;

Vu la loi du 15 juillet 1893 ;

Considérant qu'en vertu des articles 1er et 23 de la loi susvisée, les malades « privés de ressources » reçoivent gratuitement l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de les soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier ;

Considérant qu'il résulte des travaux préparatoires de la loi du 15 juillet 1893, et notamment de la discussion qui a eu lieu au Sénat le 13 mars 1893, que l'expression « privé de ressources » figurant dans ces dispositions, doit être entendue dans un sens plus large que le mot « indigent » et que le bénéfice de l'assistance médicale gratuite ne saurait être réservé aux seuls malades dépourvus de ressources entièrement et d'une façon permanente ; qu'il doit être accordé, en outre, aux personnes manquant momentanément, par le fait même de leur maladie, des ressources qui leur sont indispensables pour recevoir les soins que comporte leur état ;

Considérant que le législateur, en votant ladite loi, n'a eu d'autre but que d'imposer aux départements l'obligation d'organiser un service susceptible de procurer gratuitement aux malades tous les soins qui leur seraient nécessaires lorsque leurs ressources seraient ou deviendraient insuffisantes pour leur permettre d'en supporter les frais, et qu'il a jugé indispensable de laisser à chaque Conseil général toute latitude pour adopter les formes d'assistance les mieux appropriées à la situation des intéressés ; qu'en particulier, il a été spécifié à plusieurs reprises, en cours des travaux préparatoires de la loi, que l'assistance médicale gratuite pourrait être mesurée aux besoins des personnes secourues et que, par exemple, il serait possible d'accorder à ses bénéficiaires, soit les secours médicaux seuls, soit, tout ensemble, les secours médicaux et les secours pharmaceutiques ; que, de même, il serait conforme à l'esprit de la loi que les règlements départementaux du service de l'assistance médicale prévoient la gratuité partielle des secours médicaux ou des secours pharmaceutiques, ou encore des secours hospitaliers, dans une proportion et suivant des modalités à déterminer ;

Considérant, au surplus, que cette interprétation de la loi du 15 juillet 1893 se trouve confirmée par le fait que le Parlement s'est borné à poser en principe l'obligation d'assister les malades privés de ressources, tout au moins en cas d'assistance à domicile, sans préciser la nature et l'étendue des avantages qui devraient leur être accordés,

EST D'AVIS

Qu'il y a lieu de répondre affirmativement à la question posée.

Signé : Léon NOEL, rapporteur.
G. MARINGER, président.
A. PAJOT, secrétaire.

Pour extrait conforme :
Le Secrétaire de Section :
Signé : PAJOT.

Le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a demandé au Conseil supérieur de préparer un texte, modifiant le règlement modèle du 21 juillet 1894, pour permettre aux Conseils généraux d'avoir des directives, pour organiser l'assistance partielle.

Je suis chargé de rapporter ce travail et c'est à ce sujet que je serai heureux d'avoir les observations de mes confrères.

Définition du terme « momentanément privé de ressources ».

Le règlement départemental doit d'abord définir ce qu'il faut entendre par « demi-nécessiteux », ayant droit à l'assistance partielle. Il est, en effet, à craindre que l'arbitraire, ou les influences locales n'interviennent en faveur ou au détriment de certains candidats aux secours médicaux et pharmaceutiques.

Il est donc nécessaire, en premier lieu, de bien préciser les conditions et situations de fortune, pouvant ouvrir droit aux secours médicaux et pharmaceutiques.

Faut-il prendre comme base d'appréciation le taux des impositions directes, déduction faite des charges de famille ? C'est la ligne de conduite suivie par la Charente-Inférieure, le Cher, les Côtes-du-Nord (25 francs d'impôts), la Lozère (20 à 25 francs d'impositions).

Faut-il prendre en considération le salaire gagné, non seulement par le chef de famille, mais aussi par tous les membres du ménage, vivant ensemble ?

Le département du Lot-et-Garonne prévoit, au contraire, une série de métiers, ou professions, qui, d'emblée, sont exclus du bénéfice de la demi-assistance (ménage ayant un revenu ou salaire supérieur à 4.000 francs, augmenté de 500 francs par enfant de moins de 13 ans ; patrons, quels que soient leurs revenus, propriétaires fonciers, métayers, fermiers).

Dans une proposition de loi (annexe n° 3314 Chambre, séance du 9 nov. 1921), M. Alexandre Duval propose la définition suivante : « Est considéré comme privé de ressources tout individu qui, notoirement dépourvu de valeurs mobilières, n'est pas inscrit au rôle des contributions directes, pour une somme supérieure à 50 francs, au profit de l'Etat. »

De tout ceci résulte la difficulté de donner une définition précise du vocable « demi-nécessiteux ». Chaque conseil général, dans son autonomie, pourra décider des modalités particulières, selon la situation économique du département.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'apporter des précisions, pour empêcher les influences locales de se manifester dans un sens, ou dans un autre. Si, en effet, un malade ne doit pas pâtir d'animosités d'ordre électoral, il ne faut pas également que les finances du département puissent être obérées par la trop grande complaisance d'un maire à admettre, sur la liste des demi-nécessiteux, des malades pouvant parfaitement supporter, de leurs deniers, les dépenses médicales, pharmaceutiques ou d'hospitalisation.

Formalités d'inscription.

Pour rester dans le cadre administratif de la loi du 15 juillet 1893, l'inscription des demi-nécessiteux, sur la liste d'assistance, doit se faire de deux manières :

1° Aux termes des articles 12 et suivants de la loi du 15 juillet 1893, la liste d'assistance médicale gratuite, arrêtée par le bureau d'assistance et approuvée par le conseil municipal, devra comprendre, non seulement les personnes nettement privées de ressources, mais aussi toutes celles dont les revenus, salaires ou autres, sont insuffisants, pour faire face aux charges de la maladie, soit parce que leurs ressources leur permettent juste de vivre au jour le jour, soit parce que ces revenus ou salaires doivent disparaître, en raison même de la maladie, soit encore parce que ces moyens sont insuffisants pour permettre de payer entièrement les frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation.

Bien entendu, en cas d'inscription abusive, ou de non-inscription sur la liste d'assistance, le recours, prévu par l'article 16 de la loi de 1893, peut être formé par tout habitant ou contribuable de la commune.

2° En cas d'urgence, le maire pourra, aux termes de l'article 19 de la loi, inscrire d'office, sur la liste d'assistance, toute personne, dont la privation de ressources est à la fois partielle et accidentelle, du fait d'une maladie prolongée, ou nécessitant une opération, ou un traitement onéreux.

Quels secours seront accordés ?

Certains départements accordent tantôt la gratuité des soins médicaux, tantôt celle des fournitures pharmaceutiques, tantôt celle de l'hospitalisation.

Pareille manière de faire soulève quelques réflexions :

1° Il semble bizarre que, si un individu est incapable de payer à la fois son médecin et son pharmacien, il ne faille lui accorder la gratuité que de l'un ou de l'autre. La maladie constitue un ensemble médico-pharmaceutique, pour le réglement duquel la commune devrait accorder un secours partiel ou complet.

Quant à l'hospitalisation, c'est autre chose, car elle entraîne des frais de séjour, qui peuvent obérer trop lourdement les ressources modestes d'un petit ménage, d'autant que l'admission dans un hôpital est fréquemment nécessitée par le besoin d'une intervention chirurgicale, d'où honoraires au chirurgien, frais divers de pansements, etc.

En pareille matière, l'intervention de la commune paraît plus indiquée, pour venir en aide au malade, pour tout ou partie des frais d'hospitalisation.

2° En ce qui concerne les frais pharmaceutiques, les syndicats de pharmaciens ont déjà formulé des protestations, pour que les médicaments ne soient fournis, au tarif de l'A.M.G., qu'aux seuls indigents. Pour tous autres, le tarif de droit commun est applicable, même en cas d'admission à l'assistance partielle.

Pour les frais médicaux, pareilles réclamations ont été présentées par certains groupes médicaux qui ont fait valoir que, devant l'augmentation sans cesse croissante du coût de la vie et du chiffre des impôts, les docteurs ne peuvent plus consentir à une nouvelle réduction sur leurs honoraires, pour de nouvelles catégories de malades (les demi-nécessiteux) si intéressants soient-ils.

Tout autant que les autres citoyens, les méde-

cins sont placés sur le même pied d'égalité que tous les contribuables, en ce qui concerne les impositions communales, départementales et d'Etat.

En raison des difficultés présentes de l'existence, les docteurs ne peuvent donc pas accepter d'être soumis, d'une manière indirecte, à une nouvelle catégorie d'impôts, sous la forme de réductions consenties aux départements et aux communes, sur leurs honoraires, pour soins donnés, non seulement aux indigents, mais encore aux demi-nécessiteux, si ceux-ci doivent être traités selon le tarif départemental de l'A.M.G.

Le médecin préfère souvent faire la charité lui-même, d'autant que, s'appuyant sur son droit à la gratuité des soins, le malade assisté n'a de reconnaissance que pour celui qui l'a inscrit sur la liste de l'A.M.G. (maire ou secrétaire de mairie), alors qu'il a peu de considération pour le praticien, puisqu'à ses yeux, le docteur est payé pour le soigner.

En second lieu, la gratuité des soins donne toujours lieu à des abus. Le malade est exigeant, trouve qu'on ne le soigne pas avec assez de dévouement, que les visites ne sont pas assez fréquentes, à son gré.

De plus, le maire peut avoir la tendance à inscrire un malade, dont l'affection coûtera cher au budget départemental, à la condition que le client remboursera la commune pour la part qui incombe à cette dernière. Il faut donc éviter qu'un administrateur communal trop économe fasse ainsi supporter indûment au département des charges qui doivent, pour partie, incomber au budget municipal.

Modalités réglementaires:

De ce qui précède, il semble qu'on puisse déjà formuler cette conclusion, c'est que les demi-nécessiteux ne doivent pas constituer une section spéciale, dans le fonctionnement du service de l'A.M.G.

La seule différence qui puisse exister entre eux et les indigents notoires, c'est que l'inscription (article 12, ou 19 de la loi de 1893) de chaque cas particulier doit être discutée par le bureau d'assistance et par le conseil municipal avec plus de minutie et d'attention, pour éviter les abus d'inscription ou de rejet.

D'autant que la difficulté de boucler le budget municipal oblige bien des maires à ne proposer l'inscription que de rares indigents absolument notoires. Quant aux autres, on attend les événements, quitte, le cas échéant, à faire jouer les dispositions de l'article 19 de la loi, en ce qui concerne l'inscription d'urgence sur les listes de l'A.M.G.

Nous avons déjà reçu de nombreuses protestations, de la part de médecins, qui doivent donner leurs soins, par humanité, vu l'urgence, à des miséreux, alors que le maire se refuse à délivrer les bons de visite, ou de consultation, qui doivent ensuite servir de justification au docteur, pour se faire payer par le service départemental.

Egalement protestent les praticiens qui, appelés sous l'empire du droit commun, par un malade, apprennent ensuite que ce dernier a été inscrit sur la liste d'A.M.G., plusieurs jours ou semaines après un accouchement, ou une opération. Bien entendu, le malade se refuse à honorer le docteur, d'après le tarif minimum ouvrier local et remet au praticien les feuilles ou bons d'A.M.G., pour que les frais médicaux soient imputés au compte du service départemental et réglés selon le tarif modique de l'A.M.G.

Les soins aux indigents est une obligation que la loi a mise à la charge des communes et des départements. Les maires ne sauraient donc se soustraire aux conséquences de ces dispositions légales.

Par suite, il est nécessaire qu'il leur soit rappelé que les listes de l'assistance médicale gratuite doivent être dressées, au début de l'année avec toute la minutie prévue par le législateur, au lieu de se laisser vivre au jour le jour, en invoquant le cas échéant, le bénéfice de l'inscription d'urgence (article 19 de la loi de 1893).

Il en sera de même pour les demi-nécessiteux. Pour ces derniers, cependant, l'article 19 trouvera souvent son application, puisque les malades ne demanderont leur inscription, sur les listes de l'assistance, que lorsque leurs ressources seront sur le point d'être épuisées par les dépenses de maladie.

Cependant, pour tous les cas non urgents, ce sont les formalités de l'article 12 et non celles de l'article 19 qui doivent être respectées par le maire et le bureau d'assistance.

2° Une fois inscrits, les demi-nécessiteux se trouveront placés dans une situation juridique différente, soit à l'égard de la commune de leur domicile de secours, soit vis-à-vis des tiers.

Par rapport à la commune, ces demi-nécessiteux devront, soit payer d'avance, soit prendre l'engagement de rembourser plus tard, la part qui sera laissée à leur charge, pour les soins qui leur seront donnés, tant à domicile qu'à l'hôpital.

Ici, doit intervenir le facteur reconnaissance et loyauté. Que de fois, les maires auront grande difficulté à faire percevoir les sommes qui doivent revenir au budget d'assistance, sommes devant être versées par le malade, ou ses ayants droit !

Faut-il, dès lors, demander au malade une provision, versée d'avance ? N'oublions pas que ces clients de l'assistance ont vu leurs ressources s'épuiser depuis longtemps, du fait de la maladie longue et prolongée.

S'agit-il d'une admission à l'hôpital, la provision à verser, pour participation aux frais de séjour, peut être d'une certaine importance.

Aussi, convient-il de ne pas lier un maire par un réglement trop rigide. C'est question d'espèce, que chaque magistrat communal réglera au mieux des intérêts et de la commune et du malade lui-même.

En sollicitant son inscription sur les listes de d'A.M.G., le malade prendra l'engagement de verser immédiatement, entre les mains de l'agent du Trésor qualifié, les sommes, qui sont mises à sa charge.

Mais le client ne peut-il verser d'argent liquide, alors qu'il possède des biens fonciers ou autres, le maire fera signer une reconnaissance de dette, qui, ultérieurement, pourra être récupérée par tous moyens légaux.

Cet engagement de payer doit être versé entre les mains du maire, car, aux yeux des tiers, le demi-nécessiteux, admis au bénéfice de la loi du 15 juillet 1893, doit être placé sur le même pied que les indigents notoires, assistés.

Du moment où le médecin, le pharmacien, l'hôpital se trouvent en présence d'un inscrit sur la liste d'A.M.G., ils n'ont pas à savoir si cet inscrit est bénéficiaire total ou incomplet.

Le responsable des honoraires et frais, c'est désormais le service départemental, d'après les taux et tarifs fixés par le Conseil général.

Faire intervenir le malade, pour qu'il prenne des engagements de paiement partiel, vis-à-vis de son docteur, ou de l'établissement hospitalier, ce serait sortir du cadre administratif de la loi de 1893, qui a précisé les modalités de tractations entre le service départemental d'assistance et les tiers.

Ce serait aussi provoquer des procès, lorsque ces tiers se trouveraient en présence de mauvais payeurs. La commune, le département, risqueraient de se voir appelés en garantie, devant les tribunaux de droit commun, alors qu'en matière d'assistance médicale gratuite, ce sont les tribunaux administratifs (Conseil de préfecture et Conseil d'Etat) qui sont compétents.

Conflits d'attribution, déclinatoires d'incompétence seraient soulevés, parce qu'un malade, peu reconnaissant, refuserait de payer au médecin, au pharmacien ou à l'hôpital, la part qui lui incombe, dans les frais médicaux ou d'hospitalisation.

3° Mais, si une nouvelle catégorie de malades doit ainsi bénéficier des dispositions légales de 1893, il ne faut pas que médecins, pharmaciens ou hôpitaux puissent en pâtir.

Des conflits très aigus eclatent un peu partout entre corps médical et départements, parce que les docteurs demandent l'augmentation de leurs honoraires, pour soins donnés aux inscrits de l'assistance.

L'heure serait donc mal venue, d'imposer aux praticiens la charge des soins à prix très réduits pour une nouvelle catégorie de malades.

Faisons de la philanthropie : parfait ! mais n'oublions pas que le législateur de 1893 n'a jamais mis à la charge d'une catégorie de citoyens, les médecins, un impôt sur leurs honoraires, en les obligeant à consentir à soigner des indigents pour des prix parfois ridiculement bas.

Pourquoi ne pas provoquer des ententes départementales entre syndicats médicaux et conseil général ?

Jusqu'ici, le contrat de louage de services, qui lie les médecins au préfet, est un contrat unilatéral. Les docteurs doivent accepter, ou refuser, en bloc, les dispositions du réglement départemental, sans qu'ils aient jamais été appelés à en discuter les conditions.

Aussi, dans certains départements, les praticiens se heurtent à un refus absolu de discussion de la part du préfet. Ils seront donc conduits à abandonner, en masse, le service de l'A.M.G., puisqu'aucune disposition législative ne les oblige à travailler à prix réduit.

Cependant, nous savons que quelques départements, moins intransigeants, ont consenti à discuter avec les syndicats médicaux. Non seulement, un service de contrôle serait organisé d'accord, mais encore le tarif des honoraires médicaux serait, soit le tarif ministériel des accidents du travail, soit le tarif minimum local, dit tarif ouvrier, appliqué par les syndicats médicaux locaux.

Ces derniers consentiraient, en faveur des finances départementales, à une réduction de 10 à 15 %, représentant la sécurité de payement.

4° Dans leur autonomie, les Conseils généraux peuvent se refuser à faire entrer, dans le cadre régulier de la loi du 15 juillet 1893, ces malades, dits demi-nécessiteux. Ils ont le droit de décider que le réglement départemental ne s'appliquera qu'aux seuls privés de ressources, régulièrement inscrits, en vertu de l'article 12 ou 19 de la loi.

Pour les demi-nécessiteux, le maire et le comité d'assistance apprécieront, pour chaque cas particulier, la part des frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation qui sera mise à la charge de la commune ou du bureau de bienfaisance.

Dans ces conditions, les candidats à l'assistance partielle devront joindre, à l'appui de leur demande, les mémoires acquittés des médecins, pharmaciens ou hôpitaux, qui auront donné des soins, ou fourni des médicaments.

Ce système serait également employé, au cas où, par défaut d'entente préalable avec le conseil général, le corps médical d'un département se refuserait (comme c'est son droit), de soigner, au tarif des indigents, une nouvelle catégorie de

malades semi-indigents, mais jusqu'ici, traités au tarif de droit commun le plus bas.

Conclusions.

De tout ce qui précède, on peut concevoir deux modalités d'assistance aux demi-nécessiteux.

Dans le premier système, le règlement départemental est modifié, de telle sorte que la demi-assistance entre dans le cadre administratif de la loi du 15 juillet 1893.

Le candidat au bénéfice de la demi-assistance donnera, préalablement à son inscription sur la liste de l'A.M.G., des garanties de paiement pour la part, qui est laissée à sa charge. Au maire à prendre, dans chaque cas particulier, toutes précautions, pour qu'immédiatement, ou ultérieurement, le comptable qualifié des deniers publics puisse percevoir ce que doit payer le demi-assisté.

Mais les tiers (médecins, pharmaciens, hôpital) considéreront le demi-assisté comme un assisté ordinaire, le soigneront d'après le tarif départemental et seront *payés par mandat préfectoral*.

Dans le second système, le demi-assisté restera soumis au droit commun, par rapport au médecin, au pharmacien ou à l'hôpital, qui ne connaîtront, pour leurs honoraires, ou frais de séjour que le malade lui-même.

Mais la commune traitera de gré à gré, avec le demi-nécessiteux, pour rembourser à ce dernier tout ou partie de ses débours.

En conséquence, je proposerai donc les deux textes suivants, devant modifier le règlement modèle du 21 juillet 1894, sur l'assistance médicale gratuite. Au Conseil supérieur d'abord, puis à chaque conseil général ensuite, d'accepter telle ou telle rédaction, qui semblera la meilleure.

1° Projet.

Article 1er, § 2 : Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie et de spécialités médicales, de la pharmacie et de l'art des accouchements.

Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est complète et ceux pour lesquels la gratuité est incomplète, lorsqu'il est constaté que ces derniers sont à même de supporter personnellement une partie des frais de traitement, soit à domicile, soit à l'hôpital.

En outre, l'admission d'urgence, prévue par l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893, pourra être prononcée, soit au cours d'une maladie prolongée, après épuisement des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical, ou autre, reconnu indispensable, dont le coût dépasse les ressources du malade.

Cette admission d'urgence pourra également ne comporter la gratuité que pour partie seulement des soins à domicile ou à l'hôpital.

Les admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin traitant ou du médecin de l'hôpital, qui doit recevoir le malade.

Article 4. — Le président du bureau d'assistance, ou son délégué, délivre à toute personne inscrite sur la liste d'assistance et à toute personne, dont l'admission a été prononcée d'urgence :

1° Un carnet à souche contenant des billets de visite ;

2° Une feuille de maladie.

Ajouter : En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces est subordonnée au versement préalable, par l'intéressé, soit de la totalité de la somme laissée à sa charge, soit d'une consignation, caution quelconque ou engagement écrit du malade ou de ses représentants, suffisant pour répondre du payement ultérieur.

Article 10. — 3° En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, l'entrée du malade à l'hôpital n'est autorisée, qu'après production d'un récépissé, délivré par le comptable public compétent, constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge, ou d'une consignation suffisante, pour en répondre, à moins que l'établissement hospitalier n'accepte expressément de faire crédit au malade, auquel cas celui-ci payera directement l'hôpital, sans intervention du service départemental de l'A.M.G.

Article 19*bis*. — La réglementation de l'assistance partielle ne fait point obstacle au droit que conservent les hôpitaux d'admettre aux conditions fixées dans leurs règlements les malades plus ou moins aisés, non privés de ressources, qui, pour des raisons diverses, ne peuvent être soignés utilement, ni à domicile, ni dans les cliniques privées de la localité.

2e Projet.

Article 21. — Les malades, momentanément dans la gêne et qui se trouveraient hors d'état d'assumer entièrement les charges des frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation, nécessités par leur maladie ou par un accouchement, pourront demander au bureau d'assistance de leur domicile de secours (ou, en cas d'urgence, au maire), de faire supporter tout ou partie de ces frais, par le budget de l'assistance médicale gratuite.

Ces malades devront joindre à l'appui de leur demande, les mémoires acquittés des médecins, pharmaciens ou hôpitaux, qui auront donné les soins, ou fourni les médicaments.

Le bureau d'assistance décidera dans quelle proportion ces frais seront remboursés au malade, qui les aura décaissés. Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS

Quelques rectifications dans les jugements de l'Histoire : L'Enfer de l'Histoire du Dr Cabanès (1)

Dans l'*Enfer de l'Histoire*, Cabanès examine la vie d'un certain nombre de personnages qui ont laissé une peu édifiante réputation, et il cherche à les réhabiliter mais à ramener à une appréciation raisonnable des jugements souvent trop sévères portés contre eux.

Certes il ne faut pas mettre en doute les jugements de l'histoire et considérer comme des Saints les monstres qu'elle a flétris. Cependant les appréciations des historiens et les légendes qui ont fini par s'imposer comme des vérités historiques méritent d'être examinées de très près. L'on a noirci à plaisir Néron qui ne fut pas sans doute le fou sanguinaire que Tacite, Suétone et Dion Cassius se sont plus à dépeindre. Aucun de ces historiens ne fut contemporain de Néron et n'a été témoin des faits qu'ils ont relatés. Dion Cassius écrivait même un siècle et demi après la mort de cet empereur. Il est démontré aujourd'hui que Néron était absent de Rome lors de l'incendie de cette ville et les assassinats de Britannicus et d'Agrippine sont de simples conjectures. Avec Renan, il nous est permis de penser que Judas Iscariote ne manquait pas de conscience, puisqu'il regretta son crime au point de se donner la mort pour échapper au remords. Quant à Ponce-Pilate tout paraît prouver que s'il agit comme on le lui reproche, c'est qu'il ne pouvait guère faire autrement. On a reproché à Justinien d'avoir épousé Théodora qui n'avait guère la réputation d'une vertu. Ch. Diehl considère que l'Empereur a fait plutôt dans ce mariage un acte généreux en accord avec les mœurs de Byzance au VIe siècle. Renan a tenté de réhabiliter Faustine. M. Zeller a défendu la réputation de Xantippe, l'épouse acariâtre de Socrate. Le Dr Bascoul, avec toutes les apparences de la vérité, a cherché à démontrer que la poétesse Sapho n'était pas encline aux pratiques vicieuses auxquelles on a donné son nom. M. Urbain Legeay nous a décrit un Louis XI bien différent de celui de la légende et M. E. Martinenche atténue singulièrement la férocité de Philippe II d'Espagne et du terrible duc d'Albe.

Cabanès, s'appuyant sur les recherches d'Alfred de Reumont et de Ferdinand Grégorovius, montre que Lucrèce Borgia, victime du milieu dissolu où elle avait été élevée et vivait, avait été le jouet de la politique de son père Alexandre VI et qu'à vrai dire elle fut plus malheureuse que coupable.

Par contre, Marie Stuart, que la légende s'est plue à poétiser de la façon la plus romantique, nous apparaît comme une femme légère et vicieuse qui fut cause de la mort de Chastelard et de Riccio, fit assassiner son mari, Darnley, qui, certes, ne valait pas grand'chose, mais pour épouser un brigand, le sinistre Bothwell, l'assassin présumé de son propre mari.

Dans un chapitre consacré à Mazarin, Cabanès exalte ses qualités ; il ne doute pas que l'habile cardinal ne soit devenu l'amant d'abord, puis l'époux morganatique de la Reine Anne d'Autriche. Il passe l'éponge sur les nombreux reproches qu'on a fait à ce ministre qui ouvrit libéralement sa magnifique bibliothèque au public, et négocia la Paix de Westphalie et le traité des Pyrénées.

Nous passerons sur le chapitre qui conte l'histoire amoureuse de la tendre Lavallière, qui n'a rien de bien infernal, pour arriver à celle du surintendant Fouquet. Cet homme fastueux eut l'avantage de conserver, même dans le malheur, des amis de première marque qui lui furent jusqu'au bout fidèles. Mais ses vols et ses prévarications, son ambition sans limite, satisfaite aux dépens du peuple rançonné et terriblement malheureux, méritaient bien le châtiment dont il fut frappé.

Cabanès nous fait passer ensuite à l'époque de la Régence. Il rend justice au cardinal Dubois, qui, s'il ne fut pas un modèle de moralité, fut tout dévoué au Régent dont il devint l'ami après avoir été le précepteur, et qui remplit admirablement les tâches diplomatiques les plus difficiles. Le Régent lui-même, s'il fut un débauché dont il est difficile de contester les raffinements vicieux, ne manqua pas de bravoure et sut être un serviteur vigilant, perspicace et fidèle de la France. Il est plus difficile de blanchir Louis XV qui fut, il faut l'avouer, un assez piètre personnage, mais sur les défauts de qui l'on a débité beaucoup de fables. Ses orgies du Parc aux Cerfs furent assez médiocres et se passèrent dans un cadre modestement bourgeois. Les parents eux-mêmes sollicitaient l'honneur de lui livrer leurs filles. Louis XV, en somme, partagea les erreurs des mœurs de son temps. La Du Barry, sur laquelle on a fait courir de si invraisemblables légendes et que l'on a considérée comme une fille méprisable, était décente et correcte dans son langage, ne disait jamais de mal de personne et ne chercha jamais à nuire à quiconque. « Le déshonneur de cette femme, disaient ses contemporains, venait de sa naissance, de son éducation, de ceux qui l'ont prostituée. »

L'histoire de Cagliostro qui vivait à cette

(1) Dr Cabanès. — L'Enfer de l'Histoire (Albin Michel édit., Paris).

époque, est le plus curieux roman d'aventures qu'on puisse imaginer et il est intéressant de suivre ce charlatan et la belle Lorenza, sa digne épouse, à travers l'Europe, dupant tout le monde et passant de la condition la plus misérable aux plus brillantes situations.

Danton a été encore un des grands calomniés de la Révolution, mais il serait trop long d'instruire son procès pour expliquer, sinon excuser, sa conduite à des heures terriblement critiques. Hébert, le Père Duchesne, dont on ne saurait nier les mauvais penchants, et qui eut un rôle néfaste en excitant la populace aux pires excès et en faisant l'apologie des crimes, Dieu sait en quel langage! avait fait voter des secours aux infirmes, transformer des couvents en hôpitaux, protégé les sciences, les lettres et les arts, inauguré les leçons de chimie de Fourcroy et défendu le projet d'instruction primaire qui donnait une part appréciable à l'enseignement des sciences. Tout dans ses paroles ni dans ses actes, n'était donc pas d'un monstre.

Cabanès passe ensuite à Fouquier-Tinville, l'accusateur public, qui considérait la terrible fonction qu'il remplissait avec une sorte de frénésie sanguinaire, comme un véritable sacerdoce. Enfin, Philippe-Egalité clôt la série. Ce prince, jeté dans l'opposition par les maladresses de Louis XVI qui lui infligea publiquement plus d'un affront, aurait pu, sans doute, dans d'autres circonstances, remplir un rôle plus digne. On s'est acharné à noircir sa mémoire et, comme l'a dit Talleyrand : « D'Orléans fut le vase dans lequel on a jeté toutes les ordures de la Révolution. » Il expia avec courage et même crânerie ses fautes, haussant les épaules et accueillant avec une dignité méprisante les huées de la populace, alors qu'on le conduisait à l'échafaud.

J. Noir.

LE SALON DES MÉDECINS EN 1926

Le Salon des médecins de 1926 a été particulièrement brillant : cent soixante et un médecins ou pharmaciens ont répondu à l'appel du parfait animateur qu'est le docteur Paul Rabier (secrétaire organisateur de cette manifestation) par l'envoi de 495 œuvres peintes ou sculptées.

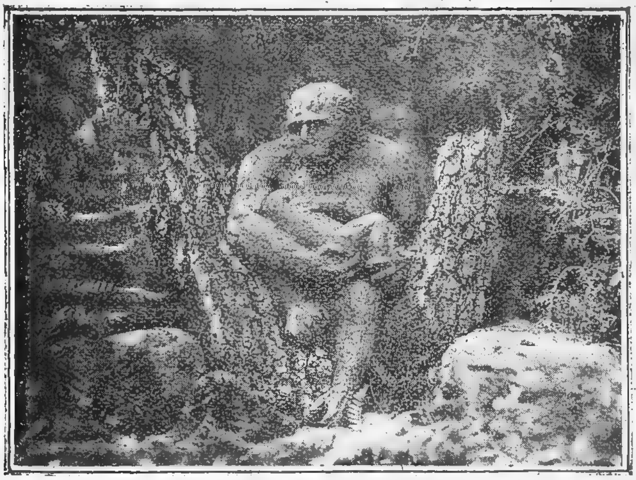
La grande presse a parlé davantage qu'elle ne l'avait jamais fait de cet effort d'art auquel la rétrospective de Trente ans d'Art indépendant ne fut pas sans faire quelque tort, elle en a même parlé, sans tendresse, comme si les rédacteurs avaient redouté que leur médecin ne fût occupé à faire une pochade au bord de la Marne ou de l'Oise à l'heure où ils auraient besoin de ses soins ! Peut-être faut-il trouver dans des critiques souvent assez rudes l'indication qu'elles s'adressent à de véritables professionnels qu'il n'y a pas lieu de ménager, puisqu'ils sont dans l'arène et c'est au fond l'impression que donne la plus grande partie de cette exposition : la connaissance de l'anatomie conduit les médecins à faire des choses généralement bien construites ou à ne laisser présenter par leurs entours que des choses qui « se tiennent ». L'habitude de l'analyse, cet élément indispensable du diagnostic que les médecins poussent à un tel degré de rigueur qu'ils n'hésitent pas — même après coup — à aller vérifier le bien comme le mal fondé de leur intervention, développe chez eux une forme particulièrement aiguë et comme exquise du sens critique.

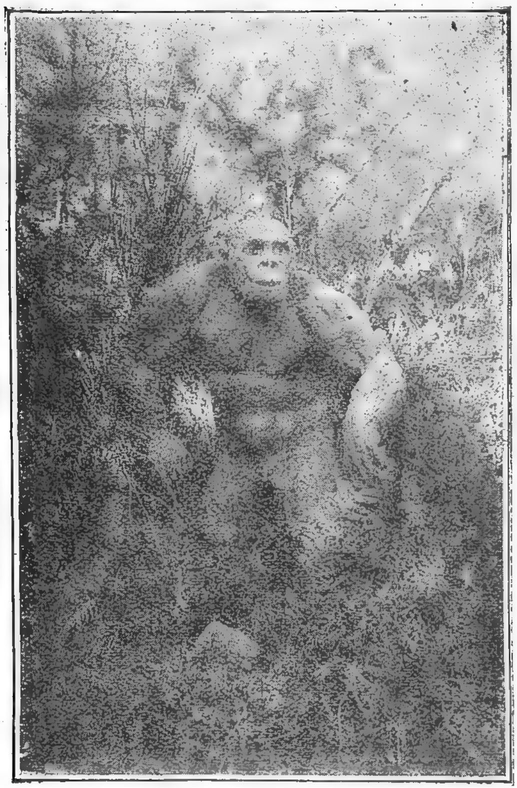
Parmi les exposants, il faut mettre à part l'élément familial, filles, femmes ou sœurs de médecins, de pharmaciens ou d'éditeurs, dont les œuvres, souvent professionnelles, rappellent ce qu'on trouve à toutes les expositions d'art féminin, des fleurs, des paysages, des aquarelles, des porcelaines auxquels il aurait suffi que pendant quelques années on décerne à leurs auteurs autre chose que les compliments aveugles de l'entourage ou même.... du professeur, pour leur éviter de s'enlizer dans une médiocrité amorphe dont certaines auraient pu sortir. Il n'est pas jusqu'à certains achats aimables de l'Etat, souvenirs d'inaugurations agréables, qui n'aient eu sur le développement de talents qui paraissaient en bonne voie, une influence rétrograde.

Je ne veux pas citer de noms parce qu'un médecin doit éviter de faire la moindre peine quoique, tout de même, le fait de montrer des œuvres en public puisse suffire à autoriser le public à les regarder sans indulgence, puisqu'il eût suffi à l'auteur de les garder dans son salon personnel à l'usage exclusif de ses familiers pour pouvoir se considérer comme un grand artiste en chambre, voire même comme un artiste méconnu !

Cette petite réticence faite, j'en viens au plaisir de signaler les œuvres qui m'ont attiré, m'excusant si j'en oublie et ne prononçant l'exclusive contre aucune de celles dont je ne parlerai pas, du seul fait de ne pouvoir parler de toutes. J'ai regretté l'absence de Maurice Ségard dont les coups d'essai de l'an dernier avaient été un si joli coup de maître, et je lui donne rendez-vous l'an prochain pour la constatation d'une nouvelle étape dans sa marche au dessin. Je note d'abord une mention très spécialement favorable au « Précurseur » de Maurice Faure (de Nice et Lamalou), un des anthropoïdes tertiaires qui furent aux côtés de l'homme. On sent, à côté de l'exactitude scrupuleuse du document, la volonté apportée au choix d'une attitude particulièrement saisissante et en rapport avec l'expression du visage.

Une série de dessins de Bils (de Montmorency) représente des médecins ; il faut louer le choix du sujet et l'exécution légèrement caricaturale dans la-





FIGURES 1 et 2.

L'anatomie du précurseur, telle qu'elle est ici représentée, a été reconstituée en prenant comme base l'anatomie de l'*Homi Mousteriensis* (époque quaternaire ancienne), aujourd'hui connue. En comparant cette anatomie à celle de l'homme moderne, on peut retracer son évolution. Il suffit de remonter le cours de cette évolution pour retrouver l'image présumée d'un de nos ancêtres inconnus.

Cette reconstitution, comme celle de l'*Homo Mousteriensis*, a été réalisée par le Dr Maurice FAURE et Mademoiselle Yvonne PARVILLÉE. On peut la considérer comme présentant autant de garanties d'exactitude que l'on en peut exiger d'une œuvre où les données scientifiques sont nécessairement alliées à une part d'imagination artistique.

quelle domine le souci d'exprimer avec vérité les traits saillants des caractères au physique et au moral. Jolies reliures et surtout céramiques bien dessinées et largement teintées de Mlle ANDRÉE HENNE (de Paris). CAUSSADE (de Paris), par un procédé de plume et lavis des plus sympathiques a réalisé un tryptique de Mouettes et Cigognes ; P. CREISSENT (de Paris), de curieuses silhouettes pharmaceutiques.

J'apprécie tout particulièrement les sculptures de Fr. DE HÉRAIN de (Paris) et notamment le buste du Comte de J.-C. ; son Faune au Lapereau me donne l'impression d'être moins personnel quoique la ligne en soit harmonieuse de partout. Je signale les silhouettes d'Orient de Mme ANNA DELAGE (de Paris) et les statuettes énergiquement tracées de Mlle MARGUERITE DELAGE (de Paris). Le buste du Dr Paul Rabier par J. DHOTEL (de Paris), est d'un beau caractère, la Maternité de G. DOIN (de Paris) bien peinte, sort de l'ordinaire. Trois vues de Villefranche de Mme FOURNEAU-SEGOND (de Paris) ainsi que les aquarelles agréablement lavées et bien dessinées de M. L. GRIMBERT (de Paris) méritent de retenir l'attention.

Quel dommage que beaucoup de toiles de talent soient si vilainement signées d'un affreux paraphe de vermillon comme les œuvres des photographes ! Les anciens ne signaient pas ainsi, c'était pour eux tout un art que de rechercher la place, la forme et la couleur de la signature, comme s'ils avaient connu la graphologie ! Il y a là toute campagne à faire et presque toujours auprès de femmes de grand talent et de haut goût, mais qui ont un tel souci de travailler sous leur seule inspiration qu'elles en oublient l'enseignement — tout de même bien grand — des anciens. Les ultra-modernes connaissent bien cette vérité ; il suffit d'aller au Palais de Bois de la Porte Maillot — à l'Exposition des Indépendants — pour le constater. Puisse Mme C. HENRIA (de Paris), dont je vois progresser depuis quelques années déjà le talent d'une façon volontaire et sûre, puisqu'elle est en même temps experte en l'art du Palais-Salon, me pardonner d'appliquer cette légère réticence à l'éclat de ses belles toiles et à l'harmonie de leurs couleurs. Beau buste terre cuite du Dr RIEFFEL par Villandre.

M. MARCEL LABBÉ, (de Paris) a pris évidemment des vacances à Collioure, ce qui nous vaut quatre aquarelles toutes de lumière et de savants reflets parmi lesquelles les « Derniers rayons sur le Port » sont d'une saveur toute particulière comme la transparence des eaux. Les Cires de Cl. MARCORELLES (de Paris) sont d'une distinction délicate encore dépassée dans « La première foulée d'un Cent mètres » du même auteur, dont les « Amis de l'Histoire et du Musée des Sports » verraient avec plaisir venir à eux une épreuve pour leur Musée en formation.

Les vases céramiques, Décor Persan et Décor

Indien de Mlle ALICE LEPASSET (d'Alger) ont eu un succès mérité. La Seine au Pont d'Austerlitz, de P. LESUR (de Paris), est extrêmement brillante, les aquarelles de MAURICE (de Paris) sont d'une luminosité éclatante et très montée : l'étang de Saint-Cucufa voisine, grâce à cet aimable artiste, avec le Hameau de Versailles, et comme il est également un très grand chasseur, il n'a oublié ni le Jura (Ferme de Malbuisson), ni la Sapinière de Michery en Sologne. H. MONTLAUR (de Paris) est un des ultra-modernes du groupe, sa « Place du Vieux Saint-Raphaël » est des plus sympathiques et sa nature morte au Phono est presque un manifeste de ce que devrait devenir le futurisme pour être quelque chose de bien. La Maisonnette à Marlotte de E. PAPIN (de Paris), son Printemps à Montigny ainsi que les Grèves du Mont-Saint-Michel sont de très belle venue. Il faut féliciter Mme Lily Pech (Mme PÉCHARMANT, de Paris) de la note de coloris éclairé aidé d'une science indéniable, de son « Clair de Lune » et de son « Printemps Provençal » et donner une mention toute haut goût à Mme PERRENS-BONAMY (de Paris) ; sa « Bibliothèque de René Boylesve » est d'une exquise délicatesse dont la saveur égalée, mais dans des notes d'extérieur encore plus vibrantes et haut montées, par « l'Eglise de Santa Fosca Torcello » et surtout par « les Environs de Guérande » qui sont « à l'heure » impeccablement et dans une composition de grand style malgré leur dimension restreinte.

A signaler encore les Etudes sculptées de Mme HÉLÈNE RÉAL et en particulier son Buste de Femme, celles de M. CH. VILLANDRE (de Paris), toutes terres cuites ressemblantes et fouillées, se rapportant en majorité à des membres du Corps médical ; la facture solide des Etudes de WILBORTS (de Paris) qui recherche les effets de lumière brutaux à l'Ile de Bréhat ; il les obtient assez puissants quoique dans un métier un peu naïf dont les empâtements manquent de volonté et de dessin tandis que les ombres sont trop simplement sobres sans que le jeu, aujourd'hui classique depuis les analyses des impressionnistes, et la liste au point de leur formuler des complémentaires vienne suffisamment les renforcer et le résultat n'en est pas moins prometteur digne d'éloges.

Les dessins de Mme ROUTCHINE-VITRY (de Paris) sont pleins de charme dans la pureté de leur dessin, pureté qu'on retrouve en partie dans ses miniatures, et je m'en voudrais d'oublier, puisque je les ai gardées pour la bonne bouche, une captivante nature morte de Mme THOINOT (de Paris) et les aquarelles délicates signées ZABETH (de Paris) qui évoquent Salliès-Ville, une Fin de jour et « Chez le fruitier ».

En somme, cette exposition d'amateurs (ou soi-disant tels) est une des bonnes expositions de l'année, elle se classe peu à peu parmi celles qu'il faut aller voir, et contribue à encourager les médecins à savoir prendre du repos, encouragement qui ne leur est pas inutile. Or, parmi les violons d'Ingres, la Musique — à elle seule — ne repose guère les nerfs, tandis que l'art d'exprimer, ou d'interpréter la nature et les heures avec des crayons ou des couleurs, évoque les goûter sur l'herbe, les bonnes siestes dans les prés frais à l'ombre légère des saules par les chaudes journées d'été entre deux séances de pêche à la ligne ou de promenades en bateau ... ombrelles et robes claires, chapeaux de paille, vêtements de toile ... indispensable détente... dont les médecins devraient en leur cœur garder quelque reconnaissance aux créateurs de l'idée que Paul Rabier a si heureusement reprise et parmi lesquels je relève les noms de mon cher BEZANÇON (des œuvres duquel tous regrettaient l'absence), de Colin, de Hérain, Dhotel, Doin, Jumentié, Marcel Labbé, Papin, Sabouraud, Villandre, et même le mien, heureux et fier de se retrouver en si agréable compagnie.

Dr G.-Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

(30 *mars* 1926).

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, MIGNON, GASSOT, NOIR, DUCHESNE, HUGUENIN, DE LA ROCHEFORDIÈRE, PAMART, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaires*.

Excusé : M. le Dr LEVASSORT.

Le Conseil prend une délibération pour faciliter la gestion des comptes en banque.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

***Combinaisons** A **et** B.*

34 PARMENTIER	Var	2 mois et 25 jours chr.	283 25
84 GIROD	Jura	3 jours + 2 mois et 27 jours chr.	319 90
91 AVRIL	Loire	26 jours	260 »
		A reporter....	863 15

			Report....	863 15
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
175	Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
219	Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228	Tacheron	Aube	3 mois	300 »
236	Herlaud	Côtes-du-Nord	12 jours + 2 mois et 18 jours chr.	379 95
247	Breteille	Paris	9 jours + 4 jours chr.	103 30
255	Demmler	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
260	Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311	Rouvier	Isère	3 mois	300 »
341	Chabanon	Lozère	3 mois	300 »
357	Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
379	Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
409	Caffeau	Nord	21 jours	210 »
412	Duros	Calvados	3 mois	300 »
467	Jossu	Saône-et-Loire	17 jours	170 »
488	Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
497	Pavie	Paris	2 mois et 3 jours chr.	210 »
502	Carlotti	Eure-et-Loir	2 jours	20 »
504	Delucq	Gers	3 mois	300 »
513	Griolet	Gard	22 jours	220 »
524	Fraikin	Seine	13 jours	130 »
534	Epron	Vendée	3 mois	300 »
535	Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
577	Collangettes	Puy-de-Dôme	50 jours	500 »
592	Lecoq	Nord	un mois et 3 jours chr.	110 »
662	Payre	Isère	11 jours	110 »
696	Cézilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
726	Guillon	Loire-Inférieure	20 jours + 12 jours chr.	239 95
774	Martin	Haute-Marne	16 jours	160 »
820	Perret	Ain	15 jours	150 »
823	Moreau	Maine-et Loire	un mois thermal	100 »
833	Pillière	Ardennes	3 mois	300 »
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
863	Cat	Bouches-du-Rhône	60 jours + 21 jours chr.	696 60
885	Guillermin	Savoie	50 jours	500 »
900	Duclos	Paris	3 mois	300 »
907	Guittard	Vendée	11 jours	110 »
913	Mme Beruson	Nord	6 jours	60 »
920	Larroque	Aube	53 jours	530 »
925	Guyot	Haute-Marne	18 jours	180 »
942	Dupond	Aube	29 jours	290 »
960	Grand	Tarn	37 jours	370 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
994	Joly	Paris	21 jours	210 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1072	Perrin	Seine-et-Oise	5 jours	50 »
1074	Bleicher	Marne	24 jours	240 »
1144	Runel	Seine-et-Oise	12 jours	120 »
1232	Lert	Var	31 jours	310 »
1259	Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1272	Molinéry	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1295	Astier	Isère	55 jours	550 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1414	Nicollet	Ain	39 jours	390 »
1424	Guillaud	Savoie	8 jours	80 »
1482	Chapoy	Doubs	9 jours	90 »
1495	Humery	Eure	27 jours	270 »
1501	Brihmat	Alger	15 jours	150 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1587	Lacomme	Saône-et-Loire	25 jours	250 »
1603	Arin	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
1675	Frenel	Oise	3 mois	300 »
1680	Hermite	Isère	59 jours	590 »
1686	Gaignard	Maine-et-Loire	17 jours	170 »
1703	Mons	Constantine	51 jours	510 »
			A reporter	20.352 95

		Report.....	20.352 95
1720 GASSOT (L.)	Loiret	15 jours	150 »
1758 MOURRE	Var	5 jours	50 »
1763 PISSARD	Charente	33 jours	330
1792 LIMOUZI	Loiret	39 jours	390 »
1796 MARMARIAN	Allier	3 mois	300 »
1824 CHAPIET	Loire-Inférieure	11 jours	110 »
1853 CATTIN	Morbihan	3 mois	300 »
1896 ROURE	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
1901 GUINOISEAU	Haute-Marne	5 jours	50 »
		Total	22.332 95

Combinaison MAD.

23 MOISAN	Côtes-du-Nord	9 jours	180 »
31 SOULANGE	Aude	35 jours	700 »
107 BENTKOWSKI	Gard	un jour + 2 mois chr.	420 »
152 HATON	Paris	9 jours	180 »
191 BARRIÉ	Hérault	11 jours	220 »
195 GUEIT	Vaucluse	6 jours	120 »
237 PERRION	Paris	un mois et 21 jours chr.	339 85
247 BRETEILLE	Paris	9 jours + 4 jours chr.	206 70
334 BOURGUET	Bouches-du-Rhône	8 jours	160 »
346 Mlle CABANIS	Oran	14 jours + 2 mois et 16 jours chr.	786 65
377 POTIÉ	Nord	6 jours	120 »
459 SIRAUDEAU	Maine-et-Loire	27 jours	540 »
313 GRIOLET	Gard	22 jours (1/2)	220 »
524 FRAIKIN	Seine	13 jours (1/2)	130 »
467 JOSSU	Saône-et-Loire	17 jours (1/2)	170 »
907 GUITTARD	Vendée	11 jours	220 »
942 DUPOND	Aube	29 jours	580 »
1114 MASSON	Meuse	33 jours	660 »
1484 GUILLAUD	Savoie	8 jours (1/2)	80 »
1482 CHAPOY	Doubs	9 jours (1/2)	90 »
1501 BRIHMAT	Alger	15 jours (1/2)	150 »
1703 MONS	Constantine	51 jours (1/2)	510 »
1758 MOURRE	Var	5 jours (1/2)	50 »
1853 CATTIN	Morbihan	3 mois (1/2)	300 »
		Total	7.133 20

Le Conseil repousse la proposition du secrétaire général pour un sociétaire qui n'a fait sa déclaration de maladie qu'après guérison et reprise de son travail, rendant ainsi tout contrôle inutile et, faisant application de l'article 51 des statuts, à l'unanimité lui refuse toute indemnité.

M. le Dr DUCLAUX fait don de 25 francs à la Caisse auxiliaire, le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du 1er trimestre 1926, les sommes suivantes à :

4 Mme veuve Lepage, Paris	150 fr.
13 Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 fr.
38 Madame Gillette, Calvados	150 fr.
43 Mme veuve Chevreux, Paris	150 fr.
45 Mme veuve Valot, Hautes-Alpes	60 fr.
51 Mme veuve Rousselot, Marne	150 fr.
Total	760 fr.

Ratification d'admissions.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de MM. :

Combinaison MA :

MM. les Drs Chavoix, Griffault, Abitboul, Plaisant, Passet, Minguy, Taphanel, Jacquier, Bert et Tarrière.

Combinaison MAD :

MM. les Drs Colard, Dubroca, Voisin, Fonteneau, Rudel, Chavoix, Griffault, Luneau, Foubert, Abiboul, Plaisant, Ferriot, Michel, Szkoluik, Passet, Tarbouriech, Menguy, Taphanel, Jacquier, Bert et Tarrière.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA

MM. les docteurs :
HATON, de Paris.
RIO, de Plœmeur (Morbihan).
PERRET, d'Ivry (Seine),
VIEL, de Lisieux (Calvados).
LABAURIE, de Cuxac-d'Aude (Aude).
FARABOSC, d'Ouveillan (Aude).
BASTIDE D'IZARD, de Mège (Hérault).
SIGORN, de Blancafort (Cher).
OLIVIÉRI, de Château-Gontier (Mayenne).
BOURDIN, du Pré-Saint-Gervais (Seine).
Mlle BLANCHIER, de Paris.
CARRIÉ, de Heybes-sur-Meuse (Ardennes).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :

Solas, de Paris.
Rio, de Plœmeur (Morbihan).
Viel, de Lisieux (Calvados).
Parabosc, d'Ouveillan (Aude).
Bastide d'Izard, de Mèze (Hérault).
Sigorn, de Blancafort (Cher).
Olivieri, de Château-Gontier (Mayenne).
Bourdin, du Pré-Saint-Gervais (Seine).
Jorcin, de Juliénas (Rhône).
Galinier, de Trouillas (Pyrénées-Orientales).
Mlle Blanchier, de Paris.
Jorcin, de Juliénas (Rhône).
Carrié, de Heybes-sur-Meuse (Ardennes).

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

MM. les docteurs :

Bourdin, du Pré-Saint-Gervais (Seine).
Mlle Blanchier, de Paris.
Jorcin, de Juliénas (Rhône).

Combinaison R :

M. le Dr Bastide d'Izard, de Mèze (Hérault)

Combinaison V :

M. le Dr Adam, de Fains-les-Sources (Meuse)

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. Boudin. — *Le Président,* A. Maurat.

TARIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Arrêté du 31 mars 1926

Art. 1er. — Le tarif annexé au présent arrêté est applicable aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Pour tout ce qui ne figure pas à l'annexe ci-après les tarifs et barèmes applicables sont ceux dressés par l'association générale des syndicats pharmaceutiques de France (édition 1925) en tenant compte, dans le délai légal, à partir de la mise en application du présent arrêté, des bulletins de variations publiés par ladite association. Ces bulletins de variations devront être, préalablement à leur publication, soumis à la commission instituée par l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 et ratifiés par elle.

Art. 2. — Les tarifs visés à l'article 1er ci-dessus ne comporteront aucun rabais dans les communes ne comptant pas plus de 5.000 habitants ; ils seront réduits de 4 p. 100 dans les villes comptant 5.000 à 25.000 habitants; ils seront réduits de 6 p. 100 dans les villes comptant 25.000 à 100.000 habitants ; ils seront réduits de 8 p. 100 dans les villes comptant plus de 100.000 habitants et de 10 p. 100 dans Paris et le département de la Seine.

Art. 3. — Pour la détermination des taux de réduction, il y a lieu de prendre pour base la population de la commune où réside le pharmacien fournisseur.

Art. 4. — Les substances toxiques prévues aux tarifs visés à l'article 1er ci-dessus seront remboursés aux pharmaciens sur production d'une copie par eux certifiée conforme aux ordonnances en prescrivant la délivrance.

Art. 5. — Les factures devront être établies d'après le prix porté au tarif ou aux bulletins de variations visés à l'article 1er ci-dessus, en vigueur à la date de la livraison des fournitures. Le règlement en sera fait dans les trois mois de la remise de la facture. Les récipients ne seront comptés qu'une seule fois lorsque la fourniture sera renouvelée.

Art. 6. — En vue de prévenir et de régler amiablement les différends relatifs à l'application du présent tarif, les parties intéressées pourront convenir de la constitution d'une commission d'arbitrage à Paris.

Art. 7. — Sont rapportés les arrêtés ministériels des 21 juin 1923 et 22 mars 1924, ainsi que toutes dispositions contraires à celles du présent arrêté.

Art. 8. — Le présent arrêté prendra effet à partir du 1er avril 1926.

ANNEXE

A L'ARRÊTÉ FIXANT LE TARIF DES FRAIS PHARMACEUTIQUES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL.

I. — *Produits chimiques et pharmaceutiques.*

A défaut d'indications tout à fait précises mentionnées sur les ordonnances médicales concernant les produits figurant aux présents tableaux sous la même appellation, le pharmacien devra toujours délivrer, et par conséquent toujours tarifer les produits précédés d'un astérique (*) :

HONORAIRES de respons. fr. c.	NOMENCLATURE DES PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES	NUMÉRO de la référence au barème.
»	Acide acétylsalicylique	44
»	Acide borique officinal	29
»	Acide picrique en solution à 1 p. 100, prix minimum 1 fr.	11
»	Alcool à 95°	38
»	*Alcool à 90°	37
»	*Alcool camphré fort	40
»	Alcool camphré faible	38
»	Alcoolat de Fiovarenti	40
»	Analgésine	52
»	Antipyrine	52
»	Aspirine	44

»	Baume du commandeur	24
»	Baume de Fioraventi	40
»	Baume Opodeldoch	43
	*Le flacon contient 90 grammes, 6 fr. 65.	
	*Le demi-flacon contient 45 grammes, 3 fr. 75.	
»	Baume tranquille	33
1 20	Chlorhydrate de cocaïne	84
0 80	*Chloroforme	41
1 »	Chloroforme anesthésique	47
»	L'ampoule de 30 grammes, 7 fr. net	
»	L'ampoule de 60 grammes, 10 fr. net.	
1 »	Chlorure (bi-) de mercure	48
0 60	Chlorure (bi-) de mercure (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr.50 p. 10	45
»	Chlorure de soude liquide	12
»	*Eau blanche du Codex, prix minimum 75 centimes	7
»	Eau blanche de Goulard	17
»	Eau boriquée, prix minimum, 75 centimes	10
»	Eau de Goulard	17
»	*Eau oxygénée Codex, prix minimum 75 centimes	18
»	Eau phéniquée à 1 p. 100, prix minimum 75 centimes	10
»	*Eau phéniquée à 2 p. 100, prix minimum, 75 centimes	11
»	Eau phéniquée à 5 p. 100, prix minimum, 75 centimes	13
»	Eau végéto-minérale	17
»	Eau-de-vie camphrée	38
»	Essence de térébenthine rectifiée	33
»	Essence de Wintergreen artificielle	40
»	*Ether sulfurique rectifié	32
»	Ether sulfurique anesthésique	37
»	*Graisse de laine anhydre	33
»	Graisse de laine hydratée	32
»	Huile de camomille camphrée	37
»	Huile camphrée	37
»	Huile chloroformée du Codex	35
»	Huile de jusquiame	33
»	Huile de jusquiame composée	
»	Hypochlorite de soude liquide	33
»	Iodoforme pulvérisé	12
»	*Lanoline anhydre	62
»	Lanoline hydratée	33
0 80	Laudanum de Sydenham	32
»	Liniment chloroformé	54
»	Liniment oléocalcaire	35
»	Liniment de Rosen	28
»	Liqueur de Dakin nitrée	18
»	Liqueur de Labarraque	12
0 30	Liqueur de Van Swiéten, prix minimum 1 fr.	12
»	Permanganate de potasse	36
»	Plâtre chirurgical en boîte	15
»	Pommade boriquée à 1 p. 10	33
»	Pommade iodoformée à 1 p. 10, prix minimum 2 fr. 50.	46
»	Pommade phéniquée à 1 p. 100, prix minimum 2 fr.	33
»	Pommade de Reclus, prix minimum 2 fr. 50	44
0 60	Poudre de sublimé et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex à 2 fr. 50 p. 10	45
»	Salicylate de méthyl	40
»	Salicylate de phénol	45
»	Salol	45
»	Sérum antitétanique, le flacon, prix marqué net.	
»	Sérum physiologique :	
	L'ampoule de 60 centimètres cubes, 5 fr.	
	L'ampoule de 125 centimètres cubes, 6 fr. 50.	
	L'ampoule de 250 centimètres cubes, 7 fr. 75.	
	L'ampoule de 500 centimètres cubes, 10 fr. 50.	
»	Solution d'acide picrique à 1 p. 100, prix minimum, 1 fr.	11
0 30	Solution de sublimé à 1 p. 1000, prix minimum, 1 fr.	12
»	*Sparadrap diachylon	212
»	Sparadrap des hôpitaux	215
	Le rouleau de sparadrap est de 1 mètre de long sur 20 centimètres de large.	
1 »	Sublimé corrosif	8
0 60	Sublimé (mélange de) et d'acide tartrique, uniquement formule du Codex, à 2 gr.50 p. 10	45
1 »	Sulfate d'atropine	78
»	Teinture d'arnica	38
»	Teinture balsamique	42
0 30	Teinture d'iode officinale	44
»	Vaseline pure	32
»	Vaseline boriquée	33
»	Vaseline iodoformée, prix minimum 2 fr. 50.	46
»	Vaseline phéniquée, prix minimum 2 fr.	33

II. — *Objet de pansements.*

Lorsque plusieurs articles du même nom sont inscrits à ce tarif, ce sera toujours celui de ces articles marqué par un astérisque (*) qui devra être délivré et tarifé, à moins d'indication contraire sur la prescription.

Lorqu'il est prescrit : « une bande » sans autre indication, c'est toujours une bande de gaze hydrophile qui doit être délivrée et tarifée.

S'il est prescrit : « une bande de crépon » sans désignation de couleur le fil, le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer la bande « crépon coton ».

Le pharmacien devra toujours délivrer et tarifer les articles de pansements, ni aseptiques, ni stérilisés, à moins que la prescription ne spécifie : « aseptique ou stérélisé ».

Lorsqu'il est prescrit un article de pansement avec la recommandation : « aseptique ou stérilisé », le pharmacien est toujours tenu de délivrer cet article de pansement en récipient hermétiquement clos, soit en flacon, soit en boîte métal. La tarification sera faite en conformité de la fourniture.

Nomenclature des objets pansements.	Prix fr.	c.
*Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres	2	95
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres	3	90
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres	5	50
Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres	8	»

Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres .... 11 »

Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres 13 65

Bande de crépon de coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres 16 50

***Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres** 3 30

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 4 90

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 6 60

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres 9 25

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 20 centimètres .... 12 »

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 25 centimètres 13 85

Bande de crépon de laine et coton, longueur 5 mètres, largeur 30 centimètres 17 60

*Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 7 70

Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 9 90

Bande flanelle, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 14 30

*Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 1 20

Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 1 65

Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 2.40

Bande gaze hydrophile, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres 3 30

*Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 3 75

Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 4 75

Bande plâtrée, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 5 75

*Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 1 95

Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 2 65

Bande de tangeps, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 3 60

*Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 1 45

Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres .... 2 »

Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 2 50

Bande de tarlatane, longueur 5 mètres, largeur 13 à 15 centimètres 3 90

*Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 4 à 6 centimètres 3 60

Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 7 à 8 centimètres 4 90

Bande de toile, longueur 5 mètres, largeur 9 à 12 centimètres 7 20

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 00 .... 5 10

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 0 .... 5 30

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 1 .... 6 30

*Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 2 .... 6 90

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 3 .... 7 25

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 4 .... 8 25

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 5 .... 9 »

Catgut stérilisé, la bobine de 1 mètre n° 6 .... 9 75

Compresses de gaze non stérilisées, grandes (40/50), la boîte de 10 .... 6 60

Compresses de gaze non stérilisées, moyennes (30/30), la boîte de 10 .... 4 50

*Compresses de gaze non stérilisées, petites (15/15), la boîte de 10 .... 2 75

Compresses de gaze stérilisées, grandes (40/50), la boîte de 10 .... 15 »

Compresses de gaze stérilisées, moyennes (30/30), la boîte de 10 .... 11 »

*Compresses de gaze stérilisées, petites (15/15), la boîte de 10 .... 8 »

Coton hydrophile (Codex), 25 grammes (poids net) 0 95

*Coton hydrophile (Codex), 50 grammes (poids net) 1 70

Coton hydrophile (Codex), 100 grammes (poids net) 3 20

Coton hydrophile (Codex), 125 grammes (poids net) 3 90

Coton hydrophile (Codex), 250 grammes (poids net) 7 50

Coton hydrophile (Codex), 500 grammes (poids net) 14 50

Coton hydrophile (Codex), 1.000 grammes (poids net) .... 28 »

Coton cardé 25 grammes (poids net) 0 90

*Coton cardé, 50 grammes (poids net) 1 65

Coton cardé, 100 grammes (poids net) 3 10

Coton cardé, 125 grammes (poids net) 3 80

Coton cardé, 250 grammes (poids net) 7 25

Coton cardé, 500 grammes (poids net) .... 14 »

Coton cardé, 1.000 grammes (poids net) .... 27 »

*Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 6 .... 4 50

Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 12 .... 5 40

Crins de Florence stérilisés, fins, moyens et gros, le tube de 25 .... 7 20

Doigtier de caoutchouc, la pièce .... 1 »

*Doigtier de cuir, la pièce 1 70

Doigtier de peau, la pièce 1 70

*Gaze hydrophile non stérilisée, le paquet de 1 mètre 2 20

Gaze hydrophile, à la pièce par 5 mètres ou plus, le mètre 2 10

*Gaze hydrophile stérilisée, la boite de 1 mètre 4 50

Gaze hydrophile stérilisée, la boîte de 5 mètres .... 16 »

Gaze iodoformée non stérilisée, le flacon de 1 mètre .... 7 »

Gaze au peroxyde de zinc, le flacon de 1 mètre (non stérilisée) 5 50

Gaze salolée, non stérilisée, le flacon de 1 mètre 5 50

Mousseline à cataplasme, le mètre 2 20

Taffetas chiffon, largeur 80 centimètres, numéro de barème 210 .... »

Taffetas gommé, largeur 80 centimètres, numéro de barème 209 .... »

A moins d'indication contraire pour les taffetas, si la largeur n'est pas spécifiée sur l'ordonnance, la longueur prescrite sera délivrée en carré. S'il est prescrit taffetas ou imperméable sans autre indication, c'est le taffetas gommé qui sera délivré et tarifé.

Tarlatane, le mètre 2 20

(*J. O.* 8 *avril* 1926)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Les aliénés étrangers dans les asiles de la Seine. — Les asiles d'aliénés du département comptaient au 1er janvier 1926, 178 aliénés de nationalité étrangère, savoir : au compte de l'Etat français, 100 ; au compte de leur pays d'origine, 38 (1 Belge ; 17 Italiens ; 20 Polonais) ; au compte de la Seine, 40 (10 Belges ; 14 Italiens ; 6 Luxembourgeois ; 10 Polonais). Total général : 178. Le département avait, en outre, à sa charge 32 aliénés étrangers dans les asiles de province.

Il a été possible de récupérer, au moins partiellement, les frais de séjour de 30 de ces malades. Afin de diminuer l'encombrement des asiles et de réduire les frais d'hospitalisation des aliénés étrangers, l'administration s'emploie à hâter le rapatriement de ces malades et s'efforce de les transférer dans les asiles de province, où le prix de la journée est moins élevé que dans la Seine.

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. — Ont été élus : Présidents d'honneur : professeur Jeanselme, MM. J.-L. Breton, Justin Godart, Honnorat, professeur Pinard. — Président : M. Louis Queyrat. Vice-présidents du Conseil d'administration : Mme André, MM. Hudelo, Leredde, Milian, professeur Nicolas (de Lyon). Secrétaire général : M. Gougerot. Secrétaires généraux adjoints : MM. Fernet, Marcel Pinard, Clément-Simon. — Trésorier : M. Robert André. Directeur général : M. Sicard de Plauzoles.

Toutes les communications doivent être adressées au siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne.

— Hommages au Dr Zamenhof, auteur de l'Esperanto. — Des rues portant le nom du Dr Zamenhof existent déjà à Sotteville-les-Rouen, Terassa et Sabadell (Espagne), Bialystok (Pologne) et Kaunas (Lituanie).

La Municipalité de Dresden (Allemagne) a décidé de donner le nom du médecin polonais, auteur de l'Esperanto, à une rue du faubourg de Leuben.

(*L'Information espérantiste.*)

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Services automobiles de l'Avallonnais et du Morvan.* — Les services automobiles organisés par la Compagnie P.-L.-M. pour la visite de l'Avallonnais et du Morvan seront mis en marche, cette année, dans les conditions suivantes : 1° Circuit de l'Avallonnais, tous les jours, du 4 juillet au 30 septembre : Avallon, la Pierre-qui-Vire, Quarré-les-Tombes, Chastellux, Pierre-Perthuis, Saint-Père, Vézelay, Arcy-sur-Cure, Avallon ; 112 kilom. Prix : 34 fr. ; 2° Circuit du Morvan, les mardi, jeudi et dimanche du 4 juillet au 30 septembre : Avallon, Méluzien, Quarré-les-Tombes, Roche du Chien, Gouloux, Montsauche, Lac-des-Settons, Château-Chinon, Lormes, Chastellux, Avallon ; 150 kilom. Prix : 44 fr. ; 3° Circuit de l'Avallonnais-Morvan, le dimanche du 12 avril au 3 juillet : Avallon, Quarré-les-Tombes, la Pierre-qui-Vire, Lac-des-Settons, Montsauche, Lormes, Chastellux, Vézelay, Sermizelles, Avallon ; 138 kilom. Prix : 50 fr. Correspondance à Avallon avec les trains de et pour Paris.

— Nécrologie. — M. le docteur Jules Glover, de Paris. — M. le docteur Berquet, chirurgien des hôpitaux de Calais. — M. le docteur Arfeux, de Bar-le-Duc (Meuse). — M. le docteur G. Martin, de Violay (Loire). — M. le docteur Dorny, de Comines (Nord).

— Ecole de médecine navale de Bordeaux. — Le concours pour l'entrée à l'Ecole de médecine navale de Bordeaux est annuel. Les épreuves d'admissibilité ont lieu dans la deuxième quinzaine de juillet à Paris, Brest, Rochefort, Bordeaux et Toulon. Celles d'admission ont lieu à Brest et Rochefort, à des dates qui sont indiquées lors de la publication de la liste d'admissibilité.

Les renseignements sont adressés gratuitement aux candidats qui en feront la demande, soit au ministère de la Marine (direction centrale du Service de Santé, 2, rue Royale, à Paris), soit à la direction de l'Ecole principale du Service de Santé militaire, cours de la Marne, à Bordeaux.

— Croisières médicales sous les auspices de l'Association de la Presse médicale française. — *Croisière du Spitzberg* par le Lloyd Royal Hollandais. Cette croisière partira d'Amsterdam pour le Cap Nord. Elle aura lieu sur le *Gelira*, paquebot de luxe destiné spécialement à ces croisières. Durée : trois semaines environ. Prix approximatif : 33 livres. Ecrire au Dr Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, au Havre.

— Ligue nationale française contre le péril vénérien. 44, rue de Lisbonne, Paris (8e). — *Prix de la Ligue.* — La Ligue Nationale Française contre le péril vénérien, pour stimuler les recherches relatives à la vénéréologie, met au concours trois prix : 1° un prix de 5.000 francs à décerner à l'auteur du meilleur travail sur : *les psychopathies hérédo-syphilitiques chez l'enfant et chez l'adolescent et leur rôle dans la criminalité juvénile* ; 2° un prix de 5.000 francs à décerner à l'auteur de la meilleure : *étude sur l'Association de la syphilis et de la tuberculose dans les affections ostéo-articulaires* ((pathogénie, diagnostic, traitement) ; 3° un prix de 20.000 francs à décerner à l'auteur de : *la découverte la plus importante* faite pendant les années 1926 et 1927 dans le domaine de la vénéréologie.

Conditions du concours. — Pour les deux premiers prix, l'anonymat est obligatoire. Les ouvrages présentés au concours devront être écrits en français, entièrement inédits, constituer non seulement une revue générale de la question, mais surtout un travail original fondé sur des faits nouveaux, dactylographiés en triple exemplaire paginés, suivis d'une table. Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant le nom, la qualité et l'adresse de l'auteur. Ce pli ne sera ouvert qu'après la proclamation du résultat du concours. Tout concurrent qui se ferait connaître directement ou indirectement serait par ce seul fait, exclu du concours.

Pour ces deux prix, les ouvrages présentés devront parvenir directement au Siège social de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, Paris VIIIe, *avant le 1er octobre* 1928.

Le jury du concours sera nommé par le Conseil d'Administration de la Ligue, après cette date, et le prix décerné à l'Assemblée générale de la Ligue, *au mois de décembre* 1928. Il ne sera tenu aucun compte des travaux envoyés après les dates fixées, alors même que ces travaux seraient présentés comme additions, compléments ou rectifications à un travail présenté au concours dans les délais réguliers. Le Conseil d'Administration de la Ligue reste juge de l'attribution des prix. Les prix pourront être partagés ; mais le Conseil d'Administration pourra ne pas les décerner si tous les mémoires présentés étaient jugés insuffisants. Toutefois le Conseil d'administration pourrait accorder seulement des encouragements. Un des trois exemplaires des mémoires sera rendu à l'auteur après la proclamation des résultats du concours. La Ligue, le cas échéant, pourra favoriser la

publication de ces mémoires. *Pour le* 3e *prix* (20.000 fr.), il ne doit pas être posé de candidature. Le Conseil d'administration de la Ligue se réserve le choix du ou des lauréats. Le prix pourra être divisé en deux parties. Si la Ligue estime qu'aucune découverte ne mérite ce prix, le prix ne sera pas décerné. Toutefois la Ligue pourra donner des encouragements aux chercheurs qui auraient fait des travaux pouvant aboutir ultérieurement à des découvertes intéressantes.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de la Ligue ; les encouragements ou mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le secrétaire général de la Ligue : Dr GOUGEROT ; le Président de la Ligue : Dr Louis QUEYRAT ; le Trésorier de la Ligue : Robert ANDRÉ ; le Directeur général de la Ligue, Dr SICARD DE PLAUZOLES.

— **Journées médicales de Paris** (15-19 juillet 1926). *Programme sommaire.* — *Jeudi* 15 *juillet.* — Grand-Palais : à 9 h. 30 : inauguration de l'exposition par M. le président de la République. — A 10 h. : ouverture des Journées médicales, sous la présidence de M. le président de la République. Conférence de M. le professeur Calmette sur la vaccination contre la tuberculose. — A 15 h. 30 : conférence par un professeur étranger. — A 16 h. 30 : visite à l'exposition. Séance cinématographique. — A 17 h. 30 : conférence de M. le docteur Bensaude, médecin des hôpitaux. — A 20 h. 45 : soirée théâtrale ou réception.

Vendredi 16 *juillet.* — Matinée : démonstration dans les hôpitaux. Grand-Palais : à 12 h. 30 : conférence par un professeur étranger. — A 16 h. 30 : visite de l'exposition. Séance musicale. — A 17 h. 30 : conférence de M. le professeur Sicard.

Samedi 17 *juillet.* — Matinée : démonstration dans les hôpitaux . Visite de l'Institut Pasteur. Grand-Palais : A 15 h. 30 : rapport sur « l'exercice illégal de la médecine » ; les bases juridiques des poursuites par M. le professeur Balthazard. Discussion par les membres des Journées médicales. — A 16 h. 30 : visite de l'exposition. Séance cinématographique. — A 17 h. 30 : conférence de M. le professeur Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon. — A 20 p. 45 : soirée à l'Opéra.

Dimanche 18 *juillet.* — Matinée : démonstration dans les hôpitaux. Visite à l'Institut du Radium, sous la direction de M. le professeur Regaud. Grand-Palais : A partir de 14 h. : visite de l'exposition. — A 16 h. : orchestre médical. Réception officielle.

Lundi 19 *juillet.* — A 7 h. 30 : départ pour Reims. Le matin : visite de la Cathédrale, sous la conduite de Son Eminence le cardinal Luçon. Visite de la ville. Visite aux caves de champagnes : maison L. Pommery. — L'après-midi : excursion aux Monts de Champagne. Visite d'anciens champs de bataille ; M. le général Gouraud, gouverneur militaire de Paris, a bien voulu accepter de diriger cette visite. — Retour à Paris le soir.

Mardi 20 *juillet.* — Départ pour les excursions aux stations hydrominérales.

EXPOSITION. — Une exposition sera installée au Grand Palais et réunira tout ce qui peut être utile au médecin dans sa pratique professionnelle (livres, instruments, médicaments, spécialités, eaux minérales), et aussi tout ce qui peut constituer un agrément dans sa vie privée (automobile, photographie, pêche, chasse, T. S. F., etc.).

Le Comité français des expositions, 42, rue du Louvre, a bien voulu se charger de l'organisation de l'exposition et s'est déjà assuré le concours des présidents des principaux syndicats intéressés. Le Comité français a confié la présidence de cette exposition à M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques et président de la Commission d'initiative et d'enquête du Comité français. Il est prévu une section de peinture médicale, une section des médecins bibliophiles, des expositions de curiosités médicales actuelles ou rétrospectives, etc.

FÊTES. — Des promenades pour les femmes des médecins participant aux Journées médicales seront organisées dans les musées, chez les grands couturiers, etc. De plus, les dames seront invitées au Grand Palais, à une conférence littéraire, à des séances de cinématographie médicale et paramédicale, à des auditions de l'orchestre médical, etc. Des réceptions officielles et plusieurs soirées théâtrales, dont l'une à l'Opéra, seront offertes aux congressistes.

EXCURSIONS. — Le lundi 19 juillet et jours suivants, les membres des Journées médicales auront le choix entre plusieurs excursions dans les environs de Paris. Il est en particulier prévu une excursion à Reims, le lundi 19 juillet, dont nous donnons plus haut le programme.

LE SECRÉTARIAT sera ouvert au Grand Palais, à partir du mercredi 14 juillet, à 14 h. Les membres des Journées médicales pourront y retirer leurs cartes d'invitation et tous documents utiles. Le programme détaillé des Journées médicales leur sera adressé, en même temps que celui de l'exposition, quelques jours *avant la date fixée pour les journées.* Une organisation est prévue pour assurer le logement et le séjour des adhérents dans des conditions avantageuses.

COTISATIONS. — La cotisation est fixée à 50 fr. pour les médecins participants aux Journées médicales de Paris ; 20 fr. pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine ; 20 fr. pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales. Des édémarches seront faites auprès des Compagnies de chemins de fer, dans le but d'obtenir une réduction des tarifs de transport. Un certain nombre de médecins de réserve pourront bénéficier d'un tarif réduit en chemin de fer M. le directeur du Service de Santé militaire ayant bien voule faire coïncider une période d'instruction avec les Journées médicales.

Les médecins qui désirent prendre part aux Journées médicales sont priés de s'adresser à M. le docteur Dujarric de la Rivière, secrétaire général, au siège social, 18, rue de Verneuil, en indiquant le nombre des personnes de leur famille qu'ils amèneront. Lui envoyer le montant des cotisations par chèque, mandat-poste ou chèque postal.

Pour tout ce qui concerne l'exposition, adresser la correspondance à M. Jean Faure, président de l'exposition des Journées médicales, 42, rue du Louvre, Paris (Ier).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

RECOUVREMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX

M. Louis AUDEBERT, Avocat, *Directeur du Contentieux des Syndicats Médicaux, Administrateur d'immeubles.*

5, rue des Saint-Pères, PARIS, Tél. Fleurus 57-27.

Pour toute demande de renseignements écrire à M[e] Audebert, en joignant un timbre pour la réponse.

AVIS

Nous tenons à la disposition de nos lecteurs les imprimés suivants :

Accidents du travail.

1° **Notes d'honoraires médicaux.**

2° **Certificats.** — Certificats pour blessés d'accidents du travail.

3° **Mémoires d'expertises — Accidents.** — Mémoires d'expertises médicales concernant les accidents du travail.

Justice criminelle.

4° **Mémoire de frais de justice criminelle** (honoraires). **Mémoires des frais de justice criminelle** (fournitures).

Ces imprimés sont établis d'après le format officiel.

5° **Notes d'honoraires ordinaires** d'un modèle spécial selon les indications du Tarif Jeanne.

6° **Feuilles de comptabilité.** — Feuilles détachées pour servir à établir le compte de chaque client.

Tous ces imprimés sont vendus au prix de :

Les 50..........	6 fr. »»
Les 100..........	10 fr. »»
Les 500..........	40 fr. »»
Les 1000..........	70 fr. »»

Adresser les commandes accompagnées du montant à M. C. Boulanger, administrateur du Concours Médical, 132, faubourg St-Denis, Paris, ou verser au compte chèque postal 167-95 *Paris.*

DÉPARTEMENT
de la
Seine-Inférieure
—
Inspection
des Services d'Hygiène

CERTIFICAT DE DÉCÈS

(Partie à détacher et à conserver dans les Mairies).

Partie réservée à la Mairie

Commune de...
Nom...
Prénoms...
Age...
Domicile...
N° d'enregistrement sur le registre des actes de l'état civil.
(à reproduire ci-dessous).

N°
....

Partie réservée aux Médecins

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le à heure est RÉELLE ET CONSTANTE.

La cause en est indiquée dans la fiche confidentielle ci-annexée QUI NE DOIT ETRE OUVERTE QUE PAR L'INSPECTION DES SERVICES D'HYGIÈNE.

A *le*

Signature :

Commune de
Date du décès
Cause du décès

Renseignements complémentaires que le médecin traitant croira devoir porter à la connaissance des Services d'hygiène.

NOTE

Ce document qui ne peut être communiqué à personne ni en original, ni en copie, est détruit par les soins de l'Inspection des Services d'hygiène, lorsque le service de la statistique sanitaire y a puisé les renseignements indispensables.

Signature
ou
N°

ils seraient payés pour les constatations de décès. Habituellement, vous le savez, à la campagne, les décès ne sont pas constatés, la plupart du temps.

D'autre part étant donné le désir de la préfecture, nous pourrions réclamer en échange des avantages : libre choix, relèvement des tarifs d'assistance médicale gratuite.

Je vous serai reconnaissant de nous dire :

1° Si nous pouvons accepter dans cette forme ;

2° Si nous pourrions accepter sous une autre forme ;

3° S'il ne faut pas accepter ;

4° Ce qu'il y a lieu de faire.

Dr D.

Réponse

Un médecin soigne une malade pour un avortement. Celle-ci vient à décéder. Le docteur envoie donc ses certificats à la mairie : l'un, ouvert et indiquant la réalité du décès, l'autre fermé, pour être dirigé, par les soins de la mairie, sur l'Inspection des services d'hygiène.

Or, la rumeur publique (d'autant plus aiguë que la défunte habitait une petite localité, une petite commune) a laissé entendre au maire qu'il y a eu avortement.

Le magistrat communal ne se croira-t-il pas en droit de violer le secret, contenu dans le pli fermé, en sa qualité d'auxiliaire de la justice ?

En admettant même qu'il ne le fasse pas et respecte l'inviolabilité du pli fermé, peut-il se porter garant du secrétaire de la mairie, ou d'autres fonctionnaires municipaux ?

Le public ne peut-il pas redouter cette violation du secret et, par suite, les malades ne préfèreront-elles pas n'appeler le docteur, que lorsqu'il est trop tard, par crainte de révélations indiscrètes ?

Le secret professionnel est d'ordre public : il a été institué pour le repos des familles et pour celui des malades, qui doivent avoir la conviction, la certitude de pouvoir se confier à l'homme de l'art, pour que celui-ci fasse le nécessaire, pour lutter contre la maladie et contre la mort.

Le désir de dresser des statistiques de mortalité ne fera-t-il pas disparaître cette confiance absolue dans le silence du médecin traitant ?

D'autre part, au cas où le secret serait violé d'une façon quelconque, au cas ou le pli fermé serait ouvert, durant le trajet entre le médecin traitant et le médecin inspecteur des services d'hygiène, en passant par la mairie et la poste, au cas encore ou le pli serait détourné de sa destination et remis au procureur de la République, le médecin traitant serait légalement coupable de violation du secret professionnel et justiciable des pénalités correctionnelles.

Tel est l'état actuel de la législation.

Donc faire passer le certificat, sous pli fermé, par la mairie et même par la poste peut provoquer une violation du secret professionnel, pré-

judiciable pour la tranquillité des familles, préjudiciable pour le médecin traitant.

Provoquer une tradition de la main à la main de ces fiches de diagnostic plus ou moins anonymes, entre le médecin traitant et l'inspecteur d'hygiène, serait forcer celui-ci à collecter, en personne, plusieurs fois par an, ces feuilles statistiques auprès de ses confrères. C'est un procédé peu pratique.

De tout ceci résulte que, si les médecins d'une région, ou d'une ville estiment pouvoir collaborer à l'œuvre d'hygiène publique, en déclarant scientifiquement la cause des décès, survenus dans leur clientèle, ils doivent s'assurer de la discrétion absolue de leurs déclarations.

Moins il y aura d'intermédiaires entre eux et le médecin inspecteur départemental d'hygiène, mieux le secret aura des chances de ne pas être surpris, ni divulgué.

Par conséquent, résultat immédiat : le diagnostic doit être adressé directement au médecin hygiéniste, par le médecin traitant, sans passer par l'intermédiaire de la mairie. Et, si la chose est possible, ces certificats doivent être remis de la main à la main d'un docteur à son confrère.

En second lieu, supprimer toutes indications, mentionnées comme diagnostic, susceptibles de faire reconnaître l'identité des personnes. La déclaration du sexe, de l'âge et du lieu du décès suffisent, souvent, à dévoiler le nom du défunt.

Pour tout concilier, en attendant que le législateur se soit préoccupé de la réforme de la *loi* sur l'hygiène publique et, comme conséquences, de la modification (s'il y a lieu) de l'article 378 du code pénal, le médecin traitant pourrait donner toutes indications sous pli fermé, adressé au médecin hygiéniste, indications susceptibles d'éclairer le diagnostic causal de la mort et mention des antécédents personnels, ayant eu une influence sur le décès.

Toutes autres indications, d'ordre secret, ne pourraient être communiquées que de bouche à oreille, entre médecin traitant et inspecteur départemental d'hygiène.

En droit pur, ce serait encore une violation du secret professionnel ; mais, en pratique, le secret serait suffisamment respecté, pour que le repos des familles soit largement assuré et que l'ordre public n'ait pas à pâtir des indiscrétions, commises par le médecin traitant, dans le sein d'un de ses confrères, dans un but de salubrité publique.

Cela laisse supposer une collaboration étroite entre les services d'hygiène urbains ou départementaux et les médecins praticiens, c'est-à-dire des entrevues entre docteurs traitants et directeurs ou inspecteurs d'hygiène.

Dr Paul BOUDIN.

1083. — Service militaire : libération, radiation, limite d'âge, etc.

1º Un officier en général, mais un médecin en particulier, se retirant avec sa classe, peut-il être sûr d'être rappelé en cas de mobilisation avec son grade, ou comme simple soldat. Autrement dit : le fait d'être rayé des cadres en suivant le sort de sa classe, expose-t-il *un officier en général* et un médecin en mon cas, a être rappelé comme simple soldat, ou bien est-ce un droit d'être rappelé avec son grade définitif d'ailleurs, et d'ailleurs bien gagné ?

2º Quels sont les devoirs et droits d'un médecin retiré avec sa classe, que confèrent les cinq années pendant lesquelles, *paraît-il*, un officier est à la disposition du ministre ?

3º Un médecin resté volontairement dans la réserve et *ainsi admis sans examen médical* au départ de sa classe, peut-il se retirer sur simple avis adressé par lui au directeur de la région (*en renvoyant la feuille de mobilisation rose avec son avis*), ou bien quelles sont les démarches à faire ? (étant entendu que ce médecin avait été maintenu dans les cadres sur sa simple demande et sans qu'un examen médical ait été pratiqué).

4º En se basant sur ce fait qu'aucun examen médical ne fut pratiqué lors de la demande du maintien dans les cadres, suffit-il d'une simple demande au directeur, pour être placé en réforme temporaire ?

5º Quels sont les avantages de l'honorariat ?

6º Quelles sont les formalités à accomplir pour obtenir un changement de région ?

Est-il nécessaire absolument d'habiter la région à laquelle on demande d'être affecté ?

Dr M.

Réponse.

1º Un officier, qui se retire avec sa classe, est, comme elle, libéré de toutes obligations militaires ; il ne peut donc plus être rappelé en service en cas d'une mobilisation.

Au cas où, par impossible, une loi nouvelle viendrait, pour une cause quelconque, à rappeler cette classe sous les drapeaux, l'officier en question, qui n'est pas démissionnaire, serait réintégré avec son grade.

2º Cette période de cinq ans à la disposition du ministre concerne les officiers de l'active mis à la retraite.

3º Un médecin, resté volontairement dans la réserve, doit demander au ministre sa radiation, s'il désire se retirer des réserves avant l'extrême limite d'âge fixée par l'article 56 de la loi du 13 mars 1875.

4º Mais, comme cette faculté de rester automatiquement jusqu'à l'extrême limite d'âge n'existe que sous réserve de l'état physique, cet état physique peut devenir un des motifs pour appuyer la demande de radiation anticipée. A noter que pour les officiers de complément, n'exis-

tent que la « mise hors cadres » ou la « radiation des cadres » ; la réforme temporaire est réservée aux hommes de troupe.

5° Les officiers rayés des cadres pour blessures de guerre ou pour infirmités contractées en service peuvent être nommés à l'honorariat (loi du 24 avril 1916) qui permet notamment, en outre du titre « honoraire », de porter l'uniforme militaire en toutes cérémonies ou circonstances.

6° Adresser une demande au ministre de la guerre par la voie hiérarchique (c'est-à-dire par la Direction du service de santé). Il n'est pas nécessaire d'habiter la région à laquelle on désire être affecté.

1026. — Indemnités de déplacement d'un médecin de complément.

Proposé pour la réforme pour cause de santé dans le courant de l'année dernière par un conseil de réforme, j'ai été appelé par ordre du ministre à passer devant le conseil d'enquête. J'ai donc été convoqué une première fois pour prendre connaissance de mon dossier, ce qui m'a fait passer une journée, étant donné les correspondances des trains, puis une deuxième fois pour passer la visite médicale et me présenter devant le conseil d'enquête. Donc j'ai été absent deux jours (départ à 6 h. 40 et retour à 19 h. au moins).

Or, vous savez ce que l'armée me propose, en supplément des frais de chemin de fer (1re cl.) ? Tout simplement 7 frs. (sept francs) par jour ; soit 14 fr. pour deux jours comme indemnité de vacation.

N'ai-je pas droit à une indemnité plus élevée que cela ? Je suis médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre temporaire. Ma réforme a lieu pour infirmité non contractée au service.

Dr X.

Réponse.

Le calcul des indemnités qui vous étaient dues a été effectué de manière exacte ; en effet, en dehors des frais de chemin de fer, la durée de votre absence ne vous donnait droit qu'à une seule indemnité de repas (soit 7 francs) par jour ; rentré plus tard à votre domicile, vous eussiez reçu deux indemnités de repas au même taux.

---

750. — Taxes sur 2 autos ne sortant pas simultanément.

J'ai lu dans le *Concours médical* que le médecin qui possédait deux voitures et payait les droits pour la plus forte, pouvait changer de voiture au cours d'un trimestre en faisant établir un cesser de circuler pour l'une et un permis de circuler pour l'autre, sans avoir d'autres frais à payer que 0 fr. 50.

Est-ce que cela est changé depuis ? Voici mon cas

J'ai deux Citroën 9 et 5 CV., j'ai payé en janvier les droits pour la 9 HP à un nouveau receveur buraliste, pas très au courant. En février, désirant prendre ma 5 CV., je vais trouver le receveur pour le prier de me faire un cesser de circuler pour la 9 HP. et un permis de circuler pour la 5 HP. Il me répond qu'il ne sait s'il en a le droit et qu'il en référera au contrôleur des contributions. Celui-ci lui a répondu que j'avais à payer pour mes deux voitures. Je crois, si rien n'est changé, qu'il est dans l'erreur et c'est pour cela que je vous écris. Pourriez-vous me donner les jugements qui autorisent ce changement sans nouveaux frais ?

Dr M.

Réponse.

Pour que l'administration n'exige le paiement de la taxe que pour la plus forte voiture, il importe que vous ne changiez que rarement de véhicule.

La fréquence des remises du permis de circuler d'un véhicule ferait supposer que l'autre ne vous sert pas uniquement lorsque le premier est en réparation. Or, c'est dans ce cas seulement que l'administration admet le paiement d'une seule taxe.

A. M.

Application du Tarif Durafour

I

1030. — Appareil plâtré de nuit.

Puis-je adresser ma note ainsi conçue, ou dois-je ne pas compter de majoration de nuit ? L'art. 8 dit majoration pour le chirurgien et ses aides. N'y a-t-il majoration que pour opération sanglante ? C'est ce que je comprends, mais votre avis est souverain en la matière.

Dr H.

Réponse.

Si vous fûtes *obligé* de pratiquer cette intervention et de faire votre plâtre d'urgence, dans la nuit même, il n'y a aucun doute que vous devez compter une majoration de 25 % pour intervention de nuit, en vertu de l'article 8. La chicane possible est de savoir si cet appareil plâtré fut d'une urgence telle ?.....

F. D.

II

1087. — Surveillance prolongée de nuit.

Appelé *dimanche* dernier, à 8 h. 1/2 du soir, auprès d'un accidenté victime d'un accident très grave, j'ai passé une heure et demie auprès de lui, c'est-à-dire jusqu'à 10 h., heure à laquelle il a succombé.

Dois-je compter visite d'urgence entre 9 h. et 6 h. du matin ? visite triple 10 × 3 = 30 fr.

Dois-je compter visite le dimanche augmentée de 50 %, soit 15 fr. Une visite à chaque demi-heure de surveillance soit 3 × 15 = 45 fr. Dr S.

Réponse.

1° Vous pouvez compter une visite pour la première demi-heure, puis autant de visites que de demi-heures supplémentaires jusqu'au maximum de 5 visites (article 6).

2° Vous ne pouvez compter de visite de nuit, puisqu'il était 20 h. 30 ; comptez donc visite dominicale avec majoration de 50 % (article 3-*b*) pour la première seulement. Les autres dépendent de l'article 6 et ne sont donc pas susceptibles de la même majoration, mais de 25 % seulement d'après l'article 8, comme interventions de nuit. F.D.

III

1091. — Incision d'abcès nasal.

Accident du travail. Fracture du nez. Hématome de la cloison qui suppure. Ouverture. L'incision est tarifée. Abcès profond (par analogie car il n'y a rien de semblable au tarif). L'assurance (M...) offre 40 fr. sans donner aucune explication. Quel est votre avis ?

Dr R.

Réponse.

Je ne vois pas sur quoi on pourrait se baser pour tarifer un *abcès de la cloison du nez* comme « abcès profond », c'est-à-dire à un endroit où l'intervention est dangereuse par rapport aux vaisseaux du voisinage, d'où responsabilité technique du chirurgien plus grande. Car c'est là ce qui fut défini comme « incision d'abcès profond » à la Commission qui établit le tarif Breton en 1920. D'autre part, c'est plus qu'un simple abcès superficiel, d'un doigt par exemple. Aussi, il me semble qu'on pourrait, comme *analogie* d'importance technique, le comparer à « épistaxis nécessitant l'intervention d'un spécialiste : 50 fr. » (article 23).

1208 — La hernie accident du travail.

Ayant eu, ce matin même, un avis à donner au sujet d'une pointe de hernie inguino-crurale survenue au cours du travail chez un plâtrier, je me permets, pour plus de précision, de vous demander si le principe de la *hernie non accident du travail* est toujours en vigueur ainsi que je l'ai connu autrefois.

Dr D.

Réponse.

Doit être considérée comme accident du travail, d'après la jurisprudence la plus récente de la Cour de Cassation, toute hernie survenue au cours et à l'occasion du travail, malgré une prédisposition.

Un arrêt de la Cour de Cassation du 22 novembre 1922 (Recueil des accidents du travail, 1923,

page 10) casse un arrêt de la Cour de Nancy, du 30 octobre 1919, qui avait considéré que ne pouvait pas bénéficier de la loi sur les accidents du travail un ouvrier atteint d'une hernie au cours de son travail, alors qu'il était prouvé que la victime avait une prédisposition à cette infirmité.

1236. — Frais judiciaires à la charge d'un accidenté du travail.

A la suite d'un grave accident du poignet et de la main droite, j'avais accordé à un blessé 40 % d'incapacité permanente partielle du travail.

Le confrère commis par la Compagnie accorde seulement 25 %. Le blessé refuse. Il y a donc lieu à expertise. Est-il vrai que si cette troisième visite n'est pas favorable au blessé, celui-ci doive payer des dépens ? (Cela lui aurait été dit par son avoué).

Dr B.

Réponse.

Il est de principe que toute partie qui succombe dans une instance doit être condamnée aux dépens et cette règle ne souffre pas d'exception dans les accidents du travail. Par suite, l'ouvrier qui voit ses prétentions repoussées doit s'entendre condamner aux dépens.

Mais, en fait, comme l'ouvrier est pourvu de plein droit de l'assistance judiciaire, les frais doivent être recouvrés par les soins de l'administration de l'enregistrement qui n'exerce jamais ses droits contre les ouvriers qui, d'ailleurs, la plupart du temps sont insolvables.

En outre, le patron ou son assurance ne peuvent prétendre compenser les frais exposés par eux avec les indemnités allouées à la victime de l'accident, celles-ci étant incessibles et insaisissables, aux termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898.

Dans le cas d'espèce, puisque vous évaluez l'incapacité à un taux supérieur à celui admis par l'assurance, il y a lieu de conseiller à votre client de ne pas hésiter à réclamer une expertise.

1272. — Appel par téléphone d'un médecin les dimanches et jours fériés.

Le lundi de Pâques, à 17 h., je demande un chirurgien pour un cas d'*urgence, la poste me répond qu'il* n'y a ni crime ni incendie et que le bureau du chef-lieu de canton ne répond pas.

Il y a un mois, un de mes clients d'une commune voisine désire m'appeler par téléphone à 2 h. du matin pour *un accouchement*. La *préposée lui répond* « pour le médecin du *chef-lieu on aurait pu*, mais pour l'autre, pas moyen ».

Nous sommes trois médecins dans le canton, un au chef-lieu et les deux autres assez éloignés. Nous vivons tous trois en excellents termes, et je crois que nos employées de téléphone ont tort ? Dr S.

Réponse.

Aux termes de l'instruction sur le service téléphonique, les communications se rapportant à des avis de sinistres et aux demandes de secours correspondantes sont établies par priorité absolue.

Les receveurs ou gérants sont tenus de donner suite, pendant les heures de fermeture du service, à toute demande de communication présentée à partir de la cabine et qui a pour objet soit un avis de sinistre, d'accident, soit une demande de secours.

De même les bureaux correspondants peuvent être appelés à toute heure du jour ou de la nuit pour l'établissement de ces communications.

Doivent être assimilées aux demandes de secours les communications ayant pour objet de réclamer l'*envoi d'un médecin, d'une sage-femme, d'une ambulance, d'un vétérinaire.*

Dans les bureaux qui ne sont pas le siège d'un chef-lieu de canton, l'application de ces dispositions est suspendue le dimanche de 11 à 21 heures. Elle est maintenue tous les jours de fête légale qui ne tombent pas un dimanche.

Dans les deux cas d'espèce que vous nous soumettez, c'est donc à tort que la communication a été refusée.

Nous vous conseillons d'écrire au Directeur departemental des P. T. T. pour lui signaler le fait et lui demander de rappeler ses agents à une observation plus précise de leurs instructions.

1174. — Blessure de guerre découverte tardivement.

En examinant aux rayons X un de mes clients, blessé de guerre, je découvrais une balle de shrapnell dans le poumon gauche. Mon client, à qui je faisais part de cette découverte, m'étonnant qu'il ne m'en ait point avisé, me dit avoir été radioscopé au moment de sa blessure. Il lui a alors été déclaré qu'il n'y avait aucun projectile intrathoracique.

Ne pensez-vous pas que mon client est en droit de réclamer un nouvel examen le faisant réformer et même lui faisant attribuer une pension : de fréquentes bronchites devant, ce me semble, être rattachées à sa blessure de guerre.

Pour la révision du dossier, quelle serait la marche à suivre et que dois-je lui conseiller ? Dr D.

Réponse.

Votre client devra adresser, par pli recommandé, une demande de visite pour commission de réforme, au Directeur du Service de Santé de sa région.

Seulement, puisque cet éclat intrathoracique n'a pas été constaté durant sa présence sous les drapeaux, il ne bénéficiera plus de la présomption légale d'origine et c'est à lui qu'il appartiendra de faire la preuve que cet éclat est bien le résultat d'une blessure de guerre, notamment qu'il n'est pas le résultat d'une blessure reçue depuis sa libération, etc...

Enfin, il devra établir la relation de cause à effet entre ledit éclat et les bronchites fréquentes dont il souffre maintenant.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1202-IV.)

SERVICE de PROPAGANDE du " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre d'apprécier ce journal.

Office de Renseignements du « Concours »

Le *Concours Médical* a organisé un office de renseignements mis gracieusement à la disposition de ses abonnés afin de les documenter et de les renseigner sur tout ce qui a trait à l'exercice de la profession médicale.

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des Tarifs
Déontologie
Impositions diverses
Maisons de santé, sanatorium, etc...

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

LA PRÉVOYANCE INDIVIDUELLE

Etre prévoyant, pour un médecin, c'est s'affilier aux œuvres qui sont faites pour le garantir contre la maladie, contre la vieillesse, contre l'invalidité, contre la misère.

Ces œuvres, c'est, en premier lieu, l'*Association générale des Médecins de France*, dont il est inadmissible que tous les praticiens ne fassent pas partie ; c'est, sur le même plan, la *Mutualité Familiale du Corps médical français*, avec ses diverses combinaisons, destinées à répondre à toutes les préoccupations du médecin. Vous trouverez, à la page 1236, du présent numéro, un article de MIGNON, secrétaire général, qui vous donnera de plus amples renseignements sur notre Mutualité.

Etre prévoyant, pour un médecin, c'est, quand il s'est prémuni contre la maladie, la vieillesse, l'invalidité, la misère, de se garantir contre tous les risques professionnels qu'il rencontrera, à tout instant, au cours de sa carrière.

Et non pas seulement, le risque de responsabilité civile, que couvrent volontiers toutes les Compagnies d'assurances, mais encore, et surtout, toutes les difficultés qui peuvent surgir entre lui et ses clients, d'une part, entre lui et ses confrères, de l'autre.

Difficultés pour rechercher qui est responsable de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, quand l'écraseur se défile, à tort ou à raison ; quand l'écrasé est insolvable......

Difficultés à propos de la cession d'un cabinet médical, prédécesseur et successeur ayant cessé d'être d'accord sur l'exécution de leur convention.....

Difficultés à propos de l'interprétation et de l'application de l'une des nombreuses lois concernant les prorogations de bail et de locations, quand il s'agit de déterminer, au regard d'un propriétaire processif, le véritable caractère des lieux (professionnels ou d'habitation).....

Difficultés à propos de certains recouvrements d'honoraires et de certaines questions de principe qui peuvent se soulever parallèlement.

Et comment, me direz-vous, se défendre contre ces difficultés, comment se garantir contre ces risques ? ? ?

En adhérant au « Sou médical », ligue de défense professionnelle qui mettra à votre disposition ses conseils et sa caisse.

Ses conseils ? Cinq juristes, qui demeurent à votre disposition, avec une permanence ouverte tous les jours : Me B. AUGER, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat ; Me P. NATTAN-LARRIER, avocat à la Cour d'Appel ; Paul BOUDIN, docteur en médecine et docteur en droit, M. J. DUMESNY, et M. MEILLET, licenciés en droit.

Sa Caisse ? Frais de procédures, frais d'avocat , etc., quand ils sont votés par le Conseil du « Sou médical » ; remboursement des dommages-intérêts, jusqu'à concurrence de *soixante-dix mille francs* (70.000 fr.).

Et à quoi cela vous oblige-t-il ? A faire œuvre de candidature en excipant de deux parrains membres du « Sou médical » ou de l'affiliation à un groupement professionnel officiellement et légalement reconnu (Syndicat). Puis, à payer entre les mains du trésorier, le Dr A. GASSOT, à Chevilly (Loiret), une cotisation annuelle de *quarante francs* (40 fr.).

Le « Sou médical », création et patronage du *Concours médical*, est la seule, l'unique œuvre de ce genre en France. Vous trouverez des Compagnies d'assurances qui vous garantiront civilement pour des sommes énormes, plusieurs centaines de mille francs. C'est une question de prime à payer. Vous n'en trouverez aucune qui vous prémunira contre toutes les difficultés que j'énumérais plus haut.

Il n'existe qu'un « Sou médical ».

Et si vous estimez que la garantie de 70.000 fr. du « Sou médical » est insuffisante, vous pouvez la porter jusqu'à cent mille francs, au moyen d'une surprime de *trente cinq fr.*, qui n'est autre que le montant de l'abonnement annuel au journal le *Concours médical*, ce journal dont un confrère disait dernièrement que, de même que tout homme a deux Patries, la sienne et puis la France, — de même tout praticien doit recevoir un ou plusieurs journaux professionnels. Et s'il n'en reçoit qu'un, que ce soit le *Concours médical*, et s'il en reçoit deux ou plusieurs, que ce soit l'autre ou les autres, et le *Concours médical*...

En résumé, pour une dépense annuelle de 75 francs, vous ferez partie du « Sou médical » et aurez droit à tous les avantages qu'il accorde à ses membres, et vous serez abonné au *Concours médical*, dont le tirage annuel dépasse 600.000 exemplaires.

Et, si vous voulez bien aller au fond des choses, vous constaterez que 75 fr. par an, cela fait environ QUATRE SOUS PAR JOUR....., le prix d'un journal d'information ou d'une feuille politique assez souvent sans profit pour vous ...

QUATRE SOUS PAR JOUR, des sous papier natu-

rellement ! Sacrifice inexistant. En contre-partie : protection du « Sou médical » et abonnement au *Concours médical*... Ils ont bien compris leur véritable intérêt, les milliers de confrères qui sont des nôtres...

Faites comme eux, vous qui avez différé jusqu'à présent, par négligence, par mépris du danger ; faites un petit effort. Remplissez le Bulletin que vous trouverez page XXXVII ci-après. Et venez grossir une phalange déjà très puissante, et qui le sera davantage encore quand elle aura doublé son effectif.

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire adjoint du « Sou médical ».
Rédacteur en chef adjoint du *Concours médical*.

Le régime fiscal des Cliniques et des Maisons de Santé

Nous avons reproduit dans le numéro supplémentaire 12 *bis*, l'information que publiait sur cette question le numéro de janvier du *Bulletin du Syndicat des Chirurgiens français*.

La démarche auprès du Directeur des Contributions Directes, qui y était relatée, a été suivie de la lettre ci-après, que publie le numéro de mars du même *Bulletin* :

Monsieur le Secrétaire général,

Comme suite à notre entrevue du 4 décembre dernier, vous m'avez remis une note relative à la situation fiscale des médecins tenant une maison de santé.

Dans cette note, vous signalez que le Service des Contributions directes a invité de nombreux chirurgiens à déclarer le revenu de leurs maisons de santé privées, en spécifiant que ces revenus devaient comprendre, non seulement les profits résultant de l'hospitalisation des malades, mais encore les honoraires perçus par le chirurgien pour le traitement de ces malades.

Ces demandes vous paraissent basées sur la jurisprudence qui découle d'un arrêt rendu, le 12 novembre 1923, par la Cour de Cassation en matière d'accidents du travail et d'après lequel un médecin directeur d'une maison de santé doit être assimilé à un chef d'entreprise. Or, c'est, d'après vous, une extension abusive que d'en conclure que le chirurgien qui a sa maison de santé personnelle est soumis à la législation « fiscale » du chef d'entreprise.

Sur le fond même de la question, vous observez que les honoraires médicaux, ressortissant de l'exercice d'une profession libérale, sont déjà déclarés à ce titre par les intéressés pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et ne peuvent être taxés une seconde fois au titre de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux. Vous ajoutez que, du reste, les chirurgiens

pourraient difficilement indiquer quelle est, dans la note globale payée par le client, la part exacte des honoraires dus pour les soins médicaux donnés dans la maison de santé, le malade étant, d'une manière générale, soigné avant et après son séjour dans l'établissement. Vous faites valoir, au surplus, que seules les maisons de santé privées seraient ainsi frappées et que les chirurgiens qui font hospitaliser leurs malades dans des maisons de santé publiques échapperaient à l'impôt. Il résulterait d'ailleurs de nombreux arrêts, notamment d'un arrêt rendu le 1er février 1921 par la Cour de Pau, ainsi que de réponses faites par le Ministre à des questions écrites, que, en ce qui concerne les maisons de santé privées, les soins hospitaliers sont l'accessoire de l'acte médical, qu'ils ne peuvent de ce fait être considérés comme un acte commercial, et que, dès lors, la fiscalité commerciale ne leur est pas applicable.

Votre Syndicat demande, pour ces différentes raisons, que les honoraires médicaux perçus par les chirurgiens dans leur maison de santé ne soient pas soumis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux non plus qu'à la taxe sur le chiffre d'affaires.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la thèse suivant laquelle l'exploitation d'une maison de santé constitue l'exercice d'une profession commerciale, même si cette exploitation est assurée par un médecin, ne me paraît pas discutable, étant donnés les termes très nets de l'arrêt de Cassation du 12 novembre 1923 auquel vous faites allusion et sur lequel mon service se base, effectivement, pour soumettre à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux les médecins qui tiennent une maison de santé.

L'un des attendus de cet arrêt est en effet ainsi conçu :

« Attendu que les maisons de santé et les cliniques « médicales qui procurent, moyennant rémunéra- « tion, aux malades, avec les soins médicaux, le « logement et la nourriture, sont, en principe, des « entreprises commerciales assujetties par la loi du « 12 avril 1906 à la législation sur les accidents du « travail, alors même qu'elles sont tenues par un « médecin et quelle que soit l'importance du trai- « tement médical eu égard aux autres fournitures ; « qu'il n'en est autrement que des établissements « fondés dans des intentions purement humanitaires « et dont l'exploitation ne poursuit la réalisation « d'aucun bénéfice. »

Il est, d'autre part, à noter que l'arrêt en question casse précisément l'arrêt de la Cour de Pau, en date du 1er février 1921, que vous invoquez à l'appui de vos observations, et par lequel cette Cour avait jugé que la maison de santé tenue par le médecin en cause ne pouvait être considérée comme une entreprise commerciale par le motif que les fournitures accessoires de logement et de nourriture étaient le complément indispensable des soins médicaux.

Ainsi, la Cour de Cassation a très nettement affir-

mé que l'exploitation, même assurée par un médecin, d'une maison de santé, présente un caractère commercial, sans qu'il y ait lieu de rechercher si les soins hospitaliers constituent, ou non, l'accessoire du traitement médical.

Il est, par conséquent, hors de doute que les bénéfices provenant de cette exploitation doivent, comme les profits de toute autre exploitation commerciale, être soumis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

Mais j'admets que le médecin qui tient une maison de santé doit, en tant qu'il y pratique l'exercice de son art, être considéré comme exerçant, en même temps que la profession commerciale d'exploitant de maison de santé, la profession libérale de médecin ou de chirurgien.

Il en résulte que le médecin doit, dans ce cas, être soumis : 1° à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux pour les profits qu'il retire des diverses fournitures faites à ses malades (logement, nourriture, gardes, infirmiers, etc.) suivant les usages pratiqués dans les maisons de santé publiques ; 2° à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales pour les revenus provenant des honoraires afférents aux actes médicaux.

Cette solution est, du reste, conforme à l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925, qui prévoit que lorsqu'un même contribuable exerce simultanément une profession commerciale et une profession libérale, chaque catégorie de revenus doit être taxée d'après le taux spécial à sa cédule, les abattements partiels prévus pour le calcul de l'impôt sur les bénéfices commerciaux étant, toutefois, seuls applicables à l'ensemble des revenus.

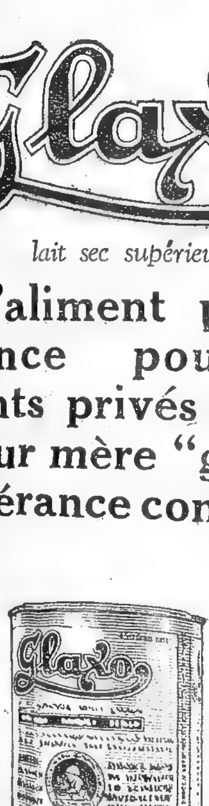
J'ai adressé des instructions dans ce sens aux Services départementaux des Contributions directes ; mais il va de soi que, pour bénéficier de la solution indiquée, les médecins intéressés devront être en mesure de distinguer les bénéfices qu'ils retirent, d'une part de l'exploitation de leur maison de santé, d'autre part de l'exercice de la profession médicale.

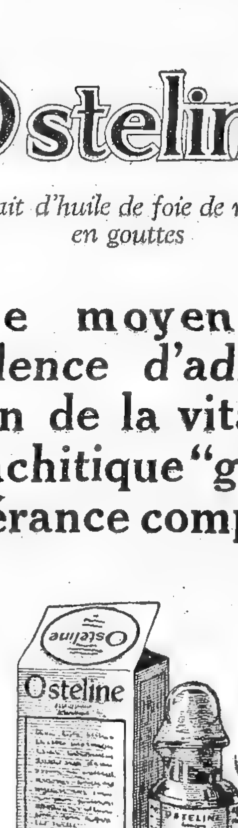
J'ajoute que les Directeurs de l'Allier, de la Corrèze et de la Seine-Inférieure ont été spécialement invités à s'inspirer des indications qui précèdent pour régler la situation contributive de MM. les Drs SAILLANT, de Montluçon, SIKORA, de Tulle, et LE NOUÈNE, du Havre, dont vous m'avez soumis le cas par votre lettre du 17 février dernier.

Veuillez agréer, monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Conseiller d'Etat,
Directeur général des Contributions directes,
Signé : BORDUGE.

Il est donc bien exact que le Haut Fonctionnaire auquel s'est adressé le *Syndicat des Chirurgiens français* accepte qu'une ventilation soit faite entre les frais de clinique et les honoraires médicaux.





C'est là une première satisfaction donnée aux médecins propriétaires de cliniques, qui ne perdent pas pour cela le droit de soutenir que, n'étant pas des commerçants, ils doivent échapper à la taxe sur le chiffre d'affaires et à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, même sur les recettes et les bénéfices de leurs cliniques.

J. D.

CORRESPONDANCE

1110. — Engagement pour l'application d'un tarif syndical.

Les médecins de X., syndiqués en une association, veulent s'engager mutuellement à ne pas accepter de tarif inférieur à celui actuellement en cours en ce qui concerne les soins médicaux aux indigents et assistés de la commune.

A titre de garantie, ils tiennent à affirmer leur cohésion en un acte régulier, signé par tous, et qui les engagerait les uns vis-à-vis des autres. Au cas où il y aurait, parmi eux, une défection, le responsable serait tenu à verser entre les mains de leur président une somme de 20.000 fr., à titre de dédit. Nous désirerions qu'un acte légal stipulant ces diverses clauses soit rédigé sous forme convenable et que l'enregistrement n'ait lieu qu'au cas, d'ailleurs improbable, où il deviendrait nécessaire, par la défection d'un des signataires, enregistrement qui serait à la charge du contrevenant. Pourriez-vous nous donner un modèle de cet acte ?

Dr Z.

Réponse.

Vous avez parfaitement le droit de vous engager mutuellement, les uns envers les autres, par une obligation de faire ou de ne pas faire.

Aussi, pourriez-vous passer entre vous l'acte suivant :

« Entre les soussignés, Dr A., Dr B., il a été convenu ce qui suit :

« Sous l'empire des articles 1142 et suivants du Code civil, les soussignés s'engagent à appliquer à leur clientèle courante le tarif suivant...

« Ils s'abstiendront de toute acte de concurrence déloyale, ou de réclame illicite, ainsi que de tout acte anticonfraternel.

« Ils ne signeront individuellement aucun contrat, ou engagement écrit avec une compagnie d'assurances contre les accidents du travail, avec les sociétés de secours mutuels, ou avec toute autre collectivité publique ou privée, en vue de donner des soins aux malades et blessés desdites collectivités, si ce n'est d'un commun accord, rédigé par écrit, entre les soussignés du présent contrat.

(*Voir la suite page XXXIX-1245*)

PROPOS DU JOUR

Une menace contre l'unité de la médecine

Après l'abandon du diplôme de Docteur ès Art dentaire, les odontologistes exigent que le diplôme de Chirurgien-Dentiste soit imposé aux Docteurs en Médecine pour faire de la Stomatologie. Une solution qui s'impose : La suppression du diplôme de Chirurgien-Dentiste en réservant les droits acquis.

Nous avons déjà exposé les efforts que font certains groupements de dentistes, les odontologistes, pour empêcher les médecins d'exercer l'art dentaire, art qu'ils considèrent comme autonome, ne devant avoir désormais aucun lien avec l'art médical. Après avoir échoué dans leur projet de création d'un doctorat ès art dentaire, ils ont la prétention d'interdire aux docteurs en médecine les soins de la bouche et des dents, s'ils ne sont pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste. Au premier abord, nous étions tenté de ne pas prendre la chose au sérieux, car il nous paraît singulier, pour ne pas dire plus, qu'un docteur en médecine qui a le droit de réséquer un maxillaire, n'ait pas celui d'arracher une dent. Mais le bon sens et la logique n'ont aucun poids dans les décisions officielles quand la politique s'en mêle, et les odontologistes, par le fait des circonstances, et d'une action méthodique parfaitement menée, sont parvenus à s'assurer de puissants appuis dans le monde officiel et politique. Il convient donc de s'occuper sérieusement de la question. L'Union des Syndicats médicaux de France, avertie par le Syndicat des stomatologistes, a pris déjà position. L'Association générale des médecins de France, tout en reconnaissant que la question est d'ordre syndical, a résolu d'appuyer de toute son influence l'Union des Syndicats. Ce n'est pas suffisant, la question a une trop grande portée ; il faut que tous les médecins de France joignent leur action individuelle à l'action collective. Il y a plus ici qu'une querelle entre stomatologistes et odontologistes, il y a une tentative pour réduire le domaine de l'art médical, pour atteindre les prérogatives du diplôme de docteur en médecine. Si nous tolérons qu'on ouvre cette brèche dans le mur qui protège notre domaine médical, il ne tardera pas à s'effriter en entier et le lotissement de la médecine qui en résultera, supprimant chez les praticiens toute culture générale, fera des médecins à venir des fractions de guérisseurs, peut-être opérateurs habiles, mais déplorablement ignorants en clinique et en pathologie et d'autant plus dangereux pour les malades.

Comme il est indispensable que tous les médecins de France soient au courant de la question dentaire pour pouvoir agir individuellement, bien qu'ayant lu et médité avec la plus grande attention le remarquable rapport du Dr Sauvez, président de la Société des stomatologistes des hôpitaux de Paris, à la commission d'études, chargée par le ministre de l'Instruction publique d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire, nous avons cru devoir demander à un de nos confrères les mieux documentés sur la question une mise au point que nous publions aujourd'hui (1).

***

Depuis fort longtemps, peu d'années après la loi de 1892, les chirurgiens-dentistes ont réclamé la création d'un titre spécial, un doctorat dentaire.

Pendant les années qui ont précédé la guerre, leur campagne aboutit au dépôt d'une proposition de loi à ce sujet par MM. Deloncle, Abel Lefèvre et Lagrosillière.

Par suite de la tourmente de la guerre, ce projet ne fut pas discuté, mais bientôt après, en 1921, les odontologistes, pensant que le moment était favorable à la réalisation de leurs désirs, firent créer une commission interministérielle ayant comme président M. le sénateur Strauss, assisté de MM. Justin Godart et Vincent, députés.

Cette commission comprenait des médecins stomatologistes, des chirurgiens-dentistes, des professeurs de Faculté, des fonctionnaires, etc., en tout 32 membres ; elle se réunit le 12 décembre 1921. A cette séance, le Dr Sauvez exposa, dans un rapport, les multiples inconvénients de la création d'un doctorat en chirurgie dentaire ;

(1) Nous ne mettons pas en doute la valeur et la conscience des chirurgiens-dentistes. Comme dans toutes les professions, il en est d'excellents et de mauvais. Mais, s'ils ont le sincère désir d'élever le niveau scientifique et moral de leur profession, nous ne voyons logiquement qu'un moyen, c'est sa fusion complète dans la profession médicale dont elle devrait faire intégralement partie. J. N.

il n'y eut pas de contre-partie ni de discussion.

Cette commission, dans laquelle ne se dessinait pas nettement une majorité pour la création d'un doctorat en chirurgie-dentaire ne fut jamais dissoute, mais ne fut plus jamais réunie.

En juillet 1925, le ministre de l'Instruction publique (M. de Monzie) constitua, à nouveau, une commission d'études chargée d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire.

Cette commission, dont le ministre était président, comprenait 34 membres : 12 chirurgiens-dentistes ; 5 médecins odontologistes, c'est-à-dire partisans des idées des chirurgiens-dentistes, tous professeurs ou ex-professeurs des écoles dentaires ; 5 parlementaires, dont MM. les députés : J. Godart, professeur à l'école dentaire de Paris, Marquet, chirurgien-dentiste à Bordeaux, Cayrel, chirurgien-dentiste à Bordeaux et M. le sénateur Strauss, membre du Comité de patronage de l'école dentaire de Paris ; 2 représentants de l'administration ; 5 docteurs en médecine stomatologistes ; 1 chirurgien-dentiste partisan des idées stomatologistes ; 4 doyens ou professeurs de Facultés de médecine ; soit 22 membres sur 34, partisans du programme des dentistes, c'est-à-dire étranglement, d'avance, de tout programme autre que le programme odontologique. Aucun membre de groupements, associations ou syndicats médicaux, ne faisait partie de la commission et n'y fut admis, bien que la demande en fût faite, comme si cette question ne pouvait intéresser le corps médical.

Le programme odontologique, à ce moment, comprenait, entre autres :

1° La création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire ;

2° L'obligation pour les docteurs en médecine de posséder ce doctorat en chirurgie dentaire pour exercer la stomatologie.

Cette commission se réunit plusieurs fois ; la dernière séance eut lieu le 6 janvier 1926.

Après plusieurs rapports du Dr Sauvez pour les stomatologistes, du Dr Friteau pour les odontologistes et quelques courtes discussions, les odontologistes, voyant que MM. les prof. Roger, Sébileau, Hartmann, Weiss, Frey, leur demandaient de renoncer à la création d'un titre de docteur en chirurgie-dentaire, titre inutile, dangereux et injustifié, déclarèrent y renoncer à *condition* « que fût créé un titre spécial (dont l'appellation restait à chercher, expert-dentiste, maître ès-art dentaire, etc. ?) qui serait *obligatoire pour les docteurs en médecine* comme pour les dentistes, en vue de l'exercice régulier et permanent de la profession de dentiste ».

Cette demande fut votée à une grosse majorité (naturellement) avec la demande suivante :

« Au cas où le titre spécial obligatoire pour l'exercice régulier et permanent de l'art dentaire ne serait pas créé, que le diplôme couronnant les 5 années d'études dentaires soit nommé doctorat en chirurgie dentaire. »

Les vœux de cette commission furent adressés à la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, qui se réunit le 13 mars 1926.

En dehors des membres de cette commission, avaient été convoqués spécialement les Drs Sauvez et Friteau.

Cette commission est présidée par M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur.

A cette séance, le Dr Friteau, au nom des odontologistes, annonça que les dentistes ne demandaient plus la création d'un titre *spécial*, comme ils l'avaient demandé à la commission précédente, et qu'ils se contentaient du titre actuel de *chirurgien-dentiste* créé par la loi du 30 novembre 1892, mais *à condition* que ce titre fût obligatoire également pour les docteurs en médecine pour l'exercice régulier et permanent de la profession de dentiste.

Une discussion s'engagea à ce sujet, à laquelle prirent part MM. Roger, Hartmann, Widal, Sauvez, Friteau, etc., mais le président l'interrompit. Il fit remarquer que le ministre ayant décidé d'accepter les conclusions de la commission nommée par l'un de ses prédécesseurs, le Comité consultatif n'avait pas à discuter cette décision, mais à établir les applications des principes adoptés par le ministre.

Après cette déclaration, le président proposa la nomination d'une commission ayant pleins pouvoirs qui aurait été chargée d'établir immédiatement, comme conclusions de ses travaux, un projet de loi qui n'aurait même pas eu à être revu par la commission spéciale et qui aurait été soumis directement au Conseil supérieur pour être adopté et transmis immédiatement au Parlement.

Cette proposition ne fut pas admise et une commission fut nommée pour faire un rapport qui doit être examiné et discuté à nouveau par le Comité consultatif ; cette commission comprend, entre autres MM. Lapie, Roger, Achard, Hartmann, Spillmann, Sauvez, Friteau.

Il fut également décidé à cette séance que l'obligation du baccalauréat pour commencer les études dentaires, demandée par la commis-

sion précédente, serait exigée le plus rapidement possible.

Tel est exactement l'état de la « question des dentistes » actuellement.

Il résulte de ce qui précède qu'un groupe de dentistes, profitant de ce que le Parlement comprenait deux de leurs confrères chirurgiens-dentistes et quelques amis influents, est arrivé à faire nommer par un des nombreux ministres de l'Instruction publique qui se sont succédé dans ces derniers temps une commission comprenant une majorité favorable à leurs désirs.

Cette commission, dans laquelle les dentistes étaient 2 et les médecins 1 a émis, en dernière analyse, la demande suivante :

« Pour exercer l'art dentaire ou la stomatologie, le diplôme de docteur en médecine est insuffisant et le diplôme de chirurgien-dentiste devra être obligatoire. »

Cette demande a été acceptée par un des ministres suivants, parce qu'elle avait été émise par une commission nommée par l'un de ses prédécesseurs, et les bureaux, qui sont d'autant plus puissants que les ministres passent plus vite, poussés activement d'autre part par des influences, se hâtent de chercher à réaliser le vœu des dentistes et donnent des ordres aux recteurs et aux doyens de Faculté.

Ce vœu est absolument le contraire de ce que demandent non seulement les médecins stomatologistes mais tous les groupements et syndicats médicaux qui ont eu à prendre une décision sur ce sujet :

Tous les médecins français émettent, en effet, le vœu suivant :

« Pour exercer l'art dentaire ou la stomatologie, le diplôme de chirurgien-dentiste est insuffisant et le diplôme de docteur en médecine devrait être obligatoire. »

Est-il nécessaire de montrer que la stomatologie ne peut être séparée de la médecine, ce qui est l'évidence même. Qu'il suffise de dire que la carie dentaire, les lésions de l'apex, la pyorrhée, étant des maladies d'ordre général, il est en conséquence, désirable que leur traitement soit fait par des médecins. La médecine est une et ne se fragmente pas ; les soins des maladies de la bouche et des dents ne sont pas autre chose que la lutte contre l'infection et une partie de la pathologie générale.

Rien ne sert de construire un beau mausolée d'or sur le cadavre d'une dent infectée.

Quelques arguments paraissent encore devoir être exposés :

I. Il est indiscutable — et on peut poser comme axiome — aujourd'hui que la stomatologie est une spécialité médicale ; si cela pouvait être discutable il y a 50 ans, ce n'est plus discutable aujourd'hui.

D'où le syllogisme suivant :

A. Les docteurs en médecine ont, de par leur diplôme, le droit d'exercer la médecine et la chirurgie en général, ainsi que toutes les spécialités médicales.

B. Or, la stomatologie est une spécialité médicale.

C. Donc, un docteur en médecine a le droit d'exercer la stomatologie et doit conserver ce droit, à moins qu'on limite actuellement les pouvoirs des docteurs en médecine.

II. Si on limitait les pouvoirs des docteurs en médecine, serait-il logique de commencer par les maladies des dents, comme si elles étaient les plus dangereuses, quand la loi laisserait à tout docteur en médecine le droit d'opérer une cataracte, de faire une basiotripsie ou d'utiliser le radium, etc. ? Serait-il logique de laisser à un docteur en médecine le droit d'enlever un fragment de maxillaire portant plusieurs dents et de lui interdire d'en enlever une seule ?

Le médecin non chirurgien-dentiste n'aurait-il plus le droit de comprimer la région gingivo-dentaire pour arrêter une hémorragie et n'aurait-il comme ressource que de pratiquer une ligature artérielle ?

III. Si on obligeait les docteurs en médecine à passer l'examen de chirurgien-dentiste pour exercer l'art dentaire, il serait au moins logique de les obliger à passer l'examen de sage-femme s'ils veulent pratiquer des accouchements.

IV. La question paraît très mal posée, ainsi que le démontrent deux mots d'historique.

Pendant la Révolution, abolition des privilèges et suppression de tous les titres, docteur en médecine, expert dentiste, etc. Les abus qui surviennent de suite font que la loi de ventôse rétablit le doctorat en médecine, en oubliant (malheureusement pour l'art dentaire) de rétablir le titre d'expert-dentiste. Quel est le but de la loi de ventôse ? Quel a été le but du législateurde 1892 ? Quel doit être le but du législateur de 1926 ?

Etre gardien de la santé publique, c'est-à-dire n'autoriser à exercer la médecine ou une partie de la médecine que des personnes ayant justifié par des examens qu'ils ont fait des études assez sérieuses pour — *primum non nocere* — et pour être à même de diagnostiquer et de traiter une maladie ou une diathèse grave.

Si cela est admis, c'est le droit et le devoir des législateurs de veiller à ce que les chirurgiens-dentistes aient des connaissances médicales assez étendues pour ne pas nuire à leurs patients, mais peut-on prétendre que les connaissances *médicales* des docteurs en médecine soient inférieures à celles des dentistes. La spécialité de dentiste ou de stomatologiste comprend une partie mécanique et une partie médicale ; les dentistes doivent 80 % de la première et 20 % de la seconde, ce qui est, d'ailleurs, un non sens, le dentiste, tel que nous l'entendons, n'étant pas alternativement technicien ou médecin, mais simultanément l'un et l'autre, tout comme le médecin qui emploie des procédés physiques, mécaniques ou radiologiques en vue de sa thérapeutique ou le chirurgien qui, lui aussi, est, étymologiquement, un manuel.

Donc, puisqu'il est impossible d'admettre que les docteurs en médecine sont moins instruits pour la partie médicale que les chirurgiens-dentistes, le fait de vouloir les obliger à passer le même examen que ceux-ci, examen très inférieur au point de vue des connaissances médicales, ne pourrait avoir pour but que d'examiner leur valeur en tant que mécanicien, d'examiner s'ils savent faire une soudure, modeler de la cire, placer un appareil de prothèse, etc.

Ce but doit-il être celui des législateurs ?

Nous pensons que l'Etat ne saurait intervenir dans cette question d'aptitude manuelle que les malades peuvent très bien juger eux-mêmes et qui peut, d'ailleurs, se régler par des moyens purement corporatifs.

Pourquoi l'État s'occuperait-il de cette partie mécanique uniquement pour l'art dentaire et non pour la prothèse des membres, des yeux, du nez, etc ? S'occupe-t-il des bandagistes, des ocularistes, des orthopédistes, des corsetières et des cordonniers quand les uns et les autres peuvent amener par un appareil imparfait des désordres considérables mettant en danger l'organisme entier ?

V. Si nous supposons, pour un instant, que le bon sens ait disparu de France et qu'un tel projet soit adopté, croit-on qu'on trouverait des magistrats pour condamner un docteur en médecine ayant pris l'empreinte d'une bouche pour faire construire un appareil de prothèse par un mécanicien-dentiste, comme le font les chirurgiens-dentistes actuellement, quand, en même temps, on laisserait un oculariste ne possédant aucun diplôme prendre l'empreinte d'une cavité orbitaire pour y adapter un œil artificiel ?

En continuant la même supposition inadmissible, comment, par exemple, pourrait-on condamner un docteur en médecine qui serait spécialisé dans le traitement de la pyorrhée dentaire affection qui demande non seulement des connaissances spéciales, mais aussi des connaissances médicales étendues comme ayant dépassé des attributions appartenant strictement aux dentistes qui n'ont que des connaissances médicales réduites.

VI. C'est d'ailleurs l'opinion du prof. Widal, qu'il a exposée à la commission de médecine et de pharmacie.

M. Widal a montré, en effet, qu'on propose actuellement, de porter un coup de hache aux droits des docteurs en médecine. Accepter les conclusions de la commission serait dire que la stomatologie n'est pas une spécialité médicale alors que de toute évidence elle en est une, et que les découvertes nouvelles le montrent chaque jour de plus en plus. Pourquoi ne pas agir ainsi pour les autres spécialités, l'ophtalmologie et l'oto-rhinologie ? Si on veut agir ainsi pour garantir le public, pourquoi plutôt pour une spécialité que pour une autre ? Tout docteur en médecine doit, suivant sa conscience, étudier une spécialité avant de l'exercer. Pourquoi mettre en doute cette conscience plus spécialement au sujet des médecins s'ils veulent exercer la stomatologie que pour l'exercice de toute autre spécialité ?

VII. Il est important de signaler que beaucoup de chirurgiens-dentistes, ayant constaté combien les connaissances médicales sont nécessaires pour l'exercice de leur art, pensent comme tous les médecins que l'obligation du doctorat en médecine pour l'exercice de la profession est le seul et réel moyen d'élever celle-ci ; ils sont groupés dans l'Association française des chirurgiens-dentistes qui comprend environ 500 membres.

Conclusions. — I. Il serait contraire à toute équité et au bon sens d'exiger que les docteurs en médecine fussent astreints à passer les examens de chirurgien-dentiste puisqu'ils ont justifié, par des examens nombreux, qu'ils ont des connaissances médicales beaucoup plus étendues que celles des dentistes, connaissances qui leur donnent le droit de soigner les organes les plus délicats du corps humain et par conséquent aussi les dents.

II. L'obtention du diplôme de docteur en médecine doit rester la première étape de toute spécialisation et conférer seule les prérogatives que la loi accorde à toute personne investie du pouvoir de soigner.

III. A partir d'*une date* à déterminer, l'inscription dans les écoles dentaires devra être précédée de l'immatriculation dans les Facultés de médecine en vue du grade de docteur en médecine qui sera exigé pour l'exercice de la stomatologie.

* * *

Après cet exposé de notre confrère, un des plus distingués stomatologistes des hôpitaux de Paris, nous résumerons en une seule proposition le but que nous devons atteindre :

Considérant que lors de l'élaboration de la loi actuelle sur l'exercice de la médecine, le diplôme de chirurgien-dentiste était regardé comme *transitoire et appelé à disparaître dans une* période assez courte, comme en font foi les paroles du prof. Brouardel, alors commissaire du Gouvernement, la seule solution saine de la question de l'amélioration des études dentaires est la suppression pure et simple du diplôme de chirurgien-dentiste, en réservant bien entendu les droits acquis des dentistes actuels et des étudiants en cours d'études. Les Facultés de médecine seraient chargées d'organiser (ce qui leur serait très facile et peu coûteux) un enseignement de la stomatologie pour tous les étudiants en médecine et des cours de perfectionnement pour ceux qui se destineraient à la spécialité de stomatologiste.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

L'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LES ENFANTS (Enurésis infantile)

Par le Dr Germain Blechmann,

Ex-chef de Clinique de la Faculté de l'Hospice des Enfants-Assistés.

Nous retrouvons, sous la signature de M. Jules Comby, les lignes suivantes écrites en mars 1924 :

« Il y a plus de quarante ans que je suis aux prises avec l'incontinence essentielle d'urine chez les enfants. Après en avoir traité des centaines par les médications les plus diverses, j'en suis arrivé à douter de la curabilité absolue et définitive par un procédé quelconque, même quand il se présente sous les attraits de la nouveauté. Il faut savoir bien souvent se contenter de succès partiels, incomplets, temporaires. »

C'est à dessein que je débute mon article par ces conclusions désenchantées : elles révèleront aux praticiens l'état d'âme de bien des pédiatres et l'on constatera, après m'avoir lu, que la thérapeutique infantile est restée, sur un sujet sans cesse rebattu, « ondoyante et diverse ».

Définition.

Vers l'âge de 18 mois, un enfant éduqué doit être propre, c'est-à-dire qu'il ne doit plus se mouiller pendant la nuit. On a voulu distinguer de l'*incontinence infantile* certaines *pollakiuries* ou *polyuries*, etc., et nous ne devrions traiter ici que de la *miction nocturne involontaire* (1). N'est-ce pas là un distinguo par trop subtil ? Nous chercherons tout simplement pourquoi de nombreux enfants continuent à se mouiller d'une façon habituelle après 18 mois et quelle est la thérapeutique applicable dans les cas que nous allons envisager.

(1) Dans le sommeil profond, le cortex dort plus profondément que toute autre partie de l'organisme et il est moins capable d'assurer le contrôle qui lui est dévolu et de bien répondre aux sollicitations du rêve ou de la vie végétative.

PATHOGÉNIE

I. Incontinence chez un enfant encéphalopathique ou hypopsychique.

Signalons pour mémoire que quand il s'agit d'une encéphalopathie grave, d'un mongolien, d'un débile hypopsychique, l'énérusis est de règle et habituellement rédhibitoire.

II. Enurésis de cause locale.

A. On ne compte plus les affections de la zone génito-urinaire auxquelles on a attribué l'incontinence d'urine.

Tantôt, il s'agit d'un hypospadias, tantôt d'un phimosis qui détermine de la pollakiurie et entretient des mictions fréquentes. Ou bien le prépuce présente au niveau de l'orifice un élément érosif ; l'enfant qui commençait à s'éduquer, qui n'avait plus de mictions involontaires que la nuit redevient pollakiurique et perd ses urines durant le jour.

Chez la petite fille, la miction involontaire peut relever d'une vulvite ; elle en est quelquefois le symptôme premier en date, la guérison de la vulvite amène la sédation de la pollakiurie (H. Lemaire).

◆◆

La FISSURE A L'ANUS qui complique souvent la constipation rebelle peut être également l'origine de la pollakiurie prolongée du nourrisson.

L'excitabilité vésicale peut être provoquée par la présence d'OXYURES dans la région anale.

B. Depuis quelques années, à la suite du Dr U. Procinciali (*La Pediatria*, septembre 1919), on s'est efforcé d'attribuer l'incontinence d'urine à des lésions lombo-sacrées révélées par la radiographie : un SPINA BIFIDA OCCULTA. Partant de là, on s'est attaqué à la colonne vertébrale (Delbet, Léri, etc.). Mais le rôle du spina bifida est encore bien hypothétique, étant donné que presque toutes les incontinences infantiles finissent par s'amender spontanément, comme le dit J. Comby.

III. Incontinence par altération des urines.

Chez tout enfant énurésique, un examen chimique, cytologique et bactériologique des urines s'impose : que de surprises il peut révéler !

La découverte d'une infection des voies urinaires, d'une PYÉLOCYSTITE, est banale au cours d'un état pyrexique prolongé qui n'a pas fait sa preuve.

Exceptionnellement par contre, on constatera l'existence d'un DIABÈTE dont la pollakiurie constitue un symptôme primordial chez le nourrisson.

Certains enfants présentent dès leur plus jeune âge de la LITHIASE URIQUE qui ne se manifeste pas habituellement par le syndrome calculeux, mais par une simple uricurie ; les urines contiennent de nombreux cristaux d'acide urique ou d'urates dans le sédiment et le taux de cet acide est supérieur à 0,15 centigr. par jour. Cette lithiase tient surtout à une hérédité neuro-arthritique chargée, aggravée aussi par la suralimentation ou une alimentation défectueuse en qualité.

La PHOSPHATURIE, en relation habituelle avec le *rachitisme* et la *tétanie*, se traduit par un sédiment urinaire riche en cristaux de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien et par un taux d'acide phosphorique quelquefois supérieur à un gramme en 24 heures.

Enfin, dans de très nombreux cas les urines seraient habituellement ALCALINES OU HYPO-ACIDES. Ce qui explique les bons résultats obtenus par Zuber en administrant une solution d'acide phosphorique officinal de Joulie ; il obtient ainsi l'acidification franche des urines au papier de tournesol. (Voir plus loin.)

IV. Incontinence dite « essentielle » ou de cause obscure.

A. Les enfants mal éduqués.

Avant de procéder à l'enquête étiologique, on oublie souvent de s'enquérir SI L'ENFANT A ÉTÉ ÉDUQUÉ POUR ÊTRE PROPRE.

« L'éducation consistera à faire naître chez l'enfant une habitude, c'est-à-dire une association d'idées : la mère mettra l'enfant sur le vase aux heures habituelles des mictions. Cette éducation que les nurses anglaises essayent de très bonne heure ne porte réellement ses fruits que lorsque l'enfant est capable de comprendre, quand il peut prendre conscience de son besoin d'uriner, le signaler et le satisfaire sur le vase sur lequel on a l'habitude de le poser. C'est là une association d'idées assez complexe qui suppose un développement des centres nerveux assez avancé. » (H. Lemaire.)

B. L'incontinence des hypothyroïdiens.

Certains enfants — souvent hérédo-syphilitiques — doivent leur énurésis à un degré plus ou moins accentué d'INSUFFISANCE THYROÏDIENNE OU POLYGLANDULAIRE. Dans ce cas, l'opothérapie peut donner de beaux succès.

C. Incontinence d'origine digestive.

On rencontre des cas où l'énurésis semble inexplicable parce que l'enfant, à deux, trois ou quatre ans, a eu une période de « propreté absolue » et que, c'est sans autre cause apparente, entre cinq et huit ans, qu'il s'oublie dans son lit. André Collin l'attribue à une mauvaise hygiène alimentaire. Dans la classe indigente, « l'alimentation des enfants de quatre à cinq ans est étrange ; ils partagent tous les mets de leurs parents, mets épicés ou rapidement achetés tout préparés »... Les fortifiants à *base de vin généreux* s'efforcent en vain de lutter efficacement contre la faiblesse de vessie !

D. Incontinence « pure névrose ».

Pour J. Comby, il n'y a pas une incontinence d'urine, mais des incontinences avec tout l'imprévu et toute la diversité de leurs tempéraments et de leurs formes morbides. C'est une *névrose* et non pas une maladie du col ou du corps de la vessie, des nerfs ou de la moelle épinière, quoiqu'elle puisse être amendée par une intervention sur l'un ou l'autre de ces organes.

Lesné pense également que l'incontinence d'urine est une pure névrose dans 99 cas sur 100. La psychothérapie doit être pratiquée avant tout. C'est ainsi que si la circoncision a pu donner de bons résultats, c'est par son action psychothérapique. Les mêmes résultats sont obtenus par l'application de pointes de feu sur la région lombaire ou par les injections épidurales.

Rohmer a constaté que le simple séjour à l'hôpital suffit à enrayer l'incontinence des urines, mais celle-ci reparaît souvent dès que les enfants sont rendus à leur famille.

E. Incontinence, symptôme de débilité neuromotrice, par évolution nerveuse non terminée (André COLLIN).

Peut-on essayer de pénétrer plus à fond le problème de cette « névrose urinaire ? » Il semble

bien que les recherches d'André Collin permettent de relier la persistance de l'incontinence d'urine à une évolution non encore terminée du système nerveux.

En effet après deux ans huit mois, l'enfant a désormais la même forme de réflectivité que l'adulte, c'est-à-dire que le signe de Babinski n'est plus positif, que les réflexes deviennent plus modérés et que l'on n'obtient plus d'attitudes catatoniques (résistance à la fatigue). Cependant, certains enfants en retard et anormaux présentent plus longtemps le syndrome neuro-infantile complet ou décomplété ; notamment la résistance à la fatigue, qui reste le plus longtemps.

S'ils présentent, ce qui est très fréquent, de l'incontinence d'urine, « le fait qu'on sait que leur système nerveux est en évolution permet d'espérer que l'énurésie disparaîtra avec les autres qualités inhérentes au premier âge. »

Ces enfants retardés, incontinents, présentent le plus souvent des antécédents chargés. Soit nés prématurément, soit chargés d'une hérédité similaire, d'une hérédité bacillaire, d'une hérédité névropathique, sont ou non rachitiques ; ils ont toujours été en retard pour la marche, la parole, la dentition, la fermeture des fontanelles. Parfois, certaines facultés sont développées précocement, contrastant déjà avec le retard des autres, et leur développement intellectuel et physique est inharmonique. La durée de leur énurésis est variable, capricieuse, échappant à toute règle fixe. Dans les cas ordinaires, la guérison définitive s'établit spontanément vers six ou huit ans. On admire alors, dit A. Collin. l'efficacité d'un traitement venu à bout de cette énurésis tenace, régulière et déconcertante, sur laquelle les traitements antérieurs les plus savants avaient échoué. « C'est ainsi que nous avons vu des enfants guérir de leur énurésie après une seule visite de médecin ; d'autres n'ont été guéris qu'à la troisième cuillerée de sirop iodotanique ; cette médication n'avait-elle pas eu, outre le mérite de n'être point nocive, le mérite plus grand d'arriver à temps ? »

On n'oubliera pas que nombre de ces débiles neuro-moteurs sont HÉRÉDO-SYPHILITIQUES.

TRAITEMENT

I. L'incontinence des encéphalopathiques hémiplégiques, etc.

On parvient à éduquer suffisamment la miction des enfants hémiplégiques, etc., quand le psychisme est intact ou peu atteint. L'incontinence peut disparaître chez un idiot myxœdémateux si le traitement thyroïdien est précoce et bien conduit.

II. L'énurésis de cause locale.

A. S'il s'agit d'un enfant qui présente un hypospadias, s'il s'agit d'un adénoïdien, d'un porteur d'helminthes, même après l'intervention, même après le traitement de l'helminthiase, souvent l'enfant restera incontinent.

Veau signale l'inutilité de la circoncision pratiquée chez les enfants à prépuce long atteints d'incontinence d'urine.

B. Les cas où l'on a tenté de guérir l'infirmité par une opération portant sur le spina bifida concernaient des jeunes gens ou des adultes et non plus des enfants.

Dans le jeune âge, on aura bien de la peine à faire accepter par les familles une intervention chirurgicale (Comby).

III. Incontinence par altération des urines.

Classiquement on traite la *pyélocystite* par l'uroformine qui amène avec l'amélioration des urines une sédation de la pollakiurie.

La *lithiase urique* est justiciable des alcalins (eau de Vichy), et de l'eau de Vittel ; la *phosphaturie* fera rechercher le rachitisme et la tétanie (sels de chaux, adrénaline, actinothérapie, etc.).

Enfin, si les urines sont *alcalines ou hypoacides*, on obtiendra de bons résultats par l'administration de l'acide phosphorique officinal (Solution de Joulie) jusqu'à l'acidification franche des urines au papier de tournesol.

Acide phosphorique officinal	17 grammes
Phosphate de soude	34 grammes
Eau distillée	250 grammes

(2 à 4 cuillerées à café avant chacun des deux repas pendant 3 à 4 semaines).

IV. Incontinence dite essentielle.

A. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX (1).

a) *Opothérapie thyroïdienne.*

L'*opothérapie thyroïdienne* compte de nombreux partisans qui donnent séparément ou simultanément la teinture de belladone et l'extrait thyroïdien.

Je donne la préférence à l'opothérapie polyglandulaire à laquelle on associera le traitement spécifique si l'on constate des signes de syphilis héréditaire.

b) *Le traitement de Trousseau* (belladone et strychnine).

Trousseau tenait, de son maître Bretonneau, une thérapeutique qu'il a vantée dans ses Cliniques. Pour lui, la *belladone*, qu'il donnait à doses fortes et progressives (1 centigramme d'extrait pour commencer, allant jusqu'à 10, 15 centigrammes et plus), était le meilleur remède de l'incontinence nocturne. Il employait parfois la strychnine dans les cas d'atonie (?) vésicale ou

(1) Le soir, l'enfant prendra un repas « sec », c'est-à-dire que l'on réduira au minimum l'absorption des liquides à partir de 5 heures du soir.

sphinctérienne. A son exemple, les médecins ont longtemps prescrit la *belladone* ou l'*atropine* (de V à XX gouttes par jour de la solution au 1 /1000e, suivant tolérance), la *noix vomique* ou la *strychnine*. Mais il faut reconnaître que, « même en suivant scrupuleusement la technique du maître, les revers balancent les succès. » (Comby.)

c) *Camphre, rhus, etc.*

Le *camphre*, par la bouche ou en injections sous-cutanées (0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 40), administré le soir au coucher de l'enfant, a été conseillé par de Angelis.

L'extrait fluide de *rhus radicans* ou de *rhus aromatique* (X gouttes trois fois par jour, puis XV et XX gouttes dans un peu d'eau sucrée) sont à tout le moins inoffensifs.

On s'est adressé à l'*opium*, aux *bromures* et autres stupéfiants, à l'*antipyrine*, donnée le soir, par fortes doses (0 gr. 50 à 1 gramme), répétées deux ou trois fois à une heure d'intervalle.

B. La balnéothérapie.

On préconisera, soit le drap mouillé tous les matins ou même deux fois par jour, pendant une demi-heure ou une heure : drap trempé dans l'eau froide, essoré, étalé sur une couverture de laine, le tout enroulé autour du corps ;

Soit le tub : verser matin et soir sur la nuque et les épaules quelques litres d'eau à 34°, 35°. Ensuite frictions sèches au gant de crin, sans alcool.

C. La suggestion.

Si l'on admet avec Comby qu'il s'agit d'une « névrose urinaire » il faut recourir à la suggestion, au traitement psychologique. La joie, la crainte, les menaces ,les punitions, les émotions de toute sorte, l'opération des adénoïdes, tout cela réussit souvent : ce sont, dit Farez, des formes de la thérapeutique par le choc.

D'après Bérillon, un tiers des incontinents guérit vite et facilement par simple suggestion ; un autre tiers a besoin qu'on mette en œuvre toutes sortes de moyens et qu'on insiste longuement, même par l'hypnotisme profond. Pour le dernier tiers, la psychothérapie ne donne aucun résultat.

Mon maître Marfan conseille, au moment où l'enfant va s'endormir, de lui suggérer de ne pas uriner au lit, en lui répétant à plusieurs reprises à l'oreille une phrase impérative.

Ajoutons que la suggestion aura souvent prise chez les enfants atteints de retard neuro-moteur, qui, en plus de l'incontinence, sont mythomanes, pithiatiques, somnambules.

D. Le « torpillage ».

Si la psychothérapie ne donne aucun résultat, c'est peut-être parce qu'elle constitue un mode suggestif mesuré, et c'est alors qu'en désespoir de cause, on sera autorisé à recourir à des méthodes moins maniables et qui, à mon sens, constituent une intervention psychothérapique à la manière du « torpillage » de fameuse mémoire.

Quand F. Guyon guérissait les incontinences d'urine par la faradisation du col de la vessie, triomphe de l'Ecole Necker, n'était-ce point une première manière de torpillage.

On a préconisé encore l'*injection périnéale* : on injecte 40 à 60 centimètres cubes de solution physiologique dans le tissu cellulaire sous-cutané à 2 cmc. à droite et à gauche du raphé, à égale distance de l'anus et de la racine des bourses. (L'injection doit être poussée rapidement.)

(N'est-ce point là un rappel du « compresseur de la prostate » dont parle Trousseau dans sa clinique ?)

De même Cathelin a obtenu de brillants succès par les *injections épidurales* de sérum artificiel cocaïné (10 à 15 cc.), auxquelles Sicard a substitué les injections épidurales de lipiodol.

CLINIQUES ET COURS

Fractures et luxations des côtes et du sternum (1)

M. A. Basset,

Professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux.

Les fractures des côtes — j'étudie aujourd'hui les fractures des côtes sans plaie — sont, vous le savez, extrêmement fréquentes. Ce sont peut-être même les plus communes de toutes les fractures. Elles frappent surtout les hommes, plus exposés aux traumatismes que les femmes en raison de leurs occupations. On les voit à tous les âges de la vie. Cependant, alors que les contusions sans fracture, du thorax, s'observent principalement chez les sujets jeunes, avant 25 ou 30 ans, en raison de l'élasticité du gril costal à cette période de l'existence, les fractures de côtes se rencontrent en général chez les adultes après 25 ou 30 ans et chez les vieillards.

Depuis Jean-Louis Petit, il est classique de décrire deux variétés de fractures de côtes d'après le mécanisme pathogénique en cause. Le

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris, recueillie par le Dr P. Lacroix.

traumatisme producteur de la fracture peut agir de deux façons : perpendiculairement à l'arc costal ou parallèlement à cet arc. Dans le premier cas, la côte, enfoncée, se brise à sa face interne et au point traumatisé. Dans le second, elle tend à se fracturer à sa face externe, et à distance de la région traumatisée.

Une autre variété est la fracture par contraction musculaire, type rare, rencontré chez les sujets âgés — dont les côtes sont plus fragiles et qui ont quelquefois de l'ostéoporose. Elle se voit à la suite d'efforts violents : effort de défense, éternuments intenses, efforts pour aller à la garde-robe dans la constipation opiniâtre. Cette variété est extrêmement rare.

Le plus ordinairement, une seule côte est fracturée et ce sont principalement les côtes moyennes, de la quatrième à la septième qui sont intéressées. Les côtes supérieures, en effet, échappent mieux aux traumatismes, étant protégées par les pectoraux, par l'épaule et l'omoplate. De même les côtes inférieures sont moins vulnérables, n'étant pas fixées directement sur la tige rigide du sternum et ayant plus de liberté. La fracture des côtes moyennes siège à l'habitude en avant et latéralement.

La localisation du trait de fracture variera selon le point d'application du traumatisme et selon qu'il s'agit d'une fracture directe ou indirecte. La fracture est incomplète ou complète. Dans la fracture incomplète, en bois vert, la table interne se rompt seulement. Mais, le plus souvent, la fracture est complète : le trait est vertical, oblique, rectiligne ou dentelé. Ce détail offre un certain intérêt. La côte cassée nette est pour la plèvre et les viscères sous-jacents beaucoup moins offensante qu'une côte brisée irrégulièrement.

En règle générale, surtout si une seule côte est fracturée, le déplacement est faible, presque nul. Vous savez que, sur les côtes, s'insèrent les muscles intercostaux : ils maintiennent déjà les fragments. Les côtes placées au-dessus et au-dessous, d'autre part, forment des attelles naturelles, comme le tibia et le péroné à la jambe, le radius et le cubitus à l'avant-bras. Au lieu d'un os adjacent, il y en a ici deux.

Quelquefois, la côte est cassée en deux endroits avec un fragment intermédiaire libre, qui va tendre à se mobiliser. Lorsqu'une fracture d'une seule côte offre un déplacement, il n'est pas très grand. Mais, lorsqu'il y a plusieurs côtes fracturées, comme dans les grands écrasements du thorax, le déplacement peut être beaucoup plus considérable. S'il y a deux traits de fracture, on peut trouver un volet mobile, dont la grandeur varie avec le nombre de côtes lésées. Ce volet va suivre les mouvements respiratoires, tendre à s'enfoncer pendant l'inspiration et à bomber pendant l'expiration. Il peut même, dans les traumatismes intenses, être refoulé à l'intérieur du thorax, laissant une sorte de trou dans la paroi thoracique — d'où des indications opératoires particulières.

Cliniquement, la fracture de côte entraîne un certain nombre de symptômes. Un des plus importants est la douleur, douleur spéciale dont il faut connaître les modalités. Le malade, de lui-même, la précise généralement mal. Il montre toute une surface, toute une zone, non seulement lorsqu'il y a eu trauma direct, mais même dans la fracture par trauma indirect. Telle est la douleur spontanée. Il existe aussi une douleur provoquée, par le contact et par les mouvements. La respiration, la toux, l'éternuement, l'effort, déterminent un déplacement dans le foyer de fracture et causent des douleurs. La respiration étant pénible, le patient immobilise son thorax et respire par petits coups, superficiellement.

Vous explorerez la région sensible et vous tâcherez de délimiter une douleur *localisée*, « exquise », dont la valeur est infiniment plus grande que celle des douleurs accusées par le malade. On doit rechercher cette douleur systématiquement, suivre les côtes une à une dans la zone suspectée. Vous commencez en avant ou en arrière, en vous plaçant à la limite de cette zone et vous vous approchez centimètre par centimètre, vers le centre, jusqu'à ce que vous arriviez sur le trait de fracture, que vous révèle un cri violent du malade. Vous retrouvez cette douleur fixe, toujours au même point. N'avez-vous rien constaté, vous faites la même recherche sur les côtes sus-jacentes et sous-jacentes, en procédant avec la douceur qui convient.

En dehors de cette douleur, allez-vous noter autre chose, un ressaut, la « marche d'escalier » comme on le voit dans les fractures de jambe par exemple ? Généralement non. Ce signe est exceptionnel, surtout si une seule côte est lésée. Le déplacement est en ce cas peu marqué. Vous sentirez plutôt une petite tuméfaction, due à un léger hématome. Encore faut-il que le sujet soit peu musclé. On rencontre parfois une légère dépressibilité d'un fragment, avec la sensation de retour, de touche de piano.

J'arrive à la crépitation, bon indice de fracture, certes, mais dont il faut savoir se passer, car sa recherche, avec insistance surtout, est déplorable. D'une façon générale le clinicien, en matière de fractures, devrait pratiquement presque oublier ce signe. Dans les villes en particulier où la radiologie fournit un moyen précieux d'investigation, il est préférable de ne pas provoquer la crépitation ; elle est douloureuse et susceptible ici de léser la plèvre. Je reconnais cependant qu'à la campagne, on pourra être amené parfois à utiliser ce signe, avec le minimum de violence.

Pour la fracture de côte, il y a quelque chose de particulier. Ce n'est pas le palper qui donne le plus de chances de percevoir la crépitation. Le mieux est de mettre l'oreille sur le foyer présumé de fracture et de faire respirer le malade. Celui-ci, il est vrai, respire superficiellement pour immobiliser son thorax. On peut essayer de distraire son attention, lui demander de tousser, et souvent, on entend la crépitation par ces moyens. Il convient de ne pas insister et au cas d'hésitation, de recourir à la radiographie, en sachant que les radios sont quelquefois délicates à interpréter, les côtes se projetant l'une sur l'autre.

Lorsque plusieurs côtes sont fracturées, les symptômes et les signes sont plus accentués. Les signes physiques se montrent beaucoup plus nets.

Comment évoluent les fractures des côtes ? La consolidation a lieu en 20 à 30 jours, par cal plus ou moins volumineux. Si dans les cas simples, l'évolution est bénigne, dans d'autres cas, on peut voir des complications survenir, parfois graves. La plus fréquente de ces complications est la blessure des viscères sous-jacents, plèvre et poumon, se traduisant par de l'hémothorax. L'hémothorax ne veut pas toujours dire lésion du poumon, en pareille circonstance. Parfois il relève d'une déchirure de l'artère intercostale, qui saigne dans la plèvre. Plus fréquente, il est vrai, est la blessure de la plèvre et du poumon. Dans le traumatisme antéro-postérieur, l'hémothorax se produit par le mécanisme de la contusion ; dans la fracture directe, le mécanisme habituel est l'embrochement par un fragment de côte. Ces lésions offrent plusieurs symptômes : l'hémoptysie (ne jamais oublier de demander au malade s'il a craché du sang) ; le pneumothorax ; l'hémothorax et l'hémopneumothorax, qu'il convient de rechercher par les signes cliniques et par l'examen radiologique. On peut constater, dans ces embrochements du poumon par la côte fracturée, de l'emphysème sous-cutané. D'autres viscères que le poumon sont susceptibles d'être atteints, le cœur, les gros vaisseaux, les organes du médiastin ; même le diaphragme, d'où des accidents sérieux. Je vous signalerai encore les complications ultérieures possibles, la pneumonie, la pleurésie traumatiques.

Un mot sur les séquelles des fractures de côtes. Souvent la fracture guérit d'une façon tout à fait satisfaisante. On observe quelquefois cependant des séquelles. Il est des malades qui se plaignent pendant un certain temps de douleurs, de difficulté de la respiration. Je ne crois pas qu'il s'agisse toujours de pusillanimes ou d'exagérateurs. Dans la médecine des accidents du travail, par exemple, où le problème se pose assez communément, je pense que ces troubles peuvent être des réalités, en particulier chez les accidentés qui ont eu des petites complications (un peu de pneumothorax, d'hémothorax...). Lorsque le cal est exubérant, il est susceptible de comprimer les nerfs du voisinage, créant des névralgies pénibles et une indication au traitement chirurgical.

Le traitement des fractures de côtes variera selon les cas. L'indication générale, comme dans toute fracture, est d'immobiliser. Vous immobiliserez le thorax avec un bandage de corps, une pièce de toile, une bande Velpeau, serrée avec des épingles ; voire avec le vieil emplâtre diachylon. Dès que l'immobilisation est faite, le blessé souffre moins, puis ne souffre plus.

Y a-t-il des cas où il faut intervenir, même en dehors des complications ? Oui, mais ces cas sont rares. Supposons quatre côtes de cassées avec un volet refoulé dans le thorax, impossible à réduire. L'enfoncement, fixé, vous donnera des séquelles, par irritation de la plèvre et du poumon. J'estime qu'en pareille éventualité, il n'y a qu'avantage à inciser, à saisir le volet et à le ramener au niveau du plan du thorax, en l'y fixant.

***

J'irai vite sur la question des fractures du sternum et des luxations des côtes. A part la disjonction médio-sternale qui se rencontre chez les sujets jeunes, les fractures du sternum s'observent surtout chez l'homme, à l'âge adulte, par trauma direct ou indirect, avec une solution de continuité de forme variable, le plus ordinairement transversale et linéaire. La fracture indirecte se produit dans deux conditions : 1° par flexion forcée du tronc, chez un sujet qui reçoit par exemple un sac sur la nuque, principalement s'il s'agit d'un individu âgé ayant perdu la souplesse du sternum ; le trait est en général oblique en bas et en arrière, avec chevauchement, le fragment supérieur se plaçant derrière l'inférieur ; 2° par extension forcée (plus rare). On connaît enfin des exemples de fracture par contraction musculaire.

Dans la fracture du sternum sans déplacement, on note, comme pour les côtes, des douleurs spontanées et provoquées, un peu de tuméfaction locale, une petite ecchymose quelques jours après. S'il y a déformation, chevauchement, le palper constate une dépression. Il est classique de signaler alors un raccourcissement (signe théorique en l'absence de tout moyen de comparaison). La radio, faite de profil, donnera des renseignements intéressants. La fracture du sternum est, en elle-même, bénigne, mais elle peut s'associer à des lésions traumatiques sérieuses, à d'autres fractures, à des lésions viscérales, formant un

ensemble grave. Comme traitement, s'il n'y a pas de déplacement, un bandage suffira. S'il y a chevauchement, on fera de l'extension forcée suivie d'application d'un bandage. Malheureusement, souvent la réduction ne persiste pas. Si le déplacement est léger, s'en tenir là ; sinon, l'ostéosynthèse sera indiquée.

Les luxations des côtes sont très rares. Elles se font en arrière à la région costo-vertébrale, exceptionnellement en avant. Elles n'offrent pas grand intérêt, ne se voyant guère que dans les grands traumatismes, associées à d'autres lésions importantes, qui les font passer au second plan. Les luxations chondro-sternales sont bénignes ; de même les luxations inter-chondrales. On les réduit par des pressions simples, mais elles se reproduisent il est vrai facilement. Un bandage de corps sera appliqué.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur le traitement chirurgical de la douleur persistante des moignons d'amputation.

En opposition avec la technique classique de la réamputation et des neurectomies, MM. Hamant et Cornil confirment les travaux de Leriche, basés sur des observations où l'amélioration des douleurs fut obtenue soit par une simple sympathectomie de l'artère, soit, dans les cas particulièrement récidivants, par la radicotomie postérieure.

Ils estiment de plus qu'il y a tout avantage à pratiquer en même temps la neurectomie du névrome terminal.

En effet, la précocité et le caractère causalgique des douleurs semblent conditionnés par le spasme de l'artère du nerf médian, d'origine réflexe à point de départ du névrome. Il est aussi à remarquer que ce sont surtout les nerfs très vascularisés, tels que le médian et le sciatique, qui sont en jeu dans l'apparition du caractère causalgique des douleurs des moignons d'amputation. (*Revue médicale de l'Est,* 15 octobre 1925.)

Les indications opératoires dans les plaies de poitrine.

M. Petit de la Villéon estime que, contrairement à certains préjugés, il ne faut pas intervenir immédiatement et toujours : la marche immédiate au projectile est une erreur.

En dehors des cas qui sont foudroyés sur place par une blessure des gros vaisseaux, en dehors des cas où un hémothorax ou une hémoptysie révélant un caractère grave nécessite, non pas la suture inefficace du poumon, mais l'hémostase soit par pneumothorax, soit par insufflation de gaz dans la plèvre (méthode de Forlanini) — l'hémorragie s'arrête en effet d'elle-même dans la majorité des cas. Mais cette éventualité nécessite la condition primordiale de ne pas toucher le blessé, de le mettre au repos absolu, en lui donnant de la morphine.

Si pour les blessés de l'abdomen il faut au contraire réclamer l'intervention immédiate, pour les blessés de poitrine, dans la très grande majorité des cas, quelle que soit la nature de l'agent vulnérant, pas d'opération immédiate, l'évacuation rapide et confortable vers le repos, puis, après un mois passé, l'opération d'extraction retardée. (*L'Evolution médico-chirurgicale,* août 1925.)

Le citrate de soude en gynécologie.

Se basant sur les propriétés hémostatiques déjà connues du citrate de soude (réduction minimum des hémorragies opératoires après les transfusions de sang citraté ; résultats favorables dans le traitement des hémorragies par hémophilie), Francesco Patti (de Catane) a essayé ce médicament chez des malades atteintes des affections les plus variées, depuis le cancer du col inopérable de l'utérus fortement hémorragique, jusqu'au fibrome utérin, aux ménorragies fonctionnelles et à celles par salpingo-ovarite ou périmétrite subaiguë, aux métrorragies qui font craindre un avortement, au placenta prævia marginal, à l'adéno-carcinome utérin, à l'endométrite post-abortive avec hémorragies profuses. Il en a toujours obtenu de bons résultats.

Il s'adresse à la voie intra-musculaire et il injecte une solution de citrate de soude, toujours fraîchement préparée à 30 %, à la dose de 20 à 30 cmc. On plante, par exemple, une aiguille dans chaque fesse ; on y injecte un centigr. de novocaïne ; puis, au bout de 2 ou 3 minutes, de chaque côté, 10 à 15 cmc. de citrate de soude en solution.

Les injections peuvent se répéter journellement, mais d'ordinaire, une seule injection est suffisante pour arrêter l'hémorragie.

A l'exception d'une sensation douloureuse, évitée par la novocaïne, les malades n'ont jamais accusé d'autres troubles mentionnés par quelques auteurs (angoisse, pâleur, céphalée, etc.). (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique,* 25 juillet 1925.)

Une cause fréquente de stérilité chez la femme et son traitement.

Il s'agit de la métrite ou catarrhe du col, caractérisé spécialement par l'écoulement d'un liquide, épais, visqueux, presque gélatineux, formant bouchon ; dans l'examen au spéculum, il est quelquefois nécessaire de pincer le col entre ses deux valves pour le faire apparaître un peu comme la vaseline, qui sort d'un tube lorsqu'on appuie sur celui-ci.

Cette métrite entraîne presque toujours une stérilité absolue par obstacle mécanique à la fécondation. Le Dr R. Lavie, ayant remarqué qu'il est impossible de la faire disparaître par les injections vaginales, les topiques, les crayons médicamenteux, le curettage même, que l'amputation du col donne un résultat, mais facilite les accouchements prématurés, propose la destruction chimique des tissus par l'acide nitrique fumant.

L'opération peut se faire dans le cabinet du médecin ; on emploie des porte-cotons minces, flexibles, en ébonite, pour éviter leur altération par l'acide. A l'extrémité de cette tige on roule une mèche serrée d'ouate hydrophile de la grosseur d'une plume d'oie, d'environ 2 à 3 centimètres de long.

Le col étant découvert par le spéculum, le déterger soigneusement avec quelques bourdonnets de coton, en placer un contre la lèvre postérieure pour éviter sa brûlure et, sans qu'il soit besoin de pince fixative, introduire le porte-mèche imbibé d'acide et bien égoutté dans le col jusqu'à son orifice interne, mais sans chercher à le franchir. Tourner l'instrument dans les doigts et le promener d'avant en arrière. Laisser en contact une minute environ et répéter au besoin la même manœuvre une seconde fois. Terminer par un nettoyage au coton sec et par l'application d'un tampon muni d'une ficelle, qui sera retiré par le malade quelques heures plus tard. L'application du caustique est indolore. Quelques malades accusent de légères coliques, qui se calment aussitôt.

Ces cautérisations sont renouvelées tous les 15 jours : il faut en effet ce temps pour la chute complète de l'escharre.

En général dans les cas moyens, 3 à 4 applications suffisent. Dans les cas rebelles le nombre peut aller à six. Dans l'intervalle de chaque cautérisation, faire quelques injections bicarbonatées.

A la suite du traitement, l'auteur a souvent observé des grossesses survenant rapidement alors que toute fécondation était jusque-là impossible. Au moment de l'accouchement, à part de très rares exceptions, aucune gêne ne sera apportée à la dilatation du col ; il faudrait alors faire la dilatation manuelle et pluridigitale, de préférence à l'écartement mécanique ou à l'incision du col. (*Journal des praticiens*, 19 décembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

L'épithélioma du « col restant ».

(MM. Jeanneney et Chavannaz, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 17-3-1926.)

On désigne sous le nom d'épithéliomas du « col restant », les épithéliomas qui se développent sur des cols utérins après hystérectomie subtotale. Leur étude se rattache, dans une certaine mesure, à la question toujours controversée de l'hystérectomie totale ou subtotale chez les malades opérées pour fibromes ou annexites. Si, en effet, l'épithélioma du col restant constituait une affection assez fréquente, cette fréquence inciterait à pratiquer l'hystérectomie totale de préférence à la subtotale.

A propos d'un cas d'épithélioma du col restant qu'ils ont observé en juillet 1925 à la clinique chirurgicale de Bordeaux et auquel M. Cadenat consacre un rapport, MM. Jeanneney et Chavannaz font un exposé intéressant de ce type morbide particulier. L'épithélioma du col restant ne paraît pas en réalité très répandu : 1 % des opérées, disent J.-L. Faure et Forgue, dont le chiffre est classique. Il est difficile d'estimer d'ailleurs les risques véritablement courus par les hystérectomisées, en pareille circonstance, eu égard au petit nombre de cas signalés (environ 85). Tout cancer du col, d'autre part, survenant après une hystérectomie subtotale, ne constitue pas un cancer du col restant, car la néoplasie maligne pouvait exister au moment de l'opération. Il importe d'éliminer les cancers apparaissant peu de temps après l'hystérectomie, avant un intervalle d'un an au moins. Cet intervalle libre n'est pas noté dans toutes les observations.

Le plus ordinairement, il s'est agi d'une hystérectomie pour fibrome, soulevant ainsi le problème des relations du fibro-myome utérin et du cancer du col.

Faut-il, dès lors, pour éviter cette dangereuse suite, recourir systématiquement à l'hystérectomie totale ? MM. Jeanneney et Chavannaz ne le pensent pas. Nous croyons, disent-ils, que l'on peut, sans gros risque d'erreur, affirmer que la proportion des cancers du col chez les hystérectomisées n'est pas plus élevée que la proportion des mêmes cancers chez les non-hystérectomisées : la crainte du cancer du col

restant ne devra pas trop fortement peser sur la conduite du chirurgien. Dans tel cas facile, avec col suspect, chez une syphilitique ou une fibromateuse, les auteurs ont recours à la totale ; dans tel autre cas, plus complexe, chez une femme grasse, à col sain, ils font la subtotale.

— M. LECÈNE ne pense pas que le terme de *complication* soit très heureux pour désigner le développement d'un cancer sur le moignon cervical après hystérectomie supra-vaginale. Il s'agit non d'une complication, mais d'un *accident* qui ne saurait influencer le choix de l'opération.

— M. J.-L. FAURE s'associe aux conclusions de MM. Jeanneney et Chavannaz. L'excès de mortalité opératoire de la totale sur la subtotale dépasse de beaucoup le nombre des cancers du col observés après les subtotales.

— M. LAPOINTE ne croit pas, non plus, à la fréquence du cancer du col restant, encore moins à une prédisposition au cancer que l'abandon du col pourrait créer.

— MM. DUJARIER, WIART et CHEVRIER ont observé, au contraire, un nombre assez élevé de cancers du col restant. Ils préfèrent en règle générale l'hystérectomie totale à la subtotale.

— M. Pierre FREDET pratique également d'une façon systématique l'hystérectomie totale pour fibrome ou salpingite, mais ce n'est pas par crainte du cancer du col restant. Pour lui, la totale suivant le procédé de Walther est aussi facile et aussi bénigne que la subtotale.

— M. AUVRAY est resté fidèle à la subtotale.

— M. CADENAT résume la discussion en disant qu'il apparaît bien que le fait de laisser le col en place ne constitue pas une menace importante de cancer du col. Pour ce qui concerne l'hystérectomie, les chirurgiens continuent à se partager en partisans de la totale dans tous les cas et en partisans de la subtotale lorsqu'il n'y a pas d'indication particulière d'enlever le col.

Les ictères infectieux.

(MM. PAGNIEZ et ESCALIER. — *Soc. méd. des hôpit.* ; 26-2-1926.)

Pendant la guerre, l'étude des ictères à spirochètes a apporté un élément nouveau au côté pathogénique des ictères infectieux. Depuis trois ou quatre années, il est vrai, dans les milieux hospitaliers parisiens en particulier, on ne retrouve plus qu'assez rarement, chez des malades qui cliniquement offrent l'apparence d'ictères spirochétosiques, les caractères bactériologiques (séro-agglutination, présence du parasite dans l'urine) des ictères à spirochètes.

MM. Pagniez et Escalier rapportent un cas de ce genre. Il concerne un homme qui fut atteint d'hépato-néphrite avec énorme azotémie suivie de paratyphoïde B. L'hémoculture révéla la présence de ce dernier agent bactérien. On pensa, au début, à un ictère sprirochétosique, mais la recherche du spirochète dans l'urine et la séro-agglutination furent négatives. On pensa ensuite à une infection paratyphique cause de l'hépato-néphrite et de la fièvre paratyphique. Les auteurs concluent qu'il reste souvent difficile à l'heure actuelle de mettre une étiquette précise sur divers cas d'ictères que nous aurions il y a quelques années facilement attribués aux spirochètes.

— M. Marcel LABBÉ a vu passer dans son service, depuis la guerre, un certain nombre de sujets atteints d'ictères infectieux fébriles ayant les caractères cliniques de l'ictère spirochétosique ; leur étude bactériologique faite, soit à son laboratoire, soit à l'Institut Pasteur, n'a permis de découvrir ni spirochètes, ni paratyphiques. Il pense qu'il existe, à côté des ictères à spirochètes, des ictères infectieux dont la signature bactériologique reste indéterminée, et que l'infection à spirochètes est rare dans le milieu parisien.

— M. Noël FIESSINGER a observé aussi des ictères d'apparence spirochétosique que le laboratoire ne confirmait pas. Ces formes doivent faire réserver un cadre d'ictères infectieux de nature actuellement inconnue.

— M. LEMIERRE admet dans ce groupe quelques ictères à paratyphiques B.

Paralysie générale paternelle et infantile.

(M. Aug. MARIE. — *Société de derm. et syphiligraphie* ; 11-3-1926.)

M. Guillain présentait dernièrement à la Société médicale des hôpitaux deux observations de paralysie générale chez des enfants issus de parents eux-mêmes paralytiques généraux, observations semblant venir à l'appui de la théorie des deux virus spécifiques (neurotrope et dermotrope), défendue par MM. Levaditi et Auguste Marie.

M. A. Marie relate aujourd'hui deux nouveaux exemples de paralysie générale chez des enfants de paralytiques généraux. La paralysie générale chez ces jeunes sujets offrait ses manifestations habituelles : dysarthrie, troubles oculo-pupillaires, déchéance démentielle, indices biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'auteur complète son travail par une longue bibliographie relative à l'hérédo-syphilis neurotrope et à la neuro-syphilis conjugale.

— M. QUEYRAT note qu'il est exceptionnel de voir des descendants de paralytiques généraux être atteints eux-mêmes de paralysie générale. Un maître en psycho-pathologie, le prof. Gilbert Ballet, ne croyait pas à cette transmission héréditaire.

— M. Clément SIMON ne pense pas que les faits signalés par M. A. Marie, ou d'autres analogues, puissent servir d'argument à la théorie de la pluralité des virus syphilitiques. Si le virus neurotrope était hautement différencié chez les P.G., les descendants de ces malades devraient offrir uniquement des manifestations nerveuses. Or, il n'en est rien.

— M. SÉZARY ajoute que, pour apprécier la valeur des statistiques concernant les syphilis nerveuses conjugales, il faut tenir compte de la fréquence de la neuro-syphilis. Sur 500 syphilitiques observés au dispensaire de la Charité, 23 %, parmi ceux parvenus à une période tardive, étaient atteints d'une complication nerveuse.

— M. MILIAN signale, en faveur de la notion du virus neurotrope un argument historique. Lorsque Fournier a établi son relevé de plus de 1000 cas de tabes et de paralysie générale, il a nettement indiqué l'absence presque entière d'accidents cutanés dans les antécédents. C'est là, même, ce qui a rendu si difficile la découverte des rapports du tabes et de la paralysie générale avec la syphilis.

— M. QUEYRAT n'admet pas que la coïncidence, avec le tabes ou la paralysie générale, d'autres altérations spécifiques, de l'aortite en particulier, soit une raison pour nier la réalité du virus neurotrope.

En résumé, à la Société de dermatologie comme à la Société médicale des hôpitaux, la question des deux virus syphilitiques (neurotrope et dermotrope) reste un problème de controverse, non solutionné.

Huilomes après injections d'huile camphrée.

(MM. LOUSTE, THIBAUT et CAILLIAU. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-3-1926.)

Les vaselinomes sont des tumeurs maintenant bien connues et qui ont donné lieu à un nombre assez important de communications. M. Louste signale un nouveau cas de ces lésions, survenues à la suite d'injections d'huile camphrée pratiquées à la cuisse, pendant la convalescence d'une diphtérie.

Au point de vue pratique, il est bon de ne pas oublier ces faits qui relèvent de l'emploi d'huiles minérales, et d'avoir toujours recours aux huiles végétales comme véhicule des préparations à injecter.

Les indications des rayons ultra-violets.

(M. PERNOT. — *Société médicale du Xe arrond.* ; 1-3-1926.)

M. Pernot fait un exposé détaillé des indications thérapeutiques des rayons ultra-violets.

La plupart des maladies de la peau sont favorablement influencées par les rayons ultra-violets. Dans l'eczéma chronique, les résultats sont très bons. Le lichen simple, les prurits, les formes superficielles de l'acné, les pyodermites, le sycosis, les furoncles, l'anthrax, les teignes, les trichophyties, la sclérodermie même, sont modifiés d'une façon surprenante. La pelade donne de beaux succès. Dans les alopécies séborrhéiques, les U.V. arrêtent la chute des cheveux, sans pourtant provoquer la repousse de cheveux solides. Toutes les formes de zona sont considérablement améliorées. Dans les brûlures, la douleur est rapidement soulagée et l'infection évitée. Les contusions guérissent en moitié moins de temps qu'avec les traitements ordinaires. Les plaies chirurgicales récentes sont préservées de l'infection. Les plaies anciennes, les ulcères variqueux, les fistules diverses, sont aussi favorablement influencés. De même les retards de consolidation des fractures, en raison de l'amélioration apportée à l'état général.

Les rhino-pharyngites, les bronchites chroniques bénéficient des rayons. L'insuffisance cardiaque légère, les troubles fonctionnels du cœur consécutifs aux maladies aiguës également. L'action des U.V. sur le sang, sur l'état général, les glandes endocrines, explique les beaux effets obtenus dans le traitement des anémies et de la chlorose, des états dyspeptiques, des manifestations douloureuses de l'entéro-colite, du surmenage. Les rayons jouissent de propriétés calmantes chez les sujets excitables, dans les névralgies.

En gynécologie et en obstétrique, la dysménorrhée et l'aménorrhée sont amendées, les troubles de la ménopause naturelle ou artificielle sont heureusement influencés. Les Allemands citent de nombreux succès contre la stérilité. Les vomissements incoercibles de la grossesse sont atténués.

En pédiatrie, l'action sur le rachitisme, la spasmophilie, la débilité est bien connue. Sous leur influence, la nutrition s'active, l'état général progresse, les gros ventres, les attitudes vicieuses diminuent.

Dans toutes les formes de tuberculose, l'ultra-violet est une thérapeutique intéressante : on l'emploiera avantageusement dans la tuberculose cutanée, ganglionnaire, ostéo-articulaire, pulmonaire, pleurale, épididymaire, rénale.

Dans les rhumatismes musculaires, l'amélioration est constante. Dans les maladies de la nutrition (obèses, goutteux, diabétiques) les rayons U. V. trouvent aussi leurs indications.

M. Pernot parle également des indications des rayons infra-rouges (dermatoses, névralgies, rhumatismes, gynécologie). Le prurit vulvaire, qui résiste quelquefois aux rayons X, est souvent amélioré par les infra-rouges. Ceux-ci réduisent les œdèmes et les congestions dans les métrites, les salpingites, etc.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE CONSENTEMENT AUX OPÉRATIONS

Le chirurgien doit-il demander l'autorisation d'opérer au malade ou aux ayants cause de ce dernier ?

Le problème juridique de l'autorisation préalable à une opération quelconque, se pose de plus en plus fréquemment, étant donné le nombre croissant des différents actes médicaux, chirurgicaux ou de spécialités.

Lorsque le succès couronne les efforts du praticien, le malade ne songe parfois qu'à discuter la note d'honoraires, pour essayer de se dérober au paiement total des frais.

Mais, si la guérison n'est pas parfaite, le client se retourne quelquefois contre son chirurgien, en accusant ce dernier de l'avoir opéré malgré lui, ou de lui avoir infligé à son insu une intervention hors de proportion avec le mal dont il était affligé.

Enfin, la question se pose, lorsqu'un chirurgien se trouve en présence d'un mineur, d'un aliéné, d'une femme mariée : doit-il obtenir, avant toute intervention, l'autorisation d'opérer, de la part des tuteurs ou ayants cause du malade ?

Le malade est-il toujours libre et maître de son corps ?

En principe, oui. Les auteurs s'accordent à reconnaître le droit au patient de disposer librement de lui-même.

Le professeur Perreau, dans ses « Eléments de jurisprudence médicale », p. 271, estime que chacun possède, sur sa propre personne, un droit exclusif et spécial, opposable à tous, comme une sorte de propriété de son être. Nul n'a le pouvoir d'y porter atteinte, fût-ce pour son bien, fût-ce dans la meilleure intention du monde.

Le médecin est, comme tous les autres, obligé de respecter ce droit de la personnalité, alors même qu'il aurait agi exclusivement dans l'intérêt de la santé du malade.

C'est également l'opinion de Manche (La responsabilité médicale, thèse de doctorat en droit, Paris, 1913, p. 162) : le consentement est indispensable et dès qu'une personne est en état de le donner, le chirurgien ne peut passer outre et omettre de le solliciter. Donc, lorsqu'une personne saine d'esprit est susceptible de comprendre l'opération que se propose le médecin et de l'apprécier, celui-ci a le devoir de s'incliner devant la décision prise par l'intéressé, quel que soit son sentiment personnel.

Manche cite, page 161, la jurisprudence allemande, qui n'admet pas que le médecin puisse faire une opération, même nécessaire, sans l'avis du malade (jugements du tribunal de Hambourg et du tribunal de l'Empire, rendus en 1894 et rapportés par Stoss, *Gerergiches Operation*, p. 109 ; jugement du tribunal de Bâle ville, du 14 juin 1882, relaté par Oppenheim : *Das Artzliches Recht*).

Balmary, dans sa thèse de doctorat en droit, Toulouse 1909, p. 86, estime que chacun est maître de son corps. A l'intéressé seul, en règle générale, appartient le droit de décider si, dans une circonstance donnée, il veut, pour échapper à un mal plus ou moins grand, courir tel ou tel risque pour sa *santé, ou pour sa vie, s'il entend* se soumettre à telle ou telle médication, à telle ou telle opération dangereuse.

Le malade est-il entièrement libre pour juger sainement et se décider en toute connaissance de cause ?

Ce principe de la liberté absolue, que chacun de nous possède, pour décider librement de son acceptation en vue d'une opération ou d'un traitement, est, en droit, parfaitement justifié ; mais, en fait, il n'en est plus de même. Le malade ou ses ayants cause sont, pour l'immense majorité des cas, dans la nécessité d'avoir une confiance presque aveugle dans l'homme de l'art. Qu'ils provoquent des consultations entre compétences, qu'ils se donnent le temps de la réflexion, de la discussion : parfait ! Mais toujours est-il qu'ils devront s'en remettre entièrement à leur docteur et accepter les conseils de ce dernier.

Allant même plus loin, n'en est-il pas ainsi pour un médecin, qui, malade lui-même, n'a pas la liberté d'esprit, ni la possibilité scientifique d'accepter ou de refuser, en toute connaissance de cause, l'avis opératoire qui lui est donné par un ou plusieurs de ses confrères ?

A plus forte raison, le malade peu instruit des choses de la médecine se laissera finalement persuader et acceptera le traitement proposé, ou bien opposera un refus farouche et inexpliqué à toutes les exhortations qu'il pourra recevoir, même des siens.

Nous allons donc, en praticiens, envisager, tour à tour, les diverses circonstances de fait, dans lesquelles peuvent se trouver respectivement malade et médecin.

a) **Cas simples.**

ANESTHÉSIE.

Tout le monde se souvient encore de l'émotion, provoquée dans les milieux médicaux, par la décision curieuse du « bon juge », qui, président du tribunal de Château-Thierry, déclara, par jugement du 7 juin 1905, que le médecin ne pouvait user du chloroforme qu'avec l'autorisation du malade bien informé des conséquences possibles et des risques d'une anesthésie générale.

Par arrêt du 14 février 1906, la Cour d'Amiens réforma ce jugement, pour le moins singulier et gros de conséquences, estimant que les véritables dangers de l'anesthésie générale, bien que fort restreints, seraient considérablement augmentés par l'impressionnabilité du malade, si on le prévenait des dangers médiats ou immédiats, auxquels peut l'exposer, hypothétiquement d'ailleurs, l'emploi de la narcose.

La Cour ajoute qu'il est au contraire du devoir du médecin de rassurer le malade, de lui inspirer confiance et de chercher à bannir de son esprit des appréhensions qui ne pourraient que lui être funestes.

Il est évident que tout en demandant à un malade de se laisser endormir, le médecin consciencieux peut taire les dangers d'une anesthésie, dangers qui bien qu'extrêmement rares, n'en existent pas moins.

Par suite, s'il importe de ne pas provoquer chez le patient lui-même une émotion et des appréhensions bien légitimes, qui pourraient retentir d'une manière fâcheuse sur la conduite elle-même de l'anesthésie, il convient cependant que le médecin traitant s'entoure de toutes les précautions voulues pour réduire au minimum les risques de la narcose.

Il doit ausculter le malade, puis demander l'autorisation pour l'assistance d'un confrère, qui donnera l'anesthésique. Si l'entourage hésite devant les frais qu'occasionnera la présence d'un anesthésiste, le médecin traitant renseignera discrètement la famille sur les risques possibles d'une anesthésie générale et sur la nécessité d'avoir un praticien, qui ne s'occupera exclusivement que de la narcose.

Nous avons déjà discuté ce point, en étudiant les problèmes de la responsabilité professionnelle.

Qu'il nous suffise de rappeler le jugement du tribunal de Marseille, du 26 avril 1921 (*Gaz. Pal.*, 23 août 1921) condamnant à des dommages-intérêts un médecin, qui, pour inciser un phlegmon, a pratiqué l'anesthésie générale, dans son cabinet, seul, sans l'assistance d'un confrère et sans examen préalable du malade.

Au contraire, est déchargé de toute responsabilité le chirurgien, ayant opéré un malade, sur la demande du père de celui-ci, avec l'assistance du médecin traitant, en s'entourant de toutes les précautions usitées en pareille matière etalors que le patient est décédé subitement, sur la table d'opérations, pendant la chloroformisation (Tribunal civil de Montpellier, 1re chambre, 15 décembre 1909 ; *Gaz. Pal.*, 9 février 1910.)

Dans un travail publié dans les *Annales d'hygiène publique* (1902, XLVII, p. 234) sur le fœticide, le professeur Pinard considère comme suffisant de déclarer à une femme en travail, avant de lui donner le chloroforme, qu'il va « l'aider » dans son accouchement.

La Société de médecine légale (1906, p. 3) discutant le jugement de Château-Thierry précité et Brouardel (Responsabilité médicale, mort sous le chloroforme, *Annales d'hygiène publique*, 1906, p. 3) estiment que la crainte même du patient augmente les risques de décès. Par conséquent, il ne serait pas sans danger de documenter le malade sur les accidents d'anesthésie, vu son défaut d'instruction médicale, qui l'empêche de juger sainement.

OPÉRATIONS.

En principe, et c'est l'avis de la presque totalité des auteurs, le chirurgien doit obtenir l'autorisation préalable de son client, avant de pratiquer une intervention chirurgicale. Bien entendu, nous n'envisageons actuellement que les cas non urgents, pour lesquels le temps de la réflexion est laissé à l'intéressé, nous réservant de discuter tout à l'heure les cas pressants et de grande gravité.

Il faut, en effet, partir de ce principe que, par son opération, surtout s'il s'agit d'une intervention mutilante (amputation), le chirurgien a parfaitement l'intention de nuire à son malade, mais il justifie son acte par le désir d'éviter de graves complications et même de sauvegarder, comme disent les jurisconsultes allemands, « le tout au prix de la partie ».

Il est donc utile que le malade soit consentant à cette atteinte portée à l'intégrité de son individu. Ainsi, patient et médecin seront d'accord pour un acte, qui, commis par une autre personne, non docteur en médecine, constituerait un crime ou un délit.

Ce privilège d'irresponsabilité pour l'acte opératoire en lui-même (la mutilation par exemple, mais mutilation opératoire, scientifique) réside uniquement dans l'intervention des pouvoirs publics, qui ont estimé, à juste titre, que les intérêts de la société, non seulement autorisaient mais exigeaient même cette dérogation au droit commun.

Cependant le médecin n'est fondé qu'à réaliser les seuls actes, qui ont un but curatif : toutes autres interventions sont prohibées et passibles de sanctions. Mais, même pour exécuter ces

actes curatifs, faut-il encore que le praticien soit appelé par le malade.

Le chirurgien, qui rencontrerait sur son chemin un infirme, ne pourrait contraindre ce dernier à se rendre à l'hôpital, ou dans une clinique, pour y subir une opération, destinée à améliorer son état.

Les droits du médecin sont donc limités par la liberté humaine. Aussi, d'après le professeur Kahl, de l'Université de Berlin (*Zeitschrift für die gesamte strefrecht Wisenschaft*,1909) le médecin qui réalise une opération contre la volonté de son malade est coupable, non pas parce qu'il a fait une blessure, mais parce qu'il a méconnu une liberté personnelle, qu'il devait respecter.

Cependant, si on poussait cette théorie à l'extrême, devrait être déclaré coupable le médecin, qui donnerait des soins à la victime d'une tentative de suicide. Il faut donc admettre que la liberté individuelle a comme limites celles qui lui sont imposées dans l'intérêt de l'Etat.

Ainsi, il est défendu de se mutiler, ou de se blesser afin de se soustraire au service militaire.

On peut en déduire que le médecin est parfois autorisé à user de violence morale à l'égard d'un malade, dont le refus absolu de se faire opérer, dans un cas grave, équivaudrait à un suicide. Nous discuterons ce point ultérieurement.

Examens divers.

Le même raisonnement est applicable, lorsqu'il s'agit de pratiquer certains examens spéciaux chez un malade : radiologie, cystoscopie, etc. En ce sens, tribunal civil de Narbonne, 28, mai 1903, (*Mon. jud. Midi*, 1904, p. 5).

Expérimentation médicale.

Certaines expériences sont parfois nécessaires, pour mettre au point les propriétés curatives d'un médicament, d'un vaccin, d'un sérum, voire même pour un mode d'intervention sanglante.

Il est évident que tout traitement qui n'a pas pour but essentiel l'amélioration de la santé du patient doit être *a priori* tenu comme illicite ; cependant, des exceptions sont nombreuses, car il est fréquemment impossible au médecin d'affirmer l'efficacité d'un mode de traitement, surtout lorsqu'il s'agit de méthodes nouvelles, ou de produits venus depuis peu dans l'arsenal thérapeutique.

Néanmoins, si à la suite d'une expérience malheureuse, l'état du malade venait à s'aggraver, le praticien devrait justifier que son client était au courant de l'incertitude de la nouvelle méthode thérapeutique ; d'autre part, le docteur devrait également s'appuyer sur l'autorité, soit de personnalités scientifiques, soit de communications aux sociétés savantes, pour bien prouver qu'il n'a pas agi *proprio motu* et à l'aveuglette.

C'est ainsi qu'en Allemagne, le Dr Neisser, de Breslau, fut condamné pour avoir inoculé à leur insu à huit jeunes filles saines le sérum de syphilitiques, conservé plusieurs semaines et demeuré stérile.

A Lyon, en 1859, un interne de l'Antiquaille pratiqua, avec l'autorisation de son chef de service, le Dr Gailleton, une inoculation, à un jeune teigneux, du pus de plaques muqueuses.

Malgré un certificat médical, signé par quatre médecins des hôpitaux de Lyon (Manche, thèse de doctorat en droit de Paris, 1913, page 216) une condamnation fut prononcée par jugement du 15 décembre 1859 (D. 1859.3.87) par le tribunal correctionnel de Lyon.

« Attendu que les obligations du médecin envers la science doivent s'arrêter devant le respect dû aux malades ; qu'il suit de là que, toutes les fois que, dans l'application d'une méthode curative nouvelle, le médecin aura essentiellement eu pour but la guérison du malade et non le dessein d'expérimenter, il ne relèvera que de sa conscienc et que, dans ce cas, la médication thérapeutique, par son but, amène, par son résultat, une découverte scientifique, il jouira légitimement de la considération et de la gloire qui s'attachent à son nom ; mais que telle n'est pas la situation des prévenus ; que tout, dans la cause, démontre que leur pensée dominante, leur but principal, a été de résoudre, au moyen d'une expérience, une question scientifique médicale qui faisait le sujet de vives controverses ; que si accessoirement ils ont pu dire que l'opération, pratiquée par eux, pouvait éventuellement être favorable à la guérison de l'enfant déjà atteint de la teigne, cette réflexion n'est venue que dans un ordre d'idées très secondaire ».

Est-ce à dire que l'autorisation du malade soit indispensable pour que le médecin puisse se livrer sur ce dernier à une expérimentation ?

S'il s'agit de cas pathologiques bénins, certes le patient doit, dans une certaine mesure, être tenu au courant. Le docteur expliquera son opinion scientifique, dans des termes accessibles à son interlocuteur, qui n'a pas étudié la science médicale.

Mais, s'agit-il de cas graves, même mortels, le médecin n'est plus tenu, selon nous, à la même réserve.

Après avoir découvert sur le chien son procédé de vaccination antirabique, Pasteur en fit l'application à un jeune berger, qui, mordu au visage et aux mains, par un chien enragé, était presque certainement voué à la mort.

Cependant, il est des cas que nous ne saurions admettre, tels ceux des Dr Welander, de Stockolm et Finger, de Vienne, qui inoculèrent la blennorrhagie là des mourants (*Correspondenz Blatt fur Schweiger Artze*, 1er janvier 1899).

C'est d'ailleurs dans le même esprit qu'il est

interdit de se livrer à des expériences sur des condamnés à mort.

Le consentement donné par un individu, qui accepterait de servir de sujet d'expérience, ne pouvant présenter pour lui aucune utilité, mais seulement des dangers, doit être considéré comme illicite et contraire aux mœurs (art. 1131, 1133) et, par conséquent laisse subsister la responsabilité civile et pénale du médecin (Lyon, 27 juin 1913, D. 1914.2.73 ; *Gaz. Pal.*, 26 nov. 1913.)

Cet arrêt a déclaré le médecin parfaitement responsable du dommage causé à une patiente, par des cicatrices et gaufrures du sein, provenant de ses expériences pour effacer les rides en tendant la peau recousue après excisions.

b) Cas graves.

Il y a urgence pour opérer ; la vie du malade est en danger ; les minutes sont comptées et l'intervention ne peut être différée : le médecin est-il en droit d'agir d'autorité, sous sa responsabilité morale ?

En 1902, la conférence des avocats du barreau de Paris, saisie de la question si, en cas d'urgence, le médecin violait un droit, en prenant seul une décision, se rallia à la négative. L'urgence couvre le médecin de façon absolue, sauf le cas de faute lourde de sa part, que les circonstances ne pourraient excuser. Il est donc dispensé, par le fait même de l'obligation d'agir vite, de solliciter aucune appréciation, ni autorisation, même de la part du principal intéressé, le malade, du moment qu'il en résulterait, pour ce dernier, une atténuation des chances de réussite de l'opération.

L'urgence dispense le médecin d'obtenir le consentement préalable du malade, ou de sa famille, dans les hypothèses où elle serait requise en temps ordinaire (Trib. civil Liège, 27 nov. 1889, Liège, 30 juillet 1890, D. 91.2.281).

C'est en vertu de ce principe qu'ont été acquittés des médecins dans les cas suivants : opération faite, sans antisepsie et sans avoir fait appel à un confrère plus expérimenté (Paris 4 mars 1898 ; S.99.2.90) ; accouchement difficile terminé par la brachiotomie (Trib. du Puy, 31 janvier 1881 ; *Gaz. trib.*, 9 février 1881 ; Trib. Domfront, 28 sept. 1830, J. G. v° responsabilité, n° 1929.1) ; emploi d'instruments de fortune, comme une aiguille de tapissier et un ciseau à froid pour pratiquer la craniotomie (Paris, 4 mars 1898 précité).

MALADE DANS LE COMA.

Le devoir du médecin est d'agir pour le mieux des intérêts du blessé. Si la famille est présente, on lui demandera son opinion ; mais, comme elle est incapable de donner un avis judicieux, le médecin pourra passer outre à un refus d'opération, à moins qu'il ne s'agisse par exemple d'un petit enfant, soigné au domicile de ses parents, auquel cas le docteur ne pourrait passer outre à une opposition formelle à opération.

Certains pensent que, devant les décisions plus ou moins justifiées des familles, le médecin n'a qu'à s'incliner. Ce n'est pas notre opinion : à défaut du malade (qui est dans le coma), le médecin est seul juge de ce qu'il a à faire.

Les proches peuvent en effet, se laisser guider, soit par des préventions irraisonnées contre la chirurgie, soit par des sentiments de bas calculs, soit pour ne pas avoir à supporter des frais médicaux, soit pour une question d'héritage en perspective.

S'il en a le temps, que le docteur sollicite une consultation avec un confrère ; mais si l'urgence est telle qu'il faille agir vite, immédiatement, le docteur ne doit envisager que le seul intérêt du patient et se passer de toute autorisation venant de la famille.

Il est évident que nous n'envisageons que les seuls cas où la vie, ou la santé du malade court un danger sérieux.

MALADE ANESTHÉSIÉ.

Un procès a soulevé ce point de droit. Une malade est endormie, pour subir une hystéropexie. Au cours de l'opération, le chirurgien découvre les deux ovaires kystiques : il pratique une hystérectomie et l'ablation des annexes.

La malade intenta une action en responsabilité parce qu'elle n'avait pas donné son autorisation à pareille mutilation. Déboutée d'abord par le tribunal de la Seine, la malade perdit encore en appel (Paris 28 juin 1923, *Gaz. trib.*, 1924.2.59). Le médecin n'avait pas pu, avant l'opération, demander à la malade toutes les autorisations possibles, puisqu'il n'avait pas prévu pareille nécessité, que rien ne faisait pressentir.

Le chirurgien devait-il laisser la malade se réveiller et obtenir d'elle l'autorisation de pratiquer une nouvelle intervention ? Devait-il, au contraire, comme il l'a fait, prendre dans sa conscience la décision de l'opération, qu'il jugeait indispensable à la santé de la malade ?

Il est d'ailleurs à remarquer, comme le spécifient les attendus de l'arrêt, que le médecin n'a pas obéi à un esprit de lucre, puisque la malade était hospitalisée ; qu'il n'a pas voulu expérimenter une méthode nouvelle et qu'enfin la malade ne s'est décidée à poursuivre que deux années après l'opération.

La nécessité fait donc loi et, au cours d'une intervention chirurgicale, le praticien doit faire librement le nécessaire (GUÉNOT : Du consentement nécessaire au médecin pour pratiquer une opération chirurgicale, Paris 1904, p. 35).

La note du *Dalloz* périodique à la suite de cet arrêt (*D. P.*, 1924.2.116) indique qu'il a semblé

à la Cour qu'en interrompant l'opération en cours, le chirurgien aurait exposé la malade au plus grave danger et qu'il aurait engagé plus sûrement encore sa responsabilité ; et qu'en faisant, au contraire, ce dont les circonstances lui démontraient la nécessité, il avait pris une résolution pour laquelle on pouvait s'en rapporter sans réserve à sa conscience.

A) *Femme mariée.*

Bien que l'article 213 du Code civil décide que la femme doit obéissance à son mari et que, d'autre part, elle soit inhabile pour accomplir tout acte juridique, sans l'autorisation de son conjoint, il faut décider qu'en cas d'urgence, le médecin doit se contenter uniquement de l'opinion de la femme et nullement de celle du mari.

Mais, pour les cas non pressants, la question de l'autorisation maritale soulève deux problèmes : celui de la responsabilité professionnelle du médecin, d'abord, puis celui du paiement des honoraires par la communauté.

Si le mari s'oppose à laisser opérer sa femme, alors que celle-ci est consentante, si l'époux ne veut se rendre à aucune des explications du médecin, celui-ci fera bien de conseiller à la femme de s'adresser au tribunal, pour obtenir l'autorisation nécessaire (Hay : De la responsabilité civile des médecins, Rennes, 1925).

En Belgique, la Commission administrative des hospices de Bruxelles estime que le consentement de la femme suffit, pour pratiquer une opération, malgré l'opposition du mari.

« Considérant que la seule disposition à examiner à ce point de vue est l'article 213 du Code civil, imposant à la femme mariée le devoir d'obéissance à son mari ; que cette disposition n'accorde de prédominance au mari, dans la société conjugale, qu'en ce qui concerne les intérêts collectifs de la famille et qu'elle ne saurait lui servir pour porter atteinte aux intérêts individuels de son conjoint ; que, parmi ceux-ci, il faut ranger le droit à la vie et, par conséquent, celui de recourir aux soins médicaux ou chirurgicaux qui lui sont conseillés et offerts par des praticiens savants, expérimentés, habiles ... le comité est d'avis que, sauf en cas d'urgence absolue, il est opportun de prévenir le mari, lorsqu'une femme mariée est confiée à leurs soins et se trouve dans le cas de devoir subir une opération chirurgicale qu'elle réclame ; mais d'autre part, qu'il y a lieu de passer outre à l'opposition du mari, si la femme persiste dans sa volonté et si l'opération est déclarée nécessaire par les autorités médicales ».

Balmary, qui relate cet avis dans sa thèse de doctorat en droit (Toulouse 1909) ajoute (page 96) : « le mari pourrait, sauf le cas d'urgence extrême, recourir à l'autorité judiciaire et faire nommer un expert, dans le cas où *il prétendrait* que l'honneur et l'intérêt de la famille se trouvent en jeu. Le juge statuerait alors sur l'avis de l'expert ».

En cas de divorce, les liens du mariage étant complètement rompus, le médecin n'a nul besoin de se préoccuper du mari. Mais en cas de séparation de corps, ou simple séparation de fait, le médecin se trouve-t-il en droit de se passer de l'autorisation de l'époux ?

Dans sa thèse (p. 163), Manche estime que l'avis du mari est parfaitement inutile, du moment où la femme est consentante.

Hay, au contraire (p. 129) juge plus prudent d'obtenir l'assentiment des deux époux, sauf bien entendu, les cas d'urgence.

Hay estime que le médecin fera bien de s'enquérir de l'assentiment du mari, ou de prendre l'avis de la famille, pour pouvoir mettre sa responsabilité à l'abri.

Personnellement, je ne partage pas entièrement cette opinion. La femme, comme tout être vivant, est parfaitement maîtresse de son corps : elle a donc complètement le droit de se faire opérer, sans solliciter l'autorisation de son mari et la responsabilité professionnelle du médecin ne serait pas engagée du fait qu'il n'aura obtenu qu'une seule autorisation, au lieu des deux.

Cependant, je vois, pour ce droit absolu que possède la femme, trois restrictions : celle en vue d'une opération mutilante, empêchant la procréation, celle des accouchements dystociques et celle du paiement des honoraires.

Dans le premier cas, le mariage n'est socialement institué que dans le but de la procréation et pour la transmission du patrimoine de famille à l'enfant légitime.

Sans violer le but même du mariage, la femme, à mon sens, n'a pas le droit de se faire enlever les deux ovaires, ou l'utérus, sans l'avis préalable de son mari, les deux époux seraient-ils séparés de fait. En effet, une réconciliation ultérieure peut survenir et, tant que le divorce n'aura pas rendu la liberté complète aux deux conjoints, je crois que le mari conserve le droit de dire son mot, lorsqu'il est question de castrer sa femme ; cela dans l'intérêt de la famille.

Pour la question des honoraires, même en cas de séparation de corps, le mari doit subvenir aux besoins de sa femme. Si la pension alimentaire de cette dernière est suffisante pour supporter les frais d'une intervention chirurgicale, la malade peut se passer du consentement du mari.

Sinon, comme l'époux sera appelé à régler tout ou partie des honoraires médicaux, sur les biens de la communauté, il a le droit, comme administrateur de cette communauté, de décider si la femme sera, par exemple, opérée dans telle clinique privée ou à l'hôpital.

Ainsi, le tribunal civil de la Seine (11 juillet *1922, Gaz. trib. 1923.2.74 ; D. 1924.2.105) a*

condamné solidairement deux époux séparés de fait à régler les honoraires du chirurgien, alors que la pension alimentaire versée à la femme était insuffisante pour lui permettre de payer à elle seule, les frais de l'intervention qu'elle avait subie.

Par contre, une femme ayant abandonné depuis longtemps le domicile conjugal et ne recevant aucune pension alimentaire de son mari, fut condamnée à payer, à elle seule, les frais d'une opération dont elle avait tiré profit. Le médecin, dit le jugement, n'aurait eu d'action contre le mari que si celui-ci, ayant la charge de pourvoir aux besoins de sa femme, devait être considéré comme lui ayant confié le mandat tacite de l'obliger (Trib. civ. Seine, 6e chambre, 14 décembre 1923 ; *Gaz. Trib.*, 9 nov. 1924).

Accouchements dystociques.

Il arrive parfois que le médecin soit dans l'obligation de pratiquer une intervention pour terminer rapidement un accouchement qui s'éternise, qui épuise les forces de la parturiente et compromet la vie de l'enfant.

Il se présente aussi des circonstances, dans lesquelles l'accoucheur est obligé de sacrifier la vie de l'enfant, pour sauver celle de la mère.

Doit-il se contenter de l'acquiescement de la parturiente pour intervenir, ou doit-il également solliciter l'avis du mari ?

Il est évident que, dans le cas d'extrême urgence, devant un danger de mort imminente, le médecin n'a pas de temps à perdre pour solliciter l'autorisation de l'un et de l'autre. Il agit selon sa conscience et d'après les directives scientifiques de son art. La jurisprudence que nous avons déjà citée estime que l'urgence couvre le médecin de façon absolue, sauf le cas de faute lourde de sa part, que les circonstances ne pourraient excuser.

Mais, dans tout autre cas, l'avis de la plupart des auteurs est conforme au jugement du tribunal de Liège (27 novembre 1889) confirmé par arrêt de la cour de Liège (30 juillet 1890 ; D. 1891.2.281) : pour pratiquer une opération chirurgicale quelconque, le médecin, sauf le cas d'extrême urgence, ne peut se passer de l'autorisation de la malade ou de la personne sous l'autorité de laquelle elle est placée.

Est-il nécessaire de donner des détails sur l'opération elle-même et sur ses suites ? « Devons-nous, dit le professeur Pinard, faire un cours d'obstétrique opératoire, à la malheureuse en période d'expulsion, lui montrer les instruments que nous allons employer, lui mettre sous les yeux le pourcentage de mortalité inhérent à chaque mode d'intervention ?

Non : ce serait une grosse faute parce qu'effrayée, la malade se refuserait à toute intervention. »

Au médecin d'employer la douceur, la persuasion, en montrant que l'opération va soulager la malade et pourra lui donner un enfant vivant. La connaissance du but à atteindre est plus intéressante pour la parturiente que celle des moyens à employer.

La Commission administrative des hospices de Bruxelles a exprimé, en 1900, l'avis suivant (cité par Manche, p. 168) :

1° Si la parturiente, soignée dans un hôpital, agissant de sa pleine liberté d'esprit, refuse de se laisser opérer, l'accoucheur, après lui avoir fait toutes les représentations nécessaires, doit s'incliner devant sa volonté nettement exprimée ;

2° Si elle ne consent à se laisser opérer que dans des conditions déterminées, l'accoucheur doit encore s'incliner, à moins que ces conditions, ne soient inacceptables en elles-mêmes, ou contraires aux règles de l'art et de nature à rendre l'opération plus dangereuse qu'utile, cas auquel l'accoucheur doit s'abstenir ;

3° Que cependant il peut se présenter des cas exceptionnels, ou à raison de ce que, par suite de l'état habituel ou accidentel de la parturiente, elle peut ne pas être considérée comme ayant son libre arbitre et que, devant la nécessité évidente d'une opération, après avoir, si c'est possible, pris l'avis du mari, ou à défaut des proches parents, l'accoucheur doit agir d'autorité, sous sa responsabilité morale ; que, en pareil cas, sa responsabilité matérielle ne peut être envisagée soit au point de vue pénal, soit au point de vue civil que s'il est reconnu, en fait, qu'il y a eu abus de sa part, ou qu'il ne s'est pas conformé aux règles certaines de son art ».

Mais, que décider, lorsque le mari oppose un refus absolu à ce que le médecin opère sa femme.

Ne peut-on dire que l'époux, qui est chef de famille, a le droit de donner son opinion ?

Voici en effet une situation obstétricale, qui, bien que ne revêtant pas un caractère d'extrême urgence, oblige l'accoucheur à envisager le sacrifice de l'enfant pour sauver la mère ; sinon, ce sera la mère qui sera sacrifiée, pour que son enfant vive.

En se plaçant au point de vue des intérêts matériels purs, en délaissant tout côté affectif, le mari peut envisager la mort de la femme, pour que l'enfant puisse survivre.

Celui-ci héritera de sa mère et le père restera administrateur des biens de famille, ou pourra ultérieurement hériter de son enfant ; alors que le ménage étant jusqu'ici resté stérile, le mari serait obligé de rendre la fortune de sa femme à la famille de celle-ci, si elle venait à décéder.

Que peut, ou que doit décider le médecin ? A qui obéira-t-il ? Au mari, qui ne songe qu'à ses intérêts égoïstes, mais se présente comme chef de famille ? A la femme, qui veut vivre ? En sens contraire, c'est la mère qui se refuse à une

opération (symphyséotomie, césarienne) qui peut sauver son enfant, alors que le père est consentant pour cette intervention.

Hay (page 134) estime que l'avis de la mère est prépondérant et que, dans cette dernière hypothèse, le médecin doit se résigner à ne pas opérer la mère et à sacrifier l'enfant.

Personnellement, je crois que, lorsque l'urgence n'est pas telle qu'on ne puisse recourir à une consultation médicale, le docteur doit appeler un de ses confrères, envisager le cas et agir.

Si la mère est consentante à l'opération, alors que le père s'y oppose, les médecins passeront outre à cette défense, après avoir rédigé une consultation par écrit, en double exemplaire ; l'un qu'ils remettront à un parent de la parturiente, s'il est présent, ou à la malade elle-même et l'autre pour eux mêmes, pour servir plus tard de pièce de justification, tout en respectant les obligations du secret professionnel.

Si la mère se refuse à se laisser opérer, les deux médecins devront s'appuyer surtout sur l'avis du père.

Celui-ci consent-il à l'opération, il devra donner son acquiescement par écrit. Les médecins devront alors considérer la malade comme ne jouissant pas complètement de sa faculté de décision et la traiter comme une mineure ou une aliénée. Ils opéreront, puisqu'ils seront couverts par l'acquiescement du père et qu'il y a une vie à sauver : celle de l'enfant.

Si l'opération réussit, la mère sera reconnaissante de la violence qu'on lui aura faite, lorsqu'elle entendra vagir son enfant.

Mais si les résultats de l'intervention sont problématiques, tant pour la vie de l'enfant que surtout pour celle de la mère, les médecins devront s'incliner devant le refus absolu de la parturiente et s'abstenir de toute intervention.

Il est impossible de donner une ligne de conduite *ne varietur* : la science du droit n'est souvent pas compatible avec les situations difficiles, embarrassantes de la profession médicale : le praticien doit fréquemment prendre pour guide sa conscience, qui lui dicte son devoir, au mépris des règles juridiques, lesquelles ne comptent guère, lorsqu'il y a une vie à sauver.

Mais, par prudence, les docteurs feront bien, hormis les cas de très grande urgence, de se consulter à deux, ou à trois, pour prendre une décision par écrit et arrêter leur ligne de conduite. En pareille matière, *væ soli*.

Enfants mineurs.

L'intelligence des enfants n'est pas toujours développée en fonction de leur âge et tel, âgé de dix ans, est plus averti que tel autre de quinze. Cependant la loi place ces mineurs en tutelle.

Aussi faut-il tenir compte de l'autorisation du père ou du tuteur légal, tout en considérant la volonté de l'enfant, lorsque cette volonté se manifeste en toute connaissance de cause.

D'un enfant petit, l'opinion ne compte guère, lorsque le père a acquiescé à l'opération : l'enfant peut avoir une peur instinctive et ne peut discerner si le mal qu'il redoute ne lui fera pas grand bien, pour l'avenir.

Mais, devant un enfant déjà grand, le médecin pourra se souvenir que, si la majorité civile, en ce qui concerne les biens, est fixée à 21 ans, la majorité pénale du mineur est progressivement de 13, 16 ou 18 ans.

Par suite, étant reconnu apte à discerner ses actions bonnes ou mauvaises, l'enfant peut également être considéré comme étant capable de donner une opinion sur l'opération qui le soulagera.

A mon avis, l'opinion de l'enfant « raisonnable » doit primer celle du père, lorsque ce dernier s'oppose à tout traitement, ou intervention ; mais le médecin fera prudemment en demandant alors la consultation d'un confrère.

Il n'y a qu'un inconvénient, c'est que le docteur risquera de ne jamais être payé, si le père, ou tuteur n'a pas donné son consentement.

Mais, en cas de désaccord entre le père et la mère, au sujet d'une intervention à pratiquer sur leur enfant, c'est l'avis du père qui doit prédominer, puisque ce dernier est investi de la puissance paternelle, en vertu de l'article 373 du Code civil.

Si l'enfant est orphelin, en cas de refus du tuteur, il faudra solliciter l'avis du conseil de famille, pour que ce dernier puisse obtenir de la justice que l'obstination du tuteur soit vaincue.

Une décision du comité consultatif de l'Assistance publique (Hay, p. 124) émet l'avis que le chirurgien doit respecter la liberté humaine, même en la personne de l'enfant, s'il reconnaît qu'il est capable de discernement et de volonté consciente et que, dans ce cas, les parents ne pourraient pas imposer leur volonté, soit pour l'intervention chirurgicale, soit pour la non-intervention ; que pour l'appréciation, en fait, de la question de discernement, le chirurgien agira sagement, dans les cas douteux, en prenant l'avis de ses collègues à l'hôpital ».

Aliénés.

Dans une étude sur l'intervention chirurgicale chez les aliénés, le Dr Briand estime (Briand et Chaudé : « Manuel de médecine légale », 1863) que le chirurgien peut opérer dès que sa conscience lui en fait un devoir. En effet, la famille n'intervenant en rien, dans la décision d'internement, qui est prise par l'autorité administrative, il n'y a pas lieu de tenir compte de son avis, puisque légalement le médecin n'a pas de relations avec elle. « Il ne doit s'inspirer, dans sa détermination, que de l'état mental, de l'aliéné et

de la gravité des lésions matérielles, qui motivent son intervention ».

Une tradition, en usage dans les asiles de la Seine, veut que le médecin s'adresse à la famille de l'aliéné, qui apprécie souverainement. Mais, comme le fait remarquer Balmary, dans sa thèse de doctorat en droit (Toulouse, 1909, p. 94) où commence et où finit la famille ? Quels sont les parents, qui ont qualité pour intervenir ? De qui tiennent-ils leur mandat ? Aussi d'après lui, les médecins font très bien de s'adresser à la famille, pour solliciter son avis ; mais ils ne doivent pas se considérer comme liés par l'opinion, plus ou moins consciente, plus ou moins ferme, unanime ou non, des parents. Ceux-ci ne nous paraissent pouvoir jouer, en cette hypothèse, que le rôle de conseils.

Ici encore, l'urgence dictera la conduite du médecin. Mais, lorsque le cas permettra la discussion et le temps de la réflexion, il sera prudent de prendre l'avis des parents. Ce ne serait que dans le cas où cet avis paraîtrait contraire aux véritables intérêts du malade et semblerait être dicté par un esprit de lucre, ou par un désir d'héritage, que le docteur pourra agir, selon les véritables intérêts du malade, mais après avoir, au préalable, provoqué une consultation avec un ou deux confrères.

Forme de l'autorisation.

Un jugement du tribunal de Liège, du 27 novembre 1889 (*Gaz. Trib.*, 2 janvier 1890) confirmé par la cour de Liège, le 30 juillet 1890 (D. 91.2.281) déclare que l'autorisation du malade ne se présume pas et que la preuve de cette autorisation est à la charge du médecin. Elle ne peut se déduire du fait par le malade qu'il appelle le médecin en consultation, ou qu'il entre dans un hôpital, car il ne peut être censé consentir par avance à toutes les opérations, dont il ne peut avoir aucune idée.

Une autorisation par écrit serait l'idéal ; mais combien est-il difficile, pour ne pas dire malséant, d'exiger de son malade, ou de son entourage, un engagement en bonne et due forme, préalablement à toute intervention chirurgicale.

D'autre part, la preuve par témoins est rendue presque impossible, à cause de l'obligation au secret professionnel.

Force sera donc d'invoquer les dispositions de l'article 1.384 du Code civil prévoyant que, lorsqu'il est impossible de se procurer un écrit, la preuve sera faite par tous moyens, et sera même tirée des circonstances de fait.

Ainsi, un jugement du tribunal civil de Marseille du 26 avril 1921 (*Gaz. Pal.* 21.2.162) estime que le médecin traitant ayant conseillé une consultation chez un chirurgien, ou à l'hôpital, en vue d'une opération, qui devait se faire sous anesthésie générale, les parents ont implicitement acquiescé à cette anesthésie, du moment où ils sont allés chez le chirurgien. Par conséquent l'absence d'autorisation écrite de la part du père ne saurait être retenue à l'égard du docteur.

Dans un autre procès (Tribunal civil d'Alger, 4 novembre 1893, puis cour d'Alger 17 mars 1894 ; D. 95.2.69), les parents soutenaient n'avoir donné leur autorisation que pour procéder à une incision superficielle et non pour une opération complète. Ces allégations ne furent pas retenues contre le médecin.

Sanctions.

Le fait d'opérer sans le consentement du malade peut donner lieu à une action civile en vue de dommages-intérêts ; mais il ne constitue pas un des faits de maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou inobservation des règlements visés par l'article 319 du Code pénal.

Par suite, il ne peut être l'objet d'aucune sanction pénale (Alger, 17 mars 1894, S. 95.2. 237.)

Le consentement du malade ne saurait justifier tous les actes, sans exceptions, du médecin. Celui-ci n'est autorisé qu'à accomplir ce qui est utile à la guérison, ce qui a un but curatif.

D'ailleurs, un consentement écrit, ou une renonciation à poursuites de la part du malade ne sauraient exonérer le docteur des conséquences de sa faute lourde, de sa négligence, ou de son impéritie, lorsque son acte tombe sous l'application de l'article 319 du Code pénal (coups et blessures involontaires). L'article 6 du Code civil interdit les dérogations, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs.

Un arrêt de la cour de Rouen, du 15 mars 1886 dispose que « nul ne peut s'affranchir des conséquences de sa faute personnelle ; nul ne peut stipuler qu'il ne répondra pas de ses fautes et de ses délits ». Dans le même sens, Cassation 31 décembre 1900, S. 1901.1.401.

C'est ainsi que fut condamné un médecin (Paris, 22 janvier 1913 ; *Gaz. Pal.*, 24 février 1913) qui, pour faire disparaître une imperfection physique du visage, employa d'une manière inconsidérée les rayons X, provoquant ainsi des brûlures à sa malade.

De même serait pénalement poursuivi un médecin, si, avec le consentement de son client, ou de sa cliente, il pratiquait, sans motifs véritables thérapeutiques, une castration des testicules, ou des ovaires.

Serait également considéré comme meurtre et tombant sous l'application de l'article 295 du Code pénal, le fait, pour un médecin, d'avoir, d'accord avec son malade, provoqué la mort de ce dernier, pour abréger ses souffrances.

Par arrêt du 16 novembre 1827, la Cour de

Cassation déclara que le meurtre n'est excusable que dans les cas prévus par les articles 321 et 322 du Code pénal (légitime défense) et qu'il importe peu que la mort ait été donnée, sur l'ordre de la victime, ou avec son consentement, attendu que cet ordre ou ce consentement ne constituent ni un fait d'excuse, aux termes des articles précités, ni une circonstance exclusive de la culpabilité de l'action, aux termes des articles 327 et 382 du Code pénal.

Abandon du malade, qui refuse de se laisser soigner.

Le docteur conseille une opération, ou un mode de traitement, qui est refusé par le malade ou par son entourage. Le praticien peut-il se retirer, refuser de revenir chez ce client récalcitrant, sans engager sa responsabilité professionnelle ?

Si le malade est en danger, le médecin devra continuer à donner les soins d'urgence, jusqu'à ce que la famille ou le malade ait eu le temps de faire venir un autre praticien, qui aura la confiance du client.

Mais, si le cas n'est pas urgent, le docteur a parfaitement le droit de se retirer et de ne plus revenir, du moment où son départ n'aura pas, pour effet, d'aggraver la situation actuelle du malade.

Si, d'une part, les devoirs d'humanité nous font une obligation de secourir notre semblable, en danger, nulle loi ne peut nous contraindre, en dehors de l'urgence, à travailler intellectuellement, surtout lorsque nous ne sommes pas d'accord avec le malade et que, par suite, tout mandat, ou contrat de louage de services, ou contrat innommé est, de ce fait, complètement rompu.

Conclusions.

Si la rigidité du droit veut qu'en toutes circonstances, sauf les cas d'extrême urgence, le médecin soit dans l'obligation d'obtenir une autorisation, pour opérer, ou soigner, il n'en est plus de même en fait.

Devons-nous adopter l'affirmation du professeur Forgues, s'écriant, au Congrès de chirurgie de 1898 : « Sommes-nous autorisés à nous passer parfois du consentement ? Jamais en droit ».

En sens contraire, signalons un article du Dr Baudet, chirurgien des hôpitaux de Paris, dans les *Annales* du 15 février 1925.

Ce savant chirurgien rappelle que le professeur J.-L. Faure a opéré deux ou trois fois le malade malgré lui et qui l'a ensuite remercié de sa violence.

Lui-même, le Dr Baudet narre une opération d'urgence, pour une grossesse extra-utérine rompue, alors que la malade se refusait à toute intervention et préférait mourir. Le mari était en voyage.

La malade fut transportée d'autorité dans une clinique : elle fut opérée et guérit. « Le succès justifia notre violence ; mais quelle aurait été l'attitude du mari, à son retour, s'il avait trouvé sa femme morte ! »

Donc, questions de cas particuliers, tact et patience de la part du médecin, pour que sa persuasion puisse opérer son effet.

Mais, dans ces cas difficiles, il est prudent de se réunir à deux ou trois, pour une consultation, pour excuser l'emploi de la violence morale, lorsqu'il s'agit d'une opération urgente qu'on ne peut différer.

Pour terminer, signalons l'utilité indispensable du médecin de la famille, lorsqu'il assiste à une opération chirurgicale sur un de ses clients. Comme homme de l'art, il représente les intérêts du malade et sa présence seule constitue un acquiescement à l'opération.

Au cours de celle-ci, survient-il une complication, ou découverte, obligeant le chirurgien à modifier sa technique opératoire, le médecin de famille parlera au nom du malade endormi et sera, de la sorte, la sauvegarde scientifique des intérêts du patient.

Dans les cas difficiles et délicats, il convient de ne pas être seul pour assumer une responsabilité : *væ soli* ! !

Dr Paul BOUDIN.

LA NOUVELLE LOI SUR LES LOYERS

Datée du 1er avril 1926, publiée au *Journal officiel* du 2 avril, cette loi porte le titre suivant : « réglant, à partir du 1er avril 1926, les rapports des bailleurs et des locataires de locaux d'habitation ». Ce titre n'est pas tout à fait exact, ni tout à fait complet, car, d'une part, la loi ne règle les rapports des bailleurs et des locataires que lorsque les baux et locations ou les prorogations accordées en application des lois antérieures, sont expirés et, d'autre part, en outre des locaux d'habitation, elle s'occupe des locaux professionnels sans caractère commercial ou industriel, ce qui est particulièrement intéressant pour les médecins, passés sous silence et, peut-on dire, oubliés par les lois antérieures, comme d'ailleurs tous les locataires exerçant des professions non commerciales. Même réflexion pour ce qui concerne les locaux affectés à l'exercice d'une fonction publique.

Quoi qu'il en soit, le domaine de la loi est le

suivant : Paris, le département de la Seine ; un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris ; les communes d'une population totale supérieure à 4.000 habitants ou distantes de moins de 5 kilomètres des villes de 10.000 habitants ; celles ou le dernier recensement (celui de mars 1926) accuse un accroissement de la population municipale d'au moins 5 pour 100 sur le précédent recensement.

Sont placés dans une situation moins bonne que celle qui leur était créée par les lois antérieures, les locataires qui habitent des communes placées en dehors du domaine de la loi, puisque la dernière loi accordait la prorogation dans toute la France. Ils pourront donc, du jour au lendemain, se trouver obligés de déménager, à moins qu'ils n'obtiennent des sursis et ce, parfois sans même que le propriétaire ait à leur donner congé, car les prorogations se terminent de plein droit et un congé est inutile pour les locataires qui sont sous le régime de la prorogation.

La loi est applicable depuis le 1er avril 1926 jusqu'au 1er avril 1931, sous réserve des exceptions qui seront énoncées ci-après. Elle bénéficie aux locataires, sous-locataires, cessionnaires de baux et occupants de bonne foi de locaux d'habitation en vertu d'une prorogation antérieure ou d'un délai de grâce même expiré, sauf en cas de décision judiciaire, devenue définitive, ayant ordonné l'expulsion pour l'une des causes de refus de prorogation admises par la loi nouvelle. Tous ces bénéficiaires ont droit, sans l'accomplissement d'aucune formalité, à des prorogations de jouissance qui prendront fin :

	A Paris et dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris.	Dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans les communes limitrophes	Dans les villes au-dessous de 100.000 habitants
	francs.	francs.	francs.
Au 1er juillet 1927, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	12.000	9.000	5.000
Au 1er juillet 1928, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	9.000	6.000	3.000
Au 1er juillet 1929, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	6.000	4.000	2.000
Au 1er juillet 1930, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	3.600	2.000	1.000
Au 1er avril 1931, pour toutes les prorogations non comprises dans les catégories ci-dessus	»	»	»

Pour les locaux à usage professionnel ou servant à l'exercice d'une fonction ou à usage mixte sans caractère commercial ni industriel, les prorogations de jouissance prendront fin :

	A Paris et dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris.	Dans les villes de plus de 100.000 habitants et dans les communes limitrophes.	Dans les villes au-dessous de 100.000 habitants
	francs	francs.	francs.
Au 1er juillet 1925, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	18.000	13.500	7.500
Au 1er juillet 1928, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	13.500	9.000	4.500
Au 1er juillet 1929, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	9.000	6.000	3.000
Au 1er juillet 1930, lorsque, au 1er août 1914, le loyer excédait	5.500	4.000	2.500
Au 1er avril 1931, pour toutes les prorogations non comprises dans les catégories ci-dessus.	»	»	»

Bien que la *loi ne le répète* pas pour *les locaux* professionnels, il est hors de doute que la prorogation s'applique à ceux-ci également sans formalités.

En cas d'abandon de domicile ou de décès du locataire ou de l'occupant, le bénéfice de la prorogation restera acquis aux personnes vivant habituellement avec lui : membres de sa famille ou à sa charge.

Le locataire qui n'exécuterait pas les obligations mises à sa charge par le contrat, par les usages locaux, ou par la loi, ou ne jouirait pas des locaux en bon père de famille, pourrait être déchu par les tribunaux de son droit à la prorogation.

L'article 4 indique, sous 8 paragraphes différents, ceux des locataires qui n'auront pas droit à la prorogation. Ce sont : certains étrangers ; les locataires, sous-locataires et cessionnaires de locaux de plaisance, pour lesdits locaux ; les locataires cessionnaires et sous-locataires ayant plusieurs habitations, sauf pour celle constituant leur principal établissement, à moins qu'ils ne justifient que leur fonction ou leur profession les y oblige (cas des médecins d'eaux, admis par la Cour de Cassation, et que nous avons antérieurement rapporté) ou que les locaux d'habitation loués par eux en sus de leur habitation personnelle sont occupés par leurs ascendants ou descendants ou ceux de leur conjoint ; les occupants pour lesquels le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de services ; les locataires, qui, contrairement aux clauses du bail, ont loué la majeure partie des locaux sans l'assentiment écrit du propriétaire ; les locataires qui ont à leur disposition, dans la même agglomération, un autre local répondant à tous leurs besoins et à ceux des membres de leur famille demeurant avec eux ; les locataires d'immeubles destinés par les collectivités à des travaux d'utilité publique et, enfin, les locataires qui, sans motif légitime, bien que depuis plus de deux ans en possession des locaux, n'ont pas occupé ceux-ci six mois au moins au cours de chacune des deux années antérieures à la promulgation de la loi, à moins que leur profession ou leur fonction ne justifie cette situation. Dans ce dernier cas, encore, les médecins d'eaux, dont la saison ne dure que cinq mois ou même moins, ne pourraient tomber sous le coup de cette disposition, car ils ont un motif légitime pour ne pas occuper plus longtemps chaque année leur local professionnel.

Le droit de reprise du propriétaire, en ce qui concerne les locaux d'habitation, a été étendu par la nouvelle loi. Il s'applique, sans qu'il ait à justifier d'un motif légitime (qu'exigeait la législation antérieure) à tout propriétaire, de nationalité française, qui ayant acquis un immeuble ou partie d'immeuble avant le 1er mars 1926, *veut l'occuper par lui-même ou faire occuper* par son conjoint, par ses ascendants ou descendants ou par ceux de son conjoint, cet immeuble ou une partie de cet immeuble *d'habitation.*

Le propriétaire français dont l'acquisition est postérieure au 1er mars 1926 pourra bénéficier du droit de reprise, mais à la condition de mettre préalablement à la disposition du locataire un local répondant aux mêmes besoins que celui dont il veut reprendre l'usage.

La loi précise que le droit de reprise ne peut porter que sur les locaux *servant exclusivement à l'habitation,* ce qui donne toute sécurité aux médecins exerçant dans les localités où la loi est applicable. Ce même droit de reprise ne peut être exercé qu'une seule fois au profit de chacun des bénéficiaires.

Si le locataire appartient à l'une des catégories suivantes : mutilés, réformés de guerre ou accidentés du travail ayant au moins, les uns et les autres, 25 p. 100 d'incapacité ; veuves de guerre non remariées ; ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou de marins morts pour la France ; bénéficiaires des lois des 31 mars et 24 juin 1919 (victimes militaires et civiles de la guerre) ; sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par suite d'un accident de guerre et n'ayant ni remployé, ni renoncé au remploi, ni cédé leurs dommages de guerre ; chefs de famille ayant au moins trois enfants habitant avec eux ou à leur charge, locataires âgés de 70 ans ou atteints d'une maladie ou infirmité grave dûment constatées, — le droit de reprise ne lui sera pas opposable, sauf si le propriétaire, son conjoint, ses enfants et les conjoints de ceux-ci, non séparés de corps, ou ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint, appartiennent eux-mêmes à une de ces catégories.

Ces exceptions ne sont pas opposables non plus aux fonctionnaires ou agents civils ou militaires de l'Etat, des départements et des communes, ou aux employés logés par l'administration dont ils dépendent, justifiant de leur admission à la retraite.

Le propriétaire ayant exercé son droit de reprise qui, dans un délai de trois mois à dater du départ du locataire, et pendant une durée minimum de trois ans, n'aura pas occupé ou fait occuper l'immeuble par le bénéficiaire pour lequel il l'avait réclamé, sera, pour l'avenir, déchu de tous droits de reprise, frappé d'une amende civile de 500 à 5.000 fr. et devra au locataire congédié une indemnité qui ne pourra être inférieure à une année de loyer, ni supérieure à 5 années, sans que le locataire ait à faire la preuve d'aucun préjudice. En cas de non occupation, le locataire pourra demander sa réintégration, mais l'indemnité ne lui sera pas due.

L'article 8 règle la situation des locataires de

locaux meublés, qui ont droit à la prorogation lorsqu'ils habitent d'une façon permanente ou pendant la durée des périodes où la profession le leur permet, alors qu'ils ne disposent pas, pour leur habitation, d'un autre local répondant à leurs besoins et à ceux de leur famille habitant avec eux.

Pour les locations en meublé dont le taux mensuel n'excède pas 750 fr., le prix du loyer ne pourra, en aucun cas, dépasser 120 p. 100 par rapport à la valeur locative de 1914. A ce pourcentage pourra être ajoutée par le juge la majoration subie depuis 1914 par les prestations et fournitures diverses à la charge de l'exploitant.

Pour les locations prorogées en vertu de la loi et pour les baux qui seront nouvellement consentis durant les périodes d'application de la loi, les prix des loyers seront fixés sur la base de la valeur locative de 1914.

Cette valeur locative est établie :

Pour les locaux, qui, à cette époque, étaient déjà loués, d'après le dernier terme devenu exigible avant le 1er août 1914, à moins que le propriétaire puisse établir que le prix du bail était inférieur à la valeur locative des locaux loués, auquel cas, il pourra invoquer la règle ci-après.

Pour les locaux non encore loués en 1914, par analogie avec les prix payés pour les logements similaires.

La valeur locative de 1914 sera, pendant la durée de la prorogation et jusqu'au 1er avril 1929, majorée de 100 p. 100, sans que cependant elle puisse être inférieure aux décisions des Commissions paritaires qui auraient fixé un pourcentage supérieur dans les conditions prévues à l'article 5 de la loi du 29 décembre 1923.

Toutefois, si tout ou partie des locaux est affecté à l'exercice d'une profession ou d'une fonction, le propriétaire sera en droit d'exiger une majoration de 125 p. 100. C'est le cas pour les médecins et la majoration de 125 p. 100 s'applique à l'ensemble de leur loyer, et non pas seulement à la partie professionnelle.

En sus de ces pourcentages, les impôts mis par la loi à la charge du locataire, les majorations d'impôt qui pourront grever l'immeuble loué au cours de la prorogation, impôt cédulaire foncier non compris, et les prestations en nature autres que celles qui existaient déjà en 1914 et qui étaient comprises, en ce moment, dans le prix du bail, pourront être réclamés par le propriétaire dans la mesure où il justifiera de leur montant, lequel sera réparti entre tous les occupants de l'immeuble, propriétaire compris, s'il y habite, au prorata de leur loyer.

En ce qui concerne les impôts et prestations qui, en 1914, étaient compris dans le prix du bail, le propriétaire pourra réclamer la majoration qu'ils ont subie depuis cette époque. Il devra, bien entendu, en justifier également.

Pour le remboursement des impôts et locations en nature, il pourra être établi, *d'accord entre les parties*, un forfait qui ne pourra dépasser 15 p. 100 du loyer majoré.

Dans le cas d'acceptation de ce forfait par les parties, les loyers d'habitation atteindront donc 230 p. 100 et les loyers en totalité ou en partie professionnels, 258,75 p. 100 des loyers de 1914.

Les taux des maxima de majoration qui pourront être appliqués postérieurement au 1er avril 1929 seront fixés par une loi ultérieure.

L'article 12 vise les locaux insalubres, dont le loyer actuel ne pourra être l'objet d'aucune augmentation.

Qu'il s'agisse de locaux d'habitation ou de locaux professionnels, toute exigence du bailleur, de ses agents ou préposés, ou toute convention tendant à imposer au preneur, sous une forme indirecte, telle que remise d'argent, de valeurs, ou de cautionnement ou reprise de mobilier, un prix de location dépassant le prix licite tel qu'il est fixé par la loi, sera frappée de nullité absolue et les peines de l'article 419 du Code pénal seront applicables aux personnes les ayant frauduleusement exigées, sans préjudice de tous dommages-intérêts.

Le bailleur convaincu d'avoir majoré de plus de 10 p. 100 le prix du bail tel qu'il devrait être établi par application des dispositions susvisées, pourra être condamné à une amende civile au moins égale au triple de la majoration, sans qu'elle puisse dépasser le décuple.

Les locataires seront admis, dans les six mois de leur entrée en jouissance, à demander le remboursement des majorations illicites et la réduction du loyer au prix licite.

Le même droit appartiendra aux locataires pour les baux antérieurs à la promulgation de la loi, à charge de former leur demande dans les six mois de ladite promulgation.

En cas de récidive, les peines prévues à l'article 419 du Code pénal seront applicables.

En cas de contestations relatives à l'application de la loi, la partie la plus diligente saisira, par lettre recommandée ou déclaration faite au greffe, le juge de paix, quand le prix du loyer annuel en cours ne dépassera pas 1.500 fr., charges non comprises, ou, s'il s'agit d'une location en meublé, quand le prix du loyer mensuel en cours ne dépassera pas 300 fr. et, dans les autres cas, le président du tribunal civil.

Les parties, convoquées par lettre recommandée du greffier, pourront se faire représenter ou assister par un avocat régulièrement inscrit ou un avoué du ressort et, en outre, devant le juge de paix, par tous les mandataires de leur choix. Faute de comparution ou de conciliation, l'affaire sera portée par le juge de paix à son audience,

ou par le juge conciliateur devant le tribunal qui statuera en chambre du Conseil, sur son rapport et sans autre procédure.

Les parties pourront se présenter en personne ou se faire représenter de la manière et en la forme sus-indiquées.

Les décisions ne sont pas susceptibles d'appel, mais le recours en cassation est ouvert devant la Commission supérieure, par déclaration faite au greffe dans les quinze jours de la notification de la décision et signifiée à la partie adverse dans la quinzaine, par exploit d'huissier.

Aucun local affecté à l'habitation ne pourra, même par reconstruction, être transformé en établissement de spectacle public ou de danses, ou en local commercial ou industriel jusqu'au 1er janvier 1931, sauf dans certains cas exceptionnels.

Aucune prorogation ne pourra être opposée au propriétaire qui veut démolir un immeuble pour construire ou aménager, sur le même emplacement, un autre immeuble contenant au moins le même nombre de logements que l'immeuble démoli, à la condition qu'un préavis de six mois ait été donné aux locataires, qu'une indemnité préalable égale à un an du montant du loyer leur ait été versée et que les travaux de reconstruction soient commencés dans les six mois.

En cas de démolition, transformation ou surélévation, le locataire à la disposition duquel le propriétaire mettra un local similaire, dans la même commune, aux mêmes conditions de prix, ne pourra invoquer à son encontre le bénéfice de la prorogation.

Il en sera de même à l'égard du propriétaire qui veut reprendre, pour les utiliser dans le but de construire des bâtiments à destination principale d'habitation, tout ou partie de cours, jardins ou terrains, précédemment loués nus comme accessoires d'un local d'habitation.

Tous loyers payés d'avance, sous quelque forme que ce soit et même à titre de garantie, porteront à l'avenir intérêt au taux pratiqué par la Banque de France pour les avances sur titres, pour les sommes excédant celle qui correspond au prix du loyer de plus d'un terme. Défalcation sera faite de cet intérêt sur les quittances des loyers des 2e et 4e trimestres en cas de règlement trimestriel, et des 6e et 12e mois si le paiement se fait par mensualité.

L'article 23 modifie l'article 1er de la loi du 20 juillet 1924 concernant l'interdiction de la transformation en meublés, pensions de famille ou hôtels des locaux d'habitation loués nus.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux stations climatiques, hydrominérales ou balnéaires d'une population inférieure à 20.000 habitants.

L'article 25 rend obligatoire l'affichage, au moyen d'écriteaux extérieurs facilement lisibles, des logements vacants dans les immeubles, avec indication des prix et du nombre de pièces.

De même les propriétaires gérants ou exploitants des hôtels, pensions de famille et locaux meublés seront tenus d'apposer sur la façade de l'immeuble des écriteaux indiquant qu'il existe dans l'immeuble soit un hôtel, soit des appartements meublés.

Tous les logements vacants devront également, dans la huitaine qui suivra la vacance, être déclarés avec indication du prix et du nombre de pièces par le propriétaire à la mairie ou aux offices municipaux de logements dans les villes où ils existent.

Toute offre directe ou indirecte, toute publicité sont interdites pour les locaux vacants non affichés conformément aux dispositions relatées ci-dessus, sous peine d'une amende de 1.000 à 5.000 fr.

Aucune des dispositions qui restreignent le droit de propriété, résultant de la loi analysée ou des lois antérieures, n'est applicable aux immeubles construits postérieurement à 1914.

En ce qui concerne les immeubles achevés après cette date et affectés à l'habitation avant le 24 octobre 1919, la prorogation pendant la période prévue par la loi nouvelle pourra être accordée par le juge, qui fixera le prix du loyer en cas de désaccord entre les parties.

Les congés donnés antérieurement à la promulgation de la loi aux locataires ne pouvant bénéficier de la prorogation qu'elle institue ne produiront effet que trois mois après la promulgation de la loi.

Les dispositions de la loi sont d'ordre public. Par suite, toute clause ou convention contraires, même antérieures à sa promulgation, seront réputées nulles de plein droit.

L'article 29 dispose que cesseront d'être en vigueur les titres II et III de la loi du 31 mars 1922, les lois des 5 juillet 1923, 29 décembre 1923, 2 août 1924 et 25 avril 1925.

Mais il n'est pas dérogé aux droits résultant des dispositions de la loi du 9 mars 1918, complétées par le Titre Ier de la loi du 31 mars 1922, en ce qu'elles n'ont pas de contraire aux dispositions de la loi nouvelle. Par suite, les locataires d'avant guerre qui sont encore en cours de prorogation, par application de la loi du 9 mars 1918, (prorogation de la durée des hostilités pour les locaux professionnels) et *a fortiori* ceux qui sont en cours de bail et dont la prorogation n'est pas même encore commencée, n'ont pas, contrairement à ce que certains propriétaires prétendent, à subir la majoration de la loi nouvelle, mais seulement les majorations prévues par l'article 1er de la loi du 31 mars 1922.

Si leur prorogation cesse son effet avant le 1er avril 1931, la nouvelle loi s'appliquera de plein droit à tous ceux qui en seront les bénéfi-

ciaires, dans ses propres termes et conditions.

L'exemption temporaire de l'impôt foncier dont bénéficient les constructions nouvelles, les reconstructions et les additions de construction, est fixée à 15 ans à compter de l'année qui suivra celle de leur achèvement, pour celles non terminées à la date du 31 mars 1922, ou commencées depuis cette date, ainsi que pour celles qui seront entreprises postérieurement à la promulgation de la loi, pourvu qu'elles soient achevées avant le 1er janvier 1930.

A titre transitoire, les constructions terminées après le 1er mars 1922 et qui n'auraient pas été l'objet de déclarations dans le délai fixé par les lois du 8 août 1890 et du 5 décembre 1922, pourront revendiquer les mêmes droits, sur déclaration faite à la mairie dans les six mois qui suivront la promulgation de la loi. Toutefois, l'immunité fiscale ne sera acquise que pour la fraction de la période de 15 ans restant à courir à dater du 1er janvier 1927.

L'exemption est étendue, en ce qui concerne les mêmes immeubles, aux taxes spéciales perçues au profit des départements et des communes.

Sont exclus du bénéfice des dispositions ci-dessus : les immeubles ou portions d'immeubles affectés à un autre usage que l'habitation, les immeubles ou portions d'immeubles construits par les sinistrés de la guerre ou leurs ayants droit et ayant donné lieu à l'attribution de l'indemnité prévue par le 1er alinéa de l'article 4 de la loi du 17 avril 1919 ; les habitations d'agrément, de plaisance ou servant à la villégiature ; les immeubles ou portions d'immeubles reconnus insalubres ou qui auront été construits en violation des lois et règlements sur la protection de la santé publique, sur les servitudes *non ædificandi*, sur la voirie, l'aménagement et l'extension des villes.

La loi est applicable aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, dans les conditions du décret du 2 septembre 1922, et à l'Algérie.

La loi que nous venons d'analyser donnera sans doute lieu à beaucoup de contestations, car il est un certain nombre de ses dispositions dont l'interprétation est assez délicate.

En ce qui concerne les médecins, elle a pour avantage certain de leur donner, comme à tous ceux qui exercent des professions libérales, un statut particulier pour les locaux qu'ils occupent, qu'ils soient exclusivement professionnels ou en partie professionnels et en partie d'habitation.

Ils bénéficient d'un régime intermédiaire entre celui des locaux d'habitation et celui qui sera applicable aux locaux industriels et commerciaux, lorsqu'aura été votée la loi dite « sur la propriété industrielle et commerciale ». Il est à noter d'ailleurs, que, en attendant que cette loi soit votée, ce qui ne semble pas devoir beaucoup tarder maintenant, une loi spéciale, celle du 31 mars 1926, a accordé de plein droit aux commerçants et industriels une prorogation de trois mois jusqu'au 1er juillet 1926, sans qu'ils aient à remplir aucune formalité et aux mêmes conditions de prix.

Il résulte nettement des dispositions prises par la loi du 1er avril 1926 en faveur des locaux professionnels, qui ne sont ni commerciaux, ni industriels, que la législation sur la propriété commerciale ne leur sera pas applicable. C'est ce que, depuis quelque temps déjà, on pouvait pronostiquer presque à coup sûr.

Les médecins propriétaires d'établissements qui ont le caractère commercial et qui n'entendent pas contester ce caractère, peuvent bénéficier de la prorogation de trois mois de la loi du 31 mars 1926. Mais ils devront bien réfléchir, avant de reconnaître ce caractère à leur établissement, aux conséquences qui peuvent en résulter pour eux et il serait imprudent de leur part de se lier les mains.

J. Dumesny.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Repetita placent.

Mon article récent sur l'imprévoyance m'a valu beaucoup de lettres.

Parmi mes correspondants, les uns ont envoyé leur adhésion, me remerciant de les avoir avertis; quelques autres m'ont écrit avec une certaine angoisse : Est-il encore temps ? Pouvez-vous me prendre ? Comment vous remercier d'avoir secoué à temps mon indifférence ? D'autres plus âgés, navrés d'avoir trop attendu, gémissent sur leur sort et me demandent par quelle impossible faveur on pourrait faire jouer une rétroactivité qui se trouve, hélas ! en opposition formelle avec nos statuts.

Tous par contre sont unanimes à reconnaître que mon devoir est de continuer et de réveiller avec une insistance inlassable la torpeur des

endormis. « Vous vous répéterez ? — Qu'importe ? Mais ressassez en permanence et à jet continu ce que vous êtes et ce que vous faites — on ne le saura jamais assez, on l'oublie trop vite — sachez bien que publicité égale répétition. Il faudrait que pas un numéro du *Concours* ne passât sans parler de vos œuvres de prévoyance : le « Sou Médical » et la Mutualité familiale. »

Ce serait beaucoup demander au *Concours*, et puis, à voir toujours revenir la même rubrique, y ferait-on attention ? Cependant, je ferai pour le mieux.

***

Puisqu'il s'agit de prévoyance professionnelle, je passerai en revue les divers modes de cette prévoyance.

Nous avons d'abord notre vieille Association générale dont l'organisme vieillot limite l'action et qui ne peut guère que secourir les plus nécessiteux. Après avoir longtemps refusé de le faire, elle cherche maintenant à entrer dans le véritable domaine de la prévoyance — peut-être eût-elle mieux fait de s'y prendre autrement, mais enfin elle cherche à s'occuper des veuves, des malades chroniques et de compléter ce que nous faisons à la Mutualité Familiale — ce n'est pas moi qui la blâmerai de nous aider à faire le maximum possible de bien.

Il y a encore des œuvres mutuelles et confraternelles dont le but essentiel est d'assurer aux veuves un capital immédiat d'une façon différente de ce que font les compagnies d'assurances. Je ne veux pas ici insister sur les aléas qui planent sur certaines de ces combinaisons : leur but n'est pas le nôtre ; il n'en est pas moins fort utile. Je n'en dirai qu'un mot : assurer un capital à nos veuves est une belle et bonne chose ; mais (et je parle par expérience) l'emploi que nos veuves font de leur capital n'est pas toujours très judicieux ; plus d'une le perd vite en placements désastreux, en spéculations malheureuses et vient ensuite crier misère à l'A.G. ou au *Concours*. Et je dis alors à nos camarades qui dirigent ces œuvres et qui ont comme nous au cœur l'apostolat de la prévoyance : « Attirez à vous le plus grand nombre possible d'adhérents ; mais en les assurant d'un capital pour leurs veuves, envoyez-nous les pour que nous assurions, nous, à ces mêmes veuves, une pension viagère qui contre-assurera, qui double-assurera, si je puis dire, leur capital et leur avenir. » En un mot, je dirais volontiers :

Un capital, c'est bien ; une rente c'est mieux.
Un capital doublé d'une rente, voilà le rêve.

Et puis, il y a le risque maladie-accidents à courir. Certaines sociétés locales l'ont tenté depuis longtemps ; mais il faut être Lyon et Paris pour avoir les reins assez solides et tenir le coup. La société Gallet-Lagoguey fut sur ce terrain notre initiatrice ; mais elle dut se limiter à la région parisienne. Il fallait pourtant songer à la province, à la France entière. C'est ce que firent les hommes du *Concours* en 1894 en fondant notre vieille Amicale et en ce faisant ils ont bien mérité du corps médical.

Je ne reviendrai pas aujourd'hui sur l'histoire de notre société ; aussi bien, on la trouvera facilement dans les collections du *Concours* et c'est un sujet que je devrai à nouveau traiter à fond dans un temps prochain, comme préface à mon travail sur la morbidité médicale.

Je veux dire simplement — redire serait plus exact — ce que c'est que notre Mutualité Familiale du Corps médical français, comment elle fonctionne, et les avantages qu'elle offre.

Organisation de la Mutualité Familiale.

La Mutualité Familiale du Corps médical français, fondée en 1894 sous le nom d'Association amicale des médecins français, a eu pour but essentiel d'accorder une indemnité journalière ou mensuelle au médecin qu'une maladie ou un accident mettait *dans l'impossibilité complète* d'exercer sa profession. Elle n'indemnise pas la maladie, elle indemnise le chômage causé par la maladie ou l'accident.

Les événements ont démontré à ses dirigeants qu'à un certain âge, vieillesse et maladie se confondent souvent. Or, une caisse indemnité-maladie ne peut couvrir que la maladie, il était donc indispensable de fixer un âge où la participation à cette caisse devait obligatoirement cesser. Mais pour ne pas abandonner ses sociétaires au moment où ils ont souvent le plus grand besoin de son appui, la Mutualité Familiale organisa accessoirement un double service de retraites, dont les arrérages commencent à être servis à l'âge où le service d'indemnité-maladie cesse de fonctionner. Enfin, sur la demande de certains adhérents, elle a étendu ce service de pension aux femmes et aux enfants des membres de la Société.

A ces différents services, elle fut amenée à annexer une caisse de pension aux veuves. C'est à cette caisse que je faisais allusion plus haut en disant qu'elle est faite pour compléter à merveille tout système de capital au décès.

Ainsi constituée dans son essence, la Mutualité Familiale est une association de médecins français, liés par le principe mutualiste, adhérant par leurs cotisations aux combinaisons et aux cumuls de combinaisons qui leur plaisent le mieux. Tous les ans, ils se réunissent en Assemblée générale, entendent les rapports de gestion, nomment des contrôleurs, choisissent les membres du Conseil d'administration toujours parmi les seuls adhérents à la Société. Ils ont comme conseil technique un actuaire choisi parmi les plus éminents, qui surveille la gestion et fait un

inventaire général tous les 5 ans, inventaire qui a toujours comme conclusion pratique une amélioration des services et une adaptation stricte de la Société à sa situation au jour dudit inventaire.

Par ce système, la Mutualité Familiale, administrée par ses propres membres, surveillée par un agent technique d'une compétence spéciale, marche donc en toute sécurité. Et cela lui a permis de doubler vaillamment le cap de la guerre malgré les nombreux adhérents qu'elle a dû laisser en route.

Elle a ainsi accumulé un fonds de réserve de près de trois millions et les 32 années de fonctionnement qu'elle compte aujourd'hui sont le meilleur garant de son avenir.

L'indemnité maladie.

C'est là le rôle essentiel de la Mutualité Familiale : elle donne à tout membre malade plus de 4 jours et à partir du 5e jour de sa maladie une indemnité journalière de 10 fr. ou de 20 fr. par jour selon la combinaison choisie — et cela pendant 60 jours. Au-delà de ce temps, elle assure une indemnité mensuelle de 100 fr. ou de 200 fr. par mois correspondant à la combinaison choisie jusqu'à reprise du travail et jusqu'à 65 ans accomplis si la maladie reste chronique. A 65 ans, malade ou non, on sort des combinaisons maladie.

Il y a donc 2 combinaisons : MA à 10 fr. par jour, MAD à 20 fr. par jour.

Mais on peut cumuler ces deux combinaisons, prendre MA + MAD et cela donne une combinaison nouvelle qui assure 30 fr. par jour et 300 fr. par mois à partir du 61e jour d'indemnités.

Pour avoir droit à ces indemnités, la condition essentielle est de ne plus pouvoir aller voir ses malades à domicile, et pour le spécialiste, de ne plus pouvoir soigner ses malades dans son cabinet.

Voici un aperçu des primes :

A 30 ans :
MA : 75 fr. ; MAD : 163 fr. ; MA + MAD : 246 fr.
A 40 ans :
MA : 96 fr. ; MAD : 208 fr. ; MA + MAD : 313 fr.

Plus le risque augmente, plus la prime est élevée : l'indemnité de 20 fr. coûte un peu plus que le double de l'indemnité de 10 fr. ; celle de 30 fr. un peu plus que la somme des deux autres.

L'inventaire de 1926 nous dira si nous pouvons permettre de porter la somme des indemnités à 40 fr. ou à 50 fr. et à quelles conditions.

Les retraites.

La retraite type est celle de 65 ans dont l'arrérage commence à être servi à partir du jour où cesse l'effet des combinaisons maladies. C'est la combinaison R.

La part type est de 120 fr., on peut prendre actuellement jusqu'à 20 parts, soit 2.400 fr. de retraite à 65 ans. Les primes sont :

A 30 ans, par part de 120 fr. de rente :
8 fr. 70 simple, 10 fr. 80 contre-assurée.
A 40 ans :
17 fr. 20 simple, 21 fr. 40 contre-assurée.

Certains adhérents ayant désiré avoir une retraite plus tôt, on a ouvert une combinaison P qui assure dans les mêmes conditions que R, la retraite à 60 ans.

A 30 ans, les primes sont par part de 120 fr. :
15 fr. 40 simple, 18 fr. 10 contre-assurées.
A 40 ans :
32 fr. simple, 37 fr. 20 contre-assurées.

Comme on peut cumuler, un médecin de 30 ans peut s'assurer 4.800 fr. de rente à 65 ans, en prenant 20 parts P et 20 parts R.

Or, ces combinaisons sont ouvertes aux femmes des adhérents et même à leurs enfants, de sorte qu'un vieux ménage de médecins peut avoir à 65 ans 9.600 fr. de rente.

Les pensions aux veuves.

Cette caisse jusqu'à présent n'a réuni qu'un nombre de membres assez restreint.

Elle ne peut encore donner qu'une pension viagère de 600 fr.

Elle a actuellement six veuves à sa charge.

Si l'on arrivait à 100 membres, on pourrait doubler la pension.

La prime varie selon l'âge des époux :
Mari 30 ans, femme 25 ans : 176 francs.
Mari 40 ans, femme 35 ans, 233 francs.

Je voudrais voir cette caisse progresser. Je voudrais y voir entrer la plus grosse partie de ceux qui se sont groupés à 1000 pour assurer 10.000 fr. à leurs veuves. Ils nous permettraient d'ajouter à ces 10.000 fr. peut être 2.400 fr., 3000 fr. de rente viagère ; et rien ne vaudrait alors l'union intime des 2 systèmes. Car, je le répète, dans les mains d'une veuve peu experte en affaires, un capital risque fort de s'évaporer vite ; une pension viagère assure au moins la perpétuité d'un secours en toute tranquillité, et permet même de mobiliser ledit capital plutôt que de n'en utiliser que le maigre revenu.

Puisqu'il s'est bien trouvé plus de 1.000 médecins pour former un groupe assurant un capital au décès, pourquoi tous ceux de ces 1000 confrères dont la santé et l'âge permettent l'adhésion, ne viendraient-ils pas à nous pour protéger et couvrir par une rente viagère le capital qui est par ailleurs assuré à leurs veuves ?

Telle est l'idée que je soumets à ceux de ces 1000 qui me liront ; j'en connais plus d'un.

J'ajoute pour terminer que la lourde gestion de la Mutualité Familiale coûte une certaine somme annuelle. Les frais sont couverts par une surprime de 10 % prélevée sur le total des primes

payées annuellement. Ils ne grèvent donc pas les diverses combinaisons.

Telle est, en quelques lignes, notre Mutualité Familiale. Elle répond, on le voit, à toutes les formes principales de prévoyance ; elle vient même en aide aux autres formes dont elle n'a pas cru devoir se charger, ne voulant concurrencer personne et tenant à laisser à chaque initiative toute l'ampleur voulue.

La Mutualité Familiale s'est spécialisée dans l'indemnité maladie et la retraite.

Ces deux branches suffisent à son activité : elle répondent aux besoins essentiels de la prévoyance professionnelle.

Elle n'attend que le nombre, le grand nombre d'adhésions pour augmenter la valeur de ses services.

Le secrétaire général,

Dr H. Mignon.

Le Vésinet (S.-et-O.).

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

7.185 Manouvrier, Nantes (Loire-Inférieure). Parrains : Drs Brillouet et Patron.
7.216 Ceccaldi, Berrouaghia (Alger), Syndicat des médecins de colonisation d'Algérie.
7.217 Arnoux, Baccarat (Meurthe-et-Moselle), Syndicat de Meurthe-et-Moselle.
7.218 Boussin, Longué (Maine-et-Loire), Syndicat de l'arrondissement de Baugé.
7.219 Mlle Marchand, Viroflay (Seine-et-Oise). Parrains : Drs Privat et Pierrhugues.
7.220 Drouart, Braine (Aisne). Parrains : Drs Cache et Leclère.
7.221 Bonnefoy, Sallanches (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
7.222 Boye, Charmes (Vosges). Parrains : Drs Duvernoy et Hamant.
7.223 Ménard, Berck-Plage (Pas-de-Calais). Parrains : Drs Decourt et Pacin.
7.224 Desplans, Vaison (Vaucluse), Société de Prévoyance des médecins de Vaucluse.
7.225 Le Paumier, Briare (Loiret), Syndicat de l'arrondissement de Gien.
7.226 Luscan, Murviel-les-Béziers (Hérault), Syndicat de Béziers-Saint-Pons.
7.227 Lévy-Lebhar, 9, rue Huysmans, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.228 Manesse, Maretz (Nord), Syndicat de Cambrai.
7.229 Mlle Blanchier, 9, rue de la Trémoille, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.230 Séguin, 109, boulevard National, Marseille, Comité médical des Bouches-du-Rhône.
7.231 Champalbert, Bois-Colombes (Seine), Association de la Banlieue Ouest.
7.232 Dezos, Agen (Lot-et-Garonne), Syndicat de Lot-etGaronne.
7.233 Judet, 1, rue de Villersexel, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.234 Roland, Besançon (Doubs), Syndicat du Doubs.
7.235 Guy, Saint-Rambert-d'Albon (Drôme), Syndicat du Nord de la Drôme.
7.236 Passet, Pamiers (Ariège), Syndicat de l'Ariège.
7.237 Clair, Lamarche (Vosges), Syndicat de Neufchâteau.
7.238 Legourd, Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), ancien membre du « Sou médical ».
7.239 Goldite, Commercy (Meuse), Syndicat de la Meuse.
7.240 Girard, Veules-les-Roses (Seine-Inférieure), Ass. des médecins de la Seine-Inférieure.
7.241 Jacquard, Nods (Doubs), Syndicat du Doubs.
7.242 Viet-Villeneuve, Brest (Finistère), Syndica de l'arrondissement de Brest.
7.243 Jarre, Saint-Genix-sur-Guiers (Savoie), Ass. de la Savoie.
7.244 Regnard, 115, boulevard Voltaire, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.245 Stahl, La Tronche (Isère), Syndicat de Grenoble.
7.246 Ponsard, Lhuis (Ain), Syndicat du Bugey.
7.247 De Souza Gularte, Caen (Calvados), Ass. du Calvados.
7.248 Marchal, Wesseling (Haut-Rhin), Syndicat de Mulhouse.
7.249 Challiol, Viry-Châtillon (Seine-et-Oise), Syndicat de l'arrondissement de Corbeil.
7.250 Ely, Poitiers (Vienne), Syndicat de la Vienne.
7.251 Soulié, Cette (Hérault), Syndicat de Cette.
7.252 Paire, Oran (Algérie), Syndicat d'Oran.
7.253 Jolly, Vouziers (Ardennes), Syndicat des Ardennes).
7.254 Bidel, 16, boulevard de Reuilly, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.255 Patry, Annecy (Haute-Savoie). Parrains : Drs Roux et Clément.
7.256 Goepfert, 58, faubourg Saint-Jean, Nancy, Syndicat de Meurthe -et-Moselle.
7.257 Derieux, Saint-Laurent-de-Chamousset (Rhône) Syndicat du Rhône.
7.258 Hurez, Douai (Nord), Syndicat de Douai.
7.259 Granel, Nîmes (Gard), Société des médecins de Nîmes.
7.260 Seigneurin, 52, rue Saint-Ferréol, Marseille, Syndicat des O. R. L.
7.261 De Sallier-Dupin (Yves), Nort-sur-Erdre (Loire-Inférieure), Syndicat de la Région Nortaise.
7.262 Viel, 29, rue J.-Jaurès, Nantes. Parrains : Drs Brillouet et Billaud.
7.263 Riffeault, Montpazier (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
7.264 Vaslin, Luçay-le-Mâle (Indre), Syndicat de l'Indre.
7.265 Delanghe, 4, rue des Chats-Bossus, Lille. Parrains : Drs Dhalluin et Picquet.
7.266 Raffin, Sauveterre-de-Guyenne (Gironde), Ass. de la Gironde.
7.267 Lognos, Saint-Jean-de-Bruel (Aveyron), Syndicat de l'arrondissement de Millau.
7.268 Laissus, Brides-les-Bains (Savoie), Syndicat de la Savoie.
7.269 Rauber, Vaucouleurs (Meuse), Ass. générale des médecins de France.

7.270 Pinatel, Peyrehorade (Basse-Pyrénées), Syndicat des Landes.
7.271 Hervé, Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), Syndicat de Nogent-le-Rotrou.
7.272 Goubert, Alais (Gard), Syndicat d'Alais.
7.273 Brenans, Beaumont-sur-Oise (Seine-et-Oise), Syndicat de Pontoise.
7.274 Oulie, Constantine (Algérie), Ass. de Constantine.
7.275 Bausset, Sainte-Maxime-sur-Mer (Var), Syndicat du Var.
7.276 Hugenschmidt, 23, boulevard Malesherbes, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.277 Matignon, Segré (Maine-et-Loire), Syndicat de Segré.
7.278 Morel, Mende (Lozère), Syndicat de la Lozère.
7.279 De la Laurencie, Monflanquin (Lot-et-Garonne, Syndicat du Lot-et-Garonne.
7.280 Courcieras, 133, boulevard de Grenelle, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.
7.281 Lagaye, Niort (Deux-Sèvres), Syndicat des Stomatologistes.
7.282 Rime, 344, rue de Vaugirard, Paris. Parrains : Drs Gaymard et Vasselin.
7.283 Guyonnet, Saint-Maixent (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres.
7.284 Michaud, Chambéry (Savoie), Parrains : Drs Kent Gazet et Sibileau.
7.285 Lecoconnier, Muides (Loir-et-Cher), Syndicat du Loir-et-Cher.
7.287 Abadie, Oran (Algérie), Syndicat d'Oran.
7.289 Camino, Cambo (Basses-Pyrénées), Syndicat des Basses-Pyrénées.
7.290 Michelin, Dra-el-Mizan (Alger), Syndicat des médecins de colonisation d'Algérie.
7.291 Estachy, 10, rue d'Edimbourg, Paris, Syndicat médical de Paris.
7.292 Luligneaux, Roubaix (Nord), Syndicat de Roubaix-Tourcoing.
7.293 Tissot, Rabat (Maroc), Ass. de Rabat-Salé.
7.294 Mazet, Sauxillange (Puy-de-Dôme), Syndicat de Clermont-Issoire.
7.275 Cordier, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7.296 Decressac, Mouthiers (Charente), Syndicat de la Charente.
7.297 Barreau, Colombiers (Haute-Garonne), Syndicat de la Plaine de Toulouse.
7.299 Bouchard, Cherbourg (Manche). Parrains : Drs Frère et Laisney.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr L. (Corrèze) a gagné le procès en responsabilité que lui a intenté un client, qui lui reprochait la mauvaise réduction d'une fracture. Le client est condamné à payer les honoraires de son médecin.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) a gagné le procès en responsabilité qui lui a été intenté par une cliente qui a été amputée d'un bras à la suite d'une brûlure par rayons X.

Son avocat demande mille francs d'honoraires. Bien que la participation du « Sou » n'ait été fixée qu'à 300 francs au début de l'affaire, le Conseil alloue au Dr R. une somme de 750 fr., en considération du résultat favorable obtenu.

Le Dr G. (Vosges) a été condamné à payer douze mille francs de dommages-intérêts à un client qui prétend qu'il avait laissé un morceau de drain dans sa plaie.

L'appui pécuniaire lui est continué pour interjeter appel de cette décision, qui semble mal fondée.

Le Conseil ordonnance le remboursement au Dr B. (Ariège), de la somme de 1.272 fr. 65, comprenant 472 fr. 65 de frais judiciaires et 800 fr. d'honoraires d'avocats, en première instance et en appel.

Le Dr P. (Loir-et-Cher), ayant soigné un enfant en nourrice, qui s'est fracturé le coude, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires, les parents prétendant que la fracture a été mal réduite.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires et, éventuellement, pour défendre à une demande de dommages-intérêts.

Le Dr H. (Seine) est assigné en référé, pour voir ordonner une expertise, par un client qui prétend mettre en cause sa responsabilité professionnelle.

L'appui pécuniaire et la garantie de la Caisse spéciale lui sont accordés dans cette affaire.

Honoraires de droit commun.

Le Dr G. (Aude), réclamant le paiement de ses honoraires à un client dont il a opéré l'enfant, le client nie qu'il ait donné à son enfant des soins quelconques, bien qu'il y ait de nombreux témoins des faits.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour poursuivre ce client de mauvaise foi et fixe à 300 fr. le maximum de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr B. (Oise) se voit refuser par un client le paiement de ses honoraires de présence à une opération, sous prétexte qu'il n'a pas pris part à cette opération, en qualité d'aide.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr T. (Doubs), ayant soigné l'enfant d'une femme qui vit en concubinage avec un commerçant, alors qu'il les croyait mariés, se voit refuser par le concubin le paiement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr R. (Alpes-Maritimes) a soigné un client dont le gendre s'est engagé par écrit à lui payer ses honoraires. Beau-père et gendre refusant de payer, l'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre l'un et l'autre devant le Tribunal civil. La participation du « Sou » dans les hono-

raires de l'avocat est fixée à un maximum de 200 francs.

Le Dr D. (Oise) a été payé amiablement du solde d'honoraires dus par un patron, dont il avait accouché la domestique.

Les frais et honoraires à payer dans cette affaire, qui s'élèvent à 30 fr. 20, sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr C. (Oise) a accepté transactionnellement les offres que lui a faites le client qui contestait ses honoraires de réduction d'une luxation.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires dus dans cette affaire, qui sont de 20 francs.

Le Dr F. (Allier) a été mis en œuvre, pour soigner la victime d'un accident d'automobile, par l'automobiliste, auteur de l'accident, qui refuse de le payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr V. (Lot-et-Garonne) a été payé partiellement de ses honoraires par un client qui les trouve trop élevés, prétendant ne payer que le prix de la visite pour des pansements longs et difficiles.

Comme ce client habite Paris, l'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour poursuivre le recouvrement du solde de ses honoraires.

Le Dr M. (Constantine), ayant soigné trois personnes blessées dans un incendie, a obtenu devant le Tribunal civil condamnation au paiement de ses honoraires, de l'incendié, qui s'était d'ailleurs engagé à ce paiement. Mais son adversaire faisant appel, l'appui pécuniaire lui est accordé pour y défendre : la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est limitée à 300 fr.

Le Dr M. (Ille-et-Vilaine) a gagné son procès en recouvrement d'honoraires contre un cultivateur dont il avait opéré le fils dans sa clinique, alors que la Compagnie d'assurances lui opposait le « tout compris ».

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui sont de 200 fr.

Le Dr C. (Ille-et-Vilaine), ayant fait des démarches et divers déplacements pour procurer une nourrice à un client, a demandé 55 francs d'honoraires, sur lesquels le client lui a envoyé 25 francs, qu'il a refusés.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de sa note de 55 francs.

Le Dr D. (Charente-Inférieure), ayant, sur l'appel d'un hôtelier, donné des soins à deux voyageurs descendus à l'hôtel, n'a pu obtenir le paiement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour citer l'hôtelier en justice de paix.

Le Dr C. (Seine-et-Oise) s'est vu refuser par un notaire l'admission au privilège pour une note de frais de dernière maladie d'un client décédé.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour faire valoir son privilège, au besoin en participant à un ordre judiciaire.

Le Dr G. (Ain) a donné des soins à un jeune domestique, dont le patron l'a appelé comme s'il s'agissait d'un accident du travail, alors qu'il n'y a pas eu accident. Le patron serait représenté en justice de paix par le greffier.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr G. pour citer le patron en paiement de ses honoraires et décide de faire poser au Ministre de la Justice une question sur la légalité de la représentation en justice par le greffier ou l'un de ses commis.

Accidents du travail.

Le Dr D. ayant soigné des ouvriers, blessés du travail, d'une entreprise qui a fait faillite, ne peut obtenir son paiement par privilège sur le prix des immeubles qui dépendaient de l'actif.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour intervenir à l'ordre qui sera ouvert pour la distribution du prix.

Le Dr P. (Loire-Inférieure) n'a pu obtenir le paiement d'honoraires accidents du travail qui lui sont dus par le Ministère de la Guerre, sous prétexte qu'il n'y a pas de crédits.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr V. (Hérault), ayant soigné un blessé du travail qui n'a pas cessé de travailler, ne peut se faire payer ses honoraires.

Comme il a été mis en œuvre par un avis signé du représentant du patron, sans réserves, le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr M. (Seine-et-Oise) a soigné dans sa clinique un accidenté du travail, qui lui a été conduit par le patron. Celui-ci s'est ensuite opposé à ce que le blessé soit transféré à l'hôpital et a pris par écrit l'engagement de payer les frais.

La Compagnie opposant le « tout compris », l'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour assigner le patron devant le Tribunal civil, en vertu du droit commun, la participation du

« Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Le Dr B. (Bouches-du-Rhône) a gagné un procès en paiement d'honoraires accidents dans lequel l'utilité d'une injection de sérum antitétanique était contestée.

Il a payé à son avocat cent francs d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr R. (Aveyron) avait obtenu l'appui pécuniaire pour défendre à un appel en garantie introduit contre lui par un patron, sur la demande en paiement de médicaments fournis à des blessés du travail et prétendus exagérés. A la suite d'une expertise, qui lui était défavorable, il a, sans demander l'avis du « Sou », accepté de payer mille francs et fait rendre un jugement constatant cette transaction.

Le Conseil décide de lui rembourser les frais du procès, mais déduction faite du coût de jugement inutile, qui est de 502 fr. 98. Il lui sera donc remboursé seulement 785 fr. 20.

Le Dr M. (Rhône), ayant obtenu la condamnation à 500 fr. de dommages-intérêts de patrons qui, après l'avoir appelé en garantie pour une demande en paiement de prescriptions prétendues abusives faites à des blessés du travail, s'étaient désistés de leur demande, a vu le tribunal, sur appel, réformer le jugement du juge de paix et mettre à néant la condamnation prononcée à son profit.

Me Auger étant d'avis que le jugement d'appel est susceptible d'être cassé, l'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour se pourvoir en cassation et le versement d'une provision de mille francs à cet effet est ordonnancé.

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le paiement de ses honoraires et des journées de clinique, dans le cas d'un blessé du travail qui, amené d'urgence à sa clinique par un membre de sa famille et des passants, à la suite d'un très grave accident, y est décédé le lendemain.

Le Conseil est d'avis qu'il y avait urgence légitimant une exception à l'application du « tout compris », suivant la jurisprudence de la Cour de Cassation,et accorde l'appui pécuniaire demandé.

Le Dr C. (Meurthe-et-Moselle) se voit refuser le paiement d'honoraires pour soins donnés en Meurthe-et-Moselle à un ouvrier blessé en Alsace, au service d'un patron alsacien.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Diffamation.

Le Dr T. (Creuse) a été injurié en présence de témoins par un client mécontent.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour le poursuivre devant le Tribunal de simple police.

L'avocat du Dr D. (Hérault), qui a plaidé en appel l'affaire de diffamation pour laquelle il a obtenu confirmation du jugement de première instance, s'en rapporte au Conseil du « Sou » pour le paiement de ses honoraires. Une somme de 500 francs lui est allouée.

Les docteurs A. et C. (Calvados), ayant fait poursuivre l'exécution de l'arrêt qui a condamné leur diffamatrice, ont obtenu le remboursement des frais judiciaires qui avaient été avancés par le « Sou ».

Leur avoué à la Cour de Caen a versé le montant de ces frais et le Conseil, sur sa demande, lui alloue 50 fr. d'honoraires.

Soins aux pensionnés de guerre.

Le Dr M. (Tarn) demande l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat contre une décision de la Commission supérieure qui a rejeté sa demande en paiement d'honoraires de radiographies.

L'avis de Me Auger étant qu'un recours présenterait des chances de succès, le Conseil accorde au Dr M. l'appui pécuniaire demandé et ordonnance le versement d'une provision de 400 fr.

Le Dr M. (Bouches-du-Rhône) obtient de même l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat contre une décision de la Commission supérieure et une provision de 400 fr. est ordonnancée pour ce recours.

Le Dr P. (Tarn), ayant prescrit à un réformé de guerre des médicaments dont le coût a été mis à sa charge par la Commission départementale, l'appui pécuniaire lui est accordé, en tant que de besoin, pour faire appel devant la Commission supérieure.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr R. (Gironde) a gagné en appel le procès qu'il avait intenté à un client qui lui avait opposé une inscription tardive à l'Assistance médicale gratuite.

Le Conseil ordonnance le paiement des honoraires de son avocat, qui s'élèvent à 200 francs.

Le Dr Q. (Manche), ayant soigné une assistée, sans bons du service d'assistance, dont le carnet était épuisé, a été débouté d'une demande en paiement d'honoraires, formée contre l'héritière de sa cliente.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour saisir le Conseil de préfecture.

Sociétés de Secours Mutuels.

Le Dr B. (Ardennes) a été révoqué de ses fonctions de médecin d'une Société de Secours Mutuels par une Assemblée générale, à laquelle, contrairement aux statuts, il n'a pas été convoqué, bien que membre honoraire.

Conformément à l'avis de Me Nattan-Larrier et attendu qu'il est soutenu par le Syndicat local, le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour demander en justice l'annulation de la délibération de l'Assemblée générale et des dommages-intérêts. La participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat est fixée au maximum à 300 fr.

Propharmacie.

Le Dr F. (Pyrénées-Orientales), ayant cédé à un pharmacien, au moment où il a cessé d'exercer la pharmacie, son stock de médicaments, n'a pu se faire payer, le pharmacien, qui a lui-même vendu son officine, soutenant que les médicaments lui ont été remis en dépôt, et non pas vendus.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour se faire payer, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 200 fr.

Divers.

Le Dr S. (Puy-de-Dôme) demande le remboursement de sa part dans les frais du recours en Conseil d'Etat qui avait été formé contre une décision du Préfet et qui a été abandonné, satisfaction ayant été donnée aux intéressés.

Le Conseil ordonnance le remboursement de ces frais, qui s'élèvent à 173 fr.

Le Dr G. (Doubs), inculpé d'homicide par imprudence, pour avoir écrasé un cycliste, demande au « Sou » son appui moral, dans cette affaire extra-professionnlle.

Le Conseil accorde très volontiers cet appui moral au Dr G. dont la responsabilité ne paraît nullement engagée.

Cession de clientèle.

Le Conseil accorde son appui pécuniaire à l'un de ses adhérents qui, ayant acquis la clientèle d'un autre membre du « Sou », n'a pu entrer en possession de cette clientèle, que le cédant a voulu conserver, malgré ses engagements, refusant en outre d'accepter un arbitrage avec son confrère, que le Conseil lui avait proposé.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Association française des chirurgiens-dentistes** (28, rue Serpente, Paris). — *Assemblée générale du 28 mars 1926.* — Nous recevons du secrétariat de l'Association française des chirurgiens-dentistes le communiqué suivant :

« Comme les années précédentes, l'Assemblée générale annuelle de l'A. F. C. D. a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris.

Le président, après avoir parlé des travaux de l'Association depuis la dernière réunion, a fait en détail l'histoire de la récente commission ministérielle. Il a montré que cet organisme avait eu le principal mérite de faire entrer la question de notre orientation professionnelle dans une phase active et qu'au milieu des répercussions que ne pouvaient manquer d'amener les vœux de cette commission, l'influence de l'A. F. C. D. se ferait inévitablement sentir.

M. Paul Boudin, docteur en médecine et docteur en droit, parla ensuite « des conséquences juridiques des vœux de la commission de réforme des études dentaires ».

L'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

Le Conseil, considérant, 1° la déclaration de principes de l'Association française des chirurgiens-dentistes ; 2° les vœux de la commission chargée d'étudier les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire ; 3° la déclaration du secrétariat général de l'Union des syndicats médicaux de France, à ce sujet ; constate que l'autonomie de l'art dentaire telle que la définissent les vœux 2 et 3 de la commission ministérielle, loin de tendre à unifier notre profession dans la médecine, représente un nouvel effort pour enfermer notre art dans une conception étroite contraire à l'intérêt des malades et des praticiens ; que ces vœux étendent à tout le corps médical un conflit dont le principal effet sera d'éloigner ou de compromettre toute espèce de réforme efficace en faveur de notre profession. Et convaincu de la nécessité de donner d'*abord* à nos études spéciales la base des études générales communes à toutes les spécialités médicales, décide, quant au titre spécial de ne soutenir qu'un projet qui réalisera l'accord avec les Facultés de médecine d'une part et avec l'ensemble du corps médical d'autre part.

Le secrétaire général
P. Arnold. »

— **Nécrologie.** — M. le docteur Georges Poyet, de Paris. — M. le docteur Thoviste, d'Amplepuis. — M. le docteur Michel Couturier, de Beaurepaire (Isère). — M. le docteur Klein, d'Auxerre (Yonne). — M. le docteur Heulin, de Paris. — M. Roulleau, étudiant en médecine.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Dermato-syphiligraphie.* — M. le professeur agrégé Gougerot fait, les mardis et vendredis, à 20 h. 45, à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Antoine (sauf les jours fériés), des présentations de malades : Diagnostics et traitements dermato-vénéréologiques.

En septembre 1926, cours de vacances et en novembre 1926 actualités syphiligraphiques (à l'Hôpital Saint-Louis).

— **A la mémoire de Marey.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter, pour envoi à l'administration, la proposition suivante :

« Une plaque commémorative sera apposée sur la façade de la Station physiologique du Parc des Princes, où fut découverte par le savant physiologiste E. J. Marey, la photographie animée ».

— **Société de neurologie.** — Une subvention de 6.000 fr. a été accordée à cette société par le Conseil municipal de la ville de Paris.

— **Médecine opératoire spéciale.** — M. Robert SOUPAULT, prosecteur, commencera, le lundi 28 juin 1926, à 14 h., à l'école pratique un cours sur la chirurgie abdominale.

PROGRAMME DU COURS. — *Première série.* — Appendicectomie. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. Cholécystectomie. Cholédocotomie. Résection intestinale. Iléosigmoïdostomie. *Deuxième série.* — Hernie inguinale. Hernie crurale. Ligamentopexie. Hystéropexie. Hystérectomie subtotale. Hystérectomie totale pour cancer.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur. Le droit à verser est de 150 fr. pour chaque série. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis (guichet n° 4), de 15 à 17 h.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Nombre des étudiants inscrits.* — Le nombre des étudiants en médecine inscrits à la Faculté de Bordeaux a été, pour l'année 1925, de 1.351, en augmentation de 59 sur l'année précédente.

— **L'Assistance aux étrangers.** — Ci-après quelques renseignements concernant l'assistance aux vieillards, familles nombreuses et femmes en couches de nationalité étrangère, établis par l'administration préfectorale de la Seine :

Le nombre des bénéficiaires de l'assistance aux vieillards, aux familles nombreuses et aux femmes en couches appartenant aux différentes nations avec lesquelles des conventions ont été signées se décompose ainsi qu'il suit :

1° Assistés ayant un domicile de secours communal, départemental ou sans domicile : assistance aux vieillards : 60 Italiens ; 74 Belges ; 2 Polonais ; 11 Luxembourgeois ; assistance aux familles nombreuses : 75 Italiens ; 10 Belges ; 3 Polonais ; ass stance aux femmes en couches ; 956 Italiennes ; 110 Belges ; 66 Polonaises ; 6 Luxembourgeoises.

2° Assistés ayant un domicile de secours à Paris : assistance aux vieillards : 240 Italiens ; 255 Belges ; 7 Polonais ; 24 Luxembourgeois ; Assistance aux familles nombreuses : 45 Italiens ; 19 Belges ; 11 Polonais ; 1 Luxembourgeois ; assistance aux femmes en couches : 346 Italiennes ; 52 Belges ; 47 Polonaises ; 1 Luxembourgeoise.

— **Bureau central des infirmières.** — Le Bureau Central des Infirmières (Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. — Office National d'Hygiène, 26, boulevard de Vaugirard. Directrice : Mlle Delagrange. Adjointes : Mlles de Joannis, Lequeux, Seguenot), communique sur demande tous renseignements utiles sur les écoles d'infirmières de France préparant au diplôme d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'Enfance, d'infirmiers hospitaliers, de masseurs, d'infirmiers-masseurs-aveugles ; sur les carrières sociales ouvertes actuellement aux femmes.

— **IXe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord** (Montréal, 21-22-23 septembre 1926). — Ce Congrès a lieu tous les deux ans, depuis environ vingt ans, dans une des grandes villes canadiennes françaises de la province de Québec.

Il est organisé par l'Association des médecins de langue française du Canada et des Etats-Unis, et sous les auspices des deux Universités canadiennes françaises de Laval et Montréal.

Le succès a grandi avec chaque Congrès ; on peut compter maintenant sur un millier, au moins, de médecins qui viennent y assister.

La langue française est la seule langue officielle du Congrès, toutes les communications et discussions s'y faisant en français.

A ce Congrès, la France se fait toujours représenter par des médecins et des professeurs éminents, de même que tous les pays latins de l'Europe et des Etats-Unis.

Au prochain Congrès, la délégation de France sera particulièrement remarquable, et le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le professeur Roger, en sera le chef. La Belgique, la Suisse, le Luxembourg, l'Espagne, le Portugal et l'Italie y enverront des représentants.

Il semble important que les pays latins des deux Amériques participent à cette réunion, qui est non seulement une réunion scientifique, mais également une manifestation de la science et de la culture françaises.

En plus des grands avantages que les deux pays pourraient retirer au point de vue commercial et économique, la participation de tous les pays latins des Amériques à cette réunion de savants pourrait probablement amener la création d'une association scientifique de tous les pays latins des deux Amériques, et, dans un avenir prochain, un grand Congrès panaméricain de médecins qui se tiendrait alternativement dans l'Amérique du Nord et dans l'Amérique du Sud. Cette Association aurait une grande influence et serait la manifestation d'une grande force et d'une grande puissance.

Le mois de septembre est le plus beau mois dans la province de Québec, le climat y est tempéré, doux, et c'est également la saison de la chasse et de la pêche A la fin de septembre aura lieu à Washington le Congrès international de la tuberculose, auquel assisteront sûrement des délégués de l'Amérique du Sud. Il serait très facile aux mêmes délégués d'assister à ce Congrès qui aura lieu dix jours avant celui de Washington.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux

« En cas de litige, les soussignés soumettront leur différend au conseil de famille du syndicat de ....., ou à un tribunal d'arbitrage, composé d'un médecin choisi par chacune des parties, ces médecins devant désigner un tiers arbitre, à moins que les parties se mettent d'accord pour soumettre le différend à un seul confrère pris comme arbitre.

« Cet arbitre, ou le tribunal d'arbitrage, ou conseil de famille ainsi choisi pourra prononcer, comme sanction, soit un blâme, soit une amende de cinquante à vingt mille francs, sans préjudice du paiement d'un dédit au présent contrat, alloué aux autres signataires, à titre de dommages intérêts et qui est fixé d'un commun accord à la somme de vingt mille francs. »

Dr Paul BOUDIN.

Application du Tarif Durafour

I

1105. — Brelan de questions utiles.

Je vous serais reconnaissant de me donner, à propos de l'établissement d'une note d'honoraires pour accident de travail, les renseignements suivants :

1° En plus de pansements multiples, je fais une injection de sérum antitétanique. Faut-il compter 15 + 20 ?

2° J'accompagne mon blessé à la radio, puis-je compter un déplacement. Combien ?

3° A la clinique du chirurgien (de l'assurance) je suis présent à la tentative de luxation. Ai-je droit à un déplacement ?

4° Je suis également présent à une tentative de réduction sous la radio.

5° J'avais écrit à l'agent général pour exposer la situation qui pourrait s'en suivre si la Compagnie refusait les autorisations de radios.

6° De mon initiative, en accord avec le docteur de la Cie, j'ai fait des séances d'électrisation dans mon cabinet (*je ne sais si la Cie en a été informée*, il est probable que non).

En avais-je le droit ?

Quel prix demander ?

Un spécialiste ultérieurement a été désigné par la Cie pour l'électro-diagnostic. Ce confrère m'a dit de compter mes séances à 12 fr. + 20 % supplémentaire établis depuis décembre 1924. En tous cas n'ai-je pas le droit de compter tout au moins le prix des consultations ordinaires ?

7° Au cours du traitement j'ai fourni un rapport sur l'état du blessé et sur son incapacité de travail, je n'avais pas parlé de consolidation (la Cie voulait clore le sinistre et j'ai eu tous les ennuis possibles). Quel prix demander ?

8° Pour le rapport final avec consolidation, établissement du taux d'invalidité, quel prix demander?

9° Un blessé du travail consolidé avec pourcen-

tage de 60 p. % pour la main *droite* a-t-il le droit de reprendre sa profession de la main gauche, il s'agit d'un peintre. (Impotence fonctionnelle totale et définitive de la main droite avec atrophie étendue à l'avant-bras et au poignet droits.)

Dr F.

Réponse.

1° *Oui*, car ce sont deux interventions à tarif spécial et non une visite plus une intervention ; donc pas de *cumul* ;

2° *Non*, car les explications que peut vous fournir le radiographe, ne sont autres que « le commentaire détaillé » qu'il doit remettre en double exemplaire « l'un pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé », et que lesdits commentaires sont *compris dans le prix de la radio* (article 26, chapitre VII, alinéa 5 ;

3° Si vous avez été « *aide* », vous avez droit à 50 francs (article 11) ;

4° Même réponse ;

5° Votre interprétation me paraît comparable à un certificat descriptif à 10 francs ;

6° Comptez autant de « consultations » simples, car le traitement électrique n'est tarifé 12 francs que pour un *spécialiste* seulement (article 26, chapitre VI) ;

7° Certificat descriptif à 10 francs ;

8° *Idem*, puisque établissement d'un taux d'incapacité ;

9° La rente allouée à la victime d'un accident du travail atteint d'une incapacité permanente n'est que la réparation forfaitaire du préjudice subi par suite de l'accident. Elle n'empêche pas le blessé de reprendre l'exercice de sa profession, s'il peut le faire malgré son incapacité ; de même le blessé aurait le droit après l'accident d'exercer une autre profession plus rémunératrice que la première.

D' F. Decourt.

II

1117. — Prix de la visite et indemnité de déplacement.

N'ayant pas eu l'occasion d'appliquer à ce jour le nouveau tarif pour accidents du travail, je vous serais obligé de m'indiquer si je dois bien compter *douze* francs la visite faite au domicile du blessé.

Habitant la banlieue de M. ville de 600.000 hab. je crois devoir ajouter au prix de la visite fixé à 10 francs par l'article 1er la somme de deux francs pour indemnité de déplacement, somme allouée par l'art. 2, paragraphe 1er.

Je ne comprends pas que la rédaction de l'art. 1er du tarif n'ait pas été plus claire, et pour éviter toute confusion ou hésitation n'ait pas mentionné par exemple :

Le prix de la visite est fixé à 10 francs, plus les indemnités de déplacement prévues à l'art. 2.

Dr S.

Réponse.

Le prix de la visite et l'indemnité de déplacement sont deux choses différentes qui ne pouvaient être tarifées clairement qu'en deux articles différents. Dans votre cas (grosses agglomérations), vous avez à compter

1º Prix de la visite	10 fr.
2º Indemnité de déplacement moyenne fixe	2 fr.
Total	12 fr.

Si vous habitiez une petite commune, comme moi par exemple, vous compteriez, comme je le fais, dix francs, au lieu de ma résidence, sans indemnité moyenne de déplacement. Puis, dans le cas d'une visite à x kilomètres

1º Prix de la visite	10 fr.
2º Indemnité de déplacement à x kilomètres	x
Total : 10 plus x francs.	

Dans les deux cas, le vôtre et le mien, le prix de la visite est immuablement de 10 francs. Mais, dans votre cas, vous ajoutez *toujours* une indemnité de déplacement moyenne *fixe* de 2 francs, tandis que, dans mon cas, j'ajoute (seulement lorsque je vais dans une autre agglomération), une indemnité *variable* de 1 fr. 10 par kilomètre parcouru.

F. D.

III

1202. — Fracture de Dupuytren.

Chez un malade, accidenté du travail, atteint :

1º De luxation du pied gauche qui formait angle droit avec la jambe ;

2º Fracture du péroné au 1/3 inférieur. Arrachement malléole interne tibia, soit fracture Dupuytren.

Puis-je compter :

1º Réduction luxation cou-de-pied, 120 fr. ;

2º Réduction et contention fracture Dupuytren : 150 fr.

Ou les deux interventions doivent-elles se fondre en une seule ?

Dr C.

Réponse.

Je ne pense pas que vous deviez compter « fracture plus luxation » dans ce cas, alors que la fracture de Dupuytren, précisément, est assez souvent accompagnée d'une luxation due à l'écartement de la mortaise malléolaire par suite même de la fracture. Je me contenterais donc de compter : « Réduction et contention de fracture de Dupuytren : 150 fr.) ».

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

1078. — Bulletins de visite sans diagnostic.

Voulez-vous avoir l'amabilité de me dire ce qui me reste à faire dans le cas suivant :

Il s'agit de soins donnés surtout à un tuberculeux victime de la guerre. J'ai ainsi à chaque visite à spécifier les raisons d'ordre médical sur mes bulletins de paiement. La Commission, par la voie du préfet, me fait savoir qu'elle ne me payera pas (ci-joint la lettre). Ce à quoi je demande que l'on me renvoie mes bulletins pour que je les complète. Je reçois dès lors une deuxième lettre ci-jointe me disant de me pourvoir à Paris à une certaine Commission de contrôle. Me voyez-vous passer une journée pour aller énoncer mes doléances devant ces Messieurs pour une note d'une centaine de francs ! !

Je trouve cela abusif. Dr L.

Réponse.

Vous avez eu très grandement tort en ne mettant pas, sur vos bulletins, le *motif* de vos interventions. Et cela résulte de l'article 1er même du décret qui dit, ainsi que la loi d'ailleurs, que le bénéficiaire a droit aux soins « *pour la blessure ou la maladie qui a motivé sa pension* ». Comment voulez-vous que l'Etat-payant sache si votre client a reçu vos soins pour la maladie causale de sa pension, si vous avez omis de lui dire *pour quelle affection* vous l'avez soigné ? Si chacun en faisait autant, ce serait la gabegie, n'est-il pas vrai ?

Ceci dit, voyons ce que vous pourriez faire à l'heure actuelle. Puisque la Commission départementale a pris sa décision, vous n'avez plus qu'à faire appel devant la Commission supérieure ainsi que vous l'a dit le Préfet et cela dans les deux mois de la notification de cette décision. Pour cela, écrivez à M. le président de la Commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse à Paris. Il va sans dire que vous n'avez nullement à vous rendre en personne à Paris ; cette commission ne juge que *sur pièces.* Donnez donc, dans votre appel, toutes explications utiles sur la maladie traitée. Offrez même au besoin qu'on fasse une enquête sur place... Et, malgré cela, je ne puis vous assurer, *a priori*, que cette demande sera accordée ; je ne vois là que le moyen de remédier à votre omission afin de toucher vos honoraires.

Nota. — Dans votre notification, le préfet s'arroge des droits qu'il n'a pas en disant : « J'ai adopté *la proposition* de la Commission », et en disant : « *Ma* décision » alors qu'il s'agit de la décision de la *seule* commission de contrôle.

F. D.

II

1196. — Une ou deux consultations.

Je viens vous demander votre avis pour le cas suivant :

M. V., mutilé de guerre, vient me consulter pour la maladie inscrite sur son carnet. Je l'examine, prends un bon du carnet, rédige mon ordonnance, pendant cette même consultation M. V., qui fait partie d'une caisse de secours mutuels me demande de l'examiner pour une autre affection. Pour qu'il puisse bénéficier de la gratuité pour cette 2e ordonnance, comme c'est son droit, j'ai dû lui signer un bon de visite. Dois-je compter une consultation au titre de mutilé et l'une à la caisse de secours ou déchirer l'une des deux, ayant dû signer les 2 bons pour la validité des ordonnances.

Dr C.

Réponse.

Je n'hésiterais pas à ne compter qu'une seule consultation. Autrement, avec toute la bonne foi du monde, je craindrais trop qu'on me reprochât de taper à deux caisses à la fois. Et il me serait, ce me semble, bien difficile de répliquer à qui me dirait : « Quand vous consultez un malade de clientèle ordinaire, lui comptez-vous une consultation par organe examiné ? »

F. D.

1059. — Réforme des gazés de guerre.

Je recours à votre dévouée et compétente obligeance pour solliciter l'envoi, prochain si possible, de renseignements d'un réel intérêt en ce qui concerne les gazés de guerre, qui ne seraient pas encore, soit par négligence personnelle, soit pour tout autre motif, en possession d'un taux d'invalidité.

1° Existe-t-il à votre connaissance, un barème pourcentant cette invalidité et ce barème serait-il encore ou à l'étude, ou entré en application récente, sur instructions données aux Centres de réforme.

2° En l'absence de ce barème, quel taux approximatif est appliqué ?

Et par analogie avec quelle affection ?

Dr G.

Réponse.

Il n'existe pas de barème spécial aux gazés de guerre. Les gaz sont un élément pathogène, susceptible de déterminer dans les différents organes des lésions variées, et ces lésions entraînent des infirmités qui par les barèmes en vigueur, sont indemnisées suivant le degré d'invalidité correspondant à la gravité des lésions contractées pour lesquelles est indiqué un pourcentage détaillé pour chaque organe pris isolément. Exemple : les gaz peuvent occasionner des brûlures de la cornée, avec taies consécutives, et ces taies, suivant leur siège (centrales, paracentrales), leur

étendue, diminuent l'acuité visuelle à des degrés divers, pourcentés, d'après leur gravité, par les barèmes en vigueur.

Mêmes remarques pour les lésions pulmonaires, allant de l'emphysème simple ou avec lésions cardiaques et de la sclérose des sommets à la tuberculose confirmée.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

L'autre invasion

Esquilias dictumque petunt a vimine collem,
Viscera magnarum domuum dominique futuri
Juv. *Sat.* III., v. 71.

On m'avait dit, Ponchon, que je découvrirais
Ta gente Muse au fond de l'un des cabarets
Qui tournent tout autour de la ruine romaine
Où l'Apostat au bras d'Haraucourt se promène.
Valloton m'avait peint ta mise et ton portrait.
Je supposais, naïf, que je reconnaitrais,
Grave et mettant au point quelque strophe bachique,
Sous ton feutre arrondi ta barbe socratique.
J'aurais aimé causer un moment avec toi,
Philosophe et rieur, sceptique comme moi.
J'étais parti tout frais rasé de mon village,
Léger comme un jeune homme et hardi comme un (page.

Au diable le Boul'Miche et son gentil trottin !
J'ai couru les cafés du vieux quartier latin,
Et je n'ai rencontré ni l'esprit d'Aristippe,
Ni Ponchon, ni son chien, sa barbe, ni sa pipe.
Et ça m'a coûté cher ! Au prix où sont les bocks,
Il faut, pour se payer la musique des chocs
De la chope heurtant sur le marbre le verre,
Avoir les revenus d'un profiteur de guerre.

Je ne regrette pas pourtant d'être venu.
Un spectacle attrayant en éveil m'a tenu.
J'ai côtoyé le monde entier. Que de Bulgares,
De Turcs et de Persans, mâchant de gros cigares,
De jaunes et de noirs, de Japonais narquois
Penchés sur la manille et croquant des chinois !

Pardon, monsieur, Paris est-il ville française ?
Quelle langue y fait loi ? L'espagnole ou l'anglaise ?
Dans le bourdonnement des patois de Babel,
Je ne reconnais plus le verbe paternel.
Ai-je rêvé ? J'ai cru que l'antique Lutèce,
Oublieuse de son passé de haulte gresse,
A désappris l'idiome où s'essayait Sorbon.
La fameuse lanterne de Roche-Corbon
Ne monte pas si haut que le tas des soucoupes
Des Grecs mêlant la bière au champagne des coupes.
Les rastas, que fuyait l'ami de Juvénal,
Escaladent les flancs de notre Viminal.
La piastre et le douro, le dollar et la livre
Piétinent le vieux franc qui ne sait comment vivre.

A quoi bon se gêner ? Le bifteck qui, pour nous,
Coûte cent sous, l'Anglais le croque pour vingt sous.
Bras dessus, bras dessous, touristes et métèques
En larrons complaisants à grand renfort de chèques,
Achètent nos maisons, nos terres, nos forêts.
Les Américains secs abreuvent à longs traits
Dans la perle des vins à l'ombre de nos gerbes.
Leur pépie incurable et leurs mentons imberbes.
Le bon ami d'antan redevient l'étranger.
Il est passé le temps où le froid du danger
Nous rassemblait transis sous la même capote.
Aujourd'hui les copains nous présentent la note.
Paye ou crève ! Le créancier est exigeant.
« Nous vous laissons l'honneur, mais nous voulons [l'argent. »
L'honneur ! La belle attrape et la riche pécore !
Il court sur son pilon, l'amputé qu'on décore.
Tambours, battez aux champs ! clairons, ouvrez [le ban !
On lui prend une jambe, on lui donne un ruban !

***

Nach Paris ! Nach Paris ! Fais tes paquets. Attelle
Ton ânon ; fuis devant l'invasion nouvelle.

***

Va-t-en, fils de Français, Paris n'est pas à toi.
Il est au riche de quelque pays qu'il soit.
Contemple de la rue un peu les mascarades,
Et sur la porte des grands hôtels les parades
En argot de l'étal des modernes marquis.
Mais va-t-en. Ta place n'est point-là.
Tu naquis
Dans le trou féodal d'une ancienne province,
A l'ombre d'un château. Mais la personne mince
De tes probes aïeux n'a jamais su puiser
La fortune et l'amour dans le choc d'un baiser.
Cent ans, mille ans peut-être, à retourner la glèbe
A sué sans broncher leur misérable plèbe.
Leur travail a grandi les nobles, les bourgeois.
Toi, tu sauvas la France et tu gagnas la croix
Nigaud ! Mieux eût valu sortir millionnaire
Des millions de morts de la terrible guerre
Qu'en sortir décoré ! Va-t-en, rentre, effronté.
Ta croix mal accrochée à ton veston crotté
Provoque les lazzis des banquiers et des pleutres.
Les fabricants d'obus poussent le coude aux neutres.
Ta présence dépare un décor de beauté.
Va-t-en, mais en partant, redresse ta fierté.
Sous le rire comme sous les obus, sois brave.

Dans ta brousse va-t-en cuire ta betterave.
L'argent te manque ? Va chercher par les chemins
L'herbe rare en hiver pour nourrir tes lapins.
Le printemps va venir. Sans raisonner cultive
Dans ton maigre jardin la laitue et l'endive.
Ne sois pas de repas trop délicats hanté.
Attends pour déjeuner que la poule ait chanté,

Et grignote le fruit que ta bourse comporte,
Une pomme au dessert quand ton pommier en porte.
Sauve-toi. Sauve-toi. Tu reviendras plus tard,
Quand auront disparu le loup et le renard.
N'as-tu pas assez vu les bâtards de la France,
Minotiers affameurs, bandits de la finance,
Promener leurs autos et leur luxe ingénu
Autour du feu mourant du soldat inconnu ?

***

Là-haut, sous le ciel bleu d'Ithaque la Fleurie,
Pénélope s'endort sur sa tapisserie.
Depuis plus de dix ans qu'elle attend le retour
De l'époux dont son cœur a gardé tout l'amour,
Elle espère toujours que l'aube qui va naître
Ramènera chez lui le seigneur et le maître.
Comme le revenant les jetterait dehors,
Les tourmenteurs de son foyer, vivants ou morts,
Et comme les prendrait gaiement par les épaules
Sa poigne habituée à châtier les drôles !
Sous prétexte du bien de l'Etat, des intrus,
Ceux qu'on nomme les grands, ici sont accourus,
Comme corbeau aux champs pour dévorer la graine,
Offrir leur bras au peuple, et leur main à la reine.
Ils se sont installés dans le royal palais.
Le respect s'est enfui. Servantes et valets,
Riant du fouet au mur, redoublent d'insolence.
Les prétendants aux frais de l'absent font bombance.
Ils vident en festins étables et celliers.
A eux les fruits juteux des nobles espaliers !
Le mercanti, pour qui seul l'or est respectable,
Le soir en alignant ses écus sur la table,
Sourit à sa femelle épaisse. Ah ! le bon temps !
Sa fortune grossit comme bourre au printemps.
L'or est dans les comptoirs et dans les cœurs la joie.
Puisse le roi jamais ne revenir de Troie !
Les guerres ont du bon. Le sang pour les guérets
Est, à bien réfléchir, un merveilleux engrais.

Un mendiant regarde, assis près de la porte.

L'argent volé se jette au vent. Chacun apporte,
Le pêcheur ses poissons, le paysan ses blés.
Les prétendants sont là, jour et nuit attablés,
Attendant en buvant que la reine choisisse.

Allons ! Qui va bander l'arc de corne d'Ulysse ?

Dr Paul GROSSIER.

Quarante-huitième année N° 19 9 Mai 1926

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1254-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Poiessionnel

Demi-Colonnes

A Travers l'Officiel

Jurisprudence

Correspondance

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. Hügel, Joly, E. Le Gouriérec.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly.

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Comoy Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelle.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Ambiès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs CALDIER de Fontès et NAUD des Lucs, la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 204. — Coutainville-Plage (Manche). A louer, au mois ou saison, 2 pet. mais. av. terrain, vue sur mer, centre provisions, 1 min. plage, pour 4 ou 5 pers. Prix : 1.300 et 1.500 pour saison. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, 15e.

N° 205. — Infirmière 25 à 38 ans demandée pour hôpit. chirurg. de l'Est.

N° 206. — Dordogne. A vend. 6 CV Renault 1923 3 pl., parf. état de marche et entretien. Urgent. Dr Roux, La Coquille (Dord.).

N° 207. — Dans gentille plage normande, on demande sage-femme active.

N° 208. — Œufs du jour pr enf. et convalesc. Dr Denel à Fronton (Haute-Gar.) t.p.r.

N° 209. — Haute-Normandie. A céd. client. rapp. 50.000, région riche, site raviss., ch.-lieu canton, proxim. grande ville, 1 confr., pas de sage-femme.

N° 210. — Fille de confr. ayant une nombr. famille et les meill. référ. médicales, très versée ds la dactylographie, dem. trav. de copie à faire chez elle. Lui écr. Mme Stalter, 70*bis*, rue de la Vallée-en-Bois. Clamart (Seine).

N° 211. — A louer pour sais., chalet confort., 6 ch., dans les pins, aux Rochelets, St-Brévin-les-Pins (L.-I.). S'ad. Dr Jacob, 70, r. Amiral-Roussin, Paris (15e).

N° 212. — 230 km. Paris, poste seul propharm., rapp. 40.000 en augment., vaste maison avec jard. à céder de suite pour 3.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 213. — Grande ville Normandie, communic. rapide avec Paris, cabinet de consult. méd. génér., tenu par titulaire âgé, rapp. 25.000, appartem. 5 p., indemnité à débattre. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris 5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 214. — Dr 50 a., au cour. méd. génér., pet. chirurg., accouch., malad. yeux, propharm., libre mai et juin, ferait intérim région Ouest ou bords Loire.

A M. Rolland, en reconnaissance.
Pour quelques insomnies vaincues...

Fable express.

Succi jeûna vingt jours, sans alcool, sans tabac,
Sans viande ni poisson.... pas même une sardine.
Il dormait, souriant, grâce au **Dial Ciba**.

Moralité.

Qui dort dîne.

Dr JEAN SÉGARD.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Médecine opératoire spéciale.* — M. Bernard FEY, prosecteur, fera les 25 mai et 31 mai, deux cours sur les opérations intéressant l'*appareil génito-urinaire de l'homme.* Inscriptions à la Faculté (Droit de 150 fr.)

— **Congrès.** — Du 10 au 14 mai, Congrès de la Société française d'ophtalmologie.

— **Toulouse.** — *Prix de l'Internat.* — Le prix municipal de l'Internat en médecine vient d'être attribué à M. BERTRAND Frédéric, interne de 4e année.

— **Hôpital de la Charité.** — M. André LÉRI, professeur agrégé, médecin de la Charité, fait chaque mercredi à 9 h. 1/2, salle Briquet, une consultation sur les *maladies des os et des articulations* et les *maladies nerveuses.*

— **Hôpital Tenon.** — M. Clovis VINCENT fait pendant le 2e trimestre 1926, chaque mercredi, à 10 h. 30, à l'hôpital Tenon (salle Gérando), une conférence sur les *maladies du système nerveux.*

— **Faculté de Paris. Physique médicale** (prof. A. Strohl). — Du 10 mai au 18 juin, cours complémentaire sur les applications médicales de la physiochimie (droit de 250 fr.).

— **Conférence eugénique** sur l'examen médical prénuptial, le 14 mai, à 17 h., au Musée social, 5, rue Las Cases. *Deuxième conférence*, sous la présidence de M. le prof. Ch. Richet : Maladies mentales, par M. le Dr Nuyer ; maladies familiales, par M. le Dr Apert ; considérations sociales, par M. Risler.

— **Thèse de doctorat.** — Le Dr Jean-Ch. QUIVY, moniteur de physique à la Faculté vient de passer sa thèse sur « La mesure des rayons X par la méthode ionométrique ». Ce très intéressant travail a été retenu et proposé pour les prix de thèses de doctorat.

— **Internat des hôpitaux.**— Le second fils de notre confrère et ami Quivy, M. Jacques-Ph. Quivy, a été nommé interne provisoire au dernier concours.

— **Salpêtrière.** — M. le prof. Austrogesilo (de Rio de Janeiro) fera le vendredi 14 mai, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, une conférence sur les *Troubles nerveux dans certaines maladies tropicales.*

— **Le triomphe de la vulgarisation médicale !** — Paraphrasant le titre de « Knock », un de nos bons correspondants nous adresse l'appel suivant d'un de ses clients, dont nous avons respecté scrupuleusement l'orthographe :

« Je vous prie de passé à la maison l'enfant ayan u une crise de epictacsi et emoptisie. »

— **Les grandes conférences des Journées médicales de Bruxelles de** 1926 (26-27-28-29 juin). — Léon Bernard (Paris). — de Martel (Paris). — Sicard (Paris). — Louis Phaneuf (Boston). — Van Loghem (Amsterdam). — René Verhoogen (Bruxelles). — Lucien Beco (Liège). — Léopold Mayer (Bruxelles).

Renseignements et adhésions : Dr R. Beckers, 36, rue Archimède, Bruxelles.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *avril.*

Service de Santé des Troupes coloniales

Avis de vacance de chaire à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

La chaire de clinique interne et maladies exotiques est déclarée vacante à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire de cette chaire dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909, modifiée le 3 décembre 1923.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er septembre 1926 au plus tard.

16 *avril.*

Enseignement de la Médecine

Concours pour un emploi de professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Vu le procès-verbal des opérations du concours ouvert le 1er mars 1926 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont ;

Vu la réclamation en date du 13 mars 1926 du Dr Quinquandon, candidat ;

Vu le rapport du recteur de l'université de Toulouse en date du 27 mars 1926 ;

Vu le décret du 25 juillet 1885,

Arrête :

Art. 1er. — Le concours ouvert le 1er mars 1926 devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont est annulé.

Art. 2. — Il sera ouvert un nouveau concours le 6 mai 1926 devant la même faculté.

Fait à Paris, le 15 avril 1926.

LAMOUREUX.

Commission consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaire

Ont été désignés comme membres de cette Commission :

M. le prof. Pinard, en remplacement de M. Claussat, député, décédé ;

M. le prof. Besançon, en remplacement de M. le Pr Laveran, décédé.

17 avril.

Service de Santé militaire

Réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 12 avril 1926.

Monsieur le Président,

L'article 17 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du service de santé militaire fixe à neuf mois, y compris la période du concours de sortie, la durée de l'enseignement donné à l'école d'application du service de santé militaire, aux aides-majors qui y accomplissent un stage à compter du 3 novembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle ils ont été nommés à ce grade.

Il est apparu que la précision apportée dans la fixation de la durée de cet enseignement pourrait, dans certaines circonstances, présenter des inconvénients qui seraient évités en ajoutant au texte précité la mention « en principe ».

Si vous voulez bien approuver cette manière de voir, j'ai l'honneur de vous prier de revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,
Paul Painlevé.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 24 juillet 1873, relative à l'organisation générale de l'année.

Vu la loi du 13 mars 1875 relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale.

Vu la loi du 14 décembre 1898, ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire ;

Vu la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée ;

Vu le décret du 25 novembre 1889 sur le service de santé de l'armée à l'intérieur ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié les 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923 et 12 mai 1925, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. — L'avant-dernier alinéa de l'article 17 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, est remplacé par celui ci-après :

« La durée de l'enseignement est, en principe, de neuf mois, y compris la période du concours de sortie. »

Art. 2. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 avril 1926.

21 *avril.*

Police sanitaire.

Loi du 18 avril 1926 autorisant le département de la Seine à percevoir une taxe pour dépôt de corps à l'Institut médico-légal.

Art. 1er. — Il est institué, au profit du département de la Seine, une taxe de 100 francs :

1° Pour les dépôts volontaires de corps à l'institut médico-légal, effectués à la demande des familles, soit aux fins d'autopsie, soit aux simples fins de garde provisoire lorsque les établissements spéciaux, dits « dépôts mortuaires », ne peuvent recevoir les corps, le décès ayant eu lieu par suite d'une maladie contagieuse ;

2° Pour les dépôts nécessaires, requis par les juges de paix en cas d'accidents de travail ou par les commissaires de police en cas de décès fortuits de personnes dont l'identité n'est pas connue.

Les dépôts de corps nécessaires, ordonnés par autorité de justice dans un intérêt public, ne sont pas assujettis à ladite taxe.

Art. 2. — Lorsque le dépôt de corps à l'institut

médico-légal n'excédera pas quarante-huit heures, le montant de la taxe sera réduit de moitié, soit 50 fr.

Art. 3. — Le payement de la taxe prévue par les articles précédents incombera :

1º En cas de dépôts volontaires, aux héritiers du décédé ;

2º En cas de dépôts nécessaires :

a) S'il s'agit d'accidents de travail, aux sociétés d'assurance et, à défaut de contrat d'assurance, au patron ou à l'employeur intéressé ;

b) S'il s'agit de décès fortuits, aux héritiers du décédé.

Si ces héritiers ne sont pas retrouvés ou si l'identité du décédé ne peut être établie, la taxe sera prélevée sur toute somme d'argent trouvée sur le corps du décédé.

Art. 4. — Le versement de la taxe n'exonère pas les assujettis du payement des frais occasionnés :

1º Par la manipulation du corps, lors des constatations du commissaire de police ;

2º Par les frais de transport à l'institut médico-légal ;

3º Par les frais d'autopsie.

Art. 5. — Les familles dont l'indigence aura été constatée seront exonérées du payement de la taxe de 100 fr. ou de 50 fr. instituée par la présente loi.

Soins aux pensionnés de guerre.

Indemnité de déplacement.

Le ministre des pensions et le ministre des finances,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 ;

Vu l'arrêté interministériel du 31 mai 1924 ;

Vu l'arrêté interministériel du 8 juin 1925,

Arrêtent :

Article unique. — Les dispositions de l'arrêté interministériel du 8 juin 1925 relatives aux indemnités de déplacement à allouer aux médecins au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, sont applicables pendant l'année 1926.

(20 *avril* 1926).

Asiles publics d'aliénés.

Concours pour l'emploi de médecins d'asiles publics d'aliénés.

Arrêté du 17 *avril* 1926.

Art. 1er. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 21 juin 1926, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service et médecins directeurs dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à huit.

Art. 2. — Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministère une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces

établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au samedi 29 mai inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

Réglementation des substances vénéneuses.

Reglementation de la vente des denrées narcotiques dans les établissements français de l'Inde.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 14 avril 1926.

Monsieur le Président,

Le conseil général des établissements français dans l'Inde a pris, le 30 novembre 1925, une délibération tendant à modifier la réglementation de la vente des denrées narcotiques dans cette colonie.

Cette délibération ne soulevant aucune objection de ma part, pas plus que du conseil d'Etat consulté, j'ai fait préparer, pour la ratifier, le projet de décret ci-joint que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président l'hommage de mon profond respect.

Le ministre des colonies
Léon PERRIER.

Le Président de la République française,
Sur le rapport du ministre des colonies,
Vu l'article 55 de la loi de finances du 29 juin 1918 ;
Vu le décret du 28 septembre 1912 approuvant une délibération du conseil général des établissements français dans l'Inde en date du 15 novembre 1910 relative à la réglementation du monopole des denrées narcotiques ;
Vu la délibération du conseil général des établissements français dans l'Inde en date du 30 novembre 1925 relative à la réglementation de la vente des denrées narcotiques ;
La section des finances, de la guerre, de la marine et des colonies du conseil d'Etat entendue.

Décrète :

Art. 1er. — Est approuvée la délibération du conseil général des établissements français dans l'Inde en date du 30 novembre 1925 relative à la réglementation de la vente des denrées narcotiques.

Art. 2. — Le ministre des colonies est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et au *Journal officiel* des établissements français dans

Voir la suite page LI-1305

PROPOS DU JOUR

Au sujet du Contrôle des soins donnés aux accidentés du travail. Une singulière innovation Lyonnaise : Le contrôle des médecins par le sinistré.

Personne n'a jamais songé à discuter le principe du droit qu'a celui qui paye de contrôler l'emploi que l'on a fait de son argent. Le contribuable français est peut-être la seule personnalité à laquelle ce droit est refusé, ou plus exactement, pour laquelle il est rendu irréalisable. Lors de l'élaboration de la loi sur les accidents du travail, et de ses modifications, les Compagnies d'assurances réclamèrent le droit de contrôle de la matérialité des soins donnés aux blessés. Aucune opposition ne se manifesta du côté des médecins, ni des ouvriers. Les difficultés surgirent dans le mode d'application du contrôle et le législateur, jugeant avec sagesse que le fait d'être blessé, au cours de son travail, n'enlevait pas à un ouvrier sa liberté individuelle et ne permettait par la violation capricieuse de son domicile, mit des conditions assez sérieuses à l'application du droit de contrôle, à savoir, l'autorisation du juge de paix et la présence du médecin traitant.

Ces conditions strictement appliquées le rendaient fort difficile. Mais, au bout de quelques années, les ouvriers, les assureurs et les médecins finirent par s'entendre tacitement. Les médecins contrôleurs des assurances, après la guerre, voulurent bien considérer le plus souvent les praticiens comme des confrères et ne pas suspecter systématiquement leur honorabilité. Ces derniers, en retour, facilitèrent spontanément les contrôles, que les blessés, bien conseillés, acceptèrent, persuadés avec raison qu'avec un peu de bonne foi et de bonne volonté réciproques, l'on pouvait arriver à aplanir bien des difficultés dans le règlement des sinistres. Il en résulta une sorte de *modus agendi* qui diminua très notablement le nombre des conflits ou en atténua la violence.

Evidemment des abus persistèrent. Les hommes ne sont pas parfaits, pas plus les médecins que les sinistrés, ni que les assureurs.

Du côté médical, les Syndicats et notre « Sou médical », tout en exigeant le respect scrupuleux des droits des praticiens et l'application loyale du tarif de la responsabilité patronale, se refusèrent toujours à défendre, même à excuser, les abus des médecins qualifiés de marrons. Ce n'est donc pas nous qui nous opposerons au contrôle des assurances. D'ailleurs, si notre mémoire est bonne, nous nous souvenons avoir présenté au nom du Dr Jeanne, notre regretté Directeur du *Concours médical*, et en notre propre nom, au dernier Congrès des praticiens, une motion où, tout en proclamant la nécessité de faire respecter le libre choix du médecin, nous donnions à cette proposition le corollaire de la reconnaissance du droit de celui qui paye de se rendre compte du bon emploi de ses deniers.

Nous admettons donc le contrôle, mais il y a contrôle et contrôle. En voici un mode nouveau que *nous croyons intéressant de faire connaître* à nos lecteurs. Certains assureurs, dans la région lyonnaise, ont imaginé de faire contrôler les médecins par les blessés ; ils remettent à ceux-ci le questionnaire ci-dessous en les engageant à le remplir.

Sinistre N°

Nom et adresse du médecin traitant. {

Les soins ont-ils été donnés au cabinet médical ou au domicile du blessé ? {

Combien de visites ou consultations ? {

Les pansements ont-ils été faits par le médecin lui-même ? Certains ont-ils été faits par un infirmier ou une infirmière ? Combien ? {

Le médecin vous a-t-il fourni lui-même les bandes, coton et fournitures nécessaires au traitement ? Ou bien vous a-t-il envoyé chercher tout cela chez un pharmacien ? Indiquer son nom, son adresse et le nombre d'ordonnances.

Les cotons et gaze employés étaient-ils en boîtes ordinaires ou bien dans des boîtes métalliques soudées ?

Je soussigné......... blessé le .... au service de .... déclare sincères les renseignements ci-dessus fournis.

Lyon, le ....

Lorsqu'on nous a lu ce questionnaire, notre premier mouvement fut de l'approuver. Aucune de ces questions ne peut, en effet gêner si peu que ce soit un médecin consciencieux, et beaucoup peuvent singulièrement entraver la manière de faire de ceux qui, dans des cliniques spéciales, ont industrialisé et taylorisé l'exploitation des soins aux accidentés du travail. Mais, à la réflexion, nous nous sommes aperçus du danger de cette innovation, danger bien plus grand pour le médecin honnête que pour le médecin marron.

Si, parmi les médecins et les assureurs, il y a un lot restreint, mais néanmoins appréciable, de gens que nous qualifierons, par euphémisme, indésirables, nous pensons que ce n'est pas suspecter l'honnêteté de la classe ouvrière que d'affirmer qu'il en est de même parmi les accidentés du travail.

Il en est, plusieurs de nos confrères et amis qui ne sont pas spécialisés dans les accidents du travail nous l'ont affirmé, qui, après avoir été pansés, réclament impérieusement une ristourne, sous prétexte de frais de déplacement illusoires.

Les assureurs d'ailleurs, pour contrecarrer les cliniques des médecins « spécialisés », ont adopté ces fâcheuses coutumes et alimentent par ce procédé discutable leurs propres dispensaires.

Or, supposez qu'un accidenté roublard et malhonnête, — il peut s'en rencontrer, — pourvu du questionnaire ci-dessus, se présente chez un médecin, quel excellent instrument de chantage n'aura-t-il pas avec ledit questionnaire ? S'il a affaire à un médecin marron, moyennant un billet de 5 ou de 10 francs, le questionnaire sera rempli comme vous pouvez bien le penser, par ce dernier, dont les pratiques seront blanchies comme neige. S'il a affaire à un honnête praticien qui aura refusé toute ristourne, le sinistré malhonnête pourra se venger en affirmant des contrevérités dont le médecin sera dans l'impossibilité de démontrer la fausseté, si plus tard on les lui reproche.

Cet essai des assureurs n'est donc pas heureux et va contre le but qu'ils se proposent d'atteindre. Le meilleur, le seul contrôle admissible par les médecins praticiens, est le contrôle effectué par des docteurs en médecine consciencieux, en qui les assureurs peuvent mettre toute leur confiance, et il ne leur sera jamais difficile d'en trouver.

Si les Compagnies d'assurances veulent sérieusement limiter les abus, abus dont nous ne discutons pas l'existence et que nous sommes le premier à réprouver, qu'elles donnent l'ordre à certains de leurs agents de cesser de s'entendre avec les tenanciers de certaines cliniques louches et de refuser avec eux les transactions et les compromissions qui, certes, peuvent simplifier singulièrement le contrôle, puisqu'elles vont jusqu'à le supprimer, mais qui sont d'un exemple déplorable pour les sinistrés et pour les jeunes médecins sans expérience, que les difficultés de l'existence poussent à se laisser glisser sur la pente savonnée de l'indélicatesse.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

INFLUENCE DU TUBE DIGESTIF SUR L'INTESTIN

Par L. PRON.

La *lientérie* peut-elle être la conséquence d'une *mauvaise dentition* ou d'une *insuffisance de mastication* ? Je ne le crois pas ; du moins, n'en ai-je pas observé un seul cas, depuis vingt-cinq ans. Il faudrait qu'il s'agisse d'aliments durs ou cellulosiques grossiers, pour que ni le suc gastrique, ni surtout le suc duodéno-pancréatique, ne pussent en venir à bout, ce qui n'est pas la règle dans l'alimentation courante. Dans la grande majorité des cas, la part qui revient à l'insuffisance sécrétoire est de beaucoup la principale ; autrement dit, si l'on donnait aux lientériques édentés — ou aux dentés normaux, qui mastiquent mal — un suc gastro-duodéno-pancréatique actif, la lientérie, avec des mets de constitution courante, ne se rencontrerait pas.

Par contre, un symptôme (de peu d'importance d'ailleurs) qui est assez fréquent et qui n'est que l'exagération de la normale, c'est la *défécation prandiale* ou *postprandiale*.

A l'état de santé, la mise en branle de la motilité gastrique, par l'arrivée des aliments dans l'estomac, se transmet immédiatement à l'intestin et plus particulièrement au côlon ; les contractions de ce dernier se traduisent par le transit des matières fécales, qui se rapprochent de plus en plus du rectum — ou par l'émission ou le déplacement des gaz, que le côlon contient toujours en faible quantité. Chez les dyspeptiques ou chez les côlitiques — c'est-à-dire lorsqu'il y a une excitabilité ou une sensibilité anormale de la muqueuse gastrique, avec sensibilité normale du côlon ; ou bien, au contraire lorsqu'il existe une sensibilité normale de la muqueuse de l'estomac avec hypersensibilité réactionnelle du côlon — ou, *a fortiori*, quand il y a, à la fois, instabilité simultanée de l'estomac et du côlon, le résultat de l'entrée en fonctionnement de la musculeuse du côlon, consécutivement à l'impression que les aliments exercent sur la muqueuse et la musculeuse de l'estomac ne se borne pas seulement au cheminement des gaz ou des matières ; elle se traduit par l'émission d'une ou plusieurs selles, qui ont souvent une constitution et un aspect normaux ou qui sont quelquefois pâteuses. Le besoin urgent de défécation a lieu soit pendant le repas, soit immédiatement après.

Chez certains sujets, c'est uniquement à la suite de l'ingestion d'un aliment ou d'une boisson *déterminée* que se produit la défécation prandiale. Chez les uns, c'est après une prise de lait froid ; chez d'autres, après du thé, du cidre, du melon en petite quantité, une orange, etc. MATIGNON qui a décrit cette *diarrhée prandiale élective*, a insisté sur l'action prédominante du café (1).

Mais là, principalement à propos du café, il semble qu'il faille faire entrer en ligne de compte, la vésicule biliaire, qui entre en hypercontraction. Les selles sont alors pâteuses ou demi-liquides et riches en bile.

Au sujet du rôle du foie dans la production de selles diarrhéiques ou mal liées, il y a longtemps que LINOSSIER a attiré l'attention sur la *diarrhée prandiale des biliaires* (2) ; il y est revenu ensuite.

La diarrhée biliaire est « étroitement liée à l'ingestion des aliments » ; elle s'observe surtout au second déjeûner. Dans les cas types, le sujet, dès les premières bouchées, plus souvent au bout de dix à quinze minutes, quelquefois en sortant de table, ressent une vive douleur au creux épigastrique ou légèrement à droite avec irradiation vers l'ombilic ou le thorax ; cette douleur consiste en une impression de torsion, accompagnée d'angoisse pénible et parfois de pâleur du visage et de sueurs froides avec, plus rarement, une sensation d'anéantissement et de menace de perte de connaissance. « Après quelques secondes ou quelques minutes, elle fait place à des tranchées intestinales, en général beaucoup plus tolérables, et à un besoin d'évacuation parfois tellement impérieux que le sujet doit quitter précipitamment la table et qu'il peut ne pas avoir le temps d'atteindre les water-closet avant que la débâcle se produise. La selle est constituée

(1) *Paris médical* (24 avril 1920).

Chez certains sujets, il suffit d'un verre *d'eau ordinaire*, à la température de la chambre, pour amener une selle.

(2) Dans un travail sur la question, paru dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif* (mars 1908, p. 125), LINOSSIER renvoie à une discussion, à laquelle il a pris part à la Société de thérapeutique (*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1902, p. 182). Je n'ai rien trouvé sur le sujet, ni à la page indiquée, ni en feuilletant le bulletin. Dans l'article des *Archives*, LINOSSIER dit bien pourtant : « J'avais écrit, en 1902, etc... »

habituellement par de la bile pure ou par de la bile, entraînant quelques matières. Elle est, le plus souvent, assez copieuse » et s'accompagne souvent d'une sensation de brûlure à l'anus. Une fois la débâcle terminée, le sujet retrouve subitement son état normal.

Mathieu a insisté également sur l'influence des premières contractions pyloriques sur la vésicule biliaire, qui aboutit à l'expulsion massive de son contenu.

Binet (1) a fait remarquer que bon nombre de patients, présentant ce symptôme, sont en réalité des constipés et n'ont qu'une *fausse diarrhée prandiale.*

A côté de la diarrhée prandiale (vraie ou fausse), il faut, dans les états hépatiques chroniques (angiocholite simple, cholémie ou dyshépatie de Glénard) faire une large place à la *demi-diarrhée des hépatiques*, c'est-à-dire à un symptôme, consistant en l'émission de plusieurs selles, se produisant en un temps court (une à deux heures ou quelquefois moins), généralement dans les dernières heures de la nuit, plus rarement dans la journée ; ces selles sont pâteuses, huileuses comme teinte, s'accompagnent de coliques, localisées au côlon ascendant ou descendant ou à tout le côlon. Devant tout malade, qui accuse un état habituel de demi-diarrhée, il convient de conduire l'examen dans le sens hépatique et de s'en rapporter aux signes objectifs ; lorsqu'on trouve un foie de volume anormal ou sensible — ou de la xanthodermie ou des taches rubis — on a la preuve d'une dyshépatie, qui peut n'amener aucune gêne locale, mais qui se traduit presque toujours par de la nausée à jeun ou dans la matinée et par des migraines ou une céphalée presque quotidienne ou par du vertige.

Très fréquentes sont les *fermentations coliques*, dues à l'insuffisance hépatique, dans sa forme la plus simple. Il y a émission multiquotidienne de gaz — ou coliques, par suite de spasme empêchant le cheminement des gaz — ou ballonnement abdominal. Objectivement, on note du tympanisme dans la fosse iliaque droite, soit tout le long du côlon ascendant, soit au cæcum, soit plus souvent dans l'angle sous-hépatique, condition qui constitue une cause d'erreur pour l'appréciation de la matité hépatique : la partie inférieure du lobe droit représentant une lame mince, elle est rendue sonore par la poche gazeuse sous-jacente, et le foie est trouvé plus petit qu'il ne l'est en réalité. D'autres fois, le foie est remonté, dans le décubitus dorsal, par la colonne gazeuse sur laquelle il repose et son niveau inférieur commence à plusieurs centimètres, quelquefois à plusieurs travers de doigt au-dessus de la deuxième côte sur la ligne axillaire, ce qui

(1) *Archivos espanoles de enfermedades del uparato digestivo* (juin 1923, p. 335).

montre la nécessité de toujours déterminer les niveaux supérieur et inférieur, et de ne pas s'en tenir seulement à l'un deux, pour ne pas déclarer trop petit un foie, qui n'est que remonté (ou trop gros, un foie qui est ptosé).

Si l'estomac et le fois sont susceptibles de déterminer fréquemment un état diarrhéique, ils peuvent également causer de la *constipation*, par insuffisance de sécrétion biliaire et par un spasme, dû, soit à un réflexe direct gastro-colique la muqueuse gastrique étant irritée par un suc hyperchlorhydrique, soit à une contracture du duodénum, consécutive à la réception d'un bol de chyme trop acide.

En fait de spasme, j'ai observé récemment une malade, Mad. P., 43 ans, ayant eu quelques mois auparavant de la côlite dysentériforme et souffrant d'hémorroïdes, et qui accusait régulièrement pendant chaque repas, des *contractions anales.*

Matignon (1) attribue à l'action mécanique de l'estomac rempli d'aliments l'apparition de troubles divers : *ballonnement*, gêne respiratoire, etc., qu'éprouvent certains malades après les repas, et qui sont amendés par la position horizontale ou par le port d'une sangle. Pour lui, il y aurait compression de côlon et action de la pesanteur.

Je crois qu'il faut ici faire entrer en ligne de compte plutôt le tiraillement des plexus nerveux abdominaux et surtout du plexus solaire, mode pathogénique qu'accepte d'ailleurs Matignon.

C'est également par ce mode que la ptose de l'estomac suffit à entraîner une constipation opiniâtre. J'ai suivi, en 1910, une malade d'une quarantaine d'années. Mad. L., qui ne se souvenait pas être allée à la selle autrement qu'au moyen de lavements ou de laxatifs. Elle se plaignait de lourdeur gastrique ou générale après ses repas, de maux de tête, de nuits agitées, de leucorrhée, etc. Elle avait de la contracture du cæcum et de l'S iliaque avec hyperesthésie objective et subjective, de la rétroversion utérine, deux points douloureux para-ombilicaux, du tympanisme dans la moitié gauche de l'abdomen et du clapotage de l'estomac vers 4 heures du soir. Un traitement médicamenteux améliora ces malaises, et le poids passa de 60 à 65 kgr. en six mois, mais la constipation ne céda réellement qu'au port d'une sangle ; sans aucun adjuvant, elle fut complètement supprimée.

Je viens de parler du cæcum. Il y a longtemps (2) que j'ai mentionné le retentissement

(1) *Journal des Praticiens* (8 avril 1922).

(2) *Académie de médecine* (5 février 1918). Dans cette note j'indiquais que le cæcum présente des anomalies dans 63 % des cas de dyspepsie et que le clapotage et les bruits de liquide, provoqués par la palpation, sont dus à un catarrhe de l'organe, et non à de la stase du contenu intestinal.

des états dyspeptiques chroniques sur le cæcum, au point de vue physique : gonflement, épaississement, ou au contraire, atonie avec clapotage, dans les cas de vieille constipation. Il y a une corrélation entre la poche gastrique et la poche cæcale ; de même, la *cæcalgie* (spontanée ou provoquée) constitue un symptôme excessivement banal, conséquence d'une gastropathie ; il faut se garder du diagnostic hâtif d'appendicite chronique, toutes les fois que la palpation de la fosse iliaque droite détermine une douleur, même vive.

F. Ramond (2) a insisté sur la fréquence de la *douleur appendiculaire*, au cours de la lithiase biliaire.

Comme le foie, le pancréas peut provoquer de la diarrhée avec crises. Dans la dyspepsie pancréatique par insuffisance sécrétoire, les malades se plaignent de pesanteur, plus ou moins longtemps après les repas, puis d'une douleur dans la région sus-ombilicale, légèrement à gauche, suivie d'une débâcle ; il se produit, en moyenne, trois ou quatre selles volumineuses pâteuses, couleur mastic, quelquefois avec des particules graisseuses visibles à l'œil nu. Outre que l'aspect est très différent des selles hépatiques, les symptômes généraux : polydipsie, polyphagie, affaiblissement et amaigrissement progressif, mettent sur la bonne voie diagnostique.

Mathieu a signalé autrefois (1) la *colite*, simple ou muco-membraneuse, à titre de complication de l'ulcère d'estomac. A la suite d'une poussée paroxystique, survient une débâcle diarrhéique, accompagnée ou non de fausses membranes. D'autres fois, la colite se montre, quand l'ulcère paraît cliniquement guéri ; on constate de la *stase cæcale*, une corde colique ou des spasmes douloureux. Il est des cas, où les manifestations intestinales, constituent le seul trouble accusé par le malade, au début, c'est l'examen objectif qui permet de déceler leur origine stomacale.

J'ai insisté dernièrement sur cette dernière anomalie (2) ; aussi, ne ferai-je que passer ici sur elle, de même que sur le rôle de l'estomac et du foie (à côté de celui du système nerveux) dans la genèse de l'entéro-colite muco-membraneuse dont j'ai parlé récemment (3).

(2) *Le médecin français* (1er juin 1921).

(1) *Journal des praticiens* (16 septembre 1911).
(2) *Ibidem* (23 mai 1925, p. 338 et 15 mars 1924, p. 167).
(3) *Concours médical* (29 novembre 1925).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un cas d'erreur de sexe

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

On remarque de temps à autres, tant dans les services hospitaliers que dans la pratique privée, l'existence de cas d'hermaphrodisme, de pseudo-hermaphrodisme devrais-je dire plutôt, ayant occasionné une erreur complète de sexe, et dont les conséquences sont parfois fort bizarres. Comme ces cas, assurément toujours fort intéressants, ne sont pas exceptionnels, bien qu'ils ne soient pas de constatation courante, et que vous pourrez peut-être vous voir appelés à en rencontrer dans votre carrière médicale, j'ai tenu à attirer sur eux votre attention et à prendre pour sujet de cette leçon l'histoire d'un sujet que j'ai pu suivre dans notre service, que la plupart d'entre vous ont été d'ailleurs à même d'observer, et qui offre un très bel exemple de malformation génitale consistant en un hypospadias périnéal.

Le jeudi 17 septembre, se présentait à la salle Sainte-Marthe une jeune fille de taille moyenne, d'allure assez coquette, revêtue d'une robe extrêmement courte, les cheveux coupés courts suivant la mode, coiffée d'un tout petit chapeau, qui s'avançait assez péniblement. Elle marchait le corps légèrement ployé en avant, et faisait des pas inégaux, avançant en effet beaucoup moins le pied droit que le pied gauche, comme si elle eut en quelque sorte cherché à relâcher la contraction de certains des muscles de sa paroi abdominale.

A première vue, nous avons tous pensé dans le service qu'il s'agissait encore là d'une nouvelle victime de l'amour, atteinte de quelque salpingite gonococcique. C'était bien en vérité une victime de l'amour, mais pas dans le sens que nous lui donnions, car il s'agissait de tout autre chose, comme nous avons bientôt pu en juger.

La jeune malade me remit une lettre provenant d'un médecin qui avait eu l'occasion de l'examiner : ce praticien avait d'abord cru à une bartholinite, mais tout de suite frappé des anomalies des organes génitaux externes qu'il avait été à même de constater, il avait été amené à penser qu'il s'agissait probablement plutôt de pseudo-hermaphrodisme, et nous l'adressait pour plus ample information.

Vivement intéressé par la lecture de ce billet, je me suis empressé de faire conduire la jeune malade dans la salle d'examen du service, où avant de procéder à l'exploration de son appareil génital, nous avons commencé à l'interroger.

Jeanne B., âgée de 18 ans, a toujours joui d'une excellente santé ; elle aurait été, d'après ses dires, assez bruyante et exubérante dans son enfance, aimant en particulier à grimper aux arbres, goût, je vous l'avouerai, qui paraît assez singulier chez une fillette.

Elle est allée en classe jusqu'à l'âge de 12 ans, apprenant assez facilement, et a été placée ensuite successivement d'abord comme ouvrière d'atelier, puis comme bonne. Mais, comme elle se déplaisait fort dans ces positions, qui ne convenaient pas, nous dit-elle, à son caractère plutôt remuant, et qu'elle présentait des dispositions particulières pour la danse qu'elle aimait beaucoup, elle obtint de sa mère l'autorisation de commencer des études dans ce sens, et fut engagée en 1924, comme danseuse au théâtre des Nouveautés.

Là, dans un milieu de mœurs un peu dissolues, Jeanne B. mena, j'ai pu m'en assurer ultérieurement, une vie fort sage, n'éprouvant aucun penchant ni pour le sexe mâle, ni pour ses compagnes, jusqu'au mois d'août 1925, où cédant, mais sans grands désirs, aux prières d'un de ses camarades, elle consentit à se donner à lui. Le 23 août eut lieu la première tentative de coït, qui, bien qu'horriblement douloureuse, fut tout à fait infructueuse, et qui renouvelée à plusieurs reprises les jours suivants, n'eut pas de meilleur résultat.

Vers le début du mois de septembre, Jeanne B. se rendit compte que, dans la partie supérieure de la région inguinale droite, était apparue une petite grosseur, au début complètement indolore, qui chemina les jours suivants tout le *long du canal inguinal, et qui un matin* descendit dans ce que la malade considérait comme étant la grande lèvre droite, en lui occasionnant une douleur assez vive. Dans la suite, Jeanne B. constata au niveau de la région inguinale l'apparition d'une sorte de cordon se reliant à la petite tumeur située dans la grande lèvre, cordon qui augmenta peu à peu de volume, devint plus dur en s'accompagnant de douleurs de plus en plus vives, particulièrement au cours de la marche.

Au bout de quelques jours, n'obtenant aucun résultat des divers traitements employés, et qui consistaient en compresses chaudes et en cataplasmes, elle alla consulter le médecin qui nous l'adressa à l'Hôtel-Dieu.

Il y a lieu de remarquer, et c'est là une chose très importante, que Jeanne B. qui est la 11[e] de 15 enfants, n'a jamais été réglée : ce fait avait bien quelque peu frappé sa mère, mais comme deux sœurs plus âgées et non mariées avaient également présenté ce phénomène, elle ne s'en était pas inquiétée. J'ajouterai à ce sujet que j'aurais bien vivement désiré pouvoir examiner les deux sœurs de la malade, afin d'essayer de me rendre compte de la cause de cette aménorrhée, mais malgré toutes mes demandes, la chose n'a pu se réaliser.

L'histoire de notre sujet nous étant connue, restait à procéder à son examen. Jeanne B., de taille moyenne, présente une physionomie très éveillée, mais sans grands caractères de féminité ; les traits sont fortement accusés, le cou est large ainsi que le thorax qui est surmonté de seins de dimensions en rapport avec son âge et assez fermes ; la taille n'est pour ainsi dire pas indiquée, le bassin est peu évasé, enfin les membres sont forts et bien musclés, les mains et les pieds étant particulièrement bien développés. Quant à la région hypogastrique inférieure, elle est revêtue d'un système pileux abondant, qui se propage, sur les organes génitaux externes.

Lorsque les cuisses ne sont que faiblement écartées, rien ne semble à première vue indiquer, que l'on ne se trouve pas en présence d'une personne du sexe féminin : on constate, en effet l'existence de deux grandes lèvres de dimensions normales, et dont la droite contient une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, peu mobile, assez douloureuse au toucher, laquelle se prolonge tout le long du canal inguinal par une sorte de cordon de consistance ferme offrant les dimensions de l'index. L'impression change toutefois totalement, lorsque l'on se met à examiner plus attentivement la malade, les cuisses étant bien séparées l'une de l'autre et à demi fléchies. En écartant en effet ce qui, au premier abord, semble représenter les grandes lèvres, on constate que les petites lèvres font complètement défaut, et que, sous un capuchon assez exubérant, se trouve un petit organe génital à tête aplatie, et gros comme la pulpe du petit doigt. A sa base, on remarque l'absence de méat urinaire, mais en revanche, on observe l'existence de deux petits replis cutanés disposés longitudinalement et qui conduisent à un orifice vulviforme, situé bien au milieu du périnée, mesurant un diamètre d'un centimètre et demi et dont les bords paraissaient fortement déprimés, ce qui n'avait rien d'étonnant, puisque c'était en ce point que s'étaient effectués les essais de coït. Cet orifice n'était autre chose que l'ouverture de l'urètre comme me le montra quelques instants plus tard le cathétérisme, que je pratiquai en vue de compléter mes investigations : l'urètre, à direction rectiligne, ne mesurait que quelques centimètres.

Du fait des diverses constatations auxquelles j'avais été amené, une partie du problème posé se trouvait résolu : il s'agissait là évidemment d'un cas d'hypospadias périnéal, avec verge rudimentaire, traces de gouttière urétrale et scrotum bifide. Quant à la tumeur qui se trouvait

dans la pseudo-grande lèvre droite, je pensai qu'il ne pouvait s'agir que d'un testicule descendu tardivement à la suite des essais de relations sexuelles, par suite des contractions violentes des muscles abdominaux provoquées par les douleurs causées au moment des tentatives répétées de coït, et qui s'était vraisemblablement bistourné au cours de sa migration.

Il ne restait plus qu'à savoir s'il n'existait pas pas hasard, dans la cavité abdominale, quelques rudiments d'organes génitaux femelles internes, ce qui aurait assurément fourni un magnifique cas d'hermaphrodisme vrai. Aussi, ai-je pratiqué sans perdre de temps un toucher rectal, qui ne m'a donné qu'un résultat complètement négatif : je n'ai, en effet, trouvé ni utérus, ni trompes, mais j'ai senti vers l'anneau inguinal interne gauche, la présence d'un petit corps de forme ovoïde, de consistance ferme, assez mobile, et qui donnait l'impression d'une formation testiculaire. Malgré cela, j'ai estimé que je ne pouvais pas encore me montrer complètement affirmatif et qu'il me fallait attendre que j'eus procédé à l'examen direct de la cavité abdominale, ce qui était parfaitement praticable, étant donné qu'il pouvait fort bien s'exécuter au cours de la petite intervention qu'il était nécessaire de faire subir à notre malade.

Vous savez en effet que tout testicule en état de torsion implique, et cela du fait des phénomènes de nécrose qui s'y développent, la nécessité d'une intervention : or, étant donnée l'existence d'un cordon induré et douloureux dans toute l'étendue du canal inguinal, il était assez vraisemblable de penser que la torsion avait dû s'effectuer à la partie tout à fait supérieure du cordon, au niveau de l'anneau inguinal interne. Devant par suite remonter jusqu'à cette région, lors de l'intervention, il me paraissait qu'il m'était légitimement permis d'en profiter pour pratiquer une exploration au moins digitale de la cavité de l'abdomen. Je renvoyai donc à ce moment toute affirmation catégorique au sujet du sexe de notre malade.

Bien que l'intervention dut être considérée comme presque d'urgence, et que la malade, vu les douleurs qu'elle éprouvait, la souhaitât la plus proche possible, néanmoins, des difficultés d'hospitalisation ne permirent de la pratiquer que le 19 septembre.

Cette intervention, faite sous anesthésie générale à l'éther, fut extrêmement simple. Une incision longitudinale d'environ 10 centimètres ayant intéressé la peau ainsi que la paroi antérieure du canal inguinal droit, il fut facile de libérer la tumeur qui macroscopiquement ressemblait tout à fait à un testicule, ainsi que le cordon œdématié qui lui faisait suite : puis, j'exerçai sur tous ces éléments une forte traction, qui attira dans la plaie la partie abdominale de cette portion de l'appareil génital interne, ce qui me permit de reconnaître qu'il existait bien sur la partie du cordon située immédiatement en dedans de l'orifice inguinal interne une torsion de près d'un tour complet de spire.

Les choses une fois remises suivant leurs dispositions normales, c'est-à-dire, la détorsion effectuée, je crus nécessaire, étant donnés les dégâts donnés, teinte noirâtre du testicule, et œdème dur du cordon, de sacrifier ces organes : je posai donc une ligature au niveau de la portion restée normale de ce cordon, et d'un coup de ciseaux, je pratiquai l'exérèse de toute ce qui me paraissait irrémédiablement lésé.

Ceci effectué, je me décidai à une exploration de la cavité abdominale, et après avoir incisé le péritoine sur une étendue de quelques centimètres, je parvins à glisser ma main dans l'ouverture ainsi pratiquée. Comme je m'y attendais quelque peu, je ne trouvai ni utérus, ni trompe, ni vagin, ce que le toucher rectal m'avait déjà fait entrevoir : en revanche, j'ai pu suivre du doigt ce que je considérais comme étant le canal déférent droit, lequel décrivait bien le trajet qu'il doit suivre normalement et m'a amené en arrière de la vessie, sur une petite formation de consistance assez ferme, qui devait être une prostate rudimentaire. J'ajouterai que, du côté gauche, en plus d'une disposition en tous points semblables, j'ai trouvé au niveau de l'orifice inguinal interne l'existence d'un petit corps ovalaire parfaitement mobile que j'avais perçu par le toucher rectal, qui ne pouvait être autre chose que le testicule gauche, et que j'eus soin de respecter afin de ne pas supprimer la sécrétion interne dont le rôle est reconnu plus important de jour en jour.

Ces constatations une fois faites, je fermai le péritoine par quelques points de catgut, et je procédai ensuite à la réfection du canal inguinal : malgré une légère suppuration, qui n'affecta que les plans tout à fait superficiels, la cicatrisation s'effectua dans d'excellentes conditions.

J'ajouterai tout de suite que j'ai procédé ultérieurement à l'examen des pièces que j'avais enlevées, au cours de l'intervention : il s'agissait bien, ainsi que je le pensais, d'organes mâles ; le testicule ainsi que l'épididyme, qui présentaient d'ailleurs les altérations habituelles des organes en ectopie et sur lesquelles je ne crois pas devoir insister, étaient parsemés d'un certain nombre d'infarctus et de suffusions sanguines plus ou moins étendues, que l'on retrouvait d'ailleurs sur une bonne partie de la hauteur du cordon.

Telle est donc l'histoire, assurément très résumée, de notre malade : vous voyez en définitive qu'il s'est agi d'un cas d'hypospadias périnéal, s'accompagnant de toutes les malformations habituelles des organes génitaux externes, et ayant pour cette raison occasionné une erreur

+++

complète de sexe, puisqu'au moment de la naissance, on avait cru se trouver en présence d'une fillette. Il y avait également une ectopie testiculaire double, qui a duré pendant 18 ans, puisque ce n'est qu'après les premiers essais de relations sexuelles que le testicule droit s'est mis en devoir d'accomplir sa migration, et c'est cette dernière, qui, se compliquant d'accidents de torsion, a obligé notre sujet à avoir recours à la chirurgie et d'arriver par suite aux constatations que je viens de vous exposer.

Je n'ai pas l'intention de m'appesantir aujourd'hui sur les lésions d'hypospadias que vous avez eu l'occasion d'observer dans ce cas et qui relèvent uniquement d'un arrêt de développement ; j'ai l'intention, étant donné que nous avons la bonne fortune de posséder dans notre service un autre malade qui présente des lésions de même nature, mais, je me hâte de le dire, infiniment moins accentuées, puisqu'il ne s'agit que d'hypospadias balanique, de revenir ultérieurement sur toutes ces lésions, qui offrent un très grand intérêt tant au point de vue théorique que pratique. D'autres considérations me paraissent infiniment plus importantes dans le cas qui vous occupe, et c'est à elles seules que je m'attacherai.

Et d'abord, en dehors de la petite intervention que j'ai pratiquée, et qui avait été rendue nécessaire par suite des accidents de torsion présentés, il n'y a absolument rien à faire chez notre sujet au point de vue chirurgical. Nous sommes incontestablement en présence d'un individu du sexe mâle, la présence du testicule, ainsi que l'absence d'utérus et d'ovaire en font foi, mais je suis obligé d'avouer que nous vous trouvons complètement désarmés en vue de lui restituer les attributs de son sexe : ses organes génitaux externes sont dans un tel état rudimentaire qu'il est tout à fait impossible de tenter de lui refaire un pénis capable de jouer un rôle quelconque, si modeste fût-il. Je n'aboutirai vraiment qu'à occasionner des souffrances parfaitement inutiles puisqu'elles ne seraient suivies d'aucun résultat pratique : mieux vaut donc laisser les choses en l'état où elles sont. Jeanne B. est bien assurément un garçon, mais un garçon tout à fait incomplet, un garçon manqué, inutile d'appuyer davantage sur ce point.

Si j'ai procédé à l'ablation du testicule droit qui était bistourné et qui présentait des altérations étendues relevant des troubles apportés à la circulation et par suite à la nutrition de l'organe, je me suis bien gardé de pratiquer l'exérèse du testicule gauche, qui n'offrait rien d'anormal . Assurément, il ne remplira guère la mission qui est ordinairement dévolue aux testicules et qui est leur principale raison d'être : mais il ne faut pas oublier, qu'à côté de son rôle externe, la glande génitale mâle en possède un autre, qui a trait à sa sécrétion interne, dont l'importance ne se discute plus aujourd'hui, et c'est pourquoi aux risques de voir survenir une seconde fois des accidents de migration, je ne me suis pas cru autorisé à effectuer une castration totale, dont les résultats auraient pu être tout à fait néfastes au point de vue de l'avenir physique et moral de notre infortuné sujet.

Après l'intervention que j'avais été amenée à pratiquer, et étant données les constatations qui en avaient résulté, certains d'entre vous se sont demandé s'il n'y avait pas intérêt à provoquer une rectification de l'état civil ; à cela je crois être en droit de répondre, qu'étant donné le secret professionnel auquel le Corps médical est astreint il s'agit là d'une affaire à laquelle nous ne devons pas nous mêler, et qui regarde uniquement le sujet en question ; je doute fortement d'ailleurs qu'il ait l'intention de demander cette rectification, qui ne lui procurerait aucun avantage, mais par contre infiniment d'ennuis et des désagréments.

Et, dans cet ordre d'idées, je me suis demandé pendant quelques jours s'il était de mon devoir, de révéler à Jeanne B. son véritable sexe : vous saurez que la question a été fort discutée et qu'en tous cas, il convient, suivant les conseils que donne Mouchet, de n'agir qu'avec une extrême discrétion. Aussi, avant d'aborder ce pénible sujet avec notre pauvre opérée, qui était bien loin de se douter d'un pareil état de choses, ai-je préféré en conférer auparavant avec sa mère, à laquelle j'ai appris avec infiniment de ménagements le véritable sexe de l'enfant qu'elle avait considéré jusqu'alors comme étant une fille.

Inutile de vous rapporter la stupéfaction de cette pauvre femme à l'annonce d'une pénible nouvelle, sa désolation de voir un de ses enfants atteint d'une si triste infirmité, et son désespoir d'avoir à lui révéler son véritable état, car j'avais été amené à penser, qu'en semblable situation, il valait mieux que ce fût la mère qui se chargeât de ce soin, sa tendresse devant être un réconfort, et lui faire trouver des paroles plus consolantes, des termes assurément, plus doux que ceux qu'aurait pu proférer un chirurgien amené par sa nature même à parler plutôt sec, comme il est appelé à trancher *cito* et *tuto*, mais, hélas ! jamais *jucunde*.

J'ajouterai que j'eus l'occasion, au cours de ma conversation avec la mère de notre malade, d'apprendre un détail assez amusant : environ six mois auparavant, il avait été fortement question d'un projet de mariage, et les pourparlers avaient été poussés très loin : sans le refus opposé par Jeanne B, refus qui était basé sur le peu d'inclinaison qu'elle ressentait pour celui qui devait être son futur mari, l'union eût été célébrée. Je vous laisse à penser qu'elle eût été la tête du pauvre mari en ne trouvant pas ce qu'il était légitimement en droit d'espérer, la situation des

deux conjoints, et tous les ennuis qui en seraient résultés, car le Code civil français ne fait pas figurer parmi les causes de nullité de mariage, les anomalies congénitales qui font obstacle au coït.

Vous pouvez vous douter que la révélation à Jeanne B. de sa véritable situation sexuelle lui fut atrocement pénible et quand je la vis le lendemain du jour où sa mère lui avait fait le pénible aveu, j'assistai à une abondante crise de larmes et de sanglots. A la vérité, elle s'était toujours un peu douté, m'avoua-t-elle lorsqu'elle se fut un peu calmée, qu'elle ne ressemblait pas à toutes les autres jeunes filles, surtout après ce qui lui était advenu au mois d'août, mais elle avait pensé qu'avec une petite intervention, il aurait été possible de remédier à ce qu'elle ne considérait que comme une simple insuffisance vaginale, et qu'elle pourrait ainsi arriver en définitive à jouir de tous les attributs du sexe féminin. Sa désillusion fut, cela se conçoit aisément, bien amère, et seule l'assurance que son véritable sexe ne s'opposerait nullement à ce qu'elle pût continuer à se livrer à sa profession de danseuse parvint à ramener quelque calme dans son esprit. Puis, ainsi que ceux d'entre vous qui appartenaient à ce moment à notre service ont pu le constater, sa tristesse a diminué progressivement de jour en jour, et au moment de son exeat, notre malade avait complètement le caractère enjoué propre à sa nature.

Que se passera-t-il ultérieurement, je n'en sais absolument rien, et vous pourriez même me dire que cela ne me regarde pas, mais en tous cas, il est bien certain que la présence intime dans un corps du ballet d'un garçon, même très manqué, me paraît grosse de conséquences, étant donné qu'avec l'âge les désirs sexuels ne tarderont pas vraisemblablement à se manifester et ne pourront pas s'accomplir normalement.

RÔLE ESSENTIEL D'UN CHOC HUMORAL DANS L'APPARITION DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

(intoxication cyanhydrique par le Phaseolus lunatus)

ET DES AUTRES NÉVRAXITES D'ORIGINE TOXI-ALIMENTAIRE

Par le Dr Albert Veillard, de Meung-sur-Loire (Loiret).

Un cas d'encéphalite léthargique au début donne l'impression d'une maladie infectieuse d'origine microbienne ou virulente ; l'autopsie vient encore confirmer cette manière de voir en montrant des lésions décrites habituellement dans les maladies infectieuses inflammatoires : piquetés et suffusions hémorrhagiques, manchons périvasculaires, etc.

Et cependant ce sont ces mêmes lésions que l'on retrouve dans tous les cas où le rôle d'un toxique alimentaire d'origine végétale ne peut pas être mis en doute : lathyrisme aigu, béribéri aigu, alcoolisme aigu, cyanhydrisme aigu (amandes amères, laurier-cerise, manioc).

Dès mes premières observations, de 1918 à 1920, j'avais remarqué que l'encéphalite frappait toujours des personnes ayant fait une grosse consommation de mauvais pain et que celui-ci était consommé depuis un certain temps.

L'intoxication n'apparaissait donc pas dès les premiers jours ; rien ne faisait prévoir l'éventualité de symptômes quelconques, quand, brutalement, l'encéphalite éclatait et parfois déterminait rapidement la mort.

N'est-ce pas une complication de même genre qui arrive chez de gros consommateurs d'alcool ? Ceux-ci paraissent supporter sans inconvénient de fortes doses du toxique, donnent un travail normal, jouissent d'une bonne santé apparente, mais brusquement, à propos d'une maladie aiguë infectieuse (érysipèle, streptococcie, etc.), ou *a frigore* (angine herpétique, pneumonie) ou d'une forte secousse psychique ou traumatique, font une crise de *delirium tremens.*

C'est cette idée que je développai dans ma petite brochure en 1921 sur l'« encéphalite léthargique et la grippe infectieuse. »

Je vais en donner ici quelques extraits et ferai suivre ceux-ci de plusieurs relations d'épidémies de névraxites d'origine toxi-alimentaire où l'on peut retrouver ce caractère tout particulier du début de l'encéphalite sur lequel, jusqu'ici, on n'a jamais attiré l'attention.

Je ferai remarquer dès maintenant que je ne parlais alors que de toxine de maïs avariés pour l'excellente raison que l'Office du ravitaillement distribuait des farines sous l'étiquette de farine de maïs ; mais mes recherches postérieures à 1920 me montrèrent qu'il ne fallait pas incriminer seulement la farine de maïs, mais aussi la farine de haricot cyanhydrique de Java ou de Birmanie (*phaseolus lunatus*) et la farine du pois du Japon ou d'Amérique (*lathyrus cicera*, gesse chiche, jarosse) qui avaient joué un rôle considérable dans l'intoxication.

Chacune de ces farines possède une toxicité nettement spécifique ; chacune d'elles a son lieu d'élection en des points différents du névraxe, d'où des variétés très nettes dans la topographie des lésions anatomiques et dans la symptomatologie.

L'extrême polymorphisme de l'encéphalite épidé-

mique tient à ce que l'on a englobé sous ce nom des intoxications résultant du mélange de plusieurs farines très toxiques ; le malade soumis à une alimentation intensive de pain à la farine de haricot, de pois et de maïs toxiques, présentait tout à la fois ou alternativement des symptômes de phaséolunatisme, de lathyrisme et de maïdisme.

L'encéphalite épidémique n'est donc pas une. Il y a une forme léthargique de cause cyanhydrique par le *Phaseolus lunatus* (phaséolunatisme), une forme spasmodique, algique et choréique par le *Lathyrus cicera* (lathyrisme), une forme psychopathique et parétique des nerfs craniens (confusion mentale, apathie, amaurose, paralysie du phrénique), par le maïs toxique (maïdisme), sans compter les formes béribériques, poliomyélitiques, syringomyélitiques, témulentiques, plus rarement observées que les formes précédentes, pendant la guerre, parce que les farines toxiques les produisant étaient plus rares ou plus chères que le pois, le maïs ou le haricot exotiques.

Le ravitaillement en farines panifiables était des plus difficiles par suite des immenses agglomérations d'hommes à desservir, des transports maritimes soumis aux aléas des torpillages et de la rareté des bateaux ; j'ai vu plusieurs fois le boulanger n'avoir pas, le matin, la farine qui devait assurer la ration du jour ; et c'est ainsi qu'on en fut réduit à fabriquer, d'urgence, du pain avec des produits infects, poussières et détritus des dépôts de marchandises et des moulins.

Je crois utile de mettre sous les yeux de mes confrères quelques pages de ma petite brochure sur les causes réelles de l'encéphalite épidémique ; ils comprendront mieux le rôle qu'ont pu jouer ces farines qui toutes, pour ainsi dire sans exception, renfermaient des alcaloïdes ou des glycosides azotés toxiques pour l'axe cérébro-spinal. (A. Veillard : L'encéphalite léthargique, pp. 5 et 6.)

Dès le premier jour de la guerre de 1914 tous les moulins à farine furent réquisitionnés par l'intendance. Celle-ci s'aperçut bientôt que, par suite du gaspillage et du gâchis, la récolte de blé serait vite épuisée et l'une de ses premières mesures fut de réglementer le pourcentage d'extraction des farines.

Les meuniers crurent alors bien faire en ne nettoyant plus leurs grains et en broyant tel quel le produit de la moisson. Ce fut le temps de la farine à toutes graines : nielle, blé de vache ou queue de renard (mélampyre), vesce, pois des champs, ivraie, luzerne sauvage, tout y passa, sans compter le seigle et l'escourgeon.

Les farines de ces plantes de nos moissons n'ont pas été consommées en quantité suffisante pour produire des intoxications sérieuses et mortelles ; cependant, en quelques endroits, elles ont provoqué des troubles passagers qui montrent la nécessité de débarrasser les céréales de toutes ces impuretés. Un nettoyage convenable est toujours indispensable.

La nielle renferme plusieurs alcaloïdes et glycosides toxiques : agrostemmine, githagine, saponine.

L'ivraie enivrante (*lolium temulentum*) doit être éliminée avec soin, car elle peut causer des accidents sérieux : nausées, vomissements, vertiges, accès d'ivresse, coma, convulsions.

Les blés d'Australie sont excellents, mais renferment parfois de l'ivraie en quantité telle qu'ils provoquent les symptômes que je viens de signaler. Un neuvième de farine d'ivraie, mêlée à celle du blé empêche la fermentation panaire ; la moitié de cette quantité peut produire des empoisonnements graves.

On voit donc tout le danger de ne pas opérer avec soin le nettoyage des céréales, surtout quand elles sont d'origine exotique.

Mais ces fraudes de la petite meunerie étaient bien anodines, comparées à celles qui allaient bientôt s'exécuter en grand, sous le couvert de l'administration. Des négociants passèrent de gros marchés avec les Ministères pour la fourniture des grains devant faciliter la fameuse soudure. Ces grains, mis en farine dans des moulins attitrés, étaient pour la plupart d'origine exotique : déchets de riz, haricots plus ou moins avariés, orobe, pois du Japon. Ces farines, bien souvent infectes, étaient remises toutes fabriquées à la petite meunerie qui devait obligatoirement en mettre tant pour cent dans ses farines provenant des céréales indigènes.

Mais en 1916 apparut en quantité formidable un produit, qui devait dès lors jouer le premier rôle dans les succédanés du blé fournis par les services officiels du ravitaillement : le maïs.

Celui-ci était loin d'être de première qualité et les conditions dans lesquelles maïs et farines étaient transportés et emmagasinés ne pouvaient que favoriser l'extension du verdet et des autres champignons et moisissures.

Exposés sur des quais maritimes à toutes les intempéries, transportés dans des bateaux, débarqués, puis véhiculés dans des wagons découverts et non bâchés, remisés dans des magasins ouverts à la pluie et à la neige, ces grains et farines ne pouvaient qu'être avariés, et ils l'étaient en effet. J'ai vu des sacs remplis de farines verdâtres, prises en mottes plus ou moins volumineuses.

Pour mélanger ces farines à d'autres farines, les meuniers se voyaient dans la nécessité de les sécher et de les repasser sous la meule ou dans les cylindres. A pareil contact la farine de blé ne pouvait que prendre le verdet, et pour évaluer la quantité de farines avariées entrées dans la consommation, il faut mettre en ligne de compte non seulement la farine de maïs, mais aussi les autres sortes de farines qui ont été contagionnées par les moisissures.

Quelles ont été les quantités de farine de maïs consommées par la population française de 1916 à 1920, c'est-à-dire pendant cinq ans ? Ce chiffre, jamais les services de ravitaillement ne l'ont donné exactement ; tout a été combiné pour tromper le public.

La consommation annuelle des céréales panifiables est en moyenne en France de 72 millions de quintaux. De 1916 à aujourd'hui les meuniers ont dû mettre obligatoirement 25 % de succédanés. Bien souvent ceux-ci consistaient uniquement en farine de maïs ; acceptons, et en le faisant, nous sommes très sûrement bien au-dessous de la vérité, que ce chiffre n'ait été que de cinq pour cent, ainsi qu'il ressort d'un communiqué que je citerai plus loin, nous arriverons au chiffre formidable de 3 millions 600 mille quintaux de farine de maïs par an, soit 18 millions de quintaux depuis 5 ans, soit de quoi faire 1 milliard 100 millions de pains de 4 livres en farine de maïs sans mélange d'autres céréales. Et quand on songe que cette farine était la plupart du temps avariée par les moisissures et champignons divers, une seule chose est étonnante ; c'est que tous les Français ne soient pas devenus pellagreux.

Mais de ce que tous les Français, ou presque, boivent du vin, il ne faut pas en conclure que tous les Français soient alcooliques, et encore moins qu'ils soient tous atteints de *delirium tremens*. Or, comme nous le verrons plus loin, il y a beaucoup de points de ressemblance entre la marche de l'intoxication alcoolique et la marche de l'intoxication par les farines avariées. En outre bien

des causes viennent annihiler l'influence néfaste de la toxine du maïs avarié.

Parallèle entre diverses intoxications.

Lorsque j'eus la curiosité de rechercher quel rapport pouvait bien exister entre l'apparition de l'encéphalite léthargique et la consommation du pain infect fourni à la population civile une chose me frappa tout d'abord : la maladie avait toutes les allures d'une maladie aiguë, d'une part, et le malade consommait du mauvais pain depuis plusieurs mois, d'autre part.

Autre remarque : la maladie ne paraissait pas primitive, elle était généralement précédée ou accompagnée au début de symptômes appartenant à des maladies autres, bien classées et ayant leur physionomie propre. C'est ce que je développai dans les pages suivantes :

Comme toutes les intoxications, l'intoxication chronique par la toxine des farines avariées ne se manifeste par aucun symptôme brutal attirant nettement l'attention ; il n'existe qu'une lassitude générale, de l'apathie, de l'indifférence (la vague de paresse), qui, si l'empoisonnement continue, peuvent aboutir progressivement aux derniers degrés de la cachexie verdétique.

Mais l'imprégnation continue et chronique peut s'extérioriser, pour ainsi dire, subitement, soit en donnant lieu à des manifestations aiguës (encéphalite léthargique, délirante, myoclonique), tel le *delirium tremens* dans l'alcoolisme chronique, ou l'encéphalopathie saturnine dans l'intoxication par le plomb, — soit, à propos d'une maladie quelconque intercurrente, en dénotant un terrain tellement mauvais que le malade est incapable de lutter et meurt rapidement.

De même qu'une pneumonie ou un érysipèle déclanche du *delirium tremens* chez un alcoolique (manifestation aiguë d'une intoxication chronique), de même une angine, une grippe, un traumatisme, déclanche une encéphalite chez un intoxiqué par les mauvaises farines.

De même qu'une pneumonie ou un érysipèle, d'allure anodine au début, tue rapidement un alcoolique, sans manifestation particulière d'alcoolisme, de même une grippe tue rapidement un intoxiqué par les mauvaises farines, bien que cette intoxication ne se soit jamais manifestée.

Il y a un *delirium tremens* et une encéphalite par saturation du poison (alcool, farines avariées) mais le plus souvent c'est une maladie qui fait saillir l'intoxication.

L'encéphalite dite épidémique n'est pas de la grippe, mais la grippe fait éclater les différentes formes de l'intoxication par les farines avariées.

Le *delirium tremens* n'est pas de l'ivresse, ce n'est pas une intoxication aiguë ; c'est une manifestation à grand tapage chez un intoxiqué chronique par l'alcool. Même si le *delirium tremens* apparaît à la suite immédiate d'une trop forte ingurgitation d'alcool (*a nimio potu*), il n'en est ainsi que parce que le système nerveux de l'ivrogne se trouve déjà, depuis un certain temps, en voie de dégénérescence par intoxication chronique. Mais le plus souvent *le delirium tremens* se montre soudainement dans le cours d'une pneumonie, d'un érysipèle, à la suite d'une opération chirurgicale, d'une secousse trop forte, moralement ou physiquement.

La pneumococcie (angine, pneumonie, fièvre éphémère), la streptococcie, la grippe, un traumatisme provoquent l'encéphalite, comme ces mêmes maladies peuvent faire éclater le *delirium tremens*. L'intoxication par les farines avariées, latente depuis longtemps, se montre brutalement ; une entité morbide (grippe) se complique de manifestations (encéphalite) tenant à une intoxication chronique (farines avariées), comme dans l'autre cas (pneumonie) on aurait un *delirium tremens* causé par intoxication alcoolique.

La terrible épidémie d'influenza de 1918 survint alors que la population était en pleine intoxication par les farines avariées ; on signalait des cas d'encéphalites léthargiques dans diverses localités ; des médecins firent de l'encéphalite une forme de grippe.

L'encéphalite n'était qu'une manifestation de l'intoxication par les farines avariées, manifestation déclanchée dans certains cas par une grippe.

Ce qui est certain, c'est que beaucoup de grippés furent rapidement frappés d'accidents d'origine bulbaire ; la gravité de la maladie provenait de la coexistence dans l'organisme de la toxine des farines avariées, toxine qui avait mis déjà le bulbe en voie de dégénérescence antérieurement à l'attaque de grippe. Les symptômes asphyxiques par blocage du poumon, si fréquents alors, avaient pour cause une parésie par intoxication non grippale, mais verdétique. Les malades étaient tués par la grippe parce que l'intoxication par les mauvaises farines leur avait enlevé toute force de résistance, comme un ivrogne invétéré meurt de sa pneumonie par suite de son intoxication alcoolique. Grippe et encéphalite avaient donc des caractères communs ; dans un cas comme dans l'autre, il y avait une même toxine, la toxine des farines avariées désorganisant depuis un certain temps les centres nerveux et entraînant subitement la torpeur et l'atonie de l'organisme. L'association, habituelle dans la grippe, du bacille de Pfeiffer, du pneumocoque, du streptocoque, se compliquait de la présence d'une toxine : la toxine des farines avariées, qui fut cause d'une mortalité effroyable.

On signala chez certains malades des séquelles de la grippe consistant en troubles psychiques, symptômes choréiques, parkinsoniens ; en réalité ces signes étaient dus non aux microbes de la grippe, mais à la toxine des farines avariées. Grippe et toxi-verdétisme sont deux maladies distinctes, mais qui, depuis 1916, ont coexisté bien souvent chez les malades atteints de grippe.

Les jeunes femmes de seize à trente-huit ans paraissent avoir payé un lourd tribut à la mortalité grippale. Contrairement à ce qui se passe dans toutes les épidémies, ce ne sont pas les classes les plus pauvres, mais les femmes appartenant ou attachées comme domestiques aux classes bourgeoise ou commerçante qui, en majorité, ont été frappées mortellement. N'est-ce pas là le résultat du régime alimentaire ? Pendant la guerre la classe ouvrière féminine, bien rétribuée, faisait une large consommation de viande et de vin, le pain n'était qu'un accessoire. Dans la classe bourgeoise au contraire, maîtresses et domestiques avaient une nourriture peu animalisée, et par snobisme ou par hygiène mal entendue s'abstenaient de vin ou de café (les meilleurs antidotes de la toxine), faisaient un grand emploi de pâtes alimentaires, non moins infectes que le pain. La toxine des farines avariées possédait chez ces jeunes femmes le maximum de virulence, d'où la forte mortalité constatée parmi elles.

Chose remarquable, cette facilité de morbidité se retrouve chez ces mêmes catégories de femmes pour les manifestations dues à la toxinhémie par les farines avariées. Encéphalite léthargique, troubles psychiques, choréiques, parkinsoniens, se voient en majorité dans le sexe féminin.

Cette toxine, qui s'attaque au système nerveux central, trouve un terrain favorable chez des sujets non défendus par une alimentation variée ; la monotonie d'une nourriture composée en majeure partie de pain, de pâtes, d'eau, sans viande, ni vin, ni café, prédispose essentiellement à l'envahissement de l'organisme par une toxine qui ne trouve pas d'antidotes naturels pour lutter contre elle.

Postérieurement à cette publication, je fis des recherches bibliographiques sur le *Lathyrus* et le *Phaseolus lunatus* au point de vue del'intoxication chez l'homme et chez les animaux. C'est ainsi que je pris connaissance de la communication de M. le prof. Proust à l'Académie de médecine de Paris au mois de juillet 1883.

A cette époque on était loin de soupçonner les phénomènes d'anaphylaxie et de colloïdoclasie ; mais ce qui me frappa dans cette communication et dans les observations rapportées au cours de la discussion qui la suivit, c'est que l'épidémie de névraxite spasmodique éclatait d'une façonn soudaine, à la suite d'un changement brusque de température, toujours plusieurs mois après le début de la consommation de pain renfermant de la farine de gesse chiche dans la proportion d'un sixième. Cela concordait exactement avec ce que j'avais observé, ainsi que je viens de le rapporter.

Observations cliniques et recherches expérimentales sur la toxicité de plusieurs graines dont les farines ont été utilisées pour la panification depuis 1914.

(Apparition brusque, après choc humoral, d'une intoxication jusque-là latente)

Lathyrisme médullaire spasmodique. — Communication de M. le professeur PROUST, à l'Académie de médecine de Paris. Séance du 3 juillet 1883. Présidence de M. le professeur HARDY. — M. Proust rend compte d'une épidémie qu'il a observée récemment dans les montagnes de la Kabylie et dans laquelle il a observé une quarantaine de malades.

Chez presque tous, la maladie a débuté BRUSQUEMENT APRÈS UNE NUIT FROIDE ET HUMIDE. Elle a consisté en douleurs de reins, phénomènes paralytiques occupant rarement les membres supérieurs, beaucoup plus souvent les membres inférieurs. Sensibilité généralement intacte.

La maladie a débuté PAR LA FIÈVRE, puis par des douleurs lombaires qui ont gagné les régions fessière et crurale. Contractures et crampes, avec fourmillement, incontinence d'urine, impuissance virile plus ou moins prononcée.

La maladie est caractérisée par les symptômes suivants : marche difficile et sur la pointe du pied ; raideur des membres inférieurs, orteils recourbés ; pieds dans l'extension et l'adduction, réflexe tendineux exagéré ; exagération des mouvements réflexes des membres inférieurs, du gauche principalement.

Chez un malade on observa des bulles de pemphigus à la face interne du genou ; pas d'anesthésie évidente.

Cette maladie s'est déclarée chez des Arabes qui tous avaient mangé du pain fabriqué avec de la farine de froment additionnée de farine de gesse (1 pour 6) ; aussi est-ce en temps de famine que l'on voit cette maladie, alors qu'on a l'habitude de faire ce mélange de pois et de froment.

Cette maladie se manifeste d'une façon épidémique, en général pendant les mois de mars et d'avril. ON NE L'A JAMAIS OBSERVÉE CHEZ CEUX QUI NE MANGENT PAS DE GESSES.

Cette maladie a été étudiée complètement par Cantani qui lui a donné le nom de lathyrisme, du terme *lathyrus-cicera*, légumineuse qui produit les gesses ou djilbes.

Et le professeur Proust ajoute :

M. Teilleux a trouvé dans les graines des gesses une matière résineuse qu'il administra à des lapins et qui détermina la paralysie de la partie postérieure du corps et des soubresauts tétaniques.

Telle est la communication de M. le Prof. Proust à l'Académie de médecine. J'ajouterai que Reinsch, étudiant plus tard les principes actifs du *Lathyrus*, en retira une toxalbumine, la Lathyrine, dont il reconnut les propriétés toxiques. Reinsch put extraire la Lathyrine non seulement du *Lathyrus cicera*, mais aussi du *Lathyrus aphoca*, du *Lathyrus hirsutus* et du *Lathyrus sativus*.

J'ajouterai également, me plaçant au point de vue de l'épidémie d'encéphalite de 1916 et des années suivantes : si l'addition de farine de gesse à la farine de froment dans la proportion de 1 pour 6, soit 16 pour cent, pouvait produire de tels accidents, à quelle intoxication ne devait-on pas s'attendre en employant des succédanés dans la proportion de 45 pour cent, car c'est bien cette proportion qui était indiquée dans la circulaire confidentielle à la meunerie, sous la menace, en cas de non-exécution, de la fermeture de leur moulin et de la saisie de leur farine de froment ? On me dira bien que les circulaires n'indiquaient comme succédanés que le seigle, la fève et le maïs, mais où sont passés les millions de quintaux de pois d'Amérique et de haricots de Java et de Birmanie débarqués dans nos ports maritimes ? Dans nos magasins militaires d'abord, d'où refusés comme trop toxiques, ils ont pris le chemin des moulins et ont servi comme farines au ravitaillement de la population civile. Mais revenons au choc humoral. Il est bien évident dans la relation des observations de M. le prof. Proust.

Des Arabes mangent du pain à la gesse *depuis plusieurs mois* et paraissent continuer à se bien porter, quand, *brusquement*, à la suite *d'une nuit froide et humide*, ils *sont pris de fièvre* et présentent tous les symptômes aigus d'une *névraxite* spasmodique.

Il y a fièvre, c'est-à-dire réaction inflammatoire ; il y a lutte entre deux éléments : un antigène et un anticorps sont aux prises ; périvascularite aux lieux de la lutte, le manchon périvasculaire se forme. Ce n'est pas un empoisonnement simple, c'est une réaction violente survenant brusquement chez des intoxiqués depuis longtemps ; la maladie ne frappe que les intoxiqués par la gesse, car M. le prof. Proust a bien soin d'ajouter : on ne l'a jamais observée chez ceux qui ne mangent pas de gesse. A la suite d'une influence atmosphérique on voit brusquement chez ces intoxiqués la maladie se développer épidémiquement.

A la séance suivante de l'Académie de médecine (10 juillet 1883), M. Bouley prit la parole et relata plusieurs épidémies qui ont toute la valeur d'expérimentation de laboratoires :

En raison de la cherté de l'avoine, une Compagnie d'omnibus de Rouen essaya la nourriture par la gesse

(jarosse). Dans une écurie contenant 150 chevaux, 45 reçurent une ration de deux litres de graines de gesse par jour, mélangées à leur avoine. Tout paraissait aller pour le mieux, quand, AU BOUT DE QUELQUES MOIS, on constata qu'un des chevaux était pris SUBITEMENT de douleurs de reins, qu'on prit et traita pour un lumbago. Au prétendu lumbago succéda un cornage inquiétant et tout différent du cornage habituel provenant de l'engorgement unilatéral des ganglions bronchiques.

Peu après un second cheval, puis un troisième, puis un quatrième tombaient paralysés, avec cornage, et MOURAIENT RAPIDEMENT ASPHYXIÉS ; 29 chevaux sur les 45 furent successivement atteints et la plupart moururent. On supprima la gesse, la maladie s'éteignit.

Parmi les 105 chevaux non soumis au régime de la gesse, pas un seul ne fut malade. La gesse chiche était donc bien la cause de la maladie.

D'autres vétérinaires ont fait les mêmes remarques, à propos de faits analogues.

Dans cette relation de M. le prof. Bouley (de l'école d'Alfort) comme dans celle de M. le prof. Proust, je constate l'existence d'un CHOC qui vient brutalement interrompre la quiétude donnée par plusieurs mois d'alimentation par la gesse chiche sans aucun inconvénient apparent. Au bout de quelques mois seulement, *l'épidémie éclate et fauche rapidement la plupart des intoxiqués*. L'épidémie s'arrête quand on cesse cette alimentation vicieuse.

Cette question du Lathyrisme donna lieu à une discussion très importante, puisque l'Académie y revint dans une troisième séance, le 17 juillet 1883.

M. Leroy de Méricourt établit les conclusions suivantes :

1° De nombreuses observations recueillies à diverses époques et dans des lieux très différents, tendent à établir que *l'usage alimentaire*, dans une large proportion *des graines de plusieurs espèces de lathyrus, pendant un temps assez long, amènent chez l'homme* et quelques animaux supérieurs des *accidents sérieux caractérisés par des troubles de la motilité* et de la sensibilité et chez les chevaux le cornage et l'asphyxie ;

2° Des *circonstances accessoires* telles surtout que les *variations de température, le refroidissement du corps par la pluie* ou le froid humide des nuits, paraissent jouer un rôle important comme *causes déterminantes* dans la production de ces accidents chez l'homme ;

3° Conditions expérimentales et quatrième étude parallèle du lathyrisme et du béribéri. Je reviendrai dans un autre article sur ces deux dernières conclusions de M. Leroy de Méricourt.

Nos académiciens, voilà quarante ans, avaient donc vu clair dans l'intoxication par le *Lathyrus*. Celui-ci renferme un principe toxique qui, isolé et injecté aux animaux, provoque immédiatement chez eux des phénomènes d'intoxication. Le même *Lathyrus* donné en nourriture aux animaux paraît inoffensif, bien que l'usage en soit continué pendant plusieurs mois ; mais brusquement, à la suite d'un changement de température, l'animal présente des accidents aigus dont il meurt le plus souvent.

Une autre légumineuse, le *Phaseolus lunatus*, haricot de Java ou de Birmanie, renferme un principe toxique *beaucoup plus violent que la Lathyrine* ; on en a retiré un glycoside azoté, la Phaséolunatine, qui, par hydrolyse donne glycose, acétone et *acide cyanhydrique*.

Ce haricot renferme parfois le toxique en très forte proportion. M. le prof. Guignard et M. Kohn-Abrest expérimentant sur les animaux, les firent périr rapidement par injection du produit toxique, mais, à leur grande surprise les animaux qui ingéraient le haricot en nourriture n'étaient pas intoxiqués ; de l'analyse des fèces ils concluent que l'élément azoté n'était pas digéré et que le toxique traversait l'intestin sans pénétrer dans la circulation générale.

BAGLIONI (*Arch. Ital. de Biologie*, 1915, pp. 177-219), dans ses recherches sur les effets de l'alimentation maïdique, expérimenta sur vingt et un cobayes. Alors que la zéine entraînait rapidement la mort, la pâtée à la farine de maïs tuait le cobaye en un jour à un mois ; et l'expérimentateur attribue la mort à un engorgement intestinal par alimentation incongrue. Expérimentant l'alimentation maïdique sur l'homme il conclut à une minime digestion des matériaux azotés qui sont retrouvés dans les fèces en une forte proportion.

De cette double expérimentation nous pouvons conclure que certaines farines, employées pour l'alimentation, renferment un toxique violent qui, isolé et par injection sous-cutanée, tue rapidement l'animal en expérience ; par contre, ingérées par les voies digestives, elles paraissent inoffensives. Mais dans ces deux expérimentations on n'a pas envisagé la possibilité d'interrompre brusquement cette nonnocivité par un choc humoral. Voici, par contre, qui est tout à fait concluant.

En 1917 une épidémie meurtrière sévissait sur nos colombiers militaires. M. ROTHÉA, pharmacien principal de l'armée, soupçonnant une vesce exotique d'être la cause du méfait, expérimenta cette graine sur un certain nombre de pigeons. Ceux-ci, bien que nourris depuis quelque temps déjà de cette vesce, ne présentaient aucun symptôme insolite, quand M. Rothéa eut l'idée d'élever artificiellement la température des pigeons. Le changement brusque de température suffisait pour déclancher à bref délai les phénomènes de névraxite et la mort (*Annales des falsifications et des fraudes*, nov. 1918). Ainsi cette graine de légumineuse est à placer à côté du *Lathyrus* et du *Phaseolus lunatus* dans son mode d'intoxication alimentaire.

Une longue durée d'alimentation, sans aucun symptôme d'intoxication, donne les apparences trompeuses d'une innocuité absolue, mais il suffit d'une éventualité insignifiante : une simple modification de température du corps, *a frigore* ou *a calore* pour changer instantanément le tableau. Le malade présente tous les symptômes d'une inflammation grave cérébro-spinale alors que la veille il était en pleine santé.

Lorsque, pour la première fois, j'accusai le haricot de Birmanie d'être la cause de l'encéphalite léthargique, on me dit : « Cela n'est pas possible. On trouve dans l'encéphalite des lésions *inflammatoires* qui

n'existent pas habituellement dans les empoisonnements. Ceux-ci tuent la cellule qui ne réagit pas ; il y a apyrexie complète, alors que dans l'encéphalite au début il y a le plus souvent de la fièvre. »

Mes contradicteurs auraient raison, si l'encéphalite était un empoisonnement. Mais l'encéphalite n'est pas un empoisonnement aigu ; c'est une réaction survenant subitement, par suite d'une cause nouvelle, chez un intoxiqué.

Pour qu'il y ait encéphalite léthargique, deux causes sont nécessaires. 1° Il faut *de toute nécessité* qu'il y ait eu alimentation par le *Phaseolus lunatus* ; c'est là la cause dominante, *sine qua non*, de l'encéphalite ; 2° il faut qu'il y ait l'intervention d'un second facteur, qui jouera le rôle de cause déterminante et qui transformera l'état latent d'intoxication sans fièvre ni réaction, en une crise aiguë inflammatoire avec fièvre et symptômes reflétant des lésions anatomo-pathologiques d'évolution soudaine.

Phase préparante et phase déchaînante.

1° Première phase. — Imprégnation humorale par une toxine d'origine végétalo-microbienne. — Antigène sans réaction. 2° Deuxième phase. — Rupture de l'équilibre humoral par un brusque changement de température. — Anticorps de réaction.

Les faits cliniques et l'expérimentation font ressortir l'influence primordiale du changement brusque de la température. Les communications de MM. les prof. Proust et Bouley montrent que la maladie prend la forme épidémique après des nuits froides et humides, chez des intoxiqués ; M. le pharmacien principal Rothéa soumet ses pigeons à un brusque changement de température et aussitôt l'épidémie se manifeste.

De même l'encéphalite léthargique apparaît de préférence au moment des changements de saison, aux mois de mars et avril, aux mois d'octobre et novembre, c'est-à-dire au printemps et à l'automne, alors que le frisson est fréquent, que la fièvre *a frigore*, que l'angine herpétique, que la pneumonie franche, avec leur corollaire habituel l'herpès labialis, sont la suite de ce frisson, ou plutôt la première manifestation de la réaction.

L'herpès fébrile n'apparaît pas seulement dans les pneumococcies (angine, pneumonie, méningites cérébro-spinale) ; on le voit aussi dans les accès du paludisme, dans la grippe, l'érysipèle, dans la streptococcie, bref toutes les fois qu'il y a eu frisson. Je l'ai vu plusieurs fois chez des femmes prises de frisson au moment de la délivrance ; l'herpès cataménial est fréquent. Enfin certains fruits de rosacées à mycorrhizes (mûres des haies) sont à l'origine de l'éruption herpétique ; mais il est à remarquer que la personne est prise de frisson alors qu'elle a déjà mangé quelques-uns de ces fruits.

Il ressort de cette énumération que le froid (et le frisson qui en est la conséquence), paraît provoquer la repullulation du virus-herpès, dont le lieu d'élection est dans le névraxe et particulièrement dans le noyau du pneumogastrique (Veillard. *Angine herpétique et pneumonie franche*, 1886. — Veillard. *Etiologie de l'herpès fébrile*, *La Pédiatrie*, 1914, n° 2).

Il est probable que nous portons presque tous des germes de virus-herpès et que sous l'influence d'un abaissement de température ce virus, de saprophyte devient pathogène, et par répercussion, par association virulente, entraîne la réaction inflammatoire de défense.

Et c'est ainsi que par le jeu de l'association ou de la symbiose nous verrons, à la suite d'un coup de froid ou de chaleur, deux microbes ou virus filtrants jusque-là inoffensifs devenir tout d'un coup pathogènes et nous aurons herpès et pneumonie, herpès et angine, herpès et encéphalite végétalo-microbienne, de même que les bacilles de Lœffler et de Nicolaïer ne deviennent pathogènes qu'autant que leur virulence est déclanchée et exaltée par des streptocoques et microcoques.

Si, ainsi que l'a démontré M. Levaditi, on fait du virus-herpès une entité distincte de la pneumococcie, ce que j'admets, immédiatement il devient évident que la pneumonie franche, que la méningite cérébro-spinale, que la malaria, que le typhus, que la dysentérie bacillaire (où l'*herpès labialis* est fréquent) conservent leurs microbes spéciaux ; dès lors pourquoi vouloir identifier le virus-herpès au virus encéphalitique.

Cantani, Proust, Bouley, Rothéa, ont montré que l'homme ou les animaux soumis à l'alimentation d'une légumineuse toxique ne manifestaient l'intoxication qu'après un refroidissement ou une élévation brusque de température (personnellement le coup de soleil me donne de l'herpès labial) ; si l'herpès labial apparaît dans un cas d'encéphalite léthargique, la seule chose que l'on puisse affirmer, c'est que la maladie a eu pour cause un frisson. Mais ce virus-herpès n'est pas le virus de l'encéphalite, pas plus que le virus-herpès n'est le virus de la pneumonie, ou celui de la cérébro-spinale, ou celui de la malaria, etc.

Ce que je crois vrai, c'est que le refroidissement brusque de température (ou son élévation) a provoqué une congestion intense dans la région du mésocéphale, d'où la repullulation du virus-herpès qui, immédiatement a joué le rôle d'anticorps vis-à-vis de l'antigène, en l'espèce la protéine et l'émanation (ultra-sporule du *Bacillus radicicola*, qui jusque-là étaient simples saprophytes.

De même l'angine, la pneumonie, la malaria, la dysentérie voient leurs microbes spéciaux prendre subitement leur virulence après un coup de froid ou de chaleur et l'on voit apparaître l'herpès fébrile, preuve que le virus-herpès a joué un rôle dans ces infections, probablement un rôle d'anticorps, déterminant la réaction contre des germes existant jusque-là à l'état latent.

1° Antigène de l'encéphalite léthargique.

Voyons si ma notion nouvelle de l'importance étio-

logique des bacilles radicicoles et autres bactéries, ferments figurés et champignons fixant directement l'azote atmosphérique ne jetterait pas quelque lueur dans ces questions encore si obscures d'anaphylaxie et de colloïdoclasie, d'accoutumance, d'immunité (voir *Concours médical*, 1925, nos 17 et 19).

Le *Phaseolus* et le *Lathyrus*, la fève, la vesce, etc., appartiennent à la famille des Légumineuses. Dans nos régions tempérées où la culture est perfectionnée, les Légumineuses tirent leur azote en partie des engrais azotés (nitrates, nitrites, composés ammoniacaux) par l'action des azotobacters oxydant le composé azoté — en partie directement de l'azote atmosphérique par l'intermédiaire du *Bacillus radicicola*, que je classe dans un groupe que je désignerai sous le nom de groupe des azotoaérobactéries, c'est-à-dire fixant directement l'azote atmosphérique.

Ce groupement n'a aucune base scientifique au point de vue de la morphologie et de la classification microbienne, mais il a, à mon avis, l'immense avantage, au point de vue médical, d'attirer l'attention sur tout un groupe de microbes qui jouent un rôle immense dans la pathologie des centres et éléments nerveux.

L'activité et la virulence des azotoaérobacters sont en rapport direct avec la haute température atmosphérique et la rapidité de la végétation ; elles diminuent avec un climat tempéré et une végétation d'allure modérée. Lorsque la nourriture azotée de la plante dépend moins de la fixation directe de l'azote atmosphérique que de l'azote combiné provenant des engrais azotés, cette virulence arrive à être négligeable et même nulle.

Dans les pays intertropicaux non cultivés la totalité de l'azote des Légumineuses est fournie par l'intermédiaire des Bacilles radicicoles. Ceux-ci versent dans la plante, par l'intermédiaire des racines, leurs ptomaïnes et diastases ; les cadavres des bactéries, devenus bactéroïdes, sont attaqués et solubilisés par les diastases, passent eux aussi dans la circulation de la plante et renforcent encore la richesse azotée de la Légumineuse.

Le *Phaseolus lunatus* utilise pour son développement et la formation de sa graine ces matériaux azotés qui, tous, sont d'origine bacillaire ; mais cette élaboration laisse toujours un déchet : extrait, essence, alcaloïde, etc. Ce déchet, dans l'espèce, est un glycoside azoté : la Phaséolunatine, dont la fermentation ou l'hydrolyse donne du glycose, de l'acétone et de l'*acide cyanhydrique*.

L'encéphalite léthargique est donc en réalité une maladie d'origine végétalo-microbienne ; d'origine végétale, parce que la consommation de la farine de la graine du *Phaseolus lunatus* a été indispensable pour son étiologie ; d'origine microbienne, parce que c'est le Bac. radicicole qui est à l'origine de la toxalbumine ou cyanhydrine par sa ptomaïne et ses bactéroïdes solubilisés.

Tout ce qui précède n'est pas hypothèse, il suffit d'y regarder pour s'en assurer. Tout cela est prouvé par l'observation des faits naturels et l'expérimentation dans les laboratoires.

Mais ici j'ajouterai une hypothèse : l'hypothèse d'une ultra-sporulation du Bac. radicicole. Il est bien probable que celui-ci, lorsqu'il manque d'hydrate de carbone dans les derniers moments de la vie de la plante, pour échapper à une mort définitive, prend la forme de spore, puis d'ultra-spore, et sous cette dernière forme, passe jusque dans la graine où il constitue les prétendues vitamines. Celles-ci, avec leurs diastases, serviront à la germination de la graine et repasseront à l'état de spores, puis de bacilles quand elles seront dans leur milieu naturel : la terre.

Si la graine est absorbée par un organisme animal, ses vitamines, au contact de la chaleur humide, contribueront à solubiliser les principes nutritifs contenus dans cette graine et la digestion sera continuée par l'organisme étranger. Les vitamines auront servi d'agents de liaison entre l'organisme végétal et l'organisme animal.

Ultra-sporule, vitamine, virus filtrant ne sont donc qu'une seule et même chose qu'en attendant une explication scientifique définitive, j'ai proposé d'appeler émanation, désignant ainsi ce je ne sais quoi, invisible et impondérable, mais existant cependant, si l'on en juge d'après les faits physiologiques et pathologiques dans le domaine végétal et le domaine animal.

C'est qu'en effet l'encéphalite léthargique n'est pas un empoisonnement végétal tel qu'on le comprend habituellement dans les laboratoires de physiologie, où l'on n'utilise que des produits chimiques fixés, non vivants ; c'est une réaction entre éléments en évolution. Pour l'expérimentation de l'encéphalite léthargique il ne faut pas se servir de phaséolunatine, d'extraits concentrés ou autres dérivés chimiques, il faut donner aux animaux soumis à l'expérimentation des produits de plantes en nature.

Je résumerai ainsi ce chapitre : l'antigène de l'encéphalite léthargique est constitué par une substance protéique, la phaséolunatine, dérivée de la ptomaïne et des bactéroïdes solubilisés du *Bacillus radicicola* du *Phaseolus lunatus*, celui-ci ayant été seul à fournir la totalité de l'azote de cette Légumineuse.

On peut même émettre l'hypothèse que cette protéine n'agit comme antigène que parce qu'elle est symbiosée avec l'ultra-sporule du *Bacillus radicicola*, ultra-sporule qui jouit des propriétés d'un microbe ou virus filtrant.

Ainsi s'expliquerait le fait admis dans les laboratoires que les substances protéiques d'origine animale ou végétale sont capables de déterminer la sensibilisation.

2° Anticorps de l'encéphalite léthargique.

Pour qu'il y ait encéphalite léthargique, il faut que l'organisme sensibilisé à la toxine propre du *Phaseolus lunatus* (haricot de Java ou de Birmanie, etc.) subisse un choc humoral qui donnera lieu à un anticorps. Ainsi que nous l'ont montré les multiples

observations cliniques relatées plus haut, cette imprégnation existe quelquefois depuis des semaines et même souvent depuis des mois, quand brutalement l'encéphalite fait son apparition.

L'homme et les animaux soumis à l'alimentation partielle par le *Phaseolus* paraissent la supporter sans inconvénient quand subitement la scène change, soit par une exagération de la dose, soit par sa suppression complète, du jour au lendemain, soit par l'intervention d'une maladie intercurrente, soit par un brusque changement de température, bref toutes les fois qu'il y a rupture de l'équilibre qui permettait l'usage de cette alimentation jugée jusque-là inoffensive.

La mort est-elle causée par une haute dose de phaséolunatine, ce sera un empoisonnement apyrétique parce que sans réaction par des anticorps ; au contraire l'encéph. léth. prend toutes les allures d'une maladie infectieuse aiguë, parce qu'il y a lutte, réaction entre un antigène et un anticorps.

Le refroidissement brusque et les maladies à frisson (simple rhume, grippe, angine), avec leur corollaire habituel, l'herpès labialis, seront donc, par excellence, les maladies qui déclancheront l'encéphalite léthargique chez les intoxiqués par le *Phaséolus*.

En remplaçant le coup de froid par l'inoculation cornéenne du virus-herpès, M. Levaditi peut provoquer l'encéphalite léthargique. Mais comment sont nourris les animaux soumis à l'expérience ? Ceux-ci ne sont-il pas sensibilisés depuis longtemps par une alimentation composée de fourrages de légumineuses (trèfle — le plus cyanhydrique de nos légumineuses de France — luzerne, gesse, vesce) et de croûte de pain, si souvent utilisées pour la nourriture de nos animaux de laboratoire ?

Personnellement, je considère comme nulle et non recevable (seulement au point de vue étiologique, bien entendu) toute expérimentation de ce genre dans laquelle on n'a pas donné minutieusement l'état du régime alimentaire des animaux pendant les trois derniers mois.

Le manque de cette précaution est cause des expérimentations si décevantes dans l'encéphalite léthargique. Les uns réussissent, les autres échouent radicalement ; on n'est pas plus heureux pour les séries et la fixation du virus.

C'est que, dans cette question, jusqu'à ce jour on a *toujours ignoré le rôle primordial* d'un des deux facteurs, pour ne s'occuper que du rôle *du facteur accessoire*. On a voulu déclancher l'encéphalite sans avoir au préalable sensibilisé le sujet mis en expérience.

Le virus-herpès peut donner lieu à une encéphalite spéciale puisque le siège de prédilection de ce virus est le noyau du pneumogastrique, mais il ne déclanchera l'encéphalite léthargique qu'autant qu'il trouvera les lieux déjà occupés par la protéine sensibilisatrice du haricot de Java ou de Birmanie.

Alors seulement commencera la phase déchaînante. Antigène et anticorps seront aux prises ; l'encéph. léth. commencera son évolution.

Mais d'où sort ce virus-herpès ? N'est-il pas lui-même d'origine végétale ? Ce véritable choc colloïdoclasique qu'il provoque le rapproche de tous ces virus-ferments que j'ai signalés comme issus des plantes à mycorhizes, dont les germes, émanés d'un mycélium, émettent une protéine coagulante, une présure, cause des accès d'asthme et de chocs hémoclasiques divers.

D'où vient le virus-antivariolique, sorti primitivement d'une étable, qui n'a jamais pu reproduire un cas de variole et qui préserve merveilleusement de la variole ?

M. Levaditi avec trois de nos confrères hollandais, communiquait récemment à l'Académie de médecine de Paris un certain nombre de cas d'encéphalite léthargique consécutifs à l'emploi du virus-vaccin antivariolique.

Ce virus a pu jouer le rôle de déclanchement, par formation d'anticorps, vis-à-vis de l'antigène du *Phaseolus lunatus* qui devait exister.

La Hollande, avec ses importations de Java, la Hongrie avec ses haricots de la région danubienne, sont les pays par excellence où l'encéphalite léthargique peut apparaître. Il est un autre pays où l'encéphalite léthargique sévit encore à ce jour : c'est l'Angleterre, qui importe des haricots de la Birmanie.

M. le prof. Netter n'a pas signalé l'Angleterre au nombre des contrées ayant de l'encéphalite léthargique par suite du vaccin antivariolique.

L'Angleterre n'est pas soumise à l'obligation de la vaccine, ce qui explique tout naturellement qu'elle échappe aux encéphalites post-vaccinales. Mais cela n'empêche pas l'Angleterre d'être actuellement à la tête des pays soumis aux méfaits de l'encéphalite léthargique.

Car il faut noter qu'en Hollande et en Hongrie la forme léthargique est seule signalée ; comme en Angleterre, Haricot de Java, haricot de Hongrie, haricot de Birmanie ; j'ai reconnu immédiatement trois vieilles connaissances.

Les haricots cyanhydriques, absorbés en farine ou par l'intermédiaire du lait des nourrices, ont joué le rôle d'antigène, la vaccination le rôle d'anticorps. Mais le choc a-t-il été causé par le virus-vaccin ? Ou bien, comme il arrive le plus souvent, par le virus à frisson ? Quand on songe à la longue dénudation du corps à laquelle sont soumis parfois les bébés lors des séances de vaccination, le refroidissement et le frisson consécutif sont dans les choses possibles. Les nourrissons présentent très rarement de l'herpès labial ; mais les coups de fièvre *a frigore* s'observent assez souvent chez eux tout comme l'angine herpétique et la pneumonie franche. La neuro-vaccine ne serait plus alors qu'une forme de l'infection herpétique.

Conclusions.

De cet exposé il ressort que l'encéphalite léthar-

gique ne doit pas être considérée comme étant une fièvre infectieuse primitive. Seuls les intoxiqués par la farine du haricot cyanhydrique y sont exposés ; l'alimentation dure depuis un certain temps quand brusquement, le plus souvent à la suite d'une maladie ayant déterminé un frisson, l'encéphalite éclate.

L'encéphalite léthargique est une infection végétalo-microbienne, c'est-à-dire une infection causée par une protéine végétale d'origine microbienne, résultant de la symbiose du haricot cyanogène avec le *Bacillus radicicola*.

Cette infection reste à l'état latent ; l'antigène est saprophyte jusqu'au jour où il devient pathogène par suite de la formation brusque d'anticorps par la repullulation d'un autre virus.

Ce mécanisme d'infection existe non seulement pour le *Phaseolus lunatus*, mais aussi pour les autres légumineuses toxiques (lathyrus, vesce, trèfle, etc.) et aussi les autres plantes qui reçoivent la totalité de leur azote des azotoaérobacters, c'est-à-dire des bactéries fixant directement l'azote atmosphérique, ces organismes, par la conjonction directe de l'azote et du carbone, formant des corps cyanogénés ou en dérivant (toxalbumines).

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Le bromure de sodium en gastro-thérapeutique.

Par le docteur L. Roux.

Que de fois le médecin voit venir à sa consultation des malades qui se plaignent de douleurs gastriques survenant principalement après les repas, parfois soulagées par des vomissements et dont le tableau qu'ils en dressent peut facilement faire penser soit à un ulcus, soit à un syndrome d'hyperchlorhydrie. Mais lorsque l'on va plus avant dans l'interrogatoire, on apprend que ces malades ont parfois au réveil de la pituite, mais surtout éprouvent après les repas un malaise gastrique caractérisé par une sensation de pesanteur et de ballonnement se manifestant par des phénomènes douloureux épigastriques dus, soit à une simple hyperesthésie de l'estomac pour la distension, soit à un réel excès de gaz provoqué par l'aérophagie. Cette douleur peut d'ailleurs parfois s'exaspérer au point de donner une impression de brûlure ou de plaie vive.

A côté de ces symptômes locaux, ces malades ont souvent de la congestion de la face post-prandiale avec tendance marquée au sommeil à ce moment et céphalée plus ou moins violente, accompagnée parfois de dyspnée et de palpitations. Quelquefois, certains malades éprouvent une douleur plus particulièrement localisée dans le côté droit, avec irradiation vers l'épaule, pouvant orienter le diagnostic du côté de la lithiase et qui doit être rapporté à une étiologie gastrique, car ces troubles constituent ce que Ramond a appelé « la dyspepsie biliaire ».

A l'examen, on constate que l'estomac est légèrement augmenté de volume, que l'on découvre facilement à la palpation de cet organe du clapotis et enfin que la pression au niveau de la plaque ombilicale (points péri- et sus-ombilicaux de Leven) et au niveau du creux épigastrique révèle une douleur qui s'exagère dans le décubitus dorsal avec irradiations dans la fosse iliaque droite, douleur due, la plupart du temps, à une solairalgie.

L'état général ne présente pas d'atteinte particulière, mais le plus souvent, nous nous trouvons en présence de malades qui sont, soit des neurasthéniques, soit des psychopathes, soit surtout de simples névropathes dont on retrouve les manifestations par ailleurs sous forme d'anxiété, d'irritabilité, d'insomnie, d'hypocondrie, de dyspnée angoissante, de névrose avec troubles neuro-végétatifs.

En face de malades présentant de tels symptômes et pour lesquels, en cas de doute, des examens complémentaires (radio, etc.), ont pu faire écarter le diagnostic de néo ou d'ulcus, le premier essai de thérapeutique devra être étiologique. Indépendamment du régime, que les malades ont d'ailleurs déjà esquissé par eux-mêmes en bannissant de leur alimentation les mets auxquels ils attribuaient la cause de leurs maux et que le médecin complètera par une ordonnance plus rationnelle (régime tonique et hypograisseux), il faudra traiter les troubles digestifs par la pepsine, la pancréatine, etc..... Mais la douleur dyspeptique proprement dite étant surtout, d'après Leven, « une manifestation de l'hyperesthésie du plexus solaire », il est mieux de faire une thérapeutique symptomatique et de traiter particulièrement l'hyperexcitabilité gastrique. En dehors de l'atropine et de l'ésérine et même parfois mieux que ces derniers, le médicament de choix, dans ce cas, du système nerveux qui paraît le plus actif, et le moins toxique est, semble-t-il, le bromure de sodium. Comme Leven l'a constaté, ce médicament paraît précieux « dans les cas où il est d'usage d'utiliser les alcalins, les préparations calmantes, les médicaments opiacés ou belladonnés ». En effet, le bromure de sodium a non seulement une action antispasmodique très nette, d'où son utilité dans les accidents aérophagiques, par exemple, avec spasmes pyloriques ou coliques, mais aussi une action sédative

qui fait disparaître assez rapidement le symptôme douleur. De plus, il est reconnu qu'il régularise la sécrétion gastrique. Enfin, mieux que le bromure de potassium, il a l'avantage d'être très bien toléré par l'estomac (Arnozan et Carles). Mais il est quelquefois ennuyeux pour le médecin de prescrire le bromure sous forme de solution désagréable au goût ; d'autre part, la prescription en cachets est impossible à cause de la déliquescence du produit. Enfin, certains malades, par suite de préventions erronées, acceptent difficilement de prendre du bromure. C'est pourquoi, il nous a semblé que la meilleure forme d'administration de ce médicament était le sédobrol qui a l'avantage, non seulement de cacher au malade le nom réel du médicament qu'il prend, mais encore d'être absorbé sous forme de bouillon agréable au goût et qui, de plus, par sa saveur, permet de faire supporter le désagrément du régime déchloruré.

Administré à la dose de 2 à 3 tablettes par jour au moment des repas, le sédobrol nous a toujours donné les meilleurs résultats et, sans vouloir aller aussi loin que Leven, qui prétend que la médication bromurée a une action même quand les spasmes gastriques sont dus à une lésion d'ulcus, de néo, ou de syphilis, nous pensons que le bromure de sodium, sous cette forme spécialisée, est le médicament auquel on devra recourir en thérapeutique gastrique dans la plupart des cas de dyspepsie flatulente ou douloureuse que l'examen des malades fait rapporter à une solairalgie.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La trypaflavine dans le traitement des infections graves.

Employée déjà comme antiseptique local, la trypaflavine (ou chlorhydrate de 3,6 diamino, 10 méthylacrinidium) peut être utilisée en injections intra-veineuses dans le traitement des infections générales. Sa solution à 1 p. 100 dans l'eau distillée peut être préparée à l'avance, mais doit être conservée dans des ampoules de verre jaune, à l'abri de la lumière. A. Lemierre a employé suivant les cas de 20 à 30 cmc. de cette solution par injection, et les injections doivent être renouvelées tous les deux ou trois jours. Les injections sont indolores ; certains malades présentent parfois, au moment même de l'injection, une coloration jaune des téguments et des conjonctives.

L'auteur a établi, d'après ses observations, que la trypaflavine s'est montrée, comme toutes les thérapeutiques utilisées jusque-là, sans aucune efficacité contre l'endocardite streptococcique lente, maladie fatalement mortelle, de même que dans les septicémies streptococciques sans endocardite très graves, parvenues à une période avancée de leur évolution, et s'accompagnant de stupeur profonde, d'anémie intense et d'azotémie.

Les streptococcémies, traitées par ce médicament et qui ont guéri, ne s'accompagnaient pas d'endocardite ; elles rentraient dans le cadre des infections susceptibles de guérir spontanément.

Si l'efficacité de ce médicament reste douteuse, celui-ci semble cependant ne présenter que peu de nocivité et pouvoir être employé sans crainte dans les états les plus graves, même lorsque la situation du malade est à ce point précaire qu'elle fait hésiter devant les thérapeutiques actives.

Nous savons qu'il ne guérit pas les maladies restées jusque-là inguérissables, mais peut-être est-il susceptible de rendre des services dans les cas d'un pronostic moins implacable. De nouvelles recherches sont encore nécessaires pour nous fixer sur les limites de son efficacité. (*Paris médical*, 5 décembre 1925.)

Les injections intra-musculaires d'arsénobenzol, dans leurs rapports avec les réactions de la glande hépatique.

Le Dr L. Masson, sans vouloir proscrire ou déprécier la voie intra-veineuse d'administration des arsenobenzènes, montre que, dans le cadre particulier des réactions hépatiques, la voie intra-musculaire présente deux qualités :

1° Elle est moins toxique pour le foie, puisque les ictères précoces toxiques sont rarissimes ;

2° Elle est active, puisqu'elle guérit rapidement les récidives hépatiques d'une syphilis insuffisamment traitée ou rebelle, et puisque, expérimentalement, l'arsenic, par cette voie, arrive au foie peut-être moins rapidement, mais certainement à doses aussi importantes que par la voie intra-veineuse.

D'autre part, il ne faut pas oublier que dans beaucoup de cas (femmes grasses, enfants en bas âge) la voie intra-veineuse cède obligatoirement le pas à la voie intra-musculaire, qui n'a pas moins d'efficacité réelle. (*Paris médical*, 14 novembre 1925.)

Les injections intraveineuses de salicylate de soude.

Les solutions de concentration trop forte peuvent causer localement une phlébosclérose, aussi MM. P. Carnot et P. Blamoutier n'utilisent-ils que des solutions à 4 p. 100 : leur seul inconvénient est de nécessiter une masse d'injection un peu plus volumineuse pour une même dose ; mais, avec un entonnoir, ou une ampoule à injection, muni d'un caoutchouc le raccordant à l'aiguille, il est indifférent d'avoir une centaine de centimètres cubes à injecter.

Pour le rhumatisme articulaire aigu, voici quelques indications schématiques du traitement :

1° De petites doses (0 gr. 20 à 0 gr. 40) par voie veineuse seront utilisées comme équivalentes à des doses environ dix fois plus fortes, administrées par voie digestive, en cas d'intolérance digestive, ou bien si une faiblesse du myocarde commande impérieusement de ménager les doses de salicylate, tout en recherchant un effet thérapeutique actif ;

2° Des doses moyennes (1 gr. à 3 gr.) seront employées par voie veineuse dans les cas sérieux pour juguler d'emblée l'infection rhumatismale avant l'attaque de l'endocarde ; car, celle-ci, une fois réalisée, résiste à la médication salicylée.

3° Des doses fortes (supérieures à 3 grammes) seront utilisées par voie veineuse, parfois concurremment avec des injections musculaires ou avec l'ingestion de doses complémentaires, dans les cas graves, dans les complications sévères ou dans les cas récidivants.

En règle générale, le traitement salicylé veineux sera un traitement d'assaut, qui laissera place ultérieurement à un traitement d'entretien par voie digestive.

Pour l'encéphalite épidémique aiguë, à forme grave, il y a lieu d'injecter par voie veineuse, le plus près possible du début des accidents, des doses d'emblée considérables, atteignant 4 à 6 grammes, si possible, en 2 ou 3 injections veineuses par jour. Répéter tous les jours, même longtemps après la cessation apparente des accidents.

Dans la forme de gravité moyenne, doses quotidiennes intra-veineuses de 1 à 4 grammes, appuyées par des injections musculaires et des ingestions de salicylate.

Dans les séquelles traitées tardivement, en période calme, les injections intra-veineuses de salicylate ne donnent que peu de résultats. (*Paris médical*, 5 décembre 1925.)

Les injections sous-cutanées de lait dans le traitement de certaines affections du premier âge.

1° Accidents d'anaphylaxie vraie pour le lait de vache (grande anaphylaxie). Ainsi que l'ont établi MM. Marfan et Turquety, ceux-ci éclatent presque tout de suite, parfois au bout d'une minute, de quelques minutes, d'une demi-heure, après l'ingestion de lait de vache. Plus cette incubation caractéristique est courte, plus les accidents sont graves. Les plus constants sont : une fièvre souvent très vive, 39°, 40°, parfois avec refroidissement des extrémités ; pâleur très grande, syncopale, vomissements, diarrhée, éruption. Ces accidents sont de durée d'autant plus courte qu'ils ont été plus intenses (quelques heures à une journée).

Ils se produisent soit quand l'enfant, nourri au sein, prend pour la première fois du lait de vache, soit quand, nourri au lait de vache, puis remis au sein ou bien au bouillon de légumes, à la suite de troubles digestifs, il reprend du lait de vache ; ces accidents apparaissent que le lait soit cru, cuit, ou stérilisé.

Etant donné qu'une injection de lait pourrait dans ces conditions amener des symptômes inquiétants, mieux vaut d'abord essayer la désensibilisation par la voie digestive : dans un peu d'eau, on donne un dixième de goutte de lait (c'est-à-dire une goutte d'un mélange de 2 gouttes de lait et de 18 gouttes de sérum artificiel) ; aux repas suivants, on double la dose chaque fois, et ainsi à la fin du second jour on arrive à faire prendre une cuillerée à café de lait ; puis on procède plus lentement, en maintenant la même dose à plusieurs repas ; quand on augmente la dose, on ne la double plus du premier coup. A la fin du troisième jour, l'enfant peut tolérer 40 à 50 grammes de lait par repas.

Si ce mode de désensibilisation échoue, ou s'il faut aller vite en raison de l'état de dénutrition de l'enfant (circonstances rares), on a recours à une injection sous-cutanée (ventre) de lait de vache bouilli cinq minutes, ou de préférence stérilisé à l'autoclave : d'abord pour éprouver la susceptibilité 2 ou 3 gouttes de lait dans 1/2 cmc. de sérum artificiel. S'il n'y a aucune réaction, le lendemain ou au plus tard le surlendemain, on injecte dix gouttes et on continue ainsi jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction, qui seule, par sa production, peut indiquer que le sujet est désensibilisé. Moins de 24 h. après celle-ci, le sujet tolère le lait qu'on lui fait prendre par la bouche, à doses croissantes, à partir d'une cuillerée à café.

2° Accidents d'anaphylaxie vraie pour le lait de femme. Quoique fort rares, ils existent. Suivre la même règle que précédemment. En cas d'allaitement mixte, injecter un mélange des deux laits qui servent à l'alimentation.

3° Autres accidents minimes et variés, que certains auteurs rapportent à la petite anaphylaxie, ou anaphylaxie mineure.

Le lait préparé, et choisi comme précédemment, est injecté à la dose minima de 4 à 5 gouttes diluées dans le sérum artificiel ; s'il n'y a pas de

réaction, on injecte le lendemain 1/2 cmc., et, à partir de ce moment, il faut faire une injection tous les deux jours de 2 à 5 cmc. S'il n'y a pas d'amélioration après la 5e injection, inutile d'insister.

Dans ce groupe d'accidents, les injections de lait ne paraissent utiles que dans les formes sévères de prurigo ortié (strophulus), lorsque les méthodes ordinaires de traitement ont échoué ; dans l'érythrodermie exfoliante, plus ou moins généralisée, et dans les très rares cas où la diarrhée prandiale des nourrissons au sein entrave la croissance d'une manière durable. (*Paris médical*, 7 novembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Un moyen de diagnostic des lipomes.

(M. AUVRAY. — *Société de chirurgie* ; 17-3-1926.)

A propos d'un cas de lipome de la main de diagnostic difficile, M. Auvray rappelle un signe, peu connu, servant à différencier les lipomes des tumeurs liquides qui peuvent les simuler.

M. Chevalier, chirurgien de l'hôpital français d'Alep, écrivait dernièrement à M. Auvray pour lui signaler ce signe, qu'il avait trouvé indiqué dans les cliniques de la Charité, de Gosselin. Il consiste à recourir à la réfrigération, à la glace. Appliquez, disait Gosselin, un sac de glace sur la tumeur : si c'est un lipome, il durcira. Le lipome est la seule tumeur fluctuante qui durcisse ainsi sous l'influence de la glace.

Ce signe (toujours d'après Gosselin : Cliniques, tome II, p. 655) aurait été découvert par Henocque et étudié dans la thèse du Dr Darbez (Paris, 1868).

— M. Paul THIÉRY se souvient avoir entendu une leçon du prof. Alfred Richet sur le diagnostic différentiel des abcès froids et des lipomes. Au cas de doute, remarquait-il, on peut pulvériser de l'éther sur la tumeur. Si elle durcit, c'est un lipome. Si elle conserve sa consistance molle, c'est un abcès froid. Chez son malade, le prof. Richet ne crut pas, il est vrai, devoir utiliser l'épreuve en question, le lipome lui paraissant certain. Il fit une large incision et il... s'écoula une masse de pus : c'était un abcès froid !

Mélanodermie surrénale et soufre sanguin.

(MM. LOEPER, J. DECOURT et OLLIVIER.— *Soc. méd. des hôpitaux* ; 19-2-1926.)

MM. Lœper, J. Decourt et J. Ollivier présentent sur la mélanodermie surrénale et les variations du soufre sanguin un travail qu'ils terminent par la conclusion générale suivante :

« La mélanine est une substance amino-soufrée. Les surrénales fixent du soufre et leur suppression accroît le soufre de l'organisme. L'augmentation de la thiémie coexiste avec la mélanodermie et joue vraisemblablement un rôle dans sa production. » Cette conception de la mélanodermie surrénale s'applique, d'ailleurs, à d'autres mélanodermies.

— M. SÉZARY rappelle que dans un travail publié en 1921, il est arrivé à cette déduction que l'hyperpigmentation de la peau (exception faite des sujets très bruns et de quelques cas toxiques) est due au fonctionnement anormal d'une des glandes à sécrétion interne : surrénale, foie, thyroïde, quelquefois l'hypophyse, l'ovaire ou le testicule. Il a été conduit à rejeter le rôle direct du sympathique, bien que ce rôle fût admis couramment par la majorité des auteurs. Ses recherches l'ont incité à penser que le trouble pigmentaire relève d'un phénomène humoral ou métabolique commandé par les altérations endocriniennes. C'est justement ce trouble métabolique que M. Loeper et ses collaborateurs commencent à analyser aujourd'hui.

Un sérum cytotoxique dans le cancer thyroïdien.

(M. COULAUD. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 12-2-1926.)

M. Coulaud prépare un sérum anti-thyroïdien, cytotoxique, qu'il a utilisé dans le traitement du basedowisme et du cancer thyroïdien. Ce sérum, qui n'a aucune action sur les autres cancers, amènerait, au contraire, une régression rapide du cancer thyroïdien. Le résultat pourrait être maintenu en continuant le traitement, le phénomène d'accoutumance ne semblant pas se produire. L'auteur présente une série de malades chez lesquels il a appliqué avec avantage le sérum qu'il préconise. Son travail a été fait au laboratoire du professeur Calmette, à l'Institut Pasteur, et dans le service du Dr Rist, à l'hôpital Laënnec.

— M. Maurice RENAUD fait quelques réserves sur la rigueur des observations de M. Coulaud. Il ne lui est pas apparu qu'il s'agissait toujours de cancer.

— M. MÉNÉTRIER, au contraire, ne croit pas fondées les critiques adressées aux conclusions de M. Coulaud. Il ne semble pas douteux que ce dernier ait véritablement observé la régression de cancers thyroïdiens parfaitement authentiques. Comme le corps thyroïde normal, le cancer thyroïdien est influencé par les sérums. Les régressions signalées par M. Coulaud sont comparables à celles que produisent les radiations. Elles se montrent cependant plus marquées et le procédé par lequel elles sont obtenues leur donne un intérêt de première importance.

Sclérose veineuse par injections d'uroformine.

(M. Sédillot. — *Société de médecine de Paris* ; 12-2-1926.)

M. Sédillot estime que l'injection d'uroformine en solution concentrée constitue un des sclérosants des veines les meilleurs et les plus inoffensifs. La sclérose se fait sans réaction inflammatoire et sans douleur.

Anévrysme poplité ; Wassermann négatif ; guérison par le traitement spécifique.

(M. Chartier. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-26.)

M. Chartier a traité un homme de 55 ans atteint d'anévrysme poplité avec forte hypertension, sans aucun indice de syphilis, la réaction de Bordet-Wassermann en particulier était négative. Un traitement bismuthé fut institué et l'on vit s'amender à la fois l'anévrysme et l'hypertension. La femme du malade présentait une méningo-radiculite, ce qui vient à l'encontre de la théorie du virus spécifique neurotrope, la syphilis du mari étant vasculaire.

— M. Ozenne trouve dans cette observation une nouvelle preuve qu'il n'y a pas trop à tabler sur les résultats que fournit le Wassermann. Dans les accidents tertiaires, chez les malades exempts de manifestations probantes, chez les hérédo-syphilitiques, son emploi, dans la majorité des cas, ne rend pas de service et peut même induire en erreur.

— M. Trèves n'attache qu'un intérêt très relatif au Wassermann dans la syphilis héréditaire, pour trancher un diagnostic d'ostéopathie par exemple.

— M. A. Marie ne considère pas la théorie des deux virus syphilitiques (dermotrope et neurotrope) en échec parce que chez l'un des conjoints existe des lésions vasculaires et chez l'autre des lésions nerveuses. Un syphilitique vasculaire peut devenir en effet, dans la suite, un syphilitique nerveux.

Radiothérapie des tumeurs médullaires.

(M. Schaeffer. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-1926.)

La question qui se pose au clinicien, en présence d'un syndrome de compression médullaire vraisemblablement dû à une tumeur, est celle de savoir s'il faut s'adresser à la thérapeutique chirurgicale ou à la radiothérapie.

Depuis la première observation de tumeur médullaire traitée par les rayons (Saenger, 1917), une trentaine de faits ont été rapportés, avec des résultats variables, à savoir 6 guérisons, 15 améliorations plus ou moins marquées et durables, et 11 résultats négatifs.

M. Schaeffer pense que l'intervention opératoire s'adresse plutôt aux néoplasies juxta-médullaires, ne se généralisant pas, dont la malignité réside dans l'action de compression qu'elles exercent sur la moelle, et que la radiothérapie est plutôt indiquée dans les tumeurs intra-médullaires, assez rares d'ailleurs en dehors de la syringomyélie. Les néoplasies malignes des méninges et du rachis, les tumeurs malignes de la cavité thoracique ou abdominale envahissant la colonne vertébrale, paraissent également susceptibles de bénéficier de la rœntgenthérapie, seule ou associée à l'opération. Suivant les cas, il y a là une question d'opportunité qu'il conviendra de trancher.

Action de la spartéine sur le ventricule, le faisceau auriculo-ventriculaire, les muscles lents et rapides.

(MM. L. J. Mercier et A. Cherbuliez. — *Société de biologie* ; 20-3-1926.)

Les auteurs montrent :

1° Que la spartéine augmente toutes les chronaxies musculaires ;

2° Que l'action de la spartéine se manifeste d'autant plus rapidement que le muscle est plus lent (dans le cœur la chronaxie du faisceau auriculo-ventriculaire augmente avant celle du ventricule) ;

3° Que la spartéine agit comme la digitaline sur la conduction intra-cardiaque, en élevant immédiatement la chronaxie du faisceau de His.

Ces résultats semblent vérifier l'hypothèse antérieurement émise par F. et L. J. Mercier, à savoir que les modifications du rythme et de l'excitabilité cardiaque provoquées par la spartéine pouvaient avoir à leur origine certaines variations des chronaxies cardiaques.

La cure de Châtelguyon dans le traitement des colites parasitaires chroniques.

(M. Baraduc. — *Société d'hydrologie médicale de Paris* ; 15-2-1926.)

L'auteur rapporte six observations de colites amibiennes et trois observations de colites à lamblias dont la nature parasitaire a été découverte à Châtelguyon et *qui ont été traitées avec succès par la cure* thermale associée au traitement spécifique dirigé contre le parasite.

Il en déduit que la nature parasitaire des colites est souvent méconnue et montre quels sont les cas où l'on doit la soupçonner et faire les recherches nécessaires. Il met ensuite en lumière comment à Châtelguyon, sans qu'il se produise d'irritation intestinale, sans qu'on cherche à la provoquer, l'action anti-colitique de la cure vient compléter le traitement anti-parasitaire que favorise, d'autre part, l'action cholagogue de l'eau en boisson.

Il conclut que le diagnostic étant assuré et le parasite reconnu, le traitement à Châtelguyon des colites chroniques, avec amibes ou lamblias, comprendra les trois éléments suivants : 1° la cure thermale ; 2° le régime alimentaire ; 3° le traitement spécifique anti-parasitaire.

Le cancer et ses traitements.

(M. A. NEMOURS. — *Soc. méd. des praticiens* ; 19-3-1926.)

M. Nemours pense qu'en matière de pathogénie du cancer, on doit s'arrêter à la théorie classique de la cause directe par irritation sur un terrain prédisposé, héréditairement sans doute. La thérapeutique sera chirurgicale ou radiothérapique (radium, rayons X). Les médications internes, chimiques, glandulaires, etc., ne doivent être employées qu'à titre accessoire, n'ayant pas encore fait leurs preuves, en l'état actuel de nos connaissances.

Le rôle des vésicules séminales dans la blennorrhagie.

(M. ZADOK. — *Société médicale des praticiens* ; 19-3-1926.)

M. Zadok, après un résumé historique et clinique de la blennorrhagie uréthrale, déclare que les vésicules séminales sont envahies par les gonocoques dans un grand nombre d'uréthrites aiguës primitives et dans l'immense majorité des cas d'uréthrite chronique. Il décrit ensuite la manœuvre du massage vésiculaire, susceptible d'empêcher les états aigus de devenir chroniques, et de réaliser chez ces derniers la guérison complète et définitive, contrôlée par les cultures de sperme. Il apporte à l'appui une statistique de 86 cas.

Traitement de l'ulcère phagédénique par le propidex.

(M. Ch. MASSIAS. — *Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine* ; 10-1925.)

L'ulcère phagédénique est dû surtout à l'association fuso-spirillaire jointe à des microbes pyogènes. L'auteur l'a traité avec avantage par des pansements au propidex. Le même produit lui a donné des succès dans les plaies infectées, et les érythèmes solaires.

P. L.

Les Congrès

VIe Réunion Neurologique internationale annuelle.

(*Suite.*) (1)

La Migraine

L'existence de migraines d'ordre anaphylactique a conduit MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot à instituer un traitement tachyphylactique de la migraine par l'ingestion de 0 gr. 50 de peptone une heure avant le repas. Ce traitement est efficace chez certains migraineux (Gautier, de Lausanne, Widal et Abrami, Joltrain, Lubbers, Mme Weissmann) ; il agit même, à la longue, non plus seulement comme traitement skeptophylactique, mais même comme traitement désensibilisateur.

Mais toutes les migraines ne doivent pas être considérées comme anaphylactiques. Ne doivent être considérées comme telles que les migraines déclanchées par un aliment ou par un produit inhalé spécifique, qui s'accompagnent d'une crise hémoclasique précédant la crise clinique, et qui disparaissent par la suppression de l'aliment nocif.

2° Les *migraines d'origine endocrinienne* constituent un deuxième groupe assez bien individualisé. Il existe des migraines menstruelles proprement dites, qui apparaissent chez la femme au moment de la puberté, qui se renouvellent uniquement aux époques menstruelles, qui disparaissent au cours de la grossesse et quelquefois de l'allaitement, s'atténuent avec l'âge et cessent après la ménopause. Ces migraines s'expliquent-elles par un « choc cataménial » (Sicard), dont relèveraient également la fièvre (Bezançon, M. P. Weil et de Gennes), l'urticaire (Dalché), l'herpès (Pasteur Vallery-Radot) ? Ou bien sont-elles dues à une modification humorale (Widal, Abrami et de Gennes) ou au déséquilibre endocrino-sympathique (H. Claude ?) Peut-être ces divers mécanismes se combinent-ils.

A côté de ces migraines menstruelles, il est d'autres formes qui paraissent liées, au contraire, à l'insuffisance de la menstruation, à la castration. Il en est aussi qui s'associent à des signes d'hypothyroïdie et qui cèdent à l'opothérapie thyroïdienne. Léopold-Lévi a attiré l'attention sur ces faits, qui ne sont pas contestables. Mais cet auteur a signalé, en outre, des migraines par hyperthyroïdie, chez les basedowiennes ; cette forme est certainement plus rare, et le rapporteur ne l'a jamais rencontrée. Quant aux « migraines hypophysaires », le rapporteur estime, malgré les altérations de la lame quadrilatère signalées récemment par D. E. Paulian (de Bucarest) chez certains grands migraineux, que leur existence est des plus discutables.

3° Parmi les *migraines d'origine digestive*, il en est qui dépendent sans doute d'un choc colloïdoclasique, et qui sont favorisées soit par une insuffisance protéopexique du foie, soit par une anaphylaxie à l'égard de tel ou tel aliment, de tel ou tel médicament. C'est le cas pour les migraines liées à l'ingestion d'albumines animales, de graisse, de chocolat, ou encore pour les migraines des tachyphages. Par contre, le rapporteur estime que la constipation, si elle peut provoquer des céphalées, n'est pas une cause de migraine.

(1) V. *Concours Médical*, nos 15, 16, 17 et 18.

(3)

OPOTHÉRAPIE & TUBERCULOSE

On sait le rôle important que jouent les glandes endocrines dans les phénomènes de la nutrition ; on sait aussi l'influence nocive des toxines microbiennes sur l'activité sécrétoire de ces glandes.

Dans quelle mesure l'*opothérapie*, et quelle opothérapie, peut-elle remédier aux troubles engendrés par certaines insuffisances glandulaires au cours de la Tuberculose ?

L'*opothérapie gastrique et pancréatique* ne semble pas avoir donné de résultats appréciables dans les manifestations hypopeptiques, si fréquentes, du début de la Bacillose, et dont la nature toxique ne fait plus de doute actuellement.

Thyroïde et thymus paraissent devoir être formellement rejetés, en raison du danger habituel de leur emploi, du peu de fréquence et d'intensité des troubles qui marquent le dérèglement de ces glandes, et enfin parcequ'ils ont une influence fâcheuse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire (Cf[t] Couland : « Opothérapie thyroïdienne et Tuberculose », *Annuaire de Médecine*, t. x, n° 5, page 387).

L'*Opothérapie hépatique*, a eu son heure de vogue. Mais les bénéfices de cette médication ne compensent pas l'inconstance de ses effets et ses trop fréquents inconvénients : réactions fébriles traduisant des poussées congestives focales

Bien plus rationnelle et plus active est l'association SURRÉNALE-HYPOPHYSE :

Rationnelle : car ces glandes, surtout la première, paraissent électivement touchées par le Bacille de Koch et ses toxines, comme l'a admirablement mis en évidence M. le professeur Emile Sergent ; lésions anatomiques constatées à l'autopsie, signes cliniques au cours de la maladie (Cf[t] : Emile Sergent : « Etudes cliniques sur la Tuberculose », « Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale »).

Active : car l'opothérapie surréno-hypophysaire a une double action très nette : elle renforce la pression artérielle dans des états morbides qui s'accompagnent presque toujours d'une baisse notable de cette pression ; elle diminue l'acidité urinaire et favorise ainsi le métabolisme des sels de chaux dont la déperdition est particulièrement marquée au cours de l'infection bacillaire (Cf[t] Richard : « Métabolisme des sels de chaux et Calciurie dans la Tuberculose ».

La *Crinocalcine Hatier*, par une combinaison heureuse de sels minéraux : Chaux, Phosphore, Silice, Fluor, Magnésie, avec l'*extrait total de capsules surrénales* et l'*extrait total d'hypophyse* réalise la médication de choix de tous les états de décalcification.

Voici sa formule et sa posologie



4° Aux *migraines d'origine réflexe*, appartiennent certaines autres formes d'origine digestive : migraines par ptose gastrique (Leven), migraines par sténose duodénale (Pierre Duval et Jean-Charles Roux), migraines par stase vésiculaire, que soulage l'épreuve de Meltzer-Lyon (Chiray et F. Triboulet), migraines d'origine appendiculaire.

C'est également par voie réflexe qu'agissent parfois les lésions utéro-annexielles, les lésions oculaires, les troubles de réfraction, les lésions nasales, les sinusites, peut-être même les lésions du sphénoïde (névralgie d u ganglion sphéno-palatin de Goldschmidt-Osmund). A vrai dire, ces mécanismes réflexes créent une prédisposition, mais n'expliquent pas le caractère passager et paroxystique de la crise.

5° Le froid, la chaleur, les variations climatériques, les émotions, la fatigue peuvent déclancher des migraines : l'action vaso-motrice et sympathique de ces divers facteurs est vraisemblablement à l'origine de cette particularité. Cependant, la composition de l'air expiré agit peut-être par sensibilisation d'origine respiratoire (Mme Weissmann).

Ainsi la crise de migraine suppose :

1° Une excitation du sympathique : cette excitation peut être déterminée par une crise colloïdoclasique ; chez beaucoup de migraineux, l'exposition au froid ou au chaud suffit pour provoquer des oscillations considérables du chiffre des leucocytes, qui traduisent une « instabilité colloïdoplasmatique » particulière (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier). Mais l'excitation du sympathique peut aussi être réalisée directement par un facteur exogène ou endogène.

2° Une excitabilité particulière du sympathique. Il s'agit là d'une fragilité neuro-végétative qui est souvent transmise *héréditairement*, mais qui *peut* être également entretenue par un déséquilibre endocrinien ou par une épine irritative extracérébrale. Le rapporteur, avec Jacques Durand et Dollfus, a pu la mettre en évidence, grâce à une épreuve proposée par Muck en 1924. Si l'on fait, chez un sujet normal, un trait de sonde à l'extrémité antérieure du cornet inférieur après application d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000 sur la muqueuse, il se produit, en une minute, un trait rosé léger. Au contraire, chez un migraineux, c'est un trait d'un blanc intense qui se produit dans ces conditions, du moins du côté de l'hémieranie. Quant aux tests pharmacodynamiques et au réflexe oculo-cardiaque, le rapporteur, avec Haguenau et Dollfus, n'en a obtenu que des réponses contradictoires.

Mais pourquoi les crises de migraine sont-elles discontinues ? Pourquoi, en particulier, obéissent-elles, souvent à une sorte de rythme, se reproduisant par exemple tous les sept jours comme dans une des observations du rapporteur ? Faut-il incriminer l'accumulation d'un produit toxique dans le sang, comme l'ont pensé Rémond et Rouzaud ? Les dosages faits par le rapporteur avec Laudat ne paraissent pas plaider en faveur de cette opinion. La seule constatation nette à laquelle ils soient arrivés est l'existence habituelle, chez les migraineux, d'un taux élevé de cholestérinémie ; il semble bien que migraine et lithiase évoluent sur le même terrain. L'étude du pH des migraineux décèle généralement une augmentation assez marquée de la réserve alcaline dans les jours ou dans les heures qui précèdent la crise (Weissmann-Netter et Mme Weissmann).

M. Pasteur Vallery-Radot admet la conception des auteurs (Buchanan, Brams, Curschmann, Gordon, Debré), qui décrivent, du moins chez l'enfant, des formes abdominales de la migraine : les douleurs abdominales, associées ou non à la douleur de tête, témoignent alors de la participation du sympathique abdominal. Quant à l'épilepsie, elle présente assurément quelques relations de parenté (associations personnelles ou familiales) et d'analogie (rôle du spasme vasculaire, influence des facteurs endocriniens, auras, troubles humoraux, et en particulier alcalose, prémonitoires).

Les notions nouvelles sur le rôle du choc colloïdoclasique dans la migraine comportent des applications thérapeutiques intéressantes, puisqu'elles ont amené à l'emploi de médications antichoc, qui, toutes, ont donné des succès : injections sous-cutanées de peptone en solution à 5 p. 100 tous les deux jours (Pasteur Vallery-Radot), autohémothérapie (Gaston Durand, Lippmann, Guttmann), autosérothérapie (Flandin), injections sous-cutanées de lait (Marin Amat), injections en série de petites doses de sérum de cheval ou de venin de crotale (Bouché et Hustin), injections intraveineuses de carbonate de soude (Sicard, Paraf et Forestier) ou de chlorure de calcium (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier).

Discussion sur la migraine.

Migraine et épilepsie. — M. G. E. Schroder (de Copenhague) compare, au point de vue des processus humoraux, la migraine et l'épilepsie, entre lesquelles il maintient une distinction très nette.

Migraines par tumeur suprasellaire. — M. Poussep (de Dorpat) présente des radiographies de selles turciques qui lui montrent , dans des cas de migraines graves, des altérations analogues à celles que produisent les tumeurs suprasellaires.

Migraine vestibulaire. — M. Heveroch (de Prague) insiste sur la fréquence des troubles labyrinthiques chez les migraineux. A ce propos, M. Anglade fait remarquer que le système cochléaire peut être également le point de départ de migraines, comme cela peut se voir dans l'otosclérose. Le vertige de Ménière, comme le note M. Pasteur Vallery-Radot, peut être considéré, selon Lermoyez, comme un phénomène de spasme vasculaire analogue à la migraine : le spasme de l'artère auditive interne.

Migraine et spasme facial. — M. Henri Meige a

noté la fréquence des antécédents de migraines chez les malades atteints de spasme facial, et en particulier de la variété à laquelle il avait donné le nom de « spasme facial médian » (« paraspasme » de Sicard), variété bilatérale qui survient surtout chez des gens âgés. Ce type de spasme facial s'accompagne d'ailleurs, en général de troubles vaso-moteurs (rougeur de la face en particulier).

Migraine et système neuro-végétatif. — M. J. DE MASSARY a vu, chez un migraineux, l'accès s'annoncer par une abolition du réflexe oculo-cardiaque qui semble témoigner d'une hypo-vagotonie prodromique.

Migraine ophtalmoplégique et insuffisance thyroïdienne.— M. MUSSIO-FOURNIER (de Montevideo). L'ophtalmoplégie, survenue chez un myxœdémateux migraineux, s'expliquerait peut-être par un œdème localisé.

Migraines thyroïdiennes.— M. LÉOPOLD-LÉVI rappelle les bons résultats qu'il a obtenus, tant dans la migraine infantile que dans la migraine ophtalmique de l'adulte, par l'usage de l'opothérapie thyroïdienne. Migraine menstruelle et migraine anaphylactique ressortiraient également à ce traitement.

Migraines et troubles oculaires. — M. DE LAPERSONNE passe en revue les troubles visuels subjectifs qui accompagnent la crise de migraine. Il les attribue à un angiospasme de l'artère centrale de la rétine. Il estime que les troubles de réfraction et surtout l'astigmatisme sont une cause fréquente non seulement des céphalées, mais de véritables migraines.

Migraines et ostéo-périostites syphilitiques craniennes. — M. A. LÉRI pense que bien des migraines sont symptomatiques, et que, bien souvent, on ne pense pas assez aux lésions osseuses craniennes syphilitiques, qui peuvent provoquer des céphalées analogues à la migraine, et dont il montre les lésions sur des crânes du musée Dupuytren.

Migraines et troubles psychiques.—M. P. MAGUNDA.

Traitement de la migraine.— MM. SICARD et HAGUENAU. La peptothérapie de la migraine est souvent efficace. En cas d'échec du cachet de peptone, on peut s'adresser aux injections intramusculaires ou sous-cutanées de lait : 2 injections par semaine, 10 injections par cure, 3 cures par an environ.

A côté de ce traitement préventif modificateur de la diathèse migraineuse, on peut encore, au cours même de la crise de migraine, injecter localement, au voisinage de l'artère temporale, une dose minime d'adrénaline (un quart milligramme) ou d'alcool dilué, afin d'agir sur le sympathique périvasculaire. Ce procédé, d'un emploi facile et sans danger, donne un résultat appréciable là où toute autre médication a échoué. L'efficacité paradoxale de l'adrénaline est peut-être due à son action vaso-dilatatrice secondaire.

Migraines et cellulite cervicale.—M. ALQUIER est d'accord avec M. Pasteur Vallery-Radot pour distinguer nettement de la migraine les douleurs de la cellulite cervicale. La cellulite crée seulement un facteur prédisposant.

Migraine et choc vaso-trophique.—M. BOUCHÉ (de Bruxelles) rappelle les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires qui accompagnent la migraine : sensation de froid et sécheresse de la bouche avant la crise, — sudation, chaleur de la face, salivation, polyurie après la crise (phase parasympathique). Il insiste sur la nécessité de continuer très longtemps (plus d'un an) les traitements de désensibilisation par le lait, le sérum de cheval ou les venins de crotale si l'on veut obtenir une guérison durable. Ces traitements, pour l'auteur, sont inoffensifs, ne donnant lieu qu'à de petites poussées d'urticaire. Ils ne sont contre-indiqués que chez les malades qui ont un foie déficient, ou chez ceux qui ne manifestent aucune réaction à l'égard de ce traitement. Au cours de la crise, l'injection de pilocarpine serait parfois efficace.

La pression du liquide céphalo-rachidien pendant l'accès de migraine. — M. BOSCHI (de Ferrare) a constaté que la pression du liquide céphalo-rachidien s'abaisse de 4 à 5 centimètres pendant la crise de migraine. Il attribue ce fait à la vaso-constriction encéphalique.

DERNIÈRES CÉRÉMONIES DU CENTENAIRE DE CHARCOT.

Le mercredi matin, M. MARKUS (de Stockholm) avait déposé, au nom du gouvernement suédois, une magnifique couronne devant la statue de Charcot à la Salpêtrière.

Puis les membres de la Réunion neurologique avaient visité les services de la clinique Charcot, sous la direction du titulaire actuel de la chaire, le professeur Guillain. M Guillain retraça, à cette occasion, en phrases très heureuses, l'histoire de la clinique.

Le mercredi soir, 27 mai, un banquet présidé par M. André Hesse, ministre des Colonies, réunit au Palais d'Orsay les adhérents aux fêtes du Centenaire.

Vingt-trois toasts furent portés par les délégués des divers gouvernements étrangers. M. SOUQUES, secrétaire du Comité d'organisation dont il avait été la cheville ouvrière, remercia les savants étrangers d'être venus en si grand nombre honorer la mémoire de Charcot et prendre une part active aux travaux de la Réunion neurologique. M. PITRES parla au nom des élèves de province de Charcot. M. Jean CHARCOT exprima, au nom de sa famille, son émotion et sa gra-

titude en présence de l'hommage grandiose rendu à la mémoire de son père. Enfin M. André Hesse apporta un nouvel hommage du gouvernement à la mémoire du grand neurologiste.

Le jeudi 28 mai, après-midi, la Ville de Paris offrit une brillante réception qui réunit, en un commun hommage à la mémoire de Charcot, les membres français et étrangers de la VI[e] Réunion neurologique internationale annuelle et les adhérents du XXIX[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

J. Mouzon.

Les Thèses

N. — Dr Pierre Marsal. — **Troubles de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires (La toux émétisante).**

Les troubles de la fonction gastrique sont fréquents au début ou au cours de l'évolution de la bacillose pulmonaire chronique sous toutes ses formes (20 %). Ils surviennent plus souvent chez la femme (72 %) que chez l'homme (28 %). Leur symptomatologie est très variable et ne présente rien de spécifique. L'apparition de ces troubles dépend de la toxi-infection tuberculinique, mais trop souvent elle est facilitée par une alimentation mal comprise et trop abondante surchargeant les fonctions digestives et par l'abus de certains médicaments pouvant créer une altération de la muqueuse.

Le diagnostic peut, dans une certaine mesure, se faire par l'examen clinique, mais ne présente de réelle certitude que par des examens complémentaires et particulièrement par l'examen radiologique. Radioscopiquement il n'existe pas d'aspect vraiment typique de l'estomac des tuberculeux, mais la fonction motrice est communément altérée. A la période de tuberculose latente et au début de l'évolution, on observe le plus souvent un syndrome hypersthénique avec augmentation de l'activité sécrétoire (47 % des cas) de la motricité gastrique (60 %) et une tendance marquée aux spasmes.

Ces phénomènes coexistent avec un état de vagotonie. Au cours de l'évolution : l'activité du suc gastrique est normale ou augmentée (50 %) et la motricité variable, souvent encore exagérée (50 %). A une période plus avancée : la déchéance fonctionnelle frappe l'estomac aussi bien que les autres organes ; à ce moment l'activité sécrétoire, longtemps suffisante, diminue (52 %), mais la motricité reste généralement peu diminuée (40 %). L'évacuation globale se fait encore presque normalement (66 %).

La gastrite des tuberculeux est une gastrite interstitielle subaiguë qui semble due surtout à l'action sur la muqueuse des produits tuberculeux provenant de la déglutition des crachats, sans que le bacille intervienne directement.

La toux émétisante postprandiale, spéciale aux tuberculeux, est un syndrome survenant par épisodes au cours de l'évolution chez les bacillaires avérés présentant une dystonie neuro-végétative et le plus souvent chez des vagotoniques. Ce syndrome peut s'aggraver par l'apparition d'une tuberculose laryngée. Plusieurs éléments pathogéniques semblent conditionner ce syndrome. Il paraît s'agir d'une toux de déglutition probablement déterminée par un réflexe survenant lors du passage des bouchées alimentaires au niveau des terminaisons périœsophagiennes du vague hyperexcitable. Cette toux est suivie de l'expulsion des aliments. L'arc sensitif du réflexe paraît être le nerf pneumogastrique avec les filets du laryngé supérieur, et l'arc moteur le nerf phrénique par l'intermédiaire du ganglion sympathique cervical supérieur. Le vomissement sans état nauséeux qui suit la quinte est surtout un phénomène mécanique d'expulsion : celui-ci est, en majeure partie, dû à l'aspiration thoracique qui survient au moment de l'inspiration profonde consécutive à la toux ; il est facilité par la contraction brusque du diaphragme et de la paroi abdominale. Sans doute faut-il suspecter aussi d'autres réflexes tussigènes dus en particulier à des lésions pharyngo-laryngées latentes mais difficiles à identifier cliniquement.

Un traitement prophylactique des syndromes gastriques chez les tuberculeux pulmonaires peut et doit être réalisé par le médecin. La médication *inhibitrice* du vague (belladone, atropine) donne des résultats heureux au cours de la toux émétisante et du syndrome hypersthénique. Certains syndromes hypersthéniques compliqués du syndrome solaire peuvent être améliorés par le salicylate de géneserine.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie.

Georges Liébault. — **Notions d'oto-rhino-laryngologie à l'usage des praticiens** (in-8°, 240 p. : 22 fr.)

Georges Mouriquand, professeur à la Faculté de Lyon. — **Précis de diététique et des maladies de la nutrition.** *Collection Testut* (Un vol. 820 p., 69 fig., 3 pl. : 60 fr.).

Aux Editions Universitaires de Strasbourg. 1a Place de l'Université, Strasbourg.

Dr A. Marxer. — **Précis de chimiothérapie des maladies infectieuses** *Cours professé à la Faculté de Pharmacie de Strasbourg.* (Un vol., 190 p. : 15 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

SUR LA NÉCESSITÉ D'UN CONTROLE TECHNIQUE DES LABORATOIRES D'ANALYSE BIOLOGIQUES

Tel est le titre d'une communication faite à l'Académie de médecine, le 9 mars dernier, par M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger, et que l'on trouvera ci-après.

La question n'est pas nouvelle et elle a déjà été, sinon traitée, du moins effleurée largement dans le *Concours médical.* Il y a deux ans et demi en effet, le 11 novembre 1923, Noir publiait un Propos du Jour intitulé : *Après les laboratoires de recherches, les laboratoires d'application,* — dans lequel il reproduisait une lettre de Leredde, d'où j'extrais cette phrase :

Nous avons à nous occuper, non seulement de la création, dans tous les départements, de plusieurs laboratoires d'application, *mais de l'éducation des techniciens, médecins ou chimistes*, qui pourront faire des analyses, *méritant une entière confiance*, en particulier les examens sérologiques, les plus difficiles de tous, dont le résultat ne prête à aucune discussion. J'ai souvent regretté que l'Institut Pasteur se fût désintéressé de questions dont l'importance est capitale au point de vue de l'hygiène publique ».

Et Noir ajoutait :

Il faut que le laboratoire d'application, tant par son outillage parfait que par la haute conscience de son personnel, permette à ceux qui ont recours à lui d'avoir dans les résultats qu'il donne une confiance absolue ».

C'est dire que la communication de M. Remlinger a trouvé chez nous un écho sympathique, qui justifie la publicité que nous lui donnons aujourd'hui.

L'entrée en scène de la bactériologie et les progrès de la chimique biologique ont beaucoup modifié l'exercice de la médecine et le praticien a une tendance de plus en plus marquée — et de plus en plus légitime — à demander au laboratoire la solution des problèmes diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques qui se posent dans sa pratique journalière. On peut malheureusement dire du laboratoire ce qu'Esope disait de la langue : « C'est à la fois ce qu'il y a de meilleur et ce qu'il y a de pire. » S'il est de nombreux laboratoires qui apportent au diagnostic une aide puissante, il en est d'autres qui l'égarent plus que ne le comporte le coefficient inévitable des erreurs humaines et il est certainement peu de praticiens qui ne pourraient citer des cas, où, loin d'avoir été éclairés par une analyse, ils ont été, par elle, induits en erreur. « Une réaction de Wassermann, dit M. Ravault, ne vaut que par la signature qui l'accompagne. » C'est très juste. N'en est-il pas de même pour la plupart des analyses ? Tant vaut le chef du laboratoire, tant valent ses expertises. Or, il y a certainement plus de différence d'un chef de laboratoire à un autre que d'un praticien à un autre praticien. N'est-il pas surprenant en effet, que tandis que l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie sont étroitement réglementés en France, n'importe qui puisse n'importe où et n'importe comment ouvrir n'importe quel laboratoire d'analyses biologiques ? Aucun diplôme spécial — et même aucun diplôme tout court — n'est exigé. Si le tenancier de telle ou telle officine où s'élaborent des analyses s'intitule parfois élève d'un institut renommé ou d'un savant illustre, l'annonce s'adresse bien plus au public qu'à l'autorité ... et l'affirmation n'est du reste soumise à aucun contrôle. Sans doute, en pratique, les analyses médicales sont, presque partout, effectuées par des médecins et surtout par des pharmaciens, mais le diplôme de pharmacien n'implique nullement la maîtrise de la bactériologie clinique, de même qu'on peut être docteur en médecine et s'avérer piètre chimiste. Le danger est d'autant plus grand que le public, si enclin à exercer son esprit critique aux dépens des diagnostics et des traitements médicaux, n'a aucune tendance à mettre en doute les indications fournies par les laboratoires. Les rapports d'analyses font le plus souvent figure de vérité mathématique et on s'incline devant eux comme devant un verdict sans appel. Il est même des médecins — et en général parmi les meilleurs — qui, en présence d'un rapport d'expertise allant complètement à l'encontre de ce qu'ils avaient supposé, commencent par s'accuser eux-mêmes et sont tentés de faire passer les données du laboratoire avant celles de la clinique. Le danger est d'autant plus grand aussi que c'est rarement par défaut, mais presque toujours par excès que pèchent les biologistes déficients. Ce sont eux qui trouvent du bacille de Löffler dans les moindres mucosités pharyngées et du ménin-

gocoque dans tous les liquides céphalo-rachidiens. Ce sont eux qui rencontrent le plus de sucre dans l'urine et le plus d'urée dans le sang; eux aussi qui ne résistent pas au plaisir de « trouver le microbe » là où d'autres laboratoires ont échoué et font jouer un rôle pathogène aux impuretés dont les microbes banaux de la peau ont pu souiller une hémoculture. L'insuffisance de leur technique n'a d'égale que l'assurance avec laquelle ils proclament leurs résultats. Un biologiste averti hésite souvent à déclarer positif un séro-diagnostic, à affirmer la nature gonococcique d'un diplocoque urétral ; il y regarde à plusieurs fois avant de poser un diagnostic d'exception. Un incompétent hésite rarement. Il craindrait que sa science fût mise en doute s'il procédait autrement que par affirmations catégoriques. L'assurance qui, dit-on, est l'intelligence du sot est aussi celle du demi-savant. Cette superbe le met mal à l'aise pour, éventuellement, revenir sur ses décisions. Aussi, alors qu'un bactériologiste avouera sans fausse honte des hématozoaires dans du sang ou des bacilles de Koch dans des crachats plusieurs fois déclarés indemnes, le bactériologiste d'occasion a-t-il la plus grande tendance à s'en tenir à son premier examen qu'il tient pour définitif. Nous avons présent à l'esprit le cas d'un pseudo-bactériologiste de province qui, ayant affirmé l'existence du bacille de Löffler dans un exsudat angineux chez le fils d'un de nos confrères, maintint, envers et contre tout, son diagnostic avec tant d'autorité qu'en dépit de l'absence complète de modification de la lésion locale, il ne fut pas injecté moins de 1 litre de sérum. C'est seulement après six mois que le père de l'enfant, finalement ébranlé par les examens d'un autre laboratoire, se décida à amener le petit malade à l'Institut Pasteur. On y diagnostiqua une angine mycosique qui guérit en quelques jours par l'iodure de potassium. Il serait bien facile de multiplier ces exemples ... Nous voulons simplement mentionner que les méfaits des biologistes incompétents peuvent dépasser les limites de la pratique médicale ... C'est ainsi que les eaux destinées à l'alimentation de certaines villes ont été parfois chargées de microbes et de crimes imaginaires, que ces villes elles-mêmes ont été accusées de recéler des maladies infectieuses dont elles étaient indemnes, etc., etc.

***

Si la question de l'utilité d'un contrôle pratique a déjà été soulevée au sujet des laboratoires d'analyses biologiques en général (1), c'est à propos de la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann qu'elle s'est posée avec le plus de fréquence et le plus d'acuité. Le danger de laisser chasser sans permis sur le terrain périlleux de la syphilis a paru si grand, que, de longue date, de nombreux pays ont déterminé officiellement les laboratoires où cette réaction pouvait être effectuée. En Allemagne, non seulement la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann est interdite aux non médecins, mais encore l'autorisation ne peut être accordée à ceux-ci que s'ils justifient d'une compétence spéciale et s'engagent à suivre à la lettre des instructions officielles très minutieuses et très précises. Ils doivent n'employer que des extraits et des ambocepteurs contrôlés par l'Etat et n'avoir comme personnel subalterne que des aides reconnus après examen capables de servir d'assistants dans la pratique de la réaction. Le contrôle des extraits et des ambocepteurs est assuré par un seul établissement : l'Institut de thérapeutique expérimentale de Francfort-sur-le-Mein. En l'absence d'autorisation spéciale, les médecins n'ont le droit de pratiquer professionnellement la réaction que vis-à-vis des malades de leur propre clientèle. Un arrêté ministériel du 18 juillet 1923 a étendu à tous les autres essais sérologiques préconisés pour le diagnostic de la syphilis des dispositions qui, depuis le 27 mars 1920, visaient la réactions de Wassermann. C'est ainsi que l'autorisation de pratiquer commercialement toutes les réactions dites de floculation et de turbidité ne doit être donnée qu'aux établissements auxquels peut être accordée la permission d'exécuter le Wassermann. Toutefois, l'institution d'un contrôle d'Etat pour les extraits servant à ces essais a été provisoirement écartée.

Dans la plupart des pays étrangers, l'Angleterre notamment, la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann est réservée de même à des Instituts sérologiques déterminés. En France, elle n'a subi jusqu'ici aucune limitation. Elle y est par suite souvent effectuée par des expérimentateurs qui n'ont ni la compétence voulue, ni l'expérience indispensable, et la chose n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients. Il est des laboratoires — simples arrière-pharmacies parfois — qui, ainsi que nous l'avons indiqué pour les analyses biologiques en général, pèchent par excès et font du signe + un usage véritablement abusif. Il en est d'autres qui, ainsi que l'a noté M. le Dr Orticoni (1), « se laissent influencer par la connaissance de diagnostics cliniques erronés et subissent une sorte de sensibilisation qui leur fait redouter un désaccord toujours ennuyeux avec le clinicien ». Quelle sécurité ces laboratoires offrent-ils au praticien et plus encore au malade ? On sait combien la littérature médicale est riche sur la question des « méfaits du Wassermann ». De ces méfaits, la plus grande part revient certainement à l'insuffisance technique ... Au surplus nous n'avons en vue ici que les laboratoires honnêtes. Incompétence et inconscience — pour ne pas employer un autre terme — vont souvent de

(1) Paul Salmon. — Les laboratoires d'analyses biologiques. Nécessité d'organiser le contrôle de leur fonctionnement. *Revue d'hygiène*, 1921, p. 955-957.

(1) Orticoni. — Pour éviter que la réaction de Wassermann ne devienne une calamité sociale. *Revue d'hygiène*, 1922, p. 327-333.

pair ... et le terrain de la syphilis est si glissant !

Ne connaissons-nous pas tous des laboratoires à la porte desquels, suivant l'expression de M. Orticoni, on pourrait écrire : « Ici, perdez tout espoir de n'être pas syphilitique ». Nous ajouterons : à moins que vous ne soyez bien pauvre ?

***

Il est bien certain que le règlement allemand est impossible à appliquer en France où beaucoup de laboratoires sont dirigés par des pharmaciens. On ne voit du reste pas pourquoi la sérologie serait l'apanage des seuls médecins. Les arguments ne manqueraient même pas pour soutenir la thèse opposée. Au surplus, l'individualisme français bien connu accepterait difficilement une réaction réglée dans ses moindres détails, *étatisée* comme l'est le Wassermann imposé aux médecins d'outre-Rhin. La *standardisation* sur l'utilité de laquelle tous les biologistes sont certainement d'accord et la *caporalisation* sont deux choses différentes. Déjà, M. Mutermilch (1), chargé du service de séro-diagnostic à l'Institut Pasteur de Paris, et qui, s'il porte un nom à consonance germanique, n'a — pas plus que nous du reste — l'esprit allemand, M. Mutermilch s'est livré, du point de vue scientifique, à une critique serrée de tous les produits réglementaires en Allemagne pour la pratique de la réaction et aucun pour ainsi dire n'a trouvé grâce devant lui... C'est dans un juste milieu entre la réglementation outrancière allemande et l'absolue liberté française que paraît résider la meilleure solution du problème. « Pourquoi, se demande M. Mutermilch (qui n'est pas partisan de la réglementation), la réaction de Bordet-Wassermann aurait-elle seule le privilège d'être contrôlée par l'Etat tandis qu'il serait permis à tous les laboratoires plus ou moins bien installés et plus ou moins consciencieux d'exécuter toutes les autres analyses biologiques ? » C'est précisément contre cette permission abusive que nous nous élevons. A notre avis, l'Etat a le droit et le devoir d'exercer un contrôle sur tous les laboratoires d'analyses médicales comme il a le droit et le devoir de réglementer l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie. Quelles pourraient être les modalités de cette surveillance ? M. Salmon a proposé la création au Ministère de l'hygiène d'une Commission supérieure de contrôle des laboratoires de biologie médicale. Tel n'est guère notre avis. L'institution d'une classe nouvelle de fonctionnaires dont le recrutement risquerait d'être opéré du point de vue politique et dont les décisions ne manqueraient pas d'être soupçonnées d'obéir à des considération du même ordre ne nous inspire qu'une confiance limitée. On parle beaucoup de régionalisme et de décentralisation. Ne serait-ce point ici le cas de faire passer ces choses dans la pratique ? Les professeurs d'hygiène, de bactériologie, de chimie des Facultés de Médecine ne pourraient-ils pas, dans le ressort de chaque Faculté, être chargés d'accorder aux médecins et aux pharmaciens effectivement spécialisés et dûment outillés l'autorisation de pratiquer les analyses biologiques ? Ne pourraient-ils pas ensuite surveiller les laboratoires et recevoir les plaintes auxquelles ceux-ci donneraient lieu éventuellement ? Dans un grand nombre de cas, ces professeurs retrouveraient leurs anciens élèves et auraient déjà une idée de leurs capacités et de leur conscience professionnelle. Puis beaucoup de choses transpirent en province et un professeur de Nancy ou de Toulouse saurait, en général, bien plus vite qu'un enquêteur de Paris, à quoi s'en tenir sur le bien fondé et sur les à-côtés de telle ou telle réclamation. Au surplus, cette petite commission, siégeant à la Faculté, serait uniquement technique. Elle apprécierait les faits exclusivement du point de vue scientifique. La seule sanction qu'elle aurait le droit d'appliquer serait l'interdiction temporaire de pratiquer les analyses. Il semble que, dans la majorité des cas, cette sanction — qui pourrait être affichée à la porte du délinquant — serait suffisante pour ramener dans le droit chemin un laboratoire qui s'en serait écarté. En cas de récidive, l'interdiction pourrait devenir définitive. Les médecins et les pharmaciens qui passeraient outre à la décision de la Faculté seraient justiciables des tribunaux, lesquels, en cas de faute grave, auraient seuls qualité pour prononcer des pénalités et accorder des dommages-intérêts. Un droit léger à percevoir sur les analyses pourrait à la rigueur couvrir les frais que cette procédure très simple serait susceptible d'entraîner. Paris et le ressort de Paris — justiciables peut-être d'un régime spécial — étant exceptés, nous ne prévoyons du reste pas grand surcroît de travail pour les membres du contrôle, car, dans notre esprit, les laboratoires autorisés à pratiquer les analyses devraient être soigneusement triés sur le volet. *Non numerandi sed ponderandi.*

Le Dr Remlinger estparticulièrementbien inspiré quand il met en év dence l'importance que joue un examen de laboratoire, venant confirmer un diagnostic clinique et orienter un traitement dans une direction précise. Il a plus raison encore quand il demande que celui qui se livrera à de semblables recherches possède une compétence reconnue et qu'on puisse avoir en lui une absolue confiance, selon les paroles de Leredde et de Noir que je rappelais plus haut. Je l'affirme, à mon tour véhémentement, ayant eu l'occasion de constater personnellement cette importance, dans un cas que je résumerai ici en quelques mots.

Une femme d'une quarantaine d'années présente, au commencement de l'année 1923, des

(1) Mutermilch. — A propos de la circulaire ministérielle du 27 mars 1920, sur la pratique de la réaction de Wassermann en Allemagne. *Revue d'hygiène*, 1922, p. 338-337.

masses ganglionnaires qui se localisent dans les deux creux sus-claviculaires, et dans la région cervicale, prédominant surtout à gauche. Le médecin de la famille consulté pense à une origine syphilitique possible, et conseille de faire procéder à une réaction de Bordet-Wassermann. Le sang prélevé est porté chez un pharmacien régional qui a organisé un laboratoire pour ces recherches. Le résultat est *positif*, au dire de ce pharmacien. Le médecin annonce qu'il va instituer immédiatement un traitement spécifique intensif (piqûres arsenicales). Ami de la famille, je suis interrogé sur l'opportunité de ce traitement, et sur la vraisemblance du diagnostic sérologique porté. Je confirme la nécessité du traitement annoncé, si l'exactitude du diagnostic ne peut être contestée, ajoutant qu'il est bien préférable qu'on ait affaire à une syphilis, qui cèdera sans doute à une médication spécifique, qu'à une autre infection. Mais je suis d'avis de faire procéder à un nouvel examen du sang par une personnalité qualifiée , et la malade est conduite à cet effet chez un jeune chef de laboratoire des hôpitaux de Paris, spécialisé dans la recherche des réactions sérologiques actuellement en faveur : Wassermann, Hecht, Desmoulières, Tribondeau, etc.

Il examine d'abord cliniquement la malade pour essayer de trouver la cause de cette violente réaction ganglionnaire. Il découvre qu'elle porte un appareil dentaire en très mauvais état, sous lequel existe une infection permanente de la muqueuse bucco-gingivale, avec des végétations palatines, de la pyorrhée alvéolo-dentaire au niveau de nombreux chicots..... Un des ganglions cervicaux ayant suppuré quelque temps auparavant, il peut recueillir quelques gouttes de sérosité, et annonce qu'il fera connaître les résultats de toutes ces recherches.

L'examen sérologique du sang donne un résultat *négatif*, et l'examen sérologique du liquide de l'abcès révèle la présence d'un tétragène, saprophyte habituel de la bouche.

Les conseils donnés à la malade, au point de vue de son traitement, n'ayant pas été suivis, par elle, elle présente en 1924 tous les signes d'une tumeur blanche du cou-de-pied. Le chef de laboratoire déjà consulté fait une hémoculture qui demeure négative, mais trouve dans la sérosité du même ganglion, toujours quelque peu suppurant, un bacille acido-résistant. Quelques mois plus tard, la malade succombe à une méningite tuberculeuse, diagnostiquée cliniquement et sérologiquement par l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

Voici donc un cas dans lequel une analyse n'offrant pas de garanties suffisantes a risqué de déclancher un traitement intensif par les arsénobenzènes, qui n'était nullement indiqué, et qui n'est pas exempt de certains risques .....

« Mais, me direz-vous peut-être, la malade n'en est pas moins morte. » — D'accord, ! Mais, parce qu'elle a refusé de suivre les conseils qui lui furent donnés après la découverte de l'infection buccale, et notamment, de procéder immédiatement au nettoyage de cette bouche.

Je pense donc que la suggestion de M. Remlinger, venant après celles de Leredde et de Noir, doit être retenue et qu'il importe d'examiner comment il serait possible de soumettre les laboratoires de recherches biologiques à une surveillance et à des inspections qui auraient là leur raison d'être tout autant, et plus encore, que dans les pharmacies.

Et nous voici ramenés à l'argumentation que Noir développait il y a trois semaines, dans son Propos du Jour du numéro 14 : « Il importe, disait-il fort judicieusement, que le public ne puisse être trompé et que le premier venu, sans études spéciales, sans apprentissage spécial, qu'on nous passe le mot, ne puisse se donner comme pourvu de capacités extraordinaires et spéciales. Un docteur en médecine ne pourrait se donner comme spécialiste sans posséder un titre quelconque, un certificat prouvant qu'il a tout particulièrement étudié sa spécialité et acquis, par un stage approprié, une certaine habileté de la technique de cette spécialité... »

Ces desiderata s'appliquent exactement aux chimistes, aux pharmaciens qui, non médecins, ouvrent des laboratoires de recherches biologiques. Ils s'appliquent d'ailleurs aussi exactement au docteur en médecine qui se spécialiserait dans ce genre de recherches.

D'après M. Remlinger, le titre spécial serait délivré par les professeurs d'hygiène, de bactériologie, de chimie des Facultés de médecine, ce qui est parfaitement logique. Le contrôle, la surveillance des laboratoires leur seraient également confiés ; ils formeraient une petite commission technique qui prononcerait uniquement son verdict du point de vue exclusivement scientifique.

Si l'on admet que, à côté de l'élément scientifique, il y a place, dans le fonctionnement de ces laboratoires, pour un élément déontologique, on peut accorder aux groupements professionnels, aux Syndicats, une certaine compétence pour la surveillance de ces entreprises. Et je me souviens d'une longue et intéressante conversation que j'eus, il y a plusieurs années, avec Leredde, à ce propos. D'après Leredde, qui déplorait, ainsi que je l'ai déjà fait, la liberté trop grande laissée à la pratique du laboratoire, il fallait limiter le droit d'ouvrir et de diriger un laboratoire de recherches aux seules entreprises qui auraient obtenu le « label » du Syndicat, celui-ci basant son jugement sur les titres scientifiques des directeurs.

Que l'on penche pour telle solution de la ques-

tion ou pour telle autre, et cela, au gré de ses origines, de ses attaches, de sa tournure d'esprit, il n'en demeure pas moins que la communication de M. Remlinger vient à point nommé pour susciter les initiatives qui auront pour conséquence, le jour où elles auront abouti, l'octroi de garanties sérieuses aux malades, qui ont le droit de les exiger, et aussi aux praticiens qui escomptent, de la part des laboratoires, une aide puissante dans la recherche de la vérité du diagnostic et de la thérapeutique et qui doivent, par suite, se montrer au moins aussi exigeants.

G. DUCHESNE.

HOSPITALISATION DES BLESSÉS DU TRAVAIL

A M. le docteur Paul Boudin.

Monsieur et honoré Confrère,

Médecin contrôleur expert de plusieurs Compagnies d'assurances, je lis dans *Le Concours médical* avec le plus vif intérêt et le plus grand profit, tous vos articles de la tribune médicale où les concepts professionnels, lumineusement exposés, voisinent avec les sentences médico-légales dictées par votre connaissance approfondie de la loi de 1898 et sa jurisprudence.

Tous vos articles, tous vos jugements, constituent un ensemble qui me sert admirablement à évoluer confraternellement dans la multiplicité des cas qui peuvent se présenter à moi dans mon rôle de contrôleur-expert.

Avant même d'aborder le sujet de ma lettre, je veux rendre hommage à votre franchise confraternelle vis-à-vis de certains confrères justiciables d'une plus grande sévérité dans bien des cas, et à la sagesse de vos jugements. Je voudrais ce jour, vous soumettre le désaccord qui paraît subsister sur la question de l'hospitalisation des accidentés du travail entre les médecins et chirurgiens des hôpitaux, les Commissions administratives des hôpitaux et les tiers payants, les chefs d'entreprises par le canal des Compagnies d'assurances en la circonstance.

Des idées complètement erronées ou des préjugés trouvent un terrain de développement admirable dans l'esprit des médecins, aigris à juste titre par cette loi de concurrence vitale qui devient plus pénible chaque jour, idées erronées ou préjugés qui se résument dans les formules lapidaires journellement entendues :

1° L'accidenté du travail n'est pas un assisté.

2° L'accidenté du travail mange le patrimoine des pauvres.

3° L'accidenté du travail coûte cher à l'hôpital.

4° La compagnie d'assurances riche comme Crésus gonfle son coffre-fort de ce qui journellement devrait revenir aux pauvres, aux Commissions administratives, aux médecins, pharmaciens, etc.

L'idée de vous soumettre ces diverses formules, me vient de la lecture faite ces jours derniers dans *Le Mouvement sanitaire* du 31 décembre 1925 d'un exposé de ces questions sous la signature de Monsieur BEAUMONT qui n'est pas un inconnu pour vous, puisqu'il siège à l'assemblée où se traitent les questions de tarif Breton, Durafour ou Decourt, au Ministère du travail. Il a exposé cette question si épineuse, si controversée de l'hospitalisation des accidentés avant et après la loi de 1898.

M. BEAUMONT stigmatise l'étroitesse de vues de certains dirigeants départementaux et des Conseils d'administration de certains hôpitaux.

Pour lui, l'hospitalisation des accidentés du travail, n'est qu'une face du problème général que posent : les assurances sociales, l'assistance médicale gratuite, l'hospitalisation des blessés de guerre, les accidentés du travail.

Ces nouvelles attributions de nos formations hospitalières exigent aux dires de M. BEAUMONT une réorganisation de l'administration des hôpitaux. L'organisation actuelle ne s'adapterait plus aux besoins de notre époque. Admirable dans sa création et dans les résultats obtenus jusqu'à nos jours, elle voit son champ d'action s'accroître de jour en jour, aussi a-t-elle besoin de moderniser sa marche.

Dans ce sens, elle devrait admettre dans son conseil, en plus des représentants légaux, les représentants des tiers payants, de l'assistance médicale gratuite dont le tiers payant est le département et la commune ; des assurances tiers payant des accidentés du travail, en un mot, tous ceux qui sont intéressés moralement et pécuniairement au bon fonctionnement d'un hôpital.

I. — *L'accidenté du travail n'est pas un assisté.*

M. BEAUMONT n'accepte pas qu'on considère un accidenté du travail comme un assisté Il récuse le terme même pour les indigents pour lesquels il existe également un tiers payant.

Avant la loi de 1898 le terme était justifié, les accidentés du travail étaient gratuitement soignés. Il est évident que la loi de 1898 a créé une ressource nouvelle au profit des hôpitaux.

II. — *L'accidenté du travail mange le patrimoine des pauvres.*

Erreur encore, dit M. BEAUMONT puisque le prix de journée payé par l'ouvrier permet à l'hôpital de boucler son budget.

Si ce prix de journée n'est pas normalement établi, à qui la faute, si ce n'est à ceux qui ont la charge de le faire ? Que de considérations politiques, économiques, interviennent dans les calculs établis ; les calculs ne correspondent pas aux dépenses réelles normalement réparties, à qui la faute ?

Il est logique que des tiers payants soldent les prix de journées de leur hospitalisation, mais il est non moins logique qu'à ce titre ils puissent également prendre part aux délibérations. Les nouvelles dispositions permettent de faire un rappel en fin d'année des sommes nécessaires pour boucler le budget de la formation, rappel basé sur le prix total en fin d'année d'une journée de traitement et du nombre de journées.

L'accord est unanime sur cette question, les ouvriers doivent acquitter un prix de journée établi normalement, les tiers payants s'il faut en croire M. Beaumont, ne s'y refusent pas, au contraire.

Ils refusent, par contre, l'arbitraire d'un supplément au prix de journée.

En effet ce supplément ne rime à rien, si les prix de journées permettent d'équilibrer normalement le budget, car il importe de ne pas oublier et M. Bienvenu-Martin le déclarait au Sénat, que le traitement des accidentés du travail ne doit jamais entraîner de perte pour les hôpitaux, mais ne doit pas être pour ceux-ci une source de bénéfice.

III. — *L'accidenté coûte cher à l'hôpital.*

Opinion inexacte ou tendancieuse, dit M. Beaumont, comme si une fracture coûte plus cher chez un blessé du travail que chez un blessé ordinaire, comme si les frais généraux de nourriture, de literie, de surveillance n'étaient pas identiques ou à peu près identiques pour tous les blessés.

IV. — *La Compagnie d'assurances bénéficie des soins gratuits donnés par les médecins à ses blessés.*

A cette hypothèse deux réponses fort distinctes :

1° La loi a prévu l'hospitalisation des accidentés de travail et toute l'organisation des assurances accidents de travail est basée sur les possibilités de ce traitement. Si la loi eût prévu le traitement dans les cliniques avec un luxe de frais de traitement que les Compagnies eussent dû solder, sans nul doute les primes d'assurances destinées à couvrir le risque, eussent été à hauteur des frais que les risques pouvaient entraîner.

2° Le titre de chirurgien ou médecin des hôpitaux est assez recherché même par ceux qui en supputent ou connaissent les charges et les avantages. Les soins gratuits dans les hôpitaux ont été toujours mis hors de discussions. Si par une innovation que j'estimerai heureuse, on prévoyait un traitement forfaitaire à ces médecins ou chirurgiens des hôpitaux basé sur le tarif Breton, c'est par une gestion moderne des hôpitaux telle que l'envisage M. Beaumont, que la chose serait possible.

En résumé, cette gestion modernisée de nos hôpitaux, selon les vues de M. Beaumont, permettrait de donner satisfaction aux Commissions administratives des hôpitaux et aux membres du corps médical dont la science est à la hauteur de leur dévouement.

Je vous saurais gré, mon cher et honoré confrère, de vouloir me dire les critiques inhérentes à cette manière de voir, et si les suggestions de M. Beaumont vous paraissent adéquates, ne vous paraîtrait-il pas opportun de les publier dans votre estimable journal dont je suis le fidèle lecteur ? Ce faisant, vous contribueriez me semble-t-il, à dissiper les malentendus ou fausses conceptions dont le point de départ, ici comme dans toute autre question, se trouve dans la connaissance insuffisante ou l'ignorance des dispositions légales.

N'êtes-vous pas l'initiateur bienveillant pour beaucoup de médecins dans votre *Concours médical* ?

Je suis de ceux que vous avez initiés aux dispositions de la loi de 1898 et vous prie d'agréer mes sentiments de confraternelle reconnaissance.

Dr Pinat.

Réponse

Je suis absolument d'accord avec vous et avec Monsieur Beaumont, lorsque vous demandez la modification du statut légal des hospices et hôpitaux. Voilà de nombreuses années que je soutiens, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, les desiderata de beaucoup de médecins qui voudraient faire partie de la commission administrative de leur hôpital.

Déjà, certaines grandes villes font nommer, par le préfet, un ou plusieurs médecins, comme administrateurs d'hôpital ; mais ce n'est pas un droit pour le Corps médical ; c'est une faveur attribuée, à titre personnel, à une individualité médicale, qui, au sein de la commission administrative, ne représentera que sa seule personne et ses seules idées, mais ne sera pas mandatée par ses collègues médecins et n'aura pas qualité pour parler en leur nom.

Ce n'est pas la nomination par le préfet, sur présentation de la commission administrative, qu'il nous faudrait, mais un droit pour le Corps médical local de désigner un de ses membres, pour faire partie de la dite commission.

Pour cela, il faudrait une loi, modifiant celle du 7 août 1851. Or, le Parlement est trop occupé par la politique pour songer à une loi hospitalière. D'autre part, nous trouverions une résistance considérable de la part de certains administrateurs d'hôpitaux, qui, jaloux de l'autonomie absolue que leur confère la loi du 7 août 1851, considèrent les médecins d'hôpitaux, non comme des collègues, des collaborateurs, mais bien comme des employés supérieurs, ayant passé, avec la commission administrative, un contrat de louage de services.

En second lieu, il faudrait se mettre d'accord sur le but social de l'hôpital.

Cet établissement doit-il être réservé uniquement aux pauvres et aux personnes nécessiteuses ?

Doit-il, au contraire, subir l'influence des idées sociales et scientifiques actuelles et ouvrir largement ses portes à qui peut payer ?

Dans ce dernier cas, l'hôpital, établissement public, sera incité à faire acte commercial, dans

la partie hôtelière, pour malades payants. Il viendra en aide à beaucoup de gens, en les hospitalisant à bon compte, mais il fera concurrence aux maisonsde santé, fondées par l'initiative privée, qui ont droit à l'existence.

C'est un bien gros problème, que nous ne pouvons pas aborder dans cette réponse, car il soulève la question de savoir si les fondations hospitalières, ainsi que les subventions communales et départementales peuvent constituer une mise de fonds suffisants pour l'organisation de l'hôpital en maison des pauvres et en clinique payante.

Serait également à discuter tout un conflit de droit administratif et de droit commercial. D'autant que les malades payants doivent toujours recevoir les secours de la science moderne.

Je laisse volontairement de côté le droit au libre choix du médecin , à l'hôpital payant, ainsi que l'élaboration de règles, permettant d'une part, d'assurer la discipline médicale dans l'établissement, sans que cependant soit créé un monopole en faveur des médecins de l'hôpital et au détriment des confrères ne faisant pas partie de ce service médical.

J'accepte volontiers l'idée de l'étude, entre quelques-uns, de la transformation moderne de l'hôpital, de son utilisation au mieux des intérêts en présence, pour aboutir à la proposition de modifications de certains articles de la loi du 7 août 1851.

J'aborde maintenant les différents points de votre argumenttation.

1° L'accidenté du travail n'est pas un assisté. Nous sommes absolument d'accord.

2° L'accidenté du travail mange le bien des pauvres. La critique de M. Beaumont est très justifiée, car beaucoup d'économes d'hôpitaux ne savent pas établir leur prix exact de journée, malgré les textes législatifs et réglementaires, sur ce sujet.

Maheureusement, si ce prix de journée est mal établi et par conséquent force l'hôpital à solliciter des subventions communales, celles-ci seront payées par les contribuables.

On accepte bien de solder un déficit annuel, pour l'hospitalisation des pauvres ; mais non pour celle de malades qui ne sont pas indigents. Aussi peut-on dire que la mauvaise gestion, ou plus exactement la fixation défectueuse du prix de journée d'hôpital favorise les malades payants, au détriment de la masse des contribuables communaux, ou départementaux.

Ecoutons d'autre part, les doléances de certains hôpitaux. Leur prix de journée, établi pour l'assistance médicale gratuite, bien que parfaitement décompté, n'est pas très élevé. Le 30 % ne rapporte donc presque rien, alors que le blessé du travail coûte autant, comme matières de pansement, que s'il était soigné dans un hôpital de grande ville dont le prix de journée est élevé, et pour lequel le 30 % donne un supplément appréciable.

Ce forfait de 30 % est absolument arbitraire, d'autant qu'il comprend non seulement les suppléments de frais, occasionnés par les soins chirurgicaux, donnés aux blessés du travail, mais encore la rémunération possible des médecins et chirurgiens, attachés à l'établissement pour soins donnés à ces malades qui ne sont pas indigents, comme aussi les honoraires des chirurgiens, étrangers à l'hôpital, mais qui y sont appelés, pour opérer un blessé du travail.

Partant de ce principe que l'hôpital ne doit pas faire de bénéfice, mais qu'il ne doit pas, non plus, être en perte à cause de la présence de malades payants, il faudrait que le décompte du prix de journée de séjour d'un blessé du travail soit établi pour chaque établissement et par an.

Mais, c'est encore une loi à faire modifier !

Votre troisième point n'est qu'un corollaire du précédent. Je passe donc au suivant et dernier.

4° La compagnie d'assurances bénéficie des soins gratuits donnés par les médecins à ses blessés.

Oui, et d'une manière très énergique, j'affirme que les sentiments d'altruisme des médecins sont franchement exploités. Je ne dis pas que ce soit uniquement pour les compagnies d'assurances ; mais le fait existe.

En effet, si les médecins des hôpitaux de grande ville, nommés au concours, retrouvent d'une certaine manière, en considération et en documentation, grâce au grand nombre de malades hospitalisés, le manque à gagner, lorsque, pour une indemnité minime, ils soignent à l'année indigents et malades payants, admis dans leur service, il n'en est pas de même pour l'immense majorité des hôpitaux secondaires, ou de petite ville.

Nommés à la faveur, ne bénéficiant d'aucune considération attachée à leur titre de médecin de l'hôpital, ces confrères doivent soigner et opérer gratuitement des malades qui les auraient rémunérés de leur peine et de leurs soins, si ces clients avaient été traités ailleurs qu'à l'hôpital.

Aussi la question entre dans une phase très aiguë et beaucoup de médecins d'hôpitaux parlent ouvertement d'abandonner leur service hospitalier, s'ils continuent à être exploités au nom de la charité publique.

La vie est trop dure pour tous, pour continuer les errements anciens.

Si, dans certaines grandes villes, le Corps médical hospitalier accepte d'abandonner tout ou partie de ses honoraires, pour soins donnés aux malades payants de toutes catégories, il n'en est plus de même dans les villes secondaires.

D'ailleurs la querelle de l'hospitalisation des malades payants ne date pas d'aujourd'hui ;

mais elle risque de se poser d'une façon très aiguë devant les difficultés de l'existence et à la veille de l'application de la loi sur les assurances sociales.

Il faut donc admettre le principe de la rémunération du médecin d'hôpital, pour soins donnés à tous autres que les indigents.

Or, dans son article, M. Beaumont fait remarquer justement que tous les malades hospitalisés sont des payants, puisqu'ils ont derrière eux un tiers payant (la commune, l'assurance, etc.).

Il oublie la catégorie des malades admis en vertu de l'article premier de la loi du 7 août 1851, mais ce n'est qu'un point de détail.

Le médecin devrait-il être payé à forfait ou à la tâche ? Forfait, pour les hospitalisés indigents, mais forfait plus rémunérateur que les prix alloués actuellement aux médecins d'hôpitaux : on ne peut pas immédiatement et par un trait de plume apporter la révolution dans les habitudes séculaires prises pour la rémunération des médecins d'hôpitaux pour les soins qu'ils donnent aux indigents hospitalisés.

Mais, il n'en est plus de même pour les blessés du travail, ou pour les malades payants ordinaires.

En matière d'accidents du travail, le tarif ministériel peut être applicable, avec quelques modifications, par exemple, en ce qui concerne les visites journalières, dans la salle commune.

Modalités encore à considérer selon les localités : ici, après entente entre la commission administrative et le Corps médical hospitalier, c'est l'administration de l'établissement, qui réclamera les honoraires des médecins, en même temps que les journées de présence.

Ailleurs, les docteurs recouvreront directement leurs honoraires sur le responsable, sans passer par le canal de l'économat.

Ce ne sont que questions de détail et de localités.

Mais cessera le reproche que l'hospitalisation des blessés du travail se fait également au détriment des médecins.

Je ne reviens pas sur la question, que, personnellement, j'ai traitée plusieurs fois dans le *Concours médical*, faisant seulement remarquer que les blessés du travail hospitalisés sont en général des victimes d'accidents graves, nécessitant, de la part du Corps médical, des soins méticuleux, des opérations parfois graves, mettant la responsabilité professionnelle en jeu.

Une rémunération équitable s'impose et il faut étudier ce problème, si l'on ne veut pas que des grèves partielles n'éclatent de-ci, de-là.

J'en arrive donc à la conclusion de M. Beaumont, qui souhaite que, dans l'hôpital moderne, l'administration soit confiée à un conseil élargi, dans lequel, à côté des délégués du conseil municipal, se trouveraient des représentants des autres usagers (chefs d'entreprise, assureurs, mutualités, médecins, pharmaciens (1).

Je partage, cet avis, mais à la condition que ces membres soient désignés par leurs pairs et non par le préfet, qui est incompétent en cette matière.

Malheureusement, il faudra beaucoup de temps pour démontrer que tout notre organisme administratif doit être modernisé ; le préfet ne doit plus, comme un satrape antique, avoir le droit absolu de nommer, sans appel, qui bon lui semble, à certaines fonctions administratives.

Il faudra aussi combattre contre les représentants des commissions administratives actuelles des hôpitaux, qui se montrent fort jaloux de leurs prérogatives ; ils s'opposeront certainement à l'élargissement du conseil d'administration et surtout à l'entrée de représentants élus par les « usagers ».

J'en sais personnellement quelque chose, lorsque j'ai soutenu, au conseil supérieur de l'assistance publique, l'admission d'un délégué du Corps médical hospitalier dans chaque commission administrative d'hôpital. J'ai été franchement battu ; mais je n'abandonne pas la partie.

Aussi, comme conclusion, je me rencontre sur bien des points avec vous et M. Beaumont ; malheureusement, la solution ne sera pas obtenue de sitôt, si nous nous bornons à suivre la filière administrative, puis législative.

Il faut innover, et même parfois être révolutionnaire, comme méthode.

Saisir le conseil supérieur de l'assistance publique ou la commission de révision du tarif Dubief nous exposerait peut-être au même échec qu'il y a deux ans.

Donc, passons-nous de ces assemblées, pour le moment. Je crois que le consortium des assureurs pourrait prendre l'initiative de la création d'une commission privée, dont le but serait d'étudier la transformation du statut juridique des hôpitaux.

L'Union des Syndicats médicaux (25, rue Louis-le-Grand, Paris), les mutualités, des juristes spécialisés, des représentants des hôpitaux, des assurances, etc., pourraient être convoqués pour aborder les modifications à présenter, d'une part à la loi du 7 août 1851, d'autre part, à celles sur les accidents du travail et enfin au règlement modèle des hospices et hôpitaux du 30 juin 1921.

Le travail terminé, on en saisirait « qui de droit ».

Dr Paul BOUDIN.

---

(1) M. BEAUMONT écrit, dans le *Mouvement sanitaire* du 31 décembre 1925 : « Il semble tout d'abord que la composition des commissions administratives doive être modifiée : A côté des représentants du préfet et du maire, il faut faire place aux vrais intéressés, aux tiers payants, à ceux là qui, professionnellement, sont capables de gérer d'après une méthode commerciale ».

LES NOUVELLES RESSOURCES FISCALES

La loi du 4 avril 1926, portant création de nouvelles ressources fiscales, a été promulguée dans le *Journal Officiel* du même jour.

Bien que la presse politique l'ait exposée à ses lecteurs, sous des formes diverses, il n'est pas sans intérêt, sans doute, de rappeler, sinon toutes ses dispositions, mais tout au moins celles qui sont de nature à toucher les médecins, tant comme professionnels que comme simples contribuables, du chef des revenus qu'ils peuvent avoir, même en dehors de leurs bénéfices professionnels.

Déclarations de revenus. — La souscription et le renouvellement de cette déclaration sous la foi du serment deviennent obligatoires tous les ans, même pour les personnes qui ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu global, mais ont cependant encaissé un certain chiffre de revenus, ainsi que l'indique l'article ci-après :

Art. 1er. — Le paragraphe 1er de l'article 16 de la loi du 15 juillet 1914, remanié par l'article 5 de la loi du 30 décembre 1916 et par l'article 2 de la loi du 28 février 1917, est modifié ainsi qu'il suit :

« Tous les contribuables passibles de l'impôt sont tenus de souscrire et de renouveler, chaque année, sous la foi du serment, une déclaration de leur revenu avec l'indication, par nature de revenu, des éléments qui le composent.

« Les contribuables qui sont affranchis de l'impôt dans les conditions prévues par l'article 9 de la présente loi, sont également tenus d'en faire, chaque année, la déclaration, s'ils ont, au cours de l'année précédente, été inscrits aux rôles des impôts cédulaires pour un total de revenu de 1.500 fr. au moins ou s'ils ont encaissé, pendant la même année, 1.500 fr. au moins de revenus de valeurs mobilières autres que les bons de la Défense nationale à échéance d'un an au plus et les rentes 4 p. 100 1925.

« Les contribuables visés au paragraphe précédent qui n'auront pas envoyé leur déclaration dans le délai légal pourront être punis d'une amende de 30 fr. sans décimes. L'amende sera infligée par le directeur des contributions directes et recouvrée par le percepteur. »

Est abrogé le paragraphe 6 de l'article 16 de la loi du 15 juillet 1914.

Le paragraphe visé dans ce dernier alinéa est celui aux termes duquel le contribuable qui ne renouvelait pas sa déclaration était considéré comme ayant maintenu sa déclaration précédente.

Paiement des impôts. Majorations, etc. — L'article 2 de la loi réglemente l'exigibilité du paiement des impôts et les sanctions applicables à défaut de déclaration, d'insuffisance de celle-ci ou de retard dans le paiement :

Art. 2. — L'article 18 de la loi du 31 décembre 1921 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les contributions, impôts, taxes et produits recouvrés comme en matière de contributions directes sont exigibles en deux fractions égales payables, la première le 30 avril, la seconde le 31 octobre de l'année pour laquelle l'impôt est dû.

« Le non-payement du premier terme à la date extrême du 31 juillet, ainsi que le déménagement hors du ressort de la perception, à moins que le contribuable n'ait fait connaître, avec justifications à l'appui, son nouveau domicile, et la vente volontaire ou forcée entraînent exigibilité immédiate de la totalité de l'impôt dès la publication du rôle. Entraîne également exigibilité immédiate et totale l'application d'une majoration pour non-déclaration, déclaration tardive ou insuffisante des revenus et bénéfices imposables.

« Les articles compris dans les rôles publiés postérieurement au 31 juillet sont exigibles en deux fractions égales, payables, la première, dans le mois qui suit la publication du rôle, la seconde, le 31 octobre de l'année pour laquelle l'impôt est dû.

« Le non-payement du premier terme dans le délai fixé entraîne l'exigibilité immédiate de la totalité de l'impôt.

« Les articles compris dans les rôles publiés postérieurement au 30 septembre sont exigibles en totalité dans le mois qui suit la publication du rôle. »

L'article 5 prescrit le dépôt dans les mairies de la liste des contribuables assujettis à l'impôt général sur le revenu et ayant fait leur déclaration et défend la publication de ces listes.

L'article 6 réglemente la communication des dossiers aux et par les diverses administrations publiques.

Il rend obligatoire le dépôt au greffe du tribunal compétent de toute sentence arbitrale, qui, cependant, ne sera soumise à l'enregistrement qu'en cas d'ordonnance d'exequatur ou d'usage en justice ou par acte public.

L'article 8 punit les contribuables de mauvaise foi, en cas de récidive, d'une amende de 1000 à 100.000 francs et d'un emprisonnement de un à six mois.

Les articles 9 à 10 s'appliquent à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

Impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. — Cet impôt, qui était, d'après les précédentes dispositions, décimes compris, de 7,20 %, est porté à 8 % par l'article de la loi nouvelle, sans décimes.

La disposition la plus intéressante, pour la

profession médicale, est celle de l'article 12, instituant, pour toutes les professions libérales, une commission consultative, qui, en cas de désaccord entre le contribuable et le contrôleur, est appelée à donner, par écrit, un avis indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît pouvoir être attribué au contribuable.

La composition, les pouvoirs et le fonctionnement de cette commission qui comprend, outre les représentants des contribuables, désignés par les Syndicats du département ou, à défaut, par le préfet, et ceux de l'administration fiscale, le président du Tribunal ou son délégué, sont fixés par l'article 12, ci-après :

Art. 12. — L'article 35 de la loi du 31 juillet 1917, modifié par l'article 9 de la loi du 13 juillet 1925, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.

« Si le désaccord persiste, il est soumis à l'appréciation d'une commission consultative siégeant au chef-lieu de chaque département et comprenant les membres suivants, qui seront soumis aux obligations du secret professionnel prévues par l'article 23, paragraphe 3, de la loi du 15 juillet 1914 :

« Le président du tribunal civil du chef-lieu ou, en cas d'empêchement, un membre du même tribunal par lui désigné, président.

« Un avocat désigné par les bâtonniers des barreaux du département ou, à défaut de barreau constitué, un avoué désigné par les présidents des chambres de discipline du département.

« Un notaire désigné par les présidents des chambres de discipline.

« Un médecin désigné par les syndicats de médecins du département ou, à défaut, par le préfet.

« Au cas où le contribuable n'appartiendrait à aucune des professions visées ci-dessus, il aurait le droit de réclamer la présence, au sein de la commission, d'un représentant des syndicats ou des associations corporatives dont il fait partie et qui serait à la désignation de ces associations ou, à leur défaut, du préfet.

« Trois membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

« La commission comprend, en outre, un inspecteur des contributions directes désigné par le directeur départemental et remplissant les fonctions de secrétaire rapporteur, avec voix délibérative.

« Plusieurs commissions peuvent, par arrêté du ministre des finances, être instituées dans un même département.

« Dans ce cas, l'une des commissions est présidée par le président du tribunal civil du chef-lieu, qui désigne, parmi les membres de ce tribunal, les présidents des autres commissions.

« La commission délibère valablement, à condition qu'il y ait au moins trois membres présents, y compris le président et le secrétaire rapporteur. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

« La commission se réunit, à la demande du directeur des contributions directes, sur la convocation de son président. Convoqués dix jours au moins avant la réunion, les contribuables intéressés sont invités à se faire entendre ou à faire parvenir leurs observations écrites.

« Après examen des motifs invoqués par l'administration et par le contribuable, la commission formule par écrit un avis indiquant le chiffre du bénéfice professionnel qui lui paraît pouvoir être attribué au contribuable.

« L'avis de la commission est notifié au contribuable par l'administration, qui l'avise en même temps du chiffre d'après lequel elle se propose de le taxer. Si ce chiffre est conforme à l'évaluation de la commission, le contribuable ne peut obtenir de réduction par voie de réclamation devant la juridiction contentieuse qu'en apportant la preuve du chiffre exact de ses bénéfices. Dans le cas contraire la charge de la preuve devant la juridiction contentieuse incombe à l'administration, en tant que le revenu pris pour base de l'impôt excède le chiffre indiqué par la commission. »

Le présent article est applicable au contrôle des déclarations souscrites à partir du 1er janvier 1926.

L'article 13 ajoute, à l'article 17 de la loi du 15 juillet 1914 sur l'impôt général sur le revenu global, une disposition permettant au contrôleur, qui aura réuni des éléments précis établissant que les dépenses d'un contribuable sont notoirement supérieures au revenu qu'il a déclaré, de lui demander de justifier de la différence.

L'article 14, modifie l'article 32 de la loi du 31 juillet 1917, aux termes duquel l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales était dû dans la commune où le contribuable a son domicile au 1er janvier de l'année de l'imposition. A l'avenir, l'impôt sera établi au lieu de l'exercice de la profession ou, le cas échéant, du principal établissement. C'est là une modification qui, la plupart du temps, sera sans intérêt pour le médecin, qui ne possède qu'un seul établissement.

L'amnistie est accordée, par l'article 15, au contribuable qui aurait fait une déclaration insuffisante ou tardive, ou n'en aurait fait aucune, à la condition qu'il fasse une déclaration rectificative et s'engage à payer à des dates fixes, éche-

lonnées par trimestre jusqu'à la fin de 1927, le principal des taxes dues, sans que le rappel puisse s'étendre au delà des cinq dernières années. Ces déclarations et engagements devront être souscrits dans les trois mois qui suivront la promulgation de la loi.

Les articles 17 à 22 concernent la création et le fonctionnement des titres à ordre, immatriculés au profit d'une personne déterminée et transmissibles par voie d'endossement inscrit sur les titres eux-mêmes.

Ces titres bénéficient des avantages suivants :

Leur vente ne donne pas lieu à la perception du droit de 0,90 pour 100.

La mise au nominatif des titres à ordre ou réciproquement ne donne lieu à la perception d'aucun droit.

La taxe annuelle de transmission est réduite de moitié pour les titres à ordre, dont la conversion au porteur est passible des droits prévus pour la conversion des titres nominatifs.

Carnet de coupons. — Cette création, qui a pour but d'empêcher la fraude sur les intérêts et dividendes des titres au porteur, fait l'objet des articles 24 à 28, ci-après :

Art. 24. — Le payement des intérêts, dividendes, revenus et tous autres produits de valeurs mobilières françaises au porteur ou de valeurs étrangères non déposées entre les mains d'une des personnes ou sociétés visées au troisième alinéa du présent article, ne peut être effectué que sur la production d'un carnet individuel, dont la forme et les conditions de délivrance seront déterminées par le réglement d'administration publique prévu à l'article 28.

Lors de l'encaissement des intérêts, dividendes, revenus et tous autres produits, l'établissement payeur est tenu d'inscrire sur le carnet le montant des coupons payés et la date du payement.

Toute personne ayant des titres français au porteur ou des titres étrangers en dépôt soit dans une société ou compagnie, soit chez un agent de change, banquier, changeur, escompteur, est tenue de présenter son carnet individuel de coupons avant le 1er mars de chaque année au dépositaire, lequel doit y porter le montant total des coupons qu'il a encaissés au cours de l'année précédente pour le compte du déposant. Faute par l'intéressé de s'être conformé en temps utile à cette obligation, le dépositaire des titres doit adresser, dans le courant du mois de mars de chaque année, au directeur des contributions directes du département de sa résidence, le montant total des coupons encaissés pour le compte du déposant au cours de l'année précédente ; il sera donné récépissé de cette déclaration.

Art. 25. — Les carnets sont conservés par leurs titulaires ou leurs ayants droit pendant cinq ans au moins, à compter de l'année au cours de laquelle les dernières inscriptions auront été effectuées.

Ils doivent être présentés à toute demande des agents de l'administration des finances ayant au moins le grade de contrôleur, de receveur ou d'inspecteur.

Le refus de communiquer les carnets ainsi que leur destruction volontaire avant les délais fixés par le présent article seront constatés par un procès-verbal et soumis aux sanctions édictées par l'article 5 de la loi du 17 avril 1906. En outre, les revenus des valeurs mobilières des contribuables seront évalués d'office pour l'établissement de l'impôt général afférent aux revenus des années pour lesquelles le carnet n'aura pas été représenté.

Art. 26. — Les intérêts des bons de la défense nationale à échéance d'un an au plus et les intérêts de la rente 4 p. 100 1925 pourront être encaissés sans production du carnet visé à l'article 24.

Sont dispensés du carnet, à la condition de produire, lors de l'encaissement des coupons, un affidavit établi dans la forme prévue par l'article 11 du réglement d'administration publique du 21 juin 1914 rendu pour exécution de la loi du 29 mars 1914 et de justifier de leur identité, les personnes qui ne sont pas de nationalité française et qui sont domiciliées à l'étranger et y résident.

Art. 27. — Le porteur et l'établissement payeur qui auront contrevenu aux dispositions contenues dans l'article 24 seront respectivement punis d'une amende égale, pour chacun d'eux, au montant des coupons présentés à l'encaissement, sans préjudice, le cas échéant, des peines frappant la complicité.

Les contraventions seront constatées par un procès-verbal ; le recouvrement des amendes sera suivi et les instances jugées comme en matière d'enregistrement.

Toute personne qui aura fait ou tenté de faire un usage frauduleux du carnet de coupons en se faisant délivrer un carnet de coupons sous un nom supposé ou plusieurs carnets établis à son nom sous des numéros différents, ou qui aura altéré les indications de nom, de numéro, de dates ou de sommes figurant sur le carnet, ou qui aura fait inscrire sur son carnet des coupons appartenant à un tiers dans le but de permettre à ce tiers une dissimulation frauduleuse de revenus ou par tout autre moyen ou manœuvre, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an.

Le même peine sera appliquée en cas d'usage frauduleux ou de tentatives d'usage frauduleux d'un affidavit.

Les auteurs ou complices du délit ci-dessus spécifié seront, en outre, solidairement passibles d'une amende égale au quintuple de l'impôt fraudé, sans que cette amende puisse être inférieure à 10.000 fr.

Art. 28. — Un réglement d'administration publique, qui sera publié dans un délai de six mois à partir de la promulgation de la présente loi, fixera les mesures d'exécution nécessaires pour l'application des dispositions des articles 24 à 27.

Taxe civique. — Sous ce nom prestigieux, l'ar-

ticle 29 crée, dans les termes qui suivent, un superimpôt sur le revenu global :

Art. 29. — Il est institué, pour l'année 1926, une taxe civique dont le montant est fixé :

A 40 fr. pour les personnes affranchies de l'impôt général sur le revenu ou celles dont le revenu imposable est inférieur à 7.000 fr.

A 60 fr. pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 7.100 et 10.000 fr.

A 0,80 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 10.100 et 20.000 fr.

A 1 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 20.100 et 50.000 fr.

A 1,10 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 50.000 et 100.000 fr.

A 1,20 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 100.100 et 200.0000 fr.

A 1,50 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 200.100 et 500.000 fr.

A 2 p. 100 du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est supérieur à 500.000 fr.

« Les taux prévus au paragraphe 1er sont réduits sur demande du contribuable et par voie de dégrèvement d'office :

« De 25 p. 100 si le contribuable a trois enfants à sa charge.

« De 50 p. 100 s'il a au moins cinq enfants à sa charge. »

Pour l'application de la taxe, le revenu imposable s'entend du revenu retenu pour le calcul de l'impôt général aprés défalcation des déductions pour situation et charges de famille. En outre, le revenu dont il est fait état est celui qui a servi de base à l'impôt général dû au titre de l'exercice 1925.

La taxe civique est due au 1er janvier 1926 par toutes les personnes désignées à l'article 12 de la loi du 21 avril 1832, à l'exception :

1° Des vieillards, infirmes et incurables, assistés de la loi de 1905 ;

2° Des personnes inscrites sur les listes d'assistance médicale gratuite ;

3° Des mutilés du travail et des mutilés de guerre titulaires de pensions d'invalidité de 50 p. 100 et au-dessus non assujettis à l'impôt général sur le revenu ;

4° Des personnes bénéficiant de la loi du 14 juillet 1913 relative à l'assistance aux familles nombreuses.

Elle est établie dans la commune du domicile des assujettis.

Les états-matrices sont dressés par le contrôleur des contributions directes.

Les rôles sont établis et recouvrés, les réclamations présentées, instruites et jugées comme en matière de contributions directes.

Les dispositions contenues dans les articles 21, 22 et 23 de la loi du 21 avril 1832 sont applicables à la taxe civique.

A toute personne assujettie ou non à la présente taxe qui apportera volontairement au Trésor une contribution de 20 fr. soit en France, soit dans les colonies et pays de protectorat, il sera remis une carte d'honneur, dite « carte de devoir civique ».

Impôts divers. — L'article 30 augmente ou crée divers droits, notamment :

Le droit d'enregistrement sur les ventes d'immeubles est porté de 12 à 15 %.

Les droits des mutations à titre onéreux de fonds de commerce sont portés à 9 %.

Le droit de consommation sur l'alcool est majoré de 100 francs .

Un impôt sous forme d'un timbre-taxe est créé sur les notes des restaurants, salons de thé, brasseries, bars et autres établissements similaires, soit :

De 20 à 25 fr., 0,25 ; de 25 à 50 fr., 0,50 ; de 50 à 100 fr., 1 fr. ; de 100 à 200 fr., 2,50 ; de 200 à 300 fr., 5 fr. ; au-dessus de 300 fr., 10 fr.

Les tantièmes et jetons de présence des administrateurs de toutes les sociétés anonymes sont frappés d'un impôt de 10 %.

L'article 31 modifie comme suit le paragraphe 6 de l'article 16 de la loi du 30 décembre 1916 :

« Sont considérés comme spécialités les produits dont le fabricant ou le vendeur recommande l'emploi au moyen d'une publicité réalisée par voie d'affiches, annonces, circulaires ou prospectus, lorsque cette publicité est de nature à atteindre d'autres personnes que les médecins et les pharmaciens. »

Cette modification a pour but et pour effet de soumettre à l'impôt toutes les spécialités, alors que la loi du 30 décembre 1916 en excluait celles dont la formule était publiée.

A noter l'exception faite, par la disposition nouvelle, pour les spécialités dont la publicité ne s'adresse qu'aux médecins et aux pharmaciens. Elle n'existait pas dans le paragraphe remplacé.

Est fixé à 0,15 pour 100 fr. ou fraction de 100 fr., sans décimes, le tarif du droit proportionnel de timbre applicable aux lettres de change, billets à ordre ou au porteur et tous effets négociables ou de commerce, aux billets et obligations non négociables, aux délégations et à tous mandats non négociables, quelles que soient leur forme et leur dénomination (art. 34).

L'article 37 supprime, au détriment des contrats d'assurances contre les accidents du travail, lorsqu'ils s'appliquent aux domestiques, gens de maison et tous salariés attachés au service personnel d'un employeur, l'exemption de

timbre dont bénéficient les autres contrats d'assurances contre les accidents du travail.

L'article 38 porte à 1 pour 1000 ou fraction de 1000 fr. l'impôt sur les opérations de bourse ayant pour objet l'achat ou la vente des valeurs et à 0,50 par mille francs ou fraction de 1000 fr. le droit sur les opérations de report.

Il n'est rien innové en ce qui concerne les opérations relatives aux rentes sur l'Etat français.

Les visas des livres ou registres des logeurs, etc. et des pharmaciens donneront lieu à la perception d'une taxe de 3 fr. (Art. 43).

Une taxe de 25 fr. sera perçue pour la délivrance du récépissé de déclaration de la profession de commerçants en substances vénéneuses (Art. 44).

Toute déclaration d'objet perdu ou trouvé sera assujettie à la perception d'une taxe de 5 fr. pour tout objet d'une valeur supérieure à 100 fr. et inférieure à 1.000 fr. ; d'une taxe de 10 fr. pour une valeur supérieure à 1.000 fr. Cette taxe sera acquittée par le propriétaire de l'objet ou, à défaut, par l'inventeur, lorsqu'il retirera l'objet à l'expiration des délais légaux (Art. 46).

Il n'y a pas lieu, croyons-nous, d'insister sur l'article 53, qui prévoit le monopole de l'importation du pétrole brut et de ses dérivés, puisqu'une loi spéciale est nécessaire pour son application.

L'article 55 remet à un décret l'application de l'extension de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques à tous les produits de parfumerie et de toilette, à l'exception des savons dont le prix de vente ne dépasse pas 3 fr. l'unité et des produits dentifrices.

Les tarifs de l'impôt sont ainsi fixés :

Produits dont le prix n'excède pas 0 fr. 50, 0 fr. 05.

Produits vendus : de 0 fr. 55 à 1 fr., 0 fr. 10 ; de 1 fr. 05 à 2 fr., 0 fr. 25 ; de 2 fr. 05 à 3 fr., 0 fr. 40 ; de 3 fr. 05 à 4 fr., 0 fr. 50 ; de 4 fr. 05 à 5 fr., 0 fr. 60 ; de 5 fr. 05 à 6 fr., 0 fr. 75 ; de 6 fr. 05 à 7 fr., 0 fr. 85 ; de 7 fr. 05 à 8 fr., 0 fr. 95 ; de 8 fr. 05 à 9 fr., 1 fr. 10 ; de 9 fr. 05 à 10 fr., 1 fr. 20.

Produits dont le prix de vente est supérieur à 10 fr. : 0 fr. 60 par 5 fr. ou fraction de 5 fr.

L'article 56 concerne la majoration des prix des tabacs, déjà mise en application et que les fumeurs doivent certainement connaître.

L'article 57 élève le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires de 1,30 pour 100 à 2 pour 100, dont 0,10 au profit des départements et des communes. Cette majoration n'est applicable que du 1er avril au 30 décembre 1926 (?)

En sont exemptées les affaires de vente au détail ou à la consommation sur place.

Le lait livré pour l'alimentation à l'état naturel sera exempté de la taxe sur le chiffre d'affaires.

Les affaires afférentes au logement et à la consommation sur place des boissons et denrées alimentaires effectuées dans les établissements classés comme étant de 2e ou de 1re catégorie seront taxées à 4 pour 100 et 13 pour 100 (au lieu de 3,60 et 12 %).

J. DUMESNY.

LA LATINITÉ SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
POURQUOI LES PRATICIENS DOIVENT S'Y INTÉRESSER

De la *haute culture*, de la *formation scientifique*, et de l'avenir, de l'indépendance, du prestige des médecins au point de vue individuel et au point de vue social,

Par DARTIGUES.

Beaucoup de médecins de l'Amérique du Sud avec qui je suis en relations, m'ont dit ceci qui m'a surpris de leur part : « Nous nous intéressons vivement à l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou Umfia, parce qu'elle contribue, en nous mêlant à vous, en travaillant avec vous, à nous donner du prestige et de l'autorité en Amérique et parce qu'elle est de nature à relever les médecins de chez nous dans l'opinion publique. Nous voulons la considération qu'ils méritent, et vous nous y aidez par votre puissante action et votre rayonnement ». C'est pourquoi, j'ai écrit cet article pour vulgariser les buts et les directives de l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine.

L. D.

A l'heure actuelle, un mouvement formidable entraîne les peuples dans des champs de lutte et de progrès incessamment accrus. Depuis la guerre, il semble qu'une mobilisation générale pousse les êtres les uns vers les autres, dans des rencontres fraternelles internationales pour le bien des multitudes.

La civilisation n'est pas seulement sur les bords enchanteurs de la belle Méditerranée ; elle s'est déplacée vers les Océans, et maintenant, il y a un grand face à face des nations sur les lignes des côtes franco-ibéro-africaines d'une part, et les côtes américaines de l'Atlantique et du Pacifique, d'autre part.

Les grands espaces de la mer ne séparent plus les hommes désormais, mais les rapprochent au

contraire. Prenons notre part de ce rapprochement des intelligences et des cœurs, en communiant dans la science, qui est la chose au monde sortie du cerveau des hommes, ayant le caractère le plus universel.

Une raison puissante doit particulièrement inciter les médecins des divers pays — et pour nous tout d'abord ceux de la latinité scientifique et cultivée — à se rassembler et à se fasciculer pour ainsi dire. Nous sommes à un tournant d'humanité où de lourdes forces sociales désagrégeantes tendent à l'abaissement intellectuel de cette humanité. Il faut donc les combattre, et les médecins sont parmi ceux qu'une même culture et un même idéal mettent le mieux à même de lutter contre les puissances de barbarie toujours prêtes à faire surgir les cataclysmes sociaux et à ravaler les hommes au niveau des brutes bestiales.

La profession médicale, par l'exercice constant d'une haute conscience, par l'application soutenue au progrès scientifique, produit une mentalité nécessaire à la sauvegarde matérielle et spirituelle des individus. Il faut donc protéger ceux qui l'exercent, si l'on veut éviter la déchéance qui entraînerait les peuples aux pires calamités. Il est par conséquent nécessaire d'améliorer la vie matérielle et intellectuelle du médecin, en étendant son rayon d'action au-delà des frontières de son pays.

Avant d'en arriver à une société universelle, les peuples ont encore tendance à se grouper suivant les tendances ataviques de leurs races ; mais heureusement ces groupements sont de plus en plus vastes et c'est en sortant de l'étroitesse des petits cadres nationaux, qu'ils acquerront plus de force. Il était donné aux médecins du monde latin d'aller à un rapprochement où il gagneraient plus d'autorité et d'indépendance.

C'est à ce grand but, complexe, mais formant un tout indissoluble, à la fois civilisateur, scientifique, social et professionnel, qu'a travaillé, la première, l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine fondée en 1912. L'UMFIA est la plus ancienne des unions médicales internationales, et la plus importante puisque, à elle seule, elle groupe plus d'adhérents que toutes les autres sociétés réunies, créées après elle. C'est elle qui possède l'influence la plus irradiée et qui est à même d'imprimer les directives les plus utiles.

L'UMFIA veut réunir en une masse de plus en plus compacte les médecins de même *haute culture* et de même *formation scientifique*. Or cette même *haute culture*, n'existe pas au même degré d'affinité dans tous les groupements ethniques. La haute culture préparatrice de pensée, de méthode rationnelle, d'acuité spirituelle n'est-elle pas celle des peuples latins, d'origine méditerranéenne, qui vivent sur le fond légué par les grands exemples d'action et par les grands penseurs de l'antiquité ? L'Italie, l'Espagne, la France, en particulier, sont les héritières de cette haute culture à laquelle tous les autres peuples sont venus s'abreuver quand ils ont voulu s'affiner et se civiliser. Et *cette formation scientifique* n'est pas absolument la même dans tous les pays : elle diffère chez les Anglo-Saxons, chez les Slaves, chez les Asiatiques, chez les Latins. Les Anglo-Saxons n'ont été des maîtres que lorsqu'ils sont venus s'abreuver aux mêmes sources dont ils ont, pour notre malheur ou notre obscurcissement passager, troublé parfois la pure limpidité. La formation scientifique latine du Français, de l'Espagnol, du Portugais, de l'Italien, n'est pas la même que la formation scientifique saxonne. Par formation scientifique, j'entends la manière de s'instruire, de préparer sa compréhension, d'organiser et de caser ses acquisitions, de les exposer dans une méthode immédiatement accessible et dans une clarté engageante et rapide.

Certes, la science est unique, universelle, et se crée de tous les appoints venus des horizons nationaux ou ethniques ; mais leur emmagasinement et leur distribution ne sont pas les mêmes et il y a une différence entre la manière de l'érudition allemande qui a failli nous étouffer spirituellement pendant un demi-siècle, et la manière allégée par exemple de l'exposition française ou celle des autres peuples latins qui restaient libérés.

Mais il ne suffit pas de penser à l'identité de haute culture et de formation scientifique, il faut songer à lui ajouter celle des caractères, des tempéraments, des habitudes. C'est là un ensemble serré. C'est pourquoi l'UMFIA a pour but de réunir les médecins de même haute culture, de même formation scientifique et de même tendances ethniques.

Voilà donc le premier but de l'UMFIA : *réunir la Latinité médicale.*

Elle travaille donc :

1° A la *compréhension réciproque internationale*, par l'étude, la diffusion, l'expansion de langues vivantes latines : espagnol, français, portugais. C'est l'UMFIA qui, dès sa fondation, a contribué le plus à la renaissance de la langue espagnole en France, en exigeant de ses membres de connaître le castillan. Cette Union de 26 Nations est devenue maintenant plurilingue, en réalité trilingue, afin de favoriser son extension. Elle espère que, de plus en plus, les Français connaîtront l'espagnol et le portugais, comme les ibéro-américains connaîtront davantage le français. Elle considère donc les langues comme le moyen de rapprochement intellectuel le plus puissant et comme celui qui prépare le mieux la jeunesse des Universités à l'union intellectuelle et à l'internationalisme scientifique. Les jeunes intelligen-

ces doivent s'apprêter à devenir les messagères de l'esprit de leurs nations respectives.

2° *A favoriser l'esprit des voyages scientifiques*, en invitant ses membres à aller faire des séjours d'études, dans les villes universitaires en particulier, où ils apprendront les organisations savantes, les modes d'enseignement, les installations scientifiques et hospitalières. Déjà des voyages particuliers et des voyages collectifs ont porté les plus grands fruits.

3° *A développer intensément l'interéchange scientifique*, par le moyen des personnalités demandées, envoyées, accueillies d'une façon réciproque. Un interéchange de professeurs, de spécialistes, de praticiens distingués, de tous ceux en un mot qui « ont quelque chose à dire d'intéressant » au moyen de la parole, de la conférence, de la démonstration filmée, de l'exemple opératoire, et des] Congrès, des Journées, des Expositions, doit créer une sorte d'enseignement verbal et individuel international dans la latinité scientifique se comprenant d'ailleurs de plus en plus par l'usage habituel des langues sœurs.

4° *A intensifier la connaissance réciproque de la production scientifique imprimée*, en faisant connaître davantage les livres, les travaux, les communications, au moyen de traductions et d'analyses, et dans des journaux et revues plurilingues. Par un système bien compris de condensations, on arrivera au résultat de connaître rapidement la production scientifique des divers pays. L'UMFIA a la prétention de faire avancer la science, car elle est un instrument d'échange d'idées scientifiques entre les 26 pays d'origine latine qu'elle englobe.

5° *A renseigner les confrères étrangers, dans chaque pays en relation avec l'UMFIA, sur tout ce qui concerne les études et les sciences médicales* ; à leur faciliter en un mot l'organisation de leur vie intellectuelle quand ils viennent dans une Université travailler dans les hôpitaux, les laboratoires, les bibliothèques, afin qu'ayant fait de très longs voyages et risqué de très longues absences, ils puissent obtenir au moins le meilleur et le plus rapide rendement de leur travail scientifique Toutes les indications et même toutes les recommandations auprès de nos maîtres et praticiens éminents sont données par le bureau de l'UMFIA

6° *A cultiver l'amitié internationale latine et spécialement franco-ibéro-américaine*, en faisant pour ainsi dire se faire interpénétrer les diverses sociétés médicales des diverses nations latines par l'admission réciproque du plus grand nombre possible d'individualités méritantes, en développant par conséquent les relations collectives ; en organisant des réceptions, des fêtes, des banquets, des grands dîners, à l'occasion solennelle de la venue de personnalités éminentes ; en créant des relations personnelles en invitant, au hasard des occasions, chacun dans sa sphère, son milieu, sa famille, des confrères de pays éloigné ; ainsi ne sera pas malheureusement méconnu l'esprit d'hospitalité et l'esprit sérieux et sain du foyer familial, par l'étranger qui peut être enclin à juger en surface le côté social d'une nation par ses scories apparentes. Il est indéniable que sous l'influence de l'UMFIA des relations de sympathie et d'amitié nombreuses se sont formées incomparablement plus qu'avant la guerre.

7° *A un grand but patriotique et international.* — Et ceci n'est pas paradoxal, car nous pouvons espérer voir marcher côte à côte un esprit patriotique et un esprit international. L'idéal patriotique nous ne l'abandonnons point malgré notre tendance à l'internationalisme et nous n'avons pas l'outrecuidance pas plus que la puérilité de penser que nous devions porter atteinte au sentiment particulier de la Patrie existant dans les autres nations, car la patrie c'est l'immédiate et originelle famille, dans la très grande famille ethnique et dans la plus grande famille humaine.

Malgré les puissances et les lois économiques, nous nous défendons, puisque nous sommes et voulons rester sur le terrain intellectuel, psychique, moral et scientifique, c'est-à-dire d'une façon générale sur le domaine spirituel, nous nous défendons de considérer les nations qui forment notre grand agglomérat latin, comme des champs d'exploitation. Aussi trouvai-je horrible, déplacé, vexant, maintenant que nous ne sommes plus en temps de guerre et n'avons pas à faire de plaidoyer pour des aides nous empêchant de tomber à l'abime, d'employer ce mot de propagande. Ceux qui le profèrent, en ce moment inopportun, manquent totalement de psychologie et de finesse d'âme, aussi ne sont-ils pas des conquérants de sympathie, d'affection et de dévouements, et sont-ils frappés de stérilité dans leurs projets.

Je l'ai dit, écrit et répété depuis longtemps : si l'on veut entretenir des relations cordiales, loyales et vraiment fructueuses, entre nations et peuples similaires, dans le sens de l'amitié et dans le sens utilitaire, il ne faut pas qu'elles soient cultivées dans un sens unilatéral : la sympathie, l'affection, l'estime et le résultat pratique ne s'édifiant solidement que sur la base d'un intérêt intellectuel, moral et économique mutuel !

Nous sommes tous égaux dans l'UMFIA, en *individualités*, et nous sommes tous égaux en *collectivités*, c'est-à-dire en tant que personnes agissant dans leur sphère et suivant leurs moyens d'une part et en tant que centres nationaux, internationaux et filiales, d'autre part. Paris lui-même est constitué en centre ou filiale, autonome sur le même pied d'égalité que les autres centres, qui font de l'UMFIA une vraie confrérie, une véritable confédération agissante par leurs actions libres et concentrées, et puissante par leur indissoluble union. Il n'y a qu'un Conseil

suprême dont *le siège esst à Paris où l'UMFIA* a pris idée et vu le jour, Conseil d'où émanent les directives et les décisions générales. Toutes les filiales peuvent se faire représenter au Conseil suprême par un de leurs membres, pour y exposer des idées nouvelles et y faire des suggestions utiles à l'*ensemble de l'Union*.

Pour conclure :

L'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou UMFIA poursuit le grand but de la *connaissance internationale latine*. Ayant une pleine confiance dans les forces indéfinies qui sont dans le cerveau latin, le cœur latin, l'âme latine, le génie latin en un mot, qui a derrière lui deux mille ans de gloire et de puissance et qui a fait éclore la civilisation occidentale, nous voulons au point de vue scientifique et médical que les nations fraternelles ne s'ignorent plus dans leurs terres et leurs cités, ne s'ignorent plus dans leurs hommes, ne s'ignorent plus dans leurs travaux, ne s'ignorent plus enfin dans leurs mêmes tendances ethniques et leurs mêmes aspirations vers un idéal de paix, de savoir, de bonheur et de concorde pacificatrice.

L'UMFIA forte de tout un *passé de belle initiative*, veut continuer cette œuvre de grande union scientifique et amicale, entre les peuples franco-ibéro-américains...

Dans l'UMFIA presque toutes les sommités officielles et tous les praticiens éminents de la France continentale et coloniale, de la péninsule ibérique et de la péninsule sud-américaine sont représentés ; néanmoins, l'esprit confraternel le plus égalitaire règne dans l'Union où les plus modestes sont en sympathie et en amitié avec les plus grands.

L'UMFIA poursuit un grand idéal à la fois patriotique et international, sans négliger le côté utilitaire pour tous, car elle s'efforce de rendre service à ceux qui marchent avec elle et la soutiennent. Nous sommes donc décidés à n'aider que ceux qui, ayant une âme haute en même temps qu'une intelligence réalisatrice et agissante, ne se renferment pas dans un étroit égoïsme, et nous auront compris.

Ceux qui voudront être assistés moralement, intellectuellement et matériellement, sur le terrain de l'exercice de la médecine et de la clientèle dans le monde latin, ne pourront agrandir leur influence et forcer la prospérité qu'en étant avec nous. Ne pas faire partie de l'UMFIA c'est ne pas appartenir encore au grand groupement de l'élite intellectuelle du monde médical latin.

L'UMFIA accomplit chaque jour un travail vital pour les intérêts réciproques de tant de pays rapprochés dans un splendide entente. Elle est au-dessus de toute considération particulière et ne souhaite que la grandeur des pays alliés par l'esprit, le cœur et la pensée, en même temps qu'elle n'aspire qu'à la grandeur totale de l'œuvre, à la fois patriotique, internationale, fraternelle et spirituelle par la communion en la science.

L'UMFIA d'aucune façon, ne peut être un pavillon qui couvre une marchandise ; elle ne favorise aucune intrigue politique, ne sert aucune combinaison commerciale : elle ne vise qu'à être utile aux médecins de tous les pays qui en font partie. Aucune fonction n'est rétribuée à l'UMFIA ; son bureau travaille et renseigne gratuitement ; personne ne vit de l'UMFIA. Il y a des vérités qu'il faut dire et, après les avoir dites, qu'il faut incessamment répéter pour qu'elles pénètrent et demeurent dans les cervelles oublieuses ou médisantes des hommes.

Il n'y a pas de manifestation scientifique médicale qui n'ait actuellement recours à l'UMFIA qui apporte l'appui de sa haute influence, de sa méthode d'organisation et de toutes les grandes relations qu'elle possède dans les pays de langue française, espagnole et portugaise.

Cette œuvre de paix, admirable par le savoir, par le désintéressement et le dévouement amicaux qui, dans tous les pays du monde sont l'expression la plus haute de la civilisation, est poursuivie par nous avec la ténacité que donne la foi absolue en une grande cause.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Congrès des aliénistes** (Genève, août 1926). — Questions mises à l'ordre du jour : 1° Rapport de psychiatrie : *La schizophrénie*. Rapporteurs : professeur Bleuler, de Zurich ; professeur H. Claude, de Paris. 2° rapport de neurologie : *Le signe de Babinski*. Causes, mécanisme et signification. Rapporteur : M. Claude, de Paris ; 3° rapport d'assistance : *La thérapeutique des maladies mentales par le travail*. Rapporteurs : professeur Ch. Ladame, de Genève ; M. Demay, de Clermont. En outre, des communications diverses pourront avoir lieu sur des sujets de psychiatrie, de neurologie, d'assistance, de thérapeutique et de médecine légale.

— **Congrès argentin de chirurgie.** — En août 1926 aura lieu le premier Congrès national argentin de chirurgie.

Le Comité d'organisation est présidé par le docteur D.-J. Cranwelle et composé des docteurs L.-M. Allende, Ed. Belâustegui, Alejandro Ceballos et M. Ruiz Moreno.

— **Combien sommes-nous sur le globe ?** — Les statisticiens évaluent à un chiffre allant de un milliard et demi à deux milliards le nombre total des êtres humains qui vivent sur la terre. Sur ce chiffre, l'Angleterre et ses colonies figurent pour 440 millions, la Chine pour 400 millions, la France et ses possessions d'outre-mer pour 135 millions, les Etats-Unis d'Amérique pour 105 millions, la Russie d'Europe pour 102 millions.

— **Voyage d'étude pour médecins en Italie.** — Le troisième Nord-Sud, voyage d'étude pour médecins aux stations hydrominérales et climatiques italiennes, organisé par l'Office national italien du Tourisme (ENIT) aura lieu du 12 au 28 septembre prochain. Il sera dirigé, comme les précédents, par le professeur Guido Ruata, secrétaire général de l'ENIT.

Seront visitées *Abbazia* (point de concentration) *Portorosa, Grado* et *Lido de Venise*, sur la Riviera Adriatique ; *Abano* et *Battaglia*, stations hydrominérales près de Padoue ; *Lovino* et *Rocoogno*, stations hydrominérales près de Trente ; *Bolzano-Gries* et *Morano*, stations climatiques dans le Haut-Adige ; *Arco, Riva, Torbolo, Gardono*, stations climatiques, et *Sirmione* station hydrominérale dans la région du lac de Garde ; *Salsomaggiore*, la grande ville d'eaux en Emilie, où le voyage prendra fin. Une visite sera aussi faite aux célèbres grottes de Postumia (Adelsberg) près de Trieste.

Le voyage aura lieu en train spécial de 1re classe ; sur la mer et sur le lac de Garde, des bateaux spéciaux seront également réservés. Un traitement de premier ordre est assuré dans les différents endroits. Des billets à tarif réduit seront délivrés pour l'aller de la frontière italienne à Abbazia et pour le retour.

Dans chaque station une conférence médicale sera donnée, suivie de visites. Des médecins interprètes seront affectés au Nord-Sud.

La cotisation est fixée à 1.600 lire, comprenant tous les frais de voyage et de séjour. Les adhérents pourront être accompagnés par une personne de leur famille dans la mesure du quart du total des inscriptions, dont le nombre maximum est fixé à 200.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 30 juin par l'*Ento Nazionale Industrie Turistiche*, 6, *Via-Marghora, Rome*.

— **Ve conférence de l'Union internationale contre la tuberculose.** — La Ve conférence de l'Union internationale contre la tuberculose aura lieu à Washington les 30 septembre, 1er et 2 octobre 1926. Les questions traitées seront les suivantes :

1° *Sujet clinique* : La contagion de la tuberculose de l'adulte. Rapporteur : professeur Gaetano Ronzoni, de l'Université de Milan ; — 2° *Sujet biologique* : Structure anatomique du tubercule, histogenèse jusqu'à la formation des cavités. Rapporteur : Dr Allen Krause, de Baltimore ; — 3° *Lutte sociale* : Tuberculose et lait. Rapporteur Dr William Park, de New-York. En outre, une conférence publique sera donnée par le Dr Théobald Smith, président de la National Tuberculosis Association, New-York, et président de l'Union internationale contre la tuberculose.

Les personnes qui, n'étant pas « membres de l'Union » désireraient prendre part à cette conférence, ont à le *notifier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, VIe arrt.*, où elles trouveront tous les renseignements nécessaires, en vue d'être agréées comme « membres de la conférence » conformément aux statuts de l'Union. Les « Membres de la conférence » auront à verser une cotisation de 5 dollars. Le Comité exécutif de l'Union internationale attire tout spécialement l'attention des participants à la conférence sur le Congrès annuel de l'Association américaine, qui suivra immédiatement la conférence internationale, et qui présentera un très gros intérêt de documentation sur toute l'œuvre scientifique et sociale entreprise par les Etats-Unis dans le domaine de la lutte antituberculeuse. La durée de ce Congrès, sera probablement d'une semaine ; le séjour total aux Etats-Unis s'étendrait donc du 29 septembre au 9 octobre 1926.

— **Congrès de la Presse médicale latine.** — A la demande du Comité d'organisation, M. le président du Conseil, ministre des affaires étrangères, a bien voulu accorder son haut patronage au Congrès.

M. l'Ambassadeur de Belgique, MM. les Ministres de Bolivie, de Colombie, d'Equateur, du Mexique, de Portugal et du Vénézuéla ont accepté de faire partie du Comité d'honneur.

Ajoutons que la date du Congrès vient d'être définitivement fixée aux 7, 8 et 9 octobre. Le programme officiel en sera arrêté tout prochainement.

Pour tous renseignements, écrire à M. le Dr L.-M. PIERRA, secrétaire général du Congrès latin de la Presse médicale, 12, rue de Babylone, Paris (7e).

(*Communiqué par l'Association de la Presse médicale française.*)

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Sur les routes de la Provence Romaine en autocars P. L. M.* — Les circuits automobiles que la Compagnie P. L. M. organise au départ d'Avignon et de Nîmes, pour la visite des monuments anciens de la vallée du Rhône, fonctionneront cette année dans les conditions suivantes :

1° *Circuit au départ d'Avignon, du 15 mars au 30 septembre*, chaque jour, Arles-les-Baux, par Tarascon, Saint-Rémy, Maillane, prix, 35 fr. et Uzès-Nîmes-Pont-du-Gard, par Villeneuve-les-Avignon, prix 40 fr. ; les mardi, jeudi et samedi, Aigues-Mortes, les Saintes-Maries-de-la-Mer, par Tarascon, Saint-Gilles, Arles, prix, 65 fr. et La Fontaine-de-Vaucluse, par l'Isle-sur-Sorgue, Châteauneuf-de-Gadagne, prix 20 fr. ; les lundi, mercredi et vendredi, Vaison-la-Romaine-Orange, par Carpentras, Malaucène, prix 40 fr.

2° *Circuits au départ de Nîmes, du 1er avril au 30 septembre*, le mercredi, circuit du Pont-du-Gard, par Collias et Saint-Bonnet, prix 20 fr. ; les lundi et vendredi, circuit Pont-du-Gard-Uzès, par Saint-Bonnet et Pont-Saint-Nicolas, prix 30 fr. ; les mardi, jeudi et samedi, circuit du Grau-de-Roi, par Saint-Gilles et Aigues-Mortes, prix 40 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

l'Inde et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

Fait à Paris, le 14 avril 1926.

Réponses des Ministres aux Questions des Parlementaires.

Bourse d'un étudiant en médecine pupille de la Nation.

7728. — M. de Chammard, député, demande à M. le ministre de l'instruction publique quelles conditions doit réunir un étudiant de P. C. N., pupille de la nation, pour conserver, en première année de médecine, la bourse dont il a bénéficié pour préparer le P. C. N. et notamment, quel est le nombre de points qu'il doit avoir obtenu à l'examen du P C. N. (*Question du* 25 *mars* 1926.)

Réponse.— Aux termes du décret du 26 mars 1919, les pupilles de la nation, candidats à une bourse de médecine de première année, sont tenus de remplir les mêmes conditions que les autres candidats, c'est-à-dire : avoir obtenu, soit la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et 75 points au certificat d'études P. C. N., soit 80 points à ce certificat et la mention « assez bien » au baccalauréat.

(*J. O.*, 21 avril 1926.)

L'exercice illégal par des médecins russes.

7573. — M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le ministre de la justice : 1° quelles suites sont données aux plaintes nombreuses et aux perquisitions opérées pour réprimer l'exercice illégal : *a*) de la médecine dentaire ; *b*) de la médecine, par des sujets russes ne possédant pas de diplôme français ou d'équivalence ; 2° quel est le nombre des poursuites engagées ; 3° s'il existe certaines tolérances ; 4° si l'on envisage une régularisation de la situation. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

1re *réponse.* — Un délai est nécessaire pour recueillir les éléments d'une réponse.

(*J. O.*, 16 avril 1926.)

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Injection de sérum antitétanique jugée inutile par l'assurance.

Un adhérent du « Sou médical » s'est vu contester, par une compagnie d'assurances, l'utilité d'une injection de sérum antitétanique.

Il s'agissait d'un blessé du travail atteint d'une plaie superficielle, mettant le derme à nu, sur la presque totalité de la face dorsale des deuxième et troisième phalanges de l'auriculaire.

L'ouvrier s'était blessé, en affutant un outil à une meule ; ses doigts étaient très sales. Aussi, le docteur s'est-il cru en droit de pratiquer une injection de sérum antitétanique.

Or, des accidents sériques se produisirent, retardant la date de consolidation.

L'assurance s'empressa de contester l'utilité de l'injection de sérum antitétanique, sous le prétexte que la plaie était minime et que, d'ailleurs, cette injection n'avait été pratiquée que le troisième jour de l'accident (l'ouvrier n'était pas venu immédiatement consulter le médecin).

Procès, que notre confrère a gagné, à la suite du jugement suivant :

JUSTICE DE PAIX DE MARSEILLE

(5e canton).

9 *janvier* 1926.

Attendu que par exploit de Maître Tournel, huissier à Marseille, en date du trois novembre mil neuf cent vingt-cinq enregistré, le docteur Blanc a fait assigner par devant nous le sieur Delestrade pour s'entendre condamner à payer au requérant la somme de cent quarante-deux francs, montant des soins donnés au sieur Rossi (Augustin) à l'occasion de son accident du travail survenu le vingt-sept décembre mil neuf cent vingt-quatre ;

Attendu que cette action rentre dans les limites de notre compétence en premier ressort en vertu de l'article quinze de la loi du neuf avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit ;

Attendu que le mandataire du sieur Delestrade défendeur, ne fait aucune objection quant au principe même de la demande dirigée contre lui et reconnaît la matérialité des soins invoqués par le docteur Blanc ;

Attendu qu'il ne conteste également pas les tarifs appliqués par celui-ci ; mais attendu que pour conclure à une réduction des honoraires réclamés, il prétend uniquement qu'il y a prolongation excessive de la durée d'hospitalisation de l'ouvrier accidenté et que le sieur Delestrade ne saurait être tenu de payer que les frais d'hospitalisation d'une durée normale, et offre à cet effet la somme de cent vingt-quatre francs ;

Attendu que le docteur Blanc a formellement protesté par l'organe de son mandataire contre les dires de la partie défenderesse et soutenu au contraire que la durée de l'hospitalisation de l'accidenté avait été nécessitée par l'état particulièrement sérieux de celui-ci ;

Attendu qu'en principe un médecin est maître de son art ; qu'il en découle notamment qu'il a le choix entièrement libre de son traitement et qu'il est seul juge de l'opportunité de ses visites, de ses interventions et de la durée de ses soins ;

Attendu, par suite, que pour critiquer la conduite d'un médecin et avoir en justice un élément de base à l'effet de contester en tout ou en partie son droit à

honoraires, il faut démontrer une faute lourde telle qu'elle serait incompatible avec l'art professionnel et la conscience qu'on est en droit d'attendre de tout médecin ;

Attendu qu'en l'espèce le mandataire de Delestrade a offert précisément de rapporter la preuve que le docteur Blanc en faisant la piqûre anti-tétanique qu'il compte parmi ses soins a commis une faute ou tout au moins une imprudence assimilable à la faute lourde ;

Attendu que cette preuve devant être plus utilement faite par voie d'expertise médicale, M. le docteur Rochu dispensé par les parties du serment a été commis pour procéder à cette expertise ;

Attendu qu'il résulte des conclusions de l'expert que le docteur Blanc en faisant une piqûre antitétanique à l'ouvrier Rossi (Augustin), victime d'un accident du travail, au service du sieur Delestrade, serrurier, n'a pas commis une faute ni une imprudence assimilable à la faute lourde susceptible d'entraîner une réduction des honoraires réclamés ;

2° La note d'honoraires doit donc être maintenue au chiffre de cent quarante-deux francs ;

Attendu que le rapport de l'expert n'a fait l'objet d'aucune contestation sérieuse et qu'il convient de l'homologuer ;

Attendu qu'en l'état il y a lieu d'entériner purement et simplement les conclusions introductives d'instance ;

Attendu sur les dépens qu'ils doivent être mis à la charge de Delestrade qui a contesté à tort le chiffre réclamé par le docteur Blanc ;

Par ces motifs, nous Thomas Vaganay, juge de paix du cinquième canton de Marseille, statuant contradictoirement et en dernier ressort :

Homologuons le rapport de l'expert,

En conséquence condamnons le sieur Delestrade à payer au docteur Blanc la somme de cent quarante-deux francs montant de ses honoraires.

Condamnons en outre Delestrade en tous les dépens.

Commentaires

Il est à remarquer que le juge de Paix n'a pas voulu s'immiscer dans une querelle d'ordre scientifique. Il a commis un médecin expert et s'est contenté d'entériner les conclusions de ce dernier.

Il est évident qu'il convient de rechercher si, dans le but d'augmenter ses honoraires, le praticien n'a pas abusé de son droit de prescription, en faisant une injection de sérum parfaitement inutile.

Non, répond l'expert, le docteur a eu raison de pratiquer cette piqûre.

En effet, supposons que le tétanos se soit déclaré, alors que le médecin n'aurait pas fait d'injection préventive. L'assurance aurait accusé le docteur d'impéritie, de négligence et aurait mis sa responsabilité professionnelle en cause.

Le cas s'est présenté tout récemment, au cours d'un procès fameux aux assises. Une blessée, trouvée dans un égoût, est décédée, non pas de ses blessures, mais d'une complication tétanique, parce que le médecin traitant n'avait pas jugé utile de faire du sérum préventif.

Au surplus, pourquoi l'assurance a-t-elle attendu si tard, pour contester le travail scientifique du médecin traitant ? N'avait-elle pas le droit de se faire renseigner par son médecin contrôleur ?

D'après l'aspect et l'étendue de la lésion, d'après les anamnestiques, ce docteur, représentant les intérêts de l'assurance, aurait donné, à cette dernière, son opinion de praticien, en ce qui concerne l'utilité de l'injection préventive.

Mais, le malade une fois guéri, alors que la blessure ne laisse plus de traces, il est bien difficile de venir contester l'utilité de tel ou tel traitement.

En présence de son client, le médecin doit être laissé libre de son traitement.

Au tiers payant à user des prérogatives que lui confère la loi, pour contrôler, se faire renseigner et décider de son attitude. Mais il faut user de ce droit, pendant qu'il en est temps, et non pas plusieurs mois après.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Le jeûne et la crise de la vie chère

Je voudrais revenir, si vous me le permettez, sur votre compte rendu de la conférence de Madame la doctoresse Lipinska. La méthode employée à l'étranger n'est pas certainement le jeûne de Guelpa, au moins en Angleterre. Elle n'est pas entremêlée de purgations. C'est, fondé sur le même principe, le repos de l'estomac et des intestins, comme d'autres méthodes telles que le naturisme et la privation raisonnée, mais les unes et les autres présentent des modalités différentes qui partent du même point de vue et arrivent à peu près aux mêmes résultats.

Un de mes amis de Londres m'envoie un article de journal qui décrit justement la méthode anglaise :

« Le jeûne commence par une diminution progressive de la nourriture et se termine par un régime d'eau (ayant servi à cuire les légumes) et de lait atteignant six litres par jour.

Le jus de fruits mûrs est ensuite donné aux malades et le traitement est complété avec un repas de blé écrasé, oranges, pommes, bananes, macarons et légumes.

Beaucoup de gens se trouvent bien de rester sans manger de viande pendant un certain temps. Passer de la viande aux légumes et aux fruits n'est pas

exactement jeûner mais c'est une forme d'*abstention* très recommandable.

Les gens qui mènent une vie sédentaire ont plus besoin d'abstention que ceux qui ont une occupation manuelle. »

Mon ami ajoute : « La méthode par l'abstention, qui se rapproche de la vôtre, semble avoir donné les meilleurs résultats.

Les guérisons obtenues ont fait grand bruit ici et cette méthode thérapeutique est en voie de devenir très populaire.

Vous faites des réserves sur les résultats que le jeûne donnerait pour résoudre la crise financière. Le public a paru un peu sceptique et vous espérez que le Ministre des Finances trouvera des moyens plus efficaces.

Eh bien, je crois, moi, que si la méthode, je ne dis pas d'un jour de jeûne par semaine, mais la méthode qui consiste à se priver beaucoup de viande et à ne faire que deux repas par jour était non pas imposée, mais essayée elle donnerait des résultats inespérés pour l'amélioration de la crise de la vie chère. Le Ministre va trouver de l'argent pour boucher les fuites, mais la vie chère créera de nouveaux trous en s'accroissant de plus en plus de tout l'argent dépensé à boucher les fuites antérieures.

Les champs qu'on change de plus en plus en herbages plus productifs seraient rendus à la culture des céréales, utilisées davantage pour notre nourriture et le blé plus abondant perdrait de son prix en devenant plus utile.

Un résultat dont ne doit pas avoir parlé la Doctoresse Lipinska et qui pourtant n'est pas négligeable, c'est que la méthode qui utilise davantage les légumes et les fruits aux dépens de la viande retarde de beaucoup la venue du besoin des greffes de Voronoff. Cela mérite quelque attention.

Dr Agut (Eure).

1434. — Accident du travail causé par un tiers.

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien m'indiquer quelles indemnités peut réclamer un accidenté du travail à un tiers (étranger au travail), auteur responsable de cet accident. Or il résultera de cet accident une incapacité partielle définitive qui, sur le terrain de la loi d'avril 1898, peut être évaluée à 25 ou 30 %.

En second lieu, je vous demanderai de vouloir bien m'indiquer les formalités à suivre pour obtenir, le cas échéant par la force, le règlement de ces indemnités de la part du responsable.

Dr G.

Réponse.

L'article 7 de la loi du 9 avril 1898 réserve expressément le recours de la victime contre le tiers responsable de l'accident, autre que le patron ou les préposés de celui-ci.

Au tiers responsable, le blessé peut réclamer

une indemnité égale au montant du préjudice réellement éprouvé, défalcation faite des indemnités versées par le patron en vertu de la loi sur les accidents du travail, conformément au droit commun.

En cas d'incapacité permanente, l'indemnité doit être allouée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites. Mais le blessé peut toujours réclamer en outre une indemnité en capital pour perte de son demi-salaire, détérioration de ses vêtements, *pretium doloris*, etc...

Le tiers responsable doit être poursuivi devant le tribunal de son domicile, suivant la procédure ordinaire ; le blessé n'a pas de plein droit l'assistance judiciaire pour cette instance ; il doit adresser une demande à cet effet au Procureur de la République.

1224. — Accident à un fonctionnaire.

Membre déjà ancien du « Sou », je désire avoir son avis pour le cas suivant : appelé, l'an dernier, chez un de mes clients, éclusier, j'apprends en arrivant que la fracture de côtes dont je le trouve atteint est survenue pendant son travail. J'établis les certificats nécessaires, qui sont transmis par voie hiérarchique. De même pour la note, après guérison. Mais alors l'administration me la retourne et me fait savoir qu' « elle ne dispose pas de crédits pour les soins donnés dans ces conditions ».

L'éclusier, lui, fait la sourde oreille, avec raison, je crois. Voulez-vous me donner votre avis, que je communiquerai à l'Administration, sur la ligne de conduite à suivre pour ne pas perdre mes honoraires ?

Dr P.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable aux fonctionnaires dont le traitement est soumis à retenue pour la constitution d'une retraite. Certainement votre client possède la qualité de fonctionnaire et, par conséquent, ne saurait bénéficier de la loi de 1898.

Il en résulte que vous n'avez pas d'action directe contre l'administration pour le paiement de vos honoraires. Il faut donc que vous vous fassiez payer par votre client et que vous lui remettiez un reçu. Votre client se retournera ensuite contre son administration pour lui demander le remboursement de vos honoraires dans la mesure où les règlements le lui permettent.

1372. — Fixation par un expert de l'incapacité permanente d'un accidenté du travail

Un de mes blessés accidenté du travail présente une incapacité partielle permanente ; un expert du tribunal lui ayant donné un taux d'incapacité que

mon blessé juge insuffisant, il refuse le taux proposé. Que doit-il faire et comment procéder ?

Dr D.

Réponse.

Deux situations sont possibles : ou bien l'expert a été nommé par le Président du Tribunal en conciliation, ou bien il a été nommé par le Tribunal au cours de l'instance.

Dans le premier cas, le blessé n'a qu'à refuser de se concilier sur les bases du rapport de l'expert et l'affaire sera alors renvoyée devant le Tribunal qui pourra, s'il le juge utile, faire procéder à une nouvelle expertise.

Dans le second cas, la seule ressource du blessé sera de contester le rapport quand l'affaire reviendra devant le Tribunal et, si le jugement entérine purement et simplement les conclusions du rapport, de faire appel du jugement dans le mois de la décision.

1234. — Privilège pour frais de dernière maladie.

Un de mes clients, commerçant, vient de filer sans laisser d'adresse.

Suis-je dans ce cas privilégié pour les frais de dernière maladie, en la circonstance, un accouchement ?

Dr L.

Réponse.

Les médecins sont privilégiés pour leurs honoraires relatifs à la dernière maladie de leur débiteur, quelle qu'en ait été la terminaison (article 12 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifiant l'article 2.101 du Code civil).

Par conséquent, si votre débiteur est déclaré en état de faillite, vous pourrez produire entre les mains du syndic et demander votre admission au passif, pour les soins donnés au failli, par privilège.

Mais le privilège ne concerne que les soins donnés au débiteur lui-même et non ceux donnés aux membres de sa famille. Il en résulte que vos honoraires pour accouchement ne pourront bénéficier du privilège.

1231. — Indemnités pour témoignage d'un médecin légiste.

Ayant dû aller déposer comme médecin légiste aux assises à R., j'ai été taxé comme suit :

150 km. parcourus (75 aller).......	30 fr.
Déposition	20 fr.
Une journée......................	25 fr.
	75 fr.

Cette taxe est-elle exacte ? Je pensais devoir être

taxé aux prix de la 1re classe ; soit un peu plus de 0,30 par km. parcouru. Le procureur prétend que le décret prévoit simplement 0,20 par km. et non le prix actuel de la 1re classe.

Si ce tarif a été modifié, je vous serais reconnaissant de me le faire savoir et par quel décret.

Dr X.

Réponse.

Les honoraires et indemnités des experts en matière criminelle sont toujours réglés par le décret du 5 octobre 1920.

Il est exact, qu'aux termes de l'article 19 de ce décret, les experts ont droit à une indemnité de 0,20 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, si le voyage a été effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer. Par conséquent, pour 150 kilomètres, l'indemnité est bien de 30 fr.

D'autre part, l'article 21 alloue une indemnité de 20 francs aux experts lorsqu'ils sont appelés à être entendus devant les cours ou tribunaux ou devant les magistrats instructeurs.

Enfin il est accordé aux experts, par l'article 20, une indemnité de 20 fr. pour chaque journée de séjour lorsqu'ils se transportent à plus de 25 kilomètres de la commune de leur résidence.

Par suite la taxe qui vous a été allouée comporte une erreur de 5 francs à votre avantage.

1226. — Accident du travail non déclaré à temps.

Je viens encore mettre à contribution le *Concours médical* pour une question concernant un malade qui, déjà souffrant, depuis 6 mois, fut examiné en janvier 1925 par un confrère qui le fit radiographier en février 1925. On conclut, je crois, à un mal de Pott dorso-lombaire. Le malade porte depuis un appareil corset, après avoir eu un appareil plâtré pendant 6 semaines.

Ce malade incapable, malgré un bon état général apparent, de travailler, père de famille (la femme est obligée de travailler dans une usine pour subvenir aux besoins domestiques) croit rapporter son affection actuelle à un traumatisme antérieur.

Peut-on, même maintenant faire rapporter cette lésion à un traumatisme ? Aucune déclaration n'a été faite au début par le patron et je ne pense pas qu'il y ait de certificat médical initial. Seuls les témoins existent.

Je désire savoir seulement si l'on pourrait, à l'aide des témoins et du patron bien entendu, considérer ce malade comme accidenté du travail. Peut-on faire quelque chose pour lui dans ce sens ? Et quelle serait, dans l'affirmative, la marche à suivre ?

Dr T.

Réponse.

Suivant les termes de votre lettre, le traumatisme invoqué serait antérieur au mois de jan-

---

vier 1925, et jamais la déclaration d'accident n'aurait été faite, ni le blessé n'aurait interrompu son travail, ni touché son demi-salaire.

Dans ces conditions, il est trop tard maintenant pour présenter une demande d'indemnité, en vertu de la loi sur les accidents du travail. En effet, l'action en indemnité se prescrit par l'écoulement d'un délai d'un an, à compter, suivant le cas, du jour de l'accident, de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire. Plus d'un an s'étant écoulé depuis le jour de l'accident sans qu'il y ait eu enquête ou paiement d'un demi-salaire, la prescription se trouve aujourd'hui acquise et ne peut plus être couverte par l'aveu même du patron, car elle est d'ordre public.

1461. — Droits des parents de la victime d'un accident du travail.

Un jeune homme de 20 ans travaillant pour le compte d'une grande entreprise de travaux publics tombe au cours de son travail d'une hauteur de 12 mètres. Mort instantanée. La famille de cet ouvrier a-t-elle droit à une indemnité. Le patron la refuse sous prétexte qu'il est célibataire. Mais est-ce une raison suffisante ? Les parents directs dont il était le soutien, dans le cas présent, sa mère, n'a-t-elle droit à rien ?

Dans le cas où vous concluriez à une indemnité à donner à la famille, quelle est la marche à suivre pour l'obtenir. Dr F.

Réponse.

Aux termes du paragraphe C de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, si la victime n'a ni conjoint, ni enfant, chacun des ascendants *qui était à sa charge*, doit recevoir une rente égale à 10 % du salaire de la victime, sous réserve des réductions apportées à ce salaire pour le calcul de toutes les indemnités permanentes.

Il appartient donc à la mère de la victime de prouver qu'elle était à la charge de son enfant, c'est-à-dire qu'elle vivait de son salaire, n'avait aucunes ressources personnelles et se trouve incapable de gagner sa vie en travaillant par elle-même. C'est là une question de fait laissée à l'appréciation des tribunaux.

Si la mère de la victime estime se trouver dans les conditions requises pour pouvoir obtenir une rente, elle n'a qu'à déposer un extrait de l'acte de décès de son fils au greffe du tribunal civil du lieu où l'accident s'est produit. Saisi par le dépôt de cette pièce, le président la convoquera en conciliation avec le patron et l'assurance. A défaut de conciliation, l'affaire suivra son cours devant le tribunal. Dès la tentative de conciliation, la demanderesse bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire et pourra être assistée d'un avocat.

Quarante-huitième année — N° 20 — 16 Mai 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 1314-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini, Buges.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Les lecteurs qui désirent recevoir la prochaine édition de l'**AGENDA-MEMENTO** (Edition 1927), sont priés de vouloir bien nous envoyer de suite leur souscription, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page LIX.

Le prix de la souscription, qui est actuellement de 18 francs pour nos abonnés, sera porté à 20 francs à dater du 1er juillet.

Nous remercions par avance nos lecteurs qui faciliteront notre tâche en souscrivant dès maintenant.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 215. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 216. — Infirmière 25 à 38 ans demandée pour hôpit. chirurg. de l'Est.

N° 217. — Œufs du jour pr enf. et convalesc. Dr Denel à Fronton (Haute-Gar.) t. pr. r.

N° 218. — Fille de confr. ayant une nombr. famille et les meill. référ. médicales, très versée ds la dactylographie, dem. trav. de copie à faire chez elle. Lui écr. Mme Stalter, 70 *bis*, rue de la Vallée-en-Bois, Clamart (Seine).

N° 219. — A louer pour sais., chalet confort., 6 ch., dans les pins, aux Rochelets, St-Brévin-les-Pins (L.-I.). S'adr. Dr Jacob, 70, rue Amiral-Roussin, Paris (15e).

N° 220. — A vend. cond. inté. Renault, 6 CV. 1925, 3 pl. état de neuf, freins sur 4 roues. Dr Robert, à Joigny (Yonne).

N° 221. — Sud-Ouest. Poste seul méd. chl-l. cant., méd. du ch. de fer, à céder en septemb. Pet. indemn., facil. paiement.

N° 222. — A céd. dans bonnes cond., sphygmo-tensioph. en très bon état et div. autres instrum. Mme Vve La Bonardière, à Hyères (Var).

N° 223. — 120 km. Paris, seul méd. dans ch.-lieu cant., méd. du ch. de fer, 30.000, client. anc. a été négligée, en progrès depuis 3 ans, indemn. de la commune. Indemn. dem. 10.000, dont 5.000 compt., loyer 2.000, long bail à volonté seule. Garage dans la mais. Urgent. Dr Dujardin, à La Ferté-Vidame (Eure-et-Loir).

N° 224. — Cond. int. Licorne 9 CV., mécan. révisé à l'usine, carr. neuve, écl. déma., tous acc. Pneus confort. Au plus offr. à partir de 19.300.

N° 225. — Hyères. Par suite décès, à vend. install. de radiographie et cab. de méd. générale. Ecr. au Dr Gros, à Six-Fours (Var).

N° 226. — A vend. suite décès, 10 CV., Delage 1914, 2 pl., cond. int., bon état, écr. Mme Bouchard 2 pl. Saint-Aignan, à Chartres.

N° 227. — Banl. imméd. à céd. après décès, client., méd., 50.000, suscept. augment., mais., instrum., etc.

N° 228. — Dr recomm. famille disting. pouvant prend. en pens. ou en nourrice, enf. ayant bes. de la campagne. Rigaudie, Le Coudray-Saint-Germer (Oise).

N° 229. — Dr env. Pau, offre contre remplacement à méd. et famille, villa meublée, 3 lits enfants, av. jardin, jard. potager, dépendances. (Climat, pêche, chasse, fem. de mén.) pour juillet ou août.

N° 230. — Cause décès, à vend. d'urg. 2.000 fr. appar. portat. rayons X excell. état, bonnes photos communiquées.

N° 231. — Confr. ayant pris retraite, dem. petits travaux de rédact., de recherches, etc., pour augment. ses ressources.

N° 232. — Bord de la mer, pet. ville sur gr. ligne, rapp. 65.000, petit rayon, mais. 6 p., garage et jardin, prix 30.000. S'adr. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 233. — Vosges. — Ch.-lieu cant. 6.000 habit., seul méd. rapp. 38.000, gros augment. par doct. actif, loyer gratuit, gr. mais. neuve, conf. mod., salle bains, garage, jardin, petite indemnité. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès**. — A Paris, du 27 mai au 3 juin, *Semaine neuro-psychiatrique et médico-légale*. XIe Congrès de médecine légale.

— **Bordeaux**. — Du 14 au 26 juin, un *cours de perfectionnement* sera fait à la *clinique ophtalmologique* de l'hôpital Saint-André, par M. le professeur Lagrange.

— **Hôpital Saint-Louis**. — Le 17 mai, à 13 h. 30,

à l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, conférence sur les *nouveaux traitements de l'eczéma*, par M. Gougerot.

— **Hôpital de la Charité.** — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Ce cours commencera le lundi 14 juin (service du professeur Sergent), et se terminera le samedi soir 10 juillet. Il comprendra des conférences qui seront faites à la fin de l'après-midi et des stages et exercices pratiques qui auront lieu le matin et au début de l'après-midi.

Droit d'inscription : 250 fr. S'adresser au secrétariat de la Faculté. Quelques bourses seront accordées par le Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs.

— **Salpêtrière.** — *Cours de perfectionnement sur les maladies du système nerveux*, sous la direction de M. Foix, agrégé : mardi 25 mai et jours suivants.

— **Hôpital Broca.** — *Cours de perfectionnement de gynécologie*, du 17 mai au 29 mai, par MM. Douay, Leroy et Braine (droits : 150 fr.).

— **Le deuxième centenaire de l'Université d'Edimbourg** sera célébré les 10 et 11 juin prochains. Une série de fêtes seront données à cette occasion.

— **Académie de médecine.** — A la séance du 29 avril, le professeur Miguel Couto a présenté les vœux de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro dont il est président et a remis au professeur Bar, président de l'Académie de médecine de Paris, le diplôme de membre honoraire de l'Académie de Rio, ainsi que le collier symbolique.

— **Paris.** — Un pavillon de chirurgie, auquel a été donné le nom de J.-J. Peyrot, vient d'être inauguré à l'hôpital Saint-Antoine.

— **Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer.** — L'assemblée générale de cette Ligue s'est tenue le mardi 27 avril 1926, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Durafour, ministre de l'hygiène.

— **Dispensaire anti-tuberculeux de l'Ardèche.** — Poste de médecin spécialisé, ne faisant pas de clientèle. Honoraires : 18.000 à 20.000 fr. par an, plus frais de déplacements. Adresser les dossiers avant fin mai au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, 6e

— **Le Banquet du Syndicat des Médecins de la Seine** a eu lieu, avec beaucoup d'éclat, le mardi 4 mai.

Nous en rendrons compte la semaine prochaine.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 *avril.*

Sanatoriums publics.

Nouveaux traitements des médecins des sanatoriums publics.

Décret du 15 *avril* 1926.

Art. 1er. — Les nouveaux traitements et les classes que comportent les emplois de médecins directeurs

et de médecins adjoints des sanatoriums publics, sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecins directeurs :

1re classe	20.000 fr.
2e classe	18.750
3e classe	17.500
4e classe	16.250
5e classe	15.000

Médecins adjoints :

1re classe	14.000 fr.
2e classe	12.660
3e classe	11.330
4e classe	10.000

Ces traitements sont payés sur le budget de l'établissement.

Art. 2. — Les nouveaux traitements fixés par le présent décret sont exclusifs de toute gratification. Aucune indemnité, aucun avantage accessoire, de quelque nature que ce soit, ne peut être attribué aux médecins des sanatoriums que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

Art. 3. — Il n'est apporté aucune modification à la répartition actuelle des médecins entre les différentes classes. Les nouveaux traitements leur seront attribués suivant leur classe respective. L'attribution de ces traitements ne sera pas considérée comme un avancement et chaque médecin conservera dans sa classe l'ancienneté qu'il a acquise.

Art. 4. — Les améliorations de traitement résultant de l'application du présent décret auront leur effet à partir du 1er janvier 1925.

Sont abrogées toutes dispositions antérieures en tant qu'elles sont contraires au présent décret.

Art. 5. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Lutte anticancéreuse.

Sont nommés membres de la commission concernant la prophylaxie du cancer : M. le Dr Heymann, chargé du service de curiethérapie à l'Institut Curie de l'Indochine et M. le Dr Degrais, assistant de curiethérapie à l'hôpital Necker.

25 *avril.*

Etablissements thermaux.

Par décrets du 21 avril, la rémunération des commissaires du Gouvernement près les établissements thermaux appartenant à l'Etat est fixée comme suit :

Vichy : 7.500 fr. ; Bourbon-l'Archambault : 3.000 ; Bourbonne-les-Bains : 3.000 ; Luxeuil : 5.000 ; Plombières : 5.500.

Le traitement du directeur de l'Etablissement thermal de Vichy est fixé de 18.000 à 22.000 fr., par avancements successifs de 1.000 fr.

26 et 27 *avril.*

Service de santé des troupes coloniales.

Concours d'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les conditions de ce concours, qui sera ouvert le 6 décembre 1926, seront publiées ultérieurement.

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1926 devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

30 *avril.*

Budget de l'année 1926.

Une analyse des dispositions budgétaires intéressant plus particulièrement les médecins sera publiée prochainement.

Enseignement de la médecine.

Par décret du 27 avril, il est créé, à l'école préparatoire de Cherbourg, une chaire d'hydrologie et une chaire de chimie organique et minérale.

1er *mai.*

Accidents du travail agricole.

Loi du 30 avril 1926 modifiant, complétant et interprétant la loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail.

Nous publierons prochainement, avec un commentaire, cette loi, qui n'apporte aucune modification importante, au point de vue qui peut intéresser particulièrement les médecins, à la loi du 15 décembre 1922.

2 *mai.*

Assistance publique de la Seine.

Décret du 20 avril 1926 modifiant le décret du 3 août 1909 relatif à la commission administrative des bureaux d'assistance du département de la Seine.

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 3 août 1909 est complété par les dispositions suivantes :

« Dans le département de la Seine, le dépouillement des votes émis par les commissions administratives des bureaux d'assistance est effectué par un conseiller de préfecture.

Art. 2. — Les ministres du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, de l'intérieur et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Exercice de la pharmacie.

Décret du 19 avril 1926 relatif à l'exercice de la pharmacie dans les établissements français de l'Océanie.

Ce décret sera publié prochainement.

3 *et* 4 *mai.*

Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Avis de concours pour l'emploi de médecin chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 5 juillet 1926, à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau), de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix-sept heures, du 31 mai au 12 juin 1926.

Les candidats, absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculé de déposer à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le réglement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal officiel* du 3 décembre 1924.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Compatibilité des diverses fonctions d'experts et de celles de juge au tribunal des pensions.

7576. — M. André Escoffier (Drôme), député, demande à M. le ministre des pensions de lui faire connaître : 1° s'il y a incompatibilité entre les fonctions d'expert au centre de réforme et d'expert au tribunal des pensions ; 2° s'il y a incompatibilité entre les fonctions de juge titulaire au tribunal des pensions et de surexpert. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

Réponse. — 1° Il n'y a pas incompatibilité entre les fonctions d'expert au centre de réforme et d'expert au tribunal des pensions. Toutefois, le ministre des pensions estime que le médecin qui a examiné un postulant à pension au centre de réforme doit se récuser s'il est commis comme expert par le tribunal pour examiner ce même requérant ; 2° aucun texte de la législation des pensions ne prévoit l'incompatibilité entre les fonctions d'expert et les fonctions de médecin juge. Toutefois, le tribunal, usant de la faculté que lui confère l'article 30 du décret du 2 septembre 1919, peut se refuser à agréer un expert comme juge. Si le tribunal n'use pas de cette faculté, les parties ont toujours la possibilité de demander au tribunal de prononcer la récusation du juge en cause, suivant la procédure fixée par les articles 381 à 396 du code de procédure civile et par application de l'article 378, paragraphe 8, dudit code, ainsi conçu : « 8° Si le juge a donné conseil, plaidé ou écrit sur le différend, s'il en a précédemment connu comme juge ou comme arbitre, etc., etc. » Enfin, la loi fait un devoir au juge qui connaît une cause de récusation en sa personne de la déclarer au tribunal dont il fait partie pour que celui-ci décide s'il doit s'abstenir (art. 380 du code de procédure civile). (*J.O.*, 29 *avril* 1926.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Médecin propharmacien. — Concurrence par un pharmacien utilisant un employé voyageur.

Un pharmacien a-t-il le droit d'envoyer, à jours fixes, dans les localités des environs, un employé, pour solliciter les commandes des clients et livrer ces dernières, lors de la tournée suivante ?

Peut-il établir un dépôt de médicaments chez des épiciers, droguistes, etc. ?

Pareils agissements peuvent-ils être considérés comme des actes de concurrence déloyale, par rapport à un médecin-propharmacien, habitant dans une de ces localités, visitées à jours fixes par cet employé ?

Sur le premier point : il est bien entendu que le placier-voyageur se garde bien de vendre directement les médicaments, aux clients qu'il sollicite. Son patron, le pharmacien, a dû lui interdire d'écouler un stock de drogues et de produits pharmaceutiques, qui auraient été placés, par les soins du pharmacien, dans la voiture automobile ou autre véhicule.

En effet, si l'aide du pharmacien vendait, *proprio motu*, des médicaments ou des spécialités, même sur ordonnance de médecin, il serait cou-

pable d'exercice illégal de la pharmacie et son patron, le pharmacien, serait punissable comme complice.

Se rend coupable d'exercice illégal de la pharmacie le bicycliste d'un pharmacien qui, ne se contentant pas de recueillir les ordonnances, délivre et vend des médicaments (Trib. correct., Auxerre, 21 juillet 1896).

De même, pour le garçon livreur d'un pharmacien, qui, ne se bornant pas à recueillir les ordonnances, délivre, sur simple demande et sans qu'elles lui aient été commandées à l'avance, des compositions médicamenteuses, telles que thé Chambard, extrait de quinquina, teinture d'iode (Trib. correct., Dijon, 1er mars 1902).

Mais, *quid* lorsque le garçon livreur se borne uniquement à recueillir les ordonnances, ou les commandes, les rapporte à son patron et revient exécuter les livraisons ? Il s'abstient de vendre directement n'importe quel produit médicamenteux.

Pareils agissements peuvent être jugés comme répréhensibles, par le syndicat des pharmaciens, comme contraires à la déontologie. Par de tels procédés commerciaux, faisant faire ainsi la place par un employé, le pharmacien discrédite sa profession, enlève, à cette dernière, une partie de son renom de profession libérale et scientifique, pour l'assimiler et la rabaisser à une vulgaire entreprise commerciale de placement de drogues.

J'estime, pour ma part, que les syndicats de pharmaciens pourraient être consultés, pour qu'ils soient ainsi appelés à formuler leur opinion, sur pareils agissements.

Mais, juridiquement et en droit pénal, ces procédés ne sont pas punissables.

On peut soutenir que le fait de recueillir la commande d'un client, de la faire exécuter par le pharmacien, puis d'en toucher le montant, lors de la livraison, ne constitue qu'un mandat, Ce n'est pas l'employé, non diplômé, qui vend les médicaments : il sert d'intermédiaire entre le client et le pharmacien, qui, seul prépare les médicaments et les met en vente.

Ceci découle d'abord des deux jugements d'Auxerre et de Dijon, cités plus haut, puis d'un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 22 novembre 1902 ;

« Le fait de toucher le prix d'un remède et de le faire livrer au destinataire, par un pharmacien, constitue l'exécution d'un mandat, qui n'a rien, en soi, d'illicite et qui est distinct de la fabrication, de la vente et du débit dudit remède et cet acte ne saurait constituer un exercice illégal de la pharmacie. »

Il s'agissait, en l'espèce, d'un service de consultations, assuré par des docteurs en médecine,

Voir la suite page LV-1369

PROPOS DU JOUR

Le médecin moralisateur.

Un de nos confrères lyonnais, M. le Dr René Biot, vient de publier dans une brochure sur la *Répression de l'Immoralité*, une intéressante conférence faite à la Semaine sociale de Lyon, intitulée : *Le rôle de la profession médicale dans la lutte contre l'immoralité publique*. Bien que nous ne partagions pas toutes les idées et surtout toutes les illusions de notre distingué confrère, nous sommes les premiers à reconnaître l'utilité de ses efforts. Avec une âme d'apôtre, il s'acharne à inciter les médecins praticiens à songer au rôle social qu'ils sont, à son avis, de plus en plus appelés à remplir et, d'autre part, il s'ingénie, dans le milieu où son action peut être efficace, à bien mettre en relief ce que l'exercice de la médecine a d'utile, de noble, de grand et de digne.

Si chacun faisait dans les milieux politiques, sociaux ou religieux qu'il fréquente une campagne analogue à celle que mène avec vigueur M. le Dr René Biot, si chacun, au lieu de se borner à l'étude étroite de la technique professionnelle, cherchait un peu à s'éclairer sur l'évolution des doctrines médicales qui, petit à petit, a conduit notre art à la période scientifique qui, à notre époque, commence à porter ses fruits, le médecin praticien ne serait pas ravalé au rang de simple producteur de soins, qui traite d'égal à égal avec le consommateur de soins, comme un entrepreneur de maçonnerie traite avec le propriétaire qui fait construire. Ce n'est certes pas nous qui nous révolterons contre les obligations que créent les conditions actuelles de l'existence. Nous savons, hélas ! par expérience, que la médecine ne saurait plus être exclusivement un sacerdoce, que des transformations sociales nous ont mis dans la dure nécessité d'envisager nos intérêts économiques, car il nous faut bien vivre de notre profession. Nous savons que le syndicalisme médical n'a pas germé dans la cervelle de théoriciens, mais s'est développé logiquement parce qu'il était le vrai et le seul moyen de nous défendre, et que pour ce faire, nous sommes obligés de nous servir des armes de l'arsenal syndical qui sont les seules efficaces. Mais cependant, nous le répétons aujourd'hui et le répéterons sans cesse, pour que la profession médicale reste indépendante, influente et honorée, il convient que son syndicalisme, puissamment organisé, ne borne pas son action aux intérêts étroits et individuels du médecin praticien, il faut qu'il s'occupe activement de faciliter, d'étendre même le rôle du médecin dans la société, il faut qu'il coopère puissamment à la défense sanitaire du pays puisqu'il ne peut l'organiser à lui seul ; il faut que, par l'importance des services qu'il rend, il inspire la confiance et la reconnaissance au peuple et une respectueuse considération aux pouvoirs publics. S'il ne montrait pas que sa ferme volonté est d'arriver à ce but, notre syndicalisme, méprisé du public, serait considéré comme une sorte de coalition monstrueuse avec un unique but, celui d'exploiter le mieux possible la douleur humaine.

Voici pourquoi, sans nous faire de grandes illusions sur le rôle moralisateur que pourrait être appelé à remplir le médecin, nous félicitions vivement M. le Dr René Biot de l'avoir brillamment exposé.

***

M. René Biot fait remarquer que les médecins sont bien placés pour connaître un grand nombre de faits d'immoralité, notamment les cas d'avortement. C'est exact. Que ce sont eux dont le témoignage est le plus utile pour qui veut se documenter sur cette plaie sociale. Rien n'est plus vrai. Qu'ils peuvent montrer la nocivité des pratiques abortives et seront, de ce fait, mieux écoutés que les moralistes. Ceci est discutable. Soigner et guérir les victimes des avortements, c'est bien, dit en substance M. R. Biot, mais, comme toujours en pratique médicale, il faut tâcher de prévenir le mal. Nous le croyons tous, certes. Et très logiquement M. R. Biot pense que, pour arriver à cette prophylaxie, le médecin devrait mettre en lumière les vérités physiologiques, celles dont la connaissance permettrait l'épanouissement normal de l'homme et de la femme, que non seulement les manœu-

vres abortives, les pratiques restrictives du néo-malthusianisme empêchent, mais encore, toutes les manifestations de l'immoralité publique et ce qu'il est convenu d'appeler la pornographie. Les intoxications par l'alcool et par les stupéfiants pourraient entrer dans le cadre de l'immoralité publique, mais M. R. Biot se borne à la luxure qui est, dit-il, à la fois l'aboutissement de tous les vices et la source de toutes les dépravations.

M. R. Biot reconnaît que, jusqu'à ce jour, le médecine n'a guère rempli le rôle moralisateur qu'il voudrait lui voir jouer désormais. Certes, les efforts individuels et les proclamations collectives n'ont pas manqué pour flétrir l'avortement et le néo-malthusianisme. Faut-il rappeler, pour ne parler que de la France, la déclaration de principe faite par le Congrès des praticiens en 1910 sur la proposition du regretté Dr Bertillon, pour rendre plus efficace la répression de l'avortement ; et le vœu émis par la Société de médecine légale en 1917 pour l'interdiction de la propagande anticonceptionnelle ? Mais, souligne M. René Biot, la médecine aurait pu faire davantage. Il rappelle à ce sujet que P. Boudin, dans sa thèse de doctorat en droit sur le syndicalisme médical, assigne aux médecins un rôle dans la lutte contre la prostitution et s'étonne que les principes de déontologie des plus excellents des Syndicats médicaux soient muets sur tout ce qui concerne la prophylaxie de l'immoralité. Il est vrai, ajoute-t-il, que le législateur a toujours négligé de faire appel à la collaboration de ces mêmes syndicats médicaux quand il a élaboré divers projets de loi réprimant l'immoralité, et il conclut que la question comporte surtout un programme d'avenir.

Ce programme, M. René Biot nous en trace l'esquisse.

Tout d'abord, le distingué praticien lyonnais constate que la profession médicale ne peut efficacement collaborer à la lutte contre l'immoralité que si elle est fortement organisée et pour lui cette organisation professionnelle n'existe pas. Avant de moraliser les autres, il faut que les médecins moralisent leur profession en en banissant les indignes et très logiquement, M. R. Biot en arrive à préconiser la création d'un Ordre des médecins. Pour de très nombreuses raisons que nous avons exposées à diverses reprises dans ces colonnes, nous nous sommes montré adversaire de la création d'un Ordre des médecins, ou plutôt d'un Ordre des médecins dont le modèle serait l'Ordre des avocats. Mais nous reconnaissons volontiers qu'il y a beaucoup à faire pour organiser sérieusement et utilement le corps médical.

Nous avons pu reconnaître, pendant les trois années durant lesquelles nous avons siégé à la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins gratuits aux pensionnés de guerre, qu'il était nécessaire de songer à faire un effort pour débarrasser le corps médical d'un nombre appréciable de dangereux indésirables que les tribunaux de droit commun ne sauraient atteindre et qui ne pourraient relever que d'une juridiction professionnelle. Aussi serions-nous bien près de nous rallier au projet du professeur Verger, modifié par notre ami G. Duchesne ?

La profession médicale, ainsi solidement organisée et épurée, M. R. Biot voudrait « qu'au nom du bien commun, l'Ordre des médecins devrait pouvoir obliger chacun de ses membres à prendre sa part dans la collaboration que la profession médicale apporterait à la lutte contre l'immoralité ».

C'est sur ce point que nous restons fort sceptique, car, pour entreprendre une campagne efficace de propagande contre l'immoralité publique, il faut que les propagandistes soient des *volontaires convaincus*, comme M. R. Biot luimême, et non des indifférents ou des sceptiques, qui devraient entrer obligatoirement et par ordre dans la lutte moralisatrice. Nous craignons fort que certains soient un peu comme un de ces membres de l'Association contre l'abus du tabac, que nous vîmes, après avoir fait une brillante et savante conférence antitabagique, sortir de la salle en allumant un volumineux cigare. L'obligation et la répression en prophylaxie morale et même en hygiène ne sont guère suivies de bons résultats, et l'exemple que nous donne à l'heure actuelle l'Amérique sèche, n'est pas pour modifier à ce sujet notre conviction.

Nous approuvons l'action individuelle du médecin dans sa clientèle que conseille M. R. Biot, mais à la condition que cette action soit libre, volontaire, pour être persuasive et efficace. Nous en dirons autant pour la diffusion des idées saines par l'article de journal, le livre et la conférence.

Nous sommes plus sceptique encore sur le poids que pourrait avoir une manifestation du corps médical dans son ensemble en faveur de la santé sexuelle et sur l'efficacité de son intervention dans les poursuites contre le néomalthusianisme. Le peu d'efficacité de la répression du charlatanisme par nos Syndicats nous laisse peu d'espoir, et les Ligues contre l'immoralité qui,

cependant, ont fait en un temps parler beaucoup d'elles n'ont pas empêché et n'empêchent guère la publication et l'étalage des livres les plus licencieux, ni l'exhibition sur certaines scènes des revues les moins habillées et parfois les plus obscènes.

Nous avons, hélas ! plus de trente ans de pratique médicale parisienne et nous n'étonnerons aucun de nos lecteurs en leur affirmant que en matière d'avortement, nous avons reçu, sans les provoquer, bien des confidences et été témoins de nombreuses turpitudes. Nous avons soigné ou envoyé à l'hôpital plus d'une femme dont certaines pratiques abortives avaient failli déterminer la mort et, malgré l'exposé des dangers que nous leur avons fait, dangers sur lesquels les accidents dont elles avaient cruellement souffert, ne pouvaient leur laisser de doutes, nous les avons revues fréquemment, quelques mois après la guérison, se livrer de nouveau aux mêmes manœuvres. Il nous est arrivé, plus d'une fois, de refuser de leur renouveler nos soins, car cela aurait pour nous constitué une sorte de complicité tacite. Aussi doutons-nous que les conseils des médecins modifient beaucoup l'immoralité actuelle et en atténuent les funestes effets, dont le plus triste est la « dénatalité » en France. Les causes de cette aberration sont trop profondes pour relever de l'intervention médicale. Cela ne veut pas dire que le médecin ne doit pas apporter son concours dans la lutte et contribuer dans la mesure du possible, mesure que nous jugeons bien restreinte, à l'assainissement des mœurs.

Il y a dans la situation actuelle du médecin quelque chose de paradoxal que nous croyons intéressant de souligner à propos de cette question du rôle moralisateur et même du rôle social du médecin. Pour que le médecin ait une influence morale sur ses clients, il faut qu'il pénètre dans leur vie familiale, qu'il devienne leur confident, leur ami, leur guide, qu'il conquiert leur confiance et finisse par pouvoir imposer une sorte d'autorité paternelle. Ce n'est que dans ces conditions-là que le médecin peut devenir dans la famille un agent d'assainissement et de prophylaxie contre les maladies d'ordre physique et d'ordre moral. Tous les protagonistes de l'hygiène, tous ceux qui demandent la coopération du corps médical à la prophylaxie vantent l'heureuse influence que pourrait avoir l'intervention des praticiens au sein des familles.

Or, par une étrange aberration, ce sont ces mêmes hommes politiques et officiels, ces pseudo-hygiénistes et pseudo-philanthropes qui, en multipliant les spécialisations inutiles, les dispensaires spéciaux sans qu'une nécessité technique les légitiment, les interventions extra médicales auprès des malades, en dehors et à l'insu du médecin traitant, ce sont eux qui amoindrissent le plus, en attendant qu'ils l'annihilent complètement, le rôle de ce médecin de famille dont ils proclament, dans tous leurs discours la *nécessité de la bienfaisante coopération.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES ARTHRITES CHRONIQUES SYPHILITIQUES

Par le Dr Henri Judet,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Docteur ès-sciences.

Le clinicien éprouve, pour distinguer les différentes arthrites chroniques, des difficultés considérables. Jusqu'à ces dernières années on peut dire que le domaine de la tuberculose a été étendu d'une manière excessive. Il y a pourtant une importance énorme à ne pas s'engager à la légère dans l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse. Le traitement des arthrites tuberculeuses engage gravement l'avenir des malades : il comporte en effet une immobilisation sévère et de longue durée. Avant d'imposer cette thérapeutique, il importe que le diagnostic soit mûrement établi et ne laisse place à aucun doute. En particulier, il faut bien savoir que la syphilis peut donner des manifestations articulaires qui ressemblent de très près aux manifestations de la tuberculose.

Notre attention a été attirée sur ces faits il y a 18 ans, à une époque où l'on parlait vraiment fort peu de la syphilis articulaire chronique. Une fillette de 8 ans avait été soignée dans un service de chirurgie d'enfants à Paris par 3 *ans de plâtres* pour une double arthrite des genoux

soi-disant tuberculeuse. Plus tard elle avait subi la résection d'un genou dans un hôpital de province. Lorsqu'elle nous fut amenée à l'âge de 18 ans elle présentait du côté non réséqué un « tibia de Lannelongue » typique avec douleurs ostéocopes. Le traitement anti-syphilitique fit disparaître les accidents (1).

A partir de cette époque, nous n'avons jamais admis un diagnostic d'arthrite tuberculeuse sans penser peu ou prou à la syphilis. Depuis 1919 nous avons pu redresser *quinze fois* un diagnostic erroné d'arthrite tuberculeuse et voir qu'il s'agissait en réalité de lésions spécifiques.

L'étude qui va suivre repose exclusivement sur ces quinze observations. Nous n'avons pas pour but d'exposer complètement la question de la syphilis articulaire : nous avons pour seul objectif de dire ce que nous avons vu. C'est, si l'on veut, la syphilis articulaire telle que peut la voir un spécialiste des maladies osseuses (1).

Nos 15 cas comprennent 4 enfants de 6 à 9 ans pour lesquels la syphilis héréditaire seule peut être invoquée et 11 adultes chez lesquels la spécificité acquise était avérée dans 6 cas, méconnue dans les 5 autres cas, mais cependant nette chez 2 d'entre eux. Tous ces malades ont eu comme point commun d'être rapidement guéris par la médication dite antisyphilitique. Nous avons admis que le succès de ce traitement prouvait la nature syphilitique des lésions. C'est supposer que le mercure, l'arsenic et le bismuth agissent exclusivement dans la syphilis, ce qui n'est pas absolument démontré.

Ceci posé, voyons comment au point de vue

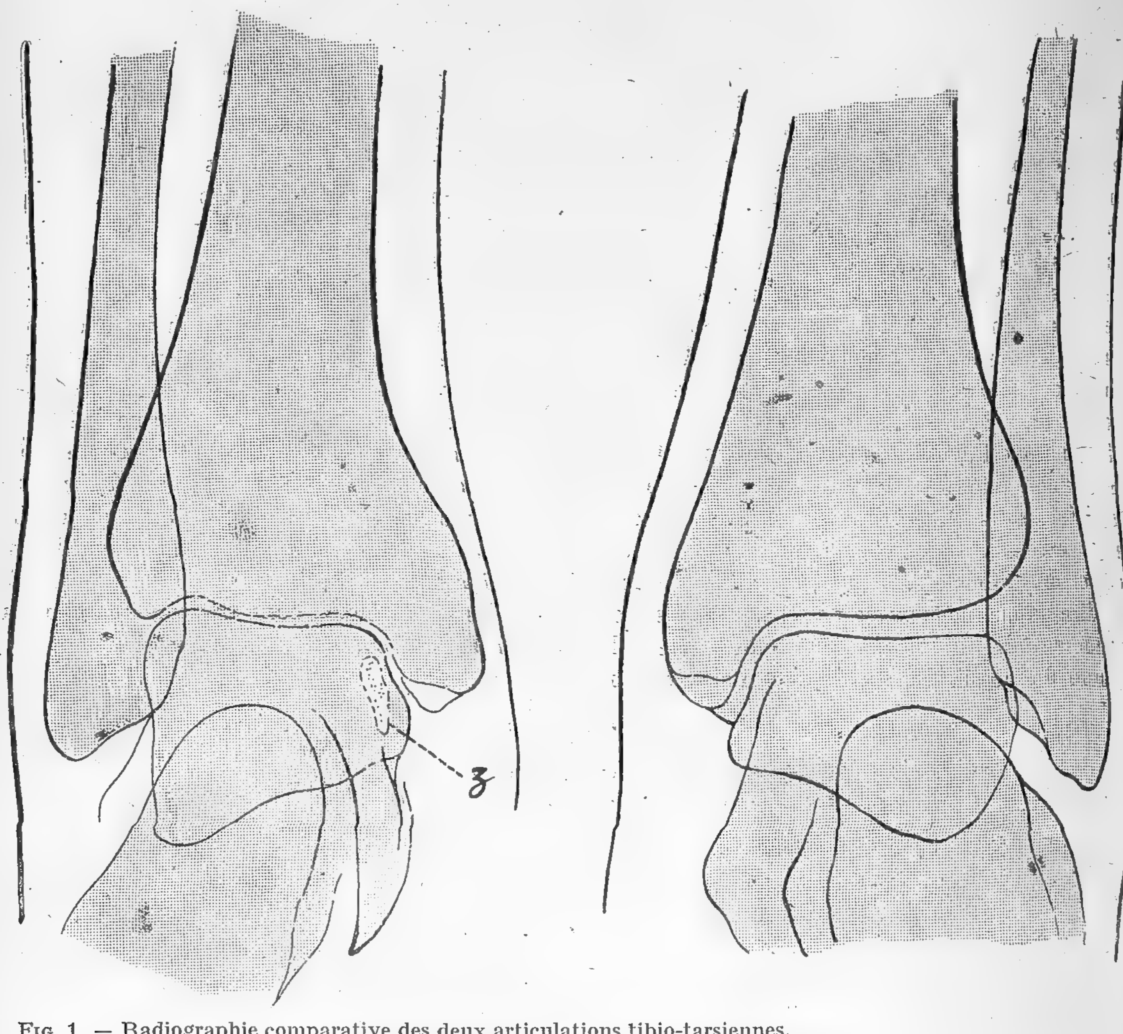


Fig. 1. — Radiographie comparative des deux articulations tibio-tarsiennes.
A gauche : irrégularité de l'interligne tibio-astragalien ; en 3, zone de décalcification de l'astragale.
A droite : côté sain, aspect normal.

(1) Nous avons publié ce cas en détail. Voyez *Bull. de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris*, novembre 1907.

(1) Voir dans le *Concours médical* (13-9-1925) une étude magistrale des arthropathies spécifiques de la première enfance par le Prof. Nobécourt.

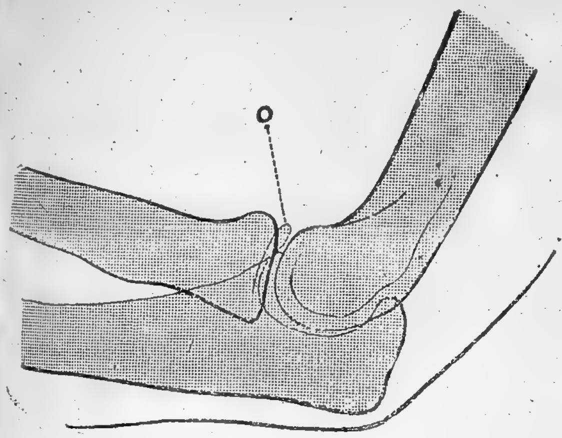


FIG. 2. — Radiographie du coude (profil).

O point d'ostéo-arthrite avec exostose au niveau de la cuule radiale.

(Cliniquement : arthrite chronique légère).

de 9 ans une hydarthrose d'un seul genou coïncidant avec une kératite *interstitielle, cette* signature de la spécificité.

Deux autres enfants ont eu des *pseudo-tumeurs blanches bilatérales* des genoux. Dans l'un des cas la spécificité était nette et avait engendré d'autres stigmates, notamment un tibia de Lannelongue. Mais, dans l'autre cas, les parents paraissaient sains, l'enfant âgée de 6 ans n'avait aucune tare ; Wassermann négatif. L'arthrite bilatérale fut traitée (et d'ailleurs guérie !) par l'immobilisation prolongée (1 an) des genoux. Onze ans plus tard, à l'âge de 17 ans, apparaît une arthrite libro-tarsienne avec lésion osseuse visible aux rayons X (voyez figure 1). L'arsénobenzol produit une guérison si rapide et si complète qu'il est bien difficile de ne pas admettre la syphilis à l'origine de tous les accidents.

Notre quatrième et dernier cas a trait à une

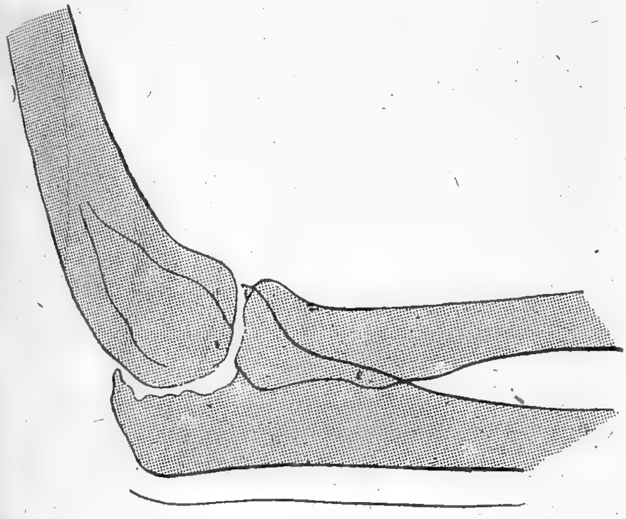


FIG. 3.



FIG. 3 *bis*.

FIG. 3. — Coude de profil : importante érosion des surfaces articulaires.

FIG. 3 *bis*. — Le même cas de face : les lésions siègent au niveau de l'épiphyse humérale articulaire, au niveau de l'olécrâne et de la coronoïde.

(Cliniquement : arthrite chronique intense avec état fongueux de la synoviale).

anatomo-clinique se sont présentés nos malades (1).

I. — *Parmi les quatre* ENFANTS HÉRÉDO-SYPHILITIQUES nous trouvons : chez un enfant

(1) La plupart de ces observations ont été publiées dans la THÈSE de notre élève et ami GIBARD : Contribution à l'étude de la syphilis articulaire, Paris, 1925.

arthrite unilatérale du genou à forme synoviale, sans lésion osseuse, soignée par *l'immobilisation* pendant un an par un spécialiste qualifié. L'enfant paraît sain et les parents indemnes : le diagnostic et le traitement de notre collègue semblent des plus légitimes. Par « système » nous faisons faire une analyse du sang : Wassermann et Hecht positifs, intensité forte (Laboratoire

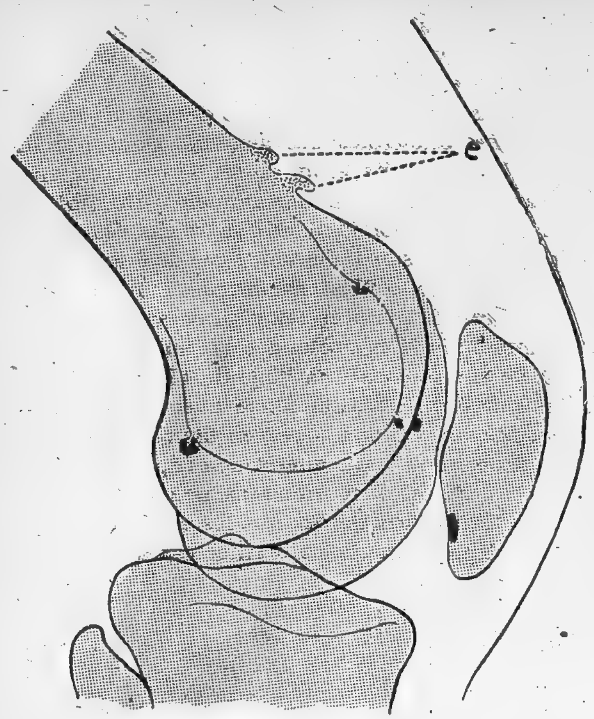


Fig. 4. — Radiogramme du genou (profil).
Ostéite au niveau de la partie supérieure de la trochlée fémorale en *e*.
(Cliniquement : arthrite chronique légère survenue 4 ans après l'infection syphilitique).

Lesure). Là encore le traitement (mercure) produit une amélioration si rapide, si accentuée et si durable que le diagnostic de spécificité paraît devoir s'imposer.

II. — *Chez* LES ADULTES. Nous avons observé les mêmes formes que chez l'enfant. Nous avons de plus constaté des formes à dégâts osseux plus importants, sans doute en raison de l'existence plus longue des lésions.

a) Sur 11 cas nous notons *trois hydarthroses du genou*, dont deux à grand épanchement, récidivant rapidement après ponction jusqu'au jour où on se décide à faire le traitement anti-syphilitique. C'est *l'hydarthrose unilatérale syphilitique* sur laquelle ont insisté M. Pierre Weil et P. Bourgeois (1).

b) Trois autres cas intéressant également le genou se sont présentés sous la forme de *synovite fongueuse* — très semblable cliniquement à la synovite tuberculeuse — et sans lésion osseuse visible aux rayons X.

c) Par contre cinq cas ont montré à l'examen radiographique des *lésions osseuses* plus ou moins accentuées ; il s'agissait donc bien *d'ostéo-arthrite*. Leur siège était variable : deux fois le coude (voyez figures 2 et 3), une fois le genou (voyez

(1) Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive. *Presse médicale*, 25 avril 1925.

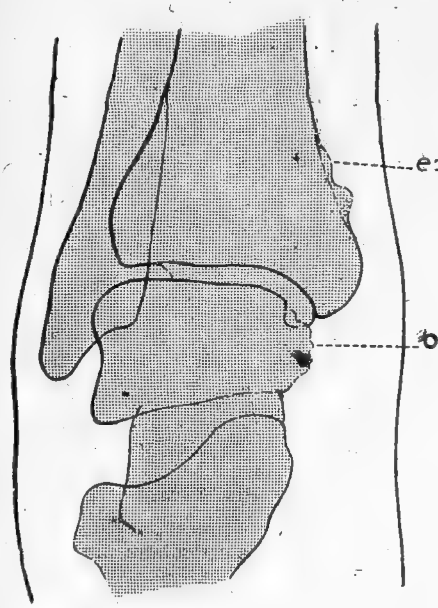


Fig. 5.

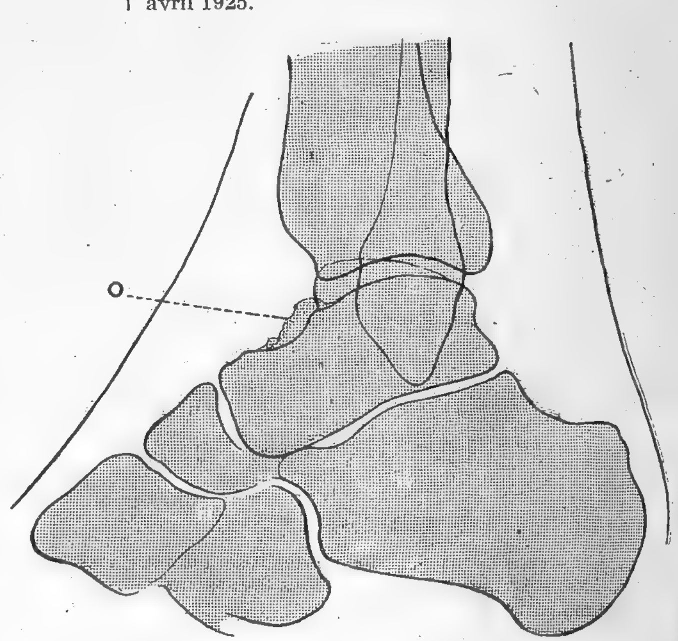
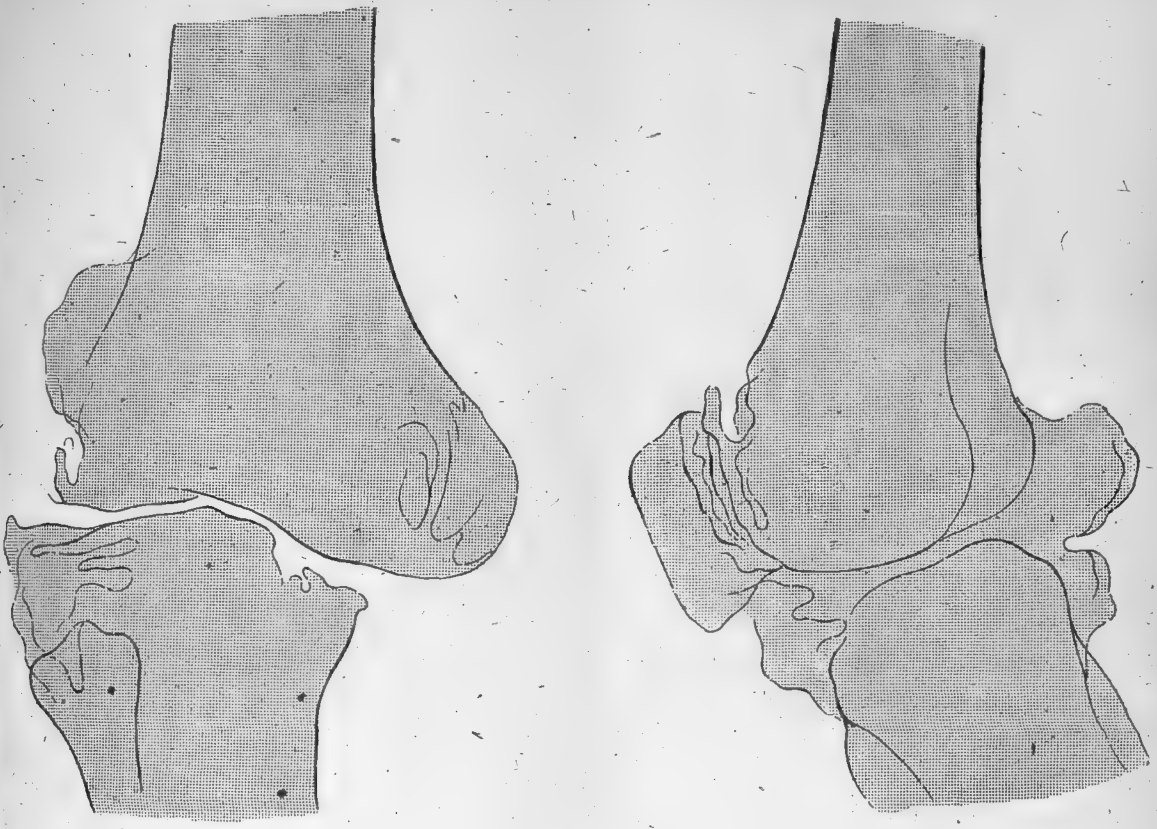


Fig. 5 *bis*.

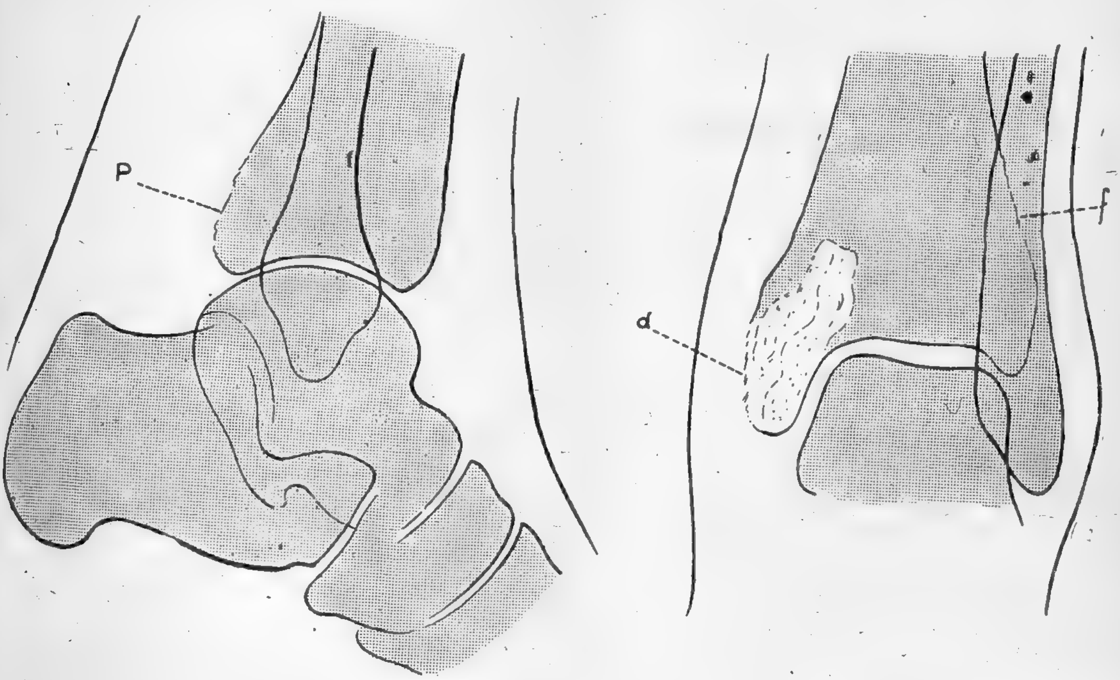
Fig. 5. — Cou-de-pied de face.
En *o*, lésion à la face interne de l'astragale (qui présente de plus des troubles de trabéculation non figurés sur ce radiogramme).
En *ex*, périostite tibiale.
Fig. 5 *bis*. — Cou-de-pied (profil). Même cas que figure 5.
En *o*, ostéo-périostite proliférante de l'astragale.
(Cliniquement : arthrite chronique ayant débuté à 27 ans — 8 ans après l'infection — et ayant abouti à la fistulisation).



profil face

RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT SYPHILITIQUE.

FIG. 6. — *A gauche* : genou de face. Erosion du tibia à la partie interne de l'interligne articulaire. Ostéite proliférante au niveau de la tubérosité externe du *tibia* et du condyle externe du fémur. Subluxation du tibia en dehors.
FIG. 6. — *A droite* : genou de profil (même cas). On voit d'abondantes néo-formations osseuses englobant tous les éléments de l'articulation.



face profil

FIG. 7. — *A droite* : cou-de-pied de face. Décalcification intense de toute la région malléolaire interne du tibia.
A gauche : profil du même cas montre en *P* des lésions de la partie postérieure du tibia.

figure 4), une fois le cou-de-pied avec cette particularité que la lésion était devenue fistuleuse, ce qui constitue une rareté et augmentait encore la ressemblance avec la tuberculose (voyez figure 5). Une fois enfin il s'agissait d'une arthrite vertébrale avec décalcification extrême des vertèbres, sans ulcération. Le diagnostic de mal de Pott cervical paraissait très probable. Nous prescrivîmes l'immobilisation dans une minerve en cuir moulé : les douleurs qui étaient vives et la contraction qui était forte avec redoublements spasmodiques, ne cédèrent pas, alors que la sédation est de règle dans la tuberculose. Le traitement à l'arsénobenzol, institué en désespoir de cause, procura une guérison inespérée !

d) Deux cas enfin rentraient dans la catégorie du *rhumatisme chronique déformant* syphilitique si bien décrit par Dufour (1).

Chez nos deux malades il s'agissait de forme *mono-articulaire*. Une femme ayant contracté la syphilis à 24 ans, est prise à l'âge de 48 ans d'hydarthrose du genou droit. Aggravation lente mais continue : le genou devient énorme, douloureux, mais seulement pendant la marche. Aucun traitement. A l'âge de 56 ans l'aspect est celui d'une arthropathie, à part l'absence de laxité articulaire ; l'ankylose est presque complète. La radiographie montre d'importantes lésions osseuses (voyez figure 6).

Le deuxième cas concerne un homme de 46 ans qui nie avoir eu la syphilis. Mais il se présente à nous avec des « furoncles » du dos qui sont en réalité des gommes, avec une ostéite du tiers supérieur du tibia (tibia de Lannelongue), avec enfin une *arthrite tibio-tarsienne* datant d'un an (gonflement modéré, douleurs vives). Les réactions de B. W. et Hecht sont positives, intensité forte. L'examen radiographique montre d'importantes zones de décalcification allant jusqu'à la destruction (voyez figure 7) telles qu'on les constate dans les arthropathies tabétiques. Bien que ce malade ne présente à l'heure actuelle aucun signe d'ataxie locomotrice nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une de ces formes ostéo-articulaires précoces bien connues depuis les travaux de l'Ecole Lyonnaise (1).

En terminant, nous désirons insister sur la diversité des formes que peut revêtir la syphilis articulaire et l'impossibilité, par l'examen clinique ou radiographique, de les distinguer des manifestations tuberculeuses. Ce qui complique encore le problème c'est que cette syphilis articulaire peut exister à l'*état isolé* chez des sujets qui paraissent indemnes de toute infection par le spirochète de Schaudinn. Le traitement spécifique (par l'iode, le mercure, l'arsenic ou le bismuth suivant les cas) est souvent le seul moyen d'arriver à une conclusion.

(1) Dufour. — Les arthrites syphilitiques. Le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique. (*Revue médicale française*, décembre 1924.)

(1) Destot. — *Lyon médical*, 1904, 10 janvier, p. 57. — Stéfani. Formes ostéo-articulaires précoces du tabes. *Gazette des hôpitaux*, 25 février 1908.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hopital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Les abcès du poumon chez l'enfant (2)

Ce jeune garçon, né le 22 mars 1914, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni dans son histoire. Cependant, en 1924, un médecin a constaté une hypertrophie des amygdales et conseillé l'ablation ; ce conseil n'a pas été suivi. Habituellement l'enfant tousse un peu le matin.

C'est le 4 janvier qu'a commencé la maladie actuelle. L'enfant est pris au réveil de malaise, de céphalée frontale, de quelques vertiges, de vomissements et de sueurs. On constate de la fièvre. Ces symptômes persistant, on le fait entrer ici le 11 janvier, huitième jour de la maladie.

L'enfant, âgé de 11 ans et demi, est bien développé, de poids et taille moyens (133 cm. et 28 kgr. 800). Il a des amygdales grosses, mais non enflammées. Il tousse peu et n'expectore pas. Il n'a pas de dyspnée. Dans la région sus-épineuse droite, on constate une légère submatité, un murmure vésiculaire un peu faible ; d'une façon générale d'ailleurs, la respiration est faible. Le foie, la rate, le tube digestif, les urines sont normaux. La cutiréaction à la tuberculine est négative, ainsi que le Bordet-Wassermann (H^7) et le Hecht.

A l'examen radioscopique, M. Duhem constate, au niveau du lobe supérieur droit, une opacité moyenne, de forme vaguement triangulaire.

Le diagnostic de *pneumonie du lobe supérieur droit* paraît probable.

Le lendemain 12, la température tombe à

(2) Leçon du 13 février 1926, recueillie par le Dr Laporte et revue par le professeur.

37°5 ; le pouls reste à 130 ; les symptômes pulmonaires sont les mêmes. Sur la radiographie, on s'aperçoit que l'ombre du lobe supérieur droit n'est pas triangulaire ; l'opacité s'étend de la troisième côte au cinquième espace ; elle ne rejoint pas le médiastin et a des contours flous ; la partie moyenne est plus opaque que le reste et a une forme sphérique.

Le soir la température remonte à 38°8 ; jusqu'au 21 janvier, la fièvre persiste, donnant une courbe irrégulière, avec de grandes oscillations, atteignant 39°2, 40°, 40°2. Pendant cette période le pouls varie de 120 à 140.

L'état général s'altère peu ; l'enfant n'éprouve aucune douleur ; il tousse à peine, il ne crache pas ; les symptômes pulmonaires restent discrets.

On constate tout d'abord : à droite, dans la région sous-claviculaire, un peu de submatité, une inspiration un peu humée ; dans la région sus-épineuse, de la matité, une respiration un peu soufflante, quelques fines crépitations sèches, une exagération de la transsonance thoracique.

Le 15 janvier, on note, dans l'aisselle droite, une respiration un peu soufflante, quelques sous-crépitants fins, variables. Le 20, on perçoit toujours à droite : en avant, quelques râles de bronchite, en arrière, dans l'espace inter-scapulo-vertébral, de la submatité, du retentissement de la toux, une respiration rude, une expiration prolongée.

Le 21 janvier, dix-huitième jour de la maladie, le matin à la visite on constate que la température, qui était la veille au soir à 40°1, est tombée à 37°. Dans la nuit, l'enfant a été pris d'une expectoration abondante, qui remplit un demi-crachoir de crachats de couleur saumonée, de consistance visqueuse, adhérents au vase. C'est une vomique. Le pouls est à 120, régulier. L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire faible et quelques râles humides dans la partie supérieure de l'hémithorax droit.

Le soir, la température remonte à 39°1. Le 22, elle est de 38°-38°2, la toux est fréquente, l'expectoration moins abondante. L'enfant a remarqué qu'elle diminue quand il se couche sur le côté droit ; quand, au contraire, il se couche sur le côté gauche, la toux survient et l'expectoration augmente.

Un symptôme nouveau est apparu : la fétidité de l'haleine ; elle se perçoit par bouffées, surtout quand le malade tousse. L'examen du thorax révèle une respiration faible à la base droite.

Le 23 janvier, la température est de 37°5 le matin, 38°6 le soir ; l'expectoration est peu abondante, aérée, incolore. L'haleine est toujours fétide ; l'enfant lui-même s'en déclare gêné.

L'état général reste bon. L'enfant n'éprouve ni dyspnée, ni douleur thoracique. Cependant le foie est gros ; il déborde de 5 travers de doigt le rebord costal. En procédant à l'examen du thorax, on constate à droite, en avant, une submatité qui s'étend de la deuxième côte jusqu'au bord inférieur de la quatrième ; elle ne rejoint pas la matité hépatique, ne s'étend pas jusqu'au médiastin ; elle est un peu oblique en dehors et se continue en s'amincissant dans l'aisselle. A son niveau, le murmure vésiculaire est un peu faible ; on entend un souffle inspiratoire et expiratoire, doux, dans le lointain.

En arrière, on trouve de la submatité dans la région scapulaire ; elle se prolonge dans l'aisselle et rejoint la ligne submate antérieure. Dans la région submate on perçoit un souffle léger, inspiratoire et expiratoire et quelques crépitations sèches après la toux.

A l'examen radioscopique, le Dr Duhem constate, à droite, une opacité très marquée de la partie inférieure du lobe supérieur. La limite supérieure de l'ombre correspond au troisième espace intercostal, la ligne de niveau est horizontale et mobile dans les déplacements du malade. Au-dessus, il y a une zone claire, indiquant la présence de gaz. Après l'examen, l'enfant a une vomique assez abondante de liquide purulent. Immédiatement après on fait une radiographie.

Sur celle-ci, on voit une image ovoïde à grand axe vertical. Dans sa partie inférieure est une zone opaque, dont la limite supérieure, horizontale, correspond au cinquième espace et la limite inférieure, convexe en bas, correspond environ à la septième côte; cette opacité a la forme d'une coupe remplie de liquide. Dans la partie supérieure est une zone claire, limitée par une paroi donnant une ombre dense.

Cet aspect permet de porter le diagnostic *d'abcès du poumon*. D'autre part, nous avons à ce moment les résultats de l'examen bactériologique du pus rejeté par vomique ; il contient de nombreux pneumocoques, sans aucun autre germe. En particulier la recherche des anaérobies est négative.

Etant donnée la fétidité de l'haleine, nous avions pensé à la possibilité d'une gangrène pulmonaire et prescrit des injections de sérum antigangréneux polyvalent de l'Institut Pasteur, contenant 40 % d'anti-perfringens, 40 % d'anti-œdématiens, 10 % d'anti-vibrion septique. Malgré que la gangrène puisse être écartée, on poursuit cette médication. Du 23 au 27, l'enfant reçoit, en cinq injections, 500 cmc. de sérum ; il est très bien supporté.

La température, du 24 au 26 janvier, se maintient entre 38° et 38°5 ; le 27 janvier elle tombe à 37°-37°5. L'haleine reste encore fétide, mais l'état général est assez bon, l'amaigrissement s'est arrêté ; l'enfantpesait 26 kgr. le 22 janvier ; il pèse 25 kgr. 900 le 29. L'expectoration est peu abondante ; elle est formée de quelques crachats purulents. Les symptômes thoraciques, les aspects radiologiques, ne se modifient pas.

A partir du 28 janvier, l'apyrexie s'établit. La fétidité disparaît, le malade tousse peu et n'expectore pas. Le foie redevient normal. Les signes cliniques et radiologiques restent sensiblement les mêmes.

Aujourd'hui, quarante et unième jour de la maladie, l'enfant a repris son poids primitif (28 kil. 850). Il n'a plus de fétidité de l'haleine, ne ressent aucun trouble subjectif ou fonctionnel. On constate à droite, dans la région sous-claviculaire, sur une hauteur de deux travers de doigt, une légère submatité, une respiration un peu soufflante ; en arrière, dans la région sous-épineuse, une légère submatité ; dans l'espace inter-scapulo-vertébral, une respiration légèrement soufflante. Il n'y a pas de bruits adventices.

La radiographie pratiquée avant-hier montre au niveau du lobe supérieur droit un peu d'obscurité diffuse ; la cavité n'est plus visible ; il n'y a pas de nappe liquide.

En somme, s'il est un peu tôt pour parler de guérison définitive, nous pouvons cependant considérer la guérison comme infiniment probable.

De cette observation je désire en rapprocher une autre, qui est publiée dans la thèse de M. Pierre Dercheu, soutenue en 1925, et consacrée à l'*Etude de quelques cas d'abcès du poumon chez les nourrissons* observé dans mon service. Il s'agit de la deuxième.

Une fille est née à terme le 24 juin 1924, d'un père bronchitique, d'une mère qui, pendant sa grossesse, semble avoir été considérée comme syphilitique. Elle est élevée au sein maternel, puis au lait de vache ; elle présente des alternatives de constipation et diarrhée. Vers le 5 décembre, elle commence à tousser. La toux provoque de temps en temps des vomissements. Elle entre le 21 décembre, à l'âge de 6 mois

C'est une enfant petite, maigre, pâle, d'apparence cachectique ; elle mesure 60 cm. et pèse 4 kgr. 760. Sa température est de 39°. Elle a une diarrhée verte assez abondante. On perçoit quelques petits ganglions dans les aisselles et les aines. L'examen des divers organes, y compris les poumons, est négatif.

Le 23 décembre, la température est tombée le matin à 37°4 ; la diarrhée persiste ; la respiration est un peu gênée. Du côté gauche, en avant et en arrière, il y a du skodisme, des râles sous-crépitants disséminés ; à la base droite, de la submatité et un foyer de râles sous-crépitants. On porte le diagnostic de broncho-pneumonie.

Le soir même, la température remonte à 39°5.

La fièvre persiste, très irrégulière ; cependant dans son ensemble, la courbe est assez analogue à celle du précédent malade, la diarrhée augmente, le poids diminue. Le 1er janvier, l'état est très grave, l'enfant pèse 3 kgr. 900 ; elle a perdu 860 gr. de son poids en onze jours ; par contre la fièvre diminue (37°8-38°2), mais c'est la baisse de température qui précède la mort. L'enfant meurt le 3 janvier au matin.

L'autopsie est pratiquée par MM. René Mathieu et Puente.

On trouve des ganglions trachéobronchiques petits, rouges.

Le lobe supérieur du poumon gauche est adhérent ; en essayant de le décoller, on déchire la paroi très mince d'une cavité intra-pulmonaire, creusée en plein lobe supérieur, contenant une centaine de grammes de pus jaunâtre, d'odeur fétide. La paroi est assez lisse, tapissée par du pus fluide. La cavité est close ; elle ne communique ni avec les bronches ni avec la plèvre ; elle est au-dessus de la scissure interlobaire, qui présente quelques adhérences. Il ne s'agit donc pas d'une pleurésie interlobaire, mais bien d'un abcès du poumon.

Le lobe inférieur est splénisé ; à sa surface on voit quelques taches violacées d'atélectasie.

Le poumon droit présente uniquement de l'emphysème.

Dans les autres organes on trouve des lésions infectieuses banales.

***

Ces deux malades ont donc présenté des ABCÈS DU POUMON, c'est-à-dire des collections purulentes creusées en plein parenchyme pulmonaire.

Les abcès du poumon relèvent de PROCESSUS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES variés. On peut rencontrer des abcès causés par les *amibes de la dysenterie*. Ordinairement il s'agit d'abcès causés par des microbes.

Ceux-ci arrivent aux poumons par plusieurs voies. Ils peuvent être apportés par *effraction*, dans les plaies pénétrantes du thorax, par un projectile, par exemple comme on l'a vu souvent pendant la grande guerre, ou encore quand il y a rupture, après formation d'adhérences pleurales, d'une collection suppurée de voisinage, d'un abcès du foie, par exemple.

Ils peuvent venir par *voie sanguine*, quand il se produit des embolies microbiennes, au cours des septicémies, ou des infarctus suppurés

Ils peuvent arriver par la *voie lymphatique*.

Ils peuvent venir par la *voie bronchique* et réaliser d'abord des broncho-pneumonies ou des pneumonies.

J'étudierai seulement les *abcès broncho-pneumoniques* et les *abcès pneumoniques* qui sont les plus habituels.

Les ABCÈS BRONCHO-PNEUMONIQUES et les ABCÈS PNEUMONIQUES ont longtemps été considérés comme rares. Sans être très nom

breuses, les observations se sont multipliées dans ces dernières années. On en trouve les indications bibliographiques dans la thèse de M. Pierre Coffin, soutenue à Paris en 1924, intitulée *Contribution à l'étude des abcès du poumon.*

La fréquence plus grande des cas observés tient d'abord à la pratique de plus en plus courante de l'examen radiologique du thorax. D'autre part est intervenue la grippe. Il semble qu'elle exalte la virulence des streptocoques et des pneumocoques, ou, comme le pensent MM. Letulle et Bezançon, que le virus de la grippe ait une action nécrotique sur le tissu pulmonaire. Pendant la guerre enfin, sont intervenus les gaz de combat et notamment l'ypérite ou sulfure d'éthyle dichloré, qui a associé son action à celle du virus grippal.

Chez les enfants l'abcès du poumon a été considéré comme plus rare encore que chez l'adulte. Ni dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby, ni dans *Les maladies des enfants* du professeur Hutinel, on ne trouve de chapitre consacré à l'abcès du poumon. M. Coffin, dans sa thèse, écrit : « L'abcès du poumon dans sa forme volumineuse n'existe pas chez l'enfant, et on ne rencontre guère chez lui que de petits abcès au cours de la broncho-pneumonie ».

Cette opinion est à réviser. On relève dans la littérature un certain nombre d'observations. Dans la thèse de Dercheu sont relatés cinq cas découverts aux autopsies d'enfants de 6 mois à 2 ans par MM. René Mathieu et Puente.

Les *abcès broncho-pneumoniques* se forment surtout dans les *broncho-pneumonies* de la coqueluche, de la rougeole et de la grippe.

Ils sont dus quelquefois aux *corps étrangers* des voies respiratoires, épi de blé, lentille, pois.

Des médecins des Etats-Unis, Wessler, Linah, par exemple, en 1919 et en 1921, ont signalé la fréquence des abcès du poumon à la suite de l'amygdalotomie et de l'ablation des végétations adénoïdes. Il semble que l'anesthésie complète utilisée par eux pour ces interventions joue un rôle ; elle supprime le réflexe tussigène et facilite l'introduction dans les voies aériennes de mucosités, de sang, de débris, chargés de microbes virulents. De fait, en France, où on se borne à une anesthésie superficielle et courte, on ne voit guère l'abcès du poumon.

L'*abcès pneumonique* se rencontrait surtout, disait-on, chez les vieillards, les alcooliques, les surmenés, les diabétiques. En réalité, il ne semble pas que, chez l'enfant, intervienne une prédisposition particulière de terrain.

Les LÉSIONS sont les suivantes.

L'*abcès broncho-pneumonique* est un aboutissement assez fréquent du nodule péri-bronchique. Il a été bien décrit macroscopiquement par les anciens médecins, comme Rilliet et Barthez et Barrier. Les stades successifs sont le grain jaune de Fauvel, la vacuole, due à la fusion de plusieurs alvéoles voisins, enfin le petit abcès péribronchique.

Ces *petits abcès* sont lobulaires ; ils ont le volume d'un grain de chénevis ou d'un pois ; ils communiquent avec la cavité de la bronche ; leurs parois sont irrégulières, déchiquetées ; ils contiennent un pus plus ou moins épais. Leur nombre est variable, quelquefois très grand. Ils sont profonds ou superficiels, sous-pleuraux.

Rilliet et Barthez ont signalé un type particulier : le pus entoure les ramifications bronchiques ; il forme des « traînées jaunâtres peu larges, ramifiées comme des vaisseaux » ; la surface externe des bronches, est « jaune et entourée d'un pus concret ».

L'*abcès pneumonique* peut revêtir trois types.

Le *grand abcès* est creusé en plein lobe hépatisé ; il a le volume d'une noix, d'une mandarine, voire d'une orange. Il contient un pus épais, gris verdâtre, ou brun rougeâtre, inodore ou assez souvent fétide. Les parois sont anfractueuses, déchiquetées, tapissées parfois par une membrane pyogène.

Les *abcès multiples* sont creusés dans le lobe hépatisé. Ils sont à des stades différents. Les uns ont un contenu jaunâtre ou verdâtre, ferme, d'autres un contenu partiellement ramolli, d'autres sont en partie évacués dans une bronche. Ils peuvent être confluents et prendre l'aspect aréolaire.

Le troisième type, enfin, est la *pneumonie disséquante*, décrite par MM. Hutinel et Proust, en 1882, et dont MM. Letulle et Bezançon ont repris l'étude en 1922. C'est une variété rare.

Les abcès broncho-pneumoniques et les abcès pneumoniques sont tantôt *profonds*, tantôt *superficiels*. Dans cette dernière éventualité la plèvre présente des adhérences, ou bien parfois l'abcès s'ouvre dans la plèvre ; il en résulte une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax.

Chez les nourrissons du service, dont MM. R. Mathieu et Puente ont fait l'autopsie, les abcès siégeaient deux fois dans le poumon droit, une fois dans le poumon gauche, deux fois dans les deux poumons ; ils occupaient une fois le lobe supérieur, une fois le lobe moyen, trois fois plusieurs lobes. Il s'agissait soit de grands soit de petits abcès.

Les grands abcès avaient le volume d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon. Les parois étaient irrégulières anfractueuses, parcourues de replis, de cordages déchirés. A la surface était une couche de pus jaunâtre ou verdâtre, crémeux, contenant des débris de tissu pulmonaire. La coque de l'abcès, plus ou moins épaisse, était formée par un tissu grisâtre. Autour de la coque on trouvait un parenchyme pulmonaire splénisé ou congestionné.

Quand l'abcès était superficiel, la plèvre était adhérente, ou bien il y avait une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax par perforation.

Les petits abcès, généralement multiples, étaient disséminés ou groupés ; alors plusieurs communiquaient entre eux.

Quand on trouve à l'autopsie une cavité contenant du pus, il n'est pas toujours facile de dire s'il s'agit d'un abcès du poumon ou d'une pleurésie purulente interlobaire. S'il s'agit d'un abcès on trouve la scissure interlobaire conservée ou oblitérée par des adhérences, les parois de la cavité sont déchiquetées au lieu d'être régulières et lisses.

Je ne ferai pas le diagnostic différentiel avec l'hépatisation grise, qui est parfois l'aboutissement de la pneumonie ; en réalité il n'y a pas alors d'abcès collecté ; c'est seulement la pression du doigt qui fait apparaître une cavité dans laquelle le pus se collecte.

Les *germes* trouvés dans les abcès broncho-pneumoniques sont les agents ordinaires des broncho-pneumonies, le pneumocoque, le streptocoque, le bacille de Pfeiffer, etc. Dans les abcès pneumoniques, on trouve des pneumocoques. Ceux-ci sont généralement isolés, comme l'ont constaté Zinker, Griffon, en 1896, Kieffer, dans sa thèse de 1901 consacrée à l'*Etude de la pneumonie lobaire suppurée.* Quelquefois on trouve des pneumocoques et des streptocoques. Il faut éviter de confondre le streptocoque et le pneumocoque ; ce dernier se dispose en effet fréquemment en chaînettes, pouvant entraîner une erreur de diagnostic bactériologique.

***

Poursuivons maintenant l'ÉTUDE CLINIQUE des abcès du poumon.

Les *abcès broncho-pneumoniques*, les *petits abcès* n'ont en réalité pas d'histoire clinique. On se trouve en présence d'un enfant atteint d'une broncho-pneumonie sévère, qui traîne. On en constate les signes habituels. Cependant, on entend de gros râles humides, caverneux, qui semblent indiquer un ramollissement du parenchyme. Quelquefois survient une expectoration purulente ou muco-purulente. On pense soit à des petits abcès du poumon, soit à une dilatation des bronches ; l'apparition précoce est en faveur des premiers.

Plus intéressante est l'histoire des *abcès pneumoniques*, c'est-à-dire des *grands abcès.*

Il y a des *formes occultes* ; témoin ce nourrisson dont je viens de rapporter l'observation.

Il y a des *formes avérées.*

Le *début* est celui d'une affection pulmonaire aiguë, d'une pneumonie ou d'une congestion pulmonaire. La fièvre s'élève rapidement à 39° ou 40° ; l'enfant a souvent un ou deux vomissements, un point de côté, rarement des frissons.

Puis la température se maintient en plateau à 39° ou 40°. L'enfant tousse et a une dyspnée plus ou moins vive ; il ne crache pas. Les signes physiques de pneumonie sont plus ou moins manifestes.

Ultérieurement l'évolution diffère suivant les cas. Tantôt vers le septième, huitième ou neuvième jour, la défervescence se fait, on croit la maladie terminée, puis, après huit ou quinze jours d'apyrexie ou d'état subfébrile, la température s'élève à nouveau. Il s'agit d'un abcès méta-pneumonique, comparable à la pleurésie purulente méta-pneumonique.

Tantôt, il n'y a pas de défervescence ou il se produit une fausse défervescence. L'affection se prolonge.

Dans l'un et l'autre cas, que la fièvre persiste ou reparaisse, la température, plus ou moins élevée, est irrégulière ; il se produit des poussées fébriles avec ou sans frissons et sueurs. La dyspnée, la toux, la douleur sont d'intensité très variable. Les signes physiques diffèrent.

Tantôt il y a de la matité, un souffle plus ou moins fort, des râles humides plus ou moins gros.

Tantôt, on perçoit de la submatité, une respiration faible, un souffle doux, lointain, qui font penser à une pleurésie. Quelquefois d'ailleurs une ponction retire quelques gouttes de liquide citrin.

Le malade peut mourir à cette période, avant qu'on ait pu faire le diagnostic d'abcès du poumon. Mais d'autres fois, plus souvent peut-être, survient une *vomique.*

La vomique se produit en général du quinzième au vingtième jour. Trousseau avait déjà remarqué sa précocité ; elle se fait, disait-il, au plus tard du vingtième au vingt-cinquième jour.

Ou bien c'est la grande vomique caractéristique : l'enfant ressent une douleur thoracique, est pris de quintes de toux et rejette du pus en abondance.

Ou bien, et cette éventualité est la plus habituelle, il s'agit d'une petite vomique, d'une vomique fractionnée.

Le pus est épais, jaune verdâtre ou brun chocolat. Il n'a pas d'odeur ou assez souvent est fétide.

En même temps, on constate quelquefois, en un point du thorax, les signes d'une collection hydro-aérique, du tympanisme, un souffle à timbre amphorique, du gargouillement ; c'est qu'alors l'abcès est superficiel et assez volumineux. Beaucoup plus souvent, comme l'abcès est profond, il n'y a pas de signes physiques bien nets ; on entend des râles sous-crépitants humides qui traduisent les altérations du parenchyme pulmonaire et des bronches ; la cavité reste silencieuse.

Après la vomique initiale persistent des vomiques fractionnées. Le malade rejette, deux ou trois fois par jour, des crachats nummulaires au milieu du mucus dû à la bronchite concomitante. La vomique se produit surtout le matin. Son abondance est variable. De temps en temps surviennent des périodes de rétention.

La fièvre persiste irrégulière ; l'état général s'altère plus ou moins.

Quelquefois l'abcès s'ouvre dans la plèvre ; il en résulte une pleurésie purulente, généralement enkystée, interlobaire ou de lagrande cavité, quelquefois un pyopneumothorax.

L'observation publiée en 1911 par M. Mamerto Acuña, dans *Archivos latino-americanos de Pediaria*, est un exemple intéressant de cette complication.

Un enfant de 2 ans présente des symptômes de broncho-pneumonie et d'épanchement pleural à la base gauche ; mais plusieurs ponctions sont négatives. Puis apparaissent des signes de broncho-pneumonie pseudo-lobaire du lobe supérieur gauche. Quelques jours plus tard, on constate des signes de pneumothorax gauche. La radioscopie confirme l'existence du pneumothorax et montre un poumon rétracté, ainsi qu'un peu de liquide dans la plèvre gauche. Une ponction de cette plèvre retire un peu de pus contenant des streptocoques et des staphylocoques.

L'enfant meurt seize jours après l'entrée à l'hôpital. On trouve dans le poumon gauche de la broncho-pneumonie subaiguë et de nombreux petits abcès en nids d'abeilles, aréolaires par place, ouverts dans les bronches et dans la cavité pleurale.

D'après l'opinion classique, les abcès du poumon se termineraient très habituellement par la *mort*. Celle-ci est due à la cachexie, à la septicopyohémie, à la péricardite ou à la pleurésie purulente, à des abcès du cerveau.

D'après l'opinion actuelle, la *guérison spontanée* n'est pas rare. Dans ces dernières années, on en a rapporté un assez grand nombre d'observations chez l'adulte. On en cite également quelques exemples dans l'enfance. Il se produit soit un enkystement, soit une disparition complète, qui a été contrôlée par la radiologie.

Chez le nourrisson, l'abcès du poumon, même volumineux, est généralement méconnu, ou bien on assiste à une bronchopneumonie subaiguë, avec un état grave ; ou bien le bébé présente de la fièvre, un mauvais état général, des troubles gastro-intestinaux sans symptômes pulmonaires nets. L'observation de notre second malade est un exemple de ces grands abcès du poumon qui restent occultes.

La RADIOLOGIE apporte un précieux concours au diagnostic.

Les caractères radiologiques de l'abcès du poumon ont été décrits par M. Baron et surtout par MM. Paisseau et Iser-Salomon à la *Société médicale des hôpitaux*, le 7 avril 1922. Voici ce qu'écrivent ces derniers auteurs : « Image ovalaire à grand axe vertical, cavité aérique claire dans sa portion supérieure, avec une zone inférieure obscure, hydrique, à niveau horizontal ... Limitation très nette de la cavité. Cette limitation se traduit par une ombre très dense au niveau de la poche liquide et, au niveau de la poche aérique, par une paroi à double contour très régulier qui la circonscrit avec la plus grande netteté. Cette limitation périphérique répond à la condensation du parenchyme pulmonaire qui entoure la cavité suppurative. »

Un autre caractère, enfin, c'est la localisation en plein lobe pulmonaire.

Sans la radiographie on est très embarrassé pour diagnostiquer le grand abcès pneumonique. Le DIAGNOSTIC est à faire *avant, pendant* et *après la vomique*.

Avant la vomique, on pense à une pneumonie, à une congestion pulmonaire. La persistance ou la reprise des symptômes font penser plutôt à une pleurésie purulente, généralement interlobaire, car, dans un cas comme dans l'autre, les signes physiques se localisent souvent à la partie moyenne, ou bien sont très discrets.

Quand la vomique se produit, il convient d'abord de reconnaître qu'il s'agit d'une vomique, ensuite de rechercher si la vomique est bronchique, pulmonaire ou pleurale.

La vomique peut être inodore ou fétide.

Si elle est inodore, on pense parfois à une bronchectasie, plus souvent à une pleurésie localisée et surtout à une pleurésie interlobaire.

Le diagnostic avec la pleurésie interlobaire ne repose que sur des nuances cliniques. Mais la radioscopie et la radiographie élucident le problème.

Voici des radiographies, que m'a remises M. Duhem d'un enfant de 20 mois et d'une fille de 4 ans, atteintes de pleurésies interlobaires. En les comparant aux radiographies de notre jeune garçon, on se rend compte des différences. Dans la pleurésie interlobaire l'ombre forme une bande transversale, en fuseau à grand axe horizontal, limitée par des lignes plus ou moins convexes ; cet aspect s'oppose à l'ovoïde vertical de l'abcès du poumon.

Si la vomique est fétide, on pense soit à une bronchite fétide, soit à une gangrène pulmonaire ; mais, dans la gangrène, la fétidité estbeaucoup plus grande et plus précoce, l'état général est plus grave que dans l'abcès du poumon. Chez notre malade, la fétidité n'a été perçue que vingt-quatre heures après le début de la vomique.

On peut penser encore à une pleurésie putride ;

bien rarement celle-ci est enkystée et se vide par vomique.

A Paris, nous n'avons guère à discuter le diagnostic avec le kyste hydatique suppuré du poumon ou avec les abcès amibiens.

Quand la vomique se prolonge sous forme fractionnée, la confusion est à éviter avec une pleurésie purulente localisée et avec une broncho-pneumonie subaiguë, entraînant la formation de bronchectasies.

***

Le TRAITEMENT de l'abcès du poumon est d'abord *médical*. On a conseillé des injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'huile camphrée, eucalyptolée ou goménolée ; les inhalations de vapeur d'eau additionnée de teinture d'eucalyptus ou de benjoin. On peut faire, suivant notre pratique, des inhalations d'oxygène, qui a barboté dans de l'huile goménolée à 20 p. 100. Contre la fétidité on prescrit de l'hyposulfite de soude.

On pourrait pratiquer des injections de sérum ou de vaccin anti-pneumococcique.

Comme traitement local, on a proposé des injections intra-trachéales d'huile goménolée à 5 ou 10 %.

On a parfois pratiqué le *pneumothorax thérapeutique*.

MM. Balloni et Churchill ont publié en 1924 l'observation d'une fille de 8 ans, qui, quatre jours après une amygdalotomie pratiquée sous anesthésie à l'éther présenta un peu de fièvre. Le onzième jour, surviennent un frisson, un point de côté gauche, une toux sèche, des vomissements ; la fièvre s'élève à 40° ; l'état général est sérieux. Le seizième jour, cinq jours après le frisson, l'enfant ressent un violent point de côté, est prise d'accès de toux et expectore 60 gr. de crachats purulents brunâtres. La radiographie montre une cavité à la base gauche. On diagnostique un abcès du poumon, ouvert dans une bronche.

La fièvre tombe, mais l'expectoration persiste ; l'enfant rejette jusqu'à 200 gr. de pus par jour. Le vingtième jour, la fièvre a repris, la température est élevée, l'état général grave. On pratique un pneumothorax ; on injecte dan la plèvre 400 cmc. d'air. Le lendemain la défervescence se fait, l'expectoration diminue, l'amélioration se poursuit progressivement et la malade guérit.

Quand au *traitement chirurgical*, il n'a que rarement ses indications.

On a parfois pratiqué la *pneumotomie*.

Pozzato, en 1914, a rapporté l'observation d'un enfant de 8 mois chez lequel il diagnostique un abcès pulmonaire, non ouvert dans les bronches; il pratique la pneumotomie ; l'enfant guérit. Il convient de remarquer, avec l'auteur, l'existence de fortes adhérences pleurales qui ont permis la guérison. Il faut en effet craindre l'ensemencement de la plèvre, quand on ouvre un abcès du poumon.

Lorsque l'affection se prolonge, que l'abcès se vide mal par les bronches, on a proposé diverses interventions pour amener la compression du poumon. Les résultats sont, en général, médiocres.

***

Le garçon de 11 ans, que je viens de présenter, réalise un exemple de grand abcès du poumon à pneumocoques. A-t-il eu au début une pneumonie ou une simple congestion pulmonaire ? Je ne saurais préciser, puisque nous ne l'avons vu qu'au huitième jour de la maladie. A ce moment, on pouvait penser à une pneumonie, mais la lecture attentive de la radiographie montre une image indiquant déjà la formation d'un abcès. La fièvre se prolonge. Le dix-huitième jour, survient une vomique purulente ; le lendemain on constate de la fétidité de l'haleine et de l'expectoration. On discute l'existence d'une bronchite fétide, d'une gangrène pulmonaire, d'une pleurésie fétide interlobaire, d'un abcès du poumon,

La radiographie permet de reconnaître un abcès du poumon ; cet abcès est dû au pneumocoque, qui existe seul dans le pus. La vomique est suivie d'une amélioration progressive ; à partir du vingt-quatrième jour s'installe l'apyrexie ; l'expectoration et la fétidité diminuent puis disparaissent, les signes physiques régressent ; l'état général reste d'ailleurs toujours assez bon. L'amélioration se fait spontanément, car on ne peut guère attribuer une grande influence aux injections de sérum antigangréneux, commencées alors qu'on pouvait soupçonner une gangrène du poumon.

Actuellement l'enfant peut être considéré comme très amélioré, sinon comme guéri. En tout cas, la radiographie montre la disparition de la poche à contenu liquide et gazeux.

Ce cas est à ajouter à ceux qui ont été publiés de grands abcès du poumon à pneumocoques, qui guérissent sans intervention thérapeutique active.

LA GASTROSCOPIE (1)

Dr Jean RACHET,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pénétrer instrumentalement dans les organes creux, directement accessibles, les soumettre à la vision directe ; les explorer ainsi du regard, en déterminer la forme, les différents aspects, les anomalies, n'est-ce pas reculer considérablement les limites de l'investigation clinique, en multiplier la précision et l'exactitude, et permettre au diagnostic de s'asseoir sur des bases infiniment rigoureuses ?

C'est pour avoir compris l'intérêt puissant de l'endoscopie que d'avisés inventeurs ont introduit, dans l'arsenal d'exploration, le cystoscope le rectoscope, l'œsophagoscope. Si la gastroscopie n'a pas fait des progrès aussi rapides, c'est parce que tout autre est l'introduction d'un tube, dans un conduit comme le rectum, l'œsophage, ou dans une cavité sphérique, régulière médiane, symétrique, comme la vessie, introduction qui se fait sous le contrôle de la vue ; tout autre est l'introduction de ce même tube dans une poche irrégulière, anfractueuse, mobile sans cesse avec les positions du sujet, variable d'un sujet à l'autre, et dans laquelle on accède par un conduit long et de trajet brisé et sinueux depuis les arcades dentaires jusqu'au cardia.

Cependant, nombreux sont les appareils proposés pour la gastroscopie, depuis Kussmaul qui, en 1868, pratique la première de ces explorations, en passant par Trouvé, Mikulicz, Collin, Stein, Nitze, Kelling, Kuttner, Chevallier-Jackson, Sussmann, Loening et Stiada, Elsner, Schindler, Sternberg, pour arriver au gastroscope de Bensaude.

Cet appareil se compose de trois parties : le corps, l'extrémité inférieure contenant l'objectif et la lampe, et l'extrémité supérieure comprenant l'oculaire, l'appareil d'insufflation et le contact électrique. Sa longueur totale atteint 68 cmc. ; son calibre répond au n° 27 de la filière Charrière. Il est muni en outre d'un fil conducteur métallique demi-souple (corde à piano) terminé par une olive métallique et qui doit être dégluti préalablement par le patient. « Quand le fil est dégluti, il est confié à un aide qui le maintient en place durant tout l'examen ; l'extrémité du fil est alors passée à travers le canal de guidage de la tête du gastroscope et l'on peut ainsi, sans difficulté, sans heurts, faire progresser à travers l'œsophage le tube rigide glissant sur ce fil conducteur. Aidé dans sa progression, le gastroscope trouve aisément sa route et franchit facilement les obstacles qui le séparent de la cavité gastrique ».

La gastroscopie demeure une méthode d'exception, réservée à certains cas bien particuliers, qui ne doit être envisagée qu'après toutes les autres et précéder seulement ou remplacer la laparotomie exploratrice. Elle ne permet d'ailleurs d'explorer que partiellement la cavité gastrique, de telle sorte qu'un examen négatif n'autorise aucune conclusion pratique.

La gastroscopie doit être pratiquée après un examen général et local minutieux. Il est préférable de paraître sévère dans ses contre-indications plutôt que de courir un risque grave dont la perforation œsophagienne reste le plus redoutable. Elle sera précédée d'une anesthésie locale du carrefour pharyngo-laryngo-œsophagien et d'une injection sédative de morphine-scopolamine.

La position recommandée est le décubitus latéral gauche, sans inconvénient pour l'introduction du tube et qui facilite l'orientation gastrique. Les étrois étapes de l'opération sont l'introduction dont le temps difficile est le franchissement de l'œsophage abdominal ; l'orientation dans l'estomac, et la vision. Les conditions de la vision sont l'insufflation qui décolle la muqueuse du contact de l'appareil, le franchisse ent du pas pancréatique, la neutralisation d relief vertébral et la faux intragastrique de la petite courbure.

La gastroscopie permet surtout de rechercher le pylore et la petite courbure. A cet égard, elle doit faire accomplir de grands progrès au diagnostic de l'ulcère récent, échappant au contrôle radiologique. Elle aide à préciser les lésions péri-ulcéreuses de gastrite et l'état des tissus environnant l'ulcère. En outre, elle facilitera l'étude des gastrites, encore si confusément connues et en amènera sans doute une nouvelle classification.

En résumé, c'est une méthode qui promet d'être féconde en résultats, mais qui exige une grande prudence et des recherches encore nombreuses pour en préciser la valeur ; elle ne doit en aucun cas supplanter les autres méthodes d'investigation, et c'est par l'accumulation des faits cliniques qu'elle prendra droit de cité en pathologie digestive.

Tel est, brièvement résumé, l'essentiel de cet important travail inaugural qui dénote, de la part de son auteur, une patiente volonté, une attention soutenue, guidées par une intelligence infiniment déliée et appliquée à la recherche

(1) G. Doin, éditeurs, Paris.

de la perfection dans les expériences anatomiques et physiologiques, tant sur le cadavre que sur le vivant, pour arriver à préciser le maniement du gastroscope. Il dénote en outre une connaissance approfondie de la clinique, grâce à laquelle l'emploi pratique, au profit des malades, est défini avec une prudence et un esprit avisé qui font honneur à sa sagacité.

De nombreuses planches, dont quelques-unes en couleur, rendent infiniment compréhensif un texte clairement exprimé et augmentent l'intérêt de cette thèse.

Si j'ajoute que Jean Rachet est le fils de mon vieil ami P.-A. Rachet, qu'il fut le camarade de collège et l'ami de mon fils, j'achèverai de révéler les sentiments dans lesquels j'ai lu et analysé cet ouvrage, et où l'estime pour le jeune praticien s'appuie sur la sympathie profonde pour le concitoyen et l'ami.

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Un cas de môle vésiculaire.

Le Dr Mayer rapporte un cas de môle vésiculaire (ou hydatiforme), qui offre cette particularité de reproduire de façon vraiment typique les caractères classiques de cette affection. Les trois symptômes les plus marquants de cette altération existaient ici : pertes séro-sanguinolentes depuis 3 mois, développement exagéré de l'utérus qui atteignait l'ombilic, état cachectique se traduisant par un abaissement du nombre de globules rouges tombé à 2.520.000.

Chez une femme, enceinte de 4 moi s 1 /2, les hémorragies continues ne cédant pas même au tamponnement, on pratiqua un curettage, qui ramena une masse polykystique dont le microscope démontra qu'il s'agissait d'un môle hydatiforme. (*Bruxelles médical*, 15 novembre 1925.)

Les respirateurs buccaux.

D'après le Dr F. Watry, la respiration buccale, étudiée plus particulièrement chez les enfants, n'est pas une simple suppléance fonctionnelle ; c'est le plus souvent un des plus importants symptômes d'un profond déséquilibre morpho-fonctionnel en relation étroite avec les grands problèmes des troubles du développement et notamment du rachitisme.

Ce complexe pathologique doit être combattu par un complexe thérapeutique en extrême relation avec le traitement des grands syndromes de pathologie infantile. Celui-ci comporte essentiellement : une attitude préventive qui prend ses bases dans l'étude de l'hérédité, des habitudes vicieuses, des conditions de vie utra-X-
habitudes vicieuses, des conditions de vie intra-utérine, des prédispositions aux dysmorphoses liées au terrain ; un traitement curatif consistant en une association des divers agents physiologiques, parmi lesquels doit prendre place l'orthopédie maxillaire, la gymnastique respiratoire, et, dans les cas de rachitisme, la photothérapie. (*Bruxelles médical*, 22 novembre 1925.)

Les rachitomies.

Quand la poche des eaux est rompue depuis un certain temps, que l'utérus est vide de liquide et que ses parois rétractées gantent étroitement une présentation transversale, le corps fœtal pour ainsi dire plié en deux, toute manœuvre intempestive fait courir le risque d'une rupture utérine ; il faut sectionner le fœtus en deux tronçons extraits successivement : tel est l'objet des rachitomies, qui sont toujours pratiquées sous anesthésie.

Voici à leurs sujet quelques recommandations intéressantes, que fait le Pr Delmas.

Une connaissance rigoureusement précise de la position du fœtus, auquel on va s'attaquer, est nécessaire ; en effet celui-ci exige des précautions différentes suivant les trois étages qu'il peut occuper ; les risques sont croissants selon que la région à sectionner occupe le corps utérin, le segment inférieur ou l'excavation.

Dans le premier cas, l'anneau de Bandl est au-dessous de la présentation et le segment inférieur est vide ; au niveau de la région sous-hyoïdienne, l'embryotomie-guillotine de Tarnier est introduit ; par section du cou, il obtient deux segments : le tronc extrait en tirant sur le membre supérieur préalablement abaissé, la tête entraînée au dehors en se servant du maxillaire inférieur comme anneau de traction.

Dans la deuxième éventualité, le fœtus est descendu plus bas ; l'épaule qui figure le point déclive d'un U majuscule, occupe la moitié supérieure de l'excavation.

L'accès plus facile du cou permet d'opérer sous le contrôle de la main avec les simples ciseaux de Dubois ; mais il faut agir avec grande prudence pour éviter tout ébranlement du segment inférieur ; au moyen d'un lac fixé au bras, on empêche le fœtus de remonter.

Enfin, le corps fœtal a essayé vainement une évolution spontanée sous la poussée utérine ; il est infléchi au maximum, en forme de V majus-

cule, dont le point déclive obstrue l'excavation, où il ne reste guère de place pour manœuvrer. Un aide fixe le corps à travers la paroi abdominale ; des valves vaginales sont nécessaires, ou plus simplement le spéculum du type Collin, pour exposer largement le vagin ; puis la paroi du tronc est incisée aux ciseaux, et par la brèche les organes splanchniques, morcelés au besoin, sont extraits ; on sectionne le rachis pour sortir les fragments du tronc, et on termine par la tête. (*Le Languedoc médical*, 10 décembre 1925.)

Le retentissement des affections dentaires sur l'état général.

Les manifestations générales sont surtout dues à la pyophagie, à la bactériophagie, à la toxinophagie, et elles sont le résultat de lésions ouvertes dans la voie buccale, ou bien d'affections siégeant en cavité close.

Très rationnellement, F. Nidergang estime que, sans pousser à l'exagération et sans faire comme certains auteurs étrangers, qui voient dans cette région bucco-dentaire l'origine de toutes les affections dont souffre l'humanité, il est nécessaire de constater l'existence de cette cause d'infection et surtout de ne pas oublier le rôle très important qu'elle joue et qu'elle jouera dans la pathologie : gastrite septique, plutôt anachlorhydrique ; entérites, infections du foie et du pancréas, spirochétoses respiratoires stomatogènes : septicémies diverses, etc. (*L'Hôpital*, novembre 1925-B.)

Thiosinamine et soufre en thérapeutique.

La thiosinamine est une combinaison de l'ammoniaque avec l'essence de moutarde ou isosulfocyanure d'allyle. C'est, d'après le Dr Armingeat, un antiscléreux en thérapeutique, car elle gonfle, ramollit, assouplit les tissus durs d'ordre pathologique ; son avantage est de permettre le traitement mécanique des tissus fibreux qu'elle ramollit ; mais il faut savoir, à titre de contre-indications, qu'elle peut désorganiser les cicatrices fragiles.

Si on attribue à ce médicament des accidents ou des insuccès, c'est qu'on l'emploie parfois d'une manière inconsidérée ; or il demande à être utilisé à doses modérées quelquefois pendant longtemps. Les solutions alcooliques sont parfois douloureuses ; le meilleur type de préparation est la solution dans l'antipyrine à 5 % ; elle est d'une stabilité parfaite, complètement indolore et permet d'injecter les doses les plus modérées, parfois suffisantes.

La thiosinamine possède en outre une activité générale, grâce à son composant soufre, combiné et non oxydé, alors que les préparations habituelles du soufre plus ou moins colloïdal sont inactives, le soufre serait un remarquable catalyseur au point de vue chimique. (A. Legrand, édit., Paris, 1925.)

Le traitement de la pleurésie septique à streptocoques par le filtrat-vaccin streptococcique.

Il est actuellement admis que, aussitôt l'épanchement pleural cliniquement décelé, une ponction exploratrice s'impose ; un examen microscopique après coloration démontre ou bien qu'il s'agit d'une exsudation pleurale réactionnelle, sans pleurésie proprement dite (polynucléose sans germes) ; d'autres fois la présence de streptocoques, et dès lors le pronostic est très grave.

Dans ce second cas, il convient de retarder la pleurotomie jusqu'à ce que le liquide pleural ait pu être stérilisé, en faisant encore s'il est nécessaire une ou plusieurs ponctions évacuatrices.

Une pleurotomie précoce entraînerait une exsudation encore plus grande, et le malade pourrait succomber à une véritable saignée blanche ou à une cachexie séreuse suraiguë, ou à une défaillance cardiaque.

La seule conduite efficace consiste à soutenir l'organisme dans sa lutte anti-infectieuse jusqu'à ce que les phénomènes inflammatoires se soient atténués, que la fièvre accuse une rémittence suffisante (38°5 à 38°) et que le pus pleural soit constitué.

Laissant de côté la médication symptomatique habituelle des infections graves (enveloppements froids, glace sur la région précordiale, toni-cardiaques, diurétiques, etc.), il faut signaler l'excellente méthode à laquelle MM. Rieux et Clavelin se sont arrêtés pour stériliser le pus par les injections intra-pleurales de bouillon-vaccin streptococcique filtré pur ; faites à la dose de 100 à 150 cmc., elles sont renouvelées au bout de 18 à 24 h., bref tous les jours si la maladie est grave, tous les deux jours pour une forme moyenne, tous les 3 jours pour une forme légère. La plèvre est vidée par thoracentèse aussi souvent qu'il est nécessaire. Tous les 3 jours on fait une injection sous-cutanée de vaccin streptococcique, et même de la sérothérapie antistreptococcique.

Quand la température s'abaisse à 38°, que le pouls s'améliore, on pratique seulement la pleurotomie ; celle-ci est faite au point déclive de l'épanchement, déterminé par les ponctions exploratrices, le plus arrière possible ; avec résection, sur une longueur de 8 cent, de la 9e ou 10e côte. Après avoir vidé et écouvillonné la cavité, on met 2 ou 3 gros drains, qui doivent être très courts (épaisseur de la paroi) afin de ne pas gêner l'accolement des feuillets pleuraux, comme le font souvent des drains trop longs. La disparition de la poche pleurale est grandement facilitée par le lever précoce du malade et les exercices respiratoires.

Cette technique est très importante à suivre

pour obtenir une cicatrisation rapide et éviter les fistules pleurales. Sur 11 pleurésies purulentes, traitées par le filtrat, 9 guérisons et 2 décès.

Les décès sont de moitié moins nombreux qu'auparavant ; certains malades ont été cicatrisés moins de trois semaines après la pleurotomie, et leur départ de l'hôpital s'est effectué, dans la majorité des cas, 5 à 6 semaines après l'intervention.

Bref, cette méthode de traitement réunit le maximum de chances d'éviter la fistule pleurale, dont le traitement est difficile et souvent si aléatoire. (*Journal des Praticiens*, 19 décembre 1925.)

Action de diverses opérations sur la fonction menstruelle et sur les fonctions connexes.

D'après le Dr H. Vignes, après un curettage, la première menstruation est retardée d'un mois environ. Les opérations plastiques par voie vaginale, les périnéorraphies déclanchent, de temps à autre, la venue très prématurée des règles, et parfois des métrorragies profuses. Une laparotomie, ne menant pas sur la zone génitale, peut être suivie d'une apparition précoce des règles. Il arrive, après castration unilatérale, que la menstruation suivante fasse défaut, exceptionnellement l'aménorrhée peut être permanente par manque de fonctionnement de l'ovaire restant.

Après les affections sur les annexes, on voit une fois sur cinq se produire des métrorrhagies.

Il est difficile de savoir si les femmes, ayant subi l'hystérectomie avec conservation des ovaires, ayant donc le bénéfice de la sécrétion interne ovarienne sans être réglées, sont mieux portantes que les femmes ayant subi l'ablation totale des organes génitaux.

D'autre part, on sait que les femmes ayant subi une extirpation plus ou moins complète de leur ovaire, et ayant conservé leur utérus, et donc leur menstruation, ne présentent pas les accidents attribués à l'absence des ovaires. Aussi, certains auteurs, en cas de fibrome, conservent-ils, en plus des ovaires, une portion de la muqueuse utérine.

Considérant enfin qu'il suffit d'un fragment d'ovaire peu important pour assurer la menstruation, des chirurgiens se sont employés de leur mieux à extirper les parties morbides de l'ovaire et à en conserver les zones saines. (*Le Progrès médical*, 30 novembre 1925.)

L'incompatibilité sanguine fœto-maternelle est-elle la cause de l'éclampsie ?

A cette question, MM. V. Cathala et H. Le Rasle, se basant sur leurs observations cliniques, sur leurs recherches anatomo-pathologiques, expérimentales et biologiques, répondent que si, au cours de la grossesse, on trouve dans 15 à 20 % des cas une agglutination des globules rouges du fœtus par le sérum de la mère, il n'est pas possible de rapporter à cette incompatibilité sanguine les complications de la gestation telles que : albuminurie, éclampsisme, éclampsie et apoplexie utéro-placentaire, car, dans la majorité des observations d'accidents gravidiques, il n'y a pas incompatibilité entre le sang de la mère et celui de l'enfant.

D'ailleurs, cette théorie pathogénique ne permettrait pas d'expliquer la guérison de l'albuminurie gravidique par le régime lacté, lequel n'a pas le pouvoir de changer le groupe sanguin des femmes enceintes, ni l'éclampsie post-partum dont l'apparition tardive ne peut être attribuée à un mélange des sangs de la mère et de l'enfant, car les accidents de transfusion surviennent toujours immédiatement, et l'on ne conçoit pas leur explosion plusieurs heures ou plusieurs jours après l'expulsion du fœtus.

La pathogénie de l'éclampsie reste donc toujours obscure, et elle ne peut être attribuée à l'incompatibilité sanguine fœto-maternelle. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 25 octobre 1925.)

L'azoospermie essentielle congénitale chez les israélites marocains.

P. Remlinger a pu observer six cas de ce genre, chez de jeunes hommes de 25 à 35 ans, qui, étonnés après plusieurs années de mariage de ne pas avoir d'enfants, avaient tout d'abord soumis, sans résultat, leur partenaire à l'examen de la sage-femme ou du médecin. Le sperme fraîchement recueilli était généralement plus clair, plus liquide, moins visqueux, moins grumeleux qu'à l'état normal. Au microscope, quelques rares cellules pavimenteuses ou cristaux de phosphate de magnésie ; aucun spermatozoïde ou débris de spermatozoïde, si altéré fût-il ; ni lymphocytes, ni polynucléaires, pas de globules rouges.

L'examen somatique approfondi ne révélait rien d'anormal ; aucun antécédent non plus de syphilis, de blennorrhagie, de maladies infectieuses, de traumatisme local, etc. On était dès lors amené à considérer comme idiopathique et congénitale cette azoospermie. Peut-être la consanguinité, fréquente chez les israélites, encore que peu satisfaisante, pourrait-elle fournir l'explication la plus vraisemblable de ce singulier état pathologique ? (*Maroc médical*, 15 octobre 1925.)

Sur l'origine fréquemment ascaridienne de la diarrhée nocturne.

Le Dr E. Baltus a observé bien des fois la relation qui existe entre la présence des asca-

rides et la diarrhée exclusivement nocturne, ce qui lui a valu des succès thérapeutiques immédiats dans des cas demeurés rebelles aux médications ordinaires. Chez les enfants de tout âge et chez des adultes, la diarrhée principalement, mais surtout exclusivement nocturne, doit faire penser à la présence des vers intestinaux. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 15 nov. 1925.)

Exploration fonctionnelle du pancréas par examen du suc pancréatique obtenu par la sonde duodénale après injection d'éther.

MM. Marcel Labbé, F. Nepveux et L. Addersberg confirment que, pour obtenir un liquide pancréatique complètement décoloré, il y a intérêt à épuiser préalablement le contenu de la vésicule biliaire par des injections répétées de sulfate de magnésie. En pratique une seule injection suivie d'un épuisement longtemps poursuivi suffit généralement. Ceci prouve que l'excitation de la sécrétion pancréatique n'est pas strictement spécifique.

On la déclanche habituellement avec 4 cmc. d'éther, sans accidents sérieux, à la condition de mettre deux à cinq minutes pour les introduire. De petits filets de sang rouge apparaissent presque toujours dans le liquide pancréatique, à la suite de l'excitation congestive provoquée par l'éther, d'où une contre-indication pour les suspects d'ulcère.

Le liquide pancréatique diminue nettement de quantité dans les affections qui détruisent anatomiquement la glande (cancer de la tête), dans les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques, kystiques, lithiasiques.

Les trois cas observés par les auteurs où le taux de l'activité fermentative était nettement et simultanément (pour les deux ferments) diminué, sont : *a*) infiltration cancéreuse du corps du pancréas ; *b*) deux sujets atteints de diabète grave avec dénutrition azotée.

Des diminutions moins marquées, mais cependant à peu près constantes, ont été constatées dans les cas de diabète sans dénutrition, même bénins.

La quantité de liquide pancréatique retiré après l'épreuve de Katsch n'a d'importance que dans les cas grossiers comme le cancer ou l'obstruction des voies pancréatiques. Le temps de l'apparition du liquide semble peu importer.

A noter l'importance unanimement admise de la méthode dans le diagnostic du cancer de la tête du pancréas et des scléroses et lithiases complètes de l'organe. On admet aussi la valeur de l'épreuve pour mettre en lumière les petites insuffisances pancréatiques dans le diabète, dans les inflammations aiguës ou chroniques de la glande, et même dans certains troubles fonctionnels ou réflexes, qui ne peuvent être décelés par les méthodes d'exploration directe. (*Archiv. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, novembre 1925.)

De l'occlusion intestinale chez les prostatectomisés.

C. Gayet a fréquemment observé des phénomènes de parésie intestinale consécutifs à des opérations sur l'appareil urinaire en général, et en particulier, à la prostatectomie : d'où obstruction intestinale prenant parfois des proportions véritablement menaçantes, pouvant nécessiter une intervention.

L'auteur rapporte notamment une observation intéressante, car les accidents ont débuté sous le masque de troubles urémiques, la déficience rénale s'étant traduite par une oligurie constante depuis l'opération ; il y avait cependant occlusion vraie, manifeste, de tout un segment de l'intestin avec bride, sillon, et délimitation très nette entre la partie dilatée et la partie affaissée.

Il faut donc surveiller particulièrement les prostatectomisés à ce point de vue : combattre l'atonie intestinale systématiquement, en même temps que l'urémie, et ne pas hésiter à pratiquer l'anus cæcal, où toute autre intervention contre l'occlusion : appendicostomie, entérostomie. On peut ainsi sauver le malade, en lui donnant le seul moyen de prolonger la lutte contre l'urémie et de gagner peut-être la bataille. (*Lyon médical*, 25 octobre 1925.)

Les instillations intra-utérines de solution de chlorure de zinc dans le traitement des métrorragies.

C'est la méthode de Delbet, dont la technique est des plus simples. Trois ou quatre instruments usuels : un spéculum, une pince à pansements, une pince à col (pour le cas rare où il faut redresser l'utérus), une seringue à instillations intra-utérines (seringue de Braun). Une solution de chlorure de zinc, au taux de 10 à 20 % d'après L. M. Pierra. Le spéculum est mis en place, le col nettoyé, la seringue chargée d'un à deux cent. cubes de la solution. Sans dilatation préalable, on introduit la seringue jusqu'au fond de l'utérus (dont on a pu au préalable repérer les dimensions à l'hystéromètre) ; puis on la retire légèrement (d'un 1/2 centimètre) ; on commence alors à pousser l'injection en retirant au fur et à mesure la seringue, de manière que les dernières gouttes de l'instillation soient déposées au niveau de l'orifice interne du col et même dans celui-ci. Il suffit alors de bien essuyer le col, dont s'écoulent parfois de légères mucosités rendues blanchâtres par le contact du caustique, et de placer sur celui-ci un tampon un peu épais, afin de prévenir toute brûlure ultérieure de la muqueuse vaginale.

L'efficacité de cette méthode n'est guère contestable ; l'auteur y a recours toutes les fois que les hémorragies n'ont pas à leur origine un avortement incomplet.

Il arrive parfois que surviennent des douleurs, non pas insupportables, mais assez vives pour que que la malade refuse de continuer le traitement. Mais on peut les éviter, et les instillations sont d'autant mieux supportées que l'intervalle est plus étendu entre chacune d'elles. L'auteur ne pratique la deuxième et la troisième instillation que 8 à 10 jours après la précédente, et pour les suivantes il attend encore 5 à 6 jours. Avec cette précaution, et sans dépasser au total 6 à 8 instillations, soit 30 à 40 jours de traitement, il a eu des résultats constamment heureux. C'est la méthode de choix dans toutes les métrites hémorragiques autres que celles liées à la rétention des débris ovulaires. (*L'Evolution médico-chirurgicale*, octobre 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les génalcaloïdes.

(MM. Surmont et Michel Polonovski, de Lille. — *Académie de médecine* ; 6-4-1926.)

MM. Max et Michel Polonovski ont présenté l'an dernier à l'Académie des Sciences un travail sur une série de produits particuliers, dérivés des alcaloïdes, qu'ils ont nommés *génalcaloïdes*. Ces substances sont obtenues en bloquant la fonction basique de l'alcaloïde par de l'oxygène, transformant un alcaloïde basique en un oxyde d'alcaloïde. La perte de la basicité aurait pour résultat physiologique de diminuer notablement la toxicité de l'alcaloïde sans modifier ses propriétés thérapeutiques.

MM. Surmont et Michel Polonovski ont eu l'occasion d'attirer déjà l'attention sur un de ces produits : la *génésérine*. Ils font aujourd'hui une communication sur l'emploi d'un autre de ces nouveaux agents, la *génatropine*, en pathologie digestive.

La génatropine constituerait une atropine à toxicité notablement diminuée, à pouvoir thérapeutique suffisamment conservé ; son maniement est ainsi rendu plus aisé, en même temps que ses inconvénients sont atténués. Par voie buccale, les auteurs ont couramment prescrit les doses de 1 milligramme 1/2 à 6 milligrammes par jour, pendant huit à dix jours de suite, sans aucun ennui pour les malades. Il s'est agi d'adultes, à l'habitude très sensibles à la belladone et à l'atropine. On aurait là une posologie assez large, maniable, l'arrêt du médicament pouvant être facilement fait lorsqu'apparaissent certains signes bien connus (sécheresse de la gorge, légers troubles de la vue) de l'atropinisme.

En clinique, les auteurs ont donné la génatropine, contre les entéralgies (un demi-milligramme suffit en général), dans la constipation spasmodique (trois milligrammes *pro die* sont souvent nécessaires), chez les colitiques, etc.

Suppression des douleurs post-opératoires par la génoscopolamine.

(M. O. Lambret, de Lille. — *Société de Chirurgie* ; 3-3-1926.)

On connaît les indications et les usages fréquents en chirurgie opératoire de la scopolamine, que l'on injecte avant l'intervention, comme adjuvant de l'anesthésie.

Transformant la scopolamine basique en oxyde de scopolamine pour obtenir un génalcaloïde, MM. Polonowski ont préparé une génoscopolamine offrant les avantages déjà signalés dans le travail de M. Surmont : moindre toxicité, activité conservée, plus grande maniabilité.

M. Lambret a eu recours à cette génoscopolamine pour supprimer les douleurs post-opératoires, chez une centaine d'opérés. Les résultats lui sont apparus extrêmement favorables. L'injection pré-opératoire de 3 milligr. de géno-scopolamine et de 1 centigr. 1/2 de morphine plonge les malades dans un assoupissement moins prononcé que celui procuré par la scopolamine, mais très suffisant. Les patients restent assoupis et somnolents pendant 4 à 8 heures après l'intervention, c'est-à-dire dans les moments les plus pénibles.

Bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales au moyen de la paratuberculine du bacille de Johne.

(M. Louis Bazy. — *Société de Chirurgie* ; 17-3-1926.)

Les bacilles para-tuberculeux sont d'ordinaire des germes uniquement saprophytes et se distinguent, entre autres particularités, par l'abondance et la rapidité de leurs cultures sur les milieux usuels. Le bacille de Johne est un paratuberculeux, mais différent des germes du même groupe en ce qu'il est pathogène et cultive mal. Il provoque dans l'espèce bovine une entérite spéciale.

Ce bacille sécrète une paratuberculine qui, chez le paratuberculeux, se comporte comme la tuberculine chez le tuberculeux. Au point de vue de la spécificité, il semble bien exister un noyau commun entre le bacille de Johne et le bacille de Koch. Des expériences en cours ont montré à M. Vallée que l'inoculation du germe paratuberculeux de Johne, en excipient irrésorbable, pouvait prémunir les bovidés non seulement contre l'entérite paratuberculeuse, mais encore contre la tuberculose vraie.

Partant de là, M. Louis Bazy a eu l'idée de tenter

un nouvel essai de bactériothérapie des tuberculoses chirurgicales au moyen de la paratuberculine du bacille de Johne. Il a obtenu à ce jour des effets encourageants que des études ultérieures permettront de fixer plus rigoureusement.

Psychisme et malformations utérines.

(M. Petit de la Villéon. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-2-1926.)

M. Petit de la Villéon a opéré une femme de 40 ans pour hernie inguinale bilatérale. Il trouva dans chaque sac un ovaire et une masse de tissu utérin. L'utérus était resté à l'état de deux moignons, l'un et l'autre ectopiés en compagnie de l'ovaire correspondant.

M. Petit de la Villéon a noté, en outre, chez sa malade, un psychisme particulier. L'appétit sexuel de cette femme est formidable. Voluptueuse, au regard passionné, elle a le désir de l'homme, désir toujours inassouvi. Mariée, elle est entraînée à des aventures extra-conjugales sans nombre. On la voit, le soir, se mêler aux rodeuses, dont elle envie le métier, se livrant à un homme, puis un autre..... Entre ce psychisme spécial et les malformations utérines rencontrées ici, y a-t-il ou non une relation quelconque ?

— M. Chartier croît que l'hyperexcitabilité sexuelle est souvent en rapport avec des troubles endocriniens. Elle est fréquente chez les basedowiennes.

— M. Peugniez a eu l'occasion d'enlever l'utérus chez une nymphomane qui, à l'instar de la malade de M. Petit de la Villéon, faisait le désespoir de sa famille et de son mari. L'opération fut suivie d'une transformation du psychisme de la malade, dont l'état d'embrasement se calma.

— M. A. Marie pense, comme M. Chartier, que le substratum endocrinien de certaines hyperexcitabilités sexuelles est indubitable. On peut en juger par la fréquence de l'hypersexualité de quelques femmes àla ménopause (comme de quelques hommes aussi). On en peut juger également par le lyrisme génital de certaines anovariques opératoires. Pozzi avait signalé ces cas à Zola qui les décrivit dans « Fécondité ». M. A. Marie a observé des délires érotiques ou des hallucinations génitales dans l'anovarie.

A propos des indésirables.

(M. A. Marie. — *Société de médecine de Paris* ; 12-2-1926.)

M. A. Marie donne quelques chiffres intéressants sur les étrangers délinquants arrêtés.

Au petit parquet, sur une moyenne de 20.000 inculpations, on compte un tiers d'étrangers. L'Infirmerie spéciale qui reçoit par an 1.700 aliénés recueillis sur la voie publique a abrité en 1925, 294 étrangers, soit 20 %. A la Petite-Roquette, l'effectif est, en ce moment de 448, dont 1/5e d'étrangers. A Saint-Lazare, sur 880 femmes incarcérées, 200 étaient étrangères. A Fresnes, la prison loge 1/5e d'étrangers. A la Santé, le chiffre s'élève presque au tiers.

La France, ajoute M. A. Marie, n'a jamais attendu pour venir en aide aux étrangers malheureux, mais ils sont maintenant trop nombreux pour ses moyens. Pour pallier à la surcharge de frais que nous occasionne cette situation, il conviendrait, entre autres choses, de développer les hôpitaux et établissements d'assistance installés chez nous par divers pays (hôpital américain, hôpital franco-russe, hôpital Rothschild, hôpital espagnol — qui va s'ouvrir — maisons d'assistance italiennes, etc.).

Greffe testiculo-thyroïdienne.

(M. Dartigues. — *Société de médecine de Paris* ; 27-2-1926.)

Chez un jeune homme atteint d'atrophie testiculaire double presque complète (suite d'orchite traumatique et d'oreillons), M. Dartigues a pratiqué une greffe mixte, à la fois testiculaire et thyroïdienne. Le résultat opératoire a été très bon et la prise de greffe s'est montrée parfaite (l'intervention date de un mois et demi).

— M. Léopold-Lévi note qu'il y a ici deux problèmes : l'un chirurgical, la survivance du greffon, l'autre physio-thérapeutique. Il faudra un recul assez long pour conclure sur ce point. Le malade de M. Dartigues était un eunuchoïde, légèrement obèse, par atrophie testiculaire. Au point de vue endocrinien, il offrait des indices d'hypothyroïdie (faible développement des poils, refroidissement des extrémités, adipose du cou et du menton — alors que l'adipose des cuisses est plutôt hypophyso-génitale) et des *indices d'instabilité hypophysaire (augmentationdes* mains et des pieds, hyperdistensibilité ligamentaire).

— M. Le Fur a pratiqué un jour, au cours d'une épididymectomie, une greffe testiculaire « avant la lettre ». La dissection du cordon ayant été difficile, il y eut une séparation presque complète du testicule. M. Le Fur laissa ce dernier toutefois en place et il eut la surprise de voir cette sorte d'auto-greffe réussir, le testicule ne s'étant nullement sphacélé.

— M. Dartigues rappelle une observation analogue présentée dernièrement à la Société des Chirurgiens de Paris par M. Huguier. Tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent, avaient été sectionnés et le testicule continua néanmoins à vivre. Il existe ainsi un certain nombre de greffes testiculaires, faites par des chirurgiens « sans le savoir », ou plutôt sans les rechercher.

Parlant des résultats éloignés des greffes testiculaires, M. Dartigues fait connaître que, parmi les greffons qu'il a insérés depuis trois ou quatre ans, aucun ne s'est résorbé. Différents opérés ont reçu un tel bienfait de la greffe que, craignant de voir son action s'évanouir, ils ont demandé à l'auteur de les « recharger ». Quant au jeune malade faisant l'objet de la communication actuelle, l'opération a déjà eu des suites thérapeutiques heureuses : son caractère s'est amélioré, il éprouve moins de fatigue, il marche droit

et non plus courbé, et il accuse enfin des érections normales.

Traitement de l'hydarthrose par ponction et brassage à l'éther.

(M. Charles Massias. — *Soc. médico-chirurgicale de l'Indo-Chine* ; 6-1925.)

L'hydarthrose du genou et les synovites tendineuses relèvent d'un traitement qui peut être général (syphilis, gonocoque...) ou local. Contre l'arthrite gonococcique, M. Massias emploie localement la ponction, le brassage à l'éther, et l'injection intra-articulaire de sérum antigonococcique de Nicolle.

— M. Bonnaire ajoute que cette méthode, en usage à l'hôpital indigène de Cochinchine depuis plusieurs années, a toujours donné d'excellents résultats.

Variole et alastrim.

(M. Charles Massias. — *Soc. médico-chirurgicale de l'Indo-Chine* ; 10-1925.)

L'alastrim est le nom indigène d'une maladie sévissant aux Antilles, dans l'Amérique du Sud, en Afrique (*foué foué* du Sénégal). Elle tiendrait le milieu entre la variole et la varicelle, et se distinguerait de la variole par une prédilection pour les noirs, des pustules plates en goutte de lait, ne laissant à leur suite que des cicatrices à peine apparentes. On a attribué, d'abord, à cette affection une grande bénignité. Cependant, on a signalé à Sao-Paulo en 1912 une mortalité de 14 %, chiffre assez voisin de la mortalité de la variole européenne (13 %).

S'agit-il d'une maladie autonome ou d'une variole généralement atténuée ? La question, on le sait, a été discutée de divers côtés et, il y a quelque temps, à l'Académie de médecine.

M. Massias a soigné, en Indo-Chine, un tirailleur Cambodgien atteint d'une fièvre éruptive rentrant dans le groupe des varioles atténuées ou de l'alastrim. L'auteur rejette le mot d'alastrim. Il peut cacher des varioles qui provoqueront des épidémies et dissémineront la maladie. Virus alastrim, virus de variole atténuée ou non, dit-il, commandent sans faiblir les mêmes mesures d'isolement et de vaccination obligatoire.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Rhumatisme chronique à forme hyperostosique datant de l'adolescence.

MM. H. Roger et Drévon présentent des radiographies montrant, en particulier au niveau des deux hanches, des hypertrophies osseuses considérables triplant le volume de la tête fémorale, à contours assez réguliers et arrondis, constituées par des masses d'inégale densité, paraissant creusées de cavités séparées par des cloisons osseuses ; au niveau des épaules, ostéophytes plus denses plutôt para-articulaires ; déformations rachidiennes surtout lombaires et aplatissement triangulaire du bassin.

La lumière ultra-violette de Wood avec ses appplications en hygiène, en ophtalmologie et en dermatologie.

M. Paul Vigne montre expérimentalement sous l'écran de Wood, les remarquables propriétés de ces radiations, qui permettent par des fluorescences diverses de distinguer certains corps. L'auteur montre aussi sur quelques malades leur intérêt diagnostique en ophtalmologie et en dermatologie.

Syndrome de Little avec développement anormalement précoce des caractères sexuels.

MM. H. Roger, J. Monges et J. Reboul-Lachaux présentent un jeune homme de quinze ans atteint de paraplégie spasmodique du type Little avec contracture et athétose des membres supérieurs, remarquable par la précocité d'apparition et l'intensité des caractères sexuels : organes génitaux volumineux avec hyperfonctionnement pathologique, voix grave, barbe forte qui doit être rasée régulièrement plusieurs fois par semaine depuis deux ans, pilosité très marquée dans la région sternale et sur la ligne ombilico-xiphoïdienne, abondance et longueur anormale des poils des aisselles, du pubis et des membres inférieurs. L'âge du malade a été vérifié à l'état-civil. Par ailleurs, il n'y a pas d'arriération mentale, mais des troubles du caractère qui sont très marqués.

Poliomyélite antérieure aiguë infantile traitée par le sérum de Pettit et la radiothérapie.

MM. G. Aymes et E. Roustan. — Bébé de 17 mois ayant présenté une poliomyélite avec, au cours d'un épisode aigu fébrile de six jours ayant débuté le 14 octobre 1925, une parésie du membre inférieur droit et une paralysie du membre inférieur gauche. Au 8e jour, injection intra-fessière de 10 cc. de sérum de Pettit : répétition de cette même dose, sous-cutanée, pendant trois jours. Rétrocession rapide des phénomènes paralytiques. Marche au bout d'un mois. Dix jours après la dernière injection, radiothérapie dorso-lombaire (cinq séances). Il ne persiste à la marche qu'un léger valgus d'ensemble du membre. Tout en tenant compte de la tendance régressive spontanée des paralysies infantiles, les auteurs pensent que la sérothérapie (avec des doses fort éloignées de celles préconisées par Pettit du fait de la pénurie de sérum) a exercé une action favorable, complétée par celle des rayons X.

Septicémie charbonneuse méconnue à forme d'hémorragie méningée.

MM. Rouslacroix et Félix Trabuc. — Une

femme de 30 ans est admise dans la soirée à l'hôpital pour un syndrome méningé, suraigu, fébrile, accompagné de délire et de convulsions. La ponction lombaire donne issue à un liquide fortement hémorragique. On constate, en outre au niveau du cou, une lésion inflammatoire attribuée par les parents à la pénétration d'une écharde de bois, lésion sans caractères particuliers, d'aspect phlegmoneux au début. Mort dans la nuit. L'autopsie montre une infiltration hémorragique de l'endocarde et de l'aorte, une congestion hémorragique diffuse des méninges et des dégénérescences massives des parenchymes glandulaires. La bactéridie charbonneuse fourmille dans tous les organes. Observation curieuse par le masque médical revêtu par l'infection, la porte d'entrée cutanée n'attirant pas particulièrement l'attention et ne ressemblant ni à la pustule maligne, ni à l'œdème malin.

Côte bifide et côte supplémentaire.

MM. Liautard, J. Clément et Lavit rapportent les observations de deux malades dont l'une présente une tumeur du sein gauche, donnée par une côte bifide,et l'autre, une tumeur de la région sus-claviculaire gauche de la grosseur d'une mandarine donnée par une côte supplémentaire de la 7e vertèbre cervicale.

La valeur de la réaction de Wassermann pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

M. P. Giraud. — En présence des divergences de vue des pédiatres les plus sérieux au sujet de la fréquence de l'hérédo-syphilis il serait utile d'avoir un moyen précis de diagnostiquer cette infection. Malheureusement, la réaction de B.-W. donne souvent chez l'enfant des résultats décevants.

Chez le nourrisson : une réaction positive faite suivant une technique rigoureuse impose le diagnostic de syphilis : mais une réaction douteuse ou négative ne devra jamais être retenue, car on l'a vue coïncider avec des accidents cutanéo-muqueux ou viscéraux nettement évolutifs.

Chez le grand enfant : l'hérédo-syphilis a vieilli et le nombre des réactions négatives est encore plus grand ; et cependant, de tels malades ne doivent pas être considérés comme guéris ainsi que le prouve l'apparition ultérieure fréquente d'accidents syphilitiques parfois sérieux. Ici, le traitement d'épreuve bien conduit donne souvent de meilleurs résultats que la réaction de Wassermann.

Deux cas de péritonites tuberculeuses guéries par le traitement chirurgical.

M. J. Arnould présente deux adultes rapidement guéries, l'une de péritonite à forme ascitique, l'autre de périmétrite postérieure, par la laparotomie combinée à l'héliothérapie directe. En raison de ses résultats excellents et très rapides, le traitement chirurgical est indiqué lorsque, par leur situation sociale, les malades ne peuvent pas faire les frais d'une longue cure héliothérapique et qu'ils ont besoin d'être rapidement mis à même de gagner leur vie.

Réfection du foureau de la verge par autoplastie scrotale.

MM. Chauvin et Lahayville. — Le malade, à la suite d'un phlegmon des bourses avec sphacèle secondaire de l'enveloppe de la verge, garde son urètre pénien et ses corps caverneux complètement dénudés. Le gland est intact. Dans un premier temps, les auteurs, après avoir libéré la plaie circulaire qui entoure la base de l'organe,tunnellisent le scrotum de façon à faire ressortir le gland à une longueur convenable par une incision inférieure. Deux points aux crins suturent la demi-circonférence supérieure du lambeau scrotal et de la plaie cutanée de la base. Il en est fait de même au niveau de l'émergence du gland. Le résultat obtenu est bon. Dans un deuxième temps, les auteur se proposent de libérer le lambeau de chaque côté de la verge et,par suture des bords,de reconstituer le fourreau.

Volumineux papillome dégénéré de la vessie.

MM. Chauvin et Lahayville présentent une tumeur dont la frondaison recouvrait, à l'opération presque toute la muqueuse vésicale. Après un bain de formol, elle donne encore une masse presque du volume des deux poings réunis. Le malade avait pourtant subi plusieurs séances de diathermie et une application de 0 gr. 10 de radium pendant sept jours par les voies naturelles. Des hématuries profuses trois mois après nécessitent la cystostomie au cours de laquelle la pièce est enlevée. Les auteurs pensent que, dans les tumeurs vésicales d'un certain volume, la pose du radium doit être faite par cystostomie et après extirpation aussi complète que possible de la lésion. Cette technique est celle qui permet le mieux de voir le mal, et surtout, après déblayage, de déposer le sel radifère à sa racine même.

Un cas de cancer de la langue traité par l'association curiethérapie-chirurgie.

M. J. Arnould. — Il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire. Le malade a subi la ligature de la carotide externe et l'ablation des ganglions carotidiens, sous-maxillaires et sous-mentaux. 60 milligrammes de bromure de radium en aiguilles ont été maintenus dans la tumeur pendant trois jours. Le résultat immédiat est excellent.

Emile Castelli.

Les Thèses

S. Odabachi. — **Action physiologique de la diéthylamide de l'acide pyridine-β-carbonique (coramine), et ses applications en thérapeutique.** (Thèse Paris, présidence de M. le prof. Vaquez.)

La diéthylamide de l'acide pyridine-β-carbonique, ou coramine, est un corps synthétique, inodore, presque insipide, soluble dans l'eau, de réaction neutre.

Expérimentée tout d'abord sur l'animal (grenouille lapin, chien) la coramine a révélé une action sur le cœur et la respiration qui, chez les animaux à sang chaud et à sang froid, semble entièrement superposable à celle du camphre, c'est-à-dire action toni-cardiaque se traduisant par des contractions systoliques plus amples et plus énergiques. Cette expérimentation montre aussi que la toxicité du produit est très faible et qu'il peut être administré à dose élevée sans déterminer la mort.

Physiologiquement, la coramine doit être classée parmi les toni-cardiaques stimulants, augmentant la pression sanguine et l'amplitude respiratoire. Son action s'apparente jusqu'à un certain point à celle de la digitale, de la caféine, de la spartéine ; on peut la considérer comme presque identique à celle du camphre.

Les essais cliniques montrent que cette substance possède en effet, sur l'homme sain comme sur le malade, une action toni-cardiaque et stimulante générale dont les effets sont en tous points comparables à ceux que détermine l'injection d'huile camphrée.

Mais les avantages de la coramine sur l'huile camphrée sont très nets et résultent, d'une part de son action énergique et de sa très faible toxicité (d'où très grande marge thérapeutique et absence d'effets secondaires), de son efficacité par voie parentérale comme par voie buccale ; d'autre part de sa grande maniabilité, de la facilité de son administration résultant de ce que, soluble dans l'eau, sa solution est fluide, se résorbe facilement et rapidement, ne détermine aucune réaction locale, est parfaitement tolérée par les voies digestives.

Cliniquement, on peut attendre les meilleurs résultats de la coramine dans les états de choc, de collapsus, de même que chez les infectés ou les intoxiqués.

Elle a l'avantage sur la caféine de ne pas éréthiser le système nerveux, de posséder une action plus prolongée, plus soutenue.

Chez les insuffisants cardio-vasculaires, elle paraît de nature à jouer très utilement le rôle de médicament tonique intercalaire entre les cures de digitale, de strophantus ou de quinidine. Dans un cas (obs. X) on voit se déclancher sous son influence une diurèse abondante, et, d'une façon générale, elle peut jouer vis-à-vis de certains cœurs accoutumés ou réfractaires à la digitale, ce rôle de sensibilisateur, que M. le prof. Vaquez a si bien mis en lumière à propos de l'ouabaïne.

Les doses peuvent varier entre XXV et LX gouttes par jour, ou bien 1 à 4 centimètres cubes par voie sous-cutanée ou intra-veineuse ; elles pourraient être portées beaucoup plus haut encore sans inconvénient. Cette grande amplitude de la posologie permet de graduer les effets demandés à la médication, depuis une action simplement tonique et stimulante dans les cas légers, jusqu'aux effets puissamment excitateurs dans les cas où le myocarde et le centre respiratoire sont profondément inhibés.

P. — Dr R. Maillet. — **Atropine et spasmes coliques.** (Thèse 1926.)

L'auteur fait tout d'abord une revue détaillée de la physiologie motrice du gros intestin et de ce que nous savons de l'action de l'atropine sur l'appareil moteur du côlon normal. Puis, il étudie les spasmes du côlon au point de vue de leur symptomatologie, de leur étiologie, de leur pathogénie, et leur traitement par l'atropine tel que l'ont indiqué de nombreux auteurs.

M. Maillet a expérimenté dans la constipation spasmodique le charbon atropiné. De l'atropine est fixée en proportion convenable sur du charbon très absorbant et le tout est ingéré. L'atropine est évacuée avec le charbon et n'agit pas si le charbon n'est pas retenu. S'il y a rétention, le charbon cède peu à peu l'alcaloïde, qui peut agir localement sur la muqueuse. On voit par là que l'atropine n'est libérée que dans la région même du spasme, et proportionnellement, en quelque sorte, à sa persistance.

Dans ces conditions, aucun signe d'intoxication ne peut s'observer malgré une action sur l'intestin qui peut aller jusqu'à la diarrhée.

Le Dr Maillet cite quelques observations de malades ainsi traités par la carbatropine ; dans l'une, le spasme avait donné des symptômes de tumeur et une laparotomie exploratrice avait été faite ; on n'obtint la guérison, et définitive, que par le charbon atropiné.

Les doses correspondant à 1 ou 2 milligrammes doivent être employées. Il était nécessaire de montrer qu'il n'en est absorbé qu'une partie, et par conséquent qu'aucune intoxication générale n'est à craindre, ce qui est un avantage du procédé. Maillet injecta à des chiens 2 à 3 milligrammes d'atropine, et obtint toujours dans ces conditions des phénomènes toxiques nets. Mais il a pu leur faire absorber jusqu'à 7 milligrammes de carbatropine sans autre inconvénient que l'émission de selles pâteuses.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MISES AU POINT

I

Économie domestique

Les feuilles innombrables d'impôts, les taxations d'office, basées sur l'opinion, ne peuvent avoir qu'un résultat, écraser le médecin ou le changer en homme d'affaires. Voyez les travaux courageux d'un Duchesne, sur cette question dans le *Concours médical*... cela c'est une besogne de maître : rien ne vaut l'éloquence de la vérité et des chiffres du travail. (G. SALLES. *Le Courrier médical*, 28-3-26.)

Dédié aux confrères qui ont critiqué plus ou moins âprement l'économie du budget alimentaire d'un ménage médical, établi par moi le 20 *décembre dernier* (*n°* 51 *du C. M.*).

« ... Quoi que simple, l'ordinaire des transportés est suffisamment nutritif. Le voici : à 6 h. 45, un quart de café avec un morceau de pain ou un biscuit de mer ; à 9 h., viande et légumes ; à 5 h., soupe et légumes. Au total, chaque homme touche, dans la journée, 350 grammes de viande, 600 grammes de légumes ou 400 grammes de pommes de terre et 750 grammes de pain. Enfin, à midi, il leur est servi un quart de vin... »

Quels sont donc ces hommes ? Les forçats et les relégués que transporte à la Guyane, pour y subir leur peine, un cargo sur lequel s'est embarqué avec eux M. P. ERIO, dont le présent récit est emprunté à son article du *Journal* du 11 avril 1926.

J'indique mes sources et mes références : rien de plus facile que de contrôler et de vérifier.

Et maintenant, confrères qui avez trouvé excessifs les chiffres quantitatifs alignés par moi et la dépense correspondante, demandez à votre femme de calculer, au cours du jour, le prix de 350 gr. de viande, de 600 grammes de légumes, de 750 grammes de pain, de 250 gr. de vin, sans parler du café, du biscuit, et de tous les ingrédients et du combustible nécessaires à la préparation de ces aliments. Et dites, en toute franchise, si vous eûtes raison de me reprendre...

G. DUCHESNE.

II

Le danger du contrat collectif

Mon cher confrère,

En dénonçant les inconvénients du système alsacien-lorrain, je n'ai pas prétendu dire quelque chose de nouveau, mais je sais combien la grande majorité des médecins se tient peu au courant des questions professionnelles et pour combien de nos confrères la scission de décembre dernier a été une révélation. J'ai pris des exemples des ennuis qui nous attendent dans ce qui existe déjà. Or, je maintiens que nous n'éviterons aucun de ces inconvénients, quelle que soit la forme de contrat que nous aurons, parce que toute entente a comme corollaire un contrôle, contrôle qui sera d'autant plus utile et sévère que jamais les caisses n'auront assez pour payer dignement nos honoraires. Le projet Chauveau prévoit en effet 288 millions pour 28.000 médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, soit 10.000 fr. de moyenne pour chacun. J'ai conclu que nous n'avions que faire dans les assurances sociales, qui doivent rester un contrat entre l'assureur et l'assuré, et que le médecin n'avait que faire à entrer dans ce ménage à trois.

Me faire dire que je regarde comme des médecins marrons les médecins de Roubaix-Tourcoing, qui ont accepté des contrats et avec eux tous les médecins syndiqués, est vraiment par trop torturer les textes. Les nombreuses lettres que je reçois me montrent du moins que ce n'est pas ainsi que j'ai été interprété. J'ai dit seulement que tout contrat collectif expose aux abus de la part des producteurs et des consommateurs. Je n'en veux pour preuves que les « lions de caisses » connus en Alsace, et les abus regret-

tables auxquels ont donné lieu les blessés de guerre.

Le reste de votre réponse est de l'ironie.

Je conclus en disant que nous ne voyons pas l'exercice de notre profession sous le même angle. Un point c'est tout.

Dr Vital Bérard.

***

J'ai publié *in extenso* la lettre de M. V. Bérard, d'abord pour répondre à ce qui m'est apparu comme son secret désir, et ensuite, pour n'être pas suspect, devant la commenter d'en dénaturer le texte.

Et je maintiens, contrairement à son opinion actuelle, — et en accord avec la majorité du corps médical organisé, — que la médecine n'échappera aux périls que redoute mon distingué confrère, que si les syndicats contractent librement, avec les collectivités en général, et les caisses de l'assurance sociale en particulier, à la condition que chaque syndicat puisse faire entrer dans le contrat les clauses qui lui agréeront, et qui auront le souci de respecter les principes essentiels de l'exercice de la médecine qui ont été, de tous temps, défendus dans le *Concours médical*.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Accident du travail agricole. — Honoraires médicaux. — Clinique privée — Droit commun. Loi de 1898 non applicable.

TRIBUNAL CIVIL DE RENNES

25 janvier 1926.

(*Archives du « Sou médical »*).

Lorsque le médecin a été choisi par le chef d'entreprise, pour donner des soins à un blessé du travail, un engagement contractuel résulte de ce choix, qui engendre, au profit du médecin, une action personnelle, rentrant dans le droit commun et indépendante de l'action directe de la loi du 9 avril 1898.

Par conséquent, les tribunaux de droit commun sont compétents pour connaître de l'action exercée par le médecin, contre le chef d'entreprise, pour le paiement de ses honoraires.

Attendu que Fr., fils, alors âgé de 18 ans, a été, le 20 janvier 1922, au cours de son travail agricole, victime d'un grave accident : perforation de l'abdomen par un coup de corne d'un taureau, alors qu'il était au service de son père, cultivateur, que le Dr Chesnay, médecin à Saint-Aubin-du-Cormier, appelé par Fr, père, constata une très grave blessure et la nécessité de faire appeler un chirurgien ;

Attendu que d'accord avec le père de la victime, le docteur Marquis, chirurgien à Rennes, fut appelé d'urgence téléphoniquement par le Dr Chesnay ;

Attendu que le praticien arriva aussitôt en automobile, avec tous ses moyens opératoires, constata une perforation de l'abdomen, l'intestin grêle pendant entre les cuisses du blessé, et conclut à la nécessité d'une intervention immédiate ;

Attendu que Fr. père ayant fait connaître qu'il était assuré, le chirurgien déclara qu'il ne voulait en aucune façon avoir à traiter avec l'assurance pour ses honoraires, qu'il entendait n'avoir à faire qu'à lui seul, et qu'il en fut ainsi convenu ;

Attendu que le Dr Marquis opéra le fils Fr. sur-le-champ ;

Attendu qu'il avait été décidé qu'en cas de réussite de l'opération, et en raison de l'importance des pansements, le blessé serait transporté à la clinique Saint-Vincent, dès que son état le permettrait ;

Que le 27 janvier 1925, le fils Fr. entra à la clinique, que son père signa un engagement aux termes duquel il devait régler personnellement au tarif commun les frais d'hospitalisation de son fils.

Que le fils Fr. ayant quitté la clinique le 5 mars et son père ayant, le 13 du même mois, réglé les frais d'hospitalisation de son fils, l'engagement fut détruit ;

Attendu que le Dr Marquis envoya sa note d'honoraires s'élevant à 1.450 fr., que la Compagnie d'assurance « Le S. », lui écrivit peu après, lui proposant de régler ses honoraires sur la base de 694 fr., correspondant au tarif Breton (arrêté ministériel du 5 juillet 1920) ;

Attendu que plusieurs mois après avoir reçu la note de 1.450 fr. du chirurgien, Fr. père vint lui-même conduire son fils chez le Dr Marquis qui reconnut la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale.

Que Fr. fils, entra pour la deuxième fois à la clinique Saint-Vincent, le 1er juillet, fut opéré le 2, sortit de la clinique le 18 du même mois, et que, sans qu'aucun nouvel engagement n'ait été demandé à Fr. père, celui-ci régla le 28 août suivant, sans aucune observation, les frais de clinique au tarif normal ;

Attendu que, pour cette deuxième opération, le Dr Marquis demanda 800 fr. ;

Attendu qu'il convient de remarquer que c'est seulement le 28 août que Fr. père fit connaître au chi-

MÉDICATION CACODYLIQUE INTENSIVE INDOLORE

CYTO-SERUM CORBIÈRE



ÉCHANTILLONS
SUR
DEMANDE

LYMPHATISME
ANÉMIES
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES
ASTHÉNIE POST GRIPPALE
TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES

HÉMO CYTO-SERUM CORBIÈRE

Cacodylates alcalins, Sulf. de Strychnine (AMPOULES DE 5 centicubes)
et Fer Colloïdal 0,01 Cgr.

Laboratoires CORBIÈRE, 27, rue Desrenaudes

R.C. Seine N° 158 539 — **PARIS** — Tél. WAGRAM 37-64

rurgien qu'au bureau de l'assurance, on lui avait conseillé de ne pas payer les honoraires demandés ;

Attendu que c'est dans ces conditions que le 29 août, le Dr Marquis, fit, par ministère d'huissier, faire sommation au sieur Fr. d'avoir à lui payer la somme de 2.250 fr., pour les deux opérations par lui pratiquées sur son fils ;

Sur le déclinatoire de compétence ;

Attendu que Fr. pour tenter de justifier son refus de régler au Dr Marquis le montant des honoraires qu'il lui réclame allègue qu'étant soumis à la loi sur les accidents du travail, c'est le juge de paix qui est seul compétent pour connaître de la question du règlement des frais médicaux et pharmaceutiques ;

Attendu que le demandeur demande au tribunal de rejeter le déclinatoire de compétence.

Attendu que, si aux termes de l'article 15, § 4, de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 3 mars 1905 le juge de paix du canton où l'accident s'est produit est seul compétent pour juger, soit en dernier ressort, soit à charge d'appel, les contestations relatives aux frais médicaux, entre le chef d'entreprise, ou patron et le médecin, *qui agit comme légalement subrogé* aux droits de la victime, en vertu de la disposition exceptionnelle de l'art. 4, § 4, de la loi du 9 avril 1898, — mais qu'il en est autrement dans les contestations dans lesquelles le médecin agit comme ayant été choisi par le patron, pour donner des soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail, qu'il résulte en effet de ce choix un engagement contractuel, qui engendre au profit du médecin une action personnelle et mobilière distincte et indépendante de la première et rentrant, aux termes du droit commun, dans la compétence du tribunal civil ou du juge de paix du domicile du patron, suivant le chiffre de la demande (Trib. civ. Rouen, 6 juill. 1925, *Gaz. Pal.*, 28 octobre 1925 et Cassation, 2 février 1915, Dalloz, 1917-1-1923) ;

Attendu en fait que c'est Fr. père et patron de son fils, qui, après avoir conféré avec le Dr Chesnay, son médecin, a fait appeler comme spécialiste le chirurgien Marquis, le 22 janvier 1925, et a conduit lui-même son fils à la clinique ; que de ce choix résulte un engagement contractuel qui engendre au profit du médecin ainsi appelé une action personnelle et mobilière distincte et indépendante de celle visée par l'art. 15 de la loi du 9 avril 1898, et rentrant aux termes du droit commun dans la compétence du Tribunal civil, ou du juge de paix du domicile du patron, suivant le chiffre de la demande ;

Attendu que c'est après avoir eu connaissance de la note s'élevant à 1.450 fr. d'honoraires du docteur Marquis que le défendeur a conduit le 1er juillet 1925, pour la deuxième fois son fils à la clinique Saint-Vincent, pour y subir une seconde opération ;

Que le chirurgien a donc bien été choisi deux fois par Fr. père lui-même pour opérer et donner ses soins à son fils ;

Attendu que le déclinatoire de compétence ne saurait en conséquence être accueilli par le Tribunal ;

Sur le fond :

Attendu que le défendeur critique enfin le chiffre des honoraires réclamés par le praticien ;

Attendu qu'il s'agit en l'espèce d'une opération d'une extrême gravité, la laparotomie exigeant du praticien une compétence toute spéciale et une expérience consommée ;

Que la première opération a dû être pratiquée dans des circonstances particulières ;

Qu'il est constant que le demandeur, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et d'une clinique, d'une valeur professionnelle indiscutée, s'est acquis à Rennes une grande notoriété et que c'est précisément à cause de cette notoriété même qu'il a été appelé téléphoniquement le 22 janvier auprès du jeune homme grièvement blessé ;

Attendu que, si le défendeur est un modeste cultivateur, la somme réclamée par le demandeur qui a pratiqué deux opérations successives, ne semble pas hors de proportion avec ses ressources ;

Attendu que les motifs qui précèdent rendent inutile l'examen des conclusions subsidiaires du demandeur, *tendant à ce qu'il soit autorisé à administrer* la preuve des deux faits par lui articulés.

Par ces motifs :

Statuant en matière ordinaire, et en premier ressort ;

Dit le Tribunal compétemment saisi. Dit et juge que le sieur Fr. père devra payer à M. le Dr Marquis la somme de 2.250 fr. pour les honoraires relatifs aux deux opérations du sieur Fr. fils, pratiquées au cours de l'année 1925 ;

Condamne le sieur Fr. en tous les dépens.

Commentaires.

Une fois de plus est démontrée la situation juridique particulière dans laquelle se trouve le médecin, lorsqu'il s'agit, pour lui, de se faire payer ses honoraires.

Au moment du péril, toutes les promesses sont bonnes. Dans le cas particulier, le blessé était en danger de mort : il fallait une opération immédiate, difficile, nécessitant une compétence et une habilité particulières.

Le chef d'entreprise, qui était en même temps le père de la victime, prend tous les engagements verbaux, alors que le chirurgien, tout à son devoir humanitaire, n'exige pas un écrit.

Le danger passé, adieu les belles promesses. Peut-être le père, plus père que chef d'entreprise, consentirait à payer le chirurgien ; mais intervient la compagnie d'assurances.

Société commerciale, elle ne fait pas de sentiment. Elle ne considère pas que la vie saine du blessé lui évite peut-être le versement d'une rente aux héritiers.

Non ! elle invoque le « tout compris » de la loi et prétend ne rien devoir, au chirurgien, pour soins donnés à la clinique. Quant aux frais opératoires, pour l'intervention pratiquée sur place,

à la ferme, elle veut appliquer le tarif ministériel et non le droit commun.

Le « Sou médical » a soutenu son adhérent, parce qu'il est nécessaire de donner, de temps à autre, une petite leçon judiciaire, à tous ceux qui font par trop fi de la profession médicale et de la considération qu'on lui doit.

Le jugement qui précède est conforme à la jurisprudence déjà rendue en pareille matière.

Le droit commun doit être applicable et non pas cette juridiction d'exception, créée par la loi de 1898, surtout lorsque le chef d'entreprise s'est engagé personnellement, en choisissant lui-même le médecin traitant du blessé.

L'action directe que donne au praticien l'article 4, § 4, de la loi de 1898, n'est qu'une garantie supplémentaire accordée au docteur pour qu'il n'ait pas à hésiter, pour donner ses soins à la victime.

En effet, lorsque c'est cette dernière qui fait choix de son médecin, il ne faut pas que celui-ci puisse se refuser à soigner un mauvais payeur notoire. Si la victime ne paye pas elle-même, la loi veut que le docteur puisse passer directement par-dessus le blessé et réclamer ses honoraires au patron, sans avoir besoin d'employer l'action oblique de l'article 1166 du code civil.

Il en résulte que le tribunal compétent ne sera plus, en premier ressort, le juge de paix du lieu de l'accident ; mais le juge de paix du domicile du défendeur, jusqu'à 1.500 francs et le tribunal civil, au-dessus de cette somme.

De plus, les honoraires ne seront pas fixés au taux du tarif ministériel, mais bien d'après les règles du droit commun, c'est-à-dire en tenant compte des habitudes locales, du tarif local, de la notoriété du médecin, de la situation de fortune du client, du service rendu, de la difficulté de l'intervention, etc.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Pour les jeunes.

Mes derniers articles sur la prévoyance m'ont valu une correspondance importante et intéressante. J'ai eu le plaisir de voir que plus de soixante lecteurs ont été assez impressionnés par mes arguments pour me demander de leur envoyer les statuts. D'autres qui sont déjà de la M. F. se sont empressés d'augmenter leurs adhésions anciennes à M. A. par leur inscription à MAD. ; d'autres encore viennent à nous pour grossir notre petite armée et nous permettre de porter nos indemnités maladie à 50 fr. et nos retraites à 5.000 francs.

Tout cela est bel et bon et prouve (beaucoup me l'avouent) que j'ai bien fait de secouer la torpeur des indifférents et des endormis.

Mais ce qui m'a frappé et ce que je veux retenir aujourd'hui, c'est que la plupart de mes correspondants sont des confrères déjà blanchis sous le harnois, ayant atteint ou dépassé la quarantaine ; et j'ai eu le chagrin de répondre par un *non possumus* à une vingtaine de confrères ayant dépassé l'âge fatidique de 45 ans et qui regrettent amèrement aujourd'hui d'avoir laissé passer la date limite de la prévoyance pratique : « Ne ferez-vous donc rien pour nous autres les vieux ? » m'écrivent-ils tous — et je ne sais que leur répondre comme consolation.

Eh bien ! ce qui frappe en la circonstance, c'est qu'en général le médecin prévoyant ne le devient que sur le tard, quand il s'est longtemps frotté aux rudesses et aux déboires de la vie, quand il voit s'approcher l'heure de la morbidité, de la vieillesse et de la pauvreté.

Et le malheur, pour nos confrères, c'est que souvent ils arrivent trop tard, soit qu'ils aient dépassé les âges limites inexorablement fixés par les statuts, soit que leur santé déjà ébranlée par de longues années de dure pratique ne leur permette plus d'être admis.

Et alors j'ai la pénible impression de faire une propagande qui ne porte guère que sur ceux qui ne peuvent plus en profiter et je pense aux jeunes, aux inexpérimentés, à ceux qui haussent les épaules devant les doléances des aînés, qui croient sincèrement et béatement qu'ils seront plus malins que les anciens ; ils lisent mes articles d'un coup d'œil, et tournent la page en disant : « Oh ! cela, ce n'est pas pour moi, on verra plus tard ! » Et souvent, plus tard, c'est alors trop tard, la porte est fermée !

Combien, parmi eux qui se plaignent aujourd'hui de se voir refuser leur entrée parmi nous, n'ont-ils pas eu ce geste dédaigneux, en lisant il y a dix ou quinze ans tout ce que Gassot et moi ressassions déjà à cette époque ?

Et je voudrais que cette remarque, attristante au fond, serve de stimulant à tous les jeunes lecteurs du *Concours*, à ceux qui croient que leur santé sera toujours robuste et que leur clientèle les mènera vite à la fortune. Ah ! jeunes gens, vos aînés, eux aussi, ont cru cela et aujourd'hui nombreux sont ceux qui se mordent les pouces !

Quand autrefois nous avons fermé la combinaison B, parce que nos actuaires nous la montraient dangereuse dans un avenir assez rappro-

ché, nous avons laissé à nos vieux adhérents de l'époque inscrits à la combinaison A, le temps voulu pour leur permettre de se couvrir contre la maladie pour la vie entière, pendant qu'il en était temps encore. Certains l'ont fait : d'autres l'ont négligé. Et parmi ces derniers j'en connais plus d'un qui ont vivement récriminé quand à 65 ans ils se sont vus rayés de nos rangs, sans aucune garantie pour leurs vieux jours. A ce moment-là, ils auraient payé n'importe quoi pour rester des nôtres. Mais il était trop tard et les lois actuariales rendaient impossible la réalisation de leurs désirs.

Le même phénomène s'est passé quand nous avons ouvert la combinaison 1/2 MAD. permettant de doubler l'indemnité maladie à tous ceux des nôtres qui n'avaient pas dépassé la cinquantaine. Beaucoup l'ont négligé à cette époque, qui aujourd'hui supplient qu'on crée une combinaison spéciale pour les vieux, combinaison que nous, nous savons impossible.

Ce qui ressort de ces expériences, c'est que la notion de prévoyance ne nous vient que par celle du besoin imminent : on ne sait pas prévoir l'avenir ; on ne prévoit que le lendemain menaçant et le plus souvent on n'a plus le temps de s'assurer efficacement contre les risques qu'apporte ce lendemain.

Une autre erreur, c'est de vouloir tout faire d'un seul coup.

Lors de notre dernière Assemblée générale, j'entendais un de nos sociétaires dire à des confrères qui faisaient groupe autour de lui : « J'ai attendu que ma situation me le permît, et alors j'ai adhéré à toutes les combinaisons et j'ai fait inscrire également ma femme ! »

Croyez-vous, ai-je répondu à ce confrère, que vous ayez agi bien sagement ? qu'il n'eût pas été préférable d'entrer d'abord et de suite à une combinaison d'indemnité maladie, puis successivement, suivant vos possibilités, d'augmenter cette indemnité, d'entrer aux combinaisons pensions et d'y faire entrer votre compagne ? Vous avez réussi, tant mieux ; mais avouez qu'une maladie aurait pu faire écrouler tous vos rêves !

La vraie prévoyance est celle qui voit de loin et très en avant : c'est la moins chère, la plus économique, la plus sûre. Aussi ne cesserai-je de crier à nos jeunes confrères :

Camarades, mettez à profit la dure expérience des anciens : ce n'est pas quand le feu est à la maison qu'il faut songer aux assurances. C'est de bonne heure, c'est dès les premiers pas dans la carrière que vous devez vous inscrire pour parer aux risques qui vous guettent. Plus tôt vous le ferez, moins il vous en coûtera ; plus vous attendrez, plus vous risquez soit de payer beaucoup plus cher, soit de ne plus pouvoir être admis. Croyez-en l'expérience d'un praticien qui a 30 années d'expérience de la vie professionnelle de plusieurs milliers de confrères dans ses archives. Si je vous appelle à nous, c'est pour vous seuls, dans votre seul intérêt, car moi je n'y récolte qu'un surcroit de mal et de travail.

Venez à nous aussi pour grossir notre armée de prévoyants et pour nous permettre, grâce au nombre, de doubler les indemnités et les pensions actuelles que vous trouvez trop faibles pour vos besoins.

Attendre que ce doublement soit fait pour vous inscrire, ce n'est qu'un mauvais sophisme, puisque justement nous ne pourrons étudier et mettre sur pied ces combinaisons nouvelles que quand nous aurons dans nos combinaisons actuelles assez d'adhérents prêts à souscrire aux autres.

A tous points de vue, c'est votre intérêt de venir à nous le plus tôt possible ; la jeunesse, pour une société comme la nôtre, c'est la force et pour l'intéressé c'est l'âge de la vraie prévoyance ! »

Dr H. MIGNON.

QUESTIONS FISCALES

A propos des Sociétés de secours mutuels.

Nous relevons, dans le *Bulletin* des sociétés de secours mutuels (février 1926), la note suivante :

L'article 6 de la loi de finances du 13 juillet 1925 contient les dispositions suivantes :

« Les chefs d'entreprise sont en outre tenus de faire connaître au contrôleur des contributions directes le montant des commissions, courtages ou autres rémunérations qu'ils servent à l'occasion de l'exercice de leur profession à des courtiers, commissionnaires ou autres intermédiaires de commerce n'ayant pas la qualité de salariés, ainsi que le montant des honoraires, vacations ou autres rémunérations susceptibles d'entrer en compte pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, et dont le montant brut, au cours de l'année, aura atteint, pour une même personne la somme de 1.000 fr., quelles que soient, d'ailleurs, les localités où sont domiciliés le déclarant et le contribuable. »

Au cours de la discussion à la Chambre des députés de la taxation de l'impôt sur les salaires, traitements et bénéfices des professions libérales, M. Louis Clusel a fait préciser par M. le ministre des Finances que les dispositions ci-dessus indiquées s'appliquaient aux sociétés de secours mutuels, dont les trésoriers sont désormais tenus de déclarer au contrôleur des contributions directes le montant d'honoraires payés aux médecins et aux avocats, lorsque ces honoraires atteignent pour une même personne la somme de 1.000 francs.

Aussi nos confrères, médecins de sociétés de secours mutuels, et ils sont nombreux, doivent savoir que toutes les sommes qu'ils touchent sont déclarées au contrôleur et sont l'objet d'une indication sur leur dossier fiscal. Il y a, il est vrai, un correctif : étant donné la modicité des honoraires payés par les mutuelles, cette somme n'atteint pas souvent 1.000 francs.

Mais, et ceci a une très grande importance dans la médecine actuelle et surtout dans la médecine de l'avenir, où le médecin sera de plus en plus le salarié, l'employé, le fonctionnaire, le tâcheron, prenez le mot qui vous agrée le plus, des collectivités.

Ceci a également une importance capitale dans l'institution et le développement du tiers payant.

Je sais bien qu'il ne faut peut-être pas s'exagérer outre mesure l'importance de cette modalité, de la loi. Je ne doute pas que la grande majorité presque l'unanimité des médecins, ne fasse une déclaration sincère de leurs revenus, mais si quelques-uns étaient tentés de les faire inexactes, qu'ils se méfient, car en se basant sur les déclarations des collectivités, le contrôleur pourrait leur causer quelques désagréments.

Ainsi les sommes touchées en vertu de l'article 64 de la loi des pensions, de la loi des accidents de travail, sont passibles de la déclaration. Il en est de même des honoraires, indemnités, traitement pour les services de l'Etat, des départements et des communes, assistance médicale gratuite, état civil, expertises, chemins de fer, assurances, etc. En principe, chaque fois qu'une collectivité quelconque verse des honoraires aux médecins, ceux-ci doivent être portés à la connaissance du contrôleur des contributions.

Il reste une question plus délicate et qu'il convient d'aborder, c'est celle des rapports entre médecins, chirurgiens, spécialistes. Dans le cas d'une opération, le médecin peut faire figurer, sur son relevé d'honoraires, le montant de l'assistance à l'opération et le réclamer directement à son client.

Dans d'autres cas, il y a le principe de la note commune pour la collaboration d'un médecin et d'un chirurgien ou spécialiste à une intervention. C'est le chirurgien ou le spécialiste qui touche le montant global des honoraires et qui répartit une partie de cette somme au médecin traitant et aux aides.

Il est de toute évidence que le chirurgien ne porte au montant de ses revenus que la somme exacte qu'il a touchée personnellement, autrement il payerait un impôt cédulaire pour les autres. Cependant le client a remis une somme supérieure, qui peut figurer dans ses dépenses ou dont on fait état dans une succession ou au cours d'un procès. Le fisc peut occasionnellement demander des explications.

En ce cas, le chirurgien se verrait obligé de déclarer qu'il a versé aux docteurs X ou Y telle ou telle somme.

N'oublions pas que maintenant dans les déclarations d'impôts on doit fournir ses recettes brutes et nettes, la différence devant représenter le montant des dépenses. Cette somme peut paraître excessive dans une déclaration d'impôts d'un chirurgien, puisqu'à ses frais généraux s'ajoute le montant des honoraires, dont il est mandataire, des clients envers les médecins. Cela peut être encore le sujet de bien des chicanes avec le fisc.

Je ne pense pas toutefois que les chirurgiens ou spécialistes soient tenus de déclarer au contrôleur les sommes qu'ils ont versées aux médecins comme participation d'honoraires. En effet, il serait inadmissible de considérer le médecin traitant confiant un de ses clients qui lui fait confiance à un chirurgien, comme un courtier, commissionnaire ou intermédiaire de commerce.

J'ai parlé précédemment de dossier fiscal. La chose peut faire sourire bien des confrères, persuadés qu'il n'y a là qu'une simple menace irréalisable. Détrompez-vous, le dossier fiscal de chaque contribuable existe et se constitue petit à petit.

J'en ai eu la preuve personnelle. Le contrôleur m'a sorti mon dossier, un jour où appelé auprès de lui, je discutais des imputations reconnues du reste injustifiées, comme de prétendus bénéfices de guerre. Je fus étonné des renseignements qu'il contenait, tirés de l'enregistrement, de dossiers de services de guerre et je dus en conclure que chaque fois qu'une modification pouvait se faire dans la fortune d'un individu : contrat de mariage, donation, succession, vente d'immeubles, etc., tout de suite le contrôleur des contributions se trouvait saisi.

Il est évident que ces dossiers sont encore incomplets, à l'état de formation et que leur mise au point demandera quelques années. Mais alors, méfions-nous, qu'armés d'un dossier bien complet et indiscutable, on n'opère des revisions de déclarations d'impôts sur le revenu, remontant à plusieurs années. Alors, il pourra y avoir bien des mécomptes et bien des amendes et doubles droits à payer, qui souvent incomberont

aux héritiers. Car souvent l'ouverture, d'une succession permettra une comparaison entre les déclarations de succession d'impôts, sur le revenu et le dossier fiscal.

Il y a là un danger dont nous devons être bien avertis et qui doit nous inciter à faire nos déclarations aussi exactes et consciencieuses que possible.

Mais à quoi bon prêcher des convertis !

Dr M. VIMONT.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

La Grande Épidémie du VIe siècle

D'après GRÉGOIRE DE TOURS.

Cela peut paraître tâche stérile que de chercher dans Grégoire de Tours des documents sur l'histoire de la médecine. De prime, rien ne semble à glaner dans un auteur pour qui les maladies ne sont que manifestations de la volonté divine et qui ne demande leur guérison qu'à la prière et aux miracles opérés par les saints. Cependant, il ne manque pas de renseignements dans ce *Christian Scientist* d'avant la lettre, par exemple, sur la thérapeutique de son temps. Il en fournit plus encore de précieux (et je m'en tiendrai à ceux-ci) sur la *Grande Epidémie* du VIe siècle, *La Peste puisqu'il faut l'appeler par son nom.*

Fut-ce, en vérité, la peste, telle que nous l'entendons ? — Grégoire lui donne des noms multiples : *valetudo* (1) et *morbus* (2), ailleurs *clades* (3), une fois *contagio* (4), le plus souvent *lues* (5), mais jamais précisément celui de *pestis*. — *Morbus* désigne objectivement la maladie en elle-même, attaquant quelqu'un en particulier ; *valetudo*, pris en mauvaise part, l'état de l'homme malade ; *clades* signifie défaite avec le sens général de toute perte éprouvée. Les trois mots non seulement manquent de précision dans l'occurrence, mais encore ils s'opposent à *lues* et à son euphémisme *contagio*, signifiant matières morbides qui se répandent au loin et maladie qui se communique de l'un à l'autre par contagion. *Pestis*, perte, destruction en général, fléau, ne fut pris que plus tard comme synonyme de *lues* et de *contagio* et les remplaça. Il ne faut pas demander tant de précisions à Grégoire de Tours, qui s'est excusé tout le premier et à plusieurs reprises de mal écrire (1).

La seule difficulté est pour décider si les termes multiples qu'il emploie désignent des affections diverses ou une seule. La vérité me paraît en cette dernière opinion. L'auteur ajoute, en effet, aux mots *morbus*, *clades* et *lues*, sans distinguer, l'épithète *inguinarius* ; et deux textes, par surcroît, entraînent ma conviction. Voici le premier : « *Un terrible fléau survint ; c'étaient des affections malignes de formes diverses, caractérisées par des pustules et des charbons. Car nous avons ouï-dire, en effet, que la peste bubonique sévissait cruellement* » (2). Dans le second, Saint Grégoire écrit : « *morbus sæpe nominatus* » (3) ; et ceci implique à souhait l'unité. Certes, on pourrait objecter qu'un autre qualificatif, celui de *dysentericus*, est seulement rapporté à *morbus* ; mais, d'une part, cette remarque ne vaut pas contre celle qui précède, et, d'autre part, nous savons que l'expression symptomatique de la peste est variable suivant les épidémies ou les individus et que le fléau revêt ainsi chez certains une forme gastro-intestinale avec prédominance de phénomènes qui rappellent la dysenterie.

(1) *Historia Francorum.* — *Episcopus in hac valetudine corruens*, VI, 15.

(2) *Morbus dysentericus*, loc. cit. V. 35 ; IX, 13 ; *morbus inguinarius*, loc. cit. VI, 14 ; VII, 1.

(3) *Adveniente ipsa clade*, loc. cit. IV, 31 ; *clades inguinaria*, loc. cit. X, 1.

(4) *Hist. Franc.* IX, 22.

(5) *Lues*, loc. cit. VI, 33 ; XI, 1 ; *magna lues*, loc. cit. II, 18 ; VI, 14 ; *gravis lues*, loc. cit. V, 42 ; VIII, 39 ; X, 30 ; *gravissima lues*, loc. cit. V. 35 ; *lues inguinaria*, loc. cit. IX, 21 ; X, 23.

(1) « *Prius veniam legentibus præcor, si aut litteris aut in syllabis grammaticam artem excessero, de qua adpæne non sum imbutus.* » (*Histor. Franc.* I Préface). — « *Quos libros licet stilo rusticiori conscripserim, tamen conjuro... si ita fueris exercitatus, ut tibi stilus noster sit rusticus, nec sic quoque, deprecor, ut avellas quæ scripsi.* » (Loc. cit., X, *in fine*). — Dans la reproduction des textes, je suivrai celui des Manuscrits de Corbie et de Bruxelles. édit. H. Oumont & G. Collon, Picard, Paris, 1913.

(2) « *Magna lues in populo fuit ; valetudines variæ, malignæ cum pustulis et vissicis, quem multum populum adficierunt mortem. Audivimus enim inguinarium morbum graviter descævire.* » (Loc. cit, VI, 14). — Je ne me tiendrai pas au mot à mot quand une traduction large me semblera plus claire ; le lecteur pourra d'ailleurs se reporter toujours au texte. J'ai traduit dans les lignes qui précèdent *vissicis* par charbons ; d'autres ont préféré tumeurs.

(3) *Histor. Franco.*, X. 30.

Que l'épidémie vue par Grégoire de Tours soit la peste bubonique que nous connaissons, « *maladie typhique, contagieuse, caractérisée par des bubons, des charbons et des pétéchies* » (Proust), la description qu'il nous a laissée ne permet pas d'ailleurs d'en douter.

Forme foudroyante.

Nul malaise ne précédait la mort ; mais la mort prévenait les lenteurs ordinaires de la maladie (1) ;

Elle était subite (2) ;

Quiconque était saisi n'avait aucun délai (3) ;

A peine était-on frappé d'un léger mal à la tête qu'on rendait l'âme (4).

Forme grave commune.

Le mal aux manifestations inguinales avec pustules et charbons sévissait sur la population (5).

Aux aines ou dans les aisselles naissaient des bubons emplis d'un poison pareil au venin des serpents. Sous son action, les forces physiques et intellectuelles étaient anéanties et le malade mourait dès le second ou le troisième jour (6).

Quelquefois, il semblait résister davantage ; mais, la fièvre tombée, apparaissaient des pustules sanieuses sur ses membres ; la gangrène venait et la mort (7).

Forme gastro-intestinale.

Au début, cette épidémie frappa les jeunes enfants les premiers (8).

Le malade avait une fièvre continue accompagnée de vomissements (9).

Ceux qui étaient atteints présentaient une forte fièvre ; ils se plaignaient de vives douleurs lombaires de pesanteur de la tête et du cou. Leurs vomissements abondants étaient faits de matières jaunes ou vertes. Lorsqu'on leur appliquait des ventouses aux épaules ou sur les cuisses, elles produisaient des vésicules purulentes (10).

Nos traités à coup sûr, sont plus riches de détails et tendent à davantage de précision ; mais ce qui précède n'est pas déjà si mal vu pour un évêque, qui n'avait point le souci de laisser un document médical. Il faut accorder à Grégoire de Tours un autre mérite, qui est d'avoir bien reconnu le caractère contagieux de la peste. Beau mérite ! dites-vous. C'est que vous oubliez qu'il y eut longtemps parmi les modernes des anticontagionistes décidés et qui, hier encore, fermaient résolument les yeux devant la vérité que l'historien ecclésiastique, il y a treize siècles, avait découverte.

« Un vaisseau marchand était venu d'Espagne au port de Marseille. La cargaison cachait le germe de la maladie. Foule de citoyens, qui se partagèrent celle-là, emportèrent chez eux celui-ci. Bientôt ainsi une maison fut frappée ; ses huit habitants périrent ; elle resta vide. Puis, après un court temps d'arrêt, pareil à la flamme qui dévore les moissons, l'incendie embrasa la ville entière (1). »

Rattachant à l'épidémie espagnole celle qui frappa ainsi Marseille, Grégoire lui rapportait sans aucun doute le fléau qui décima la Septimanie, alors sous la domination wisigothique et qui faisait partie de ce qu'on appelait les Espagnes. Décrivant ailleurs celle de Rome (2), il dut voir de ce côté une autre porte d'invasion de la Gaule. Mais la marche générale de la peste lui échappa ; et, en vérité, son siècle ne pouvait pas la connaître. Peut-être même, d'ailleurs, tout n'est-il pas absolue certitude dans l'opinion que nous avons nous-mêmes de la peste dite de Justinien.

« *Partie, croit-on, de Peluze* (Basse-Egypte) écrit M. Mahé (3), *et ayant gagné Alexandrie, le Nord de l'Afrique, la Palestine et la Syrie, Constantinople en* 542, *l'Italie en* 543, *la Gaule en* 545, *la Germanie en* 546, *elle s'éteignit vers* 556 *en plusieurs endroits. Cependant, elle sévit de nouveau par trois reprises à Constantinople et, dans la seconde moitié du* VI[e] *siècle, elle avait parcouru le monde civilisé de l'Occident* ».

L'Espagne est ici oubliée ; mais laissons cela. Ces postulata modernes tendent à établir, sinon que la maladie populaire qui éclata sous le règne de Justinien était une maladie absolument nouvelle, puisque on en a retrouvé mention dans Rufus d'Ephèse (4) et, d'après lui, dans Denys

---

(1) « *Nec langor mortem prevenit sed langoris moras precurrit.* » Præfatio Gregorii Papæ, *in* Hist. Franc., X, 1.

(2) « *Erat enim et ipsa mors subita* » loc. cit. IV, 31.

(3) « *Ita ut nullum esset spatium, cum homo correptus fuisset ab eo.* » Loc. cit. VI, 14.

(4) « *Ita ut modico quisque ægrotus capitis dolore pulsatus, animam funderet.* » Loc. cit. X, 30.

(5) *Histor. Francor.*, VI, 14.

(6) « *Nascente in inguine aut in ascella vulnus in modum serpentis, ita interficiebatur homo ille a veneno ut die ottera aut tercia spiritum exalaret. Sed et sensum vis illa veneni auferebat ab homine.* » Loc. cit., IV, 31.

(7) « *Ab incommodo levius agere videretur. Sed postquam febris discessit, tibiæ ejus ab humore pustulas emerserunt. Tunc... putrescentibus tibiîs... vitam finivit.* » Loc. cit., IV, 15.

(8) « *Primum hæc infirmitas parvolos adolescentes arripuit lectoque sujecit.* » Loc. cit. V, 35.

(9) Livre deuxième des Miracles, § 45.

(10) « *Erant enim qui patiebantur valida cum vomitus febris renumque nimius dolor ; caput grave vel cervix. Ea vero quæ proiciebantur colore croceo aut certe viridia erant... Missæ in scapulis sive cruribus ventosæ, procedentibus erumpentibusque virius* (visicis), *decursa saniæ.* » Histor. Franc., V, 35.

(1) « *Navis ab Spania una cum negucio solito ad portum adpulsa est, qui hujus morbi fumitem secum n quiter deferebat. De qua cum multi civium deversa mercarentur, unam confestim domus, in quo octo anime erant, hoc contagio interfectis habitatoribus, relicta est vacua. Nec statem hoc incendium lues per domus spargitur totas ; sed, interrupta certi temporis spacio, heec velut in sagittem flamma accensa, urbem totam morbi incendio conflagravit.* » Histor. Francor., IX, 22.

(2) Loc. cit., X, 1.

(3) Mahé, *art. Peste* du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, Masson, Paris, 1887, t. LXXV, p. 642.

(4) Rufus d'Ephèse vécut sous le règne de Trajan à la fin du I[er] et au commencement du II[e] siècle de

le Tortu, Dioscoride et Posidonius, du moins qu'elle *était ignorée de l'Europe avant ce formidable débordement* (VIe siècle) et que *c'est alors seulement qu'elle a inauguré la série de ses invasions intermittentes* » (1). Ils fixent la date de 545 pour l'apparition du fléau en Gaule (2).

Or, il y a précisément dans Grégoire de Tours un passage auquel il semble que l'on n'ait prêté jusqu'ici aucune attention et qui contredit notre opinion classique. « *Cependant, Childéric porta la guerre dans l'Orléanais et Odoacre vint à Angers avec ses Saxons. Dans le même temps, une épidémie exerçait ses ravages sur le peuple* » (3). Ce temps était l'année 463. Sans doute ce chapitre semble fait de phrases simplement copiées par l'historien dans d'anciennes chroniques et plusieurs même nous restent obscures. Il est possible que « *dans le même temps* » ne se doive pas rapporter à la phrase précédente. Mais enfin, ceci est hypothèse et interprétation ; le texte demeure ; il pose un problème qu'il ne serait pas sans intérêt de résoudre. Ne le tentons pas ; mais notons pourtant que l'abbé Papon signale (4) une épidémie à Rome en 408, une autre en Italie en 465, une troisième avec bubons inguinaux à Marseille en 503, une quatrième enfin à Rome en 538 dans l'armée assiégeante de Vitigès, que Lassis (5), il est vrai, rapporte à l'armée française conduite en Italie par Théodebert. En outre et pour ces deux auteurs, le midi de la France aurait été envahi par la peste de Justinien dès 543.

Quant à la marche de l'épidémie seulement en Gaule, il est impossible de la tracer d'après les textes comme sauraient le faire les épidémiologistes modernes, qui disposent de moyens qui manquaient à un évêque du VIe siècle. Aussi bien, la peste a ses caprices et pas seulement dans sa symptomatologie et son pronostic. Sa mobilité, qui avait étonné Procope décrivant le fléau à Constantinople, nous surprendrait sans doute encore.

« Elle envahit la terre entière semblant obéir à une règle préétablie. Partant d'un lieu, elle s'arrêtait dans un autre un nombre déterminé de jours, ayant respecté pour atteindre le second plusieurs populations intermédiaires. Elle se propageait ensuite dans toutes les directions. Puis, dans les points qu'elle avait d'abord épargnés, elle ne tardait pas à venir, dédaignant cette fois les villes voisines déjà ravagées et prélevant dans sa nouvelle étape un nombre de victimes comparable à celui qu'ailleurs elle avait fait (1). »

On ne saurait donc être surpris de trouver dans Grégoire de Tours le plus beau désordre. Ce sont diverses provinces, Arles, surtout, frappées en 545 (2), puis l'Austrasie de Théodebert Ier en 546 (3), Clermont et l'Auvergne en 571 (4), presque toute la France en 580 (5), Narbonne, Nantes et d'autres régions en 582 (6), Narbonne encore et Albi en 584 (7), Arles, Vienne et la Provence en 586 (8), Metz et Poitiers en 587 (9) et la même année Marseille et la vallée du Rhône jusqu'à Lyon (10), Avignon et Viviers en 590 (11) Marseille une fois de plus, Nantes de nouveau, et la Touraine en 591 (12).

A vrai dire, la peste était devenue endémique en France. De ci, de là, ses foyers s'éteignaient et sans cesse se rallumaient soudain. Aux épidémies mentionnées dans l'*Histoire des Francs*, il faudrait ajouter encore, suivant Papon et Lassis, celles des années 549, 564, 579, 588 et 589. Il n'y eut donc aucun répit et il ne pouvait, en vérité, en être alors d'autre manière, car une misère effroyable était partout. Des guerres perpétuelles jetaient en tous lieux des bandes armées qu'accompagnaient l'incendie, le meurtre et la ruine ; la famine suivait la guerre ; la peste s'associait à la famine. Avec cela, rien qui fût ait, ni qu'on pût faire contre la contagion.

« Comme nous allions vers Metz au-devant du roi, raconte Grégoire de Tours, nous rencontrâmes à Reims un citoyen de Poitiers en proie à la fièvre et frappé de la contagion. Il partit cependant pour Paris, déjà épuisé, avec le fils de sa femme. Tous deux moururent au village de Ruel ; mais on ramena leurs cadavres pour les enterrer à Poitiers (13). »

---

notre ère. Le passage dont il est parlé ici a été retrouvé par le cardinal Angelo Maï dans un ouvrage d'Oribase publié dans *Classicorum autorum e vaticanis codicibus editorum*, curante A. Maio, Rome, 1831, t. IV, p. 11. On ne le trouve cependant ni dans la traduction des *Œuvres de Rufus d'Ephèse* de Daremberg et Ruelle, parues en 1879, ni dans les *Œuvres d'Oribase*, traduites par Bussemaker et Daremberg et parues de 1851 à 1876.

(1) ANGLADA. — *Etude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*, Baillière, Paris, 1869, p. 165.

(2) M. H. BORDIER, dans sa traduction française de Grégoire de Tours (2 vol. in-12, Didot, Paris, 1859, p. 150) admet de même que *la première des terribles pestes qui désolèrent le Moyen-Age*, fut celle qui survint huit ans avant la mort de Saint-Gall (Cf. Histor. Franc., IV, 5) ; c'est-à-dire, suivant que l'on place cette dernière en 552 ou en 554, soit en 544, soit en 546. L'an 545 donne ainsi une date moyenne.

(3) « *Igitur Childericus Aurilianis pugnas egit, Adovacrius vero cum Saxonibus Andecavo venit. Magna LUES populum devastat.* » Histor. Francr., I, 18.

(4) J.-P. PAPON. — *De la peste ou les époques mémorables de ce fléau*, in-12, Lavillette, Paris, an 8, t. II, p. 259.

(5) LASSIS. — *Causes des maladies épidémiques*, in-8, Compère, Paris, 1822.

---

(1) Procopii Cæsariensis *Historiarum sui temporis libri* VIII (traduct. Cl. Maltuto, 1662, t. I, c. 22 et 23).
(2) Histor. Francor., IV, 5.
(3) Livre VII des Miracles, § 79 et Vie des Pères, § 17.
(4) Histor. Francor., IV, 31,
(5) *Idem*, V. 35.
(6) *Idem*, V, 42 ; VI, 14 & 15.
(7) *Idem*, VI, 33 ; VII, 1.
(8) *Idem*, VIII, 39.
(9) *Idem*, IX, 13.
(10) *Idem*, IX, 21 & 22.
(11) *Idem*, X, 23.
(12) *Idem*, X, 25 & 30.
(13) « *His diebus, dum ad occursum regis properimus, Wiliulfus, civem Pictavum, plenum febre, hoc morbo aborantem, in via offendimus; id est ad Remensim*

Et cela n'est qu'un exemple parmi foule d'autres. Aussi bien, comment se garder d'une punition venue du Ciel ? En ce temps-là, la volonté toute puissante de Dieu était, en effet, la seule cause connue de la peste ; et, sans même venir jusqu'à Yersin, l'heure était encore fort éloignée où J.-B. Griffon, l'attribuerait à de petits organismes invisibles « *qui sont à la mite ce que la mite est à l'éléphant* » (1720).

Tout au plus en découvrait-on jadis des présages dans d'innombrables prodiges, dans les tremblements de terre, les troubles météorologiques et surtout dans l'apparition des comètes. Un homme ne rompt pas avec toutes les superstitions de son siècle et Saint-Grégoire vivait au Moyen-Age. Il a cru à la valeur de ces divers avertissements (1) ; et, pour certains, tout n'est peut-être pas absolument ridicule dans cette foi. Une chose du moins est curieuse dans ce que l'évêque de Tours nous a laissé à ce point de vue ; c'est la cause occasionnelle qu'il trouve à l'épidémie de Rome en 589.

« Alors, une inondation du Tibre couvrit Rome, renversant les édifices antiques ; et les flots entraînèrent à la mer une multitude de serpents. Etouffés par les eaux salées de la mer, ces animaux périrent et furent rejetés sur le rivage. Il s'en est suivi une épidémie de peste (2). »

Réduisez la multitude des serpents à un grand nombre de poissons d'eau douce dont les cadavres couvrent la grève. Cela ne vous dit rien, car, à parler de peste, vous ne songez qu'aux rats. Ouvrez cependant le *New York medical Journal* du 7 juillet 1900 et vous lirez que « d'après le *Journal of tropical Medicine*, la marée montante a amené sur le rivage à Tokio une grande quantité de poissons morts. Les rats, qui ont mangé de ce poisson, périssaient rapidement avec des phénomènes d'infection pesteuse et l'examen bactériologique a montré la fréquence du bacille pesteux dans les cadavres des poissons. »

urbem. De qua profectus valde exinanitus, cum ad urbem Parisiacam cum filio uxoris sue venissel, apul villam Rigoialinsim, facto testamento, defunctus est. Puer vero, quia et ipsi ab hoc langore tenebatur, abiit ; et sic pariter in urbis Pectavem delati termino, tumolati sunt'. » (Histor. Franc., IX, 13.)

(1) Il écrit, par exemple, vers la fin de son livre « De l'observation ecclésiastique du cours des étoiles » : « Comète : *Lorsqu'elle montre une tête chevelue, que surmonte un éclatant diadème, la comète annonce la mort d'un roi. Lorsqu'elle apparaît portant un glaive, rougeâtre, noyant sa chevelure dans l'ombre de la nuit, alors la comète est le présage d'un désastre de la patrie. C'est ainsi que, précédant la peste du pays arverne* (Cf. Hist. Franc. IV, 31), *une comète de cette sorte brilla une année entière sur cette région.* »

(2) « *Tanta inundacio Tibris fluvius Romam urbem obtexerit ut ædes antiquæ deruerent. Multitudo etiam serpencium per hujus fluvii alveum in mare descendit ; sed suffocatæ bestiæ inter salsos maris fluctus et litori eiectæ sunt. Subsecuta est de vestigio cladis quam inguinariam vocant.* » (Hist. Franc., X, 1.)

On n'était pas tant avancé au VI[e] siècle. Aussi, toute prophylaxie et toute thérapeutique se résumaient-elles, ou presque, à la prière, au jeûne et aux pénitences volontaires pour fléchir le courroux du Ciel, ou bien encore à marquer les maisons d'un T grec, représentant assez bien la Croix, pour éloigner l'ange exterminateur (1). Reims préservé une fois par les reliques de Remigius (2) et plusieurs miracles particuliers, dont Grégoire se fait le complaisant écho, encourageaient dans cette voie. Certes, on peut dire que le jeûne affaiblissait par avance devant l'infection et que les grandes assemblées des processions et des prières publiques aidaient à propager la contagion. En une heure, dans une église romaine, le diacre de Grégoire de Tours vit quatre-vingts personnes tomber à terre et rendre l'esprit (3). Un autre jour, un dimanche, dans la seule basilique de Saint-Pierre, on put compter trois cents cadavres (4).

Mais, sans aller aussi loin que Van Helmont, pour qui la peur joue si grand rôle dans l'étiologie des maladies épidémiques qu'il l'identifie volontiers avec la contagion même, il n'est pas douteux que la foi religieuse est un réconfort, dont il serait injuste de mésestimer la valeur. Fauchés par la peste, les peuples, par endroits, en trouvaient un autre dans les sublimes exemples d'une charité héroïque. Saint Grégoire-le-Grand, à Rome, ne cessant d'exhorter la foule (5) ; Salvius, à Albi, relevant le courage de ses fidèles jusqu'à l'heure où, atteint à son tour, il lava son corps, revêtit son vêtement d'évêque et se coucha lui-même dans son cercueil (6) ; l'évêque Nicetius, à Trèves, ne reculant devant aucun péril (7); le prêtre Caton, à Clermont, ensevelissant les morts et disant une messe pour chaque victime (8) sont de belles figures que l'ingrate mémoire des hommes a trop vite oubliées.

Grégoire de Tours eut moins de courage. « *Au temps de Cautinus* (évêque de Clermont), dit-il, *lorsque les péchés du monde attirèrent la peste bubonique sur le pays Arverne* (571), *je gagnai le bourg de Brioude pour me mettre sous la protection du martyr Saint-Julien.* » C'est un acte de foi, sans aucun doute, mais une ombre pourtant dans le tableau de sa vie.

Albert GARRIGUES.

(1) Histor. Francr., IV, 5.
(2) Livre septième des Miracles, § 79.
(3) « *Asserebat autem diaconus noster, qui aderat, in unius hora spacium, dum vocis plebs ad Dominum supplicationis emisit, octoginta homines in terram conruisse et spiritum exalasse.* » (Hist. Franc., X, 1.)
(4) « *Numerati sunt autem quadam dominicam in unam beati Petri basilicam, tricenta defunctorum corpora.* » (Hist. Franc., IV, 31).
(5) Histor. Francor., X, 1.
(6) *Idem*, VII, 1.
(7) Vie des Pères, § 17.
(8) Histor. Francor., IV, 31.
(9) Livre deuxième des Miracles, § 45.

POUR LA PROSPÉRITÉ DE NOS STATIONS THERMALES

La France est, sans contredit, un des pays du monde qui soit le mieux doté en sources minérales. Exception faite pour les eaux purgatives, tous les types connus y sont représentés, à part le type bohémien Karlsbad-Marienbad et, cependant, en dépit de cette profusion et aussi de la diversité de la minéralisation, ce qui multiplie leurs indications thérapeutiques, nos stations ne jouissent pas de la prospérité qu'elles méritent d'avoir. Seules connaissent le succès celles où casinos et jeux fonctionnent en grand, car partout, ou presque partout, la qualité des eaux ne vient qu'au second plan. Que nous voilà loin du temps où les Romains conquérants de la Gaule tiraient parti des richesses hydrominérales que notre sol leur offrait à profusion ! Pour eux, l'eau était tout. Quel que soit le lieu qu'ils occupassent, ils allaient à sa recherche. Pour nous, elle n'est qu'un prétexte. On va aux eaux pour se divertir. Le traitement, c'est l'accessoire. On choisit sa station, comme on choisit sa plage. Le médecin familial n'est consulté que pour la forme et, l'est-il, qu'en bon psychologue, il pressent son client sur l'endroit où il désire se rendre, se gardant bien de l'adresser là où il n'a pas l'envie d'aller. De tout temps, du reste, il en a été de même et c'est ainsi que Madame de Sévigné écrivait à sa fille du château des Rochers, le 31 août 1689 «..... il (*il s'agit d'Alphonse de Créqui, plus tard duc de Lesdiguières, ami du comte de Grignan*) va à Vals parce qu'il est à Paris et M. d'Arles (parce qu'il est dans le voisinage de Vals), va à Forges, tant il est vrai que jusqu'à ces pauvres fontaines, nul n'est prophète en son pays .... ». In *Chronique médicale*, 1926, p. 42.

De cela, il résulte que nos stations ne reçoivent pas toujours la clientèle qui devrait leur échoir. Les affections pour lesquelles on vient ne sont pas toujours justiciables de leurs eaux ou, pour parler un autre langage, ne relèvent pas de leur spécialisation. En tout cas, les malades qui consacrent au temps de leur cure la période de leurs vacances et qui sont venus avec l'intention première de s'amuser, ne se soignent pas ou du moins se soignent mal sous la direction d'un médecin qui s'apercevant vite que son client n'est pas sérieux, se désintéresse de le suivre et c'est ainsi que bien des baigneurs, pour ne pas dire des buveurs, attendu qu'on peut être l'un sans être l'autre, une fois le traitement terminé — et quel traitement ! — réintègrent leurs pénates en affirmant à juste titre que la cure n'a pas produit les résultats escomptés.

Que convient-il de faire pour arriver à mieux, pour que nos stations jouissent du même crédit que les stations allemandes, ne citant qu'elles en exemple ? Mais tout simplement — comme si cela était simple ! — changer la mentalité du client. Il est nécessaire que celui-ci n'arrive à la station que bien décidé à guérir et, pour cela, observer strictement les prescriptions du médecin auquel il aura été adressé. Le malade doit être discipliné. Il est des conditions adjuvantes à tout traitement par les eaux minérales, conditions qui constituent un chapitre de l'hygiène, l'hygiène des stations thermales, auxquelles il faut se plier. Alors, plus de nuits passées au casino, plus de couchers tardifs, adieu jeux, baccarat et le reste. En Allemagne, on ne connaît pas cela. A dix heures, le couvre-feu, et il faut être au lit à cette heure, car, en toute station, le traitement commence tôt. Il est indispensable pour retirer d'une cure tous les bienfaits qu'elle peut procurer de se mettre au vert, d'éviter toute préoccupation, de fuir toute cause de fatigue. Les Allemands l'ont bien compris. Une fois terminé le traitement à suivre dans l'établissement, les malades déambulent, qui, dans la campagne, qui, dans la montagne, ou, s'il pleut, sous des colonnades confortablement aménagées, sinon luxueuses, comme il en existe à Karlsbad. Pour charmer l'oreille, de la musique, mais aussi, afin d'éviter toute fatigue, même morale, pas de jeux, surtout pas de jeux. Tandis qu'en France, pleut-il ? c'est l'atmosphère poussiéreuse, débilitante, anémiante, pour ne pas dire tuberculisante des salles de jeux ou de danses ? Voilà où court la clientèle. Belle hygiène ! Et combien déplorée par les médecins d'eaux !

C'est, d'une part, le Dr Grasset, de Royat, qui, à ce sujet, s'exprime ainsi : « Le médecin habile — il s'agit du médecin d'eaux — sait aussi tirer parti des circonstances adjuvantes telles que changement d'air, de climat et d'altitude. Il régularise le régime alimentaire, ordonnance les exercices méthodiques, les promenades limitées, les repos successifs, les distractions stimulantes et attrayantes. Il doit, autant que possible, défendre les jeux d'argent qui sont cause de dépression. Si les distractions doivent abonder dans une ville d'eaux, il est néfaste de la voir se transformer en ville de jeux, car le jeu est une passion déprimante ; de plus, comme le jeu se traduit toujours par des pertes, il arrive souvent que des baigneurs décavés, à bout de ressources, abrègent la cure, de là perte d'argent et de santé en même temps. »

D'autre part, c'est le Dr Hyvert qui s'exprime ainsi à propos de Pougues, station où il exerce : « ..... En juillet-août, la clientèle plus nombreuse ne saurait en majorité se contenter des beautés de la nature. La Compagnie réserve donc presque toutes les fêtes de la saison pour ces deux mois. Les distractions sont alors très suffi-

santes pour une station où on ne vient pas exclusivement pour jouer et s'amuser : musique trois fois par jour, théâtre, cinéma, dancing (hélas!), bals costumés, fêtes d'adultes et d'enfants.... ». A remarquer ce mot : « *Hélas* » ! Aucune explication ne l'accompagne, mais placé là il signifie beaucoup dans la pensée de l'auteur. Quelles constatations a-t-il pu faire qui l'ont motivé ?

Plus loin, dans le même article, le Dr Hyvert précise que, si l'on doit éviter aux baigneurs le désœuvrement et l'ennui, il importe de leur assurer à tous, en dehors du traitement proprement dit, ces deux éléments essentiels du succès de la cure : 1° le repos au début ; 2° une stimulation générale ensuite avec entraînement méthodique et progressif vers la reprise de la vie commune. Que des distractions se multiplient, rien de mieux. Mais en regardant plus haut, nous dirons que la prospérité de nos stations françaises ne serait ni légitime, ni durable si, dans la vie thermale, nous ne mettions au-dessus de tout l'intérêt médical des malades. C'est contre leurs propres erreurs qu'il faut les défendre et tout au moins les empêcher pendant trois semaines de sacrifier aux exigences du plaisir ou de la mode.

Peut-on mieux dire, définir plus exactement le rôle du médecin d'eaux ? Si tous pouvaient avoir sur leurs clients l'ascendant nécessaire, nos stations françaises auraient vivement récupéré leur ancienne prospérité, celle qu'elles ont connue au XVIIe, XVIIIe et XIXe siècle. Mais, depuis ? En France, quelques établissements, plus ou moins délaissés, ont fermé leurs portes. D'autres, sont dans un état d'entretien précaire, comme ceux de Châteauneuf-sur-Sioule (P.-de-D.), malgré la beauté du site et l'intérêt qu'en présentent les sources, toutes riches en gaz carbonique et combien propres à administrer les bains carbo-gazeux qui font la fortune de Nauheim ou de Spa ! Mais, voilà, on ne joue pas à Châteauneuf. Il est vrai qu'on joue à Royat et cependant Royat n'a pas la vogue qu'ont les stations concurrentes de Nauheim et de Spa où les jeux ne sont pas admis. Le public accepte à l'étranger ce qu'il n'accepte pas en France. Chez nous, son éducation est à faire. Il faut espérer, pour la mise en valeur de nos richesses hydrothermales, qu'on y parviendra.

Professeur E. Fleury,
de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes
Lauréat de l'Académie de médecine
(Médaille de vermeil du Service des Eaux minérales).

AUTOUR DES THÉATRES

Félix. — La Prisonnière. — La Fosse aux Filles. — Un Drame à bord. — Le Chevalier Canepin. — Lucette et sa tante. — L'Homme qui vendit son âme au Diable. — L'Homme qui s'est rencontré lui-même.

Serait-ce la venue du printemps ? Un souffle passe sur les théâtres ; on dirait que certains directeurs prendraient volontiers leur part de cet effort d'hygiène sociale qui tend à diriger les mœurs et à améliorer la santé physique et morale des spectateurs. Ils devraient cependant, et dès longtemps, savoir que leur influence ne pourrait s'exercer que si elle était le fruit d'une campagne concentrée où, dans des milieux différents, des auteurs différents aboutiraient aux mêmes conclusions pour des raisons différentes. C'est que pour faire une pièce — et ce n'est pas M. Henri Bernstein qui me démentira, lui qui en a si magistralement exposé la formule à propos de sa nouvelle pièce *Félix* au théâtre du Gymnase — il ne suffit pas de noter soigneusement un trait exact, de copier scrupuleusement la vie, de réaliser un document, d'aller enfin vers le plus pur réalisme ; il faut aller plus loin, et, sans tomber dans l'allégorie, créer des êtres symboliques auxquels (et c'est là un point essentiel) il faut faire parler « une langue spéciale, donnant l'impression du vrai et qui ne soit pas la langue vraie » comme en une sorte de transposition analogue à la transposition musicale. Le texte comme le décor doivent servir à renforcer l'expression de la vérité et s'ils se contentaient de rapporter les couleurs ou les paroles de la nature, ils ne donneraient pas une impression plus forte que celle de la tranche de vie elle-même noyée dans les réalités où elle passait inaperçue, jusqu'à ce que l'auteur, plus averti, l'y eût découverte ; les lumières de scène par leur éclat et leurs tons amortissent tout ce qui n'a pas été spécialement « maquillé » pour profiter de leur intensité au lieu de s'en trouver effacé !

Avec *La Prisonnière*, au théâtre Fémina, M. Bourdet, a tenté sur un cas particulier d'exalter les dangers d'intoxications amoureuses trop spéciales : il y fait ressortir avec habileté et non sans puissance, un poison moral qu'il est permis de considérer comme exceptionnel. Aujourd'hui, c'est le Grand Guignol qui brandit la massue de l'intoxication physique par la contagion. *La Fosse aux Filles* d'Alexandre Kouprine a été adoptée par Max Maurey avec beaucoup de talent ; la mise en scène en est saisissante et crue, à la manière du Grand Guignol, dont la coquetterie fidèle ne redoute ni l'excessive horreur ni les sentimentalités délicates. Une fille est malade

dans une « Fosse » de Russie, « en des temps assurément éloignés » ; dans sa rage, elle veut donner sa « maladie » à tous les hommes. Survient un jeune homme, un ami d'autrefois qui lui parle avec tendresse ... et la fille se tue afin d'échapper à la fois à l'hôpital « où l'on ne soigne pas » et au désir de répandre son mal ! Ce regard en arrière est d'un intérêt historique puissant ; il nous ramène presque à l'époque où M. Brieux amorçait sur le même terrain une campagne en sens inverse ; il voulait qu'on débride la plaie, afin de la mieux connaître et d'apprendre à la mieux guérir. Nous pouvons contempler ici non sans quelque fierté le terrain gagné par les médecins, car de nos jours, la fille Jénia dont Mlle Maxa incarne le rôle avec beaucoup de vérité, n'aurait plus même la pensée de recourir au rasoir avec lequel, en scène, elle se tranche la gorge dès qu'elle voit arriver le docteur, mais se remettrait purement et simplement entre ses mains afin d'être soignée et guérie ! En dehors de cette pièce principale, la soirée du Grand Guignol, est toute de charme ... l'horrifique qui va jusqu'à l'assassinat en scène ne tient que juste la place qu'il faut pour corser la sentimentalité qui le précède.

Dans *Un drame à bord* de M. Adriel, ce n'est pas sur la pensée du drame qu'on demeure, c'est sur le voyage exquis réalisé en un temps court mais soutenu tout le long d'une côte ensoleillée, très caractéristique de la région africaine grâce aux décors mobiles qu'a peints M. Gabriel Rousseau. Le drame est aussi poignant qu'imprévu : au cours d'un voyage d'amour qui doit se terminer par leur mariage, une aventurière, partie sur le yacht d'un riche américain, est reconnue par un naufragé qu'on vient de repêcher et qui n'est autre que l'ancien amant repenti qu'elle a autrefois entraîné au crime ... Et comme il veut la dénoncer, elle le poignarde par derrière non sans qu'il ait, avant de tomber, le temps de l'étrangler.

Et toujours au Grand Guignol, *Le Chevalier Canepin* de M. Henri Duvernois, est un fou évadé qui assiste à la scène intolérable que fait à une délicieuse petite femme, dans un café, un homme insupportable, tyrannique et tâtillon. Devant le calme soumis de la maîtresse, le fou met l'amant à la porte et propose à la femme avec un respect sans affectation de partir avec lui, de voyager partout et d'être heureuse ... afin de respecter la liberté de sa décision, il lui laissera quelques minutes après lesquelles elle n'aura qu'à le rejoindre ou à lui faire un signe avec son mouchoir s'il doit s'éloigner seul ! Les gardiens arrivent, elle les oriente à rebours, et après avoir fait, le cœur gros, le signal convenu, elle reprend sa chaîne auprès de l'homme égoïste et odieux, maladroit même dans son chagrin et dans sa bonne volonté. La logique des fous calmes se retrouve là tout entière dans sa mélancolie sentimentale, et si rien dans l'attitude du galant chevalier (si ce n'est le fait de se présenter tel quel de nos jours) ne permet de prévoir le dénouement c'est qu'il existe encore, en France, quoiqu'on en puisse dire, bon nombre d'hommes — et de bon sens — capables de jouer dans la réalité le rôle du chevalier Canepin.

Lucette et sa Tante de M. Maxime Girard, termine la soirée dans une note de bon rire qu'accentue encore le jeu pittoresque de Mme Madeleine Guitty : La Tante Victorine de Lucette est un peu comme la fameuse « Tante Lily » ou bien elle n'existe pas, ou bien elle cache la silhouette d'un joli jeune homme. Lucette explique à Pierre, son amant, comment il devrait s'habiller. Un instant après arrive son ami Marcel, habillé — comme par hasard — exactement en conformité de ce que vient de décrire Lucette ... Plus de doute et Pierre, instantanément, refile à Marcel avec Lucette les trente mille francs de reprise de l'appartement, et Marcel est bien obligé d'accepter grâce à l'intervention de la cuisinière, forte en gueule, qui est la vraie mère de Lucette et saura le faire marcher droit. Cet acte fort bien joué est d'une observation fine et exacte Qui de nous, homme ou femme, ne cherche, en effet d'instinct, à revivre chez lui les heures agréables passées ailleurs et n'éprouve quelque plaisir à en évoquer les détails et à les raconter sous quelquel prétexte que ce soit. Lucette, petite femme élégante, pense à ce qui l'a frappée ; ses pensées toutes orientées vers la coquetterie vont vers la joliesse étudiée des costumes de *son* « amant » elle les décrit à son « ami » ... c'est presque du réalisme, et ce n'en est pas moins charmant.

Il faut bien revenir sur les lois périodiques qui régissent choses et gens : voici le Printemps, le Salon des Indépendants, et voici dans les théâtres des décors ultra-modernes, tout à fait en harmonie avec l'envol sensuel et fantaisiste de la nature qui s'éveille.

***

Comme pour fêter le « Renouveau » et peut-être le renouvellement de son « Bail », la Gaité Lyrique a fait un formidable effort d'Art. Son école de danse que guide la rigidité impeccablement douce de la maîtresse de ballet, Mme Stichel, aidée de Mlle Capri, étoile de très bel éclat, et d'un corps de danseuses de premier choix, son atelier (j'allais dire son Ecole car je n'en connais guère d'autres) de costumes de théâtres, où Mlle Jenny Carré rivalise de talent et d'adresse avec Mlle Delahaye, le goût très sûr de son directeur, M. Georges Bravard, qui ne dédaigne pas de rechercher lui-même dans la nature les maquettes de ses décors et d'imposer son goût aux peintres,

forment un tout qui peut seul expliquer l'unité vraie de l'œuvre qui vient de nous être présentée. L'opérette nouvelle : *L'homme qui vendit son âme au Diable* représente un effort considérable accompagné d'immenses difficultés, une par une surmontées. Le livret de MM. Pierre et Serge Veber évoque en cinq tableaux les moyens successifs employés par le banquier Martial qui vient de faire faillite et a vendu son âme au Diable dans un café de la place de la Bourse, pour arriver à dépenser « en achetant sans jamais donner » le million quotidien qui est l'enjeu du marché. S'il ne parvient pas à le dépenser en entier, il mourra sur l'heure et le Diable emportera son âme. Afin de dépenser plus aisément son argent, Martial part au Mexique ou « tout » est à vendre, il emmène avec lui sa secrétaire, Lola (Mlle Louise Dhamarys) qui a, par hasard, assisté au marché et qui inconsciemment éprise de son patron, s'est juré de le sauver. Il emmène aussi son caissier Tambouille (M. Détours) sans oublier sa maîtresse Marguerite (Mlle Maud Parry) avec Madame sa Mère. A Marguerite, il promet, si elle parvient à séduire Robert avant minuit, les 250.000 frs. qu'il est obligé de dépenser d'ici là, et comme Robert, un peu jeunet, plus fourni d'études que de science amoureuse, consent à répéter avec elle une scène d'amour progressivement ardente, voici que Lola arrive juste à temps pour voir son fiancé (qu'elle n'aime pas à l'excès) embrasser Marguerite. En deux tableaux qui continuent à se situer au Mexique, Martial recrute des bandits dans une taverne borgne afin de cambrioler lui-même la banque dans laquelle sont déposés des millions qui représentent pour lui autant de jours à vivre ; et le cambriolage réussit parce que les veilleurs de la banque sont en grève, et malgré le fidèle caissier Tambouille, gardien improvisé, briseur de grève, en proie à une frayeur épouvantable qu'héroïquement et comiquement il surmonte ! Enfin, c'est en France, dans une péniche transformée en restaurant amarrée près de Vernon, non loin des ruines d'un vieux pont et exploitée par Tambouille devenu l'heureux époux de Madame Mère, que Martial s'est caché pour dépister celui auquel il a vendu son âme, et c'est au bout de sa ligne qu'il sort lui-même le Diable de l'eau, comme un simple goujon. Marguerite qui a quitté Martial au Mexique pour s'engager dans une troupe de comédiens (où Robert est devenu le premier des jeunes premiers) vient à la péniche pour embrasser sa mère ; elle tente de reconquérir Martial, réussit, Lola survient ; courte scène sans aménité, entre les deux femmes, duo d'amour de Martial et de Lola qui marieront Marguerite à Robert et c'est le Diable qui fera les frais, car par avance Lola a organisé les moyens de dépenser aussi longtemps et aisément qu'il faudra, le million quotidien en des œuvres sociales .... Enragé mais bon enfant, le Diable déchire le pacte et tous les amoureux seront contents. Les éléments du livret sont ceux d'une opérette gaie, l'interprétation est d'un modernisme et d'une note d'art très poussée qui donne très grand air à l'ensemble et justifie la formule de la musique de M. Jean Nouguès, formule ramenée à la note de l'opérette en des airs dont quelques-uns sont appelés à se populariser. Les costumes sont d'une harmonie somptueuse en rapport intime avec les décors ; l'ensemble en est de haut goût. La voix de Mlle Dhamarys s'envole dans une netteté pure dont le timbre s'harmonise bien avec celui de M. Charmat qui lui donne agréablement la réplique. Jamais Mlle Dhamarys n'avait ainsi complètement encore déployé tout son charme de femme et d'artiste. Elle a su trouver dans le duo d'amour, au quatrième acte, des notes d'une sensualité voluptueuse, en parfait accord avec les élans saccadés de l'excellent orchestre de M. Clémendht. Le Diable, c'est Henry-Jullien, un bon Diable bien moderne et dont les pieds ne sont pas fourchus et qui, en véritable Frégoli, trouve le moyen de changer quatorze fois de costume sans perdre un pouce d'une bonne humeur distinguée et sympathique. Mlle Maud Parry est charmante dans la leçon d'amour qu'elle donne au deuxième acte et à laquelle elle se laisse prendre ; le costume mexicain, à larges paniers, qu'elle porte est complètement adéquat à son rôle et d'une réalisation hors de pair. M. Détours, dans le rôle du caissier fidèle et de l'Amiral commandant une péniche en eau douce, est d'un pittoresque dont la note sait varier agréablement. J'ai goûté fort le duo du quatrième acte dans lequel Mlle Jeanne Morlet agréablement évoque en petit le souvenir de Jeanne Bloch. Les décors à eux seuls, justifieraient la qualité de la soirée : ce sont des merveilles d'ingénuosité réalisés dans la note grandiose que seule l'immensité de la scène de la Gaité peut permettre ; le café place de la Bourse, la taverne louche au Mexique, la somptueuse salle des coffres-forts toute de marbre blanc avec son escalier monumental à double révolution, enfin la péniche printanière amarrée à Vernon, véritable nid rêvé pour des amoureux, sont d'admirables tableaux modernes ; ce dernier, en particulier, est une véritable trouvaille.

A l'Atelier, *Je ne vous aime pas* est une curieuse pièce dont le squelette est d'une infinie simplicité : je vous aime ... je ne vous aime pas, se disent l'un à l'autre, à Montmartre, un peintre sans grand talent, plutôt bohême, et une jeune femme ... de luxe chez laquelle il a soupé la veille. Pour elle, il quitte sa petite amie Lucy alors qu'elle ne quittera pour lui aucun de ses amants ; c'est cadet qui s'en ira et qui, un peu plus tard, lorsque mélancoliquement, pendant

une heure, il la reverra, la trouvera lointaine à en pleurer, tandis que l'employé de chemin de fer qui a épousé Lucy le suppliera de ne pas chercher à la revoir. Ces trois actes de M. Marcel Achard sont d'une très grande joliesse, parfois un peu décousue, on y trouve néanmoins un véritable effort vers l'expression, pas absolument réalisée mais déjà suffisante, de sentiments sérieux et profonds. La pièce est admirablement jouée et d'excellente qualité.

Le Théâtre Albert Ier s'attache, non sans un charme spécial, à des problèmes d'étrange psychologie : *L'homme qui s'est rencontré lui-même,* dont l'auteur est M. Luigi Antonnelli, évoque la série des efforts et des états d'âme d'un homme qui a vécu et qui, sachant à 45 ans ce qu'il sait, se trouve en présence de lui-même tel qu'il était à vingt ans et s'efforçant de faire profiter son double plus jeune de toute l'expérience acquise, n'aboutit qu'à se faire détester de lui sans pouvoir lui faire admettre la sagesse et l'exactitude de ses avis. D'un bout à l'autre, la situation apparaît avec toute sa bizarrerie, la haute qualité des acteurs la maintient jusqu'au bout dans la note élevée et difficile rendue nécessaire par la vraisemblance des idées dans l'invraisemblance des situations.

Dr G.-Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Réunion tenue à Rennes le 23 janvier 1926 par les Médecins de tout l'ouest.

Trop de confrères voient encore dans la scission du Corps médical une affaire de mots, de personnes.

Il s'agit en réalité d'un conflit de tendances, et la situation est très grave.

Que voulons-nous, nous médecins !

Nous voulons pour les assurances sociales être consultés à propos de tout le fonctionnement de la loi avant son élaboration, et collaborer obligatoirement à son organisation, et à son application, sans que rien puisse nous être imposé qui n'aurait pas notre assentiment.

Mais ce n'était pas l à ce que poursuivait l'Union ! Elle voulait, là encore, « colloquer », ses fameuses « organisations de soins » (1), son contrôle tripartite, sa « prise en charge » de la médecine sociale.

Elle voulait, en somme, arriver à créer pour le civil, une sorte de « Service de santé » syndicaliste.

Pour que le médecin ne devînt pas fonctionnaire... elle n'avait trouvé que de le faire fonctionnaire du Syndicat !

Et c'est pour cela qu'elle en vint à *défendre* le tiers payant. Celui-ci n'était certes pas un but, mais bien un moyen d'appliquer son système.

Et c'est pourquoi encore on vit à la dernière assemblée générale, les manœuvres (pas nouvelles d'ailleurs) destinées à empêcher le vote de l'ordre du jour Desrousseaux, ou plutôt — car il faut préciser — ou plutôt dis-je, *de sa phrase* trop explicite et trop catégorique contre le tiers payant.

Mais aujourd'hui, la situation est devenue telle que cette conception-là de la médecine sociale ne peut guère plus se défendre. Nous assistons donc à un début d'évolution (je l'espère du moins !)

Il y a en effet, comme le dit le Dr Decourt, de nombreux points sur lesquels nous sommes *tous d'accord* (à Rennes, le vote les concernant fut *unanime*) ; il faut absolument que nous obligions l'Union à les défendre !

A Rennes, Rénon parla le premier du projet Chauveau. Il croyait, de bonne foi, ne pas être dans les anciennes idées de l'Union, mais tout à fait dans les nôtres.

Dans le projet de loi, il souligna surtout le fait — un triomphe selon lui — que l'Union avait réussi à faire consacrer l'entente nécessaire avec les Syndicats.

Le projet, somme toute, ne lui paraissait pas trop mauvais.

Mais Marquis parut alors, s'abstint de toute théorie, n'exposa que des faits.

Il montra d'abord que ce n'était pas à nous de défendre le tiers payant, mais bien à nous prémunir contre lui.

Il montra que ce que nous appelons : *entente directe du médecin et de son malade* n'exclut pas, comme on l'a prétendu, les contrats collectifs, mais au contraire, les présuppose.

Mais, selon lui, le contrat ne devait exister qu'entre les assurés et leurs caisses.

Une petite discussion s'ensuivit, et l'on reconnut qu'il fallait bien entre les Syndicats médicaux et les Caisses l'établissement d'un *modus vivendi,* donc d'un contrat, mais sans que ce contrat comportât de tarifs. *Les honoraires médicaux, en effet, ne devront pas être conditionnés par les versements que feront les assurés à leurs caisses.*

(1) Je m'explique, puisqu'il paraît que c'est nécessaire : nous savons tous qu'il faudra *une* organisation des soins, ce dont nous ne voulons pas c'est l'organisation de soins *telle que nous l'exposa le* « Médecin Syndicaliste ».

La question de nos tarifs doit rester *notre affaire à nous*, sans quoi (nous verrons tout à l'heure pourquoi) nous arrivons *au forfait* et *au rabais* !

Rénon avait dit que le nombre des assurés serait bien moins grand que nous ne l'avions cru tout d'abord.

Marquis lui fit observer que cela (peut être vrai au début) ne durerait guère. L'attrait de la *retraite* créant un nombre de plus en plus important d'assurés facultatifs, le salaire de base pour les assurés obligatoires *étant très élevé*, les cheminots, mineurs etc., n'étant pas comptés, on verrait, en fait, rapidement la moitié de la clientèle distraite de la pratique médicale libre.

Rénon avait dit aussi : « les Syndicats médicaux seront unis, ils seront forts contre des caisses qui *doivent* rester autonomes » et il soulignait ce mot.

Marquis n'eut pas de peine à montrer ce que serait cette prétendue autonomie, comparable à celle des Mutualités actuelles.

Ensuite, répondant encore à Rénon qui nous avait dit que le projet Chauveau admettait l'entente directe du médecin et de son malade, il montra facilement que ce n'était là qu'un leurre (n'oubliez pas, et jetez, donc parfois si vous en doutez, un regard sur *L'Humanité*, que les Syndicats ouvriers veulent, *les soins médicaux gratuits tout simplement*). Voilà pourquoi le projet de loi dit dès son début : « l'assurance COUVRE les frais de maladie.

Se reportant alors aux tableaux mêmes annexés au projet Chauveau, Marquis nous fit remarquer la faible proportion du capital des caisses affectée aux frais médicaux : à peine le quart. Et, écoutez bien ceci : *on disposerait par malade d'environ* 50 *fr. là où mutilés ou assistés reviennent actuellement à* 176 *et* 219 *fr.*

Qu'on nous parle donc maintenant de la possibilité de l'entente directe, et du paiement à la visite !

Les recettes sont prévues fixes, sans pouvoir être conditionnées par les dépenses. *C'est donc le forfait fatal*, et *quel minime forfait* !

Péril effroyable, conclut notre confrère, pour la profession médicale et pour son honnêteté.

Quant au libre choix du médecin : en fait, il n'est pas dans la loi.

Le secret professionnel ? nous ne l'y trouvons pas non plus.

Il importe donc que le Corps médical s'élève contre le projet de loi. *Il faut que l'Union prenne tout de suite* NETTEMENT *position et défende nos revendications.*

Il ne faut pas quitter l'Union : *restons unis pour être forts*, mais il faut que dorénavant l'Union proclame hautement qu'elle défend RÉELLEMENT ce que nous avons appelé notre trépied : *libre choix, secret professionnel, paiement à l'acte médical sans tarification imposée ou déguisée*, et avec le minimum de paperasse.

Et puisque l'Union n'a pas jusqu'à présent pris cette position *nette*, on conclut à Rennes, à la nécessité d'une nouvelle assemblée générale à Paris, que demanderaient les Syndicats de tout l'ouest.

En un mot, nous avons voté pour l'Union, mais cela ne veut pas dire que nous avons approuvé tout ce qu'elle a fait, et *nous voulons lui dire dans quel sens elle doit marcher désormais* SANS ÉQUIVOQUE. Dr D.

Les Syndicats suivants étaient représentés à Rennes :

Angers (campagne et ville), Cholet, Saumur, Segré, Avranches, Mortain, Valognes, Mayenne, Lorient, Vendée, Groupement Charente et Poitou, Région cornouaillaise, Dinan, Guingamp, Lannion, Loudéac, Saint-Brieuc, Fédération du Finistère, Brest, Morlaix, Châteaulin, Sud-Finistère, Ancenis, Loire et Sèvre, Nantes et banlieue, Nort-sur-Erdre et Chateaubriant, Pays de Retz, Saint-Nazaire, Saint-Malo, Fougères, Rennes et Sud-Ille-et-Vilaine.

Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France (F.N.S.M.F.)

On nous prie d'insérer :

La Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France (F.N.S.M.F.) a été constituée définitivement le 14 mars dernier et ses statuts ont été votés par les délégués des Syndicats adhérents.

La base de son organisation est l'*autonomie syndicale* et la décentralisation.

Le Bureau et le Conseil, auxquels sont adjoints des Commissions nommées par les assemblées générales, sont surtout chargés d'étudier les questions, de préparer et de coordonner les travaux des Syndicats : ils n'ont le droit de prendre des décisions exécutoires qu'en cas d'urgence ou s'ils en reçoivent le mandat de la majorité des Syndiqués (majorité des trois quarts des suffrages exprimés soit dans les syndicats par referendum, soit dans les assemblées générales de la F.N.).

Les membres du Conseil sont nommés par les collèges régionaux et ne peuvent être réélus plus de deux fois consécutives.

La F. N. a, comme article principal de son programme, la défense des principes de la médecine traditionnelle et n'admettra pas que ceux-ci soient violés en matière de médecine sociale. L'exercice de la médecine doit, pour être normal et moral, être basé, en toutes circonstances, sur le respect du secret professionnel, sur le libre choix absolu du médecin, sur le paiement direct des honoraires par le malade, sans que leur montant soit conditionné par celui des allocations versées aux ayants droits par les collectivités.

L' « entente directe » ainsi comprise (qu'il ne faut pas confondre avec le « paiement direct ») n'exclut pas l'établissement d'accords entre les Syndicats médicaux et les Collectivités à l'effet de permettre le fonctionnement des lois et réglements.

Dans sa réunion du 18 avril dernier, la Commission des Assurances sociales a étudié les modifications qu'il y avait lieu de proposer au législateur : la possibilité de soigner les malades suivant les principes de l'entente directe ne paraissant pas avoir été nettement prévue dans le dernier projet sénatorial.

Le Conseil de la F. N. a porté toute son attention sur les inconvénients de la loi de 1851, sur les hospitalisations, sur les augmentations de tarif des soins aux bénéficiaires de l'article 64, sur les propositions des Compagnies d'assurance fixant le tarif de la visite médicale, sur la création d'un bulletin mensuel, organe officiel de la F. N., sur l'attitude que doit prendre la F. N. vis-à-vis des pouvoirs publics et de l'Union des Syndicats.

Le Conseil a estimé qu'en présence de l'évolution de ce dernier Groupement en faveur de l'entente directe, il y avait lieu de proposer l'établissement d'un front commun vis-à-vis de la loi des assurances sociales. Le Conseil de l'Union a été officiellement saisi de cette proposition.

Le bureau de la F. N., pour 1926, est ainsi constitué :

Président d'honneur : Dr Michon.
Président : Dr Vanverts.
Vices-présidents : Drs Verger et Lapeyre.
Secrétaire général : Dr Vauzanges.
Secrétaire général adjoint : Dr Desrousseaux.
Trésorier : Dr Bouvat.

La correspondance doit être adressée au Secrétaire général, Dr Vauzanges, 25, rue Carnot, Romilly-sur-Seine (Aube). Téléph. 75.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. Maillon
Médecin expert près les Tribunaux

(*Suite*)

Fractures du bras.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1° Cal avec déformation et atrophie musculaire.............	5 à 10	10 à 20	20 à 25	25 à 30
2° Cal avec raccourcissement considérable gênant notablement le fonctionnement des muscles.	30	35	35	40

Fractures de la clavicule.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs			Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs		
	Membre gauche	Membre droit	Bilatérales	Membre gauche	Membre droit	Bilatérales
1° Fracture bien consolidée, cal plus ou moins saillant.................	1 à 4	5 à 8	8 à 10	1 à 5	5 à 10	10 à 15
2° Fracture bien consolidée. Cal plus ou moins saillant, raideur légère de l'épaule......................	8 à 10	10 à 12	15 à 20	10 à 12	12 à 15	15 à 25
3° Fracture bien consolidée ; cal plus ou moins saillant ; raideur de l'épaule plus serrée, péri-arthrite.....	12 à 15	15 à 20	15 à 30	15 à 20	15 à 25	25 à 50
4° Consolidation avec cal difforme, compression nerveuse.............	20	25	30 à 35	25	30	30 à 50
5° Consolidation avec phénomènes douloureux, parésie localisée......	30	35	35 à 40	35	40	40 à 50
6° Consolidation avec paralysie plus ou moins étendue................	50	55	55 à 60	55	60	65 à 70

Pseudarthroses.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
1º Doigts :				
a) Pouce :				
1º Phalange unguéale........	3	4	4	5
2º Autre phalange..........	10	12	12 à 15	15
b) Index :				
1º Phalange unguéale........	0	0 à 2	2	4
2º Autres phalanges.........	8	8 à 9.	9 à 10	10
c) Autres doigts :				
Phalange unguéale...........	0	1	1 à 2	2
Autres phalanges............	3	4	4	5
Voir les indications signalées aux raideurs des doigts.				
2º Poignet (à la suite de larges résections ou de grandes pertes de substance du carpe........	10	20	30	40
3º Main bote (radiale ou cubitale) consécutive à large perte de substance d'un des os de l'avant-bras, suivant le degré de déviation latérale et la gêne apportée à la mobilité des doigts....................	15	20	30	40
4º Avant-bras :				
a) D'un seul os de l'avant-bras :				
1º Serrée..................	0 à 3	3 à 4	4	5
2º Lâche...................	5 à 8	5 à 10	15	20
b) Des deux os de l'avant-bras :				
1º Serrée..................	8	10	20	30
2º Lâche (avant-bras ballant)..	25	25 à 30	30	40
c) Du coude (résections étendues) :				
1º Coude mobile en tous sens, extension nulle, flexion active conservée................	25	25 à 30	30 à 35	40
2º Coude ballant............	40	40 à 45	45 à 50	50
5º Bras....................	40	40 à 45	45 à 50	50
6º Epaule (consécutive à résections larges ou à perte de substance osseuse étendue....	50 à 55	55 à 60	60 à 65	65 à 70
Epaule ballante..............				
7º Clavicule.................	5 à 10	10 à 15	10 à 15	15 à 20

Luxations irréduites et irréductibles.

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
Pouce :				
1° Phalangette	3	4	4	5
2° Métacarpo-phalangienne (suivant la mobilité restaurée)	8 à 12	10 à 20	15 à 20	25
Doigts :				
1° Phalangette	0	1	2	3
2° Phalangine et phalange (suivant la mobilité restaurée)	4 à 12	12	10 à 15	15
Métacarpe :				
1° Les deux derniers métacarpiens	12 à 15	15 à 20	30	40
2° Tous les métacarpiens (suivant la gêne fonctionnelle des doigts et du poignet)	20 à 30	30 à 40	50	60
Coude	50	55	60	65
Epaule	50	55 à 60	60	65 à 70
Clavicule : Luxation externe	0 à 2	0 à 4	2 à 4	2 à 5
Luxation interne	0 à 8	5 à 10	10	20

Luxations récidivantes.

Luxation récidivante de l'épaule (Cf. guide barême militaire)	8 à 25	10 à 30	30	40

Paralysies (Cf. guide-barème militaire).

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
Paralysie totale du membre supérieur	50 à 55	55 à 60	60 à 65	65 à 70
Paralysie du type radiculaire supérieur Duchenne-Erb	25 à 30	30 à 35	30 à 35	40
Paralysie du type inférieur Klumpke	45	50	55	60
Isolée du nerf sous-scapulaire	5 à 8	8	8	10
» du nerf circonflexe	10	15	15	20
» du nerf musculo-cutané	20	25	25	30
» du nerf médian	35	45	45	50
» du nerf médian avec causalgie, c'est-à-dire avec névralgies intenses et tenaces	80	80	80	80
» du nerf cubital : si le nerf est lésé :				
a) au niveau du coude	35 à 40	40 à 45	40 à 45	50
b) à la main	10	10 à 15	15	20

	Professions exigeant surtout l'usage des membres inférieurs		Professions exigeant surtout l'usage des membres supérieurs	
	Membre gauche	Membre droit	Membre gauche	Membre droit
Paralysie isolée du nerf radial :				
a) si le nerf est liésé au-dessus de la branche du triceps..........	40	50	50	60
b) si le nerf est lésé au-dessous de la branche du triceps..........	20 à 25	30	30	40

Atrophies musculaires (Cf. guide-barème militaire).

Pour les pertes de substance musculaire suivant qu'elles intéressent un ou plusieurs muscles, avec adhérences étendues à la peau ou aux plans profonds, pour la rupture complète ou partielle d'un muscle.

Pour la rupture complète ou partielle d'un tendon, le guide-barème militaire renvoie aux raideurs articulaires et aux ankyloses ;

Pour l'amyotrophie d'origine articulaire sans persistance d'ankylose partielle ou totale, en modifiant ce barème en ayant égard à la profession dont il ne tient nul compte, on peut adopter les chiffres ci-dessous.

1° Atrophie des muscles de l'épaule	5 à 8	10 à 15	8 à 12	12 à 20
2° Atrophie des muscles du bras et de l'avant-bras...........	4 à 12	5 à 15	10 à 20	15 à 30
3° Atrophie des muscles de la main	0 à 5	4 à 8	4 à 8	5 à 10
4° Atrophie totale du membre supérieur....................	40 à 45	45 à 50	50 à 55	55 à 60
5° Atrophie totale entraînant une impotence absolue..........	55 à 60	60 à 65	60 à 65	65 à 70

2) Membres inférieurs

Eléments généraux d'appréciation.

a) La profession : Celles où la station assise est possible comportent le minimum d'invalidité. Celles où la marche, l'ascension d'escaliers, la station debout sont nécessaires comportent l'évaluation maxima.

b) Le membre : Le membre est indfférent. Il n'y a pas de distinction à faire entre le membre gauche et le membre droit.

Amputations et désarticulations.

Eléments d'appréciation.

Lésions donnant :	l'évaluation minimum :	l'évaluation maximum :
a) Le moignon.	talon conservé (pas de prothèse nécessaire) ;	amputation au-delà du pied : prothèse nécessaire.
L'incapacité dépend en grande partie du moignon selon qu'il permet ou interdit le port d'un appareil de prothèse et une marche correcte.	au-delà du pied : moignon bien étoffé, souple, indolore, prothèse possible ;	moignon mal étoffé (os saillant sous la peau), douloureux, prothèse difficile ou impossible.
	articulations voisines mobiles ;	raideur ou ankylose d'articulations voisines.
	pas d'atrophie musculaire notable.	atrophie musculaire.
b) La cicatrice.	latérale.	
	terminale mais séparée de l'os par un coussinet graisseux ou musculaire.	terminale surtout terminale adjacente à l'os.

Amputation, désarticulation d'orteils, du pied, de la jambe, de la cuisse.

	Profession permettant la station assise		Profession exigeant la marche ou la station debout	
	Moignon bon	Moignon défectueux	Moignon bon	Moignon défectueux
1° Gros orteil :				
a) Une phalange	2 à 3	3 à 4	5	8
b) Deux phalanges	10 à 12	12	12	15
c) Deux phalanges et le métatarsien	12 à 15	15	15 à 18	20
2° Autres orteils :				
a) Une phalange	0	0	0	0
b) Deux phalanges	0	0	0	0
c) Orteil en totalité	1 à 2	2 à 3	3 à 4	5
d) Un orteil et le métatarsien	5 à 8	8	12 à 15	15
3° Ablation simultanée :				
a) 1er et 2e orteils	5	7	8	10
b) 1er, 2e, 3e orteils	6	8	10	12
c) 2e, 3e, 4e orteils	3	4	4 à 5	6
d) 3e, 4e, 5e orteils	4	5	6	8
e) 1er, 2e, 3e, 4e, 5e orteils	15 à 18	20	25	30
4° Avant-pied :				
a) Un métatarsien (sauf le premier)	5 à 8	8 à 10	8	10
b) 1er et 2e métatarsiens	12	15	15	20
c) 3e, 4e, 5e métatarsiens	15 à 18	18 à 20	20	25
d) 1er, 2e, 3e, 4e, 5e métatarsiens (Lisfranc)	18 à 20	20 à 25	25	30
5° Tarse :				
Désarticulation médio-tarsienne (Chopart) :				
a) En bonne attitude et mobilité suffisante du moignon	25	30	30	35
b) Mauvaise attitude par bascule du moignon avec marche sur l'extrémité du moignon	35	40	40	45
c) Marche impossible sur le moignon	70	75	75	80
Désarticulation sous-astragalienne (Ricard) :				
a) Marche possible	30	35	35	40
b) Marche impossible (Ricard, Pirogoff, etc.)	70	75	75	80
6° Désarticulation tibio-tarsienne	50	55	60	65
7° Amputation de jambe :				
a) Basse	55	60	60	65
b) Haute	60	65	65	70
8° Désarticulation du genou	60	65	70	75
9° Amputation de cuisse :				
a) Basse	65	70	70	75
b) Haute	70	75	75	80
10° Désarticulation de la hanche	80	85	85	90

Raideurs et ankylsoses.

Eléments d'appréciation.

LÉSIONS DONNANT :	L'ÉVALUATION MINIMUM :	L'ÉVALUATION MAXIMUM :
	raideur peu serrée ; mouvements passifs conservés ; angle favorable ; bonne position !	raideur serrée. ankylose complète. angle défavorable. position vicieuse.
	pour les orteils : l'extension ;	pour les orteils : l'hyperextension ; la flexion. le déplacement latéral ; le chevauchement.
	pour le pied : l'angle droit ;	pour le pied : la flexion ou l'extension ; la déviation en dedans ou en dehors.
	pour le genou : l'extension ;	pour le genou : l'hyperextension ou la flexion.
	pour la hanche : la rectitude ;	pour la hanche : la déviation en flexion, adduction ou abduction ou rotation.
	léger raccourcissement du membre.	claudication marquée.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Loviny, de Lille. — M. le Dr Mougeot, de Saint-Dizier. — M. le Dr E. Gay, chef de clinique à la Faculté de Toulouse. — M. le Dr André Viriot, de Nancy.

— **Chez la Marquise.** — A l'occasion du tricentenaire de la Marquise de Sévigné, des soirées de gala sont actuellement données, 9, boulevard de la Madeleine, dans les Salons de la Chocolaterie de Royat qui, comme l'on sait, s'est placée sous le patronage de l'illustre femme de lettres.

Il y a là trois heures à passer, qui comportent un parfait régal pour l'esprit et pour les yeux. Une charmante revue intitulée : Un carnaval chez Carnavalet, dont la commère n'est autre que la divine Marquise, une Bluette : le Grain de Beauté, des auditions de chansonniers montmartrois : Bastia. Dorin, Lise Berty, etc., etc., forment un spectacle charmant et intéressant, dont la verve spirituelle de ceux-ci, s'exerçant aux dépens des politiciens du jour, n'est pas le moindre attrait.

J'y ai pris un vif plaisir , dont je rends grâce à mon sympathique collègue et ami, M. Rouzaud qui, comme l'on sait, est à la tête à la fois de la Chocolaterie et de la Compagnie des Eaux Minérales de Royat.

G. Duchesne.

— **Agrégation** (Section de médecine). — *Liste des candidats.* — *Académie de Paris.* — MM. Bénard (Henri) Bénard (Edmond), Blum, Bordet, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Feuillié, Hagueneau, Hutinel, Laroche, Lebon, Moreau, Paraf, Renaud, Stévenin, Troisier, Tzanck, Vallery-Radot, Weill, Weissenbach

Académie d'Alger. — M. Ben-Hamon.

Académie d'Aix. — MM. Giraud, Zuccarelli, Pieri, Berthier.

Académie de Bordeaux. — MM. Aubertin, Damade, Piéchaud.

Académie de Lille. — MM. Auguste, Legand, Cernaz, Duthoit, Nayrac.

Académie de Lyon. — MM. Barbier, Berheim, Bertoye, Bocca, Duchaume, Devic, Dufourt, Dumas, Gardère, Gaté, Gravier, Langeron, Morenas, Nové-Josserand, Paupart-Ravault.

Académie de Montpellier. — MM. Baumel, Boulet, Pagès, Puech.

Académie de Nancy. — MM. Abel, Dronet, Simonin.

Académie de Strasbourg. — MM. Wolff, Hanns.

Académie de Toulouse. — MM. Riser, Roques, Pujol, Sendrail.

— **Hôpital Sainte-Isabelle,** 24, boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine. Fondation Edouard-Martinez de Hoz. — Consultations, traitements, appareillages gratuits des impotents. Médecin en chef : Dr Gabriel Bidou.

L'hôpital Sainte-Isabelle reçoit tous les malades impotents, indigents, en vue de leur « récupération fonctionnelle ». Les consultations, traitements et appareillages jugés nécessaires ainsi que l'hospitalisation sont absolument gratuits. Les consultations ont lieu 3 fois par semaine, les mardi, jeudi et samedi à 9 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

prescrivant des remèdes, touchant le prix de ces médicaments et en faisant parvenir la commande à un pharmacien déterminé, qui se chargeait d'en assurer la livraison.

Un arrêt de Cassation, du 5 juillet 1900, est rendu dans le même sens.

« Quant au fait de s'entremettre entre pharmacien et malades, pour la commande, le transport et la délivrance des médicaments, mais exclusivement à titre de mandataire des intéressés, sans acheter, ni vendre pour son compte lesdits médicaments et sans en avoir la disposition, il ne constitue pas une infraction à la loi. »

De même, Cassation, 11 juin 1869 : « Si les pharmaciens peuvent faire recueillir les commandes, ou les ordonnances directement, de la main à la main, par leurs employés, ou par des tiers, qui se chargent ensuite de remettre aux clients les médicaments préparés à la pharmacie..... »

Ainsi, bien que discutable au point de vue déontologique et professionnel, n'est pas illicite et ne tombe pas sous l'application de la loi pénale, le fait, pour un pharmacien, d'envoyer, à jours fixes, un employé, dont l'activité se bornera uniquement à recueillir les commandes, à les rapporter à son patron, qui les exécutera, puis à les rapporter aux clients, en en percevant le montant.

Constitue au contraire le délit d'exercice illégal de la pharmacie, le fait, pour le voyageur non diplomé-pharmacien, de vendre directement au public, au nom de son patron, des drogues simples, ou des spécialités.

Dans ce cas, le pharmacien serait complice de cet exercice illégal et devrait être condamné aux mêmes peines que le principal coupable.

En ce qui concerne le dépôt de médicaments, chez des épiciers, herboristes, droguistes, la jurisprudence est bien établie, dans le sens de l'interdiction absolue. Voir en ce sens Cassation, crim. 16 juin 1910 et nombreux jugements correctionnels et arrêts de cours d'appel.

Le pharmacien, qui prépare les médicaments et les met ainsi en dépôt, est condamné pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie.

Mais il faut prouver qu'il y a eu vente de produits pharmaceutiques par un individu dépourvu de diplôme de pharmacien.

En effet, si le tribunal correctionnel de Valenciennes, par jugement en date du 24 septembre 1909, décide que la détention de médicaemnts équivaut à la mise en vente, la cour de Poitiers, par arrêt du 3 mars 1910, décide que la détention de produits pharmaceutiques n'est illicite qu'autant qu'elle a eu lieu en vue de la vente.

Il faut donc recueillir la preuve, par témoins, que les épiciers, droguistes incriminés, ont bien vendu des médicaments qu'ils avaient en dépôt.

Quant au troisième point : les agissements du

pharmacien, mettant en vente des médicaments, par l'intermédiaire d'un voyageur, ou par celui d'épiciers, constituent-ils un acte de concurrence déloyale à l'égard d'un médecin propharmacien ?

Il faut d'abord poser le principe que le droit, conféré aux médecins, par l'article 27 de la loi de Germinal, est limité à la délivrance de médicaments, aux seuls malades du praticien.

La loi de Germinal, dans cet article 27, spécifie bien qu'il est interdit au médecin de tenir officine ouverte.

Donc, la livraison et la vente des médicaments, qui est légalement tolérée, ce sont celles faites entre les mains des clients personnels du docteur et non pas à n'importe qui, comme cela se passe, dans une officine de pharmacien.

Il en résulte que le médecin propharmacien ne peut se prévaloir des droits que lui confère cet article 27 pour poursuivre le pharmacien utilisant des voyageurs-placiers, que s'il peut apporter la preuve que ses ordonnances personnelles ont été exécutées, non pas par lui et chez lui, mais par le pharmacien de la ville voisine, par l'intermédiaire de voyageurs.

Je crois même qu'il faudrait prouver, par témoins, que la clientèle pharmaceutique du médecin propharmacien a été détournée par l'employé-voyageur, au profit de son patron.

En effet, le malade a toujours le droit de se servir, pour les médicaments, chez qui il veut, soit chez le médecin propharmacien, qui habite dans la commune, soit chez tout autre pharmacien, résidant près ou loin de sa demeure.

Que faire ?

En vertu de l'article 275 du Code d'Instruction criminelle, le médecin propharmacien lésé peut dénoncer, au procureur de la République, les agissements du pharmacien.

Il lui faudra fournir des preuves, constatant que le pharmacien a des dépôts de médicaments, chez des non-diplômés, dépôts constitués en vue de la vente au public.

Il devra également prouver que des malades ont été détournés de la pharmacie privée du médecin-propharmacien, pour que les ordonnances du praticien soient exécutées par le pharmacien incriminé.

Le plaignant pourra également, mais accessoirement, signaler au Procureur le mode anormal de vente de médicaments, par l'intermédiaire du voyageur, étant bien entendu que ce dernier ne fait pas d'exercice illégal de la médecine, ne donne pas de conseils thérapeutiques ; qu'il se borne enfin à recueillir les commandes et à les transmettre à son patron.

Ce procédé donnera-t-il de bons résultats ? J'en doute, car les procureurs ne sont guère enclins à accepter les plaintes en exercice illéga Nous en savons quelque chose, pour l'exercice irrégulier de la médecine.

En plus, si l'on veut que la plainte soit suivie, il faut que le plaignant se porte partie civile, c'est-à-dire qu'il verse une provision, pour couvrir les frais du procès correctionnel.

Il est évident que, pour un membre du « Sou Médical », cette Ligue n'hésite jamais à verser cette provision, lorsque ses avocats conseils sont d'avis de faire le procès.

Mais, peut-être conviendrait-il d'agir d'abord par la voie syndicale.

Quel est le président du syndicat local des pharmaciens ? Le « Sou Médical » pourrait saisir ce groupe de la plainte de son adhérent.

Le syndicat pourrait faire au pharmacien délinquant toutes les observations, ou remontrances nécessaires. La voie judiciaire, plus aléatoire, ne serait suivie qu'en cas d'échec.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

1478. — Honoraires dus par des clients en instance de divorce.

Ayant réclamé à différentes reprises à une de mes clientes en instance de divorce une note d'honoraires assez élevée et datant de plus d'un an, on me prie de vouloir bien attendre que le jugement soit rendu pour me donner satisfaction c'est-à-dire dans un délai indéterminé.

Je vous serais reconnaissant de me dire si je suis en droit d'en exiger le règlement dès maintenant et si je puis ajouter à ma note les intérêts depuis l'envoi de ma facture et le taux de cet intérêt.

Dr X.

Réponse.

Vous ne pouvez être obligé d'attendre l'issue de l'instance en divorce pour poursuivre le recouvrement de vos honoraires. Tant que le lien conjugal qui unit les époux n'a pas été rompu par une décision de justice, le mariage subsiste avec toutes ses conséquences de droit. Par conséquent le mari reste tenu du paiement des soins donnés à sa femme et vous pouvez le citer conjointement et solidairement avec elle devant le juge de paix de son domicile. Les intérêts de votre créance ne pourront vous être alloués que du jour de la citation en justice et ne pourront dépasser le taux légal, soit 5 % en matière civile.

1427. — Demi-salaire d'un accidenté du travail hospitalisé. Appareil orthopédique.

1° Combien doit toucher à l'hôpital et tant qu'il y est un accidenté du travail qui gagnait au moment de son accident 2.500 frs pour huit mois nourri et

logé (en Beauce il y a deux termes, 1[er] novembre-1[er] juillet et 1[er] juillet-1[er] novembre pour les domestiques. Ils ont le même salaire pour les 8 mois que pour les 4 mois, soit dans le cas de ce blessé deux fois 2.500). On lui verse actuellement 5 fr. par jour à l'hôpital.

2° Comme il est atteint d'une fracture vicieusement consolidée du pied, il est dans la nécessité d'acheter un appareil lui soutenant le pied et le maintenant en rectitude, appareil ordonné par le chirurgien. Je crois que cet appareil doit être à ses frais ?

Dr H.

Réponse.

1° Quand un blessé du travail est hospitalisé, il doit continuer à toucher intégralement son demi-salaire, comme s'il était soigné chez lui. Cette solution ressort du texte même du paragraphe 4 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail : « Le chef d'entreprise est seul tenu, dans tous les cas, en outre des obligations contenues en l'article 3 (relatives au paiement du demi-salaire), des frais d'hospitalisation qui, tout compris, etc. » Puisque le blessé touchait un salaire fixe pour une période de huit mois, plus une rémunération en nature comprenant la nourriture et le logement, pour obtenir le demi-salaire auquel il a droit pendant la durée de son incapacité temporaire, on doit ajouter au salaire fixe la valeur des rémunérations en nature d'après le taux arrêté par le préfet sur avis de la commission départementale du travail ou du conseil général, et diviser le total ainsi obtenu par le nombre de *journées de travail* comprises dans les huit mois. Le blessé aura droit à un demi salaire égal à la moitié du salaire quotidien ainsi déterminé et cela aussi bien pour les dimanches et jours de fête que pour les journées ouvrables. Il est certain que la somme qui est versée actuellement à votre client à titre de demi-salaire ne représente pas l'indemnité à laquelle il a droit.

2° Le coût des appareils orthopédiques ne peut entrer dans les frais médicaux et pharmaceutiques que s'ils sont ordonnés en vue, soit de hâter la consolidation ou la guérison, soit d'éviter une aggravation, mais non pas s'ils ont pour objet d'atténuer une incapacité permanente. Par suite, votre blessé devra faire lui-même les frais de son appareil orthopédique. Mais, par contre, il aura droit à une indemnité permanente, basée sur la réduction de capacité résultant de la consolidation vicieuse de sa fracture, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'atténuation d'incapacité pouvant résulter de l'emploi d'un appareil.

1279. — Envoi d'un réformé de guerre dans une station thermale.

Quelles démarches faut-il faire pour envoyer un réformé de guerre pour asthme non tuberculeux dans une *station thermale*, en l'espèce Le Mont-Dore ?

Dr F.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1927)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er juillet, au prix de 18 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement, le prix sera porté à 20 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir l'*Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1927 (1).

(2) *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.*
Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95.
Je demande le recouvrement postal (1 fr. 50 de supplément).
Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.

A .... *le* 1926

(1) — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2) — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Réponse.

La station du Mont-Dore est réservée au traitement des affections résultant d'intoxication par les gaz ; les autres affections pulmonaires doivent être envoyées à Amélie-les-Bains.

Pour le Mont-Dore, les certificats établis pour l'admission doivent mentionner l'origine par gaz de combat. Les saisons suivantes sont réservées aux anciens militaires : 1er au 21 juin, 25 juin au 15 juillet, 5 au 25 septembre.

Les dossiers d'admission doivent parvenir au Ministre les 1er avril et 1er juin. Il faut donc *aussitôt* faire adresser par l'intéressé une demande au général commandant la subdivision territoriale avec certificat médical (visé par la mairie) et copie (certifiée par le maire) d'une pièce établissant l'origine. L'intéressé sera examiné par une commission de réforme devant laquelle il devra justifier qu'il est bénéficiaire de l'article 64 (soins gratuits).

1217. — Soins à un militaire permissionnaire.

Pourriez-vous me renseigner : quelle est l'administration civile ou militaire qui doit régler les frais de visite et de médicaments, pour un militaire venant du Maroc, en permission régulière, atteint de paludisme ?

Quelles sont les formalités à remplir pour se faire régler ?

Dr L.

Réponse.

Les frais de médecin et de pharmacien pour un militaire en permission sont à la charge de l'intéressé. Au cas où celui-ci ne peut s'en charger, il lui est loisible de rentrer au corps pour se faire soigner, où bien se de faire hospitaliser à l'hôpital militaire le plus proche.

Application du Tarif Durafour

I

1218. — Contre-visite dans les grands centres.

Combien dois-je compter sur ma note d'honoraires la contre-visite à laquelle j'assistais et qui avait été fixée à l'avance par le médecin de l'assurance ?

10 + 50 %, 5 = 15 fr.

Ou : (10 + 2) + 50 %, 6 = 18 fr.

Dr F.

Réponse.

Ce n'est ni l'un ni l'autre. Vous avez à compter « le prix de la visite majoré de 50 % plus le prix moyen fixe de 2 francs pour déplacement dans les grands centres (si la contre-visite n'eut pas

lieu à votre cabinet, comme vous semblez le dire), soit (10 plus 5) 15 francs plus 2 francs, au total 17 francs.

F. D.

II

1178. — Radiologie par un praticien.

Je fais de la médecine générale et j'ai acheté en juillet dernier un appareil de radiodiagnostic faisant scopie et graphie : je ne suis pas spécialiste et me sers en somme, de mon appareil au même titre que de mon spéculum ou de mon Pachon.

Ayant eu, jadis, de la part de la commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre, des demandes d'explications désagréables quoiqu'injustifiées — on l'a reconnu — j'avais préféré pour éviter toute suspicion dire aux mutilés que je ne voulais pas faire d'examens radio pour le compte de l'Etat.

Plusieurs d'entre eux, dont je soigne la famille, ou qui sont des amis, ont insisté et j'ai, le 16 janvier dernier, écrit au secrétaire de la commission de contrôle en lui demandant ce que je pouvais et devais faire. Le 29 janvier, il me répondit : « le tarif établi « l'a été pour les spécialistes radiologistes. Avant « d'engager des frais de cette nature, veuillez me « permettre de demander des précisions à la com- « mission tripartite supérieure qui a eu à juger des « cas semblables ».

Sans réponse ultérieure, j'écrivis à nouveau au début de mars faisant remarquer que les tarifs Breton et Maginot ayant pas mal d'analogies, ce qui était vrai pour l'un pouvait l'être pour l'autre et je lui citais votre réponse à un confrère (Agenda Memento du praticien, 1426, page 103).

Quelques jours après, le secrétaire me répondit qu'il était sans réponse de la commission tripartite et qu'il écrirait à nouveau.

Il y a aujourd'hui 2 mois et 9 jours que j'ai écrit pour la première fois ... et mes malades attendent toujours : je trouve cela abusif.

Notez qu'à X. il n'y a pas de spécialiste radiologiste. Deux chirurgiens ont une installation moins bonne que la mienne et l'un d'eux — médecin marron exclu du Syndicat — fait certainement des examens R. X. pour les mutilés.

Vous m'obligeriez beaucoup en voulant bien me donner votre avis, et en me disant si vous voyez inconvénient à ce que je communique votre réponse au secrétaire de la commission de contrôle.

Dr D.

Réponse.

Il m'apparaît que, sans ne faire spécialement que de la radiographie, surtout alors qu'il n'y a pas de radiologue en votre ville, vous devez pouvoir faire fonction de radiologue et être honoré comme tel, à condition que votre installation présente toutes garanties pour radiographies sérieuses et utiles.

Ceci est mon opinion *personnelle*, ainsi que je

l'ai donnée plusieurs fois. Le plus simple serait de faire *appel* devant la Commission supérieure, dans le cas où votre commission départementale vous refuserait paiement.

La Commission supérieure ne peut, ce me semble, répondre d'une façon générale, car ce sont là surtout des *cas d'espèce* à *décider* par la Commission départementale *après* contrôle sur place, et aussi en surveillant qu'il n'y ait pas, dans la suite, d'abus de radios... Cas d'espèce, vous dis-je.

F. D.

III

1149. — Consultation ou intervention de nuit ?

Je vous serais reconnaissant de me donner un avis pour l'établissement d'une note d'honoraires d'accidents du travail. Un ouvrier est venu réclamer mes soins en pleine nuit, ayant eu une phalange sectionnée par une scie. J'ai fait : un pansement et une injection de sérum antitétanique. Comme il n'y a pas cumul, je ne dois compter que l'injection : 20 fr., mais, comme la nuit le prix de la consultation est triplé, dois-je compter trois injections : 60 fr. ?

Dr M.

Réponse.

Deux façons de compter, d'après le tarif Durafour :

a) Consultation de nuit triplée (article 4) 10 × 3, soit : 30 francs.

b) Intervention de nuit (injection de sérum) majoration de 25 % (article 8), 20 plus 5 soit, 25 francs.

Je présume que vous choisirez la première solution.

F. D.

IV

1197. — Suture de tendon du poignet.

Je vous demande votre avis sur un cas particulier d'accident du travail. Un ouvrier tombe et passe la main à travers une vitre, se sectionne la peau du poignet droit et le tendon du palmaire grêle.

Le tarif Durafour porte, Art. 17 :

Suture des tendons superficiels du poignet, 150 fr., tandis que suture du tendon extenseur, 50 fr., le palmaire grêle à mon avis n'étant pas indispensable est-il juste de demander 150 fr. pour la suture de son tendon ?

Dans mon cas, j'ai demandé sur ma note 50 fr. pour suture du palmaire grêle et 25 fr. pour sutures multiples de la peau.

Dr E.

Réponse.

Vous me paraissez bien avoir suturé un « tendon superficiel du poignet », ce qui vous donne droit aux honoraires de 150 fr. et non de 50 fr. comme vous avez demandé.

Par contre, quand on suture un tendon, c'est qu'il a été coupé et je ne vois pas que la peau

sus-jacente ne l'ait pas été du même coup. Il s'ensuit qu'une suture de tendon *comporte* la suture de la peau sus-jacente. Vous n'aviez donc pas à compter cette suture en plus.

Conclusion. — Au lieu de compter 50 plus 25, soit 75 francs, vous auriez dû compter 150 francs.

F. D.

V

1016. — Déplacement dans les gros centres en cas d'intervention.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire si, à votre avis, mon interprétation du tarif accidents du travail de janvier 1926, est exacte. Un ouvrier est blessé au pied (brûlures de toute la face dorsale du pied). Il s'agit donc d'une intervention au tarif spécial rémunéré 15 fr., j'ai donc signalé sur mon certificat d'origine la nécessité d'une série de plus de cinq interventions à tarif spécial.

Mais le blessé n'a pu venir à mon cabinet pour se faire soigner et j'ai dû faire les pansements à domicile. Ai-je bien le droit — ce que je suppose — de compter en sus des 15 fr., une somme de *deux* francs pour indemnité de déplacement, pour chaque pansement fait à domicile ?

Dr P.

Réponse.

Dans les villes de plus de cent mille habitants et leur banlieue, le tarif Durafour accorde pour les *visites* une indemnité de déplacement de *deux francs*, comme moyenne fixe. *Quid*, quand il s'agit d'une intervention ?... A mon avis, et je ne vois pas qu'il puisse y avoir de doute sur ce point, cette indemnité de déplacement doit *toujours* être comptée, qu'il s'agisse de la visite ou de l'intervention à domicile tarifée en son lieu et place, alors que, dans un cas comme dans l'autre, le déplacement entre les deux domiciles a toujours eu lieu.

F. D.

VI

1072. — Cystostomie.

J'ai opéré ces jours-ci un blessé atteint d'une rupture traumatique de l'urètre périnéal. J'ai pratiqué chez lui l'opération de *cystostomie*. Cette intervention ne figure pas sur le tarif des A. T.

Quels sont les honoraires que je dois réclamer à la Compagnie ?

Dr H.

Réponse.

La cystostomie n'existe pas dans le tarif Durafour. Par contre, elle existe dans le tarif Maginot, où elle est tarifée 800 francs à l'article 75. Néanmoins, je ne pense pas que vous puissiez demander plus de 600 francs, ce qui est, dans le tarif Durafour, le prix de « laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux », intervention au moins aussi importante que la cystostomie, — d'autant plus qu'*aucune* intervention ne dépasse 600 francs dans le tarif Durafour.

F. D.

Application du Tarif Maginot

1168. — Fixation de la catégorie.

Jusqu'alors j'avais compté pour les soins aux victimes de la guerre art. 64, le tarif usité suivant le domicile du malade. Je comptais un malade inscrit à Paris et de passage à la campagne 8 francs au lieu de 5 francs.

Cela avait toujours été admis, car dans le tarif officiel de 1923, il est inscrit que le tarif applicable est celui qui répond à la population du domicile du bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919.

Or, cette année, comme vous le prouvera le document officiel que m'envoie la Préfecture de l'Isère, et que je vous adresse en communication, le prix de la visite et de la consultation est en rapport avec le domicile du médecin et non du malade. (Décision de la Commission supérieure). Du coup on me rogne 34 francs dans ma note.

Voudriez-vous me dire si cette suppression est légale, et depuis quand elle a été inscrite dans les nouveaux tarifs officiels, ou si je dois adresser une réclamation, et à qui ? D^r B.

Réponse.

Votre commission départementale a tort de dire que « le prix de la visite ou consultation est en rapport avec le domicile du médecin et non du malade » et bien plus tort encore d'en faire une décision de la commission supérieure qui n'a jamais dit chose pareille. Nous avons dit, en effet que *c'est le lieu où le malade a reçu les soins qui sert de base pour fixer la catégorie* ; le domicile du médecin n'importe donc nullement en l'espèce.

Et cependant, il en résulte que votre commission départementale a eu raison de vous biffer la majoration que vous aviez portée, pour votre malade *soigné dans l'Isère*, sous prétexte qu'il a son domicile légal à Paris et que vous aviez compté les prix de visite ou consultation de Paris.

ANTHOLOGIE

Rondel des Pneus

(Imité du Rondel de l'Adieu d'Edmond Haraucourt)

Partir, c'est crever un pneu,
C'est les crever par douzaines
On déchire la toile même,
En toute heure et dans tout lieu.

C'est toujours très dangereux
Car embarder vous promène ;
Partir, c'est crever un pneu
C'est les crever par douzaines.

Et l'on part et c'est un jeu :
Jusqu'à la panne suprême
C'est sa gomme que l'on sème,
Que l'on sème peu à peu...
Partir, c'est crever un pneu...

Dr J.-C. MICHELEAU.
Coutras (Gironde).

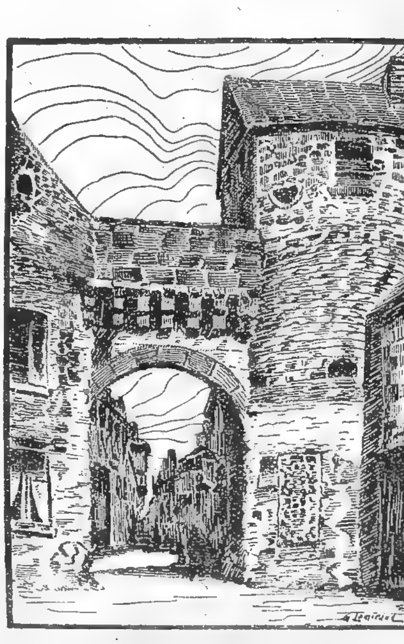
Quarante-huitième année — N° 21 — 23 Mai 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 1378-IV*)



(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bonix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gourièrec.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansilion.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry, Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Como, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret, Versepuy (*Gynéropathies*).

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr FOUILLOUD-BUYAT, de Saint-Geoire-en-Valdaine, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 234. — Boulogne (Seine), hôtel partic. pour clinique ou mais. de santé, 21 p., confort, jardin, garage. Prix 280.000, facilit.

No 235. — Œufs du jour pr enf. et convalesc. Dr Denel à Fronton (Haute-Gar.) t. p. r.

No 236. — A louer pour sais., chalet confort., 6 ch., dans les pins, aux Rochelets, St-Brévin-les-Pins (L.-I.). S'adr. Dr Jacob, 70, rue Amiral-Roussin, Paris (15e).

No 237. — Cap Fenet, villa à louer pour juillet, 7 p., 6 lits, électr., s'ad. Dr Bentz, à Lormont (Gironde).

No 238. — A vend. cond. int. Peugeot 10 CV., 4 pl., parf état de mécan. et carrosserie. Essai à volonté. S'ad. Dr Aillet, à la Garcilly (Morbihan).

No 239. — S.-et-L. A céd. près Mâcon, client., proph. possible, prox. gare. Auto 11 CV. Zedel, cond. int. 1924, 2/3 pl. S'adr. Dr Dubief, à Charnay-les-Mâcon (S.-et-L.).

No 240. — Dr Courdouan à Gandelu (Ainse) prendr. chez lui malade ou convalesc., non contag., de préfér. enfant ayant besoin gr. air et soins famil.

No 241. — Client. méd., prox. gr. ville Sud-Ouest, rapp. 38.000, fixe 11.000, méd. ch. de fer seule bicycl. suffit, petit loyer, prix 25.000 compt.

No 242. — Institut Liébault à Loches (I.-et-L.), cures d'isolem., de désintoxicat. de psychothér., psychoses et psychonévroses, pas d'aliénés.

No 243. — Coutainville-plage (Manche). A louer, 1m. plage, centre provisions : 1o maisonnette avec terrain pour 4 pers., septembre 450 fr. ; 2o logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., juin 250, juillet 360, août 600, septe. 300. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

No 244. — Vallée du Rhône, ch.-lieu cant., poste., rapp. 40.000, en progress., fixes du ch. de fer, maison 8 p. et dépend., électr. Prix à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 245. — Paris, quart. bourgeois, très anc. cabinet méd. générale, rapp. 40.000 minim., fixe, très vaste appartem. confortable, loyer 10.000. Prix : 60.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e) Tél. Go. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès.** — Du 27 au 30 mai, à Moscou, XVIII[e] *Congrès des chirurgiens russes.*

Du 27 au 29 mai, XI[e] *Congrès de médecine légale,* sous la présidence du D[r] Antheaume, et la vice-présidence des prof. Duvoir, de Paris, et Sorel, de Toulouse. Première séance le 27 mai, 9 h. 30, à l'Institut de médecine légale, place Mazas.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — *Un cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie* sous la direction du prof. Escat, sera inauguré le lundi 5 juillet 1926, à l'hospice Saint-Joseph, de la Grave ; il durera jusqu'au 13 juillet.

Inscription au secrétariat de la Faculté, allée Saint-Michel, à Toulouse, jusqu'au 1[er] juillet (Droit : 200 fr.).

— **Clinique cardiologique.** — MM. Bordet et Géraudel commenceront à la clinique thérapeutique de la Pitié, le 27 mai 1926, des leçons avec exercices pratiques et examens de malades, sur la radiologie du cœur et l'électrocardiographie (Droit d'inscription : 250 fr. Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté).

— **Clinique d'accouchements Tarnier.** — *Cours pratique de puériculture.* — Ce cours aura lieu tous les jours à 18 h., à partir du 31 mai.

— **Syndicat général des urologistes français.** — *Tarif.* — Le syndicat général des urologistes français vient de voter à sa dernière assemblée générale le nouveau tarif des diverses consultations et opérations d'urologie. MM. les urologistes et médecins et chirurgiens que cette question intéresse sont priés d'en faire la demande au secrétaire général : D[r] Gallois, 26, rue de Clichy, Paris (9[e]), qui le leur enverra gracieusement.

— **Légion d'honneur.** — Nous apprenons avec grand plaisir la nomination du D[r] Hervé, directeur du sanatorium des Pins, au grade d'officier de la Légion d'honneur. Le *Concours médical* exprime à notre très distingué confrère ses plus vives félicitations.

— **Ecole de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts. — D[r] Bérillon : La dualité cérébrale et l'équilibre psychologique. Les jeudis à 5 heures, à partir du jeudi 20 mai. D[r] Artault de Vevey : L'évolution biologique de la psychologie. Les jeudis à 4 heures, à partir du jeudi 28 mai. D[r] R. Courtois : Les bases philosophiques de la psychothérapie. Les jeudis à 5 heures et demie.

— **Hôpital Tenon.** — *Cours de curiethérapie et radiothérapie pénétrante.* — Sous la direction du D[r] Proust, cours en 27 leçons, jusqu'au 17 juin.

— **Hôpital Sainte-Isabelle,** 24, boul. du Château Neuilly-sur-Seine. — Le 25 mai, à 5 h., Conférence de M. le professeur Guillain sur la *poliomyélite et son traitement.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

7 mai.

Assistance publique.

Accord entre la France et le Grand-Duché de Luxembourg pour l'application des dispositions de la Convention franco-luxembourgeoise du 4 janvier 1923 sur l'assistance.

Commission des spécialités pharmaceutiques.

Sont nommés membres de la Commission chargée de dresser la liste des spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être admises dans les services départementaux d'assistance médicale gratuite :

M. Merveau, représentant du Syndicat de la droguerie française ; MM. Pelissier, sénateur, membre de la Commission des Finances, et Vincent, député, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

10 *et* 11 *mai.*

Enseignement de la médecine.

M. Cruchet, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professerur de clinique médicale des maladies des enfants à ladite faculté.

Médecine administrative.

Augmentation des indemnités fixes et des honoraires alloués aux médecins et chirurgiens des postes, télégraphes et téléphones.

Décret du 23 avril 1926.

Le Président de la République française.

Vu l'arrêté du 2 mars 1900 réorganisant le service médical des postes et des télégraphes à Paris ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1904 créant le service d'inspection des locaux de Paris et de la Seine, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité ;

Vu l'arrêté du 21 juillet 1884 organisant le service médical à Lyon et à Marseille ;

Vu l'arrêté du 13 juin 1907 réorganisant le service médical à Bordeaux ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1920 étendant au département de la Seine hors Paris le service médical tel qu'il fonctionne à Paris ;

Vu l'article 9 de la loi du 18 octobre 1919 ;

Vu la loi de finances du 13 juillet 1925 ;

Sur la proposition du ministre du commerce et de l'industrie et du ministre des finances,

Décrète :

Art. 1er. — La rétribution annuelle du médecin chef des postes et des télégraphes est fixée à 10.000 fr.

Art. 2. — La rétribution annuelle du médecin chargé d'inspecter les bureaux de Paris et du dépar-

tement de la Seine, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, est fixée à 7.000 fr.

Art. 3. — La rétribution annuelle du médecin conseiller technique de l'administration en matière d'accidents du travail est fixée à 4.000 fr.

Art. 4. — Le prix de chacune des visites de soins faites par les médecins des postes et des télégraphes au domicile des agents et ouvriers à Paris et dans le département de la Seine est fixé à 8 fr.

Art. 5. — Les interventions opératoires des chirurgiens et médecins spécialistes de Paris sont rétribuées sur les bases du tarif de 2e catégorie fixé par l'arrêté du 8 juillet 1920, déterminant le tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Lorsque les opérations seront plusieurs fois répétées, les interventions ultérieures seront taxées moitié prix de la première.

Art. 6. — Les prix des visites de soins faites par les chirurgiens des postes et des télégraphes au domicile des agents et ouvriers des services du département de la Seine sont fixés à 13 fr. pour Paris et à 20 fr. pour la banlieue.

Art. 7. — Une indemnité annuelle de 500 francs est attribuée à chacun des six médecins et chirurgiens spécialistes et titulaires ci-après :

I. — Du larynx, des oreilles et du nez.
II. — Des yeux.
III. — Des maladies nerveuses et mentales.
IV. — Des maladies de la peau et vénériennes.
V. — Des voies urinaires.
VI. — Du chirurgien dentiste.

Art. 8. — Le prix de chacune des visites de soins faites par les médecins des postes et des télégraphes au domicile des agents et ouvriers à Lyon, Marseille et Bordeaux est fixé à 6 fr.

Art. 9. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1926.

Art. 10. — Le ministre du commerce et de l'industrie et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel.*

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Attributions du secrétaire administratif de la commission de contrôle des soins aux pensionnés de guerre.

7592. — M. Parvy, député, demande à M. le ministre des pensions : 1° quelles sont les attributions au sein de la commission de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques, prévue par la loi du 31 mars 1919, du secrétaire administratif nommé par l'administration préfectorale qui, la plupart du temps, est par ailleurs un fonctionnaire de la préfecture ; 2° si ce fonctionnaire, au sein de la commission, a droit de proposition et de vote. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

1re *réponse*. — Pour permettre de répondre avec exactitude à la question posée, l'honorable député est prié de vouloir bien préciser ce qu'il entend dire par « secrétaire administratif ». (*J.O.*, 29 *avril* 1926.)

CORRESPONDANCE

1557. — Application des tarifs d'accidents du travail en Algérie.

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE L'HYGIENE — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Contrôle des Assurances privées

—

Contrôle des Sociétés d'assurances contre les Accidents du Travail — Paris, le 1er mai 1926.

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 26 avril, j'ai l'honneur de vous informer qu'aux termes de l'article 3, 1er alinéa, de la loi du 25 septembre 1919, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail en Algérie, « les tarifs de remboursement visés aux paragraphes 2 et 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, sont fixés par un arrêté du Gouverneur général après avis des commissions spéciales, dans les mêmes conditions que celles prévues aux paragraphes précités ». Il résulte de ces dispositions que les arrêtés pris en la matière par le Ministre du Travail pour la métropole ne sont pas applicables de plein droit en Algérie. C'est au Gouverneur général, saisi de mes arrêtés des 31 décembre 1925 et 31 mars 1926, fixant respectivement le tarif des frais médicaux et le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail, qu'il appartiendra d'examiner s'il y a lieu de modifier les tarifs en vigueur en Algérie et, dans l'affirmative, de fixer la date d'application des nouveaux tarifs.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales
Par autorisation :
Le Conseiller d'Etat, Directeur,
SUMIEN.

Postérieurement à la réponse qui précède, nous avons reçu la lettre suivante, de laquelle il résulte que le Tarif Durafour est maintenant applicable à l'Algérie.

Je reçois aujourd'hui du Dr M., une lettre accom-

pagnée de deux notes contradictoires, l'une venant du *Concours médical*, l'autre de l'« Union ».

M. M. vous avait demandé si le tarif Durafour était applicable à l'Algérie et avait posé la même question à l'« Union ».

Vous répondez, très justement d'ailleurs, « que ce « tarif ne peut être appliqué à l'Algérie, aux termes « de l'article 3 de la loi du 25 septembre 1919, que « par décision du Gouvernement général, prise après « avis d'une commission spéciale désignée à cet « effet ».

« Quant à l'« Union » elle répond sans hésiter que « le tarif est applicable à partir du 1er janvier 1926 ; « qu'aucune intervention n'est nécessaire ; que c'est « un droit parfaitement acquis pour les médecins « d'Algérie ».

Les choses sont moins simples que cela.

Actuellement le tarif est vraiment rendu applicable à l'Algérie en vertu d'un arrêté du Gouverneur général, en date du 26 avril dernier, avec effet rétroactif à partir du 1er janvier 1926.

Depuis la publication du tarif Durafour, nous sommes intervenus au Gouvernement général pour hâter la convocation de la commission des accidents du travail. Celle-ci s'est réunie le 7 avril et ce n'est pas sans discussion que nous avons obtenu satisfaction.

Je vous adresse ce mot pour vous permettre de documenter les confrères qui pourraient encore s'adresser à vous à ce sujet.

Dr Picard.

Président du Syndicat d'Alger et de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alger.

1421. — Impôt sur deux automobiles ne circulant pas simultanément.

Le renseignement que vous donnez au confrère qui vous pose une question 1058 : impôt sur deux automobiles ne sortant pas en même temps, est inexact.

Le droit de circulation se paye par trimestre ; il est dû par toute voiture ne circulant même qu'une fois dans le trimestre.

Le confrère qui a acheté une 5 CV pour doubler la sienne déclare seulement que ses deux voitures ne sortiront jamais ensemble. Il ne dit pas qu'il immobilisera pendant 3 mois l'une de ses voitures.

Je crois qu'il faudrait revoir la question et ne pas donner au Dr E. un conseil qui pourrait lui coûter cher.

Dr G.

Réponse.

Il résulte des dispositions des articles 101 de la loi du 25 juin 1920 et 25 de la loi du 22 mars 1924 que les droits de circulation sur les automobiles sont dus jusqu'à déclaration de cesser souscrite à la recette buraliste et *dépôt du permis de circuler*.

Les droits payés d'avance pour un trimestre ne sont jamais restituables, même en cas de remise du permis de circuler au cours du dit trimestre.

Par exception aux règles ci-dessus, le propriétaire de deux voitures qui ne sortent jamais ensemble ne paye que sur la plus forte des deux voitures.

Pour bénéficier de cette tolérance, la condition imposée par l'administration est le dépôt entre les mains du receveur du permis concernant la voiture inutilisée. C'est d'ailleurs, il faut en convenir, le seul mode de preuve incontestable, qui, dans la pratique, peut soulever des difficultés lorsque le bureau du receveur est fermé, mais auquel il n'est pas possible de se dérober.

Cette tolérance ne résulte pas de la loi, elle est simplement admise par l'administration qui interprète très largement l'article de loi sus-visé en n'exigeant pas l'inutilisation de la voiture pendant un trimestre, mais simplement l'absence de fréquence et de périodicité dans les mutations (réponse du Ministre des Finances. *J.O.* du 2 décembre 1925, débats, page 3.978).

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1507. — Frais de justice criminelle.

A la suite d'une plainte adressée au Procureur sur de mauvais traitements et le manque de soins envers ses enfants, dont serait coupable une mère, j'ai été prié verbalement par la mairie de me rendre au domicile de cette femme afin d'examiner et d'interroger les enfants.

Je me suis rendu dans une ferme isolée à 5 km. (vu d'ailleurs un enfant de 8 mois athrepsique).

Quels honoraires puis-je demander, sous quelle forme et à qui (maire ou procureur) ?

Dr D.

Réponse.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit à un honoraire de quinze francs par enfant examiné, y compris la rédaction et le dépôt du rapport. A cela il convient d'ajouter vos frais de déplacement à raison de 0,60 par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour, puisque vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence.

Vous devrez adresser votre mémoire en deux exemplaires, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée dépasse 50 francs, au Procureur de la République qui, après visa du Procu-

Voir la suite page LV-1433

PROPOS DU JOUR

Les conceptions diverses du Syndicalisme médical.

Une controverse fort intéressante à propos du Syndicalisme vient de s'ouvrir à la Tribune libre du *Bulletin du Groupement des Syndicats médicaux de Franche-Comté* entre deux de nos plus distingués confrères bisontins.

Le Dr Duvernoy fait le procès du syndicalisme que le Dr Maître défend avec vivacité.

Le Dr Duvernoy critique « l'égoïsme de classe » du Syndicalisme dans lequel il retrouve les anciennes corporations, renouvelle la vieille accusation, cent fois répétée, du « nivellement par en bas », lui reproche de poursuivere la satisfaction des intérêts corporatifs, même au détriment des intérêts géénéraux, conclut que le syndicalisme est un « mal nécessaire » et termine en considérant le syndicat comme un appui permettant de lutter à ceux « qui, doués par la nature, ont une culture scientifique plus élevée que la moyenne ».

Le Dr Maître réplique avec ironie que le syndicalisme actuel a remplacé les corporations tout comme M. Gaston Doumergue tient actuellement la place de Saint Louis.

Il considère que si l'égoïsme de classe du syndicalisme était une réalité, il constituerait déjà un progrès sur l'égoïsme individuel, mais que loin de vouloir faire triompher les intérêts corporatifs aux détriments des intérêts généraux, le but du syndicalisme est de les accorder, d'établir une harmonie entre eux. Il remplace par « bienfaisante nécessité » l'expression du « mal nécessaire » dont s'était servi M. Duvernoy pour qualifier le syndicalisme.

Enfin le « nivellement par en bas » lui paraît tout à fait illusoire. L'égalité qui paraît être le principe du syndicalisme, ne peut jamais être qu'une égalité relative, car l'égalité absolue « n'a de sens qu'en mathématique où les unités sont identiques parce qu'elles sont abstraites et sans vie ; l'égalité, en matière sociale, c'est simplement la proportionnalité, c'est-à-dire la justice distributive, selon les aptitudes, les dons naturels, les mérites de chacun ».

Et le Dr Maître proteste enfin vivement contre la phrase de son confrère Duvernoy qui insinue que le syndicat sert d'appui dans la lutte pour la vie à ceux qui doués par la nature ont une culture scientifique plus élevée que la moyenne.

Ceci nous semble à nous assez en contradiction avec le nivellement par en bas. Le Dr Maître voit dans cette phrase le reproche de créer deux morales : une pour l'élite, l'autre pour le reste. Or, le Dr Maître proclame que les préceptes d'ordre moral sont impératifs pour tous (et c'est bien en cela que consiste à notre propre avis l'égalité syndicale), et termine par une phrase lapidaire : « Dans la grande famille humaine, il peut se rencontrer des déshérités, il ne saurait y avoir de parias ».

Cette controverse dans un Bulletin syndical dont M. le Dr Duvernoy est le rédacteur, a dû certainement surprendre plus d'un lecteur. Elle nous semble à nous toute naturelle, même après un demi-siècle de syndicalisme médical. Elle sera certainement utile, car elle obligera le lecteur à réfléchir sur le syndicalisme à se faire une opinion par lui-même et à ne pas en adopter une toute faite sans se donner la peine de l'examiner, ce qui arrive trop souvent.

Enfin nous conclurons, nous qui avons eu durant de longues années l'occasion de suivre l'évolution du syndicalisme médical, que s'il est possible d'ouvrir aujourd'hui pareille controverse, s'il y a encore des luttes de principes dans nos propres syndicats, c'est que tous les médecins n'ont pas la même conception du syndicalisme.

Si nous ne pensons pas, comme l'affirme le Dr Duvernoy, que le syndicalisme médical fût un mal nécessaire, nous sommes bien certain, comme le dit le Dr Maître, qu'il s'imposa comme une bienfaisante nécessité. L'organisation lente, mais progressive de la médecine collective, qui, prise en charge par l'Etat, est devenue la médecine sociale, obligea bon gré mal gré les médecins à se syndiquer. Ce fut d'abord la Mutualité, puis l'organisation de l'Assistance médicale gratuite, puis celle des soins légalement assurés aux accidentés du travail, enfin sous prétexte de prophylaxie, de défense sanitaire, de lutte contre la mortalité infantile, contre les grands fléaux : tuberculose, syphilis, cancer, etc., la création, que l'on ne saurait qu'approuver en principe, d'une foule d'institutions assez incohérentes à l'heure actuelle, mais que les assurances sociales, si toutefois elles sont bien organisées, pourront peut-

être coordonner, comme un cristal, jeté dans une solution concentrée, amène sa brusque condensation en une seule masse cristalline.

Cette évolution qui a mis plus d'un demi-siècle à s'opérer a été suivie pas à pas par le syndicalisme médical et chaque loi nouvelle, chaque innovation en médecine collective ou sociale ont été marquées par un accroissement de nos syndicats et du nombre des syndiqués.

Le syndicalisme médical n'est donc pas né et ne s'est pas développé pour appliquer l'idée originale d'un homme, ni pour réaliser les conceptions de quelques théoriciens, il a été le résultat d'une nécessité, celle de s'organiser, soit pour se défendre, soit pour s'adapter à de nouvelles conditions d'existence qui ne permettaient plus au médecin de rester isolé et individualiste.

L'évolution vers la médecine collective ou sociale a été en France, irrégulière et lente. Toutes les régions de notre pays ne l'ont pas subie en même temps, ni avec la même intensité. Aussi le syndicalisme médical ne s'est-il pas développé partout avec la même vigueur.

Beaucoup de nos confrères ne souffrant pas ou peu des modifications qui se produisaient dans l'exercice normal de la médecine, ne comprirent pas le syndicalisme médical, et il en est encore dans quelques grandes villes et notamment à Paris, qui, munis d'œillères qui les empêchent d'observer à côté, ne peuvent concevoir, ne veulent pas admettre l'utilité, la nécessité du syndicalisme : tels ces ci-devants qui, revenus en 1815 avec les Bourbons, à la suite de l'invasion des Alliés, ne pouvaient admettre qu'après la Révolution il y eût en France quelque chose de changé !

Mais les praticiens français ne sont heureusement pas tous aveugles à ce point, et la presque unanimité de ceux qui exercent réellement la médecine, nous voulons parler de ceux qui exercent la médecine générale et dans toutes les classes de la société, admettent la nécessité du syndicalimse médical. Toutefois chacun comprend ce dernier à sa façon, selon le milieu où il exerce, selon l'éducation qu'il a reçue, selon ses opinions politiques, selon ses propres penchants naturels. Il y a diverses conceptions du syndicalisme médical, nous pourrions presque dire qu'il y a autant de conceptions qu'il y a de syndiqués qui réfléchissent. Et ce sont ces divergences de conceptions qui amènent périodiquement des malaises, des dissidences dans notre organisation syndicale.

Ces conceptions peuvent se grouper en trois types, deux extrêmes et une moyenne qui nous paraît être celle qui s'impose à l'heure présente.

La première conception que nous appellerons corporative, est celle qui limite étroitement l'action syndicale aux seuls intérêts de la corporation. C'est une conception égoïste, sans idéal, dont l'esprit rappelle celui des anciennes corporations.

Ceux qui l'adoptent n'ont aucun souci des intérêts généraux ni de ceux des malades ; pour eux (et nous l'avons plus d'une fois entendu dire) l'ennemi, c'est le client. Comme si l'on peut considérer comme un ennemi celui qui vous fait vivre, surtout quand il est malade et qu'il souffre.

Dans une série de *Propos du Jour* que nous avons publiés en novembre et décembre 1924 sous le titre : *L'évolution de la profession médicale en France . De la corporation au Syndicat.* Nous avons résumé avec quelques détails la véritable histoire des corporations en général, et celle d'une corporation médicale, l'ancienne Faculté de médecine de Paris, dont l'évolution fut du reste exactement la même. Nous avons démontré, avec des faits précis à l'appui, que la vieille Faculté qui avait su cependant maintenir dans le corps médical parisien un certaine dignité et un indiscutable decorum, avait ridiculement sombré au cours des XVII[e] et XVIII[e] siècles parce qu'à l'exemple des autres corporations, elle était restée un groupement fermé, égoïste, jaloux de ses privilèges, ennemi du progrès quelqu'il fût et indifférent aux intérêts généraux de la société où elle vivait. Sa fin lamentable est un avertissement pour ceux (et ils sont nombreux) qui veulent limiter étroitement l'action du Syndicat médical aux intérêts professionnels et nous pensons que c'est ce genre de syndicalisme que critique, et non sans raison, notre distingué confrère, le Dr Duvernoy.

* * *

Il est une autre conception du syndicalisme qui est aux antipodes de celui que nous venons de dénommer corporatif, c'est le syndicalisme médical intégral. Ce syndicalisme est tout idéaliste. Il nous transporte dans une nouvelle Salente où tout serait harmonieusement réglé par les Syndicats des diverses professions après ententes préalables. Ce syndicalisme a un défaut, c'est qu'il ne tient pas compte des réalités présentes.

Certes, notre Société est loin d'être parfaite, nos institutions politiques ne sont plus ce qu'elles devraient etre et tout le monde s'accorde de

l'extrême gauche à l'extrême droite pour constater la nécessité de leur transformation, mais elles ont sur tous les projets réalisables ou utopistes, un avantage considérable, celui d'exister.

Comme en dépit des violents assauts qu'on livre contre elles, nos institutions résistent et que leur vieille armature est encore très solide et en donne la preuve chaque jour, le syndicalisme médical, s'il veut faire œuvre utile, est bien obligé de tenir compte de la réalité. S'il s'en dégage, il devient une simple conception idéologique, révolutionnaire et qui, de ce fait, n'a aucune chance de succès dans les milieux médicaux qui, dans une certaine mesure, craignent les aventures et ne manquent pas de sens pratique.

Entre ce syndicalisme intégral à la Don Quichotte et le syndicalisme corporatif égoïste à la Sancho Pança, il y a place pour une autre conception plus réaliste, plus expérimentale, plus scientifique, oserons-nous dire, que les deux autres. Cette conception exige que le syndicalisme médical s'adapte au milieu où le médecin est obligé de vivre, tienne compte des institutions qui existent, des lois qui régissent la société actuelle et la nation. Son rôle est bien de défendre les intérêts corporatifs, mais sans pour cela ignorer les intérêts généraux ; son but n'est pas de méconnaître les pouvoirs publics, les institutions nationales, mais de chercher à collaborer avec eux, de demander à être entendu, d'exiger même dans certains cas une place et une place importante dans l'étude et la réalisation de tout ce qui touche à la profession médicale, à la défense sanitaire.

L'action de ce syndicalisme est évolutif et non révolutionnaire. Cela n'empêche que certains de nos gouvernants et beaucoup de nos administrateurs qui n'ont rien appris, ni oublié dans l'histoire de tout un siècle, jugent cette coopération du syndicalisme médical subversive et inopportune. Faut-il rappeler ce sous-secrétaire d'Etat du ministère Clemenceau, qui, cependant docteur en médecine, voulait nous faire admettre que les termes de la loi des pensions : « après entente avec les syndicats médicaux » signifiaient « les syndicats médicaux ayant été entendus » et nous parlait avec une conviction, de la sincérité de laquelle nous nous garderions de douter, « de l'omnipotence de l'Etat (*sic*) dont il était le représentant ? »

Chaque fois que, dans une commission officielle les délégués de nos syndicats ont été appelés par les pouvoirs publics, ce fut dans le but de leur faire entériner des décisions prises sans leur avis ou de les engager à faciliter l'application de mesures qu'ils ne pouvaient pas décemment approuver.

Nous avons maintes fois signalé ici des faits de ce genre, et tout récemment, à propos du diplôme des chirurgiens dentistes, à la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'Enseignement supérieur public, le président, M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur, faisait remarquer aux membres de cette commission en termes impératifs et cassants que le Comité n'avait pas à discuter la décision du ministre, mais à chercher à en faciliter l'application.

Ce *sic volo, sic jubeo*, renouvelé de Louis XIV et de Napoléon Ier, comme le Jeu de l'Oie fut renouvelé des Grecs, n'est plus de notre époque et s'accorde très mal avec notre syndicalisme. Et si nous lui donnons ici une importance qu'il ne mérite guère, car les foudres olympiennes sont actuellement bien mouillées, c'est parce qu'il est bon de montrer à nos confrères que la coopération syndicale avec les Administrations est loin d'être un asservissement à leurs volontés, mais exige de nous la nécessité de montrer de l'énergie et de soutenir des luttes.

Néanmoins la coopération des syndicats médicaux passe peu à peu dans les mœurs gouvernementales et administratives. Les commissions multipartites officielles où sont réellement représentés nos syndicats, se multiplient ; les grands conseils consultatifs comptent parmi leurs membres des délégués, vraiment désignés par nos syndicats.

Dans les départements, les communes, les pouvoirs administratifs ou élus cherchent de plus en plus la collaboration médicale qui, d'ailleurs, leur est souvent imposée, et de grandes organisations industrielles signent avec les syndicats médicaux des contrats collectifs.

Pour réussir, il convient d'user de diplomatie, d'union et d'esprit de suite.

Peu à peu, nous arriverons à imposer notre collaboration, à en démontrer par l'expérience tout le prix et elle ne tardera pas à être demandée, recherchée même, lorsque des exemples suffisamment nombreux montreront ce que gagne l'intérêt général à s'entourer de compétences véritables dans tout ce qui qui intéresse la santé publique. Ce ne sera pas certes la prise en charge de l'hygiène publique par les syndicats comme le rêvaient certains de nos plus convaincus syndicalistes. Mais vraiment, nous qui connaissons assez exactement ce que peuvent nos Syndicats, pou-

vons nous en conscience prendre au sérieux cette prise en charge par eux d'un grand service public ? Que serait-il arrivé si un Ministre facétieux avait pris au mot les promoteurs de la proposition et avait confié au syndicalisme médical actuel le souci d'organiser l'hygiène en France, en dehors de toute autre ingérence ? Nous pensons que l'échec eût été si retentissant et si piteux, que c'eût été déclarer la faillite irrémédiable du syndicalisme médical français.

Ne forçons pas notre talent. Le syndicalisme médical qui n'a pas cinquante ans d'existence en France, a fait, depuis trente ans qu'il a droit légalement à la vie, des progrès continus et considérables. Il commence à devenir une véritable force et à en prendre conscience. Ne limitons pas son action à un égoïsme corporatif qui, dans la Société actuelle, en ferait un parasite odieux. Ne compromettons pas son avenir en le lançant dans une voie utopiste qu'il n'a ni la volonté, ni les moyens de suivre. Adaptons-le à la réalité. Obligeons les pouvoirs publics à accepter sa collaboration quotidienne. Démontrons-leur les avantages de cette collaboration dans toutes les circonstances. Il viendra un jour où l'Etat qui, comme toute institution humaine, évolue chaque jour, ne pourra plus se passer de la coopération du syndicalisme médical dont la cause sera alors définitivement gagnée.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les agénésies musculaires de la cage thoracique,

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours.

La cage thoracique est entourée d'un système complexe de muscles qui s'insèrent sur les côtes et le sternum et dont la fonction physiologique essentielle est de mettre en mouvement les pièces mobiles du squelette thoracique pour assurer les mouvements respiratoires.

Ce sont, en avant, le petit et le grand pectoral ; sur les côtés, le grand dentelé ; en haut, les scalènes et le sterno-cléido-mastoïdien ; en bas, le diaphragme. En arrière, cette gaine musculaire est doublée d'un plan superficiel de muscles à attaches scapulaires, ce sont le trapèze et les rhomboïdes.

Or, chacune des parties de cet appareil musculaire peut faire défaut entraînant des modifications morphologiques dans l'aspect de la région thoracique et des troubles physiologiques parfois importants.

Il est nécessaire que ces agénésies musculaires soient bien mises en évidence et connues. D'ailleurs, des travaux récents ont fait ressortir leur fréquence et leurs caractères cliniques.

I. — Muscles pectoraux

L'absence du muscle grand pectoral est la plus fréquente de ces agénésies musculaires, en tout cas, celle qui provoque les désordres les plus visibles et les plus graves.

On sait que ce muscle est composé de plusieurs faisceaux : faisceau s'insérant sur la clavicule, faisceau s'insérant sur le sternum, faisceau s'insérant sur les côtes. Chacun de ces faisceaux est quelquefois nettement séparé de son voisin par un interstice ; d'autre part, chacun reçoit une innervation et une vascularisation qui lui sont propres, si bien que cette indépendance morphologique est confirmée par une individualité physiologique.

Le Double a parfaitement bien montré les diverses variétés d'agénésies du grand pectoral.

Le muscle peut faire complètement défaut, ce qui est assez rare.

Le muscle n'est représenté que par un ou deux de ses faisceaux, on aura donc les variétés suivantes :

Agénésie isolée du faisceau claviculaire ;

Agénésie isolée du faisceau sternal ;

Agénésie isolée du faisceau costal.

Agénésie associée des faisceaux claviculaire et sternal.

Agénésie associée des faisceaux claviculaire et costal.

Agénésie associée des faisceaux sternal et costal.

Ces dispositions peuvent n'exister que d'un seul côté ou bien se retrouver des deux côtés. Lorsque il y a bilatéralité, les variations sont ordinairement de même ordre.

Les variations les plus fréquentes sont : l'agénésie isolée du faisceau costal et l'agénésie associée des faisceaux costal et sternal. Le faisceau claviculaire est le plus fixe de tous.

L'agénésie du petit pectoral accompagne ordinairement celle du grand pectoral.

Parfois cette agénésie est la conséquence de l'absence partielle d'une ou plusieurs côtes. Mais nous laisserons ici ces cas ne nous occupant que des seules agénésies musculaires avec intégrité du squelette thoracique.

Nous ne pensons pas qu'il faille considérer ces dystrophies musculaires comme relevant du domaine de la syphilis héréditaire (Roger), ni comme constituant un stigmate de dégénérescence (Widal et Lemierre), ni comme le résultat d'une paralysie intra-utérine (Berger), ni comme étant la conséquence d'une pression fœtale (Souques).

Signes cliniques. — Les signes cliniques de l'agénésie du grand pectoral sont les suivants :

1° *Asymétrie* du thorax par absence de relief du muscle pectoral. Du côté de l'agénésie, on sent directement sous la peau la saillie que forment les côtes ;

2° *Dénivellation mammaire.* — Les deux seins ne sont pas au même niveau. Du côté agénésié le sein est plus haut et plus rapproché de la ligne médiane. Il paraît appliqué directement sur les côtes.

3° *Dystrichoses.* — Nous avons remarqué que chez les sujets poileux, les poils thoraciques étaient absents du côté où manquait le muscle pectoral.

4° On a noté un raccourcissement du membre supérieur correspondant (Malouvier et Talbot).

Signes physiologiques. — Il est remarquable de noter que les sujets dont les pectoraux manquent ne présentent pas de grands troubles physiologiques. Dans le cas de Roger, l'impotence créée par l'agénésie musculaire était légère. Un malade de Sorrel était fantassin. Dans l'observation de Talbot, on signale une diminution de la force d'adduction du bras et une difficulté de s'élever sur les bras. Le sujet de Stinzing avait le pectoral gauche absent et était malgré cela gaucher. Le militaire de Ratfau était parfaitement apte au service armé. Quelques auteurs signalent une fatigue un peu plus rapide du côté de la variation. On ne note pas d'ordinaire de troubles dans le rythme respiratoire.

Ici donc se pose un problème de médecine légale.

L'agénésie pectorale peut-elle être une cause de réforme pour le service armé ? Nous répondrons catégoriquement non. Malgré l'absence d'un muscle très important, les mouvements de l'épaule et du membre supérieur se font régulièrement.

L'agénésie pectorale peut-elle être eune cause d'élimination dans une administration publique ou privée ? Non encore. Dans une circonstance récente, un postulant au chemin de fer avait été refusé à cause d'une agénésie pectorale. Je fus appelé à voir ce candidat et je conclus nettement à son admission.

Faisons remarquer que, dans les cas d'agénésie pectorale, les vaisseaux et nerfs axillaires ne sont plus protégés par l'épaisseur du muscle. Parfois à la place du muscle, on trouve une membrane aponévrotique appelée membrane ptérygoïde. Mais elle est mince et n'assure pas la même protection que le muscle.

On peut donc voir l'artère axillaire battre sous la peau. Il résulte de cette disposition un danger de blessure pour ces vaisseaux importants à la suite de chocs ou de plaie de la région.

Signalons encore que les filets perforants des nerfs intercostaux deviennent eux aussi très superficiels. D'où névralgies thoraciques.

La fossette de Morenheim.

A propos du muscle grand pectoral, nous devons parler de la fossette de Morenheim. Cette fossette est déterminée par l'écartement, au niveau de leur insertion claviculaire, des muscles deltoïde et pectoral. Elle sera d'autant plus grande et profonde que l'écartement musculaire sera plus large.

La fossette de Morenheim modifie singulièrement l'aspect de la région sous-claviculaire. C'est un détail important d'anatomie artistique, mais qui n'implique pas de conséquences cliniques.

II. — Muscle grand dentelé.

L'agénésie du grand dentelé est rare. Elle coïncide d'ordinaire avec celle d'une ou de plusieurs côtes.

On constate l'absence de relief d'un ou plusieurs chefs du muscle.

Cette agénésie s'accompagne de troubles dans le rythme respiratoire et de déformations scoliotiques.

III. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Signalons simplement l'agénésie d'un des chefs du sterno-cléido-mastoïdien. L'étude de cette disposition doit être faite avec celle des torticolis.

IV. — Muscle trapèze.

L'absence du muscle trapèze en totalité ou en partie est peut-être aussi fréquente que celle du

muscle grand pectoral. Elle a cependant été moins étudiée.

C'est généralement la portion inférieure du muscle qui fait défaut. L'agénésie totale est exceptionnelle.

Elle peut être unilatérale ou bilatérale.

L'absence du muscle se remarque par le défaut du relief musculaire à la région thoracique et par la saillie que forme la pointe de l'omoplate. Elle détermine plusieurs syndromes cliniques.

Elévation de l'omoplate. — Mais le symptôme le plus fréquent qui accompagne l'agénésie de la portion inférieure du trapèze est l'élévation de l'omoplate correspondante, surtout lorsqu'en même temps manque le muscle rhomboïde.

Kausch (1902) a nettement affirmé que l'élévation de l'omoplate était attribuable à l'absence du muscle trapèze. Après Mallier, il a démontré qu'il y a une relation entre les symptômes de l'élévation congénitale de l'omoplate et ceux qui surviennent par défaut d'action du trapèze.

Cette théorie purement musculaire de l'élévation de l'omoplate n'a pas cependant été généralement admise. Tridon a émis l'hypothèse que la malformation de l'os est due à un défaut de descente de l'omoplate de sa position primitive cervicale à sa position thoracique secondaire ; il s'agirait donc d'une vraie ectopie scapulaire. Celle-ci s'accompagnerait souvent de dystrophies osseuses du rachis cervical. L'agénésie ou plutôt l'atrophie du muscle trapèze serait secondaire.

On peut reconnaître deux variétés d'élévation de l'omoplate : 1° l'une d'origine osseuse résultat d'un trouble précoce de développement de la ceinture scapulaire ayant limité la descente de l'omoplate ; 2° l'autre consécutive à une agénésie congénitale du trapèze, ayant amené un trouble dynamique dans l'équilibre musculaire de la région scapulaire.

Les mouvements de l'épaule ne sont pas gravement compromis dans les cas d'élévation de l'omoplate dus à l'agénésie du trapèze. Tout au plus, l'abduction est réduite légèrement. La force musculaire est également peu modifiée.

Mais ce qui est important, c'est que cette élévation de l'omoplate s'accompagne souvent de déviation crânio-cervicale simulant un torticolis, et aussi d'une rotation plus ou moins accusée du rachis cervico-thoracique.

L'omoplate ballante. — Un autre symptôme qui est la conséquence de l'agénésie du trapèze associée à celle du rhomboïde, est l'*omoplate ballante.* L'omoplate occupe son niveau habituel, mais elle est ramenée en avant, écartée de la ligne spinale, facilement soulevée. On conçoit très bien que lorsque le trapèze, qui applique l'omoplate sur le thorax, et le rhomboïde qui rattache l'os au rachis, font défaut, l'omoplate n'étant plus maintenue par ces éléments musculaires devient mobile, ballante.

M. Mauclaire a traité des cas d'omoplate ballante par un procédé de scapulopexie.

Il faut distinguer l'omoplate ballante par absence congénitale des muscles trapèze et rhomboïde, de la mobilité anormale de l'omoplate à la suite d'atrophie de ces mêmes muscles au cours de maladies ou à la suite de paralysie. Cette variété pathologique est justiciable d'un traitement de rééducation musculaire.

***

Tels sont quelques-uns des symptômes cliniques que déterminent les absences de muscles de la région thoracique. Comme on le voit, ils sont divers. Mais ce qui frappe surtout en dehors des troubles morphologiques, c'est le peu de gravité des phénomènes physiologiques associés.

Muscle pré-sternal.

A ces agénésies musculaires, opposons la présence possible de muscles surnuméraires.

Le plus fréquent est le muscle pré-sternal allongé longitudinalement en avant du sternum et du thorax antérieur. H. de Vilhena, de Lisbonne, en a recueilli une très riche série avec les formes les plus variables.

Il peut former sous la peau un relief plus ou moins important qui simule parfois une tumeur ou un kyste. L'erreur a été quelquefois commise et il importe de l'éviter.

Ce qui permet de faire un diagnostic, c'est que cette grosseur est contractile, qu'elle reste toujours dans le même état, sans tendance à s'accroître, qu'elle est indolente et qu'elle n'apporte aucune gêne.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE A LA PORTÉE DU MÉDECIN PRATICIEN (1)

Par le Dr P. Kouindjy.

Les sports et les jeux

Les sports sont des exercices physiques qui résument l'ensemble des résultats obtenus par la culture physique rationnelle. A eux seuls, ils ne forment nullement l'éducation physique, et ceux, qui prétendent que l'entraînement par les jeux sportifs suffit pour développer l'organisme, commettent une grave erreur. Voici ce que nous disions à propos des sports dans notre Précis de Kinésithérapie : « Depuis une trentaine d'années, les sports ont contribué puissamment au développement de l'éducation physique. Ils ont même absorbé à eux seuls tout le programme de l'entraînement physique des adolescents et même des enfants. Malheureusement, s'ils ont porté leurs fruits, au point de vue du développement du goût pour les exercices physiques, ils ont également servi à rendre ces exercices dangereux dans beaucoup de cas. Combien de fois, il nous arrive d'entendre des plaintes de parents, qui sont surpris de voir leurs enfants atteints des déviations de la colonne vertébrale ou de difformités diverses, suites d'un entraînement intensif par les sports ? Les parents suivent les conseils des incompétents ou des professionnels qui voient dans les sports l'essence même de l'éducation physique, et poussent leurs enfants à se livrer, sans aucune préparation éducative, au foot-ball, à la course ou aux différents sauts athlétiques. Les enfants, entraînés ainsi par des empiriques, subissent les effets néfastes des exercices intensifs et, suivant leur constitution physio-pathologique, deviennent déformés, amaigris, débiles physiquement et intellectuellement »

A ces quelques lignes publiées, il y a quelques années, nous n'avons rien à ajouter, car, jusqu'à présent, les sports continuent à être considérés comme l'expression vitale de l'éducation physique non seulement par l'opinion publique, mais aussi par de nombreux médecins. Or, si les sports forment une des parties de l'entraînement physique des adolescents et même des enfants, ils sont conditionnés par le développement physique obtenu par les exercices rationnels de la gymnastique physiologique. Il est donc absolument erroné de croire qu'il suffit de lancer d'emblée un individu dans la course à pied ou dans les exercices du saut pour lui permettre d'obtenir la force, l'endurance, l'effort et tout ce qu'il lui faut pour avoir une santé parfaite. Tout sport disproportionné à la force physique du sujet lui est nuisible. Outre la fatigue musculaire, suite d'un surmenage sportif, il y a aussi la fatigue nerveuse caractérisée par l'abattement, l'affaissement et l'ennui, se terminant parfois par l'amnésie, l'aboulie et l'hyperthermie des centres nerveux. Le surmenage sportif est souvent cause des troubles circulatoires, tels que les vertiges, l'épistaxis, l a céphalée, la tachycardie, l'hypertrophie cardiaque et, même, l'arythmie. On y a signalé des troubles respiratoires, comme l'asthme, l'emphysème, la bronchite et même la pneumonie ; des troubles digestifs : l'anorexie, les gastrites et la dyspepsie ; des troubles ostéo-articulaires, comme le développement exagéré du tibia et du fémur, les ostéites, les ostéomyélites, les arthrites, l'hydarthrose, et enfin, les scolioses, le mal de Pott et le retard de la croissance. D'où il suit qu'avant d'engager quelqu'un à pratiquer les sports, on ferait bien de le soumettre à un examen attentif et voir s'il est en mesure de se donner aux exercices sportifs et quel genre lui conviendrait le mieux.

Le rôle du médecin-praticien est ici d'une importance capitale. « C'est au médecin, dit Lagrange, à établir la valeur comparative des différents sports, en s'appuyant sur des résultats acquis et sur des arguments physiologiques, et à préciser la supériorité de chacun suivant les circonstances et suivant les sujets. »

Pour le Dr Bayard, « l'utilité du médecin est ici indispensable à un triple point de vue : d'abord, il doit s'opposer formellement à toute pratique des sports chez toute personne « atteinte d'une lésion cardiaque non compensée » ; il doit interdire, ensuite, les sports et les jeux sportifs aux individus atteints d'une affection de l'appareil respiratoire ; et, enfin, déconseiller les sports, surtout les sports violents, afin de prévenir les accidents possibles du côté du cœur et des poumons, surtout chez les jeunes gens dont l'abus d'un exercice violent pourrait être des plus dangereux. » (Sports et médecine).

D'après tout ce qui précède, nous voyons l'intérêt qu'a le médecin praticien à se familiariser avec tous les genres de sports et à connaître leur application dans tous les cas particuliers. Ils doivent les connaître tant au point de vue physiologique, qu'à leur point de vue d'entraînement physique et pouvoir peser les conséquences physio-pathologiques qui peuvent être occasionnées par une répétition d'une suite d'exercices violents. Nous essayerons, dans la mesure du possible, d'étudier quelques sports utilitaires et d'esquisser d'une façon brève l'emploi judicieux de chacun d'eux.

Nous divisons les sports en deux catégories : les sports éducatifs et les sports athlétiques. Les premiers sont ceux qui nous intéressent le plus.

(1) Voir *Concours Médical*, nº 3 de 1926.

Parmi ces sports, nous commencerons par la marche.

La *marche* est le sport le plus important au point de vue éducatif. Il a l'avantage d'être pratiqué sur tous les terrains et par tous les temps. La marche, sous forme de promenade, constitue un excellent sport pour une foule de gens, à la condition d'être faite régulièrement et d'une façon progressive. Une heure de marche dans la matinée ou avant de se coucher est un bon moyen d'activer les échanges nutritifs de nos organes vitaux, ainsi que la circulation intime de nos muscles. C'est un excellent tonique pour le système nerveux qui doit être conseillé à tous ceux qui ont besoin de stimuler leurs tonicités, nerveuse et musculaire.

Pour que la marche rende des services appréciables, il faut la pratiquer d'une façon progressive, sans grand effort, avec des étapes croissantes et d'un pas cadencé. La marche forcée, essoufflée et précipitée n'est plus un exercice éducatif et donne souvent des résultats fâcheux. Pour exécuter une marche éducative, il faut, dit l'explorateur Bernard d'Attanoux, dans son livre sur la Pratique du tourisme à pied, « une adaptation raisonnée des mouvements et des attitudes avec l'état physiologique du sujet et les conditions de la route. »

La marche doit, par conséquent, se faire automatiquement avec un repos complet des centres psycho-moteurs ; d'où il suit, qu'elle doit se pratiquer sans fatigue ni surmenage, avec un entraînement progressif, et sans effort cérébral. Il faut combiner, autant que possible, l'exercice de la marche avec un but d'agrément, car le s distractions permettent un plus grand entraînement. Exécuter la marche à intervalles réguliers et en plein air devient même un axiome de l'éducation physique.

Quelques auteurs (F. Regnault et le commandant de Raoul) préconisent la marche en flexion : le haut du corps penché en avant le plus possible ; on lève le pied juste pour éviter les aspérités du sol ; les genoux légèrement fléchis.

Dans cette forme de la marche, le pied se pose à plat et sans fatigue, ni bruit. Si cette modalité de la marche est bonne pour les essais et les concours sportifs, elle présente des inconvénients dans les villes et sur les terrains plats, où l'attitude continuelle du corps en flexion finit par créer des contractures des fléchisseurs et une fatigue musculaire généralisée. Par contre, elle est très utile dans la marche sur les terrains accidentés ; mais ici, la marche en flexion est presque instinctive ; car, pour monter une pente, nous sommes obligés de déplacer automatiquement notre centre de gravité bien avant l'axe de notre corps ; et pour en descendre, nous le portons, aussi automatiquement , en arrière. Par conséquent, la marche en flexion trouve ses indications dans la marche en vitesse et dans la marche sur des terrains accidentés.

La modalité de la marche connue sous la nomination de la marche « en manche à balais » présente non seulement des inconvénients au point de vue de la facilité des mouvements, mais aussi se termine vite par un extrême fatigue. Elle est antiphysiologique et entraîne une lutte continuelle de l'individu avec son centre de gravité, qu'il est obligé de ramener toujours au niveau de l'axe de son corps.

Le meilleur mode de marche tiendra donc la place entre la marche de vitesse et la flânerie. Ces deux dernières formes de marche sont également nuisibles et ne rentrent plus dans le cadre des sports éducatifs.

La vitesse normale de la marche-exercice doit varier entre 4 et 5 kilomètres à l'heure. Toute marche qui dépasse 5 kilomètres à l'heure devient un entraînement de concours sportif ; toute marche qui est inférieure à 4 kil. est une flânerie et ne forme plus un exercice physique.

La course à pied. — Dans la marche , le corps humain se trouve au contact du sol d'une façon permanente. Dans la course à pied, il s'en détache un moment complètement. Au point de vue physiologique, la course se présente sous forme d'un exercice à trois temps : 1er temps : simple appui du corps se reposant sur une jambe ; 2e temps : l'appui quitte le sol et le corps est projeté en l'air, aucun contact avec le sol ; enfin, le 3e temps : le pied de la jambe suivante prend contact avec le sol et le corps se repose sur la deuxième jambe. Le travail musculaire est ici plus grand que pendant la marche, où la participation de la respiration est de beaucoup moins active que pendant la course à pied.

Dans la course à pied, le cœur et les poumons tirent un réel profit, à la condition de ne pas être forcés, ni surmenés. Les échanges respiratoires fréquents, produits par la course, contribuent à augmenter l'hématose et le travail du muscle cardiaque. « C'est un exercice d'harmonie », dit avec raison M. Coubertin. Et, en effet, le rythme de la respiration pendant la course devient fonction du développement physiologique pulmonaire. La gymnastique respiratoire devient donc un adjuvant indispensable de la course à pied. L'inspiration doit être longue, facile et profonde ; l'expiration courte, suffisante pour expulser tout l'acide carbonique (Dr Bayard). On s'accorde donc à conseiller un entraînement progressif, en débutant par des courses de courte durée — de 3 à 5 minutes, et sur un sol uni et doux, comme le gazon par exemple. On augmente la durée de chaque course selon les aptitudes du sujet et on finit par l'entraîner sur un sol dur et irrégulier.

Au point de vue de la contraction musculaire,

la course à pied n'est qu'une accentuation du travail musculaire pendant la marche. Cette dernière offre même un certain avantage, car, quand nous marchons, nous mettons nos jambes en extension plus ou moins complète, tandis que dans la course, l'extension de la jambe n'est pas entière par suite de la contraction des muscles postérieurs de la cuisse. C'est pour cette raison que nous n'approuvons pas les courses de vitesse chez les enfants et même chez les adolescents. La course — exercice éducatif — ne doit pas se mesurer par un nombre défini des pas exécutés. La dimension du pas des individus dépend d'une foule de facteurs : les uns appartiennent au caractère du terrain parcouru et aux éléments atmosphériques ; les autres sont innés à la constitution de chaque sujet, à ses prédispositions psycho-motrices et aux manifestations physio-pathologiques de la croissance. Mieux vaut donc laisser les enfants courir, surtout au début, comme ils veulent et comme ils peuvent, pourvu qu'ils arrivent à parcourir la distance indiquée et dans un temps à peu près déterminé. Pratiquement, la course des professionnels comprend toute course exécutée sur une base de 160 à 170 pas à la minute ; ce qui donne, en comptant 1 m. 15 pour la longueur du pas, 5 minutes 45 à 5 minutes 13 pour le kilomètre parcouru. La course de vitesse atteint parfois des proportions de beaucoup grandes ; ainsi aux Jeux Olympiques d'Athènes de 1906, la course de Marathon — 42 kilomètres — fut parcourue en moins de trois heures ; aux Jeux Olympiques de Paris (1900), elle fut parcourue en 2 h. 59' et à ceux de Stockholm (1912) en 2 h. 36'54". Ces cas exceptionnels sont relativement rares et font partie des jeux athlétiques et nullement des catégories des sports éducatifs.

La Natation. — Tout le monde doit savoir nager et depuis l'enfance. C'est une nécessité de la vie même et ce n'est pas aux médecins praticiens de l'enseigner. Et pourtant, il est vraiment déconcertant de voir le nombre considérable de gens qui ne savent pas nager et qui, dans un accident banal, deviennent victimes de leur ignorance. La natation doit faire partie de notre éducation générale ; on doit l'apprendre aux enfants en même temps qu'on leur apprend la course et la lecture. Les Grecs méprisaient tout individu qui ne savait lire, ni nager. L'expression « il ne sait ni lire, ni nager » fut considérée chez eux comme le criterium d'un individu taré. Et pourtant, rien n'est plus facile qu'apprendre à nager. Dans les villes maritimes, où les enfants se livrent aux différents jeux au bord de l'eau, tous savent nager ; car, la nage est un exercice presque inné à l'homme ; il suffit qu'il s'y livre et de bonne heure pour saisir avec facilité tous les mouvements nécessaires pour se maintenir à la surface de l'eau, s'y déplacer d'un point à l'autre et plonger dans la profondeur. Les enfants, qui ne sont pas guidés par des professionnels imitent les autres et finissent au bout de peu de temps à acquérir la façon d'exécuter la nage.

Ceux qui sont guidés par les maîtres l'apprennent plus vite et plus correctement. Deux conditions sont indispensables à apprendre à nager : la première, c'est de ne pas avoir peur de l'eau ; la seconde, de ne pas avoir l'horreur du nu. Aussi bizarre que cela nous paraisse, ces deux conditions sont causes que nombre de gens ne risquent pas de se jeter dans l'eau et ne savent pas nager.

La natation est un exercice physique complet, mettant en action tous les muscles du corps humain, avec une symétrie et rythme parfaits.

Elle exerce, en outre une action intense sur la cage thoracique et contribue à développer puissamment la capacité respiratoire de l'individu. Elle a en plus l'avantage de se pratiquer, dans la grande majorité des cas, en plein air, avantage qu'il ne faut pas manquer d'appliquer toutes les fois que l'occasion se présente. La résistance de l'eau oblige l'individn à exécuter des mouvements réguliers de flexion et d'extension des quatre membres et symétriquement par rapport à l'axe du corps. Ces mouvements, exécutés d'abord irrégulièrement et ensuite avec méthode, finissent par créer un sport élégant, discipliné et souple. En tout cas, chez les personnes entraînées, elle ne produit aucune fatigue, ni surmenage physique. C'est pour cette raison que nous considérons la natation comme un sport éducatif parfait, à la portée de tout le monde, homme et femme, et utilisable à n'importe quel âge.

La brasse française est le mode le plus pratique au point de vue éducatif. Ici, le déplacement se produit par un mouvement d'extension des jambes, de la colonne vertébrale et des bras, ramenés en arrière. Dans la nage indienne le corps est posé sur le côté, droit de préférence, la main droite et le bras droit tirent l'eau en arrière, tandis que les jambes écartées se réunissent avec les pieds à plat.

Dans la nage rampée des Australiens, le corps est sur le ventre, les jambes réunies ; seuls les bras tirent l'eau à droite et à gauche, comme deux pagaies. Dans la coupe indienne, le nageur sort son bras droit, qu'il utilise pour tirer l'eau. Quelle que soit la modalité de la nage, les mouvements doivent être isochrones, coordonnés et sans précipitation. Le nageur doit éviter la fatigue, qui occasionne souvent l'essoufflement et la crampe fâcheuse, parfois mortelle. La prudence est à recommander même aux meilleurs nageurs et le médecin praticien ferait bien de recommander à ses clients de ne pas se mettre dans l'eau quand ils sont en sueur et de ne nager que trois heures après le repas.

Le canotage est le sport éducatif par excellence,

à la condition d'être pratiqué régulièrement et en amateur, c'est-à-dire de ne pas dépasser, surtout au début, la force physique disponible. Il a l'avantage aussi d'être exécuté en plein air et autant que possible loin des grandes agglomérations. Exécuté aevec méthode, ce sport permet un développement physique de tous les muscles du corps humain. « C'est un exercice des plus salutaires, dit notre confrère Bayard dans son travail sur les sports en médecine ; sport hygiénique, toujours pratiqué au grand air ». Et plus loin, il ajoute : « Ce sont surtout les biceps, les pectoraux et les fortes attaches musculaires de l'articulation de l'épaule qui prennent le plus grand développement. Dans le mouvement où le rameur rejette le buste en arrière pour aider ses bras à vaincre la résistance de l'eau, tous les muscles du tronc, le grand dorsal, le trapèze et les muscles sacro-lombaires entrent en jeu. A chaque coup d'aviron, tour à tour, la colonne vertébrale se fléchit et se redresse, tandis qu'en arc-boutant ses pieds au fond de l'embarcation, il cherche encore à diminuer cette résistance de l'eau par le mouvement du corps tout entier. Les bras allongés au maximum, il attaque l'eau le plus loin possible derrière lui, puis tirant brusquement sur l'avant-bras et détendant les cuisses, il décrit avec ses avirons un très gracieux mouvement qui fait glisser le léger canot ». Cette description à la fois scientifique et pittoresque des mouvements du canotage décrit mieux que n'importe quel exposé didactique l'ensemble des exercices utilisés dans ce sport.

On a cru longtemps que les membres inférieurs restent sans participation active dans les mouvements du canotage. Erreur complète, car au moment des tirages,les jambes, prenant appui sur le canot, participent dans l'effort commun. C'est en plus, un sport qui exige une souplesse dans les mouvements et une discipline dans la volonté ; il entraîne d'une façon continue le jeu de la cage thoracique et contribue ainsi au développement de la capacité respiratoire. Le canotage est un sport éducatif facilement utilisé par tout le monde ; comme la natation, il est utile pour les deux sexes et peut être exécuté à n'importe quel âge.

Le cyclisme, l'équitation et le patinage sont des sports utiles, lorsqu'ils sont pratiqués avec modération et pondération. Passé les limites sages d'exercice modéré, le cyclisme devient un sport athlétique et perd toute essence éducative. Pour que le cyclisme conserve son rang éducatif, il faut l'exécuter en raison de 16-18 kilomètres à l'heure. C'est d'ailleurs déjà bien joli. Mais, exécuté comme le fait l'immense majorité des cyclistes, la bicyclette devient un instrument de course et de vitesse, et l'homme qui la monte, un coureur, pour qui le cyclisme finit par devenir un moyen d'absorber les distances. L'entraînement détermine chez les coureurs un automatisme complet : l'individu ne se rend plus compte de la façon dont il fait tourner sa machine, il reste en équilibre automatique sur elle parfois des heures et des journées, et use ses forces physiques uniquement pour lutter contre la fatigue, surtout contre la fatigue nerveuse intense, dont il devient victime. Le sujet courbé sur la machine afin de la faire marcher de plus en plus vite exécute un travail, sinon néfaste, du moins antiphysiologique. D'ailleurs, la bicyclette est devenue dans l' mmense majorité un instrument de travail, comme l'auto, qui l'a remplacée ces dernières années. A ce titre, le cyclisme ne peut être considéré comme un sport, puisqu'il sert au déplacement de ceux qui s'en servent. Mais, comme nous l'avons déjà dit plus haut, utilisé avec méthode et uniquement comme exercice physique, le cyclisme peut rendre de grands services, d'abord comme exercice physique et ensuite comme exercice sportif d'agrément.

Ce que nous venons de dire du cyclisme, nous pouvons le répéter de l'équitation, qui contribue à développer chez l'individu de l'énergie, de la précision et même un certain degré de courage, car si le cheval est un animal docile, parfois sa nervosité occasionne des chutes mortelles même chez les cavaliers bien expérimentés. La gymnastique équestre exige un développement physique des adducteurs et des fléchisseurs des membres inférieurs ; la rotation des pieds et de la tête tient une place prépondérante, ainsi que les mouvements des bras et du tronc. A tous ces mouvements, exécutés avec souplesse et une liberté absolue, il faut ajouter les mouvements provenant des différentes allures du cheval. Donc, l'assurance des mouvements propres du cavalier doit se coordonner avec la précision des mouvements produits par la monture. La seule position physiologique dans ce sport est la position en califourchon ; toute autre façon de monter à cheval n'est qu'une parade inopérante au point de vue d'exercice éducatif. Cette position est compatible avec tous les âges et convient aux femmes aussi bien qu'aux hommes, et nous n'avons qu'à applaudir la mode nouvelle de faire monter les femmes à califourchon.

Le patinage, sur les patins ordinaires ou sur les patins à roulettes, est un excellent sport éducatif à la condition d'être pratiqué en plein air.

Les patins à roulettes ne présentent peut être pas la même difficulté d'équilibre que les patins ordinaires ; mais, au point de vue de l'exercice physique des membres inférieurs, ils ont même un certain avantage, car le poids des roulettes ajouté à celui des patins contribue à augmenter progressivement la contraction musculaire des membres inférieurs, donc leur force et leur souplesse. Pour que le skating devienne un sport

éducatif par excellence, il faut avoir de large espaces avec terrains unis et asphaltés établis en plein air, où il serait facile d'évoluer dans tous les sens. Il est même regrettable que des municipalités négligent jusqu'à présent l'installation de ces terrains de patinage, si utiles pour l'éducation physique de nos enfants. Nous espérons que les autorités publiques combleront cette lacune et, vu le peu de frais qu'entraîne l'organisation de ces terrains de patinage, mettront à la disposition de nos enfants et de nos adolescents les espaces de terrains asphaltés en vue de ce sport si utile et agréable. Mais, dès le début de la création de ces terrains de patinage, il faut exiger d'une façon formelle, le patinage avec deux patins et interdire l'usage d'un seul patin. Si le patinage avec deux patins est un exercice physique excellent, l'usage d'un seul patin présente pour les enfants faibles et chétifs un réel danger. Le médecin praticien fera bien d'attirer l'attention des parents sur ce danger, en leur montrant que le patinage avec un seul patin est souvent l'origine de déformations dorso-lombaires parfois incurables.

Le tennis, le cricket, le hockey sont des jeux sportifs qui perdent beaucoup parce qu'ils contribuent à développer les muscles d'un côté du corps au dépens de l'autre. Si ces jeux pouvaient se pratiquer également de deux côtés, ils gagneraient beaucoup au point de vue éducation physique, car, outre l'agilité et l'adresse qu'ils exigent, ils présentent beaucoup de grâce et de précision dans les mouvements. Mais, comme ils entraînent toujours une excitation unilatérale du corps humain, ils finissent par être cause d'un nombre respectable de déformations dorsales et articulaires chez les prédisposés. Combie n de fois avons-nous constaté l'étonnement des parents devant une déviation rachidienne caractéristique chez les enfants livrés au tennis depuis plusieurs années. Les parents ont du mal à saisir la raison, pour laquelle ce jeu sportif, conseillé avec tant d'autorité par des consultants renommés, est nocif à leurs enfants. Nous avons essayé de conseiller le jeu de tennis ambidextre. Or, il n nous a été répondu que les règles actuelles s'opposent au jeu de tennis avec les deux mains. On peut la jouer a vec la main gauche ou avec la main droite, mais il est impossible de l'exercer avec les deux mains. Dans ces conditions, nous déclarons que le tennis , tel qu'on le joue actuellement, est un jeu sportif nuisible : la prédominance du travail musculaire d'unseul côté occasionne souvent des déplacements costo-vertébraux avec déviation rachidienne consécutive.

L'escrime. Les inconvénients signalés plus haut dans le tennis se trouvent également dans l'escrime, et même plus accentués, puisque ce jeu sportif se pratique sur place et est dépourvu des mouvements si salutaires du tennis. Le Dr Roblot reproduit dans son Guide pratique des exercices physiques une série de photographies prises sur des élèves de la division d'escrime de l'Ecole de Joinville-le-Pont. Toutes présentent des déformations notables des membres inférieurs, avec hypertrophie musculaire des membres inférieurs droits et une diminution très sensible du volume des membres inférieurs gauches ; la différence entre les deux membres, surtout des deux cuisses, variait entre 2 et 3 cent. et demi.

Ici aussi les exercices répétés font travailler plus fréquemment les muscles d'un seul côté, ce qui peut être la raison des déviations du rachis chez les personnes avec une constitution déficiente. Il faudra, par conséquent, pour rendre à l'escrime son utilité éducative, apprendre à la pratiquer avec les deux mains alternativement. En réalité, l'escrime n'est pas un sport éducatif. Les exercices, qui le composent, forment la synthèse des quelques mouvements de la gymnastique physiologique ; celle-ci a l'avantage de s'exécuter avec les deux membres à la fois.

La plupart des autres sports appartient à la catégorie des sports athlétiques et nous n'avons pas à nous en occuper dans ce modeste travail. Nous ferons cependant une exception pour le foot-ball et la boxe.

Le foot-ball, si répandu actuellement parmi la jeunesse et surtout parmi la jeunesse scolaire, a puissamment contribué à l'extension des sports en France. Au début, ce jeu, introduit d'Angleterre, subit une avalanche de critiques plus ou moins justifiées. On lui reprochait des horreurs et des inconvénients qu'il n'a certes pas mérités. On l'accusait d'être la cause de différentes affections respiratioires, de fractures et luxations en masse, d'affections graves du système circulatoire, et même, d'accidents mortels. Or, tous les auteurs qui décrivaient le jeu de foot-ball et qui le pratiquaient pendant de longues années, sont unanimes à contester tous ces reproches et trouvent les critiques des adversaires du foot-ball très exagérées. Ils montrent que toutes ces critiques sont la conséquence de l'ignorance du jeu et du manque de choix justifié des joueurs de ce jeu. Nulle part, le contrôle du méedecin praticien n'a autant d'importance que dans la composition des équipes de foot-ballistes. Ici, son rôle est prépondérant, car c'est au médecin-contrôleur à décider, si tel ou tel individu est capable de participer aux différentes phases de cet excellent jeu sportif. « Nous n'hésitons pas, dit, Lefébure dans son remarquable ouvrage sur l'éducation physique, à recommander la pratique du foot-ball dès l'âge de 10 à 11 ans dans les écoles ; l'essentiel est de ne mettre en présence que des élèves ayant sensiblement le même âge, comme l'expérience l'a démontré avec succès dans quelques collèges belges. » (1908).

« Il est donc vraiment puéril, dit notre regretté confrère de Boissière, d'empêcher un enfant de jouer au foot-ball dans la crainte d'un hypothétique accident et de le priver ainsi des moments de sensation aiguë que procure cet excellent jeu, ainsi que de l'influence heureuse et profonde qu'il exerce sur tout l'organisme ». Joué avec précaution et selon les règles du rubgy par des équipes bien composées, ce jeu collectif présente les avantages des jeux sportifs, ou l'adresse, la précision et la résistance se coordonnent à chaque instant avec la tactique et l'initiative personnelle. C'est dans ce jeu sportif que les sujets préparés par les exercices physiques de la gymnastique physiologique fournissent le maximum de rendement ; ils sont en mesure de produire un plus grand effort dans ce jeu mouvementé. Mais, est-il vraiment nn sport nouveau, comme le prétendent quelques défenseurs du foot-ball. Nous trouvons les origines de ce jeu sportif chez les Grecs parmi les jeux de la balle, connue sous le nom de sphéristique. Ce jeu pratiqué dans les lieux consacrés à cela spécialement — les sphaeristeria — se composait de quatre espèces, dont la différence se tirait de la grosseur et du poids de balles. Dans le jeu avec une grosse balle, les joueurs développaient une tactique qui consistait à tenir toujours les mains levées, à se dresser sur la pointe des pieds, en courant, sautant pour projeter la balle et à attraper les balles, qui leur passaient par dessus de la tête. Ce jeu se pratiquait entre deux équipes adverses, dont le but était d'envoyer la balle dans le camp opposé.

Les Romains, qui empruntaient aux Grecs leurs jeux sphéristiques, le jouaient sous le nom d'harpastum. Voici la description faite par Martial dans son livre IV, et où se reconnaît, à peu de chose près, le foot-ball moderne, dit jeu anglais. « Les joueurs se divisaient, dit-il, en deux bandes et s'éloignaient également d'une ligne qu'on traçait au milieu du terrain et sur laquelle on posait une balle (ou un ballon) d'une certaine grosseur. On tirait ensuite une autre ligne qui marquait de part et d'autre, les limites du jeu. Après cela, les joueurs, de chaque côté, couraient vers la ligne médiane, où chacun tâchait de se saisir de la balle et de la jeter au-delà de l'une des deux lignes qui marquaient le but ; pendant que ceux du parti contraire faisaient tous leurs efforts pour défendre leur terrain et envoyer la balle sur l'autre ligne ; ce qui causait une espèce de combat fort échauffé entre les joueurs, qui s'arrachaient la balle, la chassaient de la main, se poussaient les uns les autres, se donnaient des coups de poing et se renversaient par terre. Enfin, le gain de la partie était, pour le parti qui avait envoyé plusieurs fois la balle au delà de cette ligne qui limitait le terrain des antagonistes ». (Furgault : Dictionnaires des antiquités grecques et romaines).

La boxe. Si la boxe anglaise, sport brutal et dangereux, effraie beaucoup de gens par sa violence et la sauvagerie, la boxe française présente un ensemble qui la classe parmi les sports éducatifs. Le Dr Peugniez, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens, se fait le défenseur mérité de la boxe française. D'après lui, « elle est l'exercice le mieux approprié au développement régulier de toutes les parties du corps, celui qui perfectionne le plus sûrement le plus grand nombre de nos aptitudes, accroît dans la plus large mesure l'énergie, la puissance physique sans détruire l'harmonie des proportions et des formes : exercice complet qui exige beaucoup de sang-froid, de calcul, d'agilité, de force ». (*Journal de Physiothérapie*, 1914).

A notre avis la boxe française a l'avantage indiscutable de se pratiquer des deux côtés et fait intervenir les membres inférieurs au même degré que les membres supérieurs ; elle exige à chaque instant des attitudes différentes et fait travailler tous les muscles du corps. Elle demande au sujet une agilité, une précision dans les mouvements et des ripostes coordonnées immédiates, ce qui la rend utile au point de vue des exercices physiques et élégante au point de vue exécution. C'est un sport éducatif excellent et très utile pour le développement physique de la jeunesse.

Elle a encore une portée plus élevée, lorsqu'elle s'adresse aux enfants et, comme le dit avec raison Desfosses, la boxe française est une excellente méthode d'éducation physique destinée à éveiller cez les enfants l'instinct de la lutte. Le « Struggle for life », dit cet auteur, étant une des lois primordiales de l'univers animé, il est important de ne pas laisser éteindre chez l'enfant cet instinct indispensable à la réussite de la vie. » (*Presse médicale*, 1909.)

Le présent article termine la série sur « l'Education physique à la portée du médecin praticien ». Nous avons l'espoir que notre modeste travail a atteint son but, celui de rendre quelques services utiles et pratiques à nos confrères, qui, accablés par leur besogne quotidienne, n'ont pas beaucoup de temps pour suivre la littérature spéciale sur un sujet aussi aride que les exercices physiques du corps humain. Et pourtant, nous sommes convaincu que nos lecteurs auront souvent l'occasion d'utiliser ces exercices pour le bien de leurs clients. Il leur arrive souvent de s'arrêter devant le problème du développement physique des enfants et des adolescents, dont les parents se plaignent soit du retard de la croissance, soit d'une croissance malformée. Qu'ils se rappellent nos modestes conseils et qu'ils uti-

(1) Nous nous excusons auprès de nos lecteurs du retard de la publication du présent article, retard occasionné par la maladie et la mort de celle qui fut durant 35 ans notre compagne. Dr P. K.

lisent les exercices physiques, que nous venons de décrire dans nos articles : ils ne sont pas compliqués, mais ils ont la prétention d'être utiles et essentiellement pratiques.

Nous sommes persuadé, que l'immense majorité des médecins praticiens ont à cœur l'éducation physique de tous ceux à qui ils procurent leurs soins. Il suffit de se rappeler que les exercices physiques poursuivent un double but, celui de prévenir les maladies et celui de guérir, pour qu'ils deviennent une arme puissant dans l'exercice quotidien de nos lecteurs. Si nos articles peuvent leur servir de guide non seulement pour guérir leurs jeunes malades, mais aussi pour les mettre à l'abri d'une foule d'affections facilement évitables, nous en serons très heureux ; car, nous sommes d'avis, que le pivot de l'éducation physique en France doit être, et le sera sûrement, le médecin praticien. C'est à lui qu'appartient la direction et le contrôle de l'éducation physique de nos enfants ; c'est à lui de prendre l'initiative de la direction et veiller à son application journalière. C'est son rôle et son devoir.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Réponse de M. Monceaux à M. Hervouet.

Avant de discuter les arguments que M. Hervouet m'a présentés à la suite de mes objections à son traitement spécifique de la tuberculose, je dois dire que je resterai sur le terrain physiologique, qui est ma partie, n'étant pas qualifié pour juger les observations cliniques que le Dr Hervouet, nous n'en doutons pas, a exposé en toute conscience professionnelle.

Mais la réponse de M. Hervouet n'infirme pas la raison qui m'a déterminé à douter qu'il avait trouvé le remède spécifiqe contreu la tuberculose.

Ma critique reste entière. M. Hervouet annonce au corps médical qu'il a découvert un remède spécifique qui a, pour principe actif, les acides aminés. Pourquoi les acides aminés ? Très vraisemblablement parce que les dosages des acides aminés du sang des tuberculeux qu'a effectués M. Hervouet lui ont indiqué qu'il y avait insuffisance d'acides aminés.

Or, les dosages que j'ai effectués pendant 4 ans m'indiquent tout le contraire ; le sang des tuberculeux contient de grandes quantités d'acides aminés, que ces malades sont incapables de bien assimiler, d'une part, et, par ailleurs, il n'est pas contestable que les acides aminés sont des *accélérateurs* du développement du bacille de Koch, c'est pourquoi il est à prévoir que les acides aminés ne sont pas les spécifiques du bacille de Koch.

La comparaison que M. Hervouet établit entre l'action spécifique des acides aminés sur le bacille tuberculeux, d'une part, et l'action de l'arsénobenzol sur le tréponème, d'autre part, est assurément une erreur.

Dans sa réponse, M. Hervouet récuse ma compétence, parce que chimiste et âgé de moins de 30 ans.

Je suis, en effet, chimiste-biologiste, et, j'ajoute, physiologiste. Ma thèse de doctorat ès sciences de la Faculté de Paris, thèse de physiologie faite chez le prof. Lapicque, avec lequel j'ai, du reste, publié des travaux de physiologie, mes recherches sur la nutrition azotée au laboratoire du prof. Ch. Richet à la Faculté de médecine, m'autorisent, je crois,à une certaine compétence du métabolisme des acides aminés.

La chimie biologique et la physiologie suffisent à mon activité, aussi, est-ce en cette qualité seulement que, *depuis* 6 *ans*, avec le Dr Pissavy, médecin des hôpitaux de Paris, j'ai étudié, dans son service de l'hôpital Cochin à Paris, la nutrition du tuberculeux. Toutes mes recherches ont été soumises au contrôle clinique du Dr Pissavy, les résultats ont été publiés avec son approbation, beaucoup sont signés de nos deuxnoms.

Il est regrettable que M. Hervouet n'ait pas fait connaître aux Sociétés savantes ses méthodes de travail et ses résultats, il m'eût été plus facile de les discuter, comme il discute certains passages de ma thèse.

Si j'ai donné, dans mon livre, surtout des observations de grands malades, c'est que ces derniers ont l'avantage de présenter *les mêmes désordres du métabolisme que les malades peu atteints,* mais avec une intensité beaucoup plus grande, qui rend les résultats plus frappants.

De plus, les constatations anatomo-pathologiques nous permettaient d'avoir des observations complètes. mais je me hâte de dire que le défaut d'utilisation des acides aminés, je dis *utilisation,* est un des premiers *signes* que l'on reconnaît, même chez les malades très légèrement atteints, mais *qui maigrissent,* puisque ce sont des sujets de choix pour des épreuves, comme la cystinurie provoquée par exemple.

D'ailleurs, dans les statistiques que j'ai publiées, il y a surtout, non des grands malades, mais *tous les stades de l'infection.*

Dans ma thèse à la Faculté de pharmacie, intitulée : « Métabolisme protéique dans la tuberculose pulmonaire » (1), ainsi que dans les com-

(1) Thèse qui a été signalée et brièvement analysée dans le n° 6 du *Concours médical*, 1er février 1925, p. 247. N.D.L.R.

munications que M. Pissavy et moi avons faites à la Société de biologie, à la Société de thérapeutique, etc., M. Hervouet ne voit rien de nouveau : le mécanisme intime de la dénutrition des tuberculeux était très bien connu des médecins. Tous ne sont pas de son avis, à telle enseigne que l'*Académie de médecine* m'a fait l'honneur de couronner mon travail.

Un mot maintenant des objections de M. Hervouet sur les éliminations quantitatives des A.A. J'étonnerai peut-être M. Hervouet en lui apprenant que, dans l'état actuel de la science, il n'existe pas de méthode chimique rigoureuse pour doser les mélanges d'A.A., en particulier quand il existe des A.A. cycliques et que tous les chiffres obtenus ne sont que des approximations qui, souvent, ne correspondent que de très loin à la réalité. Aussi, si M. Hervouet connaît une méthode précise, il rendrait un grand service à la science en la faisant connaître aux sociétés savantes.

C'est pourquoi j'ai dit, et je répète, que les examens *qualitatifs* ont une importance beaucoup plus grande qu'un simple dosage.

Pour l'étude du métabolisme, non seulement chez les grands malades, mais surtout chez ceux qui sont peu atteints, j'ai montré que, seul, *le coefficient de Maillard* pouvait renseigner sur l'état de leur nutrition. Un de mes élèves, le Dr Grisez, a consacré sa thèse de doctorat en médecine à ce sujet (1), j'y renvoie le D r Hervouet.

Enfin, j'arrive à la viande crue. M. Hervouet écrit : « Combien plus, sa gaieté (à Monceaux) doit-elle se donner cours à voir tous les professeurs et les médecins ordonner aux tuberculeux le suc de viande et la viande crue, c'est-à-dire des A.A. *abondamment et en bloc* ». Cette *erreur* de M. Hervouet me semble préciser les recherches qu'il a effectuées sur les A.A. C'est probablement parce *qu'il a vu le prof. Richet préconiser* avec une « extrême énergie », selon son expression, la zomothérapie, que M. Hervouet a pensé, lui, à injecter des acides aminés !!!

Si la zomothérapie est, certes, un traitement efficace dans bien des cas, le prof. Richet s'est bien gardé de la présenter comme un spécifique.

Si je connais les travaux du prof. Richet, me demande M. Hervouet ? Je m'étonne de sa question, qui dénote des lacunes dans la bibliographie que le Dr Hervouet a faite avant de publier ses travaux à la Société de l'Hôtel de Ville. *Avec le prof. Charles Richet fils, j'ai étudié l'assimilation de la viande crue et de la viande cuite, nos recherches ont été publiées à l'Académie des Sciences en juin* 1925.

L'action de la viande crue n'est pas due à l'action des A.A., vous faites erreur M. Hervouet.

(1) Ch. Grisez. — Contribution à l'étude de l'acidose dans la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris, 1925.

Le Dr Pissavy et moi avons montré que l'action de la viande crue était vraisemblablement due à un facteur oxydant que j'ai relevé dans d'autres milieux que les muscles rouges. Voyez donc, à ce sujet, nos communications à la Société de Thérapeutique, juin 1924, nos communications à la Société de Thérapeutique, 10 février 1926, à la Société de Biologie, 17 février 1926.

Si la viande crue agissait par les acides aminés, la viande cuite agirait mieux encore, le cuisson favorisant l'hydrolyse, productrice des acides aminés. Comme la viande cuite agit moins bien que la viande crue, il est logique de penser que l'action des sucs de viande n'est pas due aux acides aminés, ce qui confirme bien mes recherches qui m'ont démontré que le sang des tuberculeux renferme des *grandes quantités d'acides aminés*. Il y a, pour moi, *insuffisance* d'utilisation des acides aminés, et *non carence* comme le pense M. Hervouet.

Si la viande crue a plus d'action que la viande cuite c'est que la cuisson *détruit les éléments oxydants*, les oxydases, les vitamines, etc., qui sont très probablement, pour le Dr Pissavy et moi, les éléments agissant sur la nutrition.

Nous sommes très loin de la dernière formule des acides aminés, spécifique de la tuberculose.

R. Monceaux.

Réponse à M. Monceaux.

Je constate que M. Monceaux procède par affirmations tranchantes pour étayer des hypothèses qu'il me suppose défavorables. En outre, il s'est plu à interpréter mes idées et mes paroles. Je me vois donc obligé, pour la clarté de la discussion, de rappeler, en peu de mots, la substance de mes communications antérieures.

Me guidant sur des observations de la pratique médicale, j'ai pensé que certains produits azotés naturels aidaient puissamment l'organisme dans sa lutte contre le B. K. J'en ai, depuis 1918, étudié une quinzaine. Cinq seulement de la famille des acides aminés ont prouvé une action antituberculeuse certaine, quoique inégale. Je les ai associés en proportion convenable dans une solution injectable, qui m'a donné des résultats surprenants, contre la tuberculose d'abord puis dans de multiples états de dénutrition. Ma conviction, devenue certitude, a été partagée et confirmée par beaucoup de confrères que l'amitié ou le hasard ont mis sur ma route.

Il s'agit là de faits cliniques indéniables, et non de théories.

Y a-t-il, chez ces malades, carence de certains A. A. comme il y a des carences de fer, de chaux, de vitamines, etc. ? Je l'ai pensé ! Mais je n'aurai aucune gêne à accepter une autre explication, si elle s'accorde mieux avec les faits.

Pour justifier ses hypothèses et les affirma-

tions qui en découlent, M. Monceaux s'obstine à faire des généralisations qui se justifient peut-être au point de vue chimie biologique mais que je crois erronées au point de vue clinique. M. Monceaux parle des tuberculeux comme s'ils étaient tous semblables. Il parle des « acides aminés », comme si tous ces corps, formant un bloc, étaient inséparables, interchangeables, et d'activité identique. Cependant il n'ignore pas que Hugounenq (*Presse médicale*, 1913, pages 825 à 827) a montré que chez les souris et les chiens, la privation de certains A. A. et surtout de tryptophane entraîne la mort. Mon expérimentation humaine m'a permis de faire des constatations analogues sur les différences d'activité biologique des A. A.

Pourquoi répète-t-il que les A. A. sont des accélérateurs du B. K., sans ajouter *in vitro* ? Il sait bien que chez le vivant, c'est une tout autre affaire, puisque l'organisme ne saurait exister sans eux, et j'ai déjà cité ses propres paroles : « *Les A. A. sont le support de la vie elle-même* ».

Il n'ignore pas non plus que les A. A. étant l'aboutissant obligatoire de la digestion des matériaux azotés, c'est une vérité élémentaire de dire que l'ingestion de la viande fournit à l'organisme des A. A. abondamment et en bloc. Pourquoi affirme-t-il avec tant d'énergie que c'est une erreur ?

Pour moi, je crois être dans la vérité. Mais je n'empêche personne de chercher et trouver d'autres vérités. J'apporte des faits probants ; et j'ai tous les jours de nouveaux témoignages qui concordent. Que M. Monceaux, au lieu de s'attarder à cette polémique, prouve le mouvement en marchant.

Je ne suis assurément qu'un praticien qui ne saurait tout lire. Je puis cependant m'appuyer sur des témoignages autorisés. Voici, sur la différence d'action de la viande crue ou cuite, ce que dit le professeur Mouriquand (1) : « La viande crue agit par sa qualité d'aliment frais, non modifié par la chaleur, riche sans doute en *amino-acides indispensables et en vitamines que détruit la cuisson* ». C'est la seule réponse que je ferai à mon adversaire sur ce sujet ; elle est nécessaire et suffisante.

Je ne veux pas abuser de l'hospitalité du *Concours* et je termine par deux citations qui se contredisent : mes confrères en tireront la morale qui convient.

La première est la conclusion de la thèse de M. Monceaux, couronnée par l'Académie : « Le « meilleur traitement de la nutrition des tuber-« culeux consiste à leur fournir le moyen d'in-« tensifier leurs processus d'oxydation : opo-« thérapie thyroïdienne, ... »

La seconde est encore empruntée au professeur Mouriquand (2) : « mais la clinique médicale « nous apprend que les hyperthyroïdiens (à « métabolisme basal élevé), présentent un ter-« rain le plus souvent favorable à l'évolution « bacillaire ; et Coulaud a montré que l'extrait « thyroïdien peut déterminer chez des rhuma-« tisants chroniques des poussées extensives « de tuberculose ».

Dr Dani HERVOUET.

NOTE. — Nous considérons désormais cette polémique, qui pourrait paraître fastidieuse à nos lecteurs, comme *définitivement close*.

La Direction du Concours médical.

(1) Alimentation et Tuberculose, page 29.
(2) *Ibidem*, page 38.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Ostéomalacie puerpérale.

La thérapeutique de l'ostéomalacie est souvent décevante ; mais l'observation, rapportée par M. A. Buisine, prouve que même dans les formes graves, le traitement médico-chirurgical est capable de donner des résultats inespérés.

Il s'agissait d'une femme jeune, qui présentait des ramollissements osseux progressifs, à point de départ pelvien pour aboutir à un affaissement progressif de la colonne vertébrale, ayant débuté au cours d'une première grossesse, accentués par une seconde, et accompagnés de douleurs ainsi que de parésie musculaire.

Entre les multiples traitements proposés contre l'ostéomalacie, on s'adressa à ceux qui avaient le plus de chance de réussir : l'adrénaline et la castration.

Pendant 15 jours la malade reçut tous les jours deux injections sous-cutanées d'un 1/2 mgr. d'adrénaline ; mais ce traitement, demeuré inactif, fut abandonné. On employa la castration, remède héroïque contre l'ostéomalacie dans 80 % des cas. Puis on ordonna l'injection de chlorhydrate d'adrénaline (40 gouttes par jour de la solution au 1/1000e) et de la tricalcine. Air marin à Berck. Héliothérapie bien réglée.

Trois mois plus tard, les douleurs avaient cessé à peu près complètement, et les premiers grands mouvements devenaient possibles. Quoi qu'il arrive ultérieurement, la malade au bout de cinq mois était notablement améliorée, le processus ostéo-malacique avait été enrayé. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 13 décembre 1925.)

Dystocie funiculaire. Cordons longs.

Le Dr Depierre signale le nombre important de dystocies dues à des anomalies du cordon. Les complications graves pour la mère sont heureusement rares : quelques cas d'hémorragies assez sérieuses par décollement partiel du placenta ; plusieurs morts de l'enfant. L'auteur rapporte un cas, où le cordon atteignait la longueur de 1 m. 45. (*Journ. des Sc. médicales de Lille*, 27 décembre 1925.)

Les nouvelles méthodes de traitement des anémies du nourrisson.

En présence d'un cas d'anémie, il convient toujours de procéder à un examen complet, de rechercher l'augmentation éventuelle de la rate, du foie, des ganglions, de pratiquer un examen du sang. Quant au diagnostic étiologique souvent délicat, il faut songer à la syphilis, à la tuberculose, au scorbut infantile, au paludisme, aux infections parasitaires (ascaridiose, leishmaniose), aux anémies d'origine digestive. Le Dr G. Schreiber ne passe en revue que les nouvelles méthodes de traitement des anémies.

En ce qui concerne les injections sous-cutanées d'oxygène, des appareils d'un maniement simple, d'un prix de revient abordable mettent l'oxygénation à la portée de tous les praticiens. On peut pratiquer des séries de 6, 12 ou 15 injections sous-cutanées de 50 cmc. d'oxygène, qui seront poussées lentement pour être indolores, et laisseront une poche gazeuse, dont on hâtera la résorption en 24 ou 48 heures à l'aide de compresses tièdes. Les résultats pourront en être excellents après l'échec d'autres médications.

Quant à la transfusion sanguine, il en est de même, et il faut au préalable avoir essayé l'actinothérapie par les rayons ultra-violets. Il existe pour la transfusion des seringues spéciales. On charge la seringue de citrate de soude à 10% jusqu'à 1/10e de son contenu pour obtenir un sang citraté à 1 % ; on prélève le sang du donneur ; on aspire quelques nouvelles gouttes de citrate à 10 %, et on retourne 3 ou 4 fois la seringue pour bien mélanger le sang et le citrate ; on injecte le sang dans le sinus longitudinal supérieur ou dans les veines épicraniennes. Les doses sont faibles ; la première injection ne dépassera pas 3 cmc. pour apprécier les réactions du sujet ; les injections ultérieures de 5, 10, 15 et 20 cmc. pourront être hebdomadaires. Le donneur est généralement l'un des parents, mais son sang peut être incompatible avec le sang de l'enfant ; il est donc prudent de soumettre les deux sangs aux épreuves de Beth-Vincent.

Les irradiations ultra-violettes stimulent les organes hématopoiétiques, d'où augmentation du nombre des hématies et du taux de l'hémoglobine. Mais toutes les anémies ne sont pas également influencées favorablement par cette méthode ; celle des tuberculeux notamment paraissent plutôt réfractaires à leur action. Cependant l'actinothérapie doit être systématiquement appliquée, toutes les fois qu'une anémie ne cède pas à une alimentation appropriée, à la médication classique et au traitement étiologique (antisyphilitique par exemple). (*La Consultation*, décembre 1925.)

Les résections articulaires des doigts.

Une articulation d'un doigt, qui suppure à la

suite d'une plaie contuse, ne peut guérir que par un drainage. Comme on ne peut le réaliser tant que les surfaces cartilagineuses restent au contact, la résection s'impose ; elle supprime les saillies et les anfractuosités. Mais, d'après le Dr P. PIET, si l'on veut éviter l'ankylose (et le doigt n'est utile que par sa mobilité), on ne doit enlever qu'une des surfaces articulaires : la tête de la phalange supérieure, car c'est elle qui rend les culs-de-sac inaccessibles ; son ablation par morcellement fait une large brèche sans désinsérer le tendon ; en outre, comme elle n'a qu'un minimum de vaisseaux, elle tend à se nécroser plus facilement.

Les résultats fonctionnels lointains, sans être parfaits, sont très bons le plus souvent, et on n'a pas à regretter une amputation. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 18 octobre 1925.)

Les accidents de la première dentition (état actuel de la question).

A défaut de « maladies de dentition », il existe sans contredit, d'après G.-H. HALLEZ, des accidents liés à l'éruption dentaire. Il ne faut adopter aucune opinion extrême, ni celle qui considère l'éruption dentaire comme cause fréquente de maladie, ni celle qui lui dénie toute espèce d'influence nocive.

Dans l'immense majorité des cas, la sortie des dents, fait essentiellement physiologique, ne détermine aucune manifestation morbide ; mais on ne peut nier qu'elle s'accompagne parfois de phénomènes locaux et généraux de quelqu'importance.

Chez certains enfants en période d'évolution dentaire, on observe soit l'inflammation locale de la cavité péricoronaire dont l'infection peut se propager à la muqueuse buccale (gingivites, stomatites, etc.), soit des troubles réflexes régionaux (hypersalivation, feux de dents) ou généraux.

Quant à ces derniers, des poussées fébriles sont possibles ; mais la sécurité trompeuse de l'étiologie dentaire de la fièvre a fait mourir trop de nourrissons pour qu'on soit autorisé à laisser s'accréditer la dangereuse notion de la « fièvre de dentition ». Les méningites et réactions méningées n'ont aucun lien avec l'évolution dentaire. Des convulsions apparaissent quelquefois, mais la seule éruption dentaire ne peut les déterminer, si les nourrissons n'y sont prédisposés par des tares héréditaires (névropathies, syphilis, saturnisme, tuberculose).

Les flux diarrhéiques réflexes sont en général passagers, et liés à l'éruption dentaire.

Enfin, mise à part la toux réflexe de dentition, il faut rejeter la presque totalité des accidents respiratoires imputables à la sortie des dents de lait.

En ce qui concerne d'autres affections, injustement attribuées à la dentition, le rôle de celle-ci, se borne à mettre l'organisme en état de réceptivité.

Chez tous les enfants à l'époque de la dentition il faut surveiller l'hygiène de la cavité buccale (lavages à l'eau bicarbonatée), ne pratiquer d'incisions que dans les cas d'infections gingivales, à l'aide du galvanocautère, ou de la plume à vaccin portée au rouge pour s'efforcer de mettre la couronne à nu.

Pour calmer la douleur et la congestion gingivale, employer les sirops de dentition (Delabarre) ou la préparation de Marfan :

Iode métallique	0 gr. 05
Iodure de potassium	0 gr. 10
Glycérine neutre .... }	âã 30 cmc.
Eau de menthe .... }	

(*La Pratique médicale française*, septembre 1925 A.)

Les aortites syphilitiques précoces.

Le Pr BONNIN estime que la localisation de la syphilis sur l'aorte peut être plus précoce qu'on l'admettait jadis (5 à 20 ans après le chancre) ; si elle est exceptionnelle dans la première année, elle n'est plus rare dans les 3 ou 4 premières années.

Les aortites, qui se développent avec une telle précocité, évoluent le plus souvent avec une rapidité égale, et on peut dire que la syphilis aortique précoce se présente comme une syphilis à évolution maligne, à la façon d'autres déterminations syphilitiques précoces telles que les syphilis nerveuses.

Développée précocement, l'aortite a une symptomatologie subjective exceptionnellement fruste : la gêne, la striction ou la douleur rétrosternales, la dyspnée d'effort douloureuse, sont communes.

Mais l'orthodiagraphie est indispensable pour ainsi dire au diagnostic, qu'elle redresse, assure ou complète.

Un de ses caractères, c'est d'évoluer rapidement (2 ou 3 ans, parfois moins). Quelques cas, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, sont moins malins ; mais ces sujets restent des infirmes cardio-aortiques souvent avec une survie restreinte.

La question du traitement est de toute première importance, non seulement par les résultats qu'on peut quelquefois en espérer, mais parce qu'un traitement mal conduit, interrompu ou insuffisant, peut aggraver encore la malignité évolutive d'une aortite précoce. Il arrive aussi que le traitement soit mal toléré quand il y a déjà complication par insuffisance cardiaque ou par lésions rénales. La même intolérance au mercure ou à l'arsenic peut être également obser-

vée avant toute complication ou fléchissement cardiaque. Il faut agir par tâtonnements, sans aucune règle précise, car la reprise d'un traitement peut amener de nouveaux accidents.

Bref, l'intensité des signes fonctionnels, la difficulté ou l'intolérance du traitement spécifique, l'évolution rapide, caractérisent les aortites syphilitiques précoces, et en font une forme maligne de syphilis. (*La Médecine*, novembre 1925.)

Le lait en poudre dans l'alimentation des nourrissons.

Dans l'allaitement artificiel, le lait en poudre donne d'excellents résultats, quand on n'a pas de lait frais irréprochable à sa disposition, ou que celui-ci ne réussit pas.

C'est un aliment de tout premier ordre, quelquefois même supérieur au lait frais, toléré aussi bien par l'enfant sain que par l'enfant malade, d'une aseptie rigoureuse, d'un prix modique, mais dont la fabrication exige un lait de provenance sûre et d'une propreté irréprochable.

Le Dr G. Muls (Bruxelles) préfère ne préparer que la quantité nécessaire pour un repas, en délayant la poudre dans un peu d'eau tiède bouillie, puis en la chauffant au petit feu avec la quantité d'eau nécessaire pendant cinq minutes.

Il est facile de lui rendre les vitamines absentes en ajoutant à chaque biberon une cuillerée à café de jus de fruit par exemple.

La quantité à donner à chaque repas, toutes les 3 heures, varie avec l'origine du produit : par exemple 4 et 8 gr. de poudre délayée dans 3 à 5 cuillers à soupe d'eau ; puis 7 à 12 grammes pour 5 à 6 cuillers à soupe d'eau, et ainsi de suite.

Il est bon de ne pas exagérer la quantité d'eau, sauf en cas de constipation. Tous ces chiffres varient aussi suivant l'état de tolérance de l'enfant. En tous cas, des résultats excellents ont été obtenus même chez des athrepsiques ou des prématurés. Après 14 à 16 mois, il faut ajouter d'autres produits (biscottes, phosphatine, etc.) à l'alimentation.

Parfois le lait sec, comme n'importe quel lait d'ailleurs, peut ne pas réussir. L'auteur n'a observé, à la suite de son usage, ni scorbut, ni rachitisme. (*Le Scalpel*, 17 octobre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La fonction uréo-sécrétoire chez les hypertendus.

(MM. Richard, de Royat et J. Rœsch. — *Académie de médecine* ; 13-4-1926.)

MM. Richard et Rœsch ont étudié au point de vue de la fonction uréo-sécrétoire (constante d'Ambard, urée sanguine) un millier environ d'hypertendus de toutes catégories. Ils concluent leur travail par les propositions suivantes :

1º Dans 23,4 pour 100 des cas d'hypertension, la constante est normale (elle l'est encore dans 14,5 *pour 100 des cas où la Mx est supérieure à 25*). Ce pourcentage atteindrait 55,2 pour 100 si, comme le font certains auteurs, on estimait normales toutes les constantes inférieures à 0,100 ;

2º Dans l'ensemble, on note une évolution parallèle des chiffres de la tension et de la constante ; ce rapport toutefois est loin d'être absolu et ne saurait être invoqué en faveur de la théorie rénale ;

3º Le dosage de l'urée sanguine, employé seul, est insuffisant pour donner une idée exacte du fonctionnement rénal.

Les complications pulmonaires en chirurgie gastrique.

(MM. A. Gosset et Thalheimer. — *Société de chirurgie* ; 10-2-1926.)

Les complications pulmonaires après opération sur l'estomac sont assez fréquentes. Elles sont heureusement le plus souvent légères, mais quelquefois elles offrent une gravité déconcertante.

Sur 248 opérations gastriques pratiquées dans son service en 1925, M. Gosset a observé sept complications pulmonaires mortelles, soit une proportion de 2,8 p. 100.

Que peut-on faire pour éviter de pareils accidents ? Depuis longtemps, Hartmann a signalé l'heureuse influence des lavages d'estomac avant et après l'opération. En 1921, Souligoux attirait l'attention sur la congestion hypostatique et montrait les avantages du lever précoce. Lambert prônait la vaccinothérapie. Duval recommande d'éviter d'opérer au cours d'une poussée de température ou en crise douloureuse (traduisant la septicité de l'ulcère). Vorschutz et Graser auraient obtenu les meilleurs résultats des injections de sang total.

L'auto-hémothérapie a été utilisée contre des maladies diverses : épilepsie (Sicard et Gutmann), dermatoses (Ravaut), dermatites gravidiques (Lévy-Solal), eczéma (Tzank), maladies infectieuses (Ramond), furonculose, cancer (Widal, Abrami) et surtout contre les états morbides qui relèvent de la sensibilisation (asthme, uritcaire, migraine). M. Gosset a eu recours à la méthode de Graser chez trois malades atteints, après opération gastrique, de complication pulmonaire. Vingt centimètres cubes de sang pur, prélevé aseptiquement au pli du coude, furent réinjectés dans les muscles de la cuisse. L'amélioration a été rapide.

— M. Schwartz a fait, comme M. Gosset, une remarque : c'est que ces complications pulmonaires de la chirurgie stomacale se voient à l'hôpital, et n'existent pas dans les maisons de santé.

— M. J.-L. FAURE se demande si ce n'est pas dans la salle d'opération que les opérés, à l'hôpital, contractent les germes de la complication pulmonaire. Il y a souvent un grand nombre d'assistants, quelques-uns plus ou moins enrhumés et expectorant des microbes de toute espèce.

Les contre-indications chirurgicales dans les affections abdominales aiguës.

(M. DE MARTEL. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1926.)

M. Grégoire parlait dernièrement des contre-indications chirurgicales dans l'ulcère de l'estomac. M. de Martel estime qu'il s'agit là d'un cas particulier d'un problème plus général qu'on pourrait intituler : les contre-indications chirurgicales chez les malades atteints d'affections abdominales.

Dans l'appendicite, par exemple, il faut attendre le refroidissement de l'infection pour intervenir. L'apyrexie n'est pas toujours un indice suffisant de refroidissement. L'examen de la formule leucocytaire révélant une formule normale est un guide beaucoup plus sûr. M. de Martel a montré, avec M. Antoine, tout le parti que l'on pouvait tirer de cette épreuve. Nos lecteurs se souviennent d'ailleurs d'une étude publiée par M. de Martel sur ce sujet dans nos colonnes.

La sternotomie, traitement décompressif des tumeurs du médiastin.

(M. GAUDIER, de Lille. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1926.)

La mode est aux décompressions. M. Gaudier a eu l'occasion d'essayer sur une malade la valeur décompressive de la sternotomie médiane, appliquée contre des troubles très pénibles et douloureux survenus à la suite d'une récidive médiastinale d'une tumeur maligne du sein droit .Les troubles en question étaient caractérisés surtout par de la dysphagie, des crises asphyxiques et des douleurs térébrantes insupportables se propageant dans le bras droit œdématié.

L'intervention fut très bien supportée. Le lendemain, le pouls était devenu moins rapide, les crises d'asphyxie avaient disparu et surtout les douleurs étaient devenues tolérables.

Les ascaris peuvent-ils perforer l'intestin ?

(M. ANAGNOSTOPOULOS, de Patras. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1926.)

Le rôle des vers intestinaux dans la pathologie intestinale est encore sujet à discussions et à incertitudes, bien que la question soit de date fort ancienne. M. CHIFOLIAU la replace sur le terrain de l'actualité à propos d'une observation de M. Anagnostopoulos que l'auteur intitule : « perforation intestinale par ascaris, phlegmon sous-péritonéal de la fosse iliaque droite ». En réalité, M. Anagnostopoulos ayant opéré une malade trouva deux ascaris dans la fosse iliaque droite.

M. Chifoliau ne croit pas que les parasites aient réellement perforé l'intestin. Pour lui, ils ont dû plutôt profiter d'une perte de substance déjà existante pour migrer jusqu'à la fosse iliaque.

— M. LAPOINTE a observé un cas analogue. Intervenant dans un cas de péritonite, il trouva sur une anse iléale un trou juste assez grand pour laisser passer la tête d'un ascaride. Il enleva l'animal, ferma l'orifice, mais l'enfant succomba. Contrairement à l'opinion de M. Chifoliau, l'auteur a eu l'impression que l'ascaris était pour quelque chose dans la perforation de l'intestin.

— M. OKINCZYC, chez une femme opérée d'hystérectomie, découvrit deux ascaris libres dans la cavité péritonéale. Il existait, au niveau de l'anse altérée, une perforation relevant probablement du travail des ascaris. D'ailleurs, il n'est pas exceptionnel de voir ces parasites se frayer un passage au travers d'une suture intestinale, point faible qu'ils peuvent plus facilement attaquer.

Radio-nécrose tardive du maxillaire inférieur.

(M. P. SÉBILEAU. — *Société de chirurgie* ; 24-2-1926.)

M. Sébileau a fait irradier en 1922 un malade porteur d'un épithélioma de la moitié droite de la mâchoire inférieure, et il intervint dans la suite, sur les instances du patient, par une résection du maxillaire.

Il y a trois mois, des accidents inflammatoires locaux apparurent suivis de nécrose et d'élimination de l'hémi-mâchoire restante. Il s'est agi là d'une radio-nécrose tardive.

— M. ROUX-BERGER parle de l'influence des traumatismes, même légers, sur le développement des radio-nécroses tardives. On doit considérer tout tissu irradié comme fragile et éviter de lui faire subir des traumatismes, même minimes.

Sur la pathogénie des accidents consécutifs à la gastro-entérostomie.

(MM. Pierre DUVAL, ROUX, GALELLIER et MOUTIER. — *Société de chirurgie* ; 3-3-1926.)

Depuis plusieurs années, M. Pierre Duval étudie le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastriques et dans le développement de certains accidents post-opératoires. L'auteur revient aujourd'hui sur ce sujet et il expose sa conception générale qui rattache à l'état infectieux de la paroi gastrique opérée tout un groupe d'accidents observés à la suite d'opérations gastriques, de la gastro-entérostomie en particulier.

Ces troubles sont de deux ordres : l'ulcère peptique gastro-jéjunal et le circulus vitiosus dans ses deux modalités, aiguë (dilatation aiguë gastro-duodénale post-opératoire), et chronique (circulus vitiosus chronique, débutant vers le septième ou le dixième jour). L'infection interviendrait en provoquant la péritonite péri-gastro-duodénale avec des brides

sténosantes, d'où le circulus vitiosus. L'ulcus jéjunal — du moins dans certains cas — se développerait lorsque la bouche gastro-intestinale est faite en paroi gastrique enflammée.

Cette conception conduit à tenir grand compte de l'état infectieux de la *paroi* stomacale (il ne s'agit pas seulement en effet, de la muqueuse). On devra choisir judicieusement le segment gastrique sur lequel doit porter l'intervention. Après celle-ci, on n'oubliera pas non plus le côté infectieux des suites post-opératoires.

Traitement du cancer du col utérin

(M. J.-L. Faure. — *Société de chirurgie* ; 17-3-1926.)

M. J.-L. Faure expose à nouveau ses idées sur le traitement qu'il convient d'appliquer dans le cancer du col utérin.

Le radium expose à des accidents et à des récidives, quelquefois assez longues à apparaître. Dans trois cas même, l'auteur a vu se développer, à la suite de la radiumthérapie, des métastases éloignées, chose très rare en pareille circonstance, le cancer de l'utérus ne se généralisant pour ainsi dire jamais.

Dans les cas opérables, la chirurgie donne au contraire des résultats très heureux, des guérisons durables dans une proportion de 80 % et peut-être davantage. Les cas opérables sont ceux où l'utérus est mobile, que les culs-de-sac semblent ou non envahis. Les cas végétants sont presque toujours parfaitement opérables car, après un curage soigné, le col ne présente le plus souvent que des lésions superficielles.

Ici, le radium pré ou post-opératoire est inutile ou même dangereux, sauf dans deux circonstances : pour rendre opérable un cancer qui ne l'était pas ; pour aseptiser un col cancéreux infecté.

Restent les malades inopérables. M. Faure considère alors le radium comme une ressource merveilleuse Le radium, en effet, sidère pour quelque temps le cancer et parfois même il le guérit. Il faut l'appliquer sans se décourager par ses inconvénients, qui sont accessoires devant la gravité de l'état des malades en question.

Par conséquent, dit l'auteur, en présence d'un cancer du col opérable, ne pas s'attarder au radium dont les résultats éloignés sont très au-dessous de ceux de la chirurgie. Faire l'hystérectomie, dont le pronostic s'améliore beaucoup avec le drainage à la Mickulicz. S'aider quelquefois du radium pré-opératoire. Pour le cancer du col inopérable, recourir toujours et sans hésiter à la radiumthérapie : on est là dans son plein champ d'action, car elle améliore de façon remarquable et peut même guérir.

— M. Proust enseigne depuis longtemps le revers de la médaille du traitement par les agents physiques .La disparition de la lésion primitive peut s'accompagner de métastases si les parties périphériques, en apparence saines et non traitées, reçoivent une dose très faible de rayonnement qui joue alors le rôle d'agent d'excitation. Dans un cas observé avec M. Mallet, par exemple, M. Proust a vu une application de rayons X trop limitée, après une amputation du sein, entraîner une prolifération épithéliale véritablement luxuriante au niveau des régions qui avaient reçu une dose d'excitation.

Il y a là un point de radiothérapie des plus importants, qu'il conviendra d'étudier soigneusement pour aboutir à une amélioration de technique.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Abcès froid tubo-ovarien.

M. Creyssel présente des pièces provenant d'une malade de M. le professeur Patel, ayant eu autrefois des crises douloureuses simulant des coliques hépatiques, plus tard de l'ascite, et enfin récemment des crises intestinales avec péristaltisme exagéré et terminées par l'expulsion de gaz. Au toucher, masse kystique assez volumineuse dans le cul-de-sac gauche. L'examen des pièces, enlevées après laparotomie, montre l'existence de lésions ovariennes prédominant à gauche, où existe un véritable abcès tubo-ovarien. Cette observation paraît rentrer dans le cadre de ce que M. Albertin a appelé la tuberculose larvée abdominale, les crises simulant la colique hépatique, l'ascite correspondant à des lésions de péritonite bacillaire.

Difficultés du diagnostic des fibromes utérins.

MM. Bérard, Dunet et Mallet-Guy relatent l'observation d'une malade envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de fibrome utérin en vue d'un traitement radiothérapique. Cliniquement ce diagnostic paraissait exact. Cependant, ayant quelques doutes, M. Bérard pratiqua une laparotomie. Il s'agissait en réalité d'un double kyste séro-hématique des ovaires, constitué à gauche par un épithélioma mucoïde papillifère. Il existait en outre un polype utérin. Cette observation prouve la difficulté du diagnostic du fibrome et le danger de la radiothérapie pratiquée d'une façon aveugle.

Gangrène ischémique, complication d'une fracture de jambe.

M. Mallet-Guy présente, au nom de M. Wertheimer et au sien, l'observation d'une tabétique qui, à la suite d'une fracture de la jambe gauche, présenta une gangrène ischémique de tout le segment sous-jacent au foyer de fracture. L'amputation fut nécessaire. La dissection de la pièce montra sur l'artère tibiale postérieure, au niveau du foyer de fracture, une oblitération produite par un caillot et semblant devoir être imputée à une contusion de l'artère contemporaine du traumatisme.

Kyste mucoïde malin de l'ovaire avec propagation à l'appendice iléo-cæcal.

MM. LAROYENNE et PAUPERT-RAVAULT rapportent l'histoire d'un volumineux kyste mucoïde intéressant les deux ovaires et accompagné d'ascite. L'appendice, peu volumineux, présentait à son extrémité une greffe de tissu mucoïde.

Sur un cas d'anaphylaxie multiple.

M. DUVERNAY (d'Aix-les-Bains) rapporte l'observation d'une malade atteinte de rhumatisme survenant par poussées surtout aux articulations des doigts. Enfant, cette malade ne supportait pas le lait de vache. Plus tard, elle eut des crises d'asthme fréquentes,survenant encore actuellement sous forme de poussées d'œdème pulmonaire localisé et provoquées par le voisinage d'une étable ou seulement la présence d'une personne ayant été dans une étable. La malade présente en outre des poussées d'urticaire, paraissant surtout provoquées par la viande de bœuf, les crèmes. Elle a enfin parfois de l'œdème de Quincke. Tous ces phénomènes ont disparu trois fois au cours de la vie de la malade : à l'occasion d'une rougeole, puis d'une scarlatine, puis pendant une grossesse. Ils ont finalement cédé à l'administration de poudre de thyroïde desséchée (cinq centigrammes vingt minutes avant les deux principaux repas). A noter que les poussées d'urticaire intense cédaient à la colchicine.

Tuberculose du nourrisson.

M. GARDÈRE et Mlle SCHŒN. — Nourrisson, né d'une femme tuberculeuse et contaminé par la mère dès les premiers jours de sa naissance. L'infection ne se manifesta pendant plusieurs mois que par une hypotrophie notable, un peu de toux, quelques poussées fébriles. Puis l'état s'aggrava brusquement et l'enfant mourut avec des signes méningés. L'autopsie montra, au niveau du poumon droit, un tubercule caséeux, entouré de noyaux broncho-pneumoniques et accompagné de ganglions trachéo-bronchiques. Il s'agit manifestement de la lésion initiale, véritable chancre d'inoculation. Contrairement à Calmette, M. Gardère admet, avec Ghon, Emmet Holt, Ribadeau-Dumas, que la tuberculose débute dans la grande majorité des cas, au niveau de l'appareil respiratoire. Mais la lésion initiale peut facilement passer inaperçue, de même que le diagnostic est difficile à faire chez le nourrisson ce qui explique que l'on ait cru longtemps à la rareté de la tuberculose dans le premier âge.

Syndrome de Pourfour du Petit. Cancer secondaire du cœur.

MM. CORDIER, DECHAUME et P. RAVAULT relatent l'observation d'une malade atteinte de goitre ancien ayant subi depuis quelques mois une transformation maligne. On pratiqua l'ablation d'un volumineux noyau thyroïdien, ce qui n'arrêta pas la marche du néoplasme, auquel la malade succomba, après avoir présenté des signes de compression nerveuse (paralysie de la corde vocale droite) et en un syndrome d'irritation du sympathique cervical droit ; exophtalmie, mydriase, élargissement de la fente palpébrale, sans troubles vaso-moteurs ou sudoraux (syndrome de Pourfour du Petit).

A l'autopsie, on trouva, partant de la tumeur thyroïdienne, des coulées néoplasiques occupant la région cervicale, les creux sus-claviculaires, tout le médiastin antérieur, la corticalité du poumon gauche. On trouvait en outre *à l'intérieur* du ventricule droit une série de végétations cancéreuses d'une grosseur variant de celle d'un grain de mil à celle d'une framboise.

Syndrome purpurique à évolution suraiguë.

MM. CORDIER, P. RAVAULT et THIERS rapportent le cas d'une jeune fille de 24 ans, prise brusquement un matin de céphalée. Le soir, elle avait 40°, était subcomateuse et présentait une paraplégie flasque et une éruption purpurique sur les membres inférieurs. Cette éruption s'étendit, gagna la face, et la malade mourut le troisième jour, après avoir présenté des signes méningés. Les examens de laboratoire furent négatifs et aucune étiologie ne put être attribuée à ce syndrome.

Lambliase vésiculaire et intestinale. Efficacité du traitement arsenical.

MM. CADE, MORÉNAS et GRIVET exposent l'histoire d'un malade de 58 ans atteint de troubles diarrhéiques avec altération profonde de l'état général ; l'examen des selles montrait la présence de très nombreux kystes de lamblias, sans autre élément parasitaire. Séro-diagnostics typhique, paratyphique et dysentérique négatifs. Un traitement par l'acétylarsan (10 injections de 3cmc., à raison de deux par semaine) amena une amélioration considérable. Le tubage duodénal avait montré l'existence de lamblias dans le liquide duodénal et dans la bile recueillie par l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Réveil d'une encéphalite sept ans après la phase initiale.

MM. FROMENT et P. DELORE. — Malade atteinte de syndrome parkinsonien dit post-encéphalitique. Deux ans après le début de ce syndrome et sept ans après le début de l'encéphalite, cette malade présenta une nouvelle phase de somnolence avec hyperthermie et accentuation de la rigidité. Des injections d'urotropine firent disparaître la somnolence et atténuèrent la rigidité. Il semble donc qu'on doive chez les parkinsoniens post-encéphalitiques, poursuivre le traitement par l'urotropine de même que dans le tabès on poursuit le traitement antisyphilitique.

Epidémie familiale de fièvre de Malte.

MM. Froment, Gaté, P. Ravault et Sédaillan ont observé à Nyons (Drôme) trois cas de fièvre de Malte, dans une même famille, cas à symptômes atypiques (formes pseudo-néoplasique, mentale et asthénique) ; le diagnostic, suggéré par l'existence d'une épizootie dans la bergerie familiale, fut confirmé par le sérodiagnostic et l'hémoculture.

Artérite oblitérante par traumatisme artériel répété.

M. Barbier présente l'observation d'une malade atteinte de gangrène des extrémités digitales de la main gauche. Pas d'autres antécédents qu'une paralysie infantile ayant laissé une paralysie et une atrophie de la jambe gauche. Apparition il y a un an environ de crises d'asphyxie des extrémités, alternant avec des crises de cyanose et portant sur deux ou trois doigts, crises douloureuses avec sensation d'engourdissement. Puis apparurent des phénomènes gangréneux, peu avant une crise appendiculaire pour laquelle la malade vint à l'hôpital. A l'examen, gangrène sèche des deux extrémités digitales avec début de sillon d'élimination. L'examen artériel montre l'absence de battements dans tout le territoire artériel du bras gauche. Il s'agit donc d'une gangrène par artérite oblitérante attribuable au traumatisme axillaire répété produit par la béquille dont la malade se sert depuis l'enfance en raison de sa paralysie de la jambe gauche. A. C.

Les Congrès

AUTOUR DES JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES

Nos amis les Belges peuvent être légitimement fiers. La conception, toute moderne, des Journées médicales, dont ils sont les créateurs, a conquis peu à peu la France et les Colonies et voici que Paris veut à son tour, après Toulouse, marquer combien cette « formule » est souple et vivante. Ce que furent les Journées médicales de Tunis, le compte rendu *in extenso* qui en sera publié par les soins du Comité général le dira de façon éloquente, la plus éloquente même : celle des faits. Mais qu'il soit permis, à celui qui a eu le grand honneur de recevoir une délégation de la part du *Concours médical* et de l'*Association professionnelle des Journalistes médicaux français*, de dire tout de suite le triomphal succès de ces assises scientifiques.

Qu'il nous soit permis de rendre un public hommage à M. le docteur Gérard, secrétaire général du Comité, qui a assumé, avec ses collègues, la charge écrasante d'organiser et de mener à bonne fin non seulement la partie technique du Congrès, mais encore la partie matérielle : logement de près de six cents congressistes, répartition des sections, réceptions autour de tables somptueusement servies, représentations théâtrales, visite des hôpitaux et des œuvres sociales et, enfin, voyages en Afrique du Nord.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements les plus amicalement confraternels, à la Presse médicale tunisienne qui, représentée par la direction et la rédaction de la *Revue tunisienne des sciences médicales et Tunis médical réunis*, ont tenu à recevoir les délégués de la presse médicale du Continent où nous avons eu le plaisir de voir MM. Relot, Vitoux et Le Sourd.

Le Dr Cassuto, rédacteur en chef, dit, au nom de tous ses camarades, de charmantes paroles de bienvenue et il y fut répondu comme il convenait. Un grand merci également à tous ceux qui facilitèrent notre tâche : MM. les Drs Ronchot et Maurice Uzan, secrétaires de la rédaction de la *Revue tunisienne des sciences médicales* qui, malgré de très réelles difficultés, purent nous communiquer les résumés de toutes les communications.

A tous les secrétaires de sections, notre gratitude.

Nos camarades de la grande presse d'information, si puissante à Tunis, eurent pour nous des délicatesses que nous n'aurons garde d'oublier.

* * *

Il n'est pas indifférent pour la Tunisie et, par conséquent, pour la France d'avoir vu se dérouler, au sein même de la capitale de la Régence, les diverses manifestations scientifiques des Journées médicales tunisiennes. Pour qui se rend compte de la complexité des races qui vivent, sans se heurter, à l'Est de l'Afrique du Nord, Français, Italiens, Maltais, Arabes, dont les religions sont si diverses, dont la mentalité est parfois si étrangère à celle du voisin ; dont les mœurs, les habitudes, les coutumes sont si différentes et, à ne considérer que le point de vue médical, dont la formation première n'a pas les mêmes origines; affirmer les conquêtes de la médecine, de la chirurgie, de l'hygiène sociale, marquer les barrières que la doctrine pasteurienne, si hautement représentée à Tunis par M. Nicolle et la pléiade de ses savants collaborateurs, a élevées contre de meurtrières épidémies, rendre hommage, enfin, au médecin de colonisation « véritable ambassadeur et conquérant de peuples » qui ne se laissent approcher que par lui ... tout cela prenait une importance qui dépassait l'aspect

purement technique — cependant si beau — des Journées médicales tunisiennes. Et au moment où de grands et graves problèmes suscités par nos colonies sont plus que jamais à l'étude, cette manifestation revêtait un caractère plus particulier encore.

Et si quelqu'un pouvait douter du haut intérêt qui s'est attaché aux J. M. T. nous rappellerions seulement que les plus hautes personnnalités de la Régence ont accordé leur patronage à un congrès qui s'est affirmé comme l'un des plus brillants qui jamais ait été tenu en Europe. S. A. Mohamed El Habib, Bey de Tunis, a été mis au courant de toutes les communications qui ont été présentées et S. E. M. le Ministre Dinguizli, par son parent, M. le Dr Dinguizli, membre correspondant de l'Académie de médecine, a porté le plus vif intérêt à nos débats.

M. Lucien Saint, résident général et ministre plénipotentiaire, a, depuis cinq années, porté tous ses efforts dans tous les services qui concernent la santé publique et personne n'ignore quelle collaboratrice il a rencontrée en la personne de Madame Lucien Saint, en particulier dans la création d'œuvres pour la protection de l'enfance.

C'est une gloire pour Tunis de pouvoir compter M. Charles Nicolle parmi tous ceux qui ont associé leur nom à la prospérité scientifique de la Tunisie. Qui ne sait que, grâce à lui, le renom scientifique de l'Institut Pasteur de Tunis rayonne dans le monde entier ? Qui ne sait que ses grands travaux ont apporté des notions définitives dans l'étude de certaines maladies épidémiques comme le typhus exanthématique, la rougeole, le kala-azar, le bouton d'Orient, le trachome ? Qui ne sait les admirables résultats obtenus, chaque jour, dans la lutte contre la rage ?

Tous les plus hauts dignitaires de la Cour Beylicale et de la Résidence avaient tenu à donner leur nom au Comité d'organisation et celui du grand archevêque de Carthage et de Tunis voisinait avec celui du chef du Synode et du grand Rabbin.

Nous ne pouvons publier, *in extenso*, le discours de M. le Résident général, mais nous devons reproduire les passages où le Ministre de France fait appel aux médecins. C'est une page synthétique de l'histoire de notre action coloniale :

Placée aux confins de nos possessions de l'Afrique du Nord, à l'angle de ce domaine colonial que la France a conduit à la civilisation, moins par les armes que par la conquête des cœurs, sans rêve d'impérialisme, mais sous la simple et persévérante inspiration de ses traditions généreuses, la Tunisie, par ce double versant méditerranéen et saharien, offre à votre sagacité l'occasion d'observations climatologiques précieuses. Vous y verrez des populations européennes diverses qui, sans perdre leur personnalité, mélangée dans le creuset français, unifient peu à peu, pour le plus grand bien de tous, leurs méthodes et leurs coutumes.

Vous y verrez une population indigène intelligente, laborieuse et digne, cultivée et courtoise, que sa civilisation propre et ancienne a déjà préparée aux progrès de la pensée et de la science modernes. Sous un climat rude parfois, elle se développe harmonieusement, saine et robuste, dans une atmosphère bienfaisante de collaboration amicale, dans une lumière à la fois éclatante et subtile, dans une ambiance salubre, à l'abri désormais, grâce à la prévoyance de la législation instituée par la France, et de l'Administration qui en poursuit l'application, des grands courants de misère et d'épidémies qui la décimaient autrefois et qui ravagent encore d'autres parties du globe.

Mais elle a besoin d'être guidée, encadrée, entraînée dans les voies d'une hygiène chaque jour plus avertie, et c'est à quoi s'emploie le gouvernement du Protectorat. Notre effort a multiplié consultations, services hospitaliers, visites médicales, dispensaires, œuvres de Protection de l'Enfance, Gouttes de lait, hôpitaux. Il a fait éclore cet essaim de médecins de colonisation animés d'un admirable dévouement, de cette foi ardente qui renverse les montagnes de l'erreur et des préjugés, et dont tout à l'heure le professeur Nicolle, « le Maître surmaître, maître sur tous », a fait, en termes saisissants, le si juste et si légitime éloge.

Certes, il reste beaucoup à faire et sans doute le travail formidable accompli depuis 45 ans et dont la Tunisie a le droit de s'énorgueillir vous paraîtra encore bien incomplet, à vous Messieurs, qui venez de régions habituées et conquises de longue date aux méthodes de clarté, d'antisepsie et de prophylaxie de la médecine moderne. Mais vous mesurerez aussi les aspérités de la route parcourue et les difficultés et les résistances surmontées. Je vous demande de retenir que le budget de l'Assistance publique s'élevait, en 1921, à mon arrivée dans ce pays, à peine à 80.000 fr. et qu'il dépasse aujourd'hui 2 millions, grâce au concours de la générosité publique utilement sollicitée.

Votre venue parmi nous communiquera à ceux qu'anime l'esprit d'altruisme le plus noble, et l'exclusif souci du bien public, une ardeur nouvelle et féconde. Non pas que les organisateurs de cette réunion aient, je pense, l'indiscrétion de vous confiner dans une consultation rétrécie sur nos maux et sur nos besoins, mais parce que l'auréole de science qui vous illumine et l'autorité de vos travaux donneront à la Tunisie un lustre dont tous tiendront à honneur de se rendre dignes.

Messieurs, après les paroles éloquentes que vous avez entendues et par lesquelles tout a été dit de ce qu'il fallait dire en cette séance inaugurale, le Résident général ne pouvait que vous adresser, en toute simplicité, ces vœux d'utile et heureux séjour à Tunis.

Qu'il me soit permis, en mon nom personnel, de vous adresser un salut où je chercherai vanement à dissimuler une pointe d'émotion. C'est qu'issu d'une famille médicale, j'ai assisté, dès mon enfance et mon adolescence, à ces drames de l'inquitétude professionnelle, à ces cas de conscience, à cette lutte passionnée contre la maladie et la mort qui tourmentaient les modestes praticiens obligés de se suppléer dans la pratique journalière, par l'intuition et le raisonnement et par des moyens de fortune, aux ressources insuffisantes de l'assistance encore inorganique, d'une science encore vacillante, et d'une thérapeutique encore mal évoluée. Quels progrès ont été réalisés dans tous ces domaines depuis cinquante ans. J'en ai conçu et conservé, à travers les années, pour la médecine et pour les médecins, une sorte de culte un peu mystique, dont je vous demande d'agréer aujourd'hui l'hommage personnel.

* * *

Au sujet du traitement et de la prophylaxie de la rougeole, nous assistâmes aux communications de MM. les professeurs Léon Bernard, Robert Debré, Minet, de Lille et de MM. les docteurs Lesné, Laporte et de Mlle Dreyfus-Sée, de Paris, ainsi que MM. Mazzolani, de Tripoli ; Conseil, de Tunis et Nalli, de la même ville.

La chirurgie gastro-intestinale nous réservait les présentations de MM. les professeurs Pierre Duval et Grégoire, de Paris ; de M. Georges Lobey. M. Négrié, de Sidi-Abballah, Brun et Ronchot, de Tunis apportèrent, à leur tour, l'exposé de faits et d'une technique bien intéressants.

Dans une autre section, M. le professeur Maurice Chevassu disait ce qu'était la prostatectomie actuelle et le Dr d'Alberto nous entretenait de la photothérapie.

Devant une belle salle, M. le Prof. Moure, de Bordeaux, indique le traitement des otorrhées chroniques.

Sur le trachome, MM. Aubaret, Lacat, Viguier, Varese, Junès, exposèrent et le traitement et les mesures prises contre cette redoutable affection, et, à l'Institut Pasteur, MM. les professeurs Mesnil, Jemma, Nalli, Onarato firent diverses communications sur les maladies infectieuses et sur l'épidémiologie. La section d'odontologie fut intéressée par la communication de M. le Dr Schwartz.

Avec MM. Nennig, Plateau, Pagnon, Faure, Ducloux et Mlle Cordier, la médecine vétérinaire se signala par l'importance de ses travaux.

La fièvre méditerranéenne, ancienne fièvre de Malte, l'actuelle fièvre ondulante, retint toute la matinée du second jour avec MM. Zammitt, Sanarelli, Roger, Ascoli, Ardin-Delteil, Hayat, Ben Mussa et Maurice Uzan, Emile-Lévy, Sfez, Cohen-Boulakia.

Très nombreuses furent les communications en médecine générale. MM. Rimbaud et Boulet, de Montpellier ; Lutringer, de Contrexéville ; Ardin-Delteil et Maurice Raynaud, d'Alger ; Ascoli, de Rome ; Génévrier, de Paris ; Lemanski, de Tunis, etc. Nous renvoyons nos lecteurs au résumé qui sera publié.

En médecine mentale MM. Porot, d'Alger, Mignot de Ville-Evrard et Perrussel de Tunis furent très écoutés.

Au Palais des Sociétés savantes, M. Rulot, du *Bruxelles-Médical*, en une conférence aussi éloquente que fortement documentée nous faisait un exposé de ce qu'il entend par « conscience sanitaire ». C'est là une page d'anthologie que je ne serais pas surpris de voir M. le Dr Noir commenter et paraphraser prochainement dans un de ces « *Propos du Jour* » qui retiennent si vivement les lecteurs au *Concours médical.*

Sacrifiant la communication que je devais présenter, je m'autorisai de la doctrine exposée avec tant de talent par M. Rulot pour demander à toutes les œuvres sociales d'enfants de créer des colonies scolaires thermales où les enfants (au lieu simplement d'aller en vacances, au grand air), bénéficieraient, faisant un camping dans leur voisinage, de la proximité de la ville thermale et par conséquent du bienfait du traitement thermal.

Et nous entendîmes un jeune apôtre de la médecine coloniale qui, dans le vrai bled, n'hésite pas à utiliser le cinéma pour faire l'éducation des peuplades arabes auxquelles il donne ses soins si dévoués, le Dr Raynal, de Médhia, digne émule de Cardaliaguet, dont M. Nicolle nous avait, la veille, avec tant d'émotion, évoqué la vie de sublime et obscur dévouement.

M. Dinguizli nous entretint de la circoncision et du code médical qu'il vient de rédiger à son sujet pour éviter la gravité souvent consécutive aux pratiques rituelles actuelles.

Ce la fut une très grande joie pour nous quand, au déjeuner de la Presse, on nous demanda d'exposer les œuvres du *Concours médical.* Ce qu'est notre Journal, comment fonctionne le « Sou médical », l'importance de la Mutualité familiale du Corps médical français intéressèrent nos confrères.

La veille, à Téboursouk, n'avions-nous pas vu notre ancien camarade et ami le Dr Forgue lire le numéro spécial du *Concours médical* qui venait de lui arriver,

L'un d'eux, le Dr Henry qui s'occupe très activement de notre mouvement syndical professionnel, nous demanda aimablement de rédiger pour son Bulletin un article sur le « *Sou médical* » la *Mutualité familiale* et le *Concours médical*,

Avec une très grande courtoisie, notre confrère nous pria de lui faire parvenir un certain nombre d'exemplaires de nos statuts divers : il se ferait un plaisir de les encarter dans l'un de ses plus prochains numéros. J'adresse cette requête à la direction du journal.

Je vous ai laissé entendre que les ŒUVRES DE PROTECTION DE L'ENFANCE avaient, en Tunisie, pris une ampleur peu commune.

Le décret du 15 janvier 1923 instituait à Tunis un comité central de protection et d'assistance de l'enfance.

Avant cette date, des œuvres peu nombreuses et surtout peu coordonnées malgré le dévouement et le zèle de leurs dirigeants ne produisaient pas tous les effets que l'on était en droit d'en attendre. Ce fut la raison de la création du *Comité central de l'enfance* qui a pour mission principale de coordonner les efforts et de maintenir entre les œuvres une coopération nécessaire et méthodique. Nous devons ici rendre hommage à l'activité de Madame Lucien Saint qui a su vaincre toutes les difficultés et consacrer tout son temps à ses œuvres : il nous sera bien permis de dire que ce faisant Madame Lucien Saint est la plus heureuse collaboratrice de M. le Résident général.

Les principales œuvres sociales de la Tunisie sont le *Dispensaire Alapetite* et la *Crèche*, actuellement réunis sous une même direction.

LE DISPENSAIRE ALAPETITE a pour but de donner aux enfants pauvres les soins médicaux ou chirurgicaux pour lesquels l'hospitalisation n'est pas nécessaire. Cet établissement accueille les enfants de toute nationalité. Jugez par des chiffres de l'activité de ce dispensaire :

Le nombre des traitements divers, qui était pour 1922 de 49.717, s'est élevé progressivement, tous les ans, pour arriver à 97.052 pour les premiers trimestres de 1925.

L'ŒUVRE DE LA CRÈCHE reçoit dans son établissement des enfants de 8 mois à 8 ans. Ces enfants sont ceux dont les mères travaillent pendant la journée. Au 30 septembre dernier, 628 enfants avaient été ainsi accueillis contre 495 l'année précédente, et le nombre des soupes et bouillies distribuées est passé, pour la même période, de 56.306 à 78.147.

L'ŒUVRE FRANÇAISE de protection du premier âge, c'est-à-dire (consultations de nourrissons et goutte de lait) a pour but essentiel la lutte contre la mortalité infantile dans la famille française. Favoriser par tous les moyens l'allaitement maternel ; aider par des distributions de lait les mères dont l'état de santé ne permet pas l'allaitement ; assurer des soins médicaux et hygiéniques aux nourrissons secourus par l'Œuvre ; organiser une œuvre de plein air au bord de la mer pendant la période estivale, tels sont les buts qu'a poursuivis et réalisés l'Œuvre de Madame Lucien Saint et de ses collaboratrices.

Secours est également apporté aux femmes enceintes nécessiteuses et aux filles mères.

Nous avons visité, sous la conduite de leur éminente présidente et dispensaire et crèche et tous nos collègues ont été unanimes à en louer et la tenue admirable et le merveilleux fonctionnement. Plus de 40 gouttes de lait avec vestiaire fonctionnent au travers de cette immense Tunisie et portent la vie là ou ne régnait que la mort.

Nous avons également visité l'INSTITUT HÉLIOTHÉRAPIQUE DU KRAM, installé de si heureuse façon sur les bords du Golfe de Tunis. Une cinquantaines d'enfants atteints de tuberculose ganglionnaire ou osseuse, non contagieux y sont hospitalisés. Ce sont encore des enfants pour qui le contage familial serait à craindre et l'Institut de Kram entre donc en première ligne dans l'armement antituberculeux de la Régence.

UNE ŒUVRE DES COLONIES SCOLAIRES DE VACANCES fait participer, chaque année, des centaines d'enfants à la vie au plein air en Kroumirie, cette petite Suisse de la Tunisie. Nous savons que l'on se préoccupe d'organiser des colonies de vacances thermales pour ces mêmes enfants et ce sera possible avec la richesse d'eaux minérales chlorurées sodiques que possède la Tunisie. Nous croyons savoir aussi que M. Portalli, président du Syndicat des mines du Djebell-Trozza, a proposé à Madame Lucien Saint la création d'un PRÉVENTORIUM dans ce site prodigieux que nous sommes allés voir au Sud de Kérouan et où la puissance d'un homme a fait jaillir une petite ville là où il n'existait que le désert. Avec le Dr Yalovicof, médecin du Djebell, nous nous accordions à dire combien il serait facile d'élever ce Préventorium sur le prolongement de la terrasse qui supporte actuellement l'infirmerie de Portelliville. M. le Dr Ch. Nicolle, de l'Institut Pasteur, que nous avons également entretenu de ce projet se met entièrement à la disposition de celui qui voudra le réaliser : rien n'est impossible à qui a la volonté de vaincre le mal.

Dans ce même journal, nous avons, un jour, raconté notre visite à une école de plein air de la banlieue parisienne : nous n'avons pas été peu surpris d'apprendre que l'*Ecole de plein air de l'Ariana* fonctionnait à la satisfaction de tous.

Et l'ensemble de ces œuvres constitue une magnifique leçon de choses : Français, Italiens, Espagnols, Maltais, Arabes et Israélites peuvent, depuis ces six dernières années, mesurer l'étendue du chemin parcouru.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE a fait l'objet d'une décision importante et toute récente que nous publions telle qu'elle nous a été communiquée :

« *Que soit reprise la question de la construction de sanatoria pour tuberculeux et qu'en raison des*

conditions climatiques de l'Algérie, ces établissements soient, de préférence, édifiés dans cette colonie, l'Algérie étant disposée dans la mesure des places disponibles à accueillir des malades des autres gouvernements (Tunisie et Maroc), un droit de priorité étant réservé aux tuberculeux de guerre ».

Mais nous soulignons avec quelle énergie le rapporteur peut conclure :

« *En tout état de cause, l'opinion générale est que tous les efforts et que tous les sacrifices consacrés à la lutte contre la tuberculose donneront les meilleurs rendements s'ils ont, d'abord, pour objet la préservation de l'enfance, l'isolement des grands contagieux, l'assainissement général, le relèvement économique, la réforme du logement* ».

Mais nous avons vu à l'hôpital civil français un pavillon de 36 lits réservés aux tuberculeux ouverts et à l'hôpital des contagieux de la Rabta, trois pavillons d'un ensemble de 64 lits.

La lutte antivénérienne, prophylaxie et traitement, repose sur la réforme de la règlementation de la prostitution et la diffusion la plus large des traitements antisyphilitiques.

M. Dinguizli, par ses attaches avec le haut gouvernement Beylical, par sa science de tout ce qui touche aux mœurs, us et coutumes de ses corréligionnaires, a beaucoup fait pour intensifier la pénétration des mesures dont nous venons de parler auprès des peuples que S. A. le Bey gouverne et dont il est le Souverain et que la France protège !

Les Arabes connaissent maintenant la gravité de la syphilis : ils savent qu'en la soignant assez tôt, on la guérit et ils viennent, volontiers, se faire injecter les divers tréponémicides dont l'action a été maintenant éprouvée.

Avec le Dr Vitoux, sous la conduite du Dr Pérussel, médecin en chef, nous visitâmes la Tekia . Il nous est bien difficile de parler en termes mesurés de cet asile d'aliénés. Si le centenaire de Pinel pouvait attirer sur la Tekia l'attention des aliénistes, nul doute que l'on verrait bientôt disparaître ce reliquat d'un autre âge où il y a bien peu d'années encore, l'on enchaînait les fous dangereux et où, le soir venu, on met dans la même cage (car la porte est constituée de solides barreaux de fer) on enferme, pêle-mêle, les plus agités avec les moins agités et vous devinez aisément les sombres drames que le matin révèle, parfois, au médecin chef.

Le Dr Pérussel a commencé une ardente campagne en faveur de la modification du régime des aliénés et ce n'est pas sans tristesse qu'il nous a avoué son impuissance. Mais nous ne doutons pas que sa continuité dans l'effort ne soit un jour couronnée de succès...

***

Nous ne pouvions quitter la Tunisie sans visiter l'Algérie : Constantine, Alger et Oran offrent à nous, qui voyageons trop peu, bien des sujets d'instruction.

M. le Dr Piquet, directeur des services d'hygiène du département de Constantine, nous autorisa à visiter l'organisation de son poste de javellisation destiné à lutter contre la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables. A six ou sept kilomètres de la ville, sur une magnifique prise d'eau, est organisé le poste dont nous venons de parler. Le titrage de l'eau de Javel y est tel que l'eau est toujours indemne comme le prouvent les examens quotidiennement pratiqués et, cependant, la dose est calculée de façon si heureuse que l'eau consommée au poste lui-même ne présente aucun goût désagréable : sa fraîcheur est, au reste, exquise. La veille du jour de notre visite, M. le professeur, Léon Bernard, qui avait été également, l'un des adhérents aux journées médicales tunisiennes avait noté toute sa satisfaction sur le registre d'examen et de contrôle.

M. Narbonni, conseiller municipal, qui voulut bien, avec tant de courtoisie, nous piloter à Constantine, nous fit encore admirer « la ville d'habitations à bon marché » que vient de créer Constantine. Maisons claires, avenantes, joyeuses, où la vie circule plus aisée, parce que le soleil et l'air la baignent et là où entre le soleil n'entre pas le médecin.

Une heureuse surprise nous attendait à Alger : nos confrères les Drs Picard et Wittas nous ménagèrent la visite de la « Maison du Médecin ».

Dans l'un des beaux quartiers neufs d'Alger, dans un immeuble qui, encore, n'est pas complètement achevé, nos confrères ont réalisé ce que Paris attend toujours ! Au lieu d'attendre d'avoir des sommes qui, même en franc-papier, sont considérables, nos confrères ont voulu immédiatement réaliser leur *home*. Un grand appartement comprenant une belle salle de conférence, un bureau pour les réunions du conseil, une bibliothèque, un service téléphonique avec sténo-dactylographe, et voilà l'essentiel.

Dans la salle des conférences nous avons pu voir une infinité de jolies vitrines toutes louées, entendez-vous bien, par nos firmes pharmaceutiques françaises qui, là comme partout, apportent de quoi vivifier nos œuvres. Au reste le Syndicat des pharmaciens a loué une partie de l'appartement pour y tenir ses réunions. Honneur à Picard, à Wittas et à leurs collaborateurs. Nos confrères m'ont prié d'inviter les Drs Noir, Thierry, Dartigues à aller à Alger faire des conférences : ils seront reçus dans la Maison du Médecin. Quand Paris aura-t-il son « Foyer » ?

Sous la conduite de notre ami, le Dr de Vézian, notre ancien camarade d'internat de Toulouse,

nous avons visité les services du nouvel hôpital d'Oran. Au milieu de toute la luxuriance que présente un magnifique jardin fleuri où il semble que chaque plante, chaque arbre veuille mieux faire que son voisin pour parer la douleur et la faire oublier, s'élèvent de nouveaux pavillons. Plus particulièrement, nous nous sommes arrêtés à celui de la Maternité et de la Pouponnière, pavillons élevés sur le plan qu'en a lui-même tracé le Dr de Vézian. Si d'aventure, ce que je souhaite pour vous, vous allez à Oran, visitez la pouponnière de l'hôpital.

On ne saurait rien imaginer de plus coquet, de plus conforme à l'idée que l'on se fait d'une nombreuse famille d'enfants très aisés qui auraient chacun leur petit « box » complet pour toute leur toilette.

Les neuf splendides nourrices kabyles qui donnent leur sein, chacune à trois ou quatre nourrissons (ceux-ci étant soumis à l'allaitement mixte) sont, me dit mon ami, pleines de dévouement et d'amour pour leurs nourrissons. La plus parfaite discipline règne parmi tout ce monde-là. Salles de parturientes, salles pour malades infectées, salles pour accouchements dystociques, rien n'a été laissé sans une minutieuse étude.

Et comme c'était le premier jour des réjouissances qui marquent la fête du Ramadan, alors que sous la luminosité de l'air spéciale à ces contrées, les cortèges les plus typiques parcouraient la ville arabe, comprenant de nombreux chars sur lesquels de gracieuses fillettes vêtues d'effets les plus bariolés, ne se lassaient de se faire traîner, les femmes et enfants de la pouponnière présentaient dans leur costume une petite note de coquetterie fort plaisante à voir.

***

Invité par M. Portelli, directeur du *Journal de Tunis*, à faire une conférence sur le thermalisme et le climatisme pyrénéen, nous devons tout d'abord adresser tous nos remerciements à notre hôte qui nous offrit la plus tunisienne des hospitalités ; à M. le directeur de la compagnie des chemins de fer du Midi, à M. le directeur de la Compagnie de navigation mixte, qui nous facilitèrent notre voyage ; à M. le professeur Desgrez, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie pour l'aide si efficace qu'ils nous portèrent dans notre campagne de propagande ; à M. Chaix, directeur de l'O. N. T. pour nous avoir donné des lettres d'introduction auprès des présidents des Syndicats d'initiative de Tunis, Constantine, Alger et Oran.

Personne n'eût compris que parlant en Afrique du Nord du thermalisme et du climatisme pyrénéen, nous n'eussions pas établi un parallèle entre les richesses thermales et climatiques de notre colonie et de notre protectorat et celles de la Métropole. D'une façon générale leurs indications thérapeutiques s'imbriquent et alors que les nôtres sont plus accessibles l'été, les leurs sont plus à fréquenter au cours de l'hiver.

Un grand effort est tenté par l'Afrique du Nord pour mettre en valeur ses sources thermales. Avec infiniment de raison, M. F. Ehrmann, dans le numéro 87 du *Bulletin* magnifique édité par la *Société de géographie d'Alger et de l'Afrique du Nord* (Société dirigée avec tant de sciences et d'activité par M. le professeur Mesplé), a consacré un article des plus documentés sur cette importante question. A notre connaissance, c'est le travail que doivent consulter tous ceux qui s'intéressent à la question : près de 200 sources thermales, dont un grand nombre avaient été étudiées par les Romains, offrent au malade leur puissance thérapeutique.

Hammam-Lif et Korbous, aux portes de Tunis : que de services ne pourraient-elles pas rendre ? Sous la conduite de notre très distingué confrère et ami le Dr Caillon (de Vichy), chef de laboratoire à l'Institut pasteur de Tunis, nous avons, en détail, étudié ces deux stations et nous voulons ici remercier de toutes ses attentions notre aimable guide. Hammam Meskoutine, à la terrifiante légende, avec ses eaux (à près de 98 degrés) ferrugineuses et carbonatées calciques, offre à l'hydrologue le spectacle le plus curieux qu'il puisse imaginer. Pourquoi faut-il que ce fleuve d'eau bouillante ne serve qu'à alimenter 3 cabines ? Un très bel hôtel, un site admirable feraient, si l'établissement thermal répondait à la valeur et à l'abondance de l'eau, un ensemble que bien peu de stations pourraient égaler.

Hammam-Mélouane, à quelques kilomètres d'Alger est le rendez-vous de milliers et de milliers de Juifs et d'Arabes qui autant par rite que par souci de leur santé, viennent se plonger en commun dans trois petites piscines bien spéciales ... Une puissante société dirigée par un médecin français, notre confrère Barrieu, nous a-t-on dit, va organiser tout prochainement cette station. M. Pomier, l'ardent propagandiste que nous avons reçu à Luchon, nous montra, sur place, les possibilités de développement que l'on peut donner à Hammam-Mélouane.

Hammam-Rhira, également auprès d'Alger (à cent kilomètres environ) fut l'une des premières mises en valeur après la conquête. M. le professeur Chassevant, de la Faculté de médecine d'Alger, a consacré plusieurs de ses mémoires techniques à l'étude de cette station. On peut évaluer à 20.000 par an le nombre des baigneurs indigènes dont plus des deux tiers sont des femmes qui prennent souvent trois et quatre bains par jour.

Tout auprès d'Oran, sur la Corniche qui

s'étend à l'Ouest, sur la route de Mers-el-Kébir, sont les Bains de la Reine, tout au bord de l'eau, comme Korbous.

Dans le rocher lui-même, tout contre le griffon d'émergence, sont « serties », dans le rocher, de fort anciennes baignoires revêtues, à l'intérieur, d'un carrèlement du plus heureux effet. Là, les Arabes vont se traiter. On accède au souterrain par un chemin parfaitement obscur, on s'éclaire à la chandelle et cela ne manque pas de pittoresque.

Pourquoi, comme nous l'avons dit, ces sources, ces stations thermales ne s'uniraient-elles pas en une puissante fédération ? Pourquoi, puisque l'Afrique du Nord n'est qu'une France prolongée, ces stations une fois unies ne s'agrègeraient-elles pas à notre Fédération nationale thermale et climatique ? Je suis assuré que nous connaissant mieux, faisant l'échange de malades qui ne demandent qu'à guérir, que le climat d'hiver de l'une peut recevoir alors que le climat d'été de l'autre a pris fin, chacun aurait à y gagner beaucoup,et le malade, tout le premier, pourrait ainsi, au cours d'une même année, continuer une cure commencée sous d'autres cieux.

Le semeur d'idées ne sait quand germe l'heure de la moisson. Mais nous sommes assuré que, quelque jour, que nous voudrions le moins lointain possible, la fédération dont je me permets de soumettre l'idée sera un fait accompli.

Dr Raymond MOLINÉRY,

Directeur technique des E.T. de Luchon
Délégué du *Concours médical*
aux J.M.T.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Conseils pratiques sur le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique,

Par le Dr NIGOUL-FOUSSAL,

Ex-médecin chef du Sanatorium de Villepinte.

Après avoir établi une distinction entre la tuberculose non évolutive, à prédominance fibreuse, et la tuberculose évolutive, à marche rapidement extensive ou bien à marche lente, l'auteur rappelle la médication générale, médication de base convenant à toutes les formes de tuberculose quand les voies digestives ne sont pas en mauvais état.

La thérapeutique sera tout à fait différente d'après les formes cliniques de tuberculose.

Dans la forme non évolutive ou faiblement évolutive,l'iode est une médication recommandée

Les sels de cuivre sont à l'étude, surtout en *Italie. Les cacodylates* seront donnés à doses progressives.

Dans la forme évolutive, infiltrante, fébrile, le sérum de Jousset donne de beaux résultats. Le pneumothorax est un des meilleurs moyens que l'on possède pour arrêter une évolution rapide. La cure hygiénodiététique doit être exécutée dans toute sa rigueur, et précisément parce que la médication active doit être proscrite dans ces formes congestives, il faut faire appel aux médications symptomatiques en les utilisant avec sagesse et opportunité.

Il faudra donc lutter contre l'insomnie, les sueurs nocturnes, la fièvre et surtout la toux et l'hémoptysie.

L'auteur rejette les opiacés comme beaucoup de phtisiologues contemporains, par crainte de faire des malades des opiomanes ou des morphinomanes.

Seule, la codéine reste un bon médicament opiacé. Elle calme la toux et amène le sommeil. La combinaison codéine-bromoforme est à retenir dans la tuberculose. Le codoforme agit bien sur le réflexe tussigène, quelle que soit son intensité. On le donnera parfois à doses élevées, suivant l'accès à combattre, et, pris le soir, au coucher, il amène un paisible sommeil. Avant l'opération de Forlanini, destinée à immobiliser une lésion évolutive par le collapsus pulmonaire, il est sage de soumettre le malade à l'action sédative du codoforme afin d'éviter les accès de toux habituels et fort gênants pendant l'intervention. Ce sédatif de la toux n'a pas d'inconvénients et il ne gêne pas l'expectoration.

(*Sciences Médicales*, 11 mars 1926.)

Les Livres

GASTON DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon. Paris.

Dr J. SAIDMAN. — **Les rayons ultraviolets et associés en thérapeutique** (1 vol. 16 × 24,5 de 560 pages, avec 114 figures dans le texte et 80 spectres hors-texte. Prix : 65 fr. 1925.)

L'actinothérapie a pris en France une grande extension depuis deux ans. L'auteur se pose, pour les résoudre, les questions suivantes : quand faut-il conseiller l'emploi des rayons ultra-violets ? Que peut-on en attendre ? Comment agissent-ils ? Il fait une revue générale d'après plus de mille ouvrages et mémoires, et y ajoute les enseignements d'une expérience personnelle portant sur 12.000 applications de rayons U.V.

Le Dr Saidman a essayé cette méthode dans la plupart des maladies ; ayant observé les résultats sans idées préconçues, il peut indiquer quels sont le cas où l'actinothérapie doit céder le pas aux associations polyradiothérapiques, médicamenteuses ou chirurgicales.

Cet ouvrage se compose de trois parties :

1° Le livre technique, avec la description de 60 lampes à étincelle, arc et vapeur de mercure, y compris des dispositifs nouveaux et inédits. A noter une comparaison entre les différentes sources d'ultraviolet, dont le choix doit être fait d'après l'étude de l'émission pour les longueurs d'onde utiles ;

2° Le livre physiologique, décrivant la manière dont les rayons sont absorbés, l'effet photoélectrique qu'ils provoquent, leurs actions chimique et bactéricide, propriétés qui varient selon la longueur d'onde.

3° Le livre thérapeutique, décrivant les modalités du traitement : distance, durée de l'exposition, doses, intervalle des séances. Dosage par la paraphénylènediamine. Incidents possibles, leur traitement, leur prophylaxie.

Les U.V. sont étudiés en médecine (différentes affections à traiter), chez les enfants, en chirurgie, en spécialités (gynécologie, obstétrique, etc.).

Le livre se termine par trois répertoires alphabétiques permettant de retrouver les lampes décrites, les maladies et symptômes traités, et un index bibliographique, dans lequel on retrouve les 715 auteurs cités.

LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS, éditeurs,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Pr CARNOT, RATHERY et HARVIER. — **Précis de thérapeutique. I Art de formuler. Médications générales** (1 vol. in-8 de 640 pages, 1925 : 32 francs.)

Ce premier volume reproduit l'enseignement, professé par les auteurs à la Faculté de médecine de Paris. *Le deuxième volume* comprendra les *médications d'organes* (digestives, hépatiques, rénales, etc.) ; *Le troisième volume* traitera de la *diététique*, de la *physiothérapie* eet de la *créno-climatothérapie*.

Sont écartés les médicaments et traitements qui n'ont pas fait leurs preuves.

Le Pr CARNOT expose l'art de prescrire ; puis vient l'étude des médications antiparasitaires externes et internes, des médications, des infestions à protozoaires, au premier rang desquelles l'amibiase et le paludisme, des médications anti-infectieuses spécifiques, telles les médications de la syphilis et du rhumatisme articulaire aigu, des médications antiseptiques non spécifiques.

Au Pr RATHERY a été dévolu le soin d'exposer ce que sont les médications microbiennes, la bactériothérapie, les vaccinations, les sérothérapies ; dans quelles conditions, sous quelles formes, à quelles doses il faut les employer. Il étudie ensuite les médications anti-infectieuses non spécifiques (médications chimiques, excitants cellulaires, médications humorales) et aborde enfin le traitement des intoxications, donnant, lui aussi, toutes les indications pratiques nécessaires.

Enfin, M. HARVIER a exposé les médications de la nutrition (diabète, goutte, obésité) et l'opothérapie dont, en quelques pages, il donne un aperçu très actuel.

Ce précis présente, d'une manière très claire, ce qu'est la thérapeutique moderne et montre bien comment ses progrès, très réels, permettent au médecin de mieux traiter et le plus souvent guérir ses malades.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez MALOINE.

Collection des Petits Précis.

A. CANTONNET. — **Le Petit Précis annuel 1926.** (Un vol. in-18 : 8 fr. 50).

O. DOUSSET. — **L'examen du malade en clientèle.** (Un vol. 194 p., 106 fig. : 8 fr. 50).

Chez MALOINE.

Henri BOUYER et MARTIN-SISTERON. — **L'hygiène mentale et nerveuse individuelle.** (In-8, 352 p. : 20 fr.).

J. RIEUX et Chr. ZŒLLER. — **Traitement des maladies infectieuses en clientèle.** (In-8, 248 p., 24 fig.: 18 fr.).

A LA LIBRAIRIE TEILLON,
83, rue des Saints-Pères, Paris.

Dr Raymond MOLINÉRY. — **Le fait de Lourdes devant la critique médicale.** (Un vol. : 4 fr. 50).

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

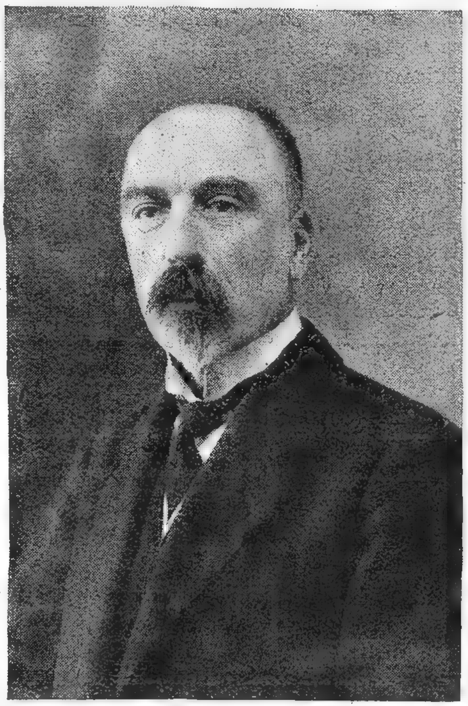
PARTIE PROFESSIONNELLE

LE BANQUET ANNUEL DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Très brillante chambrée, le 4 mai dernier, au Syndicat des médecins de la Seine, qui donnait son banquet annuel, sous la présidence du Dr BELLENCONTRE, ancien président du S.M.S., président de l'Association générale des Médecins de France.

Sur le fond sombre des habits et des smokings, les nombreuses toilettes féminines jettent leurs fraîches couleurs, de même que le sourire, plein de charme, des assistantes, tempère gracieusement la gravité habituelle des membres du Syndicat et de leurs invités.

Parmi ceux-ci, nous avons reconnu le professeur ROGER, doyen de la Faculté de médecine, M. LÉGER, président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, M. le Dr PIETKEWICZ, président du Syndicat des stomatologistes, M. POLIN, président de l'Association corporative des étudiants en médecine, le Dr VIMONT, représentant le *Concours médical*, etc.



Dr FANTON D'ANDON, Président du S. M. S.

Au champagne, le Dr FANTON D'ANDON, président du S.M.S., commença par excuser le Dr Decourt, président de l'Union des Syndicats. Il salua ensuite les dames en des termes infiniment heureux : « Si la tradition, a-t-il dit en substance, fait coïncider le banquet du Syndicat avec le retour du printemps, avec le temps maussade que nous subissons, les fleurs sont absentes, mais vous les remplacez, Mesdames, en nous gratifiant de votre aimable présence, en aussi grand nombre... » Tant il est vrai que, selon la parole du poète,

Les femmes et les fleurs entre elles se réclament,
Et se ressemblent tant que l'on dirait des sœurs.
Les fleurs que nous aimons sont de petites femmes.
Les femmes sont de grandes fleurs.

Il a eu un mot approprié pour chacun des invités, et il a adressé un compliment particulièrement flatteur à Vimont, à Noir, et au *Concours médical*.

Parlant au Président de l'Association corporative, il s'est félicité de voir la jeunesse étudiante représentée à cette cérémonie : « Demeurez jeunes. Mais conservez de la déférence, du respect pour les vieux... »

Faisant allusion au bal qui suivra le repas, il eut ce mot heureux : « Ce soir, et pour la première fois, Hippocrate a invité Terpsychore... »

Après lui, Bellencontre s'est levé, et sa première parole nous donna tout de suite l'allure générale de son toast : « Mesdames les Syndiquées... » Une trouvaille... Et puis, je renonce à décrire ce feu d'artifice, ces jaillissements ininterrompus de mots, de beau langage. Un éblouissement, vous dis-je.

Evoquant la présence à ses côtés de Vimont, de Noir, de Le Fur, de Cibrie qui, chacun à son tour, présidèrent le S.M.S. « c'est, a-t-il dit, la *rétrospective des présidents.* » Remontant le cours de ses souvenirs, il se demande pourquoi, jadis, les dames n'étaient pas conviées aux banquets du Syndicat : « c'est parce que nous étions trop inflammables... » Encore qu'il attribue ce mot à Noir, qui s'en défend, nous savons tous que c'est là un nouveau trait de son esprit. — « Pourquoi, parmi les femmes de médecin, s'en trouve-t-il si peu qui soient décorées... C'est parce qu'un mari médecin, c'est la croix pour sa femme », mot attribué à un certain confrère Lemoine, rencontré il y a bien longtemps à un banquet donné en l'honneur de Péan, mais qui se trouve rajeuni et fait son effet sur les lèvres de notre ami, toujours si jeune et si svelte d'aspect. « Mais, un médecin sans femme, c'est un être malheureux, misérable. Aussi proposerai-je cette addition aux statuts : les célibataires ne seront plus admis au banquet. »

Et ainsi, durant plusieurs minutes qui me semblèrent si brèves, tant j'éprouve de plaisir à entendre ce diable d'homme dont l'aisance n'a

d'égale que la sympathie qu'il éveille tout autour de lui, et qui se traduisit par des bans frénétiques.

Je dois à la vérité de dire que le succès du Doyen fut tout aussi grand que celui de Bellencontre. En quatre mots, il avait conquis la salle. Jugez-en. « Lorsque votre aimable président me dit qu'il me donnerait la parole, je l'interrogeai : mais de quoi vous parlerai-je ? — Parlez-nous du jazz band ! — Mais un étudiant, qui passait par là : Parlez-nous du chahut de la Faculté . — Cependant, mes aimables voisines de me suggérer : Parlez-nous de la vente de charité de la Maison du Médecin. — Enfin, le représentant des stomatologistes : Parlez-nous du doctorat en art dentaire. »

En abordant successivement chacun des sujets proposés à son éloquence, il traita chacun d'eux avec un humour souriant qui déchaîna, à plusieurs reprises, des tempêtes d'applaudissements. Ceux-ci reprirent plus nourris que jamais quand il termina par ce toast significatif dans les actuelles conjonctures : « Par ma bouche, la Faculté de médecine boit au Syndicat des médecins de la Seine ! » Paroles mémorables, qui marquent les pas franchis depuis quelques années, et scellent le rapprochement des maîtres et des praticiens, sous l'égide du Syndicat. Qu'en dites-vous, Messieurs les anti-syndicalistes parisiens, qui faites tant de bruit , de ce bruit dont on a dit qu'on en pouvait faire beaucoup pour rien ; — *Much ado about nothing, selon nos amis* (!) les Anglais, — tant de bruit, dis-je, à propos du geste éminemment syndicaliste accompli pour la première fois par le S.M.S., un contrat avec une collectivité ?

M. Léger, représentant les pharmaciens de la Seine, a bu à l'entente cordiale, à l'accord parfait entre médecins et pharmaciens. Cet accord, cette entente sont plus que jamais nécessaires. S'ils avaient existé aussi pleinement qu'il le désire, nous n'aurions peut-être pas assisté au vote de la loi sur les substances vénéneuses qui apporte une si grande entrave à nos deux professions. « A l'approche des assurances sociales, unissons nos efforts pour une communauté d'action qui nous sera profitable à tous. »

La série des toasts a été close par Le Fur qui remercia les spécialistes, dont le concours gracieux contribue à donner à la fête du Syndicat tant d'éclat : Boucard, Bouty, Roussel, Rogier.

A ce moment, jeunes gens et jeunes filles envahissaient la salle qui, débarrassée de ses tables, devint le théâtre d'une sauterie des plus animées.

Et l'on put constater que Terpsychore et Hippocrate ne demandaient qu'à faire excellent ménage ! ! !

G. Duchesne.

Travaux Originaux

LA PROTECTION DU PERSONNEL MÉDICAL HOSPITALIER CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS

Il faut des accidents répétés et douloureux pour que la grande presse s'émeuve de la situation pénible dans laquelle se trouvent des médecins, des internes ou externes des hôpitaux, victimes du devoir professionnel.

Tantôt nous apprenons la mort d'un interne, succombant au typhus, ou de la scarlatine, contractée dans un service hospitalier de contagieux ; tantôt, c'est le récit du martyrologe des radiologistes, qu'on ampute par petits segments de membres.

Cependant, soumis au droit commun, ces pauvres malheureux ou leurs familles n'ont droit à rien, s'il ne plaît pas à la Commission administrative de l'hôpital dont ils dépendent, d'avoir un geste généreux.

Le problème se pose donc : est-il possible, par voie législative ou réglementaire, de protéger le corps médical hospitalier contre ces risques professionnels, entraînant soit l'incapacité temporaire de travail, soit une incapacité permanente ?

Pourquoi les accidents deviennent-ils de plus en plus nombreux ?

Il faut, en premier lieu, incriminer le nombre croissant des hôtes habituels des hôpitaux.

Jadis, l'établissement était uniquement consacré à la bienfaisance. Aller à l'hôpital était un signe d'indigence.

Mais, depuis l'extension de la chirurgie et des services de spécialistes, il n'en est plus de même : l'hôpital se transforme en maison de santé à bon marché. Le malade y trouve des soins dévoués et des chirurgiens de valeur, cependant qu'il ne paye qu'un prix de journée minime et n'a pas d'honoraires à débourser.

Abusant de l'autonomie que lui a conférée la loi du 7 août 1851, la Commission hospitalière reçoit facilement cette clientèle payante. Je dirai même, sans crainte de recevoir un démenti, qu'elle la recherche, comme source de bénéfices.

L'hôpital fait ainsi concurrence à la maison de santé privée, qui, subissant des impôts et taxes,

auxquels échappe l'hospice, et devant rémunérer plus cher son personnel, sa gestion, etc., se trouve dans l'obligation de demander des prix plus élevés que ne le fait l'hôpital.

Cependant, si on vérifiait de près les budgets hospitaliers, on trouverait que les subventions départementales et communales ne servent pas uniquement à hospitaliser les pauvres, mais ont également, comme bénéficiaires, les malades aisés hospitalisés, qui font ainsi l'économie de la maison de santé et des honoraires du chirurgien.

Ajoutons à cela que le nombre croissant des opérations chirurgicales, l'emploi de plus en plus fréquent d'appareils nocifs (rayons X, radium, etc.), augmentent, pour les médecins, les risques d'accident, ou de contagion.

Position juridique de la question.

La jurisprudence a toujours considéré l'hôpital comme n'étant pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, parce qu'établissement de bienfaisance. La dernière décision en date est un arrêt de la cour de Cassation, chambre des Requêtes, du 16 décembre 1925 ; (D. Rec. heb., 1926.21) : les infirmiers et gens de service d'un hôpital ne peuvent pas bénéficier de la loi du 9 avril 1898.

Cependant, la loi du 2 août 1923 assujettit à la la législation des accidents du travail les domestiques, concierges et salariés du même genre.

Aussi, interprétant ce texte, le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail a émis l'avis, le 24 octobre 1925, que la loi était applicable aux infirmiers et gens de service d'un hôpital.

Ce ne serait que justice, car la jurisprudence admet, par contre, qu'un hôpital privé, une maison de santé ou un sanatorium est assujetti à la loi du 9 avril 1898, voire même un orphelinat.

Précédents législatifs.

Depuis longtemps, le législateur s'est préoccupé de la situation anormale qu'ont surtout les infirmiers et les gens de service des hôpitaux.

Ce sont des salariés au sens précis du mot et cependant, en cas d'accident du travail, ils doivent, aux termes du droit commun, faire eux-mêmes la preuve que la faute incombe à l'administration hospitalière.

Ils sont donc placés dans la situation antérieure à la loi du 9 avril 1898 ; c'est-à-dire qu'il leur est presque matériellement impossible de démontrer, conformément aux articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil, que l'accident a été provoqué par la faute ou la négligence de l'employeur (l'hôpital) ou par le mauvais état de la chose dont il a la garde.

Un projet de loi, émanant de l'initiative gouvernementale, fut déposé sur le bureau de la Chambre, à la séance du 28 janvier 1907, demandant au Parlement d'étendre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 aux employés des établissements pénitentiaires et hospitaliers.

Une proposition de loi (Chambre, première séance du 3 décembre 1912) eut pour objet d'étendre l'application de la législation du travail au personnel salarié des établissements hospitaliers publics et privés.

Une autre proposition de loi (Chambre, séance du 11 juin 1925) réclame l'applicabilité de la loi de 1898 à tous les salariés, à quelque titre que ce soit, sous quelques formes qu'ils soient rétribués et à quelques travaux qu'ils soient affectés.

Enfin, un projet de loi, déposé par M. Justin Godart, alors ministre du travail (Chambre, 2e séance du 7 avril 1925) demande que la législation du travail soit étendue à tous les salariés quelconques et notamment aux travailleurs intellectuels. Dans l'exposé des motifs, sont visés les médecins, pharmaciens, internes, externes des hôpitaux.

Le personnel médical hospitalier peut-il être assimilé à des salariés ?

A première vue, le vocable de salarié ne saurait convenir à des hommes de science, qui consentent à mettre leur dévouement et leur talent au service des pauvres et ne reçoivent qu'une indemnité dérisoire.

Cependant, bannissons toute sentimentalité, voire même toute susceptibilité professionnelle et examinons froidement, en pesant la valeur juridique de chaque mot, la situation exacte des rapports entre corps médical et commissions administratives hospitalières.

Les médecins, internes, externes des hôpitaux sont recrutés de deux manières différentes.

Dans les grandes villes, centres de faculté, les fonctions sont attribuées, par la commission administrative de l'établissement, après concours.

Signalons cependant que, dans certaines grandes villes, existent des établissements qui ne dépendent pas de l'organisation générale de l'assistance locale et qui cependant donnent au concours des places de médecins, de chirurgien, ou d'interne.

Ces titres ont moins de valeur que les premiers : ils n'en sont pas moins recherchés, cependant.

Le concours opère une sélection scientifique parmi l'élite travailleuse tant des étudiants que des médecins eux-mêmes. Aussi, ces titres hospitaliers confèrent-ils une notoriété indiscutable auprès de la clientèle de ville.

Et c'est pour cette raison que certains administrateurs d'hôpitaux m'ont opposé personnellement la considération qui est attachée au titre de médecin ou d'interne des hôpitaux, pour combattre mes propositions, au Conseil de l'Assistance publique, concernant l'amélioration

de la situation pécuniaire du corps médical des hôpitaux, ou pour résoudre la fameuse question de l'hospitalisation des malades payants et des blessés du travail.

Dans les très nombreux hôpitaux de France, situés dans des villes de moyenne importance, ou dans de simples chefs-lieux de canton, ou de commune, le titre est conféré au choix, c'est-à-dire à la faveur.

Parfois, les fonctions hospitalières sont attribuées par roulement entre tous les médecins du lieu, qui acceptent.

Juridiquement, le contrat, qui lie le médecin ou l'interne à la commission administrative de l'hôpital, est un véritable contrat de louage de services unilatéral.

Dans son autonomie pleine et entière, qu'elle tient de l'article 14 de la loi du 7 août 1851, l'administration hospitalière arrête elle-même son règlement du service de santé, qui sera ensuite soumis à l'approbation préfectorale.

Elle décide du mode de recrutement des médecins, des internes et externes, des modalités des concours. Elle conserve le droit absolu d'empêcher tel ou tel candidat de s'inscrire en vue du concours. Elle peut également considérer que les résultats du concours ne sont, pour elle, que de simples indications, dont elle peut toujours s'écarter, en ne nommant pas les candidats selon leur ordre de classement (plusieurs arrêts du Conseil d'Etat).

D'autre part, jamais le Corps médical n'a été appelé à discuter les termes de ce contrat de travail.

En s'inscrivant, en vue du concours, le candidat déclare avoir pris connaissance du règlement et en accepter les conditions sans réserve.

A fortiori en est-il de même pour les médecins, qui sont désignés au choix, sans concours.

Aussi, quelque respeect qu'on puisse professer pour cette élite professionnelle, dont les travaux scientifiques et les recherches à l'hôpital font la gloire de la science française, faut-il reconnaître que le médecin d'hôpital est lié à la commission administrative de l'établissement par un véritable contrat de louage de services.

L'employeur (l'hôpital) confie une mission scientifique, celle de soigner les malades, à ses employés (les médecins).

Ceux-ci ont une autonomie absolue, pour les questions de science pure, puisque leur diplôme de docteur leur confère le droit de soigner.

Mais au point de vue discipline, exactitude et même juridiction vis-à-vis de leurs inférieurs, les infirmiers, ces médecins ne peuvent que dépendre de l'administration.

Vainement me dira-t-on que les médecins, internes, externes des hôpitaux ne touchent pas un salaire, mais bien une indemnité.

Ce n'est que question de mots : sous quelque dénomination qu'on le reçoive, l'argent touché n'est que la rémunération d'un service rendu, ou d'un travail accompli.

Qu'il soit intitulé honoraires, appointements, provision, indemnité, traitement, le même billet de banque ne sera-t-il pas à son tour cédé sous le nom de salaire, gages, loyer, impôts, paiement.

Le qualificatif importe peu à la chose ; juridiquement la modique indemnité que touche le corps médical n'est qu'un salaire ; mais il a ceci de particulier, c'est qu'il n'a pas la prétention de rémunérer le service rendu : depuis toujours, le corps médical a tenu à s'associer avec les philanthropes, qui, gratuitement, gèrent le patrimoine des hôpitaux.

Aussi, les médecins ont-ils toujours consenti à ne toucher qu'une rémunération bien hors de proportion avec leur travail physique et intellectuel en soignant les pauvres, les indigents hospitalisés.

Mais, comme l'hôpital étend ses services à toute une catégorie de malades payants, qui, s'ils étaient soignés à domicile, ou dans une maison de santé, pourraient honorer leur médecin et que celui-ci n'est pas payé de sa peine, puisqu'il doit soigner indistinctement tous les malades qui sont placés dans son service d'hôpital, quelle que soit leur condition sociale, il est bien juste que le corps médical obtienne une modification à son contrat de travail.

Cela ne veut pas dire que les médecins, par cette réclamation, reconnaissent aux hôpitaux le droit de faire la concurrence plus ou moins déloyale aux maisons de santé privées : ceci est une autre question, qui fait l'objet d'autres études.

Mais, devant l'augmentation de leur travail hospitalier, partant de la plus grande fréquence des risques professionnels, est-il équitable de donner une garantie à ces travailleurs intellectuels, dévoués et fort mal rétribués.

Qu'existe-t-il actuellement en matière de garantie ?

A la suite de mon rapport, que je soutins devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, à la session de juin 1923, le vœu suivant fut adopté par cette haute assemblée :

« En sus de la rémunération pécuniaire, qui leur est attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens, sages-femmes des hôpitaux recevront de l'hôpital les soins, médicaments et, s'il y a lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie, ou d'accident survenu au cours de leurs fonctions hospitalières. »

Cette rédaction devait faire l'objet d'une adjonction au premier paragraphe de l'article 11 du règlement modèle des hôpitaux, du 30 juin 1921.

Par circulaire du 17 octobre 1923, M. le Ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales invita les préfets à recommander aux commissions hospitalières de tenir

compte de ce vœu émis par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Mais, en vertu de l'autonomie que leur confère la loi du 7 août 1851, les commissions administratives des hôpitaux ont parfaitement le droit de ne tenir aucun compte de cette circulaire ministérielle.

Elle ne peut devenir obligatoire que par une disposition législative.

Cependant sont restés de côté les accidents, qui peuvent entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail.

Consulté à ce sujet par le Dr Mourier, directeur général de l'Assistance publique de Paris, j'avais émis l'idée que chaque cas particulier pourrait être apprécié, quant au quantum de l'allocation à verser à la victime, par une commission composée mi-partie de représentants de l'assistance publique et mi-partie de médecins, ou de représentants de l'association corporative des internes ou externes.

Ces jours derniers, M. Mourier a soumis au conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris un projet, qui ne prévoit d'indemnisation que pour les seuls internes. Externes, médecins, spécialistes sont laissés de côté. Pourquoi ? Mystère !

Une rente de 6.000 francs par an serait allouée à l'interne, incapable de travailler, rente reversible pour partie à sa veuve ou à ses enfants, légitimes ou non.

Mais ceci ne constitue encore qu'une faveur et demain, un autre directeur de l'assistance ou le conseil de surveillance peuvent parfaitement révoquer ce qu'ils accordent aujourd'hui.

Difficultés pratiques.

Si la loi des accidents du travail était rendue applicable au Corps médical des hôpitaux, comment établir le véritable salaire de base, d'après lequel serait déterminée la rente à toucher ?

Nous savons qu'actuellement, le corps des hôpitaux ne touche qu'une indemnité minime, ne correspondant pas au travail accompli et aux services rendus.

Nous proposons donc qu'une commission soit constituée dans chaque département, composée mi-partie de représentants des divers hôpitaux du département, mi-partie du corps médical hospitalier.

Cette commission aurait pour mission de déterminer le salaire de base que serait censé toucher le corps médical, pour chaque établissement particulier, selon l'importance de celui-ci.

Une autre objection se pose : dans leurs congrès, internes comme externes préfèreraient toucher un capital, versé une fois pour toutes, plutôt que de recevoir une rente annuelle.

Une mutilation peut obliger l'élève à changer son orientation professionnelle, parfois même à abandonner définitivement l'art de guérir.

Un capital serait le bien venu, pour faciliter ce changement de carrière, alors qu'une rente serait trop minime dans ce but.

Mais alors, ce desideratum est en contradiction formelle avec la loi sur les accidents du travail.

Faudrait-il donc établir une loi spéciale pour le corps médical des hôpitaux ?

Voies et moyens d'application.

a) Une loi impose aux hôpitaux l'obligation de réparer les suites des accidents et maladies, contractées à l'hôpital, par leur personnel hospitalier.

Cette loi peut simplement assujettir ce personnel à la législation générale des accidents du travail.

Ou bien une loi spéciale, englobant médecins et personnel infirmier, établirait un statut spécial pour cette catégorie de travailleurs.

Nous savons que M. Durafour, ministre du travail, s'occupe très activement de cette question avec M. Sumien, directeur du service de contrôle des assurances au ministère et le Dr Mabille, chef adjoint du cabinet.

De grosses difficultés sont soulevées, au point de vue juridique ; mais elles ne sont pas insurmontables.

b) En attendant l'obligation légale, chaque corps médical hospitalier peut essayer de convaincre la commission administrative de son hôpital et obtenir la possibilité d'être garanti contre les risques professionnels.

Déjà, à la suite de mon rapport au Conseil supérieur, la question a été maintes fois discutée, dans les assemblées générales des Unions hospitalières.

Une mutuelle interhospitalière est en voie de formation, pour mettre en commun les risques d'incendie, d'accident, etc.

Mais, l'idée qui semble être en faveur serait de laisser de côté le Corps médical et de ne garantir que les internes et les externes.

L'hôpital verserait une partie de la cotisation d'assurances, l'autre partie étant laissée à la charge des intéressés. (*Revue des hôpitaux*, 31 décembre 1925 et 28 février 1926.)

Une autre modalité consisterait à faire assurer l'hôpital à la Caisse des Dépôts et Consignations, pour la seule incapacité permanente de travail.

Signalons enfin qu'à Bordeaux, les internes sont assurés à une compagnie privée, et versent une quote-part des primes.

Quoi qu'il en soit, le Corps médical des hôpitaux de Paris a nommé des délégués : médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes se sont déjà réunis deux fois, depuis la semaine der-

nière et m'ont fait l'honneur de me demander des directives juridiques.

A sa dernière réunion, la Société de médecine de Paris a amorcé la discussion et nous la continuerons à une prochaine séance.

Que les groupes professionnels de province en fassent autant, pour obtenir de suite une faveur en attendant qu'un texte de loi nous donne le droit d'être garantis contre les risques professionnels provenant du travail hospitalier.

Dr Paul Boudin.

LE " CONCOURS MÉDICAL " ET SES ŒUVRES

Comment on y rentre, comment on y revient.

Le hasard, dieu malin, voulut que le numéro supplémentaire 12 *bis* du *Concours médical* m'arrivât au moment précis où le docteur Molinéry, venu en Afrique pour les « Journées Médicales Tunisiennes », causait avec moi du passé et du présent, de nos lointaines relations de 1908 et de notre heureuse réunion momentanée, à quelques kilomètres des ruines de Dougga que nous venions de visiter ensemble.

« C'est le numéro 12 *bis* ? me dit Molinéry. Bizarrerie des contingences terrestres ! Il doit publier un de mes articles, écrit peu avant mon départ de Paris ; je n'en ai même pas revu les épreuves et le voilà qui m'arrive, par de-là la Méditerranée, en pleine Khroumirie, où j'ai la joie de vous retrouver ..... ! » — Il y a plus bizarre encore, lui répondis-je, mon cher ami. C'est que l'article traite de votre entrée à la Mutualité Familiale et que votre histoire est connexe de la mienne, en dépit de notre orientation sociale opposée. Rappelez-vous : je vous remplaçai en 1908, au moment où, jeune membre de la M. F., vous touchiez du doigt — déjà — les bienfaits pratiques de cette institution. Et cela n'est pas une simple métaphore : ce doigt, c'était votre pouce, gravement blessé dans une opération, vous rendant indisponible et nécessitant ma présence au milieu de votre belle clientèle de Fumel. Quelle tragique, mais précieuse leçon de choses ! Affilié depuis peu à la M. F., vous en bénéficiez aussitôt, bien plus tôt que vous ne l'escomptiez. Et, avec votre foi d'apôtre en puissance (qui, depuis s'est affirmée en maintes circonstances), vous m'avez prêché l'utilité des Œuvres du *Concours médical*, vous m'avez, d'un pouce symbolique, initié aux beautés de la Mutualité médicale, tant et si bien que, sur l'heure, je devins un lecteur assidu du *Concours médical*, et que, dès 1909, à mon installation, je m'abonnai à cette Revue et me fis admettre à ses Filiales : Retraite, Maladie, Sou médical.

« Je me souviens, dit le Dr Molinéry, mais depuis ... ? » ...

***

Depuis ? C'est bien simple : il y a eu... la guerre ! J'ai changé d'existence et suis entré dans les cadres de l'armée. Au début des hostilités, pour des raisons personnelles, j'ai cessé d'adhérer à la Mutualité maladie et au Sou médical. Mais je suis resté fidèle à la Mutualité retraite et lecteur assidu du *Concours médical*. La paix revenue, j'ai compris mon erreur d'avoir brisé avec ces œuvres et je me suis, peu après, fait réinscrire au Sou médical, ne regrettant qu'une chose : c'est que mon ignorance des règlements militaires m'ait fait abandonner la Mutualité maladie, dont les bienfaits quotidiens manifestes sont dignes d'attention pour TOUS les médecins, quelle que soit leur situation.

Quelques confrères, lisant sous ma signature, mon grade militaire, diront : « En quoi le « Sou médical » peut-il être utile à un médico-fonctionnaire, à un « major », évoluant de la courbature fébrile à la hernie inguinale simple et de l'ecthyma des cavaliers à la goutte militaire ? Risque-t-il sa responsabilité professionnelle dans ces diagnostics savants, catégorisés d'avance et numérotés par une rigide nomenclature officielle ? »

Pardon ! ô Confrères *impulsifs ; ne voyez pas* notre profession sous l'angle de 1840. Nous avons des actes médicaux sérieux à accomplir, même dans une simple infirmerie régimentaire, avec la loi du 31 mars 1919 et les nécessités actuelles de prophylaxie sociale (vaccination antityphoïdique entre autres) et notre responsabilité professionnelle entre en jeu, notre conscience aussi. Et les familles militaires que nous soignons ? Une faute, dans ce milieu, gratuit mais honnête et d'autant plus respectable, serait-elle moins lourde, parce que le mari porte une vareuse, touche une solde ou nous est, parfois, inférieur en grade ? ? Un fils de militaire fait-il une diphtérie autrement qu'un fils d'ouvrier, de bourgeois, d'assisté ou de prince ? Non. Nous sommes médecins comme vous et la cloison en apparence étanche qui nous sépare tombera peu à peu. La guerre a créé un « Corps national de santé » ; le récent projet Tuffier prévoit une homogénéisation plus complète encore entre vous et nous. La création prochaine des assurances sociales, en développant la fonctionnarisation de la médecine (ce que je déplore d'ailleurs personnellement), rapprochera encore nos méthodes. Vous

verrez alors si vos clients, socialement assurés, ne taquineront pas, le cas échéant, votre responsabilité professionnelle !

Voilà pourquoi, je m'estime très heureux d'avoir pu redevenir un adhérent du « Sou médical. »

Abonné au *Concours médical* depuis 1909, je sais combien il est lu en milieu civil. Aux jeunes confrères, donc, je crois pouvoir me permettre de dire : « Adhérez à la Mutualtié Familiale, dans toutes ses modalités et au Sou médical. Si un de vos confrères, civil puis militaire, a cru bon de rester fidèle ou de revenir aux Filiales du *Concours médical*, votre premier devoir, à vous, est de penser à l'avenir ; lisez, méditez les articles de Gassot et de Mignon. Analysez les comptes rendus des réunions du « Sou médical », où tous les cas d'espèce passent en revue et ne dites pas que vous ne risquez rien, que la maladie est lointaine, l'accident improbable, la faute professionnelle rarissime... ! L'avenir est plein d'imprévu, l'auto prompte au dérapage, le client de plus en plus récalcitrant. Etudiez les statuts de la Mutualité familiale ; tout y est prévu ; je ne comprends pas que les multiples et souples combinaisons de cette œuvre ne vous tentent pas, alors que le premier sous-agent d'assurances -vie (ou accident) enlèvera votre clientèle en cinq minutes ... ! Vous n'avez peut-être jamais vu de médecins malheureux et parfois avant l'âge mûr ? Cela existe : demandez aux vieux de la Maison du médecin, lisez les envois mensuels du « propharmacien » que dirige le Dr Carayon, de Montauban. La liste noire est longue, chronique, tragique !

Assurez-vous donc contre l'imprévu ; et si l'imprévu ne vous doit surprendre jamais, assurez-vous contre ce méchant remords de n'avoir *pas voulu* songer aux autres, aux confrères malheureux et pitoyables, vaincus de la vie et de la profession... !

Et vous, rares camarades militaires qui me lirez (le *Concours médical* est peu répandu dans le monde médico-militaire, c'est assez compréhensible). Je me rappelle pourtant avoir vu, avec surprise, un numéro de cette Revue dans un bureau de Direction du Service de Santé de Corps d'Armée, dont l'adjoint me dit : « Ces bo..... là, (Noir, Duchesne et Vimont) ont souvent du parti pris, mais ils exposent des idées neuves ; je lis le *Concours médical* pour me tenir au courant et pouvoir renseigner mon patron ; j'en déguste le Propos du Jour, les demi-colonnes et la Partie professionnelle. Ils exagèrent parfois, mais c'est à lire et j'y apprends toujours quelque chose, même dans mon rayon ! »..... Vous donc, rares camarades militaires qui me lirez, n'oubliez pas que, quoique militaires et peut-être parce que militaires, votre responsabilité professionnelle peut se trouver engagée, ce qu'on ne vous a guère appris à l'Ecole. Personnellement, j'ai eu un cas très regrettable ; je ne fus pas inquiété, j'étais déjà re-adhérent au Sou médical ; soyez persuadé que cela me donnait un calme et une tranquillité d'âme que j'estimais à un prix plus élevé que ma cotisation au « Sou », et j'avais contre moi la famille, une assurance et le milieu où grâce à mes chefs militaires, l'affaire n'eut pas de suite, mais je faillis demander conseil au « Sou médical ». Or, avec la nouvelle loi des cadres, nous sommes appelés à avoir demain pour clients les « agents militaires », dont on vient de dresser les statuts ; vous verrez alors : responsabilité professionnelle, loi du 31 mars 1919, secret professionnel, autant d'entités, qui pour l'instant ne vous effrayent pas trop, mais qui peut-être alors traverseront vos nuits de cauchemars douloureux.

J'ai été médecin civil et suis devenu militaire ; de plus en plus, je me suis aperçu que les deux professions se ressemblent et se suivent comme deux lignes très légèrement divergentes, qui doivent fatalement se rencontrer un jour prochain. Ces deux lignes ont déjà pour point commun notre titre de « médecin » ; il n'y a donc pas lieu, en ce qui concerne l'acte médical et le risque médical, de différencier un civil d'un militaire ; une erreur médicale, un risque professionnel médical, une faute médicale, un devoir ou un droit médical, c'est toujours un médecin qui les commet, le court ou l'exerce. Le terme « civil » ou « militaire » reste sous entendu, presque supplémentaire. Je suis au surplus convaincu que chacun de nous connaît, dans l'autre camp, des amis dévoués, des intelligences ouvertes, pour tout dire « de vrais médecins ». Nous n'avons donc aucune raison de nous regarder de travers.

Le *Concours médical*, libéral par essence et accueillant par tradition, ne refuserait certainement pas aux confrères militaires, éventuellement, l'entrée de ses Œuvres filiales. C'est pourquoi, camarades, rares, de l'armée, qui me lirez par hasard, je me permets de vous répéter à nouveau : « Apprenez qu'il existe un *Concours médical*, que ce journal a des filiales intéressantes, dont la plus directement intéressante pour nous, militaires, est certainement le « Sou médical. » J'en étais, j'en suis à nouveau membre. Cela peut vous être utile demain. Renseignez-vous ! Qui sait si, un jour, vous ne m'en remercierez pas, dans le fond de vous-mêmes ... ? ! »

Docteur Forgues,

Médecin-major de 2e classe.
Théoursouk (Tunisie).

UN DOCTORAT « EN RUOLZ » POUR LES DENTISTES

Par le Dr Fernand DECOURT.

« *Un doctorat en ruolz* », tel fut le titre d'une de mes causeries dans le *Concours* du 3 avril 1921, à propos d'une proposition de loi, déposée par deux députés, en vue de « doctoriser » les dentistes non-médecins. Et voilà que, 5 ans plus tard, cette histoire recommence et, cette fois, avec l'aide complice des coulisses ministérielles. Qu'on me permette donc également de reprendre mon même titre.

Certes, quand on possède un « cabinet de consultations » et qu'on donne ses « soins » aux mortels souffrants, il est vraiment désagréable de ne pouvoir être officiellement appelé par ceux-ci « M. le docteur ! ». Sans doute, cela se dit, à l'occasion : chatouillant agréablement l'oreille ; sans doute on a baptisé le grattage d'une pulpe dentaire du nom d'intervention chirurgicale et l'on est devenu déjà un « chirurgien-dentiste », mais, en vérité, ce n'est pas encore assez reluisant lorsqu'on a des salons, tout rutilants et des cabinets tout ripolinés..... C'est pourquoi, « veillant au salut de l'empire », les grands pontifes des Ecoles dentaires, lesquels, malgré leurs titres de professeurs, n'en sont pas pour cela devenus docteurs, se sont remués et — en attendant l'érection de la Dentisterie en Faculté — sont allés trouver leurs amis, dans les milieux parlementaires et ministériels.

Et c'est ainsi qu'en juin dernier, une Commission fut instituée au Ministère de l'Instruction publique et que celui-ci envoya, il y a quelques jours, le *communiqué* suivant qui flamboie déjà, aux yeux des chirurgiens-dentistes, comme un Bulletin de victoire.

COMMUNIQUÉ OFFICIEL

communiqué à la Presse par le Ministère de l'Instruction publique

« On sait qu'une Commission a été instituée en juin dernier au Ministère de l'Instruction publique, en vue d'examiner les réformes à apporter aux études dentaires.

« Cette Commission, dont les délibérations ont été dirigées par M. Justin GODART, ancien ministre, vient de terminer ses travaux.

« Elle a demandé à une très forte majorité :

« 1° Que le baccalauréat de l'enseignement secondaire soit exigé d'une façon absolue, sans équivalences ni dispenses, pour entreprendre les études dentaires.

« 2° Que soit créé un titre spécial obligatoire pour les docteurs en médecine comme pour les chirurgiens dentistes, en vue de l'exercice régulier et permanent de la profession de dentiste, et que certaines facilités soient prévues pour l'accession au doctorat en médecine des chirurgiens dentistes pourvus de ce titre et pour l'obtention de ce titre par les docteurs en médecine.

« 3° Au cas où le titre spécial obligatoire pour l'exercice régulier et permanent de l'art dentaire prévu au paragraphe précédent ne serait pas créé, que le diplôme couronnant les études dentaires qui seraient d'une durée de cinq années, soit dénommé « doctorat en chirurgie dentaire ».

« 4° Que dans les jurys d'examen, les membres du corps enseignant des écoles dentaires puissent être appelés au même titre que les membres du corps enseignant des Facultés ».

« 5° Qu'un contrôle sévère soit exercé sur la création et le fonctionnement des écoles dentaires.

« 6° Que des mesures transitoires sauvegardent tous les droits acquis sous le régime actuel par les chirurgiens dentistes et par les docteurs en médecine »

« 7° Que des représentants des groupements dentaires soient appelés avec voix délibérative au Conseil supérieur de l'Instruction publique lorsque des questions intéressant l'enseignement de l'art dentaire seront examinées.

« Ainsi ont été résolus, après des débats importants et complets, des questions fort délicates et longtemps controversées. L'application de ces principes sera très prochainement réglée, suivant les formes ordinaires.

***

Une première remarque s'impose tout d'abord qui découle de « l'application d'un principe » paraissant avoir pas mal été laissé de côté par la Commission en question.

Pour donner des « soins », qu'il s'agisse des « maladies de la bouche et des dents » comme le proclament tant de plaques de cuivre, ou bien des maladies des yeux ou de la gorge, il existe déjà un certain « *titre spécial obligatoire* », tel que le réclame la Commission. C'est celui de *docteur en médecine*, dont la valeur, l'étendue et les fonctions sont réglées par la loi du 30 novembre 1892. Un otorhino ou un oculiste ne peut exercer SANS ÊTRE docteur en médecine. Pour les dentistes, il n'en est pas de même et la différence provient, tout uniment, de ce que, depuis toujours, les soins dentaires avaient été donnés sans titre spécial. On ne voulut donc pas léser les droits acquis des dentistes et on TOLÉRA que les soins dentaires fussent donnés non seulement par les docteurs médecins, mais encore par des dentistes non médecins qu'on se contenta d'astreindre à un diplôme spécial d'études dentaires

Et ceci fut la première erreur, la première faute.

En effet, le bon sens indiquait, *dans l'intérêt même du public*, que le docteur en médecine, par la valeur de ses études générales en pathologie humaine, ce qui est la base primordiale de toute spécialisation ultérieure, soit le *seul* à posséder le droit d'exercer, dans la suite, la médecine *dans ses diverses branches* et de devenir médecin dentiste, aussi bien que chirurgien, oculiste, oto-rhinolaryngologiste, etc... Soigner les maladies de la bouche et des dents sans connaître la pathologie générale constitue un *danger* véritable pour les malades, les premiers intéressés à toute réforme médicale. Diagnostiquer des gingivites de sources diverses, des tuberculoses, des syphilis ou des cancers buccaux, n'est-ce pas là, par excellence, faire œuvre *médicale* ?

Et des études de pathologie générale ne sont-elles pas indispensables, dans tous ces cas ? Cela est tellement vrai qu'on a essayé de le *maquiller*, en faisant passer aux étudiants en dentisterie des *examens de pathologie* !! ..... Tout cela naturellement, en surface et sans que des études cliniques sérieuses, des *stages d'étudiants en médecine* aient naturellement pu avoir lieu.

Et pour ces études *superficielles* pour ces *teintures* de science médicale, on voudrait créer un « doctorat » ? Ce ne serait là, avouez-le, que du « *plaqué* » du « *ruolz* »...

En réalité, c'est proclamer, par là même **qu'il est nécessaire d'être médecin pour être un dentiste complet.**

Donc, on toléra, en France, des dentistes non médecins, alors que, dans tant d'autres pays, l'art dentaire n'est qu'une branche de l'art médical. On aurait pu penser que cela n'aurait été qu'une mesure *transitoire* et que, dans la suite, tout serait rentré dans l'ordre naturel, dans la logique. Il y a trente-quatre ans que fut promulguée la loi de 1892 : chez nous, le provisoire dure longtemps et c'est alors que, *profitant de ce provisoire*, se fondèrent des écoles *privées* de dentistes qui peu à peu, grâce à l'entregent de leurs chefs, devinrent plus ou moins officielles, en attendant qu'en 1926, on prétendît en faire l'*analogue* de l'Ecole de médecine, ainsi qu'il est demandé dans le 4° du communiqué :

« Que dans les jurys d'examens, les membres du corps enseignant des écoles dentaires, puissent être appelés, *au même titre* que les membres du corps enseignant des Facultés ».

Mieux encore ! on en arrive, tant l'appétit vient en mangeant, *à dénier au médecin le droit de soigner les maladies de la bouche et des dents* (ainsi qu'il est dit au paragraphe 2°) à moins qu'il n'ait conquis le « *titre spécial* » délivré par les sus-dits professeurs des écoles dentaires. Et ceux-ci disent au Corps médical : « Pour soigner la bouche, il faudra d'abord montrer patte blanche et davier poinçonné, afin de répondre à la question : « Qui t'a fait duc ? » ..... seule l'apostille « dentairoïde », si je puis dire, donnant le droit d'exercer. Mais ne craignez-vou s pas, ô dentaires autogalonnés, que le médecin ne vous réplique : « Qui t'a fait roi ? » — et, avant d'accepter votre pontificat, ne réclame, lui aussi, patte blanche et parchemins authentiques ?

En vérité, en proposant de muer la tolérance dont vous jouissiez par un droit, compliqué de l'expulsion légale des possesseurs légitimes de tout « droit aux soins pour les humains », acquis par un diplôme reconnu de tous, il me semble que vous rééditez la fameuse apostrophe :

« La maison est à moi, c'est à vous d'en sortir ! »

*
* *

Le Corps médical se doit, à lui-même et au public, non seulement de *protester* contre de telles prétentions, nettement inadmissibles, mais encore, par le canal de ses organisations syndicales, de s'*opposer par tous moyens*, à cette scandaleuse mainmise, par des étrangers, sur ce qui est de son propre domaine technique.

Il est entendu, tout d'abord, qu'on ne saurait, en un tournemain, ni par un *arrêté*, ni par un *décret*, modifier ainsi les droits conférés aux docteurs en médecine par la *loi* du 30 novembre 1892. Pour cela, il faut une loi votée par la Chambre et le Sénat et nous espérons bien qu'il se trouvera, au Parlement, des confrères pour éclairer la situation et l'expliquer à leurs collègues. Si on commence à *démembrer* le diplôme de docteur en médecine, cela est très dangereux, car en diminuant ainsi la valeur de ce diplôme on finira pour l'amoindrir peu à peu, ce qui est nettement contraire au but que le législateur a le devoir d'envisager, dans l'intérêt même de la Nation.

On présente cette « réforme » au nom d'une « Commission instituée au Ministère de l'Instruction publique » qui aurait « *résolu* après des débats importants et complets (?), des questions fort délicates et longtemps controversées ». Mais comment fut composée cette Commission ? Il y eut de nombreux dentistes, cela se voit, quelques docteurs médecins dentistes, en prudente minorité. Il y eut même (*rari nantes*) quelques professeurs de l'Ecole de médecine, juste à titre de piment dans la sauce, sans changer la chair du poisson qu'il s'agissait de faire avaler, si j'ose m'exprimer ainsi. Mais la majorité était là, sûre, compacte, « instituée » d'avance et il n'y eut pas même *un seul* représentant, délégué et mandaté, du Corps médical organisé, alors qu'il s'agissait de *modifier notre diplôme* !! .....

Le « Ministre de l'Instruction publique » a-t-il donc fait gageure de soulever les médecins et de

les pousser à l'action ? On pourrait le croire vraiment. Va-t-il falloir que nous « mobilisions », comme nous l'avons fait : d'abord *partiellement* lors du fameux *certificat d'études médicales supérieures*, sorti de la Commission Chéron-Métin, puis *totalement*, lors de la *Loi des Pensions* ?

On parle gravement, dans les milieux parlementaires ou extramédicaux, d'une « *scission* » à l'Union des Syndicats médicaux de France et l'on table sur elle pour aller de l'avant...... Ne vous y fiez pas, croyez-moi. Ce serait là un bon moyen de la faire s'évanouir rapidement — et d'ailleurs, j'ai comme une vague idée qu'elle ne durera pas longtemps encore. Soyez donc bien assuré que vous trouveriez, au cas d'une offensive de ce genre, le groupe compact de nos syndicats dressés contre « l'application de ces principes, devant être très prochainement réglée, suivant les formes ordinaires » et faisant, contre vous, un front unique.

Voudriez-vous donc nous obliger, en dénonçant nos contrats ou en abandonnant nos habitudes, à envisager la suppression de tous les sacrifices que nous consentons journellement, dans le juste ressentiment de voir l'Etat, qui sait pourtant bien les réclamer de nous, cesser de sauvegarder, comme il a le devoir de le faire, dans l'intérêt général, la valeur et les prérogatives du titre de docteur en médecine ?

Auriez-vous donc l'intention, pour plaire à quelques ambitions personnelles, de déclarer ainsi, « le cœur léger », la guerre à tout le Corps médical français ?

Dr Fernand DECOURT.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN

Edition 1927.

En même temps que nous nous préoccupons de réunir les matériaux qui entreront dans la composition de l'édition 1927 de « l'Agenda Memento du praticien, nous faisons un pressant appel auprès de nos lecteurs et abonnés afin que ceux d'entre eux qui tiennent à posséder la collection complète de ces volumes de documentation — et ils sont tous les ans de plus en plus nombreux — nous envoient leur souscription *le plus tôt possible*, et en tous cas, avant le 1er juillet prochain.

L'un des chapitres les plus importants de cette édition concernera les barèmes d'invalidité, aussi bien pour les mutilés de guerre que pour les mutilés du travail. Il n'est pas de praticien qui ne puisse être appelé à expertiser une blessure du travail et ses conséquences, et à formuler son appréciation sur le pourcentage d'invalidité d'où découlera le pourcentage de réparation. Or, cette appréciation a besoin d'être guidée pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec de telles expertises. C'est ce guide qui nous a été demandé à plusieurs reprises, que nous pourrons enfin leur donner.

Nous remettrons au point toute la question relative à la législation des accidents du travail, dont l'extension à l'agriculture a créé une nouvelle source de difficultés et de conflits dont souffre le corps médical. Eclairer celui-ci, lui faire connaître ses droits ainsi que ses devoirs, lui fournir le moyen de résoudre sans peine le problème que chaque cas d'espèce peut poser inopinément devant lui, tel est le but que nous nous sommes proposés.

Il va sans dire que nous mettrons à jour tout ce qui est relatif aux lois, règlements, circulaires, arrêtés ministériels, décrets présidentiels, ainsi que la jurisprudence propre à chaque sujet traité.

Nous continuerons à donner une place importante aux consultations du Dr Decourt, sur l'application des tarifs Durafour et Maginot, de M. Martinot, notre conseiller fiscal, sur les questions relatives aux impôts, de notre collaborateur médico-militaire, pour tout ce qui a trait à la situation des médecins de complément.

Ainsi demeurerons-nous attachés au vaste programme que nous nous sommes imposés d'exécuter pour le meilleur profit du corps médical.

Afin de nous faciliter notre tâche, tout au moins au point de vue de l'exécution matérielle de « l'Agenda Memento », nous prions les amateurs de l'édition 1927 de remplir sans plus attendre le bulletin de souscription qu'ils trouveront page LIX et de nous l'adresser. Et nous les en remercions bien sincèrement à l'avance.

AUTOUR DES THÉATRES

Un soir chez la Marquise. — Le Grain de Beauté. — L'Ame en peine. — L'un d'eux. — Les Bleus de l'Amour.

La Marquise de Sévigné détient actuellement le record de l'actualité au Musée Carnavalet, où une collection admirable de souvenirs a été pieusement rassemblée ; le temps était donc admirablement choisi pour placer sous son égide une soirée d'Art élégant, et ceci vient d'être réalisé le plus agréablement du monde : c'est sous le nom de *Chez la Marquise* que dans les Salons de la Marquise de Sévigné, boulevard de la Madeleine, s'est ouvert un nouveau Cabaret chantant, véritable théâtre bonbonnière. La Revue *Un soir chez la Marquise*, de MM. Guillot de Saix Jean Bastia, est du meilleur goût, mais presque impossible à analyser non plus que le *Grain de Beauté* de MM. Archambaud et Lucien Boyer. Humour de rare qualité et vocalises agréables dans une atmosphère délicate, cela dit presque tout à la condition de ne pas oublier le charme avec lequel l'interprète Mlle Eline Roncey.

Au théâtre des Arts, *L'Ame en peine* de M. J.-J. Bernard, est un drame morbide qui vaut surtout par certains traits de caractère des personnages et par l'interprétation qui en est donnée ; le fond même de l'intrigue repose sur la pensée poétique de Maeterlinck : « l'âme com« plète est faite de deux moitiés et le bonheur parfait ne peut naître que de leur réunion ». Et c'est ainsi que nous voyons une jeune femme, Marceline, inquiète, indécise, entièrement dominée par ses nerfs, mariée à un ingénieur d'esprit trop sain pour voir dans sa compagne autre chose qu'une capricieuse. Durant dix ans pendant lesquels il souffrira horriblement, le mari voit sa femme s'acheminer ver s la folie dans laquelle elle sombrera finalement après avoir cherché un remède dans l'opium. A côté d'elle, est passé un homme : Antoine, atteint du même mal qu'elle, incapable même de se créer une situation, il finit par mourir de froid à la porte de Marceline vers laquelle l'ont ramené de mystérieuses télépathies, Marceline et Antoine seraient, pour l'auteur, les deux moitiés dont la réunion peut seule faire le bonheur, mais rien n'est moins évident que cette affirmation, ne sont-ils pas plutôt de simples malades comme le montre tout simplement l'action. Le personnage du mari, est au fond, le plus intéressant, il s'est épris d'une fantasque en laquelle, au bout de plusieurs années, il n'a trouvé qu'une détraquée..... pas drôle, la vie ! ...

Madame Ludmila Pitoëff met tout le naturel possible dans le rôle de la mystique Marceline qu'elle fouille jusque dans les moindres nuances, et M. Georges Pitoëff est fort à son aise dans le personnage d'Antoine. M. Vermeil interprète avec une sobriété émouvante le caractère du mari, et les trois sont le grand attrait d'une pièce faite pour plaire aux âmes en peine, avides de spectacles d'un genre pas encore trop vu. Au même théâtre. *L'un d'eux*, un acte de M. Emile Mazaud, est d'une action simple remplie d'un charme tout empreint de quelque émouvante mélancolie et interprété avec leur talent si sincère par M. Carpentier et Mme Ludmila Pitoëff. Un soldat a sauvé le drapeau de son régiment : épuisé, il s'arrête chez une femme et après avoir dormi longuement et mangé copieusement, s'apprête à repartir ; aux questions de son hôtesse, il montre le carré de soie et celle-ci va dans la chambre voisine chercher son enfant pour lui montrer le soldat ! C'est simple et grand !

Le Théâtre de l'Avenue, dans son cadre coquet et piquant, a voulu réaliser le tour de force de faire une opérette toute neuve avec une comédie déjà vieille, et il n'est pas très loin d'y avoir réussi, grâce à la qualité de sa troupe et à l'entrain des interprètes. En vérité, le troisième acte étant le meilleur et la musique comme les couplets en étant tout à fait agréables, l'impression sous laquelle on demeure est fort amène et c'est alors qu'on rend mieux justice aux actes du début. Le thème est sobre et bien connu : que peut-on obtenir de bon en réunissant par les liens du mariage deux « Bleus de l'Amour » ? Rien de bon assurément, dit Tante Lulu (Mlle Germine Charley), jolie tante à cheveux blancs, bien racée, qui voudrait bien avoir des petits neveux et ne peut s'empêcher malgré cela d'avoir un faible pour son neveu Gaspard (M. Defreyn) qui fait la noce après avoir abandonné l'américaine autrefois épousée. Rien de bon, assurément, dit encore Gaspard qui veut emmener à Paris, afin de le déniaiser, son cousin Bertrand qui ne connaît et n'aime que ses chiens et ses chevaux, avant qu'il n'épouse sa cousine Emmeline afin de satisfaire aux besoins de la race et... à Tante Lulu... et puis, cette tante Lulu ne va-t-elle pas jusqu'à prétendre que lorsqu'on n'a eu, comme elle, pour mari, qu'un « Bleu », il se peut qu'il y trouve son plaisir égoïste mais... c'est tout et elle ne veut pas qu'il en soit ainsi de son Emmeline qui, invinciblement, et peut-être parce que ce n'est pas un « Bleu de l'Amour », se sentira attirée vers son cousin Gaspard. Je n'ai pas apprécié comme il l'eût fallu sans doute, et en raison de la note de bon goût

qui domine toute la pièce, le moment où l'orchestre se transforme en une sorte de jazz band, tandis que toute la troupe (y compris les délicieuses soubrettes, deux brunes et deux blondes) mime une sorte de parade foraine. La distinction habituelle et malgré eux incarnée dans leur jeu, des excellents interprètes, ne leur permet plus d'aller jusqu'à cette parodie, d'ailleurs tout à fait inutile au développement du thème et au plaisir des yeux. Le succès serait assuré même sans cette « gauloiserie musicale ». La musique de M. Victor Alex vaut mieux que ce passage particulier dont l'opposition avec la délicatesse de l'ensemble est vraiment par trop flagrante. L'essentiel est que les couplets sont extrêmement gais et que la finale du troisième acte est de haut goût tant pour la musique et pour le chant que pour leur texte. Et comme nul ne peut rester indifférent à la pensée que Gaspard pourra épouser Emmeline ..... j'indique bien vite que tout se termine par cet aimable hyménée, Gaspard n'ayant jamais été marié, son épouse américaine n'étant qu'un personnage fictif inventé de toutes pièces par lui pour que tante Lulu ne l'oblige pas à convoler en justes noces et lui laisse conquérir Paris ..... sans lui couper les vivres.

Et nous serions bien loin de l'actualité et de la Marquise de Sévigné, si tante Lulu ne revêtait, pour la promenade de quatre heures (promenade que ne verra pas le Parc cependant bien tentant du château de Simières) un délicieux costume comportant un petit coquin de tricorne marquis, destiné évidemment, tout à la fois, à faire ressortir son charme et à former transition et raccord avec la dominante Marquise maîtresse de l'Heure !

Dr G. Paul Manceau.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Circulaire relative à l'organisation d'un concours pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires en 1926 (19 mars 1926).

Un concours sera ouvert le 1er juin 1926, à quatorze heures, pour l'admission à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires (cadre permanent) ;

Le nombre d'emplois à attribuer sera déterminé d'après le nombre de candidates et le valeur du concours.

I. — Conditions générales d'admission au concours.

Aucune candidate ne pourra être admise à concourir si elle ne remplit pas les conditions suivantes :

1° Etre Française ou naturalisée Française.

Les candidates alsaciennes-lorraines justifieront de leur réintégration dans la nationalité française dans les conditions du paragraphe 1er de l'annexe à la section V de la partie III du traité du 28 juin 1919 ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1926, vingt et un ans au moins et trente-cinq ans au plus.

(A titre d'indication) : *les candidates nommées infirmières permanentes des hôpitaux militaires, passé l'âge de vingt-cinq ans, n'ont pas droit au minimum de retraite garanti par l'article* 10 *du décret du* 26 *février* 1897 ;

3° Etre de bonne s vie et mœurs ;

4° Etre infirmière diplômée de l'Etat français (1), de l'assistance publique ou d'une école d'infirmières laïques, publique ou privée, agréée par le ministre de la guerre (ou avoir servi, pendant la guerre, en qualité d'infirmière dans les formations sanitaires militaires pendant un an au moins) ;

5° Etre physiquement apte à remplir l'emploi d'infirmière sur le territoire, en Algérie-Tunisie et dans les corps d'occupation extérieure.

La visite médicale destinée à déterminer l'aptitude physique ne sera subie que par les candidates susceptibles, de par leur classement, d'être nommées à l'emploi d'infirmière stagiaire des hôpitaux militaires.

Cette visite, qui sera passée dans les conditions fixées à l'annexe 2 de la présente circulaire, sera obligatoire et nulle ne pourra être admise à cet emploi si elle ne réalise pas les conditions d'aptitude physique exigées.

II. — Constitution des dossiers.

Les candidates à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires devront adresser au « ministre de la guerre, direction du service de santé, 1er bureau, personnel, 66, rue de Bellechasse, Paris (7e) », une demande écrite en vue de participer au concours.

Elles devront indiquer dans cette demande :

a) L'adresse exacte de leur domicile.

Les candidates provenant des infirmières de la Croix-Rouge française, en service au Maroc et à l'armée du Levant, devront indiquer également l'adresse en France où devra leur être adressée, en cas d'admission, leur lettre de convocation.

b) Leur profession.

c) Le centre d'examen *écrit* et *oral* qu'elles auront choisi.

Les candidates ne pourront ultérieurement être autorisées à changer de centre d'examen que par des motifs graves et par décision spéciale du ministre.

Elles joindront à leur demande les pièces suivantes (1) :

1° Une copie de leur acte de naissance dûment légalisée ;

2° Un certificat du maire de la commune de leur domicile constatant que la candidate est Française ou naturalisée Française.

Les Alsaciennes-Lorraines réintégrées dans la nationalité française joindront à leur acte de naissance une pièce justifiant qu'elles ont été réintégrées de plein droit dans la nationalité française.

Les candidates naturalisées devront joindre soit la copie du décret présidentiel leur ayant accordé cette faveur, soit une pièce permettant de retrouver ce décret au *Bulletin des lois* ;

3° Une autorisation maritale, s'il y a lieu ;

4° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de leur commune ou le commissaire de police de leur quartier à Paris ;

5° Une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police de leurs diplômes et certificats *ainsi que des références de tous genres relatives à leurs connaissances et aptitudes professionnelles.*

6° Le livret d'infirmière si la candidate provient des anciennes infirmières temporaires ou des infirmières de sociétés d'assistance aux blessés militaires.

La liste des candidates admises à prendre part au concours sera arrêtée par le ministre de la guerre qui fera parvenir, en temps opportun, aux intéressées, l'autorisation ainsi que toutes indications jugées utiles, par l'intermédiaire des directeurs du service de santé des corps d'armée.

III. — Composition du jury.

Le jury sera unique et comprendra trois membres désignés par le ministre de la guerre, savoir :

1° Un médecin principal de 1re ou de 2e classe, président ;

2° Deux médecins-majors de 1re ou de 2e classe.

IV. — Epreuves du concours.

Le concours comprendra les épreuves suivantes :

1° *Epreuve d'admissibilité.*

1re *épreuve* (coefficient 2). — Epreuve écrite d'instruction générale. Elle consistera en une composition sur une question d'hygiène hospitalière ou sur un cas d'urgence de la compétence professionnelle des infirmières.

Deux heures et demie sont accordées pour sa rédaction.

(1) Les candidates en résidence hors de la métropole qui auront des difficultés pour réunir les pièces stipulées aux paragraphes 1°, 2°, 3°, et 4° les adresseront ultérieurement et le plus tôt possible à l'administration centrale.

Cette épreuve est éliminatoire. — Les candidates qui auront obtenu une note inférieure à 11 ne seront pas admises à prendre part aux épreuves définitives.

2° *Epreuves définitives.*

2e *épreuve* (coefficient 5). — Epreuve orale.

Les candidates auront à répondre à deux questions tirées au sort d'après le programme ci-après (annexe I).

La durée de l'interrogation est de vingt minutes.

3e *épreuve* (coefficient 3). — Epreuve pratique.

La durée de cette épreuve est variable et déterminée suivant sa nature par le jury (voir le programme de l'annexe I).

V. — Centres d'examen écrits et oraux. — Dispositions générales concernant les diverses épreuves. — Opérations du jury.

1° *Epreuve d'admissibilité.* — L'épreuve écrite aura lieu au chef-lieu de chaque corps d'armée (au chef-lieu de la division en Algérie-Tunisie), à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte, sous la surveillance d'un médecin militaire désigné par le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte.

A l'armée du Rhin, au territoire de la Sarre et dans les théâtres d'opérations extérieurs, l'épreuve écrite aura lieu à *Mayence*, *Sarrebruck*, *Casablanca*, *Beyrouth*, dans une formation sanitaire désignée par le directeur du service de santé.

La date et les heures de commencement et de fin de l'épreuve seront rigoureusement les mêmes dans tous les centres d'examen, soit le 1er juin 1926 de quatorze à seize heures trente.

Le sujet de la composition sera choisi par le jury qui se réunira à cet effet, en commission spéciale, au ministère de la guerre, direction du service de santé.

Ce sujet sera mis par le jury dans une enveloppe cachetée à la cire qui sera adressée en temps utile aux directeurs du service de santé.

Aux jour et heure de l'épreuve, l'enveloppe sera décachetée par le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice mixte, en *présence des candidates.*

Le procès-verbal de la séance devra mentionner que le cachet était intact.

Si aucune candidate ne se présente, l'enveloppe sera renvoyée au ministre (direction du service de santé) *cachet intact.*

Les candidates seront surveillées en permanence pendant la composition, par le médecin désigné.

Il leur sera interdit de se servir de livres, notes ou manuscrits ou de communiquer entre elles.

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera l'exclusion immédiate du concours.

La composition sera faite sur des feuilles à en-tête

imprimé, envoyées par le ministre ; le médecin chef les remettra aux candidates, au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet. Ce cachet devra être apposé seulement sur l'en-tête imprimé.

Il sera délivré, en outre, aux candidates du papier timbré du cachet du médecin chef, papier devant seul servir à établir les brouillons. Aucun autre papier ne pourra rester entre les mains des candidates pendant la durée de la composition.

Chaque candidate inscrira son nom et ses prénoms, l'adresse de son domicile et apposera sa signature sur l'en-tête imprimé, à l'endroit indiqué, avant de remettre sa composition au médecin surveillant. Celui-ci s'assurera de l'exécution de cette prescription, et, le cas échéant, fera faire, en sa présence, par la candidate, les rectifications nécessaires.

Un procès-verbal sera établi pour la séance ; il indiquera le nom des candidates convoquées, celui des candidates ayant participé à l'épreuve et signalera la régularité de l'épreuve ou, s'il y a lieu, les divers incidents susceptibles d'être mentionnés.

A l'issue de la séance, il sera établi deux enveloppes cachetées à la cire, contenant la première les compositions, la deuxième le procès-verbal de la séance. Ces deux enveloppes portant la mention :

« Résultat du concours pour l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires » et indiquant le centre d'examen, seront réunies dans une seule enveloppe en papier fort, ficelée et cachetée à la cire, portant comme suscription :

A NE PAS OUVRIR

(Résultats d'un concours).

Cette enveloppe sera adressée par pli recommandé, dans les vingt-quatre heures, par le directeur du service de santé, au ministre de la guerre (direction du service de santé 1er bureau, personnel) qui, après avoir numéroté les compositions et détaché les en-têtes, conservera ces derniers et remettra les copies au président du jury.

Aussitôt après la correction des compositions, les candidates aptes à subir les épreuves définitives seront convoquées par les soins du ministre aux centres d'examens oraux.

2° *Epreuves définitives.*

a) *Centres d'examens oraux.* — Les centres d'examens oraux seront en principe : Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Nancy, Rennes.

L'itinéraire du jury et les dates de passage dans ces divers centres seront fixés ultérieurement par le ministre, suivant le nombre de candidates par centre et portés à la connaissance des admissibles.

La tournée du jury commencera en principe vers le milieu de juillet 1926 ;

b) *Choix des questions orales ou pratiques.* — Les sujets des questions seront arrêtés, en séance plénière par le jury, après une délibération, précédant immédiatement l'épreuve. Pour chaque épreuve et pour chaque candidate, l'urne devra contenir trois sujets de questions ;

c) *Ordre de passage des candidates.* — Dans sa première réunion, à chaque centre d'examen, le jury fera tirer au sort par les candidates l'ordre dans lequel elles seront appelées à subir les épreuves.

Les candidates pourront être réparties en séries, en suivant l'ordre primitif déterminé par le sort, si le jury le juge opportun ;

d) *Attributions des notes.* — Les notes de l'épreuve écrite et des épreuves orales et pratiques seront données de 0 à 20.

Les notes des épreuves orales et pratiques seront affichées à l'issue de chaque séance ;

e) *Etablissement de la liste du classement définitif.* — A la fin des opérations, le jury établira le classement des candidates d'après le total des points obtenus à toutes les épreuves ;

f) *Clôture des opérations.* — Les opérations seront closes par l'envoi au ministre :

1° De la liste de classement général ;

2° Des procès-verbaux des séances ;

3° D'un rapport du président du jury sur la marche des opérations, sur la valeur du concours et sur les modifications susceptibles d'y être apportées.

VI. — Dispositions générales.

II. — Les infirmières qui seront admises dans le service de santé militaire, à la suite de ce concours et des suivants, débuteront comme *infirmières stagiaires* des hôpitaux militaires, quels que soient leurs services antérieurs

Un an après la date de leur admission, les aptitudes professionnelles et morales et la manière de servir des stagiaires feront l'objet, de la part du médecin traitant et du médecin chef de l'hôpital, d'un rapport spécial *individuel* qui sera adressé au ministre par le directeur du service de santé du corps d'armée ou du théâtre d'opérations extérieur, lequel consignera son avis personnel motivé sur le renvoi ou le maintien de l'intéressée.

Si le rapport est satisfaisant, l'intéressée sera nommée, par le ministre, infirmière de 3e classe des hôpitaux militaires. Dans le cas contraire, elle sera invitée à cesser ses fonctions et n'aura droit, de ce fait, à aucune indemnité.

III — Les infirmières des hôpitaux militaires sont à la disposition du ministre, qui peut leur donner une affectation dans toute formation sanitaire ou les changer d'affectation suivant les nécessités du service.

Je vous prie de donner *la plus grande publicité* aux dispositions qui précèdent par voie d'affiche ou par l'intermédiaire de la presse régionale et de les transmettre aux médecins chefs de place et des formations sous vos ordres.

Il me sera adressé, à titre de compte rendu, des coupures des insertions faites dans les journaux locaux et régionaux.

NOTICE N° 1

PROGRAMME DES ÉPREUVES ORALE ET PRATIQUE

1° *Epreuve pratique.*

L'épreuve pratique comportera obligatoirement

1° L'application d'un pansement, bandage, écharpe ;

2° La reconnaissance et la manipulation d'instruments ou appareils d'usage courant faisant partie de l'arsenal médico-chirurgical.

2° *Epreuve orale.*

L'épreuve orale comportera deux questions tirées au sort parmi celles énumerées dans le programme ci-après :

1° Antisepsie et asepsie. Principes généraux ;

2° Stérilisation des instruments et des matériaux de pansement ;

3° Toilette du malade, de l'infirmière ;

4° Les divers pansements et bandages ;

5° Liniments, collutoires, gargarismes ; lavages de la bouche, collyres, pommades, sinapismes, vésicatoires, cataplasmes, etc. ;

6° Inhalations, pulvérisations, fumigations ;

7° L'entéroclyse ;

8° Bains généraux et partiels, enveloppements humides, lotions ;

9° La glace, conservation, mode d'utilisation ;

10° Saignée, ventouses ;

11° Notions générales sur l'anesthésie chirurgicale ;

12° Injections hypodermiques, intra-musculaires et intra-veineuses, instrumentation, nettoyage et stérilisation des seringues et aiguilles, liquides injectés, choix et préparation de la région ;

13° La température du malade,son importance, les thermomètres, la feuille de température ;

14° Syncope, respiration artificielle ;

15° Les hémorragies (premiers soins) :

16° Les empoisonnements (premiers soins) ;

17° Notions générales sur les fractures, précautions à prendre à l'égard d'un fracturé ;

18° Dangers et principaux modes de transmission des maladies contagieuses ;

19° Les produits pathologiquses (crachats, vomissements, selles, urines) ; l'importance de leur examen, immédiat par l'infirmière et de leur conservation pour l'examen par le médecin. Soins à prendre dans les prélèvements pour les analyses ;

20° Surveillance du malade dans l'intervalle des visites du médecin (douleur, altération du pouls et de la respiration, vomissements, éruptions cutanées). L'isolement provisoire du malade ;

21° Devoirs de l'infirmière vis-à-vis du médecin traitant ;

22° Hygiène générale du malade, son lit, objets à l'usage du malade, sa toilette, ses vêtements, recueil et manipulation hygiénique des linges et objets souillés ou sus ; ectsp

23° Alimentation du malade ;

24° Considérations générales sur le massage.

Pharmacie.

a) Généralités sur les médicaments. Produits employés comme médicaments ;

b) Formes sous lesquelles les médicaments sont administrés aux malades ou délivrés par la pharmacie ;

c) Classification et étiquetage des médicaments pour éviter les erreurs. Médicaments pour l'usage externe, médicaments dangereux, toxiques.

NOTICE N° 2.

APTITUDE PHYSIQUE DES INFIRMIÈRES DES HÔPITAUX MILITAIRES.

Les candidates à l'emploi d'infirmière des hôpitaux militaires doivent être robustes et bien constituées. Les médecins experts, dans leurs déterminations, devront s'inspirer par analogie, toutes les fois que la chose sera possible, de l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire, en ce qui concerne de service armé ; ils ne perdront pas de vue les conditions d'existence particulières auxquelles sont soumises les infirmières souvent exposées aux influences combinées de la fatigue et de la contagion ; ils mèneront en conséquence leurs expertises avec une rigueur comparable à celle qui est de mise dans le recrutement des engagés volontaires.

Le médecin expert sera un médecin militaire du *service hospitalier* désigné par le directeur du service de santé du corps d'armée.

L'examen clinique sera minutieux et sera complété par un examen radioscopique des poumons et, s'il y a lieu, par tout autre examen radioscopique ou par toute autre exploration ou recherche jugée utile.

Les postulantes devront joindre à leur demande une déclaration écrite et signée par laquelle elles s'engageront à se soumettre à l'examen du médecin expert ainsi qu'à toutes les vaccinations préventives ultérieures qui pourront être prescrites par le service de santé.

La déclaration de la postulante et le certificat établi par le médecin expert seront conformes au modèle ci-annexé.

(*J. O.*, 23 mars 1926.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Emile Delabost (de Rouen). — Jeudi soir, 13 mai 1926, s'est éteint doucement au milieu des siens le Dr Emile Delabost, âgé de 58 ans. Il était le fils du Dr Henry Delabost qui fut directeur de l'Ecole de médecine de Rouen et à qui on doit l'invention des bains en pluie.

Emile Delabost s'installa à Rouen en 1895 après avoir soutenu une thèse sur les « Souffles cardio-pulmonaires». Malgré une clientèle importante, il fut Président de la Société de Médecine de Rouen, de l'Association professionnelle des médecins de Rouen et de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine-Inférieure.

Pendant la guerre, dégagé de toute obligation militaire, il assura à Rouen le service médical dans deux hôpitaux militaires jusqu'à la fin des hostilités.

Sans tenir compte de sa santé qu'il savait défaillante, il remplit de nombreuses fonctions publiques, bureau de bienfaisance, inspection des écoles,etc.

Il est mort en pleine activité, car une semaine avant sa fin, il visitait encore ses malades. Pendant sa courte maladie finale, il régla lui-même, sereinement, toutes ses affaires.

Il était officier de l'Instruction Publique.

Le *Concours médical* prend une part sincère au deuil qui frappe la famille du Dr E. Delabost et le corps médical de Rouen.

— M. le Dr Huet, d'Arpajon (S.-et-O.) — M. le docteur Tapie, de Listrac (Gironde). — M. le docteur Thadée, de Béziers (Hérault). — M. le docteur Robert Moutard Martin, médecin honoraire des hôpitaux, à Paris.

Naissance. — Nous sommes heureux d'annoncer la naissance de Christiane Mignen, fille du Docteur et de Madame Mignen, de Montaigu (Vendée) et petite-fille de notre regretté Président Gustave Mignen, fondateur du premier syndicat médical de France, il y a exactement 45 ans.

— **Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris.** — Sous la direction de M. le professeur Gosset, aura lieu, à partir du 1er juin 1926, à l'usage des médecins et des étudiants pourvus d'au moins 16 inscriptions, un cours de diagnostic et de thérapeutique pratiques des maladies de l'appareil digestif. Ce cours sera fait par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours, pour la partie radiologique, et par M. René A. Gutmann, ancien attaché médical de clinique, chargé des consultations de gastro-entérologie, pour la partie clinique et thérapeutique.

Les élèves collaboreront, sous la direction de M. Gutmann, à la consultation et à l'établissement de la thérapeutique. Ils feront eux-mêmes, sous la direction de M. Ledoux-Lebard, les examens radiologiques nécessaires. Lorsqu'il s'agira de cas chirurgicaux, ils assisteront ensuite aux opérations qui seront pratiquées par M. le professeur Gosset. Les divers examens complémentaires (tubages gastriques ou duodénaux, interprétation des radiographies simples ou en série, etc.) seront faits par eux ou avec leur assistance.

Cet enseignement, essentiellement pratique, aura une durée d'un mois et commencera le mardi 1er juin 1926, à 10 h., à la Salpêtrière (Pavillon Osiris).

Le nombre des inscriptions est limité à 15. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine.

Le droit d'inscription est fixé à 150 fr. pour le cours et 150 fr. pour les travaux pratiques.

— **Le XIVe Congrès national de la Mutualité française.** se tiendra du 20 au 26 septembre 1926, à Strasbourg.

— **Le « Livre d'Or » de l'U. M. F. I. A.** (Union médicale Franco-Ibéro-Américaine) qui est une synthèse de l'œuvre médicale internationale latine accomplie depuis 1912 par cette société, la plus considérable de l'heure actuelle, va paraître incessamment. Rédigé par le Dr Dartigues, président-fondateur, il comprendra un annuaire très complet, de nombreux documents iconographiques et biographiques et des renseignements très utiles pour les médecins français et étrangers qui s'intéressent au grand mouvement des relations scientifiques franco-ibéro-américaines. Ce « Livre d'Or » sera distribué de droit aux trois mille membres de l'Umfia. Les médecins n'appartenant pas à l'Umfia et qui désireront posséder cette publication devront s'inscrire d'avance au secrétariat de l'Umfia, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

— **Les médecins parisiens de Paris** se sont réunis en un dîner qui eût lieu le 22 avril sous la présidence du Dr Devraigne, président en exercice, et de M. le Prof. Charles Richet, président d'honneur. Ils fêtèrent très amicalement l'élévation de ce dernier à la haute dignité de Grand Officier de la Légion d'honneur. Le Dr Devraigne ayant mis en valeur les nombreux titres de gloire de ce grand savant, celui-ci répondit par quelques mots fort modestes, puis récita plusieurs fables de sa composition : « La Fourmi et la Cigale », « Le Plaisir et la Douleur », « Le Compliment de l'Ane », « Le Vautour ». Une diction impeccable venant souligner la réelle valeur littéraire de ces fables, ce fut un véritable régal pour tous. Une gaieté plus bruyante reprenant ensuite sa place traditionnelle, quelques chansons de salles de garde agrémentèrent la fin du repas, et le président, Dr Devraigne, reprenant la parole, commenta de façon à la fois savante et humoristique un texte latin ... qui bravait l'honnêteté. Onze nouveaux membres furent élus lors de cette réunion à laquelle prirent part : MM. Baillière, Bloch (André), Blondin (P.), Bollack, Cadenat, Chevet, Colin (Henri), Constensoux, Coutela, Crocquefer, Dartigues, Devraigne, Doin, Duclaux, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Gréder, Guébel, Jayle, Lereboulet, Le Roy des Barres, Piot, Pitsch, Prost, Quiserne Prof. Richet, Rollot, Sauphar, Sée, Springer, Toupet, Verchère, Viguerie, Vitry, Wallon. S'étaient fait excuser : MM. Blondin fils, Bongrand, Chassin, Didsbury, Lavenant, Le Savoureux, Lobligeois, Loubier, Luys, Martial, Miriel, Monscourt, Rolet, Sauvez, Scheffer, Vimont.

Pour tous renseignements concernant cette amicale, s'adresser au secrétaire général, Dr P. Prost, 119, boulevard Malesherbes, 8e.

— **Département de Saône-et-Loire.** — *Concours pour un poste d'inspecteur d'hygiène.* — Un concours pour un poste d'inspecteur d'hygiène dans la circonscription de Louhans aura lieu au laboratoire d'hygiène de la Faculté de Lyon, le vendredi 9 *juillet* à 9 heures. Le concours aura lieu sur titres et sur épreuves (composition écrite, épreuve orale, épreuve de laboratoire). La limite d'âge est fixée à 28 ans (âge minimum) et à 45 ans (âge maximum).

L'inspecteur d'hygiène de circonscription est chargé de l'inspection médicale des écoles de sa circonscription ; il participe d'autre part au service d'inspection générale d'hygiène suivant les directives fixées par l'inspecteur départemental. La pratique de la clientèle lui est interdite.

Echelle de traitement: 18.000 à 24.000 fr. par échelon de 2.000 tous les 4 ans. Indemnités de résidence et de charges de famille. Droit à participer à la Caisse des retraites. *Indemnité forfaitaire de déplacement* : 11.000 fr.

Pour concourir, adresser la demande au Préfet de Saône-et-Loire, à Mâcon, jusqu'au 30 juin, dernier délai ; y joindre le bulletin de naissance et l'exposé des titres et diplômes, dont il devra être justifié au plus tard le jour du concours.

Date d'entrée en fonction : 1er octobre 1926. Pour plus amples détails, s'adresser à la préfecture de Saône-et-Loire (Service de l'Inspection départementale d'hygiène).

— **Les médecins de Toulouse à Paris.** — Mercredi 28 avril au buffet de la gare de Lyon, a eu lieu la 2e réunion trimestrielle de la S. A. M. T. P. Etaient présents : les docteurs David Mont-Refet, David de Prades, Digeon, Censier, Pecot, Durand, Levy-Lebar, Esclavissat, Andreu, Faulong, Corse, Reinflet, Privat, Bory, Delater, Armengaud, Bourguet, Groc, Loze, Caraven, Laborde, Melle Bouteil, Busquet, Roule, Terson, d'Ayrenx, Azema, Cauj lle ; la section d'internes et d'étudiants étaient représentée par MM. Peribère, Redon, Digeon et Marc. S'étaient excusés : les docteurs Malavialle, Dartigues, Molinéry, Cambiès, Delherm.

Comme à l'accoutumée, l'entrain le plus vif et la camaraderie la plus cordiale régnèrent pendant la soirée. Bonne reprise de contact entre compatriotes que séparent trop longuement les obligations professionnelles et pleinement ravis de se retrouver pour quelques heures, dans la joyeuse et intime atmosphère de leurs années d'études et de jeunesse. Que d'heureuses conséquences, à tous points de vue, de ces réunions !

Prirent successivement la parole : les docteurs Busquet, président en exercice, Roule, Laborde, Armengaud (Cauterets), Flurin (Cauterets), Censier (Bagnoles-de-l'Orne), David (Luxeuil), Durand et Groc (secrétaire général), qui lut notamment une lettre du Dr Malavialle mettant nettement au point la question d'Evian, station actuellement en butte à certaine campagne de dénigrement indignement injustifiée.

Le prochain dîner aura lieu dans le courant de juin. Pour tous renseignements s'adresser au Dr R. Groc, 40 rue d'Enghien, Paris (10).

— **La 50e Session de l'Association française pour l'avancement des sciences** se réunira à Lyon, sous la présidence du professeur Teissier, du 26 au 31 juillet 1926. Les adhésions doivent parvenir au Secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (VIe), avant le 20 juin prochain.

Questions mises à l'ordre du jour : 1o Des asystolies d'origine réflexe (M. Dumas, médecin des hôpitaux de Lyon, rapporteur) ; 2o Evolution des chlorures dans l'organisme (M. Florence, professeur agrégé, rapporteur) ; 3o questions diverses.

Une exposition se rapportant aux différentes branches de l'activité scientifique aura lieu dans le Palais de la Foire de Lyon pendant la durée du Congrès. Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. Pilon, bureaux de la Foire de Lyon, 1, rue Blanche, Paris (9e). (Tél. Trudaine 02-51).

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire,** 156 *bis, avenue de Suffren, XVe Arrond.* (*Métro-Sèvres*). — Assistants titulaires : Drs Boulanger, Grandjean et Brulé. Assistant adjoint : Dr Quenay. Assistant chirurgical : Dr G. Yvon. Assistant médical : Dr Siguret. Chefs de laboratoires : Drs Beauvy, Detot, Le Guyon et Lobligeois. Chef du service : M. le Dr F. Cathelin. — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* — Consultations : les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures ; Opérations et lithotritie les vendredis à 9 heures au Pavillon-Annexe ; Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie ; Radiographies : les mercredis à 9 heures ; Leçons cliniques avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures ; Injections épidurales et électricité (*haute fréquence*) : les mercredis à 9 heures 1/2 ; Urétrites et examen des gouttes : les lundis à 10 heures ; Traitements : tous les jours, le matin, de 8 heures à midi.

Le Musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

— **Service de santé des troupes coloniales.** — Un concours s'ouvrira le 6 décembre 1926, à neuf heures, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours seront nommés aides-majors pour compter du 31 décembre 1926 avec pour les médecins une majoration d'ancienneté d'un an dans ce grade, sans rappel de solde. Les candidats ayant accompli leurs obligations militaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accompli comme médecin ou pharmacien auxiliaire ou comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (article 39 de la loi du 1er avril 1923).

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois susvisés ont été insérés au *Journal officiel* sous forme d'arrêté (*Journal officiel* du 26 et 27 avril 1926) et d'Instruction (*Journal officiel* du 25 juillet.)

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du Corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministre de la guerre (8e direction, 3e bureau).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

reur général et taxe du Président, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

Il est toujours bon en pareille circonstance et pour éviter toutes contestations possibles de demander une réquisition écrite.

1510. — Durillon forcé accident du travail.

Je vous serais bien reconnaissant de me faire savoir si le durillon forcé, chez un terrassier, doit être considéré comme accident du travail et doit engager la responsabilité de l'employeur.

Dr L.

Réponse.

Si le durillon préexistant a été « forcé » à la suite d'un traumatisme survenu au cours du travail, il y a bien accident du travail et l'ouvrier peut prétendre aux indemnités prévues par la loi de 1898. En effet, en règle générale, dans les accidents du travail, il ne faut pas tenir compte de l'état antérieur des blessés ; le seul point à rechercher est celui de savoir s'il peut y avoir une relation de cause à effet entre le traumatisme invoqué et la lésion constatée, quand bien même la lésion aurait été rendue possible par l'état antérieur du blessé.

Voir à ce sujet le *Concours médical* du 19 juillet 1925, page 1751*bis*, jugement du Tribunal civil de Clermont du 19 novembre 1924.

913. — Patente d'un ménage de médecins.

J'ai reçu du percepteur un avis de patente au nom de ma femme (pour l'année 1925) et on lui réclame une somme égale à la mienne. Je trouve cela tout à fait abusif. Ma femme fait une toute petite clientèle, et plutôt que de payer une grosse patente, j'aimerais mieux, et elle aussi qu'elle n'exerce plus. Que dois-je faire ? Je demande au contrôleur un dégrèvement des 3/4. S'il refuse, puis-je prendre ma femme comme assistante et la faire exercer sous ma responsabilité ?

Dr X.

Réponse.

A notre avis, la patente d'un ménage de médecins exerçant séparément devrait être établie comme suit :

Premier cas : Existence de locaux professionnels distincts pour le mari et pour la femme.

Chacun des membres du ménage est imposé sur la valeur locative de ses locaux professionnels augmentée de la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation.

Deuxième cas : Locaux professionnels communs :

Chacun des membres du ménage est imposé sur la valeur locative totale des locaux professionnels communs augmentée de la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation.

Troisième cas : Au cas où l'un des membres du ménage ne posséderait pas de locaux professionnels, il ne serait imposé que sur la moitié de la valeur locative des locaux d'habitation, l'autre étant imposé sur la deuxième moitié augmentée de la valeur locative de ses locaux professionnels.

Dans le cas visé par la question, la femme pourrait être considérée comme assistante de son mari qui, dans ce cas, devrait déclarer la totalité des honoraires perçus et comprendre dans ses frais le traitement alloué à sa femme.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1260. — Les bénéfices sur la vente d'un immeuble ne sont pas des revenus.

Un docteur achète un immeuble et le revend dans la même année en réalisant un bénéfice important. Doit-il déclarer ce bénéfice et quelle imposition doit-il subir de ce fait ?

Cette somme gagnée ne doit évidemment pas rentrer dans les bénéfices professionnels, mais doit-elle être déclarée dans les revenus de l'année pour l'impôt sur le revenu, ou doit-elle subir un autre impôt spécial au profit de l'Etat ?

Dr C.

Réponse.

Le bénéfice réalisé lors de la vente d'un immeuble ne constitue pas un revenu passible des impôts cédulaires et de l'impôt général. Il n'est donc pas à déclarer.

Cependant, si l'opération n'était pas isolée et si la personne visée dans la question se livrait *habituellement* à l'achat et à la revente d'immeubles, elle deviendrait passible de la taxe sur le chiffre d'affaires et de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

A. M.

1555. — Exercice illégal de l'art dentaire.

Je viens faire appel à votre haute compétence en matière de jurisprudence pour un fait qui m'intéresse tout spécialement.

J'ai fait condamner, il y a 6 mois, exactement le 6 octobre 1925 une personne non diplômée, pratiquant l'art dentaire, en présence d'un médecin. La personne a été condamnée pour exercice illégal et le confrère pour complicité.

Actuellement la même personne (toujours non diplômée) s'occupe encore de stomatologie.

J'ai adressé une requête au Procureur de la République ; enquête a été faite et il en ressort que ladite personne *prépare les dents, les nettoie, y applique des pansements en vue de l'obturation*, ceci *en présence du même docteur* et *depuis sa condamnation.*

Y a-t-il, dans ce simple exercice de préparation des cavités et d'applications de pansements de prépara-

tion à l'obturation, acte dentaire ? Pour ma part je le crois, mais je vous demande votre avis.

Peut-on considérer un acte semblable comme une récidive illégale d'art dentaire ?

N'existe-t-il pas d'arrêts rendus par la Cour, concernant une ou plusieurs affaires similaires, comme par exemple, l'arrêt de Nancy du 12 mai 1897, si je me souviens bien ?

Dr Z.

Réponse.

Voici une définition de l'exercice illégal de l'art dentaire, donnée par la Cour d'appel de Paris, dans son arrêt du 29 octobre 1904 (9e chambre, S. 1907.2.7) :

« Il y a exercice illégal de l'art dentaire, de la part de celui qui, non muni du diplôme de chirurgien dentiste, pratique des opérations dentaires, sous la surveillance d'un médecin, ou d'un dentiste diplômé, si les faits, qui lui sont reprochés, consistent, non en simples actes d'aide, ou d'assistance, donnée au médecin, ou dentiste diplômé, mais exigent une habileté manuelle, une pratique, et une connaissance, auxquelles ne saurait suppléer la surveillance d'un tiers. »

Il en résulte que le fait de préparer les dents, de les nettoyer, de les fraiser, de les panser provisoirement, en vue d'une obturation définitive constitue bien le fait d'exercice illégal de l'art dentaire, si ces actes sont faits par un non diplômé, même en présence et sous la surveillance immédiate d'un diplômé.

En effet, pour préparer une dent, en vue de l'obturation, il faut avoir fait un apprentissage.

D'autre part, ces actes ne constituent pas la simple aide qu'un assistant, un infirmier quelconque peut donner à un diplômé.

Je sais bien que, dans pas mal de cabinets dentaires, dans les grandes villes, véritables usines à soins, des non diplômés sont employés comme opérateurs, couverts qu'ils se croient être par un diplômé, présent dans l'établissement et servant plus ou moins de prête-nom.

S'ils étaient traduits en correctionnelle, ils seraient certainement condamnés, alors que le diplômé serait puni pour complicité d'exercice illégal de l'art dentaire.

La jurisprudence est peu abondante. A part l'arrêt ci-dessus indiqué, nous ne relevons, pour l'espèce qui nous est soumise, que les deux décisions suivantes : commet l'exercice illégal de l'art dentaire, celui qui, non muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste, fait des pansements dentaires (Dijon, 2 mai 1906, *Droit médical*, avril 1907) ou même se borne, après examen des clients, à leur indiquer les opérations de dentisterie ou de prothèse qui leur sont nécessaires et à les faire exécuter par autrui, sur ses indications (Nancy, 12 mai 1897 ; S. 98.2.205).

Pour votre cas particulier, il y a certainement récidive de l'exercice illégal de l'art dentaire, avec complicité du docteur prête-nom.

Vous avez qualité pour poursuivre et vous porter partie civile, entre les mains du procureur de la République, au cas où ce magistrat ne voudrait pas lui-même soutenir la poursuite.

Le syndicat des médecins de la région a également qualité pour poursuivre, de même que le syndicat des médecins stomatologistes et celui des chirurgiens dentistes.

Dr Paul BOUDIN.

1500. — Refus d'admission d'urgence à l'A.M.G. Appel.

M. B., un de mes clients habitant le village de X, (à 6 kil.) est atteint en février dernier d'accidents asystoliques, insuffisants pour porter un pronostic fatal, mais suffisants pour conclure à une incapacité de travail à peu près définitive et dont la durée ne peut être prévue.

M. B. ne vivant que de son travail se trouve, ainsi que sa famille, sans ressource et je fais un certificat pour le faire admettre à l'A.M.G. Le maire de K. me répond quelque temps après qu'il va examiner l'affaire avec son conseil, mais que jusque-là, il ne s'engage à verser aucun frais de maladie. Depuis je n'entends plus parler de rien, jusqu'au début d'avril où le secrétaire de mairie m'apprend qu'à l'unanimité le Conseil a décidé de faire admettre B à l'hôpital (1), cette décision ne m'est pas signifiée, elle est seulement communiquée oralement et d'une manière vague à Mme B. qui ne m'en fait aucune part. A ce moment, B. qui vient de faire une complication infectieuse est intransportable et n'a plus que quelques jours à vivre.

J'en avise le maire qui me répond que cela ne change pas sa décision. B. n'avait qu'à aller à l'hôpital plus tôt, mais il ne délivrerait aucun livret d'indigent pour lui.

B. est décédé. Que dois-je faire ? Si je poursuis la veuve, a-t-elle de son côté des chances d'obtenir un remboursement ? Peut-elle avoir quelque chance en s'adressant directement à la préfecture ? Dois-je moi-même exposer les faits à la préfecture et demander si l'on ne peut passer outre à l'entêtement d'un maire ? Y a-t-il en pareille matière un Conseil départemental qui statue en dernier ressort ? S'il n'existe, ce serait à souhaiter qu'on l'établisse, car il n'est pas admissible que l'inscription sur une liste d'indigent dépende uniquement de la partialité d'une municipalité, qui ne paye d'ailleurs qu'une faible partie des dépenses.

Dr J.

Réponse.

Il existe, en matière d'admission à l'assistance médicale gratuite, une juridiction d'appel, qui

(1) L'hôpital est à 30 kil. Le transport était laissé à la charge du malade, soit 120 fr. au moins en auto.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1927)

NOTA. — Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er juillet, au prix de 18 francs. A partir de cette date, et jusqu'au 1er octobre seulement, le prix sera porté à 20 francs.

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au CONCOURS MÉDICAL, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1927 (1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 18 fr.*
- *Je verse 18 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. 50 de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1926

(1) — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2) — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

est une Commission cantonale, composée du sous-préfet, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement et du juge de paix du canton (art. 17 de la loi du 15 juillet 1893).

Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt de la liste d'assistance au secrétariat de la mairie, les réclamations en inscriptions ou en radiations peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

La veuve de votre client peut donc faire une réclamation et, si elle est admise, son effet remontera, bien entendu, au jour de la demande d'admission, de sorte que vous pourrez être payé de vos honoraires par le Service de l'Assistance.

Lorsqu'il s'agit d'une réclamation sur une demande d'admission faite dans l'intervalle de deux sessions, le délai de vingt jours dans lequel doit être faite la réclamation doit courir de la publication de la délibération du Conseil municipal qui a pprouvé le refus d'inscription d'urgence par le Maire.

1615. — Déclaration de naissance.

Je viens faire appel à vos lumières pour un cas *délicat de secret professionnel.*

J'ai accouché clandestinement, il y a une quinzaine, une veuve de guerre habitant dans un petit village comportant une dizaine d'habitations.

Cette dame, qui tient absolument à cacher cette grossesse, m'a prié de faire porter son enfant à l'Assistance ce que j'ai fait le même jour.

Voulant rester en règle avec la loi, j'ai déclaré par écrit la naissance d'un enfant de sexe masculin, viable, de père et mère non dénommés, à la mairie de la commune dont dépend ce village.

L'instituteur faisant fonction de maire m'a prié de passer signer ma déclaration ce que j'ai fait. Dans notre entrevue, il m'a prié également de donner le nom du village, ce que j'ai refusé, cette indication étant suffisante pour dévoiler l'identité de mon accouchée. Devant mon refus, il m'a dit qu'il allait en référer au procureur de la République de l'arrondissement.

Voici la lettre que je reçois aujourd'hui. Que dois-je faire ?

Dr X.

Réponse

Le médecin doit fournir au maire, officier de l'état civil, les indications légales qu'il connaît, alors qu'elles ne violent pas le secret professionnel. Mais il peut et doit refuser tout renseignement sur les points dont la révélation serait contraire à l'obligation du secret.

Par exemple, non seulement le médecin doit taire les noms du père et de la mère, s'ils ne lui ont été confiés que sous le sceau du secret, mais aussi le lieu de la naissance, lorsque son indica-

tion risquerait de révéler indirectement le nom de la mère et que celle-ci désire se cacher (Cour d'Angers, 18 novembre 1850. D. P. 51.2.20. Tribunal de la Seine, 30 décembre 1875, *Gazette des Tribunaux*, 30 décembre 1875.)

Comme le refus de donner les indications qui doivent constituer un acte de naissance complet n'est sanctionné par aucune pénalité légale, au contraire de l'omission de déclarer le fait matériel de l'accouchement, vous ne courez pas de risque en n'obéissant pas à l'invitation du maire et du procureur de la République.

Application du Tarif Durafour

I

1414. — Visite « de contrôle ».

Je soigne un ouvrier qui, à la suite d'un accident du travail, a présenté une section complète de deux phalanges des index et médius de la main droite et des mutilations analogues à la main gauche.

Il y a eu régularisation en temps utile.

Actuellement, je compte à chaque consultation :

Consultation, pansement main droite ...	10 fr.
— pansement main gauche .	10 fr.
Soit	20 fr.

J'ai eu dernièrement la visite du médecin de l'assurance, à mon cabinet, où il avait donné rendez-vous au blessé.

Le décompte que je vous soumets est-il exact :

Visite + 50 p. 100, pansement main droite	18 fr.
Pansement main gauche......	10 fr.
Soit	28 fr.

Ou bien, la majoration de 50 p. 100 s'applique-t-elle aux deux actes opératoires ?

Dr G.

Réponse.

La visite de contrôle *seule* est majorée de 50 % (article 3 *a*), mais non pas les interventions. Ce n'est donc que 10 plus 5, soit 15 francs, que vous devez compter pour une telle visite (et non pas 12 plus 6), puisqu'il n'y a pas eu 12 francs à compter, les deux francs *de déplacement* n'étant pas en cause, alors que cela s'est passé dans votre cabinet. D'autre part, si vous avez dû faire deux pansements pour deux blessures *différentes*, vous pouvez compter *en plus* le pansement supplémentaire à celui compris dans le prix de la visite. D'où : 15 plus 5 plus 10, soit 25 francs.

F. D.

II

1315. — Curetage utérin.

J'ai été appelé ce matin auprès d'une domestique de ferme qui a fait une fausse couche imputable, d'a-

près elle, à son travail. Le fait étant admis, quel tarif dois-je appliquer ? J'ai fait les touchers habituels, une surveillanece d'une heure à ma première visite, un curage digital et une injection intra-utérine à ma seconde visite. Je ne vois, dans le tarif, que la mention : accouchement traumatique sans complications, et curettage.

Sauf votre avis contraire, je pense pouvoir assimiler l'ensemble de mes interventions à l'accouchement sans complications et compter 200 fr.

Dr R.

Réponse.

Je ne pense pas que vous puissiez compter un accouchement inexistant, même par analogie. En somme, vous avez fait, dites-vous, à la deuxième visite, un « curage digital ». Alors n'avez-vous pas à l'article 21, *in fine*, la rubrique qui me paraît adéquate, soit : « Curetage utérin : 100 fr. » ? Naturellement, comptez en plus votre première visite.

F. D.

III

1411. — Paraphimosis traumatique.

J'ai réduit récemment un paraphimosis, contracté, paraît-il, à l'occasion du travail. La déclaration a été faite à la Compagnie, qui n'a pas contesté la nature de l'accident.

J'ai vainement cherché dans le tarif Breton, le prix de la réduction d'un paraphimosis. Le cas doit être rare sans doute, comme accident du travail. A quoi faut-il assimiler cette réduction et quels honoraires demandés à la Compagnie d'assurances ?

Quand un ouvrier se présente avec deux, trois doigts blessés, faut-il ne compter qu'un seul pansement en tout, bien qu'en réalité, il y en ait deux ou trois ?

Dr L.

Réponse.

1° Je ne pensais pas qu'un paraphimosis pût être causé par un accident du travail. Tout arrive ! ..... Si vous n'avez fait que le réduire manuellement, sans débridement, je chercherais une analogie (?) dans « luxation d'une phalange : 25 francs » (article 10). Si vous avez fait une intervention sanglante, je complèterais la même analogie avec « réduction de luxation de doigt par la méthode sanglante : 75 francs » (même article).

2° On compte « pansement simple » en cas de plaies de doigts « très superficielles », sinon « pansements multiples » (article 17).

F. D.

IV

1389. — Brûlures de la face.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail atteint de brûlure de la moitié supérieure de la région frontale, de l'oreille gauche, de la partie latérale gauche du cou, et de tout le cuir chevelu.

Je suis embarrassé pour tarifer ces lésions et c'est pour cela que je m'adresse à vous.

Dr S.

Réponse.

Le cuir chevelu, le cou, etc... ne font pas partie de la *face*, c'est-à-dire d'un endroit d'un pansement de difficulté technique, donc de responsabilités très spéciales, à cause des cicatrices vicieuses qui peuvent résulter d'une brûlure. Il ne reste comme brûlure de la face que le front, auquel cas je compterais non pas « la majeure partie de la face », mais « brûlure moyenne de la face : 30 francs. »

F. D.

Application du Tarif Maginot.

I

1220. — Rayons ultra-violets.

Pourriez-vous m'indiquer le prix que je dois tarifer pour un blessé de guerre pour des séances de rayons ultra-violets ? J'ai été autorisé par la Commission de contrôle.

Dr M.

Réponse.

D'après le tarif Maginot, avec ses compléments de l'année dernière, l'application de rayons ultra-violets est tarifée 15 francs par séance.

F. D.

II

1289. — Déplacement sur le territoire d'une même commune, mais dans deux agglomérations différentes.

Veuillez, je vous prie, me donner votre avis sur le fait suivant :

Au cours du trimestre écoulé, j'avais fait quelques visites à un mutilé et réformé pour tuberculose pulmonaire, qui habite le hameau du P., distant de 3 trois kilomètres de V. (ce hameau fait partie de la commune de V.).

Jusqu'à ce jour, on m'a toujours payé l'indemnité de déplacement. Le dernier mémoire comportait 25 fr. pour indemnité de cette nature.

Il m'est revenu de la préfecture amputé de ces 25 fr. et accompagné en échange de cette note : « l'indemnité kilométrique n'est pas due dans les limites d'une agglomération. »

J'ai écrit aussitôt à la préfecture objectant que le P., distant de 3 kil. de V., ne me paraissait pas en faire partie et qu'à ce titre, je demandais le payement de la somme contestée.

Le médecin attaché à ces services m'a répondu fort gentiment, je dois le reconnaître, que « l'indemnité kilométrique ne joue que lorsque le praticien *sort* de sa commune et qu'il n'est pas question d'agglomération ».

Quel est votre avis ? Y a-t-il un nouveau règlement depuis octobre dernier ? Ai-je droit, oui ou non, à ces 25 francs ?

Dr P.

Réponse,

On lit, article 64, alinéa 5 : « L'indemnité kilométrique n'est pas allouée dans les limites d'*une agglomération*, ni, etc... » et non pas dans les limites d'*une commune*. Et cela à ma demande personnelle, car je fis remarquer que le médecin de campagne pourrait parfois (comme moi-même) aller à un hameau (que je montrai carte en main) situé à 3 kilomètres de distance et faire 6 kilomètres sans toucher de déplacement. C'est également ainsi que, peu auparavant, j'avais obtenu que, dans le tarif Breton, on mît (ce qui n'existait pas dans le tarif Dubief) : « Lorsque le blessé et le médecin habitent deux *agglomérations* ou deux hameaux situés sur le territoire d'une même commune, etc... », auquel cas le déplacement était payé. C'est la même idée dans les deux tarifs, mais exprimée plus elliptiquement dans le tarif Maginot.

Conclusion.— On vous doit votre déplacement : un refus vaudrait un appel, si minime que puisse être la somme en litige.

F. D.

1634. — Accident du travail. Médecin choisi par le patron. Honoraires.

Appelé à donner mes soins à un ouvrier blessé dans *la commune où j'exerce,* j'ai continué le traitement à son domicile situé à 15 kil. de chez moi, mais à 5 kil. d'un confrère.

La Compagnie ne veut me payer que le déplacement dû au médecin le plus rapproché. Moralement, je ne pouvais abandonner ce blessé qui présentait de multiples contusions de la tête et du thorax avec céphalée et douleur lombaire violente.

Le patron lui-même m'a amené ce blessé et prié de lui donner mes soins.

Puis-je exiger le paiement intégral de mes visites et déplacements au tarif Breton alors en vigueur ?

Dr M.

Réponse.

Dès lors que vous avez été choisi par le patron, et non par le blessé, vous n'êtes nullement contraint d'accepter l'application du tarif Breton, mais avez le droit absolu de demander le paiement de vos honoraires au tarif de droit commun. Par suite, la règle suivant laquelle l'indemnité kilométrique ne peut être supérieure à celle qui serait due au médecin le plus rapproché ne vous est nullement opposable.

Si le patron, ou la Compagnie d'assurances, prétendent vous imposer cette réduction de vos honoraires, vous pouvez parfaitement citer le patron, en paiement de votre note intégrale, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Quarante-huitième année — N° 22 — 30 Mai 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1442-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maîche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr X., la somme de dix francs pour bons offices de cette Société.

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Les lecteurs qui désirent recevoir la prochaine édition de l'**AGENDA-MEMENTO** (Edition 1927), sont priés de vouloir bien nous envoyer de suite leur souscription.

Le prix de la souscription, qui est actuellement de 18 francs pour nos abonnés, sera porté à 20 francs à dater du 1er juillet.

Nous remercions par avance nos lecteurs qui faciliteront notre tâche en souscrivant dès maintenant.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours Médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 246. — Œufs du jour pr enf. et convalesc. Dr Denel à Fronton (Haute-Gar.) t. p. r.

N° 247. — Cannes. Villa Saint-Dizier, route d'Antibes. Hôtel pension conf. moderne, grand jard. ombragé, à 5 min. de la mer, appartenant à méd., ouvert toute l'année. Prix spéc. à conf. et famille.

N° 248. — Renault 10 CV 1921, torp. 4 pl. bon état de marche, 8.000 fr.

N° 249. — Cabriol. Citroen 5 CV, fin 1924, parf. état mécanique et carross., 13.000 fr. Dr Boussange, 129, av. de Villiers, visible de midi à 13 h. 30 et de 18 h. 30 à 20 h.

N° 250. — Landau d'enf., bon état, à céd. 125 frs. Dr Phipps, 92, rue de Lévis, à Paris.

N° 251, — Bretagne. Cures air, rep., rég. villégiat. et neuro-psych. chât. et villas (40 ch.) ds parc part. boisé de plus de 8 Ha. Et. fondé en 1910 par le Dr Le Floch. Not. illust. sur dem. au Bois-Saint-Louis, à Pont-du-Cens-lez-Nantes (L.-I.).

N° 252. — Dr dispos. de qq. capit. cherche achat ou assoc. dans aff. paraméd. d'un rapp. sûr. Dr Paul Vallin, 29, rue Madame, à Paris (6e).

N° 253. — Belle villa, face mer, 5 ch. à-coucher, à louer 1.800 pour sais., à Loon-Plage, près Dunkerque. S'ad. Dr Top, à Loon-Plage.

N° 254. — Dans rég. tourist. du Centre, offre, contre remplacem. août ou juillet, tous bénéfices de ma clientèle et maison confortable avec garage et jardins.

N° 255. — A vend. Larousse médical illustré, première édition, en très bon état, relié, 80 fr. S'ad. Mlle Kahn, 17, rue Beautreillis, Paris, le matin, ou écrire.

N° 256. — Dr André, à Orsay (S.-O.), dem. roue Stepney pour 765 × 105, bon état et complète.

N° 257. — Instit. Liébault, à Loches (I.-L.), cures d'isolem. de désintoxicat., de psychothér., psychoses et psycho-névroses, pas d'aliénés.

N° 258. — Ville agréable, 2 heures Paris, cab. méd. génér. et A. T. rapp. 75.000 minim. Habit. bourgeoise, pavill. 9 p., tout conf., indemn. 35.000. S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 259. — Touraine, ch.-lieu cant., poste rapp. 42.000 nombr. communes à desserv., gr. mais. av. jard. poste très agréable, à prendre de suite. Pet. indemn. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 260. — A céd. cause ach. d'une 5 pl, Ford coupé cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franç, pn. conf., ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix 13.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Le dimanche 6 *juin* aura lieu la **Journée médicale thermale de Clermont** consacrée aux stations hydrominérales du centre de la France, organisée par le *Centre médical*, sous la présidence du Pr CASTAIGNE, avec le patronage de l'Ecole de médecine et du Corps médical des hôpitaux de Clermont.

— **Cours de malariologie** institué par la Section d'hygiène de la Société des Nations. — Ce cours est donné à la fois à Hambourg, Londres et Paris et est suivi de stages dans les régions à malaria. L'enseignement de Paris a lieu du 1er juin au 5 juillet, sous la direction du professeur Brumpt.

— **Hôpital Lariboisière.** — (Clinique oto-rhino-laryngologique). — *Cours de chirurgie réparatrice et cosmétique.* — M. le professeur Pierre Sébileau et M. Léon Dufourmentel, chef de clinique, commenceront, le mercredi 2 juin, un cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — M. le Dr J.-B. Rieux, professeur au Val-de-Grâce, est nommé professeur de clinique médicale, service de l'hôpital de la Charité.

— **Hôpital de la Pitié.** — Le jeudi à 11 h., leçon clinique par le professeur Marcel LABBÉ, dans son service, sur les *troubles de la nutrition.*

— **L'hôpital américain** (boulevard Victor-Hugo, à Neuilly-sur-Seine), vient d'inaugurer de nouveaux pavillons en présence du président Doumergue et de M. Myron F. Herrick, ambassadeur des Etats-Unis.

— **Trévise.** — On annonce la mort du professeur GRADENIGO, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Naples, auteur d'importants travaux sur cette spécialité.

— **Voyages de la section de médecine de l'Association des étudiants.** — La section de médecine de l'Association générale des étudiants, 15, rue de la Bucherie, organise pour août prochain un voyage en Corse.

— **Le Martyrologe des radiographes.** — Le docteur Félix Lobligeois, radiologiste de l'hôpital Bretonneau, qui avait déjà subi plusieurs interventions, a dû être amputé d'un bras il y a quelques jours.

— **Agrégation.** — *Chirurgie.* — Sont proposés pour la nomination au titre d'agrégé :

Académie de Paris. — MM. Brocq, Gatellier, de Gaudart d'Allaines, Leveuf, Moulonguet, Quénu.

Académie de Bordeaux. — MM. Bardon, Charbonnel, Chenut, Loubat.

Académie de Toulouse. — M. Lefebvre.

Académie de Lyon. — MM. Bonniot, Perrin, Pollosson, Richer, Rocher, Wertheimer.

Académie de Montpellier. — MM. Aime, Roux, Mourgue.

Académie de Lille. — M. Swynghedauw.
Académie de Strasbourg. — M. Weiss.

— **Institut d'hygiène alimentaire** (entrée : angle des rues Clotilde et de l'Estrapade, Paris V[e]). — *Conférence* de M. A. Hemmerdinger, professeur, le 5 juin, à 16 h. 3/4. *Sujet* : Comment faire son marché ? Provisions. Gaspillages. L'art d'accommoder les restes. Les bas morceaux.

— **La tombola de la « Maison du Médecin ».** — Le docteur Boucard nous fait savoir que le cabriolet Peugeot, gros lot de la tombola de « La Maison du Médecin », a été gagné par le docteur Vallerant, à Bolbec (Seine-Inférieure).

La liste des numéros gagnants sera adressée sous quelques jours à tout le Corps médical, ainsi qu'à toutes les personnes qui en feront la demande, 30, rue Singer, Paris, 16[e].

— **Journées médicales de Bruxelles,** 1926. — C'est le dimanche 27 juin, à 4 h. 1/2 de l'après-midi, que LL. MM. le Roi et la Reine recevront les membres des Journées Médicales au château de Laeken.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *mai.*

Lutte anticancéreuse.

Par décret du 7 mai, est approuvé le projet de convention intervenu entre le doyen de la Faculté de médecine de Paris et M. Strauss, président du Conseil d'administration de la Fondation pour le fonctionnement de l'Institut du cancer, en vue du rattachement de cet établissement à ladite Faculté de médecine.

Enseignement de la médecine.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, du 7 mai, est approuvée une délibération du Conseil de l'Université de Clermont portant création, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, d'un Institut d'hydrologie.

Lutte antivénérienne.

Est nommé membre de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes : M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie.

14 *et* 15 *mai.*

Enseignement de la médecine.

Sont déclarées vacantes la chaire de physique mé-

dicale et celle de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

Ecoles d'infirmières.

Est approuvé le règlement de l'École d'infirmières hospitalières de l'Hôpital Saint-Joseph, sise à Paris, 7, rue Pierre-Larousse.

Ecole du Service de santé militaire.

Modification du décret concernant la réorganisation de l'école.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Monsieur le Président,

La loi du 24 décembre 1925 modifiant la loi du 6 janvier 1923 déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militaire, entraîne la modification de l'article 6 du décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922, 1er juin 1923 et 5 juillet 1925, concernant la réorganisation de l'école du service de santé militaire.

D'autre part, j'ai estimé qu'il convenait de modifier également l'article 33 du décret précité de façon à permettre l'attribution, aux professeurs agrégés, des logements disponibles à l'école du service de santé militaire, en tenant compte de leur situation de famille et non de leur ancienneté dans les fonctions de professeur.

Dans ce but, j'ai l'honneur de soumettre le décret ci-joint à votre haute sanction.

Veuillez agréer, monsieur le Président l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,
Paul PAINLEVÉ.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 24 juillet 1873 relative à l'organisation générale de l'armée ;

Vu la loi du 13 mars 1875 relative à la constitution des cadres et effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale ;

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, modifiée par la loi du 1er juillet 1889 ayant pour but de donner une autonomie complète au service de santé ;

Vu la loi du 1er décembre 1888 ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire ;

Vu la loi du 6 janvier 1923, modifiée par la loi du 24 décembre 1925, déterminant la date de nomination au grade d'aide-major de 2e classe des élèves de l'école du service de santé militaire, ainsi que la situation des élèves qui ont été mobilisés ;

Vu la loi du 1er avril 1923, sur le recrutement de l'armée ;

Vu le décret du 25 novembre 1889 sur le service de santé de l'armée à l'intérieur ;

Vu le décret du 26 juillet 1909 portant réorganisation des études en vue du diplôme de pharmacien ;

Vu le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine ;

Vu le décret du 10 février 1920, modifié les 13 octobre 1922, 1er juin 1923 et 12 mai 1925, concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 6 du décret du 19 septembre 1919, modifié les 5 et 21 octobre 1922, 1er juin 1923 et 5 juillet 1925, est remplacé par celui ci-après :

Art. 6. — Les élèves de l'école du service de santé militaire sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe ou de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active, à compter du 31 décembre de l'année en cours de laquelle ils ont obtenu le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien avec une majoration d'ancienneté, sans rappel de solde, correspondant au temps minimum diminué de deux ans, des études d'enseignement supérieur près des facultés de médecine ou de pharmacie, exigées par les règlements universitaires pour l'obtention de leur diplôme, à l'exclusion, pour les pharmaciens, de la durée du stage dans une officine.

Ils sont alors affectés aux hôpitaux militaires ou aux salles militaires d'hospices mixtes de villes, sièges de facultés de médecine ou de pharmacie, en tenant compte des préférences qu'ils auront manifestées, des nécessités du service et de leur rang de classement à la sortie de l'école.

Les élèves ayant servi pendant la guerre et devant bénéficier des majorations d'ancienneté accordées par la loi du 6 janvier 1923, sont nommés aides-majors de 2e classe dès qu'ils obtiennent leur diplôme et leur prise de rang est fixée dans les conditions déterminées par les lois des 6 janvier 1923 et 24 décembre 1925.

Les aides-majors sont envoyés à l'école d'application du service de santé militaire, le 3 novembre de l'année suivant celle pendant laquelle ils ont obtenu leur diplôme. Ils prennent rang entre eux sur la liste d'ancienneté de leur grade suivant leur classement à la sortie de cette école et à l'intérieur de chacune des catégories d'officiers dont l'ancienneté d'aide-major de 2e classe remonte à la même date.

Art. 2. — Le premier alinéa de l'article 33 du décret du 19 septembre 1919 est remplacé par celui ci-après :

« Il est affecté des logements dans l'école, au directeur, au sous-directeur, au major, à l'officier d'administration comptable du matériel et trésorier et, dans la limite des disponibilités, aux professeurs agrégés, compte tenu de leur situation de famille ».

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de

l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 avril 1926.

Ecole principale du Service de santé de la Marine.

Le jury de concours pour l'admission à l'école en 1926, est composé, pour la ligne médicale, comme suit :

Président : M. le médecin général de 2e classe Barrat.

Membres : M. le médecin en chef de 1re classe Brunet ; M. le médecin principal Soicard.

Membres suppléants : M. le médecin en chef de 2e classe Bellet ; M. le médecin de 1re classe Guilloux.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu, les 26 et 27 juillet 1926, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 26 octobre 1925.

17 *et* 18 *mai.*

Accidents du travail.

Loi du 15 *mai* 1926 *concernant la solution des conflits de législation et de juridiction auxquels peut donner lieu l'application des dispositions de la loi du* 9 *avril* 1898 *et du code des assurances sociales resté en vigueur en Alsace et en Lorraine, en ce qui concerne la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.*

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Loi des pensions. Expertise. Récusation d'un expert.

Un bénéficiaire de la loi du 31 mars 1919, soumis à une nouvelle visite, en vue de fixer le taux de son invalidité, peut-il récuser un expert ?

Je n'ai rien trouvé dans la loi de 1919 sur ce point particulier.

Les garanties suivantes sont données au candidat à la réforme, pour sauvegarder ses droits : article 40 de la loi : « le demandeur a le droit de se faire assister de son conseil et d'un médecin civil. Il pourra produire des certificats médicaux. Ceux-ci seront annexés et sommairement discutés au procès-verbal, ainsi que l'avis du médecin civil.

« S'il y a contradiction formelle entre l'avis des médecins experts et celui du médecin de l'intéressé, le tribunal pourra ordonner une nouvelle expertise, qui sera confiée à trois médecins désignés, l'un par le ministre compétent, l'autre par le demandeur et le troisième par le tribunal.

« Ces règles seront notamment applicables en cas d'aggravation de blessures, ou de maladies survenues après la liquidation de la pension ».

Pourrait-on invoquer les termes des articles

Voir la suite page XLVII-1487

PROPOS DU JOUR

Au sujet du rôle du médecin contre l'immoralité. La sélection des mineurs délinquants et sa technique. Le dépistage des anomalies psychomorales.

La question du rôle moralisateur du médecin posée par notre distingué confrère lyonnais, le Dr R. Biot, nous a porté à réfléchir sur les moyens mis à notre disposition pour apporter un concours réellement pratique et utile à la lutte contre l'immoralité. Le hasard qui fait bien les choses, a voulu que, juste à ce moment, nous ayons reçu d'un de nos excellents amis un très intéressant rapport à la quatrième sous-commission de Réforme pénitentiaire (Enfance coupable) intitulé : *La sélection des mineurs délinquants et sa technique. Le dépistage des anomalies psychomorales.*

L'auteur de ce rapport est le Dr Georges Paul-Boncour qui fut notre camarade, il y a plus de trente ans, alors qu'il était interne des hôpitaux à Bicêtre dans le service des Enfants anormaux de notre maître, le Dr Bourneville. Professeur de criminologie à l'Ecole d'anthropologie, médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry et de l'Ecole de préservation Théophile-Roussel, le Dr G. Paul-Boncour était bien l'homme le plus compétent et le plus qualifié pour traiter les questions objets de son rapport.

***

La lutte contre la criminalité des mineurs n'est-elle pas la première étape et peut-être la plus importante de la campagne contre l'immoralité que préconise le Dr R. Biot. Le but de cette lutte doit être de surveiller, préserver, réformer ou même éliminer l'enfant coupable selon les cas qui se présentent. Une sélection rigoureuse des mineurs délinquants doit donc être à la base de toute réalisation utile et cette sélection rentre surtout dans le domaine médical.

Pour combattre le mal, dit G. Paul-Boncour, il importe avant tout d'en connaître l'origine, l'étendue et l'évolution. Pour ce faire, une quadruple enquête s'impose :

1º *Enquête sociale* portant sur les milieux (famille, école, atelier, etc.) où a vécu le sujet, sur les influences qu'il y a subies, la conduite qu'il a tenue.

2º *Examen biologique et médical,* éclairant sur la marche de la croissance corporelle, sur l'évolution à la puberté, sur les tares, les maladies, l'état et le fonctionnement des organes, en insistant plus particulièrement sur le système nerveux en raison de ses relations avec l'activité psycho-morale de l'individu.

3º *Examen de l'intelligence.* L'existence ou non d'un état de débilité mentale qui n'indique pas toujours fatalement un manque de discernement chez le mineur délinquant.

4º *Enquête sur le caractère et le sens moral.* Cette enquête a une grande importance pratique car l'avenir d'un pervers ou d'un perverti est totalement différent. Les efforts éducatifs ou réformateurs sont impuissants à modifier le premier, tandis que le second, le perverti, le plus souvent victime de l'ambiance, peut être réformable et n'a souvent besoin que de préservation.

Il convient d'examiner les moyens pratiques de procéder à ces enquêtes qui doivent être très sérieuses et s'inspirer autant que possible d'une méthode scientifique.

1º L'*enquête sociale* doit se faire conformément à un plan tracé d'avance pour que rien n'y soit négligé ; les renseignements fournis par diverses personnes doivent être rigoureusement exacts et soigneusement contrôlés.

2º Il en est de même pour l'*examen physiologique et médical* ; pour qu'il soit pratiqué sans lacunes regrettables, il faut procéder d'après un plan dressé d'avance et remplir une fiche qui lui correspond.

L'on rencontre fréquemment des maladies chroniques, des tares physiologiques chez les jeunes délinquants, mais il serait erroné, affirme G. Paul-Boncour, de voir entre la criminalité et ces états irréguliers une relation directe, comme le prétendent certains anthropologistes. Certaines maladies n'ont aucun retentissement sur la mentalité ou la moralité, mais leur permanence peut mettre le sujet en état d'infériorité et provoquer indirectement le chômage et une diminution de valeur professionnelle qui, eux, reten-

tissent sur la mentalité et la moralité. D'autres maladies,influençant les centres nerveux,peuvent accroître les conséquences de tares intellectuelles, ou morales, qui, sans elles, eussent été légères ou latentes. Enfin il est des affections qui altèrent directement l'activité psycho-morale ; soignées à temps, elles peuvent s'améliorer ou guérir ; négligées, elles deviennent de véritables affections *criminogènes*.

Les déformations somatiques et les tares physiologiques sont fréquentes chez les enfants délinquants. Ce sont elles qui formaient ce que l'Ecole italienne, avec Lombroso, appelait les stigmates de la criminalité. Cette doctrine est totalement abandonnée. Néanmoins ces déformations et ces tares mettent le sujet dans un état d'infériorité sociale qui peut avoir une influence sur la conduite du mineur délinquant.

3° L'*examen psychique* peut se faire scientifiquement. L'on possède à l'heure actuelle des techniques psychométriques dont il faut se servir. Il est possible par comparaison d'indiquer d'une intelligence régulière, la qualité de distinguer une intelligence normale de qualité inférieure, d'une intelligence anormale, d'établir le degré d'une débilité mentale.

Prenons, par exemple, l'*arriération mentale.* On peut distinguer : 1° des arriérés dont le retard ne dépasse pas deux ans ; 2° ceux dont le retard est de trois à quatre ans ; 3° les arriérés de plus de quatre ans. Les premiers sont capables d'être éduqués, de recevoir une instruction, d'apprendre un métier. Ils peuvent facilement acquérir une moralité suffisante etl'indépendance économique.

Les arriérés de trois ou quatre ans ont une éducabilité très restreinte ; on peut néanmoins,si l'on s'y prend à temps et si l'on persiste, arriver chez eux à une formation professionnelle suffisante leur permettant de gagner leur vie en les surveillant. Le troisième groupe est complètement inadaptable.

4° *L'enquête sur le caractère et la moralité est plus délicate.* On apprécie trop souvent le caractère et la moralité du mineur délinquant trop rapidement ou sur des renseignements douteux ou suspects de gardiens ou de parents. On signale deux ou trois grands défauts très apparents et l'on néglige des défauts moins en relief qui ont parfois plus d'importance. L'on conclut trop facilement en se basant sur un acte accompli ou des renseignements imprécis. Or, souvent, pour apprécier le caractère et la moralité, il faut se baser moins sur l'acte objectif que sur l'intention de son auteur.

Les *anormaux de caractère* se présentent sous deux types les *déprimés* et les *agités* mais il convient encore de dissocier ces variétés.

Parmi les déprimés sont les *asthéniques,* débiles nerveux chez qui l'inertie mentale s'accompagne souvent d'atonie organique. La loi du moindre effort règle leur conduite. Le plus souvent un certain degré d'arriération se joint à cette asthénie psycho-motrice, qui est constitutionnelle. Il ne faut pas la confondre avec les états de paresse ou d'obnubilation transitoires si fréquents chez les arriérés intoxiqués qui sont guérissables par l'hygiène. L'asthénique peut parfois, mais rarement, s'améliorer lors de la croissance, mais si l'asthénie persiste avec toute son intensité vers onze ans et douze ans, il n'y a guère plus d'espoir de la voir disparaître.

Dans le groupe des *anormaux excités* l'on range les instables, les indisciplinés, les difficiles, les agités. Il faut tout d'abord éliminer une catégorie d'indisciplinés qui sont des enfants normaux, rieurs, bruyants, qui ne peuvent tenir en place, débordant de vie, vigoureux, qui ont surtout du goût pour les exercices physiques, qui n'ont aucune anomalie de caractère et que l'on qualifie trop facilement d'instables.

L'*instable* est un indiscipliné anormal. Ce n'est pas l'excès de force qui crée son agitation ; il est atteint de faiblesse nerveuse irritable. Il est déséquilibré, il ne peut fixer son attention, la moindre chose le détourne de son travail. Il est incapable de se dominer, de résister aux orages émotionnels. L'arriéré instable est d'un retard scolaire plus accentué qu'un arriéré d'un niveau mental analogue sans instabilité. On ne peut le conserver dans un atelier ordinaire d'où résulte souvent pour lui le vagabondage. La moindre mauvaise influence fait perdre instantanément à l'instable le bénéfice de plusieurs années d'efforts éducatifs : la caractéristique des instables est l'*imprévisibilité de leur conduite.*

Il faut néanmoins savoir que les phénomènes d'instabilité peuvent s'atténuer ou disparaître au cours de la croissance. Le pronostic peut être favorable quand l'instabilité se manifeste par bouffées, par les fautes d'hygiène (mauvaise alimentation, troubles intestinaux, milieu excitant, veilles prolongées). Le médecin peut alors intervenir par une thérapeutique judicieuse.

Bourneville avait divisé les indisciplinés en ceux qui *ne peuvent pas obéir* et en ceux qui *ne veulent pas obéir*. Ces derniers ou *indisciplinés*

rebelles ont un avenir moral très sombre. Intelligent, travailleur, vaniteux, l'indiscipliné rebelle aboutit à des réactions immorales. Son insubordination constante raisonnée le conduit à l'insociabilité qui devient souvent de l'antisociabilité.

***

1° Parmi les types d'anormaux atteints d'une perversion morale, le Dr Paul-Boncour met à part le *perverti*, victime du milieu où il s'est trouvé. Ces pervertis sont parfois des arriérés ou des débiles. S'il est peu arriéré, arriéré de deux ans par exemple, on aurait tort de conclure à son irresponsabilité.

Par exemple, un jeune débile voleur prend des oranges chez un épicier, des jouets dans un bazar. Il se sauve ; il n'ignore donc pas qu'il commet une action vilaine et défendue. Il est arrêté, il cherche des excuses, maladroites peut-être, mais le fait qu'il se disculpe indique sa compréhension suffisante de l'acte commis.

Cet enfant est un perverti, il a besoin d'une surveillance spéciale. Les méthodes préservatrices empêcheront chez lui cette délinquance.

2° L'*instabilité psychomotrice* n'est pas pour Paul-Boncour un facteur direct de délinquance. L'instable pourra voler, mendier s'il n'est pas surveillé ; s'il vagabonde, il le fera par besoin, imitation, manque de réflexion, mais il regrette ses fautes ; son adaptabilité morale est possible si on le surveille et le soustrait aux influences pernicieuses.

3° Les *indisciplinés*, *rebelles*, *vaniteux* forment une classe intermédiaire entre les pervers et les pervertis. Ces enfants, s'ils ont un léger degré de débilité mentale, deviennent facilement insociables et parfois d'une façon intense et irrémédiable.

Ce sont des enfants qu'il faut redresser par intimidation et il y a lieu d'employer à leur égard des méthodes sévères que, malheureusement, l'opinion publique réprouve en France.

***

Restent les *pervers constitutionnels* atteints d'une tare du sens moral. On peut les classer en

1° *Instable moral* ou *indifférent moral* : leur volonté est une cire molle, ils subissent toutes les influences bonnes ou mauvaises. Bien encadrés, ils marchent droit. Une éducation logique, une surveillance intelligente et prolongée peuvent les sauver, mais il convient de les éloigner soigneusement des autres genres de pervers.

2° *Pervers d'occasion*, c'est un insuffisant moral qui sciemment s'oriente vers le mal espérant y trouver son compte. Au carrefour du vice et de la vertu, il n'hésite guère, il prend le chemin du vice. On l'amende rarement par un régime très sévère et des sanctions d'autant plus rigoureuses qu'il récidive.

3° Enfin *Pervers actifs* ou *définitifs*, véritables invertis moraux qui réalisent leurs perversions avec une perspicacité constante toutes les fois qu'un plus fort ne les arrête pas. Ils sont inamendables et pour toujours. Ce sont des mesures d'élimination précoces qui s'imposent.

***

Comment découvrir ces modalités caractérielles et morales ?

Par l'observation méthodique qui ne peut être bien menée que dans un établissement spécial et devra être prolongée. Cette observation doit être personnelle et continue, elle sera donc plutôt le fait d'un éducateur que d'un médecin. Cette observation doit se faire dans un milieu naturel, c'est-à-dire non dans une cellule mais dans un groupe d'enfants du même âge, ne dépassant pas 15 ou 20 individus, où l'on séparera les pubères des impubères, sélectionnés par l'examen biologique et non par l'âge chronologique. L'éducateur clairvoyant saura dépister à temps le pervers pour éviter la contagion.

L'observation devra être adroite, dissimulée, expérimentale. Il ne faut pas que le coupable se doute qu'il est observé pour qu'il ne modifie pas son attitude. Il convient que l'observateur le soumette habilement à quelques épreuves ; par exemple, en cherchant à voir s'il bénéficie d'une leçon de morale, en provoquant une situation où il pourra jeauger son honnêteté. Enfin l'observateur devra faire la synthèse de ses remarques d'une manière claire et précise en remplissant une fiche dressée à cet effet. Il peut y avoir deux personnes chargées alternativement de la surveillance qui remplissent chacune une fiche. Ces fiches comparées se superposent exactement le plus souvent.

Le Dr G. Paul-Boncour conclut en montrant la nécessité de créer des établissements d'observation réservés aux mineurs délinquants et destinés à faire leur sélection et demande que l'observation y soit pratiquée conformément aux

◆◆

principes de la science par des personnes compétentes.

A notre avis, c'est le meilleur moyen de faire de la prophylaxie morale, en tâchant de séparer le bon grain de l'ivraie et de tenter la cure difficile de certains qui, bien sélectionnés et placés dans des milieux appropriés à leur état, pourront être amendés et parfois guéris.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

BILAN ACTUEL DE L'ÉTIOLOGIE, DE LA PATHOGÉNIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ASTHME ET DES AUTRES MANIFESTATIONS ASTHMATIQUES

Par J. Galup (du Mont-Dore) et M. Segard (de Saint-Honoré),

Anciens internes des Hôpitaux de Paris.

L'étude de l'asthme, après avoir suscité, dans les années qui ont immédiatement précédé et suivi la guerre, une abondance de recherches nouvelles, semble à présent, et depuis assez longtemps déjà, marquer une période d'arrêt... ou de gestation.

Ces recherches nouvelles ont donné lieu à d'excellentes revues générales, que notre but, ici, n'est point de refaire. Profitant du présent moment d'accalmie, nous voulons seulement, pour notre part, chercher à dégager dans les conceptions étiologiques et pathogéniques aussi bien anciennes que récentes (et peut-être les anciennes ont-elles été, par certains, un peu trop négligées parfois) ce qui nous semble, au contrôle de l'expérience clinique, constituer, soit des acquisitions définitives, soit de sérieuses probabilités, et présenter en même temps un intérêt pour l'orientation de la thérapeutique actuelle de cet état morbide.

***

Par asthme et manifestations asthmatiques, il faut entendre *ces états respiratoires, qui se traduisent par des accidents paroxystiques à caractères spasmodique, vaso-moteur et vaso-sécrétoire, et qui ne sont pas symptomatiques d'une affection organique caractérisée.*

Ainsi, d'une part, nous ne dissocions pas des troubles, qui sont incontestablement de même ordre et diffèrent seulement par leur localisation sur l'appareil respiratoire : soit, pour ne parler que des mieux individualisés, l'asthme ordinaire, de siège bronchique, la rhinite spasmodique périodique ou apériodique, la trachéo-bronchite spasmodique. Et, d'autre part, nous excluons les troubles, de symptomatologie sans doute identique ou analogue, mais qui sont liés, à l'évolution d'affections telles que le brightisme les maladies de cœur, les compressions médiastines.

***

Quelles sont, dans l'asthme et les autres manifestations asthmatiques, ainsi définis du point de vue sémiologique, les causes prochaines, provocatrices des accès ?

L'interrogatoire des malades permet, à peu près dans tous les cas, de les rattacher à l'une ou l'autre des catégories suivantes : action de substances chimiques, influences d'ordre physique.

a) Les *substances chimiques* sont presque toujours de nature protéique et d'origine exogène. Cette notion ressort de constatations cliniques évidentes et est renforcée par certaines recherches de laboratoire.

Constatations cliniques : parfois il s'agit, déclanchant les crises, d'une albumine particulière, d'origine soit animale (œufs, lait, produits cutanés d'animaux divers, etc.), soit végétale (pollen de graminées, poudre d'ipéca). Dans d'autres cas, plus fréquents, on ne trouve pas à incriminer une albumine particulière, mais seulement un ensemble d'albumines (celles par exemple de l'alimentation carnée, lorsque des repas plus copieux provoquent les accidents, qu'une alimentation hypoazotée les améliore ou les supprime).

Recherches de laboratoire : elles ont montré l'existence anormale ou en excès dans l'organisme de certains asthmatiques de produits de désintégration des substances protéiques : acide

urique (SCHLEMMER, DELTHIL), acide oxalique (LOEPER et BÉCHAMP), histamine (Allan EUSTIS).

Quant aux réserves que nous avons émises touchant la constance de la nature protéique et de l'origine exogène des substances provocatrices, elles ont trait, d'une part, aux cas rares, mais indubitables de déclanchement de certaines crises par des substances telles que l'aspirine ou l'antipyrine, d'autre part, à la possibilité (d'ailleurs discutable, nous le verrons) de crises par décharges de produits d'excrétion glandulaire ou d'imprégnation tissulaire.

b) Indépendamment de l'action de substances chimiques, ou conjointement à elle, les *influences physiques* ne sont pas rares non plus : modifications brusques de la pression barométrique, climat marin, humidité, refroidissement, etc. Dans une observation de WIDAL et ABRAMI, la crise, que pouvaient aussi déclancher l'ingestion d'aspirine ou d'antipyrine, l'inhalation de pollen, l'était en quelque sorte expérimentalement, par l'exposition à une température froide à la suite d'un bain chaud.

***

Dans le cas de substances exogènes provoquant l'asthme et les autres manifestations asthmatiques, quelles sont les portes d'entrée de ces substances dans l'organisme ?

Il en est une d'exceptionnelle : l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse. On a vu des accès d'asthme provoqués par une injection de sérum antidiphtérique, de tuberculine, etc.

En pratique, la pénétration se fait soit par la voie digestive, à la faveur d'un foie insuffisant, soit par la voie respiratoire.

a) La notion d'une *insuffisance fonctionnelle et purement fonctionnelle du foie*, — petite insuffisance distincte des insuffisances moyenne et grande, qui sont liées à des lésions anatomo-pathologiques manifestes, — a été particulièrement soutenue, rappelons-le, par Frantz GLÉNARD, qui l'a désignée du nom d'hépatisme, et a été appliquée par lui à tout un ensemble d'états pathologiques. Dans l'asthme, la fréquence de cette insuffisance a été défendue surtout par MONCORGÉ. Cette opinion de MONCORGÉ semble mériter créance. Par la multiplicité des fonctions hépatiques, elle rend bien compte en effet :

1° De la coexistence ou de l'alternance, fréquentes et de tout temps constatées, chez un même sujet ou chez les sujets d'une même famille, de l'asthme et de toute une série d'états chroniques, dont certains sont nettement fonction de troubles métaboliques, attribuables au foie en totalité ou en partie : goutte, diabète, lithiase biliaire, obésité ;

2° Du mode précis de pénétration des substances provocatrices : substances protéiques, sous la forme soit d'albumines incomplètement désintégrées, par insuffisance de la fonction protéopexique, soit sous la forme d'acide urique en excès par insuffisance de la fonction uricolytique; substances médicamenteuses par insuffisance de la fonction antitoxique.

Ajoutons que cette insuffisance peut être acquise ou héréditaire et que acquise, elle s'explique bien par la congestion de l'organe, que développe une action prolongée des substances provocatrices.

Toutefois, il faut reconnaître que les signes cliniques, seuls invoqués jusqu'ici dans l'asthme à l'appui de la notion d'insuffisance hépatique, sont seulement des signes de probabilité : hépatomégalie, hépatalgie tant subjective qu'objective, manifestations extra-hépatiques caractéristiques par ailleurs de maladies avérées du foie, influence favorable d'une diététique et de traitements hépatiques appropriés. Les seuls signes de certitude reposeraient sur des méthodes de laboratoire susceptibles de dépister la déficience des diverses fonctions de l'organe. Mais la recherche de l'insuffisance de la fonction protéopexique, décrite par WIDAL et ABRAMI sous le nom de méthode de l'hémoclasie digestive, n'est pas universellement admise, et plus discutée encore a été l'application que l'un de nous a tenté de faire de cette méthode, réduite d'ailleurs à la seule recherche de la leucopénie, dans une série de cas d'asthme. La constatation d'un excès d'acide urique dans l'organisme (fût-elle incontestable), ne saurait prouver une insuffisance de la fonction uricolytique, en raison de la possibilité d'une origine endogène, tissulaire, de cet acide urique. L'application en série des principales méthodes de recherche des diverses insuffisances serait plus importante, mais surtout par la concordance des résultats obtenus, car nous savons qu'aucune de ces méthodes ne démontre de façon absolue que le trouble métabolique qu'elle met en évidence soit d'origine hépatique. A notre connaissance, ces recherches en série n'ont jamais été faites dans l'asthme

b) Aussi importante que la pénétration par voie digestive est la pénétration par *voie respiratoire*. Elle répond à tout l'ensemble des cas, où la crise succède à l'inhalation de substances protéiques, d'origine végétale ou animale. Des lésions préalables de la muqueuse respiratoire favorisent sans doute cette pénétration ; peut-être même lui sont-elles nécessaires. Ainsi peut s'interpréter la fréquence chez les asthmatiques d'un état catarrhal bronchique, de polypes nasaux, etc. C'est évidemment sous leur forme naturelle seule que, par cette voie respiratoire, les substances protéiques peuvent pénétrer, et non comme il se peut dans la pénétration par voie

digestive, sous forme de produits secondaires de désintégration.

***

Par quel mécanisme général les causes précédemment invoquées déclanchent-elles dans l'organisme les phénomènes soudains et brutaux des accès ?

On sait qu'à cet égard, peu après la découverte en physiologie expérimentale du phénomène de l'anaphylaxie, certains auteurs ont pensé pouvoir rapporter à un choc anaphylactique l'accès d'asthme ; d'autres, plus tard, des troubles variés : migraine, urticaire, accès de goutte, crise d'épilepsie. Cependant, une réaction n'a pas tardé à se faire jour, sinon contre la réalité possible de cette conception pathogénique, du moins contre sa généralisation. Elle est fondée sur le fait que la production du phénomène expérimental de l'anaphylaxie nécessite un ensemble de conditions très spéciales, qu'on ne retrouve pas dans la majorité des cas d'asthme : sensibilisation préalable de l'organisme, nature protéique et colloïdale de l'antigène préparant comme de l'antigène déchaînant, stricte spécificité.

En réalité, comme l'ont fait remarquer WIDAL et ses élèves, il y a, dans cette question pathogénique, deux points différents et qu'il faut envisager séparément, la notion de choc et les conditions de production de ce choc.

Le *choc* peut expérimentalement s'observer en dehors du phénomène anaphylactique, par exemple à la suite d'une simple injection protéinique massive, sans sensibilisation préalable de l'organisme. Anaphylactique ou non, il consiste, comme l'ont montré des recherches dans le détail desquelles nous n'entrerons pas, en un brusque déséquilibre, sous des *influences* diverses, de la constitution colloïdale des plasmas extra-cellulaires, et peut-être aussi intra-cellulaires, de l'organisme.

Un choc peut-il vraiment déterminer l'accès d'asthme ?

La première preuve fournie à l'appui de cette opinion et tirée des ressemblances qui existent dans la symptomatologie du trouble clinique et du phénomène expérimental (en particulier la brusquerie et la soudaineté des accidents dans leur apparition comme dans leur disparition), n'a évidemment qu'une valeur relative et d'autant plus que, d'une part, la localisation exclusive à l'appareil respiratoire des accidents asthmatiques n'est pas le fait du choc expérimental et que, d'autre part, des accidents analogues peuvent être provoqués chez l'animal, sans choc humoral, par simple excitation directe du pneumogastrique. Ajoutons qu'à la différence de l'accès d'asthme, le choc expérimental ne peut être provoqué que par l'introduction de substances protéiques.

Plus d'importance a peut-être le fait que l'éosinophilie, caractéristique, d'après BEZANÇON et DE JONG, du crachat des asthmatiques et retrouvée au niveau des bronches dans deux autopsies (les seules qui aient jamais été pratiquées), s'observerait également au niveau des bronches, dans le choc expérimental (SCHLECHT et SCHWENKER).

Toutefois, la preuve absolue que l'accès d'asthme peut être déterminé par un choc ne saurait être fournie que par la mise en évidence dans les plasmas de l'organisme du déséquilibre colloïdal. Sans doute les modalités de ce déséquilibre sont-elles loin encore d'être connues dans tous leurs détails. Cependant l'ensemble de modifications, décrit par WIDAL et ABRAMI sous le nom de crise colloïdoclasique, dans le sang circulant, au début des accès semble bien constituer une manifestation caractéristique de ce déséquilibre, sa signature en quelque sorte, quelle que soit d'ailleurs, — phénomène principal ou simple conséquence du choc, — la signification exacte qu'on attribue à ces modifications sanguines et quelque influence sur leur production que l'on puisse accorder à l'état du tonus neuro-végétatif. On retrouve, en effet, ces diverses modifications sanguines décrites par les physiologistes dans les chocs expérimentaux.

La crise colloïdoclasique a été constatée à l'origine des accès d'asthme provoqués par les causes les plus diverses, ceux dus à l'introduction de substances aussi bien protéiques que non protéiques, ceux aussi dus à de simples influences physiques comme le refroidissement. C'est dire que la notion de déséquilibre colloïdal présente le caractère de généralité que doit avoir, pour satisfaire l'esprit, une notion pathogénique de l'état morbide en question.

Est-ce à dire que tous les accès d'asthme relèvent de chocs ? C'est là un point difficile à trancher de façon absolue, du fait que la crise colloïdoclasique, précédant des accidents cliniques, qui éclatent en général à l'improviste, est de recherche souvent malaisée ou impossible. Il serait intéressant que fût signalée l'absence de cette manifestation si caractéristique du choc, si elle était observée dans des cas favorables à sa recherche (1).

Restent à considérer les *conditions nécessaires à la production du choc.* L'introduction de substances, protéiques ou non, les simples influences physiques en sont en effet les causes provo-

(1) Des modifications de l'équilibre acide-base du sang, en rapport avec des troubles des échanges respiratoires, ne peuvent-elles aussi jouer un rôle ? C'est une hypothèse, qu'il y aura lieu d'apprécier au moyen de la recherche du pH, jointe à la mesure de la tension du CO^2 alvéolaire.

catrices, indispensables sans doute, mais non suffisantes. Sans quoi, quels seraient les sujets qui pourraient éviter les chocs à tous les instants de leur existence ?

L'accès d'asthme n'est pas le fait (sauf peut-être à titre très exceptionnel), d'un choc accidentel par injection protéique massive, chez un sujet normal. Pour le réaliser, il faut une hypersensibilité particulière de l'organisme.

Cette hypersensibilité, elle paraît manifestement, dans certains cas, résulter d'un état anaphylactique, impliquant une sensibilisation spécifique préalable, acquise ou héréditaire. Cette sensibilisation préalable, les anamnestiques permettent alors parfois d'en reconstituer les étapes. Quant à la spécificité, elle est prouvée, non seulement par le fait que c'est toujours la même cause qui détermine les accès spontanés, mais aussi par le déclanchement volontaire d'accès sous l'influence de cette cause, par le résultat de cuti-réactions spécifiques, parfois par la possibilité d'une transmission passive.

Pour les autres cas, WIDAL et ABRAMI invoquent une tare particulière des humeurs, une instabilité de l'état colloïdal, qu'ils désignent du nom de diathèse colloïdoclasique et qui est, en somme, expliquée dans son mécanisme, l'idiosyncrasie des anciens auteurs. Cependant on peut penser que ce n'est là que reculer le problème, car il faut bien qu'il y ait une cause à cette instabilité. Cette cause, il semble assez vraisemblable que ce soit encore dans l'anaphylaxie, mais dans une conception élargie de l'anaphylaxie, qu'elle réside, au moins pour un grand nombre de cas. Tantôt il s'agirait encore de réactions spécifiques, comme dans l'anaphylaxie expérimentale, mais l'organisme serait sensibilisé par des antigènes multiples et ce serait tantôt l'un, tantôt l'autre de ces antigènes qui déclancherait les accès. Cette notion d'une polysensibilisation de l'organisme s'accorde bien d'ailleurs avec le fait que certains asthmatiques ont des cuti-réactions positives, non à une seule, mais à plusieurs substances. Tantôt l'anaphylaxie n'interviendrait plus que comme provocatrice d'une hypersensibilité plus ou moins généralisée, même à de simples influences physiques. Cette hypothèse ne trouve sans doute que peu de fondements dans l'expérimentation, (encore que RICHET ait signalé que l'état anaphylactique expérimental rendait les animaux plus sensibles à l'action de tous les poisons) (1) ; mais l'on conçoit aisément que, du fait de la complexité et de la chronicité de son mode de production, l'anaphylaxie clinique puisse être assez différente de l'anaphylaxie expérimentale, comme en témoignent par ailleurs les caractères mêmes de la symptomatologie du choc.

En résumé, loin de bouleverser, comme d'aucuns le prétendent, toutes les conceptions pathogéniques de l'asthme, fondées par les anciens auteurs sur le terrain solide de la clinique, la notion de choc apparaît bien plutôt comme la rénovation de vieilles théories humorales. Et de celles de ces théories qui, par la suite, se réclamèrent, et se réclament encore, d'autre chose que de nuageuses hypothèses, elle permet à la fois de délimiter le rôle et le mécanisme propres. Ainsi en est-il de la théorie uricémique.

Que l'hyperuricémie, ou plus exactement une imprégnation urique des tissus, existe dans certains cas d'asthme, nous en admettons volontiers les preuves tirées du dosage de l'acide urique dans les urines, de la recherche conjuguée de la constante d'AMBARD d'une part, du taux de l'acide urique dans le sérum et les urines d'autre part ; enfin, d'une augmentation de l'acide urique dans les urines sous l'influence d'une alimentation hypoazotée, jointe à une médication propre à mobiliser et éliminer l'acide urique des tissus. Mais vouloir généraliser le fait à tous les cas (ce que s'était bien d'ailleurs gardé de faire G. SCHLEMMER, le promoteur de cette théorie pathogénique), c'est n'admettre comme cause de l'asthme que l'action des seules nucléo-protéides, — étiologie uniquement alimentaire par conséquent, — qui se conçoit dans la goutte, mais que contredit dans l'asthme toute la série des constatations cliniques que nous avons plus haut énumérées. Des statistiques très importantes et bien probantes pourraient, seules, nous le faire admettre. La constance dans *l'asthme de l'hyperuricémie fût-elle* d'ailleurs démontrée, elle n'infirmerait nullement la notion d'un choc par déséquilibre des colloïdes humoraux, l'hypothèse d'un acide urique capable de provoquer ce déséquilibre, comme le font d'autres corps non colloïdaux, tels que l'aspirine ou l'antipyrine, étant au moins aussi plausible que celle d'un acide urique agissant directement par brusque floculation. Toutefois, il est peut-être plus simple de supposer que l'hyperuricémie, quand elle existe, n'est pas la cause du déclanchement des accès, mais simplement le témoin d'une insuffisance hépatique, dans laquelle c'est le trouble de la fonction protéopexique qui joue, lui, le rôle pathogénique.

Des considérations analogues à celles qui concernent l'uricémie s'appliquent sans doute à l'oxalémie, constatée dans certains cas par LOEPER et BÉCHAMP. Des méthodes pratiques de recherche de l'acide oxalique seraient nécessaires pour permettre de confirmer la réalité et de déterminer la fréquence d'une telle variété d'asthme.

***

---

(1) L'état vagotonique, nécessaire, d'après GARRELON et SANTENOISE, à la production du choc, serait, d'après eux, la cause de cette hypersensibilité.

Comment le choc, phénomène humoral, (ou, si l'on admet son inconstance, tout autre agent excitateur), réalise-t-il les manifestations de l'asthme et des autres manifestations asthmatiques ?

Incontestablement par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, ainsi que le prouve le caractère même, spasmodique, vaso-moteur et vaso-sécrétoire, de ces manifestations.

Pour préciser cette participation du système nerveux végétatif à la pathogénie, il convient donc d'envisager le tonus de chacun des deux groupes de fibres, sympathiques et parasympathiques, qui constituent ce système : 1° au moment des accès ; 2° dans l'intervalle des accès.

Un troisième point à élucider serait le mécanisme intime, par lequel le choc humoral agit sur le tonus nerveux. Mais dans l'incertitude où nous sommes encore des modalités précises du déséquilibre humoral et, d'autre part, dans notre ignorance de la nature même de l'influx nerveux, on conçoit que nous soyons, à cet égard, réduits à de simples hypothèses.

a) Au moment des accès, il y a *rupture de l'équilibre nerveux*, due, suivant l'opinion généralement admise, à une exagération brusque du tonus du parasympathique, excité soit directement, soit par l'intermédiaire du centre bulbaire (hypervagotonie). Cette opinion s'étaye sur toute une série d'expériences physiologiques, où le spasme des muscles bronchiques, la contracture du diaphragme, les troubles vaso-dilatateurs et vaso-sécrétoires sont réalisés par l'excitation du vague. Toutefois, certaines constatations cliniques et thérapeutiques permettent de penser que, dans certains cas, l'exagération de tonus du parasympathique est remplacée par l'inhibition du sympathique ou que les deux mécanismes sont combinés.

b) Dans l'intervalle des accès, y a-t-il *persistance d'un déséquilibre neuro-végétatif* ? Un tel état, s'il existe, ne peut évidemment que constituer une condition favorable aux effets particuliers du choc, ces effets n'étant plus alors créés de toutes pièces, mais constituant seulement des paroxysmes.

L'opinion généralement admise est que ce déséquilibre est bien réel (hypervagotonie constante, d'après les uns, tantôt hypervagotonie, tantôt sympathicotonie, tantôt neurotonie générale, d'après les autres, dysvégétatonie généralisée de R. PORAK) et qu'il est plus ou moins généralisé à l'ensemble du système neuro-végétatif. De fait, il paraît bien en être ainsi dans nombre de cas, et nous parlerons plus loin des causes susceptibles de développer ce déséquilibre permanent. Toutefois, il faut reconnaître que les preuves à l'appui sont les unes discutables, les autres inconstantes. Inconstants dans l'asthme, et de signification d'ailleurs discutable, les signes cliniques dits de vagotonie ou de sympathicotonie. Inconstante l'existence de réflexes physiologiques indiquant le déséquilibre du tonus relatif (réflexe oculo-cardiaque) ou du tonus absolu (épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme de DANIELOPOLU) du sympathique et du parasympathique (1).

Dans ces cas, où il ne paraît pas y avoir de déséquilibre généralisé permanent du système neuro-végétatif, on peut penser qu'une simple irritation continue des extrémités nerveuses au niveau de l'appareil respiratoire suffit, par son action mécanique ou peut-être toxique, à créer un état local d'hyperexcitabilité, favorable à la détermination particulière du choc, (dysvégétatonie fibrillaire de R. PORAK). De même dans un cas de J. LERMOYEZ et ALAJOUANINE, des troubles du système nerveux végétatif au niveau d'un membre hémiplégié avaient localisé au niveau de ce membre une éruption urticarienne. Et ceci nous amène à un nouveau terme du problème pathogénique : la question de l'épine.

***

Pourquoi, dans l'asthme et les autres manifestations asthmatiques, les effets du choc se localisent-ils à l'appareil respiratoire, voire, plus étroitement encore, à un segment de cet appareil ?

C'est, nous répond la clinique, à la faveur d'une lésion existant à ce niveau et constituant une « *épine* » : scléroses du poumon, signalées par PIERY, par DUMAREST, plus récemment par BEZANÇON et DE JONG, et parmi lesquelles, depuis la guerre, ont pris place les scléroses par gaz de combat ; adénopathies trachéo-bronchiques (produisant une réaction de voisinage) ; pneumopathies occultes ne se manifestant qu'au moment des accès sous forme de congestions pulmonaires unilatérales (PERCEPIED) ; ou encore, dans les rhinites spasmodiques, lésions hypertrophiques ou simplement points d'hyperesthésie de la pituitaire (JOAL). En ce qui concerne les épines scléreuses du poumon, elles peuvent être trop petites ou trop profondément situées pour être stéthoscopiquement constatables et révélées alors seulement par les rayons X ; elles peuvent au contraire s'étendre progressivement jusqu'à modifier le tableau clinique : c'est alors l'asthme intriqué d'emphysème. A défaut de lésions proprement dites, peut-être

(1) Cette inconstance dans l'asthme du R.O.C., dont nos constatations personnelles ne nous permettent pas de douter, contredit par conséquent la règle soutenue par GARRELON et SANTENOISE, qu'un état vagotonique, (manifesté par un R.O.C. exagéré), est non seulement favorable, mais même indispensable au déclanchement d'un choc. Ou alors il faut admettre que le choc n'intervenait pas dans les cas d'asthme en question.

avec Danielopolu, peut-on admettre de simples états de sensibilisation locale, dus à ce que c'est par la voie respiratoire que s'est produite la sensibilisation générale de l'organisme.

***

Un travail tout récent du même Danielopolu pose encore une dernière question pathogénique : *Comment expliquer la durée, souvent prolongée des accès, alors que la cause qui les a provoqués est brève ?*

Danielopolu fait ici intervenir une *excitation des terminaisons nerveuses sensitives*, « provoquant un cercle réflexe à prédominance parasympathique entre le poumon et le névraxe..., « cercle qui n'est que déclanché par le facteur déterminant, mais qui se continue ensuite pour son propre compte, longtemps après que la cause déterminante a disparu ». Sur cette conception particulière, est basé un essai d'intervention chirurgicale par sectionnement de l'arc réflexe. Le problème est trop nouveau, et ses conséquences trop hardies, pour qu'on puisse déjà avoir à cet égard une opinion.

***

Nous venons de suivre pas à pas, du milieu extérieur à la muqueuse et aux muscles respiratoires, le mécanisme producteur de l'asthme et des autres manifestations asthmatiques.

Nous n'avons pas fait intervenir la notion de *neuro-arthritisme*, ce terrain particulier, cher aux anciens auteurs, si favorable, voire, pour certains, indispensable, au développement de l'asthme. C'est que, pour nous, cette diathèse n'est pas autre chose que, d'une part, l'instabilité humorale de cause en général anaphylactique (diathèse d'anaphylaxie, suivant l'expression que l'un de nous a proposée dès 1912), d'autre part le déséquilibre neuro-végétatif.

Dans la pathogénie de l'asthme, d'autres éléments encore interviennent de façon du reste inconstante. Mais leur rôle est subsidiaire, quoiqu'il apparaisse parfois prédominant. Ils agissent, en effet, en provoquant la mise en jeu des éléments précédemment étudiés, suivant d'ailleurs des mécanismes souvent mal déterminés. Ce sont eux que nous allons tâcher maintenant de situer dans le tableau général que nous avons cherché à esquisser.

Glandes endocrines et plus particulièrement thyroïde. — Le rôle de la thyroïde dans la pathogénie de certains asthmes ressort d'une part de la constatation dans ces cas d'un syndrome clinique thyroïdien associé, avec ou sans modifications physiques de volume de la glande, d'autre part de l'influence sur eux de l'opothérapie thyroïdienne ou d'autres médications agissant sur la thyroïde. En ce qui concerne le syndrome clinique, il est de sens variable. Widal et Abrami ont signalé des extrêmes d'hypothyroïdie (asthme et myxœdème) et d'hyperthyroïdie (asthme et maladie de Basedow). En général (et constamment, d'après certains) il s'agit de dysthyroïdie (ou instabilité thyroïdienne de Léopold-Lévi), avec prédominance soit du fond d'hypothyroïdie, soit des poussées paroxystiques d'hyperthyroïdie réactionnelle. Dans les cas frustes, sans doute, les plus nombreux, la recherche du métabolisme basal, surtout si on la pratique conjointement à celle des tests biologiques, paraît susceptible de faciliter et de préciser dans l'avenir le dépistage de ces troubles thyroïdiens. Au point de vue pathogénique, le rôle d'un trouble de la sécrétion thyroïdienne dans l'asthme n'est pas exactement déterminé, la variabilité du sens du syndrome contribuant d'ailleurs à rendre difficile cette détermination. S'agit-il d'une production directe du choc par l'introduction dans la circulation, au cours des crises d'hyperendocrinie paroxystique, de l'excès de suc glandulaire ? C'est là une hypothèse d'auto-anaphylaxie, qu'infirment plutôt, il faut le reconnaître, les faits d'expérimentation. Plus vraisemblables apparaissent un certain nombre d'autres hypothèses : influence du dysfonctionnement thyroïdien sur le métabolisme des matières protéiques dans la profondeur des tissus (d'où l'instabilité colloïdale de ces matières protéiques dans les plasmas, l'imprégnation urique, etc.) ; — synergie glandulaire entre la glande thyroïde et la glande hépatique, l'insuffisance de l'une entraînant l'insuffisance de l'autre, — surtout influence du dysfonctionnement thyroïdien sur l'équilibre du système neuro-végétatif (encore que les modalités intimes de cette influence demeurent obscures sur bien des points).

Enfin il est certain que la thyroïde n'intervient pas seule, au moins dans tous les cas, mais que d'autres glandes endocrines jouent aussi un rôle dans la pathogénie de certains asthmes, soit en synergie avec elle, soit indépendamment d'elle. Ainsi, par action de l'ovaire, s'explique l'influence sur tant d'asthmes féminins de la puberté, des menstruations, de la grossesse, de la ménopause. Ainsi encore le médecin-major Dupont a-t-il signalé, chez des gazés de guerre, le développement parallèle d'asthme et de troubles d'insuffisance surrénalique (asthénie, pigmentation de la peau, etc.).

Lésions viscérales (appendicite chronique, lésions utéro-ovariennes, etc.). — L'influence possible de ces lésions est prouvée par la disparition au moins momentanée de certains accès d'asthme, à la suite de leur suppression chirurgicale. Elles agissent vraisemblablement en constituant, en un point du système nerveux végétatif, un

foyer d'irritation qui contribue au déséquilibre plus ou moins généralisé de ce système, peut-être même peut le créer de toute pièce.

Les polypes du nez et d'autres états morbides de la pituitaire semblent susceptibles d'agir par le même mécanisme.

Syphilis. — Il peut s'agir de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire. Ici encore, c'est l'influence favorable, dans certains cas, du traitement (traitement spécifique en l'occurrence) qui constitue la meilleure preuve de la réalité de cet élément pathogénique. Le mécanisme paraît variable suivant les cas : épine pulmonaire ou médiastine, action sur les endocrines, peut-être constitution d'une insuffisance fonctionnelle du foie.

Tuberculose pulmonaire. — Son rôle dans la pathogénie de l'asthme a été des plus discutés, depuis l'époque où l'on considérait les deux états comme antagonistes. A l'heure actuelle, il semble bien que l'existence, soutenue surtout par LANDOUZY, d'un asthme par décharges tuberculiniques jouant le rôle d'antigène anaphylactique au cours d'une tuberculose en évolution soit purement hypothétique. Hypothétique aussi, bien que plus vraisemblable, une action de la tuberculose sur les endocrines et le foie. Par contre, il n'est pas douteux que la lésion locale, qui attire sur l'appareil respiratoire les manifestations du choc, soit fréquemment une lésion éteinte, scléreuse, de nature tuberculeuse.

Infections et intoxications diverses. — Action bien plus incertaine que celle des agents précédents et qui s'appuie surtout sur des statistiques tirées des anamnestiques des malades. Il serait donc au moins prématuré d'en prétendre préciser le mécanisme. A signaler à part, toutefois la conception de DANYSZ, étayée sur certains résultats thérapeutiques, d'un asthme anaphylactique, dont l'antigène serait constitué par la flore microbienne intestinale. Enfin rappelons qu'au lieu d'y prédisposer, les infections générales aiguës peuvent suspendre, de façon plus ou moins passagère, des manifestations asthmatiques, sans doute par leur action sur l'équilibre humoral, l'équilibre neuro-végétatif, le fonctionnement des endocrines.

Etat psychique. — Il joue un rôle incontestable, et, dans certains asthmes, prépondérant, vraisemblablement par sa répercussion sur le système nerveux végétatif.

***

De tous les faits que nous venons d'exposer, il résulte que la pathogénie de l'asthme est complexe et constituée par l'association d'éléments divers les uns principaux, les autres subsidiaires. Les uns et les autres peuvent en outre se grouper avec une importance relative variable, et, même parmi les premiers, il semble que l'un parfois puisse faire défaut.

Cette complexité des éléments pathogéniques et cette variabilité dans leur groupement dominent le problème thérapeutique. Elles indiquent qu'il serait vain de vouloir soigner tous les asthmes par les mêmes méthodes et chaque cas par une méthode unique. Aux divers éléments pathogéniques que peut déceler une étude approfondie de chaque malade doivent répondre, dans la mesure du possible, des traitements appropriés. Bien souvent, cependant, on sera incapable de dissocier exactement les éléments pathogéniques qui entrent en jeu et encore plus d'apprécier l'importance relative de chacun d'eux. Le traitement comportera en conséquence toute une part d'essais successifs et de tâtonnements.

Nous ne voulons pas entrer ici dans les détails de cette thérapeutique. Nous n'en indiquerons que les directives.

A. *Suppression de la cause première habituelle, de l'état morbide : les protéines étrangères, et traitement des conditions organiques qui favorisent leur pénétration.*

Dans l'asthme d'origine alimentaire et avec insuffisance hépatique, — cas fréquent surtout dans les formes héréditaires et dans celles où l'on note, chez les malades ou dans leur famille, des troubles particuliers de divers métabolismes, — le régime alimentaire hypoazoté a une importance considérable. Il suffit parfois, à lui seul, à atténuer, raréfier ou supprimer des accès d'asthme. Cependant ce serait une erreur de croire, systématiquement, que tous les asthmes en bénéficient. Quant à des traitements de stimulation du foie déficient, partant d'une idée théorique, il ne nous semble pas qu'ils aient, dans la pratique, donné jusqu'à présent de résultats bien appréciables.

Dans les asthmes par inhalation, il faut, d'une part, veiller aux conditions de pureté de l'air inspiré par les malades, d'autre part soigner, si l'on peut juger de sa défectuosité en un point, l'état de la muqueuse respiratoire (ablation de polypes, traitement du catarrhe bronchique, etc.)

Enfin il peut s'agir d'une protéine unique, ou de quelques protéines seulement. C'est d'elles alors que la pénétration doit être évitée, ce qui n'exclut pas d'ailleurs, si cette pénétration a lieu par voie digestive, la nécessité d'une diététique générale de repos du foie, et cela d'autant plus que les sensibilisations les plus étroites ont tendance, avec le temps, à s'élargir et à devenir des sensibilisations générales. C'est surtout l'interrogatoire des malades qui met sur la piste des causes spécifiques ; et la méthode des cuti-réactions (passible d'ailleurs de causes d'erreur et dans sa technique et dans son principe même), ne paraît pratiquement susceptible, contrairement

à l'opinion américaine, que de vérifier et d'assurer le diagnostic étiologique établi par cet interrogatoire.

Quelle que soit l'efficacité des méthodes thérapeutiques que nous venons d'exposer, elles sont en général insuffisantes, à elles seules, à traiter l'asthme. La pénétration, longtemps prolongée, des protéines dans l'organisme y a, en effet, provoqué des désordres permanents que la suppression des causes provocatrices ne saurait suffire à supprimer et sur lesquels il faut tâcher d'agir directement. N'est-ce pas d'ailleurs là une règle générale en médecine ? De même, le mouvement d'une montre, enrayé par la pénétration prolongée de sables ou de poussières, ne saurait être rétabli par la seule mise à l'abri de la montre ou la réparation du boîtier ; il faut encore et surtout décrasser les rouages, resserrer des vis, réparer des pièces faussées ou usées, etc.

B. *Désintoxication urique.*

C'est la seule méthode thérapeutique admise, conjointement aux règles diététiques précédentes, par les tenants de la théorie uricémique exclusive. Elle comprend la déchloruration (le sel étant fixateur des déchets uriques), l'usage des iodures (qui en dehors de leur action locale sur la sécrétion bronchique, la circulation pulmonaire et, indirectement, le bulbe, favorisent la désintoxication en activant la circulation capillaire dans l'intimité des tissus), les purgatifs, laxatifs et diurétiques, l'exercice physique (qui favorisent l'élimination des déchets toxiques). Pratiques excellentes dans beaucoup de cas, mais dont l'inconstance des effets, celle des iodures en particulier, contribue à prouver que l'intoxication urique est loin de jouer dans l'asthme un rôle exclusif.

C. *Traitement de la susceptibilité au choc.*

Il peut être spécifique ou non spécifique.

a) Le traitement spécifique ne s'applique naturellement qu'aux cas où la cause sensibilisante est nettement déterminée. Ces cas, nous l'avons dit, sont la minorité.

Parfois c'est la sérothérapie qu'on a utilisée : injections de sérum de cheval normal (dans les cas d'asthme d'origine équine) ou de sérums d'animaux divers (cheval, canard) immunisés contre l'antigène nocif (en particulier dans l'asthme des foins).

En général, on emploie la désensibilisation proprement dite par le procédé de Besredka, c'est-à-dire en faisant absorber à l'organisme des doses faibles et lentement progressives de l'antigène (produits d'origine animale, alimentaire, médicamenteuse, microbienne) ; la voie d'introduction est variable : sous-cutanée, épidermique, intra-dermique, digestive.

Il semble qu'on puisse dire, pour l'instant, de ces méthodes spécifiques que certaines au moins aboutissent à des résultats incontestables, encore qu'inconstants, mais qu'en général toutes ont un effet assez peu durable. Si, par exception, elles le sont à la substance spécifique, du moins paraissent-elles laisser subsister une instabilité humorale, qui se traduit, quelque temps plus tard, par une sensibilité à d'autres antigènes.

b) Le traitement non spécifique est la protéinothérapie, méthode nouvelle, applicable à des états morbides fort divers, et encore incomplètement au point, il faut le reconnaître. Elle consiste en l'introduction dans l'organisme, par voie intraveineuse, et surtout par voies sous-cutanée ou intra-dermique, moins choquantes, de substances protéiques à l'état colloïdal. On suppose que le contact des colloïdes humoraux, avec ces colloïdes de composition différente bien que, comme eux, de nature protéique, provoque des chocs plus ou moins atténués, qui transforment l'équilibre instable des colloïdes humoraux en un équilibre plus stable. Par quel mécanisme exact ? On l'ignore jusqu'à présent. Le fait toutefois n'a rien de particulièrement surprenant, car, comme le remarque Hallion, les protéines ne font pas en la circonstance autre chose que ce que fait « un poison quelconque, qui devient un remède à certaines doses et dans des circonstances déterminées ». Toute cause, dit-il encore, capable de modifier l'état physiologique normal, doit théoriquement tendre à corriger un état pathologique, quand elle se trouve agir dans un sens opposé à la déviation fonctionnelle, dont l'état pathologique dépend ».

C'est vraisemblablement par protéinothérapie qu'agissent dans certains cas d'asthme diverses injections préparées à titre spécifique : vaccins de Minet, entéro-vaccins de Danysz, médications biologiques anti-tuberculeuses.

A titre vraiment protéinothérapique, les substances les plus couramment employées sont le lait, le sang et la peptone. La peptone, utilisée par voie intra-veineuse, n'est pas sans présenter certains risques, en raison de la violence du choc provoqué. Tout récemment, elle a été préconisée en injections intra-dermiques par Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier. Pour le sang, on peut employer celui du sujet lui-même (l'albumine ayant été suffisamment modifiée dans sa constitution moléculaire du fait de l'hématome produit et de sa résorption) ou celui d'un sujet étranger : auto et hétérohémothérapie. Au sang total, on peut aussi substituer le sérum : auto et hétérosérothérapie.

La protéinothérapie donne dans l'asthme des résultats incontestables, mais inconstants. Ses effets, en outre, comme ceux de toutes les médications de l'asthme, ne paraissent pas définitifs.

Intermédiaires aux traitements spécifiques et

aux traitements non spécifiques, on peut encore indiquer les autosérothérapies avec sérum recueilli au cours de crises. Ce procédé ne paraît pas supérieur à l'autosérothérapie ordinaire.

D. *Traitement du déséquilibre neuro-végétatif.*

Hors les cas rares où une irritation viscérale ou de la pituitaire entretient l'état permanent de déséquilibre neuro-végétatif et où l'on peut agir sur elle pour modifier celui-ci, au moins passagèrement, on n'avait guère, jusqu'à ces derniers temps, pour combattre cet état permanent de déséquilibre, que les ordinaires méthodes sédatives du système nerveux en général : hydrothérapie, repos moral, etc.

Ce serait cependant par leur action sur le système neuro-végétatif viscéral et grâce à l'intermédiaire du système neuro-végétatif périphérique, que les rayons ultra-violets, derniers venus dans la thérapeutique de l'asthme, produiraient les bons effets — mais inconstants — qui ont été récemment signalés, surtout dans les formes infantiles.

Les médications préconisées sont surtout des médications symptomatiques des crises. Leur emploi est souvent indispensable. Mais elles ne sauraient constituer un traitement de fond, malgré, pour certaines, l'avis de quelques auteurs, et d'autant moins qu'elles créent de l'accoutumance et sont la plupart toxiques, d'ailleurs, à des degrés divers. Ce sont :

La morphine et ses succédanés, qui agissent sans doute par inhibition des centres bulbaires ;

L'adrénaline, qui excite le sympathique et a par conséquent une action broncho-dilatatrice ;

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, qui a la même action, mais moins prononcée, et, par contre, ne congestionne pas le poumon comme l'adrénaline (on associe les deux sous le nom d'évatmine) ;

L'extrait surrénal total ;

La belladone, son alcaloïde, l'atropine, et son extrait total, la bellafoline qui inhibent le parasympathique et en même temps excitent le sympathique.

Le datura stramonium, d'action analogue, et employé surtout, mélangé à l'opium et à diverses autres substances, sous forme de poudres à brûler et de cigarettes ;

Le gardénal enfin, dernier venu.

E. *Traitement de l'épine locale.*

Elle est souvent inaccessible aux moyens thérapeutiques, constituée qu'elle est par un noyau de sclérose. S'il s'agit au contraire d'adénopathie trachéo-bronchique, l'arsenic, la radiothérapie, etc. seront utilisables.

F. *Traitement des cas à étiologie particulière.*

Nous avons déjà signalé que le traitement chirurgical de lésions viscérales ou de la pituitaire supprime parfois des accès d'asthme. Ce sont en général des rémissions passagères.

En cas de syphilis, on aura recours au traitement spécifique, qui donne parfois des résultats inespérés.

Enfin, quand des signes thyroïdiens se manifestent nettement, parfois même quand on ne peut que soupçonner un certain degré de dysthyroïdie, le traitement opothérapique est indiqué, en particulier aux toutes petites doses préconisées par Léopold Lévi. La radiothérapie de la glande a aussi donné des résultats.

G. *Traitements au mode d'action complexe.*

Ce sont principalement les cures thermales (Le Mont-Dore, Saint-Honoré, la Bourboule), que nous rangeons sous cette rubrique. Des travaux récents ont bien montré, en effet, que ces cures, demeurées si longtemps empiriques, agissent, non pas, comme les traitements précédents, sur un seul des éléments pathogéniques, mais à la fois sur la plupart d'entre eux : l'insuffisance hépatique, l'instabilité humorale, l'intoxication urique, le déséquilibre neuro-végétatif, la dysendocrinie, les lésions locales de l'appareil respiratoire (1).

C'est même sans doute ce mode d'action complexe, qui en fait encore à l'heure actuelle, et malgré les thérapeutiques nouvelles, un des traitements dont les effets sont le plus constants, le plus complets et le plus durables.

***

En dehors des médications symptomatiques des crises, la thérapeutique de l'asthme comprend, on le voit, un ensemble non négligeable de médications de fond. Il est des cas cependant, rares heureusement, qui résistent à tout traitement. Mais, même dans la grande majorité des cas favorables, il faut reconnaître que les médications de fond ne guérissent guère définitivement, par conséquent totalement, surtout les cas invétérés. La chronicité et la complexité du processus, qui préside au développement de l'état morbide en question, son caractère souvent héréditaire ont causé une telle « imprégnation » de l'organisme que ces médications de fond n'ont qu'un effet de durée plus ou moins limitée. Et ceci est aussi vrai pour le traitement diététique que pour les méthodes de désensibilisation, les traitements endocriniens ou les cures thermales. Résultat d'ailleurs appréciable, car,

(1) Voir : J. Galup. — « Du mode d'action des cures thermales dans l'asthme et de leur position actuelle dans la thérapeutique générale de cet état morbide. » Soc. d'hydrol. médic. de Paris. Séance du 4 janv. 1926. *Annales*, t. LXVII, n° 5, p. 178-204.

par un usage répété et judicieusement combiné de ces diverses thérapeutiques, on permet en général aux malades d'éviter les crises fréquentes anisi que les complications qui en résultent, et ainsi d'atteindre le moment où les crises s'atténuent ou disparaissent d'elles-mêmes, — tendance naturelle qu'on a signalée depuis longtemps dans l'asthme et qui tient peut-être à ce que l'anaphylaxie à la longue se transforme en immunité.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les péricystites phlegmoneuses diffuses.

D'après une leçon du professeur Legueu (1).

Les péricystites phlegmoneuses diffuses sont en réalité des infiltrations d'urine de la loge supérieure du périnée. On peut les opposer aux infiltrations d'urine de la loge inférieure qui sont bien connues et qu'on voit souvent. Elles sont assez rares. Voici l'observation princeps qui m'a permis d'établir ce type clinique.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans dont l'histoire s'est déroulée en trois actes. Il y a d'abord un traumatisme, puis une incontinence d'urine, puis l'acte final, celui de la péricystite phlegmoneuse diffuse.

En février 1925, il y a un an, cet homme, à l'âge de 45 ans, est renversé et écrasé par une voiture, sur la chaussée. Il est immédiatement transporté dans le coma à l'hôpital de C... où l'on diagnostique une fracture du bassin. On note une hématurie abondante qui persiste un mois à la suite de l'accident. En même temps, on note une rétention complète d'urine, et l'on met une sonde à demeure pendant dix jours. Le malade sort de l'hôpital, il marche facilement et reprend son travail, mais il garde de la dysurie, un jet faible, des mictions fréquentes ; une légère douleur à la miction. Ces symptômes augmentent, et quatre ou cinq mois après l'accident, apparaît une incontinence d'urine, diurne, et surtout nocturne.

Nous arrivons au mois de janvier dernier : alors apparaissent des douleurs hypogastriques violentes, en même temps que la température monte à 39°. L'état général est altéré. On constate une grosse tuméfaction de toute la région hypogastrique et de la paroi abdominale remontant jusqu'à l'ombilic, d'apparence phlegmoneuse. Les bourses sont indemnes. Rien à la prostate. C'est une péricystite phlegmoneuse diffuse. On fait une intervention immédiate, des incisions multiples, qui amènent l'écoulement d'une grande quantité de pus. La vessie n'est pas ouverte. On met un drainage. Les suites opératoires sont excellentes. La température tombe aussitôt, il y a une amélioration de l'état général, des mictions faciles ; le canal, rétréci dans sa partie postérieure, admet un explorateur n° 15.

L'histoire de ce malade se résume en trois termes. Il y a eu chez cet homme un traumatisme, une fracture du bassin, dit-on. Eh bien, la radiographie du bassin nous montre que cet homme n'a pas eu en réalité une fracture du bassin, mais une disjonction de la symphyse : ce n'est pas la même chose. On peut voir à la suite des grands traumatismes une fracture du bassin atteignant les branches ischio-pubiennes ; ces fractures s'accompagnent quelquefois d'une fracture en arrière : c'est la double fracture antéro-postérieure de Malgaigne. Ici, il existe simplement un écartement, d'un centimètre et demi, par conséquent très accentué, au niveau des pubis ; c'est ce que nous appelons une disjonction de la symphyse, on pourrait dire une luxation de la symphyse dans laquelle il y a simple écart, sans trop de déplacement.

Une disjonction de la symphyse entraîne inévitablement une altération de l'urètre qui est au-dessous. Sur la radiographie, on a toujours une déchirure de l'urètre, siégeant dans la portion intra-aponévrotique, et qui peut amener des rétrécissements très graves et complexes. Par sa situation dans la partie la plus profonde du périnée, ce rétrécissement, même s'il n'est pas très accentué, constitue une telle impossibilité thérapeutique, qu'on ne peut l'améliorer que par une opération.

Sur l'hématurie, j'ai fait des réserves. Je veux bien, somme toute, admettre l'hématurie, parce que l'urètre a pu verser du sang dans la vessie, mais je serais étonné s'il n'y avait pas eu en même temps une urétrorragie, car la rupture de l'urètre s'accompagne nécessairement d'une urétrorragie.

Quatre ou cinq mois après l'accident, cet homme présente de l'incontinence d'urine, diurne et nocturne. Or, les explorations que nous avons faites n'ont pas montré une lésion actuelle et susceptible de causer cette incontinence d'urine.

La prostate n'est pas augmentée de volume. Il a quarante-cinq ans. Il a un retrécissement dans la partie postérieure de son urètre, mais,

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker, le 24 mars 1926, recueillie par le Dr Laporte.

chose curieuse, ce rétrécissement est parfaitement franchissable. Il n'a pas une rétention d'urine qui pourrait expliquer, par un mécanisme facile à prévoir, l'incontinence qu'il présente.

Ce malade a-t-il eu une déchirure de la portion membraneuse, qui est par excellence la portion sphinctérienne de l'urètre ? C'est possible, mais je n'en ai pas la preuve. A-t-il eu une contusion de sa moelle sacrée, une lésion des racines rachidiennes, un hématome de la queue de cheval, on n'a rien trouvé de ce côté. Je serais porté à penser que cet homme a ébranlé, divisé, dissocié un peu la contractilité de sa portion membraneuse, et qu'il a une insuffisance de sphincter. Il est embarrassant de faire une thérapeutique d'un trouble dont on ne connaît pas et dont on ne peut pas préciser la pathogénie. Cependant, si on avait à revoir ce malade, je crois qu'il serait bon de lui faire de l'électrothérapie intra-uréthrale faradique, comme on fait dans l'incontinence d'urine.

Ce malade vient prendre sa place dans cette catégorie d'une lésion rare, d'un trouble assez exceptionnel, l'infiltration d'urine de la loge supérieure, que nous avons établie sur des observations très précises.

Il faudrait d'abord rappeler ce qu'est l'infiltration d'urine de la loge inférieure. Vous savez qu'il y a autour de l'appareil urétral des inflammations périphériques, des péri-urétrites phlegmoneuses, c'est-à-dire l'abcès urineux. Quelquefois cet abcès urineux prend une virulence plus grande, où il y a des variétés microbiennes différentes ; on se rapproche des processus gangréneux, on a ce qu'on appelait autrefois l'infiltration d'urine, mot qui devrait être remplacé par celui de péri-uréthrite phlegmoneuse diffuse. Or, une aponévrose est au-dessous de la symphyse, étendue entre les deux branches ischio-pubiennes, donnant naissance à une autre aponévrose qui enveloppe complètement le périnée, et se termine du côté de la verge.

Lorsqu'une péri-urétrite phlegmoneuse vient à se développer, c'est dans cette loge supérieure du périnée qu'elle se constitue, au-dessous de l'aponévrose superficielle du périnée. Seulement, dans quelques cas, la virulence devient un peu plus accentuée, on a quelque chose qui dépasse les limites de la suppuration, qui devient une sorte de sécrétion putride. Dans ces cas, l'infiltration remonte dans les aines, parce que la loge de l'aponévrose périnéale s'ouvre dans les régions inguinales. Lorsqu'on suit la marche de cette infiltration, on voit un stade périnéal, un stade pénien, un stade inguinal ; si cela continue, il y aura un stade lombaire.

En conservant le terme des anciens, qui avaient dit infiltration d'urine, on croirait que c'est l'urine qui monte et s'étend. Ce n'est jamais l'urine, car la vo e urinaire n'est pas en réalité rompue, c'est un tissu septique, imprégné par les sécrétions microbiennes, c'est un phlegmon, c'est un état voisin de la septicémie gangréneuse. C'est d'abord un œdème mou, indolent, dit-on, qui se transforme en un œdème dur, douloureux, puis ce sera le sphacèle ; généralement, cela n'en vient pas là, parce que le malade vient assez tôt pour qu'on ait le temps de faire les grandes incisions périnéales. Celles-ci seront faites au-delà des muscles.

La péri-urétrite phlegmoneuse diffuse des régions superficielles, c'est donc l'infiltration d'urine vulgaire d'autrefois, mais il y a longtemps que nous tous, qui observons, nous nous étions demandé s'il ne pouvait pas y avoir dans les régions prostatique et vésicale, une inflammation comme la péri-urétrite phlegmoneuse diffuse, mais postérieure, c'est-à-dire une péricystite.

Le hasard m'a mis en présence d'une observation de ce genre. Il s'agissait bien d'une péricystite phlegmoneuse diffuse, c'est-à-dire d'une infiltrat on d'urine de la loge supérieure, comme chez le malade dont je viens de vous rapporter l'histoire clinique. Depuis, nous avons pu relever d'autres observations analogues. L'observation que je viens de rapporter est typique.

Quand ce malade entra dans le service, il avait un état général très mauvais, un ventre de bois. Il a fallu faire des incisions multiples. Il s'agissait d'une véritable péricystite phlegmoneuse diffuse. Il conserve un rétrécissement et de l'incontinence due à une diminution de la contractilité.

Dans le liquide puriforme, on ne trouve pas toujours des anaérobies au début ; presque toujours, dans ces cas, on rencontre des streptocoques ; ce streptocoque a d'ailleurs acquis une virulence extraordinaire. Quelquefois on rencontre du staphylocoque, et lui aussi, en pareille circonstance, présente une virulence toute spéciale.

Cette péricystite phlegmoneuse diffuse a son point de départ autour de la prostate ou de la vessie. De là, l'inflammation monte, autour de la vessie, jusque vers la région ombilicale. Les malades se présentent avec un plastron inférieur, un état général très mauvais, la langue sèche, l'apparence de mourants. Il faut immédiatement ouvrir la région hypogastrique au-delà des muscles, jusqu'à la cavité péri-vésicale où on mettra un drain.

On peut mettre non seulement du sérum anti-œdematiens, anti-perfringens et anti-vibrion localement, mais en même temps sous la peau, c'est-à-dire faire de la vaccination locale et générale. Puis, avec le drainage bien fait, la guérison peut survenir. C'est ce qui s'est produit chez notre malade. Nous avons la satisfaction

de l'avoir guéri d'une maladie grave, difficile et qui est en somme peu connue, puisque nous en avons relevé quatre ou cinq observations tout au plus en douze ans, et dans quelques-unes, il y avait en même temps de l'infiltration en bas. Il faut penser, en présence de la périurétrite ou infiltration d'urine vulgaire, à la possibilité d'une péricystite phlegmoneuse concomitante. Mais, d'autres fois il n'y a pas d'infiltration en bas. Il faut donc penser à cette maladie, il faut la connaître, d'autant plus que la thérapeutique doit être immédiate, large et généreuse.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des hémorrhoïdes par les courants de diathermie.

On a proposé l'utilisation des courants de haute fréquence et de haute tension en application monopolaire intra-rectale. Paul MEYER rappelle les heureux résultats obtenus surtout dans les formes aiguës, mais il croit ces courants capables aussi d'influencer favorablement à distance la circulation veineuse des hémorroïdaires par des applications trans-abdominales.

Il a traité ainsi 22 cas d'hémorroïdes externes ou internes, de forme chronique ou en période fluxionnaire, par les seuls courants diathermiques trans-abdominaux ; les effets de ce traitement ont été plus ou moins heureux, mais manifestes dans 21 cas.

Ces effets diathermiques à distance doivent donc être considérés comme un précieux adjuvant du traitement diathermique local. Ce traitement combiné est réalisable en un seul temps dans la cure des hémorroïdes chroniques, car l'anus peut alors tolérer une électrode de fort calibre. Mais, en crise subaiguë, la trop grande sensibilité de la région anale ne permet point la réalisation d'une électrode intra-anale de dimension suffisante ; on pratique d'abord les courants trans-abdominaux. Il en est de même, à plus forte raison dans les crises aiguës, faute de la possibilité d'une électrode intra-anale. On constitue alors un pôle anal externe à l'aide d'un gros tampon imbibé d'eau salée, convenablement exprimé et appliqué sur la région anale, et par-dessus on applique l'électrode, que l'on tient en main. Le second pôle est placé sur toute région voisine facilement accessible. Lors de la deuxième ou de la troisième application le pôle intra-anal devient possible.

Grâce à cette méthode combinée anale et trans-abdominale, avec un courant de 1800 à 2000 milliampères (tous les deux jours pendant 20 minutes, 15 à 20 séances), on influence favorablement les manifestations douloureuses ou gênantes de tout ordre déterminées par des hémorroïdes internes ou externes de petit ou de moyen volume (hémorragies, ténesme, prurit, constipation) ; les résultats sont supérieurs à ceux de la méthode d'application monopolaire intra-rectale. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 octobre 1925.)

Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte (15 ans).

Le Dr H. DELAGÉNIÈRE expose l'état actuel de la question, et rappelle que Lucas-Championnière n'avait jamais recours à l'opération sanglante avant d'avoir fait un traitement d'essai conservateur par l'immobilisation parfaite du genou et un traitement médical approprié, en tous points analogue à ceux qu'on fait aujourd'hui. Un des premiers, il s'était élevé contre la pratique barbare de la résection chez l'enfant, dont la croissance du membre se trouvait arrêtée par l'ablation des cartilages de conjugaison.

Avant 15 ans, c'est-à-dire dans l'enfance, tout le monde est maintenant d'accord que le traitement conservateur, seul, est de mise.

Plus tard il faut faire une distinction entre les méthodes conservatrices, qui n'exigent aucune intervention, et les méthodes qui nécessitent une opération plus ou moins grave et compliquée. L'immobilisation, l'héliothérapie, les rayons ultra-violets, la radiothérapie et même les injections modificatrices sont des méthodes purement médicales, qui escomptent surtout les efforts de la nature pour obtenir la guérison. Celles-ci doivent donc toujours être essayées avant de prendre une décision chirurgicale.

Lorsque celle-ci est décidée, on peut encore avoir affaire aux méthodes qui peuvent donner l'espoir de conserver le mouvement du genou phénopuncture, plombage des épiphyses, greffes intra-épiphysaires, synovectomie ou arthrectomie. Or, ces méthodes aboutissent presque toujours à l'ankylose ; elles sont assez graves et nécessitent une durée de traitement assez longue ; enfin elles ne peuvent donner l'espoir d'un bon résultat que dans les cas très spéciaux et très favorables (lésion au début, lésions limitées, état général bon). Or, l'auteur croit que, dans ces conditions spécialement favorables, les méthodes

médicales sont encore indiquées, et qu'il faut être des plus réservé pour les indications de ces opérations nouvelles, qui sont cependant de valeur reconnue.

Le traitement d'essai n'a sa raison d'être que chez l'adulte et le vieillard, car, chez l'enfant, il doit être continué avec persévérance puisque la résection mène chez lui à un désastre fonctionnel et que l'amputation est toujours inutile, même en présence de complications graves, toujours amendables par les ressources conservatrices.

Chez l'adulte, il est subordonné aux conditions sociales du malade : le manœuvre, le cultivateur, l'artisan, qui n'ont pas les moyens de suivre un long traitement conservateur, et qui, en subissant la résection du genou, pourront reprendre leur travail au bout de 3 ou 4 mois, ne devront pas suivre le traitement d'essai aussi longtemps que le malade d'une condition sociale aisée. Mais cependant il doit être tenté dans tous les cas, sauf en cas de lésions très avancées, quand l'ankylose est la seule guérison possible ; pendant cette période, il convient aussi de surveiller la santé générale.

Chez le vieillard, le traitement d'essai doit être aussi court que possible, car on ne peut guère espérer la guérison avec mouvements du genou que dans certains cas de lésions osseuses très limitées et n'ayant pas envahi l'articulation. La seule contre-indication à l'opération résulte de l'extension trop grande des lésions et de la cachectisation du malade.

L'auteur étudie avec le plus grand soin tous les détails de la résection du genou, ainsi que les soins consécutifs. Les résultats fonctionnels dépendront toujours du résultat anatomique. Après une opération complète et soigneuse, on obtiendra toujours une ankylose solide, non douloureuse, si la résection ne dépasse pas 6 centimètres ; au-delà, le malade peut cependant bien marcher, mais il boite davantage.

Il ne faut pas oublier que la résection ne procure la guérison qu'au prix d'un déficit fonctionnel sérieux, puisque les mouvements du genou sont à jamais perdus. On est donc fondé à étudier toutes les méthodes, qui conservent des mouvements. Malheureusement, dans l'état actuel, les arthrectomies et les greffes intra-épiphysaires n'ont pas encore donné des résultats assez satisfaisants pour qu'on puisse les mettre en parallèle avec la résection. (*Journ. de Médecine et de chirurgie pratiques*, 25 novembre 1925.)

Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum.

Les diverses thérapeutiques, tant chirurgicales que médicales, employées pour combattre le rétrécissement inflammatoire du rectum n'ont donné que des résultats décevants. MM. R. Bensaude et J.-H. Marchand, après avoir essayé divers procédés de chimiothérapie, de vaccination, de physiothérapie, se sont arrêtés à un traitement diathermique, qui a été efficace.

Alors que, notamment, les dilatations longues et douloureuses avec les bougies d'Hégar ne donnaient qu'une amélioration passagère, la diathermie permet par des applications non douloureuses de rétablir le calibre normal de l'organe, de rendre à la paroi sa souplesse et sa contractilité, et ceci, semble-t-il, d'une manière durable.

L'électrode active est la bougie d'Hegar, la plus grosse que puisse admettre le rectum sans douleur ; on en augmente ainsi le calibre avec les progrès de la guérison. L'électrode indifférente se compose de deux plaques d'étain jumelées, que l'on place l'une dans la région lombaire, l'autre sur la paroi abdominale ; ce dispositif permet, sans réactions douloureuses, d'augmenter l'intensité du courant (jusqu'à 3 ampères). La durée de chaque application est de 20 à 30 minutes : trois applications par semaine. Toutes les dix séances, on donne quinze jours de repos et l'on continue jusqu'à ce qu'on puisse passer sans douleur les bougies les plus grosses, et surtout qu'au toucher rectal la muqueuse ne donne plus la sensation de carton qu'elle donnait avant le traitement. Le contrôle rectoscopique est alors pratiqué. Au début, la dilatation est très lente, cependant le pus devient plus fluide et moins fétide ; cependant, en raison de la congestion intense de la région, se produisent des pertes sanguines plus ou moins abondantes, et celles-ci diminuent, puis cessent vers la 8e ou 9e séance.

La tuberculose pulmonaire et la sanocrysine.

Il y a quelques mois, de retentissantes communications ont été faites au sujet d'un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate d'or et de sodium, connu sous le nom de sanocrysine.

On avait même été jusqu'à parler de ce médicament comme d'un spécifique de la tuberculose. M. P. Pruvost examine ce qu'il faut penser de ce médicament et de la réputation qu'on a prétendu lui faire. Pour lui, il adopte la définition de Sergent appliquée aux remèdes spécifiques de la bacillose : c'est l'agent qui devra guérir aussi bien les formes aiguës que les chroniques, les tuberculoses reconnues incurables comme celles qui sont dites curables. Or, parmi les traitements préconisés actuellement, il n'en est aucun qui possède cette puissante efficacité.

Pour ce qui est de la sanocrysine, son efficacité est très discutable, et on ne saurait par conséquent en faire un agent médicamenteux de pratique courante.

Elle est très difficile à manier, en ce qu'elle provoque de sérieuses réactions, provoquées, soit par la toxicité du produit, soit par le remaniement du foyer tuberculeux.

« C'est un produit encore à l'étude ; peut-être sera-t-il susceptible de donner ultérieurement des résultats plus constants et plus satisfaisants, après des modifications heureuses de sa préparation et de la technique ... C'est un médicament d'exception qui ne peut être utilisé prudemment que par des spécialistes. » (*L'Hôpital*, avril 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'oxyde de scopolamine dans les états parkinsoniens.

(MM. Polonovski, Combemale et Nayrac. — *Académie de médecine* ; 20-4-1926.)

De toutes les médications préconisées dans le traitement des états parkinsoniens, la scopolamine paraît à peu près seule donner des résultats intéressants. En injection, ou mieux par voie gastrique, elle agit sur la sensation subjective de rigidité, sur la rigidité elle-même, sur le tremblement, l'hypersialorrhée et l'état psychique. Mais cet alcaloïde est un toxique violent, qu'on ne saurait administrer qu'à dose minime, rarement égale à un milligramme par jour. Aussi, a-t-on quelque hésitation à recourir à cet agent médicamenteux en quantité convenable surtout.

MM. Polonovski, Combemale et Nayrac ont été amenés à substituer à la scopolamine, son aminoxyde, l'N-oxyde de scopolamine, qui rentre dans le groupe des génalcaloïdes étudiés par MM. Max et Michel Polonovski, substances qui conservent les propriétés des alcaloïdes dont ils dérivent, avec une toxicité moindre.

Les auteurs conseillent de prescrire l'N-oxyde de scopolamine par doses fractionnées de 1 milligr. 5 à 2 milligr., deux fois par jour. Le maximum usuel de 4 milligrammes *pro die* pourrait être facilement dépassé si le besoin s'en faisait sentir. La susceptibilité des malades à ce génalcaloïde étant d'ailleurs variable, ce ne sont là que des quantités moyennes que l'on augmentera ou diminuera selon les cas.

La grippe cervicale des enfants.

(M. Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux. — *Académie de médecine* ; 20-4-1926.)

Les causes des adénopathies cervicales de l'enfance sont assez nombreuses et variées : tuberculose, lymphatisme, syphilis, irritations cutanées, lésions buccales et pharyngées, etc. M. Rousseau Saint-Philippe signale une autre origine possible de ces adénopathies : la grippe, qui entraînerait quelquefois une forme aiguë de l'adénopathie cervicale, toujours précédée ou accompagnée d'un léger catarrhe des voies respiratoires supérieures.

Action des rayons ultra-violets sur la croissance.

(MM. Springer et A. Tardieu. — *Académie de médecine* ; 20-4-1926.)

MM. Springer et Tardieu ont étudié expérimentalement l'action des rayons U.V. sur la croissance. Elevant une portée de lapins dans un sous-sol à l'abri de la lumière et soumettant dans ce groupe 5 animaux à des séances d'irradiations ultra-violettes, ils ont vu les lapins ainsi traités continuer à se développer, alors que les témoins succombaient par dépérissement progressif.

Les oreillons auraient pour agent causal un spirochète.

(M. Yves Kermorgant. — *Société de pédiatrie* ; 19-1-1926.)

Le pouvoir infectant des sécrétions buccales des malades atteints d'oreillons est un fait connu depuis longtemps. La preuve expérimentale de la présence du virus, agent étiologique des oreillons, dans la salive des malades a été apportée en 1908 par Granata, puis en 1914 par Gordon, et démontrée d'une manière irréfutable en 1916-1918 par Wollstein. Mais quel est cet agent ?

Dans des recherches faites à l'Institut Pasteur, M. Yves Kermorgant s'est servi comme matériel virulent de liquide recueilli par lavage de la bouche à l'eau physiologique. Il a inoculé le culot de concentration de ce liquide dans la parotide de singes et il l'a ensemencé sur sérum dilué. L'ensemencement lui a montré la présence d'un spirochète vivant en symbiose avec une bactérie.

L'inoculation du liquide buccal en question a déterminé chez le singe une parotidite. L'injection de culture du spirochète a eu le même résultat, après sept à neuf jours d'incubation. Une inoculation testiculaire a été suivie d'orchite et de parotidite double, avec forte réaction méningée.

Le rôle du spirochète est encore démontré par sa présence constante dans les lésions glandulaires expérimentales, et aussi par l'existence d'une lysine et d'une agglutinine dans le sérum des malades guéris d'oreillons.

— M. Apert signale l'intérêt de la communication de M. Kermorgant. Le travail de M. Kermor-

gant, bactériologiste versé dans l'étude des spirochètes, a été fait à l'Institut Pasteur, au laboratoire de M. Salimbeni. De l'avis de M. Apert, il n'est pas douteux que l'agent pathogène des oreillons soit découvert.

Cet agent est donc un organisme spiralé comme le spirochète de la syphilis. Cela peut nous expliquer la lymphocytose rachidienne qui existe au cours des oreillons comme au cours de la période active de la syphilis. Cela concorde aussi avec la marche à étapes des oreillons (parotidites, orchites ourliennes, etc.). Les rechutes sont fréquentes dans les affections à spirochètes, témoin le typhus récurrent (spirochétose d'Obermaïer), l'ictère à rechutes (spirochétose ictéro-hémorrhagique), le sodoku, la syphilis.

Traitement de la diphtérie en clientèle par le sérum purifié.

(M. J. Comby. — *Société médicale des hôpitaux* 23-4-1926.)

Une des préoccupations du médecin lorsqu'il utilise la sérothérapie en clientèle est la crainte des accidents sériques, qui sont quelquefois très pénibles et même sérieux. Comme ils sont d'ordre anaphylactique et relèvent des albumines hétérogènes du sérum, on a cherché à préparer des produits sériques contenant les mêmes quantités d'antitoxine, mais débarrassés le plus possible de ces albumines hétérogènes : tels sont les sérums purifiés de l'Institut Pasteur dont l'emploi ne paraît pas s'être beaucoup diffusé hors de l'hôpital, à tort sans doute.

Dans leurs services hospitaliers, MM. L. Martin, Lereboullet, Lesné et Papillon ont éprouvé la valeur du sérum antidiphtérique purifié qui, plus actif à volume égal que l'ancien sérum, n'est presque jamais suivi d'accidents sériques ou ne l'est que d'accidents minimes.

M. Comby a eu l'occasion de recourir à cette sérothérapie nouvelle dans une famille nombreuse ayant comporté deux cas de diphtérie. Chez la première malade, allant au plus pressé, il fit une injection de 40 cc. de sérum antidiphtérique ordinaire. La patiente avait reçu antérieurement déjà une injection de sérum pour une menace de diphtérie. Elle eut de gros accidents sériques (urticaire, éruption scarlatiniforme, T. 40°8, lipothymies) qui donnèrent de vives inquiétudes et finirent par se calmer. La seconde malade, sœur de la précédente, se présenta dans les mêmes conditions : piqûre de sérum antérieure, à la même date que sa sœur ; diphtérie nouvelle. M. Comby eut ici recours au sérum purifié. Des accidents sériques se montrèrent également, mais beaucoup moins intenses.

M. Comby fit en outre, chez dix personnes de l'entourage, une injection préventive de 2 à 3 cent. c. de sérum purifié.

L'auteur conclut qu'en présence d'une diphtérie avérée ou suspectée, il faut donner la préférence au sérum purifié de l'Institut Pasteur. Son emploi expose moins à la maladie du sérum que le sérum antidiphtérique ancien.

— M. Netter estime, comme M. Comby, que la vulgarisation du sérum purifié est désirable. Dans le service de diphtérie de l'hôpital Trousseau, avec ce nouveau sérum, les manifestations sériques sont devenues moins fréquentes. Elles ne sont pas, il est vrai, supprimées d'une façon absolue, car une quantité très minime de substance protéique étrangère suffit pour les déclancher.

— M. Louis Martin donne l'assurance qu'il est toujours possible au praticien d'obtenir du sérum purifié. L'Institut Pasteur possède des réserves permettant de répondre à tous les besoins, aussi bien pour le sérum antidiphtérique que pour le sérum antitétanique. Les pharmaciens peuvent demander ces nouveaux sérums comme les anciens.

Actuellement, les sérums antidiphtériques purifiés sont de deux types : le premier titrant 1000 unités est destiné aux injections préventives ; contenant très peu de substances albuminoïdes, il ne donne que très exceptionnellement des accidents sériques ; le second titre 5000 unités (ce qui correspond à un volume de 20 cc. de l'ancien sérum) ; il renferme beaucoup plus d'albumine et tout en diminuant les accidents sériques, il ne les supprime pas.

— M. Lereboullet préfère, dans les cas *ordinaires* de diphtérie, le sérum purifié. Il l'emploie depuis deux ans. Dans les diphtéries d'adultes, dans les diphtéries communes de l'enfant, dans celles qui frappent les sujets hypersensibles et notamment ceux qui sont entachés d'asthme, l'indication de ce nouveau sérum est formelle. L'auteur garde l'ancien sérum, le sérum classique, pour certaines diphtéries malignes de l'enfance dans lesquelles les doses à employer sont telles que l'avantage du néo-sérum disparait. L'ancien sérum, bien éprouvé, est peut-être alors plus actif et donne une sécurité plus assise. Une autre indication très nette de l'antitoxine purifiée est le traitement des paralysies diphtériques.

— M. Armand-Delille n'a pour ainsi dire plus observé d'accidents sériques, à l'hôpital Hérold, depuis qu'il se sert du sérum désalbuminé, même à très fortes doses dans les cas graves.

Adrénaline et hypertension.

(MM. Etienne, Richard et F. Claude. — *Soc. méd. des hôp.* ; 12-3-1926.)

On considère généralement l'emploi prolongé de l'adrénaline comme contre-indiqué chez les hypertendus. M. Etienne a relaté, l'an dernier, l'observation d'un asthmatique hypertendu qui fut soigné (et très soulagé d'ailleurs) par des injections d'adrénaline à hautes doses (800 milligrammes pour l'année 1924). Malgré le traitement adrénalinien, la tension s'était rétablie à des chiffres normaux. Depuis cette époque, le malade a continué ses injections d'adrénaline et il est arrivé aujourd'hui au total de 2.000 milligrammes de ce médicament. La tension arté-

rielle reste, malgré cela, invariablement fixée aux chiffres de l'an dernier.

D'autres observations analogues d'asthmatiques hypertendus traités aussi par des quantités élevées d'adrénaline, les cas d'un ordre voisin, publiés par Ricaldini et par Maira, tendraient à établir que les contre-indications de cet agent médicamenteux au cours de l'hypertension artérielle n'ont rien d'absolu.

Sur les ictères infectieux.

(MM. Widal et Weissenbach. — *Soc. méd. des hôp.* 5-3-1926.)

A la discussion récemment ouverte sur les ictères infectieux, MM. Widal et Weissenbach ajoutent une observation qui montre les difficultés assez grandes du sujet et la réserve qu'il faut avoir avant de conclure. Leur malade présenta un ictère à rechutes. L'examen du sang et des urines révéla la présence d'un bacille paratyphique, auquel on aurait pu attribuer l'ictère. Mais d'autres recherches décelèrent le spirochète ictéro-hémorrhagique. Ainsi, remarquent les auteurs, la présence d'un germe dans le sang ou les humeurs, constatée à plusieurs reprises, et même l'apparition de propriétés agglutinantes, n'apportent pas la preuve de la nature paratyphique d'un ictère. Il convient de faire des examens multiples et même parfois d'avoir des conclusions prudentes. M. Widal admet, d'ailleurs, la réalité de l'ictère infectieux à paratyphiques.

P.L.

Les Congrès

VIIe Réunion annuelle de la Société Française d'Orthopédie.

(*Paris* 9 *octobre* 1925.)

Première question mise a l'étude.

Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche.

Rapporteur : M. Lance *(de Paris).*

Les luxations invétérées, c'est-à-dire celles chez lesquelles aucune méthode thérapeutique n'est susceptible d'amener la guérison, sont divisées par le rapporteur en deux classes :

1° Les luxations dans lesquelles la réduction est possible mais la reluxation inévitable par suite d'absence d'appui osseux à la tête fémorale : ce sont les luxations incoercibles.

2° Les luxations irréductibles. Les causes de l'irréductibilité pouvant être osseuses, par rétraction des parties molles, capsulaires. Certains de ces obstacles peuvent être levés par voie sanglante.

Le rapporteur analyse ensuite les troubles appartenant aux diverses variétés de luxations invétérées et montre que ces troubles sont sous la dépendance de quatre facteurs principaux :

1° Le mode de sustentation défectueux du bassin sur le fémur : tantôt l'appui osseux existe mais est insuffisant (néocotyles, antérieures appuyées ; ce sont les formes douloureuses) ; tantôt l'appui est presque nul, la suspension est ligamentaire et musculaire (formes intermédiaires et postérieures, avec fatigue rapide à la marche, grande boiterie).

2° La position vicieuse réciproque des leviers osseux (adduction du fémur, bascule du bassin).

3° Le déplacement des insertions des tracteurs musculaires (insuffisance du moyen fessier en particulier).

4° Raccourcissement anatomique du membre. C'est à remédier à ces défauts que doit tendre la thérapeutique.

Le rapport expose ensuite les méthodes thérapeutiques palliatives dans les diverses variétés de luxations invétérées.

1° **Luxations invétérées réductibles mais incoercibles.** — Chez ces luxés âgés la réduction est possible, mais si on les mobilise précocement la luxation se reproduit ; si on immobilise longtemps, la hanche réduite s'enraidit. On a cherché systématiquement cet enraidissement.

C'est la *méthode de l'ankylose thérapeutique* (Ducroquet) que le rapporteur nous décrit. Mais elle *présente des échecs, des douleurs, et la perte des* mouvements de la hanche est un gros inconvénient.

Bien préférable est la *réfection ostéoplastique du plafond du cotyle après réduction*, méthode rationnelle puisqu'elle remédie au défaut de la hanche. Cette opération pratiquée par Ferguson (1904), Albee, Ellis Jones (1914), Fairbank (1923), Dickson (1924), a été employée, réglée par le rapporteur, qui en a donné la description (*Presse méd.*, 15 juillet 1925). Voici ses grandes lignes : la luxation est réduite, et le membre fixé en première position de Lorenz, ce qui est capital ; la partie supérieure de la capsule est découverte, un volet osseux ostéopériostique comprenant le plafond cotyloïdien est détaché, abaissé ; au-dessus de lui on insère des greffons pris au tibia, fermeture. Plâtre un mois.

Les résultats sont très bons et durables : disparition des douleurs, stabilité articulaire parfaite, conservation des mouvements (malades présentés par M. Lance (*Soc. de pédiat.*, 17 mars 1925), et par le professeur Ombrédanne (*Soc. de chir.*, 1er et 8 juillet 1925).

2° **Luxations invétérées réductibles à ciel ouvert.**— La réduction sanglante présente encore des parti-

sans. Mais elle offre des dangers, et se termine le plus souvent par ankylose. Ce n'est pas une méthode à préconiser.

3° **Luxations irréductibles.** — a. *Appareillage.* — Les appareils employés sont de diverses catégories : appareils de décharge (corsets, appareils à appui ischiatique, béquilles), les appareils de contre-ascension du fémur (ceintures pelviennes à sous-cuisses), les appareils d'extension continue, les appareils d'abduction progressive de la hanche. Les appareils de décharge et d'abduction progressive surtout peuvent rendre des services mais leurs indications sont restreintes.

b. *Méthodes physiothérapiques.* — Toutes les méthodes susceptibles d'améliorer la musculature sont utiles.

c. *Transposition par manœuvres externes.* — La méthode de Paci-Lorenz donne des améliorations certaines. Mais dans les formes graves (sujets adultes, formes postérieures) elle offre des dangers. Ses résultats ne se maintiennent pas toujours. On pourrait augmenter cette stabilité par la création d'une butée osseuse dans la fosse iliaque comme le rapporteur l'a pratiqué dans deux cas.

d. *Opérations palliatives intra-articulaires.* Ce sont la réduction sanglante dans un néocotyle artificiel (Margary), la résection, la pseudarthrose de Stoffa. Le rapporteur rejette ces opérations à cause de leur gravité et de leurs résultats aléatoires.

c. *Opérations palliatives extra-articulaires. Transposition sanglante extra-capsulaire* (opération de Lane, Codivilla, Davis). — Après transposition, sans ouvrir la capsule, un néocotyle est creusé en face de la tête fémorale. Cette opération peut rendre des services mais reste inférieure à la suivante.

Constitution par voie extra-capsulaire d'une butée ostéo-plastique au-dessus de la tête fémorale transposée. — Les premiers essais remontent à Kœnig. En France elle a été employée par Delagenière, Mauclaire, Dujarier, Hallopeau, et surtout le rapporteur. La tête fémorale ayant été ramenée par manœuvres externes dans la partie antérieure de la fosse iliaque un vaste lambeau ostéo-périostique est taillé dans l'os iliaque, rabattu sur la tête fémorale ; des greffes ostéo-périostiques de Delagenière sont entassées au-dessus du lambeau iliaque. Ainsi se trouve constitué un butoir osseux solide dans la fosse iliaque. Il en résulte une amélioration notable de la stabilité articulaire, disparition des douleurs, diminution de la fatigue et de la boiterie.

Les ostéotomies. — En 1892, M. Kirmisson propose pour remédier à l'adduction et la lordose des luxés l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui améliore beaucoup les malades. M. Frœlich montre depuis qu'en faisant l'ostéotomie basse, l'angle d'ostéotomie vient faire une butée sur l'os iliaque. En 1918, Lorenz décrit la « bifurcation » : après ostéotomie, le fragment inférieur du fémur mis en abduction marquée est repoussé de bas en haut *dans* le cotyle ; c'est sur ce bout diaphysaire que repose dorénavant le poids du tronc.

Von Bayer montre que l'ostéotomie avec abduction remet en tension les muscles pelvitrochantériens. Schwanz prône une ostéotomie très basse en face des ischions ; la création d'un angle rentrant de ce niveau supprime la bascule du bassin dans la marche.

Donc, en dehors du redressement des déviations des leviers osseux, on a demandé aux ostéotomies la remise en tension des tracteurs musculaires, la création d'un appui pelvien.

Le rapport discute ensuite longuement la valeur de diverses ostéotomies. Il conclut que la bifurcation n'est pas supérieure aux autres : plus difficile d'exécution, elle expose à une limitation considérable des mouvements de la hanche, augmente le raccourcissement, donne une marche disgracieuse en abduction. Les préférences du rapporteur vont aux ostéotomies sous-trochantériennes basses.

Transplantation du grand trochanter sur la diaphyse fémorale (V. Veau et Lamy). — Cette opération qui a pour but de remettre en tension les muscles pelvi-trochantériens relâchés, excellente lorsque la tête fémorale est fixée (dans la coxa vara, dans les luxations très appuyées), peut être le complément d'une fixation de luxation par butée pelvienne comme la rapporteur l'a pratiquée dans un cas.

Conclusions. — Au total, le rapporteur croit que les indications de l'appareillage sont assez restreintes et limitées aux contre-indications des autres méthodes.

Rejetant toutes les interventions intracapsulaires en général graves, d'efficacité incertaine, le rapporteur préconise surtout les interventions extra-capsulaires.

Aux luxations antérieures incoercibles ou mal appuyées, luxations douloureuses, convient la réfection ostéo-plastique du plafond cotyloïdien telle que le rapporteur l'a décrite. Dans les luxations intermédiaires ou postérieures jeunes, la transposition sans ou avec butée osseuse de soutien donnera de bons résultats. Dans les luxations postérieures les ostéotomies sous-trochantériennes basses trouveront des indications.

Discussion du rapport.

M. Mauclaire (Paris) est intervenu quatre fois dans des luxations invétérées : deux ostéotomies lui ont donné des résultats médiocres, deux butées ostéo-plastiques ont été suivies d'un bon résultat, les douleurs ont disparu.

M. Gourdon (Bordeaux) rappelle qu'en réduisant en position très basse, on arrive à maintenir des luxations considérées comme incoercibles. La transposition lui a donné des améliorations considérables, même chez des sujets âgés et ces résultats, contrôlés après de nombreuses années, se sont maintenus.

M. Maffei (Bruxelles) dans les cas où l'antéversion du col est énorme, la constitution d'une butée est

impossible et la seule conduite à tenir est l'ostéotomie avec détorsion du fémur.

M. Nové-Josserand (Lyon) a obtenu d'excellents résultats de la transposition, et on a pu constater que ces résultats se sont maintenus après de longues années. Mais elle ne convient qu'à des sujets encore jeunes et aux luxations pas encore postérieures.

Pour les luxations postérieures très douloureuses il a pratiqué dans sept cas l'ablation de la tête fémorale avec avivement de l'os iliaque, L'amélioration a été considérable.

La bifurcation pratiquée dans six cas ne lui a pas semblé avoir de grands avantages sur l'ostéotomie. Si elle ne lui semble pas plus dangereuse, si la hanche reste mobile, si le raccourcissement n'est pas toujours augmenté, l'appui se fait surtout sur le fragment supérieur, la marche reste disgracieuse.

M. Frælich (Nancy) pense que la bifurcation de Lorenz est une ostéotomie sous-trochantérienne mal réussie, et sans avantage.

Il pense qu'on peut améliorer les malades jeunes par des moyens simples : section des adducteurs, écartement des cuisses maintenu la nuit, massage des abducteurs, corset pelvien.

M. Ducroquet (Paris). Il est difficile de dire quand une luxation est invétérée. Chez les sujets réductibles entre huit et quinze ans, on peut encore obtenir une récupération fonctionnelle, en maintenant les malades en première position pendant très longtemps (un an, deux ans) dans un appareil articulé permettant des petits mouvements afin d'éviter les raideurs, ou dans des plâtres faits trop grands dans certaines directions ; on ramène ensuite progressivement en rectitude, on obtient ainsi une reconstitution anatomique, et fonctionnelle articulaire.

La méthode de l'ankylose thérapeutique, doit être réservée à des sujets âgés, sans laxité ligamentaire. La rétraction capsulaire peut être provoquée par un vrillage de la tête fémorale.

M. Vignard (Lyon) rapporte un cas d'enclouage de la hanche (agrafe de Dujarier) pour une luxation douloureuse).

M. Lance, rapporteur. Il semble bien ressortir de cette discussion, que pour les luxations incoercibles, pour les luxations antérieures appuyées douloureuses, l'opération logique est celle qu'il préconise, la reconstitution ostéoplastique du plafond du cotyle.

Pour les luxations intermédiaires sa reposition donnera de bons résultats, on pourra la compléter dans certains cas par une butée pelvienne. Aux formes postérieures conviennent surtout les ostéotomies, et la bifurcation de Lozenz ne semble pas avoir d'avantages sur la sous-trochantérienne basse.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La tuberculose du nourrisson.

Les recherches faites ces dernières années mettent plus que jamais en lumière le rôle primordial de la contagion familiale précoce dans la contamination tuberculeuse de l'homme. Philibert tend à admettre le rôle de l'hérédité dans le terrain tuberculisable. Le terrain légué peut être tantôt de prédisposition, tantôt de résistance selon la forme clinique ou la phase évolutive de la tuberculose des ascendants. Il envisage même la possibilité de la transmission du caractère tuberculisable ou tuberculisé comme un caractère acquis transmissible, au sens mendélien. D'autres auteurs voient dans la mortalité précoce relativement importante des nourrissons issus de mères tuberculeuses et séparés dès leur naissance, des arguments favorables à la thèse de l'hérédité. Il est un fait sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est l'extrême réceptivité au bacille de Koch du nouveau-né. N'importe quel contact, si éphémère soit-il, peut être l'occasion d'une tuberculisation. Il faut par conséquent soustraire à son milieu l'enfant issu de parents tuberculeux.

Les signes de la tuberculisation du nourrisson sont parfois peu évidents, Debré et Laplane ont insisté sur les petits signes de la primo-infection tuberculeuse discrète : état fébrile passager, chute de poids, quelques troubles digestifs (selles vertes) et les radiographies en série peuvent saisir l'apparition du chancre d'inoculation et de son adénopathie satellite. Bien souvent cette primo-infection est encore plus discrète et c'est à l'adolescence qu'éclatera à grand bruit la tuberculose.

En pratique, il faudra surveiller attentivement les petits signes de déminéralisation de l'organisme, les petites déficiences des glandes endocrines de tous ces états qui indiquent l'imminence d'un réveil de la tuberculose. La tricalcine opothérapique sera utilement donnée dans ces cas où l'on redoute une telle éventualité.

Dr Meslier.

Les Livres

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS,
91, boulevard Saint-Germain, Paris.

Dr CABANÈS. — **Les curiosités de la médecine.** (1 vol., in-16, 330 pages. Paris 1925. Prix : 10 fr.)

Cet ouvrage ne rappelle que par le titre celui publié, il y a un quart de siècle, par le Dr Cabanès, et qui ne se trouve plus depuis longtemps en librairie. L'auteur n'en a conservé que le plan, tout en renouvelant complètement la matière.

Après des généralités sur le type humain, d'après les données les plus récentes, il décrit le revêtement cutané, et c'est un prétexte à maintes anecdotes sur le tatouage, les cheveux, la barbe, la moustache ; puis il traite de l'éducation musculaire et de la faculté que possèdent certains sujets de contracter leurs muscles à volonté, avec des détails fort pittoresques.

A signaler, tout particulièrement, l'important chapitre consacré aux dents, et où nos confrères dentistes pourront puiser, pour l'histoire de leur art, des renseignements qu'ils chercheraient vainement ailleurs.

Le tronc et les membres nous sont présentés sous une forme neuve et originale, tout autrement que dans les traités d'anatomie. Nous appelons l'attention sur l'historique du corset, ses avantages et ses inconvénients, le corset dans l'art, etc.

L'ouvrage se termine par une étude des membres, à un point de vue qui n'avait pas encore été envisagé. Nous sommes tour à tour initiés à la psychologie de la main et à son symbolisme, à son ethnographie, et à sa séméiologie. Indiquons quelques sous-titres : la main dans les maladies ; la main dans les superstitions et dans la magie ; la chiromancie appliquée à l'obstétrique ; la signification et les fonctions des doigts ; les anomalies digitales, etc.

Le membre inférieur occupe une place moins étendue que le membre supérieur, mais qui n'est pas d'un moindre attrait.

GASTON DOIN, éditeur,
8, place de l'Odéon, Paris.

Pr E. SERGENT. — **Les syndromes respiratoires.** *Deuxième et dernier fascicule.* (1 vol. in-8 de 500 pages avec figures dans le texte et 42 planches en phototypie hors texte. Prix : 50 fr., 1925.)

Cet important volume est divisé en quatre parties : les syndromes médiastinaux, les syndromes diaphragmatiques, les syndromes pleuraux et les syndromes pulmonaires.

L'auteur, fidèle à l'esprit de la *Bibliothèque des Grands syndromes*, dirigée par M. le doyen Roger, s'est attaché à isoler les complexes cliniques qui traduisent les lésions et les perturbations fonctionnelles des diverses parties de l'appareil respiratoire, quelles que soient leur nature et leur origine. Un même syndrome fonctionnel physique ou radiologique peut être commun à plusieurs maladies ; une même maladie peut se manifester par des syndromes différents. Le siège des lésions, leur étendue, leur mode évolutif, commandent ces analogies et ces différences.

L'étude et le diagnostic des lésions et des troubles fonctionnels des divers appareils, et particulièrement de l'appareil respiratoire, nécessitant la mise en œuvre de tous les moyens d'exploration, les plus anciens comme les plus modernes, l'auteur a réussi à dégager les enseignements nouveaux qu'apporte l'exploration radiologique, lorsqu'elle est combinée, méthodiquement et sans idée préconçue de prééminence, avec les autres procédés d'examen. Il a donné un développement assez étendu à l'utilisation des ingénieuses méthodes des injections intra-trachéales de lipiodol.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr P. BOULOUMIÉ. — **Histoire de Vittel.** (in-8. Prix : 7 fr. 50.)

C'est l'histoire d'une ville thermale édifiée de toutes pièces en pleine campagne dénudée, et qui, par l'effort soutenu de trois générations, a pris aujourd'hui un développement considérable et acquis une notoriété mondiale.

L'auteur, dernier survivant des témoins et agents de cette fondation remontant à 1854, seul, servi par ses souvenirs, pouvait l'écrire.

Par des anecdotes, des épisodes, des silhouettes, des observations et critiques, des habitudes, manies et distractions du public aux diverses périodes, le Dr Bouloumié a réussi à donner de la vie et de l'intérêt à toutes les parties de son récit jusque dans son exposé des progrès successifs des installations et dans ses considérations économiques.

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr ROUECHE et AUSSET. — **Les actualités thérapeutiques infantiles en 1924.** *Préface* du Pr NOBÉCOURT. (Prix : 6 francs.)

MM. Roueche et Ausset se sont proposé de recueillir pour les médecins tout ce qui a paru concernant la thérapeutique de l'enfance dans les périodiques médicaux, les sociétés savantes, les livres.

Dans une série d'articles courts, ils exposent la pensée des auteurs. Ils indiquent ce qu'il est important de retenir au point de vue de la pratique journalière. Les traitements sont exposés par ordre alphabétique. Ils concernent la thérapeutique médicale et chirurgicale, et, si quelques-uns ne sont pas

des nouveautés, ils ont le mérite de refléter l'opinion admise et les acquisitions présentes sur une question choisie.

G. Doin, éditeur, Paris, 8, place de l'Odéon.

A. Pitres et L. Testut. — **Les nerfs en schémas. Anatomie et physio-pathologie** (1 vol., 706 pages, 41 planches coloriées et 164 figures, 1925.)

Ce livre est né de la guerre, alors que les auteurs étaient chargés à la 18e région d'initier périodiquement jeunes docteurs et étudiants mobilisés, en une vingtaine de leçons, aux principes fondamentaux de la neurologie clinique, principalement à la séméiologie des affections traumatiques du système nerveux, afin que, dès leur arrivée aux armées, ils fussent suffisamment instruits pour devenir d'utiles auxiliaires dans les hôpitaux ou ambulances.

Les planches et schémas, qui ont servi à ces leçons, tiennent dans ce travail une place importante : ainsi s'explique son titre.

Outre l'anatomie se trouve étudiée la physio-pathologie, c'est-à-dire qu'à côté de la description de l'appareil nerveux est placée l'étude de son fonctionnement dans les conditions normales d'abord, puis celle des perturbations qu'apportent dans ce fonctionnement les processus morbides, et tout particulièrement les traumatismes de guerre.

Ainsi entendu, cet ouvrage comprend sept chapitres : 1° considérations générales sur les nerfs ; 2° nerfs crâniens ; 3° nerfs rachidiens ; 4° système du grand sympathique ; 5° centres nerveux ; 6° voies de conduction cortico-spinales ; 7° réflexes et réflectivité.

Editeur, Le François, 91, boul. St-Germain, Paris.

P. Molliex, expert chimiste près les Tribunaux. — **Analyse bactériologique des eaux potables.** (Guide pour l'examen des eaux destinées à l'alimentation). Préface du Dr Pottevin (1925, in-18, 192 pages : 10 francs.)

C'est un complément au « Précis d'analyse chimique des eaux. »

L'auteur expose tous les détails des opérations préliminaires, qui doivent amener le praticien à des résultats certains ; la partie consacrée à la technique générale est à elle seule un véritable petit traité de technique bactériologique, suffisant largement, non seulement à l'analyse des eaux, mais encore à la microbiologie en général.

Il précise la monographie des germes pathogènes ou banaux qui peuvent souiller les eaux, il indique avec détails les méthodes de recherche et surtout d'identification ; de nombreux tableaux éclairent cette partie de l'ouvrage d'un jour nouveau. Enfin la marche de l'analyse et l'interprétation des résultats relèvent d'une longue pratique.

Cet ouvrage, terminé par une bibliographie générale, est précieux pour l'hygiéniste, qui est appelé à fournir, en un minimum de temps, des appréciations offrant un maximum d'exactitude.

Masson et Cie, éditeurs. Paris.

H. Villard, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Consultations de thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens.** (1 vol., 184 pages, 1925. Prix : 10 francs.)

L'auteur s'est limité volontairement à l'étude thérapeutique des maladies du segment antérieur et des annexes de l'œil, puisque son ouvrage est destiné au médecin dans les cas qui ne sont pas du domaine exclusif de la spécialité.

Qu'il s'agisse d'un eczéma des paupières, d'une variété quelconque de conjonctivite, d'un leucome, d'un glaucome, d'une plaie de la cornée, etc., le médecin trouve une courte définition de cette maladie, puis les caractères cliniques qui permettent de la reconnaître pour établir un diagnostic et préciser un traitement rationnel, enfin une indication des traitements.

On y trouve tracée une ligne de conduite très nette, permettant de savoir point par point, et dans toutes les circonstances, exactement ce qu'il faut faire, et rien que ce qu'il faut faire. L'auteur ne conseille qu'un nombre relativement restreint de médicaments, choisis parmi ceux qu'il a lui-même expérimentés et qu'il estime être les plus efficaces.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Masson et Cie.

F. Bezançon, professeur de clinique, et A. Philibert, agrégé. — **Précis de pathologie médicale.** Tome I. *Maladies infectieuses.* (Un vol. 540 p., 74 fig. Broché : 28 fr.)

F. Bezançon, A. Philibert, Léon Bernard et J. Paraf. — **Précis de pathologie médicale.** Tome II. *Maladies infectieuses* (suite) *et intoxications.* (Un vol. 648 p., 91 fig. Broché : 28 fr.)

Aux Editions de la Revue des questions laitières

2, quai Chauveau, à Lyon.

Ch. Porcher, professeur à l'école vétérinaire de Lyon. — **Le lait desséché.** (2e éd. 1 vol. in-4, 298 p., 8 pl. : 35 fr.)

(Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

SOUS QUEL RÉGIME LÉGAL PLACER LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES MÉDICALES ?

La crise actuelle du syndicalisme médical, les luttes que certains groupes veulent entreprendre contre le Conseil Général et le Préfet, surtout au sujet de l'assistance médicale gratuite, ont conduit de nombreux confrères à me demander si la loi du premier juillet 1901, sur les associations, ne présenterait pas plus d'avantages que la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats.

Cela permettrait à quelques-uns de faire du syndicalisme, de la défense professionnelle, sans, d'une part, s'intituler syndicat — vocable qui sonne mal à certaines oreilles médicales — et sans, d'autre part, avoir besoin de se ranger sous la bannière de l'Union des Syndicats médicaux.

Le principal argument qui est invoqué, c'est que l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 autorise les médecins à se constituer en syndicats, pour la défense de leurs intérêts corporatifs, à l'égard de toutes personnes autres que la commune, le département, ou l'Etat.

Dans l'esprit de ces confrères, pareille défense n'est pas faite aux associations fondées sous l'empire de la loi de 1901.

Historique.

Jadis, l'article 416 du code pénal punissait d'un emprisonnement d'un mois au moins le délit de coalition, c'est-à-dire d'entente concertée pour faire aboutir des revendications professionnelles.

La loi du 25 mai 1864, d'abord, puis, celle du 21 mars 1884 abrogèrent cet article.

Cette dernière loi autorise la formation de « syndicats, ou associations professionnelles », sans l'autorisation du gouvernement.

Mais n'avaient ce droit d'association que les personnes exerçant la même profession, ou des métiers similaires, ou des professions connexes. Tous autres groupements de plus de vingt personnes restaient toujours interdits.

La loi du premier avril 1898 autorisa la formation de sociétés de secours mutuels, c'est-à-dire d'associations, dont le seul but est de mettre en commun les ressources et les risques, pour lutter contre la maladie et assurer une pension de retraite.

La loi du premier juillet 1901 accorda le droit d'association à toutes personnes et pour des buts divers ; mais, sans déroger en rien aux lois antérieures sur les syndicats et les sociétés mutuelles.

Nous allons comparer les avantages et les inconvénients de chacune des lois de 1884 et de 1901.

Liberté de groupement.

A. *But.* — Le syndicat a pour seul et unique objet : l'étude et la défense des intérêts économiques et corporatifs.

L'association (loi de 1901) peut se proposer les buts les plus divers, à la condition cependant d'écarter toute idée de partage de bénéfices entre ses membres, et de ne pas avoir un objet contraire aux lois et aux bonnes mœurs.

B. *Membres.* — Un syndicat médical ne peut comprendre comme membres que des médecins.

Un arrêt de Cassation (chambre criminelle, 28 février 1902 ; *Gaz. Pal.*, 1902.1.481) précise qu' « en permettant aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts « professionnels », c'est-à-dire d'intérêts autres que des intérêts industriels, commerciaux, ou agricoles, la loi du 30 novembre 1892 a statué par voie de disposition rigoureusement exceptionnelle et, par suite, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, ne sont pas autorisés à se syndiquer avec d'autres personnes, exerçant des métiers similaires, ou des professions connexes, au sens de l'article 2 de la loi du 21 mars 1884 ».

Il résulte de cet arrêt que les médecins ne peuvent se constituer en syndicat avec des pharmaciens, parce que ces derniers exercent une profession commerciale et non libérale.

Au contraire, une association (loi de 1901) peut être formée avec des personnes n'exerçant pas la même profession et n'ayant pas les mêmes intérêts économiques à défendre.

Il en résulte que :

a) Les personnes, qui n'ont pas le droit de se constituer en Syndicat, comme les fonctionnaires, par exemple, peuvent se grouper en association. Mais la jurisprudence, tant de la Cour de Cassation que du Conseil d'Etat, n'a jamais re-

connu à ces associations les mêmes droits corporatifs que possèdent les syndicats.

C'est ainsi que les associations de fonctionnaires ne peuvent s'occuper que de la défense des intérêts de carrière de leurs membres et veiller à l'application des lois et règlements qui les concernent (avancement, tableau d'avancement, etc. Conseil d'Etat, 11 décembre 1908 ; Cassation, 4 mars 1913.)

b) Médecins, pharmaciens, bandagistes, etc., peuvent former ensemble, non des syndicats, mais des associations.

Mais, en vertu de l'arrêt de Cassation du 28 février 1902, ci-dessus, cette association ne pourra jamais défendre un intérêt corporatif, à l'instar d'un syndicat, sinon le groupe serait immédiatement dissous, comme ayant un but illicite.

Formalités de déclaration.

Légalement s'il n'y a qu'une catégorie de syndicats, il existe, par contre, trois sortes d'associations (loi de 1901) : associations non déclarées, qui n'ont aucune capacité juridique, qui, aux yeux des pouvoirs publics, n'existent pas et n'ont aucun droit ; associations déclarées ; et enfin associations reconnues d'utilité publique.

Le syndicat notifie sa naissance à la mairie de son siège social, en remettant simplement trois exemplaires de ses statuts.

Au contraire, l'association doit faire sa déclaration à la préfecture du département, remettre ses statuts et faire connaître exactement son titre, son objet et ses buts réels.

De plus, dans le mois de sa formation, l'association est obligée de publier sa déclaration au *Journal Officiel*, formalité dont est dispensé le syndicat (décret du 16 août 1901).

En même temps que le dépôt des statuts, syndicat comme association doivent faire connaître le nom des administrateurs, qui doivent être Français ; mais, en plus, l'association doit indiquer la profession et le domicile de chacun d'eux.

Chaque changement dans le bureau, ou dans les statuts, doit être notifié.

Une association déclarée peut, au bout de quelques années, obtenir la reconnaissance d'utilité publique, qui lui octroira une plus grande capacité pour posséder.

Mais que de démarches, que de formalités à remplir, pour adapter les statuts à des modèles types, élaborés par le Conseil d'Etat ! D'autant que c'est cette haute assemblée qui donnera avis favorable, ou défavorable.

De plus, que de précautions ne faudra-t-il pas prendre, par la suite, dans la direction de la société, pour ne pas porter ombrage à l'administration et ne pas se voir retirer cette reconnaissance d'utilité publique !

Cette dernière forme d'association n'est donc pas intéressante pour le corps médical, en vue de défendre ses intérêts corporatifs.

Sanctions de ces formalités : si le syndicat omet de faire sa déclaration, les administrateurs encourront une amende ; mais le syndicat ne sera pas nul, pour cela.

Au contraire, l'association, qui n'est pas déclarée, n'existe pas, aux yeux des pouvoirs publics, ou de la justice.

Unions.

L'article 5 de la loi du 21 mars 1884 reconnaissait l'existence légale des unions de syndicats, mais ne leur accordait pas le droit d'ester en justice.

La loi du 12 mars 1920 a donné à ces unions les mêmes droits et capacités que possèdent les syndicats.

Au contraire, la loi du 1er juillet 1901 ne prévoit pas les unions d'associations, qui, par suite, ne peuvent pas avoir d'existence légale, ni aucune capacité civile ou juridique.

Dissolution.

Les syndicats qui auraient contrevenu aux dispositions de la loi du 21 mars 1884, qui, par exemple, grouperaient des personnes n'exerçant pas la même profession, ou qui auraient d'autres buts que la défense des intérêts professionnels, pourraient être dissous, sur réquisition du procureur de la République, par jugement du tribunal correctionnel (Cassation, 2 mai 1908 ; S. 09.1.477 ; — Cassation 19 juin 1908, S. 10.1. 57).

Le professeur Pic (*Traité de législation industrielle*, 1908.322) fait remarquer, à ce sujet, que la dissolution est facultative pour le tribunal, qui ne la prononcera, bien évidemment, que dans le cas d'une contravention importante aux prescriptions légales, contravention susceptible de porter atteinte à l'ordre public.

Cette pénalité sera d'autant plus rarement prononcée qu'il n'appartient pas au tribunal de la prononcer d'office : il ne peut le faire qu'à la diligence du procureur de la République. Or, il est certain que le Parquet ne prendra de telles réquisitions que dans des cas graves.

La compétence du tribunal correctionnel est exclusive, soit de celle du tribunal civil, qui n'a pas qualité pour prononcer une pénalité, soit à plus forte raison de la compétence administrative : le législateur de 1884 a voulu affranchir les syndicats professionnels de toute tutelle administrative ; l'autorité administrative ne peut pas plus les dissoudre qu'il ne lui appartient de s'opposer à leur naissance.

Au contraire, chose qui est très grave, l'article 12 de la loi du 1er juillet 1901 donne au gouvernement le droit de dissoudre, sans aucune intervention des tribunaux, les associations

« dont les agissements seraient de nature, soit à fausser les conditions normales du marché des valeurs, ou des marchandises, soit à menacer la sécurité intérieure ou extérieure de l'Etat. ».

Quelle formule vague, dont une administration mal intentionnée saurait se servir à l'encontre d'une association médicale (loi de 1901) qu'elle jugerait trop entreprenante et trop agissante !

Capacité civile.

Déjà la loi du 21 mars 1884 avait été plus libérale pour les syndicats que n'a été celle du 1er juillet 1901, pour les associations.

Mais, depuis la loi du 12 mars 1920, les syndicats et leurs Unions possèdent tous les droits civils que peut avoir un citoyen. Ils peuvent posséder, recevoir des dons et legs, acquérir de toutes manières à titre gracieux ou onéreux, des meubles, des valeurs, des immeubles, exercer leurs droits devant toutes les juridictions, affecter une partie de leurs ressources à différentes organisations, œuvres diverses, etc.

Ils peuvent passer des contrats avec toutes sociétés et entreprises, établir des conventions collectives de travail, dans les conditions prévues par la loi du 25 mars 1919.

Tout différent, et combien restreint, est le régime civil des associations. Du moment où les buts sont les plus divers et que les hommes de toutes professions, de toutes tendances, ont la liberté de se grouper, le législateur n'a pas cependant voulu leur donner le nerf de la guerre, c'est-à-dire la possibilité de posséder. Il ne fallait pas permettre la reconstitution de biens de mainmorte, qui, progressivement, auraient établi un Etat dans l'État.

Aussi, une association non déclarée n'existe-t-elle pas, au point de vue civil.

Une association déclarée ne peut recevoir ni dons, ni legs : elle ne peut acquérir que les cotisations de ses membres, dont le rachat ne peut dépasser la somme de 500 francs.

Elle peut acheter un immeuble, mais uniquement et strictement à l'usage de son fonctionnement.

Avec des ressources aussi limitées, l'association déclarée ne peut faire que des besognes d'étude et non d'action.

Pour avoir une capacité plus grande de posséder, et en particulier, pour recevoir des dons et legs, l'association déclarée doit solliciter la reconnaissance d'utilité publique ; mais elle n'obtiendra cette autorisation, toujours révocable, qu'après l'avis du Conseil d'Etat et après combien de démarches dans les bureaux de l'administration gouvernementale.

Capacité professionnelle.

Au point de vue de l'*étude* des questions corporatives, égale, dans les deux lois de 1884 et de 1901, est la liberté de travail. Une association a parfaitement le droit, comme un syndicat, d'aborder une question professionnelle et d'en étudier les modalités, les répercussions, les conséquences et les modifications à proposer.

Mais, pour la *défense des intérêts professionnels*, il n'en est plus de même. Les auteurs s'accordent tous pour proclamer la supériorité de la loi de 1884 (Raoul Jay, cité par Heurard, thèse de doctorat en droit, Paris 1911, p. 59 ; — Garraud, Droit pénal, t. I, p. 266 ; — Boucaud, thèse Droit Dijon, 1911, p. 231 ; — Chastenet, fonctionnariat et syndicalisme, p. 15 ; — Duthoit, syndicats ou associations, p. 4 ; — Prunier, thèse doctorat en Droit, Paris, p. 290 ; — Cahen, *Revue politique et parlementaire*, 1906, t. XLIX, p. 487 ; — M. Rocher, avocat à la cour d'appel Paris; *Bull. Union des Synd. méd.*, 1908, p. 162 ; Dr Paul Boudin, thèse doctorat en Droit, Paris, 1919, p. 66).

Si l'on examine superficiellement les termes des deux lois de 1884 et de 1901, on peut croire qu'elles donnent à peu près les mêmes avantages, au point de vue professionnel. Il n'en est rien.

Un arrêt récent de Cassation, toutes chambres réunies, du 15 juin 1923, décide que « s'il est loisible aux associations régulièrement déclarées d'ester en justice, il résulte de la combinaison des articles 3 et 6 de la loi du 1er juillet 1901, qu'il faut que l'objet, en vue duquel l'action a été intentée et qui a été prévu aux statuts, ne soit pas prohibé par les dispositions de l'article 3 susvisé ;

« Or, d'une part, à la différence des syndicats professionnels, les associations ne représentent pas de plein droit la profession de ceux qui en font partie. »

Des termes de cet arrêt, nous pouvons déduire que si, automatiquement, parce que formé sous l'empire de la loi de 1884, le syndicat représente les intérêts corporatifs, il n'en est pas de même pour une association.

Les statuts d'une association médicale doivent donc préciser que le groupe ne sera d'abord créé que par des médecins, à l'exclusion de toutes autres personnes ; qu'il se consacrera à l'étude et à la défense des intérêts professionnels et qu'il se donne le droit d'attaquer et de défendre en justice, au sujet de toutes les questions corporatives.

Omettre ces définitions et ces destinations, dans les statuts pourrait entraîner, aux termes de l'arrêt ci-dessus, la non-reconnaissance, pour l'association, de pouvoir ester en justice, à l'occasion de certaines questions professionnelles.

D'ailleurs, Paul Pic, dans son ouvrage sur la législation industrielle, p. 294, estime, avec d'autres auteurs, que le syndicat est un établissement d'intérêt public, d'abord parce qu'il n'a pas besoin d'une autorisation administrative, pour se

constituer ; puis, parce qu'il poursuit un but désintéressé et d'intérêt général, fixé par une loi, celle de 1884.

C'est donc bien dans un intérêt public que le législateur a érigé les syndicats en personnes morales et, pour favoriser leur développement, les a affranchis de la nécessité de demander une autorisation individuelle, pour leur création.

Il n'en est pas de même des associations (loi de 1901) qui, pouvant poursuivre les buts les plus variés, se constituer entre personnes n'exerçant pas les mêmes professions, doivent être placées sous une certaine surveillance de l'autorité publique.

D'où formalités plus grandes de déclaration et possibilités de dissolution, par simple acte administratif.

C'est également cette raison qui a conduit le législateur à ne considérer que le syndicat (loi de 1884) comme étant le seul représentant officiel de la corporation.

Tout d'abord la loi de 1884, dans son article 6, spécifie que les syndicats pourront être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité.

Pareil droit n'a pas été reproduit, pour les associations, dans la loi de 1901.

Quant aux lois successives, elles accusent encore la différence entre syndicats et associations.

Seuls, les délégués des syndicats médicaux (et non ceux des associations médicales), sont invités à siéger dans les commissions d'élaboration des tarifs pour les accidents du travail (tarif Dubief-Breton-Durafour) ou des pensionnés de guerre.

Seuls, les syndicats médicaux élisent le représentant de la profession médicale au conseil supérieur de la mutualité et à celui de l'assistance publique.

Les projets de lois sur les assurances sociales ne font allusion qu'aux syndicats de praticiens et non à leurs associations.

Quant à la possibilité de la conclusion d'accords, ou de contrats de travail, aux termes de la loi du 25 mars 1919, seuls les syndicats, ou les groupements de fait de personnes appartenant à la même profession, ont qualité pour conclure de tels accords (Barthou, l'action syndicale, p. 101 Blachas, thèse Droit, Paris, p. 128 ; — Duthoit, Syndicat ou Association, p. 11 ; — Georgesco, Thèse Droit, Paris, p. 22).

D'ailleurs, une association (loi de 1901) devrait, dans ses statuts, prévoir la possibilité de signer un accord de travail ; mais le groupe ne devrait alors comprendre que des personnes ayant même intérêt corporatif ; tandis qu'automatiquement, justement parce qu'il est syndicat, ce dernier groupe n'a pas besoin de prévoir, dans ses statuts, toute possibilité contractuelle.

Citons cette opinion de M. Capitant, professeur à la Faculté de Droit de Paris : « Un syndicat professionnel, appelé à décider de questions aussi graves que celles de la conclusion d'un contrat collectif de travail, à ester en justice pour la défense des intérêts professionnels, ne doit pas étourdiment demeurer dans une situation aussi précaire, aussi défavorable qu'est celle des associations. »

Il en est de même, pour la défense des intérêts corporatifs.

Dès avant la loi du 12 mars 1920, la jurisprudence reconnaissait aux syndicats le droit d'agir en justice, en vue de la réparation d'un préjudice causé à l'intérêt collectif de la profession (Cassation, chambres réunies, 5 avril 1913 ; *Gaz. Pal.* 1.426 ; — Cass. civ., 2 novembre 1916 ; *Gaz. Pal.*, 1916.435).

La loi du 12 mars 1920 a consacré cette jurisprudence, en décidant, en son article premier (modifiant l'article 5, § 2 de la loi du 21 mars 1884) que les syndicats professionnels « peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits relativement aux faits portant un préjudice direct, ou indirect, à l'intérêt collectif de la profession, qu'ils représentent. »

Par suite, du moment où la loi de 1901 est muette à ce sujet, il faut en conclure que la loi de 1884, modifiée par celle de 1920, est la seule que puissent invoquer les groupes professionnels, qui veulent, en justice, soutenir un intérêt corporatif.

C'est encore de ces textes que découle, pour le syndicat seul, le droit de coercition, tant envers ses propres membres qu'envers les tiers.

Des lois de 1884 et de 1920, à cause de la défense de l'intérêt corporatif, le syndicat tient le pouvoir de mettre soit en jugement un syndiqué, avec possibilité d'exclusion, soit à l'index tel non syndiqué ou tel employeur.

Ce droit serait-il reconnu aux associations (loi de 1901) devant les tribunaux ? J'en doute fort, si, aux termes de l'arrêt de Cassation, du 15 juin 1923, cité plus haut, le groupe n'a pas inscrit ce pouvoir dans ses statuts, en conformité avec le but professionnel poursuivi par cette société, uniquement composée de personnes exerçant la même profession.

La défense des intérêts corporatifs contre l'Etat, le département, ou la commune.

Abordons maintenant la plus grosse objection que les partisans des associations entre médecins opposent aux syndicats médicaux.

L'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi conçu : « A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes

autres que l'Etat, les départements et les communes. »

Faut-il en déduire que les syndicats médicaux sont paralysés, s'ils veulent engager une action judiciaire contre ces collectivités publiques ? Et, du silence, à ce sujet, de la loi du 1er juillet 1901, faudrait-il en conclure que les associations de médecins auraient, contre l'Etat, les départements et les communes, un droit de poursuite qui serait refusé aux syndicats ?

Nous laissons de côté, tout en la signalant, l'opinion de Me Gatineau (*Concours médical* 1912.1952). Pour notre regretté avocat conseil, il est interdit aux médecins de « se constituer » en syndicats, uniquement en vue de lutter contre les collectivités publiques. Mais, si le groupe se crée, pour la défense de toutes les questions professionnelles, il a le droit, une fois en activité, d'entreprendre toute action contre l'Etat, le département et les communes.

Laissons également à part la théorie selon laquelle l'Etat, les départements et les communes doivent ignorer les syndicats médicaux, puisque ces derniers ne peuvent rien contre eux.

Les lois postérieures (9 avril 1898 sur les accidents du travail, 31 mars 1919, sur les pensions de guerre, etc.) obligent les collectivités publiques à reconnaître les syndicats, pour arrêter, d'accord avec eux, certaines modalités du fonctionnement des services médicaux.

Goret (thèse Droit, Paris 1904, p. 32 et 100) estime que la restriction contenue dans la loi de 1892 a pour objet d'enlever aux syndicats médicaux le droit de poursuivre en justice l'une quelconque de ces collectivités.

Mais ce serait une garantie bien insuffisante pour ces dernières : c'est un principe de droit public que tout citoyen a des moyens légaux et contentieux (Conseil de préfecture et Conseil d'Etat) pour résister aux injustices, illégalités, excès de pouvoir, et même pour actionner l'Etat, le département, ou la commune en paiement, ou en dommages-intérêts.

Ce droit de se faire rendre justice n'est pas interdit aux groupes de citoyens, puisque le délit de coalition (article 416 du code pénal) a été abrogé par la loi du 25 mai 1864 et que la loi du 12 mars 1920 reconnaît aux syndicats les mêmes droits qu'aux citoyens.

Ce que le législateur de 1892 a voulu viser, par la restriction susdite, ce n'est pas la limitation du droit de lutter contre l'arbitraire ou l'injustice de l'administration, mais *la formation de syndicats de fonctionnaires médicaux.*

Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter aux débats parlementaires et, en particulier au discours de M. Loubet, président du Conseil, pendant la discussion de la loi de 1892 (séance du Sénat, du 21 mars 1892, *J. O.*, 22 mars 1892, débats parlementaires, Sénat, p. 256).

Le législateur n'a voulu refuser le droit syndical qu'à ceux des médecins qui participent au fonctionneement des services publics, avec un caractère officiel et faisant partie de la hiérarchie administrative. Les pouvoirs publics entendent garder, sur leurs subordonnés, leur droit de commandement, sans aucune atteinte : ils ne pourraient donc tolérer l'organisation de la résistance à leurs ordres, par une association munie des droits énormes que possède un syndicat. (Hauriou, note S. 03-3-2-colonne 2 ; — Lechopié et Floquet, la Nouvelle législation médicale, 1894-117).

Par conséquent, il ne saurait être question de la constitution d'un syndicat de médecins directeurs de bureau d'hygiène, de médecins inspecteurs de la protection du premier âge, médecins inspecteurs généraux des services administratifs, etc.

Mais un syndicat de docteurs a parfaitement le droit de discuter et de poursuivre judiciairement une question de contrat de louage de services, ou autre, lorsque ces praticiens discutent, avec l'Etat, le département ou la commune, une question de tarification des soins donnés aux réformés de guerre, aux assistés, etc. (*Concours médical*, 1926-1114).— Perreau, Eléments de jurisprudence médicale, 1908 ; 159 ; — Dr Paul Boudin, thèse Droit, Paris, 1919, p. 68).

D'ailleurs nombreux sont les syndicats médicaux ou leur Union, ayant entrepris des luttes contre l'Etat, les départements, ou les communes et jamais le procureur de la République n'a requis contre eux, devant le tribunal crorrectionnel, à l'effet de faire prononcer par les juges la dissolution du groupe adversaire.

D'autre part, il serait puéril de fonder un espoir quelconque sur la loi du 1er juillet 1901 : du moment où le gouvernement interdit aux fonctionnaires le droit de se syndiquer, il ne saurait tolérer que sa défense puisse être tournée, au moyen de la loi sur les associations.

Le Conseil d'Etat, par arrêt du 11 décembre 1908, et la Cour de cassation, le 4 mars 1913, ont décidé que les associations de fonctionnaires n'ont que le droit de défendre des intérêts de carrière de leurs membres et de veiller à l'application des lois et règlements, qui les concernent.

Et, si une association passait outre, point ne serait besoin, comme pour un syndicat, de la réquisition du procureur de la République, pour solliciter du tribunal correctionnel la dissolution du groupe rebelle.

Une simple décision administrative dissoudrait l'association, en vertu des articles 12 et 53 de la loi de 1901, comme ayant entrepris une action contraire au bon fonctionnement des services publics.

Conclusions.

La loi de 1901 groupe tous ceux qui n'ont pas le droit de se syndiquer : fonctionnaires, professions diverses. Les professions libérales, autres que la médecine, ont obtenu le droit de se syndiquer depuis la loi du 12 mars 1920.

Elle permet d'entreprendre tous les buts, qui ne sont ni professionnels, ni mutualistes, ni commerciaux, ni civils.

Comme capacité civile, professionnelle, comme liberté d'action, la loi de 1901 est nettement inférieure à celle de 1884.

Elle ne permet pas non plus la possibilité d'Unions d'associations.

Aussi, pouvons-nous dire que, si les promoteurs du syndicalisme médical (*Concours médical*, 1879, 1880) avaient, comme ils en avaient le droit, fait usage de tout autre vocable, de toute autre appellation que le mot de syndicat, nul doute qu'aujourd'hui presque tous les médecins seraient syndiqués..... sans le savoir. Disons avec Cruet (thèse Droit, Paris, p. 2) : « Un syndicat est une personne morale, au service de l'intérêt professionnel. »

Par contre, retenons l'idée de deux professeurs à la Faculté de Droit de Paris : M. Berthélemy : « Les résultats pratiques de la loi de 1901 ont causé une véritable déception, à ceux qui attendaient merveille de la proclamation d'une liberté nouvelle. » M. Capitant : « La loi de 1901 n'est pas si bien faite qu'elle mérite de devenir le statut unique de toutes les associations. »

Dr Paul BOUDIN.

QUELQUES DISPOSITIONS NOUVELLES DU BUDGET DE 1926

Le budget de l'exercice 1926 a été promulgué au *Journal officiel* du 30 avril, dont il porte la date.

Il contient, comme presque tous ses aînés, quelques dispositions fiscales qu'il importe aux contribuables de connaître, s'ils ne veulent pas s'exposer à des sanctions fiscales ou même pénales.

L'article 6, qui modifie l'article 7 de la loi du 4 avril sur les nouvelles ressources fiscales, oblige toute personne, locataire d'un bureau meublé, à verser au Trésor à la fin de chaque mois, sous la responsabilité du loueur du bureau et par son entremise, une somme égale à 25 pour 100 du prix de location, en garantie du paiement des impôts dont elle peut être redevable.

Il est rare que les médecins exercent dans un local meublé, mais cependant nous en avons connu des exemples et nul doute que, si le local professionnel du médecin était indépendant de son habitation, le fisc ne soutienne, et avec quelque chance de succès, qu'il s'agit d'un bureau tombant sous l'application de cet article.

Quant aux loueurs, ou bailleurs, de bureaux meublés, ils auront à prendre leurs précautions contre cette nouvelle responsabilité, nullement illusoire, car les locataires de bureaux meublés sont sans doute au nombre des contribuables qui échappent le plus facilement au paiement des impôts.

Il sera procédé, dans un délai de six mois, par décret et sur l'avis d'une Commission spéciale, à la codification des textes législatifs et réglementaires concernant les impôts sur les revenus. On ne peut que souhaiter la réalisation de cette promesse (art. 8).

L'article 20 modifie comme suit l'article 13 alinéa 2 de la loi du 26 décembre 1928 :

« Des arrêtés du Ministre des Finances, rendus sur l'avis du conseil de la Faculté de pharmacie de Paris, détermineront ceux de ces produits qui, à raison de leur caractère exclusivement médicamenteux, pourront bénéficier des immunités sus-indiquées ».

Il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire, d'une classification des spécialités qui doivent être exemptes de l'impôt créé par la loi du 30 décembre 1916 et dont l'application a été modifiée par la loi du 4 avril 1926, mais de l'affranchissement des formalités de circulation, dans la limite de 10 litres, et de l'exemption des taxes d'entrée et d'octroi, dont bénéficient les produits pharmaceutiques à base d'alcool, exclusivement médicamenteux. La modification substitue le Conseil de la Faculté de pharmacie de Paris au Comité consultatif des arts et manufactures pour la détermination, par le Ministre, des produits qui doivent bénéficier de ces avantages. Il faut avouer que la nouvelle réglementation est plus logique.

Il est établi (art. 29) deux types de permis de circulation pour les autos :

1° Permis relatif aux voitures ayant acquitté la taxe au taux de 12 p. 100 ou de 6 p. 100.

2° Permis relatif à tous autres véhicules.

Le fait de transporter des personnes dans une voiture du type prévu à l'article 28 (voitures neuves, aménagées pour le transport des marchandises, mais que l'acheteur déclare vouloir éventuellement et concurremment utiliser au transport des personnes, payant une taxe de 6 p. 100), sans être muni du laisser-passer du premier type, donne lieu à l'application des pénalités prévues à l'article 102 de la loi du 25 juin 1920 (amende de 50 à 200 fr. en principal, confiscation et quintuple des droits fraudés ou compromis).

Le taux de 1,30 pour 100, sur le chiffre d'affaires, reste applicable aux affaires de vente au détail ainsi qu'aux affaires de consommation sur place, comme l'a décidé l'alinéa 2 de l'article 57 de la loi du 4 avril. Il reste applicable également, de par l'article 32 du budget, aux affaires de logement effectuées dans les établissements non classés.

Sont définitivement acquis à l'Etat, par addition à l'article 111 de la loi du 25 juin 1920 (art. 35 de la loi nouvelle), les dépôts de titres et, en général, tous avoirs en titres dans les banques et autres établissements qui reçoivent des titres en dépôt ou pour toute autre cause, lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet, de la part des ayants droit, d'aucune opération ou réclamation depuis trente années.

La délivrance des duplicata des récépissés des déclarations de mise en circulation des automobiles (cartes grises) et des permis de conduire (cartes roses) est subordonnée au versement préalable d'un droit fixe de 20 fr. dans les caisses du Trésor (art. 49).

L'article 64 modifie du tout au tout les taxes postales. Rappelons que la lettre est portée de 30 à 40 centimes, jusqu'à 20 gr. ; 0,65 de 20 à 50 gr. ; 0,90 de 50 à 100 gr. Au-dessus de 100 gr., 20 centimes par 100 grammes ou fraction de 100 grammes.

Enfin, les articles 170 et suivants instituent et réglementent la Caisse d'amortissement autonome, dont ont a tant parlé.

J. DUMESNY.

VARIÉTÉS

Le quartier universitaire et la vie des Etudiants à la Bibliothèque Sainte-Geneviève.

Le 7 mai dernier avait lieu le vernissage de l'exposition annuelle de la bibliothèque Sainte-Geneviève. Le distingué conservateur de cet établissement, M. Amédée Bonnet, avait, avec son érudition et sa maîtrise coutumières, organisé une véritable revue « du quartier universitaire et de la vie des étudiants à travers les âges ».

La parti e concernant le quartier universitaire intéresse surtout les archéologues.

Nous avons revu les estampes et gravures faisant défiler à nos yeux les anciens collèges du quartier de la montagne Sainte-Geneviève. D'abord, l'*alma mater*, la vieille Sorbonne figurée sur les planches d'Israël Sylvestre et ce charmant tableautin attribué jadis à Gérard Tesborg (1717) représentent une assemblée de docteurs dans la grande salle de la Sorbonne.

Puis le Collège Royal, maintenant le Collège de France, l'ancien collège d'Harcourt (Saint-Louis actuel), dont le seul souvenir normal est maintenant perpétué par le café d'Harcourt, enfin les Collèges de Dormans, Beauvais, de Cluny, etc.

Mais ce qui a le plus retenu notre attention ce furent les représentations de l'ancienne école de médecine et son amphithéâtre, rue des Rats, aujourd'hui rue de la Bûcherie, sauvé par les campagnes du Syndicat des médecins de la Seine sur l'initiative de son fondateur, le docteur Le Baron. C'est maintenant l'hôtel de l'Association générale des Etudiants. Ce vieux centre universitaire, après une affectation profane mais hospitalière, est redevenu le foyer de la jeunesse travailleuse, espoir de la Médecine de Demain.

Pulusieurs vues nous montrèrent l'église Saint-Come et l'école de chirurgie, avec le dôme et la coupole de son amphithéâtre, occupée actuellement par l'école des Arts décoratifs.

Combien je regrette, pour ma part, qu'on n'ait pas donné suite au projet de notre distingué doyen le professeur Roger. Il voulait transformer cet amphithéâtre où vécurent nos aînés en un monument aux morts du Corps médical, graver sur les parois de cette salle les noms de nos chers défunts et constituer sous ce dôme un véritable Panthéon de la médecine française à la mémoire de nos maîtres, confrères et jeunes camarades morts pendant la dernière guerre.

Nous avons revu avec plaisir l'ancien Couvent des Cordeliers, dont le réfectoire forme notre musée Dupuytren, rare monument échappé à la pioche des démolisseurs.

Je ne m'arrête pas sur les nombreuses chapelles et couvents qui s'échelonnaient sur la butte Sainte-Geneviève, Les Carmes, de la place Maubert, Saint-Séverin, Saint-André-des-Arts ou des Arcs, Saint-Julien-le-Pauvre, Saint-Benoist-le-Betourne devenu en 1832 le théâtre du Panthéon, Saint-Jean-de-Latran, Saint-Julien-le-Pauvre, les Mathurins, etc. Nous avons vu avec agrément les nombreuses estampes de Champin, Lucien Gauthier, Marot, Maitral, Polemont, Delaunay, Chauvet, Civelon, qui ont fait revivre à nos yeux ces respectables monuments du passé.

On reproche souvent à nos jeunes étudiants de se mêler de politique, mais cela est fonction des enthousiasmes de leur âge. Ils n'ont fait que suivre l'exemple de leurs aînés dont le souvenir est figuré dans ces vues des révolutions de 1830, avec cette lithographie curieuse de Levasseur, portant comme titre : mardi 27 juillet 1830. Ecole de Médecine. Les imprimeurs rapportent

un blessé en criant aux armes, et celles de Marchais sur la prise des barricades du Petit Pont en 1848.

Tous ces documents iconographiques occupent la première salle en entrant. Nous y trouvons encore quelques pièces intéressantes, entre autres les copies remises au concours général par des élèves qui devaient connaître la gloire, Alfred de Musset, Taine, Michelet, Baudelaire.

Nous avons admiré les riches spécimens d'illustrations de thèses d'anatomie et de chirurgie, celle d'Honoré Gabon (1752) représentant le Christ guérissant les malades et celle de Louis Benoit Cervenon figurant l'éloquence entourée d'écussons et soutenant l'écusson d'Antoine-Louis François Lefèvre de Caumartin, auquel est dédiée la thèse.

Nous avons revu le moulage du sceau de la Faculté de médecine figurant au centre une Vierge assise tenant en mains un livre et une branche d'arbre ; entourée de groupes d'écoliers et sur le contre-sceau un docteur assis et enseignant.

Dans cette même salle, voyons en passant le moulage d'un bas-relief du portail sud du transept de Notre-Dame-de-Paris représentant une scène de la vie des étudiants et la photographie du monument commémoratif de l'amende honorable faite en 1440 aux membres de l'Université de Paris par les sergents et prévôt de Paris pour avoir violé les privilèges de ce corps. A cette époque, les étudiants étaient jaloux de leurs droits. Les temps ont bien changé ; à l'heure actuelle, nous voyons un ministre de l'Instruction publique supprimer un cours et des examens pour un chahut d'étudiants, chose banale. Il est vrai que nous sommes sous un régime de liberté.

Si nous passons dans la grande salle de l'exposition consacrée à la vie des étudiants à travers les âges, nous entrons dans le domaine de la douce gaieté. Car, comme vie des étudiants on ne nous montre guère la vie sérieuse de ceux-ci, mais surtout les plaisirs du quartier latin. On pourrait mettre comme sous titre : il faut que jeunesse se passe.

Quand on parle de la vie des étudiants à travers les âges, il ne s'agit guère que de celle de la période romantique, celle dont nous avons eu les échos dans les causeries de nos grands pères ou de nos pères.

Mais rien dans l'exposition ne nous rappelle la vie que nous avons vécue nous-mêmes dans nos années d'études, rien de nos brasseries de femmes où de charmantes verseuses nous versaient le bonheur avec souvent de cuisants remords, rien de nos bals de l'internat, de la joyeuse vie des salles de gardes, de nos étudiants en bérets, du Paradis Latin, du beuglant de la rue Saint-Jacques, du Bullier avec mon oncle et Valentin le désossé, rien de nos midinettes ou des poules cousines germaines des lorettes, des grisettes et des Mimi Pinson, rien en un mot de ce qui rappelle ma propre jeunesse. Il est possible du reste que cette période forme le cadre d'une prochaine exposition.

Cependant si nous ne voyons pas les étudiants sur la paille (de la rue du Fouarre) écoutant les leçons de leur professeur, nous voyons dans le doctrinal de Michaut (16e) une enluminure représentant des clercs assis sur des bancs adossés, attentifs à l'enseignement d'un professeur dans sa chaire. Nous nous représentons un cours au grand amphithéâtre des écoles de chirurgie, notre grand amphithéâtre actuel, dans une magnifique planche illustrant la description des Écoles de chirurgie de Goudoin, le cours d'opérations de chirurgie de Dionis au jardin royal dans le frontispice de J.-B. Scotus.

A côté de ces planches pour ainsi dire officielles, nous nous arrêtons avec plaisir à cette gravure humoristique de Gustave Doré (les différents publics de Paris), nous montrant le public assistant à un cours à l'amphithéâtre de l'École de médecine. J'y vois peu d'étudiants, mais un certain nombre de gens cherchant un doux sommeil à l'abri des intempéries. Mais abordons le côté gai de cette exposition sans nous arrêter au texte du grand testament de Villon et Le Petit, dans un incunable de 1495 ou bien à la description de la pourmenade du Pré-aux-Clercs (1622), champ des exploits des étudiants des temps lointains ; nous reverrons avec plaisir la joyeuse vie au pays latin racontée à la postérité sous les talentueux crayons de Daumier, Gavarni, de Beaumont, Bouchot, Granville, Henri Monnier, Philippon, Platier, Travies, Vernier et j'en passe, toute cette brillante cohorte d'artistes dont les œuvres sont à l'heure actuelle si recherchées des amateurs et avec juste raison.

Ils nous font revivre une épopée, qu'on pourrait qualifier d'après ces dessins de la joie de vivre. Amusons-nous à voir les croquis des physiologies de l'étudiant et de la grisette dans Louis Huart et un peu dans toute cette série nombreuse des physiologies.

Admirons cette suite rare de 48 lithographies en couleur de Gavarni ayant pour titre les étudiants de Paris, prêtée obligeamment par Mme Meunié puis, comme pendant, ces délicieuses fantaisies d'Henri Monnier de la série des grisettes dessinées d'après nature.

Il y a aussi des pages charmantes dans les suites de Ch. Vernier : Les grisettes, le Quartier Latin, le pays latin.

Arrêtons-nous à cette pièce amusante de Bouchot dans sa série des quartiers de Paris ; la rue Saint-Jacques et le quartier de la Sorbonne ; ou bien encore dans cette suite des débiteurs et créanciers.

Tout a été passé en revue dans ces dessins humoristiques, la mansarde, dans laquelle on se plaît à 20 ans, les cafés, les restaurants, ceux du début du mois et ceux de la période du 28 au 30, Véry, Dagneaux, etc.

Mais ce qui surtout a excité la verve de nos dessinateurs, ce sont les bals fréquentés par les étudiants, Le Prado, La Chaumière, la Closerie des Lilas et de temps en temps Mabille, les jours où la fortune était souriante. Que n'a-t-on pas dit et écrit sur ces bals. Toute la littérature de l'époque en est le reflet, mais ils ont presque tous disparu sauf la Closerie des Lilas devenue notre Bullier national. Le Prado est remplacé par l'austère Tribunal de commerce ; la Chaumière installée au boulevard Montparnasse à l'angle du boulevard d'Enfer (boulevard Raspail) a fait place à de luxueux immeubles.

Les suites charmantes des lithographies de Vernier : physionomies des bals publics, ont popularisé ces endroits où se plaisait la jeunesse d'alors, où se sont ébauchées maintes idylles amoureuses, où quelques-unes de nos grandes Lionnes de l'époque ont fait leurs premiers pas.

En dehors de ces bals, il existait également un théâtre aujourd'hui disparu, le théâtre du Luxembourg ou Bobino dont nous trouvons deux gravures et une curieuse peinture à l'huile prêtée par Carnavalet.

Signalons, pour terminer, une charmante aquarelle de Lauri, le Chahut à l'Opéra et quelques aquarelles originales de Beaumont et de Gavarni, nous représentant des grisettes.

Ajoutons à titre de curiosités quelques-uns de ces journaux éphémères et intermittents parus : *La Lanterne du Quartier Latin, Les cancans du Quartier Latin, Le journal des écoles.* Enfin ne quittons pas ces salles sans jeter un coup d'œil sur quelques riches reliures aux armes et à la devise de la Faculté de médecine et prêtées par celle-ci.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur les pièces intéressantes que nous avons vues dans notre visite et en réalité tout y est à voir et tout est fait pour charmer l'œil du promeneur, du curieux et du collectionneur.

On passe, à la bibliothèque Sainte-Geneviève, une heure délicieuse que nous devons aux aimables collectionneurs qui comme Monsieur Hartmann mettent avec la meilleure grâce les trésors de leurs collections à la disposition du public.

Dr V. Vimont.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des Médecins de la Haute-Ardèche

Réunion générale extraordinaire du 21 février 1926

A la suite de la circulaire envoyée le 4 février par l'Union générale aux présidents de Syndicats, proposant l'envoi d'une délégation de cette Union à toute réunion générale de Syndicats dissidents qui aurait lieu dans le délai minimum de 10 jours, après avertissement avant le 20 février, le Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche décide :

D'avoir sa réunion le 21 février ;

D'inviter le Dr Lafontaine qui accepte d'abord ;

De convoquer les Syndicats de la Basse Ardèche, Vallée du Rhône, Yssingeaux.

Sur l'avis ultérieur du Dr Lafontaine qu'il ne peut, ni venir lui-même, ni envoyer une délégation, les Syndicats voisins sont avertis de ce changement de programme.

Le Syndicat de la Haute Ardèche fait sa réunion.

L'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité.

Les membres du Syndicat médical de la Haute Ardèche réunis afin d'examiner la situation créée par le mouvement de scission qui existe au sein de l'Union, après avoir entendu les explications du docteur Bouvat, leur délégué à l'Assemblée générale de 1925 :

Le félicitent de son attitude énergique ;

Constatant, d'après le compte rendu des débats paru dans *Le Médecin syndicaliste*, que le secrétaire général, pas plus que le docteur Lafontaine (auquel d'ailleurs nous rendons un juste hommage pour tous les services qu'il a rendus au Corps médical) n'ont répondu aux questions, cependant très nettes, posées par leur délégué ;

Regrettent que les dirigeants de l'Union, dans l'accomplissement de leur mandat de 1925, n'aient pas suivi les indications formelles fournies par l'Assemblée générale de 1924 en ce qui concerne le projet de loi sur les assurances sociales ;

Souhaitent qu'une intervention catégorique du Corps médical tout entier (après référendum clair et précis et entente entre l'Union et la nouvelle Fédération) soit tentée auprès des parlementaires pour faire modifier par voie d'amendement, le projet actuel qui est loin de leur donner satisfaction et demeure plein de menaces pour l'exercice normal de la profession médicale et pour l'intérêt des malades.

Lutte antituberculeuse. — Création de dispensaires. — Après discussion, après lecture de

l'ordre du jour voté par le Syndicat de la Basse-Ardèche, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité :

Comme la très grande majorité du Corps médical, nous estimons que l'organisation du dispensaire, conçu sur le plan indiqué, sera d'un rendement à peu près nul dans la lutte contre la tuberculose. Elle intéressera surtout les bénéficiaires de cette organisation.

Nous estimons que les fonds réservés à cette œuvre seraient bien plus utilement employés s'ils allaient grossir les budgets destinés à :

La lutte contre le taudis et l'application de la loi déjà existante depuis longtemps et cependant parfaite sur les logements insalubres ;

La protection de nos frontières ;

La création de préventoria accessibles aux enfants jugés suspects par les médecins protecteurs.

Le Syndicat prend acte de l'engagement pris par le délégué du Comité national de défense contre la tuberculose portant que le dispensaire ne devrait jamais faire de thérapeutique ni délivrer aucune ordonnance et surveillera l'exécution de cet engagement.

Sous ces réserves, le Syndicat est disposé à tirer du dispensaire tout ce qui pourra servir à combattre le péril tuberculeux et par conséquent à en faciliter le fonctionnement.

Soins aux employés des chemins de fer. — Le Syndicat des médecins de la Haute-Ardèche avertit la Compagnie des chemins de fer départementaux que :

Les médecins qui soignent actuellement les employés de cette compagnie ne pourront continuer à les soigner gratuitement, et rejetant tout forfait, demandent :

1° *Pour les visites médicales, administratives et de contrôle,*

Les médecins continueront à être choisis par la compagnie.

Le tarif employé sera celui du Syndicat et dû à l'acte médical.

2° *Pour les soins médicaux ordinaires.*

Libre choix absolu par l'employé blessé ou malade.

Tarif syndical à l'acte médical.

Enfants assistés. — *Protection du 1er âge-Vaccins.* — Le Syndicat demande aux autorités administratives que les tarifs soient uniformément augmentés de cent pour cent à partir du 1er janvier.

Assistance médicale. — Le Syndicat est satisfait de l'augmentation décidée par la préfecture depuis le 1er janvier 1926, mais constate qu'il n'a pas été prévu d'augmentation pour les *médecins spécialistes.* Ceux-ci demandent l'application du tarif en usage dans la Drôme.

Le Syndicat voudrait que la Préfecture agisse auprès des maires pour que les inscriptions d'urgence en vue d'hospitalisation soient plus sérieusement étudiées.

Doctorat en chirurgie dentaire. — Le Syndicat proteste énergiquement contre la création de ce titre qui ne manquerait pas d'avilir le titre de docteur en médecine.

On pourrait cependant étudier une transaction en vertu de laquelle tout dentiste actuellement existant pourrait obtenir ce titre de docteur.

Mais qu'à l'avenir le titre et le diplôme de docteur en médecine sera nécessaire pour exercer l'art dentaire.

Protection contre les étrangers. — Le Syndicat prie M. le docteur Astier d'étudier les moyens de diminuer les naturalisations d'étrangers qui sans titres équivalents viennent en France exercer la médecine.

Agents d'assurances. — Le Syndicat prie le secrétaire d'écrire à la Compagnie d'assurance « Le Secours » pour avoir des précisions sur les exigences d'un de ses agents.

Le Président, Rochette. *Le secrétaire,* Charra.

EXAMENS SÉROLOGIQUES

Circulaire du Ministre du Travail et de l'Hygiène aux Préfets, du 16 janvier 1926.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, saisi à plusieurs reprises de nombreuses demandes tendant à l'amélioration des conditions dans lesquelles se font actuellement en France les examens sérologiques, j'ai décidé.

1° De mettre en fonctionnement des laboratoires centraux de sérologie, outillés de façon parfaite et confiés à des sérologistes particulièrement qualifiés ;

2° D'agréer comme laboratoires de sérologie les laboratoires qui, sans avoir de véritables services spécialisés de sérologie, sont néanmoins en état de pratiquer de façon convenable les examens sérologiques.

Laboratoires centraux de sérologie.

Ces services sont annexés de préférence à de grands laboratoires parfaitement outillés, tels que : l'Institut Pasteur de Lille, l'Institut Bouisson-Bertrand de Montpellier, l'Institut Bactériologique du Rhône, ou de grands services de dermatosyphiligraphie comme à Marseille, Toulouse, etc.

Leur nombre est encore limité, mais il devra en

être créé au moins dans toutes les villes sièges de Faculté ou d'Ecole de médecine. Les centres les plus importants en sont dès maintenant dotés.

Le fonctionnement de ces laboratoires est assuré par des organisations locales : Faculté ou Ecole de médecine, grands services hospitaliers, grands laboratoires départementaux, Instituts Pasteur, etc., étant entendu que des organisations assurent la gestion du laboratoire sous le contrôle et avec le concours du Ministère de l'Hygiène.

L'organisation matérielle de ces laboratoires est complète, leurs chefs de laboratoire sont des sérologistes qualifiés dont la nomination se fait par l'organisme qui gère le laboratoire après agrément de mon administration, cet agrément n'étant donné que dans l'un des cas suivants :

1° S'il s'agit d'un spécialiste de compétence reconnue (professeur, chef de clinique ou chef de laboratoire de Faculté ou Ecole de médecine) ou d'un spécialiste pour lequel l'agrément du Ministre a été demandé par le professeur de dermatosyphiligraphie de la Faculté ou de l'Ecole de médecine du ressort ;

2° Sur résultats d'un concours sur titres ou sur épreuves dans le jury duquel auront été compris, si possible, le professeur de dermatosyphiligraphie de l'Ecole ou de la Faculté dans le ressort duquel se trouve le dispensaire, un représentant des syndicats médicaux et de toute façon un représentant du Ministère ;

3° Après agrément de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes jugeant sur le vu d'un rapport présenté par le service de prophylaxie des maladies vénériennes.

Les laboratoires centraux sont à la disposition gratuite de tous les établissements publics ou œuvres privées s'occupant d'hygiène publique et concourant à la lutte contre les maladies vénériennes : hôpitaux, maternités, dispensaires, services de prophylaxie des maladies vénériennes de toute nature, établissements de protection maternelle et infantile (consultations prénatales, crèches, etc.).

Ils sont également à la disposition des médecins praticiens dont ils doivent opérer les analyses à titre gratuit si ceux-ci en manifestent le désir.

En ce qui concerne les examens payants, il appartient aux laboratoires centraux d'appliquer le même règlement que celui qui est en vigueur dans les laboratoires auxquels ils sont rattachés ; sinon, toute liberté est laissée à l'organisme qui gère le laboratoire.

Il n'est pas affecté aux laboratoires centraux de sérologie un rayon d'action précis comprenant certains départements, arrondissements ou villes. Les différents établissements et les médecins restent libres de s'adresser à tel ou tel laboratore central, suivant leur préférence ou les facilités de communication.

Laboratoires agréés.

Il est bien entendu que la création des laboratoires centraux de sérologie n'entraîne en quoi que ce soit une interdiction quelconque aux autres laboratoires de faire des examens sérologiques. Il existe au contraire de nombreux laboratoires qui, sans pouvoir être utilisés comme laboratoires centraux, parce que trop peu importants, sont susceptibles de faire des examens sérologiques dans de bonnes conditions (laboratoires départementaux, communaux, hospitaliers).

Il y aurait lieu pour ces laboratoires, afin de pouvoir recevoir une subvention ministérielle, de demander leur inscription sur la liste des laboratoires agréés. Vous voudrez bien me transmettre, le cas échéant, les demandes qu'ils vous adresseront, demandes qui devront être accompagnées de tous renseignements justificatifs utiles et que je soumettrai pour avis à la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes qui examinera si leurs conditions matérielles de fonctionnement et les titres de leurs chefs de laboratoire permettent de les agréer.

En dehors des laboratoires agréés, auxquels chacun pourra donc s'adresser en ce qui le concerne, les laboratoires centraux de sérologie actuellement en fonctionnement sur le territoire sont :

Bouches-du-Rhone, Marseille. — Laboratoire du Dispensaire central de dermatosyphiligraphie, Hôtel-Dieu. Professeurs Gaujoux et Dr Boyer.

Cote-d'Or, Dijon. — Institut de Bactériologie central de dermatosyphiligraphie, Hôtel-Dieu, prof. Audry.

Gironde, Bordeaux. — Laboratoire du Dispensaire central de dermatosyphiligraphie et de la Faculté de médecine. Prof. Petges.

Hérault, Montpellier. — Institut Bouisson-Bertrand. Prof. Lisbonne.

Ille-et-Vilaine, Rennes. — Laboratoire central de l'Ecole de médecine. Prof. Bodin.

Loire, Saint-Etienne. — Laboratoire du dispensaire central de dermatosyphiligraphie. Dr Laurent.

Loire-Inférieure, Nantes. — Laboratoire de l'Ecole de médecine et du dispensaire central de dermatosyphiligraphie. Prof. Bureau et Bernard Balet.

Marne, Reims. — Laboratoire municipal. Prof. Techoueyres.

Meurthe-et Moselle, Nancy. — Laboratoire du Dispensaire central de dermatosyphiligraphie, Hôpital Fournier. Prof. Spillmann et Lavergne.

Nord, Lille. — Institut Pasteur, Prof. M. Marnier.

Bas-Rhin, Strasbourg. — Institut d'Hygiène. Prof. Orrel.

Rhone, Lyon. — Institut de Bactériologie. Prof. Courmont et Dr Gaté.

Seine-Inférieure, Rouen. — Laboratoire du Dispensaire central de dermatosyphiligraphie. Dr Payenneville et Dr Marie.

Var, Toulon. — Laboratoire municipal, Dr Blanchard.

Haute-Vienne, Limoges. — Laboratoire du Dispensaire de dermatotyphiligraphie. Prof. Marcland.

Je vous ferai connaître ultérieurement au fur et à mesure de leur mise en fonctionnement, les nouveaux laboratoires centraux qui seront créés à Paris, Nice, Besançon, Tours, Clermont-Ferrand, Alger, Ajaccio, Bastia, Poitiers, Grenoble, etc...

Je vous prie de vouloir bien faire connaître ces décisions en leur adressant copie de cette circulaire :

1° A tous les hôpitaux, dispensaires, maternités, œuvres de protection maternelle et infantile ;

2° A tous les médecins praticiens ;

3° A tous les laboratoires de bactériologie ou de sérologie ;

4° Aux professeurs de dermatosyphiligraphie et d'hygiène des Facultés et Ecoles de médecine et aux Inspecteurs départementaux d'hygiène ;

5° Aux directeurs de bureaux municipaux d'hygiène et aux maires de toutes les communes dans lesquelles fonctionne un service de surveillance sanitaire des prostituées.

Le Ministre,
Signé : DURAFOUR.

Instruction relative à l'examen médical du personnel navigant de l'aéronautique civile.

(Art. 2 et 13 de l'arrêté du sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique, en date du 19 février 1926, fixant les conditions de délivrance et de validité des brevets et licences du personnel navigant de l'aéronautique civile).

1° L'examen médical prévu pour les candidats ou titulaires des brevets et licences de pilote de transport public, de navigateur aérien, de pilotes de dirigeables et de mécaniciens d'aéronefs affectés aux transports publics est passé devant une commission médicale spécialement désignée à cet effet par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

L'examen médical initial prévu pour la délivrance du brevet de pilote de tourisme est passé devant une commission médicale spécialement désignée à cet effet par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et et des transports aériens :

2° L'examen périodique obligatoire pour le renouvellement des licences prévu par l'instruction relative à la délivrance et au renouvellement des brevets de pilote de tourisme peut être passé devant la commission spécialement désignée visée au paragraphe 4 ou devant des médecins choisis par les titulaires des brevets. Toutefois le certificat qui doit être délivré à l'issue des examens suivant les dispositions du paragraphe 7 de la présente instruction et qui doit être produit au moment du renouvellement de la licence ne peut être établi sur avis du ou des médecins consultés que par un médecin faisant partie de la commission spécialement désignée par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

Les examens médicaux autres que ceux passés devant la commission médicale sont à la charge des intéressés ;

3° Tout candidat qui doit suivre un enseignement pratique en vol en vue de recevoir un brevet de transport public ou de tourisme doit passer un examen médical pour être reconnu apte à suivre son entraînement dans une école.

Il sera soumis soit aux conditions stipulées par le paragraphe 4, soit à celles stipulées par les paragraphes 2 et 5, suivant la nature du brevet dont il se propose de solliciter l'obtention.

4° Les conditions d'aptitude physique exigées du personnel chargé de la conduite des aéronefs civils affectés aux transports publics sont les suivantes :

Examen préliminaire.

A. — Le candidat, avant de se présenter à l'examen mentionné au paragraphe 1er ci-dessus, devra avoir subi un examen médical préliminaire au cours duquel il devra satisfaire aux conditions d'aptitude physique suivantes :

Il devra être de sexe masculin, avoir l'utilisation fonctionnelle intégrale de ses quatre membres, ne pas être privé de l'usage complet d'un œil, n'être atteint d'aucune affection ou infection médicale ou chirurgicale, aiguë ou chronique en évolution, ne présenter aucune mutilation, ni blessure entraînant un degré d'incapacité fonctionnelle, qui puisse être un obstacle à la sécurité de manœuvre d'un aéronef, à toute altitude, même en cas de vol prolongé ou difficile, n'être porteur d'aucune hernie, n'être atteint d'aucune lésion sensorielle apparente, n'être notoirement sujet à aucune manifestation morbide, psychique ou nerveuse.

Examens proprement dits.

Ces examens qui ont lieu pour la délivrance et pour le renouvellement périodique ou exceptionnel des licences portent sur les points suivants :

a) Les antécédents héréditaires ou personnels et, en particulier, l'équilibre du système nerveux (renseignements qui feront, lors de la première visite, l'objet d'une déclaration du candidat, signée par lui, et reconnue suffisante par le médecin examinateur l'abse ce de tout trouble mental ou de toute tare morale ou physique pouvant intéresser la sécurité de la navigation aérienne.

b) *Examen chirurgical général.* — L'intéressé ne doit souffrir d'aucune blessure ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puisse être un obstacle à l'accomplissement de ses fonctions spéciales à bord, à toute altitude, même en cas de vol prolongé ou difficile.

c) *Examen médical général.* — L'intéressé ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection capable de le rendre soudainement impropre à la conduite d'un aéronef. Il ne doit pas être porteur d'aucun anévrisme des gros troncs artériels, ni être atteint de lésion cardiaque même bien compensée ; le cœur doit être intact, son fonctionnement doit être normal et seules l'arythmie respiratoire, la tachycardie émotive ou d'effort et la bradycardie totale non accompagnée de dissociation auriculo-ventriculaire seront tolérées.

L'intéressé ne doit souffrir d'aucune affection aiguë des poumons, ne présenter aucune lésion cicatricielle des poumons, n'être atteint ni de tuberculose pouvant être révélée par les procédés cliniques habituels, ni d'adénopathie trachéo-bronchique, ni d'emphysème pulmonaire même léger. Toutefois, lors de la constatation du maintien de l'aptitude du personnel visé au paragraphe 1er, l'emphysème pulmonaire deviendra seulement éliminatoire lorsque la capacité pulmonaire tombera au-dessous de 3 litres et demi au repos après une expiration et une inspiration forcées et lorsque la durée de la suspension respiratoire tombera au repos au-dessous de cinquante secondes ou seulement de quarante secondes si l'intéressé est d'une taille inférieure à un mètre soixante-cinq. En outre, chaque examen comportera une fiche de radioscopie dans les cas cliniques douteux.

L'intéressé doit posséder un système nerveux en état de supporter les efforts de l'altitude, ainsi que les effets du vol prolongé. Il doit être exempt d'affections rénales et ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis.

d) Examen des yeux. — L'intéressé doit posséder un degré d'acuité visuelle compatible avec la nécessité de ses fonctions. Tout pilote ou navigateur devra présenter une acuité visuelle égale à 100 p. 100 pour chaque œil pris isolément et sans verres correcteurs, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen d'un éclairage puissant, mais n'éclairant pas directement les yeux du sujet examiné. La vision binoculaire, la moitié oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

e) Examen des oreilles. — L'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception normale des diapasons « ut » (1) — 64 vibrations à la seconde « ut » (3) — 256 vibrations à la seconde « ut » (7) — 4096 vibrations à la seconde, les branches étant tenues perpendiculairement au sol, à un centimètre du conduit auditif. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable, il doit y avoir égalité des deux côtés.

f) Examen du nez, de la gorge et de la bouche. — Le candidat doit avoir une perméabilité nasale et une perméabilité tubaire totales des deux côtés, et n'être atteint d'aucune affection sérieuse, aiguë ou chronique, de la cavité buccale et des voies respiratoires supérieures.

C. — Tout membre du personnel de conduite d'un aéronef, breveté avant le 1er janvier 1919 et en service à ce titre à la date du 1er juillet 1922 dans une compagnie de transports publics ou de travail aérien peut être maintenu dans le personnel navigant même s'il ne satisfait pas aux conditions énoncées en B, aussi longtemps que ses facultés physiques constatées lors du dernier examen médical se maintiennent, à moins qu'on ne découvre une tare pathologique susceptible de déterminer un accident subit.

5° Les conditions d'aptitude physique exigées du personnel candidat au brevet de tourisme sont les suivantes :

A. — Les examens médicaux portent sur les conditions suivantes d'aptitude physique et mentale :

a) Les antécédents héréditaires et personnels et, en particulier, l'équilibre du système nerveux, renseignements qui feront l'objet d'une déclaration du candidat signée de lui et reconnue suffisante par le médecin examinateur ;

b) Examen chirurgical général. — Le candidat ne doit souffrir d'aucune blessure, ni lésion, n'avoir subi aucune opération, ne présenter aucune anomalie congénitale ou acquise qui puissent être un obstacle à la sécurité de la manœuvre d'un aéronef dans les conditions ordinaires.

c) Examen médical général. — Le candidat ne doit souffrir d'aucune maladie ou affection capable de le rendre soudainement impropre à la conduite d'un aéronef. Il doit posséder un cœur, des poumons et un système nerveux en état de supporter les effets de l'altitude. Il doit être exempt d'affections rénales, ne doit présenter aucun signe clinique de syphilis, ni être atteint de lésion cardiaque.

d) Examen des yeux. — Le candidat doit posséder un degré d'acuité visuelle égal à seize vingtièmes pour l'ensemble des deux yeux, au besoin avec verres correcteurs, l'acuité visuelle étant mesurée au moyen d'un éclairage puissant, mais n'éclairant pas directement les yeux du sujet examiné. La motilité oculaire, le champ visuel de chaque œil et la perception des couleurs doivent être normaux.

e) Examen des oreilles. — L'oreille moyenne doit être normale. Le candidat doit posséder une acuité auditive correspondant au moins à la perception de la voix chuchotée à un mètre. L'appareil vestibulaire doit être intact et non hyperexcitable. Il doit y avoir égalité des deux côtés.

f) Examen du nez, de la gorge et de la bouche. — Le candidat doit avoir une perméabilité tubaire totale des deux côtés.

B. — Toute personne titulaire d'un brevet de tourisme antérieurement au 28 juin 1925 sera considérée comme ayant satisfait aux conditions exigées pour la délivrance du certificat d'aptitude physique visé au paragraphe 7, à moins qu'on ne découvre en lui une tare pathologique susceptible de déterminer un accident subit.

6° La commission médicale ne doit donner aucun renseignement, sauf à l'intéressé, sur les détails de l'examen, mais seulement en indiquer le résultat par les mentions « apte », « inapte », « provisoirement inapte ».

7° Le résultat de l'examen médical passé devant la commission ou établi sur l'avis de médecins particuliers, dans les conditions prévues au paragraphe 3 de la présente instruction, et qui devra être produit pour obtenir la licence ou la faire renouveler, sera établi suivant le modèle ci-après :

CENTRE D'EXAMEN MÉDICAL
DU SERVICE
DE LA NAVIGATION AÉRIENNE

Valable jusqu'au.....................

CERTIFICAT DE VISITE

Je soussigné, docteur.........................
Certifie que M. (1)...........................
né à......................, le..................
domicilié à.................... a subi les épreuves de l'examen d'aptitude physique et qu'il a été reconnu (2) .... à servir dans le personnel navigant comme (3).......................
A...................... le...................

La validité du certificat ci-dessus ne peut excéder six mois pour le personnel breveté de transport public (pilote et mécanicien) ou possédant le brevet de navigateur, et douze mois au plus pour le personnel breveté de tourisme.

Lorsque l'examen médical prévu pour le renouvellement des licences du personnel chargé de la conduite des aéronefs civils utilisés pour le tourisme sera passé devant des médecins autres que ceux de la commission désignée par le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens, il sera établi un certificat conforme au modèle ci-après. Sur le vu de ce certificat et dans les conditions fixées au paragraphe 3, la commission médicale établira un certificat du modèle prévu au paragraphe 8 et qui est seul valable pour obtenir le renouvellement de la licence.

Certificat de visite.

Je, soussigné docteur.........................
habitant à ....certifie avoir examiné ce jour M. (nom et prénoms).................... titulaire du brevet de................ et constaté que ses conditions physiques sont conformes aux indications du livret médical ci-joint, sur lequel figure le résultat des examens médicaux passés à .... le,................. devant la commission désignée par M. le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

A .... le...............
(*Signature*).

Observations particulières du médecin :

Fait à Paris, le 10 février 1926.
Le sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens,
Laurent EYNAC.
(*J.O.*, 2 *mars* 1926.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort de Madame Paul DE FOURMESTRAUX.

Madame P. de Fourmestraux était la veuve du regretté médecin de l'Hôpital de Versailles qui fut un des premiers présidents de l'Union des Syndicats médicaux de France et un des premiers champions du Syndicalisme médical.

Le *Concours médical* adresse à son fils, M. le Dr Jacques de Fourmestraux, le distingué chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et à toute sa famille, l'expression de ses plus sincères condoléances.

— M. le docteur BOUCHARD, de Chartres (Eure-et-Loir). — M. le docteur CROS (Charles), d'Hyères (Var). — M. le docteur Emile LECŒUVRE, de Sebourg (Nord). — M. le docteur Léon LELUBRE, de Tournai. — M. le docteur Michel COUTURIER, de Beaurepaire.

— **L'assurance contre les risques professionnels.** — *Création d'un Comité du Corps médical des hôpitaux.* — Sur la proposition de la F.A.E. (Fédération des A. d'Externes et Anciens Externes) et de l'U.N. (Union Nationale des Etudiants) une réunion très importante a eu lieu le jeudi 22 avril à l'Hôtel-Dieu. Etaient représentés tous les Groupements parisiens médicaux : chirurgiens des hôpitaux (Dr Dujarrier), médecins des hôpitaux (Dr Guy Laroche), Fédération des médecins de la région parisienne (Dr Lian), radiologistes (Dr Belot, Dr Duhem), chefs de Laboratoire (Dr Gastou), chefs de clinique (Dr Terris), assistants de radiologie (Dr David de Prades), amis de l'Internat (Dr Godlewski), internes (Laffitte, Mlle Dreyfus-Sée), externes (Dr Belot, Dr Fumouze, Dr Glover, Mlle Brosse, M. Cossa), section de médecine de l'A. (P. Nigay, Raymond), Corpo (Pouzergues, Jouneau). Trois associations s'étendant à toute la France avaient envoyé leurs délégués : syndicat des chirurgiens des hôpitaux (Dr Lenormant), F.A.E. (Dr Lepennetier, Dr Béhague, L. Justin-Desançon) et U.N. (P. Nigay, A. Brizard.).

Le chef de Cabinet du Ministre de l'hygiène, assistance et prévoyance sociale (Dr Mabille) et le rapporteur de la question des Risques professionnels devant le Conseil supérieur de l'assistance publique (Dr Paul Boudin) ont exposé l'aspect juridique, administratif et légal de la question. Le Dr Lian a exposé les grandes lignes du projet d'assurance des internes que l'assistance publique prépare actuellement.

Une commission s'est constituée dont le bureau est ainsi formé : Président : DUJARRIER ; vice-président, Dr Guy LAROCHE ; secrétaire : L. JUSTIN-BESANÇON. La commission s'est réunie le lundi 26 avril à 20 heures 45 à l'Hôtel-Dieu indiquant les dispositions que le corps médical des hôpitaux désirerait voir insérer dans le projet de loi sur l'assurance contre les risques professionnels que le Ministre déposera très prochainement sur le bureau de la Chambre et dans le rapport que le

(1) Nom et prénoms.
(2) Apte, inapte ou ajourné.
(3) Pilote, mécanicien, navigateur.

Dr Paul Boudin présentera en mai ou juin au Conseil supérieur de l'assistance publique.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Paris.** — Un *cours complémentaire et de perfectionnement* aura lieu à la Clinique neuro-psychiatrique, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe) (métro-Glacière), du 25 juin au 12 juillet 1926, sous la direction du professeur Henri Claude.

Programme du cours. — Classification des maladies mentales. Déséquilibre neurovégétatif. — Troubles organiques dans les psychopathies. — Confusion mentale. — Mélancolie. — Manie et psychose maniaque. — Déséquilibre psychique. — Hystérie et neurasthénie. — Délires polymorphes. — Délires hallucinatoires et d'influence. — Constitution paranoïque ; délires de revendication et d'interprétation. — Synthèse des délires. — Les hallucinations. — Démence précoce ; hébéphrénie. — Constitution schizoïde ; schizomanie et schizophrénie. — Démence organique et démence sénile. — Syphilis nerveuse et paralytique générale. — Epilepsie. — Toxicomanies. — Alcoolisme. — Psychiatrie infantile. — Encéphalite épidémique. — Psychanalyse.

Droits d'inscription : 250 francs. Des travaux pratiques (examens cliniques, tests, techniques de laboratoire, etc.) seront exécutés pendant la durée du cours. S'adresser au Dr Targowla, chef de clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe) et au Secrétariat de la Faculté de médecine, de midi à quinze heures.

— **Le Caducée Normand.** — Les médecins, dentistes et pharmaciens normands se sont réunis en un dîner très cordial qui eut lieu le 6 mai sous la présidence de M. André Robine, président en exercice, et du Dr Paul Petit, président d'honneur. La fondation d'un prix annuel destiné à un étudiant normand de la Faculté de médecine ou de pharmacie a été décidée à l'unanimité : ce prix sera décerné, dès cette année, à un étudiant digne d'intérêt et désigné par ses camarades.

A la fin du repas, le Dr Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France, a fait une causerie spirituelle et documentée sur les assurances sociales en Alsace-Lorraine et sur le rôle du groupe médical parlementaire (rapport Chauveau).

Parmi les convives de cette brillante réunion : docteurs Léon Giroux, G. Bernard, du Pasquier (de Saint-Honoré), Blais (du Havre), Pidel, Cottard, Pasquier, Delivet, Lenoble, Bertrand, Seligmann, Streletzki, MM. Dauzel, secrétaire général, Bouchard, Marpy, Février, Desmares, Martin, etc., *pharmaciens.* S'étaient faits excusés : M. le professeur Gosset, grippé, qui devait présider la réunion, le professeur Tuffier, le prof. agrégé Laignel-Lavastine, le Dr Proffichet, du Havre, les docteurs Roulland, Rabion, Offret, Gy, Vasselin, etc.

Le Caducée Normand a été fondé il y a 5 ans pour grouper tous les médecins, pharmaciens et dentistes d'origine normande, quelle que soit leur résidence, désireux de nouer des relations de franche camaraderie entre compatriotes et de venir en aide à des étudiants ou des confrères normands momentanément en difficulté. Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Paul Petit, 19, rue de Bourgogne ou à M. A. Robine, 66, rue Taitbout, à Paris.

G. de Parrel.

— **Ecole de Psychologie.** — *Consultations psychologiques et médico-pédagogiques.* — Ces consultations ont lieu sous la direction des docteurs Bérillon, Paul Farez, Brion, R. Courtois et de M. H. Gosset, aux *dispensaires neurologique, médico-pédagogique et anti-alcoolique annexes de l'Ecole de psychologie*, 49, rue Saint-André-des-Arts, les mardis, jeudis et samedis, de 10 h. à 11 heures.

Les médecins e t les étudiants des nations alliées et amies ainsi que les membres de l'Enseignement, sont invités à assister aux leçons pratiques du jeudi, à 10 h. et demie.

Le programme de cet enseignement comprend : 1° les applications de la psychothérapie et de l'hypnotisme au traitement des névroses et des psychoses ; 2° les applications de l'orthopédie mentale à la rééducation des enfants nerveux, vicieux ou anormaux.

— **Protestation contre une campagne de diffamation.** — Le Syndicat général des médecins des Stations balnéaires et sanitaires de France, profondément indigné de l'inqualifiable attaque dont les eaux de la Station d'Evian ont été l'objet dans un pamphlet adressé récemment à tous les médecins, tient à s'associer à la protestation du Syndicat médical d'Evian, en l'assurant de sa complète solidarité. Le président : Dr R. Durand-Fardel.

(Communiqué par l'*Association de la Presse Médicale française*).

— **Une Nouvelle Revue.** — Nous avons reçu le premier fascicule de la « Revue des Maladies du foie, du pancréas et de la rate » qui paraîtra désormais trimestriellement aux éditions de « L'Expansion Scientifique française », 23, rue du Cherche-Midi.

La nouvelle Revue, publiée sous le patronage des prof. Delezenne, Gilbert et Hartmann, et sous la direction scientifique des professeurs agrégés P. Abrami, M. Villaret et N. Fiessinger a, pour collaborateurs la plupart des maîtres français et étrangers que leurs études antérieures désignaient pour participer à sa rédaction. Le docteur G. Parturier (de Vichy) en est le rédacteur en chef. L'abonnement annuel est de 30 francs pour la France, 35 et 40 francs pour l'étranger.

— **Congrès de chirurgie.** — Le XXXVIe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 4 au 9 octobre 1926, sous la présidence de M. le professeur J. L. Faure, membre de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° pathologie des ménisques du genou. Rapporteurs : MM. Mouchet, de Paris et Tavernier, de Lyon ; 2° opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. Rapporteurs : MM. Gervais de Rouville, de Montpellier et Mocquot, de Paris ; 3e traitement des arthrites gonococciques en évolution. Rapporteurs : MM. Michel, de Nancy et Mondor, de Paris.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au Secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris (6e).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

308 et suivants du Code de procédure civile, pour récuser des experts, en matière de loi des pensions ? Je le crois. Dans ces conditions, il faudrait notifier la récusation, dans les trois jours de la nomination des experts, par acte signé et adressé au président du tribunal des pensions.

Celui-ci en saisirait la commission, pour qu'il soit statué sur les motifs de récusation.

La décision du tribunal des pensions peut être déférée en appel devant la cour régionale (article 42 de la loi de 1919).

Un recours en Conseil d'Etat peut être formé pour excès de pouvoir, vice de forme, ou violation de la loi. Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

1678. — A propos de l'assistance médicale partielle.

La lecture de votre article sur l'Assistance médicale partielle, dans le *Concours médical* du 2 mai 1926, m'a vivement intéressé.

Le Syndicat médical de la Charente s'est trouvé dans l'obligation, en 1924, d'étudier cette question à la suite d'une décision ferme en vertu de laquelle le Conseil général, dans la session de mai 1924, introduisait l'assistance partielle, avec quatre modalités, à dater du 1er janvier 1925, sans que la Commission de vérification ait été appelée à donner son avis. Or cette Commission, comprenant trois membres du Conseil général, quatre médecins nommés par le préfet sur une liste de huit candidats désignés à la suite d'un vote régulier de tous les médecins du service, de deux pharmaciens nommés de la même façon, avait toujours été chargée d'établir les projets de règlements et de tarifs soumis ensuite à l'Assemblée départementale. Le Syndicat médical, dans son assemblée de novembre, se refusa absolument à accepter la nouvelle procédure, non conforme au règlement, et décida qu'aucun médecin syndiqué ne prêterait son concours à l'application de l'Assistance partielle ; qu'en outre le tarif en vigueur serait dénoncé à la date du 31 décembre.

La décision fut aussitôt notifiée au préfet, qui invoqua la délibération du Conseil général et déclara qu'elle serait mise à exécution. Dans les derniers jours de 1924, les médecins reçurent en effet les nouvelles instructions et les imprimés nécessaires. Chacun les renvoya, en déclarant de façon catégorique que son concours au service d'Assistance était subordonné au maintien du *statu quo*, en attendant un nouvel accord avec le Syndicat. Les pharmaciens adoptèrent la même attitude. Résultat : l'Assistance partielle ne fut pas appliquée ; la Commission de vérification reçut mandat de refondre entièrement le règlement et le tarif, après avoir entendu le président du Syndicat médical ; le conseil général adopta intégralement les propositions élaborées d'accord.

Au cours de la discussion, je ne manquai pas de faire ressortir les graves inconvénients qui découleraient de l'Assistance partielle, autant pour les finances publiques que pour les intérêts des médecins ; le préfet voulut bien reconnaître avec moi que cette mesure ne paraissait pas entrer dans le cadre de la loi de 1893. Le Conseil d'Etat n'avait pas émis à cette époque l'avis contraire que vous publiez.

Le règlement de la Charente ne comporte donc que l'Assistance totale, pour les indigents sans catégories. En pratique, cependant, nous avons laissé subsister l'inscription d'urgence sur les listes, en vue d'une hospitalisation pour maladie ou pour une opération. C'est le droit des maires ; et malgré les abus, il ne paraît pas possible d'y apporter des restrictions.

Le récit de cette histoire locale est un peu long ; mais il ne manquera pas d'intérêt pour les Syndicats, qui pourraient se trouver dans une semblable situation.

Armé de l'avis du Conseil d'Etat, le Conseil général voudra-t-il tenter une nouvelle offensive ? Nous ne le pensons pas ; en ce cas du reste notre résistance serait non moins énergique, les arguments qui ont entraîné le Syndicat n'ayant en rien perdu de leur valeur.

L'Assistance partielle nous est apparue comme un moyen sûr de grossir les listes d'Assistance, alors que depuis la guerre nous n'avons cessé de protester contre le chiffre exagéré des inscrits, spécialement des inscrits d'urgence.

Pour une population de 300.000 habitants, le nombre des assistés est de 6.000, c'est-à-dire 1 pour 50 habitants ; il était de plus de 7.000 en 1923 ; et c'est à la suite de mesures suggérées par le Syndicat qu'on a pu l'abaisser de 1.200 environ. Des départements de même importance présentent des chiffres beaucoup plus élevés encore : 9.000 dans les Deux-Sèvres ; plus de 11.000 dans l'Ille-et-Vilaine ; 8.000 dans le Cher... etc.

Or un fait ne saurait être contesté : c'est que, dans la région des Charentes, la prospérité générale a réduit dans d'énormes proportions la véritable indigence. En toute justice ne devraient plus être inscrits que les assistés obligatoires : vieillards, infirmes, incurables, nécessiteux secourus par les bureaux de bienfaisance. En ajoutant certaines familles nombreuses et les personnes se trouvant momentanément dans l'impossibilité de supporter les frais d'une maladie de longue durée, d'une opération chirurgicale, on viendrait en aide sans aucun doute à toutes les misères réelles.

Combien de fois le médecin peut-il se demander, à une époque où l'argent prime tout, où la considération accordée jadis au médecin de famille n'est plus guère qu'un mythe, si sous couleur d'humanité et de philanthropie il ne joue pas vraiment un rôle de dupe, recevant en échange de ses soins des feuilles de maladies, des bons de consultation, de certains clients qui de toute évidence ne se privent nullement du nécessaire, même du superflu le plus tapageur et le plus coûteux ?

L'Assistance partielle permettra de recruter en

masse de faux indigents dans cette catégorie de plus en plus nombreuse de sportulaires qui, attendant tout de l'Etat-Providence, ont pris l'habitude de bien vivre et de ne « pas s'en faire ».

Ce sera au grand détriment des intérêts de la nation.

Que les politiciens, en mal de démagogie, cherchent une monnaie électorale. Nous n'y pouvons pas grand' chose ; mais, médecins, défendons donc notre maigre budget ! Dénonçons tous les tarifs réduits, tarifs de famine ; ne prêtons notre concours à l'Assistance médicale gratuite, comme à toutes les organisations de soins et d'hygiène, qu'au tarif syndical minimum !

La mise en pratique de l'Assistance partielle soulèverait en outre de multiples difficultés, qu'il paraît bien difficile de prévenir et de surmonter.

Vous sentez bien que l'assisté, une fois muni de ses bulletins de visite ou de consultation, aura un penchant invincible à se croire garanti à l'égard du médecin pour la totalité des frais de maladie, même au cas où la fourniture des médicaments lui serait seule attribuée. Le recouvrement des honoraires deviendrait en réalité impossible.

Des deux projets que vous exposez, le second seul mettrait le médecin à l'abri de tout inconvénient et pourrait être accepté par les Syndicats médicaux : paiement direct des honoraires par l'assisté, comme client ordinaire, et production par lui du mémoire acquitté, à l'appui de sa demande d'Assistance.

Pensez-vous que l'un des deux ait des chances de trouver grâce devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, auquel sera soumis votre rapport ?

Ils n'entrent ni l'un ni l'autre dans les conceptions administratives que nous connaissons bien.

Le versement préalable par l'assisté partiel de la totalité de la somme laissée à sa charge ou d'une partie seulement à titre de consignation, suivant le mode prévu par votre projet N° 1, fera bondir assurément les hauts fonctionnaires qui auront à formuler leur avis. Et il faut avouer que le recouvrement par les communes, les départements et l'Etat, de cette part des frais incombant à un assisté sera particulièrement aléatoire et ardu. Le chiffre ne pourra pas toujours en être fixé d'avance, en particulier pour les hospitalisations. En ce qui concerne les consultations et les visites, la part de l'assisté devrait être exigible au moment de la délivrance de chaque bulletin. Les maires n'étant pas des agents comptables, les fonds seraient reçus obligatoirement par les percepteurs, receveurs municipaux. La répartition entre communes, départements et Etat, les trois parties intéressées au budget des dépenses, entraînerait des complications de comptabilité invraisemblables.

La conception administrative semble différer de la vôtre, si j'en juge par les dispositions qu'on a voulu nous imposer ; trois modalités d'assistance partielle étaient prévues :

1° Assistance médicale seule.

2° Assistance, pour fourniture des médicaments seulement.

3° Assistance-hospitalisation.

Je m'excuse de vous soumettre ces critiques ; elles seront formulées très certainement au Conseil supérieur. De l'étude approfondie, faite pour le Syndicat de la Charente, des diverses modalités d'Assistance partielle, il résulte que cette mesure doit être considérée comme indésirable, sous le double point de vue des finances publiques et de l'intérêt des médecins.

Une considération capitale devrait la faire abandonner.

A quoi bon apporter à la loi de 1893 un tel bouleversement, alors que le vote prochain de la loi Assurance obligatoire invalidité-maladie va faire du plus grand nombre d'assistés des assurés obligatoires ?

Dr Maffre.

1648. — Accident du travail : chute à la suite d'une attaque d'épilepsie.

J'ai été appelé à constater le décès d'un ouvrier carrier survenu dans les conditions suivantes : ouvrier travaillant seul dans un chantier de carrière, sujet à des crises d'épilepsie. Le soir, ne le voyant pas rentrer à son domicile, sa femme et quelques amis se sont rendus sur son chantier et l'ont trouvé mort, la face dans la boue, avec quelques égratignures très superficielles dans la région temporale.

Appelé à fournir un certificat d'accident du travail, j'ai simplement mentionné : « Décès vraisemblablement provoqué par une chute la face dans la boue, chute consécutive à un étourdissement. »

Est-ce un accident du travail ? La veuve a-t-elle droit à une pension ?

Dr P.

Réponse

L'accident survenu à la suite d'une attaque d'épilepsie doit être considéré comme un accident du travail (Trib. civ. de Saint-Etienne, 16 mars 1903. Rec. du Ministère du Travail, III.91 et Cour de Dijon, 9 août 1909, même recueil, XIII.127).

En effet, c'est à l'occasion du travail que la chute de l'ouvrier est survenue, ce qui suffit pour entraîner l'application de la loi et, d'autre part, il ne doit pas être tenu compte, dans l'indemnisation des accidents du travail, de l'état antérieur de l'ouvrier. Le chef d'entreprise qui emploie un ouvrier épileptique court donc le risque de supporter les conséquences des accidents occasionnés par cette maladie.

En l'espèce, la veuve de l'ouvrier carrier aurait donc droit à une pension.

1537. — Frais de justice criminelle.

Un médecin est réquisitionné par écrit et par la police pour aller voir un blessé sur la voie publique et fournir un rapport sur le cas.

Y a-t-il pour cela une tarification officielle, géné-

rale pour toute la France, et quelle est-elle ? S'il n'y a pas de tarification d'espèce, quels doivent être les honoraires réclamés, et à qui fournir la note d'honoraires ? Dr D.

Réponse.

Aux termes du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, article 26, vous avez droit à un honoraire de 20 francs, si dans votre ville siège un tribunal de 1re classe et de 15 francs seulement dans le cas contraire, y compris la rédaction et le dépôt du rapport. Au cas où vous auriez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous auriez droit en outre à des frais de déplacement variables suivant que le voyage pouvait être effectué par chemin de fer, par un mode quelconque de transport en commun, ou seulement par vos propres moyens : 0.20 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, dans le premier cas, le prix du billet aller et retour dans la deuxième cas et enfin 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour dans le troisième cas.

Vous devez envoyer votre mémoire en double exemplaire sur papier libre (le total de la somme réclamée ne dépassant pas 50 francs), au procureur de la République qui, après visa du procureur général et taxe du Président, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

1527. — Privilège pour soins donnés à un accidenté du travail.

Un industriel dont j'avais soigné une vingtaine d'accidentés du travail a fait de mauvaises affaires et finalement est tombé en faillite ; à ce moment, j'ai affirmé ma créance, mais il m'a été impossible d'être admis (c'est la seule fois que cela m'arrive) au privilège : il y a eu, à l'époque, une controverse échangée par plusieurs lettres même avec le président du tribunal de commerce qui n'a pas voulu déjuger le syndic.

Or j'ai appris que cette vieille affaire allait se liquider sous peu : dois-je appeler le syndic au tribunal de commerce ? Dr L.

Réponse.

Il est étonnant que l'on vous conteste l'exercice du privilège accordé par l'article 23 de la loi du 9 avril 1898 tant à la victime de l'accident qu'à ses ayants droit pour les indemnités (demi-salaires et rente) et les frais médicaux et pharmaceutiques. Il est hors de doute que, médecin traitant du blessé, et exerçant contre son patron l'action directe que la loi vous a réservée, vous avez bien la qualité d'ayant droit de l'ouvrier.

La contestation nous surprend d'autant plus que, dans plusieurs affaires soutenues par le « Sou médical », notamment devant le Tribunal de Commerce de la Seine, les syndics n'ont fait aucune difficulté pour l'admission par privilège en vertu de la loi de 1898, article 23.

Pour vous faire admettre au passif par privilège, il va falloir que vous assigniez le syndic devant le Tribunal de Commerce ; pour cela, il sera nécessaire que vous vous adressiez soit à un avoué, soit à un agréé.

1611. — Soins à un pupille de la Nation.

Etant abonné au *Concours médical* et faisant partie du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de me dire quel est le tarif de l'opération suivante :

Un enfant, pupille de la Nation, tombe en jouant sur une pierre, se casse deux incisives inférieures et quatre supérieures, dont deux sont complètement arrachées et déterminent une fracture par éclatement du maxillaire supérieur. On amène l'enfant à ma clinique, je l'examine et juge une intervention nécessaire, car il y a plusieurs esquilles qu'on sent dans la plaie.

Je le fais endormir, nettoie la plaie, enlève les esquilles et régularise le bord du maxillaire supérieur.

Dr C.

Réponse.

Il n'existe aucun tarif officiel pour les soins donnés aux pupilles de la Nation et les médecins ne possèdent de ce chef aucune action contre le département ou l'Etat. Aucune assimilation n'est possible entre leur condition juridique et celle des mutilés de guerre pour lesquels une loi spéciale a prévu et organisé le droit aux soins gratuits, c'est-à-dire payés par l'Etat.

Dans l'espèce, vous pourriez vous faire payer par la mère de l'enfant ou les parents qui en ont la charge, au tarif minimum de clientèle de droit commun, et la personne qui vous aurait payé pourrait demander à être remboursée soit partiellement, soit en totalité par l'Office départemental des pupilles de la Nation.

Peut-être aussi pourriez-vous demander directement tout ou partie de vos honoraires à l'Office, mais si celui-ci vous paye, ce sera de sa part une mesure gracieuse et non une obligation.

1595. — Base des indemnités en cas d'accident survenu à une femme de ménage.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me donner le renseignement suivant que je désirerais connaître avant de contracter une assurance, gens de maison ?

Au cas où une femme de ménage que je n'emploie qu'un certain nombre d'heures par jour et pas tous les jours, se blesserait à mon service, l'indemnité que j'aurais à lui servir serait-elle calculée sur son salaire annuel dans ses diverses places ou seulement sur celui qu'elle gagne chez moi dans l'année ?

Dr P.

Réponse.

Aux termes de l'article 2 de la loi du 2 août

1923 qui a étendu le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages, « le salaire servant de base à la fixation des indemnités s'entend uniquement, à l'exclusion de tous autres profits en argent, de la rémunération et des prestations en nature directement allouées par le maître, en exécution du contrat de louage de services ».

Par conséquent, dans le cas d'une femme de ménage employée seulement quelques heures par jour ou par semaine, le salaire servant de base à l'indemnité est seulement le salaire qu'elle reçoit chez le patron au service duquel l'accident s'est produit.

Application du Tarif Durafour,

I

1504. — Visite de contrôle.

Je vous demandais dernièrement comment tarifer une note d'honoraires accident du travail. Il s'agissait d'une visite de contrôle d'un blessé, qui a eu lieu dans mon cabinet. Le docteur Decourt, que je remercie bien sincèrement de son amabilité inlassable à nous renseigner, m'a fait transmettre la réponse ci-incluse que je vous renvoie pour que vous soyez immédiatement au courant des faits. Il est d'avis de compter 10 fr. + 5 fr. (et non 12 + 6). Le tarif Durafour a remplacé le tarif Breton, mais l'esprit du nouveau tarif restait le même, à mon sens.

Or, si je m'en rapporte à l'« Agenda-Memento du Praticien » année 1923, pages 110 et 111, je lis notamment, page III, lignes 19 et 20 : ... « c'est toujours, en cas de visite de contrôle, *le prix d'une* VISITE *majoré de* 50 % qui est dû au médecin traitant ».

En m'excusant de vous demander nouvel avis, je ne veux qu'établir un principe, car la différence d'honoraires résultant de l'adoption de l'une ou l'autre thèse est minime.

Dr G.

Réponse.

L'« Agenda Memento » dit bien qu'en cas de visite de contrôle (article 3 a), c'est le prix d'une *visite* majoré de 50 % qui est dû. Or, l'article 1er du tarif Durafour dit : « Le prix de la *visite* ou consultation est fixé à 10 fr. Donc 10 plus 5, soit 15 francs, dans votre cas.

Maintenant, vous aurez à ajouter à cela 2 francs pour « frais de déplacement » dans les grands centres (article 2, 1°) lorsque vous vous serez « déplacé » pour aller chez le blessé (ce qui n'est pas votre cas). Mais ceci est une question *en dehors* du prix même de la visite de contrôle.

F. D.

II

1582. — Visites de nuit multiples.

On vient me chercher à trois heures du matin pour aller dans une usine d'une autre commune

dont je suis le médecin le plus proche, où un ouvrier happé par une courroie a été tué instantanément et dont le corps déchiqueté a par projection blessé en retombant deux autres ouvriers, l'un à la tête, l'autre à la hanche. Pour le mort, j'ai constaté le décès et fait certificats pour assurance, mairie et aussi pour les gendarmes, qui, étant là pour enquête, m'en ont demandé un.

Pour les deux blessés j'ai fait constatations, pansements et certificats ; je les ai d'autre part revus par la suite à quelques reprises (20 et 12 jours de repos). J'ai, de plus, et par-dessus le marché, donné mes soins au directeur de l'usine qui se trouvait mal...

Je fais toujours des notes séparées pour chaque blessé. Comment dois-je les rédiger ? Puis-je compter pour chacun d'eux la visite de nuit (art. 4) et pour un seul l'indemnité kilométrique (6 kilomètres aller-retour), puisque je n'ai vu les autres qu'en passant ?

Dr B.

Réponse.

1° Vous avez fait trois « visites de nuit », vous n'avez qu'à appliquer le tarif de nuit pour *chaque* visite. Par contre, vous n'avez effectué *qu'un* déplacement kilométrique : vous n'en avez donc qu'un à compter.

2° Votre certificat de *décès* pour la gendarmerie n'est pas dû par le patron qui n'est comptable que du certificat d'origine destiné à la mairie dans tous les cas.

3° Les soins donnés au directeur de l'usine ne sont plus imputables à un accident du travail, ils rentrent dans le droit commun.

F. D.

III

1505. — Pansements de deux ou plusieurs doigts.

Je soigne deux blessés du travail.

L'un a eu toute la paume de la main coupée par une scie circulaire, au niveau des 5 doigts. J'ai fait pendant plusieurs jours un pansement à chaque doigt : 5 pansements. Depuis quelques jours, un pansement à 2 doigts seulement.

L'autre, un peintre, a une brûlure par acide des 3e, 4e, 5e doigts, face dorsale. J'ai fait un pansement à chaque doigt.

Que dois-je compter pour chacun de ces blessés?

Dr B.

Réponse.

Pour les pansements de deux ou plusieurs doigts d'une même main, il y a deux cas :

1° Si les plaies sont « très superficielles », « pansement simple », compris dans le prix de la visite ou consultation (article 16).

2° Si les plaies sont plus graves, « pansements multiples sur un même segment de membre, 15 francs » (article 17).

F. D.

Quarante-huitième année — N° 23 — 6 Juin 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1496-IV)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie ; 45 fr. — 1[re] Zone 55 fr. — 2[e] Zone 70 fr.



Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dulièze, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros, Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Boutelier.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de M. le Dr CUDENNEC, la somme de cinq francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 261. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 262. — Instit. Liébault, à Loches (I.-L.), cures d'isolem. de désintoxicat., de psychothér., psychoses et psycho-névroses, pas d'aliénés.

No 263. — A céd. cause ach. d'une 5 pl. Ford coupé cond. int. 2 pl. mod. 1925. surbaissé, carross. franc. pn. conf., ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Priyx 13.000 fr.

No 264. — Coutainville-plage (Manche). A louer, im. plage, centre provisions : 1o maisonnette avec terrain pour 4 pers., septembre 450 fr. ; 2o logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., juin 250, juillet 360, août 600, sept. 300. S'ad. M. Rothé, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

No 265. — Cab. 5 CV Citroen fin 1924. parf. état mécan. et carross. 12.600 fr. Dr Boussange, 129, av. de Villiers (17e), de midi à 13 h. 30 et de 18 h. 30 à 20 h.

No 266. — Dr spécial. Y. O.R.L., assist. à St-Antoine, fais. diathermie, cherche trav. ds clin. Paris ou banl. Dr Castex, 7, rue Pierre-Chausson (Xe).

No 267. — Demois. 25 ans, libre sais. été, accomp. mer ou montagne, enf. 8 à 12 ans, leçons piano, piqûres, frais voyage et séjour, S'ad. Dr Grimaud, à Carpentras (Vaucluse).

No 268. — Dr louerait sais. été sa villa meublée, bord mer, près Casino.

No 269. — A vend. torp. 6 CV Mathis 1924, bon état, équip. électr., amortiss. av. et ar., roues confort, compteur 6.800. Dr, 7, place du Marché à Neuilly-en-Thelle (Oise).

No 270. — Centre. Seul.pro-pharm. sur gr. ligne près gr. ville. Rapp. 70.000, condit. avantag. Urg.

No 271. — Seine-Inf. — A vend. 6 CV Renault 3 pl. 1923, peu roulé, pneus confort, écl. et dém. électr., compteur. Dr Malouvier, à Montivilliers (S.-I.).

No 272. — Suis acquér. Nouvelle Pratique médico-chirurgicale illustrée (8 vol. et suppl. année 1911) par Brissaud, Pinard et Reclus. Faire offres à Dr Laure, Argelliers (Aude).

No 273. — 250 km. Paris 6 Poste seul proph. pas de sage-fem., 50.000 suscept. gr. augment. par méd. actif et fais. accouch. Mais. 7 p., loyer 1.200, indemn. commune 1.000. Prix : 15.000, compt. à débatt.

N. 274. — On dem. une bonne infirmière au cour. acc. du trav. clinique, 28, av. Marceau, à Courbevoie.

No 275. — Bords de l'Ain. Beau poste méd. à céd., client. occupée depuis 33 ans par même méd., rapp. 36.000, pouvant aller à 48.000 avec jeune méd. act. Chasse, pêche, vue splendide, mais on ou appart. meublé ou non, tout conf. mod., garage, eau, électr., chauff. centr. Poste. Gare. à 10 km. d'Ambérieu, à 1 h. 30 de Lyon et Mâcon. Au plus offrant. (On offre de suite 25.000 compt.)

N° 276. — A prendre d'urg. à La Ferté-Vidame (E.-et-L.) anc. client. seul méd., 30.000 pour 6.500 tout compt. Bas prix en rais. achat gr. client. et départ immin., Méd. rés. Etat. Ecr. : Dr Dujardin, à Lieurey (Eure).

N° 277. — Banl. paris. client. méd. générale, rapp. 100.000 envir., loyer 3.000, pavill. 7 p. et dépend., chauff. cent. Indemn. 70.000, dont 50.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 278. — 45 km. Paris, ville posséd. collèges, client. choisie, rapp. 70.000, mais. bourgeoise vaste et confort., Indemn. 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 279. — On désire acheter **d'occasion** forcep Farnier, en bon état. S'adress. Lassonneur, 15, r. Berthollet, Paris. Gobel. 44-88.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique gynécologique (hôpital Broca).** — Du 7 au 19 juin, *cours de perfectionnement* par M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Radiologie des voies digestives.* — Du 21 au 27 juin, M. Ramond, assisté de MM. Ch. Jacquelin, Zizine et Longchampt, fera une série de démonstrations radiologiques sur les maladies de l'estomac et du duodénum.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Concours de médecin adjoint des dispensaires.* — Sont déclarés admissibles : MM. Rimé, Marceron, Mouquin, Solente, Lefèvre, Thibaut, Cachera, Buhler, Couturier.

— **Hôtel-Dieu.** *Cours sur les maladies du foie, du pancréas et sur le diabète.* — Du 28 juin au 9 juillet, aura lieu à l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le prof. Gilbert et de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, un cours sur les notions récentes médico-chirurgicales relatives aux maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète. S'inscrire au secrétariat de la Faculté. (Droit : 250 fr.).

— **Institut d'hygiène alimentaire** (rue Clotilde et rue de l'Estrapade). — Le 12 juin, à 16 h. 3/4, cours de M. Hemmerdinger : composition des menus. Régimes spéciaux.

— **Agrégation.** *Oto-rhino-laryngologie.* — Sont proposés pour être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégés : MM. Terracol, Jacod, Halphen.

— **Hôpital Saint-Louis.** — Le 7 juin, leçon de M. Gougerot, agrégé, sur les *nouveaux traitements du psoriasis* (insuline, rayons ultra-violets, etc.).

— **Hôpital Saint-Louis.** *Conférences d'oto-rhino-laryngologie chez l'enfant.* — Les 7, 8 et 9 juin, conférences et démonstrations par M. Douglas Guthrie (d'Edimbourg), à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Lemaître.

— **Paris. Institut municipal d'électro-radiologie.** — La ville de Paris vient d'ouvrir 37, boulevard Saint-Marcel, un Institut de radio-électrologie.

— **Un nouveau diplôme.** — L'école de malariologie rattachée à l'Institut d'hygiène de Paris, délivrera des diplômes de *médecin malariologiste de l'Université de Paris.*

— **Montfort-l'Amaury.** *Centenaire de Laënnec.* — La Société « Le Pardon d'Anne de Bretagne » commémore le 6 juin, à Montfort-l'Amaury, le centenaire de Laënnec. L'Académie de médecine sera représentée à cette cérémonie par MM. Balzer et Pouchet.

—**Nécrologie.**— Le Dr Bouilloud, de Pont-d'Ain. — Nous apprenons, avec un très vif regret, la mort du Dr Bouilloud, de Pont-d'Ain. Ancien membre du Conseil de l'Union, vice-président du Syndicat de l'Ain, notre regretté confrère avait pris une part active à l'étude de nos questions professionnelles. Nous adressons à sa famille, à Madame Bouilloud, à son fils, M. Bouilloud, externe des hôpitaux, et à notre collègue et ami Boudin, toutes nos condoléances et l'expression de notre très grande sympathie.

A TRAVERS L'OFFICIEL

19 *mai.*

Service médical de l'Aéronautique et des transports aériens.

Décret du 13 mai 1926 relatif aux centres médicaux d'examen et d'études.

Art. 1er. — Les articles 3, 4 et 7 du décret du 25 août 1922 portant création de centres médicaux d'examen et d'études au sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens, complété par le décret du 17 décembre 1923, sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 3. — Le service médical d'examen et d'études comprend :

Un centre principal au Bourget ;

Trois centres régionaux ;

Un centre réduit.

Les emplacements des centres d'examen et d'études régionaux et du centre réduit sont fixés par arrêté du sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens.

Art. 4. — Le fonctionnement des centres médicaux d'examen et d'études est assuré par les catégories de personnel ci-après :

Centre principal.

1 médecin, chef du centre principal.
4 médecins spécialistes.
1 opérateur radiographe mécanicien, faisant fonctions de secrétaire du centre.

Centre régional.

1 médecin, chef du centre régional.
3 médecins spécialistes.

Centre réduit.

3 médecins spécialistes, dont 1 faisant fonctions de chef du centre.

Art. 7. — Les indemnités mensuelles du personnel du service médical d'examen et d'études sont fixées ainsi qu'il suit :

Indemnités mensuelles.

Médecin chef du centre principal, 1.250 francs.
Médecins chefs des centres régionaux, 500 francs
Opérateur radiographe, 800 francs.

Ces indemnités sont exclusives de toute autre allocation.

Toutefois, l'opérateur radiographe bénéficiera, s'il remplit les conditions réglementaires requises, des indemnités d'ordre général accordées aux agents auxiliaires temporaires de l'Etat.

Les médecins spécialistes recevront une allocation par séance et par journée de présence qui est ainsi fixée :

Médecins spécialistes du centre principal, 100 fr.
Médecins spécialistes des centres régionaux, 50 fr.
Médecins spécialistes du centre réduit, 40 fr.

Elle sera payée sur présentation d'un état certifié par le médecin chef ou faisant fonctions de chef du centre. Le montant total de ces allocations ne pourra pas dépasser, par année, une somme globale de 28.500 fr.

Art. 2. — Les dispositions qui précèdent auront effet :

1° A compter du 1er janvier 1925 en ce qui concerne l'indemnité à allouer à l'opérateur radiographe;

2° A compter du 1er janvier 1926 en ce qui concerne la *nouvelle allocation des médecins spécialistes* des centres régionaux et du centre réduit.

20 *mai.*

Soins aux Pensionnés de guerre.

Instruction interministérielle du 18 *mai* 1926 *relative à l'application du décret du* 25 *août* 1925 *relatif à l'attribution d'une indemnité aux pensionnés de la loi du* 31 *mars* 1919 *à* 100 *pour* 100 *pour tuberculose.*

21 mai.

Asiles Publics d'Aliénés.

M. le Dr Chanes a été nommé médecin chef de service à la Colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le Dr Leyritz, appelé à d'autres fonctions.

22 mai

Décret du 18 *mai* 1926 *modifiant le décret du* 25 *novembre* 1924 *relatif aux conditions de recrutement des médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine.*

Art. 1er. — L'article 7 du décret du 25 novembre 1924 précité est modifié de la manière suivante :

Art. 7. — Le jury est composé comme suit :

Un membre de l'Inspection générale des services administratifs médecin, nommé par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, président.

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, parmi lesquels pourra figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonction de médecin en chef à l'asile clinique.

Un médecin en chef appartenant, soit à la maison nationale de Saint-Maurice, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière.

Deux médecins directeurs ou médecins chefs de services du cadre des asiles publics d'aliénés, en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un sera pris parmi les médecins directeurs et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les médecins directeurs et médecins chefs de services du cadre, en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les juges ne pourront être choisis que parmi les praticiens ayant dépassé l'âge de cinquante-cinq ans à la date d'ouverture du registre des inscriptions.

Cette dernière disposition ne s'applique cependant pas aux médecins appartenant au cadre spécial des asiles publics d'aliénés de la Seine, non plus qu'au professeur de clinique.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis du préfet de la Seine, et doivent comprendre tous les médecins réunissant les conditions ci-dessus indiquées et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours ; aucun juge, sauf le président, ne pouvait faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury :

Le chef de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ou son délégué ; le chef du premier bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ou son délé-

gné. Ces fonctionnaires auront voix délibérative pour l'attribution des notes spéciales concernant les services des candidats, et voix consultative pour les autres opérations du concours.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Art. 2. — Le paragraphe 2° de l'article 9 du décret du 25 novembre 1924 est modifié de la manière suivante :

« 2° Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif, comprenant uniquement l'arrêté ou la demande de placement (cette dernière accompagnée du certificat médical), le bulletin de renseignements et le certificat immédiat sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, pourront être mis à la disposition des candidats ».

Art. 3. — L'article 12 du décret du 25 novembre 1924, est modifié de la manière suivante :

« En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés à la rédaction des épreuves écrites, les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques ».

Art. 4. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Décret du 18 mai 1926 modifiant l'article 4 du décret du 3 janvier 1922 relatif aux conditions de recrutement des médecins des asiles publics d'aliénés de province.

Art. 1er. — L'article 4 du décret du 3 janvier 1922 est modifié de la manière suivante :

Art. 4. — Le jury du concours est nommé par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales ; il comprend :

1° Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, président ;

2° Un professeur titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours, en exercice, spécialisé pour la médecine mentale, représentant la faculté que le sort aura désignée parmi les facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Cinq médecins des asiles publics d'aliénés ;

4° Le chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, ou son délégué.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le garage de l'automobile professionnelle d'un médecin est un local professionnel.

Le « Sou Médical » a été saisi plusieurs fois de différends qui se sont élevés entre un médecin et son propriétaire, sur le droit à prorogation pour un garage destiné à l'automobile professionnelle du locataire. Le propriétaire prétendait qu'il ne s'agissait pas d'un local professionnel, mais d'un local de plaisance, privé du droit de prorogation par les plus récentes lois sur les loyers.

Dernièrement encore, l'appui pécuniaire a été donné à un médecin exerçant à Paris pour se défendre contre cette prétention de son propriétaire. Mais celui-ci est revenu à une plus saine appréciation de ses droits et une solution amiable est intervenue.

Le jugement ci-après pourra être invoqué, le cas échéant, par tout médecin exerçant dans une localité où s'applique la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, si son propriétaire lui conteste le droit de prorogation pour son garage ou prétend lui imposer une majoration supérieure à celle de 125 pour 100 du loyer de 1914, admise par la loi précitée :

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (*Ch. du Cons.*)

2e Section, Loyers.

11 *janvier* 1926.

Louage. — Baux à loyer. — Prorogation. — Remise pour automobile. — Caractère commercial. — Droit à la prorogation.

Une remise servant au locataire à garer une automobile qu'il utilise pour les besoins de son commerce, ne saurait être considérée comme un local de plaisance, mais comme ayant le caractère commercial;

En conséquence, le locataire a droit au bénéfice de la prorogation.

Attendu que Lévy est devenu locataire au 1er août 1923 d'une remise à automobile dans l'immeuble sis à Paris 10 *bis*, avenue des Gobelins, que le loyer actuel de cette location s'élève à 1.400 fr. l'an ; que congé ayant été signifié à Lévy pour le 1er juillet 1925, le locataire a demandé la prorogation;

Attendu que le bailleur prétend que cette location constituant celle d'un local de plaisance, ne peut donner droit au bénéfice de la prorogation ;

Mais attendu que Lévy objecte qu'il a loué cette remise pour y placer une auto lui servant pour son commerce de chaussures qu'il exerce à quelques pas de là, 17, avenue des Gobelins ; que le propriétaire ou son représentant n'a pu ignorer l'usage auquel il destinait cette remise ; qu'il l'a, d'ailleurs, louée

Voir la suite page LV-1551

PROPOS DU JOUR

Le Jubilé de Charles Richet.

C'est dans l'amphithéâtre de l'Académie de médecine, sous la présidence de M. Painlevé, l'illustre mathématicien que les hasards de la politique ont appelé au ministère de la guerre, en présence de M. le maréchal Foch et d'une foule entassée de savants français et étrangers et de hautes notabilités qu'a été célébré, samedi 22 mai, le jubilé de Charles Richet.

Nous eussions préféré voir se dérouler les péripéties de cette fête dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où la présence du Chef de l'Etat ne nous eût pas paru déplacée. Un plus grand nombre d'admirateurs de Charles Richet auraient pu s'y rendre. L'occasion de glorifier des hommes de la valeur scientifique et morale du savant physiologiste, n'est pas si fréquente et ne se reproduira pas si souvent, pour qu'on ne s'efforce de donner le plus de lustre possible à pareille cérémonie. En outre Charles Richet, encyclopédiste, à la fois poète, moraliste, littérateur, philosophe et savant, méritait d'être fêté dans un cadre symboliquement et effectivement moins restreint que celui de la rue Bonaparte. Mais, en somme, fils de médecin, médecin lui-même, professeur à la Faculté de médecine, ayant surtout consacré sa vie et son activité scientifique aux progrès de la médecine, peut-être valait-il mieux le fêter dans un milieu plus intime et M. Painlevé qui, comme Charles Richet, joint aux mérites d'un grand savant, le talent peu commun d'un orateur éloquent et d'un lettré délicat, nous paraît bien avoir été l'homme officiel vraiment désigné pour prononcer l'éloge d'un de ses plus distingués collègues de l'Institut.

*
* *

Charles Richet est une des plus belles intelligences et des plus variées que la France ait produites. Fils du grand chirurgien, Alfred Richet, dont les médecins de notre époque ont certes gardé le souvenir et qui fut, dans sa chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu, un maître dans la plus forte expression du terme, il eut comme arrière-grand-père maternel Antoine Renouard, membre de la Commune en 1793, qui avec Lakanal, s'efforça durant la Terreur d'arracher aux bandes de vandales les livres et les manuscrits qui font la richesse de notre Bibliothèque Nationale. Son grand-père Charles Renouard, élève de l'Ecole normale supérieure, fut successivement avocat, député d'Abbeville, conseiller à la Cour de Cassation, pair de France sous Louis-Philippe. Le 3 décembre 1851, il fut même désigné par la Haute-Cour comme procureur général pour requérir contre Louis-Napoléon, rebelle. Le succès du Coup d'Etat mit un terme à la carrière du magistrat qui, fin lettré, consacra une partie de ses loisirs à parfaire l'éducation de son petit-fils.

Avec pareille ascendance et une grande intelligence, Charles Richet était appelé fatalement à devenir quelqu'un, et cela d'autant plus qu'il joignait aux qualités d'un esprit supérieur, une haute valeur morale.

Ardent patriote, il se battit vaillamment à 20 ans à Champigny, et 48 ans plus tard, presque septuagénaire, en 1918, il allait dans les tranchées du front, lors de la ruée des Allemands sur Château-Thierry, recevoir la Croix de guerre.

Cependant Charles Richet était un pacifiste sincère, un pacifiste dans la plus noble acception du mot ; le long article qu'il publia en 1905 dans les *Cahiers de la quinzaine*, intitulé *La Paix et la guerre*, en fait foi. Mais il avait le culte de la justice, l'horreur de la tyrannie, l'amour des peuples opprimés qui luttent pour l'indépendance et la liberté et c'est avec une profonde émotion que nous avons relu, le jour de la célébration de son jubilé, la belle préface qu'il voulut bien écrire à la fin de 1916, pour une modeste plaquette que Madame Noir et M. Zaleski venaient d'écrire dans le but d'apprendre aux Français, trop ignorants du présent et du passé ce qu'avait été l'*Effort vital de la Pologne contemporaine*.

Nous ne saurions décrire ici en détail, la vie et l'œuvre de Charles Richet. Nous renvoyons ceux qui veulent se documenter d'une façon plus précise au beau numéro que le *Progrès médical*, dont il fut un des premiers collaborateurs, lui a consacré en entier. Nous nous bornerons à une énumération de ses travaux et de ses nombreux ouvrages, en nous efforçant de mettre en relief

tout ce que le génie de Charles Richet avait d'original et de varié.

Il fut d'abord physiologiste et médecin,ce qui lui ouvrit les portes de l'Institut et lui fit attribuer le prix Nobel. Mais tout en dirigeant la rédaction du *Dictionnaire de physiologie* et de la *Revue scientifique*, en écrivant un *Traité de physiologie médico-chirurgicale*, un livre sur l'*Anaphylaxie*, ses études l'entraînait vers la psychologie et il faisait paraître *l'Homme et l'Intelligence*, *la Sélection humaine*, un *Essai de psychologie générale*, le *Traité de métapsychique*. Un pas le séparait de la philosophie, il le franchit en dégageant la philosophie de l'histoire dans son *Abrégé de l'histoire générale*, dans *l'Homme stupide, étude pessimiste et découragée*, dans l'*Initiation à l'histoire de France et de la civilisation française* et *Dans cent ans*. Il publia les magnifiques leçons où il exposa en maître *L'Œuvre de Pasteur* et écrivit une monographie intitulée *Le savant*.

Ch. Richet fut un délicieux poète, dont l'Académie française a su reconnaître le talent en lui décernant son grand prix biennal de poésie. Il écrivit d'abord pour ses enfants un recueil de fables que préfaça Sully Prud'homme, intitulé : *Pour les Grands et pour les Petits* ; puis deux drames philosophiques en vers, *Circé* et *Socrate* ; citons encore *Les Ténèbres de l'heure*, recueil de poésies d'après guerre et le superbe poème didactique *A la gloire de Pasteur*. Ajoutons à cette liste fort incomplète deux romans : *Possession* et *A la recherche du bonheur*.

Mais qu'est-ce que tout cela à côté de l'œuvre physiologique et médicale de Charles Richet. Elle vient d'être remarquablement exposée dans le *Progrès médical* par son collaborateur et ami le Prof. Gley, du Collège de France, et par M. André Philibert, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui s'est surtout attaché à montrer l'influence considérable qu'ont eue les travaux de Charles Richet sur les progrès de l'art de guérir. Nous allons tâcher d'en faire une rapide énumération.

***

Charles Richet étudia d'abord expérimentalement la toxicité des métaux et démontra qu'elle n'était pas proportionnelle à leur poids atomique comme l'avait cru Rabuteau, mais bien à leur poids moléculaire. Il constata en outre que la chaleur exaltait l'action des toxiques et établit un rapport entre l'intensité de cette action et le volume du cerveau.

Ses recherches sur la fermentation lactique donnèrent lieu à de stupéfiantes découvertes. Il établit que des doses infinitésimales de certains sels, notamment des sels de vanadium, influençaient d'une façon manifeste cette fermentation (par exemple *un dix-millionnième de milligramme par litre* suffisait). Il constata que les doses minimes accélèrent la fermentation, que les doses moyennes la ralentissent, que les doses fortes l'arrêtent. Il arrivait à une conclusion analogue en étudiant l'action de la strychnine chez les animaux. Ces expériences de Ch. Richet jettent une lumière imprévue sur les doctrines des homéopathes.

Une autre constatation que fit Ch. Richet, c'est le pouvoir toxique des métaux rares, beaucoup plus grand que celui des métaux que l'on rencontre d'une façon commune dans la nature. Le maître en donne l'explication suivante : Les êtres vivants pendant des milliers et des milliers de siècles se sont adaptés aux milieux composés de métaux communs et se sont accoutumés à leur présence qui est souvent devenue pour eux nécessaire. Il n'en peut être ainsi pour les métaux rares avec lesquels ils ne sont que très exceptionnellement en contact.

En collaboration avec Moutard-Martin, Ch. Richet découvrit l'action diurétique des sucres et l'emploi du lactose comme diurétique devint classique. Ses expériences sur l'action anesthésique générale du chloralose qu'il étudia avec Hanriot, dotèrent les physiologistes d'un précieux auxiliaire pour les vivisections. Ayant dans le service de Verneuil observé un malade auquel ce chirurgien avait pratiqué une fistule gastrique nécessaire pour l'alimenter, car l'œsophage avait été totalement obstrué à la suite d'une brûlure, Ch. Richet, à l'instigation de ce maître et encouragé par Berthelot et Claude Bernard, reprit les fameuses expériences de Beaumont et étudia et analysa le suc gastrique. Il établit l'existence d'un acide minéral à l'état libre et constata dans le suc altéré la formation d'acide sarcolactique.

Le sujet de sa thèse de doctorat ès sciences (1878) fut *Des propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux*.

C'est à Ch. Richet que l'on doit le dosage des matières extractives de l'urine qu'il fit avec Etard. C'est en collaboration avec Gley qu'il dosa l'azote total de l'urine et établit le rapport de l'azote de l'urée et de l'azote total.

Ses expériences sur la respiration furent nombreuses, patientes et fécondes.

Avec Langlois, il étudia l'influence de la pression sur le rythme respiratoire. Avec Hanriot, il établit l'étroite harmonie qui règne entre le travail musculaire, le système nerveux et la respiration. Il montra le rôle important de l'acide carbonique accumulé dans le sang sur les centres nerveux qui président à la respiration. En même temps que Rubner, il formula la loi qui établit la proportionnalité des échanges respiratoires d'une part et de la surface cutanée de l'autre. Avec André Broca, il établit que l'asphyxie agit sur le cœur moins par la privation d'oxygène qu'en provoquant par la contraction anaérobie la production de substances toxiques pour la fibre musculaire du cœur.

Rappelons ses recherches sur la chaleur animale, l'étude de la polypnée thermique que peut arrêter le chloral ; la protection des animaux qui ne transpirent pas par la polypnée contre l'action nocive de la température excessive extérieure. De même pour le froid, il observa le frisson réflexe et le frisson de cause centrale qui sont des réactions de défense. Ce fut Ch. Richet qui mit bien en lumière l'action régulatrice du système nerveux sur la température animale.

Il étudia aussi le système nerveux. Sa thèse de doctorat en médecine en 1877 est intitulée : *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité.*

Ces expériences de laboratoire, incomplètement énumérées, exigèrent de lui un travail continu et considérable. Il était guidé et encouragé par les maîtres et les amis illustres qu'il rencontrait dans les laboratoires, notamment au Collège de France : Claude Bernard, Berthelot, Wurtz, Marey, Gaston Bonnier et beaucoup d'autres. L'étude du vol des oiseaux de Marey hanta son esprit. Il songea à fabriquer une machine volante et en 1890, il fit exécuter un premier aéroplane, muni d'une machine à vapeur et ayant six mètres d'envergure. Il fut donc un des précurseurs de l'aviation.

Mais les découvertes qui, pour nous médecins, font surtout la gloire de Richet, sont celles qui ont eu des applications thérapeutiques. Nous avons déjà parlé de la découverte de l'action diurétique des sucres, de la régulation thermique par le système nerveux et des expériences qui démontrent que souvent la fièvre est une défense utile de l'organisme et que dans certains cas il y a danger à la couper. Ce fut à lui que l'on doit la grande découverte de la *sérothérapie.* Il avait été frappé de l'immunité, à l'égard du charbon, dont jouissait les moutons algériens et avait fait le projet d'injecter aux moutons français non immunisés du sérum du sang de moutons algériens pour les préserver du charbon. Expérimentalement il immunisa un lapin contre le staphylocoque en lui injectant le sérum du sang d'un chien infecté par le même microbe et il proclama que *le sang d'un animal immunisé, injecté à un animal non immunisé, lui conférait l'immunité.* Il voulut appliquer cette découverte à la tuberculose et ce fut sans résultat. Mais, peu après, Behring, Kitasato et Roux expérimentèrent sur la diphtérie, avec les résultats que l'on sait, et l'essor de la sérothérapie ne fut plus interrompu depuis.

Avec Héricourt, Ch. Richet établit l'action remarquable du suc de viande crue frais consommé en grande quantité chez les tuberculeux. Il donna à ce traitement le nom de zomothérapie. Cette observation lui attira et lui attire encore l'animosité de quelques spécialistes en phtisiologie qui considèrent pour les tuberculeux le suc de viande crue comme un poison. Mais les faits sont les faits et, bien observés, ils s'imposent ; les objections théoriques les plus indignées ne peuvent prévaloir contre eux. En dépit de toutes les protestations, la zomothérapie existe et a fait ses preuves. C'est à ceux qui l'utilisent d'en bien saisir les indications.

La découverte la plus sensationnelle de Charles Richet fut celle du phénomène qu'il dénomma l'*anaphylaxie.* Il prenait part, raconte-t-il, à une croisière scientifique sur le yacht du Prince Albert de Monaco. Le prince et le directeur de son Muséum Océanographique, G. Richard, lui conseillèrent d'étudier avec P. Portier le venin excessivement toxique des Physalies, célentérés qui pullulent dans les mers australes.

Revenu de la croisière et ne pouvant plus utiliser les Physalies, il se servit des Actinies que Y. Delage lui envoyait de Roscoff. Ayant injecté des chiens avec du venin d'Actinie, il en conserva un certain nombre qui n'étaient pas morts, et, longtemps après leur guérison, il voulut les faire servir à une seconde expérience. Ce fut alors qu'il constata que ces chiens étaient devenus d'une sensibilité excessive aux plus faibles doses de venin qui les tuaient en quelques minutes.

La découverte de l'anaphylaxie donna lieu à toute une série de recherches. Déjà l'on considère l'urticaire, l'asthme, l'œdème aigu du poumon,

certains accès épileptiformes comme des chocs anaphylactiques. Mille expériences ou observations ont donné lieu à la découverte d'antianaphylactiques et la protéinothérapie, qui est encore dans son enfance, est appelée sans doute à tenir une place très importante dans l'art de guérir.

***

L'on peut juger par cet exposé sommaire et cette énumération incomplète, toute l'importance de l'œuvre de Charles Richet.

Nous ne pensons pas qu'il existe, réunis chez le même homme, à notre époque un savant de cette envergure, un expérimentateur aussi laborieux, un esprit aussi encyclopédique et aussi clair, une conscience aussi pure.

Aussi les hommages qu'on lui a rendus, les discours élogieux, les grands cordons, les distinctions et autres hochets de la vanité officielle, ne sauraient récompenser les mérites de la vie toute de labeur de ce savant qui, nous pouvons le proclamer très haut, a bien mérité de la France et de l'Humanité.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

SÉMÉIOLOGIE CLINIQUE

Le diagnostic des ulcérations linguales,

Par M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

I

On désigne sous le nom d'ulcération linguale une perte de substance ne présentant aucune tendance spontanée à la réparation, située en un point quelconque de cet organe et en occupant une surface plus ou moins profonde et étendue.

Bien que le diagnostic positif de cette lésion soit toujours des plus simples, reposant sur la constatation de la perte de substance même, sur sa physionomie propre, ainsi que sur les différents phénomènes fonctionnels et généraux qui l'accompagnent, et que le plus souvent, les caractères objectifs et subjectifs qu'elle présente permettent de remonter immédiatement à sa cause, il existe cependant un certain nombre de cas où l'interprétation pathogénique de cette ulcération devient pour diverses causes plus malaisée, et où le praticien peut être appelé à hésiter, non sur la réalité de la perte de substance qu'il a sous les yeux, mais sur sa véritable nature et, par suite, sur le traitement qu'il convient de lui opposer.

C'est qu'il s'agit là, en effet, d'une lésion des plus fréquentes, qui tient à des causes extrêmement diverses ; aussi, dans l'examen du malade, est-il de la plus haute importance pour le médecin de ne pas seulement examiner avec attention l'ulcération, mais d'explorer la cavité buccale tout entière ainsi que la région cervicale, et de ne négliger aucun détail susceptible de le renseigner sur la valeur fonctionnelle, sur l'importance de la perte de substance, ainsi que sur ses relations avec d'autres signes morbides.

En procédant de cette manière, il parviendra ainsi à reconnaître, en premier lieu, s'il se trouve en présence d'une véritable ulcération, et, secondairement, s'il s'agit de lésions banales survenues à titre de simple épiphénomène, au cours d'affections nettement définies, locales ou générales et ne nécessitant pas, par suite, pour elle-même d'indications particulières de traitement, ou au contraire, d'une perte de substance existant seule ou constituant le fait pathologique essentiel.

Au cours de son examen, le praticien commencera par relever le siège ainsi que le nombre des ulcérations, puis il en étudiera les dispositions, après avoir eu soin de déterger la surface de la perte de substance avec une compresse ou un tampon de coton mouillé. Il passera en revue leur forme plus ou moins régulière, leurs bords plus ou moins déchiquetés et parfois presque taillés à pic, ainsi que leur étendue et leur profondeur plus ou moins marquée. Il notera ensuite les caractères des produits de sécrétion qui les recouvrent, produits dont il sera parfois nécessaire de faire rechercher la nature au moyen d'un examen spécial. La palpation viendra à

son tour contrôler les renseignements fournis par la seule inspection, surtout en ce qui concerne la consistance de la région de la langue où se trouve la lésion, en y mettant en évidence l'existence ou l'absence de base indurée ou de véritable tumeur.

Grâce aux différentes constatations qui auront été réalisées au cours de cet examen, il sera alors possible d'éliminer rapidement un certain nombre de lésions de la langue, qui, tout en les simulant d'une façon plus ou moins précise, ne constituent pas cependant des ulcérations, au sens propre du mot, c'est-à-dire des pertes de substance dépourvues de tendance spontanée à la réparation. C'est ainsi que l'on devra écarter successivement les plaies accidentelles et les morsures, les plaques muqueuses, les plaques leucoplasiques, le muguet, la glossite exfoliatrice, la glossite érythémateuse et la subglossite diphtéroïde.

Les *plaies accidentelles*, d'observation assez rare, de même que les *morsures* consécutives à des maladresses ou aux crises éclamptiques et tétaniques, ne constituent en effet que des solutions de continuité et non des ulcérations.

Les *plaques muqueuses simples*, qui s'accompagnent souvent d'adénopathie, ne sont que des érosions superficielles, lisses ou parfois grenues, opalines, entourées d'un liseré carminé, et coïncidant généralement, soit avec une roséole, soit avec d'autres plaques muqueuses au niveau de la gorge, de l'anus, de la verge ou de la vulve.

Les *plaques leucoplasiques*, plus ou moins épaisses et indurées, d'étendue et de forme variables, à coloration d'un blanc éclatant et brillant, pourvues de reflets blanc de lait ou bleuâtres et nacrés, ne présentent pas de perte de substance. Il convient de reconnaître cependant que les plaques muqueuses, comme les plaques leucoplasiques, peuvent présenter secondairement des ulcérations.

Le *muguet* est une affection dans laquelle la langue, hérissée, rouge et luisante, est parsemée de touffes d'un blanc neigeux, se propageant aux joues, au palais, aux amygdales et au pharynx, sans que la muqueuse soit ulcérée.

La *glossite exfoliatrice marginée de Parrot* consiste dans la formation de plaques blanches et épaisses, uniques et limitées, ou multiples et diffuses, régulières ou irrégulières, parfois serpigineuses ou polycycliques, qui siègent sur la face dorsale et sur les bords de la langue, en plaques qui disparaissent spontanément, laissant le derme dépouillé, lisse et vernissé, mais non ulcéré.

La *glossite érythémateuse marginale des nourrissons* de Wertheimberg est caractérisée par le fait que la pointe de la langue devient le siège d'une coloration d'un rouge vif avec forte saillie des papilles, pendant que les bords se tuméfient.

La *subglossite diphtéroïde*, ou maladie de Riga, qui, d'après certains, ne serait qu'une complication de la coqueluche, et qui, pour d'autres, constituerait une affection autonome, se traduit par l'apparition au niveau de la face inférieure de la langue, sur le frein, d'une petite plaque grisâtre, bientôt excoriée, qui n'est que la résultante de l'action traumatique exercée sur la langue pendant ses mouvements de protraction par les incisives inférieures aiguës et tranchantes.

II

L'existence d'une ulcération vraie une fois nettement établie, il conviendra de rechercher si la perte de substance constitue la seule manifestation morbide, cas dans lequel elle acquiert de toute évidence une valeur considérable, car elle résume en quelque sorte en elle seule le diagnostic tout entier, ou si au contraire elle n'a fait son apparition que secondairement, au cours d'une affection existant depuis un certain temps ; elle ne présente plus alors dans ce cas de beaucoup la même importance et le même intérêt, car elle n'est plus qu'un symptôme habituel d'une maladie, à moins qu'elle n'en forme une complication.

Lorsque l'ulcération linguale survient au cours d'une affection nettement définie, elle coexiste presque toujours avec d'autres lésions de la muqueuse bucco-pharyngée, et relève d'un même processus, dont le diagnostic ne présente pas en général de bien grandes difficultés : il s'agit dans ces cas de *stomatites*, qui se trouvent sous la dépendance, soit d'affections générales, soit d'affections locales.

Les ulcérations de la langue peuvent s'observer au cours d'un certain nombre d'affections générales de l'organisme, qu'il s'agisse d'infections proprement dites, d'auto-intoxications, ou d'intoxications vraies.

Les principales *infections* dont l'évolution est accompagnée ou compliquée d'ulcération de la langue sont représentées, avec des degrés de fréquence assez variables, par la *variole*, par le *scorbut*, par la *morve*, par la *fièvre typhoïde*, par l'*érysipèle de la face* et par la *rougeole*. Dans tous ces différents cas, l'apparition d'une lésion linguale, parfois précoce, plus souvent tardive, ne fait presque toujours que traduire un degré plus avancé de l'extension de l'affection primitive, qui s'est propagée au niveau des muqueuses.

Qu'il s'agisse en effet de l'ulcération secondaire des pustules de la variole ou de la morve, de celle des vésicules de l'érysipèle ou du scorbut, de la stomatite ulcéro-membraneuse de la rougeole ou des petites ulcérations de la fièvre typhoïde, on ne pourra guère hésiter sur leur signification : elles ne présentent d'ailleurs qu'un intérêt tout à fait secondaire, car on n'aura jamais attendu leur découverte pour poser le dia-

gnostic d'une maladie dont elles viennent seulement aggraver le pronostic.

Au cours de certaines auto-intoxications, on peut voir également se produire des ulcérations de la langue : c'est ainsi que, dans la forme digestive ou plus exactement bucco-pharyngée de l'*urémie*, la cavité buccale est tapissée par un mucus concret et adhérent recouvrant une muqueuse atteinte d'érosions plus ou moins profondes et étendues. On a de même observé que, dans le *diabète*, sous l'action de différents microbes dont l'activité a été favorablement influencée par des modifications de la salive, la langue, devenue rouge et rugueuse, pouvait aussi présenter des pertes de substance, comme d'ailleurs tout le reste de la cavité buccale. Il ne s'agit encore ici, comme dans le cas précédent, que de simples complications, sans importance aucune au point de vue du diagnostic.

Dans certaines intoxications, volontaires, accidentelles ou thérapeutiques, on a pu noter l'apparition de stomatites graves, dans lesquelles l'inflammation occupait toute la cavité buccale ; les régions envahies étaient boursouflées, rougeâtres, et présentaient des ulcérations à fond pultacé, ayant succédé à des plaques sphacéliques. De pareilles stomatites toxiques peuvent être causées par le *mercure*, par l'*arsenic*, par le *tartre stibié*, mais dans tous ces cas, la lésion linguale ne représente qu'un symptôme de second ordre, qu'il sera toujours facile de rapporter à sa véritable cause : il existera toujours un ensemble de symptômes suffisants pour faire reconnaître l'existence d'accidents dus à l'arcenicisme ou à l'hydrargyrisme.

A côté des affections générales, où l'ulcération linguale n'intervient qu'à titre d'épiphénomène au cours de l'évolution d'une stomatite, se placent un certain nombre d'affections de la bouche, où la lésion de la langue prend une importance un peu plus considérable, car elle présente alors dans chacun de ces cas des caractères un peu particuliers : ce sont les stomatites ulcéro-membraneuses, aphteuses, herpétiques et impétigineuses.

On songera à l'existence d'une stomatite *ulcéro-membraneuse* si, après une période de quelques jours de gêne ou de douleur vague dans la bouche, on constate à la suite de rougeur et d'érythème l'apparition de nombreuses ulcérations à bords décollés et irréguliers, à fond grisâtre, livide et saignant facilement : la salivation est très abondante, l'haleine fétide, l'anorexie presque absolue, la soif vive et la fièvre modérée. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire est très précoce et les parties ulcérées qui siègent dans tous les points de la cavité buccale, mais principalement aux gencives, sont entourées d'une zone érythémateuse très nette, en rapport avec l'acuité des lésions et leur caractère inflammatoire. Dans de nombreux cas l'ulcération n'apparaît pas de suite manifestement ; elle reste en effet recouverte pendant un certain temps par une fausse membrane grisâtre, assez large, irrégulière de contours, et mal délimitée. Il s'agit là, non pas d'une vraie fausse membrane comparable à celle de la diphtérie, mais bien d'un produit de mortification qui, une fois tombé, ne se reproduit plus.

La *stomatite aphteuse* se caractérisera par un tableau clinique tout différent : après quelques jours de symptômes généraux et fonctionnels (malaise, frissons, fièvre, anorexie, vomissements et diarrhée), on verra apparaître sur la muqueuse buccale, sur la langue, sur la face interne des lèvres et des joues, sur le palais, des vésicules arrondies, opalines et discrètes, du volume d'un grain de chènevis, ne formant ni groupes, ni plaques, et reposant sur une muqueuse rouge et turgescente. Bientôt, ces vésicules ne tarderont pas à se crever et à faire place à de petites ulcérations régulières, arrondies, à bords rouges et taillés à pic, à fond pultacé dont l'aspect est tout à fait caractéristique au point de vue du diagnostic.

Bien que la *stomatite herpétique* débute elle aussi par des phénomènes généraux plus ou moins bruyants, elle sera cependant facile à individualiser, car très rapidement, l'attention sera attirée du côté de la bouche par de la gêne dans les mouvements des mâchoires et de la difficulté de la déglutition. Peu après, toute la muqueuse buccale deviendra rouge et turgescente, pendant que la langue se recouvrira d'un enduit saburral et qu'apparaîtront de très nombreux petits éléments vésiculeux, isolés ou groupés, qui ne tarderont pas à faire place à des ulcérations très douloureuses, petites, arrondies, à bords saillants, quoique assez nets, et à fond jaune sale. Souvent, ces ulcérations seront ou deviendront confluentes en certains points, et constitueront alors par leur réunion des surfaces irrégulières et déchiquetées. Le diagnostic sera forcément plus délicat dans ce dernier cas ; il sera possible néanmoins, car à côté de ces plaques diphtéroïdes, on retrouvera toujours çà et là des éléments isolés qui, grâce à leur petitesse et à leur nombre, montreront qu'il s'agit d'herpès.

Quant à la *stomatite impétigineuse* (impétigo buccal), elle est généralement précédée dans son évolution par de l'impétigo facial, et le lien entre ces deux localisations apparaîtra nettement. Comme par suite de l'humidité des surfaces, le soulèvement globulaire de l'épithélium s'affaise immédiatement, la phase ulcéreuse de la maladie est seule apparente. On reconnaîtra alors en différents points de la bouche la présence d'ulcérations superficielles assez étendues, vaguement arrondies ou ovalaires, se réunissant souvent par leurs bords ; les éléments seront plus discrets

et plus larges que ceux des stomatites aphteuses et herpétiques, ils rappelleront un peu la diphtérie, car leur fond jaunâtre semble tapissé par une fausse membrane, mais, qui, fait important, est adhérente à la muqueuse sous-jacente et ne peut en être détachée.

III

Si le diagnostic étiologique de l'ulcération linguale est en somme toujours assez facile dans les différents états morbides énumérés jusqu'ici, et ne présente même pas de grande importance, étant donné que la perte de substance ne représente, sauf dans quelques cas, qu'un symptôme tout à fait accessoire ou secondaire d'une affection nette, il n'en est plus de même dans d'autres circonstances où elle constitue une lésion primitive, ce qui lui fait acquérir une tout autre valeur.

Assurément, le diagnostic ne présente encore guère de difficultés dans certains cas, où la signification de l'ulcération sera facilement reconnue.

C'est ainsi que celui de *leucoplasie buccale ulcérée* s'imposera lorsque l'on aura constaté au niveau de la face dorsale de la langue l'existence, sur une plaque blanche et indurée, de fissures et d'ulcérations linéaires superficielles laissant une surface dénudée à peine creusée. Le diagnostic, s'il pouvait paraître hésitant, serait facilité par la présence en d'autres points de la cavité buccale de plaques ayant conservé leur aspect caractéristique.

L'on n'éprouvera pas non plus d'hésitation sur la qualification à attribuer à de petites pertes de substances multiples, superficielles, d'apparence serpigineuse siégeant sur la face dorsale et sur les bords de la langue. L'absence de douleurs, de salivation et d'hémorragies, la notion de l'accident initial et la présence d'autres manifestations cutanées ou muqueuses, fera penser aux *plaques muqueuses ulcérées*.

Si, sur une langue tuméfiée dans sa moitié ou dans ses trois quarts antérieurs, d'une dureté ligneuse, et dont la face dorsale est devenue inégale, bosselée et mamelonnée, on relève l'existence d'un certain nombre de petites ulcérations affectant la forme de fissures linéaires, et réparties soit au niveau des bords de l'organe, en regard des dents, soit au fond des dépressions qui sillonnent la face dorsale, on songera tout de suite à une *glossite scléreuse profonde ulcérée*. Il ne s'agit là que de pertes de substance tout à fait banales survenues sur une lésion syphilitique, et dont la production est liée à des irritations répétées (dents cariées, tabac), et facilitées par la mauvaise nutrition des tissus du fait de la sclérose.

C'est à l'idée d'un *zona lingual* que l'on devra s'arrêter, si sur l'une des moitiés de la langue, l'on constate la présence de petites ulcérations à bord polycycliques nets, à fond sanieux, ayant succédé à un stade vésiculeux et s'accompagnant sur tout le trajet du nerf lingual de névralgies presque toujours très violentes. Ce diagnostic, auquel l'on n'aura pas fréquemment à songer étant donnée la rareté de la localisation linguale de l'éruption zostériforme, sera presque toujours facilité par ce fait que le malade présentera en même temps, ou aura déjà présenté antérieurement, des phénomènes éruptifs au niveau d'autres territoires nerveux (zona ophtalmique, zona intercostal, zona lombo-abdominal, etc.).

Il faudra penser à une *glossite aiguë à forme gangréneuse* (maladie qui ne se rencontre plus guère de nos jours), si, chez un sujet ayant présenté un gonflement inattendu et rapide de l'organe, ayant atteint son maximum en quelques jours, on aperçoit, après l'élimination d'une collection purulente, effectuée au milieu de phénomènes généraux et de troubles fonctionnels très intenses, une ulcération tout à fait irrégulière, pourvue de bords déchiquetés et dont le fond est occupé par un enduit purulent mêlé à des débris de tissus en voie de sphacèle.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car il y a un certain nombre de cas où l'ulcération linguale existe seule, en dehors de tout autre symptôme, et c'est alors sur ses caractères propres, sur sa modalité que l'on devra se baser. Il faudra donc procéder à un examen approfondi, et parfois, ce ne sera qu'après des recherches de laboratoire que la signification exacte de la perte de substance linguale arrivera à être précisée.

Si l'on se trouve en présence d'une ulcération récente, unique et solitaire, siégeant sur le tiers antérieur de la face dorsale de la langue, ordinairement arrondie ou *ovalaire*, *rarement fissuraire* ou étoilée, à contours nets et réguliers, à bords saillants et épaissis, comme découpés à l'emporte-pièce, ne dépassant pas généralement 20 à 30 millimètres de diamètre, peu profonde, à fond rouge vif, carminé, recouvert dans certains cas d'une fausse membrane, reposant sur une base indurée plus ou moins étendue, et ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels, on songera à l'existence d'un *chancre syphilitique*, que la recherche du tréponème, l'apparition d'une adénopathie sous-maxillaire précoce ainsi qu'une réaction de Bordet-Wassermann positive viendront confirmer.

Dans les cas où l'ulcération se sera manifestée depuis un certain temps, et tendra non à se réparer, mais au contraire à augmenter soit en surface, soit en profondeur, on aura à envisager la possibilité de cinq diagnostics : ulcération simple, tuberculose, actinomycose, accident syphilitique tertiaire ou lésion cancéreuse.

Une ulcération siégeant sur un des bords de la

✚✚✚

langue, en général au niveau du tiers moyen, ayant succédé à une fissure, ulcération le plus souvent ovale et allongée verticalement, à bords sinueux, ni décollés, ni épaissis, à fond rose et granuleux, parfois tapissé d'un enduit jaunâtre qui peut être facilement enlevé, ne présentant jamais d'aspect bourbillonneux et ne saignant pas non plus, reposant non sur une tumeur, mais sur un tissu plus gonflé et plus ferme que normalement, élastique plutôt que réellement induré, et ne s'accompagnant que de troubles fonctionnels assez peu marqués, bien que dans certains cas les mouvements de la langue aient été pour différentes causes rendus douloureux, fera incliner vers le diagnostic *d'ulcération simple* (ulcération dentaire ou ulcération de décubitus), si la lésion siège en regard d'une dent cariée, d'un dépôt irrégulier de tartre à arête vive et tranchante, ou d'une pièce de prothèse.

La guérison, après avulsion, confirmera un diagnostic que la constatation de la présence d'un chicot en face de l'ulcération avait déterminé. Il existe cependant certains cas où l'interprétation des lésions devient particulièrement délicate : il se crée en effet, du fait des irritations répétées causées par les aspérités, une sorte de véritable appel à une localisation tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique, et l'on conçoit fort bien, qu'au moment de la période de début de la transformation, lorsque la perte de substance n'a pas encore perdu tous ses caractères d'ulcère simple pour prendre ceux de l'affection surajoutée, le doute et l'hésitation soient permis. C'est alors par la suite d'une guérison après la suppression de l'agent traumatisant, ou par le résultat de l'examen d'une biopsie que l'on parviendra à se rendre compte de la signification exacte de l'ulcération.

Devant des ulcérations profondément encavées, cratériformes, à bords taillés à pic, en falaises, de couleur rouge sombre, à fond grisâtre et bourbillonneux, ni purulent, ni saignant, situées en des points quelconques de la face dorsale de la langue, plus ou moins profondes, presque superficielles, ou s'étendant au contraire jusqu'en pleine épaisseur musculaire, reposant sur une base indurée et lardacée, ulcérations indolores et ne déterminant qu'un léger embarras de la parole et de la mastication, on devra penser à des *gommes syphilitiques ulcérées*. L'absence de retentissement ganglionnaire et de troubles fonctionnels marqués, la multiplicité des lésions, jointe à cette importante notion que la langue présentait primitivement un certain nombre de petites nodosités dures et saillantes, qui se sont ramollies et vidées pour donner naissance aux ulcérations, constituent un ensemble de signes tout à fait suffisants pour décider du diagnostic. Ce n'est que dans le cas d'une perte de substance unique, fait d'ailleurs assez rare, que le cas deviendrait plus douteux, et qu'il conviendrait alors d'avoir recours, soit au traitement d'épreuve antisyphilitique, soit à l'examen d'une biopsie.

L'apparition d'une perte de substance à la place qu'occupait à la pointe de la langue une petite tumeur grosse comme un pois ou comme une noisette, arrondie et dure, nettement localisée, qui donne issue à un pus renfermant de petits grains jaunes évoquera l'idée d'une *ulcération actinomycosique*, à laquelle on ne devra s'arrêter, étant donnée la rareté de la localisation de l'infection au niveau de la langue, que si, par l'examen microscopique, on a pu constater dans le liquide sécrété la présence du mycélium et des massues du champignon.

S'il s'agit d'une petite ulcération, siégeant vers la partie moyenne de la langue, donnant accès par un trajet fistuleux à une cavité anfractueuse, qui résulte de l'ouverture spontanée d'une petite tumeur molle et dépressive, et par laquelle s'écoule un liquide purulent, on devra envisager l'hypothèse d'*abcès froid tuberculeux*, que l'état général du sujet, ainsi que les résultats de l'examen bactériologique ne pourront que fortifier.

C'est le diagnostic d'*ulcération tuberculeuse* que l'on n'hésitera pas à porter devant une perte de substance presque toujours unique, plus ou moins profonde et étendue, siégeant sur le bord de la langue ou sur la pointe, d'abord vaguement arrondie, puis irrégulière et dont les bords déchiquetés, nettement découpés en jeu de patience, ou comme les contours d'un fiord norvégien, sont minces et peu saillants. Son fond est presque toujours anfractueux, raviné, mamelonné, pâle et grisâtre, couvert de débris caséeux jaunâtres : on remarque aux angles de petites saillies ressemblant à des graines de sagou mal cuites, et il existe ordinairement au pourtour de l'ulcération un semis de petits points jaunes, de grande valeur au point de vue du diagnostic.

La base de cette perte de substance dont l'irritation provoque des douleurs très vives, irradiées vers l'oreille, rendant pénibles la déglutition et la mastication, n'est pas indurée ; mais lorsque l'ulcération a acquis un certain développement en profondeur, elle repose alors sur une glossite interstitielle, qui simule beaucoup une induration vraie. L'adénopathie sous-maxillaire, évoluant vers la caséification, est la règle, et l'examen du sujet révèle le plus souvent des lésions pulmonaires, ainsi que parfois d'autres lésions de même nature de la gorge et du larynx, dont la constatation sera d'un grand secours dans les cas restés douteux.

Lorsqu'en un point quelconque de la langue d'un sujet, presque toujours d'âge adulte, on aura constaté la présence d'une ulcération irrégulière de forme et de dimensions variables, à bords épais, durs et rigides, saillants, jamais décollés, et dont le fond anfractueux donne naissance à des bourgeons de mauvais aspect, grisâtres, sécrétant un liquide sanieux et d'odeur infecte, que le moindre contact fait saigner, on devra porter le diagnostic d'*ulcération cancéreuse*. La perte de substance repose sur une tumeur, c'est-à-dire sur une masse dure, irrégulière, à limites peu nettes ; elle peut être, suivant les cas, très étendue en profondeur (forme rongeante) ou au contraire être recouverte par des masses fongueuses envahissant une partie plus ou moins grande de la cavité buccale (forme végétante). Les troubles fonctionnels sont nombreux et très marqués, consistant en douleur locale, otalgie, gêne mécanique, fétidité de l'haleine... etc. ; l'adénopathie sous-maxillaire et carotidienne est constante.

Le diagnostic est toujours facile, lorsque tous les symptômes sont réunis, mais il n'en est pas toujours ainsi, car il existe de nombreux cas douteux, à symptomatologie incomplète et anormale, ainsi que des lésions hybrides dans lesquelles le cancer s'est greffé sur une ulcération préexistante. De plus, on ne peut pas toujours tenir un compte absolu de certains indices ou de certaines probabilités, car un ancien syphilitique peut fort bien présenter des ulcérations cancéreuses ou tuberculeuses, et réciproquement.

La difficulté paraît parfois insoluble, surtout dans les cas au début, par les seules ressources cliniques, et c'est alors à l'examen histologique d'un fragment des tissus suspects qu'il conviendra de recourir, afin de déterminer la nature de la lésion observée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de tétanos obstétrical.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Voici un cas de tétanos chez une jeune femme d'une vingtaine d'années, qui est arrivée hier dans le service avec du trismus. Cette malade avait fait, quinze jours auparavant, une fausse couche.

Le tétanos est dû au bacille de Nicolaïer. Ce bacille porte souvent à une extrémité un renflement, une spore, lui donnant l'aspect d'une baguette de tambour. Les spores du tétanos, comme les spores de tous les microbes, présentent une résistance très particulière, elles peuvent persister après dessiccation, après des élévations de température considérables. Il y a toujours du bacille tétanique dans le sol, les graminées, le foin. Ce qui a conduit à considérer le tétanos comme étant d'origine équine, c'est que les matières fécales des chevaux contiennent toujours des bacilles tétaniques, mais cela tient à ce que le foin, la terre, la paille et toutes les substances dont se nourrit le cheval en contiennent.

Pour que le tétanos se manifeste il faut que le bacille pénètre dans l'organisme. Dans la majorité des cas, il y pénètre par une plaie extérieure, qui peut d'ailleurs être insignifiante, comme une piqûre de guêpe. On observe aussi des tétanos sans porte d'entrée ; c'est ce qu'on appelle les tétanos médicaux, dans lesquels le microbe pénètre dans la circulation par voie interne, par le tube digestif, par exemple. La porte d'entrée chez cette femme a été la plaie placentaire. C'est un tétanos obstétrical.

Le tétanos dit obstétrical est généralement une forme grave. Il rentre dans le groupe des tétanos splanchniques.

Le bacille tétanique ne se généralise jamais, ne donne jamais de bacillémie, il reste étroitement localisé à la plaie. Comment produit-il des phénomènes généraux si graves et si souvent mortels ? C'est par la sécrétion d'une toxine extrêmement virulente, qu'on range à l'heure actuelle dans les diastases, et qui agit à dose quasi-infinitésimale, à un centième de millimètre cube chez la souris, en dilution au millième chez le cobaye.

La toxine tétanique peut se répandre dans l'organisme par la voie sanguine, mais ce n'est pas le mode d'extension le plus important. La diffusion se fait surtout par les nerfs, et particulièrement par le cylindre-axe des nerfs. Les expériences suivantes le démontrent.

Marie sectionne le nerf sciatique d'un animal, puis il lui fait une injection de toxine tétanique dans la patte ; l'animal n'a pas le tétanos, mais si on prend après quelques heures son nerf sciatique au-dessous de la section, avec ce nerf on donne le tétanos à un autre animal. Autre expérience : on sectionne le nerf sciatique, mais on attend 5 à 8 jours, et, on reprend ce nerf au-

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, recueillie par le Dr Laporte.

dessous de la section. On ne produit plus le tétanos chez un autre animal, parce que la dégénérescence wallérienne a eu pour résultat d'empêcher la toxine de se fixer sur le nerf. Vaillard injecte la toxine dans l'extrémité de la queue d'un rat ; vingt minutes après, il coupe la queue du rat au ras des ischions. L'animal garde pendant un certain temps toutes les apparences de la santé, mais il est condamné à mort. Ce n'est donc pas une action immédiate directe de la toxine qui produit les phénomènes convulsifs. Il y a une série de transformations de la toxine. Pendant cette phase de latence, la toxine est fixée. Si on mélange de la toxine à de la pulpe cérébrale, avec la pulpe on peut produire le tétanos, avec le liquide restant on ne le produit plus : la toxine s'est fixée sur la substance cérébrale. Dans une première phase, on peut la récupérer par lavage, mais il y a un moment où elle est fixée sur les éléments du système nerveux, et où l'antitoxine que contient le sérum antitétanique n'a plus aucune action sur elle.

On peut parfois confondre, dit-on, le *trismus* dû au tétanos avec celui qui est dû aux affections de la bouche. Mais ici le trismus présentait une intensité qu'on n'observe jamais dans le trismus d'origine inflammatoire. Les dents chevauchaient les unes sur les autres, de sorte que le bord libre des incisives supérieures recouvrait complètement les inférieures et arrivait jusqu'aux gencives. D'autre part, si on invitait la malade à ouvrir la bouche, elle ne produisait aucun mouvement de sa mâchoire. Dans le trismus d'origine inflammatoire, si serré qu'il soit, l'immobilité de la mâchoire n'est jamais complète, le malade peut écarter d'un ou deux millimètres les arcades dentaires.

Les contractures toniques du tétanos donnent aux malades des douleurs extrêmement violentes ; ce sont les douleurs de la crampe. Ces douleurs sont à peu près permanentes, elles existent des deux côtés. Le trismus d'origine inflammatoire est toujours localisé à un côté.

Cette malade n'avait pas d'autres symptômes de contracture, elle n'avait pas de raideur de la nuque, pas d'opisthotonos, ni d'emprosthotonos, ni de pleurosthtonos, mais elle présentait un symptôme qui a une grosse valeur pour le pronostic, une légère accélération du pouls. Enfin, les réflexes tendineux des membres inférieurs étaient énormément exagérés : pour une seule percussion du tendon rotulien, le triceps se contractait 4, 5 ou 6 fois. La répétition de la contraction est un des meilleurs signes de l'exagération des réflexes.

On a cherché à lui faire déglutir quelques gorgées de liquide. On sait qu'on peut faire avaler du liquide à un individu ayant du trismus, même accentué ; il suffit de faire circuler le liquide entre la joue et les arcades dentaires, entre la tubérosité du maxillaire et les arcades dentaires : il passe ainsi dans le pharynx, et les malades déglutissent. Chez cette malade, il y a un certain degré de dysphagie. Ce cas mérite-t-il le nom de tétanos hydrophobique ? C'est un élément de gravité, en tout cas.

Lorsqu'on fait une injection de toxine tétanique à un animal, les phénomènes convulsifs commencent toujours par les muscles de la région où l'injection a été faite. Chez l'homme, il est très rare que les convulsions commencent par la zone où siège la plaie, porte d'entrée de l'infection. Chez l'homme, les contractures commencent régulièrement par les masséters. Il y a cependant des cas où les contractures commencent par la zone de la porte d'entrée ; mais ce ne sont presque jamais des tétanos primitifs, ce sont des tétanos qui ont été étudiés depuis la guerre et qu'on a appelés tétanos post-sériques. Ces tétanos peuvent rester localisés, et ils sont incontestablement moins graves que les autres.

La toxine tétanique n'est pas par elle-même hyperthermisante, mais la contracture du muscle engendre de la chaleur ; lorsque les contractures sont généralisées, on voit des élévations de températures énormes. C'est dans le choléra et le tétanos qu'on observe les plus grandes élévations de la température, qui continue à s'élever même après la mort.

Le tétanos céphalique, avec paralysie faciale, est en général moins grave que les autres formes de tétanos, c'est-à-dire que près de la moitié des malades guérissent ; il ne faut pas en conclure que c'est une affection bénigne.

L'énorme exagération des réflexes dès le début est un symptôme grave ; de même la généralisation des contractures, de même leur fréquence. Il y a, par contre, des tétanos discontinus.

Et bien, chez cette malade, les contractures sont, ce matin, à peu près généralisées, et absolument permanentes. C'est un symptôme grave. L'accélération du pouls, qui est à 120, est aussi un symptôme grave. De même encore les difficultés de la déglutition. Elle ne respire qu'avec son diaphragme, les muscles de la paroi thoracique étant contracturés. On ne pourra probablement pas arriver à la sauver.

Jadis, la suppression de la porte d'entrée, l'amputation à la suite d'une plaie, d'un doigt par exemple, était une thérapeutique très rationnelle, dans l'état des connaissances de cette époque, mais aujourd'hui elle n'a plus raison d'être ; il y a une partie de la toxine tétanique qui a déjà passé dans le système nerveux depuis longtemps, puisqu'elle produit des contractures ; d'autre part, il est certain qu'au niveau du foyer porte d'entrée, il y a des bacilles qui continuent à sécréter leur toxine. A l'heure actuelle avec le sérum antitétanique on est en mesure de neutraliser la toxine.

On donne du chloral pour diminuer les crises de contractures cloniques. Etant donnée la dysphagie, on peut l'administrer par le rectum. On en fait absorber des quantités énormes, 7, 8, 10, 14, 15 et même 20 grammes par 24 heures. La recrudescence des convulsions est provoquée par les excitations sensorielles qui arrivent par la vue, par l'oreille, par le toucher. On doit aux malades tétaniques l'obscurité, le silence et l'immobilité complète.

On a cherché à lutter contre la contracture par des injections de sulfate de magnésie dans le liquide céphalo-rachidien ; ces injections ne paraissent pas exemptes d'inconvénients.

Le sérum antitétanique a des propriétés antitoxiques contre la toxine du tétanos. Que peut-on en attendre ? La neutralisation de la toxine antitétanique au moment où elle est libérée par le microbe. Dès que la toxine a passé dans un cylindre-axe, à plus forte raison dans une cellule nerveuse, elle est complètement soustraite à l'action de l'antitoxine du sérum antitétanique.

La valeur préventive du sérum antitétanique n'est pas douteuse ; elle est de durée très limitée, et varie suivant les individus ; elle disparaît, expérimentalement, dès le sixième, septième ou huitième jour.

L'action du sérum antitétanique au point de vue curatif est nulle. Lorsque la toxine tétanique s'est fixée, plus ou moins modifiée, transformée, sur le système nerveux, elle est absolument inaccessible à l'antitoxine du sérum antitétanique. Quand on injecte du sérum antitétanique à un malade qui est en puissance de tétanos, on ne peutpas diminuer les phénomènes de tétanos déjà confirmé, les contractures anciennes. On a injecté chez cette malade 100 gr. de sérum antitétanique et on continuera. C'est pour neutraliser la toxine tétanique sécrétée par les microbes au niveau de sa plaie placentaire, toxine qui passe dans les nerfs et un peu dans le torrent circulatoire ; c'est pour empêcher les nouvelles décharges de toxine venant de la plaie de pénétrer dans le système nerveux. Voilà à quoi se réduit le rôle du sérum antitétanique chez les malades dont le tétanos est confirmé ; ce n'est pas un rôle à proprement parler curateur, puisqu'il n'a pas d'action sur la toxine fixée sur le système nerveux, mais c'est un moyen de permettre la guérison si la quantité fixée sur le système nerveux n'est pas encore trop considérable.

LA PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE A L'ART DE GUÉRIR

Par le Dr Pierre Prost.

(Suite.)

III

Les divers procédés et la technique de la psychothérapie.

Connaissant maintenant (1) les lois psychologiques qui servent de bases à la psychothérapie, nous allons passer en revue les divers procédés qui furent employés par ceux qui cherchèrent à appliquer ces connaissances psychologiques à l'art de guérir. Et, chemin faisant, nous ne manquerons pas de remarquer comment chacun de ces procédés tend, soit à une rééducation de l'attention, soit à une rééducation de la détente ; puis nous tirerons ensuite les conclusions de cette remarque que nous croyons très importante au point de vue pratique.

Pendant très longtemps le domaine de la psychothérapie fut celui des **empiriques** ; et, comme de nos jours encore, un grand nombre de ceux-ci utilisent leurs procédés dans un but thérapeutique, il n'y a pas qu'un intérêt historique à les citer et il est encore utile d'analyser les moyens qu'ils mettent en œuvre pour guérir certains malades.

Le premier objectif que se propose instinctivement tout empirique est de provoquer une émotion chez son sujet. Certains parviennent à cet effet par une mise en scène plus ou moins imposante, par certaines originalités de costume, par des gestes cabalistiques ou pseudo-scientifiques, par l'énoncé de quelques prières ou de paroles magiques.

Puis, à la faveur de l'émotion produite (manifestation subconsciente symptomatique de l'état subconscient dans lequel se trouve alors le sujet), l'opérateur dépose sa suggestion ou quelquefois même laisse au hasard le soin de développer chez son sujet l'autosuggestion qui peut le guérir.

D'autres n'agissent guère que sur de vastes assemblées ; et, pour qui connaît la psychologie des foules, l'absence de libre arbitre et d'esprit

(1) *Concours médical*, nos 15 et 18 (pages 961 et 1155).

✦✦✦✦

critique qui survient même chez les plus intelligents de leurs composants, il est facile de comprendre qu'il soit alors possible de développer dans ces foules un mouvement de foi dans le guérisseur qui est la base des guérisons, dites alors « miraculeuses ». Et le mécanisme de celles-ci est encore le même. Il est du reste curieux de constater qu'à la suite de ces guérisons, de véritables religions sont nées, telles la « Christian Science » et « l'Antoinisme » avec leurs temples, leurs prêtres, leurs rites ... et leur fanatisme.

Quant aux succès thérapeutiques obtenus par ces procédés empiriques ils ont été certainement très amplifiés. Aucune statistique rigoureuse ne les a jamais contrôlés et les faits positifs sont toujours seuls retenus et largement publiés. Quant aux insuccès, on n'en parle jamais, et, pourtant ceux-ci sont innombrables vu le nombre énorme de malades qui, en quête de « merveilleux », se précipitent chez ces empiriques.

En fait, la difficulté de produire une émotion sur commande montre bien la grande part de hasard qui intervient dans ces procédés empiriques.

***

La naissance du **magnétisme** marque le début d'une méthode dans l'étude de ces procédés thérapeutiques, méthode qui se précisa encore lorsque les mêmes phénomènes furent étudiés sous le nom d'**hypnotism**.

En effet, ainsi que le fait remarquer Janet (1), ces deux études portaient sur le même phénomène : le somnambulisme provoqué. Mais, tandis que l'école des fluidistes l'expliquait par l'action d'un fluide émané du magnétiseur, l'école des animistes, au contraire, l'expliquait par des modifications opérées dans la psychologie du sujet.

Les divers procédés employés pour produire l'hypnose sont nombreux.

Les uns recherchaient la production d'une émotion par la surprise d'un brusque coup de gong ou le soudain éclat d'une violente lumière par exemple.

Les autres visaient à la fatigue de l'attention par une action prolongée, monotone, sur un ou plusieurs sens.

Par ces divers moyens on provoquait le sommeil du sujet, détente profonde à la faveur de laquelle il devenait possible de placer les suggestions utiles. Mais bien des difficultés se présentaient pour l'obtention de cet état de détente nécessaire.

De nombreux malades manifestaient de la crainte envers ce procédé à allure extraordinaire, à cause des prétendus dangers de l'hypnotisme partout signalés. Alors s'établissait une résistance (souvent même inconsciente) et la détente devenait impossible. Or, les praticiens, qui, aujourd'hui encore, utilisent l'hypnotisme thérapeutique, sont unanimes à reconnaître qu'une hypnose légère est largement suffisante et ne recherchent plus le sommeil profond comme autrefois. Donc, par ces procédés, l'état de détente est seul visé, reconnu à la fois comme suffisant et indispensable.

(1) « Médications psychologiques », par P. Janet, tome I, p. 141.

***

Or, Bernheim, le chef de l'école de Nancy, lors de sa fameuse lutte avec l'école de la Salpêtrière, ayant à sa tête Charcot, avança que « l'état hypnotique n'est pas autre chose que le sommeil déterminé par suggestion » (1).

Nous voici donc amenés à étudier la **thérapeutique suggestive**, englobant sous ce titre à la fois la **suggestion** et l'**autosuggestion**, qui ne sont, somme toute, que deux modalités d'un même phénomène. Deux livres récents : « Qu'est-ce que la suggestion ? » et « Psychologie de la suggestion et de l'autosuggestion » écrits par Charles Baudouin, nous semblent la meilleure mise au point actuelle de la question. Cet auteur y considère la suggestion comme un phénomène psychologique normal : « la réalisation subconsciente d'une idée » ou « un équivalent subconscient de la volonté » et parvient à énoncer une série de *lois* régissant sa production : lois de l'*attention concentrée* (il s'agit ici d'attention spontanée et non pas volontaire), de l'*émotion auxiliaire*, de l'*exemple*, de l'*exercice*, de la *finalité subconsciente* et surtout de l'*effort converti*.

De ces diverses lois et de la définition donnée, il faut surtout bien retenir ceci, c'est que la suggestion étant un phénomène subconscient, l'état de détente est indispensable à sa réalisation. C'est là le nœud de la question et c'est faute de l'avoir reconnu que bien des discussions ont eu lieu par suite de la confusion fréquemment établie entre la suggestion (phénomène d'ordre subconscient) et la persuasion (phénomène d'ordre conscient) sur lequel nous reviendrons plus loin en étudiant cet autre procédé thérapeutique totalement différent de la suggestion.

Donc, si la détente est nécessaire pour la réalisation d'une suggestion, le psychothérapeute devra tout d'abord rechercher les diverses circonstances dans lesquelles cet état est spontanément réalisé.

Pendant le sommeil normal (tout comme pendant le sommeil provoqué de l'hypnose) la

(1) « Médications psychologiques », par P. Janet, tome I, p. 159.

suggestion est donc possible. C'est d'ailleurs souvent la suggestion présomnique, c'est-à-dire, faite pendant la période qui précède le sommeil proprement dit, qui a été alors employée.

Mais cette pratique thérapeutique nocturne n'est pas souvent réalisable.

Les périodes de rêverie, de distraction, survenant spontanément dans la journée, seraient également des moments favorables à la suggestion. Mais leur production ne coïncide généralement pas avec la présence du médecin près du malade.

Pourtant il y a lieu de remarquer ici qu'un malade subissant un alitement plus ou moins prolongé, accompagné de diète, d'intoxication médicamenteuse, d'insomnie, de dépression en un mot, se trouve dans des conditions éminemment favorables à la suggestion. Le médecin, prévenu de ce fait, pourra en tirer un grand parti au point de vue thérapeutique et éviter avec soin le mot, le geste, qui, au contraire, pourraient constituer une suggestion nuisible. En prescrivant un médicament il n'oubliera jamais alors d'annoncer au malade les heureux effets qu'il en attend : il en doublera sûrement ainsi l'action thérapeutique réelle.

Mais, il ne faut pas confondre cette psychothérapie qui vient renforcer heureusement une autre thérapeutique utile, association aussi louable que rationnelle, avec ce que certains ont nommé « suggestion armée », c'est-à-dire, une suggestion associée à la prise d'un médicament supposé, à une manœuvre thérapeutique simulée. C'est là tromper son malade, tactique à notre avis dangereuse (malgré qu'elle ait pu quelquefois réussir) aussi bien pour la dignité du médecin que pour la solidité de la guérison obtenue, si un jour le malade vient à apprendre qu'on s'est moqué de lui.

En dehors de ces cas, que nous venons d'énumérer, où le malade se trouve heureusement dans un état de détente spontanée à l'instant même où le médecin désire placer ses suggestions, il est bien évident que, le plus souvent, il faudra provoquer cette détente au moment choisi.

Les premières fois, le médecin devra détailler au malade les conditions nécessaires pour réaliser cet état : en décomposer les différents stades. La suggestion sera même déjà d'un grand secours pour amener le malade à cet état.

Puis, l'entraînement faisant son œuvre, peu à peu, dans les séances qui suivront, la détente physique et mentale sera de plus en plus rapide et de plus en plus profonde.

Toutefois, chez de grands agités, P. Farez, convaincu de la nécessité absolue de réaliser la détente pour placer une suggestion, n'hésita pas à employer la suggestion éthylméthylique : quelques bouffées d'anesthésique sont alors administrées au malade et, à la faveur de ce pré-sommeil, les premières suggestions sont faites qui prépareront les suivantes.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que d'hétérosuggestion, c'est-à-dire, de suggestion faite par le médecin au malade. Que faut-il penser de l'autosuggestion au point de vue thérapeutique ?

Elle a une très grande valeur, mais comme moyen de continuer l'effet d'hétéro-suggestions antérieures. Et, dans notre pratique, nous manquons rarement de faire faire à nos malades de ces autosuggestions « de rappel ». L'entraînement vers la guérison est alors plus rapide ; et, surtout, le malade, ainsi armé, se trouve bientôt à l'abri de toute rechute, et se passe peu à peu, aisément et définitivement, de son médecin.

Mais nous ne croyons pas qu'un traitement par la seule autosuggestion soit souvent couronné de succès.

En effet, le malade doit d'abord avoir la certitude d'un diagnostic avant d'employer un tel procédé. Sinon, la crainte de laisser sans traitement une affection grave suffirait à l'énerver, d'une part, et, d'autre part, lui ferait certainement courir, dans certains cas, de très gros risques. C'est ainsi qu'on a pu voir des malades atteints de tuberculose, de cancer, de coxalgie tuberculeuse, de syphilis, etc., arriver à l'incurabilité faute d'un traitement physique concomitant. Enfin, on peut établir ce dilemme : ou l'autosuggestion constitue une thérapeutique anodine et peu efficace, ou, au contraire, son action est certaine et demande à être dirigée. Et c'est cette dernière proposition que nous croyons vraie.

Du reste, ceux qui se sont donné pour mission « d'enseigner » l'autosuggestion pratiquent forcément l'hétérosuggestion lorsqu'ils donnent cet « enseignement » oralement ou par écrit.

***

A la thérapeutique suggestive il fut de mode, il y a quelques années, d'opposer la **persuasion**, ou **dialectique**. Une longue polémique s'engagea alors entre les partisans des deux procédés, polémique qui, à notre avis, n'offre plus aucun intérêt quand on veut bien considérer que ce sont là deux procédés tout à fait différents. L'un, la suggestion, met en jeu des fonctions subconscientes, tandis que l'autre fait appel aux facultés conscientes du malade. L'un rééduque et utilise la détente, tandis que l'autre développe l'attention. Chacun a donc des indications différentes en rapport avec leurs mécanismes qui sont opposés.

S'attaquer aux raisonnements faux du malade avec une dialectique serrée peut avoir son intérêt car elle oblige celui-ci à réfléchir, à fixer son attention sur les arguments donnés par le médecin.

Mais, bien souvent, en dehors de cette gym-

nastique intellectuelle, cette pratique n'offre guère d'avantage car malade et médecin parlent alors deux langues différentes : le premier parle « sentiment », tandis que le second parle « raison » ; l'un oppose ses croyances aux opinions que l'autre voudrait lui imposer. C'est là le fameux conflit de deux logiques, exposé par Le Bon dans son livre « Les opinions et les croyances », ainsi que nous le rappelions dans un article précédent.

Ce procédé, si on l'emploie à tort au lieu de la suggestion dans le but de modifier certaines idées fausses chez un malade, ne réussira que dans la mesure où un conseil se trouve suivi par celui à qui on le donne.

Il faut lui réserver son indication précise : la rééducation de l'attention.

Toutefois, il importe de remarquer que, dans certains cas, les faits pourraient nous donner tort en apparence : un malade peut ne prêter qu'une attention presque nulle aux arguments persuasifs du médecin, soit par fatigue, soit par désintérêt, et se trouver alors dans un de ces états de détente spontanée auxquels nous faisions allusion il y a un instant. La persuasion devient alors suggestion, puisqu'il y a détente, et non plus attention, de la part du sujet. Et ce même état de détente spontanée peut aussi se trouver réalisé par l'émotion violente que ressentent certains malades lors de la première consultation d'un médecin inconnu.

En résumé, si la persuasion ne constitue pas (tout comme les autres procédés psychothérapiques d'ailleurs) un moyen d'action applicable à tous les malades, s'il peut même être dangereux d'y avoir recours dans certains cas (obsessions, idées fixes, par exemple), ce procédé aura souvent comme principale utilité, celle d'asseoir sur une base logique la confiance du malade en son médecin au début d'un traitement.

La définition qu'en donnent CAMUS et PAGNIEZ confirme bien cette indication : « La persuasion est l'ensemble des opérations qui font accepter (après contrôle) une idée par le cerveau et provoquent vis-à-vis d'elle un sentiment naissant » (1).

***

Ayant remarqué la dépression fréquente dont se plaignent les névropathes, certains auteurs ont cru logique d'instituer les traitements par le repos, par l'isolement (WEIR MITCHELL, CHARCOT). Le but visé par eux était déjà de réaliser des « économies psychologiques » suivant l'expression de P. JANET.

Dans leur livre « Isolement et Psychothérapie », MM. Camus et Pagniez, élèves de Déjerine, décrivent longuement la méthode de ce dernier qui comprend, à la fois, l'utilisation du repos physique, de l'isolement mental et de la persuasion, procédé que nous venons d'étudier plus haut.

Or, ces auteurs, à la page 89 de leur ouvrage, signalant que, d'après eux, l'isolement est nécessaire à la psychothérapie par persuasion et inutile dans la psychothérapie par hypnose, ajoutent : « car celui-ci (l'hypnotisme) est dans son essence un isolement. Il éteint les sensations du sujet, il l'écarte du monde extérieur, il supprime ses idées pour ne laisser dominer que celles qui sont voulues par l'hypnotiseur ».

Cette dernière remarque est pour nous de la plus haute importance, car d'après ce que nous avons exposé plus haut, cette appréciation de l'hypnose s'applique exactement à la détente.

Alors, il est tout à fait loisible, pensons-nous, de renverser les termes de la proposition précédente et de dire : « La détente est nécessaire pour certains traitements psychologiques, et l'isolement réalise exactement un état de détente ».

Il est alors facile de comprendre que la persuasion, utilisée dans ces conditions, n'est plus que de la suggestion, si toutefois l'isolement a pu réaliser la détente du malade.

Il importe, en effet, de bien remarquer, avec P. Janet (1), que ce traitement n'est utile qu'à la condition *d'apprendre au malade à se reposer*. Fréquemment, en effet, le névropathe reste contracté dans son lit : il ne sait plus se détendre.

Au point de vue mental, il en est du reste de même, et si Vauvenargues a pu dire : « La solitude est à l'esprit ce que la diète est au corps », encore faut-il se rappeler que la « folle du logis » l'imagination, si exaltée chez les névropathes, permet ces longues « ruminations mentales », qui leur sont si préjudiciables, et qu'il s'agit justement de supprimer.

Ce mode de traitement vise donc à la détente et utilise secondairement celle-ci pour la suggestion.

Mais, cette manière de faire est d'abord rarement réalisable dans la pratique, car elle exige, pour être méthodiquement employée, l'isolement dans une maison de santé dotée d'une personnel de choix. Elle entraîne donc à de gros frais.

De plus, le malade, et quelquefois même son entourage, acceptent difficilement une séparation aussi absolue, qui n'admet pas la moindre visite ni la moindre correspondance. Le médecin n'obtient souvent cette décision que de haute lutte. Le souvenir de celle-ci, joint à la tristesse qui fatalement envahit alors le malade, déclan-

(1) « Isolement et psychothérapie », par CAMUS et PAGNIEZ, p. 175.

(1) « Economies psychologiques », par P. JANET, p. 92.

chent une révolte intime contre le médecin qui lui infligea un tel traitement, et la détente confiante que l'on cherchait à obtenir ne se produira pas.

Il est, à notre avis, des procédés plus économiques et moins désagréables pour obtenir cette détente nécessaire.

Le malade doit arriver à réaliser son isolement lorsqu'il le désire, dans son milieu habituel : en un mot, il doit devenir maître de produire à tout moment, soit un état de tension, soit un état de détente.

L'isolement dans une maison de santé, dans l'inactivité complète, à l'abri de toute difficulté, nous semble tout le contraire d'un entraînement, d'une réadaptation au milieu. En tous cas, il ne peut constituer que le premier temps d'une telle cure.

Pourtant, dans certains cas, on pourra lui trouver une réelle indication : c'est lorsqu'il s'agira de soustraire le malade à une partie de son entourage immédiat qui lui est nuisible.

C'est là toute une partie importante de la psychologie, mais encore peu étudiée : l'*inter-psychologie* (Tarde). C'est l'étude des actions qu'excercent les hommes les uns sur les autres. A son sujet, P. Janet fait la remarque suivante : « On ne se rend pas compte suffisamment combien un homme peut modifier la tension psychologique d'un autre homme, et comme il détermine souvent, par son action sur son prochain, des abaissements de tension, de véritables crises de psycholepsie. Si on le comprenait bien, on saurait quelles sont les sociétés, les individus, qu'un malade doit éviter, on pourrait régler d'une façon plus pratique l'*isolement* que l'on cherche à rendre *absolu faute de comprendre ses conditions* » (1).

En résumé, la cure d'isolement a pour but de réaliser la détente du sujet. C'est un moyen d'action rarement utilisable. Il peut être dangereux car la rêverie favorise l'éclosion d'autosuggestions néfastes. Enfin, c'est un moyen incomplet qui devra toujours être suivi d'une réadaptation du malade à sa vie normale.

***

Sous le nom de **rééducations** on groupe toute une série de moyens d'entraînement de l'attention, et on distingue, suivant la fonction sur laquelle on fixe l'attention, des rééducations sensorielles, motrice, organique et mentale proprement dite.

Parmi les cinq sens, l'odorat et le goût n'ont pas été utilisés comme voie de *rééducation sensorielle*. Ces deux sens, en effet, sont ordinairement peu employés par l'homme civilisé.

(1) « Médications psychologiques », par P. Janet, tome II, p. 118.

Au contraire, la vue, l'ouïe, le toucher, offrent de nombreux moyens de rééducation de l'attention.

L'observation méthodique des divers objets qui tombent sous le regard, la notation de leurs diverses caractéristiques, exigent un effort d'attention élémentaire qui constituera souvent le minimum d'attention qu'on puisse demander à un malade. Puis, par la répétition, celui-ci deviendra capable d'un effort plus grand et pourra alors passer à des exercices plus compliqués : dessin, peinture, par exemple, si les notions nécessaires à ces arts sont déjà connues.

La *psychothérapie graphique*, préconisée autrefois, procède du même principe auquel peut s'ajouter, du reste, l'autosuggestion si le texte utilisé évoque les idées qu'on désire voir se développer chez le malade.

L'analyse méthodique des sons entendus, leur interprétation, peuvent permettre le même entraînement chez des malades plus « auditifs » que « visuels ».

De même l'auto-analyse des sensations tactiles peut servir de moyen pour atteindre le même but.

La *méthode de Sollier* pour le traitement de l'hystérie consiste même à réveiller les centres cérébraux engourdis en restaurant la sensibilité générale du malade, partant de ce principe qu'on doit réveiller, à la fois, les fonctions psychiques et les fonctions organiques.

Les frictions, les massages, les applications chaudes ou froides, peuvent alors être employés. Mais, dans les cas rebelles, Egger employa même son *procédé de la sommation* : une aiguille étant fixée perpendiculairement à l'extrémité de l'une des branches d'un diapason, celui-ci est mis en vibration par un électro-aimant, à un rythme permettant à l'aiguille de produire 60 piqûres à la seconde. Par ce procédé, tous les malades arriveraient à la sensation de piqûre douloureuse au bout d'un temps plus ou moins long, et la sensibilité normale serait rétablie à la suite de quelques séances.

Le mécanisme grâce auquel une *rééducation motrice* peut être utilisée dans un but psychothérapique se trouve expliqué par Ribot de la façon suivante : « Les recherches expérimentales de M. Féré, que nous ne pouvons rapporter ici, nous fournissent de nombreux exemples de l'action dynamogénique des mouvements. Nous étirons nos bras et nos jambes pour nous mettre en train de travailler, c'est-à-dire que nous réveillons les centres moteurs. Des mouvements passifs imprimés à des membres paralysés ont pu, dans certains cas, en ravivant les images motrices, restituer l'activité perdue. Remarquons

d'ailleurs que ces mouvements ont pour résultat d'augmenter l'activité mentale, non de concentrer l'attention ; ils lui fournissent simplement une matière. C'est une opération préliminaire »(1)

Pourtant, en obligeant le malade à fixer son regard sur le mouvement accompli, à répéter à haute voix une phrase énonçant ce mouvement, on arrive certainement à fixer son attention par l'intermédiaire de la vue, de l'ouïe et du sens musculaire combinés. Il y a donc alors bien rééducation de l'attention. Mais, il ne faut évidemment pas que le mouvement soit machinal, automatique.

D'autre part, nous croyons nécessaire qu'entre chaque mouvement volontaire le malade réalise une détente.

L'exercice de certains sports (escrime, boxe, par exemple) exige, du reste, en même temps qu'un effort musculaire, un effort d'attention. De même pour tout travail manuel attentif.

Le champ de la *rééducation organique* se trouve assez limité du fait que nos divers organes fonctionnent presque tous par automatisme inconscient.

La fonction respiratoire fait pourtant exception à cette règle : ordinairement automatique elle peut quand même être modifiée, dans une certaine mesure, par intervention de l'attention, de la volonté. Aussi le Dr Luigi Cesari (de Rome) a-t-il pu réaliser tout un système de *psychothérapie respiratoire* (2) basé sur cette observation que l'irrégularité du rythme respiratoire est parallèle aux variations de dépression psychique et d'attention de la psychasthénie. Il cherchait, suivant les cas, à fixer l'attention du sujet sur l'acte respiratoire, ou luttait contre les spasmes psychiques par la détente respiratoire.

Aujourd'hui, le spiroscope du Dr Pescher permet un tel entraînement de l'attention, du fait que le malade, soufflant dans cet appareil, peut contrôler lui-même la façon dont les bulles d'air expiré s'échappent dans l'appareil. Le malade peut, de même, constater, par le même moyen, comment un état de spasme peut nuire à l'acte respiratoire, et comment, au contraire, un état de détente le favorise.

Reste enfin la *rééducation mentale proprement dite*. Celle-ci peut être mise en jeu de façon banale par la simple conversation ou par la lecture, à condition que l'une et l'autre soient attentives, qu'elles aient un but précis et qu'elles ne constituent pas un eparpillement de l'attention, comme lorsqu'aucun but, aucune méthode, ne les dirigent.

Mais, l'état de certains malades exigera des exercices plus simples. Il faudra, en quelque sorte, leur faire décomposer les divers mécanismes intellectuels qu'il leur est encore difficile de mettre en jeu. Il faudra leur faire exécuter des gammes avant de leur permettre de jouer un morceau trop difficile.

Ce seront alors des exercices d'associations d'idées, de mnémonisations simples par lesquels on débutera.

Puis, on leur apprendra à classer leurs connaissances, à les comparer, à en juger la valeur.

Enfin, l'habitude de prendre des notes au cours d'une lecture, de faire un plan avant de rédiger, leur facilitera peu à peu l'exécution normale de ces divers actes, en même temps qu'elle développera leur attention, et, du fait même, leur intelligence et leur mémoire.

Enfin, il est nécessaire de dire un mot d'un prétendu procédé psychothérapique auquel fait souvent allusion l'entourage des malades : la *distraction*.

Sur ce mot même il faut d'abord s'entendre, et distinguer une distraction active et une distraction passive. Cette dernière, qui n'est qu'un état de détente involontaire, un état de rêverie, n'est pas à employer, ainsi que nous l'avons déjà expliqué. Quant à la distraction active, elle n'est en fin de compte qu'un détournement de l'attention cherché au hasard ; et ce désordre dans la recherche d'un intérêt pour l'esprit du malade n'est pas à conseiller non plus, car son résultat le plus fréquent est une surexcitation, qu'il faut, au contraire, éviter à tout prix.

***

Il existe enfin un dernier procédé psychothérapique : la **psychanalyse** de S. Freud (de Vienne), basée sur les divers principes psychologiques suivants, tels que l'auteur les énonce dans son « Introduction à la Psychanalyse » (trad. française, pages 15 à 18) :

I. Les symptômes physiques et psychologiques des névroses sont l'expression inconsciente de certains « complexes » qui ont été antérieurement « refoulés » ou « réprimés » parce qu'inutiles ou gênants.

Le rôle de la psychanalyse est de démasquer ces symptômes, de rendre leur origine consciente au malade.

II. Il existe une « psychopathologie de la vie quotidienne ». Les « actes manqués » involontaires (lapsus de parole, erreurs d'écriture ou de lecture, oublis, distractions) se rattachent à des sentiments ou désirs inavouables.

III. Les rêves nocturnes seraient également des « symboles » de désirs réprimés.

IV. Les symptômes névrotiques, en général, s'expliquent en faisant intervenir l'« infantilisme sexuel ».

(1) « Psychologie de l'attention », par Th. Ribot, page 31.

(2) *Revue de l'hypnotisme*, 25e année, page 169.

V. La création artistique, les légendes du folklore, les religions ne seraient que des « sublimations », des satisfactions déguisées de tendances perverses.

Dans son ensemble, la psychanalyse constitue donc toute une doctrine empreinte de beaucoup de mysticisme. Nous ne nous occuperons ici que de ses deux applications à la psychothérapie : comme moyen de diagnostic et comme procédé de traitement.

Janet, bien avant Freud, avait admis que beaucoup d'accidents nerveux étaient sous la dépendance d'une idée fixe primaire devenue souvent subconsciente ou inconsciente. Et, c'est à un état de détente qu'il avait lui aussi recours pour rechercher cette idée. La nécessité d'un *diagnostic psychologique* précédant le traitement avait déjà été établie par lui. Aussi Régis et Hesnard ont-ils pu écrire : « Le retournement du mot « *analyse psychologique* », employé par Janet, en « psychanalyse » n'a rien changé à la méthode commune aux deux élèves de Charcot » (1).

Du reste, Janet, plus prudent et moins systématique que Freud, ne manque pas de faire la juste remarque suivante : « Comme il reste entendu que de tels souvenirs peuvent fort bien être absents, il faut également faire tous ses efforts pour ne pas découvrir de tels souvenirs traumatiques quand ils n'existent pas ... C'est quand on ne trouve aucune explication dans la vie actuelle qu'il est juste de chercher dans la vie passée du sujet » (2).

De plus, c'est une faute que de toujours parler au malade de son délire, de son obsession. C'en est une encore que de vouloir systématiquement dépister une idée d'ordre sexuel et c'est même courir le risque de créer chez le patient un délire d'indignité.

Au point de vue thérapeutique, Freud donne comme base à la psychanalyse le principe suivant : le symptôme névrotique ayant pour cause un processus inconscient, dès que celui-ci devient conscient, le symptôme disparaît.

Janet, là encore, avait devancé Freud et avait décrit ce phénomène sous le nom de « réintégration dans la conscience ». Mais toujours plus prudent que son collègue viennois, il ne manqua pas de préciser : « Tous les désordres nerveux ne cessent pas quand ils deviennent conscients » (3).

Pourtant, il se produit quand même, dans ces conditions, un phénomène psychologique intéressant qui fut utilisé sous le nom de « méthode cathartique », et que Breuer et Freud exposèrent, en 1895, de la façon suivante.

Les hystériques, disent-ils, souffrent de réminiscences d'émotions inachevées. En faisant raconter au malade la psychogenèse des émotions ayant produit le symptôme, une même émotion saisit alors le sujet et produit une sorte d'évacuation bienfaisante de son énergie affective « rentrée ». Ainsi surviendraient bien des améliorations et des guérisons.

Mais, ce qui semble le plus intéressant à noter dans une étude d'ensemble comme celle-ci, c'est que la psychanalyse est un procédé qui a recours à un état de détente du malade, permettant au médecin d'entrer en rapport avec ses facultés subconscientes.

Dans ces conditions, il est difficile d'affirmer que la suggestion ne joue jamais au cours d'un traitement psychanalytique, nous sommes convaincu du contraire. Du reste, il semble bien qu'il n'y ait pas lieu de se défendre d'employer un tel procédé, adjuvant du premier, surtout lorsque le malade se trouve dans l'état de détente voulu pour en bénéficier.

***

Et cette dernière remarque nous amène à citer P. Janet qui montre bien qu'il n'y a pas plus de panacée en psychothérapie que dans n'importe quelle autre branche de la thérapeutique : « L'efficacité d'une thérapeutique dépend du diagnostic : la quinine ou l'arséno-benzol présenteraient dans leurs effets les mêmes lois du hasard si on les donnait de la même manière qu'on applique les psychothérapies. Chaque psychothérapeute vante son procédé qu'il prétend original et veut l'appliquer à tout, puisqu'il guérit tout. L'un moralise, l'autre hypnotise tout le monde, celui-ci repose et engraisse, celui-là psycho-analyse à tort et à travers. Que penserait-on d'un médecin qui se vanterait de donner de la digitale à tous ses malades, tandis que son confrère aurait la spécialité de donner de l'arsenic » (1).

Que jusqu'ici chaque promoteur d'un des procédés énoncés ci-dessus se soit conduit en apôtre cherchant à faire des adeptes, et qu'il ait ignoré les méthodes concurrentes, on ne peut guère les en blâmer, mais nous pensons, comme P. Janet, qu'il est temps aujourd'hui de modifier cette pratique de la psychothérapie.

Chaque malade sera justiciable d'un procédé et cette indication variera même avec les moments de l'évolution de sa maladie.

Avant tout traitement même, un diagnostic s'impose ; et celui-ci sera à la fois physique et

(1) « Psychanalyse des névroses et psychoses », par Régis et Hesnard, 1922, page 350.
(2) « Médecine psychologique », par P. Janet, page 252.
(3) « Médications psychologiques », par P. Janet, tome II, page 283.

(1) « La médecine psychologique », par P. Janet, page 232.

mental. Physiquement, il faudra en effet s'inquiéter de savoir si les troubles qu'accuse le malade relèvent bien de la psychothérapie ou si, au contraire, telle intervention chirurgicale ou tel traitement médicamenteux ne s'imposent pas d'urgence. Rechercher aussi l'existence d'une « épine » aura enfin son importance au cours de cet examen physique préalable.

Du reste, le rythme cardiaque, l'amplitude respiratoire, l'état des réflexes, etc. donneront déjà d'utiles renseignements sur l'état mental du sujet.

L'interrogatoire du malade aura, ensuite, la plus grande importance. Il permettra de dépister la ou les causes morales qui manquent rarement pour expliquer les troubles. Et de plus, « quelque peine qu'il lui en coûte, le malade éprouvera un soulagement à dire cette cause, il se sentira ensuite plus entièrement dans la main du médecin, il saura qu'il le connaît complètement et sa confiance en sera augmentée » (1).

En même temps, un bon observateur ne manquera pas de remarquer les tics, les lapsus, les gestes inconscients, les hésitations, les mouvements émotifs que présentera le malade à certains moments. Ainsi se trouvera dévoilée une partie du subconscient du patient.

Puis, le médecin expliquera au malade sa façon d'interpréter la genèse des troubles dont il se plaint, lui en montrera le mécanisme et lui fera comprendre, si possible, la tactique qu'il compte employer pour obtenir sa guérison.

Il pourra ensuite lui faire réaliser l'état de détente, en en décomposant au besoin les différents stades, et profitera de cet état pour faire alors les suggestions utiles. Puis, il expliquera au malade la façon de pratiquer, entre les séances, les auto-suggestions de rappel nécessaires.

Enfin, plus tard, alors que le sujet sera déjà entraîné à réaliser la détente chaque fois que la chose sera nécessaire, on entreprendra la rééducation de l'attention en utilisant les nombreux moyens que nous avons énumérés plus haut.

(1) « Isolement et psychothérapie », par CAMUS et PAGNIEZ, page 193.

Alors, l'ancien malade, redevenu normal, sera à même de réaliser instantanément, à chaque instant, soit l'état d'attention, soit l'état de détente.

Il sera devenu maître de lui : il se contrôlera.

Dans un traitement ainsi mené, on peut dire que les rechutes seront l'exception, car le malade sera pour ainsi dire « équilibré », puisque capable de réaliser une meilleure attention s'il se sent porté à une rêverie dangereuse, ou, au contraire, une meilleure détente s'il se sent enclin à une surexcitation, cause de déperdition d'énergie.

La technique qui, grâce aux divers procédés psychothérapiques combinés, aura pu réaliser ce résultat pourrait donc être nommée une « **Équilibration fonctionnelle par psychosynthèse** ».

« *Équilibration* », puisque son but est de réaliser un équilibre entre ces deux états opposés de l'être physique et mental : l'attention et la détente. Equilibre rythmé du système nerveux tout à fait semblable à ces autres équilibres rythmés que sont la systole-diastole, l'inspiration-expiration, etc.

« *Fonctionnelle* », c'est-à-dire, qu'à l'état normal il doit y avoir un équilibre harmonieux de toutes les fonctions de l'organisme entre elles et un équilibre dans le rythme de chaque fonction ; en un mot, une heureuse répartition des forces de l'organisme.

« *Par psychosynthèse* » enfin, puisque nous avons envisagé l'équilibre mental non pas entre des facultés mais entre des manières d'être de toutes ces facultés, considérées dans leur ensemble.

(*A suivre.*)

ANTHROPOLOGIE

La prélocomotion qui précède la marche normale chez les petits enfants.

A la séance du 20 mai 1926 de la *Société d'Anthropologie de Paris*, le très distingué médecin honoraire des Enfants-Assistés, M. le Dr Variot, a fait une intéressante communication sur les mouvements de translation qui précèdent la marche normale chez les petits enfants que le savant maître en pédiatrie a nommés *prélocomotion*.

Ces mouvements n'ont pas attiré jusqu'à ce jour l'attention des anthropologistes, des physiologistes, ni des médecins et cependant ils méritent d'être étudiés.

M. Variot, qui a fait de nombreuses recherches bibliographiques à leur sujet, n'a découvert que deux auteurs qui y font allusion.

D'abord Billard qui, au début du XIXe siècle, jouissait à Angers, d'une réputation grande et méritée, signale la prélocomotion dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle* (1828), ouvrage de valeur, plusieurs fois réédité et deux fois traduit en allemand.

Puis Pierre-Nicolas Gerdy, qui fut il y a un peu moins d'un siècle, chirurgien de la Charité, profes-

seur de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine. Encore Gerdy ne parle-t-il des phénomènes de prélocomotion dans son *mémoire sur le mécanisme de la marche chez l'homme* (in *Journal de Physiologie de Magendie*, 1829) que pour combattre les doctrines transformistes qui passionnaient alors les savants.

M. Variot qui, à la consultation de la Goutte-de lait de Belleville, examine les nourrissons par centaines, nous allions dire par milliers, observe depuis six mois méthodiquement les phénomènes du début de la marche chez les enfants et ceux qui les précèdent. Ses observations portent sur 100 enfants.

La marche débute le plus souvent au treizième mois, alors que l'enfant à 73 ou 74 centimètres et pèse 9 kilogrammes.

Dans 50 % des cas, l'enfant marche d'emblée en se tenant debout, s'appuyant au début aux murs ou aux meubles. Mais, dans la moitié des cas, la marche debout a été précédée de mouvements coordonnés de translation que M. Variot appelle la prélocomotion.

La prélocomotion se manifeste vers 8 à 10 mois par des mouvements coordonnés où, pour progresser, l'enfant se sert à la fois des membres supérieurs et des membres inférieurs.

L'enfant ne peut marcher debout que lorsqu'il a obtenu la faculté de se maintenir en équilibre. Or, la coordination motrice nécessaire pour cela débute vers 6 semaines à deux mois par les muscles du cou et de la tête.

Vers quelques semaines aussi commence la coordination des mouvements des membres supérieurs et des mains qui, comme Billard l'a constaté, précède celle des membres inférieurs. C'est vers 8 mois que le nourrisson commence à faire des mouvements de flexion et d'extension des jambes et c'est alors que commence, dans 50 pour 100 des cas observés, la prélocomotion. Le cerveau de l'enfant a alors doublé de poids, les fonctions sensorielles et psychiques ont commencé à se manifester et les mouvements intentionnels peuvent se faire. Le nourrisson veut alors avancer et progresser, il marche « à quatre pattes », mais déjà en redressant la tête. Comme dans l'énigme du Sphynx d'Œdipe, il progresse au matin de la vie sur ses quatre membres.

M. Variot n'a observé que trois enfants sur 100 qui marchaient *réellement* à quatre pattes. Leur marche relativement très rapide ne ressemblait en rien à la marche des primates. Ce n'est pas le dos de la main mais la paume que les enfants appuyaient à terre ; d'autre part, ces enfants marchaient sur la pointe des pieds.

Gerdy niait cette marche à quatre pattes, il prétendait que l'enfant avait d'abord une marche rampante sur les genoux et se servait de ce fait comme argument contre le transformisme. Or la véritable prélocomotion à quatre pattes est fort rare mais existe et M. Variot affirme catégoriquement en avoir observé trois cas.

La forme la plus commune de prélocomotion est celle sur les genoux et les paumes des mains ; l'enfant progresse en se poussant avec la pointe des pieds et cela à une allure assez rapide.

Dans quelques cas, l'enfant repose sur un seul genou, l'autre membre est en extension et la progression se fait au moyen d'un seul pied latéralement (marche des crabes.)

Un autre type de prélocomotion est caractérisé par la station assise de l'enfant, les jambes repliées sous le siège, la progression se fait au moyen des mains et par le balancement du tronc, c'est la *marche du cul-de-jatte*.

Cette prélocomotion dure de un à trois mois. Selon M. Variot, elle résulte d'un déséquilibre momentané entre la coordination motrice de la partie supérieure et inférieure du corps. Comme les fonctions psychiques sont plus précoces que les fonctions motrices, l'enfant qui veut progresser, se sert pour cela des muscles dont la coordination motrice existe déjà.

M. Variot continuera ses observations intéressantes et serait curieux de connaître si des auteurs, autres que Billard et Gerdy, ont signalé la prélocomotion.

Une discussion à laquelle prirent part Mlle Coupin, MM. de Mortillet, Dubreuil-Chambardel, Noir et le Dr Félix Régnault, président de la Société, s'établit. Mlle Coupin fit remarquer l'intérêt qu'il y aurait à étudier les mouvements de prélocomotion par la cinématographie au ralenti, ce que M. Variot compte faire avec le concours du Dr Comandon. Le Dr Félix Régnault préférerait l'étude de films analogues à ceux que Marey fit pour ses études sur le vol des oiseaux. M. Dubreuil-Chambardel insiste sur le rôle du ligament cervical postérieur pour l'équilibre de la tête, indispensable pour la marche.

* * *

Nous avons fait aussi quelques recherches bibliographiques sur la prélocomotion et le seul document que nous avons trouvé est un passage d'Aristote, cité en note dans la belle traduction de Daremberg des Œuvres de Galien (tome I, page 226).

Voici d'ailleurs ce passage que nous trouvons intéressant : « Dans l'espèce humaine, le volume de cette partie (supérieure du corps) est proportionné à celui de la partie inférieure ; chez les hommes faits, la première est beaucoup plus petite que la seconde. Chez les enfants au contraire, la partie supérieure est volumineuse, l'inférieure est petite ; *aussi les enfants rampent et ne peuvent marcher* ; *en naissant ils ne peuvent pas même ramper* ; car tous les enfants sont nains. A mesure

qu'on avance en âge, les parties inférieures se développent chez l'homme ; chez les quadrupèdes c'est le contraire, les parties inférieures sont d'abord très volumineuses ; lorsqu'ils grandissent les parties supérieures augmentent de volume. »

Aristote (Part. anim. IV.X.p. 289, édit. Bussem.)

Il nous a paru curieux de relever cette explication de la prélocomotion par Aristote.

J. Noir.

LA MESURE DES RAYONS X PAR LA MÉTHODE IONOMÉTRIQUE

Par le Dr Jean Quivy,

Moniteur de physique médicale à la Faculté de Paris.

M. Jean Quivy a consacré son mémoire inaugural (1) à un sujet à l'ordre du jour, puisque le champ d'utilisation des radiations, en clinique et en thérapeutique, devient de plus en plus étendu.

Les rayons X sont des armes à deux tranchants. A l'inverse de a lance d'Achille, qui guérissait les blessures qu'elle faisait, ils blessent et tuent, à l'occasion, ceux qui les manient pour guérir les affections qui en sont justiciables, et calmer la douleur humaine. Comme si, furieux d'avoir été, dans une certaine mesure, asservis par le physicien et le médecin, pour des fins cependant nobles et utiles tout ensemble, ils se vengeaient sur ceux-là même qui leur ont imposé leur volonté.

Et le martyrologe des victimes des radiations enregistre presque chaque jour un nouveau nom.

Ce qui ne décourage nullement les autres, qui continuent leurs recherches et leurs travaux, dont certains ont pour but de parvenir à une plus parfaite connaissance de ces mystérieux agents, et à une plus parfaite utilisation de leurs propriétés bienfaisantes, avec une neutralisation non moins rigoureuse de leurs dangers.

C'est ainsi que nous devons retenir et complimenter le travail de M. Quivy, qui tend précisément à faire connaître un moyen très précis de mesurer quantitativement les rayons.

L'ionométrie constitue, à ce titre, un progrès considérable, car elle forme une méhode objective « qui permet une comparaison directe et exacte de deux rayonnements de même qualité, par exemple la détermination, par son pouvoir de pénétration, de la qualité moyenne d'un faisceau polychrome de rayons ».

Travail infiniment consciencieux et savant, nécessitant, pour être suivi dans tous ses chapitres, des connaissances en physique que ne possèdent guère que les spécialistes, et dont je me bornerai à apporter ici les conclusions :

(1) Volume de 110 pages, édité par la Librairie Médicale et Scientifique, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1926.

1° Par son principe, la méthode ionométrique est une méthode excellente et précise, et sans causes d'erreurs subjectives, de mesures de la quantité et de la qualité des rayons X.

2° Il résulte de l'étude théorique et pratique des lois d'absorption que la méthode ionométrique, comme d'ailleurs toutes les autres méthodes de mesure, ne peut donner de résultats exacts qu'à la condition d'utiliser une bonne technique.

Cette technique consiste, pour la détermination de la qualité, à toujours se placer dans les mêmes conditions de distance, de largeur de champ et de structure et capacité du fantôme ; pour la détermination de la quantité, la mesure doit être faite de manière à évaluer non seulement la quantité d'énergie incidente, mais l'appoint résultant de la dispersion.

3° Les mesures faites dans ces conditions peuvent être faussées par les imperfections des ionomètres en usage, à la suppression desquelles doivent s'appliquer les constructeurs.

4° Même dans le cas où la technique de mesure était bonne et l'erreur résultant des imperfections connue, les indications données par l'ionomètre ne peuvent être prises en considération absolue que si les quantités de rayonnement comparées se rapportaient à une même qualité.

5° Dans le cas où l'on compare des quantités de rayonnements de qualités différentes, cette comparaison est entachée d'erreur si le courant d'ionisation observé est censé proportionnel à la quantité de rayonnement. Cette erreur est due aux faits que les parois de la chambre d'ionisation sont irradiées en même temps que l'air qu'elle contient, et que les dimensions de la chambre sont trop petites par rapport à la longueur des trajectoires électroniques.

Il en résulte non seulement que la grandeur du courant d'ionisation est en rapport variable suivant la λ avec la quantité absorbée par le gaz de la chambre, mais encore que chaque ionomètre a sa sensibilité propre. D'où l'impossibilité de comparer entre elles, d'une manière absolue, les diverses unités ionométriques employées.

6° Le problème de l'existence d'une spécificité de la λ étant étroitement lié à l'unification de la mé-

thode ionométrique, nous avons étudié les travaux faits sur cette question controversée.

De cette étude nous croyons pouvoir conclure, avec Dauvilliers, que les résultats discordants obtenus par les divers auteurs s'expliquent par des erreurs d'expérimentation et d'interprétation, et que tous ces travaux, après correction, semblent infirmer l'hypothèse d'une spécificité de la λ, d'ailleurs théoriquement peu probable.

Nous admettons donc que l'action biologique est proportionnelle à la quantité réellement absorbée (c'est-à-dire transformée en émissions électroniques et secondairement en travail d'ionisation) et absolument indépendante de la qualité.

7° Dans le problème de l'unification de la méthode ionométrique, nous pensons qu'en l'absence d'une unité physique absolue, qui ne peut être déterminée faute d'un corps noir aux rayons X, il y a lieu de choisir une unité physique relative à l'absorption vraie par l'unité de volume de tissus ; de cette manière l'unité choisie serait autant une unité biologique que physique, si toutefois il n'y a pas de spécificité de la λ.

Nous pensons donc que la meilleure méthode est celle utilisée par Dauvilliers pour l'étalonnage de son dosimètre ; mais, au lieu d'admettre comme cet auteur que le pouvoir absorbant des tissus est, à égalité de volume, toujours 820 fois plus élevé que celui de l'air, nous proposons la vérification de ce rapport en mesurant le pouvoir absorbant d'un mélange gazeux contenant les 4 constituants du corps humain dans les proportions où ils se trouvent dans les tissus. L'étalonnage par rapport à l'air ne serait conservé que dans le cas où la différence des pouvoirs absorbants entre le gaz en question et l'air ne serait pas trouvée trop considérable.

Quant à l'unité à adopter, c'est l'erg qui paraît le plus indiqué ; mais on pourrait aussi bien utiliser une unité électrique ou une unité radioactive comme celle de Solomon, l'essentiel étant la fixation d'une chambre d'ionisation-étalon.

Cette thèse a été remarquée par le jury qui l'a argumentée, et elle sera admise à concourir pour les prix dont l'obtention par les jeunes docteurs en médecine leur donne le titre de lauréat de la Faculté. Je ne doute pas que le fils de notre ami *Quivy, qui marche si brillamment sur les traces* de son père, pourra légitimement et fièrement se parer un jour prochain de cette auréole. Nous ne serons pas les derniers à nous en réjouir.

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement de la goutte.

Deux temps à distinguer : entre les accès pour les prévenir, pendant les accès pour apporter soulagement et guérison.

1° Le syndrome humoral, dit le Professeur Chauffard est caractérisé par un excès d'acide urique et de cholestérine, par de la glycémie et de l'azotémie relatives ; ce qui montre, en raccourci, l'avenir possible du goutteux avec ses déviations si fréquentes vers le diabète, la lithiase biliaire, la lithiase rénale.

Contre ce syndrome, agir par l'hygiène générale, et notamment par l'exercice physique, par le régime végétarien et hydrique. Le colchique, sédatif des accès, est à rejeter dans les intervalles ; les préparations lithinées peuvent avoir leur utilité comme agents de solubilisation de l'acide urique, mais l'atophan et l'atoquinol, dérivés de l'acide cinchoninique, semblent bien plus actifs. Quant aux cures hydrominérales, elles sont utiles, soit qu'on cherche à entraîner l'acide urique du sang et des tissus par des cures de lavage à Contrexéville, Vittel, Evian, soit qu'on veuille modifier l'hyperacidité du milieu intérieur par la cure alcaline chaude de Vichy.

Parfois les cures sont mal supportées ; c'est affaire de densité et de viscosité du sang. Si le sang est dilué, plus ou moins hydrémique et hypovisqueux, la cure est mal supportée, l'accès de goutte l'interrompt rapidement. Si au préalable, on a concentré le sang par la réduction des boissons, par un purgatif, on évite l'accès aigu, la cure se poursuit sans incident et peut porter tous ses fruits. Ce sont là des données nouvelles qu'il y aurait grand intérêt à contrôler.

La crise aiguë est sous la dépendance de l'équilibre humoral instable, créé par l'acide urique dans les humeurs du goutteux ; que cet équilibre soit brusquement troublé par une cause provocatrice, tantôt variable, tantôt constante (froid, traumatisme, surmenage, écart de régime), la cristallisation urique se produit par un phénomène de floculation locale où le système nerveux joue un rôle capital.

L'utilité et même la nécessité du traitement externe local (enveloppements à l'ouate hydrophile et au taffetas chiffon, application de liniments sédatifs, légère élévation du membre douloureux) étant bien établies, celui-ci ne devra pas être négligé.

L'auteur, parlant du colchique, constate qu'il

ne modifie pas la maladie goutteuse ; il inhibe la crise, mais en favorise plutôt le retour ; il ne faut en conséquence l'administrer qu'avec prudence et ménagement, non pas à la moindre douleur, et préférer aux innombrables spécifiques une préparation connue, facile à surveiller et à graduer telle que la teinture de colchique, à la dose de 10 à 25 gouttes par jour.

Une autre série médicamenteuse a pris une place de jour en jour plus grande dans le traitement de la goutte, ce sont les dérivés de l'acide cinchoninique, dérivé lui-même de la quinoléine. Deux de ces corps ont surtout été étudiés : l'atophan qui est l'acide phénylcinchoninique, et l'atoquinol, qui est le phénylcinchoninate d'allyle et qui diffère du premier par sa fonction éther favorisant le dédoublement intra-organique du composé.

A la dose de 2 à 3 cachets de 0,50 centigr. par jour, l'atoquinol, dans la goutte aiguë, calme rapidement la douleur et fait tomber la poussée inflammatoire. Certains malades, ayant déjà une longue expérience du colchique, donnent sans hésiter la préférence à l'atoquinol. Mais comme pour le colchique, mieux vaut s'en tenir à des doses modérées, ne pas dépasser 2 à 3 cachets de 0.50 par 24 heures, calmer et atténuer la crise plutôt que la supprimer brutalement.

Mais, en dehors de cette action clinique objective, l'acide phénylcinchoninique et ses dérivés produisent des effets biologiques très intéressants. Avec l'atoquinol, par exemple, on voit le chimisme sérique se modifier, le taux de l'acide urique et de la cholestérine s'abaisser en même temps que s'élève la courbe d'élimination urinaire de l'acide urique. Ainsi chez un de ses malades que l'auteur a bien suivi, le 11 juin on trouvait dans le sérum 0.30 d'urée, 0.08 d'acide urique et 2.25 de cholestérine ; dans les urines 0.77 d'acide urique ; on institue le traitement par l'atoquinol à la dose de deux cachets par jour de 0 gr. 50 et au bout d'un mois et quelques jours les dosages donnent pour le sérum : urée 0.27, acide urique 0.058, cholestérine 1.86, en même temps que l'élimination urique urinaire s'élève à 1.11.

De plusieurs autres constatations du même ordre, l'auteur a déduit un autre mode d'administration du médicament qu'il considère comme très recommandable et il estime que l'on peut trouver dans l'atoquinol non seulement un excellent agent de guérison pour la goutte aiguë, mais aussi et surtout un *traitement intercalaire et préventif*. Donner alors chaque mois, pendant 10 jours consécutifs, un cachet de 0.50 le matin avec un verre d'eau de Vittel ou d'Evian. Par ce traitement un grand goutteux, à crises incessantes, a pu être indemne de toutes récidives depuis plus d'un an, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs années.

La tolérance rénale du médicament paraît parfaite, cependant il va de soi qu'en cas de néphrite goutteuse, son administration doit se faire prudente et surveillée. Le colchique ne semble pas pouvoir être employé de cette même façon, d'autant plus que les travaux de Garrod, Lecorché et Finck ont montré que son usage abaisse le taux de l'élimination urinaire de l'acide urique.

En résumé, c'est dans les chimismes sérique et urinaire qu'il faut chercher les bases du traitement rationnel et scientifique de la goutte, et les recherches pharmacologiques récentes ont permis à celui-ci de réaliser de réels progrès. (Prof. A. CHAUFFARD. *Journ. de médecine et chirurgie pratiques*, 10 décembre 1925.)

La maladie sérique.

Le Dr R. CLÉMENT, après une longue étude étiologique, clinique et pathogénique, estime que si la maladie sérique se traduit parfois par des accidents sérieux, voire mortels, ceux-ci sont assez rares pour qu'en aucun cas la crainte de les voir survenir ne fasse perdre au malade le bénéfice de cette méthode merveilleuse et pleine d'avenir qu'est la sérothérapie.

On peut s'informer si le sujet a reçu antérieurement du sérum, mais il est bien préférable, dans tous les cas, qu'il ait subi une injection auparavant ou non, de rechercher sa sensibilité au sérum par une cuti-réaction, ou mieux une intra-dermo-réaction, et, s'il paraît susceptible de présenter des accidents, de tenter un traitement prophylactique.

D'une façon générale, il vaut mieux s'abstenir d'employer la voie intra-veineuse, sauf urgence, en raison des accidents graves auxquels elle expose plus que toute autre. Si elle est nécessaire, diluer le sérum thérapeutique dans 9 fois son volume de sérum phy siologique ; mais ce procédé ne met pas complètement à l'abri des accidents. Faire les doses fractionnées successives suivant la méthode de Besredka.

Pour la voie sous-cutanée ou intra-musculaire, faire 3 doses progressives à 3 heures d'intervalle chacune. Dans la sérothérapie intra-rachidienne, injecter très lentement ; c'est la meilleure prophylaxie.

Si, malgré tout, les accidents éclatent, ceux-ci réagissent merveilleusement à l'adrénaline, si impressionnants, si menaçants soient-ils : 1 milligramme et même 1 /2 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline sous la peau.

Pour d'autres accidents moins sérieux, on a constaté l'efficacité de 4 à 6 grammes de chlorure de calcium ou d'hyposulfite de soude ; l'injection intra-veineuse de chlorure de calcium a pu interrompre brusquement des accidents sériques sérieux.

Cependant on peut espérer que l'emploi de sérums chauffés, ou vieillis, que leur meilleure

préparation, leur désalbumination par exemple, feront disparaître tous ces inconvénients de la sérothérapie. (*Le Progrès médical*, 28 novembre 1925.)

Un cas d'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.

Cet accident peu fréquent a été observé chez un jeune homme de 18 ans par MM. L. Verdelet et R. Guérin ; ceux-ci font observer que le décollement apophysaire vrai anatomiquement est rare, et n'existe que si une radiographie des deux genoux du sujet montre une égalité de volume entre la tubérosité arrachée et la tubérosité qui apparaît sur le membre sain bordée de son espace clair cartilagineux.

Le diagnostic peut être discuté avec une fracture de la rotule, une déchirure du tendon du quadriceps, une rupture du tendon rotulien ; or la fracture de la rotule est un accident de l'âge adulte, la rupture du tendon rotulien se voit surtout au-delà de 40 ans, l'arrachement de la tubérosité antérieure avant l'âge de 22 ans.

La thérapeutique varie suivant qu'il y a, ou non, déplacement.

Sans déplacement ou avec déplacement léger, immobilisation, contention par bandes de diachylon.

Avec déplacement, enclouage du fragment ou sa fixation par fil d'argent. Cette intervention, ordinairement extra-articulaire, peut, lorsque le trait de fracture pénètre dans l'articulation, se compliquer d'une arthrotomie en raison de l'importance de l'hémarthrose. Deux à six mois sont nécessaires à la guérison, sans recouvrer parfois complètement l'intégrité fonctionnelle.

Les auteurs ont préféré dans leur cas faire une suture fibreuse périphérique au catgut pour forcer le fragment osseux à réintégrer sa loge ; immobilisation durant 15 jours ; puis mobilisation passive, et le malade a quitté l'hôpital ayant récupéré des mouvements normaux, avec peu d'atrophie musculaire appelée à disparaître rapidement par les massages et l'électricité.

La simplicité de cette intervention, la rapidité du retour *ad integrum* semblent faire de ce mode de fixation une thérapeutique de choix, (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 octobre 1925.)

La pneumonie franche à début central et à évolution périphérique.

En France, on admet généralement que, dans la pneumonie franche, le foyer débute à la périphérie. Toutefois un certain nombre de cas de pneumonies à début central ont été rapportés ces temps derniers ; dans ces cas, il faut distinguer, d'après le Pr Roubier :

a) Des pneumonies centrales proprement dites, dans lesquelles le foyer reste profond pendant toute la durée de l'affection.

b) Des pneumonies centrifuges, dans lesquelles le foyer hépatisé, d'abord central, émigre lentement vers la périphérie qu'il atteint en 2 ou 3 jours environ.

c) Des pneumonies lobaires à début central, dans lesquelles la phase centrale est tout à fait éphémère et où le foyer hépatisé atteint très rapidement la périphérie, puis le lobe tout entier.

Il faut remarquer que, suivant qu'ils admettent l'origine centrale ou corticale du foyer hépatisé, les auteurs sont partisans de la théorie aérienne ou de la théorie sanguine de l'affection par septicémie sanguine préalable. Cependant le début central de l'hépatisation n'implique pas nécessairement à lui seul l'origine aérienne de la maladie, car, dans la région du hile, il y a des alvéoles, physiologiquement périphériques, sous les plèvres médiastine et interlobaire, tout comme ceux situés sous la plèvre costale, et au niveau desquels peut se localiser une infection d'origine sanguine. (*La Presse médicale*, 28 novembre 1925.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Le syndrome de perforation de l'aorte.

(M. Miguel Conto, de Rio-de-Janeiro. — *Académie de médecine* ; 27-4-1926.)

M. le prof. Miguel Conto, de Rio-de-Janeiro, a observé trois cas de perforation de l'aorte dans l'artère pulmonaire. Il décrit le syndrome de cet état morbide qui comporte deux phases : une première de choc qui correspond au moment de la perforation (drame de la perforation) ; une seconde, dans laquelle le système circulatoire et l'organisme cherchent à s'adapter à la situation nouvelle.

Au début, se montrent soudainement une vive douleur de poitrine, de l'angoisse, de l'orthopnée, de l'asphyxie, de la cyanose. Puis, apparaît l'insuffisance cardiaque, avec souffle continu ou systolique et frémissement cataire à la base du cœur. L'auteur a pu, dans ces trois cas, procéder à la vérification anatomique.

Le séro-diagnostic du cancer.

(M. Henri Hartmann. — *Académie de médecine* ; 27-4-1926.)

M. Hartmann fait une communication sur le séro-diagnostic du cancer par la réaction de Botelho.

M. Botelho, étudiant le glycogène du sang chez les cancéreux, prit pour réactif la solution gommo-iodo-iodurée. Il eut la surprise de voir que la plupart des sérums cancéreux traités par ledit réactif donnaient un précipité, alors que les sérums non cancéreux témoins n'en donnaient pas. Il se demanda dès lors si l'on ne pourrait pas tirer de cette constatation une épreuve de séro-réaction pour le diagnostic du cancer et de là est née la réaction qui porte son nom.

A la vérité, ayant poursuivi ses recherches, l'auteur remarqua une certaine inconstance des résultats. Il en rechercha la raison et fut amené à modifier l'acidité de la solution gommo-iodurée d'une part, et la concentration en albumine du sérum examiné d'autre part.

M. Hartmann a fait examiner, suivant cette technique nouvelle, le sérum provenant de 200 malades. Sur 145 cancéreux, il a enregistré 131 réactions positives (4 des 14 cas négatifs concernaient des malades irradiés). Sur 55 témoins, il y eut 47 réactions négatives et 7 positives. En bloc, les résultats de la réaction de Botelho pour le diagnostic du cancer ont une valeur égale à celle du Wassermann pour celui de la syphilis. Les fausses réactions positives des sujets non cancéreux tiennent à des causes qui ne sont pas toutes définies. La positivité s'observe chez la femme enceinte au cours de la première période de la grossesse, par exemple.

Un point particulier est relatif à l'action du traitement. Sur 17 cancers opérés, 12 fois la réaction resta positive (or, la récidive se produisit dans les 12 cas), 5 fois elle devint négative (il n'y eut aucune récidive pour 4 de ces cas).

Le nombre des observations est évidemment encore insuffisant pour autoriser des conclusions définitives. La question mérite néanmoins toute l'attention et paraît devoir fournir des données intéressantes.

Virus tuberculeux filtrant et hérédité tuberculeuse.

(MM. Fernand Arloing et A. Dufourt. — *Académie de médecine* ; 27-4-1926.)

La connaissance du virus filtrant tuberculeux modifiera-t-elle les idées courantes sur l'hérédité tuberculeuse ? M. Arloing a déjà envisagé ce sujet dans une communication récente. Il y revient aujourd'hui pour préciser sa pensée.

M. Léon Bernard, on se le rappelle, s'était élevé avec force contre les déductions hâtives que l'on pourrait tirer des exemples expérimentaux de passage au travers du placenta du virus tuberculeux filtrant. M. Arloing montre qu'il n'a jamais, dans son travail avec M. Dufourt, fait de semblables déductions. Le passage du virus tuberculeux dans le placenta est un problème biologique que tout chercheur peut s'efforcer de résoudre. Les méthodes actuelles de prophylaxie antituberculeuse infantile conservent, malgré cela, leur entière valeur.

Le dogme de l'hérédité tuberculeuse garde encore aujourd'hui, en Allemagne notamment, des partisans invétérés. Depuis cinquante ans, l'école de pédiatrie française, à la suite de Grancher, s'est efforcée de le combattre. L'hérédité de graine sous forme bacille est négligeable. Mais, faut-il ouvrir, en marge de l'hérédité bacille, un chapitre de l'hérédité virus filtrant ? Là est l'inconnu (A. Dufourt).

— M. Marfan ne trouve rien dans la découverte du virus filtrant qui ébranle la doctrine actuelle de l'hérédité tuberculeuse. Cette découverte n'autorise nullement à modifier nos conceptions de l'heure présente.

— M. Bar signale un phénomène, d'ordre général : les enfants nouveau-nés réagissent mal pendant les premiers jours aux épreuves qui permettent de déceler la présence d'anticorps. En ce qui concerne la tuberculose, on peut se demander si la négativité de la cuti-réaction à la naissance est un fait biologique de ce genre, d'ordre général, ou, si elle est la preuve de l'absence de tuberculose chez le nouveau-né. Ce point mériterait d'être éclairci.

Pour préserver l'entourage d'un diphtérique : le sérum purifié et l'anatoxine Ramon.

(M. Lereboullet. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 23-4-1926.)

Pour préserver l'entourage d'un diphtérique de la contagion, il a été et il est encore classique de recourir à l'injection prophylactique de 10 centimètres cubes de sérum. Cette injection, qui a fait ses preuves, protège pour une durée il est vrai assez courte. Elle a l'inconvénient de provoquer parfois des accidents sériques.

Nous disposons actuellement de deux moyens nouveaux de vaccination qui offrent des avantages divers : le sérum désalbuminé, purifié (antitoxine purifiée), qui immunise comme le sérum ordinaire, c'est-à-dire rapidement et pour peu de temps, en ne créant qu'exceptionnellement des troubles sériques, et l'anatoxine Ramon dont l'action est plus lente à se produire mais est beaucoup plus durable.

Le sérum purifié est parfaitement indiqué dans cette prophylaxie. Toutefois, il faut lui préférer l'anatoxine lorsque les sujets peuvent être surveillés et qu'ils ne présentent aucun signe suspect du côté de la gorge. La surveillance rend sans danger le délai nécessaire à l'anatoxine pour intervenir et on obtient une prévention plus durable. Il ne semble pas opportun de recourir simultanément à l'injection de sérum et à l'anatoxine, la vaccination à l'anatoxine paraissant alors se faire moins bien. Lorsque les sujets ne sont pas susceptibles de mise en observation régulière, dans certaines épidémies et certains foyers familiaux, la séro-prévention conserve toutes ses indications.

— M. Louis Martin a une opinion analogue à celle de M. Lereboullet. La vaccination avec les sérums est immédiate et à peu près inoffensive lorsqu'on s'adresse au sérum désalbuminé. Avec l'anatoxine,

il faut un temps plus long. Dans les familles où l'on surveille les enfants, surtout s'il s'agit de grands enfants, M. Louis Martin pense qu'on peut sans risque préférer la vaccination anatoxinique.

La réaction de Schick en clientèle.

(M. Louis Martin. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 23-4-1926.)

Comment peut-on pratiquer la réaction de Schick en clientèle ? L'avis de M. Louis Martin est que, pour le moment, cette question n'est pas résolue.

L'Institut Pasteur fournit aux laboratoires de la toxine vieillie non diluée, en ampoules de 1 à 2 cc. Dans les services hospitaliers bien installés, on dilue la toxine en proportions convenables et tout se passe simplement. Comme la toxine en tube scellé se conserve longtemps, la réaction de Schick devient aisée lorsqu'on est outillé pour faire des dilutions bien titrées, mais, toute erreur dans la dilution pouvant être suivie d'accidents, l'Institut Pasteur préfère délivrer aux cliniciens de la toxine diluée. Malheureusement, celle-ci devient très rapidement inactive. On cherche actuellement un procédé de stabilisation qui faciliterait pour le praticien l'usage de cette réaction.

— M. Lereboullet fait remarquer (comme il le dit sans cesse dans son enseignement) que, si précieuse qu'elle soit, la réaction de Schick ne saurait être couramment mise en œuvre par le praticien. Sa technique et sa lecture délicate suffisent à justifier la règle qui la réserve aux médecins hygiénistes, aux médecins scolaires et dans l'ensemble aux médecins chargés des collectivités. A l'hôpital, il est facile d'en organiser l'emploi et d'en faire profiter ceux qui peuvent venir pour y être soumis.

Anémie pernicieuse vermineuse.

(MM. Roudinesco et Luet. — *Société de Pédiatrie* ; 19-1-1926.)

MM. Roudinesco et Luet communiquent l'observation d'un enfant de 4 ans ayant présenté une anémie du type pernicieux. Quelques jours après le premier examen, le petit malade expulsa quatre ascaris *morts*. Les matières fécales contenaient de nombreux œufs de trichocéphales. Un traitement par l'eau chloroformée fut institué et l'anémie diminua progressivement.

— M. Apert a noté que dans les états graves qui se trouvent améliorés ou guéris à la suite d'expulsions de vers, en particulier dans les cas publiés sous le nom de méningites vermineuses, c'est à la suite d'expulsion d'ascaris *morts* que l'amélioration survient. Il semble que c'est la mort des ascaris dans l'intestin qui cause l'état d'intoxication. Il en fut ainsi dans l'exemple rapporté par MM. Roudinesco et Luet.

Métastase utérine suite d'hypernéphrome.

(MM. Morisetti et Larcher. — *Soc. méd. du IXe arrond.* ; 18-3-1926.)

Une femme d'une quarantaine d'années, émaciée à l'extrême, offre une tumeur énorme remplissant l'abdomen, prolabant dans les culs-de-sac vaginaux, rénitente, à morphologie de kyste ovarien et s'accompagnant de symptômes compressifs sans réaction surrénalienne.

La laparotomie médiane met à jour la tumeur et décèle sa liaison lombaire ; le décollement de la coalescence embryologique du côlon permet le déjettement en dedans de l'ascendant et de son méso portevaisseaux et l'énucléation aisée de la masse lourdement encapsulée. Les suites opératoires sont normales.

L'examen histologique pratiqué par M. le prof. Lecène confirme le diagnostic d'hypernéphrome.

Six mois, la santé demeure bonne.

Puis chez cette femme qui depuis deux ans n'a plus eu de menstruation, des métrorrhagies s'installent, l'organe utérin devient gros, sensible et ce sont ces complications sanglantes qui, en l'espace de trois mois achèvent l'histoire clinique.

Luxation de l'auriculaire gauche.

(M. Morisetti. — *Soc. méd. du IXe arrond.* ; 18-3-26).

Blessé vu le 15e jour, le doigt rectiligne, saillie palmaire de la tête métacarpienne, raccourcissement de l'auriculaire manifeste quand les mains se juxtaposent.

La radiographie montre le sésamoïde qui est, tout comme dans la luxation du pouce, retourné et interposé entre la phalange et le métacarpien.

La réduction n'est possible que par intervention sanglante ; elle est pratiquée sous anesthésie locale.

Les suites ont été normales, le blessé a repris son travail un mois après

P.L.

Les Congrès

VII[e] Réunion annuelle de la Société Française d'orthopédie [1]

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ÉTUDE

Main bote congénitale et main bote paralytique.

Rapporteur : Prof. H. L. ROCHER (de Bordeaux).

La main bote est une attitude vicieuse permanente de la main sur l'avant-bras.

Cette définition englobe des déviations multiples parmi lesquelles on distingue deux grands groupes : les mains botes congénitales, les mains botes acquises.

Main bote congénitale. — Deux variétés selon qu'il y a ou non intégrité du squelette.

Les mains botes avec intégrité du squelette sont à la main l'homologue du pied bot congénital. Elles sont presque toujours du type cubito-palmaire. Elles résultent soit d'une attitude vicieuse *in utero*, d'une dysplasie des muscles du bras, d'une displasie articulaire.

Les mains botes avec malformation du squelette sont dans la grande majorité des cas des mains botes radiales et radio-palmaire, avec absence plus ou moins complète du radius. Le rapporteur en donne une description clinique. Il remarque que la malformation squelettique s'accompagne d'anomalies vasculo-nerveuses, de lésions musculaires étendues, qui ont une grande importance fonctionnelle.

De même le segment radial de la main peut être absent en totalité ou en partie.

Les fonctions de la main sont surtout conditionnées par le nombre des doigts conservés, l'état des articulations et des muscles.

Tous ces sujets présentent une force de préhension faible, mais ils acquièrent très souvent par des suppléances une adresse remarquable, et n'éprouvent pas le besoin de se faire traiter.

La main bote par absence de cubitus est rare, et s'accompagne parfois de synostose radio-humérale, ou de luxation de la tête radiale.

Dans les mains botes avec intégrité du squelette, le traitement sera commencé de bonne heure : massage suivi de contention en appareil, tractions élastiques, redressements successifs ; parfois des ténotomies sont nécessaires ; s'il y a malformation articulaire le rapporteur conseille l'évidement sous-cutané.

Dans les mains botes avec malformation du squelette le redressement constitue le premier temps du traitement soit par appareil, soit par ostéotomie. Pour fixer le redressement on a préconisé des opérations multiples, soit l'implantation du cubitus dans le carpe, soit la transformation du cubitus en une fourche encastrant le carpe, soit la constitution d'un nouveau radius au moyen d'un greffon.

C'est à la bifurcation du cubitus par la méthode de Frœlich que le rapporteur donne la préférence. Le résultat thérapeutique reste toujours dominé par l'état des muscles et des articulations.

Main bote paralytique. — On en distingue trois groupes : les paralysies flasques, spasmodiques, et par contracture réflexe ou physiopathiques.

a. *Main bote par paralysie flasque.* — Le rapporteur en décrit trois types : la main bote de la paralysie radiale, bien connue, la main bote par paralysie du plexus brachial, traumatique ou obstétricale, d'aspect variable selon le siège de la lésion, la main bote de la paralysie infantile plus variable encore (main ballante, main bote palmaire ou surtout cubito-palmaire).

b. *Main bote spasmodique.* — Dans les encéphalopathies infantiles, on observe surtout une déviation cubito-palmaire de la main, souvent des mouvements involontaires variés (chorée, athétose). Ces troubles sont étendus à tout le membre, et on observe des troubles intellectuels dont il faut tenir compte pour le pronostic. Dans l'hémiplégie de l'adulte à la période de contracture, la main se dévie en pronation-flexion, flexion des doigts, attitude qui se fixe par rétraction.

Dans l'hémiplégie hystérique, il peut y avoir une main ballante mais surtout de la contracture en flexion.

c. *Mains botes physiopathiques.* — Ce sont les déviations réflexes consécutives aux traumatismes telles qu'on en observait pendant la guerre et sur l'interprétation desquelles on a tant discuté. Parfois on a une paralysie flasque, le plus souvent de la contracture avec des déformations variées.

Le rapporteur passe ensuite en revue les méthodes thérapeutiques appliquées aux mains botes paralytiques.

L'appareillage des mains botes flasques a donné lieu pendant la guerre à différents types d'appareils rigides ou mobiles. Leurs indications sont à discuter selon la profession du blessé.

Dans les autres variétés de main bote, l'appareillage constitue surtout un temps pré-opératoire.

Interventions tendineuses. — Les ténotomies, allongements tendineux, sont de pratique courante quand il y a rétraction ou contracture. Le raccourcissement, la ténodèse ont été employés dans la paralysie flasque. Mais ici c'est surtout la transplantation de muscles du groupe palmaire sur les muscles dorsaux qui a été employée : transplantation partielle du rond pronateur (R. Jones), transplantation sur les extenseurs des doigts et abducteur du pouce des palmaires et cubital antérieur (Mauclaire, Mas-

(1) V. *Concours médical* n° 22.

sart). Un traitement de contention et rééducation est indispensable après ces opérations.

Arthrodèse. — L'arthrodèse du poignet en bonne attitude peut être indiquée à une période tardive dans les paralysies flasques pour remplacer le port d'un appareil.

Interventions nerveuses. — Le rapporteur énumère toutes les opérations qui ont été tentées surtout contre les déviations spasmodiques, neurotomies tronculaires partielles (Stoffel), alcoolisation des troncs nerveux (Sicard) ; la section partielle de chacun des nerfs des muscles contracturés (Dickson) semble plus simple, puis les radicotomies (opération de Foïster, Gulcke), la section des rami communicantes du grand sympathique cervical (Rayle).

Indications comparatives des méthodes thérapeutiques dans les mains botes paralytiques. — La prothèse peut être appliquée dans toutes les mains botes par paralysie flasque sauf dans la forme hystérique. Elle est contre-indiquée dans la paralysie spasmodique, son emploi est discuté dans les mains botes physiopathiques. La prothèse devra toujours être mise en parallèle avec les procédés chirurgicaux et s'adresser aux échecs et refus opératoires. L'arthodèse dans les professions de force peut rendre de gros services.

Les interventions tendineuses et osseuses seront indiquées dans la poliomyélite à un stade tardif (trois ans après le début) lorsque la lésion est irrémédiable.

Dans les mains botes physiopathiques la psychothérapie n'a pas donné de résultats très évidents. Le rapporteur recommande les traitements physiothérapiques exercés avec une grande douceur. L'opération de Leriche (sympathectomie périartérielle au niveau de l'humérale) donne des résultats immédiats très satisfaisants.

Discussion.

M. Massart (Paris) présente une observation d'arthrodèse du poignet associée à la plicature des tendons extenseurs, pour une paralysie traumatique ancienne. Résultat excellent.

M. Martin du Gan (Genève) présente un cas d'absence congénitale du radius et demande à quel âge on doit intervenir dans ces cas. MM. Nové-Josserand, Kirmisson, Mathieu, Ombrédanne, Papin, sont d'avis que dans ces cas on doit faire du redressement, du traitement modelant dès les premiers mois de manière à empêcher la luxation du côté radial, et à permettre de se servir de la main. L'opération ne devra être tentée que tardivement à treize, quatorze ans.

Questions diverses.

Omoplates ballantes. — M. Mauclaire a observé trois malades qui, à la suite d'une paralysie plus ou moins complète des muscles scapulaires ,présentaient une bascule de l'omoplate, avec impossibilité d'élever les bras si l'omoplate n'était fixée. Chez le dernier malade où la lésion était double, il a effectué la fixation de l'omoplate sur les côtes et en plus fixé par des fils métalliques les deux omoplates l'un à l'autre. Résultat excellent.

M. Rocher (Bordeaux) a observé trois cas de ptose de l'épaule par aplasie congénitale plus ou moins complète du trapèze. Les deux premiers ont été traités par la physiothérapie, chez le troisième il pratiqua la fixation de l'omoplate aux côtes avec un bon résultat fonctionnel.

Malformations congénitales multiples. — M. Feutelais (Le Mans) présente l'observation d'un enfant présentant l'amputation congénitale de plusieurs doigts et orteils, une incurvation de la jambe avec bride profonde entraînant des troubles circulatoires. Résection de la bride, ostéotomie du tibia.

Traitement du pied bot congénital invétéré par la reposition sanglante de l'astragale. — M. Massart (Paris) présente les résultats éloignés de cette opération qu'il a décrite à la Société de chirurgie. Les résultats sont très bons. Il insiste sur la bénignité de cette intervention qui a pour but de faciliter les manœuvres modelantes et de permettre la cure complète de la déformation.

Butée postérieure complémentaire de l'arthrodèse sous-astragalienne dans la chute de la pointe du pied. — M. Nové-Josserand rappelle combien dans le pied paralytique on a de peine à empêcher la chute du pied. On a proposé de créer derrière le calcanéum une butée *osseuse arrêtant l'extension* du pied (Toupet, Campbell). M. Nové-Josserand décrit une nouvelle technique pour la création de cette butée. Comme chez ces malades on pratique pour stabiliser le pied une arthrodèse sous-astragalienne, on taillera à même le calcanéum au niveau de la sous-astragalienne postérieure un fragment osseux qui sera redressé en ergot derrière le calcanéum et qui restant adhérent par sa base n'aura pas de tendance à se résorber.

M. Ugo Camera (Turin) emploie les butées osseuses rétro-calcanéennes soit comme opération isolée, dans les paralysies spasmodiques de l'enfance, soit comme opération complémentaire de transplantations tendineuses, et la ténodèse dans la paralysie du sciatique proplité externe.

M. Ombrédanne a pratiqué aussi ces butées postérieures en implantant un greffon tibial dans l'astragale.

M. Lance.

Elections. — Au cours de la Réunion ont été élus

Membres titulaires de la Société : MM. le prof. Le Fort (Lille), Bréchot (Paris), G. Moutier (Nantes), E. Perrin (Lyon), Clavelin (Val-de-Grâce), Tillier (Alger), R. Ducroquet (Paris), Nicolau (Perpignan.)

Membres correspondants étrangers : MM. Ugo

Camera (Turin), Papadopoulo (Athènes), B. Gradoyevitch (Belgrade), prof. Gaëtano (Naples).

— Les deux questions mises à l'étude pour la VIIIe réunion, en octobre 1926, sont :

Le genou paralytique. — Rapporteur : M. Nové-Josserand (Lyon).

Le traitement des séquelles de la coxalgie en dehors des récidives et de l'évolution tuberculeuse. — Rapporteur : M. Mathieu (Paris).

Les Livres

Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris

Dr H. Legrand. — **Guide formulaire des spécialités pharmaceutiques.** (1 vol in-8, 960 pages, 1925. Prix : 25 fr.)

L'ouvrage comprend deux parties :

1° Un dictionnaire par ordre alphabétique des spécialités pharmaceutiques habituelles avec composition et formule, propriétés et indications thérapeutiques, formes de présentation, posologie et mode d'emploi aux divers âges.

2° Un index-répertoire des médicaments spécialisés, où figurent les dénominations des spécialités, les noms et adresses des fabricants, propriétaires ou dépositaires, la pagination des notices scientifiques.

Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Cattier. — **La blennorragie chez l'homme et chez la femme** (3e édition, 576 pages, avec 60 figures dans le texte et 3 planches hors texte, Paris 1925.)

Ce livre est divisé en trois parties principales : ce qu'est la blennorragie ? comment on doit la traiter ? comment on peut l'éviter ?

I. La microbiologie de l'écoulement urétral est la question à l'ordre du jour. Quel est le rôle exact du chef de bande ? Est-il toujours-là, même quand il passe la main à ses associés ? La question est loin d'être résolue c'est qu'il est souvent difficile de déceler l'agent infectieux, et il est nécessaire d'examiner aussi le verre d'urine, qui permet tout de suite de diriger l'investigation clinique vers des lésions de surface ou des dégâts en profondeur. Il ne faut pas négliger non plus les épreuves irritatives de la bière et du nitrate d'argent, ni l'urétroscopie.

II. On doit savoir choisir une méthode de traitement, qui ne soit pas l'empirisme navrant auquel s'abandonnent certains praticiens en désespoir de cause. Cette méthode existe, et, sans méconnaître les fort belles espérances que donne l'aube naissante de certains procédés, nous resterons fidèles aux vieux traitements, dont ne dispense aucune des méthodes nouvelles conseillées jusqu'à ce jour. Ils ont fait leurs preuves ; l'auteur les a étayées sur un chiffre impressionnant d'observations recueillies pendant la guerre et considérablement accru dans la pratique civile.

La blennorragie féminine, véritable pierre d'achoppement pour le médecin, mérite une étude attentive.

Quant à la guérison, le seul procédé reconnu efficace par les urétrologues c'est la spermoculture.

Un chapitre est consacré aux instruments indispensables à l'urétrologie. L'auteur ne néglige ni la bactériothérapie, ni la sérothérapie, ni la diathermie endo-urétrale, bien que celle-ci nécessite un appareillage délicat, onéreux, seulement accessible au petit nombre.

III Une « bonne fortune » doit s'accompagner du souci de l'hygiène, de la propreté, de l'absence de contagion.

La prophylaxie comprend trois échelons : défense individuelle, défense sociale et prophylaxie morale, sans oublier le dispensaire vénéréologique bien organisé, le traitement à la portée de tous, la lutte contre l'exploitation des vénériens et le charlatanisme !

Librairie Agricole de la Maison Rustique,
26, rue Jacob, 26, Paris (VIe).

Mme Henriette Babet-Charton, ancienne directrice de Laiteries. — **Bon lait, bon beurre (l'art de faire le beurre)**. Préface de Henry Girard, président de la Confédération générale des producteurs de lait. (Un vol. 12×19 de 82 p. avec gravures. Broché : 4 fr. 50 ; franco : 5 fr. 10).

Ad. Toussaint, délégué général de l'Union Centrale des Agriculteurs de France. — **Comment l'agriculteur peut aider ses ouvriers.** (Une brochure 15×24 de 48 pages. Brochée : 3 fr., franco, : 3 fr. 60). (Collection de « Défense Agricole », sous la direction de Henry Girard)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Nous avons reçu de M. le professeur G. Lemoine, de la Faculté de médecine de Lille, l'article suivant que nous livrons aux méditations de nos lecteurs :

La « Faculté des Camarades »

Le concours de l'Agrégation vient de se terminer en aboutissant, d'après son nouveau règlement, à la nomination non pas d'agrégés mais simplement de candidats déclarés aptes aux fonctions d'agrégés.

C'est qu'en effet le concours actuel s'est fait d'après des modalités nouvelles qui font qu'il ne ressemble en rien aux concours antérieurs, tels qu'ils se pratiquaient depuis près d'un siècle. Il se compose de deux séries d'épreuves : d'abord celles de l'admissibilité dont sont dispensés tous les médecins des hôpitaux des villes de Faculté, puis les épreuves orales définitives auxquelles participent tous les candidats. Chacun de ceux-ci obtient une note après chaque épreuve et un minimum de points est obligatoire pour l'admissibilité ; mais, chose absolument singulière, une fois toutes les épreuves terminées et proclamation faite des points attribués à chacun, aucun classement n'est fait et le jury prend bien soin d'inscrire les *Agrégeables* par ordre alphabétique sur une liste remise à chaque Faculté comme s'ils étaient *ex æquo*.

Sur cette liste, le Conseil de la Faculté devra choisir le ou les candidats qui lui plairont le plus pour remplir la ou les places d'agrégés qui seront vacantes.

Je veux oublier les noms des professeurs qui ont collaboré à l'élaboration d'un tel règlement auquel une seule qualification peut s'appliquer: c'est « Un Monstre » ; c'est pour cette raison que je me garderai bien de les citer ici, préférant les laisser recouverts d'une ombre qui leur est favorable. Mais il m'est permis de rechercher quelles sont les directives auxquelles ils ont dû obéir ou, si l'on aime mieux, quel était le fond de leur pensée lorsqu'ils ont mis leur signature au bas de ce règlement.

Evidemment, le *but apparent* est de donner au concours des allures de justice que les concours antérieurs ne possédaient peut-être pas assez. Pour cela, il fut décrété que la première épreuve d'admissibilité, leçon écrite, serait anonyme. De cette façon, aucune faveur n'est possible ; le mérite est seul récompensé et le jury reste dans les plus hautes sphères d'intégrité morale. D'autre part, on a eu le souci de rendre le concours aussi facile que possible en accordant pour chaque épreuve orale de longues heures de réflexion pendant lesquelles les candidats peuvent préparer la leçon à faire avec l'aide de tous leurs amis et de tous les documents qui leur sont apportés. En tout cas, sous cette forme, le concours a les allures de l'impartialité la plus absolue et, de fait, on n'a pas entendu à la suite de celui qui vient de finir les récriminations auxquelles on était jadis habitué.

Mais le *but réel* paraît être tout autre : il est de permettre à chaque Faculté de pêcher sur chaque liste les candidats qui lui sont agréables et de rejeter les autres dans l'oubli éternel. Le concours aura été juste et le jury qui l'aura présidé restera d'une blancheur immaculée. C'est la Faculté qui aura le droit de se laisser aller à la partialité la plus éhontée sans que ce droit puisse être fréné en aucune manière. En effet, il ne faut pas oublier que la liste sur laquelle elle devra choisir présente tous les candidats simplement par ordre alphabétique et qu'il ne servira à rien d'avoir eu une note supérieure ; on aura pu en tirer une certaine gloire momentanée, mais c'est tout. Un vote du Conseil de la Faculté doit décider en dernier ressort du mérite des candidats, et, comme le jury a pris soin d'en recevoir un grand nombre, la Faculté saura toujours trouver dans le tas le professeur de son goût.

J'attends avec curiosité la séance du Conseil de Faculté où l'on devra remplir les vacances d'emploi et je me demande sur quelle base le choix pourra se faire. En y réfléchissant bien, je ne vois que trois façons pour lui de sortir d'embarras : la première est de s'en rapporter au total des notes obtenues par chaque candidat et de placer celui qui a obtenu 35 avant celui qui n'a eu que 30. Comme ce serait là une façon de faire logique, il y a bien peu de chances qu'elle soit adoptée. Voilà en effet plus de 35 ans que je fais partie d'un Conseil de Faculté et j'ai toujours eu la surprise douloureuse de voir que là des hommes, qui pris en particulier sont géné-

ralement intelligents, aboutissent trop souvent à des votes absurdes. Ce qui doit nous consoler c'est qu'il en est de même dans toutes les assemblées aussi bien à la Chambre qu'au Conseil des Ministres.

Une deuxième façon de faire qui, je l'espère, ne viendra à la pensée d'aucun, sera de suivre l'ordre alphabétique. Mais, comme après tout il faut tout prévoir, il est bon de s'arrêter un instant à cette hypothèse.

La troisième manière de procéder, celle qui sera très probablement suivie partout, consistera à nommer agrégé celui qui sera le plus sympathique à la majorité des votants, sans tenir compte ni des points donnés au concours ni de la valeur scientifique de l'élu ; et alors, à quels marchandages n'allons-nous pas assister ? S'il y a deux places vacantes et que deux groupements de votants soient en nombre à peu près égal, ce qui laisserait l'issue du vote douteuse, on se passera la rhubarbe et le sené. Prenez-mon candidat, dira-t-on au voisin, et j'accepterai votre ours. Mais si la majorité est compacte, il sera bien que les candidats désireux d'être élus soient en bons termes avec elle, sans quoi ils risqueront d'attendre sous l'orme. Ah quels beaux jours pour les combinaisons ! C'est là où l'on verra toute la force des liens politiques, religieux, ou simplement familiaux. Il est telle Faculté, et non des moindres, où il sera bon pour avoir des chances d'être l'adepte de certaine religi n ; ailleurs il sera préférable d'être le gendre, ou ailleurs encore d'être le fils. Nous verrons refleurir à nouveau, dans les Facultés, des Associations familiales et ce ne sera pas toujours au bénéfice de leur valeur.

Et puis, avec la multiplicité actuelle des sections de concours, on verra d'autres tractations s'opérer. On supprimera une place dans la section de chimie pour la transformer en place de chirurgie ; on se passera d'un agrégé accoucheur pour caser un candidat en médecine ; ce sera la valse et le tango des places à pourvoir ; et il y en aura toujours pour les agrégeables qui auront su faire risette à la majorité et jamais pour les autres. Et de là naîtront des difficultés et des divisions sans nombre dans l'intérieur des Facultés : de véritables haines se formeront entre la minorité dont les candidats seront toujours évincés et la majorité qui se réservera les prébendes. Des divisions existaient déjà, qui se manifestaient généralement lors de l'élection des doyens ; elles seront centuplées par l'élection des agrégés.

Et c'est bien cela, semble-t-il, qu'a voulu créer la Commission qui a élaboré le règlement du concours actuel ! Elle a voulu que certains groupes puissent toujours, dans chaque Faculté, faire prévaloir leurs intérêts ; elle a voulu que le choix et la faveur restent souverains maîtres et que le concours ne soit plus qu'un paravent derrière lequel se jouera la pièce ; c'était là son but, tout tend à le démontrer. On verra ce qui en sortira.

Ce qui est profondément triste, c'est que dans tout cela l'intérêt réel des études est complètement oublié. Peu importe comment l'enseignement sera donné, le tout est de savoir par quel ami il sera fait. On oublie que les étudiants sont les futurs praticiens de demain et que ce sont ces derniers qui tiennent dans leurs mains le sort de l'hygiène et de la santé du pays. Plus encore, on oublie que l'enseignement ne vaut que par les hommes qui l'exercent et qu'un pays tire toujours une partie de sa gloire de l'enseignement qui y est professé. On sacrifie les intérêts supérieurs à des intérêts de coterie et on se moque ainsi du corps médical tout entier. Or dans cette affaire, ce dernier a pourtant un mot à dire, il est à souhaiter qu'il ne reste pas muet. L'opinion des médecins jugera d'abord ; l'opinion publique jugera ensuite, et il est à présumer qu'elles ne seront pas tendres ni l'une ni l'autre pour le mode de concours que je n'hésite pas à flétrir.

Prof. G. LEMOINE.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

I

Conséquences des poursuites.

Lorsque, le 11 avril dernier, j'exposais pourquoi je considère comme vaines, et même risquées à un certain point de vue, les poursuites dirigées contre les fauteurs d'exercice illégal, dans l'état actuel de la législation et des mœurs, je savais bien que je m'exposais à être critiqué, et je m'attendais même à être hué par certains confrères qu'indignerait ma témérité.

Je n'ai pas été hué. Mais la réprimande ne m'a pas cependant manqué : elle m'a été administrée par un de mes bons amis, pour lequel je professe, — il le sait, et je lui en ai donné maintes preuves, — une vive sympathie, mais qui, ayant été durant de longues années de son existence professionnelle l'un des plus ardents protagonistes de la répression de l'exercice illégal, ne pouvait me pardonner l'aveu d'impuissance que j'osais formuler.

Il alla même jusqu'à me dire : « On n'a pas le droit, dans un journal médical, d'user d'une pareille liberté de langage... » J'ai accepté de bonne grâce la réprimande amicale, jusqu'à cette

phrase, qui est de trop. Halte là ! Si nous ne cessons de proclamer que le *Concours médical* est une tribune ouverte à toutes les opinions, si nous mettons nos actes en harmonie avec notre programme, il serait étrange que je me voie contester ce privilège de la liberté d'opinion, surtout, lorsque celle que j'exprime s'appuie sur des faits indiscutables. Il y a bien d'autres affirmations, infiniment plus graves que celle que j'ai produite, qui ne devraient pas être inconsidérément formulées dans nos organes médicaux, telle celle qui laisserait croire, *à tort*, aux médecins, que la déclaration des maladies épidémiques est facultative, et soumise au bon vouloir des malades, ainsi que je l'ai lu dernièrement.

Je prends donc l'entière responsabilité de ce que j'écris, et j'attends, en matière d'exercice illégal, qu'on me démontre que des poursuites, suivies de condamnations, ont entraîné le renoncement définitif des coupables à leur fâcheuse industrie.

Mais, jusque là, je me réserve le droit d'établir sur des faits le bien fondé de mon argumentation.

En voici justement deux qui sont venus à ma connaissance, en quelque sorte à point nommé, pour m'aider à répondre à mon sympathique contradicteur.

Le Syndicat des oculistes poursuivait un opticien prévenu d'exercice illégal, en ce qu'il procédait à l'examen de la vision de ses clients, au moyen de la skiascopie, et se portait partie civile.

La 10e Chambre correctionnelle du tribunal de la Seine condamna l'opticien, le 21 février 1924, à 500 fr. d'amende, à 1.000 fr. de dommages intérêts envers le Syndicat des oculistes, et à l'insertion du jugement dans cinq journaux à ses frais.

Appel ayant été porté devant la Cour, la 9e Chambre a rendu, le 21 mars dernier, un arrêt — *tenez-vous bien* ! — qui réduit l'amende à *cent* francs, *accorde au condamné le bénéfice du sursis*, et ramène les dommages-intérêts à *cinq cents* francs ...

Ainsi donc, aux peines, relativement minimes, infligées par la juridiction du premier degré, la juridiction d'appel, dans une mansuétude que les médecins feront bien de méditer, a substitué des peines absolument insignifiantes. Qu'est-ce que 500 francs-papier d'amende pour un opticien qui vend lorgnons et lunettes au poids de l'or ?

D'autre part, un de mes bons amis, chirurgien des hôpitaux et professeur, m'envoie le document suivant, avec la lettre que voici :

« Laissez-moi vous adresser une copie d'une affiche que me communique le Dr X. L'auteur, dont vous lirez le nom, a été interdit par l'évêque de Rennes, après plusieurs condamnations (dont la dernière, de prison), pour exercice illégal de la médecine.

Ne trouvez-vous pas écœurant qu'une semblable affiche soit apposée sur les murs d'un village, sans que des ordres soient donnés pour la dilacérer, alors que l'auteur a été jugé et condamner.

J'ai lu votre intéressant article du dernier *Concours*, et c'est ce qui m'incite à vous communiquer ce document. » D. C.

Et maintenant, savourez le document en question.

La vérité en médecine

Toutes les attaques et toutes les poursuites dont je suis victime de la part des médecins allopathes ne m'empêcheront pas de crier la Vérité, parce que c'est la Vérité. Cette Vérité, je la crierai jusqu'à mon dernier souffle.

L'ALLOPATHIE N'EXISTE PAS.

A sa base même, elle est fausse, puisque le fameux Codex est archi-faux. Le médecin allopathe ne dispose d'aucun médicament qui puisse guérir, car ses médicaments sont tous mal préparés. Tous les médicaments qu'il prescrit sont des milliers de fois trop épais, sans aucune analogie avec le microbe et son terrain de culture. Seul le médicament homéopathique tue le microbe de la maladie, parce qu'il est à dose infinitésimale comme le microbe.

LA VRAIE MÉDECINE.

La médecine est tout entière renfermée dans ces trois mots le microbe, son terrain de culture (la vie) et le médicament : tous trois sont infinitésimaux. Le microbe, comme la vie, est d'une fluidité telle qu'il défie toute perception pour les sens, il défie toute analyse. Le médicament pour tuer le microbe, c'est-à-dire pour guérir le malade, ne doit pas être plus matériel que le microbe lui-même. Et cette théorie (la seule vraie, l'expérience le prouve tous les jours) est la condamnation de l'allopathie.

L'homéopathie guérit : l'allopathie est nulle... quand elle ne tue pas. C'est pourquoi le médecin allopathe ne peut, par profession, que mentir, voler et tuer !

LA FEMME DOIT ALLAITER.

La femme qui n'allaite pas est criminelle. Elle compromet la vie de son enfant, elle le condamne la plupart du temps à la dégénérescence. Par là-même, elle compromet l'avenir de la race, car à la quatrième génération, tous les enfants seront scrofuleux ou tuberculeux.

L'allaitement doit durer au moins un an. L'ordre est ainsi établi et tous les racontars intéressés des médecins n'y peuvent rien changer.

Beaucoup de jeunes filles actuellement ne sont pas aptes à fonder un foyer, parce qu'étant enfants, elles n'ont pas été allaitées. Si elles se marient, c'est la misère et le désordre dans le futur foyer. Et ce sont les médecins allopathes qui sont responsables de cet

état de choses, car ce sont eux qui conseillent, journellement, aux mères de ne pas allaiter !

Pas d'opération !

La médecine officielle, toujours impuissante, renvoie volontiers ses clients à la chirurgie. Or, une opération, dans un cas de maladie, est un crime. Une maladie se guérit par un médicament, mais jamais à coups de couteau ! Une opération est toujours, en pareil cas, un assassinat à petites doses, et le criminel qui s'en rend coupable est digne des galères.

Une opération particulièrement scandaleuse est largement pratiquée de nos jours, qui nous fait reculer aux temps les plus barbares et les plus sauvages, c'est une monstruosité. Le médecin qui s'en rend coupable mérite la pendaison. Et il y a, actuellement plus d'un million de femmes qui ont subi cette dégradante opération.

La conséquence ? C'est environ 500.000 enfants supprimés chaque année.

Si nos gouvernants assistent impassibles à cette monstruosité, toi, du moins, brave peuple, réfléchis un peu. Ton bon sens te dit que j'ai raison de demander la suppression du monopole médical. Il te suffit d'ouvrir les yeux pour constater que je n'exagère rien. Je te convie donc à m'aider à crier la Vérité, et à supprimer cette tyrannie qui pèse sur tes épaules.

Abbé J. Chaupitre.
27, rue Lobineau, Rennes.

Quand Chaupitre, récidiviste impénitent, aura été de nouveau condamné, il purgera sa peine, qui n'excédera jamais 500 francs d'amende, et — ou — un mois de prison (article 18 de la loi de 1892). Et il recommencera comme de plus belle, avec une renommée fortement accrue sans doute, auprès du vulgaire, qui veut être trompé. Les dommages-intérêts ? Peut-être, s'ils atteignaient des sommes importantes, quelques dizaines de mille francs ! Mais vous venez de voir la Cour d'appel de Paris diminuer de 50 % le montant de ceux qu'avait accordés le tribunal correctionnel à la partie civile.

Un aimable confrère qui, à Paris, s'occupe également de la répression de l'exercice illégal, me disait dernièrement qu'il poursuivait un irrégulier de la médecine, convaincu de ce délit, et en même temps, du délit d'escroquerie. A la bonne heure ! Cela en vaut la peine. Et tenez pour assuré que les juges se montreront certainement sévères dans l'application de la loi, parce que l'illégal se double ici d'un escroc. Et là encore, je trouve un nouveau motif de répéter ce que j'écrivais, en terminant mon article du 11 avril : « Attendez ! Patientez ! Il n'est pas impossible que le délit que vous voulez réprimer se complique d'abus de confiance, d'escroquerie, de coups et blessures involontaires, d'homicide par imprudence. C'est même probable ! Et alors, à ce moment-là, allez-y de toute votre énergie. Vous êtes sur un excellent terrain, parce que vous aurez les magistrats et l'opinion avec vous, tandis que l'illégal, qui est aussi un guérisseur, — car il lui arrive de guérir, en effet — aura pour lui, et les magistrats (appréciez la légèreté des condamnations !) et l'opinion publique, qui lui tressera les couronnes du martyr.

Un médecin, un groupe de médecins (Syndicat), ont le droit de poursuivre les illégaux. J'en sais quelque chose, l'ayant fait personnellement à une époque où il y avait quelque mérite à cela. Ils ont ce droit. Feront-ils bien d'en user ? Jugez-en d'après l'expérience acquise au cours de ces dernières années.

G. Duchesne

II

Son éloge

Un de nos lecteurs nous signale, avec indignation, deux entrefilets parus dans le *Quotidien* du 13 et du 14 mai, que nous reproduisons ci-dessous :

Une victime des médecins.

Jean Béziat, le célèbre guérisseur d'Avignonnet, qui vient de mourir, fut violemment attaqué, il y a quelques années, par les médecins qu'inquiétaient ses nombreux « miracles » et sa réputation grandissante.

Ils le poursuivirent devant les tribunaux ; le guérisseur perdit ses procès et fut condamné.

Mais il ne se découragea pas. On se rappelle encore les expériences triomphantes qu'il fit, devant une assemblée de médecins et de journalistes qu'il avait conviés, et qui s'en retournèrent troublés, sinon convaincus.

Il vint une fois à Paris pour exposer son procédé aux savants. Que n'était-il resté dans sa campagne du Lauraguais ! Dépaysé, il ne réussit pas ses expériences et les médecins prirent leur revanche.

Son prestige ne fut pas diminué par cet échec, et des malades, de jour en jour plus nombreux, vinrent le voir.

La médecine, cependant, devait gagner la dernière manche. Durant sa maladie, il fit appeler pour le soigner un docteur parisien — et il est mort.

Le « psychosisme » de Jean Béziat.

Le célèbre guérisseur d'Avignonnet, Jean Béziat, qui vient de mourir, était persuadé que nous étions

entourés de forces vitales toutes puissantes, comparables aux ondes hertziennes et que nous ne savions pas utiliser.

Il croyait avoir trouvé le moyen de les appeler; il utilisait une incantation suivie de l'imposition des mains et de l'apposition des lèvres sur l'endroit où le malade souffrait. On dit même qu'il fit ainsi des miracles.

Béziat considérait que notre corps mental baigne dans une atmosphère spirituelle spéciale, tout comme notre corps physique baigne dans l'atmosphère aérienne. Il avait expliqué jadis, sous le nom de « psychosisme », cette curieuse doctrine qui lui avait rapporté fortune et gloire.

S'il ne s'agit que d'une boutade d'un reporter, en mal de copie, cela n'a pas grande importance, car des hommes plus intelligents, tels Molière, ont depuis toujours aimé à tourner en ridicule le corps médical. C'est la petite vengeance des gens qui, en bonne santé, se croient obligés de faire les esprits forts et de dédaigner la science, à laquelle ils auront recours, dès qu'ils craindront pour leur précieuse santé.

Mais, si la grande presse a la prétention d'être le reflet de l'opinion publique, ou si elle avoue être le directeur de pensée de ses abonnés et lecteurs, il est piquant de voir un journal, qui se place au-dessus des croyances et des religions, pour discuter politique et économie sociale, affecter sa foi au surnaturel et au « don », dès qu'il s'agit de médecine.

Je ne veux pas qu'on puisse croire que je ne fais ici qu'une simple querelle de boutique ; au contraire, et je le déclare très franchement aux journalistes de grande information : s'ils le désirent, nous aborderons de concert la question de savoir si, dans l'intérêt général, il ne conviendrait pas de supprimer purement et simplement la loi du 30 novembre 1892.

Après tout, puisqu'il y a des gens qui croient au don de guérir, pourquoi assujettir les guérisseurs à la menace perpétuelle de la correctionnelle ? Qu'on les laisse donc, en toute liberté, soulager ceux de leurs contemporains qui ont foi dans leur puissance thérapeutique.

Chacun est maître de sa peau et peut la faire soigner par qui veut. Pourquoi imposer aux malades la science officielle, déterminée par l'obtention d'un diplôme en faculté ?

Bien plus, cela nous rendrait service, à nous, médecins diplômés : nous ne payerions plus patente, à moins qu'on ne la fasse payer à quiconque exerce la médecine : pharmaciens, illégaux, tous les Béziat, les zouaves Jacob, les abbés Chaupitre et *tutti quanti*.

Par les temps de détresse financière du gouvernement, voici un nouvel impôt à signaler à notre Grand Argentier : assujettir à la patente de médecin quiconque, avec ou sans diplôme, exerce l'art de guérir sous une forme quelconque.

Cela nous permettrait de ne plus obliger nos fils à passer leurs bachots, puis à manger l'argent paternel à la Faculté : n'étudieraient désormais, en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, que ceux qui voudraient faire de la science et guérir leurs malades *secundum artem*.

Cependant, resteraient applicables les dispositions des articles 1382, 1383 et 1384 du code civil et 519 code pénal : chacun de nous serait responsable de ses fautes, tant au civil, qu'au correctionnel.

Mais cette responsabilité sera discutable et égard à la science du prévenu. Les experts, désignés par le tribunal, sauront dire s'il y a eu faute par ignorance, impéritie, inexpérience, imprudence.

Disons également que le corps médical ne pourra plus tomber dans ces erreurs actuelles, en poursuivant l'exercice illégal de la médecine. Feus Jacob, Béziat et compagnie sont sortis du prétoire glorifiés, grandis, célèbres. Condamnés avec mansuétude, à des peines ridicules, ces guérisseurs ont été auréolés ; ils ont reçu la palme du martyre, victimes qu'ils étaient de la jalousie des médecins.

Aussi, puisque le « Quotidien » est persuadé des mérites des illégaux, qu'il entame une campagne pour que soient abrogées les dispositions de la loi du 30 novembre 1892 : personnellement, je lui fournirai des arguments pour.

Ce grand journal croit se faire le défenseur de la santé publique : il semble réclamer le droit de guérir, pour quiconque se sent doué. Oublions l'adage : *vulgus vult decepi : decipiatur* ! Peut-être alors les médecins diplômés seront prisés à leur juste valeur et Knock et autres « marticoles », chers à Léon Daudet ou à Gustave Téry, prendront rang parmi ceux que nous désignons sous le vocable de charlatans ou d'illégaux.

Ainsi nous n'assisterons plus à ces simulacres de condamnations à 50 francs papier d'amende, souvent avec sursis, infligés au nom de la loi de 1892 à un illégal, qui, par an, gagne quelques centaines de mille francs.

Mais, dans tout cela, que deviendra la santé de nos concitoyens ? Le rédacteur du *Quotidien* pense qu'elle s'en trouvera bien, grâce aux fluides découverts par les Béziat et consorts. Souhaitons-le.

Enfin, point ne sera besoin de faire appeler un médecin diplômé, au chevet de l'illégal, pour le tuer : les illégaux pourront bien s'entretuer, en toute liberté.

Dr Paul BOUDIN.

MODIFICATIONS A LA LOI SUR LES ACCIDENTS AGRICOLES

Loi du 30 avril 1926 modifiant, complétant et interprétant la loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail.

Art. 1er. — Le premier alinéa de l'article 1er de la loi du 15 décembre 1922 est modifié comme suit :

« La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est applicable, sous réserve des dispositions spéciales ci-après, aux ouvriers, aux employés et aux domestiques autres que ceux exclusivement attachés à la personne, occupés dans les exploitations agricoles, de quelque nature qu'elles soient, ainsi que dans les exploitations d'élevage, de dressage, d'entraînement, les haras, les entreprises de toute nature, les bureaux, les dépôts ou magasins de vente se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement, les sociétés coopératives agricoles régies par la loi du 5 août 1920, les sociétés à caractère coopératif, dites fruitières, les caisses mutuelles d'assurance agricole constituées conformément à la loi du 4 juillet 1900, les caisses mutuelles de crédit agricole et les associations syndicales de propriétaires formées conformément à la loi du 21 juin 1865. »

Art. 2. — § 1er. — Le deuxième alinéa de l'article 1er de la loi du 15 décembre 1922 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille, ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs ou alliés au même degré, ne sont assujettis à la présente loi que pour les collaborateurs salariés, ou non, qu'ils emploient. »

§ 2. — Le premier alinéa de l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922 est ainsi modifié :

« Les exploitants visés au deuxième alinéa de l'article 1er, assujettis ou non, qui contracteront une assurance en faveur des membres de leur famille, auront la faculté d'adhérer à la législation sur les accidents du travail pour tous les accidents qui surviendraient à ceux-ci par le fait ou à l'occasion du travail. »

Sont supprimés dans le même article 4 de la loi du 15 décembre 1922, paragraphes 3 et 4, les mots : « Et leurs collaborateurs occasionnels ».

Art. 3. — Le deuxième alinéa de l'article 11 de la loi du 15 décembre 1922 est modifié comme suit:

« Les sociétés mutuelles d'assurances régies par la loi du 4 juillet 1900, réassurées au moins à un degré pour les risques de toute nature par des caisses de réassurances mutuelles également régies par la loi du 4 juillet 1900, recevront seules, chaque année, de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet au budget du ministère de l'agriculture et dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique, des subventions spéciales représentant la moitié, au maximum, des cotisations que devraient payer ceux de leurs adhérents visés au second paragraphe de l'article 1er et à l'article 4. »

Art. 4. — Le troisième alinéa de l'article 16 de la loi du 15 décembre 1922 est remplacé par la disposition interprétative ci-après :

« Pour les exploitations, les exploitants ou les membres de leur famille, visés aux articles 1er et 4, tous les contrats souscrits antérieurement à cette publication et garantissant l'assuré contre les conséquences de tout accident prévu par la présente loi, seront résiliés de plein droit et totalement à compter du jour de l'application de cette loi ou du jour de l'adhésion prévue à l'article 4. »

Art. 5. — L'article 16 de la loi du 15 décembre 1922 est complété par les dispositions suivantes :

« Est nulle et non avenue la clause d'une police d'assurances souscrite à une compagnie à primes fixes donnant à l'assureur le droit de modifier à sa propre volonté les conditions de l'assurance sans réserver à l'assuré un droit de résiliation immédiate sans indemnité à l'assureur.

« Les dispositions de la présente loi sont applicables aux petits artisans ruraux désignés par l'article 9 du décret du 9 février 1921, relatif à l'application de la loi du 5 août 1920. »

Art. 6. — L'alinéa 6 de l'article 16 de la loi du 15 décembre 1922 est complété comme suit :

« ... Il en est de même pour les syndicats et les coopératives de battage auxquels s'applique la loi du 15 décembre 1922. »

Art. 7. — La présente loi ne sera applicable, en ce qui concerne les nouveaux assujettis visés aux articles 1er, 2, 5, paragraphe 2, et les syndicats et coopératives de battage, que six mois après sa promulgation.

Pendant cette période de six mois, les contrats d'assurance collectifs et individuels, souscrits pour les risques de droit commun antérieurement à la promulgation de la présente loi, par les exploitants visés à l'article 2 ci-dessus, pourront être dénoncés par l'assuré ou par l'assureur ; toutefois, en ce qui concerne l'assureur, il ne pourra dénoncer le contrat moins de quinze jours avant la date d'entrée en application de la loi.

La dénonciation s'effectuera soit au moyen d'une déclaration au siège social ou chez l'agent local, dont il sera donné récépissé, soit par un acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée. Le contrat se trouvera ainsi intégralement résilié à compter de la date d'application fixée par le premier paragraphe ci-dessus.

Nonobstant toutes clauses contraires, les primes échues et encourues ne resteront acquises à l'assureur que proportionnellement à la période d'assu-

rance réalisée jusqu'au jour de la résiliation ; le surplus s'il en est, sera restitué à lassuré.

Même faculté de résiliation, dans les formes et conditions prévues ci-dessus, est accordée pour les contrats couvrant tous risques d'accidents du travail, souscrits antérieurement à la promulgation de la présente loi, relativement aux entreprises visées à l'article 1er, au paragraphe 2 de l'article 5 et aux syndicats et coopératives de battage.

A défaut de dénonciation par l'une ou par l'autre partie, dans les délais prévus au paragraphe 2 du présent article, les contrats d'assurance relatifs au personnel, salarié ou non, couvriront, sans autre formalité, le risque déterminé par la loi du 15 décembre 1922, modifiée par la présente loi.

(*J.O.*, 1er mai 1926.)

Commentaire.

La loi ci-dessus n'apporte pas à celle du 15 décembre 1922 de modifications spécialement intéressantes pour les médecins. Cependant, il n'est peut-être pas inutile de l'expliquer sommairement, ne serait-ce que pour mettre nos lecteurs en mesure de répondre aux questions qui pourraient leur être posées par des clients cultivateurs, souvent peu instruits de leurs droits et de leurs devoirs.

Par les deux premiers articles et l'article 5, le domaine de la loi est augmenté.

Elle s'appliquera, par suite de la modification apportée au premier alinéa de l'article 1er, d'abord aux employés des bureaux, se rattachant à des syndicats ou exploitations agricoles, lorsque l'exploitation agricole constitue le principal établissement. Ensuite, aux ouvriers, employés et domestiques des sociétés coopératives, sociétés fruitières, caisses mutuelles d'assurances et de crédit agricole, associations syndicales de propriétaires, comprises dans l'énumération qui a été ajoutée audit alinéa, depuis et y compris les mots : « les sociétés coopératives ».

Une modification plus importante est celle qui a été apportée au second alinéa de l'article 1er. Les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille seront assujettis à la loi pour les collaborateurs, salariés ou non, qu'ils emploient même occasionnellement, en dehors des membres de leur famille énumérés dans la loi (ascendants, descendants, conjoint, frères, sœurs ou alliés au même degré). L'ancienne rédaction les mettait en dehors de la loi, même pour leurs collaborateurs non membres de leur famille, ce qui était injuste pour ces collaborateurs, qui ne bénéficiaient pas de la loi.

Il sera donc prudent, pour ces petits exploitants, de s'assurer, même s'ils ne désirent pas bénéficier, pour eux et les membres de leur famille, de l'assujettissement volontaire.

De cette extension de la loi découle la disposition qui modifie le premier alinéa de l'article 1 de la loi de 1922 et qui réduit l'assujettissement volontaire des petits exploitants à eux mêmes et aux membres de leur famille, puisqu'ils n'auront plus à assujettir volontairement leurs collaborateurs occasionnels, qui seront assujettis de droit.

Enfin, par une anomalie qui ne peut s'expliquer que comme nécessitée par la réparation d'une omission, l'article 5 de la loi nouvelle a ajouté à l'article 16 de la loi du 15 décembre 1922, après une disposition concernant les polices d'assurances, qui sera exposée plus loin, une disposition appliquant la loi aux petits artisans ruraux désignés par l'article 9 du décret du 9 février 1921, relatif à l'application de la loi du 5 août 1920 sur le crédit mutuel et la coopération agricole.

L'article du décret visé désigne comme petits artisans ruraux : maréchaux-ferrants, forgerons, réparateurs de machines-outils, d'instruments ou de bâtiments agricoles, bourreliers, sabotiers, tonneliers, charrons, etc., faisant partie d'un syndicat agricole et n'employant pas plus de deux ouvriers de façon permanente.

Comme ces divers artisans sont, dans certains cas tout au moins, s'ils emploient ordinairement des salariés, assujettis comme industriels ou commerçants à la législation de 1898 on peut comprendre cet assujettissement à la législation sur les accidents du travail dans l'agriculture, en ce sens que ceux qui seraient déjà assujettis en vertus des lois antérieures à la législation sur les accidents du travail, auraient le droit, d'adhérer volontairement, pour eux-mêmes et les membres de leur famille travaillant avec eux, à la législation sur les accidents agricoles.

Les autres modifications sont relatives à l'assurance des risques agricoles.

Les contrats d'assurance garantissant les risques assujettis à la loi seront résiliés totalement et de plein droit à compter du jour de l'application de la loi ou du jour de l'adhésion volontaire de l'assuré. Cette modification, ayant le caractère interprétatif, s'appliquera avec effet rétroactif, en tant que de besoin, aux polices qui n'avaient pas été considérées comme résiliées par application de la disposition moins large de l'alinéa remplacé.

Une compagnie d'assurances à primes fixes ne pourra valablement s'octroyer le droit de modifier de sa propre volonté les conditions de l'assurance sans réserver à l'assuré un droit de résiliation immédiate et ce, sans indemnité à l'assureur.

L'article 7 de la loi nouvelle dispose qu'elle ne sera applicable, en ce qui concerne les nouveaux assujettis, que six mois après sa promulgation, c'est-à-dire le 1er novembre 1926.

Il autorise pendant cette période de six mois

la dénonciation des contrats d'assurance souscrits pour les risques de droit commun antérieurement à sa promulgation, par les petits exploitants qui deviendront assujettis de droit pour leurs collaborateurs non membres de leur famille. Cette dénonciation pourra être faite par l'assuré ou par l'assureur, mais par ce dernier, pas moins de quinze jours avant la date d'entrée en application de la loi. De la sorte, les assurés pourront contracter en temps utile une autre police.

Les formes dans lesquelles doit être faite la dénonciation, ses effets, les conséquences du défaut de dénonciation sont assez clairement expliqués dans la loi, pour qu'il ne soit pas nécessaire de les commenter.

J. DUMESNY.

L'APPARTEMENT DU MÉDECIN

Les cloisons sonores. Inconvénients. Moyens d'y remédier.

Dans les maisons anciennes, les cloisons étaient constituées par une armature de pans de bois, recouverts d'un lattis, qui recevait l'enduit en plâtre. L'épaisseur des cloisons variait de 0.11 à 0.18. La constitution de ces cloisons les rend à peu près insonores.

Dans la construction moderne, les cloisons de séparation, autres que les murs, sont construites, afin d'éviter de charger inutilement les planchers, — comme le faisaient les cloisons en pan de bois — soit en carreaux de plâtre, enduits, soit en briques creuses, soit en béton armé, et l'épaisseur totale de la cloison se trouve réduite à 0.08. L'avantage réalisé au point de vue de la construction est compensé par l'inconvénient que très souvent tous les bruits sont entendus d'une pièce dans la pièce voisine. Lorsque les deux pièces sont, l'une, un cabinet de docteur, l'autre, sa salle d'attente, ces inconvénients deviennent très graves.

Les qualités d'insonorité du liège l'ont depuis longtemps fait employer dans la construction des cloisons légères, lorsqu'on prévoit, dans une construction neuve, un inconvénient particulier. Par exemple, il est employé, pour une cloison séparant le cabinet d'un directeur d'une pièce où travaillent des employés. Mais l'emploi n'en est pas généralisé à cause de la différence sensible de prix avec les cloisons en carreaux de plâtre.

Dans le cas d'une cloison existante et présentant l'inconvénient d'être sonore, il est possible soit de la doubler par un revêtement en plaques de liège, que l'on enduit, cette surépaisseur de cloison ne chargeant pas outre mesure le plancher, mais nécessitant l'emploi du plâtre, soit d'utiliser une tenture en molleton.

Les expériences de G. LYON (de la maison PLEYEL-LYON), poursuivies de longues années, sur l'acoustique et la sonorité des salles, lui ont permis de démontrer que : « deux panneaux de molleton, placés à une faible distance l'un de l'autre, détruisent tous les rayons sonores qui les rencontrent » (expériences du Parc des Princes, 1903.)

Ce phénomène est dû à la couche d'air existant entre les panneaux de molleton.

La solution la plus simple est donc de tendre sur des cadres de bois, écartant l'étoffe de la cloison de deux ou trois centimètres, des panneaux de molleton sur toute la surface.

D'une façon générale, lorsque les parois d'une pièce sont complètement nues, la sonorité est beaucoup plus forte que lorsque les murs ou parquets sont garnis d'étoffe, de tapis ou tableaux. Les parois du cabinet du docteur, par hygiène, doivent être nus et lisses, mais il y a intérêt à garnir la paroi de la pièce voisine de tentures ou tapisseries.

Lorsqu'on se trouve en présence des inconvénients dus à la sonorité d'une cloison, il est préférable avant toute dépense, de contrôler à l'aide d'une tenture un peu épaisse, placée contre les portes et la cloison, et à quelques centimètres de la cloison, à quelle distance de cette cloison devront être placées les tentures détruisant la sonorité.

Dans beaucoup de cas en effet, il suffira de garnir la cloison d'une tapisserie fixée en haut sur un tasseau de bois, pour que les bruits entendus cessent presque complètement.

Lorsque ce moyen est insuffisant, il faut garnir complètement la cloison, en tenant compte des résultats obtenus lors de la première expérience, avec du molleton fixé sur cadres légers en bois.

Pour les cloisons en liège aggloméré, il y a un certain nombre de maisons fabriquant des briques et plaques de revêtement. Entre autres, à Paris, les maisons :

DENNIEL, 24, rue Dauphine.
Etablissements CLAVELIER, 85, boul. Voltaire.
Soc. des Lièges Français, 14, rue des Maronites.
ANTONY, 98, rue des Boulets.

Les entrepreneurs de maçonnerie peuvent poser tous carreaux ou briques de liège.

Georges GUÉNOT,
Architecte D.P.L.G.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les « bruits » de la voiture automobile.

Il y a deux genres possibles de chroniques sur l'automobile :

1° Le genre technique ;

2° Le genre pratique.

Une chronique purement technique a incontestablement plus d'allure, mais son utilité me semble bien inférieure à celle d'une chronique pratique, quand le lecteur n'a ni la science du professionnel, ni le temps d'approfondir la documentation donnée.

Je pense donc être plus agréable à mes confrères en leur fournissant des renseignements courants et en leur indiquant des « trucs » plutôt qu'en leur exposant des théories dont ils n'ont cure.

Ces renseignements, ces trucs, obtenus par ma longue pratique personnelle ou glanés auprès d'automobilistes avertis peuvent sembler décousus. La raison en est que je les transmets fidèlement au fur et à mesure que les besoins de la route me les remémorent. Ils suivent donc, en quelque sorte, les saisons et les climats, et répondent par conséquent aux préoccupations de chacun.

Ce printemps est si pluvieux, si froid, que nous ne cherchons pas encore à ouvrir nos capotes de torpédos, nos cabriolets ou nos conduites intérieures. Nous devons encore, au contraire, nous enfermer de notre mieux pour nous protéger des intempéries.

Mais avez-vous remarqué combien les bruits et les grincements de la carrosserie se répercutent avec intensité dès que les oreilles ne sont pas en contact direct avec l'air extérieur ?

Rien de plus désagréable et de plus agaçant qu'une vitre qui tapote, qu'un ressort qui gémit, qu'une portière qui « joue ».

Et pourtant, quoi de plus facile que de remédier à ces inconvénients !

Pour les vitres, calez-les simplement avec un peu de « filasse », ou plus facilement avec de la ficelle que vous détordez. Humectez légèrement, et enfoncez doucement avec la lame d'un petit tournevis, entre la vitre et ses montants, en ayant soin de ne pas faire levier; sous peine de briser le verre.

Pour les ressorts, passez fréquemment le long des lames et des axes un pinceau largement imbibé d'un mélange par moitié de pétrole et d'huile même usagée. Faites principalement cette opération avant et après chaque lavage de la voiture, après les longues expositions au soleil, suivies de giboulées.

Le jeu des portières est un peu plus difficile à supprimer. Il provient, en effet, presque toujours, de l'usure des cales de caoutchouc disposées de place en place, le long du châssis qui les reçoit.

La plupart des maisons d'accessoires peuvent vous procurer des cales de rechange, qui se posent simplement à force et qui se coupent aisément à la hauteur voulue, avec une lame de couteau trempée dans l'essence ou même dans l'eau.

De nombreux « bruits suspects » proviennent aussi du desserrage des boulons qui maintiennent la tôle de protection du dessous de la voiture sur le châssis.

Souvent même, les secousses dues au mauvais état des routes brisent les écrous et les boulons, et la tôle se déforme, « sonne la ferraille » et risque d'amener un accident, soit en venant toucher le sol en pleine marche, soit en entrant en contact avec quelque tige de commande ou avec le volant de l'embrayage.

Pour supprimer — pour longtemps — de tels soucis, faites intercaler une rondelle « Grower » entre chaque boulon et la tôle. Vous ne risquerez plus le desserrage, et le démontage sera des plus faciles si un jour il devient nécessaire.

Une des autres causes d'inquiétude, à cette époque de l'année, provient des pneumatiques que l'on songe à changer après l'hiver, en prévision des promenades que l'on espère pouvoir faire dès les premiers beaux jours.

Or, les pneus restent chers, très chers. On ne saurait donc apporter trop de soins à les conserver le plus longtemps possible.

Talcquez fréquemment l'intérieur de vos pneus, c'est-à-dire chaque fois d'abord qu'une cause accidentelle oblige à les démonter, et aussi, systématiquement, au moins deux fois par an.

Vérifiez vos jantes. Enlevez la rouille. Assurez-vous que les bords ne coupent pas et ont bien l'écartement normal.

N'attendez pas, pour faire rechaper vos enveloppes, que la « carcasse » soit trop détériorée. Bouchez toute coupure de la gomme avec un mastic quelconque, dès que vous la découvrirez.

Et enfin, souvenez-vous qu'un pneu n'est pas bon par sa présentation extérieure. Le jour où il vous faudra arriver à en acheter, efforcez-vous de trouver ce que les spécialistes appellent des pneus « défaut d'aspect » ou « déclassés ». Vendus par des maisons sérieuses, ces pneus sont parfaitement susceptibles de fournir un bon service, et ils coûtent sensiblement moins cher.

Par exemple, un fabricant expose en vitrine une voiture neuve. Il munit les roues de pneus de marque, dont il fait peindre les désignations diverses en couleurs vives, à titre de publicité. Il

ne pourra guère vendre la voiture avec ces mêmes pneus. Croyez-vous cependant que leur qualité ait été diminuée ? Non, évidemment. Eh bien, ces pneus seront achetés par des débrouillards. A vous de faire comme eux.

Dr M. T.

VARIÉTÉS

Le rôle du médecin au IIIe siècle avant notre ère d'après l'Ecclésiastique.

L'*Ecclésiastique*, qu'il ne faut pas confondre avec l'*Ecclésiaste*, est un livre de la *Bible*, rempli de conseils, qui fut rédigé en hébreu vers 280 avant J.-C. par Jésus, fils de Sirach ; son petit-fils le traduisit en grec vers 230 avant J.-C.

L'original hébreu étant perdu, la version grecque fut traduite en latin par un auteur inconnu ; Saint-Jérôme introduisit cette version latine dans la Vulgate, sans la modifier.

Toutes ces traductions successives avaient quelque peu modifié le sens du texte primitif et il en est résulté l'obscurité de quelques passages de la Vulgate.

A la fin du XIXe siècle, quelques fragments du texte hébreu de l'Ecclésiastique furent trouvés dans la *guénizzah* ou chambre de débarras de la synagogue de Moïse au Vieux Caire.

La partie qui traite du médecin se trouve dans le feuillet connu aujourd'hui sous la dénomination du 6e fragment du manuscrit B ; ce feuillet fut rapporté du Caire en 1899 par M. Schechter et se trouve à la bibliothèque de l'Université de Cambridge.

De l'avis des hébraïsants, ces fragments paraissent bien être une copie exacte du texte primitif de Jésus, fils de Sirach.

Voici la traduction qu'en a donnée le savant hébraïsant M. J. Touzard :

L'Ecclésiastique. Chap. XXXVIII.

1. Fréquente le médecin selon ton besoin
(car) lui aussi, Dieu l'a créé.
2. C'est de Dieu que le médecin tient la sagesse
et c'est du roi qu'il tient les présents.
3. La science du médecin relève sa tête
et il se tient devant les grands.
4. Dieu fait sortir de la terre des remèdes,
qu'un homme intelligent ne les dédaigne pas.
5. Est-ce que les eaux ne furent pas adoucies par le bois,
afin de faire connaître à tout homme sa puissance ?
6. Et il a donné à l'homme l'intelligence
pour se glorifier dans son pouvoir.
7. Avec eux le médecin arrête la douleur
et à son tour le parfumeur prépare les parfums.
8. Afin que son œuvre ne disparaisse pas,
ni la sagesse d'entre les fils de l'homme.
9. Mon fils, dans la maladie ne l'irrite pas ;
prie Dieu, car c'est lui qui guérit.
10. Fuis loin du mal et de l'acceptation des personnes
et purifie ton cœur de tous péchés.
11. Présente le sacrifice d'agréable odeur en mémorial
et la graisse de la victime disposée selon l'extrême limite de tes moyens.
12. *Mais aussi donne une place au médecin et qu'il ne s'éloigne pas,*
car on a aussi besoin de lui ;
13. Car il est un temps où la réussite est dans sa main.
14. Car lui aussi prie Dieu pour qu'il fasse réussir son diagnostic et sa médication en vue du rétablissement.
15. Qui pêche contre son auteur
fait l'insolent devant le médecin.

D'après l'*Ecclésiastique*, c'est-à-dire au IIIe siècle avant notre ère, le médecin, tout en restant l'instrument de Dieu, n'était plus le prêtre-médecin.

Pour lutter contre la maladie, à côté de la prière et du sacrifice, le secours du médecin était reconnu indispensable et c'est lui qui devait reconnaître la maladie, prescrire les remèdes et obtenir la guérison.

C'est cette idée biblique qu'Ambroise Paré a résumée, sous une forme lapidaire, dans l'exergue de son Traité de chirurgie : Je le pansay, Dieu le guarit.

Dr P. Noury, de Rouen.

AUTOUR DES THÉATRES

« Les Flambeaux » — Ruggero Ruggeri : « La Griffe » — « Une petite sans Importance » — « Maman » — Un rayon de Soleil — A Gaity-Théâtre : « A l'Œil nu ».

La reprise, par la Porte Saint-Martin, des *Flambeaux*, de Henry Bataille, a été triomphale ; le théâtre de la Madeleine a fait la grande période italienne avec M. Ruggero Ruggeri et sa Compagnie, troupe de talent dont le chef est un artiste de très grande valeur qui met sa coquetterie à venir dire au public dans un français très pur et presque sans accent toute l'admiration qu'il éprouve pour les grands artistes de France qui jouèrent avant lui chacun des rôles qu'il assume. Oserai-je dire que si je l'ai suivi avec plaisir le soir où il interprèta magistralement « la Griffe », d'Henri Bernstein, je n'ai pu, bien malgré moi, m'empêcher malgré les agréables sonorités de la langue italienne, de regretter de ne pas la mieux entendre pour goûter davantage la qualité de cette excellente troupe.

En revanche, c'est avec la plus grande simplicité que j'ai savouré de MM. Gerbidon et Armont, au Théâtre des Capucines, *Une petite sans importance*, Mlle Maud Loty. Il pourrait paraître tout à fait impertinent d'accoler ainsi ce titre comme un simple qualificatif au nom de cette gracieuse et originale artiste, si elle n'assumait en toute facilité la mission de donner à la pièce beaucoup d'importance, ce qui est de nature à dissiper immédiatement l'ambiguïté. Trois hommes, un industriel, un banquier et un auteur dramatique, se sont juré de renoncer, pendant qu'ils sont encore jeunes, à la compagnie des femmes. Adieu les plaisirs de l'Amour, vivent les études, le travail et les affaires... Mais ils ont oublié le printemps, les fêtes de Pâques, le beau soleil... Mlle Maud Loty passe et, d'un seul coup, voici trois poupées de plus, trois pantins, trois joujoux à la suite d'une « petite femme ». Et la dominante de cette comédie très fine, où les caractères sont très sérieusement poussés, est justement le choix de « la femme »... la « Petite sans importance » qui les fait tous marcher, qui est insupportable, qui ne leur donne aucun agrément, mais paraît, au contraire, prendre plaisir à déclancher autour d'elle défauts, embêtements, désastres et ruines ; elle est incohérente, agitée, sans cervelle, féroce sans un grain de bon sens ; elle est charmante, en somme, à cause de tout cela, donnant raison aux auteurs. Tant que le rideau est levé, chacun avec simplicité s'y laisse prendre, mais une fois au dehors, la sensation est nette, on n'a plus de doute : vraiment la femme n'est pas l'amie de l'homme, mais son ennemie née et cela donne à réfléchir ! MM. Gerbidon et Armont sont des moralisateurs sans en avoir l'air et qui connaissent bien la femme avec ses griffes sous patte de velours et d'autant plus de griffes que le velours est de plus belle apparence.

***

Voici cependant quelque chose d'un peu plus « pascal » : la reprise de *Maman* au Nouvel Ambigu. L'agréable Comédie de MM. José Germain et Paul Moncousin n'a rien perdu de sa fraîcheur depuis le temps de sa création au Vaudeville. Une jeune fille sérieuse, plus sérieuse que sa maman, voit celle-ci trop coquette, trop jeune aussi, risquer à la légère de compromettre le bonheur de la grande fille qui serait presque sa sœur. Volontairement, les auteurs ont fui tout ce qui aurait pu évoquer l'idée de drame (nous sommes, il est vrai au Nouvel Ambigu) et l'ensemble est un aimable divertissement où tout finit par s'arranger sans cassures sérieuses et le mieux du monde. Les accents avec lesquels la *Maman* plaide pour le bonheur de son enfant auprès de cet oncle vieux jeu qui s'avise de vouloir se faire le gardien de l'honneur de la famille après avoir, sans la connaître, flirté lui même assez vivement, sont d'une véhémence du meilleur ton. Chagrins et élans de gentillesse de la jeune fille sont de la plus pure émotion et l'ensemble d'une homogénéité du meilleur aloi. La progression saisonnière continue, pour arriver — si j'ose dire — à son paroxysme avec *Un rayon de soleil*, de M. Philippe Maquet, au théâtre de la Potinière. C'est bien d'un vrai rayon de soleil qu'il s'agit, de ce rayon de vrai soleil qui sait si bien réchauffer le cœur des hommes de cinquante ans et leur redonner pour un temps parfois court mais qui n'hésite jamais à se reproduire à chaque nouvelle occasion, l'illusion qui fait plus de bien que la chute consécutive, et même réitérée, ne fait de mal ; c'est qu'il y a dans les sentiments de l'homme, à cet âge, autant et plus d'affection paternelle que de tendresse amoureuse. Sauf dans des cas particuliers, cas extrêmes, il s'y mêle très peu de désirs, d'envie de possession. De lui-même, s'il est sain, le cinquantenaire a réprouvé, par avance, toute pensée sensuelle, il en a même posé en principe la non possibilité, ne fût-ce qu'afin de ne pouvoir rencontrer en lui-même aucune gêne lorsqu'apparaît, après celui des confidences, le

temps des baisers chastes et des abandons calins. Il n'est, en réalité, que le père, et il est curieux de voir sa mine d'enfant pris en faute après qu'il a, par un baiser trop bien placé, mis en défiance l'enfant qui venait à lui avec toute la confiance spontanée de sa jeunesse, défiance d'ailleurs vite dissipée pour laisser place à une confiance plus grande encore. Ici, le héros de la pièce est un sage professeur de philosophie qui ne sait rien de la vie et qu'on excuse sans aucune peine de l'instant d'égarement d'ailleurs sans conséquence qu'il a traversé. Enseigner la philosophie n'est pas toujours prendre avec la vie des contacts véritables et Simone (Mlle Andrée Féranne) avec ses dix-huit ans vécus en Angleterre, paraît connaître beaucoup mieux les gens et même les choses puisqu'elle se présente avec un « barbara baralipton » dont elle atténue immédiatement l'effet en déclarant que c'est tout ce qu'elle a retenu de la « Logique » qui lui fut enseignée. Le caractère d'Hélène, mère de Simone et fiancée secrète du professeur, est à côté de ceux-ci quelque peu amorphe. Tel quel, il accentue évidemment les autres par un contraste et il explique la facilité avec laquelle la mère, simplement confiante et aimante, consent à accepter pour sa fille l'hospitalité d'un célibataire, fut-il quinquagénaire et..... son fiancé, hospitalité qui a l'avantage de faire se dérouler sur la scène et dans un décor unique, tous les mouvements de passion qui s'agitent... Une tempête dans le cabinet de travail d'un philosophe et c'est fort bien ainsi. Le rôle de Pierre est tenu magistralement par M. Huguenet ; il est d'ailleurs la pierre d'achoppement de l'avenir de cette jolie pièce. Elle commence tard, elle finit tôt, les entre-actes ne sont pas trop longs, elle a, en somme, toutes sortes de qualités parce que M. Huguenet joue le rôle principal, mais elle nécessitera toujours pour tenir ce rôle un artiste de grand talent, sans quoi elle rentrerait dans la catégorie des pièces « bonnes à la lecture » plutôt qu'à la scène et dont le succès auprès du public vaut ce qu'en vaudront les interprètes et surtout le principal interprète.

***

Ce n'est pas seulement au théâtre que les hommes de cinquante ans jouent des rôles de jeunes premiers et que des femmes du même âge sont les plus grandes amoureuses ; c'est dans la vie actuelle qui donne à ceux qui peuvent la vivre en mouvement, en activité, en raffinement et en joie, l'éternelle jeunesse : un beau jour, la peau ne rend plus au massage, les fibres élastiques n'ont plus leur élasticité, tout claque en quelques jours, mais tout a duré dix ans de plus, vingt ans parfois et c'est bien tout de même quelque chose de réel..... du vrai progrès !

Voici que commencent à sortir les Revues de Printemps, Gaity-Théâtre a luxueusement doré sa salle sur un fond de brun rouge et de vermillon et sur la scène on peut voir : *A l'œil nu* défiler des femmes nues dans les intervalles de quelques numéros de bonne valeur.

Je voudrais essayer d'étudier les résultats obtenus dans ce genre un peu spécial qu'est la Revue lorsque varie l'importance des moyens mis en œuvre. En principe, une Revue devrait, comme son nom l'indique, passer en revue les évènements sensationnels survenus depuis celle qui l'a précédée et permettre aux spectateurs de se trouver en un temps court, et agréablement, au courant non seulement des événements mais des réactions produites par ceux-ci sur les choses et sur les gens. Les Revues annuelles et même trimestrielles pourraient faire partie de l'histoire d'un pays et avoir même une portée éducative, en montrant de façon pittoresque différentes manières de concevoir et d'apprécier. Le cadre d'une Revue peut être aussi modeste qu'on le subit ou plus somptueux qu'on n'oserait le désirer ; la plupart des cabarets donnent leur Revue, le cadre en est pauvre, mais la prétention à une ébauche d'esprit n'en est que plus riche et d'autant plus décevante pour ceux qui sont venus chercher loin des foules dorées l'expression d'idées ou de sentiments qu'ils espéraient plus puissants ou plus sincères. Il est, en réalité, une harmonie nécessaire, un équilibre indispensable, entre le cadre et les éléments : le symbolisme qui demande, à l'imagination des spectateurs un travail souvent intense paraît devoir en être exclu, sauf lorsqu'il est indispensable de masquer la pauvreté des moyens sous la pseudo-originalité de décors par trop sobres et quasi hypothétiques. Les spectateurs d'une Revue aiment en général assez, même les étrangers, à trouver aisément du sens à ce qu'on leur montre, mission généralement confiée à un compère et à une commère dont la présence même est d'ailleurs souvent l'aveu de l'insuffisance ou du décousu du livret. On conçoit très bien une Revue sans texte. Plus la Revue tend vers le seul plaisir des yeux, plus elle ressemble au fond à un ballet, à une pantomime, et mieux elle peut se passer de livret ou en supporter l'insuffisance ; c'est ainsi qu'à l'opposé des Revues de Caveau, la Revue de Music Hall réunit un maximum d'effets somptueux dans le cadre le plus richement illuminé et le plus doré qui se puisse. Ici, chaque numéro pourrait suffire à lui-même et ce n'est, le plus souvent, et afin de mettre sur les affiches un titre alléchant (seule liaison fragile entre des choses fort disparates) qu'on intitule Revue ce qui n'est en réalité qu'un défilé de tableaux. Le livret prend-il une importance plus grande, les couplets sont-ils plus soignés, une idée commune leur sert-elle de lien, au moins pour chaque série de tableaux, et voici

qu'apparaissent les Revues annuelles de certains théâtres où livret et musique ont une réelle importance. Le danger est d'aller jusqu'à rattacher les tableaux les uns aux autres par une véritable intrigue avec une musique alerte et originale afin de ne pas pénétrer dans le domaine de l'opérette. Il faut soigneusement conserver l'élément de gaieté dans l'ensemble, le caractère alerte et facile de la musique et, pour le reste, demeurer avant tout dans la règle d'harmonie et d'équilibre entre les dimensions de la salle et celles de la scène, entre la richesse du cadre et celle des tableaux, entre la valeur des artistes et ce qu'on veut leur demander. J'y reviendrai en parlant de la Revue de Marigny *Vive la République* dont le livret est signé de Sacha Guitry et Willemetz.

Dr G. Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. MAILLON

Médecin expert près les Tribunaux

(*Suite*)

Raideurs et ankyloses des orteils.

	PROFESSIONS PERMETTANT LA STATION ASSISE	PROFESSIONS EXIGEANT LA MARCHE OU LA STATION DEBOUT
Raideurs :		
a) Raideur des articulations interphalangiennes ou métatarso-phalangienne :		
1° Evoluant dans l'angle favorable	0 à 3	3 à 5
2° Evoluant dans l'angle défavorable (voir : ankylose)	—	—
b) Ankylose :		
1° Gros orteil : en bonne position (rectitude)	5 à 10	8 à 12
en mauvaise position (flexion ou hyperextension	10 à 15	15 à 20
2° Autres orteils : en position rectiligne	0 à 3	0 à 5
en position défavorable : hyperextension, flexion et chevauchement	3 à 7	7 à 15

Raideurs et ankyloses des métatarse et tarse.

1° Pied plat traumatique (suite de fracture ou luxation)	0 à 10	10
2° Pied plat traumatique et douloureux	10	10 à 20
Déviation du pied en dedans ou en dehors, rotation (pied bot traumatique)	20	20 à 30
3° Pied bot traumatique avec déformation considérable et fixe, immobilité des orteils, atrophie de la jambe, impotence du pied	30	40 à 50
4° Déformation par :		
a) Fracture ou luxation de l'astragale	15	15 à 20
b) Fracture du calcanéum	5 à 15	15 à 30
c) Fracture ou luxation du scaphoïde	20	20 à 30
d) Fracture ou luxation des cunéiformes	15	15 à 25
e) Fracture ou luxation du cuboïde et ses métatarsiens	20	20 à 30

Raideurs et ankyloses du pied.

	PROFESSIONS PERMETTANT LA STATION ASSISE	PROFESSIONS EXIGEANT LA MARCHE OU LA STATION DEBOUT
1° *Raideurs articulaires* :		
a) Angle de mobilité favorable :		
(Mouvements oscillant de 15° autour de l'angle droit. (La normale est de 38° dans chaque sens autour de l'angle droit).		
a' Flexion de 90° à 75. Extension de 90° à 105°	0 à 5	5 à 10
b' Extension nulle. Flexion de 90° à 75°	5 à 10	10 à 15
c' Extension de 90° à 105°. **Flexion nulle**	5 à 10	10 à 15
b) **Angle de mobilité défavorable :**		
a' Talus, marche sur le talon possible	10 à 15	15 à 20
b' Equinisme	20 à 25	30 à 40
c' Déplacement du pied, plante regardant en dedans	20 à 30	30 à 40
d' Déplacement du pied, plante regardant en dehors	30 à 40	40 à 50
2° *Ankyloses* :		
a) à angle droit, sans déformation du pied, avec mobilité des orteils	10	15 à 20
b) à angle droit, déformation ou atrophie du pied, gêne des mouvements des orteils	20	20 à 30
c) En attitude vicieuse :		
a' En flexion (pied bot talus)	30 à 40	40 à 45
b' En extension (pied bot équin)	40 à 45	45 à 50
c' Plante regardant en dehors, la marche se faisant sur le bord interne (pied bot varus)	20 à 30	20 à 40
d' Plante du pied regardant en dedans, marche se faisant sur le bord externe (pied bot valgus)	20 à 45	40 à 50

Raideurs et ankyloses du genou.

1° Raideur évoluant dans l'angle favorable, de 180 à 140°	15	30
» évoluant dans l'angle défavorable de 140° à 30°	voir ankylose en flexion	voir ankylose en flexion
2° Ankylose : en extension, de 180° à 140°	30 à 35	35 à 40
en flexion de 140 à 30°	60	65

Raideurs et ankyloses de la hanche.

1° Raideur de la flexion : angle favorable : de la verticale à 45°	15	30
angle défavorable	30 à 60	35 à 65
2° Ankylose : en rectitude	40 à 50	55 à 65
en mauvaise attitude (flexion, abduction, adduction, rotation	65	65 à 70
bilatérale	90 à 100	90 à 100
3° Ankylose simultanée en rectitude de la hanche et du genou	90 à 100	90 à 100

Œdème dur traumatique

Éléments d'appréciation

Douleur.
Œdème.
Gêne fonctionnelle : Gêne du port de la chaussure ;
Gêne du fonctionnement des orteils ;
Gêne de la marche.
Profession permettant la station assise ou exigeant la marche ou la station debout.
Membre indifférent.
Atrophie du membre.

EVALUATION

	Profession permettant la station assise	Profession exigeant la marche ou la station debout
1° Gonflement limité : Pas d'atrophie musculaire ; Pas de gêne tendineuse (orteils libres). Gêne du port du soulier. Fatigue à la marche et à la station debout....	5	5 à 10
2° Gonflement étendu : Atrophie marquée. Gêne du port du soulier. Limitation du jeu des orteils. Fatigue rapide et gêne de la marche et à la station debout	10 à 15	15 à 25

Phlébite post-traumatique

EVALUATION DES SÉQUELLES

Éléments d'appréciation

Circonstances et faits entraînant le minimum d'invalidité	*Circonstances et faits entraînant le maximum d'invalidité.*
a) Profession permettant la station assise ;	a) Profession exigeant la station debout ou la marche prolongée ;
b) Unilatéralité des lésions ;	b) Bilatéralité des lésions :
c) Troubles circulatoires et trophiques légers.	c) Œdème prononcé, coexistence d'ulcères, de troubles trophiques marqués.

EVALUATION

	Profession permettant la station assise		Profession exigeant la station debout ou la marche	
	Lésions unilatérales	Lésions bilatérales	Lésions unilatérales	Lésions bilatérales
a) Œdème léger n'empêchant pas la marche ou la station debout..................	5 à 10	10 à 15	10 à 15	15 à 20
b) Œdème prononcé : gêne de la marche, station debout pénible..................	15	20	25	30
c) Œdème léger avec petite ulcération (de surface inférieure à celle d'une pièce de un ou de deux francs..................	20	25	25	30
d) Œdème léger avec grand ulcère (de surface supérieure à celle d'une pièce de cinq francs..........	25	35	35	45
e) Œdème prononcé avec grand ulcère, troubles trophiques..................	30 à 40	50 à 60	50 à 60	60 à 70

Hydarthrose du genou

Éléments d'appréciation

1° *La profession* : Profession exigeant la station debout ou permettant la station assise.
2° *Le membre* : Indifférent.
3° *Les lésions* : Déformation du genou, empâtement des culs-de-sac.

Epanchement, choc rotulien.
Atrophie du membre.
Œdème de la jambe.
Mouvements passifs du genou : extension, hyperextension, flexion, mouvements de latéralité.

4° *Gêne fonctionnelle* : Station debout, marche, ascension et descente d'escaliers plus ou moins gênées, raidissement nécessaire de la jambe, faux pas, trébuchements, accroupissement.

	Evaluation dans les professions permettant la station assise	Professions exigeant la station debout au la marche
1° Périmètre du genou augmenté de 1 à 2 centimètres : Atrophie de la cuisse de 1 à 2 centimètres. Pas d'œdème du membre. Extension normale : Flexion peu diminueée (allant de 180 à 75°). Raidissement nécessaire de la jambe dans la marche, l'ascension d'escaliers, la station debout, Accroupissement possible sur le membre malade.	10	12 à 15
2° Périmètre du genou augmenté de à 1 à 2 centimètres : Atrophie de la cuisse de 1 à 2 centimètres. Pas d'œdème. Extension normale. Flexion de 180 à 75°. Raidissement nécessaire de la jambe dans la marche, la station debout, l'ascension d'escaliers. Accroupissement impossible sur le membre malade.	12 à 15	17 à 20
3° Périmètre du genou augmenté de 3 centimètres. Atrophie de la cuisse de 3 centimètres. Œdème plus ou moins marqué. Extension normale, tendance à l'hyperextension. Flexion réduite de 180° à 115°. Gêne marquée de la marche, de la station debout. Accroupissement impossible sur le membre malade. Nécessité d'un appui pour se relever, faux pas, dérobements fréquents...........................	15 à 18	20 à 25
4° Périmètre du genou augmenté de plus de 3 centimètres. Atrophie de plus de trois centimètres ; œdème marqué de la jambe et du pied. Extension gênée, mouvements de latéralité, flexion très limitée, de 180 à 150°. Accroupissement impossible sur le membre malade. Gêne grande de la marche, de la station debout. Faux pas, dérobements de la jambe, entorses fréquentes	20 à 25	30 à 40

Sections ou ruptures musculaires et tendineuses

1° TENDON D'ACHILLE

Eléments d'appréciation

a) Lésions : Cicatrice souple ou adhérente ;

Etat du réflexe achilléen ;
Etat de la tibio-tarsienne ; souple ou enraidie ;
Atrophie musculaire.

b) GÊNE FONCTIONNELLE : Station debout : talon posé à terre, ou talon élevé du sol.

Marche libre ou gênée, pied traînant ou soulevé.
Ascension d'escaliers aisée ou difficile.
Accroupissement : possible ou impossible.

c) PROFESSION : Se tient assis au travail ou doit rester debout ? Marcher ? ou gravir des escaliers ?

	PROFESSIONS PERMETTANT LA STATION ASSISE	PROFESSION EXIGEANT LA MARCHE OU LA STATION DEBOUT PROLONGÉES.
1° Cicatrice souple :		
Atrophie du mollet nulle ou modérée. limitation faible de l'amplitude de la tibio-tarsienne. Equilibre facile dans la station debout, possibilité de l'extension du pied dans la marche ou l'ascension d'escaliers..............................	8	10
2° Cicatrice adhérente :		
Atrophie marquée. Diminution marquée de l'extension du pied. Gêne grande à la marche, à l'ascension d'escaliers, à la station debout, pied traînant.................	15 à 25	25 à 30

2° TENDON ROTULIEN.

(*Voir fractures de la rotule*).

Fractures.

Eléments d'appréciation.

LÉSIONS :	DONNANT L'ÉVALUATION MINIMUM :	DONNANT L'ÉVALUATION MAXIMUM:
a) Cal.	cal solide, correct, insensible ;	cal plus ou moins vicieux, douloureux, pseudarthrose.
	raccourcissement minime (inférieur à deux centimètres).	raccourcissement supérieur à deux centimètres (très important au membre inférieur.)
b) Lésions de voisinage.	atrophie musculaire modérée ;	atrophie marquée.
		troubles circulatoires et trophiques (œdème).
		douleurs.
		paralysies.
	raideurs articulaires peu serrées ;	raideurs serrées.
	raideur en bonne position ;	ankylose en mauvaise position.
c) Age.	adulte.	vieillard.
		enfant n'ayant pas terminé sa croissance.

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Les Journées médicales de Bruxelles de 1926.** — La VI[e] session des Journées médicales de Bruxelles, organisée par *Bruxelles médical*, se tiendra, sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 26 au 30 juin 1926. C'est M. le professeur Jean Demoor, l'éminent directeur de l'Institut de Physiologie de Bruxelles, qui la présidera. On est dès à présent assuré du succès des Journées médicales de 1926 (on se souvient que la V[e] session réunit plus de 1500 adhérents), auxquelles le gouvernement, les représentants diplomatiques et les plus hautes autorités scientifiques ont accordé leur patronage.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 26 juin, à 4 heures, au Palais des Académies. Nos Souverains ont été priés d'honorer de leur Auguste Présence cette solennité où le maréchal Lyautey, dont on connaît l'œuvre médicale admirable dans les colonies, prendra la parole.

Les Journées médicales et l'Exposition attenante se tiendront dans les locaux des Musées royaux du Cinquantenaire.

Le programme, à la fois thérorique et pratique, comportera toutes les questions à l'ordre du jour en chirurgie, gynécologie, médecine interne, médecine coloniale, médecine préventive, les vitamines, la diathermie, l'actinothérapie, la curiethérapie, etc. Les matinées seront réservées aux démonstrations pratiques dans les services des hôpitaux et des cliniques ; les chefs de service et leurs collaborateurs établissent le programme qui sera publié dans le Carnet du Congressiste. Parmi les conférenciers , on peut citer dès maintenant MM. Léon Bernard, Sicard et de Martel (Paris), Louis Phaneuf (Boston), Van Loghem (Amsterdam), Rappin (Nantes), Lucien Béco (Liège), de Nobele (Gand), Tricot-Royer et Bertrand (Anvers), René Verhoogen, Léopold Mayer et Léon De Keyser (Bruxelles), Zimmern (Paris), Mancini (Milan), Zandowa (Varsovie).

Les fêtes organisées pendant la durée des Journées et offertes à ses adhérents seront particulièrement brillantes. Signalons tout d'abord que LL. MM. le Roi et la Reine feront aux Congressistes l'honneur de les recevoir une après-midi au Château royal de Laeken. Le samedi 26, banquet en l'honneur du Maréchal Lyautey, présidé par S. A. R. Mgr le duc de Brabant ; le dimanche 27, une Soirée d'art suivie de Raoût dans les salons de l'Hôtel de ville de Schaerbeek ; le lundi 28, une Représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie, où l'on donnera le chef d'œuvre de Rimsky-Korsakof : *Le Tsar Saltan*.

Le 30 juin, et l'on comprendra toute la portée de cette manifestation au point de vue national, les congressistes seront les hôtes de la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, dont le corps professoral prépare un programme du plus haut intérêt. Il y aura, après une réception par le Recteur, dans les Halles incendiées par les Allemands et aujourd'hui en reconstruction, une réception officielle par le Collège des Bourgmestre et Echevins, suivi d'un déjeûner dans la Salle historique de l'Hôtel de Ville. L'après-midi, après la visite de la ville, les congressistes s'embarqueront pour Tervueren, où, dans le Musée colonial et le Parc, ils seront les hôtes du Ministre des Colonies.

Tout un programme spécialement conçu par le Comité des Dames, sera réservé aux Dames adhérentes aux Journées.

Une Exposition internationale des Arts et Sciences appliqués à la Médecine, la Chirurgie, la Pharmacie et l'Hygiène sanitaire se tiendra, sous le Patronage du Ministre de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale, pendant la durée du Congrès . Un jury international distribuera des récompenses aux exposants. Une classe spéciale sera réservée à la Presse médicale ; une autre aux Beaux-Arts (œuvres uniquement signées par des médecins), pour laquelle fonctionnera un jury spécial.

La cotisation a été fixée à 50 francs (40 francs pour les Dames, les abonnés à *Bruxelles médical*, et 20 francs pour les étudiants).

Renseignements et inscription auprès du D[r] R. Beckers, secrétaire général, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

— **Le VIII[e] Congrès de la Société Internationale de Chirurgie.** — L'assemblée générale de la Société internationale a décidé de tenir son VIII[e] Congrès à Varsovie, dans la seconde quinzaine de juillet 1929, sous la présidence de M. le prof. Hartmann, de Paris. Elle a décidé aussi de réadmettre les Allemands au sein de la Société, dès que l'Allemagne fera partie de la Société des Nations.

— **Clinique nationale des Quinze-Vingts.** — Jusqu'à la fin de juillet, MM. Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous, médecins de la clinique des Quinze-Vingts, feront une conférence à cette clinique, chaque vendredi, à 1 h. 30. Consultations et opérations tous les jours à 13 heures.

— **Paris. Le contrôle hygiénique du lait.** — Délibération du Conseil municipal :

Le Service vétérinaire du département de la Seine sera chargé de procéder, en vue du contrôle hygiénique du lait, à tous prélèvements utiles, dans les gares, les dépôts d'arrivage, les magasins de vente, sur la voie publique ou à tout endroit où peut se trouver du lait destiné à être vendu ;

Le même service sera chargé de procéder, dans le laboratoire qui lui est affecté aux Halles centrales (pavillon III), à l'analyse des échantillons prélevés et aux recherches que nécessite l'examen sanitaire de ces laits.

Si les recherches du Laboratoire permettent d'établir qu'un lait est malpropre ou qu'il provient d'une bête malade, ou qu'il contient des germes de maladie transmissibles à l'homme, des interventions seront faites d'abord auprès du vendeur ou du détenteur du lait, et, si c'est nécessaire, l'enquête se poursuivra en remontant vers l'origine du lait, jusqu'au lieu de production ;

Cette enquête sera faite chez les nourrisseurs du département de la Seine par le Service vétérinaire qui procèdera à l'examen des animaux des étables, des récipients, vérifiera les conditions dans lesquelles s'effectue la traite et suggérera aux exploitants les mesures à appliquer pour obtenir et conserver le lait en parfait état de propreté et d'innocuité.

Pour les laits expédiés de province, tous renseignements utiles (résultats des examens bactériologiques, indication sur l'origine du lait incriminé, etc.) seront adressés au préfet du département, qui sera prié de faire exercer par ses services vétérinaires l'action sanitaire et hygiénique convenable.

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

alors qu'il reprenait le commerce de son prédécesseur, qui y garait déjà sa voiture ;

Attendu que cette location, accessoire d'un commerce, a elle-même le caractère commercial ; qu'il y a lieu en conséquence d'accorder à Lévy la prorogation ; que le Tribunal puise dans les explications fournies aux débats et les pièces produites des renseignements suffisants d'appréciation ; qu'il échet de fixer en conséquence le loyer de la remise pendant la durée de la prorogation à 2.400 francs ;

Par ces motifs, dit qu'il y a lieu d'admettre Lévy à la prorogation jusqu'au 1er janvier 1926.

Il s'agit, dans la décision qui précède, du garage d'un commerçant, auquel le Tribunal attribue le caractère commercial. Par analogie, le garage d'un médecin, dès lors qu'il sert à y remiser l'automobile avec laquelle il exerce sa profession, est un local professionnel et, comme tel, doit bénéficier de la prorogation de la loi du 1er avril 1926 et de la limitation du prix du loyer qu'elle institue.

Même dans le cas où le propriétaire soutiendrait que le médecin ne se sert pas de son automobile exclusivement pour l'exercice de sa profession, mais encore pour son agrément et ses promenades en famille, la prorogation et la limitation du prix lui seraient acquises quand même, car la loi nouvelle est applicable aux locaux à usage professionnel ou à usage mixte, sans caractère commercial ni industriel.

J. Dumesny.

Ce qu'on doit éviter dans l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques

L'Association de la Presse médicale française avait déjà, il y a quelques mois, à la demande même de M. Justin Godard, alors ministre de l'Hygiène, protesté contre certaines publicités pharmaceutiques.

Elle reste convaincue de la nécessité de maintenir strictement la délimitation établie au point de vue de l'impôt, entre les remèdes secrets et les remèdes à formule connue ; ceux-là s'adressent directement au public. ceux-ci ne s'adressent qu'aux seuls médecins.

Parmi ces remèdes, il en est *d'indispensables*, que la pharmacie courante ne peut produire, que les médecins sont obligés de prescrire et que les malades ne peuvent se passer d'employer. Au premier rang de ces remèdes il faut placer les sérums et les vaccins qui sont des produits spécifiques, les produits opothérapiques dont l'extension s'accroît chaque jour, les produits colloïdaux qui sont des médications de choc, les arsenobenzènes qui sont des remèdes héroïques de la syphilis, pour ne citer que les principaux.

Ce sont là des *médicaments qu'aucune taxe ne doit atteindre* et qu'aucune taxe, en effet, n'atteignait grâce à la loi de 1916 et aussi à celle de 1926 qui, sous une forme différente, maintenait les mêmes dispositions.

Or *cette loi est, paraît-il, menacée* et serait sur

le point d'être modifiée par une disposition plus générale établissant une taxe sur toutes les spécialités sans exception.

Personne n'est plus que nous soucieux de défendre les intérêts de la Presse Médicale et des médecins, mais nous ne voulons pas faire état ici de considérations matérielles, même pas du dommage qu'une imposition générale peut causer à la propagande française à l'étranger. Nous voulons considérer *exclusivement l'intérêt des malades.*

C'est lui qui sera le premier frappé par la taxation des *spécialités nécessaires.* Le malade de l'hôpital en souffrira autant que le malade de la ville.

Il serait contraire à la justice et à l'humanité de créer ainsi un impôt sur la maladie.

Association de la Presse Médicale Française
12, rue de Babylone, Paris.

CORRESPONDANCE

1616. — Accident du travail survenu à une personne employée sur un navire.

Encore une fois, j'ai recours à vos si précieux conseils.

J'ai été appelé par une dame employée à la Cie générale Transatlantique qui, au moment de partir sur le paquebot, est tombée se fracturant le radius gauche et se faisant une entorse tibio-tarsienne gauche.

Après un séjour assez court (20 jours) à l'hôpital, on la renvoie chez elle. Je la vois à sa sortie et fais un certificat signalant que cette blessée a besoin de massages. Le médecin chef de la Cie fait répondre que pour les accidents du travail du personnel naviguant, la loi de 1898 n'est pas applicable et qu'en conséquence c'est lui qui doit soigner et que les massages ne seront faits que par le personnel agréé de la Cie. Votre avis je vous prie.

Dr D.

Réponse.

Nous avons communiqué cette lettre au Ministère du Travail, qui nous a fait la réponse suivante :

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE, ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES
—
Contrôle des assurances privées
—
Contrôle des sociétés d'assurances contre les accidents du travail.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—

Paris, le 18 mai 1926

En vous retournant, ci-incluse la lettre de M. le Dr D. que vous m'avez communiquée, j'ai l'honneur de vous informer que la réponse faite à ce praticien par la Compagnie générale Transatlantique ne paraît exacte qu'en ce qui concerne le personnel naviguant proprement dit, appelé à bénéficier, pour les risques et accidents

de sa profession, des dispositions des lois des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905, qui ont institué une Caisse de prévoyance des marins français. C'est d'ailleurs à raison de ce régime spécial, dont bénéficient les gens de mer pour la réparation des accidents professionnels, que la doctrine et la jurisprudence avaient admis que la loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable aux accidents survenus en mer (A. Sachet, Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail, 6e édition, paragraphes 99 et suivants. Cass. Civ. 2 février 1903 ; Cass. civ. 5 juillet 1904 ; Cass. 12 avril 1906).

Depuis le vote de la loi du 12 avril 1906 qui a étendu à toutes les exploitations commerciales les dispositions de la loi du 9 avril 1898, les personnes employées sur les bâtiments de commerce et ne bénéficiant pas, en cas d'accident, des lois des 21 avril 1898 et 29 décembre 1905 susvisées, sont fondées, à mon sentiment, à se réclamer des dispositions de la législation sur le risque professionnel. Si même ces personnes sont employées en qualité de domestiques, garçons ou filles de salles, cuisiniers ou aides de cuisine, femmes de chambre ou toute autre occupation similaire, elles pourraient également se réclamer de la loi du 2 août 1923, qui a étendu le régime de la législation sur les accidents du travail aux gens de maison, domestiques et serviteurs à gages.

J'ajoute enfin qu'un jugement, rendu le 6 décembre 1924, par le Tribunal civil du Havre, a décidé que la loi du 9 avril 1898 se trouvait applicable à l'accident survenu à un marin qui, alors que le navire était désarmé, ne pouvait bénéficier de la législation relative à la Caisse de Prévoyance des marins français.

En tout état de cause, les tribunaux judiciaires auraient seuls qualité pour se prononcer sur les différends qui pourraient s'élever à cet égard.

Recevez...

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale

Par autorisation :

Le Conseilleur d'Etat, Directeur,

SUMIEN.

1534. — Prescription de substances vénéneuses par un médecin de passage.

Le 4 avril 1926, à dix-neuf heures, je me suis rendu à la pharmacie X à Paris, indiquée comme étant de garde.

J'ai présenté une ordonnance mentionnant dix grammes de laudanum de Syndenham, établie suivant les formes légales, portant l'en tête avec adresse complète, date et signature. Ce médicament avait un caractère d'urgence.

Sur le vu de l'ordonnance, le pharmacien refuse de

l'exécuter, alléguant qu'il ne délivre de toxique qu'aux personnes de sa connaissance et médecins du quartier.

Je lui décline ma qualité de médecin et le prie de vouloir bien reconnaître mon droit de soigner tout malade même hors de ma localité.

Sur son refus catégorique, j'en réfère au commissaire de police du quartier.

Sur ses indications, je tente une nouvelle démarche et offre au pharmacien la preuve de mon identité et de ma qualité de médecin par les pièces officielles que j'ai en mains (carte d'électeur, certificat d'identité de la mairie de L., mentionnant ma qualité).

Nouveau refus, sous le prétexte que l'on vend à qui l'on veut et ce que l'on veut.

Devant cette prétention, je me fais accompagner à la pharmacie par un agent du poste de police mis à ma disposition par le commissariat, lequel, sur les lieux, a constaté le refus réitéré de me servir, et pris connaissance des pièces établissant indiscutablement ma qualité, et de l'ordonnance en bonne forme. Le caractère d'urgence de la prescription a également été mentionné dans son rapport.

De tels faits sont inadmissibles, en raison des conséquences graves qu'ils peuvent entraîner.

Il est nécessaire de savoir si un pharmacien a le droit de priver de parti pris un malade du médicament d'urgence qui lui est nécessaire et prescrit dans fes formes légales, sans autre motif que le bon plaisir et en pleine connaissance du caractère d'urgence de la prescription, de la qualité de celui qui l'ordonne, et de la gravité de la situation créée par son refus.

Devant les conséquences que de telles pratiques, si elles se généralisaient, pourraient avoir pour la santé publique, je tiens essentiellement à donner à ce pénible incident toutes suites légales ou autres qu'il peut comporter.

Dr D.

Réponse.

Le pharmacien a fait une fausse application des prescriptions du décret du 14 septembre 1916.

L'article 27 est ainsi conçu : « les pharmaciens peuvent délivrer aux médecins et aux vétérinaires, sur leur demande écrite, datée et signée, les substances visées au présent titre et destinées à être employées par eux, soit dans les cas d'urgence, soit pour les opérations, pansements ou injections.

« Ces médicaments doivent être employés par les praticiens eux-mêmes : il leur est interdit de les céder à leurs clients, à titre onéreux, ou gratuit.

« Ces substances ne peuvent être délivrées que sous la forme pharmaceutique compatible avec leur emploi médical.

« L'auteur de la demande doit indiquer lisiblement son nom et son adresse et énoncer en

toutes lettres les doses des substances vénéneuses entrant dans les préparations. »

Or, le laudanum entre dans les médicaments du tableau A et les prescriptions ci-dessus sont applicables.

Se serait-il agi d'une substance, inscrite au tableau B, qu'aurait alors été applicable le 2e paragraphe de l'article 40 : « les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune, ou dans les communes contiguës, lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine. »

Il en résulte que le pharmacien a confondu le tableau A et le tableau B.

A sa décharge, il peut invoquer deux excuses : la première est tirée de cette sorte de terreur, qui commence à peser tant sur le corps médical que sur la corporation pharmaceutique. On a peur, bien qu'étant de parfaite bonne foi, d'être compromis dans une histoire quelconque de stupéfiant.

Pour ne pas avoir d'ennuis, pour ne pas être un jour ou l'autre obligé de comparaître au Parquet, médecins et pharmaciens hésitent à formuler des substances du tableau B.

Le docteur en est arrivé à se demander s'il doit préférer sa tranquillité personnelle et laisser souffrir le malade, quitte à ce dernier à s'adresser à un autre praticien, pour avoir sa dose de toxique.

Le pharmacien est hanté par les fausses ordonnances, présentées par les toxicomanes.

Résultat : pour que la loi atteigne une poignée de demi-fous, intoxiqués, le corps médico-pharmaceutique, pour une question de sécurité, abandonne peu à peu sa véritable mission sociale, qui est de soulager et de traiter les malades.

La deuxième excuse, que peut présenter le pharmacien, pour sa décharge, c'est qu'il est parfaitement en droit de ne vendre qu'à qui bon lui semble.

En principe, tout comme un commerçant quelconque, le pharmacien est libre de faire ce que bon lui semble, en matière commerciale. En dehors des cas de réquisition légale (article 475 § 12 du code pénal : accidents, incendie, naufrage, inondation, etc.) le pharmacien peut se refuser à délivrer des médicaments.

Néanmoins, cette liberté est tempérée par un devoir d'humanité. Si un malade se trouve en danger et que le pharmacien se refuse absolument à délivrer des médicaments, alors qu'il est impossible de s'adresser ailleurs, la culpabilité de ce praticien pourrait peut-être être engagée, dans une certaine mesure.

En effet, dans le cas qui nous est soumis, il s'agit d'un service du dimanche, service fait par roulement, par quartier. Le médecin ne pouvait donc pas se rendre dans une autre officine pour demander du laudanum.

D'autant que le pharmacien était dans son tort, en croyant que le laudanum figure au tableau B, auquel cas l'ordonnance médicale ne peut être formulée que par un praticien, exerçant dans la commune.

Un recours en justice me semble problématique, comme résultat. Le demandeur devrait fournir la preuve que le refus du pharmacien lui a occasionné un réel préjudice.

Il me semble qu'il serait préférable de saisir du conflit, d'une part, le syndicat des pharmaciens, et d'autre part, les sociétés médicales, soit professionnelles, soit scientifiques, comme la Société de Thérapeutique, ou la Société de Médecine de Paris, voire même la Société de Médecine légale.

Notre confrère s'est trouvé en présence, probablement, d'un élève en pharmacie, qui, pour ne pas avoir d'histoire, a préféré refuser net un peu de laudanum.

Nul doute que si le pharmacien diplômé eût été présent dans son officine (comme c'est son devoir), il eût mieux discerné les différences d'interprétation des prescriptions du décret de 1916 et, mieux averti que son élève, il aurait délivré le laudanum, parce que ce médicament figure au tableau A.

Dr Paul BOUDIN.

1146. — Reconnaissance de dette pour honoraires.

Je me permets d'apporter ma modeste contribution au *Concours* au sujet de la note 975, page 1069, nº 16, dimanche 18 avril 1926. Je vous demanderais d'attirer particulièrement l'attention des confrères sur cette façon d'opérer qui m'a donné et continue à me donner les meilleurs résultats pratiques, il est impossible d'être dupé dans la suite.

La loi du 4 avril 1926 a fixé à 0 fr. 15 pour cent francs le droit de timbre pour les effets négociables et non négociables. Prendre à l'enregistrement une feuille pour effets négociables et non négociables, timbré à 4 fr. 80 en l'espèce.

1º L'intéressé et sa femme savent lire et écrire.

Formule à employer sur ladite feuille :

Nous (noms, prénoms), etc., mari et femme, conjointement et solidairement, reconnaissons devoir au Dr B., à la date du..........., la somme de dix-huit cents francs pour soins, etc..., somme que nous nous engageons à lui verser par (modalité à inscrire) d'ici au (date à débattre).

Vu et approuvé, bon pour dix-huit cents francs et autorisation maritale (à faire écrire entièrement de la main du débiteur).

Signature du débiteur, *Signature de sa femme.*

2º L'intéressé et sa femme (toujours au cas où nous avons affaire à des époux) ne savent ni lire ni



écrire : se rendre avec eux devant notaire et faire établir un billet notarié, frais minimes.

Dr J. A.

Réponse.

Vous avez raison. Vos formules de reconnaissance de dette sont valables.

Les reconnaissances peuvent aussi être établies sur une simple feuille de papier timbré.

1227. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Je suis en discussion avec mon contrôleur des contributions directes au sujet de ma déclaration d'impôt sur le revenu.

J'ai déclaré 32.500 de recettes ; 18.000 de frais généraux ; bénéfice net de 14.500.

Ma déclaration est sincère.

Le contrôleur ne veut pas admettre que mes frais généraux absorbent 56 % de mes recettes. Je ne suis installé que depuis la fin de la guerre et mes frais généraux sont pourtant aussi forts sinon plus que ceux des médecins installés depuis vingt ans : la patente est très lourde par ici et les baux d'après guerre sont plus chers que ceux d'avant-guerre.

D'autre part, j'avais déclaré dix mille francs de frais d'auto. Une auto m'est indispensable car la ville est très étendue et je suis blessé de guerre et pensionné à 30 % pour blessure du membre inférieur gauche. Le contrôleur ne veut pas admettre que je déduise le revenu de l'argent pourtant prêté par ma famille pour acheter mon auto. Et ils ont amorti cette auto — une Citroën — en dix ans, au lieu de cinq ans.

Que me conseillez-vous de faire ?

J'ai conservé mes notes de garages. Mes pneus n'ont pas été changés l'année dernière, mais le seront dans le courant de cette année. Un pneu confort vaut 463 francs, cela fera une somme de 2.315 francs. L'admettra-t-on ?

Dr X.

Réponse.

Votre blessure de guerre justifie l'usage d'une voiture automobile. Le contrôleur peut vous demander la justification de vos dépenses professionnelles s'il les estime exagérées mais une fois cette justification fournie (par la production des notes de garages sur ce qui concerne l'automobile), il ne saurait rejeter votre déclaration. Il est évident qu'une voiture automobile peut durer plus de 5 ans, mais il y a lieu de tenir compte qu'après ce laps de temps le coût des grosses réparations compense largement l'absence d'amortissement.

Enfin en ce qui concerne les intérêts du prêt consenti par votre famille, leur déduction n'est légalement admise que si vous présentez au contrôleur les quittances de ces dits intérêts sur lesquelles auront été apposés les timbres constatant le payement de l'impôt de 12 % sur le revenu des « créances ».

A. M.

1259. — Formalités en cas de vente d'une automobile.

J'avais deux autos : une 15 HP. Panhard et une 9 HP. Vinot. Je vends la 9 HP. Vinot et je donne à l'acheteur le permis de circulation le 18 mars 1926. Quand je me présente chez le percepteur pour prendre le permis de circulation de la 15 HP. Panhard, pour le deuxième trimestre 1926, celui-ci déclare ignorer totalement que j'ai vendu une voiture et prétend me faire encore payer pour les deux voitures. Naturellement je n'ai payé que pour la 15 HP. Panhard. Que faut-il faire pour éviter les ennuis que je ne connais pas et qui m'ont été promis ?

P. S. — A noter que j'ai fait à la mairie de L... la déclaration de vente de ma voiture.

D[r] D.

Réponse.

La remise du permis de circuler à l'acheteur de votre 9 HP. devait être faite par l'intermédiaire du receveur des contributions indirectes (article 101, loi du 25 juin 1920) ; à cette occasion, vous lui auriez fait la déclaration de vente, en lui indiquant les nom et domicile de l'acheteur et vous n'auriez eu aucun ennui.

Pour en éviter d'autres, il faudrait que vous obteniez de votre acheteur la justification du paiement des droits pour le deuxième trimestre ; l'indication du bureau où le paiement a été effectué et le numéro de la quittance doivent suffire à votre receveur.

Si ce dernier exigeait de vous le paiement des droits, il y aurait lieu de présenter au directeur des contributions indirectes une demande en restitution pour double emploi.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1569. — Frais de déplacement d'un accidenté du travail pour se rendre chez un spécialiste.

Un manœuvre maçon reçoit dans l'œil de la chaux, brûlure très grave de l'œil. Après certificat pour l'assurance du patron, je l'adresse à un oculiste que le blessé est déjà allé voir et devra encore aller voir plusieurs fois.

Je désirerais vous demander : si l'assurance du patron lui doit pour chacune de ses voyages une indemnité ou la totalité du prix de son voyage.

D[r] F.

Réponse.

En règle générale, les frais de déplacement de la victime qui se rend chez son médecin ne sont pas à la charge du patron (Aix, 19 janvier 1924, *Recueil des assurances*, 1924.1442).

Cependant, à titre exceptionnel, il a été admis par la Commission des frais médicaux en ma-

tière d'accidents du travail, dans sa séance du 27 mai 1921 (*Concours médical*, 1921.1936), que les frais de déplacement devaient être remboursés à un blessé du travail qui se rendait chez un spécialiste.

Le juge de paix de la Ferté-sous-Jouarre a jugé en ce sens le 5 mars 1925 (*Bulletin des justices de paix*, 1925.247), pour un ouvrier blessé aux yeux qui se rendait chez un oculiste.

Telles sont également les conclusions du Dr Paul Boudin dans un article publié en 1925 dans le *Concours médical*, page 490.

1663. — Recensement des automobiles.

Je reçois ce matin la convocation ci-jointe pour classement des véhicules automobiles. Je croyais que les véhicules des médecins étaient exemptés de cette formalité.

Veuillez avoir l'amabilité de me dire ce qu'il en est exactement. Dr L.

Réponse.

Sont en effet exemptées de la réquisition les voitures appartenant aux docteurs en médecine à raison d'une voiture par médecin.

Mais cette exemption ne s'étend pas au recensement et les médecins doivent présenter à la Commission chargée du recensement toutes les voitures qu'ils possèdent.

Application du Tarif Durafour,

I

1420. — Pansements multiples et cumul.

Je soigne un accidenté du travail pour les lésions suivantes : « plaies des quatre derniers doigts de la main gauche à la face dorsale : superficielles à l'index et à l'auriculaire, profondes au médius et à l'annulaire où elles vont jusqu'au tendon extenseur qui est intéressé au médius ». Pensez-vous que je puisse compter : pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr. ? Dans ce cas, je pourrais sans doute cumuler ces 15 fr. et l'injection de sérum antitétanique : 20 fr. ? Dr M.

Réponse.

Vous pouvez compter « pansements multiples » 15 francs, plus injection antitétanique 20 francs, total : 35 francs. Et cela parce que « pansements multiples » est une *intervention à tarif spécial*, cumulable avec toute autre intervention quelconque. F. D.

II

1° Ponction pleurale exploratrice ; 2° Injection antitétanique fractionnée.

Je profite de cette lettre pour solliciter de votre bienveillance quelques éclaircissements sur le tarif des accidents du travail.

1° A combien tarifer une ponction exploratrice de la plèvre ?

2° Peut-on dans la même visite tarifer une ponction exploratrice de la plèvre et la ponction évacuatrice que la première avait montrée nécessaire ? (Il s'agissait d'un hémothorax traumatique).

3° Quand un malade a déjà eu du sérum, pour éviter les accidents anaphylactiques, je fais d'abord 1/4 de cmc. puis le lendemain ou le soir 1/2 cmc., dans une visite ultérieure 1 cmc. et enfin une quatrième injection du reste de la dose. Dois-je à chaque fois compter une « injection de sérum antitoxique » (art. 15) ? Si non quel tarif adopter ?

Dois-je compter en plus le pansement fait au cours de cette visite. Dr G.

Réponse.

1° Il n'est pas indiqué d'honoraires spéciaux pour une ponction *exploratrice* de la plèvre, qui est analogue (*a contrario*) avec une injection sous-cutanée non payée à part. En tout cas, on ne pourrait *cumuler* le prix de la dite ponction exploratrice avec celui d'une ponction évacuatrice faite en même temps, la première ponction n'étant, en réalité, que le premier temps de la seconde ponction.

2° Pour l'injection antitétanique fractionnée, voir le *Concours* du 25 avril 1926 page 1.135. J'y conclus que le mieux serait dans certains cas spéciaux comme le vôtre, de compter X... visites simples *nécessitées* par une injection antitétanique faite à doses fractionnées par suite de précédents symptômes anaphylactiques... », d'autant plus qu'avec des injections d'un quart ou d'un demi-centimètre cube, il ne s'agit plus guère que d'une simple injection sous-cutanée analogue à celle d'éther ou de morphine, injections qui sont comprises dans le prix de la visite ou consultation (article 16).

3° Tout pansement *simple* étant compris dans le prix de la visite ou consultation (article 16) suit le sort de celles-ci et ne peut donc être compté *avec* une intervention, car ce serait alors le cumul défendu par l'article 13. F. D.

III

1596. — Pas de catégories, même dans l'ex-tarif Breton, pour la radiologie.

Est-ce que la deuxième catégorie du tarif Breton a été supprimée depuis plusieurs années pour les radiologistes de province ?

2° Si oui, à quelle époque a été publié le décret ministériel qui a supprimé la deuxième catégorie pour ces spécialistes ? Dr L.

Réponse.

La radiologie (sauf la radiothérapie) n'est pas affaire de *soins*. Comme telle, elle n'a *jamais* ressorti à l'article 15, premier alinéa, instituant les deux catégories du tarif Breton. La radiologie est affaire de *laboratoire* ; ceci a été rappelé officieusement par la Commission du tarif Breton, quelques mois après la parution du dit tarif en juillet 1920. F. D.

Quarante-huitième année — N° 24 — 13 Juin 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1562-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr ACHARD, d'Aïn-Temouchent, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 280. — Coutainville-plage (Manche). A louer, im. plage, centre provisions : 1° maisonnette avec terrain pour 4 pers., septembre 450 fr. ; 2° logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., juin 250, juillet 360, août 600, sept. 300. S'ad. M. Rothé, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

N° 281. — A céd. cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf., ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

N° 282. — A prendre d'urg. à La Fert-Vidame (E.-et-L.) anc. client. seul méd., 30.000 pour 6.500 tout compt. Bas prix en rais. achat gr. client. et départ immin. Méd. rés. Esat. Ecr. : Dr Dujardin, à Lieurey (Eure).

N° 283. — Est. Très import. client. à céder dans ch.-l. de cant. avec sup. mais. d'habit. (9 p., eau, électr., gr. jard., remise et dépend.), Fonds à payer compt., mais. à vendre ou à louer.

N° 284. — Centre. Aff. intér. à enlever, excell. poste à céder, cause malad. femme titul., ch.-lieu cant. bords Loire, 3 h. Paris, gr. ligne, plus de 6.000 moy. par mois, à augment. facil., visite 15 fr., belle mais. centre pays à louer, bail à vol. Gaz, électr., chauff. centr., garagiste. Prix : 40.000 compt.

N° 285. — Jeune doct. est demandé pour remplac. trois mois, pourrait succéder à titul. actuel. Nécess. posséder permis cond.

N° 286. — Doct. recomm. partic. femme très sérieuse pour prendre enfant en garde, même nourrisson.

N° 287. — 110 km. (15 kms préfect. imp.), poste seul pro-pharm. coucurr. éloignée, rapp. 103.000, mais. dans hôtel partic. Prix : 30.000, dont 35.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 288. — Oise, anc. poste pro-pharm., 1 h. Paris, méd. ch. de fer, rapp. 55.000 en moy. (anc. tarifs). Bail 9 ans, loyer 2.500, mais. vaste av. électr., jard. Prix : 35.000 dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 289. — Renault torp. lux. 10 CV 1925, écran t. temps, conf. n. acc. très peu roulé, état mécan. abs. neuf de confiance. Dr, 43, faubg Montmartre, Paris. Bergère 52-37 de 1 à 5 et 7 à 9.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Distinctions honorifiques.** — Notre distingué confrère, le docteur Robert S. Kolbé, de Châtel-Guyon, vient de recevoir du gouvernement central de Caracas, la croix d'officier de l' « Ordre du Libérateur ». Nos bien sincères félicitations.

— **Dispensaires anti-tuberculeux du département de l'Eure.** — *Un concours* sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé, n'exerçant pas en clientèle, et chargé des dispensaires antituberculeux du département de l'Eure.

Pour tous renseignements, consulter le statut-type des médecins spécialisés, ou s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, où les dossiers des candidats devront être transmis avant le 1er juillet.

— **Inspection d'hygiène de Saône-et-Loire.** — Un deuxième poste d'inspecteur d'hygiène est vacant en Saône-et-Loire. Il y sera pourvu par un concours sur titres et sur épreuves. Limites d'âge : 28 et 45 ans.

Traitement : 18.000 à 24.000, plus indemnité de résidence et de déplacement (1.100). Adresser les demandes au Préfet de Saône-et-Loire, à Mâcon, jusqu'au 30 juin.

— **Bordeaux.** — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Le récent concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la présentation de MM. BLANCHOT et MASSÉ.

— **Agrégation.** — *Obstétrique.* — Sont déclarés aptes aux fonctions d'agrégé :

Académie de Paris. — MM. Portes, Leven, Cleisz, Vignes.

Académie de Montpellier. — M. Coll de Carrera.

Académie de Bordeaux. — MM. Rivière (Marc), Balard.

Académie de Nancy. — M. Vermelin.

Académie d'Alger. — M. Houel.

— **Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu, La Salpêtrière, Vaugirard).** — Un cours de chirurgie abdominale par MM. les professeurs HARTMANN, GOSSET et Pierre DUVAL aura lieu du 21 juin au 10 juillet. Il comportera des leçons, des démonstrations cliniques et des séances opératoires. Inscription à la Faculté (droits : 150 fr.).

— **Vannes.** — *Concours de chirurgien des hospices* de Vannes, le 1er juillet prochain.

A TRAVERS L'OFFICIEL

26 *mai.*

Inspection départementale d'hygiène.

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la santé publiques.

L'emploi d'inspecteur départemental de l'hygiène et de la santé publiques dans le département du Nord est vacant à partir du 1er juin 1926.

Le traitement attaché à la fonction est fixé à 25.000 fr. et peut atteindre 30.000 fr., par échelons successifs.

Cet émolument comporte une partie fixe : 22.000 fr. à 27.000 fr. et une partie mobile de 3.000 fr. susceptible de varier selon les fluctuations du coefficient du coût de la vie.

Les retenues réglementaires pour le service de la caisse des retraites sont opérées sur la partie fixe du traitement.

Les frais de tournées sont fixés à 5.000 fr.

Le nouveau titulaire de l'emploi sera désigné après un concours à deux degrés : 1° concours sur titres qui sera éliminatoire ; 2° concours sur épreuves entre les candidats choisis après le premier concours sur titres.

Les candidats doivent être Français, âgés de trente ans au moins et de quarante ans au plus.

Le programme des épreuves sera adressé sur demande.

Les inscriptions en vue de ce concours seront reçues à la préfecture du Nord avant le 20 juin 1926, délai de rigueur.

Les candidats produiront :

1° Demande sur papier timbré ;

2° Acte de naissance ;

3° Certificat de services militaires ;

4° Casier judiciaire ;

5° Engagement, dans le cas où ils seraient nommés à l'emploi mis au concours, de se consacrer exclusivement à la fonction, de s'abstenir de toute clientèle et de rester au service du département du Nord pendant six ans au moins sous peine, en cas de départ anticipé, de verser à la caisse départementale des retraites une somme de 2.000 fr. ;

6° Un certificat médical, délivré par un médecin assermenté, attestant qu'ils sont valides et peuvent remplir, en toute activité, les devoirs de leur charge ;

7° Copies certifiées conformes des diplômes universitaires ;

8° Note, faisant connaître leurs titres scientifiques, l'état de leurs services et toutes pièces justificatives à ce sujet.

27 mai.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à *l'asile public d'aliénés de Font-d'Aurelle (Montpellier)*, par suite du décès de M. le Dr Mirc.

30 mai.

Pensions militaires.

Loi du 27 mai 1926 modifiant la composition des tribunaux départementaux des pensions.

Art. unique. — Les huit premiers paragraphes de l'article 36 de la loi du 31 mars 1919 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. 36. — Le tribunal départemental des pensions est composé :

« D'un juge au tribunal civil désigné par le premier président de la cour d'appel du ressort parmi les juges des tribunaux du département ;

« D'un médecin choisi sur la liste des médecins experts près les tribunaux ou sur une liste de dix membres présentés par les syndicats ou associations de médecins du département ;

« D'un pensionné tiré au sort en même temps qu'un pensionné suppléant sur une liste de vingt membres présentés par les associations de mutilés et réformés du département et agréés par le tribunal des pensions.

« Le médecin et un médecin suppléant seront désignés par le ministre de la justice. »

1er juin.

Diplôme d'infirmière.

Décret du 9 mai 1926 rendant applicables à l'Algérie les dispositions des *Décrets des* 27 juin 1922 et 25

novembre 1924 portant institution d'un diplôme d'Etat d'infirmière et d'un examen spécial pour les victimes de la guerre.

Bureaux d'hygiène.

Avis de vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres, par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Aix-les-Bains.

Le traitement alloué est fixé à 2.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires

Impôt sur deux voitures qui ne circulent pas simultanément.

7914. — M. Delourme, député, expose à M. le ministre des finances qu'un docteur possède deux voitures automobiles de puissance différente, qu'il conduit lui-même, et dont il se sert indifféremment pour son service et demande dans quelles conditions il doit être imposé pour ces voitures. (*Question du 20 avril* 1926.)

Réponse. — Le contribuable qui, possédant deux voitures, se sert indifféremment de l'une ou de l'autre, doit l'impôt sur les deux voitures, alors même qu'elles ne sortiraient pas simultanément. Toutefois, l'administration admet, quand les mutations ne présentent pas un caractère marqué de fréquence ou de périodicité, que l'impôt puisse frapper uniquement l'automobile de la plus forte puissance. (*J.O.*, 29 *mai* 1926.)

Application de l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

7426. — M. AJAM, sénateur, demande à M. le ministre des finances quelles sont les conditions d'application de l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, et, notamment : 1° si les fabricants de produits pharmaceutiques qui déposeront leurs produits à l'exposition des Journées médicales seront soumis à la taxe ; 2° si le seul fait d'envelopper les boîtes ou les flacons dans des prospectus contenant une publicité exposera les vendeurs au payement de la taxe ; 3° si la publicité faite pour des produits pharmaceutiques dans les journaux étrangers destinés à d'autres personnes que les médecins ou pharmaciens exposera les producteurs à la taxe. (*Question du* 16 *avril* 1926.)

Réponse. — 1° Non, étant entendu que cette publicité ne s'adressera pas à d'autres personnes que les médecins et pharmaciens.

2° Non, à condition que la publicité contenue dans les prospectus ne vise que le produit contenu dans les boîtes ou les flacons, sous ses différentes formes pharmaceutiques ;

3° Oui, si ces journaux sont vendus au public, en France, ou mis à sa disposition. (*J.O.*, 28 *mai* 1926.)

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Un chirurgien peut-il dans un simple but expérimental greffer à l'homme des testicules de porc ?

Un médecin a-t-il le droit de se livrer à des expériences sur ses malades ? Peut-il expérimenter des méthodes nouvelles, parfois audacieuses ? En cas d'échec, quelle peut être sa responsabilité ?

J'ai déjà répondu à cette question, notamment dans le *Concours médical* du 12 avril 1925, 919.

Sans vouloir trancher des problèmes d'ordre purement scientifique, la jurisprudence décide qu'un médecin est parfaitement libre de son traitement, surtout lorsqu'il s'agit de cas graves et désespérés.

Mais lorsqu'il veut œuvrer pour expérimentation et non pour un traitement, le médecin est responsable de tous les accidents survenus à l'occasion de l'emploi d'un remède hasardé, ou d'une méthode inopportune (Trib. corr., Lyon, 15 décembre 1859; Dalloz périodique, 3e partie, p. 8 ; Aix, 22 octobre 1906 ; Dalloz périodique, 2.41).

Néanmoins, il ne faut pas croire que toute méthode nouvelle de traitement soit interdite, alors même que l'urgence et la gravité du cas ne soient

pas telles qu'elles autorisent le médecin à toutes les audaces.

Il faut que, pratiquant son expérimentation, le docteur apporte toute la prudence nécessaire pour qu'avant de faire du bien, il ne commence pas par faire du mal. *Primo non nocere.*

Par exemple, s'autorisant des expériences bien connues des greffes testiculaires, que le savant chirurgien, mon ami Dartigues, a vulgarisées, à la suite de Voronoff, un docteur pourrait-il, sur des vieillards, hospitalisés dans un hospice, par suite parfaitement inutiles pour la société, expérimenter des greffes testiculaires, provenant d'autres animaux que des singes, des porcs, pour réveiller le fameux « petit cochon qui sommeille dans le cœur de tout homme ».

La méthode en soi n'est point blâmable, car, scientifiquement, on peut soutenir qu'un greffon de glande testiculaire quelconque peut provoquer un hyperfonctionnement d'une glande humaine atrophiée, ou endormie par la vieillesse.

Mais ici interviennent les facteurs suivants :

En premier lieu, les malades étaient-ils consentants ? Avaient-ils dûment autorisé le chirurgien à tenter l'expérience ? Savaient-ils à quoi ils s'exposaient, en cas de non réussite de l'intervention ?

En second lieu, l'opérateur était-il un chirurgien de métier, apportant à la méthode toute la rigueur opératoire, aseptique, etc. ? Que des sutures soient mal faites, par quelqu'un qui n'en a pas une grande pratique, qu'une suppuration survienne, non pas du fait de la présence d'un corps organique étranger, mais d'un défaut d'asepsie, tant du greffon que de l'opération, qu'un érysipèle chirurgical se déclare et il sera reprochable au médecin d'avoir fait du mal au patient, par son imprudence, son impéritie, sa négligence.

Les porcs eux-mêmes, donneurs de greffons testiculaires, avaient-ils été examinés, au préalable, par un vétérinaire, pour savoir s'ils étaient sains et s'ils ne risquaient pas de contaminer les candidats au rajeunissement ?

Il est donc nécessaire d'envisager tous ces points particuliers, avant de déclarer coupable ou innocent l'expérimentateur quelque peu hardi, qui, par voie d'analogie, veut conquérir des lauriers dans le domaine de la lutte contre la sénescence.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

1620. — Droits des enfants d'une victime du travail âgés de plus de 16 ans.

Une de mes clientes, dont le mari est décédé d'un accident du travail, touche une pension pour ses deux enfants mineurs de moins de 16 ans.

Mais l'aîné, d'ici peu, va atteindre ses seize ans ; or, il s'agit d'un enfant atteint de maladie incurable (endocardite chronique, albuminurie, anasarque, infantilisme).

Le fait de l'incurabilité peut-il constituer pour la mère un droit à toucher une allocation pour cet enfant, complètement à sa charge ?

Dr P.

Réponse.

La loi sur les accidents du travail présente un caractère forfaitaire qui ne permet d'allouer aux victimes d'accidents du travail ou à leurs ayants droit que les indemnités limitativement énumérées dans la loi.

Or, le paragraphe B de l'article 3 de la loi de 1898, ne prévoit l'allocation d'une rente, pour les enfants rendus orphelins par l'accident, que jusqu'à l'âge de 16 ans révolus.

Il en résulte que, dans l'espèce, quel que soit l'état physique de l'enfant, il cessera d'avoir droit à sa rente dès qu'il aura atteint l'âge de 16 ans.

1293. — Réduction du service militaire pour un fils aîné de famille nombreuse.

Il s'agit d'un jeune homme, aîné de 8, incorporé en novembre 1925, réformé pour un an fin décembre à la suite d'un érysipèle charbonneux. Son père meurt en janvier 1926. La famille se compose de la mère, du fils aîné en question, 21 ans, suivi de deux filles, 17 ans, 15 ans, un fils 14 ans et les cinq derniers échelonnés entre 12 et 4 ans. Petits fermiers, 4 vaches, 2 chevaux. Si le fils repart au service en décembre 1926, ils ne peuvent continuer leur culture, ne pouvant payer un domestique. Peut-on éviter ce départ du fils ?

Le père est mort d'un coma diabétique. Dr H.

Réponse.

L'article 2 de la loi du 1er avril 1923 dispose que le fils aîné d'une famille de cinq enfants et plus n'accomplit que douze mois de service. Si le frère aîné n'a pas profité de cette disposition, le frère puîné, et après lui, le troisième frère, si le deuxième est dans le même cas, et ainsi de suite, jouiront de la même réduction.

Aucune dispense totale de service n'est prévue pour les aînés de famille nombreuse ; la réforme seule pourrait empêcher ce jeune homme de rejoindre en décembre 1926.

1323. — Radiation des cadres pour raison de santé.

Médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif, classe 99, je désirerais demander ma radiation des cadres pour raison de santé.

Voir la suite page LV-1617

PROPOS DU JOUR

Quelques glanes dans la correspondance de la semaine du Concours Médical.

Une exposition à Rouen en souvenir de Jacques Daviel, l'inventeur de l'opération par extraction de la cataracte. Un exemple à imiter.

Dans une fort intéressante lettre, un de nos plus aimables et érudits correspondants le Dr Noury, de Rouen, attire notre attention sur une exposition locale.

Le 24 mai 1756, il y a 170 ans, le chirurgien oculiste normand, Jacques Daviel, pratiqua pour la première fois avec succès l'opération de la cataracte par extraction sur l'œil droit du sculpteur et peintre Devosge, le directeur-fondateur de l'école des Beaux-Arts de Dijon.

Pour rappeler cet anniversaire et aider à faire mieux connaître une des gloires de la petite patrie normande, un maître imprimeur de Rouen, M. Gabriel Dervois, a organisé dans ses vitrines de la rue de la Ganterie, une très curieuse exposition de dessins et de documents inédits ayant trait à Jacques Daviel et à son opéré Devosge.

M. Gabriel Dervois qui est un archéologue et un collectionneur averti, fait périodiquement dans ses vitrines de semblables expositions qu'il intitule « le petit musée de la rue ». Il y fait connaître au public des gravures et des autographes se rapportant aux actualités ou aux anniversaires.

Le Dr P. Noury, nous montre tout l'intérêt de l'exposition Jacques Daviel et joint à sa lettre une coupure du *Journal de Rouen* où un de ses confrères en érudition, M. Georges Dubosc, énumère les principales pièces recueillies et exposées par M. G. Dervois.

Nous pensons que l'exemple de ces expositions rétrospectives de documents historiques devrait être suivi et, nous espérons que, si jamais il se crée à Paris un Foyer national des médecins français, une de ses attractions sera une série d'expositions de ce genre, où les médecins archéologues et collectionneurs rivaliseront pour commémorer nos célébrités médicales.

Nous empruntons à l'article de M. G. Dubosc, dans le *Journal de Rouen* du mardi 11 mai 1926, l'énumération des principales pièces de l'exposition Jacques Daviel :

Tout d'abord, c'est un dessin original du peintre Devosge, qui fut directeur de l'Ecole des Beaux-Arts de Dijon, représentant une Etude préparatoire en vue de la composition allégorique en l'honneur de Daviel, faite par cet artiste, et gravée en 1760 par un artiste rouennais, Noël Le Mire. Voici encore cette propre gravure et l'explication du dessin allégorique (explication aujourd'hui introuvable), maisreproduite dans le livre de Jules Hédou : *Noël Le Mire et son œuvre*.

Des photographies qui furent faites par les soins du docteur Nordensen, de Stockholm, représentent : 1° une communication faite par Jacques Daviel, à l'Académie des Sciences de Stockholm, datée du 10 septembre 1758 relative à deux opérations de cataractes, adhérentes osseuses, dont la première décrite, est celle pratiquée sur l'œil droit de Devosge, en 1756 ; 2° Une lettre de remerciements adressée par Jacques Daviel, à cette Académie, à l'occasion de son élévation.

Relevons encore quelques documents iconographiques intéressants : Un dessin original du maître sculpteur Alphonse Guillaux, reproduisant la statue exécutée par lui, de Jacques Daviel et inaugurée à Bernay, le 26 juillet 1891 ; le portrait de Jacques Daviel, dessiné et gravé, d'après le médaillon qui se trouve au-dessous du dessin de Devosge, en 1889, par Emile Vaucanu, artiste remarquable qui devait mourir mystérieusement dans un voyage en Perse ; la reproduction en bronze du médaillon exécutée par l'artiste suisse H. Bovy, médaillon ornant le monument érigé par les oculistes suisses à Jacques Daviel, le 8 octobre 1885, au Grand-Sacconay.

Enfin, figurent aussi dans cette exposition quelques ouvrages fort intéressants ; *L'éloge de Devosge*, lu par M. E. Moreaux, dans la séance du 3 avril 1813, de l'Académie des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Dijon. En première page, figure un portrait de Devosge, dessiné par son fils ; — une autre brochure très intéressante et fort complète du docteur Otto Backer, médecin oculiste à Heidelberg, publiée en 1888 et offerte par lui aux membres du Congrès d'ophtalmologie qui se tint à Heidelberg, du 8 au 11 août 1888, brochure ornée en première page d'une reproduction du dessin de Devosge : un exemplaire de la *Revue médicale de Normandie*, contenant une reproduction du dessin de Devosge. Ce dessin a été également reproduit dans le volume « *Le XVIIIe siècle. Lettres, Sciences et Arts* », publiés par Firmin Didot. Rappelons, en terminant, que notre compatriote Jacques Daviel, né le 11 août 1696 est mort à Genève, le 30 septembre 1762, après avoir été nommé chirurgien-oculiste du roi, en 1749. A Rouen, une rue porte son nom et le Musée possède la maquette de la statue élevée à Bernay et une à Alphonse Guilloux. On sait que Jacques Daviel, connu dans toute l'Europe, compte encore des des descendants de son nom, dans notre ville.

G. D.

***

AMABILITÉS ADMINISTRATIVES.

Un de nos confrères très distingué nous écrit de Picardie pour attirer notre attention sur le texte d'un arrêté, pris par M. le Préfet de la Seine au sujet de la nomination des médecins de l'état civil. L'article premier rappelle que la liste de présentation par les maires pour cette nomination doit d'abord exclusivement comprendre des médecins de l'Assistance médicale de Paris, des médecins inspecteurs des écoles de Paris et des médecins diplômés de l'Institut médico-légal de l'Université de Paris.

Dans le cas, ajoute l'arrêté, où il ne se produit aucune candidature parmi les médecins appartenant aux catégories ci-dessus ou si, pour des raisons qui doivent être soumises à l'appréciation du préfet, le maire estime que les candidatures qui se sont produites dans lesdites catégories ne peuvent être retenues, il peut présenter d'autres candidats offrant les garanties nécessaires de compétence et *d'honorabilité.*

« Cette obligation d'*honorabilité* pour les médecins de l'état-civil de Paris, nous écrit notre correspondant, me semble aimable pour le reste des praticiens ».

Nous ne doutons pas que M. le Préfet de la Seine, s'il avait rédigé lui-même son arrêté, aurait trouvé le moyen d'éviter les termes qui ont froissé et froissent la légitime susceptibilité de plus d'un de nos confrères. Il serait cependant bon de rappeler aux rédacteurs de la Préfecture de la Seine que l'honorabilité ne doit pas tout à fait encore être considérée comme une qualité exceptionnelle dans le corps médical parisien.

***

LA TAXE DE SÉJOUR DANS LES STATIONS CLIMATIQUES DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN.

Un de nos confrères de province, victime de la guerre, fut obligé pour raison de santé d'aller faire un séjour dans une petite station climatique de la Côte d'Azur. Par raison d'économie, il loua un appartement au prix le plus modéré qu'il put trouver (ce ne fut d'ailleurs pas facile) et s'y installa avec sa famille. Il ne fut pas peu surpris quand, à la fin du mois, le propriétaire lui présenta une note où le recouvrement des frais de séjour corsait très sensiblement l'addition déjà copieuse. Il apprit alors que le loyer de son logis, bien qu'il eût choisi le plus modeste, rentrait par l'élévation de son prix dans la catégorie de la taxe de luxe et qu'il devait payer pour lui, pour sa femme, pour chacun de ses enfants et pour la personne à son service que, encore par raison d'économie, il avait cru bon d'emmener avec lui.

Le maire auquel il porta ses doléances, lui confirma que le prix de son loyer le faisait classer dans la catégorie de luxe. Et comme notre confrère se récriait, disant qu'il avait pris le loyer le plus modique qu'il avait pu trouver, M. le maire avoua que ses administrés et électeurs abusaient un peu de la situation. Il conseilla d'adresser une réclamation à la sous-préfecture et M. le sous-préfet répondit que le médecin pouvait être dégrevé lui-même (bonne plaisanterie ! notre confrère y avait le droit comme pensionné militaire) mais que sa femme, chacun de ses enfants et la domestique devaient payer chacun la taxe de luxe.

Il existe, en France, de très nombreuses stations, et non des moindres qui s'efforcent d'attirer les médecins par une foule de gracieusetés qu'elles offrent à eux et à leur famille. Les administrateurs intelligents de ces stations savent fort bien que les médecins qui les visitent, ne leur enverront pas des clients multimillionnaires, mais ils s'efforcent de laisser au corps médical une impression favorable du séjour dans leur station. C'est, ils le savent, la meilleure publicité qu'ils peuvent faire.

Notre correspondant nous apprend que toutes les stations climatiques ne sont pas ainsi administrées, qu'il en est où l'application stricte des règlements donne la sensation qu'on y est immodérément écorché. Tant pis pour elles !

Leur réputation en pâtira et, comme il en est beaucoup d'autres et qu'il viendra sans doute un jour où les Anglais et les Américains se lasseront de fréquenter les petits trous très chers et trouveront ailleurs des localités plus à la mode, ils regretteront amèrement le mauvais souvenir qu'ils auront laissé aux médecins français qui plus que tous autres auraient pu contribuer à leur prospérité.

***

L'INSPECTION MÉDICALE DES ENFANTS DU PREMIER AGE. OÙ EN EST ENCORE A QUELQUES CENT KILOMÈTRES DE PARIS L'HYGIÈNE INFANTILE.

Un autre correspondant, médecin inspecteur des enfants du premier âge se plaint très vivement de la manière d'agir d'un centre d'élevage, dirigé par une personne qui, usant de ses rela-

tions dans le monde politique et administratif, s'efforce de se substituer à l'inspection médicale du premier âge et travaille à évincer petit à petit le médecin. Il se plaint que les infirmières visiteuses font trop souvent de l'exercice illégal de la médecine et pas toujours d'une façon très heureuse.

Nous ne sommes pas suffisamment documenté pour prendre parti, mais nous déplorons ces rivalités et ces conflits lorsqu'il s'agit d'hygiène infantile et de protection des nouveau-nés, conflits qu'avec un peu de bonne volonté et de tact de part et d'autre, il serait facile d'éviter. Est-ce bien le moment de déconsidérer l'inspection médicale et de détruire chez les nourrices et les gardiennes d'enfants la confiance qu'elles devraient avoir dans le médecin ? Elles sont trop naturellement hélas ! portées à suivre les conseils des commères, des rebouteux et des guérisseuses.

Nous avons soigné tout récemment un enfant de trois mois, rapporté mourant des confins du Maine et de la Normandie où il avait été placé chez ses grands-parents. Comme l'enfant n'engraissait pas au gré de la grand-mère, il fut porté chez une des deux « toucheuses de cathaires » (sans doute catharre) les plus réputées, qui, du fait d'un secret, transmis dans leur famille de génération en génération, ont le mirifique don de guérir les maladies des enfants. La toucheuse n'opère pas pour rien, elle exige 45 francs pour sa consultation qui consiste à appliquer un cataplasme d'herbes cuites sur le ventre du bébé et à lui ingurgiter une infusion d'herbe, allongée de vin blanc. Les toucheuses de cathaire sont très populaires, les clients affluent chez elles. Pour notre bébé, l'effet fut si radical que les parents, appelés par dépêche, le ramenèrent le jour même à Paris et dans quel état! Au même pays, il y a des toucheurs d'écrouelles qui font plus la concurrence aux rois de France qu'aux médecins, mais l'on naît toucheurs d'écrouelles, on ne le devient pas. Même, par les temps de restriction familiale qui courent, ils ne peuvent guère être nombreux. Pour être toucheur d'écrouelles, il faut être le cinquième, le septième ou le neuvième enfant d'une lignée, composée exclusivement de mâles. Inutile de dire que le pouvoir d'un neuvième est infiniment supérieur à celui d'un sinquième ou même d'un septième.

Voilà où nous en sommes après cinquante ans d'instruction gratuite et obligatoire. Mais dans ces pays, cependant riches, fréquente-t-on réellement l'école ?

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

FAUSSES RÈGLES DE QUINZAINE — DYSMÉNORRHÉE INTERMENSTRUELLE

Par Paul DALCHÉ,

Médecin des hôpitaux.

I

Considérations générales. — Des femmes viennent nous consulter parce que dans la période intercalaire, vers le milieu du mois ou avant, elles éprouvent comme une nouvelle poussée de règles; cette poussée n'est pas toujours aussi forte que celle des véritables règles, mais, dans quelques cas il arrive qu'elle s'accompagne de tous les symptômes du molimen, et l'un d'eux, la douleur, peut même devenir très violent. Plus rarement la perte de sang prend une abondance inquiétante.

Douleurs, pertes, se présentent avec les degrés et les qualités les plus variables non seulement selon les malades, mais encore selon les époques chez la même malade.

Si bien que parfois nous observons une crise hydro-leucorrhéique ou de petites règles en réduction, sans phénomènes vraiment pénibles, et d'autres fois la malade nous accuse des souffrances qui rappellent celles de la dysménorrhée.

Aussi nous voyons ces faits qualifiés tantôt de *fausses règles de quinzaine* et tantôt de *dysménorrhée intermenstruelle*.

Les deux termes prêtent à discussion :

Dysménorrhée intermenstruelle. — Il est des

cas qui ne provoquent aucune douleur, tout se borne à l'apparition facile et inopinée d'un petit écoulement hydro-leucorrhéique à peine teinté de sang si quelques fois même il l'est ; méritent-ils le nom de dysménorrhée, c'est-à-dire menstruation difficile ou douloureuse ?

Fausses règles de quinzaine. — D'autres cas au contraire sont caractérisés par de vives souffrances, mais ne s'accompagnent d'aucun écoulement, ou l'écoulement est si minime qu'il ne saurait rappeler même de loin celui de la menstruation.

Le mot de *fausses* règles lui-même doit être considéré. Se passe-t-il quelques phénomènes semblables à ceux des véritables règles, mais avortés ? la ponte des ovules ne subit-elle pas une altération qui les trouble dans leur évolution, la modifie ou la précipite ? Le terme de *secondes* règles de quinzaine serait-il tout autant admissible ? Je ne le crois pas, mais nous savons si peu de choses sur les véritables règles.

Quoiqu'il en soit ces *fausses règles de quinzaine* sont plus fréquentes qu'elles ne le paraissent. Bien des femmes en sont atteintes et qui ne les signalent pas, parce qu'elles les regardent comme sans importance tant les symptômes en sont atténués ; d'autres fois elles les confondent avec des crises de leucorrhée.

***

Ces fausses règles de quinzaine me paraissent un syndrome qui s'observe dans des cas différents et je me suis demandé si certaines d'entre elles ne dépendraient pas d'une *maladie de l'ovulation*, d'une *ovulation défectueuse.*

Par ovulation, j'entends non la ponte de l'ovule mais le travail évolutif qui part de la cellule originelle et accompagne l'ovocyte et le follicule jusqu'à la ponte de l'ovule.

Nous sommes encore peu fixés sur les rapports exacts de l'ovulation avec les vraies règles, bien moins encore avec les fausses règles.

SCHICKELÉ, par exemple, enseigne que tout le long du mois on peut trouver un follicule prêt à se rompre. Dans cette hypothèse, il faut chercher une autre influence qui préside à la périodicité des phénomènes, et peut-être même abandonner tout rapport entre l'ovulation et la menstruation.

WATRIN, au contraire, considère que la rupture folliculaire se fait huit jours environ après la fin des dernières règles (treize jours environ après leur début). Le corps jaune menstruel entraîne dans l'utérus une hyperplasie congestive de la muqueuse. Que ce nid formé pour recevoir l'œuf devienne inutile, cette hyperplasie congestive de la muqueuse s'arrête, l'endomètre entre en dénutrition et se démolit provoquant une hémorragie concomitante (WATRIN, CORNER). « L'écoulement sanguin est sous la dépendance du corps jaune, mais sous sa dépendance indirecte, puisque c'est lui qui provoque l'édification des structures dont la démolition conditionne la menstruation » (BOUIN). Le travail recommence pour l'édification d'un nouveau nid, qui s'effondrera à son tour si l'œuf n'est pas fécondé et « le processus recommence tous les vingt-huit jours ».

L'apparition et la périodicité des règles trouvent de la sorte une explication.

Mais, les fausses règles ?

Ici nous devons chercher une autre influence concomitante, peut-être la trouverons-nous dans les idées de STAPFER.

D'abord s'appuyant sur les travaux d'ANCEL et de VILLEMIN STAPFER considère deux vagues :

La première au dixième, onzième et douzième jour, premier molimen, stade d'engorgement, maturation du follicule de de Graaf, qui se rompt au quinzième jour, culmen de cette première vague.

La seconde, au vingtième, vingt et-unième, vingt-deuxième jour, second molimen, stade d'engorgement, maturation du corps jaune qui précède de sept jours les règles.

Vingt-huitième jour : culmen de la vague cataméniale qui aboutit à l'émonctoire naturel pendant lequel le corps jaune se flétrit en regressant.

Allant plus loin, au cours de la première semaine, pendant les règles, STAPFER constate que l'utérus et les annexes sont diminués de volume.

Pendant la deuxième semaine au contraire, l'utérus et les ovaires augmentent de volume, deviennent gros, il se forme un œdème pelvien.

Pendant la troisième semaine, ces lésions génitales s'apaisent, l'œdème disparaît les tissus se dégorgent.

Dans le quatrième septénaire nouvelle fluxion active cataméniale qui aboutit à la menstruation.

D'une façon générale, beaucoup d'auteurs tendent à reporter la rupture du follicule dans la première dizaine de la période inter-menstruelle.

Pendant le second septénaire, il s'est donc produit une poussée fluxionnaire qui arrive à son maximum à la fin de cette seconde semaine, et c'est à ce moment et au début du troisième septénaire que se produisent les fausses règles de quinzaine.

Que l'on suppose une ovulation défectueuse, troublant la maturation du follicule de de Graaf, une de ces maladies de l'ovulation que nous

soupçonnons et que nous ne connaissons pas (1), le follicule peut se trouver mal disposé pour recevoir l'action congestive de la première vague menstruelle. Il en résultera « un de ces phénomènes qu'il faut ranger dans la catégorie obscure des congestions réflexes » (BOUIN).

Le tempérament névropathique favorisera ces réflexes.

Si cette hypothèse reste sans démonstration certaine pour les cas où l'on ne perçoit pas de lésion cliniquement appréciable de l'ovaire, elle trouve sans doute une preuve dans les faits où les fausses règles se produisent au cours d'altérations que l'on constate, comme les ovarites, la sclérose génitale, etc. Ici, la poussée congestive s'effectue sur des lésions nettes.

Ainsi comprises, certaines fausses règles de quinzaine supposent deux facteurs :

a) Une altération de l'ovaire, maladie de l'ovulation ;

b) Une poussée congestive due à la première vague mentsruelle.

Mais cette altération de l'ovaire n'est pas toujours due à une maladie de l'ovulation, puisque nous rencontrons les fausses règles dans des maladies comme la sclérose utérine, la sclérose ovarienne (ROUX DE BRIGNOLLES), diverses ovarites, etc. (STAPFER et BATUAUD).

Nous sommes donc seulement autorisés à invoquer une maladie de l'ovulation lorsque nous ne constatons aucune autre maladie cliniquement appréciable.

Et dans tous ces cas s'agit-il de phénomènes semblables aux véritables règles ? Nous n'avons rien de comparable à cet effondrement de la muqueuse congestionnée par le corps jaune et qui se démolit parce que le nid n'a pas reçu un œuf fécondé.

Il paraît alors exister simplement des phénomènes fluxionnaires réflexes d'origine ovarienne qui se traduisent par de l'hydrorrhée, de la leucorrhée, quelques pertes de sang, accidents d'une grande banalité au cours des fluxions génitales. La périodicité trouve sa raison dans la périodicité de la vague menstruelle.

Cette première vague menstruelle , *à elle seule*, dans les conditions où elle est troublée et peut-être exagérée, pourrait-elle provoquer un état fluxionnaire de l'appareil génital, sans qu'il existe une altération des fonctions ovariennes ?

Cette supposition mettrait en relief l'importance du système nerveux, telle que l'enseignait BOUILLY. L'excitation serait alors susceptible de partir d'un organe n'appartenant pas à la sphère sexuelle.

---

(1) Paul DALCHÉ. — Maladies de l'Ovulation. P. Vigot 1925.

Toutes ces hésitations semblent bien en faveur de l'opinion qu'il s'agit d'un syndrome relevant de causes diverses.

II

Examinons donc les diverses théories qui ont été émises.

Historique. Pathogénie. — COURTY déjà était frappé de la similitude avec les vraies règles. « Chez plusieurs femmes, dit-il, sans que les règles se rapprochent, sans qu'elles viennent deux fois par mois, on observe, à une certaine époque, habituellement vers le milieu de l'intervalle intermenstruel, des signes de molimen ou de fluxion utérine rappelant ... le tableau de l'époque menstruelle. Seulement ce tableau est raccourci, il est incomplet ». Signes de molimen ... il semble bien que COURTY voie là des phénomènes analogues aux règles.

BOUILLY reprit la question d'une façon plus complète. Il signale une douleur plus ou moins violente avec contractions accompagnées de leucorrhée et même d'un écoulement rosé ou franchement sanguin survenant dix à douze jours après la fin des règles.

Il insiste beaucoup sur les accès d'hydrorrhée utérine.

« Ce sont des femmes, dit-il, arrivées vers la trentaine, le plus souvent nullipares et désirant la maternité, dont la menstruation est régulière et normale (ce qui n'est pas toujours mon avis). Cependant dans leur passé, on trouve une légère poussée inflammatoire ou un petit ovaire malade ». Il conclut : reliquat de petites lésions chez des nerveuses et il accepte l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle se passant du côté de l'ovaire et provoquant une *fausse menstruation*, ou menstruation intercalaire.

DE BOVIS croit, comme BOUILLY, à une poussée congestive périodique « vague intermenstruelle » mais il reste frappé de l'absence de lésions salpingiennes et de la fréquence des lésions utéro-ovariennes, alors que pour SNEGUIREFF il ne faut voir qu'un spasme douloureux de l'orifice interne du col, réflexe d'ulcérations métritiques et provoquant des phénomènes périodiques et intermenstruels.

SCHICKELÉ pense que ces « troubles, tant locaux que généraux, la douleur menstruelle proprement dite, sont produits par *le follicule à la veille de sa ponte* et qui ensuite fait sa rupture. Cette rupture peut se produire comme l'éclatement d'une membrane par suite d'une tension trop élevée ; le liquide folliculaire gicle et se répand sur le péritoine voisin. C'est un traumatisme d'un genre particulier qui vient frapper le péritoine, celui-ci à son tour y répond par une réaction plus ou moins précise et importante ».

NOVAK, dit PETIT-DUTAILLIS, va jusqu'à attribuer à l'action d'un liquide folliculaire trop abondant ou trop irritable un certain nombre de ces ascites, sans lésions constatables, que nous rapportons à quelque tuberculose latente, ou à une appendicite méconnue.

LANCEREAUX a signalé chez des herpétiques un flux sanguin survenant périodiquement vers le onzième ou douzième jour de l'espace intercalaire.

COURTY a rapporté l'histoire d'une dame hémorroïdaire et goutteuse, dont l'utérus était atteint d'une congestion s'exaspérant douze jours après la cessation des mois au point de causer des douleurs vives, l'impossibilité de marcher et des troubles généraux graves.

Je cite ces deux derniers auteurs pour mettre en valeur l'importance de l'état général que nous retrouverons plus loin.

PETIT-DUTAILLIS (1), dans un travail aussi remarquable par le savoir qu'intéressant par la forme philosophique, nie aux fausses menstruations tout rapport avec les menstruations véritables. Cette *hématorrhée* n'est même pas assimilable, pour son époque, à celle du rut animal. « Je me demande, écrit-il, si les douleurs au moment de la ponte ne seraient pas souvent dues, chez les demoiselles qui en sont atteintes, non pas une à déhiscence pénible, trop brusque, à un liquide folliculaire trop irritant, mais à un défaut complet de déhiscence, à un bloquage du follicule par défaut de coït. »

Je me permettrai d'ajouter qu'alors l'apparition de ces accidents chez des femmes mariées viendrait à l'appui de mon opinion qu'il s'agit d'un syndrome relevant de causes diverses.

Enfin HENRI VIGNES vient de publier un article sur la crise intermenstruelle en apportant les résultats de son expérience personnelle ; et j'aurai recours plusieurs fois à ce travail.

***

Des auteurs ont donc une tendance à voir les fausses règles de quinzaine chez des arthritiques et des nerveuses.

PONCET dit que l'arthritisme procède si souvent de la tuberculose héréditaire qu'on peut le qualifier de paratuberculose.

Je crois que l'état général joue un grand rôle dans ces cas où nous ne constatons pas de lésion ovarienne cliniquement appréciable.

Mais il intervient de deux façons : 1° d'abord par l'intermédiaire du système nerveux qui chez ces neuro-arthritiques prédisposées favorise des réflexes douloureux et congestifs ; 2° en agissant sur l'ovulation.

(1) *La Gynécologie*, novembre 1925.

Beaucoup de maladies de l'ovulation, en effet, dépendent de l'état général.

Je ne veux pas recommencer les leçons que je vous ai déjà faites l'année dernière.

Laissez-moi vous rappeler que nous rencontrons ces maladies de l'ovulation dans la tuberculose acquise ou héréditaire, dans la syphilis acquise ou héréditaire, à la suite de maladies aiguës, de fièvres graves, de la blennorragie des fillettes, d'intoxications ; l'alcoolisme des parents, les narcotiques, la conception au cours de l'ébriété de l'un ou des deux conjoints, la conception au cours d'une maladie, d'un état de faiblesse permanent ou même transitoire, l'âge avancé des parents, beaucoup d'autres causes de dégénérescence favorisent la débilité de l'ovaire et consécutivement un trouble de l'ovulation.

Dans ces cas le travail de la déhiscence folliculaire devient anormal et douloureux. De plus, que le trouble soit purement fonctionnel, ou que l'ovaire présente soit un petit arrêt de développement soit toute autre lésion, une vague, elle-même défectueuse peut-être, trouvera un terrain prédisposé et chez une nerveuse surtout provoquera des réflexes fluxionnaires.

De toutes façons, les fausses règles de quinzaine, la dysménorrhée intermenstruelle, seront constituées.

III

Symptomatologie. — Ces fausses règles de quinzaine sont-elles *fréquentes* ?

Ici nous trouvons des appréciations tellement différentes qu'elles vont d'un extrême à l'autre.

Les filles et les femmes, dit STAPFER, *saines ou malades* éprouvent chaque mois *à deux reprises* des troubles locaux ou généraux ... Un peu avant le milieu du mois, ils constituent les symptômes qui ressemblent aux signes avant-coureurs des règles pourtant éloignées de deux grandes semaines. Habituellement la crise passe inaperçue ou se borne à des phènomènes psychiques et s'évanouit sans laisser de traces. D'autres fois la douleur, la pesanteur l'accompagnent. Par exception, de petites règles dites de quinzaine, et souvent un écoulement leucorrhéique, l'expulsion d'un bouchon muqueux la terminent.

Pour STAPFER des symptômes dépendant du premier molimen se font donc sentir chez toutes les femmes, saines ou malades, vers le milieu du mois.

QUINCIEU s'élève contre cette exagération, et affirme que les femmes bien portantes n'éprouvent pas ces malaises « alors même que l'existence des vagues congestives est constatée chez elles par l'observation directe ».

Et en effet pour nombre de femmes le premier molimen passe inaperçu.

HENRI VIGNES, dans un travail des plus intéressants sur la crise intermenstruelle, la signale d'après ses observations de la façon suivante :

3 % chez les femmes mariées et ayant des enfants ;

3 % crises antérieures au mariage chez des femmes qui ensuite ont eu des enfants ;

13 % chez des femmes consultant pour stérilité.

La crise intermenstruelle devient, avec cette appréciation, beaucoup plus rare que pour STAPFER.

Toute crise intermenstruelle ne se termine pas par un écoulement qui mérite le nom de fausses règles de quinzaine.

Et d'autre part, assez nombreuses sont les femmes qui n'attachent aucune importance à ces phénomènes intermenstruels.

Aussi tout en n'admettant pas la régularité des accidents que veut STAPFER, il me paraît qu'ils sont un peu plus fréquents que ne le prétendent ses contradicteurs. Je n'ai pas fait de statistique, et je dois le reconnaître, mais je crois trouver une cause dans la différence des appréciations en ce fait qu'il est des femmes ne présentant pas toujours de fausses règles tous les mois, mais qui sont atteintes plus rarement, à l'occasion d'une fatigue, d'un état pathologique, etc. Ces femmes ne signaleront les phénomènes que si on les interroge d'une façon très serrée. « Le syndrome de COURTY ou les phénomènes se reproduisent avec une régularité d'horloge » (VIGNES) n'est pas à mon avis nécessaire pour porter le diagnostic de fausses règles de quinzaine.

« Ce sont des femmes, dit BOUILLY, arrivées vers la trentaine, le plus souvent nullipares et désirant la maternité ». Ici encore, cette opinion me paraît trop absolue. Nous constatons ces accidents chez des jeunes filles presqu'après la puberté, à la ménopause, avant et après le mariage. Les tableaux d'Henri Vignes en font foi, et concordent avec nos observations.

« Cependant, dans leur passé, ajoute BOUILLY, on trouve une légère poussée inflammatoire ou un petit ovaire malade ». Ceci est très exact. Et il arrive que dès la puberté ces femmes ont eu des règles douloureuses ou anormales, on est en droit de soupçonner chez elles une ovulation défectueuse dès l'entrée en fonctions de l'ovaire ; elles sont de ces filles endolories (RICHELOT) qui marchent vers la sclérose utérine, cause elle-même plus tard de fausses règles.

« Les douleurs intermenstruelles, écrit SCHICKELÉ, sont assez fréquentes. Elles se présentent à l'encontre de ce que l'on dit et lit, d'habitude pas exactement entre les deux époques, mais plutôt dans la huitaine qui précède le quinzième jour, ou même déjà avant, moins souvent quelques jours après ce moment ». Dix à douze jours après la fin de l'écoulement menstruel, disait BOUILLY, vers le milieu de l'espace intermenstruel, d'après COURTY d'une manière plus imprécise.

Si l'on tient compte du petit molimen préparatoire qui précède la venue de l'écoulement, et si l'on ne veut pas fixer la date exclusivement à l'apparition du sang, le plus souvent en effet ces fausses règles débutent dans la huitaine qui précède le quinzième jour.

Leur durée est très variable de quelques heures à quelques jours.

A la date indiquée, une femme annoncera, mais pas toujours, qu'elle se plaint des symptômes lui faisant croire à une nouvelle poussée des règles.

Ce sont là des cas typiques, ils sont loin d'être les plus fréquents.

Quoiqu'il en soit cette femme éprouvera de la céphalée, des migraines, un malaise général, elle deviendra nerveuse, elle ressentira de la pesanteur dans le bas-ventre qui se ballonne, de la sensibilité dans les lombes.

Et alors deux phénomènes se produisent ensemble ou isolément, les écoulements et les douleurs. Mais il peut survenir écoulement sans douleur et douleur sans écoulement.

Une colique éclate dans un côté du ventre avec des contractions utérines, ou bien une douleur, plus ou moins violente, diffuse dans tout le petit bassin et gagne les aines et les lombes.

SCHICKELÉ en quelques cas exceptionnels a vu ces douleurs « accompagnées de légères irritations péritonéales qui parfois, par la rapidité de leur apparition et leur localisation, simulent un début d'appendicite ».

Ces souffrances sont suivies d'une *leucorrhée* qui rappelle la leucorrhée pré-menstruelle, puis, souvent, mais pas d'une manière inévitable, une *perle de sang* apparaît. Elle est d'habitude peu importante et ne dure que quelques heures, « écoulement rosé ou franchement sanguin ».

BOUILLY insiste encore beaucoup sur des accès d'une *hydrorrhée utérine* qui est rejetée brusquement comme une véritable inondation après avoir été secrétée en quelques instants par les glandes de la matrice.

La crise est apyrétique ; par exception on a signalé des fièvres d'un jour.

L'écoulement peut survenir d'une manière isolée.

J'ai rapporté l'histoire (1) d'une dame de 31 ans, ayant eu plusieurs enfants qui, durant 48

(1) Paul DALCHÉ. — *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 10 janvier 1912.

heures, était prise d'un écoulement leucorrhéique et sanguinolent abondant, l'obligeant à se garnir et à se comporter comme pendant sa véritable menstruation. Elle éprouvait durant ces fausses règles des accidents dyspeptiques, gonflement épigastrique, sensibilité de l'estomac, etc., auxquels elle était accoutumée pendant les vraies règles. Mais à part ce petit ennui, elle ne ressentait absolument *aucune douleur* dans la sphère génitale. « Si ce n'étaient les écoulements disait-elle, je ne viendrais pas vous consulter ». L'examen local montrait une métrite chronique avec gros utérus qui soigné e et guérie laissa disparaître tout à fait l'écoulement.

D'autres fois, c'est la douleur qui prend le dessus et qui devient même la manifestation unique des fausses règles. Mais si l'on s'efforce de préciser son siège, on trouve tantôt une douleur franchement ovarienne, tantôt une névralgie du nerf honteux interne tantôt une névralgie iléo-lombaire plus diffuse ; j'ai constaté un prolapsus de l'ovaire, de la périovarite, etc... Les souffrances se réveillent ou subissent une exaspération chaque mois à la date fatidique ; elles deviennent parfois très vives.

Jourdain (thèse de Lyon) sous le nom de *congestion fruste intermenstruelle* a décrit des phénomènes congestifs douloureux survenant à période fixe au milieu de chaque espace intercalaire. La crise se prépare par un irrésistible besoin d'activité, des troubles dyspeptiques, puis brusquement la femme éprouve la sensation d'un *déclanchement au niveau de ses fosses iliaques* ; peu à peu surviennent des douleurs pelviennes très aiguës avec irritations névralgiques. Mais quelles que soient la soudaineté et l'acuité de la douleur, jamais elle n'est accompagnée d'hémorragie ni de leucorrhée.

* * *

La douleur peut éclater tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, avec une alternance régulière, ou bien toujours du même côté et seulement tous les deux mois. Il n'existe rien de fixe à ce sujet.

De même j'ai vu les véritables règles arriver avec une profusion inaccoutumée, constituant de véritables ménorrhagies, et s'accompagner de fausses règles de quinzaine. Une même cause semblait intervenir sur les vraies et sur les fausses règles.

* * *

La menstruation (Boucher et Hustin), est, aujourd'hui tenue par beaucoup d'auteurs comme une manifestation de cause anaphylactique.

Si on lui refuse cette origine, on peut tout au moins admettre qu'elle s'accompagne d'accidents anaphylactiques.

Dans un autre travail (1) je me suis demandé si *des phénomènes douloureux et fluxionnaires*, au lieu de diffuser à distance, ne pouvaient pas rester localisés sur l'appareil génital, en particulier sur l'ovaire, pour donner naissance à une *dysménorrhée anaphylactique*, comme il existe *un asthme ou un coryza anaphylactique d'origine génitale.*

Je ne puis reprendre ici cette discussion que je me contente de signaler.

Je me bornerai à dire que, comme pour la dysménorrhée de certaines véritables règles, le *choc colloïdoclasique* m'a paru à l'origine de quelques dysménorrhées inter-menstruelles, fausses règles de quinzaine, avec leurs crises si variables et si fugaces qui, malgré leur intensité, ne laissent localement aucune trace de leur passage.

IV

Le pronostic de ces accidents est des plus variables.

Ils ne mettent pas la vie en péril à coup sûr, mais ils sont parfois tenaces, et sur eux se greffent des névralgies diverses : névralgie du honteux interne, névralgie iléo-lombaire, ovaralgie, hystéralgie, méralgie paresthésique, etc.

Chez une nerveuse, la préoccupation du retour périodique de ces accidents peut devenir l'occasion d'une idée fixe, avec toutes ses conséquences imaginaires.

J'ai vu des *annexites non infectieuses,* congestions tubo-ovariennes, s'accompagner de dysménorrhées intermenstruelles. En étaient-elles l'aboutissant plutôt que la cause ? Et la poussée fluxionnaire, d'abord transitoire, ne devenait-elle pas persistante à la longue ? Je pouvais me le demander, mais je n'avais pas suffisamment suivi les malades.

Enfin comme dans toutes les maladies de l'ovulation, l'aptitude à la fécondité peut être diminuée pour quelques malades.

V

Le *diagnostic* n'est pas difficile ; toutefois faut-il encore penser aux fausses règles de quinzaine, car bien des douleurs se produisent le long du mois et la périodicité, du huitième au quinzième jour, peut passer inaperçue.

A la puberté, j'ai moi-même confondu les crises de dysménorrhée intermenstruelle avec des métrorragies virginales d'une toute autre nature, jusqu'au moment où j'ai pu saisir la périodicité alternante et double des pertes (vraies et fausses règles).

Il est encore de véritables règles qui se produisent tous les quinze jours.

(1) Paul Dalché. — Maladies de l'Ovulation.

D'autre part des dysménorrhées pré-menstruelles éclatent 8, 10 jours et même plus avant les véritables règles ; il est vrai que ces douleurs prémenstruelles alors durent longtemps, montent comme un orage jusqu'à l'apparition du sang qui souvent les calme. Elle n'ont pas la marche de la dysménorrhée intermenstruelle.

Enfin tenons compte des maladies génitales qui sont exaspérées au moment des fausses comme des vraies règles.

En réalité la discussion du diagnostic n'est pas difficile : *le tout est d'y penser.*

VI

Traitement. — Ainsi donc ces fausses règles de quinzaine comportent :

Un état général, de l'arthritisme, du nervosisme.

Un état local cliniquement inappréciable ou au contraire constitué par une affection facile à diagnostiquer.

Des réflexes chez une nerveuse.

Des pertes et des douleurs.

Nous trouvons dans cette courte énumération les indications du traitement.

Mais tout d'abord il faut distinguer les crises importantes des petits accidents insignifiants qui consistent en une légère leucorrhée teintée ou non et accompagnée d'une vague colique.

La malade mènera une vie calme et régulière, elle évitera la fatigue et gardera le repos au lit, s'il lui est possible et si les phénomènes en valent la peine, au moment des fausses et même des vraies règles.

Elle combattra la constipation par de légers laxatifs ou des lavements et dans son régime alimentaire évitera tous les excitants : alcools, café, vins généreux, épices, coquillages, crustacés, aliments faisandés, fromages forts, etc.

Tout le long du mois elle aura recours à l'hydrothérapie tiède, bains tièdes prolongés, bains alcalins et gélatineux (250 grammes de sous-carbonate de soude et de 100 à 250 grammes de gélatine pour bains) ; bains de siège tièdes dont Gallard a donné la formule :

Feuilles de morelle...........	ââ 30 gr.
Feuilles de belladone.........	
Feuilles de jusquiame	
Têtes de pavot...............	n° 2

Pour un bain de siège.

Les injections seront prises pendant que la malade se trouve dans l'eau du bain ou du bain de siège.

Les injections seront à faible pression et ne dépasseront pas comme température 39°, 40° ; il faut éviter tout phénomène réactionnel.

Petit-Dutaillis recommande cependant le bain de siège quotidien de une heure à 40° et le repos général et génital.

Nous conseillerons les coups d'éponge à l'eau tiède sur toute la surface du corps immédiatement suivis d'une friction sèche, et ces douches tièdes à faible pression aussi, que Beni-Barde appelait baveuses.

Les cures minérales sédatives et défluxionnantes seront d'un grand secours et nous tirerons un grand profit d'une saison à *Néris, Plombières* ou *Luxeuil,* etc. Lorsqu'il existe des lésions annexielles, Albert Robin conseille les chlorurées sodiques, ou bien les ferrugineuses si l'anémie devient le symptôme prédominant.

« La *kinésithérapie,* dit Quincieu, au fur et à mesure que nos connaissances se sont précisées et approfondies, a tendu à réaliser la *rééducation vaso-motrice abdomino-pelvienne,* en même temps que la rééducation vaso-motrice générale du sujet. Nous sommes bien loin des antiques manipulations du vulgaire massage ». Nous prescrirons donc cette kinésithérapie si nous avons diagnostiqué de la cellulite, un état ovarien ou péri-ovarien appréciable.

Nous pourrons l'aider par des applications de tampons de glycérine à l'ichtyol à 15 %, ou de glycérine au thigénol.

Les extraits de testicules, d'utérus, d'ovaires, de placenta ont donné parfois des résultats appréciables et superposables à Schickelé.

Pour ma part je procède souvent de la façon suivante :

Cachets à l'extrait total hypophysaire dosés à dix centigr.

En prendre trois par jour.

Commencer la médication dès la fin des vraies règles et continuer jusqu'à la date habituelle des fausses règles.

D'autres fois, je remplace l'extrait hypophysaire par l'extrait mammaire à la dose de cinquante centigrammes deux fois par jour.

J'ai obtenu d'excellents résultats avec la sistomensine prise dans les mêmes conditions dès la fin des vraies règles jusqu'à l'apparition de la dysménorrhée intermenstruelle.

En cas d'échec je reviens à l'ergotine à l'hydrastis, à l'hamamélis, au cannabis indica.

Contre la douleur, tous les procédés que je vous ai indiqués à propos de la dysménorrhée et commencer par prendre et garder au moment des accès un petit lavement (60 gr. à 100 gr.) d'eau tiède dans lequel on aura mis :

Un paquet d'antipyrine...	un gramme.
Laudanum de Sydenham..	dix à quinze gouttes.

On peut prescrire deux lavements par jour.

Essayer les enveloppements chauds et humi-

des du ventre et toutes les pommades ou onguents calmants connus.

Il faudrait que les accidents soient bien intenses pour en arriver à la radiothérapie et à la neutralisation de l'ovaire.

TEILHABER a proposé ses scarifications anticongestives du col.

Les laparotomies et les castrations qui ont été pratiquées à l'étranger sont une méthode par trop radicale, qu'il ne faut envisager que dans les cas les plus graves et lorsque la radiothérapie et tous les traitements consciencieusement essayés auront échoué.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT,

Sur quelques modalités symptomatiques et évolutives des infections paratyphiques chez les enfants (1)

Cette enfant, maintenant guérie de l'affection pour laquelle elle est entrée, est née le 12 mars 1912. Son père serait éthylique et souffrirait d'une affection hépatique. Son histoire ne présente rien de particulier. Elle a été élevée au sein par sa mère et s'est développée régulièrement. Depuis l'époque du sevrage, elle a souvent de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée. A l'âge de deux ans et demi, elle a eu un ictère, accompagné de selles décolorées, qui a duré trois semaines. Depuis l'âge de 12 ans, elle est réglée d'une façon normale.

L'affection qui l'a amenée à l'hôpital a débuté le 31 octobre. Elle est prise, d'une façon soudaine, de vertiges et de douleurs abdominales légères. La nuit suivante, elle est agitée. Le lendemain, les douleurs abdominales sont plus fortes. Le troisième jour, 2 novembre, les douleurs restent vives et on constate une température de 38°9, le matin, de 40°2 le soir. Le cinquième jour, 4 novembre, devant la persistance de ces douleurs abdominales, le médecin, qui la soigne en ville, l'envoie à l'hôpital et la fait entrer dans le service de chirurgie, parce qu'il pense à une appendicite. Le chirurgien conclut qu'il n'y a pas d'appendicite et, comme la fièvre reste élevée (39°3 — 38°9, le 5 novembre), il fait passer l'enfant dans notre service, après avoir pratiqué une hémoculture.

Nous voyons l'enfant, le 6 novembre, septième jour de la maladie.

C'est une fillette de 13 ans et huit mois, grande (156 cm.), un peu maigre (36 kg. 600).

Elle a un subictère léger des conjonctives. Les urines, de teinte acajou, franchement ictérique, contiennent des pigments et des acides biliaires, de l'urobiline, en assez grande quantité, sans albumine, ni sucre. Toutefois, les selles ne sont pas décolorées. L'enfant est constipée ; un lavement ramène une selle normale.

La langue est saburrale.

L'abdomen est souple, avec un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite ; on ne décèle pas de douleur, pas de défense musculaire, aucun signe d'appendicite. Cependant, dans la partie supérieure, le long du bord droit du muscle grand droit, au-dessous du rebord costal, nous trouvons un point douloureux, à la pression, dont la signification n'est pas bien précise.

Le foie et la rate ont un volume normal ; la vésicule biliaire n'est pas palpable et n'est pas douloureuse.

Le pouls est lent, à 58, la tension au Pachon de 13,5-8.

La température est de 37°6.

Un examen radiologique, pratiqué par M. Duhem, nous montre un estomac ptosé et atone, ainsi qu'une sorte de rétrécissement au niveau du duodénum. On ne peut élucider s'il s'agit d'un spasme ou d'un rétrécissement organique. Il semble qu'il s'agisse d'un état antérieur, sans relation avec l'affection actuelle.

La cutiréaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann douteux (H^6), le Hecht légèrement positif.

Nous portons le diagnostic d'*ictère catarrhal*, d'*ictère infectieux bénin*, de cause indéterminée.

C'est alors que nous apprenons les résultats de l'hémoculture pratiquée le 5 novembre. Elle a donné des bacilles mobiles, ne prenant pas le Gram ; les cultures ont les caractères de celles du bacille paratyphique B. Le germe est agglutiné à 1 /250 par un sérum paratyphique B.

La température, qui est tombée, le 7 novembre, à 36°8—37°2, ne remonte pas. L'amélioration est rapide.

Le 12 novembre, le sérum de l'enfant agglutine le b. parat. B. à 1 /100e, est sans action sur le b. d'Eberth et le b. parat. A.

Cette malade est donc atteinte d'une infection à b. para-typhique B. La maladie a débuté d'une façon rapide par des douleurs abdominales qui ont fait penser à une appendicite, tandis que la

(1) Leçon du 5 décembre 1925, recueillie par le Dr LAPORTE, et revue par le professeur.

température s'élevait à 39°. Quand nous voyons l'enfant, le septième jour, elle présente du subictère et les autres symptômes d'un ictère catarrhal ou infectieux bénin ; la défervescence s'est déjà produite, la guérison est rapide.

De cette observation, je désire rapprocher celle d'un garçon que j'ai présenté dans ma leçon du 19 novembre 1921 sur *les fièvres paratyphoïdes chez les enfants* ; elle se trouve dans un mémoire sur le même sujet publié avec M. Nadal dans la *Revue pratique des maladies des pays chauds*, en juin 1923.

Le 21 octobre 1920, ce garçon de 14 ans et demi, en revenant de l'école, se plaint de céphalée ; il vomit son dîner. Les jours suivants, la céphalée persiste, il apparaît une douleur du côté droit et on trouve une température de 39°.

L'enfant entre dans le service le 25 octobre, quatrième jour de la maladie. Il a une température à 39°3, un pouls à 96, une langue un peu collante, rouge à la pointe et sur les bords, de la constipation. On constate un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite, une rate un peu augmentée de volume, du myoœdème.

Jusqu'au 28 octobre, c'est-à-dire jusqu'au septième jour, la température reste en plateau, à 39°-39°4. Ce septième jour, apparaissent quelques taches rosées lenticulaires.

Le 29 octobre, huitième jour, dans l'après-midi, se produisent des selles sanglantes assez abondantes, en même temps qu'une baisse de la température à 38°1, alors que, le matin, elle était de 39°1.

Le 30 octobre, l'hémorragie s'est arrêtée, la température est de 37,5 le matin, de 38°1, le soir le pouls à 96, l'état général satisfaisant.

Jusqu'au 3 novembre, treizième jour, la température remonte le soir à 38° ; du 3 au 6, elle est de 37,6-37,8. A partir du 8 novembre, dix-huitième jour de la maladie, la température devient définitivement normale.

Une hémoculture faite tardivement, le quatorzième jour, est négative. A cette même date le séro-diagnostic est négatif pour le typhique et le para. A, mais positif à 1/500 pour le para B :

Voici donc un deuxième exemple d'infection à bacilles paratyphiques B. La maladie a été remarquable par le début brusque et la température en plateau. Quand l'enfant entre à l'hôpital, le quatrième jour de la maladie, sa langue rappelle la langue typhique. Le septième jour, apparaissent quelques taches rosées qui nous font faire le diagnostic d'infection typhique. Le huitième jour, survient une hémorragie intestinale, accompagnée d'une chute de la température. Pendant quelques jours, il existe un état subfébrile ; l'apyrexie devient définitive le dix-huitième jour. Le séro-diagnostic fait reconnaître une infection à bacilles para-typhiques-B.

Je vous citerai encore une troisième observation.

Un jeune garçon, né le 29 mars 1913, de parents bien portants, est pris le 2 décembre 1923 d'une diarrhée abondante, persistante, ne s'accompagnant pas de fièvre. Puis, la température monte progressivement jusqu'à atteindre 39° et 40° ; le 9 décembre, huitième jour de la maladie, tandis que la diarrhée diminue ; mais le malade maigrit, dort mal.

Ce garçon entre ici le 11 décembre, dixième jour de la maladie. Il a 10 ans et 8 mois ; il est assez bien développé. La température du matin est de 38°1, celle du soir de 38°8. Le malade est abattu, fatigué ; il se plaint d'une légère céphalée ; l'insomnie persiste. L'abdomen est légèrement météorisé, le cæcum gargouille. Le foie est normal, mais la rate est grosse, palpable, mesure 10 × 7 cm. Le pouls est régulier, à 112. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le pharynx est un peu rouge, la langue humide, *un peu trémulente*.

Le lendemain 12 décembre, l'état est le même, la température élevée ; 39,7 le matin, 39° le soir.

Le 13 décembre, dans la nuit, à 4 heures du matin, l'enfant est pris d'une vive douleur épigastrique, qui ne dure pas. La température est de 40°, le pouls à 120. L'abdomen est légèrement météorisé et un peu contracturé. Il y a de la constipation. On pense à une appendicite, dont il n'existe d'ailleurs pas de symptômes nets ; on met de la glace sur le ventre.

Le 14 décembre, la température tombe à 37,8, on constate quelques taches rosées lenticulaires, une langue humide, une douleur à la pression forte de la fosse iliaque droite, sans contracture.

Les jours suivants, la température reste au-dessous de 38°, les symptômes abdominaux disparaissent, les selles sont normales.

Le 17 décembre, seizième jour, s'installe l'apyrexie. L'apyrexie est suivie d'une augmentation très grande du volume des urines, qui de 1500 cmc. environ passent très rapidement à plus de 3.000 cmc.

Le séro-diagnostic est pratiqué le 13 décembre (douzième jour). Le bacille typhique est agglutiné par le sérum du malade à 1/30 ; le b. para. A n'est pas agglutiné ; le b. para. B. est agglutiné à plus de 1/1000.

Il s'agit donc d'une infection à bacilles paratyphiques B. Elle s'est révélée au début par de la diarrhée sans fièvre, puis par une température qui s'est élevée progressivement. Quand nous voyons le malade, le dixième jour, la température est élevée et irrégulière ; il existe des symptômes typhiques : de l'abattement, du mé-

◆◆◆◆

téorisme abdominal une grosse rate. Le treizième jour, apparaissent des taches rosées lenticulaires. Le douzième jour, survient une douleur abdominale, la température est de 40°. Le treizième jour, se produit la défervescence suivie d'un état subfébrile. Le seizième jour, l'apyrexie s'installe. Le sérodiagnostic fait reconnaître une infection à b. paratyphiques B.

***

Je me borne à vous citer ces trois exemples d'infections à bacilles paratyphiques B.

Je vous rappelle qu'à côté du *bacille d'Eberth*, bacille de la fièvre typhoïde, découvert depuis bien longtemps, il existe une série de germes appelés *bacilles paratyphiques*, parmi lesquels on distingue, avec Brion et Kayser, deux variétés, le *paratyphique A* et le *paratyphique B*. Dans le groupe des paratyphiques, il n'y a pas seulement ces deux variétés ; on rencontre des *bacilles A et B atypiques* et des *bacilles intermédiaires*, plus ou moins voisins soit du bacille typhique, soit du paratyphique A ou du paratyphique B, soit des paracolibacilles.

D'autre part, sous l'appellation de bacilles paratyphiques, on réunit des germes qui, bactériologiquement, sont assez distincts. Si le paratyphique A est assez voisin du bacille typhique, le paratyphique B s'en éloigne très notablement ; il faut le ranger parmi les *Salmonelloses*, groupe de microbes décrit par M. Lignières.

Les infections à bacilles paratyphiques ne sont pas rares chez les enfants ; on les observe aussi bien chez les nourrissons que pendant la moyenne et la grande enfances. Je vous fais grâce des observations et des mémoires qui ont été publiés en assez grand nombre.

Il est assez difficile d'apprécier leur *fréquence dans l'enfance*. Elle varie suivant les pays, les milieux, les années.

Voici ce que nous avons observé à la Clinique.

Avec M. Nadal, depuis avril 1920 jusqu'à mars 1923, nous avons relevé :

Maladies à bacilles typhiques...	25 cas
— — paratyphiques..	7 cas
dont A..................	1 cas
B..................	2 cas
non déterminés......	4 cas

Depuis le mois d'avril 1923, jusqu'à ce jour, nous trouvons quatre cas d'infections paratyphiques dont un cas à b. paratyphiques A et trois cas à b. paratyphiques B.

Au total donc, nous avons observé, depuis le mois d'août 1920 jusqu'à ce jour, 11 cas d'infection paratyphique.

***

Chez les enfants, comme chez les adultes, les bacilles paratyphiques réalisent des affections très diverses.

Tantôt, il s'agit d'*affections aiguës ou subaiguës du tube digestif*, à type d'embarras gastrique (c'est la forme gastro-intestinale), à type de gastro-entérite, d'entérite, d'entéro-colite, à type cholérique, simulant le choléra asiatique ou le choléra nostras. Chez les nourrissons, dans certains pays, ces germes peuvent réaliser les affections gastro-intestinales aiguës d'été, les diarrhées d'été, le choléra infantile ; cependant, il ne faudrait pas exagérer l'importance des bacilles paratyphiques dans la genèse de ces affections.

Tantôt les infections paratyphiques revêtent les caractères d'une *maladie générale infectieuse* à type de grippe ou à type septicémique avec des localisations au niveau des méninges ou des articulations ou enfin à type de fièvre typhoïde. On décrit des *formes grippales, septicémiques, typhoïdes.*

A côté des infections en quelque sorte primitives, il y a des *infections à b. paratyphiques B d'origine alimentaire*, dues à l'ingestion de viandes et de crèmes, par exemple. MM. Lesné, Viole, et Langle entre autres, dans *la Presse médicale* du 13 octobre 1920, ont rapporté trois cas d'infections causées par des paratyphiques B légitimes, chez des enfants qui avaient mangé des gâteaux à la crème. Je dis légitimes, parce que les infections alimentaires peuvent être dues à d'autres bacilles paratyphiques B appartenant au type Aertryck et à d'autres *Salmonelloses*, telles que *Bacillus enteritidis* de Gærtner. Mais la question est trop complexe pour que j'en entreprenne l'étude.

Je n'ai pas l'intention de faire aujourd'hui une description clinique complète des infections à bacilles paratyphiques chez les enfants. J'ai déjà décrit, dans ma leçon de 1921 et dans mon mémoire de 1923, avec M. Nadal, les formes typhoïdes. Je me bornerai à analyser les trois observations que j'ai choisies à dessein pour mettre en relief quelques particularités que peuvent revêtir des infections paratyphiques dans leur début, leur évolution et leur terminaison.

***

Envisageons, tout d'abord, le mode de DÉBUT.

Le troisième enfant, dont j'ai raconté l'histoire, a présenté un *début progressif* ; il a eu de la diarrhée, puis la température s'est élevée progressivement, atteignant, le dixième jour, 39° et 40°. C'est bien là le début d'une fièvre typhoïde et, quand, à cette époque, nous avons vu l'enfant, le diagnostic de cette affection nous a paru très vraisemblable, en présence de l'abattement, d'une

céphalée légère, du météorisme abdominal, du gargouillement cæcal, de la splénomégalie. Ce qui est à noter, c'est le début par une *diarrhée*, qui ne s'est pas accompagnée de fièvre pendant quelques jours. C'est un fait qui a été observé assez souvent ; on peut voir des diarrhées apyrétiques être la première manifestation d'une infection paratyphoïde.

Voyons maintenant la première malade, celle que je vous ai présentée. Ici, nous ne constatons plus le même début progressif ; nous trouvons, au contraire, un *début rapide*, marqué par des douleurs abdominales, et une fièvre atteignant, le troisième jour, 38°9 et 40°2. Les douleurs abdominales ont fait penser à une appendicite.

Les douleurs abdominales sont notées assez souvent au début des infections paratyphiques. MM. Vincent et Muratet, en 1917, dans la deuxième édition de leur livre consacré à l'étude des *fièvres typhoïde et paratyphoïdes* écrivent : « Assez souvent le malade a, au début de son affection, des coliques ou des douleurs abdominales diffuses à la pression, sans localisation spéciale à la fosse iliaque droite. »

La localisation à la fosse iliaque droite, due à une réaction appendiculaire, n'est d'ailleurs pas très rare. Avec M. Peyre, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 11 février 1916, dans une note sur les *complications observées au cours des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes*, nous en citons deux cas observés chez des soldats atteints d'infections paratyphiques A : les « malades présentaient, à leur entrée à l'hôpital, au quatrième et au huitième jour, des signes d'une légère réaction appendiculaire : douleur à la pression au point de Mac Burney, contracture de défense, hyperesthésie de la paroi abdominale. Ces signes ont disparu rapidement. »

Il y a des cas enfin où le début se manifeste par une crise d'appendicite. MM. Widal, Abrami et Weissenbach en rapportent un exemple dans une fièvre à paratyphiques B.

Enfin, chez notre dernière malade, le début a été véritablement *brusque*, marqué par de la céphalalgie, des vomissements, un point de côté et une température de 39°.

Ce début brusque est assez fréquent ; il est noté par nombre d'auteurs.

Le professeur Hutinel, dans *Les maladies des enfants*, en 1909, écrit avec M. Darré : « Presque toujours le début est brusque, aussi brutal que celui de la grippe, se manifestant par une fièvre intense, des frissons, de la céphalée, de la rachialgie. »

D'après MM. Vincent et Muratet, « le début des fièvres paratyphiques est souvent lent et progressif..... Mais, plus souvent encore, il peut être brusque, par un frisson avec vomissements, qui indique l'apparence infectieuse. Le malade peut alors préciser le moment exact où il a éprouvé le premier malaise. »

MM. Widal, Lemierre et Abrami dans le *Nouveau Traité de médecine*, en 1921 s'expriment ainsi : « Fréquemment, beaucoup plus fréquemment que dans la fièvre typhoïde, le début est *brusque* et permet aux malades de fixer le jour, l'heure où l'infection s'est produite ».

Ce même caractère de rapidité ou de brusquerie du début, nous l'avons noté avec M. Nadal. « Dans les trois cas, le début apparent a été brusque. Les enfants se sont plaints tout à coup de céphalée, de courbature, de frissons, ont eu des vomissements. D'emblée la fièvre a été élevée... Deux de ces enfants ont eu des petites épistaxis à répétition. »

Avec ce mode de début, on conçoit que, suivant des *associations* symptomatiques, des types cliniques divers puissent être réalisés. MM. Stolkind et Lorey, dans *The British journal of diseases of Children* de 1918, parmi les formes qu'ils décrivent de *fièvres para typhoïdes chez les enfants*, distinguent la *forme gastro-intestinale*, dont le début, brusque ou rapide, est marqué par la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, quelquefois des douleurs dans l'abdomen, les lombes et dans les membres ; la *forme respiratoire* ou *grippale*, dans laquelle le début brusque est marqué par de la fièvre, du coryza, de la toux, de la céphalée, de la courbature, de la bronchite.

Faut-il faire une distinction clinique, dans le début des paratyphoïdes, entre les types A et B ? Comme le font remarquer MM. Hutinel et Darré, il semble que le début brusque soit plutôt l'apanage des infections à paratyphiques B, mais il faudrait se garder de généraliser cette opinion.

On peut observer encore, d'une façon pour ainsi dire expérimentale, le début brusque des infections paratyphiques, quand elles sont d'*origine alimentaire*. Les trois enfants observés par MM. Lesné, Violle et Langle, 10 à 18 heures après avoir mangé des gâteaux à la crème, sont pris brusquement de vomissements répétés, alimentaires, puis bilieux, d'une diarrhée fétide, liquide, avec des selles relativement peu fréquentes, et d'une température de 40°. Le ventre est douloureux à la palpation. Le foie et la rate sont un peu tuméfiés.

Si nous passons maintenant à la PÉRIODE D'ÉTAT, nous constatons que, chez nos enfants, elle s'est installée de façon rapide.

La température est élevée, à 39° ou 40°, se maintient en plateau ou présente quelques irrégularités. Le pouls est fréquent en rapport avec la température, plutôt lent chez l'enfant atteint d'ictère.

Les enfants sont plus ou moins déprimés, abattus ; ils n'ont pas de tuphos véritable. Ils ont peu ou pas de céphalée.

L'abdomen est peu ou pas météorisé ; on constate ou non du gargouillement et de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite.

La langue est humide, ou un peu sèche.

Les taches rosées, tantôt font défaut, comme chez notre première malade, tantôt apparaissent le septième jour, comme chez le deuxième, le treizième jour, comme chez le troisième.

Il n'y a pas de bronchite.

Ces caractères cliniques sont ceux que les auteurs décrivent comme les plus habituels dans les infections paratyphiques.

Chez la première de nos malades, nous avons constaté de l'*ictère, à type catarrhal* ou d'*ictère infectieux bénin*. Ce symptôme apparaît quelquefois au cours des infections paratyphiques ; mais il ne semble pas particulièrement fréquent. J'ai vu, aux armées, en 1915 et 1916, des épidémies d'ictère coïncider avec des épidémies d'infections paratyphiques ; j'ai pu faire la preuve que ces ictères, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, n'étaient pas dus à ces infections ; ils étaient causés par la *spirochétose ictéro-hémorragique*.

On a signalé cependant l'*ictère catarrhal* à b. paratyphiques ; il est rare. Plus rare encore est l'*ictère grave à paratyphique*. M. Vaglio, dans *La Pédiatrie* de mars 1915, en a relaté un cas attribué au paratyphique B chez un enfant de cinq ans ; mais il convient de noter que la nature de l'infection a été précisée par le seul séro-diagnostic.

Passons à la PÉRIODE TERMINALE.

Chez nos trois enfants, elle s'est caractérisée par une *défervescence brusque* ou *rapide*. Chez notre première malade, la température tombe, du soir au matin, de 38°9 à 37°5, et le lendemain ne dépasse plus 37°. Chez le deuxième, la température tombe du matin au soir de 39°1 à 38°1 ; elle reste ensuite à 38° pendant sept jours, puis devient finalement normale. Chez le troisième malade, la température tombe du matin au soir de 41° à 38°8 ; le lendemain, elle est de 37°8, le surlendemain de 37°5 ; deux jours après, l'apyrexie est complète.

Ce mode de défervescence brusque ou rapide est assez commun. Il n'est pas spécial aux infections paratyphiques spontanées ; il se retrouve également dans les infections paratyphiques d'origine alimentaire, par exemple, chez les malades de MM. Lesné, Violle et Langle.

Comme fait particulier, associé à ce mode de défervescence, nous citerons l'apparition, chez notre deuxième malade, d'une *hémorragie intestinale*.

L'hémorragie intestinale se rencontre quelquefois chez l'enfant. Elle est assez fréquente chez l'adulte. MM. Rathery, Ambard et Vansteenberghe l'ont rencontrée fréquemment dans *les fièvres paratyphoïdes B* observées à l'*hôpital mixte de Zuydcoote, de décembre* 1914 *à février* 1916. D'après MM. Vincent et Muratet, elle survient dans 5 ou 6 p. 100 des cas. Avec M. Peyre, je l'ai vue, chez un soldat de 20 ans, le douzième jour de la maladie ; elle a été suivie d'une baisse de la température.

Nous noterons encore, chez notre troisième malade, que la défervescence a été accompagnée de *phénomènes abdominaux*, qui ont pu faire penser à l'appendicite.

Un dernier point à retenir, c'est la DURÉE assez courte de la maladie. Chez la première de nos malades, la défervescence se produit le septième jour et est complète le huitième. Chez le deuxième, la défervescence se fait le neuvième jour et est complète le dix-septième. Chez le troisième, la défervescence se fait le treizième jour et est complète le seizième.

Cette courte durée des infections paratyphiques est fréquente ; tous les auteurs en font la remarque. « La durée de la maladie est assez courte, écrivent MM. Hutinel et Darré ; souvent elle ne dure que deux semaines ; elle varie de quinze à vingt jours ».

Il y a des *formes courtes*. MM. Rathery, Ambard et Vansteenberghe citent l'observation d'un soldat qui est pris de céphalalgie, de courbature sans troubles gastro-intestinaux ; il est amené le lendemain à l'hôpital ; on trouve une température de 38°5, une rate un peu grosse, sans autres symptômes. Le troisième jour, la défervescence se produit ; la température est le matin, de 38°, le soir, de 36°5 et l'apyrexie persiste. La maladie a duré trois jours ; l'hémoculture donne du b. paratyphique B.

Cette courte durée se retrouve dans les infections à b. paratyphiques B d'origine alimentaire. Chez les enfants de MM. Lesné, Violle et Langle, la maladie s'est terminée par une défervescence brusque le troisième jour, avec ou sans état subfébrile consécutif.

Chez nos trois malades, la GUÉRISON a été rapide. Le fait est très fréquent. MM. Stolkind et Lorey écrivent que, chez les enfants, la mortalité des infections paratyphiques varie de 0 à 3 %.

Pendant la guerre, chez les soldats, la mortalité a été en général assez faible. Dans le service de contagieux que j'ai dirigé à Fismes, j'ai observé 141 cas, dont 96 à b. paratyphiques A et 45 à b. paratyphiques B ; aucun malade n'est mort.

Pour les malades de MM. Rathery, Ambard et Vansteenberghe, la mortalité a été de 6,77 %.

D'une façon générale, les infections paratyphiques paraissent moins graves que la fièvre typhoïde. La mortalité, écrivent MM. Widal, Lemierre et Abrami, est moindre que pour la fièvre typhoïde, quatre ou cinq fois plus faible.

***

Vous concevrez facilement les difficultés de DIAGNOSTIC que nous ont causées, pour nos malades, les aspects cliniques sous lesquels ils se sont présentés à notre observation.

Pour la première malade, nous avons porté le diagnostic d'ictère infectieux bénin ; c'est rétrospectivement, après avoir pris connaissance des résultats de l'hémoculture, que nous avons fait le diagnostic d'infection paratyphique.

Pour le deuxième, malgré la brusquerie du début, nous avons pensé à la fièvre typhoïde, quand il est entré à l'hôpital le quatrième jour de la maladie ; en effet, la langue était assez caractéristique, on constatait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, un peu de météorisme abdominal, une rate un peu grosse ; le diagnostic clinique s'est vérifié, le septième jour, par l'apparition de taches rosées lenticulaires, mais le laboratoire a montré que le germe pathogène était un b. paratyphique.

Pour le troisième malade, nous avons également pensé à la fièvre typhoïde ; en effet, quand il est entré le dixième jour, il avait eu de la diarrhée pendant quelques jours, puis une température progressivement croissante, il se plaignait de céphalée et d'insomnie, il était abattue, avait un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic s'est vérifié le treizième jour par l'apparition des taches rosées. Le laboratoire a montré qu'en réalité, il s'agissait d'une infection paratyphique.

Vous voyez quels problèmes se posent pour le diagnostic de certaines formes d'infections paratyphiques.

Il y a des cas où le tableau clinique rappelle celui de la fièvre typhoïde classique ; on porte tout naturellement ce diagnostic.

Dans d'autres cas, le médecin est embarrassé pendant les premières phases ; il peut penser à une appendicite, à une angine, à une scarlatine, car le début s'accompagne parfois de vomissements et de mal de gorge.

Pour d'autres malades, on peut penser à un embarras gastrique, à une grippe, à une pneumonie même, car il arrive que la courbe thermique rappelle assez bien celle de cette affection. On pensera quelquefois d'autant plus à une affection des voies respiratoires qu'il n'est pas rare de constater une bronchite, de la congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, une pneumonie, une broncho-pneumonie.

Voici, par exemple, deux observations que j'ai rapportées avec M. Peyre à la *Société médicale des hôpitaux*, le 11 février 1916, dans un mémoire sur les *Complications observées au cours des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.*

Un soldat de 20 ans entre à l'ambulance, le cinquième jour de la maladie, avec une température axillaire de 40°6 et un point de côté sous-mammaire droit. Nous constatons, à droite, en avant, du skodisme sous-claviculaire et un murmure vésiculaire très faible ; en arrière, à la base et dans l'aisselle, quelques frottements. Rapidement ces signes disparaissent. L'hémoculture montre qu'il s'agit d'une infection paratyphique B.

Un soldat de 29 ans est pris brusquement de frissons, d'un point de côté ; il s'évanouit. Il entre à l'ambulance, le quatrième jour de la maladie. On trouve une température de 39°2 le matin, 39°4 le soir, de la constipation, une langue saburrale, étalée. On entend dans les trois-quarts inférieurs du poumon droit des râles sonores et humides, aux bases des râles sous-crépitants fins et secs. Les jours suivants la température s'abaisse et les symptômes thoraciques disparaissent. Il s'agissait d'une infection à paratyphiques-A, comme l'a montré l'hémoculture.

Je n'aborde pas le diagnostic clinique entre l'infection paratyphique et la fièvre typhoïde à bacilles d'Eberth. Il est pour ainsi dire impossible. La fièvre typhoïde à bacilles d'Eberth peut réaliser des variétés cliniques absolument comparables aux variétés cliniques attribuables aux paratyphiques. A plus forte raison, ne faut-il pas tenter un diagnostic clinique entre les infections à b. paratyphiques A et B. Pour faire un diagnostic, il faut l'aide du *laboratoire*.

Quand vous vous trouvez en présence d'un de ces états infectieux sur lesquels vous ne mettez pas une étiquette nette, n'hésitez pas à faire une *hémoculture*, qui, si elle est positive, apporte un précieux élément de certitude.

Il faut également pratiquer le *sérodiagnostic*. Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des agglutinations, surtout pour le b. paratyphique B ; c'est, en effet, un microbe facilement agglutinable ; il faut pousser loin les dilutions de sérum, au-delà de 1 p. 100, pour que le résultat ait une certaine valeur.

Dans certains cas, on pratique également la *coproculture*, particulièrement utile dans les formes à type d'entérite.

Dans les infections paratyphiques, dont ont été atteints nos malades, nous nous sommes bornés à un TRAITEMENT simple. Il suffit en pareille circonstance de prescrire des bains tièdes ou des enveloppements dans un drap mouillé froid, plusieurs fois par jour. Si la langue est saburrale, on donne de petites doses de sulfate de soude, dissous dans de l'eau de Vichy. Contre les douleurs abdominales et le météorisme, on pratique des applications fraîches sur l'abdomen ; si on craint une appendicite, on maintient une vessie de glace.

L'alimentation comporte du lait et du bouil-

lon de légumes, des bouillies au lait ou au bouillon de légumes, au besoin du kéfir n° 2 ou du yogourth ; on donne des gelées de fruits, des compotes passées au tamis.

***

J'ai voulu dans cette leçon rester sur le terrain clinique et analyser devant vous les observations de nos malades pour vous montrer certains types d'infections paratyphiques.

Ces infections fournissent un exemple de la diversité des types cliniques que peuvent réaliser les mêmes germes. Elles montrent, d'autre part, comparées à des infections relevant de germes différents, que les mêmes types cliniques peuvent reconnaître une étiologie complexe. Une même symptomatologie, à quelques différences près, peut être réalisée non seulement par des microbes ressortissant d'un même groupe bactériologique, tels que les bacilles typhiques et les bacilles paratyphiques, mais encore par des germes appartenant à d'autres groupes comme le pneumocoque ou le bacille de Koch.

On comprend donc pourquoi le diagnostic des maladies infectieuses, surtout celui des maladies infectieuses aiguës, est singulièrement difficile, surtout pendant la phase initiale. Bien souvent, il n'est porté que grâce à l'emploi judicieux des méthodes que le laboratoire met à notre disposition.

LES EXERCICES PHYSIQUES ET LE REPOS DANS LA CURE DE L'OBÉSITÉ

Par P. Mathieu (de Brides-les-Bains).

Lauréat de l'Académie de Médecine.

Pendant longtemps, la nécessité des exercices physiques dans la cure de l'obésité fut admise comme un dogme intangible. Actuellement une réaction se manifeste : brûlant parfois ce qu'ils avaient adoré, certains auteurs condamnent le mouvement et préconisent le repos, avec ou sans exercices respiratoires, comme traitement de choix de l'obésité.

Le praticien, qui suit ces controverses dans les journaux et les comptes rendus des sociétés savantes, se trouve sollicité par des avis contraires : lorsqu'il est appè é à formuler le traitement d'un obèse, il ne sait plus s'il doit immobiliser au lit son client ou l'engager à faire de l'exercice.

Ce sera faire œuvre utile que de mettre au point la question de l'exercice et du repos chez les obèses, et de préciser les règles qui doivent guider le choix et déterminer les prescriptions du médecin.

Pourquoi, au sujet d'un problème qui, au premier abord, semble pouvoir être facilement résolu par la comparaison des résultats de l'une et de l'autre méthode, y a-t-il une telle discordance d'opinions contradictoires ?

C'est d'abord parce que l'on confond souvent les simples gras et les obèses proprement dits. C'est ensuite parce que l'on compare les résultats d'une même thérapeutique dans des maladies, les obésités, qui diffèrent l'une de l'autre par leur origine, leur degré et les complications surajoutées. C'est enfin parce qu'on adopte, comme critérium de l'amaigrissement, la diminution du poids corporel, alors qu'en réalité un individu peut perdre du poids sans réduire ses graisses de réserve, et inversement peut augmenter de poids sans avoir accru celles-ci.

Pour trouver la formule qui mettra d'accord partisans et adversaires du mouvement chez les obèses, il convient de distinguer : 1° les simples gras ; 2° les obèses proprement dits ; 3° ceux dont l'obésité est compensée et ceux qui présentent une obésité décompensée ou une obésité compliquée.

Nous ne nous occuperons pas de certains syndromes d'hypertrophie graisseuse que l'on range parfois dans les formes de l'obésité, tels que les adiposes localisées consécutives aux névralgies et aux arthrites, l'adipose douloureuse de Dercum, l'adénolipomatose symétrique, la lipomatose des myopathies pseudo-hypertrophiques, la lipodystrophie progressive ... Dans tous ces cas, repos ou cure d'exercices sont également impuissants à modifier les troubles trophiques.

I. Les simples gras.

Que l'on donne à un individu normal une ration alimentaire habituelle qui dépasse ses besoins énergétiques et caloriques : malgré l'augmentation des combustions qui, au dire de certains physiologistes, s'établit au moyen d'une consommation de luxe, l'organisme réalise des bénéfices qui s'accumulent sous forme de réserves d'albumine, d'hydrates de carbone et surtout de graisse. Le sujet devient un « gras », et son obésité, si l'on tient à donner ce nom à son état, pourrait être dite « physiologique », en ce sens qu'elle est l'aboutissant normal, régulier, des conditions de vie et d'alimentation.

Toutes autres conditions restant identiques,

mettons ce gras au repos complet : les recettes restant les mêmes et les dépenses diminuant, les bénéfices seront plus considérables et les réserves de graisse augmenteront encore.

Associons au repos la réduction de l'alimentation au-dessous de l'équivalent, mesuré en calories, des dépenses d'entretien : pour combler le déficit, le gras puisera dans ses réserves d'albumine, de glycogène et enfin de graisse ; il maigrira.

Il maigrira, mais l'amaigrissement sera beaucoup plus rapide si, au lieu de le laisser au repos, on le soumet à une cure d'exercices physiques.

Supposons un individu dont la dépense de fond est, au repos, de 1.800 calories en 24 heures, et auquel on fournit une alimentation correspondant à 1.500 calories. Maintenu au repos, il n'aura à compenser qu'un déficit de 300 calories représentant la valeur de combustion de 32 grammes de graisse. S'il se livre à des exercices physiques assez intenses, la dépense totale d'énergie en 24 heures atteindra 3.500 calories et plus, c'est-à-dire que l'écart entre les recettes et les dépenses sera de plus de 2.000 calories, correspondant à la destruction de 215 grammes de graisse de réserve.

En plus de ce résultat immédiat, l'exercice physique aura eu un résultat éloigné dont les effets sont très appréciables : les muscles du corps vont s'hypertrophier et, lorsqu'il reprendra sa vie ordinaire, le sujet disposera de masses musculaires bien développées, qui seront de forts consommateurs des hydrates de carbone et des graisses de l'alimentation courante.

On peut donc conclure que, chez le simple gras suralimenté, l'exercice physique est plus utile que le repos. La cure d'exercices sera plus efficace si elle est associée à une réduction de la ration alimentaire, de telle sorte que l'écart soit suffisamment prononcé entre l'apport alimentaire et la dépense d'énergie. Elle comportera des exercices pratiqués à une cadence rapide et pendant une durée assez longue, de façon à obliger l'organisme à épuiser rapidement ses réserves d'hydrates de carbone et à mobiliser ses réserves graisseuses.

Les exercices physiques provoquent des réactions circulatoires dont nous devrons tenir compte dans la fixation de la dose de mouvements à prescrire.

Au début et pour une dose d'exercices restant au-dessous des possibilités fonctionnelles du cœur, le pouls est accéléré, régulier, bien frappé ; la pression maxima s'élève d'un ou deux centimètres de mercure, tandis que la minima tend à baisser. Si l'exercice est plus prolongé, le pouls devient rapide, la maxima monte de 3, 4 ou 5 centimètres, la minima remonte à son taux primitif, puis le dépasse d'un ou deux centimètres: on se trouve aux limites des possibilités fonctionnelles du myocarde. Au-delà, le cœur ne peut plus suffire à l'effort qui lui est demandé : le pouls devient incomptable, dépressible ; la pression maxima tombe brusquement, en même temps que la pression minima s'élève de plusieurs centimètres.

Il y a donc une « dose-limite » d'exercices que l'on ne doit pas dépasser, sous peine d'arriver à la dose dangereuse. Cette dose doit avoir déterminé, à la fin de la séance, une accélération moyenne du pouls, une augmentation de la pression maxima et une baisse légère de la minima.

Signalons que, par la répétition quotidienne des séances d'exercices, la réaction circulatoire apparaît de jour en jour moins intense. En d'autres termes, la dose-limite de mouvements s'élève progressivement par l'entraînement : obéissant aux lois générales du développement musculaire, le myocarde s'est hypertrophié et a augmenté ses disponibilités de puissance contractile.

Une autre conséquence du travail musculaire est la formation de déchets. Ceux-ci ou bien sont immédiatement éliminés (par exemple l'acide carbonique et l'eau) ou bien ne sont rejetés qu'après avoir été transformés au niveau de certains organes.

Il est nécessaire que l'élimination ou la destruction de ces déchets s'opèrent à mesure qu'ils sont formés. Si la cadence d'élimination est en retard sur la production, les déchets retenus s'accumulent et provoquent la formation d'œdèmes interstitiels. La courbe des pesées quotidiennes cesse de descendre, puis se met à remonter : le sujet reprend du poids, sans que l'on puisse incriminer des écarts de régime. On constate en même temps des signes généraux d'intoxication, de la courbature, du nervosisme, de l'oligurie. Il suffit d'un ou deux jours de repos pour amener une débâcle urinaire, avec disparition des œdèmes et brusque chute de poids de un ou deux kilogrammes. L'exercice n'avait pas fait engraisser l'obèse : celui-ci avait continué à brûler ses graisses, mais l'amaigrissement était masqué par les œdèmes ; par le repos, l'organisme a pu se débarrasser des déchets accumulés et vider les œdèmes qui alourdissaient le corps.

Resterait à préciser quelle sorte d'exercices convient le mieux à la catégorie d'obèses que nous considérons. Gymnastique de chambre par la répétition de mouvements élémentaires, gymnastique naturelle selon la méthode d'Hébert, exercices sportifs, mécanothérapie, ergothérapie passive de Bergonié, tous ces modes de mouvements peuvent être employés, pourvu que l'on tienne compte des conditions d'application que nous venons d'étudier. Dans tous les cas, la cure d'exercices doit être surveillée par un moniteur

intelligent, docile et compétent, qui suivra les directives données par le médecin traitant.

II. Les obèses proprement dits.

Nous avons jusqu'ici envisagé le cas d'un sujet gras ne présentant aucune tare fonctionnelle organique, et nous avons dit que ce gras doit être distingué de l'obèse proprement dit.

L'obèse vrai est un malade dont l'organisme, après avoir fabriqué de la graisse en excès est incapable d'utiliser les abondantes réserves graisseuses qui se sont accumulées. On l'a comparé à un riche propriétaire dont les greniers sont remplis de blé, mais qui manque de pain parce qu'il ne possède ni moulin pour moudre ce blé, ni pétrin pour malaxer la farine, ni four pour cuire la pâte.

La combustion des graisses est, pour l'organisme, une opération complexe.

La molécule graisseuse est une grosse molécule à poids spécifique élevé. Avant d'être comburée, c'est-à-dire avant d'être finalement transformée en acide carbonique et en eau, elle doit être disloquée et réduite en fragments qui, par diverses combinaisons donnent naissance à une série de substances de moins en moins complexes.

Ces transformations exigent l'apport et l'utilisation d'une quantité considérable d'oxygène. Si nous considérons la formule chimique qui résume la combustion d'un acide gras :

$$2\ C^{51}H^{98}O^{6} + 145\ O^{2} = 98\ H^{2}O + 102\ CO^{2}$$

(tripalmitine)

nous voyons que l'oxygène apporté par la molécule ne suffit à brûler qu une faible partie de l'hydrogène, et qu'il faut un apport d'oxygène non seulement pour oxyder le carbone dont la proportion est considérable, mais encore la majeure partie de l'hydrogène.

Pour mener à bien ces opérations du métabolisme des graisses, il faut la collaboration d'un grand nombre d'appareils et d'organes du corps. Que l'un d'eux ait pour une raison quelconque, un fonctionnement ralenti ou supprimé, la combustion des graisses devient difficile ou impossible et l'individu atteint de cette déficience fonctionnelle est un obèse. Il est obèse non pas seulement parce qu'il possède des réserves adipeuses en excès, mais surtout parce qu'il est inapte à oxyder ces réserves.

Répétons sur lui l'expérience que nous avons faite avec le simple gras.

Mis au repos, il est hors de doute que, si l'alimentation est abondante, l'obèse augmentera ses réserves graisseuses. Si l'alimentation est réduite, il perdra du poids en épuisant ses réserves d'albumine et de glycogène, puis en consommant les albuminoïdes fixées dans les tissus ; mais la réserve de graisse ne diminuera que dans la proportion où l'organisme est encore capable d'oxyder les acides gras, et elle restera intacte si ce pouvoir est complètement aboli.

Il en sera de même si on le soumet à une cure d'exercices avec cette aggravation que les réserves albuminoïdes et hydrocarbonées s'épuiseront plus rapidement et que la combustion des albumines tissulaires sera plus précoce.

Repos et exercices sont donc impuissants à guérir cette obésité, aussi longtemps du moins que sous l'action d'un traitement convenable, l'organisme n'a pas récupéré la facilité de brûler les graisses.

Il faut donc, avant tout, corriger le trouble du métabolisme des graisses : suivant les cas, on compensera, par un traitement opothérapique, une déficience endocrinienne ; on traitera l'insuffisance fonctionnelle hépatique, on soignera les troubles dyspeptiques, on agira sur le système nerveux ... Si la médication a été opportune et efficace, l'organisme aura retrouvé un fonctionnement normal, l'obèse aura cessé d'être un obèse vrai, et l'on aura le droit de l'assimiler au simple gras. Au même titre que celui-ci, il sera dès lors justiciable de la cure d'exercices, dans les conditions d'application et de surveillance que nous avons spécifiées.

III. L'obèse décompensé.

Qu'il s'agisse d'un simple gras ou d'un obèse vrai, tout individu qui porte une forte surcharge graisseuse doit accorder sa circulation sanguine avec les conditions anatomiques anormales dans lesquelles son organisme se trouve. L'irrigation des masses graisseuses ne se maintient suffisante que grâce à une hypertrophie du muscle cardiaque et à une élévation de la pression artérielle.

Ce surmenage fonctionnel ne peut surmonter qu'un temps les barrages périphériques qui se constituent. Un moment arrive, plus ou moins tôt mais presque fatalement, où le cœur ne suffit plus à sa tâche : l'équilibre se rompt, et l'obèse entrant dans la période de décompensation, devient un insuffisant cardiaque, un hyposystolique, enfin un asystolique.

Alors le repos, repos complet ou repos relatif suivant les cas, s'impose à l'exclusion des exercices physiques. Il faut parer au danger immédiat ou prochain, tonifier le myocarde, réduire les œdèmes, lever les barrages viscéraux, rétablir la diurèse. Le traitement de l'obésité elle-même passe au second plan : l'obèse décompensé est à considérer et à traiter comme un cardiaque.

On a proposé de remplacer chez lui l'exercice physique volontaire par l'ergothérapie passive qui, parce qu'elle supprime le phénomène de l'effort est mieux supportée par l'insuffisant fonctionnel cardiaque.

Si les séances d'exercice électriquement provoqué sont courtes et peu intenses, une telle gymnastique est en effet sans danger et peut, ain-

si que nous l'avons constaté, favoriser la résorption des œdèmes et augmenter la diurèse, au même titre qu'une séance de massage bien conduite. Mais c'est tout ce que l'on peut demander à la méthode, et ce serait méconnaître les conditions physiologiques des oxydations cellulaires que d'en attendre une notable réduction des graisses de surcharge.

Nous savons que, pour brûler les graisses, il faut beaucoup d'oxygène. Normalement l'organisme s'adapte aux conditions de surconsommation d'oxygène en renforçant la tension de l'oxygène dissous dans le plasma sanguin. Le mécanisme régulateur est complexe ; il comporte en particulier une augmentation de la concentration saline du plasma. Or, l'obèse décompensé est un œdémateux, un hydrémique, dont la salure de sang a un taux peu élevé. La concentration saline du plasma est trop faible pour permettre un renforcement de la tension de l'oxygène dissous et celui-ci ne peut être libéré et fourni aux tissus en quantité suffisante pour brûler les acides gras. Etudiant les modifications apportées par l'exercice dans les phénomènes de la circulation, Eppinger a constaté que, contrairement à ce qui se passe chez le sujet normal et chez le cardiaque bien compensé, le coefficient d'utilisation de l'oxyhémoglobine diminue au cours du travail chez l'insuffisant cardiaque et garde après l'exercice une valeur inférieure à celle qu'il avait au repos.

A tous points de vue les exercices physiques sont donc contre-indiqués chez l'obèse décompensé. Leur emploi retrouve sa légitimité après la disparition des troubles circulatoires. Mais la surveillance sera plus attentive que chez les autres obèses, et l'entraînement se fera d'une façon très lente et très progressive.

Enfin la prescription kinésithérapie peut avoir à subir des modifications selon les complications surajoutées que l'on rencontre chez l'obèse. En même temps qu'il est obèse, le malade peut être un diabétique, un goutteux, un urémique, un angineux, etc. Le médecin trouvera là des indications ou des contre-indications, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, à la cure d'exercice physiques.

IV. Conclusions.

Nous résumerons les conclusions de cette étude dans les formules suivantes :

1° Chez le simple gras, les exercices physiques hâtent la disparition de la graisse en excès. Ils doivent être associés à une réduction de la ration alimentaire. Ils seront pratiqués à une dose qui ne compromet pas l'équilibre circulatoire et qui ne provoque pas une surcharge exagérée des appareils qui ont pour fonction d'assurer l'élimination des déchets.

2° Chez l'obèse proprement dit, la cure d'exercices a les mêmes indications, mais à la condition qu'un traitement complémentaire ait restitué à l'organisme l'aptitude, qui était perdue, à brûler les graisses.

3° Chez l'obèse en état de décompensation circulatoire, les exercices musculaires sont incapables de déterminer une oxydation des graisses. Le malade doit être maintenu au repos jusqu'au rétablissement d'une circulation sanguine normale.

Il en est de même, d'une façon générale, chez l'obèse qui présente de l'hydrémie pour toute autre cause que l'asystolie. *Chez lui, le repos est préférable au mouvement, aussi longtemps qu'il existe des œdèmes.*

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement de la péritonite tuberculeuse par les rayons ultra-violets.

Le Dr J. Seudmann pense qu'au point de vue de l'ultra-violet seul, il n'est pas indifférent d'utiliser l'arc ou la lampe à vapeur de mercure, qui donnent des émissions très différentes, comme longueur d'onde et comme distribution de l'énergie spectrale.

Mais, dit-il, il serait exagéré d'attribuer les résultats obtenus avec ces sources aux rayons ultra-violets seulement. La lumière visible et l'infra-rouge émis par les différentes sources jouent un rôle sûr qu'insuffisamment connu. Il est certain que l'on peut obtenir de beaux résultats avec les rayons infra-rouges seuls, dans certains cas. Quant aux rayons X, ils sont efficaces aussi dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Mais il faut associer ces différentes radiations selon une technique décrite par l'auteur sous le nom de polyradiothérapie. On réunit ainsi les avantages des rayons ultra-violets (action sur l'état général, résorption des exsudats), des infra-rouges (action sur les douleurs, sur les infiltrations superficielles) et des rayons X (action sur les infiltrations profondes).

Les résultats de cette polyradiothérapie sont

supérieurs à ceux des autres méthodes, y compris l'héliothérapie. Les indications se recueillent dans toutes les formes de la péritonite tuberculeuse ; mais les résultats dépendent d'une technique rigoureuse qui n'est pas toujours facile à appliquer parce qu'elle ne rentre pas dans les cadres rigides d'une explication livresque. Il y a autant de variétés dans la manière d'appliquer les rayons, qu'il y en a, par exemple, dans l'art de prescrire un médicament. (*Journal des Praticiens*, 24 octobre 1925.)

La saignée dans la thérapeutique des néphrites.

Dans les néphrites à forme hypertensive, dit Etienne Bernard, la saignée, sans effet durable sur l'hypertension artérielle étale, est indiquée contre les manifestations dyspnéiques ou convulsives, qui traduisent des coups d'hypertension.

Dans les néphrites à forme chlorurémique, avec simple infiltration des tissus, la saignée n'est pas indiquée ; mais lorsque se produisent certaines crises éclamptiques, certaines dyspnées intenses avec œdème pulmonaire qui relèvent de la chlorurémie, des œdèmes considérables, elle est souvent indiquée d'urgence pour soulager le travail du cœur en abaissant l'hypertension veineuse ; elle produit un vide dans le système circulatoire, et les liquides extravasés sont attirés. Son action est heureusement complétée par celle des toni-cardiaques.

Mais quand il s'agit d'accidents dus à l'azotémie, sans infiltrations des tissus, sans hypertension, sans asystolie, la saignée est du temps perdu ; elle n'agit pas mieux que les autres procédés thérapeutiques. Elle diminue la quantité des urines, partant l'élimination de l'azote excrémentitiel, chez un individu dont le pouvoir de concentration de l'urine est diminué. Elle précipite *l'anémie*.

Bref, tandis que l'action désintoxicante de la saignée doit être niée, ou tout au moins mise au dernier plan, son action mécanique sur l'hydraulique circulatoire est certaine. (*Pratique médicale française*, novembre 1925 A.)

Remarques sur l'emploi des sérums thérapeutiques d'origine équine.

Le Dr Bazy insiste notamment sur deux principes, trop souvent méconnus, qui doivent régir la sérothérapie, pour éviter les inconvénients qu'elle peut présenter.

Toute injection de sérum thérapeutique d'origine équine, dit-il, doit être considérée comme un acte médical sérieux, qu'il ne faut pratiquer qu'à bon escient, et seulement en cas de nécessité absolue, afin de lui conserver, pour les circonstances utiles, toute sa puissance d'action. En effet, sous l'influence d'une albumine étrangère il se produit dans l'organisme un anti-sérum, d'autant plus abondant que les injections sont renouvelées ; et celui-ci fait que l'organisme élimine de plus en plus vite, et, par conséquent, utilise de moins en moins bien le sérum qu'on lui offre à mesure qu'on répète les injections.

En deuxième lieu, il y a intérêt, toutes les fois que la chose est possible, à porter le sérum au siège même de l'infection, ou au contact des organes les plus sensibles ; cette sérothérapie locale permet d'utiliser les anticorps qui sont toujours fixés localement au point de l'injection, et de donner ces anticorps, d'une manière plus complète, à certaines cavités, synoviales articulaires, espaces sous-arachnoïdiens, qui ne reçoivent que très imparfaitement les anticorps introduits dans la circulation générale. (*La Médecine*, octobre 1925.)

La scoliose chez l'enfant. Conseils thérapeutiques.

Raphaël Massart estime, à juste titre, qu'il faut la traiter rationnellement dès le début, et savoir que la gymnastique et le corset ne sont utiles que pour améliorer les malades dont la lésion vertébrale n'évolue plus.

Si les déformations rachidiennes de la puberté, celles qu'on dépiste à l'école, sont les plus fréquentes, il en est qui, à évolution très rapide, s'observent vers 6 ou 7 ans, et d'autres qui, liées au rachitisme, se montrent dès l'âge de 2 ans. Ces trois âges correspondent aux grandes poussées osseuses.

Plus la lésion apparaîtra tot, plus il importera de la dépister au début par un examen attentif.

1° Chez l'enfant rachitique, d'autres altérations osseuses coexistent ; un traitement général est avant tout nécessaire : réglage de la ration alimentaire ; médicaments à base de phosphore, de manganèse, d'iode, plutôt que médicaments à base de chaux. Pendant la durée du traitement général, qui comporte aussi l'héliothérapie, il importe de soustraire la colonne vertébrale à l'action déformante de la pesanteur ; mettre l'enfant à plat complètement sur une planche recouverte d'un petit matelas, et le laisser ainsi plusieurs semaines.

2° Le repos à plat, qui réussit si bien chez les tout petits, est également le seul traitement rationnel de la scoliose vers 6 ou 7 ans ; 2 à 3 mois suffisent, si la déformation costale est encore réductible par pression.

3° Les scolioses de la puberté sont les plus nombreuses ; l'enfant se voûte, et, au moment des premières règles, l'aggravation se produit avec une rapidité surprenante. Il n'y a pas d'autre thérapeutique que d'exiger un repos horizontal absolu sur une planche, pendant au moins 20 heures sur 24, durant 2 ou 3 mois. Deux promenades par jour d'une demi-heure ; repas de 20 minutes pris assis. La nuit, fixer l'enfant dans la

position horizontale par un petit corset peu serré attaché au lit. Très vite, après ce traitement, l'enfant trouve un soulagement, se redresse, ne se plaint plus, est moins nonchalant. Un traitement à base de phosphore complète heureusement cette cure de repos. C'est alors au bout de 2 à 3 mois qu'elle bénéficie d'un traitement par la gymnastique et qu'un corset léger empêchera la déviation vertébrale de se reproduire. (*La Médecine*, octobre 1925.)

Les déterminations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive.

Les observations de MM. P. Blum et E. M. Fatou justifient une révision de leur classification. Les formes cliniques du rhumatisme hérédo-syphilitique sont multiples ; elles peuvent évoluer sur le mode aigu, subaigu ou chronique.

Contrairement à l'opinion classique, les formes articulaires pures, synoviales, sans lésions osseuses, existent : la radiographie et l'examen clinique le prouvent. Ces formes paraissent plus fréquentes que les formes mixtes ostéo-articulaires.

La variété aiguë est représentée par l'arthrite suppurée hérédo-syphilitique.

La variété subaiguë la plus intéressante est celle qui simule le rhumatisme articulaire aigu ; évolution vers la guérison ou la chronicité (hydarthrose chronique aux genoux, forme sèche ankylosante aux coudes). Une autre forme subaiguë est la forme douloureuse, qui simule le rhumatisme blennorrhagique, évoluant le plus souvent vers l'ankylose.

La variété chronique comporte des formes articulaires pures et des formes ostéo-articulaires ; rarement l'hydarthrose est unilatérale ; elle est au contraire généralisée à toutes les grosses articulations. Cliniquement l'hydarthrose double, simultanée ou successive, est un gros élément de présomption en faveur de l'origine hérédo-syphilitique.

Les signes humoraux de l'hérédo-syphilis sont également importants : la réaction de Wassermann est positive dans le liquide articulaire ; sa formule cytologique est à polynucléose prédominante, le plus souvent polynucléose intacte : il s'agit d'un liquide puriforme aseptique ; l'inoculation au cobaye devra toujours être pratiquée et vérifiée négative.

La positivité du Wassermann local est toujours maximum, même alors que le Wassermann du sang est devenu négatif, soit spontanément par vieillissement, soit sous l'effet d'un traitement bien conduit. Ce fait est à rapprocher du Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, le liquide d'hydrocèle, le liquide péritonéal et pleurétique prélevé chez les syphilitiques. (*Gazette des hôpitaux*, 9 décembre 1925.)

Les méfaits de la purgation dans le traitement de l'urticaire.

D'une étude faite par le Dr Lortat-Jacob, il ressort que la purgation est néfaste chez les urticariens, et chez les bébés atteints de strophulus : elle contribue à déclancher la récidive de l'urticaire et l'entretient ; donc, jamais de purgation dans l'urticaire, ni de laxatif à doses fractionnées et répétées surtout. La purgation en effet modifie le milieu intestinal et favorise l'absorption par à coup de petites doses de toxines, ou de substances prurigènes, ce qui va à l'encontre du traitement de l'urticaire.

Il convient donc, au moment de la crise, d'évacuer le poison intestinal par des lavages d'intestin au sérum physiologique tiède, et d'empêcher, si possible, la nouvelle production de substances prurigènes.

Chez l'enfant après 3 ans et chez l'adulte, une médication s'impose, toujours suivie de sédation heureuse : l'ingestion de poudre de charbon à haute dose ; 3 à 4 fois par jour, prendre une cuillerée à café d'un charbon granulé, en faisant croquer les grains et en ne faisant boire que juste ce qu'il faut d'eau pour déglutir la poudre de charbon. Continuer ainsi pendant dix jours.

Depuis de longues années, l'auteur n'a eu qu'à se louer de cette pratique simple, et il la soumet aujourd'hui à la pratique médicale courante. (*La Médecine*, novembre 1925.)

Sur un cas de placenta prævia central, traité avec succès par les méthodes obstétricales.

A l'heure actuelle, un placenta prævia diagnostiqué à l'avance avec quelque certitude commande la césarienne, aussi bien chez la multipare que chez la primipare.

Mais, en pratique, le diagnostic n'est pas toujours porté avec certitude ; on peut croire à une banale insertion basse, et on s'aperçoit seulement en plein travail que le placenta est beaucoup plus vicieusement inséré qu'on ne le pensait.

Si la dilatation est minime, le col épais, résistant, surtout si l'enfant est vivant, la césarienne est encore le procédé le meilleur pour la mère et pour l'enfant. Mais, pour peu que la mère soit infectée, la césarienne ne pourra pas être simplement conservatrice (césarienne supra-symphysaire, opération de Portes, hystérectomie).

La dilatation étant plus avancée, mais encore insuffisante, si l'on a un peu de temps, surtout si l'enfant est mort, et s'il y a de l'infection amniotique, le ballon de Champetier rend de précieux services.

Enfin, si le col est très largement praticable, quoique insuffisamment dilaté, chez des multipares ou certaines primipares à orifice souple, la dilatation bimanuelle, la version avec extraction immédiate ou retardée, permettront encore

de sauver la mère, et dans les cas heureux comme celui du Dr Balard, la mère et l'enfant.

Sous anesthésie légère, il pratiqua la version après avoir traversé le placenta et réussit à extraire l'enfant, puis la délivrance artificielle pour arrêter l'hémorragie. S'il n'avait pu faire l'extraction immédiate, il se proposait de faire un tamponnement avec le corps du fœtus, ce tamponnement arrêtant l'hémorragie, mais sacrifiant le fœtus.

Pour réussir, il faut envisager l'importance et la répétition des hémorragies, la rareté du toucher et l'asepsie du milieu, enfin l'intégrité cardio-vasculaire de la malade (comme garantie contre le shock obstétrical). (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 29 novembre 1925.)

Le traitement des anémies par les rayons ultra-violets.

Les rayons ultra-violets augmentent le nombre des globules rouges, modifient peu l'hémoglobine, mais accroissent notablement la résistance globulaire. Après 3 ou 4 applications de 6 à 10 minutes, le nombre des globules blancs est augmenté d'une manière transitoire, on trouve plus de plaquettes du sang circulant, avec accélération de la coagulation du sang.

Voici, d'après le Dr L. Tixier, quelle est l'action des rayons ultra-violets sur les états anémiques. Il est des anémies infantiles qui cèdent très rapidement, mais il en est aussi qui sont réfractaires.

Celles des rachitiques sont généralement vite influencées en bien.

Les anémies syphilitiques disparaissent d'autant mieux que la médication spécifique est associée au protoxalate de fer. Celles des tuberculeux sont parmi les plus décevantes, étant donnée la gravité de la tuberculose du nourrisson.

Quant aux anémies des convalescents, elles sont très remarquablement influencées ; qu'il s'agisse de maladies éruptives, de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire, le convalescent aura tout profit à utiliser cette précieuse thérapeutique, surtout pendant les mois d'hiver.

Chez les cachectiques, par suppurations anciennes, on a observé de véritables résurrections. Enfin les anémies des hémorragiques se réparent d'autant plus vite que l'organisme est soumis aux rayons ultra-violets. Les bons effets se manifestent s'il s'agit d'anémie après hémorragies traumatiques chez des sujets dont la coagulation du sang est normale. L'influence est nulle chez les hémophiles. (*Paris médical*, 19 décembre 1925.)

Efficacité de la diathermie dans l'aérophagie.

L'aérophagie est avant tout conditionnée par deux facteurs primordiaux : un état dyspeptique et une prédisposition névropathique, dont l'importance relative varie beaucoup suivant les cas ; tous les degrés existent entre l'aérophagie bruyante, spasmodique, des grands névropathes, et l'aérophagie silencieuse, avec éructations discrètes, sialorrhée, météorisme abdominal.

Généralement, le traitement s'adresse aux différents facteurs de l'aérophagie ; mais le Pr Bordier a voulu essayer la d'Arsonvalisation diathermique. L'action des oscillations électriques non amorties (diathermie), ainsi qu'il résulte des observations et des recherches de laboratoire, se traduit tout d'abord par une élévation de la température de l'estomac atteignant plusieurs degrés centigrades, et aussi par une régularisation du chimisme stomacal intéressant aussi bien l'acidité totale du contenu gastrique que l'acide chlorhydrique libre. Le réchauffement de l'estomac a pour conséquence aussi de solliciter au maximum la motilité de l'organe. Enfin, la diathermie a une heureuse influence sur le symptôme douleur.

Chez trois malades, la disparition des symptômes a eu lieu après un nombre relativement restreint de séances. Il faut employer une intensité de courant très élevée et une durée d'application longue ; cette intensité a pu atteindre 3.800 à 4.000 milliampères, et les séances duraient 30 à 40 minutes. Deux électrodes, une dorso-lombaire, l'autre épigastrique. Le courant est porté progressivement à l'intensité maxima, et on interroge le malade sur les sensations de chaleur qu'il éprouve, afin d'éviter des brûlures au niveau des bords de l'électrode active. Les séances sont répétées tous les jours ou 3 fois par semaine.

Il serait à désirer que ce mode de traitement si efficace fût appliqué de façon systématique chez tous les aérophagiques. (*Paris médical*, 19 décembre 1925.)

Fistules et abcès péri-anaux. Faut-il, dans les lésions extra-sphinctériennes, sectionner le sphincter ?

Ce qui domine le pronostic et le traitement de ces affections, c'est leur siège à l'intérieur ou à l'extérieur de l'anneau sphinctérien. Intra-sphinctériennes, lésions bénignes, d'un pronostic favorable, pourvu qu'elles soient bien traitées. Extra-sphinctériennes, au contraire, elles constituent toujours des lésions sérieuses, comme pronostic immédiat, et pronostic éloigné (complications de la fosse ischio-rectale).

L'*abcès* tubéreux guérit par simple ponction au bistouri. Au contraire, l'abcès de la marge de l'anus, abcès sous-cutanéo-muqueux, doit être largement ouvert de bout en bout, et jusqu'à la limite du décollement ; le sphincter ne court aucun danger puisqu'il est en dehors de l'ins-

trument. Quant à l'incision d'un abcès de la fosse ischio-rectale, elle n'est plus une opération de petite chirurgie, et doit être faite sous anesthésie.

En ce qui concerne la section du sphincter, elle expose à une certaine incontinence, qui peut, chez certains malades, devenir une infirmité. Mais, dit le Pr CADENAT, il ne faut cependant pas s'exagérer les dangers de la section du sphincter, à condition de suivre certaines règles capitales : 1° tout d'abord ne jamais sectionner le sphincter en deux points de sa circonférence. Après section unique, il se produit une cicatrice fibreuse sur laquelle les fibres musculaires viennent prendre point d'appui pendant leur contraction, d'où continence très suffisante (à moins de diarrhée) ; 2° s'efforcer de sectionner sur la ligne médiane, soit en avant, soit en arrière suivant le siège de la perforation rectale. En effet, en n'interrompant pas la continuité des fibres circulaires on diminue considérablement les dangers d'incontinence ; 3° ne pas sectionner le sphincter d'emblée lorsqu'il s'agit d'infections très virulentes, sons risque de modification des tissus ; inciser l'abcès d'abord, puis traiter la fistule extra-sphinctériennne consécutive à cette incision.

Quant aux *fistules* péri-anales, quel qu'en soit le siège, le traitement idéal, c'est l'excision, suivie de suture. Dans les fistules extra-sphinctériennes, prendre garde de ne jamais affirmer l'absence de communication avec le rectum, à moins qu'une injection (de lipiodol au besoin) n'ait pas pénétré dans la lumière intestinale ; on n'hésitera pas, s'il y a communication, à sectionner le sphincter avec les précautions précédentes. La nature tuberculeuse de certaines fistules ne contre-indique pas fatalement l'intervention, du moins chez les malades résistants. (*L'Hôpital*, décembre 1925-A.)

Une organisation pratique de traitement de la blennorragie.

Le Dr CHALET a organisé dans un dispensaire de Paris une consultation spéciale de traitement de la blennorragie. Chaque malade y reçoit, outre son ordonnance, une feuille indiquant les préceptes d'hygiène à suivre et les précautions à prendre. En outre, selon le traitement conseillé, on lui remet une notice indiquant en termes simples comment il doit faire un grand lavage, une injection, un prélèvement de pus pour examen microscopique, etc. Les textes sont rapportés au complet dans cette étude, publiée par l'auteur.

Ce service, très apprécié, est de plus en plus fréquenté. La guérison normale des blennorragies est la règle, ainsi que le montrent les statistiques. Quant aux blennorragies chroniques, on obtient par les moyens usuels un pourcentage élevé de bons résultats. L'examen microscopique des sécrétions urétrales après les épreuves de Neisser et de Janet est systématiquement pratiqué pour contrôler la guérison. (*Le Bulletin médical*, 5 décembre 1925.)

Crises gastriques tabétiques. Leur traitement.

En mettant en lumière les caractères les plus essentiels des *crises gastriques tabétiques*, M. CAUVY, qui a eu souvent l'occasion de les constater chez de nombreux malades, à Lamalou, insiste sur ce fait qu'elles constituent, plus souvent qu'on ne pense, le premier symptôme apparent et révélateur du tabès. Dans nombre de cas, elles sont un signal d'alarme dont il ne faut pas méconnaître la vraie signification.

Le terme de *crises gastriques* généralement employé paraît impropre ; ce sont, en réalité, des crises de *radiculite* dont le siège douloureux est l'estomac. Elles paraissent conditionnées par des troubles vaso-moteurs du sympathique et une hypoadrénalinémie.

A côté des traitements symptomatiques et des traitements pathogéniques visant soit l'état de crise proprement dit, soit l'affection médullaire dont elles sont un des symptômes, il n'est pas sans intérêt de se rappeler que la cure thermale de Lamalou constitue un adjuvant puissant en contribuant à la prophylaxie des paroxysmes. (*La Presse thermale et climatique*, 1er mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les produits cétogènes de l'urine.

(M. H. BIERRY et Mme Gabriel MOQUET. — *Académie de médecine* ; 4-5-1926.)

Les analyses d'urine chez le diabétique peuvent porter sur l'azote total, le glucose, les corps cétoniques (acétone et acide acétylacétique, et l'acide cétogène (B-oxybutyrique).

Si l'on se contente d'évaluer une acétonurie d'après le dosage des seuls corps cétoniques, la déduction qu'on en tire est insuffisante. On laisse de côté un élément important : l'acide B-oxybutyrique, dont l'étude est indispensable, l'acétone et l'acide acétylacétique peuvent dans certains cas se trouver en quantités très faibles alors que l'acide cétogène est en proportion notable.

Les méthodes de dosage de cette substance sont malheureusement longues et délicates. M. Bierry signale un procédé nouveau et rapide d'analyse, qui lui a paru répondre aux besoins de la clinique. Il est basé sur la vitesse de formation du complexe d'acétone-sulfate et chromate de mercure que donne, en présence du sulfate de Hg, la diméthylacétone provenant de l'oxydation de l'acide B-oxybutyrique en milieu sulfo-chromique.

Recherches sur le bacille tuberculeux.

(M. Albert VAUDREMER. — *Académie de médecine* ; 4-5-1926.)

Le 24 mai 1882, Koch, après avoir décrit à la tribune de la Société physiologique de Berlin les caractères du bacille qu'il venait de découvrir, concluait ainsi :

« Le bacille de la tuberculose ne pousse que dans des limites de température assez restreintes, de 30° à 40°. Son développement est extrêmement lent. Il ne trouve pas dans le monde extérieur des conditions favorables à sa croissance ; il ne peut se développer que dans le corps de l'homme ou des animaux. Il est rigoureusement parasite. »

Ces règles générales ont servi longtemps de loi et depuis lors on a admis que le bacille tuberculeux est toujours acido et alcoolo-résistant et pousse à la température de 37°, 39°, sur des milieux riches en matières grasses et azotées.

Or, M. Vaudremer a montré que le bacille tuberculeux n'est pas obligatoirement acido-résistant. Il peut pousser à la température ambiante (15 à 40°), dans des milieux très pauvres ; dans ceux-ci, il ne produit pas de tuberculine. Le bacille n'a plus alors les caractères classiques qu'on lui a attribués. Ces caractères ne sont que passagers, naissent et disparaissent selon les conditions nutritives : il les acquiert *in vivo* dans le corps des animaux ou des hommes parasités ; il les conserve *in vitro* à la température de 37-39° dans des milieux appropriés ; il les perd dans des milieux pauvres en azote et en substances hydrocarbonées.

M. Vaudremer relate aujourd'hui quelques expériences nouvelles relatives à cet important problème. Il en tire des conclusions quant à la vaccination antituberculeuse (du cobaye) qu'il croit possible par injections sous-cutanées avec des bacilles tués par la chaleur minima, pourvu que ces bacilles soient toxiques et très faiblement ou pas acido-résistants.

Polype du col utérin chez une fillette de 2 ans.

(M. H. L. ROCHER. — *Société de pédiatrie* ; 19-1-26.)

M. Rocher rapporte un cas de polype vasculaire du col utérin chez une fillette de deux ans et demi. L'enfant avait eu une petite hémorrhagie génitale qui dura toute une journée. L'examen vaginal pratiqué avec un spéculum nasi montra un petit polype au fond de la cavité. Il fut enlevé avec une pince à biopsie : il s'agissait d'un adénome polypoïde.

L'auteur rappelle les observations connues de sarcome du vagin et du col de l'utérus chez la petite fille. A côté de cette affection grave, il peut donc exister des tumeurs plus bénignes, tels les polypes en question.

Les adénoïdiens après l'opération.

(MM. DU PASQUIER et JOFFROY. — *Soc. de pédiatrie* ; 19-1-1926.)

MM. du Pasquier et Joffroy ont recherché chez 150 enfants opérés d'adénoïdes et vus ultérieurement à l'hôpital des Enfants-Malades, ce que devenait le fonctionnement respiratoire après l'opération. Ils ont noté que dans un certain nombre de cas, les résultats étaient à ce point de vue incomplets.

Ceci peut tenir à plusieurs causes : opération ayant laissé des végétations, sténose nasale ou naso-pharyngienne relevant d'une autre origine (rhinite hypertrophique, déformations et épaississements de la cloison, anomalies du squelette facial, manque d'éducation respiratoire...). Lorsque les végétations adénoïdes sont opérées, il est donc quelquefois nécessaire de recourir à un traitement complémentaire.

Traitement du lupus par le beurre d'antimoine.

(M. DARIER. — *Soc. de dermatol. et syphil.* ; 11-2-26.)

Dans une communication que nous avons analysée, M. Aurégan mettait en relief les bons effets que l'on peut obtenir dans le *traitement du lupus par* les caustiques. M. Darier, en matière d'agents caustiques, donne ici la préférence au trichlorure d'antimoine, appelé aussi beurre d'antimoine, préconisé par Unna, de Hambourg. La formule employée par M. Darier est la suivante :

Beurre d'antimoine récemment préparé	2 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Créosote officinale	4 gr.
Novocaïne	4 gr.
Lanoline	8 gr.

Cette pommade s'étend sur un morceau de lint ou de gaze de grandeur convenable, en couche de l'épaisseur d'une lame de couteau. On l'applique sur le lupus préalablement dénudé de son épiderme par la curette ou le galvanocautère ou sur le lupus ulcéré, et l'on maintient avec un emplâtre adhésif. Le tout est enlevé après 8 ou 10 heures, la surface lavée et pansée à la pommade à l'oxyde de zinc. Les applications sont renouvelées une nuit sur deux, et cela à 5 ou 6 reprises. On revoit le patient après 15 jours et l'on juge s'il subsiste du tissu lupique et s'il y a lieu de poursuivre les applications du médicament.

Habituellement, 4 à 10 applications suffisent et l'on obtient en un mois à six semaines une guérison

que l'on ne saurait évidemment assurer définitive (comme toujours en matière de lupus). Cette méthode est peu douloureuse, économique et rapide. Elle donne des cicatrices planes et très belles. Elle ne s'adresse, il est vrai, qu'aux lupus d'étendue modérée et ne convient pas à certaines localisations (paupières, narines, lèvres, etc.).

— M. Civatte croit que, par excès de scrupules, M. Darier restreint trop les indications de la méthode. Il vient d'obtenir un très beau succès avec le beurre d'antimoine, sur un lupus étendu, ayant la grandeur de la paume de la main.

A propos des abcès bismuthiques.

(M. Sabouraud. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 11-2-26.)

M. Sabouraud a reçu une lettre du Dr Groll, de Grenoble, qui insiste à juste titre sur un point de la technique des injections bismuthiques. Les abcès sont d'autant moins fréquents, dit-il, que les injections (quel que soit le médicament employé) sont poussées moins vite dans les tissus.

— M. Brocq avait l'habitude, lorsqu'il enseignait à ses élèves la technique des injections dans le traitement de la syphilis, de leur dire : « Dormez sur votre seringue », leur conseillant ainsi de pousser le liquide avec une extrême lenteur.

Traitement des prurits circonscrits par l'ionisation à l'aconitine.

(MM. Louste et Juster. — *Soc. de dermat. et syphil.*; 11-2-1926.)

L'ionisation à l'aconitine, préconisée par le prof. Barré, de Strasbourg, est employée avec succès dans le traitement des névralgies : MM. Louste et Juster y ont eu recours pour calmer les névrodermites ou prurits circonscrits avec lichénification.

Leur technique est la suivante. Avec une solution d'azotate d'aconitine ainsi formulée :

Azotate d'aconitine.....	dix centigrammes
Eau distillée...........	250 cmc.

ils imbibent une ou plusieurs compresses qui sont appliquées sur la région à traiter. Sur ces compresses se place l'électrode positive faite simplement de feuilles de coton trempées dans l'eau ordinaire et d'une plaque d'étain. L'électrode négative, imbibée d'eau, est mise le plus près possible de la région. Comme l'aconitine est un médicament très toxique, on débutera par quelques gouttes seulement de la solution précédente et une intensité faible de 5 milliampères. On augmente ensuite les quantités d'aconitine (une cuiller à café, à deux cuillers à soupe) et les intensités (de 5 à 20 M.A.). La séance dure 20 à 30 minutes, et se répète tous les deux jours au début, puis si nécessaire tous les jours.

L'application laisse après elle une sensation de cuisson, de brûlure légère et est suivie d'une diminution progressive du prurit. L'activité de l'aconitine doit commander une certaine prudence. Chez un malade, M. Louste a observé à la 7e séance des picotements sur la langue, des fourmillements sur tout le corps et une sensation de froid intense, indices d'une intoxication commençante.

L'ionisation à l'aconitine faite convenablement donne dans les névrodermites circonscrites des résultats intéressants et qui semblent même supérieurs à ceux de la radiothérapie. Ainsi, des malades dont les prurits circonscrits n'étaient plus calmés par des doses de rayons X qui, auparavant les soulageaient, ont guéri par l'ionisation à l'aconitine (prurit périnéal, névrodermites de la nuque, de la jambe).

Psoriasis et insuline.

(MM. Ravaut, Bith et Ducourtioux. — *Soc. de dermat. et syph.* ; 11-2-1926.)

Le traitement insulinique du psoriasis a procuré des résultats variables et irréguliers. Quelques cas ont été nettement améliorés mais passagèrement, comme est passagère l'action du médicament sur le diabète.

— M. Lortat-Jacob a eu avec l'insuline des succès et des déboires. De nouvelles recherches sont nécessaires pour fixer ce point de dermatothérapie.

— M. Gougerot a injecté de l'insuline chez beaucoup de psoriasiques. Certains ont été blanchis, d'autres non influencés, sans qu'il soit possible d'en fixer la raison.

— M. Ravaut ajoute qu'avec l'insuline comme avec beaucoup d'autres médicaments employés dans le psoriasis (mercure, arsenic, soufre, tuberculine, etc.), les résultats ne peuvent pas être prévus d'avance.

L'opothérapie dans le cancer.

(M. Naame. — *Société médicale des praticiens* ; 16-4-1926.)

M. Naame relate trois observations de cancéreux améliorés par l'opothérapie. Le première observation concerne un homme de 57 ans, atteint de papillome du larynx en voie de dégénérescence. Deux mois plus tard, après un traitement thyro-splénique, les lésions avaient disparu. Dans la deuxième observation il s'agissait d'un cancer mutilant de la face : détersion au bout de deux mois d'opothérapie thyro-orchitique. Dans le troisième cas, l'opothérapie thyro-spléno-thymique aurait fait fondre un volumineux ostéo-sarcome.

P.L.

PHTISIOTHÉRAPIE

Note sur l'action de l'Iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chronique,

Par le Dr Esclavissat (de Châtillon).

Les auteurs qui ont étudié la question du traitement iodé de la tuberculose n'ont pas toujours publié des résultats concordants, et il semble bien, à l'examen des faits, que cette divergence d'opinion soit due aux résultats d'une utilisation parfois excessive de la méthode.

Après Boudreau, qui a le mérite d'avoir attiré l'attention sur le traitement iodé de la tuberculose pulmonaire et montré la nécessité des hautes doses progressives, il faut arriver à Bonnamour et Delore, à Nigoul-Foussal, à Cornet (de Pau), à Rodet, pour trouver sur ce sujet des travaux précis qui fixent scientifiquement, c'est-à-dire en tenant compte des formes cliniques, les indications de l'iodothérapie antituberculeuse.

Nous savons que les tuberculoses pulmonaires, qui doivent être traitées par l'iode sont celles présentant *une forme chronique à lésion limitée et à évolution lente*, qu'il s'agisse de lésions *bronchiques ou de lésions pleurales*. C'est le type nodulaire décrit par Pissavy.

Nous avons nous-même vérifié le bien fondé de cette thérapeutique, en traitant par l'iode camphré radioactif 26 tuberculeux à lésions limitées, ne dépassant pas un lobe pulmonaire. La température ne dépassait pas 38°, les symptômes généraux étaient peu développés et il existait une toxémie légère. Il s'agissait, en un mot, d'une évolution peu sévère. Mais en phtisiologie on ne peut jamais dire si le processus évolutif ne prendra pas, à un moment donné, une allure grave et rapide, de telle sorte que l'on doit envisager seulement le moment présent pour le diagnostic et le traitement.

Dans ces cas, l'iodothérapie nous a donné de bons résultats, d'une façon on peut dire constante, et, vraiment, elle mérite d'être retenue par le praticien.

L'iode camphré radioactif, plus simplement appelé triradol, est bien supporté, et les injections en sont indolores. Utilisé à raison d'une ampoule de 1 cc. par jour, et pendant des périodes de 30 jours, séparées par des intervalles de 2 semaines, où l'on cesse la médication, cet iode organique arrête les manifestations toxiniques et relève les résistances organiques. Cette double action physiologique, d'une part la neutralisation des toxines, déjà vue par Pouchet et Pauline Lacheret, d'autre part le retour à la formule de défense de Calmette, par excitation leucocytaire, est démontrée, cliniquement, par la chute de la température, la disparition presque immédiate de l'asthénie, la diminution de l'expectoration et l'augmentation du poids corporel ; souvent même on observe une diminution des bacilles et, dans certains cas rares, leur disparition pour une période plus ou moins longue.

Il faut insister sur une constatation, signalée d'ailleurs par d'autres médecins, mais que nous n'avions pas encore faite avec les autres iodés : c'est une sensation d'euphorie presque immédiate accusée par tous les malades soumis au traitement par l'iode camphré radioactif. Cette sensation de mieux-être, due sans doute en partie au camphre et à la radioactivité, donne au triradol une valeur particulière à laquelle nous attachons de l'importance ; car elle représente une influence des plus favorables sur le moral de ces malades.

Nous n'avons jamais observé d'hémoptysies causées par le traitement et, d'ailleurs, l'iode appliqué convenablement est un décongestif.

Voici trois observations prises parmi les 26 que nous possédons et qui donneront une idée exacte des effets de cette médication :

Alice B..., 21 ans, *lingère*. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse limitée au lobe supérieur droit en arrière, avec expectoration bacillifère et température de 37.2 le matin, et de 38 à 38°4 le soir. Asthénie, amaigrissement, tachycardie à 120. Tension max. au Pachon : 13.

Du 27 octobre au 6 novembre 1925, injection journalière d'une ampoule triradol. Dès les premières injections retour des forces, meilleur état général. Au bout de 8 à 10 injections, assèchement des lésions, chute de la température à 37°4 le soir. L'appétit est bon. A la fin de la première série de 30 injections, disparition complète des râles humides pulmonaires, existence d'une zone fibreuse avec respiration affaiblie et rugueuse, montrant la disparition du processus caséeux. La radioscopie confirme ces constatations cliniques.

Après quinze jours de repos, le traitement est repris et le bon état fonctionnel physique et général se maintient avec une augmentation du poids de 3 kgr. La malade ne crache plus.

Depuis lors il n'y a pas eu d'évolution nouvelle.

Jean M..., 31 ans, *livreur*. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse, à prédominance caséeuse, mais limitée à la région hilaire droite. Il existe cependant une zone de condensation au sommet droit, sans râles humides.

Température du matin 37° et température du soir ne dépasse pas 38°. Quelques sueurs nocturnes. As-

thénie. Amaigrissement, toux, expectoration bacillifère, tachycardie à 126.

Injection de 30 ampoules de triradol, à partir du 8 décembre 1925. Presque aussitôt sensation d'euphorie, retour des forces, Après une semaine d'injections journalières, disparition des sueurs, température vespérale à 37°5, diminution sensible des crachats, meilleur état général.

A la fin des 30 injections, disparition totale des râles humides hilaires, température presque normale, augmentation de poids de 3 livres, expectoration presque nulle, bacillifère par intermittence seulement.

Le traitement a été continué selon la méthode habituelle, c'est-à-dire par plusieurs séries de 30 injections et l'amélioration s'est poursuivie avec asséchement complet des lésions et disparition des râles adventices.

Jeanne Al..., 26 ans, *employée de banque*. Tuberculose pleurale unilatérale. Cette malade souffre d'un point de côté à la base gauche, augmenté par la respiration et la toux. L'auscultation montre l'existence de frottements pleuraux, surtout expiratoires, à la base du poumon gauche, et une zone de condensation au sommet droit sous la clavicule. Peu d'expectoration. Pas de bacilles. Température moyenne 38° à 38°4. Mauvais état général, asthénie, tachycardie à 130.

30 injections de triradol ont complètement modifié cet état local et général. Retour rapide des forces. Diminution de la température à 37°6. Arrêt de toute expectoration. Disparition des râles pleuraux, pouls à 90. La condensation pulmonaire persiste, mais d'allure fibreuse et l'augmentation du poids est de 4 kgr. A la radioscopie on constate l'existence d'une zone simplement obscure à la toux au sommet droit région antérieure.

Dans toutes nos observations les résultats sont à peu près identiques. L'iode utilisé à bon escient, c'est-à-dire chez les tuberculeux à lésion limitée et lentement évolutive, donne des résultats remarquables. C'est une constatation à faire connaître. On peut objecter que nos malades sont choisis parmi ceux qui s'améliorent souvent d'eux-mêmes et qui n'évoluent pas. C'est une erreur, car ces malades sont des évolutifs et peuvent fort bien présenter, à un moment donné, une forme à marche rapide.

D'autre part, il est à peu près inutile de traiter des tuberculeux en pleine toxémie, en pleine consomption. Ce n'est pas avec ce groupe-là que l'on peut se rendre compte de la valeur d'une médication quelconque, du moins dans l'état actuel de la science.

Pour nous, la thérapeutique iodée, utilisée dans ses indications, arrête l'évolution de la tuberculose et favorise le développement du processus fibreux. Reprise à intervalles plus ou moins éloignés, elle permet de maintenir un bon état local et général compatible avec une longue survie et même d'amener une transformation fibreuse complète.

L'iodothérapie n'empêche nullement la cure sanatoriale. Elle la facilite au contraire, car les malades traités au sanatorium sont précisément ceux qui sont tributaires de la médication iodée. C'est dans les formes à tendance fibreuse qu'elle donne les meilleurs résultats. A plus forte raison doit-elle être administrée chez l'emphysémateux, le ganglionnaire, et chez le tuberculeux plus ou moins asthmatique, chez qui l'accès de vagotonie n'a pas *toujours besoin d'une cause anaphylactique* pour éclater.

Les Livres

G. Doin, édit., 1926.

Les Feuillets du Pédiâtre (1re série), par le Dr G. Blechmann, ancien chef de clinique pédiatrique de la Faculté de Paris.

Notre très distingué confrère, le Dr G. Blechmann, n'est pas un inconnu pour les lecteurs du *Concours médical* qui ont pu apprécier sa grande expérience en pédiatrie pratique. Il a eu l'excellente idée de rassembler et de publier, sous le nom de *Feuillets du Pédiatre*, les courtes consultations ou réponses qu'il a faites aux questions que lui posaient les lecteurs du journal *L'Hôpital*. Ces *Feuillets* sont, à notre avis, infiniment précieux : ils traitent de petites questions de thérapeutique et d'hygiène infantiles que l'on ne trouve dans aucun manuel et qui rendront service, à la fois aux praticiens et aux mères de famille.

Par un sentiment de délicate confraternité qui l'honore, et dont nous lui sommes personnellement reconnaissant, le Dr Blechmann a abandonné à l'œuvre bien connue la *Maison du médecin* une grosse partie des bénéfices qu'il eût pu retirer de son livre. La Maison du médecin a touché déjà de ce fait près de sept mille francs, et nous ne doutons pas que le succès des *Feuillets du Pédiatre* accroisse encore les ressources de notre Maison de retraite.

J.N.

Revue moderne des arts et de la vie
88, rue St-Denis, Paris.

Georges Gérard. — **Les inquiétudes**. Poèmes. — Elégante plaquette de cent pages, divisée en six parties : préludes, rapsodies, colères, poèmes de guerre, esquisses, chansons.

Georges Gérard, poète chansonnier, je le connais depuis quinze ans. Et j'ai pour lui, pour son effort

constant, pour ses réalisations, la plus vive sympathie. Ses Inquiétudes me le révèlent, j'ose le dire, sous un jour que je ne soupçonnais pas. Serait-il possible que tant de pessimisme hante ses esprits, que tant d'amertume, lui remontant du cœur aux lèvres, lui inspire ses poèmes d'un lyrisme si profondément désenchanté !

Mais que de beaux vers, au cours de ces pages ; que de jolies pensées, richement habillées d'un somptueux manteau !

J'ai cherché vainement les mystères de l'âme
....
....
Mais je n'ai rien senti, rien compris, rien trouvé.
....
Et je suis resté seul, semblant avoir rêvé,
Sans déchiffrer cette âme immense et misérable.

J'ai cherché vainement les mystères du cœur.
....
Mais je n'ai rien trouvé, le cœur est impalpable,
Le rêve y passe entier sans laisser de parfum,
Et le nom qu'il écrit demeure indéchiffrable,
Ainsi que cet espoir : l'impossible demain.
(L'IMPOSSIBLE).

Nous ne cherchons l'oubli que pour mieux oublier.
(L'OUBLI).

Vous avez mis en moi la plainte inassouvie,
L'angoisse où se débat l'animal et l'humain,
Et vous m'avez donné la mort avec la vie !
(A MON PÈRE, A MA MÈRE).

Chaque homme a dans le cœur
Une lyre,
Une lyre à trois cordes,
Où gai, triste ou songeur
Il soupire
Ses amours, ses rêves, ses discordes !
(LES TROIS CORDES).

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Professeur Ch. ACHARD.— **Cinq leçons sur le diabète. Etat actuel de la question. L'insuffisance glycolytique. L'insuline.** (1 vol., 134 pages avec 30 figures dans le texte, 1925.)

Cet intéressant opuscule, dont la portée pratique n'échappera à personne, traite successivement de l'*utilisation du glycose* (insuffisance glycolytique, sucres assimilables, produits de combustion, glycolyse, rôle de l'extrait pancréatique, rôle de l'insuline) ; *de la recherche clinique de l'insuffisance glycolytique* (glycosurie alimentaire, glycosurie par injection, hyperglycémie provoquée, exhalation carbonique, lévulosurie alimentaire, épreuves cliniques, bilans de glycolyse), *de l'insuffisance glycolytique dans les maladies et dans l'alimentation* (extrait surrénal, extrait d'hypophyse, maladies aiguës, néphrites, cirrhoses du foie, diabète fruste, diabète et obésité, diabète bronzé, syndromes hypophysaires, syndromes thyroïdiens, diabètes associés), *des troubles nutritifs dans le diabète sucré. Action de l'insuline* (différentes espèces de diabète, hypoglycémie insulinique, cholestérinémie, etc.), enfin de l'*application de l'insuline au traitement du diabète* (préparation, mode d'emploi ; action thérapeutique, indications, régime, etc.).

N. MALOINE, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L. DELHERM et MOREL-KAHN. — **Les principales positions utilisées en radiographie** (*Technique. Indications. Résultats*). (1 vol. in-8, 252 pages, 134 figures, hors texte. Prix : 25 francs, 1925.)

Les auteurs ont voulu faire un livre pratique permettant au spécialiste de trouver des renseignements souvent épars, et au praticien de comprendre les résultats de l'examen radiographique.

Ils ont, dans cette double intention, divisé leur travail en trois parties : la description des positions principalement utilisées en radiographie en insistant sur les précautions à observer ; la deuxième rappelant les résultats obtenus ; la troisième les principales indications. C'est ainsi que la première partie étant un aide mémoire pour le spécialiste, les deux autres s'adressent plus particulièrement au praticien qu'une table guidera avec facilité. A côté des positions classiques, les auteurs ont fait une large place à quelques positions encore peu utilisées, par exemple : position de Hirtz pour la radiographie du crâne, position de profil pour l'étude de la colonne cervicale, de la hanche, de la vésicule biliaire, etc.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez BAILLIERE.

P. CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT et R. FRIEDEL. — **Les périviscérites digestives.** (Un vol., 173 p. 87 fig.)

A L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi.

J. AIMARD et H. DAUSSET. — **L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge.** (Un vol. 150 p. : 12 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES DROITS DES SYNDICATS MÉDICAUX. LA LOI DU 4 AVRIL 1926. SYNDICATS ET CONTRATS

Répondant au Dr Aversenq, qui m'avait reproché de préconiser une organisation disciplinaire professionnelle *tyrannique*, j'avais été amené, dans mon argumentation, à écrire ce qui suit :

« Le Syndicat a quelque chose d'énorme pour lui, c'est qu'il *existe*, c'est qu'il *légal*, c'est qu'il *agit*... »

Et pourquoi éprouvé-je le besoin de proclamer cette vérité si évidente qu'elle ressemble à celle de M. de la Palisse ?

Pour démontrer qu'en certains cas, il ne pouvait y avoir rien d'illégal à ce que des médecins *non syndiqués* fussent soumis à la juridiction syndicale.

Je ne savais pas qu'une loi viendrait elle-même me donner, presque immédiatement, sa formelle approbation.

Il y a en effet, dans la loi du 4 avril 1926, un article 12 qui est peut-être passé inaperçu de la masse des médecins, mais qui mérite de leur être mis de nouveau sous les yeux. Le voici :

Art. 12. — L'article 35 de la loi du 31 juillet 1917, modifié par l'article 9 de la loi du 13 juillet 1925, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le contrôleur peut demander aux intéressés tous les renseignements susceptibles de justifier l'exactitude des chiffres déclarés. S'il juge ces renseignements insuffisants, il établit la base de l'imposition et notifie au contribuable le chiffre qu'il se propose de substituer à celui de la déclaration, en indiquant les motifs qui lui paraissent justifier le redressement ; il invite en même temps l'intéressé à présenter, s'il y a lieu, ses observations par écrit ou verbalement dans un délai de vingt jours.

« Si le désaccord persiste, il est soumis à l'appréciation d'une commission consultative siégeant au chef-lieu de chaque département et comprenant les membres suivants, qui seront soumis aux obligations du secret professionnel prévues par l'article 23, paragraphe 3, de la loi du 15 juillet 1914 :

« Le président du tribunal civil du chef-lieu ou, en cas d'empêchement, un membre du même tribunal par lui désigné, président.

« Un avocat désigné par les bâtonniers des barreaux du département ou, à défaut de barreau constitué, un avoué désigné par les présidents des chambres de discipline du département.

« Un notaire désigné par les présidents des chambres de disicpline.

« *Un médecin désigné par les syndicats de médecins du département ou, à défaut, par le préfet.* »

Ainsi donc, quand un médecin sera en désaccord avec le contrôleur sur l'exactitude des chiffres de sa déclaration de revenus, ce désaccord sera soumis à l'appréciation d'une commission qui comprendra *un médecin désigné par les syndicats de médecins du département ou, à défaut, par le préfet.*

Et comme il y a des syndicats dans tous les départements, le médecin, membre de cette commission, sera donc toujours un médecin syndiqué.

On peut prévoir à l'avance que ce sera ce médecin qui sera chargé de rapporter le cas en litige et que ses conclusions auront des chances d'être adoptées par la commission.

Voici donc une juridiction nouvelle, d'ordre financier, appelée à se prononcer sur l'exactitude des déclarations de revenus, dont les décisions pourront être génératrices de pénalités pour les contribuables en défaut, et même de poursuites, et dans la composition de laquelle la loi fait entrer un *médecin syndiqué.* Il faudra bien que le médecin non syndiqué qui fera l'objet de l'intervention de cette juridiction se soumette et accepte que le conflit auquel sa déclaration aura donné naissance soit confié à l'appréciation d'un de ses confrères, *émanation des Syndicats.*

Je ne vois pas, dès lors, pourquoi, à quelque jour plus ou moins prochain, les conflits d'ordre déontologique ne pourraient pas être portés devant une juridiction d'émanation syndicale, opérant *même à l'encontre des non syndiqués.*

Mais, me direz-vous, par quel artifice justifierez-vous la légalité de cette juridiction ?

Voici : le code de déontologie, qui, jusqu'alors, est propre à chaque Syndicat, et ne joue que dans l'intérieurde ce ux-ci, — pour être imposable à tous, sans exception, n'en sera pas moins élaboré par les Syndicats. C'est bien ainsi que le pensent les plus farouches partisans d'un Ordre des médecins, plus ou moins calqué sur celui des avocats.

Ceci étant, il y aurait intérêt à rétablir *obligatoirement* le serment d'Hippocrate, qui n'est

plus en honneur, bénévolement, qu'à Montpellier, sous la forme suivante, que j'exprime par une modification de l'article 9 de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine :

Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes, sont tenus dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. *Ils sont tenus, en outre, dans les mêmes conditions, de prêter serment entre les mains du président du syndicat médical de leur département.*

Ils ne sont nullement forcés d'adhérer audit Syndicat qui n'a rien d'obligatoire, ainsi que le veut la loi. Mais, la loi ayant conféré aux syndicats la mission de rédiger le Code de déontologie, c'est entre les mains du représentant de ceux-ci que *tous les docteurs* en médecine, tous les chirurgiens-dentistes (tant qu'il en existera), toutes les sages-femmes, devront jurer de respecter les articles de ce Code. Et s'ils manquent à leur serment, s'ils commettent des infractions à ses prescriptions, c'est de la juridiction syndicale qu'ils seront justiciables.

Plus nous irons, et plus se multiplieront les contrats entre collectivités syndicales et collectivités profanes, pour l'organisation des soins médicaux de celles-ci. Et le projet Chauveau sur les assurances sociales prévoit, comme l'on sait, l'obligation de pareils accords. Il prévoit que seuls, les praticiens ayant adhéré à ces accords, passés entre la caisse locale et le Syndicat local, auront le droit, *syndiqués ou non*, d'être librement choisis par les assurés.

Là encore, lorsqu'une difficulté surgira, qu'elle concerne un médecin syndiqué ou non, ce n'en sera pas moins la juridiction syndicale qui en sera saisie, ou la juridiction qui aura été créée par le contrat passé entre les deux parties.

Je sais bien que tout ce que je viens d'écrire est de nature à faire pousser les hauts cris à tous ceux qui sont rebelles à l'idée syndicale. Il n'y a, à cet égard, qu'à lire le compte rendu de la séance du Conseil général des sociétés d'arrondissement, où le Syndicat des médecins de la Seine s'est vu reprocher d'avoir contribué à violer le libre choix. Je dirai, après Noir, que c'est à mourir de rire. Oui, vraiment, cette levée de boucliers contre le contrat passé entre le Syndicat des médecins de la Seine et la Caisse de compensation de la région parisienne, de la part de tant de confrères, très honorables par ailleurs, mais qui ont été les pires adversaires du libre choix, et contre lesquels il a fallu batailler énergiquement pour en faire proclamer le principe, a quelque chose de comique que je me sens impuissant à rendre. Il y est même question des Droits de l'homme ...

Peut-on dénier à un Syndicat le droit de passer des accords avec d'autres collectivités ? Evidemment non. C'est même l'un des attributs du Syndicat, l'une de ses prérogatives, l'un de ses droits les plus absolus. Peut-on, d'autre part, faire grief au Syndicat des médecins de la Seine d'avoir accepté de traiter avec une collectivité qui n'a pas voulu, pour des raisons qui la concernent, s'adresser à d'autres groupements ? Non encore. Ceux qui tempêtent aujourd'hui pourraient s'en prendre à la Caisse de compensation, qui aurait pu élargir les limites du choix laissé à ses adhérents, en acceptant comme parties contractantes :

1° Les membres du S. M. S.

2° Et tous autres, qui, bien que non syndiqués, auront adhéré au présent contrat.

Si la Caisse de compensation ne l'a pas fait, c'est qu'elle a eu ses motifs pour cela. Car, on ne me fera pas croire que cette puissante collectivité ne connaît pas la situation du corps médical parisien, et les différents groupements médicaux qui existent à Paris. En tous cas, le S. M. S. n'a rien à voir à cela. Et il ne pouvait traiter et s'engager que pour ses propres membres. Aurait-il fallu qu'il renonçât, pour complaire aux anti-syndicalistes que tous connaissent, à tenter une expérience qui peut avoir des conséquences très importantes pour le jeu de la future assurance sociale ? Non, mais vous voulez rire ...

A la vérité, il est un grand nombre d'anti-syndicalistes qui, partisans plus ou moins avoués de la chose, ont l'horreur du nom. Il en est du Syndicat comme du contrat collectif. Ce n'est pas ce qu'il représente qui fait peur, c'est ce qu'il est censé évoquer : je ne sais quelles tendances extrémistes, quelles fumées révolutionnaires. Et nous sommes quelques-uns à penser, à cette heure, que si nos devanciers avaient été mieux inspirés en baptisant les groupements syndicaux, par exemple, associations professionnelles, ou unions professionnelles, comme en Belgique, ce n'est pas 15.000 médecins syndiqués que nous compterions aujourd'hui, mais bien une bonne vingtaine de mille.

Et je finis comme j'ai commencé : qu'on le veuille ou non, un fait domine la situation, le Syndicat existe, est légal et agit. Mieux encore, les lois viennent successivement renforcer sa puissance et son autorité, et sans doute en est-il ainsi parce qu'il répond à un besoin, et qu'il est passé dans les mœurs. Bon gré, mal gré, il faudra donc s'incliner, et, sans être contraint d'y adhérer de force, subir sa juridiction, dans les cas où ces lois la rendent, ELLE, obligatoire.

G. DUCHESNE.

UNE RÉFORME PROPOSÉE A LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

à propos d'un article de la Presse Médicale (1)

Réflexion d'un praticien

M. Georges Vitoux nous annonce, dans un article qu'il publie dans la *Presse médicale* du 12 mai 1926, que, dans un avenir prochain, la Chambre des Députés donnera son approbation au projet de loi suivant, modifiant la loi sur les accidents du travail.

« *Article unique.* — Le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, est modifié comme suit : « La victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Le chef d'entreprise *est seul tenu,* dans tous les cas, des frais médicaux et pharmaceutiques fixés par le juge de paix du canton où est survenu l'accident, conformément à un tarif qui sera établi par arrêté du Ministre du Travail après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de syndicats de médecins et de pharmaciens, de syndicats professionnels ouvriers et patronaux, de sociétés d'assurances contre les accidents du travail et de syndicats de garantie et qui ne pourra être modifié qu'à intervalle de six mois.

M. Vitoux qualifie cette réforme de *particulièrement utile.*

Selon lui, la *jurisprudence actuelle* qui autorise le médecin (ou le pharmacien) choisi par la victime d'un accident du travail, à demander s'il le juge utile un supplément d'honoraires à ceux qu'alloue le tarif Breton, tendrait à avoir « pour « conséquence........ une restriction notable « de la faculté que possède aujourd'hui tout acci« denté du travail de choisir *librement* son méde« cin ou son pharmacien. »

En ma qualité de médecin de sous-préfecture m'occupant très fréquemment depuis 28 ans d'accidents du travail, je me permets de n'être point du tout de son avis. Je me trouve donc ainsi d'un avis opposé à celui de M. Durafour, ministre du travail.

Je trouve du reste dans l'article de M. Vitoux des arguments pour démontrer que l'article unique que j'ai reproduit ci-dessus ira à l'encontre de son but.

M. Durafour serait en effet le premier à noter que cette nouvelle disposition légale proposée par lui va faire échec à la liberté du travail et du commerce et qu'il n'est pas possible d'imposer aux médecins et aux pharmaciens un tarif maximum qu'ils ne pourront dépasser en aucun cas d'accidents du travail pour la fixation de leurs honoraires ou du prix de leurs fournitures ; qu'il y a des accidentés du travail, sinon riches, du moins aisés, comme les contremaîtres, ingénieurs, directeurs d'usines, propriétaires agricoles qui se sont assurés volontairement, pour lesquels un tarif réduit ne s'explique pas ».

« Mais, ajoute M. Vitoux, si ces arguments ont « leur valeur et M. Durafour ne le conteste pas, « un autre en a plus encore et celui-là intéresse « tous les médecins et pharmaciens sans distinc« tion, à savoir que tout accidenté doit pouvoir « disposer du libre choix. »

Ainsi donc, Monsieur Durafour veut faire voter par le Parlement un article de loi qui dit ceci : « *Dans tous les cas,* le chef d'entreprise *est seul* tenu des frais pharmaceutiques et médicaux suivant un tarif établi et remanié, si besoin est, tous les six mois. »

L'accidenté ne *devra jamais rien,* par conséquent, au médecin et au pharmacien.

Si le médecin (ou le pharmacien) réclame un supplément d'honoraires comme la jurisprudence l'admet actuellement et, ce avec la plus entière justice, il sera débouté de sa demande comme étant illégale.

Or, je prétends qu'avec ce nouveau dispositif, la loi supprimera le libre choix. Et voici deux exemples qui, je crois, entraîneront la conviction et de mes confrères qui s'occupent de soigner les victimes d'accidents du travail, faisant non seulement de petits pansements, mais pratiquant toutes les interventions nécessaires, et aussi de MM. Durafour et Vitoux.

Prenons pour commencer un accident survenant dans l'industrie du bâtiment : l'ingénieur d'une maison établissant dans des bâtiments en construction le chauffage central vient à tomber d'un échafaudage alors qu'il prend des mesures pour établir ses devis.

Il est assujeti à la loi des accidents du travail, il a un beau traitement, un certain capital, 2 à 300.000 fr. Il est marié, a des enfants mineurs.

Il se fracture le crâne. Sa femme est prévenue par téléphone. Cette mère de famille apprend par le médecin de quartier qui a été appelé qu'il est nécessaire de trépaner d'urgence son mari. Que fait-elle ? Elle téléphone à M. le chirurgien X., spécialiste des traumatismes du crâne, qui a une clientèle mondiale, elle lui explique que son mari, ingénieur aisé, vient d'avoir *un accident du travail* et qu'il faut le trépaner sur-le-champ pour le sauver. Le chirurgien qu'elle choisit apprenant qu'il s'agit d'un accident du travail trouvera sans aucun doute un prétexte honorable pour ne pas accepter d'exécuter une opération dont le tarif d'honoraires sera forcément minus-

(1) *Presse médicale*, 12 mai 1926.

cule auprès des honoraires que ce prince de la science a coutume de recevoir pour semblable opération dans sa clientèle ordinaire.

La femme de l'ingénieur aura beau lui dire : je vous offre comme honoraires la somme que vous indiquerez, le chirurgien en renom n'aura qu'à refuser car, sans aucun doute, il aura à redouter, lorsque le blessé sera guéri, ou une « répétition de l'indû », ou un refus de paiement des honoraires s'il n'a pas été payé d'avance.

Autre exemple. — Actuellement en France, les propriétaires agriculteurs sont fort nombreux dont la fortune oscille entre 100.000 et un million. Or, ce sont ces riches, souvent nouveaux, qui se sont assujettis volontairement à la loi de 1898 pour eux et leurs parents.

Avec la jurisprudence actuelle, les médecins qui soignent pour accidents du travail ces propriétaires leur présentent leurs notes d'honoraires, proportionnelles à leurs fortunes. Ils ne se contentent pas de 1 fr. 10 par kilomètre parcouru Ils ne leur coupent pas une jambe pour le même prix qu'à leur dernier valet de ferme. Ces propriétaires se font rembourser par les Compagnies d'assurances ce que leurs contrats leur allouent. Ils payent à leurs médecins ce que ces derniers jugent juste de leur demander.

Le jour où la modification envisagée comme utile par M. Durafour sera votée, les médecins compétents en accidents du travail refuseront sans aucun doute de se déplacer à un tarif dérisoire pour des gens aussi aisés. Ils n'accepteront pas non plus d'être payés d'avance par crainte de la « répétition de l'indu ». Ils se borneront à conseiller de loin à ces clients d'aller se faire soigner dans les hôpitaux officiels. Les maisons de santé privées refuseront forcément ces clients pour lesquels les Compagnies d'assurances n'offriront que le tout compris. Les chirurgiens refuseront du reste de travailler dans lesdites maisons pour ne rien gagner.

Jusqu'ici, l'ouvrier choisissait un médecin ; *quand il le choisissait,* le tarif Breton était seul en cause ; quand c'était le patron qui choisissait le médecin le droit commun était admis, les honoraires étaient ceux que l'on appliquait dans la région pour les gens de petite ou moyenne qualité.

Le libre choix actuellement est absolu et le Corps médical ne demande, en fait, de supplément d'honoraires qu'aux personnes qui ont une fortune bien connue.

Avec le système que veut établir la modification proposée par M. Durafour, il est absolument certain que toute une catégorie d'assujettis n'aura plus *le libre choix.* Si l'assujeti veut choisir, le médecin, lui, n'acceptera pas le choix ; comme il ne voudra pas avilir ses honoraires et faire des cadeaux à des clients souvent beaucoup plus riches que lui, la nouvelle loi aboutira simplement à la limitation de ce libre choix qui est pourtant si moral.

En voulant faire mieux, à mon avis, cette loi fera pire.

Dr Fernand PICARD,
Loches (I.-et-L.).

Note

J'avoue que, personnellement, j'ai partagé la stupéfaction de notre confrère Picard, lorsque j'ai lu l'article du Dr Vitoux. Celui-ci qui, d'habitude est fort bien informé, a, comme excuse, qu'il n'exerce pas la médecine et n'a pas l'occasion, comme nous autres praticiens, d'apprécier les défectuosités des lois dites sociales.

Le Ministre du Travail s'est laissé séduire par certains arguments et, sans consulter le Corps médical, il a élaboré, puis déposé son projet de loi.

Ma foi ! ce dernier n'est pas encore voté, ni par la Chambre, ni par le Sénat, et d'ici là, les hasards de la politique peuvent changer bien des choses et déplacer bien des gens.

Mais, disons cependant que la Cour de Rouen vient de confirmer le jugement du tribunal civil de Rouen du 6 juillet 1925 et que nous avons publié, avec commentaires, dans le *Concours médical* de 1925, p. 2914.

Rappelons également que nous avons publié et commenté le projet de loi dans le *Concours* 1926, p. 209. Et nous n'étions pas du même avis que notre ami Vitoux, puisque j'émettais même l'idée que la loi du 9 avril 1898 n'intervient que pour régler les relations entre blessés et patrons, mais nullement, entre blessés et médecins.

Si l'on continue à faire les lois sans nous, nous ferons de la médecine sans vouloir connaître certaines lois, traitant chaque malade comme un client ordinaire, quitte à lui à se débrouiller à sa manière, pour se faire rembourser par qui de droit, ce que les lois sociales mettent à la charge de ce dernier.

Aucune loi n'est possible, réquisitionnant le travail intellectuel, ou tarifant ce dernier.

Accords locaux, soit ; contrats de travail, parfait ; libre choix absolu, avec entente directe, mieux encore, mais fonctionnarisation par voie législative, certes non, et je crains fort que le projet de loi Durafour, qui consacre un état de choses, établi volontairement, par humanité, par le Corps médical, oblige ce dernier à montrer au ministre que les médecins entendent n'aliéner leur liberté que par des contrats collectifs, librement consentis et discutés sur le pied d'égalité.

Sinon, la loi ne pouvant obliger les médecins à donner leurs soins, d'après une modalité déterminée, n'accepteront les directives Durafour que les médecins besogneux, recrutant les clients *per fas et nefas.*

Conclusion. — J'espère que sera pris en considération l'amendement que je proposais dans mon article du *Concours* du 2 janvier 1926, à savoir d'établir des distinctions, au point de vue de la responsabilité des honoraires, tant pour le chef d'entreprise que pour le blessé, eu égard à la condition sociale et de fortune de ce dernier.

Dr Paul BOUDIN.

A PROPOS D'IMPÔTS ET DE LOYERS

Un député, M. Dauthy, déposant un billet de cinq cents francs à la Chambre, devant M. Raoul Péret, Ministre des Finances, a confirmé l'idée de la Caisse d'amortissement lancée par les industriels du Nord, par M. Coty, directeur du *Figaro*, et a fait la contribution volontaire actuelle.

En un banquet récent, les anciens Ministres, MM. Chaumet et Bokanowski, ont fait en sa faveur un appel vibrant, ont montré l'importance au point de vue international de la réussite de ces offrandes sur l'autel de la Patrie, renouvelées de la Convention. Nos anciens amis et alliés qui tant font baisser notre franc, à nous sauveurs du monde — disons-le, car cela est vrai — seront peut-être étonnés de voir que si maints parlementaires ne veulent prendre de responsabilité, la Nation fait mieux : elle paye ! et les médecins, si calomniés, n'y sont pas en retard !...

D'ailleurs, empêcher, retarder une maladie est pour nous, médecins, un devoir auquel nous ne nous soustrayons jamais. On a eu beau dire et répéter aux tribunes de la Chambre et du Sénat, que chacun de nous dissimulait au moins cinquante mille francs de son revenu, sans que personne prît notre défense, cela, en raison de certains noms que tout le monde a sur les lèvres, noms très peu nombreux ; malgré que la plupart d'entre nous ne gagnent même pas ces 50.000 fr. en tout (8 à 10.000 fr. d'avant guerre), les médecins qui souscriront, se priveront pour le faire, seront nombreux. En effet, le médecin raisonne et observe, il sait qu'il vaut mieux donner que de se voir prendre, ou de perdre par crise financière possible à éviter.

J'espère cependant que nos percepteurs ne prendront pas prétexte de nos contributions volontaires pour nous attribuer un revenu énorme ! On sait, le médecin surtout, que le bien que nous faisons se retourne souvent contre nous ; croyons cette fois en l'exception.

***

Il faut l'*égalité fiscale*, la suppression de tous les abattements de base, on le dit beaucoup en les milieux parlementaires : parler ne suffit pas. Les 1.200.000 déclarants imposés restant seuls à payer ! Ce chiffre de 1.200.000 paraît fatidique ; ce serait le nombre des contribuables toujours pressurés — c'est peu, sur 40.000.000 d'habitants ! 1.200.000 serait le nombre de nos vieux retraités et rentiers qui meurent aujourd'hui de faim ou se suicident, rien qu'en France et que signalaient récemment H. Roux-Costadeau, en *La Libre Opinion*, après l'énergique José Germain, en *La Volonté* ; 1.200.000 serait encore le nombre des chômeurs anglais, dont beaucoup profitant du change viendraient vivre en France « C'est là que je voudrais vivre ... »

La question des changes qui nous appauvrit tant quand nous exportons nos produits, quand nous nourrissons tant d'étrangers ... ! L'Angleterre qui a plus de dettes que nous maintient sa livre sterling. Explique qui voudra, c'est trop fort pour moi . Sont-ce notre manque de confiance, nos débats (?) parlementaires, qui causent le mal.

Les médecins, quoiqu'il en soit, ont diminué de nombre en nos Assemblées parlementaires, et cela n'en va pas mieux. Nous avons donc du bon. Cependant, combien grave la situation médicale. Combien d'entre nous en voudraient sortir, tout au moins être assurés de revenus fixes. Ainsi, certaine station du Centre demandait ces temps-ci un médecin ; près de cent lettres demandèrent le poste, et certaines émanaient de vieux médecins retirés et, dont, il le faut répéter, les revenus sont devenus insuffisants.

D'ailleurs, le Dr Ichok, nous signalait récemment, au *Musée social*, l'abondance... en Allemagne, des suicides de vieillards entre 70 et 80 ans ; il y cherchait une raison psychologique ; elle n'est, hélas ! que physiologique, et est la même en France : le peu de valeur de la monnaie.

***

Les vieux reprennent donc péniblement et douloureusement « le harnais » ; ils prennent, à leur grand désespoir, la place de jeunes. Au lieu de rester à la campagne, par exemple, ils encombrent, eux aussi, les villes, se logent, augmentent la crise des loyers, que la nouvelle loi n'a nullement atténuée, et que la propriété commerciale augmentera encore. Les jeunes, ne pouvant plus s'installer, ni se marier, protestent énergiquement. Toutes les professions libérales en sont là. On a créé par suite la catégorie des « locaux professionnels » et on ne veut plus louer aux « professionnels », car c'est l'immobilisation, pour le propriétaire, d'une partie de son immeuble, et s'il est locataire ailleurs et un jour expulsé,

une chance de plus de coucher sous les ponts ! Les « indésirables » en matière d'appartement se multiplient donc ! . . .

Aussi, on ne saurait trop le répéter, les immeubles immobilisés par tous les *impedimenta* des 23 ou 30 lois — les avis divergent sur leur nombre — restent ce qu'ils sont : on bâtit peu, juste l'indispensable, on ne répare plus les maisons et certaines tombent en ruines, écrasant parfois leurs locataires. . . Les locataires, *beati possidentes*, se sont substitués au légendaire et très appauvri Monsieur Vautour, et exploitent, et comment ! leurs collègues moins heureux, les locataires cherchant un local, et ces possédants sous-louent en meublé, à quel prix, vendant des squelettes de meubles à des taux exorbitants, ou cèdent avec gérants, concierges, complices et bénéfiiciaires.

Tout cela est connu, archi-connu, et c'est banal de le dire. Certes, oui ! Qu'y faire, dira-t-on ? Tout simplement ne pas créer d'exceptions, rentrer dans l'ordre.

La marchandise-maison, les honoraires médicaux, les appointements des fonctionnaires en général, sont les seuls qui n'ont pas suivi le coût de la vie. Manuels et commerçants unis, s'étant montrés, ont obtenu chacun de leur côté, de suivre la baisse du franc. Nous, médecins, qu'avons-nous fait et obtenu ? Le fonctionnarisme nous guette et si ce n'est pas la fortune, ce sera sans doute moins de travail et de dévouement. En pharmacie, on ne travaille plus qu'à de certains jours et heures ; à quand le tour du malade de faire de même pour que le médecin suive. Déjà des infirmiers de l'assistance publique donnent, m'a-t-on dit, leurs six fois huit heures de travail hebdomadaire en deux jours de suite, et font ensuite autre chose. De même, des professionnels de Faculté de province habitent Paris et font leurs trois cours réglementaires en un jour et demi de suite.

***

Le médecin reste seul, tenu et dévoué, déconsidéré quand même. Les mercantis, inamovibles maintenant en leurs locaux, faisant fortune en cinq ans, revendant leur fonds à un prix énorme dont le propriétaire est exclu, nous regardent du haut de leurs autos et de leurs toilettes. Cent mille francs par *mois*, nous a appris un drame récent, suffira à peine aux frais de maison.

Les demandes abondantes pour des places de villes d'eaux, de bureaux d'hygiène, de fonctionnaires médicaux, paraissent « disons, étranges, » aux heureux caiptalistes ! . . . . .

Tout cela cependant ne montre pas à nos dirigeants ou gouvernants — ou ils ferment les yeux pour ne pas voir, le médecin a une mauvaise presse — la faiblesse générale de nos revenus. Le decorum nécessaire nous fera probablement souvent, malgré de fidèles déclarations, taxer plus qu'il ne conviendra, et nous devrons expliquer si nous avons d'autres ressources, d'où elles viennent, montrer que nous avons lésiné ici pour paraître là où nous le croyions utile, que nous avons emprunté pour « y arriver » espérant en « des temps meilleurs » ! . . . Que d'humiliations en perspective et dont certains de nos maîtres, grands savants, seront les premières victimes : parce que célèbres, donc riches, *à priori* !

On parle de comptabilité, mais que de praticiens fourbus n'ont pas le temps d'en tenir ?

Que de pays ont abandonné une telle procédure pour l'avoir reconnue inutile et dangereuse. Combien plus légitime « le sou du franc », l'impôt sur la dépense proposé par le prof. Jean-Louis Faure.

Nous désirons maintenant non la production des richesses, mais leur répartition, disait, ces jours-ci, le député Bokanowski avec sa belle éloquence et son énergie pour la stabilisation du franc. La répartition, c'est l'égalité dans la misère : la Russie des Soviets l'a prouvé. La création des fortunes, c'est leur extension à tous : les Etats-Unis ont des ouvriers riches, avec autos, campagnes, dans la proportion d'un sur trois. A quoi bon ne pas tenir compte d'expériences faites ? A quoi bon, tuer les épargnants d'antan et supprimer par suite l'épargne d'aujourd'hui, créatrice de richesses ?

Les vaincus de l'heure présente sont les laborieux d'hier, ceux qui ont économisé, aimé leur intérieur peuplé de « biens oisifs » dont la création a fait vivre tant d'artistes, et dont dans le *Concours médical* du 15 novembre 1925, j'ai montré pour nous la nécessité, ce qu'a souligné depuis, en le reproduisant, M. Marcel Segal en son *Economiste financier*.

***

La politique nous mène trop. L'*Animateur des Temps Nouveaux*, de MM. Louis Forest et José Germain, nous montre que même en Allemagne, ils en ont assez. Ils affirment, là-bas, que « la politique rend tout à fait fou », elle rend haineux, sème la division, crée des classes de citoyens. . . Si le médecin, grand électeur quand il le veut, voulait se servir de son influence pour se défendre, s'entendre avec ses confrères, mais rien ne lui résisterait.

En notre domaine médical, où tant encore joue l'*invidia*. . ., la cohésion est insuffisante, quand elle devrait être plus forte que jamais ! . . .

La cohésion n'est guère en général le propre des intellectuels, voire du « prolétariat cérébral » comme je l'appelle depuis longtemps. L'intellectuel, pas forcément intelligent, a dit José Ger-

main, est individualiste, mais cela était bon autrefois, on était « quelqu'un », mais pour être « quelque chose », et c'est possible cependant en restant « quelqu'un », il faut être le nombre. La Confédération des Travailleurs Intellectuels C. T. I., l'a pensé ; elle a près de 200.000 membres, a son groupe parlementaire où elle expose ses doléances. Maints groupes de médecins en font partie, mais pas assez, et pas assez actifs, comme tant d'autres du reste, avocats, professeurs, ingénieurs, auteurs. Son principal fondateur et président : Romain Coolus, y déploie une activité énorme, ferme et souriante. Cet auteur des *Bleus de l'Amour*, l'actuel succès du théâtre de l'Avenue, est loin d'être un « bleu » en matière de luttes professionnelles.

La Société des Gens de Lettres, ces forçats de la plume, au nouveau Président, M. Estaunié, de l'Académie Française, y a adhéré dès la première heure, comme notre Association générale des Médecins de France. Il faut que tous les intellectuels forment un ensemble, mais cohérent.

Il faut l'union de tous les cerveaux, de tous les travailleurs — pourquoi diviser du reste en manuels et intellectuels, disait M. Durafour, ministre du Travail, au dîner de la C. T. I. du 12 mars 1926 ? Unissons-nous, comme les manuels, car trop souvent ce sont eux qui ont catalogué les mains blanches et les mains noires ou noircies (et les radiologues qui n'ont plus de mains !)

Les commerçants sont une force parce que cohérents. Henri Géroule, cite dans *L'Œuvre* du 7 mars 1926, son tailleur qui n'a pas fermé et qui complimenté de sa philosophie, répond :

« Pour protester, je n'ai donc pas fermé ma boutique, je l'ai laissée au contraire ouverte, après avoir augmenté mes prix : un petit supplément de cinquante francs par costume et mes impôts seront payés. Je n'ai fait à l'Etat qu'une avance que mes clients vont se charger de me rembourser.

« Et pendant qu'il m'essayait un veston ainsi augmenté, il continua :

« — C'était hier soir l'anniversaire de mon mariage ; à cette occasion, je me suis payé un petit dîner fin avec ma femme, dans un restaurant où des amis m'avaient invité il y a un mois. J'ai constaté que le patron avait augmenté les prix de sa carte et, comme un client lui demandait pourquoi le verre de fine coûtait vingt sous de plus que la semaine d'avant, je l'entendis lui expliquer que c'était parce que le grossiste avait majoré de huit francs le prix de la bouteille. Tout va bien, par conséquent, et je ne comprends pas, moi commerçant, que mes confrères, qui font comme moi, c'est-à-dire qui font payer leurs impôts à leurs clients — avec, excusez-moi, un peu de sauce autour, — protestent, en fermant leur boutique, comme si l'argent qu'ils vont verser au percepteur sortait de leur porte-monnaie. »

Nous, médecins, nous sommes loin de compte, parce que désunis, non bruyants au dehors, car au dedans, chez nous, nous le sommes souvent trop et souvent les questions de personnes jouent un trop grand rôle, et bien des activités sont dédaignées !

Les *Assurances sociales*, rapport de 600 p. in-4° et livre de 250 p. in-12, de notre confrère le sénateur Cl. Chauveau, seront utiles ou nuisibles au Corps médical, selon qu'il saura ou voudra s'en servir. Le Dr Delpierre, sénateur, présidant le dîner de l'A. G. le 18 avril, a dit que les parlementaires médecins attendaient les desiderata unanimes des confrères pour les faire leurs et adopter. L'entente est donc seule nécessaire, mais à côté de nos qualités communes, science, dévouement, progrès, combien difficile à atteindre !

***

Le médecin a une mauvaise presse, je l'ai dit, et tout le monde le sait. Il est un indésirable en les loyers. Déjà, avant la guerre, beaucoup de propriétaires ne voulaient plus chez eux de médecins, d'avocats, de prêtres, car, ayant trop de visites, produisant trop d'allées et venues, usant trop les tapis ! En ces temps de crise de logements, nous sommes plus indésirables encore, et les lois empêchant de bâtir augmentent encore le mal !

Les ouvriers prennent les médecins pour des bourgeois et la C. G. T. qui a jadis eu un groupe de médecins en son sein, les a plutôt fraîchement accueillis, et ..... pas gardés. Je leur dédie cette aventure personnelle. Il y a trente ans, je voulais déménager, et je visitai un grand nombre d'appartements. Rue du Havre, rue non aristocratique que je sache, un me plut, je le dis au concierge qui me demanda si c'était pour habiter *bourgeoisement*, je répondis affirmativement, puis lui donnai ma carte, alors, oh alors ! j'en entendis « de raides, de vertes et de pas mûres », comme on disait jadis dans l'Aisne mon département. Comment, je me donnais comme un « bourgeois ». J'eus beau dire que spécialiste, on ne me dérangeait pas la nuit. Ah oui, le concierge — lui, plus que moi, un bourgeois, sans doute — continua ses invectives. A la réflexion, je me dis que cet homme avait raison, et je dédie cette aventure à nos camarades ouvriers, ouvriers de huit heures, quand nous, nous ignorons souvent même le repos nocturne.

Malgré cela, notre dévouement et notre travail, ouvriers du prolétariat cérébral, est de toutes les heures, notre presse n'est pas bonne. Je l'ai, à diverses reprises, montré dans le *Concours médical* : on nous accuse de nous opposer à tous les progrès sociaux : créations d'infirmières, d'assistantes d'hygiène scolaire, assurances sociales.

Et cependant, que de victimes en notre corps, le plus honnête qui demeure et qui soit encore. Morts ou longtemps malades, combien nombreux ! C'était hier Blind, victime d'une morsure de diphtérique, l'interne Vadon au bras amputé après une opération de cancéreux, l'interne Lœb qui meurt de scarlatine, le radiologue Lobligeois que l'on ampute d'un bras après tant d'autres. Les mains « noircies » des radiologues les ont même souvent menés à la mort. Que de martyres courageusement supportés, d'inaptes au travail parce que démembrés, c'est le mot propre ! M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène crée une commission d'études de nos risques professionnels . . .

Les journaux parlent de cela, mais moins longuement que des criminels, moins longuement par exemple que d'un de ces très rares médecins qui intoxiquent ou laissent s'intoxiquer ces êtres inutiles qui sont cocaïnomanes et morphinomanes. En voilà encore — si rares soient-ils — qui n'améliorent pas notre « presse », notre bon renom, que notre dissension augmente encore !

Nos grands progrès dans l'art de guérir sont aussi indéniables que notre dévouement et notre labeur dont ils dérivent du reste. Après les microbes de Pasteur, voici les moisissures de Tissot, sans préjudice des méthodes médicales, chirurgicales, physiques, qui tant font reculer la maladie et prolongent la vie . . . Crions tout cela, par l'union faisons nous rendre justice, et tout ira mieux, même et surtout pour les malades !

Dr Foyeau de Courmelles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

La combinaison idéale

Repetita placent, c'est le titre que Mignon donnait naguère à une de ses études, et il avait grandement raison, car je constate à chaque instant combien nos confrères sont ignorants de ce que nous faisons, combien vite ils oublient ce que nous leur disons.

Lorsque je rencontre des médecins, il est bien rare que la conversation ne tombe pas à un moment donné sur le *Concours* et sur ses œuvres, sur le « Sou Médical », sur la Mutualité Familiale : les uns en sont membres, sans mieux les connaître pour cela d'ailleurs ; pour les autres, c'est le plus souvent choses absolument nouvelles — il est fort rare de rencontrer un confrère qui avoue connaître ces organisations et se tenir à l'écart d'une façon consciente : généralement il ignore.

Ou bien on entend dire : il faudrait faire ceci, il faudrait créer cela ; augmenter l'indemnité des aigus en diminuant celle des chroniques, augmenter les indemnités des chroniques en diminuant celle des aigus, etc., etc. . . Ces opinions diverses ne s'appuyant sur rien absolument.

J'ai même entendu dire récemment : « l'indemnité maladie, c'est très bien, mais elle cesse à 65 ans, et c'est précisément à cet âge que commencent pour le médecin les besoins les plus grands ; il faudrait créer une combinaison qui donnerait une retraite au moment où finit le droit à l'indemnité maladie ! »

Je ne m'étonne plus facilement, j'avoue cependant que j'ai été stupéfait en entendant tenir ce langage par un membre du Conseil de la Mutualité familiale ! ! !

Soyez donc surpris, après cela, que les confrères ne soient pas au courant, qu'ils connaissent mal notre organisation, que même ils l'ignorent ! Nous sommes donc condamnés à nous répéter à perpétuité si nous ne voulons pas tomber dans l'oubli complet.

Sachez donc, confrères qui voulez bien me lire, que l'Association Amicale, après avoir créé l'indemnité maladie qui est et qui reste son but principal, s'est immédiatement préoccupée de la situation du médecin qui, arrivé, à 65 ans, cesse d'avoir droit à cette indemnité.

Elle avait créé une combinaison spéciale, la Combinaison C qui donnait l'indemnité maladie jusqu'au 31 décembre de l'année où le médecin atteint 65 ans et qui, dès le lendemain, lui versait le premier arrérage d'une pension de retraite de 1.200 francs.

Lorsqu'en 1909, nous avons modifié nos statuts, transformé l'Association Amicale en Mutualité Familiale et élargi ses cadres, la combinaison C a disparu en tant que combinaison spéciale, mais le but qu'elle poursuivait a été maintenu : les membres de C furent inscrits à MA pour l'indemnité maladie et à R pour la retraite. C'est donc devenu MA + R.

Il est certain qu'au point de vue administration, la transformation offrait des avantages, et qu'au point de vue retraite, il était préférable de permettre l'entrée à des sociétaires qui se désintéressaient de l'indemnité maladie, mais au point de vue strictement médical, ça peut être été un tort puisque des confrères, même parmi ceux qui devraient être les plus éclairés, ignorent la possibilité de joindre la retraite à l'indemnité maladie.

J'ai pourtant insisté sur ce point, j'avais même appelé MA + R la *combinaison idéale* — et quand je dis MA, il faut comprendre MAD aussi bien que MA — considérant que la pension ve-

nant au lendemain même de la disparition de l'indemnité maladie était la combinaison qui devait surtout retenir l'attention du médecin.

Qu'on médite l'exemple d'un confrère qui, atteint d'une grippe à forme grave, a eu des complications du côté de l'oreille et est resté sourd, mais d'une surdité complète, absolue, lui interdisant à peu près tout travail ; la Mutualité Familiale lui est venue en aide, et d'une façon sérieuse puisqu'elle ne lui a pas versé moins de 31.276 fr. 60 d'indemnités, mais que serait-il devenu au 1er janvier dernier s'il n'avait pas eu la bonne idée, alors qu'il était jeune et bien portant, de s'inscrire à la fois pour la retraite et pour l'indemnité maladie ? En même temps que les derniers trois cents francs de son trimestre maladie, je lui envoyais le montant de sa pension pour l'année 1926..... et je puis certifier que cet envoi était le bienvenu.

Dira-t-on encore que notre organisation est trop compliquée, qu'on se perd dans les combinaisons. C'est un enfantillage, il n'est pas plus difficile de dire MA + R que de dire C comme autrefois, et d'ailleurs, je l'ai dit et répété, point n'est besoin pour le candidat de se préoccuper des désignations MA, MAD, P, R, etc..... s'il craint de s'y perdre, il lui suffit d'écrire au secrétaire général en lui disant ce qu'il désire. : l'indemnité de 10, 20 ou 30 francs, la pension de 1.200 ou de 2.400 fr. à 60 ans ou à 65 ans, Mignon se chargera de le documenter, de le conseiller, de le guider.

Mais, Confrères, je vous en conjure, n'oubliez pas que la combinaison idéale reste toujours l'indemnité jusqu'à 65 ans et au-delà la retraite : les autres combinaisons peuvent graviter autour, mais c'est elle que l'expérience me fait recommander avant tout, d'autant que les charges qu'elle impose ne sont pas bien lourdes.

Songez que, pour 425 francs par an, à 30 ans, vous pouvez vous assurer l'indemnité de 10 fr. et la pension de 1.200 francs ; que, pour 863 fr. au même âge, vous vous assurez l'indemnité de 20 fr. et la pension de 2.400.

Et ne souriez pas en pensant que ces résultats sont bien maigres ; je vous assure que, même par le temps qui court, l'indemnité la plus faible, la pension la moins élevée, sont toujours accueillies avec satisfaction et que les confrères qui se sont montrés prévoyants sont loin de s'en repentir.

Lisez ces lettres que je vous donne en terminant, je les prends parmi les dernières reçues :

« Vous voudrez bien être mon interprète près du Conseil d'administration pour lui exprimer toute ma reconnaissance et mes bien sincères remerciements. »

Dr H.

« Permettez-moi de vous dire combien j'ai été agréablement touché de la régularité et du bon fonctionnement de la Mutualité Familiale : je ne puis comprendre qu'il puisse y avoir des confrères qui hésitent à en faire partie. »

Dr B.

« Que de confrères doivent aujourd'hui regretter de ne pas être entrés à la Mutualité Familiale ? Mais le courage ne vous manque pas, continuez votre propagande bien qu'il ne soit pas facile de les prêcher. Dites-vous bien que vous rendez le plus grand service à ceux que vous amenez à vous. »

Dr M.

Confrères, pensez à la Mutualité Familiale et à sa combinaison idéale.

A. Gassot.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'Assistance médicale gratuite dans la banlieue parisienne

Lettre ouverte à Monsieur le Préfet de la Seine, à *Monsieur le Président de la* 3e *Commission du Conseil Général,* à *Messieurs les membres de la* 3e *Commission du Conseil Général,*

Messieurs,

Un conflit regrettable s'est élevé entre les médecins et l'Administration, au sujet de l'application du règlement de l'A. M. G. dans les communes de la banlieue parisienne.

Le règlement voté par le Conseil général dans sa séance du 30 décembre 1925, et qui avait pour but d'unifier le fonctionnement de l'A. M. G. dans toutes les communes du département de la Seine, ne paraît pas donner les résultats désirés et c'est actuellement le désarroi complet. Dans quelques communes, le règlement est observé ; dans d'autres, on continue l'ancienne organisation locale ; dans d'autres enfin, les médecins ignorent le règlement et les carnets administratifs.

Ce conflit est bien regrettable, et, pourtant, il serait si facile de s'entendre .

N'est-il pas possible, vraiment, avec un peu de bonne volonté de part et d'autre, d'apporter à cette question importante de l'A. M. G. une solution qui donnerait satisfaction à tous ?

Permettez à un vieux praticien, animé du plus grand esprit de conciliation, et qui reste convaincu que tout bon travail ne peut être obtenu

que par l'ordre, la méthode et l'entente cordiale et sincère, de vous exposer, sans parti pris, les sources du conflit au sujet de l'A. M. G., et de vous soumettre quelques suggestions.

Vous savez que, suivant une tradition qu'ils ont à cœur de toujours observer, on ne fait jamais appel en vain aux médecins quand il s'agit des indigents. Donc, en principe, le Corps médical en entier est disposé à apporter sa collaboration à toutes les œuvres sociales dont il est un des rouages indispensables ; mais, conscient de ses devoirs, il entend défendre ses droits et sa dignité. D'autre part, vous connaissez son abnégation et son dévouement : pourquoi alors ne pas s'entendre cordialement avec ce collaborateur indispensable et apprécié, pour étudier et élaborer un règlement qui donnerait satisfaction à tous : Administration, département, communes, assistés et médecins ?

Mais, pour élaborer ce règlement, il faut que l'Administration et le Conseil général :

1° Veuillent bien être convaincus que le Corps médical est tout disposé à apporter son entier dévouement au fonctionnement de l'A. M. G. et qu'il a quelques compétences pour faire bénéficier l'Administration de sa longue expérience ;

2° N'oublient pas et soient bien pénétrés que, l'A. M. G. étant une œuvre sociale, *tous les frais* de cette organisation doivent être supportés *également* par tous les contribuables du département.

Le département de la Seine veut atténuer les misères et venir en aide aux déshérités, aux indigents. Pour obtenir ce résultat désirable, 1° il donne des secours d'alimentation ; 2° il supporte les frais d'hospitalisation de ses assistés soignés dans les hôpitaux de l'A. P. ; 3° il veut aussi leur permettre d'être soignés chez eux et il veut prendre à sa charge les frais médicaux et pharmaceutiques. Ce programme est parfait ; il ne peut qu'être approuvé par tous.

Mais, pour atteindre ce but :

Que demande le département aux fournisseurs de denrées alimentaires ? *Rien.*

Le boulanger, le boucher, le laitier, l'épicier, le marchand de chaussures, de linge, de vêtements, etc., vendent, pour les indigents, leurs produits au cours en vigueur. Leur a-t-on imposé un tarif spécial pour indigents ? Non, et pourtant, les dépenses indispensables de la vie journalière sont autrement onéreuses que les dépenses médicales, qui ne sont que passagères et occasionnelles.

Que demande le département à l'A. P. qui soigne et hospitalise ses assistés ? *Rien* et lui paye ses journées d'hospitalisation six fois plus cher qu'en 1914.

Que demande le département aux pharmaciens qui fournissent les médicaments à ses assistés ? un rabais de 15 % sur le cours en vigueur des produits pharmaceutiques.

Que demande le département aux médecins qui fournissent les soins à ses assistés ? un rabais de 40 % sur leurs honoraires déjà réduits et bien au-dessous du taux de la cherté de vie.

Pourquoi imposer un tarif, et quel tarif ! ! aux médecins, et toujours seulement aux médecins, eux qui sont le rouage indispensable du bon fonctionnement de l'A. M. G. ?

Les médecins ne supportent-ils pas comme tous, fournisseurs, assistance publique, pharmaciens, les conséquences désastreuses de l'augmentation constante de la vie et de leurs charges ?

Messieurs, je fais appel à votre esprit de justice et d'équité et je vous supplie de juger, en toute indépendance et sincérité, la situation qui est faite au Corps médical dans le petit tableau suggestif ci-dessous, et avouez en toute franchise que les protestations du Corps médical de la banlieue parisienne sont justifiées et que vous avez été mal renseignés, lorsqu'on vous a fait approuver le règlement qui vous a été proposé le 30 décembre 1925.

Les commerçants :

(Fournisseurs de denrées alimentaires) vendent leurs produits aux cours en vigueur : *coefficient* 5 *à* 6, *le département accepte cette majoration comme justifiée et paye.*

L'Assistance publique :

(Fournisseur d'hospitalisation) augmente ses frais d'hospitalisation en rapport avec ses charges : *coefficient* 6, *le département accepte cette majoration comme justifiée et paye.*

Les Pharmaciens :

(Fournisseurs de médicaments) vendent leurs produits au cours en vigueur : *coefficient* 6, 10 *et plus*, le département accepte cette majoration comme justifiée ; elle ne leur demande qu'un *rabais de* 15 % *et paye.*

Le ouvriers et employés du département :

Voient leurs salaires et appointements augmentés : *coefficient* 5 *et* 6 en rapport avec le taux de la vie actuelle sur les instances *spontanées* du Conseil général.

Le département accepte cette augmentation comme justifiée *et paye*, il trouve même le crédit supplément de 300.000 fr. pour le fonctionnement de ce nouveau service.

Les médecins :

(Fournisseurs de soins) toujours désintéressés, offrent *spontanément* et eux seuls un rabais de 33 % sur leurs honoraires en vigueur déjà fort réduits (il y a lieu en effet de faire remarquer que

seuls les médecins n'ont encore majoré leurs honoraires pour leur clientèle ordinaire que du coefficient 4 (15 fr. au lie u de 4 fr. en 1914) alors que tout a augmenté du coefficient 5 et 6).

Le département qui a tout accepté des autres fournisseurs et a su trouver les crédits nécessaires pour régler les dépenses , refuse la seule offre généreuse qui lui est faite, celle du Corps médical et à lui seul, il impose un tarif vraiment inacceptable avec un rabais de 40 % et pour aggraver cette flagrante et inqualifiable injustice le Conseil général du haut de sa tribune laisse accuser le Corps médical de pratiquer « la politique du ventre ».

Messieurs, je vous laisse juges.

Je me permets seulement d'être profondément surpris qu'il ne se soit trouvé personne à cette séance du Conseil général pour, non pas défendre le Corps médical qui n'a pas besoin d'être défendu, mais pour relever les outrages qui ont été adressés à des absents qui représentent une élite d'hommes dévoués et désintéressés, mais qui, conscients de leurs droits comme de leurs devoirs, n'entendent pas être corvéables à merci, ni victimes de lois d'exception.

Les médecins savent qu'ils sont indispensables pour assurer le fonctionnement des œuvres sociales et d'assistance, mais ils ont l'âme trop élevée et un trop grand souci de leurs devoirs et de leur rôle dans la Société pour vouloir profiter de cette situation privilégiée.

Comme tous les autres citoyens, ils voient leurs charges devenir chaque jour plus lourdes, ils ne poursuivent pourtant qu'un but : pouvoir vivre modestement pour continuer leur noble profession faite de conscience, de dévouement et d'abnégation. Ils vous en donnaient encore la preuve en offrant un rabais de 33 % sur leurs honoraires pourtant déjà au-dessous du taux de la vie actuelle et des majorations adaptées par tous, et acceptées pourtant par le Conseil général sans discussion.

Voici, Messieurs, les faits regrettables, qui ont donné naissance au conflit qui existe et qu'il aurait été si facile d'éviter et auquel, je crois, il est possible de mettre rapidement un terme.

Que l'Administration et le Conseil général étudient de nouveau la question de l'A. M. G., qu'ils se renseignent sur le fonctionnement de Vitry-sur-Seine, qu'ils se rendent compte qu'il n'est pas admissible dans l'intérêt des Assistés qui ont droit comme tous à des soins sérieux, qu'on impose aux médecins qui ont conscience de leur dignité et de la valeur des services qu'ils doivent rendre, un traitement qu'on n'ose pas seulement demander aux autres fournisseurs de l'A. M. G. ; qu'ils soient bien convaincus que ce conflit s'il devait durer, serait contraire aux intérêts de l'Administration du département et des assistés.

En effet, il ne faut pas perdre de vue, car c'est là la question primordiale dans l'A. M. G., que ce sont les frais d'hospitalisation qui obèrent le plus les budgets d'assistance. Ce sont donc ces frais qu'il faut arriver à faire diminuer.

Or, pour faire diminuer les frais d'hospitalisation, il faut que les malades puissent être soignés et *bien* soignés à domicile. Un malade soigné à l'hôpital, c'est 25 fr. par jour, un malade soigné à domicile, ce ne sont que des visites plus ou moins espacées donc non journalières et à 10 fr. au lieu de 25 fr. (si le Conseil général avait accepté le tarif consenti par les médecins).

L'expérience fort intéressante faite à Vitry-sur-Seine avec libre choix du médecin et 10 fr. la visite a démontré que chaque malade de l'A. M. G. coûte en moyenne pour la commune 50 fr. par maladie pour frais médicaux et pharmaceutiques, Veuillez comparer ce résultat avec ce que coûte chaque malade soigné à l'hôpital à 25 fr. par jour.

Cette expérience qui a duré deux ans est assez démonstrative.

Je vous en conjure, Messieurs, révisez le règlement incomplet qui vous a été présenté sans étude sérieuse préalable et que vous avez approuvé trop rapidement à la fin de la session, le 30 décembre 1925, acceptez la compétence et l'expérience que vous offrent les médecins praticiens de la banlieue parisienne et vous arriverez à mettre sur pied un règlement qui pourra être appliqué à la satisfaction de tous.

Les médecins sont toujours disposés à apporter leurs collaboration consciencieuse quand on leur fait confiance, et ils auront à cœur de faire donner le meilleur rendement aux services qu'on leur confiera ; il ne tient qu'à vous de trouver en eux les collaborateurs dévoués dont vous avez besoin pour mener à bien la belle œuvre de l'A. M. G., les frais d'hospitalisation diminueront pour le plus grand bien des budgets d'assistance ; les assistés seront satisfaits d'être soignés et bien soignés chez eux ; les médecins seront heureux de n'avoir pas fait des sacrifices inutiles envers les indigents ni envers l'Administration et le département reconnaissants.

Il y a, je crois, urgence à ce que ce conflit cesse le plus rapidement possible, les partis en présence ne demandent, je crois, qu'à s'entendre pour que la situation soit nette et franche. Il y a, en réalité, si peu qui les sépare.

Le Conseil général a eu quelques torts graves envers le Corps médical, qu'il en convienne loyalement, il connaissait si peu la question, qu'il prenne donc l'initiative de la conciliation en provoquant la nomination d'une Commission d'études avec les délégués des Associations médicales syndicales de la banlieue parisienne, pour apporter au règlement les quelques modifications et améliorations qui lui permettraient d'être appliqué aussitôt.

Permettez-moi de vous soumettre un contre-projet qui pourrait être susceptible d'être pris en considération, ou peut contenir quelques suggestions utiles ; il vous montrera que les médecins ont le souci de collaborer au bon fonctionnement de l'A. M. G. et qu'il vous serait facile de vous assurer leur entière collaboration en acceptant les sacrifices qu'ils vous offrent si généreusement.

Modifications à apporter au règlement du 30 décembre 1925.

2e alinéa : Cette liste sera dressée sur la proposition du maire formulée par celui-ci après *accord* (au lieu de *consultation*) avec les syndicats professionnels intéressés.

4e alinéa : La consultation au cabinet du médecin ou au dispensaire et la visite au domicile du malade seront réglées trimestriellement aux médecins avec un rabais de 30 % sur le tarif des honoraires en vigueur fixé pour l'année 1926 à 15 francs la visite, 10 francs la consultation. Pour la visite *demandée* et *exécutée* entre 21 h. et 7 h. : 30 francs.

Pour la visite demandée et faite un dimanche ou un jour légalement férié : 20 francs.

Rien à changer pour les alinéas suivants :

Accouchements : simple et gémellaire 300 francs, y compris les visites consécutives ; forceps : 200 francs ; version : 200 francs.

Examen spéculum avec pansement intra-utérin ou injection : 30 francs.

Petite chirurgie : injection sérum physiologique ou sérum antitoxique : 20 francs.

Injections intra-veineuses : 25 francs.

Le reste sans changement.

Pour le bon fonctionnement du service, il pourrait être prévu un contrôle technique.

Ce contrôle serait institué pour éviter les abus *qui pourraient être faits du nombre* de visites. Ce contrôle serait confié, *dans chaque commune*, à un médecin désigné par le Syndicat médical local ou l'Amicale locale (dans les grosses agglomérations Neuilly, Asnières, Vincennes, etc., les Syndicats ou Amicales locaux pourraient désigner deux ou trois confrères, un contrôleur par exemple pour 10 médecins de l'A. M. G.). A la fin de chaque trimestre, les notes d'honoraires seraient adressées au médecin contrôleur, avec épinglée, la feuille de maladie de chaque malade. La feuille de maladie contiendrait, *seule*, le diagnostic exact du malade, ce qui permettrait au médecin contrôleur d'avoir un élément souvent suffisant pour juger s'il y a eu abus de visite et de provoquer au moins des explications du médecin traitant. Ces feuilles de maladie contenant le diagnostic du malade resteraient entre les mains du contrôleur (secret professionnel). Les bordereaux d'honoraires visés par le médecin contrôleur seraient remis par celui-ci à la mairie où le service compétent ferait le nécessaire pour le réglement des honoraires aux intéressés.

Il pourrait être spécifié, particulièrement, pour éviter toutes contestations, que, au cours d'une même visite dans une famille dont plusieurs membres sont assistés, il ne pourra être compté qu'*une seule* visite, les autres examens devant être comptés seulement comme consultation.

Il y aurait peut être lieu de prévoir la possibilité, pour raison d'âge ou de santé, pour certains médecins, d'être dispensés de faire le service de nuit.

La liste des médecins acceptant d'assurer le service de nuit pour les assistés pourrait être établie par le Syndicat local ou l'Amicale, *par quartier*, car dans les communes où il n'y a pas de service de nuit organisé, il serait indispensable que l'Assisté malade ayant besoin, la nuit, de soins d'urgence, aille demander le médecin inscrit, *le plus près possible de son domicile*, et non pas son médecin habituel, si celui-ci demeure très loin, sans moyen de locomotion.

Le libre choix du médecin existant pour tous les assistés, il y aurait lieu, si les consultations sont maintenues dans les dispensaires, dans les communes ou ceux-ci existent, que ce service soit fait par roulement par tous les médecins inscrits au service de l'A. M. G. Ce service par roulement pourrait être préparé par le Syndicat local ou l'Amicale et soumis à l'approbation du maire de la commune.

Le tarif des honoraires médicaux serait fixé tous les ans, après accord entre les délégués de la Fédération des Syndicats de banlieue et l'Administration départementale comme le tarif pharmaceutique est révisable tous les trimestres.

Veuillez, je vous prie, Messieurs, croire à mes meilleurs sentiments de conciliation et agréer l'expression de ma considération très distinguée.

H. PERREAU.

118, Avenue Jules Coutant
à Ivry-sur-Seine

THÉATRES ET CONCERTS

A Marigny : « Vive la République »

Le record des Revues de grand luxe, des Super-Revues à grand spectacle qui font appel à la joie de la vue comme au plaisir de l'ouïe me paraît appartenir, comme en permanence, au Casino de Paris. M. Léon Volterra n'ignore rien de tout ce qui fait luxueux et grandiose et ses collaborateurs savent qu'ils ont à leur disposition tous les moyens d'action possibles, choses et gens ; ils sont donc de ceux qu'on doit juger par la perfection des résultats obtenus puisqu'ils ne sont limités par rien et peuvent laisser leur imagination s'envoler en toute licence. La Revue *Vive la République* qu'il nous donne au Théâtre Marigny, n'aurait donc pas d'excuse si elle n'était pas un modèle du genre. J'ai l'habitude de revenir volontiers après quelques représentations lorsque cadence et détails sè sont tassés, vers les spectacles que j'ai eu la bonne fortune de voir dès leur début ; je fais donc systématiquement abstraction des quelques menues imperfections de détails qui disparaissent d'elles-mêmes automatiquement. J'ai seulement été frappé de quelques longueurs au deuxième acte, mais je ne serais pas surpris que dès maintenant elles n'existent plus. Je le crois d'autant plus volontiers que si elles étaient conservées la représentation finirait trop régulièrement bien tard. Le livret de MM. Sacha Guitry et Albert Willemetz est bien un véritable livret de Revue, dominé par une idée : « La République est malade », malade imaginaire, consultation des médecins chargés de la guérir, incohérence de leurs discussions toute semblable à l'incohérence des séances parlementaires qui eurent le même but, déclaration du Président du Conseil à Toinette (au Bon Sens) qu'après tout, elle n'est peut-être pas si malade que cela, et voici le défilé des éléments du Diagnostic, la Bourse, les Valeurs et les Monnaies, le Baron de Rotschild tenant à la main (en 1856) son fils Henri, le médecin et l'auteur dramatique d'aujourd'hui et l'emmenant visiter les Prisons où l'on devrait placer tous ceux qui se conduisent mal à la Bourse » ! Ce qui s'en vient : la Muflerie et l'Exotisme ; ce qui s'en va : le Capital, la Confiance et la Galanterie ! Nous assistons à l'analyse du sang de la « Malade », au combat du globule blanc, du fidèle leucocyte, gardien de la santé publique contre le globule rouge intoxiqué la phagocytose est fort pittoresquement mise à la scène. Au second acte, deux Soireux font au travers des divers théâtres une promenade rapide ; l'ombre de Little Tich dit tout bas à l'oreille de M. Sylvain dans les coulisses de l'Empire que « pour conquérir le public, on doit commencer... par le Music Hall ! Le tableau du Théâtre Homina, critique rude par le contraste des sexes, de la moralité de « La Prisonnière » serait plus saisissant encore s'il était plus condensé. Celui « chez Figaro » est presque étranger à l'idée mère de la Revue et fait surtout pour les artistes de talent qui l'interprètent ; malgré la magnificence des costumes, la séance au Studio de Cinéma « l'Empire » fait oublier un peu trop longuement cette pauvre République malade qu'on voit reparaître avec plaisir, enfin convalescente ! Le tableau où Degas dessina Mlle Zambelli enfant qui aspire à devenir une grande Etoile... décorée, est d'une réalisation parfaite.

Depuis bien longtemps, si j'osais dire depuis la Revue « 1915 » de Rip, il ne nous avait été donné de voir sur la scène une véritable Revue à la fois spirituelle, intéressante, somptueuse et de haut goût ; il faut en remercier à la fois M. Léon Volterra, MM. Sacha Guitry et André Willemetz et leurs excellents interprètes.

Dr Paul MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Copie de la lettre adressée au Délégué du Corps médical des Hospices d'Orléans par l'Administration desdits Hospices.

Orléans, le 12 février 1926.

La Commission administrative des hospices d'Orléans a l'honneur d'appeler l'attention du corps médical sur les conditions d'admission dans les services de médecine et de chirurgie de malades ne bénéficiant pas de l'assistance médicale gratuite.

Cette admission ne peut être motivée que par l'extrême urgence, par la nature de la maladie, ou par l'impossibilité de se faire traiter ailleurs en raison de l'insuffisance des ressources du malade, lequel peut bien acquitter des frais de journées plus ou moins élevés, mais non la totalité des honoraires

médicaux ou chirurgicaux, des frais pharmaceutiques, des infirmiers, des gardes, ou des prix de journées des cliniques privées.

C'est la catégorie des semi-nécessiteux.

L'Hôtel-Dieu d'Orléans les admet dans la limite des places disponibles, une fois assuré le service de l'assistance médicale, la Commission administrative étant seule juge de cette admission, de la classe dans laquelle elle les reçoit, et du service sur lequel elle les dirige.

Les prix comprennent : 1° un prix de journée plus ou moins élevé, selon la classe ; 2° *un honoraire pour les soins médicaux et chirurgicaux*, variable également selon la classe, ces honoraires constituant une masse qui a servi et qui sert à augmenter l'indemnité allouée annuellement aux médecins et chirurgiens de l'établissement.

Pour l'admission, comme pour la détermination de la classe, la Commission prie MM. les docteurs, au moment où ils délivrent un certificat technique, d'informer le malade (ou sa famille) que celui-ci doit, à son arrivée et auparavant s'il le peut, ce qui est préférable, apporter toutes pièces utiles pour justifier de ses ressources, de son salaire, de son loyer ou fermage, de ses charges de famille, telles que : certificat de salaires, livret de famille, quittances de loyer, feuilles d'impôts, et notamment d'impôt sur le revenu ou certificat négatif, à défaut de quoi il s'expose à voir son admission refusée, ajournée, ou prononcée dans une classe non appropriée à sa situation pécuniaire, ou modifiée au cours de l'hospitalisation.

Le malade (ou sa famille) signe une déclaration à ce sujet, et est averti qu'il ne doit rien payer à qui que ce soit, en dehors du tarif de la classe où il est versé, lequel comprend les frais et honoraires de toute nature (sauf ce qui sera dit ci-dessous, en ce qui concerne la radiothérapie).

Ces tarifs, qui peuvent varier, sont actuellement les suivants :

Médecine :

1re classe : 20 fr. par jour ; 100 fr. à l'entrée.

2e classe : 13 fr. 75 par jour, 50 fr. à l'entrée.

3e classe : 12 fr. par jour ; 25 fr. à l'entrée (sauf pour les habitants d'Orléans).

Chirurgie :

1re classe : 22 fr. par jour ; 300 fr. à l'entrée.

2e classe : 15 fr. 80 par jour, 200 fr. à l'entrée.

3e classe : 14 fr. 65 par jour ; 100 fr. à l'entrée (sauf pour les habitants d'Orléans).

Minimum : 8 jours, ou le temps réellement passé, plus 4 jours.

A ces sommes, en cas d'hospitalisation avec traitements dépendant du service de radiologie, il y a lieu d'ajouter un supplément, variable selon les cas, en raison des frais considérables qu'ils entraînent. Ces traitements peuvent d'ailleurs parfois être assurés sans hospitalisation, moyennant un tarif variable selon leur nature et leur longueur.

En portant cet avis à votre connaissance, et en vous priant de vouloir bien le transmettre à vos confrères, la Commission administrative des hospices d'Orléans est animée par le désir d'éviter toute surprise aux malades lors de leur présentation dans nos services, d'assurer l'exécution de son réglement, et de parer aux insuffisances actuelles de la loi en faveur des semi-nécessiteux, tout en sauvegardant dans une juste limite les intérêts des médecins.

Veuillez agréer.....

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat médical de Seine-et-Marne

A PROPOS DU TARIF MAGINOT

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne*, dans son Assemblée générale du 25 avril 1926 ;

Après avoir pris connaissance des dernières propositions faites par l'administration, au sujet des soins donnés aux Pensionnés de guerre.

Déclare, à l'unanimité, que :

1° Ces propositions sont nettement *insuffisantes*, le tarif nouveau des soins aux Accidentés du travail, dit Tarif Durafour, étant un *minimum* au-dessous duquel, vu la valeur actuelle de l'argent, on ne saurait descendre.

2° Toutefois, en vue de la *suppression immédiate des catégories* si injustes, qui sévissent dans le tarif actuel, il pourrait *accepter provisoirement* et pour le reste de 1926, les dites propositions.

3° Mais cette concession provisoire *ne saurait être valable pour* 1927. Dans le cas où le tarif Durafour ne serait pas accepté, pour le moins, pour les pensionnés de guerre, dès le 1er janvier 1927, les médecins de Seine-et-Marne préviennent ici l'administration qu'ils ne pourraient plus continuer leur collaboration et reprendraient leur liberté d'action ; auquel cas, les soins donnés aux pensionnés de guerre rentreraient, suivant le droit commun, dans les règles habituelles de la clientèle courante.

Pour copie conforme :

Le secrétaire, Dr ALLEAUME. *Le Président*, Dr Fernand DECOURT.

NOTA. — **A propos des spécialistes.** — La teneur même de cet ordre du jour, que j'ai proposé, moi-même, le 25 avril, au vote de mon syndicat, montre bien que je n'ai jamais eu (contrairement à ce que m'ont écrit certains amis, faisant de la spécialité)

l'intention d'envisager d'un cœur léger, les propositions de l'administration concernant le tarif Maginot, pas plus en général, qu'en ce qui concerne les spécialistes. Le mandat donné à l'Assemblée générale de l'Union, en décembre dernier, consistait à arriver, AVANT TOUT, à la *suppression des catégories*. Celle-ci, ai-je déjà écrit dans le *Concours*, serait faite dès le jour où on accepterait les propositions de l'administration. Si les syndicats, actuellement consultés par l'Union, décidaient comme nous, d'*accepter provisoirement* les dites propositions, il est bien entendu que ce provisoire ne s'étendrait qu'à ce qui reste de l'année 1926. Ce ne serait-là qu'un PALIER (palier utile, nécessaire, en bonne tactique) en vue d'un *pourcentage général d'élévation dès* 1927....

Mes amis spécialistes se sont étonnés du sacrifice que j'envisageais pour eux, par une acceptation des propositions de l'administration, en ce qui les concernait. Ce que j'ai voulu dire, et je le répète aujourd'hui, c'est que, s'il n'y a pas moyen de faire autrement, ils pourraient faire un geste analogue à celui qu'on a réclamé, le 4 juillet 1921, des médecins de campagne en leur demandant d'*accepter la 3e catégorie*, AFIN qu'on arrête la grève administrative, qui durait depuis 5 mois. Ils ont accepté ce sacrifice *particulier*, en vue de l'accord *général*. C'est un précédent à noter....

Et puis, après tout, qui sait si, au dernier moment, on ne pourra pas enlever la position, au sujet des spécialistes et leur conserver le *statu quo*, s'il n'y avait plus *que cela* pour empêcher un accord sur la suppression des catégories ? Ce n'est pas ce maigre supplément qui serait un « poids lourd » dans le budget des soins aux pensionnés de guerre — étant entendu, en tous cas, que ce n'est là qu'un accord *provisoire*, une révision totale basée sur la valeur du franc, *devant être faite dès 1927.*

F. DECOURT.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.286 GALLOIS, Champagné (Sarthe). Parrains : Drs Plaisant et Mac.
7.288 COMBES, Belvèze (Aude). Parrains : Drs Bertrou et Dalbès.
7.299 DOZOUL, Saint-André-les-Alpes (Basses-Alpes) Syndicat des Basses-Alpes.
7.300 DE PARTHENAY, Cambrai (Nord), Syndicat de Cambrai.
7.301 TRUTIÉ DE VAUCRESSON, Nice (Alpes-Maritimes). Parrains : Drs Boudin et Clément.
7.302 EUZIÈRE, Montpellier (Hérault), Syndicat de Montpellier.
7.303 DAUBRESSE, 113, boulevard Voltaire, Paris, Syndicat de la Seine.
7.304 LEYGUES, Fumel (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
7.305 BOUTELIER, 12, rue Léonce-Reynaud, Paris, Association des médecins du département de la Seine.
7.306 COMPIN, Nogent-sur-Seine (Seine), Syndicat de la banlieue Est.
7.307 HUREAU, Mausigné (Sarthe), Syndicat de la Sarthe.
7.308 STANISLAS, Saint-Loubès (Gironde), Association des médecins de la Gironde.
7.309 NICOLAI, Fort-de-l'Eau (Alger), Syndicat d'Alger.
7.310 FABRE, Nîmes (Gard), Syndicat de Nîmes.
7.311 CARRIÉ, Haybes-sur-Meuse (Ardennes), Syndicat des Ardennes.
7.312 NEEL, Djibouti (Côte des Somalis), médecin chef de l'hôpital.
7.313 ORTICONI, Auxerre (Yonne), Syndicat de l'Auxerrois.
7.315 ARROUX, Nabeul (Tunisie), Syndicat des médecins français de Tunisie.
7.316 BLANC, Jemmapes (Constantine), Syndicat de Philippeville.
7.317 MARATUECH, Cannes (Alpes-Maritimes), Syndicat de Cannes.
7.318 ADAM, Fains-les-Sources (Meuse), Association générale des médecins de France.
7.319 BONIFAS, Mauguio (Hérault), ancien membre du « Sou médical ».
7.320 FOUCHOU-LAPEYRADE, Lesparre (Gironde), Syndicat du Médoc.
7.321 GÉRARD, 3, rue Las Cases, Paris, Société de médecine.
7.322 BATAILLE, Coudes (Puy-de-Dôme), Syndicat de l'arrondissement d'Issoire.
7.323 CHAUSSEBLANCHE, Rennes (Ille-et-Vilaine), Syndicat de Rennes.
7.324 LECLAIR, Wambrechies (Nord), Syndicat de Lille.
7.325 SAINT-AUBIN, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
7.326 CHARPENAY, Die (Drôme), Syndicat de la Vallée de la Drôme.
7.327 ROUCHON, Saint-Maur-des-Fossés (Seine), Syndicat de Saint-Maur.
7.328 BOUCHET, Firminy (Loire). Parrains : Drs Gotteland et Guiraud.
7.329 PARIS, Arras (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
7.330 USSE, Dury-lès-Amiens (Somme), Syndicat de la Somme.
7.331 RICHERT, Ligny-en-Barrois (Meuse), Syndicat de la Meuse.
7.332 CROZAT, Le Raincy (Seine-et-Oise), Syndicat de la Banlieue Est.
7.333 DEROME (Marc), Yerres (Seine-et-Oise), Syndicat de l'arrondissement de Corbeil.
7.334 CHAILLOUX, Saint-Flovier (Indre-et-Loire), Syndicat d'Indre-et-Loire.
7.335 BIARD, 1, quai d'Austerlitz, Paris, Syndicat médical de Paris.
7.336 GALLAIS, Bar-le-Duc (Meuse), Syndicat de la Meuse.
7.337 FAGOUET, 57, cours Clémenceau, Bordeaux, Association des médecins de la Gironde.
7.338 CASSAIGNE, Saint-Justin (Landes), Syndicat des Landes.

7.339 Lecourt, 42, rue de la République, Rouen, Association des médecins de Rouen.
7.340 Canteloup, Beaumont-de-Lomagne (Tarn-et-Garonne), Syndicat de Tarn-et-Garonne.
7.341 Bonnecaze, Sens (Yonne), Syndicat de l'arrondissement de Sens.
7.342 Le Droumaguet, Nevers (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Aube) ne pouvant obtenir le paiement d'honoraires qui lui sont dus par un huissier, s'est adressé à un autre huissier, qui a refusé d'instrumenter contre son confrère.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre cette affaire.

Le Dr C. (Bouches-du-Rhône) a soigné plusieurs membres d'une famille, qui rejettent les uns sur les autres la dette des honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour les poursuivre.

Le Dr C. (Ille-et-Vilaine), ayant été payé à l'amiable par le client, pour lequel il avait fait des démarches en vue de lui procurer une nourrice, fait abandon au profit de la caisse du « Sou » des frais et honoraires qu'il a eus à payer et qui s'élèvent à 11 fr. 50.

Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Le Dr P. (Pyrénées-Orientales), ayant soigné des clients qui sont venus faire une saison dans le pays, n'a pu obtenir paiement de ses honoraires. Depuis, les clients sont partis en Algérie.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour les poursuivre.

Le Dr P. (Cher), ayant quitté la ville où il exerçait, ne peut obtenir le paiement de ses honoraires par deux clients, qui, après l'avoir remercié de ses bons soins, prétendent maintenant avoir été mal soignés.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires (1).

Le Dr P. (Gard), ayant pratiqué un accouchement, se voit opposer un refus de paiement de ses honoraires par le mari qui, à tort, le rend responsable du décès de sa femme.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Les docteurs A. (Seine-Inférieure) et D. (Bouches-du-Rhône) ayant donné des soins à des victimes d'accidents d'automobiles, ne peuvent se faire payer par les automobilistes auteurs des accidents, qui les ont mis en œuvre.

(1) Ces deux affaires ont été solutionnées à l'amiable, sous la seule menace d'une poursuite.

L'appui pécuniaire leur est accordé pour poursuivre le recouvrement de leurs honoraires.

Le Dr K. (Ille-et-Vilaine) a gagné le procès intenté à un automobiliste qui l'avait mis en œuvre pour soigner la victime d'un accident causé par lui.

Les frais et honoraires de son huissier, qui se sont élevés à 160 fr. 40, lui seront remboursés.

Accidents du travail.

Le Dr A. (Loire-Inférieure), est en butte à l'hostilité d'un agent d'assurances qui détourne les ouvriers blessés de son cabinet et lui conteste le paiement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour le recouvrement d'une note contestée et décide de signaler au Ministère la violation du libre choix par un agent d'assurances.

Le Dr G. (Ille-et-Vilaine) a soigné dans sa clinique un accidenté du travail, qui y a été conduit après accord avec le patron. La Compagnie oppose le « tout compris ».

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron en vertu du droit commun.

Le Dr C. (Jura) se voit refuser le paiement d'honoraires accidents sous prétexte qu'un certificat médical n'a pas été remis au patron en temps utile.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr B. (Orne), ayant donné ses soins à deux fils de cultivateurs accidentés du travail, la Compagnie veut lui appliquer le tarif ministériel.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le paiement de ses honoraires, calculés au tarif de droit commun.

Le Dr P. (Allier) a obtenu le règlement amiable de l'affaire d'honoraires accidents pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de son avoué, qui s'élèvent à 124 fr. 80.

Le Dr H. (Seine-Inférieure) a préféré, de crainte de ne pouvoir produire la preuve, renoncer à poursuivre l'affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé (accident survenu à un couvreur travaillant pour le compte d'un cultivateur).

Il a exposé 83 fr. 25 de frais, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr D. (Pas-de-Calais), ayant donné des soins, avec deux autres confrères, à un cultivateur

blessé dans son travail, a été payé par la Compagnie d'assurances à concurrence du tarif Durafour. Il demande l'appui pécuniaire pour se faire payer par son client la différence entre ce tarif et le tarif de droit commun.

Le Conseil lui accorde l'appui demandé.

Le Dr W. (Seine), ayant soigné une ouvrière blessée pendant les heures de travail, par la chute d'une bouteille de café brûlant, la Compagnie refuse de lui payer ses honoraires, prétendant qu'il n'y a pas eu accident du travail.

L'appui pécuniaire lui est accordée pour poursuivre solidairement patron et blessée.

Le Dr P. (Seine) se voit refuser le paiement d'honoraires accidents sous prétexte que la blessée, qui est devenue folle, n'a pas touché son demi-salaire, bien qu'elle ait été contre-visitée trois fois et examinée par un expert.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour poursuivre contre le patron le recouvrement de ses honoraires.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr B. (Hérault) est menacé d'une demande de dommages-intérêts par un client qui a eu des accidents à la suite d'une injection de sérum antitétanique.

Le Conseil lui accorde l'appui de la Caisse de Garantie dans le cas où il serait donné suite à cette menace.

Loyers.

Le Dr E. (Seine), locataire d'un garage pour l'automobile servant à l'exercice de sa profession, voit son propriétaire lui demander une augmentation de loyer dépassant de beaucoup le prix limite fixé par la nouvelle loi pour les locaux professionnels (1).

L'appui pécuniaire lui est accordé pour résister à cette prétention.

Le Dr G. (Seine) est l'objet, de la part de son propriétaire, d'une demande d'augmentation de loyer dépassant le prix limite fixé par la loi récente pour les locaux professionnels.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour résister à cette demande.

Le Dr D. (Seine) a reçu congé de son propriétaire, qui prétend démolir la maison pour la reconstruire, par application de l'article 21 de la loi nouvelle.

Le Conseil décide que cette affaire sera étudiée par son avocat conseil.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le docteur ROCHER, de Gabarret (Landes.) — M. le docteur LECŒUR, de Courbevoie (Seine). — M. le docteur VALETTE, de Bray-et-Lû (Seine-et-Oise). — M. le docteur BOURGERETTE, de Vouzon (Loir-et-Cher).

— **19e V. E. M. aux stations de cure des Vosges** (29 *août* — 8 *septembre* 1926). — Le voyage d'études aux stations hydrominérales et climatiques des Vosges, de Lorraine et d'Alsace, aura lieu du 29 août au 8 septembre, sous la direction scientifique du professeur CARNOT et du professeur agrégé HARVIER.

Pour faciliter ce voyage à des étudiants *en fin d'études*, l'Institut d'hydrologie a voté une subvention qui permettra de distribuer quelques bourses de 300 francs, réparties entre les internes des hôpitaux et les étudiants en fin de scolarité *des diverses Facultés* (y compris les Facultés belges). Le prix du voyage sera donc ramené pour les titulaires de ces bourses, à 350 fr., du point de concentration (Nancy) au point de dislocation (Vittel).

Prière aux candidats à ces bourses d'adresser leur demande, avec mention de leurs titres, au Dr Gerst, secrétaire général, 94, boulevard Flandrin, Paris. Le Comité de direction les examinera et arrêtera la liste définitive le 1er juillet.

Pour les médecins français et étrangers ayant demandé à se faire accompagner de leur femme ou de leur fille, il est rappelé que leur nombre ne pourra excéder 25 % du nombre total des adhérents.

— **Agrégation.** *Médecine.* — Ont été proposés pour être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé (section de médecine) :

Académie de Paris. — MM. H. Bénard, R. Bénard, Bordet, Cathala, Chabrol, Chevallier, Donzelot, Feuilié, Haguenau, Hutinel, Guy Laroche, Moreau, Paraf, Renaud, Tzanck, Pasteur Vallery-Radot, M.-P. Weil, Weissenbach.

Académie de Lyon. — MM. Barbier, Bernheim, Bertoye, Dechaume, Devic, Dufour, Dumas, Gardère, Gaté, Langeron, Morenas.

Académie de Nancy. — M. Simonin.

Académie de Strasbourg. — M. Hanus.

Académie de Toulouse. — MM. Riser et Roques.

Académie d'Alger. — M. Lebon.

Académie d'Aix. — M. Piéri.

Académie de Bordeaux. — MM. Aubertin, Damade, Piéchaud.

Académie de Lille. — MM. Auguste, Gernez, Nayrac et Legrand.

Académie de Montpellier. — MM. Boulet, Pagès, Puech.

CHIRURGIE. — Ont été proposés pour être inscrits sur la liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé (section de chirurgie) :

Académie d'Alger. — MM. Duboucher, Moggi, Ferrari.

(1) Un arrangement amiable est intervenu dans cette affaire.

— **Réception des professeurs Cuto et Austrogesilo par l'A.D.R.M.** — Mercredi 28 avril l'A.D.R.M. (*Association pour le développement des relations entre la France et les Pays amis et alliés*) recevait deux illustres professeurs de l'Amérique latine : MM. Cuto et Austrogesilo, de Rio-de-Janeiro. Au Club de « France-Amérique Latine », à la Madeleine, l'A.D.R.M. offrait un dîner officiel à ces éminents savants.

Parmi les 75 convives nous avons remarqué MM. les professeurs Roger, doyen de la Faculté de Médecine ; Hartmann, président de l'A.D.R.M. ; Chauffard, Guillain, Pierre Duval, J.-L. Faure, Gley, du Collège de France, Babinski, Desmarest, Ombrédanne, Lemaitre et de très nombreux membres de l'Académie de médecine, de la Faculté, du corps des hôpitaux et des praticiens.

L'UMFIA était représentée par le Dr Dartigues, président fondateur ; le Dr R. Molinéry, secrétaire général et le Dr Cambiès, du conseil d'administration. Nous avons eu plaisir à saluer le Dr Le Sourd, de la *Gazette des hôpitaux* ; le Dr Bourguet, du *Temps* ; M. Faure, président de la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques ; M. Fraisse, directeur des laboratoires du même nom, etc.

Officiellement, le Brésil était représenté par son Excellence M. l'Ambassadeur de cette Nation. Sa présence souligne toute l'importance de ces réunions qui dépassent l'angle médical sous lequel certains auraient trop tendance à les voir. L'A.D.R.M., comme l'UMFIA, son aînée, ont recherché l'échange des idées par l'échange des hommes les plus qualifiés pour les représenter. Mais de cet échange naissent des amitiés précieuses pour la vie des Peuples et comme il a été maintes fois proclamé : « le médecin est le meilleur des ambassadeurs ».

M. le prof. Hartmann, après avoir salué MM. les professeur Cuto et Austregesilo, donne la parole à M. le Doyen dont chaque toast est marqué au coin d'une personnalité si totale que personne ne songe à l'égaler. M. le Doyen évoqua les souvenirs qu'il a rapportés de son voyage et la magnificence des choses et la beauté des réalisations. A la fin de la guerre, la Croix-Rouge brésilienne a voulu laisser une preuve tangible de l'affection de cette Nation pour la France : A Vaugirard, un hôpital a été fondé par ses soins. Il est la manifestation tangible et vivante et combien délicate de l'amitié de ce grand peuple pour le nôtre.

M. le prof. Cuto, dont l'érudition est si sûre et si étendue, répondit en français laissant chacun sous le charme de son esprit. Son Excellence, M. l'Ambassadeur du Brésil, nous dit toute l'influence que ses deux compatriotes exerçaient dans tout le Brésil et ce fut, debout, que la salle entière répondit au toast adressé par S.E. à la Femme Française, sœur de la Femme Brésilienne.

Et encore une fois, nous ne pouvions que regretter que le Foyer National des Médecins Français ne soit pas encore une réalité...

R. M.

— **Journées médicales de Montpellier, 4-5-6 novembre 1926.** — Siège social : 17, boulevard de l'Esplanade, Montpellier. Commissaire général : M. le professeur Paul Delmas, 1, rue Germain, Montpellier. *Programme provisoire* : 4 novembre . I. Matin : *a*) séance solennelle d'inauguration ; *b*) visite de la Faculté. — II. Après-midi *a*) visite du jardin des plantes et des musées ; *b*) deux conférences d'actualité médicale. — III. Soirée : gala au Grand Théâtre.

5 novembre : I. Matin : *a*) manœuvres et conférences d'aviation sanitaire au terrain d'atterrissage de Montpellier-l'Or ; *b*) visite du Château de Castries ; *c*) déjeûner, par souscription, au Château. — II. Après-midi : *a*) démonstration du service de santé ; *b*) deux conférences d'actualité. — III. Réception par la Municipalité de Montpellier.

6 novembre : I. Matin : *a*) visite des hôpitaux ; *b*) célébration du Centenaire de la découverte du brome. — II. Après-midi : *a*) séance d'ouverture de l'Entente régionale des Syndicats du Languedoc méditerranéen ; *b*) deux conférences d'actualité médicale dont une d'intérêt corporatif. — III. Soirée : banquet par souscription.

Le 7 novembre : Excursions facultatives.

— **L'enseignement de la dermatologie à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.** — Les affections cutanées des animaux, dont l'étude était jusqu'ici éparse dans les différents services de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, viennent d'être groupées en un enseignement autonome qui a été confié à MM. A. Henry, professeur et Ch. Leblois, chef de clinique de parasitologie.

Le nouvel enseignement vient d'être inauguré en présence de M. Leclainche, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, Barrier, inspecteur général honoraire. M. le professeur Nicolas, directeur de l'Ecole, M. le professeur Henry, ont fait ressortir l'importance de cette innovation ; puis M. le docteur Thibierge, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, a insisté sur l'intérêt que présente l'étude comparée des dermatoses chez l'homme et chez les animaux.

— **La côte d'azur, station estivale.** — Des efforts sont faits par la Fédération des Syndicats d'initiative de la côte d'azur en faveur de la Riviera française, station estivale. La Fédération a convoqué les municipalités, les Syndicats des hôteliers et les établissements balnéaires en vue d'une action concertée en ce sens.

— **Paris. Médecins de l'état civil.** — Arrêté du Préfet de la Seine :

Article premier. — Les médecins de l'état civil sont nommés par le préfet, sur une liste de candidats présentés par le maire de l'arrondissement.

Cette liste comprend, autant que possible, quatre noms choisis parmi les médecins de l'Assistance médicale de Paris, les médecins inspecteurs des Ecoles de Paris et les médecins diplômés de l'Institut médico-légal de l'Université de Paris.

Dans le cas où il ne se produit aucune candidature parmi les médecins appartenant aux catégories ci-dessus ou si, pour des raisons qui doivent être soumises à l'appréciation du préfet, le maire estime que les candidatures qui se sont produites dans lesdites catégories ne peuvent être retenues, il peut présenter d'autres candidats offrant les garanties nécessaires de compétence et d'honorabilité.

Les candidats, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, doivent être obligatoirement domiciliés dans l'arrondissement où s'est produite la vacance. Tout médecin qui cesse de réaliser cette condition est considéré comme démissionnaire.

Art. 2. — Les fonctions de médecin de l'état civil sont incompatibles avec celles de médecin de l'Assistance médicale de Paris.

En conséquence, le médecin de l'Assistance médicale qui est nommé médecin de l'état civil doit être remplacé dans son premier emploi.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

J'invoque une radiodermite chronique douloureuse, suite de radiodermite contractée pendant la guerre, en service, comme en témoignent deux certificats de visite et de contre-visite que j'ai conservés.

Puis-je, à ma demande de réforme, ajouter une demande de pension, ne l'ayant antérieurement jamais fait, et bien que la période accordée pour l'établissement des demandes de pension soit écoulée.

Si oui, dois-je joindre à ma demande la copie des certificats de visite que je possède.

Dr X.

Réponse.

Adressez une demande, par lettre recommandée, à votre Directeur du Service de Santé, afin d'être rayé des cadres pour raison de santé (ce qui équivaut à la réforme des hommes de troupe) et aussi afin d'être indemnisé pour infirmités contractées en service ; indiquez-les sommairement.

Inutile d'envoyer vos pièces d'origine, des copies certifiées conformes par le maire suffisent ; mieux vaut ne pas vous dessaisir des originaux. Ces « doubles », vous les ferez parvenir ultérieurement au médecin-chef du centre de réforme, quand il vous les demandera.

1548 — Contestation sur le montant des frais de déplacement.

Un contrôleur des contributions directes de notre région, conteste à deux de nos confrères :

1° Le nombre de kilomètres professionnels parcourus dans l'année ; il abaisse arbitrairement le chiffre déclaré.

2° Le coût de 1 fr. 25 par kilomètre (amortissement compris) qui a été déclaré par ces confrères comme d'ailleurs par tous ceux de notre département (il l'abaisse à 0 fr. 75).

Je vous prie de me faire connaître votre avis et de nous dire ce que nous devons faire en tant que syndicat défendant nos adhérents, et aussi ce que doivent faire les deux confrères attaqués.

Le secrétaire du Syndicat.

Dr R.

Réponse.

Dans les conseils que nous avons donnés aux médecins par la voie du *Concours médical*, nous avons toujours recommandé d'établir les frais professionnels d'après le montant *réel* des dépenses supportées qui comprennent, dans le cas de déplacement en automobile :

1° Amortissement de la voiture ;
2° Assurances diverses ;
3° Frais d'essence, d'huile ;



4° Entretien, réparations ;
5° Frais de garage ;
6° Salaire du chauffeur.

En général ces dépenses sont justifiables par des factures et soulèvent beaucoup de contestations moins graves que les évaluations forfaitaires, soit à tant par kilomètre parcouru, soit à tant pour cent du montant des recettes. Les bases de ces évaluations ne sont aux yeux de l'Administration qu'un des moyens de contrôle des dépenses réelles.

Comme dans tous les forfaits, le Contrôleur défendant les intérêts du Trésor essaye de réduire le plus possible les évaluations faites par le contribuable.

L'article 12 de la loi du 4 avril 1926 ayant renforcé les droits des contrôleurs quant à la production par les contribuables des renseignements susceptibles de justifier leurs déclarations, il nous paraît difficile de contester la réduction opérée sur les frais d'automobiles sans fournir le détail des dépenses effectivement engagées.

Si les médecins en cause ne peuvent fournir ce détail, nous estimons qu'un entretien avec le contrôleur pourrait seul amener ce dernier à se montrer moins fiscal, car aucune preuve tangible du nombre de kilomètres parcourus pour l'exercice de la profession ne peut être apportée.

Il en est de même en ce qui concerne le prix du kilomètre qui varie suivant la force de la voiture et son prix d'achat, l'amortissement de ce dernier même au taux très réduit de 10 % (des contrôleurs admettent 20 %) constituant une charge importante.

Pour résoudre la difficulté, nous conseillons de procéder comme suit :

Il est parfois difficile de justifier des dépenses d'essence et d'huile en raison des achats au comptant faits en cours de route, mais il est plus facile de retrouver les factures de réparations importantes, on établira donc :

1° L'amortissement ;
2° Le coût des assurances ;
3° Les frais de grosses réparations ;
4° S'il y a lieu, les frais de garage et de chauffeur.

Et dès lors, l'évaluation forfaitaire ne portera plus que sur les dépenses d'essence, d'huile et de petites réparations.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

1622. — La vente des automobiles d'occasion n'est pas passible de la taxe de luxe.

Je viens vous demander un avis comme membre du « Sou » et abonné au *Concours*. En 1914, j'ai acheté une de Dion 7 CV 4 places, je l'ai revendue au début de cette année. L'acquéreur vient de me dire que les indirectes lui demandent de payer la taxe

de luxe sur cette auto. Je pense qu'il ne la doit pas. Mais s'il la doit, est-ce sur le prix d'achat de 1914 ou sur le prix que je la lui ai vendue ? Est-ce également 10 ou 12 % ?

D[r] D.

Réponse.

Il résulte des dispositions de la loi du 30 mars 1923, article 1[er], que les voitures d'occasion ne sont pas considérées comme étant de luxe et que les transactions dont elles peuvent être l'objet ne doivent pas donner lieu à l'application de la taxe de 10 % (plus deux décimes). Nous estimons donc absolument injustifiée la réclamation faite par l'administration à l'acquéreur de votre voiture.

A. M.

1803. — Le « Sou » garantit les propharmaciens.

Je viens d'adhérer récemment au « Sou Médical » bien qu'assuré déjà par une compagnie d'assurance, contre les risques professionnels. Mon contrat d'assurance ne prévoit pas les risques inhérents à l'exercice de la propharmacie.

Pourrai-je compter sur le « Sou Médical » si des ennuis m'arrivaient en tant que propharmacien, ou est-il indispensable que je fasse ajouter un avenant à ma police d'assurance ?

D[r] N.

Réponse.

Aux termes de l'article 1[er] des statuts de la Caisse de garantie du « Sou médical », les adhérents sont couverts à l'occasion des actes médicaux, chirurgicaux, de spécialistes ou pharmaceutiques (art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, concernant les propharmaciens), accomplis personnellement dans l'exercice régulier et normal de leur profession.

Vous seriez donc garanti par le « Sou médical » si votre responsabilité de propharmacien était mise en cause, dans les *limites strictes* de la loi.

Mais, si vous désirez être couvert également de ce risque par votre autre assureur et si la police ne le garantit pas, il y aurait lieu d'y faire ajouter un avenant. Il est probable qu'il ne vous serait demandé qu'une minime surprime, et peut-être même pas du tout.

1792. — Expertise en matière d'accident du travail.

Désigné comme expert par le juge de paix (tentative de conciliation pour accident du travail) j'ai fait un certificat que j'ai adressé au juge de paix :

a) Ce certificat doit-il être fait sur papier libre ou sur papier timbré ?

b) Quand et à qui dois-je adresser ma note d'honoraires ?

c) Quel est le tarif à appliquer ?

D[r] C.

Réponse.

1° Toutes les procédures faites et tous les certificats fournis en application de la loi sur les accidents du travail sont exempts des droits de timbre (article 29 de la loi du 9 avril 1898). Par conséquent vous devez établir votre rapport sur papier libre.

En principe, devant les juges de paix, il est alloué aux experts les mêmes indemnités qu'aux témoins, c'est-à-dire, le prix d'une journée de travail, mais, en fait, il est d'usage d'allouer aux experts le prix de plusieurs « journées de travail » (maximum de la journée: 10 francs) de telle sorte que, de même qu'en matière civile, les honoraires sont proposés par l'expert et fixés par le juge sans tarification. A moins de difficulté spéciale, vous pourriez demander de 50 à 100 francs.

L'expert doit indiquer, au bas de son rapport, la somme qu'il propose pour ses honoraires. Après taxation du juge, il est payé par le receveur de l'enregistrement.

1774. — Incapacité permanente consécutive à une fracture du sternum.

Pouvez-vous m'indiquer si une fracture du sternum consécutive à un accident du travail donne droit à pension et à quel taux ?

D^r C.

Réponse.

Il est difficile de répondre à la question que vous nous posez, sans connaître quels ont été les résultats du traitement et l'état de la lésion après consolidation, car ce n'est pas la lésion en elle-même qui est indemnisée, mais l'incapacité de travail définitive qu'elle peut entraîner.

D'après le barème des accidents du travail du Dr Lucien Mayet, une fracture de sternum peut être suivie d'une incapacité allant de 2 à 13 % au total, compte tenu des éléments suivants :

Déformation gênant l'ampliation thoracique ;
Difficulté de réaliser l'effort ;
Douleurs dans certains mouvements du tronc ;
Importance du coefficient professionnel.

1680. — Accident du travail causé par un tiers.

Il y a un an, j'étais appelé à voir un manœuvre au service de la Cie des Tramways. Ce manœuvre, venait d'être à moitié écrasé par une voiture du service de la Ville, service assuré par un particulier, M. G.

M. G. fut condamné à payer tous frais afférents à cet accident.

Le médecin de la Cie assurant M. G. m'ayant fait entendre, à plusieurs reprises, que cet accident rele-

vait du droit commun, j'envoyai ma note à la Cie des Tramways, au tarif du droit commun.

Or, cette note m'est retournée, avec la mention : Prière d'établir cette note au tarif des accidents du travail.

Mon blessé appartenant au service des tramways, et n'étant pas au service de M. G., tiers responsable de l'accident, je me demande si cette note ne relève pas du droit commun, avant de l'établir au tarif des accidents de travail, je tiens à avoir votre avis.

Dr T.

Réponse.

Bien qu'un tiers soit responsable de l'accident et que sa responsabilité soit engagée dans les termes du droit commun, il n'en reste pas moins que l'accident s'est produit au cours du travail et qu'il conserve à l'égard de la Cie du tramways son caractère d'accident du travail.

Par conséquent, si vous vous faites payer par la Cie de tramways, celle-ci ne peut être tenue de payer vos honoraires que dans les limites du tarif Durafour. Pour obtenir la différence entre votre tarif de droit commun et le tarif Durafour, il faudra que vous vous adressiez au blessé lui-même, faute d'action directe contre le tiers responsable. Vous remettrez au blessé un reçu du complément d'honoraires qu'il vous aura ainsi payés et il pourra ensuite exercer son recours, pour se faire rembourser, contre le tiers responsable.

1437. — Affection contractée en service par un militaire.

J'ai un malade actuellement atteint de bronchite suspecte.

Il appartient à la classe 1911 et faisait son service actif au moment de la déclaration de guerre.

En juin 1913, étant soldat, dans l'active, il a eu une pneumonie gauche.

Est-ce que cette maladie contractée en service — avant la grande guerre — lui permet de bénéficier de la loi du 31 mars 1919, son affection actuelle, pouvant être rattachée comme point de départ à cette pneumonie contractée en 1913 et dont les suites ont été aggravées par les fatigues de la guerre ?

Dr P.

Réponse.

Une affection, contractée avant le 2 août 1914, tombe sous le régime de la loi de 1831, c'est-à-dire qu'elle ne peut être imputée au service que s'il existe un certificat d'origine. Encore cette pièce serait-elle actuellement et malgré l'interruption du temps de guerre frappée par les délais de prescription (cinq ans).

Si l'intéressé a fait du service pendant les hostilités, il peut bénéficier de la loi du 31 mars 1919 et faire la preuve que son affection a été aggravée au service (délais prorogés jusqu'en 1928).

1395. — Point de départ d'une pension militaire.

Un de mes malades est réformé en 1921 pour séquelles pulmonaires par les gaz et obtient un titre provisoire de 10 %. Il passe pour le même motif devant une nouvelle commission en 1926 qui le réforme définitivement avec titre à 10 %.

A partir de quel moment ce malade doit-il toucher sa pension ? Est-ce depuis 1921 ou depuis 1926 ? Quelles sont les démarches à accomplir pour obtenir le rappel de pension entre 1921 et 1926 ?

Dr P.

Réponse.

Le point de départ de la pension est fixé au jour de la décision prise par la première commission de réforme qui a examiné l'intéressé, donc à l'année 1921 et au taux de 10 % si celui-ci, déjà fixé par la commission de 1921 a été ensuite admis par le ministre (article 3 de la loi du 31 mars 1919). Si le taux de 10 % a été maintenu le même, depuis cette époque, le rappel à ce taux depuis 1921 est automatique ; il n'y a aucune démarche à faire. Tout renseignement pourrait être fourni par la sous-intendance régionale des pensions, chargée d'assurer le paiement.

1565. — Traitement d'un interne. Cédule dans laquelle il doit figurer.

Installé à N. le 1er juillet 1924, je déclare, pour l'impôt sur les bénéfices non commerciaux, le chiffre de 8310 fr. (2e semestre 1924).

Ce matin, je reçois une note du contrôleur des contributions directes me réclamant, en plus, pour l'année 1924, la somme de 2.000 francs, montant de mon traitement d'interne des hôpitaux, pendant le premier semestre avant mon installation.

Croyez-vous que cette somme puisse entrer en ligne de compte pour l'établissement de l'impôt sur les bénéfices professionnels ? Je n'ai commencé à exercer que le 1er juillet 1924, ayant passé ma thèse le 28 juin.

Dr X.

Réponse.

La rémunération de 2.000 francs que vous avez perçue en qualité d'interne constitue un revenu passible de l'impôt cédulaire sur les traitements et salaires ; en aucun cas le contrôleur ne peut le comprendre parmi vos revenus professionnels passibles de l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales.

Mais cette somme de 2.000 francs aurait dû être déclarée par vous pour l'assiette de l'impôt général sur le revenu dont vous êtes passible si vous êtes célibataire ou marié sans enfant : dans

le premier cas le maximum exonéré étant de 7.000 francs et dans le deuxième cas de 10.000.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

1661. — Recouvrement d'honoraires en cas d'accident causé à un tiers.

Une fois encore j'ai recours à votre bonne complaisance et à vos sages conseils.

J'ai envoyé, fin 1925, à l'agent de « La P. », différentes notes d'honoraires « accidents du travail ». Parmi elles, une note d'honoraires « risques aux tiers ».

Pour cette dernière affaire, j'avais vu la « police » de l'auteur de l'accident, police qui le couvrait des frais médicaux et pharmaceutiques pour les accidents survenus aux tiers du fait de ses animaux, ce qui était le cas.

J'ai reçu dans un très court délai, le paiement des notes « accidents du travail ». Mais rien au sujet de la note « risques aux tiers ». (Ces paiements m'arrivaient par chèque postal, sans aucune littérature que le numéro du sinistre, de l'agence générale).

Le 17 mars, j'écris une lettre rappelant l'affaire, à l'agent avec lequel je suis ordinairement en relations pour cette assurance. J'avais toujours eu, de vive voix et par lettres, des relations très courtoises avec cet agent. Cette fois-ci, pas de réponse. Sans doute a-t-il envoyé ma lettre à l'agent général, qui, trop grand seigneur, dédaigne de me répondre. L'affaire en est là.

Que dois-je faire ?

Adresser une nouvelle lettre (*simple lettre*) à l'agent ?

Adresser une lettre *recommandée* à cet agent ?

Ou bien réclamer à mon blessé le paiement des honoraires, en lui disant de se débrouiller avec l'auteur de l'accident et l'assurance de celui-ci ?

Dr L.

Réponse.

C'est seulement en matière d'accidents du travail que vous avez une action directe contre le patron responsable, dans les limites du tarif Durafour, et que vous pouvez adresser votre note à son assurance, prise comme sa mandataire. Mais, en cas de contestation, c'est contre le patron seul que vous pouvez agir.

En matière d'accidents de droit commun, vous n'avez aucune action directe contre le tiers auteur de l'accident, quand bien même sa responsabilité était reconnue. Par conséquent, vous ne pouvez l'obliger à vous payer et encore moins agir d'une façon quelconque contre son assurance.

Il n'en serait autrement que si l'auteur de l'accident vous avait mis en œuvre ou avait pris envers vous l'engagement de payer vos honoraires. Il y aurait alors une obligation con-

tractuelle à votre profit, mais obligation indépendante, au point de vue juridique, de la question de responsabilité dans l'accident.

Mais dans l'espèce, l'auteur de l'accident ne paraît avoir pris aucun engagement de ce genre. Il y a donc lieu de vous faire payer directement par le blessé et de lui remettre un reçu acquitté de vos honoraires qui lui permettra d'exercer contre le responsable tout recours qu'il jugera utile, sans que vous ayez à intervenir dans la discussion.

1695. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me fixer la rente à laquelle a droit un accidenté du travail gagnant 600 francs par mois et présentant une invalidité partielle de 5 %.

Dr C.

Réponse.

A raison de 600 francs par mois, votre blessé gagne un salaire annuel de 7.200 francs. Ce salaire doit entrer en ligne de compte pour le calcul de la rente en totalité jusqu'à 4.500 francs et pour le quart seulement pour le surplus. Le salaire de base se trouve donc être de : 5.175 fr.

La rente, égale à la moitié de la réduction que l'accident fait subir au salaire, sera donc de :

$$\frac{5.175 \times 5}{100 \times 2} \text{ soit : } 129{,}40.$$

Application du Tarif Durafour

I

1483. — Sutures à cumuler parce que non complémentaires d'une même opération.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis au sujet de la tarification à appliquer pour un accident du travail où j'ai dû intervenir : plaie du pouce de la main faite par coup de hache au niveau de l'articulation métacarpophalangienne, section du tendon du long extenseur du pouce, ouverture de l'articulation. L'intervention a consisté à refermer l'articulation métacarpophalangienne, ensuite à suturer le tendon et enfin à refermer la plaie. Il me semble que l'acte opératoire est plus compliqué que la simple suture tendineuse et je ne trouve pas dans le tarif officiel un article qui correspond à l'intervention que j'ai pratiquée.

Dr T.

Réponse.

Si vous suturez un tendon, la suture de la peau sus-jacente est *complémentaire* de l'opération, puisqu'il n'y a pas coupure de tendon sans celle

de la peau sus-jacente. Il n'en est pas de même dans votre cas au sujet de la suture articulaire qui est *supplémentaire* à celle du tendon et sans rapport obligatoire avec celle-ci. Il me semble donc équitable de compter l'une et l'autre (celle de la peau restant comprise dans les premières, comme il est expliqué ci-dessus).

Je compterais donc :

a) Suture du tendon extenseur du pouce : 50 francs ;

b) Sutures multiples (pour fermeture de l'articulation métacarpo-phalangienne ouverte par le traumatisme) : 25 francs

Total (avec le certificat) : 50 + 25 + 5 = 80 francs.

F. D.

II

1489. — Fracture nasale.

Voudriez-vous me dire ce que je dois compter comme honoraires pour l'accident du travail suivant :

20 *avril* : Fracture ouverte des os du nez par coup de tête de cheval.

Régularisation, épluchage du foyer de fracture ouverte des os du nez avec réduction de la fracture, pansement, injection de sérum antitétanique et indemnité kilométrique de 5 km.

22 *avril* : Visite avec pansement + 5 km.

23 *avril* : *Idem.*

26 *avril* : Consultation avec certificat concluant, vu l'amélioration de la blessure, à la reprise partielle du travail, en vue de l'obtention du demi-salaire.

Vous voudrez bien ne pas oublier que j'ai droit — me semble-t-il, — aux tarifs des spécialistes O.R.L., puisque je n'exerce pas la médecine générale.

Dr A.

Réponse.

1° Vos consultations sont tarifées 15 francs comme spécialiste d'oto-rhino (article 23).

2° Les fractures des os propres du nez n'ont pas été tarifées, car, a-t-on objecté, « il n'y a aucune réduction ni contention à effectuer dans ce cas » et, comme je l'ai souvent rappelé, ce n'est pas la *lésion* qui est tarifée, mais l'*intervention.*

3° Avez-vous eu à faire une « régularisation, épluchage, etc. » c'est-à-dire l'opération décrite dans la note 1 de l'article 17 du tarif Durafour ? Si oui, vous avez à compter une « régularisation, épluchage, etc., superficiel : 40 francs. »

4° Visite ou consultation sont du même prix dans le tarif Durafour. Seulement, à la visite, vous ajoutez, s'il y a lieu, les frais de déplacement soit 1,10 (et non plus 1 fr.) par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

F. D.

III

1568. — Intervention et déplacement.

Si je sais bien qu'on ne peut cumuler, en matière d'accidents du travail, le prix d'une visite avec le prix d'une intervention tarifée, je me demande si l'on ne peut pas ajouter à cette dernière le prix d'un déplacement kilométrique. C'est ce renseignement que je demande à votre obligeance.

Il s'agit en l'espèce d'une blessée — fracture des deux os de la jambe — et je voudrais savoir si je peux ajouter aux 150 francs (réduction et contention plâtrée du tarif) les 14 km. aller et retour distance de mon domicile à celui de la blessée.

Dr P.

Réponse.

En plus de toute visite ou intervention, vous avez, tout naturellement, à compter l'indemnité qui vous est due pour le déplacement que vous avez eu à faire et cela à raison de 1,10 du kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, soit dans votre cas : 15,40 pour 14 kilomètres.

F. D.

IV

1518. — Transfusion du sang.

Quels honoraires puis-je demander pour un accidenté du travail à qui j'ai dû faire une *transfusion du sang* (200 centimètres cubes de sang humain) ?

Réponse.

Il n'y a rien, à ce sujet, dans le tarif Dubarour. Mais nous pourrions nous baser sur le tarif Maginot, ou plutôt sur une décision de la Commission supérieure, en date du 11 décembre 1924 et dont voici le texte :

I. *Transfusion du sang.* — Quelle que soit la méthode ou la technique, y compris l'épreuve de la compatibilité sanguine quand elle est employée : 300 francs.

Nota. — Par transfusion du sang, on doit entendre le recueil et la transfusion d'au moins cent cinquante centimètres cubes de sang humain. Les petites injections de sang — sous-cutanées ou intraveineuses — qui constituent des pratiques hémothérapique sont assimilées à des injections de sérum antitoxique.

II. *Rémunération du donneur,* lorsque celle-ci est nécessaire :

1° Pour les cent cinquante premiers centimètres cubes de sang : 50 francs.

2° Pour chaque prélèvement de cent centimètres cubes effectué en sus des 150 premiers centimètres cubes : 50 francs.

F. D.

Quarante-huitième année — N° 25 — 20 Juin 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1628-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1[re] Zone 55 fr. — 2[e] Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Baillivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège. Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarlé.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr MULLER, de Rilly-la Montagne, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 290. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 291. — A céd. cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf., ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

No 292. — Bon poste méd. pro-pharm. à 22 km. Paris, 55.000, suscept. grosse augment. A vend. Facilités T. p. r.

No 293. Dr cherche poste proxim. gr. ville, av. mais. 9 à 10 p., confortable, jard. et garage.

No 294. — Dr installé, 4 ans exerc. possèd. auto, désir. remplac. un mois conf. du Havre ou banl. imméd. S'ad. Dr Prieur, 31, rue Dicquemare, Le Havre, qui transmet.

No 295.— A vend. bonnes cond. cause départ, cond. intérieure Unic parf. état, et cabriolet 5 CV. Citroën. état de neuf. Dr, 11 av. Orangerie, Le Perreux-sur-Marne (Seine).

No 296. — Pas-de-Calais. Poste seul pro-pharm., rapp. 55.000 minim., fixes, peu de frais, grande mais. av. jard. et garage. Indemnité 20.000, dont moitié compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 297. — Charente-Inférieure. Anc. poste rapp. 60.000 touchés, ch.-lieu cant. très riche, belle habit, 10 grandes p., électr. eau. Prix : 20.000 dont compt. à débatt. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Docteur disposant de capitaux est recherché pour association maison repos, régimes, convalesc. à Nice, y trouverait direction médicale, écrire M. Nicolas, aven Guy-de-Maupassant, « Assomption », à Nice.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Journées médicales de Bruxelles,** 1926. — Le Gouvernement de S. M. le Roi de Roumanie a délégué M. le prof. Cantacuzène, de Bucarest, pour le représenter officiellement aux Journées Médicales.

— **Bordeaux.** *Société de l'Internat.* — La Société de l'Internat des hôpitaux de Bordeaux a tenu son assemblée annuelle le 29 mai, sous la présidence du Dr M. de Fleury. Une centaine de médecins y assistaient.

— **Association des médecins experts.** — L'Association des médecins experts de France vient de renouveler son Comité pour l'exercice 1926-1927. Ont été désignés : président, M. Paul (de Paris) ; vice-présidents, MM. Leclerc (de Lille), Mazel (de Lyon) et Pietri (de Nice) ; secrétaire, M. Piedelièvre (de Paris).

— **Une médaille d'or au sanatorium des étudiants.** — La Société d'encouragement à l'industrie nationale vient d'attribuer sa médaille d'or au Sanatorium des étudiants, témoignant ainsi sa sympathie à l'Œuvre accomplie par la jeunesse des Universités françaises.

— **Cours de vacances. Phtisiologie.** — L'Association des médecins de Davos organise son 3e cours de vacances du 22 au 29 août sur la tuberculose et le climat de haute altitude.

— **Bourse d'études sociales aux Etats-Unis.** *Conditions* : être âgé de 25 à 35 ans, connaître l'anglais, justifier d'une instruction supérieure et d'une expérience du travail social, s'engager à continuer pendant deux ans, au retour de Boston, une activité sociale. S'adresser : Service social des hôpitaux, 44, rue de Lisbonne.

— **La variole à Paris.**— La récente petite épidémie de variole à Paris a comporté 14 cas, avec deux décès. Les vaccinations, nos confrères parisiens en ont le souvenir, ont été extrêmement nombreuses.

— **Association générale des médecins de France.** — En mémoire de sa mère, morte récemment, Mademoiselle GILLE, sœur du regretté Dr GILLE, de Garches, qui avait légué toute sa fortune à l'Association générale des médecins de France, a fait à cette Association un don de 10.500 francs qui porte à 38.000 francs le montant des dons personnels de cette généreuse bienfaitrice.

— **Ecole de puériculture** (64, rue Desnouëttes, Paris, 15e).— Les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine sont admis aux consultations de l'Ecole de puériculture, après immatriculation à la Faculté de médecine de Paris.

L'enseignement complémentaire réservé aux étudiants en médecine pourvus de 20 inscriptions et aux docteurs en médecine français et étrangers aura lieu à partir du 21 juin.

A TRAVERS L'OFFICIEL

5 juin.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône).

6 juin.

Enseignement de la médecine.

Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Branca, agrégé près la Faculté de Paris et Moog, agrégé près la Faculté de Toulouse.

8 juin.

Asiles publics d'aliénés.

Relèvement des traitements des directeurs médecins et médecins chefs des asiles publics d'aliénés.

Décret du 27 *mai* 1926.

Art. 1er. — L'article 14, paragraphe 2, du décret du 3 janvier 1922 est modifié de la manière suivante :

« Les classes et traitements des directeurs médecins et médecins chefs de service du cadre des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

1re classe	23.000 fr.
2e classe	22.000 »
3e classe	21.000 »
4e classe	20.000 »
5e classe	19.000 »
6e classe	18.000 »
7e classe	17.000 »
8e classe	16.000 »
9e classe	15.000 »

Art. 2. — L'article 15 du décret du 3 janvier 1922 est abrogé et remplacé par la disposition suivante :

« Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés aux médecins par le ministre après deux ans au moins d'ancienneté dans la classe inférieure.

« Un arrêté ministériel déterminera les conditions d'application du présent décret à l'égard des médecins chefs de service ou médecins directeurs et classera ces praticiens dans les échelons prévus à l'article premier. »

Lutte antivénérienne.

Contrôle des services de prophylaxie et de traitement antivénériens.

Décret du 4 *août* 1926.

Art. 1er. — Une indemnité annuelle, dont le montant ne devra pas excéder 1.200 fr. par département, pourra être allouée au personnel des inspections départementales d'hygiène chargées de contrôler les

services de prophylaxie et de traitement antivénériens qui seront organisés avec le concours des médecins praticiens.

Art. 2. — Le montant de ces indemnités sera imputé sur le chapitre du budget du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales réservé aux dépenses de la prophylaxie des maladies vénériennes.

La migraine et la céphalée cellulitique

La céphalée cellulitique n'est pas l'accès paroxystique qui, seul, caractérise la migraine véritable. Plusieurs de nos confrères, souffrant des deux, sont unanimes à m'affirmer cette distinction. A eux comme à moi, elle semble des plus nettes si l'on s'en tient aux cas où l'accès migraineux présente bien les caractères du choc, lumineusement exposés par le rapporteur. Mais trop souvent, on appelle migraine ce qui n'est, en réalité, qu'une céphalée cellulitique, et la confusion commence là où manquent les caractéristiques du grand accès migraineux. Ici, nous devons encore étudier, en demandant à tous ceux qui peuvent apporter une observation intéressante, de vouloir bien le faire, mais, gardons-nous de toute conclusion prématurée, et adressons-nous à la seule clinique, l'anatomie pathologique paraissant, ici, totalement impuissante.

Mais, la céphalée cellulitique et l'accès migraineux peuvent être deux réactions pathologiques différentes provoquées par un même processus morbide. Pendant la phase prémonitoire de leurs accès, certains migraineux ont, durant plusieurs jours, des malaises, parmi lesquels la céphalée cellulitique, et le traitement de la cellulite, même s'il n'atténue pas l'accès migraineux, pourra encore permettre au patient de mieux le supporter, s'il rétablit même partiellement, l'équilibre neuro-végétatif. Mais, encore une fois, je voudrais bien pouvoir écrire que la guérison de la cellulite entraîne la disparition des accès migraineux, ceci ne s'est encore jamais réalisé entre mes mains.

Dr Louis ALQUIER.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Honoraires médicaux. — Preuve. — Tarifs locaux.

TRIBUNAL CIVIL DE TLEMCEN

20 *janvier* 1926.

Lorsqu'une note d'honoraires, réclamée par un médecin, ne paraît pas exagérée, eu égard au tarif médical local, il appartient au débiteur de prouver que les soins n'ont pas été donnés.

L'indication que fait un médecin sur une note d'honoraires de soins qu'il prétend avoir fournis est une présomption suffisante de la réalité de ces soins, jusqu'à preuve contraire.

Attendu que le docteur Trolard réclame à G. 1.210 francs pour soins médicaux donnés du 10 décembre 1923 au 26 mai 1924. Qu'à telle fin et par exploit du huit avril 1925 enregistré, il a assigné le défendeur. Attendu que G. répond que la note d'honoraires médicaux qui lui est réclamée est de beaucoup exagérée. Qu'il prétend qu'en avril 1924, le docteur Trolard lui a présenté une note de 420 fr. ; qu'il retient ce dernier chiffre comme représentant le montant exact des honoraires qu'il doit. Qu'il fait offre de cette somme de 420 fr. Que subsidiairement il demande à prouver par témoins, cette présentation qu'il allègue d'une note de 420 fr. en avril 1924. Attendu que la note d'honoraires litigieuse eu égard au tarif médical en cours à Tlemcen n'est pas manifestement exagérée et que, pour contester le chiffre d'honoraires qui lui est réclamé, il appartient à G. de dénier la réalité de certains soins figurant à la note et d'établir que de tels soins ne lui ont pas été fournis. Attendu que le fait par le médecin d'avoir présenté en avril 1924 une note de 420 fr. seulement n'impliquerait pas que les honoraires réclamés ne soient pas dus, car rien n'est spécifié ou allégué sur la période de temps à laquelle se serait appliquée ladite note de 420 fr. De ce que le docteur Trolard aurait réclamé en avril 1924 une somme de 420 fr. pour une période de soins indéterminée, il ne s'ensuivrait pas qu'au mois de mai suivant et tous comptes arrêtés, il ne pouvait lui être dû une somme plus importante. Qu'ainsi le fait coté en preuve n'est pas pertinent et qu'il n'y a pas à s'arrêter à l'offre de preuve qui en est faite. Attendu que, la seule contestation utile devant porter sur la réalité de certains soins énumérés à la note d'honoraires, elle ne peut se faire pratiquement qu'en alléguant certaines circonstances, dont il serait justifié et qui seraient incompatibles avec l'intervention des soins prétendus et surtout en contrôlant la réalité de ces mêmes soins par les données de la comptabilité du médecin. Attendu que G. ne fait aucune allégation de cette sorte, qu'il ne demande pas non plus la production de la comptabilité du docteur Trolard. Que, par suite, il ne propose aucune justification utile de sa résistance aux prétentions du demandeur. Attendu que l'indication que fait un médecin sur une note d'honoraires de soins qu'il prétend avoir fournis est une présomption suffisante de la réalité de ces soins jusqu'à preuve contraire ; qu'en l'espèce cette preuve n'étant pas rapportée, il y a lieu de faire droit à la demande. Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens. Par ces motifs. Statuant en audience publique en matière civile contradictoirement et en dernier ressort. Déclare le docteur Trolard bien fondé en sa demande. En conséquence condamne G.

à lui payer la somme de 1.210 francs pour honoraires médicaux avec intérêts de droit. Condamne de plus G. aux dépens de l'instance.

Commentaires.

Ce jugement est intéressant, parce qu'il admet la présomption de preuve en faveur du médecin. Il est impossible à un docteur d'apporter la preuve par écrit, pour toute créance supérieure à 150 francs, comme l'exige l'article 1341 du code civil.

D'ailleurs une jurisprudence assez nombreuse s'est rangée à l'avis de la Cour de Paris (2e chambre) qui, le 15 mars 1905 (*Gaz. Trib.*, 1905.2.181) a décidé que « la dignité du médecin, en même temps que l'intérêt du malade, s'opposent à ce qu'il exige de ses clients l'engagement écrit de payer ses honoraires. L'impossibilité de se procurer une preuve littérale s'entend d'une impossibilité morale et relative, aussi bien que d'une impossibilité matérielle et absolue. »

Par arrêt du 27 mars 1907, la chambre des requêtes de la Cour de Cassation a rejeté le pourvoi formé contre l'arrêt ci-dessus (*Gaz. Pal.*, 1907. 1,531).

Aussi la jurisprudence autorise-t-elle le médecin à réclamer ses honoraires, tels qu'il estime qu'ils lui sont dus, surtout si, en réponse aux dénégations du client, il peut fournir des extraits de ses livres, montrant que ceux-ci sont bien tenus.

Il ne faut pas entendre, par là, une tenue de livres à l'instar des registres du commerce ; un simple agenda de poche suffit, surtout lorsque le docteur peut prouver que le nom du client n'est pas surajouté, par ci par là, pour les besoins de la cause (tribunal civil de Pithiviers, 26 octobre 1911, *Concours médical*, 1911, 1173) ; — tribunal civil de la Seine, 7e chambre, juillet 1902, confirmant justice de paix du 11e arrondissement de Paris, *Concours médical*, 1903, 367, etc. ; tribunal civil de Charleville, 2 mars 1911, *Concours médical*, 1912, 508 ; tribunal civil Seine (6e chambre), 15 février 1911 ; *Gaz. Trib.*, 1911.2.141 ; tribunal civil des Sables-d'Olonne, 19 juillet 1921 ; *Concours médical*, 1922, 336 ; cour d'appel de Paris (8e chambre), 28 janvier 1925, *Concours médical*, 1925, 2204).

Le 5 mai 1903, un arrêt de la Cour de Paris décida qu'aucune fin de non-recevoir, fondée sur ce qu'il ne produit pas un carnet de visites régulièrement tenu, ne peut être opposé au médecin, qui réclame le paiement d'honoraires, dès lors que ce médecin produit un état détaillé de ses visites et justifie de sa demande par d'autres documents (Code civil, 1331, 1341, 1347, 1348, 1353).

Notamment un médecin peut réclamer à la succession de son client les honoraires qui lui sont dus, pour des soins donnés à des parents, à

des amis, ou à des employés du client, lorsqu'il est justifié, par la production de correspondances émanant tant des divers membres de la famille du client que du personnel de la maison de celui-ci, que le médecin a donné des soins médicaux à des personnes, sur l'ordre du *de cujus*.

Le client a toujours le droit d'opposer sa propre comptabilité à celle du médecin, notamment lorsqu'il peut fournir la preuve de règlements annuels et définitifs d'honoraires, pendant un certain nombre d'années, alors que, pour les années subséquentes, le médecin se refuse à produire son carnet de visites, pour démontrer que l'habitude du règlement annuel n'a pas été continuée. Le praticien est alors irrecevable à proposer une enquête sur la validité ou l'importance des soins qu'il prétend avoir donnés à son client (tribunal civil de la Seine, 28 novembre 1901).

Rappelons qu'un arrêt de Cassation, du 20 mars 1876 (S. 77.1.338) décide que les registres et papiers domestiques font foi en faveur de celui qui les a écrits, contrairement à la disposition de l'article 1331 du Code civil, lorsque l'autre partie est convenue de s'en rapporter à ces registres.

S'appuyant sur cet arrêt, la Cour de Bordeaux (14 février 1900 ; R. S. 1900, nº 4610) a statué que le malade qui ne paye pas régulièrement les visites de son médecin est présumé s'en rapporter aux notes de celui-ci ; en tous cas, c'est à lui qu'incombe la preuve contraire.

Un autre point intéressant du jugement de Tlemcen, que nous publions aujourd'hui, est le suivant : le tribunal, se reportant au tarif médical local, estime que les honoraires réclamés par le médecin ne sont pas exagérés.

D'une façon générale, les juges ne se considèrent pas liés par une tarification professionnelle. En ce sens, cour de Lyon, 30 janvier 1889 ; le *Droit*, 8 mai 1889 ; — cour de Bordeaux, 14 février 1900 ; S. 1900.2.190.

Mais le tribunal peut y puiser, à titre de renseignements, des éléments de décision, par exemple pour établir des proportions, concernant les situations de fortune des clients : cour de Douai, 27 juin 1904 ; *Revue de Déontologie*, mars 1904 ; — tribunal civil de Marseille, 1er février 1905 ; *Juris. civ.* Marseille, 1905.367 ; — et même si la note est conforme au tarif syndical de la région, elle doit être payée intégralement (tribunal civil Valence, 1re chambre 19 février 1906 ; *Concours médical*, 1906, 268 ; — tribunal civil de la Seine, 2 mars 1905, confirmé par cour de Paris, 23 novembre 1905, *Concours médical*, 1906, 217 ; tribunal civil de Lille, 31 décembre 1907 ; *Gaz. Pal.*, 7 mai 1908 ; tribunal civil d'Epernay, 31 janvier 1908 ; *Le Droit*, 31 mai 1908; — tribunal civil de la Seine, 7e chambre juin 1922 ; *Gazette des hôpitaux*, 4 juillet 1922.

C'est également l'opinion du tribunal d'An-

Voir la suite page LV-1683

PROPOS DU JOUR

Tour d'ivoire, veulerie, naïveté ou sottise.

Le Consul de France à Riga faisait savoir naguère à l'Association pour le développement des relations médicales internationales (A. R. D. M.) jusqu'à quel point la Lettonie ignorait tout de la médecine et de la science françaises.

Les livres, les instruments scientifiques et chirurgicaux, les spécialités pharmaceutiques, viennent tous d'Allemagne et le nom même de nos villes d'eaux les plus réputées est totalement inconnu dans les Pays Baltes. Cependant le prestige de la France est grand à Riga. Les produits allemands y sont fort coûteux, et, si tout ce qui est français est ignoré là-bas, c'est uniquement parce que les Français ne font rien pour s'y faire connaître.

La Lettonie n'est pas une exception. Aucun effort réellement sérieux n'est tenté pour sortir de l'ornière. Les hommes bien intentionnés et qui sont rares, ceux qui s'ingénient à vouloir développer les relations médicales extérieures, se heurtent à l'indifférence de ceux qui pourraient et devraient le plus les aider. Ils sont obligés d'aller mendier des réceptions et des subsides pour rendre mesquinement les politesses fastueuses que les médecins français ont reçues de leurs confrères étrangers, citoyens de nations souvent plus pauvres que la France. L'on dirait qu'en notre pays, on a honte de se faire connaître. Chacun se replie égoïstement sur lui-même ou borne son action à la critique de ce que tente autrui. Si, par hasard, un plus hardi essaye de faire quelque chose, même très modestement, aussitôt l'Envie fait son œuvre en sourdine. « Quel but intéressé peut-il bien poursuivre ? D'où vient l'argent qu'il dépense ? Quels sont les intrigants sur qui il s'appuye ? etc. etc. » A l'Envie, la Calomnie vient prêter main forte, d'abord rasant le sol comme l'hirondelle avant l'orage, selon l'expression de Bazile, pour finir par « un cri général, un crescendo public, un chorus universel de haine et de proscription. Qui diable y résisterait ? »

Non, Bazile, personne n'y résiste et c'est pour cela que l'on ne fait rien en France. Il en est peu qui osent éveiller l'Envie et braver la Calomnie.

Certains préfèrent se verrouiller dans leur tour d'ivoire. Quant aux autres, ils se soupçonnent et se jalousent à qui mieux mieux. La crainte du « qu'en dira-t-on » stérilise toutes les bonnes volontés et les initiatives ; le premier souci de celui qui ne peut ou n'ose tenter quelque chose, est d'empêcher le voisin d'agir ; si l'on scrutait les consciences, l'on y trouverait une forte dose de veulerie, quelque naïveté et peut-être plus encore de sottise, sans parler de sentiments envieux beaucoup moins nobles, hypocritement dissimulés sous les haillons d'une pudibonderie imbécile...

Et notre plume traçait ces lignes rageuses, quand le courrier nous apporta la lettre suivante qui vient singulièrement à l'appui de nos tristes constatations :

Clinique d'Arguel,
par Beure (Doubs).

Mon cher Confrère,

Que penseriez-vous de la création, en faveur des médecins français, d'un ordre des « Poires » ? Voici un fait qui pourrait être mis dans l'exposé des motifs d'une telle création :

En août 1923, devait avoir lieu, à Besançon, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Au début de juin, j'écrivis au Secrétaire général pour lui proposer d'organiser, à mes frais, une petite promenade des congressistes à ma Clinique, située à 12 kilomètres de la ville, d'où l'on découvre un beau point de vue, et le trajet faisant passer par les deux ou trois sites pittoresques qui l'avoisinent. J'agissais ainsi, plus dans l'esprit d'ajouter un agrément à la réception de nos hôtes, et d'avoir le plaisir de montrer ce que l'on peut créer en France avec un peu d'initiative, que dans un but intéressé puisque, ma clinique ne recevant pas de « nerveux » ne s'adressait guère à la spécialité des congressistes.

Je reçus une réponse fort aimable, mais négative, en particulier pour les raisons suivantes :

« *Au surplus, il est de règle absolue, dans nos Congrès, de ne jamais visiter de Maison de santé ou de Clinique privée, on visite seulement les Asiles publics.* »

La règle étant « absolue », je m'inclinai. Or, je viens de recevoir le programme du même Congrès

pour sa session d'août 1926, à Genève-Lausanne, et je lis :

« Mercredi 4 août. — *A 17 heures : départ pour Nyon par auto-cars, excursion offerte par la Maison de santé la « Métairie ». Visite de « la Métairie ».*

« Jeudi 5 août : *A 14 heures : départ en autocars pour la visite de Vevey, Montreux et environs. Promenade offerte par les Cliniques « Mon Repos », « L'Ermitage » et « Mont-Riant ». Visite de ces établissements.*

Samedi 7 août. *A 10 heures : visite de la Maison de santé de Malévoz.* »

Aïe ! la « règle absolue » ! C'est le cas de dire : « Vérité en deçà du... Jura, erreur au-delà ! »

Résultat très simple : les congressistes français et étrangers de 1923 ont emporté l'idée du néant de la médecine hospitalière en France, en dehors des établissements officiels ; ceux de 1926 emporteront celle des belles ressources de la Suisse à ce point de vue. Et ceux qui auront été aux deux Congrès compareront : «Les Suisses, quels organisateurs ! les Français, quelle incapacité : pas une clinique privée ! »

Ce n'est certainement pas le résultat que poursuivent et ont poursuivi les organisateurs de ces Congrès

Je ne doute pas que leur impartialité et leur délicatesse n'eût uniformisé la « règle absolue », des Congrès s'ils avaient été au courant de leur façon respective de la comprendre (mais un psychiatre connaît-il jamais ce qui se passe dans la tête de son voisin !...).

J'estime d'ailleurs qu'ils eussent dû l'uniformiser en adoptant le système suisse, car la prétendue tour d'ivoire française n'a qu'une apparence de justice et de délicatesse et est contraire aux intérêts des médecins et des malades.

Elle n'a qu'une apparence de justice et de délicatesse, car s'il est absolument légitime qu'on présente à tous, et que l'on glorifie, l'œuvre de médecins fonctionnaires qui, la vie assurée par traitement et retraite, ont, avec l'argent des contribuables, organisé ou amélioré des services hospitaliers, je ne crois pas que l'œuvre des médecins praticiens qui risquent leur fortune et leur avenir dans des créations hospitalières, analogues mais privées, soit inférieure ! J'estime donc que, dans les Congrès, la balance doit être tenue au moins égale entre établissements publics et privés.

La prétendue tour d'ivoire française est contraire aux intérêts des médecins, et je ne parle pas seulement des directeurs d'établissements médicaux, mais de tous les médecins, de tout le Corps médical ; car le seul moyen pour le Corps médical de conserver son indépendance, sa dignité, c'est d'être possesseur de ses instruments de travail et de ne pas être obligé de faire des plats-ventres, pour se faire nommer à tel ou tel poste, ou pour y rester ; de ne pas être obligé de quémander des subides à telles ou telles assemblées incompétentes pour réaliser des modifications ou transformations profitables à la science ou aux malades.

Et, lorsque la loi des assurances sociales sera votée, qu'en sera-t-il si le Corps médical ne possède pas déjà un embryon d'organisation hospitalière bien à lui, lui permettant de dire aux pouvoirs publics : « Notre organisation de soins fonctionne, nous sommes prêts. Que les caisses s'occupent de leurs assurés, de gérer leurs fonds ; quant aux cliniques, sanatoria, etc., c'est la partie technique, c'est nous que cela regarde » ? Si le Corps médical n'a pas organisé lui-même ses établissements hospitaliers, ce sera le servage, la paperasserie, la médecine au rabais, etc.

Enfin, oui ou non, la technique médicale s'est-elle développée de telle façon que certains traitements ne puissent être appliqués que dans les milieux organisés techniquement ? Oui ou non, la crise du logement, la crise domestique, font-elles que beaucoup de personnes ne peuvent pas se soigner chez elles ? Oui ou non, y a-t-il des malades qui ne comprennent et ne savent pas appliquer un traitement prescrit et qui ne le suivent que guidés fermement ? Enfin, y a-t-il des malades (tuberculeux, nerveux) à qui il faille, ou des conditions climatiques, ou des établissements spéciaux ?

Evidemment oui. L'intérêt des malades commande donc l'existence, et la création là où ils manquent, d'établissements hospitaliers adaptés à toutes les nécessités. Les Congrès ne sont-ils pas les occasions toutes indiquées pour permettre aux médecins de connaître et de contrôler par eux-mêmes les établissements privés ou officiels, qui peuvent être utiles à leurs malades. L'intérêt du malade demande que le médecin soit renseigné exactement sur ce dont il peut être appelé à se servir. Et là où est l'intérêt du malade, là est la médecine objet des Congrès.

Intérêt des malades, intérêt et dignité du Corps médical, simple esprit de justice sont donc en faveur de l'égalité de traitement entre les établissements publics et privés. Et si les médecins ne pratiquent pas cette égalité eux-mêmes dans leurs Congrès, comment l'Union des Syndicats médicaux pourra-t-elle la revendiquer dans la médecine sociale ?

Excusez-moi, je vous prie, mon cher Confrère, de m'étendre ainsi sur des idées qui sont, je le sais, les vôtres, mais ce petit incident du Congrès de Genève m'a « un peu remué la bile », comme on disait autrefois, en ravivant deux dépits antérieurs.

J'avais, l'année dernière, dans un article de la *Revue médicale de Franche-Comté,* plaidé la cause de la création dans notre Jura français d'un sanatorium de prix modérés qui eût rendu d'énor-

mes services. Fort de documents officiels, et de mon expérience personnelle, j'en démontrais la viabilité au point de vue finances et m'offrais à apporter moi-même, pour montrer ma confiance, un petit concours pécuniaire à celui ou ceux qui prendraient l'initiative d'une telle création. Un confrère offrit aussi sa contribution..... mais personne ne se présenta pour recevoir nos versements ! Faut-il que tous les confrères aient de bons postes, pour ne pas être plus avides de se créer une belle situation !

Mon second dépit est encore de l'année dernièe. Je visitais l'exposition missionnaire de Rome : dans les pavillons de l'Asie, de l'Afrique, de l'Océanie, etc., partout où il y avait des corps à soigner, des âmes à éduquer et à civiliser, le nom français était au premier rang ; il était aussi partout où il y avait des massacres et des martyres ; partout où il y avait du dévouement à donner et des coups à recevoir, les Français étaient là. Je pénétrai dans le pavillon médical : grands panonceaux: « sanatorium de X.. (Suisse) », « Sanatorium de Z... (Suisse) » ; collections d'insectes, planches murales, préparations anatomiques superbes « Université de X... (Allemagne) » ; livres sur les maladies tropicales (Y..... libraire à Leipzig) ; des appareils à désinfection, des instruments, des microscopes, des médicaments, des appareils photographiques (X..., à Berlin, Y... à Francfort, Z... à Hambourg,), etc. Il pouvait y avoir du commerce à faire, les Allemands étaient là bons premiers. Si les médecins français dédaignent le commerce, il y avait des idées à répandre, une influence scientifique à faire rayonner, et nous n'y étions pas... Certaine étroitesse d'esprit français en était la cause, et la Société médicale de Saint-Luc, avisée trop tard, ne put malgré ses démarches, fort bien accueillies d'ailleurs, y remédier en temps utile.

Mon cher Confrère, je crois en définitive qu'il est inutile de créer l'ordre des « Poires ». Ce serait le seul Syndicat où tous les médecins français sans exception seraient inscrits. Car je ne nous en excepte pas : vous, en raison du dévouement avec lequel vous clamez dans le désert, tant de bons conseils, et moi pour l'avoir essayé pour ma faible part.

Croyez, je vous prie, à mes sentiments les meilleurs,

Dr Henri Bon.

Que ce soit à Riga, à Paris, à Besançon, à Genève, à Rome ou ailleurs, quand il s'agit de notre expansion, surtout au point de vue médical, c'est toujours la même veulerie, la même naïveté et la même sottise.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PROPHYLAXIE FAMILIALE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par le docteur Georges Schreiber,

Secrétaire général adjoint du *Comité National de l'Enfance.*

La prophylaxie familiale de la tuberculose occupe une place prépondérante dans la lutte antituberculeuse. La fréquence des cas de tuberculose dans une même famille est un fait indéniable et qui pose immédiatement un problème fondamental: « *L'enfant naît-il tuberculeux ? Le devient-il par contagion ?* »

Hérédité ou contagion de la tuberculose. Données récentes,

L'hérédité de la tuberculose a été pendant longtemps admise comme un dogme. Les découvertes de Villemin et de Koch, en établissant l'inoculabilité et la contagiosité de la maladie, lui portèrent une grave atteinte. Les données expérimentales, anatomo-pathologiques et expérimentales, rassemblées dans les pays les plus divers montrèrent bientôt à l'évidence que dans l'immense majorité des cas *la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire* et que si elle est une *maladie familiale,* c'est uniquement parce qu'elle est *contagieuse.*

Cette opinion fut soutenue notamment par le professeur Landouzy qui ne put trouver qu'un seul cas d'hérédité conceptionnelle de la tuberculose sur 86 malades examinés par lui en collaboration avec son élève Laederich (1),. Il convient de noter cependant que chez le cobaye le

(1) Rapport présenté à la Ve session de l'*Association internationale pour la Protection de l'enfance* (Rome, 25 mai 1926).

même auteur (2) avait trouvé 23,5 p. 100 de contagions transplacentaires.

Des cas non douteux de *tuberculose congénitale* chez l'homme ont été réunis dans le mémoire de Péhu et Chalier (3), de Lyon ainsi que, dans le rapport présenté par mon maître Hutinel et son élève Tixier (4), *au Congrès international de la tuberculose de Rome*; mais ces cas ont été considérés comme des faits exceptionnels, confirmant cette règle généralement acceptée en ces dernières années que l'*enfant ne naît pas tuberculeux,* mais qu'il le devient, lorsqu'il vit dans un milieu contaminé par le bacille de Koch.

Les recherches anatomo-pathologiques de Küss (5), de Comby (6), de Benjamin et Sluka (7) montrent d'ailleurs que la *proportion des sujets tuberculeux augmente rapidement avec l'âge* et ces recherches sont entièrement confirmées par les résultats fournis par les *réactions à la tuberculine* [von Pirquet (8), Mantoux (9), Paisseau et Tixier (10), etc.]. Ces constatations obligent à admettre que la tuberculose est le plus souvent une *infection acquise,* et généralement acquise dans l'enfance. « La phtisie de l'adulte, disait le professeur Behring, est le couplet final d'une chanson dont les premiers mots ont été murmurés dès le berceau ». Le professeur Marfan (11) estime également que la tuberculose constatée chez les adolescents ou les adultes est liée à une atteinte qui s'est produite au cours des premières années de la vie et demeurée latente. L'enquête récente de Denoyelle (12), portant sur l'origine de 300 cas de tuberculose pulmonaire, montre que la contagion vraie de l'adulte n'existerait que dans 9 p. 100 des cas et que l'infection relève généralement d'une contamination de l'enfance ayant son origine dans le milieu familial.

La contagion de la tuberculose, contagion surtout familiale et pouvant se produire dès la naissance, comporte comme corollaire prophylactique la préservation de l'individu non contaminé. La lutte antituberculeuse actuelle s'inspire avant tout de cette notion fondamentale ; cependant la possibilité d'une tuberculose héréditaire n'est pas absolument exclue, et des travaux de laboratoire tout récents remettent ce problème en question.

Le professeur Arloing avec ses élèves Dufourt et Malartre (13) a montré, en mai 1925, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, que tous les produits pathologiques tuberculeux, à l'exception du filtrat de ganglion caséeux, peuvent fournir des *formes filtrantes* qui déterminent chez le cobaye des lésions spéciales. L'inoculation reste silencieuse pendant un à deux mois, ne provoquant ni lésion locale, ni adénite suppurée, mais l'examen des frottis des ganglions prélevés après autopsie décèle de nombreux bacilles de Koch.

Les éléments filtrables du bacille tuberculeux, inoculés sous la peau de femelles en gestation, traversent le placenta et infectent le fœtus donnant naissance à des lésions tuberculeuses qui renferment des formes non filtrables du même bacille. Ces faits expérimentaux mis en évidence par Arloing et Dufourt (14) d'une part, par Calmette, Valtis, Nègre et Boquet (15) d'autre part, apporteront peut-être certaines modifications à nos conceptions de l'hérédité tuberculeuse, mais les données de la clinique humaine ne permettent d'incriminer la congénitalité de la tuberculose que dans des cas très rares.

Tout récemment, Arloing et Dufourt ont relaté à l'Académie de médecine l'observation d'un enfant né prématurément à 7 mois d'une mère atteinte de tuberculose avancée, qui semble correspondre aux faits expérimentaux précédents. Le nouveau-né immédiatement isolé et mis en couveuse est mort au bout d'un mois, après une perte de poids brutale de plus d'un cinquième de son poids. On ne trouva chez lui aucune lésion tuberculeuse apparente et seulement quelques bacilles tuberculeux dans les ganglions mésentériques. L'inoculation au cobaye de fragments ou de suc filtré des principaux viscères fut négative, mais l'injection sous-cutanée du suc filtré des ganglions mésentériques provoqua la tuberculinisation des animaux inoculés.

Arloing et Dufourt estiment qu'il existe d'étranges similitudes entre cette observation humaine et leurs expériences de laboratoire ; elle leur paraît devoir être prise très sérieusement en considération au point de vue du problème de l'hérédité du germe tuberculeux, et selon ces auteurs, il est à présumer qu'il existe chez le nouveau-né une pathologie spéciale encore méconnue, due à la transmission transplacentaire du virus filtrant tuberculeux. Dans ce cadre, rentreraient notamment certains états de dénutrition, comme les hypotrophies ou atrophies dont l'origine n'est généralement pas élucidée.

L'*hérédité de graine* quoiqu'exceptionnelle, pourrait donc se manifester sous des aspects nouveaux et d'ailleurs l'*hérédité de terrain* demeure admise par certains auteurs [Debré et Lelong (16)] En tout état de cause, la prophylaxie familiale a intérêt à compter avec elles.

Modes de contagion de la tuberculose.

L'enfant — que j'aurai seul en vue dans ce rapport — est particulièrement exposé à l'atteinte du bacille de Koch, et pour le protéger efficacement, il importe de bien connaître les portes d'entrées du germe et les produits qui peuvent le véhiculer. Les ayant rappelés en détail, avec le professeur Nobécourt (17) dans un rapport antérieur consacré à la préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose, je me contenterai de les résumer brièvement :

La *porte d'entrée cutanée* est exceptionnelle, cependant des lésions impétigineuses ou eczéma-

teuses ont pu servir de voie d'accès au bacille. La tuberculose pénètre presque toujours dans l'organisme par les *muqueuses* et en particulier par les muqueuses *respiratoire et digestive*. *L'inoculation par la voie digestive*, jugée prépondérante par certains auteurs, lors du Congrès de la tuberculose tenu à Paris en 1905, tend de plus en plus à être reléguée au second plan. *L'inoculation par la voie respiratoire* est considérée actuellement comme la plus commune à la suite des travaux de Cornet, Küss, Lobstein, etc.

Quelle que soit la porte d'entrée du germe, l'important, au point de vue de la prophylaxie familiale, est de savoir comment le bacille de Koch peut arriver au contact de l'organisme infantile. Les produits qui le véhiculent peuvent être divisés en deux groupes : les *produits animaux* ou *aliments* et les *produits humains* ou *excrétions des sujets tuberculeux*.

Les *produits animaux* qui peuvent jouer un rôle au point de vue de la contagion tuberculeuse proviennent surtout des bovidés. Koch, au Congrès de Londres de 1901, s'était élevé contre l'identité des tuberculoses humaine et bovine, mais à la suite des travaux de Nocard et de Chauveau, cette opinion n'a pas prévalu et les hygiénistes jugent indispensable de soumettre à des mesures prophylactiques rigoureuses les *viandes* et surtout le *lait* provenant de vaches tuberculeuses.

Les *produits humains vecteurs de bacilles* sont beaucoup plus dangereux. Toutes les excrétions provenant de sujets tuberculeux peuvent contaminer l'enfant : les matières fécales, les urines, le pus d'abcès, etc., mais pratiquement ce sont les « *gouttelettes de Flugge* » projetées par la parole ou la toux et les *crachats* qui sont les principaux agents de transmission du bacille. Ce dernier peut atteindre immédiatement l'enfant ou se mêler aux poussières et ne devenir nocif que plus tard.

Dans l'entourage des petits malades, on note presque toujours l'existence d'un parent ou d'un domestique tuberculeux. Sur 1.000 enfants bacillaires, Cleveland Floyd et Henry Bowditch (18) ont relevé que 679 avaient été en contact immédiat avec un membre de leur famille tuberculeux. De leur côté Ch. Leroux et W. Grunberg (19) ont constaté la tuberculose chez 27,48 p. 100 des enfants issus de tuberculeux et seulement chez 9,50 p. 100 des enfants nés d'individus sains. Ces faits montrent que dans la pratique courante, c'est la *contagion humaine* qu'il convient de prendre surtout en considération et en première ligne la *contagion familiale*.

Moyens d'éviter la contagion tuberculeuse.

Les moyens sont variés. Les uns basés sur les notions précédentes et appliqués depuis une vingtaine d'années, ont été fort bien exposés dans le rapport du professeur Marfan (11) présenté en 1905 au Congrès international de la tuberculose ; les autres sont de date plus récente et j'y insisterai particulièrement.

Comme le professeur Marfan, nous envisagerons successivement le cas où l'enfant cohabite et celui où il ne cohabite pas avec un tuberculeux.

I. — L'ENFANT NE COHABITE PAS AVEC UN TUBERCULEUX.

Les mesures préconisées par le professeur Marfan conservent toute leur valeur. Elles consistent à : 1° empêcher la contagion par le lait ; 2° empêcher la contagion par les crachats au cours des promenades ; 3° empêcher la contagion en cas de changement de logis.

1° *Moyen d'empêcher la contagion par le lait.*

Behring considérait le lait infecté comme la cause la plus fréquente de la tuberculose humaine. Nous avons vu précédemment que la contagion par les excrétions de sujets tuberculeux était beaucoup plus dangereuse. Néanmoins, la transmission du bacille de Koch par le lait des bovidés doit être sérieusement prise en considération ainsi que l'ont montré Vallée et Calmette. Elle impose la soumission de toutes les bêtes laitières à l'épreuve de la tuberculine pour éliminer celles qui sont contaminées et la stérilisation du lait. Son ébullition à la casserole pendant trois à cinq minutes ou son chauffage au bain-marie par le procédé de Soxhlet assurent facilement la destruction du bacille de Koch.

2° *Moyens d'empêcher la contagion par les crachats.*

Au cours des sorties, on évitera soigneusement que l'enfant ait le moindre contact avec des sujets tuberculeux avérés ou suspects. On ne le laissera pas jouer dans les squares avec la terre presque fatalement infectée par les expectorations des phtisiques (*a*). On aura soin, en rentrant d'enlever ses chaussures et de les nettoyer de telle manière qu'elles ne puissent en aucune façon souiller les aliments. Enfin, on procédera fréquemment au lavage des mains avec brossage des ongles.

3° *Moyens d'empêcher la contagion en cas de changement de logis.*

La tuberculose est si répandue qu'il est nécessaire, toutes les fois qu'on est appelé à occuper un nouveau logement, de s'enquérir sur la présence antérieure possible d'un tuberculeux, notamment lorsque le locataire précédent est décédé. La déclaration obligatoire de la tuberculose permet-

(*a*) Des stands de sable fréquemment renouvelé, réservés aux tout petits, ont été installés à Paris dans les jardins publics. Cette mesure excellente est également réalisée dans d'autres grandes villes.

trait évidemment d'imposer à bon escient les mesures de désinfection appropriées en pareil cas.

II. — L'ENFANT COHABITE AVEC UN TUBERCULEUX.

La présence d'un tuberculeux dans la famille nécessite des mesures énergiques et immédiates. Si le sujet infecté ou suspect n'est pas un membre direct de la famille, s'il s'agit par exemple d'une institutrice, d'un domestique, d'une nourrice, d'une garde, etc. son éloignement s'impose. On aura le devoir d'ailleurs d'observer à l'égard de la personne visée les plus grands ménagements et de lui faciliter les moyens d'existence et de traitement.

Si le sujet infecté est un parent de l'enfant, la situation est beaucoup plus délicate. Le médecin devra s'inspirer des circonstances, agir à la fois avec décision et avec tact, mais il ne devra pas oublier que toute sentimentalité excessive en pareil cas peut être coupable et entraîner la mort de l'enfant.

Dans son rapport de 1905, le professeur Marfan décrit une série de moyens susceptibles de réduire les risques de contagion ; mais ces moyens n'offrent qu'une sécurité trompeuse et leur application n'est pas réalisable dans la plupart des cas. « Comment obtenir, disions-nous avec le professeur Nobécourt (17) de gens pauvres ou indigents que le malade réduise ses rapports avec les enfants au strict nécessaire, qu'il pratique de fréquents lavages antiseptiques de la bouche, qu'il se nettoie souvent les mains, qu'il mette sa main ou son mouchoir devant la bouche toutes les fois qu'il tousse ou qu'il éternue, qu'il expectore enfin dans un crachoir spécial ? Comment obtenir que tous les accessoires et objets ayant servi au tuberculeux, que le linge, les parquets, les murs soient nettoyés régulièrement et désinfectés comme il convient ? »

Le professeur Marfan reconnaissait d'ailleurs lui-même, à l'époque où il rédigeait son rapport, que, dans beaucoup de cas, les mesures de prophylaxie qu'il préconisait resteraient lettre morte. Fort heureusement des procédés de préservation plus efficaces peuvent actuellement être mis en œuvre : l'éloignement de l'enfant du milieu familial tuberculeux et la vaccination antituberculeuse préventive.

1° *Eloignement de l'enfant du milieu familial tuberculeux.*

Lorsque le père ou la mère de l'enfant sont tuberculeux, il faut arracher ce dernier au milieu contaminé. Il faut « sauver la graine ». Grancher a eu le mérite de poser ce principe et de le mettre en application en fondant en 1903 l'*Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose* qui a pour but de soustraire l'enfant menacé à sa famille et de le placer à la campagne chez des paysans ou dans des établissements spéciaux jusqu'à ce qu'il soit en âge de gagner sa vie. Les magnifiques résultats fournis par cette œuvre viennent d'être confirmés après vingt années d'expérience par son actif secrétaire général, Armand-Delille (20). Sur 2.500 petits Parisiens admis à l'Œuvre et qu'il a pu suivre personnellement, cet auteur n'a observé que 7 cas de tuberculose ; dont deux seulement mortels du fait de méningite tuberculeuse, les 5 autres se rapportaient à des tuberculoses locales qui ont guéri après envoi dans des sanatoria appropriés.

Avant la guerre, l'Œuvre Grancher n'admettait les enfants qu'à partir de 3 ans. Or, les données cliniques, anatomo-pathologiques et biologiques (réactions à la tuberculine) établissent qu'à cet âge un tiers d'entre eux sont déjà tuberculeux. Il a paru indispensable, en conséquence d'*éloigner les enfants exposés à la contagion tuberculeuse familiale d'une façon plus précoce et si possible dès la naissance* (Nobécourt et Georges Schreiber (17). « Il faut, écrivions-nous en 1913, compléter l'Œuvre de préservation des enfants contre la tuberculose fondée par Grancher, *par une Œuvre de placement des nourrissons exposés à la contagion tuberculeuse.* Cette œuvre aura pour tâche d'assurer dans les villes le recrutement des nourrissons nés dans les milieux infectés, de les placer à la campagne et d'exercer sur eux une surveillance constante. Elle pourra avoir recours *au placement libre* en choisissant des nourrices avec le plus grand soin et en les réunissant dans des *centres d'élevage* faciles à inspecter médicalement. »

Nous avons eu la satisfaction de voir cette idée réalisée en 1920. *Le Placement familial des Tout-Petits* créé par le professeur Léon Bernard avec la collaboration du Dr Debré et le concours de Madame Arnold Seligmann et Mme Alfred Sussmann a ouvert successivement des centres d'élevage ainsi spécialisés au point de vue de leur recrutement à Salbris dans le Loir-et-Cher, à Saint-Viâtre, à Nouan-le-Fuzelier, à Argent et à La Ferté-Saint-Aubin (*b*).

D'autres centres similaires ont été créés par le Dr Guinon à Beaubourg et à Dun-sur-Auron; par l'*Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, à* Saint-Pierre-le-Moutier et à Orthez.

2° *Vaccination antituberculeuse préventive.*

L'éloignement précoce du nouveau-né n'est pas toujours accepté par sa mère tuberculeuse et il est peut-être encore plus difficilement réalisable lorsque le père est contagieux [Georges

(*b*) Sur 183 enfants placés dans ces centres il n'y eut en deux ans et demi que 10 décès, dont 5 par tuberculose. Sur 153 enfants suivis à ce point de vue, 90 ont conservé une cuti-réaction négative à la tuberculine, c'est-à-dire qu'ils ont échappé à toute atteinte, même infime, par le bacille de Koch.

Schreiber (21)]. Cette mesure d'*hygiène sociale*, purement passive, ne constitue à vrai dire qu'un pis-aller ; seule la *vaccination préventive* est capable de faire entrer la prophylaxie antituberculeuse dans une phase véritablement active et largement féconde en résultats.

Jusqu'à ces temps derniers, les essais multiples de vaccination préventive à l'aide de bacilles tuberculeux humains ou animaux (bacille de la tortue) tués par le chauffage, par les radiations lumineuses ou par les substances chimiques telles que l'iode, le chlore, le fluor, etc.; à l'aide d'extraits bacillaires ou de tuberculines diverses n'ont pas été plus heureux que les tentatives de guérison des lésions constituées. Le problème à résoudre est des plus délicats parce qu'à la suite de la première atteinte tuberculeuse l'organisme semble être à la fois *immunisé et sensibilisé* alors que les infections courantes comme la rougeole, la scarlatine, les oreillons, etc., créent simplement un état d'immunité.

L'immunité conférée par l'infection tuberculeuse initiale, d'autre part, n'est peut-être que relative. Elle ne se produit, semble-t-il, que si l'infection primitive n'est pas trop forte et si l'inoculation secondaire est elle-même atténuée. Celle-ci lorsque ces conditions sont réalisées, semble engendrer des lésions moins graves que lorsqu'elle se produit chez un sujet entièrement sain.

Le bacille de Koch, une fois pénétré dans l'organisme, peut néanmoins le rendre plus sensible et certains phtisiologues français admettent que le sujet déjà atteint présente des réactions beaucoup plus vives que le sujet indemne, lorsqu'il est exposé à une réinoculation intense ou à des réinfections ultérieures minimes mais répétées.

Ces considérations expliquent les difficultés spéciales que présente la vaccination antituberculeuse. Contrairement à la vaccination contre la variole, qui est pratiquée sur des sujets indemnes, elle risque d'être appliquée à des individus déjà infectés puisque 98 p. 100 des adultes présentent une cuti-réaction positive à la tuberculine. Au lieu de créer chez eux un état d'immunité parfaite ou de renforcer celle qu'ils possèdent déjà, on s'expose à les *sensibiliser* et à déchaîner une poussée aiguë avec apparition d'une phtisie évolutive incurable.

En tout état de cause, la vaccination antituberculeuse risque donc d'être d'autant plus inoffensive qu'elle est pratiquée chez des sujets ayant plus de chances d'être indemnes. Or, la cuti-réaction montre que les nouveau-nés ne naissent jamais tuberculeux, mais qu'un quart des enfants présentent déjà une atteinte tuberculeuse plus ou moins accentuée à deux ans et la moitié à 5 ans.

C'est donc chez le nouveau-né dans les premiers jours de la vie avant toute contamination possible que le vaccination antituberculeuse préventive semble logiquement devoir être pratiquée.

Pour rendre cette vaccination réalisable, Calmette et Guérin (22) se sont efforcés d'obtenir un bacille ayant perdu toute propriété tuberculigène. Ils y sont parvenus en faisant pousser pendant treize ans un bacille tuberculeux d'origine bovine sur un milieu de culture préparé avec des pommes de terre cuites dans la bile de bœuf glycérinée à 5 %. Après 230 passages successifs sur ce milieu extrêmement alcalin et très riche en lipoïdes, Calmette et Guérin ont obtenu un bacille dénommé par eux bacille B. C. G. modifié à tel point qu'il devient absolument inoffensif, non seulement pour les jeunes bovins et pour les bovidés adultes indemnes de tuberculose, mais aussi pour toutes les espèces animales susceptibles d'être infectées par le bacille tuberculeux, y compris les singes anthropoïdes. L'injection sous-cutanée intraveineuse ou intrapéritonéale de ce bacille, de même que son ingestion, ne donne plus lieu à aucune formation de tubercules.

Le bacille B. C. G. est donc complètement privé de virulence. Il est néanmoins toxique pour les animaux tuberculeux. Les bouillons glycérinés dans lesquels on le cultive renferment une tuberculine qui détermine dans les organismes infectés, l'apparition d'anticorps décelables par la réaction aujourd'hui classique de Bordet-Gengou.

Les essais de vaccination préventive entrepris par Calmette et Guérin sur des bovidés à l'aide du *bacille B. C. G.* ont été entièrement favorables. En injectant sous la peau de tout jeunes animaux ayant moins de deux semaines en plein tissu conjonctif lâche du fanon une forte dose (50 à 100 milligrammes) de ce bacille, ils sont parvenus à les vacciner contre la tuberculose à ce point que pendant quinze mois ils supportent sans inconvénient l'injection intraveineuse d'une dose de bacilles bovins vivants et virulents, susceptibles de tuer en 6 à 8 semaines, par granulie aiguë, tous les animaux témoins de même âge. Les jeunes bovidés ainsi vaccinés réagissent positivement à la tuberculine pendant tout le temps que leur immunité s'établit. Ils cessent ensuite de réagir et quelques mois après leur immunité disparaît, ce qui nécessite des revaccinations. En pratiquant celles-ci annuellement Calmette et ses collaborateurs ont pu maintenir en parfaite santé depuis trois ans, 127 jeunes bovidés dans un troupeau particulièrement contaminé par la tuberculose.

Les résultats expérimentaux et l'innocuité du vaccin de Calmette et Guérin ont été jugés d'ores et déjà suffisants pour les inciter, avec Weill-Hallé (23), à étendre *leurs essais à l'espèce humaine. Les vaccinations successives ont été prati-*

quées chez le nouveau-né dès les premiers jours de la vie, pour prévenir toute contamination possible. Ces vaccinations ont été réalisées par la voie intestinale qui peut être utilisée pendant les huit ou dix premiers jours en raison de la perméabilité de la muqueuse intestinale à cette période.

Le *mode d'administration* est le suivant : le nouveau-né doit absorber *trois doses* de vaccin B. C. G. (*c*), chacune de deux en deux jours et le plus tôt possible après la naissance, par exemple, les 3e, 5e et 7e jours ou les 5e, 7e et 9e jours. Une seule dose ou deux ne suffiraient pas à produire l'effet utile recherché.

L'administration de chaque dose s'effectue en versant celle-ci dans une petite cuiller contenant un peu de lait et en la faisant boire au nouveau-né de préférence une demi-heure avant la tétée, l'estomac étant libre à ce moment de tout aliment et de sucs digestifs.

On doit prendre soin d'agiter fortement le flacon ou l'ampoule, avant d'en vider le contenu dans la cuiller. Si on utilise une ampoule, il faut, après l'avoir secouée, la tenir horizontalement, en couper les deux pointes, s'assurer qu'il n'y a pas d'éclat de verre adhérent et la redresser verticalement en lui imprimant quelques secousses au-dessus de la cuiller, pour évacuer *tout ce qu'elle contient.*

L'ingestion du vaccin de Calmette-Guérin ainsi réglée paraît absolument inoffensive pour le nouveau-né, elle ne détermine notamment aucun trouble digestif, ni aucun malaise.

Les essais poursuivis depuis 5 ans par Calmette et ses collaborateurs (24) portent actuellement en France sur plus de 5.000 enfants, en Belgique sur 117, en Indo-Chine sur 3.352 et au Sénégal sur 218, de telle sorte qu'ils ont été effectués sur différentes races humaines. Alors qu'en Europe, la mortalité par tuberculose pour les nourrissons de moins d'un an, nés et élevés dans un milieu familial contaminé, est au moins de 25 p. 100 (*d*), celle des nourrissons vaccinés par le B. C. G. n'atteint pas 2 p. 100. La vaccination permettrait donc de sauvegarder au moins 93 p. 100 des enfants, voués autrement à la tuberculose dès leur première année.

(*c*) Le vaccin B. C. G. est délivré gratuitement aux médecins qui en font la demande à l'*Institut Pasteur, Laboratoire de la tuberculose,* 25, rue Dutot, Paris (15e), en spécifiant pour quel nombre d'enfants et pour quelle date. Il est remis sous la forme de petits flacons ou d'ampoules représentant chacun *une dose* qui doit être absorbée par la *voie buccale.* Cette dose, primitivement de deux milligrammes de B. C. G. a été portée à un centigramme. Les trois doses représentent au total trois centigrammes, soit environ 1.200 millions de bacilles.

Le vaccin B. C. G. étant constitué par une culture de bacilles *vivants*, privés de virulence, doit toujours être fraîchement préparé. Il ne peut se conserver plus de dix jours, d'où impossibilité de créer des stocks et d'expédier les doses d'avance.

(*d*) A Paris cette mortalité atteint même 32,6 p. 100.

Ces premiers résultats sont donc nettement favorables mais il serait prématuré d'introduire cette méthode dès à présent dans la pratique médicale courante et de soumettre tous les nouveau-nés à la vaccination antituberculeuse préventive. *Pour l'instant, il semble surtout désirable de limiter les essais d'immunisation par le vaccin B. C. G. aux nouveau-nés exposés à la contagion familiale et notamment aux enfants de mères tuberculeuses.*

Si les expériences de contrôle, entreprises sur une plus large échelle, confirment la valeur du vaccin B. C. G., il restera à établir la durée de l'immunité qu'il confère. Les recherches pratiquées sur les animaux permettent de supposer que des revaccinations périodiques seront nécessaires pour exercer une protection efficace de l'organisme. En attendant d'ailleurs que ce vaccin ait fourni sa preuve d'une façon certaine (*e*), il est évidemment indiqué de continuer à préserver les enfants du contact des porteurs de bacilles en ayant recours notamment à leur éloignement précoce du milieu familial contaminé.

Moyens d'élever la résistance des enfants à l'infection tuberculeuses. Renforcement du terrain.

Ces moyens sont mis en œuvre depuis de nombreuses années, et dans le livre que nous avons consacré avec le professeur Nobécourt (26) à l'Hygiène sociale de l'Enfance, nous nous sommes longuement étendus sur les principaux d'entre eux : *école de plein air, gymnastique, colonies de vacances, héliothérapie,* etc. Ils sont assez répandus pour qu'il nous suffise de les mentionner dans ce rapport. Nous nous contenterons d'attirer l'attention sur le parti qu'on peut tirer de l'utilisation systématique « *à titre préventif* » des *rayons ultra-violets.*

L'*héliothérapie artificielle,* facile à installer partout, rend de très grands services et n'offre aucun inconvénient à condition d'être maniée avec prudence par un médecin averti. Elle supplée dans les grandes villes à l'héliothérapie naturelle et, comme celle-ci, elle augmente la résistance des enfants aux infections. Les rayons U. V. accroissent les échanges, augmentent l'appétit et les poids ; ils élèvent dans le sang le nombre des globules rouges, des lymphocytes, de l'oxygène dissous ou de l'oxygène fixé sur les globules. Ces propriétés biologiques justifient leur application systématique et préventive aux enfants particulièrement exposés à la contagion tuberculeuse : *aux débiles, aux anémiques, aux hypotro-*

(*e*) A côté des très belles recherches de Calmette et de ses collaborateurs, il convient de citer les travaux très intéressants de Rappin (25) directeur de l'Institut Pasteur de Nantes, qui délivre un séro-vaccin préparé au moyen de bacilles tuberculeux dégraissés et fluorés avant d'être soumis à l'action prolongée d'un sérum antituberculeux.

phiques, aux convalescents de coqueluche et de rougeole.

A ce point de vue, il serait très désirable, comme le demande Saidman (27) de munir tous les dispensaires d'une installation actinothérapique. Au Dispensaire de Charonne, Ribadeau-Dumas (28) a aménagé dans ce même but un insolarium éclairé par des lampes à arc métalliques qui en toutes saisons permettent de réaliser une prophylaxie antituberculeuse et antirachitique très efficace.

Les méthodes que nous venons d'exposer, passives ou actives, hygiéniques ou préventives, ne permettent pas encore de considérer comme résolu le problème de la prophylaxie de la tuberculose. Elles réalisent néanmoins des progrès sensibles et permettent chaque année de sauver de nombreuses existences humaines. Ce résultat indiscutable justifie leur vulgarisation la plus large et leur adoption, en particulier dans les familles si nombreuses exposées à la contagion tuberculeuse.

Conclusions.

Pour résumer cette étude, nous pourrons formuler les *conclusions* suivantes :

1° La prophylaxie familiale joue un rôle primordial dans la lutte antituberculeuse, car la tuberculose est presque toujours contractée par contagion après la naissance et cette *contagion est surtout familiale*. Les travaux récents laissent entrevoir que l'hérédité de la tuberculose pourrait comporter des modalités variées, cependant jusqu'à plus ample informé, on peut admettre que la tuberculose n'est qu'exceptionnellement héréditaire.

2° La tuberculose de l'enfant est donc évitable et pour s'opposer à la contagion, il faut éloigner les enfants sains du milieu infecté. La proportion des enfants tuberculeux augmente rapidement avec l'âge ; donc pour être efficace l'*éloignement doit être précoce et effectué dès la naissance* (Nobécourt et Schreiber).

3° La *vaccination préventive antituberculeuse* par le vaccin B. C. G. (Calmette et Guérin), poursuivie depuis 5 ans en France et à l'étranger, paraît fournir des résultats favorables. Son application à tous les nouveau-nés ne pourra être envisagée que lorsque des essais complémentaires auront été pratiqués sur une très grande échelle et pendant de nombreuses années. *Dès à présent, tous les nouveau-nés exposés à la contagion familiale, et notamment ceux qui sont issus de mères tuberculeuses, sont justiciables de cette vaccination.*

4° Tous les moyens susceptibles d'élever la résistance des enfants à l'infection tuberculeuse doivent être utilisés : *école de plein air, gymnastique, colonies de vacances, héliothérapie naturelle et atrtificielle.* Il est recommandable, en particulier, d'avoir recours *préventivement* aux *rayons ultra-violets* pour « renforcer le terrain » des enfants particulièrement exposés à la contagion tuberculeuse, débiles, anémiques, hypotrophiques, convalescents de coqueluche et de rougeole.

BIBLIOGRAPHIE

(1) LANDOUZY et LAEDERICH. — Etude expérimentale de l'hérédité tuberculeuse. (*La Presse médicale*, 18 octobre 1911.)

(2) LANDOUZY. — Sur les voies conceptionnelles et transplacentaires de pénétration de la tuberculose (hérédo-tuberculose). (*XIe conférence internationale contre la tuberculose, Bruxelles* 1910.)

(3) PÉHU et CHALIER. — De la tuberculose humaine congénitale. (*Archives de médecine des enfants*, janvier 1908)

(4) HUTINEL et TIXIER. — La tuberculose latente des nourrissons. (*Revue de la tuberculose*, avril 1912, n° 2.)

(5) KUSS. — De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. (Thèse de Paris, mars 1898.)

(6) COMBY. — Rôle de la contagion humaine dans la tuberculose infantile. (*Archives de médecine des enfants*, mars 1909, n° 3.)

(7) BENJAMIN et SLUKA. — *Jahrb. f. Kinderheil K.*, 1905, p. 517.)

(8) PIRQUET. — Kutane und konjunctivale tuberkulinreaction. (*Handbuch der technick und methodik der Immunitätsforschung* de Kraus et Levaditi, t. I, p. 1035.)

(9) MANTOUX, cité par PÉHU. — Rapport sur les réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant. (*Ass. française de pédiatrie*, Paris, octobre 1911.)

(10) PAISSEAU et L. TIXIER. — *Ass. française de pédiatrie*, Paris, octobre 1911.

(11) A.-B. MARFAN. — Préservation de l'enfant contre la tuberculose dans sa famille. (Rapport au *Congrès international de la tuberculose*, Paris, 1905.)

(12) DENOYELLE. — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (Thèse de Paris, 1925.)

(12) F. ARLOING, A. DUFOURT et MALARTRE. — Les formes filtrantes du bacille de Koch et le problème de l'hérédité tuberculeuse. (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 19 mai 1925.)

(14) F. ARLOING et A. DUFOURT. — Transmission par voie transplacentaire du virus tuberculeux filtrant d'origine humaine. Conceptions nouvelles de l'hérédité tuberculeuse. (*Bull. Académie des sciences*, 23 novembre 1925.) Rôle présumé du virus tuberculeux filtrant dans la pathogénie de certaines hypotrophies et atrophies des nourrissons nés de mères tuberculeuses. (*Académie de médecine*, 23 mars 1926.

(15) A. CALMETTE, J. VALTIS, L. NEGRE et A. BOQUET. — Infection expérimentale transplacentaire par les éléments filtrables du bacille tubercu-

leux. (*Archives médico-chirurgicales de Normandie*, n° 23, novembre 1925.)

(16) R. Debré et Lelong. — Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse. (*Annales de médecine*, mars et juin 1925, t. XVII, n° 3 et 6.)

(17) P. Nobécourt et Georges Schreiber. — Préservation de l'enfant du premier âge contre la tuberculose. De la nécessité d'éloigner l'enfant dès la naissance du milieu familial tuberculeux. (Communication au *Congrès du Royal Institute of public Health*, Paris 15, 19 mai 1913 et *Arch. de médecine des enfants*, avril 1914.)

(18) Cleveland Floyd et Henri Bowditch. — *Archives of pédiatrics*, 1909.

(19) Ch. Leroux et W. Grunberg. — Enquête sur la descendance de 442 familles ouvrières tuberculeuses. (*Revue de médecine*, 10 novembre 1912, page 900.)

(20) Armand-Delille. — La préservation de l'enfance contre la tuberculose. Vingt années d'expériences. (*Vers la santé*, octobre 1925.)

(21) Georges Schreiber. — De la difficulté d'éloigner l'enfant dès la naissance du milieu familial tuberculeux, lorsque le père est contagieux. (*Le Concours médical*, 10 avril 1925.)

(22) A. Calmette et G. Guérin. — Vaccination des bovidés contre la tuberculose et méthode nouvelle de prophylaxie de la tuberculose bovine. (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1924.)

(23) A. Calmette, G. Guérin et Weil-Hallé, avec la collaboration de Boquet, Nègre, Wilbert, Léger et Turpin. — Essais d'immunisation contre la tuberculose. (*Académie de médecine*, 24 juin 1924.)

(24) A. Calmette, G. Guérin, L. Nègre et Boquet avec la collaboration de Weil-Hallé, Wilbert et Turpin. — Résultats des essais de prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B. C. G., 1911 à 1926. (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XL, n° 2, février 1926.)

(25) G. Rappin. — Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose, XVII° Congrès français de médecine 27-29 septembre 1923.)

(26) P. Nobécourt et Georges Schreiber. — Hygiène sociale de l'enfance, Paris 1921. (*Masson et Cie, éditeurs*.)

(27) J. Saidman. — Les rayons ultra-violets en thérapeutique, Paris, 1925. (*Gaston Doin, éditeur*.)

(28) Ribadeau-Dumas. — Tuberculose infantile. (*Revue française de pédiatrie*, 1925, page 467.)

CAUSERIE CHIRURGICALE

La chirurgie en face de la guerre,

Par Dartigues.

Il y a des esprits, même distingués, qui pensent que la guerre a fait faire de grands progrès à la chirurgie. Je ne suis pas de ceux-là. Pendant la guerre, j'entendais avec une certaine impatience, de nombreuses gens dire : « Comme vous devez vous faire la main ! Quels progrès la chirurgie est en train de faire par la guerre ! » Et ces gens à l'esprit simple ne voyaient pas que, précisément, les chirurgiens apportaient au service des blessés leur main déjà faite, leur savoir et leur expérience, fondés sur une chirurgie perfectionnée grâce à laquelle ils pouvaient être utiles.

Et ceci me fait penser au vieux cliché tant de fois entendu et qui agace de sa banalité courante les vrais chirurgiens autant que les médecins : «La chirurgie, Monsieur, a fait beaucoup plus de progrès que la médecine ! » Ces opinions sont de la même espèce falsifiée que celle qui a voulu faire croire, au début des hostilités, qu'il y avait une chirurgie de guerre distincte de la chirurgie de paix. Heureusement pour nos soldats, que ce dernier mythe n'a pas duré, et qu'est restée la chirurgie tout court appliquée au bris de la guerre.

En effet, il ne faut pas confondre découverte **scientifique véritable**, acquisition chirurgicale nouvelle, avec adaptation plus ou moins réussie et adéquate à une situation formidable.

Sous le rapport acquisitions proprement dites ; il n'y a eu que très peu de chose de vraiment neuf La *gangrène gazeuse*, le *tétanos* et autres *infections* avaient déjà leur traitement, et si ces fléaux ont fait au début de sombres hécatombes, c'est qu'on n'était pas organisé encore pour les prévenir par la sérothérapie prophylactique. La guerre a utilisé et appliqué en grand la *stérilisation*, la *vaccinothérapie*, la *sérothérapie*, la *désinfection* (y compris celle des champs de bataille pour mettre à l'abri de la putréfaction des cadavres), mais elle ne les a pas inventés, elle a jugulé les épidémies prêtes à naître ou à renaître, comme la typhoïde, le typhus, le choléra, la peste, etc. ; elle n'a pas créé pour elles de nouveaux remèdes. Elle a lutté victorieusement, mais simplement par des mesures appropriées contre le génie du mal prêt à jeter sur le monde et l'humanité le déluge de ses contagions.

Pour ce qui est du *traitement des plaies* par le débridement large et le nettoyage, ce ne fut pas une « nouveauté », pas plus que la *suture primitive* de ces plaies. Cela était connu d'Ambroise Paré ; ainsi que l'a dit le professeur Forgue, et je l'ai

moi-même prouvé pour les chirurgiens de la Révolution et de l'Empire, par des textes que j'ai apportés à la Société de médecine militaire. Les mots « effeuillage, ébarbage, épluchage, émondage des plaies, « ne sont que des mots imagés par lesquels, à mon sens, on a fait trop de gloire d'une méthode extraordinaire, à certains chirurgiens mis en vedette à ce sujet, alors qu'il venait à l'idée de tous les esprits bien nés parmi les chirurgiens de pratiquer méthodiquement cette chirurgie de netteté et de détersion.

Les *fractures* ont été mieux appareillées par l'extension combinée à la suspension ; la *chirurgie d'ostéosynthèse,* encore si discutée, existait et a reçu des applications plus nombreuses, voilà tout ; de même la *chirurgie du poumon* qui a reçu la forte impulsion de Pierre Duval, la *chirurgie maxillo-faciale* qui, sous l'influence de Morestin, Sébileau, Lemaître, Imbert, reçut une grande extension, la chirurgie *cranio-cérébrale* et celles des *sutures nerveuses,* la *chirurgie des plaies abdominales,* dont le principe de la laparotomie dès les premières heures était depuis longtemps mis en vigueur : tout cela a comporté des initiatives d'application, mais non une initiation scientifique.

Il y a eu toutefois une notion digne d'être enregistrée, c'est celle du *shock traumatique* qui, comme l'ont montré les professeurs Quénu et Duval, est dû à l'intoxication par des poisons microbiens et des poisons tissulaires dus à l'histolyse et à la résorption des tissus morts, notion pathogénique qui entraîne comme conséquence pratique la nécessité d'opérer au plus tôt pour supprimer le foyer toxigène et mortel. Et encore, le prof. Forgue dit que cette notion avait été entrevue par Larrey qui n'ignorait pas qu'il fallait, dans certains cas, opérer immédiatement pour supprimer tout du foyer traumato-toxique.

En somme, la guerre a apporté, plutôt que des solutions scientifiques, des solutions heureuses à des problèmes d'organisation et de pratique prophylactiques.

Elle a institué sur une très grande échelle le travail en série qui a permis de bonnes statistiques et de justes mises au point ; elle a organisé les méthodes d'exécution pour l'intense rendement ; elle a développé l'association des armes thérapeutiques avec les armes chirurgicales : la *radiologie,* la *bactériologie,* la *chimie,* la *médecine spécialisée* comme la *neurologie,* la *prothèse,* l'*anatomie pathologique,* la *mécanique,* les *agents physiques,* tout cela gravitant autour de l'opération pour la compléter ou la préparer. Elle a, par le *travail en équipes,* et en recourant à toutes les collaborations de toutes les compétences, à tous les cerveaux et à toutes les volontés, abouti à ce que le professeur Forgue a appelé d'un mot très exact : la *synergie scientifique.*

Elle a été pour la plupart d'entre nous une éducatrice, un entraînement merveilleux à la *chirurgie d'urgence* ; elles nous a habitués plus qu'avant la guerre, à faire des séries opératoires ; elle a reculé les limites de l'audace en nous habituant à des hardiesses qui pouvaient auparavant nous paraître surprenantes et qui nous semblent aujourd'hui plus naturelles ; elle nous a fortifiés dans l'*énergie opératoire,* car, ainsi que le dit justement mon ami Pauchet : « La timidité est aussi dangereuse que la témérité ».

Mais si elle a éduqué de nouvelles générations de chirurgiens elle a eu une *influence morale en éduquant aussi le public* et en transformant extraordinairement sa pensée et son sentiment vis-à-vis de la chirurgie : l'homme, le soldat, le guerrier, la femme, l'infirmière dévouée qui nous ont aidés à le soigner, ont pris l'habitude du sang et de la douleur et ont fait une juste mise au point de leurs manifestations devant la chirurgie qui arrêtait l'un en calmant l'autre.

Avant la guerre, les interventions chirurgicales étaient plus redoutées, parce que l'opération remue les sentiments de peur qui sont dans la plupart des âmes et incite aux révoltes de la chair menacée. Cet instinct de défense du corps qui se dresse devant les coups et les solutions de continuité provoquées par les armes chirurgicales, l'imagination aidant ; ajoutez à cela, pour les êtres amoindris physiquement et moralement par la maladie, génératrice de lâcheté, des visions affolantes d'acier qui étincelle et de chairs pantelantes, vous comprendrez alors que la chirurgie inspire aux ignorants et aux mal renseignés une crainte profonde que parfois légitiment des désastres ou des essais audacieux et avortés. Après la guerre, le profane, en multitude, ayant fait connaissance de près avec la table de chirurgie et les chirurgiens, les redoute bien moins ; et cette transformation spirituelle a une conséquence heureuse, car maintenant il est plus facile, bien qu'il reste pas mal de progrès à réaliser, de faire admettre l'utilité et la nécessité d'une opération d'urgence pour une appendicite aiguë, un ulcère perforé de l'estomac, une vésicule biliaire rompue, une occlusion, un cancer au début. En tout cas, nous sommes sur le chemin d'une admission de plus en plus facile de la chirurgie par les malades et leur entourage. En somme, à mesure que va croissant le progrès de la chirurgie, va croissant le progrès de la confiance : un *mouvement psychique* suit le *mouvement matérialiste* des acquisitions de la chirurgie par les malades et leur entourage.

Ce qu'il y a de plus clair à retenir pour l'avenir, de la leçon de la guerre, c'est que « *la guerre à la guerre* » qui a fait que tant d'hommes ont consenti au sacrifice, et qui a fait marcher les masses nationales du monde, est une duperie à enregistrer et une noble illusion humaine qu'il

◆◆◆◆

faut dissiper pour voir clair, si possible, dans le futur. Il est acquis pour longtemps que la guerre, comme une maladie périodique des collectivités raciales, survivra et sera de plus en plus monstrueuse, massive et terrifiante, secouant l'humanité à la façon d'un phénomène météorologique dans un cataclysme de chair broyée, foudroyée, asphyxiée.

Et alors, il faudra que les applications thérapeutiques de la science médico-chirurgicale soient utilisées pour remédier à des désastres sans nom : la loi éternelle d'opposition du bien et du mal se traduira par une lutte parallèle de la défense de l'organisme contre les attaques morbifères.

Réfléchissez-y donc un peu : rien ne se ressemble complètement dans l'espace et le temps et tout évolue : et la guerre elle-même.

Les leçons du passé sont utiles, certes, parce que l'on ne peut s'instruire que sur du passé pour s'essayer à y trouver, si possible, des prévisions ; mais cela n'implique pas que la prochaine fois cé sera la même chose. Puérils ont été ceux qui ont pensé que 1914 allait être à peu près comme 1870 ; plus puérils encore ceux qui, après l'affreuse expérience dernière pensent que la future conflagration sera calquée sur celle de 1914. La prochaine guerre, tout en étant terrestre et marine, souterraine et sous-marine, sera avant tout une guerre des hauteurs : ce ne sera pas plus une guerre de balles et d'obus ce sera une guerre de vol aérien et de gaz poursuivant la réalisation, sur des vastes espaces, d'une atmosphère irrespirable et mortelle au moyen d'armées apocalyptiques d'avions. Les blessures reçues par ceux d'en bas se porteront surtout sur la tête et les épaules dans cette guerre de chute, beaucoup plus que sur les parties inférieures du corps, et dans les blessures de ceux qui tomberont du ciel comme des archanges foudroyés, domineront les vastes brûlures provoquées par les avions en feu.

Il est donc à présumer que l'asphyxie, la brûlure seront les maîtresses furieuses de la guerre, et que *la médecine cette fois, jouera probablement un plus grand rôle sauveur que la chirurgie. L'organisation médico-chirurgicale* sera une organisation d'abri et de lutte par une contre-chimie et des contre-poisons, et la chirurgie s'emploiera sur une plus grande échelle dans cette lutte que dans la recherche des débris de projectiles.

Dans la défense guerrière, des trombes de gaz seront lancées contre des nuages de gaz qui s'annihileront et se résoudront en pluie, ou au contraire éclateront après une nouvelle combinaison chimique déterminée par cette rencontre.

De même, il y aura un secours médico-chirurgical à organisation extrêmement mobile et à vaste déplacement, pour amener à grande vitesse les blessés, les asphyxiés dans les centres de reviviscence.

Excusez cette vision qui vous paraît fantasmagorique, mais dites-moi si vous le pouvez, si la dernière guerre que nous avons subie n'eût pas paru une fantasmagorie sortie d'une imagination en délire aux chevaliers bardés de fer d'il y a 500 ans, aux galants guerriers en dentelles du XVII[e] siècle, aux grognards de Napoléon et même aux vieilles barbes de 1870 ?

En tout cas, du rapport de la chirurgie avant la guerre, se dégage l'idée consolatrice qu'à côté de l'homme qui sait et veut tuer, il y a sur la terre en perpétuel travail malgré tout d'une humanité plus haute, l'homme qui veut et sait sauver, guérir et soulager.

La réalité d'hier peut être encore celle de demain, de plus tard, et il apparaît qu'une des destinées de la chirurgie est d'adapter parallèlement sa puissance à celle de la guerre en utilisant les acquisitions qu'elle possèdera au moment des nouvelles conflagrations plutôt qu'en faisant de hâtives inventions.

ORIGINE ET IMPORTANCE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE DANS LA PHYSIOLOGIE DE LA CELLULE

D. Drouet.

Docteur en Pharmacie,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Du point de vue physiologique :
Métabolisme, mouvement = vie
Fixation = mort.

L'acide phosphorique, acide cellulaire et humoral, est au *transit général* ce que *HCl est au transit gastrique.*

L'acide phosphorique est, à la fois, l'élément physiologique *entraînant les corps, azotés, hydrocarbonés, graisses, minéraux, et l'élément activant les différents corps diastasiques,* vitaminiques.

Si la physiologie démontre que tel organe, telle sécrétion, ont un rôle, une fonction bien déterminée, elle démontre aussi que ce rôle, cette fonction, sont intimement liés, sont en relation avec le bon fonctionnement des autres organes, des autres sécrétions.

De même, la biologie démontre que si un corps donné a une action définie dans le métabolisme, dans les mutations, cette action, sa limite, sa réversibilité, sont en rapport intime, sont conditionnée par la présence d'éléments synergiques.

Dans la vie, tout se tient, toutes les fonctions, toutes les sécrétions, tous les organes sont plus ou moins solidaires.

C'est ainsi que, du point de vue du métabolisme gastrique, HCl, acide de l'estomac, peptonise les albumines à 40°, *en solution concentrée* ; en solution *faible*, l'hydrolyse n'est obtenue *qu'à* 100° degrés, mais l'hydrolyse des albuminoïdes à 40° *seulement* par une solution *faible d'HCl* est obtenue en présence de la pepsine ; c'est-à-dire que dans ces conditions, cette réaction devient *compatible avec la vie.*

Ceci démontre que le transit gastrique normal ne doit être vu qu'avec l'action de HCl en présence de la pepsine, de la ptyaline, et des diastases apportées par la « leucopédèse gastrique », suivant l'expression du professeur agrégé Loeper.

Si l'action catalytique de HCl s'exerce localement dans l'estomac, l'action de l'acide phosphorique, acide cellulaire, s'exerce dans toutes les cellules, s'étend à tous les éléments azotés, hydrocarbonés, graisses et minéraux.

***

Lorsqu'on soumet le muscle d'un animal, cobaye ou chien, à une action tétanisante à l'aide de la strychnine, par exemple, dans le suc musculaire, obtenu par macération dans de l'eau chaude, puis expression de ce muscle, le dosage de l'acide phosphorique salin indique une augmentation très marquée sur la teneur en acide phosphorique salifié, renfermé dans le suc musculaire d'un animal non tétanisé. Au contraire, sur un animal longtemps maintenu immobile, j'ai observé que le dosage indiquait une diminution de l'acide phosphorique soluble.

Laquer et Fletscher, opérant sur les mammifères, ont pu également constater l'acidification du muscle, et que cette acidification était provoquée par l'acide lactique et phosphorique. L'acide phosphorique seul persiste, l'acide lactique disparaît, ce qui était à prévoir, l'acide lactique, acide organique, étant brûlé dans un organisme normal.

Laquer et Fletscher ont également observé que l'acide phosphorique libre dosé, est en quantité d'autant plus grande, que le muscle s'appauvrit en hydrate de carbone. Ces faits démontrent que le muscle en travail, libère, mobilise de l'acide phosphorique par suite du métabolisme, du transit accéléré, conséquence du travail.

Ces faits démontrent aussi que l'acide phosphorique est bien l'acide cellulaire, mobilisé en quantité d'autant plus grande que les échanges, que le transit sont plus accélérés.

Etant donnée l'origine minérale de l'acide phosphorique, son pouvoir catalyseur, qui en découle, sa propriété de ne pas coaguler les albumines, on conçoit que la libération de cet acide physiologique active les échanges. Cette action s'exerce, soit par action directe hydrolysante surtout, soit par action indirecte, en favorisant, en activant les différents éléments d'actions diastasiques, vitaminiques.

Il en résultera donc une activation des phénomènes d'assimilation, et de désassimilation, double courant des éléments qui constituent la vie.

On pourrait m'objecter que l'augmentation de PO^4H^3 n'indique pas forcément que c'est l'activité du muscle qui a libéré de l'acide phosphorique, mais simplement qu'il a augmenté le passage de l'acide, d'autant mieux, me dira-t-on, que les nucléoprotéides et les lécithines sont très peu abondants dans le muscle.

A cette objection, je répondrai que, dans un cas comme dans l'autre, c'est la révélation de l'importance du PO^4H^3 dans le métabolisme ; s'il est juste que les combinaisons des matières azotées et des graisses sont peu abondantes dans le muscle, il n'en est pas de même de l'hexose phosphorique, ou acide *éther* de *l'inosite*, sucre du muscle. C'est pourquoi Laquer et Fletscher ont pu remarquer que l'acide phosphorique libre, libéré par le travail musculaire, est d'autant plus grand que le muscle s'appauvrit en hydrate de carbone.

C'est la démonstration que l'hexose phosphorique est un *produit intermédiaire dans la désintégration des sucres.*

L'acide phosphorique se présente donc bien ici comme l'élément d'entraînement, de mutation, de mobilisation du carbone des sucres.

Emobden et ses collaborateurs Grafe, Schmitz etc., dans leurs études sur le rôle de PO^4H^3 dans la physiologie du muscle, désignent sous le nom de lactacidogène, la combinaison complexe dont ils reconnaissent que l'hexose phosphorique est la dominante. Ils voient dans le lactacidogène une réserve de PO^4H^3, de même que le glycogène est une réserve en hydrate de carbone. Si le lactacidogène est la réserve musculaire d'acide phosphorique, les nucléines sont les réserves phosphoriques des noyaux cellulaires, surtout des cellules du système nerveux ; dans d'autres milieux, ce sont les lécithines ou les phosphates minéraux qui sont plus particulièrement les réesrves phosphoriques.

Ces faits démontrent que l'action *de l'acide phosphorique est d'ordre général*, que son action *d'entraînement*, son action sur le métabolisme, *s'étend à tous les corps* azotés, hydrates de carbone, graisses et minéraux.

La présence d'acide phosphorique dans le milieu humoral active les différents ferments, diastases, oxydases, catalases, zymases, etc., produits par les glandes, véhiculés par les leucocytes.

Du point de vue leucogène, l'acide phosphorique du milieu humoral, en assurant le transit des éléments nutritifs organiques et surtout minéraux, évite l'imprégnation, la sclérose des membranes cellulaires et favorise aussi la circulation, la mobilité des leucocytes, c'est-à-dire la défense contre l'infection.

L'acide phosphorique monnayable, cellulaire ou humoral, activant tous les éléments diastasiques, amplifiera, activera, l'action d'un catalyseur, d'oxydation, comme l'insuline, agissant sur les hydrates de carbone, les graisses et leurs produits de désagrégation, cétones, etc. De même il *activera le « facteur O »*, diastase oxydante des combinaisons azotées.

Il activera également *les corps vitaminiques*, les *diastases, les acides aminés des végétaux, des fruits et des matières grasses fraîches, d'origine animale*, qui *influencent l'utilisation* des minéraux, particulièrement du calcium.

L'acide phosphorique libre est donc au transit général, ce que HCl est au transit gastrique.

Outre les résultats cliniques confirmant les conceptions ci-dessus exposées, expérimentalement, il est facile de mettre en évidence l'action activante de l'acide phosphorique.

Harden et Joung ont montré qu'en introduisant le suc de levure dans un dialyseur, on décompose la zymase en deux parties : un liquide dialysable et un produit non dialysable.

Le produit de dialyse est inactif au point de vue fermentatif ; il en est de même du produit non dialysable.

Mais la fermentation se produit si on réunit le produit dialysable et le non dialysable.

Le produit dialysable est considéré comme un coferment, comme la substance activante.

Si, au lieu du coferment, on ajoute à la substance inactive non dialysable du phosphate acide de sodium ou de potassium, *la fermentation se produit, la substance inactive est activée*, cette activation est plus accusée avec le phosphate *biacide*, qu'avec le phosphate monoacide ; elle est nulle avec un phosphate neutre.

En outre, on observe que la réaction de l'acide phosphorique *disparaît*, ce qui semble indiquer que l'acide phosphorique est entré en combinaison. Les recherches démontrent qu'il en est bien ainsi, l'acide phosphorique a formé un acide *éther-phosphorique, une hexose phosphorique* que nous avons montré existant dans le muscle ; ensuite l'éther phosphorique, en se combinant à une base donne lieu à un hexosephosphate, qu'une diastase, la phosphatase, décompose en libérant de l'acide phosphorique ; l'acide phosphorique libéré se combine et le cycle recommence comme ci-dessus exposé.

Tous ces faits précisent l'importance physiologique considérable de l'acide phosphorique, et comme corollaire, du point de vue thérapeutique, l'importance également considérable de mettre à la disposition de l'organisme, surtout dans les troubles de la nutrition, à la suite des maladies infectieuses, l'élément qui est tout à la fois *constituant de toutes les cellules* et *la machine à activer* tous les phénomènes diastasiques, vitaminiques, qui constituent la vie.

Enfin, l'examen des urines, pratiqué pendant des années, nous a démontré que le travail cérébral, comme le travail musculaire, augmentent dans de grandes proportions l'élimination de l'acide phosphorique.

Chez des hommes vigoureux, travaillant normalement, l'élimination varie entre 3 et 6 grammes ; chez l'intellectuel, entre 4 et 9 grammes.

Qu'il s'agisse du travail physique, ou du travail cérébral, l'organisme se sert donc de l'acide phosphorique pour fabriquer les éléments dont il a besoin, pour assurer l'énergie nécessaire à l'un et à l'autre ; aussi, même chez l'*homme en état de santé, l'apport d'acide phosphorique libre assimilable, tel, l'acide éther monoéthylphosphorique, favorisant la synthèse des corps énergétiques, augmentera la capacité de travail, tant physique que cérébral.*

LES SELS SOLUBLES ET INSOLUBLES EN BISMUTHOTHÉRAPIE

Par P. Aubry,

Ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.
Licenciés ès sciences.

A la suite de plusieurs communications (1) relatives à des abcès consécutifs à des injections intra-musculaires d'hydroxyde de bismuth, les partisans des sels solubles soulèvent à nouveau la question des sels solubles et des sels insolubles en syphilithérapie.

Plusieurs auteurs ont déjà montré à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie qu'il n'y

(1) *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie,* Montlaur, Lortat-Jacob et Roberti, Hudelo et Rabut, Gouïn et Allanic, numéros de juin à décembre 1925.

avait lieu de n'incriminer que certains produits et que d'autres, l'iodo-bismuthate de quinine en particulier, s'étaient toujours montrés exempts d'accidents et d'une tolérance parfaite pour le malade.

Dans un article, paru ici même le 7 mars dernier, M. Drouin se fait le défenseur des sels solubles.

1° La raison de l'engouement des syphiligraphes pour les sels insolubles, dit-il, réside uniquement dans un fait historique. Les premiers essais ayant été entrepris avec des sels insolubles ; on a tout simplement continué dans la même voie, en quelque sorte par routine, sans chercher mieux.

Or, sans vouloir rappeler ici des souvenirs personnels (j'étais l'interne en pharmacie de M. L. Fournier, en 1921, lors de la première expérimentation importante du bismuth), qu'il suffise de signaler les premiers mémoires de MM. Sazerac et Levaditi et de M. L. Fournier et Guénot. On y verra que l'expérimentation ne s'est pas bornée aux sels insolubles, mais que plusieurs préparations solubles sont signalées, entre autres, le tartro-bismuthate soluble et le citrate. Il est à croire que des raisons sérieuses leur ont fait préférer les sels insolubles ;

2° La thérapeutique par les sels insolubles de bismuth, ajoute M. Drouin, est une thérapeutique aveugle parce qu'incontrôlable et par conséquent antiscientifique.

Pour étayer cette affirmation relative au bismuth, l'auteur prend comme exemple l'arsenic et le mercure. — « Que nous permettent, écrit-il, « les sels solubles de mercure et les arsenicaux « organiques ? »

« Une imprégnation progressive de l'organis- « me, imprégnation qu'il nous est possible d'in- « terrompre, de ralentir, d'intensifier selon les be- « soins, les incidents ou accidents cliniques ou « thérapeutiques, les indications de la réaction de « B. W. »

Il n'y a qu'un pas à faire pour en arriver au bismuth soluble et l'y assimiler. M. Drouin n'hésite pas à le faire, mais alors, il oublie une chose capitale, à mon sens : tout dépend de la voie d'introduction des médicaments.

Oui, les sels solubles de mercure et les arsenicaux organiques permettent l'imprégnation progressive de l'organisme définie plus haut, mais ils ne la permettent que parce qu'ils sont administrés par *voie intraveineuse*. Les sels solubles de bismuth qui se donnent exclusivement par voie *intra-musculaire* ne la permettent pas plus que les sels insolubles. Je n'en veux pour preuve que celle que donne M. Drouin lui-même. « Sans dou- « te, dit-il, les sels solubles doivent subir des « transformations, au sein des tissus, avant d'ê- « tre rendus assimilables. » Si un sel de bismuth soluble intramusculaire doit subir des transformations au sein du muscle où il se trouve déposé, avant d'être rendu assimilable, comment et à quel moment saurons-nous qu'il est totalement assimilé et comment pourrons-nous réaliser cette fameuse imprégnation progressive ? Mais cette preuve n'a qu'une valeur spéculative et je ne l'ai citée que parce qu'elle avait été apportée par M. Drouin. Il y a une preuve beaucoup plus scientifique qui nous montre d'une façon irréfutable qu'il est impossible de réaliser à volonté » l'imprégnation bismuthique de l'organisme par les sels solubles, de la ralentir ou de l'interrompre. C'est la recherche et le dosage du bismuth dans l'urine après une seule injection intramusculaire d'un sel soluble. Ce travail a été fait par M. Laporte (1). Dans ces conditions, voici les conclusions auxquelles M. Laporte est arrivé : « A la suite de l'injection intramusculaire « tartro-bismuthate de K et Na soluble, l'élimi- « nation s'est montrée presque immédiate, mais « très faible ; une petite quantité de bismuth a « été éliminée au cours de la première demi- « heure. L'élimination s'est maintenue à un taux « sensiblement égal pendant six jours, puis a dimi- « nué entièrement jusqu'au dix-septième jour, « après lequel le bismuth n'a pu être caractérisé. « Il est passé dans l'urine environ le tiers du bis- « muth injecté. »

Ainsi donc, pendant dix-sept jours au moins, le muscle a travaillé pour assimiler le sel soluble qui y avait été déposé et qui, dans ce cas particulier, ne renfermait, en totalité que 35 milligrammes de bismuth-métal. Et encore ne peut-on retrouver que 12 milligrammes de bismuth. Que sont devenus les 23 milligrammes restant ?

Une partie s'est certainement éliminée par d'autres voies, mais étant donné que le rein est le principal émonctoire de l'organisme, il est à se demander si au moins le dernier tiers du bismuth soluble injecté n'est pas resté sur place.

Que va-t-il donc se passer, si deux ou trois jours après cette première injection, nous en faisons une seconde ? Puis une troisième, etc... ? Nous retrouverons — pourquoi pas ? — les mêmes méfaits que M. Drouin réserve aux seuls bismuths insolubles :

« La présence dans le corps du malade d'une « réserve de bismuth dont on ignore l'impor- « tance constitue un danger permanent, une sor- « te de bombe à renversement dont on ne sait si « elle se fera jour au dehors, créant un abcès « interminable — si elle ne s'éliminera pas brus- « quement, provoquant une intoxication aiguë « des mois après la dernière injection — si, à « tout le moins, elle ne fatiguera pas sournoise-

(1) LAPORTE. — Thèse pharmacie. Lyon 1924.

« ment les émonctoires par une élimination frag-
« mentaire, inopérante thérapeutiquement, mais
« intoxicante à longue échéance » (1).

Dans ces conditions, n'y a-t-il que les sels insolubles qui soient des médicaments incontrôlables?

Puisqu'il en est ainsi et puisqu'il est nettement démontré que les sels solubles de bismuth sont, eux aussi, des médicaments incontrôlables, il faut en prendre son parti et « poursuivre le trai-
« tement à l'aveuglette puisqu'à aucun moment
« le thérapeute ne peut se faire une idée exacte
« de l'état d'imprégnation de son patient. »

N'envisageant la question qu'au point de vue pharmaco-dynamique, il me semble avoir montré que les sels solubles ne se comportaient pas mieux, au contact du muscle, que certains sels insolubles très dissociables dont nous n'avons qu'un exemplaire en thérapeutique : l'iodobismuthate de quinine.

Pour avoir une médication scientifique, il faudrait donc rejeter non seulement les sels insolubles, mais tous les produits s'administrant par voie intramusculaire — et par extension par voie sous-cutanée — puisqu'à vrai dire, le nœud de la question est là :

Seule la voie intra-veineuse nous donne une certitude quant à la quantité du médicament imprégnant immédiatement l'organisme.

Je ne sais s'il se trouverait beaucoup de médecins pour en arriver à cette extrémité. Il ne faut pas seulement qu'une méthode thérapeutique soit scientifique pour qu'elle soit bonne, il faut avant tout qu'elle soit efficace et qu'elle guérisse.

Mon rôle n'est pas de juger de l'efficacité comparée des sels solubles ou insolubles. D'autres l'ont déjà fait et c'est sans doute avec quelque raison que les sels insolubles jouissent de la faveur quasi-unanime des syphiligraphes. M. Galliot, ici-même, dans le numéro du 11 avril, en donnait les raisons.

Je pense que la clinique, d'une part, et le laboratoire, de l'autre, ont définitivement résolu la question des sels solubles et insolubles en bismutho-thérapie.

Il y a longtemps que le vieil adage : « *Corpora non agunt nisi soluta* », a cessé d'être vrai.

(1) A vrai dire ces dangers en puissance — sauf les abcès provoqués par l'hydroxyde — n'ont pas beaucoup manifesté leur présence et les incidents de la bismutho-thérapie sont dus à la nature même du bismuth et nullement à sa réserve plus ou moins importante dans les muscles.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Des corps étrangers dangereux avalés par les jeunes enfants.

On semble vouloir passer, en pareils cas, de l'expectative par principe à l'intervention d'emblée ; or, c'est là un principe trop absolu, car, dans la très grande majorité des cas, les corps étrangers dangereux avalés par des enfants sont rendus sans aucun incident notable ; cependant, on ne doit pas oublier que s'ils se fixent sur un point du trajet intestinal, particulièrement dans le duodénum ou à son voisinage, des désordres graves, mortels, peuvent survenir.

Dans ces conditions, le Pr Besson estime qu'un corps étranger de l'*œsophage* doit être extrait, car, abandonné à lui-même, il est à peu près fatalement mortel ; presque toujours, une fois le cardia franchi, les corps étrangers déglutis n'ont plus d'histoire pathologique, et sont, avec une rapidité variable, rendus dans les selles. Cependant, s'ils sont piquants, ils peuvent se ficher en un point du trajet; dans ce cas, on examinera attentivement les matières, et, par des radiographies successives, on vérifiera s'ils se déplacent ou non. En cas de fixité, ou devant une alerte péritonéale même légère, mais *dans ces cas seulement*, on pratiquera la laparotomie. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 6 décembre 1925.)

Syphilis conjugales à évolutions jumelées.

Il existe, dit le Dr R. Bernard, des syphilis contractées à la même source, dont les évolutions sont absolument identiques. L'auteur rapporte deux observations de ce genre, dont les manifestations ont été synchroniques. Deux conjoints contaminés par le même tréponème, et à 3 semaines près, débutant par une même syphilis, subissant le même traitement, dans le même temps, par le même arsenical, aux mêmes doses appliquées par le même médecin, dans la même forme schématique. Le Wassermann du sang suit le même rythme ; il est fait au même laboratoire. Les deux malades connaissent la même période de tranquillité clinique, et la même semaine, font des accidents graves de même ordre vis-à-vis du système nerveux central, exactement 7 mois après la contamination.

Comment expliquer ce synchronisme. Par un germe particulièrement neurotrope ? Peut-être. Par un traitement par trop schématique et

insuffisant : 6 injections d'arsénobenzène, au début, puis repos à la suite d'un Wassermann négatif et reprise au bout de six mois ? S'agit-il d'un tréponème particulièrement neurotrope, qui, issu d'une souche unique et brutalisé par la même méthode chez deux sujets a riposté de la même façon ?

Ce cas de synchronisme dans le rythme des deux évolutions était intéressant à signaler. (*Bruxelles médical*, 18 octobre 1925.)

Les affections cutanées de l'aîne et leur traitement.

D'après le Dr R. Bernard, l'érythrasma, l'intertrigo, l'eczéma marginatum de Hébra, bien traités, sont facilement curables.

Erythrasma. Plaques rouges, légèrement squameuses, sans vésicules.

Savonnage quotidien, avec savon antiseptique, puis friction rude avec un tampon imbibé de teinture d'iode à 10 % dans la liqueur d'Hoffmann ; laisser sécher, puis pommade avec :

Calomel	ââ 30 ctgr.
Tanin	
Unguentum leniente ...	ââ 15 grammes
Unguentum cerei.......	

puis poudrer.

Eczéma marginatum de Hébra. Tache rouge, qui se guérit au centre à mesure qu'elle s'étend à la périphérie, contrairement à l'érythrasma ; petites vésicules.

Frictionner moyennement les bords avec iode dans alcool à 10 %. Si les lésions s'irritent, pâtes calmantes.

Intertrigo. Le pli de l'aine, contrairement aux précédentes dermatoses, lui sert d'axe, par un pli fissuraire, rose lilas, humide.

Dans les cas non suintants, ni macérés, ichtyol ou liniment à 5 ou 10 %, recouvert d'une pâte à l'oxyde de zinc.

Dans les cas simplement humides et macérés, badigeonner une fois par jour, au nitrate d'argent, en progressant de 3 à 10 %, à mesure de l'amélioration ; puis laisser sécher et recouvrir d'une pâte à l'oxyde de zinc.

Dans les cas très irrités et suintants, éviter les lavages ; calmer, comme pour une brûlure, par le liniment oléo-calcaire, jusqu'à ce qu'on ait pu ramener les lésions au stade précédent. (*Bruxelles médical*, 15 décembre 1925.)

Traitement de la rétention d'urine post-opératoire par les injections de glycérine boriquée.

Différents procédés thérapeutiques ont été préconisés pour rétablir la fonction vésicale, étant donné que le sondage, soulageant immédiatement le malade, n'a cependant aucune influence sur la contractilité vésicale.

Les injections intra-vésicales de glycérine boriquée, faites dans 175 cas par le Dr Tant, paraissent être le traitement de choix de la rétention d'urine post-opératoire, à cause de la simplicité de la technique et de la constance des résultats.

L'auteur a estimé qu'injecter une quantité déterminée de glycérine boriquée dans une vessie contenant une quantité inconnue d'urine manquait de précision et l'expérience a montré la constance dans les résultats que l'on obtenait en utilisant toujours des solutions à concentration identique. Après avoir vidé la vessie à la sonde, il injecte la préparation suivante : glycérine 50 gr., acide borique , 5 gr., auxquels il ajoute 5 gr. d'eau stérile.

La miction se fait environ 1 /4 d'heure à 1 /2 heure après l'injection. Dans environ les 3 /4 des cas, une seule injection fut suffisante pour provoquer la miction et le rétablissement de la fonction vésicale. Exceptionnellement,une deuxième ou une troisième injection est nécessaire. Dans un seul cas, la méthode se montra inefficace ; il s'agissait d'un malade atteint d'érysipèle, et qui succomba 3 jours plus tard. (*Bruxelles médical*, 15 décembre 1925.)

La pachybronchite.

Elle se caractérise, d'après le Pr Favre, par un épaississement des tuyaux bronchiques, dont la paroi, devenue moins souple, renferme de plus nombreuses glandes annexées, qui bombent sous la muqueuse épaissie, et présente une hyperplasie des formations cartilagineuses et de la gaine fibreuse. Les vaisseaux satellites bronchiques présentent des altérations constantes et la portion respiratoire avoisinante participe à ces altérations.

La pachy-bronchite se traduit par un souffle plus intense et par des signes de condensation pulmonaire, au niveau d'une des régions hilaires avec submatité plus ou moins étendue ; c'est aussi, à la base du même côté, des râles muqueux plus abondants.

Parfois la symptomatologie plus fruste se résume en une toux, que suit une expectoration quelquefois abondante de crachats compacts, blanc jaunâtre, qui se poursuit toute la journée.

La pachy-bronchite doit être recherchée chez les malades ayant un passé bronchique ; la lésion des bronches n'est que l'une de celles que l'examen clinique décèle chez ces malades, que l'on qualifie volontiers de scléreux, d'artérioscléreux.

Dans tous les cas, il convient toujours d'éliminer la présence de bacille de Koch par les méthodes bactériologiques les plus sûres. L'examen radioscopique est également précieux. Le caractère épisodique des poussées, la prédominance unilatérale des signes physiques, les loca-

lisations basales et hilaires sont des faits de grande valeur pour le diagnostic.

Cette affection mérite d'attirer l'attention. Trop souvent pour de semblables malades, le diagnostic de tuberculose fibreuse a été porté par une sorte de réflexe clinique et sans raisons suffisantes. (*Lyon médical*, 13 décembre 1925.)

Des voies d'accès vers les collections chaudes péripharyngiennes.

Il faut, avant tout, pouvoir en faire l'ouverture large, suffisante et déclive ; aussi, fait remarquer P. TUFFERT, la question de niveau intervient-elle au même titre que celle de la loge anatomique, quand il faut choisir une voie d'accès.

A part les adéno-phlegmons rétro-pharyngiens du nourrisson, le plus grand nombre des abcès péri-pharyngiens, quelle qu'en soit la localisation péri-viscérale ou ganglionnaire, bénéficie de l'ouverture par voie externe. Et encore faut-il se rappeler qu'une collection, ouverte par la bouche, peut donner lieu à un jet de pus qui, tombant dans le larynx, s'il ne détermine pas une syncope immédiate, expose le malade à des complications septiques broncho-pulmonaires, dont la terminaison sera le plus souvent fatale.

L'abcès, d'après ses caractères cliniques, permet de choisir la voie d'accès.

1° Latéro-pharyngien péri-viscéral, il succède à une infection suppurée péri-amygdalienne, à un phlegmon vélo-palatin ; il occasionne de la dysphagie, mais, surtout, toute la loge amygdalienne est soulevée en masse, *l'amygdale* est refoulée vers la ligne médiane, *elle ne subit aucune désorientation*. On peut vider cet abcès, en effondrant avec une pince coudée mousse, la paroi pharyngée au travers du diverticule sus-amygdalien, ou bien, si la collection est située plus bas, par incision après ponction exploratrice.

2° Dans l'adéno-phlegmon, de même origine possible, la tuméfaction sera rétro-amygdalienne, *l'amygdale sera désaxée* ; elle regardera plus franchement en avant comme si la loge avait pivoté autour du pilier antérieur. Il faut aborder par la voie externe, comme pour découvrir la carotide, en incisant parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; un simple coup de sonde cannelée, effondrant la paroi profonde de la gaine musculaire, amène en général l'évacuation de la collection ; sinon il faut rechercher plus haut, vers la grande corne de l'os hyoïde et le muscle digastrique, comme si on voulait lier la carotide externe.

La mise en place d'un drain en caoutchouc ne doit pas excéder 24 ou 48 heures pour ne pas risquer d'ulcérer les vaisseaux ; il faut user du drainage capillaire (faisceau de crins ou mèche de gaze, *non tassée*). (*Le Bulletin médical*, 26 décembre 1925.)

Les kystes du vagin.

Ce sont des tumeurs liquides, uniloculaires, développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, provenant des vestiges du corps de Wolff. Ainsi que le fait remarquer le Dr P. FOUCAULT, c'est la grossesse qui imprime une suractivité à tout l'appareil génital, et qui accroît les proportions du kyste jusqu'ici latent ; celui-ci est découvert vers le 7e mois, à l'occasion d'un examen gynécologique. Jamais la malade n'éprouve de douleurs, mais elle ressent une pesanteur périnéale, une gêne pendant la marche, une sensation de corps étranger, parfois même quelques difficultés de la miction. Enfin, on constate souvent un écoulement leucorrhéique abondant. En faisant pousser la malade, on voit, après avoir écarté la vulve, apparaître le pôle inférieur du kyste, qui soulève la paroi antéro-latérale du vagin, le plus souvent à droite de la ligne médiane ; la muqueuse est normale. Si le kyste, de petit volume, est haut situé, l'examen doit être pratiqué soit à l'aide du spéculum, soit à l'aide de valves.

Certains kystes, par leur volume ou leur siège, peuvent entraîner des accidents mécaniques ; troubles de la miction, cystite, rétention d'urine, plus rarement troubles de la défécation. Un certain nombre d'entr'eux se rompent ou suppurent. Toutes ces complications s'observent de préférence au cours de l'accouchement. La suppuration de la poche peut alors entraîner des phénomènes infectieux vaginaux et utérins, favoriser l'infection puerpérale.

Le kyste une fois reconnu, le traitement chirurgical s'impose. Les ponctions et incisions simples devant être rejetées, le seul traitement à conseiller en pareil cas, c'est l'extirpation totale de la tumeur.

Si le kyste est peu volumineux, on peut se contenter de le ponctionner, quitte à l'enlever après l'accouchement. Mais si on redoute les accidents d'infection consécutive, s'il s'agit d'un kyste volumineux ou pédiculé, il faut recourir à l'extirpation du kyste à la fin de la grossesse, de préférence sous anesthésie locale. (*Gazette des hôpitaux*, 21 novembre 1925.)

Diabète insipide.

Le Pr SABRAZÈS rapporte l'observation d'un cas de diabète insipide chez un malade de quinze ans ; ce diabète semble devoir être rapporté à des séquelles de méningite cérébro-spinale, survenue au cours d'une rougeole à l'âge de 8 ans, séquelles se manifestant dans la région du tuber cinereum.

Les extraits hypophysaires totaux se sont montrés inefficaces par voie buccale ; cependant l'injection de 1 cent. cube de rétro-hypophyse abaissa considérablement la polyurie, qui passa

de 6-7 litres à un litre et demi. Mais l'efficacité du remède fut bien limitée, elle ne dura que 24 heures, et il fut indispensable de faire une piqûre quotidienne de même dose pour que l'effet de la diurèse continue à se produire. Cependant l'injection de cet extrait fait aussi disparaître la sensation pénible de soif, ramène un sommeil régulier, stimule l'appétit et influe favorablement sur la digestion ; enfin elle agit sur le système nerveux en supprimant les phénomènes de dépression physique et mentale et en produisant un état d'euphorie.

Diminue-t-on la quantité injectée, l'amélioration est moindre.

La suppression de l'extrait de rétro-hypophyse ramène non seulement les divers troubles, mais donne lieu, en outre, à une angoisse extrême rappelant ce qui se passe chez les morphinomanes au moment où ils sont sevrés du narcotique.

Le traitement opothérapique ayant échoué, on pourrait, pour le cas d'une lésion hérédo-syphilitique, essayer le traitement spécifique ; enfin, dans certains cas, les rayons X intervenant sur la région hypophysaire pourraient amener la guérison au cas d'un adénome de l'hypophyse. (*Gazette hebdomadaire des Sc. médic. de Bordeaux*, 15 nov. 1925.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Les effets des rayons ultra-violets sur l'œil.

(M. TOULANT. — *Académie de médecine* ; 11-5-1926.)

M. DE LAPERSONNE dépose un mémoire de M. Toulant relatif aux rayons ultra-violets en ophtalmologie.

On connaît l'ophtalmie électrique, la conjonctivite des artistes de cinéma, l'ophtalmie des neiges, la kérato-conjonctivite des soudeurs à l'autogène. En thérapeutique, l'emploi de plus en plus fréquent de l'actinothérapie nécessite de sérieuses précautions du côté des yeux. M. Toulant a repris la question au point de vue clinique et il a également institué une série d'expériences reproduisant des lésions cornéennes : desquamation épithéliale, altération de la couche basale, vacuolisation des cellules endothéliales.

Au sujet de la réimpression du « Livret de la mère ».

(M. Jules RENAULT. — *Académie de médecine* ; 11-5-1926.)

M. le Secrétaire général du Conseil supérieur de la natalité ayant demandé à l'Académie de lui donner son avis sur les modifications éventuelles à apporter dans la réimpression du « Livret de la mère », M. Jules Renault présente à ce sujet un rapport dans lequel il reproduit le texte de 1904 et quelques modifications de détail demandées par la Commission d'hygiène de l'enfance. Nous publierons le nouveau texte quand il aura été voté par l'Académie.

Traitement des hémorrhagies par les injections intra-veineuses de citrate de soude.

(M. Maurice RENAUD. — *Académie de médecine* ; 11-5-1926.)

M. Maurice Renaud considère l'injection intraveineuse de citrate de soude comme un excellent traitement des hémorrhagies ; elle serait indiquée dans la plupart des hémorrhagies médicales ou chirurgicales : hémoptysies, hémorrhagies des cancéreux, métrorrhagies, hémorrhagies de l'accouchement, épistaxis, flux hémorrhoïdaire, etc.

L'auteur emploie la formule suivante, dans laquelle le chlorure de magnésium, associé au citrate, joue un rôle hypotenseur :

Citrate de soude	30 gr.
Chlorure de magnésium........	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

On injecte lentement, dans une veine du pli du coude, 15 à 30 cent. cubes de cette solution selon le poids du sujet. Il est rare que l'injection, même massive, soit suivie de troubles appréciables. Le plus souvent, on n'observe aucun changement dans l'état du système cardio-vasculaire. Parfois le malade accuse un peu de malaise et de céphalée. Dans quelques cas seulement apparaissent les phénomènes caractéristiques de l'état de choc : sensation d'angoisse et de malaise, pâleur, petitesse et accélération du pouls, élévation thermique. Ces désordres sont de courte durée et constituent la rançon de l'efficacité du médicament. L'injection intra-veineuse de citrate de soude, dit M. Renaud, doit être mise au rang de nos plus précieuses médications.

Faux ulcères gastriques par corps étrangers.

(M. Victor PAUCHET. — *Académie de médecine* ; 11-5-1926.)

M. Victor Pauchet a eu l'occasion d'opérer, pour faux ulcus gastro-duodénaux, deux malades dont l'une avait avalé une épingle et l'autre quatre aiguilles. Les symptômes observés comprenaient des douleurs gastriques et des hématémèses à répétition. Toutefois, il n'existait pas de crises nettes, de dou-

leurs avec périodes d'accalmie, ainsi qu'on les rencontre habituellement dans l'ulcus gastrique.

La radioscopie ne révéla pas les corps étrangers. Il eût fallu pour cela faire une radiographie ou la radioscopie sans baryte.

L'alcoolisme en France, après la guerre.

(M. Marcel Labbé. — *Académie de médecine* ; 18-5-1926.)

M. Marcel Labbé communique, au nom d'une commission spéciale, un rapport sur la question de l'alcoolisme en France depuis la fin de la guerre.

L'alcoolisme, qui avait beaucoup diminué de 1914 à 1920, du fait de la guerre et des mesures légales d'interdiction prises à cette époque, est actuellement en recrudescence. La quantité totale d'alcool consommée, sous des formes diverses, est arrivée à un chiffre voisin de ce qu'elle était en 1913.

M. Lépine a incriminé le vin, M. Cazeneuve les boissons anisées, d'autres l'alcool en nature (eau-de-vie). Il est certain que ces trois éléments ont une part dans l'alcoolisme de nos jours. Les liqueurs anisées, si elles sont moins dangereuses que l'absinthe d'avant guerre, sont nocives encore par leurs essences, comme par leur alcool.

La « clientèle » de l'alcool a un peu changé. Jadis, l'alcoolisme recrutait son maximum d'adeptes dans le milieu ouvrier. Aujourd'hui, l'ouvrier jeune (de 25 à 40 ans) va beaucoup moins au cabaret. Il en est détourné par la vogue des sports, les habitations en banlieue qui se multiplient avec des maisons plus saines et plus agréables, des jardins. Plus soucieux de toilette et d'autres plaisirs (cinéma), il fait moins de stations devant le comptoir du marchand de vin. Le paysan, par contre, devenu aisé, mange et boit plus. La consommation de la viande, du vin et des boissons alcooliques a beaucoup augmenté dans les campagnes. Les femmes, qui autrefois se tenaient à l'écart de l'alcool, y sont venues depuis (du moins quelques-unes). Ayant pris les métiers de l'homme, elles en ont pris également les vices. La mondaine elle-même s'alcoolise plus qu'auparavant : au porto, au champagne.

En résumé, dit M. Marcel Labbé, après une régression sérieuse, l'alcoolisme tend à se développer à nouveau. Comment combattre ce retour offensif ? Les mesures proposées sont nombreuses et de valeur inégale.

La prohibition complète, qui semble avoir réussi en Suède et en Norvège, a complètement échoué en Amérique. Aux Etats-Unis, le nombre des alcooliques, après avoir fléchi en 1920, première année du régime sec, est maintenant plus élevé que jamais. La prohibition restreinte (celle des boissons alcooliques les plus mauvaises, de l'absinthe, par exemple) a donné de meilleurs résultats. La limitation des débits a une action assez minime et se fera d'elle-même lorsque les autres mesures auront diminué le nombre des buveurs. Le privilège des bouilleurs de cru, que rien ne justifie, devrait être aboli. Parallèlement les droits sur l'alcool pourraient être augmentés, n'ayant pas atteint le pourcentage de la plupart des autres produits. L'éducation morale, l'amélioration du sort des travailleurs, le développement de l'instruction, des sports, des arts, sont des moyens excellents et efficaces de lutter contre l'alcoolisme. Enfin l'utilisation de l'alcool et du raisin à des fins industrielles et hygiéniques (consommation du raisin frais, du raisin sec) faciliteront la campagne anti-alcoolique, dans des pays qui, comme le nôtre, s'adonnent à la culture assez intensive de la vigne.

Traitement du décollement de la rétine.

(M. Pierre Bolle, de Genève. — *Académie de médecine* ; 18-5-1926.)

M. Bolle s'est bien trouvé, dans six cas de décollement récent de la rétine, des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium (Méthode de Mellinger et Angelucci). La technique comprend quelques détails indispensables au succès du traitement.

Bactériothérapie du bubon chancrelleux.

(MM. Nicolas et J. Lacassagne. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-2-1926.)

MM. Nicolas et J. Lacassagne ont obtenu de très beaux effets du traitement du bubon chancrelleux par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle. Les malades qui au début n'acceptaient que difficilement cette thérapeutique en raison de ses inconvénients (fièvre élevée), la réclamaient d'eux-mêmes après avoir constaté les guérisons déterminées chez leurs voisins de salle.

Les auteurs eurent alors l'idée de s'adresser aux injections intra-veineuses de vaccin anti-typhique T. A. B. Les réactions ont été également violentes avec les premières quantités utilisées et beaucoup moins avec les doses ultérieures (250 millions de microbes). Les résultats, pour ce qui concerne le bubon, ont été aussi bons que ceux donnés par le vaccin de Nicolle-Durand.

On peut conclure de là qu'il ne faut pas toujours en vaccinothérapie faire jouer un rôle prépondérant à la spécificité du virus employé.

— M. Hudelo a eu des améliorations analogues avec le propidon. Il semblerait donc que l'effet pyrétogène et protéinothérapique puisse être seul invoqué. Et cependant, il paraît difficile de refuser au vaccin de Nicolle une certaine spécificité.

La contagion syphilitique avant le chancre.

(M. A. Galliot. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 11-2-1926.)

M. Galliot relate l'observation suivante. Un malade se présente porteur d'une petite érosion de l'extrémité du canal où l'on décèle des tréponèmes. Quatre à cinq jours avant l'éclosion de ce chancre,

cet homme avait eu des rapports avec sa femme d'abord, et sa maîtresse ensuite. La première eut quelques semaines après la syphilis. La seconde (qui avait pu être soumise à un traitement préventif arsenical) resta indemne.

— M. QUEYRAT estime que la question de la contagion syphilitique avant le chancre est difficile à trancher. Il rappelle l'histoire d'un de ses clients qui, quatre jours avant le début d'un chancre, eut des rapports avec une femme, qui devint enceinte. Or, non seulement la femme ne fut pas contagionnée, mais l'enfant vint au monde sain. Ce fait répond négativement à l'hypothèse de la transmission de la syphilis pendant la période d'incubation du chancre.

Syphilis sans chancre.

(M. E. BERTIN. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-2-1926.)

Les syphilis ignorées sont très fréquentes, chez la femme principalement, et l'on pense alors que l'accident initial a passé inaperçu. Lorsque ces syphilis ignorées se voient chez des sujets très observateurs, très soigneux de leur santé, et par ailleurs compétents, on peut se demander s'il n'y a pas eu syphilis sans chancre, tout au moins sans chancre classique, syphilis avec un chancre atténué, modifié, ne rappelant pas l'érosion coutumière. M. Bertin rapporte, à ce propos, un certain nombre de cas concernant des médecins chez lesquels des accidents syphilitiques apparurent alors que leurs porteurs n'avaient observé à aucun moment d'accident initial.

Fréquence générale de la syphilis.

(MM. GARIPUY et L. CHATELLIER. — *Soc. de derm. et syphil.* ; 11-2-1926.)

MM. Garipuy et Chatellier ont examiné, en 1925, le sang de toutes les femmes enceintes venues ou reçues à la maternité de Montpellier. Ont été faits 444 examens sérologiques, se décomposant ainsi :

Réactions négatives : 323, soit 73 %.

Réactions positives : 121, soit 27 %.

Le Wassermann a donc été positif chez plus du quart des femmes. Dans la plupart des cas, il s'agissait de syphilis cliniquement muette chez la mère, mais les antécédents, les commémoratifs et les suites vérifiaient généralement le résultat de la réaction de Wassermann.

Eczéma et syphilis héréditaire.

(M. WATRIN. — *Soc. dermatol. de Nancy* ; 13-1-1926).

M. Watrin présente deux enfants de 5 et 9 ans, dont l'un est un hérédo-syphilitique certain, l'autre un hérédo-syphilitique probable, porteurs de lésions cutanées, eczéma et prurigo, asthme, qui ont été remarquablement améliorés par le traitement spécifique.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Fractures de l'olécrâne traitées par ostéosynthèse.

MM. X. DELORE, COMTE et LABRY rapportent deux cas récents de fracture de l'olécrâne traités par le cerclage au catgut des tissus fibreux périolécrâniens. Les résultats sont très satisfaisants. Les auteurs rappellent à ce propos les indications opératoires dans les fractures de l'olécrâne telles que les a formulées le professeur Patel, dans la thèse de Seilhan (Lyon, 1921) : 1° fractures du bec de l'olécrâne : immobilisation ; 2° de la partie moyenne : cerclage s'il y a déplacement ; 3° base de l'olécrâne, avec trait empiétant sur la diaphyse cubitale : ostéosynthèse avec petite plaque ou vis embrochant les fragments.

Sclérose pulmonaire et lipiodol.

MM. PALLASSE et BADOLLE. — Trois observations de sclérose pulmonaire, pour lesquelles le diagnostic clinique a été remarquablement précisé par la radiographie faite après injection de lipiodol.

Pyosalpinx opéré en pleine péritonite diffuse avec occlusion.

M. VIOLET expose l'histoire d'une malade qui lui fut adressée d'urgence pour occlusion intestinale liée à une masse annexielle gauche. Le traitement médical ayant échoué on décide d'intervenir. On ne trouve pas de bride, ni de véritable occlusion, mais de la péritonite et un pyosalpinx gauche qu'on enlève. On laisse l'utérus et les annexes droites en place, ouverture du Douglas et drainage abdomino-vaginal. On laisse deux mèches dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La malade eut, le quatrième jour, une débâcle diarrhéique et paraît actuellement hors de danger. M. Violet pense qu'il faut savoir, dans de pareils cas, intervenir à chaud, mais faire le minimum et ne pas craindre d'user des vieux procédés « de méfiance », comme le Mikulicz et le drainage abdomino-vaginal.

L'exploration gastro-duodénale par le tube d'Einhorn.

MM. BARBIER et MALLET-GUY ont eu recours à ce mode d'examen chez trois catégories de malades : 1° sujets atteints de troubles vésiculaires ou suspects de cholécystite chronique ; 2° sujets atteints de pancréatite chronique ; 3° opérés de cholécystogastrostomie. Chez ces malades, les auteurs ont procédé aux recherches suivantes :

a) *Etude du milieu gastrique* : le tube d'Einhorn doit être réservé aux cas où le tube de Faucher ne peut être introduit, et il y a avantage alors à remplacer le repas classique, dont souvent des débris obturent le tube, par un bouillon de viande ou une solution de peptone. Le tube lui-même par sa seule introduction suffit à déclancher une sécrétion gastrique.

b) *Contrôle des fistules cholécysto-gastriques.* La présence de bile dans le liquide gastrique n'empêche pas celui-ci d'avoir une réaction franchement acide. Certaines fistules ont semblé continentes.

c) *Contrôle du passage du pylore.* Il est difficile dans certains cas de savoir où se trouve l'olive, en pareil cas, les auteurs ont eu l'idée d'injecter par le tube d'Einhorn 5 cmc. de solution concentrée de bicarbonate de soude ; puis de 3 minutes en 3 minutes ils aspirent un peu de liquide. Si l'olive avait franchi le pylore on assiste à une neutralisation ou à une alcalinisation du liquide qui persiste aux prélèvements suivants, tandis que si l'on est encore dans l'estomac, l'acidité reparaît rapidement. En tout cas, il est impossible de prévoir le temps de traversée gastrique de l'olive et c'est là un des gros inconvénients de la méthode.

d) *Exploration duodénale.* Dans cet ordre d'idées, les auteurs ont étudié la chasse biliaire chez d'anciens opérés pour pancréatite chronique. Ils ont étudié également les différentes biles : cholédocienne, vésiculaire, hépatique, chez des malades atteints de cholécystite. Ceux-ci, auxquels les auteurs injectaient par le tube une solution de sulfate de magnésie, ont éprouvé un soulagement de leurs malaises, soulagement en partie probablement d'origine psychique. Enfin, chez tous les sujets chez lesquels avait été porté le diagnostic de pancréatite chronique, les auteurs ont trouvé un suc pancréatique actif.

Hernie inguinale interstitielle.

MM. Michon et de Gérardier ont observé un cas de hernie interstitielle chez une femme de 50 ans qui avait présenté des symptômes ayant fait penser à un étranglement. Le sac ne renfermait ni intestin, ni épiploon, mais seulement un liquide jaunâtre, ce qui rend assez difficile l'explication des accidents aigus présentés par la malade : peut-être une frange épiploïque avait-elle à un moment donné pénétré dans le sac, y déterminant une réaction séreuse, puis était rentrée dans l'abdomen.

Fracture du col de l'omoplate.

MM. X. Delore, Comte et R. Labry présentent une malade de 69 ans, qui à la suite d'un accident d'automobile eut une fracture du col de l'omoplate droite. Les signes à l'entrée à l'hôpital étaient : vaste ecchymose thoracique, élargissement du moignon de l'épaule, affaissement du deltoïde ; tête humérale rentrée au-dessous de la voûte acromio-caracoïdienne. Radiographie : déplacement en masse de la cavité glénoïde en dedans et un peu en haut ; trait de fracture nettement visible seulement à la partie inférieure. La malade fut traitée par la mobilisation immédiate et le massage. Le résultat fut très rapide. Actuellement, soit *vingt jours* après l'accident, la douleur a disparu et les mouvements d'abduction atteignent l'angle droit.

Trois cas de tentative de suicide.

M. Rémy Courjon relate trois observations de tentative de suicide recueillies à l'asile de Bron. Alors que la réaction suicide s'observe ordinairement au cours des états mélancoliques et chez les obsédés, les cas de M. Coujon concernent : le premier une débile mentale ; le second un persécuté interprétateur ; le troisième est considéré par l'auteur comme un équivalent psychique de l'épilepsie.

Indications de la méthode d'Albee dans le mal de Pott de l'adulte.

M. Creyssel. — On sait que la méthode d'Albee a pour principe d'immobiliser le rachis antérieur au niveau, au-dessus et au-dessous des lésions en provoquant l'ankylose des arcs postérieurs au même niveau. M. Creyssel discute longuement les indications de cette méthode et conclut que : 1° l'indication de choix est le mal de Pott limité à deux ou trois vertèbres, chez un adulte jeune, de bon état général ; 2° l'indication existe, mais plus discutable, chez un sujet de plus de 40 ans, ou d'état général médiocre, ou porteur de lésions bacillaires viscérales non évolutives ; 3° les *contre-indications* sont : le grand âge, la cachexie, les lésions pulmonaires évolutives, la présence d'abcès fistulisés dans le champ opératoire, la paraplégie flasque.

Société médicale des hôpitaux.

Action de la rougeole sur l'évolution d'une néphrite chronique.

MM. Mouriquand et Bertoye. — Enfant de 3 ans 1/2 ; œdème généralisé à la face et aux membres, sans ascite ; albuminurie : 6 gr. par litre ; volume des urines : 500 gr. par jour. La théobromine et le régime déchloruré furent sans effet. L'enfant contracte la varicelle, puis la rougeole. Quelques jours après l'albuminurie et les œdèmes disparaissent complètement pendant dix-sept jours. Puis ils reparaissent de nouveau progressivement et un mois après l'enfant était dans le même état qu'auparavant. Les auteurs pensent que cette observation peut être rapprochée des faits d'anergie signalés au cours de la rougeole.

A. C.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

(16 mai 1926).

Deux cas de réactions péritonéales à symptomatologie anormale.

M. Lamarre. — *Obs. I.* — Après des douleurs abdominales peu accentuées pendant 15 jours, appa-

raissent, le 24 avril, des douleurs hypo-gastriques extrêmement violentes. Le 25, le malade prend une forte purgation. Les douleurs redoublent le 25 et deviennent intolérables le 26, s'irradiant de plus en plus vers la fosse iliaque gauche, dysurie. A l'examen, on constate l'abdomen ballonné en totalité avec une zone mate très nette occupant l'hypogastre, la fosse iliaque gauche et le flanc gauche. Ni nausées, ni vomissements, diarrhée. Température : 39°5. Pouls : 104. On discute le diagnostic d'appendicite gauche, de périsigmoïdite, de diverticulite de Meckel. L'intervention montre une volumineuse collection purulente du flanc et de la fosse iliaque gauche ayant pour point de départ un appendice enflammé en position hypogastrique. Tamponnement à la Mikulicz. Le pus montre à l'analyse du tétragène à l'état de pureté.

Obs. II. — Depuis janvier 1926, quelques douleurs abdominales au moment des règles, s'accompagnant de vomissements. Le 30 avril, douleur abdominale brusque en coup de poignard dans la fosse iliaque gauche. Température 40. Pouls 120. Vomissements et diarrhée. A l'examen, abdomen distendu avec douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche où l'on note une légère saillie. Rien dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal donne peu de renseignements. A l'intervention : collection purulente du petit bassin séparée de l'abdomen par un voile épiploïque, ayant pour point de départ une salpingite droite suppurée. Aucun microbe à l'examen bactériologique.

L'auteur pense que la diarrhée présentée dans les deux cas est d'origine toxique, réaction de défense d'un organisme dont le péritoine résorbe par dose massive des produits microbiens, et la douleur à gauche serait expliquée par ce fait que c'est toujours la portion de péritoine la dernière atteinte qui souffre le plus.

Deux cas de polymastie masculine.

MM. Cherechewski et Paulin. — Le premier sujet présente deux mamelons normaux et trois surnuméraires de chaque côté : sa mère, sa tante et sa fille étaient aussi porteuses de six mamelles. On note en outre chez ce sujet une main légèrement palmée et au pied une syndactilie bilatérale des deuxième et troisième espaces.

Le deuxième sujet ne possède qu'un mamelon supplémentaire situé sous le sein droit. On ne trouve chez lui aucune trace d'hérédité à ce sujet.

Un cas de chancrelles traitées par le vaccin de Nicolle.

M. Lamarre. — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, atteinte depuis un mois de condylomes suintants périanaux et de chancrelles du pli inter-fessier et des deux fesses avec quelques ganglions douloureux de l'aine droite, dans lesquelles l'examen bactériologique mit en évidence la présence de bacilles de Ducrey. Le traitement local amène la disparition des condylomes et des douleurs, mais n'a aucune action sur les ulcérations. On fait une injection intraveineuse de 1/2 cc. de vaccin de Nicolle qui amène une réaction générale assez forte. Sept jours après, injection d'un centimètre cube : réaction atténuée. La cicatrisation est presque complète en quinze jours. Trois semaines après, comme il persiste une très minime ulcération, on fait une troisième injection intraveineuse de 1 cmc. de vaccin de Nicolle.

M. Dupont.

Les Livres

Librairie Victorion frères,
87, boul. Saint-Germain.

Dr E. de Pradel. — **La guerre en sabots chez les majors.**

Un de nos plus estimés confrères parisiens, le Dr E. de Pradel, a publié sous ce titre des extraits du journal qu'il a rédigé durant la guerre alors qu'il remplissait les fonctions de médecin de l'armée territoriale.

Le Dr de Pradel a fait la guerre et la vraie guerre ; il en est revenu médecin principal honoraire de réserve, titre dont il est fier à juste raison puisqu'il l'a obtenu en courant les plus grands risques et en se sacrifiant à un âge où il aurait pu rester tranquille à son foyer. Notre confrère a voulu écrire la contre-partie d'un petit livre humoristique, publié en 1923, par le Dr Victor Daubret : *La guerre en pantoufles chez les majors.* Certes, tous les médecins de réserve et de territoriale n'ont pas été des héros, mais l'immense majorité d'entre eux a fait plus que son devoir et il y en eut une proportion assez forte qui poussa le dévouement à la Patrie jusqu'à ses extrêmes limites.

Faut-il rappeler la mort héroïque de Reymond, de Dauphen, de Drouard, de Millant, de Chailloux, que le Dr de Pradel cite dans sa préface et nous ajouterons à la liste qui pourrait être très longue, notre ami François Boissier, tombé à 50 ans, sous Verdun, alors qu'en pleine bataille, il secourait les blessés de la division marocaine à laquelle il s'était fait volontairement attacher ?

Le Dr E. de Pradel fait le simple récit jour par jour de la vie qu'il mena dans un centre hospitalier à proximité de la ligne de feu.

Le Centre hospitalier devint un hôpital d'évacuation qui, situé au voisinage d'une gare, fut copieusement bombardé par avions et par canon. Le Dr E. de Pradel qui, jusqu'en 1918, conserva son sang-froid et sa belle humeur, eut la bonne fortune de voisiner de longs mois avec la mort sans être touché.

Nous avons lu avec un intérêt toujours soutenu les extraits du journal de notre confrère qui, bien que la vie à son hôpital fût assez monotone, trouva chaque jour un incident à signaler, un fait curieux à noter, une réflexion plaisante ou profonde à faire, rendant ainsi vivants les récits qui se succèdent dans son journal. Ceux qui ont vécu au front les jours agités et dangereux que vécut aussi le Dr E. de Pradel, ceux qui, à l'arrière, ont connu les heures d'angoisses où l'on attendait le sec communiqué qui, hélas ! pendant trop longtemps n'annonçait guère la victoire, liront avec plaisir les pages de « *La guerre en sabots chez les majors* ». Chez tous, elles évoqueront le souvenir de temps douloureux et héroïques qu'on aime à se rappeler mais que l'on espère bien ne plus revoir.

J. Noir.

Librairie Le François,
91, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e.

Dr Paul Hauduroy. — **Le bactériophage de d'Hérelle.** Préface du Prof. F. Bezançon. (1925, 1 vol. in-18, 212 pages, 10 francs.)

Il y a huit ans, d'Hérelle publiait une première note sur le phénomène si particulier de lyse des bactéries, qu'il avait découvert, phénomène produit par un principe auquel il donnait le nom de bactériophage. La question a pris peu à peu une ampleur considérable.

L'auteur a résumé dans ce livre tout ce qui a été fait jusqu'à présent. Après l'historique de la question, il décrit avec beaucoup de détails le phénomène de d'Hérelle et les propriétés du bactériophage. Il discute ensuite la nature du principe lytique, et prend nettement parti pour la théorie qui en fait un ultra-virus.

Les applications thérapeutiques forment un chapitre important. Les diverses maladies animales ou humaines traitées avec le bactériophage sont passées en revue et pour quelques-unes d'entre elles l'auteur apporte des observations personnelles.

La technique de maniement du principe lytique est minutieusement étudiée. Ce phénomène important intéresse non seulement le médecin par les nouvelles méthodes thérapeutiques, mais aussi le biologiste. On touche, en effet, avec le bactériophage aux limites inférieures de la vie, à des formes de la matière vivante, qui échappent à nos yeux, que nous connaissons mal et dont l'étude offre par là même le plus grand intérêt.

Librairie Cogery et Hervé, 17*bis*, rue de Maistre.

M. Cocral, licencié en droit, inspecteur général d'assurances. — **Memento des usages de la route, avec illustrations.** (Un vol. : 2 fr.)

M. Cocral est connu des lecteurs du *Concours*, puisque, dans nos colonnes, nous entamons des discussions fort courtoises sur des points de pratique et de droit, en matière d'accident du travail.

Son petit opuscule, édité par la maison Cogery et Hervé, 17*bis*, rue de Maistre, Paris, est fort intéressant à feuilleter.

En effet, le code de la route se trouve exposé en tableaux synoptiques, qu'illustrent des images schématiques.

Il est appelé à rendre de grands services à nos confrères qui font de l'auto.

Dr P. B.

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Buret, membre de la Société mycologique de France. — **Le champignon : poison ou aliment.** *Eléments de mycologie. Classification simple ; les champignons qu'il faut connaître. Poisons fongiques. Intoxications : symptômes et traitement.* (Un volume in-8, 240 pages avec 100 figures : 18 fr.)

En dehors des Traités de grande envergure, qui ne sont pas à la portée de tout le monde, il est plutôt difficile de trouver sur les champignons, un ouvrage ni trop réduit, ni trop volumineux, pas trop savant non plus, et contenant juste ce qu'il importe de savoir pour la détermination des espèces. Or, à cet égard, le livre du Dr Buret paraît bien compris. La division en *Ordres*, *Familles*, *Genres et Espèces* y est présentée d'une façon nette et simplifiée ; l'auteur s'exprime en français clair et certaines réflexions humoristiques rendent attrayant un sujet assez aride en soi.

Les mycologues étant rarement des médecins, la question des poisons fongiques est timidement effleurée dans leurs ouvrages, ce qui n'exclut pas toujours les erreurs, au point de vue thérapeutique tout au moins. Ici, il n'en va pas de même : la toxicologie a été étudiée à fond ; les symptômes des divers empoisonnements sont exposés d'une façon impressionnante. Après un examen critique très serré des diverses méthodes de traitement, l'auteur a décrit très minutieusement la thérapeutique adoptée à l'heure actuelle et y a ajouté des conseils personnels pratiques qui font deviner l'ancien interne habitué à se tirer d'affaire, dans les cas d'urgence, avec des moyens simples et des instruments dits « de fortune ». Cent figures très exactes accompagnent le texte : l'auteur qui en a fait 70 pour sa part, s'est surtout attaché à mettre en relief les caractères distinctifs des espèces qui peuvent prêter à confusion.

En résumé, bon travail destiné à rendre service à l'amateur pour lequel il sera un guide sûr, au médecin des campagnes dont il pourra parfois faire cesser l'hésitation fort compréhensible dans des cas où il faut agir vite et énergiquement et aussi au fonctionnaire chargé de l'inspection des champignons.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES

Doit-on la faire ?

Je suis de ceux qui, à maintes reprises, et tout dernièrement encore, à propos du rapport de M. Vallée à l'Académie de Médecine sur les épidémies, ont protesté contre l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses mise à la charge des médecins, alors qu'en bonne justice, et l'éminent académicien, dont j'ai analysé le rapport, s'en déclare formellement partisan, c'est le malade lui-même ou ses représentants (parents, logeur) qui devraient en assumer la charge. Il y a là un déplacement des responsabilités qui fausse le grand principe inscrit dans le droit naturel et dans la loi écrite, selon lequel chacun est responsable de ses actes, ou des actes de ses préposés. Or, le médecin n'est pas le préposé du malade qu'il soigne ; encore moins a-t-il rien à voir dans la genèse de la maladie pour laquelle il soigne celui-ci.

Il y a également, dans cette disposition législative, une atteinte portée à l'obligation du secret professionnel. Mais, à mon sens, cet argument a moins de valeur que le précédent. En effet, l'article 378 initial du Code pénal faisait aux médecins, chirurgiens..... une obligation de ne rien révéler de tout ce qu'ils verraient, entendraient dans l'exercice de leur profession, *hormis le cas où la loi les force à se rendre dénonciateurs*. Cette exception a été supprimée par la loi postérieure de 1832.

Il est permis de dire que ce qu'une loi a supprimé, une autre peut le rétablir. Et c'est bien ce qui s'est passé dans la loi sur l'exercice de la médecine, dont l'article 15 est ainsi conçu :

Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant. La liste des maladies épidémiques, *dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel*, sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur ... »

La loi de 1902 sur la santé publique, vient renforcer cette prescription de celle de 1892, dans ses articles 4 et 5, ci-après, partiellement rappelés » :

Art. 4. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la présente loi sera dressée .....

Art. 5. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est *obligatoire* pour tout *docteur en médecine* ... qui en constate l'existence.

On sait qu'un projet de loi a été déposé naguère pour modifier cette disposition et rendre le malade ou ses ayants droit responsables de la déclaration, le médecin n'intervenant obligatoirement qu'en cas de carence de ceux-ci. Ce projet de loi, sans doute caduc à cette heure, a fait l'objet de discussions passionnées, relativement surtout à l'intervention du médecin, à défaut du malade ou de sa famille. Les uns considéraient en effet que c'était, de sa part, une véritable dénonciation et que ce rôle ne lui convenait guère. A quoi d'autres ripostaient que la dénonciation est encore bien plus formelle dans l'état actuel.

Mais, les choses sont demeurées en suspens, et si l'on réclame une refonte, un remaniement, un perfectionnement de la loi de 1902, à la faveur desquels il est probable que la procédure de la déclaration des maladies épidémiques sera sans doute modifiée, nous n'en vivons pas moins à cette heure sous le régime de cette loi et de celle de 1892.

Or, quelle n'a pas été ma stupéfaction, en lisant dernièrement, sous la signature d'un médecin infiniment respectable, pour qui j'ai une vive vénération, et dont j'aime certaines idées en médecine sociale, les lignes suivantes dont je garantis le fond, sinon la forme : « D'une façon générale, les clients acceptent que nous fassions la déclaration des maladies contagieuses. Dans ce cas, nous sommes autorisés à la faire. Mais, si un malade atteint d'une variole s'oppose à ce que son médecin la déclare, *celui-ci ne peut le faire*. En effet, si le médecin passe outre à la défense de son malade et que celui-ci en soit informé, il aura recours à un autre médecin et l'Etat ne le forcera pas à conserver le premier.... »

Je dis que c'est *formidable*, d'avoir osé écrire une pareille phrase. L'excuse donnée pour jus-

tifier l'obéissance du médecin aux ordres de son malade est d'un utilitarisme si mesquin qu'elle ne saurait être retenue. D'autre part, il est dangereux de publier, dans un organe destiné aux médecins, une contre-vérité aussi énorme que celle-là.

Si l'un de mes malades, atteint d'une maladie contagieuse soumise à la déclaration s'oppose à ce que je la déclare, *je ne puis pas la faire,* — ai-je lu sous la signature de mon confrère ? Rien de plus inexact. La loi est la loi, si mauvaise soit-elle. La loi oblige le médecin, son diagnostic posé, à faire la déclaration, rien ne peut le décharger de cette obligation. Et s'il ne la fait pas, il s'expose à des poursuites correctionnelles et à une condamnation.

Ainsi en est-il advenu à certains confrères qui, s'étant mis dans ce mauvais cas, ont été bel et bien condamnés.

Vous n'avez pas le droit de laisser croire à des médecins, insuffisamment instruits des lois qui régissent leur art, que la déclaration des maladies épidémiques par eux est subordonnée à l'autorisation qu'ils auront reçue, de leurs malades, de la faire, et que si cette autorisation leur est refusée, ils ne pourront pas passer outre. Car c'est proprement commettre une infraction justiciable de sanctions.

On peut toujours commettre de ces infractions, voire des délits plus graves, et même des crimes. Mais on doit savoir à quoi l'on s'expose, si l'on est découvert.

Un médecin peut négliger de faire ces déclarations, exigées par les lois de 1892 et de 1902. C'est son affaire. Mais il faut qu'il sache que sa responsabilité est engagée. Il faut qu'il soit prévenu que l'action publique pourra être déclanchée contre lui jusqu'à le conduire en police correctionnelle. S'il est vrai qu'un bon averti en vaut deux, encore faut-il que l'avertissement soit bon. Celui que je relève ici est mauvais, tout ce qu'il y a de plus mauvais. Et c'est pour le signaler du haut de cette tribune que j'ai pris la peine d'écrire cet article.

G. DUCHESNE.

JURISPRUDENCE

Responsabilité professionnelle. Electrothérapie. Accidents imputés aux appareils électriques. Non responsabilité.

TRIBUNAL CIVIL DE FOUGÈRES

24 février 1926.

(*Archives du « Sou médical »*.)

Le médecin ne saurait être rendu responsable, aux termes de l'article 1384 du code civil, d'un accident imputé à l'utilisation de certains appareils, lorsqu'il est prouvé que les dits appareils fonctionnaient normalement et étaient munis de tous systèmes de contrôle et de réglage.

Le praticien, qui emploie ces appareils thérapeutiques normaux, selon les règles de l'art, ne peut être rendu responsable des conséquences fâcheuses de l'utilisation rationnelle de ces méthodes de traitement.

Le Tribunal,

Attendu qu'à la fin de 1922, la demoiselle B., ne pouvant plus se servir utilement de sa main droite qui était atteinte de rétraction tendineuse, consulta le docteur Robert et consentit à se soumettre à un traitement radio-thermique, dont on espérait une amélioration que les traitements précédemment suivis n'avaient pas procurée ;

Attendu que quatre séances d'applications électriques se passèrent sans incident ; mais qu'à la cinquième, pour des causes restées ignorées, une brûlure se produisit, qui, malgré des soins immédiats, ne put être guérie et nécessita, en janvier 1924, l'amputation de la main ;

Attendu que, pour justifier la demande en 25.000 francs de dommages-intérêts, qu'elle forme aujourd'hui, Mlle B. n'a pas fait plaider que sa brûlure avait été la conséquence d'une faute du docteur Robert ;

Qu'elle n'a pas demandé à prouver une faute quelconque à l'encontre du docteur ;

Attendu qu'elle s'est bornée à soutenir qu'ayant été brûlée par l'appareil dont s'était servi le défendeur, celui-ci devait être responsable du dommage causé par la chose qu'il avait sous sa garde et dont le mauvais fonctionnement avait dû être la cause de l'accident ;

Attendu qu'invoquant alors les dispositions de l'article 1384 du code civil, et la jurisprudence actuelle de la Cour de Cassation, elle a soutenu qu'elle n'avait à rapporter, à l'encontre du docteur Robert, la preuve d'aucune faute et que la responsabilité de celui-ci devait être présumée, s'il ne prouvait lui même l'existence d'un cas fortuit ou d'une force majeure ;

Mais attendu qu'il s'agit, en l'espèce, non d'un accident résultant du fait de la chose et tombant logiquement sous l'application de l'article 1384 du Code civil, mais d'un accident ne pouvant résulter que de l'action de celui qui dirigeait le fonctionnement de la chose, au praticien qui appliquait le traitement électrique et réglait la transmission du courant ;

Attendu en conséquence, qu'on se trouve en présence d'un accident, qui n'a pu être causé que par le fait de l'homme, et que toute la question est alors

de savoir si l'homme a commis une faute, ou non, au sens de l'article 1382 du Code civil, qui est seul applicable ;

Attendu que c'est naturellement à la demanderesse qu'il appartient de faire la preuve de la faute qui peut, seule, justifier son action ;

Attendu qu'elle ne demande pas à faire cette preuve et qu'elle ne prétend même pas qu'une faute ait été commise ;

Attendu, en conséquence, que la demanderesse ne pouvant invoquer ni les dispositions de l'article 1384, ni celles de l'article 1382, son action manque de base et ne peut être accueillie ;

Attendu, il est vrai, que la demoiselle B. a conclu subsidiairement à une expertise.

Mais attendu que les faits qu'elle propose de soumettre à l'appréciation des experts ne sauraient, quelle que soit cette appréciation, apporter au tribunal des éclaircissements pouvant faciliter la solution du litige ;

Attendu, en effet, que les faits cotés sous les numéros 1er, 2e et 3e de la mission à confier aux experts, ont été reconnus exacts par l'avocat du docteur Robert et ne peuvent prêter à aucune discussion ;

Attendu que le simple bon sens indique que des appareils d'électrothérapie, c'est-à-dire d'une science encore incertaine et périlleuse, doivent posséder des moyens de contrôle et des régulateurs permettant, à tout instant, de mesurer et régler l'intensité du courant.

Attendu qu'il est, d'autre part reconnu par le docteur Robert et qu'il est hors de discussion que ces appareils de contrôle et ces régulateurs, convenablement consultés et manipulés, permettent, en réglant l'intensité du courant, d'éviter tout accident de la nature de celui survenu à Mademoiselle B ;

Attendu que le fait coté sous le N° 4e, à savoir si les appareils régulateurs et de contrôle nécessaires existaient bien dans l'installation électrothérapique du docteur Robert, au moment de l'accident, présenterait seul un intérêt, car la non existence de ces appareils de contrôle et de réglage, aurait constitué à la charge du docteur Robert une faute, dont il serait responsable ;

Mais attendu que ce point a été abandonné à l'audience, à la suite de justifications produites par le docteur Robert, établissant que son installation possédait bien, au moment de l'accident, tous les appareils de contrôle et de réglage nécessaires;

Attendu, dans ces conditions, que l'on n'aperçoit pas sur quels points une expertise pourrait utilement porter et qu'il est inutile d'ordonner une mesure d'instruction dont les résultats seraient indifférents et sans effet sur la solution du litige ;

Attendu, en conséquence, que la demande subsidiaire d'expertise est irrecevable, comme la demande principale elle-même, puisqu'aucune faute n'est articulée contre le docteur Robert et que l'existence d'une faute est indispensable pour justifier l'action en responsabilité.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal, statuant par jugement contradictoire, en matière ordinaire, et en premier ressort,

Déboute Mademoiselle B. de toutes ses fins, demandes et conclusions, et la condamne aux dépens.

Commentaires

Ce jugement est frappé d'appel et le « Sou Médical » continue à soutenir son adhérent.

En matière de responsabilité civile, il faut bien distinguer la responsabilité provenant des accidents, causés par la chose elle-même, dont le médecin a la garde ou la conduite, et celle découlant de l'emploi de la chose, par le docteur.

Dans l'espèce ci-dessus, il a été constaté que la chose, c'est-à-dire l'installation électrique médicale, était en bon état ; que les appareils du docteur étaient munis de systèmes de contrôle et de réglage, permettant au praticien de doser les courants et d'en mesurer l'intensité.

Par conséquent, le médecin ne pouvait être retenu comme responsable de ses appareils médicaux, puisque ceux-ci fonctionnaient correctement.

Le praticien aurait, par contre, été reconnu coupable de négligence, si son installation avait été défectueuse, ou s'il avait utilisé des appareils de fortune, ne pouvant être réglés, ni comme fonctionnement, ni comme intensité.

Ici, nous devons faire une distinction entre la responsabilité professionnelle du médecin praticien, qui emploie, d'une manière intermittente, des appareils de spécialiste et celle du véritable spécialiste, n'exerçant *uniquement* qu'une *seule* branche de l'art de guérir.

Accidentellement, l'omnipraticien utilise un appareil ; il ne saurait être rendu responsable d'avoir employé un instrument qui ne serait pas ultra-moderne, parce que son traitement doit s'inspirer des circonstances, de la rapidité de l'intervention, de l'urgence, etc. (Paris, 4 mai 1898 ; D. 98.2.449 ; Trib. civ. Lyon, 10 nov. 1923 ; *La Loi*, 23 décembre 1923).

Au contraire, le spécialiste de profession doit posséder tous les perfectionnements modernes, pour son installation.

Par exemple, un omni praticien, de campagne. loin de tout centre, se sert d'un appareil électrique portatif, n'ayant pas grande puissance : il ne saurait être reprochable de n'avoir que cette instrumentation électrique modeste.

L'électrothérapeute spécialisé, au contraire, doit posséder une installation adéquate à l'exercice de sa spécialisation, avec tous appareils de contrôle, de mesure, de réglage, etc.

Le jugement ci-dessus doit être rapproché de celui du tribunal civil de Nantes, du 20 janvier 1925 (*Gaz. Pal.*, 14 mars 1925, *Concours médical*, 1925.1405).

Il s'agissait d'un procès intenté à un radiographe, qui avait traité, par la radiothérapie, un néoplasme grave. Une radiodermite s'était déclarée, en un point éloigné du champ d'application des rayons.

Oubliant la reconnaissance qu'il devait à celui qui l'avait guéri, le malade assigna le praticien, sous le prétexte que son appareillage était défectueux et que le médecin devait être déclaré responsable de ses instruments, aux termes de l'article 1384 du Code civil.

Non, ont répondu les juges de Nantes : l'installation du spécialiste était conforme aux exigences modernes de la science. De plus, ce n'est pas l'appareil, qu'il faut incriminer, mais l'utilisation de cet appareil.

Or, d'après le rapport d'expertise, cette instrumentation a été utilisée *secundum artem*.

Aussi le tribunal s'est-il refusé à admettre la responsabilité du médecin, aux termes de l'article 1384 et même aux termes de l'article 1382, puisqu'il s'agissait d'une question scientifique, pour laquelle les juges ne sont pas compétents.

Il en eût été différemment si la radiodermite avait été provoquée par l'utilisation d'un appareil défectueux, ne possédant pas des moyens de contrôle et de mesure et si les poses de radiothérapie avaient été de durée trop prolongée (tribunal civil de la Seine, 8 mars 1901 ; le *Droit*, 21 mars 1901).

Dans le cas particulier, qui a motivé le jugement du tribunal de Fougères, ci-dessus, la malade était atteinte d'une affection des centres nerveux telle qu'il est scientifiquement impossible de décider si les complications, qui nécessitèrent l'amputation, étaient dues à la maladie elle-même, ou à des brûlures radiologiques.

Néanmoins, c'est la seconde fois, croyons-nous que les juges ont été appelés à faire l'application de l'article 1384, concernant la responsabilité d'un médecin, en ce qui concerne l'état de son instrumentation.

Par bonheur, les tribunaux se refusent à suivre nos clients sur le terrain de la responsabilité professionnelle, en ce qui concerne l'emploi de tel ou tel instrument, ou plus exactement l'état desdits instruments. L'exercice de notre profession deviendrait alors presque impossible.

Pour terminer, constatons que le demandeur de Fougères a essayé d'invoquer la jurisprudence toute récente de la Cour de Cassation, pour que les juges du tribunal puissent déclarer le médecin coupable de toute faute, même légère.

Or, suivant en cela une jurisprudence bien établie, les juges de Fougères n'ont pas voulu s'immiscer dans un examen de doctrines ou de méthodes médicales, pour savoir si le traitement institué avait sa raison d'être, d'autant que l'adversaire du médecin, à laquelle incombait le fardeau de la preuve, n'a pas fourni les éléments de la faute commise par le praticien.

Ce n'est pas le tout d'accuser un médecin : il faut prouver ce qu'on avance.

Dr Paul Boudin.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

A propos de la grande épidémie du VIe siècle d'après Grégoire de Tours.

Nos lecteurs ont apprécié le savant article publié dans le numéro du 6 mai, page 1353, où M. Albert Garrigues raconte d'après Grégoire de Tours la grande épidémie de peste du VIe siècle. A ce sujet, notre distingué lecteur, le Dr Paul Noury (de Rouen) dont la vaste érudition est bien connue, nous adresse les très intéressantes observations que nous croyons devoir publier en le remerciant d'avoir bien voulu nous les envoyer :

Rouen, le 21 mai 1926,

Mon cher Confrère,

Dans le numéro du *Concours médical* du 16 mai 1926 (p. 1356, col. 2, ligne 6), il y a une erreur, coquille d'imprimerie, lapsus de l'auteur ou de Grégoire de Tours lui-même.

Dans la phrase : « .... ou bien marquer les maisons du *Tau grec* représentant assez bien la croix pour éloigner l'ange exterminateur... ». C'est du thav hébreu qu'il s'agit et non du Tau grec.

Le thav, 22e et dernière lettre de l'alphabet hébreu était, dans l'hébreu ancien, quelquefois représenté par le signe +, une croix à branches égales, verticale et horizontale, mais le plus souvent par le signe × en forme de croix de Saint-André, dérivé d'une lettre phénicienne.

Le thav servait de signature et c'est là l'origine de la croix qu'apposent les illettrés, en guise de signature.

Job (XXXI, 35) dit en parlant de la signature qu'il a apposée au bas d'un contrat : voici mon thav.

Dans Ezéchiel, les hommes marqués du thav au front étaient épargnés par l'ange exterminateur. C'est probablement à cela que Grégoire de Tours fait allusion en l'appliquant aux maisons.

Ezéchiel IX, 4 : « Et le Seigneur lui dit : Passe par le milieu de la cité, au milieu de Jérusalem et marque thav X sur le front des hommes qui..........

.........b) mais ne tuez personne à qui vous verrez le thav..... ».)

Le thav phénicien est devenu le tau grec (I, T, quelquefois I) et non le théta.

Il ne faut pas confondre le thav hébreu, sauveur et le théta grec qui condamne à la mort, le théta des Latins, abréviation de θανατος, la mort.

P. Noury.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un médecin sur la plus grande guerre (1)

Par le Dr Louis BARRAS,

> Mme de CAUTERNÈS. — *Les gens comme il faut ne parlent plus de la guerre... La guerre, c'est très malheureux évidemment, mais c'est fini...*
> (M. DONNAY. — *La Reprise,* Acte II, Sc. VII.)

Eh quoi ! dira-t-on peut-être, encore un livre sur la Guerre ! !

Elle est déjà si loin dans le passé qu'il est bien porté d'en parler le moins possible, — par ces temps catastrophiques où les valeurs sociales sont si brutalement inversées ; où triomphe la mercante ; où le professeur en Sorbonne gagne à peine de quoi vivre honorablement, tandis que le moindre coup de poing d'un Carpentier, le moindre coup de gueule d'une Mistinguett, le moindre coup de patte d'un Chevalier se payent en multiples gros billets .....

On en parle moins sans doute, de la plus grande guerre, mais on ne saurait l'oublier, quand on fut combattant, ou qu'on en est revenu mutilé dans sa chair, et mutilé aussi dans la chair de sa chair.....

C'est parce que je suis de ces derniers que j'ai lu avidement le livre du distingué Dr Barras, — écrivain et critique estimé —, dont j'avais pris plaisir à présenter ici la thèse de doctorat consacrée, en 1913, au Fétichisme et à Restif de la Bretonne.

Je l'ai lu avidement : il m'a grandement intéressé par l'intensité de vie qui en émane ; il m'a profondément ému par les souvenirs poignants qu'il a évoqués en moi ; il m'a plu enfin, par sa franchise, souvent brutale, par l'acuité de son observation......

Peut-être lui reprocherai-je, cependant, une témérité excessive dans certaines pensées, une outrance trop complaisante dans certaines images... et, dans l'ensemble, une tendance marquée au pessimisme. Mais pouvait-il en être autrement, quand on subsistait dans cet enfer, où la mort planait et fauchait sans relâche, où la vie était vraiment pour rien ??

Pour le goûter comme il convient, il importe néanmoins de prendre acte tout d'abord de sa genèse :

« Je l'ai écrit, durant plusieurs mois, au hasard
« des cantonnements de repos ou de mes séjours dans
« les hôpitaux. Puis, je l'ai laissé dormir ... »

(1) N. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris.

Ainsi s'exprime l'auteur dans son avertissement. C'est donc, proprement, son carnet de campagne, rédigé presque au jour le jour, sous l'impression des circonstances, des évènements, de l'ambiance. Aussi, ne sera-t-on pas surpris de la verdeur, de la crudité d'une langue truculente et colorée, qui dédaigne volontiers la pureté classique pour faire des incursions dans le lexique du poilu, jusqu'à montrer, en certains chapitres, une prédilection marquée pour la transposition, à la mode de Cambronne, — cet illustre poilu de 1815 —, des ennuis, des désagréments, des souffrances inséparables de l'état de guerre, et aussi du débrouillage, du système D, qui aident à les supporter ou à s'en affranchir. Ce que le récit y perd en correction conventionnelle, il le gagne en pittoresque ; cette précaution liminaire étant prise, on ne saurait s'en plaindre.

Il faut aussi, — les erreurs étant rudement dévoilées, les fautes impitoyablement stigmatisées, — il faut, dis-je, placer en exergue cette déclaration de M. Barras, que ses critiques :

« Ne sauraient atteindre en rien l'Armée et ses
« chefs pour qui tout homme sain doit avoir admi-
« ration et respect... Si quelques-unes de nos inter-
« prétations ne plaisent pas aux esprits qu'il est
« convenu d'appeler posés, qu'il soit bien entendu
« qu'elles ne sauraient atteindre les faits sublimes
« qui restent à leur base, et que nul plus que moi
« ne respecte les héros de cette guerre ».

***

Deux parties : 1° Tableaux de guerre ; 2° Commentaires d'Auguste.

Auguste, médecin languedocien mobilisé, raconte ce qu'il a vu, ce qu'il a fait, les faits dont il a été témoin, ceux auxquels il a été mêlé activement, faits tragiques le plus souvent, comiques aussi parfois, vulgaires à l'occasion... Puis, il s'efforce d'en dégager la psychologie, appliquée aux bergers, les chefs ; au troupeau, les soldats : le Français, l'Anglais, l'Allemand ; à l'esthétique de la guerre, voire à l'amour.....

Essayons de le suivre, en relevant, de-ci, de-là, les images, les pensées, les interprétations, les observations qui, tout en donnant une idée de la for-

me, révèleront la profondeur et la rectitude du jugement.

Après l'offensive manquée de Lorraine, c'est, en 1914, la retraite... la déroute.

« C'était une cohue pressée, bigarrée, un grouille-
« ment tassé, comprimé, car les soldats qui allaient
« sur la route, dans les fossés, dans les champs, se
« trouvaient maintenant canalisés pour le passage
« du pont — et cela faisait comme ces rivières qui,
« après avoir coulé étendues dans les vallées larges,
« avec des bras et des méandres, se resserrent,
« s'élèvent et roulent en bouillonnant entre les mon-
« tagnes. »

Il assiste à l'enterrement, dans une immense fosse commune, de nombreux cadavres.

« Les brancardiers recouvrirent de terre les der-
« niers cadavres. Sur le tertre, qui s'élevait au-des-
« sus de cette tombe anonyme et immense, on mit
« une croix de bois, avec l'inscription :« Ici reposent
« cent cinquante soldats français du 81e régiment
« d'infanterie ». A côté l'on creusa d'autres fosses
« pareilles et l'on planta d'autres croix de bois.

« Et aux yeux d'Auguste, il sembla soudain que
« ces croix nues s'animaient et que sur elles, était
« crucifié celui qui avait dit : Aimez-vous les uns les
« autres ».

La guerre de mouvement est terminée, le groupe d'artillerie auquel il est affecté bivouaque dans les forêts, dans les cahutes.

« Les attaques de nuit et les contre-attaques
« étaient fréquentes. Dès le soir, la fusillade devenait
« plus nourrie. Puis, elle s'étendait en longueur, rapi-
« dement, de proche en proche, comme les feux d'une
« rampe à gaz ».

L'hymne au pinard :

« C'est que le vin, c'est du soleil emmagasiné,
« du soleil conservé, mis en bouteilles.

« Le vin est rouge, ardent et chaud des rayons du
« soleil français qui, durant des mois, dans les plai-
« nes, sur les plateaux et aux flancs des collines, ont
« pénétré les vignes triomphantes ...

« Et en buvant ce vin, ils buvaient du soleil... »

Le groupe se rend par étapes dans un secteur lointain. Il chemine tristement sous une pluie croissante.

« Ils marchent muets, fatigués, les reins brisés et
« les genoux douloureux. Et pour que leur misère
« soit complète, chez beaucoup, la diarrhée, l'ef-
« froyable chiasse qu'ils ne pouvaient arrêter, —
« *malgré le riz au thé, qu'ils se forçaient à boire*, —
« et qui, à des reprises différentes, pendant plusieurs
« jours, terrassait, liquéfiait les plus forts.

« Auguste songe sous la pluie. Il y a quelques
« mois, il vivait au milieu des siens. Il a été arraché
« brusquement à tout ce qui lui était cher par des
« volontés qu'il ignore. *En route vers la mort, il com-*
« *prend mieux la vie* ; et c'étaient en définitive des
« voluptueux, des vivants, ces anachorètes qui se
« rappelaient fraternellement qu'il faut mourir ».

....

« Une section de munitions d'artillerie se dirige
« vers l'arrière. Des cavaliers mènent leurs chevaux
« à l'abreuvoir. Des voitures à viande, des fourgons,
« des automobiles, des autobus s'entrecroisent. Des
« prisonniers construisent un chemin défilé. Dans
« les airs, des avions ronflent ... Ça sent le front ».

Ils s'installent dans une cagna.

« Le repas terminé, Auguste et ses compagnons
« buvaient le cahua en se chauffant devant le grand
« feu de bois allumé dans la cheminée, percée dans
« le talus, qui a succédé au brasero, en attendant
« les poêles qui n'arrivent pas, malgré les articles
« de journaux où des faiseurs de pommade affirment
« en des phrases dithyrambiques aux mères de France
« que leurs enfants ne manqueront de rien pour la
« campagne d'hiver. »

Auguste est affecté à une ambulance division-naire.

« En prévision de l'arrivée des premiers blessés,
« l'attaque ayant commencé depuis peu, le médecin-
« chef se dispose à fonctionner...

« Mais le médecin divisionnaire arrive, conges-
« tionné, exophtalmique, affolé.

« — Ne vous déployez pas, restez sur roues, tenez-
« vous prêts à marcher en avant : vous n'aurez sûre-
« ment rien à faire ici ; qui sait où nous coucherons
« ce soir.

« Et il indique l'emplacement de l'ambulance, dès
« que l'ordre de marcher en avant — qui ne saurait
« tarder — sera donné : c'est près d'un ruisseau situé
« dans les lignes allemandes.

« Auguste pensa, à ce spectacle, que cet homme
« avait la responsabilité du service de santé de toute
« une division, que beaucoup de chefs commettaient
« une erreur semblable : ils se réveillaient chaque
« matin à Berlin ; que bien d'autres, et lui, qui
« n'avaient qu'un galon sur la manche, devraient
« être à la place de cet excité, et que, dans ce pays
« de la Révolution, il eût fallu que cela fût possible».

« Malgré les ordres du chef, l'ambulance se dé-
« ploie ... Bientôt les premiers blessés arrivent ...
« Auguste admire une fois encore la faculté d'orga-
« nisation des Français. Il y avait assurément, dans
« la région, des positions en contrepente, éloignées
« de toute agglomération repérable, qui eussent été
« des emplacements favorables pour l'installation
« d'une ambulance. Mais non, on fonctionnait en
« plein champ, au hasard, à cent mètres d'un village.

« Et pourquoi ? par manque d'esprit scientifique, « par « mariollisme » aussi ; les médecins et les in- « firmiers soignaient les blessés sous les obus. Évi- « demment. Cela est beau pour ces héros qui, grâce « à leurs blessures, peuvent espérer avoir échappé « à la mort, viennent se faire achever, à peine sortis « de la fournaise. »

Mais je m'arrête dans ces citations qui s'appliquent à des événements dont d'autres camarades m'ont confirmé l'exactitude, et je me borne avant de terminer, à extraire de ce récit quelques observations, quelques pensées qui m'ont semblé tout particulièrement dignes de remarques.

« Le blessé ne gémit pas : il insulte ou il se tait. « Et son silence est plus tragique que ses imprécations ... »

« ... Voilà toute la tare, la tare depuis si longtemps signalée, et qu'aucun homme n'a jamais eu « la force d'arracher comme on arrache les mauvaises herbes qui empêchent les vignes glorieuses « de resplendir au soleil : *Attendre et rendre compte.* « *Et lorsqu'on a reçu l'ordre, attendre le contre-ordre.* « La peur des initiatives. La peur des responsabilités. « Et malheureusement, cette peur a pu se justifier « parfois ».

« Quelques-uns (les bergers) sont des médiocres « ou des vieillards. Ils ont été élevés aux honneurs « par des médiocres, et, à leur tour, ils élèvent des « médiocres qui en élèveront d'autres. Ils renouvellent le geste des coureurs antiques, *mais ils ne* « *transmettent que des chandelles* ...

« Un plurigalonné du service de santé actif dit « un jour à Auguste : « Vous êtes les plus nombreux, « les médecins de complément, mais maintenant, c'est « nous qui vous tenons ». La rivalité qui existait, « dès le temps de paix, entre les médecins civils et « les médecins militaires, n'a fait que s'accroître « pendant cette guerre, au lieu de s'apaiser ... »

« Ils s'imaginent que l'on juge de la gloire d'un « bataillon par le chiffre des pertes. Il est vrai encore, « paraît-il, qu'il seyait à la victoire que des médecins fussent mis au garde à vous ... »

« La gloire est une femme qui ne vieillit pas ! !

« La guerre exaspère les facultés de farniente. Elle a d'autres conséquences. Comme on y est « sans cesse en contact avec la mort, on y apprend « à comprendre, à goûter les quelques grandes joies « schématiques de la vie, c'est- à-dire à bien manger, « bien boire, bien aimer, bien dormir.

« Il n'y a de bonheur que par antithèse ... »

« Jour et nuit, des millieurs d'hommes terrés, « impassibles, attendaient la mort en vivant, mangeant, buvant, dormant, lisant, pensant, ruminant, « jouant, écrivant ... »

« ... Ce héros qui, la veille, faisait un coup de main, « repoussait une attaque à la grenade ou courait à « l'assaut, était obligé, le lendemain, de donner son « nom à un gendarme qui le surprenait venant d'acheter du pinard. Et il se débattait pris entre la « zone de l'Allemand et la zone du gendarme ».

Et nous arrivons à la conclusion. Celle d'Auguste, c'est que, devenu psychasthénique, atteint de la phobie du toucher, il a l'impression d'atteindre les frontières de la folie, lorsqu'enfin il est relevé.

Mais ce n'est pas une conclusion à proprement parler.

Et cependant, il en est une qui se dégage du texte et semble s'imposer et que voici : La guerre n'a jamais, en France, rien appris aux militaires...

« Il semble en effet que chaque guerre est faite « avec les méthodes employées dans celle qui l'a « immédiatement précédée. On s'est battu en 1870 « comme pendant les guerres d'Afrique, de Crimée « et d'Italie, en août 1914 comme pendant celle de « 1870. A la prochaine, on se battra comme en 1918 ».

Combien prétendent, et qui ne sont pas pour cela de mauvais esprits, que telle est bien en effet la morale (!) de la guerre.....

Et pour finir :

« Ceux qui n'admettront pas mes idées n'auront « qu'à se consoler avec les autres livres qui répondent aux notions qui leur plaisent ».

Suggestion philosophique qui mettra le point final à mon analyse.

G. DUCHESNE.

THÉATRES ET CONCERTS

La Carcasse. — La Voyante de l'Olympia. — La Croisière noire.

Rien de ce qui concerne la Comédie-Française ne peut, en mon esprit, passer après autre chose ; je tiens donc à dire, de suite, la venue, sur cette scène, de *La Carcasse*, de MM. Denys Amiel et André Obey. Diversement accueillie par la critique, cette pièce a, par avance, donné lieu à des polémiques violentes tant à cause des influences qui se seraient exercées pour la faire recevoir qu'à cause de la situation sociale attribuée à son principal personnage. Afin de situer complètement un caractère, les auteurs sont obligés de songer à n'oublier aucun des sept lieux communs classiques dont le premier est relatif aux personnes. Et il n'est pas douteux que la plupart des polémiques soulevées par les premières Représentations de *La Carcasse* à la Comédie-Française ont eu pour cause le choix que les auteurs ont fait, dans ce premier élément de base de cette tragi-comédie, d'un général, pour leur personnage principal. Quelles que soient d'ailleurs les atténuations apportées au caractère militaire de ce général, je ne crois pas que la pièce eût été, en quoi que ce soit, diminuée de valeur si le héros en avait été un fonctionnaire ou employé de même âge et de mêmes ressources limitées quoique existantes. Il suffisait que les goûts de la femme dépassant les ressources du mari, le besoin de libéralités extérieures se soit fait sentir et ait pu être accepté.

Ceci admis, qu'il soit général ou intendant, ou directeur de n'importe quoi, le caractère du mari est, il faut le reconnaître, solidement posé jusque dans les moindres détails. C'est en philosophe et qui sait en profiter avec enjouement, qu'il accepte d'être cocu et... content. Lorsque son fils, vague sous-officier, vaguement vaguemestre dans quelque régiment, se suicide après avoir mangé la grenouille, personne n'ose lui annoncer la nouvelle. Le facteur Labrune, émissaire de la Municipalité, s'en charge si maladroitement que le général, croyant qu'il vient se faire consoler de ses propres peines de cœur, lui donne en exemple avec cynisme sa philosophie personnelle ; et c'est le fidèle amant en titre de la femme, le camarade du mari, d'Albéyrac enfin, qui se dévouera et devra, après avoir annoncé la triste nouvelle au père, l'annoncer aussi à la Générale parce que, comme à son ordinaire, le Général, devant la difficulté, s'est mis en boule... afin que tout glisse sur le vêtement militaire caoutchouté de son indifférence.

Où est, dans tout cela, la Carcasse, à quoi se rapporte ce titre ? Rien dans la pièce ne l'indique ; toute liberté semble laissée au spectateur de trancher cette question dans le sens qui lui plaît le mieux. Il y a bien le souvenir de « Hue, Carcasse », mais quelle distance entre le courage tranquille de l'homme qui méprise son corps, cette carcasse, et lui impose de suivre jusqu'au bout ses volontés, et la lâcheté plus qu'anormale du général Vernon ! Avouons, sans hésiter, que si le théâtre est éducatif, et si la Comédie-Française, plus que tout autre, se doit de répondre à ce but, elle montre là aux Spectateurs un bien navrant exemple à suivre. La puissance de l'exposé suffira-t-elle à le rendre assez odieux et à en écarter tous ceux qui se contentent de regarder avec indifférence l'être amoral qui se laisse vivre sans se préoccuper de tout ce qui n'est pas lui-même, ce n'est pas absolument certain ! le talent des acteurs ne fait, en outre, qu'ajouter au danger : Mme Berthe Cerny est une générale dont on a tendance à excuser tous les écarts ; son talent, comme son aspect, laissent à son rôle toute une large sympathie attirante. Elle n'est qu'une femme de son âge, mais elle l'est avec tout son charme ; elle n'est que femme avec tous les défauts et les légèretés de la femme, mais elle est tellement femme qu'on oublie de songer combien il serait dangereux que beaucoup de femmes se missent à lui ressembler ! On dirait que les auteurs ont voulu user de tout leur talent pour créer des types d'autant plus odieux qu'ils sont plus saisissants et plus puissamment fouillés ! Faut-il en conclure que « tout le bien » a été dit, que toutes les formes de vertus ont été présentées avec tant de maîtrise dans le passé, qu'il ne reste plus aujourd'hui que la puissance de la fange ? Faut-il, au contraire, sans accuser les hommes, admettre que les évènements et les conditions de la vie ont peu à peu rendu impossible ce qui était le bien pour faire de tout ce qui représentait le Mauvais, l'indélicat, l'indésirable, une série de pensées et d'éléments quasi-normaux déjà et destinés peu à peu à le devenir tout à fait ? Telle n'est certes pas du tout ma pensée, mais il semble que nous sommes encore bien plus que nous ne le pensons dans l'état d'âme d'après guerre et que la déformation nécessitée par l'idée seule de la possibilité ou de la nécessité de la guerre ne nous apparaît pas encore avec tout son volume. La période de résignation a créé une période amorphe correspondant à une amoralité qui, pour certains, a été totale. La Politique s'en est si violemment ressentie qu'elle a déteint à la fois sur la vie privée et sur la vie sociale. Des fortunes ont été trop rapides, il a fallu les soustraire au fisc, les emporter à l'étranger

les femmes ont été mêlées aux affaires, quelques-unes même, de temps à autre, ont désiré se mêler à la vie publique... le nombre des mères diminue, le sentiment de famille ne grandit pas, ce sont là choses que, peu à peu, le retour véritable de la paix remettra au point parce qu'elles ne peuvent se développer que loin des combats et même de l'idée de possibilité de combats prochains. Les vilenies de la guerre, le peu d'importance de la vie individuelle alors que les champs sont pleins de carcasses qui pourrissent, ne prédisposent pas aux délicatesses, elles ressemblent aux propos de salle de garde ou d'amphithéâtre qui n'ont jamais empêché les médecins d'aimer et d'admirer toutes les délicatesses des beaux sentiments et de ne jamais être les derniers à les enseigner et même à les pratiquer.

Telle quelle, *La Carcasse* n'en est pas moins une pièce de grande valeur devant les qualités de solidité et de construction de laquelle il faut s'incliner, mais dont les personnages ne sont pas des êtres suffisamment nouveaux et de tous points typiques pour constituer, dans l'ensemble des entités théâtrales, des éléments de première grandeur ; ce sont de très bonnes observations psychologiques qui s'accoleront à d'autres plus ou moins voisines et même à la Comédie Française, nous avons, dès longtemps, acquis l'habitude de savoir nous en contenter en goûtant la soirée pour elle sans plus.

C'est dans cet ordre d'idées que j'ai savouré le programme de l'Olympia, établi soigneusement rien qu'avec des numéros de réelle valeur destinés à distraire et à reposer. L'un d'eux m'a ramené dans le domaine scientifique avec une véritable impression de loyauté sans truquage : la *Voyante*. Mme de Paunac, placée sur la scène, les yeux bandés, a, sans hésitation, indiqué les noms prénoms et chiffres inscrits sur une carte qui m'était personnelle et que j'ai présentée à son manager, et pendant un quart d'heure, elle a, sans se tromper, répondu à distance, à toutes sortes de questions posées avec une sobriété de termes telle que j'en ai été frappé. Le Music Hall se mettrait-il donc à devenir le dernier refuge de la Science ?

Par ailleurs, l'attention de tous ceux qui aiment le beau spectacle national, est accaparée par le théâtre Marivaux avec la *Croisière Noire* : Depuis longtemps, les promeneurs du soir voyaient projeter sur les boulevards des fractions de film souvent assez longues, purement documentaires et qui, néanmoins, s'imposaient à l'attention des badauds autrement que par le seul fait d'être, dans la rue, une projection quelconque mise gratuitement à la portée de tous ! C'étaient les premières bandes de la Mission Hardt Dubreuil à travers l'Afrique, de l'Algérie au Lac Tchad à Madagascar et au Cap en passant par le territoire de Zinder, le territoire des grandes chasses, Fort Archambault et le Lac Victoria Nyanza ; c'était l'évocation de la Mission Foureau Lamy et la levée de cette sorte de mystère attirant qui plana de tout temps sur les grandes explorations dans la région équatoriale. Sous le titre *La Croisière Noire*, le théâtre Marivaux présente avec un rare bonheur un ensemble choisi de tout ce qui a été le plus heureusement réuni dans les trente mille kilomètres au moins de film rapportés par la Mission. Il n'est pas exagéré d'employer le mot émotion pour peindre l'impression qu'on est forcé d'éprouver en se reportant par la pensée à la place de l'opérateur. Il doit évidemment, afin d'être partout le premier et posé juste où il le faut, posséder des qualités d'endurance, d'activité et même d'agilité bien caractéristiques du génie de notre race. Le texte, très sobre mais très net, est juste ce qu'il faut pour que pas une péripétie du voyage, pas un lieu ou une scène caractéristique ne soit situé comme il convient. Les danses nègres sont accompagnées de chœurs reproduisant d'exacte manière, mais en beauté, m'a-t-on affirmé, les thèmes des musiciens de là-bas et c'est par un tonnerre d'applaudissements qu'a été accueilli le chant des pagayeurs et la musique grâce à laquelle les dresseurs d'éléphants ramènent au calme le petit éléphanteau furieux qui vient d'être capturé et qui, peu à peu, s'assoupit sous la douceur de sons et de paroles dont la philosophie est d'une grande douceur : « Calme toi, petit frère, la lune se lève quand même toujours après le soleil », formule de résignation qui n'exclut pas l'action et qui n'a peut être pas été inutile aux actifs pionniers de l'influence française, aux heures chaudes qui deviendraient des tueuses d'énergie si la résignation à l'inévitable n'était en même temps le stimulant vers cet effort nouveau et continu qui doit compter avec tout, mais qui finit par triompher justement parce que, demain encore, « la lune se lèvera après le soleil ». Très remarquable est la scène où les enfants, devenant des hommes, se peignent le corps en blanc et, au milieu des danses, sont conduits dans la brousse, au Sorcier, pour la Circoncision rituelle. La danse des Couteaux évoque les anciens sacrifices humains, la vieille prêtresse édentée y fait frappant contraste avec la superbe victime désignée dont les seins coniques pointant horizontalement, s'agitent voluptueusement au rythme de la danse. Quelques ralentis ingénieusement intercalés montrent la souplesse des danseuses, le style de leurs mouvements et l'hiératisme de leurs attitudes empruntées (car nous passons aux sources du Nil) à des souvenirs de la Haute Egypte et de l'influence égyptienne conservée de façon éclatante. L'intérieur de Harem est des plus curieux et pas encore vu, les attitudes des femmes broyant le mil sont identiquement celles dans lesquelles les représentent certaines statues de nos musées.

D'un bout à l'autre, il y a suite dans les idées,

ensemble dans la valeur photographique des vues. Les Français qui les ont prises ont mis leur coquetterie certaine à les faire bénéficier de toute la supériorité et des perfectionnements ultimes de la Science photographique et du goût de France ; certains effets d'aube, une tornade n'ont pu être obtenus que grâce à une connaissance parfaite des procédés et des écrans. Il y faut ajouter la note tout à fait particulière de l'ambiance, cette teinte de rouge brique chaude et riche, cette dimension de la Salle, son plein de monde où on ne laisserait pas tomber une aiguille qui caractérisent le théâtre Marivaux et, par dessus tout, le recueillement de cette foule, cependant cosmopolite, caractérisé par ce fait inusité que tous les spectateurs étaient découverts et que rares étaient dans la salle ceux qui pensaient à fumer. Symptôme frappant dans sa simplicité, l'attention tenue en éveil pendant plus de deux heures avec des arrêts courts et bien dosés conduisant sans fatigue à un résumé dont je félicite les auteurs. Déjà il y a quelques années — c'était lorsque Ch. Delac présentait la *Dame de Montsoreau* — les auteurs de ce film, lui aussi bien français s'étaient avisés de le montrer en une seule fois à la Critique alors qu'il était destiné à fournir un nombre impressionnant d'épisodes (système heureusement un peu oublié) et pour ce faire, sans texte, en choisissant des bandes adroitement coupées pour permettre l'enchaînement des idées, sans plus, ils résumaient en quelques minutes deux à trois épisodes de manière à permettre de suivre l'intégralité de l'action, déroulant seulement en entier deux ou trois d'entre eux. Ici, le résumé est bref ; tout y défile en un temps très court et le tout se termine par les ovations des spectateurs au drapeau français qui, fièrement, flotte à la poupe du paquebot qui de Madagascar, colonie française et point terminus de leur effort, ramène en France, en vainqueurs, les héros de la Mission admirable.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

LE PROJET DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES ET LES MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES (1)

Que sera, si jamais elle est, la Loi sur les assurances sociales ?

Notre Ligue a établi, à de longues années d'intervalle, deux avant-projets qui ne semblent guère avoir été retenus.

M. le docteur Vincent en a établi un, qui a été, on le sait, complètement transformé par la Chambre sous l'impulsion de M. Grinda. L'œuvre de ce dernier n'a pas été plus respectée par la Commission du Sénat dont le porte-parole, M. le docteur Chauveau, vient de déposer son rapport et d'établir un texte entièrement nouveau.

Et voici qu'à son tour la Fédération Nationale entre en lice ; qu'elle présente un texte original, recommandable lui aussi par des qualités sérieuses ! Et l'on prétend que ce projet aurait plus ou moins les sympathies de la Chambre ...

Que sortira-t-il de tout cela ? Sera-t-elle jamais réalisée, cette réforme sur les modalités de laquelle on peut discuter, mais dont le principe nous paraît indiscutable, tant la vie moderne comporte de risques que l'initiative individuelle des classes modestes est impuissante à couvrir ? On a pu craindre que les nécessités budgétaires, passablement impérieuses, ne rendissent impossible l'introduction en France d'une institution dont M. le député Grinda évaluait le coût à cent cinquante-six millions pour la première année ; et son évaluation était modeste ... Mais M. Chauveau a su dispenser l'Etat de toute dépense supplémentaire ; il fera face à ses obligations de tuteur des assurances sociales au moyen des allocations jusque-là destinées aux œuvres d'assistance dont les institutions d'assurance sociales prendront désormais la charge ; ainsi tombe le principal obstacle. Il est donc temps de nous préoccuper des répercussions de l'institution d'assurances sociales sur l'activité des citoyens qui n'en bénéficieront pas, et, parmi ces citoyens, au premier rang d'entre eux, des médecins.

Ceux-ci, en effet, seront appelés dans une large mesure à coopérer à l'œuvre d'assurance, il leur importe de savoir comment, par qui et à quel prix ils seront rémunérés. Et, pour quelques-uns d'entre eux, la question devient angoissante : ce sont les médecins propriétaires de maisons de santé ou cliniques privées menacés de voir le fond de leur clientèle aspiré par des établissements officiels.

En effet, si, à Paris, la clientèle des maisons de santé se recrute principalement dans la classe aisée ou riche, encore existe-t-il un certain nombre de maisons modestes accessibles aux bourses médiocrement gonflées. Il n'en est pas de même en province où nous trouvons des maisons dont les pensionnaires, tant médicaux que chirurgicaux, payent des prix égaux et parfois même inférieurs à ceux de l'assistance publique ; les dits pensionnaires se recrutent évidemment parmi des candidats aux assurances sociales, et de pareilles maisons seront directement atteintes si le fonctionnement des assurances sociales ne s'accommode pas de leur concours.

Il ne s'en serait pas accommodé sans heurts sous le régime Grinda.

En ce qui concerne les relations médicales avec

(1) *Revue de la prévoyance et de la mutualité*, n° 1, janvier, février, mars 1926.

l'assurance sociale, on sait que le projet Grinda était assez libéral.

Aux termes de l'article 23, les caisses d'assurance-maladie à instituer par la loi passaient un contrat collectif avec les groupements médicaux professionnels de la région, et les affiliés ne pouvaient s'adresser qu'aux médecins ou sages-femmes faisant partie de ces groupements ou qui, ayant adhéré aux conditions du contrat collectif, n'auraient pas été exclus pour motifs graves et légitimes. Aux termes de l'article 24, les groupements professionnels qui auraient de la sorte passé des contrats collectifs se chargeaient de l'organisation du service médical, du contrôle des soins donnés et du mode de règlement des difficultés. Le médecin était rétribué par la caisse, sur présentation de tickets de visite remis par l'assuré et achetés par ce dernier à la caisse-système du ticket modérateur (art. 25, par. 3). Tout cela était assez acceptable. Mais pour les soins à donner en dehors du domicile de l'assuré, aux termes de l'article 27 : « L'assuré avait droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure où de prévention *dépendant de la caisse d'assurance dont il recevait les secours de maladie ou d'invalidité.* »

Le sens de cette disposition était donné par le rapport en termes lyriques :

« Grâce aux capitaux considérables dont elle disposera, disait M. Grinda, la médecine sociale collective hâtera l'évolution nécessaire dans l'organisation des soins.

« Dans toutes les régions, nous verrons surgir des établissements sanitaires spécialisés avec chambres à un, deux, quatre lits au plus.

« Pris en charge par les assurances sociales, qui se substitueront progressivement à l'assistance publique, nos hôpitaux se transformeront, moderniseront leur outillage. Notre enseignement y installera des centres d'instruction dignes de nos savants. »

Ainsi, M. Grinda prévoyait, d'une part, la création d'instituts spéciaux, de l'autre, l'absorption des hôpitaux et leur adaptation à la clientèle semi-payante qui est celle des caisses.

Que devenaient, dans cette organisation, les maisons de santé privées ? leur concours n'était même pas prévu : les auteurs du projet ne paraissaient pas supposer que leur clientèle, si je puis m'exprimer ainsi, eût pu aller ailleurs que dans les établissements officiels. Néanmoins, ils ne paraissaient pas non plus exclure la possibilité pour un assuré d'entrer dans un établissement privé. En Alsace, nous apprend le docteur Lacroix (*Concours Médical* du 8 janvier 1922, p. 116), certains établissements privés reçoivent des assurés, au même prix et souvent à meilleur compte que les établissements publics ; il n'y aurait évidemment aucune raison d'être plus exclusif dans l'intérieur, alors que le système général des assurances sociales, tel qu'il était conçu par M. Grinda, était infiniment moins caporalisé que ne l'est celui des départements recouvrés. En principe, donc, un assuré aurait pu se faire admettre dans une maison privée. Mais encore aurait-il fallu concilier cette faculté avec le principe posé à l'article 23 ; à savoir la liberté du choix du médecin, dans les limites de la liste des adhérents aux propositions de la caisse, et par suite nous sommes amenés à dire que, dans le projet Grinda :

En principal rien ne s'opposait à l'admission d'un assuré dans une maison de santé ou une clinique privée ;

Mais à la condition que le médecin directeur de cette maison eût adhéré aux conditions proposées aux maisons de santé et cliniques privées par la caisse dont aurait relevé cet assuré.

Il eût appartenu au « syndicat des médecins directeurs de maisons de santé ou cliniques privées » d'entamer des négociations avec chaque caisse pour l'admission de ses assurés dans les maisons de santé privées de son ressort. Ces négociations eussent-elles été ardues ? je ne le pense pas en province et au début du moins. L'institution de l'assurance maladie-invalidité-vieillesse ne fera pas disparaître les indigents, ils n'ont pas disparu en Alsace. Les hôpitaux, hospices français sont presque partout absolument insuffisants pour leur clientèle propre. Et, d'ailleurs, il n'est pas invraisemblable que leurs médecins ou chirurgiens, considérant comme suffisante l'exploitation dont ils sont victimes du fait des accidents du travail, d'une part, et des faux indigents d'autre part, eussent refusé catégoriquement de se laisser faire pour les assurances sociales. D'un autre côté, les caisses n'auraient pas disposé immédiatement des capitaux suffisants pour faire construire et installer des établissements à elles ; enfin elles auraient consenti peut-être à se laisser instruire par l'expérience, et à comprendre qu'un établissement de cette nature, officiel, coûte toujours plus cher qu'un établissement privé à qualité de soins égale. L'exemple de la maison Dubois et de Ville-Evrard est là pour le prouver. Il est donc probable qu'elles auraient pour commencer assez facilement accepté les offres des établissements privés.

Seulement ici se place une question assez grave, c'est celle du *tout compris*.

On sait ce qu'il faut entendre par cette expression elliptique. L'article 4, par. 4, de la loi du 9 avril 1898, modifié par celle du 31 mars 1905, autorise le placement des victimes d'accidents du travail dans les hôpitaux moyennant un prix de journée qui, *tout compris*, ne pourra dépasser un certain maximum ; tout compris, cela veut dire y compris les honoraires du médecin ou du chirurgien traitant, et l'on sait que cette disposition s'applique aux établissements privés, à moins que des circonstances exceptionnelles n'aient obligé d'y hospitaliser le blessé au lieu de le conduire à l'hôpital. L'on sait également que ladite disposition a suscité les réclamations unanimes du corps médical, à juste titre mécontent d'être frustré des honoraires auxquels il a légitimement droit ;

il est donc vraisemblable que les chirurgiens tout au moins eussent tenté de faire inscrire dans le contrat l'autorisation de percevoir les honoraires prévus au tarif pour les opérations et autres interventions pratiquées sur des assurés et cette prétention, cependant modeste, eût peut-être été une pierre d'achoppement difficile à franchir.

En effet, il semble bien, à lire le rapport de M. Grinda, que les prévisions financières du projet aient été établies en considération du « tout compris ». Nous voyons (p. 51) M. Grinda opposer les frais médicaux aux frais d'hospitalisation et pharmaceutiques et considérer que la dépense annuelle exposée pour soins par bénéficiaire se diviserait à peu près par parties égales entre ces trois catégories ; si le médecin de l'établissement hospitalier devait être rétribué par l'assurance, il est évident que cette proportion serait fausse, ainsi que l'ont démontré au cours de l'examen du projet par le comité technique de la Ligue de la Prévoyance et de la Mutualité les éminents actuaires faisant partie de ce comité, MM. Fleury et Forgeron. D'un autre côté, M. Grinda appuie ses calculs sur les statistiques alsaciennes ; or le « tout compris » sévit en Alsace comme de ce côté-ci des Vosges, nous apprend le docteur Lacroix (*loc. cit.*) ; cela aussi tend à prouver que M. Grinda supposait acquis le « tout compris ».

En est-il de même du projet Chauveau ? cela n'est pas certain. Autant que j'ai pu en juger par plusieurs entretiens que j'ai eu l'honneur d'avoir avec lui, M. Chauveau, qui est médecin, et médecin connu et très occupé, est beaucoup plus favorable aux médecins que ne l'avait été son collègue de la Chambre, médecin pourtant aussi ; son texte reflète cette tendance. L'article 4, par. 1er, en est ainsi conçu :

« L'assurance-maladie couvre les frais de médecine « générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et « d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traite- « ment dans un établissement de cure *et les frais « d'interventions chirurgicales nécessaires* ... »

La place de ces mots : *et les frais d'interventions chirurgicales* après les mots : *Les frais d'hospitalisation* permet de croire que M. Chauveau n'exige pas le « tout compris ». On garde la même impression de la lecture de l'article 6 (l'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ... l'allocation à laquelle il peut prétendre est réduite, au cas d'hospitalisation ...) Enfin le 5e par. de l'art. 7 prévoit, en termes aussi larges que possible, des « conventions passées avec les établissements de soins ».

Il suit de là que toute clinique ou maison de santé, constituée sous la forme commerciale, ou instrument de travail du médecin son propriétaire, pourra se présenter à l'agrément de la caisse dans la circonscription de laquelle elle sera placée, et traiter librement avec elle les conditions d'admission d'assurés ; que ces conditions pourront comporter une rémunération distincte pour les interventions chirurgicales, les frais d'hospitalisation étant couverts, en partie, par une réduction importante des allocations en espèces accordées à l'intéressé (cpr., art. 6). Et il faut noter que M. Chauveau ne prévoit pas l'ouverture d'établissements spéciaux ; beaucoup plus que M. Grinda, désireux d'utiliser ce qui est, porté à la mesure par son tempérament bourguignon, il n'a pas été troublé comme son collègue niçois par des rêves de palaces.

Si la loi d'assurances sociales devait être votée telle qu'elle est sortie des mains de M. Chauveau, elle serait, somme toute, très acceptable pour les cliniques et maisons de santé privées, à qui elle serait susceptible de procurer même une clientèle nouvelle. Cette considération n'est peut-être pas suffisante à elle seule pour nous engager à préférer le texte Chauveau au texte Grinda ; elle a bien, cependant son importance. Pour combien de petites villes un chirurgien, un spécialiste des maladies nerveuses ou respiratoires, n'est-il pas un élément de vie, par la clientèle qu'il attire des campagnes environnantes, par les bénéfices que laisse dans le pays l'exploitation de sa clinique ou de sa maison de santé ? Dans un temps où l'abandon des petites villes constitue un véritable danger social, parce qu'il entraîne celui des campagnes, il convient assurément de ne rien leur retirer qui leur donne un peu d'activité. Je signale ce point de vue aux rapporteurs du comité technique.

Bernard AUGER,
Docteur en droit,
Membre du Comité technique de la Ligue.
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation.

ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES ÉTABLISSEMENTS INDUSTRIELS ET COMMERCIAUX

Décret du 11 *mars* 1926.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu les articles 54*c*, 54 *d*, 54 *e*, du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale ainsi conçus :

Art. 54 *c*. — La mère pourra toujours allaiter son enfant dans l'établissement. Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter son enfant seront déterminées, suivant l'importance et la nature des établissements, par le règlement d'administration publique prévu à l'article 54 *e*.

Dans les établissements où les employeurs mettront à la disposition de leurs ouvrières et employées,

à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, une chambre d'allaitement satisfaisant aux conditions déterminées par le règlement d'administration publique prévu ci-après, la période de trente minutes ci-dessus fixée sera réduite à vingt minutes.

Art. 54 d. — Les chefs d'établissements occupant plus de cent femmes de plus de quinze ans peuvent être mis en demeure d'installer, dans leurs établissements ou à proximité, des chambres d'allaitement. Ces chambres devront pouvoir abriter un nombre d'enfants de moins d'un an correspondant, d'après la proportion générale observée pour l'ensemble des femmes de plus de quinze ans de la commune, au nombre des femmes de plus de quinze ans occupées par l'établissement.

Les articles 69 et 70 du présent livre s'appliquent aux mises en demeure prévues par l'alinéa précédent. Les réclamations élevées contre ces mises en demeure sont soumises au comité supérieur de protection du premier âge avant d'être portées devant le comité consultatif des arts et manufactures.

Art. 54e. — Un règlement d'administration publique, pris après avis du comité supérieur de protection du premier âge et du comité consultatif des arts et manufactures, déterminera les mesures propres à assurer l'exécution du présent chapitre, et, notamment les conditions d'installation, d'hygiène et de surveillance des chambres d'allaitement affectées aux enfants nourris au sein, en totalité ou en partie ;

Vu l'avis du comité supérieur de protection du premier âge ;

Vu l'avis du comité consultatif des arts et manufactures ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les chefs d'établissement, directeurs, gérants ou préposés, sont tenus, dans l'installation, l'organisation et le fonctionnement des locaux prévus par l'article 54 *c* et des chambres prévues à l'article 54 *d* du livre II du code du travail, de se conformer aux prescriptions énoncées aux articles ci-après.

TITRE Ier

Local prévu par l'article 54 c ou l'enfant doit être simplement allaité.

Art. 2. — Le local prévu par l'article 54 *c* du livre II du code du travail doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) Etre séparé de tout local de travail ;

b) Etre pourvu d'eau en quantité suffisante ou se trouver à proximité d'un lavabo ;

c) Etre pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ;

d) Etre tenu en état constant de propreté ;

e) Etre maintenu à une température convenable dans des conditions hygiéniques.

En outre, dans les établissements qui sont soumis à des prescriptions particulières relatives à l'hygiène, prévues par l'article 67, 2°, du livre II du code du travail, le local doit être nettement séparé de tout local affecté à des travaux visés par lesdites prescriptions particulières. Cette séparation doit être, notamment, telle que le local soit soustrait à l'action des causes d'insalubrité ou de danger qui ont motivé lesdites prescriptions.

Art. 3. — Les enfants ne peuvent séjourner dans le local visé à l'article précédent que pendant le temps nécessaire à l'allaitement.

Aucun enfant atteint ou paraissant atteint d'une maladie transmissible ne doit être admis dans ce local. Des mesures doivent être prises pour que la présence des mères n'y apporte aucun danger de contamination.

TITRE II

Chambre d'allaitement prévue par l'article 54*d* du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale.

Art. 4. — La Chambre doit avoir une hauteur de 3 mètres au moins sous plafond. Elle doit avoir au moins, par enfant, une superficie de 3 mètres carrés et un cube d'air de 9 mètres cubes.

Dans les locaux affectés pour cet usage antérieurement à la publication du présent décret, des dimensions moindres pourront être admises, sans que le cube d'air puisse jamais être inférieur à 8 mètres par enfant.

Une même salle ne doit pas contenir plus de douze berceaux. Toutefois, lorsque le nombre des enfants viendra à dépasser ce *maximum*, *l'inspecteur divisionnaire* du travail pourra en autoriser provisoirement le dépassement.

Lorsqu'il y aura plusieurs salles, celles-ci seront desservies par un vestibule.

Art. 5. — Toutes les salles doivent être largement aérées et munies, à cet effet, de fenêtres ou autres ouvertures à châssis mobiles donnant directement sur le dehors.

En outre de l'aération réalisée par le jeu des ouvertures, la chambre doit être pourvue d'un mode de renouvellement d'air continu.

Art. 6. — Toutes les salles doivent être convenablement éclairées.

Art. 7. — Les salles doivent être maintenues à une température convenable, dans des conditions hygiéniques.

Art. 8. — Les salles ne doivent pas avoir de communication directe avec des cabinets d'aisance, égouts, plombs, puisards, et doivent être maintenues, d'une manière générale, à l'abri de toute émanation nuisible.

Art. 9. — Le sol des salles doit être tenu en très bon état et se prêter facilement au nettoyage. Celui-ci sera fait soit par un lavage, soit à l'aide de brosses ou de

linges humides, soit par aspiration, suivant le revêtement employé.

Les murs doivent être recouverts, soit d'un enduit permettant un lavage efficace, soit d'une peinture à la chaux. La peinture à la chaux sera faite à nouveau toutes les fois que la propreté ou la salubrité l'exigera, et au moins une fois par an. L'enduit et la peinture doivent être de tons clairs.

Art. 10. — Les salles et le mobilier doivent être maintenus dans un état constant de propreté, soit par voie humide, soit par aspiration. Cette opération doit être répétée tous les jours où la chambre est ouverte et hors de la présence des enfants.

Art. 11. — Le chef d'établissement doit fournir pour chaque enfant un berceau et un matériel de literie.

Il doit, en même temps, fournir du linge en quantité suffisante pour que les enfants puissent être changés toutes les fois qu'il est nécessaire.

Art. 12. — Le matériel et les effets énumérés aux articles 11 et 21 doivent être tenus constamment en bon état d'entretien et de propreté.

Art. 13. — La chambre doit être tenue exclusivement par des femmes qualifiées en nombre suffisant.

Art. 14. — Les enfants sont soignés et tenus dans un état de propreté rigoureuse.

Art. 15. — Il doit être tenu : 1° un registre matricule sur lequel sont inscrits les noms, prénoms et la date de naissance de chaque enfant, les nom, adresse et profession de la mère, la date de l'admission, la constatation de la vaccination, l'état de l'enfant au moment de l'admission et, s'il y a lieu, au moment des réadmissions ; 2° un registre sur lequel sont mentionnés nominativement les enfants présents chaque jour.

Art. 16. — La chambre est surveillée par un médecin désigné par le chef de l'établissement et dont ce dernier devra faire connaître le nom et l'adresse à l'inspecteur du travail.

Le médecin doit visiter la chambre au moins une fois par semaine. Il consigne ses observations sur le registre prévu au paragraphe 2 de l'article 15.

Un règlement intérieur, signé par le médecin, doit être affiché à l'entrée de la chambre d'allaitement.

Art. 17. — Ne doivent être admis dans la chambre que les enfants nourris au sein. Dans le cas où l'alimentation par le lait de la mère serait insuffisante, celle alimentation sera complétée conformément aux indications formulées par un médecin laissé au libre choix de la mère.

Des moyens de réchauffer les aliments constituant la nourriture de complément doivent être prévus.

Dans le cas où cette nourriture complémentaire est constituée par l'allaitement partiel au biberon, les prescriptions prévues à ce sujet par l'article 8 de l'arrêté du 10 novembre 1923 concernant les crèches doivent être observées.

Art. 18. — Aucun enfant atteint ou paraissant atteint d'une maladie transmissible ne doit être admis dans la chambre.

Tout enfant qui, après admission, paraîtrait atteint d'une maladie transmissible, ne doit pas être maintenu à la chambre.

Art. 19. — Le personnel de la chambre doit se tenir dans un état de propreté rigoureuse.

Des mesures doivent être prises pour qu'aucune personne pouvant constituer une cause de contamination n'ait accès dans la chambre.

Art. 20. — Personne ne doit passer la nuit dans la chambre où des enfants passent la journée.

Pendant la nuit, tous les objets dont se compose la literie doivent être disposés de manière à être aérés.

Art. 21. — Les mères des enfants admis dans la chambre visée par le présent titre doivent pouvoir disposer pour l'allaitement, d'un local situé à proximité de ladite chambre, et répondant aux conditions prévues aux articles 2 et 3 du présent décret.

A chaque tétée, le personnel de la chambre doit faire revêtir à la mère une blouse. Chaque mère doit avoir une blouse exclusivement affectée à son usage.

Il est tenu à la disposition des mères de l'eau chaude, des serviettes individuelles et du savon.

Art. 22. — La rémunération du médecin et du personnel de la chambre, ainsi que la fourniture et l'entretien du matériel et des effets énumérés aux articles 11 et 21, sont à la charge du chef d'entreprise.

Aucune contribution ne peut être réclamée aux mères dont les enfants fréquentent la chambre.

TITRE III

Art. 23. — Le délai minimum pour l'exécution de la mise en demeure prévue à l'article 54 *d* du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale ne pourra être inférieur à un mois.

Art. 24. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

(*J. O.*, 17 mars 1926.)

CHRONIQUE SYNDICALE

A propos de la réunion de Rennes du 23 janvier 1926. L'ordre du jour du Syndicat de Seine-et-Marne sur l'Assurance sociale.

Nous avons publié, dans le n° 20, du 16 mai dernier, sous le titre : Réunion tenue à Rennes par les médecins de tout l'Ouest, le compte rendu de cette réunion, fait à son Syndicat par un confrère, qui a signé Dr D., et que nous connaissons parfaitement. Ce compte rendu avait à nos yeux le caractère d'une pièce officielle, et nous l'avons publié intégralement comme tel, en raison de sa provenance.

Or, il a fait l'objet de certaines remarques de la part de quelques-uns de nos correspondants, parmi lesqueles je citerai tout spécialement le Dr Joubert, de Niort, qui m'écrit ce qui suit :

« Ce compte rendu renferme des propositions surprenantes, douteuses et parfois contradictoires. « *Nous voulons,* y est-il écrit, *pour les assurances sociales être consultés à propos de tout le fonctionnement de la loi avant son élaboration.. Mais ce n'est pas ce que poursuivait l'Union* ! » Il me semble, au contraire, que c'était le programme de la majorité et de ceux qui ont voté l'ordre du jour Gaussel, et parmi lesquels 18 Syndicats sur les 31 représentés à Rennes, et que le programme opposé d'absentéisme, de non collaboration à la loi et aux Caisses, était celui de Desrousseaux ! »

« *Elle* (l'Union) *voulait, là encore, colloquer ses fameuses organisations de soins...* » Ceci, c'est de l'histoire ancienne, périmée : les ordres du jour des deux dernières Assemblées générales ne comportent rien de semblable, et même les dirigeants qui y étaient enclins semblent bien y avoir renoncé.

« *Et c'est pourquoi l'on vit, à la dernière Assemblée générale, les manœuvres... destinées à empêcher le vote de l'ordre du jour Dersousseaux...* » Pourquoi cette apologie de l'ordre du jour Desrousseaux, rejeté par la majeure partie des Syndicats représentés à Rennes, et cette légende de manœuvres ? Et si nous sommes tous d'accord, pourquoi ce ton comminatoire ? Il n'a aucune raison d'être, pas plus que la proposition d'une nouvelle Assemblée générale (dieux célestes !!) pour prendre une position nette (la dernière chose que puisse réaliser une Assemblée générale.)

« *Mais Marquis parut alors, s'abstint de toute théorie, n'exposa que des faits...* » Marquis, si j'en crois l'auteur du compte rendu, a servi des affirmations de valeur douteuse. Jugez-en : « *Le contrat ne devait exister qu'entre les assurés et les caisses...* » Et tout aussitôt, son disciple admiratif conclut : « *Il fallait bien entre les syndicats médicaux et les caisses l'établissement d'un modus vivendi, donc d'un contrat...* »

« Puis, des observations qui prouvent simplement ceci, c'est que, quoi qu'on fasse, qu'on collabore ou non, les prévisions budgétaires seront sans doute insuffisantes. La seule conclusion à en tirer n'est pas qu'il faut combattre dans son ensemble le projet Chauveau, mais que nous ne devons pas nous lier à l'avenir budgétaire des caisses. Ceci, nous le savons tous. »

***

Ce que redoute notre correspondant, c'est que de semblables affirmations n'embrouillent la question et ne contribuent à semer plus de méfiance et à jeter plus de zizanie parmi le corps médical.

C'est évidemment ce qu'il importe d'éviter à tout prix ; il y a déjà bien assez de raisons, — bonnes ou mauvaises, plus souvent mauvaises que bonnes, — invoquées pour justifier certaines attitudes agressives ou hostiles des uns envers les autres.

J'apprends qu'une Assemblée générale extraordinaire de l'Union doit avoir lieu dans les premiers jours de juillet, qui aura pour mission de préciser avec une exactitude aussi rigoureuse que possible sur les divers points envisagés dans le projet de loi Chauveau, les conditions minima auxquelles le corps médical organisé consentira à apporter sa collaboration à l'application de la loi... quand elle sera votée, ce qui n'est pas encore pour demain... J'espère que les prévisions pessimistes du Dr Joubert ne se vérifieront pas et que cette Assemblée fera de bonne besogne et aboutira à d'utiles et formelles conclusions.

Il est possible, dès maintenant, de se faire une idée de ces conditions ; elles ont déjà à maintes reprises été exprimées par les uns et par les autres. Il importe que ces conditions soient telles qu'elles laissent aux Syndicats la liberté de traiter comme ils l'entendront, et d'introduire, dans les accords qu'ils passeront avec les caisses, les clauses qui leur conviendront, dans les limites du minimum conditionnel qui sera déterminé.

Certains syndicats ont déjà fait connaître leurs intentions. Voici comment le Syndicat de Seine-et-Marne a traité la question dans un récent ordre du jour. Celui-ci prend une importance de premier ordre quand on sait que le Président de ce Syndicat, Fernand Decourt, est en même temps Président de l'Union.

G. Duchesne.

Syndicat Médical de Seine-et-Marne

Ordre du jour au sujet du projet de loi Assurance Maladie

Le Syndicat médical de Seine-et-Marne,

Enfin son assemblée générale du 25 avril 1926 et à l'unanimité,

Déplorant la rupture du front unique du corps médical français, et considérant que l'union de tous les médecins de France est plus que jamais indispensable, FÉLICITE tout d'abord, chaleureusement, son Président, le Dr Decourt, de son courageux et nécessaire *appel* à la concorde, paru dans le numéro du 24 mars du *Concours médical* et regrette que, jusqu'à présent, l'initiative du Dr Decourt n'ait pas encore eu d'écho ;

Et, quant au projet lui-même de loi sur l'assurance maladie :

Déclare que la collaboration du corps médical du département ne peut être assurée, à la loi Assurance-maladie, qu'aux conditions préalables suivantes qu'il considère comme indispensables à une pratique médicale normale et saine, et ayant pour but, avant tout, l'intérêt des malades :

1° *L'exercice de la médecine* devra conserver son *caractère personnel et familial*, sans sombrer dans un *fonctionnarisme* patent ou voilé.

Le médecin praticien ne doit donc avoir de rapport avec les caisses prévues dans le projet de loi, que par l'*intermédiaire de son syndicat*, chargé de *contracter* avec celles-ci sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de la loi. Il s'ensuit qu'il y a lieu d'envisager, dès maintenant, la pratique médicale sous deux points de vue différents :

a) Le médecin praticien ;

b) Le Syndicat.

2° *Le médecin praticien* reste uniquement le médecin traitant de son malade. Il ne doit connaître que lui, qu'il soit affilié à une caisse ou non. D'où il résulte que doivent toujours être respectés les principes habituels :

Secret professionnel ;

Libre choix réciproque ;

Paiement à l'acte médical, sans jamais de fixe, de forfait, direct ou indiect, ni d'abonnements, etc. ;

Payement direct du médecin par le malade suivant les tarifs locaux du Syndicat modifiables par celui-ci, ainsi qu'il sera dit plus loin.

Quittance de tout payement peut être donnée par le médecin au malade, de même que — si un contrat collectif est accepté par le syndicat ou la caisse, de commun accord — *tout certificat* utile au malade, attestant une incapacité de travail sans diagnostic aucun, ainsi que la durée probable de la dite incapacité, etc., mais sans aucune paperasserie administrative quelconque, ni aucun rapport direct entre le médecin et la caisse.

3° *Le Syndicat médical* reçoit mission des médecins du département d'adapter la libre pratique de la médecine *individuelle* aux besoins légitimes de l'*assurance collective*, afin de faciliter à celle-ci son fonctionnement social. Cette adaptation se fera par un CONTRAT COLLECTIF établi de commun accord entre les deux groupements intéressés et dont on peut, dès maintenant, envisager les bases primordiales pouvant être consenties par le Syndicat de Seine-et-Marne :

a) *Publication d'un* TARIF *syndical minimum*, permettant, à chaque caisse locale, de fixer sa part de responsabilité dans les frais médicaux payés directement par l'assuré, part comprenant, ou non, un *pourcentage de participation* de l'assuré. Mais il est bien entendu que le tarif syndical minimum sera établi par le Syndicat seul et restera modifiable par lui, d'après le coût de la vie, et sans que les honoraires de chaque médecin, basés sur la situation sociale de chaque malade, puissent être, en aucun cas, déterminés par les sommes que ce dernier aura reçues ou devra recevoir de la caisse.

Ces conditions sont celles qui, depuis deux ans, régissent les rapports entre les 160 et quelques sociétés mutuelles du département et le corps médical de Seine-et-Marne. Ce n'est donc là qu'étendre à la nouvelle assurance-maladie (qui n'est autre qu'une mutualité étendue) une situation existant déjà de fait — et qui se retrouve, mot pour mot, dans les deux contrats collectifs que viennent de signer, avec le syndicat de Seine-et-Marne, *la Cie des Chemins de Fer départementaux et la Caisse de Compensation de la Région parisienne.*

b) Accord à établir entre le syndicat et la caisse au sujet des certificats à fournir par le médecin traitant ainsi qu'il a été dit plus haut.

c) Etablissement d'un *double* CONTROLE : *administratif* par la caisse sur ses malades ; *médical* par le syndicat sur ses membres, mais sans que les caisses puissent intervenir, pour toute question médicale, autrement que par l'intermédiaire du Syndicat.

d) PARTICIPATION *du corps médical à la* GESTION *des caisses*. Ceci est de première importance au point de vue *technique* pour toutes les questions médico-chirurgicales ainsi que les dispensaires, les hôpitaux, cliniques, sanatoria, etc. Cette participation est réclamée par les médecins de Seine-et-Marne comme *condition essentielle de l'accord*, non dans un simple intérêt corporatif et particulier, mais bien dans l'intérêt général de leurs malades qui doivent être soignés dans les conditions d'une technique médicale toujours en progression et cela, dans *tous les milieux*, ceux-ci devant être adaptés, pour le mieux, au fonctionnement pratique de cette médecine sociale que le Parlement désire instaurer.

Le Secrétaire, Dr ALLEAUME.

Le Président, Dr Fernand DECOURT.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. Maillon

Médecin expert près les Tribunaux

(*Suite*)

Fractures des orteils et du pied.

Voir aux raideurs et ankyloses.

Fractures de jambe.

	Professions permettant la station assise	Professions exigeant la marche ou la station debout
1° Fracture du péroné (diaphyse)........	»	»
2° Fractures malléolaires :		
a) Consolidation en bonne position, pas de raideur, légers troubles circulatoires et trophiques........	2 à 5	5 à 8
b) Consolidation en bonne position avec raideur plus ou moins serrée de la tibio-tarsienne, avec troubles circulatoires et trophiques (voir raideurs tibio-tarsiennes)........	5 à 12	12 à 15
c) Consolidation en position vicieuse : raideur plus ou moins serrée de la tibio-tarsienne, troubles circulatoires et trophiques (voir raideurs tibio-tarsiennes)........	15 à 40 selon la position du pied (voir raideurs tibio-tarsiennes).	15 à 50 selon la position du pied.
d) Consolidation en position vicieuse ankylose de la tibio-tarsienne, troubles circulatoires et trophiques........	30 à 50	40 à 60
	selon la position du pied : voir ankylose tibio-tarsienne.	
Talus........	35 à 45	45 à 50
Equinisme........	45 à 50	50 à 55
Marche sur le bord interne du pied........	25 à 35	25 à 45
Marche sur le bord externe du pied........	25 à 50	45 à 60
3° Fractures de la diaphyse :		
a) Consolidation rectiligne ; raccourcissement de un à deux centimètres ; pas de cal saillant ; atrophie légère ; pas de raideur de la tibio-tarsienne........	5 à 8	10
b) Consolidation rectiligne ; raccourcissement de 3 à 4 centimètres ; gros cal saillant ; atrophie plus ou moins accusée........	15 à 20	20 à 25

	PROFESSIONS PERMETTANT LA STATION ASSISE	PROFESSIONS EXIGEANT LA MARCHE OU LA STATION DEBOUT
c) Consolidation angulaire ; déviation de la jambe en dedans ou en dehors, déviation secondaire du pied ; raccourcissement de plus de 4 centimètres ; marche possible	30 à 40	40 à 45
d) Consolidation angulaire, raccourcissement considérable, marche impossible	50 à 60	60 à 65
4° Fractures de l'extrémité supérieure :		
a) Forte déviation angulaire ou latérale	30 à 50	60 à 65
b) Avec raideur du genou (voir raideur du genou)	»	»

Rupture du tendon rotulien.

(*Voir fractures de la rotule.*)

Fractures de la rotule.

a) Cal osseux ou fibreux court : extension bonne, flexion peu limitée	10	10 à 12
b) Cal fibreux long, extension active complète, mais faible, flexion peu limitée	20	30 à 40
c) Cal fibreux long, extension active nulle, atrophie notable	40	40 à 50

Fractures de la cuisse.

a) Raccourcissement de un à quatre centimètres, pas de lésions articulaires, pas d'atrophie	5 à 10	10 à 20
b) Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, pas de raideurs, atrophie moyenne (périmètre inférieur de 2 à 3 centimètres)	20	20 à 30
c) Raccourcissement de 3 à 6 centimètres, raideurs accusées, atrophie moyenne (périmètre inférieur de 2 à 3 centimètres)	30	30 à 40
d) Raccourcissement de 6 à 9 centimètres, raideurs articulaires, atrophie moyenne	30 à 40	40 à 50
e) Raccourcissement de 6 à 9 centimètres, raideurs (flexion allant de 180 à 135°), atrophie accusée (périmètre inférieur de 3 à 5 centimètres). Déviation angulaire externe	50 à 60	60
f) Raccourcissement de 9 à 10 centimètres	55 à 60	60 à 65
g) Raccourcissement de plus de 10 centimètres	60 à 65	65
h) Raccourcissement de plus de 10 centimètres, déviation angulaire externe, raideur de la hanche	65 à 70	70

Fractures du bassin.

Eléments d'appréciation.

(Voir IMBERT : Guide pour l'évaluation des incapacités.)

Douleur ;
Raccourcissement ;
Atrophie ;
Gêne de la marche
Raideur ou mobilité de la hanche ;
Troubles organiques (urinaires, etc., etc.).

	Professions permettant la station assise	Professions exigeant la marche ou la station debout
1° Douleurs peu vives, atrophie minime, pas de raccourcissement, pas de gêne de la marche, pas de raideur de la hanche, pas de troubles vésicaux....	5 à 8	10
2° Douleurs vives et continues, atrophie moyenne, gêne de la marche, pas de raccourcissements, pas de raideur, pas de troubles vésicaux..................	8 à 10	10 à 20
3° Douleurs et atrophie marquées, raccourcissement ou déviation du membre, pas de troubles organiques..	30 à 40	40 à 50
4°) Douleurs, atrophie, raccourcissement ou déviation du membre, troubles parétiques concomitants ou complications urinaires........................	40 à 60	60 à 80

Paralysies.

(Selon les indications du Guide-barème militaire et de Imbert).

(Paralysies complètes. En cas de paralysie incomplète, adapter les chiffres donnés ci-dessous au degré de gêne fonctionnelle.)

	Professions permettant la station assise	Professions exigeant la station debout
1° Paralysie du sciatique poplité interne.............	25 à 30	30
2° Paralysie du sciatique poplité externe ; paralysie des fléchisseurs du pied..........................	25 à 30	30
3° Paralysie du grand nerf sciatique (paralysie de la jambe et du pied)...........................	35 à 40	40
4° Paralysie du sciatique poplité interne avec causalgie (douleur violente et continue).................	60	60
5° Paralysie combinée, sciatique poplité interne et du sciatique poplité externe avec causalgie..........	60	60
6° Paralysie du nerf crural (paralysie de la flexion de la cuisse et de l'extension de la jambe)..........	40	50
7° Paralysie totale d'un membre inférieur...........	50 à 60	65 à 70
8° Paralysie double (paraplégie, lésions vertébrales)....	100	100

3) Lésions du crâne et de la face

a) Fractures du nez.

1° Lésions sténosantes endo-nasales sans mutilation extérieure..................	5 à 25
2° Mutilation partielle du nez, sans sténose..............................	10 à 20
3° Moignon nasal avec sténose..............................	25 à 65
4° Perte du nez, sans sténose nasale..............................	20 à 40

b) Fractures des maxillaires.

1° Maxillaire inférieur :

a) Bonne consolidation, en bonne position..............................	0	
b) Engrènement partiel des dents avec les dents supérieures................	0 à 10	
c) Engrènement nul..............................	10 à 20	
d) Ecartement maximum des mâchoires : de 1 cm. 5 à 3 cm..................	5 à 20	(Imbert.)
de 0 cm. 5 à 0 cm. 15..............	10 à 25	
de 0 cm. 5 à 0....................	15 à 40	

2° Maxillaire supérieur : pseudarthrose (guide-barème militaire).

a) Ballottement total (mastication impossible)	40 à 50
b) Ballottement partiel (mastication possible, mais limitée)	10 à 20
Perte de dents : Perte de cinq à six dents	2 à 6 pour cent.
De six à 20 dents	10 à 20
De plus de 20 dents	20 à 30
Prothèse impossible, troubles gastriques	30 à 60

4) Fractures des os du thorax.

1° Fractures du sternum.

1° Enfoncement d'une pièce du sternum sans lésion profonde, mais douleur gênant l'effort	10 à 20
2° Enfoncement avec lésions profondes : du cœur	voir ces mots.
des vaisseaux	
des poumons	

2° Fractures de côtes.

1° Fracture d'une seule côte *a*) pas de cal saillant, cal solide, pas de pleurite, pas de névralgie	0
b) cal saillant, solide, pleurite sèche, douleur modérée et localisée	10 à 20
c) cal saillant, douleur intercostale grave	*30*
2° Fractures multiples : *a*) Pas de cal saillant, pas de lésion pleurale ou pulmonaire, pas de douleur	0
b) Cals saillants, solides, pleurite sèche, douleur modérée et localisée	15 à 20
c) Consolidation vicieuse, gêne des mouvements	30
d) Déformations thoraciques, gêne respiratoire	30 à 60
e) Déformations thoraciques, lésions des organes profonds cœur	voir ces mots
vaisseaux	
poumons	

3° Fractures du rachis (voir : barème militaire).

1° Fractures partielles : (lames, apophyses épineuses, apophyses transverses, etc., sans lésions médullaires) ostéo-arthrite :

1° Simple gêne de la motilité du rachis	10 à 20
2° Gêne importante des mouvements, attitudes vicieuses	30 à 50

2° Traumatismes avec lésions médullaires :

1° Paraplégie incomplète : *a*) marche possible avec béquilles ou cannes	30 à 70
b) marche impossible	70 à 90
2° Paraplégie complète avec ou sans troubles des réservoirs	100

Lésions des organes intra-thoraciques.

A. Poumons et plèvres.

1° Pneumonie traumatique, sans séquelles	0
2° Pleurésie traumatique : *a*) Pleurite sèche	5 à 10
b) Unilatérale avec submatité, obscurité respiratoire, expansion thoracique diminuée, frottements, bon état général	10 à 15
c) Unilatérale, avec déformations thoraciques, troubles fonctionnels marqués, état général précaire	15 à 40
d) Pleurésie purulente (empyème), fonctionnement pulmonaire défectueux, retrait de la cage thoracique, état général médiocre ou mauvais	20 à 50 suivant le degré de gravité des séquelles.

(*A suivre*).

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **La V. E. M. de l'hôpital Saint-Antoine à Vichy.** — Vichy vient d'être le but d'un nouvel et important Voyage d'études médicales. Il s'agit du V.E.M. de l'hôpital Saint-Antoine. Les participants ont séjourné trois jours dans la grande station française.

Après avoir assisté, dans la salle des Fêtes du Casino, à la conférence qui leur a été faite par M. le Président de la Société des Sciences médicales de Vichy, ils ont visité l'Etablissement thermal, les Sources, les Ateliers d'embouteillage, etc...

Cette visite à Vichy par les médecins et étudiants ayant suivi le cours de perfectionnement de MM. Le Noir, Bensaude et Ramond, médecins des hôpitaux, s'est terminée par un banquet qu'offrait la Compagnie Fermière de Vichy.

Outre les médecins et étudiants français du nombreux groupe prenant part à ce V.E.M., une quinzaine de nationalités étaient représentées par près de soixante médecins de Belgique, de Roumanie, de Grèce, de Cuba, des Etats de l'Amérique Centrale (Colombie notamment)

Le banquet était présidé par M. Normand, secrétaire général de la Compagnie Fermière qui, au champagne, a prononcé un toast dans lequel, après avoir rappelé les séjours de Mme de Sévigné à Vichy, que le tricentenaire de la grande espitolière a mis à l'ordre du jour de l'actualité, il parla de l'organisation moderne de Vichy, première ville d'eaux du monde, Puis le Dr Chabrol, président de la Société des Sciences médicales de Vichy, prononça une heureuse allocution de bienvenue à l'adresse des hôtes savants de Vichy.

Enfin une allocution du Dr Bensaude, d'une fantaisie savoureuse et d'une forme très littéraire, fut accueillie par des bravos prolongés. La série des toasts fut close par le Dr Popovici (Roumain) et par le Dr Vasilicos (Hellène).

Les médecins et étudiants participant à ce V.E.M. ont quitté la station pour se rendre à Châtel-Guyon, non sans manifester encore la grande satisfaction qu'ils avaient éprouvée de leur court séjour à Vichy.

— **Les actualités médicales avec présentations de malades** (MM. Maurice Chiray, Robert Debré, Noël Fiessinger, Charles Foix et Henri Gougerot, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux). — Ce cours aura lieu comme les années précédentes, dans la deuxième quinzaine de septembre. La première démonstration sera fait le 16 septembre à la Maison Dubois, 200, faubourg Saint-Denis, à 9 h. 1/2. Les autres démonstrations suivront à 9 h. 1/2 et 16 heures chaque jour à Saint-Louis, aux Enfants-Malades, à la Salpêtrière et à l'Hôtel Dieu.

Sujets traités :

M. Chiray : Les cancers du côlon. Formes de début, évolution clinique et traitement. — Rôle du tubage duodénal dans le diagnostic et le traitement des maladies du foie et des voies biliaires. — Exploration clinique du pancréas et insuffisance pancréatique externe. — Procédés modernes de diagnostic et de traitement de l'ulcère pyloro-duodénal. — Comment le clinicien peut, à l'heure actuelle, faire le diagnostic d'insuffisance hépatique.

R. Debré : Scarlatine et réaction de Dick. — Infection urinaire du nourrisson. — Diabète et coma diabétique chez l'enfant. — Dilatation des bronches de l'enfance. — La thérapeutique par les rayons ultra-violets.

N. Fiessinger : les splénomégalies et leur traitement — Les ictères des cirrhoses. — Le diagnostic des hépatomégalies irrégulières. — L'hypertension artérielle et son traitement. — Les insuffisances cardiaques dite primitives.

C. Foix : L'hypertension intracranienne. — Syphilis cérébrale et son traitement. — Formes cliniques de la sclérose en plaques. — Diagnostic des syndromes cérébelleux. — Diagnostic des céphalées.

H. Gougerot : Etat actuel de la bismuthothérapie. — Les accidents des arsénobenzols. — Le traitement d'assaut de la syphilis. — Le traitement de consolidation. — Les nouveaux traitements du psoriasis.

Ces leçons seront suivies de démonstrations au lit du malade et au laboratoire.

Le cours est gratuit. Les inscriptions doivent être envoyées soit au Dr Gougerot, 9, avenue Constant-Coquelin, soit au Dr Noël Fiessinger, 16, boulevard Raspail. Il ne sera répondu aux lettres d'inscription qu'en cas de non-acceptation.

— **Laboratoire départemental de radiologie et d'électrologie de la Seine.** — *Tarifs.* — Le Conseil général de la Seine a adopté la délibération suivante :

Les examens et traitements effectués au laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie seront soumis au paiement des redevances suivantes.

1° *Radiographies.* — Un ou plusieurs doigts ou orteils (face et profil), 25f fr. Main (face ou profil), 40 fr. Main (de face et de profil), 50 fr. Poignet (face ou profil), 40 fr. Poignet (de face et de profil), 50 fr. Avant-bras (face ou profil), 40 fr. Avant-bras (de face et de profil), 60 fr. Coude (face ou profil), 50 fr. Coude (de face et de profil), 75 fr. Diaphyse humérale (face ou profil), 50 fr. Diaphyse humérale (de face et de profil), 75 fr. Epaule, 75 fr. Crâne (face ou profil), 100 fr. Crâne (de face et de profil), 150 fr. Maxillaire inférieur, 80 fr. *Hémi-thorax* (côtes ou omoplates), 100 fr. Dents (méthode intrabuccale) : Première plaque, 40 fr. Chaque plaque supplémentaire, 20 fr. Pied (face ou profil), 40 fr. Pied (de face et de profil), 50 fr. Cou-de-Pied (face ou profil), 50 fr. Cou-de-pied (de face et de profil), 60 fr. Jambe (face ou profil), 50 fr. Jambe (face et profil), 60 fr.). Genou (face ou profil), 60 fr. Genou (de face et de profil), 90 fr. Diaphyse fémorale (face ou profil), 60 fr. Diaphyse fémorale (de face et de profil), 90 fr. Hanche, 90 fr. Rachis cervical (face ou profil), 80 fr. Rachis cervical (de face et de profil), 120 fr. Rachis dorsal ou lombaire (face ou profil), 100 fr. Rachis dorsal (de face et de profil), 200 fr. Rachis en entier (de face ou de profil), 200 fr. Rachis en entier (de face et de profil), 300 fr. Sacrum 100 fr. Bassin, 120fr.

2° *Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers.* — Bras ou jambe, 50 fr. Tête, 40 fr. Thorax, 60 fr.

3° *Radiologie des viscères.* — Poumons (examens à l'écran), 60 fr. Avec calque, 80 fr. Avec une radiographie, 120 fr. Cœur, aorte (examen à l'écran), 60 fr. Avec calque, 90 fr. Avec une téléradiographie, 120 fr. Avec deux téléradiographies, 200 fr. Œsophage ou estomac (examen à l'écran), 60 fr. Avec calque, 80 fr. Avec une radiographie, 120 fr. Estomac (avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances) : avec calque, 150 fr. Avec radiographie, 200 fr. Examen à l'écran, 120 fr. Intestin (lavement opaque, examen à l'écran), 100 fr. Avec calque, 120 fr. Avec radiographie, 150 fr. Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances) : Examen à

l'écran, 120 fr. Avec calque, 130 fr. Avec radiographie, 200 fr. Tube digestif complet : Examen à l'écran, 200 fr. Avec calque, 240 fr. Avec radiographie, 300 fr. Foie (après préparations spéciales, examen à l'écran), 80 fr. Avec calque, 100 fr. Avec radiographie, 120 fr. Appareil urinaire : Vessie, 100 fr. Un rein, 100 fr. Deux reins, 150 fr. Un uretère, 100 fr. Deux uretères, 150 fr. Un rein, un uretère, la vessie, 200 fr. Le système complet, 300 fr.

4° *Radiographies stéréoscopiques.* — Le double d'un cliché ordinaire.

5° *Observations.* — Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 fr. en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ces prix s'entendent pour un seul cliché de la région et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18 × 24, 6 fr. ; 24 × 30, 8 fr. ; 30 × 40, 10 fr.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 pour 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 pour 100.

Electro-diagnostic : Examen électro-diagnostique avec rapport sur cet examen seul, 40 fr.

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la comparaison avec le membre sain ou l'examen des deux membres semblables ou l'examen de la face.

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

Electrothérapie : Traitement électrique, chaque séance, 10 fr.

Ce prix sera augmenté de 6 fr. si l'on est obligé de soigner séparément deux membres différents, de 12 fr. pour trois membres, etc.

Traitement comprenant l'électrisation complète du corps comme : électricité statique, courants de Morton, haute fréquence, air chaud, lumière, ionisation. Chaque séance 15 fr. Electrothérapie, la séance 8 fr. Rayons ultra-violets, 8 fr. Diathermie, 8 fr. Radiothérapie moyennement pénétrante, 16 fr. Radiothérapie profonde, 50 fr.

L'administration est autorisée à transiger avec les personnes qui, tout en n'étant pas indigentes, ne sont cependant pas en mesure de payer l'intégralité du prix fixé par le tarif ci-dessus. Ces transactions seront soumises à la ratification du Conseil général deux fois par an, dans ses sessions de juillet et de décembre.

— **Le souci de l'hygiène et la bienséance.** — Sur la liste des condamnations pour infractions à la police des chemins de fer — liste publiée par la compagnie des chemins de fer de l'Etat — nous lisons deux condamnations de voyageurs à 25 fr. d'amende pour le motif suivant :

« Refus de montrer son billet au contrôleur sous prétexte que cet agent *n'est pas ganté* ! »

— **XXVI[e] Congrès français d'urologie.** — Le XXVI[e] Congrès de l'Association française d'Urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 5 octobre 1926, sous la présidence de M. Marion.

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : Le reflux vésico-urétéral. Rapporteur : M. Lepoutre (de Lille).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, à Paris (VII[e]).

— **Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.** — Le prochain Congrès français d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 13 au 17 octobre 1926, sous la présidence du professeur Sébileau, membre de l'Académie de médecine.

Les sujets de rapports mis à l'ordre du jour sont les suivants : 1° technique et corrections chirurgicales des difformités congénitales et acquises de la pyramide nasale. Rapporteurs : MM. Sébileau et Dufourmentel (Paris) ; 2° la laryngologie et le chant. Rapporteurs : MM. Molinié (Marseille) et Moreaux (Nancy).

Comme les années précédentes, une exposition d'appareils, d'instruments, de livres et de produits pharmaceutiques intéressant l'oto-rhino-laryngologie sera organisée dans la grande salle des pas-perdus de la Faculté en même temps que se feront les séances du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Georges Liébault, secrétaire général du Congrès, 216, boulevard Saint-Germain, Paris, 7[e].

— **Saint-Hubert médical.** — Le dîner de printemps du Saint-Hubert médical a été des plus gais, car nous savons que nos Nemrods ne sont pas de tempérament triste. Nous avons remarqué la fine fleur des bons fusils et nous signalons les D[rs] Blomme, Bourgoin, Boule, Cadiot, Chappé, Chasseray, Colombet, de Girac, Deschamps, Didier, Ferté, Fleurot, Gentil, Le Filliâtre, Maille, Maurice, Prat-Dumas, Raoul Deslongchamp, Régis, Rochelais, Sauvez, Savidan, Sauvan, Schmitt, etc., et de *nombreux excusés. Ceux qui cherchent une* chasse ou des amis pour combler la leur n'ont qu'à demander des renseignements au D[r] Schangel, 5, rue de Villersexel, Paris, VII[e]. Ségur 13-17.

— **Journées médicales de Marseille.** — Les Journées médicales marseillaises auront lieu le 21, le 22 et le 23 avril 1927, les jeudi, vendredi et samedi de la semaine après Pâques. Elles seront précédées d'un voyage médical en Corse, départ par Marseille et Ajaccio, retour par Bastia et Nice ; après le banquet de clôture, la journée du dimanche sera consacrée à des excursions, au choix des participants : la côte Est, de Cassis à Toulon, la Sainte-Baume, Aix (thermes Sextius) et Gréoux-les-Bains, la Fontaine de Vaucluse et Avignon, les Baux avec Arles et Tarascon, la côte Ouest, avec Martigues et les Saintes-Maries.

S'adresser au Comité d'organisation, 40, allées Léon-Gambetta, Marseille.

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

necy (23 juillet 1887 ; S. 89.2.46) et celle de M. Chavegrin ; (*le Droit* du 9 août 1891).

Simon Auteroche (Manuel pratique de Droit médical, 1908, p. 36) se basant sur ce que la loi du 21 mars 1884 déclare que « les syndicats pourront être consultés sur tous les différends et toutes les questions se rattachant à leur spécialité », estime qu'il y aurait souvent avantage, pour les tribunaux, à user de cette faculté, en ce qui concerne les médecins, notamment quand il s'agira de procès relatifs aux honoraires, sans que le juge soit lié, ou se croie lié par l'avis du syndicat ; cet avis pourra néanmoins lui être utile, en lui permettant de statuer en plus complète connaissance de cause.

Cependant, le même auteur, ainsi que le professeur Perreau (Eléments de jurisprudence médicale, 1908, p. 227) considèrent ces tarifs syndicaux comme obligatoires pour les médecins syndiqués. Ils s'appuient sur une décision du tribunal civil de Bourgoin, du 21 juin 1902, confirmée par la cour de Grenoble, du 6 mai 1902 (D. P., 1903.2.21), par laquelle un médecin, qui s'est engagé, avec ses confrères, à l'observation d'un tarif déterminé, s'expose à des dommages-intérêts envers eux, s'il consent ensuite à des déductions d'honoraires.

Au surplus, la tarification tend à s'implanter dans les mœurs médicales ; témoin le tarif ministériel pour les accidents du travail, celui pour les pensionnés de guerre, le tarif départemental pour l'assistance médicale gratuite.

C'est pourquoi le tribunal de paix de Rabat-Sud (30 novembre 1922 ; *Bull. J. P.*, avril 1923) a-t-il décidé qu' « à défaut de stipulation préalable sur les honoraires à payer pour soins médicaux, le juge doit appliquer le tarif minimum de l'association médicale du lieu, alors surtout qu'il s'agit, en fait, de soins de longue durée, nécessitant de nombreuses visites journalières. »

Bien des jugements fixent les honoraires médicaux selon l'usage local et il est généralement admis qu'une personne, qui paye habituellement des visites un prix déterminé, serait mal fondée à demander la réduction des visites ultérieures (tribunal civil de la Seine, 6 février 1889 ; *Le Droit* 16 février 1889).

En ce qui concerne la fixation des honoraires dus pour les visites faites par le médecin à son client, les juges peuvent puiser des éléments d'évaluation dans les prix de visite admis dans les règlements antérieurs, intervenus entre le médecin et son client (cour de Paris, 5 mai, 1903 ; D. *1903.2.319 ; S. 1904.2.32 ; Gaz. Pal. 1903, 2.57)*.

Cette jurisprudence vient donc à l'appui de l'utilité des groupes syndicaux médicaux, qui, par leurs règlements et statuts, peuvent donner des bases de discussion en matière d'honoraires, lorsque le quantum de ces derniers est contesté par un client récalcitrant. Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

1937. — Choix du radiographe par un accidenté du travail.

Ayant un blessé à radiographier, j'ai, conformément à la loi, demandé l'autorisation au patron. Les assureurs de celui-ci me répondent d'envoyer le blessé chez leur radiographe.

Bien entendu, je m'y refuse, faisant de la radiographie moi-même. J'ai écrit au patron que la désignation d'un autre médecin que moi pour cette radiographie constitue une atteinte au libre choix et que ce n'est pas pour favoriser cette dérivation sur un spécialiste que je lui ai demandé cette autorisation.

J'ai prié le patron de vouloir bien me faire mettre en relation d'urgence avec le médecin de ses assureurs pour examiner, de concert avec lui, l'opportunité de cette radiographie. C'est tout ce que j'accepte.

Veuillez me faire savoir si je suis sur un bon terrain, car voilà trois fois que pareil incident se renouvelle. J'estime qu'ici nous devons nous défendre non moins énergiquement que sur tout autre point. Tous les praticiens ou à peu près tous sont installés actuellement pour la radiographie courante et ce serait là une source de bénéfices qui leur échapperait sans que les blessés en tirent le moindre avantage.

Dr L.

Réponse.

Le blessé du travail a le droit de choisir librement son médecin et ce, sans qu'il y ait lieu de distinguer entre le médecin traitant faisant la médecine courante et le spécialiste.

Cette solution, en ce qui concerne notamment le choix du spécialiste qu'est le radiologue, a été reconnue par le Ministre du Travail, en réponse à une question que lui a posée le « Sou médical ».

Il suffit, à notre avis, et nous sommes persuadés que le Conseil du « Sou » accorderait très volontiers l'appui pécuniaire à l'un de ses adhérents, en pareille occurrence, que le patron, ou la Compagnie d'assurances qui agit en son lieu et place, reconnaisse l'utilité de la radiographie pour que le blessé ait le droit de faire procéder à celle-ci par le radiographe de son choix.

Dans l'espèce que vous citez, l'assureur, en répondant d'envoyer le blessé chez son radiographe, a suffisamment autorisé la radiographie et, médecin traitant du blessé, ayant sa confiance, vous étiez fondé, puisque vous faites la radiographie, à la pratiquer vous-même, sans plus ample autorisation.

Nous irons plus loin et soutiendrons que, même dans le cas, où, par application de l'article 26-VII, § 4 *in fine*, du tarif Durafour, il a été procédé, en cas de divergence, conformément à l'article 9, c'est-à-dire lorsqu'il a été recouru à l'avis d'un

troisième médecin, si cet arbitre avait, outrepassant ses pouvoirs, indiqué que la radiographie devait être faite par un radiographe désigné par lui, il n'y aurait aucun compte à tenir de cette désignation illégale et le radiographe choisi par le blessé aurait le droit de procéder à l'exploration radiologique et d'en exiger le paiement par le patron.

1905. — Présence de l'agent d'assurances à la contre-visite d'un accidenté du travail.

Un ouvrier accidenté du travail convoqué légalement à une contre-visite patronale s'est rendu à cette contre visite en présence de son médecin traitant. Cet ouvrier s'est refusé à laisser le médecin patronal l'examiner en présence de l'agent d'assurances.

En effet, l'agent d'assurances a pris l'habitude d'assister à ces contre-visites ?

Cet agent est-il dans son droit :

1° En assistant à ces contre-visites ;

2° Dans le cas ci-dessus, a-t-il le droit de supprimer le demi-salaire à l'accidenté qui veut bien se laisser examiner par le médecin patronal, mais en dehors de la présence de l'agent d'assurances.

Vous m'aviez déjà renseigné au sujet de la présence de l'agent d'assurances aux contre-visites patronales ; je sentais venir, à ce moment-là, l'incident que je vous relate. Votre réponse ne faisait mention simplement que de l'inconvenance de cet agent.

Y a-t-il un texte de loi, un décret à ce sujet ?

L'accidenté, se basant sur le secret professionnel médical, a-t-il une chance quelconque d'obtenir gain de cause au tribunal s'il intente une action judiciaire pour arrêt de paiement de demi-salaire.

Cette question intéresse à la fois l'accidenté et le médecin traitant, car du fait de l'arrêt du demi-salaire, les visites et soins ne sont plus payés par le patron.

D[r] N.

Réponse.

A notre avis, le blessé du travail a parfaitement le droit de s'opposer à la présence de l'agent d'assurances au cours de la contre-visite du médecin de la Compagnie.

La Compagnie, en effet, qui représente elle même le patron, est représentée par le médecin qu'elle a choisi et elle ne saurait exiger d'avoir deux représentants.

Le blessé peut avoir des motifs pour ne pas vouloir être vu par une personne incompétente au point de vue médical et qui n'est pas tenue au secret professionnel. Il peut avoir des tares physiques à cacher ou être mû par une question de pudeur, surtout s'il s'agit d'une femme. Le médecin de l'assurance n'est pas tenu au secret professionnel, il est vrai, à l'égard de son client, l'assurance, pour laquelle il agit. Mais ses révélations ne doivent s'appliquer qu'aux faits qui se

rapportent à l'accident du travail et il pourrait, à notre avis, être poursuivi s'il révélait à l'assurance des faits qui n'ont aucun rapport avec l'accident.

L'assurance ni le patron ne peuvent, de leur propre chef, supprimer le demi-salaire du blessé, même s'il avait refusé à tort de se prêter à l'examen du médecin contre-visiteur. Seul, le juge de paix a ce droit.

En fait, l'ouvrier qui, à défaut d'entente pour que la contre-visite ait lieu chez le médecin de l'assurance, doit subir cette contre-visite en son domicile, n'a qu'à refuser de recevoir chez lui l'agent d'assurances.

1923. — Augmentation du loyer ; forfait pour les charges.

Mon loyer d'avant-guerre était de 2.000 fr. net de toutes charges, y compris le chauffage ; depuis la nouvelle loi, le gérant me demande :

1° 125 % d'augmentation ;
2° 15 % de charges ;
3° Le chauffage (660 fr. cette année).

Cette demande vous paraît-elle justifiée ? et en particulier, le fait de m'appliquer le maximum de charges ne comporte-t-il pas l'augmentation des prix du charbon qu'a dû subir le propriétaire par rapport à *1914 ? (La maison a un ascenseur).*

Réponse.

Votre propriétaire ne peut vous réclamer à la fois le forfait de 15 % pour le remboursement des impôts à votre charge et des prestations en nature fournies par lui et le remboursement des frais de chauffage.

En effet, deux systèmes sont possibles aux termes de l'article 11 de la loi du 1er avril 1926 pour le remboursement des impôts et prestations en nature : ou bien le propriétaire peut réclamer à son locataire le montant *réel* de ces impôts et prestations, *dans la mesure où ils excèdent ceux payés par lui en* 1914, et alors aucun pourcentage limite n'est établi, à charge pour le propriétaire de fournir toutes justifications nécessaires, ou bien, *d'accord entre les parties,* un forfait peut être établi qui ne peut dépasser 15 % au maximum du loyer majoré, tout compris, même le chauffage.

Dans votre cas particulier, l'intérêt de votre propriétaire semble être de ne pas accepter le forfait et de vous demander le remboursement des impôts et prestations sur justifications, mais alors il ne peut vous demander en outre le forfait de 15 %.

1818. — Le secret professionnel dans la loi des pensions militaires.

Parmi les questions de droit médical, vous vous êtes attachés surtout à la défense du secret professionnel, qui était un peu la base de notre charte médicale.

Je serais bien heureux d'avoir votre avis sur le secret médical dans la loi des Pensions (31 mars 1919).

Le ministre a bien répondu, par principe, à une question écrite « que toute personne mise au courant d'un diagnostic médical était tenue au secret ». Donc que le secret médical était sauvegardé dans la loi.

En fait peut on dire que la loi des pensions comporte cette violation constante, de tous les instants, sinon théorique, en tous cas de fait.

Si l'on prend un poilu au moment où pour obtenir sa pension, il doit produire un certificat légalisé jusqu'au moment où réformé malade, il envoie sa femme chercher des médicaments, vous arrivez, au bas mot à 30 ou 40 personnes qui n'ont qu'à lire son diagnostic écrit en toutes lettres *exigé* chaque fois transmis au clair presque jamais sous pli fermé.

Le secret de 30 personnes est bien celui de M. Polichinelle je le pense, d'autant que toutes ces personnes sont anonymes.

Comment les Syndicats médicaux, s'étant associés à la création de cette loi, ont-ils admis pareille violation ?

Que signifie encore aujourd'hui le secret professionnel ? Que signifiera-t-il demain avec les assurances sociales ?

Si la déclaration d'un diagnostic est nécessaire, point n'est besoin de la *publication* qui en est faite par les carnets médicaux et qui fait que, dans un petit pays, personne n'ignore de façon précise la maladie et la situation du réformé.

Je serais heureux d'avoir votre avis très autorisé sur le danger, la direction où nous mènent les lois sociales avec leurs tendances et de voir débattre dans le *Concours* la question par nos confrères.

Dr D.

Réponse.

Il faut bien nous entendre sur la question du secret professionnel. Celui-ci a été imposé par le législateur dans un intérêt d'ordre public, d'abord ; puis, dans un intérêt privé. En venant trouver son médecin, le malade doit avoir la certitude que ce dernier, dans aucun cas (sauf maladies contagieuses) ne pourra révéler à quiconque ce qu'il a vu et entendu, etc.

Mais le client est toujours libre de dire à qui bon lui semble ce que son docteur lui a trouvé, comme affection pathologique. C'est à lui de savoir s'il doit parler, ou se taire : c'est son affaire, alors que, dans tous les cas, le médecin est tenu au silence.

Or, la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, décide que seuls auront droit au bénéfice


CHOLÉOKINASE
entérocolite
BIS-KA-MA
décongestif
par poudre
ASEPTARGOL
antiseptique
intestinal
THAOLAXIN
laxatif idéal
HÉPATOSODINE
insuffisance
hépatique
PEPTONAL RÉMY
migraine, urticaire

de la loi que ceux qui justifieront de la maladie, ou de la blessure, contractée aux armées. Au candidat donc de savoir si son intérêt est de dévoiler son affection ou de la taire.

La loi oblige le candidat à pension à comparaître devant une commission de réforme ; le malade sait parfaitement qu'une paperasse nombreuse autant qu'inutile sera consacrée à son cas. A lui d'accepter la loi, dans toute son infirmité, dans toutes ses imperfections, ou de refuser à faire connaître son cas et par suite perdre tout le bénéfice de la législation.

Pour ma part, je regrette que le secret de la maladie ne soit que celui de polichinelle ; mais les ministres sont si mal conseillés ; ils ont tellement envie de marquer leur passage dans les divers ministères par des lois, ou des réformes, qui porteront leur nom, qu'ils n'hésitent pas à faire voter des textes hâtifs par un Parlement, trop bavard et peu travailleur, avec méthode et documentation.

En conclusion : médecins traitants, nous sommes liés par le secret. Le malade nous demande-t-il un certificat, à l'appui de sa demande de pension, nous devons lui délivrer toutes attestations. Il est bien entendu que nous pouvons faire remarquer à l'intéressé les conséquences possibles d'un pareil certificat, lorsque cette pièce révèle des choses secrètes de leur nature.

Mais là se borne notre rôle ; au malade de faire ce que bon lui semble de son certificat et s'il estime que son intérêt est de le communiquer à des tiers, qu'il le fasse à ses risques et périls. Il a parfaitement le droit de révéler à autrui tout ce qui le concerne.

Quant aux employés divers, qui devront connaître du contenu de ce certificat, destiné à obtention de pension militaire, ils sont tenus, par état, au secret professionnel. Mais, comme vous le dites fort bien, ce ne sera plus que celui de polichinelle.

Mais, si le malade avait à pâtir d'une indiscrétion, d'un bavardage, provenant de ce personnel médico-administratif, il aurait parfaitement le droit d'assigner en violation de l'article 378 du code pénal et même de réclamer des dommages intérêts (article 1362, code civil).

Se soulèverait alors la grosse question de la compétence ; devant quels tribunaux agir ? de droit commun, ou administratifs ? Le client n'aurait pas fini ses tribulations, pour faire punir le coupable, si encore on arrivait à découvrir celui-ci.

Mais, en tout état de cause, le médecin, rédacteur du certificat initial, serait hors de cause.

Vous me demandez ce qu'il en résultera lors de l'application de la loi sur les assurances sociales. Mais rien de plus qu'en ce qui concerne le droit commun, ou même les accidents du travail.

Le médecin est lié par l'article 378 du code pénal, puisque le projet de loi ne comporte aucune dérogation à ce sujet. Si la caisse locale d'assurances exige une attestation du médecin traitant, celui-ci délivrera ce certificat à son malade seul et non pas à la caisse.

Au client de voir si son intérêt est de donner ou non cette pièce à la caisse locale : cela le regarde seul.

Quant aux règlements locaux, qui obligeraient le docteur à informer directement la caisse locale des diagnostics des clients examinés, ils seraient parfaitement illicites, parce que contraire aux dispositions de l'article 378 C. pén. La jurisprudence les considérerait comme inexistants.

J'estime donc, pour ma part, que point n'est besoin de partir en guerre, flamberge au vent, pour combattre, au nom de l'intérêt de nos clients, pour le respect du secret professionnel. Celui-ci n'est pas menacé par le projet de loi ; nous restons donc soumis au droit commun, c'est-à-dire que, si intempestivement nous faisons savoir directement aux caisses d'assurances, sans passer par le malade lui-même, le diagnostic de l'affection de ce dernier, nous sommes condamnables correctionnellement, soit à la requête de l'assuré lui-même, soit sur citation directe du procureur de la République.

Etudions de plus près les textes des lois et des codes et nous nous apercevrons que souvent, médecins, nous nous entredéchirons, parce que nous ne connaissons pas suffisamment le droit.

Mais, mettons-nous bien ceci dans l'esprit : le secret professionnel est une institution d'ordre public, pour maintenir la paix des familles. Il a été institué dans le seul intérêt du client, à l'encontre de l'intérêt du médecin, qui est puni correctionnellement, s'il a la langue trop longue. Or, seule une loi peut diminuer la portée d'un article du Code et c'est ce qu'a fait la loi du 30 novembre 1892, puis celle du 15 février 1902, pour la déclaration des maladies épidémiques. Pour tous les autres cas, la prudence nous force à nous taire.

Application du Tarif Durafour,

I

1691. — Soins d'urgence, plus aide fournie consécutivement au chirurgien.

Je suis appelé à 16 h. 30 dans une usine à 2 kilomètres de chez moi, pour donner mes soins à un blessé atteint d'un énorme traumatisme de l'épaule. Le bras, pris dans un engrenage, est déchiqueté ainsi que toute l'épaule ; le paquet vasculo-nerveux ne saigne pas trop, les vaisseaux étant obturés par forcipression. Redoutant une hémorragie foudroyante, je fais un pansement ouaté très serré et prescris le transfert du blessé chez un chirurgien (le plus rapproché) à 22 kilomètres après avoir fait huile cam-

phrée et caféine. Je pars avec ma voiture, suivant celle transportant le blessé. Tout ceci me demande 1 h. 1/2. Le chirurgien fait alors la désarticulation de l'épaule, aidé par moi et par un confrère anesthésiste. Le blessé meurt quelques heures après l'intervention.

L'ouvrier était très shocké ; j'ai été obligé en route de lui faire de nouvelles injections, le pouls étant très faible.

Que puis-je compter comme honoraires ? Je crois pouvoir compter mon voyage chez le chirurgien.

Dr S.

Réponse.

Vous avez à compter *deux interventions* bien distinctes et successives :

1° *a*) pose appareil provisoire et soins d'urgence. (art. 18 *in fine*, note).. 50 »
b) déplacement 4 kilomètres 4 40
2° *a*) *aide* (lors de la désarticulation de l'épaule) (article 11)................ 50 »
b déplacement (à compter suivant le médecin le plus rapproché du lieu des soins, chirurgien et chloroformisateur non compris).

F. D.

II

1756. — Extraction de corps étrangers des deux yeux.

Ouvrier maçon recevant de la chaux vive dans les deux yeux. L'œil gauche étant très abîmé, la brûlure de la cornée assez accentuée, je l'ai adressé à un oculiste.

Pour mes honoraires, dois-je compter extraction corps étrangers (fragments de chaux) des deux yeux, art. 27 : 15 fr.

Extraction corps étranger, œil gauche : 15 fr.
Extraction corps étranger, œil droit : 15 fr.
Total : 30 fr.

Dr L.

Réponse.

Si vous avez eu à extraire des corps étrangers des *deux* yeux, il s'agit de « blessures multiples » (article 14), auquel cas vous avez à compter une intervention pour *chaque* blessure. Comptez donc une extraction pour chaque œil, donc le prix de celle-ci multiplié par deux.

F. D.

III

1759. — Injection antitétanique avec blessures multiples.

Je vous serais bien reconnaissant de me dire ce que je dois compter dans le cas suivant :

Un maçon travaillant au bas d'une maison est, par la chute d'une brique, blessé à la tête et au médius droit. Je suis appelé auprès du blessé et après lui avoir nettoyé ses plaies, je lui fais un pansement à la tête, un pansement au doigt, une injection de sérum antitétanique, une injection d'huile cam-

phrée et une injection de morphine avant de le faire transporter à l'hôpital le plus rapproché.

Dois-je compter : 10 fr. pour pansement de la tête, plus 10 fr. pour pansement du doigt, plus 20 fr. pour injection de sérum ou bien ne pourrais-je demander que 20 francs pour tout ce travail comme l'article 13 semblerait l'indiquer ?

Dr M.

Réponse.

L'article 13 vous interdit de compter une visite (donc le pansement que celle-ci peut comprendre d'après l'article 16) en même temps qu'une intervention quelconque, qui est ici votre injection antitétanique. Mais il ne vous empêche plus de compter, en outre, le *second* pansement, puisqu'il s'agit de « blessures multiples » (voir article 14) où les soins sont tarifés « pour *chacun* des pansements ou interventions ».

Conclusion. — Vous avez donc à compter :

a) Injection antitétanique (y compris pansement de tête)	20	»
b) Pansement de main	10	»
c) Certificat initial	5	»
Total	35	»

F. D.

IV

1628. — Certificat descriptif ou attestation !

Vous trouverez-ci-jointe une feuille de renseignements demandés par une Compagnie d'assurances. J'en reçois souvent, car j'ai l'habitude de faire un pronostic bénin, quitte à le rectifier plus tard, l'ouvrier ayant tendance selon moi à user toutes les vacances que lui procure son accident.

Mais le point sur lequel je désire être renseigné est de savoir si une réponse à pareils renseignements comporte des honoraires et lesquels. A moi ils me coûtent une enveloppe et un timbre, de ça, je suis sûr ; je n'ai jamais compté d'honoraires, je dois être à côté de la vérité.

Dr R.

Réponse.

Vous n'avez à vous occuper, en remplissant cet imprimé de compagnie, que de savoir si vous avez à fournir : *a*) ou un *certificat* tel qu'il est écrit article 29, alinéa 5 du tarif Durafour et qui est tarifé 10 francs ; *b*) ou une simple *attestation* (*ibidem*) « affirmant que le blessé n'est pas guéri » et qui n'est pas tarifée.

Dans la feuille que vous me communiquez, si *toutes* les questions qu'elle contient ont à être remplies, il est clair qu'il s'agit d'un certificat descriptif. Tout cela est une question d'espèce et on ne peut donner un avis d'ordre général.

F. D.

Quarante-huitième année N° 26 27 Juin 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1692-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CALBA, du Hâvre, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Les lecteurs qui désirent recevoir la prochaine édition de l'AGENDA-MEMENTO (Edition 1927), sont priés de vouloir bien nous envoyer *de suite* leur souscription, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page LX.

Le prix de la souscription, qui est actuellement de 18 francs pour nos abonnés, sera porté à 20 francs à dater du 1er juillet.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 *fr.* 50 *la ligne. Verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 298. — A vend. bonnes cond., cause départ, cond. intérieure Unic parf. état, et cabriolet 5 CV. Citroen, état de neuf, Dr, 11, av. Orangerie, Le Perreux-sur-Marne (Seine).

Nº 299. — Dr installé, 4 ans exerc. possèd, auto, désir. remplac. un mois conf. du Havre ou banl. imméd. S'ad. Dr Prieur, 31, rue Dicquemare, Le Havre, qui transmet.

Nº 300. — A céd., cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, corross. franc. pn. conf., ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

Nº 301. — Coutainville-plage (Manche). A louer, im. plage, centre provisions : 1º maisonnette avec terrain pour 4 pers, septembre 450 fr. ; 2º logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit. 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., juin 250, juillet 360, août 600, sept. 300. S'ad. M. Rothé, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

Nº 302. — 120 km. Paris. Seul méd. à La Ferté Vidame (Eure-et-Loir), méd. réseau Etat, 30.000 pour 6.000 compt. Bas prix en rais. dép. depuis 15 j. pour prend. gr. client. Ecr. Dr Dujardin à Lieurey (Eure).

Nº 303. — Bon poste méd. sur gr. ligne, aff. 65.000, fixe transmiss. 22.000, suscept. gr. augment., prix 60.000, compt. à débatt.

Nº 304. — Méd. expér. reprend. automne prochain contre indemn. mod. client. méd. génér. 50.000 prouvés, pet. ville ou gros bourg Côte d'Azur, vallée du Rhône, région provençale ou méditerr.

Nº 305. — Dr recomm. ménage chauffeur et femme de chambre, région Sud-Ouest.

Nº 306. — A vend. appar. de diathermie portatif Beaudoin. S'ad. Dr Robert à Fougères (I.-et-V.).

Nº 307. — A vend. 10.500, 16 CV Panhard cabriol. Milbacher parf. état, nomb. access, consomm. réduite. Essai toute distance. Voit. de sécur. Dr 180, rue de Charonne, à Paris.

Nº 308. — Royal-Hôtel. Aveyron. sup. stat.climat. 1400 m., conviend. pour enf. débiles, anémiés, convalesc. héliothérap., vie au grand air. Pas de contag., surveill. médicale. Dr Remize à Nasbinals (Lozère).

Nº 309. — Sous-préfect. 60 km. Paris. Anc. poste client. choisie, rapp. 65.000, belle propriété à louer. Indemn. pour poste : 35.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 310. — Sud-Ouest. Poste seul méd. gr. ligne, rapp. 35.000, petit rayon, méd. ch. de fer. mais. 8 p. Prix : 25.000, jolie contrée. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Docteur disposant de capitaux est recherché pour association maison repos, régimes, convalesc. à Nice, y trouverait direction médicale, écrire M. Nicolas, aven Guy-de-Maupassant, « Assomption », à Nice.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Dr Gouget est le viatique des artério-scléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Congrès.** — Journées médicales belges, 26 au 30 juin. *Réceptions et excursions* : Le dimanche 27 juin, réception par LL. MM. le Roi et la Reine au château royal de Laeken ; à 21 h., soirée d'art suivie de raout à l'Hôtel-de-Ville de Schaerbeck. — Le lundi 28 juin, excursion à Waterlow ; à 20 h., représentation de gala au théâtre de la Monnaie.

— **Paris.** — M. Branca, agrégé, est nommé professeur sans chaire.

— **Toulouse.** — M. Moog, agrégé, est nommé professeur sans chaire.

— **Montpellier.** — M. le professeur Euzière a été réélu doyen pour trois ans.

— Le prochain **Congrès international de protection de l'enfance** se tiendra à Paris, en 1928.

— **Distinctions honorifiques.** — M. le professeur E. Sergent vient d'être promu grand officier de l'Ordre de la Couronne de Roumanie.

—**Hôpitaux de Paris.** — Le concours de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Chevallier, Jacquet et Léon Kindberg.

—**V. E. M. de la Faculté d'Alger.** — Le V. E. M. aux stations hydrominérales et climatiques de France de la Faculté d'Alger, aura lieu du 6 au 15 septembre 1926. Inscription auprès de M. le professeur Chassevant, à la Faculté de médecine, 1, rue Lys-du-Pac, à Alger.

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 *juin.*

Enseignement de la médecine.

Sont déclarées vacantes : la chaire de médecine expérimentale et la chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de Bordeaux.

Assistance médicale gratuite.

M. Paul Pelisse, sénateur, membre de la Commission des Finances, est nommé membre de la Commission chargée de dresser la liste des spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être admises dans les services départementaux d'assistance médicale gratuite.

Service de santé des troupes coloniales.

Avis de concours pour des emplois de professeur adjoint à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Le concours annuel prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, aura lieu à cette école, le 18 octobre 1926, dans les conditions indiquées par ladite instruction.

Les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe, qui désireraient prendre part à ce concours, adresseront, par la voie hiérarchique, au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), une demande, qui devra parvenir avant le 1er octobre 1926, en spécifiant l'emploi ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir reçu de désignation coloniale au 10 octobre 1926. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France, en vue de subir les épreuves de ce concours.

Il est rappelé qu'il est tenu le plus grand compte, dans le travail d'avancement et de concours pour la Légion d'honneur, des services rendus par le personnel enseignant de l'école d'application (circulaire nº 3309 1/8 du 17 novembre 1922).

De même, le classement sur la liste d'aptitude à l'emploi de professeur adjoint constitue un titre à l'avancement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Exercice illégal par des médecins russes.

7573. — M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le ministre de la justice : 1º quelles suites sont données aux plaintes nombreuses et aux perquisitions opérées pour réprimer l'exercice illégal : *a*) de la médecine dentaire ; *b*) de la médecine, par des sujets russes ne possédant pas de diplômes français ou d'équivalence ; 2º quel est le nombre des poursuites engagées ; 3º s'il existe certaines tolérances ; 4º si l'on envisage une régularisation de la situation. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

Réponse. — 1º et 2º Des renseignements qui ont été fournis par le procureur général de Paris, il résulte qu'une vingtaine d'informations ont été ouvertes au parquet de la Seine, contre des médecins de nationalité russe réfugiés à Paris et qui se livrent à l'exercice de la médecine sans être munis du diplôme français de docteur en médecine. Une seule information a été ouverte contre un dentiste russe pour exercice illégal de l'art dentaire. Aucune décision n'est encore intervenue dans ces diverses affaires, le syndicat des médecins de la Seine s'occupant actuellement de la situation des médecins russes ; 3º on a accordé certaines facilités en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine d'Etat à des médecins russes ayant été mobilisés dans les rangs des armées alliées ou ayant rendu des services à la France pendant la guerre ; 4º la question de l'exercice de la médecine en France est réglée par la loi du 30 novembre 1892 et l'on ne saurait en modifier le statut sans envisager des modifications à ladite loi ; aucun projet sur cette question n'est en préparation.

(J. O., 10 juin 1926.)

L'impôt sur le chiffre d'affaires des cliniques qui reçoivent des pensionnés de guerre.

7425. — M. Régis, député, demande à M. le ministre des finances : 1° si les cliniques dûment autorisées à hospitaliser les bénéficiaires de l'article 64 de la loi des pensions doivent payer la taxe sur le chiffre d'affaires sur les sommes perçues par elles pour cette hospitalisation ; 2° si les hospices civils qui existent dans toutes les communes doivent, au point de vue de l'application de l'article 64 de la loi sur les pensions, être traités sur le même pied que les cliniques privées. (*Questions du 4 mars* 1926.)

Réponse. — 1° Réponse affirmative. Le fait que, pour les malades visés, l'Etat assume les frais du traitement n'est pas de nature à soustraire les cliniques au droit commun ; 2° réponse négative. Ces établissements ne sont pas passibles de la taxe du chiffre d'affaires. (*J. O.*, 10 juin 1926).

Note. — Nous publions cette réponse, en faisant des réserves en ce qui concerne l'assujettissement des cliniques privées en général à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

THÉRAPEUTIQUE

Viande crue et sérum de cheval dans la tuberculose.

L'interprétation du mode d'action de la viande crue, administrée aux malades tuberculeux, paraît indécise, en voyant les diverses explications émises par les auteurs spécialistes. Personnellement je propose celle-ci, qui n'a pas été émise jusqu'à présent : « Le suc musculaire de viande crue d'animal réfractaire à la tuberculose, agit chez le malade dans le sens d'un sérum immunisant par voie entérale. C'est pourquoi la viande crue doit être celle du *mouton* ou du *cheval* et peut être remplacée par le sérum de cheval en ampoules. Elle doit être prise à jeun, une heure avant les repas, de façon à ce que les corps immunisants soient respectés autant que possible par l'action digestive.

Dr Roux.
(St-Gervais-les-Bains).

JURISPRUDENCE

Diffamation par la voie de la presse.

Tribunal correctionnel de Grenoble.
14 *avril* 1926.

Sur la compétence.

Attendu que par exploit de M., huissier à Paris, R. chirurgien-dentiste à M., a cité directement A., B. et C., chirurgiens-dentistes à Paris, devant le tribunal correctionnel de G., sous les pré-

ventions de diffamation et d'injures, à raison d'un article publié dans une revue dentaire, sous le titre : « Face à face, suite » ;

Attendu qu'à l'audience du 6 janvier 1926, les prévenus ayant soulevé une exception d'incompétence *ratione loci*, le tribunal, par jugement du 20 janvier suivant, a joint l'incident au fond, et, avant faire droit, a autorisé R. à rapporter la preuve des faits par lui articulés, tendant à établir que la brochure incriminée avait été publiée à G. ;

Attendu qu'il a été procédé à la dite enquête, à l'audience du 24 mars 1926 et qu'il échet aujourd'hui d'en apprécier les résultats ;

Attendu qu'il résulte des documents produits et de l'ensemble des dépositions des témoins entendus, que, si cette revue dentaire est éditée à Paris, elle a toutefois un certain nombre d'abonnés à G. ; et que ceux-ci ont reçu le numéro qui contient l'article visant le plaignant, que ce numéro a été, en outre, distribué à titre gratuit, le premier août 1925, à G., à un certain nombre de congressistes au cours de l'assemblée générale annuelle du Groupement Fédéral des Syndicats dentaires de France ;

Attendu qu'en matière de presse, c'est la publication de l'écrit coupable qui constitue le délit ; que le fait de la publication, dès qu'il est établi, détermine la compétence ; que dès lors, c'est à bon droit que la poursuite a été portée devant le Tribunal de G. ; qu'il y a lieu de rejeter l'exception d'incompétence soulevée ;

Au fond :

Attendu que dans l'article incriminé, le plaignant a relevé les passages suivants :

1° Le soi-disant docteur R. n'a pas échappé à la règle. Ce farouche « iâtre » ne s'est-il pas depuis longtemps paré du titre de docteur, contre l'usage courant duquel, en ce qui le concerne, il ne proteste jamais ;

2° Le titre « chargé de cours » est dévolu à certaines fonctions bien définies ; les confrères de M. R. affirment qu'il n'a jamais possédé ce titre.

3° Quel euphémisme que « les disponibilités physiques du moment » : Monsieur R. appartient à cette catégorie rare de si braves Français, qui n'avaient de disponibilités physiques que pour soigner leurs clients et ceux de leurs confrères, qui avaient eux, des disponibilités surtout morales de se faire casser la g... Il s'agissait de ces « maladies de cœur ou autres « que le traité de paix a effacées d'un trait de plume et qui n'ont laissé le souvenir que chez ceux qui, à l'envers de M. R. avaient le « cran » synonyme de courage ;

Attendu que l'imputation, portée contre R. de s'être paré du titre de docteur et de n'avoir jamais possédé le titre de chargé de cours, est incontestablement de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération du plaignant ; que la gravité de la diffamation est encore augmentée par l'accusation portée contre R. de s'être dérobé, pendant la guerre,

à ses obligations militaires ; que ces imputations ont été manifestement produites de mauvaise foi et avec l'intention de nuire ; qu'elle ne s'expliquent que par la volonté de jeter, par tous les moyens possibles, la déconsidération sur le demandeur ;

Attendu toutefois que l'article ci-dessus visé ne renferme aucune invective ou terme de mépris qui soit distinct des imputations de faits précis et déterminés portées contre R. ; que le délit d'injures n'est donc pas caractérisé ;

Attendu que A., gérant de la revue dentaire et B., signataire de l'article incriminé sont responsables, par application de la loi du 29 juillet 1881, de la publication du dit article ; que le premier doit être retenu comme auteur principal du délit, et le second comme complice ;

Attendu, en ce qui concerne C., rédacteur en chef de cette revue dentaire, qu'il ne peut être déclaré complice, que conformément au droit commun, et par application des articles 59 et 60 du code pénal ; mais qu'il n'est pas établi en fait qu'il ait participé d'une façon effective à la publication de l'article poursuivi ; que dans ces conditions, il y a lieu de le renvoyer des fins de la poursuite du chef de diffamation ;

Attendu que, malgré la gravité de la diffamation et le blâme que méritent pareilles attaques, il y a lieu, au point de vue des réparations civiles, de retenir que cet article a paru à la suite d'une polémique sur un projet de réforme des études dentaires en France ; qu'il y a lieu en conséquence de réduire, dans une forte proportion, les dommages-intérêts réclamés par la partie civile et dont le Tribunal possède les éléments d'appréciation ;

Par ces motifs, le Tribunal statuant sur l'exception d'incompétence soulevée par les prévenus, se déclare compétent *ratione loci* et statuant au fond : renvoie les trois prévenus des fins de la poursuite pour injures publiques envers R. Renvoie C. des fins de la poursuite pour diffamation, envers le même. Déclare A., pris en qualité de gérant de la revue dentaire, coupable du délit de diffamation envers R., à raison de l'article paru dans le numéro de cette revue, sous le titre « Face à face, suite » ;

Déclare B. complice du même délit, comme auteur dudit article. Et par application des articles 29-32-43 et 45, paragraphe 1er, de la loi du 29 juillet 1881, les condamne ....

Et statuant sur les conclusions de la partie civile, condamne ....

Déboute le demandeur du surplus de ses conclusions. Condamne A. et B. solidairement en tous les dépens.

Commentaires

Il est toujours fort regrettable d'avoir à enregistrer des jugements mettant fin à des conflits entre confrères.

La profession médicale est assez discutée devant le grand public sans que nous allions, par

nos querelles intestines, montrer les résultats néfastes de l'invidia.

Dans le cas présent, il s'agit surtout d'une polémique ayant pour point de départ une question de principe.

Les chirurgiens-dentistes de l'avenir doivent-ils, ou non, être docteurs en médecine ? Oui, disait M. R. ; non, soutenaient ses adversaires.

Pour le premier, l'art dentaire fait partie intégrante de la médecine ; la partie scientifique domine de beaucoup la partie manuelle. Aussi peut-on considérer le dentiste de l'avenir comme un médecin, spécialisé dans les maladies de la bouche et des dents, tout comme d'autres confrères s'adonnent plus particulièrement à la chirurgie, à l'oto-rhino et autres spécialités, exigeant une habileté manuelle particulière.

Pour les adversaires, l'art dentaire est une science autonome, spéciale. Point n'est besoin d'être docteur en médecine : un certificat spécial, celui de docteur en chirurgie dentaire, ou tout autre titre, couronnerait les études.

Et c'est de cette divergence d'idées qu'est née la polémique, qui a abouti à cette condamnation.

Déjà, un procès semblable de presse avait donné lieu à intervention en justice (tribunal de la Seine, 9e chambre correctionnelle, 11 avril 1906 ; *Concours médical*, 1906, n° 38, VII).

Un médecin avait été attaqué par un confrère, dans un journal médical et le diffamateur avait été condamné à 50 francs d'amende et à payer l'insertion du jugement dans cinq journaux.

La plupart du temps, les procès entre médecins ont pour origine la lutte pour la vie, la concurrence, le débinage, les agissements antidéontologiques.

Par jugement en date du 15 juillet 1907, le tribunal civil de Nantes (1re chambre) (*Le Populaire de Nantes*, 3 septembre 1907) condamna un médecin à cent francs de dommages-intérêts et à une insertion dans un journal de Nantes, pour avoir accusé un confrère d'avoir empoisonné un petit malade, âgé de quelques semaines et qui était décédé de broncho-pneumonie.

Emus par ces propos, les parents de la petite victime avaient déposé une plainte en homicide par imprudence, la potion ordonnée ayant été trop forte, au dire du diffamateur.

Une instruction fut ouverte et aboutit à un non lieu, car la broncho-pneumonie avait bien été la cause de la mort et non pas la potion incriminée.

Heureusement, ces procès entre confrères sont rares. Lorsque le « Sou Médical » est sollicité par un de ses adhérents pour accorder son appui moral et pécuniaire contre un autre médecin, cette Ligue de défense professionnelle fait tous ses efforts pour que le litige soit soumis au conseil de famille du syndicat médical local et, en

Voir la suite page LI-1751

PROPOS DU JOUR

La crise du Syndicalisme. Au Syndicat des Médecins de la Seine.

L'Assemblée générale ordinaire du Syndicat des médecins de la Seine, pour le deuxième trimestre de l'année, a eu lieu le dimanche 13 juin, à 2 heures de l'après-midi, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr Fanton-d'Andon.

L'ordre du jour, après les allocutions d'usage du Président et du Secrétaire général, portait des questions d'importance :

Vote sur la tenue d'une Assemblée générale extraordinaire de l'Union des Syndicats médicaux de France les 3 et 4 juillet.

L'assurance maladie.

La scission de l'Union.

La Caisse de compensation de la région parisienne.

La loi des Pensions. Tarifs et suppression des catégories, etc., etc.

Si nos confrères parisiens avaient la plus petite conscience de leurs propres intérêts et de la gravité de l'heure présente, ils seraient accourus en foule, ne fût-ce que pour être renseignés sur le sort qu'on leur prépare. Hélas ! ils ont lu tellement de choses sur les assurances sociales, ils en ont entendu à leur sujet tant d'incohérentes discussions depuis deux ou trois ans, qu'ils commencent à s'en désintéresser ; ils se laissent aller à cette sorte de fatalisme que dans les milieux parlementaires on a désigné par l'expression pittoresque de politique du chien crevé. Sur les 1.500 adhérents du S.M.S., c'est à peine si 150 assistaient au début de la séance et ces 150 se réduisirent à bien moins de 100 quand, au bout de deux heures, il fallut voter des résolutions importantes. Constatons avec peine que c'est une bien minime proportion de médecins qui songe à l'avenir de leur profession, car, s'il faut en croire les derniers annuaires, il existe dans le département de la Seine 5.211 médecins.

Dès le début se manifesta une hostilité assez nette contre les dirigeants de l'Union des Syndicats médicaux à propos de la reproduction jugée inopportune, dans le *Médecin syndicaliste*, organe officiel de l'Union, d'un article de polémique, paru dans un Bulletin d'un groupe de Syndicats de l'Ouest. Les adversaires des contrats collectifs avec tiers-payant étaient dans cet article, peu méchant d'ailleurs, tournés en ridicule. Or la majorité des adhérents du S.M.S et la très grande majorité de l'Assemblée, comptent parmi ces derniers.

Cette première escarmouche laissait entrevoir l'état d'esprit des assistants qui devait se manifester avec plus de violence à la suite.

La réunion d'une Assemblée extraordinaire des délégués de l'Union des Syndicats médicaux de France fut jugée indispensable et votée à l'unanimité. Espérons qu'elle mettra fin aux conflits irritants et à la déplorable scission actuelle.

Le secrétaire général, M. Jayle, lut alors un remarquable mémoire sur l'assurance-maladie où il critiquait le rapport de M. le sénateur Chauveau, rapport qui doit venir sous peu en discussion au Sénat. Il établit par des chiffres la très faible rémunération qui y est prévue pour le corps médical, rémunération qui n'atteint pas la moitié de celle accordée dans le même but aux médecins anglais, et l'on sait combien ces derniers se plaignent des assurances sociales. D'autre part, M. Jayle s'est personnellement livré à une enquête très précise sur les salaires des ouvriers de diverses industries et il croit pouvoir affirmer que ces ouvriers sont dans l'incapacité de payer eux-mêmes leur médecin s'ils sont victimes d'une maladie grave de quelque durée. Il ne convient donc pas de se faire de trop grandes illusions sur les avantages du payement direct.

Plusieurs confrères ont objecté à M. Jayle que ces ouvriers actuellement les payent fort bien et cependant ils ne reçoivent encore rien des assurances sociales, qu'il ne fallait pas apprécier le gain annuel d'un ouvrier isolé, mais celui d'une famille ouvrière où les salaires d'appoint de la mère et de certains enfants font plus que doubler les ressources provenant du père. D'ailleurs au cas de maladies longues et graves, comme une fièvre typhoïde par exemple, ces ouvriers ne peuvent être soignés chez eux, ils vont actuellement à l'hôpital et continueront d'aller s'y faire soigner quand ils bénéficieront des assurances sociales. Tout ce que désirent les médecins parisiens, c'est le maintien de la situation actuelle.

M. Jayle ne discute pas la valeur des objections qu'on lui fait, mais il pense qu'il y aurait intérêt d'obtenir dans la mesure du possible, la rémunératlon des soins donnés à l'ouvrier sérieusement malade, en lui fournissant la pos-

sibilité de les payer. Il eût pu ajouter que le nombre sans cesse croissant des praticiens dans les grandes villes, allait rendre de plus en plus leurs conditions d'existence difficile, si l'on ne parvient pas à obtenir des honoraires de tous les assurés qui pourront payer.

Le Dr Jayle conclut en déposant l'ordre du jour suivant :

Le Corps médical,

Considérant que les rapporteurs de la Chambre et du Sénat se sont rendus en Alsace et en Moselle ; qu'ils y ont vu le mauvais fonctionnement de la loi allemande ;

Signale au Parlement que le seul fait d'avoir pris pour base budgétaire des frais médicaux pour la future assurance sociale les chiffres des Caisses d'Alsace et de Moselle en 1922, a pour conséquence fatale d'organiser en France le même système de pratique médicale que les Allemands eux-mêmes appellent l'ersatz de médecine ;

Considérant que la somme prévue en Angleterre pour chaque assuré et par an dépasse de plus de moitié la somme prévue par la Commission sénatoriale

Fait remarquer à cette commission que les Caisses seront dans l'incapacité absolue d'assurer une bonne pratique médicale, même en dehors du libre choix, si les sommes actuellement prévues ne sont pas au moins doublées ;

Considérant que la loi sur les accidents du travail ne s'oppose pas à un supplément d'honoraires quand la victime de l'accident peut le payer et que le projet de la Commission du Sénat prévoit déjà un supplément de frais laissé à la charge de l'intéressé si ce dernier fait appeler un praticien non domicilié dans sa commune ;

Demande que l'esprit de la loi d'accidents du travail soit étendu à l'Assurance-maladie et que des suppléments de frais puissent être prévus, non seulement pour des praticiens exerçant en dehors de la commune comme l'admet déjà le projet de loi, mais encore pour les praticiens habitant la commune.

Plusieurs membres du Conseil font remarquer que dans les Assemblées générales antérieures le S.M.S. a déjà pris position, qu'il ne saurait se déjuger, et ils opposent à l'ordre du jour du Dr Jayle un autre voté par le Conseil le 1er juin 1926, ainsi conçu :

L'Assemblée générale du S.M.S. donne mandat à ses représentants au Conseil de l'Union de remettre audit Conseil l'ordre du jour suivant :

Ordre du jour : Le S.M.S. n'est pas opposé au principe du Contrat dans l'Assurance-maladie, à condition que ce contrat n'envisage que des modalités de fonctionnement de la loi, *à l'exclusion de toute tarification des honoraires médicaux.*

Au cas où le Conseil de l'Union se refuserait à faire dans ce sens (*étant bien entendu que d'autres modalités peuvent être inscrites dans la loi*) une campagne totale et effective, le S.M.S. reprendrait immédiatement toute sa liberté d'action.

Malgré une intervention du Dr Lafontaine en faveur de l'ordre du jour Jayle, c'est le dernier qui fut adopté. L'Assemblée décida cependant que les considérants de l'ordre du jour Jayle précéderaient le texte voté.

La dernière phrase de l'ordre du jour du Conseil donna lieu à une demande d'explications. Etait-ce une menace de scission immédiate avec l'Union dans le cas où la manière de voir du S.M.S. ne serait pas adoptée par cette dernière ? Les auteurs de l'ordre du jour déclarèrent qu'ils n'avaient nullement l'intention d'imposer leur manière de voir aux autres syndicats, mais qu'ils exigeaient que leurs propres désirs fussent respectés et défendus par les délégués de l'Union devant les pouvoirs publics, tant que le S.M.S. ferait partie de l'Union. Ils considèrent leur ordre du jour comme un avertissement au bureau de l'Union.

Cette résolution fut votée par 51 voix contre 7 et d'assez nombreuses abstentions et la séance fut levée à six heures du soir sans qu'on ait pu épuiser l'ordre du jour.

***

Si l'on veut bien réfléchir et examiner sans parti pris les textes que nous avons reproduits ci-dessus, surtout en tenant compte des explications données, l'on constatera que toutes les exigences du syndicat des médecins de la Seine consistent à demander que chaque syndicat puisse traiter en toute indépendance, en toute liberté avec chaque caisse d'assurance-maladie. Les Parisiens exigeront des caisses le payement direct par le malade sans interposition. Dans d'autres régions, le syndicat préfèrera le contrat avec tiers-payant. C'est le régime de l'autonomie syndicale que nous croyions déjà adopté par l'Union sans discussion. C'est le régime appliqué pour l'A.M.G. qui permet aux syndicats unis et forts d'obtenir des avantages dont ne bénéficient pas les praticiens désunis et insuffisamment syndiqués. En somme, c'est le régime de la liberté, c'est-à-dire le meilleur.

Si tout le monde (et nous le croyons) est d'accord sur ce point, pourquoi ces discussions véhémentes, ces menaces de scission, alors que ce n'est un secret pour personne que des efforts très sérieux et très sincères sont faits au Conseil de l'Union pour ramener le calme et l'harmonie, faire cesser toute dissidence et que l'initiative de la convocation d'une Assemblée extrardinaire des délégués de l'Union le 3 juillet a été prise dans ce but ? C'est qu'il règne dans nos milieux syndicaux une *crise de confiance.*

Tout le monde reconnaît les services rendus, le travail excessif, le désintéressement et le dévouement de ceux qui ont accepté la tâche difficile d'administrer l'Union des Syndicats médicaux, mais beaucoup, peut-être même la majorité des adhérents actuels à l'Union, doutent qu'ils aient la même conception qu'eux de

la voie sur laquelle il faut engager le corps médical, notamment dans la question brûlante des assurances sociales. De fausses manœuvres, quelques maladresses ont créé des équivoques et ont fait naître la méfiance. Espérons qu'à l'Assemblée de juillet, tous les hommes de bonne foi et de bonne volonté (et ils sont nombreux) sauront dissiper les malentendus, rassurer les dissidents et faire renaître la confiance dans une Union régénérée, mieux organisée, plus cohérente, et partant, plus puissante.

J. Noir.

***

A la Maison du Médecin. — A l'Assemblée générale de la Maison du Médecin, tenue le 20 juin, le Président, le Dr Cazin a annoncé que les sommes recueillies à la vente et à la tombola atteignaient le total de CENT CINQUANTE-SIX MILLE HUIT CENTS FRANCS. Nos félicitations et nos remerciements aux Dames patronnesses et à M. le Dr Boucart, les généreux et dévoués artisans de ce succès sans précédent.

J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TECHNIQUE RADIOLOGIQUE

La collaboration médico-radiologique dans l'examen du tube digestif.

Par le Dr J. Fiévez.

Il paraît qu'en Amérique les malades acceptent de passer plusieurs semaines dans une clinique, rien que pour se soumettre aux divers examens qui doivent aboutir au diagnostic de leur affection.

Nous sommes loin, en France, de ces conditions optima ; et le malade français, surtout en province et dans les campagnes, exige de son médecin beaucoup plus de célérité dans l'affirmation : « Il l'a dit tout de suite », voilà la formule de l'admiration sans restriction ! Le médecin aussi prompt a pu dire une sottise ; il a créé chez son client un état d'âme apparenté à celui que crée chez les simples le sorcier qui prétend procéder par divination supranaturelle.

C'est surtout quand le médecin s'est entouré des lumières et des ombres mystérieuses de la radiologie que la moindre hésitation n'est plus permise. Et quelques confrères eux-mêmes admettent mal que la réponse du radiologue ne soit pas absolument exempte de toute restriction.

Il y a évidemment là une situation délicate pour le radiologue, surtout s'il est en même temps le chirurgien qui doit passer du diagnostic au traitement. Demander un second examen est toujours interprété comme une faiblesse, et des difficultés matérielles interviennent immédiatement qui paralysent notre action.

Ces remarques sur le diagnostic en général et le diagnostic radiologique en particulier m'ont semblé nécessaires pour montrer combien il importe que l'examen radiologique soit bien préparé et pratiqué de manière à changer le moins possible les habitudes du malade, tout en donnant à l'observation les conditions de rendement maximum.

Je me propose d'exposer ici brièvement comment je conçois l'examen du tube digestif, et la technique qui en découle naturellement.

Sous le bénéfice de cette remarque que d'autres manières de faire peuvent être bonnes, et même meilleures par rapport à d'autres circonstances ; mais qu'il est en tout cas essentiel, pour avoir des résultats comparables entre eux, que la même technique préside à tous les examens.

***

Premier principe : L'examen du tube digestif doit être complet.

Rien n'est plus dangereux que « d'examiner un estomac » ! Beaucoup de malades en effet sont de faux gastriques, dont les symptômes gastriques relèvent d'une lésion d'une autre partie du tube digestif.

En voici un exemple récent, tiré de ma pratique personnelle : un homme de 49 ans m'est adressé par son médecin pour son estomac ; « rien ne passe plus ; il vomit tout depuis une huitaine ». Antécédent essentiel : un gros mélæna, de sang peu modifié, avec syncope, il y a quatre mois. Tumeur dure perceptible au creux épigastrique, du volume d'une petite orange. Ventre plat.

Le malade n'a pas été préparé pour l'examen radiologique. Vu l'urgence, repas opaque extemporané. L'estomac de cet homme, à jeun, es-

rempli de liquide qui surnage l'opacité. L'opacité filtre un peu, très péniblement, dans le grêle, à travers une zone correspondant à la tumeur palpée sous écran.

Diagnostic : tumeur de la fin du duodénum. La preuve est faite d'une stase gastrique considérable, et par conséquent, la nécessité d'une gastro-entérostomie établie. Le malade a deux syncopes pendant l'examen, qu'on ne peut poursuivre. Le lendemain, gastro-entérostomie sous kélène. Je m'aperçois que la tumeur appartient au côlon transverse, et que la sténose gastro-duodénale se complique d'une obstruction colique au moins partielle. Anus cæcal, par la plaie de résection de l'appendice dont le tiers distal est doublé de volume, chroniquement enflammé.

Les choses vont bien et le malade s'améliore progressivement, jusqu'au sixième jour, où la tumeur colique s'ouvre brusquement dans l'estomac, y déversant tout le contenu accumulé du cæcum à mi-transverse. Mort en 48 heures, malgré les lavages d'estomac qui ramènent le long du tube de Faucher des matières fécales moulées.

Ce cas était au-dessus des ressources de la thérapeutique, mais, si le malade avait pris la veille de son examen un repas opaque, l'arrêt de la masse opaque aurait permis de reconnaître l'obstruction colique sous-jacente à la sténose duodénale.

***

Deuxième principe : Il faut examiner le tube digestif dans des conditions aussi voisines que possible des conditions de son fonctionnement habituel. Les auteurs insistent en général sur la différence entre les réactions respectivement provoquées par un repas ordinaire ou par un repas opaque ; le moyen terme est un repas opacifié, comme je l'indiquerai plus loin.

Plus importante encore que la nature du repas explorateur me paraît l'heure où il est absorbé ; c'est un des repas habituels du malade qui doit être opacifié. A lancer un repas opaque en période de repos digestif, on commettrait la même faute qu'en réveillant un enfant en pleine nuit pour juger de ses réactions intellectuelles.

***

Données physiologiques.

La durée totale du transit digestif, de la bouche à l'anus, varie de 24 à 48 heures, et plus en cas de constipation.

De la bouche au cæcum, la digestion est relativement rapide ; la traversée du gros intestin représente au minimum les deux tiers de la durée totale. Au bout de 4 heures, le repas opaque arrive au cæcum ; 5 heures plus tard, il approche de l'angle splénique, et doit être passé en entier dans le gros intestin, où il chemine lentement, pendant 15 à 39 heures et plus, avant d'être évacué.

Il semblerait donc qu'une observation de 24 heures soit un minimum indispensable, et que l'examen doive par conséquent évoluer sur deux jours.

Mais on peut noter que la traversée colique ne se fait pas partout à la même allure : au bout d'une douzaine d'heures, le train opaque franchit l'angle splénique, et commence à quitter le cæcum. Au-delà de l'angle splénique, des retards dans le cheminement digestif peuvent exister, même fort importants, qui s'expliquent par un simple trouble fonctionnel.

Par ailleurs, le segment angle splénique-anus s'examine avec un lavement opaque mieux qu'avec un repas en progression péristaltique.

Voici comment, en tenant compte de ces principes et des données physiologiques, j'ai réglé ma technique ordinaire pour l'examen radiologique du tube digestif.

La veille de l'examen, je fais opacifier le repas du soir (19 à 20 heures) avec une masse opaque (opacite, gélobarine, etc.) prise en trois tiers : avant, pendant, et après le repas.

Le lendemain, vers 8 heures, soit environ 12 heures après la prise opaque, je pratique ma première radioscopie sur le malade qui est resté absolument à jeun, et qui, autant que possible, s'est abstenu d'aller à la selle.

Cet examen décèle les grosses stases gastrique, duodénale, iléale, cæcale et permet d'apprécier l'anatomie et le fonctionnement coliques.

Quand tout cela est bien vu, fixé au besoin par la radiographie, je donne un repas opaque extemporané. (Il remplcae le petit déjeuner, que le malade complète en sortant de cette première séance). Ce deuxième train opaque me sert à l'étude du segment gastro-duodénal, menée selon les règles classiques, non sans avoir noté auparavant les particularités éventuelles du transit œsophagien. Et même les lésions possibles des organes thoraciques, des hiles en particulier, où cheminent les nerfs du tube digestif.

Le malade est invité à prendre immédiatement un peu de nourriture, une tasse de lait par exemple ; il ira à la selle, si possible, entre les deux séances. Le deuxième examen a lieu à 11 heures 30. Il permet d'apprécier l'évacuation gastro-duodénale ; il montre le grêle injecté ; et bien souvent la tête du deuxième train opaque a rejoint la queue du premier dans le cæco-ascendant, cependant que la tête de ce premier train a progressé dans le descendant. Le tube digestif est ainsi injecté dans sa totalité (sigmoïde et rectum exceptés), et les divers segments en sont radioscopés tout à loisir.

L'étude complète en a été menée de la sorte, en deux séances d'environ une demi-heure chacune, et en une seule matinée. Au besoin,

après cette première vue d'ensemble, une période du transit sera détaillée par un nouvel examen.

***

Quand le jour de l'examen aura été fixé d'accord avec le radiologue, le médecin traitant fera donc au patient la prescription suivante : « prenez la veille au soir, avec votre repas habituel, un flacon d'opacite (v. g.) ; soyez au rendez-vous le matin à 8 heures, étant absolument à jeun, et, autant que possible, avant d'aller à la selle. Le reste vous sera enseigné à son temps ».

L'examen radiologique sera encore bien plus fructueux, si le médecin accompagne son malade et dirige, par son apport clinique, les investigations du radiologue.

LE TRAITEMENT DES HYPERTRICHOSES

Par M. Louis BORY.

Lorsque nous sommes consultés sur la question des « poils et duvets superflus », dont l'obsession, commune à nombre de jeunes femmes, est entretenue et exagérée par les articles de publicité dont nos quotidiens abondent, nous devons tout d'abord, sans tenir compte de la pression de nos malades, résoudre la question de l'opportunité d'une intervention quelconque. Nous avons affaire quelquefois à de douces obsédées dont l'imagination accorde à quelques blonds duvets des dimensions et une apparence inesthétiques qui ne frappent guère nos yeux impartiaux et, de plus, détachés de ces petites préoccupations féminines. Une jeune anglaise ne voulait-elle pas, certain jour, que je la débarrasse définitivement et sur l'heure, en une seule séance, de tous les fins duvets, qu'elle était seule vraisemblablement à trouver disgracieux sur toutes les parties habituellement visibles de sa peau ? J'eus quelque peine à lui démontrer l'inutilité, l'impossibilité ou le danger d'une thérapeutique. Une autre jeune fille, désolée de voir ses avant-bras recouverts de poils un peu trop visibles, à son point de vue, me fit repentir un autre jour d'avoir cédé à ses instances augmentées de celles de ses parents, désireux de voir supprimer la cause de la mélancolie et de la réclusion volontaire de leur fille. Dans l'intervalle de deux séances d'électrolyse, elle recouvrit la région traitée de je ne sais quel onguent destiné à calmer l'inflammation légère de quelques follicules, se soigna ainsi toute seule pendant plus de huit jours, et je la revis avec un petit phlegmon circonscrit, qui m'obligea à débrider et à drainer assez largement, en raison de la teinte érysipélateuse des téguments, des phénomènes fébriles et de la tendance à la diffusion. A de pareilles malades il faut ou déconseiller simplement la moindre manœuvre ou, si vraiment l'obsession est maladive ou quelque peu justifiée, conseiller les moyens palliatifs les plus simples.

En règle générale, ceux-ci sont les seuls à conseiller dans les cas d'hypertrichose étendue et siégeant ailleurs qu'à la face ou à la partie antérieure du thorax. Ne faites jamais l'épilation définitive par l'électrolyse ou la diathermie dans des régions à peau fine et sensible à l'infection, telle que la région des avant-bras ou des aisselles ; l'aiguille peut trop facilement dépasser le derme et la petite escarre consécutive, aussi minime et imperceptible qu'elle soit, peut être une voie ouverte aux microbes de la surface vers le tissu cellulaire lâche de ces régions. Les rayons X ne permettent-ils pas d'épiler rapidement de grandes surfaces ? Oui ; mais en dehors de l'épilation temporaire du cuir chevelu utilisée pour le traitement des teignes, les irradiations X ne sont pas à recommander, car leur action, ou bien n'est que temporaire ou, si elle est plus profonde et définitive, provoque des troubles trophiques de la peau ou des néoformations vasculaires aussi disgracieuses que les poils dont on a voulu se débarrasser.

En définitive, deux cas sont à considérer :

1° Ou bien vous avez affaire à une hypertrichose disgracieuse du visage ou de la région sternale, et vous pouvez en débarrasser définitivement votre malade par une méthode radicale.

2° Ou bien il s'agit d'une hypertrichose diffuse ou siégeant sur une peau très fine (seins, aisselles avant-bras) ; ne prenez pas la responsabilité, surtout si vous n'êtes pas spécialiste, de ces manœuvres radicales et conseillez simplement les palliatifs ou l'abstention.

Cures radicales.

La destruction radicale des poils peut être obtenue (les rayons X mis à part) soit par l'électrolyse négative, soit par la coagulation diathermique.

L'ÉLECTROLYSE est le procédé le plus simple, celui qui nécessite l'instrumentation la moins onéreuse, la plus facile à manier. Elle exige cependant une assez grande habitude pour être appliquée avec fruit et sans désagréments.

Il suffit d'avoir à sa disposition une batterie de piles, un milli-ampèremètre, deux fils souples : l'un relié, d'une part, au pôle positif du système, d'autre part, à une plaque de métal recouverte d'une peau de chamois mouillée ; l'autre rattaché, d'une part, au pôle négatif et aboutissant, d'autre part, à un porte-aiguille. L'aiguille, **fine,**

en platine iridié, peut aussi bien être en acier et, pour ma part, j'utilise les vulgaires aiguilles de couturières, les plus fines que je puisse trouver.

La malade pose une main à plat sur la peau de chamois ; l'opérateur, aidé ou non d'une loupe, place la pointe de l'aiguille sur l'orifice folliculaire, en donnant à l'aiguille la direction approximative du poil ; il fait passer un courant de deux à trois milli-ampères, en appuyant légèrement sur le porte aiguille (sans forcer) qui doit pénétrer presque de lui-même dans le canal folliculaire jusqu'à la papille. On laisse agir le courant pendant dix à vingt secondes, suivant la grosseur du poil à détruire et l'intensité du courant.

On ne doit jamais, dans une même séance, opérer deux poils assez voisins l'un de l'autre pour que les zones de destruction provoquées par l'électrolyse viennent en contact ; on risquerait dans ce cas de produire une cicatrice visible. Le même inconvénient se produirait si on laissait agir le courant trop longuement ou avec une intensité trop considérable.

Il ne faut pas compter enlever ainsi plus de cinquante à soixante poils en une séance de 30 à 40 minutes, ce qui est très suffisant pour le malade et le médecin. On enlève à la pince les poils traités, soit à la fin de la séance, soit après une série de dix cathétérismes folliculaires, ce qui permet de les retrouver plus aisément.

Comme on le voit, l'électrolyse est une méthode de patience : si l'on peut espérer supprimer une moustache ou débarrasser une région présternale en quelques séances (de 5 à 10), il faut compter un minimum de soixante à quatre-vingt séances pour une barbe féminine, moyennement fournie, soit, à deux séances par semaine, une dizaine de mois.

Avant chaque séance, il est bon de lotionner la surface à traiter avec un tampon d'ouate imbibé d'alcool iodé faible (quelques gouttes de teinture d'iode dans de l'alcool à 90° : cinq gouttes pour cinquante centimètres cubes d'alcool, par exemple). Après la séance et deux ou trois fois encore dans les 24 heures qui suivent, j'ai l'habitude de faire badigeonner l'endroit traité avec un petit tampon imbibé d'huile de paraffine xylo-iodée (iode 0.10 ; xylol 2 cc. Faire dissoudre, mêler avec huile de paraffine, 20 cc.)

La DIATHERMIE, vantée par Bordier, tend comme l'électrolyse à détruire la papille pileuse ; tandis que l'électrolyse cautérise la papille par la soude que dégage l'aiguille négative au contact des tissus, les oscillations non amorties de haute fréquence provoquent la coagulation des vaisseaux assurant la nutrition de cette papille.

L'aiguille à épiler est la même que pour l'électrolyse ; elle doit être enfoncée sans effort dans la direction du poil et de deux ou trois millimètres seulement ; il n'est pas nécessaire d'arriver jusqu'au fond du follicule, la coagulation des vaisseaux se faisant à distance de l'extrémité de l'aiguille. On fait alors passer le courant pendant une durée très courte, une fraction de seconde seulement ; pour cela, il est nécessaire d'avoir un appareil muni d'une pédale interruptrice. Tandis que l'une des bornes de l'appareil est reliée à l'aiguille par un porte-aiguille, bien isolé, l'autre est reliée à une électrode en étain posée sur les genoux de la patiente, qui y place une ou deux mains. L'appareil de diathermie est réglé une fois pour toutes pour débiter un courant très faible, à peine mesurable à l'ampèremètre thermique (30 à 50 mA).

La diathermie a l'avantage d'être plus rapide que l'électrolyse, mais elle nécessite un appareillage plus compliqué et une habileté technique qui en font jusqu'à nouvel ordre une méthode moins à la portée de tous les praticiens.

Cures palliatives.

Parmi les moyens palliatifs, le plus simple et le plus à la portée de tous est évidemment le rasoir ; c'est au fond le meilleur pour certaines régions, où le poil est caché ou à peine visible par transparence, aux jambes par exemple. Il est plus rapide et moins irritant que les divers épilatoires connus, surtout quand il s'agit d'aussi importantes surfaces.

On peut conseiller, pour rendre le poil moins apparent et le faire tomber à la longue, les lotions fréquentes d'eau oxygénée, suivies de frictions avec des poudres siccatives.

Une manœuvre un peu analogue consiste dans le ponçage : on fait, au blaireau, mousser assez longuement du savon sur la région à traiter ; on laisse sécher spontanément et un peu avant que la dessiccation soit complète on polit à la pierre ponce. Avant ces manœuvres, il est bon de couper les poils aux ciseaux, pour que le ponçage ne soit pas trop désagréable.

Même précaution à prendre pour les procédés d'épilation en masse par arrachement, soit qu'on emploie le bâton de résine ou la calotte de poix, soit le sucre fondu dans du jus de citron et concentré à chaud jusqu'à consistance de pâte molle : on applique cet emplâtre adhésif à une température supportable sur une surface de cinq à dix centimètres de diamètre, on le moule sur cette surface, puis on l'arrache d'un coup. En réalité, ces procédés brutaux, bien tolérés par certaines peaux peu sensibles et suivant l'habileté du tour de main, sont en général désagréables et peuvent être signalés, mais non recommandés.

Restent les dépilatoires classiques, tous à base de chaux ou de sulfures.

En voici quelques formules :

Poudre épilatoire simple : 125 gr. de chaux vive et 15 gr. de poudre d'iris. On fait une pâte avec de l'eau et on applique pendant une minute. On enlève et on lave à l'eau chaude.

Sulfure de sodium 2 gr. ; chaux vive, amidon ââ 10 gr. Même mode d'emploi.

Chaux vive pulvérisée 1 gr. ; vaseline 12, *id.*

Sulfure de baryum 6 gr. ; sulfure de manganèse 2 gr. ; craie précipitée 22 gr.

Ou, sulfure de baryum 6 ; oxyde de zinc 24 ; carmin 0.06.

Trisulfure d'arsenic (orpiment), une partie ; amidon, trois ; chaux vive, quatre.

Ou orpiment 4 parties ; chaux 30 ; gomme arabique 60.

Le mode d'emploi est toujours à peu près le même on fait une pâte avec l'une de ces poudres et de l'eau chaude ; on applique pendant une à dix minutes ; on enlève dès qu'une sensation de cuisson se manifeste; on enlève alors avec un râcloir, un couteau mousse ; on lave à l'eau chaude et on poudre à l'amidon.

DE LA VARIOLE A LA GRIPPE EN PASSANT PAR LES MALADIES SAISONNIÈRES

On a fait grand bruit, au commencement de la présente année, autour d'une prétendue épidémie de variole qui aurait décimé (!) certains quartiers de Paris, et qui aurait sévi très sévèrement aussi dans certaines régions de province.

S'il est exact que le nombre des cas de variole constatés dans certains arrondissements du Sud Ouest parisien a dépassé assez sensiblement la moyenne des années précédentes, il s'en faut cependant qu'il en soit résulté une épidémie, capable de jeter la panique dans la population.

C'est cependant ce qui s'est produit, et l'on a vu les Etablissements vaccinogènes envahis par la foule pressée des candidats à la revaccination, et débordés par les commandes de vaccin qui encombrèrent alors leurs services.

Cette sorte de panique vaccinale a du moins eu l'avantage de faire naître une crainte salutaire, qui détermina la population à se faire revacciner, précaution généralement négligée, en dépit des prescriptions de la loi de 1902.

J'ai, personnellement, procédé à des revaccinatlns dans mon propre entourage, et je me suis servi naturellement du vaccin de l'Institut de vaccine animale de la rue Ballu, — qui assure depuis quelques années l'approvisionnement des abonnés du *Concours médical* : je dois dire, et je le dis spontanément, que les résultats que j'ai obtenus ont dépassé mes prévisions. Sur une vingtaine d'opérations de ce genre, je n'ai enregistré que trois résultats négatifs. Mais les résultats fortement positifs ont été la majorité.

Cette recrudescence de la variole à Paris et en France démontre combien il serait important, au point de vue sanitaire, de réglementer l'immigration. Il n'est pas douteux qu'il s'est agi là d'une importation particulièrement fâcheuse, due aux nombreux étrangers qui ont envahi la France, et auxquels on a rendu vraiment trop facile leur pénétration sur notre sol.

A côté de la variole, nous avons constaté, surtout à Paris, une reprise de ce qu'on est convenu d'appeler les maladies saisonnières, sans doute parce qu'elles se montrent surtout, à cheval, si j'ose dire, sur la fin de l'hiver et sur le commencement du printemps : coryzas, rhino-laryngites, trachéo-bronchites, pneumopathies, grippes, qui, quoi qu'en puissent dire les sceptiques, trouvent de favorables conditions d'éclosion et d'évolution dans les brusques changements de température propres aux *demi-saisons,* et surtout dans l'humidité froide qui domine alors.

Et à ce point de vue, nul ne contestera que nous sommes présentement bien servis (!): c'est comme s'il régnait un véritable état d'anarchie dans la météorologie ; les régimes cycloniques tiennent le haut... de l'air ; le baromètre a perdu toute ambition, et marque une prédilection fâcheuse pour les basses pressions, celles auxquelles correspondent le vent, la pluie et la tempête, et le thermomètre, à l'avenant, n'a pas encore atteint la température réclamée par les vers à soie.

Rien d'étonnant dès lors à ce que l'état sanitaire laisse à désirer, et à ce que les formes grippales soient, actuellement, d'observation courante.

C'est le moment que choisit, fort opportunément, le professeur Pierre LEREBOULLET, médecin des hôpitaux, pour publier, chez *Baillière et fils,* une plaquette où il traite, pratiquement, de la *clinique,* de la *prophylaxie* et du *traitement de la* GRIPPE.

Ce n'est pas, dit l'auteur, un exposé complet, une analyse documentée des nombreux travaux parus. « C'est seulement une étude vécue et sincère de la maladie telle qu'elle m'est apparue... Il y a toujours utilité à la bien connaître et à observer dans son examen et son traitement une série de règles que je m'efforcerai de mettre en relief. »

Sans entrer dans un examen détaillé de cette intéressante brochurette, qui se lit en une heure, je n'envisagerai qu'un côté du traitement sur lequel insiste avec raison M. Lereboullet : la diététique de la grippe. La diète s'impose, dans les formes fébriles ; diète liquide, si la température est hyperpyrétique. « On peut, chez l'adulte, recommander les boissons alcoolisées..... mais il n'en faut pas abuser. Les infusions chaudes sucrées, le bouillon de légumes, le lait en quantité modérée, complètent utilement le régime. Il convient d'ailleurs de *faire boire a ondamment*

les malades (souligné dans le texte), la diurèse qui en résulte est un signe de bon augure.

Mais, que fera-t-on boire aux grippés ? Une recommandation de M. Lereboullet nous aidera à répondre à cette question. Plus loin en effet, il dit : « Souvent l'état de la langue, fortement saburrale, gêne le malade et est un obstacle aux boissons abondantes ; quelques lavages *alcalins* peuvent alors être utiles. »

Lavages alcalins, boissons abondantes, quel breuvage pourrait répondre mieux à ce double desideratum que la *Reine de Vals* ? Alcaline, elle l'est à une dose optima, avec ses trois grammes de bicarbonate de soude par litre, minéralisation moyenne admirablement supportée par tous les tubes digestifs. Eminemment sapide et de digestibilité parfaite, elle l'est encore au suprême degré, grâce à sa teneur en acide carbonique, intimement dissous dans l'eau, et qui, à l'air libre, se dégage en fines bullettes, à la façon du plus généreux des champagnes. Diurétique enfin, ceux-là le savent par expérience, qui abondent en copieuses mictions après en avoir fait usage. Enfin, lixiviatrice, à l'égard du sang, dont elle effectue un véritable lavage, à la faveur duquel elle entraîne au dehors toutes les toxines endo et exogènes que charrie en excès la rouge liqueur qui circule dans les vaisseaux des infectés, c'est une propritété qu'on ne saurait lui dénier.

Du reste, la Reine de Vals n'est pas seulement l'apanage des grippés ; elle trouve sa plus formelle indication dans toutes les pyrexies, dans toutes les fièvres éruptives, et c'est bien parce qu'il en est ainsi que j'ai débuté aujourd'hui, par une allusion aux cas de variole qui ont tant fait parler d'eux, il y a quelques semaines : je suis convaincu en effet que le régime des boissons abondantes convient également aux varioleux, et que, pour eux comme pour les grippés, les typhoïdiques, etc., la Reine de Vals, alcaline et carbogazeuse, réunit toutes les qualités propres à réaliser au mieux cette abondance salutaire des boissons.

E.-D. GASTON.

DEUX OBSERVATIONS DE SYPHILIS UTILEMENT TRAITÉE PAR DE HAUTES DOSES DE BISMUTH ASSOCIÉES A LA CURE THERMALE SULFURÉE

Par les docteurs Henri PELON et Pierre SALLES,

Médecins des Eaux de Luchon.

Au cours de la saison 1925, nous avons présenté à la Société de thérapeutique thermale de Luchon, les observations de deux syphilitiques traités avec succès à Luchon par de fortes doses de bismuth combinées à une cure thermale sulfurée.

Il nous a paru intéressant de les relater ci-dessous en les faisant suivre d'un court exposé résumant les avantages de l'association du traitement sulfuré de Luchon à la médication bismuthique.

OBSERVATION I (Dr Salles). — Il s'agit d'un malade de cinquante ans, syphilitique ancien, fortement hypertendu, 23-15 (Vaquez) ayant reçu jusque-là presque exclusivement des injections de biiodure de mercure. Pour la première fois et sur la demande du médecin traitant nous avons employé du bismuth. Le malade avait reçu avant d'arriver à Luchon six injections intra-veineuses bismuthiques. Pendant les 25 jours de la cure, 12 ampoules bismuthiques ont été injectées à raison d'une tous les deux jours. Le traitement thermal a consisté en boisson, 300 gr. d'eau des Romains par jour, deux gargarismes, un bain d'eau de Bordeu d'une demi heure. Ces dix-huit injections consécutives qui représentent une dose de bismuth métal relativement considérable ont été remarquablement tolérées : pas le moindre liseré gingival, pas de crise intestinale notable. Les urines examinées à trois reprises n'ont jamais présenté d'albumine. Aucune modification sensible de la tension artérielle sauf une légère chute d'un degré de la maxima.

OBSERVATION II (Dr Pelon). — Homme 45 ans, spécificité (remontant à 25 ans), très insuffisamment soignée et ne s'étant manifestée depuis par aucun accident ayant attiré l'attention du malade. Présente depuis cinq mois une périostite de la région temporo-pariétale gauche et une autre au niveau de l'attache inférieure du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Gonflement dur. Peu de douleurs spontanées, quelques-unes la nuit cependant. Gêne des mouvements de rotation de la tête. Pas de lésion organique autre qu'un coryza chronique non hypertrophique à forme congestive et spasmodique avec rhinorrhée. Wassermann et Hecht positifs. Tension : 13/5,8 (Vaquez). Traitement spécifique institué, sur les conseils du médecin traitant par injections intra-musculaires de quinby : une ampoule tous les trois jours pendant les quinze premiers jours, tous les deux jours durant les dix derniers jours. Au total dix injections parfaitement tolérées à tous point de vue dans ce minimum de temps. Traitement thermal sulfuré concomitant : gargarisme Pré 1, deux fois par jour. Boisson Pré 2 et Pré 1, ensuite 200 centimètres cubes deux fois par jour. Humage : Richard moyen 15 minutes. Bains Bordeu 25 à 30 minutes, douche écossaise les dix derniers jours. Dès la troisième injection la tuméfaction des deux lésions pé-

riostiques a commencé d'être moindre ; cette diminution a continué à s'accentuer jusqu'au départ du malade : elle était alors insignifiante. Les douleurs avaient complètement disparu et les mouvements de rotation de la tête se faisaient normalement.

Ces observations sont intéressantes : 1° à cause de l'efficacité évidente du traitement bismuthique ; 2° à cause aussi de la tolérance parfaite à ce traitement, grâce à la cure sulfurée concomitantante.

— Rappelons maintenant en peu de mots les principaux avantages de l'utilisation par les syphilitiques des sources sulfurées de Luchon :

1° En premier lieu, ces eaux sont essentiellement *stimulantes et toniques* et chacun sait que la syphilis s'accompagne souvent d'asthénie et d'anémie augmentées parfois par le traitement bismuthique. Or, après la cure thermale, le malade éprouve une sensation de mieux-être, de remontement ; l'action si fréquemment déprimante de la médication spécifique est complètement annihilée et les signes d'anémie s'amendent.

L'activité de réduction de l'oxyhémoglobine est augmentée par nos eaux sulfurées ainsi que l'ont montré les recherches faites à Luchon par M. le professeur Marcel Labbé. Il y a même un accroissement rapide de la teneur du sang en hémoglobine.

Le traitement sulfuré combat, en outre, efficacement la déminéralisation exagérée de beaucoup de syphilitiques. S'adressant enfin à l'organisme sur lequel évolue la syphilis, il en redresse les modalités nutritives viciées et lutte contre les mauvais états constitutionnels.

2° En second lieu, les eaux sulfurées de Luchon ont une action puissamment adjuvante de la médication bismuthique non pas tant, semble-t-il, au stade d'absorption qu'au stade d'élimination. Car le soufre stimule le fonctionnement du filtre rénal, favorise dans l'intestin la formation des composés sulfo-conjugués. Il accroît, en outre, les moyens de défense de la muqueuse buccale contre les processus toxi-infectieux qui aboutissent à la stomatite.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La tétanie par hyperpnée.

L'hyperventilation pulmonaire suffisamment prolongée peut provoquer des phénomènes neuro-musculaires analogues à ceux de la tétanie, mais sujets à des variations individuelles, déclare R. Turpin. Les inspirations, en décubitus dorsal, doivent être faites aussi profondes que possible, et suivies d'une expiration forcée. Dix à 15 minutes après le début de l'hyperpnée, apparaissent des fourmillements aux extrémités des membres, ils gagnent la face externe des jambes ; puis survient une trémulation légère et transitoire des paupières et des peaussiers de la face, surtout à droite, quelques mouvements involontaires au niveau des mains. Enfin les contractures se produisent aux membres ; la face contracturée prend un aspect figé. Les mouvements volitionnels sont d'autant plus entravés que la rigidité musculaire est plus marquée. Dès que l'hyperpnée est suspendue, les contractures s'atténuent, la face conservant encore durant 5 ou 10 minutes son aspect figé.

Les recherches de l'auteur mettent en lumière le rôle de l'hyperalcalinité du sang et de sa conséquence, la carence en ions calcium, dans la genèse des symptômes de l'hyperventilation ; il y aurait aussi anoxémie et augmentation du taux du phosphore sanguin, et un accroissement de la chronaxie du nerf et du muscle, en ce qui concerne l'excitabilité électrique neuro-musculaire.

Bref, l'hyperpnée volontaire et prolongée fournit au neurologiste un nouveau procédé d'investigation clinique ; elle permet au physiologiste d'étudier les rapports de l'excitabilité neuro-musculaire et des variations physico-chimiques de nos humeurs ; elle réalise enfin une véritable tétanie expérimentale, qui se rapproche par de nombreuses analogies cliniques et humorales des tétanies infantile et parathyréoprive. (*Le Progrès médical*, 24 octobre 1925.)

Les recto-colites graves non dysentériques de l'adulte.

Il s'agit, d'après M. Ed. Antoine, d'affections graves qui simulent les dysentéries amibiennes et bacillaires, et dont les unes relèvent d'une étiologie précise, tandis que d'autres rentrent dans le cadre des affections cryptogénétiques. Elles siègent au niveau du côlon terminal et empiètent sur la partie supérieure du rectum.

Cliniquement, on distinguera les recto-colites hémorragiques, les recto-colites purulentes, les recto-colites sténosantes ou pseudo-cancéreuses, et enfin les formes péritonéales. L'examen rectoscopique et radiologique est indispensable pour préciser le diagnostic différentiel des affections du rectum, pratiquer des prélèvements biopsiques, appliquer localement certains traitements, préciser la limite supérieure des lésions...

Pour faire un diagnostic étiologique, on procèdera à l'analyse des urines, à l'examen du sang, au dosage de l'urée sanguine, à la numération globulaire, à la séro-réaction des bacilles typhiques, paratyphiques, de Shiga, de Flexner, de Hiss... L'examen des fèces et des évacuations anormales sera pratiqué... De la sorte, on arrivera à discerner les recto-colites parasitaires, les recto-colites microbiennes, les recto-colites toxiques, et les recto-colites cryptogénétiques.

Le traitement comporte d'abord une diététique sévère : diète hydrique, puis infusions, eau de riz, citronnade, décoctions de céréales, pendant les poussées aiguës. L'état chronique réclame le régime essentiellement farineux et végétarien pour commencer, puis les laitages, les bouillies au lait ; puis, un peu de viande et de poisson, surtout quand les selles sont moulées ou qu'il y a constipation. La diarrhée réclame un régime qui ne peut être institué qu'après examen coprologique.

Au point de vue médicamenteux, l'auteur recommande les pâtes de charbon associées au bismuth, au carbonate de chaux, à la magnésie... ; les poudres composées. L'émétine est quelquefois le médicament de choix, à la dose de quatre cgr. deux fois par jour en injections sous-cutanées ; l'arsénobenzol ; le stovarsol et le tréparsol...

Les traitements locaux mis en œuvre sont les lavages à double courant ; les instillations goutte à goutte à l'eau de Châtel-Guyon ; les méthodes endoscopiques, les pansements rectaux.

On peut aussi recourir aux traitements électriques et aux méthodes biologiques (vaccinothérapie, sérothérapie, etc.).

Chaque type clinique peut comporter certains détails thérapeutiques spéciaux que l'auteur expose clairement. Enfin, on pourra être amené à conseiller une intervention chirurgicale après laquelle une cure hydrominérale s'imposera. (*La Médecine*, décembre 1925.)

Parasitisme intestinal et tuberculose.

MM. Cade, Morenas et Ravault font remarquer qu'il s'agit là d'une association fréquente, que les parasites soient des vers ou des protozoaires.

Parfois le parasitisme est secondaire à la tuberculose (exemple, tænia, ingéré avec la viande crue de régime), parfois il est extérieur ; en ce dernier cas, la notion de la longue chronicité du parasitisme en cause (lambliase, par exemple), et la récente évolution de la tuberculose permettent de présumer que celle-ci s'est développée secondairement. Le parasitisme prépare un terrain favorable au développement de la tuberculose, ou bien il constitue un inoculateur, un localisateur de la tuberculose.

Tantôt la tuberculose est avérée et alors le parasitisme associé sera révélé par les examens microscopiques attentifs des fèces, en utilisant au besoin les méthodes d'enrichissement. Tantôt le parasitisme est reconnu depuis longtemps et la tuberculose pourra être difficile à démasquer ; pour cela on se basera sur la longue persistance de la diarrhée en dépit de tous les traitements antiparasitaires, sur les modifications de l'état général, la température subfébrile, les complications péritonéales possibles (ascite) ; l'apparition de signes anormaux comme ceux d'une sténose intestinale, si rare dans les entérites purement parasitaires, etc.

Reconnaître l'association du parasitisme intestinal et de la tuberculose présente un gros intérêt pour le pronostic, et aussi pour le traitement.

On peut, en effet, par un traitement anthelmintique, où s'il s'agit de protozoaires, émétinien et surtout arsenical (stovarsol, tréparsol, acétylarsan), faire cesser des troubles trop hâtivement mis sur le compte de la tuberculose ; cependant il faut savoir que ces médicaments donnent aussi parfois des résultats remarquables dans les diarrhées des tuberculeux ; il est vrai que ceux-ci sont incomplets et transitoires. En outre de vieilles entérites parasitaires, en dehors de toute association tuberculeuse, sont souvent moins sensibles à ces médications.

La preuve thérapeutique n'a donc rien d'absolu. Et c'est là une des raisons de la difficulté que rencontre le médecin en présence de ce problème clinique. (*Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, décembre 1925.)

Incontinence dite essentielle d'urine et malformations spino-durales.

L'incontinence essentielle d'urine devient d'autant plus rare que les incontinences secondaires à des lésions apparemment très diverses et souvent fort éloignées sont mieux connues. Telles les incontinences dites essentielles et en réalité secondaires à des phimosis, aux calculs vésicaux de l'enfant, à des amygdalites chroniques, etc. Malgré tout, ces lésions si fréquemment rencontrées ne déterminent qu'exceptionnellement l'incontinence, A. Bréchot pense que les sujets qui en sont atteints, possèdent une prédisposition particulière, une tare nerveuse souvent héréditaire, générale ou localisée, par exemple une hyperexcitabilité des centres médullaires.

Des incontinences d'urine apparemment essentielles peuvent aussi être dues à des spina-bifida absolument latents, ne se manifestant ni par aucun symptôme éloigné, ni par aucun trouble trophique de la région lombo-sacrée, mais seulement décelable à la radiographie. Des épaississements fibreux uniformes, des brides sus-dure-mériennes, une disjonction des lames, une diminution congénitale du calibre de l'arc neural,

pourraient encore exercer par voie sensitive une compression, et une hyperexcitabilité des fibres sensitives afférentes des centres médullaires.

Mais la cause supprimée, la guérison de l'incontinence n'est pas obtenue dans tous les cas, il n'y a pas amélioration plus ou moins marquée.

Cependant, même pour cette affection, qui a, malgré tout, une tendance à la guérison spontanée vers l'âge de 25 ans, l'intervention chirurgicale doit être tentée, car elle n'est pas bien importante.

Chez l'enfant de 10 à 14 ans, chez qui l'on constate une incontinence essentielle d'urine, il faut d'abord recourir à tous les moyens éducatifs et médicaux classiques ; il faut chercher soigneusement s'il n'existe aucune cause apparente, phimosis, lithiase, à cette incontinence essentielle. Alors seulement, on pourra envisager les données de la radiographie. Un retard prolongé d'ossification des lames simulant un spina bifida occulta, une disconjonction de ces lames, une lombarisation de la première sacrée ou une sacralisation de la cinquième lombaire sont des indications à la laminectomie.

Enfin, si aucun de ces faits ne nous décide,la présence d'un pied creux, d'une contraction permanente des orteils ou d'un orteil justifiera, d'après l'auteur, l'opération, comme le montre pleinement une observation, qu'il rapporte. (*Le Progrès médical*, 9 janvier 1926.)

Quatre traitements de l'angine de Vincent.

M. D.-E. FELDSTEIN les a choisis parmi ceux qui ont fait leurs preuves dans la chimiothérapie de l'angine ulcéro-membraneuse :

1° Bleu de méthylène pour les cas jeunes, les lésions superficielles et peu étendues. Saupoudrer l'ulcération avec de la poudre, ou mieux la badigeonner deux à quatre fois par jour avec le collutoire :

Bleu de méthylène	2 gr.
Glycérine	5 gr.
Citrate de soude	1 gr.
Eau distillée	5 gr.

2° Acide chromique en solution saturée. A l'aide d'un porte-coton on frotte rapidement l'ulcération, de manière à en détacher la fausse membrane, et à porter directement le caustique sur la surface ulcérée. Il faut faire immédiatement gargariser le malade, et avoir tout prêt un porte-coton imbibé d'eau oxygénée pure pour neutraliser l'acide chromique qui a pu baver autour de l'ulcération. Ce traitement donne souvent des résultats remarquables ; le lendemain de l'application, l'ulcération est détergée, la fétidité de l'haleine a disparu ; vers le troisième jour, la plaie, dans les cas moyens, est en bonne voie de cicatrisation. Pour les cas graves, renouveler l'application vers le quatrième jour.

3° Arsénobenzol et dérivés.

Après avoir détergé à sec l'ulcération, la saupoudrer d'arsénobenzol, ou de la poudre suivante :

Novarsénobenzol	0 gr. 25
Talc de Venise	10 gr.

Ou la badigeonner avec :

Novarsénobenzol	0 gr. 25
Eau distillée	2 cc.
Glycérine neutre	10 cc.

Dans les cas rebelles ou étendus, faire des injections intraveineuses : une injection de 0 gr. 15 peut suffire, ou, quatre jours plus tard, une deuxième injection de même dose, ou plus forte.

4° Bismuth et dérivés. Poudre de sous-nitrate de bismuth, ou badigeonnages avec tartro-bismuthate de soude et de potasse (en suspension huileuse à 1.5 ou 10 %) quatre fois par jour. Ce médicament supprime très rapidement l'élément douleur ; dans les observations publiées, il a amené la guérison en deux à cinq jours. (*Journal des praticiens*, 2 janvier 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Atrophie musculaire syphilitique et traumatisme.

(MM. LÉCHELLE et Jean WEILL. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 5-3-1926.)

Le rôle du traumatisme dans la localisation des accidents syphilitiques a été discuté il y a longtemps déjà. M. Léchelle parle d'un de ses malades atteint d'atrophie musculaire des membres supérieurs dépendant d'un processus syphilitique du névraxe, dans les antécédents duquel on note un traumatisme de la région cervicale (chute d'une masse pesante sur la nuque) ayant laissé des traces radiologiques (fracture des corps vertébraux des 3, 4, 5 et 6e vertèbres cervicales). L'auteur met en relief l'intérêt médico-légal de semblables cas.

L'urémie dans le coma diabétique.

(M. Pr MERKLEN, WOLF et BICART. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 19-2-1926.)

M. Pr. Merklen revient sur la question de l'urémie dans le coma diabétique. Un de ses malades trans-

porté à l'hôpital en état de coma diabétique succomba avec la symptomatologie de l'urémie malgré le traitement par l'insuline, qui avait fait baisser la glycémie de 5 gr. à 1 gr. 20 et diminué fortement l'acidose.

On connaissait certes jadis l'urémie des diabétiques atteints de coma, mais il fallait l'avénement de l'insuline pour en préciser le rôle et l'importance. Maintenant où, grâce à la cure insulinique, on parvient à amender les troubles acidosiques et le coma du diabète, les phénomènes urémiques concomitants lorsqu'ils existent, apparaissent avec plus de netteté.

Le rýthme respiratoire est généralement considéré comme un élément de diagnostic différentiel du coma urémique et du coma diabétique, le premier donnant le type Cheyne-Stokes et le second le type Küssmaul. En réalité, comme l'a établi Marcel Labbé entre autres, la dyspnée des urémiques peut être du type Küssmaul et on ne saurait sur cet indice être affirmatif de l'origine du coma.

Certains malades atteints de coma diabétique ne guérissent pas malgré l'insuline. L'existence d'une urémie associée explique quelques-uns de ces « échecs ». Pour être sauvé par le médicament, le patient doit en effet non seulement échapper aux dangers de l'acidose, mais encore demeurer à l'abri des complications rénales. En suspendant le facteur diabétique, l'insuline a permis de mettre à jour ces dernières. Dans le coma diabétique, une urée sanguine qui s'élève comporte un mauvais pronostic ; une urée forte qui s'abaisse permet de voir les choses sous un aspect plus favorable. Quant à la pathogénie de l'urémie au cours du coma diabétique, il est probable que l'acidose intervient dans sa production, pour une part tout au moins.

Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique.

(M. Bériel, de Lyon. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-2-1926.)

L'encéphalite épidémique est une maladie protéiforme. Dans la région du Sud-Est, M. Bériel a observé des types périphériques de cette affection, distincts des types centraux (mésocéphaliques) connus jusqu'ici.

Méningite tuberculeuse guérie.

(MM. Vedel, Giraud et Puech, de Montpellier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-3-1926.)

M. Brulé présente, au nom de MM. Vedel, Giraud et Puech, une observation de méningite tuberculeuse aiguë, bactériologiquement confirmée, guérie, sans récidive depuis trente-deux mois.

La malade fut atteinte d'une crise méningée aiguë (céphalée, vomissements, photophobie, fièvre), ayant succédé à un état de malaise général datant de quelques semaines. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire contenait des bacilles acido-résistants et l'inoculation de son culot de concentration amena la tuberculisation du cobaye. Rapidement (le quatrième jour) cependant, l'orage méningé se calma et tout rentra dans l'ordre. Les auteurs ont eu l'occasion de revoir la malade au bout de trente-deux mois. Elle était à ce moment dans un dispensaire antisyphilitique, où elle suivait depuis plus d'un an une cure arsénobenzolique. Ils ne constatèrent aucune trace, aucun retour de l'état méningé antérieur. Malgré l'infection spécifique surajoutée, les centres nerveux n'offraient aucun indice morbide apparent.

Le nombre des cas de guérison de méningite tuberculeuse publiés à ce jour n'est pas très grand. On en signale une soixantaine environ. Le sort ultérieur de ces malades reste d'ailleurs assez précaire. La récidive a été souvent signalée.

Réactions homicides et trépanations.

(M. Aug. Marie. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-3-1926.)

M. Aug. Marie présente un malade qui, il y a huit ans, au cours d'une scène de jalousie, tua sa femme d'un coup de revolver et se tira ensuite à lui-même une balle qui traversa les lobes frontaux. Trépané, il guérit, mais il eut dans la suite des attaques d'épilepsie et des crises d'impulsion comitiale dont l'une rappela (à l'égard de sa maîtresse, cette fois) l'homicide initial. Ces mutilés de l'encéphale peuvent donc devenir des épileptiques avec impulsions dangereuses ce qui offre un double intérêt : clinique et médico-légal.

Greffe testiculaire chez un mutilé génital de guerre.

(M. Dartigues. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-3-1926.)

M. Dartigues a soigné un jeune homme de 28 ans qui, à la suite de blessure de guerre, subit en 1917 la castration bilatérale. Marié quatre ans plus tard, il put avoir quelques rapports avec sa femme, mais devint bientôt totalement impuissant, avec un aspect d'éphèbe inviril.

M. Dartigues l'opéra le 6 octobre 1925. Dans le scrotum vide, il greffa un testicule de cynocéphale. Revu, cinq mois après l'opération, le sujet a maintenant des érections et des rapports sexuels deux fois par semaine. Meilleur état d'esprit, meilleur aspect physique et euphorie.

La greffe a donc été suivie chez cet homme d'un retour à l'état normal au point de vue érection, huit ans après sa mutilation génitale. Le sujet a un simulacre d'éjaculation, suffisant psychiquement, et un état général transformé.

— M. Molinéry demande si la suggestion, telle que la faisaient dans des cas analogues les chirurgiens, il y a 20 à 25 ans, en introduisant dans les bourses un testicule moral (celluloïd, bille d'ivoire) ne peut pas améliorer le psychisme de ces malades.

— M. Dartigues n'a jamais vu les greffes testiculaires en celluloïd ou en ivoire donner un résultat quant au psychisme et à l'état cérébral des castrés.

— M. Léopold-Lévi parle de l'action des sécrétions endocrines sur le fonctionnement mental. Chaque glande a, dans cet ordre d'idées, des effets particuliers que l'on trouve augmentés ou diminués suivant qu'il y a hyper ou hypofonctionnement de ces glandes.

Le testicule est la glande de la *force*, du courage, du virilisme cérébral.

La surrénale est la glande de la *résistance*, de l'énergie, de l'intensité des opérations psychiques.

La thyroïde est la glande de la *rapidité*.

Les hypotesticulaires manquent de vigueur cérébrale ; les hyposurrénaliens sont des asthéniques du psychisme ; les hypothyroïdiens des ralentis du travail intecllectuel.

Asthme et adrénaline.

(M. Sédillot. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-3-1926.)

M. Etienne signalait dernièrement à la Société des hôpitaux l'histoire d'un asthmatique qui pendant deux années avait été soigné régulièrement par des injections d'adrénaline à hautes doses, sans inconvénients pour sa tension artérielle en particulier. M. Sédillot relate un cas différent, suggérant des conclusions sinon opposées du moins tendant à plus de prudence. Un de ses malades, traité pour crise d'asthme (?) par quatre piqûres d'adrénaline, fit un accès d'urémie auquel il succomba.

M. Sédillot reconnaît qu'il ne s'est pas agi là d'un cas d'asthme pur. Néanmoins, l'adrénaline lui a paru être intervenue fâcheusement.

— M. Perpère est également de cet avis. Mais, le malade étant un urémique, cette observation n'apporte pas un argument important à opposer à la thérapeutique adrénalinique sous-cutanée de l'asthme. Les injections d'adrénaline, comme traitement de la crise d'asthme, sont utilisées en Angleterre et en Amérique depuis assez longtemps, et en France depuis depuis huit ou dix ans. M. Perpère a fait lui-même ou fait faire un grand nombre d'injections sous-cutanées d'adrénaline, seule ou associée à d'autres produits. Comme tout le monde, il a observé de petits inconvénients passagers, léger vertige, tremblement des extrémités, bien peu de chose en somme. Une seule fois, chez une femme ayant des accès d'asthme presque subintrants, de nombreuses piqûres furent faites ; la dernière fut suivie de coma et de mort, sans d'ailleurs que le rôle de l'adrénaline dans la terminaison fatale ait pu être précisé.

L'auteur pense qu'il faut être prudent dans l'emploi des injections d'adrénaline chez les asthmatiques, sans se priver de cette excellente thérapeutique des crises d'asthme, auxquelles elles apportent un soulagement immédiat, en général.

Le massage des vésicules séminales.

(M. J. Zadok. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-3-26.)

Comme introduction à l'étude du massage des vésicules séminales en thérapeutique, M. Zadok rappelle le rôle important de ces organes dans la blennorrhagie.

On a cru longtemps à la localisation purement uréthrale de l'infection blennorrhagique et dans les cas rebelles on accusait la prostate de constituer le dernier bastion de la résistance du microbe. Puis, Guépin ayant retrouvé fréquemment des gonocoques dans le sperme des malades, on fit des recherches du côté des vésicules séminales. Le rôle des porteurs de germes blennorrhagiques fut alors étudié par Lebreton, Barbellion, Noguès, Massias, Grimberg, Zadok, Le Fur, tous auteurs qui insistèrent sur l'utilité des cultures de sperme.

M. Zadok met en relief l'intérêt des vésicules séminales dans la blennorrhagie et, conséquemment, l'importance d'un traitement dirigé contre une localisation du gonocoque à leur niveau.

Dans un grand nombre d'uréthrites blennorrhagiques aiguës, les vésicules séminales sont envahies, en particulier lorsqu'un traitement défectueux et brutal a été institué. *Dans l'immense majorité des* cas chroniques, les vésicules sont prises. De ces notions pathogéniques découle la conclusion thérapeutique qu'en pareille circonstance le traitement par le massage doit porter non sur la prostate, comme on le fait couramment, mais sur les vésicules séminales. Du moins, si le massage de la prostate est utile, celui des vésicules l'est-il plus encore.

C'est au-delà de la prostate, plus haut, que les vésicules séminales se situent normalement. Dans les cas pathologiques, il est vrai, ces organes sont souvent prolabés latéralement. Le toucher rectal permet de sentir *en ces points la saillie des vésicules.* Le massage se fera en ces régions, par association du toucher rectal et du palper abdominal, la manœuvre étant plus facile dans la position genu-pectorale. On obtient par les massages de la vésicule d'excellents résultats.

Les accidents mécaniques au cours des applications de rayons U. V.

(M. Paul Meyer. — *Soc. de médecine de Paris* ; 12-3-1926.)

M. Meyer a été témoin de trois accidents mécaniques au cours des applications de rayons ultra-violets. La lampe de quartz à vapeurs de mercure ayant éclaté, les malades ont reçu des fragments de lampe et l'un d'eux fut superficiellement brûlé par le mercure bouillant. Les accidents n'eurent pas de suite, mais ils auraient pu en avoir dans d'autres circonstances.

Par mesure de prudence, l'auteur recommande de toujours protéger les yeux avec un bandeau et non avec des lunettes (susceptibles d'être brisées), et de ne pas laisser le malade directement sous le brûleur.

— M. Livet a vu, une fois, dans des conditions analogues à celles rapportées par M. Meyer, le mercure tomber sur la peau du patient et le brûler légèrement.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Fracture double du larynx.

M. Ch. Dunet rapporte l'observation d'une femme de 63 ans qui, au cours d'une discussion, reçut un violent coup de tête dans la région cervicale. Entrée à l'hôpital deux heures après, elle présentait une dyspnée marquée avec tirage et cornage, cyanose, empâtement douloureux de toute la région laryngée. Ces symptômes firent porter le diagnostic de fracture du larynx et l'on pratiqua la trachéotomie qui fit rapidement disparaître les accidents asphyxiques. Les suites furent bonnes. La malade n'eut ni œdème septique, ni suppuration laryngée, ni complications broncho-pulmonaires. L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Sargnon, confirma le diagnostic de fracture du larynx. En pareil cas, des rétrécissements cicatriciels tardifs sont à redouter.

Circulus vitiosus.

M. J. Rollet présente une malade gastro-entérostomisée par M. Wertheimer pour des douleurs épigastriques très violentes remontant à quinze mois. Des vomissements bilieux étant survenus dès le lendemain de l'opération, on intervint à nouveau par une jéjuno-jéjunostomie. Guérison. Dans ce cas, l'infection paraît devoir être mise en cause pour expliquer le *circulus vitiosus* : il existait en effet des signes de péritonite subaiguë.

Insuffisance pylorique et gastro-entéro-anastomose.

M. Croizat relate l'histoire d'un homme de 59 ans accusant des symptômes gastriques revêtant parfois le caractère de faim douloureuse. Ni vomissements, ni anorexie. Le lavage de l'estomac ne ramenait rien. A l'intervention, on trouva un néoplasme canaliculaire occupant la région du pylore, qui était comme « cartonné » d'où l'incontinence. La gastro-entéro-anastomose amena la cessation des douleurs.

Bacillose iléo-cæcale avec présence de trichocéphales.

MM. Delore, Comte et Lobry exposent l'observation d'une jeune femme de 22 ans envoyée à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Elle a eu en effet des crises abdominales avec vomissements. On sent dans la fosse iliaque droite une petite masse douloureuse, sans contracture. Il y avait un cas de tuberculose pulmonaire dans les antécédents et la malade a eu de la bronchite durant trois hivers consécutifs. Intervention : on trouve un cæcum rouge, épaissi, ainsi que la fin de l'iléon et le méso, dans lequel on sent de gros ganglions. Il paraît bien s'agir d'une tuberculose iléo-cæcale. On pratique une anastomose latéro-latérale entre la dernière anse iléale et le côlon transverse, puis, douze jours plus tard, on pratique une résection iléo-cæcale. L'examen de la pièce montra l'existence de lésions de la muqueuse appartenant à la forme polypoïde verruqueuse de la tuberculose iléo-cæcale. Sur ces lésions se trouvaient de nombreux trichocéphales et on peut se demander s'il n'y a pas là une relation de cause à effet.

Thrombose jugulo-sous-clavière chez un cardiaque.

MM. Pallasse et Lesbros ont traité un malade de 17 ans, cardiaque depuis l'enfance, entré à l'hôpital avec de la dyspnée, de l'œdème des malléoles, un cœur très volumineux, un souffle systolique de la pointe, un très gros foie, de l'ascite, des urines rares et albumineuses. La digitaline amène une amélioration passagère ; puis se produit un infarctus pulmonaire et, quelques jours après, des signes de thrombose jugulo-sous-clavière droite, empâtement douloureux de la région sous-claviculaire, œdème léger du membre supérieur droit avec cyanose et abaissement de la température locale ; pouls radial un peu moins fort qu'à gauche. Mort trois semaines après l'entrée. Autopsie : épanchements péritonéaux et péricardiques, gros cœur, dilaté surtout au niveau des oreillettes ; gros caillot gris, très adhérent dans le tronc veineux brachio-céphalique, s'étendant dans la jugulaire et la sous-clavière ; infarctus du poumon gauche et lésions banales d'asystolie.

A noter le siège à droite et chez un homme alors que la thrombose jugulo-sous-clavière s'observe habituellement à gauche et chez la femme.

Papillome de la vessie.

MM. Gayet et Peycelon montrent une tumeur de la vessie enlevée à un jeune homme de 24 ans, chez lequel la cystoscopie donnait une image de carcinome du col vésical ; l'examen histologique d'un fragment semblait confirmer le diagnostic. On décide de pratiquer de la radiumthérapie par aiguillage direct de la tumeur et dans ce but on fait une taille hypogastrique ; on tombe sur une longue tumeur pédiculée, ressemblant à un appendice, enroulée dans la vessie et implantée sur une surface linéaire de 4 centimètres ; on l'enlève facilement. Un nouvel examen histologique montre qu'il s'agissait d'un papillome simple, avec réserve pour un début de transformation maligne en surface.

Cette observation montre quelles difficultés on peut rencontrer pour faire à la cystoscopie le diagnostic des lésions siégeant au pourtour du col vésical.

Reins polykystiques et hématuries.

M. Condamin relate, au nom du professeur Rochet, un cas de reins polykystiques qui se sont manifestés cliniquement par deux complications assez rares : d'une part, des hématuries abondantes qui ont mis un moment la vie du malade en danger, d'autre part de l'infection et de la suppuration des kystes,

qui ont déterminé des douleurs vives et une augmentation de volume considérable des deux reins.

Nouveau cas de myome rouge.

M. Creyssel présente, au nom de MM. Patel et Vachey et au sien, l'observation d'une femme qui fit brusquement, sans accident génital antérieur, une crise douloureuse abdominale violente, avec température à 39° donnant l'impression d'une crise d'annexite aiguë. Amélioration sous l'influence du traitement médical. A l'examen, on trouvait alors un utérus augmenté de volume et un peu douloureux. On pensa à un fibrome avec annexite. A l'intervention, on trouva en effet un fibrome, l'utérus étant tordu sur l'axe de son col d'environ 90 à 100° ; annexes saines. La coupe de la pièce montra qu'il s'agissait d'un myome interstitiel de couleur mauve rosé qui, au contact de l'air prit rapidement une teinte rouge foncé, caractéristique du myome rouge. Cette tumeur s'est donc manifestée ici par une symptomatologie un peu spéciale. A noter la torsion de l'utérus sur son axe que l'on peut considérer comme étant la cause des phénomènes circulatoires qui ont amené la transformation du fibrome latent en myome rouge.

Lithiase biliaire avec ascite.

M. Comte expose, au nom de M. Michon et au sien, l'histoire d'une femme de 48 ans, à passé de lithiase hépatique. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, les douleurs sont devenues très intenses, avec grands accès fébriles, frissons, sueurs, subictère ; amaigrissement de dix kilos en quelques mois. Ascite considérable ; masse volumineuse descendant des dernières côtes droites jusqu'à la fosse iliaque, et que l'on interprète comme une grosse vésicule néoplasique ou calculeuse ; épanchement pleural peu abondant. Une intervention exploratrice est pratiquée et montre que la vésicule n'est ni calculeuse ni néoplasique ; on perçoit dans la profondeur des masses que l'on interprète comme néoplasiques, et on arrête l'intervention. La malade se cachectise rapidement et meurt au bout d'une semaine. *Autopsie* : pas de néoplasme ; périhépatite intense, vésicule de volume d'un poing ; dans la région sous-hépatique, masse dure, volumineuse, contenant un calcul cholédocien du volume d'un bouchon de bouteille. Foie volumineux, bourré de petits abcès.

Amputation spontanée des deux trompes.

M. Comte présente, au nom de M. Michon l'observation d'une malade du service du professeur Villard où elle était entrée pour des métrorrhagies. L'intervention montra un fibrome intraligamentaire droit du volume d'un œuf de pigeon. Les trompes présentaient, presque symétriquement, à 1 cm. et demi de l'utérus, une solution de continuité de un centimètre environ ; elles se terminaient à ce niveau par deux culs-de-sac reliés par les feuillets péritonéaux du ligament large. De semblables lésions sont fort rares et l'on discute sur leur nature congénitale ou acquise.

Fracture du crâne : lésions de la voûte à la base.

MM. Guilleminet, Rollet et Labry rapportent le cas d'un jeune homme de 22 ans, qui, à la suite d'un accident de motocyclette, fut amené à l'hôpital dans le coma, avec un enfoncement considérable de la région frontale droite et une otorrhagie droite.

L'état parut si grave qu'on se borna à un traitement général. Les jours suivants, il y eut amélioration des symptômes généraux, sans signes de compression. On fit trois ponctions lombaires. Dix jours après l'accident le malade put se rendre lui-même au laboratoire de radiologie. Les radiographies présentées montrent très nettement les dégâts osseux : zone embarrée de la région frontale droite d'où partent des fissures dont l'une a dû intéresser la base. Le professeur Bérard est intervenu secondairement pour relever l'embarrure ; un hématome fut évacué. Résultat satisfaisant.

Cystite gangréneuse.

MM. Dunet et Creyssel relatent l'observation d'un homme de 34 ans, amené à l'hôpital en état de rétention d'urine aiguë avec un état général infectieux et délire. Echec du cathérérisme ; ponction vésicale ; on retire 2 litres 1/2 de liquide sanglant et putride. Le lendemain, cystostomie sus-pubienne, il s'écoule un flot de liquide sanglant à odeur sphacélique, en même temps qu'on voit s'*éliminer la muqueuse vésicale tout entière*, sous forme d'un sac membraneux d'aspect gangréneux. Le malade, par la suite, s'améliora assez vite. Il s'agissait en somme d'un ancien blennorrhagique atteint de plusieurs rétrécissements urétraux, mais n'ayant jamais eu antérieurement de crise de rétention. Moins de trois mois après le début des accidents, après traitement des rétrécissements, la cystoscopie montra que la vessie avait un aspect tourmenté, mais la muqueuse paraissait à peu près normale. A noter, chez ce malade, l'existence de signes légers de cirrhose alcoolique, celle-ci ayant pu créer un terrain favorable à la production de la gangrène.

A. C.

Les Livres

Librairie N. MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

A. CANTONNET. — **Causeries d'ophtalmologie. Documents pour les praticiens** (1 vol. in-8, 324 pages, 33 figures, 1925.)

Ce livre est un recueil contenant des leçons faites à l'hôpital Cochin, des conférences, des articles divers parus dans la presse médicale, que l'auteur a remis au point, et auxquels il a ajouté d'autres chapitres.

Les principaux chapitres sont intitulés : Examen du malade. Séméiologie. Diagnostic. Traumatismes. Vices de réfraction et strabisme. Thérapeutique médicale. Thérapeutique chirurgicale. Hygiène oculaire. Les aveugles. Formulaire pratique.

Citer le seul nom de l'auteur c'est recommander cet ouvrage comme clair, concis, pratique ; il suffit d'avoir lu quelques-unes de ses études pour vouloir connaître dans l'ensemble ces « causeries ». L'expression imagée est fort habilement maniée par le Dr C., et c'est un attrait de plus pour le lecteur. Exemple : l'œil insensible ; l'œil qui bat ; l'œil qui est gros et l'œil qui paraît gras ; l'œil de bœuf, etc.

Bref, ce volume sera le compagnon ophtalmologique du praticien, un ami utile.

R. MOLINÉRY. — **De l'homœopathie à l'alcaloïdothérapie**, (Edition des Laboratoires Houdé, 9, rue Dieu, Paris.)

Le regretté directeur des laboratoires Houdé avait, quelques années avant sa mort, formé le projet d'écrire un très important mémoire sur les alcaloïdes, dans l'étude desquels il s'était depuis longtemps spécialisé. En manière de préface ou, tout au moins, d'introduction, M. Houdé voulait établir les liens qui unissent l'homœopathie à l'alcaloïdothérapie en passant par la dosimétrie. C'est dans ce but qu'il avait demandé à M. le Dr R. Molinéry (de Luchon), membre de la Société française d'histoire de la médecine, de composer ce travail.

L'auteur utilisant des documents, souvent fort peu connus, essaye de replacer dans son cadre le berceau de l'homœopathie, en publiant la lettre si curieuse du comte de Bucquoy à M. de Leuze, professeur au Jardin des Plantes.

Avec Rapou, nous nous rendons auprès d'Hahnemann. Et celui-ci de nous donner toute sa philosophie en quelques mots : « *Dans la nature, la matière est peu de chose ; les forces sont presque tout.* »

Le Dr Molinéry, après avoir exposé succinctement le système d'Hahnemann, en arrive à celui de Burggraeve et à l'étude de l'alcaloïdothérapie.

Chemin faisant, l'auteur dissipe bien des erreurs, cite les récents travaux du Dr Charrette, de Nantes, et appelle l'attention du lecteur sur des mémoires du dernier siècle, que nos théories sur la libération de l'énergie et la désintégration de la matière remettent au premier plan de l'actualité.

Félix ALCAN, éditeur.

La vie publique dans la France contemporaine. (*Conférences d'éducation politique et sociale*), par Mesdames BRUNSCHVIC, MALATERRE-SELLIER, Suzanne GRIMBERG et MM. CAHEN-SALVADOR, DOIZY, Gaston JEZE, Max LAZARD, W. OUALID, Roger PICARD, Gabriel RAMON, Georges SCELLE. Introduction de M. Fernand Buisson. Un volume in-16°. Prix : 7 fr. 50.

Ce petit livre, composé de douze chapitres, où des spécialistes réputés ont donné des exposés substantiels et clairs, s'adresse aux citoyens d'aujourd'hui comme aux citoyennes de demain.

A travers les complexités des évènements quotidiens, il importe que des observateurs dessinent de haut les grandes lignes de l'activité nationale. Sous quel régime politique vivons-nous, comment sont appliquées les lois, comment fonctionnent les services publics ? D'autre part, quels problèmes nouveaux imposent et la protection de la race et l'enchevêtrement de ses rapports économiques ou juridiques avec les autres pays du monde ? Quelle position les différents partis politiques ont-ils adoptée à l'égard de ces problèmes ? Voilà les questions auxquelles ont répondu les collaborateurs de *La vie publique dans la France contemporaine*, avec le seul souci de servir l'intérêt général à force de simplicité et d'impartialité.

LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob, Paris (VIe).

Jean PONSARD, ingénieur agronome. — **Les professions agricoles. Ce qu'elles sont. Comment s'y préparer. Comment y réussir.** Préface de Henri HITIER, secrétaire perpétuel de l'Académie d'agriculture. (Un volume de 404 pages, broché : 12 fr., franco : 13 francs).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE PROJET DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES DEVANT LA PROCHAINE ASSEMBLÉE DE L'UNION

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

L'assemblée des délégués que l'Union convoque pour juillet prochain aura une importance singulière, car elle exprimera l'opinion du corps médical en ce qui concerne la pratique des assurances sociales, non plus dans l'absolu des considérations théoriques, mais dans le cas concret que nous présente le projet Chauveau. L'heure est passée où l'on pouvait disserter en sociologues médicaux sur ce gros problème. La plus grave faute que pourrait commettre maintenant le corps médical, serait d'imiter ces hommes, qui discutaient des divers moyens d'éteindre les incendies quand le feu dévorait leur maison.

On a reproché à la dernière assemblée de n'avoir pas pris déjà position vis-à-vis du projet Chauveau. On oubliait qu'elle le connaissait par une simple lecture, incomplète d'ailleurs et faite dans les conditions psychologiques que l'on sait. Il eût été d'une inconcevable légèreté de se prononcer sur un pareil texte avec tant de rapidité et aussi peu de réflexion.

Il appartient à l'assemblée de juillet prochain de donner, après six mois d'études faites par tous les hommes de bonne volonté, la réaction psychologique que l'on attend.

Disons tout de suite que jamais la scission du corps médical organisé n'a paru aussi fâcheuse, car elle affaiblit la portée des résolutions qui seront prises et, d'autre part, le départ des dissidents laisse sans contre-poids suffisant l'influence prédominante. Il faudrait, à mon sens, pallier cette faiblesse en tenant compte des propositions de la Fédération nationale. Malheureusement les militants de la Fédération, qui se sont copieusement étendus sur les problèmes théoriques et livrés à de violentes critiques de leurs adversaires *médicaux*, sont demeurés jusqu'ici sur la réserve en matière de propositions concrètes, susceptibles d'incorporation à un texte de loi (1). Ils en sont restés à l'état de choses de décembre dernier et leurs opinions sont assez vagues et contradictoires pour qu'on ait pu se tromper de bonne foi sur leurs idées et qu'ils aient pu se croire calomniés.

L'importance du projet Chauveau réside en ceci qu'il n'est point l'œuvre d'un homme ni d'une commission, mais un compromis de toutes les influences, celle de l'Administration, celle de la Chambre, celle du Sénat, celle des milieux syndicalistes, mutualistes et même médicaux. Et cela n'est pas pour diminuer le mérite du rapporteur, qui sut fondre ces courants contraires en un ensemble cohérent et merveilleusement souple. Mais on saisit qu'un projet ainsi conçu a le vent en poupe ; ce n'est pas un météore que l'on peut regarder en dilettante. Il ressemble certainement beaucoup à la loi de demain. Si l'on peut encore lui donner quelques coups de pouce, il n'est plus question de le renverser de fond en comble. Voilà ce qu'il faut préciser avant tout.

Le corps médical doit donc le considérer attentivement et préciser ce qui lui paraît inacceptable dans son texte, du point de vue de notre profession. Le moment est venu de poser, en face du texte parlementaire, les conditions *sine qua non*, auxquelles le corps médical subordonne son concours à l'application de la loi. Au point de vue tactique, c'est ce que Humbel avait conseillé en décembre dernier; c'est ce que j'avais essayé de réaliser dans mon ordre du jour ; mais les esprits étaient ailleurs et peut-être était-ce prématuré du point de vue psychologique.

1) De l'inscription du respect du secret médical dans la loi, faut-il faire une condition *sine qua non* ? Si j'étais sûr que ce respect sacré soit inscrit dans la loi sans réserves ni distinguo, je dirais « oui » sans hésiter. Mais je suis presque sûr que, si l'attention des parlementaires et des fonctionnaires est attirée sur ce problème, il sera résolu par la rédaction d'une phrase qui ne laissera pas entier l'article 378 du Code pénal, car la doctrine des sociologues et des juristes évolue sur ce sujet dans un sens qui n'est pas le nôtre. Ne combattons point contre les moulins à vent ; les ennemis sérieux ne manquent pas, hélas ! Si la loi demeure muette en matière de secret médical, le médecin restera libre de respecter les commandements de sa conscience et nul ne pourra l'inquiéter, car il sera couvert par l'article 378 du Code pénal.

2) La thèse du libre choix du médecin, sur listes arrêtées d'un commun accord entre Caisses et syndicats, n'a pu triompher des résistances parlementaires. La commission sénatoriale a tenu

(1) Cet article était sous presse quand l'auteur a reçu le Bulletin de Juin de la Fédération qui comble cette lacune.

compte de la volonté du corps médical, mais non point entièrement, car elle a craint la limitation du libre choix par le monopole syndical. Héritière des méfiances révolutionnaires à l'égard des corporations, elle s'est arrêtée au texte suivant :

L'assuré choisit librement son praticien sur une liste locale établie, d'un commun accord, entre les Caisses et les Syndicats professionnels affiliés aux Unions nationales. Cette liste comprendra les praticiens faisant partie des groupements professionnels avec lesquels la Caisse a passé un contrat et tous les praticiens qui auront adhéré aux conditions fixées et qui n'auront pas été exclus pour motif grave et légitime.

Très supérieure à celle du Code allemand, qui laisse toute liberté à la Caisse de supprimer le libre choix, cette conception s'éloigne également de celle du corps médical qui tend au monopole syndical, soit direct, soit indirect comme nous l'avons réalisé en Alsace sans changer la loi. Faut-il la combattre ?

Pratiquement, le texte sénatorial permet la réalisation indirecte du monopole syndical par contrat. En effet, comme l'article 7 (paragr. 1) charge les syndicats de la responsabilité et du contrôle professionnels, il est logique de soumettre par contrat aux mêmes obligations matérielles et morales, les médecins non syndiqués et les autres ; on voit qu'ainsi la différence entre syndiqués et non syndiqués peut se réduire à ceci, que les syndiqués décident des contrats, dans des assemblées d'où les non-syndiqués sont exclus ; les non-syndiqués entreront alors immédiatement au syndicat.

Il y a plus. Je ne suis pas éloigné de croire que le texte sénatorial est meilleur pour le corps médical que celui proposé par l'Union à la demande générale. Supposons le cas de grève administrative comme cela s'est produit à Strasbourg et autres lieux ; la Caisse cherche des médecins marrons à prix d'or ; si elle n'en trouve pas assez, elle est vaincue ; si elle en trouve suffisamment, le syndicat n'a qu'à autoriser tous ses membres à accepter les conditions faites aux médecins marrons et la Caisse est tenue de les admettre en vertu de la loi ; inutile de dire qu'elle ne se mettra pas dans ce cas, mais elle ne pourra l'éviter qu'en faisant aux marrons des conditions peu alléchantes qui trouveront peu ou pas d'amateurs.

3) Qu'on le veuille ou non, il faudra bien consentir à la clientèle de Caisses des prix inférieurs à ceux de la clientèle aisée. Il serait d'ailleurs contraire à la meilleure peut-être de nos traditions, de ne pas maintenir une différence d'honoraires en rapport avec l'inégalité de fortune.

Mais il faut le crier bien haut, pour réclamer que le bénéfice de la loi soit réservé aux seuls foyers modestes. Or la loi ne se préoccupe pas de la situation de fortune, mais seulement du salaire et dans des conditions assez larges pour que des familles où il entre plus de 40.000 frs de salaires puissent tomber sous le coup de l'assurance obligatoire ; Si nous ne voulons pas voir la clientèle aisée disparaître entièrement dans les Caisses, il faut exiger que le revenu soit pris en considération pour l'ouverture du droit à l'assurance. De cela il faut faire une condition *sine qua non.* Au point de vue rédactionnel, il suffirait de remplacer « rémunération totale annuelle » par « revenu total » au paragraphe 2 de l'article 1.

4) Le projet de loi contient encore l'alinéa suivant que la Chambre avait introduit :

L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurance dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle (art. 6, paragr. 1).

« S'il s'agit de permettre aux Caisses la construction de sanatoria, ai-je écrit ailleurs (1), tout le monde est d'accord. Qu'elles construisent des hôpitaux urbains où le libre choix du médecin sera sauvegardé, les médecins y voient un progrès nécessaire sur l'état de chose actuel.

« L'hospitalisation est en effet conçue partout sur le principe de l'assistance ; la loi d'assurances sociales est au contraire conçue sur le principe de solidarité des assurés eux-mêmes. Il y a là une sorte d'antinomie qui doit disparaître par la transformation du système actuel d'hospitalisation ; car la personne qui s'assure contre la maladie a des droits que ne saurait revendiquer l'assisté ; elle a notamment le droit de conserver le médecin de son choix, si son état de santé commande l'hospitalisation. Certaines Caisses alsaciennes viennent enfin de le reconnaître, sous la pesée des médecins. La construction ou l'achat d'hôpitaux par les Caisses est un des meilleurs moyens de réalisation. Mais est-il nécessaire de le mettre dans la loi ? On ne le croit pas. *Quid lex tacuil, licet.* Avec la personnalité civile, les Caisses ont *ipso facto* le droit de posséder meubles et immeubles. Il n'est pas besoin d'un texte nouveau pour affirmer le droit commun.

« Quant à permettre des policliniques, des dispensaires, des consultations d'usine, c'est autre chose qui a comme un relent de médecine industrielle. » Le corps médical doit s'y opposer de toutes ses forces au nom de la science médi-

(1) G. Batier. — Le projet de loi sur les assurances sociales jugé par un médecin d'Alsace. *Revue politique et parlementaire*, 10 février 1926.

cale elle-même, qui réclame deux choses essentielles et incompatibles avec cette médecine en série : l'individualisation rigoureuse des cas et l'intimité confiante avec le malade.

D'autre part, le texte en cause a pour effet de soustraire aux contrats prévus entre Caisses et syndicats, non seulement toute l'hospitalisation, mais encore toutes les policliniques que les Caisses voudront créer ou avec lesquelles elles voudront contracter pour se libérer de tout lien gênant avec le corps médical organisé.

Je m'honore d'avoir le premier signalé le péril dont cet article nous menace. Mais il faut insister, car je ne crois pas que les militants en aient compris toute l'étendue. De sa suppression, l'Union doit faire une condition *sine qua non* de son concours à l'application de la loi.

5) Reste la grosse question qui est à la base de la scission du corps médical. Les dissidents ont quitté l'Union parce qu'elle a refusé d'imposer « l'entente directe » à tous les syndicats, même à ceux qui n'en voulaient pas, et qu'elle a préféré revendiquer la liberté pleine et entière de chaque syndicat. Il est vrai que, depuis, ils ont officiellement mis dans leur programme l'autonomie de chaque syndicat. Comme il est difficile de concilier les deux choses, je crois que la position des dissidents est mieux définie par la volonté d'imposer l'entente directe à tout le monde.

L'Union a le devoir de tenir compte que cette importante minorité médicale entend être sous le régime de l'entente directe. Il est d'autre part évident qu'un certain nombre de syndicats fidèles a le même désir et n'est séparé de la dissidence que par le souci de ne point affaiblir l'influence médicale par la division.

Je ne me risque point ici à définir l'entente directe. Dans une commission de militants, j'ai un jour posé la question préalable : « Définissons l'entente directe ! » Jugée oiseuse par l'un de nos plus grands chefs de file, cette question s'avéra pourtant fort complexe à l'examen et le débat fit apparaître trois définitions différentes de l'entente directe, qui correspondent à autant de tendances : les trois tendances existent chez les dissidents. Mais ce serait sortir du cadre de cet article que s'attarder à ces précisions, quelque importance qu'elles aient par ailleurs. Il faut seulement retenir que la majorité du corps médical ne veut pas connaître le tiers-payant.

Mais il est un certain nombre de syndicats qui n'ont pas peur du tiers-payant ; pis même — ou mieux même — ils le demandent ! L'Union va-t-elle leur interdire de réaliser leur conception ? Va-t-elle, au mépris de l'autonomie syndicale, leur imposer une autre manière de voir ? C'est impossible !

Du point de vue de la politique intérieure, l'Union ne peut donc avoir d'autre revendication, vis-à-vis du projet de loi, que la liberté pleine et entière, pour chaque syndicat, de contracter avec les Caisses pour tout ce qui concerne le service médico-chirurgical, son contrôle et les conflits éventuels, étant entendu que la liberté de contracter implique la liberté de ne pas contracter.

Du point de vue de la politique extérieure, la conclusion est la même. Si, par exemple, le législateur est amené à parler des honoraires, ce sera toujours dans l'intérêt du plus grand nombre, donc contre nous ; il vaut mieux qu'il n'en soit pas question dans la loi et que tout l'avenir soit réservé. Si le législateur organise le contrôle, l'indispensable contrôle, il croira faire une concession magnifique aux médecins par la création d'une commission tripartite, alors que sous le régime infâme du Code allemand, les Alsaciens ont pu réaliser par contrat le contrôle exclusivement syndical, grâce au silence de la loi en la matière. De même en matière de conflits, il poursuivra l'arbitrage obligatoire, tandis que le silence de la loi nous assure le bénéfice du droit commun, qui permet de recourir ou non à l'arbitrage selon les circonstances et en tout cas d'en fixer d'égal à égal les conditions avec l'autre partie.

L'Union doit donc poser, comme condition *sine qua non*, la suppression de tout ce qui, dans le projet de loi, est contraire à la liberté pleine et entière des syndicats de contracter avec les Caisses. Ainsi — et ainsi seulement — chaque syndicat mettra dans son contrat tout ou partie de ses désirs selon ses forces, et les traditions de la médecine libre seront sauvegardées dans la mesure où chaque syndicat aura l'énergie de les maintenir. En tout cas — et c'est l'essentiel — l'avenir ne sera pas engagé.

Il me semble que l'ordre du jour à faire découle tout naturellement de ce qui précède ; le voici, sous réserve de l'indispensable mise au point après débat :

Après avoir étudié le projet de loi de la commission sénatoriale sur les assurances sociales, l'Union des syndicats médicaux de France,

Prête à collaborer à toute loi sociale qui respecte les conditions normales de la pratique médicale,

Prend acte de la place faite aux groupements professionnels dans les divers organes d'exécution,

Subordonne son concours aux conditions suivantes : 1) limitation rigoureuse du bénéfice de la loi aux classes peu aisées de la société ; 2) suppression du paragraphe 1 de l'art. 6 du projet ; 3) suppression de toute clause contraire à la liberté pleine et entière de chaque syndicat de contracter avec les Caisses en tout ce qui concerne le service médico-chirurgical, son contrôle et les conflits éventuels ,

Fait par ailleurs confiance au Conseil d'administration pour veiller aux intérêts professionnels pendant l'évolution ultérieure du projet de loi.

Post-scriptum.

Cet article était écrit quand j'ai eu connaissance de la circulaire 63 de l'Union des S.M. de France (*Médecin Syndicaliste*, 15 juin).

Ce texte officiel, sans porter atteinte à la souveraineté de l'assemblée, définit le problème que l'assemblée de juillet aura à résoudre et précise les questions auxquelles le Conseil souhaite qu'elle réponde.

Le Conseil affirme la nécessité du contrat. Il importe de bien s'entendre à ce sujet, entre médecins d'abord, avec les pouvoirs publics ensuite. Si l'obligation du contrat est inscrite dans la loi, les syndicats ne vont-ils pas perdre le droit à l'indépendance, le droit de refuser l'accord en face des exigences excessives de certaines caisses ? Vont-ils être contraints à l'arbitrage, même malgré eux, arbitrage organisé par les pouvoirs publics pour qui l'intérêt médical ne pèsera jamais lourd en face de propositions démagogiques ?

Je suis convaincu que telle n'est pas la position du Conseil de l'Union. Mais il se peut que les pouvoirs publics l'entendent ainsi. Il faut donc qu'il soit nettement établi que la profession médicale demeure une profession libre, dont les organes corporatifs auront toujours la liberté d'ignorer momentanément les caisses si les exigences de ces dernières sont inacceptables. Cette liberté indispensable, le Code allemand l'a laissée aux médecins ; si la loi française la leur refusait, je serais au regret de conseiller aux Alsaciens de conserver le plus longtemps possible leur Code d'assurances sociales, pourtant si défectueux par ailleurs, car il leur laisse la liberté, le premier des biens, et ils en ont usé récemment à Strasbourg durant cinq mois.

Quant à la collaboration du corps médical à la rédaction du réglement d'administration publique, ce serait folie pure de la refuser. De même en ce qui concerne « une part active à une organisation technique commandée par les nécessités professionnelles ».

L'ASSURANCE-MALADIE PEUT FONCTIONNER AVEC UN TARIF NON-LIMITATIF

Par le Dr Fernand Decourt,

Président du Syndicat Médical de Seine-et-Marne.

En Seine-et-Marne, nous avons repoussé, à l'unanimité, lors de notre Assemblée générale, toute idée de tarif limitatif, dans le projet de loi sur l'assurance-maladie. Nous ne pouvons accepter que le Parlement limite notre droit — élémentaire pour tout praticien — de demander des honoraires en rapport, à la fois, *avec la situation professionnelle du médecin et avec la situation sociale du malade.* Nous n'acceptons pas qu'un tarif, quelle que soit la manière dont il fut établi, fixe un *maximum* d'honoraires et *unifie obligatoirement les honoraires pour tout médecin et pour tout malade*, ce qui est contraire à tout ce qu'on a vu, jusqu'ici, en médecine. Pratiquant une profession *libérale*, nous désirons qu'elle reste telle et refusons de considérer les soins que nous donnons comme une denrée mesurable à l'aune, débitable à la livre — et à *prix fixe.*

Personnellement, je suis persuadé que la très grande majorité des médecins français, à part quelques menues divergences de détail, professe une opinion semblable. Aussi, je ne crois pas utopique de prévoir, de leur part, une levée de boucliers le jour où on voudrait leur imposer des prix *uniformes* d'honoraires pour *tous* leurs clients, riches ou pauvres, faisant partie d'une Caisse. Oui, riches ou pauvres, car on voit en Alsace des gens aisés et des fils de millionnaires, inscrits à des Caisses sous prétexte de « salaires » peu élevés et, descendus de leurs autos, payer leur médecin en tickets de caisse.

Mais ce n'est pas seulement les *médecins* qui vont s'élever contre les prétentions du projet de loi actuel, il faudra s'attendre aussi à une protestation générale des *malades* quand ils s'apercevront que *le tarif limitatif est contraire au libre choix*, comme nous pouvons, dès maintenant, le leur prouver.

Voici, par exemple, un médecin des hôpitaux, un professeur, un agrégé, ou même un praticien quelconque, sans titres universitaires très marqués, mais qui a acquis une certaine renommée, est devenu très occupé et, par suite, a haussé l'étiage de ses honoraires. Il prendra pour une consultation, le double, je suppose, du praticien voisin. Eh bien, le malade de Caisse qui désirera consulter celui-là sera *puni d'une amende* en ce sens qu'il devra payer, de sa poche, le prix *total* des honoraires de ce médecin, sans avoir le *droit* de se faire rembourser par sa Caisse la somme même que celle-ci lui payerait s'il était allé consulter *le médecin à prix fixe.*

Concrétisons la chose. Moi, malade de Caisse, je vais consulter le Dr A. qui a *accepté* le prix fixe, soit 10 francs, pour mettre un chiffre rond. J'ai payé dix consultations à 10 francs, soit cent francs sur lesquels la Caisse me rembourse 85 francs (d'après le pourcentage de 10 à 15 % de l'art. 4, paragraphe 5). — Par contre, mon

voisin qui a entendu dire que le Dr B. « a guéri un cas semblable au sien », ou qui, pour toute autre raison, a uniquement confiance en lui, voudra absolument se confier à ses soins, bien que celui-ci prenne 20 francs de consultation. Pour dix consultations, il aura versé 200 francs, mais *lui* il n'aura le droit, pour rentrer dans ses frais en partie, de toucher de la Caisse même les 85 francs que j'ai touchés, *moi*, pour mes cent francs payés au Dr A...... Et même je pense qu'il devra payer encore ses *médicaments*, le Dr B. n'ayant pas eu *le droit* de signer les paperasses adiministratives, sans faire mise d'accepter le tarif de Caisse...

***

Tels sont, pour le médecin comme pour le malade, les résultats fâcheux de l'art. 4 tel qu'il est rédigé actuellement. Il semble donc légitime de songer à le rétablir sur une base plus solide, par rapport à ses « usagers » et à le sortir de cette situation fausse d'un équilirbre instable.

Cela est-il possible, sans tout boulever ser de ce qu'on a déjà mis sur pied ? Je le pense et j'espère prouver que, sans changer l'*esprit* de la loi, ni même la *lettre* de l'article et grâce à de simples ADDITIONS respectant le reste du texte, on peut satisfaire les praticiens, les malades — et le bon sens.

Nota. — Les additions au texte actuel sont en plus gros caractères.

***

L'art. 4 de la Loi Assurance-Maladie. Adjonctions permettant des Tarifs non limitatifs

ART. IV. — .... 3° Les consultations médicales sont données au domicile du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Toutefois, pour les visites à domicile, le choix de l'assuré est limité aux médecins ou aux sages-femmes de la commune où il réside. Si la liste ne comprend pas de praticiens domiciliés dans la commune de l'assuré, celui-ci doit choisir parmi les praticiens résidant dans la commune la plus rapprochée. Au cas où il désire faire appel à un autre praticien de la liste **« ou, en général, à tout praticien demandant des honoraires supérieurs à ceux reconnus par la Caisse, ainsi qu'il est dit au paragraphe suivant »** le supplément des frais pouvant résulter de l'appel de ce praticien est laissé à la charge de l'intéressé.

4° Les prestations en nature, soit à domicile, soit dans un milieu hospitalier ou technique, sont réglementées d'après des conventions et évaluées suivant des tarifs locaux **« fixant la part de responsabilité de la Caisse »** » et résultant, les uns et les autres, de contrats collectifs intervenus entre les Caisses et les Syndicats professionnels.

5° Leur montant est supporté ou remboursé par la Caisse au choix des intéressés. La participation de l'assuré aux frais médicaux **« en dehors des suppléments de frais prévus au paragraphe 3 ci-dessus »** est fixée par la Caisse entre 10 et 15 % **« des tarifs fixant la part de responsabilité de celle-ci »**.

A effacer : « et réalisée, pour la visite, à l'aide d'un ticket ».

Le taux de la participation aux frais pharmaceutiques et autres est uniformément fixé à 10 % etc...

***

Ces additions sont proposées ici, en dehors de toute théorie et de toute polémique, mais simplement en vue d'apporter, entre nous praticiens de bonne foi, un texte qui puisse nous mettre d'accord dans la revendication de nos droits légitimes et au besoin — sur ce point précis de tarifs *non-limitatifs* que seul j'envisage aujourd'hui — nous servir de plate-forme de combat, si l'intransigeance du Parlement nous y obligeait.

Dr Fernand DECOURT.

VARIÉTÉS

Le Taurobole

J'ai tenté de montrer ailleurs (1) qu'aux cérémonies religieuses comme aux rites magiques où fut répandu le sang humain, il est possible de découvrir une origine médicale. Or, de même que la thérapeutique substitua bientôt à ce sang celui des bêtes, de même dans les cultes d'antan les animaux remplacèrent le plus souvent l'homme sur l'autel.

Que l'hématothérapie animale ait eu dans la pratique médicale du lointain passé des applications sans nombre, nous en avons d'abondantes preuves Celle-ci suffit à rappeler ce que nous donne la variété même des animaux qui fournirent à cet égard à la matière médicale. A feuilleter seulement Galien, on peut en dresser une longue liste commençant au pou, à la punaise et au ricin, associant les pourpres, les grenouilles et les tortues aux coqs, canards, colombes, tourterelles, palombes, paons, foulques, chouettes et chauves-souris, passant par rats, lièvres et belettes pour aboutir à l'agneau, au chevreau, chèvre et bouc, au cheval, au porc dont, suivant Ga-

(1) A. GARRIGUES. — De l'origine médicale des cérémonies où fut répandu le sang humain. *Œuvre médico-thérapeutique*, 1926.

lien (1) et Avicenne (2), on a regardé longtemps le sang comme identique à celui de l'homme, au bœuf, au taureau, voire au crocodile ; j'en passe sans aucun doute.

Que, parallèlement, les animaux aient remplacé l'homme sur l'autel, on le voit dans tous les temps et partout, aussi variés sur la pierre du sacrifice qu'ils étaient divers en thérapeutique. Reste à dire si les médecins furent entraînés à des essais nouveaux par l'exemple des transformations qu'ils voyaient s'opérer dans le culte, ou si, au contraire, ce fut la religion qui changea suivant les progrès de la médecine. Posé sous cette forme, le problème est impossible à résoudre parce que, aux âges lointains où nous devons remonter, prêtre et médecin ne faisaient qu'un, à la manière dont les sorciers noirs ou rouges d'Afrique ou d'Amérique réunissent encore aujourd'hui les deux qualités. Toutefois, si dans une cérémonie sanglante type, le taurobole par exemple, nous retrouvons des données médicales nombreuses, faisant état de ce que l'on sait des sacrifices humains, il sera légitime de conclure à l'origine surtout médicale de la tradition religieuse.

L'étymologie du mot dit ce que fut la chose : ταῦρος, taureau, : βάλλειν répandre, faire couler (sous entendu : le sang).

Il n'est pas douteux que, au temps des plus *lointains sacrifices*, le prêtre n'en évitait pas les rouges éclaboussures. Il ne l'aurait pu guère et ne le souhaitait pas. Retourné vers la foule des fidèles, son aspect répandait sur elle une terreur sacrée. De là vint, entre autres, la coutume des prêtres de Cybèle, blessés volontaires à la poitrine et aux membres, qui prenaient leur propre sang pour le répandre sur leur tête et charger leur chevelure de caillots.

Sous cette forme primitive et simplifiée, le taurobole remonte très loin et on ne saurait lui fixer une origine assurée ni dans l'espace, ni dans le temps. Suivant les contrées et les époques, la souillure sanglante alla s'atténuant ici, s'exagérant là. Et, tandis que nous retrouverons dans les lois de Moïse sur l'hygiène du peuple hébreu, une onction de sang animal discrète, ailleurs les choses seront poussées jusqu'à l'extrême du taurobole romain.

De celui-ci, le poète chrétien Prudence (3) a mis dans la bouche de Saint-Romain, martyr, une description d'une pittoresque horreur. Souvent citée, mais non reproduite, elle mérite d'être donnée ;

« On creuse une fosse profonde. Le Grand Prêtre qui doit être consacré y descend. Un admirable bandeau retient les bandelettes qui divisent ses tempes ; son front est ceint d'une couronne d'or et sa toge de soie se relève sous le bras droit à la mode gabienne.

« Sur la fosse, on établit une plateforme au moyen de planches laissant entre elles des vides et formant un assemblage ajouré ; le bois même est percé de trous rapprochés ; ce plancher est ainsi semé d'orifices.

« Au-dessus est conduit un taureau de grande taille, au front menaçant ; des guirlandes chargent ses épaules et embarrassent ses cornes de fleurs. L'or brille au front de la victime et l'éclat de feuilles du même métal se reflète sur son poil.

« Dès que la bête est immobilisée, un couteau sacré ouvre sa poitrine. De tièdes flots de sang coulent de la large blessure ; un torrent de vapeurs roule et bouillonne sur le pont de bois.

« Alors, par les mille voies des mille ouvertures, le sang se glisse. Une pluie chaude tombe dans la fosse où le Grand Prêtre la reçoit, tendant aux gouttes sa tête hideuse, baignant de la rouge souillure son vêtement et tout son corps.

« Que dis-je ? Il jette en arrière sa tête pour offrir ses joues et ses oreilles, pour tendre ses lèvres et son nez ; il mouille ses yeux mêmes dans la liqueur, n'épargne pas son palais, arrose sa langue et s'imprègne tout entier du sang noir.

« Le cadavre du taureau est maintenant exsangue et raidi. Les Flamines l'emportent. Alors, horrible à voir, le Pontife sort de la fosse ; il montre sa tête ensanglantée, sa barbe lourde de caillots, ses bandelettes dégoutantes et ses vêtements inondés de sang.

La foule entière salue et adore de loin cet homme souillé de tels contacts et tout dégoutant du récent sacrifice expiatoire. Ne croit-elle pas, en effet, qu'il a été purifié par le sang d'un vil taureau tombant dans une fosse fétide ! (1) »

---

(1) GALIEN. — De Simplicium Medicamentorum Facultatibus, lib. X : « *Itaque quisquis sanguinem humanum morbo alicui utilem esse ait, in suillo primum id comprobet ; ac si non eandem, saltem similem, actionem ostendat.* » (Traduction latine de Gérard Gaudanus dans l'édition de Venise *apud Juntas* des Œuvres de Galien, 1576. V[e] classe, p. 72).

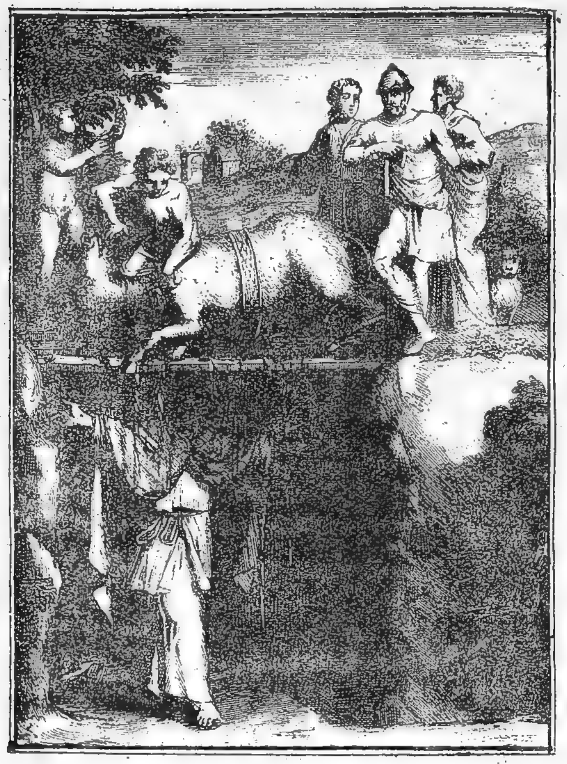
(2) AVICENNE. — II[e] Canon, cap. 610 : « *Sanguis hominis et sanguis porci sunt similes in omni re* » (Traduction latine de J. P. Mongius et J. Costæus, dans l'édition vénitienne de V. Valgrisius des Œuvres d'Avicenne, 1564, t. I, p. 373.)

(3) Aurelius Prudentius Clemens, né dans la province de Tarragone en 348, mort après 405, a laissé des Cantiques, des Hymnes, une Psycomachia et des Quatrains moraux.

(1) A. PRUDENTIUS. — Peristephanon, Hymnus X gentilibus, 1011 s.

Summus Sacerdos nempe sub terram scrobe
Acta, in profundum consecrandus mergitur,
Mire infulatus, secta vittis tempora
Nectens, corona tum repexus aurea
Cinctu Gabino sericam fultus togam.
Tabulis superne strata texunt pulpita,
Rimosa, rari pœgmatis compagibus,
Scindunt subinde, vel terebrant aream,
Crebrove lignum perforant acumine,
Pateat minutis ut frequens hiatibus.
Huc taurus ingens, fronte torva et hispida,
Sertis revinctus, aut per armos floreis,
Aut impeditus cornibus deducitur ;
Nec non et auro frons coruscat hostiæ,
Setasque fulgor bractealis inficit.
Hic ut statuta est immolanda bellua,
Pectus sacrato dividunt venabulo,
Eructat amplum vulnus undam sanguinis
Ferventis, inque texta pontis subditi
Fundit vaporum flumen et late æstuat.
Tum per frequentes mille rimarum vias
Illapsus imber, tabidum rorem pluit,
Defossus intus quem Sacerdos excipit,
Guttas ad omnes turpe subjectans caput,
Et veste et omni putrefactus corpore.

Là était l'essentiel, non pas le tout du taurobole ; la cérémonie dans son ensemble durait trois ou quatre jours. Les premiers étaient consacrés à des prières et à la préparation de l'autel ; le dernier à l'érection d'un monument commémoratif. Ce sont précisément ces *pierres du taurobole* et leurs inscriptions retrouvées qui, plus encore que les livres, nous ont gardé le souvenir du rite antique.



Le sacrifice du Taurobole d'après les *Epimenides* de J. Lomeier.

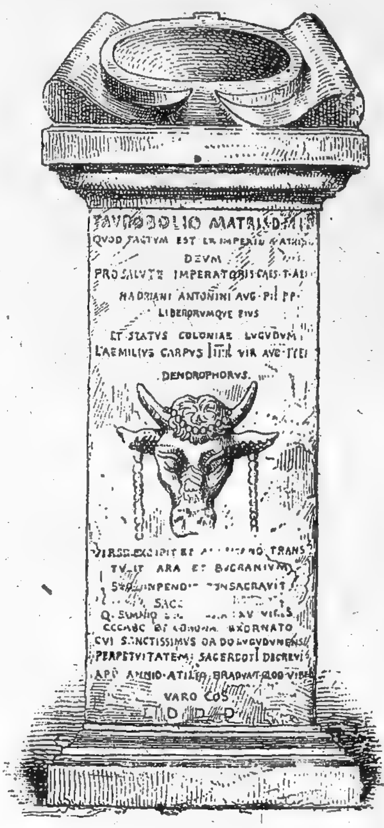
Sous sa forme complète qu'on vient de voir, il est de date relativement récente. Sous ses formes simplifiées primitives, nous savons qu'il remonte si loin qu'on en perd l'origine.

D'aucuns ont rattaché celles-ci au culte de la Mère des Dieux, apporté de Pessimonte à Rome par l'ordre du Sénat en 549 ; d'autres au culte de

---

Quin os supinat, obvias offert genas,
Supponit aures, labra, nares objicit,
Oculos et ipsos perluit liquoribus,
Nec jam palato parcit et linguam rigat,
Donec cruorem totus atrum combibat.
Postquam cadaver sanguine egesto rigens,
Compage ab illa Flamines retraxerint,
Procedit inde Pontifex visu horridus,
Ostentat udum verticem, barbam gravem,
Vittas madentes atque amictus ebrios.
Hunc inquinatum talibus contagiis,
Tabo recentis sordidum piaculi
Omnes salutant atque adorant eminus,
Vilis quod illum sanguis et bos mortuus,
Fædis latentem sub cavernis laverint.

la sauvage Déesse de Comagène, identifiée plus tard avec la vieille Bellone et que Sylla ramena d'Asie un siècle plus tard. Mais foule de religions plus anciennes et la plupart asiatiques utilisèrent le sang des hommes ou celui des bêtes aux cérémonies de leur culte. Une preuve en est dans la confusion même qui se fit plus tard entre les mul-



Pierre du Taurobole trouvée sur la colline de Fourvières (Lyon).

tiples divinités auxquelles on offrit des taurobo-les : Mère des Dieux, Déesse Syrienne, Cybèle, Déméter, Bellone et même Mithra.

Pour celle-là, elle semble d'origine romaine. La plus ancienne inscription qui nous reste d'un taurobole date du règne d'Hadrien (133 après J.-C.) et on l'a trouvée en Campanie. C'est, d'autre part, de Naples à Rome en Italie et dans les régions romanisées de la Gaule que coula cette pluie de sang. La mode passa en Espagne, en Afrique, tardivement en Grèce, mais toujours venant de Rome et, là, sans beaucoup florir. En pays romain, au contraire, elle alla grandissant sans cesse du IIe au IVe siècle ; alors, le christianisme l'emporta et le taurobole disparut avec le paganisme vaincu.

Restant sur le terrain qui est le nôtre, laissons de côté foule de problèmes que ce sacrifice a posés et qui sont restés d'ailleurs sans solutions définitives. Le sang et son horrible souillure y

tiennent le principal rôle et ce point est important à retenir. Il suffit à interdire de faire du taurobole une cérémonie propitiatoire banale ; car il y a, ici, davantage que l'offrande aux dieux d'un animal fût-il de prix. Certes, cette considération dernière n'était pas indifférente à tous ; on devine l'intérêt qu'y prenaient les prêtres ; on comprend que quelque déesse par oracle ou par songe réclamât parfois la coûteuse cérémonie ; on s'explique qu'elle s'accomplit deux fois à Lyon à la suite des prédictions de l'archi-galle Pusonius Julianus (1). Aussi, advint-il qu'on offrit un taurobole pour la prospérité d'une colonie ou pour la conservation d'une cité (2). Là, le rôle du sang est effacé ; l'idée s'est perdue qui fit d'abord offrir aux dieux le sang de l'homme par l'homme suivant cette donnée médicale qu'il est la substance précieuse par excellence et plus tard le sang des bêtes par substitution.

Parfois, la tradition disparaît par pareil oubli de ses raisons d'être et cet oubli en quelques lieux fit refuser logiquement de verser le sang, fût-il celui des animaux, pour se rendre les dieux favorables. Alors, les lois punirent de mort le meurtre des bœufs (3) et le sacrifice sanglant disparut, remplacé par des offrandes propitiatoires sans âme (4).

Le fait est d'exception. Se suffisant presque toujours à elle-même, la tradition se déforme mais dure. Où la pensée originelle des sacrifices sanglants fut conservée, mais adultérée au point d'être méconnaissable, on aboutit aux superstitions des paysans romains, offrant du sang aux nuées, sans souci de la qualité de la victime, pour protéger leurs récoltes contre la grêle (5).

Où, enfin, cette pensée originelle persista plus ou moins intacte, le sang continua à tenir dans les rites religieux une place prépondérante. Il en fut ainsi pour le taurobole.

De ce dernier, la plupart des auteurs font une cérémonie expiatoire (1). *Tabo recentis sordidum piaculi*, avait dit Prudence. De prime, l'opinion apparaît discutable ; car je ne connais aucun taurobole qui ait été fait explicitement pour racheter la faute déterminée d'un homme ou d'une cité. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que si le verbe radical *pio* signifie apaiser par des sacrifices expiatoires, il signifie aussi accomplir religieusement et que, s'il a donné *piaculum*, dont le sens n'est pas douteux (2), il a donné aussi *pius* et *pietas* où n'entre plus aucune idée d'expiation. Il est vrai toutefois que l'offrande de sang avait pris, de bonne heure, un caractère expiatoire général et cela est manifeste dans ce texte de Saint-Paul :

« La première alliance du peuple juif avec son Dieu a eu des lois et des règlements touchant le culte.

« Dans le tabernacle qui fut dressé était le Saint des Saints. Seul y entrait le Grand Pontife et seulement une fois l'an, non sans y porter du sang, qu'il offrait pour ses propres ignorances et pour celles du peuple (3) »

Pour en venir là, il avait fallu toute une suite de déviations de la significtation première du sacrifice et c'est seulement en cherchant à les découvrir qu'on retrouve une pensée médicale.

Quand le Galle d'Apulée, s'accusant de quelque indiscrétion sacrilège (4), annonce qu'il va se punir comme il convient de son horrible forfait, et qu'il répand ensuite son propre sang, il expie véritablement ; il rachète sa faute au prix de ce qui était physiologiquement regardé comme la substance précieuse pour l'homme par dessus toutes. Le sentiment déterminant des blessures expiatoires vient donc bien d'un concept mé-

---

(1) G. BOISSIER. — La religion romaine d'Auguste aux Antonins, Paris, 1900, t. II, p. 369.

(2) Cf. : Alph. de BOISSIEU. Inscriptions antiques de Lyon, Lyon, 1846. — ROBERT. Comptes rendus de l'Académie des Inscriptions, 1872, p. 474. — G. BOISSIER, *loc. cit.*, p. 371.

(3) VARRON. — De Re rustica, lib. II, cap. 5 : « *Hic socius hominum in rustico opere et Cereris minister. Ab hoc antiqui manus ita abstineri voluerunt ut capite sanxerint, si quis occidisset.* » — Comparer M. T. CICERON. De Natura Deorum, lib. II, in fine : « *Tanta putabatur utilitas percipi in Bobus, ut eorum visceribus vesci, scelus haberetur.* »

(4) PAUSANIAS. — Voyage historique en Grèce, liv. VIII, chap. 2, § 3.« Ὁ [Cécrops] μὲν γὰρ Δία τε ὠνόμασεν Ὕπατον πρῶτος, καὶ ὁπόσα ἔχει ψυχὴν τούτων μὲν ἠξίωσεν οὐδὲν θῦσαι, πέμματα δὲ ἐπιχώρια ἐπὶ τοῦ βωμοῦ καθήγισεν. »

(5) SENEQUE. — Naturalium Quæstionum lib. IV : « *Illud incredibile, Cleonis fuisse publice præpositos* χαλαζοφύλακας *speculatores futuræ grandinis. Ibi quum signum dedissent, adesse jam grandinem, quid exspectas ? ut homines ad pænulas discurrerent, aut ad scorteas ? Immo pro se quisque alius agnum immolabat, alius pullum. Protinus autem illæ nubes alio declinant, quum aliquid gustassent sanguinis. Hoc rides ? Accipe quod rideas magis. Si quis nec agnum nec pullum habebat, quod sine damno fieri poterat, manus sibi afferebat. Et, ne tu avidas aut crudeles existimes nubes, digitum suum bene acuto graphio pungebat. Et hoc sanguine litabat. Nec minus ab hujus agello grando se avertebat quam ab illo majoribus hostiis exorata erat.* »

(1) Alph. de BOISSIEU. Inscriptions antiques de Lyon, Lyon 1846, p. 22. — J. REVILLE. La religion à Rome sous les Sévères, Paris, 1886, p. 154. — V. DURUY. Histoire des Romains, Paris, 1883, t. V, p. 171. — BOUILLET. Dictionnaire de l'Antiquité, Paris, 1828, t. II, p. 524. — DEZOBRY & BACHELET. Dictionnaire de géographie et d'histoire, Paris, 1869, t. II, p. 2588.

(2) J. F. REITZIUS. — De Ambiguis, Trèves, 1752, p. 435. : « *Piaculum. — Tum crimen expiandum quam sacrificium quo id fit, significare, in vulgus notum est.* »

(3) Saint-Paul. Epitre aux Hébreux, chap. IX : « *Habuit quidem et prius, justificationes culturæ et Sanctum seculare. Tabernaculum enim factum est primum in quo erat... quod dicitur Sancta sanctorum...* (Ibi), *semel in anno solus pontifex* (introibat), *non sine sanguine quem offert pro sua et populi ignorantia.* » — Comparer : *Exode* : 30, 10 ; *Lévitique*, 16,2.

(4) APULEE. — Métamorphoses, liv. VIII : « *Infit vaticinatione clamosa conficto mendacio semetipsum incessere atque criminari, quasi contra fas sanctæ religionis designasset aliquid ; et insuper justas pœnas noxii facinoris ipse de se suis manibus exposcere.* »

dical et peu importe qu'Apulée soit postérieur à Moïse, si la tradition ancestrale sur ce point s'était gardée plus pure chez les prêtres de la Déesse Syrienne que chez les Hébreux.

Et voici pour les déviations successives. Substituant parfois l'innocent au coupable, les Galles se frappaient pour les fautes d'autrui. Cette première substitution altérait déjà l'idée première, assez peu pourtant à notre point de vue particulier ; mais il en va tout autrement de celles qui suivirent. Quand le sang animal remplace celui de l'homme, la substitution est double : celle de la victime et celle de la qualité de l'offrande qui rachète ; et, lorsqu'on choisit le taureau parce qu'*aucun animal ne représente plus directement la passion brutale et toutes les fautes, tous les crimes auxquels elle peut entraîner* (1), le symbolisme surajouté entraîne la pensée dans une direction nouvelle et les notions primitives empruntées à la physiologie sont désormais perdues. Pourtant, il n'est pas impossible de retrouver des textes où elles transparaissent, témoin ce passage du Lévitique (L. XVII, § II) : « *Quia anima carnis in sanguine est et ego dedi illum vobis ut super altare in eo expietis pro animabus vestris et sanguis pro animæ piaculo sit.* »

Le caractère expiatoire me semble, malgré tout, n'avoir été dans le taurobole que de second plan ; bien davantage celui-ci fut une cérémonie consécrative. C'est ainsi qu'il nous apparaît dès les premiers vers de Prudence : « *Summus Sacerdos consecrandus mergitur.* » Les lettrés de la Renaissance en tirèrent cette conclusion que le taurobole servait aux Empereurs à se faire sacrer Souverains Pontifes. L'hypothèse n'a pas tenu devant la critique de Dale (2) ; mais si nous entendons *Summus Sacerdos* comme le particulier grand prêtre de Cybèle, il ne répugne plus d'admettre que la cérémonie consacrait l'Archigalle et même, comme le veut Bouillet (3), les prêtres ordinaires de Cybèle. Ce fut, du moins sur le premier point, l'opinion de Joh. Lomeier (4) ; et je la crois vraie.

L'origine médicale des cérémonies consécratives sanglantes n'est pas douteuse, si l'on remonte à la conception qui les créa, au temps où le sang humain était versé pour les accomplir. Le barbare buvait le sang de l'ennemi vaincu pour acquérir ses vertus ; le sorcier mêlait le sang de celle qui voulait être aimée au philtre qu'il donnait à boire à l'indifférent pour faire naître chez lui une sympathie en créant une communauté d'humeurs ; le prêtre enfin donnait de son sang à l'initié pour assurer en ce dernier sa propre foi ; alors, s'extériorisant dans son application et prenant un sens symbolique, le rite devint consécratif. Sa signification première, ici, est effacée. Elle s'oublia tout à fait quand le sang animal fut substitué à celui de l'homme. Or, cette substitution autant que le rôle accordé au sang de sanctionner et de marquer comme définitifs, ici une fonction sacerdotale, ailleurs un traité, etc., sont fort anciens ; et, suivant une manière qui fait souvenir des peuplades scythes dont parle Hérodote (1), mêlant le sang des ambassadeurs dans des coupes à boire en garantie de leurs engagements, Moïse, seize siècles avant notre ère confirmait par le sang des veaux l'alliance du Dieu d'Israël avec son peuple (2).

Le taurobole eut le caractère de cérémonie purificatrice plus encore que toute autre. Ce fut surtout dans un but de purification que celui qui faisait les frais du sacrifice, ou quelque personne interposée, un parent, un ami et les prêtres communément, descendirent sous le pont de bois percé de trous pour recevoir la pluie rouge.

Il convient de reconnaître qu'il s'agit alors le plus souvent d'une purification morale « *Sanguis et bos mortuus fædis latentem sub cavernis laverint* » (Prudentius). Là même fut la cause de la plus grande vogue du taurobole, qui en vint à être pour les payens une sorte de sacrement, destiné à rivaliser de façon directe avec ceux du christianisme. Les vieux autels s'écroulaient. Une émulation mystique poussait cependant encore les fidèles vers la fosse du taurobole. Les derniers soutiens du paganisme la défendirent comme une dernière tranchée. Ceci explique les attaques particulières dont la cérémonie fut l'ob-

---

(1) E. SAYOUS. — Etudes sur la religion romaine Paris, 1889, p. 139.

(2) DALE. — Dissertationes. Amsterdam, 1702, p. 35.

(3) BOUILLET. — Dictionnaire de l'antiquité, Paris, 1828, t. II, p. 524.

(4) Joh. LOMEIER. — Epimenides, in-4, Zutphaniæ, 1700, p. 293 : « *Præ celeris insignis est* Pontificum inauguratio *per sanguinem quæ* ἐπιβόθρια ἱερὰ *vocantur, quod in scrobe peragerentur.* »

---

(1) HÉRODOTE. — Histoire, liv. IV (Melpomène), c. 70. Ὅρκια δὲ ποιεῦνται Σκύθαι ὧδε πρὸς τοὺς ἂν ποιέωνται. ἐς κύλικα μεγάλην κεραμίνην οἶνον ἐγχέαντες αἷμα συμμίσγουσι τῶν τὰ ὅρκια ταμνομένων, τύψαντες ὀπέατι ἢ ἐπιταμόντες μαχαίρῃ σμικρὸν τοῦ σωματος, καὶ ἔπειτεν..... κατεύχονται πολλὰ και ἔπειτεν ἀποπινουσι αὐτοί τε οἱ τὸ ὅρκιον ποιεύμενοι. »

(2) Exode, chap. XIV (Vulgate) : « *Misit Moyses juvenes de filiis Israel et obtulerunt holocausta immolaveruntque victimas pacificas Domino, vitulos. — Tulit itaque Moyses dimidiam partem sanguinis et misit in crateras, partem autem residuam fudit super altare. — Assumensque volumen fœderis, legit audiente populo ; qui dixerunt : Omnia quæ locutus est Dominus faciemus et erimus obedientes. — Ille vero sumptum sanguinem respersit in populum et ait : « Hic est sanguis fœderis quod pepigit Dominus vobiscum super cunctis sermonibus his.* » (§§ 5, 6, 7, 8). — L'emploi rituel du sang des victimes animales est extrêmement fréquent dans les cérémonies religieuses des Hébreux ; et, dans le Lévitique, on le rencontre presque à chaque page. En particulier lors de la consécration d'Aaron et de ses quatre enfants, on voit d'abord Moïse oindre de sang l'oreille droite et les pouces de la main droite et du pied droit des quatre prêtres et du pontife, puis en asperger leurs vêtements.

jet de la part des auteurs chrétiens (1), d'autant plus ardentes qu'ils avaient eux-mêmes fourni à leurs ennemis un rapprochement qui justifiait en partie leur sacrifice. Comme Firminus Maternus opposant plus tard le sanglant baptême du taurobole à la rémission des péchés obtenue par le sang du Christ, Saint-Paul avait écrit (2) :

> « Selon (l'antique) loi, presque tout se purifie avec le sang et les péchés ne sont pas remis sans effusion de sang. De même qu'il était nécessaire que ce qui n'était (dans l'ancienne alliance de Dieu et de son peuple) que la figure des choses célestes fût purifié par le sang des animaux, de même il fallait que les choses célestes elles-mêmes (de l'alliance nouvelle) le fussent par des figures plus excellentes que n'avaient été les premières.
>
> Aussi, Jésus Christ n'est-il pas entré dans le sanctuaire avec le sang des boucs et des veaux, mais avec son propre sang, nous ayant acquis une rédemption éternelle. »

A envisager seulement le taurobole comme une purification morale, ce dernier effort du paganisme expirant en faveur des cultes anciens cache sous un voile épais la pensée médicale originelle, lointaine et défigurée. Mais un souci de pure régénération physique décida bien des fois du sacrifice. Les uns entrèrent dans la fosse pour être lavés de leurs péchés ; mais d'autres pour y rétablir leur santé compromise, ou pour la guérison du malade qu'ils représentaient. Ainsi fut offert l'un des tauroboles lyonnais en faveur d'Antonin dont les forces déclinaient et qu'une fièvre devait emporter (3) ; ainsi faite, la cérémonie narbonnaise où le flamine augustal reçut le sang régénérateur à l'intention de Septime Sévère souffrant de la goutte (4).

Cette différence de motifs explique une contradiction qu'on a souvent relevée touchant la valeur dans le temps de la purification taurobolique. D'aucuns disaient que cette régénération mystique était éternelle (5) ; d'autres qu'elle durait seulement vingt ans ; et quelques dévots renouvelaient tous les mois (6) un baptême de sang de bélier, sacrifice moins coûteux que celui d'un taureau. Opposé au baptême chrétien, le taurobole, comme lui, devait acquérir une rédemption éternelle. Lorsqu'il était célébré pour la guérison de leurs misères physiques, les malades n'osaient autant espérer. A coup sûr, on ne vit pas aussi tranché ce départ ; mais, rétrospectivement, nous le pouvons faire et il nous explique les opinions diverses dont je signalais l'opposition.



Purification hébraïque d'un lépreux.

Ce fut chose constante jadis que le mélange de la pensée religieuse et de la pensée médicale. Un passage curieux d'Hippocrate (1) en témoigne, qui nous montre en même temps l'ancienneté de la croyance générale dans la vertu purificatrice du sang. — « *Les hommes*, dit-il, *se mettent en frais d'imagination pour attribuer à un Dieu différent chacune des formes diverses de l'épilepsie et ils me semblent faire ainsi de la divinité ce qu'il y a de plus impie et de moins divin. C'est alors qu'ils imposent aux malades des purifications fai-*

---

(1) Cf. MATERNUS JULIUS FIRMICUS. — De Errore profan. relig., 27, 28 : « *Taurobolium scelerata te sanguinis labe perfundit. Laventur itaque sordes istæ, quas colliges... Polluit sanguis iste, non redimit.* »

(2) Saint-PAUL. — Epitre aux Hébreux, chap. IX, §§ 22, 23 : « *Omnia pene in sanguine secundum legem et sine sanguinis effusione non fit remissio. — Necesse est ergo exemplaria quidem cœlestium his mundari ; ipsa autem cœlestia melioribus hostiis quam istis.* » — § 12 : « *Neque per sanguinem hircorum aut vitulorum, sed per proprium sanguinem introivit semel in Sancta æterna redemptione.* »

(3) V. DURUY. — Histoire des Romains, Paris, 1883, t. V., p. 171.

(4) GRUTER, XXIX, 12.

(5) ORELLI, n° 2352 : « *Renatus in æternum taurobolio.* »

(6) A. MAURY. — Histoire des religions de la Grèce antique, Paris, 1859, t. III, p. 95.

---

(1) HIPPOCRATE. — De la maladie Sacrée : « Ἄνθρωποι ποικίλλουσιν ἐς τὴν νοῦσον ταύτην (l'épilepsie), ἑκάστῳ εἴδει τοῦ πάθεος θεῷ τὴν αἰτίην προστιθέντες. Καθαρμοῖσί τε χρέονται, καὶ ἀνοσιώτατόν γε καὶ ἀθεώτατον ποιέουσιν, ὡς ἔμοιγε δοκέει, τὸ θεῖον· καθαίρουσι γὰρ τοὺς ἐχομένους τῇ νούσῳ αἵματι. »

tes de sang ». De même, dans le Lévitique (1), et déjà sous une forme très atténuée et toute symbolique, nous voyons le sang de passereau servir à la purification légale des lépreux.

Trouver ici l'épilepsie et la lèpre n'est pas une pure rencontre, car la médecine antique usa bien souvent contre elles du sang humain. D'ailleurs, purifier le sang d'un malade grâce à celui plus pur d'un homme sain est une pratique thérapeutique vieille comme la médecine. C'est elle qu'il faut placer à l'origine des cérémonies religieuses de purification sanglante.

A vrai dire, dans le taurobole, il s'agit d'applications extérieures et de sang de taureau. Mais, quant au premier point, les médecins abandonnèrent assez vite l'hématothérapie par voie buccale au profit de l'usage externe, vraisemblablement pour avoir fait cette remarque, soulignée plus tard par D. Beckher (2), que le sang de l'homme se coagule vite hors de la veine et s'altère presque aussitôt.

Pour le second point, le choix même du taureau nous fournit une explication médicale de l'emploi purement lustral de son sang et nous découvre une pensée, médicale aussi, à l'origine de cet emploi. Rien de moins manifeste au premier regard. Les médecins, en effet, avaient tôt remarqué que le sang de taureau se coagule, lui aussi, avec une rapidité extrême et Aristote nous a laissé le témoignage de cette observation lointaine (3). Tout de suite, on le regarda, pour ce seul motif, comme un poison redoutable, « *Taurorum sanguis celerrime coït atque durescit* , ideo *pestifer potu maxime* », écrira Pline (4). Plus tard, on cherchera les raisons de cette malignité dans l'excès de ses qualités chaude et sèche (5), dans sa nature grossière et atrabilieuse (1), mais personne ne la mettra en doute ; et, quand Hœfer (2) de notre temps, a apporté cette restriction à l'antique opinion qu'il ne pouvait s'agir que d'un sang chargé des ptomaïnes de la putréfaction, il n'a pas pris garde que les Anciens tenaient pour poison le sang de taureau même tout frais recueilli (3). — Il fallait être la prêtresse achéenne de la Déesse Ops Ægyra pour le boire sans danger ; encore provoquait-il en elle la fureur divinatrice (4) et même servait-il là, lors du choix de cette prêtresse, à une sorte de jugement de Dieu éliminateur (5). — Lorsque le bruit se répandit en Thessalie que Jason et les Argonautes, quelque part dans le Pont, avaient péri, Pélias jugea que le moment était venu de faire disparaître tous ceux qui pouvaient prétendre à la couronne et il força le père de Jason à boire du sang de taureau (6). — Et ce même sang était parmi les substances que les Athéniens donnaient à leurs condamnés à mort.

Pourtant, le sang de taureau demeura dans la matière médicale, mais seulement employé en applications extérieures. Dioscoride (7) le recom-

---

(1) Lévitique, chap. XIV (Lois touchant la purification des lépreux) : « *Locutusque est Dominus ad Moysen, dicens : Hic est ritus leprosi, quando mundandus est : Adducetur ad sacerdotem, — Qui egressus de castris, cum invenerit lepram esse mundatam, — Præcipiet ei qui purificatur, ut offerat duos passeres vivos pro se et lignum cedrinum, vermiculumque et hyssopum. — Et unum ex passeribus immolari jubebit in vase fictili super aquas viventes ; — Alium autem vivum cum ligno cedrino et cocco et hyssopo, tinget in sanguine passeris immolati, — Quo asperget illum, qui mundandus est, septies, ut jure purgetur ; et dimmitet passerem vivum ut in agrum avolet. — Cumque laverit homo vestimenta sua,radet omnes pilos corporis et lavabitur aqua ; purificatusque ingredietur castra....* » (Vulgate §§ 1 à 8). — Huit jours plus tard, le lépreux guéri fournissait encore un agneau pour un dernier sacrifice ; la bête était immolée et le prêtre oignait le fidèle du sang du sacrifice sur l'oreille droite, le pouce de la main droite et le gros orteil du pied droit.

(2) D. Beckher. — Medicus microcosmicus, Rostock, 1622, lib. I, cap. 14, p. 127.

(3) Aristote. — De Histor. Animal, lib. III, c. 19. τάχιστα δὲ πήγνυται τὸ τοῦ ταύρου αἷμα πάντων.

(4) Pline. — Historia Naturalis, lib. XI, cap. 38 (ou 90 suiv. éditions).

(5) Bartholomæi. — De rerum proprietatibus, 1482, lib. IV, c. 7.

(1) Arnault de Villeneuve. — Practica aurea medicinalis, Lyon, 1586 (De regimine sanitatis, c. XXI, p. 34).

(2) Hoefer. — Traduction française des Œuvres de Diodore de Sicile, Paris, 1851, t. I, p. 312, note 1.

(3) Mathiole. — Commentaire au livre II, chap. 72 de la Matière médicale de Dioscoride : « *Taurinus sanguis epotus antea quam concrescat inter deleteria recensetur medicamenta, quod haurientem protinus strangulit.* » — Cette observation du vieil auteur est remarquable parce qu'elle explique par action mécanique et indigestion la nocivité du sang de taureau sans faire intervenir ses propriétés toxiques. A cet égard, d'ailleurs, Mathiole développe plus loin sa pensée disant (Commentaire au liv. VII de Dioscoride, chap. 25) : « *Nemo tauri sanguinem clam potandum exhibere potest ; nam unusquisque sanæ mentis sanguinem cognoscet ; quare, mea quidem sententia, fieri non potest ut venefici eo quenquam decipiant ; quippe nisi largius bibatur et adhuc calens ab ipsis defluens venis, antea quam concrescat, noxam non infert, aut levem.* »

(4) Pline. — Historia Naturalis, lib. XXVIII, cap. 9 (ou 51 suiv. éditions) : « *Sanguis taurinus quidem recens inter venena est excepta Ægyra. Ibi cum sacerdos Terræ vaticinatura, tauri sanguinem bibit priusquam in specum descendat.* »

(5) Pausanias. — Voyage historique en Grèce, liv. VII (Achaie), c. 25, § 13 : « Γῆσ δὲ ἱερόν ἐστιν.... Γυνὴ δὲ ἀεὶ τὴν ἱερωσύνην λαμβάνουσα ἁγιστεύει μὲν τὸ ἀπὸ τούτου, οὐ μὴν οὐδὲ τὰ πρότερα ἔσται πλέον ἢ ἑνὸς ἀνδρὸς ἐς πεῖραν ἀφιγμένη. Πίνουσαι δὲ αἷμα ταύρου δοκιμάζονται· ἣ δ' ἂν αὐτῶν τύχῃ μὴ ἀληθεύουσα, αὐτίκα ἐκ τούτου τὴν δίκην ἔσχεν. »

(6) Diodore de Sicile. — Bibliothèque historique, liv. IV, § 50 : « Ἔτι κατὰ τὴν Θεσσαλίαν φασὶ προσπεσεῖν φήμην ὅτι πάντες οἱ μετὰ Ἰάσονος στρατεύσαντες ἐν τοῖς κατὰ πόντον τόποις ἀπολώλασι. Διό περ τὸν Πελίαν καιρὸν ἔχειν ὑπολαμβάνοντα, τοὺς ἐφέδρους τῆς βασιλείας ἅπαντας ἄρδην ἀνελεῖν. τὸν μὲν γὰρ πατέρα τοῦ Ἰάσονος ἀναγκάσαι πιεῖν αἷμα ταύρου. »

(7) Dioscoride. — Du traitement médicamenteux des maladies, liv. I, chap. 150 : « Ἰαφορεῖ δὲ φύματα κατὰ

mandait en cataplasmes contre les tumeurs de diverses natures que l'on appelait jadis squirres, duretés et tubercules ; Sextus et Dioscoride encore pour faire disparaître les cicatrices laissées par la variole ; et Pline (1) en parle comme d'un bon remède des parotidites, des apostumes et de cette goutte pour laquelle précisément nous avons vu les habitants de Narbonne faire un taurobole en faveur de Septime Sevère.

Ces usages du sang de taureau sont en petit nombre ; mais nous les trouvons à une époque déjà tardive de l'histoire du monde et ils n'y apparaissent que comme le souvenir d'usages à coup sûr beaucoup plus étendus dans des temps plus anciens. Il n'est donc pas déraisonnable de penser que c'est à la médecine que la religion emprunta la notion de la vertu purifiante du sang de taureau et il est, en tout cas, au moins digne de remarque que la médecine comme la religion en étaient venues parallèlement aux seules applications extérieures.

Ceux qui ont cherché ailleurs d'autres raisons que les nôtres au choix du sang de taureau pour les lustrations, n'en ont trouvé que de symboliques ou de religieuses. — *Aucun animal,* écrit M. E. Sayous (2), *n'exprime plus directement la force; son corps, ses membres, son sang ont au plus haut degré la vigueur saine et créatrice. L'homme sur lequel un corps pareil aura été immolé, sur lequel un sang pareil aura été répandu, sera comme renouvelé, régénéré dans sa santé et dans sa force*». — Je le veux bien et d'autant que, mieux encore que ce qui précède, une antique tradition arienne fait du taureau l'origine de la vie ; car le taureau-Abudad fut la première des créatures d'Ormuzd, qui mit en lui le germe de toutes les autres (3).

Cependant, il faut se défier des figures ; et lorsque, ailleurs, comme on l'a vu, M. E. Sayous appliquant le symbolisme aux idées morales nous peint le taureau comme l'image de la passion brutale et de toutes les souillures auxquelles celle-ci entraîne, un étonnement nous saisit que l'idée même ait pu venir d'appliquer tant d'im-

ταύρου αἷμα σὺν ἀλφίτῳ. » Comparer Dioscoride, Matière médicale, liv. II, c. 72. Pour le reste, j'emprunte le dire à G. Vanden Bossche, Historia Medica, Bruxelles, 1631.

(1) PLINE. — Histor. natural., lib. XXVIII, c. 10 et 11.

(2) E. SAYOUS. — Etudes sur la religion romaine, Paris, 1889, p. 139.

(3) Fr. NOEL, dans son Dictionnaire de la Fable (Paris 1810, t. I, p. 11) et le Dictionnaire Larousse, qui reproduit simplement son texte, ont transformé le taureau en pierre. Ahriman s'était contenté d'envoyer deux mauvais génies pour tuer Abudad et ils le tuèrent ; mais le taureau mourant annonça la défaite définitive du Mal à la fin du monde. Alors, de sa moitié antérieure droite naquit le premier être humain, *Kajomorst*, mâle et femelle tout à la fois ; son côté gauche fournit le germe de tous les autres animaux, *Gosch* ; du reste du corps furent produites les plantes.

puretés à une purification. Si les premiers sacrificateurs avaient pris pour guide les images, il n'est pas douteux qu'ils eussent choisi plutôt l'agneau, symbole de pureté chez les Hébreux comme pour les chrétiens et, chose plus intéressante, comme pour les prêtres de la Déesse de Comagène. A cet égard, on se souvient du curieux passage de G. Flaubert dans son extraordinaire *Tentation de Saint-Antoine* (1).

Pourtant, ceux qui ont cherché des motifs purement religieux au choix du taureau comme bête du sacrifice ont précisément invoqué ce fait que cet animal était consacré (2) à la Grande Déesse Phrygienne. Ils font valoir que les lions qui traînent le char sur lequel on la représente sont parfois appelés par les poètes ταυροφόνοι, tueurs de taureaux et la remarque du moins est juste. On pourrait dire encore que le sacrifice avait ses exigences matérielles et qu'il y fallait une bête puissante. Autant d'opinions qui, toutes, enferment à coup sûr une part de vérité (3). Lorsque les Romains instituèrent le taurobole, ils étaient déjà fort éloignés des rites primitifs plus simples et ils prirent un peu de tous côtés, inconsciemment plus souvent que de propos délibéré, la raison des détails de la cérémonie. J'accorde bien volontiers que les motifs d'ordre médical arrêtèrent à peine leur attention. Ils y obéirent sans s'en rendre compte ; mais si quelque Ariane leur eût donné le fil qui relie les traditions et les âges, ils eussent trouvé la médecine en arrivant à son bout.

Qu'on envisage le taurobole comme offrande propitiatoire, comme sacrifice d'expiation, comme cérémonie consécrative ou comme un rite purificateur, nous avons pu retrouver toujours, en effet, une pensée médicale à son origine. Seulement, elle n'est pas manifeste au premier regard et il faut la chercher pour la découvrir. Les contemporains de Prudence ne le pouvaient faire, prisonniers qu'ils étaient, dans tous les camps, de pures préoccupations religieuses ; et plus tard seulement on y pouvait penser. Mais chacun travaille dans sa tour d'ivoire. Dans tout ce que j'ai lu sur le taurobole, toutes les questions sont agi-

(1) G. FLAUBERT. — La Tentation de Saint-Antoine — Les prêtres de la Grande Mère de Syrie ont pris leurs couteaux et se tailladent les bras.

« L'Archigalle : « *La Bonne Déesse est triste ; soyons tristes ! C'est pour lui plaire qu'il faut souffrir ! Par là vos péchés vous seront remis. Le sang lave tout ; jetez-en les gouttes comme des fleurs ! Elle demande celui d'un autre, d'un pur.*

« L'Archigalle lève son couteau sur le mouton.

« Antoine, pris d'horreur : « *N'égorgez pas l'agneau.* »

« Un flot de pourpre jaillit ; le prêtre en asperge la foule. »

(2) L. PRELLER. — Les dieux de l'ancienne Rome, Paris, 1866, p. 485.

(3) On trouvera dans *Origine de tous les cultes* de Dupuis de très longs développements, que j'ai négligés, sur le rôle symbolique du taureau dans l'astrologie et les religions antiques.

tées, tous les points de vue envisagés, excepté celui-là. La Médecine est cela seul à quoi nul n'a pris garde.

A ne point séparer l'histoire des religions antiques de l'histoire de la médecine, elles s'éclairent pourtant l'une l'autre bien des fois et une phrase de Ruskin (1), qui prend ici un sens un peu particulier, chante dans mon souvenir : « *Nous réussissons à nous diriger dans la compréhension des mythes variables de l'antiquité dans la mesure où nous avons d'abord bien saisi le sens des mythes invariables de la nature.* »

Albert GARRIGUES.

(1) RUSKIN. — La Sirène et le Serpent dans *La Reine de l'air.*

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat médical de la région de Guingamp.

Réunion du 14 mars 1926.

Rapports de M. le Dr MAGE, *délégué* :

1° *Réunion de Rennes.* — Cette réunion suscitée par M. le Dr MARQUIS, de Rennes, n'avait pour but que de faire voter une motion de défiance envers l'Union et d'entraîner les Syndicats de la région à se séparer de l'Union. Notre délégué a soutenu l'Union ainsi que la majorité de l'Assemblée.

2° *Réunion de Saint-Brieuc.* — Motivée par le relèvement des taux de l'A. M. G., suscitée par nos délégués à l'A. M. G., cette réunion a élaboré des tarifs en rapports avec le coût de la vie.

On demande : consultations : 5 frs., visite : 7 fr.

Accouchements, prix uniforme : 100 fr.

Le tarif kilométrique de *plaine* qui nous est appliqué, serait transformé en tarif de *montagne.*

Le Dr BAUDOT fait remarquer que c'est aux *Syndicats* de prendre l'initiative de ces réunions.

Vœu du Dr Hamon. — Sur proposition du Dr HAMON, le vœu suivant, voté à l'unanimité, sera transmis à M. le Préfet :

Les membres du Syndicat médical de la région de Guingamp prient M. le Préfet des Côtes-du-Nord, pour éviter les nombreux abus constatés, abus préjudiciables tant aux médecins et chirurgiens qu'à la collectivité, de rappeler aux maires qu'ils ne doivent accorder l'A. M. G. pour les accouchements et les interventions chirurgicales qu'après une enquête approfondie.

Inspection des écoles. — Chaque confrère syndiqué est prié d'écrire au secrétaire en donnant son idée sur le fonctionnement de cette inspection et la répartition des écoles.

Cette inspection serait faite une fois par an, avec rémunération calculée par tête d'enfant.

Le Syndicat est d'avis de fixer le tarif de la façon suivante :

Premier examen : 10 fr. ;

Examens postérieurs : 4 frs. ;

Tarif kilométrique : 1 fr. 50 par kilomètre parcouru.

Cette inspection sera établie avec la collaboration des médecins syndiqués.

Vœu du Dr Trégoat. — Le Syndicat des médecins de la région de Guingamp en présence des abus journellement constatés dans l'octroi des feuilles d'assistance médicale gratuite à des personnes non indigentes et même aisées ;

Constate l'impuissance des municipalités à appliquer la loi du 15 juillet 1893 dans son esprit qui est de secourir l'indigence ;

Proteste contre l'habitude qu'ont la plupart des municipalités de faire des générosités abusives à des personnes non indigentes et même aisées ;

Demande, pour remédier à cette situation, une modification dans l'organisation du service de l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893).

Actuellement, la liste des assistés est dressée par le bureau de bienfaisance ou d'assistance, et adoptée par le Conseil municipal, mais celui-ci a le droit de ne tenir aucun compte des propositions du bureau d'assistance et de dresser une liste nouvelle. En outre, le maire peut délivrer, d'urgence, des feuilles de maladie.

La modification que demande le Syndicat des médecins de Guingamp consiste non à enlever aux Conseils municipaux ou aux maires l'initiative des propositions, mais à subordonner l'admission définitive des propositions à la décision d'une commission composée comme pour l'octroi des allocations militaires pour soutiens de famille, c'est-à-dire: le juge de paix, le contrôleur des contributions directes, le receveur de l'enregistrement, le percepteur (dont la présence peut être remplacée par un certificat d'imposition ou de non imposition délivré par lui), un délégué du bureau d'assistance, et un délégué des sociétés de secours mutuels approuvées lorsqu'il y en a.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Journées médicales de Paris** (15, 16, 17, 18 juillet 1926). — L'adhésion donne droit : à participer à toutes les démonstrations cliniques ou conférences faites dans les hôpitaux ou au Grand Palais ; à l'entrée permanente à l'Exposition qui se tiendra au Grand Palais ; à assister gratuitement à une représentation théâtrale à l'Opéra, dans la limite des places disponibles ; à visiter les stations hydrominérales dans des conditions avantageuses (réduction sur les tarifs de chemins de fer, réceptions, excursions, logements et nourriture, soit gratuitement, soit à des prix très réduits). Nombre limité de places ; etc.

Pour les dames, entrée permanente à l'Exposition, *excursions dans Paris, soirée théâtrale, réception-thé* chez un ou plusieurs grands couturiers (la maison Drecoll a accepté), conférences, etc.

Les prix d'adhésion aux journées médicales ont été fixés à : 50 francs pour les médecins participant aux Journées médicales de Paris ; 20 francs pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine ; 20 francs pour les femmes ou enfants des membres des Journées médicales.

Logement et nourriture : avantages dans certains hôtels et restaurants. Une entente avec la Compagnie française de tourisme permet d'offrir aux adhérents un logement dans un bon hôtel avec petit déjeuner et la possibilité de prendre les repas dans des brasseries ou restaurants (dont il sera donné la liste), moyennant le prix forfaitaire de 50 francs par jour et par personne, chambre, trois repas, taxes et pourboires compris.

Excursions : la plus importante sera l'excursion à Reims, qui aura lieu le lundi 19 juillet 1926.

— **L'Hygiène mentale et la nutrition.** — (*Conférences de Mlle le Dr Lipinska*). — La doctoresse Lipinska, jadis médecin consultant à Luxeuil-les-Bains, se propose de donner une série de conférences dans les stations thermales : *Royat, Vichy, Aix-les-Bains, etc.*

« C'est une curieuse et bien intéressante figure que « celle de la doctoresse Lipinska » dit R.D., dans le *Figaro* du 13 mars. « Privée de la vue depuis de nom« breuses années, elle n'en a pas moins continué ses « études, ses recherches, ses voyages ; la puissance de « persuasion et le seul prestige de la foi surent entraî« ner, dans divers pays, de nombreux malades à suivre « ce traitement inattendu que des « sommités médica« les » durent reconnaître, paraît-il, étrangement « efficace. »

Sa méthode consiste : 1° en psychothérapie et diète rationnelle ; 2° désintoxication de l'organisme, le jeûne même.

La doctoresse Lipinska qui a publié un mémoire sur la radioactivité des eaux de Luxeuil, en 1905, connaît très bien l'action des eaux thermales et les préconise avec succès.

— **Nécrologie.** — Le Dr Robert Loyauté, de Paris. — Le Dr Raymond Diriart, de Pau. — Le Dr Augé, de Rodez. — Le Dr Gauthier, ancien ministre. — Le Dr Hurault, de Savigny-sur-Braye (Loir-et-Cher).

— **Cours d'endocrinologie du prof. Sicard.** — Le prof. J.-A. Sicard vient d'inaugurer, à la Faculté de médecine, un cours nouveau sur l'endocrinologie. Il a traité de la question opothérapique médicale par les glandes, thyroïdienne en particulier, hypophysaire, etc. ; et aussi de l'endocrinothérapie chirurgicale, par l'application des greffes testiculaires, ovariennes, etc. suivant les méthodes élaborées au Collège de France par le Dr Voronoff. Celles-ci font, on le sait, l'objet de nombreuses études et applications à l'étranger, où l'enseignement des greffes des glandes endocrines est pratiqué dans plusieurs chaires professorales, principalement en Italie.

Le prof. Sicard, dans de lumineuses leçons, écoutées par un nombreux public d'étudiants avides de s'instruire des recherches nouvelles, a su à la fois montrer la belle initiative de son esprit chercheur, en même temps que faire une mise au point pleine de précision et de sagesse.

La leçon a été illustrée par des images des gallinacés greffés par Pezard, par les projections des coupes histologiques faites par le prof. Retterer sur des greffons des singes, des photographies d'animaux et d'hommes greffés et des vues schématiques de la technique opératoire de Voronoff selon la belle description donnée par Dartigues.

Il faut féliciter le prof. J.-A. Sicard de faire connaître les recherches et les applications faites pour la première fois en France, afin qu'il n'arrive, comme presque toujours, que les résultats scientifiques ne reviennent en France avec couleur apparente d'originalité de l'étranger.

— **Croisières médicales.** — I. *Voyage d'études à la Côte Marocaine.* — *Itinéraire* : Marseille, Oran, Tanger, Casablanca, Mazagran, Safi. Mogador et retour. *Prix approximatif* : 1re classe : 1.950 francs ; 2e classe : 1.500 francs ; 3e classe, 980 francs. Pendant les escales, les voyageurs seront logés à bord du bateau, mais s'ils désirent y prendre leurs repas, ils auront à payer les suppléments suivants : 1re classe : 27 francs par jour ; 2e classe : 21 francs par jour ; 3e classe : 16 francs par jour. Départ de Marseille le 18 juillet par le Paquebot *Ouolof* (7.000 tonnes) ; retour à Marseille le 9 août. Nous donnerons le programme des excursions, réduction sur le chemin de fer pour se rendre à Marseilleet revenir au point de départ.

Inscription : Les médecins et leur famille, les professeurs, les étudiants et étudiantes de toutes facultés et de tous établissements universitaires pourront prendre part à cette croisière.

II. *Croisière des Ports de France et d'Algérie* (Compagnie gnie Havraise Péninsulaire). — *Itinéraire* : Le Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille. *Prix* : 750 francs pour les médecins ; 800 francs pour les autres adhérents plus une prime d'assurances de 35 francs exigée pour tous les voyageurs par la Compagnie.

III. *Croisière du Proche-Orient* (Compagnie des Messageries Maritimes). — *Itinéraire* : Marseille, Naples, Le Pirée, Constantinople, Beyrouth, Caïffa, le Caire, Alexandrie, Marseille. *Prix* : 5.000 francs, sans excursions.

Pour tous détails concernant ces voyages, écrire au Dr Loir, 12*bis*, rue de Caligny, Le Havre.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot**, à Berck-Plage, le lundi 9 août 1926. — Avec exercices pratiques. — En une semaine de 9 heures à 19 heures. Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fou-

CHET, Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut Calot, Berck-Plage (P.-de-C.).

Résumé du programme : Ce que tout praticien doit savoir et savoir faire en orthopédie.

Technique des appareils et moulages et des ponctions et injections. — Tuberculoses. — Déviations congénitales et acquises. — Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions. — Fractures. — Les dernières acquisitions en orthopédie.

— **Luchon.** *Réception du XVIe voyage d'études médicales de la Faculté de médecine de Bordeaux.* — La Faculté de médecine de Bordeaux organise, depuis de nombreuses années déjà, un voyage d'études médicales où professeurs et étudiants, dans une charmante camaraderie, vont visiter les stations thermales et climatiques de nos montagnes pyrénéennes ; et comme la nature a placé la beauté à côté du bienfait, il s'ensuit que le tourisme ne perd aucun de ses droits.

De Lamalou à Luchon, nos maîtres, nos confrères, nos jeunes camarades, ont étudié la pléiade des stations qui semblent comme faire un cortège à la « Reine des Pyrénées ».

Aussi bien est-ce par les acclamations triomphales que jeudi soir, le caravane placée sous la direction de M. NOYER, de la Cie des Chemins de fer du Midi fit son entrée à Luchon. Sur le perron de l'Hôtel Royal, M. BOURDETTE, adjoint, représentant M. le Dr GERMES ; M. ESTRADE, vice-président du Syndicat d'initiative, représentant le Dr DE GORSSE retenu à Toulouse ; M. le Dr MOLINÉRY, directeur des Thermes ; M. le Dr BAQUÉ, représentant le corps médical ; M. DRICOT, chef d'exploitation de la Cie Fermière, reçurent nos 50 voyageurs et offrirent leurs souhaits de bienvenue à M. le prof. SELLIER, directeur scientifique.

La Cie Fermière de Luchon avait mis gracieusement le Royal-Hôtel à la disposition du Congrès. Quelques-uns de ces membres furent reçus à l'Hôtel de Bordeaux où, le soir même, un grand dîner réunissait auprès des notabilités locales, dont nous avons parlé tout à l'heure, tous les membres de cette belle caravane.

Au dessert, la parole fut successivement donnée à MM. BOURDETTE, ESTRADE, MOLINÉRY, CREIX, NOYER, ROUSSELET et SELLIER qui, chacun en ce qui les concernait, dit ce qu'il fallait dire, et les discours des uns et des autres furent couverts d'applaudissements.

Nous devons une mention spéciale à ce qui fut dit par le Commandant DRICOT, ancien officier de l'armée belge. M. DRICOT dit les raisons qui unissaient nos deux pays et voulut saluer en la personne des médecins de Bordeaux tout le corps médical français, médecins et infirmières de la Croix-Rouge qui portèrent secours à ses camarades aux heures les plus angoissantes de la Grande Guerre. Une salve d'applaudissements salua les émouvantes paroles de M. DRICOT et la jeunesse laissa libre cours à son enthousiasme et entonna « la célèbre cantate du XVIe voyage d'études médicales. »

Hier, journée de travail. A 9 heures du matin, M. le Dr BAQUÉ adressa aux congressistes quelques paroles fortement mûries sur l'importance des voyages d'études médicales de la Faculté de Bordeaux, sur les projets de la Cie Fermière qui, à la suite des magnifiques transformations réalisées depuis 6 ans par le Conseil municipal au milieu des difficultés que l'on sait, va continuer, par la création d'un vaporarium, annexé aux thermes, à apporter à Luchon un renom nouveau.

Le Dr BAQUÉ, enfin, dit comment le humage, « son enfant chéri » constituait la caractéristique même des Thermes de notre ville, et ce fut au milieu des applaudissements de tous qu'il salua et le prof. SELLIER et ses amis.

Après un exposé très rapide et très concis du Dr MOLINÉRY sur le géo-thermalisme de notre station, démonstration facilitée par l'admirable plan de Lézat, la caravane fut divisée en plusieurs groupes qui, successivement visitèrent tous nos services techniques, celui des insufflations où, quotidiennement, se traitent des centaines et des centaines d'affections auriculaires, en particulier la surdité au début. Piscine à eau courante sulfurée, salles de bains et de douches, humages, Pavillon Charles Moureu aux eaux radio-actives, Buvette du Pré transformée, retinrent l'attention des voyageurs ; et dans un feu roulant de questions et de réponses il fût donné, à tous, une leçon de choses aussi pratique qu'agréable.

L'ascension à Superbagnères, facilitée par le directeur de la Société des Chemins de fer et Hôtels de Montagne, permit au prof. SELLIER de souligner combien Luchon, à son titre de Reine thermale des Pyrénées, pouvait ajouter celui de Reine des stations climatiques et, par conséquent, de « Reine incontestée de nos Pyrénées françaises. »

Par un temps radieux, la visite du plateau de Superbagnères fut une véritable apothéose de ce remarquable voyage, et au dîner où prirent à nouveau la parole les personnalités que nous avons plus haut citées, et de plus le prof. agrégé Pierre FOURMENT, le chef interne M. CHAPELLE, la plus franche cordialité ne cessa de régner et vraiment c'était une joie de l'esprit de voir tant de jeunesse alliée à tant de sciences.

MM. BOURDETTE, ESTRADE, BAQUÉ, MOLINÉRY et DRICOT accompagnèrent sur le quai de la gare ceux à qui Luchon laissait un souvenir ineffaçable et le train s'ébranla au milieu des mille et mille acclammations à l'adresse de « la Capitale de l'Empire du soufre... »

R.M.

— **Les médecins parlementaires aux Etats-Unis d'Amérique.** — Les médecins parlementaires aux Etats-Unis d'Amérique sont seulement au nombre de six : cinq à la Chambre des Représentants et un au Sénat.

— **Nouvelles journées médicales tunisiennes.** — En avril 1931, à l'occasion du cinquantenaire du protectorat français en Tunisie, doivent avoir lieu de nouvelles « Journées médicales tunisiennes ».

— **Le VIe Congrès National de la Natalité** se réunira cette année à Paris, du 23 au 26 septembre, sous la présidence de M. Isaac. Le Congrès tiendra ses séances à l'Ecole supérieure des Hautes-Etudes Commerciales. Demander le programme au Secrétariat, 24, rue du Mont-Thabor, Paris.

— **Relations de Paris P. L. M. avec les Villes d'Eaux et les Centres de séjour de l'Auvergne.** — Depuis le 15 mai 1926, les relations de Paris P. L. M. avec l'Auvergne sont assurées comme suit :

Deux rapides de jour : l'un Vichy rapide, avec 1re, 2e classes et wagon-restaurant : Paris, dép. 10 h. 30 ; Vichy, arr. 16 h. 24 ; l'autre, toutes classes et wagon-restaurant : Paris, dép. 13 h. 50 ; Vichy, arr. 19 h. 38 ; Saint-Etienne, arr. 21 h. 56. — Un express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes : Paris, dép. 22 h. 40 ; Vichy, arr. 5 h. 40 ; Châtel-Guyon, arr. 7 h. 3 ; Clermont-Ferrand, arr. 6 h. 40 ; Royat, arr. 7 h. 7 ; Issoire, arr. 7 h. 53 ; Brioude, arr. 9 h. Correspondance à Clermont-Ferrand (du 22 mai au 30 septembre) et à Issoire (du 1er juin au 25 septembre) avec les autocars P. L. M. pour Saint-Nectaire, Mucols, le Lac Chambonet le Mont-Dore. — Un deuxième express de nuit avec places de luxe, 1re, 2e et 3e classes, plus spécialement affecté aux relations de Paris avec Saint-Etienne : Paris, dép. 22 h. 10 ; Saint-Etienne, arr. 7 h. 30. — En outre, un express de nuit avec couchettes, 1re, 2e et 3e classes, assurera les relations de Paris P. L. M. avec le Cantal et le Midi : Paris, dép. 20 h. 30 ; Clermont-Ferrand, arr. 3 h. 50 ; Issoire-Saint-Nectaire, arr. 4 h. 52 ; Brioude arr. 5 h. 50 ; Saint-Flour, arr. 7 h. 50 ; Béziers, arr 15 h. 23 ; Nîmes, arr. 13 h. 34.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1926

1er Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

R

U

V

Z

II

Partie Professionnelle

A

I

J

L

M

S

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

A

B

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

A

Achard. Cinq leçons sur le diabète. Etat actuel de la question, 1598.
Armingeat. Thiosinamine et soufre, 201.

B

Babet-Charton (M.). Bon lait, bon beurre (l'art de faire le beurre), 1532.
Barras. Souvenirs d'un médecin sur la plus grande guerre, 1665.
Baudoin. La préhistoire par les étoiles, 443.
Blechmann. Les feuillets du pédiatre, 1591.
Bouloumié. Histoire de Vittel, 1470.
Buret. Le champignon ; poison ou aliment, 1660.

C

Cabanès. Les curiosités de la médecine, 1470.
Cantonnet. Causerie d'ophtalmologie, 1716.
Carnot, Rathery et Harvier. Précis de thérapeutique. I. Art de formuler les médications générales, 1415.
Cattier. La blennorragie chez l'homme et chez la femme, 1532.
Charon. Lapins, lapereaux et Cie. Bilan. Dividendes Petits secrets d'élevage et de succès, 326.
Chausset. Contribution à l'étude des propriétés pharmacodynamiques de l'allonal, 553 ; les consultations journalières, 384.
Cocral. Memento des usages de la route, 1659.
Curtil. Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire, 1039.

D

Damaye. Etudes de psychiatrie sociologique, 148.
Damory. L'arthroplastie du genou, en particulier dans le cas d'ankylose d'origine bacillaire, 785.
Delherm et Morel-Kahn. Les principales positions utilisées en radiographie, 1598.
Diffre. Nos enfants seront beaux si ..., 849.
Duplessis de Pouzilhac. Septimanie, 917.
Duret. L'anatomie en poche (en collaboration avec V. Pauchet), 850.
Duraulx. Recherches expérimentales sur l'anesthésie des petits animaux de laboratoire : utilisation du somnifène, 202.

F

Fabre. De la toux dans la tuberculose pulmonaire chronique. Ses complications. Essai de traitement symptomatique, 1041.
Fontaine. Contribution à l'étude du traitement du pied bot varus équin chez le nourrison, 785.
Fournier. A propos de quelques cas de pyélo-néphrite de l'enfance, 1040.

G

Gérard. Les inquiétudes, 1591.
Gouachon et Mouret. Les textes législatifs et règlementares en matière d'assistance, 444.
Griffauft. Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon *sigmoïdien, 1040.*

H

Hoauduroy. Le bactériophage de d'Hérelle, 1659.

I

Ichok. La protection sociale de la santé, 258.

L

Leclerc. Etudes sur les multiples indications du scuroforme, 553.
Lefebvre. Les logements sanatoria. Tentative d'organisation de prophylaxie antituberculeuse à domicile, 1108.
Legrand. Guide formulaire des spécialités pharmaceutiques, 1532.
Leriche. Le cancer. Technique de sa thérapeutique médicale moderne, 1103.
Letondal. Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant, 1109.
Linet. La céramique dentaire. Fabrication des dents artificielles, 35.
Lumière. Théorie colloïdale de la vie et de la maladie, 978.

M

Maillet. Atropine et spasmes coliques, 1346.
Marsal. Troubles de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires. La toux émétisante, 287.
Martin. L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis nerveuse, 1189.
Martinot. Guide pratique du contribuable, 294.
Mayet. Barème à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente en matière d'accidents du travail, 526.
Médicus. Guide annuaire du Corps médical français, 34.

O

P

R

S

T

V

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

cas de refus d'une des parties, qui ne ferait pas partie du groupe professionnel, un arbitrage, devant un jury d'honneur est proposé.

Ainsi cherche-t-on, par tous moyens, à éviter les luttes devant le prétoire, pour que le public n'ait pas à rire de nos discussions. D'autant que souvent, l'animosité qui règne entre confrères a comme point de départ les propos malveillants colportés par le public lui-même, propos qu'on prête généreusement à l'un des adversaires.

L'institution des conseils de famille syndicaux a pour beaucoup contribué à l'apaisement des rivalités entre confrères.

Aussi, regrettons-nous toujours de voir des hommes de science, qui devraient être pondérés dans leurs propos, s'attaquer à la vie publique ou privée d'un confrère, lorsqu'on ne partage pas son avis, sur une question de principe, d'ordre scientifique, ou professionnel, ou lorsqu'on lutte contre lui, et non pas avec lui, pour gagner le pain quotidien. Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

1704. — Médecins assermentés..... sans serment.

Je désirais être médecin assermenté ; à la suite d'une demande faite à ce sujet, j'ai été nommé par arrêté du préfet médecin assermenté ; mais à l'audience le président du tribunal civil (nouvellement nommé) a refusé de recevoir mon serment en alléguant qu'aucun texte de loi ne lui permet de recevoir d'un médecin un serment *général*, qu'il ne peut recevoir qu'un serment *particulier* pour chaque affaire.

Très étonné qu'il y ait deux poids et deux mesures, puisque beaucoup de mes confrères sont assermentés, je serais heureux de savoir sur quels textes repose l'existence des médecins assermentés et de quelle façon je pourrais obtenir satisfaction.

Dr X.

Réponse.

Je ne trouve nulle part de réponse à votre question. J'ai déjà, dans le *Concours médical*, maintes fois étudié cette situation juridique des médecins assermentés et, chaque fois, je conclus qu'il n'existe, pour ces confrères, aucun statut légal.

Il résulte d'une habitude, et de certains textes législatifs vagues et mal définis, que, dans certains cas, les médecins assermentés ont à délivrer des certificats. Mais nulle part ne sont formulés, de façon précise, le mode de nomination, l'autorité qui désigne, les formalités de prestation de serment, etc.

Le Traité théorique et pratique des justices de paix de Pabon, ouvrage très connu, en 5 volu-

mes, ne fait pas mention des médecins assermentés dans son chapitre sur le serment des fonctionnaires.

Une circulaire du ministre des finances du 31 août 1854 a déterminé les conditions de nomination des médecins assermentés, institués par le décret du 9 novembre 1853, portant règlement d'administration publique, pour l'exécution de la loi du 9 juin 1853, sur les pensions civiles et qui prévoit la création de tels médecins.

Cette circulaire, dont je n'ai pu me procurer le texte, fixe peut-être la formule du serment. Vous pourriez vous renseigner à la préfecture, pour savoir s'ils ont cette circulaire.

Le juge de paix peut recevoir votre serment. Vous pourriez peut-être le lui demander, pour ne pas avoir à retourner au tribunal civil.

Et puis, je connais personnellement des médecins assermentés, qui fonctionnent comme tels, depuis de très nombreuses années et qui n'ont jamais prêté serment.

Dr Paul Boudin.

1989. — Recensement et présentation des automobiles des médecins.

Nous avons maintes fois, et encore dernièrement (n° 23, p. 1559) répondu à des confrères que les voitures appartenant aux médecins, exemptes des réquisitions militaires à raison d'une voiture par médecin, n'étaient pas exemptes du recensement et devaient être toutes présentées à la commission de classement.

Il résulte du document ci-après, dont la communication est due à l'amabilité d'un de nos abonnés, que nous en remercions, que la dernière partie de la réponse est inexacte.

Exemptes de la réquisition en cas de mobilisation et *de la présentation devant les commissions de classement en temps de paix*, les automobiles des médecins sont soumises à la déclaration et au recensement, à raison d'une voiture par médecin, à condition que la profession soit réellement exercée :

Extrait de l'instruction du 26 *décembre* 1921 *pour le classement des véhicules automobiles susceptibles d'être réquisitionnés par les besoins de l'armée.*

Article 24. — Les propriétaires, prévenus à l'avance du passage des Commissions de classement, comme il est dit à l'article 19, doivent amener au lieu d'examen, aux jours et heure indiqués, les véhicules automobiles en leur possession, compris ou non dans les classements antérieurs.

Sont dispensés de la présentation :

1° Les véhicules qui auraient été déclarés précédemment impropres au service ;

2° Les véhicules exemptés de la réquisition en cas de mobilisation et qui, par suite, ne sont pas portés sur les listes de classement (art. 5 de la loi du 22

juillet 1909). Ces véhicules sont mentionnés sur l'annexe N° 1 à la présente instruction.

ANNEXE N° 1.

Sont exemptés de la réquisition en cas de mobilisation et de la présentation devant les Commissions de classement en temps de paix, mais sont soumises à la déclaration et au recensement :

Les véhicules appartenant aux docteurs en médecine et aux vétérinaires, à raison d'une voiture par médecin ou vétérinaire, à condition qu'ils exercent réellement cette profession.

1909. — Formalités pour commencer les études pour obtenir le diplôme de sage-femme.

Je vous serais très reconnaissant de me faire savoir ce que doit faire une jeune fille se destinant à être sage-femme.

Dr Z.

Réponse.

Les aspirantes sages-femmes doivent être âgées de 19 ans au moins et se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, du 1er au 15 octobre, en produisant les pièces suivantes :

1° Extrait de leur acte de naissance ;

2° Si elles sont mineures, non mariées, autorisation de leur père ou tuteur ;

3° Si elles sont mariées, autorisation de leur mari et acte de mariage. Le consentement doit être établi sur papier timbré et la signature légalisée ;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait de jugement passé en force de chose jugée remplace l'autorisation du mari ;

5° En cas de dissolution du mariage, acte de décès du mari ou acte constatant le divorce ;

6° Un certificat de revaccination ;

7° Un certificat de bonne vie et mœurs ;

8° Un extrait du casier judiciaire ;

9° Brevet de capacité élémentaire pour l'enseignement primaire ou certificat d'études secondaires institué par l'article 5 du décret du 4 janvier 1882.

1939. — Les mémoires d'honoraires-accidents sont exempts de timbre.

J'ai donné mes soins en avril-mai dernier à un ouvrier de longue date au service de M. X, ingénieur des travaux publics, qui a été victime d'un accident du travail au canal du Nord en construction.

Les certificats médicaux de constatation d'accident, de prolongation de l'incapacité prévue et de guérison ont été demandés et délivrés comme pour tous les autres accidents du travail.

Mais l'ingénieur de l'Etat à qui j'ai remis ma note d'honoraires et fournitures pharmaceutiques — car je suis médecin pro-pharmacien — m'a réclamé le

coût de deux feuilles de papier timbré (4 fr. 80), prétendant que toutes les fournitures faites à l'Etat devaient être produites sur timbre.

J'ai eu beau lui faire valoir qu'il s'agissait, en l'espèce d'accident du travail, et que mon cas ne devait pas être assimilé à des fournitures ordinaires.

Sa prétention est-elle vraiment fondée en droit ? Je viens vous le demander. Dr G.

Réponse.

Il est exact que les mémoires de fournitures faites à l'Etat doivent, en principe, être établis sur papier timbré, mais ce principe, si général soit-il, souffre cependant certaines exceptions limitativement énumérées dans des lois spéciales, comme c'est le cas notamment pour la loi sur les accidents du travail, laquelle est d'ordre public.

En effet, l'article 29 de la loi du 9 avril 1898 dit textuellement ceci : « Les procès-verbaux, cer« tificats, actes de notoriété, significations, juge« ments et autres actes faits ou rendus en ve rtu « et pour l'exécution de la présente loi sont déli« vrés gratuitement, visés pour timbre et enre« gistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de « l'enregistrement. »

Il résulte de ce texte que tous les actes faits pour l'exécution de la loi, et ce terme englobe certainement même les mémoires d'honoraires et fournitures dus par l'Etat, sont exemptés du timbre.

Application du Tarif Durafour

I

1841. — « Blessures multiples » (article 14) et « Pansements multiples » (article 17) sont deux rubriques nettement distinctes.

Je me permets de vous soumettre une note d honoraires ci-inclus. Il s'agit d'un blessé ouvrier boulanger qui s'était enfoncé des échardes de bois à différentes places, comme il leur arrive parfois dans les pétrins en bois.

Il se présente à moi avec une piqûre infectée ayant déterminé un panaris de l'index DROIT. Pendant son traitement, cinq à six jours après, nouvelle localisation d'infection, cette fois à l'index GAUCHE. Nouveaux soins et pansements avec bains prolongés pour chaque doigt et pansement.

Les soins ont duré longtemps car j'ai dû rouvrir un des deux doigts une deuxième fois.

Je vous joins la lettre de la Compagnie La P... qui prétend payer les pansements à 8 fr. ne s'agissant pas de pansements multiples.

Voudriez-vous me dire ce que je dois répondre ?

Dr P.

Réponse.

Il ne s'agit pas ici, en effet, de « pansements multiples » à 15 francs (article 17), puisque vous aviez à faire un pansement à *chaque main* et non sur *un même segment de membre*. Il s'agit

donc de « blessures multiples » (article 14) et vous aviez à compter *un pansement pour chaque blessure*, donc par séance 8 + 8, soit 16 francs.

Conclusion. Non seulement n'acceptez aucune diminution sur votre note de 487 francs, mais vous avez à la majorer de 25 francs (pour 25 séances), ce qui la porte à 512 francs.

F. D.

II

1840. — Suture de tendons, hémostase, etc.

Au titre accident du travail, quels honoraires dois-je demander pour :

1° Suture du tendon extenseur du médius au niveau de la face dorsale de la main.

2° Suture des tendons du grand et petit palmaire près de leur insertion inférieure, ligature d'une collatérale de la radiale, suture partielle du ligamen annulaire du carpe. Bien entendu épluchage de la plaie, drainage, sutures des diverses plaies ;

3° Suture des tendons long extenseur et court extenseur du pouce au niveau de la tabatière anatomique avec recherche difficile des bouts supérieurs distants d'au moins 5 centimètres, drainage, suture des plaies superficielles, etc.

Dr M.

Réponse.

1° Suture des tendons extenseurs des doigts : 50 francs (art. 17) ;

2° Suture des fléchisseurs : 150 francs (*ib.*).

3° Ligature de collatérale (de radiale ou autre) n'est pas tarifée autrement que par « hémostase par ligature ou pince au fond d'une plaie : 25 francs » (*ib.*).

4° Suture des extenseurs du pouce : 50 francs (*ib.*).

5° Pour toute suture de tendons, la suture de la peau susjacente est comprise, la section traumatique d'un tendon n'existant guère sans celle de la peau susjacente. Il n'en est pas de même, s'il y a une série de sutures pour coupures de la peau, en dehors de la région du tendon suturé, cela va sans dire.

F. D.

III

1814. — Visite ou intervention de nuit ?

Il s'agit d'un forgeron, propriétaire, assuré à une compagnie d'assurances pour les accidents dont il peut être victime, soit en exerçant son métier de forgeron, soit en cultivant son bien.

J'ai été appelé le soir de l'Ascension (est-ce jour férié ?) à 23 heures, auprès de cet homme qui, rentrant d'une foire, avait fait une chute de bicyclette.

Il présentait :

1° De petites plaies du visage.

2° De petites plaies des mains.

3° Une large contusion avec emphysème sous-cutané de la colonne vertébrale (région dorsale).

4° Une fracture de côte.

J'ai fait simplement de l'antisepsie de ses petites plaies de la main et du visage (sans pansements), réduit sa fracture de côte et mis un bandage du corps.

Je suis resté 1 h. 1/4 auprès du malade qui souffrait beaucoup et dont le domicile est séparé du mien par 4 km.

Dr B.

Réponse.

1° Il n'y a pas à vous occuper d'Ascension, jour férié ou non, puisqu'il s'agit d'une visite de *nuit* et que la tarification est spéciale.

2° De même, pour tarification, ne pas envisager les *lésions* du blessé, mais les *interventions* du médecin. Donc, qu'avez-vous fait ? Vous me dites aucun pansement pour les plaies des mains et du visage, donc hors tarification. Reste « réduction de fracture de côte » : 20 francs (article 18) plus 25 % pour intervention de *nuit* (article 8), soit au total : 25 francs.

3° Mais ici, cas spécial avec une tarification aussi modeste. Vous avez toujours le choix entre le tarif de visite de nuit ou d'intervention de nuit. Or, la visite de nuit est tarifée trois fois 10 francs (article 4). C'est donc cette rubrique qu'il vaut mieux envisager.

4° Ajoutez une 1/2 heure supplémentaire pour être resté à surveiller le malade, soit 10 francs (article 6) et enfin vos frais de déplacement, soit, pour 8 kilomètres : 8,80.

Total : 30 + 10 + 8,80, soit 48,80.

F. D.

IV

1789. — Appareils plâtrés tout préparés.

A la suite d'un accident du travail, ayant eu l'occasion de réduire une fracture de jambe, je vous serai reconnaissant de vouloir bien me faire savoir si, dans le prix de 150 fr. est compris la fourniture de l'appareil plâtré.

Le jour où j'ai été demandé pour voir le blessé, j'ai appliqué un appareil provisoire ; quelques jours après, j'ai posé un appareil plâtré de Maisonneuve, que j'ai dû renouveler une quinzaine après.

J'ai l'habitude pour ces fractures d'employer comme appareil plâtré, les appareils plâtrés instantanés de chez Rainal dont le prix est de 45 fr. J'ai fait venir à mon compte ces appareils ; dans la localité où j'habite, il y a un pharmacien, dans celle où habite le blessé, il n'y a pas de pharmacien, et cette localité est distante de mon domicile de 9 kilomètres.

Si les appareils plâtrés instantanés sont au compte de la Compagnie d'assurance, comment me faire régler ?

Dr H.

Réponse.

1° L'article 18 porte comme titre : « Fractures,

réduction et *contention* ». Donc que la réduction soit contenue par attelles silicate ou plâtre, le prix indiqué *comprend* la dite contention ;

2° Votre appareil plâtré, tout préparé, de chez Rainal, me paraît rentrer dans les « *spécialités* » non cataloguées comme pouvant être employées pour les accidentés du travail. Il aurait donc fallu vous servir de plâtre et tarlatane *prescrits* par une ordonnance, que se serait fait ensuite payer non pas *vous*, mais bien le *pharmacien* auquel vous ne pouviez vous substituer, puisqu'il en existe un dans votre propre localité ;

3° L'appareil *provisoire* est tarifé 50 francs (article 18, note 1), mais seulement quand il est fait « en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin ». F. D.

V

1791. — Contention de fracture du calcanéum.

Abonné depuis plusieurs années au *Concours médical*, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis pour l'établissement d'une note d'honoraires d'accidents du travail.

Dernièrement, j'ai vu un ouvrier atteint de fracture du calcanéum ; pour obtenir une meilleure consolidation, j'ai jugé bon de lui faire une botte plâtrée.

Or, au tarif, la fracture du calcanéum n'est pas indiquée. Combien faut-il demander pour ce plâtre ?

Dr B.

Réponse.

Il me semble équitable que, dans ce cas, vous comptiez, pour votre contention de fracture par plâtre, 50 francs, par analogie avec « répétition d'appareils plâtrés des grands segments de membres » (article 18, *in fine*).

F. D.

1491. — Impôts sur deux automobiles qui ne circulent pas simultanément.

Possédant deux voitures, je ne payais les droits que pour une seule, la plus forte, jusqu'au début de 1925. A cette époque, le contrôleur des contributions n'admit pas ma manière et me fit régler les droits pour les deux voitures. Au début du premier trimestre 1926, je lui présentais la circulaire m'autorisant à ne payer que pour la plus forte ; il acquiesça, mais me fit valoir que, le trimestre étant commencé, les droits devaient être payés pour les deux voitures ; et il me recommanda de signaler à mon receveur buraliste avant la fin du trimestre que, pour la suite, je ne paierais les droits que pour une voiture. La commission fut faite. Or, au deuxième trimestre, on me réclame encore les droits pour deux voitures. Je proteste et le contrôleur riposte : « Avez-vous un récépissé de votre receveur buraliste constatant votre déclaration ? — Non. — Payez ».

Puis-je réclamer le remboursement non seulement du trop perçu du 2e trimestre 1926, mais aussi du 1er trimestre 1926 et de 1925 ?

Dr V.

Réponse.

Le bénéfice de l'exonération des droits pour la plus faible des deux voitures est soumis à deux conditions de forme ;

1° Déclaration de cessation de circuler au receveur buraliste ;

2° Dépôt du permis de circuler.

A notre avis l'absence de récépissé ne saurait vous faire perdre le bénéfice de cette exonération si vous pouvez justifier d'une façon quelconque que la déclaration a été faite (témoignage, reconnaissance par le receveur buraliste).

Si vous pouvez produire cette justification, votre réclamation peut être adressée au directeur des contributions indirectes pour les droits payés à tort depuis la date de la déclaration.

A. M.

1612. — Impôts professionnels ; déduction des recettes.

Monsieur le contrôleur des contributions directes m'écrit que conformément aux dispositions de la loi du 15 juillet 1914 (art. 17), modifiée par la loi du 15 décembre 1916 (art. 5), il a rectifié mes déclarations relatives aux revenus des années 1920, 1921, 1922, 1923, qui se trouvent ainsi majorés ; mais que cette imposition supplémentaire est motivée du fait que certains impôts professionnels :

Patentes ;

Impôts sur les bénéfices des professions non commerciales et certaines taxes indirectes : (voiture automobile) ont été indûment déduits du revenu global.

Que dois-je répondre ?

Dr N.

Réponse.

Le contrôleur suppose que vous avez fait exactement votre déclaration et que les impôts sus-visés ont été compris dans le total de vos frais professionnels, la différence entre ce total et le montant de vos honoraires donnant le chiffre de bénéfice net déclaré.

Dès lors la déduction des mêmes impôts aux § VI de la déclaration du revenu global semble, pour lui, constituer un double emploi.

Dans votre réponse, il faudra justifier que ces impôts n'ont pas été compris dans vos frais professionnels. Si non, son interprétation de votre déclaration sera maintenue et entraînera l'établissement légal des impositions supplémentaires.

A. M.

1673. — Complément de patente en cas de changement de domicile.

J'ai déménagé en octobre 1925. Jusque-là je payais un loyer de 5.000 fr. ; depuis, mon loyer est de 6.000 fr.

J'ai payé pour l'année 1925, 2.730 fr. de patente. Hier, je reçois du percepteur un avis de paiement de 213 fr. 75 comme supplément de patente à cause de mon changement d'habitation du mois d'octobre.

Pour la contribution personnelle mobilière, on doit payer l'impôt pour l'année entière d'après le loyer de l'immeuble occupé au 1er janvier. N'en est-il pas de même pour la patente ?

De plus, je ne sais si la somme qu'on me réclame est exactement établie. En voici le détail :

	Anciens droits de patente résultant du tarif légal
Droit proportionnel au 12e sur valeur locative de 1.550 fr..	
	32,29 × 6,619 683 = 213 fr. 75

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire si on est en droit de me réclamer ce supplément.

Dr .D.

Réponse.

La contribution personnelle mobilière est due d'après la valeur locative de l'appartement occupé au 1er janvier de l'année de l'imposition.

Il n'en est pas de même pour la patente, qui donne lieu à l'établissement d'une imposition supplémentaire dans le cas de prise de possession de locaux plus importants en cours d'année.

C'est pourquoi le contrôleur vous a imposé supplémentairement sur un loyer de 1.550 francs. Cette somme représente la différence entre vos deux loyers successifs *augmentés des charges*.

Le 1 /12 de 1.550 est de 129 fr. 16.

Pour trois mois (octobre à décembre) le 1 /4 est de 32 fr. 29.

L'imposition est donc exacte.

A. M.

1719. — Amortissement du prix d'achat d'une automobile.

Le contrôleur de ma circonscription m'écrit :

« Dans votre déclaration de 1926, vous accusez au « titre dépenses auto, une somme de 5 .200 fr.

« Un amortissement de 25 % maximum est admis ;

« La voiture vous ayant coûté 8.200...

(Je lui signalais qu'au cours de l'année, j'avais acheté pour cette somme une voiturette occasion de 1923, donc dans sa 3e année).

«..... un amortissement de 8.200 × 25 /100 = 2.050 fr. seul peut être admis.

« De ce fait, vos dépenses commerciales se trou« vent réduites de 5.200 à 2.500..... et votre béné« fice augmenté de la différence, soit (5.200 — 2.500 « = 2.700). »

Je lui réponds qu'il n'oublie qu'une chose : la dépense de la voiture, etc.

Mais il y a un autre point où je crois que ce contrôleur commet une erreur ; celui-ci : la voiture est dans sa troisième année et l'amortissement doit porter sur le prix de la voiture neuve , c'est-à-dire 12 à 13.000, et non sur 8.200. C'est, en somme, une voiture qui change de propriétaire, mais dont l'amortissement doit être terminé en cinq années.

De plus, je fais faire une carrosserie conduite intérieure ; comment devrai-je l'amortir ? En un an ou en plusieurs années ?

J'ai aussi fait installer un éclairage de secours acétylène ; même question ? En somme, ce que l'on achète pour la voiture (essuie-glace, avertisseur, pompe à lavage, cric, couvre-capot, etc.), doit-il être déduit annuellement avec factures à l'appui ou tout ce matériel est-il à amortir progressivement ?

Dr V.

Réponse.

Le taux d'amortissement de 25 % admis par le contrôleur correspond à une durée de 4 ans, bien qu'il s'agisse d'une voiture d'occasion. Nous estimons que cette durée n'est pas exagérée.

L'amortissement ne peut être calculé que sur le prix d'achat effectivement payé par vous, soit 8.200 fr. ; mais par contre, vous pouvez amortir tous les frais cités dans votre demande à un taux tel que l'amortissement de ces frais soit terminé en même temps que celui du prix d'achat de la voiture.

Si cette dernière a été achetée en 1925, le dernier amortissement à 25 % sera fait en 1928, donc les frais faits en 1926 seront amortis en trois ans, soit à raison de 33 %, ceux faits en 1927 en deux ans, à raison de 50 %.

A. M.

1455. — Réforme à 100% sans majoration.

Un de mes clients (tuberculeux) vient de passer le conseil de réforme , est réformé avec pension temporaire de 100 % sans bénéfice de l'article 10.

Pouvez-vous me dire ce que signifie cette restriction « sans bénéfice de l'article 10 ».

Dr S.

Réponse.

L'article 10 spécifie : Les mutilés que leurs infirmités rendent incapables de se mouvoir, de se conduire ou d'accomplir les actes essentiels à la vie, ont droit à l'hospitalisation, s'ils la réclament. En ce cas, les frais de cette hospitalisation sont prélevés sur la pension qui leur a été concédée.

S'ils ne reçoivent pas, ou s'ils cessent de recevoir cette hospitalisation et si, vivant chez eux, ils sont obligés de recourir d'une manière constante aux soins d'une tierce personne, ils ont droit, à titre d'allocation spéciale, à *une majoration égale au quart de leur pension.*

Le droit à cette majoration ou à cette hospitalisation est constaté par la commission de réforme, au moment où elle statue sur le degré d'invalidité dont le mutilé est atteint.

Quarante-huitième année — N° 27 — 4 Juillet 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1762-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionenlle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gourierec.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de MM. les Drs GUITTARD, à Terrasson et CHAPOUTOT, à Aigueperse, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 311. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 312. — Méd. expér. reprend. automne prochain contre indemn. mod. client. méd. génér. 30.000 prouvés. pet. ville ou gros bourg Côte d'Azur, vallée du Rhône, région provençale ou méditerr.

No 313. — Dr recomm. ménage chauffeur et femme de chambre, région Sud-Ouest.

No 314. — Coutainville-plage (Manche). A louer, im. plage, centre provisions : 1° maisonnette avec terrain pour 4 pers. septembre 450 fr. ; 2° logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit. 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., juin 250, juillet 360, août 600, sept. 300. S'ad. M. Roche, 7 rue Fenoux, Paris, XVe.

No 315. — A céd., cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf. ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

No 316. — Vve méd. dem. emp. secret. chez doct. ou dent. Ecr. Laborde, 83, rue des Pet.-Champs. Paris.

No 317. — Allier. Rég. Vichyssoise, à louer pour les mois de belle sais. villa vue sup. sur la Sioule, approvis. facile, cuis. salle à manger, trois ch. et dépend. S'ad. Dr Huguet, St-Pourçain-s-Sioule (Allier).

No 318. — Centre. Poste seul proph. sur gr. ligne, près gr. ville, rapp. 70.000. A céd. urg. cond. avant., changem. de situation.

No 319. — Seine-Inf. Sur bords Seine, à prox. Rouen, à céd. excell. poste méd. tenu par le même titulaire depuis 35 ans. Client. facile et payant bien.

No 320. — Jeune homme, excell. référ., cherche place chauff. auto, de préfér. chez méd. S'ad. Dr Daviot, à Domont (S.-et-O.).

No 321. — Poste ch.-lieu cant. 100 km. Paris, seul méd., chiff. aff. 70.000.

No 322. — Granville (Manche) à louer sais. bain. 50 m. plage, centre prov. appart. meublé, 6 p., eau, gaz, électr. w.c., entrée, 80, rue Clémenceau, une entrée particu. 1, rue P. Poirier. S'ad. Dr Lefrançois, 78, rue Clémenceau, à Granville.

No 323. — Dr exerc. dans stat. baln. et climat. prend. pensionn. en toutes saisons, convalesc. et malades. Ecr. Dr Pissot, à Perros-Guirec (C.-du-N.).

No 324. — Seine-Inf. De Dion 10 CV I.E., cond. int. luxe. 2-3 pl., comme neuve, occas. except. Dr Mathieu, Sotteville-les-Rouen.

No 325. — Dame tr. sér., sachant faire histologie (incl., coupe. color.) un peu analyse urines ; brev. élém., dactylo, dés. emploi milieu méd. ou scientif. Réf.

No 326. — Banl. agréab. proxim. Paris, vieille client. rapp. 105.000. A céder pour cause santé. Pavill. très conf. avec dépend. jard. Prix 100.000, dont 70.000 comp. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 327. — Près vallée du Rhône. Client., rapp. 70.000 env., ville riche (écoles supérieures), appart. 7 p., indemn. 22.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas.

Des praticiens surpris de voir leurs clients ne pas retirer des produits au Gomenol tout le bien prévu et même les trouver irritants, en ont trop souvent fait grief au Gomenol, alors que les mécomptes ne sont imputables qu'aux trop fréquentes substitutions dont il est victime.

Bien spécifier le nom exact du produit et toujours y associer le nom Prevet est indispensable :

Oléo-Goménol Prevet (dont les titrages sont : 2 %, 5 %, 10 % et 20 %), Rhino-Gomenol Prevet, Glutinules d'Oléo-Gomenol Prevet, Gomenol Capsules Prevet, Gomenol Sirop Prevet, Gomenovules, etc.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Dr Gouget est le viatique des artérioscléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

AVIS

AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN

Les lecteurs qui désirent recevoir la prochaine édition de l'**AGENDA-MEMENTO** (Edition 1927), sont priés de vouloir bien nous envoyer *de suite* leur souscription, au moyen du bulletin qu'ils trouveront page LIX.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital Saint-Antoine.** — Le vendredi 9 juillet, à 10 h. 1/2, à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, leçon du professeur Bezançon sur : *l'orientation thérapeutique dans la tuberculose.*

— **Paris.** — M. le professeur Roger a été réélu pour trois ans doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Sont nommés prosecteurs : MM. Thalheimer et Bernard.

— **Journées médicales de Paris.** — MM. les professeurs Graham, de Saint-Louis (Missouri) et Putti, (de Bologne) ont accepté de faire des conférences aux Journées médicales de Paris.

— **Lyon.** — Le médaillon à la mémoire du professeur Weill vient d'être inauguré à l'hôpital de la Charité.

— **Nantes.** — M. Favreul, professeur suppléant à l'école de médecine de Nantes, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite école, en remplacement de M. Guilbaud, décédé.

— **Bordeaux.** — *Internat.* — Le concours pour l'internat s'ouvrira le 19 octobre 1926. Le nombre des places d'internes titulaires est fixé à 13 pour l'année 1926-1927.



— Maison départementale de Nanterre. — *Nomination.* — Le docteur Marcel Sénéchal, assistant du service de chirurgie, est nommé chirurgien pour prendre ses fonctions le 1er mai 1926.

Internat. — Par suite de départs anticipés, des places d'interne en médecine et en chirurgie sont vacantes à cet établissement. Peuvent être admis, à titre de suppléants, en attendant le prochain concours, les étudiants en médecine pourvus du 8 inscriptions. (Indemnité : 6.000 fr. par an. Abonnement au chemin de fer, etc., avantages). — S'adresser à M. le Directeur de la Maison de Nanterre.

— Service des Sanatoriums et dispensaires antituberculeux.— *Concours.* — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin chargé du service médical du preventorium de Graye (Calvados), et, éventuellement, pour le service de quelques dispensaires, aura lieu le 28 juillet. Adresser les dossiers au Comité National de Défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris, avant cette date.

— La suette miliaire. — MM. Tessier, Renault et Brumpt ont été désignés par l'Académie de Médecine pour se rendre à Montmorillon où sévit actuellement une épidémie de suette miliaire.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *juin*

Asiles publics d'aliénés.

Le jury du concours des médecins des asiles publics d'aliénés, en 1926, est constitué comme suit :

Président.

M. le docteur Raynier, inspecteur général adjoint des services administratifs.

Membres titulaires.

M. le professeur Lépine, doyen de la faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Calmettes, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne).

M. le docteur Coulonjou, médecin chef de service au quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes (Loire-Inférieure).

M. le docteur Alombert-Goget, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. le docteur Camus, médecin chef de service au quartier d'aliénés de l'hospice de la Salpêtrière (Paris).

Mme le docteur Piquemal, médecin chef de service à l'asile privé d'aliénés de Limoux (Aude).

M. Haye, chef du 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Membres suppléants.

M. le docteur Burle, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

M. le docteur Guiraud, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard (Seine-et-Oise)

Aptitude au service militaire pour le grade d'officier.

Décret du 10 *juin* 1926.

Art. 1er. — La nomination au grade de sous-lieutenant, de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe ne pourra intervenir en faveur des élèves des écoles militaires assurant le recrutement des officiers de carrière, si, à la sortie de ces écoles, ils ne présentent pas les conditions d'aptitude physique définies ci-après :

1° Aptitude au service armé ;

2° Aptitude particulière à l'armée ou au service dans lequel l'officier est appelé à servir.

Toutefois les élèves de l'école polytechnique qui, à défaut de l'aptitude au service armé, présenteraient l'aptitude au service auxiliaire, pourront être nommés sous-lieutenants, en vue de recevoir suivant les nécessités du service une affectation compatilble avec leur aptitude physique.

Art. 2. — Les élèves des écoles militaires assurant le recrutement des officiers de carrière qui, de l'avis du service médical de l'école, ne possèderaient pas le minimum d'aptitude défini à l'article 1er, seront présentés en temps utile devant une commission de réforme. Le ministre statuera sur avis de cette commission.

22 *juin.*

Ecole d'infirmières.

Par arrêté en date du 19 mai 1926, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, a approuvé, conformément aux dispositions du décret du 27 juin 1922, et notamment son article 4 et les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 29 janvier 1926, le règlement de l'école d'infirmières des hospices civils d'Avignon (section infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance), sous réserve que ces deux sections seront inséparables et que des monitrices qualifiées pour l'hygiène sociale de la tuberculose et pour l'hygiène sociale de l'enfance, diplômées d'écoles reconnues administrativement, guideront les élèves dans les stages pratiques et leur donneront la technique sociale.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Sur la mortalité française.

8511. — M. Bovier-Lapierre, député, rappelle à M. le Ministre du Travail que la mortalité française, qui était, en 1923, de 16,9 pour 1.000 habitants, s'est élevée, en 1924, à 17,3 pour 1.000 habitants, et, en 1925, à 18,1 et que les communiqués à la presse ne signalent, pas plus pour l'ensemble de la France que pour la ville de Paris, les raisons de cette augmentation ; demande d'indiquer sommairement dans les communiqués officiels les causes de variations de la mortalité et signale qu'en une seule décade la mortalité de la ville de Paris a atteint 300 décès de plus que la moyenne et qu'aucune cause précise n'en a été donnée. (*Question du 28 mai* 1926.)

Réponse. — La mortalité française, calculée provisoirement par rapport à la population recensée en 1921, a été de 170 pour 10.000 habitants en 1923, 173 en 1924, 181 en 1925. En fait, la population s'étant accrue depuis 1921, les taux réels sont certainement un peu inférieurs aux taux provisoires; en attendant que la connaissance des résultats du recensement de 1926 ait permis de déterminer la population moyenne pour chacune des années de 1921 à 1926, on peut approximativement estimer que les taux de mortalité ci-dessus s'abaisseront à environ 168, 171 et 177 pour 10.000 habitants en 1923, 1924 et 1925. Quelle que soit d'ailleurs la réserve à faire au sujet des taux provisoires, il est évidemment regrettable de constater en 1925 une augmentation de 4,6 p. 100 de la valeur calculée pour 1924. Mais il ne faudrait pas considérer cette variation comme exceptionnelle et anormale. L'abaissement graduel du taux annuel de mortalité ne se fait pas par degrés insensibles toujours dans le même sens, mais par variations alternatives parfois très accentuées. C'est ainsi que le taux de mortalité s'est abaissé de 177 en 1921 à 170 en 1923, pour remonter à 181 en 1925. On trouverait de nombreux exemples d'oscillations encore plus amples dans les années antérieures ; ainsi ce taux est passé de 193 en 1909 à 178 en 1910, 194 en 1911, pour retomber à 175 en 1912 ; de 1910 à 1911, l'écart est de 9 p. 100. En l'absence d'épidémies graves, les variations constatées pour les taux annuels de mortalité résultent généralement des conditions climatériques, dont l'action est surtout marquée sur la mortalité des jeunes enfants et celle des adultes. L'établissement des statistiques détaillées par sexe, par âge et par cause de mort permettra de préciser les conditions de l'augmentation constatée de 1924 à 1925. Actuellement, les résultats établis par trimestre montrent que, par rapport à 1924, il y a eu 14.600 décès de moins pendant le 1er trimestre, 13.000 de plus pendant le second, de sorte que le nombre des décès a été à peu près le même pendant les premiers semestres 1924 et 1925. Mais, en 1925, les 2e et 3e trimestres ont fourni respectivement 11.500 et 19.000 décès de

plus que les périodes correspondantes de 1924. Pour les décès de moins d'un an, dont le nombre s'est élevé de 64.000 en 1924 à 68.000 en 1925, l'augmentation porte, au contraire, sur les quatre trimestres. En ce qui concerne la ville de Paris, en raison de la courte durée de la période d'observation, à laquelle correspond un nombre de décès relativement faible, il n'est pas surprenant d'observer des écarts accidentels assez considérables. Il faut, en outre, tenir compte du fait que la 3e décade des mois de 31 jours compte en réalité 11 jours au lieu de 10. L'augmentation de 300 décès signalée paraît correspondre aux 1.311 décès de la 8e décade (11 au 20 mars 1926) et aux 1.604 décès de la 9e décade 21 au 31 mars. Cette dernière comprenant 11 jours, le nombre de décès ramené à 10 jours est seulement 1.458, c'est-à-dire pas très supérieure à la moyenne décadaire des cinq années antérieures, 1.405. Le bulletin décadaire publié par la statistique municipale de la ville de Paris fait connaître la répartition de ces décès suivant leur cause, d'après le sexe et l'âge des décédés.

(*J. O.*, 16 juin 1926.)

Régime fiscal des associations de Médecins.

7041. — M. Ernest COUTEAUX, député, demande à M. le Ministre des Finances : 1° si les sociétés civiles de personnes sont, en tout état de cause, assujetties à la taxe de 12 p. 100 sur le revenu des capitaux mobiliers et si, notamment, la société civile existant entre deux médecins qui n'ont mis en commun que leurs connaissances et relations, est redevable de ladite taxe, alors que les bénéfices réalisés par une association de ce genre ne semblent pas pouvoir être rangés dans la catégorie des revenus des capitaux mobiliers, les associés n'ayant apporté aucun capital quelconque ; 2° si une association de fait existant entre deux médecins est redevable de la même taxe. (*Question du 10 février 1926.*)

Réponse. — Réponse affirmative sur les deux points.

(*J. O.*, 16 juin 1926.)

Les spécialités recommandées aux sages-femmes ne peuvent être exonérées de l'impôt.

8353. — M. Victor BOREL, député, demande à M. le Ministre des Finances si le texte de loi qui exonère de l'impôt les spécialités pharmaceutiques ne faisant l'objet de publicité qu'auprès des médecins et des pharmaciens ne s'applique également aux produits pharmaceutiques recommandés aux sages-femmes. (*Question du 27 mai 1926.*)

Réponse. — Réponse négative.

(*J. O.*, 16 juin 1926.)

A propos de la grande épidémie du VIe siècle d'après Grégoire de Tours.

Paris, ce 20 juin 1926,

Mon cher Confrère,

M. Paul Noury a bien voulu nous fournir une indication précieuse au sujet du thav hébreu (X) et non du tau grec (T), dont furent marqués les Juifs que devait épargner l'ange exterminateur. Veuillez me permettre de mettre vos imprimeurs sous la sauvegarde de ce thav qui protège.

Parler d'un tau grec à l'occasion de l'épidémie du vi^e siècle paraît, en effet, à M. Noury « *une erreur, coquille d'imprimerie, lapsus de l'auteur ou de Grégoire de Tours lui-même.* » Ce n'est pas une coquille ; ce n'est pas un lapsus ; peut-être n'est-ce pas non plus une erreur.

Voici le texte de Grégoire de Tours, publié par MM. H. Omont, G. Collon et R. Poupardin (p. 111, lig. 31 et ss. de l'édition de 1913) : « *Tunc etiam in subita contemplatione parietes vel domorum vel ecclesiarum signari videbantur, unde* a rusticis *hic scriptos* Tau *vocabatur.* » Ainsi la faute, si faute il y a, n'est pas même à Grégoire de Tours, sed rusticis. Cependant, elle pèserait aussi sur M. Henri Bordier, traducteur de Saint-Grégoire, à qui convient mal le qualificatif de rusticus. Dans sa traduction de 1859 (t. I, p. 150), il met en note : « *C'est le nom du T grec, qui représente assez bien une croix.* »

Je n'osai, dans mon article, rien changer aux textes *modernes*, ignorant au surplus quel signe fut exactement celui que virent les contemporains de Grégoire.

Mais, en ce qui regarde les Juifs d'Ezéchiel, j'en crois volontiers M. Noury parce qu'ils écrivirent, à coup sûr, en caractères hébraïques plutôt qu'en caractères grecs et aussi parce que les Hébreux de la Bible ne pouvaient faire une marque protectrice du signe rédempteur du Nouveau Testament.

Il en devait être autrement pour un évêque chrétien et je ne pense pas qu'on puisse lui faire grief d'avoir préféré le T semblable à la croix au X des Prophètes.

Albert Garrigues.

FAITS CLINIQUES

I

Du permanganate dans certaines diarrhées à renvois sulfureux.

J'ai depuis longtemps l'habitude, surtout pendant l'été, de laver fruits et légumes dans de l'eau permanganatée. A cela, aucun inconvé-

Voir la suite page LV-1817

PROPOS DU JOUR

Les étudiants en médecine à travers les âges

L'Administration de la Bibliothèque Sainte-Geneviève a pris l'heureuse initiative d'expositions historiques et archéologiques locales.

Nous avons pu admirer naguère dans les salles du rez-de-chaussée de la Bibliothèque une admirable collection de portraits, gravures, tableaux, livres et autres documents ayant trait au jansénisme dont l'histoire avec Port-Royal, Saint-Médard et le Diacre Pâris, est bien un des chapitres les plus passionnants des Annales de la Montagne Sainte-Geneviève et de ses abords immédiats. Tout dernièrement, les conservateurs de la Bibliothèque ont réuni un grand nombre d'intéressants documents sur l'ancien Quartier Universitaire, notre vieux Quartier latin, et sur la vie des Etudiants à travers les âges. Nous n'énumérerons pas les documents exposés, notre ami Vimont, grand érudit qui jouit d'une autorité méritée en matière d'histoire de Paris, a décrit cette exposition dans notre numéro 22 du 30 mai 1926 (page 1478) bien mieux que nous ne saurions le faire. Mais les organisateurs de l'exposition ont eu l'excellente idée de faire faire par des hommes de compétence indiscutée une série de causeries ; c'est ce qui nous a valu le régal d'une conférence de Cabanès.

Devant un public très nombreux, le savant maître en Médecine dans l'Histoire a déroulé, devant nous, un film prestigieux de la vie des Etudiants en médecine à travers les âges.

***

Cabanès est remonté à Charlemagne. Mais nous devons avouer qu'à cette époque reculée, les documents sur l'enseignement de la médecine ne sont ni très nombreux, ni très précis. Que quelques-uns des clercs qui entouraient l'Empereur Carolingien se soient intéressés à la pratique de notre art, cela ne paraît pas douteux, et c'était bien naturel. Mais l'Empereur franc ne recommanda guère qu'à la fin de sa vie l'étude de la médecine, et l'on ne sait guère si l'on suivit ses conseils.

Pendant longtemps, la médecine ne fut étudiée que dans les Monastères. Dans chaque établissement, un moine s'occupait de soigner les malades, et augmentait du fruit de son expérience les notions que pouvait lui fournir la lecture de vieux manuscrits. Certains, comme Gerbert qui devint pape (Sylvestre II), et Fulbert qui fut évêque de Chartres au Xe siècle, acquirent en médecine une certaine réputation, mais l'on ne sait rien ou peu sur leurs disciples. Au XIe siècle, Saint-Bénigne, Marmoutiers, Jumièges et d'autres abbayes devinrent des foyers d'enseignement médical.

Au XIIe siècle, le chanoine Obizon, médecin de Louis le Gros, et Hugues de Saint-Victor eurent la réputation de savants médecins et il est fort probable qu'à l'abbaye de Saint-Victor fut enseignée la médecine. A ce siècle fleurit dans tout son éclat la fameuse Ecole de Salerne, qui, fréquentée par de nombreux étudiants étrangers, contribua au développement de nouvelles écoles comme celles de Bologne et de Montpellier.

Sous la protection des Comtes et des Evêques, l'Ecole de Montpellier prospéra. Elle dut vraisemblablement son origine et sa première réputation à des médecins juifs qui y firent connaître, dès le XIe siècle, les préceptes des Grecs et des Arabes.

A Paris, la Faculté de médecine prit naissance avec l'Université au cloître de Notre-Dame, et peu à peu, Maîtres et Etudiants émigrèrent sur la rive gauche pour échapper à la rude autorité du Chancelier de Notre-Dame. Ils fondèrent une Confrérie, corporation religieuse qui prit le nom d'Université des Maîtres et des Ecoliers, à la fin du XIIe siècle.

L'Université obtint des privilèges pour ses membres, d'abord du Roi Philippe-Auguste qui, par l'ordonnance de Béthisy, en 1200, libéra Maîtres et Etudiants de l'autorité de son Prévôt et, comme clercs, les laissa relever de la seule justice ecclésiastique.

Puis le Pape, par la Bulle de 1215, donna à l'Université son autonomie et la débarrassa en partie des tracasseries disciplinaires de l'Evêché.

La vie des Etudiants au Moyen-Age était le plus souvent assez misérable. La Faculté de Théologie était installée dans les vieilles masures

de la Sorbonne, celle de Droit ou Décret au Clos Bruneau, celle des Arts qui comptait primitivement les médecins, rue du Fouarre. Les cours se faisaient le plus souvent dans des maisons sordides, chez les Maîtres eux-mêmes qui, seuls, étaient assis sur leur chaire (cathedra), tandis que par humilité ou pauvreté, les élèves étaient demi-couchés sur des bottes de foin ou de paille (de fouarre comme l'on disait alors).

Les examens se passaient chez le Doyen ou chez un Maître. Ce ne fut que le 24 mai 1469 que la Faculté de médecine, se séparant de celle des Arts, put acheter une petite maison au coin de la rue des Rats et de la rue de la Bûcherie. Cette maison, accrue des bâtiments voisins, fut transformée en Ecoles. Ces Ecoles sont devenues actuellement la Maison des Etudiants après bien des avatars.

Pour tenir leurs séances solennelles, les médecins empruntaient au Couvent des Mathurins une salle de son Chapitre, ou bien se réunissaient autour des grands bénitiers de Notre-Dame.

La Faculté était fort pauvre et les étudiants souvent miséreux devaient cependant payer leurs Maîtres. Ils vivaient avec eux dans une grande intimité, se groupaient par nations, louaient des chambres chez les habitants du quartier ou faisaient partie d'un collège.

Quelques-uns étaient riches et prenaient à leur service des étudiants pauvres. Certains mendiaient pour vivre. Les uns faisaient le métier de copiste, d'autres balayaient les salles de cours ou remplissaient les fonctions de domestique dans un collège. Tous étaient clercs, ils portaient la tonsure et étaient voués au célibat.

Ce ne fut qu'en 1452 que le Cardinal d'Estouteville, chargé de réformer l'Université de Paris, laïcisa les médecins qui restèrent néanmoins attachés à l'Université, mais eurent désormais le droit de se marier.

Pour entrer à la Faculté de Médecine, il fallait être Maître ès Arts, puis, après trente-deux mois d'études, l'on briguait le titre de bachelier qui donnait le droit, après avoir prêté serment, de devenir en quelque sorte répétiteur des nouveaux étudiants. Attaché à un docteur, le bachelier l'accompagnait quand il visitait ses malades.

Au bout de deux ans, après des examens qui duraient huit jours, le bachelier devenait licencié, c'est-à-dire qu'il obtenait la licence d'enseigner et d'exercer la médecine. On devenait docteur quelques mois après la licence et docteur régent après avoir présidé la soutenance de la thèse d'un nouveau docteur. Tous ces grades donnaient lieu à des cérémonies pompeuses que dirigeait le doyen, chef élu de la Faculté, escorté des bedeaux porteurs de masses, et suivi des docteurs, des licenciés, des bacheliers, tous en robe. Le chancelier de Notre-Dame conférait solennellement les grades.

Les doyens, primitivement élus par les étudiants du moins dans quelques universités, ne le furent plus tard que par les docteurs.

Cabanès fit le récit pittoresque des distractions, parfois d'assez mauvais goût des étudiants du Moyen-Age et du XVI[e] siècle. Il décrivit la rivalité entre étudiants en droit et en médecine, se traduisant par des représentations satiriques où les uns et les autres se tournaient en ridicule. Ces plaisanteries mal acceptées faillirent même une fois se terminer par une bataille à main armée.

Rabelais nous a laissé la description d'une représentation burlesque, organisée à Montpellier par les étudiants en médecine.

L'enseignement de l'anatomie était alors fort difficile. Les étudiants studieux, manquant de cadavres, étaient réduits à opérer des rapts de corps à main armée dans les cimetières et Cabanès a rapporté d'après Plater, médecin de Bâle, qui fit ses études à Montpellier, le récit de certaines de ces expéditions macabres.

A Paris, l'enseignement de l'anatomie fut organisé au XVII[e] siècle par Riolan dans un premier amphithéâtre, construit dans les Ecoles de la rue de la Bûcherie, qui fut reconstruit en 1742 et inauguré par Winslow dont il conserva le nom.

Au XVII[e] siècle, il fallait être riche pour faire ses études médicales, car chaque examen s'accompagnait de payements de droits, de cadeaux au doyen, aux examinateurs, aux bedeaux, cadeaux consistant en argent, en vêtements, en gants, en pastilles, d'où le nom de pastillaires donné aux examens de bachelier, en banquets coûteux donnés à la Faculté et aux chanoines de Notre-Dame. Plus tard, ces agapes furent remplacées par le payement d'une somme d'argent et devinrent facultatives.

Les étudiants pauvres pouvaient cependant obtenir de ne payer que plus tard les droits et certains, comme Gui Patin, qui fut correcteur d'imprimerie, devaient travailler à un métier pour pouvoir faire leurs études.

Pour obtenir le doctorat, il fallait soutenir trois thèses. Les thèses portaient les noms de cardinales, parce qu'elles avaient été instituées par le Cardinal d'Estouteville, de quodlibétaires, et la dernière était la vespérie.

Elles étaient imprimées, illustrées d'une gra-

vure en frontispice et souvent placées sous l'invocation d'un haut personnage. Certaines étaient luxueusement gravées. Les sujets étaient des plus variés, parfois singuliers.

Une fois les thèses passées, le nouveau docteur, après avoir prêté serment, recevait solennellement du doyen le bonnet de docteur et l'accolade, dans une cérémonie assez semblable à celle du *Malade imaginaire* de Molière. Il devenait docteur régent lorsqu'il avait lui-même présidé à la soutenance d'une thèse.

La vie privée de l'étudiant en médecine était sensiblement la même qu'à notre époque. Il logeait chez l'habitant et parfois se laissait aller aux liaisons dangereuses. Gui Patin dans ses Lettres, raconte le souci que lui donna le fils d'un de ses confrères et amis, Belin, de Troyes, dont il avait accepté d'être correspondant. Ce jeune homme avait élu domicile chez une blanchisseuse de la rue de la Harpe et, sur les conseils du célèbre doyen, son père se hâta de le rappeler à Troyes.

La Révolution supprima, en 1792, les Corporations et avec elles l'Université et la Faculté. Mais la nécessité d'avoir des officiers de santé pour les armées obligea dès 1794 la Convention à créer trois Ecoles de Santé : Paris, Montpellier et Strasbourg (2 frimaire an III) qui, en 1808, furent transformées en Facultés au sein de l'Université impériale. L'exercice de la médecine avait été réglementé par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1808) qui resta en vigueur jusqu'en 1892.

Les étudiants du début du XIXe siècle n'étaient généralement pas aisés. Les uns gagnaient leur vie en remplissant les fonctions de surveillant dans des collèges ou même des emplois moins distingués tels que celui de premier garçon chez les coiffeurs, où on leur donnait le titre de major.

Cabanès a évoqué le vieux quartier latin avec ses restaurants dont certains, comme Flicoteaux, eurent leur période de célébrité, avec ses bals : le Prado, la Closerie des Lilas, la Chaumière. Il montra, dans de nombreuses projections, les scènes intimes de la vie de l'Etudiants avec les lorettes et les grisettes, que Gavarni a crayonnées de si pittoresque façon. C'était l'époque de nos pères. Que les temps sont changés ! Déjà, il y a 40 ans, le quartier latin était méconnaissable et quelle différence entre la vie et la tenue de l'étudiant d'aujourd'hui et celles de l'étudiant du milieu du siècle dernier. Mais au fond, ces différences sont plus apparentes que réelles et, encore de nos jours, la jeunesse studieuse, surtout celle de l'Ecole de Médecine, se trouve en butte aux mêmes difficultés matérielles qu'autrefois.

Les auditeurs, qui comptaient de nombreux étudiants, ont, par des applaudissements répétés et prolongés, remercié Cabanès de sa très intéressante conférence.

Il est bon d'évoquer le passé. L'étude de l'histoire d'une profession est toujours passionnante et utile pour ceux du moins qui aiment celle qu'ils ont librement choisie. Cette étude permet de mieux saisir la nécessité des transformations sociales, de mieux apprécier les progrès réalisés et de se rendre plus exactement compte de la possibilité de ceux que l'on projette et que l'on voudrait voir prochainement aboutir.

J. Noir.

La VIe Session des Journées médicales de Bruxelles s'est ouverte samedi dernier par une séance inaugurale qui s'est tenue à Bruxelles, au Palais des Académies, et terminée à Louvain, mercredi soir.

Elle a brillé d'un incomparable éclat, et laissera dans le cœur et l'esprit de tous ceux qui y prirent part, — et j'eus le grand honneur d'en être —, d'inoubliables souvenirs.

J'en rendrai compte avec joie dans huit jours.

G. Duchesne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'AVORTEMENT

Par Henri VIGNES.

Définition. — L'interruption prématurée de la gestation est désignée sous le nom d'avortement tant que le produit de la conception n'est pas viable ; plus tard, on parle d'accouchement prématuré (1).

Mais il ne faut pas nous enfermer dans une définition trop stricte du mot avortement ; en effet, de nombreux faits connexes, stérilité, accouchement prématuré, mortinatalité et même mortalité du nouveau-né forment avec l'avortement une série homogène. Il serait donc artificiel de vouloir envisager les causes de l'avortement sans les rapprocher des causes de ces autres faits.

Pour exemple, prenons l'intoxication saturnine d'après les travaux de C. Paul (2), de Balland (3), de Frongea :

1° si une femme présente des signes d'intoxication saturnine et qu'elle devient enceinte, il est très fréquent (65 %) qu'elle avorte ;

2° si cette femme échappe à l'avortement, il est fréquent (8 %) que l'enfant naisse mort ;

3° si les enfants naissent vivants de cette mère saturnine, ils sont très exposés à mourir au cours de la première année (40 %) ;

4° enfin il est très vraisemblable que l'intoxication saturnine soit une cause de stérilité.

Ainsi, dans ce cas, avortement, mortinatalité, stérilité, mortalité infantile, apparaissent comme des manifestations diverses d'une même cause, se produisant à des dates différentes, sans d'ailleurs que nous comprenions le déterminisme de ces éventualités.

Clinique. — L'avortement peut se faire en un temps (expulsion d'un œuf complet en bloc) ou en deux temps (expulsion du fœtus, puis du placenta).

On pourrait aussi décrire un avortement en 3 temps : expulsion du fœtus, du placenta, et 1, 2, 3 ou 4 jours après, de toute la caduque utérine (1) se détachant en bloc et expulsée sous forme d'un doigt de gant.

On enseigne parfois que l'avortement en un temps est toujours spontané, et l'avortement en deux temps toujours criminel. Cette notion est loin d'être exacte.

Chez les femmes qui avortent spontanément, l'expulsion du fœtus peut être provoquée par deux mécanismes différents : tantôt l'utérus se contracte et chasse le produit de conception encore vivant (2) ; tantôt le fœtus succombe d'abord, et l'œuf, ne se développant plus, est expulsé au bout d'un certain temps.

Le fœtus mort peut subir diverses transformations :

1° dans les deux premiers mois, il peut se désagréger et se dissoudre en totalité ou en partie ; on ne trouve plus alors dans un œuf racorni qu'un petit noyau blanchâtre ratatiné, suspendu à un petit bout de cordon filiforme ; d'autres fois même, l'embryon peut disparaître complètement donnant un œuf clair ;

2° du 3e au 5e mois, le cadavre fœtal se momifie ;

(1) L'appréciation de la viabilité est d'ailleurs difficile dans bien des cas concrets. D'autre part, au point de vue scientifique, ce caractère constitue un critérium peu satisfaisant, puisqu'il n'a aucun rapport avec le déterminisme et le mécanisme du phénomène étudié.

Réserver le terme d'avortement à l'expulsion d'un embryon (c'est-à-dire d'un produit en période d'organogénèse) et celui d'accouchement prématuré à l'expulsion d'un fœtus (c'est-à-dire d'un produit en voie de croissance) serait plus logique, mais ne serait pas satisfaisant au point de vue pratique, car les interruptions qui se produisent à deux mois et demi, la genèse des organes étant terminée, ressemblent beaucoup plus par leur mécanisme et leurs causes habituelles aux interruptions qui se produisent à un mois et demi qu'ils ne ressemblent à un accouchement prématuré au septième mois.

(2) C. PAUL. — *C.R. de la Société de biologie*, 1861, tome III.

(3) *Thèse* de Paris, 1896.

(1) Il est infiniment intéressant, pour éclairer l'étiologie et la pathogénie de l'avortement, d'étudier histologiquement la caduque, ainsi expulsée dans ces cas. D'ailleurs, dans tous les autres cas où l'on peut recueillir les débris ovulaires, l'étude de la caduque a une importance primordiale, habituellement plus grande que celle des autres membranes.

(2) La statistique de Pinard rapportée dans la thèse de Brion indique que, 235 fois, le produit de conception était vivant et, 199 fois, mort.

3° à partir du 5e mois, les tissus fœtaux s'imbibent (macération).

Quand le fœtus meurt le premier, il arrive que la vitalité du placenta persiste pendant quelque temps ; l'avortement ne se produit qu'après la dégénérescence presque totale de la surface placentaire. Si cette dégénérescence s'effectue lentement, l'œuf est retenu un certain temps dans la cavité utérine. Cette dernière éventualité apparaît comme assez fréquente, quand on étudie minutieusement les cas d'avortements, car pas mal d'entre eux ne sont que l'expulsion retardée d'un embryon mort depuis plusieurs semaines.

Nous avons dit plus haut que, dans les premiers mois, l'embryon retenu dans la cavité utérine pouvait se dissoudre.

Cette dissolution peut-elle s'étendre à l'œuf tout entier ?

Il n'est pas rare en effet d'observer le cas suivant : une femme a un retard de règles, des signes de gestation, quelquefois constatés par le médecin ; puis un beau jour, un, deux ou trois mois après, les règles reviennent normalement, le rythme de la menstruation recommence, et si l'on examine les pertes de cette femme, on ne constate pas microscopiquement la présence d'un œuf même altéré.

Disons-nous cependant qu'il y a eu fausse couche ? Ou bien faut-il admettre que le diagnostic de gestation était erroné et qu'il s'agissait d'une aménorrhée par insuffisance ovarienne, d'une fausse grossesse ? Ne peut-on supposer plutôt que la gestation existait réellement, mais que l'œuf fécondé, mort, s'est dissous complètement ?

On sait que, dans les cas d'œufs clairs, la dissolution de l'embryon s'effectue par autolyse : les tissus placentaires et fœtaux contiennent des ferments qui dédoublent les albumines et peuvent par conséquent amener la destruction des éléments anatomiques. Dans certains cas, le chorion villeux est atrophié et en pleine dégénérescence fibrineuse. La cavité amniotique est revenue sur elle-même, elle ne contient plus qu'une petite quantité de liquide épais et trouble. Parfois même, le liquide a complètement disparu et l'amnios n'est plus représenté que par une cavité virtuelle. On conçoit qu'à un degré de plus de cette dissolution, l'œuf entier puisse disparaître sans laisser de traces et que l'avortement passe inaperçu.

L'avortement passé inaperçu peut s'observer dans un autre cas. Assez souvent, le médecin est consulté par des jeunes femmes qui se plaignent de stérilité. Il les interroge sur l'état de leur menstruation, et il apprend qu'elles sont régulièrement réglées, mais que parfois, au lieu d'avoir leurs règles au bout de 28 jours comme d'habitude, elles les ont au bout de 30, 35 jours. Ces règles un peu retardées sont douloureuses, accompagnées de caillots. Il y a bien des chances pour que ces règles-là constituent un avortement du premier mois passant inaperçu. Il est possible même que l'avortement en question se produise à la date régulière des règles, le 28e jour par exemple. La perte sanguine est généralement alors plus prolongée que dans la menstruation normale et dure 6, 7 et 8 jours. Si on recueille les produits expulsés au cours de cet avortement précoce, on peut identifier, comme l'a fait Wallich (1), des fragments de caduque, des débris ovulaires. La muqueuse utérine offre au microscope une infiltration sanguine parfois très accentuée et des réactions déciduales variables.

Fréquence. — L'avortement est une éventualité fréquente dans l'espèce humaine, mais lorsqu'on veut préciser cette fréquence, on éprouve quelque étonnement en présence des chiffres discordants fournis par les diverses statistiques : certains auteurs vont jusqu'à dire que l'avortement serait plus fréquent que l'accouchement, d'autres au contraire le considèrent comme plus rare.

Pour se faire une opinion sur ce point, il est difficile d'utiliser les statistiques hospitalières ou démographiques.

Voyons ce que valent les statistiques particulières. Mattei, sur 300 observations de sa clientèle privée d'accoucheur, trouvait 18 avortements et 26 accouchements prématurés, soit 6 avortements sur 100 gestations. Adair, chez 1095 femmes ayant eu 2.733 gestations, a observé 35 interruptions soit une proportion d'avortements de 1,25 sur 100 gestations. Malins arrive à 19,23 % et De Lee à 24 % dans sa clientèle.

Ne multiplions pas davantage cette énumération de statistiques ; mais essayons de comprendre ce que valent tous ces chiffres ?

A ce point de vue, il faut se rappeler qu'il est parfois difficile de savoir si une femme a eu un avortement : une métrorrhagie après un retard est d'appréciation difficile, comme il est difficile de dire, sans examen histologique, si un produit expulsé est un œuf ou un moule de dysménorrhée membraneuse.

Il faut ensuite tenir compte de ce que certaines statistiques sont grossies artificiellement par un grand nombre d'avortements criminels, alors que d'autres en contiennent peu : tel pays, telle ville, sous l'influence de certaines circonstances économiques, morales et administratives aura, pour un temps ou de façon habituelle, un plus grand nombre d'avortements que le pays ou la

(1) Wallich. — De l'avortement précoce. *Annales de la Société obst. de France*, 10-13 octobre 1912.

ville voisine ; d'autre part, les chiffres varient suivant le médecin et sa clientèle : tel médecin répandu dans un milieu libertin et modernisant, observera plus d'avortements qu'un médecin évoluant dans un milieu austère.

Il serait préférable, pour arriver à se faire une opinion sur la fréquence de l'avortement, de prendre comme matériel de statistique des familles dont on connaît aussi exactement que possible la psychologie et d'y relever la proportion d'avortements par rapport aux accouchements (1).

C'est ce que j'ai essayé de faire en vue d'un rapport présenté à la Société de Pathologie comparée. En collaboration avec mon interne Barbaro, j'ai dépouillé les observations d'une série continue de mes clientes obstétricales et je suis arrivé aux chiffres suivants, qui ne sont pas une réponse à la question posée, mais qui permettent pourtant de se faire une opinion, en ce qui concerne les primipares.

Sur 501 femmes venues me consulter pour une raison obstétricale, qui, donc, étaient aptes à la fonction de reproduction, j'ai relevé :

404 femmes ayant eu leur premier enfant assez rapidement après le mariage ;

67 femmes ayant commencé leur vie conjugale par un avortement non provoqué ;

30 femmes ayant commencé par une période de plus ou moins longue de stérilité involontaire (2).

Il ressort de ceci qu'il se produit un nombre assez important d'avortements spontanés (13,5 p. %) avant le premier accouchement à terme. Cependant ce nombre est un peu élevé, peut-être, parce qu'un spécialiste, en plus du déchet de sa clientèle propre, voit un certain nombre de femmes qui, éprouvées par un premier avortement, se sont, par crainte de récidive, adressées à lui plutôt qu'à leur sage-femme ou à leur médecin habituel.

Tout ceci montre assez quelle est la difficulté d'estimer, d'une façon précise, la proportion des avortements.

Il nous faut avant d'aller plus loin rapprocher de ces chiffres, relevés dans l'espèce humaine, ceux que Malins a noté dans une espèce domestique : pour 3.710 poulains nés vivants, il y a eu 131 avortements, soit 3,8 % (3). La différence, entre ce taux et le taux de l'espèce humaine, nous semble devoir, en principe, être attribuée aux facteurs suivants qui interviennent dans l'espèce humaine : 1° avortement criminel, 2° conditions anti-naturelles liées à l'état de civilisation ; 3° conséquences des pratiques sexuelles.

Signalons enfin la fréquence relative suivant l'époque de la gestation. Brion, élève de Pinard, arrive aux chiffres suivants : du premier au deuxième mois, 3 ; du deuxième au troisième, 33 ; troisième, 73 ; quatrième, 88 ; cinquième, 131 ; sixième, 202. Ces chiffres ne traduisent, sans doute, pas la vérité complète : il est probable que ceux du début sont moins importants que dans la réalité, la proportion des avortées qui se décident à aller à l'hôpital devant croître au fur et à mesure que les conditions se rapprochent davantage de celles d'un accouchement à terme.

La statistique de Brion confirme l'opinion de Mme Lachapelle qui donnait le 6e mois comme l'époque la plus fréquente de l'avortement. Au contraire, pour Jacquemier, Depaul et Charpentier, l'avortement serait plus fréquent pendant le 2e et le 3e mois. Pour Seitz, l'époque de beaucoup la plus fréquente serait le 3e mois, puis le 2e, puis le 5e.

Comment se pose le problème étiologique ? Trop souvent, dans la recherche des causes qui président aux avortements, nous sommes un peu monomanes ; tel d'entre nous croit toujours à une provocation criminelle et tel autre voit partout la syphilis.

Les avortements criminels constituent un groupe extrêmement important, ainsi que nous le verrons dans un article ultérieur. Il est probable que, dans certains milieux, ils constituent même le groupe le plus important. Il n'en est pas moins vrai qu'il ne faut pas étendre démesurément leur domaine et surtout qu'il est absolument antiscientifique de leur rattacher, comme le font certains, tous les avortements de cause inconnue ou méconnue.

L'interruption prématurée de la gestation, due à la syphilis, constitue un groupe de faits dont le total n'est pas négligeable. Mais ici une discrimination s'impose d'emblée. C'est à savoir que la syphilis interrompt la gestation souvent dans le dernier trimestre, moins dans le second et beaucoup plus rarement dans le premier.

C'est donc une erreur que font certains lorsqu'ils disent : « Cette femme a eu beaucoup d'avortements spontanés, donc elle est syphilitique. »

Je sais bien que les miracles de traitement antisyphilitique, dans quelques avortements habituels, donnent beau jeu pour généraliser le rôle de la syphilis. Mais le plus bel enthousiasme

---

(1) Dans cet ordre d'idées, rappelons une observation récente de LAURENTIE, professeur à la Faculté catholique de Beyrouth : une femme eut de 13 ans à 50 ans, 36 gestations et fit sur le nombre 12 avortements.

(2) De cette statistique, j'ai éliminé, naturellement, les femmes qui ont commencé par un avortement criminel.

(3) Some aspects of the economic and of the antenatal waste of life in nature and civilisation. *Journ. of obst. and gyn. of the British Empire*, 1903, fasc. 3.

du monde ne peut remplacer une statistique bien établie, ni infirmer ce fait que le produit de la conception est rarement contaminé avant le quatrième mois lunaire (1) et cet autre fait que l'existence d'une endométrite syphilitique semble une rareté.

Il y a bien d'autres causes d'avortement et les cas qui en relèvent forment un ensemble considérable. Bien des avortements relèvent de maladies gynécologiques de la muqueuse ou de maladies de l'œuf ou encore de maladies du produit de la conception ; il y a une pathologie de l'embryon, et une pathologie du fœtus dont le domaine est immense et dont nous connaissons une bien faible partie, malgré le labeur admirable d'un Ballantyne ou d'un Mall, et, parmi les vivants, d'un Durante ou d'un Streeter.

Et puis il faut reconnaître qu'il y a bien des avortements dont la cause nous échappe. Par exemple, Brion (2), sur 530 avortements suivis dans le service de Pinard, relève une cause nette dans 163 cas et une cause inconnue dans 367 (1) ; de même, Arthur William Meyer (2) trouve 463 cas de cause inconnue sur 697 cas étudiés par lui.

Est-ce à dire que le qualificatif : *cause inconnue* se réfère à un *non possumus*. Je ne le crois pas. En présence de tout avortement, il faut faire une enquête minutieuse sur les circonstances de l'avortement et sur cet ensemble biologique qu'est le tempérament de la femme ; et puis, il faut compléter ces examens par les méthodes sérologique, biochimique et anatomo-pathologique. Cette dernière, beaucoup trop négligée, m'a très souvent donné des renseignements précieux : nous n'avons pas fait tout notre devoir, si nous n'avons pas procédé à un examen microscopique des débris recueillis lors d'une fausse couche.

Toutes ces causes, si multiples, d'avortement, nous allons essayer de les étudier dans une série d'articles ultérieurs.

(1) Je vois souvent, à mon cabinet, des personnes qui ont eu des avortements répétés, à qui on a proposé pour toute panacée un traitement antisyphilitique et qui ont suivi ce traitement pendant une ou deux gestations sans autre succès que d'avoir un nouvel avortement ou une mort fœtale ; d'autre part, je suis frappé de ce que, sur ce nombre, il y a beaucoup de femmes appartenant à la clientèle habituelle des hôpitaux, et venant me demander une consultation parce que, dans les hôpitaux où elles ont été consulter auparavant, on leur a parlé de syphilis et rien que de syphilis.

(2) Etude critique sur 530 cas d'avortements. *Thèse de Paris*, 1893.

(1) La cause connue était l'insertion vicieuse du placenta dans 64 cas, la syphilis dans 52, l'albuminurie dans 27, l'hydramnios dans 13, les malformations utérines dans 7.

(2) Frequence and cause of abortion. *Amer. journ. of obst.*, août 1921, p. 138.

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'Hypospadias,

M. J. P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Il y a quelques jours, lorsque je vous rapportais cette observation à la fois si curieuse et si instructive d'hypospadias périnéal ayant causé une erreur complète de sexe, observation que vous avez encore tous certainement présente à la mémoire, je vous disais que mon intention était de laisser systématiquement de côté tout ce qui avait trait à la malformation uro-génitale elle-même, me réservant d'y revenir ultérieurement dans un étude particulière. Cette étude, je vais m'y consacrer aujourd'hui en m'appuyant sur les deux cas d'hypospadias que vous avez pu suivre successivement dans notre service puisqu'à l'hypospade périnéal qu'était Jeanne B. est venu s'ajouter le malade, qui à l'heure actuelle est encore couché au numéro 13 de notre salle St-Pierre et qui présente lui aussi la même affection, mais à un degré bien moins accusé, il est vrai, puisque chez lui, seule la portion balanique de l'urètre a été frappée d'un arrêt de développement, alors que chez Jeanne B. les organes génito-urinaires ont été lésés dans leur totalité.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire que je revienne aujourd'hui bien longuement sur cette dernière malade, au sujet de laquelle je me suis déjà considérablement étendu dans une leçon précédente ; aussi ai-je l'intention de me borner à vous rappeler seulement ce que je considèrerai comme tout à fait nécessaire pour la bonne compréhension du sujet.

Jeanne B. hospitalisée le 19 septembre, au n° 14 de la salle Ste-Marthe, a été considérée jusqu'au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu comme appartenant au sexe féminin, et seule l'exploration de ses organes génitaux externes, rendue nécessaire par l'apparition subite d'une tumeur douloureuse au niveau de ce qui était considéré par la malade comme étant sa

grande lèvre droite, permit de reconnaître l'erreur de sexe qui avait été commise jusqu'à ce moment-là. En effet, les cuisses étant bien séparées l'une de l'autre et à demi fléchies, on constatait, après avoir écarté en les relevant les pseudo-grandes lèvres, que les petites lèvres manquaient complètement et que sous un capuchon assez exubérant, se trouvait un tout petit organe génital, à tête aplatie, gros comme la pulpe de l'auriculaire.

A la base de cet organe, on n'observait pas de méat urinaire, mais on remarquait la présence de deux petits replis cutanés à disposition longitudinale qui conduisaient vers un orifice situé bien au centre du périnée, mesurant environ un centimètre et demi de diamètre, et dont les bords paraissaient nettement déprimés. Cet orifice, d'aspect vulviforme, n'était autre chose que l'abouchement superficiel du canal de l'urètre, ainsi que le prouva le cathétérisme que je pratiquai quelques instants plus tard.

Ces constatations, jointes à celles que me fournirent, d'abord le toucher rectal, et ultérieurement l'exploration directe de l'abdomen que je pratiquai au cours de l'intervention que Jeanne B. dut subir, et sur laquelle je n'insiste pas, me permirent de reconnaître que je me trouvais en présence d'un cas d'hypospadias périnéal, avec verge rudimentaire, traces de gouttière urétrale et scrotum bifide, l'urètre n'étant représenté que par un segment postérieur membrano-prostatique. Il y avait en outre une ectopie testiculaire double, qui avait duré pendant dix-huit ans, puisqu'il n'y avait que quelques jours que le testicule droit avait commencé à effectuer sa migration, compliquée, comme vous le savez, par des accidents de torsion, alors que le testicule gauche se trouvait encore dans la cavité abdominale, en dedans de l'anneau inguinal interne, qu'il ne paraissait pas disposé à franchir.

Ce cas représente bien assurément le degré le plus accusé de l'hypospadias que l'on puisse rencontrer, et il n'est pas du tout surprenant qu'au moment de la naissance, on ait cru se trouver en présence d'un enfant appartenant au sexe féminin. J'ajouterai encore qu'étant donné l'état tout à fait rudimentaire dans lequel se trouvent les organes génitaux externes de Jeanne B. et qui est dû à la précocité à laquelle s'est effectuée l'arrêt du développement cause de la malformation, il ne me paraît pas qu'il y ait quelque chose à tenter au point de vue chirurgical. On pourrait peut-être, à la rigueur, bien qu'au prix de grandes difficultés, arriver à reconstituer l'urètre, mais il est permis de se demander jusqu'à quel point cette restauration offrirait une utilité quelconque, étant donné qu'il est tout à fait impossible de tenter de créer un véritable pénis, digne de ce nom et capable de jouer le rôle qui lui revient. Mieux vaut donc laisser les choses en l'état où elles sont, et ne pas faire courir à Jeanne B. des souffrances complètement inutiles, puisque nous sommes incapables de lui restituer tous les attributs du sexe auquel elle appartient.

En ce qui concerne notre second malade, je vous dirai qu'il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, en excellent état de santé apparente, robuste et paraissant bien constitué, qui s'est rendu compte, qu'au point de vue urinaire, il ne ressemblait pas tout à fait à ses camarades, étant donné que l'ouverture de son canal urétral était situé près d'un centimètre au-dessous du point qu'elle aurait dû occuper normalement. Très préoccupé de ce qu'il avait été à même de constater, il est venu à notre consultation nous demander si cette disposition vicieuse ne pouvait pas entraîner ultérieurement pour lui quelques inconvénients. Je me suis fait un devoir de ne pas les lui cacher, et je lui ai conseillé une petite intervention qui permettrait de remédier à la défectuosité de son appareil urinaire, et le mettrait désormais à l'abri de toute espèce de troubles futurs, ce qu'il a accepté sans hésitation.

Voici quelles sont les lésions que vous avez pu remarquer en l'examinant : la verge se présentait bien à première vue avec des dimensions normales, mais le gland était légèrement étalé et aplati, et l'orifice de l'urètre, considérablement atrésié, car il permettait tout au plus l'introduction d'une bougie n° 5, au lieu de se trouver à l'extrémité de ce gland, s'ouvrait à sa face inférieure, environ à un millimètre au-dessus du point correspondant au sillon balano-préputial. Quant au prépuce, il faisait complètement défaut au niveau de la face inférieure de la verge, et formait sur sa face dorsale un vaste capuchon.

En somme, l'urètre balanique manquait ici d'une façon totale, puisqu'en avant du méat hypospade, il n'existait ni gouttière, ni cul-de-sac borgne ; l'arrêt de développement était donc absolu en ce qui concernait cette partie du canal : vous verrez dans un instant qu'il n'en n'est pas toujours ainsi.

Dans ce cas particulier, en raison des différents troubles qui peuvent survenir à un moment donné, tant au point de vue de la miction, qu'au point de vue des relations sexuelles et sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, une intervention chirurgicale était parfaitement indiquée. J'ai donc opéré notre sujet quelques jours après son hospitalisation en suivant la technique conseillée par Von Hacker et vous avez pu constater que le résultat obtenu était tout à fait satisfaisant, puisque le malade possède maintenant un méat situé bien à l'extrémité de son gland, méat à bords souples, évasés, et admettant facilement une sonde n° 20.

Telles sont, très brièvement résumées, les observations des deux cas bien typiques d'hypo-

spadias, l'un périnéal, l'autre balanique que vous avez pu étudier dans notre service, et qui bien que paraissant, à première vue, presque n'avoir aucun point de contact l'un avec l'autre, appartiennent cependant à une seule et même affection, dont ils représentent, il est vrai, des degrés tout à fait extrêmes, s'opposant presque en quelque sorte l'un à l'autre.

Voyons maintenant ce qu'est l'hypospadias, en quoi il consiste, et quelles sont les raisons pour lesquelles on est conduit à les observer.

L'hypospadias, que l'on peut définir une affection congénitale, due à une anomalie de développement de l'urètre et caractérisée par l'ouverture de ce canal au niveau de la face inférieure de la verge, est une lésion très anciennement connue, puisque ce mot fut créé par Galien, de Pergame, et que les écrits de l'école d'Alexandrie, d'Aétius et de Paul d'Egine, ainsi que ceux des médecins arabes, de Rhozès et d'Albucassis, prouvent que ces auteurs ne l'ignoraient pas non plus.

Puis, la grande nuit moyennageuse ayant jeté son voile sur les choses médicales, comme d'ailleurs sur les autres sciences, l'hypospadias fut complètement oublié, et à tel point, que même au moment du renouveau scientifique dû à la Renaissance, Ambroise Paré ne prononce pas le mot créé par Galien dans l'intéressant chapitre qu'il a intitulé : « De ceux qui n'ont pas de trou au bout du gland et ont le ligament de la verge trop court ».

C'est à partir de ce moment qu'à la suite de Fabrice d'Acquapendente, de Blasius, de Van der Viel, de très nombreux auteurs se sont occupés de cette malformation, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue du traitement. L'histoire de l'hypospadias peut en quelque sorte être schématiquement divisée en trois périodes : la première purement clinique qui s'étend de Galien à Desault et Lisfranc, en englobant les discussions de l'ancienne Académie Royale de chirurgie ; la seconde, à la fois anatomo-pathologique et pathogénique commençant avec Geoffroy-Saint-Hilaire pour finir avec les découvertes embryologiques qui ont illustré la fin du siècle dernier ; la troisième enfin, chirurgicale, qui, en négligeant les essais tout à fait empiriques de l'antiquité et du Moyen âge, débute véritablement par la tentative de Maisonneuve et se continue encore de nos jours.

Au point de vue étiologique, l'hypospadias, qui, comme toutes les autres malformations congénitales, est assez souvent héréditaire, constitue une affection très commune, car, d'après les constatations faites au cours des opérations du recrutement, on la rencontrerait environ 1 fois sur 1.000 conscrits : pour d'autres, comme pour Bouisson, elle serait d'observation encore plus fréquente ; on l'observerait, dit-il, 1 fois sur 300 sujets.

Cette malformation n'est pas exclusive au sexe mâle, et l'on peut la relever également, bien que très rarement, chez la femme. Blum en a signalé en effet 35 cas, dans lesquels, suivant les dipsositions présentées, c'est tantôt le vagin qui s'ouvre dans l'urètre, ou l'urètre au contraire qui s'ouvre dans le vagin : dans quelques cas, la paroi de l'urètre faisant entièrement défaut, la vessie se trouve en communication directe avec le vagin.

L'hypospadias ne se présente pas toujours, vous avez pu le constater vous-mêmes, sous la même forme anatomique ; aussi, a-t-on pu en distinguer trois variétés suivant la région où siégeait le méat anormal, région balanique, région pénienne, région périnéo-scrotale.

Dans l'hypospadias balanique, qui constitue de beaucoup la variété la plus fréquente, le méat au lieu de se trouver à l'extrémité du gland, s'ouvre, comme vous avez pu vous en rendre compte chez notre sujet, à sa face inférieure, ou même parfois à sa base, à la place du frein qui n'existe jamais : ce méat est en outre toujours plus étroit qu'un méat normal, et peut même dans certains cas n'être plus que punctiforme. Suivant les sujets, au niveau du gland, qui est constamment aplati et surmonté d'un capuchon dorsal, formé par un prépuce plus ou moins bien développé, la partie extrême du canal urétral fait entièrement défaut, est remplacée par une gouttière parfois assez bien marquée, ou bien existe à l'état rudimentaire sous la forme d'un cul-de-sac fermé en arrière ou en avant.

Pour la forme pénienne, le canal de l'urètre s'ouvre à la face inférieure de la verge en un point quelconque situé entre la base du gland et la racine des bourses, et, comme dans le cas précédent, la partie du canal qui devrait se trouver en avant du méat hypospade peut être totalement absente, ou être représentée par une rigole de peu de profondeur. Dans un grand nombre de cas, et particulièrement dans ceux, où l'ouverture hypospadique se trouve située du côté de la racine des bourses, la verge est atrophiée totalement ou par rapport aux corps caverneux et spongieux, est tordue sur elle-même, ou se trouve incurvée en bas par une bride fibreuse, qui part du gland pour aller s'insérer sur les corps caverneux au voisinage du méat.

Enfin, lorsqu'il s'agit de la variété périnéo-scrotale, la malformation ne se borne pas au canal de l'urètre seul, mais s'étend aux organes génitaux ; l'observation de Jeanne B. vous est à cet égard un frappant témoignage. Le pénis, très petit et très court, à tête aplatie, et plus ou moins recouvert par le prépuce, est caché au fond de la dépression provenant de la non réunion des deux moitiés du scrotum, qui simu-

lent parfois à s'y méprendre deux grandes lèvres, et cela, particulièrement lorsque les deux testicules sont en ectopie. En écartant le scrotum bifide, on découvre alors au milieu du périnée un orifice en entonnoir, tapissé par une muqueuse, mince, lisse et rosée, qui répond à l'ouverture de l'urètre membraneux. Mais, à l'encontre des méats balaniques et péniens qui sont toujours très atrésiés, le méat périnéal, présente au contraire un diamètre très supérieur à celui d'un méat normal, et parfois, ses dimensions sont telles, qu'à un examen un peu superficiel il donne bien l'impression d'un vagin : c'est ce qui vous explique , une fois de plus, la possibilité d'une erreur de sexe au moment de la naissance.

En dehors des modifications de l'allure générale de l'organisme, évoluant vers le féminisme, que l'on observe presqu'exclusivement dans les cas d'hypospadias périnéal, que je me bornerai à vous rappeler, deux séries de troubles viennent dominer toute la symptomatologie, les troubles urinaires et les troubles sexuels.

Il n'y a jamais d'incontinence vraie, à moins qu'elle ne dépende d'une cause surajoutée ; l'urine est chassée comme de coutume vers l'extérieur, mais la disposition de l'orifice anormal, sa situation et la déformation de la verge qui la complique souvent influent sur la libre issue. Très peu gênée dans la forme balanique, sauf dans le cas d'étroitesse particulière du méat, la miction l'est beaucoup plus dans les deux autres variétés. L'hypospade pénien, surtout si son méat se trouve en un point rapproché du scrotum, ne peut uriner sans que le jet projeté contre la verge ne vienne s'éparpiller sur les parties voisines, à moins qu'il ne prenne le soin de relever légèrement son pénis. Quant à l'hypospade périnéo-scrotal, la brièveté de sa verge, et la position même de son méat, l'obligent d'uriner accroupi comme une femme, et le contrat de l'urine peut devenir pour les parties voisines la cause d'un érythème permanent.

En ce qui concerne les fonctions sexuelles, sauf chez les hypospades balaniques où l'intromission s'effectue chaque fois aisément, l'érection est toujours gênée par l'abaissement et l'infléchissement de la verge et le coït est rendu par suite très difficile : il devient même tout à fait impossible dans les variétés accusées de l'affection. Je me hâte en outre d'ajouter, que même chez les hypospades balaniques, la fécondation est presque toujours entravée, car au moment de l'éjaculation, et cela par suite de la position même du méat, le sperme est projeté dans le cul-de-sac vaginal postérieur au lieu de l'être sur le col utérin. Dans un autre ordre d'idées, la position du méat sur la face inférieure de la verge, rendant son contact plus intime avec la paroi vaginale, fait que les hypospades sont tout particulièrement aptes à contracter une blennorragie, dont le traitement sera nécessairement rendu plus difficile par l'étroitesse que présente l'ouverture de l'urètre, et à laquelle il faut souvent remédier par un débridement. Aussi, est-ce pour ces diverses raisons que j'ai fortement conseillé à notre second malade de recourir à une petite intervention, seule capable de lui éviter la possibilité de toutes ces petites complications toujours désagréables.

Je ne m'appesantirai pas longtemps sur la question du diagnostic, car dans l'immense majorité des cas, il est des plus faciles de reconnaître l'hypospadias. Je tiens cependant à vous signaler que chez quelques enfants, on a pu croire se trouver en présence d'imperforation de la verge, lorsque le méat anormal présentait une étroitesse telle que l'urine ne parvenait pas à s'écouler. D'autre part, l'hypospadias périnéo-scrotal peut parfois, comme dans le cas de Jeanne B, soulever de grandes difficultés sur la nature du sexe réel : les exemples d'erreurs sont nombreux, et dans les cas où la malformation des organes génitaux externes est portée assez loin pour laisser subsister un doute, il convient d'examiner alors les organes génitaux internes, afin de rechercher les testicules ou de reconnaître l'utérus.

Recherchons maintenant à quoi peut tenir cette malformation dont je viens de vous esquisser la symptomatologie : pour l'expliquer, bien des théories ont été émises successivement ; je ne les passerai certes pas toutes en revue, et je me bornerai à vous en signaler les principales.

C'est ainsi que Dionis et Haller ont soutenu les premiers que l'hypospadias résultait d'un véritable éclatement de l'urètre ; pour ces auteurs, ce canal demeurant primitivement imperforé en un point de son parcours, l'urine était forcée de s'accumuler en arrière de l'obstacle, distendant ainsi la vessie et la portion de l'urètre restée perméable. A un moment donné, l'excès de pression croissante due à la quantité d'urine retenue ferait éclater la paroi du canal au voisinage de l'imperforation. Cette théorie, qui a pendant assez longtemps joui d'une certaine vogue, et qui fut même reprise, il n'y a pas très longtemps par Kauffmann, ne peut plus être soutenue, et cela pour de multiples raisons : d'abord parce que le fœtus n'urine pas par la verge, en second lieu, parce que l'on s'explique plutôt difficilement qu'un pareil traumatisme ne s'accompagne pas régulièrement de lésions cicatricielles, ce que l'on n'observe jamais, et enfin parce que l'éclatement ne peut expliquer les nombreux cas d'anomalies que présente le canal des hypospades.

Pour d'autres auteurs, l'hypospadias était dû

à un arrêt de développement des organes urinaires. Les premières recherches de Piedmann, de Valentin et de Costes, effectuées au milieu du XIXe siècle, ayant montré que l'urètre était primitivement représenté par une gouttière dont les deux lèvres s'unissaient secondairement pour constituer un canal, on fut conduit à penser que l'existence d'un méat hypospade tenait à ce que la coalescence des deux lèvres de la gouttière l'une vers l'autre avait été arrêtée en un point. Cette théorie, qui rend parfaitement compte de l'existence de certains faits, tels que la persistance d'une gouttière en avant du méat hypospade, a été admise presqu'unanimement, jusqu'au jour où de nouvelles recherches embryologiques vinrent élucider le mécanisme encore assez obscur de la formation des organes génito-urinaires.

Vous n'ignorez pas, que l'urètre masculin normal peut être schématiquement considéré comme constitué par la réunion bout à bout, de trois segments primitivement séparés, et qui sont d'arrière en avant, le segment membrano-prostatique ou postérieur, le segment spongieux ou moyen, et le segment balanique, ou antérieur. Le premier prend naissance aux dépens du sinus uro-génital, et les deux derniers dérivent de la lame épithéliale qui continue extérieurement sur la face inférieure du tubercule génital de la lame uro-génitale.

Vers la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, cette lame épithéliale, connue sous le nom de lame urétrale, ne tarde pas à se creuser d'une gouttière, la gouttière urétrale qui, à un moment donné, s'étend sur toute la longueur de la verge sauf sur le gland, qui est encore respecté. Puis au cours du troisième mois, pendant que les deux bords de la gouttière commencent à se rapprocher et à se fusionner sur la ligne médiane, la soudure débutant à la partie postérieure pour progresser d'arrière en avant, transformant ainsi la gouttière en un véritable canal, on constate que la portion de la lame urétrale qui répond au gland bourgeonne au dehors et forme le long de la face inférieure de cet organe une crête longitudinale, le mur balanique, qui se termine au sommet même du gland, par une sorte de petite houppe saillante, le nodule épithélial.

Que se passe-t-il alors ? Pour la plupart des embryologistes, le mur balanique se transformerait comme le reste de la lame urétrale en une véritable gouttière dont les bords s'accoleraient ensuite, la soudure s'effectuant également d'arrière en avant. Pour d'autres auteurs, et en particulier pour Nayel et Zuckerkandl, il se formerait bien une gouttière balanique, mais suivant un mode propre, et la fermeture ne s'effectuerait pas d'arrière en avant. La gouttière balanique se creuserait et se fermerait au contraire d'avant en arrière, d'où il résulterait que l'urètre, pendant quelque temps tout au moins, possèderait deux ouvertures, l'une au sommet du gland, le méat normal, l'autre située à sa base et oblitérée seulement plus tard. Pour ma part, et cela par suite de quelques recherches personnelles, je suis très porté à me rallier à cette dernière opinion seule capable, à mon avis, de nous expliquer certaines anomalies, telles que l'existence d'un méat borgne à l'extrémité du gland, alors qu'il existe un méat hypospade dans le voisinage du sillon balano-préputial.

La formation de l'urètre a bien lieu en deux temps (ouverture puis fermeture de la gouttière) et trois mouvements (membrano-prostatique, pénien, balanique) suivant l'expression imagée du prof. Forgue, mais si la fermeture de la gouttière s'effectue bien d'arrière en avant et d'une façon très régulière pour la région pénienne, elle a lieu au contraire d'avant en arrière pour la région balanique, le nodule épithélial se creusant le premier.

Il est maintenant facile, d'après les données que je viens de vous exposer, de se rendre compte du comment et du pourquoi des diverses variétés d'hypospadias relevant toutes d'un arrêt de développement.

Pour l'hypospadias périnéo-scrotal, cet arrêt de développement remonte à une période très précoce de la vie intra-utérine, correspondant presque à l'époque de la délimitation du sinus uro-génital, c'est-à-dire à la fin du deuxième mois : il se caractérise suivant les cas, par une insuffisance ou par une absence complète de formation de la lame urétrale, et s'accompagne régulièrement de troubles plus ou moins profonds du côté des organes génitaux, comme peuvent en témoigner l'absence totale ou partielle des corps caverneux, la bifidité du scrotum ainsi que la cryptorchidie que l'on rencontre si souvent.

L'hypospadias *pénien* provient d'un arrêt de convergence des bords de la gouttière urétrale sur une portion variable de son étendue, et quant à la variété balanique, elle résulte, dans les cas d'absence totale du canal, d'une insuffisance de développement de la lame urétrale, et dans les cas d'anomalie (canal borgne, canal double), du défaut d'abouchement des urètres balanique et pénien, formés indépendamment l'un de l'autre.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces diverses théories et des interprétations que l'on peut leur donner, que je me suis efforcé de vous simplifier de mon mieux, l'hypospadias n'en constitue pas moins une affection congénitale non susceptible de guérison ou d'amélioration spontanée, et étant donné les troubles plus ou moins graves qu'il peut déterminer, il s'ensuit qu'il convient, toute les fois que la chose paraît possible, de chercher à remédier à cet état de choses, en s'efforçant de reconstituer le canal urétral.

Je ne m'étendrai pas longtemps sur les an-

ciens procédés de traitement usités avant l'ère antiseptique. En négligeant Galien qui traitait l'hypospadias en perforant le gland avec des épines, et Paul d'Egine, qui, plus radical, amputait la verge pour supprimer la difformité, toutes les anciennes tentatives dans lesquelles on se bornait à créer un canal par simple perforation, étaient fatalement vouées à un échec complet. Quels qu'aient été en effet les moyens employés pour empêcher l'oblitération de se reproduire, dilatation au moyen de bougies, ou cautérisation, l'absence d'un revêtement épithélial devait nécessairement aboutir à la disparition du canal néoformé. C'était là un fait qui ne devait pas échapper à un observateur aussi avisé que Maisonneuve, et c'est à ce chirurgien que l'on doit la première tentative de tunnellisation avec revêtement, tentative sans résultat, étant donné le sphacèle forcé des lambeaux dû à la suppuration, mais qui marque le point de départ du traitement moderne de l'hypospadias.

Que peut-on et doit-on faire aujourd'hui devant un cas justiciable d'une intervention, car il ne faut pas oublier qu'il est des sujets, qui, malgré tout, ne peuvent être utilement traités.

S'il s'agit d'un hypospadias balanique, la réfection du canal par autoplastie au moyen d'un lambeau préputial, opération préconisée par Kœnig, par Gaudier et Colle, peut être tentée, mais le procédé de choix est incontestablement celui qui fut décrit par Von Hacker et Carl Back, et qui répare l'hypospadias aux dépens de l'urètre lui-même, ainsi que vous me l'avez vu faire chez notre malade.

Ce procédé, que l'on peut qualifier d'avancement urétral, consiste à créer dans la glande un canal par transfixion et à y amener l'urètre préalablement disséqué sur une certaine longueur, correspondant à l'allongement que l'on doit lui imposer. Cette dissection s'effectue très aisément lorsque l'on a eu le soin d'introduire au préalable une sonde dans l'urètre, et en l'exécutant, il faut avoir soin de laisser autour du méat une collerette de peau de quelques millimètres, qui servira aux sutures et qui est indispensable si l'on veut éviter un rétrécissement ultérieur. Le canal une fois mis en place et fixé par quelques points, il n'est pas nécessaire de mettre une sonde à demeure : chez l'enfant, il vaut mieux s'en passer, et chez l'adulte elle a l'inconvénient de provoquer des érections.

Cette opération, comme vous avez pu vous en assurer, donne de très bons résultats : la malformation est guérie en une seule séance, ne demande pas de dilatation ultérieure, et l'urètre balanique reste entouré de tissu érectile ; c'est en somme une excellente intervention. Aussi, devant des résultats aussi séduisants, certains auteurs se sont demandé si en décollant une plus grande longueur d'urètre, on ne pourrait arriver à réparer des pertes de substance plus étendues, ce qui permettrait d'étendre ce procédé à la cure d'un certain nombre de cas d'hypospadias péniens. Il ne me semble pas qu'il s'agisse là d'une méthode digne d'être suivie, et je suis pour ma part tout à fait opposé à l'extension du procédé de von Hacker à des variétés d'hypospadias autres que la forme balanique : pour obtenir en effet un abouchement à de si grandes distances, on serait obligé d'exercer des tractions continues qui risqueraient d'abord de compromettre les sutures, et qui en second lieu entraîneraient presque toujours une déformation arquée de la verge, s'accentuant encore dans l'érection, le canal de l'urètre étant de par sa nature même beaucoup moins susceptible d'extension que les corps caverneux. J'estime donc qu'il convient de ne pas dépasser un décollement de trois centimètres, et que pour les cas qui nécessiteraient un avancement plus considérable, il vaut mieux s'adresser à un autre procédé d'urétroplastie par reconstitution autoplastique ou par tunnellisation.

L'urétroplastie par reconstitution autoplastique consiste à refaire le segment urétral absent au moyen de lambeaux cutanés pris dans une région voisine, verge pour Duplay, scrotum pour Link, prépuce pour Kronacher, verge et prépuce pour Ombredanne. Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre de ces méthodes, il s'agit, après avoir dans un premier temps procédé au redressement de la verge, de créer un nouveau canal balanopénien, qui dans un troisième temps sera réuni à l'urètre postérieur. Il est malheureusement très rare que par ces procédés, dont le plus usité est celui de Duplay, on arrive d'emblée et du premier coup à un bon résultat ; même en recourant à la boutonnière périnéale préconisée par Marion, les désunions sont fréquentes, des fistules apparaissent en différents points demandant beaucoup de temps et de peine pour s'oblitérer, aussi est-on de plus en plus porté à les abandonner pour recourir à la tunnellisation.

Dans cette dernière méthode, créée et perfectionnée par Nové-Josserand, on perfore le gland et la verge avec un trocart, et on tapisse le canal ainsi formé au moyen d'une greffe épidermique de Thiersch, après avoir dans des temps préliminaires procédé à l'urétrostomie périnéale, au redressement de la verge et à la fermeture de l'urètre pénien.

Ce procédé, dont je ne puis vous donner ici les détails, a donné jusqu'ici d'excellents résultats à tous ceux qui l'ont employé, à condition bien entendu de suivre bien exactement les différents temps prescrits : d'un aveu unanime il peut être considéré presque comme l'intervention de choix et doit être préféré à l'urétroplastie autoplastique.

Enfin, il est de mon devoir de vous signaler encore un certain nombre de tentatives très intéressantes, dans lesquelles on a cherché à remplacer l'urètre absent par une greffe d'organe, artère, veine ou uretère. Ces tentatives dont quelques-unes ont donné à leurs auteurs, Tuffier, Patel et Leriche, Cauthas, de fort brillants résultats, ne sont pas encore assez entrées dans la pratique courante pour que l'on puisse se permettre un jugement à leur égard.

En tous cas, ce qu'il faut retenir, c'est que la guérison de l'hypospadias, qui doit être la règle à la suite d'une intervention conduite méthodiquement, peut être favorisée d'une façon singulière par l'âge du malade que l'on est appelé à opérer. Il y a en effet tout intérêt à intervenir chez des sujets jeunes, ayant 3 à 4 ans s'il s'agit d'un hypospadias balanique, 7 à 8 ans pour les degrés plus accentués, car ultérieurement les érections ne manquent jamais de se produire au cours des suites opératoires ce qui complique singulièrement la prise des sutures ou la bonne cicatrisation des lambeaux, et cela particulièrement dans les cas complexes nécessitant par suite des soins plus minutieux.

LA SUETTE MILIAIRE

(Epidémie de Montmorillon de 1926)

Par le Dr Clovis Levrault.

A Mon Maître
le Professeur BEAUCHANT,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Je ne croyais pas, lorsque je soutins, en 1920, une thèse sur la *suette miliaire* devant la Faculté de Médecine de Montpellier, avoir le privilège de l'étudier plus complètement six ans plus tard, d'abord sur les malades de ma clientèle, et quelque temps après, sur moi-même.

C'est une terrible maladie qui a semé bien des deuils et amené la désolation au milieu d'un pays très pittoresque, accoutumé cependant à de pareilles épidémies, car beaucoup d'habitants du Montmorillonais se souviennent encore de la dangereuse épidémie de 1887.

Pour nous, médecin, qui avons suivi pas à pas l'épidémie de 1926, c'est une étape bien douloureuse de notre carrière, car elle a frappé surtout notre belle jeunesse et l'élément le plus sain et le plus intéressant du pays.

Comme en 1887, l'épidémie fit son apparition dans l'arrondissement de Montmorillon, à Nérignac.

A la fin de mars, j'avais en traitement plusieurs cas de rougeole lorsque, le 27 mars, un petit garçon de 10 ans, très vigoureux, fut emporté en 24 heures sans avoir présenté d'autres symptômes que des sueurs abondantes et une température de 41°. Le lendemain, une petite fille du même âge était prise, et trois jours plus tard, l'éruption bien spéciale apparaissait très nette, et surtout aux fesses. Cela ne faisait que confirmer les appréhensions que j'avais manifestées dans une lettre à M. le Sous-préfet de Montmorillon. C'était bien de la suette miliaire. Les premiers jours d'avril furent particulièrement pénibles. En 5 jours, 5 malades furent emportés. Une femme de 37 ans résista seulement 10 heures

Puis, la maladie s'étendit à Moussac, au Vigeant, à Usson, Queaux, Bouresse, Gouex et Persac, avec son cortège habituel de victimes, plus particulièrement sinistre à Gouex.

Historique.

La maladie qui nous occupe paraît avoir subi, dans le cours des âges, des transformations telles qu'il est souvent difficile de la reconnaître dans les descriptions des anciens.

C'était probablement une suette miliaire, cette diaphorèse (*morbus cardiacus*) d'Arétée, d'Esistrate, de Galien.

Après Galien, dit Littré, le souvenir de cette affection s'efface de plus en plus.

Quoi qu'il en soit, ce n'est guère qu'en 1445 qu'on en fit l'étude clinique complète.

A cette époque éclata tout d'un coup la terrible épidémie qui, à cinq reprises, plongea l'Angleterre dans la désolation.

Sous des appellations diverses (*pestis britannica, sudor anglicans, hydronose, hydropyrétose*), les auteurs la décrivent minutieusement.

En 1551, il y eut une épidémie d'une gravité sans exemple jusqu'alors. Elle provoqua une émigration en masse en Europe.

La France fut épargnée.

A Montbéliard, en 1712, nous trouvons la première apparition de la suette miliaire en France.

C'est du moins ce que nous apprend Allioni dans son livre *Tractatio de miliarum origine, progressu natura et curatione*, 1758.

De 1718 jusqu'en 1833, la suette, dénommée suette de Picardie, se montra près de St-Valéry et eut une marche progressive et continue dans

toute la Picardie (Bellot) : *An Febri putridæ picardis suette dictæ sudorifera.* Il y eut une épidémie à Beauvais en 1750, et une autre à Guise-sur-Aisne, en 1759, la première rapportée par BOYER, la deuxième par VANDERMONDE.

En 1821, éclate l'épidémie de l'Oise, relatée par ROYER.

En 1841, l'épidémie du Périgord, dont PAROT nous a laissé la description, après avoir débuté à Cendrieux, ne tarda pas à dépasser les limites du département de la Dordogne, s'étendant jusqu'aux Charentes.

En 1845, la suette sévit dans le Poitou et est étudiée par GAILLARD, ORILLARD, LOREAU, GRISOLLE, ARLIN, GIGON. Nous la trouvons, quatre ans plus tard, dans la Somme, l'Aisne et l'Oise. FOUCARD nous a laissé un mémoire sur cette épidémie. En 1851, elle exerce de grands ravages dans l'Hérault, en particulier à Pézenas, et est bien étudiée par ALQUIÉ et FUSTER.

En 1880, nouvelle apparition dans l'Ouest. PINEAU la signale et l'étudie à Oléron.

Enfin, en 1887, la suette se déclare une deuxième fois dans le Poitou ; elle donne alors lieu à une série de mémoires de MM. les professeurs BROUARDEL et THOINOT.

En 1906, mai, juin et juillet, éclate l'épidémie des Charentes, étudiée par le professeur CHANTEMESSE.

En 1922, il y a eu une petite épidémie à St-Secondin dans la Vienne.

Enfin, en 1926, il y a une épidémie très violente qui sévit encore actuellement, toujours dans la région de Montmorillon, comme en 1887.

Etiologie.

Bien que l'on ait beaucoup étudié la suette miliaire en France et à plusieurs reprises, son étiologie n'en est pas moins des plus obscures, et les auteurs sont loin d'avoir la même opinion sur ce sujet.

Pour les hygiénistes, les boissons altérées et souillées seraient en cause. On a noté aussi l'influence des vents.

M. BONATERRE, ingénieur en chef des chemins de fer départementaux des Charentes, avait pris soin, pendant l'épidémie de 1906, de noter la direction du vent. Il a remarqué que le vent n'a cessé de souffler de l'est à l'ouest pendant toute la durée de l'épidémie, c'est-à-dire de la Charente, pays le premier infecté, vers la Charente-Inférieure, atteinte en second lieu.

Il semblerait donc que, dans ce cas particulier, la transmission s'est faite par l'air et a obéi à l'influence du vent.

Mais la théorie la plus généralement admise, aussi bien par les médecins que par les habitants des centres infectés, attribue l'infection aux campagnols ou rats des champs.

Avec les hygiénistes, nous mettrons en cause les mauvaises conditions d'hygiène et la question des eaux.

Nous pensons que cette maladie est d'origine tellurique, comme la malaria.

Description de la maladie.

La suette miliaire est une maladie infectieuse générale caractérisée par des sueurs abondantes, une éruption polymorphe avec miliaire, et des symptômes nerveux paroxystiques.

Symptomatologie.

La suette miliaire a une incubation d'une durée de deux à trois jours en général, qui peut être réduite à vingt-quatre heures ; la durée maxima de cette incubation est inconnue.

La maladie présente trois périodes : *invasion, éruption, desquamation* ou convalescence.

Invasion.

L'invasion dure 3 à 4 jours, rarement 6 à 7, et davantage.

Son début peut être progressif avec prodromes, rapide avec prodromes, brusque sans prodromes. Les prodromes manquent souvent et ils n'ont rien de caractéristique. Ce sont : malaise général, grande lassitude, des douleurs musculaires, des frissons, de l'embarras gastrique.

L'invasion brusque est le mode de début le plus fréquent. C'est généralement la nuit que le malade est pris de céphalée, de vomissements ; une constipation très intense s'établit.

La faiblesse, les sueurs, les phénomènes nerveux paroxystiques, la fièvre, sont les symptômes caractéristiques de la période d'invasion.

Les sueurs sont un symptôme constant ; la transpiration, par la façon exagérée dont on a tendance à couvrir les malades, est continue, mais est plus abondante la nuit que le jour. Les sueurs ont une odeur repoussante de paille pourrie, et leur abondance n'a aucun rapport avec l'intensité de l'éruption.

Les phénomènes nerveux, les crises de suffocation, donnent à la maladie un cachet particulier ; brusquement se produisent des palpitations et un étouffement intense, avec sensation de constriction à l'épigastre, au cou, entre les deux épaules ; le cœur bat follement et violemment.

Le jour, le malade se sent mieux et sommeille ; il a la face rouge, la peau brûlante. L'urine est rare, rouge, sans albumine. Les épistaxis sont fréquentes et abondantes, d'après Fuster et Brouardel.

Dans certaines formes graves, la température peut aller à 40° et 41°.

Eruption.

L'éruption apparaît le troisième ou le quatrième jour de la maladie, vers le soir, accompagnée d'une grande excitabilité nerveuse. C'est le moment critique de la maladie. La poussée éruptive provoque des picotements et des démangeaisons que les malades comparent à des piqûres d'ajoncs.

Le début de l'éruption se fait par le tronc, sur le dos, et à la poitrine ; progressivement, les membres eux-mêmes sont atteints, surtout aux plis de flexion. La face est en général respectée, mais on peut, comme dans la rougeole, observer un catarrhe oculo-nasal.

Parfois on observe un piqueté rouge du pharynx ; plus souvent, les muqueuses sont indemnes.

Deux éléments constituent l'éruption : *l'exanthème et la miliaire.*

L'exanthème varie souvent suivant les épidémies ; il peut être morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique, mais il peut également se rencontrer sous ces trois formes, réunies chez le même malade.

La miliaire est constituée par de petites papules acuminées qui ne tardent pas à se transformer en vésicules; le plus souvent, la vésicule a la forme d'un grain de mil ; elle sèche rapidement.

On a distingué *une miliaire blanche* et *une miliaire rouge* selon que les vésicules se détachent sur un fond blanc ou rouge. La température oscille entre 38° et 39° ; on a observé des températures de 40°, 41° et plus dans des cas mortels.

Desquamation.

Cette période commence le cinquième jour ; la desquamation est furfuracée et scarlatiniforme aux pieds et aux mains. La langue elle-même peut desquamer.

Formes.

Fuster, Alquié, Brouardel, s'accordent pour reconnaître à la maladie deux formes : *la forme bénigne et la forme maligne.*

La forme bénigne, fruste, ambulatoire, ressemblant étrangement à la rougeole, atteint plus souvent les enfants.

La forme maligne peut être foudroyante et emporter le malade en quelques heures. Plusieurs cas de ce genre ont été constatés en Poitou en 1887.

Dans les formes graves, où le plus souvent le malade succombe, le cadavre se décompose extrêmement vite ; sa putréfaction répand une odeur épouvantable ; la peau prend une teinte noirâtre hémorragique, et on constate des hémorragies nasales et buccales qui ont quelquefois lieu pendant l'agonie.

Il y a eu dans cette épidémie de 1926 presqu'autant de formes que de malades.

Il y a eu des malades qui n'ont pas fait de fièvre.

D'autres qui ont fait une température initiale de 37°7 sans dépasser 38, ou rarement.

Certains ont commencé par des températures de 37°5 à 38, et ont eu des récidives très graves qui ont failli les emporter.

Il y a eu des formes à début de 40° qui ont cédé en peu de jours sous l'influence de la septicémine. Mais ceci est l'exception. Ces formes ont été très souvent, ou très graves, ou mortelles.

Avec mon confrère Rogale, j'ai vu dans la commune d'Adriers, un jeune homme de 19 ans qui eut dans la nuit qui précéda notre visite 42°. Ce malade a guéri.

Il y eut aussi des cas foudroyants où toute médication fut impuissante : Madame D., de N., emportée en 10 heures, et Mlle J., de G., qui ne résista que 10 heures également.

Il y a encore des malades alités depuis 45 jours et faisant de la fièvre. M. D., de N., avait eu la suette en 1887 et l'a contractée encore en 1926. Je n'ai pas vu de complications pulmonaires.

Une femme qui a fait une forme à température moyenne de 37°8 a eu une phlébite double. Les enfants ont eu en général une forme bénigne. Cette épidémie a surtout frappé des femmes qui ont beaucoup moins résisté que les hommes contre la maladie. Tel fut le cas à Persac.

Observations.

Observation I (Dr Haury). — A. M., jeune homme de 17 ans, très fort, n'a jamais été malade ; début brusque le 26 après-midi par des malaises, des vomissements et des sueurs.

Le 27, transpiration très abondante, langue très saburrale. Température 37°8, constipation, urines peu chargées et assez abondantes ; n'a pas d'angoisse précordiale, pas d'éruption.

Le 28, sensation d'étouffement allant jusqu'à la syncope au moment de l'éruption qui se fait confluente sur le dos, le dessus de la poitrine, la face antérieure des jambes pour envahir ensuite les cuisses et les mollets. Ce sont de petites taches ressemblant à s'y méprendre à l'éruption morbilleuse. La face n'est pas atteinte. Ces taches augmentent en nombre et diminuent d'étendue le 29 et le 30.

A ce moment, elles présentent l'aspect d'une miliaire vraie, elles sont acuminées et chaque petite élevure renferme un liquide transparent ou opalescent dans d'autres parties de la peau. Elles sont surtout nombreuses au cou sur les épaules, dans le dos, et sur la poitrine ; et, la main promenée sur la peau, on éprouve la sensation de la peau de chagrin.

La température ne s'est élevée à aucun moment au-dessus de 38° et toutes les fonctions se sont accomplies régulièrement. La transpiration a été abondante, la nuit surtout, et le malade changeait vingt à vingt et une fois de linge en 24 heures.

Au onzième jour, il s'est fait une desquamation

en longues plaques épidermiques occupant surtout la paume des mains et la plante des pieds.

Personne dans l'entourage du malade, père, sœur plus jeune, grand'mère, domestiques, qui ne l'ont pas quitté un seul instant, n'a été atteint.

Observation II (*Personnelle*). — A. F., jeune fille, 19 ans, bien constituée, a eu la rougeole à 9 ans.

Le 5 *mai*, a été prise dans les champs d'une migraine atroce et de nausées. Ramenée à la maison par son frère, elle n'aurait pas eu la force de rentrer seule tellement elle était abattue.

Le 6, transpiration très abondante bien qu'elle n'eut sur son lit qu'une couverture très légère. En 24 heures, on la change 18 fois de draps. La température est à ce moment à 38°4.

Le 7. Bien qu'elle ait eu ses règles la semaine précédente, elle a une métrorragie abondante qui cesse le lendemain.

Le 8. Le pouls à ce moment est à 90 et la température à 37°. Le soir, elle est prise d'étouffement, elle a la sensation, dit-elle, d'avoir un sac de blé sur la poitrine. Quelques heures après, de nouveau elle est est prise de nausées : elle tombe en syncope, et, en reprenant connaissance, s'étonne de voir tout son entourage autour d'elle.

L'auscultation montre un foyer de congestion à la base droite ; le pouls est irrégulier, le cœur est arythmique, la langue est saburrale et les urines rares.

Le 9, l'éruption se déclare par larges plaques prédominantes à la poitrine et sur le dos, pour envahir progressivement le ventre et la face interne des cuisses.

Le 10 *et le* 11, ces plaques se raréfient et deviennent acuminées, quelques-unes se vésiculisent, surtout aux seins et au cou. La fièvre se maintient légère entre 37°5 et 38°.

La transpiration est toujours abondante, mais tend à diminuer le 10e jour de la maladie. La desquamation se fait par larges lambeaux épidermiques le 19 et le 20.

A ce moment, les urines, qui étaient rares, deviennent plus abondantes ; l'état saburral de la langue disparaît et la malade demande à manger.

Nous avons revu cette malade deux mois plus tard. Elle est amaigrie, pâle, se plaint de ne pas avoir encore recouvré ses forces et accuse des maux de tête fréquents.

Depuis sa métrorragie, elle n'a pas encore été réglée.

Observation III (*Personnelle*). — F.G., homme très vigoureux de 28 ans, n'a jamais été malade.

Est pris de la suette le 12 mai dans la nuit. Le matin, on le trouve dans le coma, résolution complète, contracture des mâchoires, profonde adynamie.

Au toucher de la peau du malade, on a comme une sensation de brûlure. La respiration est haletante, le pouls est petit, irrégulier. L'auscultation du cœur dénote un rythme d'embryocardie. La température axillaire est à 42°. On lui fait des enveloppements mouillés.

Au bout d'une heure, la température remonte à 40°.

Nouveaux enveloppements toutes les fois que le thermomètre accuse cette température.

Au bout du quatrième jour, la connaissance et la parole reviennent, et le malade peut avaler un peu de bouillon.

Le jour suivant, il s'alimente un peu, mais graduellement il s'affaiblit et finit par succomber le 7e jour.

***

Comme dans beaucoup de fièvres éruptives, on n'a pas encore découvert le microbe cause primordiale de l'affection.

Les recherches de Ferret et de Sabrazès, faites, tant sur le sang que sur le liquide céphalo-rachidien, n'ont donné aucun résultat positif.

Et cependant, il y a profonde lésion organique due à une toxine. Le cœur, qu'on a si souvent à juste titre proclamé l'*ultimum moriens* de la machine humaine, paraît être le plus touché et le premier.

Bien qu'on ait signalé des cas de congestion pulmonaire ou de pleurésie concomitantes à la suette, presque toujours c'est le cœur qui est atteint et qu'il faut avant tout surveiller dans les formes graves.

Celse, Galien, qui étaient des observateurs fidèles, avaient remarqué, avant tout autre symptôme, même avant les sueurs, le désordre fonctionnel du cœur, et c'est sans doute pour cela qu'ils avaient dénommé la maladie *morbus cardiacus*. Les cas de mortalité si fréquemment observés pendant le printemps de 1887 relèvent tous ou presque de cette étiologie, lésion cardiaque et lésion endocardo-myocardique.

Certes, nous savons depuis longtemps que toute maladie infectieuse a un profond retentissement sur la fibre cardiaque.

Bouillaud n'a-t-il pas formulé ses deux fameuses lois, dont l'une au moins est demeurée inattaquable.

Dans le même ordre d'idées, il serait aussi juste d'affirmer que, dans la suette miliaire grave, il y a toujours lésion myocardique.

Cette arythmie, ce ralentissement des bruits du cœur, ces syncopes qui assombrissent si fréquemment le pronostic déjà incertain de la maladie feront l'objet de la principale indication thérapeutique.

Plus tard, lorsque le malade entrera en convalescence, et, qu'à l'angoisse de la maladie, fera place le bien-être réparateur d'une vie qui renaît, il importera aussi de ne pas négliger le facteur pulmonaire.

Ces malades qui, selon l'expression de Sennert, ont eu un « choléra externe », resteront des candidats voués à la proie facile de la tuberculose, et c'est alors qu'interviendra encore le rôle bienfaisant du thérapeute.

La convalescence de ces malades est en effet d'un tableau sinistre. Il semble, comme l'a dit Brouardel, « que le malade ne retrouvera jamais la santé ». Les muscles de la face sont agités de tremblements fibrillaires. Au visage blafard, à la teinte anémiée des téguments, s'associe une adynamie persistante. Ces malades ont de l'œdème des membres inférieurs, ils sont mal assurés sur leurs jambes et se traînent lamentablement. Tel était à peu près l'aspect que présentait la malade de notre *observation II* un mois après le début de la convalescence.

Dans l'épidémie de 1926 qui nous intéresse, il y a eu surtout une intoxication générale avec affaiblissement progressif du cœur et lésions myocardiques.

Cette intoxication générale nous a paru être d'origine intestinale, la constipation tenace, l'état de la langue, l'odeur caractéristique de l'haleine du malade, en font foi.

Il y aurait lieu d'orienter les recherches bactériologiques de ce côté, et peut-être trouverait-on un vaccin comme pour la typhoïde.

Diagnostic.

Basé sur les symptômes il se fera facilement : l'éruption miliaire, les crises sudorales, sont caractéristiques.

Dans la rougeole, l'éruption débute par la face et on n'a pas cette crise sudorale. La scarlatine se caractérise par son angine et sa néphrite symptomatiques. Les épistaxis, la métrorragie, la haute température, les selles sanguinolentes signalées par Fuster pourraient en imposer pour une fièvre typhoïde, mais il manque dans ce dernier cas le symptôme d'éruption miliaire. La forme grave du rhumatisme articulaire aigu pourrait faire dévier notre diagnostic, mais l'abondance de la transpiration, son odeur abominablement fétide nous feront conclure à la suette.

En résumé, la sueur et son odeur fétide bien spéciale, l'éruption miliaire, l'état syncopal, constitueront dans les formes graves la triade symptomatique de l'affection.

Pronostic.

Quoi qu'on ait dit et écrit sur cette maladie, le pronostic doit être toujours réservé dans certains cas.

A côté de la forme suffocante, foudroyante, on peut avoir une convalescence très longue, coupée de rechutes qui finissent par emporter le malade.

La bénignité de cette affection sera plus particulièrement marquée chez les enfants et dans certaines épidémies.

Néanmoins, la convalescence devra être toujours soigneusement surveillée, tant au point de vue cardiaque que pulmonaire.

Traitement.

S'il était admis, comme on a essayé de le démontrer, que la suette miliaire ait pris naissance par les campagnols, le traitement simple et idéal serait de les détruire. Mais nous en ignorons encore l'étiologie.

La prophylaxie de la suette sera difficile, car on s'adresse à un milieu rural ; il faut isoler le malade comme dans toute maladie infectieuse, désinfecter ses déjections et tout ce qui le touche.

Le traitement proprement dit reposera sur l'hygiène ; il faudra éviter de favoriser les sueurs. On ne craindra pas de changer le linge du malade et on se trouvera bien d'avoir deux lits, et même deux chambres, où on le transportera alternativement.

Dans le cours de la maladie, on fera boire au malade du lait, des macérations de quinquina, du café et un peu d'alcool.

Contre la grande hyperthermie, on emploiera les bains tièdes et les enveloppements mouillés.

Les accès de suffocation seront traités par la morphine, et l'atropine à raison de 2 granules de 1 milligr. par jour.

Etant donnés l'adynamie parfois si grande et les phénomènes infectieux qui pourraient être dus à une insuffisance surrénale, il y aurait lieu, nous semble-t-il, dans les cas graves, de prescrire de l'adrénaline : XXX gouttes par jour de la solution au millième.

Si le cœur est profondément touché, on usera des tonicardiaques, et plus particulièrement de la digitale.

Il est un fait qui, dans la convalescence, a une importance capitale et qui a frappé tous ceux qui ont étudié les grandes épidémies de suette miliaire. Il faut surveiller attentivement l'alimentation du malade : celle-ci devra être d'abord légère, puis progressivement plus substantielle. Plusieurs cas mortels furent signalés en 1887 à la suite d'une alimentation primitivement trop abondante.

Le traitement qui a paru le mieux réussir a été le ferment lactique liquide. Ce médicament a paru agir surtout comme préventif de la maladie. Les antithermiques ont eu peu d'action sur la fièvre. Peut-être peut-on faire crédit à la quinine à forte dose.

La digitaline et l'huile éthérée camphrée ont eu ici toutes leurs indications, en raison de l'état particulier du cœur.

Je suis très partisan des sangsues et des saignées abondantes, avec injection de sérum adrénaliné.

Le gardénal nous a été très utile dans des cas d'agitation et d'insomnie.

Mais le médicament *quasi-spécifique* de la maladie a été la septicémine, diformine iodo-benzo-méthylée à haute dose, comme l'a préconisé mon confrère Rogale. Dans beaucoup de cas, des températures de 40° et plus ont cédé en 48 heures à des injections intra-musculaires ou intra-veineuses de septicémine, à la dose de 6, 8 ou 10 ampoules de 4 cc. en 24 heures.

Cette médication a toujours été parfaitement tolérée, ne provoquant jamais aucun choc, ni aucun signe d'intolérance malgré les doses massives utilisées. La septicémine amenait dans les 24 heures une diurèse abondante avec un soulagement notable, et un abaissement rapide de la température.

Pour conclure, je dirai que la suette miliaire paraît contagieuse dans certains cas ; dans d'autres, la contagion semble assez difficile à admettre. Elle ne sévit qu'à la campagne. Les femmes sont surtout atteintes ; les hommes le sont moins; les enfants sont presque toujours épargnés ou font une forme rubéolique.

La suette semble transmissible par les campagnols.

Avec M. Colin, nous admettrons la communauté de nature des quatre maladies qui, au IIe siècle avant Jésus-Christ sous le nom de *morbus cardiacus*, au XVe siècle de notre ère sous celui de suette anglaise, et enfin dans les temps modernes sous les noms, soit de suette picarde miliaire, soit de paralysie cardiaque, ont offert, dans l'ensemble de leurs traits, tant d'affinités symptomatiques, et dans les cas rapidement mortels, une identité à peu près absolue.

Ce qui a dominé en ces derniers temps, ce n'est ni la fièvre, ni l'éruption, ni même la sueur ; ce sont les symptômes cardiaques qui ont valu leurs noms aux faits observés du temps de Celse, aussi bien que pendant l'épidémie de Rottingen ou de Montmorillon. La septicémine s'est montrée la médication par excellence de cette redoutable affection.

PRATIQUE CHIRURGICALE

Pour diminuer le risque opératoire

Par M. Dupuy de Frenelle.

Deux préoccupations assiègent sans cesse l'esprit du chirurgien : que l'opéré coure le minimum de risque et qu'il garde le meilleur souvenir de son opération.

En chirurgie, le risque post-opératoire provient le plus souvent du fléchissement d'un point faible de l'organisme passé ou laissé inaperçu avant l'opération.

C'est une congestion pulmonaire survenant sur un sujet dont la bouche n'a pas été nettoyée, dont la capacité respiratoire n'a pas été enregistrée par le spiromètre, dont les bases pulmonaires n'ont pas été auscultées, et que l'on a imprudemment endormi avec de l'éther. C'est une syncope survenant chez un hypotendu dont la pression n'a pas été enregistrée par le sphygmomanomètre et que l'on a exposé à une rachianesthésie ou à une hémorragie ou à un choc viscéral marqué. C'est un urémique, dont le taux de l'urée sanguine n'a pas été recherché que l'on a chloroformé ou que l'on a exposé à un choc opératoire important.

C'est un insuffisant du foie ou des reins, dont l'oligurie a passé inaperçue et qui résiste mal à une complication toxi-infectieuse. C'est un anémique dont le taux de l'hémoglobine n'a pas été recherché et qui succombe à une spoliation sanguine primitive ou à une hémorragie secondaire. C'est une fibromateuse, à coagulation sanguine rapide, dont le temps de coagulation du sang n'a pas été recherché et qui fait une phlébite. C'est une salpingite, à hyper-sensibilisation infectieuse, chez qui l'on n'a pas dépisté cette sensibilité excessive par une injection intradermique de vaccin tétravalent et qui meurt d'infection rapide à la suite de l'hystérectomie. Tous ces exemples rappellent les étapes du calvaire du chirurgien qui s'y est laissé prendre une fois, et qui, instruit, hélas ! trop tard, du danger de l'imprévu, ne se laisse plus surprendre. Et c'est ce qui édifie l'expérience chirurgicale, malheureusement construite avec des morts décevantes.

Il est des médecins qui, avant même d'envoyer leurs malades consulter le chirurgien, les mettent en état de maximum de résistance.

Ceux-là ne laissent pas passer inaperçu un point faible du poumon, ils mesurent avec un spiromètre la capacité respiratoire, ils devinent le malade qui toussera après l'opération. Par de la gymnastique respiratoire, par une thérapeutique appropriée, ils mettent le poumon faible en état de résistance et évitent ainsi que les secousses intempestives de la toux ne viennent après l'opération aggraver un suintement sanguin ou une infection.

Ils prennent la pression artérielle de leurs malades, dosent leur résistance cardio-vasculaire pour la rapprocher de la normale avant d'envoyer

le sujet vers le choc opératoire. Chez ceux qui ont dépassé la quarantaine et dont la quantité d'urine ne dépasse pas largement un litre et demi par jour, ils pensent à dépister l'urémie latente par une prise de sang.

Avant d'envoyer un fibrome, un cancer de l'utérus, une salpingite, une prostate au chirurgien, ces médecins, se méfiant de l'embolie, piquent l'oreille de leur malade, recueillent sur une lame de verre quelques gouttes de sang et vérifient s'il met moins de dix minutes à se coaguler. Ou bien, parce qu'ils se méfient de l'hémophilie, ils vérifient si le sang met plus de douze minutes à se coaguler et si la piqûre faite à l'oreille saigne pendant un temps excessif. Grâce à cette même piqûre, ils recueillent une goutte de sang sur un papier buvard spécial et comparent la teinte de ce sang avec l'échelle colorimétrique de l'hémoglobinomètre de Tallquist. Tout malade qui a un taux d'hémoglobine au-dessous de 35 % ne doit pas être opéré. Le médecin prudent s'efforcera de rapprocher le plus possible ce taux vers la normale par des injections de sang, de la zomothérapie, etc. Et, lorsqu'il enverra sa malade à l'opération, il pourra se dire : « si elle saigne, le risque ne sera pas bien grand ».

Avant d'envoyer un double pyosalpinx ou une appendicite mal refroidie à opérer, il est prudent de rechercher si la malade infectée n'est pas hyper-sensible à l'infection. Peut-on jamais savoir si une poche purulente ne crèvera pas dans le péritoine au cours de l'opération. Louis Bazy a eu le très grand mérite de montrer comment on peut rechercher la sensibilisation d'un malade à l'infection en injectant dans le derme un demi-centimètre cube de vaccin tétravalent. S'il se forme le lendemain une tache rouge de réaction au niveau de la piqûre, si le malade fait une réaction fébrile, il est prudent de ne pas l'opérer à moins que les événements ne l'obligent. Il est préférable de préparer le sujet par une série d'injections de vaccin jusqu'à ce que l'intradermo-réaction devienne négative.

En somme, il est possible d'évaluer la résistance à l'opération d'un sujet :

La valeur pulmonaire se juge d'après la capacité respiratoire, mesurée par le spiromètre.

La résistance cardio-vasculaire se juge d'après la différence entre la tension minima et la tension maxima, mesurées par le sphygmotensiomètre.

La résistance hépato-rénale se juge par le taux de l'urée sanguine, dont la recherche doit être complétée au besoin par l'évaluation de la constante d'Ambard.

La résistance à l'hémorragie s'évalue d'après le temps de saignement, le temps de coagulation et le taux de l'hémoglobine.

Dans l'évaluation de la résistance à l'opération il reste malheureusement une inconnue que l'on ne peut mesurer méthodiquement, c'est l'appréciation de la force de résistance du système nerveux. L'énergie nerveuse, impondérable, varie considérablement d'un sujet à l'autre, aussi bien lorsqu'il s'agit d'accomplir un effort physique que de subir un choc moral ou opératoire. Le même excès d'émotions, le même excès d'efforts provoquent des effets très différents dans leur intensité suivant la résistance nerveuse de chaque individu. Un sujet sera anéanti ou accablé par les mêmes causes qui n'entameront pas l'émotivité ou la vitalité d'un autre. Une des plus grandes lacunes dans l'examen actuel du malade avant l'opération est de ne pas posséder un neuromètre qui permettrait d'évaluer la résistance nerveuse du sujet à l'opération. Evidemment, l'expérience, secondée par l'intuition, permet de suppléer à cette insuffisance, à la façon dont jadis on jugeait de la valeur du système cardio-vasculaire d'un malade en prenant son pouls, du système respiratoire en écoutant sa respiration, de la valeur du foie en regardant la teinte des conjonctives, et de celle du rein en regardant le bocal d'urine. Mais ce ne sont là que des données approximatives qui laissent une grande place à l'erreur, c'est-à-dire à l'imprévu qui aggrave le risque opératoire.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les néphrites chroniques azotémiques sans hypertension artérielle.

Il existe, disent L. Bouchut et P.-P. Ravault, chez des sujets d'âge moyen, des néphrites chroniques azotémiques, sans hypertension, avec des lésions de sclérose rénale interstitielle, glomérulaire, artérielle, étendues et identiques à celles observées dans les néphrites chroniques hypertensives. Ces néphrites, malgré l'absence d'hypertension, s'accompagnent d'hypertrophie cardiaque.

Ainsi, même dans les néphrites, l'hypertension n'est pas la condition nécessaire de l'hypertrophie du cœur. Il existe donc des hypertrophies cardiaques primitives, qu'on les appelle

myocardites hypertrophiques, ou qu'on les groupe sous le nom de myocardie.

On peut supposer qu'une même cause toxique ou infectieuse altère à la fois le rein et le cœur, déterminant parallèlement un double processus de myocardite hypertrophique et de néphrite chronique. (*La Presse médicale*, 16 janvier 1926.)

Remarques sur les formes de cholécystite légère appelées « vésicule fraise ».

D'après P. LECÈNE et P. MOULONGUET, il existe au niveau de la vésicule biliaire une lésion constituée : à l'œil nu, par des grains jaunes pédiculés sur la muqueuse ; au microscope, par des amas de cellules lipoïdiques sous-épithéliales. C'est la vésicule fraise de Mac Carthy.

Cette lésion n'est pas un stade prélithiasique certain, il n'est pas bien démontré qu'elle soit en rapport avec la seule stase vésiculaire ; au contraire elle est, dans un grand nombre de cas, en relation avec une infection d'intensité moyenne ou légère de l'arbre biliaire.

Si les lésions de la vésicule fraise coexistent avec la lithiase biliaire, il faut faire la cholécystectomie. De même dans les cholécystites avec grosses altérations pariétales, il n'y a aucun doute qu'il faille faire l'ablation de l'organe irrémédiablement altéré.

Au contraire, dans les infections biliaires avec lésions minimes de la vésicule, il n'est pas indiqué d'enlever toujours cet organe qui n'est pas le foyer principal de l'infection et dont l'ablation n'est peut-être pas inoffensive, tout au moins pour le pronostic ultérieur de l'infection biliaire. Il vaut mieux dans ces cas utiliser la vésicule pour drainer temporairement l'arbre biliaire au moyen d'une cholécystostomie, opération simple et inoffensive.

L'avenir nous dira si ce drainage indirect est suffisant : sinon il faudra recourir au drainage direct de la voie biliaire principale, soit au dehors par un tube en T, soit dans l'intestin par un tube passé à travers l'ampoule de Vater dans le duodénum.

En tout cas, le drainage de l'arbre biliaire semble indispensable dans toutes ces formes de cholécystite atténuée. (*La Presse médicale*, 13 janvier 1926.)

Prophylaxie et traitement des accidents sériques.

MM. R.-J. WEISSENBACH et G. DREYFUS pensent qu'il est permis d'attendre de l'étude des colloïdes le moyen de mieux connaître les incompatibilités humorales et d'éviter les réactions sériques ; peut-être aussi l'anatoxine de Ramon permettra-t-elle une immunisation suffisante et aussi une restriction de l'emploi de la sérothérapie.

Mais, en l'état actuel de la science, on doit dire que :

1° La sérothérapie reste jusqu'à nouvel ordre un des agents thérapeutiques les plus actifs, et la crainte des réactions sériques ne doit en rien restreindre son domaine. Sauf de rarissimes exceptions, on assiste, d'ailleurs, à des incidents plutôt qu'à des accidents.

2° Les méthodes prophylactiques auxquelles on aura recours dans la pratique sont : d'une part la skeptophylaxie sérique destinée à prévenir les accidents de choc, et d'autre part la médication chlorurée calcique à laquelle nombre de thérapeutes attribuent une notable efficacité contre l'éclosion plus ou moins tardive de la maladie du sérum.

3° Les accidents une fois déclarés, il est en général malaisé de les juguler ; l'adrénaline paraît le médicament le plus efficace à leur opposer. (*L'Hôpital*, janvier 1926 A.)

Le teint jaune-paille est-il un signe de cancer ?

Le teint jaune-paille est rare chez les cancéreux, tout au plus le rencontre-t-on dans quelques cas de cachexie cancéreuse, et, de plus, ce teint s'observe chez des malades qui ne sont nullement néoplasiques (anémiques, brightiques, hépatiques, cardiaques). Le professeur JEANNENEY et M. FAUCHER ne sauraient trop répéter qu'en aucun cas, on ne doit attendre son apparition pour affirmer le cancer. (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 17 janvier 1926.)

Le traitement des traumatismes craniens.

Le Dr P. MARTIN, d'une étude statistique de 54 cas de traumatismes fermés du crâne, conclut que le traitement doit être conservateur, à moins de signes localisateurs.

La mortalité globale, dans ces conditions, s'est élevée à 35 %, même à 18 % si on défalque les cas manifestement au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Le pronostic est fonction de l'intensité de l'obnubilation et du coma. Les hémorragies par les orifices naturels et la présence d'une haute concentration en sang dans le liquide céphalo-rachidien sont des signes défavorables. La bradycardie dans les heures qui suivent l'accident n'a de valeur spéciale que quand elle succède à une accélération du pouls.

Le traitement, avons-nous dit, sera conservateur (ponctions lombaires répétées), à moins qu'il n'y ait une indication formelle d'opérer : fracture avec enfoncement, signes de localisation faisant soupçonner la présence d'un hématome, œdème cérébral aigu, présence manifeste de signes d'hypertension coïncidant avec une pression basse du liquide céphalo-radchidien au niveau des lombes. (*Bruxelles-médical*, 24 janvier 1926.)

Traitement des ulcères variqueux.

Ainsi que l'établissent J. MEYER et R. WEILL-SPIRE, nombre de méthodes permettent de mener à bien la cicatrisation des ulcères de jambe ; il faut en tous les cas associer le traitement de l'ulcère, celui de la stase veineuse et celui de l'état général. Le traitement de l'ulcère est assuré par des pansements, qui d'abord le détergent, puis le font bourgeonner, et favorisent enfin l'épidermisation. Le repos au lit, généralement indispensable, peut être mitigé dans les traitements ambulatoires, difficiles à réussir, mais d'un grand intérêt social.

Certaines interventions chirurgicales, d'ailleurs de moins en moins proposées, comme l'excision de l'ulcère, la circonvallation, les incisions radiées, viennent au secours des topiques parfois insuffisants.

Le traitement de la stase veineuse a fait un immense progrès depuis que Sicard a mis au point la méthode des injections phlébo-sclérosantes.

Les méthodes chirurgicales, résections veineuses, incisions circulaires de téguments en amont de l'ulcère, lui cèdent le pas.

Le traitement de l'état général prend une importance croissante ; les progrès du diagnostic clinique et sérologique ont montré que la grande majorité de ces malades étaient suspects de syphilis, et la syphilothérapie est indispensable à la guérison rapide d'un grand nombre de malades. Dans les autres cas, et également chez certains syphilitiques même bien traités, une hyperglycémie permanente ou provoquée a incité à chercher la cicatrisation de certaines plaies atones dans l'emploi de cet agent trophique qu'est l'insuline. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1926.)

Les maladies qui trompent.

Certaines maladies tendent à tromper le médecin par leurs apparences.

Avec un état général florissant, quelques affections graves évoluent durant un long temps : tuberculose pulmonaire, surtout chez un diabétique gras ; endocardite infectante à marche lente révélée par un infarctus ; aortites postérieures prises pour une dyspepsie ou une gastralgie ; tabès, paralysie générale ; cancer, surtout cancer du corps de l'utérus.

Des affections peu graves occasionnent aussi un état général précaire : hyperesthénie gastrique, appendicite chronique, etc.

Parfois aussi, malgré des symptômes tapageurs, la maladie évolue favorablement, la fièvre n'étant qu'une réaction de défense de l'organisme : mêmes considérations pour le délire et les convulsions chez les enfants, l'agitation et l'insomnie chez l'adulte.

Où encore les symptômes sont éteints, et le malade meurt brusquement : pneumoniques, appendicites perforantes, etc.

Ch. FIESSINGER, conseille, en conséquence, au médecin de ne pas se presser dans l'examen d'un malade ; il doit toujours lui laisser conter tous ses malaises, puis voir de près tous ses organes, l'un après l'autre ; prendre la tension artérielle, examiner séance tenante les urines ; ne pas croire que le client est bien portant parce qu'il a bonne mine ni qu'il est à bout de souffle parce que sa figure est tirée. Donc pas d'examen rapide ; à chaque malade, il faut réserver le temps nécessaire. Les maîtres les plus réputés ont été amenés aux méconnaissances les plus absolues du réel, simplement parce que trop de précipitation entrait dans les conclusions de leur jugement. (*Journal des Praticiens*, 4 novembre 1925.)

La réaction de Wassermann dans la syphilis cardio-aortique.

L'origine syphilitique dans trois maladies de cœur est dénoncée énergiquement par la réaction de Wassermann. D'après Ch. FIESSINGER, elle est toujours positive dans trois grosses lésions organiques : les aortites, les anévrysmes, la myocardite syphilitique et il lui faut deux à trois ans pour perdre ce caractère ; après avoir employé l'arsenic et le bismuth, l'auteur est revenu au mercure ; en cas d'accidents inquiétants, il fait 1 centigr. intraveineux de cyanure ; sinon 2 centigr. intramusculaire de benzoate de mercure ; dix à douze piqûres par mois.

L'injection intra-veineuse n'est pas plus active, son action est simplement plus rapide, mais, par contre, elle amène plus vite l'intolérance. Au bout de 3 à 4 mois de traitement intra-musculaire, on remplace un mois sur deux les piqûres par des suppositoires d'onguent napolitain : 6 centigr. pour 3 gr. de beurre de cacao, dix par mois. Deux à trois sont nécessaires. Il semble, pour les anévrysmes, qu'un repos prolongé au lit avec régime de réduction puisse accomplir des miracles.

Dans les angines de poitrine la réaction est moins souvent positive ; mais, cependant, la lésion est souvent une coronarite syphilitique et il faut savoir que le traitement ne recevra aucune indication de l'analyse. Aussi tout angineux, atteint de syphilis ancienne et amélioré par le traitement, devra poursuivre la médication en dépit de l'amélioration obtenue. Au bout d'une première série d'injections, les douleurs sont bien moindres ; il faut cependant, au risque de catastrophe, continuer deux ans, comme pour les aortites.

Dans le pouls lent permanent, l'absence de réaction positive est encore plus fréquente ; cependant, s'il y a syphilis antérieure, il faut instituer le traitement. On peut obtenir la guérison

quand les crises de pouls lent ne sont pas fixées dans une lenteur constante, et que des périodes d'accélération normale se hasardent de temps à autre. Pourtant dans cette affection, le rôle de la syphilis paraît exagéré. (*Journal des Praticiens*, 21 novembre 1925.)

La mélitococcie peut être considérée comme une fièvre intermittente.

La fièvre de Malte est partout décrite comme une fièvre continue à oscillations régulières, qui reproduisent dans leur ensemble une courbe ondulante. Comme le fait remarquer L. Tanon, ces exacerbations de la température traduisent les réactions de l'organisme. Cependant si l'on observe que le sérodiagnostic est infidèle, variable même d'un jour à l'autre, que l'hémoculture est souvent négative, on expliquerait mieux ces phénomènes en contradiction avec l'idée de fièvre continue, en considérant la mélitococcie comme une affection fébrile à rechutes journalières, au même titre que le paludisme par exemple.

Or, l'accès mélitococcique comprend bien les trois phases de l'accès quotidien ; de plus, la recherche de l'agglutination et de l'hémoculture faite en série permet aussi de retrouver des réactions positives au début de la défervescence, c'est-à-dire quand on doit avoir le plus d'anticorps dans le sang. L'agglutination est toujours positive quand le sang est prélevé dans les premières heures qui suivent le maximum de l'accès ; mais la réaction est fugace ; souvent elle est négative deux ou trois heures après avoir été positive.

Le traitement devra donc s'exercer au moment où le mélitocoque fait irruption dans le sang, c'est-à-dire au moment où l'hémoculture est positive. Malheureusement, faute encore d'une indication spécifique, nous ne pouvons atteindre le microbe dans les foyers où il se multiplie : rate, ganglions ou périostites et myosites profondes, que l'on constate toujours dans cette maladie. (*Le Bulletin médical*, 7 novembre 1925.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La récupération fonctionnelle des grandes paralysies.

(MM. Georges Guillain et Bidou. — *Académie de médecine* ; 25-5-1926.)

Même lorsque les lésions du système nerveux ont détruit les conducteurs de transmission des mouvements, il est encore possible d'être utile aux malades, de faire marcher des paraplégiques, de rendre quelque usage aux bras paralysés, de donner à un monoplégique crural l'équilibre pour la locomotion. La méthode de *récupération fonctionnelle* permet ces résultats, en apportant un appoint précieux à la thérapeutique.

Cette méthode est, à la vérité, assez complexe dans son application. Elle demande un appareillage particulier pour chaque malade, appareillage qui nécessite pour chaque cas une étude de mécanique, avec recherche des aplombs, des leviers, des angles de flexion, etc., par conséquent le concours d'un ingénieur versé dans ce genre d'études.

M. Guillain cite quelques exemples de paralytiques qui ont pu, sous l'influence de la récupération fonctionnelle, reprendre des occupations, travailler et cesser d'être à la charge de la collectivité. L'auteur estime qu'une organisation de ce genre devrait être adjointe aux grands centres de neurologie. Il en existe une à la Salpêtrière. A Neuilly, M. Martinez de Hoz a fondé un hôpital établi sur ces principes, pour la récupération des impotents.

Le contrôle physiologique des agents thérapeutiques

(M. Cazeneuve. — *Académie de médecine* ; 5-5-1926.)

Le contrôle chimique des médicaments n'est pas toujours probant. Ainsi, il est difficile de définir chimiquement les caractères de pureté de la caféine, de la cocaïne, de la digitaline, pour ne citer que ces trois agents de première importance. L'expérimentation physiologique, le contrôle sur l'animal, donnent une précision beaucoup plus grande. Pour les produits organiques, cette notion est encore plus vraie. M. Cazeneuve demande que, dans ces conditions, un laboratoire de contrôle physiologique des médicaments soit créé, à côté du laboratoire de contrôle chimique.

La réaction de Botelho dans le cancer.

(M. Jacques Lavedan. — *Académie de médecine* ; 25-5-1926.)

M. Lavedan a eu l'occasion de faire une série de recherches sur la réaction de Botelho dans le cancer, méthode dont parlait dernièrement M. Hartmann. Sur 200 réactions, il a trouvé 72 % de résultats exacts, et 28 % de résultats inexacts. Sur 150 sérums de malades cancéreux, 111 ont donné des résultats positifs et 39 des résultats négatifs. Les réactions positives fausses, d'autre part, se sont montrées au cours de

maladies diverses : métrite du col, ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, abcès du sein, etc.

La réaction de Botelho ne serait donc pas absolument spécifique du cancer. Elle fournit des pourcentages de résultats exacts qui varient suivant la localisation de la tumeur et sont surtout importants pour les cancers profonds, ceux précisément pour lesquels une épreuve biologique révélatrice est le plus utile.

De nouveaux travaux s'imposent pour préciser les origines des fausses réactions positives. Si ce point peut être éclairci, on possédera dans le procédé de Botelho un moyen de diagnostic précis du cancer. A l'heure actuelle, malgré les restrictions qu'elle comporte encore, cette méthode constitue une des meilleures parmi celles proposées pour le séro-diagnostic des tumeurs malignes.

— M. Hartmann ajoute que le côté faible de la méthode est la constatation de réactions positives chez des individus indemnes en apparence de toute lésion cancéreuse. Il y a là un fait qu'il faudra approfondir.

Tétanos guéri par des injections massives de sérum.

(M. G. Heuyer et Mlle Petot. — *Soc. de Pédiatrie* ; 20-10-1926.)

Chez un enfant de 14 ans entré à l'hôpital pour tétanos, M. Heuyer a eu recours aux injections massives de sérum antitétanique. Le malade reçut par voies sous-cutanée, intra-musculaire et intra-rachidienne 1.190 cmc. de sérum. La guérison fut obtenue après des accidents sériques bénins : érythème, fièvre, trismus sérique.

La porte d'entrée du tétanos avait été une morsure de chien. On pouvait redouter la rage : ce fut le tétanos qui éclata, alors qu'aucune mesure préventive n'avait été prise ni pour l'une, ni pour l'autre maladie.

— M. Babonneix pense que dans les formes subaiguës du tétanos les doses moyennes de sérum, administrées par voie hypodermique, peuvent suffire.

Le trismus sérique du sérum antitétanique.

(MM. Babonneix, Schreiber et Ombredanne. — *Soc. de pédiatrie* ; 20-10-1925.)

L'observation qui précède, de M. Heuyer, signale un accident sérique particulier : le *trismus*. Dans une maladie qui, comme le tétanos, provoque elle-même du trismus, on peut trouver là un élément embarrassant pour apprécier l'état du malade et les directives du traitement.

Le trismus, dit M. Babonneix, a souvent été noté comme conséquence d'une arthropathie temporo-maxillaire due au sérum. L'auteur cite le cas d'un médecin des environs de Paris qui à la suite d'une injection de sérum antitétanique présenta des troubles graves : raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, trismus violent, fièvre, etc. On pensa à un échec du sérum et à un tétanos malgré la sérothérapie préventive. En réalité, une enquête serrée montra qu'il s'agissait uniquement d'accidents sériques.

— M. Ombrédanne cite un exemple non moins typique : le sien, personnel. En 1919, M. Ombrédanne reçut à titre préventif une injection antitétanique. Cinq jours après l'injection, du trismus se produisit. L'apparition d'un tel symptôme, en de telles circonstances, ajoute l'auteur, impressionne très désagréablement le patient, surtout s'il est médecin.

— M. Georges Schreiber a attiré l'attention en 1919 sur les trismus consécutifs aux injections de sérum anti-tétanique. Celles-ci étant pratiquées à l'occasion d'une blessure, on peut craindre un début de tétanos. Il s'agit d'une arthralgie temporo-maxillaire, d'un accident sérique pseudo-tétanique.

L'infection à pneumocoques du rhino-pharynx des nourrissons.

(M. Ribadeau-Dumas et Mlle Tisserand. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 20-10-1925.)

Le rôle des rhino-pharyngites en pathologie infantile, chez les nourrissons, est connu. Elles sont causes d'otites, de mastoïdite, de méningite même, de troubles digestifs, de bronchites, etc. Ces notions sont surtout d'ordre clinique car l'étude bactériologique des rhino-pharyngites ne paraît pas avoir donné de résultats notables. Elle a révélé la présence de microbes variés, quelquefois spécifiques (gonocoques, bacille de Lœffler, méningocoque, streptocoque), le plus souvent quelconques (staphylocoques, pseudo-diphtériques, etc.). M. Ribadeau-Dumas estime que le pneumocoque joue aussi dans les fosses nasales un rôle offensif et qu'il importerait de lutter contre lui.

Quels moyens employer contre cet agent dans la thérapeutique rhino-pharyngienne ? Les instillations d'huiles à essences ne remplissent pas le but désiré et sont même aggravantes parfois, lorsqu'elles sont employées trop longtemps. La vaccinothérapie n'a pas donné de résultat. L'auteur s'est demandé si la bile, dont l'action lysante sur le pneumocoque est établie, ne pourrait pas être utilisée avec avantage. Il s'est servi de bile de bœuf aseptique projetée dans le nez et l'arrière-nez à l'aide d'une petite sonde de caoutchouc. Il en a obtenu de bons effets dans un cas de rhino-pharyngite pseudo-membraneuse à pneumocoques.

— M. Abrand a constaté également la nocivité de l'huile goménolée en pareille circonstance. Il rappelle que l'action favorable de la bile a été mise à profit par certains auteurs contre l'ozène.

Un enfant des rayons X.

(M. Georges Schreiber. — *Société de pédiatrie* ; 17-11-1925.)

M. Schreiber montre un garçon de deux ans, ar-

riéré microcéphale; véritable « bébé en miniature », qui a seulement le poids d'un enfant normal de deux mois. Ce retard considérable de l'accroissement statural et pondéral serait dû à une atrophie radiothérapique, la mère ayant reçu au cours des quatre premiers mois de sa grossesse (grossesse méconnue) seize applications de rayons X pour un volumineux fibrome utérin qu'elle portait.

— M. Apert rappelle un cas analogue qu'il a signalé il y a trois ans.

— M. Debré a observé également un arriéré microcéphale dont la mère avait été soumise à la radiothérapie pendant sa grossesse.

Coudures intestinales chroniques.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 23-4-1926.)

Les coudures intestinales *chroniques* sont, dit M Pauchet, d'une extrême fréquence et donnent lieu à une série de diagnostics erronés : appendicite chronique, dyspepsie, ulcère gastro-duodénal, entérite, cholécystite, salpingite, rein mobile, etc. La thérapeutique chirurgicale dirigée à tort contre ces dernières maladies est alors de nul bénéfice.

Nombre d'appendicites chroniques opérées ne guérissent pas parce que les malades ont des coudures intestinales qui persistent.

Nombre de gastro-entérostomies ont été faites inutilement sur des estomacs sans ulcère, atteints de troubles réflexes par suite d'une coudure intestinale.

Nombre d'entérites chroniques subissent tous les traitements médicaux et parcourent toutes les maisons de régime, les stations thermales, sans résultat, parce qu'elles sont entretenues par une coudure intestinale.

Les chirurgiens ont souvent enlevé des ovaires scléro-kystiques qui étaient la conséquence de coudures intestinales : les femmes opérées restent plus malades après qu'avant.

Les cancers du côlon se forment en amont d'une coudure intestinale qui a produit d'abord pendant des années une irritation locale, puis une inflammation chronique, point de départ du cancer.

Le diagnostic des coudures intestinales sera posé le plus souvent par les rayons X. Certaines lésions de l'anus (hémorrhoïdes, fissures, rétrécissement congénital, etc.) agissent mécaniquement comme les coudures et produisent les mêmes accidents.

Dans la plupart des cas, le traitement sera la *cololyse* c'est-à-dire la libération des viscères. Quelquefois, il faudra faire une résection. Lorsqu'on est amené à sectionner la bride iléale, prendre des précautions spéciales d'asepsie.

Appendicite sous-hépatique.

(M. H. Blanc. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 23-4-1926.)

L'appendicite sus-hépatique, dont M. Blanc relate six observations personnelles, offre des difficultés de diagnostic assez grandes. Tantôt le siège élevé de la douleur, le subictère, aiguillent le médecin vers une lésion de la vésicule biliaire ou du duodénum. Tantôt, ce sont de légères crises douloureuses, sans réaction péritonéale, paraissant descendre du rein pour suivre l'uretère, et tout naturellement, le diagnostic qui vient à l'esprit est celui de colique néphrétique. Si le malade a eu des antécédents gastropathiques, on peut croire à l'ulcère du pylore ou du duodénum. D'autres fois on s'oriente vers la colite et la péricolite, ou vers l'annexite. A la condition d'y penser, toutefois, on arrivera généralement par une analyse soigneuse des symptômes à fixer un diagnostic de probabilité.

P. L.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

(Avril 1926.)

Sténose hypertrophique du pylore.

MM. J. Raybaud et J. Vignoli présentent la pièce anatomique d'un nourrisson de 40 jours opéré trop tard : plus de 36 % de perte du poids de naissance. Ils insistent sur le diagnostic de l'affection, la nécessité d'une intervention avant que le sujet ait perdu 20 % de son poids ; ils signalent les accidents d'hyperthermie post-opératoire fréquents chez les nourrissons opérés et proposent une nouvelle technique opératoire afin d'éviter à coup sûr la blessure de la muqueuse duodénale au moment de la section inférieure de la tumeur dans la pylorotomie longitudinale extra-muqueuse, procédé employé.

Etude d'une iridodyalise traumatique.

M. Jean Sedan rapporte un cas datant de 4 ans de désinsertion de la moitié interne de l'iris par coup de poing. Conservation d'une acuité de 1/10e avec gêne intense, éblouissement et diplopie monoculaire. Atrophie musculaire de l'iris. Cependant au bout de 4 ans, l'A. tente des instillations de pilocarpine qui par contraction de l'iris, déterminent, l'élargissement de la dyalise avec occlusion presque complète et temporaire de l'ancienne pupille rejetée en dehors. Diminution notable de l'éblouissement. Acuité utilisable de 5/10e. Les instillations sont depuis quotidiennes, à la satisfaction de la malade.

Réfection du fourreau de la verge.

MM. Chauvin et Lahayville. — Après la libération des deux bords du tunnel scrotal où avait été glissée la verge dénudée et leur suture, l'organe retrouve un fourreau souple, esthétique et extensible. La brèche laissée au scrotum est facilement réparée. Cicatrisation facile et complète.

Carcinose hépato-pancréatique avec métastase pulmonaire chez une femme de 20 ans.

MM. De Luna et Félix Trafuc rapportent une observation intéressante par le jeune âge de la malade qui a fait un volumineux cancer métastatique du foie à point de départ pancréatique avec métastase pulmonaire. L'évolution très rapide s'est manifestée par une anémie extrême avec grosse rate et gros foie sans aucun signe de néoplasie primitive et spécialement sans signe de localisation pancréatique. Le diagnostic clinique était en faveur d'une syphilis hépatique, étant donné un B.W. positif, jusqu'à l'insuccès du traitement spécifique.

Neuro-fibromatose de Recklingkausen.

MM. Rottenstein et Paul Vigne présentent un jeune enfant de 13 ans atteint de neurofibromatose ayant débuté il y a 4 ans. On note un assez grand nombre de taches pigmentaires disséminées sur tout le tégument et, sur toute la hauteur de la région cervicale gauche, une série de tumeurs cutanées dont quelques-unes ont l'aspect et la consistance de névrome plexiforme. Les troubles intellectuels font complètement défaut.

Emile Castelli.

Les Livres

René Lépine, éditeur, 3, rue Vezelay, Paris.

C. Lian. — **L'Année médicale pratique** (5e année).

Le recueil des nouveautés médicales qui est édité chaque année sous la direction du Dr Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Tenon, secondé par le Dr G. Siguret, de Saint-Nectaire, secrétaire de la rédaction, vient de paraître. C'est le cinquième volume de cette utile et intéressante publication. Nous ne pouvons donner une analyse de ce véritable Dictionnaire des actualités médicales, il nous suffit de constater qu'il est aussi complet que possible, rédigé avec soin et clarté grâce au nombre et à la sélection des collaborateurs. Les rédacteurs français, Aubertin, Blechmann, Chabrol, Debré, et Joannon, Gaston Durand, Duvoir et Philippe, Faroy et Worms, Fernet et Girard, Harvier, Leclerc, Lian, Barrieu et A. Blondel, Pruvost, Tinel, Weisenbach et Gilbert Dreyfus, Ségard, G. Siguret, Cottenot, Dausset, Deniker, Guilly, Le Mée, Marsan, Passot, Trèves, Vaudescal, Velter, et Gaston Duchesne (qui rédige l'Année professionnelle) jouissent pour la plupart d'une grande notoriété et sont universellement appréciés. Leurs noms suffisent à indiquer le soin avec lequel sont rédigés les articles de l'*Année médicale pratique*.

Nous signalerons l'importance que prennent de plus en plus les Comités étrangers qui fournissent cette année au recueil du Dr Lian de nombreux collaborateurs. Nous avons compté au moins treize articles dus à des rédacteurs étrangers.

On ne saurait trop remercier ni encourager les auteurs de l'*Année médicale pratique* qui permet aux praticiens de se tenir facilement au courant des dernières acquisitions des sciences médicales et d'en faire utilement l'application. Chaque nouveau volume marque un progrès ; celui de 1926 est bien près d'atteindre la perfection. J. Noir.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin.

Georges Luys et Victor Pauchet. — **Traité des maladies de la prostate. Prostatectomies et tumeurs malignes.** (Un vol. in-8°, 700 p. 457 fig. et 5 pl. en couleurs, 90 fr.)

Aux Presses universitaires de France.

Maurice Vernet. — **La sensibilisation anaphylactique. Asthme et coryzas spasmodiques.** (Un vol. 192 p., 2 pl. et analyses en langues étrangères.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

LES ECZÉMATEUX A LA ROCHE-POSAY

Par le docteur Auboux,

Médecin consultant à la Roche-Posay.

Je voudrais, dans cette note concise, préciser aux lecteurs du *Concours médical* les indications de La Roche-Posay dans les dermatoses.

Ces indications sont connues depuis des siècles. En 1573, dans une brochure intitulée : « Description de la fontaine trouvée à La Roche-Pouzay, près Chastelleraud », dont l'exemplaire unique est actuellement conservé à Paris à la Bibliothèque Nationale, un auteur anonyme écrit textuellement ceci : « *Il n'y a gale, rongne, teigne qui résiste à la vertu de l'eau de la Bonne Fontaine de la Roche de Pouzay* ». Il est certain qu'au XVIe siècle, les malades atteints d'affections cutanées y affluaient de toutes parts. Les sources étaient dénommées « Fontaines miraculeuses ». Le vieux chroniqueur anonyme ajoute à ce propos ; « *Ceste*

fontaine a été envoyée de Dieu, nul ne la peut dire estre une eau charmée, ni exorcisée ; c'est une eau pure, nette, claire et très potable, recevant ceste vertu et propriété de guarir de la seule bénédiction de Dieu tout puissant. »

***

L'eau de La Roche-Posay est avant tout *anti-arthritique* ; elle agit sur l'*eczéma*, — c'est-à-dire sous cette forme d'arthritisme qui sort à la peau, — comme elle agit sur la *goutte*, le *rhumatisme*, les *calculs du rein* et du *foie*. Elle contient des minéraux intéressants : le *calcium* sous forme de bicarbonate de chaux ; la *silice*, et un métalloïde extrêmement rare dans les eaux minérales à dose pondérable, le *sélénium*. Ces minéraux sont tous, à des titres divers, de merveilleux agents anti-arthritiques. Le calcium, parce qu'en raison de sa vertu diurétique, il stimule le fonctionnement rénal, favorise l'élimination des toxines et poisons organiques : un quart d'heure après son absorption, l'eau provoque une abondante diurèse. Ce même calcium agit sur le foie et la sécrétion biliaire : au bout de 12 heures, les selles sont colorées en noir ou en vert par le flux de la bile. Quant à la silice, elle constitue un pansement calmant sur la peau eczématisée, sur toutes les lésions et ulcérations : le Dr Mercier, dans une communication à la *Société de Biologie* sur La Roche-Posay, attira naguère l'attention sur ce point. Le sélénium décelé dans nos eaux par le professeur Taboury est d'importance extrême : il chasse les cellules usagées, stimule la formaion de nouvelles, fait faire « peau neuve ».

Enfin le professeur Curie et M. Laborde ont classé les eaux de La Roche-Posay parmi les plus *radio-actives* de France.

***

Grâce à tous ces facteurs d'activité, La Roche-Posay est, à l'heure actuelle la première des stations de France, et sans doute de l'Europe, pour la cure de l'eczéma. Suivant les propres termes du professeur Landouzy : *l'eczéma appartient à La Roche-Posay*. Les eczémas les plus irritables, les plus suintants, les plus prurigineux, ceux dont les démangeaisons sont intolérables, sont modifiés en peu de jours.

L'eau est utilisée : *en bains*, qui recouvrent la peau d'une fine pellicule blanchâtre due aux sels des eaux, sorte d'émail cicatrisant ; — en *boisson* qui élimine les poisons organiques ; — en *pulvérisations*, dont l'action est remarquable sur les eczémas du visage.

Toutes les *dermatoses* sont justiciables de la cure de La Roche-Posay. C'est ainsi que nous sommes habitués à soigner, — en dehors des *eczémas proprement dits*, aigus ou chroniques, secs ou suintants, irritables ou atones — : l'*acné*, les *séborrhées*, l'*urticaire*, les *prurigos*, les *névrodermites*, le *strophulus*, la *folliculite*, l'*impétigo*, les *psoriasis irritables*, certaines *dermatoses bulleuses*. Qu'il nous soit permis, à l'appui de cette assertion, de citer les opinions de maîtres qui ont bien connu nos eaux :

Le prof. Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, dit, parlant du traitement des *prurigos eczématisés* : « On usera de l'eau minérale de La Roche-Posay, à laquelle M. Morichau-Beauchant a reconnu des propriétés anti-prurigineuses. »

Le Dr Brocq, médecin-chef de l'hôpital Saint-Louis écrit dans son travail sur le « traitement des dermatoses par les eaux minérales et les climats » : « La Roche-Posay possède des eaux qui ont une grande réputation dans le traitement des *eczémas irritables* ».

Le prof. Ausset, dans une de ses leçons aux étudiants de la Faculté de médecine de Lille, par le ainsi du traitement du *prurigo de Hébra* : « Jamais vous n'obtiendrez d'aussi beaux et d'aussi rapides résultats qu'en envoyant votre malade se plonger dans les eaux de La Roche-Posay ; en quelques jours, les démangeaisons cesseront ».

Le prof. Landouzy, lorsqu'il vint en 1912 à La Roche-Posay à la tête du V.E.M. qui comprenait cette année environ 120 médecins, prononça au cours de la leçon qui suivit sa visite aux sources et à l'Etablissement, ces paroles catégoriques : « Les *dermatoses*, d'une manière générale, et l'*eczéma* en particulier, appartiennent incontestablement à La Roche-Posay ».

Enfin, dans un travail communiqué au *Congrès international de Venise* en 1905, et que l'Académie de Médecine a couronné, le prof. Beauchant, de Poitiers, et le Dr Œconomo écrivent :

« C'est surtout dans l'*eczéma* que la cure a semblé avoir des effets quasi-spécifiques. Dans tous les travaux des anciens auteurs, cette action est signalée...

« Sont surtout modifiés, les eczémas suintants, les formes prurigineuses, *irritables*, rebelles à tout traitement local, sujettes aux poussées incessantes. Le *prurit*, en particulier, est, dans presque tous les cas, le symptôme le plus rapidement influencé. Nous avons vu, chez des malades porteurs d'*eczémas de l'anus*, avec démangeaisons insupportables empêchant le sommeil, et qu'aucun traitement n'avait pu modifier, le prurit disparaître dès les premiers bains et les nuits redevenir paisibles ».

L'installation récente d'une salle de douches filiformes, avec appareillage spécial, permet le traitement efficace des *prurits rebelles* : *scrotal, anovulvaire* ; des *névrodermites*, des *eczémas lichénifiés*, des *couperoses*, des *acnés*. On utilise un jet d'eau minérale surpressée d'un quart ou d'un demi-millimètre de diamètre.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DROIT PROFESSIONNEL

Nous avons demandé à nos deux distingués Conseils, Me NATTAN-LARRIER et M. MARTINOT, *de traiter la question délicate des cessions de clientèles médicales au point de vue fiscal.*

Ils nous ont remis les deux articles suivants, dans lesquels chacun d'eux expose son opinion personnelle.

I

La cession des cabinets médicaux et le fisc

Les questions fiscales présentent souvent une obscurité qui déconcerte les profanes et les trouble : il leur semble, ils peuvent croire que les règles d'équité et de justice que les tribunaux appliquent dans les litiges entre particuliers sont dénués de toute force dès qu'il s'agit de la perception d'impôts. Il n'en est rien ; mais les règles du droit civil doivent se combiner avec quelques principes très simples destinés à assurer au Trésor public la disposition immédiate des ressources qui lui sont malheureusement plus que jamais nécessaires, à éviter des fraudes fréquentes et à garantir les contribuables contre les perceptions illégitimes ; ces principes donnent à la législation fiscale un caractère étroit et formaliste assez spécial.

Les médecins qui lisent le *Concours médical* sont dans une situation privilégiée, car ils peuvent trouver, dans leur journal, les conseils et les éclaircissements que leur donne avec une autorité et une netteté remarquables le conseiller de la Revue, un spécialiste en la matière, M. Martinot, ancien fonctionnaire de l'enregistrement, depuis longtemps directeur d'une Revue de droit fiscal.

Il n'a pas moins semblé utile au signataire de ces lignes de préciser d'un point de vue très général et assez différent de celui auquel M. Martinot se place, la question des droits d'enregistrement en matière de vente de cabinets médicaux.

***

Si les cessions de cabinets médicaux étaient assimilées aux cessions de fonds de commerce, les droits perçus seraient des droits de mutation, et exigibles même lorsqu'il n'a été passé aucun écrit.

On sait qu'après la vente d'un immeuble, par exemple, les droits sont dus et payables dans un délai très court, à partir de la convention, même si aucun écrit n'est passé. Le vendeur et l'acheteur sont tous deux responsables, et à défaut de payement dans le délai, le double droit est exigé. Toute dissimulation de prix est réprimée par des peines correctionnelles ; des déclarations solennelles sont exigées des contractants pour assurer l'exact payement des droits.

A la suite de la guerre de 1870, le gouvernement, pour se procurer les ressources fiscales qui lui étaient nécessaires, proposa d'assujettir les cessions de fonds de commerce à des droits de mutation analogues à ceux qui frappaient les immeubles en vertu de la loi du 22 frimaire an VII.

Le projet du Gouvernement ne visait que les fonds de commerce, atteignant ainsi les clientèles commerciales ou achalandages, mais laissant complètement de côté les clientèles civiles, c'est-à-dire l'ensemble des relations établies entre le public et un particulier.

« Ces relations étaient cependant une source de profits, constituaient une valeur appréciable, susceptible d'être transmise à un tiers. » (Maguero : *Répertoire*, v° Fonds de commerce, n° 14). Aussi, sur un amendement de M. Journault, le mot de clientèle fut-il ajouté et passa-t-il dans le texte de la loi du 28 février 1872, qui, sauf en ce qui concerne le tarif du droit, régit encore la matière ; dès lors, l'administration fut autorisée à percevoir un droit de mutation sur toutes les cessions de fonds de commerce ou de clientèle, qu'il y eût ou non un acte écrit de cession.

Elle soutint d'abord que toutes les cessions de clientèle étaient atteintes par la loi, notamment les clientèles d'agents d'affaires, architectes, agréés, *médecins*, maîtres de pension et de tous les autres mandataires salariés *pouvant avoir une clientèle susceptible d'être transmise.* (Mémoire de

l'administration rapporté dans la *Revue périodique de l'enregistrement*, 5.188.) Son opinion fut combattue par Demante et Naquet et elle ne fut consacrée par la jurisprudence qu'en ce qui concerne les clientèles d'agréés (Cass. civ. 10 mars 1879), d'agents d'affaires (Seine, 7 août 1885), de commissaires-priseurs (Epernay, 7 mars 1884), de directeur d'agences d'assurance (Bordeaux, 4 juillet 1883, et Nancy, 8 juin 1888).

Aucune décision de jurisprudence n'est intervenue encore en ce qui concerne les médecins ; et en fait l'administration s'abstient de considérer comme une mutation de clientèle, donnant lieu par elle-même et indépendamment de tout acte écrit à la perception des droits, les cessions de cabinets faites par des médecins à d'autres médecins.

***

La raison juridique de cette abstention peut être facilement dégagée.

Pour qu'il y ait lieu à perception, il faut, d'après les principes mêmes de l'administration, qu'il y ait cession d'une clientèle susceptible d'être transmise, or *la clientèle d'un médecin n'est pas susceptible d'être transmise.*

Il est inutile de rappeler ici la jurisprudence qui s'est établie depuis 1847 en matière de clientèle médicale : elle reconnaît unanimement que la clientèle médicale, étant le produit du choix libre et de la confiance désintéressée des malades, ne peut être vendue ; suivant les expressions que contiennent toutes les décisions rendues, elle n'est pas « dans le commerce » et ces mots signifient qu'elle ne peut faire l'objet d'une cession ou d'un apport en société ; la cession en est *radicalement nulle* (Paris, 29 décembre 1847, 25 juin 1884, 3 août 1894, Riom, 13 mars 1894, Amiens, 30 novembre 1905, Paris, 15 mai 1922, Nancy, 17 octobre 1924).

Sans doute, la jurisprudence admet-elle qu'un médecin peut promettre de faciliter à son confrère la *création* d'une clientèle, soit en le présentant à ses clients, ou à des personnes susceptibles de lui envoyer des clients, soit en s'abstenant lui-même d'exercer la médecine dans un périmètre donné, soit même en lui cédant la maison où les clients ont pris l'habitude de venir le consulter. Mais il n'y a pas dans ce cas cession de la clientèle. Il y a une série d'obligations de faire ou de ne pas faire, et même une obligation de donner, qui ne transmettent pas la clientèle : elles déterminent et favorisent la formation d'une clientèle nouvelle.

Cette distinction, pour subtile qu'elle puisse paraître, est solidement basée sur des considérations morales, comme aussi sur des considérations de fait ; et elle conduit à des conséquences juridiques très importantes.

Non seulement, dans l'état actuel de nos mœurs, il paraît inadmissible qu'un médecin profite de la confiance qu'il a acquise auprès de ses malades, pour acquérir un profit indirect, indépendant des honoraires qu'il touche directement et ouvertement, mais il est impossible de soutenir que la clientèle d'un médecin constitue un ensemble de relations, dont, comme un courtier d'assurances, par exemple, il peut transmettre le bénéfice à un tiers.

La clientèle d'un médecin, comme la clientèle de l'avocat, conserve un caractère exclusivement personnel ; elle est déterminée par la valeur scientifique et par la valeur morale du praticien. Sans doute la clientèle d'un commerçant repose, elle aussi, dans une certaine mesure, sur la confiance des personnes qui s'adressent à lui, mais elle s'établit avant tout sur divers éléments très stables qui sont attachés au fonds ; le pas de porte, l'organisation adoptée, les méthodes en usage, le matériel réuni, la discipline imposée aux agents et aux commis, les contrats en cours, tous ces différents produits de l'activité ou de l'intelligence du négociant lui survivent et forment un tout indépendant, une universalité juridique, dont le successeur acquiert la propriété.

A un degré moindre, mais dans une mesure importante cependant, les clientèles ordinaires forment souvent un élément considérable du patrimoine : l'agent d'assurance possède un « portefeuille », c'est-à-dire des contrats dont l'exécution se poursuit sur un très grand nombre d'années, et qui se renouvellent périodiquement ; l'agréé, l'agent d'affaires possèdent des dossiers, une organisation matérielle, des archives, dont les documents sont indispensables à connaître ; tous ces éléments assurent dans une certaine mesure, tout au moins, la fixité de la clientèle ; elle demeure attachée au cabinet.

Dira-t-on que le médecin a des malades, qu'il en communiquera les fiches à son successeur, qu'il chargera son successeur de les suivre ? Les fiches médicales ne peuvent être communiquées à personne sans violation de secret professionnel ; les malades peuvent, même au cours d'une maladie, refuser de continuer leur confiance au médecin qu'ils ont choisi et à plus forte raison au successeur que celui-ci veut se donner. Même lorsque les médecins ont des clientèles stables, des postes médicaux, ceux-ci ne peuvent être transmis. Le médecin est toujours choisi, je dirai plus, il est choisi et accepté pour chaque acte médical qu'il accomplit.

De là des conséquences juridiques importantes. La vente d'un fonds ou d'une clientèle comporte une obligation de garantie : le médecin, hors le cas de dol, n'est jamais responsable vis-à-vis du confrère qu'il choisit. Il a promis de le présenter, de lui donner une liste de clients éventuels, de l'installer dans sa maison, de cesser d'exercer

lui-même. Il a tenu parole, il a rempli ses obligations. Si, malgré tout, et ce cas se présente souvent, son successeur, pour des raisons qui varient suivant les circonstances, mais qu'on pourrait facilement énumérer, ne reconstitue pas la clientèle, il n'a aucun recours et ne peut réclamer ni restitution, ni diminution de prix (Voir notamment Riom, 13 mars 1894).

Un médecin ne saurait ni garantir, ni promettre à son successeur, ni une clientèle, ni un chiffre d'honoraires déterminé ; et les produits du cabinet dans lequel il installe son successeur restent nécessairement aléatoires.

***

Il arrive cependant que l'administration perçoive des droits sur les actes de cession qui lui sont présentés.

C'est qu'ici nous nous trouvons en présence d'une règle de droit fiscal, qu'il convient de rappeler.

L'administration n'a pas à se préoccuper de la valeur juridique de la stipulation des parties : « Les nullités fussent-elles absolues, les actes « qu'elles vicient n'en conservent pas moins « leurs effets tant qu'ils n'ont pas été annulés... « (la mission de la Régie) se borne au recouvrement des impôts qu'elle est chargée de recevoir, il ne lui appartient pas, sauf le cas de « fraude et de dissimulation, de rechercher la « valeur des actes, qui en dehors des applications « de la loi fiscale dont elle doit assurer l'exécution « ne sont pas soumis à son contrôle. » (Cassation civile, 15 février 1854.)

S'il me convenait ainsi de vendre demain les Tours de Notre-Dame moyennant 3.000.000, ou moyennant le même prix un hôtel, avenue des Champs-Elysées, qui ne m'appartient nullement, la Régie percevrait, sur l'acte écrit que j'aurais passé, un droit de mutation calculé sur 3.000.000 comme si la vente était valable, comme si j'étais réellement propriétaire des Tours de Notre-Dame ou de cet hôtel, et comme si je pouvais en transmettre la propriété. Il est possible que le receveur m'envoie à Charenton après avoir fait la perception régulière, mais si j'apportais l'argent, il commencerait par percevoir.

Or, d'après la loi du 29 juin 1918, tout acte sous seings privés, contenant des obligations synallagmatiques doit être obligatoirement enregistré dans les trois mois de sa date (article 29).

On voit donc que si un médecin et son successeur constatent une cession de cabinet dans un acte sous seings privés, et emploient inexactement les mots de « cession de clientèle », l'administration, comme s'il s'agissait d'une véritable cession de clientèle, devra régulièrement percevoir le droit proportionnel qui, calculé aujourd'hui à 12 %, est relativement très important.

***

Si, au contraire, il n'y a pas d'acte passé, ou si l'acte ne constate pas qu'il y a eu cession de clientèle, le droit doit-il être perçu ?

Il paraît certain tout d'abord qu'à défaut d'acte, le droit n'est pas dû. Dans la pratique, nous l'avons vu, la Régie paraît considérer aujourd'hui que la transmission d'une clientèle médicale ne constitue pas une véritable mutation donnant lieu à perception de droits, indépendamment de tout écrit. Elle n'exige donc pas, comme en matière de vente de fonds, une déclaration faite dans ses bureaux, dans les trois mois de la convention (1).

Mais si, comme il arrive d'ordinaire, il y a un acte écrit dans lequel l'un des deux médecins cède à son confrère son installation, sa bibliothèque et ses instruments, promet de se retirer et de le présenter à ses clients, la Régie pourra-t-elle percevoir le droit de cession de clientèle lorsque, par application des lois existantes, cet acte écrit sera présenté à la formalité de l'enregistrement ?

On dit : quelles que soient les expressions employées, la Régie doit donner à l'acte son véritable caractère, elle y verra une cession de clientèle et percevra le droit de cession.

Nous ne le pensons pas.

Les règles d'interprétation des conventions posées dans les articles 1156 et suivants du Code civil, doivent être appliquées aussi bien pour déterminer le droit d'enregistrement exigible sur une convention que pour déterminer les effets qu'elle doit produire en droit civil, mais la volonté des parties, si elle est clairement exprimée doit toujours être respectée.

Sans doute, toutes les fois que cette volonté se trouve mal exprimée par les termes de l'acte, et d'autre part, nettement fixée en un sens différent, c'est d'après ce sens, *qui représente la véritable intention commune des parties*, que le droit d'enregistrement doit être perçu.

C'est, en effet, un principe en droit fiscal, comme en droit civil, que *ce que font les parties prévaut sur ce qu'elles disent*. L'administration de l'enregistrement a donc le droit et le devoir de rechercher et de constater le véritable caractère des dispositions contenues dans les contrats qui lui sont présentés, pour arriver à asseoir d'une manière conforme à la loi les droits applicables à ces dispositions, quelles que soient les expressions dont les parties se sont servies. (Cassation civile, 24 avril 1854, et les arrêts de cassation cités

---

(1) En matière de vente de fonds ou de clientèle, la mutation est suffisamment établie par l'inscription du nom du nouveau possesseur au rôle des contributions. La régie n'applique pas cette règle en matière de cession de cabinets médicaux.

au *Répertoire pratique* de Dalloz, v° Enregistrement, § 29).

Mais ce droit de l'administration ne lui appartient que si elle se trouve en présence d'une dissimulation frauduleuse, ou que, par suite d'une erreur ou de toute autre cause, les dispositions des parties se trouvent en opposition avec celles de la loi civile ; quand elle restitue à un acte son véritable caractère, elle recherche, *d'après les principes du droit commun*, la nature réelle, le caractère et les effets légaux des actes ou mutations. (Dalloz, *ibid.*, § 31 et les arrêts cités.)

Or, en soutenant que l'acte, dont nous avons plus haut indiqué les grandes lignes, est en réalité une cession de clientèle et que c'est par erreur ou pour déguiser leur pensée que les parties ne l'ont pas qualifié ainsi, l'administration, bien loin d'appliquer les principes du droit civil, les altérerait gravement.

Puisque, d'après une jurisprudence unanime, la cession d'une clientèle médicale est contraire à l'ordre public, puisque cette cession est atteinte d'une nullité radicale, qu'elle n'a pas un objet licite ; qu'une clientèle médicale est intransmissible, l'administration substituerait à une série d'obligations licites et régulières, conclues par les parties, exprimées en des termes appropriés, dont la jurisprudence consacre l'emploi et déclare la validité, *une convention différente plus étendue et que la jurisprudence déclare viciée d'une nullité radicale.*

Ce serait une atteinte aux règles d'interprétation qui doivent être appliquées en droit fiscal comme en droit civil.

Ce serait aussi une atteinte aux principes que l'administration a toujours reconnus, puisqu'elle n'a jamais assujetti aux droits édictés par la loi de 1872 que les clientèles qui peuvent être transmises.

Nous ne pouvons donc admettre que ce soit ni dans ses pouvoirs ni dans ses intentions.

***

En résumé, d'après notre avis :

1° Ni en droit civil, ni en droit fiscal, les clientèles médicales ne sont susceptibles d'être valablement transmises.

2° Il ne peut être juridiquement admis que l'ensemble des engagements réciproques consacré par l'usage et la jurisprudence, sous le nom de cession de cabinet médical, et qui comprend notamment l'obligation prise par un médecin de présenter l'un de ses confrères à un certain nombre de clients ou de personnes susceptibles de lui envoyer des clients, ainsi que l'engagement pris par le même médecin de restreindre son activité médicale dans des conditions déterminées, constitue une cession de clientèle.

3° L'ensemble des engagements réciproques connu sous le nom de cession de cabinet médical, n'entraîne pas le payement d'un droit de mutation, comme la cession de fonds de commerce ou des clientèles, et le tarif prévu pour la mutation des clientèles ne nous paraît pas applicable en principe. Il y a lieu à perception de droits distincts sur chacune des obligations contractées.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour de Paris.
Docteur en Droit.

II

Les docteurs en médecine et le fisc

M. le Dr Duchesne et nous, avons cherché dans de précédents articles à indiquer, aussi clairement que possible, les devoirs et les droits des lecteurs du *Concours médical* envers le fisc *au cours de leur carrière.*

Nous allons examiner aujourd'hui les difficultés que peut faire naître la *cessation de l'exercice de la profession.*

En général, lorsqu'un praticien se retire, il cherche un jeune docteur pour lui succéder sous certaines conditions et moyennant un prix convenu. Ce prix comprend suivant les cas :

1° La cession du droit au bail ;

2° La cession des installations, des livres, des appareils et instruments ;

3° L'interdiction de se rétablir ;

4° La présentation du confrère.

Notre démonstration doit prévoir tous les cas : nous supposerons d'abord que la cession du cabinet est faite par acte sous seings-privés.

Celui-ci est synallagmatique puisque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres (art. 1.102 du Code civil), il doit donc être enregistré dans les trois mois de sa date. (Loi du 29 juin 1918, art. 12.)

La cession du droit au bail donne lieu, en vertu de l'article 34 de la loi du 13 juillet 1925, au droit de 12 %, décimes compris, sur le montant du prix stipulé. Ce droit est indépendant de celui de 0,72 % perçu sur le prix de la location à verser au propriétaire de l'immeuble pendant la durée du bail.

Le droit de 9 % est dû depuis la loi du 4 avril 1926, sur :

1° La cession des installations, des livres et des instruments ;

2° La cession de clientèle qui, bien que non admise par la jurisprudence civile, est absolument caractérisée par l'interdiction de se rétablir et la présentation du successeur.

Au point de vue fiscal, il ne saurait donc y avoir aucun inconvénient à stipuler dans l'acte un prix spécial pour chacune des cessions ci-dessus énoncées.

S'il n'y a pas d'acte, c'est-à-dire si l'entente est verbale, la cession du droit au bail doit être déclarée au bureau de la situation de l'immeuble dans les trois mois de l'entrée en jouissance. (Loi du 13 juillet 1925, art. 35.)

La convention verbale relative aux instruments, meubles et livres ne donne lieu à aucune déclaration obligatoire, par conséquent échappe à l'application du droit de 9 %.

La cession de clientèle, au contraire, doit être déclarée dans les trois mois de l'entrée en exercice en vertu de l'article 8 de la loi du 28 février 1872 qui ne fait aucune distinction entre la clientèle civile (médecins, architectes, avocats) et la clientèle commerciale.

Il en est de même de la jurisprudence en matière d'enregistrement. (Cass. Chambre Civile, 10 mars 1879. Instr. 2621, § 1, Cass. Chambre civile, 1880. Instr. 2641, § 1. Bordeaux, 7 août 1889.)

L'argument tiré de ce que la clientèle de médecin ne peut valablement être cédée ne saurait être opposé en matière fiscale, car la régie n'est pas juge de la validité des conventions.

La raison de cette nullité qui se trouverait dans ce fait que la clientèle du médecin est personnelle ne nous semble pas décisive, car elle s'applique aussi à la clientèle de l'agent d'affaires, de l'architecte.

En fait, lorsque le médecin est présenté par son prédécesseur, il a de grandes chances, s'il ne commet pas de fautes professionnelles, de conserver la majeure partie des clients de celui-ci et ce noyau de clientèle assure sa situation dans le pays.

L'administration ne poursuit le payement des droits dus sur une cession verbale de clientèle de docteurs en médecine que lorsqu'elle en possède la preuve écrite. Le transfert de la patente de l'ancien docteur à son remplaçant n'est pas considéré comme suffisant.

Les pénalités encourues par inobservation des prescriptions ci-dessus exposées sont les suivantes :

A défaut du payement de l'impôt sur la cession du droit au bail, l'ancien et le nouveau locataires sont passibles, chacun personnellement et sans recours, nonobstant toute stipulation contraire d'un droit en sus égal au montant de l'impôt et qui ne pourra être inférieur à 100 fr. en principal.

Cela revient à dire qu'en cas de non payement des impôts exigibles sur la cession d'un droit au bail, les droits et amendes exigibles s'élèvent au total à 3 × 12 = 36 % du prix de la cession.

A défaut d'enregistrement de l'acte contenant cession de clientèle ou de déclaration au bureau de l'enregistrement, si la convention est verbale, l'ancien et le nouveau possesseur sont passibles chacun et personnellement d'un droit en sus égal au droit simple et qui ne peut être inférieur à 62 fr. 50.

La totalité des droits en cas de contravention est donc de 27 % du prix stipulé.

Enfin, les dissimulations de prix de cession de droit au bail ou de clientèle sont passibles d'une amende égale au quart de la somme dissimulée. (Lois des 23 août 1871, art. 12 ; 28 février 1872, art. 6 ; 27 février 1912, art. 7.)

Le nouveau praticien a le droit d'amortir sur ses bénéfices annuels les sommes qu'il a versées à son prédécesseur pour l'acquisition du droit au bail, des instruments, du mobilier, des livres, de l'automobile.

Au contraire l'amortissement n'étant pas admis pour le prix des clientèles civiles ou commerciales, le médecin ne saurait faire de ce chef aucune déduction.

L'amortissement du prix du droit au bail est calculé en divisant ce prix par le nombre des années de location restant à courir.

Celui des instruments, voitures, etc... se calcule suivant les dépréciations moyennes annuelles de ces objets sans qu'il y ait de règle à ce sujet. Une automobile neuve s'amortit en général en cinq ans ; mais que stipuler pour une voiture d'occasion ? Ces amortissements sont affaire d'appréciation.

Notre conclusion sera que MM. les docteurs peuvent, sans inconvénient au point de vue fiscal, céder verbalement ou par écrit leur droit au bail, clientèle, instruments, livres, voiture, etc.

Que l'acte qui contient ces conventions doit toujours être enregistré.

Que si l'entente est verbale, seule la cession du droit au bail doit être déclarée puisque l'administration ne recherchera pas s'il existe une cession de clientèle.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal,
Directeur du *Contribuable français*.

III

Accident du travail contesté. — Paiement de la visite de contrôle. Honoraires du médecin traitant.

La suspicion pèse lourdement sur le Corps médical. Parce qu'une petite poignée de médecins marrons profite de la loi sur les accidents *du travail* et, par des procédés plus ou moins déontologiques, commet des abus de droit professionnel, les compagnies d'assurances contre les accidents du travail ont la fâcheuse tendance de suspecter la bonne foi de tout médecin, qui donne ses soins à une victime du travail.

Dans le cas particulier, un confrère reçoit la visite d'un ouvrier qui, de bonne ou mauvaise foi, lui déclare qu'il a été victime d'un accident du travail. Muni du certificat initial, le blessé fait faire les déclarations légales par son chef d'entreprise, et le médecin continue à donner ses soins.

Quelques jours après, visite de contrôle, à laquelle assiste le médecin traitant ; mais, l'accident n'ayant pas été accepté par l'assurance, celle-ci refuse de payer le dérangement du docteur de l'ouvrier.

Voici la lettre de l'assurance : « Quant à la visite de contrôle, nous laissons à l'ouvrier le soin de payer son médecin, nous bornant à assumer les frais de notre contrôleur, lorsque celui-ci découvre qu'il n'y a pas eu accident du travail.

« Nous estimons que ces frais eussent été évités, si le certificat initial avait indiqué catégoriquement qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail, ce qui n'est pas plus difficile à définir, dans la généralité des cas, tout au moins, par le médecin choisi par l'ouvrier que par celui du patron, ou de l'assurance, qui lui est substituée.

« Le bulletin avec lequel l'ouvrier se présente au médecin de son choix indique qu'il se déclare victime d'un accident du travail, ce qui implique que le certificat demandé doit relater, le cas échéant, que l'examen a révélé une maladie et non un accident.

« De votre point de vue, vous jugez que c'est un maigre inconvénient pour nous que de payer le médecin que nous dérangeons, sans lequel nous ne pouvons visiter la victime d'un accident du travail ; mais puisque, en l'occurrence, il n'y a pas accident du travail, n'est-il pas logique et équitable d'en laisser la charge à l'ouvrier qui, par des manœuvres frauduleuses, tente de faire payer indûment, à son patron, des indemnités, auxquelles il n'a aucun droit ? »

J'ai déjà traité, dans le *Concours médical*, cette question de la responsabilité du médecin traitant, en ce qui concerne la dénonciation de la fraude, en matière d'accident du travail.

Deux cas peuvent se présenter :

1° A la suite de son examen, le docteur fait avouer au blessé qu'il n'est pas du tout victime d'un accident du travail ; ou bien l'affection est nettement de nature non-traumatique, ne pouvant, en aucune circonstance, ou hypothèse, se trouver en relation de cause à effet avec le travail.

Dans ces conditions, lié qu'il est par l'article 378 du Code pénal, le médecin doit garder le secret et ne doit pas dénoncer le blessé à son patron ; mais il a le devoir impérieux de refuser à son client la délivrance d'un certificat que le praticien saurait devoir être destiné à obtenir le bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Le blessé demande-t-il une attestation médicale décrivant la lésion ? le médecin ne saurait se soustraire à ce devoir ; mais cette attestation, soumise aux règles du droit commun et non à celles de la loi du 9 avril 1898, sera rédigée sur papier timbré et ne comportera aucune formule, destinée à tromper la bonne foi du chef d'entreprise.

2° Le blessé se présente chez le médecin, porteur ou non d'un bulletin d'avis du chef d'entreprise ; il affirme avoir été la victime d'un accident du travail et, malgré les apparences, ou les soupçons du praticien, il persiste à nier la blessure volontaire, ou la nature non traumatique de la lésion.

Que doit faire le docteur ?

Il doit tout d'abord, dans son certificat, déterminer la matérialité de la blessure, la décrire minutieusement, en définir les caractères cliniques, l'aspect, la forme.

Mais faut-il, sur ce certificat, formuler des doutes sur la véracité des dires de l'ouvrier ? Non ! ce n'est pas l'affaire du médecin traitant.

A l'ouvrier d'abord d'établir la relation de cause à effet de sa blessure avec le travail (Dijon, 1re chambre, 25 avril 1921 ; *Rec. Dijon*, 1921, 68 ; Agen, 6 février 1924 ; *Rev. gén. acc. trav.* 1924.280 ; voir également *Concours médical*, 1926.873).

Néanmoins, toute lésion qui se produit dans un accident survenu par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident et la victime ou ses héritiers n'ont pas à démontrer que la lésion a été la conséquence de l'accident (Cassation, chambres réunies, 7 avril 1921, *Gaz. Trib.*, 15 mai 1921). Il s'en suit que le médecin a l'obligation, dans la rédaction de son certificat initial, de déclarer d'abord que le blessé se prétend victime d'un accident du travail ; que la blessure présente tels et tels aspects et qu'il

en résultera vraisemblablement telles ou telles conséquences.

Le docteur, n'ayant pas été présent au moment de l'accident, ne peut qu'enregistrer les dires de son client, sans avoir à rechercher si ce dernier est ou non de bonne foi.

En premier lieu, je mets au défi n'importe quel médecin possédant son entière indépendance et liberté, n'étant l'employé de qui que ce soit, d'affirmer, d'après le simple aspect d'une plaie, que celle-ci est « artificielle » ou non, qu'elle a été volontairement ou non produite. Il y a une plaie : le docteur en décrit les caractères : un point, c'est tout. Emettre des doutes dans le certificat serait transformer le docteur en dénonciateur, en allié du chef d'entreprise contre le client, qui est venu en toute confiance.

Qu'arriverait-il, au surplus, si le praticien se trompait et, venant à suspecter la bonne foi du blessé, inscrive cette méfiance sur son certificat, alors qu'il serait ultérieurement démontré, d'une façon indubitable, que le traumatisme a véritablement été provoqué par le travail, à l'occasion et par le fait de celui-ci ?

La victime n'aurait-elle pas le droit absolu de se retourner contre son médecin et d'assigner ce dernier en réparation du dommage moral, provoqué par cette suspicion toute gratuite ?

D'ailleurs, le chef d'entreprise n'est nullement désarmé, dans le cas où il suspecte la bonne foi de son ouvrier, suspecterait-il même, en plus, la conscience professionnelle du médecin.

Si l'ouvrier a l'obligation d'apporter la preuve de l'accident et sa relation avec le travail, le chef d'entreprise, par contre, ne dégage sa responsabilité qu'en établissant que la victime a provoqué intentionnellement l'accident, ou la blessure (Cassation civ., 30 décembre 1919 ; *Gaz trib.*, 31 janvier 1920.)

Tout d'abord, invoquant les termes de l'article 20, ainsi conçu : « aucune des indemnités déterminées par la présente loi ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident », le chef d'entreprise a toujours le droit d'assigner son ouvrier blessé devant le juge de paix, pour que ce magistrat puisse nommer un médecin expert.

En second lieu, aux termes de l'article 4, § 5, le patron peut toujours faire contrevisiter le blessé par son médecin et ce praticien devra à son mandant toute la vérité.

Il en résulte que le chef d'entreprise n'a qu'à faire diligence, en cas de suspicion de sa part. Qu'il n'attende pas trop, car une plaie peut rapidement changer d'aspect.

Mais, par rapport au médecin traitant, le patron est tenu d'avertir ce dernier, soit qu'il conteste l'accident, soit qu'il estime que celui-ci n'a pas été la conséquence d'un traumatisme.

En effet, lorsqu'un blessé se présente dans le cabinet du médecin, le praticien reçoit la plupart du temps un bulletin d'avis d'accident, délivré par le patron ou son représentant.

Le docteur se croira donc en mesure de faire crédit au patron, pour le paiement de ses honoraires, jusqu'au jour où celui-ci préviendra le praticien qu'ayant des doutes sur la nature de l'accident, il dégage par avance sa responsabilité quant au paiement des honoraires médicaux.

Il est évident que l'idéal serait, pour le médecin, de se refuser à reconnaître la loi du 9 avril 1898, qui n'a pas été faite pour lui. Il n'aurait qu'à imiter de nombreux pharmaciens, qui excédés par les procédés vexatoires de nombreuses compagnies d'assurances, ne délivrent au blessé des médicaments que contre argent comptant. Munie d'une facture acquittée, la victime se fait ultérieurement rembourser par son patron les frais pharmaceutiques qu'il a avancés.

Mais je ne crois pas qu'un tel geste serait bien humanitaire, au moment précis où le blessé ne touchera plus que son demi-salaire.

D'ailleurs, le tribunal civil d'Yvetot, jugeant en appel, le 19 décembre 1924 (*Ann. J. P.*, 15 mai 1925 ; *Concours médical* 1925, 423) s'exprime ainsi : « Attendu que lorsqu'un patron, se croyant à tort ou à raison, assuré contre un accident survenu à ses ouvriers, envoie cet ouvrier blessé à un médecin, lui fait dire de le soigner immédiatement et lui fait remettre sa feuille d'assurance, il n'accomplit pas seulement le devoir moral d'un patron à l'égard d'un ouvrier blessé à son service ; qu'en agissant ainsi il se porte garant du paiement des honoraires du médecin ; qu'il contracte vis-à-vis de lui l'obligation juridique de l'indemniser, soit par sa compagnie d'assurances, soit par lui-même, de tous les soins donnés au blessé, s'il n'a pas pris la précaution de faire connaître, ou de laisser entendre d'une manière non équivoque, au médecin, son intention contraire ».

Le juge de paix de Chantonnay, Vendée, 2 octobre 1924 (*Concours médical* 1925.462) déclare : Attendu que le rôle du médecin consiste uniquement, non pas à questionner le patient et à rechercher si oui ou non celui-ci est victime d'un accident du travail (des juridictions plus compétentes étant pourvues pour trancher le différend, le cas échéant), mais à fournir ses soins et à lui procurer des médicaments, en cas de besoin, n'ayant qu'à s'adresser ultérieurement pour le règlement de ses honoraires et déboursés qu'à la personne, ou à l'établissement, qui lui a commandé de fournir ses soins ».

De tout ceci découlent deux situations, dans lesquelles se trouve le médecin, en ce qui concerne le paiement de ses honoraires.

1° Le blessé est venu le trouver, porteur d'un bulletin d'avis d'accident, signé du patron ou de son représentant. La jurisprudence estime

que le chef d'entreprise est responsable, tant qu'il n'a pas averti le praticien qu'il contestait l'accident et que, par suite, il entendait rester étranger aux frais médicaux.

Je sais bien que beaucoup de ces bulletins d'avis sont astucieusement rédigés, de manière à toujours mettre en doute l'accident, et ne demandant au médecin que de visiter le malade et de lui délivrer un certificat. Ainsi, le chef d'entreprise ne serait juridiquement tenu à payer que ce qu'il a commandé : c'est-à-dire la première visite et le certificat.

2° Le blessé se présente chez le médecin, n'ayant aucun accréditif de son patron. Au docteur de savoir s'il fait confiance au blessé et au patron de celui-ci, pour le paiement ultérieur de ses honoraires.

Le praticien peut en effet se faire payer comptant à chaque pansement et délivrer un reçu à la victime.

Il peut aussi ne réclamer sa note qu'en fin de traitement. A qui la présentera-t-il ? Au blessé, consommateur et bénéficiaire des soins, quitte à lui à appeler son patron en garantie.

Le médecin voudrait user de l'action directe, que lui confère le paragraphe 6 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898. Mais, dans ce cas, le docteur doit prouver qu'il y a eu accident du travail (Cass. Req. 15 mars ; *Gaz. Pal.* 26 avril 1910.)

Conclusions.

De tout ce qui précède, je conclus que l'assurance est mal fondée de se refuser à payer le dérangement du médecin traitant, pour assister à la visite de contrôle, sous le prétexte que si le praticien avait déclaré qu'il ne s'agissait pas d'un accident du travail, tous ces frais n'auraient pas été provoqués.

Oui, si la lésion est telle qu'il est parfaitement impossible d'invoquer un traumatisme quelconque, ou même une relation de cause à effet avec le travail. Dans ce cas, le médecin traitant a eu tort de délivrer un certificat, pouvant laisser supposer qu'il y avait accident du travail ; il devait, ou refuser cette pièce, ou la rédiger en se bornant à décrire la matérialité des lésions et en employant une feuille de papier timbré, selon le droit commun.

Mais, la lésion est-elle telle qu'il se peut que la cause puisse en être attribuée à un accident du travail, ce n'est pas au médecin traitant à faire part de ses doutes au patron, ni à dénoncer l'ouvrier, ou à jeter la suspicion sur ce dernier. Le chef d'entreprise est suffisamment dans la possibilité de faire constater la nature de la blessure par le médecin qu'il désigne et, par suite, de faire éclater la vérité.

Au patron d'apporter la preuve qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, soit parce qu'il récuse les témoignages invoqués par la victime, soit qu'il les conteste, soit parce qu'il peut établir qu'il n'y a pas relation de cause à effet entre l'accident et la blessure (celle-ci ayant, par exemple, été volontairement provoquée), soit parce que l'affection morbide ne peut pas être attribuée à un traumatisme, ou à l'effet du travail.

Au patron de produire les témoignages d'ouvriers et les certificats de son médecin, pour détruire la présomption d'accident du travail et apporter une preuve médicale que le certificat initial ne peut donner de bonne foi.

Mais, du moment où la visite de contrôle, provoquée par le chef d'entreprise, ou par l'assurance de ce dernier, est destinée à apporter des précisions utiles uniquement à l'intérêt du patron, il est parfaitement juste que le dérangement du médecin traitant soit imputé au bénéficiaire et non pas à l'ouvrier. C'est à celui à qui profite ce contrôle de payer ce qui est nécessaire.

Vainement pourrait-on m'opposer que, si l'ouvrier n'avait pas trompé son patron et son médecin, tous ces frais auraient été évités, par conséquent, il doit supporter les conséquences de sa malhonnêteté.

Ce raisonnement quelque peu simpliste oublie l'intérêt du médecin. Celui-ci a été de bonne foi : il a cru l'ouvrier sur parole, lorsque le blessé a raconté la genèse de sa blessure. Le certificat initial a décrit la matérialité de la lésion pathologique. Est-ce la faute du docteur, s'il a ajouté foi aux dires de la prétendue victime ? La loi oblige-t-elle le praticien à faire une enquête, pour savoir si véritablement il y a eu accident du travail ?

L'aspect de la blessure peut renseigner le docteur : ceci est raisonnement à l'usage de ceux qui n'entendent rien à la médecine, car je prétends, avec beaucoup de confrères, qu'il est matériellement impossible de savoir si une plaie quelconque est le fait d'un accident fortuit et involontaire, ou la conséquence d'un traumatisme simulé et sciemment provoqué. Si l'ouvrier ne me fait aucune confidence, je ne puis que décrire ce que je vois, laissant à celui, ou à ceux, qui ont intérêt à contester l'accident, d'apporter les preuves de leur prétention.

Raisonner autrement serait forcer le médecin à se refuser à connaître, en quoi que ce soit, la loi du 9 avril 1898.

Un blessé entre dans le cabinet médical : faut-il lui délivrer des certificats, selon le droit commun, c'est-à-dire sur papier timbré ; faut-il faire payer, à chaque visite, ou pansement, ce qu'il doit, pour les soins qu'il a reçus ?

Ce serait oublier que le ministre du travail actuel a déposé un projet de loi, spécifiant que, désormais, la victime n'aurait rien à payer, par

elle-même et que les honoraires du médecin seraient exactement conformes au tarif de la responsabilité patronale.

Le ministre a peut-être été trop vite en besogne, mal renseigné, qu'il est, comme tous les ministres, des desiderata de chaque profession en présence. Le corps médical n'est pas favorable à ce projet de loi, parce que ses intérêts et son indépendance sont lésés.

Veut-on, par toutes manières, nous obliger à ne tenir désormais aucun compte des lois dites de solidarité sociale, qui ne concernent nullement les médecins ?

Dr Paul BOUDIN.

MÉDECINE SOCIALE

Le ticket modérateur

La naissance de la médecine collective et la création du tiers-payant firent éclore et se développer par contre-coup les abus et l'exagération des vacations médicales.

D'abord le régime intolérable du forfait adopté au début par les mutualistes, créa une multiplication décevante des appels du médecin. Celui-ci devint rapidement la victime de ses malades ou pseudo-malades et les soins médicaux dans les sociétés mutuelles ne constituèrent qu'une exploitation. A la base du système il y avait un défaut capital : ce n'était pas l'usager qui payait. Il consommait selon son bon plaisir et laissait à un autre le soin de solder la dépense : procédé illogique.

Une réaction se fit contre le forfait et dans la presque totalité des cas, qu'il s'agisse des secours mutuels, de l'assistance médicale gratuite, des accidents du travail, de la loi des pensions, le payement à la visite s établit de plus en plus.

Mais on n'avait pas supprimé les abus.

Le nombre des vacations augmenta et souvent dans de fortes proportions. Comme les frais médicaux s'exagéraient, on cria haro sur le médecin. On le taxa d'exploiteur. J'ai encore présentes à la mémoire les injures adressées au corps médical au Congrès de la Mutualité d'Angers et l'obligation, pour les médecins présents, de se retirer.

Les Mutualistes attribuaient l'augmentation des frais médicaux aux seuls médecins, alors que dans la plupart des cas, ils sont imputables aux sociétaires.

Ceux-ci n'ayant rien à payer, demandent le médecin à propos de rien, pour des indispositions légères ou hypothétiques. Pour eux, ils ne s'occupent pas de savoir quel est le mode de payement adopté, l'essentiel est qu'ils ont pas à ouvrir leur porte-monnaie et que s'ils payent une cotisation, ils entendent faire un bon placement et en avoir pour leur argent. C'est encore bien pis quand le payant est l'Etat ou les riches compagnies d'assurances ; alors aucun scrupule n'arrête le quémandeur. S'il peut craindre que dans une mutualité, des abus par trop exagérés arrivent à tarir la Caisse de la Société, dans le second cas il n'a rien à craindre. On peut alors s'en offrir et en paraphrasant le mot amusant d'une pièce à succès, dire : Eh allez donc, c'est pas ton pèze. L'erreur de base, c'est de vouloir imputer les abus aux individus, au lieu de les attribuer au système lui-même.

Comme il est difficile de réformer les abus et de supprimer à des individus des avantages acquis, on étudia différents modes pour rétablir l'équilibre entre les soins à donner et les honoraires à servir.

Ce furent, je crois, les médecins, tellement accusés, qui proposèrent eux-mêmes un moyen de limiter les abus dans la consommation des soins médicaux dont ils bénéficièrent. C'est à Lyon si je ne m'abuse, que le travail et l'opiniâtreté de notre confrère Bolliet, firent établir le principe du ticket modérateur.

Le point de départ était de faire intervenir le malade dans ses frais de maladie et de le transformer en partie en malade payant. En effet, si le malade était obligé à chaque vacation de sortir de sa bourse une certaine somme, il aurait intérêt à limiter les dépenses. De cette façon, il n'abuserait pas des appels au médecin et limiterait le zèle intempestif de certains confrères pouvant pousser à la visite. De même il n'inciterait pas certains praticiens à marquer plusieurs visites au lieu d'une pour parer à l'insuffisance reconnue des honoraires attribués. Les affaires, c'est l'argent des autres.

Dans la pratique, les adhérents achetaient à leur société un certain nombre de tickets de visites ou de consultations à un prix déterminé et remettaient ceux-ci aux médecins comme honoraires. En réalité, ils avaient payé d'avance leur participation aux frais de maladie et le système était par lui-même modérateur.

Il fut adopté par presque toutes les sociétés de la région lyonnaise. Les contrats avec les médecins syndiqués ne portaient que sur le prix de la vacation, la valeur de participation du sociétaire à ce prix dépendant de la société.

Le système avait certainement du bon et devait être efficace, mais à une seule condition, c'est que la participation du malade fût suffisam-

ment importante, sinon l'effet modérateur était inexistant.

Quand on voulut établir le statut des assurances sociales, on eut de suite la perspective des abus déjà observés dans le fonctionnement des petites sociétés, on essaya d'y parer. Il ne fallait pas songer au forfait rejeté et honni par tout le corps médical. Il en refusait le principe quel que fût le montant du forfait. Il l'avait déjà fait rejeter dans la loi des accidents du travail, le supprimait chaque jour dans l'assistance médicale gratuite. On n'avait pas osé en parler pour la loi des Pensions.

Aussi, dans leurs projets de loi, nos confrères Grinda et Chauveau s'empressèrent d'introduire le principe du ticket modérateur. Dans le texte voté par la Chambre, art. 25, il est dit : « Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification. Son prix est établi librement par la caisse : il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la caisse de l'assuré.

Dans le paragraphe 4 de l'art. 23 du projet Chauveau, il est dit : « Leur montant (des prestations en nature) est supporté ou remboursé par la caisse au choix des intéressés. La participation de l'assuré aux frais médicaux est fixée par la caisse entre 10 et 15 % et réalisée pour la visite à l'aide d'un ticket. Le réglement général d'administration publique déterminera les conditions d'exécution des présentes dispositions. » Entre les deux systèmes, il y a une certaine différence : l'un base la participation sur le taux payé de la vacation médicale, l'autre au contraire sur l'importance de l'allocation journalière.

Certaines sociétés de secours mutuels réclament le second système, notamment la Fédération mutualiste du travail par la voix de son dévoué président, M. Robert Perdon. Elle réclame dans ses vœux « que le ticket modérateur à la charge de l'assuré soit proportionnel aux prestations reçues par l'assuré et non aux tarifs médicaux et aux montants des prix d'ordonnances. »

Il semble que cela n'a pas une très grande importance. Le médecin doit toucher un prix déterminé pour sa visite compris le ticket modérateur. Il va sans dire qu'il n'est nullement question de proportionner le tarif médical aux prestations versées selon les catégories. Que la société fasse ce qu'elle voudra avec ses adhérents, cela ne saurait nous regarder, c'est affaire entre elle et son assujetti en vertu du contrat que les lie ensemble.

Pourtant il ne faut pas perdre de vue que le ticket modérateur n'a pas pour but de compliquer les écritures qui seront déjà bien complexes, mais de mettre un frein utile aux abus du service médical quelle qu'en soit l'origine. Pour être véritablement efficace, il faut que le sociétaire ne soit pas incité, par l'importance de sa participation, à abuser, ou à permettre les abus possibles du médecin traitant. Si la participation n'est pas suffisante, le système d'arrêt ne jouera pas et nous tomberons dans tous les défauts inhérents à la médecine collective. C'est là le grand danger.

L'assujetti, en principe, ne veut rien payer, il veut avoir son assurance gratuite. Du reste, nous verrons une campagne faite par les Syndicats ouvriers, Syndicats réels de consommation de soins, pour employer le langage syndical moderne, tendant à la suppression de la participation ouvrière, et la surenchère démagogique aidant, rapidement, nous verrons la disparition de cette déjà fragile barrière. Peut-être avant, verronsnous un essai de diminution du montant de la participation, comme première étape de sa suppression.

Il faudra aussi craindre la concurrence que se feront entre eux les groupements, formant les sociétés primaires de la loi. Ils essayeront, au détriment de leurs malades, de réaliser le plus d'économies possible. Avec leurs bonis, ils seront tentés de diminuer le montant de l'allocation ouvrière et d'atténuer le chiffre de cette participation. Cela sera surtout vrai, je crois, pour les sociétés de secours mutuels du cadre ancien qui voudront lutter contre les sociétés ouvrières ou syndicales même établies sur les bases de la loi de 1898.

Or, le principe du ticket modérateur est excellent, s'il est bien appliqué et s'il est accepté par les assujettis. Les médecins, je pense, s'y rallient en majorité, surtout ceux qui entendent exercer leur profession honorablement et c'est presque l'unanimité. Si les intéressés la font échouer, il ne faudra pas jeter la suspicion sur le corps médical au cas où des abus viendraient à se produire.

Ce serait alors la faute des caisses et de leurs adhérents ; ce seraient elles qui l'auraient voulu. Mais à notre époque de surenchère électorale, dans tous les partis, si des trous venaient à se produire dans le budget des caisses du fait des abus, l'Etat, à l'heure actuelle si riche, y pourvoirait, à moins que l'on fasse payer les médecins, soit en établissant un bon petit forfait, soit en fonctionnarisant la profession. Tout est possible.

Dr M. VIMONT.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Confrères, venez à nous !

Confrères, vous surtout qui êtes jeunes, venez à la Mutualité familiale, car la maladie vous guette, le capital s'évapore et l'on peut se demander s'il vous restera un jour d'autre appoint que celui que vous aurez su vous garantir près d'une caisse de prévoyance comme la nôtre.

Tous, nous suivons l'ascension de la livre comme la courbe de température qui dans une maladie grave dit au malade, à sa famille, à son médecin ce que l'on peut craindre ou espérer... et nous nous demandons ce qui pourra nous rester des quelques revenus sur lesquels nous nous figurions pouvoir compter.

Et c'est alors qu'apparaissent les avantages de notre Mutualité familiale : assurance contre la maladie, contre l'accident ; assurance contre la vieillesse ; assurance même contre la mort.

Plus besoin n'est de dire au corps médical que lui, plus que tout autre, est exposé aux risques professionnels ; plus besoin de dire que, pour nous médecins, l'avenir de notre famille repose tout entier sur notre activité et que tout ce qui est une cause de ralentissement ou de suppression de cette activité est une cause d'arrêt dans notre prospérité, quand celle-ci ne se mue pas, hélas ! en gêne douloureuse, douloureuse d'autant plus que de légitimes espérances avaient fait concevoir autre chose et que femme et enfant avaient cru en elle...

Ce dont on peut être certain, c'est que la Mutualité familiale a tenu, tient et tiendra toutes ses promesses. Vous souvenez-vous du temps de la guerre ? Alors que les payements étaient suspendus dans bien des administrations, puissantes pourtant, alors que la plupart de nos confrères, mobilisés, ne pouvaient payer leurs cotisations, la caisse de la Mutualité familiale fit face à tous ses engagements, envers les veuves, envers les retraités, envers les chroniques, envers les confrères qui, restés en raison de leur âge, à leur poste de travail habituel, subissaient les atteintes de la maladie. Pas un instant elle ne fit attendre, versant, bon an mal an, une centaine de mille francs à ses sociétaires.

Entrez à la Mutualité familiale au lendemain de votre thèse, jeunes confrères ; entrez-y, vous qui venez de vous installer. A ce moment-là, les cotisations sont bien plus aisées à verser : ce sera une petite charge pour votre budget de débutant, mais elle sera d'autant moins lourde que vous serez plus jeunes et vous ne devez pas oublier que la maladie, elle, n'attend pas, qu'un accident peut vous terrasser au lendemain de votre installation.

Avez-vous besoin de vous inscrire à la totalité de nos combinaisons ? Nullement.

Il peut vous plaire, il peut être plus intéressant à votre sens de ne vous asssurer que pour la maladie ou l'accident: faites-le, vous remettrez à plus tard la retraite. Il peut vous plaire de ne souscrire qu'à la moitié des avantages qui vous sont offerts, de ne recevoir que l'indemnité quotidienne de dix francs : faites-le, vous verrez plus tard si vous pouvez passer à vingt ou à trente francs.

Vous préférez au contraire commencer par la retraite : faites-le, vous verrez plus tard pour la maladie, et si les cotisations pour les retraites de 2.400 francs, de 1.200 francs même vous paraissent un peu grosses pour votre porte-monnaie, inscrivez-vous pour 600 francs ; vous aurez toujours la faculté d'augmenter plus tard.

Quoi qu'il en soit et quelle que soit la combinaison que vous choisissiez, croyez-en ceux qui, ayant écouté, il y a 25 ou 30 ans, les confrères qui les dirigèrent vers le *Concours médical* et ses œuvres filiales, donnèrent leur adhésion — aucun ne l'a regretté.

J'en atteste ceux de ma génération qui mettaient dans les caisses de l'Etat, dans ces valeurs qu'on qualifiait alors de placements de père de famille leurs petites économies, économies résultant de privations cachées... que sont devenues ces économies ? Que devriendront-elles ?

Heureux ceux qui sont entrés à la Mutualité familiale, qui se sont prémunis contre le risque maladie, contre le risque accident, contre le chômage obligatoire de la vieillesse : ils reçoivent du moins, et sans retenue d'aucune sorte, ce qui leur a été promis.

Le Dr Gassot insistait ces temps derniers sur ce qu'il appelait la *combinaison idéale*, heureuse désignation de cette association des combinaisons donnant jusqu'à 65 ans l'indemnité maladie et, au-delà de cet âge, la pension viagère de retraite. C'est à cette combinaison idéale que, personnellement, je suis heureux de m'être inscrit, c'est elle que je recommande tout spécialement à mes confrères comme devant leur donner le maximum de tranquillité pour l'avenir, mais, je le répète, si vous ne pouvez faire à la fois indemnité maladie et retraite, faites au moins l'une des deux.

Car l'essentiel est de faire quelque chose — le reste viendra par surcroît — et de ne pas écouter ceux qui disent : Il est inutile d'économiser, tout nous sera pris et il ne nous restera rien, ; car si, en économisant, on a encore quelque

petite chance de conserver quelque chose, on peut être encore plus certain qu'en n'économisant pas on n'aura rien du tout.

Et quand on a à sa portée une œuvre aussi sérieuse et aussi solide que la Mutualité familiale, on est coupable de la dédaigner.

Confrères, venez à nous.

R. MOLINÉRY.

AUTOUR DES THÉATRES

No, no... Nanette. — Le Voyage en Chine

I

Que de paliers on rencontre de la Revue à l'Opérette dès qu'on prend la peine de les chercher et comme i est amusant de classer chaque œuvre nouvelle à sa juste place : le goût anglo-américain se tient constamment entre les deux ; il lui faut des sujets sans complication, des danses et de la musique gaies, entraînantes, « trépidantes » même, disent les communiqués, des couplets dont on puisse retenir le refrain et le fredonner à la sortie jusqu'à l'heure où l'on s'endormira en gaieté... ; on s'explique sans peine, devant ce programme réalisé, la vogue outre mer de la nouvelle opérette « No, No, Nanette » que vient de monter luxueusement le théâtre Mogador. J'ai un faible pour le théâtre Mogador, j'en trouve l'architecture magnifique parce qu'elle est utilement somptueuse, l'acoustique y est excellente et le balcon est comme suspendu sans que le moindre pilier y gêne la vue. Je raffole du confortable de ses fauteuils et je ne crains pas de déclarer que la joie de voir et d'écouter, les jambes bien à l'aise, sans que mes genoux soient meurtris par les angles durs du dossier du fauteuil d'en face, me rend plus agréablement réceptif au spectacle. C'est évidemment grâce à la connaissance approfondie qu'ont les Frères Isola de la psychologie du spectateur que ces contingences physiques leur ont fait prendre la décision de faire du théâtre Mogador la plus belle salle lyrique et la plus élégante de Paris. Après avoir tâté l'effet de la musique Viennoise avec « La Bayadère », ils ont décidé de sacrifier aux dieux du jour en empruntant aux pays de la Livre et du Dollar un de leurs plus brillants succès et en constituant une troupe homogène exclusivement composée d'excellentes vedettes. La plus stricte honnêteté règne dans le Livret : pas le moindre mari trompé, pas la moindre épouse cornette... tout le monde côtoie le danger... même Nanette, mais nul ne succombe et les intentions de tous demeurent d'une inaltérable pureté... c'est le vent de la Rose de Septembre qui continue à souffler... c'est le printemps : tout demeure en pleine idylle, le temps de la récolte n'est pas encore venu, temps de la moisson et des gerbes dorées propices aux chutes faciles !

Pauvre Nanette (toute petite Loulou Hégoburu) à laquelle tout le monde dit toujours : « non » dès qu'elle désire autre chose que la monotone existence quotidienne dans laquelle sa marraine la prépare à devenir une honnête femme en même temps qu'une épouse accomplie et... économe. Heureusement, le parrain est là, dont la femme ne pense qu'à entasser et qui, ne sachant comment dépenser son argent, le distribue « platoniquement » à Marseille, à Londres et au Havre à trois belles créatures rencontrées au cours de ses voyages d'affaires. Il donne à Nanette deux beaux billets de mille francs à dépenser pour s'amuser ; puis il décide de renoncer à ses envois coûteux et... inutiles et charge son ami et avocat Billy des négociations. C'est dans la villa du parrain à Paris-Plage, que se déroule l'intrigue ; le décor en est exquisement lumineux et fleuri, les épouses intriguées ne manquent pas d'y faire leur entrée, mais personne ne s'indignerait de rien (puisqu'il n'y a rien qui puisse faire naître l'indignation) si le fiancé de Nanette ne s'avisait d'être jaloux... n'a-t-elle pas un costume bain des plus osés, des robes qu'il ne lui connaissait pas, n'a-t-elle pas passé la nuit dans un endroit qu'elle ne lui a pas dit et qui n'est pas, quoi qu'elle en ait dit, « la demeure de grand'mère au Mans » ? Puis, comme il le faut, tous les quiproquos se mettent au point, mais non sans que chaque situation soit, un peu trop généreusement peut-être, car on finit bien tard, ponctuée par l'apparition de ceux et de celles qui sont en réalité les compères et les commères de cette opérette revue : dix danseurs « les Célibataires » et vingt danseuses « les femmes mariées » troupe anglaise impeccablement classée par rang de taille, apparaissent à tout instant par les diverses ouvertures et soulignent par leurs joyeuses et gracieuses gambades, tels des chœurs antiques, chaque passage pittoresque. Ils sont la fougue, la gaieté et l'entrain et il n'est pas jusqu'au chef d'orchestre, M. Mackey, qui ne danse à son piano sous la lumière crue des projecteurs qui le visent. Le spectacle est toute recherche et toute animation, il plaira certainement plus encore aux spectateurs habituels qu'à ceux des premières représentations dont l'enthousiasme cependant fut très grand. Est-ce que décidément, le goût américain, peu à peu, se mettrait à nous séduire et à nous gagner, symptôme de la dureté des temps

et du besoin de nous étourdir qui se fait de plus en plus dominant. Et puisqu'après tout l'entrain et l'optimisme ne peuvent qu'aider aux événements et que ce sont eux qui gouvernent nos gouvernants (quelque effort que fassent ceux-ci pour nous persuader du contraire), réjouissons-nous, et soyons comme le parrain de Nanette (l'excellent Félix Oudart) de ceux qui, systématiquement, les encouragent et leur disent yes, yes, Nanette !

La reprise à la Gaité Lyrique, du Voyage en Chine, la gentille opérette de Labiche, s'est opérée sans tambours ni trompettes, mais non pas sans la richesse des décors nouveaux auxquels M. Georges Bravard nous a habitués. Il y a fort longtemps que cette opérette n'avait pas été remontée et très grand est le nombre de ceux qui en ont toujours ouï parler sans en avoir jamais entendu la musique. La Chine est un pays charmant... surtout lorsque le voyage en Chine se réduit à une promenade en mer à la suite de laquelle tous les héros joyeux et satisfaits regagneront Cherbourg et l'excellent dîner qui les y attend après que la seule évocation des supplices de la Chine aura décidé (Henry Jullien) le père cruel et... breton à accorder au jeune et beau commandant du bord, la main tant désirée de sa fille dont Mlle Louise Ohamarys interprète le personnage en ajoutant au charme habituel de sa voix une note de réserve et de mélancolie gracieuse, bien en harmonie avec l'époque du Livret.

II

Mme Daynes-Grassot. Mme Sarah-Bernhardt.

La décade à venir paraît devoir être plus lourdement chargée de pièces nouvelles que celle-ci, plutôt faites d'actualités concernant les vedettes des théâtres. M. Gustave Quinson s'est tiré heureusement indemne d'un accident d'automobile qui aurait pu lui coûter la vie, ceci lui a valu, ainsi qu'à l'aimable Madame Quinson, des manifestations de sympathie auxquelles, malgré l'habitude des amitiés de théâtre — toujours un peu théâtrales — ils n'ont pas dû demeurer insensibles, et je suis heureux de pouvoir y joindre les miennes.

Mme Daynes-Grassot, doyenne des artistes dramatiques, femme de grand cœur et de grand talent, vient de s'éteindre tout doucement à l'âge de 89 ans, dans la ville voisine de Pau, où elle vivait depuis deux ans avec les siens. Ce n'est pas sans une émotion vive que j'évoque le souvenir de son Jubilé au théâtre du Châtelet, où, assis [illegible] le fauteuil voisin de celui de Victor Dayne[illegible] .. fils, j'assistais à la réalisation d'un de ses plus chers désirs : « jouer le rôle de Madame Pernelle avec les artistes de la Comédie-Française» Elle y fut admirable et la salle fit une véritable ovation lorsque Robert de Flers vint épingler sur la poitrine de cette honnête femme, indulgente et bonne, véritable artiste, éloignée de tout cabotinage, la Croix de la Légion d'Honneur qu'elle avait si bien et si dignement méritée.

Au Square Malesherbes, Sarah Bernhardt a maintenant sa statue. C'est à « Comœdia », dont le bon directeur, M. Gabriel Alphand, est toujours à l'origine des grandes initiatives qui touchent au théâtre, qu'est due la pensée première de ce monument. La statue de François Sicard, maître statuaire d'origine tourangelle (auteur de la magistrale statue d'Alfred de Vigny, devant laquelle, sur la grand'route qui traverse la vieille petite ville de Loches où il naquit, défilent chaque jour des milliers d'automobilistes de toutes nationalités) est digne en tous points de l'auteur et du modèle : la ligne en est sobre et la grande artiste est représentée assise et drapée dans le rôle de Phèdre. Après avoir ouvert le feu dans une courte et fort brillante allocution, M. Gabriel Alphand entendit une improvisation émue de M. Jean Richepin ; M. Georges Guillaumin, président du Conseil municipal de Paris, reçut le Monument au nom de la ville de Paris, dans un discours particulièrement remarquable, fait d'un ensemble d'idées générales élevées dont les discours officiels sont trop rarement nourris ; la comparaison de l'intérêt et de l'idéal, chez les peuples comme chez les artistes, en fut le thème « parce que Sarah Bernhardt, tout comme le peuple de Paris, appartenait entièrement à l'idéal. ». Dans toutes les capitales des deux mondes, elle était accueillie comme une ambassadrice de notre génie de France, comme une conquérante pacifique pour nos idées et pour notre idéal ; et en concentrant sur elle l'admiration de l'univers, elle amassait pour nous des sympathies dont nous devions largement bénéficier à l'heure suprême.

M. Paul Léon, au nom du Ministre de l'Instruction publique, s'éleva jusqu'à la plus pure et la plus noble éloquence. « Elle est reine, une cour l'escorte, son train devient un palais, son paquebot a la splendeur de la galère de Cléopâtre. Les femmes contemplent l'Idole, les hommes mendient un regard... Elle vit dans l'apothéose ! » Elle est heureuse d'être acclamée car elle l'est au nom de la France. Le Décret qui lui conférait la Croix de la Légion d'honneur était ainsi libellé : « a porté la langue française à travers le monde entier ». Inclinons-nous aujourd'hui devant la grande ambassadrice des Lettres qui conservera la gloire d'avoir un moment reflété le génie même de la race et le visage de la Patrie.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs

7343 Lehmann, 9, boul. Péreire, Paris. Parrains : Drs Duchesne et Noir.
7344 Peyneau, Lanton (Gironde), Syndicat des Landes
7345 Girard, Nice (Alpes-Maritimes), ancien membre du « Sou Médical ».
7346 Nafrechou, Le Guâ (Charente-Inférieure), Syndicat de Saintes.
7347 Lortet, Faverges (Haute-Savoie), Syndicat de la Haute-Savoie.
7348 Fattaccioli, Asnières (Seine), ancien membre du « Sou Médical ».
7349 Lecat, Lormes (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7350 Luneau, Nantes (Loire-Inférieure), Syndicat de Nantes.
7351 Bobay, Acquigny (Eure), Parrains : Drs Trolley et Gourdin.
7352 Benquet, Nérac (Lot-et-Garonne), Syndicat du Lot-et-Garonne.
7353 Bauwin, Wattrelos (Nord), Syndicat de Roubaix.
7354 Lefrançois, Granville (Manche), Syndicat d'Avranches.
7355 Lardier, Breuvannes (Haute-Marne), Syndicat de Bourbonne-les-Bains.
7356 Papegaey, 61, boul. de Courcelles, Paris, Syndicat de la Seine.
7357 Choquart, Pleurs (Marne), Syndicat d'Epernay.
7358 Courdouan, Gandelu (Aisne), Syndicat de Chateau-Thierry.
7359 Bourguet, 24, rue Delanglade, Marseille (B.-du-R.), Parrains : Drs Lop et Lombard.
7360 Audouin, Parthenay (Deux-Sèvres), Syndicat des Deux-Sèvres).
7361 Donard, Crozon (Finistère), Syndicat de Chateaulin.
7362 Boury (Jacques), Chauny (Aisne), Parrains : Drs Boury et Toulouse.
7363 Tiby, Sartrouville (Seine-et-Oise), Parrains : Drs Larget et Cachera.
7364 Lapeyre, Avion (Pas-de-Calais), Syndicat d'Arras.
7365 Vismard, Montluel (Ain), Syndicat de Bourg-Trévoux.
7366 Colombet, Aubervilliers (Seine), Syndicat de la Seine.
7367 Fris-Tarrouy, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) Parrains : Drs David et Ortal.
7368 Dupla, Mirepoix (Ariège), Syndicat de l'Ariège.
7369 Lebel, Sains-Richaumont (Aisne), Syndicat de l'Aisne.
7370 Calmels, Marsac (Puy-de-Dôme), Syndicat d'Ambert.

Accidents du travail.

Le pourvoi en cassation formé contre un jugement de paix qui, conformément au rapport d'un expert, avait fixé la consolidation d'un accident du travail à une date postérieure à l'expertise, ayant été admis par la Cour de Cassation, le Conseil continue au Dr F. (Seine), l'appui pécuniaire et ordonnance le versement d'une provision de 600 fr. pour suivre l'affaire devant la Chambre civile.

Le Dr D. (Seine-Inférieure) annonce que le jugement du Tribunal civil de Rouen, qui a condamné un ingénieur, blessé du travail, à payer la différence entre le tarif Breton et le tarif de droit commun, a été confirmé par la Cour de Rouen, sur appel de l'adversaire.

Le Conseil ordonnance le payement de la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat (300 fr.) et des frais de copie de l'arrêt (15 fr.).

Le Dr V. (Hérault) a été payé amiablement des honoraires accidents pour le recouvrement desquels l'appui pécuniaire lui avait été accoréd.

Il a payé dans cette affaire 49,60 de frais et honoraires, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr M. (Gironde) a obtenu satisfaction à l'amiable dans une affaire d'honoraires accidents, sur laquelle des renseignements complémentaires lui avaient été demandés, avant de la soumettre au Conseil. Il demande le remboursement des honoraires de son avoué, soit 30 francs (*accordé*).

Le Dr B. (Ille-et-Vilaine) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'honoraires accidents qu'un agent d'assurances, avec lequel il est perpétuellement en lutte et qui use contre lui de procédés inacceptables, ne lui paye pas.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour ce recouvrement, étant donné les circonstances ci-dessus rapportées.

Le Dr V. (Gironde) se voit refuser, par une Compagnie d'assurances, le payement de séances d'électrothérapie ordonnées par son médecin conseil, pour un ouvrier qui avait repris son travail avant guérison complète, d'accord avec la compagnie.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement le patron et la Compagnie, qui est directement engagée.

Le Dr C. (Pas-de-Calais) a soigné dans un hôpital privé, après engagement écrit des agents d'assurance de payer ses honoraires en sus du prix de journée, un blessé du travail.

La Compagnie lui opposant, malgré cet enga-

gement, le « tout compris », le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement, en vertu du droit commun, la Compagnie et ses agents.

Le Dr G. (Haute-Savoie) a soigné dans sa clinique l'oncle et employé d'un commerçant, qui, blessé dans son travail, lui a été amené par son patron, sans aucune allusion à un accident du travail. La Compagnie d'assurances oppose le « tout compris ».

Le Conseil accorde au Dr C. l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement l'oncle et le neveu, en vertu du droit commun.

Le Dr D. (Saône-et-Loire), ayant obtenu l'admission par la Chambre des Requêtes, de son pourvoi en cassation dans une affaire d'accidents du travail, le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 600 fr. pour suivre l'affaire devant la Chambre civile.

Honoraires de droit commun.

Le Dr D. (Charente-Inférieure) a été payé amiablement de ses honoraires par un hôtelier dont il avait soigné les clients, victimes d'un accident.

Il a payé, comme honoraires d'huissier, 15 fr., dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr P. (Pyrénées-Orientales), ayant soigné un blessé par automobile, qui a obtenu la condamnation de l'auteur de l'accident à des dommages-intérêts, demande l'appui pécuniaire pour faire opposition sur l'indemnité qui est déjà frappée d'oppositions.

Cet appui pécuniaire lui est accordé.

Le Dr P. (Indre-et-Loire) demande un crédit pour les honoraires d'un avocat dans une affaire d'honoraires accident d'automobile, venant en justice de paix, dans laquelle l'appui pécuniaire lui est accordé.

Le Conseil lui ouvre un crédit de 100 francs.

Le Dr D. (Haute-Marne) a obtenu gain de cause dans le recouvrement d'honoraires pour lequel l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Les frais et honoraires restés à sa charge, étant de 78 francs, sont ordonnancés par le Conseil.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr B. (Seine-et-Oise), ayant obtenu la condamnation d'un client, qui s'était fait inscrire tardivement à l'assistance, à lui payer ses honoraires, a eu à débourser, pour frais et honoraires d'huissier, 99,60, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Responsabilité professionnelle.

Le Dr F. (Seine-et-Oise), a gagné le procès qui lui avait été intenté, ainsi qu'à son co-expert, par les parents d'un enfant qu'ils avaient examiné, sur commission du juge d'instruction.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de son avocat, qui sont de 200 francs.

Le Dr R. (Ille-et-Vilaine) est traîné en appel du jugement qui a débouté son adversaire d'une demande de dommages-intérêts pour responsabilité (brûlure par rayons X).

L'appui pécuniaire et la garantie de la caisse spéciale lui sont continués en appel.

Le Dr B. (Rhône) est menacé d'un procès en responsabilité, à la suite d'un traitement par rayons ultra-violets et diathermie.

Si les menaces sont suivies d'exécution, il aura droit à la garantie de la Caisse spéciale.

Cette garantie est également reconnue s'appliquer au cas du Dr X.

Loyer.

Le Dr A. (Seine-Inférieure), cité en justice par son propriétaire, qui lui refuse la prorogation ou prétend lui faire payer un loyer supérieur au prix-limite fixé par la loi, obtient l'appui pécuniaire dans cette affaire, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 100 francs.

Diffamation.

Le Dr F. (Charente-Inférieure), qui avait été dénigré près d'un client par une Compagnie d'assurances, a obtenu satisfaction par l'envoi d'une lettre d'excuses par la Compagnie, après citation en justice.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire au Dr A. (Loire-Inférieure) contre un agent d'assurances qui détourne de son cabinet les blessés du travail qui ont l'intention de se faire soigner par lui, pour lui intenter une action civile en dommages-intérêts.

Le Dr C. (Bouches-du-Rhône) a été diffamé par une cliente au sortir de la justice de paix, où il l'avait appelée en payement d'honoraires, avec l'appui du « Sou ».

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre sa diffamatrice.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Fédération des syndicats médicaux du Finistère

Ordre du jour voté par la Fédération le 30 mai 1926

Les médecins de l'Ouest avaient demandé une assemblée générale de tous les Syndicats médicaux de France dans le but de rétablir le front unique *nécessaire* ; la Fédération constate, à regret, qu'on n'est pas encore entré dans cette voie !

Elle insiste donc près du Conseil de l'Union (et le fera savoir également à la Fédération nationale) pour qu'*en dehors de toutes questions personnelles et de toutes questions d'amour-propre*, l'assemblée projetée pour juillet, soit préparée à la fois par ces deux grands groupements qui convoqueront tous leurs syndicats ; cette assemblée de juillet devant nécessairement être précédée d'une réunion des délégués des deux groupements.

La Fédération espère que de ces rencontres découlera la fin de la scission.

Le secrétaire,
Dr E. DAMEY.

II

Syndicat Médical de l'arrondissement de Pontoise

(30 *mai* 1926)

Assemblée générale de l'Union des 3 et 4 juillet 1926.

Le Syndicat de Pontoise, à l'unanimité des membres présents, désigne le docteur Humbel, Président de la Fédération de Seine-et-Oise, pour le représenter à l'assemblée générale de l'Union.

Suppression des catégories (pensions).

Après étude des circulaires 60 et 62 de l'Union, le Syndicat de Pontoise, à l'unanimité des membres présents ;

1° Refuse les propositions faites par le ministre des pensions (visites et consultations uniformisées dans toute la France au tarif de 8 francs).

2° Est d'avis que les pourparlers soient repris sur la base du tarif Durafour (visites et consultations uniformisées au tarif de 10 francs).

3° Ne considère pas comme opportun en ce moment le recours à des mesures exceptionnelles dans le cas où satisfaction ne serait pas donnée au corps médical.

Création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Le Syndicat de Pontoise.

1° Confirme sa protestation unanime contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

2° Proteste contre la création de tout certificat de spécialité obligatoire pour l'exercice d'une branche de l'art médical, qui serait contraire aux prérogatives du diplôme de docteur en médecine telles que les a instituées la loi du 30 novembre 1892.

3° Donne mandat à l'Union d'agir énergiquement dans ce sens auprès des Pouvoirs publics et du Groupe médical parlementaire et de prendre toutes mesures rendues nécessaires par la violation éventuelle de la loi ci-dessus mentionnée.

Honoraires pour examens médicaux des assurances-vie.

Après avoir entendu la lecture d'une note adressée au secrétaire du Syndicat par la réunion des Assurances sur la Vie, le Syndicat est d'avis que sans augmenter d'une façon trop forte le tarif d'honoraires des examens Assurance-Vie, il serait cependant de toute équité de substituer à l'honoraire de 40 francs, actuellement perçu pour chaque examen, celui de 50 francs.

Il adresse ce vœu à l'Union qui semble désignée pour être porte-parole des médecins auprès de la réunion des Compagnies d'Assurances sur la Vie.

Examen médical des pupilles de la Nation.

Est adoptée à l'unanimité la motion suivante :

Le Syndicat médical de l'Arrondissement de Pontoise est d'avis de dénoncer le contrat signé le 15 mai 1922 entre la Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise et l'Office Départemental des Pupilles de la Nation concernant l'examen médical des Pupilles.

Il émet, d'autre part, l'avis que ce contrôle médical pratiqué tous les quatre ans est d'une inutilité évidente, qu'il est sans profit pour les Pupilles et qu'il y a lieu de réaliser une sérieuse économie des deniers publics en le supprimant purement et simplement.

Trésorerie.

Le Syndicat, ayant pris connaissance des décisions de l'Assemblée générale de 1925, décide que pour la présente année (1926), il sera versé à l'Union des

Syndicats médicaux de France une somme de 25 francs par adhérent au Syndicat et charge son trésorier de verser cette somme à l'Union.

Cette cotisation sera fixée chaque année par l'Assemblée générale de l'Union.

Scission.

Le Syndicat de l'Arrondissement de Pontoise constate avec le plus vif regret la scission qui s'est produite au sein de l'Union des Syndicats Médicaux.

Il fait appel à l'Union des Syndicats et au groupe dissident (Fédération Nationale des Syndicats médicaux) pour qu'un rapprochement ait lieu, ce qui est possible avec de la bonne volonté et des concessions réciproques pour le plus grand bien de tous et dans l'intérêt général de la grande famille médicale française.

Docteur Butin,
Secrétaire
1, place Notre-Dame, Pontoise.

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ÉVALUATION DES INVALIDITÉS OUVRIÈRES

Dr Cl. Maillon

Médecin expert près les Tribunaux

(*Suite*)

Fractures isolées d'apophyses transverses lombaires

Il peut y avoir fracture d'une ou de plusieurs apophyses. Celles-ci peuvent siéger d'un seul ou des deux côtés.

Les lésions qui les suivent peuvent porter sur les os, sur les muscles, sur les nerfs des paires rachidiennes, sortant des trous de conjugaison au voisinage des apophyses, formant le plexus lombaire et, par là, les nerfs qui en dérivent, notamment le crural.

Il peut exister des troubles sensitifs, moteurs, trophiques.

	Professions permettant la station assise		Professions exigeant la marche ou la station debout	
	Lésions unilatérales	Lésions bilatérales	Lésions unilatérales	Lésions bilatérales
1° Simple gêne des mouvements du rachis	5 à 8	*Id.*	8 à 10	*Id.*
2° Gêne importante, raideur du rachis	20 à 25	*Id.*	25 à 30	*Id.*
3° Troubles dans le domaine des nerfs issus du plexus lombaire (surtout crural) :				
a) Simple hypoesthésie ou anesthésie	5	10	5	10
b) Anesthésie et atrophie musculaire plus ou moins importante ;	10 à 15	15 à 20	15 à 20	20 à 30
c) Anesthésie, atrophie marquée, parésie (faiblesse de la flexion de la cuisse sur le bassin, de l'extension de la jambe) dans le domaine du crural	30 à 35	35 à 40	35 à 40	40 à 50
d) Anesthésie, atrophie, paralysie du nerf crural (abolition de la flexion de la cuisse sur le bassin et de l'extension de la jambe sur la cuisse)	40	60 à 70	50	80 à 90

3° Tuberculose pulmonaire traumatique (aggravation par traumatisme) :

	a) Lésions peu étendues, non évolutives ou à évolution lente avec bon état général	10 à 30
	b) Lésions évolutives. Etat général précaire	60 à 80
	c) Lésions avancées, empêchant tout travail	100

B. Cœur.

1° Cardiopathies traumatiques	*a*) Lésion compensée permettant une profession sédentaire	50 à 80
	b) Lésion non compensée, asystolie, aucun travail possible	100

C. Vaisseaux.

1° Anévrysme traumatique de l'aorte .... 80 à 100

5) Abdomen.

Hernies traumatiques.

1° Hernie inguinale.

	Professions n'exigeant pas habituellement le port de poids lourds ou de violents efforts	Professions exigeant habituellement le port de poids lourds ou de violents efforts
1° Pointe de hernie inguinale	6	10 à 15
2° Hernie inguinale constituée	8 à 10	15 à 30
3° Hernie ancienne, aggravée par choc violent ou offert subit	4	8 à 30
4° Hernie opérée, non récidivée	0	0
5° Hernie opérée récidivée	4	10
6° Hernie opérée, non récidivée, ayant entraîné l'atrophie d'un testicule	0 à 10	0 à 10

2° Hernie épigastrique.

1° Hernie épigastrique traumatique	10	20
2° Hernie épigastrique ancienne, aggravée	4	8 à 10
3° Hernie épigastrique opérée, non récidivée	0	0

3° Hernie crurale, ombilicale.

Rarement traumatique : voir hernie épigastrique.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Journées médicales de Paris** (15, 16, 17, 18 *et* 19 *juillet* 1926.) — Président : M. le professeur F. Widal Commissaire général : M. le professeur Balthazard ; secrétaire général : M. le Dr Dujarric de la Rivière. — Nous rappelons que

a) Les *Journées médicales* s'adressent particulièrement aux médecins praticiens, auxquels le Comité d'organisation se préoccupera avant tout de procurer la possibilité de s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique, grâce à des démonstrations *essentiellement pratiques* faites dans les services hospitaliers et dans les cliniques privées.

Les membres des *Journées Médicales* recevront suffisamment à l'avance un programme complet des démonstrations et pourront ainsi se constituer un emploi du temps leur permettant de compléter leurs connaissances sur les points qu'ils jugeront utiles.

b) Des conférences en très petit nombre seront faites au Grand-Palais par des savants français et étrangers

qui mettront au point les plus grandes questions d'actualité.

c) Des visites seront également organisées dans les Etablissements ou Instituts scientifiques et médicaux.

***

Les organisateurs des *Journées Médicales de Paris* ont le désir de faire revivre aux médecins praticiens qui se rendront à leur appel quelques journées de leur vie d'étudiant, alternant les occupations sérieuses et les distractions que peut offrir la capitale. Ce sera déjà pour beaucoup une vraie joie de se retrouver avec des camarades d'étude, malheureusement perdus de vue depuis longtemps.

La formule trouvée par nos amis belges a donné de si heureux résultats à Bruxelles, que nous ne doutons pas du succès qu'elle obtiendra à Paris.

Au cours des *Journées Médicales* sera réalisée l'organisation d'une Union internationale des médecins praticiens sous les auspices de M. le Dr DECOURT, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, secrétaire provisoire de l'U. I. M. P.

EXPOSITION.

Une Exposition méthodiquement ordonnée, placée sous le patronage officiel de M. le Ministre du Commerce sera installée au Grand-Palais et réunira tout ce qui peut être utile au médecin dans sa pratique professionnelle (livres, instruments, médicaments, spécialités, eaux minérales), et aussi tout ce qui peut constituer un agrément dans sa vie privée (automobile, photographie, pêche, chasse, T. S. F., etc.).

FÊTES ET EXCURSIONS.

Des promenades pour les femmes des médecins participant aux *Journées Médicales*, seront organisées dans les musées, chez les grands couturiers, etc.

De plus les dames seront invitées au Grand-Palais, à une conférence littéraire, à des séances de cinématographie médicale et paramédicale, à des auditions de l'orchestre médical, etc.

Des réceptions officielles et plusieurs soirées théâtrales, dont l'une à l'Opéra, seront offertes aux Congressistes.

Les lundi 19 juillet et jours suivants, les membres des *Journées Médicales* auront le choix entre plusieurs excursions dans les environs de Paris.

Il est, en particulier, prévu une excursion à Reims, le lundi 19 juillet, dont nous donnons plus loin le programme.

Le Sécrétariat sera ouvert au Grand-Palais, à partir du mercredi 14 juillet, à 14 heures. Les membres des *Journées médicales* pourront y retirer leurs cartes d'invitation et tous documents utiles.

Logements et séjour à Paris des adhérents assurés par la Compagnie française de Tourisme, agence Kléber, 4, avenue Kléber.

A. — Combinaison « tout compris » à 50 francs par jour et par personne (pourboires compris), donnant droit à une chambre dans un bon hôtel moyen du centre de Paris, avec petit déjeuner, les deux repas principaux étant pris au dehors dans divers restaurants et brasseries au choix des adhérents sur une liste qui leur sera indiquée.

Nous signalons l'intérêt de cette combinaison nouvelle, très avantageuse.

B. — Combinaison avec pension complète plus 10 % pour les pourboires.

Hôtels de grand luxe : *a*) 150 francs par jour et par personne (chambre, trois repas, taxes).

b) 130 francs par jour et par personne (chambre, deux repas, taxes).

c) 80 à 120 francs (chambre seule pour une ou deux personnes).

Hôtels de luxe : Pour les mêmes conditions les prix sont de :

a) 100 francs ; *b*) 85 francs ; *c*) 60 à 80 francs.

Hôtel de premier ordre : *a*) 60 à 85 francs ; *b*) 50 à 70 francs ; *c*) 30 à 50 francs.

COTISATIONS.

La cotisation est fixée à :

50 francs pour les médecins participant aux *Journées Médicales de Paris* ;

20 francs pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine ;

20 francs pour les femmes ou enfants des membres des *Journées Médicales*.

AVANTAGES ACCORDÉS AUX MÉDECINS ADHÉRENTS ET A LEUR FAMILLE.

L'adhésion aux *Journées Médicales* (versement de l'une de ces cotisations) donne droit :

1° A participer à toutes les démonstrations cliniques ou conférences faites dans les hôpitaux ou au Grand-Palais ;

2° A l'entrée permanente à l'Exposition qui se tiendra au Grand-Palais ;

3° Au catalogue-programme officiel des *Journées Médicales* : magnifique volume illustré avec plans de l'exposition, portraits, gravures, etc.

4° Au numéro spécial que la *Revue Médicale Française* consacrera, en octobre, aux comptes rendus des *Journées Médicales de Paris* ;

5° Si l'autorisation en est accordée, à une tombola gratuite comprenant plusieurs lots dont au moins UNE AUTOMOBILE ;

6° A assister gratuitement à une représentation théâtrale : à l'Opéra dans la limite des places disponibles ; l'Opéra sera occupé en entier par les adhérents des *Journées médicales* ET LES PLACES SERONT DISTRIBUÉES DANS L'ORDRE D'INSCRIPTION.

Si le nombre d'inscrits dépasse les disponibilités de l'Opéra, des places dans un autre théâtre seront distribuées ;

7° A assister à une ou plusieurs réceptions officielles ;

8° A assister *à prix réduit* à une ou plusieurs excursions. Il y aura une excursion à Reims (85 francs par personne, tous frais compris) et d'autres aux environs de Paris Chantilly, Fontainebleau, Versailles, La Malmaison (à des prix variant entre 20 et 30 francs). Les *Journées Médicales* ont pu, en effet, grâce à des subventions, prendre à leurs frais la différence entre le prix payé par l'adhérent et le prix réel versé à la Compagnie de tourisme qui réalise l'organisation matérielle de cette excursion.

9° Visite aux stations hydrominérales dans des conditions très avantageuses (réduction sur les tarifs de chemin de fer, réceptions, logements et nourriture soit gratuitement, soit à prix très réduits, excursions en auto-cars).

10° Pour les dames : entrée permanente à l'exposition, excursions dans Paris, soirée théâtrale, réception-thé chez un ou plusieurs grands couturiers (la maison DRECOLL a accepté), conférences, séances musicales, cinématographiques, etc.

11° Pour tous : avantages dans certains hôtels et restaurants (voir plus haut).

Des démarches sont faites auprès des Compagnies de chemins de fer, dans le but d'obtenir une réduction des tarifs de transport.

« La Compagnie générale Transatlantique et la Compagnie des Messageries Maritimes ont bien voulu accorder à nos adhérents une réduction de 20 % sur l'addition de deux billets, valables un mois ».

Les médecins qui désirent prendre part aux *Journées Médicales* sont priés de s'adresser à M. le docteur DUJARRIC DE LA RIVIERE, secrétaire général, au Siège

social, 18, rue de Verneuil, en indiquant le nombre des personnes de leur famille qu'ils amèneront. Prière de lui adresser également le montant des cotisations par chèque, mandat poste ou chèque postal n° 888-92.

***

M. le Ministre de la Guerre vient d'adresser à MM. les Directeurs du service de santé du Gouvernement militaire, de Paris, Metz, Lyon et des Corps d'Armée, ainsi qu'à MM. les directeurs des Ecoles du service de santé militaire, la circulaire suivante :

A l'occasion des JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS, qui auront lieu du 15 au 18 juillet 1926, le service de santé organise au Grand-Palais une démonstration de matériel sanitaire en campagne.

Cette démonstration qui réunira les plus nouveaux modèles des principaux organes techniques du service de santé aura un caractère pratique qui peut très utilement servir à l'instruction des officiers de réserve du service de santé.

De plus une démonstration technique d'aviation sanitaire aura lieu le dimanche 18 juillet sur l'aérodrome du Bourget.

En conséquence, pourront être convoqués en période d'exercice sans solde, pour prendre part à ces démonstrations techniques, les médecins de réserve participant aux dites Journées médicales.

Pourront être également convoqués en période d'exercice, sans solde, les pharmaciens, dentistes et officiers d'administration du service de santé de réserve.

Cette période d'exercice entrera en ligne de compte pour sa durée effective en ce qui concerne les périodes d'exercice exigées pour l'avancement.

Les officiers de réserve qui accepteront de prendre part à ces exercices recevront une convocation par vos soins et devront se présenter à la Direction du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, le 15 juillet dans la matinée.

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir faire porter d'urgence ces dispositions à la connaissance des officiers de réserve du service de santé de votre région de Corps d'Armée, et de leur faire donner la plus grande publicité possible.

Toutes facilités devront être accordées aux médecins militaires de l'Armée active, adhérents aux Journées médicales pour leur permettre, dans la mesure compatible avec la bonne exécution du service, de bénéficier d'une permission leur permettant de prendre part à ces démonstrations ; les pharmaciens militaires et officiers d'administration du service de santé de l'Armée active qui désireraient assister à ces Journées médicales pourront bénéficier de permission dans les mêmes conditions, et il leur sera remis à la direction du service de santé du Gouvernement militaire de Paris (Hôtel des Invalides) des cartes leur donnant accès au Grand Palais.

— **Nécrologie.** — M. le docteur COURSAULT, à Ligueil (Indre-et-Loire).

— **Les V. E. M. en Auvergne.** — Depuis que la saison thermale est commencée, deux voyages d'études aux eaux minérales ont déjà eu lieu en Auvergne. Ce fut tout d'abord le voyage des élèves du cours de gastro-entérologie de Saint-Antoine, dirigé par MM. Bensaude, Lenoir et Ramon, qui vint, le 14 mai dernier, visiter CHATEL-GUYON.

Ce fut, plus récemment, le 5 juin, le voyage d'étudiants des universités de Clermont-Ferrand, Lille, Montpellier et Paris qui, parcourant les villes d'eaux du plateau Central, fut reçu également à Châtel-Guyon, en même temps que le professeur Castaigne, directeur de l'école de médecine de Clermont et les organisateurs de la Journée thermale d'Auvergne qui devait se tenir le lendemain au chef-lieu du département.

Une élite de professeurs se trouvait rassemblée, ce jour-là, dans la « Capitale du Ventre », ainsi que l'on désigne prosaïquement sans doute, mais pittoresquement, la Mecque des Entéropathies : MM. P. Carnot, Rathery, Harvier, de Paris ; Doumer, de Lille ; P. Delmas, Giraud, de Montpellier ; Piollet et Ackermann, de Clermont. Autour d'eux se pressait une élite d'étudiants parmi laquelle un groupe important d'internes de Paris et de Montpellier.

Ces deux V. E. M. ont été magnifiquement reçus par tous les organismes qui gravitent, à Châtel-Guyon, autour des sources : la Municipalité, la Société des médecins, la Société des Eaux minérales, le Syndicat d'initiative, le Casino et le Syndicat des hôteliers.

La réception prit un tour d'autant plus charmant que la Société des médecins de Châtel-Guyon est présidée cette année par la gracieuse Mme BESSET, l'un des médecins consultants les plus estimés de la Station. C'est la première fois, semble-t-il, qu'une femme médecin est appelée à présider aux débats d'un groupement professionnel et à en arbitrer les discussions. Cela fait honneur sans doute à Mme Besset, mais aussi à ses confrères, unanimes dans leur bon goût, leur clairvoyance et leur jugement. G. D.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Station thermale de Saint-Nectaire. Services automobiles P. L. M. au départ de Clermont-Ferrand et d'Issoire.* — Les services automobiles que la Compagnie P. L. M. organise pour la desserte de la station thermale de Saint-Nectaire fonctionneront cette année, jusqu'au 30 septembre, au départ de Clermont-Ferrand, et jusqu'au 25 septembre, au départ d'Issoire.

Ils comporteront, chaque jour, un voyage aller et retour, entre : Clermont-Ferrand, Saint-Nectaire, Murols et Le Mont-Dore, d'une part (correspondance à Clermont avec les trains de et pour Paris ; voitures directes, lits-salons, couchettes, 1re, 2e et 3e classes entre Paris et Clermont) ;

Issoire, Saint-Nectaire, Murols et Le Mont-Dore, d'autre part. (Correspondance à Issoire avec les trains de et pour Paris, Nîmes, Montpellier, Cette, Marseille ; voitures directes, couchettes, 1re, 2e, et 3e classes entre Paris et Issoire).

Des billets directs (chemin de fer et autocar) permettant l'enregistrement direct des bagages seront délivrés par les gares de Paris P. L. M. pour Saint-Nectaire et Murols ; de Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy pour Saint-Nectaire, Murols et Le Mont-Dore.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

nient. Le cresson par exemple qui a souvent mauvais goût peut macérer longtemps dans une solution forte ; il y devient plus vert et prend un goût fin.

J'ai remarqué que, faute de cette précaution, pendant les chaleurs, il se produit souvent des *diarrhées* abondantes sans coliques, *précédées et accompagnées de renvois sulfureux.*

Comme traitement, j'ai été amené naturellement à donner du permanganate à l'intérieur jusqu'à effet. L'effet préventif et curatif est obtenu à coup sûr si la dose a été suffisante.

II

Je ne sais si c'est un effet du hasard, mais jamais je n'ai rencontré d'observation de *transformation d'une présentation de l'épaule en présentation céphalique.* C'est pourquoi je me permets de vous envoyer l'observation suivante qu'une conversation fortuite me remet en mémoire et qui pourrait utilement suggestionner un confrère dans l'embarras.

Il y a bien longtemps de cela, je débutais en Algérie. Un confrère du voisinage, expérimenté, se trouve un jour devant une présentation de l'épaule avec tête à gauche et procidence d'un bras chez une jeune primipare. Il essaye à plusieurs reprises la version classique sans résultat. Fort ennuyé, il me fait demander. J'arrive par le premier train. Je tente à mon tour la version. Etait-ce l'effet d'une maladresse par imitation ? Je n'en sais absolument rien, toujours est-il que j'échoue piteusement. On se figure notre embarras, d'autant qu'aucun recours n'était possible. Heureusement j'avais encore la mémoire toute farcie de la théorie des manœuvres externes ou mixtes ; à telle enseigne qu'un jour j'eus l'outrecuidance, dont s'étonnent mes 74 ans, de changer un siège en une tête en plein travail et d'extraire ladite tête au forceps. Je pensais donc : « Pourquoi ne ferais-je pas une version céphalique ? » Sitôt pensé, sitôt entrepris. Je passais ma main droite sous la tête avec d'infinies précautions, et de la gauche je repoussais le siège par en haut. Après quelques minutes extrêmement longues et très courtes tout à la fois, j'eus la joie de poser la tête en plein détroit supérieur ! Sans plus attendre, nous mîmes le forceps. Jamais forceps au détroit supérieur ne me parut plus simple ni plus facile. Tout se termina le plus heureusement du monde. J'allai me coucher, en attendant le train et..... j'eus un bon accès de fièvre, très probablement de nature émotive, car je n'étais pas encore impaludé.

Dr C. MORET,
(Bordj Beni Indel).

Une réforme proposée à la loi sur les accidents du travail

Suite aux réflexions d'un praticien.

Quand arriverons-nous à nous entendre sur le sens des mots ?

M. Durafour a l'intention de rendre obligatoire pour tout le monde, médecins et clients, en matière d'accidents du travail, le tarif des honoraires officiels. Un des motifs invoqués en faveur de cette réforme, c'est qu'elle assurera *le libre choix*.

Ah ! Liberté ! . . . . . ! !

Qu'est-ce donc que *le libre choix* ? A mon avis, c'est la faculté reconnue à chacun d'aller se faire soigner par qui bon lui semble, suivant ses idées, ses sympathies ou ses convenances personnelles ; c'est le droit de ne pas se voir imposer par un *tiers*, fût-il *payant*, le médecin auquel il remettra le soin de sa santé. Voilà ce qu'est *le libre choix*. C'est tout et cela suffit.

Lorsque je veux m'habiller ou dîner dehors, j'ai le libre choix de mon tailleur ou de mon restaurant. Je choisirai l'un et l'autre suivant mes goûts, mon souci d'élégance ou de confort, mes sentiments de snobisme ou d'économie. Je choisirai aussi suivant mes moyens. Il est possible que je fasse parfois entrer en ligne de compte certains intérêts d'affaires, quelques caculs d'influence mondaine ou politique. En somme, pour telles raisons que je jugerai valables, je commanderai où il me plaira mon costume et mon dîner. N'est-ce pas cela la liberté ?

Est-il besoin pour m'en assurer l'exercice de mettre tous les vêtements et tous les repas au même prix ? Et voilà ce qu'on prétend faire pour la médecine. Ainsi l'intéressé n'ayant plus à se préoccuper de la différence du prix des honoraires suivant la notoriété, l'habileté professionnelle, les titres scientifiques, les habitudes de clientèle de celui auquel il s'adresse, rien ne l'arrêterait dans la manifestation de ses préférences. Il n'aurait qu'à prendre à son gré parmi les médecins, comme il choisirait parmi les articles à 39 sous que les rayons du bazar exposent à sa convoitise.

Et comme le fait si bien remarquer notre confrère, le Dr Fernand Picard, les médecins qui ne voudront pas figurer à l'étalage seront rigoureusement refusés aux heureux bénéficiaires de la loi sur les accidents du travail et, sans doute, de nos autres lois sociales.

Ne nous indignons pas, confrères. Une médecine de bazar pour une clientèle de bazar, est-ce bien l'idéal auquel peuvent se hausser les ministres de notre troisième République ?

Dr Pallier,
Saint-Servan (Ille-et-Vilaine).

CORRESPONDANCE

1633. — Augmentation d'une pension militaire.

Comme abonné au *Concours médical*, je me permets de vous demander les renseignements suivants concernant l'augmentation de 80 % des pensions militaires.

Réformé comme médecin A.-M., 1re classe pour blessure avec une invalidité de 55 %, je touchais 2.008 fr. par an. Comme application de la nouvelle loi, la trésorerie ne m'accorde qu'un supplément de 1.056 fr., au lieu de 1.606 fr. 40 $\frac{(80 \times 2.008)}{100}$?

Pour quelles raisons ? A moins que la loi ne mentionne que l'augmentation de 80 % ne porte que sur la pension afférente au simple soldat à 55 % ?

Dr F.

Réponse.

Votre deuxième hypothèse est la vraie ; l'augmentation ne porte que sur 80 % de la pension du *taux de soldat*. Dans ces conditions, la trésorerie vous paye exactement.

1697. — Affection survenue au service militaire ; présomption d'origine.

Un jeune soldat vient de faire trois mois d'hôpital, puis quinze jours avant sa libération, est renvoyé chez lui en congé de convalescence libératoire de 45 jours avec diagnostic de « rhumatisme articulaire aigu, anémie ».

Quelques jours après son arrivée, je suis appelé et je constate de la péritonite tuberculeuse qui vient de s'abcéder au niveau de l'ombilic.

Les parents me demandent s'ils n'ont aucun recours envers l'Etat ; si oui, quelles démarches ils doivent faire.

Dr A.

Réponse.

Ce jeune soldat a droit à la présomption légale d'origine, puisque l'affection est apparue dans les six mois de sa libération, à la condition qu'il fasse faire dans ce délai les constatations nécessaires par l'autorité militaire. Pour cela, adresser une demande motivée d'examen par le centre spécial de réforme au directeur du service de santé de la région.

2022. — Contestation d'accident du travail.

Le 2 février 1926, dans une usine, un ouvrier atteint depuis 20 ans environ d'une luxation du tibia et du péroné en arrière compliquée d'ankylose, à la suite

d'un mouvement, se levant de son tabouret, a glissé dans le courant de son travail sur une rondelle en bois et s'est fait une entorse du genou avec rupture ligamenteuse et arrachement osseux au niveau du fémur. Ecchymose consécutive le long de la face externe de la jambe et de la cuisse. Crépitation osseuse. Mouvements anormaux de latéralité.

Est-ce un accident de travail ?

Au début de juin, sans avertissement de la Compagnie d'assurances, un confrère vient visiter le malade ; j'ignore ce qu'il a conclu, ayant oublié de me prévenir.

Devant cette situation, j'allai rendre visite à l'agent de la Compagnie d'assurances qui me montra une lettre, où on faisait mention que ce n'était pas un accident du travail, du fait que l'accidenté était atteint lors de son accident d'une infirmité (luxation ancienne compliquée d'ankylose) et que la faute incombait à cette infirmité. La lettre concluait en interdisant immédiatement tout paiement à l'accidenté.

J'ai immobilisé cet accidenté. Je lui ai fait des massages. Depuis, il a pu marcher avec des béquilles, avec une béquille et une canne, maintenant il marche avec deux cannes. La Compagnie depuis le jour de l'accident ne m'a demandé aucun renseignement.

Que dois-je faire ? Dois-je continuer à traiter cet accidenté ? Dois-je lui fournir un certificat ? Quant à mes honoraires, il est probable que la Compagnie va refuser de me les payer. Dr R.

Réponse.

S'il y a relation de cause à effet entre la lésion que vous avez eu à soigner et le traumatisme survenu au cours du travail, il n'est pas douteux qu'il s'agit bien d'un accident du travail, car il est de jurisprudence que l'état antérieur du blessé ne doit pas être retenu pour l'indemnisation des accidents du travail. Quand bien même l'infirmité préexistante aurait rendu possible l'accident ou en aurait aggravé les suites, il n'en reste pas moins que l'ouvrier a droit à son demi-salaire et aux frais médicaux jusqu'à guérison ou consolidation.

Que votre blessé cite donc son patron, devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en payement de son demi-salaire. S'il obtient gain de cause, vous pourrez à votre tour vous faire payer par le patron. Mais s'il perd son procès, vous n'aurez de recours pour vos honoraires que contre votre client.

A toutes fins utiles, au cas où vous seriez obligé à votre tour de citer le patron devant le juge de paix, nous vous signalons que votre action devra être intentée dans l'année de la guérison ou consolidation, sans quoi la prescription pourrait vous être opposée.

Enfin, nous vous rappelons que toutes les instances engagées en vertu de la loi sur les accidents du travail sont exemptes des frais de timbre et d'enregistrement.

NOTA IMPORTANT. — *Les souscriptions seront reçues jusqu'au* 1er *août, au prix de* 20 *francs.*

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1927)

Le soussigné (nom et prénoms) ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

*dép*t .... *désire recevoir* l'Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1927 (1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 20 fr.*
- *Je verse 20 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. 50 de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1926

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*

(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

2 035. — Accident du travail. Contestation sur la date de la guérison.

Un ouvrier occupé à laver des wagons-foudres au mois de janvier est tombé après avoir glissé. Diagnostic : plaie superficielle, contusion du genou. Depuis, l'ouvrier (alcoolique) fait de l'hydarthrose consécutive à sa chute.

L'agent d'assurances vient me voir il y a un mois. Je lui propose de faire examiner le blessé par un médecin de son choix, ce qui a été fait sans passer devant le juge de paix (nous étions d'accord, l'agent, le blessé et moi). Huit jours après, le blessé est convoqué chez un autre médecin en vertu d'une ordonnance du juge de paix (le blessé me l'a appris). Le samedi suivant, on refuse le demi-salaire au blessé. J'ai conseillé à ce dernier d'assigner le patron, en l'espèce le directeur de la Société qui l'occupait, mais le malheureux n'a plus le sou. Comme je ne sais pas le résultat de l'examen de l'expert,

1° Que faut-il faire pour le connaître ?

2° Le blessé, étant toujours à l'assurance, peut-il être employé, pour gagner de quoi se nourrir en attendant le jugement pour son demi-salaire. Dans le cas particulier, tirer du sable, travail moins pénible et qu'il peut faire au lieu de monter sur des wagons, ce qu'il ne peut.

Dr P.

Réponse.

Selon la jurisprudence actuellement en vigueur, il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur de la victime de l'accident pour l'indemnisation des accidents du travail. La seule chose que l'ouvrier ait à prouver, c'est la relation de cause à effet entre la lésion originaire et le traumatisme invoqué. Quand bien même la guérison de la blessure serait retardée du fait de l'état antérieur du blessé, les soins n'en resteraient pas moins à la charge du patron jusqu'à guérison ou consolidation. De même en cas de complication.

Il nous semble donc que c'est à bon droit que votre client pourrait poursuivre son patron devant le juge de paix en payement de son demi-salaire. La procédure serait peu coûteuse, étant exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

Pour connaître les conclusions du rapport du Dr C., que votre client demande au greffe de la justice de paix une copie de ce rapport.

Enfin, pendant la durée de son incapacité temporaire votre client a le droit de travailler dans une autre entreprise et de continuer néanmoins à toucher son demi-salaire. Voir à ce sujet un article du Dr Boudin, *Concours médical* du 11 janvier 1925, page 95 et la jurisprudence citée, notamment un arrêt de Cassation du 7 avril 1922.

2004. — Rente des ayants droit d'une victime du travail.

La veuve d'un ouvrier décédé au cours de son travail (accident) dont le salaire est de 7.200 fr. et laissant un enfant, comment doit-on établir la rente de la veuve et de l'enfant âgé de moins de 16 ans ?

Dr A.

Réponse.

Les rentes dues en vertu de la loi sur les accidents du travail sont calculées sur l'intégralité du salaire jusqu'à 4.500 francs et sur le quart seulement du salaire pour la portion dépassant 4.500 francs, jusqu'à 15.000 francs.

Dans le cas d'espèce que vous nous soumettez, le salaire de base est donc de : 4.500 + 2.700 : 4, soit 5.175 francs.

La rente de la veuve doit être égale à 20 % de ce salaire et celle de l'enfant mineur (jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 16 ans) à 15 %. Elles seront donc respectivement de : 1.035 francs et 776,25.

2021. — Exercice de la propharmacie.

1° Un docteur en médecine peut-il exercer la pharmacie à 7 kilomètres des pharmaciens ? et à 5 kilomètres ?

2° Peut-il avoir en outre un cabinet de consultation dans la ville où se trouvent les pharmaciens en question ?

3° Peut-il vendre ses remèdes à son deuxième cabinet ?

Dr V.

Réponse.

1° Pour pouvoir vendre des médicaments à ses malades, un médecin doit être établi dans une commune, dans un bourg ou dans un village dans lequel il n'y ait pas de pharmacien ayant officine ouverte (article 27 de la loi du 21 germinal an XI). Aucune distance minima n'est nécessaire entre le médecin et le pharmacien ; il suffit que les deux agglomérations soient séparées par une limite administrative.

2° Le médecin qui exerce la propharmacie dans les conditions ci-dessus indiquées peut avoir un second cabinet dans la ville où réside le pharmacien, mais son domicile et son principal établissement de fait doivent rester dans la localité où il n'existe pas de pharmacien, pour qu'il ait le droit de continuer la propharmacie.

3° Il est impossible au médecin de vendre des médicaments à son deuxième cabinet.

2081. — Etendue de l'application de la loi sur les loyers.

Puis-je vous demander de me dire, par lettre, ou par voie du journal, si la loi du 1er avril sur les loyers est applicable pour tous les locataires depuis 1914,

même pour ceux qui n'auraient pas fait de réclamation à la suite de la loi du 29 décembre 1923.

Mon bail est de 1920, pour 3, 6, 9 avec dédite qui m'a été donnée en 1923. Depuis je suis au semestre.

Dr M.

Réponse.

Bien que vous n'ayez pas demandé à bénéficier de la loi du 29 décembre 1923, et que vous soyez pour le moment en location verbale, vous devez bénéficier de la loi du 1er avril 1926.

Par conséquent, vous avez droit à la prorogation jusqu'au 1er avril 1931 et votre loyer, jusqu'au 1er avril 1929, ne pourra dépasser le loyer d'avant-guerre majoré de 125 % plus le remboursement des impôts à votre charge et des prestations en nature au prorata de votre loyer. Pour le remboursement de ces impôts et prestations, vous pourrez consentir à un forfait qui ne devra pas dépasser 15 % du loyer majoré.

1811. — Déductions diverses du revenu imposable.

J'avais fait entrer dans le calcul de mes dépenses à l'article automobile et frais de locomotion : 1° 1.080 francs représentant l'intérêt à 6 % d'une somme de 18.000 fr. (achat de la voiture) ; 2° 2.000 fr. représentant les frais de conduite.

Je conduis moi-même. Mais j'avais lu dans un journal médical qu'il paraissait normal de compter comme frais de conduite, une somme de 5 fr. de l'heure, représentant ce qu'il faudrait donner à un conducteur d'auto- chauffeur à gages.

Inutile de dire que ces deux articles ont été éliminés impitoyablement par le contrôleur des contributions directes, qui n'admet pas sans doute ces considérations.

Il serait souhaitable de voir une jurisprudence quelconque définir ces deux points : 1° intérêt du capital versé ; 2° frais de conduite.

Le contrôleur m'écrit exactement : « Vous avez déduit à tort de vos honoraires, intérêts du capital à 6 % : 1.080 fr. (capital vous appartenant).

Frais de conduite : 2.000 fr. »

Dr N.

Réponse

Les déductions sus-visées ne sont pas légales, attendu que l'intérêt du prix d'achat de la voiture et les frais de conduite qui sont la rémunération d'une part d'un capital vous appartenant et, d'autre part, d'un travail accompli par vous-même, constituent des revenus pour lesquels vous devez être frappé d'un impôt cédulaire et de l'impôt général.

L'appréciation du contrôleur est donc fondée.

A. M.

Application du Tarif Durafour,

I

1911. — Article 31.

Vous serait-il possible de me donner quelques renseignements au sujet de l'article 31 du tarif Durafour ?

Dr C.

Réponse.

L'article 31 ne prête pas à confusion, il me semble, dans son premier alinéa. Quant au deuxième, cela signifie que, *même dans le cas* où c'est le patron qui a choisi et appelé *lui-même* le médecin (en cas d'impossibilité du blessé), ce n'est pas le tarif de droit commun, mais le tarif spécial aux accidentés du travail qui est applicable.

F. D.

II

1831. — Déplacements en cas de pansements de la main.

En septembre 1925, j'ai soigné un accident grave chez une domestique agricole âgée. Cette vieille femme eut la main prise sous le pied d'une vache.

Toute la peau de la face dorsale de la main fut décollée et les tendons des extenseurs mis à nu.

La plaie, malgré la désinfection, suppura, le lambeau fut sphacélé et dut être enlevé. Il y eut pendant quelques jours lymphangite et fièvre. La cicatrisatinon fut très lente.

La Compagnie prétend que la malade n'ayant pas mal aux jambes aurait dû se rendre à mon cabinet et ne veut pas me payer l'indemnité de déplacement.

Ma note avec fournitures pharmaceutiques s'élève à 557 fr. La Compagnie m'offre 400 fr. Que dois-je faire ?

Je vous adresse le double de ma note d'honoraires et vous prie de me donner votre avis.

Je dois ajouter que la malade a très bien guéri ; elle eut de la raideur dans les mouvements de flexion pendant quelque temps ; cette gêne a disparu à peu près complètement.

Dr L.

Réponse.

Il est hors de conteste qu'un blessé de la main doit aller se faire panser chez le médecin. *Mais* (voir article 2), il s'agit ici d'une vieille femme, grièvement blessée, avec lymphangite consécutive, etc... ; il aurait pu y avoir « inconvénient pour sa santé », du moins *pendant les premiers jours*. Il y aurait donc lieu, pour les déplacements des dix premiers jours, de refuser toute diminution.

F. D.

III

1809. — Pansement d'urgence de brûlure la nuit.

Je fus appelé une nuit, d'urgence, pour panser un malheureux qui avait été brûlé par projection de li-

quide caustique sur la majeure partie du corps. La surface brûlée équivalait à peu près à la moitié du corps. Ces brûlures par bonheur étaient la plupart superficielles et malgré leur étendue, le blessé a guéri.

Comment dois-je rédiger ma note d'honoraires ? Puis-je faire entrer en ligne de compte à la fois la visite de nuit et le pansement de brûlure ou bien, par suite du cumul, dois-je ne compter que la visite de nuit ou bien le pansement en tenant compte de ce qui vaut le mieux pour moi ? D'autre part, malgré leur superficialité, je puis bien, comme je le crois, considérer ces brûlures par rapport à leur étendue et tarifer :

Vaste brûlure à surface supérieure à celle des deux membres............. 100 fr.

Dr G.

Réponse.

1° Pour votre premier pansement fait *de nuit*, vous avez, en tout cas, à compter 25 % de majoration (article 8). Ce n'est pas là un cas de « *visite* de nuit », puisqu'il s'agit d'une *intervention* et que vous ne pourriez compter à la fois l'intervention plus la visite (voir article 13).

2° Quant au prix de chaque pansement, il m'apparaît qu'il y eut là une « *vaste brûlure* » (article 28) et que vous avez donc à compter 100 plus 25 %, soit 125 francs pour la séance de nuit, puis 100 francs pour les autres, *mais* « en diminuant au fur et à mesure de progrès de la cicatrisation » (article 28, note 2).

3° Le patron ou son assureur substitué ont dû être *prévenus*, en cas de plus de 5 pansements de brûlure, qui sont des « interventions à tarif spécial » (article 28, note 1, et article 7).

F. D.

IV

1896. — Etendue d'un membre.

J'ai donné mes soins à un brûlé (jambe, genou et partie postérieure cuisse). La brûlure remontait jusqu'à 15 cent. au-dessus du creux poplité, membre inférieur gauche.

Je compte deux pansements, l'un à 50 fr. et le 2e à 15 fr. La Compagnie me répond que les deux pansements doivent être confondus en un seul, estimant que, par membre, on entend le membre inférieur tout entier.

Je serais heureux d'avoir votre avis autorisé.

Dr A.

Réponse.

Le membre inférieur comprend trois segments: cuisse, jambe, pied (voir la note 3 de l'article 14). Or, d'après votre description même, il ne s'agit que d'un *seul* membre. Il s'ensuit que la tarification totale pour chaque pansement de ces brûlures, du moins dans les premiers jours, est de 50 fr.

F. D.

Quarante-huitième année N° 28 11 Juillet 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1826-IV)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. Mlle Chauveau, E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs Clément, de St-Raphaël et Burgard, de Trappes, la somme de trente francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 328. — Méd. expér. reprend. automne prochain contre indemn. mod. client. méd. génér. 50.000 prouvés, pet. ville ou gros bourg. Côte d'Azur, vallée du Rhône, région provençale ou méditerr.

No 329. — Dame tr. sér., sachant faire histologie (incl., coupe, color.) un peu analyse urines ; brev. élém., dactylo. dés. emploi milieu méd. ou scientif. Réf.

No 330. — Aff. très intéress. deux cliniques à céder ensemb. ou séparé, région minière Nord, 80.000 l'une, et 60.000 l'autre, moitié compt. Urgent, cause surmenage.

N° 331. — On dem. assoc. stable, actif, pour gérer poste méd. Traitem. fixe et pourcent. Reprise éventuelle.

N° 332. — Dr échang. 3 p., 3e ét., entrée, water, eau, gaz, possib. électr., locat. annuel. 1.700 net, contre 4 p., cab. toil. entrée, water, eau, gaz, électr., de préfér. 1er ou 2e étage, maxim. 4.500 net.

N° 333. — A louer, pour août, à une heure de Paris, mais. av. jardin, eau, gaz, électr.

N° 334. — Seine-Inf. Cent. import., belle client., suscept. forte augment., méd. du ch. de fer, rég. agréable, mais. confort., grand jardin, poste et immeuble : 115.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 335. — Banlieue. Poste rap. actuel 30.000 à augm. Gr. pavillon bien situé 10 p. confort, jardin. Indemnité 30.000, dont 20.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 336. — Le Dr Good, La Mothe-St-Héray (Deux-Sèvres) serait reconn. à conf. pouvant indiquer situation à sa fille licenciée ès-sciences, ingénieur chimiste.

Docteur disposant de capitaux est recherché pour association maison repos, régimes, convalesc. à Nice, y trouverait direction médicale, écrire M. Nicolas, aven Guy-de-Maupassant, « Assomption », à Nice.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpital des Enfants-Malades.** — *Cours de révision de vacances.* — Le cours de révision de médecine infantile commencera, sous la direction du professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, le 26 juillet. Il sera terminé le 14 août. Inscriptions à la Faculté (droits : 250 fr.).

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Conférences de thérapeutique digestive*, par M. Le Noir, du 19 au 24 juillet, à 10 h. 1/2, salle Aran, tous les matins. Se faire inscrire, salle Aran.

— **Journées médicales de Paris.** — Un grand nombre de chefs de services et assistants des hôpitaux recevront les adhérents dans leurs services pour des démonstrations cliniques : MM. les professeurs Léon Bernard, Brindeau, Claude, J.-L. Faure, Gilbert, Guillain, Marfan, Nobécourt, Ombrédanne, Roussy, Sébileau, Sergent, Teissier, Widal. Parmi les professeurs agrégés et médecins des hôpitaux : Armand-Delille, Auvray, Baumgartner, Bensaude, Pierre Descomps, Devraigne, Heuyer, Lesné, Lereboullet, Léri, Lian, Lortat-Jacob, Lévy-Solal, Léopold-Lévi, Mauclaire, Mouchet, Milian, Métivet, Michon, Okinczyc, Proust, J. Renault, Robineau, Tixier, Vallery-Radot, Cl. Vincent. Parmi les spécialistes : Bourgeois, Bourguignon, Delherm, Hautant, Laquerrière, Lobligeois, Maingot, Morax.

— **Lille.** — *L'Association des anciens étudiants des Facultés catholiques de Lille* a tenu son assemblée générale le 20 juin 1926.

— **Saint-Etienne.** — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Gignoux.

— **Chine.** — *Poste médical.* — On demande un médecin pour l'hôpital de Saint-Louis, Nouchang (Chine). Traitement *mensuel de* 500 *dollars* (environ 18.000 fr.). Chemin de fer et bateau payés pour le médecin, sa femme et ses enfants.

S'adresser pour renseignements au Doyen de la Faculté Libre de Lille.

— **Concours du « Concours médical ».** — Par suite de l'importance des manuscrits, les résultats n'en seront connus et publiés que le 1er août.

— **Etablissement thermal d'Enghien-les-Bains.** — L'ouverture de la saison est fixée au lundi 19 juillet. Comme chaque année, la direction de l'établissement met gracieusement ses services à la disposition des médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

— **Dispensaire anti-syphilitique. Service de remplacement.** — On demande docteur pour remplacement dispensaire antivénérien. Trois consultations par semaine du 15 août au 17 septembre. S'adresser : Dr R. Martial, 6, rue Bozio, Paris, 16e. Téléph. Auteuil 56-7.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 *juin.*

Brevets d'infirmières

Arrêté fixant les conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc. et notation des différentes catégories d'examens d'Etat.

Etant donnée son étendue, ce document sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les spécialités pharmaceutiques et l'impôt

I

8493. — M. Naples, député, expose à M. le ministre des finances qu'en vertu des instructions données par l'administration des contributions indirectes, les spécialités pharmaceutiques doivent être revêtues, chez le pharmacien détaillant, de la vignette-impôt, le 31 mai 1926, et demande comment le pharmacien pourra différencier dans son stock la spécialité non astreinte à l'impôt, parce que le fabricant cesse toute publicité, de la spécialité qui, continuant sa publicité, doit être revêtue de la vignette. (*Question du* 28 *mai* 1926.)

Réponse. — Le pharmacien détaillant n'aura, à cet effet, qu'à se mettre en relation avec le fabricant

ou le vendeur de la spécialité qui n'ignorent pas le régime fiscal désormais applicable à leur produit. C'est d'ailleurs afin de permettre cette régularisation qu'un délai lui a été accordé pour vigneter son stock de spécialités imposables.

(*J. O.*, 16 juin 1926.)

II

8243. — M. Boully, député, demande à M. le ministre des finances si le fait de recommander l'emploi de produits pharmaceutiques dans un organe professionnel, en l'espèce le *Bulletin syndical des préparateurs en pharmacie*, siège social : avenue de la Gare, Migennes (Yonne), dont le service n'est fait qu'à des médecins, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, doit ne pas être considéré comme une annonce de publicité, et si, dans ce cas, les fabricants et vendeurs sont bien, aux termes de l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, à l'abri de toute interprétation de nature à faire rentrer leurs produits dans la catégorie des spécialités pharmaceutiques. (*Question du 27 mai* 1926.)

Réponse. — Réponse affirmative.

(*J. O.*, 16 juin 1926.)

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux du Conseil.

(8 et 22 juin 1926)

Admissions.

Le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7314 Friderici, Casablanca (Maroc), Parrains : Drs Valton et Lépinay.
7371 Bravet, Condé-sur-Huisne (Orne), Parrains : Drs Gireaux et Coudray.
7372 Dascalopoulos, Orange (Vaucluse), Syndicat d'Orange.
7373 Tiberi, 46, rue St-André-des-Arts, Paris, Association générale des médecins de France.
7374 Audebert, Sbeïtla (Tunisie), Syndicat français de Tunisie.
7375 Choiseau, Londinières (Seine-Inf.), Association générale des médecins de France.
7376 Puyoo, Marseille (B.-du-R.), Syndicat des médecins stomatologistes.
7377 Thomas, Blamont (M.-et-M.), Syndicat de Meurthe-et-Moselle).
7378 Guillaume, Stainville (Meuse), Syndicat de la Meuse.
7379 Caffort, La Livinière (Hérautl), Syndicat de Béziers-St-Pons.
7380 Peroz, Suresnes (Seine), Association générale des Etudiants.
7381 Herail, Coursan (Aude), Syndicat de Narbonne.
7382 Godeau, Mantes (S.-et-O.), Syndicat de Mantes.
7383 Morin, Gémenos (B.-du-R.), Syndicat de la Loire.

7384 LAMOTHE, Villeparisis (S.-et-M.), Syndicat de Seine-et-Marne.
7385 CHAPRON, Bagnoles-de-l'Orne (Orne), Association des médecins consultants de Bagnoles-de-l'Orne.
7386 MARTIN, Plémet (Côtes-du-Nord), Syndicat de Loudéac.
7387 FARGES, Mérignac (Gironde), Syndicat des médecins bordelais.
7388 GARGAUD, Périgueux (Dordogne), Syndicat de la Dordogne.
7389 ROSSI, Saint-Maximin (Var), Syndicat de Draguignan.
7390 PHALIPOU, Rieux-Minervois (Aude), Syndicat de Carcassonne.
7391 BARRAUD, Reims (Marne), Syndicat de Reims.
7392 LETINOIS, Corvol-l'Orgueilleux (Nièvre), Syndicat de la Nièvre.
7394 PENNE-BEDAT, St-Etienne-d'Orthe (Landes), Syndicat des Landes.
7395 VALEAU, Ecole française de stomatologie, Paris.
7396 TAVANI DA MATTO » » »
7397 SASSIER, » » »
7398 ROSENTHAL, » » »
7399 PERISSE, » » »
7400 MAINGUY, » » »
7401 MAILLARD. » » »
7402 LEBEDINSKY, » » »
7403 LABAN, » » »
7404 HENAULT, » » »
7405 FISCHMANN, » » »
7406 FAMI, » » »
7407 DE MELO, » » »
7408 COUSIN, » » »
7409 CARASSO, » » »
5410 DELAUNAY, » » »
7411 DOCTOR (Mlle), » » »
7412 FRONTEAU, Angers, Maine-et-Loire), Syndicat d'Angers.

Ces admissions seront définitives quinze jours après la présente publication, à défaut de protestation.

Application du tarif d'accidents du travail en Algérie

D'après la correspondance 1557 du *Concours* du 23 mai 1926, page 1384-X, il semblerait que le *Concours* et l'Union aient différé sur la question de l'application du tarif Durafour à l'Algérie.

Lors de l'application de la loi de 1898 à l'Algérie, des difficultés étaient survenues quant à l'interprétation des textes législatifs. L'Union était intervenue alors auprès du Ministère du Travail pour qu'il soit rappelé au Gouverneur de l'Algérie dans quel sens la loi nouvelle devait être appliquée.

La loi du 25 septembre 1919 dit, dans son article 3 :

« Les tarifs de remboursement visés aux paragraphes 2 et 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 « modifiée par celle du 31 mars 1903 sont fixés par « un arrêté du Gouverneur général ».

Il faut donc, et vous avez raison de le dire, un arrêté du Gouverneur, lequel prend avis de la Commission spéciale. Mais il est bien dit dans la loi que ces tarifs de remboursement sont fixés dans les mêmes conditions que celles prévues aux paragraphes précités de la loi de 1898.

C'est donc bien le tarif établi par la Commission



spéciale au Ministère du Travail qui est applicable à l'Algérie.

Le tarif Breton fut donc appliqué à l'Algérie malgré les tractations entamées par les Compagnies d'assurances. De même le tarif Durafour a dû être également appliqué à partir du 1er janvier 1926, c'est-à-dire dans les mêmes conditions que celles de la Métropole.

Je crois intéressant de vous signaler ces faits car ils sont de l'histoire et doivent dominer les modifications qui pourront être apportées dans l'avenir au tarif des accidents du travail.

Dr Quivy,

Ancien Secrétaire Général de l'Union des Syndicats Médicaux de France, Secrétaire Général du Syndicat des Médecins Francais Electrologistes et Radiologistes.

CORRESPONDANCE

2177. — A propos du serment des médecins assermentés.

J'ai lu avec intérêt l'article 1704 du *Concours*, 27 juin 1926 : *Médecins assermentés sans serment*, ayant eu les mêmes difficultés que notre confrère.

Il y a quelques années, j'étais nommé médecin assermenté. Il *fallait donc prêter serment*. Le président du tribunal civil me fit quelques difficultés, ce qui nécessita un échange de correspondance, entre la Sous-Préfecture de Rochefort et la Préfecture de la Rochelle, dont je vous adresse copie.

Cet incident s'est terminé très simplement et à ma satisfaction. Mon serment a été reçu par le président du tribunal civil, en audience publique, à la requête du procureur de la République.

Je vous adresse ci-inclus copie d'une note de la Préfecture de la Rochelle, en date du 18 janvier 1924.

M. Neau, auteur du Manuel formulaire des greffiers des tribunaux civils de première instance, m'a dit que son ouvrage existait dans tous les greffes — l'édition est épuisée aujourd'hui — et M. Neau est décédé l'année dernière.

Dr Deslandes
(Rochefort-sur-Mer).

La Rochelle, le 18 janvier 1924.

C'est pour assurer l'exécution du décret du 9 novembre 1853 sur les pensions civiles que l'administration désigne des médecins assermentés.

L'article 30 du décret précité est, en effet, ainsi conçu :

« Si l'incapacité de service est le résultat de l'in-
« validité physique du fonctionnaire, l'acte pro-
« nonçant son admission à la retraite doit être ap-
« puyé, indépendamment des justifications ci-des-
« sus spécifiées, d'un certificat des médecins qui lui
« ont donné leurs soins et d'une attestation d'un

« médecin désigné par l'administration et assermenté, qui déclare que le fonctionnaire est hors « d'état de continuer utilement l'exercice de son « emploi ».

Le décret ne précise pas qui a qualité pour recevoir le serment des médecins désignés par application du texte ci-dessus.

D'autre part, il n'a été retrouvé aucun texte se rapportant à cette question.

Mais dans le *Manuel formulaire des greffiers des tribunaux civils de première instance*, par *Henri Neau, commis greffier du tribunal de première instance de Rochefort-sur-Mer*, édition 1913, on lit ceci, à la page 332 :

Lorsqu'il n'existe pas de formule spéciale de serment pour un fonctionnaire ou un employé, on doit avoir recours à la formule unique du serment. (Décret du 5 avril 1852).

Il semble bien que le président du tribunal civil a qualité pour recevoir la prestation de serment, formulée dans les termes du décret du 5 avril 1852, d'un médecin qui peut avoir à examiner l'état de santé d'un fonctionnaire de tout l'arrondissement. En l'espèce, le médecin est le représentant de l'administration.

2026. — Brûlure par ciment. Contestation du caractère d'accident du travail.

Un blessé vient me trouver avec le bulletin ci-joint de visite médicale à lui délivré par la Compagnie X... où travaille le blessé.

Le blessé porte à la région interscapulaire une vaste plaie qu'il attribue à une brûlure par sacs de ciment transportés et contre l'action desquels il ne s'était pas protégé les épaules au moyen d'un sac, comme le font les dockers effectuant ce travail. Ce blessé, nouveau venu sur les quais, ignorait l'action caustique du ciment.

Je soigne le blessé, du 3 juin au 10 juin, date à laquelle le médecin de la Compagnie vient le contre-visiter en ma présence.

Le 11 juin, j'apprends que la Compagnie refuse l'accident. Je crois avoir compris que l'accident est refusé pour le motif suivant :

Cette blessure ne relèverait pas de l'accident, car elle est survenue chez un homme effectuant un travail normal, un homme qui a eu le grand tort d'avoir une peau trop sensible et de n'avoir pas pris les précautions d'usage : en l'occurrence se protéger par un sac empêchant le contact entre le ciment et la peau.

D'abord, est-ce bien une brûlure ? Le ciment donne-t-il de ces brûlures ? Et ne serait-ce point une simple plaie infectée consécutive à frottements répétés des sacs de ciment ?

2° Pourquoi, cette blessure appelée brûlure, ne rentre-t-elle pas dans les accidents du travail ?

3° J'ai été actionné par la Compagnie (ci-joint bulletin de visite) : n'est-elle pas responsable des frais jusqu'au jour où son médecin a déclaré que le

Voir la suite page XLVII-1871

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Bruxelles.

(26-30 Juin 1926)

Pour la quatrième fois, depuis qu'elles existent, le *Concours médical* a pris part aux Journées médicales de Bruxelles, dont la VI[e] session s'est déroulée durant cinq jours, à la fin du mois dernier. J'ai eu l'honneur et le plaisir de l'y représenter, en même temps que l'Association professionnelle des Journalistes médicaux. L'impression que je rapporte de Belgique est profonde et ineffaçable. On pouvait croire que, lors des précédentes sessions, et particulièrement de la IV[e]. à laquelle j'ai pris également part, les organisateurs avaient atteint le summum du possible dans l'élaboration et l'exécution d'un programme substantiel, où se mariaient agréablement l'utile et l'agréable. C'était une erreur.

Cette année, nos amis BECKERS, BERNARD, MAYER, ont fait mieux encore. Tout en demeurant fidèles à leur formule fondamentale, ils ont su varier, d'heureuse façon, les plats de choix qu'ils offrirent aux dix-sept cents congressistes qui s'en délectèrent, et en conserveront, — du moins parlè-je pour moi-même, — un inoubliable souvenir.



S. A. R. Monseigneur le Prince Léopold de Belgique.

Aussi bien, l'impression du « déjà vu » n'a rien de monotone, car elle se trouve influencée par de la nouveauté, de cette nouveauté qui attire et retient parce qu'elle est faite d'inattendu et de difficilement accessible. en temps ordinaire, sur un plan où le sentiment et la raison, le cœur et l'esprit, trouvent ample matière à se satisfaire.

Et toute cette succession de manifestations diverses se déroula sans heurt, sans à-coups, à l'heure dite, et selon les prévisions. On sent qu'on se trouve en présence d'une admirable machine, supérieurement montée, dont tous les rouages s'engrènent et fonctionnent sans le moindre grippement, sans le plus petit accroc.

Du reste, lorsque l'on voit l'aisance avec laquelle Beckers, Bernard et Mayer évoluent, ayant l'œil à tout, veillant attentivement à ce que tout se passe comme ils l'ont prévu et arrêté, on comprend que toutes les ambitions leur soient permises, parce qu'ils sont, non seulement des initiateurs, mais encore et surtout, des réalisateurs.

D'ailleurs, qu'ils aient trouvé le moyen, simples praticiens qu'ils sont, sans aucune attache officielle, d'intéresser à leur œuvre les Universités, les Municipalités, le Gouvernement, le Corps diplomatique et la Cour elle-même ; qu'un succès aussi considérable ait couronné leurs efforts et qu'ils aient réussi à s'assurer la collaboration des vedettes médico-scientifiques du monde entier, n'est-ce pas la preuve que cette œuvre correspondait à un besoin, et que, partie d'une conception neuve, hardie, et combien pratiquement intéressante, elle possède toutes les qualités foncières qui conditionnent la perennité ?

Et puis, il y a autre chose, qui témoigne de l'originalité et de la puissance de l'intérêt de la formule imaginée et réalisée par nos amis belges : c'est le nombre d'imitateurs qu'ils ont déjà trouvé, et qui ne fera sans doute que de grandir.

Ex præterito spes futuri. Si le passé contient tous les espoirs de l'avenir, nous aurons sans doute encore l'occasion d'assister aux futures sessions des Journées bruxelloises, et d'en enregistrer de nouveau la parfaite réussite.

***

La séance inaugurale s'est tenue le samedi 26 juin, à 16 heures, dans la grande salle du Palais des Académies, en présence de *S. M. la Reine Elisabeth*, près de laquelle avait pris place Mme la Maréchale *Lyautey*. Le Maréchal est en effet l'hôte de marque des Journées ; c'est à lui qu'iront tous les honneurs, toutes les acclamations. Le Corps diplomatique est présent en la personne de leurs Excellences le marquis DE VILLALOBAR, ambassadeur d'Espagne ; M. HERBETTE, ambassadeur de la République française ; marquis NEGROTO CAMBIASO, ambassadeur d'Italie ; M. BARBEY, ministre de Suisse ; comte SZEMBEK, ministre de Pologne ; SADEK WAHBA PACHA, ministre d'Egypte ; M. D'OLIVEIRA, ministre de Portugal.

Le Président du Sénat, le Ministre des Finances et des Colonies, le Ministre des Affaires étrangères, le Ministre de la Défense Nationale sont présents également ou représentés.

Au fauteuil présidentiel s'est assis M. JASPAR, premier ministre et près de lui, M. le professeur Jean DEMOOR, président de la présente session; le maréchal LYAUTEY; le professeur Léon BERNARD; le général médecin WILMAERS, inspecteur général du service de santé ; le professeur GALLEMAERTS, vice-président de l'Académie de médecine ; le professeur BRACHET, recteur de l'Université de Bruxelles ; le professeur BORDET, directeur de l'Institut Pasteur, etc.



Dr L. Mayer. Dr Rappin. Maréchal Lyautey. Prof. Demoor. Dr Bandelac de Pariente. Général-Médecin Wilmaers. Dr R. Beckers. Dr Colombani.
Prof. L. Bernard. M. Jaspar, 1er Min. Dr Duchesne.
Prof. Sicard (2e rang). Dr Destouches (4e rang).

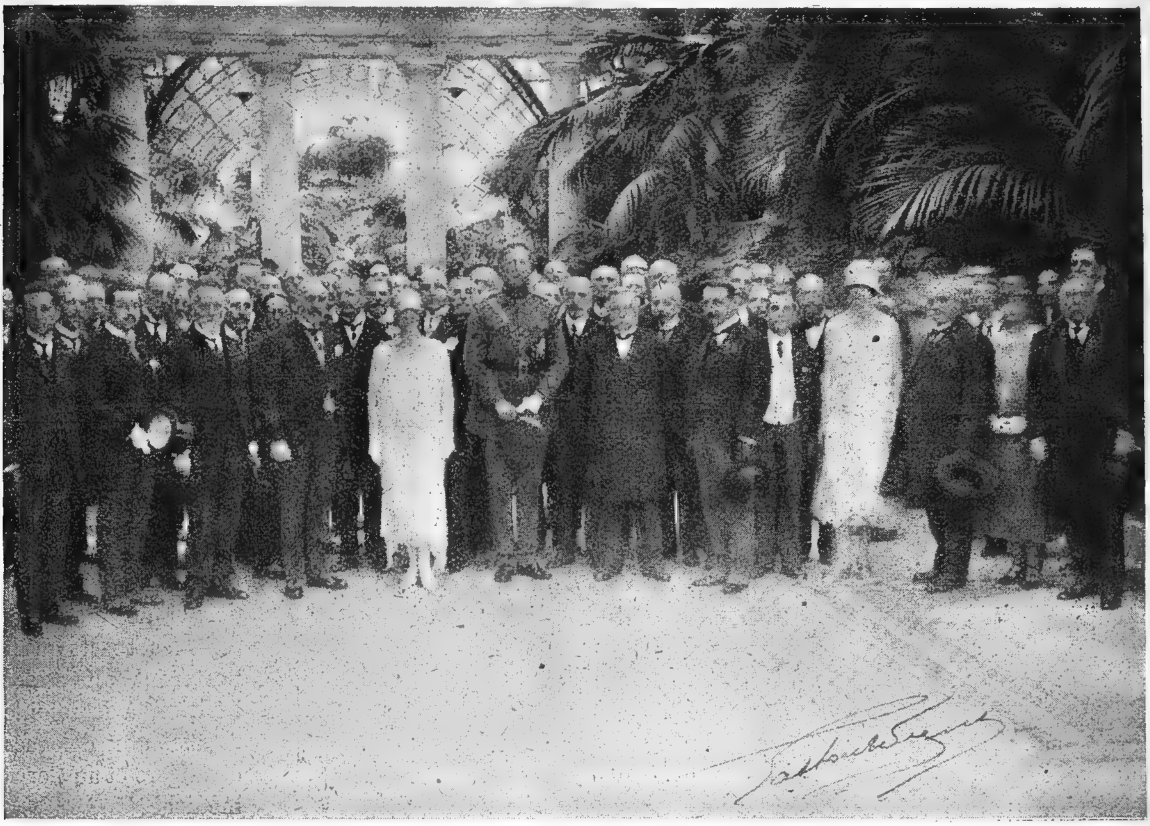
LE MARÉCHAL LYAUTEY PRONONCE SON DISCOURS A LA SÉANCE INAUGURALE.

Le Président, ayant salué respectueusement la gracieuse souveraine, déclare la session ou-

verte, et souhaite la bienvenue, au nom du Gouvernement, aux nombreux médecins venus de France, de Pologne, d'Espagne, du Danemark, du Chili, du Luxembourg, du Mexique, des Etats-Unis, d'Italie, d'Esthonie, de l'Equateur, du Portugal, de Suisse, du Brésil, du Japon, de Roumanie, d'Egypte...

Le professeur Brachet, le Dr R. Beckers, le professeur Demoor, prennent successivement la parole. Pendant qu'ils parlent, j'admire les peintures murales qui ornent cette salle monumentale, et mes regards ne peuvent se détacher d'un panneau qui représente Eginhard, descendant de sa chaire et entouré de jeunes gens qu'il vient d'enseigner. Tandis qu'au-dessus de ce panneau, apparaît ce titre : *Les Carlovingiens*, dans le cartouche qu'il surplombe, je lis des noms qui appartiennent à l'histoire de France, Charlemagne en tête. Et cette évocation, en terre belge, marque une communauté d'origine qui, près de onze siècles plus tard, justifiera la fraternité d'armes des champs de bataille...

Mais le professeur Léon Bernard s'est levé, à son tour ; au nom des délégués étrangers, il remercie les organisateurs du brillant accueil qui leur a été réservé. Puis, il expose l'évolution de la médecine durant les cinquante dernières années et rappelle le rôle important de plusieurs savants belges. Il réclame un Congrès international qui serait chargé d'élaborer un Code de l'Hygiène et de la Prophylaxie. La-dessus, il fait une véritable conférence où il traite de la contagion, de l'immunité, des porteurs de germes..... ; puis, de la nécessité de poursuivre les recherches qui doivent aboutir à l a prévention de certaines affections particulièrement meurtrières, la rougeole, la tuberculose... Tout cela, d'une technicité sévère, et un peu prolongée peut-être. Nous l'avons applaudi chaleureusement, puisqu'il représentait la France et la médecine française.



Dr R. Bernard. Prof. Demoor. S. M. la Reine. S. M. le Roi. Dr L. Mayer. S. A. R. la Psse. S. E. Herbette,
Dr R. Beckers. Prof. Léon Bernard. Dr d'Ernst. Dr Gallemaerts. Marie-José ambassadeur de France.
Dr Tricot-Royer. Dr Bandelac de Pariente. Dr Lesné. Dr Gardette. Dr Duchesne. Dr Lecocq.
Prof. Sicard. Dr Zimmern. Dr Destouches.

LA RÉCEPTION DES CONGRESSISTES AU PALAIS ROYAL DE LAEKEN.

Mais nous avons acclamé le Maréchal Lyautey lorsque, se levant à son tour, il a montré que le médecin est, en vérité, le meilleur agent de colonisation.

Un certain nombre de propositions, dans son discours, m'ont frappé, et je les ai retenues, parce qu'elles m'ont plu et qu'elles ont trouvé en moi-même un écho sympathique.

« Vous me demandez si j'aime les médecins, s'est écrié le grand soldat ! Oui, je les aime et je les admire. Ce sont les véritables agents de la pénétration pacifique et c'est sur eux qu'à Madagascar, jadis, quand je servais sous les ordres du général Galliéni, et plus récemment au Maroc, c'est sur eux que je me suis appuyé ; c'est grâce à eux que j'ai obtenu les résultats dont on me glorifie. Un médecin vaut deux cents soldats . . . Et j'ai pu dire : Envoyez-moi quatre médecins, et je vous renverrai quatre compagnies, et prouver ensuite que j'étais dans le vrai . . . »

« Il n'y a pas, a-t-il ajouté, de médecine civile, de médecine militaire, d'hygiène civile, d'hygiène militaire. Médecine et hygiène sont une... ».

« Pour que le médecin réponde à ce que l'on attend de lui, il faut qu'il dispose d'une certaine initiative, et qu'il soit assuré d'une stabilité suffisante. Or, malheureusement, les bureaux ne comprennent pas assez la nécessité impérieuse de ces deux desiderata, et ils entravent, par leur formalisme étroit et mesquin, les possibilités d'action du médecin . . .

Et de raconter cette anecdote : « Je suis informé un jour qu'on envoie au Maroc un médecin réputé par sa compétence en bactériologie. Je m'inquiète de lui et je le trouve confiné dans un emploi subalterne. Et comme je m'en étonne auprès de son chef hiérarchique, celui-ci me répond froidement : « Il est à sa place : il n'a que deux galons ! »



Dr René Beckers.
Secrétaire Général du Comité des Journées médicales belges.

De tels mots, sur les lèvres d'un maréchal de France, ah ! quelle valeur prennent-ils à nos yeux ! Et quel procès ne font-ils pas aux méthodes qui règnent, dans nos administrations en général, et dans notre service de santé en particulier !

Lorsque le maréchal se tut, il fut l'objet d'une manifestation grandiose d'enthousiaste sympathie ; les bravos crépitent sans arrêt ; les acclamations forment une rumeur continue qui ne cessera qu'au moment du départ de la Souveraine, respectueusement saluée des cris répétés de : « Vive la Reine ! » — cependant qu'une musique militaire exécute *La Brabançonne*.

***

Le soir, un splendide banquet fut offert au Maréchal, au Palais d'Egmont, sous la présidence de *S. A. R. le prince* Léopold. Trois cents convives dégustent un menu des plus savoureux, et applaudiront frénétiquement le professeur Demoor, le maréchal Lyautey et le Dr Bandelac de Pariente, dans les toasts qu'ils porteront au prince héritier, à la famille royale, aux délégués étrangers et au Corps médical !

***

Le dimanche 27, dès le matin, a lieu l'inauguration, au Palais du Cinquantenaire, de l'Exposition internationale des Arts et Sciences appliqués à la médecine, la chirurgie et l'hygiène sanitaire. En même temps, commence la série des conférences qui attireront un nombreux auditoire, forcé cependant de choisir, au gré de ses préférences, de sa spécialisation, de ses affinités. J'ai entendu le Dr Zimmern, exposant les *accidents de l'électricité industrielle et domestique*, et le Dr T. de Martel, parlant de la *chirurgie des tumeurs cérébrales*, avec illustrations cinématographiques extrêmement éloquentes.

L'après-midi de ce dimanche est marquée par le clou, si j'ose dire, des manifestations de la

Session, à savoir, la réception, au château de Laeken, des Congressistes, par LL. MM. Le Roi et la Reine.

Nous pénétrons dans la résidence d'été des souverains belges par les serres, et durant une demi-heure, nous cheminons dans un véritable paradis terrestre où tout est un constant enchantement : tantôt, ce sont de longues allées tapissées de géraniums aux nuances variées et délicates et de la voûte desquelles pendent des grappes de fuchsias aux vives couleurs ; tantôt, ce sont de vastes rotondes plantées d'arbres exotiques, où voisinent les palmiers géants, et les fougères arborescentes, les Dracenas, les Cactus, les Agaves..... Finalement, nous aboutissons à une rotonde plus vaste que les autres, et nous défilons devant LL. MM. et la princesse Marie José, entourées des grands dignitaires et des dames de la Cour.

Après le défilé, par une délicate attention, LL. MM. ont tenu à se faire présenter certaines personnalités médicales belges et étrangères. C'est en cette qualité qu'accompagné de mes amis Destouches, directeur du *Courrier médical*, et Gardette, directeur de la *Presse thermale et climatique* et délégué de l'Association de la presse médicale, j'ai eu le grand honneur d'être présenté au Roi et à la Reine par le Dr Beckers, et d'échanger quelques mots avec les souverains.

Le soir de ce même jour, si bien et si complètement rempli, nous étions conviés à la Maison communale de Schaerbeek, à une réception par le Collège des Bourgmestres et Echevins, suivie d'un magnifique concert, et d'un raout très réussi.

***

Le lundi, — troisième journée —, les conférences et les démonstrations se sont poursuivies durant toute la journée, tant au Palais du Cinquantenaire que dans les hôpitaux, instituts et cliniques de Bruxelles.

Le soir, brillante représentation de gala, au théâtre de la Monnaie, où fut représentée *La Légende du Tsar Saltan*, admirable partition de Rimsky-Korsakoff. Une foule immense se pressait, à tous les étages du prestigieux théâtre, et ses applaudissements n'ont pas été ménagés aux artistes talentueux qui firent admirer le chef-d'œuvre du fameux compositeur russe.

***

Mardi 29 juin. — La matinée est consacrée à l'hôpital Brugmann, l'après-midi aux conférences au Palais du Cinquantenaire, et le soir, à une splendide réception de l'Ambassadeur de France et de Mme Herbette.

***

Mercredi 30 juin. — Visite de Louvain, où un programme de démonstrations avait été préparé et divisé en groupes ressortissant aux spécialités suivantes : physiologie, médecine, chirurgie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie, psychiatrie, cancérologie, dermatologie, bactériologie, ophtalmologie, radiophysique.

Des réceptions eurent lieu, par le Recteur de l'Université, puis par le Bourgmestre et les Echevins, après quoi un lunch fut servi dans la salle historique de l'Hôtel-de-Ville.

Après une visite de la ville, qui conserve les traces ineffaçables de l'occupation allemande et de son vandalisme, et une audition du carillon de l'Eglise Sainte-Gertrude, les Congressistes se rendirent au Musée colonial de Tervueren, où ils furent reçus par le Ministre des Colonies.

Et c'est sur cette réception que prit fin la VIe Session des Journées médicales de Bruxelles.

***

Parmi les personnalités qui prêtèrent leur concours à ces Journées, et donnèrent des conférences, et en dehors de celles que j'ai déjà nommées, je citerai le Dr Tricot-Royer, l'historiographe réputé de la médecine belge, le professeur Sicard, de la Faculté de Paris, le Dr Lesné, médecin des hôpitaux de Paris, le professeur Beco, professeur de l'Université de Liège, le professeur Phaneuf, de Boston, le professeur Van Loghem, d'Amsterdam, le professeur de Nobele, de Gand, le professeur Mancini, de Milan, le professeur R. Verhoogen, de Bruxelles, le professeur Rappin, de Nantes, le professeur Spinelli, de Naples, etc., etc.

***

L'Association générale des Dentistes de Belgique avait, de son côté, organisé un programme de démonstrations et de conférences, à l'exécution

duquel ont participé quelques parisiens : MM. HOUSSET, VILAIN, SUDAKA, SIFFRE, GOLDENBERG, CHARLET, RÉGNART et BARAIL.

***

J'ai dit un mot de l'Exposition, annexe des Journées médicales. Elle formait un ensemble impressionnant et remarquable, tant par l'importance des maisons exposantes, que par leur nombre et par l'élégante disposition adoptée, grâce aux directives et au contrôle exercés en permanence par l'aimable M. René LÉPINE, directeur commercial. Parmi ces maisons, citons la Biochimie médicale, la Biothérapie, MM. Jacquemaire (Villefranche), Carrion (M. Borrien), Boucart, Brunot, Byla, Cantin, Choay, Comar, Cortial, Delalande, Deschiens, Diases Progil, Duret et Remy, Fournier, Fumouze, Galbrun, Gautier, Génévrier, Heudebert, Roussel, Jammet, Juin et Boinot, Les Laboratoires du Goménol, Toraude, Chimico-thérapique, Lecoq et Ferrand, Brisson, Carteret, Metadier, Proxytases, Bottu, F. Vigier et Cie, Opocalcium, Inotyol, Jammes, Laboratoires Réunis, Lactobyl, Lancosme, Gobey (Uroformine), Licardy, Logeais, Lumière, Mayoly-Spindler, Mouneyrat, Muthanol-Néolyse, Nogués, Nujol, Panbiline, Poulenc, Robin, Renard, Robert et Carrière, Rolland, Sabatier, Spengler, Trouette-Perret, les Usines du Rhône, Vigier et Huerre, etc., etc.

Parmi les Eaux Minérales, à côté des Eaux de Contrexéville et de Vittel, une mention doit être réservée à la Fédération thermale d'Auvergne (La Bourboule, Châtel-Guyon, Le Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire).

***

Enfin, un Studio groupait les œuvres des médecins artistes : dessinateurs, aquarellistes, peintres... J'y ai remarqué quelques toiles que ne désavoueraient pas, certes, de sévères professionnels.

***

Ce compte rendu, s'il est un peu long, est aussi complet que possible. Je l'ai fait tel pour montrer ce que furent les Journées de 1926 et combien est grand le mérite de leurs organisateurs, auxquels je renouvelle l'assurance de ma personnelle gratitude et l'hommage de l'estime sympathique et de la considération du *Concours médical*, tant pour leurs personnes, que pour leurs Œuvres, au premier plan desquelles se place *Bruxelles médical*, l'intéressant journal de médecine qui a pris un rang si important dans la presse médicale des pays de l'entente.

A Beckers, à Bernard et à Mayer, si amicalement accueillants, au *Bruxelles médical*, merci !

G. DUCHESNE.

N. B. — Les photographies reproduites présentement m'ont été aimablement remises par l'habile opérateur de *Bruxelles Médical.*

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

HAINE FAMILIALE ET INDIFFÉRENCE

Par le Dr Gilbert Robin,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Des adolescents, des jeunes gens qui se faisaient remarquer par leurs succès aux examens, par leur zèle à préparer les grandes écoles, qui charmaient leurs parents par leurs prévenances, leur tendresse, leur attachement, bref que les qualités de leur esprit et de leur cœur faisaient citer en exemple à leurs camarades, changent peu à peu d'humeur et de caractère, sans qu'on puisse clairement expliquer ce changement. Ils sont tristes et moroses, apathiques et inactifs. Les voilà devenus distraits, incapables d'attention, sans initiative ni spontanéité. Ils ne s'intéressent à rien, se montrent indifférents à l'égard de leurs parents, ou parfois irritables, nerveux, prompts à la violence. On se plaint de leur nonchalance et de leur paresse. Ils n'ont plus ni joie, ni peine. Une espèce d'anhédonie s'empare d'eux. Ou bien ils semblent rêver sans fin dans une sorte de « joie passive » (Mignard). Ils rient quelquefois d'un rire inextinguible ou sourient d'une manière énigmatique. Ils font des fugues et n'en donnent aucune explication.

On redoute une grave affection, très longue, d'une thérapeutique difficile : la démence précoce.

Le fond de cette maladie, c'est l'indifférence émotionnelle. Ces jeunes gens sont morts à tout ce qui fait l'intérêt de la vie. Ils ne vibrent plus. L'affectivité s'émousse d'abord, puis s'éteint tout à fait. C'est l'absence complète de désirs, d'inclination, de penchants.

Ce qui rend cette indifférence si troublante et si grave c'est qu'elle n'est pas dénoncée spontanément par les sujets. Les neurasthéniques, les mélancoliques s'inquiètent de ce sentiment d'indifférence qu'ils éprouvent quelquefois au cours de leur maladie. Ils souffrent de ne point souffrir pour autrui. C'est, dans la sphère morale, quelque chose d'analogue à l'anesthésie douloureuse. Les déments précoces au contraire semblent n'avoir pas conscience de leur indifférence. Elle ne leur est pas pénible. Ils se sont peu à peu détachés de tout ce qui les unissait aux êtres et aux choses.

Masselon, dans son ouvrage sur la démence précoce a bien montré l'importance de cette indifférence dans les rapports familiaux : « Parmi les sentiments disparus, il faut attacher une grande importance aux sentiments de famille. Les malades qui portaient le plus d'affection aux leurs, semblent alors les ignorer complètement ; jamais ils ne s'informent de leurs parents ou de leurs enfants, jamais ils ne demandent à les voir. On peut utiliser les décès qui surviennent dans la famille des malades, les circonstances qui dans des conditions normales auraient déterminé des réactions de tristesse ou de joie, pour étudier la disparition de ces sentiments ; on peut même les inventer s'ils ne se présentent pas. Cette expérience n'offre aucun danger. Le malade ne réagit pas ou, s'il réagit, c'est une émotion si fugace qu'elle est oubliée quelques instants après. Nous avons ainsi annoncé à un jeune malade la mort de son père : il la contesta, ne manifesta aucune émotion, parut l'oublier ; nous lui en reparlâmes quelques jours après : « J'ai entendu dire cela ; oui, on le dit » et il ne s'en tourmenta pas davantage. Des jeunes filles mises en présence de leur frère, de leur père, semblent ne plus les reconnaître, et les considèrent comme des étrangers ».

A cette inaffectivité peuvent s'adjoindre ou succéder de véritables perversions morales. Une antipathie inexplicable va s'acharner contre tel ou tel parent qui était le plus cher au jeune homme avant qu'il ne tombe malade. Morel a raconté l'histoire d'un enfant de 13 à 14 ans, dont l'intelligence dépassait de beaucoup celle de ses camarades, qui perdit insensiblement sa gaieté, devint sombre, taciturne, avec tendance à l'isolement et chez lequel une haine violente pour l'auteur de ses jours avait subitement remplacé les sentiments les plus tendres. Une malade de Masselon, à la nouvelle de la mort de son frère, éclata de rire et dit qu'elle était contente parce qu'elle aurait des lettres bordées de noir. Un malade de Mlle Pascal (La Démence précoce), en apprenant la mort de son fils dit : « Il a très bien fait ». Chez la femme le sentiment maternel peut être complètement perverti. Pour Lepinay, les bêtes qui détruisent leurs petits veulent assurer de meilleures reproductions en ne laissent vivre aucun être chétif ou dégénéré, ou bien

◆◆◆

commettent cet acte par une exagération de leur instinct de maternité. Chez la femme cet instinct peut être tout à fait perturbé, perverti. Des mères maltraitent leurs enfants, restent impassibles et insouciantes lorsqu'une maladie grave les atteint. On dirait d'une *folie morale acquise.* On crut longtemps qu'il s'agissait de folie morale vraie, constitutionnelle chez une jeune fille de 20 ans, Mlle Cadario, qu'on surprit chez elle avec une hache dans son lit. Le plus froidement du monde, elle dit que c'était pour tuer son père. L'examen attentif de cette jeune fille démontra qu'on avait affaire à une démente précoce.

Parmi les jeunes gens tombant dans la démence précoce, dans la folie discordante, il en est peu dont les parents n'aient eu amèrement à se plaindre avant d'être fixés sur le caractère morbide de cette affection. Ils se plaignent surtout de l'indifférence de leurs enfants, parce que c'est rarement une indifférence béate et heureuse. La plupart du temps ces jeunes gens sont violents mais sans haine. Ils réagissent et voilà tout. Ils veulent, selon leur expression, qu'on leur « fiche la paix ». Ils sont morts aux êtres et aux choses. Du reste, ils ont souvent conscience de leur transformation : « Je suis mort. Je ne me sens plus », disent-ils. Tel celui qui en déclarant que le temps n'existait plus, tirait pour l'abolir tout à fait, six coups de revolver dans sa montre.

Toutefois, et c'est ce qui est si grave, la conscience qu'ils ont de ces troubles n'est pas douloureuse. Les parents secouent leur langueur. Ils essayent d'attiser une flamme affective dans ce foyer éteint. Le jeune homme ou la jeune fille répondent par de la mauvaise humeur, des propos grossiers, des insultes ou des coups dont ils ne mesurent pas la portée.

Il arrive qu'ils prennent l'habitude de détester ceux qui tentent de les stimuler, qui troublent sans cesse leur repos, leur paresse morbide. Pour hostile qu'il soit, c'est là encore un sentiment normal, encore que les motifs ne le justifient guère. Au contraire, il y a vraiment perversion des sentiments chez le malade de Morel, dans le cas de Mlle Cadario. C'est une telle perversion qui justifie l'appellation heureuse de folie morale acquise.

Du reste, il est bon de ne pas confondre l'indifférence hostile de l'alcoolique ou du toxicomane par exemple, avec celle du dément précoce. Obtusion, abrutissement chez le premier, dislocation chez l'autre. Voiles d'un côté, brisure de l'autre. C'est comme si de deux villes mortes, l'une était ensevelie intacte comme Pompéi sous les cendres d'un volcan, l'autre ébranlée, disloquée par un bombardement ou un tremblement de terre. La première peut renaître, comme on dit, de ses cendres. L'autre est irrémédiablement détruite. C'est le cas de la démence précoce.

Problème troublant que celui de l'indifférence. Il en est rarement d'absolue même dans cette affection où il est permis de l'observer à l'état pur, à l'état nu. C'est une indifférence à froid, qui ne cache rien sous son masque impassible et cependant le sujet a des crises de colère et de violence. Nous le répétons : il ne faut voir là que des moyens de défense pour s'assurer la paix désirée. De haine, point ; sinon dans les cas où sur un fond d'indifférence éclosent les sentiments pervertis, disloqués eux-mêmes à l'instar de l'intelligence. Car ce qu'il faut retenir dans cette affection : la démence précoce, et c'est ce qui d'un côté en fait pour le savant l'intérêt scientifique, et de l'autre lui enlève pour le public de l'intérêt humain, pittoresque, c'est que les complications familiales naissent d'une faillite générale des sentiments et de l'intelligence, d'une atteinte générale de la substance cérébrale et de l'organisme qui conditionne cette indifférence quasi totale aux êtres et aux choses.

Indifférence qui sera la toile de fond de la maladie, même si un délire d'aspect stable la complique. La famille sert souvent de thème à un roman désordonné, extravagant, de tous points contradictoires. La contradiction est surtout évidente entre les dires des sujets qui ont à la bouche des propos de haine et de calamités à l'égard de leurs parents et leur attitude puisqu'ils paraissent devant eux souriants, lointains, comme détachés de leur histoire, parce qu'ils sont avant tout des indifférents. Certains jeunes gens renient tout à fait leur famille, s'en forgent une imaginaire. Ces métamorphoses familiales avec négation systématique des vrais parents ne sont du reste qu'un symptôme dans une maladie plus profonde.

Il n'en reste pas moins — et c'est la conclusion pratique de ces données — que l'affection qui réalise au maximum l'indifférence réalise aussi ce paradoxe que l'indifférence est le point de départ de réactions hostiles. La famille ne supporte pas la modification apportée à l'affectivité de l'enfant et l'enfant ne supporte pas la stimulation familiale. L'indifférence la plus pure est loin de faire régner l'harmonie. En présence de rapports familiaux difficiles avec un jeune homme, contrastant avec la régularité affective qu'il avait montrée jusqu'alors, il est bon d'attirer l'attention sur la possibilité d'une démence précoce. Les manifestations hostiles obéissent à diverses causes psychologiques et ce sont celles-là qu'il n'était peut-être pas inutile de montrer au médecin praticien,

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES,

M. le Professeur NOBÉCOURT.

Tumeurs cancéreuses multiples des os du crâne, Myélocytomes et myélosarcomes (1)

Le malade qui fait l'objet de cette leçon est ce jeune garçon qui était couché dans la salle Bouchut. Né, le 31 janvier 1920, de parents bien portants, nullement syphilitiques, comme l'ont montré l'enquête et le Bordet-Wassermann pratiqué avec leur sang, cet enfant n'a rien présenté de particulier jusqu'en septembre dernier.

A ce moment, sans cause, il perd l'appétit, maigrit, devient apathique. Ces phénomènes augmentent progressivement d'intensité. Au début d'octobre apparaît un état subfébrile (38°), accompagné de subictère, d'urines fortement colorées, d'augmentation du foie et de la rate : après quelques jours le subictère disparaît. Le Dr Lantzenberg, au début de novembre, trouve un foie gros, débordant le rebord costal de trois travers de doigt, une rate grosse, un mauvais état général, un teint grisâtre de la peau ; sur la voûte cranienne il constate une tuméfaction osseuse ; il pense à une périostite syphilitique et prescrit des suppositoires de mercure. Le foie diminue de volume, mais la tuméfaction osseuse, augmente et d'autres bosses osseuses apparaissent dans la région temporale droite, puis dans la gauche.

Le 25 novembre apparaît, au niveau de l'œil gauche, une ecchymose de la paupière et de la conjonctive bulbaire. Vers la même époque, l'enfant se plaint d'une céphalée de plus en plus vive. On décide de l'envoyer à l'hôpital.

Il y entre le 1er décembre. Il est alors âgé de 5 ans et 10 mois. Il est grand, pas très amaigri ; il mesure 114 cm. et pèse 18 kgr. 150. Il n'a pas de fièvre.

On est frappé par la pâleur extrême de ses téguments qui ont une teinte jaune verdâtre, non ictérique, par la décoloration des muqueuses des conjonctives et des lèvres, enfin par la déformation du crâne.

Son crâne est volumineux. Il présente une circulation veineuse très apparente sur le front, les tempes, les régions pariétales. Les régions temporales et zygomatiques, des deux côtés, surtout à droite, sont saillantes, par suite de la présence de tumeurs ; celle de droite atteint le diamètre d'une pièce de cinq francs. On constate en outre au sommet du crâne, un peu à droite de la ligne médiane, une bosse du diamètre d'une pièce de deux francs, et d'autres dans la région occipitale.

Il existe enfin des ecchymoses au niveau des paupières et des conjonctives bulbaires et une légère exophtalmie.

A la palpation, les bosses adhèrent à l'os, offrent à la périphérie une apparence de bourrelet osseux, sont étalées, ont une consistance ferme presque osseuse, sans cependant avoir la dureté véritable de l'os ; elles sont indolentes. La palpation décèle, d'autre part, une disjonction de la fontanelle antérieure, des sutures médio-frontale et fronto-pariétale.

L'enfant ne présente pas de troubles de la vision. Cependant M. Poulard, à l'examen du fond de l'œil, trouve des signes d'hypertension intra-cranienne, de la papillite de stase, plus accentuée à droite qu'à gauche.

L'examen des autres os ne révèle rien de particulier.

Il y a un certain degré d'obnubilation cérébrale. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate est un peu hypertrophiée. Il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux ; les urines contiennent 0 gr. 50 d'albumine par litre et une grande quantité d'urates et de phosphates.

Le liquide céphalo-rachidien, recueilli par ponction lombaire, contient de nombreux globules rouges, des polynucléaires, des mononucléaires et des lymphocytes en nombre peut-être un peu supérieur à celui que comporte la quantité de sang. L'albumine ne peut pas y être dosée à cause du sang. La teneur en glucose est de 0 gr. 65 par litre. On ne peut préciser si le sang était dû à la ponction, ou préexistait dans le liquide céphalo-rachidien. Nous n'avons pas voulu renouveler la ponction, étant donné l'état de l'enfant.

Au premier examen, fait le 4 décembre, le sang contient, par millimètre cube, 3.700.000 hématies, avec 55 % d'hémoglobine et une valeur globulaire de 0,87. Il y a de la polychromatophilie, de la poïkilocytose et de l'anisocytose marquées. On trouve 8 hématies nucléées (mégaloblastes et normoblastes) pour 100 leucocytes. Le nombre des leucocytes est normal : 7.200. Il y a, pour 100 leucocytes, 40 polynucléaires neutrophiles, 0,5 polynucléaires basophiles, 0,5 polynucléaires éosinophiles, 10 grands

(1) Leçon du 30 janvier 1926, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le professeur.

mononucléaires, 17 moyens mononucléaires, 25 lymphocytes, 6 formes de transition ; il n'existe pas de formes anormales.

La cutiréaction à la tuberculine est négative, à trois reprises, ainsi que le Bordet-Wassermann (H°) ; le Hecht est très légèrement positif.

Les radiographies du crâne comparées avec celles d'un enfant normal du même âge, montrent son élargissement et sa déformation. Plus particulièrement sur les radiographies faites de profil, nous voyons qu'au niveau des saillies il y a fusion entre la tumeur et la table externe de l'os, qu'à certains endroits il existe une érosion de la table externe faisant communiquer la tumeur avec le tissu spongieux, que par places la table interne paraît amincie. Nous voyons en outre nettement la réouverture de la fontanelle antérieure, des scissures fronto-pariétales et de la scissure médio-frontale.

Nous demandons au Dr Duhem de soumettre l'enfant à la radiothérapie superficielle. Elle n'a aucun effet. La cachexie augmente, la pâleur s'accentue, les tumeurs deviennent plus volumineuses.

Un deuxième examen de sang est pratiqué le 18 décembre. On compte 2.900.000 hématies par millimètre cube ; la proportion d'hémoglobine est de 60 %, la valeur globulaire de 1. Les hématies ont les mêmes caractères que précédemment; il y a 6 hématies nucléées pour 100 leucocytes. Le nombre des leucocytes est toujours faible : 6.000. La proportion des polynucléaires neutrophiles est un peu augmentée, 56 % ; on ne voit pas de formes anormales de leucocytes.

A ce moment le Dr Galli, au laboratoire de l'hôpital Necker, commence la radiothérapie pénétrante. On fait six séances du 22 décembre au 7 janvier. Il n'y a pas de modification appréciable des tumeurs ; il apparaît de la bouffissure de la face et de l'œdème du cou au voisinage de l'angle du maxillaire gauche, de petites ecchymoses sur le menton. L'état général s'aggrave.

Le 4 janvier, le nombre des globules rouges est tombé à 1.800.000, la proportion d'hémoglobine à 50 %. La valeur globulaire est de 1,4. Le nombre des leucocytes est toujours faible, 5.800, avec 56 % de polynucléaires neutrophiles. Les hématies présentent les mêmes caractères que précédemment ; il n'y a pas de leucocytes anormaux.

L'enfant sort de l'hôpital le 7 janvier pour quelques jours. Il rentre le 15. L'état général est très aggravé, l'aspect de plus en plus anémique. La tuméfaction du côté droit s'est étendue au maxillaire ; l'enfant ne peut plus rapprocher les dents, la mastication est très difficile. Les ecchymoses palpébrales et conjonctivales ont diminué. Le foie et la rate ne se sont pas modifiés. Le malade se plaint de douleurs au niveau de la partie supérieure de la diaphyse fémorale du côté gauche ; celle-ci semble tuméfiée à la palpation ; mais on ne constate aucune tuméfaction appréciable de l'os sur la radiographie.

Le 17 janvier, les globules rouges ont encore diminué : 1.580.000, avec 35 % d'hémoglobine et une valeur globulaire de 1,16 ; les hématies sont inégales et déformées ; on compte 18 hématies nucléées pour 100 leucocytes. Il y a 5.500 leucocytes, dont, pour 100,78 polynucléaires neutrophiles, 3 grands mononucléaires, 17 lymphocytes, 1 forme de transition, 1 myélocyte neutrophile.

La coagulation du sang veineux est un peu retardée : elle débute au bout de onze minutes et n'est totale qu'après 35 minutes. Le temps de saignement et l'hémolyse sont normaux.

L'examen des urines ne révèle rien de particulier ; il n'y a notamment pas d'albumosurie ; l'urobiline et l'uroérythrine sont en petite quantité.

L'état de l'enfant s'aggrave très rapidement. Il se cachectise sans cependant perdre de poids. Depuis le 23 décembre il a une température légèrement fébrile ; depuis le 22 janvier, des poussées à 38°5 ou 39° le soir. Les parents désirent l'emmener pour qu'il meure chez eux. Il part le 27 janvier à 16 heures dans un état très grave pour être transporté à Granville.

A peine arrivé et couché, il meurt, le 28, à une heure du matin. Une lettre de son père, que nous avons reçue hier, nous apprend la fin de cette histoire lamentable, qui a duré quatre mois.

Je vais vous raconter maintenant l'observation d'un autre malade, très semblable à celui-ci, que nous avons soigné, il y a cinq ans.

Il s'agit d'un jeune garçon né le 24 mars 1914. On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Au mois de novembre 1920, il commence à se plaindre de douleurs dans les jambes, puis dans les lombes et dans les bras. En même temps apparaissent des bosses osseuses sur le crâne et des ecchymoses palpébrales. C'est pour ces symptômes qu'on nous l'amène, le 24 janvier 1921.

Il a 6 ans et dix mois. Il est suffisamment grand, mesurant 114 cm., mais ne pèse que 16 kgr. 950. Il est très pâle, a les lèvres et les conjonctives décolorées, un aspect de grand anémique. On constate des ecchymoses et du gonflement des paupières supérieures, des ecchymoses des conjonctives bulbaires, enfin des déformations du crâne.

Le crâne présente sept bosses, dans les régions temporales, sur le front, au-dessus de la racine du nez, dans les régions pariétales, sur les parties latérales de la région occipitale.

Ces bosses sont indolentes, dures, de consistance presque osseuse, ou rénitentes, sans adhé-

rence à la peau qui est intacte. Les veines sont très apparentes sur le front et les régions pariétales. Quand on palpe au-dessous du rebord orbitaire et au niveau de l'apophyse orbitaire externe, on sent un épaississement très net de l'os. Il existe un certain degré d'exophtalmie. M. Poulard constate de la papillite en évolution.

Les autres os paraissent intacts ; cependant la palpation provoque, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, une vive douleur.

Les amygdales, les ganglions, le foie, la rate sont normaux. Le pouls est à 136. On entend un souffle jugulaire et un souffle anorganique dans la région précordiale. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais de l'acétone et de l'acide diacétique.

Le liquide céphalo-rachidien est clair ; il contient 1 gr. 10 d'albumine par litre, quelques hématies et quelques leucocytes, mais surtout de grandes cellules à noyau clair, à protoplasma abondant, faiblement basophile, d'apparence endothéliale.

Les radiographies du crâne montrent des déformations comparables à celles que nous avons vues chez l'autre malade. La table externe du crâne est doublée, en quelque sorte, par un tissu de nouvelle formation, particulièrement épais au niveau des bosses ; à ce niveau l'os est moins opaque et aminci par places. Dans certaines régions, surtout dans la région postérieure, les deux tables sont séparées par un espace clair assez large.

Le sang de l'enfant examiné le 28 janvier présente de grandes altérations. Il y a seulement 1.500.000 globules rouges et 45 % d'hémoglobine ; la valeur globulaire est de 1,3. On remarque de l'anisocytose, de la poïkilocytose, de la polychromatophilie peu accentuées, et de rares hématies nucléées (3 pour 100 leucocytes). On compte 10.800 leucocytes pour 100, il y a 37,5 polynucléaires neutrophiles, 2,5 polynucléaires éosinophiles, 3,5 grands mononucléaires, 45,5 lymphocytes, 2 formes de transition, 6 métamyélocytes.

La coagulation du sang veineux s'effectue normalement ; elle débute au bout de 3 minutes et est totale en 4 minutes ; le caillot est fortement rétractile, le sérum exsudé très jaune. La résistance globulaire est un peu augmentée. Le sérum n'hémolyse pas les hématies déplasmatisées après douze heures d'étuve.

Il y a 1,33 hématies granuleuses pour 100.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^8) sont négatifs.

Très rapidement l'état s'aggrave, les douleurs des membres et des lombes augmentent, les troubles oculaires s'accusent, les tumeurs osseuses grossissent et certaines prennent une consistance moins ferme. On constate une douleur au-dessus de la malléole interne. Le foie et la rate sont un peu hypertrophiés. La température s'élève, d'abord à 38°, puis, à partir du 10 février, à 38°5, 39°, 39°8, avec des irrégularités.

Finalement, vers le 10 février, se constituent des paralysies des membres inférieurs de type mal précisé, sans altérations des réflexes rotuliens, avec rétention des urines et incontinence des matières. Le 18 février, on constate de l'œdème des membres inférieurs, de l'exophtalmie. Le malade meurt dans la soirée, trois mois environ après l'apparition des premiers troubles.

L'autopsie est pratiquée par M. Léon Tixier. Les téguments du crâne ne sont pas adhérents. Au-dessous des parties molles et adhérente au crâne est une nappe presque continue de tissu de néoformation, qui s'étend depuis la région frontale jusqu'à la région occipitale ; elle est assez mince et s'épaissit au niveau des tumeurs.

Ce tissu de néoformation est rougeâtre, mou, de consistance d'ailleurs variable, plus molle en avant que dans les parties postérieures, très molle au niveau des bosses. A la coupe de ces dernières, s'écoule un magma rouge noirâtre. Il n'y a pas de limites nettes entre les parties molles et les parties voisines. A l'union des pariétaux et de l'occipital, sur une surface losangique, irrégulière, la tumeur a une légère coloration jaune verdâtre ; à ce niveau sa consistance est assez ferme, le périoste est modifié, l'os est à peu près normal.

On voit très nettement la disposition du tissu de néoformation sur une section horizontale des os de la voûte du crâne. Il forme une véritable gaine, entourant presque complètement le crâne. Il s'épaissit et forme des tumeurs au niveau du frontal, surtout à gauche où l'épaisseur est de 2 cm., au niveau des pariétaux, surtout à gauche, au niveau de l'occipital.

Le tissu de néoformation brun rouge est parcouru par des tractus blanchâtres partant de l'os; il se continue avec la table externe plus ou moins altérée, présentant des fines dentelures, des saillies, des encoches. Le tissu spongieux est épaissi ; par places, il rejoint, à travers des perforations de la table externe, le tissu de néoformation.

La table externe est plus ou moins nette suivant les endroits. Au niveau des tumeurs, elle est irrégulière, rompue par places. En dedans de la table externe, en dehors de la dure-mère, au niveau du frontal gauche, de l'occipital, du pariétal droit, est une mince couche de tissu de néoformation.

La dure-mère est intacte, mais refoulée, sauf en un point, à la partie supérieure gauche, où elle est traversée par quelques bourgeons néoplasiques. Il n'y a aucune propagation dans la substance de l'encéphale.

Ce n'est pas seulement dans la région de la voûte cranienne qu'on trouve des lésions. Quand, après avoir enlevé le cerveau, on regarde la base du crâne, la zone orbitaire paraît surélevée.

♦♦♦♦

Après avoir ouvert l'orbite gauche, on constate que la voûte est très amincie, que l'œil est refoulé en dedans et en avant par un tissu de néoformation émanant de la paroi externe de l'orbite, dans sa portion constituée par le frontal.

Le cerveau est normal macroscopiquement.

Au niveau de la colonne vertébrale et de la moelle épinière, on ne trouve aucune altération. On ne peut trouver la cause de la paraplégie qu'a présentée l'enfant dans les derniers jours de sa vie.

Les organes ne présentent pas de lésions macroscopiques.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. Léon Tixier. Les lésions sont un peu différentes suivant les parties. On trouve, d'une façon générale, une trame conjonctive et des cellules disposées en amas ou en boyaux dans les alvéoles réalisés par la trame conjonctive.

Les cellules sont sphériques ou ovoïdes, assez grosses. Le protoplasma est clair, non granuleux, peu abondant. Le noyau est ovoïde, gros, clair ; il contient un fin réticulum de chromatine et des nucléoles assez gros. Par places, sur la trame conjonctive, on voit des cellules à peu près du même type, qui forment une sorte de revêtement.

La trame conjonctive contient par places des fibres conjonctives du périoste ; par places, de nombreux faisceaux conjonctifs jeunes, mêlés çà et là de grosses cellules fusiformes et d'amas de cellules rondes, de volumineux macrophages à noyaux bourgeonnants et avec quelques inclusions cellulaires.

Somme toute, le tissu de néoformation a la structure d'un néoplasme, à tendance envahissante et destructive, présentant à la fois les caractères du sarcome et des tumeurs myéloïdes. Il peut être qualifié de *myélo-sarcome*.

***

Les deux enfants dont je viens de vous rapporter l'histoire ont été atteints de TUMEURS CANCÉREUSES MULTIPLES DES OS DU CRANE.

Il s'agit là d'une affection bien connue cliniquement, mais sur la nature de laquelle on a discuté et on discute encore. Souvent on la désigne sous le nom de *chlorome* ou de *cancer vert*, d'après le nom qui lui a été donné par Aran, en 1874, à cause de la coloration verte des tumeurs, constatée aux autopsies de certains malades. Cette coloration verte est due soit à des granulations intracellulaires de lipochrome, soit à des combinaisons chimiques de sulfates avec le fer de l'hémoglobine ; elle se retrouve dans presque toutes les tumeurs riches en myélocytes. En réalité, elle n'est nullement pathognomonique, elle manque souvent chez des malades qui présentent le même tableau clinique, et pour des tumeurs ayant une structure très analogue. Cependant, dans la littérature, c'est surtout au chapitre du chlorome qu'on trouve des indications. De nombreux mémoires ont été publiés. Je n'ai pas l'intention de les citer tous. Vous trouverez de précieuses indications dans deux revues générales sur *Le chloroma* ou *cancer vert*, publiées par M. Comby, dans les *Archives de médecine des enfants* en 1903 et en 1918, ainsi que dans un mémoire de M. Enrico Menci. (*Il chloroma nell' età infantile*), paru dans *La Pediatria* du 1er juillet 1920.

Ce cancer des os du crâne n'est pas spécial à l'enfant ; cependant, c'est surtout chez lui qu'on l'observe ; d'après une statistique de M. Comby 10 cas sur 30 ont été rencontrés avant 15 ans.

Il apparaît principalement à partir de 5 ans, parfois aussi chez des enfants plus jeunes : il a été vu par M. Nasso à 7 mois, par MM. Rowe et Hirschbœck à 18 mois, par divers médecins à 3 ans. On l'observe plus souvent chez les garçons que chez les filles ; M. Comby note 22 cas chez les garçons, contre 7 chez les filles.

Le DÉBUT est assez insidieux. Il est marqué par l'apparition de symptômes locaux : bosses craniennes, saillies des globes oculaires, ecchymoses palpébrales et conjonctivales, et par des phénomènes généraux divers. On est frappé par la pâleur de l'enfant, par son état d'anémie ; quelquefois survient du purpura. Souvent le malade se plaint de douleurs dans les membres, dans le dos. Quelquefois il se produit un petit mouvement fébrile.

Rapidement les SYMPTÔMES se caractérisent.

Les *bosses craniennes*, d'abord discrètes, font une saillie de plus en plus marquée ; il y a en d'abord une ou deux, puis leur nombre peut se multiplier. Quand l'affection est installée, ce sont les tumeurs qui font faire le diagnostic. Leurs symptômes dépendent de leur siège, de leur volume, de leur consistance, de leur nombre.

Les tumeurs, unilatérales ou bilatérales, siègent surtout dans la région temporale et débordent plus ou moins sur la joue, dans la région pariétale ou dans la région occipitale. On en trouve deux, quatre, six, dix.

D'abord la bosse est dure ou ferme. Puis, au fur et à mesure que la tumeur grossit, elle perd souvent de sa consistance et devient un peu plus molle. Quand elle a atteint un certain volume, elle déforme la région, qui devient le siège d'une circulation veineuse très apparente. La peau reste indemne.

La tumeur adhère à l'os, est plus ou moins saillante, s'étale à la périphérie, est mal limitée ; elle est indolente spontanément et à la palpation.

Les tumeurs siègent également sur la base du crâne et alors elles se localisent généralement au niveau de l'orbite, d'un côté ou des deux. La

première manifestation est le plus souvent une ecchymose de la paupière et de la conjonctive bulbaire, ainsi qu'un certain degré d'exophtalmie. On peut percevoir par la palpation, au-dessus de l'œil, l'épaississement de la voûte orbitaire.

Les fosses nasales, les oreilles, sont parfois envahies ; il en résulte soit une gêne plus ou moins grande de la respiration et assez souvent des épistaxis, soit de la surdité.

La tumeur peut envahir l'intérieur de la cavité cranienne et déterminer des symptômes de compression, des signes de tumeur cérébrale, de la céphalée, des vertiges, des vomissements, etc. A l'ophtalmoscope, on constate de la papillite de stase, de l'œdème de la papille. L'hypertension intra-cranienne peut contribuer à l'augmentation du volume du crâne ; mais, assez souvent, les signes de compression intra-cranienne n'acquièrent pas une intensité très grande ou même s'atténuent à un moment donné, car il se produit une disjonction des sutures et des fontanelles.

L'*état général* est très affecté. Les enfants présentent l'aspect des grands anémiques, des anémies graves du type pernicieux. Ils maigrissent, s'affaiblissent, sont plongés dans l'apathie, la torpeur, n'ont pas d'appétit. Le pouls est rapide. La température reste un certain temps normale ou parfois est fébrile dès le début ; au bout d'un certain temps, il est habituel de constater une fièvre d'allure irrégulière, de 38°, 38°5. Quelquefois apparaissent du purpura sous forme d'ecchymoses ou de pétéchies, des épistaxis, indépendamment de tumeurs nasales,et même une véritable tendance hémophilique ; l'enfant saigne avec une grande facilité à la moindre coupure ou piqûre.

Dans les urines, on constate quelquefois de l'albumosurie.

Assez souvent l'enfant éprouve, au niveau des os des membres ou des vertèbres, surtout vers les épiphyses, des douleurs, qui peuvent être très vives. Parfois la palpation décèle une tuméfaction localisée de l'os ; souvent il n'y a aucun symptôme objectif appréciable, même à la radiographie.

Le foie et la rate ne sont généralement pas tuméfiés. Quelquefois ils sont hypertrophiés soit isolément, soit simultanément. Les ganglions ne sont pas intéressés ; chez certains malades toutefois se développent des adénopathies cervicales et médiastinales.

Les radiographies des os du crâne montrent des altérations dont je vous ai donné la description à propos de nos malades ; je n'y reviendrai pas. On a signalé, dans certains cas, au niveau d'os longs ne présentant pas de tumeur, une raréfaction du tissu osseux.

Il importe de nous arrêter sur les modifications du *sang*.

La coagulation est normale, parfois un peu retardée et prolongée. Le temps de saignement n'est pas modifié. La résistance globulaire est souvent un peu augmentée. Il n'y a pas d'hémolysine dans le sérum.

L'altération la plus constante consiste dans la diminution progressive du nombre des globules rouges ; dans des examens successifs, ce nombre tombe à 3.000.000, 2.000.000, 1.200.000, 800.000.

Le taux d'hémoglobine s'abaisse également, mais moins rapidement que la diminution du nombre des globules rouges ; par suite, la valeur globulaire augmente, devient supérieure à l'unité. C'est là un caractère des anémies graves du type pernicieux.

La forme et le volume des globules rouges sont généralement modifiés ; on note de la polychromatophilie, de la poïkilocytose, des globules grands et petits, ainsi que des hématies granuleuses. Il y a des hématies nucléées, 2 à 4, 6, 10 pour cent leucocytes.

Donc le sang présente les caractères des *anémies du type pernicieux*, généralement du type plastique, plus rarement du type aplastique.

Les leucocytes tantôt sont en nombre normal ou un peu augmenté, atteignant 10.000 ou 15.000, tantôt augmentent progressivement et parfois atteignent un taux très élevé. Chez un garçon de 15 ans, Rosenblatt et Rixel, à la fin de la maladie, ont compté un million de globules rouges et 300.000 leucocytes. Chez un garçon de 5 ans, Melville Dunlop compte, à un premier examen, 1.800.000 globules rouges et 24.500 globules blancs ; trois mois après, 815.000 globules rouges et 123.000 globules blancs.

Une telle augmentation du nombre des leucocytes caractérise la *leucémie*.

Il existe également ou non des modifications dans les variétés de leucocytes.

Il y a des cas où les leucocytes restent normaux, soit en proportions régulières, soit avec un certain degré d'hypopolynucléose ; le nombre des polynucléaires peut tomber à 60 %, 50 %, 40 %.

Il y a des cas où l'on trouve des leucocytes anormaux. Il ne faut pas trop tenir compte des observations anciennes, car l'on ne catégorisait pas exactement les variétés des leucocytes ; mais les observations étudiées suivant les techniques modernes sont suffisamment nombreuses pour donner les précisions nécessaires. Le plus souvent, on trouve des grands mononucléaires à protoplasma non granuleux, basophile, à noyau riche en chromatine ; c'est, en somme, le leucocyte de la leucémie aiguë, qu'on appelle aujourd'hui myéloblaste, myélocyte orthobasophile, ou encore cellule embryonnaire.

A cet élément peuvent s'ajouter quelques myélocytes neutrophiles. Chez certains malades, ce sont les myélocytes à granulations neutrophiles qui constituent l'élément prédominant.

On se trouve donc en présence, chez certains malades, du tableau sanguin de la leucémie ; il s'agit généralement d'une *leucémie à cellules embryonnaires*, plus rarement d'une *leucémie à myélocytes*. Tantôt la leucémie est caractérisé, par une augmentation considérable du nombre des globules blancs ; tantôt elle est aleucémique, alors le nombre des globules blancs n'est pas augmenté, mais le sang contient des leucocytes anormaux.

Pour résumer les modifications du sang chez les malades atteints de cancers multiples des os du crâne, nous dirons qu'elles évoluent suivant deux types :

1° Un *type d'anémie grave, type pernicieuse*, avec déglobulisation progressive et augmentation de la valeur globulaire, anémie généralement plastique, plus rarement aplastique ;

2° Un *type leucémique* ou *aleucémique* généralement à cellules embryonnaires, comme la leucémie aiguë, parfois à myélocytes neutrophiles.

Ces deux types ne sont pas toujours bien tranchés ; le syndrome leucémique s'accompagne en effet d'un syndrome anémique.

Les cancers multiples des os du crâne ont une *évolution* rapide. L'état s'aggrave bientôt et l'enfant ne tarde pas à mourir d'anémie et de cachexie. Souvent il a de la fièvre, attribuable, soit au processus néoplasique, soit à des infections secondaires. La *mort* survient en général trois ou quatre mois après la constatation des premiers symptômes, douze mois au plus dans quelques cas.

A l'*autopsie*, on trouve les tumeurs du crâne dont je viens de vous donner la description à propos de notre malade ; je n'y reviendrai pas. On peut trouver des tumeurs semblables dans les os longs, les vertèbres, le sternum, dans le foie, la rate, les reins, l'ovaire. On peut discuter s'il s'agit de métastases ou de reviviscences, comme on en observe dans les processus leucémiques.

Les *examens histologiques* conduisent à des constatations assez différentes suivant les cas. Il ne m'est pas possible d'entrer dans les détails. Je résume les constatations essentielles, d'après la description donnée, en 1923, par le professeur Masson dans le *Traité de pathologie et de thérapeutique appliquée*, de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix.

Les tumeurs sont formées d'un tissu conjonctif lâche, contenant des débris de tissu conjonctif médullaire et des vaisseaux, formant un réticulum dans les mailles duquel on trouve des cellules. Ces cellules sont constituées par un cytoplasma non granuleux, basophile, plus ou moins abondant ; elles contiennent un noyau sphérique, riche en chromatine et souvent en mitose ; ce sont des *myéloblastes*, c'est-à-dire des cellules primordiales de la moelle des os, qui représentent un stade antérieur au myélocyte granuleux, élément différencié de la moelle des os. Ces myéloblastes peuvent exister seuls ou être mélangés à des myélocytes granuleux plus ou moins normaux.

Ces constatations histologiques montrent qu'il s'agit d'un processus néoplasique à tendance envahissante et destructive, dont le point de départ se trouve dans la moelle des os. Il consiste dans la prolifération de la cellule médullaire primordiale, que nous avons trouvée, tout à l'heure, dans le sang de certains malades, qu'on appelle *myéloblaste, myélocyte orthobasophile*, ou encore *cellule embryonnaire*.

On appelle encore ces éléments *grands lymphocytes* et *lymphoblastes*. Il est préférable de ne pas retenir ces dernières appellations, car elles prêtent à la confusion avec les éléments provenant du tissu lymphoïde et notamment des ganglions.

Quand le myéloblaste était mal connu, on considérait certains cancers des os du crâne, où on les retrouvait, comme des *lymphocytomes*, et on distinguait des lymphocytomes et des myélocytomes.

En réalité, il s'agit de *myélocytomes*, c'est-à-dire de tumeurs dues à une prolifération anormale des cellules de la série blanche appartenant à la moelle des os. Mais à ce processus, s'associe souvent une prolifération anormale du tissu conjonctif. Il s'agit alors de *myélosarcome*, de *sarcome myéloïde*. On peut distinguer, suivant l'élément qui prédomine, un *sarcome myéloblastique*, un *sarcome myélocytique*. Il y a même des cas exceptionnels, où il y a prolifération anormale des éléments de la série rouge, d'où résulte un *sarcome érythroblastique*.

Au processus néoplasique local, qui réalise les tumeurs cancéreuses des os, s'associe donc un processus plus général. Tantôt c'est un processus hyperplasique diffus de la moelle des os, analogue à celui de la leucémie aiguë. Tantôt, combiné ou non avec un processus leucémique, c'est un processus d'anémie, du type de l'anémie pernicieuse, avec réactions plastiques ou hypoplastiques de la moelle des os, ou parfois sans réactions. De ces processus témoignent les modifications du sang, soit dans le sens anémique, soit dans le sens leucémique ; elles font ranger le malade tantôt dans le cadre des anémies graves du type plastique, tantôt dans celui des leucémies.

Le cancer multiple des os du crâne, rentre donc, par certains de ses caractères dans la série des faits où voisinent les anémies graves et les leucémies, faits qui ne sont pas rares chez les enfants, comme j'ai eu l'occasion de le montrer dans mes leçons consacrées à l'étude de la *splénomégalie avec anémie grave hypoplastique et leuco-*

cytose embryonnaire, des *leucémies et syndromes paraleucémiques*, des *syndromes complexes intermédiaires avec leucémies et avec anémies*, leçons publiées par le *Progrès médical* du 29 septembre et 29 octobre 1923.

La nature de ces affections n'est pas élucidée ; on ne sait pas pourquoi se réalisent ces processus.

Nous ne possédons d'ailleurs aucun *traitement*, efficace. La radiothérapie, même la radiothérapie profonde, n'a aucune influence.

Quand l'affection est installée, quand on constate des tumeurs multiples des os du crâne, les symptômes généraux, les altérations du sang, le *diagnostic* ne soulève vraiment pas de difficulté. Mais, au début, les causes d'erreur sont nombreuses. Avant l'apparition des tumeurs, on ne fait pas de diagnostic. Quand celles-ci se montrent, la confusion est possible avec d'autres affections.

On peut penser à la syphilis, à une *ostéite syphilitique*, à une *ostéo-périostite gommeuse*, d'autant plus que l'enfant peut être syphilitique. Il suffit de relire la description de cette dernière, donnée par Alfred Fournier, en 1886, dans la *Syphilis héréditaire tardive*, de regarder la figure d'un malade reproduite dans ce livre, pour comprendre la possibilité d'une erreur.

On voit sur le front, écrit Fournier, des « soulèvements plus ou moins marqués, hémisphériques ou aplatis, assez semblable soit aux « bosses » des contusions vulgaires avec épanchement, soit aux nodosités de l'érythème noueux. » Au début, ces soulèvements sont « fermes et résistants, sans présenter toutefois une dureté véritablement osseuse. Plus tard, ils deviennent pâteux, moelleux, demi-fluctuants, puis aboutissent à une fluctuation aussi nette que celle d'un abcès. » Leur volume est celui d'une groseille, d'un noyau de cerise, d'une amande, d'un abricot, et même davantage. Cependant, assez souvent ces ostéopériostites gommeuses sont le siège de vives douleurs que nous ne trouvons pas dans le cancer ; mais l'indolence peut être complète. Le traitement spécifique, en amenant une résolution rapide de ces tumeurs, élucide le diagnostic.

Rarement, on peut penser à d'autres affections, par exemple à un *lipome ostéo-périostique* ou *périostique*. Ce lipome siège sur la voûte cranienne, au niveau d'une scissure, ou sur le frontal, au niveau de la ligne médiane ou dans son voisinage. C'est, écrit Broca, dans la *Chirurgie infantile*, une tumeur « régulière, lisse, nettement limitée, de consistance molle ou élastique, parfois fluctuante », sessile, limitée par un bourrelet « qui se perd insensiblement sur l'os », adhérente ; la peau est mobile, parcourue par des veines dilatées. L'indolence est complète.

Les caractères de la tumeur, l'absence de symptômes généraux, la lenteur de l'évolution, ne permettent pas de penser au cancer ; cependant, ajoute Broca, chez les tout petits, l'évolution « peut être rapide » et faire « croire au développement d'un sarcome. »

Dans ma description, je n'ai envisagé que les formes typiques. Mais le cancer des os du crâne ne réalise pas toujours des tableaux cliniques aussi caractéristiques. Nombreuses sont les *formes atypiques*, et il ne saurait en être autrement. Parmi les formes atypiques, je citerai celles où le néoplasme se développe dans l'intérieur de la cavité cranienne et reste occulte, se traduit par des syndromes de tumeur de l'encéphale ou par la leucémie. En voici deux exemples, choisis entre plusieurs.

Une fille de 9 ans, observée par M. Roccavilla, en 1912, présente de l'anémie, une fièvre élevée ; on trouve une leucémie. Bientôt apparaissent des symptômes de tumeur cérébrale. A l'autopsie, on découvre un chlorome gros comme un œuf, comprimant l'hémisphère cérébral droit.

Un enfant observé par Nathan Chandler, Fort et Gwendolin Jones, en 1923, est pris de convulsions et d'hémiplégie droite. Il a des épistaxis et on découvre une leucémie myéloïde. Les convulsions se répètent. La mort survient au bout de trois mois. On constate, à l'autopsie, une hémorragie cérébrale et méningée et une tumeur à l'union du rocher et de l'écaille du temporal.

***

L'exposé que je viens de faire justifie le diagnostic de cancers multiples des os du crâne porté pour mes deux malades. La clinique permet de les considérer comme atteints de *myélocytomes* ou de *myélosarcomes*. La preuve du myélosarcome a été faite, pour le second, par l'examen histologique des tumeurs. Pour le premier nous ne pouvons nous prononcer de façon certaine.

Ces deux enfants rentrent dans la règle. Ce sont des garçons assez jeunes, de 5 et 6 ans. Chez le premier, le début se manifeste par des phénomènes généraux ; c'est un état fébrile, un subictère passager, une altération de la santé ; chez le second, ce sont des douleurs dans les membres et dans les lombes qui d'abord attirent l'attention. Au bout de peu de temps, apparaissent des bosses sur les os du crâne. Elles se développent successivement, grossissent, prennent les caractères que nous avons constatés. En même temps, se produisent des ecchymoses au niveau des paupières et des conjonctives bulbaires, et un certain degré d'exophtalmie. Le tableau clinique ne laisse alors aucun doute sur l'affection en cause.

L'examen du sang des deux malades décèle non pas des syndromes leucémiques, mais des syndromes d'anémies graves du type pernicieux.

En effet la leucocytose est nulle ou modérée, la proportion des polynucléaires est normale pour l'un, abaissée pour l'autre, il n'y a pas de formule leucémique. Par contre la déglobulisation est très marquée et progressive, le taux de l'hémoglobine abaissé et la valeur globulaire augmentée. La présence de quelques hématies nucléées, les modifications des hématies, caractérisent des anémies du type plastique ou hypoplastique. La résistance globulaire est sensiblement normale. La coagulation se fait en temps voulu pour le premier, est un peu retardée et prolongée pour le second. Le temps de saignement n'est pas augmenté. Il n'y a pas d'hémolysines.

Les deux malades ont présenté de la fièvre, et tous deux sont morts rapidement, le premier en quatre mois, le deuxième en trois mois.

La *radiothérapie profonde*, utilisée pour le premier, n'a pas arrêté l'évolution. Elle ne saurait être supérieure à la radiothérapie superficielle, car les tumeurs sont immédiatement sous la peau. Peut-être n'est-elle pas sans inconvénients, étant donnée l'importance de l'anémie. L'inefficacité de ce traitement ne surprend pas, quand on considère qu'à côté du processus néoplasique local, il existe un processus diffus, dont témoignent les modifications du sang.

TRAITEMENT DES ÉPITHÉLIOMAS CUTANÉS PAR L'ÉLECTROCOAGULATION

Par le Dr NEMOURS-AUGUSTE.

Un grand nombre de procédés ont été proposés pour détruire les épithéliomas cutanés : chirurgie, cautère, neige carbonique, thermocautère, etc., rayons X, radium, etc.

Parmi ces procédés nous préférons l'électrocoagulation qui détruit avec le minimum de chances à la récidive, et lorsque celle-ci se produit peut être employée à nouveau, ce qui n'est pas le cas pour les rayons X ou le radium, les cellules acquérant une radio-résistance aux applications ultérieures.

L'électro-coagulation possède encore l'avantage de guérir en une séance de 2 à 3 minutes suivant l'étendue de la lésion.

La cicatrice est parfaite.

Pour réaliser ce traitement on se sert d'un appareil de diathermie quelconque. On applique sur une partie du corps une grande électrode dite indifférente, et sur la lésion une petite électrode de même surface que la région à traiter.

L'électrode active en place, on augmente lentement l'intensité du courant jusqu'à aspect blanchâtre de la partie électrocoagulée. On ne peut se fier à aucun appareil de mesure, trop de facteurs sont variables, l'habitude seule permet d'obtenir le résultat désiré.

Il faut augmenter lentement l'intensité du courant pour obtenir une élévation de température à l'intérieur et à la base de la lésion. De même qu'une « tranche de viande » sera saisie ou cuite dans toutes ses parties selon qu'elle sera brusquement jetée dans la poêle ou cuite lentement. C'est cette propriété qui marque l'avantage de ce procédé sur les thermocautères par exemple, avec lesquels on veut à tort le comparer. Il est plus sage de faire un peu d'anesthésie locale, mais certains malades tolèrent aisément la légère douleur qui ne dure qu'un temps très court.

La lésion électrocoagulée, on se contente d'un pansement sec, l'escharre s'élimine, la peau se cicatrise très souple en une quinzaine de jours à trois semaines.

Voici quelques résultats.

Madame C., 66 ans, épithélioma du nez en forme de corne.

FIG. 1. De face avant le traitement } 3 mai 24
2. De profil avant le traitement }
3. De face, huit jours après l'intervention en voie de cicatrisation.
4. De face 1 an et 8 mois après l'intervention.
5. De profil 1 an et 8 mois après l'intervention, janvier 1926.



FIG. 1.



FIG. 2.

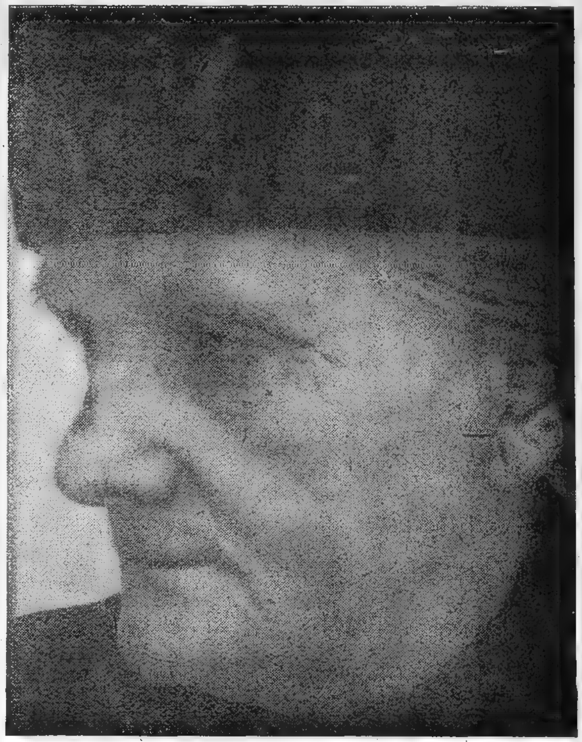


FIG. 3.

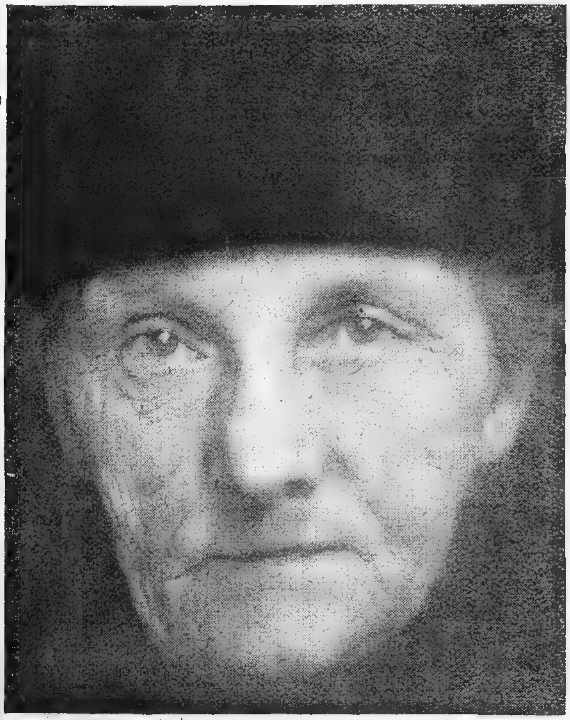


FIG. 4.



FIG. 5.

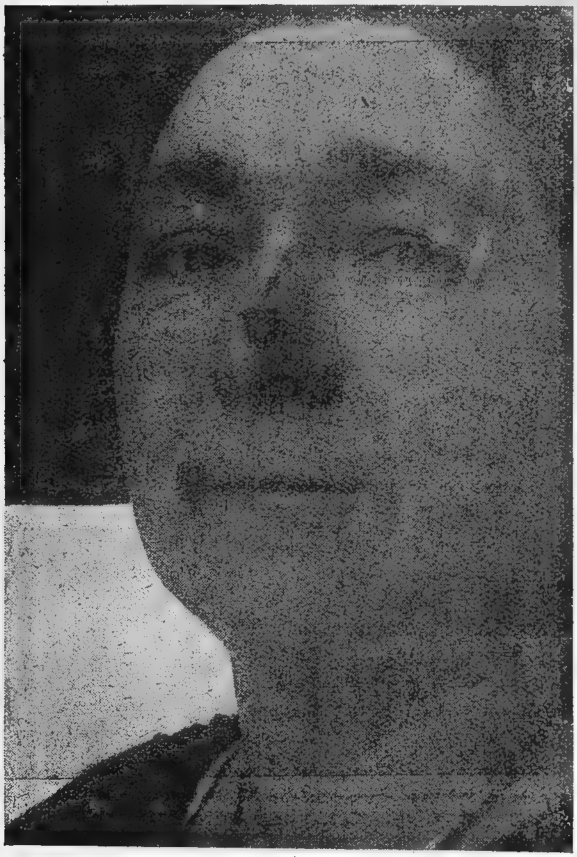


FIG. 6



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.

Madame B., épithélioma du nez récidivé.

FIG. 6. Avant traitement, juillet 1925.
7. Après traitement, janvier 1926.

Madame B., épithélioma ulcéré de la joue.

FIG. 8. Avant traitement, mai 1925.
9. Après traitement, janvier 1926.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La cure sucrée dans l'épilepsie.

On sait que l'injection d'insuline peut, chez l'homme, déterminer un état d'hypoglycémie, qui, arrivé à un certain degré, détermine des malaises, vertiges, tremblements, parfois de véritables convulsions avec ou sans mictions et défécations involontaires, confusion mentale, coma.

Etant donné que dans certains cas d'épilepsie on peut constater de l'hypoglycémie, le professeur S. WLADYCZKO eut l'idée d'essayer l'administration de glucose ; à la voie veineuse, comme à la voie rectale, il préféra la voie buccale : 50 à 100 gr. de glycose, ou davantage, par jour, dissous dans l'eau, avec addition de jus de citron, ou 200 gr. de sucre par jour. Afin de varier la cure sucrée, on peut donner des aliments contenant beaucoup de sucre : confitures, figues sèches, dattes, etc. Cette cure doit être appliquée au malade avec son traitement habituel.

Dans 18 cas observés, les crises devinrent moins fréquentes, leur tension diminua ; dans cinq cas, les crises ne revinrent qu'une fois pendant quatre à cinq et même six mois, tandis qu'auparavant elles se produisaient chez un malade presque tous les jours, chez les autres trois à quatre fois par mois.

Il est donc indiqué d'essayer la cure sucrée dans tous les cas d'hypoglycémie chez des épileptiques ; enfin il faut tâcher de profiter des produits des glandes à sécrétion interne, qui pourraient, le cas échéant, être employés dans la médication des épileptiques hypoglycémiques. (*La Presse médicale*, 7 novembre 1925.)

L'hémogéno-hémophilie.

On a décrit deux grandes diathèses hémorragiques : l'hémophilie et l'hémogénie. L'hémophilie est essentiellement caractérisée par un retard de la coagulation, avec état normal de tous les autres éléments du sang et de l'endothélium vasculaire, en particulier le nombre des hématoblastes et le temps de saignement : hémophilie familiale, dont les accidents sont précoces dans la vie, secondaires à des traumatismes ; les sujets, sains d'autre part, n'ont aucune tare hépatique ; hémophilie sporadique, à formes moins nettes.

L'hémogénie est caractérisée par un temps de saignement prolongé ; hémorragies des muqueuses, métrorragies fréquentes dues à une fragilité vasculaire en quelque sorte spécifique ; temps de coagulation normal ou subnormal ; hématoblastes diminués de nombre ; femmes atteintes surtout ; début fréquent à la puberté ; tares hépatiques ou endocriniennes, hérédosyphilis.

Mais, ainsi que le fait remarquer P. ISCH-WALL ces deux syndromes ne sont pas toujours à l'état de pureté ; ils peuvent être associés chez le même malade, et déterminer un type hémogéno-hémophilie.

Dans ce type hybride, pas d'hérédité familiale le plus souvent, les accidents n'apparaissent que vers 5, 6, 12 ans, et plus tard ; les déterminations hémorragiques sont plus spontanées et touchent moins les articulations que dans l'hémophilie ; il y a tendance aux ecchymoses, au purpura ; il y a retard de coagulation et saignement prolongé, diminution des hématoblastes.

Ces cas d'hémogéno-hémophilie pour être rares, ne sont pas exceptionnels, ils sont réalisés de façon quasi-expérimentale dans les insuffisances fonctionnelles hépatiques ; et il est de notion courante que les grandes insuffisances fonctionnelles hépatiques (ictères graves) donnent lieu fréquemment à un purpura hémorragique (syndrome hémogénique) et à un sang incoagulable (syndrome hémophilique). (*Le Bulletin médical*, 28 novembre 1925.)

Hémorroïdes et électro-coagulation.

Lorsque les pommades, les suppositoires, les médications vaso-constrictives, se sont montrés impuissants à réduire ces volumineux paquets hémorroïdaires, qui sont d'observation courante, et qui s'accompagnent de prolapsus de la muqueuse, avec inflammation concomitante, ulcérations, fissures, plaques de sphacèle même, on est amené à envisager un traitement plus radical, qui peut être, soit la coagulation chimique, soit l'exérèse chirurgicale. Or, l'un et l'autre de ces deux traitements ne sont pas exempts de dan-

gers, et les praticiens hésitent souvent à les recommander.

M. DURAND-BOISLEARD, a imaginé une méthode, qui, sans offrir, au même degré, les inconvénients des deux procédés précédents, produit une cure radicale de cette pitoyable infirmité: c'est l'électro-coagulation. Au début de ses applications, l'auteur utilisait une électrode active volumineuse qui provoquait immédiatement la coction totale de chaque hémorroïde, mais qui nécessitait l'anesthésie générale. Pour pouvoir se passer de cette anesthésie, il emploie de fines aiguilles spécialement isolées qui coagulent l'hémorroïde en profondeur, sans sphacéler la muqueuse. Un débit de 150 à 500 milliampères suffit à produire une action limitée mais efficace, sans dépasser les limites des tissus à détruire.

Une infiltration de novocaïne rend l'intervention à peu près indolore ; deux à trois minutes sont suffisantes pour coaguler chaque paquet, et en quelques séances, réparties sur une vingtaine de jours, la guérison est obtenue, sans que le patient ait été obligé de s'immobiliser plus de deux ou trois jours, et seulement après les premières séances. (*Courrier médical*, 20 déc. 1925.)

La syphilis nerveuse conjugale et sa pathogénie.

On voit deux époux, atteints tous deux d'une syphilis discrète ou même méconnue, présenter en même temps ou successivement des signes d'une affection nerveuse, soit parenchymateuse (tabès, paralysie générale), soit artérielle (hémiplégie, paraplégie), soit méningée (épilepsie jacksonienne, paralysie des nerfs craniens).

D'une intéressante discussion exposée par A. SÉZARY, il faut retenir que si l'on tient compte, d'une part, de la rareté relative de la syphilis nerveuse conjugale, d'autre part de la fréquence de la syphilis nerveuse, on doit expliquer tout naturellement par une coïncidence les cas de syphilis nerveuse conjugale. Il n'y a rien d'étonnant, en effet, que la syphilis se traduise chez deux conjoints par sa manifestation tardive la plus fréquente, c'est-à-dire par une affection nerveuse.

Point n'est besoin d'invoquer le neurotropisme du virus ou la prédisposition des malades, car les faits montrent que ces facteurs ne jouent aucun rôle important : ni la similitude des terrains, ni une insuffisance de thérapeutique chez l'un et l'autre époux. (*La Presse médicale*, 14 novembre 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée.

(MM. Emile SERGENT et F. BORDET. — *Académie de médecine* ; 8-6-1926.)

Certaines gangrènes pulmonaires semblent bien avoir une origine buccale ou naso-pharyngée. Le transport des germes se fait alors, non par propagation, mais probablement par aspiration. Dans l'anesthésie générale, dans les gangrènes pulmonaires lentes et à rechutes, en particulier, cette cause peut intervenir et il importe d'examiner soigneusement la bouche et les cavités naso-pharyngiennes : on pourra y constater des rhinites chroniques, des pyorrhées avéolodentaires, etc.

Au point de vue pratique, une telle notion dicte diverses mesures prophylactiques. Ces mesures, qui consistent dans le rétablissement de la perméabilité nasale, la désinfection naso-pharyngienne, la destruction des foyers de pyorrhée alvéolo-dentaire, seront souvent utiles avant l'anesthésie générale et dans les gangrènes à rechutes.

— M. BEZANÇON est d'accord avec M. Sergent sur l'origine stomatogène de quelques gangrènes pulmonaires. L'origine naso-pharyngienne existe également. L'amygdalectomie, surtout quand elle est faite sous anesthésie générale (comme à l'étranger) a pu être quelquefois le point de départ de gangrène du poumon. M. Bezançon en a même vu un cas après amygdalectomie faite à l'anesthésie locale.

Traitement du parkinsonisme par la stramoine.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-6-1926.)

Depuis plus d'un an, M. Laignel-Lavastine traite systématiquement par le *datura stramonium* tous les cas de syndrome parkinsonien, généralement post-encéphalitiques, qu'il reçoit dans son service de l'hôpital de la Pitié. Les résultats obtenus se sont montrés heureux et d'autant plus intéressants que le nombre des malades (24) soumis à cette thérapeutique a été assez grand. Les patients ont retiré de la stramoine des bienfaits souvent appréciables objectivement : la raideur a diminué, surtout dans les membres, la marche a été facilitée et l'hypersalivation arrêtée. Le rôle favorable de la stramoine s'est révélé plus grand encore au point de vue psychique, consistant en une sensation de mieux-être indéfinissable, mais très nette, induisant les sujets à réclamer la prolongation du traitement.

Le revers de la médaille est qu'il faut arriver aux doses limites de l'intoxication, d'où quelques troubles oculaires (mydriase, défaut d'accommodation)

et une sécheresse de la bouche, qui est d'ailleurs avantageuse, puisqu'elle calme la sialorrhée. La diarrhée contre-balance heureusement aussi la constipation parkinsonienne.

Comment l'auteur administre-t-il la stramoine ? Sous forme de poudre de feuilles de datura, en pilules de dix centigr., trois ou quatre pilules par jour, en augmentant d'une pilule chaque jour. Au début, M. Laignel-Lavastine continuait ainsi une semaine, jusqu'à dix pilules quotidiennement (un gramme de produit actif), restait trois jours à cette dose et cessait une semaine. Dans la suite, il réduisit à trois jours l'administration du médicament, avec trois jours de repos. Il emploie aussi la méthode alternée : un jour, prise de trois à sept pilules selon l'intensité des troubles et le lendemain arrêt.

Cette médication constituerait un palliatif utile à joindre à l'hyoscine et ses dérivés, qui s'étaient montrés jusqu'ici seuls efficaces contre le parkinsonisme.

Alcoolisme infantile.

(M. J. Renault, M. Corby, Mlle Harmelin. — *Soc. de pédiatrie* ; 17-11-1925.)

M. Renault relate trois cas d'alcoolisme chez l'enfants : deux cas aigus, l'un après absorption de trois quarts de litre de vin rouge, terminé par la mort (enfant de 5 ans), l'autre après ingestion d'un grand verre de vin, non mortel (enfant de 3 ans) ; un cas plus lent chez une enfant de quatre mois, à laquelle fut donné en trois jours 270 gr. de rhum, mêlé aux biberons, à raison de trois cuillerées à café par biberon : l'enfant mourut.

L'intoxication par l'alcool est rare chez le nourrisson et chez l'enfant. Les observations de M. Renault montrent la haute toxicité des boissons alcooliques dans le jeune âge et la prudence qu'il faut avoir en pareille circonstance. L'alcool doit être proscrit dans la diététique des nourrissons et c'est là une notion qui devrait être répandue dans bien des régions de France. Les effets ne sont pas toujours aussi redoutables que ceux notés dans les cas de l'auteur, il est vrai. Zuber et Cany ont vu une ingestion accidentelle de 120 cc. de kirsch, donnés en trois doses à un enfant, en place d'eau d'Evian, déterminer une intoxication massive sans doute, mais qui céda en 4 ou 5 heures.

— M. Weill-Hallé signale à cette occasion les inconvénients des frictions hygiéniques d'alcool faites *larga manu*. Elles peuvent entraîner chez les enfants de l'excitation et même des convulsions.

— M. Gillet a vu, effectivement, un enfant, inondé d'eau de Cologne au cours d'une friction, être pris de convulsions.

Stridor congénital par hypertrophie thymique.

(M. Weill-Hallé et Mlle Dreyfus-Sée. — *Soc. de pédiatrie* ; 17-11-1925.)

M. Weill-Hallé a observé un stridor congénital intense par hypertrophie thymique. Le traitement radiothérapique ne donna aucun résultat.

— M. Heuyer, dans un cas analogue, a également noté l'insuccès des rayons X.

— M. Veau, en présence d'une hypertrophie du thymus, préconise généralement l'abstention opératoire. Mais, dans un cas comme celui de M. Weill-Hallé, où la radiothérapie reste inopérante, l'intervention chirurgicale lui paraît indiquée.

L'oxygène dans la broncho-pneumonie.

(M. Taillens, de Lausanne. — *Société de pédiatrie* ; 17-11-1925.)

L'oxygène est employé depuis longtemps contre les états asphyxiques : affections respiratoires, intoxication à l'oxyde de carbone, à l'acide carbonique, au chloroforme. On y a recours aussi contre des états toxiques, coma urémique et diabétique, et dans d'autres maladies encore : tétanos, gangrène gazeuse, péritonites, psychoses. A l'administration inhalatoire on a ajouté ou substitué l'injection hypodermique d'oxygène qui agit, on le conçoit, plus régulièrement.

M. Taillens s'adresse à cette médication dans la broncho-pneumonie, maladie où l'élément asphyxie s'associe à l'élément intoxication. On sait que le professeur Weill, de Lyon, faisait faire des inhalations massives d'oxygène aux enfants broncho-pneumoniques. M. Taillens préfère utiliser ce gaz en injections sous-cutanées et il signale des observations où les résultats ont été particulièrement bons. La technique des injections est simple et peut s'improviser avec un ballon d'oxygène, un tube de caoutchouc et une aiguille à ponction assez grosse. La résorption se fait rapidement, mais laisse un peu d'emphysème sous-cutané, dû sans doute à ce que l'oxygène n'est jamais tout à fait pur et renferme une petite quantité d'azote.

— M. Hallé se sert de l'oxy-injecteur de Fialip, dans lequel le gaz est obtenu en décomposant l'eau oxygénée au moyen de comprimés de permanganate de potasse. Cet appareil est d'un maniement facile et d'un prix modéré.

— M. Ribadeau-Dumas a obtenu de bons résultats en mettant ses broncho-pneumoniques dans un milieu oxygéné de façon continue. On peut utiliser à cet effet une couveuse, dans laquelle on fait passer un courant d'oxygène.

— M. Lesné emploie l'oxygénisation continue par inhalation au moyen d'un masque de caoutchouc.

Stridor du nourrisson guéri par le gardénal.

(MM. P. Lereboullet et Fr. Saint-Girons. — *Soc de pédiatrie* ; 15-12-1925.)

MM. Lereboullet et Saint-Girons ont observé la guérison immédiate et définitive d'un stridor inspiratoire, chez un enfant de dix mois, à la suite d'un traitement par le gardénal (2 comprimés d'un centig. par jour). Il s'agissait, il est vrai, d'un stridor pure-

ment spasmodique, sans malformation appréciable du vestibule laryngé. Le stridor laryngé ordinaire débute dans les deux premières semaines, ne cesse pas la nuit, semble dû à une malformation spéciale du vestibule laryngé et résiste longtemps à tout traitement. Ici, le stridor avait débuté brusquement au dixième mois, se suspendait la nuit, et paraissait tenir principalement à une spasmophilie du petit malade.

Il n'en conviendra pas moins de retenir le gardénal comme une médication intéressante du stridor et de certaines laryngites spasmodiques.

Infections pulmonaires méconnues des enfants en bas-âge.

(MM. Ribadeau-Dumas, Debray et Mlle Tisserand — *Soc. de pédiatrie* ; 15-12-1925.)

Dans la pathologie des enfants du premier âge, on parle surtout des affections digestives et on n'accorde qu'une place restreinte aux infections pulmonaires. M. Ribadeau-Dumas estime que ces dernières ne sont pas rares et sont assez souvent méconnues parce qu'elles n'ont pas de symptomatologie caractérisée. Elles évoluent sous le masque d'accidents nerveux ou de troubles digestifs qui attirent plus l'attention que l'état pulmonaire.

— M. Robert Debré rapproche des idées de M. Ribadeau-Dumas les faits signalés par MM. Balthazard et Duvoir. Ces auteurs ont été appelés à voir assez souvent en médecine légale des enfants morts d'une façon subite et inattendue. Ils ont trouvé nombre de fois des broncho-pneumonies latentes, discrètes, n'ayant donné lieu à aucun signe clinique, se révélant à l'autopsie non par des lésions macroscopiques mais par des altérations microscopiques (œdème, congestion pulmonaire).

Pancréas aberrant ayant provoqué des vomissements incoercibles chez un nourrisson.

(MM. Lesné et Coffin. — *Soc. de pédiatrie* ; 15-12-1925.)

Les pancréas accessoires ne sont pas chose exceptionnelle, puisque M. Letulle en a constaté une moyenne de 3 sur 100 autopsies. Il est rare toutefois qu'ils déterminent des troubles fonctionnels. Bien que ce soit une malformation congénitale, elle ne provoque généralement d'accidents qu'à l'âge adulte (et peu souvent d'ailleurs) simulant alors un ulcère ou un cancer du pylore. L'observation de M. Lesné est intéressante, en ce qu'elle concerne un nourrisson de 3 mois, atteint de vomissements incoercibles persistants. L'enfant ayant succombé, on trouva à l'autopsie un pancréas aberrant logé dans la sous-muqueuse de l'estomac, au voisinage du pylore.

Tuberculose génitale de la femme.

(M. Ch. Schmitt. — *Société de thérapeutique* ; 12-5-1926.)

M. Schmitt appelle l'attention sur la fréquence de la tuberculose génitale primitive chez la femme. Sur 65 malades qui lui ont été adressées pour traitement radio ou radiumthérapique, 23 (soit 34 %) avaient présenté à un moment de leur existence des lésions bacillaires. L'auteur se demande si divers troubles considérés comme utérins, ne sont pas des formes de tuberculose larvée, analogues aux kystes du poignet, aux amygdalites pharyngées bacillaires, etc. Il signale l'efficacité du traitement par les rayons ultra-violets d'annexites dont l'origine tuberculeuse a été reconnue au cours d'une intervention. Tant au point de vue individuel et familial que social, pour éviter la stérilité, les accidents locaux et la généralisation, on s'efforcera de soigner ces malades le plus tôt possible par les agents physiques, très facilement applicables en tout temps et en tout lieu, et qui ne présentent aucun danger. P. L.

Les Congrès

IIe Congrès annuel de Stomatologie.

Nous ne rapporterons ici que les communications ayant un rapport avec la médecine générale, laissant à dessein de côté les travaux de prothèse, d'orthodontie ou de technique stomatologique.

I. — Worms et J. Bercher (du Val-de-Grâce) **Affections oculaires d'origine dentaire (Etude de critique).**

Le travail de MM. Worms et Bercher, venant après le rapport si complet de M. C. Fromaget, a surtout pour objet de mettre en lumière l'importance des *infections sinusiennes latentes* dans la genèse des complications oculaires d'origine dentaire. Les troubles oculaires à distance, dont l'interprétation est des plus délicates, relèveraient souvent de cette étiologie. Les auteurs précisent d'abord les *relations anatomiques* qui rattachent les dents au sinus maxillaire. Les sinus les plus vastes sont parfois aussi procidents, de telle sorte que les racines dentaires font réellement saillie à leur intérieur

L'*étude étiologique* des cas observés parle hautement en faveur de l'intervention des sinus dans la production des complications oculaires d'origine dentaire.

Les dents coupables sont, avant tout, les dents sous-sinusiennes

La lésion dentaire elle-même n'offre souvent qu'une symptomatologie très estompée ; cependant il s'agit toujours de dents à pulpe anciennement nécrosée et présentant des foyers périapicaux chroniques

Les auteurs acceptent l'ancienne classification en

troubles oculaires d'ordre réflexe et *accidents de nature inflammatoire*.

Les *troubles réflexes* voient leur domaine se restreindre de plus en plus au profit des accidents infectieux.

Beaucoup plus importants sont les *troubles de nature inflammatoire*.

A. Les uns, *complications de voisinage*, sont d'interprétation facile et de pathogénie certaine. Le processus infectieux progresse par contiguïté de tissus, empruntant soit la *voie périostée*, soit la *voie sinusienne*, soit la *voie osseuse*, exceptionnellement la *voie veineuse*. Les principales formes de ces complications, bien connues depuis les rapports de De La personne et de F. Lemaître, peuvent déterminer, suivant leur intensité et leur extension, des accidents du côté de l'orbite (phlegmons ou simplement cellulites orbitaires) ou du côté de son contenu (névrites optiques, lésions étendues du fond de l'œil) dont les auteurs rapportent un certain nombre d'exemples.

B. *Troubles inflammatoires à distance*.

Les plus fréquents sont les troubles congestifs pouvant aller jusqu'aux hémorragies sous-conjonctivales. les kérato-conjonctivites du type phlycténulaire ou ulcératif ; quant aux iritis, aux iridocyclites, aux névrites optiques, sans admettre que le domaine de ces complications s'étend jusqu'aux limites que lui assignent les auteurs américains, MM. Worms et Bercher croient que les faits de cette nature sont loin d'être exceptionnels. L'origine dentaire est parfois annoncée par des signes caractéristiques et connus des malades ; il est d'autres cas, au contraire, où la complication oculaire éclate sans qu'on ait relevé la moindre souffrance dentaire. Elle semble se manifester avec prédilection au cours de lésions apicales que seule la radiographie permet de dépister.

L'épreuve thérapeutique permet souvent de confirmer le diagnostic.

Des différents modes de transmission des germes infectieux du foyer dentaire à l'œil, la *voie lymphatique* et la *voie veineuse* ne sauraient être retenues.

La transmission par *voie artérielle* semble réunir le plus de suffrages, mais cette théorie métastatique, surtout admise et défendue par les Américains, n'explique pas le caractère habituel d'homolatéralité des troubles oculaires et des lésions dentaires et la fréquence plus grande des complications oculaires dans les affections dentaires du maxillaire supérieur. MM. Worms et Bercher présentent une autre explication qui leur paraît plus proche de la réalité : la *théorie sinusienne*.

L'infection sinusienne est le chaînon intermédiaire entre la lésion dentaire et la localisation oculaire.

La symptomatologie fonctionnelle est parfois nulle ou se réduit à des réactions d'une insignifiance telle que le malade les ignore ou les néglige.

La *radiographie* joue un grand rôle dans la mise en évidence des réactions sinusales. Les incidences de Hirtz permettent d'apercevoir les limites de lésions avec plus de netteté qu'on ne peut les apprécier avec les moyens ordinaires. On est surpris de constater que la zone pathologique soit souvent plus étendue qu'on ne l'avait supposé.

Il est rare que les sinusites maxillaires soient absolument pures. *Elles s'accompagnent presque toujours de réactions des cellules ethmoïdales et même des cavités ethmoïdo-sphénoïdales.*

La polysinusite est la règle, la monosinusite est l'exception.

Cette notion, très importante, d'ailleurs vérifiée souvent par l'intervention, peut servir à expliquer le mode de transmission de l'infection dentaire à l'orbite et à l'œil.

II — Question en discussion : *Les traitements des pyorrhées alvéolaires.*

M. Fichot : **Traitement médicamenteux et vaccinal.**

La place que conservent les anciennes médications est encore, au moins provisoirement et peut-être pour longtemps, très importante. Sinon les antiseptiques, du moins les solutions caustiques méritent d'être encore judicieusement utilisées. Les médications nouvelles ne s'adressent en réalité qu'à la qualité du processus infectieux dans la maladie. L'emploi des arsénobenzols a cependant introduit dans la pharmacopée des accidents pyorrhéiques un médicament dont l'efficacité est certainement supérieure à celle de tous les autres procédés employés jusqu'ici.

Quant à la vaccinothérapie, en l'état actuel des choses, elle ne paraît pas marquer un très net avantage sur les anciennes méthodes de traitement ; le procédé n'est pas au point et ses résultats pratiques sont, dans l'ensemble, des plus médiocres.

Mais il ne suffit pas de traiter les symptômes locaux, il importe aussi de modifier et de transformer le terrain pyorrhéigène. L'importance de la thérapeutique pathogénique est, ici, considérable. Il faut, pour chaque réaction morbide que l'on parvient à découvrir, établir une thérapeutique appropriée. Il faut songer enfin, par l'opothérapie, les médications et les méthodes de désensibilisation, à transformer le fond commun, le terrain sur lequel évolue l'état pyorrhéique.

C'est donc, en somme, à une thérapeutique très complexe qu'il faudra avoir recours ; c'est dire que de solides connaissances médicales seront ici nécessaires.

Béliard : **Traitement par les bridges de contention.**

La méthode est basée sur le principe de solidarisation du maximum des dents disponibles, par le concours d'un grand bridge à piliers multiples. Elle tire parti d'organes condamnés, fait disparaître les symptômes cliniques de l'affection, rétablit l'esthétique et la fonction, tout en améliorant l'état général.

Monier : **Traitement chirurgical.**

Après anesthésie locale, la gencive est incisée suivant un tracé correspondant au fond des culs-de-sac pyorrhéiques. Les parties osseuses enflammées et ramollies sont détruites à l'aide de curettes fines.

La suppression et le drainage des clapiers suppurants met le patient à l'abri de la pyophagie et des complications générales qui peuvent en découler.

Psaume : **Traitements par les agents physiques.**

Le massage, l'ionisation, les courants de haute fréquence, les rayons X, le radium, les rayons ultraviolets ont été préconisés dans le traitement de la pyorrhée.

Les résultats semblent encore incertains.

Se basant sur l'action, aujourd'hui démontrée, des ultra-violets, sur l'ossification (rachitisme) et sur certaines maladies de la nutrition (acidose), Psaume soulève la question du traitement général du pyorrhéique par les ultra-violets.

Aux applications locales, conseillées jusqu'alors, il serait intéressant d'adjoindre les irradiations générales.

Darcissac et Legrain : **La vaccinothérapie de la pyorrhée par le pansement microbien à demeure sous gouttière porte-vaccin.**

Un gélo-vaccin peut être préparé, soit avec le pus du malade, soit avec des souches microbiennes de diverses provenances.

Il est maintenu au contact des gencives par une gouttière en vulcanite portée pendant la nuit.

Saidman : **L'emploi des lampes à rayons ultra-violets dans le traitement de la pyorrhée.**

Saïdman présente une lampe à arc polymétallique, suffisamment maniable pour servir aux applications stomatologiques. La lumière émise par cette lampe peut être utilisée soit en irradiations générales, soit localement grâce à un concentrateur et à une tige de quartz appliquée sur la gencive.

Chateau : **Théorie mécanique de l'ébranlement progressif d'une dent pyorrhéique.**

Cet ébranlement correspond à une augmentation de volume du ligament, séparant d'abord les surfaces articulaires normalement coaptées, puis jouent vis-à-vis d'elle un rôle analogue à celui d'une bourse séreuse articulaire, tout en limitant les mouvements. L'auteur préconise le traitement prothétique de surocclusion ou de béance, indépendant ou complément de la contention, qui, épargnant tout traumatisme à la dent menacée, lui permet une survie considérable (dix-sept et vingt-trois ans dans les observations citées).

Lebedinsky : **Les grands syndromes pyorrhéiques.**

La pyophagie a une influence incontestable sur l'état général. Elle peut se compliquer de troubles digestifs (gastrite septique d'origine dentaire de Hunter), de troubles intestinaux et hépatiques (syndrome bucco-entéro-rénal). Lebedinsky étudie successivement chacun de ces syndromes et rapporte des observations cliniques.

Watry (d'Anvers) : **Rachitisme et malformations maxillaires.**

En examinant de nombreux enfants rachitiques, Watry a constaté, dans l'immense majorité des cas, des dysmorphoses maxillo-faciales caractérisées par l'atrésie des maxillaires et la forme ogivale de la voûte palatine qui détermine la respiration buccale. Ces dysmorphoses s'opposent à la guérison spontanée du rachitique par suite des troubles qu'elles engendrent (troubles respiratoires, circulatoires, etc.)

Le traitement général du rachitisme doit donc être complété par un traitement d'orthopédie maxillaire pour lequel la collaboration du stomatologiste est indispensable.

M. Frey insiste sur la nécessité d'une symbiose entre le pédiatre et le stomatologiste. Il regrette que les examens bucco-dentaires soient si souvent négligés et signale de très beaux travaux sur le rachitisme qui ne mentionnent pas les dysmorphoses maxillo-faciales.

M. P. Robin précise les répercussions de ces dysmorphoses sur l'état général de l'enfant, par suite de l'atrésie de cette cavité cranio-facio-vertébrale, dénommée par lui confluent vital fonctionnel.

Duchange : **Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire inférieur au trou ovale via fosse ptérygoïde.**

Après avoir rappelé les techniques proposées, soit par voie cutanée, soit par voie buccale, Duchange expose les rapports anatomiques de la fosse ptérygoïde. Une aiguille droite doit être introduite en dehors du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et enfoncée de 33 millimètres.

Les dangers sont minimes, à condition que l'aiguille ne sorte pas de l'espace préstylien où se trouve le nerf.

Dufourmentel : **Note sur quelques observations récentes d'ankylose temporo-maxillaire, secondaires à des accidents d'origine dentaire.**

Lorsque les ostéo-phlegmons mandibulaires se compliquent d'arthrite temporo-maxillaire, on assiste à la formation d'une ankylose. L'arthrite simule parfois une parotidite, en raison du gonflement et de l'apparition de fistules cutanées presque intarissables.

Anatomiquement, l'ankylose est caractérisée par la présence d'un bloc osseux énorme ayant fréquemment plus de 2 centimètres d'épaisseur. Cet os, formé en plein tissu inflammatoire, est moins dense que dans les ankyloses traumatiques ; aussi le trismus sera-t-il moins serré que dans cette dernière variété.

Béhague et Dufourmentel : **Névralgies faciales d'origine dentaire.**

Dans le traitement des névralgies faciales par ionisation d'aconitine, on peut obtenir une sédation complète des douleurs, mais parfois, après disparition des accès paroxystiques, il persiste une sensation continue de lourdeur. Dans ces cas, on constate fréquemment la présence d'une sinusite maxillaire. La lésion peut être limitée à une zone d'ostéite du plancher du sinus, suffisante pour donner de l'opacité à la transillumination.

Ces lésions du plancher du sinus et les névralgies qui en dépendent ont, fréquemment, une origine dentaire.

J. Tellier, Romey et Beyssac : **Les dents des tuberculeux ; remarques expérimentales, cliniques et thérapeutiques.**

Ces auteurs rapportent les conclusions suivantes :

1° Les dents des tuberculeux sont plus vulnérables à la carie que les dents des sujets normaux ;

2° Elles ne sont pas plus décalcifiées, au contraire, que les dents des sujets sains.

Ces données expérimentales doivent trouver leur explication dans les modifications des qualités tissulaires des dents des tuberculeux, qualités tissulaires qui sont sous la dépendance du sympathique et des glandes à sécrétion interne.

Chez ces malades, l'administration de sels de chaux associés à l'extrait parathyroïdien diminue les pertes calciques.

H. Fargin-Fayolle : **Le traitement rapide du liséré bismuthique.**

Le liséré bismuthique, connu de plus en plus dans le public, devient un stigmate révélateur de la syphilis.

Le bismuth, apporté par voie sanguine, se dépose dans la paroi et autour des vaisseaux du rebord gingival, sous forme de grains amorphes de sulfure de bismuth.

Le traitement tendra à provoquer alternativement une exfoliation rapide des parties les plus superficielles de la muqueuse gingivale et des hémorragies susceptibles d'entraîner rapidement les grains bismuthiques. Ces indications sont parfaitement remplies par des applications d'acide trichloracétique combinées avec des incisions marginales de la gencive.

M. Psaume.

Les Livres

O. Doin et Cie, éditeurs à Paris.

V. Pauchet et H. Gaehlinger. — **La constipation.** *Comment l'éviter ? comment la guérir ?* (Un volume de 225 pages, illustré de 19 figures. Prix : 30 fr.).

« La constipation est une maladie de civilisés qui se produit par suite de mauvaises habitudes, d'erreurs alimentaires, par la sédentarité ; elle s'aggrave par l'infection, mais souvent cette infection est provoquée par les intoxications digestives ou par certaines pratiques du malade ».

Sur cette définition, les auteurs décrivent minutieusement les différentes thérapeutiques dont relève la constipation : thérapeutique préventive par les exercices physiques, les sports, la gymnastique respiratoire et abdominale, aussi bien que l'hygiène alimentaire. Il faut, chez l'enfant surtout, s'efforcer d'éduquer et de modeler le tube digestif, affirme le professeur Carnot, le distingué préfacier de cet important ouvrage. Thérapeutique curative par les méthodes physiques, chimiques, diététiques... La thérapeutique hydrominérale avec ses différentes modalités internes et externes. Enfin, la thérapeutique chirurgicale...

« Le livre de MM. V. Pauchet, et Gæhlinger aidera à préciser les indications thérapeutiques diverses, suivant la variété de chaque constipation. Nous saurons gré au chirurgien et à l'hydrologue d'avoir montré, à côté des ressources médicales usuelles, les bénéfices certains qu'apportent les méthodes chirurgicales et les cures hydrominérales. »

A. Poinat, éditeur,
21, rue Cassette, Paris (VIe).

J. Castaigne, Fr. Moutier, R. Goiffon et P. Aubourg. — **Les maladies des intestins.** *Séméiologie et thérapeutique générale*, avec un formulaire des principaux médicaments. (Un vol. 11,5 × 17,5 de 308 pages, avec 46 fig. Prix : 15 fr.).

Ce livre est pratique, utile, fait de clarté et de précision. Ses auteurs ont apporté à l'œuvre commune le meilleur de leur science et de leur expérience, dans une parfaite unité de vues et une complète communauté d'idées.

Les maladies des intestins, nouveau titre dans la « Collection du Livre du Médecin », représentent un des chapitres les plus délicats de la pratique médicale. Sous le triple flambeau de la clinique avec le Dr Moutier, de la coprologie avec le Dr René Goiffon et de la radiologie avec le Dr Paul Aubourg, la route du médecin est largement éclairée. Il lui est facile d'utiliser les plus récentes acquisitions scientifiques pour le plus grand bien du malade.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Quelques réflexions au sujet de l'agrégation.

Le concours de l'agrégation vient de se terminer, et, pour la première fois, les Facultés se trouvent, non plus en présence d'agrégés, mais de ce qu'on appellera désormais, peu élégamment d'ailleurs, des *agrégeables*. M. le prof. Lemoine insiste d'une façon qui apparaît fort juste sur les inconvénients qui ne manqueront pas de résulter d'un système qui laisse aux conseils de Faculté le choix des nouveaux professeurs sur la liste des admis, ce choix pouvant et devant fatalement s'inspirer de considérations trop souvent étrangères aux intérêts de l'enseignement.

La question du choix des *maîtres* dépasse les cadres d'un journal médical, puisque c'est toute la politique elle-même qui est en jeu. Je suis personnellement tout à fait impartial et fort bien placé pour formuler une opinion, puisque je réalise dans toute son intégralité le médecin indépendant. Mais ma tour d'ivoire a quelques fenêtres, et je crois qu'il peut être utile parfois d'en sortir pour dire ce que l'on a pu apercevoir.

Il semble que notre imparfaite humanité soit périodiquement en proie à des crises de vertu. Après des expériences plus ou moins longues, les systèmes en vigueur sont soudain déclarés détestables, et les protagonistes de nouvelles méthodes paraissent sincères en affirmant que les procédés qu'ils recommandent sont à l'abri de toute critique. Qu'il s'agisse de politique, ainsi que je le disais tout à l'heure (modes de régimes des peuples, procédés d'élection de leurs représentants dans les démocraties) qu'il soit question d'économie politique et de finances, c'est seulement après usage qu'on aperçoit les défauts de ce que l'on avait cru merveilleux, et les révolutions ne sont pas autre chose que la révolte de l'homme contre sa propre imperfection naturelle.

Le mode de recrutement des professeurs dans les Facultés n'a point échappé à cette règle. Je ne ferai point ici un historique des systèmes qui ont été successivement en honneur dans tous les temps et dans tous les pays. Aucun n'est parfait et, loin de chercher à copier ou à amalgamer, mieux vaut essayer de tracer une voie nouvelle en regardant son but.

Quel est ce but ? Assurer aux Facultés et, dans le cas qui seul nous intéresse ici, aux Facultés de médecine, le recrutement des professeurs les mieux qualifiés pour enseigner aux futurs praticiens.

Le concours est apparu le moyen le plus sûr d'opérer une sélection, les diverses épreuves ne se trouvant franchies en définitive que par une élite. On a fait au concours beaucoup d'objections très méritées, et l'on a même ridiculisé la « bête à concours », sorte d'outsider surentraîné en vue d'épreuves évidemment difficiles, mais dont le grave défaut est de pouvoir être enlevées par des gens doués de mémoire, alors que ceux qui ne possèdent qu'intelligence et bon sens restent en arrière. Il y a du vrai dans cette critique. Il ne faudrait cependant pas exagérer.

On a reproché aux concours de se prêter au favoritisme. Il est très regrettable, à ce point de vue, que l'on n'ait pas cru, pour pallier ce très gros inconvénient, assurer l'anonymat complet des épreuves. Il paraît tout à fait surprenant que l'on n'ait pas eu recours dans ce but à la science moderne qui permet, non seulement de faire corriger des épreuves manuscrites anonymes, mais d'enregistrer des épreuves orales, comme une dactylo enregistre elle-même le courrier dicté à l'appareil par le chef de maison. Si l'on avait bien voulu l'anonymat des concours, les moyens n'auraient point manqué de le sauvegarder. Mais, et je rends ici hommage à la grande sincérité du prof. Lemoine, l'a-t-on bien cherché ?

Le concours, ce moyen par lequel un candidat fait la preuve de sa supériorité, n'est donc pas un procédé exempt d'inconvénients. Si nous y renonçons, nous nous trouvons en présence de deux systèmes opposés : le premier consiste à faire nommer tout bonnement au choix le professeur par ses supérieurs, et le second à s'en remettre à sa désignation par les principaux intéressés, les élèves. L'un relève des méthodes dictatoriales, l'autre des procédés soviétiques. C'est pourquoi je les condamne tous deux. Je n'aurais aucune peine à établir ce qui apparaît d'ores et déjà évident : la nomination par le Ministre avec ou sans avis du Conseil de Faculté, c'est le favoritisme érigé en principe et les intérêts des étudiants relégués à l'arrière-plan. Quant à l'élection du professeur par les élèves, c'est ouvrir les portes des Facultés au démon de la démagogie.

et cela seul suffirait, à défaut d'autres inconvénients non moins graves, à la faire condamnre.

C'est que la vérité siège peut-être ici comme presque toujours dans le juste milieu. De ce que ces deux méthodes si opposées sont également mauvaises, il ne s'ensuit pas nécessairement que leur combinaison ne puisse chimiquement aboutir à un produit acceptable.

Vox populi, vox Dei. C'est quelquefois vrai. Ce qui est certain, c'est que l'on voit rarement beaucoup d'auditeurs aux cours médiocrement professés. Les élèves ne sont certainement pas capables de désigner à l'avance quel est le professeur le plus apte à leur enseigner la médecine, mais il n'est pas un médecin qui ne puisse, revenant sur ses souvenirs d'étudiant, rappeler que le cours du professeur X était très suivi, et qu'au demeurant, c'était encore là qu'on avait le plus de chances de s'instruire agréablement. Il en est de même des services d'hôpitaux, et ce n'est pas sans raison que l'on voit dans certaines salles de longues théories de blouses blanches sur les pas d'un chef de service, alors que dans la salle voisine, *sunt rari nantes*... Il y a donc là, à défaut d'une désignation formelle, *une précieuse indication.*

C'est en lui accordant la part importante qu'elle doit raisonnablement avoir dans les nominations venues *d'en haut*, que l'on se rapprochera le plus de cette équité trop prônée, et trop peu obtenue.

Et maintenant, esquissons, pour terminer, les grandes lignes de notre système. Les Facultés seraient constituées comme elles le sont actuellement, mais uniquement par les professeurs titulaires des chaires essentielles. Les cours complémentaires seraient faits, non plus par des agrégés, mais par des privat-docents qui, ainsi que cela se pratique ailleurs, seraient payés par les étudiants. La sélection serait vite faite. Certains cours ne feraient pas recette, et le professeur n'insisterait pas. Par contre, un maître dont le cours aurait été manifestement fréquenté pendant plusieurs années par des générations d'étudiants ne se recommanderait-il pas avec évidence au choix des supérieurs, quand le moment viendrait de procéder au remplacement d'un professeur titulaire ? Et s'il fallait à ce moment recourir à la sélection, par un concours, c'est seulement entre ceux que les élèves auraient ainsi désignés eux-mêmes que je voudrais que ce concours pût avoir lieu, à l'exclusion de tous les autres, d'autant mieux farcis sans doute d'indigeste science, que leurs clientèles leur ont laissé plus de loisir pour l'ingurgiter.

Dr Louis Charron,
de St-André-de-Cubzac (Gironde).

SECRET PROFESSIONNEL ET CERTIFICATS DE DÉCÈS POUR COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE

Depuis quelque temps, le secret professionnel est battu en brèche. Tantôt, c'est un ministre mal informé, qui, cédant aux sollicitations de certains administrateurs, pense qu'il est possible d'ordonner aux médecins de l'assistance médicale gratuite d'indiquer, sur leurs mémoires d'honoraires, la cause exacte de la maladie de chaque indigent qu'ils ont soigné.

Tantôt, les hygiénistes voudraient que la cause des décès soit divulguée, pour leur permettre de lutter contre les maladies transmissibles.

Tantôt, pour diminuer le nombre des avortements, certains esprits rêveurs et peu au courant de la pratique journalière, demandent au législateur d'ordonner aux médecins de dénoncer le nom des avortées et de leurs avorteurs.

C'est le fisc, qui, po ur faire payer aux professions libérales, les impôts sur le revenu professionnel, émet la prétention de puiser, dans nos livres de comptes, les éléments nécessaires, pour vérifier la véracité des déclarations.

Citons enfin un livre récent sur le secret professionnel de M. Perraud-Charmentier, docteur en droit, avocat au Barreau de Nantes (librairie de Droit et de Jurisprudence, Paris 1926) livre très intéressant et fort documenté et qui tend à limiter l'absolutisme du secret professionnel.

Or, en matière d'assurances sur la vie, la question se pose parfois d'une manière fort délicate.

Principalement, en ce qui concerne le certificat à délivrer *post mortem*, destiné à prouver à la compagnie d'assurances que, selon les termes du contrat, la famille du *de cufus* peut ou non toucher la prime d'assurances, quelle doit être la ligne de conduite du médecin ?

Au surplus, nous donnons la lettre que nous avons reçue et qui pose nettement la question.

Monsieur et honoré confrère,

Je suis chargé par un certain nombre de confrères de solliciter votre avis à propos du cas suivant, qui nous semble d'un intérêt assez général.

M. X. est assuré sur la vie à une compagnie d'assurances. Il a signé une police dans laquelle il est dit expressément qu'il doit être produit à la Compagnie

« un certificat émanant du médecin qui a soigné le défunt fournissant les indications nécessaires, quant à la cause et à la marche de la dernière maladie ».

A la mort de M. X. (survenue d'ailleurs dans des circonstances connues de tout le monde, à la suite d'une affection ayant nécessité son admission dans une clinique et un long traitement par le radium), les ayants droit demandent au médecin traitant, qui a constaté le décès, un certificat constatant la nature de l'affection qui a entraîné la mort.

Le médecin sollicité refuse le certificat comme violant le secret professionnel.

Est-il légitime de refuser le certificat ? Dans ce cas, la compagnie est-elle en droit de refuser le paiement de l'assurance ?

D'un côté, il semble soutenable que l'assuré, ayant signé la police où il est dit expressément que ce certificat doit être fourni, y est par avance consentant. Le secret professionnel existant non pas pour fournir au médecin une auréole, mais pour rendre service à son client, et à en sauvegarder les intérêts, du moment que le client renonce expressément au secret professionnel dans un cas particulier, n'en délie-t-il pas alors le médecin qui doit fournir le certificat ?

D'un autre côté, il est difficile d'admettre qu'en cas de suicide de l'assuré, le médecin, dont la déclaration entraîne la résiliation de la police, ait à en renseigner la compagnie.

La clause par laquelle M. X. accepte, par avance, qu'un certificat soit fourni à sa mort, est peut-être sans valeur comme contraire aux lois existantes, par le fait même qu'elle est en contradiction avec le principe du secret professionnel.

Et en effet, des jugements existeraient (Melun, je crois) condamnant un médecin ayant fourni à une veuve un certificat relatant la nature de la maladie, cause de la mort du malade.

En pratique, presque tous les médecins fournissent le certificat en question lorsqu'il est réclamé par la famille afin de toucher la prime d'assurance. Le médecin plus strict aimerait savoir si, faute du certificat en question, la compagnie d'assurances peut se refuser à payer le montant de l'assurance, si le certificat délivré avec, en quelque sorte, l'autorisation préalable du défunt ne peut pas être considéré par les tribunaux comme une violation du secret professionnel, enfin, si en cas de suicide, il doit donner un certificat relatant la mort par asphyxie (pendaison), blessure accidentelle (coup de revolver), etc.

Cette dernière éventualité nous semble peu correcte.

Nous vous serions extrêmement reconnaissants de bien vouloir nous donner votre avis dans un des prochains numéros du *Concours médical*. Dr B.

Des questions posées dans cette lettre découlent un certain nombre de problèmes, que nous allons envisager tour à tour.

Le client peut-il délier son médecin du secret professionnel ?

Est-elle valable, la clause par laquelle un assuré sur la vie spécifie, dans son contrat d'assurances qu'il délie du secret professionnel le médecin qui le soignera au cours de sa dernière maladie et que, d'ores et déjà, il l'autorise à délivrer, à l'assurance, un certificat spécifiant la cause du décès ?

En faveur de la négative, le tribunal civil du Havre (30 juillet 1886 ; D. 87.3.24) a décidé que les compagnies d'assurances sur la vie ne peuvent exiger la production d'un certificat médical, mentionnant la cause du décès.

Même décision du tribunal civil de Besançon (15 février 1887. S.87.2.94) précisant même que le consentement donné par le malade, préalablement, c'est-à-dire au moment où il a signé sa police, n'est pas suffisant pour relever le médecin de l'obligation au secret.

Un arrêt de la cour de Cassation, chambre civile du 1er mai 1899 (D. 99-1.585) décide qu'il est interdit à un médecin de révéler, dans une enquête provoquée par une compagnie d'assurances sur la vie, un fait, qui n'a pu être connu de lui qu'en raison des soins donnés à son client.

Dans le même sens, cour de Besançon, 7 juin 1899 ; D. 1900. 2.407, décidant qu'un médecin qui a soigné une personne pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel.

Enfin, le jugement du tribunal civil de Meaux, du 22 novembre 1923, confirmé par la cour de Paris, 1re chambre, 31 octobre 1924 (*Gaz. Pal.*, 14 février 1924 ; S. 1924.2.48) spécifiant que le secret professionnel est absolu *erga omnes*.

Cette théorie absolue, condamnant le médecin au silence, dans tous les cas, n'est pas admise par M. Perraud-Charmentier, dans le livre précédemment cité.

Pour cet auteur, la doctrine, comme la jurisprudence, est divisée sur ce point.

« Certains auteurs admettent, avec le corps médical, que le secret ne peut être levé. D'autres, au contraire, estiment que l'autorisation libère entièrement le médecin de son obligation. Un troisième groupe enfin, enseigne qu'elle ne le libère pas, mais qu'elle doit, en cas de révélation, faire présumer la bonne foi.

Toutefois, en joignant les groupes extrêmes, dont les thèses se rapprochent le plus, on peut dire que la doctrine est généralement hostile à la levée du secret médical ».

Quant à la jurisprudence, M. Perraud-Charmentier cite les jugements qui sont en faveur de l'absolutisme du secret professionnel, mais estime que sa tendance se porte plutôt vers les décisions de justice qui admettent, les unes que le malade a la faculté de délier le médecin du secret, mais seulement sur les points dont

peut apprécier la gravité (Cassation, 28 octobre 1899 ; S. 1902.1.302), les autres, que le médecin peut parler, dans tous les cas, si son malade l'y autorise.

Mais encore faut-il que l'autorisation du client soit donnée d'une façon expresse (Lyon 16 juin 1909, *D.P.*, 1910.2.123).

A plusieurs reprises, dans son livre, fort intéressant, M. Perraud-Charmentier insiste sur ce point : c'est qu'à ses yeux, le secret professionnel n'est que le résultat d'un contrat passé entre malade et médecin.

(Page 227) : « Il n'en reste pas moins vrai qu'un contrat purement consensuel intervient entre les deux intéressés : chacune des deux parties envisage un intérêt propre. Le secret n'est pas établi dans l'intérêt seul de celui qui se confie. Il l'est aussi dans celui du confident : c'est l'honneur des grandes professions d'être parfaitement discret. Si donc chaque partie est d'accord, la délivrance du certificat médical par exemple ne souffre plus de difficultés, le secret n'a plus de raisons d'être : il est levé ; il n'existe plus : le confident écoutera la voix de sa conscience, pour savoir s'il doit donner son consentement à cette opération ; rien ne peut l'y contraindre ; s'il refuse, la levée du secret ne peut s'opérer ».

Je regrette de ne pas partager cet avis : le secret professionnel n'est pas la résultante d'un contrat entre malade et médecin et il n'est pas imposé dans l'intérêt des deux parties, client et docteur.

L'article 378 du Code Pénal est absolu ; il ne distingue pas les cas où le médecin peut parler, parce que les faits sont connus de tout le monde, ou parce que les choses confiées sont secrètes de leur nature, ou bien encore parce que le malade croit qu'il est de son intérêt de délier le docteur de l'obligation au silence.

Je ne m'embarrasse pas de savoir s'il s'agit d'un dépôt, d'un contrat, plus ou moins innommé, etc. Si le législateur a interdit au médecin de révéler quoi que ce soit, concernant son malade, c'est pour que ce dernier ait la certitude d'être bien soigné, laissant le docteur entendre, comprendre, surprendre, deviner.

L'intérêt immédiat du malade, c'est d'être traité par quelqu'un, qui doit avoir la bouche cousue par rapport aux tiers.

L'intérêt médiat, c'est celui de la société, tout entière, car l'honneur des familles ne doit pas être mis à la merci de la délicatesse, de la clairvoyance, de l'intelligence, de l'habileté d'un homme, qui, bien que médecin, peut ne pas s'apercevoir de la portée de ses paroles.

Le docteur n'a pas à se faire juge s'il doit se taire, ou parler, considérant que les choses qu'il a vues, entendues, surprises, en exerçant sa profession, sont plus ou moins secrètes de leur nature, ou si leur divulgation peut, ou non, porter préjudice au client.

Le médecin doit se taire, tant qu'une loi nouvelle ne lui fera pas, pour certains cas, l'obligation de parler.

Et personnellement, je ne vois pas quel honneur ma profession peut retirer de cette obligation au silence : le Code Pénal nous interdit de parler : ne parlons pas, si nous ne voulons pas encourir des poursuites correctionnelles.

Le second élément du contrat, défendu par M. Perraud-Charmentier n'existe pas à mes yeux.

Je vais même plus loin, en déniant au malade le droit de délier un médecin du secret professionnel.

Souvent, le client n'est pas capable d'apprécier si le fait de délier le docteur du secret professionnel lui sera profitable ou préjudiciable.

Tout d'abord il peut y avoir contrainte morale. Je me souviens que, dans une affaire criminelle, alors que j'avais été le médecin traitant de la victime, l'inculpé, mis en ma présence, fut invité, par le procureur de la République, d'avoir à me défier du secret professionnel, comme preuve de son innocence.

Je me récriai aussitôt, en déclarant au procureur, que quelle que soit la réponse de l'inculpé, je me refusais, d'une manière absolue, à parler, en me référant aux termes impératifs de l'article 378 du Code Pénal.

Médecin, mon rôle consiste à soigner et non pas à me faire l'auxiliaire de la justice répressive.

Le malade peut aussi ne pas connaître l'étendue de ce que sait le docteur, ce que ce dernier a pu surprendre, deviner, voir, entendre.

Que de fois, enfin, le praticien ne dit-il pas toute la vérité à son client lui-même ? Combien peu nombreux sont ceux qui sont susceptibles d'entendre une vérité, dans sa brutalité et dans sa totalité ?

Le législateur a été prudent de nous imposer le silence dans tous les cas et j'engage fermement mes confrères à ne jamais se considérer comme pouvant être déliés du secret professionnel, serait-ce même par le client lui-même et par écrit.

*
* *

Les héritiers peuvent-ils exiger d'un médecin, la délivrance d'un certificat post mortem, concernant le de cujus ?

Si la jurisprudence semble quelque peu hésitante à reconnaître, au malade, le droit de permettre, par avance, au médecin, qui lui donnera les derniers soins, de délivrer un certificat *post mortem*, il n'en est plus de même, en ce qui concerne la famille ou les héritiers.

La cour de Paris, par arrêt du 4 février 1891 (D. 1891.2.317 ; S.1891.2.471), reconnaît au

médecin le droit absolu, dans tous les cas, de se refuser à la délivrance du certificat de décès, qui lui est réclamé par la famille du défunt, ou par une assurance, en motivant son refus sur le secret professionnel.

La Cour de Besançon (7 juin 1899 ; D.1900. 2.407) a jugé de même ; le médecin qui a soigné une personne, pendant sa dernière maladie, ne peut révéler la cause de la mort, sans violer le secret professionnel, même si c'est la famille, qui le demande.

Pareille décision avait déjà été rendue par le tribunal civil du Havre (30 juillet 1886 ; D.87. 3.24 ; S.87.2.94) les héritiers d'une personne décédée ne peuvent pas relever le médecin traitant du secret professionnel, en ce qui concerne le défunt. En même sens, Tribunal Fougères, 29 juin 1898 et Cour de Rennes, 22 avril 1899 (S. 1901.2.108) ; Cour d'Aix, 10 janvier 1900 (*Le Droit*, 29 mars 1900).

Enfin, plus récemment, le tribunal de Meaux, 22 novembre 1923, confirmé par la Cour de Paris, 1re chambre, 31 octobre 1924, décide que le secret professionne du médecin est absolu, même lorsque tous les ayants-droit du *de cujus* délient le médecin du secret professionnel. Celui-ci doit néanmoins se taire, conformément aux prescriptions de l'article 378 du Code pénal.

Déjà pareille thèse avait été affirmée par un arrêt de la cour de Toulouse du 10 février 1898 (*D.P.* 99.2.57).

Si le médecin refuse de délivrer le certificat, peut-il être assigné en dommages-intérêts par la famille ?

Faute de présenter le certificat *post mortem*, exigé par la police d'assurance sur la vie, es héritiers ne touchent pas la prime assurée.

Peuvent-ils alors se retourner contre le médecin et réclamer de lui payement de la dite assurance, sous le prétexte que c'est par son refus intempestif qu'ils sont frustrés d'une partie de l'héritage ?

Non. Car, c'est à la compagnie d'assurances de fournir la preuve que le *de cujus* est mort d'une maladie excluant le payement de la somme assurée. L'assurance a toute facilité pour faire constater le décès par son médecin délégué, de même qu'elle charge un de ses docteurs accrédités d'examiner le candidat à l'assurance.

Ce dernier médecin n'est pas lié par le secret professionnel à l'égard de la famille et du *de cujus*, qu'il n'a pas soigné. Il doit la vérité à ses mandants, dont il est le représentant, comme homme de l'art.

L'assurance prétendrait-elle que le fardeau de la preuve incombe aux héritiers ? A ceux-ci de faire diligence pour prier un médecin autre que le docteur traitant du *de cujus*, de venir constater la cause réelle de la mort, à l'instar du médecin de l'état civil.

En tous cas, c'est à la partie, à qui cela pourra être utile et qui pourra en tirer profit, de faire le nécessaire pour que la cause de la mort soit déterminée ; mais ce n'est nullement l'affaire du médecin traitant.

Nul doute, par conséquent, qu'en cas de procès, les héritiers ne soient déboutés de leur demande contre le docteur.

Même dans le cas où le défunt aurait pris, par écrit, dans sa police d'assurance, l'engagement de délier le praticien du secret professionnel, le médecin traitant peut, en toutes circonstances se refuser à parler, s'il estime que l'obligation au silence, contenue dans l'article 378 du Code Pénal, est stricte et absolue dans tous les cas et envers tous.

Le médecin traitant pourrait-il délivrer un certificat incomplet ou mensonger ou atténuant la vérité ?

A mon avis personnel, ont tort ceux de mes confrères qui croient tourner la difficulté, en délivrant des certificats conçus en termes vagues imprécis, volontairement erronés, ou escamotant tout ou partie de la vérité.

Pourquoi indiquer : mort de séni ité, d'affection pulmonaire de nature indéterminée, etc. ? Pourquoi invoquer l'effet et non la cause, par exemple, dans un suicide, ou un meurtre ?

Il est préférable ou de dire la vérité entière, ou de ne rien dire du tout.

La responsabilité professionnelle du médecin signataire d'un pareil certificat est terriblement engagée.

Si l'assurance s'aperçoit que le docteur, par complaisance pour les héritiers, n'a pas dit la vérité, ou n'a dévoilé celle-ci que d'une façon incomplète, ou imparfaite, elle peut parfaitement se retourner contre le praticien et lui réclamer des dommages-intérêts.

De même si la famille se voit refuser le versement de la somme assurée, à cause du certificat médical, elle peut également poursuivre le docteur.

Il n'en est plus de même lorsque le médecin certificateur est un autre confrère que celui qui a donné des soins au *de cujus*. Ce médecin est mandaté par quelqu'un et ne doit qu'à ce dernier compte de sa mission.

Discussion doctrinale.

De tout ceci découle :

1° Un point reste établi : le médecin traitant ne doit pas délivrer de certificat *post mortem*, soit à la demande de la famille du défunt, soit à l'assurance de cen dernier.

Mais, l'assuré peut-il par avance et par écrit, autoriser le médecin, qui lui donnera des soins, au cours de la maladie dont il mourra, à délivrer toutes pièces, aux fins utiles de déclarer à l'assurance la cause exacte de la mort ?

En faveur de l'affirmative, je cite le livre de M. Perraud-Charmentier (page 286) :

« Le secret étant un contrat passé entre le déposant et le confident, le déposant seul peut délier le confident de l'obligation au secret, puisqu'il est seul partie au contrat ; personne autre que lui ne peut être admis à liver le secret. Lui seul peut demander la délivrance d'un certificat. Aucun tiers, pas même son héritier, ne le peut, sans son autorisation ».

Je ne partage pas l'avis de mon savant contradicteur : le secret médical ne peut pas être comparé au secret ordinaire, voire même au secret des avocats.

Dans un procès, les pièces, dont on doit faire état, sont communiquées à l'adversaire, puis discutées, publiquement et contradictoirement, au cours des débats, dans le prétoire.

De ce fait, il y a une certaine publicité, restreinte il est vrai.

En médecine, il n'en est plus de même. Non seulement le médecin est, de par le Code, un confident nécessaire, mais encore il peut découvrir des choses qu'on ne lui dit pas, peut-être parce que le client les ignore.

Qui de nous a gardé par devers lui un diagnostic qui, révélé aux époux, provoquerait des drames et des divorces ? Qui de nous n'a pas dit la vérité, ni toute la vérité à un client pusillanime, ou à un malade frappé à mort ?

Le secret médical est fait, non seulement de tout ce que le malade nous confie, ou nous avoue, mais aussi de tout ce que, scientifiquement, nous découvrons.

En second lieu, pourquoi faire intervenir le médecin qui donnera des soins lors de la dernière maladie ? Il n'est pas partie, dans la signature du contrat qui lie l'assurance à son assuré. Pourquoi, donc, disposer ainsi de la conduite d'un praticien, dont, par avance, on ne sait ni le nom, ni l'adresse ?

M. Perraud-Charmentier fait, du secret professionnel, la résultante d'un contrat, intervenu entre malade et médecin, contrat conclu à l'avantage du déposant.

Non, ce n'est pas un contrat : le secret professionnel est une obligation légale, instituée au nom de l'ordre public.

Le malade en bénéficie certes, puisqu'il sait qu'il peut, en toute confiance, se livrer à l'examen de l'homme de l'art qui doit le guérir.

Mais il n'est pas le seul bénéficiaire : sa famille, ses proches, en tirent parti. Et c'est pour cette raison que, dans les campagnes où tout transpire, les malades sont extrêmement chatouilleux sur le point du secret professionnel.

Que de clients ne veulent pas être vus rentrant dans le domicile du médecin ? Que d'appels lancés la nuit, pour que les voisins ne puissent voir le docteur venir chez tel malade.

Que de désastres occasionnés par un certificat médical intempestif, révélant une tare morbide dans une famille et pouvant, par la suite, à tort ou à raison, empêcher un mariage, ou tout autre acte civil.

Et, dans l'hypothèse d'un contrat, le malade n'est pas à même d'apprécier s'il agit bien, ou contre ses intérêts, lorsqu'il se croit en mesure de délier le docteur du secret professionnel.

Même à son malade, le médecin ne peut, ni ne doit, parfois, dire la vérité, ou toute la vérité. A plus forte raison à des tiers.

***

Conclusions.

De tout ceci, que conclure ?

Tout d'abord, il ne s'agit pas de savoir quelles devraient être les prescriptions du Code pénal, à propos du secret professionnel : il faut examiner celui-ci tel qu'il est, selon les termes mêmes de l'article 378.

Or, ce dernier est conçu, d'une manière très générale, sans restrictions, ni interprétations possibles.

J'estime donc pour ma part que, quelques séduisantes que puissent être les objections de ceux, qui combattent la théorie absolutiste du secret professionnel, il convient, pour un médecin, conscient de ses devoirs sociaux et professionnels, de rester muet, pour tous les cas où la loi elle-même ne lui ordonne pas de parler.

Ce secret professionnel, institué dans un but d'intérêt général, n'a jusqu'à présent qu'une seule dérogation ; la déclaration des maladies contagieuses.

Tant que ne sera pas intervenu un nouveau texte législatif, restreignant encore la portée de l'article 378 du Code pénal, il est prudent de ne pas parler, ni certifier, alors même que, s'appuyant sur des théories doctrinales, certains juristes distingués chercheront à démontrer que le client peut délier le médecin du secret professionnel.

Je préfère, pour ma part, retenir cet aveu, que je trouve sous la plume de tous ceux qui ont discuté de la question, à savoir que le médecin est toujours absolument libre de parler ou non, alors même qu'il en est prié par le client lui-même.

Du moment, où dans tous les cas, on me reconnaît le droit de me taire, je me tais toujours, pour être bien certain de ne jamais causer de préjudice à mon client, même d'une façon involontaire et indirecte.

Primo, non nocere : le silence a toujours été réputé pour être d'or.

Aussi, en matière de certificats de décès, destinés à une assurance-vie, recommanderai-je toujours à mes confrères de n'en délivrer aucun, alors même que le *de cujus* aurait, par écrit, relevé le médecin traitant du secret professionnel.

Aux compagnies, aux héritiers de faire le nécessaire pour sauvegarder leurs intérêts. Qu'ils s'adressent à un autre médecin et non pas à celui qui a donné des soins.

Ce dernier serait-il poursuivi, pour refus de délivrance de certificat, les tribunaux ne pourraient que s'incliner devant l'exception du secret professionnel, tout comme le fait le juge, lorsque le médecin, cité comme témoin, défère à la citation, mais se refuse à parler, comme étant *lié par le secret professionnel.*

Mais, dirait-on, bien des cas sont de notoriété publique, par suite, le secret n'existe plus.

Eh bien, si les faits sont connus de tout le monde, point n'est besoin de ma signature pour les accréditer.

D'ailleurs, combien de fois la renommée aux cent bouches n'a-t-elle pas colporté des erreurs, que, par un certificat, le docteur devrait rétorquer ?

Au contraire, une attestation quelconque, délivrée par le médecin traitant peut porter préjudice à quelqu'un et ce dernier peut poursuivre le docteur comme ayant violé le secret professionnel.

Une fois de plus, je conclus, en disant qu'en l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, il est plus prudent, pour un médecin, de ne jamais parler : il est certain, ce faisant, de respecter aussi bien les intérêts de son client, que les obligations sociales d'ordre public.

Que ceux, qui sont d'un avis contraire, fassent modifier, ou abroger l'article 378 du Code pénal ; je n'y vois aucun inconvénient ; mais tant que ne sera pas intervenue cette nouvelle disposition législative, je me considère, en tant que médecin praticien, lié par la loi du silence, dans tous les cas, *erga omnes.*

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

Honoraires médicaux aux temps jadis

Il est curieux de se reporter aux honoraires que percevaient jadis nos confrères, et de suivre la progression de leur taux dans un cycle d'années.

Il existait autrefois à Paris, rue Saint-Denis, un hôpital dit de la Trinité, fondé au début du XIIIe siècle, destiné, au début, à recevoir les pèlerins retenus hors des murs de la Ville après leur fermeture. Plus tard, lorsqu'il fut abandonné par les confrères de la Passion, promoteurs du Théâtre Français et qui s'étaient transportés à l'hôtel de Bourgogne, la grande salle devint l'asile d'orphelins ou d'enfants pauvres, dits enfants bleus, à cause de leur costume et qui mendiaient en ville ou figuraient aux obsèques de riches bourgeois de Paris. Plus tard, on leur apprit des métiers et l'hôpital de la Trinité devint une véritable école des Arts et métiers.

Comme il fallait des soins à cette population au nombre de 120 environ, on nommait des médecins et chirurgiens auxquels on attribuait des honoraires annuels.

De 1552 à 1553 à Jehan Bordelli, maître barbier, XIV liv. tournois.

A maître Valentin Jerosmi, docteur régent de la faculté de médecine, X liv. tournois pour une année de ses gages et pension.

1571-72 Pierre Touret, chirurgien et barbier XVIII liv. tournois.
Valentin Jerosme, pour sa pension XXIII liv. t.

1580-83 A maistre Loys Unbant, docteur en la faculté de médecine, XVI escuz soleil(1).

1613-1618 A Nicolas Jabot, méd. ord. de l'hôpital, L livres pour une année de gages. A maistre Pierre Collier, médecin ayant remplacé Jabot décédé, XXV L. A maistre Maurice de Montereuf, aussi médecin, XXV liv.

1621-22 A Jacques Perreau, docteur régent médecin ordinaire, L livres.

1627-28 A Charles Butet, chirurgien ordinaire pour une demi-année de gages, XLV liv.

1643-44 Michel Desmaretz, médecin ordinaire, LX liv. pour une année. Robert Orry, maistre chirurgien à Paris, 90 liv. pour une année.

1651-52 Vacherot, médecin ordinaire, 40 liv. de Lalin, chirurgien, 120 liv.

1655-56 De Merceur, méd. ord., 60 liv. tournois.

1665-66 De Merceur, 60 livres.

1699-1702 Yon, médecin ordinaire, 300 livres pour 4 ans.
Sarremia, maistre chirurgien, 450 liv. pour 15 quartiers.

1708-10 MM. Yon et Enguerhand, médecins de l'hôpital successivement, 240 liv.

1775-76 Bertrand, médecin ord., pour 2 années, 400 liv.
Laflette, chirurgien ordinaire, 240.

Dr M. VIMONT.

(1) Tiré de l'inventaire sommaire des archives de l'assistance publique antérieures à 1790 par Brucle (Hôpital de la Trinité).

Nota. — La livre valait 20 sous, le sou 12 deniers. L'écu soleil valait 1 liv. trois sous trournoi.

AUTOUR DES THÉATRES

Le Docteur Miracle — La jeune fille de la Popote — Le Bigame

Sous la fiction du médecin qui s'endort et fait un rêve, MM. Francis de Croisset et Robert de Flers ont exposé, avec quelques-unes de ses conséquences, la réalisation des rêves d'un médecin qui ne dort pas. Tout ce qu'on a dit ou écrit, tout ce qu'on a publié de vrai ou de ridicule sur les recherches du professseur Voronoff, n'a pu passer, en effet, sans stimuler nombre d'imaginations et il était surprenant que seules, quelques scènes de revue s'en soient emparées. Sans doute, toutes les exagérations exprimées n'avaient pas précisément contribué à faire prendre au sérieux les découvertes présentées avec exubérance et avec plus ou moins d'esprit par le groupe des humoristes, et la simple vraisemblance scientifique faisant au début tout à fait défaut, il n'était guère possible de bâtir une vraie pièce sur une simple hypothèse purement gratuite. Ce n'aurait plus alors été le médecin qui aurait rêvé au cours d'un profond sommeil, mais seulement les auteurs qui — comme dans un rêve — se seraient laissé emporter par le pur caprice de leur imagination vagabonde. Il faut bien avouer que le public, même le plus frivole, est toujours heureux et fier de sentir quelque chose de sérieux sous ce qui l'a amusé, comme si, d'avoir pu un instant entrer dans le domaine du vrai ou de la science, le rehaussait en quelque sorte à ses propres yeux en une minute où la conscience de son habituelle inutilité le gênait justement quelque peu. Toujours est-il que, même après la mise au point scientifique appuyée de savantes recherches et constatations faites par des hommes de grande expérience, et après l'exposé public qui en fut donné à la Sorbonne devant un auditoire passionné, conférence qui fut, depuis, reproduite un peu partout, les auteurs durent se trouver fort embarrassés pour tirer, des éléments qui avaient pu suffire à créer une scène de revue même d'apparence substantielle, la véritable matière d'une pièce.

Il me plaît, parce que j'ai eu la bonne fortune d'entendre le savant lui-même mettre son auditoire en garde contre tout ce qu'on lui avait fait dire et le supplier de se borner, sans débordement d'imagination, à prendre exactement ce qu'il dirait lui-même sans y rien ajouter — sous peine de sortir de la vérité scientifique — de constater que, pour bâtir la pièce que le théâtre de la Madeleine donne sous le titre « Le Docteur Miracle », les auteurs ont été obligés de corser leur base et, partant d'une chose réelle, de l'exagérer et d'en exagérer les conséquences afin de la rendre plus scéniquement palpitante. Je ne crois pas que les merveilleux travaux des Voronoff, Dartigues et autres aient eu (à quelque moment que ce soit de leur effort), pour but de prolonger la vie humaine dans des proportions autres que celles normalement connues, et auxquelles font exception les départs qui se produisent trop tôt. Metchnikoff prétend bien que les organes de l'homme sont construits pour pouvoir durer cent cinquante ans... C'est possible après tout, possible de la même façon que les organes d'une auto pourraient durer plusieurs fois plus d'années que ne le fait la généralité des voitures qui servent. Il existe, en effet, dans la mécanique humaine comme dans l'autre, des éléments d'usure provenant d'un fonctionnement insuffisamment parfait des organes centraux ou des organes de transmission, et c'est justement cette insuffisance de perfection qui fait que la marche de l'ensemble présente des à-coups. En remédiant à ces à-coups, on réduira l'usure et les déréglages, et la bonne marche de l'ensemble s'en ressentira. Ceci n'ajoutera pas à la limite de durée des pièces détachées, mais leur permettra de travailler aussi longtemps que leur résistance et avec le maximum de précision. C'est cette précision qui constitue la bonne santé, sinon la jeunesse, mais il n'est pas surprenant qu'une bonne remise au point bien faite des appareils, qui commandent la coordination, soit susceptible de redonner l'apparence d'une santé meilleure et, par suite, de plus de jeunesse. Chez l'homme, ceux de ces appareils qui se fatiguent le plus aisément sont les glandes à sécrétion interne dont l'action sur la circulation comme sur la tonicité du tissu nerveux, comme sur celle du tissu musculaire, est bien connue, et je crois encore entendre le Dr Voronoff nous dire : « Ce qui est mort est bien mort, mais tout ce qui est demeuré vivant, et est seulement affaibli, peut bénéficier de la stimulation produite. » La note comique fut même donnée par l'élément féminin, qui se trouvait en nombre dans la salle et réclamait de bénéficier aussi de la découverte nouvelle, non pour vivre plus longtemps, mais pour garder jusqu'au bout le maximum d'apparence de jeunesse ; et je me souviens de la surprise de tous lorsque le visage du conférencier se faisant subitement très sérieux, il déclara ne vouloir rien dire de plus, afin de ne pas permettre à ses auditeurs d'aller plus vite que les espoirs vrais que, depuis peu, il commençait à avoir lui-même sur ce point.

Cela se passait vers 1920 ; nous avons pris depuis l'habitude de ne nous étonner de rien et de nous incliner systématiquement dès qu'on annonce un progrès hier encore invraisemblable ; la pièce du théâtre de la Madeleine aidera nos esprits à cette confiance. Jules Verne, Wells,

ont eu les visions d'appareils fantastiques en leur temps et qui, cependant, fonctionnent couramment de nos jours. Dans l'extrême débauche que représentait alors leur imagination, ils ne sont pas même allés jusqu'à la réalité d'aujourd'hui. Faut-il voir en MM. Francis de Croisset et Robert de Flers de nouveaux Jules Verne de la vie humaine ? Faut-il le souhaiter ? C'est le problème qu'ils ont esquissé dans leur pièce, s'attachant plutôt à representer les étapes des recherches d'un savant, leur genèse, leurs circonstances, leur action sur son entourage, et donnant, à juste titre (puisqu'il ne doit s'agir que d'un rêve) à l'exposé des conséquences de découvertes qui n'existent que dans ce rêve, l'ampleur agréablement nécessaire pour la drôlerie de ces conséquences. On dit même qu'avertie à temps, une de nos plus grandes artistes quitta sa loge avant que ne fussent posées certaines questions indiscrètes : A quel âge sera-t-on vieux ? Faudra-t-il rester deux cents ans au Collège ? A quel âge une jeune fille pourra-t-elle se marier ? Jusqu'à quand une Sociétaire de la Comédie Française pourra-t-elle jouer les ingénues ? « Jusqu'à six cents ans », répond le savant, auquel une voix répond dans la salle : « Alors, il n'y aura rien de changé ». Petite note gaie sans grande méchanceté à laquelle se joint très plaisamment la prétention du Ministre de l'hygiène, de revendiquer, pour le Cartel des Gauches, le bénéfice de la découverte qui prolonge l'existence, en échange de quoi il élève le savant d'un grade dans la Légion d'honneur.

Le « Docteur Miracle » est une pièce gaie, amusante, solidement faite, appuyée juste autant qu'il le faut sur une base scientifique pour n'être du domaine du rêve, dans la mesure où elle s'y trouve, que par la volonté des auteurs. J'en vois fort bien tous les éléments se déroulant dans la réalité ainsi qu'ils l'ont présenté, et je me représente volontiers le petit coup de fouet donné par eux à la vérité scientifique comme cette tache ou faute légère, visible, sautant aux yeux du moins averti, que certains peintres eurent coutume en un temps d'introduire après coup dans leur tableau, afin d'y fixer l'attention des visiteurs et de leur donner exprès la satisfaction qu'éprouve chacun de nous à découvrir une faiblesse dans l'œuvre d'autrui, pour pouvoir donner le conseil d'ami grâce auquel il aura l'illusion d'avoir, en quelque mesure, collaboré à la perfection de l'œuvre. La seule différence est ici, qu'en changeant quelque chose à la partie non encore vérifiée de leur hypothèse, MM. Francis de Croisset et Robert de Flers n'ajouteraient pas à la valeur de leur pièce. Ici l'« erreur », scientifique (?) est voulue et... utile, et c'est parce qu'elle se voit à l'œil nu qu'il importe de la conserver telle qu'elle.

La vie coloniale, surtout telle que l'évoquait le souvenir des vieux coloniaux d'autrefois, n'est pas d'ordinaire souvent portée à la scène ; elle comporte, en effet, une sorte de clé pour que son atmosphère soit bien comprise et risque de ne s'adresser qu'à un public trop spécial dont l'éducation est déjà faite, sans avoir de chances d'être goûtée des non initiés. « La jeune fille de la Popote », le succès de la *Maison de l'Œuvre* se passe aux Colonies, au Tonkin, qui est déjà une colonie très peu coloniale ; le décor l'indique immédiatement ainsi que l'exposé bref, mais suffisant, par lequel dès le début la jeune et jolie Annie, dont le caractère ressort de façon sobre, juste et sympathique, du jeu agréable aux yeux et aux oreilles, de Mlle Christiane Laurey.

Annie, sans fortune, sage, d'une éducation recherchée, est envoyée par ses parents auprès d'un ami, Intendant au Tonkin, afin de s'y marier. Les amis sont absents pour quelques mois, et la jeune fille est recueillie par un officier d'administration de noble extraction, prénommé Antoine, dans le local où il fait popote avec ses amis Daniel et Paul. Situation difficile, à cause d'Yvette, la maîtresse de Paul qui n'est pas « bachelière », mais qui tient à son amant. De suite, et c'est là le point délicat de la pièce, Annie juge qu'elle est perdue puisque, sans argent et obligée de vivre dans ce milieu et débordée, malgré son apparente force de caractère, elle choisit de suite la solution de faiblesse, la plus facile, comme peut-être la plus invraisemblable, et décide de devenir, dès le premier jour, la maîtresse de quelqu'un. Daniel lui plaît, elle le lui dit sans ambage, mais il se défile et elle se rabat sur Antoine qui l'a recueillie et auquel elle fait une existence de calme bonheur que beaucoup de ménages réguliers leur envieraient, et que Daniel comme Paul ne manquent pas d'apprécier comme il convient. Surviennent, retour du Japon, l'Intendant Bourcier et sa sœur auxquels Annie était envoyée. Ménage bourgeois et triste de deux célibataires dont l'un a cinq galons et aime à les faire sentir au-dedans comme au dehors, mais aussi ménage qui s'ennuie et dont la situation est capable d'imposer la jeune fille au groupe colonial dès lors qu'elle viendra habiter la même maison et vivre de la même vie... accompagnant même l'Intendant dans les dîners et les soirées. Perspective sans agrément pour Annie qui sent, sans en pouvoir douter, qu'elle devra payer de ses complaisances personnelles, puisqu'elle a cessé d'être « neuve », la remise sur pied dont elle va être l'objet ! Elle a goûté du plus jeune, elle refuse la perspective du vieux... Mais l'Intendant s'obstine. Antoine refusant, à cause de son nom et de son manque de fortune, d'épouser la jeune fille, il lui donne à choisir entre l'exil dans un poste voisin mais malsain et l'envoi en avancement au Maroc. Le caractère d'Antoine est bien décrit en corrélation complète

avec la normale. Annie n'a été pour lui autre chose qu'une amie de hasard, il lui en coûte de la quitter, mais rien que la perspective des ennuis que pourrait lui créer l'Intendant s'il s'acharnait après lui, dépasse la force de résistance de ce cerveau moyen qui a canalisé par avance sa vie jusqu'à la retraite et qui, sans autre ambiton supérieure, sait tout le prix du modeste effort quotidien, petit mais soutenu et monotone, que lui ont coûté ses trois galons. Décidément, la mode n'est pas, chez les auteurs, aux belles descriptions de caractères militaires. Cependant, l'officier d'administration coloniale que représente Antoine n'a rien de fâcheux, il est matériellement honnête et moralement il n'est pas malhonnête, c'est une impression de veulerie qui se dégage de sa manière d'être, mais une veulerie simple, ordinaire, caractérisée surtout par de l'égoïsme et, somme toute, on ne s'étonne pas trop qu'il soit incapable d'un beau geste ou d'un grand sentiment envers une femme qui s'est donnée à lui sans même lui laisser le temps de l'en prier, et qui l'a rendu si simplement heureux et d une manière si complète et si apparemment normale qu'il n'a eu le temps, à aucun instant, de s'étonner et de se laisser aller à un sentiment. Un mâle de plus s'est laissé vivre, un mâle de plus est passé à côté du bonheur sans penser à le voir parce que sa route était tracée ailleurs et que le fonctionnaire colonial ne doit pas exagérer l'effort !

Restent les deux autres hommes à la popote qui tous les deux, l'un en spectateur impartial et libre, l'autre par comparaison avec son amie Yvette, se sont mis sans s'en rendre compte à aimer Annie, et s'offrent tous les deux à l'Intendant pour l'épouser. Pauvre Intendant qui voit fuir les bonnes sorties et les soirées et dîners qu'il s'était déjà promis en si gente compagnie. Et la scène du choix d'Annie est des plus réussie ; elle a le souvenir du premier refus de Daniel qu'on sent au fond d'elle-même et elle mesure les qualités sérieuses de Paul pour lequel, peut-être, elle va se décider, lorsque survient Yvette qui, remettant tout au point, emmène son amant et laisse le duel se terminer faute de combattants. La lutte entre Daniel et Annie est bien développée, légèrement caustique mais remplie des deux côtés de passion contenue ; on sent deux adversaires, mais on sent l'Amour ; l'interprétation a certainement exprimé toutes les intentions des auteurs, MM. Steve Passeur et Charles Tourand ; elle est digne de beaucoup d'éloges : M. Jean Wall a interprété le rôle de Daniel avec infiniment de mesure et d'adresse dans une note d'élégance retenue et soutenue. Il est curieux de noter la forme toute moderne des idées et des caractères coloniaux ainsi présentés. L'action du moindre colonial, action utile à la Mère Patrie dès lors qu'il est devenu un des rouages essentiels d'un grand tout dont l'envergure dépasse lourdement les limites de la colonie, la valeur morale qui peut en rejaillir sur chacun de ceux qui travaillent à l'importation, sont mises en relief sans apparaître comme un plaidoyer en faveur des fonctionnaires coloniaux qui ne sont pas ici mis en cause, en dehors de ceux de la caste guerrière et la moins guerrière qui se puisse : administration et intendance ! Peut-être les auteurs eurent-ils parfois à se plaindre du ravitaillement pendant la guerre !

« Le Bigame » de M. Jean Blanchon, au théâtre de la Potinière, est une pièce fort agréable : elle commence tard, finit de bonne heure, durant en tout trois fois trente minutes avec trois entr'actes de vingt minutes, dont le premier sépare l'heure théorique du lever du rideau de l'heure vraie. On sent qu'il n'y a plus de méridien de Paris (s'il en fut jamais un), et que les grèves anglaises et les variations de la livre doivent être en rapport avec un léger décalage du temps ! Des entr'actes, rien à dire ; on y projette ce que nous autres critiques voyons projeter chaque soir dans les théâtres pendant plusieurs jours ainsi que les dernières nouvelles ; ils sont longs à vivre de tout temps et d'autant plus cruels ici (même les deux derniers) que la pièce de M. Jean Blanchon est plus amusante et plus agréablement jouée et qu'on en voudrait davantage. Le sujet est simple : Jacques vient de rompre avec une amie et, pour ne plus s'attacher, il a décidé d'en prendre deux. Son domestique, qui fut son brigadier aux armées, et qu'il tutoie, ne goûte pas absolument cette manière de compliquer la vie, mais apporte néanmoins l'un après l'autre les plateaux alternativement chargés de porto blanc et de porto rouge. Et voici qu'au moment où il s'attache à celle de ses amies qui est mariée, celle qui est libre vient s'installer chez lui et, lorsqu'il veut la renvoyer, il la sent si malheureuse et si aimante que c'est elle qui reste dans la place à la grande joie de l'ancien brigadier. Les décors sont délicieux, la pièce est alerte et jouée avec un magnifique entrain. Est-ce un progrès sur les autres pièces de M. Blanchon, je n'ose en être certain. *Le Bourgeois romanesque* m'est apparu comme de classe supérieure et cependant, les trois caractères du *Bigame* sont bien fouillés, bien au point. Ce qui, malgré tout, frappe, c'est le peu de substance utile contenue en « quantité » dans des pièces comme celle-ci par comparaison, entre autres, avec le *Marquis de Priola*. En sortant de ce spectacle, l'impression d'avoir travaillé, vécu, senti quelque chose d'un peu « pas ordinaire » s'imposait ; ici, on a pris du plaisir, du bon petit plaisir de bonne qualité, mais court, quelque chose tout de même dans les trente-cinq à quarante centimes par minute !!!

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Extension de la législation sur les accidents du travail au personnel médical des hôpitaux et autres établissements d'assistance et de bienfaisance publics et privés.

PROJET DE LOI

présenté au nom de M. Gaston DOUMERGUE, président de la République française, par M. DURAFOUR, ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

L'opinion publique s'émeut, avec juste raison, des accidents et des morts de plus en plus nombreux qui frappent le Corps médical hospitalier. La liste des victimes s'allonge de jour en jour.

A côté de l'accident brutal, tel que la piqûre anatomique, nécessitant des opérations graves pour lutter contre l'infection, il y a la contagion des maladies infectieuses et de la tuberculose qui terrasse les organismes d'autant plus vite qu'ils sont jeunes, comme ces malheureux internes enlevés à la fleur de l'âge par la scarlatine, la diphtérie et le typhus. L'atteinte sournoise des rayons X, du radium est plus lente ; mais laisse chez les radiologistes des désordres profonds, généraux ou locaux. Quelle qu'en soit la modalité plus ou moins tragique, ce sont de véritables accidents du travail frappant sans merci. Nous demandons au Parlement d'accorder à ces victimes du devoir le bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

Certes, le contrat qui lie le corps médical à l'Administration des établissements hospitaliers revêt un caractère particulier ne permettant pas de le considérer comme un contrat de travail au sens propre du mot. La faible indemnité reçue ne correspond pas à la somme qui serait légitimement due s'il y avait salaire. C'est, en effet, dans la plupart des cas, un honneur recherché et acquis au prix de concours dificiles que d'entrer dans le corps médical des hôpitaux.

Les rapports entre médecins et commissions administratives sont différents de ceux existants entre patrons et ouvriers ; les raisons d'humanité sont toujours supérieures aux revendications d'argent, et il ne viendrait à la pensée d'aucun médecin de se mettre en grève.

Au fur et à mesure que les progrès scientifiques se réalisent, l'outillage employé par les médecins devient plus important et ses conditions de maniement sont parfois périlleuses. Le long martyrologe des radiologistes en est une preuve. Des pavillons spéciaux sont réservés aux contagieux, à la tuberculose, au cancer, et, dans l'intérêt général de la Société, le nombre des malades destinés à y être hospitalisés augmente de plus en plus. Les services de chirurgie sont de plus en plus fréquentés, en raison des accidents multiples provoqués par l'extension de la traction mécanique (automobiles, tramways, etc.). Ceux de spécialités (oto-rhino-laryngologie, gynécologie, etc.), sont de création récente et de clientèle fort nombreuse.

Jadis, les hôpitaux donnaient uniquement leurs soins aux indigents admis au bénéfice de l'article premier de la loi du 7 août 1851, aux privés de ressources, bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ; aujourd'hui, toute une clientèle payante (accidents de travail, surtout) est adressée aux hôpitaux, qui perdent leur caractère d'établissements de bienfaisance.

La jurisprudence a toujours considéré les établissements hospitaliers comme en dehors de la législation sur les accidents du travail ; en cas d'accident, les victimes doivent faire la preuve, aux termes des articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil, que la faute incombe bien aux hôpitaux.

Différents projets et propositions de loi ont déjà été déposés pour modifier cette situation fâcheuse. Ainsi, un projet de loi, déposé à la Chambre le 28 janvier 1907, demandait au Parlement d'étendre le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 aux établissements pénitentiaires et aux établissements hospitaliers. Une proposition de loi (Chambre, séance du 3 décembre 1912) eut pour objet d'étendre le bénéfice de la loi de 1898 au personnel salarié des établissements hospitaliers, publics et privés.

Une proposition de loi (Chambre, séance du 11 juin 1925) dispose que la loi de 1898 sera applicable à tous les salariés à quelque titre que ce soit, sous quelque forme qu'ils soient rétribués et à quelques travaux qu'ils soient affectés.

Enfin, un projet de loi (Chambre, séance du 7 avril 1925) demande que la législation des accidents de travail soit étendue à tous les salariés quelconques et notamment aux travailleurs intellectuels. L'exposé des motifs vise les médecins, pharmaciens, internes et externes des hôpitaux.

Actuellement, la loi du 2 août 1923 a étendu le bénéfice de la loi sur les accidents de travail aux domestiques, gens de maison, serviteurs à gages, concierges et salariés du même genre.

Par suite, les servants, plantons, etc., des hospices et hôpitaux, sont garantis.

Le Comité consultatif des assurances contre les accidents de travail a émis, dans sa séance du 24 octo-

bre 1925, l'avis que la loi du 2 août 1925 s'applique aux infirmiers et gens de service des établissements hospitaliers, publics et privés.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a émis le vœu que, en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est accordée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes des hôpitaux reçoivent de l'hôpital les soins, médicaments, et, s'il y a lieu, l'hospitalisation en cas de maladie ou d'accident, survenus au cours de leurs fonctions hospitalières. Cette rédaction doit faire l'objet d'une adjonction au paragraphe premier de l'article 11 du règlement modèle du 30 juin 1921.

Par circulaire du 17 octobre 1923, M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales invita les préfets à recommander aux commissions hospitalières de tenir compte de ce vœu émis par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Mais, en vertu de l'autonomie que leur confère la loi du 7 août 1851, les commissions des hôpitaux ont parfaitement le droit de ne faire aucun cas de cette circulaire.

Une disposition législative devrait la rendre obligatoire.

Dans le cas particulier, le véritable risque professionnel est aussi bien la maladie infectieuse que la blessure, à la condition, bien entendu, qu'il s'agisse d'affections contractées à l'occasion du service.

Comme il ne saurait être pris pour salaire de base la rémunération minime que reçoit le Corps médical hospitalier, il est indispensable de fixer un salaire moyen, à l'exemple, d'ailleurs, de ce qui existe déjà pour certaines hypothèses déterminées dans la législation des accidents du travail.

Le salaire moyen serait déterminé par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène, après avis d'une commission comprenant des représentants du Corps médical, des établissements hospitaliers, d'assistance et de bienfaisance et de l'Administration. Ce salaire moyen doit être calculé de telle façon que, dans le cadre de la loi des accidents de travail, il indemnise d'une façon raisonnable, non seulement les intéressés, mais encore leur famille et, en particulier, les ascendants qui, souvent, ont fait des sacrifices énormes pour faire poursuivre à leur fils la voie pénible des concours et des études supérieures et qui se trouvent réduits à la détresse par suite du deuil qui les frappe.

D'autre part, des instructions seraient données aux commissions des hospices pour qu'elles n'invoquent pas les maxima fixés par l'article 2, paragraphe 2, de la loi du 9 avril 1898, conformément, d'ailleurs, à la disposition finale de ce texte même, qui prévoit « les conventions contraires ».

Il est à noter que l'application de la loi sur les accidents de travail ne constituera pas une charge nouvelle pour les hôpitaux publics puisque ceux-ci feront entrer la prime d'assurance dans le calcul du prix de revient de la journée d'hospitalisation.

PROJET DE LOI

Le Président de la République française,

Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre du Travail, de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier.

La législation concernant les responsabilités des accidents du travail est étendue aux hôpitaux, hospices ou autres établissements d'assistance ou de bienfaisance publics ou privés, au profit des médecins, chirurgiens, chefs de clinique ou de laboratoire, radiologistes, internes ou externes, chirurgiens-dentistes, étudiants, infirmiers, assistants et tous autres praticiens non dénommés, appelés à donner leurs soins aux malades admis dans lesdits établissements, sous réserve des dispositions spéciales ci-après.

Art. 2.

Le salaire de base pour la fixation de l'indemnité journalière et de la rente sera déterminé par arrêté du Ministre du Travail et de l'Hygiène, après avis d'une commission comprenant des représentants du personnel médical, des établissements hospitaliers, d'assistance et de bienfaisance et de l'Administration.

Si la victime n'a ni conjoint, ni enfants dans les termes de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, il est alloué à chaque ascendant du premier degré une rente égale à 10 % du salaire, payable audit ascendant soit immédiatement, lorsqu'il établit qu'il était à la charge de la victime, soit lorsqu'il atteint l'âge de 65 ans ou dès qu'il se trouve dans l'incapacité de gagner sa vie par suite d'infirmités ou de maladies entraînant une incapacité supérieure ou au moins égale à 60 %. En cas de faute inexcusable du chef d'entreprise, la rente de l'ascendant pourra être majorée sans pouvoir toutefois dépasser le salaire de la victime.

Art. 3.

Les maladies contractées à l'occasion du service dans les établissements visés à l'article premier ci-dessus donneront lieu aux mêmes réparations que les accidents du travail.

Fait à Paris, le 31 mai 1926.

Signé : Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :

Le Ministre du Travail, de l'Hygiène,
de l'Assistance
et de la Prévoyance sociales,

Signé : DURAFOUR.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— Nécrologie. — Le docteur Arthur SÉE, de Paris. — Le docteur Albert FROUIN, de l'Institut Pasteur, de Paris. — Le docteur HUET, d'Arpajon. — Le docteur LEGRIS, de Saint-Valéry-sur-Somme. — Le docteur DEROYE de Dijon (Côte-d'Or). — Le docteur LEROY, de Petit-Quévilly (Seine-Inférieure). — Le docteur MANNE, des Sables-d'Olonne (Vendée). — Le docteur ROUX DES BRIGNOLES, de Marseille. — Le professeur A. COL, de Nantes. — Le docteur ROSTAING, de Le Pouzin (Ardèche). — Le docteur J. TEISSIER, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de Lyon. — Le docteur FRANCHET, de Lyon. — Le docteur NIGAY, directeur du *Journal de médecine de Paris*. — Le docteur DAVID, d'Angoulême.

— Le Centenaire de Laënnec. — L'Académie de Paris a pris l'initiative de commémorer cette année le centième anniversaire de la mort de Laënnec et de la publication de la seconde édition de son magistral ouvrage, *le Traité d'Auscultation*. A cet effet, un Comité a été créé en vue de l'organisation de cette cérémonie qui aura lieu à Paris *les* 13, 14 *et* 15 *décembre* 1926. Diverses cérémonies auront également lieu en Bretagne le jour anniversaire de la mort de Laënnec, à Ploaré où il est décédé.

Le Comité breton qui s'est constitué pour régler ces cérémonies nous prie d'en faire connaître le programme.

Programme des Fêtes bretonnes, le 12 *août* 1926, *sous la présidence d'honneur de* M. LE PRÉFET DU FINISTÈRE *et de* Mgr. L'ÉVÊQUE DE QUIMPER.

A 10 heures : grande cérémonie en l'église de Ploaré, la paroisse de Laënnec, avec allocution de Mgr. Duparc.

A 11 heures : Cortège officiel au cimetière ; discours du Dr Mével, de Douarnenez ; discours en breton de M. Poulhazau, avocat ; discours de M. le professeur Chauffard, président du Comité parisien du centenaire de Laënnec.

A 12 h. 1/2 : Banquet par souscription présidé par M. Delécluse, président du Comité Laënnec à Ploaré.

La cotisation de 20 francs sera à envoyer au moins 10 jours à l'avance à M. le maire de Ploaré, par Douarnenez (Finistère).

L'après-midi, visite du Manoir de Kerlouarnec, où Laënnec mourut le 13 août 1826. Discours du propriétaire actuel, M. du Frelay, maire et conseiller général.

Un train le matin partant de Quimper à 8 heures arrive à 9 heures à Douarnenez ; le soir, le train quitte Douarnenez à 18 heures pour la correspondance Paris, à 19 heures, à Quimper.

Les personnes qui désirent coucher soit à Quimper soit à Douarenez, feront bien de retenir leur chambre, dans les hôtels, avant le 1er août.

— Faculté de médecine de Toulouse. — *Réunion annuelle des internes et anciens internes des hôpitaux.* — L'Association des internes et anciens internes de la Faculté de Toulouse a tenu sa réunion annuelle dans la grande salle des actes de l'Hôtel-Dieu.

Après les souhaits de bienvenue présentés par le Président, M. le professeur BARDIER, la parole est donnée à M. le professeur BAYLAC qui, pour la première fois, au nom de la Commission des hospices, assiste à la réunion d'internat.

M. J.-P. TOURNEUX, secrétaire général de l'Association, rappelle le nombre des décès au cours de l'année, donne lecture de la correspondance, résume les dispositions prises au congrès de l'internat français, où deux de nos camarades de l'Association ont représenté l'internat de Toulouse, et reprenant le thème déjà développé par M. BARDIER sur la question de l'assurance maladie ou accidents pour les internes en exercice, fait approuver la motion du docteur P. BOUDIN.

Pour la première fois, la Revue l'Umfia décerne son prix annuel à un interne en exercice des hôpitaux de Toulouse, ayant présenté le meilleur rapport sur la question donnée. M. ANDRIEU est le jeune lauréat du prix de l'Umfia.

Après un échange de vues sur les questions intéressant la marche de l'Association, le professeur BARDIER déclare vouloir donner sa démission de Président. Malgré les insistances du bureau, M. BARDIER persiste dans sa résolution et l'on acclame alors, la candidature de M. le professeur SOREL.

Le dîner traditionnel, chez Galilée, réunissait 45 membres de notre association, dîner, il est inutile de le dire, qui fut embreint de la plus grande cordialité et de la plus franche gaieté.

R. M.

— Hôpital des Enfants Malades. — *Clinique chirurgicale infantile.* — *Cours de révision.* — Un cours de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. Lance, assistant d'orthopédie ; Huc, Aurousseau et Saint-Girons, chefs de clinique et chef de laboratoire, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 30 leçons et des examens de malades. Il commencera le vendredi 10 septembre 1926 et sera terminé le jeudi 30 septembre 1926.

Sont admis les étudiants et médecins français et étrangers, sur présentation de la quittance du versement d'un droit de 250 fr. Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

cas du blessé ne relevait pas de l'assurance ? Que faire ? Veuillez me donner la marche à suivre : faut-il poursuivre ? Renvoyez-moi mon bulletin de visite ?

Dr T.

Réponse.

S'il s'agit d'une brûlure provenant de la causticité du ciment et survenue soudainement, c'est bien un accident du travail et le fait que l'ouvrier a négligé de protéger sa peau par l'interposition d'un sac ne serait pas de nature à supprimer la responsabilité du patron, même dans le cas où cette faute serait considérée comme inexcusable, ce qui est tout à fait improbable. La faute inexcusable, en effet, a une répercussion sur la rente allouée à l'ouvrier en cas d'incapacité permanente, mais non sur le demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques.

Si, au contraire, la plaie est consécutive à des frottements répétés des sacs de ciment, il n'y aurait pas accident du travail, mais maladie professionnelle, non garantie par la loi, comme ne figurant pas aux tableaux qui y sont annexés et qui ne portent que les affections saturnines et mercurielles.

Quoi qu'il en soit, puisque vous avez en votre possession un bon pour une visite médicale, indiquant comme nature de la blessure : « brûlure par chaux », le patron, même s'il était jugé qu'il n'y a pas eu accident du travail, est responsable de vos honoraires, tout au moins jusqu'au jour où vous avez été prévenu que le sinistre était refusé.

Vous pouvez donc poursuivre solidairement patron et blessé devant le juge de paix du lieu de l'accident, en usant de la procédure exempte de timbre et de droits d'enregistrement qui est applicable en matière d'accidents du travail.

2053. — Indemnité temporaire d'un ouvrier de moins de 16 ans accidenté du travail.

Un de mes jeunes clients est apprenti serrurier chez un patron serrurier qui n'a pas d'autres ouvriers. Ce jeune homme gagne comme apprenti 10 fr. par jour. Il est blessé (fracture de la clavicule). L'assurance lui offre comme incapacité temporaire de travail la moitié de son salaire d'apprenti, c'est-à-dire 5 fr. par jour. La loi dit que l'apprenti doit toucher la moitié du salaire de l'ouvrier le moins payé de sa corporation. Dans le cas particulier, il n'y a pas d'ouvrier comme point de comparaison. Mais il est bien évident qu'un ouvrier serrurier, même un manœuvre, touche au moins le double du salaire de cet apprenti.

La proposition de l'assurance est-elle légitime ou au contraire le blessé doit-il la refuser et réclamer par journée la moitié du salaire d'un ouvrier.

Dr G.

Réponse.

En vertu des dispositions de l'article 8 de la loi sur les accidents du travail, l'indemnité temporaire allouée à l'ouvrier âgé de moins de seize ans doit être égale au demi-salaire de l'ouvrier de la même catégorie le moins payé dans l'entreprise, sans cependant pouvoir dépasser le montant de son salaire effectif.

Par conséquent, l'offre de l'assurance, égale seulement au demi-salaire touché par l'apprenti, est insuffisante. Le demi-salaire en l'espèce, doit être le salaire touché par l'apprenti, soit : 10 fr. par jour, à moins que l'ouvrier le moins payé de la même catégorie gagne moins de 20 fr. par jour, car alors l'indemnité temporaire ne devrait pas dépasser la moitié de ce salaire. Dans les circonstances actuelles, il est peu probable qu'il se trouve des ouvrier s gagnant moins de 20 fr. par jour.

Si votre client ne peut obtenir satisfaction à l'amiable, il faudra que son père, agissant en qualité d'administrateur légal de sa personne et de ses biens, cite le patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

2057. — Evaluation d'incapacité permanente d'un accidenté du travail.

Voudrez-vous, je vous prie, me faire savoir à combien je dois estimer l'incapacité permanente partielle d'un ouvrier scieur de corozo qui a dû subir la désarticulation de la deuxième phalange du pouce gauche ; les mouvements d'adduction et d'abduction étant conservés.

Dr G.

Réponse.

D'après le barême pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente en matière d'accidents du travail, du Dr Lucien Mayet, l'incapacité résultant de la perte de la totalité de la phalange unguéale du pouce gauche peut être évaluée de 10 à 12 %.

Au cas où le blessé serait gaucher, cette incapacité pourrait être élevée à 14 %.

2079. — Calcul de l'indemnité temporaire d'un accidenté du travail payé au mois

Un accidenté du travail payé au mois doit-il toucher comme indemnité journalière la moitié de son mois, ou plutôt, 30 fois la moitié du salaire par journée de travail : par exemple $\frac{S \times 30}{J \times 2}$. Y a-t-il une jurisprudence à ce sujet.

Dr M.

Réponse.

Le demi-salaire des ouvriers payés au mois

doit être obtenu en divisant le salaire mensuel par le nombre des journées de travail et ensuite par deux ; ils ont droit au demi-salaire ainsi déterminé pour chaque journée d'incapacité, même les dimanches et jours fériés. En décider autrement serait leur faire une situation moins avantageuse qu'aux ouvriers payés à la journée. D'ailleurs, ce système est formellement consacré par la loi qui dit, dans son article 3, que le blessé a droit à l'indemnité journalière « sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés » et que, dans le cas de salaire variable « l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident ». Pour les ouvriers payés au mois, la solution que nous vous indiquons a été sanctionnée à plusieurs reprises par la jurisprudence.

1717. — Dégrèvement de patente en cas de changement de domicile.

J'ai exercé la médecine jusqu'au 1er juillet 1925 à A. Je n'ai pas cédé ma clientèle dans cette dernière ville. Je suis ensuite venu à B. où j'ai commencé à exercer fin août 1925. J'ai été imposé pour la patente toute l'année 1925 à A., sur une valeur locative de 4.000 fr. (La somme réclamée était de 1.553 fr.). Le 7 février 1926, je reçois un avertissement m'imposant à la patente à B. à partir du 1er juillet 1925, sur une valeur locative de 2.000 fr. (la somme réclamée était de 299 fr. pour 6 mois). Je vais voir le percepteur qui me dit oralement que c'était à A. que je devais réclamer, vu que la patente était impôt communal. Je réclame donc à A, demandant qu'on me rembourse les 6 mois que j'avais payé en excédent. J'avais joint bien entendu mon avertissement de B. On me répond ces jours-ci que ma demande n'est pas acceptée, vu que j'exerçais au 1er janvier 1925 une profession patentable. Mon départ ne peut légalement entraîner aucune réduction de l'impôt de ladite année.

Que dois-je faire ? Il me semble que je ne dois pas payer la patente à deux endroits différents. D'un autre côté, ne sera-t-il pas trop tard pour réclamer ici. Je vous serais reconnaissant de me renseigner.

Dr N.

Réponse.

C'est la patente établie dans la commune de B. qui doit faire l'objet d'un dégrèvement. Voyez le contrôleur ou adressez au sous-préfet de l'arrondissement une réclamation sur papier timbré, dans laquelle vous exposerez le fait justifiant le dégrèvement ; vous joindrez vos deux avertissements, celui de A. et celui de B.

La réclamation devra parvenir au sous-préfet le 31 mai au plus tard.

A. M.

1598. — Revenu professionnel. Frais à déduire.

Je viens de recevoir du contrôleur des contributions directes une demande de renseignements ainsi conçue :

« La dépense 900 fr. (éclairage et chauffage) est « exagérée et doit être réduite à 450 fr.

« Veuillez me donner en outre le détail de vos frais « professionnels ainsi que le détail de vos recettes de « 1925 (recettes clients, et subvention, s'il y a lieu). »

Je vous serais reconnaissant de me dire comment je dois répondre à ces questions.

Dans ma déclaration de revenu, j'ai suivi la petite formule du *Concours médical* et parmi les dépenses professionnelles j'ai noté :loyer, téléphone, frais professionnels, transport, etc. ; total : 17.050 fr.

Comment donc dois-je répondre à la première question ? Est-ce que je dois donner encore le détail de toutes les dépenses nécessitées par ma profession (comme je l'ai déjà fait) ou seulement le détail des frais professionnels (achat et entretien d'instrument, livres médicaux, etc.), comme il est indiqué dans la note nº 5 de votre tableau ? Dans ma déclaration j'avais indiqué, parmi les dépenses, frais professionels, 950 fr. sans détail.

Quant à la deuxième question, est-ce que je dois mentionner la somme perçue de chaque client ? Je ne le crois pas, alors que signifie « donner le détail de vos recettes ... ».

Dr X.

Réponse.

Si vous avez donné le détail de vos dépenses par catégories, la question du contrôleur visant les « frais professionnels » s'explique par le manque de précision de cette désignation ; dans votre réponse, décomposez-lui la somme de 950 francs par nature de dépenses : achats et entretien d'instruments, livres médicaux, abonnements aux revues professionnelles, etc....

En ce qui concerne la deuxième question, détail des recettes, nous vous conseillons de fournir simplement deux chiffres :

1° Total des subventions (nous supposons que le contrôleur désigne sous le nom de subventions les rémunérations qui vous sont payées par les hôpitaux, bureaux de bienfaisance, caisses de secours, Compagnies d'assurances, entreprises industrielles, etc...) ;

2° Total des honoraires payés par les clients.

En ce qui concerne l'évaluation des dépenses de chauffage et d'éclairage, fournissez, si possible, au contrôleur des éléments de justification du chiffre de 900 francs, par exemple, montant total des dépenses de chauffage et d'éclairage de vos locaux professionnels et d'habitation et fraction de ce total considéré comme imputable à l'exercice de votre profession.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

1748. — Déduction des bénéfices professionnels d'un salaire alloué par un propharmacien à sa femme qui lui sert d'aide.

Je suis propharmacien et je viens de recevoir ce matin du contrôleur la note suivante : « Vous déduisez sur votre dernière déclaration une somme à titre de frais d'aide-pharmacien. Or, on ne vous connaît aucun aide ! »

Je vous serais très obligé de me donner tous les renseignements utiles pour expliquer cette déduction.

Je déduis en effet une somme de 200 fr. par mois, que je donne à ma femme. Je vends environ 6 à 7.000 fr. de pharmacie par an, ma femme m'aide. Ai-je le droit de me faire aider par une femme, et puis-je déduire les 200 fr. par mois qu'elle gagne ?

Si le contrôleur n'accepte pas cette réponse, que dois-je faire ? Dr Z.

Réponse.

Vous avez parfaitement le droit d'allouer un salaire à votre femme qui vous aide effectivement dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques, et le taux de 200 fr. par mois ne nous paraît pas exagéré ; mais comme le chef de ménage doit déclarer non seulement ses revenus personnels mais aussi ceux de son conjoint, ce salaire de 2.400 fr. par an aurait dû figurer dans votre déclaration d'impôt général sur le revenu.

A. M.

1624. — Pension de veuve de guerre. Rapport médical à fournir.

La veuve d'un pensionné de guerre pour tuberculose, doit, paraît-il, fournir à l'appui d'une demande de pension de veuve, un rapport médico-légal du médecin traitant ayant donné les soins lors du décès.

Y a-t-il un tarif prévu pour une pièce de ce genre et par qui doit-elle être payée, l'intéressée ou la sous-intendance à laquelle elle est destinée ? (On a informé ma cliente que les pièces nécessaires devaient lui être délivrées gratuitement, pour valoir à l'autorité militaire).

2° Le droit à une pension est-il reconnu à toute veuve non remariée et non divorcée de pensionné tuberculeux, quelle que soit par ailleurs sa situation de fortune.

Dr P.

Réponse.

1° C'est exact ; mais c'est l'intéressée qui doit vous honorer pour la rédaction de cette pièce médico-légale ; celle-ci, destinée à l'autorité militaire, peut être rédigée sur papier libre.

2° La question de fortune personnelle ne saurait entrer en ligne de compte dans l'établissement des droits à pension.

1590. — Situation militaire ; périodes d'instruction.

Ma classe de mobilisation est de 1912. J'ai fait la guerre et j'ai été démobilisé avec elle, comme médecin auxiliaire. L'année dernière, l'autorité militaire m'a offert d'être nommé médecin aide-major de 2e classe, à titre de réserve. J'ai accepté et j'ai été nommé en mars 1925.

1° Est-ce que, en cas de périodes, je marche avec ma classe de mobilisation, ou suivant la date de ma nomination au grade de médecin aide-major ?

2° Ai-je à prévoir des périodes ?

3° Au cas où je donnerais ma démission de médecin de réserve, quelles sont les formalités à accomplir, et quelle serait ma situation militaire après cette démission ?

4° J'ai reçu, ces jours-ci, de l'autorité militaire une demande à remplir, en vue d'une indemnité de 700 fr., pour frais d'équipement et habillement. Je l'ai retournée remplie. Ne voulant pas faire de périodes, ai-je eu tort ?

Dr T.

Réponse.

1° Pour les officiers, les périodes ne se décomptent pas comme pour les hommes de troupe ; ni la classe de mobilisation, ni la date de mobilisation n'entrent en ligne de compte.

2° « Le nombre et la durée des périodes sont fixés par le Ministre de la Guerre, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois » (article 49 de la loi du 1er avril 1923).

3° Offrez par lettre votre démission au Ministre. Si elle est acceptée, vous serez replacé dans une section d'infirmiers, en principe comme homme de troupe, en pratique, selon toute vraisemblance, en qualité de médecin auxiliaire.

4° Vous risquez d'être obligé de reverser votre première mise d'équipement et d'habillement.

2127. — Contre-visites d'accidentés du travail.

1° Une compagnie d'assurances me demande de contre-visiter un blessé actuellement guéri pour évaluer son degré d'incapacité permanente. Comme il s'agit d'une assurance personnelle et non d'un accident du travail, je ne pense pas qu'il y ait obligation de demander la présence du médecin traitant (que j'ai cependant l'intention d'avertir). De plus, dois-je considérer cela comme une contre-visite simple ou comme une expertise et quel tarif adopter ?

2° Le fait inverse se produit : une compagnie d'assurances demande à mon confrère de contre-visiter un de mes malades qui a, depuis un mois et demi, son certificat de consolidation, pour évaluer son degré d'incapacité permanente. S'agit-il là d'une contre-visite où la présence du médecin traitant est nécessaire ? Ce cas relève de la loi sur les accidents du travail. Quel tarif appliquer ?

Dr C.

Réponse.

1° Puisqu'il s'agit d'un accident du droit commun et non pas d'un accident du travail, il est certain que vous n'avez pas l'obligation de convoquer le médecin traitant à votre contre-visite. Au point de vue déontologique, il est cependant préférable de l'en aviser.

En ce qui concerne vos honoraires vous n'avez aucun tarif à appliquer. Cependant, il est d'usage, pour ces sortes d'expertises, de demander de 30 à 50 francs d'honoraires, suivant les difficultés techniques rencontrées et le temps passé, indépendamment des frais de déplacement, s'il y a lieu.

2° Puisque la blessure est consolidée et que, par conséquent, le blessé n'a plus besoin de soins, il n'y a plus à proprement parler de médecin traitant. Nous croyons donc que, légalement, le médecin contre-visiteur n'est pas obligé de convoquer le médecin traitant. Mais, par contre, le blessé ne peut non plus être contraint à subir la visite de contrôle, celle-ci n'étant prévue par la loi qu'au cours du traitement.

En cas d'accord entre les médecins et le blessé, nous estimons que les honoraires du médecin traitant doivent être réglés par l'assurance d'après le tarif Durafour. Quant aux honoraires du médecin contre-visiteur, la solution est la même que dans le premier cas.

2133. — Dépôt de certificat à la Mairie en cas d'accident à un assujetti volontaire.

Pour un patron agricole qui s'est soumis ainsi que sa famille (épouse et enfants) à la loi sur les accidents du travail, doit-on fournir, soit pour lui, soit pour sa famille un *certificat à la mairie*, ce certificat ne paraît obligatoire que lorsqu'il s'agit d'*ouvriers ou domestiques*.

Dr F.

Réponse.

Il paraîtrait logique, en effet, que l'obligation de déposer un certificat à la mairie soit réservée au cas où le blessé est un ouvrier agricole, payé par un patron et recevant un salaire. Mais la loi est conçue en termes généraux, sans faire aucune exception pour les patrons agriculteurs qui se sont placés eux-mêmes sous le bénéfice de la loi. Dans ces conditions, il nous semble indispensable qu'un certificat soit déposé à la mairie, dans tous les cas d'accidents du travail, même quand il s'agit d'un patron.

Application du Tarif Durafour

I

1898. — Intervention pratiquée le dimanche.

Je vous serais obligé de me donner le renseignement suivant au sujet d'un accident (loi de 1898 étendue aux accidents agricoles).

Un homme est blessé le *dimanche après-midi* et vient me trouver de suite : sutures multiples + sérum antitétanique. Dois-je ne compter la majoration du dimanche que sur une des interventions ou sur les deux ?

Dr B.

Réponse.

Vous n'avez ici *aucune* majoration à compter. Il n'en existe que pour la visite *seule* (article 3) et non pour les interventions, ni même pour la consultation, celle-ci nous objecta-t-on à la Commission, « ne dérangeant que fort peu (?) le médecin ».

F. D.

II

1870. — Spécialités pharmaceutiques.

Un blessé du travail, après une plaie contuse du sacrum, fait une tumeur maligne de la région : l'origine accidentelle n'est pas douteuse.

Il a suivi un traitement aux rayons X pénétrants et le confrère spécialiste lui ordonne un traitement complémentaire à la *Backerine*.

Or l'assurance refuse au pharmacien le règlement de cette Barckerine sous le prétexte qu'il *n'a pas à payer les spécialités* ? ?

Est-ce exact ? La loi doit avoir prévu certainement le cas ?

Dr A.

Réponse.

Les spécialités, sauf certaines, spécialement désignées dans le tarif pharmaceutique et parmi lesquelles je ne pense pas que se trouve celle dont vous parlez, ne sont pas comprises parmi les frais pharmaceutiques qu'un patron ou son assureur substitué sont tenus de payer.

F. D.

III

1873. — Suture de muqueuse.

Je suis embarrassé pour tarifer (accidents du travail) une suture de plaie transfixiante de l'extrémité antérieure de la langue. A quel chapitre du tarif chirurgical peut-on rapporter cette intervention et quel prix peut-on demander ?

Dr T.

Réponse.

Pour cette tarification, voir article 17, premier et deuxième alinéas. Il n'y a aucune distinction de tarification pour les sutures de la peau ou celles d'une muqueuse.

F. D.

IV

1931. — Plaies de doigts.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail qui présentait les blessures suivantes :

1° Plaie contuse face dorsale des deux phalanges du pouce gauche ; 2° plaie contuse de un centimètre carré au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

Ce blessé a été examiné deux fois pendant la durée des soins par le médecin de contrôle de la compagnie d'assurances, avec lequel j'ai été d'accord pour la date de reprise du travail. La durée des soins a été de 22 jours.

Ne pouvant réunir le pouce et l'index en un seul pansement et étant obligé de faire deux pansements différents, je me trouvais donc en présence d'un cas de pansements multiples sur un même segment de membre.

J'ai compté sur ma note d'honoraires des pansements à 15 fr., me basant sur l'article 17 du dernier tarif. La compagnie d'assurances a refusé de me payer ces pansements à 15 fr., d'où expertise.

L'expert donne raison à la compagnie en se basant sur ce fait que l'article 17 porte à sa fin une parenthèse où *il est dit que les* pansements pour plaies *superficielles* multiples des doigts d'une même main ne doivent être comptés que 10 fr.

Que doit-on entendre par plaie superficielle ? Je crois que des plaies contuses intéressant l'épiderme et les parties profondes du derme, qui mettent vingt-deux jours à se cicatriser, ne peuvent être envisagées comme des plaies superficielles et être assimilées à de simples égratignures.

J'estime qu'en acceptant les conclusions de l'expert, je crée un précédent qui peut porter préjudice à tous mes confrères.

Les blessures de ce genre étant très fréquentes chez les accidentés du travail, cette question de plaies superficielles a besoin d'être réglée pour éviter bien des différents dans l'avenir.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me faire savoir si je suis dans mon droit et si, refusant l'expertise, je dois demander une contre-expertise.

Dr C.

Réponse.

1° Il me paraît évident qu'on ne peut compter comme « très superficielles » des plaies ayant duré 22 jours. C'est moi-même qui, à la commission du tarif, ai proposé ces deux mots en 1920, lors de l'élaboration du tarif Breton, pour qu'on acceptât les « pansements multiples de doigts » (article 17), sans tomber dans l'exagération de compter les écorchures, égratignures et autres broutilles.

2° Mais la question qui se pose ici, en lisant votre lettre, c'est de savoir si, vu *l'emplacement même des plaies*, vous aviez à faire un seul pansement ou deux séparés. Or, ceci devient une question non plus plus d'application du tarif, mais de *fait* que je ne puis, n'ayant pas vu le blessé, que vous laisser juger vous-même, en conscience. F. D.

Quarante-huitième année — N° 29 — 18 Juillet 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1880-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains. Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et **Salins-Moutiers.** Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou, Portes.

Enghien-les-Bains. Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule. R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les-Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Charmont, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les-Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

AVIS

Tout médecin sollicité de venir s'installer dans les Ardennes, principalement à Gespunsart, est prié de vouloir bien s'adresser au Dr ROZOY, secrétaire du Syndicat des médecins des Ardennes, 26, rue du Petit-Bois à Charleville.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 337. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 338. — Méd. expér. reprend. automne prochain contre indemn. mod. client. méd. génér. 50.000 prouvés, pet. ville ou gros bourg. Côte d'Azur, vallée du Rhône, région provençale ou méditerr.

N° 339. — Aff. très intéress. deux cliniques à céder ensemb. ou séparé, région minière Nord, 80.000 l'une, et 60.000 l'autre, moitié compt. Urgent, cause surmenage.

N° 340. — On dem. assoc. stable, actif, pour gérer poste méd. Traitem. fixe et pourcent. Reprise éventuelle.

N° 341. — Oise. Auto Philos torp. 3 pl., 6 CV., éclair. démarr. électr., pneus conforts, amortis. Au plus offrant à part. de 7.000. Dr Ménil Pfeiffer, à Compiègne.

N° 342. — Pour chirurg. de province, à vend. ambu. limousine Peugeot, bien suspendue, éclair. électr., pneus 895 × 135, lit blanc, bon état mécanique, 10.000. Visible chez Landais, place Péreire, St-Germain-en-Laye.

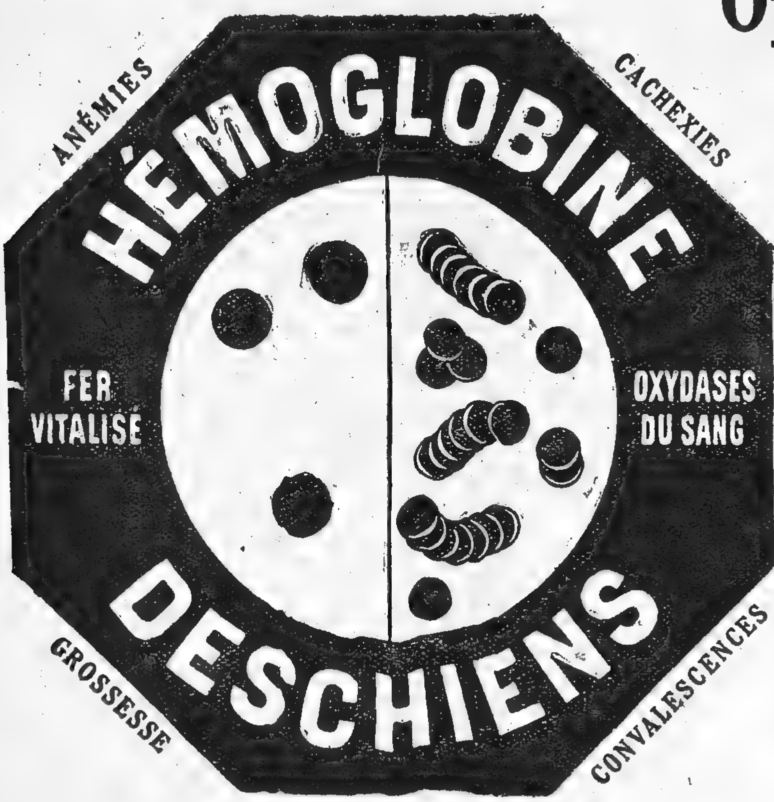
N° 343. — A céd., cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf. ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

N° 344. — Coutainville-plage (Manche). A louer, 1 min. plage, centre provisions : 1° maisonnette avec terrain pour 4 pers. septembre 450 fr. ; 2° logement, rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit, 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranquill., juin 250, juillet 360, août 600, sept. 300. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

N° 345. — Paris. Beau quart., cab. faisant 35.000 envir., appart. 5 p., salle bains, loyer 4.500 av. bail. Indemn. 40.000, y compris install. diverses. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 346. — Doct. recherche à louer ou achet. immeuble 30 ch. envir., quart. Montmartre ou voisin. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Docteur disposant de capitaux est recherché pour association maison repos, régimes, convalesc. à Nice, y trouverait direction médicale, écrire M. Nicolas, aven. Guy-de-Maupassant, « Assomption », à Nice.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie : Le Dr Henri Chatinière.** — Nous apprenons avec un très vif regret la mort de notre confrère, le Dr Henri Chatinière, de Paris. Le docteur Chatinière fut un collaborateur du *Concours médical* et nos lecteurs n'ont pas oublié les fines causeries qu'il y a publiées. Nous exprimons à Madame Chatinière et à sa famille l'expression de notre sympathie et nos sincères condoléances.

— **Le prochain Congrès de médecine légale** aura lieu à Lyon, en juillet 1927. Il coïncidera avec l'inauguration du buste du professeur Lacassagne, et il sera présidé par M. le professeur Etienne Martin, de Lyon.

— **Hôpital Tenon.** — M. Grégoire, chirurgien de l'hôpital Tenon, fait tous les vendredis, de 14 à 16 heures, dans son service, Pavillon Dolbeau, une séance démonstrative de technique chirurgicale.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Ophtalmologie.* — M. Trélat est nommé ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris.

— **Paris.** — *A la mémoire du professeur Thomas Jonnesco.* — Le 4 juillet, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, en présence de son Excellence M. le Ministre de Roumanie et sous la présidence du professeur Roger, doyen de la Faculté, a eu lieu une réunion commémorative en l'honneur du professeur Thomas Jonnesco, de Bucarest, récemment décédé, réunion organisée sur l'initiative de l'Association des étudiants roumains et des médecins roumains à Paris.

— **Lyon.** — *A la mémoire des professeurs Maurice et Auguste Polosson.* — Une cérémonie vient d'avoir lieu à l'hôpital de la Charité de Lyon au cours de laquelle le médaillon des frères Polosson (professeurs Maurice et Auguste Polosson) a été remis à cet hôpital.

— **Alger.** — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. P. Lombard.

— **Institut d'hygiène de la Faculté de Paris.** — Ont obtenu, à la suite des récents examens, le diplôme d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris : MM. Menentaud, Ramijean, Pecker, Becker, Coutelen, Fricker, Gousseinbekoff, La Bruyère, Lelièvre, Lontsky, Amaraggi, Périgord, Despontin, Garat, Duclos, Olivier, Georgiades, Bernheim, Bianquis, Polycrates. Eliava, Breton ; Mme Kharitonowsky.

— **Les Journées médicales de Paris.** — Au moment où paraît ce numéro, les Journées médicales de Paris sont en pleine action, et le succès qu'elles remportent, pour leur début, est considérable, tant par l'affluence des congressistes, que par la qualité des organisateurs et des conférenciers. Nous en rendrons compte prochainement. Mais nous avions le devoir de ne pas attendre pour faire cette brève constatation.

SYPHILIGRAPHIE

Le traitement d'épreuve anti-syphilitique.

Il est difficile de répondre en très peu de mots à la question posée : Quel est le meilleur et le plus rapide traitement d'épreuve antisyphilitique ?

Un traitement d'épreuve ne se différencie guère du traitement tout court ; on pourrait seulement préciser sa définition en disant que son efficacité démontre l'origine syphilitique, jusque-là douteuse, de certaines lésions. Mais, en fait, il n'a rien de spécial et c'est toute la thérapeutique antisyphilitique qu'il serait nécessaire, pour répondre à la question, de résumer en quelques lignes.

Or, en dehors des lois générales, la plupart des cas d'origine syphilitique douteuse sont des cas d'espèce, où les directives thérapeutiques peuvent être différentes.

Par exemple, nous doutons de la nature d'une éruption cutanée généralisée et soupçonnons sa nature syphilitique secondaire ; en pareil cas les arsénobenzènes intraveineux lèveront nos doutes dans le laps de temps le plus court ; ils constituent donc dans cet exemple le meilleur et le *plus rapide traitement d'épreuve.*

Il peut en être de même pour diverses lésions d'apparence tertiaire ; cependant diverses seront plus rapidement influencées par l'association aux injections de calomel de hautes doses d'iodure de potassium. Sera-ce pour cela le meilleur traitement ? Il peut avoir des inconvénients qui lui feraient discuter ce titre.

De même, en présence d'une hémiplégie, les injections intraveineuses d'arsénobenzènes peuvent être le meilleur et le plus rapide traitement d'épreuve ; mais il demande quelque douceur au début et nous lui associons volontiers, dans les jours intercalaires, les excellentes injections intraveineuses de cyanure de Hg, qui, à elles seules, pourraient suffire dans les cas où l'on croirait devoir redouter le choc des arsénobenzènes ; le cyanure est cependant souvent bien mal toléré lui-même. Pour le cas de syphilis oculaire il reste le médicament de choix, avec le bismuth pour certaines variétés d'accidents.

Pour certaines syphilis viscérales, le meilleur traitement n'est pas toujours le plus rapide ; car on risque, avec des médicaments trop rapidement actifs, de vives réactions, qu'il vaut mieux éviter. Le traitement d'épreuve peut dès lors ne faire sa preuve qu'après plusieurs séries différentes, ce qui retarde de plusieurs mois, quelquefois, le diagnostic de l'origine.

Je m'excuse de ne pouvoir que schématiser sur un pareil sujet, qui n'est pas, quoi qu'on pense à première vue, l'un des problèmes les plus simples de la médecine.

Dr Louis Bory.

JURISPRUDENCE

Vente (en général). — Animaux atteints de maladies contagieuses. — Fièvre aphteuse. — Abatage. — Décret du 6 octobre 1904, art. 63. — Contraventions. — Compétence du juge de paix.

COUR D'APPEL DE DOUAI (Ch. corr.)
25 *mars* 1926.
(*Gaz. Pal.*, 15 juin 1926.)

En cas de fièvre aphteuse constatée dans un marché, la fixation des conditions d'abatage du bétail provenant de ce marché ne rentre pas dans le cadre des mesures prévues par l'art. 5 de la loi du 21 juillet 1881 *et dont l'inobservation est sanctionnée par des peines correctionnelles aux termes de l'art.* 30 *de la même loi.*

D'autre part, en cas de fièvre aphteuse, la vente des animaux destinés à la boucherie est autorisée et leur abatage réglementé par l'art. 63 *du décret du* 6 *octobre* 1904 *pris en exécution de la loi précitée et de celle du* 21 *juin* 1898.

Et les contraventions aux dispositions de ce règlement étant passibles d'une amende qui doit être prononcée par le juge de paix du canton, conformément à l'art. 34 *de ladite loi du* 21 *juillet* 1881, *c'est à bon droit que le tribunal correctionnel se déclare incompétent pour en connaître.*

La Cour,

Attendu que le prévenu, boucher à Lille, a été cité devant le tribunal correctionnel de cette ville, en exécution des art. 1er, § 3, de l'arrêté préfectoral du 25 mai 1925, 63 du décret du 6 octobre 1904, 5 et 30 de la loi du 21 juillet 1881, comme n'ayant pas sacrifié dans le délai de cinq jours un certain nombre de bovins qui provenaient du marché de la Villette ;

Attendu que, suivant arrêté du 16 février 1920, complété par celui du 25 mai 1925, le préfet du Nord a constaté l'existence de la fièvre aphteuse au marché de la Villette et a fixé notamment les conditions d'abatage du bétail de cette provenance ;

Mais attendu que ces prescriptions ne rentrent pas dans le cadre des mesures prévues par l'art 5 de la loi du 21 juillet 1881 et dont l'inobservation est sanctionnée par des peines correctionnelles aux termes de l'art. 30 de la même loi ;

Attendu, d'autre part, qu'en cas de fièvre aphteuse la vente des animaux destinés comme en l'espèce à la boucherie est autorisée et leur abatage réglementé par l'art. 63 du décret du 6 octobre 1904 pris en exécution de la loi précitée et de celle du 21 juin 1898 ;

Attendu que les contraventions aux dispositions de ce règlement sont passibles d'une amende qui doit être prononcée par le juge de paix du canton, conformément à l'art. 34 de ladite loi du 21 juillet 1881 ; qu'à bon droit, le tribunal s'est déclaré incompétent pour en connaître ;

Par ces motifs, et ceux non contraires des premiers juges,

Confirme le jugement dont est appel ; renvoie le ministère public à se pourvoir ainsi qu'il avisera.

NOTE. — La vente des animaux atteints de fièvre aphteuse est exceptionnellement permise par l'art. 63 du décret du 6 octobre 1904, pour la boucherie sous certaines conditions ; Cass. 26 octobre 1925 (*Gaz. Pal*, 1925, 2.747), et la note.

Et ce décret porte règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 juillet 1881, dont l'art. 34 dispose que les règlements d'administration publique pris pour l'exécution de la loi « seront, suivant les cas, passibles d'une amende de 1 fr. à 200 fr., qui sera prononcée par le juge de paix du canton ». Le tribunal correctionnel est donc incompétent pour connaître de ces contraventions.

CORRESPONDANCE

2095. — Effet produit par l'appui du « Sou Médical ».

Je vous remercie de votre appui pécunaire dans l'affaire C. B. Voici comment elle a pris fin.

Mon encaisseur ayant écrit à Paris en avertissant qu'il était chargé d'engager des poursuites conformément à vos indications, j'ai reçu peu après la visite d'un inspecteur de la compagnie qui est venu me proposer la même forte réduction sur ma note. Mon argument relatif aux engagements pris par le médecin conseil au nom de sa compagnie a paru le mettre en fureur et il s'est retiré en débitant quelques inconséquences, disant notamment que seuls les agents de Paris avaient qualité pour engager la compagnie.

Deux jours après, je trouvais dans ma boîte un reçu à acquitter conforme à ma note d'honoraires.

Depuis que je suis installé, voici la deuxième fois que pareille comédie se produit.

Il ne faut donc pas céder, quand on a rédigé sa note honnêtement ... et il faut être bien prêt pour engager les poursuites. Dr V.

2176. — Recouvrement d'honoraires contre une succession.

En novembre dernier, j'ai été appelé pour soigner un malade par la femme de celui-ci. Soins prolongés, décès. Note de 1.500 fr. non contestée par la veuve qui me la demande avant de repartir pour Paris. En mars, ne voyant rien venir, j'écris. La veuve me répond qu'elle charge son notaire de me régler. J'écris à celui-ci que me répond que ma note est *portée au passif de la succession*. Ces jours-ci, ne voyant

rien venir, j'essaye d'un recouvrement par la poste, je reçois la réponse ci-jointe.

Or la succession est importante 2 ou 300 mille francs, mais paraît-il longue à débrouiller. Suis-je forcé d'attendre le bon plaisir du notaire pour me faire régler ?

Dr M.

Réponse.

Vous ne pouvez être contraint à attendre la liquidation de la succession de votre client pour toucher les honoraires qui vous sont dûs et, pour lesquels vous bénéficiez du privilège de dernière maladie. Vous pourriez donc écrire à nouveau au notaire pour le mettre en demeure de vous payer dans le délai que vous fixerez, en le prévenant, que, faute de satisfaction dans le délai imparti, vous citerez les héritiers devant le juge de paix (limite de compétence : 1.500 francs)

S'il existe plusieurs héritiers, l'action devra être introduite devant le juge de paix du lieu où la succession est ouverte, puisque le partage n'a pas encore eu lieu. S'il n'existe qu'un héritier, le juge compétent est celui de son domicile, conformément au droit commun.

1962. — Patente en cas de changement de poste.

Ayant cédé, le 1er mars 1926, la clientèle que j'avais à T., aurai-je, comme imposition, une patente correspondante aux trois premiers mois ?

Dois-je informer de mon départ le contrôleur des contributions directes ?

Dr X.

Réponse.

La patente, établie d'après les faits existant au 1er janvier 1923, restera due pour l'année 1926 entière et vous ne pourrez obtenir la réduction pour les neuf derniers mois, mais, dans votre nouvelle résidence, vous ne pourrez être imposé pour ces neuf derniers mois que si les droits dus étaient supérieurs à ceux payés pour la même période dans votre ancienne résidence.

Prévenez le contrôleur de votre départ.

A. M.

1914. — Contrôle de la déclaration de bénéfices professionnels.

J'ai déclaré cette année un bénéfice brut professionnel de .... 19.354 fr.

Déductions opérées :

Huile et essence	2.983 fr.	
Réparations et pièces auto..	1.037 fr.	
Amortissement auto	3.300 fr.	
Impôts, assurances, téléphone, livres, instruments etc.	1.206 fr.	8.526 fr.
Total net		10.828 fr.

Le contrôleur me répond que, se basant sur mes dépenses professionnelles, en particulier les dépenses en *huile et essence*, il se propose de me taxer à 40.000 fr. de recettes brutes, soit net à 40.000 fr. — 8.256 fr. = 31.474 fr.

Mes chiffres *sont rigoureusement exacts* et, livres à l'appui, je pourrais le démontrer. Je voudrais donc savoir ce que j'ai à faire pour lutter contre l'arbitraire du fisc qui est véritablement révoltant. Je vous serais infiniment reconnaissant de me faire savoir le plus tôt possible la marche à suivre.

Dr Z.

Réponse.

Nous vous conseillons de voir le contrôleur ou de lui présenter vos observations par écrit. Si le désaccord persiste, le contrôleur devra le soumettre à l'appréciation de la Commission instituée par l'article 12 de la loi du 4 avril 1926.

Tant que la Commission n'aura pas émis un avis sur votre affaire et indiqué le chiffre du bénéfice professionnel qui paraît devoir vous être attribué, le contrôleur ne pourra prendre pour base de votre imposition un chiffre différent de celui déclaré par vous.

Vous êtes évidemment convoqué devant la Commission et vous pouvez présenter vos observations, soit verbalement soit par écrit.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

1959. — Amortissement du prix d'achat d'une clientèle.

Je désire quitter X..., et suis sur le point d'acheter la clientèle d'un confrère.

Puis-je, si l'affaire se traite, déduire le montant de x francs versés, de mes bénéfices professionnels. Exemple : je verse au confrère qui me cède : 15.000 francs. Puis-je déduire 5.000 francs par an pendant 3 ans, sur ma déclaration d'impôt sur le revenu ?

De plus, en versant cette somme, ne suis-je pas en contravention vis-à-vis du fisc et n'ai-je rien à lui payer ? Dr N.

Réponse.

L'administration n'admet l'amortissement du prix d'achat d'une clientèle qu'autant que le contribuable peut prouver la dépréciation de la valeur de cette clientèle, ce qui, *a priori*, est très difficile à justifier.

D'autre part, l'acte constatant la cession de clientèle doit être soumis à l'enregistrement qui percevra un droit de 6.60 % (décimes compris); si l'acte fait mention d'une cession de droit au bail, le droit sera de 12 %.

A. M.

Voir la suite page XLVII-1927

PROPOS DU JOUR

Les héros sans gloire.

Huit ans ne sont pas encore révolus que l'oubli paraît déjà avoir fait son œuvre. Combien en est-il qui pensent à ces pauvres médecins, morts sans bruit pour la France au cours de la grande tourmente ? Un bloc de marbre a été dressé sous l'escalier monumental de la Faculté, semblable à la porte destinée à clore pour des siècles l'entrée d'une hypogée. Puis ce fut le silence et, sans doute, pour beaucoup l'oubli.

Dans un Livre d'or, luxueusement édité, ont été réunis les noms de nos héros, mais ceux qui cherchent dans cette liste (d'ailleurs, hélas ! fatalement bien incomplète) le souvenir d'un ami, a le cœur glacé par la sécheresse de l'énumération.

Une noble femme de lettres qui fut la compagne aimante et fidèle d'un de ceux que nous avons regrettés et que nous oublions trop aujourd'hui, a ressenti cette pénible impression en cherchant dans le Livre d'or le nom de son mari. Elle a pensé qu'on pourrait faire sinon plus, du moins autre chose, pour raviver le souvenir des médecins morts pour la France, des *Héros sans gloire* comme elle s'est plue à les dénommer.

Avec une obstination et un courage que seule peut donner la ferveur du culte d'un être aimé et disparu, elle s'est acharnée à compléter la liste funèbre qu'elle a accrue de plus de cinquante noms. Elle a compulsé les archives et les journaux, interrogé les familles, les amis, les camarades, les anciens chefs. Elle a exhumé les pieuses reliques des correspondances déjà jaunies, des carnets de route souillés, pour décrire l'existence douloureuse des dernières années de ses *Héros sans gloire*. Les portes et les cœurs se sont ouverts devant Madame Veuve A.-René Brouillhet et elle a pu écrire un très beau livre dédié à ces soldats sans panache parmi lesquels se détachent de belles figures épiques, si pures et si grandes qu'on ne sait si elles appartiennent à l'histoire ou à la légende.

Les Héros sans gloire vont être édités sous peu par M. Lavauzelle (1) qui, sachant bien que pareille œuvre ne pourrait jamais être un grand succès de librairie, n'a pas hésité à faire les frais de l'impression, touché par le noble but que poursuivait l'auteur.

L'intérêt des documents publiés est poignant. Parmi les épreuves nous détachons une page au hasard entre cent autres et en donnons la primeur à nos lecteurs :

Extrait de « Les Héros sans gloire »

(*Journal de guerre, du* Dr Pierre Beurier),
(*Mission médicale française en Serbie*).

....

« 16 février 1916,

« Il faut voir arriver ces chalands ou vapeurs pleins de Serbes hâves, éreintés, déguenillés, se traînant à peine....., il faut les voir gravir péniblement sous la pluie, à moitié nus, les chemins qui mènent aux tentes ... ! Oui, c'est surtout cela, qu'il faut voir, les grandes tentes des moribonds. Il faudrait aussi, les avoir entendus gémir et râler, les avoir vus tandis qu'on les regarde marcher chancelants, le regard déjà éteint, tout à coup tomber : ils sont morts ! Et les tas de cadavres, et dans les tentes les mourants serrés contre les morts ! Et ceux qui cheminent vont à pied dans la boue. Et les morts entassés près de l'appontement par pile de 100 ou 150 attendant que des barques les portent sur le « Saint-François-d'Assise » qui va les immerger une pierre au pied à quelques kilomètres de là... Tout cela, sans un nom, sans un chiffre, combien sont-ils ? Combien en reste-t-il ? On ne sait.

« Le 17 février 1916,

« Les malades arrivent par troupeaux de 2 à 300 par jour. En loques. Il y en a toujours deux ou trois de morts sur le bateau qui les amène, un ou deux en montant vers les tentes. Ici, on a d'infernales visions. Les tentes mises au début par la marine, où sont entassés pêle-mêle 100 à 150 pauvres guenilles humaines, sans couvertures, sans même d'habits. Cependant de jour et de nuit des corvées sont occupées à monter des tentes et des baraques. Dès que l'une est libre on la remplit. Pour cela on prend un des pauvres diables qui attendent par centaines en plein vent ou sous la pluie, on le déshabille, on le passe par trois baquets pour le désinfecter et les vêtements (quels vêtements) sont brûlés. De là, les hommes sont portés dans les tentes, on leur met une chemise, on leur donne des draps, deux couvertures. Quand il n'y a plus que quelques places, il faut voir ces misérables tendre leurs papiers et montrer qu'ils ont les

(1) On peut dès maintenant souscrire chez cet éditeur, 124, boulevard Saint-Germain, à Paris.

cheveux rasés, qu'ils sont prêts à être lavés. Mais c'est impossible ! ..... Alors, ils se replient par terre et restent là. Le lendemain, il y en a huit ou dix morts. Il y en a qui meurent sur les chemins en vous regardant. D'autres qu'on veut faire relever pour les faire passer à la désinfection sont morts. Le plus affreux, ce sont les vivants, les moribonds. Et partout des poux par couches atteignant un demi-centimètre.

....

(Plus loin au sujet d'une visite du Prince Héritier de Serbie, le Roi actuel) :

« Dans la plus affreuse tente, Il est entré : tente serbe de la cachexie ! et là tandis qu'il regardait muet d'horreur, ces formes se sont soulevées et ont crié « Vivejo ! » sur quel ton lamentable le hourra des mourants ! C'était quelque chose de poignant.

Le docteur Pierre Beurier mourut quelques semaines après la démobilisation, enlevé lui aussi par le typhus, contre lequel il avait lutté pendant de longs mois pour sauver des vies humaines.

Nous adressons nos félicitations les plus émues à Madame A. René Brouillhet, pour l'œuvre qu'elle a pieusement réalisée ; nous savons avec quelle émotion elle a feuilleté les documents qu'on lui a confiés ; nous nous doutons des nuits sans sommeil, et des douloureuses évocations que lui a coûtées la tâche qu'elle s'est imposée comme un devoir, celle d'honorer *les Héros sans gloire.*

Sans gloire ! Mais est-il besoin de gloire pour être un héros ? Comme a dit Lamartine :

> Et qu'est-ce que la gloire ? Un vain son répété,
> Une dérision de notre vanité,
> Un nom qui retentit sur des lèvres mortelles,
> Vain, trompeur, inconstant, périssable comme elles,
> Et qui, tantôt croissant et tantôt affaibli,
> Passe de bouche en bouche à l'éternel oubli !
> Nectar empoisonné dont notre orgueil s'enivre,
> Qui fait mourir deux fois ce qui veut toujours vivre !

Gardons dans notre cœur, comme Mme A.-R. Brouillhet le pieux souvenir de nos confrères, de nos amis, morts pour la France, de nos Héros que nous aimons purs et sans gloire.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

L'AVORTEMENT CRIMINEL

Par Henri VIGNES.

Accoucheur des Hôpitaux.

Dans un précédent article, nous avons déjà souligné combien il est difficile d'évaluer le nombre des avortements criminels, surtout si les aveux de l'intéressée font défaut.

Sûrement, dans certains milieux et dans certaines circonstances, il est considérable (1). Abernetty (2) indique sur 100 cas, 34 avortements criminels ou de cause inconnue et Horvatt (3) arrive à 50,8 % d'avortements criminels sûrs et 15 % d'avortements criminels probables.

Pour apprécier, à sa juste valeur, la place occupée par l'avortement criminel, il faut se rappeler que si certains des moyens employés ont une efficacité radicale, d'autres sont loin d'être infaillibles. Il y a un facteur extrêmement important, constitué par la susceptibilité individuelle de chaque femme qui se manifeste pour l'avortement criminel comme pour l'avortement spontané.

Chez certaines, une fatigue, un voyage, une injection un peu chaude, suffisent à déclancher l'avortement ; chez d'autres au contraire, les exercices corporels les plus violents, les sports les plus épuisants, les traumatismes mêmes (1), n'ont aucune action sur le produit de conception qui continue à se développer (2).

(1) Il est probable que, de façon globale, ce nombre est en voie d'augmentation.
(2) *Mediz. Klin.*, 4 déc. 1921, p. 1475.
(3) Statistique sur l'avortement criminel. *Monats. f. Geb. und Gyn*, 1922, p. 278.

(1) H. VIGNES. — Traumatisme et gestation. *Journ. des Praticiens*, 20 oct. 1923.
(2) Par exemple, OZENNE, dans une observation souvent citée, a raconté l'histoire d'un cas de tolérance extraordinaire d'un utérus gravide. On a rapporté plusieurs cas de femmes qui, ayant introduit dans leur utérus une sonde, l'ont conservée durant toute leur gestation sans que celle-ci en fût gênée. Chaton a vu une IIIpare qui, pour interrompre une gestation, introduisit dans son utérus une sonde munie d'un mandrin ; puis retira le mandrin seul, sans qu'il y ait écoulement

De plus, les manœuvres abortives n'agissent pas toujours par action directe sur la fibre utérine ou sur l'œuf ; elles peuvent déterminer un degré plus ou moins accentué d'infection des membranes au niveau du pôle inférieur de l'œuf ; et du progrès de l'endométrite infectieuse ainsi déclanchée, résultera secondairement l'avortement. Il arrive que celui-ci survienne au bout de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines, alors que la femme n'y comptait plus.

Il n'existe pas ou peu de signes objectifs qui permettent de dire qu'un avortement est criminel. — Les seules preuves réelles consistent dans la constatation de traces matérielles laissées sur l'organisme maternel ou fœtal par l'agent traumatisant. Cependant beaucoup de ces signes ont été contestés quant à leur valeur absolue.

Mais à côté des signes de certitude, on s'est demandé s'il n'existait pas des signes de présomption, tirés de diverses particularités observées dans la marche de l'avortement.

C'est ce que Boissard a essayé d'établir et il a donné les signes suivants :

1° la mort subite, par un réflexe inhibitoire parti de l'orifice interne du col ;

2° la durée et la persistance de l'écoulement sanguin (1) ;

3° le caractère profus de l'hémorragie (2) ;

4° la rétention prolongée de l'œuf (3) ;

5° l'intensité et la précocité des phénomènes infectieux. La coexistence de phénomènes infectieux et de l'avortement a « mauvaise réputation ». Fabre enseignait que tout avortement accompagné d'infection est criminel. Cette affirmation, exacte en général, est cependant exagérée, si on la généralise, car bien des femmes, après une fausse couche absolument spontanée, peuvent faire des accidents infectieux parce que leurs voies vaginales étaient antérieurement le siège d'une infection plus ou moins marquée.

En réalité, tous ces signes ne peuvent être envisagés que comme des signes de présomption en faveur d'une origine criminelle de l'avortement, ils peuvent entraîner les soupçons du médecin, mais ils ne lui fournissent pas la certitude.

Substances abortives. — Pour compléter cette étude de l'avortement criminel, il nous faut maintenant aborder la question des substances abortives.

Certaines substances, telles que la rue, la sabine, l'absinthe, l'apiol, l'ergot de seigle, etc. jouissent de la réputation de déterminer l'avortement en provoquant les contractions utérines, ou en créant une congestion de la caduque.

Pour la plupart des auteurs, cette réputation est usurpée ; il n'existerait pas de médicaments abortifs, mais des toxiques dont les effets ultimes comportent l'avortement. Et encore ce dernier n'est-il pas constant même au cours d'intoxications violentes, voire mortelles.

Pourtant en dehors des cas où l'intoxication a déterminé l'avortement par la grave atteinte de l'état général, on peut se demander s'il n'existe pas des abortifs qui sont spécifiques, qui s'adressent à la fibre utérine ou au produit de la conception, pour exciter l'une, tuer l'autre.

Plomb. — Les recherches de Blair Bell et de ses collaborateurs semblent bien établir que le plomb a une activité élective sur l'épithélium des villosités et que l'avortement peut être produit par une dose abortive, qui ne lèse pas ou peu l'organisme maternel et qui est environ moitié de la dose léthale. A titre de comparaison, Blair Bell a étudié le cuivre, le thalium et le thorium. Ces médicaments n'ont d'action abortive qu'aux doses subléthales et alors ils produisent l'avortement par lésions hémorragiques de la caduque (1).

Nitrobenzol. — Spinner, étudiant 16 tentatives d'avortement par le nitrobenzol, conclut que ce produit n'a d'action sur l'embryon que dans la mesure où il agit sur la mère en gênant l'oxygé-

---

de sang ou de liquide. En présence de quelques signes péritonéaux, on opéra et on retrouva la sonde dans le cul-de-sac vaginal antérieur : il y avait deux perforations utérines. Or, malgré cela, la gestation a continué et l'accouchement s'est produit normalement. (Un cas anormal de tolérance de l'utérus gravide au traumatisme. *IVe Congrès de l'assoc. des gynécologues et obstétriciens de langue française*, 1925.)

(1) « Un certain nombre de femmes dont les règles sont supprimées depuis plusieurs semaines, c'est-à-dire enceintes, perdent chaque jour et d'une façon à peu près continue une petite quantité de sang pur, soit mélangé d'un peu d'eau ; cette perte n'excède pas en général cent grammes par jour. Elle est due à un placenta partiellement, légèrement décollé, qui ne meurt que lentement, peu à peu, et par la plaie, chaque jour, s'écoule un peu de sang ; à la longue le fruit meurt et tombe » (Boissard).

(2) « D'autre fois, l'hémorrhagie est d'emblée profuse ; la femme enceinte de 6 à 8 semaines est amenée à l'hôpital, mourante, sans pouls exsangue, les extrémités froides. La plupart du temps dans ce cas, le traumatisme utérin a été violent, un sinus a été ouvert et l'hémorrhagie est profuse et souvent foudroyante » (Boissard).

(3) « Lorsque la femme est enceinte de moins de 2 mois, il est de règle pour ainsi dire absolue, disait Boissard, de voir l'avortement spontané se faire en un seul temps ; la femme expulse en une fois un œuf complet, ouvert ou fermé, dans les cas que nous avons en vue, on voit, au contraire, l'expulsion se faire en deux temps, et on assiste à une rétention placentaire qui n'en finit pas, s'accompagnant ou non d'infection. Ces faits se voient surtout lorsqu'il y a eu ponction de l'œuf et que le placenta fixé à la paroi utérine continue à vivre encore un certain temps » (Boissard).

(1) The Specific action of lead on the chorion epithelium of the rabbit. *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, tome XXXII.

Voir aussi Holm. — L'oxyde de plomb comme agent abortif. *Ugeskrift f. Laeger*, fév. 1924.

nation et en formant de la méthémoglobine. Ce toxique agirait à peu près de la même façon que l'oxyde de carbone (1).

Ocytociques. — Les ocytociques tels que l'hypophyse et l'ergot de seigle, ne peuvent produire de contractions efficaces de la fibre utérine au début de la gestation (2). Réserves faites quant à la susceptiblité individuelle des femmes, il faut employer de fortes doses et ne pas être trop éloigné du terme pour provoquer le travail, comme si pour agir, ces substances avaient besoin d'une certaine maturité de la fibre utérine. Mais cependant il est quelques femmes particulièrement prédisposées, chez lesquelles ces médicaments ont pu provoquer l'avortement, sans signes d'intoxication grave.

On a beaucoup discuté pour savoir si la quinine peut provoquer l'avortement. Ce point a un intérêt tout particulier dans les régions impaludées. Pour de nombreux médecins coloniaux, la quinine n'a pas d'action abortive ; au contraire en supprimant la fièvre palustre, elle contribue plutôt à enrayer l'avortement. D'autres médecins ont vu des cas où l'administration de quinine avait déterminé l'avortement ou l'accouchement prématuré, soit quand elle produisait en même temps des phénomènes graves d'intoxication, soit sans cet épiphénomène. Enfin Tarnier et d'autres auteurs ont rapporté des cas nets d'avortement après ingestion de quinine à doses modérées et ils expliquent ces faits par une sorte d'idiosyncrasie. Il semble que ce soit à cette opinion éclectique que nous devons nous rallier : Razetti (de Caracas), après avoir signalé des cas où la quinine a empêché des paludéennes d'avorter, rapporte d'autres cas où ce produit semble bien avoir déclanché des avortements.

Médicaments congestionnant le pelvis. — Dans des expériences que j'avais entreprises pour ma thèse et que j'avais incidemment signalées dans ce travail (1), j'avais essayé d'apprécier l'action de l'apiol, de la cantharide et du safran sur les organes génitaux de femelles non pleines. En relisant les protocoles de ces expériences, je relève les faits suivants, qui indiquent bien la possibilité de créer une hyperémie de la muqueuse utérine, laquelle ne saurait être sans danger pour l'œuf, quand il y a un œuf *in utero.*

	Substance injectée		Utérus	Ovaire
Lapine 38	cantharidine	(0.01)	*congestion légère*	congestion.
Cobaye 32	*id.*	(0.02)	œdème et réaction inflammatoire de la sous-muqueuse, congestion légère.	congestion légère ovulation très active.
Cobaye 37	*id.*	(0.02)	très légère congestion.	normal.
Lapine 39	Apiol	(0.04)	congestion très intense	normal.
Lapine 40	Safran		congestion	congestion.
Lapine 41	Safran		congestion très légère	normal.

D'autre part, *les extraits d'ovaire* employés à très hautes doses chez les femelles pleines m'ont permis, dans certains cas, de déterminer des hémorragies importantes de la caduque. Il est possible que certains extraits d'ovaire aient pu avoir le même effet dans l'espèce humaine.

Au total, il semble bien possible que, soit en agissant sur le chorion, soit sur la caduque, divers médicaments puissent créer un état tel que l'œuf meure ou soit décollé. Ces médicaments méritent le nom d'abortifs. D'autres médicaments agissent sur la fibre utérine, de façon inconstante et variable et provoquent des contractions qui peuvent aller jusqu'à décoller l'œuf. Là encore, l'épithète d'abortif est justifiée, encore qu'il reste à expliquer le pourquoi de la variabilité de l'effet obtenu.

(1) SPINNER. — Nitrobenzol als abortivum. (*Corresp. Bl. f. Schw. Aertze*, 27 oct. 1912.

(2) Voir VIGNES. — Physiologie obstétricale, chap. XVIII, la médication ocytocique.

(1) VIGNES. — Notes et recherches sur la menstruation. Thèse de Paris, juillet 1914, p. 53.

LA PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE A L'ART DE GUÉRIR

Par le Dr Pierre Prost.

(*Suite et fin*) (1).

IV

Applications et indications de la psychothérapie.

Pour bien préciser quelles sont les conditions d'application des divers procédés énumérés dans notre dernière étude et quelle est la vaste étendue de la psychothérapie, nous allons citer quelques observations typiques cherchant à montrer la genèse psychologique des troubles constatés et le mécanisme de leur guérison.

Puis, autour de chacune de ces observations, nous grouperons les troubles analogues et justiciables, par conséquent, d'un semblable traitement.

Mais, si, en médecine, il est classique de dire qu'il faut considérer le malade et non la maladie, ce qui revient à dire que la médecine est un art, cet axiome est encore plus vrai en psychothérapie où les règles générales de traitement sont loin d'être absolues.

Pourtant, dans chacune de ces observations, il sera toujours facile de constater le déséquilibre du malade par excès d'attention ou de détente, et aussi, comment sa guérison est l'aboutissant d'une meilleure équilibration fonctionnelle.

* * *

Les troubles du **sommeil et du réveil** sont peut-être parmi les plus fréquemment constatés, en association avec d'autres symptômes.

Pourtant dans l'observation suivante ils constituent l'objet principal du traitement.

Observation I.

F., âgée de 34 ans, célibataire, sans profession. Consulte le 18 mai 19.. pour des crises de somnolence, et quelquefois même de sommeil, survenant à plusieurs reprises dans le courant de chaque journée, sans cause apparente, aussi bien au cours d'une conversation, qu'à table, en voiture, en travaillant ou même en marchant.

Lorsque la crise éclate, il se produit quelques mouvements spasmodiques des bras, du cou, des globes oculaires et des muscles de la face. Il y a alors occlusion partielle ou totale des yeux et la malade dit qu'elle est alors « absente ».

Pourtant, fait typique, intéressant à constater, lorsque ces phénomènes se sont produits alors que la malade marchait seule, dans Paris, jamais un accident, même léger, n'est survenu, malgré que la malade ait toujours continué à marcher.

De même, lorsque la crise survint pendant un parcours en autobus ou en métro, jamais la malade ne dépassa la station où elle devait descendre.

En dehors de ces troubles accusés par la malade elle-même ou par sa mère, il est aisé de remarquer son tempérament émotif, ses fréquentes rougeurs du visage. Elle reconnaît être timide, mal à l'aise dans les réunions mondaines. Mais, cette gêne s'explique, en partie, puisque des crises peuvent se produire en société et couvrir la patiente de ridicule.

De même, un manque presque absolu de décision, de personnalité, de volonté, est vraisemblablement la conséquence de l'autoritarisme d'une mère, près de laquelle la malade est restée très « petite fille » malgré son âge.

Pas de signes somatiques.

Pas d'antécédents héréditaires.

Plusieurs frères et sœurs bien portants.

Mais, en poussant plus à fond l'interrogatoire de la malade, on apprend que le sommeil nocturne est très défectueux : lent à venir, très léger, coupé de réveils fréquents et s'accompagnant de cauchemars et même d'hallucinations auditives.

Et, cette opposition apparente entre les deux principaux troubles pour lesquels consulte la malade : des crises de pseudo-somnambulisme survenant en plein jour, et l'impossibilité de réaliser, la nuit, un sommeil normal, met bien en évidence ce déséquilibre fondamental entre la veille et le sommeil dont nous avons cherché à souligner l'importance dans une précédente étude.

Une mauvaise détente, entraînant un mauvais sommeil, ne permettait à la malade qu'un repos insuffisant. Une somnolence diurne était la conséquence de cette insomnie habituelle. Enfin l'émotivité aidait à la production des crises par une autosuggestion de crainte survenant notamment aux moments où la malade les redoutait le plus.

Mais, comment, dans quelles conditions, était survenue la première « crise » ? — Il nous fut impossible tout d'abord de le déterminer. Mais, plus tard, la malade nous avoua ce qu'elle n'avait, du reste, jamais confié à personne : à 21 ans, un jeune homme (qui lui plaisait, paraît-il, beaucoup) lui déclara son amour. Or, l'émotion produite par cette déclaration fut si forte que la malade ne put articuler alors aucun

(1) *Concours médical*, nos 15, 18 et 23 (pages 961, 1155 et 1515).

son. Le jeune homme, n'ayant pas su comprendre la cause de ce silence, s'abstint alors de demander la main de la jeune fille, et celle-ci en éprouva un grand chagrin qu'elle cacha toujours soigneusement à tous.

Or, depuis cette aventure, la malade brûlait du désir de se marier ; mais, chaque fois qu'elle se trouvait seule avec un prétendant, l'émotion déterminait une de ces « crises », si redoutées, et le projet ébauché n'était pas poursuivi davantage.

A l'origine de cette névrose se trouvait donc bien une émotion incomplète d'ordre sexuel, un désir insatisfait et inavoué, conformément aux théories de Freud.

Notre premier but thérapeutique fut de rééduquer le sommeil, de façon à supprimer la somnolence diurne. Nous ne manquâmes pas d'ailleurs d'expliquer à la malade le rapport existant entre ses « crises » diurnes, ses insomnies nocturnes, et son émotivité ; de lui faire remarquer que, dans bien des cas, elle provoquait ses « crises » en les redoutant.

Puis, par hétéro-suggestions, suivies d'autosuggestions « de rappel », nous nous attachâmes à supprimer l'hyperémotivité.

Enfin, des exercices d'attention furent entrepris pour compléter le réveil de la malade dans la journée, pour développer sa personnalité.

Dès les premières séances, la malade dort mieux, n'a plus que deux ou trois crises par jour ; et les hallucinations auditives ne se produisent p us. Elle commence déjà à reprendre confiance en elle et se sent moins émotive.

Le 29 *mai*, pour la première fois depuis bien des années, la malade a eu sept heures consécutives d'un sommeil calme et reposant.

Le 31 *mai*, la malade parvient à supprimer une partie de ses crises par autosuggestion et reste même, pendant 48 heures consécutives, libérée de toute crise. Celles-ci sont, du reste, moins accusées, incomplètes. Quant au sommeil, il est habituellement alors d'une durée de 6, 7 ou 8 heures par nuit.

Le 20 *juin* (après un mois de traitement), la malade part en vacances et le traitement est interrompu. Pendant ce temps, la patiente est donc entièrement livrée à elle-même. Elle peut quand même nous écrire : « Mes malaises sont si rares que je n'y pense plus » et nous dire qu'elle jouit d'un sommeil calme, est beaucoup plus hardie, plus active et plus gaie.

En *septembre* pourtant, le traitement est repris pour parfaire la guérison, car quelques crises légères et très espacées surviennent encore.

Enfin, les obligations mondaines sont heureusement reprises de façon plus suivie, la tendance à la rêverie diurne s'atténue de plus en plus.

Le 3 *janvier*, la malade est fiancée, et les préliminaires de ces fiançailles n'ont été troublés par rien d'anormal. La malade se considère comme complètement et définitivement guérie. Elle est gaie, active. Son élocution est facile. Son teint est rosé et sa physionomie transformée. Son mariage a lieu au début de *mars*.

L'intérêt de cette observation sera encore accru quand on saura que la malade appartenait à une famille médicale, et que, pendant les treize années que dura sa névrose, elle fut soumise à de nombreux traitements variés. Elle n'obtint jamais aucune rémission de ses malaises qui, au contraire, s'aggravèrent constamment.

Seule la psychothérapie parvint à la guérir, malgré une très fâcheuse interruption de trois mois après un seul mois de traitement.

Nous pouvons rapprocher de cette observation qui témoigne de la guérison simultanée d'un **somnambulisme** et d'une insomnie de plusieurs années, les nombreux cas d'**insomnie** simple, ou, le plus souvent associée à des troubles divers, si fréquemment observés par les psychothérapeutes.

De même il faut citer ici certains cas de **léthargie** : des « dormeuses » célèbres furent, après de longues années, réveillées par le simple secours de la psychothérapie. Nombreux, enfin, sont ces « **rêveurs éveillés** », jamais absolument présents dans le monde où ils vivent ; le professeur Claude a défini cette psychose nouvelle sous le nom de **schizomanie**.

***

Observation II.

H., de 36 ans, marié, père de trois enfants bien portants. Aucun antécédent héréditaire ou personnel, sauf une scarlatine à l'âge de 25 ans, et, au point de vue mental, une émotivité exagérée, entraînant une certaine timidité.

Caissier dans une grande banque, il y est très apprécié, depuis déjà longtemps, tant pour la régularité de son travail, que pour sa parfaite probité. De très grosses sommes lui sont journellement confiées.

Or, en janvier 19.., un vol important est commis dans cette banque, sans que le voleur puisse être identifié.

L'affaire étant remise entre les mains d'un juge d'instruction, celui-ci interroge un certain nombre d'employés, et, parmi eux, bien entendu, le caissier, comme susceptible de l'éclairer dans ses recherches.

Malheureusement, celui-ci, émotif, se laisse aller, au cours de sa déposition, à un lapsus, employant le mot « avant » au lieu du mot « après ». Il se reprend aussitôt ; mais, dès ce moment, une obsession s'implante dans son esprit, et qui ne cessera plus ensuite de le hanter : c'est la crainte qu'on ne le croie coupable du vol.

L'instruction n'aboutissant pas à la découverte du coupable, l'obsession prend de plus en plus d'importance, trouble le sommeil, l'appétit du malade, le privant de sa gaieté coutumière ; puis, au bout de quelques semaines, en mars, l'oblige même à cesser son travail de caissier.

Le directeur de la banque le faisant appeler, lui affirme sa confiance absolue en son innocence, essaie

de le convaincre, et, se rendant compte de la dépression, tant physique que morale, de son employé, l'engage à se reposer à la campagne et lui accorde un congé payé.

Ce séjour au calme n'amène pas la guérison désirée. L'appétit devient un peu meilleur, mais l'insomnie persiste. Le malade ne dort que grâce à des drogues hypnotiques qui lui procurent un sommeil lourd, peuplé de cauchemars, et accompagné de sueurs profuses. Courbature et céphalée au réveil en sont la conséquence, et souvent, un tremblement émotif rend tout travail impossible.

Le malade revient donc à Paris. Il passe ses journées chez lui, ne pouvant qu'aider vaguement sa femme dans les soins du ménage. Son obsession le poursuit au cours de toutes ces occupations matérielles, et ne lui en permet aucune autre : lecture, conversation, par exemple. Il fuit toute société.

Le médecin de la banque, qui a suivi toute l'évolution de cette psychose, décide, en mai, d'avoir recours à la psychothérapie, et le 10 *mai* 19. ., soumet le malade à mon examen.

Aucune tare organique n'est alors apparente, sinon un peu d'exagération des réflexes rotuliens. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Le malade semble abattu, triste, les traits contractés, et déclare ne pouvoir se débarrasser de son obsession « tant qu'on n'aura pas démasqué le coupable du vol ». Tous ses efforts pour y parvenir n'aboutissent jamais qu'à la rendre plus vivace, selon la « loi de l'effort converti » énoncée par Charles Baudouin.

La première séance de psychothérapie a lieu le 10 mai.

Le sommeil devient déjà bon dès la première nuit qui suit cette séance, et cette amélioration permet de bien augurer du succès de la cure.

Celle-ci consiste en séances d'hétérosuggestions, dans l'intervalle desquelles le malade pratique l'autosuggestion, d'abord au moment de s'endormir ; puis, dans la journée, chaque fois, que le besoin s'en fait sentir.

De la sorte, le malade parvient à chasser son idée obsédante dès qu'elle se présente à son esprit. Et, comme, d'autre part, le sommeil est bon, une plus grande activité peut lui être demandée. Il faut, en effet, supprimer les moments de rêverie qui étaient fréquents et l'occasion certaine de « ruminer » l'obsession.

Dès le 12 *mai*, le malade fixe suffisamment son attention pour pouvoir faire facilement quelques calculs (additions assez longues) qui constituent la première reprise partielle de ses occupations professionnelles.

Le 13 *mai*, sa femme prépare, sur mon conseil, un grand nombre de fiches représentant des billets de banque de diverses valeurs (au total, une centaine de mille francs), et émet, ensuite, une série de chèques fictifs pour permettre au malade le maniement de ces valeurs. Pendant une heure et demie, il manipule ces chèques et espèces, fait les opérations de vérification de cette caisse imaginaire, et s'aperçoit qu'il n'a pas fait d'erreur.

Il commence alors à reprendre confiance, est plus éveillé, et montre plus d'entrain.

Le 14 *mai*, ces mêmes exercices sont repris avec succès, et encore plus facilement, les sommes maniées s'élevant à un million et les difficultés étant accumulées à dessein. Le soir, le malade va retrouver un ami et prend plaisir à converser avec lui.

Le 16 *mai*, le malade va faire visite à sa banque, reprend contact avec ses camarades, et décide avec le chef du personnel d'y venir travailler « en amateur » et en dehors de sa caisse.

Le 17 *mai*, il vient, pour la première fois, seul chez moi, alors que sa femme était toujours obligée de l'accompagner jusqu'à ce jour.

Le 19 *mai*, il fait une demi-journée de travail à sa banque, et le 20 *mai*, une journée complète, ainsi que tous les jours suivants.

Le 3 *juin*, le malade reprend, à la caisse, le poste qu'il occupait avant de tomber malade. Il exécute très facilement son travail, et sans la moindre crainte.

Le traitement est alors suspendu et le malade vient me voir le 10 *juin* pour me confirmer que sa guérison est définitive.

Il est complètement libéré de son obsession, mange et dort bien, est beaucoup moins émotif qu'autrefois, et mène une vie normale à tous les points de vue. Son aspect extérieur est entièrement modifié : il se tient droit, est souriant, épanoui, éveillé. C'est un homme bien portant et heureux de vivre.

Deux ans plus tard, la persistance de cet état m'était confirmée par le médecin de la banque qui a l'occasion, par ses fonctions, de continuer l'observation de cet ancien malade.

Cette deuxième observation permet de se rendre compte de la façon dont, grâce à une détente émotive, par une sorte d'auto-hypnose, une idée « parasite » peut s'implanter dans l'esprit ; comment celle-ci peut ensuite, par une véritable « intoxication mentale », troubler, à la fois, le sommeil et l'attention ; comment elle peut enfin entraver toute vie active chez le malade.

Bien des cas, moins tranchés que celui-ci, se rencontrent fréquemment dans la pratique courante, **d'aboulie, d'indécision, d'idée fixe ou d'obsession.**

*
* *

Observation III.

F. de 38 ans, mariée, sans enfant. Comme antécédent héréditaire, une grand'mère « très nerveuse » d'après la malade, mais sans pouvoir préciser en quoi consistait cette grande nervosité.

Pas d'antécédent personnel, sauf des hémorroïdes, ayant nécessité, six mois plus tôt, un traitement électrique. Celui-ci marque d'ailleurs, le début des troubles actuels, sans qu'il soit, toutefois, possible de dé-

mêler la relation de cause à effet qui existe entre eux.

La malade nous est adressée le 7 *décembre* 19.., car elle éprouve des sensations violentes de picotement et de brûlure par suite de tout contact malpropre ou supposé tel.

C'est ainsi que, mariée à un pharmacien, la malade aidait souvent celui-ci dans son officine aux heures d'affluence de la clientèle ; or, il lui est impossible de le faire maintenant, car tout contact médicamenteux l'oblige à se laver aussitôt les mains, de même que tout contact de billets ou de monnaie.

Mieux encore, la simple odeur du menthol suffit à provoquer chez elle une sensation très désagréable de froid sur la figure.

La malade ne rentre donc plus que très rarement dans la pharmacie et supplie même son mari de vendre son fonds et d'exercer un autre métier.

Celui-ci résiste heureusement car, ailleurs aussi, les occasions sont nombreuses qui déclanchent chez la malade sa phobie de la saleté et ses hallucinations tactiles.

A table, la propreté des divers ustensiles est prétexte à de nombreux essuyages, sinon la malade ressent des picotements des mains, des brûlures, des lèvres, de la langue, de l'œsophage même.

Si les instruments de sa toilette intime n'ont pas été jugés assez propres, c'est à la face interne ou postérieure des cuisses que siégeront les brûlures ; de même, si la malade s'assied sur un siège supposé souillé.

Des brûlures de la tête se produiront lorsque la malade se souviendra que le chapeau qu'elle porte a été posé préalablement sur un meuble malpropre.

De même, au cours d'un voyage en auto, la poussière de la route produira les mêmes effets ainsi que la couverture qui pose sur ses jambes.

Ces troubles sont constants, mais exagérés au moment des règles. Enfin, ces sensations déclanchent des crises d'agitation, d'angoisse, lorsque la malade ne peut faire cesser la brûlure par un nettoyage immédiat.

Dans ces conditions, on s'explique l'agitation habituelle de la malade, sa grande loquacité, ses mouvements désordonnés, sa tristesse, son irritabilité.

Le sommeil est mauvais, agité, coupé de cauchemars. Le réveil est difficile le matin. La malade est très fatiguée, pâle, maigre, présentant même quelquefois de la courbature et du tremblement.

La constipation est habituelle, les palpitations fréquentes. L'examen physique ne révèle rien d'anormal, sinon des réflexes rotuliens un peu exagérés.

Dès le début du traitement, le sommeil est meilleur sans cauchemar, plus calme et plus réparateur.

Les brûlures imaginaires par contact sont souvent supprimées par autosuggestion ; mais, souvent encore la malade cède à l'impulsion et se lave inutilement les mains.

Pourtant, le 9 *décembre*, la malade fait, sans aucune gêne ; une assez longue promenade en auto.

Dès le 15 décembre, elle peut de nouveau vaquer à son ménage et aider son mari dans la pharmacie. Le sommeil est excellent, les phobies plus rares et moins intenses. Le seul picotement se produisant encore est celui localisé à la langue.

Le 24 *décembre*, la malade a pu dîner chez des amis sans s'inquiéter de la propreté des ustensiles de table.

Le 27 *décembre*, elle a pu coucher à l'hôtel sans éprouver de crainte quant à la propreté des draps. La malade est plus gaie, a meilleure mine et reprend du poids.

Le 3 *janvier*, un repas est pris au restaurant sans que la malade pense même à essuyer les assiettes et les verres. Mais une grippe vient alors malencontreusement interrompre la marche heureuse de ce traitement, déjà très irrégulier, du fait que la malade habite la province.

En *février*, la grippe est suivie d'une asthénie prononcée. La malade cède de nouveau à quelques phobies et impulsions.

Le 26 *février*, la malade est gaie, a bon appétit et dit être revenue à son poids normal.

Le 4 *mars*, une légère rechute survient, due à la rêverie matinale à laquelle la malade se laisse aller avant de se lever. Le sommeil est toujours très bon.

Le 25 *mars*, la malade a pu remplacer son mari à la pharmacie pendant une indisposition de ce dernier ayant duré plusieurs jours.

Le 11 *avril*, la malade dit qu'elle se considère comme guérie, à la suite d'un voyage qu'elle dut faire et qui l'obligea à manger dans des auberges d'une réelle malpropreté, ce qu'elle fit sans en ressentir aucun trouble.

En *mai* et jusqu'à *mi-juin*, la malade suit encore quelques séances de consolidation, de sécurité, puis cesse définitivement le traitement.

Plus de deux années plus tard, son médecin habituel pouvait nous confirmer que ce retour à la vie normale était bien définitif.

La phobie de la saleté, qui est le principal trouble traité chez cette malade, et la tactique psychothérapique qui fut suivie avec succès, montrent que de pareils procédés pourront dans le même but, être appliqués aux multiples **phobies** (agoraphobie, claustrophobie, phobie du meurtre, du suicide, etc.) dont le nombre est aussi illimité que la richesse de l'imagination qui leur donne naissance.

Parmi les plus courantes, il faut citer l'**éreuthophobie**, cette crainte morbide de rougir, fréquente chez les **timides**. La loi de l'effort converti joue chaque fois, chez ces hyperémotifs, et la crainte de rougir détermine la rougeur par autosuggestion.

De même, le **trac**, des artistes, des orateurs, est de semblable nature et justiciable d'une rééducation par suggestion et autosuggestion.

Enfin les cas de **maladie du scrupule** peuvent être rapprochés de l'observation précédente (*interprétée comme scrupule de la propreté*

aussi bien que comme phobie de la saleté). Et nombreux sont ces malades dont la vie n'est que soucis mesquins et injustifiés : souci d'avoir bien fermé la porte en sortant de chez eux, d'avoir bien signé une lettre avant de la cacheter, d'avoir fatigué la personne à qui elles viennent de faire visite, etc.

Souvent, certains de ces malades présentent des manies dénommées : « **manies de conjuration** ». Ils se croient obligés d'accomplir tels gestes déterminés pour éviter des maux ou malheurs imaginaires. C'est ainsi que certains éviteront de poser le pied sur quelques parties du sol (rails, interstices de dalles de trottoir, etc...), d'aborder un escalier du pied gauche ; s'obligeront à compter les marches, les pas, les becs de gaz, etc., etc...

Et, dans ce cas, comme dans le cas de phobie, le fait de ne pas céder à l'impulsion, de lutter contre elle, détermine une **angoisse**, très pénible quelquefois, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Une catégorie de troubles analogues est constituée par les **impulsions** (impulsion à se laver les mains, dans le cas de notre observation III). Dans ce groupe nous classerons : la **boulimie**, le **tabagisme**, la **dypsomanie** et toutes les diverses **toxicomanies**, si fréquentes et si variées de nos jours.

Pourtant, avant d'entreprendre le traitement d'un toxicomane, une question préjudicielle doit toujours se poser : le malade est-il sincèrement décidé à guérir et à guérir complètement ? Chaque fois que ce désir sincère ne sera pas évident chez le malade, ou qu'il aura été impossible de l'y amener par persuasion, nous croyons qu'un traitement psychothérapique ne serait alors poursuivi qu'en pure perte.

*
* *

Observation IV.

H., de 23 ans, célibataire. Etranger, étudiant en médecine dans une université de l'Europe Centrale. Nous est adressé, le 17 *novembre* 19.. par un de nos confrères parisiens. Nous démêlons alors l'histoire suivante avec l'aide du frère du malade, qui sert d'interprète, car le malade lui-même ne parle pas un mot de français et nous ignorons sa langue maternelle.

Jusqu'à 4 ou 5 ans auparavant, ce jeune homme était un apôtre de l'abstention sexuelle et faisait du prosélytisme auprès de ses condisciples, moins vertueux que lui, en leur exposant les nombreux dangers des maladies vénériennes.

Mais, un beau jour, cédant lui-même à la tentation, il suivit une professionnelle de l'amour. Or, le hasard voulut que, quelques instants avant le moment décisif, ses regards tombèrent sur une montre, et, y lisant l'heure, cette réflexion lui vint : « Dans cinq minutes, *je serai syphilitique* ».

Puis, essayant dans cet état d'esprit, de pratiquer l'acte sexuel pour la première fois de sa vie, il ne put y parvenir. Cet échec total excita, à la fois, le dépit et le dédain de sa partenaire. Et, chaque fois que, depuis, le malade se livra à d'autres expériences (et celles-ci furent nombreuses !) ce fut toujours avec le même insuccès.

Il consulta alors divers maîtres de son Université, mais les différents traitements appliqués n'amenèrent aucun résultat.

L'état mental du sujet devient alors nettement morbide. Le seul fait de parler à une femme produit chez lui une émotion intense. Son impuissance le frappe beaucoup et engendre un état mélancolique tel que son maître du moment, craignant que cet état n'aboutisse au suicide, conseille au malade d'abandonner la médecine.

Et, comme sa famille se trouve à Paris, il l'engage à venir la rejoindre. Et c'est ainsi que nous échut le soin de rendre à ce garçon grand, jeune et solidement bâti, la puissance sexuelle qu'il désirait alors même au prix d'une maladie vénérienne, tant lui pesait cette infirmité de 4 à 5 années.

Ayant fait expliquer au malade le mécanisme autosuggestif de ses troubles et le mécanisme à mettre en jeu pour permettre cet automatisme qu'est normalement l'acte sexuel, nous pratiquons (toujours par interprète) une première séance de suggestion.

Le 19 *novembre*, le malade dit avoir été plus calme depuis la première séance. Nous pratiquons alors une deuxième séance de suggestion.

Le 22 *novembre*, le malade dit être beaucoup plus maître de lui. Il a pu converser avec des femmes sans ressentir de palpitations émotives comme autrefois. Il a eu, la nuit, un rêve avec pollution nocturne, et sans que se trouve mêlé à ce rêve nulle idée d'impuissance. Il a, dit-il, confiance en sa guérison.

Le 26 *novembre*, le malade nous apprend que le 23 *novembre* (donc après trois séances de suggestion), il a pu pratiquer le coït normalement, perdant enfin sa virginité.

Dans sa joie, il repart aussitôt reprendre ses études de médecine dans son Université, et malgré qu'un succès si rapide aurait, à notre avis, mérité d'être prudemment consolidé par quelques séances espacées sur un certain laps de temps. Pourtant, longtemps après, il nous fut confirmé que cette guérison avait bien été définitive.

Une émotion, une crainte était donc à l'origine de cette **impuissance sexuelle**, et avait permis le développement d'une autosuggestion conditionnelle, qui se réalisait et prenait même de la force, lors de chaque insuccès nouveau.

Or, bien souvent, les diverses **perversions sexuelles** (fétichisme, sadisme, masochisme, etc.), les **inversions sexuelles**, n'ont pas d'autre origine qu'une autosuggestion survenue dans des conditions analogues à celles de notre dernière *observation*. *De même, la* **masturba-**

tion n'est souvent que la conséquence d'une impulsion, d'une hypertrophie de l'instinct génital.

Les **pertes séminales** surviennent ordinairement au cours d'un rêve érotique, manifestation de l'excitation génésique du sujet.

Dans le même ordre d'idées, le **vaginisme** (contracture des sphincters vaginaux à chaque tentative de coït) n'est encore que la manifestation d'une crainte irraisonnée, tout comme la **fausse grossesse nerveuse** ne fait que trahir le désir d'une grossesse normale, ou, au contraire, par « effort converti », la crainte d'un phénomène redouté de la malade.

Tous ces troubles d'ordre sexuel relèvent donc bien de la psychothérapie, ainsi que, à plus forte raison, les **obsessions amoureuses**, les **jalousies morbides**, qui ne sont que des manifestations psychologiques du même instinct.

***

Observation V.

F. de 16 ans, célibataire, fille unique d'une mère bien portante, et d'un père mort à la suite d'une maladie indéterminée.

Comme antécédent personnel, la malade a été soignée au mois *d'octobre* précédent, pour un point de pleurésie sèche à la base gauche, n'ayant pas laissé de signe d'auscultation.

Les troubles pour lesquels la malade nous est amenée ont débuté le 16 mai 19.., par des mouvements choréiques des jambes (surtout la jambe gauche), qui s'étendirent rapidement à tout le côté gauche du corps, et enfin se généralisèrent.

Les quatre membres, le tronc, la tête sont agités de mouvements désordonnés, ainsi que la face dont les grimaces entraînent même une certaine gêne de la parole.

La malade est alors soignée pour **chorée** au moyen de drogues variées ; puis, par des douches.

L'hydrothérapie procura une très légère amélioration, mais, presque aussitôt, suivie de rechute.

C'est alors qu'un de nos confrères de l'Hôtel-Dieu nous adresse la malade en vue d'un traitement psychologique, et celle-ci nous est amenée par sa mère le 11 *décembre* 19...

Des mouvements désordonnés agitent tout son corps. Ils sont d'une fréquence telle qu'on peut dire que la malade ne reste pas un seul instant au repos. Quant à leur amplitude, celle-ci rappelle celle des mouvements d'un pantin dont on tirerait les ficelles. Les membres sont projetés violemment dans toutes les directions. Tête et tronc sont contorsionnés en tous sens. La face est constamment animée de grimaces. La malade est ainsi un objet de curiosité et même de risée partout où elle passe. Et ceci contribue encore à exagérer ses troubles par l'émotion qu'elle en ressent.

De même, le fait de s'appliquer à maîtriser ces mouvements involontaires avant que d'exécuter un acte quelconque ne fait qu'augmenter leur fréquence et leur violence, et rend tout acte incorrect.

Cette jeune fille qui exerçait le métier de modiste a dû abandonner celui-ci, à son grand regret. Elle fut alors vendeuse dans un petit magasin de chaussures, où elle était très peu payée et elle perdit quand même cette place. La malade est donc inapte à tout travail. Elle ne peut même aider sa mère dans les travaux du ménage, car sa maladresse est telle qu'elle renverse, casse quantité d'objets.

Les actes les plus simples lui sont eux-mêmes devenus difficiles. A table, elle projette ses aliments et boissons de part et d'autre, et risque même de se blesser.

L'interrogatoire de la malade nous renseigne encore sur les points suivants. Le sommeil est mauvais, lent à venir, et entrecoupé de cauchemars au cours desquels la malade crie et se réveille.

Ce sommeil de mauvaise qualité entraîne un réveil difficile et la mère de cette jeune fille est obligée d'insister à plusieurs reprises chaque matin pour la faire lever.

L'appétit est bon, mais la constipation habituelle. Poids : 43 kg. Enfin, la malade reconnaît avoir toujours été très émotive, et on parvient à retrouver une émotion d'ordre sexuel à l'origine des troubles observés.

En effet, vers la fin du mois d'avril, cette jeune fille avait dû rompre un simple flirt, mais reconnaît en avoir ressenti un certain chagrin, car elle espérait un peu, dit-elle, le voir aboutir à un mariage.

Nous expliquons alors à la malade le mécanisme de ses mouvements involontaires et procédons, le jour même, à une première séance de suggestion.

Le 12 *décembre*, la malade nous dit être beaucoup plus calme, avoir joui d'un bon sommeil et pouvoir déjà, par autosuggestion, supprimer certains mouvements involontaires. Elle est animée du plus grand désir de guérir et suit, à la lettre, nos recommandations.

Une selle spontanée ce matin.

Le 15 *décembre*, le sommeil est toujours parfait ; et, au cours de notre entretien, nous constatons que les mouvements sont moins fréquents et moins amples.

A partir du 18 *décembre*, le sommeil continuant à être excellent, le réveil du matin devient plus facile, et même normal. Les selles quotidiennes surviennent toujours à heure fixe.

Le 26 *décembre*, toutes les améliorations obtenues persistent et s'accentuent. Le lever, lui-même, devient facile, et la mère de la malade n'a plus besoin de s'en inquiéter.

Le 2 *janvier*, la malade a été engagée comme ouvrière modiste. Chaque soir, elle se livre à des exercices d'écriture (qui était devenue impossible) et d'orthographe, lesquels contribuent à développer son attention.

Le 17 *janvier*, la malade nous dit qu'elle exécute son travail de modiste avec autant de facilité et de rapidité que ses collègues d'atelier. Elle fait 5 cha-

peaux par jour, soit un chapeau en trois quarts d'heure environ. Au cours de son travail, elle manipule même de la cellophane, substance qu'un mouvement brusque suffirait à déchirer. La malade reprend des couleurs et de l'embonpoint.

Le 31 *janvier*, toutes les améliorations persistent, même les selles quotidiennes spontanées. Quelques rares mouvements involontaires se produisent encore, mais si légers que la malade se considère comme guérie.

Le 14 *février*, nous observons le bon aspect extérieur de notre ancienne malade, qui, depuis la dernière séance, a été faire constater sa guérison à l'Hôtel-Dieu. Son poids est de 46 kg., en augmentation de 3 kg. depuis le début du traitement. Elle prend goût à l'étude : l'intelligence se développe en même temps que l'attention s'entraîne et que se supprime la rêverie.

Le 14 *mars*, on ne constate plus le moindre mouvement parasite pouvant rappeler, même de loin, l'ancienne chorée. La malade est calme, éveillée. Le lever du matin est toujours très facile. L'état général est excellent : poids 48 kg. La guérison est considérée comme complète par la malade et par son entourage. Et le meilleur criterium à ce sujet est le fait que quatre ouvrières ayant dû être remerciées, faute de travail, dans l'atelier où se trouve notre malade, celle-ci a conservé son emploi malgré qu'elle y fût la dernière embauchée.

Voici donc une observation de **chorée hystérique** datant de 7 mois déjà, d'une gravité telle que tout travail était devenu impossible et guérie complètement en un temps très court, par simple psychothérapie, sans le secours d'aucun traitement adjuvant, médicamenteux ou autre. Il importe de remarquer également que l'équilibration de la fonction motrice n'a été qu'une partie de l'équilibration fonctionnelle générale, puisque la constipation a disparu comme l'émotivité, que le sommeil et le lever sont devenus normaux, et qu'enfin l'état général s'est sensiblement amélioré.

Or les **tics**, si fréquemment observés aujourd'hui, sont, comme les mouvements choréiques, des mouvements involontaires, mais qui sont alors ordonnés, répondent à un geste qui, primitivement, avait sa signification, sa raison d'être. L'analyse psychologique permet souvent de retrouver cette origine. Les deux principales méthodes de traitement des tics sont celles de Pitres et de Brissaud : celle-ci lutte directement contre le tic en entraînant le malade à une immobilité volontaire de plus en plus prolongée ; celle-là, au contraire, a pour but de détourner l'attention du malade du tic qu'il veut supprimer. L'observation que nous venons de citer montre que nous avons eu recours à ce dernier procédé. De même les **crampes professionnelles** (crampes des écrivains, des couturières, etc.), sont ordinairement dues à des spasmes involontaires, déterminés par une émotion et exagérés par la crainte de leur apparition. Leur conditionnement par une idée fausse est des plus nets quand certains de ces malades peuvent écrire par exemple avec un crayon, mais pas avec un stylo, peuvent former telles lettres et non pas telles autres et voient leurs troubles s'exagérer lorsqu'ils se savent observés. Il est évident, alors, qu'un traitement psychologique peut guérir de tels sujets.

Or des spasmes peuvent se produire sur tous les divers groupes musculaires du corps ; et cette tendance aux spasmes, cette **spasmophilie**, a été décrite par Dupré comme symptôme habituel de son « *émotivité constitutionnelle* ».

Les spasmes se localisent-ils au pharynx, à l'œsophage : ils provoquent de la **dysphagie.** A l'urèthre : la **rétention d'urine** plus ou moins complète peut en être la conséquence.

Le **spasme de la glotte**, le **hoquet**, le **cri hystériques** sont également bien connus. Il existe des **strabismes** émotifs. Enfin le **bégaiement** est presque toujours de même nature, puisqu'il est classique d'observer que le bègue parle facilement et correctement lorsqu'il est seul ou lorsqu'il chante, et bégaie, au contraire, au maximum, lorsqu'il se trouve en présence d'un auditeur inconnu.

Les **contractures** ne diffèrent des spasmes que par ce fait qu'elles sont permanentes et ceux-ci transitoires. Mais leur origine émotive est fréquente, leur mécanisme semblable, et leur guérison est encore consécutive à la suppression de l'hyperémotivité du malade.

Signalons les contractures des membres entraînant des impotences nombreuses et variées, notamment de la **marche.** Le **torticolis mental** a été minutieusement décrit et étudié. Le **blépharospasme** n'est, en somme, que l'exagération d'un tic des paupières. Les **plicaturés** (si nombreux au cours de la dernière guerre) sont atteints de contractures des muscles du tronc.

Enfin, la contracture partielle du **diaphragme**, et de l'ensemble des **muscles respiratoires** est presque de règle chez les mélancoliques, les anxieux, et entraîne chez ces malades une insuffisance respiratoire souvent notable.

Dans tous ces cas, l'entraînement à la détente, et une heureuse modification de l'état mental des malades conduiront souvent ceux-ci à une guérison rapide.

Nous en dirons autant pour les cas de **crises d'hystérie**, entité clinique qu'on rencontre maintenant bien rarement.

Au contraire, dans les cas de **paralysies hystériques**, il faudra chercher à rééduquer l'attention, obliger le malade à l'action, le réveiller en un mot ; mais il faudra aussi supprimer son hyperémotivité habituelle.

Ce traitement mixte s'appliquera de même à

◆◆◆◆

l'aphonie et au **mutisme hystériques**, à l'**astasie-abasie**, aux divers **vertiges de locomotion** et **intentionnels**, enfin, aux **tremblements** émotifs.

* * *

Observation VI.

F., de 46 ans, mariée, sans enfant, sans profession. Son père est bien portant, mais alcoolique. Sa mère est morte au moment de sa ménopause ; elle était « très nerveuse ». Deux frères, bien portants. Trois sœurs, toutes sujettes à des crises de nerfs. Pas d'antécédent pathologique personnel.

Cette malade habite une importante ville de province. Lors du premier bombardement de cette ville par Zeppelin, elle ressentit une violente émotion et fut prise d'une première crise de larmes qui marqua le début de sa maladie actuelle. Et, depuis 9 ans, cette *crise de larmes* initiale se répète plusieurs fois par jour.

Autour de cette manifestation morbide se sont rapidement groupés quantité d'autres symptômes qui, selon l'expression de son médecin habituel, « varient chaque jour ».

La malade est sujette à des crises d'*éternuement* avec *coryza* survenant de temps en temps et durant une nuit entière. D'autres fois, ce sont des crises de *hoquet* qui persistent toute une journée. Les unes et les autres fatiguent beaucoup la malade.

Les *palpitations* nerveuses sont fréquentes et, l'année précédente, la malade dut même garder le lit pendant trois semaines pour des troubles cardiaques qu'elle croyait très graves, mais qui, de l'avis des médecins qui l'ont alors examinée, ne s'accompagnaient d'aucune lésion cardiaque.

Le *sommeil* est très mauvais : la malade ne peut dormir sans prendre des médicaments hypnotiques. L'*appétit* est nul, les *digestions* difficiles, et l'*amaigrissement*, sans cesse croissant, commence à inquiéter l'entourage.

Une *constipation* opiniâtre tourmente aussi la malade. Pour lutter contre chacun de ces troubles, celle-ci a ordinairement recours à de nombreux médicaments et s'abstient de certains aliments.

Elle n'a plus qu'une seule préoccupation : sa santé, et ne peut plus rien faire en dehors des soins qu'elle lui donne. L'insomnie, l'alimentation défectueuse, jointes à la surexcitation constante, ont entraîné chez la malade un degré d'*asthénie* marquée.

Aussi a-t-elle consulté, dit-elle, une quarantaine de médecins : d'abord ceux de sa ville, puis ceux, de passage, appartenant aux armées française et belge, enfin ceux de l'armée anglaise qui parlaient français, car de nombreuses troupes alliées passèrent dans sa ville natale.

Tous reconnurent que les troubles qui l'inquiétaient n'avaient aucune cause organique, et employèrent l'expression classique : « c'est nerveux ». Mais, pas un ne songea à lui appliquer un traitement psychothérapique, sauf son médecin habituel qui, finalement, décida son mari à me conduire la malade à Paris en octobre 19...

Or, comme le moindre déplacement était pour la malade une cause de grosse émotion (elle refusait toujours énergiquement de sortir seule de sa maison), ce fut par surprise que son mari put réaliser ce voyage, et le 12 octobre au soir, ils arrivaient chez des parents, dans un quartir périphérique de Paris. Ce même soir, la malade fut prise d'une violente crise nerveuse qui nécessita l'intervention d'un médecin, et passa une très mauvaise nuit.

Le 13 *octobre*, j'examine la malade pour la première fois, et je peux constater qu'en effet, aucun organe n'est lésé. La sensibilité et tous les réflexes (tendineux, cutanés, pupillaires) sont normaux. Tension artérielle : Max. 14 ; min. 9.

Mais l'aspect général de la malade est frappant. Maigre, pâle, triste et craintive, cette pauvre femme pleure encore en affirmant qu'elle est très malheureuse, et me supplie de la guérir.

Je procède aussitôt à la première séance de psychothérapie, et, lorsqu'une demi-heure plus tard, son mari entre de nouveau dans mon cabinet, il a l'heureuse surprise de retrouver sa femme souriante, qui lui affirme alors spontanément qu'elle est guérie.

Mais d'autres séances d'hétérosuggestion seront encore nécessaires pour consolider cette guérison instantanée, qui risquerait de n'être pas durable. De plus, la malade devra s'entraîner à l'autosuggestion dans l'intervalle des séances, d'abord le soir pour s'endormir, puis chaque fois que le besoin s'en fera sentir dans le courant de la journée.

Le 14 *octobre*, la malade se déclare « complètement transformée ». Elle n'a pas pleuré une seule fois depuis la veille, et cette suppression des larmes sera définitive.

Elle a dû manger une heure avant l'heure du dîner, ayant nettement la sensation de faim. Puis, elle dîna normalement, buvant même de l'eau rougie au cours de son repas, ce qu'elle n'avait osé faire depuis des mois.

Enfin, elle a très bien dormi sans prendre aucune drogue et malgré le bruit des tramways et des autos auquel elle n'était nullement habituée.

La malade se sent même tellement bien qu'elle accepte que son mari la laisse seule à Paris, et reparte à ses affaires.

Le 15 *octobre*, la malade vient encore en taxi, par crainte de malaise en cours de route. Je lui défends de le faire à l'avenir ; et, les jours suivants, c'est en tramway, puis même en métro, qu'elle accomplira ce trajet.

Dès ce jour : selle spontanée, sans drogue, le matin. Cette suppression de la constipation s'affirmera définitive par la suite : les selles seront quotidiennes et spontanées.

Le 16 *octobre*, la malade déclare avoir dormi douze heures consécutives, d'un sommeil parfait sous tous les rapports.

Le 17 *octobre* : nouvelle amélioration, car la malade déclare avoir circulé facilement, la veille, dans Paris, faisant des achats dans les grands magasins, et stationnant même dans la foule pour voir passer un cortège officiel.

L'appétit s'affirme encore meilleur, car la malade a dû goûter vers 5 heures, et a quand même encore très bien dîné le soir. Les travaux de couture, qui avaient été abandonnés depuis très longtemps, ont été repris la veille.

Le 21 *octobre*, dernière séance de traitement. La malade part, dans l'après-midi, pour retourner chez elle, se considérant comme tout à fait guérie. Elle est alors gaie, calme, ne pleure jamais, et ne ressent plus aucun malaise physique. Sommeil et appétit excellents.

Son mari, qui est venu la retrouver, annonce avec joie qu'il va jeter, dès son retour, tous les médicaments dont usait sa femme avant son départ, et qui emplissaient, dit-il, une armoire.

Très longtemps après, le médecin traitant peut encore nous affirmer que cette personne est toujours bien portante, a repris très bonne apparence, et aide même son mari dans son industrie.

L'histoire de cette malade montre comment une *émotion-choc* a pu déterminer chez elle, grâce à sa constitution émotive, une dépression brusque, favorable à une autosuggestion morbide. C'est là le point de départ de tous les troubles consécutifs. Et ce qui fut ici la conséquence d'une seule émotion-choc aurait pu être aussi bien réalisé par une série d'émotions moindres consécutives.

Puis, l'équilibre se trouvant ainsi rompu, la malade effrayée lutte avec énergie d'abord contre des troubles qui sont dus à des autosuggestions spontanées, et ce, faisant, elle les exagère (conformément à la loi de l'effort converti). Cette lutte de tous les instants, tout comme les crises de désespoir intercalées, ne font que produire des pertes de forces nerveuses continuelles et aboutissent forcément à cette fatigue, à laquelle malades et médecins donnent alors tant d'importance que ces troubles variés sont classés sous les étiquettes : **asthénie, neurasthénie, psychasthénie.**

Comment faut-il comprendre cette *fatigue des névropathes* ? DÉJERINE (cité par Janet) (1) dit que celle-ci est en grande partie due à l'autosuggestion, mais aussi à l'agitation habituelle chez ces malades, à leurs efforts disproportionnés pour les actes les plus simples, à leur raideur musculaire constante (celle-ci entraînant du reste l'insuffisance respiratoire), enfin à leur auto-observation continuelle, donc à leur attention excessive supprimant les actes simplement automatiques. Et cet auteur conclut que le trouble essentiel du névropathe ce n'est pas la fatigue excessive, mais l'*hyperémotivité*. D'autre part, M. DE FLEURY (également cité par Janet) remarque que lorsque le muscle seul et la moelle épinière sont en jeu (c'est-à-dire quand un acte est automatique) il n'y a pas fatigue, et il ajoute : « la fatigue doit être un fait cérébral et psychique » (1).

Donc, pour guérir de tels malades, la psychothérapie est bien indiquée. Et c'est bien une équilibration entre les états de détente et d'attention qui devra être réalisée. Par la détente, on permettra des « économies psychologiques » ; et, par la culture de l'attention, on apprendra au malade à utiliser raisonnablement ses forces nerveuses sans les gaspiller.

Capables alors d'une certaine activité, ces malades verront disparaître les troubles mentaux qu'ils pouvaient présenter. Ils s'intéresseront à la vie extérieure, et cesseront de ressasser leurs idées de tristesse, de découragement. Ils reprendront confiance en eux justement parce qu'ils retrouveront à la fois leur puissance d'attention et la vivacité de leur intelligence et de leur mémoire.

Quant aux troubles fonctionnels de leurs divers organes, l'observation que nous venons de rapporter en dernier lieu montre la rapidité étonnante avec laquelle ceux-ci peuvent disparaître.

Or, on appelle souvent à tort « **maladies imaginaires** » celles qui ne présentent aucun symptôme permettant de déceler une lésion organique, celles, en un mot, ne groupant que des signes fonctionnels, et par conséquent nettement curables par la seule psychothérapie.

Mais, du fait que certains malades ne souffrent que par suite de troubles fonctionnels, ils n'en souffrent pas moins pour cela et n'en sont pas moins dignes d'intérêt. Aussi ne faut-il pas les qualifier de malades imaginaires, car leurs troubles existent, mais dire plutôt que ceux-ci sont dus à une « *maladie de l'imagination* » puisque l'autosuggestion joue un si grand rôle dans leur genèse.

La malade qui est l'objet de notre dernière observation présentait un grand nombre de ces troubles purement fonctionnels.

Les fonctions digestives étaient troublées dans leur ensemble. L'appétit manquait complètement, les digestions étaient très défectueuses et la constipation opiniâtre. Or, la rapidité avec laquelle ces divers symptômes ont disparu ne peut s'expliquer que par une modification, pour ainsi dire instantanée, de la sécrétion des diverses glandes digestives et de la tonicité de ces organes.

(1) Economies psychologiques, par JANET, p. 14 et suivantes.

(1) Introduction à la médecine de l'esprit, M. DE FLEURY, 1897, p. 232.

Pour étonnant que cela puisse paraître au premier abord, cette conception trouve un sérieux appui dans une étude de MM. E. Chabrol, Lapeyre et Laurain sur « le tubage d'Einhorn en pathologie gastro-duodénale » (1).

Ces auteurs écrivent, à propos de la *psychothérapie duodénale* : « Ces malades que l'on a taxés tour à tour de **dyspepsie hypersthénique**, de **constipation chronique**, d'**entéro-colite muco-membraneuse**, voire même de **cholémie familiale**, tous ces sujets, qui constituent le fonds habituel des consultations de gastro-entérologie, représentent en grande part une clientèle de « nerveux »... La psychothérapie régit les succès du tubage duodénal, comme elle régira sans doute longtemps encore une très grande part des **affections digestives** ».

Donc, défaut ou excès de sécrétion peuvent être corrigés par psychothérapie. Aussi on pourra appliquer cette dernière à une **sialorrhée** ou à une **acrinie salivaire**, à une **diarrhée** ou une **constipation**, tout comme à certains **vomissements**.

Notre malade a vu encore guérir au cours de son traitement des crises d'**éternuement** et de **coryza**.

Les mêmes remarques peuvent être faites pour ces troubles de l'appareil respiratoire, et nous savons que certains **rhumes des foins**, que certaines crises d'**asthme** relèvent également de la pychothérapie.

Le professeur Louis Rénon écrivit du reste dans cet ordre d'idées : « Les phtisiothérapeutes les plus réputés sont ceux qui ont acquis une grande influence sur leurs malades, qui ont pénétré dans leur esprit et dans leur cœur, les tiennent dans la main, pour ainsi dire, les dirigent selon les principes actuels de la lutte contre la **tuberculose**, dont ils ont approfondi toutes les ressources et parviennent à étayer leur traitement d'une dose de suggestion considérable » (2).

Il est certain que si on parvient à discipliner la **toux** d'un tuberculeux, si on lui rend un bon appétit, un bon sommeil, un bon moral, on le mettra dans les meilleures conditions pour permettre à un traitement médicamenteux d'agir efficacement.

Enfin notre malade souffrait de **palpitations** telles qu'elles avaient entraîné un alitement de trois semaines et qui ont cédé au traitement psychologique.

L'influence de l'émotion (donc de l'élément psychologique) sur tout l'appareil circulatoire est connue depuis longtemps puisqu'on recommande toujours aux cardiaques d'éviter les émotions.

Les vaso-constrictions ou vaso-dilatations émotives peuvent expliquer bien des **congestions** ou **anémies** localisées, ainsi que bien des **troubles menstruels**, qui peuvent alors bénéficier de la psychothérapie.

Enfin un symptôme presque constant au cours des névropathies, c'est la **douleur**. Celle-ci se localise en les points les plus variés de l'organisme et présente des modalités et des degrés divers.

L'autosuggestion jouant un rôle énorme dans la production de ces différentes algies, il est logique d'avoir recours à la psychothérapie pour les supprimer ou tout au moins les atténuer.

De même pour rectifier les troubles de la sensibilité, qu'il s'agisse de **cénestopathies**, d'**anesthésie**, d'**hyperesthésie**, ou même de **troubles sensoriels** *sine materia*, tels que **hallucinations** diverses, **surdité** hystérique, etc.

* * *

Enfin, nous ne pouvons terminer cette vue d'ensemble des applications de la psychothérapie sans signaler encore divers troubles auxquels elle peut s'adresser, et que les symptômes présentés par les malades de nos observations ci-dessus ne nous ont pas permis de citer par analogie directe.

De nombreuses **affections cutanées** sont dans ce cas, et l'influence de l'état nerveux du sujet, des émotions qu'il a pu ressentir, ont souvent une grande importance soit pour les provoquer, soit pour les modifier.

Signalons entre autres : le **dermographisme**, l'**urticaire**, certains **eczémas**, l'**hyperhydrose** plantaire, palmaire, ou de toute autre région. Enfin, rappelons que de nombreuses observations existent de **verrues** guéries par suggestion.

Mais, il est une autre question importante : celle de l'influence du psychisme sur le fonctionnement des **glandes endocrines**. Et le Dr Léopold-Lévi a pu, avec l'autorité que lui confère sa haute compétence en la matière, affirmer récemment (1) l'existence de cette influence. L'auteur rappelle alors les faits classiques de **maladie de Basedow** par émotion (Stokes, Graves, Trousseau, Dieulafoy), ainsi qu'un exemple personnel de **myxœdème** suite de chagrins intimes prolongés, et un myxœdème incomplet survenu chez un enfant, à la suite d'une vive frayeur ressentie par sa mère au septième mois de sa grossesse.

Pour les **surrénales**, Léopold-Lévi dit : « Sans insister sur l'action stimulante des émotions, démontrée par les travaux de Cannon, je rappellerai le cas de Rostan, cité par Pende : un

(1) In *Presse médicale*, n° 10, 3 février 1926.
(2) In *Monde médical*, 15 janvier 1914.

(1) *Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 13 novembre 1925.

sujet qui passa une nuit entière suspendu au-dessus d'un précipice, se retrouve le lendemain avec une **mélanoderie addisonienne.** De même le psychisme agit sur le fonctionnement **ovarien**... »

L'action du psychisme sur les glandes endocrines étant ainsi établie, on comprendra plus facilement encore son action sur la **nutrition** générale. Aussi LAGRANGE a-t-il pu écrire (1) : « Le défaut d'**engraissement**, dans ces cas, est dû à une dépense réelle de force qui passe inaperçue parce qu'elle n'a pas la forme ordinaire du travail. Cette dépense peut être faite, par exemple, sous forme de travail intellectuel, ou bien constituer d'autres modes d'emploi de l'énergie nerveuse, comme les *émotions*, le *chagrin*, les *préoccupations.* Il est des sujets tellement inquiets qu'ils s'usent même à l'état de repos complet, et sans qu'aucun agent extérieur d'ordre physique ou moral vienne solliciter la mise en jeu des forces nerveuses qu'ils dépensent et gaspillent, pour ainsi dire automatiquement, à propos des moindres incidents de la vie ».

Il résulte donc de cette étude des applications de la psychothérapie que le domaine de celle-ci est extrêmement étendu.

Or, pour beaucoup d'auteurs, il devrait l'être encore davantage ; et, à ce sujet, CAMUS et PAGNIEZ n'hésitent pas à avancer que les traitements psychologiques s'appliquent aux troubles fonctionnels, « et dans quelques cas de troubles liés à des **lésions organiques**, partant de cette idée admise que les troubles dus à ces lésions sont presque toujours amplifiés, exagérés par l'état psychique. La psychothérapie, la rééducation, font disparaître certainement ce qui dépend de l'élément psychique, mais leur action se borne-t-elle là ? Nous ne le croyons pas ; il est vraisemblable que la rééducation développe des voies nerveuses de suppléance, accroît la puissance des fibres qui subsistent ou de celles qui sont régénérées (1) ».

D'autre part, P. JANET prévoit encore l'extension de la psychothérapie dans un autre sens, quand il écrit : « On arrivera de plus en plus à comprendre que les types de maladies mentales que nous distinguons comme de véritables **folies** ne sont que des degrés différents d'un trouble qui a subi toutes sortes d'évolutions et dont le premier germe se trouvait dans les troubles du caractère. Il sera facile de se rendre compte qu'en modifiant ces premiers degrés de l'affaiblissement psychologique on supprimera le développement des formes plus graves. La plupart des maladies mentales sont curables dans une forte proportion pendant les premières phases de l'affection (2) ».

Cette opinion établit la nécessité de l'**hygiène mentale** et le rôle prophylactique de la psychothérapie est alors des plus importants.

Est-ce à dire que les traitements psychologiques sont appelés à envahir toute la thérapeutique et à détrôner les diverses méthodes de traitement ? Certainement non. Et LIÉBAULT, lui-même, le créateur de la psychothérapie moderne, écrivait déjà en 1866 : « Je viens ajouter à la thérapeutique et non la détruire ».

Mais, il faut en conclure que si, dans certains cas, la psychothérapie constitue le seul traitement à appliquer, elle pourra, dans d'autres cas, être utilement associée à d'autres traitements strictement indiqués.

Il faudra surtout se souvenir qu'il s'agit là d'un merveilleux agent thérapeutique, trop souvent négligé jusqu'ici et qui ne présente réellement aucun danger lorsqu'il est médicalement appliqué.

(1) Exercice chez les adultes, par LAGRANGE, ch. IV.

(1) Isolement et psychothérapie. par CAMUS et PAGNIEZ, p. 216.

(2) La médecine psychologique, par P. JANET, 1923, p. 284.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de l'asthme, du coryza spasmodique et du rhume des foins par injections intradermiques d'une solution concentrée de peptone.

Les procédés de désensibilisation non-spécifique se sont multipliés en ces derniers années ; ils agissent en déterminant un choc colloïdoclasique qui laisse à sa suite une incapacité temporaire de l'organisme à réagir aux substances sensibilisantes ; après des chocs répétés, l'état du sujet anaphylactisé finit par être modifié.

MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, L. BLAMOUTIER et P. GIROUD ont obtenu d'heureux résultats dans le traitement de diverses manifestations anaphylactiques d'ordre respiratoire par les injections intradermiques d'une solution de peptone à 50 p. 100 ; leur observation repose sur plus de 100 cas personnels.

50 grammes de peptone de Witte ou Chassaing sont dissous dans une quantité d'eau suffisante

pour obtenir un volume de 100 cmc. : 1 cmc. contient donc 50 centigr. de peptone. La solution est brune et visqueuse ; elle est répartie en ampoules de verre rigoureusement neutre et stérilisée à 110°.

L'injection intra-dermique se fait au niveau de la région deltoïdienne (à la face externe du tiers supérieur de la cuisse chez les femmes), alternativement à droite et à gauche ; le lieu de l'injection reste brunâtre et induré durant quelques semaines. On se sert d'une aiguille très fine, dont le biseau est bien effilé ; on la présente parallèlement à la peau, et on l'enfonce de quelques millimètres dans l'épaisseur du derme ; avant l'injection il ne faut pas pincer la peau, mais la tendre fortement entre le pouce et l'index de la main gauche au-dessus et au-dessous du point où l'injection va être faite. Celle-ci n'est pas plus désagréable qu'une simple piqûre, en raison de la dilacération dermique locale. Quel que soit le résultat obtenu après les premières injections, il est indispensable de continuer la série jusqu'à vingt. Les auteurs injectent habituellement 1/10 cmc. le premier jour, 2/10 cmc. le second jour, puis ils atteignent 3/10 cmc., que rarement ils dépassent.

En règle générale, il y a lieu de revenir délibérément à une dose inférieure aux doses précédemment injectées si l'on constate, au cours du traitement, quelques incidents locaux, incidents qui, d'ailleurs, sont sans gravité. C'est une nécessité absolue de faire les injections dans le derme ; la réaction locale n'est pas comparable, si on la pousse sous l'épiderme.

Dans la majorité des cas de rhume des foins l'amélioration a été des plus nettes : les signes ont été notablement atténués ou même le rhume a avorté. C'est d'ailleurs dans cette manifestation anaphylactique qu'on était en droit d'attendre les meilleurs résultats de la méthode, puisqu'il suffit ici d'obtenir une désensibilisation de quelques semaines.

Les coryzas spasmodiques et les asthmes sans lésions bronchiques ou pulmonaires ont été, dans un grand nombre de cas, très nettement influencés par ce traitement . Certains asthmes et certains coryzas spasmodiques ont même disparu. Mais la désensibilisation n'est le plus souvent que temporaire ; aussi des séries renouvelées d'injections intra-dermiques doivent elles être conseillées. (*La Presse médicale*, 16 décembre 1925.)

Epididymites tertiaires.

La syphilis tertiaire, lorsqu'elle frappe la glande génitale, est surtout une syphilis testiculaire (testicule « en bois »), et non épididymaire. On a donc tendance à méconnaître, au détriment d'une thérapeutique effectivement utile la syphilis uniquement épididymaire, qui, pour être rare, n'en existe pas moins, et qui est presque toujours confondue avec l'épididymite tuberculeuse.

Pour MM. Oudard et Jean, son début peut même s'annoncer par des douleurs et une vive réaction inflammatoire. Cependant, c'est généralement, comme pour l'épididymite bacillaire, la même évolution froide, les mêmes bosselures, la même réaction légère de la vaginale, une légère atteinte du déférent, le tout évoluant avec un état général satisfaisant.

Si le malade accuse des accidents spécifiques, primaires ou secondaires, dans son passé, s'il présente encore des accidents tertiaires, le diagnostic de la lésion n'échappera pas. Sinon, on y pensera moins, et le diagnostic reposera, somme toute, sur des nuances cliniques et sur des réactions biologiques toujours douteuses.

Dans les cas francs, il sera plus facile, la tuberculose donnant des noyaux épididymaires plus diffus, ayant plus rapidement tendance au ramollissement, à l'adhérence au scrotum, à la suppuration.

Ne pas oublier les épididymites d'origine urinaire ou hématogène subaiguës (à colibacille, à staphylocoque, etc.), et qui le plus souvent disparaissent au bout de quelques mois sans laisser de séquelles.

Le traitement spécifique entraîne une régression extrêmement rapide des lésions et leur disparition. Cependant, malgré le traitement, il peut persister de tout petits noyaux durs, invariables, gros comme des pois ou des grains de plomb, à la surface de l'épididyme, véritables cicatrices indélébiles. (*La Presse médicale*, 23 décembre 1925.)

Le traitement du mal de mer.

Le Dr Franck Clair passe en revue toutes les causes invoquées jusqu'à ce jour pour expliquer le mal de mer, dont les origines sont, certes, multiples, et dont la pathogénie est loin d'être élucidée. D'autre part, la diversité autant que la multiplicité des diverses médications proposées sont en raison directe de leur inconstante efficacité.

Mais, comme il faut faire quelque chose, on s'inspirera des circonstances, on se guidera sur les symptômes observés.

Le vrai moyen de s'affranchir du mal de mer, c'est de s' « amariner » sur de grands et petits bateaux, car on s'habitue à son bateau, et on pourra fort bien être malade sur un autre de type différent.

Pour une courte traversée, à défaut d'amarinage, se mettre dans les meilleures conditions pour souffrir le moins possible ; si possible s'étendre sur le pont avec chaise longue bien amarrée dans le sens de la longueur du bateau en cas de roulis, dans le sens de la largeur en cas de tan-

gage. Le corps doit être légèrement incliné sur le côté gauche, la tête immobilisée sur un large oreiller, ceci pour atténuer les vomissements en restreignant dans une certaine mesure les mouvements relatifs du pylore. Tenir les yeux fermés.

Si la traversée doit être longue, un mois et plus, faire dès le début du voyage de courageux efforts pour s'amariner : 1 à 2 grammes de bromure par 24 heures dans les 3 ou 4 jours, qui précèdent l'embarquement ; ou bien 4 heures avant le départ, prendre d'heure en heure un granulé d'arséniate de strychnine de 1 milligramme ; ne pas dépasser quatre ; si l'on se trouve bien de ce remède, continuer à absorber 6 à 8 milligrammes pendant les premiers jours de la traversée. Léger purgatif salin la veille du départ. Boire peu aux repas. Ceinture de Glénard bien mise en place ; pas de corset ; bon bandage herniaire, le cas échéant ; boire de temps en temps une gorgée d'eau chloroformée ou de potion de Rivière. Se promener résolument au grand air, sur le pont.

Pour atténuer l'état vertigineux, conseiller aux adultes :

Sulfate d'atropine..........	0 gr. 001
Menthol	0 gr. 05
Sp. fleurs d'oranger.........	30 gr.
Eau chloroformée	90 gr.

Par cuillerées à soupe de 3 heures en 3 heures.

On conseille aussi l'ésérine ; le valérianate de menthol (X à XV gouttes trois fois par jour sur un morceau de sucre) pour calmer les douleurs d'estomac par efforts de vomir vains.

Quand une déficience glandulaire est nettement établie, administrer le produit opothérapique correspondant, seul ou judicieusement associé aux autres. (*Journ. des Praticiens*, 14 novembre 1925.)

La tension artérielle et le pouls dans l'hémorragie rétro-placentaire.

D'après ses observations, le Dr Ballard établit et confirme que l'hémorragie rétro-placentaire s'accompagne d'hypertension artérielle ; si on ne l'observe pas plus souvent c'est que les malades ne sont pas assez exactement suivies à ce point de vue et que la gravité des accidents ne permet pas toujours les examens en série, que nécessitent de telles recherches.

Il y a hypertension relative portant surtout sur la minima et relèvement au-dessus de la normale de la maxima.

Cette hypertension est d'un pronostic relativement favorable, puisqu'elle indique que l'équilibre cardio-vasculaire est satisfaisant et que l'hémorragie interne n'est pas trop considérable.

Par contre, dans l'hémorragie rétro-placentaire (annoncée par les signes habituels : utérus durci, douloureux, diminué de volume, hémorragie, etc,) l'hypotension est d'un fâcheux pronostic et témoigne de l'importance exceptionnelle de l'hémorragie et de l'insuffisance des réactions cardio-vasculaires défensives de l'organisme.

La surveillance systématique de la tension artérielle est donc une fois de plus nécessaire chez les femmes enceintes ; elle permet encore de dépister les poussées d'hypertension, dont dépendent les infarctus placentaires, l'albuminurie, etc.

Quant au pouls, il est plutôt lent au moment de l'hémorragie ; il ne s'accélère que tardivement (phénomène de défense) pour rétablir l'équilibre circulatoire rompu et maintenir le débit cardiaque dans le temps et parer dans une certaine mesure à la baisse de la tension : on ne peut donc établir de pronostic sur l'examen isolé du pouls, sans l'observation oscillométrique, qui permettra un critère plus rationnel de la gravité des hémorragies rétro-placentaires. (*Gazette hebd. des Sc. médicales de Bordeaux*, 13 décembre 1925.)

Les difficultés de traitement des aortites syphilitiques. Aortites chroniques. Aortites compliquées. Aortites précoces.

Le traitement spécifique, sous quelque forme que ce soit, avec des chances de tolérance croissantes dans la progression : mercure, bismuth, arsenic, est presque toujours inapplicable aux sujets atteints d'aortite syphilitique compliquée d'insuffisance cardiaque ou rénale : ce ne sont plus que des cardiaques.

Le traitement peut être très délicat chez les sujets atteints d'aortite chronique simple en raison d'intolérance cardio-aortique, qui se manifeste par une recrudescence de signes fonctionnels.

Quand il est opérant, dit le professeur Bonnin, les signes fonctionnels sont très améliorés ; les signes objectifs le sont bien moins complètement ; la rétrocession complète est rare ; une légère régression et surtout l'arrêt de l'évolution peuvent être considérés comme un excellent résultat.

Le traitement doit alors être continué toujours et longtemps. L'insuffisance ou les intermittences de traitement déclenchent souvent des poussées évolutives d'une violence extrême.

Les aortites syphilitiques précoces sont particulièrement délicates à soigner et tolèrent souvent mal le traitement. Quand, grâce à celui-ci, elles n'ont pas un pronostic très sombre à brève échéance, ce qui est leur règle, elles laissent le malade dans un état précaire au point de vue fonctionnel cardio-aortique.

Même après que le traitement ait amendé les signes fonctionnels d'une aortite et quoiqu'il soit continué, il peut arriver, surtout dans les formes

précoces, que les lésions aortiques continuent à progresser.

Ces difficultés et insuccès dans le traitement des aortites syphilitiques doivent être connus pour que celui-ci soit employé à bon escient et qu'une surprise occasionnelle ne le discrédite pas, alors qu'il donne des résultats quelquefois remarquables, fréquemment très satisfaisants. (*Gazette hebdom. des Sc. médicales de Bordeaux*, 3 janvier 1926.)

Le pronostic de la tuberculose.

On parle constamment de guérison de la tuberculose. S'il faut entendre par là une guérison apparente et momentanée, Al. Pissavy reconnaît volontiers qu'elle est assez fréquente. Mais si l'on a en vue, au contraire, une guérison durable, force est bien d'avouer que, malgré la cure sanatoriale ou le pneumothorax artificiel, « la plus curable des maladies chroniques » entraîne encore chez ceux qu'elle frappe une effrayante mortalité.

Tout ce qu'on peut escompter de mieux pour un bacillaire avéré et soigné aussi bien que possible, c'est 50 chances sur 100 environ de vivre encore au bout de dix ans, s'il est légèrement atteint — et 30 chances sur 100 de survie à la même échéance si, plus gravement pris, il peut être traité par le pneumothorax. Pour tout individu qui ne réalise pas ces conditions, la mort, dans le délai indiqué ci-dessus, doit être considérée comme à peu près certaine.

Or, nous n'avons qu'un moyen d'empêcher l'éclosion de la tuberculose, c'est de traiter en temps utile les prédisposés et les suspects. Il suffit d'avoir assisté à la transformation qui s'opère chez la plupart des prédisposés et des suspects, lorsqu'on les soumet à une cure préventive, pour acquérir la conviction que là est la voie dans laquelle il faut s'engager si l'on veut combattre effectivement le fléau tuberculeux. (*La Presse médicale*, 9 janvier 1926.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'injection iodée dans l'hydrocèle et les kystes de l'épididyme.

(M. Pierre Bazy. — *Académie de médecine* ; 15-6-26.)

Les kystes de l'épididyme (kystes spermatiques) comme l'hydrocèle, peuvent être traités avec avantage par l'injection iodée. M. Pierre Bazy rappelle les temps principaux de l'intervention :

Asepsie de la peau par un savonnage à l'eau bouillie tiède, ponction et évacuation du liquide avec un trocart ; introduction de 15 à 20 cent. cubes d'une solution de cocaïne à 1 pour 200 en pH 8.50 ; mise en contact par de douces malaxations de toute la surface de la poche avec cette solution analgésiante pendant 5 minutes au moins ; évacuation du liquide et introduction d'une quantité (variable selon le volume du kyste) de teinture d'iode. M. Pierre Bazy se sert, en l'espèce, de l'ancienne teinture du Codex à 1 gr. d'iode pour 12 gr. d'alcool à 90°. Comme cette teinture est absolument indolente grâce à la cocaïne et qu'elle n'a jamais déterminé d'accidents, il ne voit pas l'utilité de la diluer. On attend pendant cinq minutes en malaxant et on évacue. Il n'y a pas d'inconvénient et il est indifférent d'abandonner une certaine quantité de teinture d'iode dans la poche : elle n'a jamais été l'occasion de complications et s'est résorbée sans laisser de traces. Repos au lit de quelques jours.

En résumé : indolence, innocuité, simplicité, efficacité, rapidité ; tels sont les avantages de l'injection iodée dans l'hydrocèle et les kystes de l'épididyme.

Le sérum anti-diphtérique purifié.

(M. Lesné. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 30-4-1926.)

Depuis deux ans, M. Lesné emploie exclusivement à l'hôpital Trousseau le sérum anti-diphtérique purifié de l'Institut Pasteur, qui provoque moins d'accidents sériques, renfermant moins de substances albuminoïdes.

Dans le traitement de la diphtérie par ce nouveau sérum, il est vrai, les doses à injecter sont plus considérables. Aussi, la quantité de substances albuminoïdes, tout en étant réduite, reste néanmoins suffisante pour déterminer quelques troubles sériques. Mais ces troubles sont moins fréquents et généralement bénins.

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine.

(MM. L. Martin, Loiseau et Laffaille. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-5-1926.)

L'immunisation anti-diphtérique par l'anatoxine Ramon, pour produire les meilleurs résultats, doit être faite par trois injections : la première, de 0 cc. 5, la seconde de 1 c. c., et la troisième de 1 cc. ou 1 cc. 5, espacées de quinze jours au minimum et mieux de trois semaines. Les injections faites à huit jours de distance sont beaucoup moins immunisantes.

Les cas d'angine diphtérique observés par les auteurs chez des sujets en cours de vaccination sont toujours survenus lorsqu'il n'avait été fait qu'une ou deux injections seulement ou une troisième injection insuffisamment éloignée de la seconde.

Les angines diphtériques apparaissant après deux vaccinations par l'anatoxine semblent bénignes et peuvent même guérir spontanément, sans traitement sérothérapique.

L'immunisation antidiphtérique par l'anatoxine est capable à elle seule d'assurer la prophylaxie de la diphtérie dans les milieux scolaires ou dans les préventoriums contaminés, lorsqu'elle est mise en œuvre dès le premier cas et sans s'attarder aux cuti-réactions, pour ne pas perdre de temps.

Les injections vaccinantes d'anatoxine provoquent quelquefois des réactions fébriles d'intensité variable (38°, 39° et plus), dans la proportion moyenne de 5 %. Les tuberculeux ou suspects de tuberculose des préventoriums ou sanatoriums les tolèrent aussi bien que tous autres sujets et on peut dans ces établissements recourir à la vaccination anti-diphtérique sans inconvénient.

M. L. Martin a pu contrôler personnellement près de 5.000 cas de vaccination anti-diphtérique. Y ajoutant les relevés de M . Lereboullet, de M. Zœller, de M. Flandin et de M. Harvier, on arrive au total de 8.450 personnes vaccinées à l'anatoxine, chiffre qui permet des conclusions déjà solides.

Durée de l'immunité après vaccination par l'anatoxine antidiphtérique.

(MM. ROUBINOVITCH, LOISEAU et LAFFAILLE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-4-1926.)

MM. Roubinovitch, Loiseau et Laffaille ont trouvé l'immunité obtenue, chez plusieurs enfants, par une seule injection de 0 cc. 5 d'anatoxine, persistante après vingt à vingt-cinq mois. L'immunité obtenue après deux injections, chez 17 autres enfants, se constatait encore, après 12, 19, 23 et 25 mois.

Sur l'innocuité du traitement adrénalinique prolongé dans l'asthme.

(MM. PAGNIEZ et ESCALIER. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 16-4-1926.)

Cette question a déjà fait l'objet d'une communication de MM. Etienne, Richard et Claude, et d'un travail présenté par M. Sédillot à la Société de médecine de Paris. M. Pagniez relate, à son tour, l'histoire d'une femme de 33 ans atteinte de crises d'asthme quotidiennes et de tabès, qui, en 18 mois, se fit 2.172 injections de un demi-milligramme d'adrénaline. Or, ces injections ne modifièrent pas la pression artérielle moyenne. Sans permettre de tirer une conclusion plus large, l'observation de M. Pagniez montre qu'un sujet tabétique et asthmatique peut recevoir d'énormes quantités d'adrénaline sans dommage pour sa pression.

Cependant, bien que la tolérance au point de vue pression soit jusqu'au bout restée parfaite, les injections d'adrénaline devinrent finalement chez cette femme mal supportées (pâleur, accélération du pouls, palpitations) et durent être abandonnées, plusieurs piqûres ayant été suivies d'accidents lipothymiques inquiétants.

L'hyperglycémie sans glycosurie dans les dermatoses.

(MM. HUDELO et KOURILSKY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-4-1926.)

Différents auteurs (Highman, Mac Glisson, etc.) ont noté l'existence d'une très forte proportion d'hyperglycémies dans les dermatoses. M. Hudelo a fait des recherches à l'hôpital Saint-Louis, sur 36 cas concernant des affections diverses de la peau : eczéma, pyodermites, érythèmes, etc. Il a constaté, dans l'eczéma principalement, dans les infections cutanées pyodermiques (furonculose, impétigo), dans les érythèmes (polymorphes, toxiques) une élévation assez sensible de l'hygperglycémie qui, au lieu du chiffre normal de 1 gr. 10 atteint une moyenne de 1 gr. 40.

L'interprétation de ces hyperglycémies sans glycosurie des dermatoses est difficile. L'hyperglycémie est-elle le témoin d'un trouble métabolique qui détermine l'apparition de la dermatose ? N'est-elle pas simplement due au fait que les malades observés étaient des sujets pré-diabétiques, atteints d'un trouble latent de l'assimilation des hydrates de carbone ? On ne saurait poser à ce sujet de conclusions fermes. En tout cas, il ne semble pas logique de considérer l'hyperglycémie des dermatoses comme le témoin d'un trouble métabolique unique. Dans les eczémas, en particulier, le trouble métabolique est certainement complexe et doit porter sur d'autres éléments que la glycémie.

Opothérapie surrénale et diphtérie.

(MM. LEREBOULLET et GOURNAY.— *Soc. de Pédiatrie* ; 15-12-1926.)

On sait, depuis les observations de Martin, Darré et Castaigne, qu'il existe dans la diphtérie une symptomatologie surrénale, tributaire du traitement par l'adrénaline. Il est devenu de pratique courante d'administrer ce médicament ou de l'extrait surrénal aux diphtériques, particulièrement dans les cas malins. Au pavillon spécial des Enfants-Malades, on ajoute systématiquement à la sérothérapie, chez tout sujet atteint de diphtérie sérieuse, une injection d'extrait surrénal et une autre de strychnine.

— M. Victor VEAU déclare qu'il doit personnellement la vie à l'opothérapie surrénale. En 1911, M. Victor Veau contracta la diphtérie et il eut une crise très alarmante d'insuffisance surrénale. J'étais, dit-il, dans un état d'asthénie complète, avec syncopes, vomissements, sensation épigastrique particulière, anurie. « Je me voyais mort. Mais je n'avais aucune angoisse. La seule idée que je gardais dans ces moments qui auraient pu être tragiques pour moi, c'est que ce serait chose faite : je n'aurais pas besoin de mourir plus tard. Les affres de la mort sont des histoires de littérateurs... Du moins, je puis affirmer que la mort est douce quand elle est due à l'insuffi-

sance surrénale ». Ajoutons que M. Victor Veau vit heureusement tous ces accidents cesser après ingestion de quelques cachets d'extrait surrénal, et il ajoute « Pensez à la glande surrénale dans les diphtéries graves avec asthénie. »

— M. LESNÉ considère également l'extrait surrénal comme un médicament très utile dans les formes graves de la diphtérie. Il ne semble pas pouvoir être remplacé par l'adrénaline en ingestion. La voie rectale (lavement avec L à LXX gouttes d'adrénaline à 1/1000), la voie nasale (instillation) sont plus efficaces.

— M. NETTER remarque qu'il ne faut diluer l'adrénaline que légèrement, dans une faible quantité d'eau, lorsqu'on l'administre *per os*.

— M. LEREBOULLET se sert actuellement d'un nouvel extrait surrénal (persurrénal) en injections sous-cutanées, dont l'activité est grande.

L'injection lipiodolée trans-glottique après tubage.

(MM. LESNÉ et LEMARIEY. — *Soc. de Pédiatrie* ; 15-12-1926.)

La voie transglottique après tubage constitue une technique nouvelle d'injection intra-trachéale qui offre une intérêt particulier en clinique infantile. Chez l'enfant, la méthode laryngoscopique à l'aide du miroir et la méthode inter-crico-thyroïdienne sont peu pratiques. Le tubage, au contraire, est d'un usage courant dans la thérapeutique infantile et il devient très simple, le tube en place, d'injecter des liquides dans la trachée et les bronches, du lipiodol par exemple, pour explorer radiologiquement les voies aériennes. Au-dessous de 10 ans, ce serait, pour M. Lesné, le procédé de choix.

Un cas de guérison d'iléus biliaire.

(M. DARTIGUES. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* 7-5-1926.)

La littérature médicale comprend, à l'heure actuelle, environ 500 cas d'iléus biliaire, c'est-à-dire d'occlusion de l'iléon par un calcul biliaire. Il est admis qu'il s'agit là d'une variété d'occlusion intestinale grave, puisque les statistiques indiquent une mortalité dépassant 70 pour 100 des cas opérés. On a signalé cependant divers exemples de guérisons de l'iléus biliaire. M. Dartigues en présente un nouveau cas concernant une femme opérée pour des troubles intestinaux mal caractérisés, pouvant se rapporter à une appendicite ou à une occlusion. Au cours de l'intervention, l'auteur tomba sur un calcul biliaire créant une obstruction intestinale. Le calcul enlevé, la malade guérit.

— M. PEUGNIEZ trouve l'observation de M. Dartigues à la fois intéressante et consolante. Elle montre que l'iléus biliaire peut guérir.

— M. PETIT DE LA VILLÉON a vu guérir spontanément un iléus biliaire par l'expulsion dans les garde-robes de plusieurs calculs de la grosseur du bout du pouce. Cette terminaison spontanée est fort rare.

— M. VILLANDRE a opéré deux malades atteints d'iléus biliaire. Tous deux moururent.

La cololyse.

(M. G. LÉO. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 21-5-1926.)

Le mot de *cololyse*, introduit dans la terminologie chirurgicale par Victor Pauchet, désigne la libération des brides et adhérences intestinales. C'est une intervention indiquée dans le traitement des coudures intestinales chroniques par brides. Elle permet souvent d'éviter les résections de parties d'intestin, (colectomies).

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius.

M. VACHEY présente, au nom de MM. Patel et Creyssel, l'observation et les radigoraphies d'un jeune homme de 18 ans qui, à la suite d'une chute sur la paume de la main, présenta tous les signes d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. La radiographie montra qu'il s'agissait en réalité d'un décollement épiphysaire. On sait que la soudure de l'épiphyse radiale à la diaphyse ne se fait que vers 24 et 25 ans, chez l'homme, 20 et 22 ans chez la femme.

Pseudarthrose du col fémoral. Enchevillement au moyen d'un fragment de péroné.

MM. PATEL et DESJACQUES ont observé un malade qui à la suite d'une fracture du col fémoral droit conserva une pseudarthrose qui fut traitée avec succès par enchevillement au moyen d'un greffon prélevé sur le péroné gauche : 15 mois après la greffe, le membre est en bonne position, les mouvements spontanés sont très bons.

Calcul de l'urètre antérieur toléré pendant vingt ans.

MM. DELORE, COMTE et R. LABRY ont traité un homme de 32 ans entré à l'hôpital pour une orchi-épididymite. A l'examen on trouva un calcul urétral situé au niveau du bulbe et perceptible à la palpation. Le malade était porteur de ce calcul depuis l'âge de 10 ans ; jusqu'à 12 ans il avait déterminé de l'incontinence d'urine ; depuis il fut parfaitement toléré, sauf parfois des arrêts brusques de la miction auxquels le sujet remédiait en repoussant la pierre avec le doigt. On fit une uréthrotomie externe qui donna issue à un gros calcul de 2 cm. 1/2 environ en largeur et en longueur et à un autre de la grosseur d'un pois. Le gros calcul avait la forme d'un cœur,

forme qui paraît spéciale aux calculs de l'urètre bulbaire.

Double corps étranger des voies aériennes chez un enfant.

M. R. Gaillard présente deux fragments métalliques d'anche de petite trompette aspirés par une enfant de 5 ans. L'un de ces fragments se trouvait enclavé dans la glotte et put être extrait directement au laryngoscope. L'autre se trouvait dans la bronche gauche ; sa présence fut décelée par la radioscopie et son extraction nécessita une bronchoscopie inférieure après trachéotomie. Les suites furent très simples et l'enfant se remit parfaitement. Les cas de corps étrangers multiples paraissent exceptionnels. Ici l'auteur tend à admettre que l'anche, fragilement construite, fut fragmentée au cours de tentatives aveugles d'extraction faites avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Pyonéphrose d'un rein ectopique.

M. Paycelan présente, au nom de M. Gayet, une pièce opératoire : il s'agit d'un rein droit atteint de pyonéphrose et présentant une anomalie de position, il était en effet, en situation lombo-iliaque ; très mobile, il avait occasionné des crises douloureuses analogues à celles du rein flottant ; la grande brièveté de l'uretère favorisait la coudure de ce conduit. Néphrectomie transpéritonéale.

Contusion du larynx.

MM. Rebattu et Mounier relatent l'observation d'un homme qui, montant à une échelle, manqua un échelon et heurta un des barreaux avec sa région cervicale antérieure. Apnée immédiate de quelques secondes, puis gêne de la déglutition, voix gutturale. A l'examen, œdème diffus et ecchymotique au niveau des replis aryténo-épiglottiques, des gouttières glosso-pharyngées, de la face postérieure de la région ary-aryténoïdienne. Aucun signe de fracture thyroïdienne ou cricoïdienne. Guérison par le repos vocal et quelques inhalations.

Paralysie d'une corde vocale par blessure de la région parotidienne.

MM. René Gaillard et Mayoux. — Malade ayant reçu un coup de couteau dans la région parotidienne gauche. Vu quinze jours après, on constate une paralysie du facial portant seulement sur l'orbiculaire des lèvres, le peaucier et les muscles du menton. *Paralysie complète de la corde vocale gauche.* Celle-ci est attribuée par les auteurs à une lésion du pneumogastrique au-dessus de l'émergence du récurrent. Quant à la nature de la lésion, on peut hésiter entre l'atteinte directe du nerf par l'agent vulnérant et sa compression par un hématome.

Tuberculose latente de l'appareil urinaire.

MM. Roubier et Vallery ont observé une jeune femme admise à l'hôpital pour de la dyspnée, des troubles laryngés, une cachexie marquée. L'examen pulmonaire ne donnait que des signes peu accusés. Grosse rate ; zone d'empâtement du côté du rein gauche. Albuminurie légère. A l'autopsie : lésions tuberculeuses des poumons, et surtout lésions de tout l'appareil urinaire : rein droit entièrement transformé en une masse ressemblant à du mastic, rein gauche presque entièrement transformé en vastes cavernes ; altérations importantes de la vessie et des uretères.

Corps étranger de l'S. iliaque.

M. Creyssel présente l'observation d'un malade du service de M. Patel qui s'était introduit dans le rectum une fiole de pharmacie. Après échec des tentatives d'extraction par voie directe, après dilatation anale, on fit la laparotomie ; le flacon, senti dans l'S iliaque, fut refoulé dans l'ampoule rectale d'où il fut extrait par les voies naturelles.

Société médicale des hôpitaux.

Syndrome physiopathique, séquelle de fracture de cuisse.

M. Tixier et Froment présentent un ancien blessé de guerre qui conserve une énorme dislocation du genou avec *genu recurvatum*, troubles trophiques ulcératifs, douleurs extrêmement vives. Il s'agit d'un syndrome dit physiopathique ou réflexe, entretenu par la dislocation du genou qui entraîne des tractions répétées du sciatique et à laquelle on se propose de remédier par une arthrodèse.

Pneumothorax au cours d'un abcès du poumon causé par un cancer de l'œsophage.

MM. Bonnamour et Grandmaison. — Femme reçue à l'hôpital comme tuberculeuse ; l'examen pulmonaire, clinique et radioscopique, révélait l'existence d'un pneumothorax partiel, axillaire. La malade mourut rapidement, et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un volumineux cancer œsophagien abcédé dans le poumon où existait au niveau du lobe supérieur, une caverne ouverte à son tour dans la cavité pleurale. Pas de lésions tuberculeuses.

Un cas de bismuthide à type d'angine de Vincent.

MM. Gaté, R. Gaillard et Bertoin présentent l'observation d'un malade, syphilitique depuis vingt-cinq ans, soigné de façon assez irrégulière jusqu'en 1923. A cette époque, il entre à la clinique du professeur Tixier, où l'on fait le diagnostic de néphrite syphilitique et institue un traitement bismuthique. Après la deuxième injection, douleurs à la déglutition et gingivite ; avec le miroir laryngoscopique, on voit à la face postérieure de l'amygdale droite une petite ulcération grande comme une lentille. Le traitement est suspendu, puis les douleurs ayant dis-

paru, il est repris. On fait en tout dix injections de bismuth. La dysphagie reparaît alors et on constate sur l'amygdale droite une vaste ulcération arrondie, à bords taillés à pics, à fond couvert d'un exsudat blanchâtre au microscope, association fuso-cellulaire très nette. Il semble bien actuellement, concluent les auteurs, qu'une manifestation rénale doive faire écarter le traitement bismuthique, qui, outre qu'il risque d'aggraver les signes rénaux, rend presque inévitable la stomatite ou une angine de Vincent, par suite de l'élimination presque uniquement buccale du médicament.

Anguillulose intestinale à forme diarrhéique.

MM. Cordier, Morénas et Dechaume relatent l'histoire d'un homme de 47 ans admis à l'hôpital pour les troubles intestinaux. Depuis l'âge de 16 ans 1/2, auquel il commença à travailler comme mineur dans le bassin de Saint-Etienne, le malade a présenté des troubles intestinaux chroniques avec quelques épisodes aigus. Des melænas sont parfois constatés. Actuellement, examen clinique négatif. L'examen parasitolgique des selles montre des larves d'anguillules. Cette observation est surtout intéressante en raison de la longue durée des accidents attribuable à une résistance anormale au parasitisme.

Essai de traitement du paludisme par les injections intra-veineuses d'uroformine.

MM. J. Chalier et A. Chaix. — Malade de 18 an hospitalisée pour un syndrome infectieux avec prostration, ictère, gros foie, grosse rate. Hémoculture, séro-diagnostic typhique et Wassermann négatifs. On pense à un ictère toxi-infectieux (la malade avait mangé quelques jours auparavant des moules crues) On fait des injections intra-veineuses d'uroformine (2 gr. 50 par jour). En trois jours, amélioration notable, l'ictère se décolore et l'on s'aperçoit alors qu'il cachait une anémie intense. Un examen du sang est alors pratiqué qui montre l'existence de corps en croissants. On apprend que la malade, qui venait de Batna, avait eu quelques accès palustres. On continue les injections d'uroformine et après trois semaines environ de traitement le taux des hématies avait passé de 1.700.000 à 4.030.000, en même temps que l'état général, que l'état du foie et de la rate s'amélioraient de telle façon que l'on peut parler de guérison.

Anasarque précoce sans albuminurie au cours d'une scarlatine.

M. J. Chalier et Mlle Schoen. — Fillette de 27 mois. Au cours d'une scarlatine, présenta de façon très précoce, dès la disparition de l'éruption, une néphrite aiguë à type chlorurémique, avec anasarque, urines rares et foncées contenant des cylindres granuleux, des globules blancs et quelques globules rouges, mais sans albumine. L'enfant guérit.

Rhumatisme articulaire aigu avec signes méningés. Chorée consécutive.

M. A. Dufourt. — Fillette de 7 ans qui, en même temps qu'un rhumatisme poly-articulaire aigu, présenta de la céphalée, des vomissements, du Kernig Liquide céphalo-rachidien clair, avec forte hyperalbuminose, lymphocytose modérée, pas de microbes. Tous ces symptômes disparurent sous l'influence du traitement salicylé. Mais ultérieurement, la malade fit une chorée, puis une endopéricardite.

Cholécystite amibienne primitive.

M. Petzetakis (d'Alexandrie) rapporte un cas de cholécystite qu'il considère comme amibienne en raison de l'action remarquable du traitement par l'émétine, et malgré l'absence de toute attaque antérieure de dysenterie, ainsi que d'amibes dans les selles.

Hérédo-syphilis nasale avec destruction du cartilage de la cloison.

M. Ch. Gardère et Mlle Schoen présentent un enfant de 20 mois, atteint de lésions cutanées multiples depuis l'âge de 8 mois. Wassermann légèrement positif chez la mère ; un premier enfant mort-né.

Enfant très hypotrophique (7 kgr.). Ulcération suintante ayant entraîné la destruction du lobule du nez et de la sous-cloison. Ulcérations des pavillons auriculaires, des commissures labiales, du cuir chevelu, des fesses, du périnée, etc. Ganglions cervicaux, axillaires, et inguinaux. Pas de lésions osseuses. Wassermann légèrement positif. Le traitement par 0 gr. 05 d'éparséno-sous-cutané, puis par des suppositoires d'onguent napolitain, amena une amélioration rapide.

Très volumineuse adénopathie cervicale chez un nourrisson. Granulie.

MM. Mouriquand et Josserand présentent des pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de 11 mois 1/2 mort de granulie. A son entrée à l'hôpital, cet enfant ne présentait qu'un peu de fièvre irrégulière et de très gros ganglions cervicaux.

L'ouabaïne dans le traitement de l'asystolie.

MM. Bouchut et Paupert-Ravault rapportent le cas d'un homme entré à l'hôpital avec tous les signes d'une asystolie grave et paraissant devoir être irréductible. Ce malade fut traité pendant sept mois, au cours desquels il reçut en tout soixante-quinze milligrammes et quart d'ouabaïne intra-veineuse, en sept séries d'injections tantôt d'un demi milligramme, tantôt d'un milligramme. Le médicament fut associé à la théobromine et donné alternativement avec la digitaline et l'adonis. On obtint ainsi une amélioration indiscutable. Les auteurs

concluent que l'ouabaïne donnée à doses massives et prolongées peut dans certains cas se montrer supérieure aux autres médications cardio-toniques ; qu'il y a avantage à l'associer à la théobromine ; que la cure d'ouabaïne paraît réactiver la digitaline.

Inefficacité de la sérothérapie dans certaines méningites cérébro-spinales.

MM. A. DUFOURT et SÉDAILLAN ont soigné une fillette qui succomba à une méningite cérébro-spinale bien qu'elle ait été traitée dès le début de l'affection et qu'elle ait reçu en tout 1.390 cc. de sérum par les voies sous-cutanée, intra-rachidienne, intra-veineuse, intra-ventriculaire et transcérébrale (après trépanation). Le sérum injecté était spécifique.

Néphrite aiguë mercurielle.

M. CALLIGNON. — Malade qui, à la suite de l'absorption de 50 centigrammes de sublimé présenta une néphrite aiguë. Celle-ci eut une évolution bénigne et guérit.

A. C.

Les Congrès

XIe Congrès de Médecine légale de langue française

Le XIe Congrès de médecine légale de langue française s'est tenu les 27, 28, et 29 mai à Paris sous la présidence de M. le docteur Antheaume, médecin expert, secrétaire général de la Société de Médecine légale de France. Vice-présidents : M. le docteur Duvoir, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine et M. le docteur Sorel, professeur de médecine légale la Faculté de médecine de Toulouse. Secrétaire général : M. le docteur Etienne Martin, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. Secrétaire général adjoint : M. le docteur Piedelièvre, médecin expert, professeur agrégé de médecine légale.

Trois importantes questions avaient été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° Médecine légale : Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse.

2° Criminologie : Le témoignage des psychopathes.

3° Accidents du travail : Les arthrites traumatiques.

C'est dans le bel amphithéâtre de l'Institut de médecine légale de Paris, place Mazas, qu'eut lieu le 27 mai, à 9 h. 30, l'ouverture du Congrès. En une brève allocution, M. le délégué du Ministre de la Justice, présidant la séance, exprima le vif intérêt que M. le Garde des Sceaux ne cesse de porter à toutes les grandes questions de criminologie et de médecine judiciaire et aux efforts constants accomplis par les médecins légistes des pays de langue française en vue d'éclaircir les problèmes d'expertise les plus délicats et d'apporter le plus de justice possible dans l'appréciation de la responsabilité pénale. M. le docteur Antheaume, président du Congrès remercia en termes chaleureux M. le Ministre de la Justice de sa sollicitude à l'égard des médecins légistes de France, souhaita une très cordiale bienvenue aux médecins étrangers de Belgique, de Suisse et du Danemark, membres du Congrès et aux délégués du Ministère de l'hygiène et du Service de Santé militaire venus pour prendre part aux travaux de ce Congrès.

Les allocutions furent aussitôt suivies de l'exposé et de la discussion du premier rapport.

M. le docteur Vielledent, de Lille, rapporteur de la question du *dosage de l'alcool dans le sang et du diagnostic de l'ivresse* s'est attaché à faire un exposé clair et précis des travaux antérieurs relatifs à cette question d'un grand intérêt médico-légal. Il importe en effet souvent de savoir si au moment de sa mort, un individu était ou non en état d'ivresse. La question se pose en présence d'un accident ou d'une mort suspecte.

C'est ainsi qu'un sujet accusé d'homicide volontaire peut invoquer l'état de légitime défense dans lequel il se trouvait en présence d'un ivrogne surexcité. En cas d'homicide involontaire, la responsabilité civile et pénale d'un accusé peut être atténuée par le fait que la victime était en état d'ivresse au moment de l'accident (cas d'un conducteur de voiture écrasant un passant). Les empoisonnements criminels ainsi que les suicides par l'alcool sont très rares, mais on constate parfois à la suite de paris des morts subites provoquées par l'absorption de doses élevées de boissons alcooliques. Enfin la mort peut être due, dans le coma alcoolique, à des régurgitations alimentaires entraînant la suffocation.

Le *diagnostic toxicologique* de l'alcoolisme est basé le plus souvent sur les propriétés physiques des mélanges hydro-alcooliques. Mais lorsqu'il faut doser le toxique dans des solutions très diluées, les méthodes physiques sont insuffisantes et il est nécessaire d'avoir recours aux méthodes chimiques. C'est Nicloux qui, le premier, en 1896, découvrit la méthode chimique qui porte son nom.

Le rapporteur rappelle le principe de cette méthode. Si dans une solution très diluée d'alcool de teneur inférieure à 2 p. 1000, on verse du bichromate de potasse en solution étendue et de l'acide sulfurique, l'alcool est oxydé, le bichromate est réduit et passe à l'état de sesquioxyde de chrome proportionnellement à la quantité d'alcool contenue dans la solution. Si la quantité de bichromate est insuffi-

sante ou si, ce qui revient au même, l'alcool est en excès il se produit une teinte vert bleu, couleur du sesquioxyde de chrome étendu. Si au contraire le bichromate est en très petit excès (une ou deux gouttes) la teinte produite est vert jaune. D'où la possibilité de dosage grâce au virage du vert bleu au vert jaune.

Le rapporteur, après avoir exposé les principes des méthodes plus récentes de MM. Astruc et Radet (basée sur l'oxydation de l'alcool par les permanganates) et de MM. Martini et Nourisson (basée sur le dosage par l'hyposulfite de l'iode mis en liberté après action combinée sur une solution alcoolique de bichromate de potasse d'acide sulfurique et d'iodure de potassium) conclut que les trois méthodes ont une valeur sensiblement égale et fournissent des chiffres concordants.

Pour doser l'alcool contenu dans le sang on procède à la distillation, au moyen de l'appareil de Schlœsing-Aubin, d'un mélange de 10 cc. de sang et de 63 cc. de solution saturée d'acide picrique. C'est sur le distillat recueilli dans 5 cc. d'eau distillée qu'on procède au dosage de l'alcool.

M. Vielledent discute les détails de technique de ces recherches et rappelle à ce sujet les importants travaux de M. Balthazard et de Mlle Marcelle Lambert (*Annales de médecine légale*, janvier 1921.)

Il formule les conclusions suivantes :

a) L'alcool absorbé passe rapidement dans le sang et, comme l'a démontré le professeur Gréhant, la teneur du sang en alcool reste constante pendant quelques heures. Cette teneur est proportionnelle à la quantité d'alcool ingéré.

b) Il est possible de déterminer la quantité d'alcool contenu dans le sang par l'une quelconque des trois méthodes précédentes. La méthode de Nicloux nous paraît cependant la plus simple et la plus rapide.

« Si la putréfaction n'est pas commencée, on écartera toute cause d'erreur en s'assurant que le défunt n'a pas été soumis, peu de temps avant la mort, à une anesthésie par le chloroforme ou l'éther. Si la putréfaction est commencée, il sera prudent de procéder à plusieurs distillations en présence d'acide picrique, puis de carbonate de soude, de façon à écarter les corps réducteurs autres que l'alcool.

« Si l'on est parvenu au stade de putréfaction gazeuse, les résultats du dosage deviennent incertains (Balthazard et Marcelle Lambert).

c) Le nombre N de centimètres cubes d'alcool pur contenu dans 1 litre de sang permet de calculer approximativement, en fonction du poids P de l'individu, la quantité Q d'alcool ingéré peu de temps avant la mort.

Q centimètres cubes alcool pur = N X P.

Cette quantité calculée est plutôt inférieure à la quantité d'alcool réellement absorbée.

d) Le nombre de centimètres cubes d'alcool pur par litre de sang permet en outre d'affirmer que l'individu était ou non en état d'ivresse au moment de sa mort.

Pour des teneurs supérieures ou égales à 4 p. 1.000 nous dirons que l'individu était en état d'ivresse au moment de sa mort, même chez les alcooliques invétérés.

Pour des teneurs comprises entre 2 et 4 p. 1.000, nous dirons que l'individu, accoutumé ou non aux boissons alcooliques, était dans un état anormal d'autant plus voisin de l'ivresse que ces teneurs sont plus rapprochées de 4 p. 1.000 ».

Le rapport de M. Vielledent constitue une très intéressante mise au point de la question du dosage dans le sang et du diagnostic de l'ivresse. Il fut suivi d'une discussion non moins importante où M. Kohn-Abrest précisa divers points de technique de laboratoire et signala l'intérêt du dosage de l'alcool dans l'urine, le taux de l'alcool urinaire étant généralement le double de celui du sang, et où M. le professeur Balthazard insista particulièrement sur la disparition rapide de l'alcool des tissus et du sang après l'ingestion. L'alcool en effet passe très rapidement après l'absorption dans le sang, les urines et les tissus et atteint son taux maximum en l'espace de 5 à 6 heures. La courbe reste alors pendant quelques heures en plateau puis s'abaisse rapidement du fait de l'élimination de l'alcool pour tomber à zéro au bout de 24 heures. Le dosage de l'alcool chez le cadavre ne présente donc aucun intérêt si le décès du sujet est intervenu plus de 24 heures après l'ingestion de boisson alcoolique.

La question s'est posée de savoir s'il serait possible d'exiger de tout individu arrêté sur la voie publique en état d'ébriété apparente qu'il laissât pratiquer un examen de ses urines en vue de la recherche de l'alcool. Cet examen n'est possible que si l'intéressé y consent. La contrainte n'est pas autorisée au point de vue médico-légal, à plus forte raison ne pourrait-on pratiquer dans ces conditions une ponction veineuse pour examen du sang contre le consentement du sujet. L'expérience tentée systématiquement en Belgique chez les individus arrêtés s'est généralement heurtée à un refus. Au cas où un médecin passerait outre à l'opposition de l'intéressé il serait passible, de la part de ce dernier, de poursuites judiciaires.

Il pourrait être d'une grande utilité dans un but diagnostique de procéder à la recherche de l'alcool dans les urines et le sang de certains malades atteints de confusion mentale aiguë chez lesquels on soupçonnerait une intoxication éthylique. M. le professeur Balthazard, tout en reconnaissant l'intérêt de cette recherche, estime qu'elle est inutile si le prélèvement de sang ou d'urine est fait chez le malade plus de 24 heures après l'absorption d'alcool.

L'après-midi du 27 mai fut occupée par une séance extraordinaire de la Société de médecine légale de France en l'honneur des membres du Congrès, à la première chambre de la Cour d'Appel de Paris, au Palais de Justice. Après une chaleureuse allocution de M. du Bousquet, avocat à la Cour d'Appel de

Paris, président de la Société, M. le professeur Etienne Martin exposa la *question du serment des médecins légistes* et proposa une modification à apporter à l'article 44 du Code de Justice criminelle et aux articles du Code de procédure civile relatifs au serment en vue d'exempter les médecins légistes inscrits sur les listes officielles d'experts des tribunaux de l'obligation de prêter serment pour chaque affaire. Cette question d'une importance pratique considérable fit l'objet d'une discussion animée à laquelle prirent part MM. Balthazard, Dervieux et Duvoir et aboutit à la désignation d'une Commission chargée de coordonner les divers points de vue et d'élaborer un vœu qui sera adressé au Ministre de la Justice.

Le 28 mai, à 9 h. 30, M. le professeur Claude accueillait très cordialement à l'amphithéâtre de la clinique psychiatrique de la Faculté, à l'Asile Sainte-Anne, les congressistes pour l'exposé et la discussion du rapport de criminologie relatif au *Témoignage des psychopathes.* Le rapporteur, M. le docteur Rogues de Fursac, délimitant clairement le sujet de son travail, fait d'abord ressortir que, dans le témoignage des psychopathes, il y a lieu d'envisager deux catégories de dépositions ; celles du *témoin* qui rapporte en toute indépendance et impartialité ce qu'il sait sur un évènement donné sans y avoir été mêlé d'une façon intéressée et celles de l'*accusateur*, du « plaignant » où le sujet joue un rôle actif dépendant étroitement de ses réactions pathologiques habituelles. Il montre que la question du témoignage des psychopathes a été déjà parfaitement étudiée en de très nombreux travaux dans sa forme accusatrice : fausses dénonciations des mythomanes et des délirants de tous ordres : hystériques, persécutés, mélancoliques, alcooliques, qui sont soit hétéro-accusateurs, soit auto-accusateurs. Il oppose à cette étude dans laquelle tout semble avoir été dit, celle du témoignage des psychopathes envisagés comme témoins impartiaux des faits étrangers à leurs idées délirantes. Sous ce second aspect, la question est restée assez négligée et c'est à la mise au point de ce côté spécial du sujet qu'il a entendu s'appliquer.

M. Rogues de Fursac divise son travail en cinq parties : 1° Exposé technique des expériences et des procédés utilisés avec notation des résultats ; 2° résultat général des expériences, apprécié en comparaison des résultats obtenus dans l'étude du témoignage des sujets normaux ; 3° étude de la suggestibilité dans les divers états psychopathiques ; 4° caractéristiques du témoignage dans les divers états psychopathiques ; 5° conditions dans lesquelles le témoignage des psychopathes doit être recueilli pour que le maximum de garantie soit assuré.

Le rapporteur a employé comme procédés d'expérimentation la *méthode des images* et la *méthode des scènes fictives*, qui ont largement fait leurs preuves. La méthode des images consiste à présenter au sujet en expérience une image pendant une durée déterminée (une minute en moyenne) et à lui demander, au bout d'un temps plus ou moins long, de déposer sur ce qu'il a vu sur cette image. Dans la méthode des scènes fictives le sujet est appelé à déposer sur ce qu'il a retenu d'une scène à laquelle on l'a fait assister sans le prévenir d'avance et dont chaque élément avait été soigneusement déterminé. M. Rogues de Fursac a procédé à de nombreuses expériences de ce genre à l'Asile de Villejuif et dans le service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce où il avait bien voulu nous associer à ces intéressants examens. Il a procédé en outre à quelques expériences de contrôle au Service du 2e blessé du Val-de-Grâce sur des sujets psychiquement normaux.

Pour apprécier la valeur du témoignage le rapporteur s'est servi du *coefficient de fidélité* (rapport du nombre des déclarations exactes et des déclarations fausses : $F = \frac{Rj}{Rj + Rf}$) et du *coefficient de savoir* (rapport des déclarations exactes au total des questions posées, c'est-à-dire à la somme des réponses justes, des réponses fausses et des réponses indécises :

$$S = \frac{Rj}{Rj + Rf + Ri}$$

Il a remarqué que l'infériorité du témoignage des psychopathes tient, non pas à ce que le sujet affirme beaucoup plus d'erreurs que le sujet normal, mais à ce qu'il se retranche plus souvent que le normal derrière son ignorance. En considérant les choses d'une façon très générale, le témoignage des psychopathes est moins dangereux (en raison des erreurs) qu'insuffisant (en raison du peu d'éléments sur lesquels le sujet est capable de renseigner). Le psychopathe est un sujet qui sait peu de choses, mais un témoin prudent et honnête qui ose répondre : je ne sais pas.

Le temps écoulé entre la scène et l'interrogatoire a presque toujours été surestimé. Très peu de personnes d'ailleurs, surtout parmi les gens peu cultivés, ont une notion juste de la durée des évènements, en particulier pour les durées faibles. Le psychopathe dont les facultés d'attention et de fixation sont déficientes, manque de points de repère.

L'arriéré en particulier, est, du fait de son faible coefficient de fidélité, un témoin dangereux. Mais il est surtout dangereux en raison de sa suggestibilité extrême qui le pousse à répondre par l'affirmative à la plupart des questions posées. (Ce fait est très important à connaître dans l'armée où les arriérés, les débiles mentaux sont nombreux, par rapport aux autres psychopathes plus sérieusement atteints, qui sont généralement éliminés du service militaire).

Le témoignage d'un traumatisé ou d'un commotionné relatif aux faits concomitants du traumatisme ne doit être accepté qu'avec beaucoup de réserve. Ce témoignage est le plus souvent incomplet ou imprécis et parfois mêlé de fabulation. M. le docteur Briand qui au cours de la guerre, eut à exper-

tiser un très grand nombre de commotionnés avait noté la variabilité de leurs déclarations et avait recommandé de leur faire écrire à différentes reprises ces déclarations afin de les comparer entre elles.

Après d'intéressantes considérations sur chaque type de psychose, M. Rogues de Fursac arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Le témoignage des psychopathes considéré au double point de vue de la fidélité (rapport du nombre des déclarations exactes à la somme des déclarations exactes et des déclarations fausses) et du savoir (rapport du nombre des déclarations exactes au total des questions posées) est, d'une façon générale, inférieur au témoignage des normaux.

2° Cependant, dans tous les états psychopathiques sur lesquels a porté la présente étude, on trouve, en proportion variable, des sujets chez qui le coefficient de fidélité est égal ou supérieur au coefficient le plus faible fourni par les normaux.

3° Le témoignage d'un psychopathe, quelle que soit la catégorie à laquelle il appartienne, ne saurait donc être *a priori* récusé.

4° Les états psychopathiques étudiés dans ce travail peuvent être classés — provisoirement tout au moins — en ce qui concerne la fidélité du témoignage, dans l'ordre suivant, en allant du témoignage le plus fidèle au moins fidèle : mélancolie, psychose interprétative chronique, psychose hallucinatoire chronique, manie, traumatisme cérébral, schizophrénie, arriération mentale, épilepsie, paralysie générale, démence sénile et artériosclérose cérébrale.

5° L'étendue du savoir dans le témoignage des psychopathes est généralement très faible, beaucoup plus faible relativement que la fidélité. L'infériorité du témoignage des psychopathes se manifeste plus dans l'insuffisance numérique des renseignements qu'ils fournissent que dans le nombre des erreurs qu'ils commettent.

6° En ce qui concerne la valeur du témoignage suivant la catégorie d'objets sur lesquels il porte, le témoignage des psychopathes paraît suivre les mêmes lois que le témoignage des normaux. C'est ainsi qu'il est généralement bon pour les relations spatiales et pour les actes, mauvais pour le signalement, les couleurs, les paroles, la localisation dans le temps et la durée.

7° Les psychopathes sont très inégalement suggestibles. Les états psychopathiques étudiés dans ce travail peuvent être provisoirement classés comme suit au point de vue de la suggestibilité : arriération mentale (suggestibilité maxima), épilepsie, paralysie générale, démence sénile et artério-sclérose cérébrale, schizophrénie, manie. Dans la mélancolie et dans la psychose hallucinatoire chronique, les malades se sont montrés réfractaires à la suggestion.

8° La valeur du témoignage d'un psychopathe est toujours question d'espèce et ne peut être fixée que par une expertise de crédibilité ».

Ce très remarquable rapport fut très attentivement écouté et très vivement applaudi.

Dr FRIBOURG-BLANC.

(A suivre.)

Le Thigénol dans le traitement de la furonculose,

Par le Dr J. SACAZE.

M. A. Kismeyer, de Copenhague, vient de publier tout récemment un travail très intéressant (1) sur l'emploi de l'ichtyol dans la furonculose. On sait que l'ichtyol a été introduit par Unna, en thérapeutique, en 1884. Depuis cette époque, il a été très utilisé soit en pratique dermatologique, soit en pratique gynécologique. Mais, on l'a remarqué souvent, tous les sulfoichtyolates employés, quelle qu'en soit l'origine, ont de graves inconvénients : ils sentent très mauvais, ils laissent sur le linge des taches indélébiles et ils peuvent être caustiques ou même toxiques. Aussi de nombreux succédanés ont-ils été préconisés avec des succès divers. Le plus utilisé est certainement le thigénol qui est désormais considéré comme un topique indispensable aussi bien en gynécologie qu'en dermatologie.

Nous n'avons pas à rappeler ici les succès obtenus par l'emploi du thigénol, en applications, en ovules, en tampons, dans toutes les affections gynécologiques (Pozzi, Siredey, Dalché, etc.) et dans les affections vétérinaires (Douville, Getas) (1), mais nous tenons à insister tout particulièrement, après de nombreux auteurs (2), sur les services qu'il peut rendre en pratique dermatologique — et en particulier dans la furonculose.

Le thigénol a surtout été employé dans la

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1926, p. 297.

(1) Cf. GETAS. — Thèse de Lyon, 1925, 6.

(2) Cf. surtout L. BROCQ, *Monde Médical*, 1925, n° 659, p. 830. — SCHOEFER, *J. de Méd. de Paris*, 1921, p. 656. — PAUTRIER, *Bull. Méd.*, 1909, p. 471. — FERNET, *Cons. Méd. fr.*, 1915, p. 58. — BILLON, Traité de clin. chir., 1913, p. 229. — GRUGET, *J. des prat.*, 1909, n° 28. — ROY, *Rev. Med.*, 1910, n° 822. — REUMAUX *Clin. Ophtal.*, 1904, p. 161. — KUHN *Munch. Med. Woch.*, 1920, p. 321. — DIEUPART, *Bull. Méd.*, 1908, n° 51. — MAZZINI, *Courrier Méd.*, 27 oct. 1912 et *Rev. intern. Méd. et Chir.*, 1910, n° 3. — SVALBELD, *Rev. Intern. de Méd. et chir.*, 1910, n° 8. — HERZEN, *Guide Form. de Thér.*, 1921, p. 360-386. — MARTIAL, *Conc. Méd.*, 1910, p. 361. — FOURNIER, *Courrier Méd.*, 1912 n° 43. — CREIGNON, *J. de Méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1921, etc., etc.

calvitie précoce (Svalbeld), le sycosis (Schoefer), la couperose (Fournier, Martial), l'acné rosacée (Mazzini), les prurits (Pautrier, Fernet), les engelures ulcérées (Billon, Herzen), les hémorroïdes enflammées (Dieupart), les ulcères variqueux (Gruget), les eczémas (Pautrier, Herzen) l'eczéma du conduit auditif (Roy), le pityriasis (Mazzini), les blépharites (Darier, Reumaux), enfin dans le traitement externe de toutes les dermatoses (Brocq, Creignon, Dieupart, etc.).

Du point de vue de la furonculose, nous savons qu'il a été utilisé dans de nombreux cas avec d'excellents résultats, notamment par Kuhn, mais, à notre connaissance du moins, aucun travail d'ensemble n'a été publié sur ce sujet qui est cependant à l'ordre du jour.

Une question se pose d'abord ? — Qu'est-ce que le thigénol ? Le thigénol, c'est l'oléo-sulfonate de sodium en solution aqueuse. C'est un liquide brun, inodore, soluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine, très facilement miscible à tous les corps gras. Il se dessèche très rapidement sur la peau, en formant une couche mince, résistante, souple et non adhérente. Les taches qu'il laisse sur la peau et sur le linge disparaissent par simple lavage à l'eau. Il n'est ni caustique, ni toxique.

Le thigénol agit sur la peau à la manière de l'ichtyol ; il est kératoplastique, vaso-constricteur, décongestionnant et même bactéricide. Son effet est-il dû au soufre ? C'est à peu près certain. Si on emploie des solutions à 10 ou 20 %, cet effet n'est pas très marqué. Si on emploie le thigénol pur, l'effet antiphlogistique et résolutif est tellement net et rapide qu'on peut grâce à ce médicament, faire « avorter » en quelque sorte des adénites axillaires ou inguinales, des épididymites, etc. Nous avons déjà signalé plus haut les bons résultats obtenus dans les brûlures, dans les hémorroïdes enflammées, dans les ulcères variqueux. Il en est de même dans les anthrax où déjà en 1911 le professeur Tuffier (Soc. chir., Paris, n° 12) avait constaté les heureux résultats obtenus par des applications de thigénol. Dans la furonculose, l'action du thigénol est excessivement intéressante, mais, un point sur lequel il est très important d'insister, c'est qu'il faut l'employer à l'état pur, c'est-à-dire comme une huile épaisse ; il ne faut pas hésiter à en mettre une couche sur tous les points enflammés ou douteux : le malade en sera quitte pour prendre un bain minutieux à la fin du traitement.

Voici la technique que nous avons utilisée et que nous recommandons. Bien nettoyer le furoncle et toute la région périfuronculeuse à l'alcool ; laisser sécher, puis appliquer avec un tampon d'ouate une couche de thigénol pur liquide que l'on laisse sécher sur place, avec une petite quantité d'ouate par dessus : renouveler ce pansement tous les jours, en lavant d'abord la couche de thigénol mise le jour précédent, avec de l'eau tiède ; puis refaire le pansement, comme indiqué plus haut. Dès que le furoncle est percé et s'il donne beaucoup de pus, il vaut mieux renouveler le pansement deux fois par jour. Très rapidement, l'aspect du furoncle et de la région périfuronculeuse est complètement transformé et les incisions sont presque toujours absolument évitées. Enfin la dissémination microbienne est rendue impossible, avec cette technique de traitement. Bien entendu, cela n'empêche pas de compléter si on le désire, par des injections d'auto-vaccins et l'administration de levure, d'étain et de tout autre prétendu spécifique ; mais nous tenons à insister encore une fois sur ce mode de traitement facile, simple, nullement douloureux, ne donnant aucune mauvaise odeur, et susceptible de rendre de multiples services au médecin praticien, dans les meilleures conditions pour les malades, — et avec des résultats souvent surprenants.

Les Livres

Amédée Legrand, éditeur,
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pierre Naveau. — **Les résultats du pneumothorax thérapeutique**. Préface du Dr Rist. (Un vol. in-8, 199 pages avec clichés, 1925.)

Le pneumothorax artificiel semble s'être imposé en thérapeutique comme méthode de choix, non seulement en phtisiologie, mais encore dans un certain nombre d'affections pleuro-pulmonaires, chaque fois qu'il est possible d'en poser les indications. Le but de l'auteur a été de faire avant tout une étude statistique n'apportant que des chiffres et des matériaux pouvant éventuellement servir de base à des travaux ultérieurs.

Dans une première partie sont traitées les affections pleuro-pulmonaires non tuberculeuses dans lesquelles le pneumothorax a été réalisé, tenté, ou proposé. Celui-ci a donné de très bons résultats dans les bronchectasies, les abcès du poumon et de l'interlobe, et dans les suppurations pulmonaires chroniques, qu'il arrive à guérir complètement. Son application dans la gangrène pulmonaire a paru moins encourageante.

La deuxième partie est consacrée à la tuberculose pleuro-pulmonaire. Dans la tuberculose bilatérale évolutive les résultats sont encourageants dans un très petit nombre de cas.

Plus heureuse est son application dans la tuberculose bilatérale, dont un poumon seulement présente des lésions évolutives, dans la tuberculose unilatérale (forme fibro-caséeuse commune, 48 % de guérisons et améliorations, surtout si l'intervention est précoce, le sujet jeune, etc.).

Gaston Doin, et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

André Dufourt, médecin des hôpitaux de Lyon, chef des travaux de médecine expérimentale et bactériologie à la Faculté de médecine de Lyon. — **Maladies infectieuses. Intoxications. Vaccins. Sérums.** (Un vol. in-16 de 408 pages. Cartonné : 18 fr.)

Que demande le médecin à un livre de thérapeutique ? Un exposé clair, une documentation moderne, une critique judicieuse des moyens mis en œuvre pour lutter contre les maladies, une posologie qui, tout en tenant compte de l'adulte, n'ignore pas systématiquement l'enfant et le nourrisson.

L'auteur a eu pour but de combler ces desiderata. Pour éviter au lecteur pressé des recherches inutiles, les maladies infectieuses sont classées par ordre alphabétique. Puis viennent les médications et une courte notice sur les sérums et les principaux vaccins.

A propos de chaque maladie infectieuse, on trouvera d'abord un court résumé clinique, rappelant, en peu de mots, les symptômes primordiaux, les formes variées, les principales complications. Puis vient un chapitre de prophylaxie dont l'importance varie avec chaque question. Le traitement est ensuite exposé de façon méthodique ; on y lira non seulement ce qui concerne les soins généraux, le régime, la thérapeutique, mais encore les modifications apportées à la direction de la maladie suivant l'âge, les formes cliniques, les complications.

Ce livre, qui vise à être essentiellement pratique, est dénué de toute bibliographie qui ne pourrait que l'alourdir ; sa lecture commode, sa documentation rigoureuse seront bien accueillies des médecins parce qu'il facilitera leur tâche journalière.

Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Dr Legrain, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.— **Les grands narcotiques sociaux** (1 vol. 460 pages, 1925.)

Pour démontrer l'existence des pandémies toxiques, il faut en faire l'historique et la topographie, en retrouver les traces dans la vie même de l'humanité. Il faut ensuite tracer l'histoire de la psychophysiologie individuelle et sociale des grandes intoxications, montrer la naissance de la passion, sa contagion, ses facteurs adjuvants de tous ordres. Il faut découvrir les caractères de l'état passionnel et le secret de la propagation du mal en surface et en profondeur : en surface, c'est-à-dire à travers le globe dans les générations successives; en profondeur, c'est-à-dire en la suivant dans son infiltration même au sein de l'espèce, compromettant son évolution, son avenir, précipitant sa fin.

Etudiant ensuite les rapports entre les toxiendémies et la dégénérescence de l'homme, il devient intéressant d'exposer les réactions sociales et médico-légales des intoxiqués, avec le problème des responsabilités, d'exposer aussi les rapports des toxicomanes célèbres avec le mouvement décadent des arts, des lettres et des sciences.

Tel est le but que se propose l'auteur, l'expérience de la dernière guerre ayant une fois de plus attiré l'attention sur les toxiendémies.

Il étudie successivement l'opium, le tabac, l'alcool, l'ivresse et les ivresses, les ivresses collectives, etc.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée aux remèdes. Deux appendices sont enfin consacrés l'un à la conférence de l'opium de 1925, l'autre aux questions douanières.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Doin et Cie.

G. Blechmann, ancien chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés. — **Nourrissons. Enfants.** (Un vol. in-16 de 392 p. : 21 fr. 60.)

G. Siguret, médecin assistant à l'hôpital d'urologie, consultant à Saint-Nectaire. — **Les maladies des reins.** (Un vol. in-16, 164 p. : 12 fr.)

Ch. Laubry et Cés. Pezzi. — **Les rythmes de galop.** (Un vol. in-8°, 220 p., 41 fig. : 32 fr.)

Enriquez, Carrié, G. Durand, R.-T. Gutmann, et M.-P. Weil. — **Nouveau traité de pathologie interne.** — Tome I. : *Maladies infectieuses et parasitaires. Maladies de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.* (Un vol., 1.528 p., 188 fig., 36 pl. : 220 fr.)

(Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ART. 64 DE LA LOI DES PENSIONS MIS A LA PORTÉE DE CHACUN

Par le Dr Fernand DECOURT.

La Chambre des députés vient de renvoyer, à l'examen de la Commission des Pensions, la proposition de loi suivante, faite par MM. About, Causeret, etc.

ART. 1er. — Les dispositions de l'art. 64 de la Loi du 31 mars 1919 seront étendues à tous les militaires et marins *non pensionnés*, pour ce qui concerne les complications ou conséquences de blessures ou maladies contractées ou aggravées par le fait ou à l'occasion du service.

A priori, cela nous a un petit air de bonhommie et de justice. Car enfin, il est équitable qu'un soldat blessé ou ayant contracté en service une maladie déterminée, n'ait pas à payer ensuite, pour être soigné de cette blessure ou de cette maladie, alors qu'elles proviendraient de circonstances dues au fait même qu'il remplissait ses devoirs civiques en faisant son service militare.

Mais, déjà, l'expérience que chacun de nous a acquise, depuis la guerre, sur la légitimité d'origine de pas mal de maladies que nous avons à soigner au titre de l'art. 64, nous fait penser à tous les *abus* qui vont se présenter, sous couvert de la dite loi projetée.

Et qu'on ne vienne pas nous dire que cela ne nous regarde pas et que nous ne sommes pas chargés spécialement de réprimer les abus. Nous avons bien le droit, sinon de défendre l'ensemble des contribuables, tout au moins de nous défendre, nous-mêmes, dans l'exercice de notre profession, alors que c'est, avant tout, *sur notre dos* que ces abus seront commis. C'est de tout cœur que nous soignons les blessés de guerre et tous les bénéficiaires de l'art. 64 : nous avons même consenti à *limiter* notre droit à des honoraires, suivant un tarif. Et quel tarif ? Cent sous la consultation, dans mon village où le voisin non bénéficiaire de l'art. 64 paye 10 francs et la visite 12 francs.

Et voilà que, tablant sur notre mentalité ... piriforme, on parle d'étendre ce tarif à quiconque. Oui à quiconque, car il sera facile à chacun de *déclarer* avoir eu telle ou telle première atteinte de sa maladie durant son service militaire. Il faudra toujours un certificat d'origine, objectera-t-on. Pas du tout ; s'il y en a un, c'est parfait ; s'il n'y en a pas, tant pis, on pourra tout de même voir à se débrouiller et même avec la plus grande facilité. Lisez plutôt l'article 2 qui est établi précisément dans le but de ne décourager personne de se faire inscrire comme bénéficiaire de l'art. 64 et soignable aux frais de la princesse — et du médecin :

ART. 2. — Les certificats d'origine de blessure, les billets d'hôpital, *les attestations d'honneur* (*sic* ! ! !), les annotations portées sur le livret matricule ou l'état signalétique des services, serviront de pièces justificatives en faveur de l'inscription des intéressés sur la liste spéciale établie dans chaque mairie. Les cas litigieux seront tranchés par la Commission départementale de contrôle et, e n dernier ressort, par la Commission supérieure des soins gratuits.

Je ne vois pas très bien, entre nous, ce que viennent faire là les Commissions départementales de contrôle, ni la Commission supérieure, en cas de litige pour « *l'inscription* des intéressés *sur la liste spéciale* établie dans chaque mairie ». Mais qu'importe ? Nos braves députés, s'ils font des lois nouvelles, ne se croient pas obligés de connaître les anciennes et d'en tenir compte. Ils sont au-dessus de telles contingences ...

En tous cas, avec cette loi, tout le monde pourrait devenir bénéficiaire de l'art. 64 pourvu que : 1° l'on soit du sexe masculin (et encore, n'oublions pas les infirmières, les employées civiles des établissements militaires qui ne tarderont pas à être incorporées... dans cet article 64, omnibus) et 2°, qu'on ait été, fût-ce seulement quelques semaines, en garnison à X ou Y. Qui ne s'est pas fait porter malade au cours de son service ? Etant donnée la mentalité humaine, chacun pourra toujours retrouver quatre jours de repos à la chambre pour bronchite ou pour une excoriation de l'arcade sourcilière, et réclamer plus tard des soins d'un praticien oculiste, ou bien on fera état d'un clou aux ...joues, ou environs, pour se faire opérer d'une fistule anale ou d'une tumeur rectale...

Et ce sera le brave praticien, ou l'oculiste, ou le chirurgien, qui soigneront ou opèreront l'an-

cien soldat, *quelle que soit sa situation de fortune,* à des prix scandaleusement infimes ...

***

Quels empêcheurs de danser en rond que tous ces médecins ! Ils sont toujours à « rouspéter » dès qu'un député, en mal de réélection, a trouvé le « filon » pour se faire bien voir de ses anciens et futurs électeurs. Il n'y a pas une profession, en vérité, où tous les « progrès sociaux » soient aussi souvent regardés d'un mauvais œil. Ces gens-là ne sont jamais prêts à se dévouer, tant soit peu, pour le bien public.

On ne leur demande pas l'aumône, d'ailleurs, Au lieu d'être payés par leurs clients dans ce cas, ils le seront par l'Etat — et la caution est bonne.

Ma foi, ces gens-là ont parfaitement raison. Ce n'est pas à nous, praticiens, en tant que groupement, de vouloir faire, défaire ou modifier les lois. Seulement ... ah ! seulement, c'est à nous, dans nos groupements professionnels même, à prendre des résolutions — et à les suivre — de façon à ne plus désormais avoir à supporter abusivement (et corporativement en sur-impôt) toutes les manifestations démagogiques dont nous puissions être victimes.

Pour cela, la ligne de conduite est bien simple. Faire payer *directement* notre client et lui fournir tous les *reçus* qu'il voudra, afin qu'il se fasse rembourser par le Grand Turc, s'il veut. La visite est de 12 francs, par exemple. Contre paiement, on donne un reçu et par dessus le marché, au besoin, une attestation d'incapacité de travail ou même de la cause de la maladie que nous remettrons à notre client, s'il nous le réclame, et dont il fera, en dehors de nous, tout ce qu'il voudra ... Et alors, que l'Etat, le patron, la Caisse, ou le Grand Turc lui rembourse 12 francs ou seulement cent sous, peu nous chaut. Cela n'est plus de notre ressort — et la Chambre pourra voter toutes les dispositions qu'elle voudra : en tant que praticiens, cela ne nous touchera plus.

Telle est la morale qui me paraît devoir être tirée de la proposition de loi rapportée plus haut. C'est, du moins, mon sentiment personnel. Si quelque confrère a un moyen *plus pratique* à proposer, j'en serais enchanté et y applaudirai des deux mains.

Dr Fernand Decourt.

TARIFS MÉDICAUX IMPOSÉS ET HONORAIRES LIBREMENT DÉBATTUS OU CONSENTIS

A l'occasion de la loi sur les assurances sociales, on aborde fréquemment, dans les milieux médicaux, la distinction juridique qui existe dans les rapports entre médecin, malade et tiers payant.

Dans quels cas, le praticien est-il dans l'obligation de se contenter uniquement d'un tarif d'honoraires arrêté sans qu'il ait été consulté ? Dans quels autres cas est-il en droit de demander à son client un complément ?

A) Tarifs médicaux imposés par des textes législatifs ou réglementaires.

1° Tarif des réformés de guerre.

La loi du 31 mars 1919 a mis complètement à la charge de l'Etat les frais occasionnés par le traitement des maladies, ou complications, survenues à l'occasion d'une affection, ayant déterminé l'octroi d'une pension de réforme pour blessure de guerre.

Or, la loi du 21 juillet 1922, modifiant l'article 64 de la loi de 1919, a eu pour but de réglementer complètement le principe, par lequel l'Etat s'oblige à assurer à tout malade ou blessé de guerre, sa vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux, ou pharmaceutiques, nécessités par sa maladie ou sa blessure.

Mais si la loi reconnaît à tout pensionné le droit absolu de choisir son médecin, ou de se faire soigner dans tout hôpital public ou privé de son choix, l'exercice de ce droit ne doit pas imposer à l'Etat une dépense supérieure à celle qui résulte des tarifs arrêtés de concert entre le ministre des pensions et le ministre des finances (exposé des motifs, *Journal officiel*, 23 avril 1922; Chambre, Doc. parl. annexe n° 3558, p. 423).

Aussi, le texte organise-t-il non seulement un contrôle, mais un contentieux, concernant les honoraires médicaux, qui sont entièrement à la charge de l'Etat.

Un arrêt du Conseil d'Etat du 7 août 1925 (D. P.H. 1925.631 et un autre identique du 27 novembre 1925 (*Gaz. Pal.*, 15 décembre 1925) décident que le pensionné de guerre n'a pas le droit de réclamer à l'Etat le remboursement des frais médicaux ou d'hospitalisation, qui doivent être payés directement et sans intermédiaire au médecin traitant ou à l'établissement hospitalier.

2° Assistance médicale gratuite.

La loi du 15 juillet 1893 met à la charge des communes, des départements et de l'Etat, les frais occasionnés par le traitement médical des malades privés de ressources.

Par arrêté, le préfet exécute les décisions du Conseil général et détermine les tarifs (à forfait,

ou à la visite) selon lesquels les soins seront donnés.

Or, d'une part, la loi du 15 juillet 1893, dans son article premier, décide que les malades indigents seront soignés gratuitement. Il en résulte que ces malades n'ont quoi que ce soit à débourser envers n'importe qui.

D'autre part, dans la très grande majorité des départements, le règlement préfectoral accorde au malade indigent le libre choix de son médecin, parmi les praticiens qui ont accepté le règlement départemental et le tarif, qui y est contenu.

Il en résulte que le docteur n'est pas en droit de réclamer à son malade une soulte quelconque, représentant la différence entre le tarif départemental de l'assistance médicale et le tarif personnel du praticien, ou le tarif médical local.

3° Médecins d'hopitaux.

Moyennant une indemnité, toujours minime, les médecins d'hôpitaux consentent à soigner gratuitement tous les malades, que la Commission administrative de l'établissement admet dans leurs salles.

Parfois, les règlements interdisent aux docteurs de réclamer des honoraires aux hospitalisés payants ; la plupart du temps, ces règlements sont muets sur ce point ; d'autres fois, le droit aux honoraires est reconnu.

Inutile de nous appesantir sur les nombreuses discussions et travaux sur cette possibilité, pour le corps médical hospitalier, de réclamer, en sus de l'indemnité annuelle, des honoraires de qui peut les payer.

4° Enfants assistés.

Ici, encore, les médecins sont désignés par l'autorité compétente et ils doivent se contenter des honoraires que leur alloue l'administration, sans pouvoir exiger quoi que se soit des malades ou de leur famille.

5° Vaccinations.

A l'instar de l'assistance médicale gratuite, le préfet fixe, par arrêté, le taux des vacations, les indemnités de déplacement qui seront allouées aux médecins vaccinateurs, sans que ceux-ci aient le droit de réclamer des honoraires de la part des personnes qui viennent se présenter aux séances de vaccinations gratuites.

6° Honoraires médico-légaux.

Le décret du 5 octobre 1920 détermine les tarifs selon lesquels les médecins, désignés comme experts, seront rétribués pour les missions qui leur auront été confiées, sans que les personnes intéressées, ou leurs ayants-droit aient à débourser quoi que ce soit au médecin.

7° Inspection du premier âge.

Encore un arrêté préfectoral, qui détermine les honoraires à allouer aux médecins inspecteurs, pour aller à domicile inspecter la manière dont les nourrices mercenaires élèvent les nourrissons qui leur sont confiés.

Ce n'est que lorsque le médecin inspecteur remplit, non pas sa fonction d'inspection, mais celle de médecin traitant, qu'il peut, selon les cas réclamer des honoraires pour soins donnés, soit aux parents du nourrisson, soit à l'assistance médicale gratuite.

B) Tarifs médicaux imposés par contrats individuels.

1° Mutualités.

Par contrats de louage de services individuels, certains médecins acceptent d'être les seuls praticiens que peuvent appeler des membres de sociétés de secours mutuels. Les honoraires sont fixés d'avance, tantôt à l'abonnement annuel, tantôt à l'acte médical. Mais, le mutualiste n'a rien à débourser.

Parfois, comme dans la région lyonnaise, à la suite d'accords, véritables contrats collectifs, un tantième est laissé à la charge du mutualiste, soit sous forme de paiement direct, entre les mains du docteur, soit sous forme de ticket modérateur.

Enfin, dans certains cas, le mutualiste paye directement son médecin et se fait rembourser tout ou partie par qui de droit.

2° Assurances sur la vie.

Une compagnie d'assurances sur la vie désigne ses médecins, qui sont qualifiés pour faire passer les examens médicaux des candidats à l'assurance.

La rémunération du travail médical est opérée par la compagnie d'assurance, sans que le client examiné ait à donner quelque honoraire que ce soit au docteur.

3° Médecins de mines ou d'usines.

De grandes firmes industrielles ou commerciales accordent, comme complément du salaire, à leurs ouvriers et employés, les soins d'un ou plusieurs médecins.

Ces praticiens sont payés directement par l'entreprise, sans que les malades puissent intervenir dans le règlement des honoraires.

4° Médecins contrôleurs d'assurances ou autres.

Que ce soient les assurances contre les accidents du travail, ou autres entreprises, le médecin, qui est engagé pour donner ses soins, dans un dispensaire, ou pour contrôler, inspecter, ne reçoit ses honoraires que de son employeur et nullement du malade.

C) Tarifs médicaux non-imposés.

1° Accidents du travail.

L'article 4 de la loi du 31 mars 1905 a prévu l'établissement d'un tarif, déterminé par arrêté ministériel, fixant la part des honoraires médicaux, mise à la charge du chef d'entreprise, lors que le blessé a fait choix lui-même de son médecin.

Il s'ensuit que le docteur a toujours le droit absolu de réclamer à la victime la différence entre le tarif ministériel (part du patron) et le tarif médical local.

Nous rappelons, pour mémoire, le texte de la circulaire ministérielle, en date du 6 novembre 1905 spécifiant, d'une manière catégorique, que le tarif officiel ne s'impose nullement aux médecins. Ils restent en droit, comme auparavant, entièrement libres de débattre la rémunération de leurs soins.

En ce sens a été rendu un jugement du tribunal civil de Rouen, du 6 juillet 1925, confirmé par la cour de Rouen, par arrêt du 3 mars 1926, laissant à la charge d'une victime du travail (en l'espèce un directeur d'usine) la part différentielle entre le tarif ministériel et le tarif médical local.

2° Mutualités et caisses de compensation,

Certaines collectivités privées contractent collectivement avec le corps médical représenté par ses syndicats locaux.

Chaque praticien soigne son client au tarif syndical local ; il délivre reçu des honoraires touchés et la caisse rembourse ensuite au malade tout ou partie de ses débours.

Discussion juridique.

De ce rapide aperçu, nous pouvons déduire que les collectivités publiques ordonnent, arrêtent des tarifs, ou des modalités de soins, sans que le corps médical ait été appelé à formuler ses observations.

Que ce soit en matière d'assistance médicale gratuite, ou de soins aux pensionnés de guerre, la collectivité publique propose un contrat de travail unilatéral, dont les conditions sont arrêtées par voie administrative.

A chaque individualité médicale d'accepter ou de refuser en bloc le travail qui est proposé, avec la rémunération qui y est attachée.

Aucune loi n'oblige un docteur en médecine à donner ses soins aux indigents, aux réformés de guerre, aux enfants assistés et *tutti quanti*.

Si certains médecins acceptent ces fonctions médicales, c'est qu'ils le veulent bien : ils n'y sont nullement forcés ni contraints.

Un docteur est toujours en droit de refuser à soigner un malade d'après des modalités qu'il n'a pas librement consenties. La réquisition d'un cerveau, d'un travail intellectuel quelconque, est impossible.

D'ailleurs, les règlements départementaux, qui fixent les modalités des soins à donner aux indigents d'après le système au libre choix du médecin, décident toujours que « les médecins, qui acceptent le présent règlement sont médecins de l'assistance médicale gratuite, dans le département ».

A chaque docteur de voir s'il doit, ou non, accepter les conditions et propositions préfectorales.

Il en est de même pour la loi des pensions. La meilleure preuve en est que le corps médical a fait une grève momentanée, parce que les honoraires alloués et les règlements n'étaient pas à sa convenance.

Mais, il faut retenir ce point, c'est que, dans la plupart de ces accords individuels, avec les collectivités publiques ou privées, le fait, pour un docteur, d'accepter les conditions, qui lui sont offertes, lui interdisent le droit de demander à son client un surplus quelconque, en sus des honoraires, fixés par la collectivité qui paie.

Ce n'est que par un contrat collectif bilatéral que corps médical et collectivité décideront de la part mise à la charge de la collectivité contractante, le surplus devant être acquitté par le client.

C'est encore par convention, ou contrat que les médecins d'une région peuvent faire connaître qu'ils préfèrent se faire honorer directement par leur malade, quitte à celui-ci à demander remboursement de tout ou partie, par la collectivité publique ou privée à laquelle il appartient et qui doit lui faire donner les soins médicaux.

J'insiste beaucoup sur ces mots : contrats ou conventions. Le corps médical est composé de citoyens, libres d'exercer leur profession comme bon leur semble, pourvu qu'ils respectent les lois générales, qui régissent tous les autres citoyens.

Pas plus qu'un autre, le docteur en médecine ne doit les secours de son art selon des modalités spéciales.

D'autre part, les lois qui déterminent les conditions selon lesquelles certaines catégories de malades devront être soignées aux frais de l'Etat ou des départements et des communes, n'ont jamais obligé le médecin à soigner les dits malades à des tarifs qui sont imposés par le législateur.

Celui-ci se borne à donner un droit aux intéressés ; celui d'être traité gratuitement.

Tant mieux pour elle, si l'autorité gouvernementale ou préfectorale trouve la quantité de docteurs suffisante pour que ces soins soient donnés. Tant pis, si les praticiens se refusent, pour le plus grand nombre, à accepter les conditions de travail qui leur sont offertes.

Dans ce cas, il faudra composer, discuter et arrêter de collectivité publiqué à collectivité médicale, les modalités et tarifs de ces organisations de soins.

Aussi, comprend-on la nécessité de fixer, par écrit, par convention bilatérale, les termes d'un accord, selon lequel les médecins qui acceptent pourront donner leurs soins à ces malades de catégories spéciales.

Par l'absence d'un contrat, il ne faudrait pas permettre à l'autorité ou à la collectivité, qui se trouve de l'autre côté de la barricade, de dénoncer les errements suivis jusqu'à ce jour, sous le prétexte qu'elle a trouvé et recruté le nombre de docteurs suffisants pour organiser à sa guise son service de soins.

La liberté a souvent besoin d'être codifiée, pour faire respecter les droits respectifs.

Il en sera de même avec la future loi sur les assurances sociales. Liberté est laissée au corps médical de chaque région de contracter avec les caisses locales, pour organiser les diverses modalités de soins.

Mais, à la base, une convention de travail est indispensable : que le malade paye son médecin directement et totalement ; que le praticien fasse crédit à la caisse locale d'assurances et se fasse rembourser par elle les tickets de visites et de consultations; tout cela n'est que modalités locales.

Ce qu'il importe avant tout, c'est une convention bilatérale, consentie de part et d'autre, conclue pour une période déterminée, englobant tous les médicins, syndiqués ou non, qui acceptent de travailler aux conditions fixées.

De la sorte, le médecin isolé, ayant besoin de vivre de sa profession, se a défendu par la collectivité médicale, qui aura contracté en son nom et, partant, l'aura défendu.

Le requin médical, l'accapareur de fixes, ne pourra pas porter ses ravages, en acceptant un salaire médical, pour un travail trop considérable, qu'il sabotera.

Le groupe professionnel médical y gagnera en considération, car il représentera une force, avec laquelle il faut compter. Il pourra également donner l'assurance qu'un contrôle déontologique sera exercé, par lui, sur les médecins de la région, ayant accepté les conditions de la convention.

Il deviendra également le conseiller technique de la caisse, car il aura un intérêt égal à ce que les malades soient bien soignés, vite guéris et protégés contre une nouvelle infection.

Si l'on envisage de cette manière le rôle du syndicat médical, celui-ci pourra par localités ou par départements, faire reviser les conditions du travail médical et décider, au nom des confrères de la région intéressés s'il convient de faire supprimer les tarifs imposés et de les remplacer par des honoraires librement consentis, payés soit complètement, ou partiellement, par la collectivité publique, ou privée, en cause, soit intégralement par le malade lui-même.

L'évolution actuelle de la sociologie ne permet plus à l'individu isolé de travailler seul en ignorant ses confrères voisins.

Aux collectivités publiques ou privées s'opposent peu à peu des collectivités de travailleurs. Primitivement ces derniers groupes ont lutté et bataillé pour la défense de leurs intérêts corporatifs.

Actuellement, par la force des choses, ils deviennent plutôt des contractants, parlant au nom d'une profession, ou à celui des professionnels d'une région, pour déterminer les conditions de travail.

Bientôt s'ajoutera le rôle de conseiller technique car, c'est une idée, qui m'est bien chère et que je défends depuis plusieurs années : le syndicalisme est destiné, moins à rester un organisme de lutte corporative, qu'à devenir le représentant de la somme des intelligences techniques de la corporation, pour apporter aux autres groupes sociaux et nationaux une collaboration intellectuelle et pratique, pour le bien général.

Aux trois pouvoirs de l'Etat : législatif, exécutif et judiciaire, il convient d'en ajouter un quatrième : le pouvoir consultatif. Et c'est là le rôle des Syndicats de l'avenir.

Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Pour ménager les pneumatiques.

Nous avons examiné, dans notre dernière chronique, quelques procédés très simples pour rendre la conduite des voitures plus agréable. Nous allons aujourd'hui vous donner le moyen de prolonger la vie des pneumatiques, ce qui n'est vraiment pas inutile, si l'on considère leur prix.

Un pneu, bien entretenu, doit fournir un bon service. L'usure normale ne peut évidemment pas être évitée. Elle sera cependant réduite si l'on a soin de toujours équiper les voitures avec les plus gros pneus possibles. Autrefois, les fabricants vous conseillaient de « surprofiler ». Aujourd'hui, on a reconnu qu'il est plus simple de changer les roues. Cette opération est devenue des plus courantes depuis que l'on a pu trouver partout des roues détachables.

Ainsi, les « hautes pressions » 700 × 80 des petites 5 HP. Citroën, des 6 HP. Renault sont remplacées presque toujours par des « basses pressions » 715 × 115 ou 730 × 130. Les chiffres parlent par eux-mêmes et indiquent bien qu'il s'agit de sections sensiblement plus fortes.

Mais le plus difficile, pour les non-initiés, est incontestablement de connaître les causes de détérioration prématurée. Or, quand on sait d'où vient le mal, on peut y remédier facilement.

En voici quelques-unes, les plus fréquentes, que le moins expérimenté des mécaniciens peut supprimer.

1° *Défaut de parallélisme des roues.*

Des pneus montés sur des roues non parallèles s'usent complètement en quelques centaines de kilomètres. Ils se reconnaissent par des sortes de bavures au bord des sculptures de la bande de roulement. Il est indispensable de faire remettre les roues en place sans tarder.

2° *Essieu ou fusée faussée.*

Les pneus s'usent en biseau. Un seul côté de la chape disparaît presque complètement alors que l'autre reste normal.

3° *Jeu dans la roue ou la direction.*

Les pneus se râpent dans toute la longueur de la circonférence, au milieu d'abord, et en « dents de scie ». Ces deux inconvénients sont aussi du ressort du mécanicien.

4° *Manque de pression.*

Le manque de pression amène, soit le décollement de la chape, soit la rupture des tissus et de la gomme tout autour des talons. Aux endroits où le pneu s'est coïncé sur la jante, à la suite d'un choc, la gomme se coupe en lignes perpendiculaires aux talons et parallèles entre elles.

L'emploi du vérificateur de pression évitera ces ennuis. Même à l'œil nu, il est facile de voir si un penu est assez gonflé : normalement et en charge, seule la partie en relief de la bande de roulement doit toucher le sol.

5° *Coups de freins.*

Des freins mal réglés ou mal utilisés, serrés trop brutalement, enlèvent des plaques de gommes de place en place, sur la chape, faisant apparaître la toile. Les trous ainsi formés affectent souvent le dessin d'un losange aux angles un peu arrondis.

6° *Chocs violents.*

Un pneu peut éclater aussi facilement en heurtant violemment une bûche de bois, une grosse pierre, un rail, etc., qu'en passant sur un objet coupant, mais les tissus intérieurs se rompent sans qu'il y ait coupure de la gomme extérieure.

Evitez donc avec soin de rouler en vitesse sur tout ce qui est susceptible de causer cet accident. A titre de comparaison, souvenez-vous que l'on peut tuer un homme aussi vite avec une massue qu'avec un poignard. L'objet non coupant est au pneu ce que la massue est à l'homme.

Puissent ces quelques indications vous aider à diminuer votre prix de revient kilométrique.

Dr M. T.

LES SALONS DE 1926

Les Salons ont été ouverts depuis que le Salon des Tuileries a ouvert ses portes et s'il n'avait apporté à son vernissage la coquetterie d'une date spéciale, il faudrait dire « le Salon » a été ouvert.

Evidemment, pendant que le Salon de la Société Nationale des Beaux-Arts — le premier par la qualité — et le Salon des Artistes français — le premier par la quantité des exposants et des œuvres — se tiennent au Grand Palais, le Salon des Tuileries, obligé de laisser place à l'Exposition canine, se tient au Palais de Bois ! On peut imaginer quelle était la formidable puissance artistique représentée par la « Nationale » en se rappelant qu'elle comprenait autrefois, en sus de ses éléments actuels, la presque totalité des dissidents qui s'en furent constituer le Salon des Tuileries.

J'ai naguère exposé les querelles et les ambitions personnelles, d'assez petite envergure, qui furent les causes de cette scission : Raisons de Jury, de Comités, d'Académie possible, raisons de pseudo-sélection, avantages inhérents à chaque Société dès lors qu'elle a le nombre minimum de membres, avantages de place et de cimaise que les dissidents s'efforçaient jalousement, au sein du Comité de la Nationale, lorsqu'ils en faisaient partie, de récupérer en prenant la part réglementaire des « Associés » et en traitant ces derniers comme quantité négligeable et malfaisante. Les placeurs d'alors, aujourd'hui dissidents, avaient, des pauvres Associés, comme aussi des simples exposants, une sainte horreur ; leurs œuvres, parfois importantes et de qualité, prenant souvent les places de milieu que les artistes français réservent « de droit » à leurs « Hors Concours » dont autrefois (et pour les mêmes raisons qui causèrent l'émigration du Salon des Tuileries) un essaim d'insatisfaits partit au Champ de Mars pour fonder le Salon de la Société Nationale.

Aujourd'hui, il devient possible de contenter tout le monde, puisqu'il ne s'agit plus que d'une question de formule : « le Salon » englobera les trois Sociétés, mais chacune d'elles, dans les salles qui lui seront affectées, gardera ses droits d'ad-

mission, de placement et de catalogue ; chacune d'elle aura son Jury et la difficulté, pour le visiteur, de savoir de quelle Société dépendra la salle où il se trouve, sera aisément résolue par la couleur du tapis.

Cette année, chacun sait que Tapis rouge veut dire « Artistes français » et que Tapis vert veut dire « Nationale »; il est bien facile d'imaginer trois couleurs, celles de la France par exemple, et de donner le blanc à la Nationale, « aux Purs », laissant le rouge officiel aux Artistes français parce qu'ils l'ont déjà, et accordant le bleu aux derniers venus à la vie sociale qui, pour être à ce point de vue les « Bleus », ne sont pas pour cela les Bleus des Arts. Evidemment, on pourrait encore donner le rouge aux Tuileries en raison de leurs tendances soi-disant révolutionnaires puisqu'ils invitent — pour arriver à remplir leurs salles — des membres des Indépendants et du Salon d'Automne; alors on donnerait le bleu aux Artistes français, le bleu de France de la formule non évolutive, classique, école qui est la leur !

Je n'insiste pas parce que dans ces sortes de conventions, on peut toujours trouver des raisons de psychologie des couleurs qui se combattent ou s'affirment et que « toutes se valent » ; l'essentiel est qu'en dehors du Salon d'Automne, placé à bonne époque pour recueillir les résultats du travail de l'été et du plein air, du Salon des Indépendants qu'il faudrait inventer s'il n'existait pas à cause de sa formule libertaire, et afin que tout le monde puisse présenter librement son travail au jugement du public, il serait désirable qu'il n'y ait *qu'un seul Salon et en un seul lieu.* Le Vernissage reprendrait son importance qu'il a perdu grâce à des poussières de Vernissages multiples et le public, lui-même, sachant qu'il ne serait convié qu'à trois Vernissages officiels, se réserverait. Je vois même assez bien les Artistes que rien n'empêcherait d'« envoyer » à ces trois expositions, choisir pour chacune d'elle celles de leurs œuvres les plus adéquates, et ce ne serait pas un mal, l'art n'étant qu'un perpétuel renouvellement dans des modes divers, accompagné d'une série de tâtonnements ou de recherches qui ne veulent pas être présentés au public de la même manière.

« Voyez mes études de cet été, dirait un peintre ? Je vais chercher à interpréter, grâce à la « fraîcheur et au renouveau d'impressions retrouvées pendant ces mois de nature, quelques-« unes d'entre elles dans une formule nouvelle — « heureuse ou non — que je vous présenterai aux « Indépendants, gardant ma manière la plus ha-« bituelle, celle qui est, dès longtemps, la plus « familière à moi comme à mes acheteurs, pour « le Salon ! »

Ceci n'aurait rien de choquant et la variété des critiques, se conformant à l'effort de l'artiste, ne manquerait pas de s'en ressentir puisque le fait d'exposer ici ou là serait une sorte de « lego quæso » présenté aux critiques comme aux amateurs. Ceci posé, dans ce dédale, de quelles œuvres vais-je rendre compte ? Les quotidiens ont orienté les visiteurs vers les milieux de panneaux ou vers les chéris des marchands ; ceci n'est pas mon rôle, je chercherai plutôt parmi de moins en vue dont le talent n'est pas moindre pour cela, mais dont le « faire savoir » et le « savoir faire » n'égalent pas celui de certains autres et qui se contentent de « savoir » et de « faire ».

J'ai vu, par exemple, que le graveur Abel, un as de la gravure (tapis rouge) n'a pas dédaigné de reprendre avec un brio magnifique les brosses qu'il avait depuis assez longtemps quittées : « Vieilles Pierres, éternel printemps » évoquent, rien que par leur titre, chez cet habitant de Fontainebleau, toute sa poésie coutumière.

Mlle Thérèse Vimont (tapis rouge) démontre avec excellence comment il faut peindre la nature morte ; ses « grès » sont d'une délicatesse puissante, haute en couleur dans une harmonie sobre, digne de tous les éloges.

A la Nationale (tapis vert), les tableaux de M. Maurice Lobre sont les bijoux de la Maison ; ils ont toutes les qualités d'effort d'un « Pur » sans les miévreries de la formule tapis rouge et avec, par dessus tout, ce quelque chose qui ne s'achète guère, le goût du beau et le « Goût » tout court. Le Salon de la Guerre et le Salon du Conseil à Versailles, la salle de sculpture du Louvre, s'harmonisent au mieux avec des natures mortes et notamment de rarissimes instruments de musique au charme d'autrefois.

Dans la Salle 3 (tapis vert), une tête de femme en deuil se détache sur le jardin des Tuileries. L'artiste a voulu une note très sobre, il a cherché une ligne pure, des drapés de voiles et une forme de coiffure tout à fait simples afin que l'Œuvre ne date pas et n'emprunte rien de son charme à la mode. On dirait l'évocation d'un deuil de veuve parisien et élégant, dont la reproduction en couleurs pourrait symboliser la note de publicité discrète qu'adoptent les couturiers de bon ton, et je supplie qu'on ne trouve pas dans cette pensée une critique, le fait, pour une œuvre d'art, de pouvoir supporter telle quelle la reproduction devant, au contraire : l'obliger à être de belle classe !

Les *Baigneuses* d'Emile Quentin Brin sont de celles qu'on revoit chaque année avec plaisir ; il inaugure, avec ses *Roseraies de Bagatelle*, un mode nouveau qui ne le cède en rien à son faire habituel, mais il y ajoute de la recherche et la volonté de se renouveler, caractéristique de talents qui montent toujours !

Au Salon des Tuileries, il faut aller, pour trouver le talent le plus original et le plus profond,

jusqu'à l'exposition de Mme Muter. Le caractère en est intéressant, qu'il s'agisse de nu ou de natures mortes. Ici, pas de portraits dans lesquels cependant elle excelle, mais un nu presque angoissant et une nature morte (sur deux) de très haute classe. Evidemment, ce n'est pas de la peinture très sage, mais c'est de l'Art vécu qui reflète un esprit tourmenté, qui a souffert de la vie et qui cependant a conservé de la traversée de moments rudes un fond semblable à lui-même. Cette peinture en est le reflet, chaque élément même de nature morte semble avoir sa vie propre ; je m'incline.

Le sculpteur Henry Arnold, maître en exécution comme en enseignement, capable de pétrir en une courte séance une tête de caractère saisissant et de ressemblance parfaite, comme de guider, avec la sensibilité très fine que reflètent ses deux bustes, *Jeunesse* et *Portrait*, le groupe de ses élèves enthousiastes, est en belle place.

Et je me demande s'il ne serait pas intéressant de rechercher dans la forme et l'évolution de leur peinture le caractère et la vie des artistes. L'étude de la vie de quelques-uns détermine sûrement des directives : ainsi, la peinture de Tournès, le devant de la Petite Maison où il passa ses vacances, toute petite mais soignée, finie, lumineuse, consciencieuse et bonne, avec une évocation de douce tranquillité, comme elle lui ressemble bien, si modestement placée dans ce petit coin où il faut la chercher pour regretter qu'elle soit si mal mise en valeur par un placeur qui n'a pas compris !

Mme Camax-Zoegger, avec sa jolie petite baigneuse, évoque l'idée d'un travail agréable, gai, sympathique, bienveillant, gracieux, confortable ; n'y aurait-il pas encore quelque analogie de la peinture au caractère ?

Je m'arrête, car dès qu'on consent à regarder les œuvres à mesure qu'elles se présentent et à les isoler, on s'aperçoit que chacune d'elles a son intérêt et prendrait une valeur propre toute différente si elle était accrochée indépendemment de celles qui l'entourent, dans son ambiance définitive : il n'est pas d'œuvres qui gagnent à être vues au Salon et en groupe, elles y perdent leur charme principal, celui pour lequel la plupart des petites choses sont peintes afin de compenser, dans la mesure du possible, l'américanisme de l'heure. Je veux dire celui de l'impression d'intimité dont elles doivent, envers et contre tout, demeurer les gardiennes constantes et fidèles.

Dr G. PAUL MANCEAU.

AUTOUR DES THÉATRES

Comédie Française. — Le Dictateur. — Les Concours du Conservatoire. — Une pendaison de Crémaillère. — La Chauvinière.

Pendant que les Concours du Conservatoire se déroulent dans leur calme habituel et que les récompenses attribuées déchaînent comme à l'ordinaire l'enthousiasme des uns et l'indignation des autres, un petit drame s'apaise à la Comédie-Française, drame dont le *Dictateur* de M. Jules Romains a été le héros. L'auteur désirait, naturellement, pour toutes bonnes raisons possibles, y compris celle d'une certaine actualité politique, que sa pièce fût jouée au plus tôt, tandis que, pour d'autres raisons, la Comédie-Française préférait ne jouer la pièce que ... plus tard. Ce que voyant, M. Jules Romains chercha ailleurs un directeur avisé qui pût prendre sa pièce de suite, et il va sans dire que l'auteur de Knock n'eut aucune peine à trouver ; la Comédie-Française décida de jouer à la date convenue la pièce à laquelle elle tenait plus encore qu'elle ne voulait le laisser paraître, et voici le calme revenu.

La veille du Grand-Prix fut marquée par l'inauguration, sur la Rive Gauche, d'une petite scène, « la Chauvinière » qui, si elle n'est pas appelée aux plus hautes destinées artistiques, n'en paraît pas moins assurée du solide succès durable et régulier toujours attaché à l'effort continu, à la suite dans les idées et les amitiés et à l'exécution cordiale mais exacte, dans un goût sûr, d'un programme convenu. Le spectacle commença à l'heure dite et tout était « fin prêt » ; c'était naturellement une Revue « *Une Pendaison de Crémaillière* » dans laquelle Directeur, Auteur et Acteur, M. Jean Chauvin se multiplia sans perdre un instant de sa bonne grâce spirituelle, tandis que Mme Jean Chauvin fait impeccablement, et avec le plus élégant et souriant brio, les honneurs à ses invités ; on fit salle comble, mais l'ordre le plus parfait ne cessa de régner, grâce au choix simple mais tout à fait de circonstance du thème. Par une fiction adroite, l'auteur s'était imposé de rassembler les éléments d'une véritable pendaison de crémaillère idéale, dans le cadre choisi, après un mariage de fantaisie : aussi la réussite fut-elle de tous points complète. Sauf les invités, en effet, il n'y avait que des acteurs et les gens de maison eux-mêmes ; le chasseur Bobby, les jolies soubrettes dernier cri, Lulu Zabeth et Maggy, avaient, dans leurs rôles respectifs, le service de la porte et celui du vestiaire. Les scènes, bien enchaînées, compri-

rent quelques numéros sensationnels et de tout premier ordre, notamment des danses en tutu par d'authentiques danseuses du Corps de Ballet, dont l'une même ne dédaigna pas l'exécution d'un charleston endiablé. A l'entr'acte, comme il convient, projections cinématographiques ; mais au lieu du Publi-Ciné, ce fut le Jugement de Pâris qui fut projeté : concours de beauté entre les trois soubrettes et « Pomme » (?) offerte par le Compère à la plus belle paire de ... Mollets ! Film, court mais original, dans lequel la Commère, épouse outragée, intervient .... puis pardonne, à la condition que les coupables viendront tous à Villeneuve-le-Roi où les boissons sont fraîches, les mets délectables et les habitants hospitaliers. Le bon pianiste Maréchal, après l'exécution impeccable de quelques morceaux classiques, présenta quelques caricatures musicales ; prêtre impayable d'une religion indéterminée, il bénit l'union des deux époux qu'accompagnait un cortège burlesque, et qu'en Maire imposant, le Compère unit solennellement avant de venir installer lui-même, le chef majestueusement couvert d'un bonnet de cuisinier, la solide crémaillère à laquelle pendra désormais la bonne et saine marmite de la cordiale hospitalité. . .

Dans la salle vivement transformée, un dancing fut organisé ; pittoresque mélange d'acteurs et d'invités. Comme par enchantement, buffet royal et souper par petites tables s'installèrent et le succès fut tel que, quand, vers sept heures, finit la fête, aucun des médecins de service (et ils étaient quatre), n'avait eu à intervenir. Disons néanmoins, puisque ceci est tout en faveur des nouveaux directeurs, qu'ils ont attribué à la parfaite organisation du Service médical la merveilleuse réussite d'art et de belle humeur de cette première soirée, et qu'ils ont promis de réserver toujours, dans celles qui suivront, deux places « sans droits » pour deux médecins de Service accompagnés ou non.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

Un appel aux Syndicats médicaux de France

Trois années se sont écoulées depuis l'époque (mai 1923) où l'Union Nationale des Associations d'étudiants de France, réunie en Congrès annuel à Clermont-Ferrand acceptait et faisait sien le vœu présenté par la section de médecine de l'A. de Paris, portant la création du « Sanatorium des étudiants ».

Les étapes se sont succédé rapidement. 1923 : établissement des plans et devis, recherche d'un emplacement, constitution d'un Comité de patronage : 1924 : approbation du projet par le Ministère de l'hygiène qui nous accorde une subvention égale à la moitié du montant total des devis, recherche d'un emplacement, début des travaux, pose de la première pierre (26 octobre). 1925 : reconnaissance d'utilité publique (23 mai), visite du Président de la République sur nos chantiers (4 août). 1926 : les travaux sont poussés activement. Nous avons l'espoir que 1927 verra l'œuvre achevée.

Le S. E. s'édifie dans les Alpes Dauphinoises, à Saint-Hilaire du Touvet (1.150 m. d'altitude), à proximité de Grenoble. A ses côtés s'achève le sanatorium de l'Association métallurgique et minière (450 lits) et commencent les premiers travaux du sanatorium du département du Rhône (700 lits) ; d'autres établissements sont encore en projet.

La station de Saint-Hilaire du-Touvet constituera le centre sanatorial le plus important de France. Muni de procédés de cure et de recherches les plus perfectionnés, il sera l'organisme le plus puissant créé jusqu'à ce jour pour lutter contre la tuberculose.

Le S. E. n'en constituera pas la partie la moins originale : 125 étudiants et 25 étudiantes, pourront y être soignés, ces dernières dans un pavillon spécial.

En même temps qu'un établissement de cure, le S. E. sera un établissement d'enseignement, où chacun, selon ses forces, pourra trouver les moyens de travailler et de ne pas interrompre ses études ; une vaste bibliothèque, des laboratoires importants, sont prévus. Les étudiants en médecine trouveront dans les établissements voisins l'enseignement des maîtres. Des cours, des conférences seront organisés.

Le S. E. ne se gèrera pas par lui-même. Les trois établissements cités seront placés sous une gestion économique unique, chacun d'eux gardant évidemment toute initiative concernant sa vie intérieure. C'est une garantie considérable pour l'avenir.

Les étudiants fortunés assureront eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. Pour les autres, l'Union nationale interviendra, par la création d'une caisse d'assistance à la constitution de laquelle elle s'emploie déjà ; certaines collectivités (départements, communes, conseils d'université, écoles, etc.), prendront à leur charge les frais de séjour de certains de ces étudiants. Enfin l'assurance contre les risques professionnels du personnel médical des hôpitaux, demandée pour la première fois en 1922 par l'Union nationale, permettra l'admission des étudiants en médecine ayant contracté la tuberculose dans les services hospitaliers.

Telle est l'œuvre rapidement définie. Mais une telle tâche n'a pu être entreprise et ne sera menée à bien qu'autant que l'Union Nationale trouvera des crédits suffisants. Ne disposant par elle-même d'au-

cune ressource, c'est en s'adressant à la générosité publique qu'elle a pu jusqu'à ce jour constituer un fonds de 3 millions et demi. Cela ne suffit pas. La construction en montagne est extrêmement onéreuse : la saison d'hiver et les intempéries lui sont préjudiciables, la main-d'œuvre s'y recrute difficilement, les matériaux y accèdent non sans risques et perte de temps.

Il manque un million.

Je ne veux pas citer tous les efforts tentés sur tous les points de France pour nous venir en aide. Mais je ne puis omettre de signaler l'intervention si généreuse et confraternelle de tous les journaux et de la Presse médicale en particulier.

Nous leur demandons de transmettre cet appel aux Syndicats médicaux de France qui à plusieurs titres sont intéressés à l'achèvement de notre œuvre : lutte contre la tuberculose en général, aide aux étudiants et en particulier aux étudiants en médecine plus fréquemment atteints. Il y a là aussi l'occasion d'un geste confraternel que les Syndicats médicaux accompliront sans hésiter. Nous leur demandons d'apporter leur contribution. Nous savons qu'ils ne sont pas riches pour la plupart. Mais les dons les plus touchants n'ont pas toujours été les plus importants. Qu'ils suivent l'exemple donné déjà par certains de leurs confrères (Grenoble, Corbeil, Versailles, Fougères, Dijon, Beaune, Semur, etc.) qu'ils interviennent ensuite individuellement auprès de chacun de leurs membres pour les engager à nous aider. Que chaque médecin songe qu'un jour peut-être le sanatorium des étudiants, en arrachant à la tuberculose un être cher, un enfant, lui aura épargné la plus grande douleur de sa vie.

Car le sanatorium des étudiants est à la fois œuvre médicale et œuvre d'humanité.

Dr Amabert,

Médecin des hôpitaux de Grenoble.

Tous les envois de fonds doivent être faits à l'adresse du trésorier de l'œuvre, M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (compte chèques-postaux, Lyon 188.37). (Membre donateur : 500 à 5.000 fr. ; membre bienfaiteur : 5.001 à 20.000 fr. ; membre fondateur (création d'un lit) : à partir de 20.000 fr.)

Pour tous renseignements complémentaires et demande d'envoi d'une brochure détaillée, s'adresser au Dr Crouzat, 1, rue Pierre-Curie, Paris, Ve.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le docteur David, d'Angoulême (Charente). — Le docteur Perrion, père, de Nantes. — Le docteur Berdot, de Foix (Ariège).

— **Hospices d'Orléans.** — Le concours d'internat des hôpitaux d'Orléans a eu lieu le 28 juin dernier, sous la présidence de M. le Dr Georges Petit, administrateur desdits hôpitaux, assisté de MM. les docteurs Derouet, Molveaux et Mercier. Les questions posées ont été les suivantes : Creux axillaire ; artère fémorale et ses branches ; uretère chez l'homme et chez la femme.

Ont été nommés internes titulaires : MM. Faucher, Lioret, Julien et Prieur.

— **Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne.** — La Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne a tenu son assemblée générale plénière de printemps à Ax-les-Thermes, le dimanche 6 juin 1926 sous la présidence du docteur Gandy (de Bagnères-de-Bigorre), assisté de MM. les docteurs Ménard (de Lamalou), vice-président, Goudard (de Pau), secrétaire général ; Courrent, trésorier de la Section orientale ; Gomma, maire d'Ax-les-Thermes.

M. Meillon (de Cauterets) a rendu compte de ce qui a été fait depuis la dernière session sous le rapport de la publicité en commun. M. Gardette, a entretenu l'Assemblée de l'organisation des Comités techniques de cure dans les Stations thermales et climatiques. Il a précisé ensuite le rôle de ces Comités et le programme de la Fédération thermale et climatique française dont il est secrétaire général.

Sur la proposition de M. Molinéry (de Luchon), un vœu a été émis en faveur de la création de Campings-Thermaux dans les stations thermales. Une Commission a été nommée pour étudier cette question qui sera soumise à la prochaine Assemblée générale de la Fédération Pyrénéenne.

Cette Assemblée générale, qui se réunira à Pau au mois de novembre prochain, s'occupera également de la question des tuberculeux dans les stations de cure, des vœux à émettre pour l'amélioration des horaires des chemins de fer et de la publication d'un *vade mecum* destiné à faire connaître les indications et les spécialisations des Stations thermales et climatiques pyrénéennes.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

1701.—Versement dans le service auxiliaire.

Mobilisé service *armé* pendant six mois, je reste soldat de 2e classe. Je pourrais sur ma demande être versé dans le service *auxiliaire*. Cette nouvelle qualité m'empêcherait-elle d'être médecin auxiliaire dans six mois d'ici et sous-lieutenant ensuite, ainsi que sont promus les docteurs en médecine non pourvus du brevet de P. M. S. ?

Dr F.

Réponse.

Il est préférable que vous ne passiez pas dans le service auxiliaire, si vous désirez être promu, sans encombre, au grade de médecin auxiliaire, puis à celui de médecin aide-major de deuxième classe. Vous arriveriez probablement au premier grade, mais difficilement au deuxième grade.

1553. — Rejet de demande d'augmentation de pension militaire.

Une de mes clientes, veuve d'un maréchal des logis de gendarmerie, titulaire d'une pension, son mari étant décédé le 25 février 1908 des suites de blessures reçues en service commandé, après 11 ans de service, demandait récemment une augmentation de sa pension en invoquant la loi du 14 avril 1924.

Sa demande a été rejetée pour le motif suivant : « Le militaire n'ayant pas accompli 25 ans de services effectifs, sa veuve ne peut bénéficier des dispositions des lois des 26 juillet 1923 et 14 avril 1924 et ne peut prétendre qu'aux bonifications prévues par la loi du 18 juillet 1922 ».

1° Doit-elle accepter cette décision ou faire appel en Conseil d'Etat ?

2° Quel doit être actuellement le taux de sa pension ?

Dr A.

Réponse.

La veuve dont vous parlez ne peut avoir gain de cause en Conseil d'Etat ; les motifs du rejet sont entièrement exacts. La loi du 18 juillet 1922 lui donne une majoration de pension de 150 francs environ, plus une autre de 80 % d'après les plus récentes dispositions légales.

1573. — Demande tardive de pension militaire.

M. X. fut mobilisé sur place dans son emploi du temps de paix, au titre de sous-chef ouvrier dans la subdivision complémentaire territoriale de la troisième section de chemin de fer de campagne P. O. et non pas dans la portion active de cette section, du 2 août 1914 au 23 octobre 1917, date de son décès (tuberculose). Sa veuve n'a pas demandé de pension, est décédée elle même en 1922, laissant une enfant de 8 ans.

La tutrice a demandé une pension qui lui aurait été été refusée parce que la demande n'avait pas été faite à temps.

Je vous serai obligé de me faire savoir s'il y a un délai légal et, si oui, quel il est pour réclamer une pension dans les conditions énumérées ci-dessus.

Dr V.

Réponse.

Pour la veuve, comme pour les orphelins dont les droits découlent de ceux de la mère, un délai de cinq ans à partir du jour du décès militaire du père est accordé pour faire valoir les droits à pension. Pour les décédés de la guerre c'est-à-dire pour ceux décédés avant la promulgation du règlement d'administration publique de la loi du 31 mars 1919, ce délai était uniformément reporté au 4 septembre 1924.

Application du Tarif Durafour,

I

2012. — Soins d'urgence en vue de transport à l'hôpital.

Comment tarifer ces interventions :

Je suis appelé un dimanche soir à 12 kilom. environ auprès d'une blessée : jeune femme ayant reçu un coup de corne de taureau dans l'abdomen. Vaste plaie avec environ la moitié de son intestin grêle répandu au dehors, vaste lambeau épiploïque déchiqueté, pas de perforation intestinale apparente.

Je fais le plus d'antiseptie possible et je rentre l'intestin dans l'abdomen, met une grosse mèche, en laissant au dehors le lambeau épiploïque en trop mauvais état, fais un pansement par dessus et, comme c'était dans une ferme isolée, n'ayant pas d'autre moyen de transport, je transporte moi-même la blessée à l'hôpital le plus proche où nous arrivons après 10 h. du soir.

Je fais l'anesthésie générale pour permettre au chirurgien de garde de réséquer le lambeau épiploïque.

J'ajoute que la blessée est guérie en ce moment.

Comment tarifer tout ceci, à votre avis ? Je suis très embarrassé.

Le transport, naturellement, est en dehors du tarif médical. Je demanderai une indemnité à part, étant donné que je n'avais pas d'autre moyen de transporter la blessée.

J'étais à 7 h. 30 auprès de la blessée et suis rentré à 2 h. du matin.

Dr F.

Réponse.

1° Vous avez à compter 50 francs comme soins d'urgence donné par un médecin en vue d'un transport à l'hôpital et intervention ultérieure par un autre médecin, et cela par analogie avec la note inscrite *in fine* de l'article 12.

2° Vous n'avez pas à compter le « transport

du blessé » au compte du tarif Durafour, c'est entendu. Mais il me paraît juste de compter, en l'espèce, la « surveillance du blessé », à raison d'une visite par 1/2 heure supplémentaire, jusqu'au maximum de cinq (article 6).

3° Compter naturellement 50 francs pour l'anesthésie que vous avez donnée (article 12).

4° Compter enfin votre injection antitétanique.

F. D.

II

1984. — Ablation d'un petit kyste.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou », je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner le renseignement suivant.

Un ouvrier s'est piqué le doigt avec une épine d'acacia. L'épine, étant restée sous la peau, s'est enkystée. J'ai enlevé, après anesthésie, un petit kyste de la grosseur d'une noisette, avec l'épine au milieu.

Quel prix dois-je prendre ? Dr G.

Réponse.

Il me semble équitable, pour cette intervention, de compter 40 francs, par analogie avec : « ...épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle. » (article 15).

F. D.

III

1971. — Mobilisation d'ankylose fibreuse d'une articulation.

Permettez-moi, en tant que membre du « Sou », de vous demander un renseignement.

J'ai donné mes soins à un accidenté du travail pour une fracture du coude, ankylose fibreuse de l'articulation. Sous anesthésie générale, j'ai mobilisé l'articulation.

Les honoraires de l'anesthésiste sont de 50 francs. Que dois-je demander pour la mobilisation de l'articulation ? Cette intervention ne figure pas dans le tarif des accidents du travail ; elle est évidemment distincte de la « mobilisation et massage ».

Dr F.

Réponse.

Il me semble équitable de compter votre intervention 100 francs par analogie avec une réduction simple du coude (article 19).

F. D.

IV

2042. — Radioscopies.

Un accidenté du travail se présente avec une main douloureuse, tuméfiée (coincement entre le bord de son bateau et une caisse en cours de chargement). Petite plaie insignifiante, sérum antitétanique, bains, enveloppements humides.

Au bout de 12 jours les progrès sont minimes (plaie guérie, aucune infection). Je me demande s'il n'y a pas une fracture d'un ou plusieurs métacarpiens et après avoir averti la Cie, j'emmène avec moi mon blessé à L., où nous avons un petit service de radio (sans spécialiste titulaire) et j'examine mon blessé moi-même. Pas de fracture apparente. Et d'ailleurs, peu à peu, par la suite, douleur et œdème disparurent. A l'heure actuelle le blessé a repris son travail, sans gêne ; il ne présente qu'un léger empâtement, témoin de l'attrition profonde des os.

J'ai envoyé ma note à la Cie qui ne conteste rien, mais demande, pour régler, que je lui procure une épreuve.

Or, il y avait une erreur dans ma note : 1° j'avais feuilleté très rapidement mon tarif et n'avais pas fait attention s'il comportait un tarif unique pour scopie ou graphie, ou s'il y avait deux prix différents.

2° J'avais compté 50 fr. radio face et profil main et je vois aujourd'hui que le tarif porte 37 fr. 50 pour radiographie profil et face de la main.

Néanmoins la Cie ne conteste pas les 50 fr., mais demande une épreuve.

Or je n'ai fait qu'une scopie et d'ailleurs nous ne sommes pas outillés pour faire des graphies.

Que faire ? Dois-je refaire ma note en spécifiant qu'il ne s'agit que d'une scopie ? Et alors que compter ?

Ou bien, pour toucher la prix d'une graphie, dois-je envoyer mon blessé (qui, guéri, ne voudra pas y aller) à 50 kilomètres pour le faire *radiographier* et avoir des épreuves et alors j'en serai de ma poche et de beaucoup, surtout si l'on ne tarife que 37.50 ?

Voulez-vous me donner renseignements utiles et conduite à tenir.

Dr K.

Réponse.

1° Il n'y a jamais eu deux catégories dans le tarif des radiologistes, même du temps du tarif Breton, sauf pour la radiothérapie. Le prix ne serait donc pas de 37,50 comme vous le pensez, mais bien de 50 francs plus 20 % d'augmentation, ainsi qu'il est dit article 26 VI, *in fine*.

2° Mais vous aviez pour cela à fournir *deux exemplaires de chaque cliché* (puisque face et profil), *avec commentaire*, l'un pour le patron ou son assurance substituée, l'autre pour le blessé (article 26 VII), faute de quoi la Compagnie est dans son droit de refuser tout paiement.

3° Les *radioscopies* ne sont tarifées que pour « localisation de corps étrangers » -article 26 II).

F. D.

V

2082. — Certificats.

1° Une blessée du travail, soignée par moi, conserve une légère incapacité de travail. Je lui remets un premier certificat d'I.P.P. pour le juge de paix. Le

NOTA IMPORTANT.
Les souscriptions seront reçues jusqu'au 1er août, au prix de 20 francs.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION
à L'AGENDA-MEMENTO du PRATICIEN (édit. 1927)

Le soussigné (*nom et prénoms*) ....

abonné au Concours Médical, *médecin à* ....

dépt .... *désire recevoir l'*Agenda-Memento du Praticien, *édition* 1927 (1).

(2)
- *J'envoie ci-inclus un mandat-poste de 20 fr.*
- *Je verse 20 fr. au compte de chèques postaux, Paris 167-95.*
- *Je demande le recouvrement postal (1 fr. 50 de supplément).*
- *Je demande à être inscrit pour les éditions suivantes.*

A .... *le* 1926

(1). — *On peut dès maintenant se faire inscrire pour les éditions suivantes (un rappel sera alors envoyé en temps utile aux souscripteurs).*
(2). — *Biffer les mentions qui ne conviennent pas.*

Adresser le présent bulletin à M. C. Boulanger, Administrateur du *Concours Médical*, 132, rue du Faubourg Saint-Denis, Paris (10e).

Compagnie d'assurances lui demande de produire de moi un nouveau certificat d'I.P.P, avec le taux d'invalidité. Combien tarifer ce certificat et que doit le payer ?.

2° Un blessé du travail soigné par un autre médecin réclame de moi un certificat d'I.P.P. avec évaluation d'invalidité, pour son avocat, au moment de plaider un jugement contre le patron. Combien tarifer ce certificat ? A qui en incombe le payement ?

Dr L.

Réponse.

1° Vous avez à fournir, au moment de la guérison ou de la consolidation d'une blessure, un certificat final, lequel est *descriptif* en cas d'incapacité permanente, donc tarifable 10 francs. Mais il n'y en a qu'un seul tarifé à l'article 29. Dans le cas où le patron ou son assureur vous en demanderait un autre, réclamer une demande par écrit et faites payer ensuite celui qui vous l'a demandé.

2° Dans ce deuxième cas, il s'agit plutôt d'une affaire d'expertise puisque vous n'êtes pas le médecin traitant du blessé. Il ne s'agit donc plus du tarif Durafour, mais de celui de la clientèle ordinaire.

F. D.

VI

2153. — Interventions complexes sur plusieurs doigts.

Veuillez, je vous prie, me dire comment je dois tarifer les pansements faits à un blessé dans les circonstances suivantes :

C'est un homme occupé à scier, dans un grand chantier, qui se fait sectionner à moitié tous les doigts de la main gauche :

a) Le pouce, le moins touché, présente une plaie allant jusqu'à l'os, ce dernier reste intact ;

b) L'index, le médius et l'annulaire ont leurs parties molles littéralement hachées ;

c) L'auriculaire est sectionné complètement entre la phalangine et la phalangette.

Je suis appelé sur le lieu de l'accident (dans V.), je fais un nettoyage sommaire, je rassemble les chairs des 2e, 3e et 4e doigts ; je fais de l'hémostase, et un grand pansement par dessus tout cela : 1 heure environ de travail.

Je fais conduire le blessé à domicile et dans la soirée, je retourne vers lui (dans V.) je lui fais la désarticulation de l'auriculaire au niveau de la phalangine (anesthésie de la racine du doigt) un nettoyage aussi complet que possible des plaies des 4 autres doigts ; je tente quelques points de suture aux endroits les moins mâchés :

Pansement, certificat, sérum antitétanique, soit 1 h. 30 environ de travail.

Pansements à domicile, les jours suivants, des 5 doigts, après avoir fait prendre un bain de 15 à 20 minutes chaque fois (pendant ce temps je détergeais les parties mortifiées à la pince et ciseau).

Dr P.

Réponse.

Cas assez complexe. Cependant, il me semble que je compterais ainsi :

1° Pour les sutures des deuxième, troisième et quatrième doigts, 40 francs, avec explications fournies, et par analogie avec « épluchage et suture d'une plaie superficielle », bien qu'il n'y ait pas eu ce qui constitue vraiment un « épluchage, etc... » (voir article 17, note 1), mais étant donné qu'il s'agit d'interventions multiples sur un même segment de membre.

2° Pour la deuxième intervention, vous avez à compter « amputation partielle d'un doigt 50 francs » (article 20).

3° Pour les pansements consécutifs, vous n'avez pas à compter plus de 15 francs, comme « pansements multiples sur un même segment de membre » (article 15).

F. D.

VII

2165. — Sutures multiples tendons superficiels du poignet.

J'ai opéré il y a quelques jours un accidenté du travail, atteint de section des 4 tendons fléchisseurs superficiels et des 4 tendons fléchisseurs profonds des quatre derniers doigts de la main gauche. J'ai suturé, soit 8 tendons. Opération longue, grosse difficulté pour retrouver les tendons. Que dois-je réclamer ? Dois-je me contenter des 150 fr. inscrits au tarif, ou bien le prix de 150 fr. s'applique-t-il à chaque tendon ? C'est assez confus et je vous serais très obligé de vouloir bien me donner votre avis.

Il est dit : « Suture des tendons fléchisseurs des doigts, etc. », ce qui semble indiquer que pour 150 fr. on peut être amené à suturer tous les tendons fléchisseurs d'une main, mais que l'on a droit de réclamer 150 fr. pour un seul tendon, même superficiel, sans section du profond.

D'autre part, si le prix est applicable à chaque tendon, j'aurais droit à 150 × 8 = 1.200 fr. ce qui me semble être une prodigalité à laquelle le tarif ne nous a pas accoutumés et qui, cependant, ne serait pas exagérée, étant donné la gravité de la blessure et l'importante invalidité qui peut en résulter si l'intervention n'était pas pratiquée.

Dr Q.

Réponse.

Ce sont là des cas d'espèce qui se traitent d'ordinaire à l'amiable, après avoir fourni toutes explications utiles. Sans cela, il y a de quoi chicaner à perte de vue. Il est certain que le tarif porte l'expression « suture des tendons, etc... » mais on ne pouvait mettre ce dernier mot au singulier, pourtant ! Et cela ne veut pas dire que les honoraires sont les mêmes pour suturer un tendon ou une douzaine ; ce serait absurde !

D'autre part, je ne pense pas qu'on puisse simplement multiplier chaque suture de tendons par 150 francs, soit pour 8 : 1.200 francs, alors qu'une laparatomie n'est payée que 600 francs. Ce serait également absurde. Je pense donc qu'en un tel cas on doit faire un prix moyen et je proposerais 500 francs. Ceci n'est pas exagéré et rentre dans les prix ordinaires du tarif pour les interventions les plus importantes et un peu au-dessous. Sans doute, on ne pourrait invoquer une analogie de difficulté technique avec une « laparotomie avec intervention sur les organes abdominaux » ou avec une « trépanation avec ouverture de la dure-mère », néanmoins, il y eut là une intervention longue, minutieuse et grosse de responsabilité en vue du taux plus ou moins grand d'une incapacité permanente partielle ultérieure.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

2059. — Soins dentaires par des dentistes non médecins.

Un mutilé de la face (perte de dents par E.O.) écrit sur mon conseil à la direction du service de santé du 16e C. qu'il désire se faire appareiller (dentier).

La direction répond dans une première lettre que l'autorisation est accordée et qu'il se fasse appareiller par un *dentiste* de son choix ; quelque temps après dans dans une deuxième lettre de M. il est question d'un *médecin-dentiste*.

Dans la région habitée par l'intéressé il y a 3 dentistes, mais pas de médecin-dentiste. Le mutilé va trouver le dentiste le plus rapproché, qui l'appareille, détache une feuille du carnet des soins et l'adresse à la préfecture, qui la retourne non payée, indiquant que les honoraires des soins ne peuvent être mandatés qu'à un médecin.

Est-ce légal ? Que faire ?

Le mutilé (et un vrai) a payé 300 fr. de sa poche. Comment pourrait-il rentrer dans ses fonds ?

D'ailleurs, n'est-il pas absurde qu'un dentiste ne puisse donner de soins (dans sa spécialité) aux bénéficiaires de l'art. 64 ?

Pour trouver un médecin-dentiste le blessé aurait dû faire 150 kilomètres aller !

J'espère que le *Concours médical* va m'apporter quelques renseignements sur cette question intéressante.

Dr V.

Réponse.

Les soins *médicaux* aux bénéficiaires de l'article 64 ne peuvent être payés qu'aux *seuls* médecins ; c'est là une règle générale et qui concerne les dentistes non médecins aussi bien que les masseurs, infirmiers, panseurs, etc... et cela pour le tarif Maginot comme pour le tarif Dura-

four. A propos des soins dentaires, la question est même venue, pour un cas d'espèce, devant la Commission supérieure, au cours de l'année dernière et celle-ci jugea de cette façon et ne pouvait guère juger autrement, légalement.

Dans votre cas, il y a lieu de remarquer que, dans votre région, existent des dentistes et pas de médecins-dentistes, sauf à de grandes distances. Peut-être alors y aurait-il lieu (dans les deux mois de la notification du jugement de la Commission départementale) de faire *appel*, devant la Commission supérieure en demandant, si celle-ci refuse également le payement, de le proposer à la *bienveillance du ministre*, comme cas de force majeure par manque de médecins-dentistes. Quoi qu'il en soit, pour faire appel, s'adresser avec toutes explications utiles à M. le Président de la commission supérieure des soins aux pensionnés de guerre, au ministère des pensions, 37, rue de Bellechasse, Paris.

F. D.

II

2078. — Il n'est pas question de secret professionnel, alors qu'il s'agit d'une maladie non causale de pension.

Je soigne actuellement un de mes clients pour hémoptysie, faiblesse générale et bacillophobie. Ce malade hospitalisé pendant la guerre, pour hémoptysie abondante (?) a obtenu un titre de pension définitif à 30 % avec le motif suivant : « Induration de deux sommets à prédominance à droite. Lésions radioscopiques confirmées. Bacilloscopie négative »

J'ai fait faire un Bordet-Wassermann qui est très positif. J'estime donc qu'un traitement spécifique est nécessaire ; mais ce traitement comporte une série de plus de 5 interventions à tarif spécial et, suivant l'art. 18, je dois en donner avis dans les 24 heures à la commission de contrôle.

Croyez-vous qu'en donnant cet avis je ne commets pas une violation du secret professionnel ?

Croyez-vous, en outre, que mon malade, vu le motif de sa pension, a droit au traitement spécifique, au titre de l'art. 64 ?

Dr C.

Réponse.

Avec un B.W. positif, il va de soi que vous songiez à faire à votre malade un traitement spécifique consistant en injections intraveineuses, semble-t-il, d'après votre expression « interventions à tarif spécial ». Mais où voyez-vous qu'il puisse y avoir lieu de craindre la violation du secret professionnel dans ce cas ? Vous n'avez pas *à prévenir quiconque* de la spécificité de votre malade, puisque cette affection *n'est pas portée* sur son carnet comme maladie *causale* de sa pension. Il n'a donc aucun droit aux soins anti-spécifiques au titre de l'article 64 et vous seriez répréhensible de faire payer ces soins par l'Etat.

C'est le malade qui doit *les payer de sa poche*. . ., donc nul besoin de prévenir quelqu'un et pas le moindre profil à l'horizon d'une question de secret professionnel.

F. D.

III

2129. — Nouveau Tarif Maginot?

Quand doit être appliqué le nouveau tarif pour soins aux bénéficiaires de la loi du 31 mars 1917 ?

Quel est-il ?

En un mot, comment établir ma note du 2e trimestre 1926.

Dr B.

Réponse.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de « nouveau tarif Maginot » pour les pensionnés de guerre, C'est que la majorité des syndicats n'a pas accepté les propositions (en palier) de l'administration, soit, pour 1926 8 francs la visite ou consultation dans toute la France, avec suppression des catégories, plus 2 francs de déplacement « moyen » dans les gros centres, en imitation du tarif Durafour. En conséquence, continuez, comme moi-même, à établir votre note à cent sous la consultation.

F. D.

IV

2154. — Ponction d'abcès froid avec injection modificatrice.

Etant membre du « Sou » et abonné au *Concours médical*, je vous serai reconnaissant de me faire savoir comment tarifer pour soins aux mutilés l'intervention suivante faite à domicile :

Ponction d'abcès froid costal avec injection modificatrice.

Dans le tarif je ne trouve qu'injection modificatrice.

Dr L.

Réponse.

Je ne puis, en effet, noter dans le tarif que « injection modificatrice de Calot ». Toutefois, remarquer, un peu plus loin :

Ponction de la vaginale : 30 francs.

Ponction de la vaginale avec injection modificatrice : 60 francs.

On pourrait donc, par analogie, doubler le prix de la ponction ou incision d'un abcès simple, qui est de 20 francs, et proposer 40 francs... Mais je n'ose assurer que ce prix serait accepté d'emblée par crainte (disons le mot) des « abus » en cas d'interminables abcès froids ? Ce serait un point à faire fixer.

F. D.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1936-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Bouchet, de St-Loup-sur-Thouet, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 347. — A céd., cause ach. d'une 5 pl., Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf. ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

N° 348. — Coutainville-plage (Manche). A louer, 1 m. plage, centre provisions : 1° maisonnette avec terrain pour 4 pers. septembre 450 fr. ; 2° logem. rez-de-ch. 2 pet. chambres, chacune 1 lit 1 pers., pet. cuis. (chambrette en supplém.) pour pers. tranqu., août 600, sept. 300. S'ad. M. Rothe, 7, rue Fenoux, Paris, XVe.

N° 349. — Au centre ville 180.000 hab., littor. Manche, poste méd. génér. A. T., condit. achat mais., aucune réparat., 10 p., chauff. cent., s. de pans., s. de bains, garage, jardin, 300 m. Prix 160.000, hypoth. transmiss.

N° 350. — Urgent. Morbihan, ch.-lieu cant., bon poste méd. à prendre de suite, seule condit. prendre bail mais. bourgeoise, jard. et garage appart. au cédant.

N° 351. — Dr Bourguet, de Sommières (Gard) céderait prix réduits : dictionn. Dechambre cent. vol. brochés ; collect. du *Concours médical* en grande part. reliée ; collect. de l'Almanach Hachette ; collect. Lectures pour tous et divers instrum. de chirurgie.

N° 352. — Méd. tuberc. lég. n'exerc. pas, serait reconnais. à conf. indiq. maison à louer bail dans pet. ville Midi bien située. Ecr. Vignaud, 14 av. Garibaldi à Limoges.

N° 353. — Jeune doct. dispos. de ses après-midi, ch. occupat. dans clinique, mais. de santé ou dispensaire.

N° 354. — Dr cherche clientèle dans un rayon 100 km. Paris.

N° 355. — Vve méd. dem. empl. setcrét. chez doct. ou dent., aider. dans opérat. Ecr. Laborde, 83, rue Petits-Champs, Paris.

N° 356. — A vend. torp. Peugeot 10 CV éclair. et démarr. excell. état. Dr Baudet, à Vieux-Berquin (Nord).

N° 357. — 130 km. Paris, vallée de l'Yonne, poste rapp. 100.000 minim. pas de conf. à moins de 20 km., loyer 1.200, vaste maison, jard., garage. Prix 50,000, facil. paiement. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 358. — Vendée, ch.-lieu cant., import. rayon à desservir, client. rapp. 100.000, mais. neuve, 12 p. indemn. 50.000, dont partie compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur.** — Le docteur Georges Rioux, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux, vient de mourir, victime du devoir professionnel, de septicémie contractée par piqûre à l'index, au cours d'une opération d'ostéomyélite. Sur la proposition du Ministre du Travail, le Gouvernement a cité le docteur Rioux à l'ordre de la Nation.

— **Cours d'orthopédie de M. Calot, à Berck-Plage.** — Le *lundi* 9 *août*. Avec exercices pratiques. En une semaine, de 9 heures à 19 heures, enseignement de l'*orthopédie indispensable aux praticiens*. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, *Clinique* Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut-Calot, Berck-Plage (P.-de-C.). Droit d'inscription, 150 fr.

— **Les Congrès.** — Du 25 au 28 juillet, IIIe *Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française*, à Bruxelles.

— **Hôpital Saint-Antoine.** — *Gastro-entérologie.* — M. René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera, du lundi 2 août au samedi 7 août, de 10 à 11 h., à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie.

— **Ecole des infirmières de l'Assistance publique.** — Le prochain concours d'admission à l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique, à Paris, s'ouvrira le 4 octobre prochain, à 13 h.

Les candidates doivent être de nationalité française, célibataires et âgées de 20 ans au moins et de 26 ans au plus au 1er octobre de l'année du concours.

Pour renseignements, s'adresser à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, service du personnel.

— **Paris. Concours de médecin de l'Assistance médicale à domicile.** — A la suite de ce concours ont été nommés : MM. les Dr Laplanche, Baroy, Raphel, Rousseau, Durand et Mlle Roux.

— **Sanatoriums de Bligny.** — *Poste médical.* — Un concours sur titres est ouvert, aux sanatoriums de Bligny, pour une place de médecin-assistant au courant de la thérapeutique de la tuberculose et des recherches de laboratoire. (Nationalité française exigée).

Pour renseignements et conditions, écrire au médecin-directeur des sanatoriums de Bligny, par Briis-sous-Forges (Seine-et-Oise).

— **Le Dr Maxime Ménard reçoit le prix Audiffred.** — L'Académie des Sciences morales et politiques

vient de décerner le prix Audiffred (15.000 francs), au Dr Maxime Ménard, chef du Service d'électro-radiologie de l'hôpital Cochin, qui a subi plusieurs mutilations. Ce prix a été fondé pour récompenser « les plus beaux, les plus grands dévouements de quelque genre qu'ils soient ».

— **Commission de surveillance des resserres des Halles.** — Par arrêté du Préfet de police, M. Foveau de Courmelles a été désigné pour faire partie de la Commission de surveillance des resserres, aux Halles centrales de Paris.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour

I

2212. — Cumul ou non ?

Au point de vue accident du travail, une Cie peut-elle discuter et prétendre qu'il y a cumul, si j'ai fait à 10 heures du matin, entre deux visites, un pansement d'urgence à un blessé (10 fr.) et n'ayant pas de sérum chez moi, le blessé devant par conséquent aller à la pharmacie, à 2 heures de l'après-midi, à mes heures de cabinet, l'injection de sérum antitétanique (20 fr.) ?

Sur ma note d'honoraires, les heures de ces actes médicaux étaient stipulées.

Dr P.

Réponse.

Si vous avez fait deux consultations *séparées*, dont une avec injection antitétanique, vous avez à compter :

1re consultation : 10 fr. ; 2e consultation avec injection antitétanique : 20 fr., et je ne vois pas là qu'on puisse y trouver le cumul interdit par l'article 13.

Nota. — Si on agissait toujours ainsi *systématiquement*, il y aurait peut-être lieu à une discussion sur un tel modus agendi ; mais je ne vois pas que tel soit ici le cas.

II

2213. — Suture des tendons.

J'ai encore recours à votre obligeance pour une interprétation du tarif accident de travail, avant de présenter ma note à l'assurance.

Pour une plaie de 5 cent. de large au-dessus des malléoles, à la partie antérieure du cou-de-pied, mettant à nu les tendons extenseurs du pied et coupant le tendon extenseur du gros orteil, j'ai suturé ce tendon et refait le plan aponévrotique (de nuit)

Dois-je compter 150 francs (suture des tendons fléchisseurs des doigts ou des orteils, ainsi que des tendons superficiels du poignet et des tendons du cou-de-pied) ?

Ou bien 50 francs (suture des tendons extenseurs des doigts et des orteils) ?

Plus 25 % de nuit.

Ce dernier tarif me paraît bien minime, mais j'aimerais à connaître votre avis afin de m'y conformer.

Dr J.

Réponse.

S'il s'agit d'une suture de tendons « au-dessus des malléoles », il m'apparaît que c'est une affaire de « tendons du cou de pied » *quel que soit* ce tendon, puisque ceux-ci ne sont pas spécifiés et divisés en catégories (comme ceux des doigts et orteils) dans la rubrique : « Suture des tendons fléchisseurs des doigts... ainsi que... des *tendons du cou de pied* : 150 francs ».

Je compterais donc ici 150 francs (article 17), plus 25 % pour la nuit (article 8), soit 187,50.

F. D.

2130. — Voiture usagée. Force réduite. Taxe.

1° Est-il possible — et par quelles voies — de faire réduire de 9 à 5 chevaux l'impôt d'une vieille voiturette, datant de 15 ans et d'une force effective bien réduite ?

2° Les impôts sont-ils, en France, plus élevés pour les voitures étrangères (Fiat, par ex.) que pour les voitures françaises ?

3° Quelles sont les formalités administratives et fiscales à accomplir lors de l'achat d'une voiture neuve, et, aussi de la vente d'une vieille voiture ?

Dr L.

Réponse.

La taxe est établie d'après la force mentionnée sur la carte grise, cette force étant calculée d'après une formule établie par le service de l'inspection des mines. Il y aurait donc lieu de faire modifier votre carte grise. Comme votre voiture est ancienne, nous vous conseillons de vous adresser au contrôleur qui vous fournira tous renseignements utiles au sujet de la force exacte de votre voiture.

Il n'y a aucune différence de taxe entre les voitures françaises et les voitures étrangères.

En cas de cession de voiture automobile, la carte de circulation doit être transférée par l'administration des contributions indirectes au nom du nouveau propriétaire, sur déclaration faite par celui-ci au bureau de la régie.

Lors de l'acquisition d'une voiture neuve, vous devez faire une déclaration à la recette buraliste de votre résidence qui, sur présentation du récépissé de la préfecture (carte grise), vous délivrera le permis de circuler (après payement de la taxe).

A. M.

2136. — Contribution foncière. Valeur locative de base.

Sur quoi faut-il se baser pour établir la valeur locative d'une maison ?

Le contrôleur a affirmé une première fois devant le maire de la commune et les répartiteurs que cette évaluation devait être faite d'après le nombre des pièces attribuées à mon habitation (11 pièces) et, sur une réclamation de ma part, basée sur l'erreur commise en attribuant 11 pièces à mon habitation qui n'en renferme que 8, il a affirmé cette fois qu'il n'y avait pas à tenir compte des pièces, mais surtout de la situation de la maison entre cour et jardin et de l'étendue du terrain attenant ; que son évaluation était maintenue et que je n'avais de recours que dans une expertise.

Où est la vérité ?

La valeur locative attribuée à mon habitation a été, par les dernières évaluations, élevée d'une fois et demie en plus de la valeur attribuée jusqu'à ce jour, et les observations que j'avais présentées étaient basées sur ce que cette maison de 8 pièces seulement ne présente ni remise, ni écurie, ni vestibule, son escalier intérieur n'est pas éclairé, elle est située sur un chemin de culture impraticable aux automobiles à la moindre humidité ; en dehors de l'agglomération, elle ne reçoit le courrier postal qu'une fois par jour.

Je pensais qu'à cause des inconvénients qu'elle présente elle ne pouvait pas être augmentée dans ces proportions, surtout quand l'évaluation de la valeur locative des autres maisons du village entre cour et jardin, toutes pourvues des avantages qui manquent à la mienne, ayant un plus grand nombre de pièces, reste proportionnellement, malgré son augmentation, beaucoup moins élevée.

Voulez vous me donner vos conseils ? Faut-il adresser une réclamation par les voies ordinaires, quand j'aurai reçu mes feuilles d'impôts ? Comment la formuler ? Faut-il demander une expertise ? Dans ce cas, comment procéder et quel serait le coût de l'opération ?

Est-il préférable de m'adresser à une agence ?

Si les renseignements que je vous donne ne suffisent pas, je vous prie de me le dire et je vous les fournirai.

D[r] C.

Réponse.

Il résulte des dispositions combinées de la loi du 22 mars 1924 que, pour les immeubles loués, la valeur locative servant de base à la contribution foncière devait être le loyer brut perçu par le propriétaire et que, d'autre part, pour les immeubles non loués, cette valeur locative devait être déterminée par comparaison avec celle d'immeubles loués de même importance, situés dans la même commune.

A notre avis, les deux bases d'appréciation qui vous ont été données par le contrôleur, de même

que la vôtre (situation dans un lieu mal desservi) ne sont pas suffisantes ; elles ne peuvent être que des éléments pouvant légèrement modifier une évaluation faite par comparaison, comme il a été dit ci-dessus.

Pour appuyer votre réclamation, il sera donc indispensable que vous recherchiez dans votre commune les valeurs locatives d'immeubles de même importance que le vôtre pour les comparer à celle attribuée à ce dernier.

A défaut d'immeubles d'égale importance, vous pourrez en rechercher de plus importants.

Enfin, l'argument que la valeur locative ancienne a été majorée de 150 % au lieu de 100 % en moyenne sera à faire valoir, surtout si cette différence n'est justifiée par aucune cause ayant procuré une plus-value certaine à votre immeuble dans l'intervalle des deux dernières évaluations (1911-12 et 1925).

La réclamation, adressée au préfet, sera instruite par le contrôleur ; l'avis de ce dernier vous sera communiqué et, s'il vous est défavorable, vous pourrez demander l'expertise.

A. M.

1969. — Déduction du bénéfice de la valeur locative du local professionnel.

Ayant eu à fournir au contrôleur le détail de mes frais professionnels, j'avais compté dans ces frais la valeur locative de mon local professionnel (cabinet et salle d'attente) et de mon garage. Le contrôleur me répond :

« Le loyer du local professionnel et du garage n'est pas déductible, car vous êtes propriétaire de l'immeuble ».

Cette affirmation me semble étrange.— Si elle est exacte, j'ai alors le droit, il me semble, de déduire (dans ma déclaration d'impôt général sur les revenus) une partie de la valeur locative de mon immeuble.

Qu'en pensez-vous ?

D. B.

Réponse.

Contrairement à l'opinion du contrôleur, nous estimons que le loyer, ou plutôt la valeur locative du local professionnel, est toujours déductible du bénéfice professionnel brut, *en vue de déterminer la base de l'impôt cédulaire,* étant entendu que, pour l'impôt général sur le revenu, ce loyer doit être déclaré comme revenu foncier.

A. M.

1925. — Impôt sur le revenu. Traitement fixe.

Etant abonné au *Concours médical* et faisant partie du « Sou », je me permets de vous demander les renseignements suivants :

1° Je voudrais savoir ce que je dois payer comme impôt.

Voici ma situation :

Je suis médecin d'une caisse de secours et touche 27.000 et logé gratuitement par la caisse.

Je fais à côté peut-être 10.000 francs de plus par an.

2° Qui doit déclarer la valeur locative qui règle l'importance de la patente ? Dois-je payer cette dernière moi-même ?

3° Dois-je payer les impôts locatifs, ou bien le propriétaire qui est en fait la caisse, puisque je suis logé gratuitement ?

4° Que dois-je faire rentrer comme frais médicaux et dans quel impôt. Sur les revenus ? sur les salaires ? Puis-je y faire rentrer le déménagement ?

Dr B.

Réponse.

A notre avis, vous devez être imposé à la cédule des traitements et salaires pour la rémunération de 27.000 francs payée par la Caisse de secours, et à la cédule des professions non commerciales sur vos honoraires, après déduction de vos frais professionnels.

Le logement gratuit constitue un avantage en nature qui doit être déclaré par la Caisse en sus des 27.000 francs. Rien dans la loi n'oblige la Caisse à indiquer la valeur locative du dit logement. Mais, personnellement, dans votre déclaration d'impôt général sur le revenu, vous êtes tenu de faire cette évaluation.

La patente reste à votre charge, ainsi que les impôts locatifs, à moins de convention contraire formelle.

Ci-joint la liste des frais professionnels à déduire.

Comme vous êtes passible de deux impôts cédulaires, salaires et professions non commerciales, le total de ces frais devra être réparti entre ces deux catégories de revenus.

A notre avis, vous pouvez tenir compte des frais de déménagement, mais il est à présumer que le contrôleur contestera cette déduction.

A. M.

2197. — Prorogation de la loi du 1er avril 1926. Réduction du loyer.

Je vous serais très obligé de me faire donner un avis de votre conseiller juridique sur le cas suivant. Il s'agit de mon loyer. J'ai loué en 1919 (octobre) l'appartement que j'occupe avec un bail de 3-6-9, résiliable au gré des deux parties, au prix de 1.200 fr., prix de l'appartement en 1916. J'ai été prorogé une première fois avec 105 % d'augmentation, jusqu'en octobre 1924, puis une deuxième fois jusqu'au 1er avril 1926, le loyer étant porté cette fois au prix de 4.000 fr. J'ai demandé, depuis la promulgation de la dernière loi, l'application de cette loi, c'est-à-dire un loyer augmenté de 125 % plus 15 % pour les

Voir la suite page XLVII-1983

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Paris.

(15-19 *juillet* 1926).

« ... Jusque-là, les Journées médicales n'avaient été en quelque sorte que des préliminaires. ... Il leur manquait la consécration définitive, celle que donne Paris aux manifestations qui s'y passent. C'est désormais chose faite »...

Telle est la substance, sinon l'expression rigoureuse, de l'une des propositions de l'admirable discours qu'a prononcé M. le professeur Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, à la séance inaugurale des Journées médicales de Paris, le 15 juillet.

Le cadre. — Le Grand Palais. Au rez-de-chaussée, le Service de Santé de l'Armée a établi un hôpital de campagne comportant un groupe chirurgical mobile, encadré de tentes d'hospitalisation, dont l'une sert à exposer le matériel d'immobilisation et d'appareillage des fractures, l'autre présente un ensemble de clichés documentaires lumineux.

Les modèles les plus récents des moyens de transport des blessés sont réunis là aussi, tout particulièrement, des avions sanitaires, qui semblent comme deux sentinelles ailées postées de chaque côté de l'entrée de ce stand, prêtes, semble-t-il, à prendre leur vol pour se porter à toute vitesse au secours des blessés.

Au premier étage, dans la vaste rotonde qui s'épanouit largement en salon d'honneur, une salle de conférences a été luxueusement aménagée. Pour y parvenir, nous traversons une Exposition considérable qui ne compte pas moins de six groupes, et de seize classes : l'organisation en a été confiée à un Comité dont le président est M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques. Tout ce qui touche à la médecine et à l'hygiène, dans l'ordre des appareils, de l'instrumentation, de l'équipement des laboratoires, dans la thérapeutique spécialisée, dans le thermalisme, se trouve réuni là, avec somptuosité, méthode et harmonie.



Cliché Henri Manuel.

Professeur Fernand Widal,
Médecin des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine,
Président du Comité des Journées médicales de Paris.

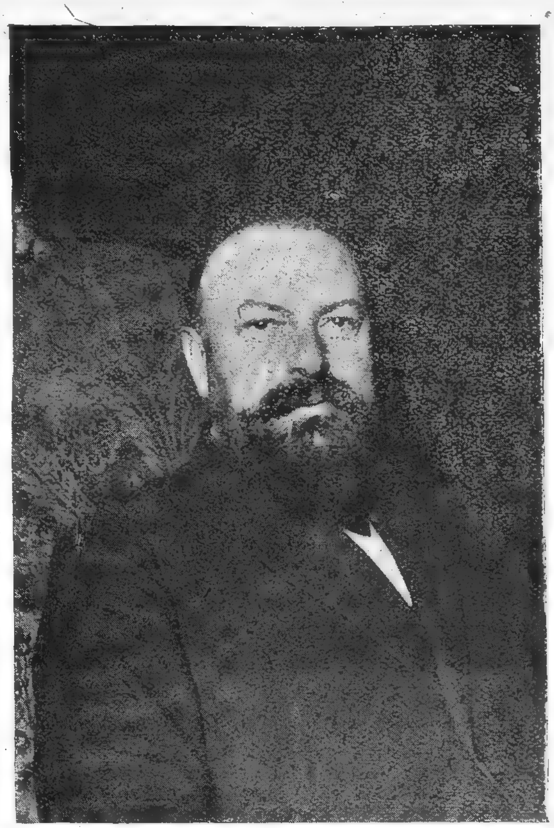
A 9 heures, la salle des conférences commence à se garnir. Les dames sont en nombre et jettent une note de grâce et d'élégance dans cette assemblée. Soudain retentit la *Marseillaise*, impeccablement exécutée par la Garde Républicaine : le Président de la République fait son entrée dans le Grand Palais ; il traverse l'Exposition qu'il inaugure, s'intéressant à tout ce qu'il voit, ayant un mot aimable pour les exposants, avec cette bonne grâce souriante qui l'a rendu si populaire ; il gagne, accompagné du général Guillaumat, Ministre de la Guerre, du Ministre du Commerce, et de sa suite, le fauteuil qui lui a été réservé, devant l'estrade où ont pris place, avec les principaux membres du Comité d'organisation, quelques personnalités particulièrement qualifiées : le Ministre de l'Instruction publique préside ; à ses côtés, nous reconnaissons le professeur Fernand Widal, le professeur Roger, Doyen de la Faculté de médecine, le professeur Balthazard, le professeur

Roux, Directeur de l'Institut Pasteur, le professeur Calmette, le professeur Bordet, le médecin inspecteur Savornin, Directeur du Service de Santé (7e Direction) au Ministère, l'illustre général Gouraud, M. Jean Faure, le médecin inspecteur général Fournial, Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, le Directeur du Service de santé des troupes coloniales, le Directeur du Service de santé de la marine, les Drs P. Descomps Dujarie de la Rivière, etc.

Dans l'assistance, le Préfet de la Seine, le Préfet de Police; nombreux sont les médecins inspecteurs de la place; le Directeur du Val-de-Grâce, le Président de la C. C. M., etc. Les représentants autorisés du Corps diplomatique sont au complet. Les photographes ont dressé leurs batteries et leurs appareils sont braqués sur l'estrade pour enregistrer les scènes qui s'y dérouleront.

M. Nogaro, Ministre de l'Instruction publique, ayant salué le Chef de l'Etat, déclare la session ouverte et donne la parole au professeur Fernand Widal, Président du Comité d'organisation des Journées médicales. Dans un substantiel discours, il explique quel est le but essentiel de ces Journées, dont l'heureuse formule a pris naissance en Belgique, en 1921, sous l'impulsion de René Beckers. Ce sont des cours de perfectionnement destinés à présenter, en un raccourci éloquent, au praticien qui n'a pas le temps de lire et de se documenter, des mises au point définitives présentement, des grandes questions scientifiques à l'ordre du jour, en même temps qu'elles font passer sous ses yeux les modes divers d'application de leur enseignement.

Il parle de l'importance prise par le laboratoire dans la solution des problèmes que posent le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies. Et à cette occasion, il rappelle avec infiniment d'opportunité la magnifique découverte de la réaction de complément par le professeur Bordet, d'où sont sorties tant de méthodes nouvelles d'exploration et de recherche. Mais il a soin d'accorder à l'examen du malade, à la clinique, toute sa prépondérance. Clinique et laboratoire, en s'associant, ont engendré un esprit nouveau qui tend à transformer de plus en plus la médecine en une science exacte.



Cliché Informateur Médical.

Professeur Balthazard,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commissaire général des Journées médicales de Paris.

J'ai beaucoup aimé sa péroraison, surtout quand, dans une envolée superbe, il a montré la profession médicale faite de servitudes qui comportent tant de grandeurs, tellement qu'elle est la plus enviable puisqu'elle s'applique à combattre la souffrance et la mort.

Les applaudissements s'étaient à peine éteints que le professeur Bordet prenait à son tour la parole, au nom des délégués étrangers. Que dire de son discours ? Je l'ai qualifié d'admirable; je ne m'en dédis pas. C'est un pur chef-d'œuvre d'élévation de pensée, de générosité, de haute philosophie sociale, tout cela servi par une langue merveilleuse de pureté, de clarté et d'élégance. Je soupçonne Bordet d'être poète, et j'ai noté avec émotion des envolées superbes du lyrisme le plus chatoyant.

Je publierai ce discours dans le *Concours médical*. Je n'en saurais donner qu'un très faible aperçu. Rappelant une image du Maréchal Lyautey, évoquant tout le symbolisme du geste du médecin qui se penche sur le cœur de son malade pour l'ausculter, le professeur Bordet a montré combien la médecine comporte d'altruisme en action et il s'est félicité du développement que prennent les relations inter-

nationales des médecins les uns avec les autres, à la faveur de manifestations du genre des Journées. Les enseignements de la science éloignent l'homme de tout ce qui peut le porter à entrer en lutte avec son semblable, et le mènent dans la voie des rapprochements féconds.

C'est à la faveur de ces rapprochements qu'il est permis d'entrevoir la fondation des Etats-Unis d'Europe. Mais il en est de cet évènement comme du phénomène de la cristallisation. Ce ne sont d'abord que quelques éléments épars qui apparaissent ; puis, peu à peu, cela gagne de proche en proche, et finalement le bloc apparaît avec sa cohésion et son homogénéité. Ainsi en sera-t-il sans doute du sort de l'Europe. Et par ces affinités étroites avec la sociologie, la médecine n'aura pas peu contribué à provoquer l'avènement de ces temps nouveaux dont il plaît au professeur Bordet de saluer l'aube naissante.

La-dessus, la salle délirante éclate en applaudissements. C'est un enthousiasme indescriptible, qui redoublera quand la Garde Républicaine exécutera la *Brabançonne*, écoutée religieusement par un auditoire qui s'est dressé par respect et déférence. En vérité, je ne me lasserai pas de le répéter, ce fut une minute inoubliable, et le Prédent de la République, interprète fidèle du sentiment unanime, tint à se faire présenter immédiatement l'éminent savant belge et à le féliciter.

Félicitations méritées, auxquelles le *Concours médical* tient à joindre respectueusement les siennes, tant les idées noblement exprimées ont trouvé l'écho dans le cœur de son Rédacteur, signataire de ces lignes.

M. Jean FAURE, en une brève mais charmante et alerte allocution, adresse au Chef de l'Etat les hommages du Comité d'organisation de l'Exposition, et le remercie d'avoir daigné accorder à cette manifestation la consécration de sa présence.

Le professeur BALTHAZARD, enfin, expose la génèse des Journées médicales de Paris, et exprime la gratitude des promoteurs de ces Journées envers tous leurs collaborateurs, envers tous les délégués étrangers, envers les nombreux congressistes, envers surtout les hautes personnalités qui ont bien voulu les patronner.

Le Président de la République se retire, salué respecteuseusement par l'assemblée, cependant que le professeur CALMETTE gagne la tribune et fait une remarquable conférence sur un sujet qui lui est particulièrement familier et qui est gros de promesses pour la lutte contre la tuberculose : *La vaccination contre la tuberculose.*

Les différentes parties du programme de cette séance inaugurale ont été heureusement et harmonieusement entrecoupées de morceaux exécutés brillamment par la musique de la Garde Républicaine.

L'après-midi a comporté, comme clou, une démonstration sur l'*Avion sanitaire*, à laquelle ont participé le docteur CHASSAING, député du Puy-de-Dôme, véritable créateur de l'aviation sanitaire ; le médecin principal PICQUE et M. JULLIOT, directeur du Comité juridique international de l'aviation.

Je signale aussi la projection du film très instructif de M. DEVRAIGNE intitulé : *La future maman.*

Deuxième journée. — La matinée a été consacrée à des séances dans la plupart des services de médecine, de chirurgie, d'accouchement et de spécialités des hôpitaux de Paris.

L'après-midi, commencé par une conférence du professeur GRAHAM de Saint-Louis, sur la *Cholécystographie*, s'est terminé par une réception, à l'Hôtel-de-Ville, au cours de laquelle d'éloquents discours ont été prononcés par M. GODIN, Président du Conseil municipal et le professeur BALTHAZARD.

Troisième journée. — Le matin, démonstrations de toute nature dans les services hospitaliers. Parmi celles-ci, je signalerai tout spécialement la conférence du professeur agrégé Camille LIAN, à l'Hôpital Tenon, sur le *diagnostic des arythmies et leur traitement*, avec auscultation collective de malades par l'assistance, grâce au télécardiophone. Je dois à l'obligeance de mon ami Lian, de pouvoir donner prochainement un compte rendu détaillé de cette conférence, dont je saîs par quelques-uns de ceux qui l'ont entendue, qu'elle fut fort goûtée.

Le soir, conférence du professeur Balthazard sur l'exercice illégal de la médecine. Je l'ai suivie attentivement , et j'aurai l'occasion d'y revenir.

Enfin, cette journée s'est terminée par une magnifique représentation, à l'Opéra, de *Paillasse* et du ballet des *Deux-Pigeons.*

Quatrième journée. — Les démonstrations de la matinée ont eu lieu surtout à l'Institut Pasteur, à la fondation Curie, à l'Institut médico-légal, à l'Hôpital Foch.

L'après-midi a comporté des exercices pratiques d'aviation sanitaire à l'aérodrome du Bourget. Une inattendue et émouvante démonstration due à un malheureux hasard, a été faite des services que rend l'aviation sanitaire, par M. le médecin principal PICQUÉ, qui dut aller, toute affaire cessante, chercher près de Compiègne un confrère belge et sa femme, grièvement blessés dans un accident d'auto.

Cinquième journée. — Excursion à Reims, la ville martyre. La visite de la cathédrale, dont les Allemands porteront éternellement, devant l'humanité et devant l'art, la lourde responsabilité de la destruction, a été marquée par une belle et touchante allocution du vénérable cardinal LUÇON. Les congressistes ont été reçus également à l'Hôtel-de-Ville par M. Marchandeau, député et maire de Reims.

A l'issue des Journées médicales, trois voyages aux Eaux minérales ont eu lieu, l'un à Vichy et aux cinq stations d'Auvergne ; l'autre dans les Vosges ; le troisième à Evian-les-Bains.

En outre des manifestations dont je viens de parler, il y eut de nombreuses réceptions : à l'Union des Syndicats, à l'Association générale des médecins de France, à la Société des chirurgiens de Paris, au *Concours médical*, à l'A. D. R. M., dont Noir rendra compte.

C'est à la faveur des Journées médicales que s'est définitivement constitué le Conseil d'administration de l'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE INTERNATIONALE MÉDICALE (A. P. I. M.), dont l'initiative de la création revient aux confrères polonais, et particulièrement au Dr Przyborowski.

Les Journées médicales de Paris ont, pour leur coup d'essai, réussi un coup de maître. Ce début magistral est plein de promesses pour l'avenir, et le *Concours médical* en rend grâce à leurs promoteurs, au nombre desquels il compte des amis très dévoués, tel le Dr Léon GIROUX, l'un de ses plus brillants collaborateurs. C'est une raison de plus, parmi tant d'autres, pour qu'il se réjouisse de leur succès.

G. DUCHESNE.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

APPAREIL CIRCULATOIRE ET INTESTIN

Par L. PRON.

Les rapports pathologiques existant entre l'appareil circulatoire et l'intestin ne sont pas parmi les plus fréquentes des « sympathies morbides » dont parlait HIPPOCRATE. Ils ne doivent pourtant pas être oubliés par le praticien, car certains des retentissements de l'intestin sur le cœur peuvent présenter une allure bruyante ; inversement, la méconnaissance de l'influence du cœur sur l'intestin risque de conduire à des erreurs de thérapeutique.

I. — Intestin et appareil circulatoire.

C'est ainsi que la simple *aérophagie*, en créant de la gastro-aérocolie, qui remonte le diaphragme, est susceptible de déclancher des crises de *pseudo-angine de poitrine* ou d'*asystolie* dramatique, sur lesquelles a insisté G. LEVEN. Le cathétérisme de l'estomac, pour évacuer l'air accumulé dans cet organe, est le seul moyen de mettre fin, et de façon immédiate, à ces accidents graves.

L'*appendicite chronique* est capable aussi de provoquer des *crises angineuses*. BASSLER a publié l'observation d'un malade qui, une semaine après une attaque d'appendicite aiguë, eut des crises d'angine d'effort, lui interdisant la marche. Un examen, pratiqué deux mois plus tard, fit découvrir un point appendiculaire, et l'appendicectomie permit de vérifier le diagnostic d'appendicite chronique. Les symptômes angineux disparurent au bout de trois mois, et le malade ayant recouvré une bonne santé complète, devint capable de tous les efforts.

MACKENZIE a rapporté un cas analogue : femme de 36 ans, ayant eu, pendant cinq ans, des crises d'angine typiques. Appendicectomie à froid ; les crises diminuèrent graduellement et cessèrent, au bout de trois mois, sans jamais réapparaître, durant un laps de six ans (1).

(1) Ces deux cas sont résumés dans : L. URRUTIA. *Cuestiones gastro-enterologicas* (Madrid, 1924, p. 98 et 99) sans plus de détails.

La banale *entéro-colite* peut amener la même complication. LOEPER a insisté sur « la fréquence des *accidents angio-spasmodiques* chez les entéro-colitiques » et sur « les formes graves de l'angor pectoris » précédées d'exacerbation des troubles intestinaux : crampes douloureuses et débâcles membraneuses (1).

Pour lui, c'est bien dans l'intestin — et non dans l'estomac — qu'il convient de chercher la cause de ces accidents, mais, au lieu de faire appel, comme COMBE, exclusivement à l'infection ou à l'auto-intoxication, il accorde une large part au facteur réflexe : le réflexe part de l'intestin, dont la sensibilité est accrue ; il suit les filets du sympathique ou du pneumogastrique, arrive au cœur et provoque la crise.

La théorie réflexe trouve un solide appui dans les expériences de TARCHANOFF, dans la mesure où on est autorisé à conclure des animaux à l'homme. Mettant à nu les anses intestinales de lapins, TARCHANOFF a observé qu'un simple attouchement sur celles dont la paroi avait été préalablement irritée ou enflammée suffisait à provoquer une crampe cardiaque et un arrêt momentané du cœur, alors que, chez les animaux laissés normaux, il ne survenait aucun trouble.

LOEPER mentionne un cas de WEBER, où des crises d'angor inorganique alternaient avec des accès d'entérospasme, de diarrhée et de mucorrhée.

Il dit également avoir donné ses soins à un médecin entéritique, très constipé, chez lequel « la *distension colique* était fréquemment suivie de crises nauséeuses, de douleur au-dessous du cœur, de constriction sous-diaphragmatique, de palpitations, d'arythmie et d'angoisse » (p. 99). Bien auparavant, POTAIN, dont on connaît les travaux sur la dilatation cardiaque, réflexe d'origine gastrique, avait étudié les états angineux, consécutifs à la distension colique, et inspiré la thèse de GOURDON sur cette question (2).

Beaucoup plus fréquente est l'influence de l'intestin sur la tension artérielle.

Non seulement « certaines irritations abdominales » provoquent de l'*hypertension de l'artère pulmonaire* ; elles sont souvent cause d'*hypertension artérielle généralisée* (LOEPER).

Mais à côté du facteur réflexe, il convient ici de faire une large place à l'auto-intoxication intestinale, qu'il y ait, ou non, de la stase ; la présence d'indican dans l'urine en témoigne. L'auto-intoxication agit, soit en provoquant un spasme artériolaire généralisé, soit en déterminant de l'hyperviscosité sanguine (MARTINET), soit en troublant les fonctions endocriniennes, soit en amenant l'élaboration d'une substance hypertensive dans l'intestin.

L'auto-intoxication pourrait même être cause d'*artério-sclérose* par surproduction de cholestérine (mode de défense de l'organisme) celle-ci se déposant sur les parois artérielles.

Dans l'un et l'autre cas, le traitement doit consister, non en l'administration d'iode, iodures ou autres produits hypotenseurs, mais dans la prescription d'un régime alimentaire antiputrescible, d'antiseptiques intestinaux et d'une cure éliminatrice diurétique (eau d'*Evian*, *Vittel*, etc.).

Dans d'autres états intestinaux, on note de l'*hypotension*, ainsi qu'on le verra plus loin. Normalement, l'extrait de paroi intestinale et la sécrétine duodénale ont une action hypotensive (BAYLISS et STARLING).

Fréquentes sont également les modifications du rythme cardiaque.

On rencontre de la *bradycardie*, soit passagère, soit permanente.

Passagère, elle accompagne les crises intestinales, soit qu'il s'agisse d'une phase aiguë d'entérite banale, soit d'une poussée d'appendicite, soit même de la simple irritation produite par un purgatif. Tel le cas d'un malade de DAVID SINGER (1) qui, après trois jours de constipation, prend une forte purgation, qui lui amène de la céphalée, puis une syncope de quarante minutes avec arrêt du cœur et du pouls ; la tension est de 60, à l'appareil de STANTON, l'abdomen distendu, et, quand l'effet de la purgation se produit, le pouls remonte à 72 pulsations et des crises convulsives se produisent. Le malade guérit ; l'auteur, n'ayant trouvé aucune lésion circulatoire, conclut à de l'auto-intoxication avec bradycardie secondaire.

Habituellement, le pouls varie entre 45 et 60.

La bradycardie *permanente* se rencontre dans le cancer de l'intestin, la ptose, la pneumatose de l'angle droit, la constipation.

La constipation peut provoquer de la *tachycardie*, aussi bien que de la bradycardie par résorption des toxines protéiques. WENCKEBACH a observé un cas de constipation qui amena une crise sévère et prolongée de tachycardie, qui disparut, une fois l'intestin évacué ; à côté des toxines, il fait une large place à la choline, formée aux dépens de la cholestérine et qui est un poison spécialement cardiaque.

Il n'y a pas lieu de s'étonner qu'un même état pathologique agisse dans deux sens différents. Selon le complexus physiopathologique du sujet, tel ou tel facteur prédomine parmi ceux qui entrent en jeu : intoxication, réflexe, prédomi-

(1) LOEPER. — *Leçons de pathologie digestive* (1911), p. 93 et sq.
(2) Thèse de Paris (1875).

(1) *In* LOEPER. — *Leçons de pathologie digestive* Troisième série (1914), p. 222.

nance de la vagotonie ou de la sympathicotomie, troubles endocriniens, etc. L'étiologie est rarement unique.

La simple distension colique peut amener également de la tachycardie, de même que les oxyures ou les ascarides, tantôt par la résorption des produits toxiques qu'ils sécrètent, tantôt par l'excitation réflexe des centres cardiaques.

L'*arythmie* se montre, soit isolée, soit associée à tel ou tel autre trouble circulatoire, pendant les poussées de colite ou les accidents vermineux.

On a constaté l'apparition d'*extrasystoles*, dans les troubles intestinaux banaux, mais principalement chez les nerveux et les alcooliques, ce qui fait qu'il est difficile de discerner ce qui revient à l'intestin ou à la perturbation chronique du système nerveux.

Dans un grand nombre de cas, les retentissements circulatoires sont complexes.

C'est ainsi que LOEPER (1) a consacré un chapitre spécial aux *défaillances cardiaques des dysentériques*. Outre la tachycardie, il mentionne l'hypotension, l'arythmie, l'*œdème périphérique* (constaté pour la première fois par HUTINEL dans les entérites infantiles) et la *dilatation cardiaque*, dont il a observé 7 cas.

D'autres fois, il y a une progression dans le processus pathologique circulatoire. D'abord, par simple irritation de la muqueuse intestinale, il se produit des modifications de rythme par action sur le pneumogastrique ou le sympathique. Puis, consécutivement à l'aérogastrocolie, il y a gêne mécanique du cœur. Au bout d'un temps variable, il se produit des fermentations, surtout protéiques, et la résorption des produits toxiques amène de l'*hyperviscosité du sang*, d'où augmentation du travail du muscle cardiaque, le liquide qu'il doit brasser étant moins fluide ; à la longue, s'installe l'*obstruction des capillaires*, d'où *accentuation du second bruit*, puis du premier, ce qui traduit l'effort cardiaque et se manifeste par des *battements carotidiens*, et des *pulsations épigastriques*, puis de l'*hypertrophie du cœur*. Plus tard, enfin, le tissu cardiaque faiblissant à la faveur de l'intoxication qu'il subit comme les autres tissus de l'organisme, il arrive à la *distension* et à la *dilatation* (MAYR). A telle ou telle phase, s'installent des lésions, qui se traduisent par des *souffles orificiels*.

Dans certains cas, les modifications circulatoires restent bénignes et surtout périphériques. Les substances toxiques résorbées amènent de la vaso-constriction des petits vaisseaux, d'où *pâleur des téguments*. Par moments, principalement pendant la digestion, par mobilisation de

(1) *Ibidem*. — Quatrième série (1919), p. 232.

produits qui stagnaient dans l'intestin, il se produit une paralysie des capillaires superficiels, et la peau prend une *teinte violacée* aux extrémités.

Le *dermographisme* a souvent la même origine.

II. — Appareil circulatoire et intestin.

Les retentissements de l'appareil circulatoire sur l'intestin sont moins marqués que ceux de l'intestin sur l'appareil circulatoire, et ils risquent davantage de ne pas être rattachés à leur véritable origine. Toutes les fois que le médecin trouve chez un malade des troubles circulatoires et des anomalies digestives, il ne devra pas perdre de vue les rapports qui peuvent les unir.

Les retentissements des affections cardiaques, à la phase d'asystolie, sont faciles à reconnaître. Ils consistent en une *stase veineuse* de la muqueuse intestinale avec *diarrhée*, troubles de la digestion chimique, excès de stercobiline dans les selles, etc. C'est l'*entérite cardiaque* de PELLEGRINI, qui s'accompagne généralement de *fermentations*, outre le *catarrhe muqueux*, qui est une des constituantes de la diarrhée.

Ce qui est moins connu dans la pratique quotidienne, ce sont les manifestations de l'angine de poitrine et des lésions aortiques.

Pour LOEPER (1), les crises intestinales des aortiques revêtent quatre types principaux : *crises douloureuses avec spasme* fréquent, rétraction de la paroi abdominale, du cæcum qui donne aux doigts l'impression d'un boudin dur et du côlon iliaque qui semble réduit au calibre d'un crayon — *constipation opiniâtre*, pouvant simuler l'occlusion franche — *état diarrhéique*, pouvant durer des mois, avec six à huit selles par jour — *crises mucorrhéiques*, ressemblant à l'entéro-colite sévère. On peut y ajouter les crises de *flatulence*, où le météorisme apparaît subitement et dure quelques jours en moyenne.

Dans certains cas, on a signalé l'existence, soit de vraies *hémorragies*, due à des altérations thrombosiques ou à des infarctus, soit à de minimes pertes de sang, décelables seulement par des réactifs appropriés (2).

Le diagnostic causal est évidemment difficile, car les symptômes intestinaux dépassent cliniquement, au moins pour un certain temps, les lésions de l'aorte.

La pathogénie est complexe ou variable. Tantôt, il y a simple irritation du plexus solaire, consécutive à celle du plexus cardiaque, et, de là,

(1) *Leçons de pathologie digestive*. Deuxième série (1912), p. 256.

(2) Je profite de cette occasion pour rappeler que le meilleur réactif chimique du sang occulte est celui de BOAS, au *chloral-alcool-gaiac*, que j'ai fait connaître en France, en mai 1922 (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, p. 204).

excitation des plexus mésentériques avec spasme des artères qu'ils régissent ; tantôt, rétrécissement organique des artères mésentériques ; tantôt, névrite des centres sympathiques. POL admet l'hypertension des vaisseaux intestinaux en masse.

Le spasme et la sclérose semblent bien jouer un rôle important, soit de façon prolongée dans leurs manifestations, soit de façon passagère, aiguë. On a noté, dans l'hypertension banale avec artériosclérose des *crises abdominales douloureuses* ou des *accès de coliques*, avec constipation ou diarrhée, analogues à l'angine de poitrine. BUCH a même décrit des *crises douloureuses localisées* au haut du ventre et éclatant à la suite de mouvements, plus rarement après des émotions ou dans le décubitus, par irritation des filets sympathiques périartériels. L'artério-sclérose des vaisseaux du bas-ventre se manifeste, d'après NEUSSER et ORTNER, par ce qu'ils appellent de la « dyspragie intestinale intermittente angioselérotique », sous forme de coliques douloureuses, vomissements et constipation avec atonie intestinale et grande prostration, pouvant aller jusqu'au choc. Ces accès se reproduisent à de grands intervalles, en général. ORTNER a pu constater par l'autopsie la sclérose des artères abdo-minales (1).

GALLAVARDIN et BERTOYE (1) ont rapporté un cas de *diarrhée incoercible* et abondante, qui durait depuis deux ans et qui était liée à un anévrysme de l'aorte abdominale. A ce sujet, ils rappellent la thèse de GOYET (2) sur les syndromes intestinaux d'origine artérielle.

En ce qui concerne les retentissements des cardiopathies franches, LOEPER a décrit dans la dyspepsie complexe des mitraux, une forme intestinale avec production abondante de gaz, *météorisme* et alternatives de constipation et de diarrhée, symptômes qui cèdent régulièrement à la digitaline à faible dose répétée par intervalles réguliers.

Nous sommes ici loin de la thérapeutique digestive, ce qui montre que, devant tout état pathologique, aigu ou chronique, grave ou léger, il faut toujours faire un examen complet du sujet et ne jamais perdre de vue les interactions possibles d'un point de l'organisme sur les autres.

(1) *Verhandlungen der dritten Tagung fur Verdauungs und Stoffwechskraukheiten* (Homburg 28-29 avril 1922), p. 106.

(1) *Société médicale des hôpitaux de Lyon* (16 novembre 1920).

(2) Thèse de Lyon (1913).

CLINIQUE UROLOGIQUE

Périnéphroses et hydronéphroses traumatiques

D'après une leçon du professeur LEGUEU (1).

Il y a treize ans que je n'ai abordé le sujet que je traite aujourd'hui : c'est dire que les faits de cet ordre sont assez rares. Il s'agit des hydronéphroses traumatiques. La première observation est publiée dans le tome premier de mes Cliniques de Necker. Nous en avons relevé quelques-unes depuis, dont la dernière est toute récente.

L'existence de l'hydronéphrose traumatique est certaine, si sa pathogénie reste encore obscure. Il y a des périnéphroses ou pseudo-hydronéphroses, et des hydronéphroses vraies, d'origine traumatique. La périnéphrose traumatique est l'épanchement d'urine dans la loge péri-rénale, sous l'influence d'un coup, d'un choc, d'un accident ; elle est due à une rupture, soit de l'uretère, soit du bassinet, soit d'un calice. La rupture du parenchyme rénal, si elle n'intéresse pas un calice, ne donnera jamais lieu à un épanchement d'urine dans le tissu cellulaire péri-rénal, mais elle produira une poche hématique.

Lorsqu'on fait une incision pour évacuer une péri-néphrose, on trouve généralement le rein sur la paroi antérieure de la poche ; le liquide est de l'urine de concentration faible.

L'observation qui m'a permis, il y a treize ans, d'étudier cette périnéphrose traumatique est la suivante. Une femme d'une trentaine d'années livre dans la banlieue de Paris le pain qu'elle porte dans sa voiture. Elle sort d'une maison où elle vient de faire sa livraison, et veut remonter dans sa voiture ; elle monte sur le marche-pied, quand un faux mouvement de son cheval la fait tomber ; son flanc gauche est heurté contre la roue. Elle est transportée chez elle, elle urine du sang, elle a des douleurs dans le côté gauche, et les premiers médecins qui sont appelés à la voir examinent le côté gauche, constatent non pas une tuméfaction, mais une contracture ; puis, l'hématurie cesse. Au bout de quelques jours, les médecins constatent que dans le côté droit, celui qui n'a pas été touché, qui n'a reçu aucune contusion, apparaît une tuméfaction, qui augmente de volume, si bien que la compagnie d'as-

(1) Leçon faite le 28 avril 1926, à l'hôpital Necker, recueillie par le Dr LAPORTE.

surances se décide à me l'envoyer. Nous trouvons dans le côté droit une immense collection ; le cathétérisme de l'uretère du côté droit donne un résultat nul, alors qu'il est normal du côté gauche. Je déclare qu'il s'agit vraisemblablement d'un cas remarquable de péri-néphrose traumatique. Les accidents ont évolué trop rapidement pour que ce soit une hydronéphrose. J'annonce que nous allons trouver une rupture ou de l'uretère, ou du bassinet, ou d'un calice.

Après une ponction faite pour s'assurer que le liquide est de l'urine, je fais mettre une sonde urétérale ; elle s'arrête à 20 cm. et ne donne rien. J'ouvre la région lombaire, et j'évacue la collection. C'est une grande poche, dans laquelle on ne reconnaît rien au premier abord ; le rein est refoulé en avant ; la sonde urétérale étant introuvable, j'y fais injecter de l'eau sans résultat. J'extériorise le rein, et trouve un moignon d'uretère. C'était une rupture complète de l'uretère. L'autre bout (nous étions à 25 jours de l'accident) était cicatrisé. C'était donc une périnéphrose traumatique par rupture de l'uretère. Le bout supérieur versait toute son urine dans le tissu cellulaire périphérique.

On peut s'étonner que la rupture ait eu lieu du côté non atteint par le traumatisme. Elle s'est faite probablement par un mécanisme indirect ; la blessée, ayant dû être pliée sur son côté gauche, a distendu son uretère droit.

Depuis lors, j'ai vu d'autres cas semblables, et si nous en voyons si peu c'est que le malades atteints d'accidents de ce genre sont envoyés dans les services de chirurgie générale. En tout cas, cette observation est d'une netteté éclatante, elle reste le type fondamental de ce que j'appelle la périnéphrose traumatique, c'est-à-dire l'épanchement d'urine autour d'un rein, dans le tissu cellulaire, causé par une de ces lésions fondamentales : rupture d'un calice, d'un bassinet, ou d'un uretère.

Il y a des hydronéphroses traumatiques, des hydronéphroses vraies, des épanchements traumatiques d'urine qui se font dans le bassinet, et qui sont des types d'hydronéphrose comme en dehors du traumatisme, nous en voyons tous les jours. Vous avez vu de ces grosses hydronéphroses, les unes congénitales, liées à une oblitération de l'uretère, les autres d'une pathogénie imprécise. Cette même hydronéphrose intra-caliçaire, intra-rénale, peut se produire, avec cette forme et celle disposition, et une rapidité plus grande, sous l'influence d'un traumatisme. Témoin l'histoire de ce malade que je vous ai montré un vendredi. Il avait été blessé pendant un accident d'automobile, à la région gauche de l'abdomen. Tout de suite après, il eut des vomissements alimentaires, et fut transporté à l'hôpital de Versailles où il resta deux jours, puis fut soigné pendant 15 jours à son domicile. La douleur persistant, il entre dans un hôpital ; on lui trouve une collection dans le côté gauche ; on lui fait une incision antérieure, sur la ligne médiane, et une incision postérieure, avec drainage dans l'une et l'autre.

Ce malade à aucun moment n'a eu d'hématurie. Les urines sont troubles. Il conserve un drain et une fistule. Comme il s'agit d'un accident sur la voie publique, on décide une expertise. Je suis désigné par le tribunal, qui m'adjoint, vu la gravité et la difficulté du cas, les docteurs P... et B... Le diagnostic fut pendant quelque temps hésitant, parce que le liquide ne contenait pas d'urée appréciable, si bien qu'on n'était pas loin de penser à un kyste du pancréas, mais une pyélographie fit penser plutôt à une hydronéphrose.

Enfin l'opération a levé tous les doutes car j'ai pu enlever une immense cavité vide d'hydronéphrose, un très grand bassinet, et un rein non moins grand ; l'amincissement du parenchyme rénal comparable à une feuille de papier expliquait cette absence paradoxale d'urine, le rein était complètement atrophié.

Telle est l'hydronéphrose traumatique. On objectera peut-être que cette hydronéphrose existait avant l'accident, mais cette hypothèse est-elle vraisemblable quand on sait que l'individu était en bonne santé au moment de l'accident, qu'aussitôt après il a été pris de douleurs vives, si bien qu'après vingt jours il demandait à être opéré. D'ailleurs, le hasard m'a mis en présence, il y a quelques années, d'un cas très curieux qui laisse voir ce que produit le traumatisme chez un individu ayant une hydronéphrose volumineuse antérieure à un accident, et quand cet accident détermine un traumatisme du rein. Dans ce cas, l'hydronéphrose se rompt et donne lieu à une périnéphrose.

Cette pièce de notre musée, dont la reproduction est dans mon livre, concerne un malade dont voici l'histoire. Cet individu, étant occupé à arranger une meule de foin, glisse et tombe sur le flanc gauche. Le bout du manche de sa fourche produit une contusion abdominale, avec des accidents de rupture du rein, de la contracture de la paroi, de l'hématurie, puis il entre en anurie, ne rend pas une goutte d'urine pendant deux jours. Le chirurgien qui le soigne se décide à faire une néphrectomie, il enlève le rein ; c'était une hydronéphrose magnifique, mais qui, par l'effet du traumatisme, s'était brisée. Ce malade était porteur d'une hydronéphrose ancienne. Malheureusement, c'était un rein unique, le malade est mort après deux jours. Ce qui est particulier dans ces hydronéphroses traumatiques, c'est leur parfaite ressemblance avec les hydronéphroses ordinaires. Pendant la guerre, j'ai eu l'occasion d'opérer une hydronéphrose traumatique.

Il s'agissait d'un homme qui avait eu une contusion quelque temps auparavant. Or, à quel-

ques jours de là, j'avais opéré une grosse hydronéphrose non traumatique. Les deux pièces avaient été conservées ensemble dans le même bocal au formol. Quand, quelques jours après, j'ai voulu les comparer, je m'aperçus qu'il était impossible de les distinguer l'une de l'autre, si je n'avais noté dans la traumatique une particularité qui m'avait frappé au cours de l'opération.

La réalité de ces hydronéphroses traumatiques est prouvée, notamment, par cette observation de Ferron, de Laval, que j'ai communiquée en 1908 à la Société de Chirurgie. Ferron, un de mes élèves, fut un chirurgien de très haute valeur, malheureusement mort à la fin de la guerre victime du grand effort qu'il donna. C'était un clinicien averti. Il a suivi son malade presque jour par jour.

C'est un enfant de 19 ans, qui tombe d'une charrette chargée de bottes de foin. Il se fait une contusion rénale à droite. Il a une douleur, de la contracture, une hématurie, tout ce qu'il faut pour caractériser une contusion rénale. La chute a eu lieu un lundi. Le mercredi suivant, l'hématurie a cessé. Il a, ce jour-là, une sensation de plénitude dans le flanc droit. Un mois après l'accident, il marche péniblement, le corps plié, la main appuyée sur le flanc. A ce moment, Ferron découvre une énorme tumeur abdominale, qui occupe le flanc, la fosse iliaque, l'hypochondre, et dépasse la ligne médiane. La poche est très tendue, la fluctuation n'est pas nette ; elle est trop tendue pour que ce soit fluctuant. Ferron fait le diagnostic de pseudo-hydronéphrose traumatique, c'est-à-dire de périnéphrose, il pense qu'un épanchement de cette importance ne peut pas être dans le rein ; il est autour du rein ; il y a eu rupture du bassinet, de l'uretère ou d'un calice. Il se base sur l'apparition rapide de la tumeur, sur son volume énorme, sur ses limites diffuses. Il propose une opération, elle est acceptée. Il fait une incision recto curviligne de Guyon, évacue tout le liquide, et cherche le rein, mais il ne le trouve pas ; alors il quitte son gant pour le mieux sentir, et ne sert toujours rien, sauf un épaississement indiquant que le rein, en forme de galette, est aplati sur une paroi. Il revient aux lèvres de la plaie, et voit, sur la lèvre inférieure, les pyramides de Ferrein. La poche était donc bien faite par les cavités mêmes du rein distendu. C'était une hydronéphrose vraie. Dans ces conditions, Ferron veut enlever le rein, mais trouve partout des adhérences qui le retiennent ; la néphrectomie rencontre des difficultés considérables ; cependant, chemin faisant, on rencontre l'uretère, dont l'abouchement à la poche donne la confirmation que cette collection était réellement localisée dans le rein distendu.

Le malade guérit. Cette observation est tout à fait lumineuse, démonstrative, en quelque sorte expérimentale. Il y a donc des hydronéphroses vraies, qui se développent sous le traumatisme, quelquefois l'accompagnent de grandes adhérences au bout d'un certain temps ; comment les expliquer ? On a dit qu'elles résultaient de l'obstruction de l'uretère par un caillot. Personne ne croira qu'un caillot dans l'uretère va produire une distension de quatre litres de liquide. On a dit : c'est un épanchement péri-urétéral qui comprime l'uretère. J'ai même fait faire moi-même des recherches expérimentales dans cet ordre d'idées, à un moment où nous étions imbus de la théorie mécanique de l'hydronéphrose, mais vous savez combien la théorie mécanique a peu de valeur en pareille matière et quelle part considérable j'attribue aujourd'hui au dynamisme, à l'influence spasmodique, paralytique, à la contusion nerveuse ou musculaire, qui seules peuvent expliquer ce développement rapide considérable des hydronéphroses traumatiques.

TRAITEMENT DES ORCHI-ÉPIDIDYMITES TUBERCULEUSES PAR UN EXTRAIT BACILLAIRE COLLOIDAL.

Par le Dr A. GRIMBERT.

Le traitement des orchites tuberculeuses est habituellement du domaine de la chirurgie. Toutefois, ce traitement à l'inconvénient de laisser le plus souvent persister des fistules, l'infection ne se limitant pas ordinairement aux testicules, mais envahissant également les canaux séminaux, et fréquemment les vésicules séminales. Généralement aussi, la castration est suivie de troubles nerveux plus ou moins graves pouvant conduire le malade au suicide.

L'ablation chirurgicale des testicules présente par conséquent une gravité particulière et on ne doit en user qu'après avoir épuisé toutes les ressources du traitement médical. Ces ressources sont nombreuses depuis le traitement fortifiant et récalcifiant, jusqu'aux traitements héliothérapiques et actinothérapiques et aux traitements spécifiques.

Le traitement spécifique n'est jusqu'ici représenté que par de rares méthodes et c'estpour cela que nous estimons intéressant de donner quelques détails sur les résultats obtenus par notre extrait bacillaire colloïdal.

Celui-ci est obtenu par une méthode qui

nous est personnelle. Les bacilles tuberculeux après avoir été tués par la chaleur, sont débarrassés de leur tuberculine par la glycérine à chaud. Ces bacilles sont broyés à l'état colloïdal par un procédé que nous avons décrit antérieurement, et qui consiste essentiellement à faire mouvoir des grains de limaille de fer dans un champ magnétique variable ; la limaille étant intimement mélangée avec les bacilles, les pointes acérées des grains de fer viennent détruire la coque bacillaire, et réduisent celui-ci en une poudre excessivement minime qui reste en suspension dans l'eau sans déposer. C'est cette suspension qui est injectée au malade par voie souscutanée.

Observation I.— Présentée à la Société de chirurgie (1) par M. le Dr Chevrier, chirurgien des hôpitaux de Paris le 25 avril 1923,

G... (Emile), quarante-sept ans, berger.

Entre à l'hôpital, le 9 mars, pour orchi-épididymite. Il a été soigné, il y a un mois, dans un service de médecine, pour une lésion un peu analogue, qui a été cataloguée orchi-épididymite blennorragique. Il avait quitté le service de médecine un peu amélioré, mais une poussée nouvelle le ramène à l'hôpital.

Bourse distendue par une tuméfaction du volume d'un petit poing, adhérente aux téguments, surtout à la partie inférieure et postérieure. Peau œdémateuse, un peu rosée en avant du testicule. La tumeur est bosselée et de consistance inégale. Canal déférent gros, irrégulier et dur. Indolence complète de la tuméfaction. Il existe un petit écoulement urétral sans aucun signe d'urétrite aiguë.

Tuméfaction prostatique et vésiculaire.

Je pense à une lésion bacillaire subaiguë, déjà fort avancée, et, malgré la pression de mon entourage, qui croyait une castration indiquée, j'ajourne toute intervention, malgré l'imminence probable d'une fistulisation.

Les injections de collo-vaccin durent être commencées le 13 mars et continuées six semaines. Il y a eu quelques petites réactions quand les doses ont été élevées.

Au bout de la première semaine, l'état local était absolument transformé : la tuméfaction avait diminué des trois quarts, toute rougeur de la peau et toute menace de fistulisation avaient disparu.

Tout le bloc restant, uniformément dur, est encore largement adhérent à la peau.

J'ai vu les modifications suivantes paraître ultérieurement :

La peau s'est libérée peu à peu et la tumeur en est devenue facilement séparable.

Il existe actuellement une sorte de noyau cutané induré, très postérieur, complètement séparé de l'épididyme.

(1) Extrait du *Bulletin de la Société de chirurgie*, 25 avril 1923.

La tumeur profonde s'est considérablement assouplie et ne ressemble plus en rien à la tumeur primitive.

Derrière un testicule souple, assez atrophié, on sent un épididyme encore un peu irrégulier et induré.

Ce qui m'a le plus frappé dans cette observation, c'est la rapidité extraordinaire de la transformation survenue dans les six premiers jours du traitement. Je n'avais rien vu d'analogue, et je crois, en toute sincérité, devoir attribuer cette transformation au collo-vaccin de M. Grimberg,

Observation II. — Présentée à la Société de chirurgie, par M. le Dr Savariaud, chirurgien de l'hôpital Beaujon, le 21 novembre 1923.

Lac... (René), vingt-huit ans, receveur à la T. C.R.P. (Service de M. Savariaud, hôpital Beaujon).

Le malade s'aperçoit de l'augmentation des testicules en septembre 1922,

Entre à Beaujon en avril 1923. Nous le voyons le 19 avril. Il présente, à ce moment, un état général médiocre. Les bourses sont rouges et distendues. Le testicule gauche est augmenté et a le volume d'un poing. On sent des indurations sur le testicule et le long de l'épididyme.

Le testicule droit est plus gros que le gauche. Il présente sur sa face antéro-externe une ulcération profonde de 3 à 4 millimètres et de diamètre d'environ 3 centimètres. Le fond est sanieux, les bords sont plus ou moins adhérents et rouges. Le testicule est très dur et irrégulier. L'épididyme présente de grosses nodosités dont certaines ont le volume d'une noisette.

Les injections de collo-vaccin furent commencées le 19 avril. Le malade, ne présentant pas de réactions fébriles, sort de l'hôpital mais continue à venir régulièrement pour les injections, Celles-ci furent faites à raison de 2-3 par semaine jusqu'au mois de juillet. Après une interruption de quelques semaines on a fait encore quelques injections espacées en septembre et octobre. Le malade a eu en tout environ 30 piqûres.

Pendant le traitement, l'amélioration de l'état local fut lente mais constante.

Les testicules diminuèrent graduellement et l'ulcération se combla petit à petit. Elle était légèrement humide sans suintement concret à la fin de juillet et complètement asséchée en septembre.

Actuellement, le testicule gauche est petit et mou, légèrement atrophié, présentant une petite induration épididymaire comme une noisette.

Par contre, il y a une induration épididymaire droite, qui ne se modifie pas. Cette induration irrégulière et non douloureuse, probablement constituée de matières caséeuses, ne pourra probablement pas être influencée par un traitement interne et devra être excisée.

L'état général du malade est florissant, malgré son travail qui est pénible.

Observation III. — Présentée à la Société de médecine de Paris, par M. le Dr A. Grimberg, le 23 janvier 1926.

M. G..., agent de la T.C.R.P.

Le malade présente, en avril 1923, une orchite tuberculeuse qui est opérée au mois d'avril de la même année. Toutefois, après cette opération, il restait depuis deux ans et demi trois fistules dont deux testiculaires et une troisième beaucoup plus profonde au niveau du périnée.

Nous avons commencé le traitement l'année dernière et nous lui avons fait une piqûre par semaine ; au bout d'une vingtaine d'injections les deux fistules se sont fermées et récemment, après 28 injections, la dernière fistule s'est également tarie.

Ce malade a travaillé pendant toute la durée du traitement sans aucune interruption et sans présenter aucun accident.

Observation IV. — Service de M. le Dr Wiart, hôpital Lariboisière : orchi-épididymite tuberculeuse ulcérée,

Sin..., trente-trois ans.

Le malade entre, le 11 avril 1923, pour un abcès froid du testicule fistulisé. L'ulcération est d'environ 3 cm. de diamètre. Suppuration abondante. L'épididyme est gros et douloureux.

Par le traitement de Grimberg, les indurations disparaissent, et la fistule se ferme,

Le testicule a pris un volume normal.

13 injections, Amélioration notable.

Ces observations montrent bien que la guérison clinique de la tuberculose épididymaire est possible par le collo-vaccin. Toutefois, si ces malades ont été traités exclusivement par ce moyen, cela n'a été dû qu'aux nécessités de l'expérimentation. Il va sans dire que l'emploi de l'extrait bacillaire colloïdal comme adjuvant des méthodes classiques pourra donner des résultats bien plus satisfaisants.

En effet, il ne faut pas demander à la méthode vaccinothérapique des guérisons absolues par son seul emploi. L'injection des vaccins thérapeutiques ne doit être considérée que comme un moyen de modifier le terrain, qu'il faut toujours associer aux traitements classiques. C'est dans ces conditions que l'on pourra obtenir de beaux résultats thérapeutiques.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Leucopédèse gastrique et intoxication digestive.

M. Loeper et G. Marchal ont pu établir que, dans les manifestations d'anaphylaxie, la défense défaillante de l'organisme avait, avant tout, pour siège la muqueuse gastrique, et que là, comme partout ailleurs, les leucocytes étaient les premiers mobilisés pour la défense.

Ils ont également démontré que la toxicité pour l'organisme d'une substance protéique, et même de certaines autres substances toxiques, dépendait en grande partie de la leucopédèse gastrique, qu'elle était inversement proportionnelle à l'intensité de cette leucopédèse.

Cette toxicité peut donc être atténuée par l'accroissement artificiel de la leucopédèse, comme elle peut être, au contraire, exagérée par son abaissement.

Plusieurs médicaments se sont montrés susceptibles d'accroître le nombre des leucocytes et par suite de diminuer les accidents toxiques :

La peptone, à faible dose, 0 gr. 25 ctgr. ;

La pepsine, ajoutée à la dose de 0.15 ou 0.20 centigr. à 0.30 centigr. de peptone ;

La saccharose (10 à 20 gr.), médicament extraordinairement leucopédétique ;

L'atropine (1 milligramme), hyperleucopédétique et hypersécréteur.

Ces médicaments suffisent souvent à enrayer les accidents ; — au contraire, l'ésérine, inhibitrice, favorise ou accroît l'intoxication. (*La Presse médicale*, 21 novembre 1925.)

Traitement des spasmes coliques par le charbon atropiné.

Le charbon a la propriété de fixer par adsorption un grand nombre de substances dissoutes, notamment les alcaloïdes, et aussi de les rendre au contact de substances plus aisément absorbables. Ces conditions nouvelles se reproduisent facilement dans le côlon, où séjourne le charbon ingéré pendant plus de temps que dans l'estomac.

Le Dr R. Goiffon a utilisé cette propriété pour l'atropine, qui fait partie de la catégorie de certains corps actifs, dont l'emploi est limité par leur toxicité sur l'économie, et dont l'utilisation locale sur la muqueuse colique peut être ainsi envisagée.

L'atropine a été employée de la sorte, sans aucun signe d'intoxication (ni sécheresse de la gorge, ni trouble de la vue) à des doses d'un milligramme. Ces doses provoquent presque constamment de la diarrhée, sans coliques ; ce sont des selles plus faciles et plus fluides, sans aucun malaise. Il ne semble pas que l'action sur l'intestin s'épuise ; au contraire il suffit d'une dose

très faible d'entretien, quelquefois une fois par semaine, pour maintenir la régularité des selles dans les spasmes coliques avec constipation.

L'auteur donne un milligramme au début ; puis un demi-milligramme une à deux fois par semaine.

L'atropine semble dans ces conditions agir, en paralysant le vague dans ses terminaisons, comme dans la dilatation pupillaire, obtenue d'ailleurs avec des doses extrêmement faibles.

L'auteur utilise un charbon animal à haut pouvoir absorbant (1 gramme absorbe 240 milligrammes de bleu de méthylène) contenant, fixé de façon homogène, un dixième de milligramme d'atropine par gramme. Cette préparation en granulé, contient un demi-milligramme d'atropine par cuiller à café. Toute l'atropine fixée sur le charbon n'est pas mise en liberté ; elle ne l'est que petit à petit, et cette quantité est d'autant plus grande que le séjour dans l'intestin est plus long.

En résumé, l'emploi du charbon atropiné s'est montré dans le traitement des spasmes coliques et de la constipation qu'ils provoquent, d'une efficacité assez remarquable. (*Paris médical*, 12 décembre 1925.)

Nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né : emploi local du sérum antigonococcique.

Les observations rapportées par M. Offret se rapportent à des petits malades traités uniquement par le sérum, sans grands lavages, ni nitratations.

Cinq ophtalmies ont été guéries en très peu de temps, 3 à 10 jours ; chaque fois les syndromes inflammatoires ont disparu en moins de 24 heures ; les lésions cornéennes ont été aussi très rapidement et favorablement influencées par le sérum ; les ulcérations ont disparu sans laisser de traces.

Avec les moyens ordinaires (lavages fréquents et nitratages), il faut en moyenne 3 à 7 semaines pour la guérison ; les ulcérations gonococciques de la cornée aboutissent en général à la perforation ; en tout cas, quelle que soit l'issue de l'ulcère cornéen, il persiste toujours des taies, cicatrices indélébiles.

Le sérum employé a été celui de Blaizot, préparé sur bovidés par injections *quotidiennes* de doses massives de gonocoques de plusieurs souches ; ce sérum est additionné d'un antiseptique : le chlorhydrate de diamino-méthyl-*acridine*, non altérant pour le sérum, antiseptique doux pour la muqueuse conjonctivale, d'un pouvoir tinctorial marqué, jouant ainsi le rôle de fixateur sur la muqueuse des substances utiles du sérum.

Il importe d'en faire, non des lavages, mais des instillations abondantes, continues, ou à peu près (toutes les demi-heures) ; c'est là une raison du succès. Les tissus prennent facilement une teinte fauve, qui disparait rapidement après la cessation du traitement. (*La Clinique ophtalmologique*, novembre 1925.)

Maladie de Raynaud.

A propos d'un cas clinique de maladie de Raynaud, M. Ch. Achard fait un exposé complet de la symptomatologie et du diagnostic de cette affection. En ce qui concerne sa pathogénie, il conclut que la théorie la plus satisfaisante se rapporte à des troubles du système sympathique, car c'est de ce système que dépendent les actions vaso-motrices. D'autre part, rien n'est plus commun que d'observer chez un même sujet des phénomènes vagotoniques et des phénomènes sympathicotoniques ce qui explique la coexistence curieuse possible de l'érythromalalgie et du syndrome de Raynaud.

De plus, on sait que le système vagosympathique a d'étroites relations avec les fonctions des glandes endocrines ; il agit sur elles et en reçoit l'influence. Sous ce rapport l'association, dans quelques observations, de l'hémoglobinurie paroxystique, où se constatent les réactions sanguines de choc, déclanchées par le froid, avec le syndrome de Raynaud, est particulièrement intéressante.

Ces connaissances pathogéniques peuvent conduire à quelques déductions thérapeutiques. Sans parler des moyens purement palliatifs contre les douleurs (bromures, opiacés, antipyrine, valériane, etc.) il est indiqué de donner des médicaments vaso-dilatateurs pour combattre l'angiospasme : quinine, belladone, nitrates.

La chaleur est également utile, sous forme de bains chauds, et, particulièrement en cas de gangrène, de douches d'air chaud. Raynaud s'était bien trouvé de l'électrisation galvanique.

En cas de gangrène, ou même en cas de simple menace de gangrène, faire de la propreté et de l'antisepsie de la région (huile goménolée, pommade au baume du Pérou).

Le rôle du sympathique dans les troubles vasomoteurs a fait appliquer au traitement du syndrome de Raynaud la sympathectomie périartérielle de Leriche. Elle est indiquée surtout quand il n'y a pas de gangrène, ni de lésions artérielles, car s'il y avait de telles lésions on pourrait craindre que la vaso-constriction intense que produit immédiatement l'opération avant la vaso-dilatation et l'augmentation de température locale, ne facilite la mortification. Douze observations de Leriche ont été publiées, généralement avec de bons résultats, qui se sont maintenus jusqu'à plus d'un an.

L'opothérapie hypophysaire a paru avanta-

geuse dans trois cas dont un paraissait lié à une tumeur de l'hypophyse d'après l'examen radiologique.

Enfin, quand les malades sont syphilitiques, tuberculeux, brightiques ou paludéens, il est indiqué d'agir sur la cause probable du syndrome ; le traitement antisyphilitique en particulier a donné plusieurs fois de bons résultats.

Les formes graves sont rares, et le plus souvent, le pronostic du syndrome de Raynaud, indépendamment de la maladie qu'il peut accompagner, reste assez bénin. (*Le Bulletin médical*, 2 janvier 1926.)

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la sanocrysine.

Les résultats obtenus par les cliniciens et phtisiologues danois au moyen du thiosulfate double d'or et de sodium purifié, dit sanocrysine, ont été tels qu'ils n'hésitèrent pas à conclure que cette sanocrysine était un traitement efficace de la tuberculose humaine.

Cependant les résultats observés dans 13 cas, pendant 3 mois, par MM. Emile SERGENT, F. BORDET, H. DURAND et R. KOURILSKY sont loin d'être aussi favorables.

Trois constatations se dégagent des observations : l'augmentation de poids, parfois après un amaigrissement passager ; la diminution de l'expectoration et du nombre des bacilles ; la rétrocession partielle des signes physiques ; mais en toute impartialité, il est discutable qu'en tous cas, ces effets favorables soient uniquement dus au médicament. De plus, en regard de ce faible acquit, les inconvénients sont nombreux et indiscutables.

Ce traitement n'est pas sans danger (cas de morts cités par les Danois). Presque à chaque injection surviennent des incidents. Les plus fréquents de tous sont les troubles digestifs, les vomissements surtout (immédiatement, ou au cours de la journée), la diarrhée, plus une constante réaction thermique (38°5, 39°). L'albuminurie est survenue neuf fois sur 13, dans les heures qui suivent l'injection, pouvant aller jusqu'à 8 et 10 grammes ; elle rétrocède en 3 ou 4 jours, mais se reproduit après chaque injection. Trois fois on a noté des hémoptysies. Il n'y a pas accoutumance, mais plutôt même, chaque fois, une exagération des réactions générales et thermiques.

On ne saurait donc, à l'heure actuelle, considérer la sanocrysine comme un remède efficace, et il paraît opportun de réfreiner l'espérance qui a pu naître chez les malades et les médecins après les premières publications.

Chez les sujets qui ont succombé, l'autopsie a montré des lésions récemment apparues dans les poumons, ce qui ne permet guère de conclure à une action bactéricide de la sanocrysine.

Les seuls cas améliorés rentrent dans la catégorie des formes de tuberculose pulmonaire, qui fournissent le principal contingent des guérisons cliniques. On ne saurait cependant admettre la valeur curative d'un médicament, que si celui-ci assurait la guérison clinique des formes de tuberculose pulmonaire qui sont communément considérées comme incurables. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1926.)

La spasmophilie.

MM. E. LESNÉ et R. TURPIN exposent les acquisitions récentes, cliniques et physiopathogéniques, sur la spasmophilie dans le premier semestre de la vie, au delà de cette date, et durant la première enfance.

En clinique, on a établi la réalité de la tétanie latente, pour laquelle le signe du facial est pathognomonique. Dans les tétanies manifestes doivent être rangées non seulement toutes les convulsions des muscles squelettiques, mais encore celles des muscles viscéraux hyperexcitables : laryngo-spasme, apnée soudaine, gastrospasme, irritabilité psychique, terreurs nocturnes.

Quant à la physiopathogénie, les théories parathyréoprive, toxique, hyperalcalosique, et calciprive, loin de s'opposer, sont compatibles dans une certaine mesure. Pour les auteurs, la théorie qui fait intervenir à l'origine des accidents de tétanie l'hypocalcémie, ou mieux la chute du taux du calcium ionisé du plasma, paraît actuellement la plus satisfaisante ; elle est cependant susceptible d'être modifiée suivant le degré de perfectionnement de nos méthodes d'investigation actuelles.

En résumé, la crise de tétanie apparaît comme un syndrome d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, liée à des modifications humorales passagères. L'étude de la chronaxie du nerf et du muscle montre d'ailleurs que les variations que détermine cet état ne sont pas sans analogies avec celles que provoquent les troubles vasomoteurs, le refroidissement, les intoxications peu durables.

Il est logique de supposer que le système nerveux n'est pas le seul de nos appareils, qui puisse souffrir de ce déséquilibre humoral. On a pu noter ainsi des troubles portant sur les tissus dérivés de l'ectoderme, sur les fonctions des organes qui président à l'assimilation des hydrates de carbone ou des protéiques. (*La Presse médicale*, 2 janvier 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Pour lutter contre la variole.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 22-6-1926.)

M, Camus présente quelques remarques d'ordre prophylactique à propos de la dernière épidémie de variole.

Pour enrayer une épidémie de variole à son début, dit-il, il faut avec rigueur et sans retard appliquer les trois mesures suivantes :

1° Isoler les malades ;

2° Désinfecter les objets et locaux contaminés ;

3° Vacciner sans exception les personnes qui ont été en rapport avec les malades et les collectivités dans lesquelles ils ont pénétré : administration, usines, manufactures, écoles, etc.

La loi n'a pas prescrit l'isolement obligatoire des contagieux, mais celui-ci peut être imposé à la rigueur par application du décret du 14 octobre 1914. Faut-il, d'autre part, recourir à la vaccination obligatoire en masse et convient-il d'avoir une absolue confiance en la mise en œuvre de ce moyen ? M. Camus estime qu'il n'est généralement pas nécessaire d'user des pouvoirs donnés à ce point de vue par la loi du 7 septembre 1915. Cette loi énonce que :

« En temps de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination anti-variolique peut être rendue obligatoire par décret ou arrêtés préfectoraux pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans. »

Dans les circonstances ordinaires, en présence de quelques cas de variole non immédiatement menaçants, un simple avis affiché de vaccination arrivera, sans affoler la population, à un meilleur résultat qu'une vaccination par décret. On l'a vu à Paris, dernièrement. La loi du 7 septembre 1915, toutefois, pourra jouer utilement dans certains cas, dans certaines régions (certaines parties de l'Algérie, par exemple) où des réveils fréquents de la variole se produisent.

Parmi les mesures préventives, la désinfection des marchandises infectées, expédiées de l'étranger surtout, la vaccination des voyageurs, entrant en France, venus de pays sanitairement suspects, viennent en tête.

Réactions vaccinales et moyens de les prévenir.

(M, Arnold Netter. — *Académie de médecine* ; 22-6-1926.)

Au cours des très nombreuses vaccinations anti-varioliques qui ont été faites durant ces derniers mois, quelques inconvénients ont été parfois observés, inconvénients tout au moins désagréables, qu'il est bon de ne pas passer sous silence, pour les éviter dans la mesure du possible. Il s'est agi de réactions locales exagérées, rougeur et tuméfaction très intense, faisant craindre l'apparition d'un érysipèle ou d'un phlegmon, et laissant après la chute des croûtes une ulcération profonde, très lente à se cicatriser. M. Netter en a rencontré deux exemples et personnellement j'ai eu l'occasion de voir, sur un bras, une perte de substance encore large et profonde, suite d'une vaccination faite un mois auparavant.

Les réactions violentes en question, dit M. Netter, ne sont nullement attribuables à une impureté du vaccin. Elles tiennent au contraire à sa *grande activité*. Les pulpes vaccinales qui sont mises à notre disposition, à l'heure présente, sont d'une activité particulière. Dans ces conditions, le vaccinateur trouvera avantage à diminuer le nombre, l'étendue et la profondeur des insertions vaccinales, à proscrire les grandes vaccinations. Les autorités sanitaires suisses (en Suisse où la vaccination est discutée, ce détail a plus d'importance encore) conseillent pour les jeunes enfants au-dessous d'un an et pour les revaccinations, deux légères incisions de 5 millimètres de longueur et, pour les primo-vaccinations au-dessus d'un an, une seule incision de 5 millimètres. Peut-être l'immunisation obtenue de cette manière est-elle de moins longue durée, mais on évite ainsi, d'une façon générale, les fortes réactions.

L'épidémie récente de variole, à Paris.

(M. Tanon. — *Académie de médecine* ; 22-6-1926.)

M. Tanon, médecin en chef des services d'hygiène de la préfecture de police, fait une relation de la petite épidémie de variole observée dans la région parisienne du 15 décembre 1925 au 26 avril 1926.

Elle a comporté, pour Paris et le département de la Seine, 24 cas, avec 5 décès. La maladie paraît avoir été importée par des Algériens, non vaccinés à l'embarquement, et par un Italien. Il y a eu trois foyers : le premier, à Epinay-sur-Seine (6 cas) ; le deuxième, dans le XVe arrondissement (10 cas); le troisième, dans le XIIIe arrondissement. Des cas isolés ont été observés à Pantin et dans le quartier du Val-de-Grâce.

— M. Guilhaud fait remarquer que dans la hiérarchie des mesures à prendre en matière de prophylaxie de la variole, après la vaccination, vient l'isolement, c'est-à-dire l'hospitalisation. Tout isolement à domicile est imparfait et insuffisant, surtout dans les maisons collectives.

L'exploration fonctionnelle du foie par le rose bengale.

(MM. Noël Fiessinger et A. Walter. — *Soc. méd. des hôp.* ; 19-3-1926.)

L'exploration fonctionnelle du foie au moyen des colorants consiste à faire passer dans la circulation

générale, par injection, une préparation colorante déterminée et à étudier son élimination hépatique. On peut mesurer l'élimination hépatique, soit dans la bile prélevée par tubage duodénal, soit dans le sérum sanguin, ce qui est plus simple. Le procédé le plus habituellement employé jusqu'à ce jour était celui de Rosenthal, à la phénoltétrachlore-phtaléine. L'an dernier, des auteurs américains, Kerr, Delprat, Epstein préconisèrent un autre produit, le rose bengale (ou diiodotétrachlorefluorescéine) qui offre le double avantage d'être de prix minime et de s'éliminer presque exclusivement par le foie.

M. Noël Fiessinger a eu recours à cette substance selon la technique suivante : injection d'une dose de colorant proportionnelle au poids du sujet (1,5 milligramme par kilogr.) ; solution à 15 milligr. par cent. cube ; prise 45 minutes après l'injection d'un peu de sang sur oxalate, centrifugation et dosage du rose restant dans le sang

Ce procédé serait d'une innocuité absolue ; du moins, l'a-t-il été dans les 50 observations de l'auteur. La seule précaution à prendre est de laisser le malade dans l'obscurité une à deux heures après l'injection du produit, l'activité photodynamique de celui-ci pouvant déterminer une légère hémolyse, sans inconvénient pour le sujet , mais susceptible de fausser les résultats colorimétriques.

De l'avis de l'auteur, l'épreuve du rose bengale, sans permettre de « doser » l'insuffisance hépatique, est toujours très positive dans les atteintes marquées du foie et négative chez les individus à foie sain. Elle serait donc dans bien des circonstances une aide précieuse au diagnostic. Un taux de rose au-dessus de 3 devra toujours faire rechercher une altération hépatique souvent latente.

Du point de vue pronostique, elle n'aurait de valeur immédiate que comme test d'une fonction, c'est-à-dire employée parallèlement à d'autres techniques explorant les autres fonctions.

Péritonites avec pouls lent.

(M. Courboulès. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1926.)

Dans une communication que nous avons analysée, MM. Jeanneney et Piéchaud, de Bordeaux, appelaient l'attention sur l'existence de certains cas de péritonite, de syndromes péritonéaux aigus, non accompagnés d'accélération du pouls et comportant même un véritable pouls lent. M. Sauvé revient à nouveau aujourd'hui sur ce point de séméiologie à propos d'une observation de M. Courboulès, dans laquelle une péritonite appendiculaire aiguë a évolué sans fièvre pour ainsi dire (T. 37°2 à 37°6) et avec un pouls à 50.

Ces faits de bradycardie au cours d'affections qui entraînent habituellement de l'hyperthermie et de l'accélération du pouls apparaissent moins exceptionnels depuis que l'attention a été appellée sur eux. On les rencontre parfois dans les lésions traumatiques, avec ou sans altérations viscérales, et surtout dans l'appendicite. On conçoit qu'ils peuvent égarer le diagnostic, en particulier si on ne les a pas présents à l'esprit.

MM. Jeanneney et Piéchaud signalaient, on se le rappelle, pour débloquer le cœur, l'épreuve de la morphine, qu'ils ne conseillaient toutefois qu'entre les mains des chirurgiens avertis.

Dilatation gastrique aiguë monstrueuse : mort en 7 heures.

(M. Anselme Schwartz. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1926.)

Voici le résumé d'une curieuse observation de M. Schwartz :

Un homme de cinquante ans, à la suite d'un repas copieux, est pris 3 heures plus tard de douleurs abdominales atroces. Le ventre se met à augmenter rapidement de volume, causant une gêne mécanique intense de la respiration et de la circulation. A 8 heures du soir, M. Schwartz l'examine : ventre énorme, ayant l'aspect et la forme d'un petit tonneau, donnant l'impression d'un volumineux foot-ball gonflé à bloc. On trouve cependant dans la région sus-pubienne et à la partie basse des fosses iliaques, un petit segment du ventre resté souple. Pouls à 120, température 35°9. Pensant à un volvulus de l'estomac et à la demande instante de la famille, l'auteur fait une laparotomie. Il n'y a pas de volvulus de l'estomac mais une occlusion duodénopylorique. Mort une heure après l'opération.

Le traitement arsenical pré-opératoire dans le cancer.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 3-2-1926.)

M. Paul Moure estime que dans les soins préparatoires, avant les opérations de cancers de la cavité buccale, il est utile de faire subir au malade un traitement arsenical léger, sous forme de trois injections intra-veineuses de 10 à 15 centigrammes de novarsénobenzol, et cela durant la semaine qui précède l'intervention. Depuis qu'il a adopté cette pratique, l'auteur a été frappé de la bénignité des interventions pour cancer de la cavité buccale et de la régularité des suites. Il est possible que le traitement agisse en modifiant le terrain ou par une atténuation de la flore microbienne de la bouche.

— M. Bréchot remarque que le néo-salvarsan est un admirable agent de cicatrisation.

— M. Lecène croit aussi très intéressant de donner aux malades qui doivent subir une opération intra-buccale, de l'arsenic à titre préventif. Il y a un moyen simple de réaliser ce traitement spirillicide, c'est d'utiliser le stovarsol *per os*, à la dose de deux comprimés de 0 gr. 25 centigrammes par jour. Ce traitement est bien toléré et n'a pas l'inconvénient de nécessiter des piqûres intra-veineuses.

Le rôle de la septicité dans l'ulcus gastrique.

(M. Hartmann. — *Société de chirurgie* ; 24-3-1926.)

M. Pierre Duval, dans une série de travaux, s'est efforcé de montrer l'importance de l'infection au

niveau des ulcères de l'estomac, en particulier chez les malades opérés. Pour lui, la plupart des accidents consécutifs à la gastro-entérostomie sont la conséquence de la septicité des parois gastriques.

M. Hartmann est d'accord avec M. Duval sur la présence d'agents infectieux au niveau des ulcères de l'estomac et sur la réalité d'altérations étendues de la muqueuse à distance de l'ulcère. Il se sépare toutefois de lui quant aux déductions à tirer de ces notions. La septicité des parois de l'estomac peut et doit certes intervenir, mais il faut penser aux autres causes dont l'importance est non moins grande.

P.L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Glaucome aigu dans la cataracte intumescente.

MM. Frenkel et Calmettes rapportent l'observation d'une malade atteinte de cataracte intumescente qui présenta brusquement un accès de glaucome aigu. Le traitement médical par les myotiques n'ayant eu aucun résultat, l'intervention chirurgicale fut aussitôt pratiquée : large iridectomie périphérique et extraction du cristallin. Le résultat fut remarquable quant aux douleurs et aux phénomènes congestifs ; mais l'acuité visuelle fut très lente à remonter et la mydriase paralytique longtemps persistante. Les auteurs, après avoir indiqué la pathogénie de ce cas de glaucome secondaire, expliquent le retard du rétablissement de la vision et du diamètre normal de la pupille : la malade a trop attendu et l'hypertension intra-oculaire prolongée a provoqué une inhibition durable du nerf optique et des nerfs ciliaires. Ils signalent le danger de l'expectative prolongée, atrophie du nerf optique et perte de la vision.

L'automobile homicide.

M. E. Sorel, après avoir rappelé les diverses causes qui expliquent l'augmentation des accidents d'automobile, expose les résultats que lui ont fournis huit autopsies qu'il a dû pratiquer par mandat du tribunal de Toulouse. Les cadavres ne présentaient en apparence que des contusions insignifiantes, alors que les délabrements profonds étaient considérables et avaient entraîné la mort soit immédiate, soit après une courte survie. Il s'agissait de quatre fractures du crâne, de deux fractures du rachis et de deux enfoncements du thorax.

L'auteur estime que si l'on veut mettre fin à un péril aussi menaçant, il importe de ne délivrer le permis de conduire qu'à des gens possédant réellement l'aptitude physique et technique et d'ériger en loi le vœu présenté le 31 octobre 1922 par M. le professeur Balthazard à l'Académie de médecine.

Tabès et syphilis gastrique.

M. Bonhoure relate le cas d'un homme hospitalisé pour violente hématémèse, précédée elle-même de melæna et qui présentait un syndrome faisant penser à un ulcère de l'estomac évoluant depuis plusieurs années. Comme le malade était en même temps atteint d'un tabès indiscutable, on lui fit des injections de cyanure de mercure associées à l'iodure en même temps qu'on le mettait au régime de l'ulcus.

L'amélioration fut telle que quelques jours plus tard le malade put se lever et s'alimenter. Il ne semble pas qu'il se soit agi de crises gastriques tabétiques ou de gastro-radiculite, et il semble difficile de repousser l'idée d'une gastrite ulcéreuse de nature syphilitique ayant sans doute atteint un vaisseau et qui a rapidement disparu sous l'action du traitement spécifique.

Flore thermale des eaux de Mérens (Ariège).

M. Vauthier. — L'examen de la flore thermale des eaux de Mérens permet de considérer ces eaux au point de vue de leurs végétations spéciales comme le type même des eaux sulfureuses pyrénéennes. Les recherches effectuées au point même d'émergence des quatre sources, alors que les eaux jaillissent tout naturellement du sol et que les divers modes de captage et d'adduction n'ont pas encore pu modifier les conditions de milieu des organismes qui s'y développent ont permis d'identifier plusieurs sulfo-bactéries dépourvues de chorophylle, spéciales aux milieux thermaux sulfureux ainsi que de nombreuses variétés d'algues thermales et d'algues thermophiles dont l'auteur passe ensuite en revue les propriétés.

Syphilis ostéo-articulaire.

M. Bonnhoure relate l'histoire d'un malade accusant une violente douleur au niveau de la hanche droite s'accompagnant de tuméfaction et d'impotence fonctionnelle, et qui avouait avoir contracté la syphilis dès l'âge de 21 ans. Malgré un B. W. négatif on fit un traitement actif par du bismuth et de l'iodure de potassium.

Les différents symptômes présentés s'amendèrent très rapidement et à la cinquième injection il était cliniquement guéri. La radiographie faite au début du traitement montrait des lésions graves du col et de l'épiphyse fémorale (gommes et hyperostoses) qui furent très améliorées par la thérapeutique instituée.

Contribution à l'étude du rhumatisme endocrinien.

M. Mossé, après avoir rappelé ce que sont les rhumatismes chroniques endocriniens, conditionnés par le dysfonctionnement des glandes à sécrétion interne, envisage plus spécialement le rhumatisme chronique thyroïdien, seul encore bien individualisé, dont l'expression clinique résulte de l'association des symptômes du R. Ch. et de la dysthyroïdie à ses divers degrés et qui est caractérisé bien plus par des signes d'insuffisance ou d'instabilité thyroïdienne que

par les douleurs et les déformations articulaires et est en outre nettement influencé par les troubles physiologiques ou morbides de la sécrétion ovarienne.

Il rapporte ensuite une observation des plus nettes de rhumatisme chronique thyroïdien, où le traitement d'opothérapie thyro-ovarienne produisit rapidement une amélioration des plus sensibles de tous les symptômes. L'auteur termine en envisageant le mode d'action de l'opothérapie, qui ne rendrait pas seulement à l'organisme les sucs nécessaires déficients, mais produirait une animation de la nutrition en augmentant les combustions et en stimulant les échanges.

Le traitement de Sippy dans la sténose médiogastrique.

MM. Laporte et Gayral rapportent l'histoire d'une malade présentant une sténose médio-gastrique très serrée d'origine ulcéreuse, remontant à plus de 5 ans, et dont les images radiographiques sont restées les mêmes dans cinq examens faits à plusieurs mois d'intervalle.

Cette malade, très amaigrie, était en proie à des douleur continuelles et offrait depuis de longs mois des vomissements d'aliments ingérés les jours précédents. Soumise au régime de Sippy, les douleurs et les vomissements ont immédiatement cessé, la malade a repris 7 kgr. en quatre mois et se croit guérie. Comme l'image radiographique est restée identique, une intervention reste nécessaire.

L'auteur, qui a soumis à ce régime de nombreux malades présentant ou non des signes de sténose, estime qu'il constitue le meilleur traitement médical de l'ulcère peptique et des hyperchlorhydries rebelles ; mais il pense que si la guérison n'est pas complète et que si le malade, même très amélioré, présente encore quelques troubles dyspeptiques, il reste exposé à des complications graves et qu'on doit lui conseiller une intervention.

Epithélioma de l'oreille.

M. J.-P. Tourneux communique la statistique des épithéliomas de l'oreille qu'il a eu l'occasion d'observer depuis 1911 et qui s'élève à 11 cas, tous observés chez des gens âgés de 60 à 90 ans.

Au point de vue de la localisation, la tumeur siégeait six fois au niveau de la partie supérieure de l'oreille, quatre fois au niveau de la partie moyenne, et une seule fois au niveau du lobule. Dans neuf cas, on put se borner à une exérèse partielle, mais dans trois cas la grande extension du néoplasme nécessita l'ablation totale du pavillon.

L'auteur ne croit pas, contrairement à ce que certains ont récemment avancé que l'épithélioma de l'oreille soit d'observation très rare, et incline à penser que le petit nombre de cas publiés doit tenir à ce que la plupart des chirurgiens n'ont attribué aucun intérêt à ces tumeurs et n'ont pas cru devoir les signaler.

Rhinite atrophique hérédo-syphilitique.

M. Escat estime que l'on s'est trop pressé de considérer la rhinite atrophique ozéneuse comme une entité morbide relevant d'un agent étiologique unique, et qu'il faut revenir à la conception de l'ozène synchrone, fait de deux éléments distincts, une atrophie de la pituitaire, suite insidieuse de rhinites diverses, spécifiques ou non, et une formation saprophytique, quasi cadavérique, sur une muqueuse demi-morte et sans défense vitale.

De très nombreux cas d'ozène familial dont certains en observation depuis 32 ans, ont prouvé à l'auteur que le plus grand nombre (la moitié, sinon les deux tiers) des rhinites atrophiques sont une suite éloignée du coryza hérédo-syphilitique des nouveaux-nés, ou de la rhinite muco-purulente, hérédo-syphilitique, de la deuxième enfance. Il croit devoir s'élever contre le trou large creusé entre la rhinite atrophique, séquelle de l'hérédo-syphilis secondaire, et la rhinite gommeuse fonction de la syphilis tertiaire, héréditaire ou acquise, car il a observé parallèlement les deux formes chez des frères et sœurs.

La transmission hérédo-syphilitique de la rhinite atrophique peut enfin s'expliquer par la théorie des virus organotropes, et en l'espèce par la sélection naturelle d'un tréponème rhinotique.

Indications de l'avortement dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Audebert, après avoir rappelé que l'on tend de plus en plus à accorder à ces vomissements une origine pithiatique plutôt qu'une origine toxémique, recherche quelles sont les conditions qui commandent de recourir à l'avortement, qui ne peut être envisagé qu'après échec des méthodes médicales ordinaires.

Il est d'avis que la formule du professeur Pinard « recourir à l'avortement lorsque le pouls dépasse 100 » est trop rigoriste, car il lui a été donné d'observer des cas de pouls peu élevé avec très forte intoxication, et des cas de pouls très élevé sans intoxication grave et cela particulièrement chez des pythiatiques. Pour d'autres raisons, il n'accorde qu'une valeur minime à la perte de poids indiquée par Charpentier.

Il estime, au contraire, qu'après avoir fait le départ entre les vomissements toxémiques et les vomissements pithiatiques, il convient d'accorder une réelle importance à l'apparition de symptômes révélateurs d'une intoxication grave de l'organisme, subictère, odeur acétonémique, modifications de la tension artérielle (élévation de la minima, abaissement de la maxima) ainsi que des urines (oligurie, présence d'albumine, acidose, acétonémie, etc.). Il convient d'ailleurs de ne jamais se baser sur l'existence d'un seul de ces différents symptômes, mais bien sur l'apparition simultanée ou successive de plusieurs d'entre eux pour se décider à intervenir.

Sept cas d'encéphalite léthargique.

M. Daunée relate sept cas d'encéphalite observés dans sa clientèle au cours de ces dernières années, et

qui ont évolué sous forme d'épidémie de quartier (4 malades atteints à la même époque, 1922, dans un rayon de 150 mètres) et d'épidémie d'atelier (3 jeunes gens dont 2 frères aux ferronneries du Midi).

Sur ces 7 cas, 3 furent suivis de parkinsonisme, dont un cas mortel en 10 mois ; le quatrième cas fut rapidement mortel (63 jours) évoluant avec l'allure d'une myélite transverse. Le cinquième fut suivi de paraplégie qui dura 6 mois et guérit ; les deux derniers cas avec hypersomnie et sans myoclonies ont guéri sans séquelles.

En raison de l'inconséance de l'hypersomnie, l'auteur pense qu'il serait bon, comme le pensent d'ailleurs la plupart des neurologues, de dénommer cette affection encéphalite infectieuse ou névraxite épidémique et non encéphalite léthargique.

Action du somnifène dans l'état de mal épileptique.

MM. R. SOREL et VIEU rapportent un cas de guérison immédiate d'un état de mal épileptique d'origine alcoolique chez un homme de 43 ans qui présentait toutes les dix minutes des crises convulsives débutant par l'hémiface droite et se propageant rapidement à toute la moitié droite du corps, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté gauche. Le liquide céphalo-rachidien était normal ainsi que les urines, la réaction de B. W. et du benjoin colloïdal négatives

Sous l'influence de 6 cc. de somnifène injectés dans les veines, l'on vit cesser brusquement toute crise épileptique ; le stertor se poursuivit toute la journée et le lendemain le malade reprenait connaissance. Rapidement un *restitutio ad integrum* se produisit et le malade put quitter le service.

L'intérêt de cette observation réside non seulement dans l'action remarquable du somnifène dans l'état de mal épileptique, essentiel ou alcoolique, mais encore dans l'allure clinique particulière de cette épilepsie, car il est fort rare d'en observer à type Bravais-Jackson.

Le somnifène dans l'état de mal épileptique.

MM. CESTAN et PÉRÈS rapportent l'observation d'un épileptique de 40 ans, amené à la clinique neuropsychiatrique pour troubles mentaux graves (impulsions, tentatives d'homicide). Le malade présenta rapidement un véritable état de mal épileptique, accès convulsifs, suivis de stupeur, confusion nette, état général précaire, sueurs profuses, température à 40°.

La ponction lombaire montra une grosse hypertension du liquide céphalo-rachidien, albumine et cytose normales, réaction du benjoin colloïdal négative.

On pratiqua à 48 heures d'intervalle deux injections intra-veineuses de 7 cc. de somnifène : après la seconde, les crises convulsives disparurent et l'état confusionnel rétrocéda rapidement.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Chorée gravidique.

M. LAURENTIE rapporte l'observation d'un cas de chorée gravidique d'intensité moyenne chez une IIpare ayant des antécédents de nervosisme, de tristesse et de mélancolie. Au septième mois de la gestation, à la suite d'hygiène alimentaire défectueuse, la malade ressentit des phénomènes d'embarras gastrique bientôt suivis d'agitation, de dyspnée, ainsi que de mouvements involontaires et constants de la tête et des membres. T. et P. normaux, rien dans les urines.

Sous l'effet de purgation, de lavement de chloral, de diète lactée et de bains chauds, ces différents symptômes ne tardèrent pas à disparaître : l'accouchement eut lieu à terme dans de très bonnes conditions.

Fonctionnement de la Maternité française de Beyrouth.

M. LAURENTIE communique la statistique de l'année 1924-1925 pendant laquelle, 489 malades ont été hospitalisées. Dans ce nombre, il y avait 209 cas obstétricaux dont 81 pathologiques et 32 rétentions placentaires : il a été fait 72 interventions dont 25 forceps et 33 curettages avec une seule mort par embolie. En ce qui concerne les 230 malades gynécologiques, qui comprenaient 103 salpingites et 85 métrites, il fut procédé à 127 opérations suivies d'un seul décès par occlusion intestinale après laparotomie exploratrice.

La suggestion dans les cas de vomissements gravidiques.

MM. AUDEBERT et DALÉAS rapportent l'observation d'une malade présentant des vomissements incoercibles, et chez laquelle la suggestion n'amena aucun résultat satisfaisant, alors que dans deux cas précédents, ils avaient obtenu un succès complet.

Il s'agissait d'une IIpare qui au cours de sa première grossesse avait déjà présenté de semblables accidents, heureusement influencés par la médication employée. Vers le troisième mois de sa deuxième grossesse, elle fut atteinte de vomissements, et après échec de toute thérapeutique, envoyée à la clinique d'accouchements. Elle était à ce moment-là dans un très mauvais état général, anorexie complète, subictère, vomissements fréquents, urines rares et épaisses. Après l'échec d'un simulacre d'intervention chirurgicale, pour antéversion, étant donné que les vomissements ne se calmaient que sous l'influence du somnifène, on décida de recourir à l'avortement provoqué. Bien qu'il eût été suivi d'une transfusion de sang ainsi que d'injections de sérum glucosé, la malade succomba à des accidents de collapsus cardiaque.

J.-P. TOURNEUX.

Les Congrès

XI[e] Congrès de Médecine légale de langue française.

(*Suite et fin*) (1).

Dans la discussion qui suivit le rapport du Dr Roques de Fursac, M. le professeur Claude fit ressortir la difficulté particulière d'apprécier la valeur du témoignage des petits psychopathes : débiles mentaux, déséquilibrés, qui, vivant en liberté, sont appelés à témoigner en justice plus fréquemment que les grands malades psychiques et dont les déclarations sont cependant très sujettes à caution.

M. Laignel-Lavastine pense qu'il y aurait intérêt à étudier la valeur comparée du témoignage suivant le sexe, car il a remarqué que chez les malades d'asile, la faculté d'attention est moindre chez les femmes que chez les hommes.

Enfin, du point de vue purement juridique, une discussion s'établit sur le point de savoir si le tribunal serait autorisé à réclamer pour tel ou tel témoin une « expertise de crédibilité ». Il semble que cette question est encore assez difficile à résoudre en dehors des cas où le témoin consent à cette expertise.

L'après-midi du 28 mai fut occupée, à l'Institut de médecine légale, par de nombreuses et intéressantes communications qu'il serait trop long d'analyser ici mais parmi lesquelles nous citerons celles de M. André Collin : « L'examen mental des enfants témoins »,

Heuyer : Nécessité d'un examen mental pour tous les enfants délinquants,

Gelma : L'imputabilité pénale chez les délirants lucides,

Balthazard et Condréa : Formation rapide de méthémoglobine sous l'influence des acides faibles en milieu glycériné.

Rogues de Fursac et Demay : Un cas d'impulsion consciente au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu.

Le samedi 29 mai, le Congrès poursuivait ses travaux par l'exposé et la discussion du *rapport de pathologie traumatique : les arthrites traumatiques* (en dehors de la tuberculose). Les rapporteurs, M. Dervieux, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de Paris, et Belot, chef du service d'électroradiologie à l'hôpital Saint-Louis, laissant de côté ce qui a trait à la pathologie interne proprement dite, à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des arthrites, ont cherché seulement à définir dans quels cas on pouvait établir l'origine traumatique d'une arthrite. Ils passent en revue, dans leur exposé, les séquelles articulaires des contusions directes ou indirectes avec ou sans hémarthrose, des plaies articulaires, des entorses, des luxations, des diastasis, des fractures juxta ou intra-articulaires, de l'immobilisation des articulations, etc...

(1) Voir *Concours médical* n° 29.

En dehors des arthrites purement traumatiques, les rapporteurs envisagent les cas où des arthrites inflammatoires simples ou microbiennes peuvent être rattachées à un accident allégué. Ils étudient en outre le rôle localisateur du traumatisme dans les arthropathies tabétique ou goutteuse et dans le rhumatisme articulaire aigu.

Ils insistent sur l'importance de l'exploration radiologique, surtout au début de l'affection. L'emploi des films courbes leur paraît indispensable pour préciser la nature des lésions dans les cas délicats. Ils décrivent minutieusement l'aspect des différentes altérations que l'on peut rencontrer du côté des os, des cartilages articulaires, des ligaments et des bourses synoviales, et font remarquer qu'il n'existe pas toujours un parallélisme parfait entre les lésions décelées par la radiographie et l'impotence fonctionnelle.

Du point de vue médico-légal la radiographie peut aider dans certains cas mais non toujours à faire la discrimination entre les arthrites traumatiques et les arthrites non traumatiques. Ils envisagent les cas suivants : 1° Arthrites traumatiques chroniques provoquées par un choc répété, ordinairement professionnel. Dans ce cas la présence de calcifications des bourses séreuses peut parfois mais non toujours faire soupçonner l'origine professionnelle.

2° Arthrites traumatiques aiguës sans fracture. La radiographie ne révèle alors aucun caractère distinctif avec l'arthrite aiguë non traumatique.

3° Arthrites traumatiques aiguës avec fracture ou arrachement. La radiographie montre dans ce cas les lésions et précise l'origine traumatique de l'affection.

4° Arthrites infectieuses (gonococcique, bacillaire, typhique, etc.). L'exploration radiologique peut aider souvent, par les caractères spéciaux des lésions observées, à faire le diagnostic étiologique mais ne permet généralement pas d'indiquer dans quelle mesure le traumatisme a pu aggraver les lésions.

Les constatations faites au début de l'affection étant de la plus haute importance, les rapporteurs insistent sur le fait que les certificats d'origine et les certificats de contrôle doivent être essentiellement descriptifs. Ils appellent l'attention sur l'évaluation des différentes incapacités résultant de l'arthrite. Ils envisagent le cas où des accidents successifs ont pu déterminer chacun une arthrite différente ou ont atteint la même articulation.

Il y a lieu de faire alors le calcul des invalidités multiples soit pour les accidentés du travail, soit pour les mutilés de guerre qui ont, par la suite, été victimes d'un accident du travail.

MM. Dervieux et Belot signalent enfin que l'évaluation doit être différente pour les accidents du travail et pour les accidents de droit commun, car dans cette dernière éventualité, il n'y a pas de révision.

Après cet exposé qui fut illustré par de nombreuses projections de radiographies, M. le docteur MAUCLAIRE souligna tout l'intérêt du rapport de MM. Dervieux et Belot en apportant les réflexions que lui ont suggérées son expérience personnelle sur cette importante question, et M. le docteur SOREL, de Toulouse, fit une communication sur les arthropathies syphilitiques dans leurs rapports avec les traumatismes.

Enfin, pour compléter cette étude des traumatismes articulaires, MM. Belot, Piédelièvre et Robin exposèrent des considérations relatives aux fractures des épines du tibia dans les accidents du travail, imagées par de belles radiographies prises à l'aide de films courbes.

Le XIe Congrès de médecine légale termina ses travaux par une série de communications dont le seul énoncé dit tout l'intérêt :

BALTHAZARD. — Accident du travail chez un mutilé de guerre.

Le sang dans l'intoxication cyanhydrique.

CORDONNIER. — Un nouveau procédé d'identification des projectiles.

CORDONNIER et A. BRETON. — Recherches sur l'azoospermie dans les milieux pénitentaires. Conséquences médico-légales.

FRANTZ ADAM. — Le huis-clos aux assises. Nécessité de prononcer le huis-clos pour les crimes sadiques.

DUVOIR. — L'indemnisation des paralysies saturnines professionnelles en dehors de la paralysie antibrachiale.

DUVOIR. — Un cas de paralysie faciale attribué à tort au saturnisme.

DUVOIR et PHILIPPE. — Mort subite après une course.

GAUSSEL. — Un cas de paralysie hystérique avec intoxication professionnelle, par le tétrachlorure de carbone.

GELMA et KAUFFMANN. — Triple perforation intestinale par balle de revolver n'ayant traversé que le scrotum latéralement de part en part.

LOGRE. — Opiomanie et crises douloureuses paroxystiques. Considérations médico-légales.

MULLER. — Rupture spontanée du péricarde.

MULLER et PATOIR. — Rupture du cœur par contusion thoracique chez un pleurétique.

PIÉDELIÈVRE. — L'érosion de l'épiderme dans les orifices d'entrée des balles.

Si les séances de travail du Congrès ont été suivies par tous avec une assiduité et une attention qui témoignent de l'intérêt des questions mises à l'ordre du jour et de la clarté avec laquelle elles furent exposées, l'empressement des congressistes ne fut pas moins grand à assister aux réunions qui avaient été organisées pour leur délassement. Ils prirent un très vif plaisir à applaudir les artistes que M. le docteur Antheaume, président du Congrès, les avait invités si aimablement à entendre à son domicile dans la soirée du 27 mai. Ils se rendirent nombreux à la réception offerte par la Bienvenue Française le 28 mai à 5 heures, au cercle de la Renaissance, et ils se trouvèrent enfin réunis au repas du 29 mai dans la vaste salle du restaurant Vianey. Peu de discours mais une grande cordialité vivante et agissante, très efficace pour resserrer les liens de confiance et d'amitié entre les collaborateurs d'une même œuvre qui tend à apporter toujours plus de clarté dans les questions si souvent obscures de la médecine légale.

M. le professeur Etienne Martin, avant que les congressistes se séparent remercie chaleureusement M. le docteur Antheaume de la tâche qu'il a assumée avec tant de dévouement et de distinction dans la présidence du Congrès et donne connaissance du programme prévu pour les deux prochains congrès de médecine légale de langue française.

Le 12e Congrès de médecine légale se tiendra à Lyon en juillet 1927 sous la présidence de M. le professeur Etienne Martin Secrétaire général : professeur agrégé Mazel.

RAPPORTS INSCRITS :

1° *Médecine légale.* Piédelièvre, professeur agrégé : Plaie d'entrée par balle.

2° *Criminologie.* Raviart, Nayrac et Julien (de Lille) : Les vols pathologiques.

3° *Pathologie traumatique.* professeur Naville (de Genève) : Les accidents de l'électrocution et leurs suites éloignées.

A l'occasion de ce Congrès il sera procédé à l'inauguration d'un buste de M. le professeur Lacassagne.

Le 13e Congrès de médecine légale aura lieu à Paris en mai 1928, sous la présidence de M. Georges Brouardel. Vice-présidents : MM. Michel et Triquenaux. Secrétaire général : professeur Etienne Martin.

RAPPORTS INSCRITS :

1° *Médecine légale.* Professeur Lande (de Bordeaux) sujet réservé.

2° *Criminologie.* Fribourg-Blanc, professeur agrégé du Val-de-Grâce : Les réactions antisociales dans l'encéphalite épidémique.

3° *Pathologie traumatique.* Imbert (de Marseille) sujet réservé.

Dr FRIBOURG-BLANC.

Les Livres

G. Doin, éditeurs, à Paris.

Germain Blechmann. — **Nourrissons. Enfants.** Volume de 392 pages, de la collection *Les Consultations journalières.* Prix : 21.60.

G. Blechmann, ancien chef de clinique aux Enfants-Assistés, rédacteur des si justement appréciés *Feuillets du pédiatre*, était particulièrement désigné pour écrire cet opuscule dans lequel il envisage les nourrissons, les enfants du second âge et les grands enfants.

Chez le nourrisson, ce qui domine, c'est l'alimentation. C'est de l'alimentation que dépend la croissance régulière de l'enfant ; c'est elle, ce sont ses viciations, ses erreurs, qui conditionnent principalement sa pathologie. Aussi l'auteur s'étend-il longuement sur l'allaitement sous ses deux formes : allaitement maternel, allaitement artificiel. L'allaitement maternel comporte tout d'abord certaines préoccupations préalables : sera-t-il possible ? — les soins du mamelon et l'hygiène de la nourrice. Puis, s'il est réalisé, il faudra le régler judicieusement, en tenant compte des événements qui surgiront : insuffisance laiteuse. Nécessité de recourir à l'allaitement mixte. Sevrage. Allaitement mercenaire par nourrice.

L'allaitement artificiel utilise le lait naturel, ses succédanés, les aliments hydrocarbonés.

La question alimentaire étant ainsi traitée, Blechmann passe en revue les malformations génitales et la pathologie du nouveau-né. Dans une troisième partie, il étudie en détails les troubles digestifs. Les troubles de la dentition et de la croissance font l'objet de la quatrième partie. Enfin, il consacre la cinquième partie à la syphilis, à la tuberculose et aux septicémies du nourrisson.

Chez les enfants plus âgés, la syphilis joue un rôle pathologique d'autant plus important qu'elle peut passer inaperçue derrière le masque qu'elle prend si souvent. La peau est fréquemment le siège de lésions difficiles à combattre. L'appareil respiratoire, depuis les premières voies jusqu'aux dernières ramifications bronchiques et le tissu pulmonaire; le tube digestif et le foie ; le cœur et les vaisseaux ; les troubles endocriniens ; les affections génito-urinaires, et enfin le système nerveux, sont examinés les uns après les autres, dans un esprit pratique, qui affectionne les formules lapidaires, celles qui frappent et s'impriment. Exemple :

Rhinite aiguë vulgaire.

Coryza.

La désinfection du nez se fera, soit par la solution :

Chlorure de sodium............	0,75
Borate de soude...............	3
Eau bouillie..................	100 gr.

(Nobécourt et Maillet.)

soit par des instillations répétées trois à cinq fois par jour d'argent colloïdal (collargol, argyrol, protargol, en solution à 1 ou 2 p. 100), d'huile eucalyptolée, goménolée.

Remarque. — *a*) Ne jamais employer de menthol chez le nourrisson ;

b) Verser les solutions avec une petite cuiller, tièdes de préférence.

G. Duchesne.

Les livres qui viennent de paraître...

Chez Amédée Legrand, 93, boul. Saint-Germain.

A. Delahaye, chirurgien assistant de l'hôpital de Berck. — **Tuberculose ostéo-articulaire du tarse.** (1 br. 48 p., avec fig.)

A la Librairie des Sciences agricoles,
11, rue de Mézières, Paris, 6e.

Huart du Plessis. — **La chèvre. Races, élevage, exploitation.** (Un vol., 150 p., avec grav. 6 fr.)

A. Sibille, vice-président de la Soc. d'Agriculture de Meaux. — **Paysan, défends-toi avec tes comptes.** (Une broch., 44 p. 3 fr.)

Imprimerie Gounouilhou, 9, rue Guiraude,
Bordeaux.

Dr Courbin, de Bagnères. — **Les troubles du sympathique et l'hypertension à Bagnères-de-Bigorre.**

Imprimerie Destout,
8, rue Paul-Bert, Bordeaux.

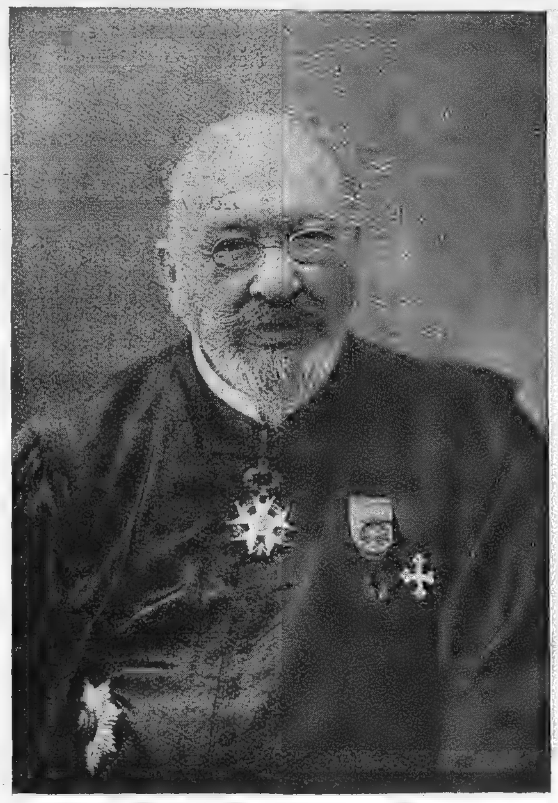
Dr Courbin, de Bagnères-de-Bigorre. — **Les maigres.** (Leçon faite au cours du prof. Cassaet).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE PROFESSEUR JOSEPH TEISSIER

Les nombreux élèves, confrères et amis que comptait Joseph TEISSIER, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, membre associé de l'Académie Nationale de médecine, ont appris avec une douloureuse émotion le décès de ce maître si hautement estimé, survenu le 13 juin dernier. Avec lui disparaît une des figures les plus sympathiques de la science médicale française, qui, depuis 50 ans, était à l'avant-garde de la Clinique médicale, en apportant le concours de son labeur inlassable à toutes les manifestations du travail collectif, comme il donnait l'exemple du travail individuel au lit du malade, au laboratoire, *dans le silence* du cabinet.



I

Joseph Teissier naquit à Lyon le 1er octobre 1851, d'une famille qui devait s'illustrer par plusieurs sommités médicales. Son père, Bénédict Teissier, déjà professeur à l'école de médecine de Lyon, a créé la Clinique médicale de la nouvelle Faculté de Lyon en 1878. Après avoir brillamment parcouru tous les échelons des concours préparatoires aux hôpitaux et à la Faculté, docteur en médecine en 1876, Joseph Teissier accéda, dès son premier concours, au but, nommé en 1878 médecin des hôpitaux de Lyon et agrégé de la Faculté de médecine de la même ville, âgé seulement de 27 ans. Six ans après, il devint titulaire de la chaire de pathologie interne, en 1884. Il affirma et confirma sa jeune maîtrise en publiant, en collaboration avec Laveran : « Les nouveaux éléments de pathologie médicale », dont la quatrième édition parut en 1904, vingt ans après la première.

Ce fut alors son activité féconde d'enseignement auquel il s'adonna corps et âme. Il préparait toujours avec le plus grand soin son cours à la Faculté qu'il professa pendant 23 ans jusqu'au moment où il passa à *la* Clinique médicale. Son vrai enseignement était au lit du malade. Là, il communiait avec ses auditeurs en leur insufflant, avec le goût de la clinique, l'amour du malade. Derrière la maladie, il discernait toujours l'homme avec toutes ses fonctions, toutes ses réactions, ses particularités, ses hérédités, associations morbides et toute son individualité. D'autre part, il cherchait toujours à s'élever du particulier au général et à étudier, à l'occasion de chaque cas clinique, comment interviennent les grands processus morbides et quelles sont leurs affinités. Il avait la coquetterie de montrer comment tout se tient en pathologie et comment on peut, avec un cas clinique, faire des incursions dans tous les domaines de celle-ci. Après s'être élevé du symptôme au syndrome, il en retrouvait la pathogénie pour aboutir à la vraie thérapeutique, le traitement pathogénique. En même temps, il avait à cœur de faire un enseignement pratique, fécond en résultats. Il insistait auprès de ses élèves sur la portée pratique d'un pronostic judicieux, en leur rappelant qu'ils seront jugés par la famille de leurs clients, non d'après leur diagnostic, mais d'après leur pronostic.

Lorsqu'en 1903 sonna l'heure de la retraite du service hospitalier, alors qu'il était dans la plénitude de ses forces de professeur, il ne trouvait pas sa chaire de pathologie interne une tribune suffisante pour absorber son besoin d'en-

seignement clinique. Il passa quelques années pénibles, regrettant son service de l'Hôtel-Dieu qui remplissait une bonne partie de sa vie. Heureusement, en 1907, il put échanger sa chaire théorique contre la Clinique médicale, celle-là même dont son père avait été le premier titulaire; et alors, commença une nouvelle période de son labeur clinique qui s'étend jusqu'en 1924. Il réorganisa son enseignement d'une façon complète, en mettant au point toutes les ressources du laboratoire dans leurs rapports avec la clinique et en mettant à contribution les richesses de l'école lyonnaise en collaborateurs instruits et zélés. Il n'est vraiment pas exagéré de parler de l'école de Joseph Teissier et une simple énumération, si incomplète soit-elle, de ses élèves montrera la puissance d'attraction qu'exerçait ce maître sur les jeunes qui cherchaient leur voie. A la période hospitalière d'avant 1903 appartiennent : son ami et bras droit le professeur G. Roque, collaborateur fidèle et à son tour un des maîtres de l'école clinique lyonnaise, le professeur Paul Courmont, le regretté professeur Chatin, agrégé, le regretté Joanny Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, le professeur Fernand Arloing, le professeur Cade, pour n'en citer que quelques-uns. Dans la période clinique, postérieure à 1903, entrent Thévenot, Roubier, Rebattu, Pallasse, Garin, Goyet, tous médecins des hôpitaux, Mayet, professeur d'anthropologie et tant d'autres que nous n'avons pas connus.

II

Après avoir prodigué à ses élèves les trésors de son expérience au lit des malades, le professeur Joseph Teissier continua à les honorer de son amitié en dehors de la Faculté et des hôpitaux, en leur ouvrant largement les portes de son foyer dont l'hospitalité était aussi recherchée que généreuse. Mme Teissier secondait, avec sa grâce exquise et sans ménager sa peine, son mari dont elle semblait deviner toutes les pensées intimes. Combien de générations de simples étudiants, combien de générations d'élèves de l'Ecole du service de santé militaire furent reçus au Point-du-Jour, dans cette charmante demeure où l'on oubliait préoccupations d'examen ou professionnelles, soucis et chagrins au milieu de cette jeunesse d'élite dont aimait à s'entourer notre regretté maître ? Les après-midi de dimanche, on pouvait trouver dans les jardins ou les salons du Chemin d'Alaÿ, au milieu d'un groupe de savants, magistrats, artistes ou notabilités lyonnaises, de nombreux jeunes gens, futurs professeurs, futurs médecins inspecteurs d'armée, futurs généraux, hauts magistrats. Avec une bienveillance qui a toujours suscité ma plus vive admiration, il tirait de l'obscurité les jeunes travailleurs qu'il encourageait de son mieux et auxquels il indiquait leur voie, lorsqu'ils ne savaient pas ou ne pouvaient pas la trouver par leurs propres forces. Ceux qui n'abordaient pas la voie des concours étaient d'ailleurs reçus avec la même amitié que ses collaborateurs plus directs, et c'est ainsi qu'on rencontrait souvent des praticiens de la région lyonnaise avec leur famille parmi les invités du dimanche. Cet intérêt pour le confrère praticien a trouvé son expression symbolique dans le fait que Joseph Teissier fut le premier président, si je ne me trompe, du Syndicat des médecins du Rhône.

Joseph Teissier était un homme plein de vie, aimant la vie, aimant son semblable, aimant la société. Ce besoin d'activité et cette sociabilité chez un homme curieux des êtres et des choses expliquent qu'il aimait les voyages ; il fut, en effet, un grand voyageur. Ses voyages — *utile dulci*, — étaient à la fois voyages d'agrément et voyages d'études. Il était toujours accompagné de Mme Teissier et ce trait montre encore l'homme. S'il aimait son prochain, il considérait sa famille comme doublement proche. Il n'aurait goûté aucun plaisir dans ses déplacements s'il n'était accompagné des siens. En 1885, à propos d'un Congrès international de médecine à Budapest, il visita la Hongrie. En 1890, à la suite de l'épidémie d'influenza de 1889-90, il visita la Pologne et la Russie, chargé d'une mission d'études sur l'origine de cette épidémie. Dans ce voyage, il fut accompagné aussi par M. Pierre Teissier, alors interne des hôpitaux de Paris. A Varsovie, à Saint-Pétersbourg, à Moscou, les milieux scientifiques lui réservèrent un accueil des plus flatteurs et l'aidèrent dans ses recherches. Il revint avec une abondante documentation d'ordre clinique, bactériologique, météorologique et historique qui lui a permis de rédiger un rapport au ministre de l'Instruction publique extrêmement remarquable sur l'origine, les causes, la diffusion et les manifestations de cette pandémie. En 1893, il publia ses leçons cliniques sur la grippe-influenza, pleines de vues personnelles et résumant d'une façon lumineuse les riches matériaux qu'il avait accumulés sur cette question.

En 1902, au retour d'un voyage en Egypte, il fut obligé de subir une quarantaine au Frioul. Là, un grand malheur vint le frapper. Son fils Bénédict, externe des hôpitaux de Lyon, qui donnait déjà les meilleures espérances et s'était déjà signalé par quelques travaux personnels, tomba gravement malade et, malgré les soins les plus éclairés et les plus dévoués, succomba à une maladie infectieuse dès son retour à Lyon. Déjà, une dizaine d'années auparavant, il avait perdu un jeune garçon de 8 ans, ce qui l'avait fortement éprouvé. Ce nouveau coup l'eût anéanti, sans son énergie peu commune qui lui a permis de se reprendre et de se replonger dans le travail. Mais le sort lui ménageait de nouvelles douleurs.

Il devait perdre encore un de ses enfants, sa fille unique, qui était devenue une femme charmante et lui avait donné deux petits enfants, sa grande joie. Malheureusement, vers la fin de la guerre, l'épidémie de grippe alors régnante vint le frapper dans cette chère affection. Ce coup a fortement ébranlé sa robuste constitution et préparé l'affaiblissement auquel il devait succomber cette année. Ses vieux jours ont été gravement assombris par cette troisième perte, peut-être la plus cruelle de toutes. Cet homme, que la fortune avait comblé au point de vue des succès extérieurs, a subi comme rançon un vrai martyre réparti sur diverses périodes de son existence, martyre par le fait de sa grande sensibilité affective et par le fait de son sens familial pieusement cultivé.

Pendant la guerre, malgré son âge déjà avancé, Teissier joua à Lyon un rôle de premier plan. Délégué à la tête des œuvres du secours aux blessés, il entretenait à ses frais une formation sanitaire et s'adonna à sa tâche avec toute son ardeur, comme il savait le faire. Aussi, après avoir avant la guerre parcouru les grades de chevalier et d'officier dans l'ordre national de la Légion d'honneur, fut-il promu à la fin des hostilités au grade de Commandeur. Nulle cravate ne fut mieux méritée.

Après la guerre, il continua son enseignement jusqu'en 1924, date à laquelle il consentit à modérer son activité. Il lutta pour ainsi dire jusqu'au bout, toujours à la recherche du mieux dans son art. Après une maladie de quelques mois, il succomba entouré des siens le 13 juin 1926.

III

Il m'est impossible, dans cette rapide notice nécrologique, d'esquisser, ne fût-ce qu'à grands traits, l'œuvre scientifique de Joseph Teissier. C'est là une tâche de longue haleine qu'entreprendra sans doute, à loisir et avec le recul convenable, quelqu'un de ses nombreux élèves. Rappelons seulement ici que son œuvre est marquante dans les branches les plus variées de la pathologie médicale. En outre de ses ouvrages didactiques et de grande diffusion, tels que les « Nouveaux éléments de pathologie médicale », les articles du Traité de médecine faits en collaboration avec G. Roque, les articles du « Traité de Thérapeutique » de Robin, en outre de ses « Leçons cliniques sur la grippe-influenza », en outre de ses monographies sur « les albuminuries curables », etc., il faudrait passer en revue la plupart des chapitres de la pathologie où il a innové. Parmi les maladies infectieuses, la grippe et la diphtérie ont particulièrement attiré son intérêt. Parmi les maladies chroniques, il a surtout étudié la pathologie rénale, la pathologie cardio-vasculaire et le rhumatisme chronique. Mais combien d'autres travaux de premier ordre dans les domaines les plus variés : phosphaturie et diabète phosphaturique, mal perforant aortique, divers travaux de pathologie nerveuse et notamment sur l'hystérie, la liste est longue des sujets lumineusement traités.

Son œuvre sur la pathologie rénale est remarquable par la continuité de l'effort qu'il a fourni pour élucider les régions les plus obscures de ce domaine. Albuminuries physiologiques, albuminuries orthostatiques, albuminuries curables, sécrétions internes du rein, sérothérapie rénale, formes des néphrites, autant de questions qu'il a remises sur le chantier presque toute sa vie. De même dans l'ordre de la pathologie cardio-vasculaire : souffles extra-cardiaques, pression vasculaire générale et pressions locales, troubles de la circulation locale, hypertensions partielles et localisées, signe de la pédieuse, aortites et artérites, questions d'œdèmes, œdèmes du poumon et œdèmes de la circulation générale ; dans toutes ces questions, ses recherches sont empreintes d'un cachet tout personnel.

Son œuvre scientifique ne se limite pas aux publications des traités, monographies, cliniques et articles des revues scientifiques, car il a été parmi les ouvriers de la première heure et des plus assidus dans les réunions scientifiques, sociétés et congrès. Rapporteur au Congrès de médecine de Bordeaux en 1894 de la question sur « l'Œdème aigu du poumon », il a pris part à la plupart des Congrès de médecine interne en France et à l'étranger. Il a été successivement président de nombreuses sociétés savantes, telles la Société des sciences médicales de Lyon, la Société d'anthropologie de Lyon, la Société médicale des hôpitaux de Lyon, l'Académie des sciences, Belles-Lettres et Arts de Lyon, la Société pour l'Avancement des sciences, Congrès français de Médecine interne à Lyon, etc. Les savants étrangers ont tenu à honorer son dévouement à la science en le nommant membre correspondant de l'Académie Royale de Bruxelles, de l'Académie Royale de Rome, Commandeur de la Couronne d'Italie, Chevalier des Saint-Maurice et Lazare et de divers autres ordres étrangers.

IV

A l'occasion du 25e anniversaire de son enseignement, ses amis et élèves ont fêté le 19 décembre 1907 son Jublié en lui offrant une médaille et un Livre jubilaire écrit à son intention. Parmi les 74 signataires de ce recueil de mémoires, tous originaux, nous ne citerons que S. et F. Arloing, Arnozan, Baccelli , L. Bard, Alexis Carrel, J. et P. Courmont, Chauffard, Fr. Franck, Hallopeau, Henrijean, His, Maragliano, Pierre Marie, Germain Roque, P. Spillmann, Pierre Teissier, F. Widal. Pour obtenir pareil hommage à l'âge

de 58 ans, il faut bien avoir rendu quelques services à la science. Son grand talent, la hauteur de ses vues, son caractère tout de dévouement pour les autres, furent autant de facteurs qui multiplièrent le nombre de ses fervents et de ses admirateurs.

Le public qui, de loin, assiste aux manifestations extérieures du succès d'un homme en vue ne s'imagine pas au prix de combien d'efforts est acheté pareil succès. Dans le domaine de la science, le talent n'est pas tout. Il faut encore du travail, beaucoup de travail, car, on l'a dit, le génie n'est qu'une longue patience, dans le domaine scientifique du moins. Il nous a été donné d'être témoin émerveillé de la manière de travailler de notre maître. Nous avons pu assister pendant 15 jours à son activité qui nous a véritablement étourdi. Pour mettre sur pied un grand travail de rédaction sur matériaux bien digérés au préalable, il se levait pendant cette quinzaine chaque jour avant 6 heures du matin ; travail de rédaction de 6 heures à 8 h. 1/2. Déjeuner et départ en voiture pour l'hôpital. Séance d'hôpital de 9 h. à 11 h. Menues occupations et déjeuner. Activité professionnelle (consultations au cabinet) et autres visites imprévues jusqu'à 6 h. 1/2. Retour à la campagne, dîner, occupations diverses jusqu'à 9 heures. De 9 heures à minuit, travail de rédaction d'un jet, avec de rares et courtes interruptions. Tout cela avec son entrain et comme en se jouant ! Ce qu'une pareille journée représente de tension nerveuse et d'efforts intellectuels, ne peut le comprendre que celui qui l'a vécue.

Je viens de faire allusion à son activité professionnelle. Elle était débordante, car Teissier était un des plus grands médecins consultants de Lyon. Cette réputation de consultant, qui s'étendait bien au-delà de la région lyonnaise et même au-delà des frontières du pays, était due, non seulement à sa grande science et à son talent de clinicien, mais dans une large mesure aussi, à ses qualités de cœur et à son amour du prochain. Il savait doubler la valeur de ses conseils matériels par le traitement moral, par la confiance qu'il inspirait, par la sympathie qui se dégageait de toute sa personne. Ce grand médecin était un homme et ce qui caractérisait cet homme par dessus tout, c'était sa bonté. Dans mainte circonstance, ayant discerné derrière la maladie une grande détresse matérielle, il laissait comme trace de son passage un secours discret qui n'offusquait aucune pudeur.

Qu'il soit permis à l'un de ceux qui ont éprouvé ses bienfaits et la générosité de son caractère de s'incliner bien bas devant sa grande figure et d'adresser à sa veuve, Mme Joseph Teissier, à son fils, M. André Teissier, à son gendre, le Dr Gimbert, et à son cousin M. le professeur Pierre Teissier, l'hommage ému de ses douloureuses et bien respectueuses condoléances.

H. FRENKEL.

(Professeur à la Faculté de médecine de Toulouse).

CHRONIQUE SYNDICALE

I

A l'Union des Syndicats

Assemblée Générale extraordinaire des 3 et 4 juillet 1926.

L'Union des Syndicats médicaux de France était convoquée en Assemblée générale extraordinaire les 3 et 4 juillet pour étudier les deux questions suivantes :

I. Les Syndicats médicaux devant l'Assurance sociale. — Position actuelle du problème.

II. Y a-t-il lieu de reviser la position du Corps médical devant la médecine sociale?

En attendant que nous donnions un compte-rendu plus détaillé de cette Assemblée, nous publions l'ordre du jour présenté par MM. HUMBEL, FANTON D'ANDON, GRUZU, LE FUR, LEFEVRE, GUY, HARTMANN, DOREL, LE GORGE, DIBOS, HOLLIER, CAYLA, BOYER, BOYE, BAUDET et GOURICHON :

L'Assemblée générale proclame sa volonté de maintenir la médecine dans son cadre de profession libérale ;

A. Affirme la volonté du corps médical syndiqué de refuser sa collaboration à la loi d'assurances sociales :

1° Si celle-ci permet la possibilité d'un forfait quelconque pour le règlement des honoraires médicaux,

2° Si la loi ne laisse pas aux syndicats qui le voudront la certitude de pouvoir :

Soit passer avec les caisses des contrats comportant un tarif non limitatif.

Soit passer avec celles-ci un contrat ne comportant aucun tarif, le taux des honoraires étant établi par entente directe entre le médecin et son malade.

B, Donne mandat au Conseil de l'Union :

a) De faire connaître cette volonté au législateur ;

b) De préparer dès maintenant la lutte par action directe de tous les syndiqués, qui deviendrait nécessaire au cas où le législateur ne tiendrait pas compte de cette volonté du corps médical.

Nota. — Il est entendu que l'entente directe se fera suivant les tarifs syndicaux, chaque syndicat restant chargé de la discipline dans son service.

Cet ordre du jour a été voté à une imposante majorité : environ 8.500 voix contre 1.190, sur 11.000 votants.

II

La réunion des Syndicats de l'Ouest

(*Rennes*, 24 *janvier* 1926).

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir insérer dans le *Concours médical* les quelques lignes suivantes :

Les différents communiqués parus dans le *Concours médical* au sujet de la réunion des Syndicats de l'ouest le 24 janvier à Rennes nécessitent quelques rectifications.

« Il n'a jamais été dans l'esprit des organisateurs de cette réunion de discuter la conduite des Syndicats vis-à-vis de l'Union ou de la Fédération. L'ordre du jour ne comportait que l'étude de la loi sur les assurances sociales, il s'agissait de savoir ce que pensaient les Syndicats de l'ouest de son application.

« D'autre part, l'ordre du jour du docteur Marquis (libre choix, tarif à l'acte médical, absence de contrat liant les Syndicats aux Caisses, secret professionnel) a été adopté à l'unanimité des membres présents, moins une abstention.

« Nous avons donc tenu à vous faire ces quelques remarques, ne voulant pas laisser dans l'esprit des confrères lecteurs du *Concours médical* une opinion fausse, et sur nos intentions et surtout sur le résultat du vote. »

Le bureau du Syndicat de Rennes et Sud Ille-et-Vilaine.

DANS QUELLES CONDITIONS UN BUREAU DE BIENFAISANCE PEUT-IL ORGANISER UN SERVICE SPÉCIAL D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE ?

Est-il possible, pour un bureau de bienfaisance, d'instituer un service d'assistance médicale gratuite, non pas au forfait et au médecin imposé, mais selon les principes du libre choix du praticien ?

Pour bien éclairer la question il me semble tout d'abord nécessaire de situer juridiquement les fonctions et pouvoirs du bureau de bien faisance avec le service départemental de l'assistance médicale gratuite.

Lorsqu'un indigent tombe malade, l'article premier de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, lui donne le droit absolu de recevoir gratuitement les soins nécessaires à son état.

Ces soins devront lui être fournis à la diligence de la commune, où il a son domicile de secours.

Mais, dans certains cas particuliers, cette commune peut se trouver déchargée de ses devoirs d'assistance, soit parce qu'il existe, dans la localité, un hôpital, soit parce que le bureau de bienfaisance local peut, après autorisation ministérielle, se charger des services de l'assistance médicale gratuite.

Dans le premier cas, l'hôpital reçoit gratuitement l'indigent, en vertu de l'article premier de la loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux.

Dans le second cas, le seul qui nous intéresse ici, vont jouer les combinaisons des lois du 7 frimaire an V et du 21 mai 1873, modifiée par celle du 5 août 1879, sur les bureaux de bienfaisance et de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893.

Ce dernier article spécifie que « les communes, ou les syndicats de communes, qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades, peuvent être autorisés, par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale ».

Il importe donc, avant toute chose, que le bureau de bienfaisance, qui désire organiser régulièrement un service médical d'assistance, ait obtenu l'autorisation spéciale du Ministre compétent.

Cette autorisation obtenue, les modifications ultérieures, apportées au règlement médical,

devront être approuvées par le préfet du département.

Examinons maintenant les rapports du bureau de bienfaisance avec le service départemental de l'Assistance médicale gratuite.

La loi du 15 juillet 1893, sur l'A. M. G., impose à chaque commune d'adhérer à un règlement départemental, arrêté par le préfet, selon les délibérations du Conseil général. Si une commune se dérobe à ce devoir d'assistance, le préfet peut d'office inscrire au budget communal les dépenses inhérentes au fonctionnement de l'assistance médicale gratuite.

Or, certaines localités sont dotées d'un bureau de bienfaisance, qui possède des ressources propres, lui permettant de se substituer à la commune, pour remplir ces devoirs d'assistance.

Après avoir sollicité et obtenu l'autorisation prévue par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, le bureau de bienfaisance doit se conformer au règlement modèle du 24 février 1920.

Mais, si ce règlement modèle est muet, en ce qui concerne l'organisation du service médical, ce dernier ne peut être arrêté qu'en union avec les établissements publics locaux de bienfaisance et d'assistance (hôpital, service de l'A. M. G.).

L'article 15 *bis* du règlement modèle sur les bureaux d'assistance, en fait d'abord un devoir : « partout où il existe un établissement public d'assistance locale (hôpital, hospice, asile de vieillards, orphelinat municipal, dispensaire d'hygiène sociale, etc.), le devoir du bureau de bienfaisance est de se concerter avec lui, en vue de compléter réciproquement leurs efforts, pour l'exécution des mesures prophylactiques, l'aide immédiate aux malheureux et le relèvement des familles secourues ».

Il faut également ne pas oublier les prescriptions de l'article 10 de la loi du 15 juillet 1893, ainsi conçu :

« Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale. La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement, lorsqu'il n'existe pas d'hospice dans la commune. A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1875 (article 1 à 5) modifiée par la loi du 5 août 1897 et possède, outre les attributions, qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureaux de bienfaisance ».

Or, lorsque fonctionne normalement la loi sur l'assistance médicale gratuite dans la commune, ce bureau d'assistance est chargé d'arrêter, quatre fois par an, la liste des indigents, liste qui est ensuite soumise à l'approbation du conseil municipal.

Mais, si la commune bénéficie de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 et si le bureau d'assistance locale a obtenu l'autorisation ministérielle d'organiser seul le service de l'A. M. G., ce bureau d'assistance n'a pas grande fonction, au point de vue de dresser la liste des indigents. Le bureau de bienfaisance organise le service médicale à sa guise, après, bien entendu, obtention de l'autorisation préfectorale.

En effet, du moment où les finances communales n'ont pas à intervenir dans l'application de la loi du 15 juillet 1893, du moment où le bureau de bienfaisance local est assez riche pour se passer de la contribution de la commune, du département et de l'Etat pour ses dépenses d'assistance médicale gratuite, les administrateurs du bureau de bienfaisance ont toute latitude pour régler leur service médical, sauf approbation préfectorale.

Il s'ensuit qu'un bureau de bienfaisance a parfaitement le droit de substituer le service médical au libre choix à un service médical avec médecins désignés.

Ce libre choix pourra être largement obtenu, ou il pourra être restreint : cela dépend des conditions locales et du nombre des médecins exerçant dans la commune, ou dans la ville.

Le système au libre choix et au tarif à la visite existe dans un certain nombre de villes, dont le bureau de bienfaisance assure lui-même le service de l'Assistance médicale gratuite. Telles sont les villes de Rodez, Salon, Bayeux, Falaise, Aurillac, Bernay, Valogne, Epernay, plusieurs localités de la Seine et de Seine-et-Oise, la Roche-sur-Yon, etc.

A Niort, le maire, agissant en qualité de président du bureau de bienfaisance, a passé avec le syndicat médical, un contrat aux termes duquel les indigents de la ville ont le libre choix du médecin, parmi les praticiens inscrits au syndicat et tous ceux qui, bien que non-syndiqués, ont adhéré au contrat collectif intervenu.

Ce contrat a été signé le 10 mars 1925, avec le Dr Renon, président du syndicat médical des Deux-Sèvres.

Quels sont les rapports d'un bureau de bienfaisance avec le service départemental de l'Assistance médicale gratuite ?

Aucun, sauf des rapports d'entr'aide. En ayant sollicité du ministre l'autorisation d'organiser avec ses propres ressources le service médical des indigents, le bureau de bienfaisance n'a pas à réclamer, soit de la commune, soit du département, soit de l'Etat, la part contributive que la loi du 15 juillet 1893 met à la charge de ces collectivités.

Avec l'hôpital local, le bureau de bienfaisance se substitue à la commune, dans les termes des articles 3, 24 et 25 de la loi du 15 juillet1893.

Le bureau de bienfaisance doit faire hospitaliser les malades indigents, selon les tarifs de l'A. M. G., s'il n'y a pas d'hôpital dans la commune, sinon jouera l'article premier de la loi du 7 août 1851, qui oblige l'hôpital local à hospitaliser gratuitement un individu, privé de ressources et tombe malade dans la commune, où existe l'hôpital.

Comme *conclusions*, les médecins feront sagement, en s'informant si le bureau de bienfaisance de leur localité a déjà obtenu l'autorisation ministérielle, pour organiser le service de l'assistance médicale gratuite, en se tenant à l'écart du règlement départemental.

En effet, je suis presque certain que, dans beaucoup de localités, existe un service d'assistance médicale gratuite particulier, alors que l'autorisation ministérielle, prescrite par l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893, n'a jamais été sollicitée, ni obtenue. On continue à marcher par *la force de l'habitude, sans que* les autorités administratives ne se doutent qu'elles fonctionnent en pleine irrégularité.

De plus, comme dans l'immense majorité des départements le système au libre choix est définitivement établi pour le fonctionnment du service de l'assistance médicale gratuite, les médecins, ou le syndicat médical local d'une ville, qui a institué un service médical par abonnement et circonscriptions, peuvent parfaitement demander au bureau de bienfaisance d'instituer également le service au libre choix.

D'ailleurs, dans les sphères administratives supérieures, on désire voir s'unifier le plus possible tous les systèmes de services d'assistance médicale gratuite : on désirerait que toutes les villes, qui ont une organisation spéciale prennent comme modèle le règlement en vigueur dans leur département.

Aux médecins donc d'agir.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

C'est un devoir d'y adhérer.

Continuellement nous répétons, Mignon et moi, que le médecin doit se *prémunir contre* le risque maladie, contre le risque accident, contre le risque vieillesse : on nous lit, mais bien peu nombreux sont ceux qui consentent à réfléchir sur ces questions qui sont pourtant de la plus haute gravité.

Pourquoi ?

Ce n'est pas que le médecin ne sache, mieux que tout autre, que l'accident arrive au moment où l'on y pense le moins, que la maladie frappe d'une manière soudaine et que fatalement la vieillesse viendra avec ses misères, mais il ne voit guère la maladie ou l'accident que chez le client, et la vieillesse lui paraît si éloignée ... si éloignée ...

Il ne croit pas à la maladie pour lui-même et il est convaincu que sa prudence et son sang-froid sauront bien prévenir l'accident. Mais eût-il la mauvaise chance d'être arrêté quelques jours, qu'est-ce que cela pourra lui faire ? Il prend bien des vacances, il pourra bien chômer un pen pour une indisposition ... car il demeure entendu qu'il ne sera arrêté que quelques jours, une semaine ou deux tout au plus.

Mignon a maintes fois réfuté ces conceptions erronées : par des exemples pris chez nous, il a montré nombre de médecins, jusque-là très bien portants, arrêtés tout à coup pour des semaines, pour des mois, pour des années ; il a montré ses confrères dont la situation de fortune était enviable tombés subitement dans la gêne, dans la misère même, et trop heureux de voir, à la fin du trimestre, arriver l'indemnité qui les aidait à boucler un bien maigre budget. Et ce ne sont pas là des exceptions, tout le monde le sait : il n'y a pas besoin de regarder bien loin pour voir des cas de ce genre.

Il est donc sage, il est prudent d'envisager de telles éventualités et de faire œuvre de prévoyance, d'autant que le médecin n'est pas exposé dans sa seule personne, qu'il a femme et enfants et qu'il doit se préoccuper de leur avenir.

Confrères, vous avez bien des chances de tomber malades, et à coup sûr vous vieillirez : venez donc à l'indemnité-maladie, à la retraite. Croyez-moi, vous ne le regretterez pas.

Si c'est là la raison primordiale qui doive vous décider, ce n'est pourtant pas la seule.

De par son éducation, de par son instruction, de par son caractère, le médecin occupe dans la société une place prépondérante : la considération dont il jouit, la confiance qu'il a su inspirer, dépassent le domaine purement médical et lui créent des devoirs auxquels il ne peut se soustraire. Il est un conseiller naturel que l'on consulte et que l'on écoute ; or, les questions de prévoyance sont bien de son domaine, et c'est là que son action peut se manifester de la manière la plus heureuse. Mais, pour pouvoir conseiller avec autorité, n'est-il pas nécessaire qu'il agisse d'abord pour lui-même et qu'il prêche d'exemple ? Le médecin a le devoir moral de se montrer prévoyant.

Enfin la solidarité confraternelle n'est pas un vain mot et les heureux de la profession ont toujours tenu à honneur de venir en aide à leurs confrères tombés dans la misère. Mais, doivent-ils

attendre qu'ils en soient là pour leur tendre la main ? Et n'est-ce pas un beau geste que de les empêcher de sombrer en les aidant dans leurs efforts de prévoyance ?

Aussi je m'adresse à ceux que la Mutualité familiale ne paraît pas intéresser pour eux-mêmes, qui pensent ne devoir jamais avoir besoin d'elle et je leur dis :

Venez-y pour aider ceux que l'avenir préoccupe, qui n'envisagent pas sans terreur la possibilité de la maladie et qui redoutent la vieillesse ; venez-y pour donner le bon exemple et protester contre la disparition de l'esprit de prévoyance ; venez-y parce que c'est un acte méritoire et que vous ne pouvez vous désintéresser absolument d'une œuvre qui cherche à faire le bien.

Il vous répugne peut-être de penser que vous pourriez avoir à bénéficier des avantages qu'elle offre à ses membres ? — Je ne vous répondrai pas, comme Mignon l'a fait, que nul n'est assuré de l'avenir et que tel, qui croyait avoir fait un geste de pure solidarité confraternelle, s'est trouvé tout heureux de constater un jour que ce geste avait été en même temps un acte de prévoyance ; je vous dirai simplement : en adhérant, vous avez fait un acte de pure générosité, vous renouvellerez cet acte, si bon vous semble, en abondonnant à la Caisse auxiliaire l'indemnité à laquelle vou pourrez avoir droit et vous aurez la satisfaction d'être un récidiviste de la bienfaisance.

On pourrait me répondre qu'une œuvre toute de droit comme la Mutualité familiale doit vivre de ses ressources propres et ne doit pas avoir besoin de bienfaiteurs — c'est entendu, mais à côté de l'œuvre de droit strict, il y a cette Caisse auxiliaire qui est, elle, toute de bienfaisance et qu'il est utile de faire intervenir de temps à autre.

On pourrait demander encore si la Mutualité familiale est réellement l'œuvre utile que nous disons, si elle donne bien ce qu'elle promet. Ma réponse sera courte : j'ouvre mes livres et je constate que, depuis sa fondation, elle a délivré *deux millions et demi* d'indemnités maladie !

Nous nous sommes toujours efforcés de bien faire, et dans l'avenir, nous ferons mieux encore si nous le pouvons. mais pour cela, il nous faut le nombre : c'est le nombre des membres qui nous importe avant tout. Or, il est des noms qui, à eux seuls, constituent une force de propagande et c'est à eux que je m'adresse en ce moment : s'ils savaient quel bien peut faire leur apparition sur la liste de nos membres, ils n'hésiteraient pas un seul instant.

Donc, confrères qui constituez la masse des praticiens, qui ne vivez à peu près que de l'exercice de votre profession et qui, par conséquent, ne pouvez être indifférents aux causes qui peuvent l'entraver, venez à la Mutualité familiale : c'est un devoir que vous avez envers vous-mêmes et envers votre famille.

Et vous, confrères qui êtes les privilégiés de la profession et qui pensez pouvoir être à l'abri des coups du sort, venez-y également ne fût-ce que pour aider vos confrères moins heureux, pour donner le bon exemple, pour faire le bien.

A. Gassot.

AUTOUR DES THÉATRES

La Revue de l'Odéon. — La Revue de Paris. — La Souris blonde. — « Comme ci » ou « Comme ça » pièce en deux « ou » trois actes.

La saison se fait plus calme, il y a moins de pièces nouvelles, on sent déjà venir les positions d'été. Les théories se font jour, toujours les mêmes et toujours nouvelles : l'été, tel qu'il s'annonce, même avec la venue des étrangers, apportera-t-il des recettes suffisantes pour qu'il ne soit pas meilleur de faire relâche ? En attendant, tous les directeurs qui le peuvent louent leur salle à des directions intérimaires qui travailleront à frais réduits ou bien monteront des spectacles nouveaux d'auteurs nouveaux qui saisiront cette occasion de se faire jouer en saison propice. Moins de critiques, et public malgré tout moins averti et qui ne demande qu'à rire un peu.

Evidemment, c'est le genre Revue qui triomphe parce qu'on peut y arriver à n'importe quelle heure, et parce qu'il n'y a pas besoin de parler français pour comprendre ce qui se passe sur la scène. L'Odéon lui-même a répondu à cet engouement ou à cet entraînement : ce n'est guère, à mon sens, son vrai rôle ni le but dans lequel on lui donne une subvention ! Il faudrait alors que la Revue y représentée ait quelque chose de nouveau ; soit un élément d'avant-garde de caractère spécial, d'une note d'art particulière pouvant justifier des pertes d'argent de par l'éducation encore insuffisante du public à un genre nouveau, éducation qu'alors, seule, une scène subventionnée pourrait faire parce que ses risques sont en quelque sorte limités ; mais ce n'est pas le cas et telles ne paraissent pas avoir été les intentions de la Direction. Ne désespérons donc pas de voir un jour la Comédie-Française monter sa Revue de printemps ou d'été, et comme les recettes en seront bonnes, la continuer par une Revue d'automne et une d'hiver ! Que de-

viendra l'art dramatique dans tout cela ? Peu importe évidemment, puisqu'il y aura des recettes. Ce n'e.t pas que le genre Revue ne puisse comporter tous les éléments et toutes les qualités qui pourraient justifier la parution sur l'affiche d'un théâtre subventionné (et pour quelques représentations seulement, s'entend) d'un spectacle de ce genre. Au Music-Hall des Champs-Elysées, la *Revue de Paris* de Rip a, en ce moment, un grand succès qu'il faut enregistrer parce qu'il est de tous points normal. Il ne s'agit pas de rechercher comment peut faire cet auteur pour trouver du nouveau, et faire d'un bout de l'année à l'autre des revues toujours différentes les unes des autres et auxquelles on vient avec confiance sur quelque scène qu'il les présente ; ceci, c'est son affaire, c'est son métier ; il s'agit seulement de voir pourquoi ses Revues gardent un caractère d'esprit et de haute tenue grâce auquel toutes les portes leur pourraient être ouvertes.

En principe, pour faire une Revue, la recette est la suivante : lire chaque jour tous les journaux et y rechercher les évènements, réflexions, personnages dont l'interprétation humoristique apparaît possible. Monter ensuite une série de tableaux ou de scènes isolées et les rattacher ensemble grâce à des transitions adroites ou non, plus ou moins étudiées dont on charge le compère et la commère. Sur tout cela, une idée simple, capable de rattacher le tout, par exemple un titre alléchant, sans aucun rapport avec rien, et voici une Revue de plus, construite à la manière de celles des cabarets plus ou moins noctambules et plus ou moins spirituels. Certains chansonniers qui ont eu à trois ou quatre reprises dans toute leur existence, quelques trouvailles heureuses et qui ont duré, trouvent là une occasion de produire des couplets en vers mirlitonnesques et de se couler définitivement dans l'esprit de ceux qui, les ayant connus pauvres et pleins d'esprit, les retrouvent Bourgeois et quelconques !

Donc la *Revue de Paris* doit trouver grâce aux yeux des plus avertis : parce qu'elle ruisselle de richesse et de belle présentation ; et aussi, à l'esprit des plus exigeants : parce qu'elle comporte un texte et que ce texte à lui seul pourrait suffire à remplir une soirée intéressante ! L'écueil aurait pu être le public d'été comportant de nombreux étrangers, pour lequel la compréhension serait aussi difficile que celle d'une véritable pièce ; il faut constater qu'il n'en est rien parce que malgré sa pureté, le français de Rip est simple et facilement accessible à tous. Dante présente à Virgile l'enfer de la vie moderne, on y voit la Bourse, les Restaurants de nuit, le Palais Bourbon, les Bistros, le Vélodrome des six jours, le Palais de l'Elysée. Puis, c'est la grande misère du Théâtre en France, le souvenir de la Carcasse et de ses avatars, non sans que les spectateurs soient appelés à prendre part et que de la salle certains d'entre eux, appartenant à diverses professions et se jugeant visés par le texte, n'interviennent. C'est la grande mode, du reste, et Luigi Pirandello en a usé, il y a peu de jours, au Théâtre des Arts dans « Comme ci ou Comme ça » pièce en « deux » ou « trois actes » dont la plus grande partie se passe dans la salle ou au foyer. Faut-il avouer que je préfère la manière de Rip parce qu'elle répond davantage à ce que les spectateurs sont venus chercher et parce qu'ils sont satisfaits en s'en allant, ce qu'il ne serait pas possible de dire de tous ceux qui ont assisté à la fumisterie de Pirandello et ont pensé — j'en suis — qu'il ne s était pas élevé là au niveau de son talent habituel.

MM. Léon Xanrof et Alin Monjardin ont inauguré sur une agréable musique de François de Breteuil, une opérette amusante en trois actes des plus gais : *La Souris Blonde*, aux Folies-Dramatiques. Un Policier, qui a l'air peu intelligent, est en réalité le rat d'hôtel coupable des vols qu'on recherche. Une richissime Américaine divinement blonde et amoureuse d'un prince n'hésitera pas à se déclarer coupable, bien qu'innocente dès qu'elle saura que c'est sur lui que se portent les soupçons. Naturellement tout se découvre et les mariages attendus terminent la fête d'esprit et de talent qu'une interprétation vraiment agréable complète des plus heureusement. Mais tout de même, que d'invraisemblances dans cet excès de naturel et de modernisme ! Je me figure qu'un peu de convenu est nécessaire à une opérette pour qu'elle tienne plus d'une saison, pour que ses airs deviennent des airs connus, et pour qu'elle se classe au répertoire. Il est vrai que si elles s'y classaient toutes, que deviendraient les jeunes auteurs, même ceux de talent ? . . .

Dr G. Paul-Manceau.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

INSTRUCTION SOMMAIRE SUR L'HYGIÈNE DE L'ALIMENTATION DES ENFANTS DU PREMIER AGE.

Texte adressé par l'Académie de Médecine au Conseil supérieur de la Natalité pour la réimpression du « Livret de la Mère » (1).

Allaitement maternel.

1° L'allaitement maternel est le seul mode d'alimentation naturelle. Aucun mode d'alimentation ne peut lui être comparé.

2° Toute mère a le devoir d'allaiter son enfant. L'enfant a droit au lait de sa mère.

3° L'enfant séparé de sa mère court les plus grands risques. Il doit donc, autant que possible, être soigné par elle,

4° La régularité des fonctions digestives et de la croissance de l'enfant doit être l'objet d'une surveillance très attentive.

L'augmentation excessive ou insuffisante de son poids résulte, soit d'un allaitement excessif ou insuffisant, soit d'un lait de mauvaise qualité, soit d'un trouble de la santé.

5° Lorsque la santé de l'enfant est troublée, il doit être soumis à l'examen d'un médecin aussitôt que possible, car il peut être atteint d'une affection grave qui ne se révèle au début que par des symptôme légers.

6° Les tétées seront, pendant le jour, espacées de deux heures ou deux heures et demie pendant les deux premiers mois, puis de trois heures ; pendant la nuit, le repos étant aussi nécessaire à la mère qu'à l'enfant, le sein ne sera donné que deux fois pendant le premier et le deuxième mois, une fois pendant le troisième et le quatrième mois et pas du tout les mois suivants,

7° La durée de l'allaitement doit être prolongée, s'il est possible, jusqu'à quatorze ou quinze mois.

8° On ne devra pas supprimer l'allaitement maternel pendant les grandes chaleurs, pendant une éruption dentaire ou lorsque l'enfant présente quelque indisposition.

9° Toute femme qui ne veut pas faire de mal à son enfant doit s'abstenir de liqueurs alcooliques.

Elle peut prendre en quantité modérée du vin, de la bière ou du cidre.

Allaitement mixte.

10° Dans le cas où la mère a manifestement une quantité insuffisante de lait, soit d'une façon temporaire, soit d'une façon définitive, elle doit compléter la ration alimentaire avec du lait animal : c'est ce qui constitue l'allaitement mixte.

11° Elle se conformera aux conseils donnés pour l'allaitement maternel (paragraphes 6 et suivants) et pour l'allaitement artificiel (paragraphes 14 et suivants).

Allaitement artificiel.

12° L'allaitement artificiel est assuré par le lait animal.

13° Le lait de vache, à cause de son abondance, est de beaucoup le plus généralement employé.

14° On s'entourera de toutes les garanties nécessaires pour avoir du lait pur (sans modification de sa composition), propre (exempt de toute souillure) et sain (provenant d'animaux sains).

15° Le médecin dira si le lait doit être coupé et dans quelles proportions il doit l'être ; le lait doit, en tout cas, être donné sucré et tiède.

16° Le lait contient toujours des microbes dont quelques-uns sont fort dangereux (entérite, tuberculose, fièvre typhoïde, etc.) ; on les détruit par la stérilisation du lait.

Dans la famille cette stérilisation doit être faite aussitôt que possible après la réception du lait, soit par ébullition, soit par le chauffage au bain-marie à 100°.

17° Le lait, ainsi stérilisé à domicile, ne pouvant pas se conserver longtemps, doit être consommé dans les vingt-quatre heures.

18° On trouve dans le commerce des laits stérilisés à haute température qui se conservent indéfiniment, des laits condensés, des laits secs : tous peuvent rendre service dans certaines conditions ; leur emploi exige beaucoup d'attention.

19° Aux enfants élevés à l'allaitement artificiel il est bon, pour éviter le scorbut, de donner chaque jour une ou deux cuillerées à café de jus de fruits frais (citron, orange, raisin).

20° Le biberon est constitué par une bouteille surmontée d'une tétine ; elles doivent, l'une et l'autre, être nettoyées aussitôt après la tétée et stérilisées par l'ébullition.

21° Le coupage du lait, quand il est nécessaire, doit être fait avec de l'eau récemment bouillie.

22° Avant de donner le lait, il convient de le goûter et de s'assurer qu'il n'a ni mauvais goût ni mauvaise odeur.

23° Dans l'allaitement artificiel, la surveillance de

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1926, n° 24.

l'enfant doit être plus rigoureuse encore que dans l'allaitement maternel et que dans l'allaitement mixte.

24° Le sevrage consiste à donner à l'enfant d'autres aliments que le lait.

Dans l'allaitement naturel il est progressif, lorsque cette alimentation se substitue graduellement à l'allaitement ; il est brusque, lorsqu'elle remplace tout d'un coup l'allaitement, Le sevrage progressif doit être préféré au sevrage brusque.

Sevrage.

25° Le sevrage fait courir d'autant plus de risques à l'enfant que celui-ci est plus jeune.

26° Les farines pourront être données à partir du septième mois, à la condition qu'elles le soient sous forme de bouillies au lait et qu'elles ne servent d'abord que d'appoint dans le régime alimentaire.

27° L'alimentation solide prématurée (avant le dix-huitième mois) est extrêmement dangereuse

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS, FONDATION DE L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS DE FRANCE

Aux Syndicats médicaux de France.

A la suite de l'appel adressé par le docteur AMABERT, président du Comité d'Organisation du Sanatorium des Etudaints, à tous les Syndicats médicaux de France, huit d'entre eux ont immédiatement adressé leur obole au Trésorier de l'Œuvre.

Ce sont :

Syndicat de Mulhouse	1.000 fr.
Syndicat de Metz-Ville	500 »
Syndicat de Sélestat Sainte-Marie	500 »
Syndicat de Châtel-Guyon	500 »
Association Syndicale des Médecins de la Banlieue Est et Sud de Paris	500 »
Fédération des Syndicats médicaux de Saône-et-Loire (siège : Charolles)	500 »
Syndicat de Rémilly	100 »
Syndicat de la Charente	100 »

Si l'on note que sept autres Syndicats avaient souscrit antérieurement, le nombre des donateurs, ayant répondu favorablement et immédiatement à l'appel du Comité que nous nous sommes faits un plaisir d'insérer, se monte donc déjà à 15.

Et la liste est loin d'être close, puisque les autres groupements attendent, pour envoyer leur souscription, que leurs assemblées en aient voté le montant. Rappelons que toute obole, même la plus modeste, est reçue avec reconnaissance par le Trésorier, Monsieur Guy, Recteur de l'Académie de Grenoble (C. C. P. Lyon-188.37), que tout envoi de 500 francs donne à son auteur le titre de membre donateur et de 5.000 francs celui de membre bienfaiteur.

Le docteur Crouzat, secrétaire général de l'Œuvre, 1, rue Pierre-Curie, tient à la disposition des confrères une brochure dans laquelle sont expliqués la création et le fonctionnement du futur Sanatorium des Etudiants et Etudiantes.

D'autre part, le Dr Amabert, médecin des hôpitaux de Grenoble, 6, rue Félix-Poulat fera visiter le chantier des travaux entrepris sur le plateau des Petites Roches aux membres du Corps médical qui lui en exprimeront le désir.

Organisation des cadres des réserves

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ET DÉCRET PRÉSIDENTIEL DU 9 JUIN 1926.

Monsieur le Président,

L'article 24 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre modifié par l'article 8 de la loi du 5 janvier 1926, prévoit que :

« A titre exceptionnel et afin de permettre l'utilisation en temps de guerre des services que peuvent rendre à la défense nationale certaines personnalités notoires du pays, comme conseillers techniques, il pourra être conféré à ceux d'entre eux dégagés de toute obligation militaire, qui seraient volontaires et dont il conviendrait de s'assurer le concours, un grade dans la réserve en rapport avec la nature des missions qui peuvent leur être confiées.

« Les grades dont il s'agit ne pourront être conférés qu'en temps de guerre ou à l'occasion d'une opération militaire et pour la durée de la guerre ou de l'opération.

« Toutefois, après la fin de la guerre ou de l'opération, pourront être admis à l'honorariat, dans les conditions générales fixées à l'article 23, les officiers visés par le présent article qui auront rendu des services éminents.

« Un décret rendu en conseil d'Etat fixera les conditions de nomination, de radiation, d'admission à l'honorariat des officiers dont il s'agit ».

Afin d'éviter tout abus dans l'application de cette mesure, le projet de décret ci-joint prévoit que les

personnalités appelées à bénéficier des dispositions de l'article 24 :

1° Sont nommées par décret pris en conseil des ministres ;

2° Ne peuvent recevoir un grade supérieur à celui qui leur a été conféré, si la nature de leur mission vient à l'exiger, que par un nouveau décret pris en conseil des ministres.

La procédure ainsi prévue donne toutes les garanties voulues d'opportunité et de bien-fondé.

J'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien, si vous approuvez le principe de ces dispositions, revêtir de votre signature le présent projet de décret auquel le conseil d'Etat, dans sa séance du 6 mai 1926, a donné son assentiment.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon plus respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,

Paul PAINLEVÉ.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Vu la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre ;

Vu la loi du 5 janvier 1926 portant addition à la loi *sur l'organisation* des cadres des réserves ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les « personnalités » visées à l'article 8 de la loi du 5 janvier 1926, sont désignées, dès le temps de paix s'il est besoin, par décret individuel pris en conseil des ministres, sur la proposition du ministre de la guerre.

Le décret spécifie la nature de la mission et le grade y afférent.

Art. 2. — Au cours de leur mission, aucun avancement ne leur est accordé.

Si la nature de la mission vient à l'exiger, un nouveau grade peut exceptionnellement leur être conféré dans la forme prévue à l'article 1er.

Art. 3. — Il n'existe pour les officiers ainsi nommés qu'une seule position « dans les cadres ».

Art. 4. — Le grade se perd, soit lorsque prend fin la mission qui l'a motivé, soit par l'effet de la publication du décret de démobilisation. Il peut être antérieurement retiré par un décret de même nature, pris dans les mêmes formes que celui qui l'a conféré.

Art. 5. — Les officiers visés par les articles précédents peuvent être admis, sur leur demande, à l'honorariat du grade qui leur avait été attribué pour la durée de leur mission.

Art. 6. — Les obligations et les droits de ces officiers, pendant l'exercice de leur mission, sont les mêmes que ceux des officiers de réserve tels qu'ils sont définis par la loi du 8 janvier 1925, sous réserve des dispositions prévues au présent décret.

Art. 7. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Enquête sociale

Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire Départemental d'Hygiène sociale de Béziers (Hérault).

Avant-propos.

Le dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers a été ouvert le 22 mars 1921.

Créé par l'Office départemental d'hygiène sociale de l'Hérault, dont le siège social est à Montpellier, 8, rue de la Coquille, il est situé 54, rue Boieldieu, au centre de la ville. Un beau local, composé de cinq pièces, toutes bien aérées et parfaitement éclairées, a été mis gracieusement à sa disposition par le Bureau de Bienfaisance de Béziers. Une installation radioscopique et un petit laboratoire permettent de faire l'examen pulmonaire complet de chaque consultant.

Le service est assuré par un médecin spécialisé, nommé au concours sur titres et sur épreuves, et deux ou trois visiteuses d'hygiène sociale diplômées (diplôme d'Etat) après deux ans d'études dans une école d'infirmières visiteuses.

Les consultations, gratuites et ouvertes à tous adultes et enfants, indigents ou non, ont lieu les, mardi, jeudi, vendredi à 14 heures et le samedi à 9 heures.

Le rôle du dispensaire est, à l'heure actuelle, suffisamment connu ; il consiste essentiellement, au point de vue médical, à découvrir, parmi les consultants, les sujets réellement tuberculeux, les pulmonaires en particulier, à faire leur éducation hygiénique et les orienter vers les stations et établissements de cure : hôpitaux, hôpitaux-sanatoriums, sanatoriums, suivant les indications ; au point de vue social, il vise surtout, par l'intermédiaire des visiteuses, à introduire, au domicile des contagieux, la pratique de l'hygiène antituberculeuse et même de l'hygiène tout court, et ainsi assurer la prophylaxie familiale, la plus importante, la plus nécessaire, parce que c'est là, au foyer contaminé, que s'infectent tous les membres

d'une même famille, les enfants principalement, si toute règle hygiénique y est ignorée, méconnue ou négligée.

Le fonctionnement de cet organisme est également connu. Chaque consultant est l'objet d'un triple examen : clinique, radioscopique (au point de vue des poumons seulement) et bactérioscopique (recherche du bacille de Koch dans les crachats). Tout sujet reconnu tuberculeux, « positif » ou « négatif », c'est-à-dire contagieux ou non, est maintenu « en surveillance » suivi et éduqué (conseils hygiéno-diététiques), mais non soigné, médicalement parlant, tout acte thérapeutique appartenant et étant laissé au médecin traitant à qui sont communiqués, sur sa demande, tous renseignements pouvant l'intéresser. Tout sujet non tuberculeux, ou atteint d'une maladie autre que la tuberculose, est « sorti » et le dispensaire n'a plus à le connaître.

Les résultats obtenus au dispensaire d'hygiène sociale de Béziers, du 22 mars 1921 au 1er janvier 1925, c'est-à-dire pendant les quatre premières années d'exercice, ont été les suivants :

Présences aux consultations	5.916
Consultants inscrits (adultes et enfants)	3.175
Tuberculeux diagnostiqués (positifs et négatifs)	698
Tuberculeux positifs (crachats bacillifères)	407
Analyses de crachats	1.683
Crachats trouvés positifs (pour la 1re ou 2e fois)	549
Crachats trouvés positifs (pour la 1re fois)	407
Radioscopies pulmonaires	3.433
Familles surveillées	600
Placements d'enfants	249
Placements d'adultes	167

Ces résultats ont été exposés tout au long dans un travail antérieur (1). Nous n'y reviendrons pas.

***

Nous nous proposons aujourd'hui de faire connaître ce que nous a révélé l'enquête sociale que nous venons de terminer.

Nous donnerons d'abord un aperçu de la région sur laquelle rayonne le dispensaire : limites, étendue, climat, population, etc.

Nous passerons ensuite à l'étude de sa « tuberculisation » ; nous dirons ce que nous en connaissons et ce qui nous reste à connaître, tant à la campagne que dans la ville elle-même de Béziers.

Nous terminerons par celle du logement et nous verrons dans quelle mesure il intervient dans la répartition de la tuberculose.

Nous serons brefs de commentaires et en ferons seulement où nous les croirons utiles à la compréhension de certains chapitres, et où ils nous paraîtront susceptibles de suggérer et faire naître quelque initiative intéressante ; jamais dans un but tendancieux.

Chapitre I.

Rayon d'action du dispensaire.

Le dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers rayonne sur la presque totalité de l'arrondissement dont cette ville est le chef-lieu. Seules, quelques communes des cantons de Montagnac et de Pézenas, rattachés au dispensaire de Clermont-l'Hérault, et les cantons de Roujan, Saint-Gervais et Bédarieux, formant le secteur du dispensaire de Bédarieux, lui échappent. Par contre, le canton de Saint-Chinian, de l'arrondissement de Saint-Pons, est compris dans son rayon d'action, ainsi que la commune de Magalas, du canton de Roujan.

Cette délimitation n'est pas arbitraire ; elle est commandée, imposée même, par les facilités et les moyens de communications. Celles-ci sont assurées par deux réseaux ferrés (réseau du Midi et réseau départemental), et plusieurs services d'autobus desservant régulièrement toutes les directions.

Voici, par ordre alphabétique, avec leur distance kilométrique de Béziers et leur population, la liste des cantons compris dans le secteur du dispensaire :

Béziers	(2 cantons : Nord et Sud),	16 communes	74.000 habitants
Agde	21 kilomètres	9 »	19.000 »
Capestang	15 »	9 »	16.000 »
Florensac	24 »	4 »	7.000 »
Montagnac	30 »	12 »	10.000 »
Murviel	12 »	11 »	10.500 »
Pézenas	23 »	5 »	12.500 »
Servian	15 »	8 »	10.500 »
Saint-Chinian	30 »	12 »	10.500 »

Soit, en tout : 10 cantons, 81 communes, et une population, en chiffres ronds, de 170.000 âmes environ, dont 56.000 pour Béziers (2).

(1) « Le dispensaire antituberculeux de Béziers. Fonctionnement. Résultats. » Voir aussi, sur ce même sujet, la thèse du D Henri Klinghoffer. Montpellier, juillet 1925.

(2) Dans ce travail, rédigé quelques semaines avant le recensement de 1926, nous avons du adopter les chiffres d'un recensement antérieur. Ces chiffres sont

Depuis un an, les cantons de Pézenas et de Montagnac, dont la population globale est de 22.500 habitants, sont distraits du groupe biterrois pour former le secteur du dispensaire départemental de Pézenas ouvert, dans une annexe de l'hospice de cette ville, fin novembre 1924.

De même, un autre dispensaire départemental fonctionne depuis peu (novembre 1925) à Agde. Il rayonne sur ce dernier canton et celui de Florensac, réduisant ainsi le secteur du dispensaire de Béziers à six cantons, 56 communes et 125.000 âmes, environ.

Mais, tout ce qui va suivre concerne le secteur primitif, non encore scindé, de Béziers.

Mieux que toute description, un simple coup d'œil jeté sur un e carte de la région, dont on trouvera ici le relevé, permettra de se faire une idée exacte de son étendue, très développée à l'Est et à l'Ouest, beaucoup moins au Nord et au Sud.

Sur cette même carte, en regard de chaque chef-lieu de canton, sont mentionnés, dans un petit rectangle, la distance kilométrique de ce chef-lieu à Béziers, la population totale du canton, le nombre de tuberculeux contagieux « connus » du dispensaire habitant le canton, et le pourcentage de ceux-ci par rapport au nombre total de tuberculeux, contagieux ou non, « présumés » existants et habitant actuellement le canton. Nous reviendrons plus loin sur ces derniers pour expliquer comment leur évaluation approximative a été obtenue.

Celle de Béziers exceptée, toute cette population est exclusivement agricole, ou plus exactement viticole. Elle vit à la campagne, dans le vignoble, ou rassemblée en agglomérations plus ou moins importantes ; à peu près partout règne l'aisance, et la misère est presque inconnue.

A Béziers, la population comprend une proportion importante d'ouvriers d'usines, de commerçants, d'employés de bureaux, de magasins et d'administrations diverses (chemins de fer, postes, services publics départementaux et communaux).

De même, si les habitations rurales sont, en grande majorité, aérées, spacieuses et confortables, on ne saurait en dire autant de celles de certains vieux quartiers de Béziers où de nombreuses familles vivent misérablement dans de véritables taudis. L'étroitesse des rues, la hauteur des maisons, la vétusté des bâtiments, le surpeuplement, la rareté des logements et la cherté des loyers expliquent en partie l'existence de cette plaie sociale dont souffrent plus ou moins la plupart des grandes villes. Cependant toutes ces causes réunies, jointes au manque d'éducation hygiénique, n'excusent pas et ne justifient pas la paresse, l'incurie, l'indifférence en matière de propreté, que l'on constate trop souvent chez beaucoup d'« usagers » des dits immeubles.

---

en ce qui concerne la ville de Béziers, un peu au-dessous de la réalité d'après des renseignements puisés à bonne source qui viennent de nous être communiqués.

Nous verrons, au cours de ce travail, la relation qu'il est possible d'établir entre la salubrité du logement et la tuberculose.

Au point de vue climat, la région biterroise partage le sort de celui dit « méditerranéen ».

Elle en a les avantages et les inconvénients : la température y est douce en hiver ; le thermomètre descend rarement au-dessous de zéro et la neige y est exceptionnelle.

Par contre, les étés y sont très chauds, la pluie rare, même en hiver, le vent fréquent et violent en toute saison.

Chapitre II.

Contagieux « connus » à la campagne. Leur répartition.

Du 22 mars 1921 au 1er janvier 1925, le dispensaire de Béziers a enregistré 407 « positifs », c'est-à-dire 407 sujets dans les crachats desquels il a constaté la présence du bacille de Koch. Avec 45 nouveaux cas diagnostiqués du 1er janvier au 1er mai 1925, le total des tuberculeux contagieux « connus » de lui à cette dernière date, à laquelle s'arrête notre statistique, atteint le nombre de 452.

Ce sont ces 452 « contagieux » qui vont maintenant faire l'objet de ce travail.

Nous dirons d'abord comment ils sont répartis dans le secteur du dispensaire ; puis, ce que nous savons de leur logement.

De parti pris, nous avons éliminé de cette étude tous les sujets étiquetés « tuberculeux négatifs ». Des doutes, justifiés d'ailleurs, auraient pu être émis sur l'exactitude du diagnostic et aussi sur la « contamination », et surtout sur la « contagiosité », de leurs foyers. C'est ce que nous avons voulu éviter. On objectera peut-être que la « contagiosité » de certains « négatifs » est « intermittente », rare et de courte durée. C'est possible ; encore faudrait-il le prouver. D'ailleurs serait-ce exact, nous répondrons que les crachats des plus « suspects » ont été analysés plusieurs fois et homogénéisés, que toujours ils ont été trouvés « négatifs », et que, si « contagiosité » il y a, malgré tout, celle-ci doit être bien intermittente, et de bien courte durée, sinon peu intense aussi, et par conséquent peu dangereuse pour l'entourage. En limitant ainsi notre statistique aux seuls cas incontestablement « positifs », nous croyons agir sagement et même prudemment. La crainte d'omissions possibles ne nous paraît pas suffisamment fondée. Par ailleurs, il nous paraît vain de la surcharger de sujets qui ne sont pas contagieux actuellement et ne le seront probablement jamais.

***

Parmi ces 452 « positifs », 324 habitent la ville de Béziers et 128 la campagne.

A considérer ces chiffres bruts, on serait tenté de conclure que la ville a été atteinte beaucoup plus que la campagne. Ce n'est qu'une apparence.

Il faut savoir en effet que, pour des raisons faciles à comprendre (déplacement plus grand, frais de transport et de séjour), les consultants ruraux ont été beaucoup moins nombreux que les consultants habitant Béziers. La proportion des premiers par rapport aux seconds est de 1 à 3, c'est-à-dire que pour un consultant de la campagne on en compte trois de la ville. C'est en tenant compte de ce rapport que le pourcentage respectif des « positifs » doit être établi pour être valable. On trouve alors : pour la ville, 18 % et 21 % pour la campagne, un peu plus ici que là. Dans la région biterroise, comme d'ailleurs dans plusieurs autres, où semblable constatation a été faite, la tuberculose sévit autant à la campagne qu'à la ville, sinon davantage.

***

Comment se répartissent les 128 « contagieux » ruraux ?

Nous avons relevé leurs noms, commune par commune, et nous pourrions faire figurer ici le tableau complet et exact de leur répartition. Mais cette énumération, outre qu'elle serait fastidieuse, nous paraît inopportune. Aussi nous contenterons-nous de les « totaliser » et grouper par cantons. Cet aperçu « cantonal » donnera, croyons-nous, une idée suffisamment exacte de la distribution à la campagne des contagieux « connus » du dispensaire à la date du 1er mai 1925.

Empressons-nous de dire au préalable que, de cet aperçu, on ne saurait tirer aucune conclusion sur la contamination « réelle » de telle ou telle région ; autrement dit, il n'y a aucun rapport entre la « contagiosité connue », donnée par les chiffres ci-après, et la « contagiosité présumée réelle », que nous évaluerons dans un instant.

Cette réserve faite, et elle était nécessaire pour prévenir toute déduction hâtive, voici, canton par canton, le nombre des contagieux « connus » :

Cantons de Béziers (2 cantons : Nord et Sud) (Ville non comprise)	53	« positifs »
Canton d'Agde	20	»
» Capestang	18	»
» Florensac	4	»
» Montagnac	3	»
» Murviel	2	»
» Pézenas	5	»
» Servian	5	»
» Saint-Chinian	18	»

C'est, naturellement, dans les deux cantons de Béziers qu'on trouve les chiffres les plus élevés. Leur proximité du dispensaire l'explique suffisamment.

Viennent ensuite les cantons d'Agde, de Capestang et de Saint-Chinian avec un nombre à peu près égal de contagieux « conus » : 20, 18 et 18. La population respective de ces trois cantons est de : 19.000, 16.000 et 10.500 habitants. Leur distance de Béziers est de 21 kilomètres, 15 et 30. Les moyens de communication avec la ville sont nombreux, variés, et les transports publics assurés à la fois par le chemin de fer et des services réguliers d'autobus.

En mettant en parallèle, d'un côté, le nombre de « positifs » connus dans chacun de ces trois cantons, et de l'autre, le chiffre de leur population espective et celui de la distance de leur chef-lieu au Dispensaire, on ne peut s'empêcher de remarquer la disproportion assez grande qui existe entre les premiers et les seconds. Le canton de Saint-Chinian, le plus distant et le moins peuplé, a donné 18 « positifs », c'est-à-dire autant que celui de Capestang, qui compte un tiers d'habitants de plus, lesquels, par surcroît, ont une distance moitié moindre à franchir pour se rendre à la consultation, et presque autant que celui d'Agde, dont le nombre d'habitants est double, et ceux-ci plus rapprochés d'une dizaine de kilomètres. En outre, autre remarque digne d'intérêt, le canton de Saint-Chinian est situé dans la partie la plus accidentée du secteur de Béziers, la seule un peu montagneuse, celle aussi où la population est la moins dense, la plus clairsemée. Toutes ces considérations n'expliquent pas, loin de là, pourquoi il occupe ici une place priviligiée, s'il est permis de s'exprimer ainsi, une des premières sinon la première. La raison doit en être cherchée ailleurs.

Nous avons cru la trouver, non pas dans la « quantité » des consultants, — elle n'est pas supérieure ici à celle de tel autre canton — mais dans leur « qualité ». La plupart d'entre eux, en effet, sont venus au Dispensaire non pas spontanément, par curiosité, oui-dire, ou sur les conseils d'amis ou voisins, mais ont été envoyés directement par leur médecin traitant. C'est ainsi que sur les 18 « positifs » connus dans ce canton, 14, c'est-à-dire les trois quarts, se sont présentés avec un mot de celui-ci. C'est à cette sélection préalable opérée par le corps médical, seul qualifié à la faire d'ailleurs, qu'est dû le « rendement » élevé constaté ici, bien fait pour surprendre au premier abord. Il est l'indice de la collaboration plus active des médecins de la région, mais ne signifie rien de plus.

Il ne faut donc pas, nous y revenons, bien qu'ayant déjà mis le lecteur en garde sur ce point, prendre ces chiffres comme base pour évaluer la « tuberculisation » réelle d'un canton. Cette évaluation, toute « approximative » empressons-nous de le dire, découle d'autres données. Nous verrons bientôt lesquelles.

Dans les cantons de Florensac, Montagnac, Murviel, Pézenas et Servian, le Dispensaire connaît un nombre infime de « positifs » : 3, 4, 2,5 et 5. Le premier est rattaché depuis peu au Dispensaire d'Agde récemment ouvert ; Montagnac et Pézenas à celui de cette dernière ville ouvert il y a un an. La création de ces deux organismes était prévue depuis déjà

longtemps. C'est peut-être le motif pour lequel la population de ces trois cantons s'est abstenue de venir jusqu'à Béziers.

Quant à Murviel et à Servian, il est possible que le rôle et le fonctionnement du Dispensaire y soient méconnus ou insuffisamment connus et que la population et le corps médical restent méfiants et n'entrevoient pas les avantages multiples qu'ils pourraient retirer de l'utilisation de ses services.

D'où, pour le Dispensaire, l'obligation d'orienter son activité de ce côté pour s'y faire connaître, et surtout y faire naître ou y accroître la confiance, condition indispensable du succès.

***

Mais cette activité, si elle est plus urgente ici, ne doit cependant pas faiblir ailleurs. L'action est partout nécessaire.

Comparons en effet aux chiffres ci-dessus, morbidité contagieuse « connue », ceux de la morbidité tuberculeuse « réelle » correspondante.

On sait que l'évaluation «approximative » de celle-ci, dans une région donnée, est subordonnée à la connaissance de la mortalité tuberculeuse dans cette région.

Nous ne connaissons par la mortalité tuberculeuse rurale de la région biterroise, mais nous connaissons celle de Béziers. Elle est de 1.8 pour mille habitants. Or, de l'examen des fiches médicales et des documents divers possédés par le Dispensaire, il résulte que le même pourcentage peut être attribué à la campagne environnante. Pour avoir la mortalité tuberculeuse canton par canton, il suffit donc de le multiplier par le nombre de mille habitants de chacun d'eux.

La mortalité connue, on en déduit la morbidité « approximative réelle » en multipliant la première par un coefficient donné. Ce coefficient varie avec les phtisiologues. En France, M. le professeur Robin avait adopté le chiffre 5 ; M le professeur Léon Bernard propose le chiffre 6. Les Américains, à la suite de nombreuses et méticuleuses observations, études et enquêtes, dont une, celle de Framingham (dans le Massachusetts), a duré 6 ans, estiment qu'il y a 10 cas de tuberculose pour un décès dû à cette maladie. Cette évaluation constitue ce qu'on appelle couramment la « règle de Framingham ».

Tenons-nous en au coefficient 6, proposé par M. le professeur Léon Bernard. Nous obtenons les résultats suivants :

	« Positifs » connus	Tuberculeux inconnus	Pourcentage des « connus «
Béziers (2 cantons ; ville non comprise) ...	53	141	27 %
Agde ...	20	185	10 %
Capestang ...	18	154	10 %
Florensac ...	4	72	5 %
Montagnac ...	3	105	3 %
Murviel ...	2	111	2 %
Pézenas ...	5	130	4 %
Servian ...	5	108	4.5 %
Saint-Chinian ...	18	95	16 %

Soit en tout, pour les dix cantons ruraux, 1.101 tuberculeux « inconnus » sur 1.229 « présumés existants », ce qui fait une proportion d' « inconnus » de 90 % environ.

Cette évaluation n'est que très « approximative », répétons-le. Mais à défaut de base plus solide, que pourrait seule donner la déclaration obligatoire de la tuberculose, mesure très discutée, proposée et défendue par certains, âprement combattue par d'autres, non encore votée par le Parlement français, on peut la considérer néanmoins comme se rapprochant suffisamment de la réalité. A ce titre, elle permet d'apprécier l'étendue de la tâche à accomplir par le Dispensaire. On voit que, si son activité doit s'exercer un peu inégalement ici et là, elle est partout nécessaire, parce que partout le pourcentage des contagieux « connus » est faible, donc élevé celui des tuberculeux « inconnus ». Or, ce qui importe, c'est, non pas de supprimer complètement l'écart qui existe entre eux, idéal irréalisable, mais de le réduire de plus en plus.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le docteur MARCHAL, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — Le docteur BOURGERETTE, de Vouzon. — Le docteur GERMA, de Toulouse. — Le docteur Emile GAGNEUR, de Paris.

— **Les prochaines croisières du « Bruxelles Médical ».** — *Les Canaries au départ d'Anvers, avec retour par l'Espagne ou le Maroc.* — *Aller* : Anvers, Le Havre, La Pallice, Bilbao, Vigo, Porto, Las Palmas ; *retour* : au choix : *a*) Las Palmas, Almeira (Espagne), Marseille. — *b*) Las Palmas, Casablanca, Tanger, Marseille. Le départ d'Anvers est fixé au 31 août et le retour à Marseille au 20 septembre. Le prix médical de ces tickets maritimes est de 26 livres st.

Le séjour aux Canaries sera de 6 jours en utilisant la voie *a* pour le retour, ou de trois jours en utilisant la voie *b*. Le retour *a*, et l'escale d'Alméria (port de Grenade), permettent de rentrer par l'Espagne. Le retour *b* peut être interrompu à Casablanca pendant cinq ou dix jours, ce qui rend possible la visite d'une partie du Maroc : Marrakech, Fez, Rabat, Tanger.

2° *Croisières des Ports de France.* — Trois croisières d'environ quinze jours auront lieu dans le courant d'août et de septembre à bord des paquebots suivants : *Céphe, Ville d'Amiens* et *Cap Saint-Jacques*, au départ d'Anvers, Dunkerque ou Le Havre, pour Bordeaux, Lisbonne et Marseille (Tanger facultatif). Prix : 1.800 francs.

3° *Croisières en Orient pour étudiants* (25 places seulement). — Deux croisières spéciales pour étudiants de toutes facultés sont organisées par la Compagnie Fabre au prix de 1.800 francs (voyage *a*) et 2.100 fr. (voyage *b*).

Itinéraire : Marseille, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Jérusalem), Beyrouth (Baalbeck-Liban), Smyrne, Constantinople, Athènes, Messine (Palerme), Naples, Marseille.

Le voyage *a* quitte Marseille le 30 juillet et dure 26 jours.

Le voyage *b* quitte Marseille le 26 août et dure 32 jours en raison d'un arrêt de 5 jours en Sicile.

Les prix ci-dessus comprennent le ticket maritime, le logement en cabine de seconde, et la table, vin compris. Ces voyages se font à bord des beaux bateaux de passagers *Braga* (*A*) et *Sinaïa* (*B*). Un prix forfaitaire comprenant chemins de fer, hôtels, restaurants, pourboires, etc., a été établi pour la visite de toutes les escales et environs : 62 dollars pour la croisière *A* et 75 dollars pour la croisière *B*. La Compagnie informe que ces deux voyages sont accompagnés d'un guide et d'un directeur de voyage, et que les sommes d'argent que les familles voudraient mettre à la disposition des jeunes gens peuvent lui être confiées. Brochure explicative illustrée et très détaillée sur demande à l'adresse ci-dessous.

Renseignements généraux : tous les renseignements concernant les trois projets ci-desssus doivent être demandés, *en se réclamant de* « Bruxelles médical », *directement* au Service des Croisières médicales internationales (Office Belge C. . Navigation), 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

— **Le V. E. M. de l'Université d'Alger aux stations hydrominérales et climatiques de France** (du 6 au 13 septembre 1926). — Le Voyage d'études médicales de l'Université d'Alger, placé sous la direction scientifique de M. le professeur CHASSEVANT, professeur d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, se fera dans la région du Bourbonnais et comprendra la visite des stations thermales suivantes : *Vichy, Saint-Alban, Evaux, Néris Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré-lès-Bains, Pougues-les-Eaux.* La concentration aura lieu à Vichy, le lundi 6 septembre 1926 et la dislocation aura lieu après la visite de Pougues, le 13 septembre 1926.

Le prix du voyage, tout compris, est de 450 francs, de *Vichy à Pougues* (chemins de fer, autos, nourriture, logement et pourboires). Les Compagnies de chemins de fer accordent des billets à demi-tarif, pour se rendre du lieu de départ à Vichy et pour retour de Pougues au lieu de départ. La Compagnie générale transatlantique accorde une remise de 15 % sur le prix du trajet Alger-Marseille pour départ et retour en septembre.

Les stations thermales et climatiques organisent des fêtes et réceptions en l'honneur des visiteurs algériens (banquets, excursions et spectacles).

Ce voyage est réservé aux étudiants en médecine de 4e et de 5e années, aux étudiants en pharmacie de 4e année et, dans la limite des places disponibles, aux médecins d'Algérie, de Tunisie et du Maroc qui en feront la demande. Pour tous renseignements détaillés et inscriptions, s'adresser à M. le professeur CHASSEVANT, laboratoire d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de médecine d'Alger, 1, rue Lys-du-Pac.

Le nombre des places étant limité, les inscriptions seront satisfaites dans l'ordre de réception. Adresser, avec la souscription, la somme de 450 francs, soit en un mandat-poste, soit en un chèque postal : à M. Chassevant, c/c 901, Alger.

Une subvention de l'Office National du Tourisme et de l'Institut d'Hydrologie de Paris, permet d'accorder des bourses partielles de voyage de 200 francs, aux étudiants qui en feront la demande, avec pièces justificatives. Ces bourses seront accordées, après examen des dossiers, par le Doyen de la Faculté et M. le professeur Chassevant, dans leur ordre de réception.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

charges, et une prorogation jusqu'au 1er avril 1931. Or, mon propriétaire me répond par un congé par huissier (au 1er octobre prochain) et une mise en demeure de lui payer le trimestre courant sur le taux de 4.000 par an, soit 1000 fr., cette mise en demeure accompagnée d'une menace de saisie. Mon propriétaire prétend que je n'ai pas droit à la prorogation, parce que je n'occupais pas l'appartement en 1914, et que je n'avais pas de loyer écrit ou verbal.

En outre, il m'a été dit que le président du tribunal de N. aurait rendu des jugements disant que les loyers prorogés au titre de la loi du 1er avril 1926 ne doivent pas être inférieurs à ce qu'ils étaient dans la période précédente. Je veux dire que, dans mon cas, par exemple, ce président me condamnerait à payer jusqu'en 1931 mon loyer au prix de 4000 fr.

Je vous serais donc reconnaissant de me dire quels sont mes droits : 1° au point de vue prorogation : si je puis rester dans mon appartement jusqu'en 1931; 2° au point de vue prix : si j'ai le droit de bénéficier du 125 % + 15 % ; 3° si la jurisprudence de N. est conforme à la loi ?

Dr C.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 vous donne une prorogation jusqu'au 1er avril 1931, sans que vous ayez aucune démarche à faire pour cela, sans même avoir à la demander. Le congé que vous a donné votre propriétaire est donc inopérant et sans aucune valeur.

Bien plus, l'article 14 de la loi vous donne le droit de demander la réduction de votre loyer au taux-limite, c'est-à-dire 125 % du loyer de 1914, plus les impôts et prestations pour lesquels il peut être établi un forfait qui ne doit pas dépasser 15 % du loyer majoré. Depuis le 1er avril, votre loyer devrait donc être ramené à 2.700 francs, plus, en cas de forfait de 15 %, 405 francs pour les impôts et prestations, au total : 3.105 francs.

Et, tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour son usage personnel ou celui d'un membre de sa famille, l'exercice du droit de reprise étant limité aux locaux qui servent seulement à l'habitation.

Nous vous conseillons de répondre au congé de votre propriétaire par une lettre recommandée dans laquelle vous déclarerez que vous considérez le congé comme nul et non avenu et que vous le mettez en demeure de consentir la réduction de votre loyer au taux-limite, dans le délai de huitaine, faute de quoi vous porterez l'affaire devant le Tribunal.

Si vous n'obtenez pas satisfaction à l'amiable, il ne faudra pas hésiter à saisir le Tribunal, qui ne pourra se dispenser de prononcer la réduction, si la valeur locative de votre maison en 1914 était bien de 1.200 francs. Il nous semble que cette évaluation ne peut être contestée, puisque

la maison vous a été louée au même prix, en 1919, c'est-à-dire à une époque où le taux des loyers avait déjà tendance à augmenter.

Il est indispensable que le Tribunal soit saisi avant le 1er octobre, sans quoi vous seriez forclos du droit de demander la réduction.

2229. — Loi du 1er avril 1926 sur les loyers. « Dernier recensement ».

J'habite une commune où le recensement de 1926 accuse une plus value de 10 % sur 1921. Le juge ne peut cependant, dit-il, m'accorder la prorogation de la loi du 1er avril 1926, parce que le ministre prétend que c'est le recensement de 1921 qui doit être considéré comme le dernier recensement et que celui-ci est déficitaire sur celui de 1911.

Me voici à la porte d'un immeuble que j'ai habité 20 ans. Après 20 ans d'exercice de la médecine dans la région et sans possibilité de trouver un local dans un rayon de 4 ou 5 *kilomètres. C'est en somme* ma situation brisée et l'obligation d'aller recommencer ailleurs.

Un conseil dans cette pénible situation me serait particulièrement utile et je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me le donner.

Dr E.

Réponse.

Du texte adopté par la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, il résulte que ce sont les résultats du dernier recensement, au sens légal du mot, qui doivent servir de base au calcul nécessaire pour savoir si la loi est applicable ou non dans les communes d'une population inférieure à 4.000 habitants. Or, les recensements ne deviennent officiels et définitifs que par décret et ce décret n'a pas encore été rendu pour consacrer les résultats du recensement de 1926. Il en découle que le « dernier recensement » est celui de 1921 et que celui de 1926 ne peut encore entrer en ligne de compte. Mais, lorsque le recensement de 1926 aura été rendu officiel par décret, c'est lui qui deviendra le « dernier recensement » et c'est lui qui devra alors servir de base. De la sorte, la loi cessera d'être applicable dans des communes où elle l'est actuellement et inversement. Cette solution ressort très nettement de la discussion de la loi au Sénat.

Dans votre cas particulier, nous ne pouvons que vous conseiller d'employer tous les artifices de procédure possibles pour retarder votre expulsion. Si le décret rendant officiel le recensement de 1926 est rendu avant votre expulsion, vous aurez droit automatiquement à la prorogation et votre situation sera consolidée jusqu'au 1er avril 1931.

2225. — Vente d'immeuble. Nécessité d'un acte notarié.

Je voudrais acheter une maison dont les propriétaires mère, veuve, fille mariée, sont en ce moment au T...... En admettant que les propriétaires donnent leur acquiescement, je désirerais savoir les pièces nécessaires pour passer un engagement qui lie les deux parties, sans qu'il soit possible de revenir là-dessus. L'acte ne devrait pas être notarié, le notaire habitant la maison que je me propose d'acheter à son insu.

Cet acte peut-il être rédigé par un avocat, un avoué, une personne quelconque ?

Dr L.

Réponse.

Entre les parties contractantes, toute vente, même d'immeuble, est conclue dès que les parties sont d'accord sur la chose et le prix. Les actes qui peuvent être rédigés par la suite ne servent qu'à constater la vente ; un simple échange de lettres dans lesquelles les conditions seraient nettement spécifiées suffirait donc à lier vos vendeurs.

Mais, pour que la vente d'un immeuble soit opposable aux tiers, il est de nécessité que l'acte de vente soit transcrit sur le registre des hypothèques et cette formalité ne peut être accomplie que par un notaire.

Par conséquent, vous pouvez vous mettre d'accord directement avec vos vendeurs sans passer par aucun intermédiaire, mais, vous ne pourrez vous dispenser de vous adresser au notaire pour rédiger l'acte et accomplir les formalités.

2237. — La loi sur les accidents du travail n'est pas applicable à un ouvrier travaillant pour le compte d'un particulier.

Prière de vouloir bien me donner le renseignement suivant :

Je fais travailler un maçon pour le nettoyage d'un puits. Cet homme est patron. S'il lui arrive un accident, suis-je responsable suivant la loi ?

Dr A.

Réponse.

Pour qu'il y ait responsabilité de l'employeur dans les termes de la loi du 9 avril 1898, il faut qu'il y ait entre lui et l'ouvrier un contrat de louage de services et que l'employeur conserve la direction et la surveillance du travail.

Quand un particulier s'entend avec un ouvrier ou un petit patron pour faire effectuer un travail déterminé, moyennant un salaire forfaitaire ou à l'heure, ces caractéristiques manquent, l'ouvrier ayant seul la direction de son travail. Il n'y a donc plus louage de services, mais contrat d'entreprise, et le particulier ne saurait être con-

sidéré comme responsable des accidents dont l'ouvrier pourrait être victime au cours de son travail.

Dans votre cas particulier, il est hors de doute que vous ne seriez pas responsable d'un accident.

2239. — Accident du travail. Appareil de prothèse.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner votre avis, au sujet de l'accident suivant : un ouvrier, au cours de la manipulation d'une pièce de fer, reçoit cette pièce de fer dans la bouche, ce qui lui casse deux dents. Est-il en droit de demander à la Cie d'assurances — qui s'y refuse — le remplacement de ces dents par des dents artificielles, ou tout au moins la réparation de ces dents ?

Dr L.

Réponse.

En raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, ceux qui sont appelés à en bénéficier ne peuvent prétendre à d'autres indemnités que celles qui y sont formellement prévues. Or, ces indemnités consistent dans l'allocation d'une rente, en cas d'incapacité permanente, et dans le payement du demi-salaire et des frais médicaux et pharmaceutiques pendant la durée de l'incapacité temporaire. Par frais médicaux et pharmaceutiques on doit entendre les frais nécessités par la lésion provenant de l'accident et tendant à la guérison ou à l'amélioration de l'état du blessé. Lorsque la blessure est guérie, ou n'est plus susceptible d'amélioration, lorsqu'elle est « consolidée », tous les frais médicaux et pharmaceutiques ultérieurs restent à la charge du blessé.

En vertu de ces principes, la jurisprudence a décidé que les appareils de prothèse nécessités par un accident du travail ne pouvaient être remis à la charge du patron, puisqu'ils n'ont pas un but thérapeutique. Il en a été ainsi décidé particulièrement pour les appareils de prothèse dentaire.

C'est donc à bon droit que l'assurance refuse de prendre à sa charge les frais d'un appareil, mais, par contre, elle doit supporter les soins dentaires jusqu'à guérison ou consolidation.

2246. — Accident du travail. Blessé hospitalisé. « Tout compris ».

Il existe à A. un petit hôpital. Le médecin de l'hôpital ne reçoit aucun traitement, mais il est dit dans le règlement : « Les médecins de l'hôpital *pourront* demander des honoraires aux malades soignés par eux en 1re et 2e classes et aux compagnies d'assurances pour soins donnés aux accidentés de travail. »

Or, ayant envoyé ma note d'honoraires aux com-

pagnies, celles-ci invoquent le tout compris et refusent de me régler. Le prix de la journée à l'hôpital est facturé la somme dérisoire de 10 fr. 85 par jour aux Cies.

La commission administrative de l'hôpital a voulu porter ce prix de la journée à 12 ou 15 fr., le préfet a refusé son autorisation.

Que dois-je faire ?

N'existe-t-il pas un article de règlement de soins donnés aux accidentés de travail au tarif, disant que le médecin peut compter le prix d'une consultation aux Cies d'assurances s'il est obligé de faire lui-même le pansement ?

D[r] B.

Réponse.

La Compagnie d'assurances, substituant le patron, ne peut être en effet tenue de payer vos honoraires, puisqu'elle n'a pris aucun engagement en ce sens, et que, d'autre part, le paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 dispose qu'en cas d'hospitalisation le patron n'est tenu que des frais de journée au prix de l'assistance médicale gratuite, majoré de 30 %

La délibération de la commission administrative qui vous autorise à percevoir des honoraires n'est pas opposable au patron ou à son assurance, dont les obligations sont limitées par la loi et qui n'ont pris aucun engagement au delà.

Dans le cas présent, il faut donc que vous renonciez à vos honoraires. Mais, pour l'avenir vous n'aurez qu'à faire signer par le patron ou le représentant de l'assurance, avant d'admettre le blessé, un engagement précis et formel de payer vos honoraires en sus du prix de journée. Un arrêt de la Cour de Cassation vient de reconnaître la validité d'un tel engagement.

2222. — Accident du travail. Libre choix du chirurgien.

Pourriez-vous me faire savoir ce que vous pensez de la discussion suivante que j'ai actuellement avec une compagnie d'assurances et me dire ce que la loi me permet de réclamer ?

Il y a 2 mois, je suis demandé pour une jeune fille, domestique de ferme à 20 km. d'ici, et ramenée dans sa famille pour hernie inguinale, accident contracté au cours de son travail. Le médecin qui l'a vue le premer a prévenu l'assurance que l'opération était nécessaire. La famille me demande de bien vouloir la faire. Depuis 2 mois, j'attendais la réponse de l'assurance à ce sujet et son autorisation. Or, ni elle, ni le patron ne répondait. Aujourd'hui l'assurance me téléphone que sa compagnie accepte que l'opération ait lieu, mais à l'hôpital seulement, à l'exclusion de toute clinique. C'est toujours le système du tout compris qui revient. J'ai répondu que je m'y refusais. Ayant été choisi par la malade et ayant l'inten-

tion de l'opérer à domicile, comme je le fais fréquemment dans ma clientèle, je ne crois pas que la loi autorise une compagnie d'assurances à envoyer ses accidentés où elle veut.

Qu'en pensez-vous ? Puis-je poursuivre la Cie, si elle envoie la malade à l'hôpital contre son gré ?

Dr G.

Réponse.

Puisqu'il s'agit d'un accident du travail, la blessée a le droit de choisir librement son chirurgien, comme son médecin traitant, et de se faire soigner chez elle ou dans une clinique, plutôt que d'aller à l'hôpital. Seulement, au cas où elle se ferait opérer dans une clinique privée, l'assurance ne serait tenue de payer, en vertu du « tout compris », que le prix de l'assistance médicale gratuite de l'hôpital le plus proche, majoré de 30 %.

En cas d'opération à domicile, le « tout compris » ne peut être opposé au chirurgien.

Pour vous mettre en règle avec l'assurance, nous vous conseillons de lui adresser la lettre recommandée prévue par l'article 9 du tarif Durafour. Elle vous répondra sans doute qu'elle autorise l'opération, à la condition qu'elle soit effectuée à l'hôpital. Muni de sa réponse, vous pourrez passer outre et opérer vous-même à domicile, car la condition imposée par l'assurance est nulle, comme violant le libre choix, et parce que, d'autre part, en permettant l'opération, elle en reconnaît la nécessité. Au cas où, par la suite, elle ferait des difficultés pour payer vos honoraires, vous n'auriez qu'à citer le patron devant le juge de paix du lieu de l'accident.

2218. — Accident du travail. Ouvriers des Ponts et Chaussées. Loi du 9 avril 1898.

Ayant eu à soigner un ouvrier des Ponts et Chaussées, blessé dans son travail, j'ai envoyé ma note par l'intermédiaire du blessé. Celui-ci m'a rapporté un mémoire établi par l'administration qui me réclame en même temps 2 fr. 40 pour le timbre.

J'ai répondu qu'en vertu de la loi du 9 avril 1898 les mémoires pour accidents du travail sont exempts de timbre et voici textuellement la réponse de l'ingénieur :

« Nous nous trouvons devant une règle inflexible de la comptabilité publique. Faute d'un timbre de 2 fr. 40, il ne sera pas possible de poursuivre le règlement de votre créance. »

Que dois-je faire ? Existe-t-il vraiment un règlement spécial pour les administrations ? Sinon, il me semble que je ne dois pas céder et, dans ce cas, voulez-vous m'indiquer la marche à suivre ? Il s'agit d'une somme de 90 fr. pour deux accidents.

Dr D.

Réponse.

Une distinction est à faire suivant la situation administrative des blessés que vous avez eu à soigner. Si ce sont des agents du cadre permanent des Ponts et Chaussées, placés sous le régime des pensions civiles, ils ont la qualité de fonctionnaires et ne peuvent bénéficier de la législation sur les accidents du travail. Il se peut que, néanmoins, en vertu des règlements intérieurs de leur administration, ils aient droit aux frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accident ; vous pouvez alors vous faire payer par l'administration, mais vous ne pouvez bénéficier de l'exemption de timbre accordé par la loi de 1898 et votre mémoire doit être rédigé sur papier timbré.

Au contraire, si vous avez eu affaire à des agents du cadre auxiliaire, non soumis au régime des pensions civiles, ceux-ci n'avaient pas la qualité de fonctionnaires, mais celle d'ouvriers de l'Etat, comme ils auraient pu l'être de n'importe quel chef d'entreprise. S'il en est ainsi, ils bénéficient de la loi sur les accidents du travail et, malgré les règles habituelles de la comptabilité publique, votre mémoire peut être rédigé sur papier libre, en vertu des dispositions générales de l'article 29 de la loi du 9 avril 1898.

Au cas où, malgré cela, votre mémoire serait rejeté comme non timbré, vous pourriez poursuivre l'administration des Ponts et Chaussées devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la procédure de la loi sur les accidents du travail.

2113. — Accident du travail. Rente. Révision.

Est-il exact qu'à partir d'un certain âge (60 ans m'a-t-on dit) le taux de la rente que reçoit un accidenté du travail ne peut plus être réduit ?

Dr C.

Réponse.

La demande de révision de l'indemnité permanente allouée à la victime d'un accident du travail peut être introduite dans les trois ans de l'accord intervenu entre les parties devant le Président du Tribunal civil ou de la décision judiciaire passée en force de chose jugée, en cas d'aggravation, par le blessé, en cas d'atténuation, par le patron et son assurance, sans que l'âge du blessé modifie en quoi que ce soit les droits des parties.

1808. — Médaille interalliée et médaille commémorative.

J'ai été mobilisé pendant toute la durée de la guerre (classe 1912) dans un régiment d'infanterie

au front ; je dois avoir droit à la médaille interalliée et à la médaille commémorative.

Ces deux médailles nous sont-elles attribuées officiellement ? Faut-il faire une demande ? Devons-nous les acheter à nos frais ? Faut-il un diplôme ?

Dr S.

Réponse.

La médaille interalliée et la médaille commémorative sont attribuées officiellement ; il faut, pour avoir le droit de les porter, vous adresser au dépôt de votre ancien régiment, qui vous fera parvenir une pièce réglementaire d'attribution.

Ces médailles sont achetées par vos soins dans le commerce.

1784. — Recours contre une décision rejetant une demande de pension.

J'ai recours à votre amabilité et à votre compétence pour obtenir un renseignement concernant un de mes clients.

Il s'agit d'un ancien combattant actuellement tuberculeux cavitaire ; il a fait, il y a environ deux mois, une demande de pension, disant qu'il avait contracté cette maladie pendant la guerre. Malheureusement, il n'avait pas de pièces prouvant ses dires. Moi, j'avais fait un certificat constatant qu'il est actuellement malade, que les lésions remontent à quelques années, vraisemblablement, mais sans pouvoir dire si ces lésions étaient imputables à la guerre. Mon client, qui est un pauvre bougre sans aucune protection, illettré, s'est présenté devant une commission de réforme, et il y a quelques jours, a reçu une note disant que sa demande de pension était rejetée à titre de première instance pour défaut d'origine (bacillose pulmonaire non imputable). D'ailleurs je vous envoie copie de la note lui annonçant le rejet.

Auriez-vous l'amabilité de me dire si mon client peut adresser une nouvelle demande et à qui ?

N'y a-t-il pas un recours auprès du ministre ou auprès d'une autre compétence ?

Ministère des Pensions

— Le médecin major de 1re classe

S. Réforme à M. G..., à A...

M...

J'ai l'honneur de vous faire connaître que la commission de réforme de P... a proposé le rejet de votre demande de pension.

A titre de première instance.

Pour défaut d'origine ATDre 100 %.

Bacillose pulmonaire non imputable.

Signé : X.

Dr C.

Réponse.

Etant donné que votre client a déjà reçu notification de son rejet de pension, nous lui conseil-

lons de saisir le tribunal départemental des pensions de sa requête, par l'envoi d'une lettre recommandée adressée au greffier ; mais, sous peine de déchéance, cette lettre doit être adressée dans le délai de six mois à dater de la notification de la décision qui a prononcé le refus de pension.

1819. — Promotion au grade supérieur. Stage d'instruction.

Je viens de recevoir de la direction du service de santé du corps d'armée auquel j'appartiens une note me demandant si je suis volontaire pour accomplir un stage d'instruction en 1926, les officiers de réserve n'étant susceptibles d'être promus au grade supérieur qu'après avoir accompli les périodes d'exercices exigées par la loi.

Je suis aide-major de 1re classe depuis le 11 décembre 1914 et ai été mobilisé du 2 août 1914 au 11 février 1919, en conséquence plus longtemps que je n'aurais dû l'être, puisque j'appartiens à la classe 1894. Et pendant toute cette période, je n'ai pas tenu que des emplois de tout repos, puisque j'ai été prisonnier et qu'à ma rentrée de captivité, je suis allé aux Dardanelles sur ma demande. Aussi suis-je surpris d'apprendre que je suis obligé de faire des périodes d'exercices si je veux être promu au grade supérieur ; qu'en pensez-vous ?

De plus, voudriez-vous me dire à quel âge les médecins aide-majors de 1re classe de réserve sont rayés définitivement des cadres ? Personnellement, bien qu'appartenant à la classe 1894 j'ai été maintenu dans les cadres, mais à quel âge en serai-je définitivement rayé ?

Enfin, est-ce que les périodes d'instruction qui seraient obligatoires pour la promotion à un grade supérieur ont une répercussion sur le classement du tableau de concours pour la Légion d'honneur ?

Je vous serai obligé de me répondre par retour du courrier, si possible, car je dois moi-même, faire connaître ma réponse avant le 1er juin, à mon directeur du service de santé.

Dr P.

Réponse.

Pour passer au grade supérieur, la loi exige un certain nombre d'années de service dans le grade actuel, plus une ou plusieurs périodes d'instruction.

Vos services de guerre comptent pour les années de service dans le grade, restent les périodes d'exercice.

Les médecins aides-majors de 1re classe de réserve sont rayés définitivement des cadres à l'âge de 52 ans, si on leur applique les mêmes règles qu'aux médecins de l'active ; encore ceux-ci restent-ils ensuite à la disposition du ministre durant cinq années. On peut donc conclure que l'âge extrême serait de 57 ans.

Le tableau de concours pour la Légion d'honneur est entièrement distinct, en ce qui concerne les conditions d'inscription, du tableau d'avancement ; il n'est pas exigé de périodes d'instruction.

Quarante-huitième année — N° 31 — 1er Août 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 1992-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1[re] Zone 55 fr. — 2[e] Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les - Thermes. (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères - de - Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon - Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon - L'Archambault Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains Gay, Testevuide.

Brides les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel - Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les Bains. Ballivet.

Eaux - Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les - Bains Dr Sarda

Evaux-les Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte les Bains De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les Bains. Auboux. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Poytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les - Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières - les Bains Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux Hyvert.

Préchac-les Bains. Degos.

Royat Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies de Béarn Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins - les Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous Couzan François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquir.

Saint - Gervais - les - Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les Bains Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize les-Bains Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon - les - Bains Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet les Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farre (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 359. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 360. — Méd. tuberc. lég. n'exerc. pas. serait reconnais. à conf. indiq. maison à louer bail dans pet. ville Midi bien située. Ecr. Vignaud, 14, av. Garibaldi à Limoges.

N° 361. — Revue *Æsculape* à vendre : 1911 manquent 2 numéros, 1912, 1913 complètes, 1917, 7 numéros. Dr A. Gaveau, Beausoleil (A.-M.).

N° 362. — Vieille client. chef-lieu canton Midi 58.000 touchés, grande mais., eau, élec. chauff. centr. Urgent. M. de Laloubie, 7, rue d'Argenteuil, Paris 1er.

N° 363. — A céd. cause ach. d'une 5 pl.,Ford coupé, cond. int. 2 pl. mod. 1925, surbaissé, carross. franc. pn. conf. ent. revue, peint. neuve. Parf. état de m. Prix : 13.000 fr.

N° 364. — Paris, bon quartier, clinique ophtalmologique. Rapport intéressant, 5 pièces, loyer minime, long bail, prix à débattre. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Tél. Gobelins 36-46.

N° 365. — Ouest, poste pro-pharmac., 15 kilom. ville, rapport 80.000 fr., grande maison, jardin. Indemnité 35.000 fr. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Tél. Gobelins 36-46.

N° 366. — Veuve de médecin recherche place chez médecin, ferait garde, ou accompagnerait malade pour saison.

N° 367. — Dans chef-lieu canton Sud-Est sur grande ligne bon poste à céder, long bail 1.000, 7 p. meublées et dépend., élect., tél. Ind. 25.000. Facilités.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Congrès.** — Du 27 août, à Genève et à Lausanne, XXXe session du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.* — Du 3 au 6 août, à Stockholm, *XIIe Congrès de Physiologie.*

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — Le Conseil d'administration de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, à la suite d'un récent concours, a nommé médecins-chefs adjoints des dispensaires de la Ligue : MM. Rimé, Marceron, Lefèvre, Mouquin, Thibaut, Solente, Cachera et chef de laboratoire adjoint, Mme Suzanne Wahl Bernard.

— **Relèvement de l'allocation attribuée à M. Lobligeois.** — Le Conseil municipal de Paris vient de prendre la délibération suivante :

« L'allocation annuelle et renouvelable de 5.000 fr. attribuée par la délibération du 28 décembre 1925 à M. Lobligeois, radiographe à l'hôpital Bretonneau, victime du devoir, est portée à 10.000 fr. à partir du 1er janvier 1926. »

— **La maladie n° 9.** — M. le Préfet de Police du département de la Seine signale un cas de maladie n° 9 constaté à Saint-Denis.

— **L'épidémie de suette miliaire.** — La Commission nommée par l'Académie de médecine pour étudier l'épidémie de suette miliaire de Montmorillon a remis son rapport, pour transmission au Ministère.

— **Société médicale des hôpitaux.** — MM. Alajouanine, Henri Bénard et Cathala, médecins des hôpitaux, sont nommés membres titulaires de la Société.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Avis de vacance de poste de médecin d'asile d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le Dr Usse.

Institution d'un dispensaire public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la délibération du conseil général du Calvados en date du 1er octobre 1925, donnant un avis favo-

rable à la création d'un dispensaire public départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ;

Vu les avis des conseils municipaux des communes du département du Calvados ;

Vu l'avis du préfet du département du Calvados en date du 22 décembre 1925 ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la loi du 15 avril 1916 ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Il est institué à Caen (Calvados), un dispensaire public d'hygiène et de préservation antituberculeuse, qui portera le nom d'office public d'hygiène sociale du Calvados.

Art. 2. — La circonscription du dispensaire institué par l'article précédent comprend l'ensemble des communes du département du Calvados.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juin 1926.

Gaston Doumergue.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance socailes,

Durafour.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour,

2235. — Fracture sans déplacement de l'apophyse styloïde du radius.

Je vous serai très obligé de vouloir bien me donner l'avis autorisé du confrère Decourt, que je sollicite par votre intermédiaire, au sujet de la tarification des soins pour l'accident du travail suivant :

Fracture sans déplacement de l'apophyse styloïde du radius droit, par suite de chute sur la main.

J'ai installé deux attelles sur le membre, une antérieure, l'autre postérieure, et je fais des séances quotidiennes de massages.

Faut-il tarifer le tout comme consultations simples au cabinet, ou appliquer le tarif de réduction et contention de fracture de l'extrémité inférieure du radius ?

Dr G.

Réponse.

Une « réduction et contention de fracture de l'extrémité inférieure du radius » est souvent un peu difficile pour aboutir à une réduction complète et sans séquelle. C'est pourquoi la tarification fut faite spécialement. Aussi je ne crois pas légitime de compter comme telle une « fracture sans déplacement de l'apophyse sty-

toïde du radius », même incontestablement décelée par une radio, ce qui ne paraît pas être votre cas.

Par contre, vous avez fait là une intervention plus importante qu'un simple pansement. Je vous proposerais donc de compter 25 francs, par analogie avec la « réduction et contention de fracture du péroné ». (article 18.)

F. D.

2315. — Loyer. Prorogations.

Parmi les consultations que vous donnez dans le journal *Le Concours médical*, au sujet des loyers, je n'ai pu reconnaître mon cas, qui est peut-être particulier et je vous serai reconnaissant de me signaler et les droits et les charges que ce cas me donne.

Voici :

Loyer professionnel d'avant-guerre, de 1913 à 1922, fin de bail : 31 MAI 1922, aux conditions de 125 fr. par trimestre, année 500 fr. ; aucun échange d'acte quelconque en fin de bail. Le 20 octobre 1922, reçu une lettre de ma propriétaire me demandant 139,75 par trimestre, sans en donner la raison. Voici le duplicata de sa lettre :

Monsieur, J'ai l'honneur de vous informer que votre loyer se monte à 139,75 par trimestre.

Recevez, etc.

20 octobre 1922.

Ayant, à ce moment, obtenu une réparation qui m'avait été refusée jusqu'alors, j'ai payé les 139,75 ; et cela régulièrement depuis 1922. Jamais, il n'y a eu, de part et d'autre, aucune signification légale, aucun écrit. Or, le 14 juin dernier, j'ai reçu, par ministère d'huissier, congé pour le 1er décembre 1926. J'ai répondu dans les 20 jours, par lettre recommandée, que j'entendais bénéficier des dispositions de la loi.

Maintenant, il me faut savoir ce que représentent pour moi ces dispositions.

Dans mon entourage, on me dit qu'une loi de 1918 me donne le droit de rester dans l'immeuble 5 ans et 89 jours à partir de la date du congé, soit à partir du 14 juin 1926 en ne payant que le 1/4 de plus du loyer d'avant guerre, soit 500 + 125 = 625 fr. et à la mairie, on me dit que la loi du 1er avril 1926, me donne aussi 5 ans et 89 jours, mais en augmentant le loyer d'avant-guerre de 500 fr. de 115 % d'abord, puis encore de 10 et 5 %. La différence est énorme.

Obligez-moi, Monsieur, en me donnant une information exacte.

Dr D.

Réponse.

Titulaire d'un bail d'avant-guerre, il est exact que la loi du 9 mars 1918, article 56, vous donnait droit à une prorogation égale à la durée de la guerre, soit 5 ans et 84 jours plus le délai nécessaire pour achever le terme, prorogation



qui devait faire suite à votre bail et au cours de laquelle vous n'auriez eu à payer à votre propriétaire que les augmentations prévues à l'article 1er de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire 5 % du loyer d'avant-guerre, plus l'augmentation des impôts par rapport à 1914, à l'exclusion de l'impôt foncier.

Mais, pour jouir de cette prorogation, il aurait fallu que vous en fissiez la demande à votre propriétaire par exploit d'huissier ou par lettre recommandée *trois mois au moins* avant la fin de votre bail, donc avant le 28 février 1922. N'ayant pas fait la demande en temps voulu, vous êtes actuellement forclos et avez perdu tout droit à la prorogation de la loi du 9 mars 1918.

Depuis le 31 mai 1922, votre bail originaire s'est transformé en location verbale par tacite reconduction, conformément aux règles du Code civil. Par conséquent, le congé que vous a donné votre propriétaire est valable, à la condition qu'il vous ait été donné dans les délais d'usage.

Vous ne pourrez maintenant continuer à occuper votre maison, à défaut d'entente avec votre propriétaire, que si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune. D'après les renseignements qui vous ont été donnés à la mairie, cela paraît être le cas. Toutefois, nous vous signalons que la loi n'est applicable que dans dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui sont éloignées de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et dans celles où le dernier recensement (pour le moment celui de 1921) fait apparaître un accroissement de 5 % de la population municipale sur le précédent recensement.

En admettant comme acquis que la loi du 1er avril soit applicable dans votre localité, vous avez droit à la prorogation jusqu'au 1er avril 1931, sans avoir aucune formalité à remplir, sans même avoir à la demander. En échange vous aurez à payer à votre propriétaire, jusqu'au 1er avril 1929, date à laquelle une nouvelle taxation des loyers sera établie, un loyer égal au loyer d'avant-guerre majoré de 125 %, à titre d'occupant de locaux à usage mixte, professionnel et habitation. En outre, vous devrez rembourser à votre propriétaire les impôts (à l'exclusion de l'impôt foncier) et les prestations fournies (eau, gaz, etc.), s'il en existe, dans la proportion où le montant de ces impôts et prestations dépasse celui de 1914. Pour le remboursement de ces impôts et prestations, vous pouvez convenir d'un forfait, dont le maximum autorisé par la loi est 15 % du loyer majoré.

Tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour l'habiter par lui-même ou la faire habiter par un membre de sa famille, le droit de

reprise étant strictement limité aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation.

Enfin, au cas où la loi du 1er avril, contrairement à ce que nous avons lieu de penser, ne serait pas applicable dans votre commune, à partir du 1er décembre 1926 vous seriez placé sous le régime du droit commun en matière de loyer et, pour continuer à occuper votre maison, il faudrait obtenir de votre propriétaire un nouveau contrat de location. Aucune taxation de loyer ne pourrait alors être invoquée.

Accidents du Travail

Demi-salaire des apprentis

Rectification de la réponse 2053.

Nous avons publié dans le *Concours médical*, nº 28, page 1872, la réponse que nous avions faite à votre lettre du 14 juin au sujet du calcul du demi-salaire de l'apprenti blessé au cours du travail.

Un de nos correspondants nous a fait remarquer que notre réponse n'était pas tout à fait exacte, car nous avions confondu la situation de l'apprenti et celle de l'ouvrier âgé de moins de seize ans.

En effet, la réponse que nous vous avons faite concerne seulement le calcul du demi-salaire de l'ouvrier âgé de moins de seize ans.

En ce qui concerne l'apprenti, son demi-salaire doit être calculé sur la base du salaire des ouvriers valides de la même catégorie les moins payés occupés dans l'entreprise ou dans les entreprises similaires, de telle sorte que son demi-salaire peut dépasser le salaire complet qu'il gagnait avant l'accident.

2889. — Visite de contrôle.

Vous m'obligeriez en me disant si un confrère, envoyé par une Cie d'assurances, a le droit de visiter un blessé sans prévenir le médecin traitant ?

Dr B.

Réponse.

Pour avoir accès auprès du blessé, le médecin contre-visiteur doit être pourvu de sa désignation visée par le juge de paix et du récépissé de lettre recommandée justifiant que le médecin traitant a été prévenu de la date et de l'heure de la contre-visite, au moins quarante-huit heures à l'avance.

Si le médecin contre-visiteur ne peut présenter ces pièces au blessé, celui-ci est en droit de se refuser à l'examen. Mais, si, malgré les irrégularités, il accepte de se laisser contre-visiter, aucun recours n'est possible, car ces formalités n'ont été édictées que dans le but de donner toute ga-

rantie aux blessés qui peuvent y renoncer, à la condition qu'aucune contrainte ne soit exercée sur eux.

Pour éviter les irrégularités, le mieux est d'éclairer les blessés sur leurs droits dès que vous commencez à leur donner vos soins.

2224. — Rixe sur le lieu du travail.

Avant de me lancer dans des frais judiciaires pour le cas que voici, je viens vous demander conseil comme membre du « Sou ».

A 16 h. 1/2, coup de téléphone d'urgence pour donner mes soins à un ouvrier blessé. C'est lui qui m'a appelé. C'était un chauffeur de machine à battre.

Arrivé sur les lieux à 10 km., je soigne l'individu par devant son patron qui m'apprend qu'au cours du travail, l'ouvrier avait été frappé par un tiers.

Le patron, avec le maire du pays, ont arrangé l'affaire et le tiers aurait indemnisé la victime, aux dires du patron, victime qui a filé... J'ai envoyé ma note conforme au tarif Breton qui se monte à 60 fr. environ, au patron que je connais. Il refuse nettement le payement, prétextant que c'était à l'ouvrier de me payer.

J'ai passé ma créance à l'huissier, même réponse, et doute de sa part sur mes droits étant donné qu'il y aurait « rixe » et non accident de travail.

Quel est mon droit ?

Quels arguments faut-il présenter ? Dois-je poursuivre, non pas pour la somme évidemment, mais pour le principe ? C'est un moyen.

Il m'en reste un second. On me le fait une fois. Pas deux. J'attends.... et quand on m'appelle, j'agis en restant chez moi et en refusant mes soins. Ce moyen m'a toujours donné d'excellentes petites satisfactions de justice rendue par soi-même.

Dr L.

Réponse.

La question que vous posez est très délicate à résoudre, car c'est avant tout une question de fait. D'après la jurisprudence, pour qu'une blessure reçue au cours d'une rixe, même survenue pendant le travail, puisse être considérée comme un accident du travail, il faut qu'il y ait une relation très étroite entre le travail et le motif de la rixe. C'est ainsi que pourrait être considérée comme accident du travail une rixe entre ouvriers à propos du travail. Mais, dans votre cas, il ne paraît pas en être ainsi, puisque l'auteur des coups était étranger à l'exploitation.

D'autre part, vous n'avez pas été mis en œuvre par le patron et ne pouvez soutenir par conséquent que celui-ci a paru reconnaître sa responsabilité à votre égard.

Voir la suite page XLVII-2039

NOTRE CONCOURS

LES RÉSULTATS

Le jury composé des membres du Conseil de Direction du *Concours médical*, soussignés, ayant terminé ses travaux le 27 juillet, a classé les concurrents et attribué les récompenses comme suit :

Le premier prix, de **Mille francs**, a été attribué au travail portant comme devise : **Le Passé répond de l'avenir.**

Le deuxième prix, de **cinq cents francs**, a été attribué au travail portant comme devise : **Mieux vaut prévoir que regretter.**

Le troisième prix, de **trois cents francs**, a été attribué au travail portant comme devise : **Pourquoi pas ?**

Viennent ensuite neuf travaux à chacun desquels une prime de **cent francs** a été attribuée. Ces travaux portent les devises suivantes :

L'Union fait la force. — Virtutem fortuna secundat. — Nihil humani a me alienum puto. — Escrivait sur parchemin vélu avec son gros gaillimart Prognostications et almanach. — Patere quam accepisti legem. — Il n'est pas si dangereux de faire du mal à la plupart des hommes que de leur faire trop de bien. — L'ordre des médecins dans l'ordre social. — Le plus beau geste de l'homme, c'est de résister à l'autorité. — Les problèmes sociaux que pose l'exercice de son art ne sauraient être exclus du cadre des études strictement techniques du médecin.

Tous ces travaux seront publiés ultérieurement. Le jury a lu avec un vif intérêt tous les manuscrits qui lui ont été adressés. Il s'est trouvé en présence d'un certain nombre d'articles qui, tout en étant très sérieux, ne traitaient pas les questions posées ; il a dû, en conséquence, en tenir compte dans ses notes et dans son classement.

Nous rappelons enfin que ces prix ont été mis à la disposition du *Concours médical* par la **Reine de Vals**.

GASSOT, MAURAT, NOIR, VIMONT, DUMESNY, BOUDIN, DUCHESNE.

PROPOS DU JOUR

Autour des Journées médicales de Paris. La réception des délégués de l'Association Professionnelle internationale médicale au « Concours Médical ».

L'Association professionnelle internationale médicale (A. P. I. M.) vient de se constituer à la faveur des Journées médicales de Paris. Nous nous permettrons de rappeler à nos lecteurs les origines et le but de cette fort intéressante et très utile organisation nouvelle.

A la veille du Congrès médical franco-polonais tenu à Paris à la fin d'avril 1925, le très aimable et distingué président de la chambre médicale de Varsovie, M. le Dr Przyborowski, nous fit l'honneur de nous soumettre *un projet de bureau international d'organisation professionnelle* qu'il désirait lire au Congrès. Le projet de notre confrère consistait en la création d'un Bureau central correspondant avec des secrétariats, organisés dans chaque nation, bureau destiné à procurer à chacun des renseignements sur tout ce qui concerne l'exercice de la profession médicale dans les différents pays. Nous jugeâmes la question si intéressante que nous réunîmes le Dr Przyborowski, le Dr Decourt, président, le Dr Lenglet, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux et notre *alter ego* Duchesne, pour causer de ce projet et jeter les bases de sa réalisation.

M. le Dr Przyborowski lut sa communication au Congrès franco-polonais, le 23 avril, à l'Académie de médecine dans une séance où M. le Dr Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins de Pologne, exposa magis-

tralement l'organisation nouvelle du Corps médical polonais (1).

Quelques mois plus tard, (13 juillet 1925), notre ami Decourt, invité à l'inauguration de la nouvelle maison de la *British medical Association* à Londres, comme président de l'Union des Syndicats médicaux de France, eut l'avantage d'y rencontrer un certain nombre de délégués des Associations médicales de diverses nations. Il causa avec eux de la réalisation du projet du Dr Przyborowski ; un Comité provisoire dont il fut nommé secrétaire fut créé (2). De retour en France, Decourt se mit activement à l'œuvre avec son énergie coutumière. Grâce à ses efforts tenaces, à son activité, à sa puissance persuasive, à son entregent, il obtint l'adhésion des médecins de plus de 20 nations et il fut décidé que l'*Association professionnelle internationale médicale*, l'A. P. I. M. se constituerait en juillet 1926 à l'occasion des *Journées médicales de Paris*.

***

Les délégués de 11 nations assistèrent aux séances de l'A. P. I. M. qui se tinrent dans les locaux de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Decourt, désirant leur faire prendre contact avec les grandes organisations professionnelles françaises et leur en faire connaître les efforts, demanda à l'Association générale des médecins de France, au *Concours médical* et à l'Association pour le développement des relations médicales, de bien vouloir recevoir les délégués étrangers. Ces réceptions ont été empreintes de la plus confraternelle cordialité. Une heureuse coïncidence ayant fait que nous sommes membre des Conseils de ces trois groupements, nous avons pris personnellement part à ces trois réceptions.

A l'Association, le président Bellencontre souhaita en termes excellents la bienvenue aux confrères étrangers, et, après un court exposé du rôle et des bienfaits de notre A. G., offrit à chaque délégué la belle plaquette commémorative du Cinquantenaire et le livre d'Or de l'A. G.

A l'A. D. R. M., ce furent M. le Doyen Roger et M. le président Hartmann qui accueillirent les membres de l'A. P. I. M. et leur expliquèrent les services multiples que l'Association des relations médicales extérieures rendait aux médecins étrangers de passage en France.

(1) Voir *Conc. méd.* du 10 mai 1925, page 1115.
(2) *Concours médical*, 28 oct. 1925, page 2510 et suivi.

***

Au *Concours médical*, notre directeur, M. Gassot, empêché, ce fut nous, assisté de Boudin, de Duchesne et de Vimont, qui eûmes le plaisir et l'honneur de recevoir nos confrères.

La délégation conduite par Decourt comprenait : le Dr Droogleser Fortuyn, d'Amsterdam, délégué des Pays-Bas ; M. le Dr V. Magnus, d'Oslo, représentant la Norvège ; M. le Dr Nordenson de Stockohlm, délégué de Suède ; M. le Dr Sophus Bang, de Copenhague, délégué du Danemark ; MM. les Dr Ad. Przyborowski et Backiewicz de Varsovie, délégués de Pologne ; M. le Dr Van Langendonck, de Bruxelles, délégué de Belgique ; M. le Dr Vuilleumier, de Territet, délégué de la Suisse ; M. le Dr Farkas, de Zagreb, représentant la Yougoslavie et M. le Dr Stritzko, de Vienne, délégué des médecins d'Autriche.

Après quelques mots de bienvenue, nous exposâmes à nos confrères le rôle très particulier que le *Concours médical*, œuvre d'initiative privée, a joué dans la Défense et l'Assistance médicales professionnelles. Berceau des Syndicats et de leur Union, le *Concours médical*, grâce à l'intelligente initiative de son fondateur Cezilly et d'hommes dévoués et avertis comme Jeanne, Gassot, Maurat et autres, s'ingénia à organiser et à perfectionner les œuvres qui pouvaient être utiles aux médecins praticiens, remplissant le rôle d'un véritable laboratoire de sociologie médicale. Le succès du Concours médical et de ses œuvres, qui ont pu supporter sans faiblir la terrible épreuve de la guerre, a tenu à ce que ses dirigeants étaient et sont encore de véritables praticiens, ayant longtemps exercé ou exerçant encore.

Vimont fit alors un bref et clair exposé de notre Mutualité familiale et de ses diverses combinaisons, de la sécurité obtenue par des inventaires périodique et minuiieux d'actuaire de première valeur.

Boudin, en quelques mots, indiqua le rôle du « Sou médical » et les avantages qu'il offre à ses adhérents. Duchesne mit les auditeurs au courant des particularités de notre journal, qui s'efforce de renseigner utilement le médecin tant dans sa partie scientifique que professionnelle et qui dans les demi-colonnes consacrées à la correspondance, amène un échange d'idées des plus profitables entre la rédaction et ses lecteurs.

Très vivement intéressés, nos confrères étrangers tinrent à nous remercier chacun à leur tour et à nous renseigner sommairement sur la situa-

tion du Corps médical dans leur pays. Nous apprîmes qu'en Norvège, les Assurances sociales fonctionnaient à fa satisfaction du Corps médical, qu'en Suède, la médecine populaire était totalement fonctionnarisée, qu'il y existait des médecins gouvernementaux, cantonaux, municipaux, des médecins d'usine, de ferme, et qu'il n'y avait pas pour ainsi dire de médecins indépendants. Notre confrère suisse, le Dr Vuilleumier, de Territet, nous fit remarquer que presque partout, le praticien se trouve en butte aux mêmes difficultés qu'en France, que partout, ceux qui désirent assurer l'avenir de leurs confrères se préoccupent de l'organisation d'Assurances médicales et que l'expérience de notre Mutualité familiale, sérieusement organisée sous la vigilante surveillance d'actuaires distingués, était d'un enseignement précieux pour les médecins de toutes les nations.

M. le Dr Backiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins de Pologne, se leva alors et prononça l'allocution suivante :

Messieurs et chers confrères,

L'Association que nous venons de créer a pour but l'échange des pensées et des manières de voir entre les médecins des nationalités diverses ; aussi, à chaque occasion et à chaque rencontre, cette manifestation ressort-elle.

Il y a des circonstances tristes ou gaies dans la vie des peuples, des sociétés, des professions, des organisations et même, dans les groupes d'hommes séparés, il y a toujours place à des échanges d'idées à ces propos.

Aussi, aujourd'hui, dans cette assemblée, à l'occasion de notre visite au *Concours médical*, vous voyez se succéder l'échange de nos pensées. Cet échange est d'autant plus agréable que nous sommes dans un milieu d'hommes de la même profession poursuivant les mêmes buts : la preuve en est dans la fondation de cette Association. Avant tout, pour nous, Polonais, nous ressentons avec joie que nous sommes au milieu de nos amis.

Bien des fois, dans différentes occasions, nous en avons eu de véritables preuves.

Indépendamment de cela, nous avons ressenti parfaitement ces sentiments dans les rencontres personnelles et dans les correspondances.

Jamais je n'oublierai cette sincère correspondance, traitant justement ce sujet avec M. Noir.

Qu'il me soit permis, Messieurs, dans votre aimable assemblée, de lever mon verre en honneur de M. Noir, de boire à la prospérité des relations entre le monde médical français et les mondes médicaux des autres pays, et spécialement en l'honneur de l'amitié franco-polonaise. (*Applaudissements*)

M. le Dr Stritzko, de Vienne, demanda ensuite la parole et s'exprima en ces termes :

Messieurs,

Comme président des Unions médicales de l'Autriche, je suis chargé par mes confrères de vous présenter les amitiés confraternelles des médecins de ma patrie.

Nous autres, Autrichiens, sommes persuadés qu'une Union internationale des Groupements médicaux de tous les pays marque un grand progrès dans la défense active de leurs intérêts sociaux et particuliers. Egalement, dans tous les pays, la législation des Assurances sociales prive les médecins des soins donnés librement à l'universalité de leurs clients ; elle rend plus difficile, plus pénible, les conditions économiques de la vie de nos confrères tandis qu'au contraire elle crée des conditions plus favorables pour tous les autres membres de la société humaine. L'assurance contre les maladies a pris dans tous les pays une extension qui entrave la pratique libre, qui fait du médecin un employé, sans toutefois lui présenter les avantages du travail limité qu'elle assure à toute autre profession, en pareilles conditions : des retraites de droit, d'invalidité, de vieillesse, de secours aux veuves et aux orphelins des médecins : tout cela fait défaut dans presque tous les pays. Toutes ces questions vitales, qui ont rapport à l'existence et à l'avenir du médecin et de sa famille, *ont été traitées sans même nous demander not e avis* pour l'établissement de lois, qui, comme je l'ai dit ci-devant, entravent le libre développement de la pratique médicale. Les bases juridiques des poursuites pour exercice illégal de la médecine ne sont pas d'autre part suffisamment fondées, mais partout, on trouve un encombrement de soins médicaux offerts sous les prétextes d'humanité, de charité et de vertu sociale.

Etre médecin, c'est partout et toujours être secourable et prêt à toutes sortes de sacrifices ; mais le plus grand idéaliste ne saurait remplir cette mission sacrée s'il voit sa vie et le bien-être de sa famille exposés à tout hasard défavorable.

Et si, pour assurer la vie la plus modeste même, la force d'un seul homme ne suffit pas, si même les Unions nationales médicales ne peuvent arriver à ce but si ardemment désiré, nous félicitons les auteurs de l'idée de l'organisation d'une Union internationale, puisque les manifestations d'une Union qui embrasse le monde entier, prouveront aux législateurs de tous les pays la nécessité de prendre en considération les intérêts d'un groupement d'hommes, à qui l'humanité demande tant et auxquels elle donne si peu.

Dans ce sens, je vous prie de voir dans la présence du délégué des groupements nationaux des médecins autrichiens la promesse formelle d'une solidarité à toute épreuve et de bien vouloir croire que nous autres, Autrichiens, voulons bien contribuer de toutes nos forces, bien affaiblies, hélas ! à la réalisation de votre idée d'assurer aux peuples des médecins qui ayant leur avenir assuré, soient pourvus de la joie et de la force morale qui seules les mettront en état

de remplir dignement et complètement leur grande et sainte mission. (*Applaudissements.*)

Puis, M. le Dr Van Langendonck, de Bruxelles, clôtura la série des allocutions :

Messieurs,

Malgré les discours que vous venez d'entendre, je crois pouvoir présenter encore aux rédacteurs du *Concours médical* nos meilleurs remerciements pour le charmant accueil qu'ils nous ont réservé ce matin.

Nous avons eu la bonne fortune d'entendre hier M. le docteur Bellencontre nous dire tout ce que l'Association générale des médecins de France est parvenue à réaliser dans le domaine de la prévoyance médicale ; nous avons appris ici que le *Concours médical* complète avec un rare honheur cette œuvre d'entre-aide et de solidarité ; bien plus, il a été souvent l'initiateur, le pionnier de la première heure. Il m'est très agréable de rendre au *Concours médical* cet hommage, non seulement parce qu'il est mérité, mais encore parce que ses principaux rédacteurs ne sont pas des inconnus pour moi.

J'ai appris à les connaître et à les apprécier aux Journées médicales de Bruxelles ; ils m'ont ouvert aimablement l'accès de leur journal et je suis heureux que l'occasion me soit offerte de leur dire combien j'ai été sensible à cette marque d'estime. Je pense, Messieurs, que nous avons le devoir de les imiter dans leurs travaux et en tout état de cause, je crois pouvoir leur dire que nous emporterons de leur réception à Paris le plus agréable et le plus fécond souvenir.

Nous offrîmes alors une coupe de champagne à nos hôtes, en les remerciant chaleureusement des sentiments qu'ils venaient de nous exprimer. Nous profitâmes de cette occasion pour remercier plus particulièrement nos confrères polonais des relations affectueuses qu'ils avaient bien voulu entretenir avec nous, du plaisir qu'ils nous avaient fait en nous décernant le titre de membre d'honneur de l'Association des médecins de Pologne. Nous évoquâmes l'accueil inoubliable que nous avons reçu, Duchesne et nous, aux Journées médicales de Bruxelles, notamment au foyer même de notre confrère et ami Van Langendonck. Nous le priâmes de remercier de nouveau, en notre nom, l'Association de la Presse médicale belge qui nous a fait l'honneur de nous nommer membre correspondant. Puis, annonçant aux délégués de l'A. P. I. M. que dans deux ans, le *Concours médical* comptait célébrer avec quelque solennité son Cinquentenaire, nous les priâmes de venir rehausser de leur sympathique présence cette fête où nous les convions.

Nous remercions notre excellent ami et collaborateur F. Decourt de nous avoir procuré le plaisir de recevoir nos confrères étrangers. Comme l'avait fait remarquer la veille avec beaucoup d'à propos le président de l'A. G., Bellencontre, la multiplication des visites de ce genre fait plus pour la paix du monde que les échanges diplomatiques et les signatures de protocoles.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES AVORTEMENTS PAR CAUSES MÉCANIQUES

Par Henri Vignes,

Accoucheur des hôpitaux.

Les avortements spontanés peuvent se classer en cinq groupes :

1° cause mécanique (malformation ou lésion utérine) ;

2° maladie de la nidation ;

3° maladie du produit de conception ;

4° maladie des membranes fœtales ;

5° défectuosité du germe.

Nous étudierons ici le premier de ces groupes : celui dans lequel un facteur mécanique intervient pour provoquer la contraction utérine, qu'il s'agisse d'une disproportion entre l'utérus et son contenant ou qu'il s'agisse d'une mise en jeu prématurée de la contractilité utérine.

A) Le contenant est trop petit pour le contenu.

1° Les malformations utérines sont une cause importante d'avortement. — a) *Tantôt il s'agit d'un utérus hypoplasié infantile* ; l'évolution morphologique de l'organe est complète ou à peu près, mais ses dimensions sont amoindries, sa structure n'a pas atteint son entier développement. Cette hypoplasie peut porter sur tout le

tractus génital ou être limité à l'utérus. Lorsqu'elle atteint les ovaires, elle détermine la stérilité ; mais si les ovaires fonctionnent à peu près normalement, une gestation est possible. Celle-ci, très souvent, se termine par avortement ou un accouchement prématuré.

b) *D'autres fois, l'utérus est bicorne par non-coalescence des canaux de Muller.* Il est d'ailleurs habituel que ces utérus soient en même temps hypoplasiés.

Dans ces deux cas, ce sont des gestations qui saignent, et ceci dès le début ; elles sont précocement douloureuses, avec des paroxysmes parfois très intenses, semblant liés à la distension utérine et pouvant faire croire à une gestation ectopique : l'erreur est, hélas ! fréquente dans les deux sens.

La malformation n'oppose pas toujours un obstacle définitif à la marche de la gestation. Il arrive qu'au cours de gestations successives, les avortements se font à une date de plus en plus éloignée, et finalement à force de « casser des œufs » suivant la pittoresque expression de mon ami Adam (de Reims) (1), la gestation parvient à terme, comme si l'utérus subissait chaque fois des remaniements, des réédifications de son parenchyme qui en améliorent la texture, en augmentent la capacité et finissent par le modeler sur un type normal.

2° Dans d'autres cas, l'utérus est suffisamment extensible, mais un déplacement empêche son extension. C'est ce qui a lieu dans la rétroversion utérine, lorsque celle-ci ne se réduit pas spontanément au 3e mois et que l'utérus reste enclavé dans le petit bassin (2). La place manquant pour loger l'œuf qui se développe, l'utérus est sollicité à se contracter et à chasser son contenu. Cependant, bon nombre des avortements observés dans ce cas, relèvent d'un autre mécanisme et semblent liés à un état congestif de la caduque et de l'utérus, déterminant une fausse endométrite.

3° Il arrive parfois qu'à la suite d'une déchirure ancienne du col, il se forme un bloc de tissu cicatriciel dans le col et dans le segment inférieur. Il en résulte une difficulté d'extension du segment inférieur, qui mène à l'avortement. Dans ces cas, les trachélorraphies donnent souvent d'excellents résultats, permettant à une femme qui fait des avortements à répétition, de mener sa gestation à terme. C'est le

(1) ADAM. — Avortement précoce dans les cas de malformation utérine. *Revue médicale de l'Est*, 15 mars 1920.

(2) HORWITZ, sur 52 enclavements, a observé 37 avortements, le risque abortif de cette complication est donc de 71 % environ. (Ceci s'appliquant non à la rétroversion, état assez banal, mais à la rétroversion enclavée).

mérite de Doléris d'avoir démontré la valeur de cette indication opératoire et de l'avoir réalisée avec succès, même au début de la gestation, en cas de menace d'avortement.

Cette question des opérations sur le col au point de vue de la fonction de reproduction, qu'elles soient pratiquées avant ou pendant la gestation, a soulevé nombre de discussions. Certains auteurs ont prétendu que, loin d'améliorer le pronostic de la gestation, elles déterminaient au contraire plus d'avortements que la lésion primitive contre laquelle on les employait (1). Il est très vraisemblable que ces interruptions après opération sont dues à des exérèses trop importantes ou à une cicatrisation vicieuse.

La non-extensibilité du segment inférieur explique aussi certains avortements en cas d'allongement hypertrophique du col ou du cancer utérin (Bar).

4° Fibrome. Le fibrome, on le sait, n'est pas incompatible avec une gestation. Cependant, lorsqu'une gestation survient, il n'est pas rare qu'elle soit interrompue. Pujol (2), sur 720 gestations compliquées de fibrome, a constaté 170 avortements. Cette proportion est exagérée et correspond à un ensemble de cas ayant nécessité l'hospitalisation. Il est assez difficile, d'ailleurs, de se faire une idée exacte de la fréquence de la stérilité et des avortements chez les fibromateuses.

Le risque abortif varie suivant que l'on a affaire à un fibrome sous-péritonéal, interstitiel ou sous-muqueux. Le premier n'a que peu d'influence sur la fonction maternelle (3). Les fibromes interstitiels, surtout lorsqu'ils farcissent de leurs noyaux le muscle utérin, gênent le développement normal de l'utérus. L'étoffe de celui-ci devient trop dure, inextensible et l'expulsion du produit de conception en est souvent la conséquence (4). Enfin les fibromes sous-muqueux

(1) AUDEBERT avait établi une statistique nettement défavorable.

Avant l'opération : 27 gestations ont donné 22 accouchements à terme, 3 avant terme et 2 avortements.

Après l'opération : 24 gestations donnent 5 accouchements à terme, 9 avant terme et 10 avortements. (*Annales de gynécologie*, Paris, 1898, fasc. 1, p. 20).

(2) PUJOL. — *Thèse* de Montpellier.

(3) Sauf complication rare, telle que sphacèle, péritonite, rétroversion enclavée, torsion du pédicule.

(4) Une de mes clientes, Mme C..., âgée de 30 ans avait mené à bien une gestation à 20 ans ; puis, à 28 et à 29ans, elle avait eu deux gestations interrompues par des avortements répétés. L'examen, m'ayant révélé au début de cette quatrième gestation, la présence de volumineux noyaux fibromateux interstitiels, je crus devoir attribuer les avortements à la présence des fibromes. J'en fis pratiquer, vers le troisième mois de la gestation, l'ablation par myomectomie. Les suites opératoires furent très simples et la gestation a été jusqu'à terme.

déterminent une réaction congestive de l'endomètre qui s'accompagne d'hémorragies. Ils gênent la greffe de l'œuf dans sa cavité utérine et constituent une cause de nidation anormale : nidation tubaire ou insertion vicieuse du placenta. Dangereux par l'endométrite déciduale qui les accompagne, ce sont eux qui causent le plus fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré. C'est ordinairement vers le 3e mois que surviennent les menaces d'avortement qui débutent par un écoulement hydrohématorrhéique et sont suivies bientôt d'hémorragies plus abondantes et de phénomènes d'expulsion.

On voit que le fibrome peut déterminer l'avortement par des mécanismes assez divers.

B) Le contenu est trop important par rapport au contenant.

C'est ce que l'on peut avoir dans les cas d'hydramnios et de gemelléité.

La *gestation gémellaire* se termine rarement à terme, surtout chez les primipares, et cette cause est assez souvent méconnue : en effet, dans la plupart des cas, les deux fœtus sont expulsés à peu d'intervalle ; il arrive que, dans quelques cas exceptionnels de gestation bivitelline, le second fœtus reste in utéro et soit expulsé plus tard (1).

L'*hydramnios*, en distendant l'utérus, prédispose à l'interruption de la gestation. L'hydramnios à marche lente, qui est le plus habituel, se voit surtout dans les derniers mois de la gestation et peut donner lieu à l'accouchement prématuré. Dans les cas plus rares d'hydramnios aigu, les accidents sont précoces, le ventre augmente rapidement de volume et la contractilité utérine étant sollicitée, il s'ensuit un avortement.

C) Mise en jeu prématurée de l'irritabilité utérine.

La mise en jeu de l'irritabilité utérine peut être déclanchée par une irritation directe, par un réflexe, par certains médicaments, par la fièvre, par l'action de l'acide carbonique.

1° Mise en jeu de l'irritabilité par irritation directe. Les *traumatismes et, en particulier les contusions qui portent sur la région abdominale,* contenant le globe utérin, peuvent, suivant certaines conditions mécaniques tenant à l'agent vulnérant, à la tonicité de la paroi abdominale ou de la paroi utérine et peut-être aussi, suivant le lieu de l'insertion placentaire, déterminer ou non une interruption de la gestation.

(1) Si l'on n'a pas assisté au premier acte, et que l'on assiste au second, on est fortement tenté de considérer comme erroné ou mensonger le récit du premier.

2° Mise en jeu réflexe de l'irritabilité. — La mise en jeu de l'irritabilité utérine peut être provoquée par un réflexe. C'est ce que l'on voit lorsqu'*il s'agit d'un traumatisme à distance.* Cette notion de traumatisme est fréquemment exagérée par la malade et par son entourage, et ne doit être acceptée par le médecin qu'avec les plus grandes réserves. Dans les cas de grands traumatismes, on peut voir une interruption de la gestation dans les heures ou les jours qui suivent l'accident. Tantôt l'avortement s'effectue comme un avortement spontané banal, tantôt il s'accompagne des signes anatomiques et cliniques de l'hémorragie rétro-placentaire. Dans d'autres cas, du fait du traumatisme, il y a mort du fœtus et rétention pendant quelques jours ou quelques semaines, mais alors le produit expulsé devra toujours présenter les critères morphologiques propres au terme où s'est produit le traumatisme, si l'on veut attribuer valablement sa mort au dit traumatisme.

D'autre part, comme en matière d'avortement criminel, il semble bien que la susceptibilité individuelle de chaque femme joue un rôle important dans la production de l'avortement traumatique.

Des traumatismes, même considérables, peuvent ne pas être suivis d'avortement : chute d'un lieu élevé, fractures, plaies pénétrantes de l'abdomen.

On a publié le cas d'une fracture du sacrum qui n'avait pas empêché une continuation normale de la gestation. J'ai observé (1) le cas d'une fracture de la ceinture pelvienne à la suite d'un accident d'automobile qui s'était produit au septième mois d'une troisième gestation, et qui n'a pas empêché un accouchement à terme.

Inversement, chez d'autres femmes, probablement plus sensibles, un très simple ébranlement, comme ceux qui sont dus au chemin de fer ou à l'automobile, suffit à interrompre la gestation. Certaines femmes avortent après une randonnée insignifiante en automobile, tandis que d'autres supportent parfaitement un voyage long et pénible.

En plus de la susceptibilité anormale de la fibre utérine, il y a lieu de retenir aussi quelques facteurs prédisposants qui paraissent favoriser l'action nocive du traumatisme, tels que l'endométrite déciduale, la coïncidence du traumatisme avec l'époque des règles absentes, le développement d'une complication infectieuse (lymphangite, phlegmon).

On a discuté et on discute encore sur les conséquences des *traumatismes opératoires*, qui, pourtant, devraient permettre une étude quasi expérimentale. On a pu constater à maintes reprises

(1) VIGNES. — Traumatisme et gestation. *Journal des Praticiens*, 20 octobre 1923, n° 42, p. 673.

que tantôt les opérations les plus graves sont supportées par la femme enceinte et que tantôt des opérations graves ou bénignes, sans autre cause provocatrice, ont pu déterminer l'interruption de la gestation.

C'est surtout la question des interventions sur la zone génitale et juxta-génitale qui offre un intérêt pratique.

On a pu pratiquer diverses interventions, sans provoquer l'avortement, sur le vagin, l'anus, sur l'utérus (myomectomie) (1), sur les annexes (ovariectomie). On a même signalé des cas exceptionnels où la gestation a continué normalement en dépit d'un curettage, ou de toute autre maneuvre intra-utérine, fait par méconnaissance de cet état.

Cependant, à côté de ces cas, on a signalé également un nombre important de femmes, qui, à la suite d'un traumatisme opératoire insignifiant, ont avorté : petites interventions sur la vulve et le vagin et même chez certaines femmes particulièrement susceptibles, le simple toucher vaginal.

Les *excès de coït* joueraient un rôle important en congestionnant les organes pelviens et en traumatisant le col utérin, aussi cette cause explique-t-elle en partie la fréquence des avortements chez les jeunes mariées.

On connaît des observations d'avortements ayant succédé à des phénomènes douloureux tels qu'une *colique hépatique* ou une *colique néphrétique*. On conçoit que ces crises douloureuses puissent, par réflexe, déterminer des perturbations du système circulatoire et du système végétatif, tels que le régime de la circulation utéro-placentaire et du système nerveux végétatif en soit troublé et que la mort du fœtus s'en suive ou que l'utérus se contracte intempestivement.

On s'est demandé s'il existait des régions dont le traumatisme provoquerait plus particulièrement l'avortement par l'influence d'une sorte de synesthésie.

Pour le sein, on a pratiqué des extirpations larges en cas de cancer coïncidant avec une gestation et on a observé aussi bien l'avortement que la continuation.

On a incriminé les opérations pratiquées sur les varices des membres inférieurs. J'ai accouché une femme qui, au 4e mois d'une gestation méconnue, avait subi l'extirpation des deux saphènes internes dans toute leur longueur, sans aucun inconvénient pour sa gestation.

Abrams, par la percussion de certaines vertèbres lombaires ou sacrées, aurait pu agir sur la musculature utérine, dans un sens sédatif, ou dans un sens excito-moteur.

Enfin des réflexes à point de départ nasal peuvent chez certaines femmes déclancher ou renforcer la contractibilité utérine, ainsi que l'ont étudié Fliess, puis Jerusalem et Falkner, puis Mahu.

3° **Irritation par des médicaments.** Après ce que nous avons dit des substances abortives dans le chapitre de l'avortement criminel, nous n'insisterons pas à nouveau sur leur rôle et leur mécanisme.

4° **Mise en jeu de l'irritabilité utérine par la fièvre.** D'après certains auteurs, au cours des infections générales aiguës, la température provoquerait les contractions utérines (1).

Il est probable que, le plus souvent, l'avortement survient du fait de la mort du fœtus, mais il est des cas indéniables où l'on a observé l'expulsion d'un œuf vivant au milieu de phénomènes fébriles. Faut-il admettre que l'hyperthermie seule soit capable d'exciter la fibre utérine, ou au contraire que celle-ci se contracte sous l'influence des toxines en circulation dans le sang ?

Il est difficile de répondre, cependant l'élévation de la température ne suffit pas dans bien des cas pour expliquer l'interruption de la gestation : par exemple le choléra malgré une hypothermie marquée, provoque fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

5° **Mise en jeu de l'irritabilité par CO^2.** On connaît bien en physiologie générale le fait que l'enrichissement du sang en gaz carbonique détermine à un certain taux, la contraction des fibres musculaires lisses. Brown-Séquard invoquait la présence d'un excès de ce gaz dans le sang, comme cause déterminante de l'accouchement : au cours de maladies comme la pneumonie, qui s'accompagnent chez la femme enceinte de phénomènes dyspnéiques particulièrement intenses, l'état d'asphyxie progressive est-il capable d'exciter la contractibilité utérine et de déterminer par ce mécanisme l'expulsion du produit de conception ? Cette opinion a été soutenue surtout par les auteurs anciens. Actuellement on pense plutôt que l'infection sanguine

---

(1) C'est ainsi que sur 100 cas de myomectomie pratiquée pendant la gestation étudiés par Labey (*Rapp. au XXXIIIe Congrès français de chirurgie*, 1924) l'accouchement eût lieu à terme sans incident, 49 fois ; prématurément avec enfants vivants, 3 fois ; dans 41 cas, la gestation continua sans que l'on ait pu savoir comment s'était passé l'accouchement ; enfin, l'intervention ne détermina l'avortement que dans 18 cas, ce qui donne une mortalité fœtale de 14,6 %.

(1) STEIN. — Influence des hautes températures dans quelques maladies aiguës sur la grossesse. *Thèse* de Paris, 1889.

par le pneumocoque ou que l'empoisonnement par les toxines qu'il sécrète sont plutôt cause de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

Ordinairement, le fœtus a déjà succombé avant sa naissance, soit du fait de l'asphyxie (le passage du CO^2 de la mère à l'enfant peut se faire dans les deux sens) soit du fait de l'infection, plus souvent peut-être.

L'EXPLORATION CLINIQUE DE LA PROSTATE

D'après le Dr Georges LUYS.

L'habile chirurgien Dr Georges Luys, à qui l'urologie doit plus d'un instrument pratique et ingénieux et plus d'un procédé opératoire, a fait paraître chez l'éditeur G. Doin, un très beau traité intitulé : *Les maladies de la prostate* (1), traité suivi d'un chapitre dû au Dr Victor Pauchet sur les prostatectomies et les tumeurs malignes de la prostate. Ce volume in-8° de 700 pages est remarquablement édité et illustré de 457 belles figures et de 5 planches en couleur hors texte. Nous avons pensé que le meilleur moyen de donner à nos lecteurs une idée exacte du livre du Dr G. Luys était d'en analyser un chapitre et de prier l'auteur de nous prêter quelques-uns de ses clichés pour l'illustrer. Nous avons choisi le chapitre sur l'exploration clinique de la prostate, persuadé qu'il était de ceux qui intéresseraient le plus les médecins praticiens.

***

L'exploration clinique de la prostate doit se faire :

1° Par le toucher rectal ;
2° Par le palper bimanuel ;
3° Par l'expression de la prostate ;
4° Par l'explorateur à bout olivaire ;
5° Par l'explorateur vésical métallique ;
6° Par l'urétroscopie ;
7° Par la cytoscopie ;
8° Par la radiographie de la prostate.

I. **Le toucher rectal.** — Cet examen doit se faire après avoir vidé la vessie avec une sonde à béquille en profitant de ce sondage pour faire un lavage de la vessie. L'examen avec la vessie pleine pourrait donner lieu à des erreurs d'interprétation sur le volume de la prostate. Le malade doit être dans le décubitus dorsal, les jambes écartées et légèrement fléchies, on lui soulève le siège soit en lui faisant mettre les poings

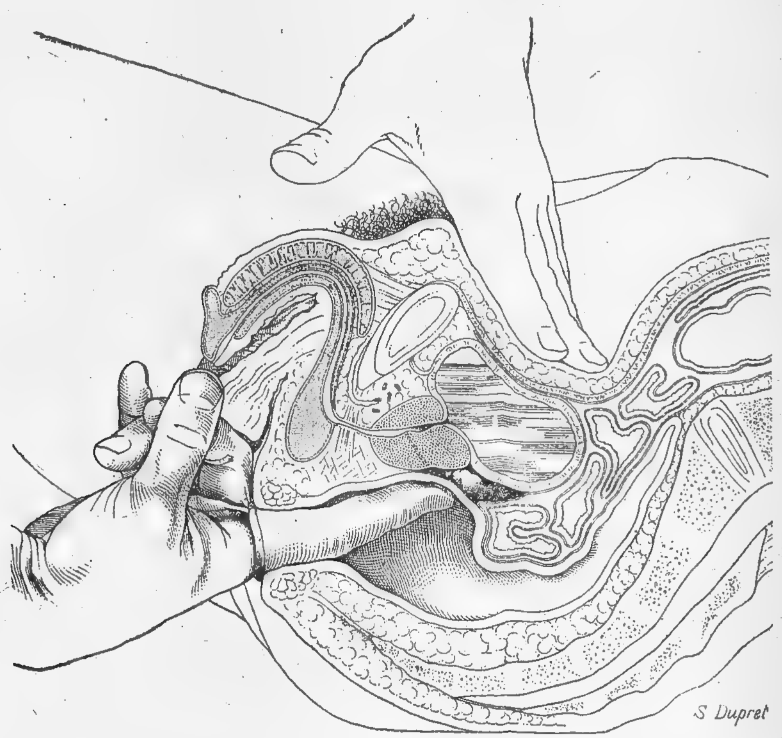


FIG. 1. — Exploration de la prostate par le toucher rectal.

(1) G. Doin, édit., Paris. Prix : 90 fr.

fermés sous les fesses, soit à l'aide d'un coussin. L'on introduit alors l'index muni d'un doigtier préalablement vaseliné, dans le rectum, la pulpe du doigt tournée en haut. Ce doigt explorera méthodiquement la prostate, en remontant sur la face antérieure du rectum, recherchant le bec, les lobes latéraux, la partie moyenne de la glande, appréciant sa forme, son volume, sa consistance, sa sensibilité. La douleur médiane peut avoir son siège dans l'urètre profond et surtout dans le veru montanum.

L'on pourra alors constater le volume de la prostate plus ou moins saillante dans le rectum, sa consistance ferme et élastique dans l'hypertrophie ; ligneuse, bosselée, très dure dans le cancer ; nodulaire dans la tuberculose ; granuleuse dans la prostatite chronique.

II. **Le palper bimanuel.** — L'index droit continuant à explorer, la main gauche déprime la paroi abdominale, les doigts s'enfonçant le plus profondément possible derrière le pubis. Si le malade n'est pas trop gras, l'on sent parfaitement la prostate entre les deux mains et l'on peut se rendre compte de la saillie qu'elle fait dans la vessie.

III. **L'expression de la prostate.** — Elle est destinée à l'examen du contenu de la glande et de sa sécrétion. Pour cela, faire uriner le malade, puis faire un grand lavage urétro-vésical et s'assurer que le liquide sort clair ; garnir la vessie avec de l'eau boriquée. Faire prendre au malade la position du massage ; c'est-à-dire debout, les jambes droites et raidies, le haut du corps fortement courbé en avant, le coude gauche appuyé sur un plan résistant, tandis que la main droite place sous le méat un verre destiné à recueillir le liquide prostatique exprimé qui sera examiné au microscope.

Le doigt du chirurgien enduit de vaseline est introduit dans l'anus, va à la recherche de la prostate, déprime ses lobes et expulse leur contenu. S'il y a un abcès intra-prostatique, on a la sensation de pénétrer dans une partie molle et d'y laisser une empreinte.

Au début, ces massages de la prostate peuvent être douloureux au point de provoquer la syncope ; il convient donc d'aller doucement tant que le malade n'y est pas habitué.

On fait ensuite uriner le malade dans quatre verres.

L'expression de la prostate doit se faire quand

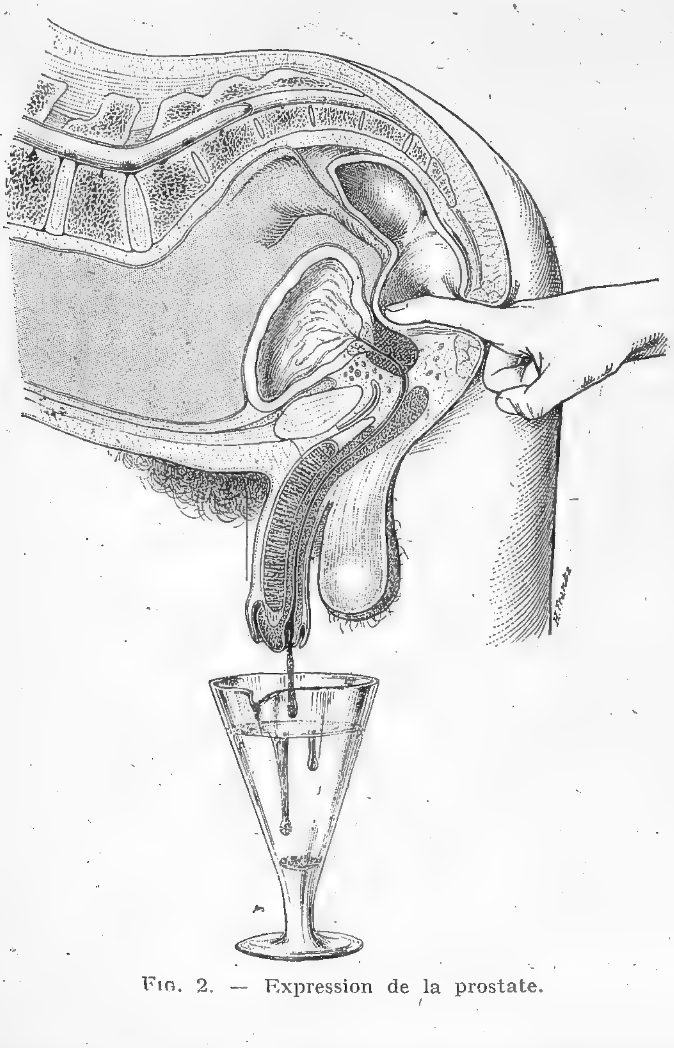


Fig. 2. — Expression de la prostate.

on présume que la prostate contient du pus ou des produits de rétention.

A l'état normal, le liquide prostatique ne contient que des cellules, des granulations graisseuses et de petites concrétions brunâtres. A l'état pathologique, on y trouve des leucocytes en plus ou moins grande abondance.

IV. Exploration de la prostate par l'explorateur à boule olivaire.

— Selon l'expression de Guyon, ce procédé constitue un véritable toucher intra-prostatique. Pour l'effectuer, il convient de remplir la vessie d'eau boriquée. On introduit alors l'explorateur à boule olivaire jusqu'à l'urèthre membraneux. A partir de ce point l'on peut constater la sinuosité du trajet, la surélévation de la paroi inférieure, la sensibilité du veru montanum, la longueur ou la défor-



Fig. 3. — Explorateur à boule olivaire.



Fig. 4. — Cathétérisme explorateur de l'urètre.

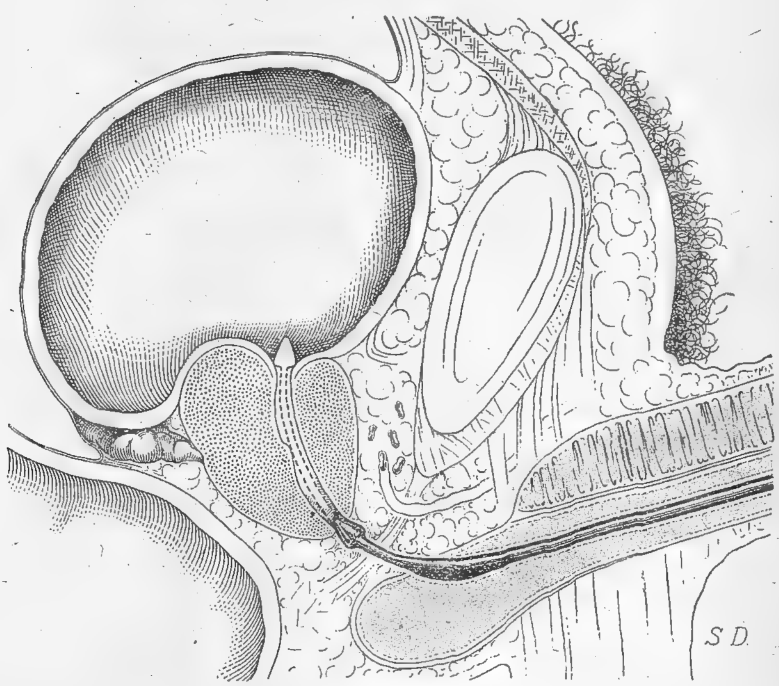


Fig. 5. — Exploration des dimensions antéro-postérieures de la prostate avec l'explorateur à bout olivaire.

mation du trajet. Si malgré la douceur de l'exploration, l'urèthre saigne, l'on peut conclure à la friabilité et à la congestion de la prostate.

Pour mesurer la longueur de la traversée prostatique, on introduit un explorateur olivaire n° 20 jusque dans la vessie, puis on le retire doucement, l'on sent une résistance quand le talon de l'explorateur traverse le col de la vessie. On note avec les doigts le point de la sonde qui correspond alors au méat, puis on continue de la retirer et il est facile de percevoir quand l'explorateur quitte l'urètre membraneux.

On note sur la tige et en mesurant la distance entre les deux points notés, l'on a la longueur du trajet prostatique.

L'allongement de la traversée prostatique peut, de 2 centimètres, atteindre 6, 8 et même 10 centimètres et est en rapport avec l'hypertrophie de la glande.

L'explorateur est parfois arrêté par l'existence d'une barre prostatique qu'il ne peut franchir.

V. L'exploration de la prostate par l'explorateur vésical métallique de Guyon. — Le malade est dans le décubitus dorsal, le siège élevé par un coussin, la vessie garnie de cent grammes d'eau boriquée.

L'instrument est présenté d'abord au méat de façon que la concavité de sa courbure regarde la face interne de la cuisse droite, l'introduction se fait facilement jusqu'au cul-de-sac de bulbe. A ce moment l'instrument a de la tendance à tourner et à être arrêté. A ce moment, il convient de tendre la verge avec la main gauche, tandis que la main droite se borne à soutenir l'instrument. Sous cette influence la pénétration se fait dans la région membraneuse et le manche de l'instrument s'abaisse. A ce moment la main gauche, abandonnant la verge, s'applique fortement sur la région pubienne qu'elle déprime de manière à abaisser le ligament suspenseur de la verge, en même temps que la main droite soutient simplement le manche qu'elle suit dans son abaissement. La traversée prostatique dès lors s'effectue le plus souvent sans difficulté. Cependant parfois elle est plus difficile. Il arrive que l'on croit être dans la vessie quand on est encore dans la prostate et réciproquement, l'on peut croire être encore dans la prostate alors qu'on est dans la vessie. L'on s'en rend compte en faisant tourner transversalement le bec de l'instrument. Avec cet explorateur on peut explorer le col de la vessie et par là-même la prostate. En faisant tourner l'instrument on peut se rendre compte de ressauts sur les bords du col de la vessie, apprécier la profondeur du bas-fond de la vessie.



Fig. 6. — Explorateur métallique de Guyon.

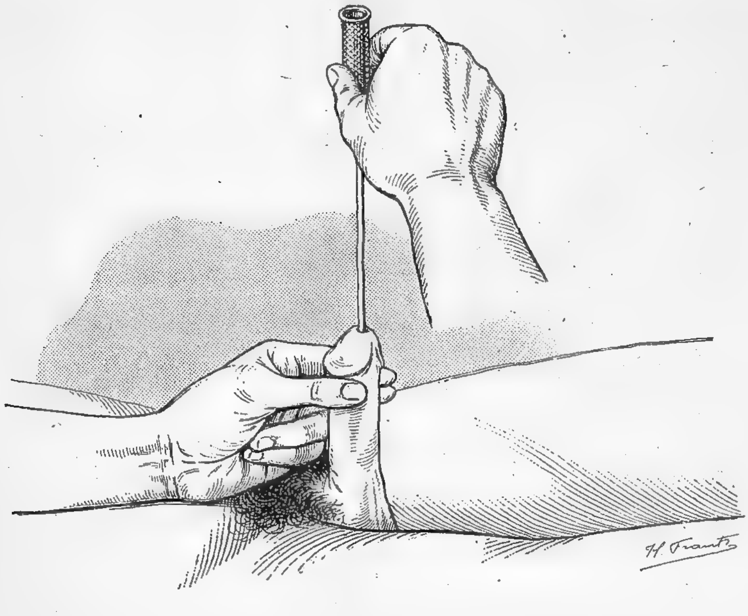


Fig. 7. — L'explorateur métallique est introduit dans l'urètre antérieur de manière que la concavité de sa courbure soit tournée du côté de la face interne de la cuisse droite du malade. Le talon du manche de l'instrument repéré par les boutons du tambour est ici vers la gauche ; il n'est donc pas visible.

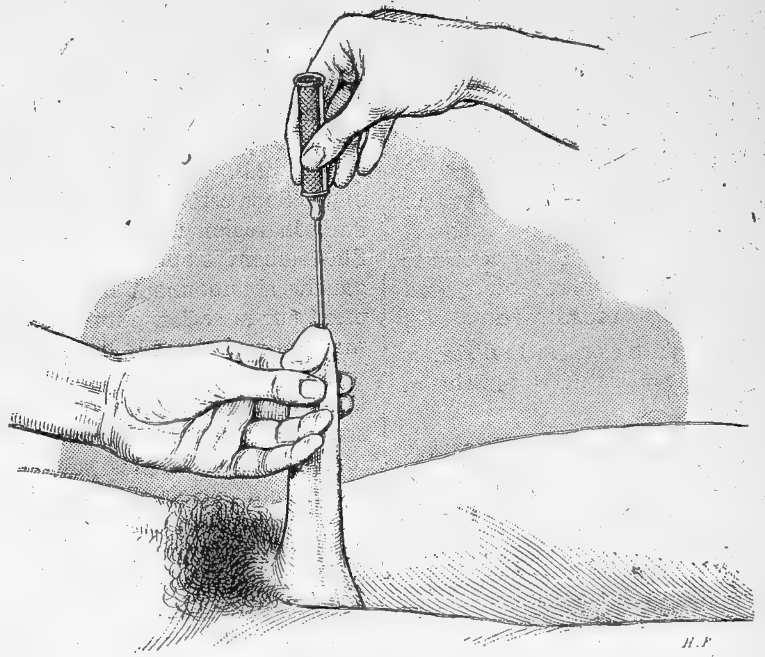


FIG. 8. — La traction de la main gauche sur la verge permet à l'instrument de progresser jusqu'à la région membraneuse.

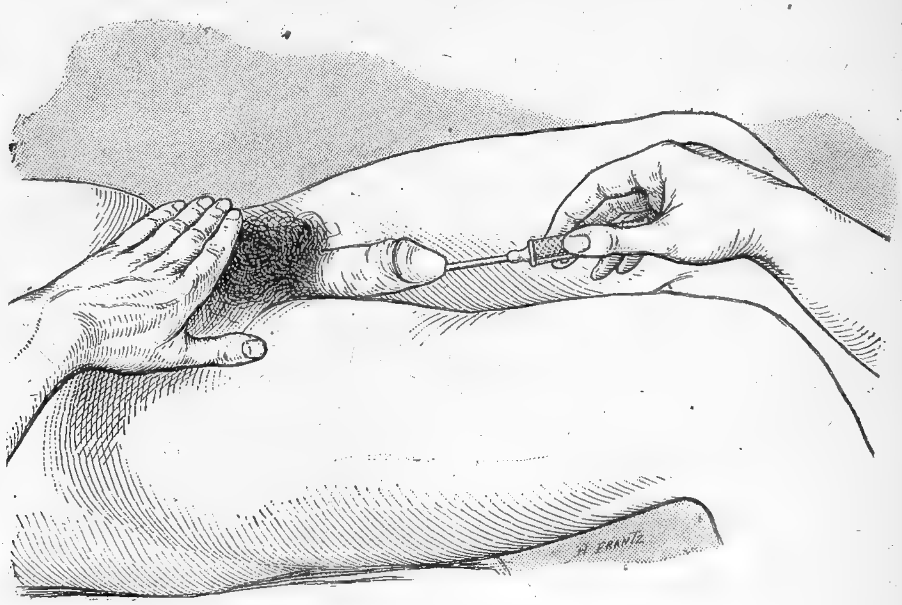


FIG. 9. — Manœuvre prépubienne (Guyon). La main gauche déprime et abaisse fortement les tissus au-devant du pubis, tandis que la main droite soutenant simplement l'explorateur, lui permet de progresser facilement dans les régions membraneuse et prostatique.

VI et VII. **Exploration de la prostate par l'urétroscope et la cystoscopie.** — Le maniement délicat d'instruments comme l'urétroscope et le cystoscope sort du domaine du médecin praticien pour entrer dans le domaine exclusif du spécialiste. Aussi nous ne le décrirons pas, bien que le Dr G. Luys lui consacre plus de 30 pages et montre par de superbes planches coloriées et de belles figures l'aspect de l'urètre postérieur, du veru montanum, de l'orifice des canaux éjaculateurs, etc., avec les instruments endoscopiques qu'il a lui-même perfectionnés ou imaginés.

VIII. **L'exploration de la prostate par la radiographie.** — La radiographie directe ne

permet guère de déceler les contours de la prostate, mais en injectant dans la vessie du collargol, du bismuth, de l'oxygène ou mieux du lipiodol, on peut, par la radiographie, constater le soulèvement du plancher vésical au niveau du col, déterminé par le développement de l'adénome ainsi que des déformations secondaires comme les diverticules et déceler encore, s'ils existent, les calculs de la prostate.

J. NOIR.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des extrasystoles.

L'extrasystole est une contraction cardiaque prématurée, qui vient troubler la succession régulière des pulsations cardiaques normales.

Il faut tout d'abord lutter contre l'affection causale : affections cardio-vasculaires où les extrasystoles sont en général causées par l'insuffisance cardiaque ; syndromes endocriniens (Basedow) ; affections digestives, où elles sont d'origine réflexe ; états névropathiques (émotions, soucis).

Mais on ne doit pas non plus négliger de traiter l'arythmie extrasystolique elle-même. Le professeur LIAN préfère au bromure, à la valériane, à la belladone, au sulfate d'atropine, à la quinine, souvent recommandés, le sulfate de quinidine. Ce médicament est très efficace, à la condition d'employer des doses moyennes et de faire des cures prolongées. Voici sa formule :

Un comprimé de 0 gr. 20 de sulfate de quinidine au début des trois repas pendant deux semaines consécutives ; cesser cinq jours, puis continuer ainsi, chaque période de deux semaines séparée de cinq jours de la suivante.

S'il y a lieu, atteindre quatre comprimés par jour (un quatrième au début du five o'clock). D'autre part, chercher au bout de quelques mois à allonger progressivement les périodes d'arrêt, six jours, puis sept jours (c'est-à-dire prendre les comprimés deux semaines sur trois), etc.

Pour peu que le sujet présente de l'insuffisance cardiaque, faire précéder chaque cure quinidique de cinq jours de digitale à doses faibles ou moyennes.

Cette méthode a donné d'assez bons résultats. Il est de plus conseillé de rassurer ces sujets, qui éprouvent des sensations extra-systoliques pénibles, et d'en détourner leur attention. C'est là un rôle bien difficile. Aussi quand on constate des extrasystoles et que le sujet n'en a été averti par aucun trouble fonctionnel, on doit bien se garder de le renseigner et de l'inviter à dépister les sensations qui peuvent accompagner les extrasystoles. (*L'Hôpital*, décembre 1925 B).

Endocardite infectieuse à symptomatologie anormale chez un malade ayant subi récemment un traitement novarsénobenzolique.

Le cas, cité par MM. BONNET, MOLLARD et BURLET, se rapporte à un homme, qui, venu pour se faire traiter pour sa syphilis, paraissait se bien porter, travaillait normalement, ne se plaignait de rien ; environ vingt-cinq jours après le traitement, se manifestent des troubles graves liés à une endocardite ulcéro-végétante, qui amène la mort en moins de deux mois. Il faudrait donc supposer que l'arsénobenzol ait exalté la virulence d'un microbe resté plus ou moins silencieux jusque-là ; d'autres cas de ce genre ont déjà été observés. (*Lyon médical*, 10 janvier 1926.)

Oxyde de carbone et empoisonnements alimentaires.

Des cas d'intoxication par l'oxyde de carbone ont risqué, peut-être en raison des phénomènes gastro-intestinaux dont ils s'accompagnaient, de passer inaperçus et d'être pris pour des empoisonnements alimentaires. Il s'agissait d'accidents, après lesquels plusieurs personnes furent retrouvées, soit inanimées, soit mortes, dans un même local, au milieu de déjections ; la table était encore encombrée des reliefs du repas, qui attirait surtout l'attention des enquêteurs. Influencés par l'allure épidémique du mal et par la vue des déjections et des restes d'aliments parfois suspects (crèmes, charcuterie, champignons), ils n'hésitèrent pas à diagnostiquer une intoxication alimentaire, alors que personne ne songeait à l'oxyde de carbone, qui pourtant était seul en cause. Sous l'influence d'une idée préconçue, on négligeait complètement, dès l'arrivée des survivants à l'hôpital, de pratiquer les prises de sang nécessaires à l'examen spectroscopique ou à l'extraction des gaz. Or un simple examen spectroscopique du sang suffit à dissiper le doute et à reconnaître le gaz toxique, et d'autre part l'oxyde de carbone s'élimine très rapidement du sang (en cinq ou six heures) ; de plus, lorsque dans le sang les proportions de l'hémo-

globine oxycarbonée sont inférieures au huitième de l'hémoglobine totale, l'examen spectroscopique ne le décèle plus et il faut disposer autant que possible de 50 cmc. de sang pour l'extraction des gaz du sang et leur analyse. Telles sont les intéressantes réflexions de M. KOHN-ABREST, directeur du laboratoire de toxicologie. (*La Médecine*, décembre 1925.)

Sur les relations des dermatoses avec les perturbations fonctionnelles des divers appareils.

Les affections cutanées restent des réactions et, comme le montre L. LORTAT-JACOB, l'histologie, l'histochimie, la chimie, les examens du sang, les épreuves hépatiques, rénales, les renseignements fournis sur le système nerveux périphérique, sympathique, les procédés modernes basés sur l'étude du métabolisme basal pour aboutir à la connaissance des fonctions des glandes à sécrétions internes, doivent être connus du dermatologiste.

Influence des fonctions digestives : dans les affections de la bouche, les rhinopharyngites, un rôle important est dévolu à la déglutition permanente des sécrétions septiques pour expliquer la persistance de certaines prurits, de certains états urticariens ou eczématiformes. Il faut connaître aussi le rôle de la sucette du nourrisson dans l'infection de la bouche et du tube digestif.

Pour les enfants allaités par des nourrices réglées, la peau réagira aussi en fonction d'une infection buccale ou d'une intoxication générale, en rapport soit avec un lait contenant des principes toxiques, soit aussi trop riche en matières grasses.

Il faut encore rechercher le syndrome des ulcérations digestives, des hémorragies occultes, dont le traitement devra être avant tout un pansement gastro-intestinal par les poudres bismuthées.

C'est aussi, dans les deux tiers des cas, un cancer de la cavité abdominale primitif de l'estomac ou de l'intestin, ou secondaire à un cancer de l'utérus, du sein, révélé par la dystrophie papillaire et pigmentaire, ou acanthosis nigricans (état rugueux et pigmentaire de la peau, à distribution élective aux aisselles, au cou, à la nuque, etc.).

On connaît les affections cutanées en rapport avec les perturbations de la fonction hépatique : purpura, prurits, ictère, xanthomes, xanthélasma.

Certaines eczématisations peuvent être en rapport avec les modifications sanguines de néphrites hydropigènes, où elles constituent une véritable saignée séreuse.

Les altérations cutanées dans les maladies des glandes endocrines sont connues : sclérodermies, pigmentations de la grossesse, mélanodermie de la maladie d'Addison, etc.

Citons aussi certaines kératodermies localisées dans le territoire de racines nerveuses lésées.

En résumé, le souci d'acquérir des notions de la spécialité dermatologique ne doit pas faire négliger prématurément la route, pleine d'enseignement précieux, de la pathologie générale. (*La Presse médicale*, 26 décembre 1925.)

Fractures du condyle interne et fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant.

A. TAILHEFER attire l'attention sur des fractures sus-condyliennes incomplètes siégeant dans la moitié interne de l'humérus et simulant des fractures du condyle interne. D'après l'étude de 500 cas, il estime que la plupart des fractures décrites sous ce nom dans l'enfance sont des fractures sus-condyliennes incomplètes.

Dans les premières, le trait naît au-dessus de l'épitrochlée et se dirige en bas et en dehors pour aboutir à la lèvre interne ou dans la gorge de la trochlée.

Dans les fractures incomplètes, le trait est à peu près transversal et intéresse la région sus-épitrochléenne pour aller se perdre dans la cavité olécranienne ; tantôt il est d'abord légèrement oblique en bas et en dehors, mais au lieu de se continuer vers la gorge de la trochlée il se relève, ébauchant ainsi le trait à légère concavité supérieure de la fracture sous-condylienne transversale typique.

Les fractures vraies du condyle interne se rencontrent dans la proportion de 5 sur 500 fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ; les fractures incomplètes dans la proportion de 17. Elles surviennent au même âge 6 à 9 ans, et ne peuvent être diagnostiquées que par la radiographie, car leurs signes cliniques n'offrent rien de particulier ; elles ne donnent lieu à aucun déplacement.

Rien de spécial à dire du traitement, il est celui des fractures du coude sans déplacement : bains chauds et mobilisation active progressive ; s'abstenir du massage et de la mobilisation passive. Il faut savoir que le mouvement d'extension du coude est long à revenir, même dans ces fractures où le dégât osseux est si peu considérable. (*La Presse médicale*, 6 janvier 1926.)

La phlébite des tuberculeux.

Elle s'observe à tous les stades de l'infection bacillaire, et on la distingue en précoce ou tardive. René MIGNOT pense même qu'elle peut survenir comme un symptôme révélateur d'une tuberculose latente.

D'une façon générale, elle se distingue par l'atténuation habituelle de ses symptômes, due à la nature des lésions, qui généralement ne dépassent pas le stade préoblitérant.

L'évolution de la phlébite précoce est bénigne ;

elle est de courte durée, ne dépassant guère quinze jours à trois semaines ; les différents symptômes régressent rapidement, elle ne laisse pas de reliquats, et ne s'accompagne pas de complications ; elle récidive rarement ; le retour du membre à l'état normal est, sauf exception, intégral et définitif.

L'évolution des phlébites tardives est liée à la tuberculose qu'elle accompagne ; elle peut guérir malgré l'état de déchéance souvent prononcé du malade. La mort peut survenir au cours de la phlébite, soit du fait de cette phlébite par une complication (embolie pulmonaire, périphlébite, gangrène du membre), soit du fait de la tuberculose coexistante.

Ce sont ordinairement les veines superficielles qui sont prises, et à peu près exclusivement les veines des membres inférieurs.

A noter que l'apparition d'une phlébite précoce chez un sujet suspect doit toujours faire redouter, soit une aggravation rapide de lésions souvent discrètes, soit l'éclosion parfois brutale q'une tuberculose aiguë généralisée. Dans quelques cas rares, l'état pulmonaire ne se trouve pas influencé par la phlébite. On comprend ainsi toute l'importance qu'il y a à préciser la vraie nature de la phlébite, grâce à une étude clinique minutieuse, aidée par les divers procédés de laboratoire.

Le traitement n'offre rien de spécial, sinon qu'au cas d'une phlébite précoce, on devra penser à la tuberculose, dont elle est symptomatique, et instituer une thérapeutique générale appropriée. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 décembre 1925.)

Les syndromes spasmo-paralytiques de l'enfance.

Ce sont des cas, expose M. L. LEREBOULLET, où la paralysie, au lieu d'être flasque, s'associe au spasme, à la contracture, et, au lieu d'être liée à une lésion strictement médullaire, se rattache à une altération des neurones-moteurs centraux.

En regard des malades présentant des troubles des membres inférieurs par paralysie infantile, par lésion de la moelle, il y a d'autres malades, qui, eux, ont des troubles des membres inférieurs, par lésion cérébrale (hémiplégies ou diplégies), et parmi ces derniers, il est juste de distinguer deux groupes.

Ou bien la lésion cérébrale est extrêmement restreinte, légère, résultant avant tout de la naissance avant terme ou de la difficulté du travail, parfois de l'hérédo-syphilis seule ; il y a alors un syndrome particulier auquel on a donné le nom de maladie de Little, et caractérisé par une rigidité spasmodique des membres inférieurs, une atrophie musculaire peu marquée, des réflexes parfois exagérés, avec convulsions dans les antécédents ; la rigidité spasmodique, seul symtôme important, semble susceptible d'une évolution spontanée vers l'amélioration.

Ou bien, il existe des lésions cérébrales plus étendues, d'étiologie souvent plus complexe, entraînant des troubles convulsifs et des manifestations intellectuelles en même temps que des troubles moteurs, provoquant des manifestations spasmodiques plus accusées et offrant beaucoup moins de prise à la thérapeutique.

Entre ces groupes de faits, il existe tous les intermédiaires et une démarcation absolue ne peut être maintenue. (*Journal des Praticiens*, 26 décembre 1925.)

Méningites cérébrospinales à forme d'hémorrhagie méningée.

M. CHALIER et Mlle SCHOEN en rapportent deux observations intéressantes, qui montrent que cette forme est exceptionnelle et grave, et qu'il est important de faire un diagnostic immédiat pour mettre en œuvre aussitôt e traitement sérothérapique.

Mais ce diagnostic est particulièrement difficile, si l'on n'a pas l'attention attirée vers la possibilité d'une méningite cérébro-spinale. Chez le premier malade, la notion d'une inégalité pupillaire, l'existence d'albuminurie et d'un léger degré d'hypertension firent penser à une hémorragie méningée, soit d'origine spécifique, soit d'origine rénale. C'est presque par hasard que l'examen du culot fut pratiqué et montra la présence de méningocoques.

Instruits par ce cas, les auteurs soumirent aussitôt le deuxième malade au traitement sérique, et l'examen révéla en effet l'existence de la méningococcémie.

Il est donc absolument indispensable, en présence d'une hémorragie méningée, quelle que soit la symptomatologie clinique, de pratiquer immédiatement un examen direct et une culture du liquide céphalo-rachidien, pour y déceler le méningocoque.

Quant au traitement, il doit être particulièrement intensif, étant donné que l'hémorragie traduit un processus d'hyperhémie en rapport avec une infection sévère.

Sérothérapie aussi précoce que possible, et à doses massives, tant par a voie intra-veineuse que par la voie intra-rachidienne, la ponction lombaire étant répétée deux fois par jour pour maintenir continuellement le malade sous l'influence du sérum, telle doit être la ligne de conduite en présence d'une infection aussi grave. (*La Presse médicale*, 23 janvier 1926.) G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

L'hystérectomie fundique.

(M. Félix Papin. — *Société de chirurgie* ; 10-3-1926.)

M. Lecène présente un rapport sur un travail de M. Félix Papin, de Bordeaux, relatif à un cas d'hystérectomie fundique avec conservation partielle de l'ovaire. Depuis l'opération, les règles sont revenues tous les vingt-quatre ou vingt-cinq jours et les troubles névropathiques accusés par la malade ont disparu.

Sous le nom d'hystérectomie fundique on désigne l'ablation partielle, supra-isthmique, de l'utérus. Faite avec conservation des deux ovaires ou même d'un simple fragment d'ovaire, elle offre de sérieux avantages que l'on devine aisément. Depuis les premiers travaux de Zweifel (1899) et de Beuttner (1908) cette opération a d'ailleurs été pratiquée assez souvent et M. Lecène y a eu recours une centaine de fois. Ses indications doivent être bien précisées si l'on veut obtenir de bons résultats éloignés. On l'emploiera dans les annexites légères, dans les fibromes du fond de l'utérus. Au contraire, dans les annexites bilatérales importantes, l'hystérectomie fundique peut donner des déboires, d'autant que la conservation des règles, lorsque quelques troubles persistent, incitent volontiers les femmes à penser qu'on leur a fait une opération incomplète.

Cette conservation de la menstruation, lorsqu'elle est possible et que l'hystérectomie fundique est suffisante, n'en offre pas moins de gros avantages. On évite ainsi nombre de déviations psychiques de ménopause anticipée et aussi ces altérations du métabolisme général, provoquées par la suppression des flux menstruels, que l'on commence à connaître (arthropathies du type déformant, etc.). Un simple fragment d'ovaire, pourvu qu'il soit bien vascularisé et qu'il ait encore ses connexions nerveuses normales peut souvent suffire à entretenir la menstruation, à condition que l'on ait aussi gardé 2 à 3 centimètres de muqueuse utérine sus-isthmique.

— M. Dujarier estime que l'hystérectomie fundique est une précieuse ressource dans les affections de l'appareil génital des femmes jeunes.

— M. Roux-Berger a perdu une malade à la suite d'une hystérectomie fundique : il s'agissait de lésions salpingiennes avancées.

— M. Lecène insiste à nouveau sur ce point : il ne faut faire l'hystérectomie fundique qu'en présence d'accidents annexiels très bien refroidis et n'ayant laissé aucune lésion grave de pelvi-péritonite.

— M. Cunéo considère que la question des règles a en gynécologie un intérêt de premier ordre. Jusqu'à ces derniers temps, on s'est attaché surtout à la conservation totale ou partielle du tissu ovarien. Or, rien ne démontre que ce soit là une bonne pratique, en l'absence de flux menstruel. L'avantage de l'hystérectomie fundique est précisément de permettre la fonction menstruelle.

Quarante-six cas d'abcès du foie.

(M. Pérard, de Casablanca. — *Société de chirurgie* ; 14-4-1926.)

M. Pérard, dans un travail qui fait l'objet d'un rapport de M. Roux-Berger, travail basé sur 46 cas d'abcès du foie, conclut que les résultats du traitement de cette affection dépendent avant tout de la précocité du diagnostic et de la rapidité de la décision. Lorsque l'émétine a été insuffisante, l'opération sur un sujet qui n'est pas moribond ou cachectique est simple, bien réglée ; sa seule difficulté est de trouver l'abcès, puis de choisir la meilleure voie pour l'ouvrir largement. Pourvu que l'intervention soit complète et ne néglige pas un abcès voisin, elle assurera la guérison de cette complication de l'amibiase, maladie générale, qui, comme la syphilis et le paludisme, nécessite un traitement prolongé.

—. M. Lecène croit M. Pérard trop optimiste quant au pronostic général des abcès hépatiques. S'il est entendu qu'un abcès solitaire amibien du foie guérit aujourd'hui le plus souvent quand il a été reconnu et bien traité, il ne faut pas oublier que les abcès multiples restent encore très graves et même presque sûrement mortels, malgré le traitement émétinique : c'est du moins l'opinion des auteurs anglais qui ont, dans l'Inde, un champ d'études très grand.

Rétrécissement cicatriciel du rectum par brûlure chez un nourrisson.

(M. Victor Veau. — *Société de chirurgie* ; 24-3-1926.)

M. Victor Veau relate l'histoire d'un enfant auquel, à l'âge de trois mois, fut administré un lavement d'huile bouillante. La nurse craignant que l'huile ne fût septique, l'avait chauffée et avait oublié ... de la laisser refroidir. Il y eut une période de rectite intense. A l'âge de huit mois, le petit malade, dans un état général très mauvais, pesait à peine plus que son poids de naissance. A cinq centimètres de l'anus, on constatait un diaphragme percé à son centre d'un orifice ulcéré, circulaire, de trois à quatre millimètres de diamètre, et un rétrécissement d'une hauteur d'un centimètre environ.

Il fallait intervenir, mais de quelle façon ? M. Veau ne voulut pas traiter l'enfant (comme on le fait pour les adultes atteints de rétrécissement inflamma-

toire) par une résection du rectum. Les rétrécissements par brûlures ne sont pas, en effet, des rétrécissements inflammatoires ordinaires et les nourrissons, d'autre part, ont moins de tendance que les adultes à organiser définitivement une cicatrice. Il fit, dans ces conditions, un anus iliaque, des dilatations rétrogrades et une rectotomie L'enfant a aujourd'hui deux ans L'anus iliaque est fermé depuis deux mois Le rétrécissement n'existe plus et la fonction est normale.

Fracture de Monteggia.

(M. Pierre FREDET. — *Société de chirurgie* ; 24-4 1926.)

La fracture de Monteggia désigne la fracture du cubitus entre le tiers moyen et le tiers supérieur, compliquée de luxation de la tête radiale. Il ne faut pas la confondre avec la fracture-luxation qui résulte de la rupture du cubitus au niveau de l'interligne du coude ou un peu au-delà.

Il s'agit d'une affection assez rarement observée, à l'âge adulte en particulier. M. Pierre Fredet vient d'en observer deux cas, chez un homme de 43 ans, et chez un jeune homme de 15 ans. Dans l'un et l'autre cas, la réduction fut impossible par les moyens simples, même sous anesthésie générale, M. Fredet dut recourir à la réduction sanglante.

Méthode nouvelle d'administration du salicylate de soude.

(MM. CAUSSADE, A. TARDIEU et LACAPÈRE. — *Soc méd. d hôp.* ; 26-3-1926.)

La méthode classique d'administration du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu n'est pas toujours d'une efficacité suffisante contre les formes sévères de la maladie. M. Caussade propose une pratique nouvelle consistant à donner de doses plus considérables (14, 16 grammes), en plusieurs prises, dans un temps restreint (quatre heures). La médication, toutefois, sous cette formule, ne doit être renouvelée que tous les trois ou quatre jours. En outre, ce procédé intensif n'est applicable sans danger que chez les sujets de sexe masculin, âgés de moins de trente ans.

La capacité vitale chez les cardio-pulmonaires.

(MM. CAUSSADE, A.-C. GUILLAUME et EVRARD. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 26-3-1926.)

On peut pratiquement schématiser la définition et la méthode de mesure de la capacité vitale en disant qu'elle est représentée par le volume d'air de « la plus grande expiration possible, effectuée après la plus grande inspiration possible ».

MM. Caussade, A.-C. Guillaume et Evrard ont étudié les variations de cette capacité vitale chez les cardio-pulmonaires et ils ont vu que, pour ce qui concerne leurs malades :

1° Le coefficient de capacité vitale a toujours été abaissé ;

2° L'importance de cet abaissement a paru être en rapport avec la gravité des lésions cardiaques ;

3° Les variations du coefficient de capacité vitale ont été parallèles à l'évolution de l'état cardio-pulmonaire, suivant l'influence de la marche naturelle des lésions, des complications ou du traitement.

Ces constatations sont analogues à celles faites par les auteurs américains. Le coefficient de capacité vitale semble constituer dès lors un bon moyen de connaître la valeur fonctionnelle du cœur, de dépister les fléchissements ou les améliorations de la fonction cardiaque ou plus exactement de la fonction cardio-pulmonaire.

Traitement de l'hémogénie.

(MM. Pr MERKLEN et WOLF. — *Soc. méd. des hôp.* ; 26-3-1926.)

Pour M. Merklen, trois méthodes sont recommandables contre l'hémogénie : les injections intra-veineuses de sang total, l'extrait de plaquette (coagulène), les irradiations de la rate ou de la surface cutanée. A l'appui de sa manière de voir, l'auteur apporte cinq observations, et il conclut que le médecin n'est pas désarmé devant les états hémogéniques. Le coagulène s'emploie en injections de 20 cent. cubes à deux jours d'intervalle.

La réactivation du Wassermann.

(M. Marcel PINARD. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-5-1926.)

La réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann peut être provoquée par différents moyens : 1° par un choc médicamenteux (injections d'arsénobenzols) et c'est le procédé recommandé par M. Milian comme critère de la syphilis ; 2° par un traumatisme : on voit des syphilitiques à sérologie négative devenir positifs à la suite d'un atterrissage brusque en avion, à la suite d'une chute de cheval ; 3° au cours de la gestation, des femmes en apparence indemnes et à sérologie négative devenant partiellement positives vers la fin de leur gestation ; 4° après une maladie infectieuse ou une crise aiguë au cours d'une affection chronique.

La sensibilisation des téguments aux radiations lumineuses.

(M. A.-C. GUILLAUME. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-5-1926.)

M. A. C. Guillaume a étudié l'action des rayons lumineux sur les téguments et le mécanisme de la sensibilisation du revêtement cutané à la lumière.

On attribue généralement les accidents de sensibilisation observés dans ces conditions à l'intervention des rayons ultra-violets. Les recherches de M. Guillaume l'ont conduit à une opinion différente.

Employant une série de substances colorantes, fluorescentes (éosine, gonacrine, fluorescéine), il a vu que les réactions d'actinite étaient obtenues en se servant, comme source d'irradiation, de rayons de la lumière visible correspondant aux bandes d'absorption des substances utilisées comme agent sensibilisateur. Les réactions d'actinite apparaissent donc comme une sensibilisation à certaines radiations de la lumière visible. Quant aux substances sensibilisantes,elles sont multiples ; toute une série de colorants, les produits fluorescents, dont quelques-uns sont pathologiques (dérivés des pigments sanguins et biliaires), d'autres alimentaires (pellagre, états pellagroïdes, fagopyrisme, etc.).

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Myome rouge de l'utérus.

M. Clavel présente au nom de M. Molin une observation de myome rouge qui offrait deux particularités cliniques : une élévation inusitée de la température qui atteignit 39°8 et un point douloureux limité au niveau de la tumeur. Il n'y avait aucun signe de péritonite, d'appendicite, ni de salpingite associée.

Abcès de la langue.

M. L. Michon relate une observation d'abcès de la langue survenu à la suite d'une morsure de cet organe au cours d'une chute. A noter l'absence de trismus. L'abcès de la langue paraît rare si l'on s'en rapporte aux cas publiés (seize cas réunis par L. Michon et Ch. Dunet, dans une revue générale publiée en 1923) ; mais le cas présenté est le troisième observé par M. Michon. M. Villard en a vu trois cas, M. R. Gaillard, deux.

Invagination iléo-cæcale.

M. Mallet-Guy. — Nourrisson de six mois, opéré d'urgence par M. Michon pour une invagination intestinale datant de 20 heures. On percevait une tuméfaction peu nette dans la partie droite de l'abdomen ; il y avait eu un peu de sang rejeté par l'anus. Laparotomie ; désinvagination ; guérison. A noter l'existence de très gros ganglions mésentériques, témoins probables d'une inflammation intestinale, cause de l'invagination.

Septicémie éberthienne sans localisation.

M. A. Josserand expose l'histoire d'une malade du service du professeur Bard : septicémie éberthienne se traduisant par de la température, une hémoculture positive, accompagnée de signes d'hépatisation pulmonaire. Il n'y eut au cours de l'évolution, qui fut fatale, aucun des signes classiques de la fièvre typhoïde, si ce n'est deux petites ulcérations du voile du palais. A l'autopsie on ne trouva qu'une pneumonie hypostatique double, sans lésions intestinales.

Hernie inguino-propéritonéale étranglée.

M. Vachey rapporte, au nom de MM. Patel et Creyssel, le cas d'un homme amené à l'hôpital avec les signes d'étranglement herniaire, sans hernie extérieurement visible. A la palpation on sentait au-dessous de la région inguinale gauche, une tuméfaction diffuse. Le diagnostic porté : hernie inguinale propéritonéale étranglée, fut vérifié à l'intervention.

Sinusites maxillaires atypiques.

MM. Delore, Combe et Mounier présentent trois observations de sinusite maxillaire d'origine dentaire qui offrent quelques particularités : la première simulait un cancer du sinus en raison de l'œdème de la joue et du caractère négatif de la ponction exploratrice ; les deux autres étaient fistulisées, ce qui est habituellement l'apanage de la bacillose, de la syphilis ou de l'ostéomyélite, alors qu'ici il s'agissait de périostite banale.

Récidive de calcul urétéral.

M. Guiliani montre un calcul de l'uretère enlevé à une malade chez laquelle semblable calcul avait déjà été enlevé en 1919 au cours d'une crise d'anurie.

Ulcus récidivant.

MM. Delore, Comte et Lainé présentent une pièce d'ulcère ayant récidivé après gastrectomie circulaire. Bien que ce second ulcère fût très volumineux, il n'avait donné qu'un minimum de symptômes. Lors de la première intervention on avait complété la résection circulaire par une gastro-entéro-anastomose. Lors de la seconde intervention, on nota un rétrécissement de la bouche de gastro, mais la récidive s'était faite au niveau de la petite courbure, ce qui montre que la gastro n'est pas responsable de tous les ulcères peptiques.

Néoplasme primitif de la plèvre.

MM. J. Barbier et J. Jeannin. — Malade de 58 ans, entré à l'hôpital avec des signes d'épanchement pleural droit remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Ponction exploratrice : liquide citrin sans hématies, ni cellules néoplasiques. Radioscopie : ombre typique de pleurésie. Une thoracentèse étant devenue nécessaire, quelques jours après, on évacua un liquide légèrement rosé. Le liquide s'étant reproduit rapidement, des ponctions successives furent pratiquées : à chacune d'elles le liquide devenait plus foncé. Cachexie progressive. Mort. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer pleural et l'exploration attentive des différents organes ne montra aucune autre localisation néoplasique. Le cancer pleural était donc primitif.

Intolérance aux rayons ultra-violets.

MM. Contamin et Monnier ont traité un jeune homme aux rayons ultra-violets pour un asthme bronchique datant de l'enfance. A la deuxième séance il se produisit un érythème marqué des régions irradiées avec vaso-dilatation céphalique intense et céphalalgie violente. On tenta de revenir à des doses d'irradiation moindre qui furent mieux supportées, mais ne purent être dépassées.

Double opération rénale. Résultats éloignés.

M. Guiliani présente une malade chez qui il pratiqua, *en* 1913, une néphrectomie gauche pour pyonéphrose et quelques jours après, une néphrostomie du rein droit pour anurie calculeuse. L'état de la malade est actuellement satisfaisant.

Perforation d'un cancer gastrique en péritoine libre.

MM. Cade et Croisat relatent l'observation d'un homme de 73 ans entré à l'hôpital avec des symptômes de cancer gastrique avec cœur arythmique. Au cours de son séjour le malade prit une syncope dont on parvint à le tirer et qu'on mit sur le compte de son état cardiaque. Une deuxième syncope survenue le lendemain emporta le malade. A l'autopsie, on trouva une perforation située sur la face antérieure de l'estomac au niveau d'une zone néoplasique bourgeonnante. Il y avait en outre deux abcès aréolaires du foie.

Reins polykystiques. Kystes hépatiques. Hémorrhagie cérébro-méningée.

MM. Cade et Croizat exposent l'histoire d'un malade entré à l'hôpital dans le coma et avec une hémiplégie droite, exagération bilatérale des réflexes, trépidation épileptoïde, tension artérielle 19-14, gros disque d'albumine. On porta le diagnostic d'hémorrhagie cérébro-méningée avec urémie chez un brightique.

A l'autopsie, on trouva effectivement une hémorrhagie cérébroméningée, et en outre deux gros reins polykystiques et d'assez nombreux petits kystes dans le foie.

Société médicale des hôpitaux.

Purpura rhumatoïde à éruption tardive.

MM. Morénas et P. Delore ont soigné un malade de 28 ans, dyspeptique ancien, qui fut pris brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, selles sanglantes, qui firent d'abord penser à un ulcus duodénal en voie de perforation. En l'absence de contracture abdominale et d'altération du pouls on se borna à mettre de la glace sur le ventre. Au sixième jour, apparut une éruption purpurique avec douleurs articulaires. L'examen du sang confirma le diagnostic de purpura rhumatoïde. Le malade guérit après administration de sérum de cheval et de chlorure de calcium.

Syndrome de Babinski-Nageotte.

MM. Gravier et P. Delore. — Une femme de 34 ans, porteur d'un rétrécissement mitral, fut prise brusquement d'un état vertigineux intense avec titubation, vomissements, troubles de la parole et dysphagie. A l'entrée à l'hôpital, obnubilation extrême simulant un état comateux, dysphagie absolue ; signes de rétrécissement mitral avec gros foie, épanchement pleural et tachyarythmie. Au bout de trois jours l'obnubilation et le vertige s'amendèrent et on constata : 1° des signes cérébelleux : symétrie et hypermétrie aux membres du côté droit ; légère adiadococinésie à la main droite ; ataxie et vertige, nystagmus ; 2° myosis et rétrécissement de la fente palpébrale ; 3° parésie des membres *gauches* avec dissociation syringomyélique de la sensibilité. Ces signes constituent le syndrome de Babinski-Nageotte. A l'autopsie, on trouva une embolie de la partie terminale de l'artère vertébrale droite avec ramollissement du bulbe de ce côté.

Cancer des capsules surrénales à symptomatologie médiastinale.

MM. Gravier et Paupert-Ravault relatent l'observation d'un malade se plaignant depuis deux mois d'une douleur sous l'omoplate gauche existant seulement dans la station debout ; perte des forces et amaigrissement. A l'examen, obscurité respiratoire au sommet gauche ; arythmie cardiaque complète ; foie un peu gros. Radioscopie : ombre occupant tout le médiastin. Ultérieurement, la température s'éleva, la cachexie s'installa et s'accentua rapidement ; des adénopathies apparurent dans les creux sus-claviculaires ; le foie augmenta encore de volume, on perçut une masse sous le rebord costal gauche. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un vaste envahissement néoplasique du médiastin, dont le point de départ était un double cancer des capsules surrénales.

Passage expérimental du virus filtrant tuberculeux de la mère au fœtus.

MM. F. Arloing et A. Dufourt concluent de leurs recherches, confirmatives de celles de Calmette et de ses collaborateurs, que le virus tuberculeux peut, dans certains cas du moins, donner des formes invisibles qui passent à travers le filtre placentaire. Les auteurs s'empressent d'ailleurs d'ajouter qu'ils considèrent comme singulièrement prématuré de tirer de là des conclusions quant à la clinique humaine.

Syndrome pluriglandulaire. Infantilisme réversif.

MM. Cordier et Dechaume présentent l'observation d'un malade de 26 ans, atteintd'infantilisme réversif avec atrophie du système pileux et des organes génitaux, amaigrissement et cachexie. Le sujet avait été normal jusqu'à 23 ou 24 ans. Ce syndrome

est attribuable à l'altération des glandes endocrines sans qu'on puisse préciser laquelle de ces glandes est la première en cause.

Hémi-hyperidrose céphalique.

MM. Cordier, Morénas et Dechaume rapportent le cas d'un homme de 41 ans, atteint de migraine depuis l'enfance et présentant en même temps, soit pendant les accès, soit dans leur intervalle, des crises d'hémi-sudation de la face. Cette hémi-hyperidrose s'accompagne de bradycardie et d'assourdissement des sons artériels, le tout témoignant d'un dysfonctionnement du sympathique cervical.

Diabète et obésité chez une goitreuse.

MM. Cordier et Paupert-Ravault. — Femme de 36 ans atteinte de goitre, avec obésité et diabète glycosurique. Un tel ensemble symptomatique posait la question d'une participation d'une ou de plusieurs glandes endocrines. Or, on ne trouva aucun signe clinique de déficit ou d'hyperfonctionnement d'aucune d'entre elles et les tests endocriniens se montrèrent également négatifs.

Forme métastatique d'un cancer surrénal.

MM. Tavernier, Gandon et Pouzet ont observé un homme de 47 ans qui offrait une tumeur de la région temporo-orbitaire gauche avec épilepsie jacksonienne et une tumeur au niveau des septième et huitième côtes gauches ; la radiographie du crâne montrait sur la voûte cinq ou six taches claires correspondant à des tumeurs endocraniennes ; enfin le malade eut des hémoptysies répétées. La biopsie des tumeurs montra qu'elles présentaient une structure rappelant celle de la zone corticale de la surrénale. L'autopsie révéla, en effet, l'existence d'une tumeur de la surrénale gauche avec métastases multiples dans le foie et les poumons et des tumeurs costales sous-pleurales. *L'intérêt* de cette observation est dans le siège primitivement squelettique des métastases.

Le parkinsonien a-t-il vraiment un tremblement de repos ?

MM. Froment et P. Delore se sont posé la question et tendent à y répondre par la négative. Si, en effet, on place le parkinsonien dans des attitudes se rapprochant le plus possible du vrai repos (on sait que le tremblement parkinsonien disparaît pendant le sommeil), on constate que le tremblement tend à disparaître.

MM. Froment et H. Gardère ont noté également que, chez les parkinsoniens, la rigidité et le phénomène de la roue dentée s'accentuent ou s'atténuent suivant l'attitude du malade : attitude de repos, attitude peu étayée, attitude non étayée.

Société d'Ophtalmologie.

M. Genet présente une malade atteinte de **rétinite albescente**, affection caractérisée par la présence sur la rétine d'un semis de petits points blancs jaunâtres plus nombreux à la périphérie que dans la région maculaire.

MM. Rollet, Sargnon et Colrat relatent deux cas **d'iritis par sinusite.** Dans l'un d'eux l'iritis était consécutive à une sinusite sphénoïdale suppurée, dans l'autre à des lésions nasales avec sinusite ethmoïdale probable. L'intervention du rhinologiste amena dans les deux cas l'amélioration de l'affection oculaire.

M. René Gaillard présente une observation **de paralysie transitoire et récidivante du nerf moteur oculaire commun** chez une enfant. Cette paralysie apparut une première fois à l'occasion d'une otite et guérit avec celle-ci ; la seconde fois elle coïncida avec des douleurs fronto-temporales gauches accompagnées de vomissements et de fièvre légère ; la pathogénie reste donc obscure.

M. Bertein. — **Tumeur de l'orbite** apparue après extirpation d'une tumeur ganglionnaire (lymphocytome) de la région carotidienne. Amélioration rapide par la radiothérapie et la radiumthérapie.

M. Bertein. — **Lésions optiques après traumatismes occipital** : chute sur l'occiput ; pas de signes de fracture du crâne ; dix jours après apparition de troubles visuels. Il s'agit d'une double lésion nerveuse due vraisemblablement à une fracture par contre-coup des deux canaux optiques.

MM. Rollet et Colrat rapportent une observation de **sarcome globocellulaire de l'orbite** guéri par la radiothérapie.

MM. Jacqueau et Bujadoux lisent une note sur **l'anesthésie orbitaire dans l'opération de la cataracte.** Cette anesthésie est obtenue à l'aide d'injections profondes de surrénaline faites à la partie externe de l'orbite à travers la paupière inférieure. La méthode est inoffensive. Toutefois son emploi doit être limité à certaines indications bien précises : indocilité du sujet, états pathologiques où la fluidité du vitré paraît exagérée.

M. Bussy relate quelques essais heureux de **vaccinothérapie locale dans l'ulcère à hypopyon à pneumocoques.** Il a utilisé le vaccin antipneumococcique de Weill et Dufourt en instillations dans l'œil.

A. C.

Les Congrès

VII[e] Congrès international de chirurgie.

(Rome, 7-10 avril 1926.)

Le VII[e] Congrès s'est ouvert le 7 avril au Palais du Capitole sous la présidence de M. Benito Mussolini, chef du Gouvernement italien, assisté de M. Cremosini, gouverneur de Rome, de M. Fedele, ministre de l'Instruction publique. Le professeur Giordano (de Venise), président du Congrès, était en outre entouré de MM. Willems, président du Comité international, Mayer, secrétaire général, des délégués de chaque pays. M. Hartmann, représente la France, M. Roberts, l'Angleterre, M. Brinsmade, les Etats-Unis, M. de Quervain la Suisse, etc.

Dans l'assistance on remarquait MM. Jean-Louis Faure, Alglave, Auvray, Bazy, Deniker, Fredet, Mathieu, Monod, Robineau, Sorrel (de Paris), Bégouin, Rocher (de Bordeaux) ; Cotte, Patel (de Lyon) ; Leriche, Simon (de Strasbourg) ; Michel (de Nancy), etc.

C'est à l'issue de cette séance solennelle que s'est produit l'attentat dont le « Duce » faillit être victime. Il venait de prononcer le très beau discours que nous publions plus loin.

D'autres allocutions furent prononcées par le Gouverneur Cremosine, par M. Willems, président du Comité international, qui prononça l'éloge des membres disparus, parmi lesquels Depage et Mac Ewen, Président, Auguste Broca, Richelot, Edouard Schwartz, Maunoury, Jalaguier, Potherat, Villar, Sencert, Hallopeau, Vidal (de Bapaume). M. Mayer, secrétaire général, annonça la réadmission prochaine des chirurgiens des Empires centraux à la Société internationale de chirurgie. Le professeur Giordano termina en rappelant les noms des grands promoteurs de la chirurgie italienne.

Discours prononcé par S. E. le chef du Gouvernement Benito Mussolini à la séance inaugurale du Congrès international de chirurgie. — Je souhaite la bienvenue au nom du gouvernement italien, aux maîtres les plus illustres de cet art du fer chirurgical dans lequel la science médicale a su trouver, à travers les siècles, une de ses plus grandes et de ses plus glorieuses conquêtes. Le mot qui désigne votre art, messieurs, ne le définit point et surtout il n'en dit ni la signification idéale ni la haute valeur humaine. Par ses racines grecques le mot « chirurgie », en effet, n'a qu'une très modeste signification. Il peut se traduire ainsi ; « travail de la main ». Mais les plus éclatantes vertus de l'intelligence et les énergies les plus profondes de la volonté et du caractère doivent conduire et soutenir cette main au cours de son travail au profit d'une science par laquelle, avec des victoires de plus en plus retentissantes, vos petites lames précises arrachent au mal, qui n'est plus invincible, la vie des hommes, si souvent et si terriblement menacée. Née en de très lointaines origines, c'est sur la terre italienne que votre science, messieurs, est devenue telle et que, soustraite à l'ignorance de ses profanateurs, elle put devenir loi et discipline par la volonté et le génie des savants groupés dans cette Ecole de Salerne qui devait plus tard engendrer pendant la Renaissance les quatre grands maîtres glorieux que vous reconnaissez encore aujourd'hui comme les révélateurs et les fondateurs très vénérés de vos doctrines scientifiques ; je fais allusion à André Vesalio et à Wurtzius, à Paracelso et à Ambroise Paré. Il est certes bien inutile de vous rappeler que ce dernier, chirurgien de François I[er], de Charles IX et de Herni III, au cours des grandes guerres de cette époque accompagnait les armées sur les champs de bataille. Et lorsque, se baissant sur les guerriers, mortellement atteints, il rendait la vie sur le point de s'en aller pour toujours, et cela surtout par la ligature des artères remplaçant les anciennes méthodes de la cautérisation des membres amputés, lorsqu'il tirait ainsi de la mort imminente et certaine le prodige d'une vie nouvelle, Ambroise Paré, dans son admirable modestie et levant les yeux au ciel, disait toujours, très humblement : « Je le pançai, Dieu le guarist ». Non. Il n'avait pas seulement pansé et soigné ces mourants. Il les guérissait. Et là où la mort tuait, l'homme arrivait à créer la vie de nouveau.

Les sept livres de l'un des plus illustres ouvrages de l'histoire de l'art chirurgical ont ce titre : *De corporis humani fabrica.* Vous êtes en effet, vous, les maîtres de l'anatomie, vous êtes ceux qui « fabriquent » pour la seconde fois le corps humain. Par vos poignets solides, avec vos mains savantes, vos cœurs stoïques et vos cerveaux lucides, vous avez peu à peu arraché aux embûches de la maladie la plupart des régions les plus mystérieuses du corps humain.

Comme soldat de la grande guerre, j'ai moi-même longuement expérimenté sur mon corps votre merveilleuse habileté et votre science incomparable, et avec moi des millions et des millions de blessés.

Je salue en vous, messieurs, les sauveurs prodigieux des vies innombrables, les héros victorieux des ambulances. Mais si les soldats ont leur repos, puisque même les guerres les plus terribles aboutissent à la paix, votre combat héroïque contre la mort n'a jamais de trêve. Jusqu'au dernier jour de votre existence vous luttez sans cesse pour essayer de sauver les grands blessés de la vie qui sont encore plus nombreux que les blessés qui tombent sur les champs de bataille. Si tous les hommes dignes de

ce nom deviennent des soldats au moment du sacrifice exigé par la patrie, vous êtes, vous, ô maîtres de la chirurgie, les soldats magnifiques et infatigables d'une bataille ininterrompue contre la mort.

Je suis vraiment heureux de vous voir réunis ici en nombre si imposant, hôtes de Rome, et je vous prie d'agréer, messieurs, avec mes salutations les plus cordiales, les sentiments de ma bien vive admiration et de ma plus profonde sympathie.

Après la séance du Capitole, tandis que le cortège officiel reconduisait le président du Conseil italien, un vieille femme tirait à bout portant un coup de revolver sur celui-ci. Blessé au visage, ce dernier faisait preuve d'un incomparable sang-froid et, tandis que les chirurgiens s'empressaient, M. Mussolini s'écriait : « Bagatelle ! » méprisant sa plaie saignante et ne pensant qu'à ses devoirs de chef. Sur le parvis de la place du Capitole quelques plaques de sang restaient sur le pavé, et aussitôt des Romains enthousiastes y trempaient leur mouchoir pour conserver des reliques du « Duce ». Toute la journée Rome devait retentir des manifestations de dévouement au fascisme en même temps que toute la ville frémissait en signe d'allégresse et que les murs se couvraient d'affiches célébrant les mérites du chef préservé de la mort pour la plus grande gloire de l'Italie.

L'assemblée générale a mis à l'ordre du jour du Congrès de 1929 les trois questions suivantes :

1° Causes et mécanisme de l'embolie ;

2° Résultats des résections pour ulcus gastro-duodénal ;

3° Traitement de la maladie de Basedow.

Deux autres questions doivent être désignées en outre par une Commission spéciale.

Le vote de l'assemblée a fixé le siège du VIIIe Congrès à Varsovie. Par d'unanimes acclamations, le Congrès a désigné comme président *M. Henri Hartmann*, délégué de la France. Ce sera donc un chirurgien français qui présidera, en Pologne, le premier Congrès où seront admis les chirurgiens des Empires centraux.

Les séances scientifiques ont eu lieu dans la salle de la bibliothèque de la Policlinique Humbert Ier.

Première séance du 7 avril 1926, consacrée à la *Curiethérapie du cancer utérin.*

A. — Rapports

Traitement du cancer utérin.

Par le prof. Regaud (Paris).

Méthodes et techniques.— 1° Dans le traitement des cancers cervico-utérins, l'irradiation par source intérieure doit être demandée, non à la radiumpuncture, ni aux formes diverses de la radium-chirurgie, mais comme dans le passé, à la curiethérapie, par la voie utéro-vaginale.

Cette méthode doit utiliser exclusivement le rayonnement gamma convenablement filtré, du moins pour le traitement des cancers épidermiques.

On a réalisé un grand progrès par l'étalement du dispositif radiant, — par la répartition du matériel radio-actif en foyers élémentaires nombreux, faibles et d'égale puissance, — par l'emploi de bons dispositifs pour maintenir en place ces foyers, — par un certain allongement de la durée de traitement unique.

2° L'irradiation par source extérieure peut être demandée à la röntgenthérapie ou à la curiethérapie.

En röntgenthérapie, une méthode comportant des surfaces d'entrée larges et peu nombreuses, un rayonnement fortement filtré et une grande distance focale, paraît supérieure à une méthode comportant des surfaces d'entrée petites et nombreuses, un rayonnement faiblement ou moyennement filtré et une courte distance focale. La première coûte beaucoup de temps, mais elle dispense de la balistique difficile, et néanmoins aléatoire, exigée par la seconde.

La curiethérapie transpelvienne est susceptible de prendre le pas sur la röntgenthérapie, si sa supériorité technique n'est pas compensée par un désavantage économique trop prononcé.

3° Il est certain que les cancers cervico-utérins sont inégalement radio-sensibles.

Les adéno-carcinomes sont moins sensibles que les épithéliomas épidermiques, du moins vis-à-vis d'un rayonnement très sélectif.

4° L'infection microbienne locale diminue l'efficacité des méthodes radiothérapiques.

D'autre part, l'irradiation d'un cancer infecté aggrave l'infection, et peut déterminer des complications septiques. Pour ces deux raisons, il est extrêmement important de faire disparaître l'infection secondaire des cancers du col, avant la radiothérapie.

Les microbes les plus dangereux et les plus difficiles à débusquer, dans les cancers cervico-utérins, sont les streptocoques.

Le mauvais état général, ayant pour causes ordinaires l'infection secondaire et l'hémorragie, est une cause d'insuccès.

5° Comme tous les cancers, ceux du col de l'utérus sont progressivement radio-immunisés par les irradiations répétées et espacées. En même temps, les tissus généraux environnant et compénétrant le néoplasme sont progressivement radiosensibilisés.

Ce double processus aboutit à la radiorésistance absolue, compliquée de radionécrose ; il s'oppose à la continuation du traitement radiothérapique et en marque la limite.

Pour cette raison, le traitement unique en temps limité s'impose ; hormis les cas traités intentionnellement par prudence, à titre palliatif.

6° Le mode chronologique optimum du traitement, dans les cancers épidermiques du col, est intermédiaire entre l'irradiation massive et l'irradiation éparpillée. La durée la plus favorable paraît comprise entre cinq et vingt jours environ. En deçà, les réactions sont violentes. Au delà, l'efficacité décroît, puis la radiorésistance se développe.

7° Les données relatives aux doses sont encore insuffisamment précises.

Il paraît cependant certain que, pour les cancers épidermiques du col, la dose cancéricide est généralement inférieure (de un dixième à un quart) à la dose détruisant électivement l'épiderme cutané (dose épidermique).

8° On s'accorde à reconnaître aux soins préliminaires et aux soins consécutifs une importance très grande, d'autant plus grande qu'il s'agit de cas où le cancer est plus avancé.

La radiothérapie des cancers du col ne doit être entreprise que chez les malades hospitalisées.

9° Le prélèvement biopsique est, dans la grande majorité des cas, sans inconvénients. L'analyse est toujours utile pour déceler l'espèce histologique du cancer. Elle est nécessaire, dans les cas au début, pour confirmer le diagnostic. Les malades guéries par une méthode quelconque (chirurgie, radiothérapie) sans contrôle histologique, ne peuvent figurer valablement dans une statistique.

10° L'analyse bactériologique est nécessaire pour dépister les infections secondaires, ainsi que pour préparer et guider leur traitement.

Résultats. — 11° Les radio-lésions locales (brûlures de l'utérus et du vagin, du rectum, de la vessie, de la peau) et générales (modifications sérieuses ou persistantes de la composition du sang, symptômes cardio-vasculaires graves) résultent de fautes, que des techniques röntgenthérapique et curiethérapique correctes permettent actuellement d'éviter.

12° Les complications infectieuses ne sont pas encore évitables à coup sûr, dans le traitement radiothérapique des cas avancés, malgré les progrès récemment réalisés. Elles constituent la seule cause de mortalité primaire ; celle-ci, dans les cas avancés, varie de 1 à 6 p. 100.

13° Un bon nombre parmi les très nombreuses statistiques publiées n'entraînent pas la conviction, quant à la réalité des proportions indiquant les guérisons.

La règle prescrivant une période d'observation de cinq ans avant qu'une guérison puisse être considérée comme définitive est unanimement admise. Elle est amplement légitimée par la latence initiale et la lenteur d'évolution de certains cas de récidive pelvienne ou abdominale.

Les statistiques publiées, comprenant des cas observés pendant moins de cinq ans, n'offrent un intérêt que si elles sont rectifiées et publiées de nouveau périodiquement.

Les principales causes d'erreur rencontrées dans les statistiques sont :

L'absence ou l'insuffisance du contrôle histologique ;

Le nombre quelquefois excessif, des malades perdues de vue et éliminées comme telles ;

La confusion entre les malades vivantes, mais non guéries et les malades présumées guéries, c'est-à-dire effectivement examinées et ne présentant aucun symptôme objectif de cancer ;

Un défaut plus ou moins flagrant d'impartialité dans la définition des cas déduits et des cas introduits.

14° Les bonnes statistiques radiothérapiques fournissent en moyenne les proportions suivantes de guérisons, pour une durée d'observation de cinq ans au moins après le traitement, la base étant le nombre des cas traités :

a) Toutes catégories mises ensemble, 15 à 20 p. 100 ;

b) Catégories inopérables (degré IV et III) mises ensemble, 5 à 15 p. 100 ;

c) Catégories opérables (degrés II et I) mises ensembles 30 à 40 p. 100 ;

d) Cas du premier degré considérés à part, 40 à 60 p. 100.

Ces résultats correspondant à l'état des techniques en 1919 et 1920.

Des progrès importants ayant été réalisés depuis cinq ans, le nombre des guérisons doit aller en croissant dans les années prochaines. De fait, les proportions des cas présumés guéris après trois ans, deux ans et un an sont en augmentation notable.

Indications thérapeutiques. — 15° Du point de vue des méthodes, la thérapeutique des cancers cervico-utérins évolue dans le sens général suivant :

Les indications de l'hystérectomie se restreignent. Mis à part certains cas assez rares, où les méthodes radiothérapiques sont inefficaces ou dangereuses, l'hystérectomie a cessé d'être nettement supérieure à la radiothérapie, même dans les cas du premier degré.

Mais dans ces cas, il paraît y avoir quelque avantage à faire précéder l'opération par une application de radium (association curiethérapie-hystérectomie).

La curiethérapie par la voie utéro-vaginale paraît être la méthode de choix dans les cas du deuxième degré. L'hystérectomie consécutive n'est alors conseillable que si le cancer a une faible radiosensibilité (adéno-carcinomes).

Les indications de la röntgenthérapie se sont accrues beaucoup aux dépens de la curiethérapie intérieure. Collaboratrice nécessaire de celle-ci (association röntgenthérapie-curiethérapie) dans la plupart des cas du troisième degré, la röntgenthérapie seule constitue le traitement de choix dans les cas plus avancés, et dans les récidives après hystérectomie.

La curiethérapie extérieure entre en concurrence sérieuse avec la röntgenthérapie.

La radiumchirurgie paraît sans avenir.

La radiothérapie-post-opératoire, à titre prophylactique, n'a plus guère de partisans.

16° Du point de vue des indications fournies par l'état anatomo-clinique, les règles précédentes peuvent être formulées sous cette forme :

Les cas du premier degré peuvent être traités soit par l'hystérectomie, soit par la curiethérapie intérieure (ces deux méthodes employées seules fournissent en moyenne des résultats éloignés paraissant équivalents), soit par leur association, en commençant par la curiethérapie.

Les cas du deuxième degré constituent le lot de la curiethérapie intérieure employée seule.

Les cas du troisième degré peuvent être traités par la radiothérapie de source extérieure seule, ou bien par l'association de celle-ci et de la curiethérapie intérieure, en *commençant* par les rayons X chaque fois qu'on les emploie.

Les cas du quatrième degré ne sont pas tous traitables. Une infection grave et irrémédiable, la propagation étendue du cancer au péritoine, des métastases viscérales, la cachexie sont des contre-indications. Les cas traitables quoique très avancés sont à réserver à la radiothérapie de source extérieure (rayons X avec forte filtration radium).

Les cancers développés sur moignon d'hystérectomie sub-totale sont à traiter suivant leur degré, par curiethérapie intérieure ou par radiothérapie (rayons X, radium, de source extérieure).

La coexistence d'inflammation annexielle contre-indique les méthodes radiothérapiques ou doit rendre extrêmement circonspect dans leur emploi.

Toute cause locale rendant atypique ou incomplète une application de radium par la voie utéro-vaginale implique l'association de cette méthode avec la chirurgie ou avec la radiothérapie de source extérieure.

17° Les indications thérapeutiques précédentes n'ont qu'une valeur relative. Elles ne sont exactes que si l'on suppose que les méthodes en présence sont servies par des moyens de valeur égale (matériel, compétence du personnel).

A cet égard, la légende de la facilité plus grande des méthodes radiothérapiques est funeste.

18° Il n'est généralement pas à la portée de médecins travaillant isolément d'obtenir dans le traitement des cancers du col de l'utérus les résultats correspondant au point actuel des méthodes.

La concentration des moyens matériels puissants et des compétences diverses qui sont nécessaires, dans les établissements peu nombreux, mais parfaitement outillés, est une nécessité, pour améliorer le rendement qualitatif et quantitatif des traitements.

L'auteur conclut que, dans l'état actuel des connaissances, la chirurgie est une excellente méthode si le cancer n'a pas dépassé cliniquement le col utérin.

Autrement, qu'il s'agisse d'un cas à la limite ou inopérable, il faut faire appel aux méthodes physiques : radium par voie vaginale ou extérieure, röntgenthérapie, seules ou associées à la chirurgie. Mais il insiste sur la nécessité d'établir des principes fixes d'après lesquels les communications, les statistiques puissent être faites pour pouvoir être comparables entre elles.

(*A suivre.*)

Les Livres

G. Doin, éditeur, à Paris

Gaston Siguret. — **Reins.** Volume de 160 pages, faisant partie de la collection *Les Consultations journalières*. Prix : 12 francs.

En suivant un plan méthodique, et calqué sur les enseignements de la pratique journalière, mon grand ami Gaston Siguret, assistant de l'hôpital d'urologie, médecin consultant à St-Nectaire, examine successivement les circonstances qui déterminent un sujet à consulter le médecin au sujet de perturbations dans la sphère rénale. Ceux-ci souffrent dans la région lombaire, cette région que le populaire appelle les reins (j'ai mal aux reins !) : ce sont les néphralgiques. Ceux-là sont préoccupés de l'abondance anormale de leurs urines : ce sont les polyuriques. D'autres s'inquiètent surtout de la fréquence de leurs mictions : ce sont les pollakiuriques. D'autres encore, souffrent de la rareté des émissions urinaires, et même de leur disparition : ce sont les anuriques. D'autres enfin sont frappés par l'aspect de leurs urines, lesquelles renferment du pus, des phosphates en excès : ce sont les pyuriques et les phosphaturiques. Ou bien, une coloration foncée tournant au rouge évoque l'idée du sang : ce sont les hématuriques, les hémoglobinuriques... Tous ces types se ramènent finalement, dans la plupart des cas, à la néphrite aiguë ou chronique, et à l'albuminurie.

Pour chacun d'eux, l'auteur envisage successivement les éléments du diagnostic et les méthodes de traitement.

Prenons, par exemple, les pyuriques. Ce sont, dit-il, des sujets qui « consultent parce que leurs urines sont troubles ou laissent un dépôt dans le fond du vase ».

Le médecin, en présence de ces sujets, se demandera et recherchera si le trouble ou le dépôt sont constitués par du pus. Dans l'affirmative, d'où vient ce pus ? Si les reins participent à la suppuration, quelle est l'affection en cause, tuberculose, calculs, gonocoque, colibacille ? ?

Le diagnostic étant posé avec précision, quel traitement prescrira-t il ? Le traitement étiologique (vaccins, cathétérisme urétéral, lavages du bassinet, néphrotomie, néphrectomie). Le traitement symptomatique (repos au lit, régime lacté, révulsion locale, cures légères de diurèse) dans les cas aigus. Et dans les cas chroniques : régime alimentaire surveillé ; révulsifs, diurétiques, antiseptiques urinaires, laxatifs et purgatifs légers...

Tout cela est clairement exposé, sans détails inuti-

les, sous une forme même volontiers schématisée. Et le lecteur se trouve guidé d'une main sûre, oserai-je dire, soit qu'il rafraichisse sa mémoire défaillante, soit qu'il acquiert les notions nouvelles dont s'enrichit chaque jour la science médicale.

G. DUCHESNE.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
26, rue du Cherche-Midi, Paris (VI[e])

Dr AIMARD, chef du Service d'électroradiologie de Vichy et Dr DAUSSET, chef du Laboratoire central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. — **L'ultra-violet. La lumière solaire et artificielle.** (Un volume cartonné de 150 pages. Prix : 12 fr.).

Sous le titre général de *Compendium Médical*, les auteurs publient un résumé de tout ce que le praticien a besoin de savoir sur les *ultra-violets*, la *lumière et l'infrarouge*, la *cure solaire*.

Sujet d'actualité, traité avec clarté et avec le maximum de précision, étant donné l'état actuel de la science médicale qui est encore, ici, à la période d'évolution.

Si l'engouement actuel pour les applications d'ultra-violet paraît à certains, un peu excessif, c'est que les médecins, ne connaissant pas encore les indications de cette thérapeutique si efficace, la prescrivent un peu trop dans tous les cas.

Les auteurs, dont la compétence est bien connue et dont l'expérience est grande, ont cherché à donner dans ce formulaire des indications non pas définitives, mais en tout cas assez précises pour permettre au médecin de faire un choix judicieux d'appareillage et de technique et aussi de prescrire soit la cure solaire, soit la lumière artificielle ou les ultra-violets, selon les divers cas pathologiques. C'est un livre, sans phrases, sans théories, qui rendra très grand services à tous les praticiens.

BERESNIAK, 12, rue Lagrange, Paris, éditeur.

Dr AUBRIOT-DEJEAN, ancien externe des hôpitaux de Paris.— **L'hydroxyde de bismuth radifère en syphiligraphie.** Préface du Dr Paul-Louis GASTOU, chef du Laboratoire général des hôpitaux, à l'hôpital Saint-Louis. (Un volume de 65 pages. Prix : 5 fr.).

Après avoir passé en revue les divers composés bismuthiques, l'auteur étudie plus particulièrement l'hydroxyde de bismuth radifère en suspension huileuse.

Ses multiples observations le conduisent à conclure que ce composé est facilement absorbable, ne possède aucune toxicité aux doses employées et, administré avec la technique convenable, ne cause jamais d'accidents.

Le Dr Aubriot-Dejean fait ressortir ensuite que l'incorporation au bismuth d'une petite dose de radioactivité a pour effet d'exercer une action catalytique sur la transformation et l'absorption du bismuth, d'activer la leucocytose, de s'opposer à l'anémie bismuthique et de relever l'état général des malades.

L'ouvrage se termine par un travail du professeur Bonino, de l'Université Royale de Bologne (Italie), sur la radioactivité de l'hydroxyde de bismuth radifère.

EDITION BIBLIO-LIÈGE.

Dr René LEDENT et Lucien WELLENS. — **Sport et hygiène. Guide pratique des sportifs.**

Dans un excellent volume de 110 pages, les auteurs passent en revue les conditions nécessaires pour faire un bon sportif. Dès le début, ils séparent les exercices sportifs des exercices éducatifs, qui forment pour l'entraînement sportif une préparation indispensable, sans laquelle aucun sport n'est réellement profitable. « Le sport, disent-ils, constitue, le summum de l'éducation physique. Si nous établissons un parallèle entre celle-ci et l'éducation intellectuelle, le sport correspondra à l'Université. » Mais, pour pratiquer avec profit les sports il faut, outre des exercices physiques éducatifs, observer l'hygiène alimentaire ; le sportif doit savoir tirer ses forces, non pas de la quantité d'aliments absorbés, mais de leur qualité appropriée. La ration alimentaire doit comprendre des éléments qui contribuent à l'entretien normal de la force musculaire et à la mise régulière de l'énergie. Ils s'élèvent avec raison contre l'abus de la table et d'alcool ; ce dernier paralyse les fonctions nerveuses et diminue les chances de victoire chez les athlètes. Le grand air et le soleil rendent les exercices sportifs plus efficaces. La douche est l'adjuvant indispensable des sports ; elle tonifie le muscle et habitue le sportif à la résistance. Le repos économise l'énergie dynamique et met à l'abri de la fatigue neuro-musculaire ; il faut donc savoir se reposer au bon moment pour éviter le surmenage.

Les sports doivent se régler selon l'âge, jusqu'à 17 ans, les jeux sportifs, de 20 à 35 ans, les vrais sports ; après 35 ans une réserve s'impose. Parmi les sports utilitaires les auteurs indiquent la natation, le football, l'athlétisme, le tennis, l'escrime, la boxe, l'alpinisme, le scoutisme et l'aviron. Les conseils hygiéniques donnés par les auteurs de cet intéressant volume seront d'une très grande utilité non seulement à tous ceux qui veulent pratiquer les exercices sportifs, mais aussi aux médecins praticiens, dont le rôle prépondérant dans l'éducation physique n'est plus à discuter, Les médecins en tireront un grand profit pour eux et leurs clients, en s'inspirant des conseils des auteurs de Sport et Hygiène.

Dr R. KOUINDJY.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

A PROPOS DE LA RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

J'ai, rendant compte des Journées médicales de Bruxelles, cité de mémoire certains passages de l'allocution prononcée par le Maréchal Lyautey, à la séance inaugurale du 26 juin dernier.

Voici comment s'est exprimé exactement l'ancien résident général du Maroc, au sujet des idées directrices dont il s'est inspiré pour utiliser, à plein rendement, la collaboration médicale dans son œuvre de colonisation :

« Il n'y a pas une hygiène et une santé militaires et une hygiène et une santé civiles : les règles générales sont les mêmes, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre catégorie.

« Il importe avant tout qu'il n'y ait pas de cloison étanche entre le personnel militaire expérimenté, et le personnel civil naissant, renfermant d'ailleurs, dès l'origine, des techniciens de valeur ».

Si je m'en tiens à ces deux propositions, c'est que, quand on parle de la réorganisation du Service de Santé militaire, il ne fait aucun doute, pour moi, que ce doivent être les bases de toute construction sérieuse, qui voudra tenir compte des enseignements de la grande guerre, des besoins de l'armée, telle que l'on envisage actuellement sa composition au Parlement, et des exigences éventuelles d'une mobilisation, dont puissent les dieux nous préserver d'ailleurs à tout jamais !!!

Et qu'on ne vienne pas me dire : « Oui, le Maréchal Lyautey s'est bien exprimé ainsi, mais ses paroles s'appliquaient à son action au Maroc. »

Le Maréchal avait eu soin, parce qu'il est avant tout homme d'un grand bon sens, de faire précéder l'énoncé de ses idées directrices de l'affirmation suivante :

« Comme je crois qu'elles (ces idées) ne sont pas du tout spéciales au Maroc, *mais qu'elles sont d'une application générale*, je vais me permettre de vous en rappeler quelques-unes ... »

Médecine, hygiène sont une ; il n'y a pas une hygiène et une santé militaires et une hygiène et une santé civiles.

Pas de cloison étanche entre la médecine civile et la médecine militaire.

C'est un maréchal de France qui parle ; cela vaut la peine qu'on y prenne garde. N'est-ce pas d'ailleurs le même chef qui, étant ministre de la guerre, a prononcé cette parole fameuse, à la tribune de la Chambre, durant la guerre ; comme on lui opposait un règlement vétuste qui avait pu posséder sa raison d'être au moment où il avait été établi, mais qui était devenu absurde : « Quand le règlement est en opposition avec le bon sens, s'écria-t-il, je suis pour le bon sens contre le règlement ! »

Phrase mémorable, qui devrait être gravée en lettres d'or au fronton de la porte qui donne accès dans toutes les administrations françaises. Nous en sommes loin : ce n'est peut-être pas tant le prix élevé de l'or qui nous en éloigne, que la force d'inertie administrative et bureaucratique. De cette force d'inertie, nous sommes déjà bien malades ; pourvu que nous n'en mourrions pas !!!

Et moi qui, sans avoir été nourri dans le sérail dont l'antichambre est l'école de Lyon, le salon d'attente, le Val-de-Grâce, et les appartements, les directions, les chefferies d'hôpital, les chefferies de corps de troupe, y ai cependant assez vécu et m'y suis assez intéressé pour en connaître quelques détours, je dis modestement, paraphrasant le Maréchal Lyautey :

Faisons tomber les cloisons étanches, en supprimant purement et simplement la distinction maintenue encore aujourd'hui entre la médecine civile et la médecine militaire. Etablissons la communauté d'origine entre tous les médecins qui doivent *obligatoirement* appartenir au service de santé de l'armée mobilisée, dès lors qu'ils ont l'âge et les aptitudes nécessaires pour y exercer leur profession. Et de ce fonds commun, faisons émerger, par un procédé à déterminer, des *spécialistes* qui, en temps de paix, seront les médecins du cadre actif, et qui, en temps de guerre, encadreront tous les médecins mobilisés. Cette expression de *spécialistes* s'applique dans mon esprit, — entendons-nous bien —, au milieu où ils exerceront : il ne s'agit pas d'une spécialisation pathologiquement technique.

Ces spécialistes seront d'ailleurs secondés, d'une façon permanente, par leurs confrères civils dans des conditions à déterminer.

Ils seront relativement peu nombreux. La loi des cadres de 1911 fixe à 1710 le nombre des médecins militaires. Dans le projet que le prof.

Tuffier a exposé à l'Académie de médecine le 16 février dernier, et que le *Concours médical* a publié le 21 mars, il ramène ce chiffre à 1011. Mais je crois ne pas avancer une erreur en disant qu'à cette heure, même sous l'empire de la loi de 1911, cet effectif de 1011 n'est pas atteint... Et l'on sait combien est difficile aujourd'hui le recrutement des médecins militaires.

Avec un effectif d'environ 600.000 hommes, — c'est, semble-t-il, celui dont on parle dans les projets du gouvernement, — un maximum de 1000 médecins militaires, autrement dit, de médecins spécialistes, aidés de leurs confrères civils, répondra largement aux besoins du temps de paix.

Mais je ne veux pas entrer aujourd'hui dans le détail de ma conception.

Si j'en reviens au projet du prof. Tuffier, c'est parce qu'il a donné l'occasion au Dr Desfosses, de faire, à son sujet, une communication au *Centre médical* (1er mai 1926), accompagnée de commentaires dans lesquels il met en relief certaines conséquences, assez redoutables, de ce projet.

A savoir, que les jeunes médecins de l'active débuteront dans les zones avancées des pays dépourvus de médecins (Sud Algérien, Sahara, Maroc, Sud Tunisien). Je cite maintenant textuellement :

« Ces devoirs accomplis, ils rentreront dans la métropole pour y acquérir le grade supérieur de médecin-major qui leur sera donné vers 35 ans. La loi sur les retraites du 14 avril 1924, accordant aux officiers qui ont six ans de service hors d'Europe la facilité de prendre leur retraite à 25 ans de service et, d'autre part, les médecins pouvant compter dans ce laps de temps les cinq années d'études, les médecins de l'armée active auront, vers 43 ans, la possibilité de quitter l'armée avec une retraite honorable et de *se fixer dans la pratique civile à un âge où l'activité professionnelle est encore entière* ». (C'est moi qui souligne ce passage.)

« *Et alors*, m'écrit l'aimable confrère qui m'a signalé la communication du Dr Desfosses, *chaque année, les médecins civils qui n'ont aucun des avantages des médecins militaires* (*bourses, gratuité des études, et surtout retraite*) *se verront concurrencer par* 250 *à* 300 *médecins abandonnant l'armée* ».

Ce qui me frappe, ce n'est pas que des médecins militaires quittent l'armée à un âge encore peu avancé et se lancent dans la pratique de la médecine civile. C'est qu'ils bénéficient d'avantages matériels importants qui les handicapent d'une façon si marquée, par rapport aux médecins civils. Les choses se passent bien ainsi déjà, et M. Desfosses ne manque pas de rappeler les démissions précoces *qui anémient le cadre des médecins militaires, puisque tous les ans, les départs sont supérieurs en nombre aux rentrées.*

C'est à un point tel que, dernièrement, m'entretenant amicalement, avec un principal retraité, des difficultés qui attendent les étudiants en médecine, obligés de compter sur une dépense de 50.000 à 60.000 francs, pour leurs études, il me répondit avec une certaine naïveté : « Eh ! oui, mon cher. Bientôt, on ne pourra plus devenir médecin qu'après avoir passé par les Ecoles du Service de santé... »

L'avantage accordé aux médecins qui se destinent à l'armée, et qui y font toute leur carrière, de faire leurs études à frais infiniment moindres que leurs confrères civils, devrait disparaître le jour où ils interrompraient prématurément cette carrière. Et l'Etat serait fondé à exiger d'eux le remboursement de ces frais, ce qui ne serait que parfaitement équitable.

Mais il est vraisemblable que semblable mesure ne sera jamais adoptée. C'est pourquoi j'envisage la communauté d'origine pour *tous* les médecins, sans exception. Ce ne serait que revenir au régime qui a été en vigueur entre 1871 et 1889, année de la création de l'Ecole de Lyon. Tous les étudiants, quelle que soit leur destination ultérieure, feraient leurs études dans les mêmes conditions. Et ce n'est qu'à la fin de ces études, 4e ou 5e année, que ceux qui aspireraient à la spécialisation militaire feraient l'objet d'une sélection, par voie de concours, et recevraient alors un enseignement complémentaire dans les écoles du service de santé militaire.

Ce sont des idées que je jette sur le papier. Elles ont besoin d'être étudiées. Mais j'y ai déjà longuement réfléchi, et je crois assez volontiers qu'elles répondent aux légitimes préoccupations de ceux d'entre nous qui ont été mobilisés, et qui verraient disparaître avec satisfaction la cloison étanche dont je parlais en commençant, et dont le maintien ne peut qu'engendrer un esprit de méfiance, de jalousie, voire d'hostilité, préjudiciable aux intérêts de la médecine et de la France.

Parmi les commentaires de M. Desfosses, je terminerai en citant celui-ci, que j'approuve pleinement :

« La hiérarchie de la médecine d'armée ne peut être assimilée à la hiérarchie de l'infanterie ».

Je livre cette pensée à la méditation de mes lecteurs, en leur laissant le soin d'en dégager les prémices et la signification.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

Hospitalisation — Inscrition tardive sur les listes l'A. M. G. — Refus de paiement des honoraires du chirurgien.

TRIBUNAL CIVIL DE BERGERAC

18 février 1926.

(*Archives du* « Sou médical »).

Une malade admise six mois après son opération, sur les listes de l'Assistance médicale gratuite ne saurait se soustraire au paiement des frais médicaux de ladite opération ; car un assisté ne peut aux termes de l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893, être admis à la gratuité du traitement, dans un hôpital, que moyennant un certificat d'admission, émané du médecin de son domicile et contresigné par le président du Bureau d'assistance.

Attendu que les époux R. ont formé opposition à un jugement du siège du 22 juillet 1925 qui les a condamnés par défaut et conjointement entre eux à payer au docteur Regrett, avec intérêts du jour de la demande, la somme de douze cents francs ;

Attendu que leur opposition est recevable en la forme ;

AU FOND :

Attendu qu'il est constant que le docteur Regrett, chirurgien à Sainte-Foy-la-Grande, Gironde, a pratiqué, à la date du 26 juin 1923, sur l'épouse R., l'opération chirurgicale dite césarienne ;

Que l'épouse R., qui est domiciliée à Lamothe-Montravel (Dordogne), est entrée comme malade payante, à plein tarif, à la clinique de l'hôpital de Sainte-Foy, et qu'elle en est sortie le 13 juillet, après avoir acquitté, au même tarif, les frais de séjour et de salle d'opération ainsi que les fournitures, et ce,sans aucune espèce de réserves de sa part ni de celle de son mari ;

Attendu que le docteur Regrett ayant envoyé ultérieurement sa note d'honoraires, les époux R., après lui avoir fait espérer le versement prochain d'un acompte, se sont finalement refusé à tout paiement, motif pris de ce que la femme R. avait été, postérieurement à l'opération, admise au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite dans la commune de Lamothe-Montravel ;

Que c'est le même moyen qu'ils invoquent à l'appui de leur opposition, en sollicitant d'ailleurs subsidiairement la réduction à 400 francs par le tribunal des honoraires du docteur et en demandant un délai de grâce pour s'acquitter ;

Mais attendu que l'épouse R. ne saurait invoquer dans l'espèce sa situation d'assistée ;

Qu'il est reconnu par elle, qu'elle ne figurait point sur la liste de l'Assistance médicale au moment de son opération et qu'elle ne s'y est fait admettre que six mois après, en décembre 1923, lorsque le chirurgien a demandé le payement de ses honoraires.

Attendu au surplus qu'en vertu de l'art. 4 de la loi du 15 juillet 1893, l'Assistance médicale gratuite est organisée par département et que le Conseil général détermine à quels hôpitaux du département est rattaché chaque commune ou Syndicat de communes ;

Qu'en outre, en vertu de l'article 3 de la même loi, un assisté ne peut être admis à la gratuité du traitement dans un hôpital que moyennant un certificat d'admission émané du médecin de son domicile et contresigné par le président du bureau d'assistance ; que c'est seulement sur la présentation de ce certificat que l'hôpital peut obtenir de l'administration compétente le remboursement des frais exposés ;

Qu'il résulte de ces dispositions que l'hôpital de Sainte-Foy-la-Grande n'aurait pu accepter comme malade gratuit un individu domicilié dans le département voisin et non assisté, sans s'exposer avec certitude à se voir refuser le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux ;

Qu'ainsi, l'épouse R. ne saurait émettre la prétention de renvoyer le docteur Regrett devant le service de l'Assistance médicale gratuite de la Dordogne pour le paiement de ses honoraires ;

Attendu d'ailleurs qu'il résulte des débats que les époux R. se sont engagés: postérieurement à l'opération, à assurer le règlement de la somme due au docteur ; que notamment le 28 janvier 1924, la femme R. promettait à ce dernier de lui porter de l'argent dans le commencement du mois de février, et lui réitérait l'assurance qu'on ne lui ferait rien perdre ;

Attendu toutefois que le tribunal croit devoir fixer à mille francs le montant des honoraires dus, le chirurgien ayant lui-même limité à cette somme le montant de ses premières réclamations ;

Attendu qu'il y a lieu enfin d'accorder un délai aux époux R. et de décider qu'ils pourront s'acquitter par mensualités de 200 francs ;

Par ces motifs, le tribunal après en avoir délibéré, statuant en matière sommaire et en dernier ressort, reçoit les époux R. dans leur opposition ;

Et statuant à nouveau, maintient mais à concurrence de mille francs seulement, avec intérêts légitimes, la condamnation prononcée par le jugement du 22 juillet 1925 ;

Dit que cette somme sera payable à raison de deux cents francs par mois et fixe la première échéance au 1er avril 1926 ;

Condamne les époux aux dépens.

Commentaires

Le jugement ci-dessus vient à l'appui de mes dires, lorsque j'affirme, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, qu'en matière d'A.M.G. il faut se méfier des contingences locales.

Que de malades sont inscrits tardivement, sur les listes des indigents, lorsque le traitement est en cours, ou est même terminé, comme c'est le cas dans le procès ci-dessus !

Il y a des abus, dont les victimes sont les médecins, ou le budget du département, parce que les maires n'osent souvent pas refuser, à un électeur influent la gratuité d'un traitement, en le passant au compte de l'A.M.G.

Une fois le danger passé, le malade étant guéri, adieu les belles promesses, et les engagements pris pour le payement partiel des honoraires, laissé à la charge de l'intéressé.

Aussi, en matière d'assistance partielle, convient-il de ne pas faire de demi-mesures. Ou bien les demi-nécessiteux seront considérés par les tiers (médecins, pharmaciens, hôpitaux) comme des assistés, pour lesquels est responsable le département, pour le payement des honoraires, ou frais de séjour, ou bien le malade sera considéré comme un individu ordinaire, payera directement médecin ou hôpital et sollicitera ensuite le remboursement total ou partiel de ses dépenses, auprès du conseil municipal.

Mais laisser au malade le soin de payer lui-même une partie des frais médicaux et pharmaceutiques, c'est ouvrir une ère de procès, lorsque le malade se révèlera mauvais payeur, ce qui est le cas trop fréquent.

Quant à demander aux maires de se montrer sévères, pour l'applicabilité de la loi du 15 juillet 1893, c'est leur imposer une abnégation politique et administrative au-dessus de leurs forces, tout comme pour l'application de la loi du 15 février 1902, sur l'hygiène publique.

Magistrats élus et rééligibles, ils ne peuvent pas exercer leur droit de coercition, surtout dans les petites communes, où tout le monde se connaît, ou est persque parent.

Il y aurait bien des choses à modifier, pour que les lois soient bien appliquées.

Dr Paul Boudin.

AUTOUR DES THÉATRES

La Cigale : Je m'suis donnée. — La Potinière : Un chien qui rapporte — Gaité Lyrique : Les Pommes du voisin. — L'Œuvre : Pauvreté n'est pas vice ; Le Mariage.

Une loi d'Urbanisme bien connue montre les cités s'agrandissant vers le couchant comme si, le soir, elles voulaient toujours voir le soleil disparaître plus tard ; et c'est vers l'ouest que les règles d'hygiène et d'espace sont le mieux appliquées : on trouve des parcs, de larges avenues, voire même des jardins entre les maisons. C'est aussi vers l'ouest que se sont installés les modernes palaces et les plus nouveaux théâtres, et que la foule des étrangers, avide de confort, se rue. De là, vers l'ouest, le développement du genre Revue, nettement lié à la qualité étrangère des spectateurs et dont j'ai exposé par ailleurs la physiologie. Au nord, en revanche, c'est le triomphe de l'Opérette : La Cigale, où fleurit souvent le genre revue d'été, continue l'agréable succès de l'opérette *Je m'suis donnée* bien jouée, montée avec soin et dont le premier acte est d'un allant magnifique, que Mmes Simonne Melville et Gaby Boissy soutiennent d'ailleurs avec un admirable brio.

Mais le grand succès de le semaine est pour le théâtre de la Potinière, avec la jolie comédie *Un chien qui rapporte*, conte de fées moderne en neuf tableaux de MM. Gerbidon et Armont. Nous voici loin de l'impression de « creux » laissée par l'excessive brièveté du *Bigame* et la soirée est des plus choisies. Le petit chien Pantoufle « rapporte » parce qu'on le rapporte à sa maîtresse Mlle Josyane Plaisir, délicieuse demi-mondaine de la rue Saint-Sénoch à la recherche d'un amant à la fois jeune, beau, riche. Pantoufle est dressé lorsque, volontairement, sa maîtresse le « perd », à sauter dans une auto de grand luxe dont le propriétaire est généralement heureux et fier de venir réclamer la récompense aimable promise et « gravée » sur la plaque du collier avec l'adresse utile ! On conçoit l'envie des petites « amies » de l'immeuble de la rue Saint-Sénoch, toutes à la recherche d'une position sociale et l'extase de la concierge lorsqu'elle constate, du jour au lendemain, le succès de sa « pensionnaire ». La concierge, c'est Mme Marguerite Deval : elle a placé son rôle de façon à la fois simple et pittoresque dans une note naturelle, non dépourvue d'une élégance qu'elle n'a pu tout à fait dissimuler, mais qui est bien. Il est intéressant de voir, puisque c'est une reprise, que Mlle Janine Merrey a su rester elle-même sans chercher à réaliser une imitation de Maud Loty, créatrice du rôle de Josyane ; et puisque je parle des interprètes, il serait injuste de passer sous silence Mlle Suzanne Dehelly, la camarade jalouse, celle qui vole Pantoufle et qui, dès le vol commis.

n'hésite pas à louer un appartement somptueux et à s'embarquer de suite dans de folles dépenses. Dès l'instant du vol, le spectateur sent en soi l'envie de lui crier : « Mais emportez donc Pantoufle bien loin, faites vite faire une autre plaque gravée portant une adresse quelconque, fût-ce celle d'un hôtel et, de cette façon, vous éviterez qu'on ne le retrouve dans votre chambre et vous profiterez tout de suite de la situation ». Mais il s'en garde bien, et c'est bonheur, puisqu'on serait privé ainsi de la fin de cette pièce dont l'homogénéité est particulièrement remarquable.

—

A la Gaité Lyrique, le dernier acte du voyage en Chine se continue par un très beau ballet *Les Pommes du voisin*, ballet pantomine pittoresque en deux tableaux montés comme il est de mise à la Gaité, avec de très beaux décors de MM. Numa et Chazot et de très jolis costumes. On ne peut pàs ne pas être frappé par la perfection de la mise au point des danses composées par l'excellente maîtresse de ballet qu'est Mme Stichel, avec ce souci de distinction et de perfection qui a trop tendance à se perdre à mesure que le métier de professeur de danses classiques a moins de sérieux adeptes, parce qu'il comporte de trop longues et trop difficiles études. Et je n'ai pu m'empêcher de songer à l'intérêt que présenterait un mode de notation pratique, en rapport avec la musique, de tous ces pas simultanés qui sont comme de véritables parties d'orchestration, où les danseuses seraient les instruments divers, et qui permettrait de reproduire exactement, dans 10 ans, ce ballet tel qu'il est aujourd'hui. J'ai ouï dire qu'il existe bien des manières de noter ainsi les pas, mais qu'aucun n'a reçu la consécration de l'uniformité et je me permets de soumettre cette pensée — qui ne doit pas être bien neuve — à M. Paul Ginisty, l'éminent président de l'association de la Critique dramatique et musicale, afin qu'elle puisse être l'objet d'une étude dans la grande œuvre qu'il entreprend en liaison avec l'Institut de coopération intellectuelle, en vue d'établir une codification internationale de tout ce qui touche aux choses et aux gens du théâtre. Il peut être assuré de trouver, dans son comité, comme chez tous les amis du théâtre, tous les dévouements nécessaires à la poursuite de cette belle et généreuse entreprise.

Enregistrons, mais sans l'analyser, la Revue que vient de donner le Théâtre de l'Avenue ; elle est de Max Eddy et Henry Hallais, et, sans présenter les grands caractères des Revues à grand spectacle ou à grand livret, fait passer des heures agréables dues surtout au talent personnel de chacun des interprètes. Il semble que l'effort théâtral ne se continue guère qu'à la Maison de l'Œuvre, mais par une reprise à laquelle la Critique n'ayant pas été conviée, je ne puis que faire allusion sans en parler plus longuement, et à l'Atelier. L'Atelier ne ralentit pas le fond sérieux de son travail, et si la Critique ne lui rend pas toujours justice comme il le faudrait, c'est un peu grâce à l'excès de jeunesse et de bonne volonté de tous ceux qui concourent très habilement à son administration, mais qui ne pensent pas suffisamment que leur bonne hospitalité et leur cordial accueil au contrôle vaudrait mille fois plus s'il était le complément d'une convocation de répétition générale reçue assez à temps pour permettre de venir chez eux à tête reposée et à temps gardé libre exprès. De ce défaut de forme, à mesure que grandira son succès, ce théâtre, où l'on travaille, se corrigera trop vite, car il est bien rare que par une juste équilibre des choses, tout ce qui vieillit et devient solide, grâce à plus d'« administration », ne perde pas quelque peu de cette fraîcheur et de cet enthousiasme qui ne s'embarrassait pas de détails et ne visait qu'au but à atteindre.

Toute cette année, au lieu de simples velléitaires, ce sont des réalisateurs qui ont travaillé à l'Atelier. Il a donné l'hospitalité successivement à des hommes comme Paul Castan, dont le point de départ fut le théâtre ésotérique du square Rapp et l'œuvre tragique du Sar Péladan, ou à des groupes de Prague du théâtre artistique de Moscou. Il n'est pas sans intérêt de dire que ce groupement est formé de pensionnaires des trois studios du théâtre artistique de Moscou, studios qui étaient destinés à des recherches et nouveautés. La dureté et la misère des temps ont amené maîtres et élèves à émigrer afin de conserver le droit de jouer à leur manière et de conserver le respect fidèle et jaloux des traditions de leur maison ; à Prague, le Gouvernement tchécoslovaque les a subventionnés, leurs moyens d'action sont donc relativement limités, mais ils peuvent néanmoins travailler et chercher. Leur but, leur effort est le naturalisme intégral, et cependant leurs moyens d'expression sont obligés de s'en écarter sérieusement. C'est que, pour faire du naturalisme, il faut que « tout » réponde à ce programme et qu'ils ne possèdent évidemment pas les moyens de mettre leur mise en scène et leurs décors au niveau du naturalisme des personnages. Il est vrai que la nature des sujets choisis, le milieu dans lequel évoluent les pièces qu'ils jouent, la simplicité des costumes nécessaires, rendent possible bien des choses qui manqueraient de « naturalisme » si elles se passaient dans des milieux somptueux et de grand luxe nécessitant des scènes de grande dimension, des mobiliers coûteux et des costumes de style ou de genre à reconstitution ou à confection difficile et onéreuse ; leur succès a besoin d'une limitation par en haut de la classe sociale dont ils expriment les pensées, les gestes et les actes.

Pauvreté n'est pas vice, proverbe d'Ostrowsky est d'ordre populaire et un peu pleurard. C'est le milieu des marchands, au bon vieux temps des Tsars, des romances et des cérémonies alternant avec le dialogue. Le Patriarche y est maître chez lui, l'instruction est encore loin. Un jeune homme pauvre aime la fille de son patron. Le patron vaniteux veut donner sa fille à un financier véreux ; le frère, ivrogne, à lucidité généreuse, met les choses au point. Le bon pauvre dit familièrement ses vérités au mauvais riche, le tort est de toujours donner au pauvre tous les bons sentiments, au riche tous les mau- mais cela sent malgré tout la démagogie, l'envie de caste, ce n'est pas de la réalité vécue. L'éducation et l'aisance ne sont pas précisément en opposition avec la bonté et les nobles sentiments, l'appel fait à la classe de ceux qui souffrent, en leur donnant la pensée de toujours mal juger ceux qui souffrent moins ou sont supposés moins souffrir parce qu'ils ont un peu plus d'argent, est de nature à déterminer et accroître la lutte de classes, l'envie des incapables et des paresseux contre ceux que la nature a faits plus intelligents, plus forts, plus travailleurs on plus ambitieux. C'est le théâtre de l'étendard de la Révolte rendu plus dangreux encore par le talent des interprêtes. Socialement, la simple Revue sans texte véritable est peut-être aussi bonne pour la paix et l'évolution du bonheur et de l'aisance, elle montre ce qui est trop beau, trop féerique, trop riche pour être vrai, elle développe une pensée vers l'illusion, pensée génératrice d'effort, elle ne développe pas l'envie, à cause de l'irréel avoué du spectacle.

Le Mariage, d'autres disent *l'Hyménée,* de Nicolas Goyol, incroyable histoire en trois actes, se passe dans des milieux analogues. Timide et paresseux, un célibataire sur le retour songe au mariage avec la fille de riches marchands que sa tante, chez laquelle elle habite, voudrait marier à un marchand. Or, la jeune fille rêve d'épouser un noble, et consulte les cartes qui lui annoncent une profusion de candidats qu'une faiseuse de mariages fera défiler devant elle. On conçoit aisément le pittoresque du défilé des prétendants attirés par la seule dot de la demoiselle, et à la fin duquel le timide et paresseux célibataire apparaît conduit par un de ses amis qui parle pour lui et fait écarter tous les autres prétendants. Et pendant que la fiancée s'apprête, l'heureux élu, épouvanté à l'idée des efforts qu'il faudra faire et de sa liberté qu'il va perdre, se sauve par la fenêtre tandis que l'ami reste seul pour supporter, avant de disparaître, le chagrin de la fiancée et la fureur de la tante. Tout l'effort de la troupe est de créer des types plutôt que de véritables caractères, voire même des types caricaturaux plutôt que vrais, et c'est vers cette conclusion qu'il faut revenir à propos de la plupart des efforts de ces troupes étrangères qui viennent à Paris, attirées par des impressarios spéciaux pour être entendus par des spectateurs tout à fait particulier s; la volonté de naturalisme des types créés oblige à les exagérer fortement pour que ce qui en reste apparaisse près de la vérité ; et ce ne devrait pas être pour me déplaire lorsque je reprends une pensée de jeunesse que j'eus plaisir à développer vers 1900. L'enseignement des Beaux Arts est à peu près partout en France inexistant à cause de la parfaite ignorance de ceux qui enseignent, à cause aussi de l'absence de méthode et de codification, et même de livres ayant un caractère didactique ; tous les ouvrages publiés sous la rubrique : enseignement des Beaux-Arts, à part deux ou trois, sont faits de de telle sorte qu'ils ne puissent être lus, parce que trop savants, par ceux qui veulent s'instruire, ou bien que leur contenu se réduise à une phraséologie telle qu'après les avoir lus, tous ceux qui ne connaissent pas par avance le sujet qu'ils devraient traiter, en sachent encore moins qu'avant d'avoir ouvert le livre... et je préconisais l'envoi en voyages de vacances d'élèves de l'Ecole des Beaux-Arts avec l'obligation d'un travail de voyage portant « caricature » de l'œuvre d'un ou de plusieurs artistes à leur choix, d'après ce qu'ils auraient vu dans les musées parcourus. Il me semblait que cet excès dût faire ressortir les caractéristiques et les éléments différentiels des œuvres des grands artistes et permettre l'enseignement de l'histoire de l'Art (de tous les Arts) par le dessin schématique résultant de la caricature... C'est la méthode des gens de l'Atelier : on voit que je me trouve bien gêné pour en médire, persuadé que je suis de l'exactitude de plus en plus affirmée de ma « Vision de jeunesse ».

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration.

(29 *juin* 1926)

Présents : MM. MAURAT, *président* ; VIMONT, GASSOT, NOIR, DUCHESNE, HUGUENIN, DE LA ROCHEFORDIERE, LEVASSORT, MAZEROUX et BOUDIN, *secrétaire*.

Excusé : M. MIGNON.

En ouvrant la séance, M. le Président MAURAT donne au Conseil lecture d'une lettre dans laquelle M. le Dr NOLLET, pris tous les mardis par des occupations spéciales et empêché d'assister aux séances, déclare donner sa démission de vice-président de la Mutualité Familiale du Corps médical français, et dit ne pas se séparer sans regrets de collègues dont il a pu apprécier le très grand dévouement.

Le Président se fait l'interprète du Conseil tout entier en exprimant à M. le Dr NOLLET les regrets que cause à tous sa détermination.

M. MAURAT excuse le Secrétaire général qui, indisposé, ne peut assister à la séance, mais a envoyé tous les dossiers d'indemnités et d'admissions.

Remplaçant le secrétaire général, M. GASSOT présente la réclamation d'un sociétaire auquel l'indemnité avait été refusée à la séance du 30 mars.

Le Conseil maintient que le Sociétaire en question n'a aucun droit à l'indemnité, mais, à titre bienveillant, lui accorde la moitié de la somme qui lui aurait été due s'il s'était conformé aux statuts.

M. GASSOT expose également la situation pénible d'un vieux sociétaire auquel le Conseil alloue un secours de 500 francs pris sur la Caisse auxiliaire.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B.

N°	Nom	Département	Durée	Montant
84	GIROD	Jura	3 mois	300 »
97	HEURTAU	Loiret	6 mois	600 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
102	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	DE GRISSAC	Seine-et-Oise	6 mois	600 »
175	ROUSSEAU	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
192	HOUDART	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
196	MICHALSKI	Yonne	56 jours	560 »
219	DELATTRE	Loiret	3 mois	300 »
228	TACHERON	Aube	3 mois	300 »
236	*HIRLAUD*	*Côtes du Nord*	3 mois	300 »
255	DEMMLER	Oise	3 mois	300 »
260	JACQUOT	Oise	3 mois	300 »
311	ROUVIER	Isère	3 mois	300 »
341	CHABANON	Lozère	3 mois	300 »
357	MATHIEU	Yonne	3 mois	300 »
379	MARTY	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
396	OBLIN	Manche	30 jours	300 »
409	CAFFEAU	Nord	60 jours	600 »
412	DUROS	Calvados	3 mois	300 »
432	DE LAGOANÈRE	Gironde	27 jours	270 »
455	LAUTIER	Hérault	8 jours	80 »
481	CORBY	Paris	29 jours	290 »
488	HAMANT	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
493	LAURENT	Seine	11 jours	110 »
504	DELUCQ	Gers	3 mois	300 »
516	BARDON	Corrèze	60 jours + 5 jours chr.	616 65
524	FRAIKIN	Seine	60 jours + 1 mois et 2 jours chr.	706 65
534	EPRON	Vendée	3 mois	300 »
535	CUNNAC	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
597	SELLERIN	Aube	26 jours	260 »
696	CÉZILLY	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
700	REY	Haute-Garonne	3 mois	300 »
832	BRUNEAU	Seine-et-Marne	10 jours + 3 mois et 15 jours chr.	450 »
833	PILLIERE	Ardennes	3 mois	300 »
834	MOHAMED	Mayenne	3 mois	300 »
861	LAUGIER	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »

863 Cat	Bouches-du-Rhône	2 mois	200 »
885 Guillermin	Savoie	10 jours + 1 jour chr	103 35
900 Duclos	Seine	3 mois	300 »
934 Girard	Paris	14 jours	140 »
969 Bouilloud	Ain	42 jours	420 »
980 Bousrey	Vosges	42 jours	420 »
993 Boutard	Eure	3 mois	300 »
1018 Nouvel	Dordogne	13 jours	130 »
1056 Etienne	Haute-Garonne	3 mois	300 »
1057 Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1074 Bleicher	Marne	60 jours + 8 jours chr	626 65
1085 Vial	Allier	33 jours	330 »
1095 Chappat	Seine-et-Marne	60 jours + 3 jours chr	610 »
1099 Michel	Puy-de-Dôme	37 jours	370 »
1213 Etienne	Ardennes	38 jours	380
1248 Lemaitre	Manche	29 jours	290 »
1259 Rilhac	Aube	3 mois	300 »
1272 Molinéry	Haute-Garonne	un mois et 25 jours chr	183 25
1279 Forestier	Yonne	47 jours	470 »
1281 Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1295 Astier	Isère	5 jours + et 10 jours chr	83 30
1363 Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1365 Vitry	Hérault	35 jours	350 »
1396 Orliac	Lot-et-Garonne	9 jours	90 »
1401 Joly	Allier	6 mois	600 »
1403 Canceill	Pyrénées-Orientales	24 jours	240 »
1408 Grandou	Eure	3 mois	300 »
1474 Monier	Nord	17 jours	170 »
1515 Pecker	Seine-et-Oise	60 jours + 18 jours	643 30
1557 Magnin	Ain	41 jours	410 »
1573 Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1616 Bonhommet	Loire-Inférieure	26 jours	260 »
1682 Copreaux	Saône-et-Loire	30 jours	300 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	28 jours	280 »
1703 Mons	Constantine	9 jours + 2 mois et 11 jours chr	326 65
1708 Sauvet	Var	11 jours	110 »
1577 Vigouroux	Hérault	15 jours	150 »
1758 Mourre	Var	un jour	10 »
1796 Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1799 Castagnoni	Constantine	29 jours	290 »
1839 Le Prieur	Manche	3 jours	30 »
1851 Dabasse	Tarn-et-Garonne	60 jours + 4 mois et 17 jours chr	1.056 60
1853 Cattin	Morbihan	un mois et 14 jours chr	146 60
1896 Roure	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
1946 Parmentier	Vendée	44 jours	440 »
1990 Kraut	Vendée	19 jours	190 »
		Total	26.793 »

Combinaison MAD.

214 Le Troadec	Finistère	40 jours	800 »
327 Apard	Indre	37 jours	740 »
346 Mlle Cabanis	Oran	3 mois	600 »
396 Oblin	Manche	30 jours	600 »
459 Siraudeau	Maine-et-Loire	60 jours + 17 jours chr	1.313 20
524 Fraikin 1/2	Seine	60 jours + 1 mois et 2 jours chr	706 65
980 Bousrez 1/2	Vosges	42 jours	420 »
1085 Vial 1/2	Allier	33 jours	330 »
1099 Michel 1/2	Puy-de-Dôme	37 jours	370 »
1279 Forestier 1/2	Yonne	47 jours	470 »
1213 Etienne 1/2	Ardennnes	38 jours	380 »
1365 Vitry 1/2	Hérault	35 jours	350 »
1396 Orliac 1/2	Lot-et-Garonne	9 jours	90 »
1474 Monier 1/2	Nord	17 jours	170 »
1703 Mons 1/2	Constantine	9 jours + 2 mois et 11 jours chr	326 65
1708 Sauvet 1/2	Var	11 jours	110 »
1577 Vigouroux 1/2	Hérault	15 jours	150 »
1758 Mourre 1/2	Var	un jour	10 »
1835 Cattin 1/2	Morbihan	un mois et 14 jours chr	146 80
		Total	8,083 10

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leurs pensions du deuxième trimestre 1926, les sommes suivantes à Mesdames :

4	Lepage, Paris	150 fr.
38	Gillette, Calvados	150 »
43	Chevreux, Paris	150 »
45	Valot, Hautes-Alpes	60 »
51	Rousselot, Marne	150 »
13	Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100 »
	Total	760 »

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs Hatton, Rio, Perret, Viel, Lalaurie, Farabosc, Bastide d'Izard, Sizorn, Olivieri, Bourdin, Jorcin, Carrié, Lecoconnier et Mlle Blanchier.

Combinaison MAD :

MM. les docteurs Solas, Rio, Viel, Farabosc, Bastide d'Izard, Sizorn, Olivieri, Bourdin, Jorcin, Galinier, Carrié, Mlle Blanchier.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA :

MM. les docteurs :
BRIÉRY, de Saint-Germain-Laval (Loire).
GAMARD, de Montoire-sur-le-Loir (Loir-et-Cher).
LAGARDE, de Decazeville (Averyron).

Combinaison MAD :

MM. les docteurs :
BRIÉRY, de Saint-Germain-Laval (Loire).
BOBAY, d'Acquigny (Eure).
BONNET, de Cette (Hérault).
GAMARD, de Montoire-sur-le-Loir (Loir-et-Cher).
ROSSI, de Saint-Maximin (Var).
LAGARDE, de Decazeville (Aveyron).

Passage de 1/2 MAD à MAD :

BORREY, de Lyon.
CHARVIN, de Saint-Etienne.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison P :

Madame
FUSTER, d'Alger.

MM. les docteurs :
ABBATUCCI, de Bastia (Corse).
CHARVIN, de Saint-Etienne.

Combinaison R :

M. le docteur :
ABBATTUCCI, de Bastia (Corse).

Mademoiselle :
HENNE, de Paris.

M. le Dr GASSOT communique au Conseil une lettre de M. FLEURY déclarant que les travaux de l'inventaire quinquennal sont très avancés et annonçant le prochain dépôt de son rapport.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes :

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, Dr P. BOUDIN.

Le Président, Dr A. MAURAT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Assemblée Générale extraordinaire de l'Union des Syndicats médicaux de France.

(3 et 4 *juillet* 1926.)

COMPTE RENDU SOMMAIRE

L'Union des Syndicats médicaux a tenu les 3 et 4 juillet dernier, salle des Sociétés savantes, une Assemblée générale extraordinaire.

L'ordre du jour de cette Assemblée comportait les deux questions suivantes :

1° Les Syndicats Médicaux devant l'assurance sociale. Position actuelle du problème.
2° Y a-t-il lieu de réviser la position du Corps Médical devant la Médecine sociale ?

La première question avait fait l'objet d'un rapport du secrétaire général de l'Union, dans lequel était étudié le projet actuel de la Commission sénatoriale d'hygiène, de prévoyance et d'assurances sociales : *projet Chauveau.*

Le principe de ce projet est, en ce qui regarde la pratique médicale : l'obligation pour les Caisses de traiter par contrat avec les Syndicats pour l'organisation du service médico-chirurgical, tant dans le milieu familial que dans les divers milieux de soins.

Les contrats syndicats-caisses devront-ils comporter des tarifs d'honoraires établis d'accord entre les Caisses et les Syndicats ? Ces tarifs auront-ils un effet limitatif, c'est-à-dire sera-t-il interdit au méde

cin de percevoir de l'assuré un supplément d'honoraires ?

Le Corps médical organisé participera-t-il à la gestion des Caisses, ce qui permettra aux Syndicats médicaux de prendre une part active à l'organisation technique commandée par les nécessités professionnelles et les besoins des assurés ?

Telles étaient les questions envisagées par le rapport et auxquelles les délégués des Syndicats adhérents à l'Union devaient apporter la réponse de leurs mandants.

***

A la première question :

« *Si la loi et le règlement d'administration publique « donnent aux tarifs une action limitative, êtes-vous « disposé à refuser à collaborer à la loi d'assurance « sociale ?* »

L'Assemblée générale a répondu *affirmativement* à une très forte majorité,

En outre, elle a adopté, par plus de 8.000 voix (585 contre, et 454 abstentions) *à titre indicatif*, l'ordre du jour suivant, qui devra être transmis aux Syndicats adhérents pour que ces Syndicats prennent les déterminations qu'il comporte au cours de leurs assemblées ultérieures :

« L'Assemblée générale des Syndicats médicaux de l'Union, réunie le 3 juillet 1926, proclame sa volonté de maintenir la médecine dans son cadre de profession libérale :

« *a*) Affirme la volonté du Corps médical syn« diqué de refuser sa collaboration à la loi d'as« surance sociale :

« 1° Si celle-ci permet la possibilité d'un for« fait quelconque pour le règlement des hono« raires médicaux ;

« 2° Si la loi ne laisse pas aux Syndicats qui « le voudront la certitude de pouvoir :

« Soit passer avec les caisses des contrats com« portant un tarif non limitatif.

« Soit passer avec celles-ci un contrat ne com« portant aucun tarif, le taux des honoraires « étant établi par entente directe entre le mé« decin et son malade.

« *b*) Donne mandat au Conseil de l'Union :

« *a*) De faire connaître cette volonté au légis« lateur ;

« *b*) De préparer dès maintenant la lutte par « action directe de tous les syndiqués, qui devien« drait nécessaire au cas où le législateur ne « tiendrait pas compte de cette volonté du corps « médical.

« *Nota.* — Il est entendu que l'entente directe « se fera suivant les tarifs syndicaux, chaque « syndicat restant chargé de la discipline dans « son service. »

***

Deuxième question :

« *Votre Syndicat veut-il participer à la gestion des Caisses ?* »

Les délégués ont répondu à cette question en suivant le *mandat impératif* qu'ils avaient reçu de leurs Syndicats (par 8.022 voix, 1.104 contre, et 96 abstentions).

Consécutivement, tous les délégués présents à l'Assemblée moins 4, qui se sont abstenus, ont adopté l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale de l'Union des Syn« dicats médicaux estime que les délégués du corps « médical organisé doivent pénétrer dans tous « les organismes de gestion (administratifs et « techniques) qui seront prévus par la loi d'assu« rance sociale, y compris les Conseils des « Unions régionales et des caisses de garantie et « de compensation, étant entendu que tout ce « qui regarde les modalités du contrôle sera « réglé exclusivement par les contrats syndicats« caisses. »

Les votes de ces ordres du jour, à une très forte majorité, indiquent la volonté bien arrêtée du Corps médical organisé :

1° De n'admettre que les contrats conclus en *toute liberté* entre les Syndicats et les Caisses ;

2° D'assurer ses fonctions naturelles d'organisation technique dans le cadre de la loi et des contrats.

Ils confirment et complètent les ordres du jour votés sur les mêmes sujets par les Assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux de France en 1924 et 1925.

***

Les décisions prises par le Corps médical sur la question des assurances sociales sont la conséquence de la position que l'Union a de tout temps, adoptée à l'égard des lois et des faits de médecine sociale et qui a été, à l'Assemblée générale extraordinaire, confirmée par le vote de l'ordre du jour suivant acquis à une très forte majorité, puisqu'il ne se trouva que 585 voix contre et 454 abstentions sur plus de 8.000 votants.

« L'Assemblée générale de l'Union des Syndi« cats médicaux constate qu'une orientation « nouvelle aboutirait à la négation même du « syndicalisme, au maintien ou au renforcement « des compétitions individuelles pour le fixe et « aux intrigues qu'elles entraînent, à l'abaisse« ment moral qu'elles provoquent, au salariat, « au fonctionnariat médical ;

« Considérant que le rôle des Syndicats est de « permettre aux médecins de *déterminer, d'accord « entre eux, les conditions de leur travail,* non seu« lement en ce qui concerne la clientèle privée « (tarif syndical, moyens de concurrence, etc.), « mais aussi en matière de médecine publique

c'est-à-dire vis-à-vis des grandes collectivités « et de l'Etat ;

« Considérant que ces conditions étant déterminées entre les médecins syndiqués, le rôle « des Syndicats est encore de les faire accepter, « c'est-à-dire de *débattre avec les collectivités ou « l'Etat*, de conclure des contrats et de les faire « respecter ;

« Considérant que ce rôle a été entendu ainsi « et ainsi déterminé par tous les Syndicats depuis « l'origine du syndicalisme, qu'il a été condensé « dans des formules « *organisation de la médecine « sociale par les syndicats et par contrat collectif* », « ceci par toutes les Assemblées générales de « l'Union qui ont évoqué les problèmes de défense « et d'organisation professionnelles ;

« Considérant que le Conseil a reçu mandat de « maintenir cette orientation, qui seule peut « soustraire le médecin à l'emprise des grandes « collectivités et de l'Etat, c'est-à-dire au salariat et au fonctionnariat médical ;

« Affirme avec force sa fidélité aux idées syndicalistes et donne mission à ses délégués, dans « les pourparlers qu'ils sont appelés à poursuivre « avec la Fédération Nationale, de maintenir ces « principes qui sont la charte même du syndicalisme ».

***

Au cours de la réunion de dimanche matin, au moment d'une interruption de séance, un des délégués a demandé, avec l'assentiment du bureau de l'Union, que l'Assemblée veuille bien prendre en considération le désir de nombreux Syndicats de voir reconstituer l'Union à la faveur d'efforts réciproques de la Fédération nationale et de l'Union des Syndicats médicaux.

Il fut alors proposé de réunir une Commission mixte (Union, Fédération) comprenant 5 membres de l'Union et 5 membres de la Fédération.

Les délégués de l'Union furent immédiatement désignés par l'Assemblée générale qui nomma MM. Cibrie, Dibos, Gaussel, Guy, Renon. Cette délégation n'avait aucun pouvoir de décision, mais elle recevait la mission d'étudier tous les moyens permettant la reconstitution du Corps médical en *écartant toute question de personne de part et d'autre et en s'efforçant de trouver un terrain d'entente ne comportant ni vainqueurs ni vaincus.*

Les membres de la Fédération ayant à Paris quatre représentants autorisés: MM. Vanverts, Vauzanges, Desrousseaux, Bouvat, une réunion put avoir lieu dans l'après-midi du même jour.

Avant toute discussion sur le fond, les représentants de la Fédération ont rédigé la note suivante et ont chargé les Commissaires de l'Union de la présenter à l'Assemblée générale.

Cette note écrite de la main même du Dr Vauzanges a été lue à la tribune de l'Assemblée générale par le Dr Gaussel :

« Les représentants autorisés de la Fédération nationale les Drs Vanverts, Vauzanges, « Desrousseaux, Bouvat, ont été saisis officieusement par M. le Dr Cibrie, de la proposition suivante :

« L'Assemblée générale de l'Union propose « la réunion d'une commission mixte composée « de délégués de l'Union et de la Fédération à « l'effet de rechercher les moyens de reconstituer « l'unité du corps médical. »

« Avant toute discussion, les représentants « dûment qualifiés de la Fédération nationale « tiennent à présenter à l'Assemblée générale « des délégués de l'Union leurs remarques sur « les points suivants :

« 1° De toutes les questions qui préoccupent « à juste titre le corps médical, la plus urgente « et la plus angoissante est celle des assurances « sociales.

« 2° L'Assemblée générale extraordinaire de « l'Union de l'après-midi du 3 juillet 1926 a voté « un ordre du jour dont on peut dire qu'il représente en grande partie le point de vue de la « Fédération nationale sur la question des assurances sociales.

« 3° Il est indiscutable que cet ordre du jour « est en contradiction absolue avec les directives « générales qui ont été données au syndicalisme « médical, directives générales dont la réalisation « a été poursuivie jusqu'à ce jour par les dirigeants de l'Union.

« Dans ces conditions, les représentants autorisés de la Fédération nationale estiment qu'on « ne peut aborder d'une façon efficace le problème de la suppression de la scission et la « reconstitution de l'unité du corps médical « organisé, tant que les représentants responsables de l'Union sont ceux-là même qui ont « suivi jusqu'à ce jour une politique syndicaliste qui vient d'être formellement condamnée « par l'unanimité, moins 6 voix, des délégués des « Syndicats restant adhérents à l'Union.

« La Fédération nationale ne peut s'engager « dans la voie de la reconstitution du front unique, tant que l'Assemblée générale de l'Union « n'aura pas réalisé les changements nécessaires « dans les personnalités dont elle a formellement condamné l'action.

« La Fédération nationale ne saurait, en effet, « accepter de ralentir ou d'arrêter sa propagande, « tant qu'elle n'a pas acquis la certitude que les « revendications du corps médical dont elle a « été la fidèle interprête ne seront soutenues « par des hommes dont le passé et les doctrines « répondent de l'avenir.

« Ce geste nécessaire, une fois réalisé, la Fédération nationale est toute prête à entrer en « relations avec les délégués de l'Union des Syndicats.

« Elle demande que la question des assurances

« sociales soit mise la première à l'étude, étant « donné son caractère urgent et promet d'appor- « ter toute sa ferme volonté à réaliser, — dans « le cadre général de ses revendications qui sem- « blent acceptées à l'heure actuelle par la grande « majorité des Syndicats, — l'unité du corps « médical organisé dont la division à l'heure « actuelle n'est qu'apparente. »

Des explications apportées à la tribune de l'Assemblée par les Dr Gaussel, Dilos et Guy, il ressort, ainsi que l'Assemblée en jugea elle-même à l'audition de la note, que les « conditions » de la Fédération peuvent se résumer ainsi :

La Fédération consent à causer avec l'Union si :

1° L'Assemblée générale extraordinaire retire sa confiance aux « Dirigeants » de l'Union, et notamment à son secrétaire général ;

2° L'Assemblée générale adopte *intégralement* le programme de la Fédération nationale.

La constatation de cet état d'esprit provoque une vive émotion dans l'Assemblée générale qui répondit à la communication des représentants autorisés de la Fédération nationale par l'ordre du jour suivant adopté à l'unanimité moins 4 voix et quelques abstentions :

« L'Assemblée générale de l'Union, réunie le « 4 juillet 1926,

« Après avoir entendu le compte rendu de la « mission remplie par 5 de ses membres, lesquels « avaient été chargés de prendre contact avec « les délégués de la Fédération.

« Enregistre la réponse de 4 des dirigeants de « la Fédération,

« Attend la réponse de l'Assemblée générale « de la Fédération.

« Affirme sa confiance dans le secrétaire géné- « ral et l'assure de toute sa sympathie. »

***

Nota. — Ce compte rendu et les chiffres qui y figurent ont été établis d'après les notes prises en séance par les services de l'Union.

Des corrections minimes pourront y être apportées et paraîtront avec le compte rendu sommaire établi d'après la sténographie des débats.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le Dr Durand, de Charly. — Le Dr Charles Charbonneau, de Limoges. — Le Dr Brunon, de Bordeaux. — le Dr Jean Michelet, de Tassin-la-Demi-Lune (Rhône). — Le Dr Viger, ancien ministre.

— **Radio-téléphonie.** — Le Dr Foveau de Courmelles, président de la Confédération nationale des Radio-Clubs, vient d'être désigné pour faire partie de la commission d'organisation du service de diffusion radio-téléphonique récemment créé par le ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et des Télégraphes.

— **Clinique médicale propédeutique** (hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — *Cours de révision*, d'une semaine (25 au 30 octobre 1926) sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, Weissenbach, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1926 du 25 au 30 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques, les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours : I. — Chaque matin dans un hôpital différent ; 9 h. 1/2 à 11 h., exercices pratiques au lit des malades ; 11 h. à 12 h., démonstrations pratiques ; Lundi 25, C. Lian, hôpital Tenon ; Mardi 26, Aubertin, hôpital Saint-Louis ; Mercredi 27, professeur Sergent hôpital de la Charité ; jeudi 28, Fernet, hôpital Saint-Louis, service du Dr Lortat-Jacob ; vendredi 29, Gaston Durand, hôpital de la Pitié, service du Dr Enriquez ; samedi 30, Debré, hôpital des Enfants-Malades.

II. — L'après-midi à l'hôpital de la Charité ; 3 h. à 4 h. démonstration pratique : Service ou Laboratoire du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques : Amphithéâtre de la Clinique.

Le professeur Sergent fera la leçon de clôture.

Lundi 25 : 3 h. à 4 h., H. Durand (tuberculose) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Lian (cœur, vaisseaux) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Pruvost (app. respiratoire). — Mercredi 26 : 3 h à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Tinel (neurologie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Chabrol (foie, nutrition). — Mardi 27 : 3 h. à 4 h., Lian ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Faroy (estomac) ; 5 h. 1/2 à 6 h., Abrami (pathologie générale) ; 6 h. à 6 h. 1/2, Harvier (endocrinologie). — Jeudi 28 : 3 h. à 4 h. ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Fernet (dermatologie, syphiligraphie) ; 5 h. 1/2 à 6 h., Gaston Durand (intestin) ; 6 h. à 6 h. 1/2, Aubertin (sang). — Vendredi 29 : 3 h. à 4 h. : Weissenbach (médecine générale) ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Debré (hygiène) ; 5 h. 1/2 à 6 h., Duvoir (médecine légale) ; 6 h. à 6 h.1/2, Lian (reins). — Samedi 30 : 3 h. à 4 h., 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Blechmann (pédiatrie) ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, professeur Sergent.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. 1/2 à midi, l'après-midi, 3 h. à 4 h.), les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 200 francs. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet 3, lundi, mercredi et vendredi, de 15 à 17 heures).

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 ; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

— **XIIIe Congrès annuel d'hygiène.** Paris, Institut Pasteur, les 19, 20 et 21 octobre 1926. *Programme provisoire.* — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène ; il tiendra séance les mardi 19, mercredi 20, jeudi 21 octobre 1926, à Paris, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Henri Martel, directeur des Services vétérinaires sanitaires à la Préfecture de Police, membre de l'Académie de médecine, président de la Société pour 1926.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Bossus, Agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe). Elles recevront une carte de congressiste. L'inscription est gratuite pour MM. les membres de la Société de médecine publique. Les congressistes qui ne font pas partie de la Société auront à verser un droit d'inscription dont le montant sera fixé dans le programme définitif : ils recevront en échange le numéro que la *Revue d'hygiène* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès et que les membres de la Société de médecine publique continueront à recevoir gratuitement.

Les trois questions suivantes sont mises à l'ordre du jour : 1° *La question de l'immigration.* — Rapport général : M. le Dr Dequidt, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, ancien chef de contrôle au Ministère de l'Hygiène, et M. le Dr Forestier, Inspecteur départemental d'hygiène : *Les différents aspects du problème de l'immigration.* — Rapport : M. le Dr Martial, directeur de Bureau d'Hygiène : *L'examen sanitaire des immigrants à la frontière et leur logement dans le pays.*

2° *La conservation des aliments par le froid.* — Rapport par MM. Chrétien, vétérinaire chef de secteur aux Halles Centrales et M. le Dr Loir, directeur du Bureau d'hygiène du Havre. Ce rapport sera accompagné de démonstrations pratiques (visite aux frigorifiques des Halles Centrales).

3° *Le rôle des médecins inspecteurs départementaux d'Hygiène et directeurs de bureau d'hygiène dans la lutte antituberculeuse.* — Rapport par M. Guillemin, directeur du bureau d'hygiène de La Rochelle, et Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure.

M. le Dr Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, fera une conférence sur : *Organisation de la lutte antidiphtérique. Vaccination, sérothérapie préventive. Démonstrations pratiques.*

— **Association amicale des médecins lorrains.** — Un groupe amical des médecins d'origine lorraine ou ayant fait à Nancy tout ou partie de leurs études a été formé à Paris, il y a déjà plus de deux ans.

Le dernier dîner, auquel assistaient MM. les docteurs Barthélemy, Cange, Caufmant, Didier, Georgel, Hallion, Hartenberg, Haton, Joly, Jolly, Manson, Nahan, Mme Rabinovici, Schill, Strauss, Weill, et pour lequel s'étaient excusés MM. les docteurs Blum, Boppe, Husson, Mathieu, Montoizeau, Schneider, Sibille, a eu lieu le 24 juin.

Les confrères intéressés qui n'auraient pas eu connaissance de la formation de cette association et qui désireraient s'y inscrire y seront les bienvenus. Ecrire, soit au Secrétaire général, le Dr Boppe, rue Notre-Dame-des-Champs, 94 (Fleurus 23-92), soit au Trésorier, le Dr Haton, rue Chanzy, 16 (Roquette 43-94). Droit d'entrée : 10 fr. Cotisation : 10 fr. Prochain dîner en octobre.

— **Clinique de dermatologie et de syphiligraphie. Hôpital Saint-Louis.** — Cours de dermatologie, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, du 4 octobre au 30 octobre 1926. Cours de vénéréologie du 3 novembre au 27 novembre 1926. Cours de thérapeutique dermato-vénéréologique du 29 novembre au 22 décembre 1926. Cours de technique de laboratoire également durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours seront faits au Musée de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat (X^e). Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie, etc.).

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 h. à midi et de 2 h. à 5 h.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 14 h. 30 à 17 h. et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h. (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

— **Diplôme d'Etat de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.** *Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris*, rue Desnouettes, 64. — Cours d'enseignement pour sages-femmes diplômées et infirmières ayant accompli une année d'études générales dans une Ecole reconnue (Ecoles professionnelles d'infirmières et Ecoles des Sociétés de Croix-Rouge). Enseignement élémentaire préparatoire au certificat, 4 mois : sessions commençant les 1er octobre, 1er février. Enseignement supérieur, préparatoire au diplôme, 8 mois : sessions commençant les 15 février, 15 juin. — Internat et externat.

La direction de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux titulaires des diplômes, actuellement encore très supérieur au chiffre des élèves diplômées.

— **Malades payants dans les hôpitaux de Paris.** — Ils ne sont pas très nombreux, puisque pour l'année 1924 l'administration de l'A. P. n'a pu récupérer que 6 millions environ sur près de 150 millions. Depuis la guerre, le prix de la journée d'hôpital s'est élevé de 5 fr. 70 à 25 fr. et atteindra probablement 30 fr. en 1926. M. de Fontenay, conseiller municipal à Paris, estime que l'Administration devrait apporter plus de soin dans la perception des frais hospitaliers pour les malades dont la situation matérielle le permet, et il cite l'exemple des hôpitaux de Lyon où les malades sont tenus de verser à l'entrée une somme provisionnelle correspondant à trente journées de traitement.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Dans ces conditions, les chances de succès d'une action contre le patron paraissent très réduites.

2272. — Calcul de la rente de la veuve et des orphelins.

Je vous serais très obligé de vouloir bien m'indiquer quelle est la rente à laquelle a droit la veuve d'un accidenté du travail, mère de 3 enfants dont l'aîné a 13 ans. L'ouvrier défunt avait dans les deux derniers mois gagné 25 francs par jour. La Cie d'assurance prétend qu'il n'était inscrit qu'à 18 francs par jour et offre 2480 fr. 80 par an.

Quels sont les recours de la veuve ?

Il semble que le sinistre qui a causé la mort de cet ouvrier soit dû à une imprudence de la Cie employeuse. Y a-t-il un recours de ce côté ?

Dr P.

Réponse.

Si l'ouvrier victime de l'accident gagnait 25 francs par jour, son salaire annuel, à raison de 300 jours ouvrables dans l'année, était de 7.500 francs.

Pour le calcul de la rente, ce salaire doit être retenu dans sa totalité jusqu'à 4.500 francs et pour le quart seulement au-delà de 4.500 francs. Le salaire de base est donc de 5.250 francs.

La veuve a droit à une rente égale à 20 % de ce salaire de base pour elle-même et à 35 % pour ses trois enfants mineurs, soit respectivement 1.050 et 1.837,50 ensemble : 2.887,50.

Pour la fixation de la rente, la veuve sera obligatoirement convoquée en conciliation devant le Président du Tribunal civil. Si elle ne peut s'entendre avec l'assurance, l'affaire sera renvoyée devant le Tribunal et elle bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

Au cas où elle pourrait invoquer la faute inexcusable du patron, ses rentes pourraient être majorées dans une proportion à déterminer par le Tribunal.

2267. — Intervention chirurgicale.

Le 24 avril, une ouvrière a la main gauche prise dans un engrenage. Je constate plaies contuses dorsales et palmaires de l'auriculaire, médius, annulaire et index. Ce dernier est le plus atteint : plaies profondes ayant intéressé les tendons. Je prévois une I.P.P.

Les plaies de l'auriculaire, annulaire et du médius cicatrisent assez rapidement, avec raideur articulaire négligeable.

Les plaies de l'index ont longtemps suppuré et se sont accompagnées d'ostéite avec forte tuméfaction du doigt. Les tendons fléchisseurs des deux dernières phalanges ont été détruits. Les tendons extenseurs ayant été conservés au moins partiellement, le doigt

se trouve à l'heure actuelle consolidé en hyperextension, les fléchisseurs ne contrebalançant plus l'action des extenseurs, et le foyer d'ostéite ayant pu produire un ramollissement de l'os.

Vers le 15 juin, les plaies étant presque cicatrisées, voyant que la consolidation s'effectuait de façon vicieuse, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue pratique, causant une gêne réelle pour l'utilisation de la main, et pouvant provoquer de nouveaux accidents, j'ai écrit à la Cie la Z. pour lui exposer le cas. Je faisais valoir que la résection des deux dernières phalanges, à laquelle la blessée consentait, permettrait d'obtenir une consolidation parfaite et que le taux d'incapacité résultant de l'amputation ne serait en somme pas plus élevé que celui résultant de l'immobilisation en extension.

En réponse à ma lettre, la Z. fit contre-visiter, en ma présence, la blessée par son médecin-expert. Les conclusions de celui-ci furent analogues aux miennes, demandant l'autorisation de faire pratiquer l'amputation, ajoutant qu'on ne pouvait songer à faire la suture des tendons fléchisseurs détruits, que contre-indiquait aussi l'ankylose des deux dernières phalanges.

Huit jours plus tard, la Cie répond à ce rapport par ces mots : « Sauf la demande expresse de la blessée, nous ne croyons pas devoir donner suite aux conclusions de notre expert. La consolidation semblant, d'après son rapport, actuellement obtenue, le médecin-traitant devra nous en fournir un certificat. »

L'agent d'assurances traduit ces mots par : « Délivrez le certificat de consolidation, et lorsque la blessée sera appelée en conciliation devant le juge de paix, elle devra formuler à celui-ci son intention de se voir opérer. »

Est-ce ainsi que je dois agir ? et la blessée, n'ayant droit aux soins que jusqu'à la consolidation, ne se verra-t-elle pas ensuite refuser le payement des frais nouveaux occasionnés par cette opération et le nouvel arrêt de travail en résultant ? Ou aura-t-elle à payer elle-même ces frais sur la rente à elle allouée ?

Je comprends que l'assurance trouve que l'incapacité temporaire a assez duré. La suppuration profonde prolongée en est cause et j'ai agi contre elle de mon mieux ; je n'ai pas fait pratiquer d'urgence la résection des parties lésées, espérant une meilleure réadaptation fonctionnelle.

Je serais heureux d'avoir, si possible, votre réponse au plus tôt, ayant à fournir d'ici peu le certificat qui m'est demandé.

Dr B.

Réponse.

Il n'appartient pas à la Compagnie d'assurances de fixer de sa propre autorité la date de la consolidation. A défaut d'accord entre les parties, seul, le Tribunal civil, appelé à statuer sur l'incapacité permanente, a le pouvoir de fixer cette date.

De plus, en vertu de l'article 15 de la loi du

9 avril 1898, les indemnités temporaires sont dues jusqu'à la consolidation de la blessure, c'est-à-dire jusqu'au jour où la victime se trouve, soit complètement guérie, soit définitivement atteinte d'une incapacité permanente. Or, dans votre cas, la blessure ne peut être considérée comme actuellement consolidée, puisque, d'accord avec le médecin de la Compagnie, vous estimez que l'état de la blessée peut être amélioré par une intervention chirurgicale.

Enfin, il est à remarquer que les formalités prescrites par l'article 9 du tarif Durafour ont été observées, puisque le médecin de la Compagnie, dûment prévenu, a conclu à la nécessité de l'intervention.

Dans ces conditions, nous estimons que vous pouvez passer outre au veto de la Compagnie et faire opérer votre blessée. Bien entendu, il ne faut pas lui délivrer actuellement de certificat de consolidation, car la Compagnie prendrait acte de votre certificat pour refuser de prendre en charge les frais de l'opération.

Si vous êtes en possession des lettres de la Compagnie dont vous citez le texte, il nous semble qu'aucune contestation sérieuse ne peut être soulevée sur le droit de la blessée de se faire opérer.

Questions militaires

1705. — Périodes d'instruction.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner le renseignement suivant :

Je suis médecin auxiliaire de réserve, classe 1910 (versé dans l'auxiliaire pendant la guerre à la suite de maladie contractée au front, j'appartiens donc au service auxiliaire).

Il y a quelques jours, j'ai reçu du directeur du Service de santé du 8e corps une lettre me demandant si j'acceptais d'être nommé aide-major de 2e classe, et, en cas d'acceptation, de lui envoyer différentes pièces.

D'un autre côté, comme il est question de périodes à faire (28 jours) pour les officiers de réserve, je vous demande de bien vouloir me conseiller, car je ne tiens pas du tout à faire 28 jours et à laisser ma clientèle pendant ce temps pour faire des choses que j'ai apprises pendant cinq ans.

D'un autre côté, où puis-je trouver le texte de cette loi concernant les périodes des réservistes ?

Pourriez-vous me répondre pas trop tard ?

Dr B.

Réponse.

C'est la loi du 1er avril 1923 (sur le recrutement de l'armée) qui dispose, en son article 49, que les médecins peuvent être convoqués pour des périodes d'exercice dont le nombre et la durée

sont fixés par le Ministre de la Guerre, sans que leur durée totale puisse excéder quatre mois.

Il est, d'autre part, nécessaire pour l'avancement, d'avoir, en plus des années de service, effectué une ou plusieurs périodes.

Dernièrement, le Ministre a obtenu de la Chambre certains crédits pour périodes de réserve ; il est donc en mesure d'ordonner la convocation de certains officiers pour l'année 1926.

1843. — Pension militaire. Point de départ.

X... pensionné pour sclérose pulmonaire, suite d'intoxication par les gaz, à 25 %. Ce malade est actuellement tuberculeux. Je lui délivre les certificats nécessaires pour qu'il demande le 100/100. La commission de réforme lui répond en lui déléguant mes deux confrères de ma localité qui viennent le voir le 12 avril dernier et lui annoncent, après leur visite, qu'ils le mettent au 100/100.

Après avoir écrit au centre de réforme, on se décide à lui répondre le 28 mai en lui signifiant qu'il est accepté au 100/100 et que cette nouvelle pension partira du 21 mai.

Veuillez donc me dire :

1° Si cela est régulier ?

2° Si ce n'est pas à partir du 12 avril que doit partir sa nouvelle pension et non à partir du 21 mai ?

3° Quel est le taux de sa pension ? c'est-à-dire quelle somme doit-il toucher tous les ans ? N'a-t-il pas droit à d'autres indemnités ?

Dr M.

Réponse.

1° Le fait que vous signalez est entièrement régulier : le point de départ de la pension est, en effet, fixé au jour de la décision prise par la commission de réforme (ainsi qu'il est spécifié par l'article 3 de la loi du 31 mars 1919) et non à celui de la visite par les experts.

2° Il est impossible de vous fixer exactement ; la pension de base à 100 % donne 5.320, plus les 5.000 que les tuberculeux doivent encore recevoir pour pouvoir se soigner sans se livrer à aucun travail.

Si l'intéressé bénéficie de l'article 10, il a droit encore au quart de sa pension en plus. Et puis, il peut encore y avoir les majorations pour enfants, pour autres infirmités. La sous-intendance régionale, qui régit votre malade, seule vous renseignera exactement à cet égard.

1961. — Réformé militaire. Traitement thermal.

Un jeune homme de ma clientèle de la classe 25, 2e contingent, est appelé le 14 nov. 1925. Le 16 janvier 26 il est hospitalisé pour « angine », reste 26

jours à l'hôpital et en sort avec convalescence de 6 jours. Etant donc en permission, au bout de 4 jours, je le vois pour crise de rhumatisme articulaire aigu. Je le fais hospitaliser à l'hôpital militaire de B.... où il reste 45 jours. Il est renvoyé en convalescence d'un mois et est réformé n° 1 le 15 mai dernier (réforme définitive).

Or, des petites crises surviennent encore et le spécialiste à qui je l'ai adressé a estimé qu'un traitement thermal pourrait lui être utile.

1° A-t-il droit à tout ou partie de ce traitement ?

2° Quelles sont les formalités à remplir ?

3° Pourrait-il obtenir cette faveur pour cette année ? (J'en doute, d'après une réponse du *Concours* pour une question analogue).

Dr M.

Réponse.

1° Pour avoir droit au traitement thermal gratuit, il faut que l'infirmité, cause de la réforme et origine du traitement thermal, ait été reconnue imputable au service et qu'elle donne droit aux soins gratuits (article 64 de la loi du 31 mars 1919).

Si votre malade a bien été réformé numéro 1, c'est-à-dire pour une infirmité imputable au service, pour quelles raisons n'est-il pas pensionné ? Le degré de son invalidité n'atteindrait-il pas 10 % ? S'il en était ainsi, pourquoi d'emblée une réforme définitive ?

Peut-être son infirmité n'a-t-elle pas été reconnue imputable ?

2° Il faut adresser une demande motivée au général commandant la subdivision de région ; celui-ci fait ensuite convoquer l'intéressé devant une commission de réforme.

3° Il est, en effet, un peu tard cette année, car, pour les principales stations thermales, les dossiers doivent parvenir au ministère de la guerre au plus tard les 1er mai et 1er juin de chaque année.

1790. — Equivalence de grade.

J'ai un fils, docteur en médecine depuis quelques mois, et qui était lieutenant d'artillerie de réserve. La direction de service de santé de Paris lui offre de le nommer médecin aide-major de 2e classe. Mon fils ne voudrait pas rétrograder. Pourrait-il être nommé aide-major de 1re classe de réserve, conservant ainsi l'équivalence de son grade dans l'artillerie ? Comme il était officier pendant la guerre, il ne risque pas d'être appelé pour une période d'exercice de 28 jours. S'il passait dans le corps de santé, ne s'exposerait-il pas à être appelé à faire cette période ?

Dr D.

Réponse.

Il n'existe aucune équivalence possible de grade entre les armes combattantes et les servi-

ces ; votre fils ne pourrait donc entrer dans le service de santé qu'en renonçant à son 2e galon pour être nommé médecin aide-major de 2e classe.

Il serait également, comme tel, exposé à faire des périodes d'exercice.

1732. — Nomination au grade d'aide-major de 1re classe de réserve.

Je suis de la classe 1914 ; j'ai fait mon service actif pendant la guerre comme infirmier, puis comme médecin-auxiliaire, j'ai passé ma thèse en 1922. Je reste médecin-auxiliaire de réserve. Pourrais-je me faire nommer aide-major de 2e classe ; comment m'y prendre ? Dr S.

Réponse.

Il vous suffira d'adresser à votre directeur du service de santé une demande motivée, pour que celui-ci puisse réunir les pièces nécessaires *à la constitution de votre dossier, qui sera ensuite* transmis au ministre.

Impôts et fiscalité

2221. — Taxe sur deux voitures automobiles dont une seule est mise en circulation.

Possédant deux voitures automobiles, qui ne circulent jamais simultanément, puisque c'est moi seul qui les conduis, je pensais n'avoir à régler les droits que pour la plus forte. Or, le contrôleur des contributions indirectes exige le payement des droits pour toutes les deux.

Suis-je réellement tenu à payer pour les deux voitures ? Si non, quel texte de loi, décret ou circulaire, puis-je invoquer pour présenter une réclamation auprès de la Direction des contributions indirectes ?

Je vous serais très obligé, Monsieur le Directeur, de vouloir bien me faire connaître votre réponse dans le plus bref délai, afin que je puisse refuser ou accepter les quittances qui vont m'être présentées au début du trimestre. Dr B.

Réponse.

C'est simplement en vertu d'une tolérance que l'administration des contributions indirectes n'exige le payement de la taxe de circulation que sur la plus forte des deux voitures possédées par un contribuable, à condition :

1° Que la carte de circulation de la voiture inutilisée soit déposée entre les mains du receveur ;

2° Que les mutations constatées par ce dépôt de carte ne présentent aucun caractère de fréquence et de périodicité (réponse du ministre des Finances, *J.O.* du 2 décembre 1925).

A notre avis, le fait que vous conduisez personnellement vos deux voitures, ce qui implique l'impossibilité de les faire circuler simultanément, n'est pas suffisant pour que vous puissiez

bénéficier de l'exonération des droits dus pour la plus faible des deux voitures.

Pour apprécier l'absence de fréquence et de périodicité, l'administration semble vouloir se baser sur les motifs invoqués pour opérer la mutation ; elle accordera l'exonération pour la plus faible des deux voitures, lorsque l'une d'elles sera uniquement destinée à être utilisée comme voiture de secours en cas d'immobilisation forcée de l'autre par suite d'accident, mais opposera un refus formel si, la plus faible étant utilisée pour l'exercice de la profession, la plus forte est destinée aux déplacements en famille à l'époque des villégiatures.

Nous vous conseillons de payer les quittances et ensuite d'adresser une demande en restitution au directeur des contributions indirectes. Le défaut de payement vous entraînerait à des difficultés multiples, puisque chaque sortie de votre deuxième voiture sans permis de circuler pourrait donner lieu à procès-verbal.

A. MARTINOT,
Conseiller fiscal.

1999. — Impôt sur le revenu. Rôle de la Commission départementale de la loi du 4 avril 1926.

J'ai fait une déclaration de revenus régulière en la forme et exacte au fond. Le contrôleur, sans me fournir aucune explication, me fait une réduction de près de moitié de mes dépenses et me menace de la commission départementale. Qu'est cette commission ? Quels sont ses pouvoirs ? Quelles sanctions ? Quel est mon rôle et celui du contrôleur ? Ce dernier ne doit-il pas préciser les chapitres dépenses lui paraissant exagérés (car j'ai détaillé mes dépenses sous 9 titres). Dans quelles proportions et pour quelles raisons ? suis-je obligé de me soumettre aux décisions du contrôleur ?

Dr M.

Réponse.

La commission départementale, instituée par la loi du 4 avril 1926, est composée du président du tribunal civil du chef-lieu, d'un avocat, d'un notaire, d'un médecin et d'un inspecteur des contributions directes.

C'est elle qui, en cas de désaccord entre le contrôleur et le contribuable, fixe la base de l'impôt cédulaire des professions non commerciales.

La commission examine les motifs invoqués par l'administration et le contribuable pour justifier leurs prétentions. Donc, le contrôleur est obligé de fournir les motifs de son rehaussement.

Si l'une des parties, contrôleur ou contribuable, conteste cette base, c'est à elle qu'appartient la charge de la preuve en cas de réclamation devant le Conseil de préfecture.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2110.— Déclaration du revenu des propriétés foncières.

Faisant partie du « Sou Médical », je viens vous demander de bien vouloir me renseigner sur les points suivants relatifs aux impôts sur le revenu.

1° Pour le calcul du revenu des propriétés bâties et non bâties a-t-on la faculté sur sa déclaration de faire figurer le chiffre servant de base à la contribution foncière : revenu cadastral, ou est-on obligé de prendre le chiffre réel représentant le prix de la location s'il s'agit d'immeuble ou le prix du fermage en cas de propriété non bâtie. Sur les feuilles de déclaration mises à la disposition des contribuables, on peut lire : Revenu des propr. bâties *a*) revenu net servant de base à la contribution foncière ou *b*) revenu réel. Ce qui semble indiquer que le contribuable peut choisir. Jusqu'à présent je déclarais toujours le revenu cadastral, et n'avais jamais eu de contestations à ce sujet. Le contrôleur prétend m'imposer sur le chiffre des loyers bien que je lui ai indiqué le revenu cadastral.

Si on prend le chiffre de revenu réel, quel pourcentage peut-on déduire pour frais d'entretien et réparations des immeubles.

2° En cas de contestation avec le contrôleur, si le contribuable n'accepte pas le chiffre de revenu sur lequel le contrôleur prétend baser l'imposition, quelle est la marche à suivre. J'ai écrit au contrôleur lui disant que je n'acceptais pas son évaluation qui est exagérée et n'ai pas encore reçu de réponse. Au cas, où nous ne pourrions nous mettre d'accord que faut-il que je fasse ?

Dr B.

Réponse.

La loi du 13 juillet 1925, article 13, tout en maintenant la faculté pour les contribuables d'évaluer les revenus de leurs propriétés bâties ou non bâties d'après les règles applicables à l'assiette de l'impôt foncier, a reconnu au contrôleur le droit de substituer à ce revenu net forfaitaire le revenu réel des propriétés bâties ou non bâties louées ou affermées.

Ce revenu réel est obtenu en déduisant du produit brut de la location les frais de gestion, d'assurances, d'entretien et d'amortissement du capital immobilier.

C'est au contrôleur qu'incombe la charge d'établir que le revenu réel est supérieur au revenu net.

Mais vous ne pouvez contester utilement cette appréciation qu'en présentant une réclamation devant le Conseil de préfecture après publication du rôle.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

AUX JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS

Une propagande originale.

J'ai dit que l'Exposition annexée aux Journées médicales de Paris avait été considérable, tant par le nombre que par la qualité des exposants.

Chaque stand était digne d'attention, à tous égards. Il en est un cependant qui, non seulement attirait les regards, mais encore charmait les oreilles, c'est le stand de la Fédération thermale d'Auvergne.

Figurez-vous un théâtricule dont le décor représente la rougeoyante région des Puys : dans ce décor, défilent des personnages animés simulant les ressortissants de chacune des cinq Villes d'Eaux du Plateau Central, avec leur habitus extérieur, leur attitude caractéristique, leurs attributs, cependant que Dorival, de la Comédie Française, par le truchement d'un phonographe réglé synchroniquement avec le défilé des personnages, fait, si j'ose dire, le « boniment », dans les termes suivants, exprimés en vers libres par mon ami Paul JANOT :

Dans ce magnifique décor,
De volcans, de lacs, de grands sites,
Du monde entier se précipite,
A peine mai prend-il l'essor,
Quiconque veut et bien et vite
Décharger l'horrible fardeau
De tous ces maux
Que chaque humain traîne à sa suite.

Par bonheur, l'Auvergne, en ses Thermes fameux,
Encore que de quoi enchanter tous les yeux,
Possède cent sources bénies,
Et qui vont comme baume à toutes-maladies.

Ce monôme long, long, long,
Comme un intestin qu'on déroule,
C'est la foule, l'immense foule,
En marche vers CHATEL-GUYON,
La foule mélancolique
Des entéritiques,
Des colitiques,
Des infectés,
Des constipés,
Des diarrhéiques,
Que suivent, non moins tristement,
Ceux dont le foie
— Ce rabat-joie —
S'est offert un engorgement
Pour avoir, maladroitement,
Quelque jour d'humeur incivible,
Réingurgité.... sa bile.

Où déferle cette houle ?
A LA BOURBOULE.
Anémiques, diabétiques,
Scrofuleux, adénopathiques,
Paludiques, eczémateux,
Enfants chétifs, enfants nerveux,
Respirant mal, toussant un peu,
Ils courent, tous, ces souffreteux
Qui, de leur peau, leur sang, leur lymphe,
Tirent un sombre pronostic,
Vers cette radieuse et radiante nymphe.
Qu'est la Reine de l'arsenic.

Et voici les hypertendus
Sans relâche au Pachon pendus,
Plus que financiers éperdus,
Anxieux de hausse ou de baisse,
Et pareillement les hypos
— L'excès en tout est un défaut —
Dont l'innombrable flot s'empresse
ROYAT vers ton carbo-gazeux,
Bain fameux entre les fameux,
Par quoi, pouvoir miraculeux,
Le cours du cœur monte ou s'affaisse.

Cette interminable file,
Des pèlerins,
Qui défile
Sous un froc de capucins,
Têtes blanches, grises, blondes,
De l'ancien et nouveau monde,
Ce sont tous les asthmatiques,
Les emphysémateux,
Les bronchitiques,
Coquelucheux et rougeoleux,
Bref, tous les myrmidons
Du poumon
Et tous les cramponnés
Du nez.
Ayant épuisé ta boîte, Pandore !
Tout l'univers soufflant monte vers LE MONT-DORE.

Non moins longue la théorie
De ceux que l'albuminurie
— Nom blanc cachant de noirs desseins
Où tout autre mal similaire
Du pauvre alambic urinaire
Achemine vers SAINT-NECTAIRE,
Où, par la grâce tutélaire
De l'affusion lombaire,
Le salut descend aux reins.

Les mêmes, après vingt jours de cure,
Artère souple, fibre dure,
Ventre libre, teints refleuris,
Curés, récrépis, réchampis.
Retenez bien les noms
De ces stations :
La Bourboule, Châtel-Guyon,
Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire.

Chacune, dans son genre, est unique sur terre.

Le jour de l'inauguration, M. G. Doumergue, président de la République, s'est arrêté quelques instants devant le stand de la Fédération thermale d'Auvergne, et a daigné exprimer à haute voix l'intérêt qu'offrait cette présentation originale. Deux jours après, M. Durafour, alors Ministre du Travail et de l'Hygiène et qui, depuis !!! — est venu à deux reprises assister à l'exhibition et a écouté attentivement, tout au long, l'exposé versifié de Janot.

Un grand nombre de confrères se sont de même arrêtés devant cette évocation de l'Auvergne thermale ; certains ont même essayé de copier, comme une dictée, cet exposé. D'autres ont formulé le désir de le posséder. C'est à leur intention, s'ils sont lecteurs du *Concours médical*, que je le publie aujourd'hui.

G. DUCHESNE.

Quarante-huitième année N° 32 8 Août 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2050-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs Gaussen, d'Avignon ; Muller, de Rilly-la-Montagne ; Lamare, de St-Germain-en-Laye et Daussy, de Levallois-Perret, la somme de quarante francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 368. — Méd. tuberc. lég. n'exerc. pas serait reconnais. à conf. indiq. maison à louer bail dans pet. ville Midi bien située. Ecr. Vignaud, 14, av. Garibaldi, à Limoges.

N° 369. — Vve méd. dem. empl. secrét. chez doct. ou dent., aider. dans opérat. Ecr. Laborde, 83, rue Petits-Champs, Paris.

N° 370. — Doct. très expér. ex-interne, accepter. success. cabin. médec. moyen, bien situé à Paris, médec. génér. et consult. avec appart. 5 pièces minim. et bail.

N° 371. — A céder client. de 65.000 touchés, bail 5 ans 6 pièces, quartier populeux. Indemnité 40.000 fr. compt. le reste à débattre.

N° 372. — Doct. demandé pour gérer cabinet. Fixe et pourcent., success. éventuelle. Vinot, 20, rue Réaumur, Paris.

N° 373. — Nord. Clientèle médecin prophar. rendement annuel 100.000 fr., à céder de suite avec facilités sur garanties.

N° 374. — Sud-Ouest. Ancienne client. chef-lieu canton. Joli pays. Rapp. 1925 : 58.000 fr. Médec. chem. de fer du Midi, vaste maison 10 pièces, eau, électricité, chauff. centr.. Indemn. 30.000 fr. dont 1/2 comptant. S'adresser Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 375. — 15 km. de Paris. Poste camp., Rapport 135.000 fr. Méd. du chem. de fer. Très gr. maison conf. avec parc. Indemnité à débattre. S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris.

N° 376. — Près forêt Saint-Germain : Maison de convalescence installée. Possibilité d'aggrand. Très grand jardin, pelouses. Prix à débattre (arrangem. possibles). S'adr. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris. Tél. Gob. 36-46.

Les confrères qui désirent soit des actions, soit des actionnaires, soit des invitations, soit des invités, soit des relations de chasse,n'ont qu'à demander les statuts du St-Hubert médical à son Président le Dr Maurice, 5, rue de Villersexel, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Bordeaux**. *Ecole de puériculture*. — Le 9 juillet, à la Policlinique de Bordeaux, a eu lieu la remise des diplômes aux élèves (239) de l'école de puériculture.

— **Marseille**. — Le Dr Heckenroth, médecin principal des troupes coloniales, professeur à l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales, est nommé professeur de clinique des maladies exotiques à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. le Pr G. Reynaud, admis à la retraite.

— **Rouen**. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen aura lieu le 20 janvier 1927.

— **Légion d'honneur**. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la légion d'honneur :

Au grade de Commandeur : M. le prof. Lagrange, de Bordeaux.

Au grade d'Officier : MM. les Drs Antheaume, Blanc, Descomps, Le Play, Lobligeois, Rebel, Roubinovitch.

Au grade de Chevalier : MM. les Dr Baronaki, à Blois ; Basset, à Ydes (Cantal) ; Dufoix, à Nîmes ; Ehrhardt, Gastaud, Labouré, Laignier, Mossé, Nissim, Roche, Tzanck, Vedrine, à Paris ; Frappaz, à

Villeurbanne (Isère) ; Latronche, à Poitiers ; Le Rouy, à Périgueux ; le prof. Marie, à Toulouse ; Tariel, à Issy-les-Moulineaux ; Vauthey, à Vichy (Allier) ; Toussaint, à Toulouse.

— **Bureau d'Hygiène.** — Est vacant le poste de Directeur du Bureau d'Hygiène de Montrouge (Seine). Traitement : 12.000 fr. (*J. O.* 27 *juillet*).

CORRESPONDANCE

Mutualité Familiale

Passage de 1/2 MAD à MAD

Je suis inscrit à MA et à 1/2 MAD, ce qui me donne l'indemnité de 20 francs, je voudrais avoir 30 francs. Quelles sont les conditions que je devrai remplir ? J'ai 44 ans actuellement et j'étais entré à MA à 29 ans.

Dr R.

Réponse.

Vous devez procéder comme pour une admission nouvelle : signer un bulletin d'adhésion, passer un examen médical.

Vous payerez la cotisation de MAD à 44 ans, soit 232 francs et votre cotisation de MA sera majorée de 11 francs ; c'est donc 232 + 73 + 11 = 316 fr. que vous aurez à payer annuellement.

Vous devez d'ailleurs vous hâter, car vous arrivez à la limite de l'âge d'entrée à MAD.

Vous serez sortant au 31 décembre 1947, c'est à-dire à la fin de l'année où vous atteindrez vos 65 ans.

Les combinaisons de la Mutualité Familiale sont indépendantes.

Je voudrais m'inscrire pour une indemnité de 20 francs et pour une pension : est-il possible de prendre seulement la pension de 1.200 fr., ou faut-il nécessairement prendre celle de 2.400 francs ?

Dr R... à M.

Réponse.

Les combinaisons sont absolument indépendantes les unes des autres, vous pouvez donc prendre, en même temps que MAD qui vous donnera l'indemnité de 20 francs, la pension que vous voudrez.

Les pensions sont divisées par parts de 120 fr. et on en peut prendre le nombre qu'on veut, jusqu'à concurrence de 20, soit 2400 francs qui constituent actuellement le maximum pour chacune des combinaisons P et R.

On peut d'ailleurs s'inscrire à la fois à P qui donne la pension à 60 ans et à R qui la donne à 65 ans.

Questions médico-militaires

1933.— Avancement. Période d'instruction.

C'est encore à vous que j'ai recours pour un renseignement qui m'intéresse personnellement et qui doit intéresser bien de nos confrères.

Il est question de faire faire cette année une période d'instruction aux officiers de réserve. Certaines catégories en seront dispensées. Et les médecins ?

Personnellement j'appartiens à la classe 1918, service armé, avec 4 ans de grade au mois d'août comme aide-major de 2e classe.

Pour passer à la 1re classe, serai-je obligé de faire les « 28 jours » ou non ?

Ou bien ne puis-je être dispensé de période d'instruction qu'en refusant tout avancement ?

Je serais heureux si vous pouviez me fixer à ce sujet et bien de mes confrères avec moi, car nous voudrions savoir à temps voulu si les 15 à 20 jours de repos que nous prenons tous les ans en été, devront être passés cette année dans un centre militaire ?

Dr V.

Réponse.

Les médecins proposables pour l'avancement sont compris parmi les officiers de réserve à convoquer cette année pour une période d'instruction.

Si vous désirez passer dans les meilleures conditions, c'est-à-dire le plus tôt possible, au grade supérieur, il est préférable d'effectuer votre période d'instruction cette année.

Cependant, vous pouvez toujours invoquer un motif sérieux pour ne pas faire de période cette année, sans renoncer à tout avancement.

2295.— Promotion tardive. Période d'instruction.

Je viens de recevoir du directeur du service de santé du 9e corps la notification qu'étant aide-major de 2e classe de réserve depuis le 13 juin 1922, je suis actuellement proposé pour le deuxième galon, mais qu'au préalable je suis obligé de faire une période de 15 jours.

Je trouve la chose un peu raide, et viens vous demander ce qu'il y a lieu de faire pour modifier ma situation militaire actuelle, qui me paraît invraisemblable.

En effet, j'ai été mobilisé, service armé, de décembre 1914 à novembre 1919, et ai fait campagne sur le front français et le front d'Orient, les premiers mois comme infirmier et par la suite comme médecin auxiliaire. En 1918, ayant plus de 12 inscriptions et plus de 2 ans de grade de médecin auxiliaire, j'ai demandé, ainsi que le faisaient mes camarades se trouvant dans le même cas, à être nommé médecin aide-major de 2e classe. Je ne sais pour quelles raisons

je n'ai jamais eu de réponse à ma demande, alors que la plupart de mes camarades étaient nommés. Certains même étaient nommés dès 1917 et passaient lieutenants avant d'être démobilisés.

Pour ma part, mes réclamations successives sont restées sans réponse et ce n'est que deux ans après avoir passé ma thèse et être installé médecin civil qu'on a enfin donné droit à ma demande, mais sans me faire bénéficier d'un effet rétroactif, c'est-à-dire que ma nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve partait du 13 juin 1922 et qu'il me fallait, étant en temps de paix, 4 ans de grade pour passer automatiquement au grade supérieur.

Je me trouvais donc, par suite de cet oubli, très en retard sur mes camarades, mais las de réclamer, je n'insistai pas.

Or, voici qu'actuellement, au 13 juin 1926, au lieu de passer automatiquement au deuxième galon ainsi qu'on me l'avait dit en 1922, on me fait connaître que je dois faire une période de 15 jours si je veux obtenir ce nouveau grade.

Actuellement, j'ai une clientèle qui m'empêche de m'absenter 15 jours de suite. En outre, j'ai quatre enfants, et il me semblait que cette raison pouvait être prise en considération pour éviter ou éloigner les périodes.

Je viens de répondre au directeur du service de santé et vous communique ci-inclus copie de cette lettre que je vous serais reconnaissant de me renvoyer.

Pourriez-vous me donner rapidement la marche à suivre. Ne peut-on réclamer et obtenir satisfaction en s'adressant directement au Ministère.

Dr B.

Réponse.

Votre lettre est parfaite. La réclamation porte sur ce fait que vous avez subi un préjudice d'être nommé aide-major de deuxième classe avec deux années de retard ; sans cet oubli, dont vous avez été l'objet, vous auriez pu être promu, vous auriez dû être promu à deux galons avant que n'aient été rétablies les périodes d'instruction.

Seulement, adressez cette réclamation, non pas au directeur de la région, mais au Ministre de la Guerre, 7e direction, par la voie hiérarchique du directeur de la région. Modifiez donc le libellé du dernier paragraphe et faites un petit mot d'envoi au directeur régional, en le priant de transmettre au ministre.

2345. — Période d'instruction. Durée, Indemnité.

Comme membre du *Concours médical*, je viens vous demander quelques renseignements au sujet

d'une lettre du Directeur du Service de Santé, que je viens de recevoir.

Voici le texte de cette lettre :

« Aux termes de l'article 25 de la loi du 8 janvier 1925 sur l'organisation des cadres des réserves de l'armée de terre, les sous-lieutenants de réserve sont promus lieutenants lorsqu'ils comptent quatre années de grade de sous-lieutenant, sous réserve d'avoir accompli une période d'exercices avec ce grade.

L'ancienneté dans votre grade datant du 24 mars 1922, j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien me faire connaître, dès que possible, si vous désirez accomplir la période d'exercices prévue par la loi du 8 janvier 1925 et, le cas échéant, de m'indiquer la date à laquelle vous désireriez être convoqué ».

Pourriez-vous me dire en quoi *consiste* cette période, quelle en est la *durée*, où est-on convoqué, quelle est l'*indemnité* à recevoir ?

D^r^ L.

Réponse.

Durant cette période d'instruction, vous serez à la disposition de votre directeur du service de santé pour assurer le service médical dans un corps de troupe ou dans un hôpital, suivant les nécessités du service.

La durée de cette période varie suivant le grade ; elle doit être, *en principe*, de quinze jours (sous toutes réserves). La solde est basée sur celle d'un sous-lieutenant, premier échelon, soit 7.560 francs par an.

2208. — Mutation. Recours pour obtenir une nouvelle affectation.

Je reçois de la direction du service de santé du 16e C. A. la lettre suivante :

« En exécution des prescriptions de la C/M 159 C/7 mob. (faut-il lire 159-149-139e le chiffre du milieu est mal écrit), en date du 11 juin 1926, vous êtes mis à la disposition de M. le général commandant le 18e C. A.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien m'adresser l'ordre de mobilisation n° vous affectant à l'hôpital complémentaire de C. devenu sans objet.

Suit la signature.

Ne connaissant pas la circulaire en question, je ne sais que répondre à cette lettre.

En tous cas, je ne comprends pas pourquoi on me fait passer à un autre corps d'armée que le mien. Il est entendu que sur le front, pendant la guerre, suivant le sort de l'unité où je me trouvais, je suis passé du 16e au 18e C. A. où je suis resté de mai 1916 à la fin de la guerre. Mais à ce moment là c'était naturel et arrivait tous les jours.

Mais aujourd'hui je ne comprends plus et je ne sais que penser et que faire. J'appartiens à la classe

1899, j'ai deux enfants, je suis né dans la 16e région, je n'ai pas quitté le pays et je ne vois pas pourquoi on m'affecterait dans une autre région que la mienne.

Je vous prie donc de me dire ce que je dois répondre à la Direction du 16e C. A. et aussi ce que contient la circulaire.

Dr E.

Réponse.

Il s'agit là évidemment d'une mutation vous concernant qui a été prononcée par le Ministre de la guerre. Pour l'instant, le directeur et vous-même ne pouvez que vous y conformer.

Vous êtes, cependant, en droit d'en demander la copie, ou un extrait, qui aurait dû vous être adressé dès l'abord. C'est ce que vous pouvez réclamer au directeur du 16e C.A., afin de garder par devers vous un document qui vale décharge de votre ordre de mobilisation. Ensuite, ayant en mains cette copie ou cet extrait, vous adresserez au Ministre, par la voie hiérarchique (votre nouveau directeur) une lettre où, pour les raisons que vous indiquerez, vous le prierez de revenir sur sa décision et de vous affecter de nouveau au 16e C.A.

Accidents du Travail

2356. — Révision.

J'ai soigné, l'année dernière, un ouvrier agricole tombé d'une charrette en entassant des gerbes : accident du travail. Contusions multiples des régions dorsale et cervicale et flexion forcée de la colonne cervicale.

Après trois mois de soins (1er *août*, 31 *octobre*), il sollicita un certificat de guérison.

Or, aujourd'hui, il déclare qu'à la suite de son accident, il n'a plus la même aptitude au travail qu'auparavant et il marche le cou en flexion assez prononcée, comme s'il y avait eu compression des corps vertébraux en avant et ankylose.

Cela étant, peut-il encore réclamer à son employeur ou à la compagnie d'assurances, une pension pour incapacité partielle de travail ? Si oui, quelle serait la marche à suivre ?

Le certificat de guérison était daté du 31 octobre.

Dr T.

Réponse.

Si vous estimez que votre client est atteint actuellement d'une incapacité permanente partielle et que cette incapacité est due aux suites de son accident, vous devez lui délivrer un certificat sur papier libre, dans lequel vous constaterez et décrirez l'infirmité et évaluerez le taux de l'incapacité.

Votre client devra ensuite se rendre au greffe du Tribunal civil dans le ressort duquel l'accident s'est produit et déclarer qu'il entend demander la révision de son indemnité. Pour introduire cette demande, la loi sur les accidents

du travail accorde un délai de trois ans, qui, dans le cas auquel vous vous intéressez, a commencé à courir du jour où l'indemnité journalière (demi salaire) a cessé d'être payée. Le président du Tribunal, saisi par la déclaration au greffe, convoquera votre client ainsi que le patron et l'assurance en conciliation. Si un accord intervient, il en donnera acte dans son procès-verbal. Dans le cas contraire, l'affaire sera renvoyée à l'audience du Tribunal civil. Dès la tentative de conciliation, votre client sera pourvu de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire.

2377. — Bulletin d'accident. Défaut de reconnaissance de l'accident par le patron.

J'ai l'honneur de vous demander votre avis sur le cas suivant.

Un ouvrier se présente à mon cabinet avec un bulletin (ci-joint) le 27 nov. 1925.

Diagnostic : Synovite tendineuse aiguë avec craquements tiers inférieur avant-bras gauche.

Guérison le 7 décembre.

J'envoie ma note à la Compagnie qui me la retourne avant-hier 17 juillet avec la note ci-jointe.

La compagnie ou le patron ne devaient-ils pas me prévenir que le sinistre n'était pas reconnu (ce qu'ils ne font que huit mois après).

Il me semble d'après le dernier numéro du *Concours* (11 juillet) que l'assurance doit jusqu'au jour où elle signale que le blessé n'est pas reconnu comme accident du travail. Au cas où la compagnie serait redevable, faut-il m'adresser à elle, à l'amiable, ou citer le patron en justice de paix.

Dr M.

Réponse.

Votre cas n'est pas tout à fait semblable à celui que nous avons publié dans le *Concours médical* du 11 juillet, car le bulletin que le blessé vous a remis de la part de son patron ne constitue pas une reconnaissance sans réserve de l'accident et de son imputabilité au travail. Il est dit dans le bulletin que le blessé *a déclaré* avoir été victime d'un accident. C'est donc simplement l'affirmation de l'ouvrier qui est reproduite, affirmation que le patron ne prend pas à sa charge et qu'il se réserve implicitement le droit de contrôler ultérieurement.

Dans ces conditions, nous ne pouvons vous conseiller d'agir contre le patron en vertu de la loi sur les accidents du travail, car, dans la circonstance, vos droits sont liés à ceux de l'ouvrier et vous ne pouvez exciper d'un engagement du patron à votre égard ou tout au moins d'une faute consistant à ne pas vous avoir prévenu qu'il se refusait à admettre l'accident après avoir paru le certifier.

Voir la suite page XLVII-2097

PROPOS DU JOUR

Le Centenaire de la mort de Laënnec.

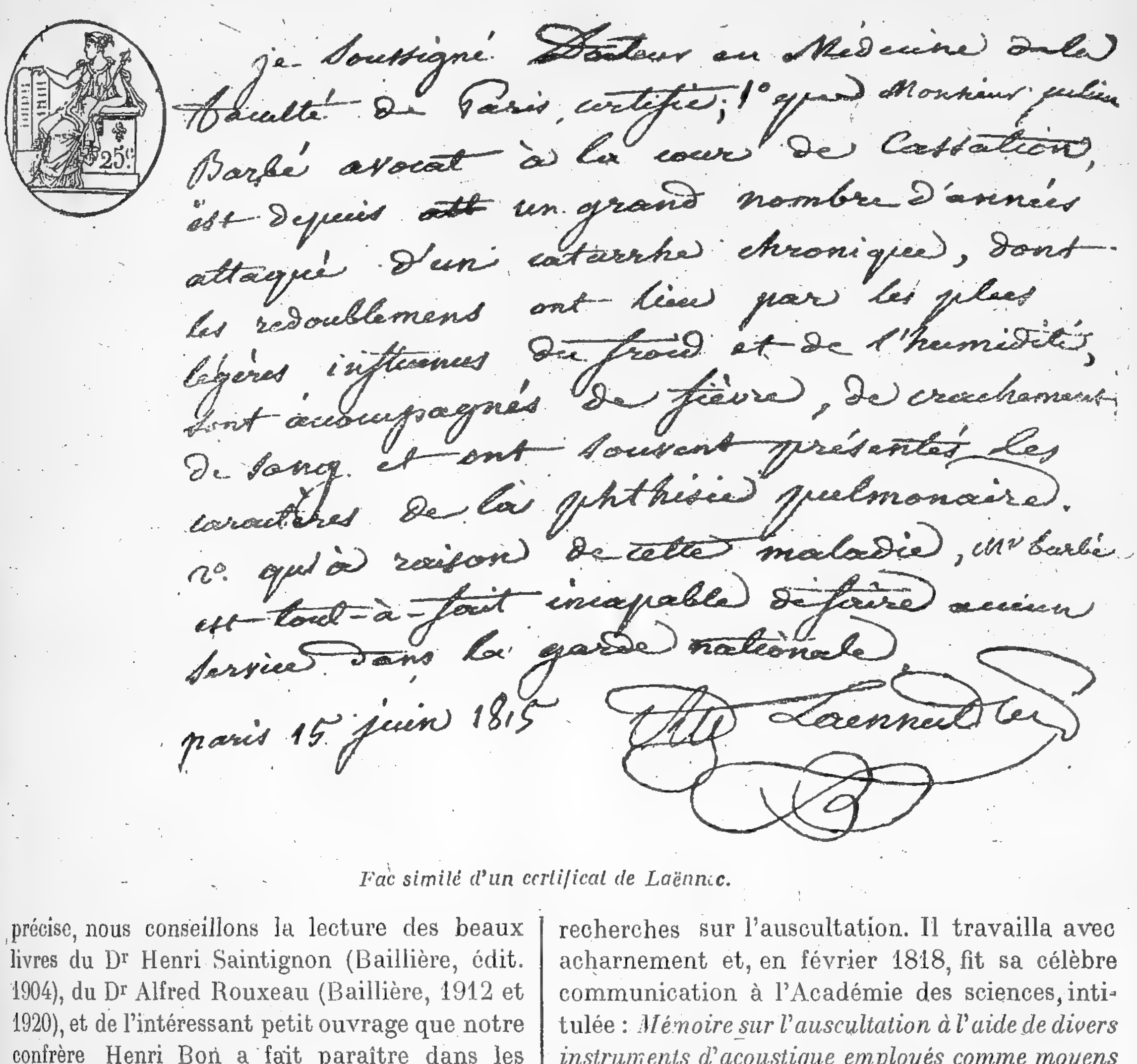
Il y a un siècle, le dimanche 13 août 1826, vers cinq heures de l'après-midi, mourait à Kerlouarnec, en Ploaré (Finistère), Théophyle Laennec, le plus grand médecin du monde après Hippocrate, selon l'expression du Dr Gallois ; homme extraordinaire, qui appartient à l'humanité, a dit le Pr Letulle.

Nous ne referons pas le récit de la vie de Laënnec. Nous l'avons résumée ici même l'an dernier (*Concours médical*, 13 septembre 1925) et à ceux qui désireraient se documenter de façon plus précise, nous conseillons la lecture des beaux livres du Dr Henri Saintignon (Baillière, édit. 1904), du Dr Alfred Rouxeau (Baillière, 1912 et 1920), et de l'intéressant petit ouvrage que notre confrère Henri Bon a fait paraître dans les Publications « Lumière » à Dijon (1). Nous nous bornerons aujourd'hui à parler de sa santé et des circonstances de sa mort.

L'enfance agitée de Laënnec, et les privations de sa vie d'étudiant et de ses débuts de médecin, ne paraissent pas avoir sérieusement altéré sa santé, qui cependant ne fut jamais très robuste.

Ce fut au début de 1816, à trente-cinq ans, qu'il se sentit fatigué au point de songer à se retirer en Bretagne. Mais, nommé en août médecin en chef de l'hôpital Necker, il réagit et put même commencer à la fin de cette année ses recherches sur l'auscultation. Il travailla avec acharnement et, en février 1818, fit sa célèbre communication à l'Académie des sciences, intitulée : *Mémoire sur l'auscultation à l'aide de divers instruments d'acoustique employés comme moyens d'exploration dans les maladies des viscères, et particulièrement dans la phtisie pulmonaire.*

Continuant sans répit ses recherches, il publiait


Je soussigné Docteur en Médecine de la Faculté de Paris, certifie ; 1° que Monsieur Julien Barbé avocat à la cour de Cassation, est depuis un grand nombre d'années attaqué d'un catarrhe chronique, dont les redoublemens ont lieu par les plus légères influences du froid et de l'humidité, sont accompagnés de fièvre, de crachements de sang et ont souvent présentés les caractères de la phthisie pulmonaire.
2°. qu'à raison de cette maladie, Mr Barbé est tout-à-fait incapable de faire aucun service dans la garde nationale.
paris 15 juin 1815
Laennec

Fac similé d'un certificat de Laënnec.

(1) C'est à ces publications toutes fort intéressantes que nous avons emprunté les documents de cet article.

en août 1819, chez les éditeurs Brosson et Chaudé, 9. rue Pierre-Sarrazin, son ouvrage : *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration.* Ce travail excessif avait, dès avril 1818, déterminé un véritable épuisement nerveux, et à cette époque, son cousin Mériadec Laënnec, qui faisait ses études médicales et le secondait à Necker, exposait dans une lettre l'état du grand clinicien :

« Cette maladie, écrivait-il, qui était une affection nerveuse assez difficile à caractériser et dont le principal symptôme était un embarras du cerveau qui ne lui permettait pas de fixer trop fortement son attention, quoique non dangereuse par elle-même, n'a pas été sans faire maigrir ce pauvre Théophile, et tu sais qu'il n'était pas trop gros. »

Au lieu de se reposer, Laënnec, qui avait à cœur de terminer son ouvrage, combattit le surmenage intellectuel par l'exercice physique. Aidé de son cousin Mériadec, il bêche les plates-bandes des jardins de l'hôpital Necker. Néanmoins, il est obligé d'interrompre ses travaux, il part en août pour la Bretagne, séjourne à Douarnenez, s'occupe de ses terres, fait aménager son petit manoir de Kerlouarnec et revient à Paris à peu près rétabli en novembre 1818, pour mettre la dernière main à son traité.

Mais, dès l'automne 1819, Laëennec se sent épuisé. Il reprend le chemin de sa Bretagne, espérant y faire un plus long séjour, peut-être y rester définitivement. Il y mène une vie active en plein air, se promène à pied, à cheval, sur la grève, chasse, s'occupe de ses propriétés, consacre même une partie de son temps à la médecine et aux études celtiques. Néanmoins, il reconnaît que le travail intellectuel reste toujours pénible pour lui.

Comme on le réclame à Paris, il hésite à revenir. Certes, il pourrait reprendre l'exercice de la médecine, « s'il n'avait à craindre, écrivait-il alors, de voir dégringoler (sa santé) de nouveau et peut-être très rapidement »... « Il y a encore des jours, ajoutait-il, où je me sens assez d'*asthme* pour n'être guère capable de parler à haute voix pendant une heure ou deux. »

Cependant, ses amis se font pressants et l'engagent à revenir ; ses ressources s'épuisent ; le 7 novembre 1821, il reprend le chemin de la capitale, où il est dès son retour accablé d'honneurs et de travaux. Il engage et soutient une lutte fameuse contre Broussais et l'Ecole soi-disant physiologiste et, pendant quatre ans, occupe la première place dans le monde médical parisien. Le 1er avril 1926, sa santé chancelante s'altère davantage. Il est atteint de « rhume avec douleurs dans la poitrine et fièvre ardente. » La tuberculose pulmonaire, qui sommeillait chez lui, évolue. En mai, il se décide à retourner en Bretagne, fait un voyage long et très fatigant.



Le Tombeau de Laënnec.

Sur la dalle est gravée l'inscription suivante :

Ici repose
RENÉ-THÉOPHILE-HYACINTHE LAENNEC
Médecin de S.A.R. Madame Duchesse de Berry
Lecteur et Professeur royal en médecine
au Collège de France
Professeur de clinique à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie Royale de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
Né à Quimper, en 1781
Mort à Kerlouarnec le 13 *août* 1826
et
Son épouse, née à Brest, en 1779
Morte à Kerlouarnec, le 2 *août* 1847.

PRIEZ POUR EUX !

Le 9 juin 1926, il s'installe dans son petit manoir de Kerlouarnec et ne se fait aucune illusion, puisqu'il songe aussitôt à rédiger son testament. On le voit reposant sur son fauteuil en plein air ou traîné par deux hommes dans une petite voiture. Tantôt il inspecte ainsi son domaine, tantôt il se fait conduire sur la plage du Ris pour être bercé par le bruit des flots ; souvent il se fait conduire, pour y prier, à la chapelle de la Sainte-Croix.

Le 28 juin, fixé sur le terme prochain de sa maladie, il écrit à son père : « Depuis deux mois je cherche à purger mon âme et, par la grâce de Dieu, il me semble que je désire plus de paraître devant lui en ce moment que dans un autre. »

En juillet, des alternatives de mieux et de plus mal se succèdent, et pendant quelques jours même, il s'illusionne et va jusqu'à comparer son état à celui de Madame de Châteaubriand qui l'avait consulté et s'était rétablie après avoir été jugée comme définitivement perdue par ses médecins ordinaires.

Du 5 au 6 août, son état s'aggrave brusquement, il a de la fièvre, même du délire. Catholique pratiquant et très convaincu, il est veillé par les prêtres de la région qui ne quittent plus son chevet.

Le dimanche, 13 août, vers trois heures de l'après-midi, Laënnec sort de sa torpeur, il retire lui-même ses bagues, et à ceux qui lui demandent la raison de cet acte, il répond :

« Il faudrait que bientôt un autre me rendît ce service ; je ne veux pas qu'on en ait le chagrin. »

Ce furent ses dernières paroles et, à cinq heures du soir, le grand médecin Laënnec était mort.

Laënnec repose au centre du cimetière de Ploaré qui domine la baie de Douarnenez, dans un tombeau très simple recouvert d'une large dalle de granit, tombeau où, quelque vingt ans plus tard, fut déposé le corps de Madame Laënnec qui vécut dans la retraite à Kerlouarnec après la mort de son illustre époux.

Le père de Laënnec, Théophile-Marie, homme frivole, qui ne sut ni comprendre, ni seconder son fils, mais qui avait la manie de versifier à ses heures, composa l'épitaphe suivante que nous reproduisons seulement à titre de document curieux :

> Près des amis de sa jeunesse,
> Auprès de son Kerlouarnec,
> Le savant, le bon Laennec
> Dépensa quarante ans d'honneur et de sagesse.
> Vous qui foulez ces lieux de vos pas assidus,
> Parents, amis, voisins qui pûtes le connaître,
> Et vous de qui ses traits ne furent pas connus,
> Allez respirer ses vertus
> Sous les berceaux qu'il a fait naître.

Evidemment Laënnec méritait mieux.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES MALADIES HÉMORRAGIPARES DIATHÉSIQUES

(Hémophilie, hémogénie, hémogéno-hémophilie),

Par le Dr Georges Drouet.

A côté des purpuras, maladies hémorragipares acquises, aiguës et transitoires, il existe des maladies hémorragipares diathésiques, constitutionnelles, traduisant un état dystrophique permanent de la crase sanguine qui peut persister toute la vie, et même se transmettre aux descendants.

Ces maladies hémorragipares diathésiques sont au nombre de trois : une rare, l'hémophilie ; une assez fréquente, l'hémogénie ; la troisième, également assez fréquente, l'hémogéno-hémophilie, est une forme mixte.

Hémophilie.

L'hémophilie est une maladie constitutionnelle autonome caractérisée essentiellement, au point de vue clinique, par une tendance aux hémorragies graves provoquées ; au point de vue hématologique par un allongement considéra-

ble du temps de coagulation et un état normal des éléments figurés du sang.

Il existe deux grandes variétés d'hémophilie : l'hémophilie familiale héréditaire, d'une part ; l'hémophilie sporadique non héréditaire, d'autre part.

Hémophilie familiale.

L'hémophilie familiale est une affection rare mais curieuse, dont la cause est jusqu'ici restée inconnue. C'est une malformation congénitale qui atteint à peu près exclusivement les individus mâles de certaines familles pendant de très nombreuses générations. Les femmes sont presque toujours épargnées, ou tout au moins peu atteintes. Mais ce sont elles qui transmettent la maladie. Une femme non saigneuse, mais appartenant à une famille d'hémophile, engendre des enfants hémophiles, même si elle est mariée à un homme indemne. Au contraire, un homme hémophile et saigneur qui se marie à une femme saine n'appartenant pas à une famille d'hémophile, engendre presque toujours des enfants sains.

Il existe des cas d'hémophilie familiale, atteignant plusieurs frères, et pour lesquels on ne trouve pas d'hémophile chez les ascendants, si loin que les souvenirs puissent remonter. Il s'agit alors d'hémophilies familiales récentes, acquises, et susceptibles sans doute de se transmettre aux descendants, comme les précédentes.

On considère généralement l'hémophilie familiale comme une malformation congenitale fonctionnelle des cordons de His, qui donnent naissance à la fois au sang et aux vaisseaux.

Symptomatologie.

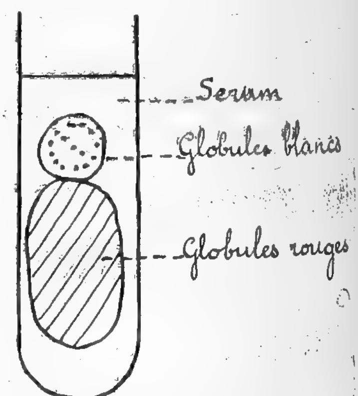
La maladie se manifeste précocement, parfois dès le jeune âge à l'occasion de la chute du cordon ou d'une circoncision rituelle ou thérapeutique. Les accidents, souvent graves d'emblée, surviennent à la suite d'un traumatisme minime : choc, coupure légère, chute ou avulsion d'une dent, etc. Les hémorragies spontanées sont rares. La cause provocatrice peut être minime, mais elle existe toujours. Ces *hémorragies provoquées* sont en outre *incoercibles*, durent longtemps et anémient considérablement le malade.

Tous les tissus de l'économie peuvent être le siège d'hémorragies. Les plus fréquentes sont celles des muqueuses. Les épistaxis et les saignements de gencives sont communs ; de même les ecchymoses et les hématomes (région du psoas). Les hémorragies viscérales, les entérorragies, les hématémèses, les hématuries, les métrorragies sont plus rares. Il n'y a pour ainsi dire jamais de purpura, c'est-à-dire d'éruptions cutanées pétéchiales.

Un des accidents les plus fréquents et les plus curieux est l'épanchement de sang dans les articulations : genou, coude, etc. Les *hémarthroses* hémophilitiques, plus ou moins douloureuses, peuvent prendre le masque de l'hydarthrose, de l'arthrite aiguë, ou même de l'arthrite tuberculeuse.

Les lésions sanguines sont toujours les mêmes. Pas de modification dans le nombre et la forme des éléments figurés du sang (globules rouges, leucocytes, globulins), sauf une diminution du nombre des globules rouges si le malade vient de saigner. Pas d'altération chimique. Temps de saignement normal par l'épreuve de Duke (1). Mais, signe pathognomonique, il existe un *retard considérable de la coagulation*. Au lieu de coaguler en moins de huit minutes, le sang recueilli à la veine dans un tube à essai reste liquide pendant une demi-heure, une heure ou davantage (douze heures dans certains cas graves).

« Le sang liquide sédimente peu à peu ; les hématies tombent au fond du tube, le plasma surnage ; en sorte que le caillot présentera un disque blanc sur un amas mou de globules rouges (coagulation plasmatique de P.-Emile Weil). La rétraction est normale, mais n'atteint guère que la partie fibrineuse ; une tête blanche et dense étranglée à son col surmonte un corps floconneux rouge. Le caillot ne se redissout pas ». (Paul Chevallier).



Sang coagulé après sédimentation dans l'hémophilie

L'allongement du temps de coagulation dans l'hémophilie est généralement considéré comme dû à l'absence d'un des ferments coagulants du sang (thrombokinase). Pour Feissly, au contraire

(1) L'épreuve de Duke consiste en ceci : au moyen d'un vaccinostyle, ou mieux, d'un instrument spécial, on détermine une petite plaie cutanée de 1 ou 2 millimètres de longueur au niveau du lobule de l'oreille ; les gouttelettes de sang qui s'écoulent sont recueillies toutes les demi-minutes sur une feuille de papier buvard ; à la troisième ou quatrième minute, il ne s'écoule plus de sang chez les individus qui ont un temps de saignement normal.

l'anomalie de coagulation qui caractérise le plasma hémophilique ne saurait être attribué à un déficit de thrombokinase, mais au retard de la transformation de prosérozyme en sérozyme actif susceptible de participer à la formation thrombinique. Pour Nolf, il y aurait altération qualitative ou quantitative du thrombozyme, ferment cellulaire d'origine endothéliale. Pour Hynek, l'hémophilie est due à de l'antithrombinémie.

Evolution et pronostic.

Les hémorragies hémophiliques, toujours graves, ont une tendance à se reproduire, souvent au même endroit, après une période de tranquillité plus ou moins longue. Elles sont d'autant plus graves et fréquentes que les lésions sanguines sont plus accentuées. Elles se terminent fréquemment par la mort avant la vingt-deuxième année (89 % des cas non traités). Les malades qui survivent peuvent arriver à un âge assez avancé, car l'hémophilie a tendance à s'atténuer avec le temps.

Diagnostic.

Les accidents hémorragiques de l'hémophilie sont généralement faciles à reconnaître. L'existence isolée d'hémarthroses peut faire errer le diagnostic, si l'on ne songe pas à l'hémophilie.

Le diagnostic différentiel devra surtout être fait avec les autres états hémorragiques.

D'abord avec les états aigus et transitoires que représentent les purpuras (purpura rhumatoïde, purpuras infectieux, toxiques, etc.) et où l'élément cutané pétéchial est prépondérant alors qu'il est absent dans l'hémophilie.

Ensuite et surtout avec les deux autres maladies hémorragipares constitutionnelles, chroniques et permanentes que sont l'hémogénie d'une part, l'hémogéno-hémophilie d'autre part. On trouvera plus loin les éléments du diagnostic différentiel, d'ailleurs facile, avec ces deux affections.

Traitement.

Le traitement de l'hémophilie familiale consiste à peu près uniquement dans l'injection de 10 ou 20 cc. de sérum sanguin humain normal, soit localement si le foyer hémorragique peut être atteint directement (hémarthrose), soit sous la peau ou dans la veine s'il s'agit d'hémorragie interne ou d'une hémorragie superficielle de la peau ou des muqueuses.

L'injection de sang humain total dans les veines est indiquée en cas d'hémorragies graves et d'anémie intense. On peut ainsi injecter 100 ou 200 centimètres cubes de sang citraté après étude des groupes sanguins. L'injection sous-cutanée de sang humain total n'est pas à conseiller. P.-E. Weil s'y montre formellement opposé, l'hématothérapie sous-cutanée pouvant, dit-il, provoquer des accidents.

D'après P.-E. Weil, les injections de sérum doivent être répétées tous les deux mois pendant des années, si l'on veut obtenir une guérison clinique durable.

Les résultats du traitement sont très favorables et ont considérablement amélioré le pronostic autrefois si sombre de cette grave maladie. A noter que le traitement sérique humain a rendu possible les opérations chirurgicales autrefois interdites chez les hémophiles.

Au cas ou on ne disposerait pas de sérum humain, celui-ci pourra être remplacé par du sérum animal, non chauffé autant que possible. Le sérum de cheval (sérum antidiphtérique par exemple) a une action thérapeutique évidente. Mais il provoque plus souvent l'apparition d'accidents sériques.

D'après Pagniez, Ravina et Solomon, l'irradiation de la rate serait susceptible d'arrêter les hémorragies et de diminuer le retard de coagulation. Mais ce procédé, dit Feissly, est moins efficace que l'injection de sérum humain.

Hémophilie sporadique.

L'hémophilie sporadique est encore plus rare que l'hémophilie familiale. Elle se différencie de celle-ci en ce que la maladie est individuelle et non familiale et héréditaire.

La symptomatologie est la même : mêmes hémorragies provoquées, mêmes lésions sanguines. Cependant les hémorragies sont moins graves. Il n'existe jamais d'hémarthrose. Les lésions sanguines sont moins accentuées ; le retard de coagulation, en particulier ne dépasse pas 45 minutes. Le pronostic est moins sombre.

La cause de l'hémophilie sporadique est encore inconnue.

Le traitement est le même que celui de l'hémophilie familiale. Il est particulièrement efficace, et mieux que dans l'hémophilie familiale, l'injection de sérum humain ou animal corrige complètement et pour plusieurs jours le retard de la coagulation.

Hémogénie.

L'hémogénie — thrombopénie esssentielle des auteurs allemands — est une maladie constitutionnelle autonome, qui a été décrite en France sous ce nom par Paul Emile-Weil. Englobant la plupart des cas autrefois décrits sous le nom de purpura hémorragique chronique, l'hémogénie est caractérisée essentiellement au point de vue clinique par une tendance aux hémorragies spontanées, — au point de vue hématologique, par l'absence ou la diminution des globulins ayant pour conséquence l'irrétractilité du caillot.

Etiologie et pathogénie.

L'hémogénie est une maladie sanguine plus fréquente que l'hémophilie.

L'hémogénie, contrairement à l'hémophilie, atteint surtout *les femmes.* Elle est loin d'être toujours familiale ; les cas isolés sont nombreux. Quand elle est héréditaire, la transmission de la diathèse se fait habituellement par les femmes, mais peut se faire aussi par les hommes.

Les infections comme la tuberculose, la syphilis, congénitale surtout, les intoxications chroniques ont pu être invoquées dans certains cas comme cause première de la maladie. Ces facteurs étiologiques paraissent intervenir en lésant la rate, les organes hématopoiétiques le système endocrino-sympathique et les endothéliums vasculaires.

Pour nombre d'auteurs, le rôle pathogène principal appartient aux organes hématopoiétiques : moelle osseuse, rate surtout. Dans les pays de langue allemande, le *rôle de la rate* est considéré comme primordial. La rate interviendrait dans l'équilibre hématoblastique du sang, soit en exerçant une action inhibitrice sur la moelle osseuse, foyer d'origine des globulins (Franck), soit en détruisant une quantité excessive de globulins (Kaznelson). Dans l'hémogénie « la rate est aux globulins ce qu'elle est aux globules rouges dans l'ictère hémolytique congénital, un foyer intense et redoutable de destruction, et tout rentre dans l'ordre dès qu'elle est enlevée » (Chauffard et Duval). Dans le cas récemment publié par ces deux auteurs, il existait des « lésions anciennes et assez banales de sclérose pulpaire de la rate ».

Beaucoup d'auteurs attribuent aussi un rôle étiologique important aux lésions des glandes à sécrétion interne : thyroïde, ovaire. Selon P.-E. Weil, les troubles hépatiques jouent un rôle considérable.

Nolf, P.-E. Weil et tous les auteurs qui se sont occupés de la question, ont en outre mis en lumière l'importance de *l'état dystrophique des endothéliums vasculaires.* C'est à cet état de fragilité des endothéliums vasculaires que seraient dues les hémorragies des hémogéniques. D'après Roskam, les hémorragies relèveraient d'une diminution de l'opsonabilité des parois vasculaires tenant à des lésions endothéliales à distribution parcellaire.

Enfin il est certain, comme nous l'avons déjà fait remarquer depuis longtemps, que les phénomènes de choc (hémoclasique ou anaphylactique) jouent un rôle important dans le déclanchement des poussées hémorragiques. Les hémogéniques sont bien souvent des déséquilibrés humoraux et des déséquilibrés du système nerveux vago-sympathique, bref des sujets hypersensibles aux influences hémoclasiantes. Peut-être dans certains cas, la diathèse hémogénique elle-même est-elle en partie sous la dépendance de chocs hémoclasiques répétés datant de l'enfance (1).

Symptomatologie.

Les manifestations de l'hémogénie commencent ordinairement pendant la seconde enfance ou l'adolescence, plus tard que celles de l'hémophilie.

Contrairement à ce qui se passe dans l'hémophilie, les hémorragies ne se produisent pas toujours à l'occasion d'un traumatisme, d'une plaie. Très souvent les *hémorragies sont spontanées.* Elles sont rarement aussi abondantes et aussi graves que dans l'hémophilie.

Le siège des hémorragies est très variable. Le *purpura de la peau et des muqueuses* est commun ; il est favorisé, comme nous l'avons vu, par l'état dystrophique des endothéliums vasculaires. Les ecchymoses spontanées ou provoquées sont également courantes, ainsi que les hémorragies nasales ou utérines. La forme utérine de l'hémogénie est particulièrement fréquente et beaucoup de métrorragies dites essentielles relèvent de l'hémogénie. Toujours les plaies saignent abondamment. Plus rares sont les hémorragies internes, intestinales, pulmonaires, rénales, etc. Les hémarthroses et les douleurs articulaires, caractéristiques de l'hémophilie, ne s'observent jamais.

L'état général reste ordinairement bon. Quelquefois les malades sont anémiés, fatigués, plus que ne le laisseraient supposer leurs pertes sanguines.

Les lésions sanguines de l'hémogénie sont caractéristiques et différentes de celles de l'hémophilie.

Du côté des éléments figurés du sang, on note un chiffre de globules rouges et blancs normal mais le *nombre des globulins est très abaissé,* et peut même tendre vers zéro (le chiffre normal des globulins est d'environ 250.000 par millimètre cube).

Du côté du plasma, on constate un temps de coagulation normal ou subnormal, mais *le caillot est irrétractible.* Il ne transsude pas du tout de sérum si la maladie est très accentuée. Le caillot est fragile, il s'émiette et se redissout facilement. Si la diathèse n'est pas trop prononcée, et qu'il exsude un peu de sérum, celui-ci est très jaune, hypercholémique.

Le *temps de saignement par l'épreuve de Duke est prolongé,* pouvant atteindre et même dépasser la demi-heure. Il varie souvent d'une manière considérable d'un moment à l'autre ou d'un point à l'autre du corps (Roskam). La grande

(1) Une telle interprétation nous paraît d'autant plus légitime que les chocs sériques et les crises nitritoïdes des arsénobenzènes peuvent provoquer temporairement l'apparition du syndrome hémogénique.

variabilité des signes hématologiques de l'hémogénie est d'ailleurs une des caractéristiques de l'hémogénie et elle s'oppose à la stabilité relative des signes hématologiques de l'hémophilie.

Le *signe du lacet* de Weill-Rumpel est souvent positif. On sait qu'il se recherche de la manière suivante : on comprime légèrement le bras avec un lien qu'on laisse en place pendant quelques minutes. Si dans la région hyperémiée on voit apparaître un piqueté hémorragique, le signe est dit positif. Il indique la fragilité des endothéliums capillaires.

Evolution et pronostic.

L'hémogénie évolue généralement par crises. Il se produit de temps en temps des poussées hémorragiques séparées par des périodes plus ou moins longues de calme relatif pendant lesquelles le sang reste d'ailleurs altéré.

Ces poussées, nous l'avons personnellement observé, sont souvent déclanchées par l'ingestion de certains aliments, par la fatigue, par un état fébrile intercurrent (angine par exemple), par l'absorption de certains médicaments, etc. si bien qu'on a pu décrire une forme d'hémogénie à type hémoclasique (P.-E. Weil et P. Chevallier).

L'hémogénie, diathèse constitutionnelle, dure généralement autant que la vie et a tendance, comme l'hémophilie à s'atténuer avec l'âge. Le pronostic doit être réservé. La mort peut survenir à l'occasion d'une poussée hémorragique. Cependant, d'une façon générale, le pronostic est moins sombre que dans l'hémophilie non traitée.

Diagnostic.

Le diagnostic des hémorragies hémogéniques est à faire d'abord avec celui des hémorragies de l'hémophilie familiale ou sporadique. Nous avons vu que dans l'hémophilie qui n'atteint pour ainsi dire que les hommes, les hémorragies sont généralement plus graves, provoquées par une cause extérieure et ne s'accompagnent pas de purpura de la peau ; les éléments figurés du sang et en particulier les globulins y sont normaux ; le caillot se forme avec un retard considérable, mais est rétractile ; enfin le temps de saignement est normal.

Il importe également de distinguer l'hémogénie pure des cas mixtes d'hémogéno-hémophilie que nous allons étudier dans un instant.

Enfin on ne confondra pas l'hémogénie, maladie diathésique constitutionnelle, durant toute la vie, avec les purpuras aigus passagers et transitoires tels que le purpura rhumatoïde et les purpuras infectieux, ni avec les syndromes hémogéniques passagers qui peuvent être réalisés dans certaines conditions (purpuras postarsénobenzoliques par exemple) et qui d'ailleurs sont rarement purs et rappellent plutôt l'hémogeno-hémophilie.

Traitement.

L'hémogénie peut être traitée comme l'hémophilie par des injections de sérum humain sous la peau. Mais les injections de sang total, avec ou mieux sans adjonction de citrate de soude, donnent de meilleurs résultats que les injections du seul sérum, sans doute en raison de la présence des globulins.

Pratiquement, on retire rapidement de la veine d'un parent sain, avec une aiguille d'assez fort calibre, de 20 à 40 cc. de sang qu'on injecte immédiatement sans adjonction de citrate de soude sous la peau de l'abdomen de la malade.

P.-E. Weil estime à juste titre que la transfusion de veine à veine — qui nécessite obligatoirement l'adjonction de citrate de soude et l'étude minutieuse des groupes sanguins — « doit être réservée aux seuls cas où l'hémorragie aura déterminé une anémie grave ; même ainsi elle devra être prudemment pratiquée, car elle a pu parfois susciter une nouvelle crise hémorragique ».

Pour prévenir les poussées hémorragiques, il est bon de répéter tous les mois l'injection sous-cutanée de 20 cc. de sang humain.

Les injections sous-cutanées de sérum de cheval — comme celles de tout autre corps protéique d'ailleurs — sont à déconseiller, d'abord en raison de leur faible activité, ensuite et surtout en raison de la fréquence et de la gravité des accidents sériques chez de tels malades. Les hémogéniques, nous l'avons dit, appartiennent en effet à cette classe des déséquilibrés humoraux et vago-sympathiques que Widal appelle des colloïdoclasiques, et il faut leur éviter toute cause susceptible de déclancher un choc vasculo-sympathique.

C'est pour cette raison également que le régime alimentaire chez ces malades devra être surveillé et qu'il faudra éviter les causes de refroidissement, craindre les angines, le coryza, etc.

Dans quelques cas, l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, etc., a paru donner des résultats encourageants.

D'une manière générale, malgré l'efficacité certaine du traitement par le sang humain, les succès obtenus ne sont trop souvent que passagers, et on n'arrive pas à modifier la diathèse d'une manière définitive.

Dans les cas graves et rebelles, la radiothérapie splénique, utilisée avec succès par de nombreux auteurs, doit être employée. D'après Pagniez, Ravina et Solomon l'irradiation d'autres régions du corps, la région fémorale en particulier, serait susceptible de donner les mêmes résultats favorables que l'irradiation splénique.

C'est également dans des cas graves et rebelles que de nombreux auteurs étrangers, allemands surtout, ont à la suite de Kaznelson (1916) pratiqué l'ablation de la rate, même lorsque celle-ci

♦♦♦

n'est pas hypertrophiée. La splénectomie s'accompagne souvent d'une élévation rapide et marquée du chiffre des globulins et de l'arrêt des hémorragies. Ce traitement opératoire de l'hémogénie, devenu classique en Allemagne, a jusqu'à maintenant été peu appliqué en France, où, à notre connaissance, la seule intervention de ce genre a été pratiquée, d'ailleurs avec un plein succès, par Pierre Duval. (Société de chirurgie du 29 avril 1925.)

Hémogéno-hémophilie.

L'hémogéno-hémophilie, dont l'existence a été d'abord signalée par Roskam, a été décrite sous ce nom par P.-E. Weil et Isch-Wall. Cette troisième maladie hémorragipare diathésique ne constitue pas à vrai dire une entité clinique définie. Elle est le résultat de l'intrication en proportions variables des deux syndromes bien définis que sont l'hémophilie et l'hémogénie.

Symptomatologie.

D'après P.-E. Weil, l'hémogéno-hémophilie est généralement sporadique, parfois héréditaire et familiale, mais sans hérédité matriarcale. Les ecchymoses, les hématomes, sont souvent spontanés et le purpura cutané est fréquent. Il peut exister des hémarthroses comme dans l'hémophilie. La sensibilité aux chocs paraît être la même que dans l'hémogénie.

Les lésions sanguines consistent d'abord en retard de la coagulation avec rétraction successive des deux caillots rouge et blanc, ce qui donne l'aspect si spécial du caillot que nous avons décrit au chapitre de l'hémophilie (voir figure). Ce retard est d'ailleurs fort variable d'un jour à l'autre.

Il y a d'autre part prolongation du temps de saignement avec arythmie dans le temps et dans l'espace.

Il y a enfin diminution du nombre des globulins, mais dans une proportion moindre que dans l'hémogénie pure. Les chiffres ne sont pas inférieurs à 100.000 par millimètre cube.

Dans l'ensemble le pronostic de l'hémogéno-hémophilie paraît plutôt se rapprocher de celui de l'hémogénie.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'hémogéno-hémophilie ne peut être fait avec certitude que par l'examen hématologique qui démontre l'évidence de lésions relevant à la fois de la diathèse hémogénique et de la diathèse hémophilique.

Il importe aussi de ne pas confondre l'hémogéno-hémophilie, maladie constitutionnelle durant des années et sans doute toute la vie, avec les purpuras aigus infectieux ou toxiques, et en particulier avec les syndromes hémogéno-hémophiliques passagers qui peuvent se trouver réalisés dans certaines conditions : purpuras postarsénobenzoliques, insuffisance hépatique, etc.

Traitement.

Le traitement de l'hémogéno-hémophilie est le même que celui des deux diathèses qui la constituent : injection de sérum ou de sang humain sous la peau, et accessoirement transfusion de sang humain total dans la veine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

La congestion utérine,

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des Hôpitaux de Toulouse.

Vous avez pu observer récemment dans nos salles un certain nombre de malades présentant différents troubles de la sphère génitale, représentés principalement par des métrorragies profuses, qui relevaient uniquement de la congestion utérine : comme il s'agit là de phénomènes un peu particuliers, de nature dystrophique, encore assez mal connus, bien qu'on les observe assez fréquemment, je tiens à vous en entretenir aujourd'hui, en essayant de vous montrer en quoi consistent ces troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus et de vous indiquer également quel est le traitement qu'il convient de leur opposer.

La congestion utérine, comme bien d'autres affections organiques, a subi le contre-coup de l'évolution de nos doctrines médicales : pour les auteurs du siècle dernier, elle dominait en quelque sorte d'une manière incontestée toute la pathologie génitale de la femme, elle n'était pas seulement pour eux la plus fréquente de toutes les affections de l'utérus, mais elle pouvait encore être le point de départ de toutes les altérations graves de l'appareil génital. Elle déterminait en effet de l'engorgement de la matrice qui aboutissait à son tour, comme l'écrivait Duparcque en 1839, à la suppuration, aux indurations cartilagineuses et osseuses, et même au cancer.

Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs, comme Aran, rapportaient également, en 1857, à cette même congestion utérine toute une série de faits, appartenant en réalité à d'autres affections bien nettement définies, telles que métrites infectieuses, annexites et rétentions placentaires.

Ces exagérations et ces confusions, bien excusables certes à une époque où l'anatomie pathologique microscopique naissait à peine, et où la bactériologie était totalement inconnue, contribuèrent pour une très large part à déterminer ultérieurement une violente réaction contre l'idée de congestion utérine en tant que modalité clinique, méritant de garder sa place dans la nosographie médicale, à côté des néoplasmes et des inflammations de l'utérus. Les anatomo-pathologistes ne pouvaient admettre en effet l'existence de troubles fonctionnels ne reposant sur aucune lésion bien et dûment établie, et les bactériologistes, en faisant de l'infection le pivot de toute la pathologie générale, considéraient forcément les troubles de la circulation pelvienne comme de vulgaires symptômes ne pouvant relever que de l'inflammation.

Ce n'est que plus tard, que l'on fut forcé de reconnaître, et cela grâce aux travaux successifs de Doléris (1893), de Pichevin (1896), de Paul Petit, (1897), de Dalché (1897), de Siredey (1898), d'Albert Robin (1899), et surtout de Richelot (1899), que la bactériologie et l'anatomie pathologique étaient impuissantes à elles seules pour fournir l'explication de tous les désordres fonctionnels pouvant survenir au niveau de l'appareil génital de la femme, et qu'à côté d'altérations organiques bien définies, ou d'infections microbiennes manifestes, il existait également toute une série d'accidents de durée et d'intensité variables en rapport avec des troubles de la circulation utéro-ovarienne et qui ne s'accompagnaient presque jamais de lésions persistantes.

La courte durée de ces accidents, et le peu de traces qu'ils laissent dans l'appareil génital montrent d'une façon fort nette qu'ils ne peuvent être mis que sur le compte de troubles fonctionnels de nature congestive, dont il importe de bien connaître la véritable cause afin de pouvoir leur opposer un traitement rationnel. Ces troubles qui peuvent parfois se trouver sous la dépendance de maladies générales, ont le plus souvent leur raison d'être dans une disposition particulière de l'organisme, le *neuro-arthritisme*, auquel il convient de rattacher non seulement les phénomènes douloureux et hémorragiques observés, mais encore certaines altérations du parenchyme utérin, désignées par Richelot, sous le nom de dystrophies scléreuses d'origine arthritique.

La congestion utérine peut se rencontrer en dehors de toute maladie organique proprement dite : elle est alors qualifiée de primitive. Elle est au contraire considérée comme secondaire lorsqu'on l'observe au cours ou à la suite de certaines affections générales ou locales.

Suivant les auteurs, la *congestion utérine primitive* a été attribuée à de très multiples causes, et c'est ainsi que l'on a cru devoir ou pouvoir incriminer successivement la fatigue sous ses formes les plus diverses, les excitations anormales ou prolongées du système génital, l'action du froid et de la chaleur, certaines conditions climatériques, des écarts d'alimentation, la ptose viscérale... etc. En réalité, il semble bien, en dernière analyse, que toutes ces données étiologiques ne constituent que de simples causes occasionnelles, et que la raison essentielle, déterminante des congestions utérines primitives tient uniquement au neuro-arthritisme.

Les malades chez lesquelles on constate ces accidents appartiennent en effet presque toujours à la famille neuro-arthritique ; elles ont un système nerveux des plus impressionnables, qui peut déterminer des réactions violentes sous l'influence de causes très diverses et parfois assez minimes. Ces réactions se produisent surtout au niveau de l'appareil vaso-moteur sous la forme d'états congestifs centraux ou périphériques, qui constituent un des attributs les plus ordinaires de la diathèse arthritique : il se produit de la congestion de l'utérus, comme il pourrait s'en former au niveau du poumon, du pharynx ou du larynx, congestion souvent favorisée par les altérations des parois vasculaires (état variqueux).

Quant aux *congestions utérines secondaires*, elles relèvent d'affections générales frappant tout l'organisme, fièvre typhoïde, variole, érysipèle, grippe, purpura, syphilis, ou d'affections locales siégeant au niveau du cœur, du rein ou du foie. Certaines de ces maladies semblent agir mécaniquement : par stase veineuse chez les mitrales, par excès de pression artérielle chez les aortiques et les artério-scléreuses. Les maladies infectieuses paraissent agir par poussées congestives, par altérations vasculaires et par modifications de l'état du sang ; enfin, il faut également reconnaître que la congestion utérine secondaire peut dépendre aussi de certaines altérations de l'utérus ou de ses annexes, soit qu'il s'agisse d'un vice de position, version, flexion ou prolapsus, soit qu'il existe une lésion organique, fibromyome ou salpingo-ovarite chronique.

Les symptômes de la congestion utérine primitive se résument au syndrome menstruel plus ou moins accentué : les femmes, qui subissent une poussée congestive du côté de l'appareil génital éprouvent des phénomènes analogues à ceux qui annoncent ou accompagnent les règles, et lorsque les accidents viennent à coïncider avec

la crise cataméniale, ils en exagèrent l'intensité et la durée. Ces symptômes consistent donc en sensations de pesanteur dans les reins, dans la cavité pelvienne et dans la région périnéale, s'accompagnent dans certains cas de véritables douleurs partant des lombes et gagnant la partie supérieure des cuisses. Souvent, on observe en même temps quelques autres manifestations au niveau de différents organes, consistant en recrudescence de troubles dyspeptiques, de phénomènes d'entérocolite et de migraines.

La congestion utérine primitive peut se manifester sous deux types bien différents l'un de l'autre : la forme sèche et la forme hémorragique.

Dans la *forme sèche* de la congestion, beaucoup moins fréquente, la note dominante du processus est constituée par l'exagération de l'intensité et de la durée du syndrome menstruel, les sensations de fatigue et de pesanteur se transformant en de véritables douleurs sourdes et prolongées ou aiguës et lancinantes.

En même temps, pendant que l'on constate souvent une hyperesthésie abdominale avec météorisme et nausées, on voit s'accentuer les réactions des organes voisins, provoquant de plus fréquents besoins de miction et de défécation et donnant parfois lieu à du ténesme vésical ou rectal. Chez certaines malades, les accidents évoluent avec moins d'acuité, mais ils sont rendus plus pénibles encore par leur persistance, et à ces phénomènes douloureux, tiraillements dans les lombes, pesanteur de la région pelvienne, s'ajoute fréquemment de la leucorrhée due à de l'hypersécrétion glandulaire. Lorsqu'on les examine, on sent que l'utérus est un peu augmenté de volume et qu'il est devenu plus sensible, tout en restant parfaitement mobile : les culs-de-sac sont douloureux au toucher, mais ils sont libres. Le col est turgescent, la vulve souvent violacée et parfois la distension des vaisseaux sanguins se montre au-delà des limites du bassin.

Les accidents de la congestion sèche surviennent généralement trois ou quatre jours avant les règles, mais ils peuvent les devancer de plus d'une semaine ou encore débuter au milieu de l'espace intercalaire pour se prolonger jusqu'à l'époque cataméniale. La plupart du temps, ils augmentent peu à peu d'intensité, et la détente générale et locale ne se produit que lorsque l'hémorragie commence : l'écoulement sanguin peut varier du léger suintement aux violentes hémorragies, et il n'existe aucun rapport entre l'abondance des règles et l'intensité des premiers symptômes.

La deuxième forme, la *congestion hémorragique* se manifeste le plus souvent sous le type de ménorragies, d'abondance et de durée très variables. Parfois, dès le début, le sang coule très abondamment, dans d'autres cas, ce n'est que vers le troisième ou vers le quatrième jour que les règles en arrivent à présenter une recrudescence insolite ; dans d'autres cas enfin, la menstruation paraît évoluer d'une manière sensiblement normale, mais l'écoulement sanguin dépasse de beaucoup la durée habituelle. Il est à remarquer d'ailleurs, que ces pertes peuvent également survenir tout à fait en dehors des périodes menstruelles, et que l'on peut en observer toutes les variétés, depuis le petit suintement presque insignifiant jusqu'à la métrorragie profuse.

Dans les premières phases de la maladie, ici, comme dans la forme sèche, l'écoulement sanguin entraîne également une détente manifeste de tous les symptômes généraux, mais par suite de l'abondance et de la répétition des hémorragies, les malades ne tardent pas à présenter un état de faiblesse et d'anémie qui finit par aggraver sensiblement les troubles nerveux.

Dans certains cas, on a pu observer chez la même malade des alternatives de congestion sèche et de congestion hémorragique : d'autre part il ne faudrait pas croire que ces poussées congestives apparaissent régulièrement à chaque poussée menstruelle ; elles peuvent en effet, après s'être successivement manifestées à deux ou trois époques, disparaître pendant quelques mois pour revenir d'une manière complètement inopinée.

Chez de très nombreuses femmes, la congestion utérine coïncide avec des désordres multiples dans les viscères abdominaux ou pelviens, avec des manifestations arthritiques variées ou avec certaines névroses, dyspepsie gastro-intestinale, entérite muco-membraneuse, ptose rénale, hépatique, intestinale, déviations utérines, prolapsus, arthropathies, migraines, etc.

Par suite de la présence simultanée de ces différents troubles, il est bien souvent assez difficile de faire la part exacte des choses, et d'arriver à séparer les symptômes relevant uniquement de la congestion, de ceux qui appartiennent à ces affections, et cela d'autant que la plupart de ces phénomènes retentissent presque toujours les uns sur les autres. Les déplacements des viscères abdominaux, les attitudes vicieuses de l'utérus et de ses annexes provoquent l'hyperémie génitale par la gêne qu'ils apportent dans la circulation du petit bassin, comme les fluxions génitales exercent à leur tour une action manifeste sur les organes malades ou déplacés.

C'est ainsi que certaines femmes, ne présentant aucun passé génital, mais atteintes d'un rein mobile, en souffrent principalement dans la période précédant les règles ; on peut observer de même au moment des poussées congestives une recrudescence des crises de dyspepsie ou d'entérite. On remarque également que les migraines ainsi que les phénomènes de dépression ou d'excitation nerveuse présentent aussi des fluctuations en rapport avec les accidents génitaux, et cessent presque toujours dès que se ma-

nifeste l'écoulement sanguin. Chez d'autres malades, et particulièrement chez les arthritiques, on constate enfin de curieux phénomènes d'alternance ou de substitution : c'est ainsi que, des fluxions articulaires, des migraines, des douleurs viscérales, des crises de dyspepsie, s'améliorent subitement ou même disparaissent brusquement lorsque surviennent les poussées de congestion génitale.

Il est à remarquer que les formes de la congestion utérine ne s'observent pas indifféremment à n'importe quelle période génitale, mais qu'elles sont en général en rapport avec l'âge des malades.

C'est ainsi que, chez les jeunes filles, au moment de la puberté, la congestion affecte presque toujours la forme ménorragique, et se manifeste bien souvent, dès les premières apparitions du flux menstruel par une perte de sang violente d'emblée ou très prolongée. Cet écoulement sanguin, qui dure six ou sept jours, ne laisse persister au début qu'un peu de fatigue ou de faiblesse ; mais, comme loin de s'amender, les mêmes accidents se renouvellent d'une façon périodique, la santé générale ne tarde pas à être menacée : les téguments et les muqueuses se décolorent bien vite, les forces et l'appétit disparaissent , les symptômes d'anémie s'accentuent et les hémorragies deviennent plus abondantes et plus prolongées. Il va de soi que le diagnostic de congestion utérine n'est jamais envisagé, et que l'on songe presque toujours à l'anémie simple ou encore à la chlorose : aussi tous les traitements prescrits (préparations ferrugineuses et vins toniques), ainsi que le genre de vie même, bien loin d'atténuer les accidents ne font que les exagérer en augmentant les tendances congestives.

Chez les jeunes femmes, pendant la période active de la vie génitale, les rapports sexuels et les grossesses n'ont pas manqué d'apporter dans l'organisme de nouveaux éléments de troubles, qui se traduisent par des douleurs et par un léger écoulement sanguin. Les hémorragies abondantes sont assez rares, et il s'agit plutôt de congestion sèche caractérisée par des sensations de pesanteur et par des tiraillements plus ou moins pénibles, qui s'accompagnent d'un suintement de sang très modéré, accidents succédant aux règles, mais pouvant également apparaître pendant quelques jours dans leur intervalle.

Mais c'est surtout à partir de l'âge de trente-cinq ans que les tendances congestives vont se manifester particulièrement et cela, soit par suite des fatigues qu'a éprouvées l'appareil génital, soit par suite du début prématuré de la régression ménopausique.

L'écoulement menstruel devient moins abondant, mais s'accompagne toujours des mêmes malaises, et à mesure que ces phénomènes se renouvellent, ils deviennent plus intenses : malgré la diminution de l'écoulement cataménial, la congestion augmente et prend de plus en plus le type douloureux. Il survient parfois une hémorragie violente et prolongée, sorte de véritable débâcle, suivie de détente, mais le retour des accidents ne tarde pas à se reproduire.

Ces malades, qui présentent de l'insuffisance de l'écoulement sanguin, et de la dépression nerveuse qui les rend incapables de supporter le moindre effort, la moindre fatigue, sont, elles aussi, presque toujours considérées comme des anémiques. Ce sont pourtant, ainsi que le fait remarquer Siredey, presque toujours des personnes d'apparence vigoureuse, à corpulence parfois exagérée, dont la peau est surchargée de graisse et dont les membres inférieurs sont sillonnés de varices, plus ou moins saillantes. Souvent constipées, dyspeptiques, hémorroïdaires, migraineuses, elles se plaignent de vertiges, de lourdeur de tête, d'inaptitude au travail , de faiblesse physique et d'apathie intellectuelle. Elles ont parfois des crises d'oppression, des palpitations, des accès de tachycardie, des sueurs profuses, des douleurs articulaires, musculaires ou névralgiques.

La congestion utérine secondaire, qui survient à titre de complication au cours de diverses maladies, se présente avec une allure tout à fait différente de celle qu'affectait la congestion primitive : elle est en effet presque toujours hémorragique et ne se manifeste que par des écoulements de sang plus ou moins accentués.

Qu'il s'agisse de congestion relevant d'affections rénales, d'affections hépatiques, de maladies infectieuses, il y aura toujours des hémorragies se traduisant soit par une prolongation des règles, soit par des pertes de sang d'abondance variable survenant inopinément. Il en est de même chez les aortiques, les artérioscléreuses, et les mitrales à la période de début où se manifestent exclusivement des ménorragies plus ou moins abondantes et plus ou moins prolongées. Ce n'est guère que dans les périodes avancées des affections cardiaques, et particulièrement chez les malades atteintes de lésions mitrales, que l'on peut retrouver les formes sèches de la congestion , avec prédominance des douleurs lombaires, des sensations de gonflement, de pesanteur dans le bassin et dans les cuisses.

Lorsque ces poussées congestives primitives ou secondaires sont passagères ou peu prolongées, elles n'entraînent pas de désordre permanent dans l'appareil génital et ne provoquent qu'une augmentation momentanée du volume de l'utérus, ainsi qu'une sensibilité exagérée des ovaires : le repos, une vie calme, un régime et des soins appropriés amènent un apaisement assez

◆◆◆◆

prompt pour permettre aux organes de reprendre leur apparence normale.

Mais il n'en est plus de même lorsque la congestion passe à la chronicité : périodiquement exagérée par la fluxion permanente physiologique, aggravée par les excitations de tout genre, elle détermine un état d'éréthisme presque permanent, et à la distension vasculaire ne tardent pas à se joindre des lésions organiques consistant en néoformation conjonctive et en hyperplasie musculaire, et réalisent ainsi de l'hypertrophie utérine. Il faut également tenir compte de ce que ces utérus congestionnés constituent un excellent terrain pour l'infection, qui vient alors se surajouter et donner une allure un peu spéciale.

Comment doit-on envisager le traitement de la congestion utérine ? Il faut bien reconnaître, dès le début, que ce traitement doit forcément varier suivant que l'on se trouvera en présence d'une malade présentant de la congestion primitive ou de la congestion secondaire.

Dans les cas où l'élément congestif utérin est sous la dépendance soit d'une affection générale de l'organisme, soit d'une affection organique quelconque ou encore génitale, il est bien évident que tout en ne négligeant pas le côté utérin, il faudra tout d'abord s'occuper de l'affection causale. Il s'agira alors de traitements particuliers (affections cardiaques, rénales, hépatiques, etc.), sur lesquels nous ne pouvons insister ici. De même, si la congestion dépend d'un vice de position de l'utérus, ou d'une lésion organique, fibro-myome, salpingo-ovarite ou dégénérescence scléro-kystique des ovaires, c'est au traitement chirurgical que l'on devra tout d'abord avoir recours. Mais il est bien évident que la correction d'une déviation utérine, d'un prolapsus, ou l'ablation d'une trompe atteinte de salpingite n'ont pas toujours une action immédiate sur l'élément congestif utérin ou périutérin, et que dans ces cas, comme d'ailleurs dans les précédents, on devra faire suivre l'intervention chirurgicale d'un traitement dirigé contre la congestion elle-même et qui est d'ailleurs en tous points identiques à celui qui est indiqué dans la congestion utérine primitive.

La prophylaxie de cette dernière résidera tout d'abord dans une bonne hygiène générale, car tout ce qui sera de nature à élever la pression artérielle, à provoquer de l'éréthisme cardio-vasculaire, ne pourra avoir qu'un fâcheux retentissement sur l'appareil génital.

Le régime alimentaire présentera donc une importance primordiale : on devra éviter les repas trop copieux, l'usage des mets de haut goût, des épices, l'abus de la viande, du vin, du thé, du café, des préparations dites toniques et reconstituantes ; on devra veiller à la régularité des fonctions intestinales, car la coprostase exerce une influence des plus dangereuses sur la circulation du petit bassin.

Il faudra encore songer à l'hygiène du vêtement, car un corset ou une ceinture abdominale trop serrée entrave la circulation ; se méfier du séjour au bord de la mer ou à une altitude excessive et éviter les dangers de la fatigue ou d'un repos exagéré.

Il ne suffit cependant pas de prévenir l'éréthisme cardio-vasculaire, il faut encore activer le fonctionnement des divers émonctoires, de manière à favoriser l'élimination des toxines et des déchets qui encombrent l'organisme. A ce point de vue, on pourra instituer de temps en temps une cure de déchloruration, qui abaissera un peu la tension artérielle, de même que les frictions aromatiques, et les massages aideront à régulariser la circulation et favoriseront la diurèse.

Mais le traitement qui agira de la façon la plus efficace, et cela non seulement au point de vue de l'action génitale sur le fonctionnement de l'organisme tout entier, mais encore au point de vue local sur l'élément congestif, est représenté par le traitement thermal. Nous possédons en France un certain nombre de sources, Luxeuil, Néris, Saint-Sauveur, etc., qui données soit en bains, soit en irrigations, sont des plus indiquées par leurs propriétés sédatives, décongestionnantes, hémostatiques et même parfois toniques, pour combattre les lésions congestives de l'appareil génital.

L'eau, amenée ainsi en contact permanent avec toute la paroi vaginale et baignant les culs-de-sac, détermine une amélioration de la circulation viciée des organes malades, en même temps qu'une excitation des fibres musculaires du vagin et de l'utérus : on comprend aisément combien ce traitement contribuera à décongestionner tout l'appareil génital, facilitera la résorption des exsudats, empêcher a la formation d'adhérences et redonnera de la souplesse et de l'élasticité à tous les tissus.

D'un autre côté, l'action franchement résolutive du bain combattra avec succès la congestion passive, la stase sanguine, l'œdème vasculaire, la douleur et la gêne fonctionnelles, tous symptômes déterminés par la dilatation des veines profondes, comme les irrigations vaginales exercent une sorte d'action massothérapique sur la musculature des veines, ce qui ne peut que contribuer à activer la circulation. L'action vasoconstrictive, décongestionnante et sédative rend compte des heureux effets que l'on peut obtenir chez les utérines souffrant d'un perpétuel état congestif.

Il est cependant un danger qu'il faut savoir éviter : l'eau chaude, mise en contact avec les muqueuses provoque bien une contraction spasmodique des vaisseaux, mais qui n'est que de

courte durée, et qui est bientôt suivie de leur dilatation : aussi, dans certains cas, a-t-on pu relever à la suite du traitement des réactions fort douloureuses. C'est pourquoi, il convient de ne pas généraliser l'usage des sources chaudes à toutes les malades et on ne saurait être assez prudent ; il faut toujours tenir le plus grand compte des susceptibilités et des réactions individuelles, parfois si capricieuses. On ne doit pas oublier en outre que la plupart des congestions utérines appartiennent au type neuro-arthritique, hyperexcitable, et que pour elles, les sources tièdes ont une action sédative beaucoup plus accentuée que les sources chaudes.

Il convient donc par suite que les malades ne doivent pas cesser d'être dirigées au cours de leur traitement thermal, afin de ne pas subir le contact d'une eau trop chaude ou à trop forte pression, qui, en amenant une recrudescence des accidents habituels, forcerait la malade à interrompre la cure commencée, et lui en ferait perdre ainsi tout le bienfait.

Il est encore un point assez délicat du traitement thermal, c'est celui qui se rapporte à la durée de ce traitement : or, de même que dans certains cas, il faut employer des sources plus ou moins actives, à température plus ou moins élevée, de même, suivant les cas, le traitement doit durer un temps plus ou moins long. Il faut tenir compte en cela de l'affection, de sa gravité, et il serait tout à fait irrationnel d'admettre que le même laps de temps de cure pourra être suffisant pour toutes les malades : c'est au médecin traitant seul qu'incombera la charge de fixer le temps de traitement nécessaire, comme c'est également à lui que reviendra le soin de choisir la source qui conviendra le mieux à l'état de sa malade.

Ce n'est que dans les cas de congestion aiguë bien accusée, qu'il conviendra d'instituer un traitement gynécologique local, consistant en ovules glycérinés à base de tanin, d'ichtyol, de thigénol, ou en pansements locaux. Dans certains cas, où le col utérin est particulièrement congestionné, on pourra avoir recours à des émissions sanguines par scarifications linéaires, que l'on pourra faire précéder ou suivre de l'application d'une ventouse de Bier. Aux formes hémorragiques, il faudra imposer un repos rigoureux avec des injections d'eau bouillie chaude : en cas de persistance ou d'abondance considérable des pertes sanguines, on pourra recourir aux injections d'ergotine et de gélatine, mais en aucun cas, on ne devra s'aviser de pratiquer le curettage de ces utérus simplement congestionnés.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement de l'obésité. Repos et exercices respiratoires.

La notion relative à l'importance du repos dans le traitement de certaines obésités est admise actuellement par quelques auteurs, et, dit M.-G. Leven, le surmenage physique, destiné à faire maigrir n'est plus conseillé que par quelques retardataires.

Cette notion si importante du repos mérite d'être complétée, comme l'auteur l'observe depuis plusieurs années, par l'étude du rythme respiratoire des obèses, d'autant mieux qu'on nous a enseigné le rôle du poumon dans la destruction des graisses.

Voici la technique conseillée, qui met en jeu, de façon plus efficace que tout autre, les mouvement du diaphragme, si réduits chez les obèses et spécialement chez les obèses aérophages ; c'est aussi celle qui oblige le plus et le mieux les muscles de la paroi abdominale à intervenir : les exercices respiratoires se font sans l'intervention des mouvements des bras, qui ont toujours paru inutiles ou nuisibles.

Le malade expirera longuement après inspiration nasale préalable, pour amorcer le mouvement. Cette expiration peut se faire dans toutes les attitudes, debout, assis, couché, en marche. Si elle a été suffisante, elle est suivie d'une rentrée d'air brutale, spontanée, automatique. On fait une série de cinq expirations successives ; chaque série sera faite de demi- en demi-heure ; au total 17 à 20 séries par jour.

Une respiration rendue plus active agit sur tous les organes et par conséquent sur toutes les fonctions, directement ou indirectement : elle modifie la circulation hépatique utilement ; par suite la circulation intestinale est heureusement influencée et les phénomènes chimiques et de digestion s'effectuent de façon plus normale.

Pour expliquer le rôle utile des actes respiratoires accentués dans l'obésité, des facteurs variés sont en jeu ; à vouloir trop les individualiser, on risquerait de se tromper. (*La Presse médicale*, 16 décembre 1925.)

Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic.

Certains caractères des douleurs, tels que leur localisation, leur caractère, le caractère de leurs irradiations, leur acuité, sont généralement les plus étudiés par les cliniciens ; et cependant il est démontré par R.-A. GUTMANN que d'autres, généralement passés sous silence, sont plus significatifs.

Dans cet ordre d'idées, on doit signaler la distribution des douleurs dans la journée (douleurs précoces, semi-tardives et tardives), c'est la « journée du dyspeptique », et surtout leur distribution dans le cours de la maladie, c'est « l'année du dyspeptique ».

L'année du dyspeptique paraît, du point de vue diagnostique, la recherche la plus importante de toutes. Les malades souffrent-ils tous les jours, ou souffrent-ils par périodes ? On peut ainsi les ranger en plusieurs catégories.

1° Malades souffrant depuis le début de leur maladie tous les jours. On peut pratiquement affirmer qu'il ne s'agit pas ici d'ulcère gastrique ou duodénal.

Ils souffrent tous les jours autant, plus ou moins toute la journée, avec possibilité de recrudescences plus ou moins nettes *après les repas* : c'est le cas des ulcères ou des cancers extériorisés par des lésions périviscérales assez étendues, touchant le système végétatif abdominal. Douleur régulière post-prandiale, même épigastrique, ne veut pas dire douleur gastrique.

Ou bien ils souffrent tous les jours très inégalement, à n'importe quelle heure de la journée, mais peu en général. Ce n'est pas la réaction des organiques, mais celle des nerveux purs, des cénestopathes.

2° Malades souffrant par périodes en général longues (des mois), mais de durée très variable, avec alternatives et augmentation, répits de durées également variables, ces périodes douloureuses ayant comme caractère d'être composées de douleurs rythmées par les repas.

Il ne s'agit pas d'ulcéreux, aux attaques bien rythmées, mais de dyspepsies des types hypersthénique ou hyposthénique « idiopathiques » ou secondaires.

3° Malades souffrant par crises d'environ 15 jours à 3 semaines, avec sédations intercalaires nettes : ulcus gastriques ou duodénaux.

4° Malades souffrant par périodes de trois jours environ, avec périodes de calme, de plusieurs semaines : douleurs vésiculaires.

5° Grandes crises isolées ; elles n'ont, du fait de leur type, aucune valeur suggestive particulière pour le diagnostic (tabès et autres maladies nerveuses, lésions cardio-aortiques, affections gastriques, pancréatiques, rénales, vésiculaires).

Enfin, on doit aussi rechercher ce qui diminue les douleurs : repas gros ou petit, alcalins, pression, immobilisation. (*La Presse médicale*, 19 décembre 1925.)

La Sanocrysine.

Nous avons déjà publié des comptes rendus de publications et travaux relatifs à la sanocrysine.

MM. C. COLBERT et J. CHATARD viennent d'en faire le sujet d'une longue étude dont voici les conclusions :

« Si nous voulons conclure cet exposé, nous nous trouvons en présence de grosses difficultés constituées par les différences de résultats obtenus par les expérimentateurs.

« Ces différences peuvent d'ailleurs tenir de plusieurs facteurs : choix des malades, technique employée, doses, et peut-être aussi du produit lui-même. Les résultats des expérimentateurs français en particulier ont été obtenus les uns avec le sel danois, les autres avec la « crisalbine Poulenc », d'autres enfin avec la « thiocrysine » des Usines du Rhône.

« Il est toutefois certain que la méthode demande encore de nouvelles et patientes recherches, *notamment en ce qui concerne* la posologie. Cependant, c'est la première fois que nous nous trouvons en présence d'un remède très actif qui agirait peut-être même spécifiquement sur le bacille. Cette spécificité, qui est affirmée par Moollgaard et les auteurs auteurs danois étant mise en doute par certains auteurs français.

« De toutes façons, la méthode, qui n'est cependant pas sans danger, a besoin d'être perfectionnée.

« Pour le moment, son emploi doit être strictement limité aux hôpitaux et aux sanatoria, où les malades soumis à ce traitement doivent *être l'objet d'une surveillance de tous les instants.*

« Il ne saurait être question de faire entrer la méthode dans la pratique médicale journalière, et le praticien devra savoir faire comprendre au malade, toujours à l'affût de nouveautés thérapeutiques, que si nous pouvons garder l'espoir d'une chimiothérapie, un jour bienfaisante, il peut être sage et prudent de savoir attendre, au moins dans la plupart des cas». (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 6 juin 1926.)

Traitement de la tuberculose du genou chez l'adolescent par l'incrustation sous-périostée de deux greffons latéraux.

On a constaté que des résections limitées, qui ne dépassent pas les lésions, qui laissent même, après l'avoir curettée, une partie de l'os malade, donnaient néanmoins de bons et durables résultats. Pour DUPUY DE FRENELLE, ces résultats sont explicables par ce fait que la résection n'agit pas seulement par l'ablation des lésions, mais aussi par l'avivement des épiphyses tuberculeu-

ses. Dans l'un comme dans l'autre cas, il est accompagné d'un suintement sanguin.

Par analogie, l'auteur pense que l'avivement des épiphyses, réalisé en creusant à leur surface des gouttières longues et profondes, est capable d'amener dans l'épiphyse ainsi labourée un remaniement, qui concourt à la guérison de la tuberculose osseuse. Si, dans ces gouttières, on dépose des greffons, ceux-ci augmenteront vraisemblablement la puissance du travail ostéogénétique de cicatrisation des lésions tuberculeuses.

D'autre part, on commence à reconnaître que le plâtre, jadis en honneur dans le traitement des tuberculoses articulaires, est un procédé néfaste d'immobilisation parce qu'il étouffe le membre, en le privant de trois grands facteurs de guérison qui sont le grand air, la lumière et le soleil ; parce qu'il affaiblit la circulation du membre au moment où il a le plus besoin de sa vitalité pour lutter contre la lésion qui l'envahit.

C'est sur ces considérations qu'est basé ce nouveau mode thérapeutique, que décrit l'auteur pour le traitement de la tuberculose des épiphyses du genou par l'incrustation de greffons, dans des loges à couvercle, creusées de chaque côté de l'articulation, au voisinage des lésions, dans les extrémités articulaires malades. Le creusement des loges, bien qu'il évite d'ouvrir les lésions, agit à la façon d'un avivement osseux, puissant moyen ostéogénétique ; le greffon déposé dans ces loges accroît l'influx ostéogénétique.

En outre, ces greffons sont placés de telle sorte qu'ils immobilisent l'articulation,sans immobiliser le membre, en le laissant libre de toute entrave à la circulation et à l'insolation. Lorsque le sujet recommence à marcher, ces greffons forment de chaque côté du genou deux colonnes osseuses qui soulagent la région tuberculeuse de la pesée du corps à chaque pas, et évitent ainsi les dangers de l'ulcération compressive.

Cette opération est surtout indiquée chez l'adolescent et chez l'adulte, dans les cas où la tuberculose prédomine, en foyers disséminés, dans les épiphyses, lorsqu'il n'existe pas de fongosité synoviale. Il est bien évident qu'en présence d'une véritable tumeur blanche,la résection reprend toutes ses indications. (*La Presse médicale*, 27 janvier 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La guerre aux apéritifs.

(M. Maurice Letulle. — *Académie de médecine* ; 29-6-1926.)

L'apéritif, dit M. Maurice Letulle, est, en France, une véritable maladie sociale. L'absinthe nous fut importée d'Algérie, les amers vinrent de Turin après la campagne d'Italie, le cocktail américain de 5 heures s'installa chez nous pendant la grande guerre. Ajoutons-y les porto, malaga, quinquina, muscat, qui remplacent souvent le thé des « five o'clock ».

Avec le temps et la contagion de l'exemple, l'apéritif s'est développé et on le trouve non seulement aux terrasses des cafés mais dans les intérieurs, au village comme à la ville. Aidé par une puissante publicité, l'apéritif est devenu Roi.

Cette publicité,nous la connaissons bien. Elle parle même au nom de l'hygiène et ce sont alors les vins dits toniques, l'apéritif des sports, l'apéritif préparé aux meilleurs vins de France, etc. L'alcoolisme causé par l'usage des apéritifs à base d'alcool, qui s'était amendé par la suppression de l'absinthe, a repris sa progression et commence même à envahir la masse des femmes françaises.

La campagne contre les apéritifs est-elle praticable ? M. Letulle le pense et il lui apparaît que le concours du corps médical est un des éléments de premier ordre de ce gros problème social. Nous devons condamner par l'exemple, par la plume et par la parole l'habitude détestable de l'apéritif à base d'alcool.

Pour la lutte anti-alcoolique.

(*Académie de médecine* ; 29-6-1926.)

L'Académie vote les conclusions suivantes du rapport de M. Marcel Labbé sur l'alcoolisme :

1° Les lois promulguées contre l'alcoolisme pendant la guerre devront rester en vigueur et être appliquées rigoureusement ;

2° Dans l'intérêt de la santé publique, le privilège des bouilleurs de cru doit être supprimé ;

3° Les taxes sur la consommation des boissons alcooliques fermentées et distillées devront être relevées ;

4° L'usage de toutes les formes d' « apéritifs » sera signalé comme particulièrement dangereux pour la santé ;

5° Le règlement sur les succédanés de l'absinthe devra être révisé, précisé et strictement appliqué ;

6° Le nombre des débits de boissons alcooliques fermentées et distillées devra être limité ;

7° Cette mesure sera utilement complétée par diverses améliorations sociales, telles que la construction de logements sains, etc.

8° L'utilisation alimentaire du raisin et du jus

de raisin non fermenté, l'utilisation industrielle de l'alcool devront être facilitées ;

9° L'éducation anti-alcoolique sera organisée dans toutes les classes de la société.

Varices congénitales.

(MM. LEREBOULLET, Fr. SAINT-GIRONS et GOURNAY. — *Soc. de pédiatrie* ; 9-2-26.)

MM. Lereboullet, Saint-Girons et Gournay présentent une fillette de sept ans atteinte de varices congénitales du membre inférieur droit et de la grande lèvre droite, sans aucune autre malformation.

La localisation au membre inférieur des varices congénitales paraît fort rare. La thèse de Besson (1919) sur la question ne signale que des localisations variqueuses aux membres supérieurs.

— M. MATHIEU considère les varices congénitales des membres comme des angiomes. Le traitement par les rayons serait inefficace et l'extirpation progressive devrait être conseillée.

Les rayons ultra-violets peuvent-ils provoquer des accidents graves ou mortels ?

(MM. G. BLECHMANN et FRANÇOIS (de Draveil). — *Soc. de Pédiatrie* ; 9-2-26.)

M. Blechmann communique l'observation d'un nourrisson de quelques mois soumis au traitement par les rayons ultra-violets et qui mourut d'une façon assez anormale, sans cause cliniquement appréciable, au cours du traitement. Cette observation a été publiée *in extenso* dans le *Concours médical* et a donné lieu, on se le rappelle, sur la demande de notre ami Blechmann, à un exposé juridique de notre Conseil de direction.

L'observation du Dr Blechmann pose, sans la résoudre, la question : les rayons ultra-violets peuvent-ils provoquer des accidents graves ou mortels ? L'auteur croit d'ailleurs que chez cet enfant il y a eu simple coïncidence entre l'application des U. V. et les accidents mortels.

— M. Georges SCHREIBER est du même avis. Il rappelle l'histoire d'une de ses malades, fillette de dix ans, soumise aux irradiations ultra-violettes. Le soir de la troisième séance, l'enfant fit une température de 40°. Les rayons n'y étaient pour rien : le surlendemain, apparut une superbe éruption de rougeole.

— M. LESNÉ emploie à l'hôpital Trousseau l'actinothérapie depuis deux ans et a pu suivre plus de 1.000 enfants ainsi traités. Il n'a jamais vu d'accident notable.

— M. Léon TIXIER estime également que dans le cas de M. Blechmann, il y a eu simple coïncidence. Un jour, dit-il, alors que je remplaçais le Dr Richardière dans son service, un nourrisson de la crèche mourut subitement pendant que je faisais la visite. Il n'est évidemment venu à l'idée de personne d'établir une relation entre la mort de ce bébé et ma présence dans la salle ! Prenons garde aux coïncidences.

Les rayons ultra-violets ne sont pas une médication dangereuse lorsqu'ils sont maniés par des médecins spécialisés et compétents.

Positions anormales de l'appendice et chirurgie.

(M. Maurice PÉRAIRE. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 4-6-1926.)

Assez nombreux sont les faits d'appendice dans la région sus-hépatique. MM. Blanc, Séjournet, Barbet et Petit de la Villéon en fournissaient récemment des exemples à la Société des chirurgiens de Paris. Assez communs aussi sont les appendices en contact avec les organes de la génération de la femme. C'est ce qu'on a appelé le « flirt appendiculo-annexiel ». Plus rares sont les appendices rencontrés dans le petit bassin. M. Maurice Péraire présente une observation rentrant dans ce dernier groupe de faits. Elle concerne un malade polysarcique, résistant à l'anesthésie, atteint d'appendicite aiguë, chez lequel l'exploration abdominale, assez difficile, fut rendue plus difficile encore par le siège anormal de l'appendice, situé très bas, presque derrière la vessie.

Vomissements incoercibles de la grossesse et rétroflexion utérine.

(M. DARTIGUES. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 4-6-1926.)

On discute encore et on discutera longtemps sans doute sur la pathogénie des vomissements incoercibles, de la grossesse et conséquemment sur leur traitement. Une opinion assez généralement admise les attribue à des phénomènes toxiques, à ce que l'on nomme l'auto-intoxication gravidique. Une théorie plus récente fait intervenir, pour quelques cas tout au moins, le pithiatisme, l'état psychique, avec comme déduction, la thérapeutique suggestive sous toutes ses formes. M. Dartigues apporte aujourd'hui deux observations qui montrent que la cause mécanique est aussi capable de jouer un rôle dans la genèse de cette complication importante de la grossesse.

L'auteur a soigné deux malades atteintes l'une et l'autre de vomissements incoercibles de la grossesse, évoluant sur un utérus rétrofléchi. Il pratiqua la ligamentopexie et les vomissements ont rapidement disparu.

Le pneumothorax de Forlanini.

(M. G. ROSENTHAL. — *Soc. médicale des praticiens* ; 21-5-1926.)

M. Rosenthal fait un résumé synthétique de l'état actuel de la question du pneumothorax de Forlanini.

Le pneumothorax étend de plus en plus son champ d'action (tuberculose, bronchectasies, etc.). Pratiqué sous le contrôle des rayons (ampoule sous la

table), il connaît moins de cas irréalisables. Une sage prudence permet quelquefois le pneumothorax pratiqué des deux côtés, simultanément ou successivement. Jacobeus et Hervé ont montré que, par la section des brides pleurales, on pouvait encore étendre les applications du pneumothorax mais celui-ci ne constitue pas à lui seul un traitement complet. Il ne saurait, en effet, supprimer la cure hygiéno-diététique, ni être opposé au sanatorium.

Vaccins par extraits microbiens.

(M. Gaucher. — *Société médicale des praticiens* ; 21-5-1926.)

M. Gaucher fait part d'un nouveau procédé de préparation des vaccins, qui consiste à extraire des cellules microbiennes les substances susceptibles de traverser la membrane cellulaire. Ce procédé présente sur les méthodes actuellement usitées le grand avantage de fournir des liquides très riches en antigènes et en principes actifs qui, dans l'application thérapeutique, ne donnent lieu à aucune réaction violente.

Cette méthode, mise en observation depuis quatre ans, a procuré de bons résultats dans une série de cas pouvant se rattacher à trois ordres d'infections : broncho-pulmonaires, génito-urinaires et entéritiques. Elle a également été utilisée en médecine vétérinaire. Ses heureux effets se sont manifestés notamment dans le traitement de la gourme et de ses complications.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les extraits microbiens sont particulièrement riches en antigènes et en protéines ;

2° Ils sont atoxiques et ne donnent lieu en thérapeutique à aucune réaction. Ils peuvent être injectés à la dose de 2 cc. par la voie sous-cutanée ou de 1 cc. par la voie intra-veineuse ;

3° Ils correspondent à des doses massives de microbes, d'où leur très grande valeur immunisante.

Inconvénients du sérum glucosé adrénaliné chez les infectés.

(M. Raymond Petit. — *Société méd. des praticiens* ; 16-4-1926.)

Chez deux opérés pour infections graves, M. Raymond Petit a vu le sérum glucosé adrénaliné produire une vaste et profonde escarre de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Rappelant les travaux de Vignes, de Béraud, il incrimine l'état infectieux en général. Il conclut que l'on doit éviter chez les grands infectés d'injecter le sérum glucosé et l'adrénaline dans la même région.

— M. Briault cite une observation personnelle analogue. Il attire l'attention sur la mortification des tissus cicatriciels qu'il a rencontrée deux fois chez des malades à forte paroi, opérés à l'anesthésie locale par injection de cocaïne (ou dérivés) adrénalinée. L'adrénaline lui paraît, en pareille circonstance, dangereuse et inutile, son action hémostatique étant, en matière de chirurgie générale, sans intérêt.

P. L.

Le datura stramonium et le parkinsonisme. — A propos de la communication de MM. Laignel-Lavastine et Valence sur le traitement du parkinsonisme par la stramoine (analysée in *Concours médical*, n° 28), M. le docteur Juster m'adresse une lettre dans laquelle il me fait connaître que ce traitement, de date récente, est signalé par M. Laignel-Lavastine sous le nom de « méthode de Juster ». Rendant à César ce qui appartient à César, nous en donnons très volontiers acte à notre confrère.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Torsion aiguë intra-abdominale du grand épiploon.

M. Guilleminet relate l'observation d'un homme de 58 ans qu'il opéra pour une torsion intra-abdominale du grand épiploon. Cet homme présentait tous les signes classiques de cet accident : obèse, porteur de hernie ancienne ; début subit des accidents à l'occasion d'une manœuvre de réduction brusque de la hernie, perception d'une grosse masse sous-pariétale ; absence des signes d'occlusion intestinale. L'auteur pratiqua l'ablation de l'épiploon. Mais le malade succomba quinze jours après à des accidents pulmonaires.

Adénomyomatose génitale à localisations multiples.

MM. Michon et Combe présentent un utérus atteint au niveau de son fond, de ses trompes et de ses cornes de localisations adénomyomateuses. Cliniquement, il y avait des symptômes de dysménorrhée douloureuse et le toucher semblait montrer un fibrome du volume du poing. Ces tumeurs sont parfois envahissantes, mais ne sont pas malignes ; elles régressent généralement à la ménopause.

Kystes folliculaires et kystes dermoïdes de l'ovaire chez une femme enceinte.

M. Peycelon montre une tumeur de l'ovaire enlevée à une jeune femme qui, outre des signes de grossesse, présentait, au toucher, une masse arrondie et régulière située dans la partie gauche du bassin. L'examen anatomo-pathologique montra la coexistence de deux sortes de lésions : kystes folliculaires et kyste dermoïde.

Os tibial externe.

MM. André Rendu et Pauzet relatent l'observation d'une fillette de 12 ans atteinte d'une anomalie osseuse fort rare : il s'agit d'un os tibial externe,

osselet surnuméraire qui coexiste habituellement avec un pied plat et se manifeste souvent à l'occasion d'un traumatisme. Ici il n'y avait ni pied plat, ni trauma.

Scoliose et spina-bifida occulta.

M. Amouroux expose, au nom de M. Laroyenne, l'histoire d'un jeune homme de 16 ans, atteint de scoliose depuis le jeune âge et chez lequel la radiographie révéla l'existence d'un spina bifida occulta au niveau de la première vertèbre sacrée ainsi qu'une malformation de la cinquième vertèbre lombaire, dont la face supérieure était inclinée vers la gauche. Cette malformation, en modifiant la statique de la colonne, avait été manifestement la cause de la scoliose.

Cellules géantes dans un ulcus gastrique.

MM. Barbier et Jeannin, ayant examiné histologiquement un ulcus gastrique opéré peu de temps après le début, y ont trouvé des cellules géantes. Le malade n'avait ni antécédents, ni localisations bacillaires. Le Wassermann par contre était positif. La question de l'origine tuberculeuse ou syphilitique n'en reste pas moins, selon les auteurs, difficile à trancher et en tout cas, il ne semble pas que la présence de cellules géantes puisse permettre d'affirmer la tuberculose.

Perforation utérine par môle hydatiforme.

M. Mazet. — Femme de 23 ans qui le 28 août 1925 expulsa une môle hydatiforme typique constatée par son médecin. Suites immédiates simples. Le 5 octobre hémorrhagie abondante nécessitant un curettage. Depuis ni règles, ni pertes. Le 5 décembre, on constate l'existence d'une tumeur ressemblant à un utérus de 4 mois et demi environ, avec douleurs abdominales assez violentes. Hystérectomie. La pièce présentée est un utérus du volume de 4 mois et demi renfermant une môle du volume du poing, avec, au niveau du fond, une perforation de la paroi utérine, perforation de 2 cm. environ de diamètre, sur les parois de laquelle sont insérées des vésicules de môle infiltrant le parenchyme utérin.

Plaque calcaire de la plèvre.

M. Baudry montre, au nom de M. Bonnamour et au sien, une plaque calcaire découverte à l'autopsie d'un vieillard de 72 ans qui avait eu une pleurésie vers l'âge de 22 ans. Le malade venait à l'hôpital pour des douleurs abdominales et de la cachexie, que l'autopsie permit de rattacher à un volumineux cancer du pancréas. La plaque calcaire pleurale s'étendait en hauteur du 7e espace intercostal au fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique ; transversalement elle s'étendait jusqu'au voisinage de la colonne et du sternum. Sa latence avait été complète.

Abcès cervico-médiastinal au cours d'un cancer œsophagien.

MM. Gravier et Grivet ont observé un cancer œsophagien compliqué d'abcès médiastinal ayant fusé de bas en haut et devenu cervical. Le fait a été plusieurs fois signalé, mais ordinairement l'abcès n'atteint pas le larynx ; chez ce malade, au contraire, il s'agissait d'un abcès prélaryngo-trachéal, apparu brusquement, ce qui ne permettait pas de préciser l'évolution de bas en haut, de telle sorte que malgré la notion d'un néoplasme très probable de l'œsophage (dysphagie, régurgitations, paralysie d'une corde vocale) on admit la coexistence d'une thyroïdite suppurée. L'autopsie infirma ce diagnostic.

Plaie de vessie par couteau.

M. Gauthier présente l'observation d'une femme atteinte de plaie de la vessie avec intégrité du péritoine due à un concours de circonstances favorables : laparotomie ancienne pour salpingite ayant fixé très haut le sommet de la vessie, grande capacité vésicale (800 gr. environ), coup porté de haut en bas ; la vessie était cependant vide au moment de l'accident.

Maladie de Roger. Mort à 66 ans.

MM. Roque, Morénas et Dechaume. — Homme n'ayant eu jusqu'à 65 ans aucun symptôme de lésion cardiaque. Entré à l'hôpital pour ulcère variqueux on constata un souffle systolique intense, endopexien, propagé vers la pointe, vers l'aisselle et vers la base, frémissement systolique sur le bord gauche du sternum ; léger œdème malléolaire et cyanose discrète. Radioscopie : gros cœur surtout développé aux dépens du ventricule gauche. Mort subite après quatre mois de séjour, marqué par des phases de défaillance cardiaque, sans grande asystolie. L'autopsie montra l'existence d'une communication interventriculaire établie par un orifice elliptique admettant le passage d'une plume d'oie et située dans la partie haute *postérieure* de la cloison interventriculaire, siège insolite, car cette zone est la partie la plus précocément formée de la cloison. A noter également l'âge avancé du sujet.

Eruption secondaire apparue au cours d'un traitement par le novarsénobenzol.

M. L.-M. Bonnet. — Malade traité par le novarsénobenzol pour chancre syphilitique du frein. Entre la quatrième et la cinquième injection apparut une éruption généralisée très confluente qui se développa malgré cette dernière piqûre. Après quatre injections de Quinby et trois semaines de sirop de Gibert, l'éruption disparut.

Société médicale des hôpitaux.

Leucémie aiguë. Inhalations de thorium en radiothérapie.

MM. Cluzet et Ledoux rapportent le cas d'une jeune fille de 24 ans atteinte de leucémie aiguë avec

état général grave, céphalée et dyspnée intenses, rate énorme, gros foie, épanchement pleural hématique, albuminurie, fièvre, formule hématologique : 2.580.000 hématies, 492.000 leucocytes, 28 % de polynucléaires, 5 % de moyens mono, 29 % de grands mono, nombreuses grandes cellules primaires indifférenciées. On fit des inhalations de thorium en même temps qu'on appliqua la radiothérapie profonde au niveau de la rate. Cinq mois après le début du traitement, la formule hématologique était redevenue normale, et la malade présentait toutes les apparences de la guérison. Les inhalations de thorium avaient été faites pendant un mois, la radiothérapie en deux séries de deux et trois jours.

Deux cas de pneumothorax spontané.

MM. Cordier, Dechaume et H. Thiers exposent deux observations de pneumothorax survenu chez des jeunes gens, sans cause apparente, les sujets paraissant complètement indemnes de tuberculose. Dans les deux cas le diagnostic fut confirmé par la radioscopie, et l'évolution se fit spontanément vers la guérison.

Pneumothorax spontané à étages.

M. Morénas. — Observation résumée : B. 18 ans; pas d'antécédents ; en juillet 1924, est pris brusquement d'un point de côté violent avec dyspnée ; garde le lit quinze jours, puis reprend son travail ; le 2 mai 1925, nouveau point de côté aussi violent que le premier. Vient alors à l'hôpital où l'on constate des signes d'épanchement remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate ; au-dessus, obscurité respiratoire et sonorité tympanique ; succussion hippocratique, signe du sou. Radioscopie : image d'hydropneumothorax droit triplement étagé ; hémoptysies ; fièvre modérée. Une ponction est faite trois semaines environ après l'entrée et retire 100 gr. de liquide marc de café ; elle est suivie d'une injection d'azote ; la radioscopie montre alors une image de pneumothorax unique. Le malade sort le 3 août amélioré, mais non guéri.

Pyopneumothorax par lésions de syphilis pulmonaire.

MM. P. Courmont, M. Favre et H. Gardère. — Homme de 45 ans, syphilitique depuis vingt ans, éthylique, toussant et crachant habituellement depuis longtemps. A l'examen on note de la matité et l'abolition du murmure vésiculaire dans toute la hauteur du poumon droit. La radioscopie donne l'image d'un penumothorax avec épanchement mobile remontant très haut. Les crachats ne renfermaient pas de B. de Koch ; inoculation au cobaye du liquide de ponction exploratrice négative. Wassermann du sang négatif. Mort un mois après l'entrée. Autopsie : pyopneumothorax droit, avec énorme épaississement de la plèvre.

L'examen histologique du poumon montra qu'il s'agissait de lésions manifestement syphilitiques. Le foie et l'aorte présentaient également des lésions de même nature.

Pyopneumothorax d'origine syphilitique.

MM. Bonnamour, Brochier et Doubrow. — Homme de 35 ans entré à l'hôpital pour bronchite et faiblesse générale. Comme antécédents, abcès ossifluents des deux acromions guéris par le néosalvarsan. Depuis lors, bronchite avec hémoptysies à répétition. Pas de B. de Koch. A l'examen, signes de pneumothorax enkysté. Wassermann positif. On tente une thoracotomie. Mort. A l'autopsie, vaste poche aérienne tapissée de fausses membranes purulentes, poumon gauche réduit à un moignon dans lequel l'examen histologique montre des lésions syphilitiques typiques.

Perturbations sympathiques locales dans les arthropathies nerveuses.

MM. Froment et Exaltier ont étudié les réactions sympathiques locales dans huit cas d'ostéoarthropathies unilatérales, les unes tabétiques, les autres syringomyéliques (v. thèse d'Exaltier). Ils ont constaté : 1° des troubles vaso-moteurs à forme parétique, ou spasmodique ; 2° des asymétries thermiques locales ; 3° des asymétries sudorales ; 4° des asymétries du réflexe pilo-moteur.

Bronchospirochétose et tuberculose pulmonaire.

MM. Bouchut et Paupert-Ravault présentent deux observations superposables et relatives à des malades atteints de lésions pulmonaires et chez lesquels des examens répétés des crachats avaient décelé la présence de spirochètes polymorphes du type Castellani sans bacilles de Koch. Or ces deux malades étaient en réalité des tuberculeux ainsi que le montrèrent, chez l'un, l'évolution clinique, chez l'autre l'inoculation des crachats au cobaye.

Ces faits obligent les auteurs à conclure que le diagnostic de spirochétose bronchique ne doit être porté qu'avec une extrême prudence, la présence de spirochètes dans l'expectoration pouvant être fortuite ; de plus, il n'est pas toujours facile de distinguer le spirochète de Castellani de certains saprophytes de la bouche.

Spirochétose ictéro-hémorrhagique à forme hépato-méningitique.

MM. Morénas, Grivet et Bila rapportent le cas d'un égoutier atteint de spirochétose ictéro-hémorrhagique cliniquement assez typique avec ictère jaune orangé, épistaxis, purpura, fièvre, frissons, vomissements, symptômes méningitiques. La recherche des spirochètes fut très difficile : douze recherches effectuées sur le sang, le liquide céphalo-rachidien, les urines furent négatives, et sur cinq inoculations, une seule transmit la spirochétose au cobaye.

De même, à l'autopsie, on ne put déceler que dans le cerveau quelques rares spirochètes.

Brûlure de l'œsophage par caustique. Elimination de la muqueuse.

MM. Rettu et Monnier présentent une pièce provenant d'un sujet qui avait avalé par méprise de la potasse caustique. Suites immédiates : état de choc accentué, vomissements striés de sang, fièvre élevée, impossibilité de toute alimentation. Sept jours après l'accident le malade, dans un effort de vomissement, rejette une longue masse que l'on reconnaît être un moule de l'œsophage au complet. L'examen histologique montra ultérieurement qu'il s'agit d'une nécrose complète de la muqueuse, de la sous-muqueuse et d'une partie de la couche musculaire. Le pronostic est donc très réservé car ce malade paraît voué à des accidents de rétrécissement cicatriciel intéressant toute la longueur du conduit œsophagien.

Pneumothorax spontané.

M. Sédaillan relate l'histoire d'un malade ayant présenté un pneumothorax spontané d'origine très probablement syphilitique (absence de B. de Koch dans les crachats. Wassermann positif).

Société d'ophtalmologie.

MM. Rollet, Wertheimer et Colrat ont observé une **kératite neuroparalytique** consécutive à une neurotomie rétrogassérienne pour névralgie faciale rebelle.

MM. Rollet et Colrat présentent un cas de **glaucome** consécutif à une **tumeur diffuse de l'orbite.**

MM. Gardère et Genet présentent une observation d'**encéphalite léthargique avec cécité transitoire sans lésion du fond d'œil.**

M. Aurand présente un cas d'**ophtalmoplégie externe congénitale** bilatérale et familiale.

A. C.

Les Congrès

VII[e] Congrès international de chirurgie.

(*Suite*) (1)

Curiethérapie du cancer utérin.

Par le prof. Beuttner (Genève).

L'auteur a étudié les résultats des statistiques des gynécologues de langue allemande, mais l'on s'est étonné que le rapport d'un professeur genevois ait été fait en langue allemande.

Pour lui, à l'avenir, les statistiques concernant le cancer utérin devront être établies suivant des données plus uniformes, telles que celles de Winter (de *Königsberg*) (statistique de l'année 1923), pour obtenir une opinion exacte sur la valeur relative de l'intervention chirurgicale et de la thérapeutique par les radiations.

Il paraît donc indiqué d'étudier isolément les statistiques isolées de chaque clinique.

S'il est vrai que la curiethérapie amène parfois la guérison de cancers inopérables du col (Döderlein : 13 p. 100 de guérisons), il est non moins certain que les résultats dans les cancers opérables sont au moins aussi bons par la curiethérapie que par l'intervention chirurgicale. Aussi le rapporteur conseille en principe l'application du radium même dans les cas opérables. Il insiste sur le rôle du radium pour faire disparaître les douleurs.

Par contre, les cancers du corps utérin doivent être opérés ; ils ne seront irradiés que s'il existe une contre-indication opératoire.

La chirurgie du cancer utérin semble avoir atteint son apogée, tandis que la curiethérapie, malgré d'énormes progrès, en est encore à ses débuts. Les accidents de radionécrose en particulier ont presque disparu. L'auteur s'est bien trouvé de faire précéder l'application locale d'une injection intraveineuse contenant de l'émanation du radium, et il étudie actuellement le traitement sérologique préparatoire.

Curiethérapie du cancer.

Par le prof. Recasens (Madrid).

La précocité du diagnostic est un facteur important dans le résultat du traitement, bien que le radium nous permette actuellement d'obtenir des guérisons même dans les cas jadis déclarés inopérables et par conséquent incurables. Les succès de la curiethérapie sont beaucoup plus évidents pour le cancer du col utérin que pour les autres localisations du cancer. Il faut distinguer l'action très différente des rayons a, b et y et la radiosensibilité variable des cellules suivant les organes et suivant l'état humoral et suivant le stade de division nucléaire. Les doses trop faibles entraînent l'accumulation et la radiorésistance, et sont à rejeter. L'auteur étudie les différentes techniques d'utilisation du radium envisagées de façon générale et dans certains cas particuliers. Conditions de filtration. Lorsqu'il s'agit du dosage du radium, il faut tenir compte de quelques principes bien établis :

1° L'action biologique du radium est en rapport direct avec la quantité ;

(1) V. *Concours Médical* n° du 1er août.

2° Le temps nécessaire à la production de l'érythème sur la peau est directement proportionnel à la quantité de radium ;

3° Le temps de latence est d'autant plus court que la quantité du radium employé est plus grande, ou le temps d'application plus long ;

4° La quantité de réaction locale augmente en étendue suivant la quantité de radium ;

5° Une grande quantité de radium produit en peu de temps un effet biologique très intense, tandis qu'une petite quantité appliquée pendant un temps très long peut produire des effets complètement opposés aux précédents ;

6° Les effets biologiques du radium se produisent d'une manière beaucoup plus intense avec les rayons X peu pénétrants qu'avec les rayons X très durs ; l'action biologique dérive plutôt des rayons absorbés que de ceux qui traversent les tissus sans s'y arrêter ni les modifier.

La combinaison de la curiethérapie et les rayons X a produit une amélioration des résultats définitifs. Il rappelle des succès obtenus par Regaud à l'aide de la curiethérapie à distance à l'aide de grosses doses de radium qui permettent d'espérer une notable amélioration des statistiques.

Dans les cas favorables, le choix entre l'intervention chirurgicale et la curiethérapie est encore discutable, mais dans un avenir peu éloigné il est probable que la curiethérapie s'imposera même dans les cas bien limités.

Il faut associer les rayons X à la curiethérapie afin d'agir sur les paramètres, sans qu'actuellement on puisse remplacer l'une de ces méthodes par l'autre.

La curiethérapie du cancer de l'utérus.

Par le prof. PESTALOZZA (Rome).

A. — Dans le cancer inopérable du col de l'utérus la curiethérapie seule ou associée à la radiothérapie a donné et donne des résultats inespérés. Il y a lieu de croire que les progrès de la technique pourront encore les rendre meilleurs, de manière à modifier profondément à ce stade avancé le pronostic, qui était précédemment funeste d'une manière absolue.

Si la curiethérapie ne peut pas encore se substituer à l'intervention opératoire, elle peut toutefois en rendre les résultats meilleurs, sous la forme soit préopératoire soit post-opératoire. Personnellement, l'auteur est favorable à la curiethérapie post-opératoire à laquelle il n'a eu l'occasion de reprocher aucun des accidents que d'autres auteurs ont signalés, tandis qu'il a vu diminuer sensiblement le nombre des récidives précoces. C'est aussi grâce à la curiethérapie post-opératoire que l'auteur a cru pouvoir réduire l'importance des interventions opératoires, se bornant en quelques cas à la simple amputation haute du col ; ou bien il a pu substituer à l'opération de Wertheim celle de Freund ou la simple hystérectomie vaginale, en réduisant de la sorte dans une mesure considérable la mortalité opératoire. Dans tous ces cas, il utilise secondairement le traitement associé radium-rayons X.

La curiethérapie préopératoire a pour but d'assainir le champ opératoire. Elle est surtout indiquée, selon l'auteur, dans les cas que l'on juge à la limite de l'opérabilité, parce qu'elle peut dans une certaine mesure mobiliser l'utérus et le rendre plus accessible à l'opération.

B. — Dans les cancers du corps opérables, la curiethérapie donne des résultats inférieurs à ceux du traitement chirurgical. Si le cas est trop avancé pour l'opération le radium aussi est insuffisant et souvent dangereux.

Traitement du cancer utérin.

(Résumé). Par FORSDIKE (Londres).

L'auteur a traité 197 cancers utérins : 7 cas au début ont été soignés uniquement par le radium ou les rayons X ; 6 sont encore en vie sans aucune manifestation morbide depuis quatre ans huit mois (2 cas), trois ans dix mois, deux ans quatre mois, un an dix mois, un an un mois.

Dans 50 cas plus avancés, l'irradiation a été suivie de l'opération de Wertheim.

Dans 40 cas de récidive après l'opération de Wertheim, l'auteur a obtenu tout au plus une amélioration passagère.

Enfin 100 cas très avancés ont aussi été irradiés.

L'auteur conclut comme suit : chaque fois que la tumeur paraît extirpable, il pratique l'opération radicale ; mais toutes les malades sont d'abord traitées au radium et aux rayons X et la radiothérapie est reprise durant un mois après l'opération. Bien qu'il ait une grande pratique de la radiothérapie profonde, il ne se croit pas autorisé de l'ériger en méthode de choix.

Discussion. — Le Dr DONALDSON (de Londres) apporte les résultats de l'hôpital Saint-Bartholomew de Londres, dont les recherches cliniques sont suivies parallèlement aux recherches expérimentales sur l'irradiation des cultures de tissus faites par M. Strangeways à Cambridge.

Il décrit la technique employée avec 50 milligrammes de radium seulement, insiste sur la disparition des symptômes ; hémorragie, tumeur ou ulcération. Sur 87 cas traités depuis plus d'une année et comprenant 24 cas inopérables, les uns étaient traités par vingt-quatre heures d'application, les autres par cent quarante-quatre heures. Les guérisons maintenues après un an étaient dans le premier cas de 38 p. 100, dans le deuxième de 58 p. 100.

M. ARTOM DI SANT'AGNESE (de Rome) apporte les résultats techniques de la clinique du professeur Pestalozza, aussi bien avec le mésothorium que le radium. Il insiste sur les précautions nécessaires, la filtration et sur les complications possibles.

M. ROBINEAU (Paris) apporte avec M. Degrais 800 cas de cancer de l'utérus en général inopérables.

Sur 114 cas venus depuis trois ans, 112 ont été traités, les 2 autres seuls ne pouvaient supporter le traitement. Le système des petites doses répétées à intervalle court avec des foyers nombreux a donné de bons résultats. Il faut proportionner les doses et la durée du traitement à l'étendue et à la nature des lésions. De 23 à 28 millicuries détruits ont suffi à guérir certaines malades depuis plusieurs années ; certaines sont en bonne santé depuis douze ou même seize ans. L'auteur est partisan de la curiethérapie préopératoire qui nettoie le col, mais il faut pratiquer une hystérectomie large, enlevant les ganglions. Le radium post-opératoire n'est utile que si l'opération a dû être incomplète ou s'il y a récidive. L'auteur étudie ensuite sa statistique, qui montre guéries certaines femmes qui seraient mortes sans le radium.

M. Bégouin (Bordeaux) apporte quelques cas de malades avec des cancers au début mais inopérables pour leur état général. Sur 113 cas traités depuis sept ans, il en a rencontré 7 de cette sorte. La technique employée a été celle de Regaud. Il signale que cliniquement une récidive semble être survenue chez l'une au bout de la quatrième année, les autres semblent cliniquement guéries, et l'une après récidive dès la première année, traitée par le radium une seconde fois, reste guérie définitivement.

M. J.-L. Faure (de Paris) veut se placer au point de vue général dans la question du traitement par la chirurgie ou le radium. Dans les bons cas l'opération lui semble donner de meilleurs résultats, car au lieu de 25 p. 100 de guérisons avec le radium au bout de cinq ans, chiffres de M. Regaud, la chirurgie lui a donné 75 p. 100 de guérisons.

Les conditions matérielles du traitement par le radium restent difficiles à obtenir, tandis que le chirurgien peut apprendre à pratiquer l'hystérectomie large, et s'il veut s'outiller, utiliser le drainage de Mikulicz, il aura des résultats incomparables. Mais il vaut mieux opérer en terrain vierge. Il faut réserver le radium aux cas limites ou en terrain infecté, car alors les avantages du radium dépassent les risques d'excitation des cellules cancéreuses, risques qu'il ne faut pas négliger.

MM. Cheval et Mayer (Bruxelles) exposent leur technique d'application du radium à distance, avec 4 grammes de radium-élément disposés pour traiter à la fois deux malades avec la même dose. Ils pensent traiter ainsi d'abord les métastases ganglionnaires et certains cancers profonds actuellement inabordables.

M. Proust (de Paris) pense que le traitement doit être commandé par l'envahissement lymphatique juxta-utérin en dedans de l'uretère total du ligament large ou enfin des ligaments utéro-sacrés. L'envahissement de la partie externe du ligament large est une contre-indication opératoire. L'action du radium est valable pour les lésions utérines ou juxta-utérines ; mais pour le cancer étendu à la partie extrême du ligament large, la voie vagino-utérine est insuffisante. L'auteur, après avoir rappelé la radiumchirurgie qu'il a cessé d'utiliser, décrit l'appareil de ses collaborateurs Mallet et Colliez pour radiothérapie à distance, en insistant sur la nécessité d'un dosage précis, en raison de la facilité des excitations à distance par le radium. Très partisan de l'irradiation prolongée jusqu'à trois semaines dans les cancers radio-résistants, il utilise l'index d'activité karyokinique pour régler la durée du traitement.

Il y a quatre ans que M. Proust emploie la curiethérapie. Pendant l'année 1922, 64 malades ont été traitées, 16 sont en bonne santé, 25 p. 100.

Il a l'impression que la solidité de la guérison chirurgicale est meilleure que la solidité de la guérison par curiethérapie, mais il faut avoir opéré en tissu sain non envahi, sinon on n'obtient pas de longues survies.

M. Fourmestraux (Chartres) insiste sur la valeur du traitement chirurgical et sur l'association du radium avec l'hystérectomie secondaire. La mortalité s'est abaissée à 9 p. 100 ; certaines malades sont en bonne santé depuis douze ou treize ans, il en attribue le résultat à la technique et au drainage.

MM. F. Delporte et Jean Cahen (Bruxelles) rappellent brièvement les idées directrices qui les ont guidés dans le traitement curiethérapique des différents cas.

Tous ont été traités, sauf les cas de métastases lointaines cliniquement décelables et les cas fistulisés dans la vessie ou le rectum. Sont éliminés de la statistique les adéno-carcinomes. Le poste « Perdues de vue » comporte les malades non examinées à la consultation depuis plusieurs mois et qui étaient en bon état à leur dernière visite ; celles dont on ne possède que des renseignements par correspondance. Le poste « Décès » comporte les malades mortes de leur affection cancéreuse ou d'une maladie intercurrente ; les cas récidivés non traités ou traités sans résultat.

Cas opérables : 66. Guérisons apparentes : 14 de moins d'un an ; 8 de plus d'un an ; 10 de plus de deux ans ; 4 de plus de trois ans ; 2 de quatre ans. Perdues de vue : 7. Décès : 21 (31.81 p. 100). Total des guérisons de plus d'un an: 24 (31.84 p. 100). Total des cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 37 (56.06 p. 100).

Cas inopérables : 115. Guérisons apparentes : 16 de moins d'un an ; 17 de plus d'un an ; 13 de plus de deux ans ; 3 de plus de trois ans ; 2 de quatre ans ; 1 de six ans neuf mois. Perdues de vue : 18. Décès : 45. Total des guérisons de plus d'un an : 36 (36.27 p. 100). Total des cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 52 (50.18 p. 100).

Cas très avancés : 73. Guérisons apparentes : 12 de moins d'un an ; 2 de plus d'un an ; 7 de plus de deux ans ; 1 de plus de trois ans. Perdues de vue : 18. Décès : 33. Total des guérisons apparentes de plus d'un an : 10 (13.71 p. 100). Total des cas en vie et présentant les apparences de la guérison : 22 (30.14 p. 100).

Total : 254 cas. Guérisons apparentes de plus d'un an : 66 (27.15 p. 100). Cas en vie et ayant les apparences de la guérison : 111 (43.7 p. 100).

MM. F. Delporte et Jean Cahen apportent les résultats du traitement radium-chirurgical transabdominal des épithéliomas inopérables du col utérin.

1° Le pourcentage des cancers du col inopérables dans les consultations hospitalières est d'environ 60 p. 100. Dans les centres anticancéreux, où affluent les mauvais cas, rebuts de la chirurgie, la proportion atteint 75 p. 100. Nos efforts doivent donc se porter vers ces malades.

2° Les auteurs, dans un premier temps, font une application vaginale ou utéro-vaginale de platine plus caoutchouc.

3° Six semaines à deux mois après cette application la tumeur du col a disparu, une muqueuse nouvelle tapisse le fond du vagin, l'œdème inflammatoire des paramètres est résorbé. A ce moment il persiste dans les ligaments larges et pour les cas inopérables et les cas très avancés une infiltration indurée, néoplasique, qui n'a pas été atteinte par les foyers vaginaux ou utéro-vaginaux. Il en est d'ailleurs de même pour les cas diagnostiqués opérables avant l'application utéro-vaginale et chez lesquels existe une infiltration indurée, douloureuse après cette application. Les auteurs pratiquent dans ces cas une seconde intervention : pose intra-abdominale de radium qui consiste à placer des tubes dans la base des paramètres et des aiguilles dans la portion sus-isthmique du corps.

Les auteurs n'ont pas adopté d'emblée cette technique. Ils y sont arrivés petit à petit ; et si 48 malades ont subi une application intra-abdominale, chez 19 d'entre elles seulement la technique précitée a été observée scrupuleusement. Pour ces 19 cas inopérables il y a 10 guérisons apparentes (52.63 p. 100) ; 2 de deux ans sept mois, 1 de deux ans six mois, 2 de deux ans trois mois, 1 de un an trois mois, 4 de un an. Pour 24 autres malades inopérables soignées antérieurement par des techniques moins bien établies, il y a 8 cas de guérison apparente (33.33 p. 100) : 1 de trois ans un mois, 3 de trois ans ; 4 de deux ans dix mois. Les 5 autres malades de ce groupe de 48 ont été soignées par une autre méthode insuffisamment mise au point. De ces 5 cas très avancés, 4 sont décédés dans l'année, 1 dans le courant de la deuxième année.

Pour les auteurs, la radiumchirurgie ne peut être condamnée comme l'a fait M. Regaud dans son admirable rapport. Elle a donné dans des cas inopérables et dans des cas très avancés des succès qui permettent d'apprécier sa valeur. Les procédés d'irradiation externes, rayons X et radium, préconisés par M. Regaud sont un espoir nouveau, mais ils n'ont pas encore fourni les résultats éloignés de la radiumchirurgie. Depuis un certain temps les auteurs utilisent l'appareil du Dr Sluys pour les irradiations du bassin par foyers externes multiples et facilement dirigés. Ils donneront bientôt les résultats obtenus par cette méthode.

M. Robert Monod (de Paris) expose en détail 75 observations de cancer du col de l'utérus traités à la clinique chirurgicale de la Salpêtrière (professeur Gosset) depuis 1920. Il s'agissait toujours de cancers épithéliaux vérifiés par l'examen histologique et en général de mauvais cas considérés comme inopérables. Ces malades ont été traitées par curiethérapie suivant la technique de M. Regaud, puis ont subi une hystérectomie totale de quatre à six semaines après.

L'hystérectomie est praticable et même simplifiée après une application de radium : 69 hystérectomies ont donné 4 morts et en particulier 32 Wertheim avec 0 mort.

L'hystérectomie doit être faite le plus largement possible, car le siège des récidives est le plus souvent dans le paramètre et au niveau des pédicules lymphatiques pelviens.

L'opération donne après le radium une seconde garantie de guérison. Sur 15 cas où le radium avait été insuffisant (persistance de foyers néoplasiques dans 6 cas), 8 cas ont été guéris par la chirurgie.

Cette technique donne aux malades le maximum de chances de guérison, puisqu'elle donne actuellement 60 p. 100 de guérison après trois ans

M. Odescalchi (Milan) apporte une statistique de 86 cas dont 50 opérables avec 36 guérisons.

Mme Dobrovolskava-Zavadzkava (de Paris) a étudié les différentes méthodes générales de traitement du cancer et note en particulier que l'émanation de radium introduite par voie intraveineuse n'a pas de résultat actif sur les tumeurs.

M. Arnaud (Saint-Etienne) rapporte ses résultats personnels de curiethérapie qui sont mauvais ; une série d'une cinquantaine de cas n'a donné que quelques cas rares de survie éloignée. Au contraire, la chirurgie lui a donné d'excellents résultats. Il insiste sur la gravité des métastases et des tumeurs secondaires à la curiethérapie.

M. Vana (Brno, Tchéco-Slovaquie) insiste sur l'importance de l'état physico-chimique du sang dans le cancer.

M. Sluys (Bruxelles) oppose la précision des techniques modernes de röntgenthérapie à l'imprécision de la curiethérapie. Malgré cela, cliniquement, il est impossible de nier la supériorité de cette dernière dans la thérapeutique des tumeurs malignes.

Il faut arriver à répartir dans l'espace le rayonnement nécessaire à chaque cas particulier, et l'auteur a créé pour cela un appareil ingénieux avec treize foyers représentant treize portes d'entrée non chevauchantes. En outre, afin de parvenir à la précision dans la mesure de l'intensité en tous points, l'auteur a construit un appareil de mesure consistant en une chambre isonométrique reliée à un électromètre à fil et à compensation. Les résultats sont bons.

De l'avenir de l'aviation sanitaire.

Par le prof. R. Picqué.

Après avoir rapporté ses bienfaits aux blessés de guerre, dont plus de 3.000 ont déjà été transportés par air, l'avion sanitaire doit être offert aux accidentés du temps de paix, soit individuels, soit collectifs.

En cas de catastrophes (chemins de fer, grands chantiers de construction, centres industriels) loin de tout secours, comme en cas de complications d'une maladie grave (appendicite, grossesse tubaire ou dystocique, méningite cérébro-spinale, etc.), survenant loin d'un centre outillé, l'avion doit être prêt à venir au secours.

Il en est ainsi dans la région du Sud-Ouest de la France, où une escadrille de quatre avions sanitaires (trois Bréguet, un Hanriot) est groupée au centre de Cazaux, *distant de Bordeaux* de 75 kilomètres ; elle apporte couramment à l'hôpital de Talence Bordeaux les accidentés de ce camp ainsi que les malades urgents.

Et des terrains sont organisés depuis La Rochelle jusqu'à Bayonne pour assurer, le cas échéant, le transport sur Bordeaux des blessés et malades nécessitant des soins spéciaux.

Les indications du transport par air sont surtout urgentes dans les pays aux larges espaces. La Suède, le Siam, etc., les ont déjà réalisées. Elles doivent s'étendre peu à peu jusqu'au jour où il sera banal de soustraire systématiquement tout blessé ou malade grave aux lenteurs et trépidations de la route, pour le confier à l'avion.

L'avion sanitaire français 14 T *bis*, amené de Bordeaux à Rome par le professeur Picqué sous la conduite du pilote Gœgel, a été présenté aux congressistes le dimanche 11 avril, à l'aérodrome de Centocelle, et un tour d'horizon a été offert à ceux qui désirèrent juger des douceurs du transport aérien.

La communication du professeur Picqué a été suivie de la projection de deux films montrant l'aviation sanitaire en action au Maroc et en France, sur terre et sur mer.

Les Livres

A. Maloine et fils, éditeurs, Paris.

Dr Georges Higoumenakis. — **La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement. Préface de G. Milian. (1 volume, 134 pages, 1925.)**

L'hérédo-syphilis de première génération, c'est-à-dire l'hérédo-syphilis tout court, n'est pas encore bien connue de la majorité des médecins ; beaucoup de stigmates, beaucoup de maladies viscérales restent encore souvent contestées dans leur cause malgré les arguments cliniques et thérapeutiques les plus évidents.

Quant à *l'hérédo-syphilis de deuxième génération*, elle est inconnue ou niée de la plupart des médecins même spécialisés. Il faut pourtant que les maladies, dont nous mourons (cirrhoses, néphrites, paralysies, etc.) viennent de quelque part, quand aucune infection n'est venue contrarier notre vie.

Cependant les hérédo-syphilitiques peuvent donner naissance à des enfants entachés aussi de syphilis, sans avoir contracté eux-mêmes, pour leur propre compte, une syphilis acquise antérieurement à la naissance de leurs enfants. C'est là la syphilis héréditaire de seconde génération. L'auteur démontre son existence, basée sur de nombreux documents et sur quelques observations personnelles rapportées en détail. Il étudie ses diverses modalités cliniques, sa transmission, et enfin son traitement prophylactique et curatif, qu'il expose avec de nombreuses et intéressantes données de pratique.

Collection des travaux de pathologie comparée
8, rue des Acacias, Paris 17e.

Dr Ed. Crouzel. — **Aphorismes vécus. Maximes vécues et infusions de pensées sauvages.** (Prix: 7 fr. 50.)

C'est, pourrait-on dire, la nature humaine en actions, sous forme kaléidoscopique de la vie courante.... d'après guerre.

Le bon La Fontaine avait bien peint exactement la vie humaine, sous tous ses aspects. La Rochefoucauld, par ses maximes, avait aussi condensé la pauvre humanité, dont la plupart des actes ont toujours été dictés par l'*égoïsme*. La grande guerre n'a fait qu'aggraver les mauvais instincts de la personnalité humaine, avec la destruction de ce qui lui restait d'*altruisme*.

Le docteur Crouzel a fait acte de psychologue averti, en écrivant ce volume, où la *médecine*, les *médecins* et les *malades* ne sont pas oubliés.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS

I

Discours du professeur Bordet,

Directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Messieurs,

Le Comité des « Journées Médicales de Paris » m'a fait le grand honneur de me désigner pour être l'interprète des confrères étrangers. J'avoue avoir éprouvé quelques scrupules à accepter cette flatteuse distinction qui, à mon sens, ne me revenait guère. Certes, les Belges sont pour la France, dans leurs paroles et par leurs actes, des amis très fidèles, mais il est d'autres nations ici représentées qui éprouvent pour elle des sentiments égaux d'affection sincère. Assurément, le pays auquel j'appartiens a le respect de l'effort des savants, mais il sait bien qu'étant petit il ne saurait, dans le domaine de la production scientifique notamment, rivaliser avec les grandes nations dont j'aperçois ici les éminents délégués. Par conséquent, ceux-ci eussent pu, et à plus juste titre, être investis du mandat qui m'a été confié. Sans doute, le choix auquel on s'est arrêté se motive-t-il du fait que par une initiative dont elle ressent quelque fierté, la Belgique institua les premières « Journées Médicales », créées avec talent par mes confrères Mayer et Beckers et qui, grâce à l'appui d'un fort contingent de savants étrangers, particulièrement de Français, rencontrèrent un indiscutable succès. Tout récemment encore, le délégué de la France, M. le professeur Léon BERNARD, nous apportait, avec le charme et l'autorité de sa parole, les vœux de nos collègues étrangers. On sait que d'autres villes universitaires organisèrent à leur tour des Journées médicales.

En somme, ce n'était là que des essais préliminaires, sinon timides. Il manquait, aux « Journées médicales », la consécration définitive, celle de la Cité évocatrice entre toutes où tant d'œuvres furent conçues et réalisées, où les savants comme les écrivains ou les artistes sentent flotter dans l'air tant de mémoires illustres. Les « Journées Médicales » ont leur apothéose, elles s'ouvrent aujourd'hui dans la grande ville, sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République, à qui les étrangers ici groupés apportent par ma voix le salut de leur Pays et le tribut de leurs respectueux hommages. Perdant de vue que je ne suis ici que leur porte-parole, et me souvenant un instant de ma nationalité propre, je me permets d'exprimer en outre, au chef de l'Etat, les sentiments de profonde et déférente sympathie du Gouvernement belge et de notre Corps médical.

C'est un présage de succès pour ces Journées Médicales d'avoir été organisées par notre savant collègue M. le professeur BALTHAZARD, avec le concours dévoué de ce jeune et distingué chercheur, M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, et d'être présidées par une personnalité essentiellement représentative de la science française, M. le professeur, ou, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, mon ami Fernand WIDAL. Parmi les célébrités médicales contemporaines, M. Widal est l'une de celles, assez rares, que les hommes de laboratoire et les cliniciens revendiquent à l'envie et se disputent comme faisant honneur à leur groupe. Nul mieux que lui, en effet, grâce à l'exceptionnelle étendue de sa formation scientifique, ne réalisa l'alliance féconde de la clinique et du laboratoire, soit qu'il appliquât au diagnostic les ressources de la sérologie, soit qu'il scrutât la puissance d'action des organes qui président à la nutrition, soit que, préoccupé des conditions de l'équilibre sanguin, il retrouvât dans une série de perturbations, les traits caractéristiques de ces phénomènes singuliers qu'on dénomme anaphylactiques. Encore ne fais-je allusion qu'à quelques-uns de ses innombrables travaux.

On a déjà fait ressortir, avec une éloquence que je n'égalerai pas, les avantages d'ailleurs patents des Journées Médicales, propices à l'instruction mutuelle des médecins et qui, de plus, ont ce mérite charmant de resserrer le lien entre les confrères en les associant plus étroitement dans l'effort vers la découverte et la conscience de ce que leur mission comporte de généreux et d'élevé.

Nulle science peut-être n'exige plus que la médecine la multiplicité des concours, la collaboration de ceux qui expérimentent et de ceux qui observent, la confrontation minutieuse des manifestations signalées de toutes parts et des résultats consignés. Les phénomènes acquièrent une exceptionnelle variabilité en raison de l'interférence des causes morbides très nombreuses avec la diversité réactionnelle presque infinie des terrains où s'exerce leur influence. Quelle sagacité

ne fallut-il pas, par exemple, à nos grands ancêtres de la clinique et de l'anatomopathologie, pour saisir le lien qui unit les aspects multiples de la tuberculose ! De nos jours encore, entre certaines maladies, des parentés longtemps insoupçonnées paraissent s'avérer. En médecine, la vérité apparaît rarement tout d'un coup à la façon d'une statue de marbre blanc qui surgirait brusquement du sol, dans la perfection nette de ses contours et dans sa splendeur péremptoire. En médecine, les multiples regards tendus vers l'horizon n'aperçoivent d'abord qu'un fantôme inconsistant masqué de brume, dont chaque observateur s'essaye à préciser les lignes, jusqu'à ce que l'ébauche prenne corps et que, à la faveur d'un ultime et décisif progrès, la vision devienne une réalité. A ce propos, rendons hommage à la médecine française en commémorant le centenaire d'une belle découverte. Il y a exactement un siècle, en *1826, le grand médecin* Bretonneau, le maître de Trousseau, créa le nom de diphtérie, dégageant cette maladie du chaos des angines banales, l'érigeant en entité morbide et la considérant, par une vue profonde que la bactériologie ratifia, comme une lésion locale comportant une intoxication générale.

Ces Journées, où l'on expose de nombreuses questions nouvelles, sont aussi *pour ceux qu'elles* groupent une occasion de juste fierté devant les progrès que la médecine réalise et les bienfaits qu'elle répand. Le médecin se sent grandi par la science qu'il représente, il l'aime profondément. Il n'entend pas faire vœu de pauvreté, mais il appréciera toujours, comme sa véritable richesse, le souvenir des tâches bien accomplies, des diagnostics difficiles qu'il a pu instituer, des interventions délicates qu'il a réussies, des vues nouvelles qu'on lui doit. Sa joie, au laboratoire, parmi tant de recherches entreprises et dont beaucoup, hélas ! n'aboutissent guère, c'est d'avoir le droit de se dire parfois, devant tel *résultat* d'expérience : enfin, voici un travail qui donne, voici un fait qui pourra être utile. Ce sont les satisfactions du métier. Et c'est surtout, dans la pratique médicale, de songer à tous les malheureux que l'espoir abandonnait et dont on a raffermi le courage. Le grand Français qui, tout récemment, honorait de sa présence nos Journées Médicales, M. le maréchal Lyautey, nous disait que l'attitude du médecin penché sur la poitrine du patient ne doit pas seulement apparaître comme un geste voulu par la technique : elle revêt à ses yeux la beauté d'un symbole. C'est très juste. Vraiment, le médecin entend battre le cœur de son malade en ce sens qu'il le suit affectueusement dans sa peine, qu'il incline vers lui sa sollicitude agissante, et que bientôt, une communion s'établit entre celui qui souffre et qui s'inquiète et l'ami qui soulage et console.

Cette mission tutélaire, la médecine, devenue l'hygiène sociale, l'élargit considérablement en combattant les fléaux sociaux par la généreuse coordination des efforts et l'habile agencement de tous les moyens d'action. Proclamant au nom de l'équité que les sacrifices imposés par les maux qu'engendrent le fait même de la vie en commun ne saurait peser sur les victimes, démontrant au surplus que toute intervention en faveur de celles-ci préserve l'ensemble de la société, elle instaure le principe de la défense collective. Si, d'une part, elle invoque notre intérêt bien compris, elle s'adresse de l'autre à ce qu'il y a de meilleur en nous, elle cherche à réveiller les instincts altruistes si prompts à s'assoupir. Elle-même, place le bien social au-dessus de l'intérêt corporatif de ceux qui la représentent. Sachant user de fermeté lorsqu'il s'agit de mettre le public en garde contre ses passions délétères, elle s'efforce surtout de l'éclairer, elle découvre d'ingénieux moyens de l'instruire, elle se fait persuasive. Elle reconnaît que le champ de son action s'étend, qu'elle doit se préoccuper aussi des conditions matérielles de la vie, puisque dans la propagation de diverses maladies qu'elle considère avec prédilection, telle la tuberculose, toutes les causes de déchéance interviennent ; elle touche ainsi à la sociologie. Dans le choix de ses méthodes, elle est habile et souple, elle sait qu'on ne peut forcer la nature, qu'il faut en faire converger les ressources, elle s'approprie aux circonstances, sans oublier les facteurs psychologiques, qu'on ne saurait négliger. C'est l'esprit médical, imprégné de science objective, mais fait de sensibilité autant que de réalisme. Vraiment, on souhaiterait volontiers à ceux dont c'est la destinée de régler les graves problèmes sociaux, à tous les réformateurs, l'âme clairvoyante et attendrie de l'hygiéniste. Quel contraste avec celle des farouches constructeurs de système absolu, de ces théoriciens obsédés dont l'histoire nous offre des exemples dont le Dieu a soif d'holocaustes et qui, n'aspirant au pouvoir que pour donner raison à leur idéologie anguleuse et rigide, prétendent pétrir la pâte humaine comme si c'était une matière inanimée, sans paraître se douter qu'elle frémit sous leurs doigts, et que la politique devant être de la morale en action, ne saurait avoir d'autre fondement que la raison tempérée de bonté ! Essentiellement pratique et claire, peu encline à la métaphysique, l'hygiène sociale applique le précepte moral sans en rechercher l'origine lointaine ou en discuter l'inspiration première. Ce qu'elle sait, c'est que les Sociétés humaines ne peuvent avoir d'autre but que d'assurer à leurs membres un maximum de bonheur équitablement réparti ; ce qu'elle retient, c'est qu'il faut aimer et protéger chaque unité sociale, et que rien d'ailleurs n'inspire mieux le sentiment démocratique que le spectacle permanent des communes faiblesses et de la complète éga-

lisation des hommes par la maladie et la souffrance. Cette philosophie suffit pour qu'elle étende sur un domaine croissant sa vaste sollicitude, pour qu'à la lueur de la science, surgissent ainsi toutes ces œuvres ou ces mesures visant à améliorer l'hygiène générale, à enrayer l'extension des grandes maladies contagieuses, à parer aux accidents professionnels, à protéger la femme et l'enfant, et qui sont le vivant témoignage du progrès social véritable. Pour ceux dont l'existence laborieuse s'écoule à soigner leurs semblables, le vrai progrès ne s'atteste point en ordre principal par l'aveuglant éclat de ces surprenantes réalisations matérielles qui, trop souvent, incitent à la vie trépidante et factice en créant des besoins jamais assouvis et ruineux. Pour eux, la vraie civilisation, et on devrait le comprendre toujours sans attendre l'approche des désastres, c'est l'harmonieuse unanimité des collaborations, c'est l'entraide, c'est la pureté d'une atmosphère paisible où flotte l'âme collective émanée du cœur de chacun.

De plus, le médecin contemple trop souvent cet admirable ensemble discipliné, l'organisme vivant, où toutes les activités partielles, s'ajustant dans un ordre parfait, assurent la synergie nécessaire à leur propre maintien, pour ne pas souhaiter que l'immense organisme total, l'humanité, si lourd que soit son héritage de compétitions séculaires, puisse enfin jouir semblablement d'une physiologie harmonieusement équilibrée. Les hommes de science doivent défendre cet idéal. Peut-être si, répétant moins volontiers qu'ils sont nés pour la lutte, les hommes se rappellent davantage qu'ils sont tous solidaires, si le désir de paix réussit la seule conquête valable, celle de l'intimité des cœurs, si le principe du droit qu'ont les peuples de disposer d'eux-mêmes, qu'il fallait invoquer pour libérer les races opprimées, ne sert jamais de prétexte, étant criminellement interprété, à des discordes imprévues si non à des tentatives visant à déchirer des liens infiniment respectables, peut-être connaîtrons-nous l'aube d'une ère apaisée, peut-être même les Etats-Unis d'Europe deviendront-ils autre chose qu'un prestigieux mirage. Mais nous savons qu'on voit rarement un liquide se prendre en cristaux d'un seul coup. Le phénomène débute par des points limités d'où se dégage une sorte de persuasion invincible qui, en se propageant, force les molécules éparses et indisciplinées à se réunir, par oppositions successives, en un bloc ordonné. Ainsi l'exemple d'ententes très solides partira-t-il sans doute des peuples qui, tels les nôtres, se sentent entre eux les affinités les plus confiantes. Sans doute sera-t-il réservé à votre grande nation, grâce à sa force attractive et au charme prenant de sa culture, de jouer à titre éminent ce rôle providentiel de centre de cristallisation. C'est notre fervent espoir, c'est à cela aussi que, dans la faible mesure de nos forces, nous travaillons aujourd'hui. Croyez-le, ce sentiment n'a pas été tout à fait étranger, notamment, à la création des Journées médicales en Belgique. J'ai cru pouvoir, Messieurs, en vous parlant, m'abstraire de toute notion technique pour ne considérer dans la science que l'esprit de ses lumineux enseignements. Or, c'est dans cet esprit fraternel, chers confrères de France, que nous nous groupons à vos côtés en vous remerciant de nous avoir conviés à ces assises scientifiques si réconfortantes, et de nous avoir associés à votre labeur fécond.

II

Discours de M. le professeur Balthazard,

Commissaire général des Journées médicales.

Monsieur le Président de la République,
Messieurs les Ministres,
Mesdames,
Mes chers confrères,

M'étant rendu il y a deux ans aux Journées médicales de Bruxelles, je revins si émerveillé des résultats obtenus par nos amis belges, grâce à la formule nouvelle si heureuse qu'ils ont trouvée, que je songeai au moyen de faire profiter de leur idée les médecins praticiens français.

Quel organisme pouvait prendre l'initiative d'une pareille manifestation qui devait forcément être grandiose pour être digne de Paris ? Dès que l'on sort des Journées médicales régionales dont les frais sont faciles à couvrir, il faut une certaine audace, mon ami le Dr René Beckers ne me démentira pas, pour assumer les responsabilités de toute sorte que l'on peut encourir.

Je ne pouvais songer à m'adresser à la Faculté de Médecine ; c'est une grande et noble dame, qui, à juste titre, ne saurait courir les aventures et assumer des risques matériels. A qui donc s'adresser pour grouper tout l'enseignement officiel, officieux et privé parisien dont la réputation est mondiale ? La tâche me parut si compliquée que je l'écartai de ma pensée.

Quelques mois plus tard, un groupe de jeunes médecins, presque tous anciens internes des hôpitaux, certains même parvenus à l'agrégation ou chefs de service dans les hôpitaux, tous ardents et pleins de foi dans les destinées de la médecine française, vinrent me proposer d'organiser des Journées médicales à Paris. Réunis sous la présidence sympathique de Devraigne, ayant pour secrétaire général l'actif Paul Descomps, je les connaissais depuis longtemps et je

les savais capables de soulever des montagnes. Livrés à leurs propres forces, ils avaient fondé la *Revue médicale française*, organe de propagande des idées médicales françaises, dont 10.000 numéros sont gratuitement adressés chaque mois aux médecins du proche Orient et de l'Amérique latine. J'acceptai aussitôt de diriger leur effort et, grâce aux concours que nous obtînmes, grâce à la sympathie de M. le professeur Widal qui voulut bien accepter la présidence des Journées médicales, la réalisation marcha à grands pas.

Je remercie MM. les professeurs de clinique de la Faculté de Médecine qui ont accepté d'ouvrir leurs services à nos adhérents, les chefs de service des hôpitaux, médecins et chirurgiens, l'Institut Pasteur, l'Institut du radium, les membres de la Société de Médecine de Paris et de la Société des chirurgiens de Paris qui feront dans les hôpitaux et cliniques privés la démonstration de leurs méthodes.

M. le professeur Widal a bien voulu dire tout à l'heure que mon optimisme fut pour beaucoup dans la réussite ; je tiens à déclarer que son nom, mis en tête du programme des Journées, a singulièrement facilité la tâche du commissaire général et a aplani bien des difficultés.

Mais je n'aurais rien pu faire si je n'avais eu auprès de moi le plus dévoué, le plus actif, le plus intelligent des secrétaires généraux : j'ai nommé mon ami le Dr Dujarric de la Rivière.

Tous deux, nous devons remercier le Comité de rédaction de la *Revue médicale française*, avec qui nous avons étudié tous les problèmes soulevés par l'œuvre entreprise, dans ces réunions mensuelles si cordiales, que beaucoup d'entre vous connaissent, où la discussion se poursuit gaiement autour d'une table bien garnie de mets et de vins de France.

Le Comité français des Expositions, séduit par notre idée, voulut bien charger M. Jean Faure, président du syndicat des produits pharmaceutiques, d'organiser l'exposition. Ce fut dès lors le succès assuré. On peut dire que jamais les produits pharmaceutiques et les instruments de précision et de chirurgie n'ont été présentés dans un cadre aussi digne d'une industrie qui, par son exportation, constitue l'une des ressources les plus importantes de la France.

Le directeur du Service de Santé militaire, M. le médecin inspecteur général Savornin, a compris qu'à l'heure actuelle il importait de saisir toutes les occasions d'initier les médecins aux progrès de la technique sanitaire militaire. Le nouvel hôpital de campagne, le matériel sanitaire automobile, les démonstrations d'aviation sanitaire du Bourget constituent l'un des principaux attraits de nos Journées.

A tous nos collaborateurs, j'adresse nos meilleurs remerciements ; le succès obtenu sera d'ailleurs leur meilleure récompense. Il me reste en effet à saluer les médecins français et étrangers qui, au nombre de 2.000, ont répondu à notre appel et nous ont fait confiance. Notre secrétariat fonctionne encore pour inscrire quelques centaines de retardataires, ce qui n'est fait pour simplifier notre tâche.

Aussi je demande à tous d'être indulgents. Un effort considérable a été réalisé pour l'instruction et le plaisir de nos adhérents. Les imperfections seront nombreuses, bien que nous ayons pu profiter de l'expérience des Journées médicales de Bruxelles. Mais ce qu'il nous sera difficile de réaliser, en raison même de l'importance de nos Journées, c'est la réception si touchante, si intime, si familiale que trouvent à Bruxelles tous les Français, et ils sont nombreux, qui se rendent aux réunions périodiques et si fécondes, organisées par les Drs Beckers, Mayer et Bernard. Nous ferons de notre mieux et nous nous efforcerons une autre fois de perfectionner notre organisation.

LES ASSURANCES SOCIALES

Rapport complémentaire du Dr Chauveau.

(*Journal Officiel*, Documents Parlementaires. Sénat, Séance du 8 juin 1926, annexe n°316)

Le projet de loi sur les assurances sociales a suscité de nombreux commentaires et de fréquentes réclamations.

La commission d'hygiène, d'assurance et de prevoyance sociales du Sénat, chargée de présenter le rapport sur le projet adopté par la Chambre des Députés, a, de nouveau, entendu des délégations nombreuses et vient de déposer un addendum à son rapport primitif.

Nous n'en extrairons que ce qui peut intéresser le corps médical.

1° Limitation du salaire.

Le salaire maximum, permettant de bénéficier des dispositions de la loi sur les assurances sociales, avait été fixé, par la Chambre, à 10.000 francs.

La commission du Sénat l'avait porté à 12.000 francs.

Or, un certain nombre de délégations avaient proposé de fixer ce chiffre à un taux supérieur. N'oublions pas que ce maximum de 12.000 francs

est augmenté de 2.000 francs par enfant de moins de seize ans, que l'assuré a à sa charge.

La commission du Sénat n'a pas jugé utile de changer son maximum primitif, estimant qu'au-dessus de 12.000 francs, un ménage sans enfant peut parfaitement supporter, par ses propres moyens, les dépenses de maladie ou d'accident.

La commission s'est d'ailleurs rendue aux observations des représentants de l'Union des Syndicats médicaux. Ceux-ci ont fait remarquer qu'une élévation trop grande de ce maximum diminuerait la clientèle normale des médecins, non seulement de tous leurs clients qui touchent un salaire, mais encore de petits patrons, petits artisans, fermiers, cultivateurs, travailleurs intellectuels non salariés, qui pourraient devenir facilement des assurés facultatifs, partant des bénéficiaires de la future loi.

Le corps médical désire rester dans la normale en ce qui concerne l'exercice de sa profession et repousse avec énergie une extension trop grande du domaine de la future loi, car ce serait un acheminement déguisé et fatal d'une profession libérale libre vers un salariat et un asservissement des forces intellectuelles de la corporation médicale.

2° Affiliation des métayers à l'assurance obligatoire.

Certains avaient invoqué les intérêts généraux de l'agriculture, pour essayer de faire entrer les métayers dans le cadre de l'assurance obligatoire ?

Non, a répondu la commission du Sénat, car il faut ranger cette catégorie de travailleurs, à l'instar des fermiers, dans celle des exploitants, et non dans celle des salariés.

3° Réduction du délai de carence en cas de maladie.

Si, en principe, l'assuré a droit à la visite ou à la consultation médicale et aux fournitures pharmaceutiques, dès qu'il se sent souffrant, il ne peut recevoir son indemnité de maladie, son demi-salaire qu'à partir du 6e jour qui suit le début de la maladie ou de l'accident (article 5, § 1 du préjet sénatorial).

Y avait-il lieu d'abaisser cette période de carence, pendant laquelle le malade ne touche aucune indemnité, en dehors des frais médicaux et pharmaceutiques ? La commission sénatoriale n'a pas cru devoir changer en quoi que ce soit ses dispositions primitives, et a maintenu son premier texte.

Un des arguments invoqués a été le souci d'éviter les consultations médicales trop chargées, encombrées qu'elles seraient par nombre de personnes, désireuses, non de se faire soigner, mais d'obtenir un à deux jours de repos payés.

Voici en quels termes s'exprime le rapporteur, le Dr Chauveau, sur ce point particulier :

La guérison du bénéficiaire, l'on en convient, est d'autant mieux assurée que le médecin peut concentrer sur le vrai malade toute son attention et tous les moyens d'action de la caisse.

Or, nous l'avons montré dans notre premier rapport, les malades atteints d'affections bénignes, à Strasbourg (ville) par exemple, encombrent les cabinets médicaux. Les nouvelles statistiques parvenues à la connaissance de votre rapporteur confirment cette situation. En 1925, sur 108.420 cas de maladies, 70.279, soit 60 p. 100 n'ont pas entraîné d'invalidité.

Comment ne pas s'efforcer d'écarter certains consultants au profit de ceux qu'atteint réellement une maladie sérieuse ? L'un des meilleurs moyens d'y parvenir — avec la participation de l'assuré aux frais médico-pharmaceutiques — n'est-il pas de supprimer toute indemnité tant que la maladie, l'indisposition, si l'on veut, n'apparaît pas comme vraiment sérieuse ? C'est d'ailleurs l'opinion maintes fois exprimées par les syndicats médicaux. Ainsi, les vrais malades pourront mieux recevoir tous les soins qu'ils méritent et les caisses ne risqueront pas, en cas d'épidémie de grippe légère, par exemple, de voir toute leurs ressources, toutes leurs réserves consommées par les indemnités versées à des assurés indisponibles pour un temps très court.

Voilà pourquoi votre commission a porté à cinq jours le délai de carence fixé à trois jours par la Chambre (et non à deux, comme on l'a écrit par erreur). Elle aurait trouvé sans peine des précédents pour l'élever à huit jours (chiffre qu'elle avait d'abord adopté), à dix ou même douze.

C'est dire qu'il est injuste de prétendre que cette disposition, « si elle était ratifiée par le Sénat ferait supporter à notre pays le triste honneur d'être celui qui impose les conditions les plus dures à ses assurés ».

En réalité, cette disposition est prise dans l'intérêt bien entendu des assurés, à qui l'on évite des soins médicaux en série, donnés à cent malades en une heure ou deux, comme dans telle grande ville d'Allemagne, sinon, elle n'aurait pas été admise par votre commission, qui, au contraire, s'est attachée, après la Chambre, à doter le pays d'un réseau d'assurances aussi vaste, aussi richement imprégné d'un esprit de progrès de justice et de solidarité.

Certes, s'il faut faire du dépistage, s'il est indispensable, au nom de l'intérêt social, de découvrir à temps une affection guérissable, si, enfin, le travailleur, qui se présume malade, doit avoir toute facilité pour consulter immédiatement son médecin, il ne faut pas permettre que, sous une forme ou une autre, les malades ou pseudo-malades puissent venir encombrer le

cabinet de consultation du praticien, non pas pour obtenir un diagnostic et un traitement, mais pour avoir un motif pour ne pas aller au chantier ou à l'atelier, tout en touchant le demi-salaire.

Ce qui se produit parfois, pour les accidents du travail ne doit pas se renouveler, dans le cadre de la future loi sur les assurances sociales.

D'autant que certains pays nous ont donné un exemple déplorable de la manière dont le service médical est devenu un leurre : le praticien, mal payé, surchargé de besogne, n'examine plus les clients et se transforme en distributeur automatique de potions anodines, de purges ou de médicaments contre le mal de tête.

Ne voit-on pas, dans certains hôpitaux, dans les services de consultation encombrés, des ordonnances toutes rédigées d'avance, imprimées ou polycopiées ? Ces ordonnances omnibus sont distribuées à tous les malades. Parmi ces derniers, il n'y a que ceux dont la lésion est évidente et dont l'examen s'impose à première vue, qui sont réservés pour diagnostic ultérieur.

Ce n'est pas faire de la médecine humaine, ceci: ce n'est même pas de l'art vétérinaire. La médecine sociale ne doit pas aboutir à cette carica*cure de diagnostic et de soins.*

4° Maintien des soins médicaux et pharmaceutiques aux invalides après la cinquième année.

Le projet de loi du Sénat accorde aux malades les soins médicaux et les frais pharmaceutiques pendant les six mois qui suivent le début de la maladie.

Au bout de six mois, si l'assuré n'est pas capable de reprendre son travail, et si un examen médical détermine que l'incapacité de travail est supérieure aux 2/3, l'infirme ou l'invalide reçoit, non seulement une pension, mais a droit aux soins médicaux et aux fournitures pharmaceutiques, pendant encore cinq ans.

Après ce délai, il payera médecin et pharmacien de sa poche.

Il en est de même pour les retraités par vieillesse. Dans le projet primitif, soumis au Sénat, tout vieillard, âgé de plus de 60 ans et titulaire de sa pension de retraite, doit honorer le médecin et le pharmacien.

La commission sénatoriale est revenue sur cette décision et laisse aux caisses locales la possibilité d'assister médicalement tous les invalides des 2/3 et les vieillards.

5° A propos de l'assurance-maladie.

A. — Le forfait.

Le conseil de l'Union des Syndicats médicaux avait demandé à la Commission d'assurance du Sénat qu'un texte précis de la loi puisse interdire les honoraires à forfait.

Les délégués du corps médical avaient démontré que le régime du forfait est avilissant, qu'il ouvre la porte à des concurrences au rabais, entre médecins et que, si ces derniers estiment toujours trop faire de travail pour la faible indemnité, qui leur est allouée annuellement, les caisses et les assurés considèrent, au contraire, que le corps médical ne met pas assez de dévouement dans l'application de sa tâche salariée.

D'ailleurs, l'exemple de l'Alsace et de la Lorraine est instructif, au cas où nous ne voudrions pas rappeler les résultats désastreux donnés par l'institution du service médical à forfait, institué par certains réglements de l'assistance médicale gratuite ou par les mutualités.

Par ce système, on aboutit à une caricature de médecine ; on donne l'illusion que les malades sont examinés et soignés, alors qu'il n'en est rien.

Mais de là à réclamer du législateur qu'il inscrive dans la loi l'interdiction du forfait ou bien vouloir, comme certains le désirent, que le texte législatif décide que l'entente directe et le payement à la visite seront le mode normal et le tiers payant l'exception, c'est, je crois, de la part de nos confrères, faire preuve d'une certaine ignorance des habitudes parlementaires.

La loi doit intervenir le moins possible, pour laisser la liberté des tractations entre caisses et syndicats de praticiens. A ces derniers d'être suffisamment forts, de grouper la totalité des confrères de la région, de savoir exactement ce qu'ils veulent, pour, dans la rédaction des accords locaux, opposer puissance à puissance.

Quoi que dise la loi, le syndicat faible sera toujours opprimé, ou ses tractations seront violées par les dissidents. Le syndicat fort saura imposer la volonté collective de ses membres, aussi bien aux contractants qu'à ses propres participants.

Le législateur ne peut pas imposer ses préférences du moment. Il s'inspirera de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, qui a laissé à chaque conseil général la liberté d'organiser le service médical à sa guise.

Le résultat de 32 ans d'application, c'est que partout où les syndicats médicaux se sont montrés agissants, le service de l'A.M.G. a été progressivement organisé suivant les directives du libre choix et du tarif à la visite.

Partout où le syndicat est divisé, faible, ou entre les mains des amateurs de situations fixes, le forfait a été conservé.

C'est ce désir de laisser la liberté entière aux parties contractantes que le rapporteur du projet de loi exprime en ces termes :

Quelle que soit l'opinion que peut entretenir la plus grande partie du corps médical touchant la

moralité du forfait, il paraît difficile de le viser par une disposition expresse. Le texte du projet laisse à cet effet aux caisses et aux syndicats professionnels le soin de régler par un contrat toutes les questions relatives à l'assistance médicale dont doivent bénéficier les assurés. Après leur avoir, sur le vœu même des praticiens, reconnu à cet égard une entière liberté pour mieux garantir, dans la limite des ressources dont peut disposer l'assurance-maladie, le libre choix et la liberté de confiance du bénéficiaire de l'assistance médicale, le législateur ne peut reprendre sur cette liberté et la limiter en excluant ou en recommandant un mode de règlement qui pourrait être différent de celui auquel ils seraient arrivés.

Ceci posé pour le principe, il a toujours semblé à la commission, il importe de le redire, que la stipulation d'un tarif supposait le payement à l'acte médical rémunéré sur sa valeur acceptée, et non sur les ressources réparties en raison du nombre des actes médicaux accomplis. C'est à ce point de vue qu'elle s'est toujours placée.

B. — Arbitrage.

Le paragraphe 5 de l'article 7 prévoit une commission d'arbitrage, composée par tiers de délégués des caisses, de délégués des syndicats de praticiens et de délégués de l'office des assurances sociales, avec pour mission de discuter les conventions passées entre caisses et syndicats de praticiens, et de régler et de prévenir les difficultés qui peuvent survenir dans les différents services, prendre toutes sanctions nécessaires, sauf appel devant la section permanente du Conseil supérieur des assurances sociales.

L'Union des syndicats médicaux a demandé qu'au cas où les contrats entre caisses et syndicats n'ont pas prévu un mode de réglement des conflits, la commission ci-dessus soit appelée à connaître des difficultés qui peuvent surgir, du fait de l'application dudit contrat.

La commission sénatoriale donne raison au corps médical par l'adjonction suivante audit paragraphe 5 de l'article 7 : « En particulier, elle arbitrera, sous réserve d'appel devant la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales, les litiges qui naîtraient entre les parties contractantes de l'application des dites conventions. »

C. — Demande de représentation des professionnels dans l'Union des Caisses.

Voici la réponse du rapport complémentaire

(Art. 28, § 3.)

Le texte du projet ne donne aucune indication concernant la composition des unions régionales des caisses. Elles comprendront sans doute tout ou partie des bureaux de toutes les caisses départementales qui constitueront l'union régionale ; les praticiens y seront nécessairement représentés, puisque les conseils d'administration des caisses départementales renferment dans leur sein deux praticiens élus par les groupements professionnels.

D. — Impossibilité d'établir un contrat.

Le rapporteur du Sénat estime que même hypothétiquement, on ne saurait admettre qu'il puisse être impossible d'assurer par contrat, tel que le prévoit le projet de loi, le service médical nécessaire au fonctionnement de l'assurance maladie. « Ce serait reconnaître, dit-il, aux groupements médicaux la faculté et les moyens de mettre en échec, ou de suspendre l'application de la loi sur les assurances sociales. C'est une hypothèse que nous ne pouvons vraiment pas envisager. »

Cependant, il ne faut pas oublier qu'en face d'une partie, qui propose, il y en a une autre qui accepte ou refuse. Si, par exemple, une caisse entend imposer au corps médical un payement à forfait, ou une rémunération par tiers payant et si le syndicat médical n'accepte pas ces modalités, il n'y aura pas de contrat possible.

Ce n'est pas, comme le croit le Dr Chauveau, parce que les médecins voudront faire échec à la loi ; mais plutôt parce que les praticiens ne voudront pas se voir imposer des conditions de travail qu'ils jugeraient inacceptables, alors qu'ils se heurteraient à une intransigeance de la part des dirigeants des caisses.

E. — Exclusions.

L'Union des syndicats médicaux avait demandé que puissent entrer dans le cadre de la loi sur les assurances sociales certaines catégories de travailleurs, bénéficiant déjà de garanties analogues (mines, etc.).

Le rapporteur répond que provisoirement ces travailleurs doivent rester en dehors de la loi sur les assurances sociales, car il ne saurait être porté atteinte à des institutions de prévoyance légalement établies et ayant fait leurs preuves, sous réserve que leurs réglements seront en accord avec les prescriptions nouvelles, en ce qui concerne les avantages reconnus aux assurés.

En effet, il faut d'abord voir fonctionner *la loi* sur les assurances sociales et la voir à l'œuvre.

Si plus tard, les bénéficiaires d'assurances légales ont avantage à entrer dans le cadre général des assurés, ils le demanderont. Pour le moment, ils ont intérêt à garder ce qui existe et leur est actuellement profitable.

F. — Intervention dans la confection du règlement d'administration publique.

Un réglement d'administration publique doit déterminer certains points d'application de la loi.

L'Union des syndicats médicaux a demandé que certains de ses *membres soient appelés à*

participer à l'établissement de ce règlement d'administration publique.

Le rapporteur du projet de loi au Sénat fait remarquer que ce desideratum ne peut être pris en considération, car un règlement d'administration publique est, constitutionnellement, une délégation que le Parlement donne au pouvoir exécutif de compléter, dans certains détails, volontairement laissés dans l'ombre, le fonctionnement de la loi qui vient d'être votée.

Le Conseil d'Etat est appelé à donner son avis et sur la proposition des ministres compétents, le président de la République promulgue un décret.

Cependant, un tel règlement d'administration publique ne sera pas arrêté, sans que le conseil supérieur des assurances sociales ait été appelé à donner son avis.

D'ailleurs le premier paragraphe de l'article 72 du projet de loi, actuellement soumis au Sénat, spécifie que ce Conseil supérieur « donne notamment son avis sur tous les projets et propositions de loi et de règlements relatifs aux assurances sociales. »

Par conséquent, les 6 délégués de groupements professionnels de praticiens, dont 3 médecins, élus par l'Union des syndicats médicaux, auront à connaître des propositions faites, par l'administration ministérielle, en vue d'élaborer ledit règlement d'administration publique.

Au surplus, voici en quels termes s'exprime le Dr Chauveau :

Le règlement d'administration publique est un acte administratif à la confection duquel ne saurait officiellement concourir aucune individualité ni aucun groupement n'appartenant pas à l'administration. Une loi ne peut donc prescrire nominativement une collaboration de ce genre, sans méconnaître les principes de notre droit administratif. Toutefois il est de pratique courante de charger une commission consultative de préparer les avant-projets de règlement. Nul doute donc que les syndicats médicaux seront consultés.

Conclusions

Somme toute, le rapport complémentaire du Dr Chauveau n'apporte pas de modifications sensibles en ce qui concerne le corps médical.

Notamment en matière de forfait, voire même du mode de payement des honoraires, le législateur ne semble pas vouloir prendre parti ; il préfère laisser aux contractants entière liberté pour arrêter d'un commun accord le fonctionnement de la loi sur les assurances sociales.

Qu'on le veuille ou non, pareil accord sera indispensable, ne serait-ce que pour que les médecins puissent notifier aux caisses locales qu'ils entendent être choisis et payés directement par chacun de leurs clients.

Car, les caisses auront besoin de faire organiser un contrôle, tant administratif que scientifique sur les assurés malades. La collaboration de médecins sera donc indispensable ?

Ne serait-il pas à craindre que, si les praticiens d'une région s'entêtaient à ne pas connaître les caisses locales d'assurances, celles-ci ne trouvent des médecins alléchés par l'appât d'un traitement fixe parmi les dissidents des syndicats et principalement parmi les jeunes docteurs, n'ayant pas encore de clientèle et totalement ignorants des règles de la plus élémentaire déontologie.

La politique du tout ou rien ne peut se faire, avec succès, que lorsqu'on a avec soi l'unanimité.

Ne se trouvera-t-il pas, en France, suffisamment de « renards », pour tenir en échec ceux des syndicats médicaux qui se refuseraient à tout rapport avec les caisses locales d'assurances ?

Du moment où le législateur entend nous laisser la liberté de nos tractations et n'impose aucun mode général, unique pour toute la France faisons comme pour la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite et par notre union et notre cohésion, employons-nous tous à faire admettre, par nos employeurs, qui seront les caisses d'assurances locales, les modalités locales qui nous paraîtront le mieux en harmonie avec les intérêts primordiaux des malades, ceux des caisses d'assurances sociales et ceux enfin des praticiens.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Fédération des Syndicats Médicaux du Finistère

(30 *mai* 1926)

Assurances sociales. Décisions des Syndicats :

Brest : Entente directe (tout en admettant qu'on laisse aux Syndicats la liberté de pouvoir s'accommoder du tiers-payant, dans certains cas). Contrôle syndical. Participation à la gestion des caisses.

Morlaix : Pas de tiers payant. Contrats collectifs. Contrôle syndical. Participation à la gestion. Désir d'un congrès des Syndicats médicaux.

Châteaulin : Pas de tiers payant. Contrats collectifs, avec tarifs non limitatifs. Contrôle syndical.

Participation à la gestion. Accord de tous les syndiqués jugé nécessaire.

Sud Finistère : Entente directe. Défense du « trépied » (libre choix, secret professionnel, paiement à l'acte médical). Pas de tarification du médecin. Participation à la gestion.

Le projet Chauveau prévoyant des tarifs limitatifs, les syndicats réclament que cette limitation concerne seulement la responsabilité des caisses, et n'admettent pas qu'elle soit appliquée aux médecins.

En aucun cas le paiement des honoraires ne devra être subordonné aux disponibilités financières des caisses.

Le contrôle devra être syndical et non comporter un arbitrage obligatoire.

La Fédération donne mandat à l'Union de défendre ces points de vue avec la plus grande énergie et se rallierait éventuellement aux mesures graves qui pourraient devenir nécessaires.

Situation de l'Union. — La Fédération prend connaissance des comptes rendus de l'important e réunion qui eut lieu à Rennes, le 23 janvier dernier, dont tous les syndicats ont préalablement délibéré.

Le docteur Le Gorgeu fait remarquer que, si des tentatives ont bien été faites, depuis lors, en vue de refaire l'union dans le corps médical, il a le regret de constater qu'un *réel* désir de s'entendre n'a pas dominé ces tractations.

La Fédération partage cet avis et vote l'ordre du jour suivant :

ORDRE DU JOUR :

« Les médecins de l'Ouest avaient demandé une assemblée générale de tous les syndicats médicaux de France dans le but de rétablir le front unique *nécessaire* ; la Fédération constate à regret qu'on n'est pas encore entré dans cette voie.

« Elle insiste donc près du Conseil de l'Union (et le fera savoir également à la Fédération nationale) pour que, *en dehors de toutes questions personnelles, et de toute question d'amour-propre*, l'assemblée projetée pour juillet soit préparée *à la fois* par ces deux grands groupements, qui convoqueront tous leurs syndicats : cette assemblée de juillet devant nécessairement être précédée d'une réunion des délégués des deux groupements.

« La Fédération espère que de ces rencontres découlera la fin de la scission »

Dans un but d'économie, la Fédération estime que deux délégués représenteront suffisamment le département à l'assemblée générale Le docteur Marchais, membre du Conseil de l'Union, représentera le Syndicat de Châteaulin, le Dr Le Gorgeu représentera les trois autres syndicats Les frais de voyage des deux délégués seront partagés entre les syndicats au prorata du nombre de leurs membres.

Assistance médicale gratuite. — Le Dr Chauvel rend compte des démarches faites, comme convenu, près du Conseil général.

Il explique comment notre délégation dut insister pour avoir accès près de la Commission, elle-même, de cette assemblée. Il relate les interventions énergiques des docteurs Vourch et Dupouy auxquels il se joignit pour les appuyer, et qui obtinrent *comme pâlier* les tarifs de 5 francs pour la consultation et 7 francs pour la visite (14 francs de nuit), et 1 fr. 50 pour le kilomètre.

La date d'application de ce nouveau tarif ne fut pas précisée. Après explications demandées, il est probable qu'elle sera fixée au premier avril dernier (1926).

L'administration demande, une fois de plus, que les médecins établissent leurs mémoires dès la fin de chaque trimestre.

Il est bien entendu que nous reprenons le projet formulé à Rennes de demander pour 1927 le tarif minimum syndical tempéré par une réduction de 20 %.

Ce tarif minimum devra être unifié sur la base actuelle de 10 francs pour la consultation, 12 francs pour la visite.

Inspection médicale des écoles. — Le projet d'inspection médicale des écoles, effectuée comparativement, d'une part par des médecins fonctionnaires, d'autre part, par les praticiens en organisation syndicaliste, est abandonné.

Le Comité américain n'a plus voulu subventionner cet essai présenté comme une lutte, mot qu'il traduisit (traduttore — traditore) dans le sens « bataille ».

Bref, l'administration va procéder à un essai par médecins fonctionnaires dans les rayons de Quimper et Quimperlé.

A la demande du Syndicat de Châteaulin, la Fédération présentera à l'Administration préfectorale l'organisation de l'Eure (voir *Concours médical*, 7 mars 1926) comme un exemple à suivre.

Projet de création d'un doctorat en médecine dentaire. — Protestation unanime (transmise à l'Union) des quatre syndicats (lesquels estiment qu'au contraire le doctorat en médecine devrait être exigé des dentistes).

Lutte antivénérienne. — Châteaulin admet le projet présenté. Quimper, Brest et Morlaix l'admettent aussi, mais non sans quelques réserves.

Le docteur Le Gorgeu proteste contre la *gratuité pour tous* des examens de laboratoire. Il demande, en outre, que les médecins qui se sont déjà spécialisés dans ces examens soient agréés par l'administration.

Il ne faut pas que la création de dispensaires spéciaux enlève aux médecins des localités où ils seront créés le droit de continuer à soigner ces malades.

De plus, le médecin ne peut être le gendarme chargé de décider si le malade est indigent ou ne l'est pas.

Il doit encore être établi que le tarif de l'A. M. G. ne saurait être applicable aux non indigents.

LOI DES PENSIONS. SUPPRESSION DES « CATÉGORIES ». — La Fédération prend acte de la suppression des « catégories ». Pour consacrer ce succès, elle croit opportun d'accepter le tarif proposé de 8 fr., mais en spécifiant bien cependant qu'elle ne l'accepte que *comme palier*.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — La Fédération prend également acte de la suppression des « catégories » et du relèvement de tarif obtenu par l'Union, à laquelle, à ce propos, elle exprime ses remerciements.

ASSURANCES SUR LA VIE. — Un relèvement du tarif des examens pour assurances-vie s'impose. Mais la question est générale, il reviendra donc à l'Union de la faire aboutir. La Fédération propose le chiffre de 50 francs par examen.

IMPÔT SUR LES BÉNÉFICES DES PROFESSIONS NON-COMMERCIALES. — La Commission consultative instituée par la loi du 4 avril 1926 devant comprendre deux médecins, la Fédération désigne M. le docteur Chauvel comme titulaire, M. le docteur Morvan comme suppléant.

VISITES DES INSCRITS MARITIMES. — Les conditions dans lesquelles s'effectuent et se payent les examens d'inscrits maritimes, les visites des bateaux nouveaux, etc., sont très différentes d'un port à l'autre, leur tarif est très insuffisant. Une modification et un relèvement s'imposent.

Le président de la Fédération est donc chargé de faire une démarche près du directeur de l'Inscription Maritime et de demnander le tarif de 10 francs par examen d'inscrit.

MÉDECINS ASSERMENTÉS. — Des médecins ont protesté contre le choix, parfois, de médecins jeunes, là où des confrères âgés et de considération parfaite ne sont pas assermentés, et voient pour cette cause, certaines administrations refuser ou contester leurs certificats.

Or, cela résulte non d'une disposition légale, mais d'une habitude peu à peu généralisée.

Reconnaissant à l'administration le droit de contrôle, la Fédération demandera à la Préfecture que tous les médecins soient admis à délivrer les certificats nécessaires — sur papier libre — aux employés de toutes les administrations, le rôle des médecins assermentés étant restreint au contrôle dans les cas douteux.

VENTE DE MÉDICAMENTS DANS DES ÉPICERIES OU AUTRES MAGASINS. — Un confrère signale la vente, de plus en plus étendue, dans certains magasins, pour le compte de pharmaciens, de certains médicaments tels que : pastilles, eaux minérales, coton hydrophile, mais aussi : acide borique, calomel, santonine, sirop bromoformique, teinture d'iode, etc., etc.

Il donne connaissance d'une consultation juridique qu'il a obtenue à ce sujet du « Sou Médical ».

La Fédération décide de faire d'abord une démarche auprès du Syndicat des pharmaciens, se réservant éventuellement, si cela devenait nécessaire, d'exercer des poursuites contre les commerçants ou les pharmaciens en cause.

DICHOTOMIE. — *La décision prise l'an dernier contre la dichotomie devra dorénavant être appliquée par tous les Syndicats dont tous les membres ont maintenant signé l'engagement requis.*

La revision des distances kilométriques et le remaniement des circonscriptions vaccinales sont en voie d'achèvement.

Tout sera soumis aux Syndicats avant la mise en application.

Le Président du Syndicat de Châteaulin saisit la Fédération de la réclamation d'un de ses affiliés contre un confrère qui n'applique pas les tarifs syndicaux et qui appartient à un autre syndicat.

Le bureau de celui-ci devra tenter une démarche pour faire cesser cette irrégularité.

Le Président, Dr F. CHAUVEL. Quimper.

Le Secrétaire, Dr E. DAMEY. Douarnenez.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Enquête sociale

Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire Départemental d'Hygiène sociale de Béziers (Hérault).

(*Suite.*)

CHAPITRE III.

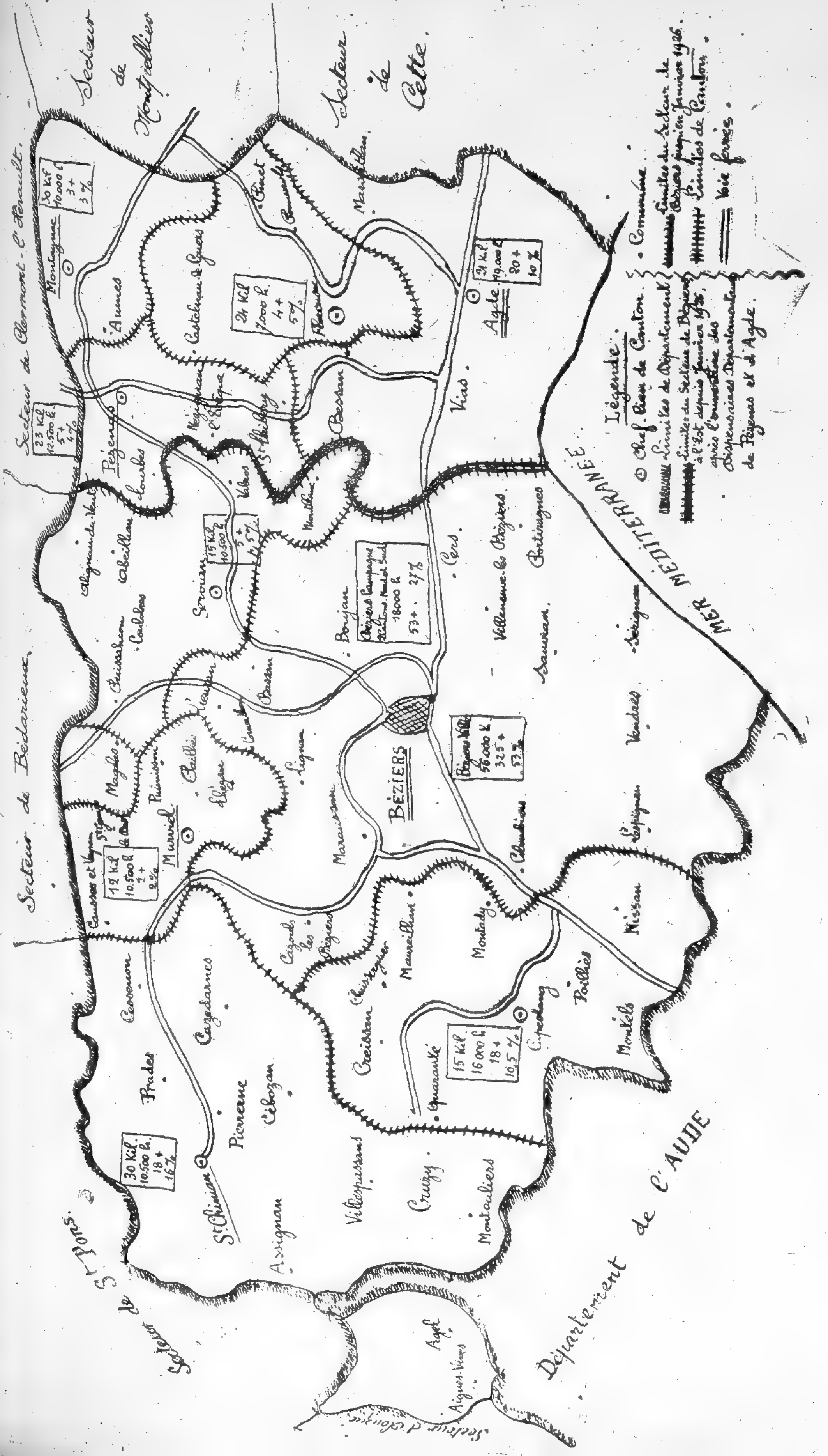
Ville de Béziers.
Description. Division.

Avant d'aborder l'étude de la répartition dans la ville de Béziers des « contagieux » que le Dispensaire y connaît, il nous paraît indispensable de donner de celle-ci une description au moins sommaire.

On trouvera dans ce chapitre un schéma qui facilitera la compréhension de notre exposé.

***

Béziers est bâti sur les flancs et le sommet d'un


BÉZIERS
MER MÉDITERRANÉE
Département de l'AUDE
Légende
Secteur de Cette
Secteur de Montpellier
Secteur de Bédarieux
Secteur de St Pons
Agde
Pézenas
Murviel
Montagnac
Servian
St Chinian
Capestang

plateau. Ce plateau, de forme à peu près triangulaire, est orienté, dans le sens de sa longueur, suivant la direction Nord-Ouest Sud-Est. Un peu plus large au Nord, il se rétrécit au Sud où il se termine presque en pointe, formant une sorte d'éperon auquel fait suite une déclivité assez accentuée qui le relie à la gare du Midi située en contre bas. Le versant Ouest, dont la pente est très abrupte par endroits, aboutit à la rivière de l'Orb. A l'Est, l'inclinaison est moins accentuée ; elle aboutit, après une centaine de mètres, à un bas-fond formant une petite cuvette très évasée parcourue dans sa longueur Nord-Sud par une avenue et un boulevard ; puis nouvelle inclinaison du terrain, inverse de la précédente jusqu'aux coteaux environnants légèrement surélevés et couverts de vignobles et de villas. Au Nord, avons-nous dit, le plateau s'élargit puis se continue insensiblement avec d'autres coteaux également couverts de vignobles.

Les habitations occupent le plateau et sont étagées sur ses trois versants : Sud, Est et Ouest. Ici, au Sud-Ouest, elles franchissent la rive gauche de l'Orb et s'étendent sur sa rive droite où elles prolongent le Faubourg.

La superficie totale de la partie habitée, espaces libres compris, est d'environ 578 hectares.

L'altitude moyenne est de 42 mètres. Elle est de 14 à la gare du Midi, et 70 au point le plus élevé du plateau.

Le sol est formé de terres rapportées, poreuses et perméables. Le sous-sol, à une profondeur qui varie de 1 à 3 mètres, est argileux.

Au point de vue météorologique et climatologique, les caractéristiques de Béziers sont les suivantes : les vents dominants sont celui du Nord-Ouest, qui est froid et sec, et celui du Sud-Est, chaud et déprimant en été, humide et pénétrant en hiver ; la pluie est rare ; les températures extrêmes notées ont été : 35° à l'ombre en juillet-août, et 5° en décembre-janvier ; les températures moyennes sont : 25° à 28° pendant la belle saison, et 10° à 12° en hiver ; les mois les plus chauds sont juillet et août les plus froids décembre et janvier. Le printemps et l'automne y sont délicieux, mais la douceur du premier est malheureusement atténuée par le vent qui, à cette époque, souffle fréquemment et souvent violemment. L'hiver est court et rarement rude ; les chutes de neige sont exceptionnelles et peu abondantes.

***

Administrativement, la ville est divisée en deux cantons : le canton Nord et le canton Sud, dont la superficie et la population sont à peu près égales. La ligne de démarcation suit, de l'Est à l'Ouest : l'avenue Saint-Saëns, les Allées Paul-Riquet jusqu'à la rue du 4-Septembre qu'elle longe dans toute sa longueur, la place de la Mairie, la rue Paul-Riquet jusqu'aux Halles (côté Sud), puis la rue du Collège, le boulevard Tourventouse, l'avenue du Pont-Vieux et se termine, au-delà de l'Orb, dans le Faubourg qu'elle traverse et scinde en deux parties : le Faubourg-Nord et le Faubourg-Sud (voir le plan et le schéma).

C'est d'après cette division en deux cantons que nous répartirons les « contagieux connus » du Dispensaire dans la ville.

***

Une autre division est celle adoptée par le Bureau Municipal d'Hygiène et aussi, croyons-nous, par le Service des Travaux communaux. Elle nous a été signalée par M. le docteur Arquier que nous tenons à remercier ici. C'est elle que nous aurions désiré adopter aussi pour la répartition de nos « contagieux ». Le plan schématique que nous donnons est une reproduction exacte de celui qui nous a été communiqué par le Bureau d'Hygiène. Nous n'aurions eu qu'à en remplir les cases avec les chiffres puisés dans les documents que possède le Dispensaire. Mais une telle recherche suppose un travail long et laborieux ; des erreurs sont à craindre. En outre une telle publication serait inopportune à l'heure actuelle ; la lecture en paraîtrait d'ailleurs fastidieuse à beaucoup

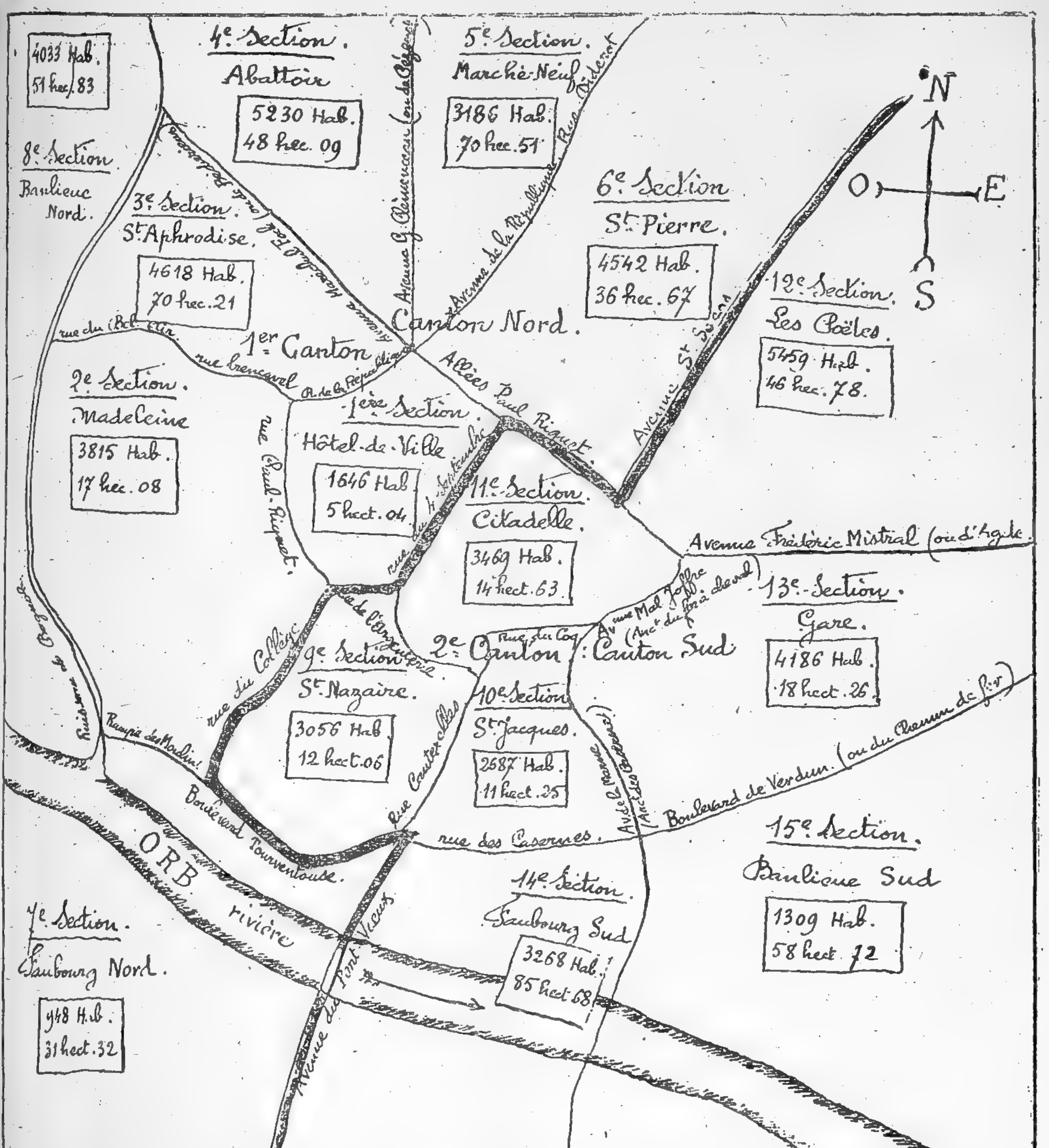
Sections et quartiers			Superficie	Population	Densité par hectare	Nombre de m² dont dispose chaque habitant
1°	Sect.	Hôtel-de-Ville	5 hect. 04	1.646 hab.	327 hab.	31 mètres carrés
2°	»	Madeleine	17 » 08	3.815 »	223 »	44 »
3°	»	Sainte-Aphrodise	70 » 21	4.618 »	63 »	152 »
4°	»	Abattoir	48 » 09	5.330 »	108 »	92 »
5°	»	Marché-Neuf	70 » 51	3.186 »	45 »	221 »
6°	»	Saint-Pierre	36 » 67	4.542 »	124 »	81 »
7°	»	Faubourg-Nord	31 » 32	948 »	30 »	330 »
8°	»	Banlieue-Nord	51 » 83	4.033 »	78 »	128 »
9°	»	Saint-Nazaire	12 » 06	3.056 »	253 »	39 »
10°	»	Saint-Jacques	11 » 25	2.687 »	239 »	42 »
11°	»	Citadelle	14 » 63	3.469 »	237 »	42 »
12°	»	Les Poètes	46 » 78	5.459 »	116 »	86 »
13°	»	Gare Midi	18 » 26	4.186 »	229 »	43 »
14°	»	Faubourg-Sud	85 » 68	3.268 »	38 »	262 »
15°	»	Banlieue-Sud	58 » 72	1.309 »	24 »	448 »

Ce plan respecte la division administrative de la ville en deux cantons, Nord et Sud, mais subdivise ceux-ci en sections, 15 en tout, numérotées de 1 à 15, Les 8 premières sont comprises dans le canton Nord. les 7 autres dans le canton Sud.

En voici l'énumération avec leur dénomination, leur superficie (1), le chiffre de leur population, la densité de celle-ci et, pour chacune, le nombre de mètres carrés dont dispose chaque habitant.

Soit, en chiffres ronds : une superficie totale de 578 hectares ; une population fixe de 52.000 âmes ; une densité moyenne de 90 habitants à l'hectare ; et 111 mètres carrés, en moyenne, à la disposition de chaque habitant.

Le chiffre de 52.000 âmes trouvé ici représente uniquement la population fixe, abstraction faite de la garnison (1.500 à 2.000 hommes) et de la population flottante (1.500 à 2.000 personnes également). Voilà pourquoi il diffère un peu de celui donné précédemment, 56.000, qui représente, lui, la population totale.



Nota. Rappelons que les chiffres ci-dessus concernant la population, sont, pour chaque quartier, inférieurs à la réalité. Le dernier recensement, mars 1926, n'était pas encore fait quand nous avons rédigé ce mémoire et établi ce schéma.

(*A suivre*).

(1) Nous devons à l'extrême obligeance de M. Ricous, directeur des Travaux Communaux de la ville, de connaître la superficie des quartiers et aussi quelques autres renseignements intéressants ; qu'il nous permette de lui exprimer ici tous nos remerciements.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le Dr Louviot, de St-Sylvestre, Nice (Alpes-Maritimes). — Le Dr Delabost, de Rouen (Seine-Inférieure). — Le Dr Lepage (H.), d'Evaux-les-Bains (Creuse). — Le Dr Lambert, de Châteauneuf-sur-Loire (Loiret). — Le Dr Mordagne, de Tourny (Eure). — Le Dr Couturier, de Beaurepaire (Isère). — Le médecin-inspecteur Eugène Richard.

— **Conservatoire national des Arts et Métiers.** — *Institut de technique sanitaire et hygiène spéciale des industries.* — L'enseignement, gratuit, de l'Institut de technique sanitaire est destiné à la formation de techniciens de l'assainissement : constructeurs, ingénieurs, architectes, hygiénistes des collectivités.

Les cours préparatoires à l'obtention du brevet de technicien sanitaire commenceront, au Conservatoire national des Arts et Métiers, à la prochaine rentrée scolaire. Ce brevet est décerné aux élèves régulièrement inscrits qui satisfont à l'examen final, mais l'enseignement total ou réduit à l'une de ses branches reste ouvert aux auditeurs libres qui se font inscrire.

Les inscriptions sont reçues à la Direction du Conservatoire, 292, rue Saint-Martin.

— **L'Internacia Medicina Revuo.** — Le journal *Internacia Medicina Revuo*, dont le rédacteur en chef est le prof. Vanverts, de Lille, paraît très régulièrement ; il a des correspondants et des collaborateurs dans tous les pays et il compte en particulier de nombreux abonnés en Pologne, en Tchécoslovaquie, au Japon, au Brésil, etc.

Grâce à l'espéranto, ce journal a pu ouvrir des enquêtes sur des sujets très divers : situation économique des médecins dans les divers pays (numéro de janvier) avortement et méthodes anticonceptionnelles (numéro de mars). Il a contribué à faire connaître partout l'appel du Dr Decourt en faveur d'une union internationale des médecins praticiens. Le moment est désormais venu, pour les auteurs qui désirent faire connaître leurs travaux à l'étranger, d'envoyer un *court résumé en français* de leurs plus récents articles, ou un exemplaire de leurs livres à la Rédaction de l'*Internacia Medicina Revuo* qui se chargera de traduire ces résumés en espéranto ou d'analyser ces livres s'il y a lieu.

Numéro spécimen de la Revue sur simple demande à l'adresse suivante : Dr Briquet, rue de la Bassée, 31, Lille (cours d'espéranto par correspondance. Ecrire : Ecole Universelle, 59, boulevard Exelmans, Paris.)

— **A Lyon, en cinquante ans.** — Lyon comptait, il y a cinquante ans (1876), 167 docteurs en médecine, 15 officiers de santé, 136 pharmaciens, 83 herboristes, 85 accoucheuses. Il compte aujourd'hui 497 médecins, 1 officier de santé, 190 pharmaciens, 143 accoucheuses, 131 dentistes. Le nombre des médecins a été multiplié par 3, s'augmentant de 330 ; celui des pharmaciens s'est accru de 54 ; celui des accoucheuses de 58 (*Lyon médical*).

— **Une nouvelle publication** : *Les Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire.* Fondées par MM. les prof. Sergent et Tuffier, elles ont pour rédacteurs en chef MM. Pierre Pruvost et Jean Quénu (Editeurs : G. Doin et Cie).

Le but de ces Archives est de grouper les études et les recherches que poursuivent parallèlement les physiologistes, les médecins et les chirurgiens en vue de préciser, de compléter et de rénover les notions déjà acquises dans le domaine de la pathologie respiratoire.

A l'étranger l'on a déjà compris l'importance de cette collaboration du médecin et du chirurgien et dans certaines villes existent des services mixtes de clinique médico-chirurgicale des maladies respiratoires. Il est souhaitable que nos administrations hospitalières suivent cet exemple, mais, en attendant, il a paru à MM. E. Sergent et Th. Tuffier qu'ils pourraient faire œuvre utile en groupant dans une revue périodique les résultats de leurs recherches communes et en faisant connaître en France les travaux publiés à l'étranger.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Enseignement de vacances.* — M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, passera en revue quelques actualités dermato-syphiligraphiques de l'année (dans la série des démonstrations cliniques et thérapeutiques de MM. Chiray, Debré, Foix, Fiessinger et Gougerot) du 14 au 26 septembre.

Lundi 20 septembre, 1 h., présentation de malades à la grande consultation, et à 1 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique : état actuel de la bismuthothérapie, nouvelles médications antisyphilitiques.

Mercredi matin 22 septembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique : Traitements d'assaut de la syphilis.

Samedi 25 septembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique : Présentation de malades ; traitement de consolidation de la syphilis.

Lundi 27 septembre, à 13 h., à la consultation, présentation de malades, et à 11 h. 30, à l'amphithéâtre : Accidents des arsénobenzols et leur traitement.

Mercredi 29 septembre, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique : Présentation de malades. Les nouveaux traitements du psoriasis.

Les mardis et vendredis, à l'hôpital Saint-Antoine, consultation dermato-syphiligraphique du soir à 20 h. 45, présentation de malades ; traitement, injections veineuses, etc.

— **L'Orchestre médical.** — La prochaine répétition de l'Orchestre médical aura lieu le 14 octobre en vue d'un concert qui sera donné en janvier 1927. Les membres de la famille médicale qui désirent faire partie de cette intéressante phalange artistique sont priés de s'adresser au secrétaire général, M. Destouches, 4, rue Thénard (Ve).

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

C'est seulement au cas où l'ouvrier agirait contre le patron et ferait reconnaître l'accident par le juge de paix que vous pourriez poursuivre en payement de vos honoraires.

Pour le moment, votre seule ressource est de vous faire payer par l'ouvrier, s'il est solvable.

2438. — Accident couvert par deux assurances. Fixation des honoraires.

Un ouvrier travaillant en usine, donc accidenté du travail, se fracture la jambe gauche (fracture double) : cet ouvrier est d'autre part assuré individuellement ; puis-je ou ai-je strictement le droit de demander à sa compagnie d'assurance individuelle les mêmes honoraires que ceux établis pour la compagnie d'assurance de son patron.

Ces deux compagnies d'assurances sont nettement distinctes l'une de l'autre.

Dr D.

Réponse.

Dans cette affaire, il serait préférable de vous faire payer vos honoraires, suivant votre tarif de clientèle courante, par le blessé lui-même, auquel vous remettriez une quittance pour lui permettre de faire valoir ses droits auprès des assurances.

Vous pouvez également vous faire payer par l'assurance du patron vos honoraires suivant le tarif Durafour et réclamer ensuite au blessé ou à l'assurance qui l'assure individuellement, la différence entre vos honoraires de droit commun et le tarif Durafour.

Mais ce que vous ne pouvez pas faire, c'est de réclamer deux fois vos honoraires au tarif Durafour, si la somme ainsi obtenue dépasse celle que vous auriez demandée à votre client au cas où il n'aurait bénéficié d'aucune assurance.

Baux et Loyers

2441. — Loi du 1er avril 1926. Procédure. Pourvoi en cassation.

Etant en prorogation depuis le 1er septembre 1921, j'ai été appelé devant le juge de paix par mon propriétaire pour faire valider le congé qu'il m'a donné le 5 juillet 1925.

J'ai refusé en conciliation de m'engager à quoi que ce soit et bien m'en a pris car deux jours après j'apprenais que la loi du 1er avril 1926 est applicable ici (moins de 5 kilm. de R.) mais le juge de paix ne m'a pas laissé fournir la preuve que la loi était applicable ici et a validé le congé donné pour le 1er décembre.

Je n'ai pas reçu de signification du jugement rendu le 13 juillet, mais j'en ai copie complète. Un avocat m'a dit que pour le moment je n'avais qu'à attendre



que le propriétaire me signifie le jugement et rien à faire auparavant ! Est-ce vrai ?

Ne recevant pas de signification jusqu'à aujourd'hui, les délais d'opposition courent-ils ?

Quels sont-ils appel ou cassation ? Ce jugement doit-il être signifié ?

Dois-je attendre cette signification pour faire opposition, ou puis-je la faire avec la copie seulement ? Ne faisant rien, n'ai-je pas à craindre de voir passer les délais prévus par la loi, le propriétaire dans sa citation demandait que le jugement fût exécutoire nonobstant appel ou opposition, mais le juge de paix ne l'a pas spécifié, a dit l'avocat, dans le jugement ; est-il exécutoire si appel ?

Dr M.

Réponse.

Si le jugement a été rendu par défaut, avis a dû vous en être transmis par le greffier, dans les cinq jours du prononcé, par lettre recommandée. Vous avez un délai de quinzaine à dater de la réception de la lettre recommandée pour former opposition, par déclaration au greffe.

Mais il ne nous semble pas que, dans votre affaire, le jugement ait été rendu par défaut, puisque vous nous dites que le juge a refusé de faire droit à vos arguments.

Dans ces conditions, le jugement rendu est contradictoire et devra vous être notifié par le greffier, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les *vingt jours* du prononcé.

Vous aurez ensuite un délai de quinze jours, à dater de cette signification, pour former un pourvoi, devant la Commission supérieure de Cassation ; le pourvoi devra être formé par déclaration faite au greffe et notifié à votre adversaire par exploit d'huissier dans la quinzaine de la déclaration, sous peine de déchéance.

Le pourvoi en cassation n'est pas suspensif.

2420. — Loi du 1er avril 1926. Immeuble achevé au cours de la guerre. Prorogation facultative. Taux limite inapplicable.

Je vous serais très reconnaissant de me faire parvenir l'opinion de votre conseiller juridique sur l'affaire suivante :

Depuis le 1er juillet 1926 je suis locataire, à l'adresse ci-dessus, de deux appartements qui communiquent et pour lesquels j'ai dû accepter un loyer de *onze mille* 500 *francs plus* 15 % *de charges*, plus *deux mille francs environ pour le chauffage central.*

J'ai dû accepter ces conditions, bien malgré moi, obligé que j'étais de prendre l'appartement d'un prédécesseur (un médecin) pour pouvoir exercer dans son quartier, dans sa clientèle.

Le loyer de mon prédécesseur en 1918 était de quatre mille francs environ, charges comprises. Un

jugement, en 1924, avait élevé ce loyer à 7.500 + 10 % de charges + le chauffage.

N'y a-t-il pas, dans les conditions qui m'ont été imposées, un abus, et ne puis-je faire état de la dernière loi ? Il s'agit, dans mon cas, d'un simple engagement de location annuel, sans bail, et je dois dire que la maison construite en 1914 n'a eu ses premiers locataires qu'en 1916-17.

Il me semble que le titre II de la dernière loi sur les loyers s'applique tout à fait à mon cas et que les tribunaux peuvent : 1° m'accorder une prorogation jusqu'en 1931.

2° Réduire sensiblement mon loyer, et surtout m'enlever ces deux mille francs de chauffage, qui me sont comptés en plus des 15 % de charges.

Que dois-je faire ? Mon intention est de faire une démarche auprès du gérant, afin d'obtenir si possible satisfaction à l'amiable. Si celle-ci ne m'est pas donnée, je suis décidé à porter l'affaire devant le tribunal, à moins que vous ne soyez d'un avis contraire.

Dr F.

Réponse.

Puisque l'immeuble dans lequel vous habitez a été commencé avant la guerre et n'a été affecté à l'habitation qu'en 1916, il rentre dans la catégorie de ceux visés par l'article 27 de la loi du 1er avril 1926, pour lesquels le juge peut accorder une prorogation *facultative* et déterminer le prix du loyer.

Il est à remarquer que ni le taux-limite des loyers, ni l'action en réduction ne sont accordés par la loi aux locataires occupants de ces immeubles.

Par conséquent, si vous contestez maintenant le loyer que vous avez accepté, vous risquez de recevoir congé de votre propriétaire et vous n'êtes pas sûr que le juge vous accordera une prorogation égale à celle dont peuvent bénéficier les locataires d'appartements auxquels la loi du 1er avril est intégralement applicable. D'autre part, il est à peu près certain que le juge, bien qu'il en ait le droit, refusera de vous faire application du taux-limite, s'il consent même à réduire votre loyer dans une proportion quelconque.

A notre avis, il est extrêmement hasardeux de porter cette affaire devant le Tribunal. En admettant même que vous obteniez satisfaction dans une certaine mesure, il est à craindre que vous n'indisposiez votre propriétaire contre vous et que celui-ci ne profite de la première occasion favorable pour vous évincer de votre appartement. Et il ne faut pas oublier que vous n'avez pas un droit absolu à la prorogation.

2353. — Cession de bail.

En ma qualité d'abonné du *Concours*, j'ai recours aux bons offices de votre service juridique pour me donner les renseignements suivants au sujet du

bail de la maison que j'occupe bourgeoisement et dans laquelle j'exerce ma profession.

J'ai un bail, d'avant-guerre (1907) venu à expiration en 1919 puis prorogé une première fois pour 5 ans, prorogé ensuite pour un an avec 100 % d'augmentation sur le loyer d'avant-guerre, puis enfin prorogé une dernière fois de quatre ou cinq ans d'après la nouvelle loi avec 25 % d'augmentation du loyer comme profession libérale. Le montant du loyer était en 1907 de 1.600 francs, puis il est passé à 3.200 et enfin à 3.600.

Le bail dit : « Le preneur pourra sous-louer, et céder son droit au bail mais à la condition expresse de le transmettre à des locataires honorables et qui l'occupent bourgeoisement, et il restera responsable des loyers »...

Je voudrais savoir :

1° Si j'ai le droit, sans contestation possible, de céder mon droit à ce bail prorogé en vertu de la dernière loi à un *médecin mon successeur* ?

2° Si j'ai le droit dans les mêmes conditions de céder ce droit au bail à une personne étrangère à la médecine ?

3° Au point de vue de la forme dans quelles conditions devrait se faire cet acte de cession ?

D[r] F.

Réponse.

Vous avez le droit de céder votre droit à la prorogation de la loi du 1[er] avril 1926, sous les mêmes réserves et aux mêmes conditions que vous auriez pu céder votre bail originaire.

Puisque votre propriétaire vous a laissé le droit de céder ou de sous-louer à des « locataires honorables et occupant bourgeoisement », nous estimons que vous pouvez céder à un successeur qui exercera dans les lieux la même profession que vous et de la même façon. En effet, par « occupation bourgeoise », votre propriétaire a certainement entendu définir une occupation de même nature que la vôtre, puisqu'il vous a autorisé à exercer la médecine dans les locaux qu'il vous a loués.

Si vous ne cédez pas votre bail à un successeur, vous ne pourrez le céder, en vertu de la clause rapportée dans votre lettre, qu'à une personne qui occupera pour habiter seulement, sans exercer aucune profession dans les lieux.

A moins que le bail ne contienne une clause soumettant la cession à certaines formalités particulières, vous pouvez céder par simple acte sous seings privés. Si le propriétaire n'intervient pas personnellement à l'acte, il sera bon de le lui dénoncer.

Fiscalité.

2367. — Automobile d'occasion. Taxe de luxe.

En 1920, un inconnu (pour moi) commande une

auto (Charron 16 HP) qui est livrée à Oran et par conséquent n'acquitte pas la taxe de luxe. L'acheteur ne prend pas livraison de sa voiture qui reste à la charge du garagiste intermédiaire. Pendant plus d'un an, l'auto est proposée à tous les acheteurs et essayée maintes fois, mais laissée pour compte étant jugée trop coûteuse. Enfin en 1922, je me laisse tenter et je l'achète d'*occasion* à un prix inférieur.

En 1924, les trois ans de délais pour le paiement de la taxe en France sont écoulés et il y a prescription. En 1925 (septembre) je viens m'installer définitivement en France où les voitures d'occasion n'ont pas à acquitter la taxe de luxe. Or on m'a donné à entendre qu'on allait m'obliger à payer cette taxe. Que faut-il que je fasse et sur quels articles de loi ou bien sur quelle jurisprudence dois-je me baser dans ma réponse ?

Dr G.

Réponse.

Le deuxième paragraphe de l'article 1er de la loi du 30 mars 1923 a bien exempté de la taxe de luxe la vente des voitures automobiles d'occasion, mais l'article 2 de la même loi soumet à la dite taxe de luxe l'importation des dites voitures. C'est donc en vertu des dispositions de cet article 2 qu'une réclamation pourrait vous êtes faite.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2252. — Amortissement du prix d'achat de l'automobile.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me donner votre avis.

Le contrôleur des contributions m'a demandé le détail de mes dépenses : elles s'élevaient à 66.000 fr. environ. Je le lui ai donné ; dans ce détail figurait 8.000 fr. d'amortissement (en 5 ans) d'une automobile.

Je reçois ces jours derniers une évaluation qu'il se propose de faire de mes revenus et ainsi libellée :

Bénéfice déclaré	48.740 fr.
A ajouter :	
3/4 prix d'achats auto (amortissement 25 %)	16.320 fr.
Bénéfice imposable	65.060 fr.

Pourriez-vous me dire comment il établit ces 16.320 fr. et s'il peut ajouter cette somme à mon *bénéfice* imposable ?

Dr M.

Réponse.

Nous supposons que vous aviez compris dans vos dépenses le prix d'achat de votre automobile : 21.760 fr., seul l'amortissement de ce prix d'achat peut être compris dans vos charges professionnelles ; le contrôleur fixe le taux de cet

amortissement à 25 %, soit 5.440 fr. d'où rehaussement du bénéfice : 21.760 — 5.440 = 16.320 fr.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2284. — Abattements pour charges de famille.

Voulez-vous me permettre de recourir à votre obligeance que je sais incommensurable.

Le contrôleur m'ayant demandé de lui déclarer mes revenus pour 1925, je lui ai répondu :

Je n'ai aucun revenu autre que le montant de mes honoraires, celui-ci est de 22.981 fr.

Mes dépenses professionnelles s'élèvent à 9.281 fr. 82.

Mon bénéfice net est donc : 13.699 fr 18. D'autre part je crois avoir droit aux déductions suivantes :

Marié	3.000 fr.
1 enfant mineur	3.000 fr.
Une belle-mère à ma charge par moitié avec un beau-frère	1.000 fr
Somme non imposable	7.000 fr.
Soit au total	14.000 fr.

Or je viens de recevoir l'avertissement ci-joint dont *la somme me paraît exagérée.*

Qu'en pensez-vous et que faire ?

Dr L.

Réponse.

Les abattements pour charges de famille ne peuvent être accordés pour moitié ; c'est aux deux contribuables qui ont une charge commune à s'entendre pour que l'un d'eux seul fasse état de cette charge.

Si votre belle-mère n'a pas été comptée à la charge de votre beau-frère, vous pouvez présenter une réclamation en vue d'obtenir la décharge de l'impôt général sur le revenu. Pour l'impôt cédulaire sur les bénéfices des professions non commerciales, il n'y a pas d'abattement pour charges de famille, mais le taux de réduction de l'impôt sera de 15 % au lieu de 7,50 %.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2351. — Justification des dépenses occasionnées par l'emploi d'une automobile.

Je reçois ce matin la lettre ci-jointe. Avant de répondre, je me permets de solliciter votre avis.

Je vous serais reconnaissant de me retourner cette lettre lorsque vous aurez l'obligeance de me répondre.

Je tiens à garder ce mot de l'aimable fonctionnaire assez heureux de posséder une 9 HP Citroën qui lui revient à 0.60 du kilomètre parcouru.

Quelques mots de documentation. Depuis 1921,

je possède des voitures ayant un compteur et, lors de ma déclaration pour l'impôt sur le revenu, j'inscris tant de kilomètres parcourus dans l'année à tant.

1921 et 1922 : Zèbre usagée de 6 HP, 13.500 k. à 0.90.

1923 et 1924 : Zèbre + 9 HP Citroën neuve, 14.500 kilomètres à 1 fr.

M. le contrôleur accepte mes chiffres.

1925 : 5 HP. Citroën neuve + 9 HP Citroën, la première ayant fait les trois quarts de mon service. Je dis 15.000 à 0.90.

Et M. le contrôleur croyant probablement qu'en 1925 la vie était moins chère, l'essence et les pneus et les frais usuels d'entretien moins onéreux, juge pour la première fois mon estimation forcée et m'envoie la lettre que vous connaissez.

Dr X.

Réponse.

Nous avons toujours attiré l'attention des abonnés du *Concours* sur les difficultés que peut faire naître l'évaluation forfaitaire de certaines dépenses dont il est facile de tenir un compte précis.

Vous ne pouvez discuter utilement avec le contrôleur qu'en établissant d'une façon aussi exacte que possible le montant de chacune des catégories de dépenses occasionnées par l'emploi d'une voiture automobile : essence, huile, pneus, réparations, assurances, amortissement, impôts.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

Divers

2386. — Maladies professionnelles.

Comme abonné au *Concours* j'ai l'honneur de vous poser la question suivante :

Il existe une loi sur les accidents du travail concernant les *maladies* occasionnées par le travail.

1° Quelles sont-elles ?

Une de mes malades est atteinte d'eczéma des mains par suite de la manipulation de *coton teint*. La compagnie refuse de reconnaître le sinistre. Qui a tort ou raison ?

Dr D.

Réponse.

Il existe en effet une loi du 25 octobre 1919 qui a étendu aux maladies d'origine professionnelle la législation sur les accidents du travail. Mais, seules, bénéficient de la loi les maladies désignées dans un tableau annexé à la loi. Pour le moment, ne sont comprises dans ce tableau que les maladies d'origine saturnine ou mercurielle.

Si, en l'espèce, aucune intoxication saturnine ou mercurielle ne peut être invoquée, c'est la Compagnie qui a raison et la loi sur les accidents du travail n'est pas applicable.

2369. — Chemins vicinaux. Entretien à la charge de la commune. Recours.

Une maison est située sur un chemin vicinal. Le maire, pour faire pièce à l'occupant de cette maison, refuse de faire procéder aux réparations nécessaires du chemin.

Quel recours peut-on exercer pour l'y contraindre ?

D[r] X.

Réponse.

L'entretien des chemins vicinaux constitue une dépense obligatoire pour les communes (loi du 21 mai 1836). Par conséquent, si la commune de X. refuse d'entretenir celui qui intéresse le D[r] Y., celui-ci devra en aviser le préfet, pour que ce dernier inscrive d'office au budget communal les crédits nécessaires ou, au besoin, fasse exécuter d'office les travaux (loi du 21 mai 1836, *art.* 2 à 5).

Il faudra que le D[r] Y. fasse sommation au maire de saisir de sa réclamation le Conseil municipal dans sa plus prochaine session et, faute par le maire de ce faire, le D[r] Y. adressera l'original de l'exploit au préfet pour mettre ce dernier en mesure d'agir. Tout cela demandera un certain temps.

Si, en attendant, l'état du chemin était tel qu'il causât un dommage au D[r] Y. soit en détériorant sa voiture, soit en ralentissant ses tournées, il n'aura qu'à saisir le Conseil de préfecture d'une demande de dommages-intérêts dans les termes de l'article 4 de la loi du 28 pluviôse an VIII.

Bernard AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation.

2349. — Une sage-femme diplômée en Suisse peut-elle exercer en France?

Pourriez-vous me donnez le renseignement suivant par l'intermédiaire du *Concours médical* :

Quelles formalités doit remplir une sage-femme *diplomée en Suisse*, pour pouvoir exercer en France?

Est-il nécessaire qu'elle fasse un *nouveau stage* en France avant d'être autorisée à exercer ?

D[r] J.

Réponse.

Aux termes de l'article 3 de la loi du 30 novembre 1892, les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Par conséquent, il est impossible à une sage-femme diplômée en Suisse de pratiquer l'art des accouchements en France. Pour en avoir le droit,

il faut qu'elle suive les cours d'une école spéciale et qu'elle obtienne le diplôme.

Nous ne pensons pas que son diplôme étranger puisse lui valoir aucune dispense quant à la durée des études.

Application du Tarif Durafour

I

2268. — Réduction de fracture du maxillaire supérieur.

J'ai eu ces jours-ci à traiter une fracture du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, à la suite d'un coup de pied de cheval, chez un enfant de 11 ans, domestique de ferme.

L'intervention a consisté à réduire sous anesthésie au chloroforme la fracture qui s'étendait de l'incisive latérale à la première molaire temporaire, puis, étant donné l'ébranlement des dents, à extraire celles-ci et à enlever les parties fracturées de l'os.

L'anesthésie générale a été nécessaire, l'accident datant déjà de huit jours. J'ai dû par conséquent garder le malade pendant deux jours à la clinique, et je dois le revoir d'ici une dizaine de jours pour constater son état. J'ai prévenu les parents que les choses s'arrangeraient sans doute, sauf complications.

Je n'ai trouvé dans le tarif des accidents du travail aucune mention de la fracture du maxillaire supérieur, et vous serais obligé de me dire comment je dois établir ma note d'honoraires.

Dr B.

Réponse.

Il n'y a pas (dans le tarif Durafour, ni dans le tarif Maginot) de prix spécial pour une réduction de fracture du maxillaire *supérieur*, la Commission d'élaboration du tarif Breton ayant été d'avis qu'il n'y avait rien à « réduire » en ce genre de fracture, mais à faire, en cas de besoin une ostéosynthèse. Néanmoins ayant enlevé « des parties fracturées de l'os », vous pourriez peut-être compter (dents extraites comprises, esquilles, etc.) une régularisation, épluchage... sans suture et, avec explications fournies, demander à l'*amiable* 60 francs, par exemple. En cas de refus, vous pourriez vous rabattre sur vos arrachages de dents et compter 10 francs par dent extraite (article 25).

Par contre, ne comptez pas vos journées de clinique, sans quoi la Compagnie vous payerait peut-être le « prix de l'hôpital le plus proche » et rien pour vos honoraires, en se retranchant derrière le fameux « tout compris ». Quant au reste de vos consultations ou visites, vous avez à compter 10 francs par unité.

F. D.

II

2332. — Injection antitétanique plus deux pansements.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si dans le nouveau tarif les injections de sérum se cumulent avec le pansement.

Un homme m'arrive avec deux morsures de chien une à chaque pouce, dois-je compter :

Sérum antitétanique .... 20 fr.
Deux pansements .... 20 fr

Dr B

Réponse.

Toute « intervention à tarif spécial » comprend la consultation, donc le pansement que celle-ci comprend également, sans quoi ce serait le *cumul* défendu par l'article 13. Par contre, *lorsqu'il y a une intervention plus deux* pansements, je conseille toujours d'en compter *un* sur les deux, en plus du prix de l'intervention, mais en spécifiant bien, sur la note, que l'*autre* n'est pas compté, en vertu de l'article 13.

III

2260. — Traitement électrique sur deux régions.

1° Je viens de donner des soins à un blessé atteint de paralysie radiale bilatérale d'origine saturnine A la demande de la compagnie, j'ai fait à ce blessé tous les deux jours une séance d'électricité de vingt minutes à chaque bras, soit quarante minutes de consultation chaque fois. Auriez-vous la bonté de me dire comment je peux tarifer mes honoraires ?

2° Je soigne actuellement un grand blessé qui, à la suite d'une arthrite suppurée du genou gauche, a fait des fusées purulentes énormes : il y a eu jusqu'à douze drains. Le pansement quotidien exige au moins une demi-heure. Dois-je tarifer une visite avec pansement 10, ou bien y a-t-il un tarif spécial pour ce genre de soins ?

Dr B

Réponse.

1° Voyez l'article 26 VII. Traitement électrique sur une région : 12 francs la séance. Pour deux régions différentes, 12 plus 6, soit 18 francs par séance.

2° Le tarif Durafour , au contraire du tarif Maginot, ne comporte pas de tarif spécial pour les pansements compliqués, toute espèce de pansement (sauf ceux des brûlures) étant « compris » dans le prix de la consultation.

F. D.

Quarante-huitième année — N° 33 — 15 Août 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2108-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Demi-Colonnes

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(*Joindre un timbre pour la réponse*)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, **Paris, 167-95.**
Sou Médical, **Paris, 182-31.**
Mutualité Familiale, **Paris, 182-32.**

Comptes rendus, documents, pièces officielles

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gourlérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy Belloeuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Jitaud, Mansillon

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevulde.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains. Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les Bains De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies de Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Sigure Versepuy.

Sermaize les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr COUTAUD, d'Auterive, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

AVIS

Tout médecin sollicité pour un dispensaire mutualiste à Montluçon est prié de vouloir bien s'adresser au Dr Gouvernaire, président du Syndicat des Médecins de Montluçon, 20, avenue du Président-Wilson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 377. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 378. — Pour un mois, échangerais contre poste Paris ou gr. ville, poste Côte d'Azur, b. logem., gr. jard., parc, garage.

N° 379. — On demande à achet. client. demi-repos dans le Sud-Ouest, de préf. au bord mer.

N° 380. — Centre. A céd. de suite dans agréab. chl. lieu cant. près Vichy, client. facile et peu fatig. Belle maison, cond. intér.

N° 381. — Paris. Beau quart. appart. 4 p., tout confort, bail 6 ans, loyer 8.000.

N° 382. — Paris. Cliniq. méd. gén. à céder pour cause double empl. Long bail.

N° 383. — Désirerais achet. faut. roulant bon état pour malade. Faire offres : Dr Marty, 5, rue des Arts, Bordeaux.

N° 384. — Torp. Ford 5 pl. juillet 1923, entièr. revue, parf. ét de marche, 6 r. montées et tous access. : 7.500 fr.

N° 385. — M.-et-M. — Cond. int. Citroen 1922, 24.000 kilom., 4 pneus confort, montre et compteur, amortiss. : 12.500. Dr Aweng, à Jœuf (M.-et-M.).

N° 386. — Région Nord. — Excell. poste pro-pharm., rapp. 100.000, 12.000 de fixes, à céder avec 25.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 387. — Ouest. — Dans chef-lieu cant., anc. poste rapport. 100.000, jolie mais., très belle affaire libre de suite, facil. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 388. — Le Dr Lop. (Marseille), dem. pour sa clin. méd.-chir., un assist. Dr en méd. ou étud. scol. tnée, français, actif, jeune, av. réf. prof. de préf. ex-élève des hôp., conn. plus partic. méd. génér., pet. chir. et pansem. Appoint. fixes et casuel. Entrée en fonct. imméd. après accord. Si célibat., logé et nourri ; si marié, logé. Ecr. 2, quai de la Joliette.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur de la science : Mort du Dr Maxime Ménard.** — Le docteur Maxime Ménard, radiologiste de l'hôpital Cochin, vient de mourir, victime des rayons X. Il fut un des premiers médecins français à s'occuper de radiologie et je me souviens de l'enthousiasme qu'il montrait pour cette science nouvelle lorsque je le rencontrai, il y a bien près de trente ans, chez un de nos confrères de Vaugirard, ami commun. Atteint, comme la plupart des pionniers de la radiologie, de maladie des rayons, Maxime Ménard ne voulut pas cesser ses travaux, qu'il continua stoïquement, malgré l'aggravation progressive de son état de santé. Il succombe au champ d'honneur de la science et sa mort ajoute un nom de plus au martyrologe des radiographes. P. L.

— **Les Congrès.** — A Philadelphie (U.S.A.), du 23 au 28 août, *VIIe Congrès dentaire international.*

— **Congrès des pédiatres de langue française.** *Changement de date.* — Sur la demande d'un grand nombre de pédiatres et à cause de la baisse du change français et belge, le Congrès, qui devait avoir lieu à la fin du mois de septembre prochain, à Lausanne, est renvoyé à l'année prochaine.

— **Hôpitaux de Paris.** — A la suite du concours qui vient de se terminer, MM. Jacques Bloch et Raoul Monod ont été nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris.

— **Fédération nationale du tourisme, du thermalisme et du climatisme français.** — A la séance extraordinaire qui s'est tenue le 9 juin au siège du Touring-Club de France, a été constituée la Confédération nationale du Tourisme, du Thermalisme et du Climatisme français (C.N.T.C.F.)

— **Naissance.** — Le Dr Galinier (de Trouillas) et Madame nous font part de la naissance de leur fille Mireille.

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.** *Cours de vacances de gastro-entérologie.* — Un cours de perfectionnement ayant pour objet les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif aura lieu en septembre prochain. Il commencera le lundi 13 septembre 1926, à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

— **Lille.** — Le *concours d'internat* des hôpitaux de Lille s'ouvrira le 11 octobre. S'inscrire jusqu'au 30 septembre, à l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille.

— **Grenoble.** *Hôpitaux.* — En décembre 1926 des concours auront lieu pour la nomination d'un médecin adjoint, d'un oto-rhino-laryngologiste adjoint, d'un urologiste adjoint et d'un stomatologiste adjoint. Inscription avant le 1er novembre.

— **Mœurs nouvelles.** — Aux examens de la Faculté de médecine de Liège, un candidat au 2e doctorat s'est livré à des voies de fait sur le professeur Delrez, sous prétexte qu'un grade ne lui avait pas été octroyé. (*Le Scalpel.*)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Accidents du travail.

Loi du 8 juillet 1926 modifiant le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi du 9 avril 1898, modifié par lee lois du 22 mars 1902 et du 5 août 1920 sur les accidents du travail.

Art. 1er. — Le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 22 mars 1902 et par la loi du 5 août 1920, demeure ainsi rédigé :

« Ceux dont le salaire annuel dépasse 8.000 fr. ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus et, jusqu'à 18.500 fr., ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3 ; au delà de dix-huit mille cinq cents francs (18.500 fr.), ils n'ont droit qu'à un huitième (1/8), à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité ».

Art. 2. — La présente loi ne sera applicable aux chefs d'entreprise que le premier jour du septième mois qui en suivra la promulgation.

(*J. O.*, 9 juillet.)

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 15 juin 1926 déterminant, pour les colonies, l'organisation, le contrôle et le tarif des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques dus aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions.

Nous ne pouvons, étant donnée son étendue, publier ce décret, qui a paru au *Journal officiel* du 4 juillet (errata au *J. O.* du 20 juillet). Il est calqué, *mutatis mutandis*, sur le décret du 25 juillet 1922 (tarif Maginot) et comprend en outre la tarification des médicaments.

Nous sommes à la disposition de ceux de nos abonnés qui désireraient être renseignés sur un point spécial de son texte ou sur son application.

On peut se le procurer en demandant le numéro du 4 juillet du *Journal officiel*, 31, quai Voltaire. Prix du numéro : 60 centimes.

Pharmacie. Spécialités.

Décret du 13 juillet 1926 relatif aux médicaments préparés à l'avance en vue de la délivrance au public.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi du 21 germinal an XI contenant organisation des écoles de pharmacie, modifiée par la loi du 25 juin 1908 ;

Vu le décret du 18 août 1910, concernant les remèdes secrets ;

Vu le décret du 3 mai 1850, relatif à la vente des remèdes nouveaux ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les médicaments simples ou composés préparés à l'avance en vue de la délivrance au public, ne peuvent être considérés comme remèdes secrets lorsqu'ils portent inscrits sur les flacons, boîtes, paquets et emballages qui contiennent ou enveloppent les produits, le nom et la dose de chacune des substances actives entrant dans leur composition, ainsi que le nom et l'adresse du pharmacien qui prépare le médicament.

Sont qualifiées substances actives celles qui sont réputées posséder des propriétés médicamenteuses, ainsi que celles que le pharmacien préparateur déclare contribuer à l'efficacité curative ou préventive du produit.

Le nom de chaque substance active s'entend de sa dénomination scientifique usuelle, toute notation en symboles chimiques ne pouvant intervenir que comme complément de dénomination, la dose de chaque substance active s'entend soit de son poids par unité de prise déterminée soit de sa proportion centésimale pondérale dans la préparation.

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 25 juillet.)

Contrôle des médicaments.

Arrêté du 23 *juin* 1926.

Art. 1er. — Le laboratoire national de contrôle des médicaments (4, avenue de l'Observatoire, à Paris) est chargé de l'analyse des échantillons de substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques prélevés par les inspecteurs et les inspecteurs adjoints du service d'inspection des pharmacies.

Art. 2. — Ces dispositions auront leur effet à partir du 1er juin 1926.

L'arrêté du 19 décembre 1911 est rapporté.

(*J. O.*, 25 juillet.)

Enseignement de la médecine.

Décret du 17 *juillet* 1926 *modifiant le décret du* 20 *septembre* 1924 *sur le doctorat en médecine.*

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Vu le décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études et des examens en vue du doctorat en médecine ;

Vu les décrets des 26 juillet 1925 et 17 février 1926, modifiant et complétant le décret du 10 septembre 1924 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Le paragraphe 6 de l'article 22 du décret susvisé du 10 septembre 1924 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins cinq points pour une matière, tant à l'épreuve écrite qu'à l'épreuve orale, est ajourné, pour cette épreuve, à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivant en cas de nouvel échec, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 17 février 1926 ».

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

(*J. O.*, 23 juillet.)

Avis de concours pour un emploi de professeur suppléant.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 12 juillet 1926, un concours s'ouvrira, le 21 janvier 1927, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

(*J. O.*, 13 juillet.)

Modification au règlement des épreuves de l'examen de l'agrégation des facultés de médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu les statuts des 16 novembre 1874 et 25 décembre 1880, sur l'agrégation des facultés ;

Vu l'arrêté du 14 mars 1924, modifié et complété par les arrêtés des 5 février et 3 août 1925 et 5 février 1926 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête (17 juillet 1924) :

Les articles 4 et 12 de l'arrêté susvisé du 14 mars 1924, sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

Article 4. — Les candidats sont répartis entre les divisions et sections suivantes :

1re *division.* — *Morphologie.*

....

Section D. — Anatomie pathologique :

1° Une composition de pathologie interne ou externe ;

2° Une composition d'anatomie pathologique générale ou spéciale.

Article 12. — Les catégories de la 2e épreuve sont au nombre de 22, savoir :

Voir la suite page XXXIX-2147

PROPOS DU JOUR

De la nécessité de la création de « Lazarets » dans les stations balnéaires thermales et climatiques.

Nous venons d'assister aux obsèques d'une jeune femme de 25 ans, dont les circonstances de la mort méritent, dans un but d'intérêt public, d'être racontées.

Après un séjour à Paris, cette jeune femme, au quatrième mois d'une grossesse, accompagna son mari qui devait faire une cure dans une ville d'eaux réputée. Au bout de quelques jours, elle tomba malade. On crut d'abord à une simple indisposition due à son état et aux fatigues du voyage ; mais devant l'élévation soutenue de la température, le médecin diagnostiqua la fièvre typhoïde. L'hygiène de la station ne pouvait être incriminée, la maladie avait été nettement contractée à Paris. Mais pensez ! Quelle histoire ! Qu'arriverait-il si l'existence de la maladie s'ébruitait ? L'hôtel où se trouvait la malade serait immédiatement abandonné et les baigneurs, pris de panique, fuiraient aussitôt la station infectée. Notez bien que la plupart de ces baigneurs, habitants de Paris ou d'autres villes, passent l'année, sans s'en douter, en coudoyant des malades contagieux, et que, dans leurs propres maisons d'habitation, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole, plus rarement la variole, parfois le typhus et même la peste ont fait plus d'une fois leur apparition. Leur ignorance les a empêchés de s'émouvoir. Mais, dans une ville d'eaux, il ne doit pas y avoir de maladies contagieuses. C'est un peu comme au sanatorium de Mont-Arvel dont Michel Corday a fait dans *les Embrasés* une si tragique peinture : « On ne meurt pas à Mont-Arvel. »

Aussitôt le diagnostic posé, le médecin ne savait quel conseil donner, l'hôtelier était atterré. Où et comment soigner la malade ? La famille prit la seule résolution possible : une ambulance-automobile, mandée d'urgence, vint quérir en secret la malade. L'hôtelier poussa un soupir de soulagement. M. le Maire, affolé lors de la déclaration de la maladie, put enfin respirer. Le voyage (environ 300 kilomètres) fut très pénible. Quelques jours après la jeune femme succombait.

Ce fait divers, que l'âge et la situation de la victime rendent infiniment triste, est loin d'être un fait isolé. Nous nous souvenons, avoir il y a trois ou quatre ans, écouté avec peine les reproches d'une de nos clientes qui, sur nos conseils, avait conduit son enfant dans une autre station, non moins justement réputée. A peine arrivé, l'enfant fut atteint de coqueluche ; bien qu'il eût une fièvre intense, la malheureuse mère dut l'emmener, pressée par le médecin, menacée par l'hôtelier, devenue un objet de terreur pour tous. Elle dut faire 10 à 12 heures de chemin de fer avec l'enfant malade. En arrivant à Paris, notre petit client eut une broncho-pneumonie dont il eut la chance de guérir. Mais la mère a conservé de la station, de l'hôtelier et surtout du médecin, sur la protection duquel elle se croyait en droit de compter, un souvenir qui n'est pas près de s'effacer.

Quel est le médecin de ville d'eaux ou le praticien d'un certain âge qui n'aurait pas une demi-douzaine de faits semblables à signaler ? Tout cela tient à ce qu'il n'existe pas de maisons de santé d'isolement, de lazarets, pour employer une expression adoptée à l'étranger, destiné à soigner les maladies transmissibles accidentelles, dans la plupart des stations balnéaires, thermales et climatiques françaises.

Avant de s'occuper des distractions pour les baigneurs, ou mieux tout en s'en occupant, les municipalités et les syndicats de ces stations ne feraient-ils pas bien de s'intéresser aux choses de l'hygiène ? Ne pourrait-on pas mener de front l'installation du lazaret, et celle du Casino, construire en même temps le théâtre et installer le tout à l'égout, mettre à la disposition des baigneurs à la fois des jeux et de l'eau potable ? Ceci ne nuirait pas à cela.

Nous sommes persuadé que le public sérieux et intelligent (ce public existe et c'est lui qui établit la réputation solide de nos stations) priserait mieux une annonce ainsi conçue : « Ville de X, station balnéaire, thermale ou climatique, pourvue de tous les perfectionnements de l'hygiène urbaine : eau potable, tout à l'égoût, établissement bien situé et bien installé avec personnel de choix pour soigner toutes les maladies aiguës et isoler les maladies contagieuses accidentelles, laboratoires de diagnostic, etc. » que celle qui vanterait : « la ville de Z, casino, jeux, pe-

tits chevaux, roulette, cinéma, théâtre et autres attractions ».

Mais nous jetons peut-être un peu hâtivement la pierre à nos stations balnéaires et elles pourraient nous répliquer :

« M. le médecin parisien, vous qui vous plaisez à découvrir dans notre œil la paille qui l'irrite, regardez dans celui de votre ville Lumière, de votre Paris, la poutre qui l'aveugle. Trouvez-nous à Paris, en dehors des pavillons d'isolement des hôpitaux de l'Assistance Publique, en dehors de l'hôpital Claude-Bernard et de l'hôpital Pasteur, insuffisants pour une agglomération de cinq millions d'habitants, qui reçoit par centaines de mille des visiteurs étrangers, trouvez-nous une maison de santé pour maladies transmissibles, un lazaret, où un membre de la famille pourrait, s'il le désirait, accompagner un malade contagieux.

Vous devez savoir par expérience, car votre âge nous permet de croire que votre expérience doit être grande, qu'en cas de maladies graves, de croup par exemple, il n'y a d'autres ressources à Paris que de s'adresser à l'hôpital. Vous devez savoir que malgré la vigilance du corps médical et du personnel des hôpitaux d'enfants, tel petit malade qui est entré à l'hôpital pour y être soigné de la diphtérie par exemple, y a contracté successivement la rougeole, la broncho-pneumonie, la scarlatine, etc., etc.

Vous devez vous rappeler que tel de vos maîtres, pédiatre réputé, vous conseillait de ne jamais faire hospitaliser un enfant atteint de rougeole, fût-il soigné dans un taudis, car la mortalité par la rougeole est incomparablement plus faible à domicile qu'à l'hôpital. »

Et tout cela est vrai, Paris ne donne guère l'exemple.

On objecte toujours l'état obéré de nos finances. Est-ce qu'une vie humaine, est-ce que l'existence d'une jeune femme de 25 ans et de l'enfant qu'elle portait dans son sein, n'a pas une valeur ? Sa mort n'est-elle pas économiquement pour le pays qui se dépeuple, une perte vraiment sensible ?

Ne pourrait-on pas, tant à Paris que dans les stations balnéaires, thermales, climatiques et de tourisme, augmenter la taxe de séjour de quelques centimes pour organiser ou subventionner des lazarets, des pavillons d'isolement qu'il serait facile d'installer sans grand frais dans une villa ou un chalet, situé à quelque distance de l'agglomération, et l'on en trouve facilement dans la plupart de nos villes de cure et de villégiature ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

AVORTEMENT PAR MALADIES DE LA NIDATION

Par Henri Vignes,

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

A. L'œuf se nide dans une zone défavorable à son développement

1° Insertion sur le segment inférieur. — Bien que les hémorragies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur se montrent ordinairement dans les deux ou trois derniers mois de la gestation, un assez grand nombre d'avortements des premiers mois relèvent de cette anomalie de la nidation ainsi que l'ont montré Barnes, Duncan, Pinard. Une statistique de Pinard, portant sur 169 cas, établit que la première manifestation de l'hémorragie est apparue avant le sixième mois dans près de la moitié des cas.

2° Nidation dans un angle. — Dans certains cas, il a semblé à divers accoucheurs et, en particulier, au professeur Bar, que la nidation s'était faite tout près de l'orifice interne de la trompe, dans l'angle de la cavité utérine. Ce n'est que vers la huitième ou la dixième semaine que l'œuf envahirait la cavité utérine et que la gestation angulaire deviendrait normale. Mais ce travail d'extension des attaches utéro-ovulaires n'irait pas sans un notable risque abortif.

3° Avortement tubo-utérin. — Dans quelques cas, très rares d'ailleurs, il a pu sembler qu'un œuf, greffé dans la portion interstitielle de la

trompe, venait faire saillie dans la cavité utérine et qu'il avait été expulsé dans l'utérus ; la femme avorte comme s'il s'agissait d'une gestation utérine. Dans le cas de B. Hicks, le fœtus tomba dans l'utérus et le placenta dans l'abdomen, et, dans celui de Maschka, le fœtus se divisa en deux portions : le tronc fut expulsé par le vagin, tandis que la tête tombait dans la cavité péritonéale.

4° Nidation dans une zone où la muqueuse est malade.— Cette éventualité a pu se réaliser dans certains cas où un fibrome sous-muqueux avait déterminé des troubles de la nutrition de la muqueuse sus-jacente et où l'œuf s'est greffé dans cette zone malade, peu favorable au cramponnement des villosités et aux échanges fœto-maternels. Il en est de même, si, antérieurement, la muqueuse a subi des curettages trop appuyés.

B. Maladies de la nidation par endométrite déciduale

En pratique obstétricale, il y a toute une série de faits dans lesquels, soit par l'examen clinique, soit par l'inspection du délivre, on fait le diagnostic d'endométrite déciduale. C'est une des causes les plus fréquentes de l'avortement. Il s'agit de femmes qui, pendant leur gestation, ont présenté des écoulements hydrorrhéiques, des hydrohématorrhées d'importance variable. Lorsqu'on examine la délivrance, on voit : 1° des membranes épaisses, opaques, inégales, rugueuses où manquent parfois de vastes lambeaux de caduque ; 2° des hémorragies dans l'épaisseur de la caduque, et, parfois, un réseau capillaire très visible ; 3° l'épaississement anormal des bords du placenta qui sont taillés à pic, à la façon d'un Châteaubriand ; 4° des taches blanchâtres, superficielles dans la caduque placentaire ; 5° parfois un placenta succenturié.

Pendant longtemps, la multiplicité de ces lésions et leur variabilité furent la raison pour laquelle l'endométrite déciduale demeure l'un des chapitres les plus obscurs de la pathologie obstétricale. Pour beaucoup, l'endométrite expliquait toutes sortes de processus, et comme le disait Bayer « elle était pour ainsi dire une bonne à tout faire ».

Cependant, à la lumière des examens histologiques pratiqués ces dernières années, il devint possible de dissocier un certain nombre de faits dans ce groupe compact. Les lésions trouvées sont très différentes suivant les cas.

1° Parfois, on peut déceler la présence des microbes (gonocoque, coli-bacille), alors que d'autres sont absolument stériles, du moins à l'examen direct.

2° On constate, d'autre part, des lésions élémentaires isolées ou associées, les plus ordinairement rencontrées étant : la congestion, la thrombose vasculaire, une abondante néoformation de cellules déciduales, des plages de nécroses, une abondance de leucocytes qui sont parfois agglomérés en de véritables abcès.

Cette présence assez fréquente de leucocytes a pu sembler démontrer, pour beaucoup d'auteurs, la nature inflammatoire infectieuse de la plupart des endométrites. Cependant, l'infiltration leucocytaire de la caduque n'est pas toujours un signe d'état inflammatoire septique, et Schickelé, en 1904, a soutenu qu'on la rencontre fréquemment dans des cas normaux, « tout comme les leucocytes dans le myomètre de l'utérus gravidique ou puerpéral ».

A côté de ces infiltrations banales, en traînées ou en îlots, il existe des infiltrations massives, de la caduque. Celles-ci sont de deux ordres : tantôt il s'agit réellement d'une inflammation pouvant aller à la fonte purulente du tissu, dans lesquelles on a pu mettre l'agent pathogène en évidence (gonocoque le plus souvent). Tantôt, il s'agit de pièces provenant d'un avortement plus ou moins prolongé et, comme le fait remarquer Riotte, dans son excellente étude sur l'hyperplasie diffuse de la caduque : « Rien de plus naturel que de trouver dans des cas pareils, à côté de toutes sortes de lésions causées par le mécanisme du décollement et par le séjour plus ou moins long dans la cavité utérine, un nombre important de leucocytes comme signe d'une réaction inflammatoire dont la nature secondaire ne peut être douteuse dans la majorité des cas. »

De ces importantes considérations anatomo-pathologiques, il ressort que, dans la pratique obstétricale comme dans la pratique gynécologique, il faut distinguer les métrites vraies consécutives à l'infection, des « fausses métrites » (Doléris) dont les lésions n'ont pas de caractères infectieux et qui reconnaissent pour origine des causes d'irritation autres qu'une pullulation microbienne.

Endométrites infectieuses. — A. *L'infection vient du col.* — Certaines affections gynécologiques, préexistantes à la gestation, sont susceptibles de déterminer l'avortement par les lésions endométritiques qu'elles comportent. Quoique l'infection de la muqueuse utérine ne soit pas une condition favorable à la fixation de l'œuf, elle n'empêche pas toujours la gestation de se développer. Le microbe le plus fréquemment rencontré est sans contredit le gonocoque pur ou associé.

Quelquefois, l'infection de l'endomètre est liée à une tentative antérieure d'avortement. Il peut arriver qu'une femme qui s'est exposée à un avortement criminel au début de sa vie génitale fasse ensuite une série d'avortements spontanés qu'elle n'aura pas désirés.

Certaines causes favorisent l'envahissement de la caduque par les germes infectieux : la multiparité (déhiscence du col), le fibrome, la rétroversion de l'utérus, etc.

B. *Fréquemment l'infection paraît venir par la voie sanguine.* — La plupart des maladies infectieuses aiguës (fièvres éruptives, fièvres typhoïdes, pneumonies, etc.) provoquent l'avortement en tuant d'abord le fœtus ; le passage du microbe de la mère à l'enfant ou de ses toxines, prouvé dans un grand nombre de cas, permet de comprendre que certains de ces avortements soient liés à une maladie du fœtus. Mais, d'autres sont liés à une infection de ce tissu en perpétuelle évolution qu'est la caduque.

On a observé l'endométrite à forme hémorragique dans le choléra (Slavjanski) et dans la variole.

J'ai observé une femme qui avait une appendicite suppurée grave et qui accoucha à huit mois en pleine appendicite. Dans la caduque de son placenta, nous avons trouvé des vaisseaux, autour desquels il y avait des signes d'infection.

Dans certains cas d'avortements syphilitiques avec fœtus vivant et paraissant non syphilisé, il faut supposer l'existence d'une endométrite syphilitique intense, qui constitue la cause de la chute de l'œuf ; mais nous ne connaissons pas la fréquence de ces endométrites syphilitiques.

On s'est demandé, ces dernières années, si le B. *abortus de Bang*, agent de l'avortement épizootique des bovidés et des ovidés, était susceptible de déterminer l'avortement chez la femme. Dès 1905, Emile Thierry a fait une communication à l'Académie de Médecine à propos d'une observation de Devoir. Il s'agissait de la vachère d'un e étable très infectée qui fit au quatrième mois de sa gestation un avortement avec expulsion de l'œuf en bloc. Il n'existait aucune cause dans les antécédents de la femme, ni du mari ; il ne s'agissait ni d'une insertion anormale du placenta, ni d'un avortement criminel. Pour ces diverses raisons, Thierry se demanda si le B. *abortus* n'était pas la cause de cet accident. Dans son étude sur le rôle des infections maternelles, évoluant au cours de la gestation, sur la mortalité fœtale, De Lee s'est également demandé si une femme ne pourrait pas faire un avortement infectieux après avoir bu du lait de vache infectée. Leduc a indiqué que, dans certains hameaux de sa région où la proportion des bêtes avortant atteignait 77 à 85 %, l'avortement humain ne lui avait pas semblé plus fréquent que dans les autres hameaux. P. F. Williams et Kolmer (1) ont recherché chez 50 femmes avortant, la réaction de fixation du complément pour le B. de Bang. Ils ont obtenu un résultat négatif dans les 50 cas.

(1) P.-E. Williams et Kolmer. — *American Journ. of Obstetrics*, 1917, p. 194.

D'ailleurs l'accord ne semble pas encore fait sur le pouvoir pathogène pour l'homme du B. de Bang. Ficai et Alessandrini (1) croient que certains cas diagnostiqués fièvre de Malte, seraient dus au B. *Abortus* ; ce microbe serait donc pathogène pour l'homme. Par contre, Ch. Nicolle (2) a démontré par l'inoculation sur des sujets de bonne volonté, que le microbe de l'avortement épizootique se distingue de celui de la fièvre méditerranéenne par l'absence du pouvoir pathogène pour l'homme.

En somme, jusqu'à présent, aucun fait précis n'est venu apporter la preuve de l'avortement humain par le B. de Bang. Des recherches ultérieures permettront sans doute d'éclairer cet intéressant problème de pathogénie. Withridge Williams, cependant, est assez opposé à l'idée de la transmission : chez le bétail, l'avortement épizootique mène rapidement à la stérilité, alors que, dans les cas où dans l'espèce humaine on a pu penser au bacillus abortus, il n'en est pas ainsi.

FAUSSES ENDOMÉTRITES.—A. **Fausses endométrites d'origine endocrinienne.** — 1° *Corps jaune.* — On sait que la sécrétion du corps jaune semble agir sur la muqueuse utérine dans un état indispensable au développement de cet œuf, tout au moins pendant un certain temps, encore mal fixé. On peut supposer que la destruction ou l'insuffisance de cet organe soit de nature à provoquer l'avortement.

Ochsner (3) rapporte à ce sujet de curieux cas de pratique vétérinaire. Des vétérinaires auraient vu que si un faux corps jaune persiste, la vache n'entre pas en chaleur et reste stérile. Si ce corps jaune est résorbé ou rompu, la femelle entre en chaleur dans les 24 heures. Si, par erreur, le prenant pour un faux, on rompt un vrai corps lié à un gestation méconnue, il se produit un avortement dans les 24 heures.

Pour Ochsner, un grand nombre d'avortements traumatiques dans l'espèce humaine seraient dus à une atteinte du corps jaune plutôt qu'à une atteinte de l'utérus.

Mais, du moins chez la femme, il semble bien que le corps jaune ne soit pas longtemps indispensable à la nutrition de l'œuf au début de la gestation, et que son ablation au cours des premiers mois de la gestation ne puisse être considérée comme une cause d'avortement, ainsi que l'ont montré divers auteurs et en particulier Cathala.

On aurait pu arrêter certaines menaces d'avortement par un traitement au moyen d'extrait de

(1) Ficai et Alessandrini. — *Riforma Medica*, 19 janvier 1925, n° 41, p. 57.

(2) Ch. Nicolle, Burnet et Conseil. — *C. R. de l'Ac. des Sciences*, 16 avril 1923.

(3) Ochsner. — *Illinois Medical Journal*, mai 1919.

corps jaune (V. de Andres Bueno, Rongy et Arluck, Hofbauer).

2° *Excès de fonctionnement ovarien et avortement.* — Il est de fausses endométrites déciduales qui semblent liées à une activité anormale de la glande ovarienne. On observe dans ces cas des hydro-hématorrhées et, en particulier, des formes à paroxysme menstruel qui ont fait parler de la conservation des règles pendant la gestation.

J'ai reproduit, par injection d'extrait ovarien chez le cobaye, des cavités creusées dans la caduque et remplies de liquide séro-sanguinolent, qui ressemblaient à ces poches hémorragiques que Duclos a constatées jadis à l'autopsie d'une femme morte accidentellement pendant qu'elle présentait des signes d'endométrite. Naslema (1) a vu que, chez le lapin, l'injection de fortes doses de corps jaune arrête la gestation. On sait, d'autre part, que l'opothérapie ovarienne, pendant la gestation, a pu sembler déterminer l'avortement si le produit est actif (ce qui est rare). On observe parfois des faits de ce genre chez des femmes qui cherchent à terminer une gestation non désirée, et on les observe aussi chez des femmes qui, machinalement continuent à ingérer des extraits ovariens prescrits avant la gestation.

Il semble, en somme, probable que bon nombre d'avortements du premier mois relèvent d'endométrites hyperovariques, soit qu'il s'agisse de production exagérée d'un principe ovarien hyperhémiant, soit qu'il s'agisse d'une activité exagérée de l'ovulation.

3° *Insuffisance thyroïdienne.* — Une des principales fonctions du corps thyroïde, c'est de présider à la croissance et aux métamorphoses de l'organisme. Quand il y a un tissu en évolution, le corps thyroïde intervient toujours, peu ou prou. C'est ce qui semble avoir lieu pendant la gestation où le corps thyroïde contrôlerait les métamorphoses de l'utérus et peut-être du chorion.

En cas d'insuffisance thyroïdienne, pathologique, chirurgicale ou expérimentale, il est fréquent de voir se produire des avortements ou la mort des petits à la naissance (2).

Expérimentalement, ces faits sont connus, Lortat-Jacob (3) et plus tard, Ukita ont rapporté les résultats d'expériences touchant le rôle de la thyroïdectomie partielle sur la gestation, chez des lapines adultes et primipares. Dans ces conditions, l'avortement survient dans un délai variant de trois à onze jours après l'intervention. Les mères survivent.

(1) Naslema. — *Upsala lak. forhandling,* 26 janvier 1921.

(2) Parisot et Fruhinsholz. — *Gynécologie et obstétrique,* 1921, t. IV, p. 169.

(3) Lortat-Jacob. — *C. R. de la Société de Biologie de Paris,* séance du 15 janvier 1904.

En clinique vétérinaire, il arrive que le bétail, dans les régions privées d'iode, présente une insuffisance thyroïdienne qui amène souvent des avortements ou la mort et la résorption du produit de la conception (Smith) (1).

Après des interventions chirurgicales sur le corps thyroïde, on a vu des faits du même ordre. Morestin a suivi, pendant des années, une jeune fille qui présentait, très accentué, le syndrome classique de la maladie de Basedow et qui en était très incommodée. Il fit des résections partielles dans chaque lobe et, à la suite de cette opération, il vit diminuer, progressivement et d'une manière considérable, tous les troubles. Or, cette malade s'est mariée, mais chaque fois qu'elle s'est trouvée enceinte, et cela est arrivé souvent, elle a fait régulièrement un avortement au cinquième mois.

Très justement, Hertogre a pu dire que la glande thyroïde protège le nouvel être contre toute insulte hémorragique ultérieure.

J'ai publié avec Cornil à la *Société de Biologie* (29 avril 1922) une observation de stérilité par insuffisance thyroïdienne. Une conception devint possible après traitement thyroïdien ; au cours de celle-ci, une menace d'avortement fut jugulée, par un nouveau traitement thyroïdien, ce qui permit à la gestation d'aller jusqu'au terme. Dans ce cas, l'étude histologique de la caduque montra l'absence complète de lésions infectieuses. Ce caractère négatif tend à prouver qu'il s'agissait d'une « fausse endométrite » : la couche profonde de la muqueuse présentait un aspect aréolaire bien plus accentué qu'il n'est habituellement au terme de la gestation ; il existait dans la partie non placentaire de nombreuses villosités atrophiées. J'ai cru pouvoir conclure que cette non-régression était analogue à d'autres retards de développement, dus à l'insuffisance thyroïdienne.

L'opothérapie thyroïdienne est donc indiquée dans certains cas, non seulement pour permettre la fécondation, mais pour assurer la continuation de la gestation. Il y a d'ailleurs longtemps que divers auteurs et, en particulier, Tarnier, ont signalé les bons résultats qu'ils avaient obtenus contre l'avortement habituel par l'emploi des préparations iodées.

4° *Insuffisance hypophysaire.* — Depuis les travaux qui ont permis à Pierre Marie de rattacher l'acromégalie aux lésions de la glande pituitaire, on sait que cette glande a un effet sur la croissance. D'autre part, pendant la gestation, on a remarqué que l'hypophyse augmentait de poids (surtout le lobe antérieur), qu'elle est le siège d'une multiplication cellulaire intense, et que son fonctionnement paraît exalté (acromé-

(1) Smith. — *Journal of Biol. Chem.,* 1917, p. 215.

galie passagère). On peut donc supposer que l'hyperfonctionnement de l'hypophyse est peut-être lié, soit à la croissance du fœtus, soit plutôt à la croissance gravidique des organes génitaux.

Or, les extirpations totales ou subtotales de l'hypophyse empêchent la fécondation ou, si la femelle était en état de gestation, elles détermineraient habituellement l'avortement (Aschner).

Dans les insuffisances de moyenne intensité (syndrome adiposo-génital), la fécondation est impossible. Dans les cas plus légers, il existe des oligoménorrhées et des stérilités que l'opothérapie hypophysaire peut guérir. Bandler (1) a publié des observations impressionnantes de stérilité ressemblant à celles du myxœdème, rebelles au traitement thyroïdien, et guéries par un traitement hypophysaire prolongé.

On peut supposer qu'une insuffisance de l'hypophyse soit de nature à troubler l'évolution des caduques et à créer une fausse endométrite, cause d'avortement. Cependant, cette hypothèse n'a pas été l'objet de travaux de vérification.

Quelles que soient les obscurités qui entourent encore cette question des glandes endocrines, le rôle que jouent l'ovaire, le thyroïde et peut être l'hypophyse, de par leur influence sur les métamorphoses et la croissance, est tel que l'insuffisance de ces glandes peut créer un trouble dans l'évolution des caduques. Il est à souhaiter que de nouvelles observations complètes viennent éclairer les parties de cette question encore dans l'ombre ; peut-être ces causes se révèleront-elles plus communes qu'on ne le croit.

B. Fausse endométrite par trouble circulatoire. — Il est probable que les affections créant un état congestif du petit bassin sont capables de réaliser une congestion de la caduque donnant l'aspect anatomique et les troubles cliniques de la fausse endométrite. Les excès de coït peuvent sans doute agir, en partie, de la même façon.

C. Fausse endométrite par lésion anaphylactique de la déciduale. — Certaines observations récentes permettent de supposer que le choc anaphylactique peut créer un état congestif de la caduque du même ordre que les phénomènes congestifs superficiels. C'est ainsi que Carles et Delmas-Marsalet (2) ont rapporté l'observation d'une multipare, faisant une pneumonie double à trois mois et soumise à la sérothérapie antipneumococcique. Quinze jours après, débutèrent des accidents sériques, caractérisés par des phénomènes vaso-moteurs intenses. Deux heures après le début des accidents, presque sans douleurs, la femme avorta, en un temps, d'un fœtus non macéré. Le fait que quinze jours ont séparé les accidents fébriles de l'avortement et que la malade a expulsé un fœtus frais autorisent l'hypothèse d'un rapport entre la maladie sérique et l'avortement. Les auteurs se l'expliquent par le fait que les phénomènes vaso-moteurs superficiels peuvent coïncider avec une congestion profonde, suffisamment intense pour décoller l'œuf (1).

Peut-être faut-il rapprocher de ces faits les avortements après choc arsénobenzolique. Gougerot a décrit des crises nitritoïdes utéro-placentaires causant l'avortement après injection d'arséno-benzol et caractérisées par les traits suivants : coexistence de crise nitritoïde banale et de céphalée, légère ou intense, en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes utérins, sensation de chaleur abdominale, contractions utérines immédiates et petites hémorragies, évolution clinique rapide, expulsion d'enfant vivant bien constitué (2). Pomaret et Benoit (3) ont rapporté des faits expérimentaux cliniques d'avortements après arsénobenzols. Merklen et Wolff ont publié un nouvel exemple d'avortement consécutif à une injection intraveineuse d'arsénobenzol (4). Marcel Pinard interprète ces faits de façon différente : pour lui, ils seraient dus à l'emploi de doses faibles qui réactivent la syphilis.

Ces faits sont rares, d'ailleurs, mais il n'y a rien d'impossible à ce qu'un médicament actif et shockant ne puisse déterminer une perturbation grave du tissu fragile qu'est la caduque.

(1) Bandler. — *The Americ. Journ. of Obst.*, juin 1919, p. 286.

(2) Rapports possibles entre les accidents sériques et l'avortement. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, avril 1924, in *B. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 439.

(1) Il est d'ailleurs possible que l'anaphylaxie agisse sur la fibre utérine, ou encore sur le fœtus. Telle est l'opinion de Fischer (*Zentr. f. Gyn.*, oct. 1924, n° 48, p. 203). Deux femmes reçurent du sérum antistreptococcique vers la fin de leur gestation. L'une expulsa un enfant mort-né, l'autre un enfant qui vécut soixante heures. Le premier enfant présentait quelques hémorragies pétéchiales, tandis que le second, qui survécut quelque temps, montrait de graves hémorragies du cerveau, des reins et des surrénales. Le peu d'importance des lésions présentées par le premier enfant tient, d'après l'auteur, à ce que la forte réaction sérique maternelle a tué le fœtus avant que des lésions plus graves aient eu le temps d'apparaître.

(2) *Paris médical*, 1922, p. 393.

(3) *B. et mém., Soc. de méd., hôp. de Paris*, 17 mai 1923.

(4) *Soc. derm. de Strasbourg*, 10 mai 1925.

l'adjuvant (caféine), l'anesthésie supérieure est parfaite et très durable, puisqu'elle a permis de faire dans la même séance la sympathectomie bilatérale ou la résection double des maxillaires supérieurs.

La R. moyenne est pour les viscères de l'étage abdominal supérieur : rate, estomac, foie et duodénum partie supérieure : 1 cmc. eau stérilisée, 30 centigr. de benzoate de soude, 20 centigr. de caféine, 4 à 8 centigr. de stovaïne.

La R. basse comprend l'étage abdominal inférieur, le pelvis et les membres inférieurs : 1 cmc. eau stérilisée, 30 centigr. benzoate de soude, 20 centigr. caféine, 4 à 6 centigr. de stovaïne.

Des ponctions combinées, moyenne et basse, sont nécessaires pour anesthésier les plexus lombaire et sacré dans les opérations gynécologiques. Pour le thorax, être parcimonieux de l'anesthésique, pour conserver la fonction d'un poumon au cas où l'autre fonctionnerait mal, et ne pas risquer d'avoir des arrêts de la respiration, dus à un anesthésique trop fort ayant provoqué l'immobilisation totale du thorax.

Le Pr Th. Jonnesco a pratiqué la rachianesthésie dans 6.200 opérations, dont 1387 hautes et 4.813 basses et moyennes, sans accident, sans mortalité. Aucune complication post-anesthésique n'est à signaler, à part quelques céphalées de courte durée. (*La Presse médicale*, 3 février 1926).

La nutrition et le régime des hépatiques.

Le travail de MM. N. Fiessinger et H. Walter, très étudié et très complet, mérite d'être lu en entier ; en voici cependant les données essentielles.

Tant du fait de sa sécrétion externe que du fait de sa sécrétion interne, le foie intervient dans le métabolisme de tous les aliments, graisses, protéines, hydrates de carbone. Dans l'insuffisance hépatique, la cellule du foie faiblit à sa tâche, et le malade maigrit. Cet amaigrissement doit être reconnu par le clinicien, et ce n'est pas toujours chose facile. On le retrouve même dans les atteintes légères du foie ; il est habituel dans la cirrhose, mais n'est pas le fait seul des hépatites scléreuses. Cette atteinte hépatique conditionne pour une bonne part l'amaigrissement des maladies infectieuses, atteignant toujours la cellule hépatique.

Pour lutter contre cette complication importante des insuffisances hépatiques, il faut stimuler la fonction hépatique (notamment par l'opothérapie : 100 gr. de foie de porc finement haché dans du bouillon, ou 0 gr. 05 à 0 gr. 20 d'extrait aqueux par jour en injection hypodermique) et surveiller le régime.

Dans la grande insuffisance (ictère grave, etc.) le régime hydro-lacté ou hydro-sucré est le plus souvent seul supporté. Les auteurs n'ont donc envisagé le régime que dans la moyenne et la petite insuffisance.

Ne permettre que les viandes peu grasses ; interdire l'oie, le canard et le porc (surtout chaud, le jambon par exemple étant permis) ; défendre aussi les abats, le gibier s'il n'est pas frais, les poissons gras.

Autoriser les poissons maigres : sole, turbot, dorade, merlan, rouget, collin, perche, brochet, truite, grenouilles. Les petits poissons (sardines, goujons, etc.), seront évités non pour eux-mêmes, mais parce que leur mode habituel de préparation les transforme le plus souvent en éponges de graisse ou d'huile cuite.

Les œufs, qui d'une manière générale devront être interdits en nature, seront autorisés au contraire dans les crèmes, les soufflés et les entremets en général.

Le sucre fait partie intégrante du régime (c'est un puissant leucopédétique et par conséquent digestif), sous toutes ses formes (sauf glycérine), à condition d'être considéré comme un aliment à prendre avant, pendant ou après les repas, mais jamais pendant leur intervalle.

Les féculents et farineux sont bien tolérés, si l'on évite gratins, épices, etc. Les légumes à cellulose sont d'une importance capitale dans le régime, et en particulirer les légumes verts, légumes à chlorophylle, qui par leur fer sont d'excellents stimulateurs de la biligénie. Certains fruits peuvent être pris crus, mais bien mûrs et bien mastiqués.

Quant aux graisses, elles sont utiles, et ne doivent être supprimées que si la bile ne parvient plus dans l'intestin ; dans tous les autres cas, elles sont supportées si elles sont données sous une forme facilement émulsionnable ; défendre fritures, graisses cuites, beurres noirs ; permettre huile, beurres végétaux et surtout beurre frais.

Pas d'alcool, vin blanc additionné d'eau. Infusions, sirops, limonades ; eau de Vichy, à jeun et dans l'intervalle des repas.

Le régime surveillé, mais suffisamment large, évitera l'amaigrissement si l'on sous alimente et l'atteinte progressive des cellules encore indemnes du foie, si l'on alimente trop ou mal. (*Journ. des Praticiens*, 9 janvier 1926).

Les ruptures spontanées de la rate et leur traitement.

La rupture spontanée de la rate est plus fréquemment observée que celle de tout autre viscère plein, celle du foie en particulier. Elle se traduit par un phénomène de shock, particulièrement intense, observé dès le début, et qui peut aller jusqu'à la syncope ; il y a en même temps des signes d'hémorragie interne, d'épanchement intrapéritonéal, une douleur déchirante dans l'hypocondre correspondant, irradiée à l'épaule

◆◆◆◆

gauche, de la contracture pariétale, et une zone de matité fixe. A la phase du début, fait suite au bout de quelques heures une phase de rémission ; mais si l'on n'intervient pas dès les premières heures, la phase terminale ne tarde pas à apparaître, et la mort survient rapidement dans le collapsus au milieu des symptômes d'anémie aiguë.

Après avoir fait une incision médiane sus-ombilicale, complétée par une incision transversale, pour vérifier le siège de l'hémorragie, le chirurgien a le choix entre les méthodes conservatrices (tamponnement, suture, ligature du pédicule) et la splénectomie.

Le Dr FOUCAULT pense que la splénectomie au cours des ruptures de la rate paludéenne, est parfaitement justifiée, sous certaines conditions de mobilité de l'organe, d'étendue des lésions et de résistance de l'individu. Elle n'a pas tous les inconvénients qu'on lui a autrefois attribués, mais elle n'a pas une influence radicale sur l'évolution ultérieure du paludisme.

Formellement indiquée dans les cas rares de rupture au cours de la maladie de Banti et de la tuberculose de la rate, elle donne des résultats désastreux a u cours des autres affections, en particulier dans les ruptures spléniques de la fièvre typhoïde et de la leucémie ; c'est à ces cas que seront réservées les méthodes conservatrices. (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1925.)

Un cas de chancre mou guéri par de la poudre de néosalvarsan.

Le Dr O. MICHAELIS rapporte l'histoire d'un malade atteint de chancre mou, et réagissant imparfaitement à toute une autre série d'agents médicamenteux, chez qui l'application locale de poudre de néosalvarsan amena une guérison très rapide ainsi que la disparition du ganglion satellite. Le B. W. étant resté négatif, par conséquent toutes chances de masquer la syphilis étant écartées, il suffit de quatre applications de poudre ; en trois jours le chancre mou avait complètement disparu. A noter que, sans un diagnostic tout à fait certain de non syphilis, il serait peut-être dangereux d'employer d'emblée la poudre de néo ; un chancre mou peut recéler les germes d'un chancre dur et constituer plus tard un chancre mixte.

Dans la suite, il sera bon d'instituer malgré tout quelques contrôles par le B. W. dans des cas analogues de chancre mou, guéri par le néo-salvarsan en poudre. (*Bruxelles médical*, 31 janvier 1926.)

Traitement des otites externes diffuses.

L'inflammation du conduit et du pavillon est provoquée par une otorrhée persistante, une dermite eczémateuse, un furoncle, de malencontreuses instillations de baumes, plus ou moins rances, à l'occasion d'une crise dentaire, etc.

Tout d'abord, il faut, dit G. DE PARREL, localiser le foyer par une désinfection soignée de la région temporale, comme pour une intervention ; puis agir sur les lésions de dermite par l'emploi de poudres antifermentescibles, analgésiques et siccatives :

Salicylate de bismuth.... } ãã	6 grammes
Poudre d'oxyde de zinc.. }	
Chlorhydrate de cocaïne...	0 gr. 03
Poudre de talc	30 grammes

Saupoudrer toute la surface suintante, mettre une gaze, et pansement complet renouvelé chaque matin durant 3 ou 4 jours.

Décaper ensuite les téguments, en badigeonnant la région malade, pour amener la chute des croûtes, avec :

Ichtyol	1 gr. 50
Oxyde de zinc...........	2 gr.
Acide salicylique	0 gr. 50
Vaseline	15 grammes

Si possible, introduire dans le conduit une mèche peu serrée et étroite, imprégnée de ce même mélange. Le pansement est laissé en place deux jours et renouvelé jusqu'à disparition des croûtes.

Quand le suintement séreux est à peu près tari, cautériser tous les trois jours avec du nitrate d'argent à 4 p. 100. Dans le conduit, mèche souple et stérilisée ; à signaler l'effet bienfaisant, sur ces dermites suintantes, de l'air chaud et de la lumière.

Enfin, quand l'infection est limitée au conduit et à la conque, décaper à l'aide d'un tampon imbibé d'huile de vaseline stérilisée, et pratiquer ensuite des instillations fréquemment répétées à l'alcool à 90°. Si possible, insérer dans le conduit une petite mèche stérile, imbibée d'alcool à 90°, et protéger le pavillon avec une compresse imbibée aussi d'alcool.

Pas d'eau, même salée ou boriquée ; pas de glycérine phéniquée, qui ne peut qu'entretenir la réaction inflammatoire.

Comme prophylaxie, rechercher et supprimer la cause de la dermite (furoncle, etc.) ; s'il s'agit d'otorrhée, l'assécher le plus rapidement possible. Ne pas négliger le traitement général. (*L'Evolution thérapeutique médico-chirurgicale*, janvier 1926).

Les Sociétés Savantes

Paris

Les réactions vaccinales fortes et leur prophylaxie.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 6-7-1926.)

M. Camus revient sur la question des réactions vaccinales. L'intensité de la réaction vaccinale dépend de trois facteurs : la réceptivité du sujet, l'activité du vaccin, l'étendue des surfaces vaccinées. Un sujet vacciné depuis peu de temps a rarement une forte réaction si on le revaccine. Les pulpes vaccinales sont d'activités différentes, mais il ne faut pas trop s'adresser à des vaccins faibles, sous peine de résultats insuffisants. Enfin, plus l'inoculation est pratiquée sur une surface large et plus la réaction sera développée.

Pour éviter les fortes réactions, on conseillera les revaccinations assez fréquentes, mais c'est surtout en réduisant l'étendue des inoculations que l'on fera cette prophylaxie. Avec un vaccin actif, la scarification devra être de dimensions modérées (petites incisions ou piqûres) ; avec un vaccin faible, recourir à une inoculation étendue.

Les pulpes qui sont actuellement fournies, en France, par les Instituts de vaccine, sont d'une activité supérieure à ce qu'elles étaient jadis. Donc, en employant le vaccin français, et sauf indications particulières, ne faisons pas de trop longues et de trop nombreuses scarifications.

Pain blanc et pain bis.

(M. Louis Lapicque. — *Académie de médecine* ; 6-7-1926.)

La crise des changes va nous obliger à manger un pain mêlé de son ou de succédanés. Comment faut-il comprendre physiologiquement la question ? Puisque nous devons renoncer momentanément au pain à farine blanche, est-il préférable de recourir à un blutage plus élevé, à une farine mêlée de son (pain bis), ou vaut-il mieux s'adresser à une addition de farines succédanées ?

Tout d'abord, déclare M. Lapicque, le pain blanc est un luxe, nullement nécessaire, et un luxe coûteux. Avec 100 kgr. de blé, on fait 70 kgr. de farine blanche. Avec un blutage amplifié, on obtient 80 kgr. et davantage de farine plus ou moins bise, soit un gain qui peut avoisiner 20 %. On a objecté qu'en poussant l'extraction au-delà de la farine blanche, on gagnait simplement une certaine quantité de son, sans valeur alimentaire ; on obtenait ainsi *plus de poids*, mais *pas plus de pain.*

M. Lapicque réfute cette objection La meunerie la plus perfectionnée ne réussit jamais à séparer complètement, dans le grain, l'écorce de son amande. A l'écorce, au son, reste toujours adhérente une quantité variable de farine, qu'un blutage plus élevé récupère. Le pain bis, *à quantité égale de blé*, renferme plus de farine alimentaire que le pain blanc. Pour ce motif et pour d'autres raisons encore, M. Lapicque se déclare partisan du pain bis, avec un taux de blutage allant de 80 à 85 % (82 % pour le blé moyen de France). Il n'hésite pas à dire qu'il préfère de beaucoup le savoureux pain bis au fade et féculent pain blanc. Et il le réclame, en outre, au nom de l'économie (2 milliards) qu'il fera faire à nos importations de l'étranger. Il faudrait même, après en avoir fixé le blutage, en continuer l'emploi dans les années de bonnes récoltes, ce qui permettrait une réserve pour les années moins favorisées.

L'auteur conclut : mangeons du pain bis, et donnons les succédanés au bétail pour remplacer le son dont le blutage plus élevé privera les animaux.

Sérums anti-scarlatineux.

(MM. Mironesco, de Bucarest, et Farcas. — *Académie de médecine* ; 6-7-1926.)

Avec le sérum de convalescent et le sérum antitoxique de Dochez-Dick, le traitement de la scarlatine est entré dans la voie sérothérapique. Appliqué à doses convenables et au début de la maladie, le sérum de convalescent a déjà donné quelques résultats. Le sérum antitoxique de Dochez-Dick, préparé à la suite des travaux de Georges et Gladys Dick sur le streptocoque scarlatineux, aurait une efficacité plus grande. Utilisé dès les premiers jours de la scarlatine, il abrégerait le cours de l'affection et diminuerait le nombre des complications. Son action immédiate se traduirait par une baisse de la température, une décoloration de l'exanthème et une amélioration des autres symptômes. MM. Mironesco et Fargas ayant pu se procurer du sérum de Dochez-Dick par l'intermédiaire du ministre des Etats-Unis à Bucarest, l'ont employé à l'hôpital Colentina et ont obtenu des effets encourageants.

A propos de l'Institut d'éducation psychique.

(M. G. Guillain. — *Académie de médecine* ; 13-7-26.)

Au nom d'une commission composée de MM. Gley, de Fleury, Pierre Marie, Babinski, Souques et Guillain, M. Georges Guillain présente un rapport, en réponse à une lettre adressée par M. le ministre du travail et de l'hygiène concernant la reconnaissance comme établissement d'utilité publique de l'Institut Coué d'éducation psychique.

L'Institut d'éducation psychique, fondé en 1923, dans le but de vulgariser la méthode d'auto-suggestion de M. Coué, a demandé sa reconnaissance com-

me établissement d'utilité publique. La commission académique et son rapporteur notent d'abord l'action incontestable de l'auto- et de l'hétéro-suggestion en thérapeutique, mais, sous peine de mécomptes graves, une méthode basée sur cette action ne saurait être mise en œuvre qu'après avoir posé un diagnostic et rempli toutes les indications que comporte ce diagnostic. En un mot, elle doit rester du domaine du médecin.

La conclusion est qu'il n'est pas opportun de reconnaître comme établissement d'utilité publique l'Institut d'éducation psychique.

La vente du lait écrémé.

(M. Jules RENAULT. — *Académie de médecine* ; 13-7-1926.)

La société de médecine du Mans a émis un vœu tendant à interdire la vente du lait écrémé et a transmis ce vœu au Ministère de l'Hygiène. Appelé à donner, comme rapporteur, l'avis de la section d'hygiène de l'Académie sur ce sujet, M. Renault remarque que les laits écrémés peuvent, dans certaines conditions, avoir leur indication et être prescrits aux malades, adultes ou enfants. Pour éviter toutefois qu'ils ne soient donnés dans les rations normales des enfants, sans raison péremptoire, il importerait de réglementer leur vente. L'auteur propose de compléter l'article 3 du titre 1er du décret du 25 mars 1924 sur les laits et produits de laiterie, par la phrase suivante :

« Les étiquettes dont sont munis les récipients contenant le « lait demi-écrémé » et le « lait écrémé » porteront la mention : « A ne donner aux jeunes enfants et aux malades que sur l'indication du médecin ».

Fourniture de livres neufs aux enfants des écoles.

(M. Jules RENAULT. — *Académie de médecine* ; 13-7-1926.)

Des critiques contre la fourniture aux enfants des écoles des livres usagés ont été formulées par M. Veil, maire adjoint du Xe arrondissement. A ce propos, l'Académie de médecine, sur la demande du Ministre de l'Hygiène, s'est occupée du côté hygiénique de la question.

A la vérité, les livres ramassés à la fin de l'année scolaire ne sont pas distribués au début de l'année suivante, s'ils sont jugés trop sales. Les agents pathogènes de certaines maladies infantiles (rougeole, varicelle, oreillons, coqueluche), d'autre part, n'ont pas une longue vitalité et ne subsistent pas au-delà de quelques jours ou de quelques semaines. En outre, les livres souillés par les enfants atteints de variole, de scarlatine, de diphtérie, doivent être brûlés après la maladie. Enfin, la tuberculose pulmonaire ouverte étant rare chez les enfants de moins de douze ou treize ans, les livres ne semblent pas devoir contenir souvent entre leurs feuillets le bacille si résistant de la tuberculose.

Les dangers des vieux livres scolaires ne sont donc peut-être pas aussi considérables qu'ils le paraissent. Toutefois, il ne faudrait pas les considérer comme inexistants. Si les agents pathogènes de la rougeole, de la coqueluche et des oreillons, en effet, sont fragiles, il n'en est pas de même des microbes qui causent leurs complications. Si les règlements prescrivent la destruction des livres après la scarlatine, la diphtérie et la variole, il faut compter avec les cas non déclarés de ces maladies. Si la tuberculose pulmonaire ouverte est exceptionnelle au-dessous de treize ans, elle est malheureusement fréquente chez les parents et la contamination bacillaire des livres d'école est ainsi parfois réelle.

M. Jules Renault conclut, en résumé, à la possibilité de transmission de certaines maladies par les livres ayant servi aux enfants qui en sont atteints.

Les remèdes au nitium en gynécologie.

(M. J.-L. FAURE. — *Académie de médecine* ; 13-7-26.)

N'y a-t-il pas d'inconvénient à employer les crayons, ovules et pommades au nitium dans le traitement des affections gynécologiques ? Le nitium contenant du radium, on peut craindre une influence fâcheuse sur les ovaires et, partant, sur la menstruation et la fonction ovarienne.

M. J.-L. Faure, s'appuyant sur des expériences faites à Saint-Lazare et dans son service de l'hôpital Broca, tenant compte d'autre part de la faible quantité de bromure de radium trouvé dans le nitium, est d'avis de donner une réponse favorable à l'usage des préparations de ce produit en gynécologie.

Plaie du cœur. Suture. Guérison.

(M. Ch. LENORMANT. — *Soc. de chirurgie* ; 5-5-1926.)

Un malade, dans une tentative de suicide, se porte un coup de stylet dans la région du cœur. Une heure et demie plus tard, M. Lenormant l'examine dans son service. Par la plaie, large d'environ un centimètre, siégeant à 3 travers de doigt au-dessus et en dehors du mamelon, s'écoule du sang en abondance. Bruits du cœur assourdis, pouls difficile à compter, irrégulier. L'atteinte du cœur paraissant vraisemblable, M. Lenormant ouvre le thorax et suture le ventricule lésé : guérison sans trouble appréciable consécutif. Ceci est, d'ailleurs, la règle chez les opérés qui survivent à la suture du cœur.

P. L.

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

4, 5 et 6 Novembre 1926

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE MM. LES MINISTRES DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, ET DE LA GUERRE.

Président :

M. le professeur DUCAMP
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine

Commissaire général :

Professeur Paul DELMAS
de la Faculté de Médecine,
Président de la Fédération
des Syndicats Médicaux de l'Hérault.

Secrétaire général :

Professeur A. FAUCON
de la Faculté de Pharmacie,
Président du Comité Colonial
de la Xe Région Economique.

I. COMITÉS :

A. — *Comité d'Honneur :*

MM. DUCAUD, Préfet de l'Hérault.
NEGRE, Président du Conseil Général.
Le Général MARTIN, Commandant le XVIe Corps d'Armée.
Le professeur BILLOD, Maire de la Ville de Montpellier.
RICATEAU, Premier Président de la Cour d'Appel.
COULET, Recteur de l'Université de Montpellier.

Mgr. MIGNEN, Evêque de Montpellier.
MAURY, Doyen de la Faculté de Théologie protestante.
Le Rabbin KAHN, de Nîmes.

ISENBERG, Consul de Belgique, à Cette.
CONGE, Consul du Brésil, à Cette.
Jean COMOLET, Consul du Chili, à Cette.
NAHMENS, Consul du Danemark.
TARONGY Y ESPANOL, Consul d'Espagne, à Cette.
Wesley FROST, Consul des Etats-Unis, à Marseille.
BROWN, Consul de Grande Bretagne, à Cette.
COTSAFTIS, Consul de Grèce.
MARENESI, Consul d'Italie, à Cette.
CAZALIS, Consul de Paraguay et de Roumanie, à Cette.
Charles COMOLET, Consul des Pays-Bas, à Cette.

MM. DUGRIP, Consul du Portugal, à Cette.
GAUTHIER, Consul de la République Argentine et de l'Uruguay, à Cette.
NINTCHITCH, Consul général de Serbie, à Marseille.
BÜHLER, Consul de Suisse, à Béziers.
PUECH, Consul de Venezuela, à Cette.

Le Médecin-Inspecteur Paul DELMAS, Directeur du Service de Santé du XVIe Corps d'Armée,
Le Vétérinaire principal MOUNIER, Directeur du Service vétérinaire du XVIe Corps d'Armée,

Le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine.
Le Professeur MASSOL, Doyen de la Faculté de Pharmacie.
Le Professeur GODCHOT, Doyen de la Faculté des Sciences.

ARNAVIELHE, Président de la Xe Région Economique et de la Chambre de Commerce de Montpellier.
COMBEMALE, Président du Syndicat Monpellier-Lodève de la C.G.V.
COSTESEQUE, Président du Syndicat d'Initiative.
D'ALBENAS, Président de l'Aéro-Club de l'Hérault.

B. — *Comité de Patronage.*

a) **Sociétés Savantes.**

Académie des Sciences et Lettres, M. Gaston PASTRE.
Association des Médecins des Stations Thermales, Dr GUIBERT.

Réunion Obstétricale et Gynécologique, Professeur FORGUE.
Société Archéologique, M. BONNET.
Société des Sciences Médicales, Professeur TÉDENAT.

b) **Groupements Corporatifs.**

Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault, Dr DESFOUR.
Syndicats : Béziers-St-Pons, Dr GUIBAL.
Cette, Dr ROGER.
Montpellier-Lodève, Professeur GAUSSEL.
Fédération des Pharmaciens du Sud-Est, M. Jules DE BONADONA.
Syndicat des Pharmaciens de Montpellier, M. CELLIER.

c) **Groupements Confraternels.**

Association des Anciens Internes des hôpitaux de Montpellier, Professeur GRYNFELTT.
Association de Prévoyance des Médecins de l'Hérault, Professeur VEDEL.

d) **Services d'Hygiène.**

Inspecteur Départemental Principal, Dr AUBLANT.
Directeur de l'Hygiène Municipale de Montpellier, Dr PAPPAS.

e) **Croix Rouge française.**

Association des Dames françaises, Amiral SERVANT.
Société de Secours aux Blessés Militaires, M. François DURAND.
Union des Femmes de France, Professeur GILIS.

C. — *Comité d'organisation* :

BUREAU GENERAL

Commissaire général	*Secrétaire général*
DIRECTEUR	EXPOSITIONS
Professeur Paul DELMAS	**Professeur A. FAUCON**
de la Faculté de Médecine Président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault	de la Faculté de Pharmacie Président du Comité Colonial de la Xe Région Economique.

Secrétaire adjoint

PROPAGANDE :

Docteur DESFOUR

EXCURSIONS :	LOGEMENTS
Professeur agrégé GIRAUD	**Professeur GALAVIELLE**

II. PLAN D'ENSEMBLE :

A) Conçues sur le plan général si heureusement imaginé au lendemain des hostilités par le Corps Médical de Bruxelles, les journées de Montpellier, dans le cycle quadri annuel convenu entre ces quatre centres d'enseignement médical que sont Bordeaux, Toulouse, Marseille et Montpellier, se proposent de réaliser, selon une formule qui leur soit personnelle, un programme de nature à intéresser par sa variété le plus grand nombre possible d'adhérents.

B) Justement désireux de soutenir sa réputation universitaire, Montpellier devait au présent de consacrer la journée du **jeudi 4 novembre** au mouvement scientifique contemporain, et, au passé, de commémorer le *Centenaire de la découverte du Brôme* par le Montpelliérain Jérôme BALARD.

Le programme du lendemain, **vendredi 5 novembre**, fait le plus large appel à la participation du *Service de Santé Militaire* auquel appartiennent, au titre des réserves, le plus grand nombre des adhérents éventuels de ces manifestations.

La troisième journée, **samedi 6 novembre**, est consacrée au *Mouvement Corporatif* nécessaire à la veille de mesures législatives susceptibles de modifier le caractère traditionnel de la profession médicale.

C) De plus, ces trois journées, solidaires, mais indépendantes, seront encadrées de deux autres qui, pour être facultatives, n'en seront pas moins attrayantes.

a) Comme préface aux journées proprement dites, le **mercredi 3 novembre** (jour autrefois chômé en l'honneur d'Hippocrate, dans la vieille Ecole de Médecine), sera consacré à la commémoration du *Centenaire Montpelliérain de la création des Chefs de Clinique*. Cet anniversaire sera, à bon droit, fêté le jour de la *Rentrée Solennelle des Facultés*.

Tous les congressistes y sont cordialement invités.

b) Au lendemain des Journées Médicales, des excursions facultatives offriront aux congressistes, le **dimanche 7 novembre**, la vue de *villes d'art* et de *paysages* justement réputés.

III. INSTALLATIONS MATÉRIELLES

A) Les diverses conférences prévues au programme auront lieu dans le Grand Amphithéâtre de la **Faculté de Médecine.**

Dans le cadre des bâtiments historiques de l'Ecole, diverses expositions seront organisées de tout ce qui touche à la vie professionnelle et scientifique du médecin : **médicaments**, **spécialités**, **eaux minérales**, **instruments**, **livres**, etc.

B) De plus, et à l'occasion du Centenaire de la découverte du Brome, deux autres expositions d'ordre artistique auront lieu :

a) L'une au **Pavillon Populaire** pour les industries photographiques et cinématographiques.

b) L'autre, dans les **Annexes du Grand Théâtre**, sera affectée au mouvement artistique régional contemporain.

C) Enfin, sur le terrain de l'**Hippodrome,** sera ouverte au public l'installation par le service de santé militaire d'une **formation sanitaire** du dernier modèle. Elle s'adresse à tous ceux qui désirent savoir sur quelles ressources sanitaires peuvent compter les militaires qui sont à l'heure actuelle sur les théâtres d'opérations extérieures.

Mais aussi et surtout, pour les adhérents qui figurent comme *officiers de complément* sur les contrôles du Service de Santé de la XVI[e] Région, l'assistance à cette démonstration comptera pour sa durée comme *période d'instruction* régulièrement effectuée et mention en sera faite sur leur feuillet individuel de campagne.

Sur demande des intéressés, un ordre de transport au *quart de place militaire* leur sera envoyé par le Directeur du Service de Santé.

Cette facilité, offerte également aux officiers de réserve du Service de Santé des régions limitrophes (XIII[e], XV[e], XVII[e]), sera, en principe, accordée à ceux du reste du territoire par la 7[e] Direction, au Ministère de la Guerre.

IV. DIVERTISSEMENTS :

A) Un **Comité de Dames** organise des visites au Jardin, aux Musées, des promenades à Maguelone, à Grand-Mont, au Château d'O, une après-midi musicale, etc.

B) Les congressistes seront reçus officiellement par la **Municipalité** au Foyer du Grand Théâtre. Cette réception comportera également une heure de Musique.

C) Une **représentation de Grand Gala** leur sera enfin offerte au Grand Théâtre municipal.

V. ADHÉSIONS :

A) Les journées médicales s'adressent :

a) aux médecins et pharmaciens ;
b) aux internes et externes des hôpitaux ;
c) aux étudiants ;
d) aux chirurgiens dentistes ;
e) aux vétérinaires civils et militaires ;
f) aux officiers d'administration de réserve du S. de S. ;
g) aux sociétaires de la Croix-Rouge ;
h) aux exposants.
i) aux familles des adhérents (femme et enfants) ;

B) En raison de sa situation géographique et de souvenirs historiques toujours vivants dans cette ville, Montpellier se fera un honneur de recevoir dignement les membres du corps médical des nations voisines et amies.

Un *comité du logement* leur donnera toutes facilités dès leur arrivée.

Des démarches sont faites auprès des Compagnies de Chemins de fer pour leur obtenir une *réduction sur le tarif des transport* de la frontière à Montpellier.

C) Les adhésions sont reçues, dès à présent par le Secrétaire adjoint, D[r] Desfour, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, auquel les intéressés sont priés de retourner, après l'avoir remplie, la formule ci-jointe, accompagnée du montant de leurs cotisations, de préférence par *chèque postal* (Montpellier n° 6900), ou pour les étrangers, par *mandat international.*

La cotisation est fixée à :

25 fr. pour les membres adhérents (inscrits au rôle des patentes) ;
15 fr. pour les membres associés (autres : internes, externes, étudiants et famille des adhérents).

Sitôt leur inscription parvenue au Secrétariat, les adhérents recevront leur *carte de membre,* sur le vu de laquelle ils retireront, dès leur arrivée à Montpellier, au siège de la *permanence,* Salle des Actes de la Faculté de Médecine, la *pochette* contenant les programmes et invitations qui les concernent.

VI. PROGRAMME SOMMAIRE :

MERCREDI 3 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : **Faculté de Médecine** : Centenaire du Clinicat. — 11 heures : Visite du Jardin des Plantes.

B) *Après-midi* : 2 heures : Visite du Musée Fabre. — 4 heures : **Palais Universitaire** : Séance de rentrée solennelle des Facultés.

C) 9 h. 30 : Soirée : **Hôtel de la Métropole** : Réception par l'Association des Anciens Internes.

JEUDI 4 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : **Faculté de Médecine** : Séance solennelle d'inauguration des Journées. — 11 heures : Visite de l'Exposition et de la Faculté, bâtiments et collections.

B) *Après-midi* : 2 heures : **Faculté de Pharmacie** : Célébration du Centenaire de la découverte du Brome. — 4 h. 30 : **Faculté de Médecine** : 3 Conférences médicales d'actualité (P[rs] Forgue, Perroncito, Hédon).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Gala au **Grand Théâtre**

VENDREDI 5 NOVEMBRE

A) *Matin* : 8 h. 30 : Manœuvres d'aviation sanitaire au **Terrain d'atterrissage de Montpellier l'Or**, avec causerie par le D[r] Chassaing et démonstration par le Médecin-Principal de 1[re] classe, Professeur Picqué. — 11 heures : Visite du **Château de Castries.** — 12 heures : Déjeûner par souscription au Château, sous la présidence du Général Martin, commandant le XVI[e] Corps d'Armée.

B) *Après-midi* : 2 heures : Démonstration du Service de Santé au terrain de l'**Hippodrome.** — 4 h. 30 : 3 conférences médicales d'actualité (P[rs] Vincent, Toubert, Spire).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Réception par la Municipalité de Montpellier au Foyer du **Grand Théâtre.** — **Salle des Concerts** : 9 h. 30 : Conférence médicale d'actualité (Pr Calmette). — 10 h. 30 : Une heure de musique.

SAMEDI 6 NOVEMBRE

A) *Matin* : 8 h. 30 : **Visite des Services hospitaliers** (Suburbain, Maternité, Général). — 11 heures : **Faculté de Médecine** : Réunion plénière de l'U.M.F.I.A., avec causerie par le Dr Molinéry.

B) *Après-midi* : **Faculté de Médecine** : 2 h. : Séance d'ouverture de l'Entente Régionale des Syndicats médicaux du Languedoc Méditerranéen. — 3 h. 30 : Séance d'ouverture de la Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des Hôpitaux du Midi. — 4 h. 30 : trois conférences d'actualité médicale dont deux d'intérêt corporatif (MM. Duchesne, Perreau, Vires). — **Faculté de Pharmacie** : 2 h. 30 : Réunion du Bureau de la Fédération des Syndicats de Pharmacie du Sud-Est.

C) *Soirée* : 7 h. 30 : **Hôtel de la Métropole**, Banquet par souscription.

DIMANCHE 7 NOVEMBRE

Excursions facultatives : On pourra choisir entre deux circuits :

a) Circuit **Languedoc-Roussillon** : La Cerdagne française et les Escaldes ; Narbonne, sa Cathédrale, ses Musées ; etc.

ou :

b) Circuit **Languedoc-Provence** : Nîmes, le Pont-du-Gard, Avignon, St-Rémy, les Baux, Arles.

Les modalités et le détail de ces excursions seront prochainement précisés par une note complémentaire, qui sera adressée à tous les adhérents inscrits.

N.B. — Une **Permanence** sera ouverte à la **Salle des Actes de la Faculté de Médecine** de Montpellier, du mardi 2 au samedi 6 novembre, de 9 à 12 heures et de 13 heures à 16 heures.

Sur le visa de leur carte d'inscription les adhérents y retireront leurs pochettes-invitations.

Ils y trouveront tous renseignements utiles et pourront y retirer, faire ou expédier leur correspondance.

VII. CORRESPONDANCES :

A) Pour les **JOURNÉES MÉDICALES** : adresser toute la correspondance à M. le Dr **DESFOUR**, Secrétaire adjoint, Délégué à la Propagande, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, Tél. 14-04, Compte-Courant de Chèques Postaux, Montpellier, n° 6900.

B) Pour la participation aux **EXPOSITIONS** : adresser toute la correspondance à M. **MAUJOINT**, Délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (V^e). Tél. Fleurus : 84-65.

Le Commissaire Général,

Professeur Dr Paul DELMAS.

Formule à retourner au **Dr Desfour, 8, rue Emile-Zola, Montpellier**, le plus tôt possible, et, en tous cas, **avant le 15 octobre**, dernier délai.

Bulletin d'adhésion aux Journées médicales de Montpellier (1)
(4, 5, 6 NOVEMBRE 1926)

Adhésion — Je soussigné
- Nom et Prénom usuel ....
- *Qualité (ou grade dans la réserve)* ....
- Domicilié à .... rue .... n° .... pays ....
- Déclare m'inscrire aux Journées Médicales de Montpellier, au titre de membre **adhérent** (patentés) ..... 25.00 ......; **associé** (autres) .... 15.00 ......
- Je serai accompagné de ma femme, ma fille, mon fils ....

Participation aux journées du :

4 nov.	Soirée de gala au Théâtre	gracieux
5 nov.	Déplacement en auto-car au terrain d'aviation et Castries	gracieux
	Déjeuner au Château de Castries (2)	......
	Réception au foyer du Théâtre	gracieux.
	Soirée à la salle des Concerts	gracieux.
6 nov.	*Banquet terminal à l'Hôtel de la Métropole* (2)	......

Excursion	Languedoc Cerdagne (2)	......
	Languedoc Provence (2)	......
	TOTAL	......

Que je verse au compte de chèques postaux, Montpellier n° 6900

(1) Souligner les formules choisies.
(2) Fera l'objet d'une note ultérieure.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS

Nous avons, à différentes reprises, entretenu nos lecteurs de la fondation du Sanatorium des Etudiants, sur le plateau des Petites Roches, près de Grenoble, et publié tous les appels que son Comité d'organisation a adressés aux médecins et aux Syndicats médicaux.

On sait que le Secrétaire général de ce Comité est notre ami Jean Crouzat, ancien président de la Section de Médecine de l'Association générale des Etudiants. Il s'est dévoué corps et âme à cette Œuvre, qui est, dans une certaine mesure, la sienne. Avec une foi d'apôtre, il ne cesse de consacrer tout son temps, d'appliquer tous ses efforts au définitif succès de cette entreprise. Il était tout naturel, qu'il couronnât ses études médicales en choisissant pour sujet de sa thèse inaugurale le *Sanatorium des Etudiants*.

En 1923, un étudiant en médecine, pauvre, atteint de tuberculose et soigné dans le service du Dr Rist, à Laënnec, put faire une cure sanatoriale, grâce à une souscription spontanément ouverte par la Maison des Etudiants. Il put ainsi se soigner et guérir. Ce fait est le point de départ du mouvement qui a abouti à la création du Sanatorium des Etudiants, à l'instigation de la Section de médecine de l'A. G. qui, à Clermont-Ferrand, au Congrès des Associations générales d'Etudiants, proposa de créer : *Un Sanatorium pour étudiants et étudiantes.*

Jean Crouzat expose ensuite pourquoi fut choisi l'emplacement des Petites-Roches, dont les avantages, au point de vue de la phtisiologie sont : son altitude (1.100 m.), son orientation, à l'abri des vents du nord, sa luminosité et son ensoleillement, sa température douce, son régime de pluie favorable, l'absence de brouillards et la proximité de la forêt. Il décrit ensuite le Sanatorium, selon les plans de M. Gavet, et rappelle la cérémonie de la pose de la première pierre, en octobre 1924, cérémonie à laquelle le *Concours* avait délégué l'un de ses dirigeants, Paul Boudin. Il décrit spécialement le Pavillon des Etudiants, son fonctionnement, son économie budgétaire et termine son travail par une superbe évocation de l'avenir :

« Il fallait, aux étudiants tuberculeux, une maison à eux. Cette maison, bientôt, ils l'auront.

« Qu'il soit permis à l'auteur de ce modeste ouvrage de s'incliner devant le drapeau de l'Union Nationale des Associations générales d'Étudiants. Si l'œuvre magnifique que nous avons exposée a été créée et vivra, c'est parce que les Étudiants de France ont décidé de s'unir afin de secourir ceux des leurs qui, au printemps de leur vie, peuvent être fauchés demain. »

G. Duchesne.

RELATIONS FRANCO-ÉTRANGÈRES MÉDICALES

De l'internationalisme scientifique.

Pourquoi les médecins praticiens ne doivent pas se désintéresser du courant international médical et comment, en particulier, une action rapide et continue doit particulièrement porter sur le monde médical Franco-Ibéro-Américain.

Par Dartigues.

Une raison puissante doit particulièrement inciter les médecins de divers pays — et pour nous, tout d'abord, ceux de la latinité scientifique et cultivée — à se rassembler et à se fasciculer pour ainsi dire. Nous sommes à un tournant d'humanité où de lourdes forces sociales désagrégeantes tendent à l'abaissement intellectuel de cette humanité. Il faut donc les combattre, et les médecins sont parmi ceux qu'une même culture et un même idéal mettent le mieux à même de lutter contre les puissances de barbarie toujours prêtes à faire surgir les cataclysmes sociaux et à ravaler les hommes au niveau des brutes bestiales.

La profession médicale, par l'exercice constant d'une haute conscience, par l'application soutenue au progrès scientifique, produit une mentalité nécessaire à la sauvegarde matérielle

et spirituelle des individus. Il faut donc protéger ceux qui l'exercent si l'on veut éviter la déchéance qui entraînerait les peuples aux pires calamités. Il est par conséquent nécessaire d'améliorer la vie matérielle et intellectuelle du médecin, en en étendant son rayon d'action au-delà des frontières de son pays.

Avant d'en arriver à une société universelle, les peuples ont encore tendance à se grouper suivant les tendances ataviques de leurs races ; mais, heureusement, ces groupements sont de plus en plus vastes et c'est en sortant de l'étroitesse des petits cadres nationaux, qu'ils acquerront plus de forces. Il était donné aux médecins du monde latin d'aller à un rapprochement où ils gagneraient plus d'autorité et d'indépendance.

C'est à ce grand but, complexe mais formant un tout indissoluble, à la fois civilisateur, scientifique, social et professionnel, qu'a travaillé, la première, l'Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine fondée en 1912. L'Umfia est la plus ancienne des unions médicales internationales et la plus importante puisque, à elle seule, elle groupe plus d'adhérents que toutes les autres sociétés réunies, créées après elle. C'est elle qui possède l'influence la plus irradiée et qui est à même d'imprimer les directives les plus utiles.

L'Umfia veut réunir en une masse de plus en plus compacte les médecins de même *haute culture* et de même *formation scientifique*. Or, cette même *haute culture* n'existe pas au même degré d'affinité dans tous les groupements ethniques. La haute culture préparatrice de pensée, de méthode rationnelle, d'acuité spirituelle, n'est-elle pas celle des peuples latins, d'origine méditerranéenne, qui vivent sur le fonds légué par les grands exemples d'action et par les grands penseurs de l'antiquité ? L'Italie, l'Espagne, la France en particulier, sont les héritières de cette haute culture à laquelle tous les autres peuples sont venus s'abreuver quand ils ont voulu s'affiner et se civiliser. Et cette formation scientifique n'est pas absolument la même dans tous les pays : elle diffère chez les Anglo-Saxons, chez les Slaves, chez les Asiatiques, chez les Latins. Les Anglo-Saxons n'ont été des maîtres que lorsqu'ils sont venus s'abreuver aux mêmes sources dont ils ont, pour notre malheur ou notre obscurcissement passager, troublé parfois la pure limpidité. La formation scientifique latine du Français, de l'Espagnol, du Portugais, de l'Italien, n'est pas la même que la formation scientifique saxonne ; par formation scientifique j'entends la manière de s'instruire, de préparer sa compréhension, d'organiser et de caser ses acquisitions, de les exposer dans une méthode immédiatement accessible et dans une clarté engageante et rapide.

Certes, la science est unique, universelle, et se crée de tous les appoints venus des horizons nationaux ou ethniques ; mais leur emmagasinement et leur distribution ne sont pas les mêmes et il y a là une différence entre la manière de l'érudition allemande qui a failli nous étouffer spirituellement pendant un demi-siècle, et la manière allégée par exemple de l'exposition française ou celle des autres peuples latins qui restaient libérés.

Mais il ne suffit pas de penser à l'identité de haute culture et de formation scientifique, il faut songer à lui ajouter celle des caractères, des tempéraments, des habitudes. C'est là un ensemble serré. C'est pourquoi l'Umfia a pour but de réunir les médecins de même haute culture, de même formation scientifique, et de même tendance ethnique.

Voilà donc le premier but de l'Umfia : *réunir la Latinité médicale.*

Elle travaille donc :

1° *A la compréhension réciproque internationale*, par l'étude, la diffusion, l'expansion des langues vivantes latines : espagnol, français, portugais. C'est l'Umfia qui dès sa fondation, a contribué le plus à la renaissance de la langue espagnole en France, en exigeant de ses membres de connaître le castillan. Cette Union de 26 Nations est devenue maintenant plurilingue en réalité trilingue, afin de favoriser son extension. Elle espère donc que de plus en plus, les Français connaîtront l'espagnol et le portugais, comme les Ibéro-Américains connaîtront davantage le français. Elle considère donc les langues comme le moyen de rapprochement intellectuel le plus puissant et comme celui qui prépare le mieux la jeunesse des Universités à l'Union intellectuelle et à l'internationalisme scientifique. Les jeunes intelligences doivent s'apprêter à devenir les messagères de l'esprit de leur nation propre.

2° *A favoriser l'esprit des voyages scientifiques*, en invitant ses membres à eller faire des séjours d'études dans les villes universitaires en particulier, où ils apprendront les organisations savantes, les modes d'enseignement, les installations scientifiques et hospitalières. Déjà des voyages particuliers et des voyages collectifs ont porté les plus grands fruits.

3° *A développer intensément l'interéchange scientifique*, par le moyen des personnalités demandées, envoyées accueillies d'une façon réciproque. Un interéchange de professeurs, de spécialistes, de praticiens distingués, de tous ceux en un mot qui « ont quelque chose à dire d'intéressant » au moyen de la parole, de la conférence, de la démonstration filmée, de l'exemple opératoire, et des congrès, des Journées, des Expositions, doit créer une sorte d'enseignement verbal et individuel international dans la latinité scientifique se comprenant d'ailleurs de

plus en plus par l'usage habituel des langues sœurs.

4° *A intensifier la connaissance réciproque de la production scientifique imprimée,* en faisant connaître davantage les livres, les travaux, les communications aux moyens de traductions et d'analyses, et dans des journaux et revues plurilingues. Par un système bien compris de condensation on arrivera au résultat de connaître rapidement la production scientifique des divers pays. L'Umfia a la prétention de faire avancer la science, car elle est un instrument d'échange d'idées scientifiques entre les 26 pays d'origine latine qu'elle englobe.

5° *A renseigner les confrères étrangers, dans chaque pays en relations avec l'Umfia, sur tout ce qui concerne les études et les sciences médicales,* à leur faciliter en un mot l'organisation de leur vie intellectuelle quand ils viennent dans une Université, travailler dans les hôpitaux, les laboratoires, les bibliothèques, afin qu'ayant fait de très longs voyages et risqué de très longues absences, ils puissent obtenir au moins le meilleur et le plus rapide rendement de leur travail scientifique. Toutes les indications et même toutes les recommandations auprès de nos maîtres et praticiens éminents sont données par le bureau de l'Umfia.

6° *A cultiver l'amitié internationale latine et spécialement franco-ibéro-américaine,* en faisant pour ainsi dire se faire interpénétrer les diverses sociétés médicales des diverses nations latines par l'admission réciproque du plus grand nombre possible d'individualités méritantes, en développant par conséquent les relations collectives ; en organisant des réceptions, des fêtes, des banquets, des grands dîners, à l'occasion solennelle de la venue de personnalités éminentes ; en créant des relations personnelles, en invitant au hazard des occasions, chacun dans sa sphère, son milieu, sa famille, des confrères de pays éloignés ; ainsi ne sera pas malheureusement méconnu l'esprit d'hospitalité et l'esprit sérieux et sain du foyer familial par l'étranger qui peut être enclin à juger en surface le côté social d'une nation par ses scories apparentes. Il est indéniable que sous l'influence de l'Umfia des relations de sympathie et d'amitié nombreuses se sont formées incomparablement plus qu'avant la guerre.

7° *A un grand but patriotique et international.* Et ceci n'est pas paradoxal car nous pouvons espérer voir marcher côte à côte un esprit patriotique, et un esprit international. L'idéal patriotique nous ne l'abandonnons point malgré notre tendance à l'internationalisme et nous n'avons pas l'outrecuidance, pas plus que la puérilité de penser que nous devions porter atteinte au sentiment particulier de la Patrie existant dans les autres nations, car la patrie c'est l'immédiate et originelle famille, dans la très grande famille ethnique et dans la plus grande famille humaine.

Malgré les puissances et les lois économiques, nous nous défendons puisque nous sommes et voulons rester sur le terrain intellectuel, psychique, moral et scientifique, c'est-à-dire d'une façon générale sur le domaine spirituel, nous nous défendons de considérer les nations qui forment notre grand agglomérat latin, comme des champs d'exploitation. Aussi, trouvai-je horrible, déplacé vexant, maintenant que nous ne sommes plus en temps de guerre et n'avons pas à faire de plaidoyer pour des aides nous empêchant de tomber à l'abîme, d'employer ce mot de propagande. Ceux qui le profèrent, en ce moment inopportun, manquent totalement de psychologie et de finesse d'âme, aussi ne sont-ils pas des conquérants de sympathie, d'affection et de dévouement, et sont-ils frappés de stérilité dans leurs projets.

Je l'ai dit, écrit et répété depuis longtemps : si l'on veut entretenir des relations cordiales, loyales et vraiment fructueuses, entre nations et peuples similaires, dans le sens de l'amitié et dans le sens utilitaire, il ne faut pas qu'elles soient cultivées dans un sens unilatéral : la sympathie, l'affection, l'estime et le résultat pratique ne s'édifiant solidement que sur la base d'un intérêt intellectuel, moral et économique mutuel !

L'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou UMFIA, poursuit le grand but de la *connaissance internationale latine.* Ayant une pleine confiance dans les forces indéfinies qui sont dans le cerveau latin, le cœur latin, l'âme latine, le génie latin, en un mot, qui a derrière lui deux mille ans de gloire et de puissance et qui a fait éclore la civilisation occidentale, nous voulons, au point de vue scientifique et médical, que les nations fraternelles ne s'ignorent plus dans leurs terres et leurs cités, ne s'ignorent plus dans leurs hommes, ne s'ignorent plus dans leurs travaux, ne s'ignorent plus enfin dans leurs mêmes tendances techniques et leurs mêmes aspirations vers un idéal de paix, de savoir, de bonheur, et de concorde pacificatrice.

L'Umfia forte de tout un *passé de belle initiative,* veut continuer cette œuvre de grande union scientifique, et amicale, entre les peuples franco-ibéro-américains.

Dans l'Umfia presque toutes les sommités officielles et tous les praticiens éminents de la France continentale et coloniale, de la Péninsule Ibérique et de la Péninsule Sud-Américaine sont représentés ; néanmoins l'esprit confraternel le plus égalitaire régne dans l'Union où les plus modestes sont en sympathie et en amitié avec les plus grands.

L'Umfia poursuit un grand idéal à la fois patriotique et international, sans négliger le côté

utilitaire pour tous, car elle s'efforce de rendre service à ceux qui marchent avec elle et la soutiennent.

Ceux qui voudront être assistés moralement, intellectuellement et matériellement, sur le terrain de l'exercice de la médecine et de la clientèle dans le monde latin, ne pourront agrandir leur influence et forcer la prospérité qu'en étant avec nous. Ne pas faire partie de l'Umfia c'est ne pas appartenir encore au grand groupement de l'élite intellectuelle du monde médical latin.

L'Umfia accomplit chaque jour un travail vital pour les intérêts réciproques de tant de pays rapprochés dans une splendide entente. Elle est au-dessus de toute considération particulière et ne souhaite que la grandeur des pays alliés par l'esprit, le cœur et la pensée, en même temps qu'elle n'aspire qu'à la grandeur totale de l'œuvre, à la fois patriotique, internationale, fraternelle et spirituelle par la communion en la science.

Il n'y a pas de manifestation scientifique médicale qui n'ait actuellement recours à l'Umfia qui apporte l'appui de sa haute influence, de sa méthode d'organisation et de toutes les grandes relations qu'elle possède dans les pays de langue française, espagnole et portugaise.

Cette œuvre de paix admirable par le savoir, par le désintéressement et le dévouement amicaux qui, dans tous les pays du monde sont l'expression la plus haute de la civilisation est poursuivie par nous avec la ténacité que donne la foi absolue dans une grande cause.

HONORAIRES MÉDICAUX ET DÉONTOLOGIE

Dans le courant de l'année 1924-1925, je soignai un jeune industriel valentinois M. X., et lui fis deux plâtres pour coxalgie, je lui adressai la note suivante :

2 plâtres à 450 fr. l'un..........	900 fr.
4 visites à 25 fr. l'une...........	100 fr.
Total	1000 fr.

Ce jeune homme qui était venu à moi sur l'avis de son médecin traitant avait déjà vu M. le Dr Z., professeur de clinique ; il retourna chez lui pour se faire faire trois autres plâtres, et M. Z. demanda chaque fois par plâtre fait par lui-même et suivi d'une consultation 150 francs.

Le troisième et dernier plâtre fut l'objet d'une majoration de note de 10 francs, soit 160 francs.

Au reçu de ma note, M. X., la montra à M. Z. qui la déclara forte ; il refusa de me la régler, m'offrant les mêmes honoraires que ceux réclamés par M. Z. et payés à celui-ci.

Ne pouvant admettre ces faits, et en voulant la preuve, je poussai le procès et c'est en présence de M. D., chirurgien des hôpitaux, désigné par le Tribunal de V. comme expert, que je dus me convaincre de leur réalité.

M. D. très justement me demanda instamment d'accepter une transaction pour éviter un procès regrettable pour *tous*.

Mes consultations sont à 25 francs, soit 3 fois le prix des consultations à V. des mutilés de la guerre (tarif établi par la loi de 1919).

J'ai demandé 450 francs par plâtre, soit 3 fois le prix d'un plâtre de coxalgie à ce même tarif.

Par ailleurs le tarif de l'A.M.G. de la Drôme donne 120 francs pour un plâtre de coxalgie.

Le client, un jeune industriel riche, sans charge de famille, m'oppose l'avis et la note du maître incontesté de l'orthopédie, qui est l'un des maîtres indiscutés de France, pour un acte chirurgical identique effectué dans une des grandes cliniques de ...; cette note pour appareil plâtré est inférieure à ce même tarif des mutilés et au tarif de l'A.M.G.

J'ai écrit à mes maîtres les professeurs V., Y., W., je leur ai exposé les faits et leur ai dit :

Je suis prêt à renoncer au procès : celui-ci a été engagé pour préciser un point : c'est fait.

Mais maintenant que dois-je faire ? Que devons-nous faire, nous, chirurgiens de petite ville, devant des prix si minimes réclamés en clinique par un maître ?

Je ne vous écris pas dans un vain esprit de récrimination, mais dans l'espoir, que dis-je, dans la certitude que, mis au courant de cette situation et y ayant réfléchi, vous trouverez juste ma cause.

Je vous écris aussi dans l'espoir que retenant le bien fondé de ma plainte, vous nous donnerez à nous, vos élèves, en accord avec vos pairs, des directives pour qu'un procès semblable aussi regrettable ne courre jamais le risque d'être plaidé.

Ils m'ont répondu en trouvant ma note non exagérée, et très raisonnable.

Ils ont été unanimes à désirer l'arrêt du procès.

Je l'ai fait en faisant la déclaration suivante au médecin expert, déclaration qui a été adressée au Président du Tribunal :

« Le Dr R. nous a déclaré que, soucieux de res-
« pecter le caractère purement libéral et non com-
« mercial de la profession qu'il exerce, et préoccupé
« uniquement des intérêts moraux du corps médical,
« il croyait devoir leur faire le sacrifice entier de ses
« honoraires, demandant toutefois qu'il lui soit
« donné acte de sa déclaration. »

Il n'en subsiste pas moins que M. Z.

1° En demandant des honoraires inférieurs au tarif des mutilés et au tarif de l'A.M.G. à un client riche, en clinique ;

2° En critiquant devant le malade ma note d'honoraires,

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hydrocèle bilatérale.

D'après une leçon du Professeur DELBET [1]

Cet homme, âgé de 46 ans, est entré à l'hôpital pour être opéré d'une hydrocèle, dit l'observation. Il présente en effet une tuméfaction des bourses, dont l'apparition remonte à quelques mois. Elle a augmenté progressivement. Voyant que le port d'un suspensoir et le repos ne donnaient pas de résultat positif, il se décide à entrer à l'hôpital. En somme, son histoire clinique se résume dans l'augmentation de volume progressive de la bourse gauche, sans aucun phénomène vraiment douloureux, avec des sensations de gêne, de pesanteur, et c'est tout. Le malade vient nous demander d'être débarrassé de cette lésion simplement parce qu'elle est gênante, mais elle ne retentit en rien sur son état général.

A l'examen, vous constatez tout de suite qu'il y a une asymétrie entre les deux côtés du scrotum. Le côté droit a un volume peut-être un peu exagéré. Le côté gauche est manifestement très augmenté de volume.

D'un côté comme de l'autre, d'ailleurs, la peau ne présente aucune altération, sauf une lésion cicatricielle ancienne dont il n'y a pas à tenir compte. Elle n'est nullement œdématiée, ne présente aucune modification de la circulation.

Je commence par l'examen du côté droit. Après avoir pédiculisé la bourse, — je vous ai montré comment il faut le faire —, on place une main suivant un plan équatorial, l'autre suivant un plan méridien. Ma main droite est active. Ma main gauche est une pince à enregistrer. Vous voyez qu'elle est fortement soulevée quand la main active exerce une pression transversale. Il y a donc une fluctuation manifeste.

Je vais maintenant faire du côté opposé la même recherche. C'est beaucoup moins net, mais vous voyez cependant que lorsque j'exerce des pressions transversales avec le pouce et l'index de la main droite, le pouce de la main gauche — pince à enregistrer — est manifestement soulevé. C'est beaucoup moins net que du côté opposé, parce que la tension du liquide du côté gauche est beaucoup plus considérable. Les collections qui donnent le maximum de fluctuation sont celles qui sont peu tendues : par exemple, un épanchement de sérosité, suite de contusion, donne lieu à de la fluctuation par balancement, et même au flot.

Donc, nous avons affaire à des collections manifestement liquides siégeant, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche. Généralement, en présence de collections manifestement fluctuantes dans les bourses, on déclare qu'il s'agit d'une hydrocèle. Dans la majorité des cas, on a raison. Mais on n'a pas le droit de conclure ainsi, parce qu'il peut y avoir d'autres collections fluctuantes dans les bourses. La conclusion que vous avez affaire à une hydrocèle, vous la tirerez des rapports de la collection liquide avec le testicule. Vous savez qu'on appelle hydrocèle l'épanchement séreux produit dans la tunique vaginale. Les autres lésions sont les kystes du cordon et les kystes de l'épididyme. Voyons d'abord le cas le plus simple, les kystes du cordon.

Leur situation est variable. Ils peuvent s'observer dans toute la hauteur du cordon, par exemple dans le canal inguinal. Ils ne donnent alors lieu à aucune difficulté de diagnostic, on ne peut les prendre pour des hydrocèles ; ils sont loin de de l'épididyme, et de la vaginale. Ils peuvent occuper la partie moyenne du cordon. On arrive à les séparer par la palpation. Enfin, à la partie inférieure, il est plus difficile de reconnaître si la tumeur est indépendante de la vaginale et de l'appareil épididymo-testiculaire.

Ces petits kystes du cordon ne donnent pas toujours lieu, — il s'en faut —, à la sensation de fluctuation. Dans la majorité des cas, ce sont des petites tumeurs absolument dures comme des billes ; il faut noter leur forme arrondie en ovoïde, leur parfaite régularité.

Voyons maintenant les kystes de l'épididyme. On les divise cliniquement en gros et petits kystes. Les petits kystes de l'épididyme siègent ordinairement dans la tête, sont liés dans la majorité des cas à des scléroses séniles, et n'ont aucun intérêt chirurgical, ni même médical. Ils restent stationnaires. Les gros kystes nous intéressent. Ceux-là n'occupent pas l'épididyme lui-même, ils sont entre l'épididyme et le testicule, sous épididymaires. On pourrait dire que c'est une variété d'hydrocèle cloisonnée. L'épididyme est toujours rejeté latéralement, du côté interne où est le pédicule vasculaire. La tumeur a la forme d'une brioche avec son chapeau. Il ne faut pas confondre ces gros kystes épididymaires avec certaines formes d'hydrocèles qui sont, comme on dit, bilobées.

Si on palpe avec attention, on constate que le testicule n'est pas indépendant du kyste, il est toujours accolé à celui-ci, on ne peut le séparer, comme on le fait pour un kyste du cordon,

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 15 avril 1926, recueillie par le docteur LAPORTE.

mais le liquide n'entoure pas le testicule comme dans l'hydrocèle.

Voyons quelle est la topographie du liquide dans les cas d'hydrocèle. Normalement, les feuillets viscéral et pariétal sont, non pas accolés mais rapprochés l'un de l'autre, et c'est dans cet intervalle compris entre le feuillet viscéral et le pariétal que s'accumule le liquide. L'hydrocèle a tendance à se développer plus vers le haut, vers le cordon, que vers la partie inférieure des bourses. Il en résulte que la situation du testicule dans une hydrocèle est à la partie inférieure et postérieure de la tumeur, sauf le cas rare d'inversion. C'est des relations topographiques entre le testicule et le liquide qu'on tire le diagnostic d'hydrocèle.

Dans certains cas, on arrive à sentir le testicule par la palpation directe. Du côté droit, où la collection est très peu tendue, on sent manifestement le testicule, il est situé correctement à la partie postéro-inférieure. Il s'agit incontestablement d'une petite hydrocèle. On ne sent rien, lorsque, au contraire, le liquide est très tendu dans la vaginale ; cela ne veut pas dire qu'il s'agit d'une grosse hydrocèle, car il y a de grosses hydrocèles peu tendues et de petites hydrocèles très tendues ; souvent, pour une grosse hydrocèle, il suffit du repos au lit pendant deux ou trois jours pour voir la tumeur diminuer de tension. Ici, la tension est considérable, et par conséquent il est très probable que par la palpation je ne sentirai rien. Il faut chercher s'il y a un point de la tumeur donnant une sensation de résistance un peu plus marquée.

Jadis, ce repérage du testicule avait une extrême importance. Lorsqu'on traitait par ponction, le premier temps consistait à enfoncer un trocart dans la collection liquide ; l'évacuation était suivie d'une injection modificatrice, généralement la teinture d'iode ; il arrivait parfois qu'on traversait le testicule ; il en résultait un sphacèle complet de ce dernier. Quand la palpation n'a pas donné de résultat, on peut chercher la sensibilité du testicule en exerçant des pressions un peu fortes sur certaines zones de la tumeur. Ici, la palpation directe du côté droit, la pression du côté gauche permettent d'affirmer que le testicule est bien, des deux côtés, à la partie postéro-inférieure de la tumeur.

On a décrit d'innombrables variétés d'inversions du testicule. Une seule intéresse la pratique, c'est l'inversion antérieure, celle dans laquelle l'épididyme, au lieu d'être située à la partie postérieure du testicule, est situé en avant. Dans ce cas, la situation du testicule est inversée.

La recherche de la transparence peut fournir des renseignements non seulement sur la situation du testicule, mais aussi sur le contenu de la poche, et surtout sur la paroi de cette poche. Les hydrocèles, ordinairement, sont parfaitement transparentes. En se servant d'un tube, d'un stéthoscope, appliqué par le petit bout sur la tumeur, et en regardant par ce tube, on apprécie cette transparence sur les différents points de la tumeur, et on cherche s'il y a une ombre correspondant au testicule. Cette recherche est négative ici. Ne croyez pas que ce soit une exception, il s'en faut de beaucoup. La recherche de l'opacité du testicule est un mauvais moyen de déterminer sa situation. Il y a nombre de cas, la majorité peut-être, dans lesquels la diffraction de la lumière est telle qu'on ne trouve pas de zone opaque.

La transparence nous indique que le liquide est séreux. C'est un liquide de couleur plus ou moins foncée, généralement citrin. Lorsque la tumeur n'est pas transparente, en laissant de côté les hernies, il s'agit de savoir si c'est une hématocèle, ou un néoplasme, une tumeur maligne, ou encore dans certains cas une lésion syphilitique.

Les hématocèles succèdent à une vaginalite non hémorragique, quelquefois brusquement, à la suite d'un traumatisme. Y a-t-il des hématocèles primitives ? On cite partout l'exemple de ce lieutenant observé par Kocher, qui, en criant « forward » : en avant, ressentit dans les bourses une douleur violente, et constata quelques instants après qu'il avait un épanchement dans la vaginale. Je ne crois pas que sous l'influence d'un brusque effort, par rupture d'un vaisseau de la vaginale, il puisse se faire une hématocèle d'un volume appréciable s'il n'y avait antérieurement un certain degré d'hydrocèle. Le plus souvent, la transformation de l'hydrocèle en hématocèle se produit d'une manière progressive, ou par petits à-coups. Aujourd'hui, l'hématocèle a presque disparu de la pathologie externe. On en voyait très souvent jadis. C'est qu'on a abandonné le traitement des hydrocèles par la ponction suivie d'injections modificatrices. Je suis convaincu qu'un grand nombre d'hématocèles étaient la suite de ce traitement.

Ici, nous avons affaire à une hydrocèle bilatérale. Est-ce un diagnostic ? Non. C'est la constatation d'un symptôme, conséquence d'une lésion. Mon maître Trélat soutenait que l'hydrocèle bilatérale était toujours fonction de syphilis. Fournier avait toujours protesté contre cette interprétation ; il disait à mon maître Trélat : Il est très vrai que les syphilitiques ont très souvent des hydrocèles bilatérales, mais ce ne sont pas celles que voient les chirurgiens, ce sont de toutes petites hydrocèles, qu'il faut chercher pour les trouver, dont les malades ne se plaignent pas ; les grosses hydrocèles ne sont pas fonction de syphilis. En tout cas, il est certain que les hydrocèles bilatérales ne doivent pas le moins du monde impliquer le diagnostic d'une origine syphilitique. Trélat l'avait remarqué lui-même.

On a coutume de diviser les hydrocèles en deux groupes, les idiopathiques, et les symptomatiques. Le mot idiopathique est parfaitement dépourvu de sens. Il n'y a pas d'effet sans cause. En clinique, on continue cependant à se servir de cette expression, cela veut dire que l'hydrocèle est produite par une lésion de peu d'importance, de telle sorte que l'épanchement séreux dans la vaginale est la seule chose qui, pratiquement, compte. Au contraire, hydrocèle symptomatique veut dire que la lésion qui a produit l'épanchement dans la vaginale est beaucoup plus importante que cet épanchement lui-même, par exemple un cancer du testicule.

Les lésions de l'épididyme retentissent plus sur la vaginale que les lésions du testicule lui-même. On peut observer des épididymites syphilitiques de la période secondaire, lésions fugitives, sans importance clinique. Récemment, un médecin de marine, Darré, a décrit des épididymites syphilitiques tertiaires, qui sont ordinairement prises pour de la tuberculose. Les néoplasmes sont rares. Restent la blennorragie et la tuberculose. Vidal de Cassis attribuait les douleurs de l'épididymite blennorragique à la tension de l'épanchement inflammatoire rapidement produit dans la séreuse vaginale. L'épididymite blennorragique véritablement aiguë laisse toujours des traces, et des traces importantes, l'oblitération des voies spermatiques dans la portion épididymaire, particulièrement au niveau de la queue de l'épididyme et de son union avec le canal déférent. Ces reliquats blennorragiques ont donc une grande importance au point de vue fécondité. Je ne crois pas qu'ils jouent un rôle dans la pathogénie de l'hydrocèle.

La tuberculose de l'épididyme est une cause fréquente d'hydrocèle. Ces hydrocèles ne sont pas extrêmement volumineuses, ni extrêmement tendues. En général, on arrive à sentir à la partie inférieure de la tumeur une saillie irrégulière et noueuse, qui est due à la queue de l'épididyme hypertrophiée par la tuberculose.

Ici, nous ne trouvons de lésion ni de l'épididyme, ni du testicule, pouvant expliquer chez ce malade l'existence de ces hydrocèles. Nous sommes conduits à nous demander quelle est la cause ordinaire des hydrocèles dites couramment idiopathiques. D'après les recherches que je poursuis avec M. Cartier, depuis 17 ans, on rencontre quelquefois ce diplocoque singulier que nous avons trouvé dans les arthrites tabétiques. Dans un certain nombre de cas (22 %), on trouve du bacille tuberculeux. Il n'est donc pas douteux, à l'heure actuelle, qu'un certain nombre des hydrocèles dites idiopathiques sont d'origine tuberculeuse. Je ne parle pas de ceux où il existe une lésion tuberculeuse de l'épididyme. Là, il n'est pas étonnant qu'on trouve le bacille dans la séreuse. Je parle des cas où, ni cliniquement, ni opératoirement, on n'a trouvé de lésions, ni du testicule, ni de l'épididyme. Ce sont donc des tuberculoses primitives de la vaginale. On peut les observer à tous les âges. Elles sont fréquentes chez les nouveau-nés.

Il y a une autre cause, qui joue également un rôle considérable, ce sont les troubles urinaires liés à des rétrécissements, les troubles prostatiques.

Il y a une forme anormale d'hydrocèle que je dois indiquer, et qui est esquissée ici, du côté gauche. Dans certains cas, au lieu de cette apparence pyriforme, l'hydrocèle rappelle plutôt l'aspect d'une gourde ; la portion supérieure remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal ; la portion inférieure est généralement plus considérable ; c'est ce qu'on appelle l'hydrocèle bilobée. L'étranglement qu'on observe entre ces deux parties a été attribué pendant longtemps à ce qu'on appelle la bande de Meran, c'est-à-dire un épaississement de la tunique fibreuse commune. En réalité, c'est dans la séreuse elle-même qu'est la cause de cette forme.

Voyons la thérapeutique. Chez les enfants en bas-âge, les nouveau-nés, on est autorisé à faire la ponction ; elle suffit souvent à amener la guérison. Souvent celle-ci arrive spontanément.

Chez l'adulte, ce sont des lésions qui ne guérissent jamais spontanément. Le traitement par ponction, suivie d'injection iodée, je vous ai dit combien je le rejette. Aujourd'hui, on fait l'incision directe de la séreuse. Une fois le liquide évacué, ou bien on fait la résection de la tunique vaginale jusqu'au niveau de son point de réflexion ; ou bien on retourne la tunique vaginale et on la fixe au cordon, ou même à l'orifice externe du canal inguinal, comme on fait dans certains cas de varicocèle. Le retournement est une méthode beaucoup plus simple que la résection ; cependant, vu la fréquence des lésions bacillaires de la vaginale pariétale, j'estime que la résection est la meilleure méthode.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les hémorragies méningées du nouveau-né.

Elles répondent à des épanchements de sang survenus à la surface de l'une quelconque des membranes d'enveloppe de l'encéphale et de la moelle, et l'extraction au forceps est responsable pour un grand nombre d'accidents.

Les symptômes principaux en sont la cyanose et les convulsions ; il y a aussi la naissance en état de mort apparente, le cri plaintif, la tension des fontanelles, les troubles de la succion et de la déglutition. Mais, seule, la ponction lombaire permet à coup sûr d'affirmer l'existence d'une hémorragie, si elle ramène du liquide teinté de sang, si le liquide recueilli dans un ou plusieurs tubes est uniformément coloré, et enfin s'il ne se coagule pas.

Le pronostic est très grave. Le traitement de ces lésions est surtout d'ordre prophylactique sans que soit oubliée la puériculture anténatale.

Mais de toutes les opérations, la ponction lombaire est la seule qui permette sans danger de faire quelque chose, et qui soit à la portée des praticiens. Au reste, pratiquée précocement et répétée plusieurs fois, elle semble dans les formes moyennes donner d'assez bons résultats.

Pour pratiquer une rachicentèse chez le nouveau-né, P. Balard utilise une aiguille de seringue de Pravaz, de préférence à biseau court.

C'est, dit-il, au niveau des crêtes iliaques, en pleine articulation sacro lombaire, sur la ligne des apophyses épineuses, selon une ligne légèrement inclinée de bas en haut que devra être pratiquée la ponction.

On met un drap roulé sur le bord d'une table, l'enfant est placé à plat ventre sur ce drap, les jambes pendantes et la tête légèrement inclinée sur le côté. On obtient ainsi une forte convexité de la colonne lombaire, qui agrandit et entrouvre les espaces interlamellaires. De la sorte, on perçoit nettement les deux points de repaire des crêtes iliaques, dont le sommet passe, sur le nouveau-né, par le plan de l'articulation sacro-lombaire. La ponction se fait ainsi avec le maximum de sécurité et de commodité. L'aiguille est enfoncée à 13 ou 15 mm. La quantité de liquide à évacuer sera en moyenne de 3 à 4 cent. cubes, et ne devra jamais dépasser 6 cent. cubes.

Ce qui importe c'est de pratiquer cette ponction d'une manière très précoce, et même dans tous les cas de mort apparente, et aussi de la répéter très souvent, plusieurs fois par jour, tant que dureront les symptômes révélateurs de l'hémorragie méningée. ((*Le Progrès médical*, 16 janvier 1926.)

Technique de la rachianesthésie généralisée.

C'est l'anesthésie de choix des jeunes et futures générations chirurgicales, à condition qu'on lui applique la technique simple et facile, à laquelle est arrivé le Pr Th. Jonnesco après vingt ans de pratique et d'études.

L'instrumentation comporte une aiguille de 6 cm. de longueur, avec une lumière très fine et à biseau très court, afin de réduire au minimum les traces de son passage, et, éventuellement, des lésions de la moelle. La seringue n'a rien de spécial.

A la solution injectable doit être joint un adjuvant, *indispensable* pour rendre tolérable l'anesthésiant quel qu'il soit : c'est la caféine ; grâce à elle, on peut obtenir l'anesthésie supérieure dans des conditions excellentes sans que le bulbe réagisse ainsi que l'on sait ; son seul inconvénient c'est la rétention d'urine plus ou moins persistante dans les injections basses ; or, en diminuant la quantité de caféine, et en la réduisant aux proportions que tolère le centre vésical, 20 cent. par exemple, l'accident disparaît.

Pour dissoudre la caféine, on ajoute du benzoate de soude en quantité suffisante. Quant à l'anesthésique, c'est la stovaïne, qui lui a toujours paru être le meilleur, le plus sûr et qui, bien manié, n'arrive jamais à la dose toxique.

Point capital, le dosage de l'anesthésique doit être fait en tenant compte surtout de l'état général du patient qu'on doit opérer : les débilités par hémorragies, les traumatisés, les infectés et surtout les cancéreux ne peuvent, par exemple, supporter qu'une dose absolument insuffisante pour anesthésier un individu bien portant.

Afin d'éviter tout ennui, il est bon de ne faire qu'au moment même le mélange des deux solutions stérilisées : caféine benzoïque et stovaïne.

Aujourd'hui, l'auteur emploie trois ponctions : une supérieure, cervico-dorsale, immédiatement au-dessous de la proéminente, ou bien entre la 1re et la 2e dorsale ; une dorso-lombaire entre la 12e dorsale et la 1re lombaire, et une lombaire inférieure entre la 4e et la 5e lombaire. Chacune d'elles doit être réservée à des régions bien déterminées.

La R. haute s'adresse à la partie du corps située au-dessus du diaphragme : tête, cou, membres supérieurs et thorax supérieur. On emploie ici 2 cmc. eau stérilisée contenant 65-70 centigr. de benzoate de soude et 50 centig. de caféine, auxquels on ajoute de 3 à 5 centigr. de stovaïne suivant l'état général du malade, point essentiel. Grâce à l'augmentation de l'anesthésique dû à

a par deux fois manqué aux règles de la déontologie.

J'estime devoir signaler ce fait aux groupements professionnels, car son renouvellement doit être évité à tout prix : je suis sorti de cette affaire diminué d'argent, ce qui est peu ; mais, j'ai donné au Tribunal l'impression d'une dérobade, ce qui me lèse.

Je ne puis ni ne dois sortir amoindri de cette affaire : en demandant à mes confrères leur approbation sur ma conduite, je trouverai un dédommagement à l'abandon de ma position.

Je vous demande de bien vouloir donner à ma lettre toute la publicité que vous croyez devoir donner ; car si un grand maître se permet impunément une attitude semblable vis-à-vis d'un de ses jeunes confrères, c'est la négation de toute déontologie.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, de bien vouloir agréer l'assurance de mes sentiments bien confraternels. Dr R.

Réponse.

Pour apprécier le quantum des honoraires médicaux qui font l'objet d'une contestation en justice, les tribunaux tiennent compte :

1° De la situation scientifique et professionnelle du médecin, de la notoriété qu'il a su acquérir, du fait de ses travaux ou de ses découvertes ;

2° De la situation de fortune du client, non pas qu'il puisse être fait une distinction entre une médecine pour riches et une pour gens pauvres ; mais il est admis que, si le praticien réclame de modiques sommes aux familles modestes, il est en droit d'exiger des honoraires plus élevés, lorsque la situation de fortune, le train de maison du client, le permettent ;

3° De l'importance du service rendu, c'est-à-dire de la gravité de l'intervention, ou de l'acte médical, des difficultés présentées, de la nature du traitement, de la perte de temps occasionnée.

4° Du résultat obtenu, non pas que le médecin, qui ne peut sauver son malade, ait droit à moins d'honoraires que celui qui le guérit ; mais le client revenu à la santé peut manifester sa reconnaissance à celui qui a fait disparaître le mal.

Y a-t-il lieu de tenir compte des tarifs en vigueur ?

Tout en affirmant sa parfaite indépendance, le juge tient cependant un certain compte des tarifs médicaux, en vigueur dans la région. Il y puise une base d'appréciation et de comparaison.

Or, vous donnez comme exemple le tarif des mutilés de guerre et, du moment où vous prenez comme honoraires le triple de la consultation, vous vous estimez en droit de tripler le prix de chaque acte médical, ou chirurgical.

C'est votre droit le plus absolu.

Quel est le chiffre prévu par le tarif de votre syndicat local ? Quel est-il par rapport à votre tarif personnel ? Car, ne l'oublions pas, le tarif syndical minimum *ne s'impose, aux syndiqués*, que comme base inférieure, chaque médecin, adhérent ayant parfaitement le droit de prendre plus cher que les chiffres indiqués.

Que penser maintenant de la conduite déontologique de votre confrère, professeur de clinique.

Il appartient au conseil de famille syndical d'entendre les deux parties, de recevoir leurs explications et ensuite d'apprécier, en confrères.

Or, *à priori*, il semble que le professeur ait confondu sa clinique avec l'hôpital. Je sais bien qu'en dehors des grandes interventions chirurgicales, pour lesquelles de gros honoraires sont toujours exigés, on a tendance à industrialiser les autres actes médicaux, souvent même à les confier, en série, à des aides, parfois non titulaires d'un diplôme, voire même à de simples infirmiers.

Il est évident qu'entre un chirurgien de carrière, qui fait lui-même un plâtre, le confectionne, l'applique, le surveille, pendant qu'il sèche, et le chirurgien, qui se contente de donner des ordres, pour que le dit plâtre soit fait, parfois même après son départ, il y a un abime, au point de vue de l'appréciation des honoraires.

Dans la clinique en question, ce prix de 150 francs a-t-il été touché par le chirurgien lui-même, à titre d'honoraires personnels, ou comme rémunération d'un acte médical, accompli par son assistant, par un élève, n'ayant pas encore le diplôme de docteur, ou par un infirmier, ayant accompli un acte médical, qui juridiquement lui est interdit ?

Ce sont ces divers points d'appréciation, qui peuvent éclairer la religion d'un conseil de famille syndical.

Restent enfin les propos, qui sont prêtés à ce professeur de clinique.

Bien souvent, il convient de se méfier de ce qu'affirment les clients. Que de fois, prévenus par un confrère lésé, les soi-disant diffamateurs ou mauvais confrères ont nié énergiquement avoir tenu les propos qu'on leur prêtait généreusement.

Dans le cas présent, il semble que vous ayez été mis à même d'apprécier la véracité des allégations du professeur de clinique.

C'est un fait très regrettable, car beaucoup de procès médicaux ne voient leur origine que dans des appréciations tenues à la légère, ou sciemment malveillantes.

Beaucoup trop d'individualistes médecins oublient l'adage : *hodie tibi, cras mihi.*

Aussi, croyons-nous que seul le conseil de famille syndical doive connaître de votre plainte, soit pour permettre au médecin accusé par vous de se disculper, soit pour lui rappeler que, quels que soient ses titres à la Faculté, ou dans les hôpitaux, il n'en est pas moins un confrère et tenu, comme tel, au respect des notions les plus élémentaires de la déontologie médicale.

Dr Paul BOUDIN,
Secrétaire Général du « Sou Médical ».

L'ENTR'AIDE MÉDICALE

Je me permets de venir encore aborder ce sujet si souvent rebattu, mais j'ai comme excuse d'être un vieux praticien, féru des idées de solidarité que j'ai toujours prônées par la parole et par l'exemple, puisque je fais partie de presque toutes les œuvres professionnelles.

Le médecin doit faire partie de toutes les organisations professionnelles puisqu'il y trouve d'abord son intérêt et s'il traverse le chemin de la vie sans avoir recours aux œuvres destinées à lui venir en aide, il a, du moins, la satisfaction d'avoir aidé ses confrères moins favorisés que lui.

Il a le devoir d'abord de défendre ses intérêts matériels et ceux de sa corporation en s'inscrivant aux Syndicats et au « Sou médical ». Puis il doit, en même temps, penser à son avenir, et à celui de sa famille qui a des droits doublement acquis à sa prévoyance.

Que n'a-t-on suffisamment exalté le rôle magnifique de la compagne du médecin. C'est pour lui une aide de tous les instants dans l'exercice professionnel. Ne s'occupe-t-elle pas souvent du registre d'adresses, de conversations *téléphoniques*, de la comptabilité ; souvent même, à la campagne, de la pharmacie ? Les fils des médecins ne concourent-ils pas largement au recrutement de la profession et ne voit-on pas souvent la fille d'un praticien devenir l'épouse d'un de nos confrères. La famille du médecin appartient à la profession.

Il est profondément injuste de laisser tous ces êtres aimés dans la gêne par une imprévoyance égoïste. Le médecin doit donc au lendemain de son mariage adhérer à nos œuvres d'assistance et de prévoyance. Et ce faisant , il peut envisager l'avenir avec confiance et si les siens ne profitent pas de sa prévoyance, il a l'immense satisfaction, je tiens à le répéter, d'avoir ainsi au moins aidé des confrères moins heureux que lui dans la lutte pour l'existence : c'est bien là une première forme d'entr'aide médicale.

Mais cette solidarité peut revêtir des modalités multiples. Je ne parle pas de cette assistance de tous les jours, les soins donnés au confrère malade ou à sa famille, de pratique courante. Néanmoins, nous sommes toujours au regret de voir dans ces circonstances un médecin appeler un confrère éloigné, parce qu'il est mal avec son voisin le plus proche.

Tous les jours, les médecins se prêtent une aide mutuelle pour des opérations, des consultations et aussi pour des remplacements de courte durée.

Peut-être arrivera-t-on dans un avenir prochain à la pratique médicale en commun. Il y a déjà dans ce domaine des réalisations. Il se crée des maisons de santé appartenant à plusieurs médecins où ils pratiquent surtout la chirurgie et parfois les accouchements. Des essais heureux se sont faits de maisons de diagnostic sur le modèle desquelles se créera demain la Maison médicale d'exercice en commun, où chacun dans un même foyer exercera sa spécialité. Nous verrons, je crois, dans un avenir prochain, des maisons communes pour les soins aux maladies contagieuses, où le malade recevra des soins plus entendus et plus modernes. Le médecin viendra l'y soigner, évitant ainsi selon toute logique, à la famille, le danger de contagion.

Par suite, le médecin lui-même ne transformera pas son domicile en foyer propagateur de maladies pour les siens ou sa clientèle.

Il pourrait aussi y avoir dans certains centres des dépôts communs d'appareils, gouttières, lits à crémaillère, appareils de rééducation et de culture physique etc., ou d'instruments coûteux d'un usage rare. Je sais bien que ce genre d'entr'aide devient de moins en moins nécessaire avec la spécialisation à outrance, et la décentralisation de la spécialité et la nécessité de plus en plus grande pour le médecin d'être doté d'un appareillage nombreux et varié. C'est pour lui un luxe indispensable pour une clientèle qui est instruite dans les formations sanitaires de la guerre et par suite devenue exigeante.

Peut-être même dans de petits centres, où ne triomphera pas l'*invidia medicorum*, pourra-t-on connaître l'exercice réel de la médecine en commun. J'ai vu, dans ces dernières années, à Paris, deux médecins, amis d'études, victimes de la crise des loyers, s'associer pour l'exercice de leur art.

Ils avaient un seul appartement, loyer, instruments, automobile en commun. Ils avaient organisé dans le centre populeux et industriel qu'ils habitaient une véritable permanence. Pendant que l'un faisait la consultation, l'autre faisait des visites et *vice-versa*. Ils étaient de service de nuit tous les deux jours, de garde, tous les deux dimanches. Je ne sais quels furent les résultats de cette association ; en tous cas, au moment où je fus en rapport avec ces confrères, ils se déclaraient contents. Je ne veux retenir qu'une chose : l'essai en fut fait et avec satisfaction réciproque. Cette pratique s'étendra peut-être dans la suite. Et au lieu de dissentiments entre des confrères, verrons-nous un front unique supprimant le rabais en face des collectivités et de la clientèle privée.

D'autres modalités peuvent se créer d'entr'aide médicale.

Malgré le relèvement des honoraires, si nous nous rapportons au dire de beaucoup de confrères, la situation matérielle de ceux-ci laisse souvent à désirer. Pourtant après de longs mois de dur labeur, le médecin a besoin de repos, de dé-

tente pour lui et les siens. A l'heure actuelle, les remplaçants coûtent cher, la progression de leurs tarifs suit celle de notre monnaie : comment y parer ?

Pourquoi n'existerait-il pas pendant la belle saison des échanges de clientèle. Tel médecin de la ville serait heureux d'emmener sa famille à la campagne, il pourrait remplacer un confrère rural, tandis que celui-ci serait heureux de se distraire ou de s'instruire quelques semaines à la ville ou à Paris et donner ainsi aux siens, à bon compte, des distractions : cela est possible, car à Paris, la clientèle se raréfie pendant l'été et crée de nombreux loisirs dus à l'exode de plus en plus important de la population. On peut faire à ces échanges bien des objections. Mais pour quelques grincheux mécontents, combien y aurait-il de confrères satisfaits. La même chose pourrait dans certaines circonstances se faire pour les villes d'eaux, la mer ou la montagne. Un médecin de ces régions pourrait offrir une villégiature à un confrère fatigué ou à un membre de sa famille, qui à son tour, pourrait l'agréer à son foyer pendant l'hiver. Je ne parle pas ici bien entendu de nos confrères ne faisant que l'exercice thermal à la saison et ayant un domicile urbain d'hiver.

Ces échanges pourraient même s'étendre. Il existe des échanges avec l'étranger au pair pour des enfants désirant apprendre les langues vivantes. La même chose pourrait se réaliser dans le domaine médical.

On pourrait échanger un enfant qui a besoin d'un séjour prolongé à la campagne ou à la mer ou dans le Midi avec des enfants appelés à faire des études dans les centres universitaires : jeune homme ou une jeune fille suivant les cours d'un lycée comme externe ou bien encore comme interne. Ils trouveraient ainsi le foyer familial d'un correspondant pour les jours de sortie ou pour leur habitation. Il pourrait en être de même pour les jeunes étudiants venant dans les facultés poursuivre leurs études supérieures. On pourrait ainsi trouver chez des confrères une pension à des prix moins élevés que chez nos logeurs modernes. L'étudiant retrouverait aussi la vie de famille surtout désirable pour les jeunes filles, une surveillance discrète et fraternelle.

Si le médecin ne pouvait leur procurer les avantages à son foyer, il pourrait les leur trouver chez ses clients à des conditions économiques et les accueillir de temps en temps à son foyer, ce serait peut être l'origine de bonnes amitiés avec les enfants de la maison et parfois de fiançailles.

Cela rendrait de grands services à beaucoup de confrères qui n'ont pas toujours les 12.000 francs annuels nécessaires à l'entretien d'un jeune étudiant dans une grande ville et qui, n'ayant aucune fortune à laisser à un fils ou une fille, ne demandent qu'à leur mettre en mains un diplôme qui leur permette de créer par eux-mêmes des situations. Quelquefois même, si les confrères des villes ne peuvent dans cette crise actuelle des logements offrir à de jeunes étudiants ces avantages matériels, ils pourront néanmoins leur être d'un grand secours en leur procurant un travail d'appoint, soit dans leurs clientèles, par application de ventouses, d'injections hypodermiques, gardes de malades ou bien encore leur offrir chez des clients des emplois du soir, de fin de journée des travaux de lecture, écriture et comptabilité, etc., pour les aider dans la lutte pour l'existence. Il faudrait dans ces cas, que cette famille occasionnelle puisse remplacer la famille réelle.

Je veux terminer par une autre forme d'entr'aide médicale. Beaucoup de nos confrères ajoutent à leurs bénéfices professionnels des revenus agricoles, viticoles, etc. Nous devons les aider en devenant leurs clients.

Je suis sûr qu'ils mettront leur amour-propre à nous servir consciencieusement sans trop abuser du mercantilisme moderne. Nous trouverons chez eux peut-être des produits moins chers et surtout moins sophistiqués.

D'autres confrères tirent des revenus d'immeubles.

Les uns cherchent des pensionnaires ayant besoin de surveillance médicale, d'autres enfin ont des maisons ou villas à louer pour l'été et la saison des bains de mer, aidons-les de nos relations.

En un mot, nous ne devons jamais perdre l'occasion de rendre service à un confrère, comme nous le ferions pour un parent. Nous y trouverons toujours une satisfaction morale, et sans nous en douter, souvent un avantage matériel.

Je dois dire que c'est un peu la politique du *Concours*, qui est une véritable famille. Nous recevons un grand nombre de lettres de confrères, nous demandant des renseignements ou des services qui souvent n'ont pas trait à la pratique médicale. Nous sommes heureux de nous en occuper et jamais leurs lettres ne restent sans une bonne réponse satisfaisante. Nous sommes toujours fiers de cette confiance qu'on veut bien nous montrer et nous mêmes sans aucune gêne nous sommes heureux de nous adresser à des confrères de province quand nous voulons connaître un pays, ses avantages et les facilités que nous pouvons y trouver pour voyager, nous loger, etc.

Il convient d'appliquer à la profession médicale la parole de l'Evangile : « Aimez-vous les uns les autres ».

Dr M. VIMONT.

VARIÉTÉS

UN CAS DE FRACTURE DU CUBITUS, SIMPLE, GUÉRIE SANS CONSOLIDATION, DE L'ÉPOQUE PRÉHISTORIQUE (Fait unique).

Dr Marcel BAUDOUIN,

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Secrétaire général d'honneur de la *Société préhistorique française.*

I. Introduction.

1° Découverte du gisement.

Grotte funéraire. — En 1922, j'ai découvert, à Thiverny (Oise), près Creil, une Grotte *artificielle*, creusée à même dans les sables lutétiens et mise au jour, à l'état *vierge* (1), de façon fortuite.

J'ai décrit les trois principaux *crânes*, que j'y avais alors recueillis (2), et quelques os longs (3), dès 1923 (*Fig.* 1).

Comme je n'avais pas alors la possibilité matérielle d'exécuter une fouille scientifique moi-même, j'ai abandonné à la S.P.F. et à d'autres ce terrain de recherches, qui était pourtant des plus fertiles, ainsi que j'avais pu, dès 1922, le constater *de visu* (4), et comme l'avenir le prouva.

En effet, un confrère, M. L. Giraux (5), put vider la grotte et établir par ses propres trouvailles que ce splendide monument funéraire datait de la fin de la pierre polie.

A mon avis, on peut même dire que cette sépulture est du début de l'âge de *cuivre* (6) et est parfaitement datable en *années* (7), par sa technologie propre ; soit environ 5.000 ans av. J.-C. (8).

(1) Marcel BAUDOUIN. — *La Grotte de Thiverny (Oise). Gazette de l'Oise*, Clermont, 1923, 21 mars.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *Les Trois Crânes de Thiverny (Oise). Bull. Société préhistorique française*, Paris, 1923, séance du 23 mars, n° 3, p. 93-102, 2 phot.

(3) Marcel BAUDOUIN. — *Quelques os longs de la Grotte néolithique de Thiverny (Oise), avec étude de la taille. Bull. Soc. préh. franç.*, Paris, 1923. — *Le piquetage des crânes de Thiverny. Loc. cit.*, 1924, n° 6, p. 177-180.

(4) Tiré à part reproduisant les deux articles ci-dessus (Paris, 1923, 15 p., 2 fig., in-8°). — J'avais appelé alors cette grotte : « *Grotte* de la GOULOTTE ». terme très exact et très suggestif.

(5) L. GIRAUX. — *La Grotte sépulcrale du Petit Thérain*, à Thiverny (Oise). *Rev. anthr.*, Paris, t. 34, 1924, n° 7-8, juillet-août. Tiré à part, Paris, in-8°, 1924, 46 p., 28 fig.

(6) Cela *malgré l'absence* d'objets en ce métal, en raison du mobilier découvert (anneau de collier en *schiste*, qui vient de *Bretagne*, le pays d'arrivée (avec la Vendée), du Cuivre de l'Atlantide !).

Le schiste est toujours, dans l'Ouest, le compagnon du cuivre dans les tombeaux.

(7) Marcel BAUDOUIN. — *La Préhistoire par les Etoiles.* Paris, 1925, in-8°, 350 p., 119 fig. (Cf. p. 32, figure 14 ; p. 130, fig. 63).

(8) D'ailleurs, M. Giraux dit : « Orientation, légèrement SUD-EST ». Or, le S.-E. étant 90° + 45° = 135°, avec le terme « *légèrement* », il faut traduire : 130° magn. Cela donne 130° — 13° Decl. m. w. = 117° géo.

Par suite la Déviation *à droite* est de 117° — 90° = 27°. Ce qui donne en années au Drayson (Cf. ci-dessus, 1925, p. 315), environ 5.100 ans avant J.-C.

C'est ce collègue en Préhistoire, qui, n'étant pas médecin, m'a confié, pour leur étude pathologique, les deux fragments du Cubitus, qu'ici je vais brièvement décrire.

***

2° Historique de la fracture.

Je dois dire tout d'abord que, dans son mémoire (1), cet explorateur a cité cet os dans les termes suivants :

« Un tiers supérieur de cubitus et un tiers inférieur du même os ; le tiers moyen a dû être enlevé par un *traumatisme.* Les deux fragments restant ont *cicatrisé* leur extrémité. La cicatrice osseuse est nette, sans hyperostose. Les deux fragments osseux ont le même aspect. Leur cicatrisation est de même nature. Ce qui fait penser qu'ils appartiennent au même sujet. Celui-ci a subi un traumatisme grave, dont il s'est heureusement tiré. »

M. L. Giraux a d'ailleurs publié la photographie de ces deux débris (fig. 13 ; nos 1 et 2), réduite d'un tiers à la gravure (*Fig.* 2). Or, je dois, tout d'abord, faire remarquer que la fracture, en réalité, s'est faite presqu'à la *partie moyenne* du cubitus (2), puisque le fragment inférieur a 0 m. 112 et le supérieur 0,145 de longueur et qu'un grand cubitus d'homme ne dépasse guère 0,260 ! — Il n'y a donc pas eu « de *tiers moyen* enlevé par le traumatisme... »

D'ailleurs, les deux fragments pèsent exactement 53 grammes.

Or, à Vaudancourt (3), un cubitus de 55 grammes ne mesurait que 244 mm. ; et le plus long,

(1) C. *L. c.*, pp. 26, 27 et 28.

(2) Donc la fracture a été *centrale et unique*, et non pas *double* (c'est-à-dire au 1/3 supérieur et au 1/3 inférieur), comme l'a écrit M. Giraux. — Il était très important, au point de vue de la pathogénie, de souligner de suite cette constatation primordiale.

(3) Le cubitus de Vaudancourt, n° 6 (F), du côté *droit*, de 248 mm., pesant 72 gr., de 14,90 comme *indice de robusticité*, présentait les dimensions suivantes :

a) *Olécrâne* : largeur maximum, 32 mm. (Analogie réelle). Arc ouverture coronoïde max. : 32 mm. (Ici ouverture un peu plus faible pour Vaudancourt).

celui de 0,268, pesait 72 gr. Il ne manque donc ici que quelques fragments seulement du centre de l'os, car les ossements de Thiverny sont en général plus légers que ceux de Vaudancourt.

Mais je suis de l'avis de l'auteur : ces deux fragments proviennent bien d'un *même sujet*....

Et c'est ce qui fait le réel intérêt anatomo-pathologique de ce cas précieux !

II. Anatomie macroscopique.

Description des fragments à l'œil nu.

1° Fragment supérieur. — Comme nous venons de le dire, ce débris mesure 0 m. 145 de longueur maximum, environ.

Il pèse à lui seul, 42 grammes ; ce qui correspond à un poids *lourd*. Et, en maniant cet os, on a, en effet, la sensation qu'il est plus *pesant* et plus *dense* (sans décalcification aucune, due au séjour dans la grotte) que d'habitude.

L'olécrane est puissant. Il a 30 mm., de large et 26 mm. de hauteur.

Le bec de la coronoïde atteint 29 mm. de largeur et fait une saillie de 19 mm. arc. Ouverture coron. max. : 35 mm.

Au-dessus de la base de ce bec, là où le corps de l'os est le plus épais, on trouve 23 mm. d'épaisseur et 20 mm. de largeur. L'indice de largeur-épaisseur est donc de $\frac{20 \times 100}{23} = 87{,}00$ environ.

A 0 m. 100 du bec de l'olécrane, le *corps* de l'os, sur 5 cm. de longueur, est *malade* ! Il est diminué de volume, irrégulier et transformé en une sorte de cône allongé, par suite d'*Ostéite chronique condensante*, qui s'est développée après la fracture (*Fig.* 2). L'extrémité, en forme de *petit bouton exostosique*, qui n'a que 8-9 mm. de diamètre, présente (1) deux *encoches*, naturelles, situées latéralement. On dirait qu'il y a eu là une sorte de *fausse articulation*, avec des tendons ou des vaisseaux ayant *surcreusé* l'os atteint d'ostéite, au-dessus du point de cassure ou l'ayant usé.

La fracture s'est faite, d'ailleurs, à 0 m. 035 au-dessus du *trou nourricier* ; ce qui prouve bien la justesse de ma remarque préliminaire, en ce qui concerne l'absence d'un fragment moyen.

Donc cet os, qui est un Cubitus, du côté gauche, avait au moins 259 mm. Il en résulte qu'il

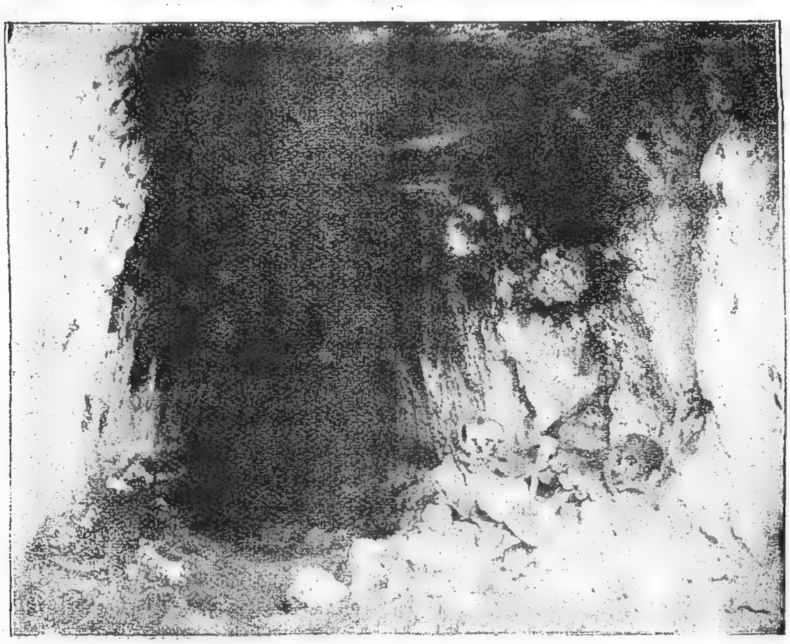


Fig. 1. — Aspect général de la Grotte de Thiverny (Oise), au milieu de la coupe de la *Falaise* sableuse, à pic.
L'*Entrée* correspond au rectangle noir.
Le niveau du sol est indiqué par les débris d'ossements (Cliché S. P. F.).
— On voit les Crânes en place, à droite.
La Cavité avait été *creusée* par l'homme et était nettement artificielle.
Orientation : *Sud-est magnétique* (135° m.) (L. Giraux).

(1) Il faut ajouter qu'il y a là cependant deux petites exostoses, grosses comme des grains de mil, sur le bord antéro-interne au-dessus de la gouttière la plus basse.
Le bord postérieur semble comme un peu usé.

s'agissait d'un homme de forte corpulence, car un cubitus de cette longueur, entier, c'est-à-dire de 260 au moins, indique, d'après les tableaux de Manouvrier, un sujet *masculin*, de 1 m. 66 de *taille* au moins. Et sans doute faudrait-il admettre un peu plus, car il doit manquer une petite *esquille centrale* !



FIG. 2. — Photographie de deux fragments du CUBITUS. atteint de fracture centrale et dont les deux extrémités de brisure ont subi une cicatrisation osseuse indépendante. — Légende : 1. Fragment *supérieur* ; — 2. Fragment *inférieur*. — *Echelle* : 2/3 Gr.

2° FRAGMENT INFÉRIEUR. — Longueur maximum : 112 mm. ; poids : 13 gr.

La circonférence minimum donne 48 mm. au dessus de la diaphyse inférieure.

Ce qui conduit à l'*indice de robusticité* (en se basant sur 0,260) de : $\frac{48 \times 100}{260} = 18{,}46$, voisin de celui du Cubitus n° 4 de Vaudancourt.

La partie malade commence à 0 m. 070 du sommet de l'*apophyse styloïde*. L'os s'est *aplati* en forme de *palmette* à 3 *digitations* inégales, la plus haute correspondant au bord externe, la plus petite au bord interne. Cette portion aplatie ne dépasse pas 10 mm. d'épaisseur par une largeur de 22 mm. Or l'os a 20 mm. de diamètre à son col !

Cet aplatissement du fragment inférieur, en *lamelle digitée*, très plate, est fort curieux. Il est la conséquence d'une *déformation secondaire*, *aseptique*, par *Ostéite raréfiante*. La cicatrisation, là, a été très régulière, sans la moindre exostose, pas plus que sur le fragment supérieur, au demeurant.

III. Radiographie.

La radiographie a été exécutée, avec la plus grande amabilité, par le Dr Pelletier, radiographe aux Sables-d'Olonne, à l'aide des appareils de la villa Notre-Dame, sanatorium bien connu de Saint-Gilles-sur-Vie.

Les deux fragments ont été placés l'un à côté de l'autre ; et l'examen de l'épreuve positive que nous avons fait tirer fournit les données suivantes (*Fig.* 3 et 4).

1° *Moitié supérieure.* — L'os est tout à fait normal au niveau de l'olécrâne. Le canal médullaire est distinct et vide jusqu'à 25 mm. de l'extrémité de la brisure ; mais les parois osseuses sont un peu hypertrophiées et épaissies par ostéite traumatique, si bien qu'il est très peu large.

La fermeture du canal n'est complète que sur quelques millimètres de longueur. Au-dessus il a persisté (traînée blanche, qui se continue dans le bouton terminal, où la substance osseuse n'est pas très dense) (*Fig.* 3). — Ainsi s'explique le poids anormal de ce fragment...

2° *Moitié inférieure.* — A ce niveau le canal médullaire apparaît comme *très dilaté* et sa paroi osseuse presque réduite à une *coque* très mince. Il a presque, en haut, 8 à 10 mm. de diamètre. La partie, dilatée en *palmette* et aplatie, est *très claire*, ainsi que l'extrémité inférieure, correspondant à l'articulation du poignet.

Ici, il y a donc eu une sorte de résorption de la substance osseuse, qui semble notablement raréfiée (*Fig.* 4).

La différence est donc marquée entre les deux fragments. Au supérieur, *hypertrophie* et *condensation osseuse*, sans doute parce que cette partie de l'avant-bras n'a jamais perdu ses mouvements ; à l'inférieur, raréfaction osseuse marquée et atrophie, sans doute par suite de membre ballant.

Il est très intéressant de noter qu'en haut l'os s'est *arrondi et effilé*, par *condensation*, en cône ; et qu'en bas, au contraire, il s'est *étalé en patte d'oie*, oblique en dedans, avec *raréfaction osseuse* !

Pathogénie.

Par suite, il faut conclure qu'il s'agit là d'une *Fracture fermée*, restée *aseptique*, qui a bien guéri,

sans doute parce que le Radius, également fracturé, a dû rester intact (ce qui n'est pas forcé d'ailleurs) et *aseptique* également (1).

En conséquence, on doit songer à un *Traumatisme direct*, dû à un *coup* violent sur l'avant-bras gauche, frappant par le côté interne, et ayant tout cassé !

Il faut, en l'espèce, un traumatisme direct, car les os ont été brisés en un point très solide, la partie la plus faible du cubitus correspondant au col de l'extrémité inférieure et celle du radius à l'extrémité opposée.

alors trouvés, je n'ai jamais rien observé encore de comparable à ce cas ; et je ne crois pas qu'il y en ait de publié dans la littérature médicale.

a) *Préhis oire.*

Fractures consolidées. — 1° En effet, la thèse du Dr Le Baron (1), qui a rassemblé toutes les observations de pathologie osseuse préhistorique connues avant 1881, ne mentionne pas de fracture du cubitus, de ce genre du moins. Il ne cite, d'ailleurs, qu'une seule *fracture* du *cubitus*, également au *tiers moyen*, mais avec *bon résultat*, c'est-à-dire *consolidation complète*. Il s'agit ici,



FIG. 3. — Radiographie du fragment SUPÉRIEUR DU CUBITUS. Teinte *noire* accentuée. Parois osseuses épaissies. Grandeur nature [Dr Pelletier, Les Sables].

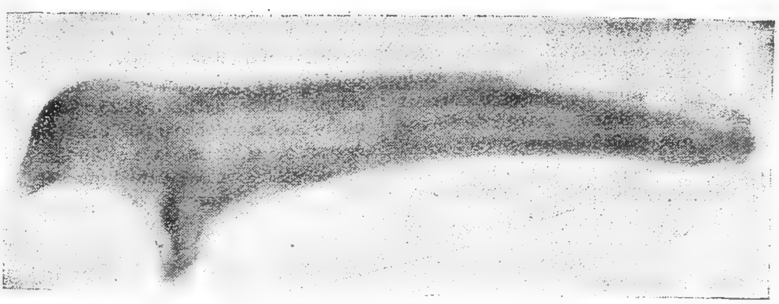


FIG. 4. — Radiographie du fragment INFÉRIEUR du Cubitus.
Raréfaction généralisée du tissu osseux, même au niveau de l'épiphyse inférieure.
Grandeur nature [Dr Pelletier].

Comparaisons.

Dans mes fouilles méthodiques de la Grotte-Dolmen de Belleville à Vendrest (S.-et-M.) (2), de Vaudancourt (Oise), de la Ciste des Cous à Bazoges-en-Pareds, et ailleurs, ainsi qu'on peut s'en assurer par la thèse de doctorat de mon élève, le Dr Rouillon (de Chantonnay, V.), malgré le nombre considérable de squelettes examinés, et quoique plusieurs faits de fractures aient été

non pas d'un os de la pierre polie, au demeurant, mais d'un squelette de Gaulois. Le *cal* était *fusiforme*, peu volumineux et bien lisse (2).

2° et 3° De même, j'ai bien observé moi-même deux fractures de l'extrémité inférieure du cubitus ; mais là aussi, il y avait *consolidation*, très solide et très régulière. Mon élève Rouillon (3) a publié ces deux observations dans sa thèse (nos 2 et 123) et en a publié la radiographie.

(1) Si le Radius avait *servi d'attelle*, c'est-à-dire s'il était resté *intact*, le Cubitus se serait consolidé certainement, en bonne ou mauvaise position d'ailleurs, comme le prouvent les cas préhistoriques, que nous citons plus loin.

(2) Marcel BAUDOUIN. — *La Grotte de Belleville à Vendrest.* Paris, 1911 in-8°

(1) J. LE BARON. — *Lésions osseuses de l'homme préhistorique.* Paris, 1881, in-8° (Cf. pp. 56-57 et 116).

(2) La pièce est au Musée de la Soc. d'Anthrop. à Paris et vient du Camp de Châlons.

(3) André ROUILLON. — *Lésions osseuses préhistoriques de la Vendée.* — Paris, 1923, in-8°, nombr. fig. (Cf. 56 à 58, fig. 18 et 19 et pp. 207-209 et planche IX, fig. 80 et 81).

La première pièce se rapporte à une sépulture néolithique (1), dite Les Caves, à St-Martin-de-Biem (V.) (2).

La seconde provient de l'Ossuaire néolithique de la Ciste de Cous à Bazoges-en-Pareds (V.). Je l'avais décrite dès 1915 (3) ; mais André Rouillon en a publié, plus tard, la radiographie, des plus intéressante, au demeurant, comme celle du fait qui précède (4).

b) *Histoire.*

J'ai recherché si l'on connaissait des faits modernes du même genre. Je n'ai rien découvert.

Dans le *Dict. Encycl.*, à l'article *Fractures de l'Avant-bras*, le *Cubitus* fracturé est bien mentionné et les fractures des deux os sont bien décrites cliniquement. Mais il n'y a là aucun détail anatomo-pathologique !

Conclusions.

Ne pouvant désormais poursuivre plus loin mes recherches bibliographiques, je peux cependant conclure que de tels faits, à l'époque moderne, doivent être *très rares*, s'il en existe dans les Musées, car, actuellement, rien n'est plus facile que d'obtenir une bonne consolidation dans les fractures du Cubitus, quelle qu'en soit la variété.

Il s'agit donc là d'un *fait clinique*, vieux de 6 à 7.000 ans, *qu'on ne reverra peut-être jamais plus, aux temps où nous sommes*, parce qu'on sait fort bien obtenir désormais le résultat anatomo-pathologique contraire !

(1) Ce cubitus pesait 56 gr. et avait 250 mm. de longueur. Son indice de robusticité est de 20,00.

(2) Cette observation très intéressante montre que le diagnostic de *fracture* n'a pu être porté ici, de façon sûre, qu'après la radiographie.

(3) *Arch. prov. de Chirurgie*, 1915, XXIII, n° 1, pp. 22-27.

(4) Je possède un autre cas, encore inédit, de fracture consolidée, trouvée par M. L. Giraux lui-même, récemment dans la fouille du Dolmen d'Assignan (Hérault), qui est de la fin de l'âge du Cuivre.

Mais il s'agit ici d'une fracture au tiers inférieur également, très bien consolidée avec virole, surtout marquée au bord interne, du radius droit.

Je n'insiste pas, car la description de cet os m'entraînerait trop loin, vu qu'il présente une autre lésion des plus rares, mais *post mortem* !

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Hillereau, de St-Philbert-de-Bouaine (Vendée). — M. le Dr Julien Simyan, sénateur de Saône-et-Loire. — M. le Dr Nanard, de Bourganeuf (Creuse).

— **Bordeaux.** *Concours pour un emploi de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux.* — Il est créé un emploi de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de la ville de Bordeaux. Ce médecin entrera en fonction le 1er octobre 1926 ; il sera chargé de l'examen clinique, bactériologique, radiologique et de toutes autres recherches des tuberculeux et des suspects de tuberculose adressés aux dispensaires par leurs médecins traitants ou se présentant spontanément.

Le traitement municipal est fixé à 11.000 fr. par an. A ce traitement s'ajoutera l'indemnité que la Fédération Girondine des Œuvres antituberculeuses s'est engagée à verser mensuellement et qui est fixée à 750 fr. Il est lui interdit de faire de la clientèle et de recevoir directement des rétributions des malades ou de leur famille.

Le médecin spécialisé sera nommé par M. le maire de Bordeaux après concours sur titres sur une liste de proposition de 3 candidats établie dans l'ordre alphabétique par la Fédération Girondine des Œuvres antituberculeuses après entente avec le Syndicat professionnel des médecins bordelais.

Les inscriptions seront reçues au bureau municipal d'hygiène à l'Hôtel de ville de Bordeaux, tous les jours de 10 heures à midi (dimanches et fêtes exceptés) jusqu'au 31 août. Les candidats devront fournir à l'appui de leurs demandes : 1° Leur acte de naissance constatant qu'ils sont âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus le 1er octobre 1925 ; 2° leur diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de l'Etat ; 3° un certificat de bonne vie et mœurs ; 4° un exposé de leurs titres et travaux scientifiques et le dépôt des publications dont ils sont les auteurs.

— **Au Japon.** — A la Faculté de médecine de Tokio, on compte 120 étudiantes inscrites.

— **Congrès de la Société française d'orthopédie.** — Le prochain Congrès de la Société françaised'orthopédie aura lieu à Paris pendant la semaine du Congrès de chirurgie, le vendredi 8 octobre 1926, à 9 h. du matin, à la Faculté de médecine.

Deux questions sont à l'ordre du jour :

1° Le genou paralytique ; rapporteur : M. Nové-Josserand (de Lyon) ;

2° Traitement des séquelles de la coxalgie (en dehors des récidives de l'évolution tuberculeuse) ; rapporteur : M. Paul Mathieu (de Paris).

Les membres de la Société devant faire des communications personnelles au Congrès sont priés d'en adresser le titre avant le 1er septembre 1926 au secrétaire général de la Société, librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **Institut de technique sanitaire** (Conservatoire des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin). — *Programme général de l'enseignement.*

I. — *Généralités et rappel des notions des diverses sciences nécessaires aux études de technique sanitaire.* — Introduction biologique à l'étude de la technique sanitaire. Le technicien sanitaire et le milieu vivant, — rappel des notions essentielles sur les fonctions du corps humain dans leurs rapports avec l'hygiène. Démonstra-

tions et manipulations. — Notions de microbiologie générale ; démonstrations pratiques. — Notions sur le parasitisme dans ses rapports avec l'assainissement. — rappel des notions de physique et de mécanique (unique appareils de mesures et principales lois) intéressant un technicien sanitaire. — Principes de géologie appliquée à la technique sanitaire. — Principales roches et sols, lecture de la carte géologique. — Hydrogéologie dans ses rapports avec l'hygiène. — Circulation des eaux dans le sol. — Assainissement du sol et drainage. — Utilité, principe et technique du drainage. — Grands travaux d'assèchement. — 26 leçons par MM. Heim de Balzac, Imbeaux, de Launay, Lemoine, Rullier, Wery.

II. — *Technique sanitaire urbaine.* — L'hygiène dans le plan général d'installation des villes. — Considérations générales sur la technique sanitaire urbaine. — Plan d'extension des villes. — Etablissement et entretien hygiénique des voies. — Visites d'usines et de chantiers de pavage. — Engins de nettoiement. — Organisation d'un service municipal de voirie. — Les souillures de l'atmosphère urbaine par gaz, vapeurs, poussières, fumées, odeurs. — Action sur l'organisme. — Procédés de captation et de dosage, appareils de détection. — Dispositifs d'assainissement. — Fumivorité. — Recherche et captage des eaux en général ; transport par gravité, aqueducs, siphons, conduites sous pression. — Accessoires. — Formules de l'hydraulique courante. — Elévation mécanique des eaux ; pompes et moteurs. — Alimentation des villes en eau : Microbiologie spéciale des eaux. — Qualités, analyse et surveillance d'une eau d'alimentation. — Précautions spéciales pour le captage et leur adduction ; réservoirs ; distribution et accessoires. — Epuration par procédés mécaniques, physiques et chimiques : appareils types ménagers et grandes installations collectives (municipales ou privées). — Rédaction de projets de captation et d'adduction). — Les eaux usées. — Microbiologie spéciale, nocivité, méthodes d'épuration biologique des eaux résiduaires urbaines et industrielles. — Evacuation et destruction : systèmes à collectionnement et systèmes d'égouts. — Destination finale des eaux d'égouts : destruction sur place (fosses septiques...), destruction à distance (dilution dans un cours d'eau ou dans la mer, épuration dans les étangs poissonneux, épandage, lits bactériens de contact et percolateurs, boues activées), évacuation des boues et emploi agricole. — Immondices et ordures ménagères : collecte, évacuation, méthode de destruction. — Installations privées et municipales. — Transmission des infections dans les villes et collectivités. — Sources et modes d'infection. — Règles et dispositifs de prophylaxie générale. — Prophylaxie spéciale appliquée à la tuberculose. — Désinfection, procédés mécaniques, physiques, chimiques et biologiques. — Appareils de désinfection, organisation et fonctionnement des services de désinfection. — Désinfection et dératisation. — Espaces libres. — Promenades. — Jardins et plantations. — Leur rôle dans l'hygiène des agglomérations. — Cités-jardins. Jardins-ouvriers. — Transport et destruction des corps et cadavres. — Cimetières. — L'art dans les travaux publics d'assainissement. — Législation sanitaire des villes et agglomérations. — 55 leçons, 22 visites, 10 démonstrations par MM. Léon Bernard, Bechmann, Bezault, Calmette, Damour, Desgrez, Daverton Dienert, Dujarric de la Rivière, Eydoux, Forestier Grandjean, Gury, Heim de Balzac, Hermann, Honnorat, Imbeaux, Lemoine, Magne, Rullier, Sentenac, Thierry.

III. — *Technique sanitaire des constructions.* — Desiderata de l'hygiène relatifs à l'habitation. — Matériaux de construction. — Orientation et disposition respective des locaux. — Thermalité (chauffage et réfrigération). — Ventilation. — Eclairage diurne et artificiel. — Canalisations sanitaires. — Nettoyage et entretien des locaux. — Bâtiments à usage d'habitation : l'habitation privée. — L'habitation collective. — Maisons ouvrières et habitations à bon marché. — Bâtiments publics et à affectations spéciales : écoles ; salles de réunion et théâtres ; bains et piscines ; hôpitaux, postes de secours, crèches et pouponnières. — Abattoirs. — L'art dans la technique sanitaire des bâtiments. — Législation sanitaire de l'habitation. — 31 leçons, 5 visites, par MM. Beaurienne, Bonnier, Debesson, Hass, Heim de Balzac, Honnorat, Lemoine, Magne, Marchoux, Martel, Martin, Poupart, Renault, Rey, Sauvage.

IV. — *Technique sanitaire des usines et ateliers.* — Principes généraux et dispositifs d'assainissement industriel. — Protection collective et protection individuelle. — Dissipation des buées et captation des poussières industrielles. — Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les usines et ateliers : thermalité, ventilation, éclairage et entretien hygiénique. — Exemples d'application aux diverses industries. — Législation de l'assainissement industriel. — 7 leçons, 4 démonstrations, 6 visites, par MM. Beaurienne, Debesson, Haas, Heim de Balzac, Picquenard, Pouillot, Sauvage.

V. — *Technique sanitaire rurale.* — Constructions rurales : habitations, bâtiments de ferme, écuries, étables. — Adduction d'eau. — Tueries. — Puits, citernes. — Fumiers et fosses à purin. — Hygiène de la voie publique dans le village et des voies de communication. — Précautions contre la transmission des maladies animales à l'homme. — Conditions spéciales d'exécution dans le milieu rural des opérations courantes de technique sanitaire. — Dispositifs d'assainissement, simplifiés ou de fortune, applicables à la vie rurale et à l'habitation paysanne. — 5 leçons, 3 visites, par MM. Heim de Balsac, Martel et Ringelmann.

VI. — *Technique sanitaire coloniale.* — Aperçus sur le rôle de la technique sanitaire en matière de colonisation. — Aspects spéciaux de la technique sanitaire dans les pays chauds. — L'habitation privée et les agglomérations aux colonies. — Le paludisme. — Technique de la lutte anti-paludéenne, grands et petits moyens. — Aperçus sur la lutte contre les grandes endémies et épidémies coloniales : choléra, fièvre jaune et les parasitoses les plus dangereuses.

VII. — *Hygiène spéciale des industries.* — Comme il est spécifié plus haut, le programme général de l'hygiène spéciale des industries n'est pas abordé pour l'instant. Il variera d'ailleurs d'année en année selon les industries visées. Au cours de l'année 1923-24, a été étudié. — Hygiène spéciale des industries produisant et maniant les toxiques. — La protection du travailleur vis-à-vis des toxiques industriels. — Conditions hygiéniques du travail dans les industries les plus importantes, surtout pour la région parisienne. — Améliorations hygiéniques. — Dispositifs d'assainissement. — Les industries du plomb et du mercure ont été particulièrement visées, en raison des applications d'actualité de la loi Breton, sur les maladies professionnelles du plomb et du mercure. — 8 leçons, 4 visites, par M. Heim de Balsac.

— **Faculté de médecine de Strasbourg. Centre régional de lutte anticancéreuse Paul Strauss.** — *Cours de perfectionnement sur le cancer* sous le haut patronage de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'hygiène, organisé par le Dr Gunsett, chargé de cours à la Faculté de Médecine, Directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg, avec la collaboration de : MM. Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, Canuyt, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, de Coulon, chef de laboratoire du Centre anticancéreux Romand à Lausanne, Mme S. Laborde, chef du service de radio- et curiethérapie du centre anticancéreux pour la banlieue de Paris (Dir. professeur Roussy) à Villejuif, Leriche, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, Mallet, chef du service de radiothérapie du centre anticancéreux de l'hôpital

Tenon (Dir. professeur Proust) à Paris, MASSON, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, DE NABIAS, chef de service au centre anticancéreux de l'hôpital Tenon à Paris, NEUMANN et CORYN, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bruxelles, PAUTRIER, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, ROUSSY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, SCHICKELÉ, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, STOLZ, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, WEIL, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, VLES, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cet enseignement aura lieu *du lundi* 18 *octobre au samedi* 6 *novembre* 1926 et comportera : 1° Des exercices pratiques au Centre anticancéreux, tous les jours de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures sous la direction du Dr GUNSETT : a) Rœntgenthérapie profonde avec manipulation des appareillages ; b) Curiethérapie (appareils moulés, radiumpuncture, etc.) ; Les élèves auront également libre accès aux services de radiodiagnostic et de physiothérapie (diathermie, ultraviolet, infrarouge, etc.) qui se trouvent dans un bâtiment contigu.

2° Des cours théoriques au Centre anticancéreux à *partir du 18 octobre :* Les bases biologiques de la radiothérapie des cancers ; les bases physiques de la rœntgenthérapie des cancers ; les bases physiques de la curiethérapie des cancers ; les accidents causés par les rayons X et le radium ; Indication et technique d'application de Rœntgenthérapie et de curiethérapie dans les différents cancers.

3° Des cours théoriques dans les cliniques et instituts de la Faculté de médecine : Samedi, 23 octobre, M. BORREL : Le probèlme du cancer. — Du lundi 25 au *jeudi 28 octobre*, M. CANUYT : *a*) Tumeurs des fosses nasales et des sinus ; *b*) Tumeurs du pharynx ; *c*) Tumeurs du larynx ; *d*) Tumeurs de l'œsophage. — Vendredi, 29 octobre, M. LERICHE : Traitement des ostéosarcomes. — Samedi, 30 octobre, M. MASSON : Histodiagnostic du cancer. Biopsie. — Lundi, 1er novembre, M. PAUTRIER :Le tumeurs de la peau. — Mardi, 2 novembre, M. SCHICKELÉ : Les cancers de l'utérus, les cancers des autres organes génitaux. — Mercredi, 3 novembre, M. STOLZ : Tumeurs de l'estomac, des intestins et du rectum. — Jeudi ,4 novembre, M. WEIL : Tumeurs de l'œil. — Vendredi, 5 novembre, M. MALLET : Les applications de l'ionomicrométrie à la pratique de la curiethérapie des cancers. M. DE NABIAS : L'index karyokinésique et son application à la technique de la curiethérapie des cancers. — Samedi, 6 novembre, séance publique de clôture (à la clinique médicale A de la Faculté) sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'hygiène. 9 heures, communications avec discussion : MM. NEUMANN et CORYN (Bruxelles) : le traitement des cancers du rectum ; M. PROUST (Paris) : le traitement des cancers du rectum ; M. ROUSSY (Paris) : le mécanisme de l'action des radiations sur le cancer ; Mme S. LABORDE (Paris) : technique et résultats du traitement des cancers du col de l'utérus ; M. GUNSETT (Strasbourg) : la curiethérapie des cancers cutanés (projections). — 15 h. 1/2 : Les caractéristiques physico-chimiques de l'organisme normal et de l'organisme cancéreux : MM. VLES et DE COULON. — 20 heures : Banquet de clôture.

S'inscrire auprès du Dr GUNSETT, directeur du Centre anticancéreux, hôpital civil de Strasbourg. Un droit d'inscription de 250 francs sera versé au Secrétariat de la Faculté de médecine. Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours. Le nombre des auditeurs est limité.

— **XXVIe Congrès français d'urologie.** — Le Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 5 octobre 1926, sous la présidence de M. MARION.

Question à l'ordre du jour : Le reflux vésico-urétéral. Rapporteur : M. LEPOUTRE (de Lille).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. O. PASTEAU, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

— **IIe Congrès de la Société italienne d'oto-neuro-ophtalmologie.** — Le 2e Congrès de la Société italienne d'oto-neuro-ophtalmologie aura lieu à Rome les 20, 21 et 22 octobre. M. Barré, de Strasbourg, y fera un rapport sur l'unification des méthodes de la recherche vestibulaire.

A cette occasion, la Société d'oto-neuro-ophtalmologie et la Société d'oto-rhino-laryngologie tiendront une séance commémorative, afin d'honorer la mémoire du professeur Gradenigo, récemment décédé.

Renseignements auprès de M. G. Ferreri, via Goito, Rome.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Vivarais et Velay. Services automobiles P.L.M.* — Les services automobiles que la Cie P.L.M. organise dans le Vivarais et le Velay fonctionneront cette année dans les conditions suivantes :

Vals-les-Bains à Montélimar ou vice-versa : chaque jour jusqu'au 16 septembre. Prix du billet simple : 22 fr. Correspondance à Montlélimar avec les trains de et pour Paris, Lyon, Marseille, Nîmes, Montpellier et Cette.

Vals-les-Bains au Lac d'Issarlès, les mardi, jeudi et dimanche, jusqu'au 15 septembre, tous les jours, sauf le vendredi, jusqu'au 31 août. Aller par Mézilhac et le Gerbier-des-Jones ; retour par l'Auberge de Peyrebeilhe et Thueyts ; les jeudi et dimanche par St-Cirgue-en-Montagne et Montpezat. Prix du circuit : 45 francs.

Le Puy-Lac d'Issarlès, les mardi, jeudi et dimanche, jusqu'au 15 septembre ; aller par Laussonne et le Gerbier-des-Jones, retour par l'Auberge de Peyrebeilhe et Costaros. Prix du circuit : 50 francs.

La correspondance des deux derniers services au lac d'Issarlès permettra aux voyageurs de se rendre de Vals au Puy ou inversement. Prix du billet simple : 55 fr. ; aller et retour : 80 francs.

Billets directs avec enregistrement direct des bagages, de Paris, Lyon-Perrache, Marseille-St-Charles, Nice, Nîmes, Montpellier, Cette, Grenoble (place Victor-Hugo) Chambéry (Gare et Maison du Tourisme), Avignon, Arles, Aix, Toulon, Vals-les-Bains et vice-versa.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Catégories.	1re *épreuve correspondante.*	
....		
11° Anatomie pathologique	1re division	Section B. Section D.
	3e division.	
....		

(Le reste sans changement).

(*J. O.*, 20 juillet.)

NOTE DE PUÉRICULTURE

A propos du « Livret de la Mère ».

Est-il permis de critiquer un texte de l'Académie de médecine ? Si oui, j'use de la permission !

Le *Concours médical* a publié, dans son numéro du 25 juillet, le texte de l'« Instruction sommaire sur l'hygiène de l'alimentation des enfants du premier âge », adressé par l'Académie de médecine au Conseil supérieur de la natalité, pour la réimpression du « Livret de la Mère ».

Ce texte résume très nettement et très simplement ce que toutes les mères doivent savoir de la question capitale de l'alimentation infantile et on ne peut que lui souhaiter une extrême diffusion.

Pourtant, il renferme un paragraphe qui ne pèche sans doute que par imprécision, mais qui, lancé tel quel dans l'opinion publique, est susceptible de diminuer considérablement les heureux effets de l'ensemble. Le voici :

22) *Avant de donner le lait, il convient de le goûter et de s'assurer qu'il n'a ni mauvais goût ni mauvaise odeur.*

La mauvaise odeur peut se percevoir au-dessus du récipient où on a stérilisé ou réchauffé le lait.

Mais le mauvais goût ? Je crains fort que la majorité des mères, dans le peuple et aussi bien dans la bourgeoisie, traduisent le paragraphe 22 de la façon suivante : Il faut goûter le biberon avant de le donner à l'enfant.

Et alors, voilà l'épouvantable promiscuité des bouches réalisée ! C'est l'abcès dentaire, c'est l'angine légère, ce sont les mille manifestations infectieuses de la bouche de la mère qui, par la tétine, vont directement à la bouche de l'enfant.

Puis-je demander au *Concours* de faire préciser par qui de droit, que la mère doit goûter le lait dans une cuiller ou mieux dans un bol, à part, et non en suçant la première gorgée du biberon préparé pour l'enfant.

Dr Fiévez.
(Malo-les-Bains.)

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux.
Juillet 1916.

Admissions.

Le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7412 Severac, Angers (M.-et-L.), Syndicat d'Angers.
7413 Baranger, Saint-Etienne (Loire), Association générale des Médecins de France.
7414 Roux, Saint-Nectaire (P.-de-D.), Syndicat de Médecine Thermale.
7415 Porge, Saint-Nectaire (P.-de.D.), Parrains : Drs Siguret et Versepuy.
7416 Sérane, Saint-Nectaire (P.-de-D.), Parrains : Drs Boudin et Quivy.
7417 Lable, Reims (Marne), Parrains : Drs Pennaforte et Bleicher.
7418 Dardelin, Montrouge (Seine), Parrains : Drs Vimont et Quivy.
7419 De Gasquet, St-Loup-Marseille (B.-du-R.), Parrains : Drs Dupeyrac et Lombard.
7420 Mlle Aizière, Alfortville (Seine), Asso. des Médecins Banlieue Sud et Est.
7421 Devillebichot, Pagny-la-Ville (Côte-d'Or), Syndicat de Beaune.
7422 Fichelle, Lille (Nord), Syndicat de Lille.
7423 Rouchon, St-Paul-Cap-de-Joux (Tarn), Syndicat de Castres et Lavaur.
7424 Saintourens, Barika (Constantine), Syndicat des Médecins de Colonisation d'Algérie.
7425 Courteville, Bruay-en-Artois (P.-de-C.), Syndicat de Béthune.
7426 Sirieix, Le Lonzac (Corrèze), Syndicat de Tulle.
7427 Pansier, Herblay (S.-et-O.), Syndicat de Versailles.
7428 Siesel, Thionville (Moselle), Syndicat de Thionville.
7429 Costes, Decazeville (Aveyron), Syndicat du Bassin Houiller de l'Aveyron.
7430 Baqué, Hauteville (Ain), Syndicat des dentistes du Rhône.
7431 Desprairies, Joinville-le-Pont (Seine), Syndicat de St-Maur.
7432 Evrain, 63, boul. St-Michel, Paris. Parrains : Drs Chéné et Sauvez.

Ces admissions seront définitives quinze jours après la présente publication, à défaut de protestation.

CORRESPONDANCE

Assistance

2434. — Allocations aux familles nombreuses.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me faire connaître quelle est la loi actuelle qui régit la question des primes nationales allouées aux familles nombreuses et quel en est le taux (je ne parle pas de l'assistance).

Je suis père de 4 enfants dont l'aîné à 13 ans et un confrère me fait savoir que ce n'est pas 90 fr.

par an que je devrais toucher désormais, mais plusieurs centaines de francs.

Je voudrais donc faire une demande pour que satisfaction me soit donnée et pour cela il faut que je sache quel est mon droit et à qui je dois m'adresser.

Dr X.

Réponse.

Une loi du 22 juillet 1923 a institué une allocation annuelle de l'Etat en faveur des familles de nationalité française qui comptent plus de trois enfants vivants, de moins de treize ans, pour chaque enfant de moins de treize ans au-delà du troisième.

N'entrent pas en ligne de compte les enfants qui sont inscrits personnellement au rôle de l'impôt général sur le revenu.

Sont assimilés aux enfants de moins de treize ans ceux de moins de seize ans qui sont en apprentissage ou qui poursuivent des études dans des établissements d'enseignement publics ou privés.

N'ont pas droit à l'allocation les parents qui restent assujettis à l'impôt général sur le revenu, après que leur revenu a subi les déductions prévues pour charges de famille.

Les départements et les communes peuvent majorer, sur leurs ressources propres, les allocations nationales.

La loi du 29 avril 1926, article 163, a fixé le montant de l'allocation nationale à 360 francs par an et par enfant bénéficiaire de cette allocation, à partir du 1er janvier 1927, dit le texte que nous avons sous les yeux. Il avait été fixé à 120 fr. par an par l'article 192 de la loi du 13 juillet 1925.

Pour obtenir l'allocation, vous devez déposer une déclaration sur papier libre, à la mairie, avec les pièces justificatives.

Votre déclaration doit mentionner : vos nom, prénoms, date de naissance, profession, nationalité, résidence, qualité en raison de laquelle vous faites la déclaration ; les noms, prénoms, dates et lieux de naissance ainsi que la résidence des enfants vivants de moins de treize ans et des enfants de moins de seize ans qui poursuivent leurs études dans un établissement d'enseignement ; la nationalité de ces enfants ; l'attestation que vous ne bénéficiez pas de la loi sur l'assistance aux familles nombreuses.

Vous devez joindre à votre déclaration les bulletins de naissance, sur papier libre, des enfants, ainsi qu'un certificat du percepteur établissant que ni vous, ni votre femme ni les enfants mentionnés dans la déclaration ne sont inscrits au rôle de l'impôt général sur le revenu, et enfin un certificat du chef de l'établissement dans lequel les enfants de plus de treize ans font leurs études. (Décret du 27 février 1924.)

Application du Tarif Durafour

2409. — 1° Appareil provisoire ; 2° Consultation avec un radiographe ; 3° Brûlures étendues, etc.

Un blessé a une impotence fonctionnelle complète du pied ; je lui fais le soir même un appareil provisoire pour permettre de le mener le lendemain chez le radiographe. La radiographie montre une entorse médio-tarsienne, je fais alors une botte plâtrée de tout le pied et du tiers inférieur de la jambe, cet appareil est conservé pendant dix jours. Quel est le tarif pour l'appareil provisoire ? la consultation avec le radiographe ? l'appareil définitif ?

2° Les deux autres questions se rapportent à des brûlures.

Le premier blessé a été brûlé dans une fonderie par du sable rouge. Il avait des brûlures des trois premiers degrés : 1° sur la presque totalité des deux *membres supérieurs s'étendant aussi sur* une surface d'une main à la face postérieure de l'épaule gauche ; 2° dans la région lombaire surface de deux mains à gauche et d'une pièce de 5 fr. à droite ; 3° surface d'une main à la région pariétale gauche, intéressant aussi presque toute l'oreille gauche ; 4° surface d'une main dans la région cervico-dorsale.

Dois-je additionner les prix des pansements de chaque brûlure ou mettre en bloc 100 fr. pour vaste brûlure ?

(Evidemment je ferai décroître les surfaces au fur et à mesure de la guérison).

3° Mon dernier blessé avait reçu du goudron en fusion. J'ai commencé par dissoudre le goudron à l'éther (il m'a fallu 400 cmc. d'éther et 1 h. 1/2 de temps). Il avait des brûlures des trois premiers degrés (chaque goutte de goudron avait provoqué une brûlure) des deux bras, avant-bras et mains ; de la presque totalité de la face antérieure du thorax ; de la surface d'une main au cou ; de la surface de trois mains à la face (seule la partie droite du nez, la partie droite du front, les yeux et l'oreille droite étaient indemnes). J'ai recouvert toutes ces brûlures de larges pansements, huit jours après il n'y avait plus que quatre brûlures, de dimensions variables du troisième degré ; le malade a guéri en 24 jours. Là encore quel tarif adopter (chaque plaie séparément ou vaste brûlure) ?

Ai-je droit à une rémunération spéciale pour le temps passé à enlever le goudron avec l'éther ?

Dr G.

Réponse.

1° L'appareil provisoire ne peut être compté que lorsqu'il est établi « en vue d'une réduction ultérieure par un *autre* médecin » (article 18, *in fine*, note 1), ce qui n'est pas votre cas.

2° La consultation avec un radiographe ne peut être tarifée. Celui-ci, pour le prix du tarif, doit, en effet, fournir deux exemplaires des épreuves « avec un *commentaire détaillé* », qui est, préci-

sément, sa « consultation » avec le médecin traitant. (Voir article 26 VII, avant-dernier paragraphe).

3° L'appareil définitif dont vous parlez, soit la botte plâtrée que vous avez posée me paraît pouvoir être assimilée à « répétition d'appareil plâtré pour grands segments de membre : 50 francs » (article 18, *in fine*).

4° Vous devez, en ces cas, envisager les « *surfaces additionnées* » et compter « *vaste brûlure* » si ces surfaces forment une superficie totale *supérieure* à deux membres (voir article 28, note 2).

5° Même réponse que ci-dessus pour l'addition des surfaces brûlées.

Le temps passé à enlever le goudron avec l'éther est partie intégrante du pansement de la brûlure.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

2405. — Seringues de Pravaz et thermomètres.

Abonné au *Concours médical*, voulez-vous me permettre de vous demander votre avis au sujet de la fourniture faite à un bénéficiaire de l'article 64 de la *loi du 31 mars 1919* d'une seringue pour injections hypodermiques, dont la commission de contrôle me refuse le paiement avec explications dont je vous envoie copie Il s'agissait d'un gazé, faisant bronchite à répétition, auquel j'ai conseillé après amélioration une série de piqûres pour remonter son état général. Pendant le deuxième trimestre j'ai fourni une seringue à un autre malade : tuberculose pulmonaire avec myocardite ; malade habitant à 10 k. de chez moi ; trois injections d'huile camphrée par jour pendant six jours ; malade visité une fois par jour.

La seringue faisant partie de « l'arsenal du médecin », faut-il comprendre que l'on doit faire soi-même toutes les piqûres ? Mais faire en plus de la visite deux fois par jour 20 k. pour une seule injection d'huile camphrée ne serait-ce pas abusif, et pourtant le malade avait besoin de son huile camphrée. Je laisse de côté la vente directe ou le prêt bénévole de la seringue au malade.

Et le thermomètre médical ? N'y a -t-il pas certains cas où il est intéressant de suivre la marche de la température sans que l'on juge pourtant utile une visite matin et soir Faudrait-il se rendre à domicile pour prendre la température ?

PRÉFECTURE DE L'AIN
COMMISSION DE CONTRÔLE DE L'ARTICLE 64
DE LA LOI DU 31 MARS 1919.

Secrétariat

Bourg, le 7 juillet 1926.

Mon cher confrère,

L'arrêté du 12 janvier 1923 fixant le tarif des pro-

duits pharmaceutiques dit que parmi les accessoires de pharmacie et bandages compris au chapitre 3 du tarif de l'Association des Syndicats pharmaceutiques sont fournis par les pharmaciens les objets suivants qui figurent au chapitre 3 : *petites attelles, leucoplastes, suspensoirs, pinceaux pour teinture d'iode, compte gouttes, seringues en verre pour injections, œillères.*

Les autres objets du chapitre 3 auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de l'article 64 sont fournis par les centres d'appareillage aux mutilés titulaires d'un livret d'appareillage.

Les dispositions de cet arrêté ont donc un caractère nettement limitatif.

Quant aux seringues en verre pour injections, la Commission supérieure a jugé qu'il ne s'agissait que des seringues pour urèthre, nez, oreilles, etc., et non des seringues pour injections hypodermiques, lesquelles font partie, dit la décision, de l'arsenal du médecin, ainsi que les thermomètres médicaux.

Cette décision fait donc actuellement jurisprudence en la matière.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués

Le secrétaire de la Commission de contrôle,
Dr illisible

Réponse.

Il est parfaitement exact que la Commission supérieure a jugé que la seringue de Pravaz, ainsi que le thermomètre à maxima, font partie de l'arsenal du médecin et ne sont pas fournis aux malades. J'ai idée que cette décision provient de la constatation de certains abus et de la crainte de ceux, formidables, qui, comme on peut aisément le penser, seraient possibles, dans le cas où les seringues de Pravaz, thermomètres, etc. pourraient être distribués à volonté.

F. D.

II

2348. — Prescription légale et soins « gratuits » de toute façon.

Je viens vous demander vos conseils et si possible votre appui.

Le 11 juin 1926, j'ai envoyé mes notes Blessés guerre pour 1923-24-25, je joins copie de la lettre que je reçois. Ça me paraît énorme ! Qu'en pensez-vous ?

S'il n'existe pas d'argument d'ordre légal, j'en ai deux d'ordre moral.

1° Je fais depuis plusieurs années un service à l'hôpital de L... — assez chargé — et ce, absolument gratuitement (je crois le cas unique en France).

2° Depuis 7 ans passés, j'ai toujours fait cadeau à la ville et surtout à la préfecture de mes honoraires pour soins aux indigents de la ville. Suis prêt à faire tout ce qu'il faudra pour ne pas être frustré de mes honoraires, honorablement gagnés. Pour 1923, ça se monte à 204 fr. ; pour tout 1924 à 326 fr.

Dr C.

Réponse.

1° Pourquoi attendre si longtemps (3 ans !) avant d'envoyer des notes dont le décret du 25 octobre 1922 prescrit formellement l'envoi tous les trois mois (article 53) ?

2° *Légalement*, les honoraires médicaux sont prescrits après deux ans, sauf pour les accidents du travail où la prescription a lieu au bout d'un an, et c'est pourquoi on peut vous opposer victorieusement la prescription, et cela afin d'éviter que chacun fasse ainsi que vous, ce qui rendrait tout contrôle impossible.

3° Hélas ! vous êtes loin d'être le « seul » à travailler à l'œil dans les hôpitaux. Il est même à souhaiter que le nouveau syndicat des chirurgiens des hôpitaux fasse une campagne active contre un tel scandale, qui ne sera aboli que par entente entre médecins et chirurgiens hospitaliers avec action directe au besoin.

4° Vos gracieusetés d'honoraires envers la ville ressortissent de l'A.M.G. et n'ont aucun rapport avec les pensionnés de guerre qui sont du « rayon » non plus du département, mais de l'Etat. En sorte que vos « arguments d'ordre moral », ne portent pas en l'espèce. La seule réponse à faire à la *dura lex* est de ne plus travailler à l'œil à l'hôpital. C'est une question d'ordre syndical et local, avec entente avec vos confrères de la ville et intervention du Président de votre syndicat, comme celle qu'il est précisément en train de faire, dans le même sens, pour l'hôpital de votre propre chef-lieu d'arrondissement.

F. D.

Baux et Loyers.

2426. — Prorogation. Réduction du loyer.

Je viens de lire dans le *Concours médical* une réponse faite à un confrère, M. C., sur la loi des loyers du 1er avril 1926. La réponse donne des indications erronées. Connaissant la question, je me permets de vous signaler l'erreur. Conformément à la circulaire ministérielle, le propriétaire avait le droit et même le devoir de donner congé à son locataire, afin de mettre un terme à un engagement verbal et appliquer les termes de la loi après le congé. Jusque-là, C. doit payer le loyer antérieur intégralement. D'autre part, notre confrère C. est obligé, comme le dit la réponse du *C. M.*, de demander dans les six mois après la promulgation de la loi, la réduction ou plus exactement le prix licite de son loyer, qui lui sera appliqué après le terme fixé par le congé. Quant au forfait de 15 %, le locataire est en mesure d'exiger des preuves, que le propriétaire doit fournir au tribunal, des charges, dont le total atteint le pourcentage. Autrement, il est en droit de proposer moins que le forfait.

Dr K.

Réponse.

La réponse que vous visez est sans doute celle qui a paru dans le numéro du 26 juillet, page 1944.

Nous ne pensons pas avoir commis l'erreur que vous nous signalez, car il est à remarquer que notre correspondant nous signale avoir déjà bénéficié de *deux prorogations.* Or, s'il est nécessaire de mettre fin au contrat par un congé, en cas de location verbale, pour pouvoir ensuite faire courir la prorogation et demander les augmentations prévues par la loi, cette obligation cesse quand, au lieu de location verbale, il y a prorogation, c'est-à-dire maintien dans les lieux, non plus en vertu d'un contrat, mais en vertu d'une disposition légale indépendante de l'accord des parties. Dans ce cas le droit de l'occupant cesse *ipso facto* avec la fin de la prorogation et le propriétaire n'a pas besoin pour cela de donner congé. La circulaire ministérielle du 22 mai 1926 à laquelle vous faites allusion fait très nettement cette distinction.

Il peut, à la vérité, paraître étrange qu'un locataire, ayant bénéficié de prorogations, moyennant un loyer fixé par décisions de justice, puisse maintenant être en droit d'exercer l'action en réduction.

La faute en est à la législation antérieure sur les loyers qui ne fixait pas de taux limite pour les loyers professionnels ou mixtes.

En ce qui concerne le forfait de 15 %, nous avons bien indiqué à notre correspondant qu'il était facultatif dans son principe et que c'était un maximum, mais peut-être n'avons-nous pas suffisamment précisé.

Fiscalité

2401. — Double local. Double patente.

Depuis le 15 novembre 1925, j'habite D. où j'ai un loyer de 4.000 fr. Auparavant j'habitais à 5 km. de là à A. où j'ai un loyer de 900 fr.

Quoique n'habitant plus du tout A. j'ai conservé mon loyer et trois fois par semaine je consulte pendant une heure dans mon ancien logement.

Je viens de recevoir la feuille ci-jointe. Je vais certainement recevoir sous peu une nouvelle feuille pour ma patente à D.

Dois-je payer les deux patentes intégralement ? Sinon veuillez m'indiquer la marche à suivre pour être dégrevé.

Dr Z.

Réponse.

Vous devez les deux patentes, celle d'A. et celle de D., puisque vous avez conservé à A. des locaux entièrement à votre disposition et servant à l'exercice de votre profession.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 34 — 22 Août 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2156 IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Comptes rendus, documents, pièces officielles!

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : **45 fr.** — 1re Zone **55 fr.** — 2e Zone **70 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Collen (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
St-Quay-Portrieux. Christian Le Lionnais.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Guillermin, de Cormatin, la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

AVIS

Tout médecin sollicité pour un dispensaire mutualiste à Montluçon est prié de vouloir bien s'adresser au Dr Gouvernaire, président du Syndicat des Médecins de Montluçon, 20, avenue du Président-Wilson.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 389. — Dr recomm. très particul ménage 51 et 43 ans av. 3 enf., pour régis. ds. gr. exploit. ou domaine agric., connaiss. parf. trav. fer et bois. Honorab. parf, très hautes réf.

N° 390. — Paris. Quart ouvrier, client. ancienne, méd. génér. gynécol. Rapp. 70.000, bel appart. 5 p. loyer 6.000 c. c. A céd. de suite. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél, Gob. 36-46.

N° 391. — Côte d'azur. Grande ville, client. de toute l'année, aff. 35.000, sans frais, appart. 6 p. très confort. loyer 6.000 belle situation en plein centre. Prix : 40.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les Congrès.** — *Le Congrès international d'orientation féminine* se tiendra à Bordeaux du 23 au 26 septembre prochain (secrétariat, 57, rue des Trois Conils, Bordeaux). Principales questions inscrites au programme : les carrières ménagères ; les carrières sociales ; les carrières de l'hygiène et de la médecine, etc.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** — *Cours de vacances sur les maladies du rein et du foie.* — Deux cours de perfectionnement auront lieu à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin, du 4 au 26 octobre 1926, sous la direction de M. le professeur Lemierre et de MM. Abrami et Brulé, agrégés. Ils seront consacrés, le premier aux maladies du rein, le second aux maladies du foie.

— **Faculté de Lyon.** — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose.* — Sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, un cours de perfectionnement su r la tuberculose sera fait, du 18 octobre au 14 novembre 1926, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Cordier, Dufourt, Dumarest, Gardère, Gaté, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

— **Nantes.** — *Hôpitaux.* — M. le Dr V. Guillon a été nommé, après concours, médecin suppléant des hôpitaux, et M. le Dr Leroux a été nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux.

— **Paris.** — *Concours de clinicat.* — Sont proposés par le jury (composé de MM. Marfan, président, Teissier et Nobécourt) :

Pour la clinique des maladies infectieuses : MM. Joannon, titulaire ; Coste, adjoint.

Pour la clinique de la première enfance : MM. J. Debray, Chevalley, Robert Broca, titulaires.

Pour la clinique médicale infantile : MM. Boulanger-Pilet, titulaire ; Lebée, adjoint.

— **Kinésithérapie gynécologique.** — Douze leçons sur la cellulite avec applications à la gynécologie, par le Dr Wetterwald (Clinique Stapfer, 6, rue Antoine-Dubois), à partir du 15 septembre (droit : 250 fr.).

— **Tours.** — *A la mémoire du professeur Le Double.* — Un groupe d'anciens élèves du professeur Le Double se sont réunis en vue d'étudier le moyen de mettre en état la tombe du regretté professeur de l'Ecole de Tours, tombe laissée dans l'abandon. On peut adresser les souscriptions à l'Ecole de médecine de Tours, Boulevard Tonnellé.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Hygiène.

Arrêtés du ministre de la Marine instituant au Cameroun une mission permanente de la maladie du sommeil et nommant le chef de cette mission (*J. O.*, 10 *août*).

Commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie de la marine.

Par arrêté ministériel du 26 mai 1926, modifiant l'arrêté du 13 septembre 1910 sur le service de santé de la marine et l'arrêté du 6 janvier 1922, M. le médecin inspecteur, directeur du service de santé au ministère de la guerre, a été désigné comme membre de droit de la commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie de la marine, instituée pour fonctionner soit comme commission d'hygiène navale et d'épidémiologie, soit comme commission de surveillance des eaux.

Par arrêté ministériel de même date, M. le médecin inspecteur Savornin, directeur du service de santé au ministère de la guerre, a été nommé membre de cette commission (membre de droit).

(*J. O.*, 24 juillet.)

Fondation Curie.

Par arrêté ministériel du 3 août 1926, est approuvé le règlement administratif concernant l'organisation

et le fonctionnement de la « Fondation Curie » centre régional de lutte contre le cancer.

(*J. O.*, 7 août.)

Usage de l'opium.

Décret du 26 juin 1926 portant promulgation de l'accord, du protocole et de l'acte final relatifs à l'usage de l'opium préparé, signés à Genève le 11 février 1925 (*J. O.*, 14 *juillet.*)

Asiles d'aliénés.

Le poste de directeur médecin de l'asile public d'aliénés du Loiret (établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais) sera vacant à dater du 1er octobre 1926, par suite de la mise à la retraite de M. le Dr Rayneau.

(*J. O.*, 25 juillet.)

Brevets d'infirmières.

Des sessions d'examens d'Etat (infirmiers et infirmières) ont eu lieu à Lyon (infirmières hospitalières, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance), à Paris (infirmiers-masseurs-aveugles, infirmières hospitalières), à Nantes (infirmières hospitalières) et à Besançon (infirmières hospitalières).

(*J. O.*, 26 juillet.)

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Droit des herboristes.

7584. — M. Reboul, sénateur, demande à M. le ministre du travail et de l'hygiène de lui faire connaître quels sont les droits que possèdent les herboristes pour le mélange des plantes médicinales destinées à la vente au détail. (*Question du 8 juillet 1926.*)

Réponse. — L'article 37 de la loi du 21 germinal, an XI, donne aux personnes pourvues du certificat d'examen d'herboriste le droit de vendre au détail des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes fraîches ou sèches, mais non celui de mélanger lesdites plantes.

Seuls, les pharmaciens peuvent fabriquer et vendre ces mélanges.

(*J. O.*, 6 août 1926.)

A propos de la Direction du Bureau d'Hygiène de Montrouge.

A propos de votre annonce au sujet du bureau d'hygiène de Montrouge, parue dans le dernier numéro, page VII-2053, voulez-vous avoir l'obligeance d'insérer la note suivante :

« Il est bon que les confrères candidats au poste de directeur du bureau d'hygiène de Montrouge sachent:

« 1° Que les médecins de Montrouge, tous membres du Syndicat de la Banlieue-Sud, ont toujours été tenus comme inexistants par l'ancienne municipalité.

« 2° Que la nouvelle municipalité, animée de meilleures intentions à leur égard, est en train de discuter avec eux au sujet de la réorganisation des services médicaux de la ville.

« Les médecins de Montrouge savent très bien que le poste de directeur du bureau d'hygiène ne peut être confié qu'à un médecin étranger à la commune ; mais ils protestent contre le projet de faire assurer par ce médecin hygiéniste les services de la crèche, de l'hospice Verdier et de l'Etat civil qui doivent légitimement leur revenir.

« Les confrères candidats trouveront tous les renseignements sur cette question auprès du Syndic des médecins de Montrouge, le Dr Dardelin, 83, route de Châtillon.

« Dr DARDELIN. »

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail

2485. — Rachat de rente. Revision.

1° Un blessé du travail a consenti en traitant amiablement avec une compagnie d'assurance au rachat d'une rente de 254 fr. par un capital de 3.000 fr., alors que la loi ne permet pas ce rachat et que le capital représentatif de la rente était de 5.000 fr. Ce contrat illégal et extra-légal a été conclu en 1923. Est-il valable ? Le blessé n'a-t-il plus actuellement aucun recours ?

2° Un blessé consolidé pour amputation des phalangettes de l'annulaire et de l'auriculaire droits ayant été admis à pension, éprouve par le fait de la cicatrice terminale et l'irrégularité des moignons, de la gêne dans son travail, il veut alors, par une nouvelle intervention faire régulariser ses moignons. A ce moment, le délai de revision n'étant point expiré, a-t-il droit à la demi-journée de salaire et aux soins médicaux ou ne peut-il que poursuivre après l'intervention la revision de sa pension pour aggravation ?

Dr L.

Réponse.

1° Aux termes de l'article 21 de la loi sur les accidents du travail, la pension ne peut être remplacée par le payement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs. En outre, le rachat ne peut être effectué que d'après le tarif de la Caisse nationale des Retraites.

Dans l'accord intervenu entre l'ouvrier et l'assurance se trouvent donc deux causes de nullité, puisque la rente est supérieure à 100 francs et que le tarif de la Caisse des Retraites n'a pas été respecté.

L'ouvrier aurait le droit de demander la reprise du versement de sa rente, mais, de son côté, il faudrait qu'il restitue le capital qu'il a reçu.

2° Si la blessure est actuellement consolidée et l'ouvrier pourvu d'une rente, il est impossible que les frais de l'opération soient supportés par l'assurance ou que le demi-salaire lui soit à nouveau alloué pendant la durée de la nouvelle incapacité temporaire.

Par contre, il peut se faire opérer, sans avoir aucune formalité à remplir et, si son incapacité se trouve aggravée, il pourra demander la révision de sa rente, dans les trois ans de l'accord passé devant le président du Tribunal ou de la décision définitive passée en force de chose jugée.

2452 — Fixation de la rente. Nomination d'expert.

Un de mes clients, accidenté du travail, M. P., toupilleur, a eu le pouce gauche enlevé par une machine ; actuellement il est guéri. Hier il s'est présenté au tribunal civil en conciliation, l'assurance la P. offrait 20 % alors que d'après le barème un pouce gauche vaut 25 % et dans le cas présent on pourrait l'estimer davantage puisque le jeune homme est gaucher et que la perte de ce pouce va l'obliger à abandonner son métier. Cependant je lui avais conseillé d'accepter 25 %.

Le président du tribunal lui a dit qu'il avait tort de refuser les 20 % proposés par l'assurance, que sans doute un expert serait moins généreux, mais qu'enfin puisqu'il n'y avait pas conciliation il allait désigner un expert. M. P. a demandé alors quel était l'expert commis ; le président lui a répondu qu'il l'apprendrait quand il lui écrirait.

Voilà il me semble de l'arbitraire, car un blessé a le droit de récuser un expert, s'il croit ce dernier dans les mains de l'assurance.

Donc, si on nomme un expert suspect, ce qui me paraît à craindre, comment le blessé doit-il s'y prendre pour le récuser puisqu'il n'a pu le faire au moment de l'audience ?

Ensuite, à qui adresser une plainte contre le président du tribunal pour abus de pouvoir, au Procureur de la République ou au Ministre du travail ?

Dr P.

Réponse.

L'invalidité résultant de l'amputation du pouce est fixée à 35 % pour le pouce droit et 25 % pour le pouce gauche, lorsqu'il y a amputation des deux phalanges et du premier métacarpien, par le guide-barème des pensions militaires. Ces chiffres sont ramenés à 30 et 20 %, lorsqu'il y a seulement amputation des deux phalanges. Les mêmes chiffres sont proposés par Imbert, Oddo et Chavernac dans leur traité sur

Voir la suite page XXXIX-2195

PROPOS DU JOUR

La Médecine aux Colonies.
L'Oubli sur la Gloire et les Oubliés sans Gloire.

Un de nos très distingués confrères, le Dr L. Barot-Forlière, d'Angers, qui prit jadis, comme secrétaire du Syndicat médical, une part très active à la défense professionnelle, vient de publier l'histoire de la Conquête Soudanaise (1897-1899), et de la lutte héroïque contre l'Almamy Samory sous la forme d'un roman passionnant intitulé : *L'Oubli sur la Gloire* (1).

Ce livre, dont nous ne saurions trop recommander la lecture, est à peine un roman : c'est surtout une épopée, mais une épopée vécue, une page splendide de notre histoire coloniale.

Il nous paraît prétentieux à nous, simple praticien parisien, qui ne connaissons nos colonies et leur histoire que par ce que l'on nous en a dit, ce que le cinématographe nous en a montré et ce que nous en avons lu, de faire l'éloge de l'*Oubli sur la Gloire*, quand des héros coloniaux, comme le gouverneur général Binger, comme le général Gouraud, le vainqueur de Samory, et plusieurs autres explorateurs célèbres, ont témoigné au Dr Barot tout l'intérêt et le plaisir qu'ils ont pris à cette lecture d'un livre où est « esquissée la vie telle qu'ils l'ont pratiquée ». « Tout ceci est vivant, imagé et d'un intérêt captivant » a écrit Binger à l'auteur. Et le général Gouraud affirme que, dans ce roman, «les peintures sont si vraies du pays et du monde noir ».

Mais l'*Oubli sur la Gloire* a le mérite de légitimer son titre. Car, en décrivant les actes héroïques de ceux qui ont conquis le Soudan à la France, au prix de quelles souffrances et de quels efforts ! le Dr Barot met dans la bouche d'un de ses coloniaux les paroles suivantes, dont nous ne pouvons discuter la mélancolique véracité :

« La presse dite d'information consacrera à nos héros africains dix lignes au plus ; quant à la presse politique, au milieu du boucan que font les histoires d'Esterhazy, de Zola, de Dreyfus, elle oubliera les Français qui agrandissent la France, pour étaler complaisamment aux yeux du monde les saletés et les collusions qui ne peuvent que l'amoindrir. Dix lignes, vous dis-je, et ce sera bien beau ! Et puis, vous savez, nous les coloniaux nous agissons, çà nous est bien égal : nous avons l'habitude d'être oubliés. Notre lot, c'est l'oubli, l'oubli voulu, l'oubli cruel ... l'oubli sur la gloire. »

Nous voudrions relever une à une les phrases vengeresses, où l'auteur met dans la bouche de nos officiers et plus particulièrement d'un jeune médecin de marine des plus sympathiques, l'indifférence dédaigneuse qu'ils témoignent à ceux qui bavardent à tort et à travers sur les colonies dans la Presse et au Parlement, quand eux, sacrifient en silence leur vie et leur santé pour enrichir peut-être «des exploiteurs et des brasseurs d'affaires embusqués dans l'ombre de la Bourse».

Malgré cela, le Dr Barot qui a été conquis par les charmes de la vie coloniale, dédie dans son introduction son livre aux étudiants ; il leur conseille de connaître « la plus grande France », d'aller par ces steppes infinies du Soudan Nigérien où « la Fortune, attend, comme la Belle endormie de la Légende, les audacieux qui iront l'enlever ».

Nous voudrions partager le bel enthousiasme du Dr Barot, nous voudrions qu'après la conquête militaire, les colons français pussent voler en foule à la conquête économique de nos colonies, et organiser leur exploitation saine et méthodique avec la collaboration des indigènes éduqués. Pour remplir ce but, le médecin est, de l'avis de tous les grands coloniaux, le plus important facteur de la colonisation, et le maréchal Liautey l'affirmait hautement hier avec sa grande autorité aux Journées médicales de Bruxelles. Voyons comment notre administration coloniale encourage les efforts des jeunes médecins, qu'à grand effort de propagande, elle a attirés au Soudan et ailleurs. Après avoir lu l'épopée de l'*Oubli sur la Gloire*, faisons le tableau des *Oubliés sans Gloire*.

Voici une correspondance qui nous a été adressée de l'Afrique Occidentale et qui se passe de commentaires :

Au « Concours Médical », à Paris.

Mon cher confrère,

Dans l'intérêt de tous les jeunes confrères, je vous

(1) Paris, Arthème Fayard et Cie, édit., 18-20 rue du Saint-Gothard.

serais reconnaissant d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro. Cette lettre a été envoyée à toutes fins utiles à MM. les professeurs Brumpt, à Paris, Raynaud, à Marseille, Le Dantec, à Bordeaux, ainsi qu'au Ministère des Colonies. La lettre du confrère Thomas, que je joins à la mienne, la complète heureusement.

Vous connaissez les appels pressants faits par affiches dans les Facultés et Ecoles de médecine, et les annonces alléchantes dans les journaux médicaux, dans lesquels le gouvernement du Caméroun et l'Office colonial promettent aux médecins qui accepteront de rentrer dans le cadre de l'Assistance médicale indigène :

1° Voyage payé en première classe pour eux et leur famille.

2° Un traitement pouvant atteindre 32.000 fr.

3° Des logement et ameublement convenables, susceptibles d'améliorations ultérieures, par des crédits votés à cet effet.

4° L'assurance de trouver au Caméroun une grande facilité de ravitaillement, des communications et une vie facile et à bon marché.

5° Des soins médicaux éclairés et gratuits.

Je suis depuis plus de quatre mois médecin de l'Assistance indigène au Caméroun, et je suis écœuré des brimades et des conditions humiliantes dans lesquelles j'exerce mon métier, le plus noble qui soit.

D'abord il m'a fallu signer un contrat, où les garanties sont unilatérales. Le gouvernement du Caméroun a tous les droits sur moi ; un paragraphe humiliant prévoit mon renvoi pour faute grave ou incapacité professionnelle, dont l'appréciation est laissée au Haut Commissaire, le remboursement de mon voyage aller, et le paiement de mon voyage retour, sans compter les frais de justice possibles, en cas de rupture du contrat de ma part.

Reçu à mon arrivée comme subalterne de bas étage, je dus loger à l'hôtel pendant dix jours à raison de 50 fr. par jour.

On me désigna pour le Poste de Bafang, dans le Nord, où je trouvai : une hutte indigène en roseaux, couverte en feuilles de palmier, sans un lit, sans une table, sans une chaise, sans une caisse ; bref, une installation à côté de laquelle nos cagnas de la guerre étaient des palais. Evidemment, pas d'eau, de moustiquaire, de filtre.

Depuis le 15 janvier jusqu'à ce jour, 20 mai, mes protestations à la Direction et au Haut Commissariat n'ont eu pour résultat qu'une inertie absolue, et une menace de procès. Notons que, dans la même circonscription, les agents administratifs sont logés et meublés avec tout le confort que permet la Colonie : habitation en pierres et ciment avec véranda, ameublement agréable en bois du pays et rotin, etc., etc... avec hygiène parfaite.

Voyons maintenant la question pécuniaire. Je touche exactement, indemnité comprise, 2.460 fr. par mois, en papier français, naturellement. Mes déplacements sont compris dans les indemnités indiquées, et la clientèle payante n'existe pas. Or, dans ma circonscription, seul, a cours le mark métallique allemand. Pour un poulet, il me faut débourser 2 à 3 marks, soit 10 à 15 fr., et tout à l'avenant.

Ces conditions financières, jointes aux conditions ignobles de l'habitat, m'ont fait renoncer au passage de ma femme, et l'entretien de mon double ménage m'oblige à puiser dans mes ressources personnelles.

Trouvé-je d'arides compensations dans la satisfaction du devoir médical accompli ? Après être resté trois mois sans un médicament, sans un instrument, voici ce qu'on vient de m'octroyer : pour un semestre et pour 100.000 habitants : 8.000 fr. de médicaments (et cela ne fait pas lourd je vous assure), 4 bistouris, 2 ciseaux, 2 curettes, 2 plateaux, 3 seringues de Luer, avec 5 aiguilles, 2 sondes de Nélaton, 7 bougies filiformes, une aiguille de Reverdin, 4 petites aiguilles à sutures, 3 thermomètres, un baril de verre, 2 entonnoirs et 2 éprouvettes. L'infirmerie est une case en bambous, ouverte à tous les vents, dénuée de tout.

Maintenant, voici plus fort : après un stage instructif à Ayos, centre de lutte contre la maladie du sommeil, le Directeur me charge du dépistage et des soins des sommeilleux de la vallée du M'Kam, sans indemnité spéciale naturellement, malgré les prévisions du contrat.

Dans ce but, j'ai reçu de la Direction quelques flacons de colorant. Quant au microscope, arme essentielle, il m'a été retiré quinze jours après réception, pour le motif : envoyé par erreur !

Le rapport annuel du Haut Commissaire n'en stipulera pas moins probablement la création d'un nouveau centre de lutte contre la Trypanosomiase, dans la vallée du M'Kam.

Si les choses les plus essentielles m'ont fait défaut, la paperasse, par contre, m'est arrivée en quantités industrielles, cinq jours après mon entrée en fonctions : imprimés pour statistiques et rapports !

Ci-joint la lettre du confrère Thomas, dont nous vous demandons l'insertion dans le même article :

Venu au Caméroun pour collaborer avec un confrère civil, des raisons de dignité professionnelle me faisaient rompre mon contrat au bout de trois semaines : rupture approuvée par le tribunal civil de Douala. Médecin actif et expérimenté sur place, l'Etat faisait une économie de plus de 12.000 fr. pour mon voyage aller, celui de ma femme et de mon enfant. Je demande au gouvernement du Caméroun une place de médecin contractuel. Le Directeur me reçoit sans aucune aménité, me laisse debout pendant tout l'entretien, et cependant, m'offre oralement et par écrit le poste de N'Kongsamba, où tout était à créer, sans habitation, sans meubles. Le climat y étant moins mauvais qu'à Douala, j'accepte, espérant bien améliorer mon installation par mes propres moyens. Quinze jours après, je reçois le même contrat que le confrère Puyoo, m'affectant à... Kribi, avec cette réserve formelle que, dès l'arrivée du moindre médecin militaire, je céderai la place

pour aller en brousse. Cet effacement devant le médecin militaire s'explique par le confort relatif du poste (lettre de M. le Haut Commissaire à M. le Chef de Cir. de Douala en date du 24 mars 1926, 283 C. N° 1795).

Naturellement, je refuse les propositions dédaigneuses de l'Administration et je m'installe à Douala.

La seule pharmacie civile de tout le Caméroun appartenant au confrère avec qui je n'avais pas voulu collaborer, me refuse systématiquement l'exécution de mes ordonnances. Je me plains au Directeur du Service de santé et lui fais, par deux fois, une demande de cession de médicaments. Cette demande est refusée (lettre N° 32 du 14 avril 1926). Cependant la réserve de médicaments de Douala en regorge.

Pendant ce temps, le confrère cité plus haut, désirant aller en France, obtient la faveur irrégulière d'avoir deux médecins militaires pour le remplacer (il n'a cependant pas la réputation de se vouer à l'assistance indigène gratuite).

Naturellement, je prends toute la responsabilité de mes affirmations, et j'ai tous les éléments pour les prouver.

Je laisse à votre conscience professionnelle le soin de juger ces faits.

Conclusions.

Jeunes confrères de France, pleins de foi et de dévouement, repoussez toutes les promesses alléchantes et fallacieuses qui tentent de vous attirer ici : une fois arrivés, vous ne serez que de pauvres jouets, méprisés et bons seulement à faire valoir des incapacités qui, faute de moyens personnels, spéculent sur les sacrifices des autres.

Restez en France : le plus humble petit poste de campagne, où vous vivrez honorablement avec votre famille, vous donnera plus de satisfaction morale et matérielle, et vous ne compromettrez pas votre santé.

Notre devoir d'honnête homme et de confrères est de vous le dire.

Quelles sont les raisons de cet état de choses ?

Quels sont les responsables ?

C'est ce que nous allons nous efforcer de rechercher et contre quoi nous allons lutter par tous les moyens, et devant toutes les juridictions, y compris la Commission permanente de contrôle de la Société des Nations.

Douala, le 24 mai 1926.

Dr Charles Puyoo, de l'Assistance Indigène du Caméroun, à Bafang. Abonné au *Concours médical*.

Dr Thomas, Médecin civil à Douala, avenue Président-Poincaré.

***

On nous objectera que ceci se passe au Caméroun, mais qu'il n'en est pas de même ailleurs. Un confrère qui exerce dans une de nos colonies d'Océanie nous communique la copie de la lettre qu'il a adressée à son neveu qui vient d'être reçu docteur et se propose, après études spéciales, de se livrer à l'exercice de la médecine coloniale.

Mon cher ami,

Tu as fait de longues et coûteuses études au lycée d'abord. Bachelier, tu as pris ton certificat d'études physiques, chimiques, et naturelles à la Faculté des sciences. Après 5 ans 1/2 de sérieuses études à la Faculté de médecine, tu as soutenu brillamment ta thèse de doctorat. Mais tu ne t'en es pas tenu là : tu as suivi les cours spéciaux de médecine coloniale ; tu t'es fait recevoir médecin sanitaire maritime et tu as acquis avec mention le diplôme de médecine coloniale.

Tu n'as fait que suivre un courant. En France on est tout aux colonies ; on incite les jeunes et les entreprenants à s'y rendre. Il faut tirer beaucoup de produits de ces colonies, leur faire rendre. On hésite moins à envoyer au-delà des mers nos fils porter le flambeau de la civilisation, les uns colons, les autres industriels, d'autres encore se dévouant aux soins à donner aux premiers et aux indigènes, tous travaillant pour la plus grande France.

Bref, tu me demandes quelle sera ta situation si tu rentres dans le cadre des médecins de colonisation, en Nouvelle-Calédonie.

Tu débuteras, mon cher ami, comme médecin de 3e classe, dans un poste où tu seras à cheval à travers la brousse 1 jour sur deux pour des tournées sans profit. Tu auras une clientèle payante si faible (dans les deux tiers des postes) que tu ne couvriras pas tes frais de déplacements. Tu toucheras pendant 4 ans au moins, car l'avancement n'est pas automatique, mais au choix, une solde annuelle 10.000 francs, plus 5.000 fr. d'indemnité coloniale. Soit, au total 15.000 francs. Il faut y ajouter, il est vrai, de 3 à 400 fr. d'indemnités diverses, mais ces sommes représentent les débours que tu feras en tournées dans les tribus ou dans les centres. Il te faudra en outre, sur cette solde de 15.000 fr., acheter, amortir, nourrir et entretenir 1 ou 2 chevaux et ta sellerie.

A côté de toi tu auras peut-être l'école primaire dirigée par un instituteur venu de France, logé lui aussi gratuitement, et qui recevra non pas 15.000 fr. par an comme toi, mais bien 18.000 fr. Soit : solde 12.000, plus indemnité coloniale 6.000 fr. Il n'aura pas comme toi à acheter ni à entretenir de chevaux sur sa solde. Il se fatiguera beaucoup moins, car il ne s'exposera jamais aux intempéries ; il jouira, dimanches compris, d'environ 130 jours de congé par an, et il augmentera sa solde de leçons particulières.

Puisque tu me demandes un conseil, le voici : si tu tiens absolument à venir dans cette colonie, demande une place d'instituteur métropolitain ; tu y auras tout avantage, surtout si tu épouses une institutrice qui viendra ajouter ses 18.000 fr. de solde à la tienne (Voir *France Australe* du 22 avril 1926).

Mais pourquoi diable avoir gaspillé tant de belles années et d'argent à faire ta médecine quand il suffirait de beaucoup moins d'efforts pour gagner plus — ici tout au moins ?

Allons, mon cher ami, réfléchis bien avant de t'embarquer pour les Antipodes ; et, si tu tiens vraiment à exercer la médecine, ne crois-tu pas qu'un poste de médecin de campagne serait plus avantageux et plus agréable, n'y gagnerais-tu que de 30 à 40.000 fr. par an ?

Bien cordialement à toi.

Experto crede Roberto.

Qu'ajouter à tout cela ?

Nous signalons ces faits infiniment attristants à M. le Ministre des Colonies, à nos confrères du Parlement, à tous ceux que la prospérité de nos colonies, c'est-à-dire de la France, intéresse.

Ce n'est pas au Cameroun, mais surtout dans les bureaux des colonies qu'il convient de combattre la maladie du sommeil.

Y aurait-il quelque chose de pourri en France et dans notre administration coloniale ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le Professeur Nobécourt.

La fièvre zoster chez l'enfant (1)

Depuis le début de 1921 jusqu'à ce jour, nous avons eu à soigner dans le service six cas de zona. La dernière malade est une fillette qui est en ce moment à la salle Parrot. C'est elle qui m'a incité à faire cette leçon. Je ne puis vous la montrer parce qu'elle est atteinte depuis hier d'une angine diphtérique.

Cette enfant est née le 22 mai 1915. Elle ne présente rien de bien intéressant dans son histoire jusqu'à la maladie actuelle. Cette maladie a débuté vers le 8 février par un léger malaise. Mais c'est seulement le 25 qu'elle ressent une vive douleur dans le côté gauche du thorax, à la partie inférieure, qu'elle a de la courbature et de l'anorexie. Le lendemain, sur la ligne axillaire de ce côté gauche, à hauteur des 6e et 7e espaces intercostaux, on constate une petite papule. Puis, d'autres éléments apparaissent autour du premier, ainsi qu'en avant et en arrière.

L'enfant entre dans le service, le 1er mars. Elle est âgée de 10 ans et neuf mois.

C'est une fillette de bonne apparence, mesurant 134 cm. et pesant 26 kgr. 500. Elle n'a pas de fièvre : 37°4 le matin, 37°7 le soir. Elle est au cinquième jour de son éruption.

Le zona thoracique gauche est caractéristique. On voit, en plusieurs points, des groupes de vésicules perlées reposant sur une base érythémateuse ; ils forment une bande oblique de haut en bas et d'arrière en avant, à hauteur des 6e, 7e et 8e espaces intercostaux ; il y a trois groupes, en arrière, dans l'aisselle, en avant au voisinage de la ligne médiane.

Au sommet de l'aisselle gauche, on perçoit un ganglion gros comme une petite noisette, isolé, un peu sensible.

La malade n'éprouve aucune douleur spontanée ; elle se plaint seulement de quelques élancements. Son pouls est normal. Sa langue est nette. Son appétit est bon ; elle présente une légère constipation.

Le liquide céphalo-rachidien est normal, il contient de 1 à 6 leucocytes par millim. cube, 0 gr. 22 d'albumine et 0 gr. 44 de glucose par litre.

La réaction de Bordet-Wassermann avec le sang est douteuse (H^6), le Hecht positif ; la cuti-réaction à la tuberculine est négative.

L'enquête poursuivie par Madame Fournier-Mottaz, assistante sociale de la Clinique, nous a appris que l'enfant habite Moranges, dans le département de Seine-et-Oise, qu'elle ne va pas à l'école depuis 1925, qu'il n'y a eu d'ailleurs, ni à l'école, ni dans la famille, aucun zona, aucune varicelle.

Depuis l'entrée, l'état général est bon. L'enfant n'a pas de fièvre, les vésicules se sont dessé-

(1) Leçon du 20 mars 1926, recueillie par le Dr Laporte.

chées. A l'heure actuelle, il n'y a plus que de petites cicatrices blanchâtres au niveau des éléments zostériens.

L'enfant que nous avons soignée avant celle-ci est une fillette entrée à l'hôpital au commencement d'avril 1925, à l'âge de 9 ans, pour de la chorée. Quelques jours après l'entrée, le 20 avril, débute une scarlatine. Nous la soignons à partir de ce moment.

Cette enfant présente un développement moyen ; elle pèse 28 kgr. 300. La scarlatine est légère, à peine fébrile (37°8, au plus). Au bout de quelques jours la température s'élève à 38°3 et un érysipèle de la joue gauche apparaît. Il rétrocède au bout de 4 ou 5 jours.

A partir du 4 mai, la température s'élève ; il y a d'abord un état subfébrile (37°2, 37°8), puis les 7, 8 et 9 mai, la température atteint 38°-38°3. L'enfant ne souffre pas, elle dit seulement éprouver quelques démangeaisons à la partie moyenne de l'hémithorax droit. Le 7 mai, on constate un zona thoracique droit, à la hauteur des 6e et 7e espaces intercostaux, avec localisations postérieure et antérieure.

Le liquide céphalo-rachidien contient 5 ou 6 lymphocytes par millimètre cube, 0 gr. 30 d'albumine et 0 gr. 60 de glucose par litre.

La dessiccation se fait rapidement. La température s'abaisse lentement ; puis survient l'apyrexie et la guérison.

Le 18 mai, il se produit une reprise de l'érysipèle de la face ; il persiste quelques jours, sans fièvre.

Pendant tout ce temps, les mouvements choréiques persistent. L'enfant sort le 30 mai, avec un poids de 26 kgr. 100.

Nous avions à cette époque dans le pavillon de la scarlatine un certain nombre de cas de varicelle. Dans la salle même où était la malade, il y en avait eu deux cas. Dans une autre salle, il y avait également deux varicelles.

La malade précédente, née le 13 octobre 1910, est entrée une première fois dans le service, le 14 janvier 1924, à l'âge de 13 ans et trois mois pour une néphrite aiguë ; elle en est sortie, le 21 février, en bonne santé ; l'albuminurie avait disparu.

Sept mois plus tard, le 24 septembre 1924, elle ressent une vive douleur à la base de l'hémithorax gauche, surtout en arrière, se plaint de malaise général et a de l'anorexie ; on ignore si elle a eu de la fièvre.

Le 27 septembre, c'est-à-dire trois jours après, apparaît un placard érythémateux dans la région douloureuse. Le 29, apparaissent d'autres placards, et, sur ces placards, de nombreuses petites vésicules.

L'enfant entre à l'hôpital le 30. Elle a 13 ans et onze mois.

Son état général est très satisfaisant. Elle mesure 139 cm., pèse 30 kgr. 500. Elle ne présente pas de signes pubertaires. Elle a une température de 37°6-37°7.

On constate un zona lombo-abdominal gauche. En avant, les éléments s'avancent jusque dans la région sous-ombilicale ; en arrière, ils sont situés entre la douzième côte et la crête iliaque. Les vésicules sont surtout nombreuses et volumineuses à la région lombaire. On constate dans l'aisselle du même côté trois ou quatre ganglions ayant les dimensions d'une lentille ou d'un pois, très douloureux à la palpation.

Au niveau du zona, l'enfant éprouve des fourmillements, des picolements, quelques élancements douloureux. On constate de l'hyperesthésie superficielle.

Il n'y a pas de symptômes nerveux, pas de troubles digestifs, pas d'albuminurie.

Les jours suivants, la température se maintient au même niveau ; à partir du 3 octobre, elle tombe à 37°, 37°4.

Le 14 octobre, l'enfnant sort, le zona est en voie de dessiccation.

La quatrième malade est née le 31 septembre 1912 ; elle a eu à 5 ans la rougeole et quelque temps après la *varicelle*.

Le 14 juin 1924, elle ressent un point douloureux à la partie postérieure de l'hémithorax droit vers la pointe de l'omoplate. Le 15 juin, au réveil, on constate à ce niveau des plaques érythémateuses.

Elle entre le 16 juin dans notre service. Elle a 11 ans et huit mois.

C'est une enfant d'apparence normale, qui mesure 131 cm. et pèse 27 kgr. 500. Elle n'a pas de fièvre (37°1). Elle présente un zona thoracique supérieur droit. Il occupe la région pectorale, l'aisselle, la région de l'épine de l'omoplate, la face antéro-interne du bras, la région scapulaire, les régions antéro et postéro-internes du bras. Les éléments subissent régulièrement la dessiccation, la température s'élève légèrement les 18, 19 et 20 juin (37°6-37°7). Le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de leucocytes et le taux de l'albumine y est normal.

L'enfant sort guérie le 29 juin. Notons que nous n'avons trouvé ni zona ni varicelle dans son entourage. D'ailleurs, elle a eu la varicelle cinq ou six ans auparavant.

Je ne vous parle pas des deux autres malades. L'un est un garçon de 12 ans, entré le 13 novembre 1922 pour un zona thoracique. L'autre est une fille de 13 ans entrée le 2 mai 1921 pour un zona ophtalmique.

***

Le ZONA est une éruption de vésicules qui se forment sur une base érythémateuse ou, plus

exactement, érythémato-papuleuse, ; c'est une éruption *érythémato-vésiculeuse.*

Cette éruption peut se développer sur différents points du corps ; mais elle se développe avec une prédilection particulière sur une moitié du thorax, en demi-ceinture, d'où le nom de *zona* (ζωνή, ceinture).

On a beaucoup discuté sur la topographie du zona. On admet que l'éruption est sous la dépendance du système nerveux, qu'elle ne suit pas le trajet des nerfs périphériques, mais a une distribution radiculaire. D'ailleurs, on sait que la lésion principale du zona siège sur les ganglions des racines postérieures, ainsi que l'ont montré Baerenspung en 1863, Head et Campbell en 1900. On trouve bien des altérations des racines postérieures, mais elles sont secondaires à celles des ganglions. Il s'agit d'une *ganglio-radiculite postérieure.*

Le zona peut se voir à tous les AGES, chez l'enfant, l'adulte, le vieillard.

Chez l'*enfant*, il a été signalé et décrit depuis longtemps, par Bierbaum, en 1860, par Lee, par Bohm, en 1868, surtout par Fabre (de Commentry), en 1882, et par M. Comby, en 1885 ; ce dernier notamment, dans plusieurs mémoires, en a précisé les caractères. Des thèses ont été soutenues à cette Faculté par un élève de M. Comby, Provins, en 1900 et, en 1909, par Madame Galka, qui rapporte trois observations recueillies à la Clinique, du temps du professeur Hutinel. Je dois encore citer un article très complet de M. René Millon, paru en 1905 dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby.

Chez les enfants, le zona est rare avant 2 ans, plus fréquent de 2 à 5 ans, encore plus fréquent de 6 à 10 ans ; mais c'est surtout de 11 à 15 ans ; qu'on l'observe.

Fabre, sur une statistique portant sur 63 cas, en rapporte :

3 avant 2 ans ;
17 de 2 à 5 ans ;
15, de 6 à 10 ans ;
28 de 11 à 15 ans.

Le zona s'observe, semble-t-il, avec une prédominance particulière chez les *filles* ; on compte au moins deux filles pour un garçon, d'après la plupart des auteurs.

Le zona survient dans des conditions variables. Tantôt, il apparaît au cours ou à la suite de divers états pathologiques ; il s'agit alors de *zonas symptomatiques* ou *secondaires*. Tantôt, il survient comme une maladie autonome ; c'est le *zona infectieux primitif.*

Voyons d'abord les ZONAS SYMPTOMATIQUES OU SECONDAIRES. On les appelle encore ÉRUPTIONS ZOSTÉRIFORMES OU ZOSTÉROÏDES.

On les voit apparaître au cours de *maladies infectieuses aiguës*, principalement dans la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, la méningite ourlienne, l'encéphalite épidémique, quelquefois dans la fièvre typhoïde, la rougeole, la rubéole, la scarlatine, la variole, la varicelle : je reviendrai sur le rôle de cette dernière, qui retient beaucoup l'attention depuis quelques années.

On le voit apparaître dans la *tuberculose*, surtout chez l'adulte. Leudet, en 1878, a avancé que les porteurs de zona étaient souvent tuberculeux, hérédo-tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose ; cependant il ne trouve que 17 zonas sur plus de 2.000 tuberculeux. Le zona se montre généralement chez les tuberculeux pulmonaires, rarement au cours d'une méningite tuberculeuse ou d'autres localisations tuberculeuses ; il est le plus souvent thoracique.

Chez l'enfant tuberculeux, le zona est rare. Rappelons toutefois que Baerenspung a décrit les lésions des ganglions rachidiens dans le zona sur des pièces provenant d'un enfant tuberculeux.

Le zona survient quelquefois au cours d'une pleuro-tuberculose, soit du même côté que l'épanchement, soit du côté opposé. M. Schreiber a relaté, dans les *Archives de médecine des Enfants* de 1911 et de 1922, des exemples de chacune de ces modalités, observées chez une fille de 14 ans et demi et un garçon de 19 ans.

La *syphilis* a été également incriminée, mais surtout chez l'adulte. On a également incriminé le *paludisme.*

Je vous signalerai encore à titre exceptionnel, les *intoxications* par l'oxyde de carbone, l'arsenic, le plomb, les moules.

Parfois avec le zona apparaît dans l'*urémie*, le *diabète*, des *affections médullaires* et *extra-médullaires.*

Chez l'enfant, on a insisté autrefois sur le rôle de la *dyspepsie chronique*. Signalons encore l'influence des *traumatismes.*

Mais je ne veux pas aujourd'hui aborder l'étude de tous les zonas ; je désire me borner à celle du ZONA INFECTIEUX PRIMITIF, de la FIÈVRE ZOSTER OU ZOSTÉRIENNE, que Landouzy, en 1883, a différenciée des *exanthèmes zostériformes*, que je viens de passer en revue.

Cette fièvre zoster apparaît généralement sous forme de *cas isolés* ; cependant on rencontre parfois de petites *épidémies* où on peut retrouver une *contagion.*

En faveur de l'épidémicité, on fait remarquer qu'à certaines périodes de l'année le zona paraît plus fréquent ; qu'on peut en voir apparaître quelques cas successivement dans une même localité.

D'autre part, le zona a pu être contracté au contact d'un malade ou par un individu qui a couché dans un lit occupé auparavant par un

zonateux ou a habité un logement occupé antérieurement par un zonateux.

Ces faits, quelqu'intéressants qu'ils soient pour préciser l'étiologie du zona, constituent des exceptions. Si la contagion est possible, la contagiosité est faible.

On a découvert autrefois des MICROBES variés dans le *liquide céphalo-rachidien* des zonateux. En réalité, il est stérile.

Les *inoculations faites avec le contenu des vésicules* dans la cornée du lapin donnent des résultats négatifs, d'après MM. Pierre Teissier, Gastinel et Reilly. Quelques résultats positifs ont cependant été obtenus par M. Lipschutz, en 1921, par MM. Marinesco et Draganesco, en 1923.

En tous cas, l'inoculation est difficile et les lésions réalisées sont légères.

Les SYMPTÔMES de la fièvre zoster sont bien connus. Le type est le *zona thoracique* ou *thoraco-abdominal*, qui est le plus commun.

La *période d'invasion* est marquée par des *symptômes généraux*, qui témoignent d'une infection.

Il y a de la *fièvre*. Rarement, elle est élevée et atteint 39° ou 40° ; plus souvent, elle est légère, 38°-38°5. Le malade accuse un certain malaise, de la courbature ; il a quelques frisonnements, de la céphalée ; parfois même on constate un peu de raideur de la nuque. Il existe un état gastrique, de l'anorexie, une langue saburrale ; généralement les selles restent normales.

Les *symptômes généraux* sont souvent très légers. M. Millon écrit : « Sur 27 cas que j'ai observés, 8 fois la fièvre et les symptômes généraux ont été assez marqués pour donner vraiment à l'affection le caractère d'une maladie générale ». Pour les 19 autres malades, ils étaient plus discrets.

En même temps que les symptômes généraux, se produisent des *symptômes locaux*. L'adulte éprouve une douleur thoracique très vive, intolérable. L'enfant n'éprouve guère, et surtout après 10 ans, qu'un endolorissement vague, des picotements, des démangeaisons, une sensation de cuisson ou de brûlure.

La période d'invasion dure un ou deux jours, puis apparaît l'*éruption*, qui caractérise l'affection. Elle est constituée par des groupes d'éléments.

Chaque groupe a l'évolution suivante.

Dans un premier stade apparaissent des placards érythémateux, rosés ou rouge vif, légèrement surélevés, maculo-papuleux, ovalaires ou elliptiques à grand axe suivant la direction des côtes. Ces placards sont isolés ou confluents ; de leur fusion résultent des taches érythémateuses plus ou moins étendues, polycycliques.

Dans un deuxième stade, se forment sur ces placards, après 12 ou 24 heures, des groupes de cinq à dix petites vésicules transparentes, perlées, du volume d'un grain de mil. Certaines grossissent, se fusionnent et forment des bulles ou des phlyctènes.

Dans un troisième stade, la vésicule se dessèche, tantôt d'emblée, tantôt après ouverture. Le quatrième ou le cinquième jour, il se forme des croûtelles, qui tombent du dixième au quinzième jour, laissant une petite cicatrice blanchâtre avec une auréole pigmentée. Cette cicatrice peut être indélébile ; souvent, chez les enfants, les traces sont à peine visibles au bout de quelques temps.

Le liquide contenu dans la vésicule est d'abord séreux, puis louche, par suite d'un afflux de lymphocytes.

La vésicule se forme par un processus spécial. Les cellules du corps muqueux de Malpighi se gonflent et acquièrent un volume considérable ; c'est la dégénérescence ballonisante d'Unna. Une exsudation de plasma se produit entre les cellules. Les papilles du derme sont envahies par les leucocytes, qui gagnent la vésicule.

Plusieurs groupes d'éléments apparaissent successivement, à quelques heures, à un ou deux jours d'intervalle, en différents points. Chaque groupe est composé d'éléments de même date ; les divers groupes sont formés d'éléments à des stades différents.

Le zona thoracique forme, sur un côté du corps, une bande horizontale ou plus ou moins oblique de haut en bas et d'arrière en avant, suivant qu'il est en haut, à la partie moyenne ou à la partie inférieure du tronc. Les groupes apparaissent au voisinage des points d'émergence des rameaux perforants des nerfs intercostaux : il y a un groupe antérieur, un groupe latéral, un groupe postérieur.

Pendant que se produit l'éruption, l'élément douloureux disparaît. On peut trouver quelques troubles de la sensibilité cutanée, des îlots d'hyperesthésie ou d'anesthésie. Les autres troubles cutanés sont exceptionnels chez l'enfant. La fièvre disparaît avec l'éruption ; rarement, elle persiste jusqu'à l'apparition des derniers éléments ; parfois, comme chez une de nos malades, une petite élévation thermique se produit pendant que l'éruption s'effectue.

On trouve, dans l'aisselle ou dans l'aine, suivant le siège du zona, un ou deux *ganglions* douloureux qui accompagnent l'éruption et peuvent même la précéder.

Les examens du *sang*, qui ont été pratiqués pour la première fois en 1901 par MM. Sabrazès et Mathis, décèlent une hyperleucocytose avec polynucléose, qui a son maximum au troisième jour et diminue à parler du cinquième.

Le *liquide céphalo-rachidien*, d'après Brissaud et Sicard, MM. Widal et Le Sourd, Achard, etc.,

présente assez souvent une lymphocytose plus ou moins marquée ; elle peut persister pendant deux ou trois semaines. Le taux de l'albumine y est en général un peu augmenté. Ces réactions ne sont pas constantes.

La fièvre zoster a une ÉVOLUTION assez rapide. Sa durée chez l'enfant, est de 8 à 10 jours, tandis que chez l'adulte, elle atteint 15 à 30 jours.

Assez souvent, chez l'enfant, le zona est *abortif* : il se borne à une éruption maculo-papuleuse et à quelques vésicules qui se dessèchent en 3 ou 4 jours.

Il n'y a pas de complications locales, pas de complications générales. Il n'y a pas de séquelles.

Comme l'a fait remarquer Landouzy, le zona ne récidive pas.

Je ne m'arrêterai pas sur les diverses LOCALISATIONS du zona.

Le *zona thoracique* ou *thoraco-abdominal* peut être supérieur, à la hauteur du pectoral et de l'omoplate, intéressant la face interne du bras ; il peut être *thoraco-abdominal, lombo-inguinal, lombo-fémoral, sacro-ischiatique.*

Il y a un *zona des membres,* un *zona cervical* inférieur ou supérieur, un *zona céphalique* qui peut occuper les territoires du nerf ophtalmique ou du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur.

Particulièrement intéressant est le *zona du ganglion géniculé.*

Il a été décrit, en Angleterre, par Ramsay Hunt et, en France, par M. Souques. C'est un zona très discret occupant le conduit auditif externe ou le pourtour de l'oreille. Le malade se plaint de douleurs plus ou moins vives dans l'oreille. Mais le symptôme qui attire l'attention, est une *paralysie de la face.*

Les rapports de la paralysie faciale et du zona soulèvent des problèmes intéressants. Je ne les expose pas, car je les ai étudiés dans ma leçon du 20 décembre 1924, qui a été reproduite dans *La Clinique* d'août 1925, sur la *paralysie faciale chez l'enfant, à propos de plusieurs cas observés simultanément.*

Deux de mes malades m'ont paru rentrer dans ce groupe.

Un garçon de 13 ans et demi, pendant cinq ou six jours, souffre de douleurs dans l'oreille droite ; on remarque de la rougeur et quelques petits boutons à l'orifice du conduit auditif externe. Puis débute une paralysie faciale droite. Nous voyons le malade cinq semaines après le début. Le liquide céphalo-rachidien contient de nombreux lymphocytes et de l'albumine en excès.

Une fille de 14 ans, pendant quelques jours, se plaint de céphalée frontale, de douleurs derrière l'oreille gauche ; puis apparaît une paralysie faciale gauche.

Ces paralysies faciales peuvent apparaître dans des zonas à localisation éloignée. Un exemple chez l'enfant a été publié par MM. Worms et de Lavergne, dans le *Paris médical* du 10 juin 1922. Un garçon de 15 ans a un zona thoracique qui guérit ; vingt jours après, apparaît une paralysie faciale droite, sans aucune douleur, ni aucun symptôme auriculaire.

Quand on constate les éléments caractéristiques du zona, le DIAGNOSTIC ne souffre aucune difficulté ; cependant certaines localisations peuvent entraîner quelque hésitation. Le *zona ophtalmique* peut être confondu avec une *conjonctivite,* une *kératite,* une *iritis,* une *iridocyclite.* Le *zona du maxillaire supérieur,* dont les éléments siègent sur le voile du palais et des amygdales, peut faire penser à une *angine herpétique* ; le *zona du maxillaire inférieur,* à une *stomatite herpétique* ou à de *l'herpès labial* ; le *zona géniculé* peut passer inaperçu quand il existe une *paralysie faciale.*

Le diagnostic avec *l'herpès* et avec la *varicelle* mérite quelques développements, car il soulève des discussions étiologiques et pathogéniques.

L'*herpès* est une lésion cutanée érythémato-vésiculeuse, qui est analogue morphologiquement à l'élément du zona. On voit, en effet, sur une base érythémateuse, un bouquet de vésicules tendant à la confluence. Mais l'herpès n'a pas, comme le zona, de topographie spéciale ; il siège sur la peau et sur les muqueuses dermoïdes, au niveau des lèvres, de la bouche, du pharynx, des muqueuses génitales.

On distingue des *herpès secondaires,* fréquents dans la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, l'encéphalite épidémique, et un *herpès primitif.* Celui-ci est la *fièvre herpétique,* qui se traduit par un bouton de fièvre aux lèvres, par une angine ou une stomatite herpétiques, par un herpès génital.

Loin d'immuniser comme le zona, l'herpès récidive et parfois se répète très souvent chez un même sujet.

Le liquide céphalo-rachidien présente assez souvent de la lymphocytose et une augmentation de l'albumine.

Il y a donc de grandes analogies, en apparence tout au moins, entre l'herpès et le zona ; on appelait souvent autrefois le zona *herpès zoster.*

Pourtant le zona et l'herpès sont différents.

Il existe les différences cliniques que je viens de mentionner.

Il existe des différences histologiques : dans l'herpès, on ne retrouve pas la dégénérescence ballonisante des cellules du corps muqueux de Malpighi constatée dans le zona ; il se fait une transsudation du plasma dans l'épiderme, un œdème intercellulaire, les cellules du corps muqueux se nécrosent et flottent dans le liquide

exsudé ; au-dessous se produit un afflux de leucocytes qui envahissent la vésicule.

Il existe enfin des différences biologiques. La sérosité de l'herpès contient un virus inoculable sur la cornée du lapin ; ce virus cause une kératite, est *kératitogène*, tandis que celui du zona ne l'est pas. Il est inoculable à la peau de l'homme, comme l'ont établi MM. P. Teissier, Gastinel et Reilly.

D'autre part, ce virus invisible et filtrant est *neurotrope* ou *névrophile*. Chez le lapin, il remonte le long des nerfs et finalement réalise une encéphalite analogue à celle que réalise le virus de l'encéphalite épidémique.

Pour M. Levaditi, le virus de l'herpès est identique à celui de l'encéphalite épidémique. Pour d'autres, comme M. Gastinel, ce sont des virus différents.

Je n'aborderai pas la discussion de ce problème. Retenons que le zona et l'herpès sont distincts, quoiqu'appartenant au même groupe des *ectodermoses neurotropes* de Levaditi.

La *varicelle* est une maladie éruptive, épidémique, contagieuse, caractérisée par une éruption généralisée d'éléments constitués par une petite macule, sur laquelle apparaît une vésicule ou bulle. Ces éléments sortent par poussées successives, si bien qu'on voit des éléments d'âges différents disséminés sur la peau. Les vésicules, d'abord claires, se troublent ; puis elles se sèchent, une croûtelle se forme ; quand elle se détache, il reste une cicatrice blanchâtre qui persiste assez longtemps.

En 1892, von Bokay a émis l'opinion que le zona et la varicelle étaient peut-être des maladies identiques. Mais c'est surtout M. Netter qui, depuis 1920, a soutenu cette identité. D'après lui, dans la varicelle, le virus, charrié par le sang et abondant, ensemence des points multiples de la peau ; dans le zona, le virus se fixe dans les ganglions rachidiens, de là se propage le long des nerfs jusqu'à la peau, où il réalise, sur des territoires nerveux, une éruption identique à celle de la varicelle.

Cette opinion a soulevé bien des discussions. Il y a des *unicistes* et des *dualistes*.

Les *unicistes* ont réuni toute une série d'arguments :

1° Le zona peut être provoqué par le contact avec des individus porteurs de varicelle : c'est en général 8 à 23 jours, 14 jours en moyenne, après ce contact, qu'il apparaît. Plus rarement, le zona peut être le point de départ de varicelles. Enfin, on peut voir chez le même sujet, le zona et la varicelle se produire à un court intervalle ou même simultanément.

Entre autres observations, de cette simultanéité, je citerai celle que MM. Aviragnet, Hubert et Dayras ont communiquée à la *Société médicale des hôpitaux*, le 6 février 1925.

Il s'agit d'une fille de 14 ans que j'ai pu examiner ; elle avait une varicelle très nette ; le troisième jour, est apparu un zona thoracique gauche indiscutable.

2° Il existe des analogies entre la vésicule du zona et la vésicule de la varicelle, non seulement dans l'aspect, mais encore dans la structure histologique : l'une et l'autre sont caractérisées par la dégénérescence ballonisante des cellules du corps muqueux de Malpighi.

3° La varicelle immunise contre le zona et inversement. M. Kundratitz en 1922, a rendu des enfants réfractaires à la varicelle en les inoculant avec la sérosité du zona.

4° La réaction de fixation, d'après les expériences de MM. Netter, Urbain et Weisemann en 1924, s'obtient indifféremment avec des antigènes préparés avec de la sérosité et des croûtes de varicelle ou de zona et avec des sérums de zonateux ou de varicelleux.

Mais les *dualistes* discutent la valeur des arguments que je viens de résumer. Ils font valoir la rareté du zona, surtout dans l'enfance, la banalité de la varicelle ; la difficulté de préciser l'origine d'une varicelle, le petit nombre des faits où la varicelle est née du zona.

D'après eux, les vésicules du zona et de la varicelle présentent des analogies, mais elles ne sont pas identiques. Dans la varicelle, il existe bien une petite macule sur laquelle repose la vésicule, mais le placard érythémato-papuleux du zona ; les vésicules de varicelle sont disséminées et non groupées en bouquets.

D'ailleurs les lésions de la bulle de varicelle sont comparables, à l'intensité près, à celles de la variole.

Quant au cours d'un zona, ajoutent les dualistes, se produit une éruption bulleuse généralisée, il n'est pas toujours facile de décider si celle-ci est de la varicelle ou du zona. MM. Jeanselme et Marcel Bloch, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 26 janvier 1923, ont bien montré quelles réserves s'imposent dans l'interprétation des faits.

Pour les dualistes enfin, les expériences d'immunisation réciproque et la réaction de fixation n'ont que peu de valeur ; le zona, au contraire de la varicelle, est difficilement inoculable.

On peut ajouter que l'hématologie est différente. Le zona s'accompagne d'hyperleucocytose et de polynucléose. Or, dans la varicelle, le nombre des leucocytes est normal ou peu augmenté, il y a soit de la mononucléose, soit de la polynucléose. Assez souvent, on voit des myélocytes neutrophiles comme l'ont établi MM. P.-E. Weil, Enriquez et Sicard et comme je l'ai constaté avec le professeur Merklen dans un mémoire

du *Journal de physiologie et de pathologie générales*, de mai 1901.

On peut encore ajouter que, dans la varicelle, le liquide céphalo-rachidien reste normal, tandis qu'il est assez souvent modifié dans le zona.

Entre les unicistes et les dualistes, il y a place, semble-t-il, pour une *opinion intermédiaire*.

Il y a, semble-t-il bien, des relations entre le zona et la varicelle. Mais faut-il conclure à l'identité de la varicelle et de la fièvre zoster ? Une telle conclusion ne s'impose pas et cadre mal avec ce que nous savons de ces deux affections. Avec Landouzy, on distingue des éruptions zostériformes et une fièvre zoster. Ces éruptions zostériformes peuvent apparaître au cours d'infections diverses. Il est possible que la varicelle puisse causer un *zona varicelleux*, de même que, par exemple, la pneumonie peut provoquer un *zona pneumonique*.

Il n'est pas nécessaire que tous les zonas soient varicelleux et que la fièvre zoster disparaisse de la nosographie.

C'est une hypothèse très admissible dans l'état actuel de nos connaissances.

Rappelez-vous les discussions interminables qu'ont suscitées les relations entre la variole, la varicelle et la vaccine. Aujourd'hui encore il y a des unicistes et cependant tout prouve que ce sont des maladies différentes.

De même, nous venons de le voir, il y a des analogies entre l'herpès et le zona, et cependant ce sont des affections différentes. Ces affections ne sont pas les seules présentant de telles analogies. Avec MM. Janel, Kermorgant et Garcin, j'ai présenté à l'*Académie de médecine*, le 7 juillet 1925, un *cas de méningite à lymphocytes curable, suivie d'une éruption vésiculaire*, qui n'était ni du zona, ni de l'herpès ni de la varicelle ; l'inoculation du liquide vésiculaire au singe et au lapin déterminait une maladie expérimentale particulière.

Soyons donc prudents dans nos conclusions.

***

Les malades que nous avons observés nous permettent de résumer les caractères classiques de la *fièvre zoster* chez les enfants.

Chez l'enfant, le zona est peu fréquent ; nous n'en avons observé, dans un service actif, que six cas seulement en cinq ans. Nos malades étaient âgés de 9 à 13 ans ; 4 sur 6 avaient 12 et 13 ans ; c'est l'âge où on observe le plus souvent le zona.

Nous comptons 5 filles et 1 garçon, ce qui confirme la prédominance du zona chez les filles.

Chez une de nos malades atteinte de chorée, le zona est apparu après une scarlatine et entre deux érysipèles de la face ; était-ce une éruption zostériforme, un zona symptomatique, ou bien un zona primitif, une fièvre zoster ? Je ne saurais conclure.

Dans les autres cas, il s'agissait bien de zona infectieux primitif, d'une fièvre zoster.

Nos malades ont été atteints à des époques différentes ; un cas par année, sauf une année où il y en a eu deux. Rien ne prouve que leurs zonas soient le résultat d'une contagion. Les enquêtes n'ont pas fait découvrir dans l'entourage ni zona, ni varicelle. La malade qui a fait l'objet de cette leçon habite un petit village, où il n'y a eu ni varicelle, ni zona. Seule l'enfant soignée dans le pavillon de la scarlatine a été atteinte alors qu'il y avait des cas de varicelle. Un de nos enfants avait eu la varicelle cinq ou six ans auparavant.

Les symptômes n'ont rien présenté de particulier. Il y a eu un zona ophtalmique et cinq zonas thoraciques. Les douleurs ont été légères ; on a trouvé des ganglions axillaires. Quant au liquide céphalo-rachidien, il était peu modifié, contenait peu de leucocytes, peu d'albumine.

Somme toute, les faits que nous avons observés ne nous apprennent rien de nouveau sur la fièvre zoster. Si je vous en ai entretenus, c'est parce qu'ils m'ont permis d'attirer votre attention sur une maladie dont l'intérêt n'est pas encore épuisé.

L'Actualité Scientifique

La Presse

La crypto-syphilis et sa recherche obstétricale.

MM. Le Lorier et Galliot, recherchant systématiquement les formes occultes de la syphilis à leurs consultations obstétricales, ont pu constater un pourcentage relativement important de syphilis méconnue, environ 60 p. 100 contre 40 p. 100 de syphilis avérée, ancienne ou récente, traitée ou non.

Certaines femmes présentaient uniquement une réaction de Bordet-Wassermann positive, à l'exclusion de tout accident de grossesse ; d'autres avaient, avec un B. W. positif, un passé obstétrical chargé (avortements répétés, etc.).

D'autres enfin, les plus intéressantes, avaient un passé obstétrical pathologique, mais la réaction de B. W. était totalement négative ; elles avaient chacune deux ou trois avortements, parfois

même cinq ou six. Dès le début, elles furent soumises à un traitement antisyphilitique énergique, et 27 sur 28 d'entre elles eurent une grossesse à évolution normale.

De leurs observations se dégagent quelques faits communs, à savoir :

a) Mari le plus souvent syphilitique, ancien ou héréditaire, sans accidents, mais traité insuffisamment ;

b) Femme n'ayant jamais présenté le moindre accident syphilitique, et ceci pendant 10 à 15 ans de mariage ;

c) Troubles répétés de la gestation ;

d) Naissance d'un enfant bien portant dès que le traitement antisyphilitique est mis en œuvre ; ce qui permet logiquement de conclure que les avortements précédents étaient dus au tréponème.

La mère restant indemne d'accidents syphilitiques généraux, la syphilis se limitant chez elle à l'ovule, tout semble se passer comme si l'infection était venue avec le sperme du père.

La possibilité d'une infection syphilitique, tant celle-ci est lourde de conséquences, doit toujours tenir le médecin en éveil. La parturition lui offre l'occasion de la déceler, alors que jusqu'ici rien n'avait pu y faire croire. Il faut profiter de tous les éléments et particulièrement de l'état de grossesse, pour dépister la cryptosyphilis, par la pratique du B. W. chez toutes les femmes enceintes, puisque par cette réaction seule il a été possible de dépister un nombre important de syphilis méconnues. (*Paris médical*, 26 décembre 1925.)

Pronostic général des extra-systoles.

Les extra-systoles, malgré les sensations désagréables qu'elles provoquent, n'offrent, en elles-mêmes, pas de danger.

Toutefois, fait remarquer le Pr A. Clerc, il est des cas où leur apparition indique une irritabilité, signe avant-coureur de l'insuffisance myocardique. Quand elles se rapprochent ou se totalisent, ou bien présentent des profils électriques divers, elles peuvent conduire à la tachycardie ou à l'arythmie complète. Même lorsqu'elles se répètent à intervalles éloignés et paraissent purement fonctionnelles, l'uniformité constante des tracés électrocardiographiques peut indiquer la localisation permanente d'un foyer d'irritabilité myocardique latente, bien que le fonctionnement même du cœur ne soit pas troublé.

Leur signification mérite toujours d'être établie avec soin : en effet, si elles restent pratiquement négligeables chez les jeunes gens ou quand elles surviennent à intervalles éloignés, elles demeurent suspectes encore lorsqu'elles résistent à tout traitement, ou à la suppression de l'agent causal ; elles évoquent la possibilité d'une tare, infime sans doute, mais véritable, malgré que l'on ne puisse décider de son substratum lésionnel ou purement dynamique. (*La Pratique médicale française*, janvier 1926-A.)

La guérison des diarrhées infantiles par les courants de haute fréquence.

La méthode du Dr Kuhn consiste à faire passer un courant de haute fréquence le long du sympathique, qui tient sous sa dépendance les fonctions du tube digestif, et doit être ici renforcé dans son action. Car il ne faut pas poser l'équation, diarrhée = haute fréquence ; c'est là un simple adjuvant, particulièrement utile puisque des enfants, arrivés au bord de la tombe malgré les soins les plus éclairés, peuvent être amenés à la convalescence en 6 à 10 jours de traitement électrique.

En présence de diarrhée infantile, la clinique ne perd jamais ses droits. S'il s'agit d'une diarrhée précédant une maladie infectieuse, une fièvre éruptive, la haute fréquence n'a rien à faire. Dans le cas d'une diarrhée alimentaire, il faut, outre les courants, redresser l'alimentation. Il existe même des enfants anaphylactisés, qui ne supportent aucun lait ; à ceux-là, il faut faire une piqûre de lait, en même temps que la H. F.

Les courants sont une aide sérieuse ; ils sont sans danger et présentent une sécurité telle qu'il serait imprudent de les négliger.

Cette méthode est très simple à appliquer, à condition que l'appareil employé permettre de doser l'intensité des courants. L'auteur utilise l'effluvation sans aller jusqu'à l'étincelage ; en approchant la main de l'électrode, on ne doit pas sentir d'étincelles ; s'il s'en produit, diminuer l'intensité. Le traitement n'est pas douloureux ; le courant appliqué le long de la colonne vertébrale ne provoque aucune réaction de la peau ; la durée de l'application varie suivant l'âge, de 1 à 3 minutes ; on peut faire une ou deux séances par jour. Il est nécessaire de persister deux ou trois jours après la guérison pour la consolider. On peut commencer à tout âge.

C'est là, semble-t-il, une méthode efficace à recommander. (*La Normandie médicale*, 1er janvier 1926.)

Traitement des hémorrhoïdes par les injections coagulantes de glycérine phéniquée.

Le Dr Huet rappelle que la vogue de ce traitement grandit de jour en jour ; les patients sont soulagés dès la première piqûre, ils évitent des frais et des pertes de temps, et sont aussi bien guéris que par les autres méthodes.

On utilise aujourd'hui les solutions plus faibles et moins dangereuses de glycérine phéniquée à 10 % et 20 %.

Il ne faut jamais toucher aux hémorrhoïdes externes ; ne pas intervenir quand il y a coïncidence avec une autre affection ano-rectale (fissures, fistules, polypes) ; ne pas toucher aux hémor-

rhoïdes étranglées, gangrénées et généralement à celles dont la muqueuse est altérée ; éviter de supprimer toutes les hémorrhoïdes chez les cirrhotiques, les cardiaques, les prostatiques ; n'attaquer que celles qui font souffrir, ou ont une tendance au prolapsus. En dehors de ces réserves, on peut injecter toutes les autres hémorrhoïdes ; il reste environ 50 % des cas dans lesquels l'injection est le procédé de choix.

Avoir à sa disposition une solution d'adrénaline ou d'antipyrine pour les cas exceptionnels d'hémorragie. Evacuer le rectum par un lavement pris de 3 à 4 heures avant l'intervention.

La formule conseillée par l'auteur est la suivante :

Acide phénique	10 grammes
Glycérine	āā 50 grammes
Eau distillée	

Mieux vaut injecter trop peu que trop : IV à X gouttes suivant les dimensions de la tumeur. Employer une seringue à injection d'huile grise d'un quart de centicube de capacité ; chaque graduation correspond à une goutte 1/2 de glycérine phéniquée.

Avoir soin de piquer le sommet de l'hémorrhoïde en dirigeant la pointe de l'aiguille vers sa base. On peut répéter les piqûres tous les cinq jours ; les incidents sont exceptionnels ; la douleur est rare et facilement calmée.

La durée du traitement est d'environ un mois.

C'est la méthode la plus simple, et la plus digne d'entrer dans la pratique. Point besoin de solutions stérilisées et spécialement préparées ; tout praticien peut avoir un flacon de glycérine phéniquée. (*Journal des Praticiens*, 9 janvier 1926).

Les indications opératoires dans l'hypertrophie prostatique.

1° Il est des malades, qui n'ont pas besoin d'une intervention, du moins immédiate ; ils ne présentent, en effet, que des signes fonctionnels, dysurie légère, pollakiurie nocturne, résidu vésical insignifiant de 20 à 50 cmc. Néanmoins, dit M. DE BERNE-LAGARDE, ils doivent être soumis à une surveillance avertie : mesure du résidu, recherche de l'albumine, du fonctionnement rénal (azotémie, constante, épreuve de la phénol-sulfonephtaléine).

Si le résidu vésical augmente, et que l'état du malade le permette, on proposera l'opération, car le résidu vésical devenant plus important du fait de l'hypertrophie prostatique, la tonicité vésicale perd de sa valeur, les uretères se laissent dilater, le fonctionnement rénal devient défectueux. Si le patient refusait une intervention chirurgicale, il serait indispensable de le soumettre à des cathétérismes évacuateurs, aseptiques et réguliers.

2° Certaines complications constituent par elles-mêmes des indications opératoires et nécessitent tout au moins une cystostomie en attendant mieux. Ce sont des hématuries d'origine prostatique, qui par leurs caillots peuvent amener une rétention. Ce sont aussi les douleurs et les difficultés du cathétérisme (fausses routes), l'infection avec température, l'association calcul et hypertrophie prostatique.

3° L'intervention devra être pratiquée d'urgence, si, par exemple, il s'agit d'un rétentionniste chronique incomplet avec distension ; mieux vaut ne pas le sonder, et commencer par la cystostomie.

4° Il est enfin toute une catégorie de malades, atteints d'un adénome prostatique, qu'il est préférable de ne pas opérer : vieillards trop tarés, cardio-aortiques non compensés, azotémiques avec constante élevée, diabétiques non améliorés ou guéris par le traitement. Suivant les cas, on choisira entre l'évacuation régulière du résidu vésical, et la cystostomie définitive à l'anesthésie locale avec port d'un appareil collecteur d'urines. (*L'Hôpital*, janvier 1926-B.)

L'anesthésie épidurale.

Cette anesthésie consiste en l'introduction d'une solution analgésique dans l'espace épidural situé entre le canal osseux rachidien et la gaine durale de la moelle. Elle est surtout précieuse en urologie et M.-L. PHÉLIP a pu l'employer au cours de 72 cas sans accidents, ni incident sérieux.

Il emploie une aiguille d'acier de 5 cent. de long, à biseau court, de 8/10 de mm. de diamètre, une seringue à prise solide et parfaitement étanche de 25 cent. cubes.

Les deux paquets suivants sont préparés :

1° Novocaïne	0.60
Bicarbonate Na	0.15
2° Chlorure de sodium....	0.10

Dans du papier paraffiné.

Pour l'emploi, on met dans une capsule de porcelaine 30 cent. cubes d'eau distillée ; quand elle arrive à ébullition, on y vide le paquet n° 1, puis le n° 2, et on laisse l'ébullition se prolonger quelques secondes. L'auteur injecte 20 cent. cubes de cette solution, soit 40 centigr. de novocaïne.

Comme repère pour l'injection, il utilise les deux derniers tubercules sacrés postéro-internes, qui, même chez les obèses, peuvent être perçus ; au-dessus d'eux se trouve la dernière apophyse sacrée. C'est au-dessus de la ligne unissant les deux tubercules qu'il convient de piquer après

avoir repéré au doigt la zone ; plus bas, l'aiguille risque de lutter contre la paroi postérieure du canal ; elle doit être inclinée à 20°, puis à 30°, dès qu'un ressaut fait savoir qu'on est dans le canal, et on l'enfonce alors de 3 à 4 cent. sous pression douce.

Avant toute injection, s'assurer qu'il n'y a pas issue de liquide céphalo-rachidien, auquel cas, il faudrait retirer un peu l'aiguille. La solution est injectée refroidie. On attend dix minutes avant d'opérer.

Cette anesthésie atteint la région entre le coccyx et l'anus, le périnée, le rectum, le scrotum, la verge, la prostate, l'urètre et la vessie ; chez la femme la vulve, le vagin, le col utérin, et d'une façon inconstante le corps utérin.

Comme contre-indications, on signale l'escarre sacrée comme risque d'infection ultérieure, le spina bifida, des malades ayant eu une hémorragie importante. L'ossification de la membrane est très rare. Il faut enfin être prudent chez les épileptiques et les très jeunes enfants.

Telle quelle, l'anesthésie épidurale est une excellente méthode, facile et sûre, dont l'emploi semble devoir se généraliser. (*Lyon médical*, 3 janvier 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le contrôle des médicaments anti-syphilitiques.

(M. Léon BERNARD. — *Académie de médecine* ; 20-7-1926.)

A la demande du ministre de l'hygiène, l'Académie s'est occupée du contrôle des médicaments fournis gratuitement dans les dispensaires anti-syphilitiques. Au nom d'une commission composée de MM. Pinard, Hanriot, Guignard, Gley, Strauss, Delezenne, Thibierge, Darier, Fourneau, Jeanselme, Desgrez, Cazeneuve et Léon Bernard, M. Léon Bernard présente un rapport sur ce sujet.

Les questions pharmacodynamiques soulevées par les médicaments anti-syphilitiques, par les arsénobenzènes notamment, ne sont pas encore entièrement résolues. Un contrôle rigoureusement scientifique de ces produits n'apparaît donc pas comme actuellement réalisable. Néanmoins, on peut organiser un contrôle pratique de la *qualité* des substances, avec essai chimique, essai physiologique, et surveillance clinique. Dans les accidents des arsenobenzènes, il faut distinguer deux ordres de faits : ceux relevant d'une préparation imparfaite, qui se traduisent par une répétition d'accidents chez des malades soignés par des échantillons d'une même série de fabrication ; ceux relevant d'une idiosyncrasie du patient. Les premiers sont évidemment évitables dans une large mesure.

Se plaçant à ce point de vue, M. Léon Bernard estime que l'Académie peut accepter d'exercer le contrôle demandé par le ministre de l'hygiène. La création d'un laboratoire particulier serait, il va sans dire, nécessaire, comprenant une section de chimie et une section de physiologie, chacune pourvue d'un directeur, d'un préparateur et d'un garçon. Un médecin qualifié serait chargé de rechercher et de rassembler tous les documents d'ordre clinique émanant des dispensaires ou des services hospitaliers. A ce triple service devrait être attachée enfin une dactylographe que M. Léon Bernard dénomme une « laborantine dactylographe ». Le budget de ce service de contrôle atteindrait une somme globale annuelle d'environ 200.000 francs.

Les malades étrangers dans les hôpitaux de Marseille.

(M. Léon IMBERT, de Marseille. — *Académie de médecine* ; 20-7-1926.)

Le problème des malades étrangers dans les hôpitaux se pose à Marseille plus peut-être que partout ailleurs. La cité phocéenne, en effet, est le point de débarquement d'une foule d'exotiques, sans parler des Algériens, Tunisiens, Marocains, et de la colonie italienne qui représente un cinquième de sa population.

En fait, la proportion des étrangers dans les hôpitaux de Marseille oscille entre 25 et 30 %. Elle a été exactement la suivante dans ces quatre dernières années : en 1922, 24 pour 100 (4838 étrangers pour 19780 malades) ; en 1923, 27 pour 100 ; en 1924, 30 pour 100 ; en 1925, 28 pour 100. Il s'agit généralement d'étrangers, italiens, Arabes, Arméniens, Syriens, non seulement sans ressources, mais quelquefois refoulés par leur patrie elle-même quand ils en ont une de reconnue.

M. Imbert souhaiterait qu'une aide soit apportée aux hôpitaux de Marseille, écrasés par ce fardeau. Le Gouvernement Italien, remarque-t-il, pourrait, ou fonder un hôpital pour ses nationaux, ou subventionner les hôpitaux de Marseille. L'Etat français pourrait intervenir pour les autres étrangers.

Bouton d'Orient contracté à Marseille.

(M JEANSELME — *Académie de médecine* ; 13-7-26.)

M. Jeanselme a observé un cas de bouton d'Orient, démontré par la présence de corps de Leishman à l'examen microscopique, qui a été en toute probabilité contracté à Marseille L'existence des leishmanioses dans cette région de la France s'explique par

les mouvements intenses de population dus à la guerre.

Le tétanos utérin « post abortum ».

(M. Auvray. — *Académie de médecine* ; 13-7-1926.)

Le *tétanos* puerpéral est très rare, mais d'un pronostic sévère. Depuis la statistique de 1898 de Sépet (125 cas), M. Auvray a pu réunir dans la littérature médicale 41 cas de tétanos consécutifs à des avortements, en particulier à des avortements criminels.

La période d'incubation est quelquefois courte (un à deux jours), quelquefois longue (douze, quinze jours), habituellement de quatre à six jours. Au point de vue clinique, rien de bien particulier. On a pu déceler directement le bacille de Nicolaïer dans le liquide de sécrétion utérine ou dans les débris de curetage *(Auvray)*.

Le pronostic est très grave, la statistique de Sépet accusant une mortalité de 86 %. Le traitement comprend la médication sédative, la sérothérapie et le traitement chirurgical. L'idée d'instituer une sérothérapie préventive, surtout dans les avortements criminels, paraît à l'auteur, à retenir, pour un certain nombre de cas tout au moins.

Fièvre de Malte guérie après injection d'une endoprotéine préparée avec le « Bacillus abortus ».

(MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liege. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-7-1926.)

La mélitococcie est une affection dont la fréquence va en croissant. Selon l'expression de Ch. Nicolle, c'est « une maladie d'avenir ». Aussi, tout ce qui peut toucher à son traitement mérite-t-il de retenir l'attention.

On connaît la parenté, les rapports étroits qui unissent le *micrococcus melitensis* de Bruce, agent de la fièvre de Malte, et le *Bacillus abortus*, de Bang, agent de l'avortement épizootique. Les relations de ces deux microbes sont si intimes même qu'on est arrivé à se demander si l'une de ces bactéries n'est pas capable de provoquer indifféremment l'une ou l'autre des deux maladies.

Quoi qu'il en soit, cette particularité a incité MM. Courtois-Suffit, Garnier et Liège a soumettre un cas de fièvre de Malte au traitement par une endoprotéine, préparée par M. Reilly, chef du laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, avec le *bacillus abortus*. Le résultat fut rapide et des plus satisfaisants, au prix, il est vrai, d'une réaction assez violente, mais bien supportée.

Cette observation ouvrira-t-elle une voie nouvelle à la thérapeutique de la fièvre méditerranéenne ? On sait que nous ne possédons pas, contre celle-ci, d'agent curatif éprouvé. La vaccinothérapie, par exemple, qui a donné de bons effets à titre préventif, depuis les travaux de Nicolle et Conseil, est d'une activité curative très inconstante.

Corps étranger sous-préputial.

(M. Chevrier. — *Société de chirurgie*, 28-4-1926.)

Un malade de 70 ans, atteint d'incontinence d'urine, avait trouvé un moyen ingénieux mais imprudent de ne pas être constamment mouillé par l'écoulement d'urine. Il avait introduit à frottement dur sous son prépuce un volumineux bouchon de caoutchouc percé d'*un trou médian*. L'*orifice* perforé du bouchon répondait en principe à l'orifice du prépuce : il y engageait un fosset de bois par lequel se constituait sous le prépuce une petite cavité où s'accumulait l'urine. De temps en temps il enlevait le fosset pour permettre l'écoulement de l'urine.

Malheureusement, cet appareillage et le séjour de l'urine finirent par développer des accidents infectieux, une gangrène préputiale partielle avec œdème et suppuration abondante. Le malade entra alors dans le service de M. Chevrier et le corps étranger fut extrait par incision dorsale du prépuce. Les suites furent simples et les accidents infectieux disparurent.

Cette curieuse tentative de traitement de l'incontinence d'urine méritait, malgré ses inconvénients, d'être signalée.

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer du col utérin.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 5-5-1926.)

A propos d'un cas d'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire dans le cancer du col utérin rapporté par MM. Jean-Louis Faure et Douay, M. Paul Moure rappelle une observation qu'il a publiée en 1920 avec M. Moulonguet. Chez sa malade, la latence du cancer primitif était telle qu'après un examen thoracique et abdominal, l'auteur avait conclu à une tumeur dépendant du corps thyroïde. Le toucher vaginal révéla un cancer du col déjà avancé, à forme ulcéro-végétante.

Les fractures de l'humérus avec paralysie radiale.

(M. Anselme Schwartz, — *Société de chirurgie* ; 12-5-1926.)

La question du traitement des fractures de la diaphyse humérale avec paralysie radiale immédiate est encore discutée par les chirurgiens. Les uns considèrent l'existence de la paralysie radiale comme une indication opératoire formelle ; les autres, n'attachant momentanément qu'une importance secondaire à la lésion nerveuse, s'occupent d'abord de la fracture et traitent ultérieurement seulement la paralysie.

M Schwartz est partisan de cette dernière manière de faire. La paralysie radiale dans la fracture de l'humérus, dit-il, est due souvent à une simple contusion et elle peut guérir spontanément. Si la paralysie ne s'amende pas, qu'il s'agisse de contusion grave ou de rupture du nerf, l'opération, alors indiquée, sera plus facile sur un bras solide que sur un

bras atteint de fracture. Sauf le cas où l'on suppose que la paralysie radiale immédiate est due à l'englobement du nerf dans le foyer de fracture (éventualité rare), l'auteur préfère soigner d'abord la fracture et s'occuper ensuite de la paralysie, si celle-ci a persisté.

— M. CHIFOLIAU est d'un avis différent. Il croit qu'il y a un avantage considérable à dégager le plus rapidement possible le nerf radial dans les fractures diaphysaires de l'humérus, pour commencer de bonne heure le traitement électrique.

— M. Albert MOUCHET voit un gros inconvénient à attendre la consolidation de la fracture avant d'intervenir sur le nerf. Les conclusions de M. Schwartz lui paraissent dangereuses.

— M. DUJARIER remarque qu'en présence d'une fracture de l'humérus avec paralysie radiale, il est impossible de savoir s'il y a simple contusion ou embrochement du nerf, ou compression entre les fragments. La seule façon d'être fixé, c'est d'intervenir.

— Pour M. LAPOINTE, l'opération primitive est le meilleur traitement, en pareil cas.

Les injections d'adrénaline dans l'asthme.

(M. LÉOPOLD-LÉVI. — *Soc. de médecine de Paris* ; 27-3-1926.)

Il a été fait allusion, dernièrement, dans plusieurs sociétés savantes, à la tolérance souvent remarquable des asthmatiques pour les injections d'adrénaline, et aussi aux accidents quelquefois provoqués par cette médication dans l'asthme.

Ces accidents, fait observer M. Léopold-Lévi, sont de deux ordres, locaux et généraux. Locaux, ils consistent en escarres à la région injectée (sérum *glycosé* adrénaliné). Généraux, ils comportent des troubles graves, pas très bien établis d'ailleurs. M. Sédillot a signalé un cas de mort par urémie (dans un asthme néphritique probablement). M. Perpère a observé une mort subite chez un asthmatique qui se faisait des piqûres fréquentes d'adrénaline. M. Léopold-Lévi a vu un cas analogue.

L'adrénaline ne convient pas à certains tempéraments, aux hyperthyroïdiens par exemple, et l'on sait que Gœtsch a tiré de là un test de l'hyperthyroïdie. Il faut en outre se préoccuper de l'état de la tension artérielle, du cœur, des reins. Il est vrai qu'on a vu des malades hypertendus se faire pendant très longtemps des piqûres d'adrénaline sans que la tension ait été augmentée. Pende a même utilisé des doses minimes de ce médicament contre l'hypertension de l'artério-sclérose.

L'auteur conclut que, pour ce qui concerne les crises d'asthme, il reste fidèle aux injections d'adrénaline, à condition qu'elles soient mises en œuvre avec mesure, précaution, et par le médecin lui-même.

— M. PERPÈRE présente quelques remarques sur les accidents locaux de l'adrénalinothérapie hypodermique. Les phénomènes infectieux ne sont pas à retenir étant d'ordre banal et ne tenant pas à l'adrénaline elle-même. Les escarres ont été observées après emploi non pas de la solution adrénalinique normale, mais du sérum *glucosé* adrénaliné, administré d'ailleurs chez d'autres malades que les asthmatiques.

A propos de la transfusion du sang.

(M. P. PEUGNIEZ. — *Société de médecine de Paris* ; 27-3-1926.)

M. Peugniez fait un exposé des étapes de la transfusion du sang depuis 30 ans. Les premières transfusions pratiquées par l'auteur le furent avec l'appareil de Dieulafoy aspirant le sang du donneur et le refoulant dans la veine du malade. On ne connaissait pas à cette époque les incompatibilités sanguines et l'on s'exposait à de gros dangers. En 1900, apparut la méthode de Crile, l'anatomose d'artère à veine, sur laquelle continuait à planer la menace de l'hémolyse et de l'agglutination, et qui était une véritable opération. Aujourd'hui, avec le citrate de soude et la connaissance des incompatibilités sanguines, la transfusion se réduit à une simple injection intraveineuse.

P.L.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale.

(*Séance du 6 juin 1926*)

Syndrome entéro-rénal chez un enfant de 6 mois.

M. BERTRAND — Début par diarrhée séreuse, verdâtre, temp. = 38 Diète hydrique pendant 24 heures puis pendant 13 jours bouillies maltées ou bouillon de légumes. Pendant cette période l'état général reste satisfaisant, l'amaigrissement n'est que de 160 gr. L'apyrexie est absolue mais la diarrhée persiste. On ajoute ensuite au régime un peu de lait Dryco, puis au bout de trois jours, trois biberons de lait condensé Gallia. On constate une amélioration presque instantanée des selles, mais le lendemain, à la suite d'un frisson violent la température monte à 39°2 et le lendemain soir à 40°2. Le prof. Debré, appelé en consultation pense, eu égard à la violence du frisson initial, à la possibilité d'une pyélite ou pyélonéphrite d'origine colibacillaire probable. Des urines émises durant l'examen contiennent manifestement du pus et l'examen du laboratoire montre la présence de colibacilles dans les urines. L'enfant est mis au régime des bouillies de babeure et reste apyrétique pendant six jours. Puis nouveau frisson, température 40° en même temps que des selles deviennent à peu près normales. On essaye des injections, tous les deux jours pendant huit jours, d'un autovaccin à 50 millions de germes par centimètre cube (1/2, puis 1 cmc). Aucune amélioration : la tempé-

rature saute d'un jour à l'autre de 37° à 40°, sans frissons. L'enfant pâlit, maigrit de 500 gr , prend le facies infecté. Pendant 15 jours, on alterne le lait Gallia et le babeure, on donne de l'uroformine, de la chaux, deux gouttes d'huile d'Haarlem par jour. Lentement, l'état de l'enfant s'améliore, les digestions sont normales, une très légère diarrhée étant volontairement entretenue par des prises fréquentes de quelques grammes d'huile de ricin L'appétit reprend, le poids remonte, mais les urines restent troubles. Il est impossible d'affirmer que de nouveaux accès fébriles ne se reproduiront pas.

En résumé, syndrome entéro-rénal chez un enfant de 6 mois, sans aucun signe physique permettant de le déceler, chaque accès fébrile correspondant à une amélioration au moins apparente des troubles digestifs. Une sœur de l'enfant, âgée de 22 mois, a eu au même moment une diarrhée dysentériforme. Le père de l'enfant et un employé de la maison ont également présenté des troubles digestifs. L'infection a donc présenté en quelque sorte un caractère familial.

Un cas d'épilepsie tardive chez une femme de 52 ans

M. Bertrand — Une malade est atteinte, dans la nuit, d'une crise d'épilepsie généralisée avec miction involontaire, morsure de la langue, purpura ecchymotique du cou et du thorax. La malade ne s'est réveillée que 8 heures plus tard, ne se souvenant de rien. C'est la cinquième crise depuis un an ; toutes sont identiques à elles-mêmes et se reproduisent tous les deux ou trois mois. Le lendemain on constate: parésie des membres inférieurs et douleurs rachidiennes, reflexes normaux. Double souffle aortique Au Vaquez 15 × 8. Pouls 70. Wassermann négatif dans le sang Dosage de l'urée sanguine : 0 gr 44. Ni sucre ni albumine dans les urines. Règles normales. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Un frère est atteint d'épilepsie à 40 ans La malade a un enfant vivant, pas de fausses couches Ictus léger suivi d'amnésie à 34 ans. Diplopie ayant duré 8 jours à l'âge de 45 ans.

Malgré le Wassermann négatif dans le sang, l'auteur croit qu'il s'agit d'une épilepsie d'origine syphilitique ayant pour cause des lésions d'athérome des artères cérébrales. Il y aurait lieu de pratiquer une ponction lombaire.

M. Fesquet pense qu'il faudrait examiner cette malade du point de vue mental, car il pourrait s'agir d'un début de P.G.P. Il y aurait lieu également de discuter la prédisposition familiale ou la possibilité d'hérédo-syphilis, un frère de cette malade étant également épileptique.

Séance du 20 *juin* 1926.

Appendicite et acétonémie.

MM. Larget et Lamare. — Après avoir rapporté les observations de 2 enfants de 5 ans, les auteurs estiment qu'il existe une forme appendiculaire de l'acétonémie dont la symptomatologie paraît assez nette : peu ou pas de fièvre, pouls discordant très rapide, état général profondément atteint donnant le tableau de l'appendicite avec péritonite toxique, On ne trouve à l'intervention que des lésions appendiculaires sans atteinte péritonéale, mais ces lésions sont caractéristiques ; appendice mobile à peine enflammé extérieurement, mais d'un aspect œdémateux que l'on retrouve à la coupe sur la muqueuse, contenant enfin un liquide hémorragique dont les cultures mettent en évidence une grande quantité de colibacilles. Ces appendicites doivent être opérées d'urgence. Les auteurs ont opéré des cas d'appendicite aiguë avec acétonémie chez l'adulte.

Un cas d'état tétanoïde à prédominance laryngée chez un nourrisson présentant une déformation cranienne. Présentation de malade (M. Fesquet). Enfant de 3 mois, qui depuis le 31 mai est atteint de dyspnée laryngée avec cornage et tirage sus et sous-sternal. A l'entrée à l'hôpital, il existait des convulsions cloniques de la face et des membres. Pas de fièvre, pas de troubles dige tifs, foie et rate normaux, mais l'enfant est porteur s'un aplatissement de la région pariéto-occipitale droite. Il ne s'est pas produit d'amélioration par le chlorure de calcium, la belladone, les frictions mercurielles, les rayons ultra-violets. La ponction lombaire a montré un liquide normal au point de vue cytologique, mais le dosage du calcium y a montré la présence de 4 mgr. 1 p. 100.

Un cas de purpura fulminans.

M. Bertrand. — Il s'agit d'un enfant de 5 ans, robuste, en état de santé normal, qui va à l'école un matin comme à l'habitude. Vers 11 heures, l'institutrice le trouvant fatigué le renvoie. L'enfant déjeune bien, ne se plaignant que d'un peu de lassitude. A 2 heures : céphalée, douleurs dans les jambes, vomissement alimentaire. A 6 heures, la céphalée augmente, la température est de 38°5. L'enfant devient plus pâle, respire vite et se plaint toujours de la tête et des jambes. A 8 h. 1/2, on constate à l'examen un état d'agitation extrême, de la pâleur, de la polypnée, température 41° 3. L'examen physique est négatif, aucun signe méningé, mais on remarque une multitude de taches purpuriques, très petites, répandues sur tout le corps. Pendant l'examen les taches se multiplient et il apparaît notamment une ecchymose conjonctivale. L'enfant délire, ne reconnaît plus son entourage. Pensant à un purpura méningococcique foudroyant, on fait une ponction lombaire, malgré l'absence de signes méningés. L'enfant meurt à 5 h. 30 du matin en plein délire. L'examen du liquide céphalo-rachidien était de tous points normal et ne contenait pas de méningocoque. L'autopsie n'a pu être pratiquée. Etant donnée l'absence de tout signe prodromique de maladie infectieuse et d'infection streptococcique, l'auteur pense que ce purpura fulminans doit être dû au méningocoque.

M. Dupont.

Les Congrès

VII[e] Congrès international de Chirurgie.

(Suite) (1).

Chirurgie de la rate.

Par le prof. Cortès Llado (Séville).

Nous ne possédons que des connaissances peu approfondies sur la physiologie splénique. Seules, les fonctions hémolytiques et le rôle de filtre de la rate sont connus.

Dans les interventions pour affections du foie et du système réticulo-endothélial, les guérisons et les améliorations cliniques ne coïncident pas avec les modifications hématiques, de telle façon qu'il nous est impossible de préciser exactement le mécanisme de l'amélioration. La suppléance des fonctions spléniques par d'autres fonctions réticulo-endothéliales explique la récidive dans quelques maladies spéciales.

Après la splénectomie, il survient parfois des phénomènes de pathogénie très discutable (fièvre, augmentation de la résistance globulaire à la putréfaction, auto-agglutination).

Les résultats les plus importants s'observent dans les interventions dirigées sur les processus classiques ; des interventions opératoires peuvent toutefois se présenter dans d'autres affections où la splénectomie peut rendre de grands services.

Dans les ruptures et les plaies, le tamponnement, la suture et la splénectomie trouvent leurs indications respectives. Cependant, dans la majorité des cas, il est préférable de recourir à l'ablation du viscère.

Dans les ectopies, on trouvera rarement l'occasion de pratiquer une splénectomie : celle-ci ne se fera que s'il existe des conditions très favorables.

Dans les kystes non parasitaires, on choisira l'incision, ou mieux, l'ablation totale de la rate. Dans les kystes hydatiques, le choix entre la méthode conservatrice et la splénectomie dépend de différentes circonstances.

Dans les tumeurs de la rate et les tumeurs anévrysmales spléniques, la splénectomie a donné de bons résultats.

Dans la splénomégalie à septicémie subaiguë, l'ablation de la rate a fourni certaines guérisons. Dans les abcès, l'extirpation de la rate sera faite s'il n'existe que peu d'adhérences faciles à rompre ; dans le cas contraire, on se contentera d'une incision et drainage de la collection.

Chirurgie de la rate.

Par M. Maurice Patel (Lyon).

La chirurgie de la rate a vu, depuis peu, s'accroître le domaine de ses indications, et les résultats déjà obtenus permettent de leur donner une véritable base scientifique :

I. **Lésions traumatiques.** — Dans les traumatismes fermés (contusions, ruptures) pouvant se traduire par des accidents tardifs, la splénectomie est presque la règle ; ses succès sont d'autant plus grands que l'indication est plus précocement posée.

Dans les traumatismes ouverts (plaies), l'indication est posée d'emblée. Les plaies par armes blanches sont souvent justiciables d'interventions conservatrices (splénorraphie) en raison des lésions maintes fois limitées et superficielles. Les plaies par armes à feu, par leurs dégâts profonds et cachés, par l'infection menaçante, nécessitent la splénectomie.

II. **Rate mobile.** — La splénopexie est réservée aux rates saines et de volume normal : la splénectomie est la règle, si la rate est pathologique. L'indication opératoire est basée sur les accidents ressentis.

III. **Maladies infectieuses.** — *a.* Les suppurations spléniques, quelle que soit leur origine, sont justiciables d'une incision simple, surtout si l'abcès a rompu la capsule de la rate. Une splénectomie secondaire peut être nécessaire.

b. La tuberculose localisée de la rate relève d'une intervention radicale, qui peut donner quelque succès.

IV. **Tumeurs kystiques.** — *a.* Les kystes hydatiques de la rate sont souvent très adhérents et infectés: aussi , la marsupialisation est-elle indiquée dans un grand nombre de cas. L'ablation sera faite secondairement si une fistule persiste.

b. Les kystes séreux, en général non adhérents et non infectés, relèvent rarement d'une intervention palliative (splénotomie, splénectomie partielle). La splénectomie est l'opération de choix et donne de beaux résultats.

V. **Tumeurs solides.** — Elles sont mal connues et mal différenciées au point de vue histologique (angiomes, sarcomes, splénocytomes). La splénectomie est le seul traitement.

VI. — **Splénomégalies diverses.** — *a.* **Maladie de Gaucher.** — Quelle que soit l'interprétation anatomo-pathologique ou pathogénique donnée à ce terme, le traitement chirurgical (splénectomie) donne des succès, alors que le traitement médical reste inefficace.

b. **Leucémie.** — Malgré quelques rares succès, douteux du reste, la contre-indication opératoire reste toujours formelle, dans les cas de leucémie.

c. **Paludisme.** — En France, les indications opéra-

(1) V. *Concours Médical*, n[os] 31 et 32.

toires fournies par le paludisme sont rares, et limitées aux accidents des splénomégalies palustres (torsion, rupture). Dans les pays où règne le paludisme, la splénectomie est maintes fois pratiquée dans le but de conjurer l'infection : quelques résultats encourageants sont signalés ; l'indication opératoire semble persister en dehors d'atteinte de l'appareil hépatique et de l'état général.

d. **Maladie de Banti.** — De très nombreux succès ont été obtenus, principalement par la splénectomie pratiquée dans la période de début : la maladie semble vraiment arrêtée. Plus tard, en cas d'anémie prononcée ou de cirrhose hépatique, les indications demandent à être sérieusement discutées, malgré des résultats encourageants obtenus.

e. **Splénomégalies rares.** — Quelques cas de syphilis splénique, de splénomégalies par leishmaniose généralisée, d'anémie splénique infantile, de thrombose splénique ou de cirrhose *hépatique avec splénomégalie* ont paru justiciables particulièrement de la splénectomie.

VII. Affections d'origine sanguine. — *a.* **Ictère hémolytique.** — Le nombre des splénectomies faites au cours de cette affection est suffisamment élevé aujourd'hui pour permettre de dire que l'opération fournit ici des *succès tout à fait remarquables*. La maladie d'origine essentiellement splénique est enrayée.

b. **Anémie pernicieuse.** — L'indication de la splénectomie est ici des plus douteuses, en raison du caractère général de la maladie.

c. **Purpura hémorragique.** — Le traitement chirurgical paraît être, comme dans l'ictère hémolytique, un traitement vraiment causal, parce qu'il supprime un foyer de destruction des hématies. Des succès fort appréciables ont été obtenus.

VIII. **Particularités techniques.** — Les interventions spléniques exigent : 1° la position cambrée ; 2° une incision suffisamment large. Parmi toutes les voies d'abord proposées, l'incision transversale, avec débridement vertical latéral, paraît réunir le maximum d'avantages.

Les opérations conservatrices ont une technique très simple, dont le fait important réside dans la suture qui, pour être étanche, demande à être pratiquée au gros catgut, disposé en points en U.

La splénectomie exige, avant toutes choses, une hémostase parfaite, qui ne peut être obtenue qu'avec les ligatures systématiques et soigneuses, en raison de la friabilité des vaisseaux. Les adhérences constituent une très grave difficulté, qu'une hémostase préventive peut largement atténuer.

Chirurgie de la rate,

Par N. Leotta (Bari).

Après avoir exposé l'état actuel de nos connaissances sur la physiologie de la rate et sur les conséquences de sa suppression sur l'organisme, l'auteur conclut que la rate n'est pas indispensable à la vie, et que la splénectomie, bien tolérée fonctionnellement, est compatible avec une existence normale.

De toutes les lésions spléniques d'importance chirurgicale, il résume ce que l'on connaît aujourd'hui sur l'étiologie et la pathologie, sur l'anatomie pathologique et l'évolution clinique, pour en déduire les indications au traitement chirurgical qu'il analyse particulièrement en se basant sur les données doctrinales et les résultats obtenus jusqu'à présent.

I. **Lésions traumatiques.** — Pour les contusions et les ruptures sous-cutanées et les différentes blessures par armes blanches et à feu, la splénectomie est le traitement exceptionnel, auquel on n'aura recours que dans le cas de lacérations partielles.

L'auteur traite à part dans ce chapitre les hernies traumatiques de la rate.

II. **Splénomégalies infectieuses.** — Dans ce groupe l'auteur s'occupe des splénomégalies par infections aiguës ou chroniques, avec localisation splénique chirurgicalement importante, c'est-à-dire :

a. **Abcès spléniques.** — Divisés en abcès par propagation et abcès originaires de la rate qui sont les plus importants. Dans les abcès multiples, les plus fréquents, il est toujours indiqué d'*enlever* la rate ; dans l'abcès unique, on aura recours à la splénotomie.

b. **Tuberculose de la rate.** — Pour cette affection, la splénectomie est indiquée d'une façon absolue dès que le diagnostic est posé, comme la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

c. **Syphilis de la rate.** — La splénectomie est indiquée dans les formes résistant au traitement, afin de supprimer un gros foyer de spirochètes en même temps que le symptôme douleur.

d. **Splénomégalie malarique.** — Sont indiqués les traitements médicaux associés à la radiothérapie dans toutes les splénomégalies de n'importe quel volume en situation normale. La splénectomie est indiquée seulement dans les complications : ptose douloureuse et torsion du pédicule.

e. **Leishmaniose généralisée.** — La splénectomie est contre-indiquée.

f. **Splénomégalie par endocardite lente.** — La splénectomie est indiquée.

II. **Splénogranulose sidérotique.** — Ce chapitre, le plus neuf, est le plus fécond pour la chirurgie splénique.

III. **Splénomégalie hémopathique.** —

a. **Leucémie.** — Absolument contre-indiquée dans la leucémie en pleine évolution, la splénectomie est un traitement d'exception à réserver aux cas de leucémie chronique au début, dans de bonnes conditions générales, avec crase sanguine convenable, sans

manifestations hémorragiques, ni troubles notables de la splénomégalie.

b. **Aleucémie.** — La splénectomie est contre-indiquée dans toutes les formes.

c. **Lymphogranulome.** — Contre-indiquée.

d. **Maladie de Gaucher.** — Nettement indiquée, la splénectomie donnera d'autant meilleurs résultats qu'elle sera plus précoce.

e. **Anémie pernicieuse progressive.** — La splénectomie n'est pas indiquée, en dehors de quelques cas exceptionnels, à évolution lente, avec splénomégalie notable, en ayant soin de pratiquer des transfusions répétées avant et après l'opération.

f. **Anémie splénomégalique infantile.** — Elle ne demande pas de traitement chirurgical, mais un traitement médical en rapport avec l'étiologie. La splénectomie peut répondre dans certaines formes à étiologie obscure, rebelles aux traitements médical et radiothérapique, à l'indication de supprimer une source importante de toxines et d'atténuer le processus hémoclasique en rompant le déséquilibre entre l'hémolyse et l'hémopoièse.

g. **Polycythémie et érythrémie.** — Contre-indiquée.

h. **Ictère chronique hémolytique.** — Indication absolue et précise, la splénectomie peut donner la guérison complète.

i. **Purpura hémorragique.** — Absolument indiquée comme l'unique traitement capable de donner la guérison complète de l'affection.

IV. **Splénomégalies cirrhotiques.** — Elles comprennent trois groupes qui intéressent le chirurgien.

a. **Maladie de Banti.** — Nettement indiquée dans la première et la deuxième période. Tout en étant moindre dans la troisième période, si le malade est en état de la supporter et si elle est permise par des adhérences, la splénectomie est justifiée dans cette période en l'associant à l'omentopexie.

b. **Maladie de Hanot.** — Tout traitement chirurgical est contre-indiqué.

c. **Cirrhose hypertrophique splénogène.** — Indiquée dans toutes les formes dans lesquelles le processus hépatique est d'origine splénique ou tout au moins accompagné d'une splénomégalie notable, qui prouve dans la rate un processus identique à celui du foie.

V. **Splénopathies circulatoires.** — Par lésion des artères et des veines.

a. **Anévrysme de l'artère splénique.** — Le traitement indispensable est la splénectomie, associée à l'extirpation du sac anévrysmal, exécutée le plus précocement possible.

b. **Splénomégalie splénothrombotique.** — Indiquée et donne toujours la guérison quand la thrombose de la veine splénique n'est pas étendue à la porte. Quand la veine porte est entreprise sans cependant être complètement oblitérée, la splénectomie reste indiquée, quoique le résultat soit incertain. Si l'occlusion de la porte est déjà complète, l'affection est au-dessus des moyens chirurgicaux.

c. **Splénomégalie pyléthrombotique.** — Dans les thromboses du tronc de la veine porte, la splénectomie n'est pas indiquée, comme ne le sont pas non plus les autres formes de traitement chirurgical (dérivations circulatoires, fistule d'Eck, etc.).

VI. **Néoplasmes de la rate.** — Les primitifs sont rares : eux seuls intéressent le chirurgien. Parmi les bénins les plus fréquents sont les angiomes, dans lesquels la splénectomie est indiquée. Parmi les malins, le moins rare est le sarcome, qui réclame la splénectomie. Le splénome doit être considéré comme un vulgaire sarcome.

VII. **Kystes de la rate.** — Intéressant surtout la chirurgie :

a. **Kystes à échinocoques.** — La méthode de choix est la marsupialisation ; la splénectomie n'est indiquée que dans les kystes multiples et trèsvolumineux non adhérents, et dans les kystes sous-diaphragmatiques ; l'énucléation et la réduction sans drainage n'a pas pour la rate les mêmes indications que pour le foie et peut être seulement retenue par les kystes juxtaspléniques.

b. **Kystes non parasitaires** (dermoïdes, hématiques, séreux, séro-hématiques). — Même traitement, préférer en général la marsupialisation et réserver la splénectomie dans n'importe quelle forme évolutive de la torsion.

Technique. — Dans la dernière partie du rapport, l'auteur s'occupe des différentes opérations sur la rate. Il conseille une incision personnelle pour la splénectomie, incision qui donne un jour considérable tout en respectant le plus possible l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la paroi abdominale.

(A suivre.)

Les Livres

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS,
91, boul. Saint-Germain, Paris.

Les fonctions de la vie, par le Dr CABANÈS.

Cabanès vient de faire paraître un troisième volume de la série LES CURIOSITÉS DE LA MÉDECINE, intitulé les *Fonctions de la vie*. Les appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire et nerveux sont passés tour à tour en revue ; le moindre de leurs organes, la plus petite de leurs fonctions donnent lieu à une suite de récits, d'anecdotes, de constatations bibliographiques curieuses qui montrent jusqu'à quel point, vraiment stupéfiant, notre érudit confrère a poussé la recherche des documents. Tout le monde s'instruit en lisant Cabanès et nous nous proposons avant peu de glaner dans ce livre quelques anecdotes qui intéresseront vivement nos lecteurs et les inciteront à lire eux-mêmes *les Curiosités de la médecine*.

J.N.

LIBRAIRIE DELAGRAVE, 15, rue Soufflot.

Les poissons et le monde vivant des eaux, par le Dr Louis ROULE, professeur au Muséum national d'histoire naturelle. — Tome I : *Les formes et les attitudes*, 16 planches en trichromie et 50 dessins d'après les originaux de F. Angel.

Le prof. Roule qui aux mérites d'un grand savant, joint les qualités d'un écrivain de premier ordre, a pris modèle sur Buffon dont il occupe du reste la maison au Jardin des Plantes. Il vient de publier un superbe volume, admirablement écrit et très brillamment illustré, le premier d'une série de neuf sur l'Histoire naturelle des Poissons. L'ouvrage du prof. Roule est appelé à avoir autant de succès que les *Souvenirs entomologiques* de Fabre. Tenons compte en outre que le prof. Roule, travailleur acharné, s'est spécialisé dans les études ichtyologiques depuis de longues années, connaît à fond l'anatomie, la physiologie des poissons dont il a observé avec minutie les mœurs et décrit les formes. Le profane, qui, comme nous, a lu le livre du prof. Roule, s'est rendu compte que ce n'était pas simplement une œuvre de banale vulgarisation, mais le résultat, brillamment exposé, des recherches positives d'un savant. Le prof. Roule a marché sur les brisées de Buffon, mais il écrit un siècle et demi plus tard, et un siècle à notre époque compte dans l'Histoire des sciences plus que vingt-cinq siècles de jadis. Nous pouvons donc dire sans flatterie que les *Poissons et le monde vivant des eaux* du prof. Roule sont à l'*Histoire naturelle* de Buffon, ce que cette dernière est à l'*Histoire des animaux* d'Aristote.

L'ouvrage est brillamment illustré. Dix planches reproduisent de fort belles aquarelles. En somme, *Les Poissons* du prof. Roule font contempler à ses lecteurs, dans toute son intense vie, le monde des eaux avec une précision extraordinaire et l'auteur aurait pu mettre en exergue de son beau livre le vers du fabuliste :

> Tout parle en mon ouvrage et même les poissons.

J. NOIR.

Les livres qui viennent de paraître.

Chez MASSON et Cie.

Dr H. TRUC, professeur à la Faculté de Montpellier. — **Hygiène oculaire et inspection du travail**. (Un vol. 184 p., 19 fig., Prix : 14 fr.)

Chez DOIN et Cie.

N. HUGEL et G. DELATER. — **Le système veineux normal et pathologique**. Guide des malades et des prédisposés (varices, phlébites, hémorrhoïdes, etc.) (Un vol. in-16, 184 p., avec fig. : 15 fr.)

Chez N. MALOINE.

Dr Georges DROUET. — **Recueil de revues générales de pathologie interne**. Fascicule I : Angine diphtérique, angine de poitrine, asthme. (Un vol., 63 p. : 5 fr.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

Quelle idée vous faites-vous de l'état de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ? Quelles répercussions peut-on prévoir sur l'une et l'autre, de la législation relative à la médecine sociale en général, et aux assurances sociales en particulier ?

par le Docteur Ch. GOSSELIN (Argenteuil).

Premier prix de notre concours.

(Devise : *Le passé répond de l'avenir*).

Pour se faire une idée de la profession médicale et de la vie du médecin, en 1935, il faut se garder de prendre ses désirs pour la réalité. Un penchant naturel nous incline à penser que l'avenir sera tel que nous le désirons. Il faut chercher à voir les choses objectivement en faisant abstraction de nos conceptions personnelles, de notre optimisme instinctif, eten tenant compte surtout des enseignements du passé et de la leçon des faits.

Les moyens techniques seront plus développés. Le latin était le principal bagage du médecin de Molière. Plus tard, vint le stéthoscope et la seringue de Pravaz. Mais l'instrumentation technique des vieux médecins était relativement réduite. Ils se vantaient même parfois de pouvoir se passer d'outils spéciaux et de savoir en improviser avec ce qu'ils trouvaient sous la main. Aujourd'hui, l'outillage technique, laboratoire, rayons X, électricité, salle d'opération, est tel qu'il n'est pas possible à un seul médecin de le posséder entièrement. La recherche scientifique invente tous les jours de nouveaux appareils. Elle n'a pas de raison pour s'arrêter. Il est à prévoir que le développement des moyens techniques utilisés par le médecin augmentera encore. Il est en rapport avec le machinisme qui grandit dans toutes les industries et modifie tous les métiers. Nous n'échappons pas à la règle commune.

Cette augmentation de l'outillage entraînera le développement de la spécialisation. Au XVIII[e] siècle, il n'y avait pas de médecins spécialistes au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Certains chirurgiens s'étaient spécialisés dans une opération. Mais les docteurs régents de l'ancienne faculté faisaient tous de la médecine générale. Au XIX[e] siècle, l'étendue des connaissances techniques a dû être partagée entre des praticiens différents. Pour ces deux raisons, l'augmentation de l'outillage et l'étendue des connaissances techniques, le XX[e] siècle verra encore augmenter le nombre des spécialités et des spécialistes.

Les moyens techniques n'augmenteront pas que la spécialisation. Ils augmenteront aussi l'utilité du tiers payant. Celui-ci sera plus généralisé pour trois raisons : le coût des soins, le souci du bien-être, l'habitude de l'assurance.

Les soins seront plus coûteux. L'exercice de la médecine nécessitant un outillage plus dispendieux, comme nous l'avons constaté, le médecin sera obligé d'augmenter ses honoraires par une majoration en rapport avec ses frais d'installation. Jadis, le prix d'une intervention chirurgicale était constitué presque uniquement par les honoraires du chirurgien et de ses aides. L'opération avait lieu au domicile du malade. Maintenant, depuis l'antisepsie, il faut y ajouter le prix de la maison de santé. Les médicaments nouveaux sont des médicaments chers. Les traitements par le radium, l'insuline, sont d'un prix élevé. Le temps n'est plus où la thérapeutique était constituée par des tisanes faites avec des plantes cueillies dans les jardins. Une maladie est de plus en plus un évènement coûteux. De plus en plus, on voudra se prémunir contre ce risque. Un plus grand souci de bien-être a pénétré dans la masse. Il y a là un mouvement qui existe depuis longtemps mais que le bouleversement de la guerre a accéléré. On n'admet plus qu'il y ait des médicaments pour pauvres. Pour faire face aux risques d'une coûteuse maladie, il y a un moyen, l'assurance, et c'est à ce moyen qu'on aura recours.

Le mouvement d'opinion qui porte le public vers l'assurance n'est pas près de s'arrêter. Il y a un siècle, l'assurance était à l'état embryonnaire. Mais, dans la deuxième moitié du XIX[e] siècle, l'assurance s'est développée considérablement. D'abord l'assurance-incendie, puis l'assurance-accidents, l'assurance sur la vie. Maintenant, on

s'assure contre le vol, contre la mortalité du bétail, contre le bris des glaces, etc., etc. On en viendra forcément à s'assurer contre le risque maladie. Ces trois causes réunies : souci de bien-être, coût de la maladie, habitude de l'assurance, généraliseront le tiers payant. Le Corps médical tentera peut-être de s'opposer à celui-ci. Nous craignons que cette opposition soit vaine. Le courant est tellement fort que les médecins ne pourront le remonter, malgré la force que leur donnera l'organisation des syndicats médicaux.

Ceci ne veut pas dire que le syndicalisme aura décliné. Il est à penser, au contraire, que les syndicats augmenteront leur organisation et leur puissance. En effet, l'organisation corporative a maintenant la faveur de l'opinion. La Révolution ne voulut connaître que deux éléments : l'individu et l'Etat. C'était peut-être nécessaire à l'époque, mais aujourd'hui, le temps a passé ; on a perdu le souvenir des méfaits des vieilles corporations. On sent le besoin de groupements qui puissent résister à l'absolutisme de l'Etat. D'autre part, l'administration étatiste, bureaucratique, routinière, gaspilleuse, fait naître le désir de voir se former et agir des organes sociaux plus souples, plus spécialisés, plus adaptés à leur but. *La tendance actuelle* porte à l'organisation corporative dans toutes les branches de l'activité sociale. Le Corps médical suivra le courant général et le syndicalisme médical prendra de plus en plus de force et d'étendue, mais il aura, outre ces raisons d'ordre général, des raisons particulières. C'est surtout la nécessité de lutter contre le tiers payant qui, par l'accroissement qu'il aura pris sera devenu une puissance redoutable. Le tiers payant s'efforcera de payer le moins possible. Il essayera de mettre les médecins en concurrence les uns contre les autres pour obtenir des tarifs de rabais. Les médecins, devant le danger, n'auront qu'un moyen de résistance : le Syndicat. Celui-ci seul pourra discuter avec le tiers payant de puissance à puissance. Seul il pourra obtenir des contrats avantageux. Quelles que soient leurs querelles personnelles, les médecins seront obligés de se grouper devant l'ennemi commun et de se soumettre à une discipline commune : la discipline syndicale. Une situation misérable est réservée aux médecins qui ne sauront pas s'unir. La puissance du tiers payant fera la puissance de son antagoniste, le Syndicat. D'ici 1935, le Syndicat gagnera en force et en étendue.

Un Ordre des médecins fera-t-il la discipline du Corps médical ?

L'importance du Syndicat sera-t-elle de ce fait diminuée ?

Nous ne croyons pas à la création d'un Ordre des médecins calqué sur l'Ordre des avocats. Cependant, nous croyons à l'institution dans l'avenir d'une juridiction professionnelle. Nous y marchons avec les commissions tripartites, les commissions d'arbitrage. La plupart des autres professions ont leur tribunal corporatif. Sans parler de l'ordre des avocats, de la Chambre des notaires et des Chambres de discipline des officiers ministériels, remarquons que les commerçants ont les tribunaux de Commerce, les ouvriers, les Conseils de prud'homme, les membres de l'Enseignement, les Conseils académiques, les fonctionnaires, les tribunaux administratifs, les marins, les tribunaux maritimes, etc..... La médecine est une des rares professions qui relève uniquement et directement des tribunaux de droit commun. Elle est pourtant très spéciale. Elle a besoin plus que toute autre de juges ayant une compétence particulière. Le magistrat de droit commun manque des connaissances techniques nécessaires pour se prononcer en premier ressort sur les affaires médicales. L'intérêt du public est conforme sur ce point à l'intérêt des médecins. Le public se rendra compte que la probité et la conscience du médecin sont d'intérêt général, qu'un médecin malhonnête est un danger social. Les médecins, d'un autre côté, s'apercevront qu'ils n'ont aucun intérêt à avoir de mauvais confrères, et qu'eux seuls peuvent assurer la discipline de la profession. On en viendra forcément, tôt ou tard, à l'institution légale d'une juridiction professionnelle qui enlèvera aux tribunaux de droit commun la connaissance des affaires médicales en premier ressort. Mais contrairement à une opinion généralement admise, nous ne croyons pas que cette juridiction fasse tort aux syndicats et diminue leur raison d'être. Les tribunaux de commerce n'enlèvent pas leur utilité aux syndicats de commerçants, les conseils de prud'hommes aux syndicats ouvriers, les tribunaux administratifs aux syndicats de fonctionnaires. Dans l'organisation corporative, la juridiction professionnelle représenterait le pouvoir judiciaire, tandis que le syndicat représenterait le pouvoir administratif. L'action syndicale serait facilitée par des tribunaux professionnels où siégeraient des médecins devant lesquels les syndicats pourraient, avec le minimum de frais et le maximum de rapidité, poursuivre les manquements au devoir professionnel et aux engagements pris. Le tribunal professionnel et le syndicalisme, loin d'avoir à se concurrencer, se compléteraient et s'entr'aideraient l'un l'autre. C'est là une opinion qui n'est pas celle des milieux syndicalistes actuels, mais que les faits imposeront.

Donc, du côté de la profession : augmentation de l'outillage technique, développement de la spécialisation, généralisation du tiers payant, renforcement du syndicalisme, établissement d'une juridiction professionnelle.

***

Que sera la vie médicale en 1935 ?

Nous pensons qu'une forme nouvelle d'exercice de la médecine viendra modifier la vie du médecin : ce sera l'Association. Il ne s'agit pas ici d'association professionnelle, telle que syndicat, mutualité, société scientifique. Non, il s'agit de l'association d'un petit nombre de médecins en vue de la pratique de la clientèle. Jusqu'ici, cette manière de faire n'a pas souri à la très grande majorité des médecins. On ne la trouve que dans certaines cliniques, mais elle s'imposera progressivement à l'universalité des praticiens. D'abord, le coût de l'installation de plus en plus élevé obligera à répartir la dépense entre plusieurs associés. Ensuite, l'association de médecins permettra à ceux-ci de goûter quelque repos par l'institution d'un service de garde. Le médecin finira bien par se rendre compte quelque jour que l'ouvrier ou l'employé ne travaille que huit heures, et que celui qui soigne les malades a bien droit comme les autres à quelques moments de tranquillité. Enfin, deux autres causes vont intervenir, interviennent déjà : c'est la crise des domestiques, et surtout, la crise du logement. Il apparaît que celle-ci n'est pas près d'être terminée et les jeunes médecins auront les plus grandes peines à trouver un appartement. Ils seront obligés de se contenter d'un local professionnel commun. Ils s'apercevront par la suite que cet inconvénient du début est pour eux une source d'avantages. Le malade qui aime à être servi tout de suite encouragera, en leur apportant sa clientèle, ces cabinets médicaux où il sera toujours sûr de trouver un médecin. L'Association, d'ailleurs, n'empêche pas le malade de choisir son médecin, le libre choix peut exister à l'intérieur de l'Association. Le médecin y trouvera cet avantage d'avoir un local professionnel distinct de son local d'habitation. Les tuberculeux et les contagieux n'entreront plus dans la maison où vivent sa femme et ses enfants. Il y a là un avantage que nous aurions tort de dédaigner. Les médecins de l'avenir se demanderont comment nous avons pu être aussi imprudents et aussi peu soucieux de la santé des nôtres. Ces associations, nées d'abord dans les grandes villes où sévit la crise du logement, gagneront peu à peu les villes de moindre importance. Evidemment, elles ne pourront exister dans les petits villages où il n'y a qu'un seul médecin. Mais le médecin de campagne deviendra de plus en plus rare.

Le téléphone et l'automobile, qui suppriment la distance, permettent de s'adresser au médecin du chef-lieu voisin. Les médecins d'aujourd'hui, d'autre part, n'aiment pas s'installer au milieu des champs. Leurs femmes encore moins. Le médecin de campagne, n'exerçant que dans un petit rayon autour de son habitation, est appelé à disparaître.

Notons enfin que l'instruction répandue et la vulgarisation scientifique rendent les clients plus difficiles. Autrefois, la médecine avait quelque chose de mystérieux et d'inaccessible au vulgaire. Elle paraissait d'origine divine ; c'était à Notre-Dame que le médecin recevait son investiture du temps de la vieille Faculté supprimée par la Révolution. Le médecin avait, vis-à-vis du malade et de son entourage, un prestige tel qu'on ne discutait pas ses prescriptions. Mais à mesure que la médecine devient de plus en plus scientifique, c'est-à-dire de plus en plus précise, elle perd de son caractère mystérieux. Le public l'étudie et prétend la connaître. Si la guérison n'est pas obtenue au moment espéré, il a tendance à attribuer l'insuccès à une faute du médecin. La responsabilité professionnelle, de plus en plus, sera mise en cause. Imprudents actuellement, les médecins qui ne sont pas assurés ; plus imprudents encore seront ceux qui ne seront pas assurés en 1935.

***

Quelle répercussion peut-on prévoir de la législation relative à la médecine sociale ?

Quand on cherche à prévoir l'avenir en médecine sociale, il y a tout de suite une question qui surgit : le médecin deviendra-t-il fonctionnaire ?

Nous ne le croyons pas. Il y aura peut-être des médecins fonctionnaires. Il y en a déjà, il y en a toujours eu, mais la généralité des praticiens ne seront pas des fonctionnaires et ne peuvent pas l'être. Ceci, pour deux raisons : la première, c'est que les médecins ne le veulent pas ; la deuxième, et de beaucoup la plus importante, c'est que les malades ne le veulent pas non plus. Le médecin fonctionnaire, c'est le médecin imposé par l'Etat, rétribué au fixe avec une hiérarchie, un avancement, une retraite, le souci de travailler le moins possible et de ne pas prendre de responsabilité.

Ce genre de médecin n'aura jamais la confiance du malade. Celui-ci ne voudra pas confier ses affaires intimes, sa santé, sa vie, à un médecin fonctionnaire, rouage impersonnel d'une vaste bureaucratie. En cette matière, l'éducation du public a été faite par la loi des accidents du travail. Celle-ci lui a appris que les difficultés pratiques du libre choix n'étaient pas insurmontables et que les avantages de celui-ci étaient plus grands que ses inconvénients. Ceux de nos anciens qui, avec Diverneresse, ont lutté pour établir le libre choix du médecin dans les accidents du travail, ont obtenu un résultat qui dépasse le cadre de cette loi. Ils ont fait comprendre à la masse l'importance du droit de choisir son médecin, et ils ont écarté du même coup la menace de fonctionnarisation qui pesait sur tout le Corps médical.

Cependant, il faut nous attendre à une augmentation de réglementation. Le médecin ne sera pas

fonctionnaire, mais sa profession sera considérée de plus en plus comme une fonction d'intérêt public, et comme telle, elle sera de plus en plus réglementée par l'autorité publique. D'après les tendances actuelles, il faut craindre notamment les tarifications. C'est ainsi que pour la loi des accidents du travail, le tarif actuel, qui n'est qu'un tarif de responsabilité, deviendra un tarif limitatif. Il ne représente actuellement que la part du patron dans le cas où le médecin a été choisi par l'ouvrier. Il représentera, au contraire, le maximum de ce que peut réclamer le médecin, soit à l'un, soit à l'autre. Un projet de loi a déjà été déposé dans ce sens. Il a des chances d'être voté. C'est qu'en effet, le public aime les tarifications. Dans le cas présent, le patron et l'ouvrier seront d'accord pour demander celle-là au législateur. Les médecins seuls seront lésés, seuls ils auraient des raisons de s'y opposer. Mais depuis longtemps, ils ont accepté cette situation en fait. Un certain nombre de médecins ignorent même qu'ils ont ce droit. Or, la situation de fait devient à la longue la situation de droit. La coutume devient la loi. L'histoire nous l'enseigne.

C'est pourquoi nous pensons que le tarif des accidents du travail sera devenu, en 1935, un tarif limitatif. Ceci se fera grâce au laisser aller du Corps médical, qui sera mal venu à se plaindre d'une situation qu'il aura lui-même créée. Peut-être même à cette époque, cette limitation sera-t-elle étendue aux accidents de droit commun.

***

Quelle répercussion peut-on prévoir de la législation des assurances sociales ?

On doit se demander d'abord si la loi qui est en projet sera votée ?

Tout le monde réclame l'Assurance sociale. Patrons et ouvriers, hommes politiques de droite et hommes politiques de gauche. Des modifications notables seront peut-être apportées au projet de loi actuel, de longues discussiens parlementaires en retarderont le vote définitif, des difficultés financières en ajourneront l'application. Mais la loi sera votée. Nous estimons que ce sera en 1928, avant les élections. Ensuite, il faudra le temps que soient rédigés et publiés les règlements d'administration publique. Les élections faites, le gouvernement ne se pressera point, et la loi n'entrera en vigueur qu'en 1930 ou 1931. En 1935, la loi fonctionnera donc depuis 4 ou 5 ans. Elle sera encore à ses débuts, mais cependant, elle aura fonctionné depuis assez longtemps pour qu'on sache ce qu'elle peut donner. Elle présentera des avantages et des inconvénients.

Les avantages : d'abord, il n'y aura plus ou presque plus d'assistance médicale gratuite, car la plupart des indigents actuels seront compris parmi les assurés ; ensuite, il sera plus facile d'évaluer les honoraires. Actuellement, nous sommes parfois embarrassés. Nous désirons proportionner notre demande à la situation de fortune du malade. Nous sommes obligés de nous baser sur des signes extérieurs qui sont trompeurs. Avec l'assurance sociale, ce sera plus facile ; ou bien le malade sera un assuré, et alors, c'est le tarif des assurances sociales qui jouera, ou bien il ne sera pas assuré, et alors nous saurons que nous avons affaire à un malade aisé, car seuls, ceux qui auront un revenu notable seront dispensés de l'assurance.

Enfin, avantage scientifique : on pourra dresser des statistiques de morbidité qui, par leur ampleur, seront instructives.

Mais l'assuranee sociale a un inconvénient, un gros inconvénient : c'est le tiers payant.

Quelle sera la situation des praticiens vis-à-vis de celui-ci ?

Le Corps médical est actuellement divisé sur cette question. Il est vraisemblable qu'il le sera encore au moment de l'application de la loi. Ce sera d'ailleurs regrettable, mais on ne peut espérer qu'une attitude semblable puisse être adoptée par toute la corporation.

Dans certaines régions, les syndicats traiteront dès le début avec les Caisses. Ils établiront un contrat dès la formation de celles-ci, alors que leurs administrateurs, dénués d'expérience, seront en état d'infériorité réelle vis-à-vis des délégués des syndicats. Ils pourront obtenir le tarif à la visite, le respect du secret professionnel, le maintien de l'indépendance du médecin, ils limiteront au strict minimum la paperasserie. Ils obtiendront l'exclusion des médecins non placés sous le contrôle corporatif. Ils garantiront l'avenir. La Caisse ne pourra pas organiser progressivement un service médical, en dehors du syndicat, pour pouvoir ensuite rompre avec celui-ci.

D'autres syndicats diront : « Le tiers payant est démoralisateur, il engendre une multitude d'abus. Nous n'en voulons pas. Nous continuerons à nous faire payer nos honoraires directement par le malade. Celui-ci s'arrangera avec sa Caisse pour se faire rembourser tout ou partie de ses débours. Nous ne connaissons pas la Caisse d'assurance, et nous ne voulons pas la connaître. »

L'administration de l'assurance sociale sera gênée par cette décision qui compliquera son fonctionnement. Elle cherchera des médecins en dehors des syndicats. Elle trouvera sans peine des clinicards d'accidents du travail tout prêts à étendre leurs rayons d'action, des médecins sans clientèle, des médecins étrangers. Ceux-ci augmenteront de nombre, car la direction des assurances sociales aura l'oreille des pouvoirs publics. Elle leur fera donner des dispenses avec une grande libéralité. Avec ces éléments per-

commandables, les Caisses constitueront un embryon de service médical. Elles n'interdiront pas à leurs membres de s'adresser aux médecins syndiqués et même, elles rembourseront à leurs assurés une partie des honoraires qu'ils auront versés. Au début, tout ira pour le mieux. Il sera peu honorable d'être médecin de Caisse ; il sera par contre très bien porté d'être médecin syndiqué. Ceux-ci auront tout au moins un avantage moral. Mais il arrivera ceci, c'est que les Caisses recommanderont aux assurés les médecins qui auront un contrat avec elles, et leur remettront la liste de ces médecins. Elles ajouteront que les malades qui s'adresseront à eux n'auront rien à débourser et verront toutes les formalités simplifiées. Cette recommandation sera sans effet sur les malades qui connaissent depuis longtemps leur médecin et lui sont attachés. Mais il n'y a pas que ceux-là. Il y a ceux qui sont gênés d'argent et ne peuvent faire l'avance des honoraires. Il y a les nouveau-venus, ceux qui ne savent pas où s'adresser. Tous ceux-là iront de préférence au médecin de la Caisse. On s'apercevra que s'il n'est pas très honorable d'être médecin de Caisse, cela est du moins très profitable et permet, dès le début de l'installation, un bon chiffre d'honoraires. Si les médecins de Caisse sont bien rétribués, leur recrutement sera de plus en plus facile. Les jeunes médecins notamment demanderont tous à être médecins de Caisse et dédaigneront l'honneur infructueux de faire partie du syndicat, « lequel, diront-ils, ne peut convenir qu'à de vieux médecins ayant une clientèle bien assise et de la fortune personnelle. » De ce fait, le nombre des médecins assurant le service médical de la Caisse augmentera rapidement.

Dans les grandes villes, ils pourront bientôt former un syndicat. Ce syndicat allié à la Caisse engagera la lutte contre le vieux syndicat. Le résultat de cette lutte ne saurait être douteux. Il sera tellement peu douteux que les médecins des vieux syndicats s'en apercevront et se soucieront de l'éviter. Ils feront agir leurs relations personnelles auprès des administrateurs des Caisses. Ils iront faire antichambre chez ce misérable tiers-payant pour tâcher de s'entendre avec lui. Ils ne seront d'ailleurs pas tout à fait inconnus dans la maison, car un certain nombre de clients insolvables les auront obligés antérieurement à s'adresser à la Caisse pour toucher leurs honoraires. Ils en connaîtront le chemin. Tiers-payant d'ailleurs les recevra très bien, car quoique combattu par les médecins des vieux syndicats, il n'aura pas cessé de les estimer pour leur science et leur probité. Il leur fera des conditions relativement bonnes, mais moins bonnes que celles des syndicats qui auront traité dès le début de l'application de la loi, car maintenant, c'est tiers payant qui aura la supériorité.

C'est lui qui dictera les conditions de prix de paix.

En résumé, quelle que soit la situation au début de l'application de la loi, nous avons idée qu'en 1935, l'assurance sociale fonctionnera partout avec le tiers payant. Ce sera un bien ou un mal, mais on ne peut pas plus empêcher l'intrusion du tiers payant dans l'exercice de la médecine de l'assurance sociale qu'on ne pourrait empêcher la Seine de monter en temps d'inondation.

Une autre répercussion des assurances sociales sera de montrer d'une façon encore plus nette la nécessité de la séparation de la médecine de constatation et de la médecine de soins, des fonctions de médecin contrôleur et de médecin traitant.

Il y aura des simulateurs. Un assez grand nombre d'assurés auront tendance à prolonger outre mesure leur incapacité de travail. Pour remédier à ces abus, il sera nécessaire qu'un médecin choisi par la Caisse fixe la durée de l'incapacité. Le médecin traitant choisi par le malade ne peut aller contre les intérêts de celui-ci. On ne peut être à la fois le médecin et l'adversaire de quelqu'un. Il faut donc, les Caisses finiront par le reconnaître, un médecin qui ne fasse que du contrôle. En principe, celui-ci ne devra pas s'occuper du traitement, sans manquer gravement à la correction qu'il doit à son confrère. Mais il y a des médications plus coûteuses les unes que les autres. Il pourra, de ce chef, être amené à s'en occuper, question délicate qui pourra provoquer des froissements. Il y a toute une déontologie du contrôle. Ici encore se fera sentir le besoin de cette juridiction professionnelle dont nous avons parlé plus haut. On ne voit pas bien, en effet, des tribunaux de droit commun trancher des questions aussi spéciales que celles de rapports confraternels. Elles ne peuvent être appréciées sainement que par des praticiens ayant eux-mêmes une assez longue expérience de la clientèle.

***

Il résulte de tout ceci qu'en 1935, l'Assurance sociale aura créé pour nous une situation nouvelle. Nous devrons nous y adapter par des moyens nouveaux. C'est à ce prix que nous sauvegarderons et développerons l'indépendance, la dignité, la liberté qui sont les vieilles traditions de notre profession.

JURISPRUDENCE

Honoraires. Société de Secours mutuels. Prix du cathétérisme vésical.

JUSTICE DE PAIX DE PAIMBŒUF

9 avril 1926.

(*Archives du Sou Médical.*)

Le cathétérisme vésical doit être considéré comme une opération chirurgicale. Son prix doit être ajouté à celui d'une visite et laissé à la charge du mutualiste, lorsque la société de secours mutuels ne paye que les visites ou les consultations.

Vu l'article premier de la loi du douze juillet mil neuf cent cinq modifiée par celle du premier janvier mil neuf cent vingt-six ;

Attendu que, dans le courant de l'année mil neuf cent vingt-cinq, le Dr H. a donné des soins à la dame D. ; il fit plusieurs visites et au cours d'une visite, il eut recours au cathétérisme vésical ; que pour cette dernière opération et en sus des visites qui ont été payées par la Société de secours mutuels à laquelle était affiliée Mme D., le Dr H. réclame la somme de dix francs ;

Attendu que D. refuse de payer cette somme de dix francs prétendant que le cathétérisme vésical doit être compris dans la visite, et non en sus de la visite, qu'il allègue que le Dr H. ayant été réglé de ses visites par la Société de Secours mutuels, il ne peut exiger la somme de dix francs pour cette prétendue opération chirurgicale ;

Attendu que les parties étant contraires en fait, nous avons par jugement contradictoire du 26 février 1926 nommé comme expert M. le Dr Boudet, médecin légiste à Sainte-Pazanne, lequel dispensé du serment du consentement des parties, avait pour mission de dire si l'on doit considérer le cathétérisme vésical comme une opération chirurgicale, de dire également si cette opération a été déterminée et prévue par un barème ;

Attendu que le Dr Boudet a répondu ainsi qu'il suit à ces deux questions :

« On donne le nom d'opération chirurgicale, d'après Labarthe, à toute intervention active d'un médecin dans le traitement d'une maladie lorsqu'il pratique dans les os, dans les tissus, ou dans les organes une incision, une amputation, une résection, une cathétérisation, une ponction, une évacuation, une suture, une ligature, etc... » ;

Le cathétérisme de la vessie, consistant à vider cet organe de son contenu, constitue par là même une opération chirurgicale.

Peut-on prétendre que, quand on ne retire pas ou peu (quelques gouttes) de liquide de la vessie, il s'agisse là d'un simple moyen de diagnostic, les divers procédés employés pour établir le diagnostic rentrant dans le prix de la visite et ne devant pas être comptés en plus ?

Une semblable prétention est tout à fait inadmissible. Qu'importe la quantité de liquide évacué dans un cathétérisme de la vessie, qu'importe que ce liquide soit considéré comme un élément de diagnostic ; la seule introduction de la sonde dans la vessie nécessite une intervention active d'un médecin, intervention à laquelle on donne, comme nous l'avons dit plus haut, le nom d'opération chirurgicale ; toute intervention chirurgicale doit être rémunérée en plus de la visite ;

Le cathétérisme de la vessie est qualifié officiellement dans tous les barèmes en cours, notamment dans ceux de l'assistance médicale gratuite, des accidents du travail, des soins aux victimes de la guerre, etc. ;

Assistance médicale gratuite de la Loire-Inférieure.

Tarifs des opérations chirurgicales.

Cathétérisme évacuateur de la vessie, le premier, dix francs .... 10 fr.

Les autres, cinq francs .... 5 fr.

Ministère du travail, de l'hygiène.

Tarif des frais médicaux en matière d'accident du travail. Arrêté du trente et un décembre mil neuf cent vingt-cinq, article 22, tarif des opérations d'urologie.

Cathétérisme de la vessie :

Le premier, quinze francs .... 15 fr.

Les autres, dix francs .... 10 fr.

Ministère des pensions :

Tarif des frais médicaux applicables aux soins donnés aux victimes de la guerre.

Décret du deux avril mil neuf cent vingt-cinq, article 75.

Cathétérisme de la vessie :

Le premier, vingt francs .... 20 fr.

Tarif des Sociétés de Secours mutuels, Pays de Retz, Sainte-Pazanne. Cathétérisme de la vessie en plus de la visite, dix francs .... 10 fr.

Machecoul : catétérisme de la vessie en plus de la visite .... 10 fr.

Comme on le voit par les exemples précédents, dans tous les barèmes (assistance médicale gratuite, accidents du travail, soins aux victimes de la guerre) le cathétérisme de la vessie est qualifié officiellement « opération chirurgicale » et est payé en plus de la visite.

Conclusions : Le cathétérisme de la vessie constitue une opération chirurgicale, cette opération doit être payée en plus de la visite. »

Qu'ainsi, il n'est pas douteux, aux dires mêmes de l'expert, que le Dr H. a le droit de réclamer la somme de dix francs relatée en la citation, à laquelle il y a lieu d'ajouter la somme de un franc cinquante centimes pour tentative de recouvrement amiable.

Par ces motifs ; jugeant publiquement contradictoirement et en dernier ressort :

Condamnons D. à payer à H. la somme de onze francs cinquante centimes pour les causes sus énoncées avec intérêts de droit du jour de la demande, le condamnons en outre en tous les dépens.

Commentaires

En l'espèce, il s'agissait de l'interprétation d'un tarif imposé au médecin.

Alors qu'ayant loué ses services à une société de Secours mutuels, en acceptant de soigner les membres de cette dernière, pour un tarif fixé d'avance, à tant la visite, ou la consultation, le médecin soutenait que son accord avec la mutuelle ne visait que l'acte médical simple, appelé visite ou consultation, le client soutenait que cet acte médical devait comprendre tout ce que le praticien peut accomplir, professionnellement, au cours de la visite ou de la consultation.

Plus simplement, le client avait pris l'habitude de ne jamais payer son médecin et de laisser ce soin à la Société de Secours mutuels.

Il est tellement commode, pour un malade quelconque, de faire appel au médecin, de le déranger, tant qu'on croit en avoir besoin et de ne rien avoir à débourser, lorsqu'on peut laisser ce soin à un tiers payeur : mutualité, assistance médicale gratuite, Etat (pour les réformés de guerre), etc.

Le Corps médical réagit énergiquement : il ne veut plus de ces tarifs, qu'on lui impose, dans lesquels le client n'a rien du tout à débourser. Voilà pourquoi le projet de loi de M. Durafour est fort mal accueilli, dans les milieux médicaux, alors que le Ministre du travail demande au Parlement de décider que, désormais, le blessé du travail n'aura jamais à supporter une quote-part quelconque, pour les soins qu'il reçoit, que ce blessé soit un pauvre bougre d'ouvrier, ou qu'il soit le directeur largement appointé de l'usine.

C'est un acheminement vers le salariat médical : les médecins doivent-ils accepter de recevoir d'un tiers, qui n'est pas le malade, des honoraires déterminés à l'avance, sans que leurs clients soient appelés à leur payer une quote-part, ou un surplus, variable selon la condition de fortune du patient, le service rendu, la notoriété du médecin, le résultat obtenu, etc. ?

La question a une certaine gravité, à l'heure où se discute la loi sur les assurances sociales.

D'une part, dans les milieux ouvriers, certains émettent l'idée que le docteur doit être rémunéré intégralement par la caisse d'assurance, sans que le malade ait à intervenir en quoi que ce soit, pour le quantum des honoraires ; d'autre part, le Corps médical entend défendre la liberté de sa profession et ne pas la laisser asservir par une tarification, qui ressemble au salariat, au paiement à la pièce.

Aussi, le « Sou médical » n'a-t-il pas hésité à soutenir le procès ci-dessus, bien qu'il ne s'agisse que d'une somme de dix francs, car il y a un point de principe, qui a été jugé, à savoir qu'en sus de la visite ou de la consultation, doit être rémunéré tout acte médical, toute intervention chirurgicale, accomplis au cours de la visite, ou de la consultation.

Remarquons, en outre, que le juge de paix a alloué à notre confrère le remboursement de ses dépenses, pour frais de recouvrement, soit un franc cinquante.

Dr Paul Boudin.

AUTOUR DES THÉATRES

Comédie-Française : Les Compères du roi Louis.

J'avais laissé pressentir, parlant il y a quelque temps de la Revue de l'Odéon, que la Comédie-Française elle-même ne manquerait pas, l'été venant, d'avoir elle aussi sa Revue. L'été est venu et récemment eut lieu la première de la Revue de la Comédie-Française. Son titre : *Les Compères du Roi Louis*, son auteur, M. Paul Fort qui fut prince des poètes dans quelque closerie des Lilas et qui parait avoir écrit en prose à moins que quelques assonances qui se font entendre de ci, de là, ne soient des rimes. Le sous-titre de cette Revue est : *Chronique de France*, en cinq actes, il n'est pas inutile parce qu'il indique par avance, que dans l'esprit même de l'auteur, il ne s'agit pas d'une pièce, mais d'une chronique, c'est-à-dire d'une sorte de scenario au texte bref, sec et quelque peu concis à l'excès. Déjà cette année, une chronique du temps de Louis XI, *Le Miracle des Loups*, chronique cinématographique eut, au théâtre Marivaux, un énorme succès après lequel il restait encore place pour une Revue parlée dont les pittoresques compères du Roi Louis XI, et surtout le Roi lui-même, seraient les compères désignés. Il est peut-être regrettable que certaines finesses du texte soient accessibles à ceux-là seuls qui connaissent à fond l'histoire du temps et les pittoresques mémoires de Philippe de Commines ; l'auteur traite le public de la Comédie-Française en public averti, est-ce un hommage ou un calcul ? Espère-t-il que beaucoup de ceux qui reliront l'histoire de France au XVe siècle reviendront assister au défilé des tableaux et saisir dans le caractère et le costume de chacun des personnages ce qui lui aurait échappé à première vue ? Vraiment, c'est bien improbable.

La description de l'ambiance et des caractères est exacte mais peu fouillée, la psychologie en est fruste ; de nombreux travaux antérieurs avaient fixé en la forme analytique la manière d'être morale et physique de Louis XI et de ses compères ; d'autres plus récents avaient réalisé des synthèses assez saisissantes pour que les mobiles auxquels obéissait cette âme fuyante, subtile, féroce, sournoise aient été élucidés, et pour qu'apparaisse à l'évidence le point dominant. Louis XI aima par-dessus tout et avant tout la France ! Ce fut pour Elle, pour sa grandeur future, qu'il agit et qu'il tua. Sans ses historiens, Louis XI, au lieu d'avoir été un grand Roi, serait demeuré un personnage falot ; il n'est pas mauvais, aux jours que nous traversons (et où, sous une forme différente et pour d'autres raisons, la France a le plus grand besoin d'être aimée de ceux qui la dirigent), de voir évoquer l'esprit de Louis XI, rappel à l'esprit national par la présentation de manifestations d'activité souvent hésitantes, toujours, en fin de compte, tranchées dans le sens du but à atteindre, « la plus grande France », et résolues en se sens avec une âpreté de volonté qui pouvait aller jusqu'à la cruauté. Le Cardinal La Balue qui fut enfermé dans une cage de fer, dans la partie la plus basse de la Tour Louis XI, au Donjon de Loches, en fut le vivant exemple ; sa trahison fut punie par sa mise hors d'état de nuire, mais comme ses avis pouvaient être utiles à l'Etat et que sa mort aurait pu donner lieu à des complications vis-à-vis de la Papauté, Louis XI le garda près de lui à Loches ; il venait le consulter par un souterrain grâce auquel il pouvait s'assurer de l'exécution de ses ordres, et ses visites n'eurent peut-être pas uniquement pour but de narguer l'ennemi abattu.

Donc le texte est quelconque, il n'est pas d'une grande œuvre, il est d'un bon scénario, mais tel quel il eût été facile de l'améliorer en coupant l'attaque d'épilepsie, d'ailleurs médicalement bien exprimée par M. d'Inès, ce qui ne la rend pas plus séduisante, ni plus utile à la compréhension du tout. Il y a là usage de moyens révélés par le Grand Guignol, et qui n'ajoutent rien à la grandeur de l'ensemble. Le cinquième acte est nettement le meilleur, il gagnerait encore si les deux précédents n'en faisaient qu'un. On doit admirer sans réserve tout ce qui concerne la mise en scène et la richesse des décors et des moyens jusque dans les plus petits détails pour tout ce qui concerne le Plessy-les-Tours. On est obligé de songer à l'aspect sous lequel il apparaît à la sortie de Tours lorsqu'on le voit du train dans tout son style, non encore supprimé et on se prend à souhaiter qu'il puisse être restauré à l'intérieur en s'inspirant des décors de MM. Dethomas et Derved, qui pourraient avoir été les vrais décors de l'époque. En revanche le cachot de Loches, où se passe la scène entre Louis XI et La Balue, n'a que peu de rapport avec le cachot véritable ni avec ce que fut la cage d'après les documents conservés ou existant sur place, et c'est grand dommage, car il était aussi facile et aussi grandiose de s'en tenir à la vérité. Sans cette restriction qui n'est pas sans valeur, il aurait été possible à la Comédie-Française qui nous l'a présentée dans une atmosphère capable d'être la vraie de décréter que là sera désormais la vérité historique. C'est le propre de la chronique qui n'est, redisons-le bien haut, pas autre chose que ce que devrait chercher à être une Revue, de fixer par une synthèse parfaite en des scènes typiques qui règlent le temps, l'espace et les sentiments, la sorte de caricature par laquelle chacun des spectateurs conservera — de par l'atténuation obligée de la mémoire — le souvenir exact de ce qui représentera pour lui la vérité historique. Ce fut le rôle de l'illustration et de la peinture d'histoire.

M. d'Inès en Louis XI, Mme Berthe Bovy dans Marianne, M. Jacques Fenoux en confesseur, ont posé des silhouettes parfaites. Après tout, peut-être n'est-il pas juste de mesurer les éloges à l'auteur parce que son texte est à lui seul moins séduisant que l'ensemble de la pièce. N'est-ce pas son idée à lui qu'il a pu imposer aux décorateurs comme aux artistes et que tous à la Comédie-Française, ont placée sur le squelette de l'histoire parce que tous, gens érudits, ont, par la seule lecture du texte, réalisé la traduction scénique à la parfaite exécution de laquelle tous ont collaboré sans que la part de chacun y puisse être divisée :

« Salut à toi Soleil, à toi dont la lumière
« Se divise et demeure entière
« Ainsi que l'amour maternel ! »

Dr G. Paul-Manceau.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Enquête sociale

Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire Départemental d'Hygiène sociale de Béziers (Hérault).

(*Suite.*)

On peut enfin, au point de vue historique ou chronologique, diviser la ville de Béziers en deux parties bien distinctes : l'une, d'origine très ancienne, l'autre de création récente.

La ligne de démarcation suit approximativement, du Nord au Sud : l'avenue Maréchal Foch (ancienne avenue de Bédarieux), les Allées Paul-Riquet et l'avenue de la Marne (ancienne avenue des Casernes).

Tous les quartiers situés à l'Est de cette ligne ont vu le jour dans le courant du siècle dernier. Ce sont : l'Abattoir, le Marché-Neuf, Saint-Pierre, Les Poètes et la Gare. Les constructions y sont relativement neuves, ensoleillées et aérées et les rues larges, droites, praticables à tous les véhicules ; les espaces libres n'y sont pas rares ; on y trouve quantité de places et jardins et les principaux boulevards de la ville.

A l'Ouest sont : Saint-Aphrodise, la Madeleine, Saint-Nazaire, l'Hôtel de-Ville, la Citadelle et Saint-Jacques. Ces derniers quartiers, resserrés et étagés entre la crête du plateau et le lit de l'Orb, forment le « Vieux Béziers ». Entourés de remparts jusqu'en 1789, ils composaient alors toute la ville. Les 15 à 20.000 habitants qu'elle comptait logeaient dans leur enceinte.

Cette partie de la ville a une origine très ancienne, bien antérieure à la conquête Romaine, puisque les Romains s'emparèrent de Béziers en l'an 120 avant notre ère, et il n'est guère possible, ajoutent les historiens, de déterminer l'époque de sa fondation. Sans doute, au cours des siècles, elle a subi de nombreux bouleversements. Au Moyen-Age notamment, les guerres, les incendies et les pillages dont elle fut le théâtre durent modifier profondément et à diverses reprises son premier aspect. Au début du siècle dernier, les remparts disparurent. De nos jours enfin, des travaux importants ont complètement transformé, en les améliorant, les quartiers de l'Hôtel-de-Ville et de la Citadelle. Mais les autres sont tels, ou à peu près, qu'il y a cent ans. Il suffit d'ailleurs de les parcourir pour s'en rendre compte. Cette visite peut faire la joie de l'amateur d'antiquités et du touriste mais plonge l'hygiéniste dans le désespoir : rues étroites (certaines ont moins de deux mètres de largeur), sinueuses, tortueuses, grimpantes, mal pavées ou même pas du tout ; maisons peu ou pas ensoleillées ; logements exigus, bas de plafond, mal aérés et insuffisamment éclairés ; fenêtres ouvrant dans des rues trop étroites, souvent même dans des courettes ou des impasses qui sont de véritables puits ; atmosphère confinée ; pas ou peu d'espaces libres, ni jardins, ni places ou si petites que la qualification de carrefour leur conviendrait mieux ; encore moins d'avenues ou de boulevards : tel est dans son ensemble, la physionomie de ces quartiers et le milieu dans lequel vit une population de 20 à 25.000 âmes.

Il fallait en dire un mot ici. Nous verrons si, mal partagés au point de vue agrément et hygiène, « urbanisme » comme on dit aujourd'hui, ces quartiers payent un plus large tribut à la tuberculose.

CHAPITRE IV.

Contagieux « connus » dans Béziers. Leur répartition.

Le nombre des tuberculeux « positifs » habitant Béziers, « connus » du Dispensaire à la date du 1er mai 1925, est, avons-nous dit, de 324.

Nous aurions désiré en donner la répartition par quartiers. L'exposé en eût été intéressant et instructif à coup sûr. Mais, à côté de certains avantages, cette façon de faire nous a paru présenter de nombreux inconvénients : travail long, recherches laborieuses, craintes d'erreurs regrettables, etc. C'est pourquoi nous avons préféré adopter leur répartition par cantons suivant la division administrative de la ville : canton Nord et canton Sud.

On la trouvera dans une des colonnes du présent tableau :

	Superficie (en hectares)	Population	Densité par hectare	Nombre de mètres carrés dont dispose chaque habitant	Total des contagieux « connus »	Proportion par 1000 habitants des contagieux « connus »
Canton Nord . .	330	28.000	85	118	165	6 ‰
Canton Sud . . .	247	23.400	95	105	159	6.8 ‰

Ainsi, *à la connaissance du Dispensaire*, et, numériquement parlant, les deux cantons sont, à quelques unités près, également contaminés.

Mais la proportion, par mille habitants, des contagieux « connus » est un peu plus élevée dans le canton Sud qui a une population sensiblement inférieure.

Ce dernier paraît donc, *à la connaissance du Dis-*

pensaire toujours, plus contaminé proportionnellement, que le canton Nord.

***

Jusqu'à quel point ces chiffres correspondent-ils à la réalité, c'est-à-dire dans quelles limites le nombre des contagieux « connus » du Dispensaire, dans, chaque canton, se rapproche-t-il de celui des tuberculeux « existants » ?

Grâce à l'obligeance de M. le docteur Arquier, Directeur du Bureau municipal d'Hygiène, et du personnel de ce service, auxquels nous sommes heureux d'exprimer ici encore une fois nos remerciements, nous connaissons, pour chaque canton, la mortalité tuberculeuse « pulmonaire » pendant les années 1921-22-23 et 24, les quatre premières précisément de fonctionnement du Dispensaire, celles qu'embrasse notre étude.

Dans un même tableau, pour ne pas les multiplier outre mesure, nous faisons figurer :

1° Cette mortalité moyenne annuelle ;

2° La population de chaque canton (quoique déjà donnée) ;

3° La proportion, par 1.000 habitants, de la première par rapport à la seconde ;

4° Le nombre de contagieux « connus » du Dispensaire ;

5° Celui des tuberculeux (contagieux ou non) présumés « existants », obtenu en multipliant par le coefficient 6 (voir chapitre II) la mortalité pulmonaire connue ;

6° Le pourcentage des contagieux « connus » ;

7° Celui des tuberculeux (contagieux ou non) « inconnus » ;

8° La proportion, pour 1.000 habitants, des contagieux « connus » ;

9° La proportion, pour 1.000 habitants, des tuberculeux « inconnus » ;

10° Enfin, la proportion, pour 1.000 habitants, de la morbidité tuberculeuse pulmonaire présumée « réelle », —, contagieux « connus » et tuberculeux encore « inconnus ».

	Mortalité tub. pulm. moyenne annuelle (1921-22-23-24) (1)	Population (2)	Proportion par 1000 hab. de la mortalité tuberculeuse (3)	Tuberculeux contagieux «connus» (4)	Tuberculeux (contag. ou non) présumés «existants» (5)	Pourcentage des contag. «connus» (6)	Pourcentage des tubercul. « inconnus » (7)	Proportion pour 1000 hab des contag. « inconnus » (8)	Proportion pour 1000 hab. des tuberculeux «inconnus» (9)	Proportion pour 1000 hab. des tuberc. «connus» et «inconnus» (10)
Canton Nord	52	28.000	1.85 %o	165	312	52 %	48 %	6 %o	5.2 %o	11.2 %o
Canton Sud. .	37	23.400	1.58 %o	159	222	72 %	28 %	6.8 %o	2.7 %o	9.5 %o

L'examen de ce dernier tableau permet de faire les constatations suivantes :

1° la mortalité tuberculeuse, globale et proportionnelle, est plus élevée dans le canton Nord : 52 et 1.85 %o au lieu de 37 et 1.58 %o habitants ;

2° La morbidité tuberculeuse présumée « réelle », globale et proportionnelle, est également et comme conséquence, plus élevée dans ce même canton : 312 et 11.2 %o habitants, au lieu de 222 et 9.5 %o.

3° Le *pourcentage* des contagieux « connus » du Dispensaire est, au contraire, plus élevé dans le canton Sud : 72 % au lieu de 52 %, soit une proportion, pour 1.000 habitants, de 6.8 au lieu de 6. Ce qui revient à dire que le nombre des contagieux « connus » n'est pas fonction de celui des tuberculeux « existants ». L'écart, entre les deux, est sensible, d'un canton à l'autre, puisqu'il est de 147 pour le canton Nord et 63 seulement pour le canton Sud. Ces derniers chiffres représentent respectivement, pour chaque canton, le nombre des tuberculeux « existants » encore « inconnus » du Dispensaire à la date du 1er mai 1925, soit une proportion de 5.2 %o et 2.7 %o habitants.

Il y a lieu de remarquer en passant, si ce n'est déjà fait, que les chiffres de la colonne 5 du dernier tableau représentent la morbidité tuberculeuse « totale », c'est-à-dire les contagieux et les autres, les « positifs » et les « négatifs ». Le nombre de ceux-ci, peu élevé sans doute, ne saurait être évalué exactement. Leur présence n'en doit pas moins être signalée. Il en résulte que les chiffres de cette colonn devraient subir une correction préalable avant toute comparaison avec ceux de la précédente (contagieux « connus »). Toutefois cette correction serait légère et d'ailleurs du même ordre de grandeur pour les deux cantons. On peut donc considérer les constatations précédentes comme valables et parfaitement justifiées. On peut également considérer lesdits chiffres de la colonne 5 comme correspondant *approximativement* au nombre présumé « réel » de contagieux « existants ».

***

L'écart entre ces derniers et les contagieux « connus » du Dispensaire est, on vient de le voir, assez élevé d'un canton à l'autre. Et c'est dans les quartiers du canton « présumé » le plus contaminé que vivent « ignorés », « inconnus » de lui, de très nombreuses tuberculeux : 48 pour cent dans le canton Nord contre 28 % dans le canton Sud.

Pourquoi cette différence si grande ?

Parmi les raisons qui nous paraissent pouvoir être invoquées, nous n'en retiendrons que deux.

Il faut admettre, en effet, ou bien que les « consultants » dans tel quartier, sont venus plus nombreux, ou bien qu'ils ont été mieux sélectionnés.

La première hypothèse paraît plus plausible.

A Béziers, comme ailleurs probablement, la sélection des « consultants » du Dispensaire est faite en

grande partie par le corps médical puisque 60 % d'entre eux se présentent avec un mot de leur médecin traitant. Or, les médecins de la ville rayonnant indistinctement dans tous les quartiers il n'y a aucune raison de supposer que cette sélection est mieux faite ici que là.

Reste la seconde : dans certains quartiers les « consultants » sont venus plus nombreux.

C'est possible quoique nous n'ayons pas de statistique précise à ce sujet.

Mais alors on peut demander pourquoi certains quartiers ont fourni un contingent plus élevé de « consultants ? »

Le Dispensaire est, on le sait, ouvert à tous, riches et pauvres. Aucune formalité n'est exigée pour être examiné. Il suffit de se présenter. Toutefois il est fréquenté surtout par les pauvres, les indigents, les malheureux, fort peu par la classe aisée et autant dire pas du tout par la classe riche. Ces deux dernières dominent-elles dans certains quartiers, et les pauvres ou les indigents sont-ils les plus nombreux dans d'autres ? C'est encore possible. Mais ici nous entrons dans le domaine du sociologue et de l'économiste, qui n'est plus le nôtre.

***

En résumé, il résulte de tout ceci que les tuberculeux « connus » et « inconnus » du Dispensaire sont inégalement répartis dans la ville de Béziers. Les premiers sont, numériquement parlant, aussi nombreux dans les quartiers du canton Nord que dans ceux du canton Sud ; les seconds sont proportionnellement et numériquement plus nombreux dans les quartiers du canton Nord. Ce qui revient à dire que les quartiers de ce dernier canton « paraissent » plus contaminés « réellement » que ceux du canton Sud bien que le Dispensaire y « connaisse », relativement au chiffre plus élevé de sa population, une proportion moins élevée de « contagieux ».

Cette différence de contamination tuberculeuse tient-elle à une question de salubrité ? Nous ne le croyons pas. Dans chaque canton on trouve un nombre à peu près égal d'habitations soit sur le versant Ouest du plateau central, soit sur ce plateau lui-même, soit sur le versant Est. Le nombre d'artères orientées soit dans le sens Nord-Sud, soit suivant la direction Est-Ouest est aussi partout sensiblement le même. La seule différence est l'exposition Sud des quartiers du canton de ce même nom, tandis que les quartiers du canton Nord sont légèrement inclinés vers le septentrion. Ces derniers sont donc atteints plus directement et plus violemment par les vents froids du Nord dont ils arrêtent l'élan et protègent ainsi les autres quartiers de la ville. En outre ils sont peut-être, en hiver surtout, moins longtemps ensoleillés, les rues étroites principalement. Cette considération mérite-t-elle qu'on s'y arrête ? Il serait prudent, à notre avis, de ne pas lui attribuer, à Béziers tout au moins, une importance trop grande. Il faudrait au préalable l'étayer sur d'autres observations semblables et concordantes faites dans d'autres villes du littoral méditerranéen ou du midi de la France.

Par ailleurs, pour épuiser la question salubrité, il est aisé de se rendre compte en se reportant à la topographie descriptive de la ville, ébauchée au chapitre précédent, que chaque canton compte un nombre égal de quartiers « neufs » et de « vieux » quartiers. La superficie et la population des uns et des autres est ici et là sensiblement la même. Si les quartiers « neufs » répondent mieux à tous les desiderata de l' « urbanisme » moderne et si les « vieux » quartiers ont une réputation — incomplètement justifiée peut-être — d'insalubrité, il est juste de reconnaître qu'à ce point de vue les deux cantons sont équitablement partagés.

Il faut donc admettre l'intervention d'autres facteurs.

***

Y a-t-il une relation quelconque entre, d'une part, la mortalité tuberculeuse, la morbidité tuberculeuse « connue » et « inconnue » et, d'autre part, l'importance de la population et sa densité ?

Il ne paraît pas.

Les quartiers du canton Nord, le plus contaminé, sont numériquement plus peuplés, il est vrai. Mais la densité de la population y est un peu inférieure, 85 habitants par hectare au lieu de 95, et chaque habitant y dispose de 118 mètres carrés au lieu de 105. La relation ici est donc inverse et telle qu'on peut presque formuler la proposition suivante : à Béziers, la mortalité tuberculeuse, et par suite, la morbidité tuberculeuse, sont, dans les différents quartiers, d'autant plus faibles que la densité de leur population est plus élevée et leur superficie moins étendue.

C'est paradoxal sans doute et la proposition va à l'encontre des idées régnantes. Mais les faits sont là et nous ne pouvons que les enregistrer et les laisser parler.

***

Jusqu'ici, une explication satisfaisante de l'inégale répartition de la tuberculose dans la ville de Béziers reste donc encore à trouver.

Le problème subsiste tout entier.

Pour le résoudre, si toutefois il est soluble, il faut chercher ailleurs et poursuivre l'enquête sur d'autres champs d'observation.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CAYLA, de Bergerac (Dordogne). — M. le Dr FEYAT, de Saint-Symphorien-d'Ozon. — M. le Dr PARENT, de Lons-le-Saunier. — M. le Dr Louis DELGRANGE, de Hasnon. — M. le Dr VUILLAUME, de Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).

— **Paris. Médecins de l'état civil.** *Honoraires.* — Le Conseil général de la Seine vient de prononcer le renvoi à l'administration de la délibération suivante :

« Les honoraires des médecins d'état civil sont portés aux taux suivants : 14 fr. pour les constatations des naissances ; 16 fr. pour les constatations des décès. »

— **Examens de doctorat en médecine.** — Le paragraphe 6 de l'article 22 du décret du 10 septembre 1924 est *remplacé par les dispositions qui suivent :*

« Tout candidat n'ayant pas obtenu dans un examen au moins cinq points pour une matière, tant à l'épreuve écrite qu'à l'épreuve orale, est ajourné, pour cette épreuve, à la session d'octobre-novembre. Il est renvoyé à la session de juillet suivante en cas de nouvel échec, sous réserve des dispositions prévues par le décret du 17 février 1926. »

— **Hôpitaux de Paris.** *Indemnités aux internes.* — Le *Conseil municipal de Paris* vient d'émettre le vote suivant :

« A dater du 1er juillet 1926 : Le taux de l'indemnité représentative de logement accordée aux internes en médecine et en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris est porté de 1.200 à 2.400 fr. par an ; les internes en médecine et en pharmacie recevront la fourniture gratuite des vivres destinés à la préparation des deux repas quotidiens, les internes mariés pouvant sur leur demande recevoir au lieu et place des vivres en nature l'indemnité en espèces d'après le barême établi par l'administration. »

— **L'enseignement de la médecine des accidents du travail.** — Une chaire vient d'être créée à la Faculté de médecine de Genève pour l'enseignement médico-chirurgical des questions concernant les accidents du travail. Le premier titulaire de cette chaire est M. Ch. Juillard.

— **Ve Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie.** — Le Ve Congrès roumain d'oto-rhino-laryngologie aura lieu à Bucarest les 24 et 25 octobre 1926, dans le grand amphithéâtre de l'hôpital Coltea, sous la présidence de M. Al. Costiniu.

Rapports : 1° *Les végétations adénoïdes du point de vue endocrinique.* Rapporteurs : MM. Holeszar (Cluj), Vasiliu et Tatarsky. 2° *La surdi-mutité en Roumanie.* Rapporteur : M. Daraban.

Faire parvenir au secrétaire général, M. L. Mayer-sohn, 81, Calea Mosilor (Bucarest,) le titre des communications et des mémoires avant le 1er octobre 1926, dernier délai.

— **Société amicale des médecins de Toulouse à Paris.** — Les docteurs Terson, Durand, Reinflet, Digeon, Mont-Refet, Esclavissat, David de Prades, Lévy, Lebar, Millas, Andreu, Faulong, Privat, Groc, Caujole, Mlle Bouteil, les docteurs Busquet, Bory et Péribère assistaient le 30 juin dernier à la dernière réunion de la saison de la Société Amicale des Médecins de Toulouse à Paris.

S'étaient excusés les docteurs Clavel, Cany, Molinéry, Loge, d'Ayrenx, Caraven, Bourguet, Simon, Roule.

Comme à l'accoutumée, réunion pleine de bonne humeur et d'éloquence. Le Dr Dartigues apporta des précisions intéressantes sur la fondation prochaine du *Foyer du Médecin* à Paris, appelé au plus brillant succès. Et l'on se sépara en se donnant rendez-vous pour la fin d'octobre prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr R. Groc, secrétaire général, 40, rue d'Enghien, Paris (10e).

— **Les médecins en Russie soviétique.** — **Le Comité Central de l'Union des Syndicats de médecins de l'U. R. S. S. a reçu, en dix mois de l'année 1925, 1.936 offres de places pour les médecins. Ce chiffre, comprenait 1.114 spécialistes. Par contre, les demandes de travail de la part des médecins ont été tout à fait insignifiantes.**

En même temps, ce qui paraît paradoxal, il y a dans l'U. R. S. S. près de 10.000 médecins sans travail, dont 6.000 des promotions de 1923-1924. Presque la totalité de ceux-ci se trouve dans les villes. Ainsi, à Moscou, on compte plus de 2.500 médecins inoccupés, alors que les campagnes manquent de praticiens. D'autre part, on donne la préférence aux médecins ayant un stage clinique, ce pourquoi les jeunes des dernières promotions ont de la difficulté pour trouver un poste. 60 % des sans-travail sont des femmes.

(Revue franco-russe de médecine).

— **Une vieille science : l'astrologie.** — Nous croyons savoir qu'un groupe vient de se constituer en vue de rétablir au rang qui lui convient une vieille science, très honorée jadis, puis délaissée : l'astrologie.

Ses membres, recrutés parmi les savants et les amateurs les plus autorisés, comptent s'appuyer sur les procédés les plus modernes et les découvertes scientifiques les plus récentes pour en démontrer les innombrables possibilités.

Le siège de ce Centre d'Etudes Astrologiques, serait au 53, rue de Chabrol, Paris. Les médecins qui s'occupent de cette science ou ceux qui désirent s'y intéresser, sont priés d'envoyer leur adresse au Centre d'Etudes.

(Communiqué.)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

l'évaluation des incapacités. Il va sans dire que, lorsque le blessé est gaucher, ce sont les chiffres adoptés pour le pouce droit qui doivent être appliqués pour le pouce gauche et vice-versa.

Dans ces conditions, il nous semble que les 20 % proposés par l'assurance sont insuffisants et que le blessé a eu raison de les refuser.

Aux termes de l'article 16 de la loi sur les accidents du travail, le Président du Tribunal, en conciliation, peut commettre un expert, qui doit déposer son rapport dans la huitaine, mais, pour cela, il doit avoir le *consentement* des parties. Votre blessé aurait donc pu refuser l'expertise. S'il ne l'a pas fait, aucun recours n'est plus possible.

Mais cette expertise ne liera pas le blessé qui pourra refuser de se concilier sur le rapport de l'expert. L'affaire sera alors renvoyée devant le Tribunal et un avoué sera désigné pour prendre les intérêts du blessé.

Devant le Tribunal, il sera possible de contester le rapport et même de demander une nouvelle expertise, en basant la demande sur des certificats médicaux.

Dans les conditions où se présente l'affaire, une plainte contre le Président paraît avoir peu de chance de succès ; il est même préférable, dans l'intérêt du blessé, de s'en abstenir.

2435. — Fourniture des appareils de prothèse.

Je suis encore une fois obligé d'avoir recours à votre si obligeante revue pour le petit renseignement suivant :

J'ai soigné un accidenté du travail ayant fait une chute de bicyclette et ayant eu, parmi d'autres blessures, deux dents brisées au ras du collet. La compagnie d'assurances refuse de faire remplacer ces dents ; est-ce son droit ? J'estime que le dommage reste alors grand pour l'accidenté.

Dr B.

Réponse.

D'après la jurisprudence, seuls peuvent être mis à la charge du patron les appareils employés dans un but thérapeutique, dans l'intention d'améliorer l'état du blessé ou de hâter sa guérison. Ces appareils constituent alors un accessoire de l'indemnité temporaire, au même titre que les frais médicaux et pharmaceutiques.

Mais les appareils de prothèse doivent toujours rester à la charge du blessé. Il en est ainsi particulièrement pour les appareils de prothèse dentaire. C'est donc à bon droit que l'assurance refuse de faire remplacer les dents que votre blessé a perdues dans l'accident.

2509. — Frais médicaux en cas de revision.

Un ouvrier victime d'un accident du travail et pourvu d'une rente viagère fixée par le tribunal il y a moins de 3 ans, pour ankylose partielle du coude, voit son impotence augmenter et vient me consulter. Je juge qu'une radio et peut-être une intervention seraient nécessaires, avant de demander une révision de l'indemnité par voie judiciaire.

L'assurance est-elle obligée de supporter ces nouveaux frais médicaux, quoique la révision n'ait pas encore été demandée ou bien faut-il d'emblée demander la révision ?

En cas de révision, si les experts reconnaissent la nécessité d'une radio ou d'une intervention, est-ce obligatoirement aux frais de l'assurance ?

Dr T.

Réponse.

Les frais médicaux et pharmaceutiques ne constituent qu'un accessoire de l'indemnité temporaire et cessent d'être dus en même temps qu'elle.

Si, postérieurement à l'attribution de la rente, des soins deviennent à nouveau nécessaires, ils restent à la charge du blessé.

Par conséquent, dans votre cas, votre blessé peut se faire opérer, sans avoir à demander d'autorisation à la compagnie d'assurances. Un simple avis sera suffisant. Mais les frais de l'intervention et de la radio ne pourront, en aucun cas, être mis à la charge du patron ou de l'assurance.

Si, après l'Intervention, vous estimez que l'incapacité du blessé reste aggravée, celui-ci pourra introduire une action en révision par simple déclaration au greffe du Tribunal civil de l'arrondissement dans lequel l'accident s'est produit, et à la condition que moins de trois ans se soient écoulés depuis l'accord intervenu devant le président ou la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Application du Tarif Durafour.

I

2467. — Blessures multiples.

J'ai eu à soigner un blessé et voici les interventions faites :

1° Sutures (3 doigts) d'une plaie.
2° Contention d'une fracture de côte.
3° Injection de sérum antitétanique.

Comme on ne doit pas cumuler, comment dois-je faire ma note? J'ai fait un certificat initial assez long; est-il taxé 10 fr. dans ce cas ?

Dr G.

Réponse.

Il s'agit ici de blessures multiples (article 14), plus une injection antitétanique. Il n'y a pas de « pansements », mais *trois interventions* que vous devez compter séparément, à savoir :

1° Trois points de suture (sutures multiples), 25 fr., art. 17.

2° Contention de fracture de côte, 20 fr., art. 18.

3° Injection antitétanique, 20 fr., art. 16.

Par contre, si vous n'avez fait, comme il est probable en l'espèce, que définir simplement les lésions, il n'y a pas là véritablement de « certificat descriptif ».

F. D.

II

2464. — Visites dites « de contrôle ».

A quel prix doit-on compter les consultations de contrôle ? c'est-à-dire à mon cabinet ; les visites de contrôle ? c'est-à-dire en ville, accidents du travail.

Des compagnies payent 15, d'autres 17, d'autre 18 fr.

Dr P.

Réponse.

1° Il n'y a pas de « consultations de contrôle » dans le tarif des accidents du travail. Il n'y a que des *visites*, dont il est parlé à l'article 3, a). « Visites ... dans les cas prévus, etc... » qui sont ce que nous appelons, pour simplifier, des « visites de contrôle ». Or, ces visites, qu'elles aient lieu au domicile du médecin traitant ou au domicile du malade (d'après les accords pris entre les deux confrères) sont payées le prix de la visite plus 50 %, pour la *première visite*. Les autres, effectuées pour d'autres blessés « au cours du même rendez-vous » ne sont l'objet d'aucune majoration (article 3, 4e alinéa).

Conclusion. — En cas d'une seule visite de contrôle, vous avez à compter 10 plus 5, soit : 15 francs. Si plusieurs visites (3 par exemple), comptez : 15 plus 10, plus 10, soit 35 francs pour les 3.

2° Maintenant, si vous avez eu à vous *déplacer*, dans ces cas, c'est une question en dehors de celle des « visites de contrôle ». Qu'il s'agisse de celles-ci *ou non*, vous avez à compter : *a*) dans les grandes villes et assimilées : 2 francs par déplacement ; *b*) dans les autres communes, 1.10 par kilomètre parcouru, suivant le tarif habituel des déplacements (article 2).

F. D.

III

2431. — Seconde réduction d'une même fracture.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire, par l'intermédiaire du *Concours médical*, auquel je suis

abonné, quels honoraires je puis demander dans le cas suivant. Il s'agit d'un accident du travail :

Fracture de jambe, tiers moyen non consolidée au bout de 4 mois. La déviation de la jambe, à la suite d'un essai de marche pendant 8 jours, m'a amené à faire : anesthésie intrarachidienne. Redressement forcé, appareil de marche, genre Delbet. (naturellement j'avais fait, le jour de l'accident, une réduction avec appareil plâtré).

Dr D.

Réponse.

Vous avez fait, en réalité, une *deuxième* réduction et même, cette fois, sous anesthésie intra-rachidienne, et cela par suite de non consolidation au bout de 4 *mois*. Il me semble qu'il y a là une *nouvelle intervention*, totalement différente de la première et trop importante pour qu'on pût faire usage de la rubrique : « Toute répétition d'appareils plâtrés . . . 50 fr. » (article 18, *in fine*).

Je trouverais donc équitable de compter *de nouveau* : « réduction et contention de fracture de jambe : 150 fr. » puisque c'est cela même que, pour une raison ou pour une autre, vous fûtes obligé de faire *quatre mois* (je le répète et non une semaine ou deux) après l'accident et par suite d'une *complication*, consécutive et éloignée du traumatisme primordial.

F. D.

IV

2415. — Débridement du trajet d'une piqûre présumée septique.

Voudriez-vous signaler au docteur Decourt, une omission du tarif Breton (ou plutôt Durafour) pour un cas observé fréquemment à la campagne :

Il s'agit de blessure des parties molles par instrument piquant (fourche), généralement très septique (en manipulant du fumier par exemple) : dans ce cas, le blessé vu immédiatement, j'ai l'habitude de faire, pour prévenir l'apparition immanquable d'un bel abcès gangréneux, — un débridement large, avec épluchage du trajet de l'instrument piquant, puis je laisse la plaie ouverte avec une mèche.

Que compter dans ce cas : je ne puis suturer immédiatement en raison de la nature extraordinairement septique de l'agent vulnérant et ne puis par conséquent compter « régularisation, épluchage et suture » (40 à 100 suivant le cas).

Je ne puis non plus compter « ouverture d'abcès ou de phlegmon », puisque mon intervention a eu précisément pour but de prévenir l'apparition de cet abcès ?

Il semble qu'un article nouveau du tarif s'imposerait.

Dr S.

Réponse.

Cas intéressant, en effet, mais qu'on peut tarifer suivant la profondeur et l'étendue du débri-

dement par analogie avec une « ouverture d'abcès superficiel ou profond », puisqu'il s'agit bien, en réalité, de l'*ouverture* d'un trajet présumé septique. Par contre, je ne vois guère d'analogie possible avec un « épluchage, etc. », attendu qu'il n'y a là ni anesthésie générale, je pense, ni suture, ni réunion par première intention, etc... en somme tout ce qui constitue *essentiellement* l'épluchage (voir article 17, note 1).

F. D.

V

2424. — Radiographie à travers appareil plâtré.

Je serais désireux d'avoir votre opinion sur le cas suivant :

Il s'agit d'un accidenté du travail pour lequel je fais une radiographie du poignet face et profil *à travers appareil plâtré.*

Je réclame à la Compagnie d'assurances, 60 fr. (poignet : face et profil) + 20 fr. (supplément, pour cliché face à travers appareil plâtré) + 20 fr. (supplément pour cliché profil à travers appareil plâtré = 100 fr. Le tarif Breton déclare en effet ceci : « Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré, il sera perçu une somme de 20 fr. en rémunération de ..., etc. « Ces prix s'entendent *pour un seul cliché* de la région et deux épreuves ».

Je pense donc avoir bien interprété le règlement. Cependant la compagnie d'assurances ne veut m'allouer que 80 fr. (60 + 20 fr.).

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire ce que vous en pensez ?

Dr B.

Réponse.

Je vous signale tout d'abord, une erreur de base : « poignet, face et profil : 50 francs » (et non 60). Ceci dit, il n'y a aucun doute, à mes yeux que vous avez raison de compter un supplément de 20 fr. pour *chaque* cliché (sans parler des suppléments généraux de 20 % pour toute radio, ainsi qu'il est dit dans le tarif Durafour, article 26 VI, *in fine*).

Et vous avez raison, parce qu'il est dit (article 26, VII, observations) :

a) « ... il sera perçu une somme de 20 francs, en rémunération de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir *un* bon cliché dès la première pose.

b) « Ces prix s'entendent pour *un seul* cliché de la région et deux épreuves ».

Or, dans votre cas, de radio de face plus radio de profil, vous aviez à faire deux clichés et quatre épreuves, donc *deux fois* ce qui est « rémunéré par une majoration de 20 francs ».

Conclusion. — Vous avez donc à compter 50 plus 20 plus 20, soit 90 francs, plus 20 % soit au total : 108 francs.

F. D.

Assistance

2447. — Domicile de secours.

Une femme indigente, abandonnée par son mari, est partie à Paris pour gagner sa vie et celle de ses enfants qu'elle a laissés à la garde de ses vieux parents. Un de ces enfants est gravement malade ; le maire de la commune refuse de le faire inscrire à l'*Assistance médicale gratuite* sous prétexte que la mère n'habite plus le pays. Il y a là, il me semble, de la part du maire, un abus d'autorité, qui a son origine dans une vieille rancune politique. *Que faut-il faire ?*

Dr A.

Réponse.

Si la femme en question n'est pas divorcée ou séparée de corps, le domicile de secours des enfants est celui du père. Si celui-ci est domicilié dans la commune, le maire ne peut se refuser à inscrire les enfants sur la liste ; s'il s'y refuse, le représentant des enfants peut se pourvoir devant la commission cantonale.

S'il n'y réside pas, le maire ne peut évidemment inscrire les enfants sur la liste permanente de la commune, puisqu'ils n'y ont pas leur domicile de secours. Mais il peut les admettre vu l'urgence, suivant la procédure fixée par les articles 20 et 21 de la loi du 15 juillet 1893.

Je ne vois d'autre moyen de le contraindre à le faire que de s'adresser au préfet.

B. AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation.

Fiscalité

2170. — Droits sur deux autos ne sortant pas simultanément.

A la lecture de votre réponse 1421 dans le numéro du 23 mai du *Concours médical*, je me suis empressé, étant dans le cas du propriétaire de deux autos ne circulant pas simultanément, d'envoyer une réclamation à la Direction des contributions indirectes pour obtenir de ne payer que sur la plus forte de mes deux voitures, et citais la référence du *J. O.* que vous avez donnée.

1re *Réponse* : combien de fois environ sortez-vous par mois avec votre seconde voiture ? deux ou trois fois environ.

2e *Réponse* : autorisation refusée.

Et voilà où j'en suis. Or je vous prie de vouloir bien me donner votre avis sur ce que je dois faire maintenant pour gagner mon procès ?

Dr X.

Réponse.

Nous estimons que vous avez peu de chances de gagner votre procès car l'administration ne

semble vouloir accorder l'exonération que si, par exemple, l'une des voitures est une voiture de secours destinée à remplacer l'autre en cas d'immobilisation accidentelle.

Conformément à la réponse ministérielle parue au *Journal officiel* du 2 décembre 1925, il faut que les mutations ne présentent aucun caractère de fréquence et de périodicité.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2354. — Revenu professionnel. Déclaration et justifications.

Je viens de recevoir du contrôleur la note suivante :

« Je vous serais très obligé de me faire connaître « d'urgence : 1° pour les années 1920 à 1924 inclus « le revenu brut recettes.

« 2° Le relevé détaillé de vos dépenses professionnelles, en ce qui concerne les années 1920 à 1925 « inclus ».

Je déclare environ 15.000 francs de revenus nets pour ma profession, ceci est fait approximativement.

Je n'ai aucune comptabilité justificative ni pour mes recettes ni pour mes dépenses.

Il y a 32 ans que j'exerce, et je n'envoie pas mes notes régulièrement ; je prends l'argent quand on me le donne et malheureusement pour moi, de cette façon je laisse beaucoup d'argent en arrière.

Je viens donc vous prier de me dire quelle doit être ma ligne de conduite :

Dois-je aller trouver ce contrôleur et m'expliquer avec lui, ou vaut-il mieux ne pas le voir ?

Dois-je attendre qu'il me taxe d'office ? Dois-je faire un compte à peu près ?

Dr G.

Réponse.

Nous vous conseillons d'aller voir le contrôleur pour vous expliquer avec lui au sujet de vos déclarations, mais nous tenons à vous faire observer que, pour l'année 1925 tout au moins, le contrôleur peut exiger que vous lui fassiez connaître, avec justifications à l'appui, les chiffres demandés : recettes brutes et dépenses professionnelles.

Il serait bon que vous établissiez approximativement un compte pour chacune des années envisagées.

A. M.

Questions médico-militaires

2350. — Demande de pension.

Veuillez avoir l'obligeance de me dire à qui la veuve d'un pensionné de guerre pour tuberculose, doit adresser sa demande de pension ?

Dr D.

Réponse.

C'est au sous-intendant militaire, chargé des pensions pour la région, que la veuve doit adresser sa demande. Celui-ci se charge ensuite de réunir toutes les pièces nécessaires au dossier.

2033. — Pièces à produire pour demande de pension.

Un de mes malades, blessé de guerre mais non pensionné et n'ayant jamais sollicité de pension, est immobilisé et souffre actuellement du fait de multiples éclats de grenade restés dans la cuisse (vérifiés radiographiquement).

Quelles sont, pour l'établissement d'une demande de pension, les pièces qu'il doit réunir et à qui doit-il les envoyer ?

Dr L.

Réponse.

Il suffit à votre blessé d'adresser, sous pli recommandé, au directeur du service de santé de sa région, une demande de visite pour l'obtention d'une pension de guerre, en indiquant, par exemple, la date de la blessure, la nature des pièces d'origine, etc.

Le médecin chef du centre de réforme le plus rapproché recevra ensuite l'ordre de constituer le dossier et de faire procéder aux examens médicaux.

1913. — Périodes d'instruction.

Je viens de lire que de juillet à octobre cette année seront convoqués pour une période de 28 jours les officiers de réserve de toutes classes et de toutes armes ou services proposables pour l'avancement, est-ce que j'appartiens à cette catégorie ?

Classe 1913. Blessé comme médecin auxiliaire et versé, en 1918 S. X. avec 20 % pension, j'ai été néanmoins sur ma demande nommé aide-major en février 1924, il y a donc un peu plus de 2 ans.

2° Au cas ou je désirerais accomplir une période, puis-je demander un sursis me repoussant en octobre ou novembre ? Car durant l'été il m'est difficile de m'absenter dans mon village de haute altitude ; c'est pour moi la période de l'année la plus lucrative à cause des estivants.

Dr X.

Réponse.

Il est exact que, d'après les dernières instructions, les médecins de complément, proposables pour l'avancement, doivent cette année exécuter une période d'instruction, conformément aux dispositions réglementaires.

Vous pouvez fort bien exposer votre cas à votre directeur du service de santé ; nul doute qu'il vous donne satisfaction et vous permette de repousser votre période à octobre ou novembre.

Quarante-huitième année — N° 35 — 29 Août 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2204-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1[re] Zone 55 fr. — 2[e] Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud. Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les-Bains Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Evaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les Bains. Auboux. Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Dégos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponson.

Vichy Ambiès, Bargy, Cahen, Canlon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farré (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

AVIS

Les confrères sollicités de s'installer à Loubert ou à Roumazières (Charente) sont avertis que l'agglomération constituée par ces deux communes est très suffisamment desservie par un médecin qui y exerce depuis un certain nombre d'années.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 392. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 393. — Poste seul proph. demi-repos, 60 km. Paris, rapp. 30.000 plus pharm., susc. aug. à volonté. Charm. propr. camp., beau jard., dépend., 2 garag., pas de loy., long bail, méd. ch. de fer. Rais. de fam. 25.000 compt. plus pharm. pr. coût.

N° 394. — A vend. appar. électr. « Multiplex » moteur av. flexible Cautère et Lumière sinusoïdal et galvanique avec milliampèrem. Shouté. Continu 110 volts. Dr Touillon, à Bourg (Ain).

N° 395. — A vend. pour le 30 sept. auto 6 CV. Renault, 4 pl. cond. int. souple, ach. neuve le 1er juillet 1926. Prix : 25.000. Faire off. : Dr Vergeron père, à Saint-Savin (Gironde).

N° 396. — Infirmier 25 a., très au courant, dem. place Paris ou province. Ecr. Champeau, 5, rue des Capucins, Lyon.

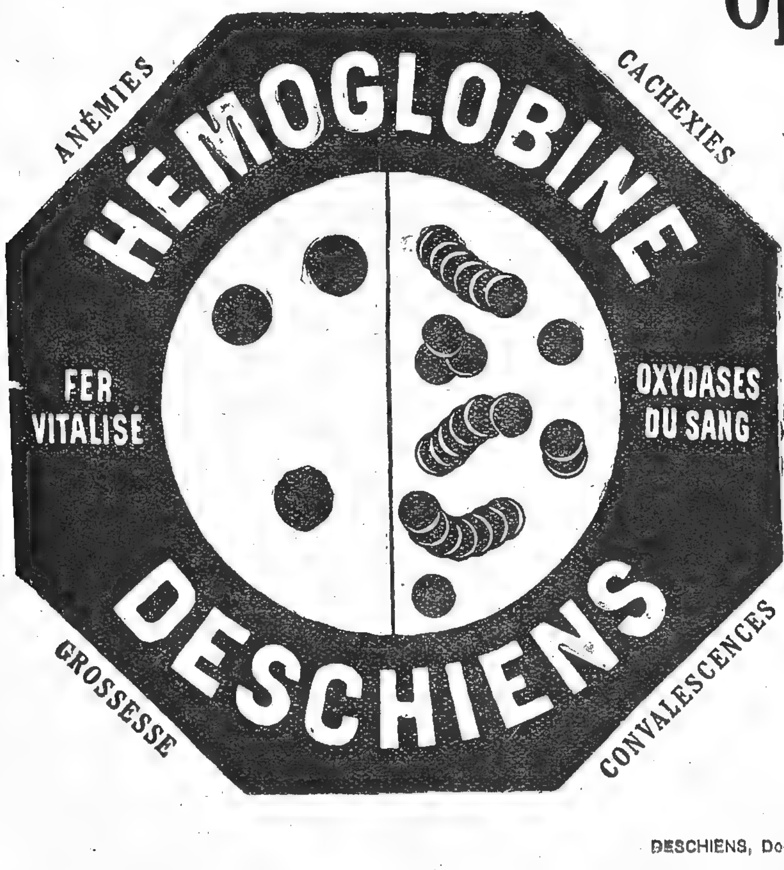
N° 397. — Dr recomm. jeune dame désirant servir d'aide auprès méd. ou pharm. Ferait gardes.

N° 398. — Banlieue immédiate, noyau de clientèle. Maison particulière. Indemnité à débattre.

N° 399. — Bords Seine, client. mi-rur., mi A. T., fixe 10.000, rapp. pour 1926, 60.000 env. Loyer grat., mais. 7 p., garage et jardin. Indemn. 20.000 (facilités). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 400. — Rég. Nord, ville importante, cab. voies urin. et méd. génér. Mais. seule, rapport 120.000, indem. 60.000 dont 1/2 compt., en rais. de l'urgence. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 401. — Sage-femme, infirn. dipl. 33 a. dés. trouver pl. stable dans clin. ou hôpit., rég. du Centre de préfér.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Un écho de notre Concours.** — MM. les docteurs DELAVILLE et DESCHAMPS (1) ayant, dans le concours de 1926, gagné une prime de cent francs, l'ont abandonnée à la Caisse d'amortissement pour le relèvement du franc, en nous priant de la verser à cette Caisse avec *mille francs*, qu'ils nous ont remis à cet effet.

Nous avons donc versé en leur nom 1.100 francs à la Caisse d'amortissement. Et nous publierons prochainement l'article qu'ils avaient écrit pour le concours, et celui où ils exposent les raisons pour lesquelles ils ont fait de la prime qui leur a été attribuée l'usage excellent qui vient d'être indiqué.

— **Citations à l'ordre de la Nation à titre posthume.** — Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Danne (Gaston), directeur du laboratoire d'essais de substances radioactives de Gif, ingénieur chimiste des plus distingués, élève du professeur Curie. A contribué, par ses recherches personnelles, à la découverte et à la mise au point de plusieurs appareils destinés au traitement du cancer. Malgré l'altération progressive de sa santé, a poursuivi ses travaux avec un véritable héroïsme Est mort à quarante et un ans d'une anémie pernicieuse à allure foudroyante provoquée par l'action nocive et sournoise des rayons du radium.

— Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. le docteur Ménard (Maxime), chef du service de radiologie à l'hôpital Cochin. Martyr de la science, qu'il a servie avec la plus complète abnégation ; depuis 1908, n'a pas cessé de poursuivre, malgré plusieurs mutilations, ses recherches sur les applications thérapeutiques des rayons X. Est mort, à cinquante-trois ans, d'un cancer de la face contracté au cours de ses travaux. (*Journ. off.*, 13 août.)

— **Congrès.** — Les 21, 22, 23 septembre 1926, à Montréal, Congrès de l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du nord.*

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — Du 1er au 15 septembre (première série) et du 1er au 15 octobre (deuxième série), cours élémentaire de pratique obstétricale d'une durée de deux semaines (Droit : 150 fr.)

— **Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.** — Le Dr Chaillous, assisté du Dr Margerin, fera, en novembre prochain, un cours pratique de réfraction, avec examen de malades. Inscriptions auprès du Dr Margerin, 13, rue Moreau, les mardi, jeudi, samedi, de 2 à 3 heures.

(1) Pseudonymes ?... Peut-être ! La rédaction du *Concours médical* enregistre le beau geste des Drs Delaville et Deschamps, sans leur connaître actuellement d'autre nom.

— **Marseille.** *Internat.* — Un concours pour 10 places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 4 octobre. Peuvent concourir les externes des hôpitaux de Marseille, les internes et externes des hôpitaux annexés à une Faculté, pourvus de 8 inscriptions. L'entrée en exercice se fera le 1er janvier 1927, pour quatre années. Clôture de la liste d'inscription le 20 septembre prochain.

A TRAVERS L'OFFICIEL

12 *août*

Asiles publics d'aliénés.

Décret du 31 *juillet* 1926 *fixant les nouveaux traitements des médecins du cadre des asiles publics d'aliénés de la Seine.*

Art. 1er. — Les traitements des médecins du cadre des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés, à dater du 1er janvier 1925, de la manière suivante :

5e classe	21.000 fr.
4e classe	22.000 »
3e classe	23.000 »
2e classe	24.500 »
1re classe	26.000 »

Art. 2. — Les médecins du cadre des asiles de province, entrant après concours dans le cadre des asiles de la Seine, sont nommés dans la classe comportant un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur à celui dont ils jouissaient dans leur situation précédente.

Dans le cas où ces praticiens sont nommés au traitement égal, ils conservent dans leur classe du cadre de la Seine l'ancienneté qu'ils avaient dans leur classe du cadre général.

Art. 3. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Brevet d'infirmières.

Ont été approuvés :

Le règlement de l'Ecole régionale d'infirmières des hospices civils de Nantes, section d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance ;

Le règlement de l'Ecole d'infirmières d'hygiène sociale de Marseille, section d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

14 *août*

Infirmières des hôpitaux militaires.

Décret du 6 *août* 1926 *fixant le statut des infirmières des hôpitaux militaires.*

Ce document sera publié ultérieurement.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Pas de secrétaire administratif dans les Commissions départementales de contrôle.

7592. — M. Parvy, député, demande à M. le Ministre des Pensions : 1° quelles sont les attributions au sein de la commission de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques, prévu par la loi du 31 mars 1919, du secrétaire administratif nommé par l'administration préfectorale qui, la plupart du temps, est par ailleurs un fonctionnaire de la préfecture ; 2° si ce fonctionnaire, au sein de la commission, a droit de proposition et de vote. (*Question du* 18 *mars* 1926.)

Réponse. — Le décret du 25 octobre 1922 ne prévoit pas de secrétaire administratif dans les commissions tripartites départementales.

(*J. O.*, 12 août 1926.)

Concours d'infirmières des hôpitaux militaires.

9242. — M. Gaston Hulin, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° quel a été le nombre des candidates à l'emploi d'infirmières des hôpitaux militaires en 1926 et combien d'entre elles ont été reçues au concours ; 2° quels sont les textes qui établissent le statut des infirmières des hôpitaux militaires et, spécialement, quelles sont les garanties qui leur sont accordées en cas de déplacement. (*Question du* 27 *juillet* 1926.)

Réponse. — 1° 68 candidates se sont fait inscrire pour prendre part au concours d'infirmières des hôpitaux militaires ; 52 candidates, à la suite des épreuves écrites, ont été admises à prendre part aux épreuves définitives ; 41, sous réserve de la constatation de leur aptitude physique, seront admises en qualité d'infirmières stagiaires ; 2° toute la réglementation concernant les infirmières a été condensée dans un décret, approuvé par le ministre des finances, et qui paraîtra prochainement au *Journal officiel* (1) ; 3° les infirmières des hôpitaux militaires sont un personnel à salaire national à la disposition du ministre, qui peut leur donner toute affectation reconnue nécessaire pour la bonne exécution du service.

(*J. O.*, 12 août 1926.)

CORRESPONDANCE

Honoraires

2525. — Réduction d'honoraires par jugement rendu entre des tiers.

Il y a quelques mois, je fus appelé à donner mes soins à une personne blessée, au cours d'une rixe, par un de ses voisins que le tribunal vient de condamner. J'ai demandé cent francs pour mes honoraires et, sans la détailler, j'ai présenté cette note globale qui se décompose ainsi :

(1) Ce décret publié au *Journal Officiel* du 14 août paraîtra prochainement dans le *Concours Médical.*

Un certificat sur papier timbré....	20
Visite d'urgence avec pansement et hémostase	20
6 visites à 10	60
	100

Le juge de paix ayant aujourd'hui statué sur la demande de réparation civile de la blessée vient, paraît-il, de réduire ma note à 20 francs, c'est-à-dire qu'il l'ampute des quatre cinquièmes. Que dois-je faire, car ce que j'ai demandé est rigoureusement exact ?

Dr B.

Réponse.

Le jugement rendu par le juge de paix entre votre cliente et la personne qui l'a blessée ne vous est pas opposable, car vous n'étiez pas partie en cause.

Par conséquent, la limitation qu'il a apportée à l'indemnité attribuée à la victime des coups ne vous empêche pas de réclamer à votre cliente, conformément au droit commun, l'intégralité de votre note, et, si elle refuse de vous régler amiablement, de la poursuivre à son tour en justice de paix.

Les honoraires que vous réclamez pour les soins que vous avez donnés ne nous semblent aucunement exagérés.

2492. — Soins à la victime d'un accident d'automobile.

Je me permets de vous exposer un cas litigieux, au sujet duquel j'ai grand besoin de votre avis.

Il y a un mois environ, un automobiliste arrive chez moi, guidé par un indigène très bien connu de moi, et me prie de venir de suite donner mes soins à un jeune garçon, qui, dit-il, s'est jeté sur son auto, à bicyclette. J'y cours, donne mes soins au blessé. Le monsieur et sa femme viennent très angoissés me demander comment l'affaire va se terminer au point de vue médical. Je les rassure. Les jours suivants, on me téléphone pour avoir des nouvelles. J'annonce que tout va bien. Puis le silence se fait. Le blessé remis sur pied, j'envoie ma note à l'automobiliste qui m'a mis en œuvre. Et comme je pouvais m'y attendre, il me déclare que sa Compagnie d'assurances juge que sa responsabilité n'est pas engagée, ce qui, je crois, est exact, et en conséquence ne me dit pas un mot de ma note.

Que faire ? J'ai eu soin de faire remarquer à mon interlocuteur, en lui envoyant ma note, que je m'adressais à lui et non au blessé, ou à sa famille, parce que c'était lui qui m'avait appelé. De plus, point très important, je lui signalais que le blessé fait partie d'une caisse d'usine, qui lui assure les soins gratuits, de sorte que certainement si je n'avais pas été mis en œuvre par lui, ledit blessé ne se serait jamais adressé à moi et aurait été soigné gratuitemetnt par son médecin de caisse.

Voir la suite page XXXIX-2243

PROPOS DU JOUR

Autour du Centenaire de la mort de Laënnec.

C'est à Ploaré, dont le cimetière contient la dépouille de Laënnec et qui, sur son territoire, comprend le manoir de Kerlouarnec, où mourut l'illustre médecin, qu'a été célébré, le 12 août, veille de l'anniversaire de sa mort, le centenaire de Laënnec. Le Préfet du Finistère, Mgr. l'Evêque de Quimper, le Dr Mével, de Douarnenez, le Pr Chauffard, au nom de l'Académie de médecine, le Dr Marcel Labbé, au nom de la Faculté de Paris, M. Frétay, maire de Ploaré, Me Plouezan, du barreau de Châteaulin, en langue bretonne, M. Delecluze, président du Comité Laënnec, M. le Pr Ollive, de Nantes, le Dr Laignel-Lavastine, président de la Société d'Histoire de la Médecine, le Dr Chauvel, au nom des médecins du Finistère, le Dr Follet, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes, le barde Abalor, et d'autres ont prononcé, soit à l'église, soit au cimetière, soit au banquet, soit pendant la visite du manoir de Kerlouarnec, l'éloge du grand clinicien (1).

Ces discours, tous remarquablement éloquents, ne nous apprennent cependant rien de bien nouveau sur Laënnec, mais dans la presse locale et dans une brochure de M. Jean Savina qui donne un extrait du Bulletin de la Société archéologique du Finistère, documents qu'on a bien voulu nous communiquer, nous trouvons sur Laënnec, sur son cher manoir et sur sa famille, des détails peu connus et d'un grand intérêt.

***

D'abord, c'est un fragment du testament de Laënnec, daté du 20 avril 1826, que Me Damey, notaire à Douarnenez, a extrait des minutes de son étude, pour en donner connaissance aux pèlerins, accourus à la mairie de Ploaré. M. Le Tual dans le journal *La Dépêche* cite les codicilles de ce testament. Laënnec y charge sa femme et son cousin, le médecin Mariadec Laënnec, du soin de publier de nouvelles éditions de son *Traité d'auscultation médiate* en en partageant le produit, après le décès de Madame Laënnec, avec ses frères Ambroise-François Laënnec, docteur en médecine à Nantes, et Emmanuel Laënnec. Il lègue encore au même Mariadec ses livres, ses papiers relatifs à la médecine, sa montre, ses breloques « et surtout mon stéthoscope, la meilleure partie de ma succession, ajoute-t-il ». Enfin, il lègue à la Bibliothèque du Finistère à Quimper tous les livres et manuscrits bretons, gallois, irlandais et écossais qu'il avait rénuis pour compléter ses recherches celtiques.

(1) Assistait encore à ces cérémonies, M. Théo Laënnec, interne des hôpitaux de Paris, un des derniers descendants de la famille.

***

Dans le même journal (*La Dépêche* du 13 août 1926) nous avons lu encore un fort intéressant article sur l'*Ermite de Kerlouarnec*, de M. René Villard, petit-fils d'un ami de Laënnec, menuisier de profession et artiste de son art, qui lui apprit à tourner les stéthoscopes, instruments que le médecin fabriquait lui-même en bois de poirier. M. R. Villard donne de curieux renseignements sur le manoir et la chapelle de la Sainte-Croix où Laënnec allait se recueillir.

M. Ch. du Frétay, père du propriétaire actuel, maire de Ploaré, a fait construire une villa moderne, à côté du manoir, mais ce dernier a été religieusemenct conservé. Cette demeure, plutôt paysanne, est fort simple et aurait un aspect assez lourd si la pointe en poivrière d'une tourelle qui domine le toit ne lui donnait un aspect moyennageux et romantique. D'ailleurs, les grands arbres du parc, et les magnolias en fleurs poétisent cette retraite si simple.

Kerlouarnec était un manoir noble en Ploaré, qui avait fait jadis partie de la baronnie du Juch. Les seigneurs qui l'occupaient avaient le droit de placer leurs armes en la maîtresse vitre de l'église de Ploaré. Michel Laënnec, l'aïeul du savant, l'avait acquis d'un de ses cousins Jacques Larcher. Théophile Laënnec aimait ce petit et modeste manoir qui, depuis si longtemps, appartenait à sa famille, et était entouré d'une propriété de neuf hectares. Ce fut là qu'il vint se reposer chaque fois que l'exigea sa santé débile. Ce fut là qu'il vint mourir.

Kerlouarnec était relié à Ploaré par une allée aux arbres séculaires, chênes, châtaigniers, trembles aux feuilles argentées. Cette allée portait le nom d'Allée de Sainte-Croix du nom d'une chapelle, élevée au XVIIe siècle, où le pieux Laënnec aimait à se rendre pour y prier.

M. R. Villard cite les vers qu'André Theuriet écrivit sur l'allée et la chapelle :

> De l'église jusqu'au calvaire,
> Un chemin sinueux conduit.
> Des arbres à mine sévère,
> En ombragent le long circuit.
>
> Chênes robustes qu'on ébranche,
> Noirs châtaigniers au front chagrin,
> Trembles gris dont la pâleur tranche,
> Sur un ciel d'un bleu tendre et fin !

L'âme rêveuse et poétique de Laënnec se plaisait dans cet harmonieux séjour. Le médecin causait avec le menuisier, l'instituteur et le curé, les trois seuls habitants qui pouvaient parler français. Il chassait, montait à cheval, tournait des stéthoscopes, bêchait son potager, soignait les malades quand il y en avait et se livrait à des études sur les langues celtiques. Il est probable que, s'il l'eût pu, il aurait en vrai sage borné à cet horizon toute l'activité de sa vie et pour l'art médical, c'eût été grand dommage.

***

La connaissance des antécédents familiaux de Laënnec permet de mieux comprendre son caractère, ses penchants et sa vie. M. Jean Savina nous les fait connaître en publiant quelques lettres inédites de son père et de ses oncles, écrites pendant la période révolutionnaire.

Les familles Laënnec, Huchet et de La Roque d'où est sorti Théophile Laënnec, étroitement unies par plusieurs alliances, offraient cette triste particularité, c'est que les femmes y mouraient jeunes vers la trentaine et les enfants y furent comme Laënnec trop souvent privés des soins maternels. C'étaient des familles d'intellectuels qui comptaient surtout des avocats, des médecins, des prêtres et des religieuses. Des opinions opposées divisaient ces familles. Les uns, Huchet de Kérourem, Guillaume Laënnec, le médecin de Nantes qui éleva Théophile, Guillaume François de La Roque étaient fortement imprégnés de l'esprit philosophique et devinrent des partisans de l'ordre politique nouveau ; on les traitait de jacobins. Les autres, Alexandre de La Roque, médecin à Quimper, Victor de La Roque, capitaine au long cours, qui fut volontaire dans la marine royale lors de la guerre d'indépendance de l'Amérique, le capucin Alexandre Laënnec, Michel Laënnec et beaucoup d'autres étaient restés aristocrates et monarchistes. J.-B. François de La Roque et le père de Laënnec, insouciants, frivoles, libertins de mœurs et de croyances, oscillaient selon les circonstances et l'on vit le père de Laënnec, devenu fougueux jacobin pour obtenir une place de juge à Quimperlé vers 1790, faire de plates suppliques sous la Restauration pour obtenir des fonctions qui lui furent d'ailleurs refusées.

Des échanges de lettres assez vives eurent lieu entre jacobins et aristocrates. Cela n'empêchait l'excellent Guillaume, médecin à Nantes et jacobin, d'accueillir chez lui son cousin Victor de La Roque, le capitaine au long cours, sans emploi et sans ressources, alors que ce dernier songeait à fréter un bateau pour conduire des Bretons aristocrates dans les camps des émigrés.

Alexandre de La Roque, médecin à Quimper, dont on peut ne pas partager les opinions, mais qui fut, comme son cousin le jacobin Guillaume Laënnec, médecin à Nantes, un noble et beau caractère, très compromis par les lettres qu'il écrivait imprudemment aux royalistes, fut guillotiné à Paris avec son frère Victor le 26 décembre 1793 et il en fut de même de ses deux sœurs Floride et Françoise, exécutées le 19 juillet 1794.

L'on comprend que le jeune Laënnec, âme très impressionnable, qui, élevé par son oncle Guillaume, s'enrôla comme chirurgien pour accompagner les armées de la République en Vendée, qui fit le coup de feu dans les rues de Nantes pour repousser un coup de main des chouans, se convertit plus tard et devint un fervent catholique, cédant du reste au réveil de l'esprit religieux qui se manifesta au début du XIXe siècle.

Nous savons que le père de Laënnec était un rimeur plus infatigable qu'inspiré, qui s'intitulait lui-même modestement le dernier des troubadours bretons. L'oncle capucin, frère Alexandre, aimait aussi à rimailler sans être plus heureux dans ses vers, mais ce dernier se livrait encore à l'étude de la langue bretonne. C'est sans doute de leur influence que Laënnec tint le goût de versifier, d'ailleurs plus heureusement que son père et son oncle, et ce fut sans doute encore l'oncle capucin qui donna à son neveu, l'idée d'entreprendre les études celtiques qui furent une de ses distractions favorites.

***

Ce n'est pas sans un vif intérêt que nous avons fait ainsi la connaissance plus approfondie du milieu d'où est sorti et où a vécu Laënnec et nous avons cru intéressant de faire part sommairement de ce que nous avons appris à nos lecteurs.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

AVORTEMENTS DUS A UNE MALADIE DU PRODUIT DE LA CONCEPTION OU A UNE MALADIE DES MEMBRANES FŒTALES

Par Henri VIGNES,

Accoucheur des hôpitaux de Paris.

1° Maladies du produit de la conception.

A. Infections aiguës. — *Le fœtus est susceptible d'être infecté par les agents pathogènes qui déterminent les infections aiguës maternelles* ; c'est ainsi qu'on a trouvé dans les organes fœtaux le bacille typhique, le pneumocoque (1) et d'autres microbes. Cette transmission, étudiée par Malvoz, par Chambrelent, par Wallich, et par de nombreux autres auteurs n'est d'ailleurs pas constante (2).

Il résulte de ces infections fœtales, soit la mort du produit, soit l'expulsion prématurée d'un fœtus vivant, à terme ou avant terme, soit l'accouchement prématuré d'un débile.

Le fœtus a d'autant plus de chances de succomber *in utero* qu'il est plus âgé : on peut dire schématiquement que l'avortement survient dans un tiers des cas et l'accouchement prématuré dans deux tiers.

Parmi les infections aiguës qui interrompent la gestation, citons la typhoïde (2/3 des cas), la pneumonie (2/3), l'érysipèle (1/4), la bronchopneumonie, le choléra, la rougeole, la diphtérie, la grippe, (2/3).

Le pronostic fœtal et le pronostic quant à la durée de la gestation ne sont nullement fonction de la gravité ou de la bénignité que manifeste la maladie maternelle : une infection légère peut déterminer l'avortement alors qu'une infection grave laissera évoluer la gestation.

B. Infections chroniques, *et tout d'abord, la plus fréquente, la syphilis.* La syphilis interrompt fréquemment la gestation. Cette notion est établie depuis longtemps et prouvée par de multiples statistiques (1).

Peut-être, a-t-elle été exagérée par beaucoup de médecins, pour qui avortement est presque synonyme de syphilis. Nous croyons qu'il faut se montrer plus prudent dans cette affirmation et que, sans sous estimer l'importance de sa nocivité, il y a lieu de ne pas négliger les autres causes qui, peut-être moins fréquentes, agissent cependant d'une façon réelle.

Il est, d'autre part, une remarque que nous tenons à faire dès le début de ce chapitre. La plupart des statistiques signalent comme « fausses couches » aussi bien l'avortement des premiers mois, que l'accouchement prématuré. En réalité, la syphilis cause des accouchements prématurés beaucoup plus que des avortements. Par exemple, lorsqu'on relit les travaux magistraux de Fournier, on trouve surtout mentionnés comme « fausses couches », dues à la syphilis, des expulsions fœtales au cours du 5e, 6e, 7e mois.

Il y a là un fait indéniable et trop méconnu : l'avortement, au cours des premiers mois, est certes possible, mais il est infiniment plus rare, et, très justement, Whitridge Williams a pu s'exprimer de la façon suivante, avec sa haute autorité : « La syphilis est habituellement mentionnée comme un des plus grands facteurs d'avortement. D'après mon expérience, elle ne joue qu'une petite part dans la première moitié de la gestation..... Personne jusqu'ici n'a démontré de spirochètes dans les tissus des fœtus expulsés par des femmes syphilitiques pendant la première moitié de la gestation, alors qu'on les trouve avec une fréquence, chaque mois augmentée, dans la seconde moitié ».

Enfin, il semble bien qu'il n'y ait plus d'auteurs, du moins parmi ceux qui ont réellement étudié la question, pour considérer la syphilis comme une

(1) Dès 1886, Netter présenta à la *Société anatomique* des preuves démontrant la transmission du pneumocoque de la mère au fœtus.

(2) Il faut, d'autre part, tenir compte, pour interpréter les maladies fœtales, au cours d'une infection aiguë maternelle, du passage des toxines maternelles. Ce fait a été étudié par l'expérimentation et l'observation clinique. Il faut également tenir compte que les maladies aiguës peuvent interrompre la gestation sans créer une maladie fœtale : elles peuvent créer de l'endométrite ou encore elles peuvent agir par l'hyperthermie de la fièvre, ou enfin certaines déterminent l'évacuation utérine en créant un état de gêne respiratoire.

(1) Legrand réunissant les statistiques de Diday, Stoltz, Arneth, Mecker, Pick, Rosen, Duval, Sigmond, Le Pileur, Fonberg, Weber, Coffin, Kassowitz, trouve sur 1002 gestations de femmes syphilitiques, 404 fois l'expulsion prématurée du fœtus (*Thèse de Paris*, 1889).

maladie héréditaire : la syphilis est une maladie congénitale résultant d'une infection transplacentaire et cette infection commence vers le quatrième mois lunaire, comme Trinchèse l'a bien démontré (1).

Si donc, la syphilis est capable de causer des avortements avant cette date, c'est par un autre mécanisme que par l'intermédiaire d'une infection fœtale, peut-être par une infection de la caduque, sur la fréquence de laquelle nous sommes mal fixés.

La syphilis fœtale cause l'interruption de la gestation, soit en tuant par septicémie le fœtus qui est expulsé comme un corps étranger, soit en créant des lésions placentaires graves qui aboutissent ainsi à la mort du fœtus (2).

On a cherché à fixer par le moyen du Wassermann la fréquence de la syphilis dans les cas d'avortements. Brindeau, sur 16 cas arrive à 61 %, Lasseur et Vermelin, sur 12 cas, à 33 %, Royston à 25 %, Spalding, sur 95 cas et P. F. Williams et Kolmer sur 50 cas, à 8 % , chiffres bien proches de ceux qu'on peut observer dans l'ensemble de la population.

Il n'y a pas que la syphilis de procréateurs qui soit capable d'interrompre la gestation : la syphilis de seconde génération l'est aussi et Edmond Fournier, sur 116 syphilitiques congénitaux non soignés, relève 368 gestations, 118 avortements et 59 morts précoces.

Pour être exact, il est probable que, dans les méfaits de la syphilis congénitale, il faut distinguer ce qui est infection syphilitique persistant au moment de la procréation et ce qui est atteinte indélébile d'un tissu noble (telle une glande endocrine utile à la gestation) consécutive à une infection syphilitique ayant évolué *in utero* ou au cours de l'enfance de la mère.

Il convient enfin, de rappeler qu'un traitement insuffisant est capable de réactiver la syphilis et de provoquer des accidents.

La tuberculose ne détermine l'avortement que dans les cas très graves, alors que l'asphyxie de la mère est avancée.

L'avortement n'est guère plus fréquent au cours de la tuberculose qu'en dehors de cet état.

Le paludisme interrompt fréquemment la gestation ; 50 % des cas, d'après Le Gall, 83 % d'après Pasquali. Il est probable que cette interruption résulte d'une action exercée sur la fibre utérine ou sur la caduque. Cependant, on a pu constater la présence de l'hématozoaire dans le sang du nouveau né et dans le sang du cordon, ce qui rend possible l'existence d'un paludisme intra-utérin, mais ce point reste mal établi.

(1) *Beitr. zur Geb. und Gyn.* 1913, tome XVIII, p. 2.

(2) Monckeberg et Avila. — Histo-pathologie du placenta syphilitique, *Gyn. et Obst.* 1924, tome IX, p. 419.

Le rôle des infections maternelles locales reconnues ou latentes mérite d'être mis en évidence, car, dans bien des cas, il semble qu'on puisse leur attribuer des avortements, inexplicables par toute autre cause. Il importe donc de les dépister par une recherche attentive, et, en particulier par la recherche immédiate du streptocoque dans le sang du cœur fœtal. C'est un chapitre beaucoup trop négligé de l'étude des avortements habituels; je ne puis que me louer d'avoir, inspiré par de Lee, cherché en maintes occasions dans cette direction.

Curtis (1) a apporté récemment à l'appui de cette thèse des observations vraiment curieuses. Expérimentalement, des cultures de streptocoques hémolytiques, provenant de foyers (bouches, dents, urines) trouvés chez des femmes ayant fait des avortements répétés, inoculées à des lapines pleines, ont entraîné, selon la dose injectée, soit l'avortement, soit la mort et l'involution du fœtus, de préférence a toute autre localisation.

Les « poussées » réitérées d'une infection locale, menacent grandement le fœtus en renouvelant l'inoculation chez un individu sensibilisé.

Dans un cas vu par Curtis, la femme avait avorté 10 fois, sans qu'aucune cause ait pu être décelée. Au cours d'un onzième avortement, Curtis put mettre en évidence dans les urines et inoculer à la lapine du streptocoque hémolytique qui fut retrouvé également dans les dents du mari. Le traitement simultané de la bouche des deux conjoints et des reins de la femme permit à celle-ci de conduire une douzième grossesse à terme, sans incidents.

Pour de Lee (2), le fœtus peut présenter des accidents pathologiques sans que la mère ait de maladie en évolution. Il cite à ce propos la possibilité de transmission d'une maladie épidémique au fœtus sans que la mère soit infectée (un cas de scarlatine, un cas de variole) ; il paraît admissible que certaines infections de l'œuf puissent exister sans qu'aucun signe clinique soit décelable chez la mère ; il se passerait là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans la syphilis fœtale avec mère saine en apparence.

C. **Intoxication exogène.** — *Saturnisme.* — Nous avons déjà signalé l'action nocive du plomb sur la gestation. On a prétendu que certains avortements s'expliqueraient par une action écholisante du plomb. Beaucoup plus vraisemblablement, il faut invoquer l'action exercée sur le chorion, qu'a démontré Blair Bell et l'action exercée sur le fœtus ; Legrand et Winter, Porak, Vignes (recherches inédites) ont retrouvé de notables quantités de métal dans le fœtus.

(1) Curtis. — Avortements spontanés à répétition, *Journal Amer. Méd. Assoc.*, t. 84, n° 17, 25 avril 1925.

(2) De Lee. — Fœtal infection, *Bull. of the Lying in Hosp. of the City of New-York*, janv. 1917, p. 1.

L'*hydrargyrisme* pour certains auteurs et, en particulier pour Lizé, serait une cause fréquente d'interruption.

L'*alcoolisme* a été indiqué comme une cause d'avortement. L'importance de ce facteur semble avoir été très exagérée, si nous en croyons les importants travaux expérimentaux de Pictet (1).

D. **Intoxication par troubles humoraux maternels.** — L'*albuminurie gravidique* se manifeste exceptionnellement avant le sixième mois, elle ne cause donc guère d'avortements, si l'on réserve à ce mot son sens strict, mais c'est un important facteur d'accouchements prématurés. Elle agit d'ailleurs peu sur le fœtus lui-même, mais plutôt sur le placenta.

La *néphrite*, dans les deux tiers des cas, est capable de déterminer des avortements et des accouchements prématurés. Certaines formes, révélées par la gestation et méconnues en dehors de cet état, semblent une des causes relativement fréquentes de l'avortement habituel.

Les *vomissements graves*, lorsqu'ils s'accompagnent d'acidose, peuvent entraîner la mort du fœtus.

Il existe encore d'autres *intoxications gravidiques* que nous connaissons mal, mais que nous soupçonnons et qui peuvent tuer le fœtus.

Le *diabète* interrompt la gestation dans un bon tiers des cas, peut-être par l'intermédiaire de l'acidose.

E. **Agents physiques.**— *Hyperthermie.*— Pour expliquer la mort fréquente du produit de conception et son expulsion au cours des infections aiguës, les anciens auteurs faisaient jouer le rôle principal de cette mortalité à l'hyperthermie maternelle. Toutes les fois que la température s'élève chez la mère, il y a accélération des battements du cœur fœtal : lorsque la température dépasse 40°, le fœtus est sérieusement menacé. Max Runge mettant des lapines pleines dans des étuves chauffées à 60° ou 80°, a constaté que les petits mouraient lorsque la température vaginale atteignait 41°5. Par contre, Doléris et Doré ont montré que la vitalité des petits n'était pas troublée quand on élevait très lentement la température.

Peut-être l'hyperthermie de la fièvre peut-elle dans quelques cas déclancher des contractions utérines, mais, après ce que nous avons dit du rôle de l'infection et des toxines, tant sur l'enfant que sur la muqueuse, on conçoit que son rôle soit tout à fait secondaire dans la pathologie de l'avortement.

Action des rayons X. — Nous n'insisterons pas sur l'action nocive bien connue des rayons sur le produit de la conception et d'une façon générale, sur les cellules jeunes. Une application intempestive de rayons est susceptible d'interrompre la gestation en tuant le fœtus.

F. **Maladies fœtales par nutrition insuffisante de la mère.**— Reynold et Macomber, au cours de diverses recherches sur le rôle des carences dans la fécondation, ont observé certains cas cliniques où des avortements leur ont semblé dus à une carence.

Par exemple, ils voient un couple bien portant, ayant eu un enfant normal, puis cinq avortements. Ils apprennent que, par peur d'engraisser, la femme s'est composé un régime qui se trouve être ridiculement pauvre en calcium. En la récalcifiant, ils obtiennent un enfant vivant. Greil a vu des faits du même ordre. Preston Maxwell, d'autre part, a publié une belle observation soulignant comment une alimentation très carencée explique certains cas de stérilité, certains avortements et certains troubles graves de l'état général.

G. **Maladies fœtales par monstruosités.** — D'après Whithridge Williams, une des causes les plus importantes et les plus souvent méconnues des avortements précoces est l'existence d'une anomalie du développement, incompatible avec la vie. Mall, par ses examens soigneux, a retrouvé dans un tiers des avortements précoces de telles malformations qui auraient abouti à des monstruosités, si l'embryon avait survécu. L'origine de ces faits rentre dans le domaine de la tératologie et nous en connaissons mal les facteurs (sauf, pour quelques cas, la syphilis, le plomb ou l'alcool, agissant dans tous les premiers stades de l'organo genèse).

2° Maladies des membranes fœtales.

1° Les *tumeurs bénignes* du placenta siègent, en général au niveau de la face fœtale du placenta, le plus souvent au contact de l'amnios ; leur influence sur la marche de la gestation est peu connue.

2° La *môle hydatiforme* est une affection rare (en moyenne une fois sur 2.000 femmes enceintes (1). Sa pathogénie est mal connue. Elle entraîne généralement l'expulsion de l'œuf du deuxième au sixième mois, au milieu d'hémorragies abondantes.

(1) PICTET. — Résultats négatifs d'expériences d'alcoolisme sur les cobayes. *C. R. Soc. de phys. et histoire nat.*, Genève, 1924, tome XLI, p. 29.

(1) Alors que la môle classique est rare, la dégénérescence d'un certain nombre de villosités m'a semblé assez fréquente.

3° *L'hématome môle de Breus.* — A côté de la môle, il nous faudra dire un mot d'une affection ovulaire rare, encore mal connue, caractérisée par la présence d'hémorragies sous-choriales, formant des tumeurs pédiculées ou sessiles au niveau de la face amniotique du placenta. Le liquide amniotique est peu abondant, la cavité amniotique contient un embryon atrophié dont le développement ne correspond pas à l'âge de la grossesse. Pour Neumann, ces hématômes ne différeraient pas de la môle charnue banale. Gottschalk pense à une malformation des vaisseaux villeux. En tous cas, il n'est pas rare de constater sur des œufs abortifs cet aspect d'hématome môle plus ou moins net : l'examen systématique des placentas montrerait certainement des lésions plus fréquentes qu'on ne le croit des membranes fœtales (1).

4° *L'artérite oblitérante des villosités* indépendamment de toute syphilis, serait une cause assez fréquente d'avortement pour Mertens et Franqué.

5° *L'infarctus placentaire*, suite d'endométrite et d'albuminurie gravidique, doit être mentionnée ici. Le rapport existant entre cette lésion et les affections qui la causent, nous reste très obscur : il y a là un fait relevant d'une pathologie propre aux frontières entre mère et fœtus, et, si nous pouvions avoir quelque lumière sur cette pathologie, il est probable que bien des problèmes obstétricaux et bien des problèmes biologiques seraient, *ipso facto*, résolus.

(1) Voir ADAM, *Thèse* de Nancy, 1913.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les abcès cérébraux,

D'après une leçon du professeur DELBET (*).

Je vous ai déjà parlé des abcès cérébraux. Je vous ai dit dans quelles conditions on les observe ; je me borne à vous le rappeler brièvement. Les uns, ont pour origine une lésion du crâne, soit traumatique, soit ostéomyélitique (rare), mais plus souvent, ils sont consécutifs à une affection des cavités de la base du crâne : sinusites frontales, ethmoïdales, sphénoïdales.

Dans la majorité des cas, ils sont consécutifs à une mastoïdite compliquant une lésion de l'oreille moyenne.

Ces abcès peuvent siéger entre la dure-mère et l'os. Ceux consécutifs à des traumatismes sont appelés habituellement des abcès de Pott.

Les lésions de l'oreille peuvent donner lieu aussi à des abcès extra-duraux, et au point de vue symptomatique, il n'est pas toujours facile de distinguer ces abcès extra-duraux des abcès encéphaliques. Lorsqu'il s'agit d'une origine otique, la règle est d'explorer la région du temporal, au-dessus du sinus, ou la région cérébelleuse, au-dessous du sinus. Lorsqu'on ne trouve pas d'abcès en ces régions, on incise la dure-mère.

Rarement, ces abcès ont pour cause une infection générale ; ils ont été très rares chez les pyohémiques qu'on a observés assez fréquemment pendant la guerre. C'est que le cerveau est résistant à l'infection. Cependant, on en voit dans les bacillémies, par exemple à la suite d'une ostéomyélite dans une fracture ouverte. Dans ce cas, ils sont généralement multiples, et au-dessus de toutes les ressources de la chirurgie.

Dans une deuxième catégorie, ils succèdent à une affection thoracique, le plus souvent à une fistule pleurale ou à certaines dilatations bronchiques, comme chez notre malade.

Chez notre malade, la première manifestation a été des phénomènes convulsifs dans le membre supérieur droit. Ces phénomènes se sont répétés par crises. A la suite d'une crise plus prolongée, on constata une parésie de l'avant-bras droit. Puis survinrent des troubles psychiques, lenteur de l'idéation, difficulté progressive de la parole. Les jours suivants, les phénomènes parétiques gagnèrent le membre inférieur droit. L'hémiplégie est complète, avec déviation de la langue.

Le fond de l'œil est normal, les pupilles sont égales, leurs réflexes sont normaux, mais on note un peu de nystagmus. La vision est de 0.8 à droite, de 0,9 à gauche. Une hémianopsie homonyme apparaît.

Je n'ai pas hésité à porter le diagnostic d'abcès du cerveau, dès les premiers symptômes, étant aidé par la notion étiologique. Les manifestations symptomatiques des abcès encéphaliques peuvent se grouper en trois classes : signes d'infection, signes d'hyperpression intra-cranienne, signes de localisation.

Dans quelques cas, on a signalé une brusque hyperthermie, s'élevant à 41° ; vous savez qu'à la suite des traumatismes craniens, on peut observer ces énormes hyperthermies, qui paraissent en rapport avec des lésions des centres thermiques. Maisces élévations de température

(*) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 25 février 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

ne sont pas habituelles. L'abcès peut être très étendu et l'élévation de température moyenne, à 38°, par exemple, ou insignifiante, à 37°8, comme chez ce malade, et même dans certains cas l'hypothermie existe.

Les symptômes d'hyperpression intra-cranienne, d'une manière générale, acquièrent leur maximum de netteté lorsque l'hyperpression se produit assez rapidement, comme dans les épanchements sanguins intra-craniens d'origine traumatique. Ils présentent leur minimum dans les cas de tumeurs, au moins pour certains symptômes. Dans les abcès, il n'est pas rare que les symptômes d'hyperpression soient réduits à peu de chose. C'est qu'ils ne donnent pas lieu à de très grosses hyperpressions. Quand ils évoluent d'une manière subaiguë, ou quelquefois même quasi-chronique, on conçoit que l'hyperpression est ainsi réduite à très peu de chose.

Le symptôme fondamental de l'hyperpression est le ralentissement progressif du pouls. C'est le symptôme que vous devez surveiller, dans les cas de fractures craniennes. Il commande une intervention. Il s'accompagne d'une augmentation de la tension sanguine.

Notre malade, avant l'intervention, avait 60 pulsations par minute, c'est déjà un ralentissement, car généralement le pouls normal est au-dessus de 70.

Dans un certain nombre de cas, on constate un ralentissement de la respiration, parfois un rythme de Cheyne-Stokes.

Du côté des yeux, on observe la mydriase. Elle est unilatérale et siège toujours du côté où existe l'hyperpression. Ceci est important, car il y a des cas d'épanchements sanguins intra-craniens ou d'abcès encéphaliques où le diagnostic est certain, mais la localisation impossible. La mydriase indique de quel côté il faut faire la trépanation.

L'hyperpression intra-crânienne s'accompagne d'un certain degré d'œdème de la papille. Dans les abcès encéphaliques, l'œdème de la papille est bien loin d'être constant, on ne l'observe guère que dans un tiers des cas. C'est surtout dans les compressions lentes, progressives, anciennes, qu'on l'observe, c'est-à-dire dans les tumeurs cérébrales.

L'absence d'œdème de la papille ne devait pas nous conduire à rejeter le diagnostic d'abcès encéphalique. On a constaté un symptôme extrêmement important, une hémianopsie.

Les symptômes de localisation se produisent quand l'abcès occupe des zones dites motrices du cerveau. Eh bien, notre malade a débuté par des phénomènes de contracture dans le membre supérieur droit ; ceci indique que la lésion est à gauche. La zone motrice occupe la frontale ascendante, le pied des 1re, 2e et 3e circonvolutions frontales et déborde en arrière sur la pariétale ascendante. Notre malade a donc commencé par présenter des troubles dans le membre supérieur droit ; cela indique que la lésion était au niveau de la frontale ascendante et dans le pied de la deuxième frontale. Les convulsions se sont étendues au membre inférieur, et finalement le malade a eu une hémiplégie complète. Nous devions en conclure que la lésion intéressait le lobule paracentral ; puis la face s'est prise ; le malade a présenté des troubles du langage. Il ne paraissait pas avoir d'aphasie sensorielle ; il semblait comprendre ce qu'on disait ; mais il avait un certain degré d'aphasie motrice. Je ne veux pas refaire l'histoire des théories du centre du langage. La première localisation a été faite par Broca le père, qui a localisé le centre du langage au niveau du pied et du cap de la troisième frontale. On admet que la lésion qui produit l'aphasie motrice n'occupe pas la couche corticale, qu'elle siège plus profondément, dans ce qu'on appelle la zone Wernicke, mais ceci n'a pas une grande importance au point de vue de la localisation. C'est donc dans cette région que les troubles d'aphasie motrice devaient nous conduire à localiser la lésion. Cette localisation était-elle sûre ? Dans ce cas, elle l'était, l'événement l'a prouvé, mais il faut tenir compte de ce fait qu'un abcès développé dans un lobe cérébral peut parfaitement comprimer et produire quelques troubles circulatoires dans les zones voisines. Par exemple, un abcès développé dans le lobe temporo-sphénoïdal, un peu en arrière du centre de l'audition, un peu volumineux, peut à travers la scissure sylvienne, comprimer les circonvolutions frontales et amener des troubles moteurs. On a signalé des cas de ce genre.

Le malade présentait une hémianopsie, c'est-à-dire avait perdu la vision dans une partie de son champ visuel, et cette hémianopsie était homonyme, c'est-à-dire que la lésion siégeait dans le même hémisphère. Le centre est situé dans le lobe occipital, tout à fait en arrière.

Fallait-il penser que les lésions étaient extrêmement diffuses, que l'abcès était énorme, et s'étendait depuis le lobe frontal jusqu'au lobe occipital ? C'est possible, étant donnée la quantité de pus évacué. Peut-être aussi y avait-il des phénomènes de compression à distance ?

Voilà la conclusion à laquelle nous arrivions chez notre malade : il s'agissait d'un abcès du cerveau occupant la zone rolandique et s'étendont probablement loin en arrière.

En règle, quand on fait le diagnostic d'un abcès du cerveau, on a le devoir de le rechercher, de s'efforcer d'évacuer le pus et de le drainer. Lorsqu'il s'agit d'un abcès consécutif à une sinusite frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale, ou d'un abcès siégeant dans le lobe temporal ou le cervelet, consécutif à une otite, l'abcès est en général

unique et guérit par l'évacuation et le drainage.

Lorsqu'il s'agit d'abcès consécutifs à des infections générales, à de véritables bacillémies, dans la majorité des cas ces abcès sont multiples, de sorte que les chances de guérison sont très réduites ; ce n'est pas une raison pour renoncer aux tentatives de guérison, mais les résultats sont généralement mauvais. Lorsque l'abcès est consécutif à une lésion thoracique, — fistule pleurale, dilatation bronchique —, il est unique, et généralement on réussit à le guérir. Aussi, chez notre malade, j'ai fait une trépanation de la zone rolandique.

Nous avons constaté un premier phénomène, qui est constant dans ces cas-là, c'est que la dure-mère ne battait pas. L'absence des battements de la dure-mère indique toujours un certain degré d'hyperpression intra-cranienne.

Dans ce cas, il n'y a pas à hésiter. La question a été beaucoup discutée, et même récemment, à la Société de Chirurgie, la majorité peut-être des chirurgiens pensent que dans ces conditions, il faut s'arrêter à la dure-mère. Je suis d'un avis tout opposé. Il faut inciser la dure-mère. C'est ce que nous avons fait, et aussitôt le cerveau s'est remis à battre.

Il s'agissait de chercher l'abcès. Rien de plus difficile que de chercher un abcès dans le cerveau. Enfin, nous l'avons trouvé, évacué et drainé. Au premier examen le pus ne contient aucun microbe ; on ne peut pas affirmer qu'il est stérile ; il faut attendre le résultat des ensemencements en anaérobies qui ont été faits ; il est possible qu'il cultive, d'autant plus que ce pus avait une certaine fétidité. Mais il n'y aurait pas lieu de s'étonner de l'absence de microbes ; le fait a été noté dans un certain nombre de cas d'abcès du cerveau. Faut-il admettre que les microbes ont disparu, par auto-stérilisation du pus ? Cette hypothèse est possible ; dans certaines régions, la stérilisation *in situ* du pus n'est pas exceptionnelle, comme dans le péritoine, etc.

Certains abcès du cerveau ont une évolution tout à fait chronique, ils sont bien circonscrits, leur paroi forme une sorte de capsule et même parfois se calcifie ; dans d'autres cas, l'abcès est diffus, ce qui comporte incontestablement un pronostic beaucoup plus grave. C'est probablement le cas ici. A la suite de l'intervention, le pouls est monté à 70, mais ce matin, il est tombé à 40. Ceci devait tenir à la rétention du pus. Sous l'influence du drainage, le pouls s'est mis à 84. Notons enfin chez ce malade un amaigrissement marqué, qui avait attiré l'attention. L'amaigrissement est fréquent au cours des abcès cérébraux. D'autre part, le liquide céphalo-rachidien ne présentait pas d'hyperpression, il était transparent, à peu près normal, au moins dans sa partie rachidienne. L'absence d'albumose et de lymphocytose ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'abcès encéphalique.

Lorsqu'il y a des modifications manifestes du liquide céphalorachidien, — augmentation de pression, présence d'albumine en quantité notable, lymphocytose, — c'est presque toujours que cet abcès, primitivement encéphalique, s'est ouvert dans les méninges et a réalisé secondairement une méningite, c'est-à-dire que le cas est à peu près désespéré.

PHTISIOTHÉRAPIE

Traitement de la tuberculose au début par le sérum Jousset.

La lutte contre la tuberculose, à laquelle j'assiste, impuissant, depuis plus de trente ans, devient de plus en plus angoissante pour le praticien désarmé qui voit, à chaque instant, le terrible fléau dévorer les plus belles espérances.

Aussi chaque nouveau traitement prôné à grands renforts de réclame fait-il naître un nouvel espoir bientôt déçu et si, par hasard, un traitement sérieux vient à être annoncé, le médecin, devenu sceptique, hausse les épaules et passe.

Tel a été, semble-t-il, le sort du sérum du professeur Jousset qui n'est pas aussi connu qu'il le mériterait. Dans le but de rendre service à mes confrères et à leurs malades, je vais exposer brièvement quelques-uns des résultats heureux obtenus par ce sérum vraiment efficace.

1° Janvier 1923. Jeune homme, 24 ans. Pleurésie gauche. Ponction immédiate, cause d'oppression. Pas d'amélioration de l'état général. Température élevée, toux persistante, râles nombreux ; amaigrissement, sueurs. Tuberculose en voie d'évolution. En mai trois injections de sérum de 60 cmc. à 8 et 15 jours d'intervalle.

Mieux sensible, baisse de température, régression de tous les phénomènes inquiétants et guérison maintenue depuis.

2° Mars 1923. Jeune homme de 21 ans, réformé pour pleuro-congestion. Température voisinant à 39°, matité à la base droite en arrière, toux fatigante, faiblesse et amaigrissement prononcés. En avril 2 injections de 60 cmc. de sérum à 8 jours d'intervalle. Amélioration rapide et guérison maintenue depuis.

3° Avril 1924. Jeune fille, 23 ans, mal en train depuis quelque temps, s'alite avec température au-

dessus de 39°. Toux opiniâtre, amaigrissement rapide, sueurs profuses, sommet gauche suspect.

Deux injections de sérum de 60 cmc. à 8 jours d'intervalle. Amélioration des symptômes alarmants puis guérison. Après 3 mois de congé, cette jeune fille a repris son service et s'est toujours bien portée depuis.

4° Avril 1925. Fillette, 11 ans, se présente avec ventre ballonné, liquide abondant ; temp. autour de 39°, amaigrissement prononcé. 3 injections de sérum de 60 cmc. à 8 jours d'intervalle. Dès la seconde, amélioration sensible. La température baisse, l'appétit revient et bientôt le ventre est normal. La malade reprend vite son embonpoint et est considérée comme guérie.

En février 1925, ça ne va plus, son ventre la gêne, plus d'appétit, diarrhée, température d'abord faible, puis dépassant 39°. Le ventre se ballonne.

Quatre injections de 40 cmc. sont faites fin mars à 5 jours d'intervalle. Nouvelle amélioration, la température redevient normale et l'appétit renaît. La jeune malade semble à nouveau en voie de guérison.

5° Janvier 1925. Jeune femme 28 ans. Arrivée de Paris avec un ventre distendu, peu de liquide, temp. dépassant 39°. Etat lamentable ; la malade n'a plus que les os et la peau. Quatre injections de sérum de 40 cmc. à 5 jours d'intervalle. Amélioration rapide, le ventre diminue, la température baisse et l'appétit revient.

Revue le 7 avril la malade va bien, le ventre est normal, mais le péritoine est parsemé de placards indurés ; l'appétit est bon et la guérison semble en bonne voie.

Je m'arrête espérant avoir donné à mes confrères l'envie d'essayer un sérum qui m'a donné de si beaux résultats.

Je reconnais que j'ai eu plusieurs insuccès ; ceux-ci ne sont pas attribuables au sérum, mais à l'état avancé de la tuberculose.

Comme le dit si bien le professeur Jousset, son sérum est surtout efficace dans les tuberculoses au début.

Celles-ci doivent être dépistées de bonne heure par une étude clinique sérieuse et le thermomètre.

Je ne voudrais pas terminer cette notice sans adresser au professeur Jousset mes plus sincères remerciements pour son amabilité et ses conseils éclairés.

Dr BAUDOUIN,
(Corlay).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Des signes cliniques de l'hydro-pneumopéricarde.

Ainsi que le font remarquer le Pr C. LIAN et G. CORNEAU, il s'agit là d'une affection très rare, peu étudiée au point de vue clinique. Dans l'hydropneumopéricarde, la matité a une forme trapézoïde à bord supérieur horizontal. L'auscultation peut faire percevoir un tintement métallique mésosystolique chez le malade en décubitus assis, et aussi le bruit dit de succussion hippocratique.

L'étude des signes cliniques de l'hydropneumopéricarde, tant à la percussion qu'à l'auscultation, est intéressante en ce sens qu'elle permet au médecin d'apprécier facilement les variations respectives de quantité de liquide et de gaz intra-péricardiques. Les autres symptômes, qui concourent au même but sont l'intensité de la dyspnée, la recherche du pouls paradoxal et celle des variations de siège du bord inférieur de la matité hépatique.

Ces signes cliniques sont précieux en clientèle mais, bien entendu, à l'hôpital, l'examen radioscopique leur est encore supérieur pour faire reconnaître l'hydropneumopéricarde et faire apprécier les variations d'abondance du liquide. (*La Pratique médicale française*, janvier 1926-A.)

Contribution à l'étude du traitement du cancer du sein par la radiothérapie pénétrante.

Plusieurs modes de traitement : 1° irradiation associée à l'exérèse chirurgicale sous forme d'irradiation pré ou post-opératoire préventive ; 2° rœntgenthérapie exclusive sans intervention chirurgicale ; 3° traitement rœntgenthérapique des récidives et des métastases.

MM. CHAMBACHER et RIEDER, forts de leur expérience personnelle, pensent que l'exérèse chirurgicale ne doit plus être considérée comme le traitement de choix du cancer du sein ; quoiqu'on lui ait donné de plus en plus d'extension, ses résultats sont restés sensiblement les mêmes, c'est-à-dire assez décourageants (60 p. 100 de récidives dans la première année).

Les meilleurs résultats de la radiothérapie, qu'il faut maintenant préconiser, seront obtenus dans le squirrhe à tous les stades de son évolution, et dans les autres cancers au stade initial.

Dans certains cas, il peut être indiqué de compléter le traitement par la stérilisation rœntgénienne des ovaires, étant donnée l'influence connue des fonctions ovariennes sur l'évolution de certains cancers du sein.

Dans les cas plus avancés, et quand il s'agit de néoplasmes très radio-résistants, la radiothérapie seule ne peut pas faire disparaître la tumeur, et il est alors préférable, après un premier traitement radiothérapique d'essai, de procéder à l'exérèse de la tumeur et des ganglions en respectant le plus possible les autres tissus, c'est-à-dire en limitant l'opération strictement à la tumeur. On se réservera ainsi la possibilité de faire d'autres applications de rayons X avec le maximum de chances d'un bo n résultat, tandis que sur un terrain soumis au traumatisme d'une opération très large entraînant des troubles des conditions physiologiques normales, les rayons X risquent de rester inefficaces.

Il est probable que, dans les cas qui résistent à la radiothérapie, l'emploi du radium permettra d'obtenir de bons résultats, qui permettront de se passer complètement de la chirurgie.

La guérison par la radiothérapie nécessite quelquefois plusieurs traitements successifs ; quand elle a été obtenue par ce seul moyen, il n'y a jamais eu de généralisation, — ce qui constitue une supériorité incontestable.

Au point de vue technique, il faut des rayons X très pénétrants (200.000 volts minimum) et un filtrage minimum de 0,5 cm. pour obtenir une dose de profondeur suffisante. Un appareillage insuffisant ne peut que donner de mauvais résultats de nature à déprécier la méthode. Donner toujours le maximum compatible avec la tolérance cutanée ; on évite ainsi le danger d'un dosage insuffisant. Il faut également éviter l'hyperdosage qui, en détruisant les éléments de défense des tissus sains pourrait plutôt favoriser l'évolution du néoplasme. (*La Presse médicale*, 30 décembre 1925.)

Puerpéralité et épilepsie.

D'après Ed. Toulouse et L. Marchand, la grossesse a rarement une influence aggravante sur la marche de l'épilepsie ; elle a quelquefois une action suspensive, le plus souvent elle n'a aucune action. Quand chez une épileptique enceinte, les crises augmentent de fréquence, il y a lieu de rechercher s'il ne s'agit pas d'éclampsie.

Quand la grossesse a une action favorable, celle-ci est limitée à la période de gestation.

Chez une même femme, l'influence de la grossesse est souvent la même à chaque grossesse.

L'accouchement a plutôt une action suspensive sur les crises d'épilepsie.

L'allaitement ne semble pas avoir d'action sur la marche de l'épilepsie.

Le mal comitial débute rarement au cours d'une grossesse.

Quand les accès convulsifs n'ont lieu que pendant les grossesses, la plupart des cas se rapportent à des crises d'éclampsie puerpérale, dont la pathogénie, la symptomatologie, le pronostic, en ce qui concerne la mère et l'enfant, diffèrent sensiblement de ceux de l'épilepsie dite idiopathique.

L'épilepsie ne prédispose pas à l'éclampsie.

On a signalé des observations d'épilepsie faisant suite à des accès d'éclampsie puerpérale ; dans un certain nombre de cas, il ne s'agit pas d'éclampsie, du réveil d'une épilepsie latente, qui a continué à se manifester après l'accouchement. Dans d'autres cas, il s'agit bien d'éclampsie, mais l'état éclamptique se complique d'un état méningé toxi-infectieux, qui devient la cause de l'épilepsie, laquelle se manifeste après la grossesse. (*Gazette des hôpitaux*, 23 décembre 1925.)

Contribution à l'étude des gastrorragies de causes mal connues. Estomac vasculaire pulsatile.

Deux observations rapportées par X. Delore, H. Comte et R. Labry permettent de dire que la question des gastrorragies de cause inconnue n'est aucunement résolue. Cependant, il existe certaines gastrorragies liées à une vascularisation anormale et pouvant s'accompagner de troubles dyspeptiques. Cette vascularisation spéciale de cause ignorée réalise ce que les auteurs appellent l'estomac vasculaire pulsatile.

En présence de ces cas, le traitement chirurgical peut être suivi d'un succès définitif. Il consistera essentiellement en ligatures multiples des vaisseaux de l'estomac, qui réaliseront pendant l'intervention même l'arrêt des troubles vasculaires constatés.

En cas de grand estomac, on complètera l'intervention par une gastro entéro-anastomose, celle-ci demeurant insuffisante comme seul traitement de ces gastrorragies bien spéciales. (*La Presse médicale*, 20 janvier 1926).

Indications et technique des cautérisations par le filhos dans les métrites cervicales chroniques.

Le traitement par le filhos s'adresse exclusivement aux métrites cervicales chroniques, c'est-à-dire d'origine puerpérale ou blennorragique. En raison même de l'infection profonde des culs-de-sacs glandulaires, cette affection n'est susceptible de guérison que par un traitement énergique, qui détruira en totalité la muqueuse du col.

P. Dubail estime que des contre-indications formelles sont dans la complication de lésions annexielles, une infection diffuse du corps utérin, ou si l'on soupçonne un début de grossesse ; d'où le précepte de ne commencer le traitement qu'après une période menstruelle.

La malade devra garder le lit durant toute la durée des cautérisations. S'il s'agit d'un col étroit, de nullipare par exemple, il sera bon de l'avoir dilaté pendant 24 heures par une laminaire.

On donne d'abord une injection vaginale de deux litres d'eau bouillie tiède, avec deux cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque. Puis, le col étant bien préparé, bien exposé, on place dans le cul-de-sac postérieur un tampon d'ouate qui le garnit complètement afin d'éviter ensuite les brûlures. On saisit à l'aide d'une pince à pansement le crayon de filhos, que l'on maintient par son méplat, après avoir enlevé la feuille de gutta, qui recouvre le caustique. On appuie alors assez fortement le crayon sur l'orifice externe et, comme cette cautérisation ne doit pas être superficielle, on laisse le caustique en place pendant 10, 15 ou 20 secondes jusqu'à la formation de l'escharre.

Il faut donc que la muqueuse noircisse et devienne sanguinolente, et ce résultat est obtenu plus ou moins rapidement selon l'état de la muqueuse, selon qu'elle est plus ou moins recouverte de sécrétions glaireuses. On retire alors le crayon, et on l'essuie avec du coton hydrophile jusqu'à ce que toute la partie fondue au contact des tissus soit enlevée. Puis avec un petit tampon, on enlève la bouillie de caustique laissée au point d'application sur le col. Si, à ce niveau, la muqueuse est encore rosée ou simplement brunâtre, l'application a été insuffisante, il faut la renouveler. Si, au contraire, la muqueuse reste noirâtre, l'escharre est formée et la cautérisation doit être arrêtée.

On s'efforcera en tous cas d'atteindre, dès cette première séance, la muqueuse cervicale sur toute la hauteur. La cautérisation faite, il faut essuyer le caustique, l'assécher sur un e lampe à alcool, l'envelopper dans sa gutta et le conserver à l'abri de l'air. Pendant ce temps, le filhos a eu le temps d'agir, et, à l'aide de tampons d'ouate, on essuie le suintement séreux qui se produit : il est d'abord noirâtre, puis brunâtre, puis enfin couleur goudron. On retire à ce moment le tampon mis comme garniture dans le cul-de-sac postérieur, et l'on met un pansement vaginal à l'aide d'une mèche trempée dans la glycérine ichtyolée au 1/10e.

Le plus souvent, à part quelques coliques externes fugaces, la cautérisation est bien supportée. Il en est cependant dont la douleur est assez vive pour s'accompagner de tendance syncopale au moment où la femme descend de la table ; aussi est-il préférable d'opérer à domicile ; quelques compresses chaudes sur l'abdomen sont utiles.

Il faut prévenir la malade qu'à la suite du traitement, elle va avoir des pertes plus abondantes et plus irritantes, qu'à partir du 4e jour, elle va perdre de petits débris grisâtres. Vers le 6e ou le 7e jour, il n'est pas rare de voir survenir une hémorragie de sang clair due à la chute de l'escharre ; une injection vaginale chaude suffit à l'arrêter.

Dans les jours qui vont suivre, la malade devra prendre deux fois par jour des injections vaginales d'eau bouillie tiède. Tous les deux jours pendant la première semaine, il sera bon de faire un pansement à la glycérine ichtyolée ou à l'eau oxygénée sur l'orifice du col.

On renouvelle les cautérisations à 8 ou 10 jours d'intervalle ; 3 à 5 suffisent. Comme le traitement doit être commencé 3 ou 4 jours après les règles, et que celui-ci avance d'un jour ou deux les périodes menstruelles, on ne peut guère faire que deux cautérisations par mois. Au cas où une troisième application serait nécessaire, il faudrait la pratiquer le mois suivant après les règles. Ce serait d'ailleurs une cautérisation beaucoup plus courte, et pour celle-ci on se trouvera très bien de l'emploi de crayons déjà usagés, et par conséquent à extrémité un peu effilée.

Mais la période des cautérisations une fois terminée, il faut encore surveiller les malades pour éviter l'atrésie du col, car celui-ci ne sera cicatrisé qu'au bout d'un mois ; pendant ce temps, continuer les injections vaginales chaudes quotidiennes.

Tous les dix jours environ, faire à l'intérieur du col des attouchements à la teinture d'iode ou à l'eau oxygénée, afin d'éviter la formation de brides cicatricielles.

Quatre semaines après la dernière cautérisation, le col va reprendre peu à peu son aspect normal ; cependant, durant quelques mois, il sera indispensable de suivre la malade, et de faire chaque fois une dilatation très douce avec les bougies d'Hégar nos 2, 3, 4, 5.

Si le traitement, alors terminé, a été fait par un opérateur expérimenté, dans l'immense majorité des cas, il aura eu raison des métrites cervicales chroniques, même les plus invétérées. (*Le Progrès médical*, 30 janvier 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

A propos d'un cas de mort après abcès de fixation.

(M. Netter. — *Société médicale des hôpitaux* ; 30-4-1926.)

M. Comby ayant présenté dans une précédente séance une observation (sud-américaine) concernant un cas de mort consécutive à un abcès de fixation, M. Netter répond que ce décès malheureux ne saurait faire abandonner une méthode qui a donné si souvent des résultats remarquables, pas plus que les accidents de l'anesthésie ou de la sérothérapie ne font rejeter ces deux grands modes thérapeutiques.

Macrogénétosomie chez une fillette.

(MM. André Léri et Marc Leconte. — *Soc. méd. des hôp.* ; 5-3-1926.)

Il y a trois ans, M. Léri présentait une fillette de *six ans* qui, par sa taille de 1 m. 36 et son aspect corporel, paraissait avoir *douze à treize ans*. A cette époque, on pouvait se demander quel serait l'avenir de cette enfant, si elle n'était qu'une géante transitoire ou si elle continuerait à grandir. Aujourd'hui, la malade a 9 ans, elle a la taille d'une jeune fille de 17 ans, un développement corporel proportionné, des seins volumineux. Les règles sont apparues à l'âge de 7 ans.

La précocité génitale, jointe à la précocité corporelle, permettent le diagnostic de *syndrome de macrogénitosomie* (ou *macrogénétosomie*). C'est un syndrome rare, que la plupart des auteurs considèrent comme d'ordre épiphysaire. Harrax et Boiley ont récemment relevé dans la science 14 observations de macrogénétosomie avec tumeur pinéale, toujours (sauf une fois) chez des garçons.

— M. Apert remarque que, chez les garçons, la macrogénitosomie est effectivement en relation à peu près constante avec une tumeur de l'épiphyse. Mais, chez les fillettes, il en est autrement. Les adénomes de la corticalité de la surrénale (adénome cortico-surrénal), quand ils surviennent chez des fillettes dans la première ou la seconde enfance, sont susceptibles de causer la macrogénitosomie avec puberté précoce, sans hirsutisme ni virilisme. L'exagération du système pileux et la déviation vers le masculisme se montrent lorsque le même adénome cortico-surrénal se produit dans l'adolescence.

La céphalée qui suit la ponction lombaire : traitement par la pneumo-séreuse.

(MM. Tzanck et P. Chevallier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-4-1926.)

Pour prévenir et calmer la céphalée et les accidents pseudo-méningitiques qui suivent la ponction lombaire, MM. Tzanck et Chevallier proposent de recourir à la pneumo-séreuse méningée, c'est-à-dire à l'injection compensatrice d'air dans le céphalo-rachidien.

Depuis plusieurs années, Dandy utilise l'injection d'air dans la cavité rachidienne pour rendre visible aux rayons X les tumeurs cérébrales. Divers auteurs, il est vrai, ont signalé les accidents de cette pneumographie cérébrale, mais on connaît les conditions dans lesquelles ils se produisent : ils relèvent d'une quantité d'air injecté trop grande. Cestan et Riser ont montré que des quantités inférieures à 40 cc sont inoffensives.

Une ponction lombaire exploratrice ne dépassant pas 12 cc., l'injection d'air destinée à remplacer le liquide extrait est donc toujours très inférieure au chiffre de Cestan et Riser. MM. Tzanck et Chevallier ont, dans ces conditions, après les rachicentèses exploratrices, injecté de l'air dans le canal rachidien pour ramener la pression à son taux antérieur normal. Les résultats ont été l'absence de céphalée qui suit si souvent la ponction lombaire. Sur 21 malades, 16 n'ont pas souffert du tout. L'action a été également curative dans quelques cas. Il ne faudrait pas cependant s'abstenir des précautions d'usage en pareille circonstance (repos absolu de quelques heures, puis décubitus, tête basse, pendant deux jours.)

Outre leur intérêt pratique, ces faits offrent un intérêt théorique. On attribue habituellement la céphalée et les accidents pseudo-méningitiques observés à la suite de la ponction lombaire à un écoulement prolongé du liquide céphalo-rachidien par l'orifice de ponction. Les résultats obtenus par les auteurs au moyen de la pneumo-séreuse tendraient à rattacher ces accidents à des troubles de pression. Ils remettent tout au moins la pathogénie en discussion.

Fracture de Dupuytren vicieusement consolidée.

(M. Ch. Dujarier. — *Société de chirurgie* ; 21-4-26.)

M. Dujarier montre une fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, la déviation du pied en dehors étant énorme et la malade marchant très mal. Le traitement avait cependant été appliqué dans un service hospitalier parisien et avait nécessité plusieurs plâtres consécutifs.

Ces résultats défectueux, qui ne sont pas exceptionnels, incitent à suivre avec le plus grand soin les fractures de Dupuytren, et cela pendant plusieurs mois. L'auteur se propose chez son malade d'intervenir opératoirement.

— M. Mauclaire a vu des déviations se produire lorsque la marche est reprise trop tôt, au bout d'un

mois par exemple. Le pied plat, d'autre part, semble aggraver le pronostic des fractures de Dupuytren.

— Selon M. JEANBRAU, le meilleur moyen pour éviter les déviations secondaires dans les fractures bi-malléolaires, consiste, au moment où on laisse marcher le blessé délivré de son appareil plâtré, dans le port d'une chaussure à tuteur métallique externe. Mally et Richon recommandaient déjà ce moyen, il y a plus de 25 ans.

Inversion utérine chronique après accouchement.

(M. J.-A. PHELIP, de Vichy. — *Société de chirurgie* ; 21-4-1926.)

L'inversion utérine est très rare, une fois sur 200.000 accouchements d'après Lepage. M. Phélip en relate une observation concernant une femme accouchée vingt-cinq jours avant son entrée à l'hôpital. L'auteur pratiqua la laparotomie, fit l'exérèse d'une partie ischémiée de l'utérus, et laissa dans le bassin l'utérus désinvaginé. La malade guérit après quelques incidents (phlébite).

La chirurgie plastique en Amérique.

(M. DUFOURMENTEL. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 18-6-1926.)

Chargé d'une mission en Amérique ayant pour but l'étude de la chirurgie réparatrice, M. Dufourmentel donne à la Société des chirurgiens de Paris un compte rendu de son voyage aux Etats-Unis, qu'il agrémente de quelques réflexions intéressantes.

L'Américain, dit-il, est accueillant et bienveillant. Un des mobiles de son accueil empressé est le désir qu'il a de s'instruire lui-même de ce qui se fait ailleurs. A ses yeux, le Français (et peut-être d'une façon plus générale l'Européen), représente une source d'idées. Réalisateur avant tout, l'Américain est friand d'idées nouvelles, qu'il se charge d'exécuter pour arriver à une production pratique. Les missions françaises aux Etats-Unis ont une haute utilité pour empêcher l'oubli de la science française. Mais nous avons deux impedimenta : le dollar, qui rend le séjour très coûteux ; la langue ensuite, car il faut connaître l'anglais, le français n'étant là d'aucune utilité.

Parlant de l'objet même de sa mission, M. Dufourmentel note qu'en Amérique les chirurgiens spécialisés en chirurgie plastique sont très nombreux et sub-spécialisés eux-mêmes selon les régions anatomiques dont ils s'occupent (greffes, plastique nasale, chirurgie maxillo-faciale, etc.). Il existe, en outre, à côté de ces techniciens instruits, nombre d'irréguliers, *quacks* (charlatans), *beauty doctors*, qui bornent leur ambition aux rides des vieilles dames, aux mollets alourdis des danseuses, et dont, peut-être, les méfaits sont plus considérables que les succès. A côté de greffes fort belles et très réussies, pratiquées par d'adroits spécialistes, l'auteur, a vu des désastres dus aux injections de paraffine, faites par des spécialistes de la *beauty-surgery*, et ils sont vraiment capables de nous enlever toute envie d'employer ce facile artifice. Une femme dut ainsi subir sa 57e ablation de paraffinomes : elle en avait en tous les points de la moitié supérieure du corps.

Tumeur sous-cutanée parotidienne.

(M. CROISIER, de Blois. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 2-7-1926.)

M. Croisier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Blois, a adressé à la Société des chirurgiens de Paris une observation, qui fait l'objet d'un rapport de M. Dufourmentel, de tumeur sous-cutanée de la région parotidienne.

Il s'agit d'un homme de 61 ans porteur d'une volumineuse tumeur (plus grosse que sa tête elle-même) se détachant de la joue gauche pour tomber sur le thorax dont elle recouvrait toute la moitié gauche. La néoplasie avait débuté il y a une vingtaine d'années et s'était accrue progressivement.

Obligé de marcher courbé en avant, du fait de cette lourde masse, le patient se décida à en demander l'exérèse. La tumeur, après ablation, pesait 3 kilos 800, près de 4 kilos. Il s'agissait d'une tumeur mixte. Le poids du néoplasme enlevé par M. Croisier paraît être un record en matière de tumeur mixte parotidienne.

Polymyosite tuberculeuse.

(M. H. BURTY. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 2-7-1926.)

M. Burty a observé récemment un cas de myosite tuberculeuse à localisations multiples dont l'évolution comporta un épisode méningitique mortel. M. Burty ayant enlevé un noyau myositique à l'épaule, pour biopsie, eut la surprise de voir se produire, six jours après la petite intervention, une méningite tuberculeuse, à laquelle le patient succomba. L'auteur se demande si la biopsie a pu être capable de déclancher l'incendie qui détermina la mort.

— M. PEUGNIEZ ne croit pas que l'incision faite pour enlever le foyer tuberculeux ait pu être le point de départ d'une généralisation.

— M. ANDRÉ TRÈVES est de même avis

— M. PETIT DE LA VILLÉON n'est pas aussi rassurant que MM. Peugniez et Trèves. Ses interventions sur les foyers tuberculeux lui ont laissé l'impression de généralisations possibles. L'auteur n'est, pour cela, en aucune façon hostile aux extirpations de masses bacillaires, de ganglions tuberculeux en particulier. Mais, il faut compter avec quelques accidents et agir en somme avec une certaine prudence.

Indications de la cryothérapie.

(M. VIGNAT. — *Société de médecine de Paris* ; 27-3-26.)

Venue d'Amérique, la cryothérapie a été vulgarisée à Paris par MM. Sabouraud, Pautrier et Lortat-

Jacob. En dermatologie, dans beaucoup de cas, elle peut remplacer avantageusement le radium et les rayons X. Elle est plus simple, moins dangereuse, et donne dans nombre de circonstances des résultats aussi bons, sinon meilleurs.

Le cryocautère, imaginé par M. Bordas et perfectionné par MM. Beclère et Lortat-Jacob, est un instrument composé d'un tube métallique dans lequel on enferme une gelée formée d'acétone et de neige carbonique. Il comprend un manche et des embouts de formes diverses. On le charge avec un tube d'acide carbonique et de l'acétone. On l'applique alors, en le tenant verticalement ou légèrement incliné. L'application faite, les parties traitées présentent quelques secondes l'aspect d'un jeton d'ivoire ; puis, elles se colorent, deviennent rouges et, si l'application a été assez importante, se recouvrent d'une phlyctène ou d'une escarre. Comme pansement, se contenter, à la face, d'une légère couche de pommade, ou d'attouchements à l'alcool camphré. On ne laissera jamais de croûtes épaisses qui seront toujours enlevées par un pansement humide.

Les indications de la cryothérapie, en dermatologie, sont nombreuses : angiomes, couperose, nævi, épithéliomas superficiels baso-cellulaires, chéloïdes, leucoplasies, etc. Dans les métrites chroniques du col, la cautérisation au froid donne également de bons effets (Bizard et Rabut).

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Hémimélie avec ectodactylie partielle.

M. L.-M. BONNET présente une fillette de 3 ans porteur d'une malformation du membre supérieur gauche : bras normal terminé par deux doigts dont un pouce ; pas d'avant-bras. Radiographie : humérus normal, deux métacarpiens, un tout petit os vers l'extrémité du premier métacarpien. Parents bien portants.

Sténose cricoïdienne cicatricielle.

MM. SARGNON et WERTHEIMER relatent l'observation d'une jeune fille de 24 ans porteur d'une sténose cricoïdienne consécutive à une trachéotomie pour croup pratiquée à l'âge de 9 ans 1/2. Cette sténose fut opérée et dilatée à plusieurs reprises, interventions qui n'ont pas abouti d'une façon complète. Les auteurs ont obtenu au contraire un bon résultat de l'emploi de la diathermie.

Présentation d'appareil.

M. Lucien MICHEL présente un appareil de prothèse provisoire, fait de bandes plâtrées et de tiges de fer feuillard, qu'il a appliqué à un enfant de 6 ans, amputé de jambe à la suite d'un accident de machine à battre.

Cancer primitif des voies biliaires avec métastases hépatiques.

M. VALLERY expose, au nom de M. Roubier et au sien, l'histoire d'un malade de 56 ans, entré à l'hôpital avec les symptômes suivants : affaiblissement, amaigrissement et anorexie marqués, douleur sourde, continue sous forme de barre épigastrique ; ictère peu accentué ; urines rares, foncées, renfermant des sels et des pigments biliaires et de l'urobiline ; Weber positif dans les selles. Abdomen météorisé ; à la palpation de l'épigastre, masse énorme, irrégulière, à bord dur que l'on suit jusque dans les fausses côtes gauches, mais mal vers la droite. Ganglion de Troisier à gauche. L'évolution totale fut rapide : deux mois environ. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer du confluent cholédoco-hépatico-cystique à point de départ probable au niveau du canal hépatique (maximum des lésions à ce niveau), avec généralisation hépatique.

Tuberculose pulmonaire traitée par le thiosulfate d'or et de sodium.

MM. IMBERT et ROUSSET présentent, au nom de M. Garin, l'observation d'un malade de 19 ans, atteint de tuberculose pulmonaire à marche rapide (pleurésie six mois auparavant), avec signes bilatéraux et état très cachectique. On pratique tous les deux jours une injection intra-veineuse de thiosulfate d'or et de sodium à la dose de 0 gr. 02 au début pour atteindre progressivement 0 gr. 20. Après six mois de traitement, le malade est devenu à peu près apyrétique, il a repris 6 kgr. 1/2, l'expectoration est nulle, les signes pulmonaires se sont très notablement atténués.

Tumeur du sinus maxillaire. Radiothérapie.

MM. ARCELIN et GIGNOUX. Malade de 60 ans atteint de tumeur du sinus maxillaire droit. Le traitement radiothérapique seul a donné une guérison complète qui se maintient depuis un an. Il n'a provoqué aucune nécrose, aucune altération notable. Il a arrêté un processus qui déjà envahissait le plancher de l'orbite et menaçait le globe oculaire. La durée du traitement fut de douze jours.

Ulcère peptique. Fistule gastro-colique.

MM. DELORE, COMBE et LAISNÉ ont traité un malade de 59 ans qui avait été opéré une première fois par M. Durand il y a dix-sept ans (gastro-entérostomie postérieure pour ulcus). Ce patient revint à l'hôpital pour des coliques avec diarrhée et amaigrissement. Les selles étaient constituées par des matières mal digérées où l'on reconnaissait presque les aliments. Une nouvelle intervention montra l'existence d'une fistule gastro-colique au niveau de l'orifice de gastro. L'intervention comporta les temps suivants : décollement de la fistule, excision des bords de l'ulcère au niveau de la brèche colique d'une part,

de la brèche gastro-jéjunale d'autre part, rétablissement de la continuité du tractus gastro-intestinal (fermeture de l'orifice colique par trois plans de catgut, suture autoplastique à trois plans de l'orifice gastro-entérique).

Volumineux calcul de l'urètre.

M. Guiliani montre un calcul du volume d'une petite noix et du poids de 14 gr. qu'il a extrait de l'urètre d'un malade de 56 ans. On avait cru à un rétrécissement scléreux pour lequel on fit une urétrotomie interne : au cours de celle-ci une bougie s'était brisée et, étant restée dans l'urètre, on dut faire l'urétrotomie externe qui permit d'extraire le calcul avec le fragment de bougie.

Idiosyncrasie aux rayons ultra-violets.

M. Nogier conclut de plusieurs séries d'expériences dans lesquelles il a pu appliquer à des sujets différents des doses quantitativement et qualitativement égales de rayons ultra-violets, qu'il existe une idiosyncrasie réelle pour ces rayons non filtrés, ce qui doit rendre très prudent dans l'application de ce rayonnement.

Société médicale des Hôpitaux.

Pneumonie double simultanée chez un nourrisson.

MM. A. Dufourt et Chassard. Enfant de 17 mois atteint de pneumonie double sans signes stéthoscopiques, et avec images radioscopiques triangulaires typiques. Les deux foyers ont évolué d'une manière absolument simultanée. L'évolution a été du reste courte (cinq jours). L'état général et fonctionnel est resté excellent pendant toute la durée de la maladie et la convalescence fut rapide et franche.

Méningites cérébro-spinales à pneumocoques et pneumococcémie.

MM. J. Chalier et Puig rapportent deux cas de méningite cérébro-spinale dans lesquelles de très nombreux pneumocoques purent être décelés dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi que dans le sang. Les deux cas se terminèrent par la mort. On ne trouva aucun autre foyer de pneumococcie.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque C.

M. J. Chalier et Mlle Schoen ont observé deux cas de méningite cérébro-spinale à méningocoque C : le premier (enfant de 6 ans) s'est terminé par la guérison après une durée de plus de quinze jours, sans méningococcémie ; le second a évolué vers la mort en treize jours : il s'agissait d'une cérébro-spinale à forme d'hémorrhagie méningée, avec méningococcémie et complications multiples, pulmonaires et rénales notamment.

Un cas de scorbut par le lait condensé sucré.

MM. Mouriquand, Bernheim et Josserand. Nourrisson de 9 mois nourri exclusivement au lait condensé sucré depuis l'âge d'un mois et demi. Début brusque par de la tuméfaction douloureuse des genoux et par de la gingivite hémorrhagique. Guérison assez lente. Ce cas démontre la possibilité, contestée jusqu'ici, du scorbut par le lait condensé sucré.

Trophœdème de la main.

MM. V. Cordier, Wertheimer et J. Dechaume relatent l'observation d'un malade de 43 ans, épileptique, qui, à la suite d'une brûlure superficielle de la main droite présenta un œdème marqué de la main avec raideur des doigts et impotence complète, peau lisse, luisante et cyanique, ongles cassants, fendillés. A l'instigation de M. Cordier, M. Wertheimer pratiqua, sous anesthésie régionale, la section des rameaux communicants correspondant aux 5e 6e, 7e, 8e racines cervicales ainsi qu'au nerf dorsal. Dès le deuxième jour après l'intervention le volume de la main avait diminué de moitié, les téguments avaient repris une coloration normale, les doigts et le poignet esquissaient des mouvements spontanés ; l'amélioration s'accentua par la suite et dix jours après l'opération le malade pouvait se servir de sa main. Mais des douleurs vives survenues dans la région scapulaire droite ont obligé à interrompre sa rééducation. Les lésions présentées par ce malade se rangent dans ces séquelles de traumatismes périphériques dues incontestablement à l'intervention du système sympathique. La section des rameaux communicants paraît être une méthode supérieure, en pareil cas, à la sympathectomie périartérielle.

Disparition d'accès d'asthme sous l'influence d'un accès palustre.

M. Cordier expose l'histoire d'un homme de 25 ans ayant contracté pendant la guerre le paludisme en Macédoine, avec accidents graves à ce moment. Depuis aucun réveil palustre jusqu'en 1925. Apparition d'accès d'asthme d'abord améliorés puis récidivants et devenant subintrants et rebelles. Après vingt jours d'un véritable état de mal, survient un accès palustre avec 40°8, grands frissons, lipothymie, douleurs hépato-spléniques. Disparition de l'asthme. Il semble bien s'agir là d'un phénomène de choc.

Cuti-réactions d'épreuve au cours de l'asthme.

M. Cordier fait ressortir les difficultés de technique et d'interprétation de ces réactions, ainsi que les nombreuses causes d'erreur qu'elles comportent.

A. C.

Les Congrès

VIIe Congrès international de chirurgie.

(*Suite*) (1)

Chirurgie de la rate.

Par Ch. PAPAYOANNOU (Ghezireh, Egypte).

I. La fonction physiologique de la rate est hématopoiétique, hémolytique, spondolytique, et, en même temps pondératrice de la moelle osseuse.

II. En principe, l'ablation de la rate n'a aucune répercussion fâcheuse sur l'organisme. La splénectomie provoque : lymphocytose, éosinophilie, augmentation des hématoblastes et hypoglobulie passagère suivie d'une vraie polycythémie.

III. La suppléance fonctionnelle de la rate, après la splénectomie, est assurée par la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques. On a remarqué aussi des ganglions hémolymphatiques hypertrophiés après l'ectomie, auxquels on a attribué une certaine considération pratique au point de vue suppléance.

IV. Après une ablation complète de la rate, on a constaté une régénération de cet organe. V. Stubenrauch et Fattin seuls ont remarqué, après splénectomie, de nombreux éléments de régénération qu'ils ont désignés sous le nom de splénoïdes ou de nouvelle rates surnuméraires.

V. La splénectomie est, à l'heure actuelle, l'opération par excellence dans le champ d'activité chirurgical. L'indication des autres procédés opératoires est tellement limitée, et les chirurgiens ont si rarement l'occasion d'y recourir, qu'on peut les considérer comme n'ayant plus qu'un cacactère historique.

VI. La splénectomie doit être considérée comme intervention très favorable dans les ruptures de la rate, les tumeurs kystiques et syphilitiques, la tuberculose localisée et, si elle est précoce et pratiquée au stade initial de leur évolution, dans les splénomégalies égyptiennes et la maladie de Banti.

VII. Dans la malaria, elle débarrasse l'organisme du foyer principal de l'infection, mais elle n'assure pas une guérison radicale. En ce qui concerne le kala-azar, le nombre des cas n'est pas suffisant pour déterminer la valeur exacte de l'opération. Cependant, si l'on en juge par les quelques cas guéris, et notamment par notre cas personnel dont le résultat éloigné de quatorze ans est remarquable, on pourrait conclure que, faite à temps, la splénectomie peut aboutir à la guérison.

VIII. Après splénectomie, la récidive est presque constante dans les tumeurs malignes. Les quelques guérisons observées et mentionnées dans la littérature sont relativement trop récentes pour envisager une guérison définitive.

IX. Quant à l'influence de la splénectomie dans les maladies du sang, c'est dans l'ictère hémolytique qu'elle a remporté les plus brillants succès, tandis que dans l'anémie pernicieuse on n'a constaté que des rémissions du processus morbide.

X. Dans l'anémie splénique infantile, elle paraît donner des résultats heureux et durables.

XI. Dans la vraie polycythémie et la leucémie, elle est nettement contre-indiquée.

XII. On a obtenu par la splénectomie des résultats surprenants dans la thrombopénie essentielle ; il reste à contrôler si ces résultats seront durables en plus grande proportion.

XIII. Dans les maladies du sang, les résultats post-opératoires permettent d'envisager un avenir beaucoup plus favorable en employant préalablement la radiothérapie et la transfusion du sang répétée.

XIV. Pour la technique de la splénectomie, un progrès réel a été effectué par la ligature de l'artère splénique, méthode de Leonte, pour l'ectomie à blanc. Nous devons prendre en haute considération ce procédé de compression préalable de l'artère et éventuellement de la veine splénique, le pratiquer et le contrôler, au lieu du procédé brutal de ligature en masse du pédicule qui n'est pas sans danger pour le pancréas.

XV. A en juger par le résultat parfait obtenu par V. Stubenrauch dans un cas de thrombopénie essentielle, la ligature de l'artère splénique doit être tentée et contrôlée comme moyen thérapeutique dans d'autres maladies du sang également.

XVI La radiothérapie est un traitement de choix dans les affections leucémiques. En deuxième lieu, elle est utilisable pour toute espèce de splénomégalie Son indication est moindre, dans les affections du système érythropoiétique Dans tous les cas, l'on ne saurait envisager une guérison absolue.

Chirurgie de la rate.

Par le prof. C. HENSCHEN (de Saint-Gall, Suisse)

I. **Fonctions de la rate.**— 1° Rôle régulateur dans la production et la destruction des globules sanguins: *a*) participation de la rate embryonnaire à l'érythro- et à la myélopoièse ; *b*) participation à la leucopoièse lymphatique ; *c*) organe principal de la destruction globulaire physiologique. 2° Rôle de protection et de conservation sanguines en tant que réservoir de globules rouges et d'hémoglobine. 3° Organe de défense (élimination, phagocytose, formation d'anticorps). 4° Organe endocrinien entretenant des relations étroites avec les autres glandes à sécrétion interne. 5° Rôle important dans le métabolisme géné-

(1) V. *Concours médical* nos 31, 32 et 34.

ral de l'organisme (échanges nutritifs ; métabolisme du fer, des lipoïdes et des graisses ; fonctions régulatrices dans les échanges gazeux respiratoires et l'élimination de l'eau). 6° Organe présidant, avec le foie, aux transformations de l'hémoglobine.

II. **Conséquences de la suppression de la rate.** — 1° Modifications de la formule sanguine (pendant la première année, lymphocytose et éosinophilie consécutive ; taux normal des globules rouges, ou polycythémie ou anémie hémolytique). 2° Modifications du métabolisme (fer, cholestérine). 3° La tolérance vis-à-vis des infections et des intoxications peut demeurer la même que chez l'individu normal ; elle peut être aussi, soit augmentée, soit diminuée. 4° Remplacement anatomique de la rate extirpée par régénération de résidus du hile splénique, par autogreffes spontanées, par excroissances réticulo-endothéliales extraspléniques, par hypertrophie des glandes lymphatiques. 5° Lésions médiates ou immédiates des organes voisins (estomac, pancréas, veine porte, côlon). Le plus grand nombre des splénectomisés compensent entièrement la perte de l'organe, seul un petit nombre la compensent insuffisamment.

III. **Greffes spléniques.** — Les greffes hétéro- et homoplastiques demeurent sans effet ; possibilité de réimplantation autoplastique par suture vasculaire ou par autogreffe libre.

IV. **Méthodes de diagnostic.**

V. **Indications opératoires.** — 1° *Lésions traumatiques* : opération précoce même en cas de diagnostic incertain ; lorsque c'est possible, conserver l'organe, sinon splénectomie.

2° Dans les ruptures spontanées, opérer hâtivement, quelle que soit la maladie primitive.

3° Les rates mobiles nécessitent la splénopexie extra-péritonéale, la splénectomie ou la ligature de l'artère splénique.

4° *Tumeurs de la rate* : *a*) Kystes et angio-cavernomes ; suivant les conditions anatomiques, on pratiquera la splénectomie, l'énucléation-résection du kyste, l'ablation de la paroi kystique proéminente, l'évidement sous-capsulaire de la rate ou la marsupialisation. *b*) Tumeurs malignes : splénectomie et irradiation consécutive ; dans les cas de tumeurs inopérables, on liera l'artère splénique, puis on détruira l'organe par électro-coagulation et l'on s'adressera à la rœntgenthérapie.

5° *Kystes hydatiques* : splénectomie lorsque c'est possible, sinon marsupialisation du kyste.

6° *Splénomégalies infectieuses.* — A) Dans les abcès de la rate (importance du diagnostic et de l'opération précoces), on opérera par voie transpleurale transdiaphragmatique, ou par voie abdominale, ou lombaire, ou intercostale-extrapleurale, avec ouverture de l'abcès en un ou deux temps. Toutes les fois que ce sera possible, on pratiquera la splénectomie. B) La splénectomie est occasionnellement indiquée dans les infarctus spléniques infectieux non suppurés. C) L'extirpation de la rate en cas d'endocardite septique s'est révélée jusqu'à présent inutile D) La nécrose splénique toxémique (tableau clinique de pancréatite) nécessite une intervention précoce. E) La périsplénite plastique douloureuse commande la splénectomie. F) Les splénomégalies par tuberculose localisée peuvent être guéries par l'extirpation de l'organe. G) L'extirpation d'une grosse rate syphilitique est justifiée dans les cas où ce symptôme prédomine, dans les formes hépato-spléniques, anémisantes, hémolytiques, leucopéniques du type Banti, et celles qui se révèlent réfractaires aux arsénobenzènes. H) Malaria : splénectomies sur indications chirurgicales (rupture, rate mobile, kyste hydatique, abcès) ou médicales (résistance à la quinine, formes hémolytiques ou leucopéniques). J) Leishmanioses splénomégaliques : splénectomie dans les formes réfractaires à la médication stibiée. K) Le lymphogranulome isolé, cliniquement diagnostiquable, de la rate commande l'extirpation précoce de l'organe.

7° *Groupe des splénomégalies angio-spléniques.* — A) Dans les anévrysmes et la splénomégalie anévrysmale : ligature centrale de l'artère ou splénectomie. B) Les splénomégalies consécutives à une thrombose veineuse ou à une thrombophlébite liénale peuvent être guéries par la splénectomie, à condition de bien choiir les cas et le moment de l'intervention. C) La splénectomie est contre-indiquée dans la maladie de Baumgarten.

8° *Groupe des splénomégalies médullo-hémo-spléniques.* — A) Leucémie chronique myéloïde et lymphatique : la splénectomie peut être admise comme opération palliative sous certaines conditions chez des leucémiques spécialement préparés en vue de l'intervention. B) La polycythémie contre-indique l'extirpation de la rate. C) La splénectomie est justifiée dans l'anémie pseudo-leucémique infantile, lorsque le traitement médical a échoué. D) La splénectomie précoce, exécutée précocement pendant la première période de rémission, est susceptible de prolonger la vie dans l'anémie pernicieuse (forme hémolytique). E) Dans l'ictère hémolytique héréditaire et acquis, la splénectomie amène la guérison clinique. F) Dans la thrombopénie essentielle bénigne, l'extirpation de la rate constitue le traitement souverain, de beaucoup supérieur à toutes les autres méthodes.

9° *Groupe des splénomégalies réticulo-endothéliales.* — A) Dans la maladie amyloïde de la rate, l'intervention ne se justifie qu'en cas de rupture spontanée de l'organe. B) Dans la maladie de Gaucher, la splénectomie ne donne, à vrai dire, pas de guérison anatomique, mais de bons résultats cliniques.

10° *Groupe des splénomégalies hépato-spléniques.* — A) Le syndrome de Banti réclame l'intervention précoce dans ses premier et deuxième stades ; la splénectomie peut, occasionnellement, donner des résultats satisfaisants et même bons dans le troisième stade ; dans les formes ascitiques, il est recommandable d'associer à la splénectomie l'opération de Talma ; les formes thrombopéniques et leucopéniques

sont parmi celles qui fournissent le plus de succès. B) Dans les formes anémisantes leucopéniques et thrombopéniques de cirrhoses hépatiques splénomégaliques, la splénectomie dans une série de cas est capable d'amener, sinon la guérison, tout au moins, une amélioration notable et une rémission des symptômes. C) Certains cas choisis d'atrophie aiguë ou subaiguë du foie, peuvent être influencés fovorablement par diverses opérations (splénectomie ; drainage du canal hépatique ; « laparotomies thérapeutiques », sans ou avec ouverture de canaux biliaires superficiels ectasiés).

Discussion. — M. Alessandri traite des indications de la splénectomie et insiste en particulier sur le traitement chirurgical des splénomégalies paludéennes. L'échinococcose de la rate, les tumeurs (sarcome) de la rate, donnent les plus beaux résultats. Sa statistique personnelle, 42 cas, — 9 pour trauma, 6 pour kyste échinococcique, 7 pour Banti, 1 Hanot, 16 pour paludisme.

M. Beer (New-York) étudie d'abord les traumatismes de la rate. Il pense que les indications, dans le purpura en particulier, doivent être précisées afin d'abaisser la mortalité. Etudiée sur 90 cas, montre 28 morts. Il s'agissait de 13 ruptures, 7 tumeurs, 4 « splénites », 20 maladies de Banti, 21 purpura. Les plus mauvais résultats dans la leucémie (5 cas), l'anémie pernicieuse (3 cas) et la cirrhose du foie avec splénomégalie (2 cas).

Le professeur Giordano (Venise) est intervenu dans 143 cas. Il insiste sur un cas de tuberculose de la rate complètement guéri par la splénectomie, et rappelle que la splénopexie, bien que d'indication rare, ne doit pas être tenue sous silence.

Le professeur Sheen (Cardiff) fait précéder la splénectomie d'un traitement par l'émanation de radium. Il insiste sur les adhérences de la rate dans les leucémies qui rendent l'opération impraticable. Mais beaucoup de splénomégalies restent actuellement inclassifiables, même après l'examen histologique.

M. Jentser (Genève) apporte un cas de kyste non parasitaire de la rate, kyste vrai avec endothélium vérifié histologiquement, et dont la rareté est extrême. Cette malade put mener à bonne fin une grossesse trois ans après. Il discute la pathogénie de ces kystes que l'on peut rattacher au système réticulo-endothélial.

M. Silvestrini (Rimini) insiste sur les contre-indications de la splénectomie dans la leucémie et l'anémie pernicieuse, qui entraînent une mortalité immédiate élevée. La transfusion sanguine et le traitement médical sont seuls indiqués.

M. Lawadsky (Varsovie) apporte quelques cas de chirurgie traumatique de la rate. Il a pratiqué dès 1903 une hémisplénectomie en recouvrant la tranche de section avec une greffe épiploïque. Il obtint une guérison immédiate, mais le malade mourut par abcès sous-phrénique dû à une perforation d'ulcus gastrique, suite sans doute de la splénectomie. Il apporte ensuite deux cas de rupture sous-cutanée de la rate avec étude des variations de la numération globulaire.

M. Tansini (Pavie) a pratiqué depuis 1901 l'association de la splénectomie et de l'opération de Talma dans les maladies de Banti au troisième degré. Depuis on a pu utiliser avec succès cette opération dans les splénomégalies paludéennes, dans les thrombophlébites.

M. Frælich (Nancy) rapporte deux observations de kyste hydatique de la rate, l'un chez un enfant de douze ans, qui fut guéri par l'extirpation partielle du kyste après formolisation, capitonnage de la poche et fermeture de l'abdomen sans drainage.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'un cas de kyste hydatique qui avait suppuré, après ponction et injection d'une solution de sublimé, chez un homme de trente-quatre ans.

L'extirpation partielle fut très pénible à cause des adhérences et la marsupialisation ne put se faire ; un grand drainage de Mickulicz placé dans le kyste protégea le péritoine et le malade guérit en trois semaines.

M. Dominici (Sassari) présente plusieurs pièces fort intéressantes de rates enlevées chirurgicalement. Il insiste sur les accidents, en particulier d'occlusion, dus à la ptose de rates volumineuses. La rœntgenthérapie peut être utilisée avec fruit dans les premiers stades de la splénomégalie paludéenne.

Quant à la technique, elle doit savoir se plier aux exigences de chaque cas.

M. Felice Rossi (Aquila) apporte sa statistique de splénectomies, 4 cas : 2 cas de lésions traumatiques durant la guerre, un cas de kyste hydatique et un cas de splénomégalie avec kyste séro-hématique difficile à interpréter.

M. Schœmaker (La Haye), signale la possibilité d'hémorragies intestinales faisant faussement penser à une ulcération gastrique ou intestinale. Lorsque les hémorragies importantes ne peuvent être rapportées à aucune ulcération vraie du tube digestif, il faut penser à une lésion de la rate. Il a pratiqué dans deux cas la splénectomie avec guérison.

M. Kummer (Genève) apporte 7 cas personnels relatifs à des cas différents et suivis de bons résultats Dans un cas de leucémie guéri par la splénectomie, une intervention bénigne (cure de hernie) fut suivie d'une rechute grave de leucémie.

M. Donati (Padoue) décrit une nouvelle forme de splénomégalie dont il a observé deux cas chez l'adulte : splénomégalie lymphatique avec mononucléose et lymphocytose relative. Les deux malades ont guéri par la splénectomie.

M. Girasek (Prague) expose ses idées sur les indications de la splénectomie.

M. Jurasz (Posen) insiste sur l'irradiation rœntgenthérapique de la rate comme traitement préopératoire en cas de diminution du temps de coagulation. Il en a obtenu des résultats intéressants.

M de Souza (Lisbonne) apporte une statistique

de 36 cas avec étude très soignée de la formule hématologique après splénectomie. Il existe un syndrome d'« hypersplénie » dans certaines maladies (Banti, kala-azar, Gaucher). Ce sont les cas où la splénomégalie est indiquée hématologiquement Mais il y a aussi des syndromes d'hypofonctionnement splénique (hyperglobulie). L'auteur, qui a pratiqué la première splénectomie pour kala-azar, rappelle les bons résultats qu'il a obtenus dans cette affection (20 cas).

M. Capelli (Ancone) discute l'opportunité de la splénectomie dans la maladie de Banti, puis il expose les relations de la thrombosplénite avec les ménorragies de la puberté.

M. Lorthiois (Bruxelles) apporte des cas anciens et longtemps suivis de splénectomie chez les enfants, tous avec de bons résultats.

M. Petridis (Alexandrie d'Egypte) étudie certaines splénomégalies spéciales à l'Egypte où elles sont si fréquentes : 13 p. 100 des entrées à l'hôpital sont dues à cette affection, qui est probablement d'origine bilharzienne mais secondaire à l'envahissement du foie.

M. de Mathas (Coimbre) expose les difficultés de la splénectomie dans certaines rates ectopiques, mais fixées secondairement et impossibles à extérioriser Il cite un cas personnel où la rate était fixée entre la vessie et la paroi antérieure, faisant penser à une tumeur génitale

Il faut reprendre le vieux terme de Rioten : rate distorte.

M. Herman (Anvers) envisage la rupture de la rate traitée par splénectomie, au point de vue fonctionnel quant aux accidents du travail.

Le pourcentage accordé est de 20 à 25 p. 100, mais après trois ans, au moment de la revision, l'incapacité fonctionnelle est très réduite, sinon disparue.

Dr Leonte (Bucarest) apporte plusieurs cas de rupture de la rate, dont un cas grave ayant nécessité la transfusion sanguine, traités par la splénectomie et suivis de guérison complète.

Conclusion. — Professeur Heuschen (Saint-Gall) insiste pour conclure sur les nécessités d'utiliser l'hématologie pour en déduire les indications opératoires. Il rappelle la splénectomie extrapéritonéale et l'opération intracapsulaire, qui peuvent rendre des services dans une opération avec de nombreuses adhérences.

Le professeur Cortes résume la discussion, puis le professeur Leotta insiste sur les résultats de la splénectomie dans la paludisme.

(*A suivre.*)

Les Thèses

P. — Dr André Coste. — **Du drainage médical des voies biliaires par le mélange sulfate de magnésie-peptone.** (Thèse de 1926.)

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations de malades traités avec succès par ce mélange qui, dans l'état actuel de la question, réalise le cholagogue type agissant à la fois sur la sécrétion et l'excrétion de la bile. Ce mélange est indiqué dans toutes les manifestations d'hépatisme où il opère un drainage très efficace des voies biliaires. Sa valeur thérapeutique est la même par ingestion *sous forme de solution* que par instillation à travers la sonde d'Einhorn. Toutefois si l'on veut avoir des résultats constants, il est nécessaire de veiller à la pureté des produits, surtout de la peptone. Il faut également se préoccuper d'améliorer le goût désagréable du mélange pepto-magnésien. L'auteur, à cet effet, s'est servi d'un granulé soluble, l'Agocholine du laboratoire Zizine, avec lequel il a obtenu les mêmes résultats et que les malades acceptaient facilement, grâce à son goût et son odeur agréables.

Ly. — Dr H. Rone. — **Traitement de l'agitation dans les maladies mentales : le somnifène chez les grands agités.** (Thèse de 1925.)

Les résultats obtenus par M. Rone, à la clinique psychiatrique de la Faculté de Lyon et dans les services de MM. Lépine, Condomine, Carrier, Dodero et Courjon, viennent confirmer les conclusions des expérimentations publiées sur le somnifène en thérapeutique neuro-psychiatrique (Crouzon, Laignel-Lavastine, Claude, Baudouin, Camus, Anglade, Perrens, Robin, Pavlovitch, Quercy, etc.) ; citons en particulier la thèse de M. Dodard-des-Loges, donnant les résultats de la pratique de MM. Cestan, Riser et Laborde, qui ont utilisé le somnifène dans plus de 2.000 cas.

Le somnifène est un médicament très maniable, il peut être administré par voie buccale, sous forme de gouttes (qui permettent de donner à chacun la dose optima), par voie intra-musculaire et par voie endoveineuse. Dans les cas d'insomnie ou d'excitation nerveuse légère, la voie buccale est la voie de choix ; mais dans les milieux spécialisés (maisons de santé, asiles publics et privés) les voies intramusculaire et endoveineuse se trouvent fréquemment indiquées, soit pour combattre des accès d'excitation épisodiques chez des dégénérés, des alcooliques, des confus, soit pour prévenir le développement d'un délire aigu chez des maniaques très agités ; soit pour permettre un gavage par la sonde nasale, effectuer une ponction lombaire, une opération de petite chirurgie, pratiquer un examen biologique complet ; soit encore à l'occasion d'un transfert du service hospitalier à l'asile. M. Rone préfère, dans ces cas, utiliser la voie endoveineuse à la dose variable de 2 à 5 centimètres cubes. Il a toujours ainsi obtenu

des résultats très satisfaisants et il a pu constater que le somnifène présentait un effet régulier et rapide et un minimum de toxicité. C'est un sédatif hypnotique puissant et bien toléré qui peut d'ailleurs rendre d'importants services même dans le delirium tremens (Quénée) et dans l'état de mal épileptique (Rimbaud).

N. — Dr J. Roesch. — **La fonction uréo-sécrétoire des hypertendus.** (Société d'impressions typographiques, Nancy, 1925.)

Le dosage de l'urée sanguine, employé seul, est insuffisant pour donner une idée exacte du fonctionnement rénal. Il n'y a pas de rapport net entre le taux de l'urée sanguine et le chiffre de la tension maxima. Dans presque un tiers des cas d'hypertension, considérés d'une manière générale, la constante d'Ambard est normale. Elle l'est encore dans 18 % des cas d'hypertension maxima supérieure à 25.

Si, dans l'ensemble, les chiffres de la tension et de la constante évoluent parallèlement, ce rapport est loin d'être absolu, et ne saurait être invoqué en faveur de la théorie rénale. Inversement, les constantes normales ne sont pas des preuves catégoriques contre la théorie rénale, puisque cette dernière les explique par l'hypothèse d'une néphrite hypertensive pure, sans troubles sécrétoires.

L'interprétation de ces cas est très complexe, et nécessite l'intervention de conceptions éclectiques.

Au point de vue pratique, on pourrait croire exagéré de soumettre les hypertendus dont le fonctionnement uréo-sécrétoire est inaltéré, à un régime hypo-azoté sévère ; mais il semble que l'alimentation carnée puisse être un facteur direct d'hypertension. De toutes façons, la recherche de la constante devra précéder l'établissement du régime.

P. — Dr J. Subileau. — **Paralysies oculaires traumatiques d'origine orbitaire.** (Paris. Amédée Legrand, éditeur, 1926.)

Les paralysies oculaires traumatiques d'origine orbitaire sont des formes rares de paralysies, dont 11 cas seulement ont été observés dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, au cours des vingt dernières années.

L'atteinte isolée d'un muscle est fréquente. Les muscles le plus souvent lésés sont le droit supérieur et grand oblique. La lésion directe d'un tronc nerveux est exceptionnelle. Les paralysies sont produites soit par atteinte directe de l'appareil musculo-tendineux par des corps vulnérants acérés, soit par compression due à un épanchement sanguin intra-orbitaire. La contusion indirecte d'un muscle, par « contre-coup », est un mécanisme curieux à noter.

Il peut y avoir discordance entre les signes cliniques objectifs (strabisme, impotence fonctionnelle) et le phénomène subjectif de la diplopie dans les paralysies des muscles moteurs verticaux des globes oculaires. Ce n'est pas la position verticale de la fausse image qui est inconstante, mais sa position horizontale. Une paralysie d'un droit inférieur peut, en effet, donner lieu à une diplopie homonyme et non croisée comme on s'attendrait à la trouver.

Ces « diplopies paradoxales » peuvent s'expliquer par les trois hypothèses suivantes : 1° l'influence des différences individuelles des insertions des muscles sur leur action ; 2° les suppléances fonctionnelles que semblent pouvoir réaliser les moteurs verticaux sains, grâce à l'association d'un moteur horizontal, lorsque l'équilibre musculaire est rompu ; 3° les anomalies latentes de l'équilibre des yeux (esophorie, exophorie).

La position latérale de la fausse image peut être trompeuse et le diagnostic du muscle paralysé ne peut être fait que par l'étude de tous les signes cliniques, et en particulier des signes objectifs.

Le pronostic de ces paralysies est bénin dans le cas d'hématome orbitaire, l'évolution vers la guérison spontanée étant la règle.

Pour les cas d'atteinte directe de l'appareil neuro-musculaire, le pronostic dépend de l'intégrité du conducteur nerveux, sa section entraînant des troubles trophiques du muscle qui enlèvent tout espoir de restitution fonctionnelle complète par une intervention.

Les cas les plus favorables sont donc ceux où il n'y a qu'une simple désinsertion sclérale, susceptible d'une réparation chirurgicale et d'un retour à la motilité normale.

Les livres qui viennent de paraître.

Chez Doin.

Prof. G. Mouriquand, de Lyon. — **Précis de diététique et des maladies de la nutrition chez l'enfant et chez l'adulte.** (Un vol. 820 p., 60 fig., 3 pl. : 60 fr.) (*Collection Testut.*)

Chez Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris, 14e.

Dr de Parrel. — **La surdité et son traitement.** Manuel de rééducation auditive à l'usage du sourd et de son entourage. (Un vol. 285 p., 46 fig. : 15 fr.)

Chez Maloine.

Prof. Emile Sergent. — **Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies respiratoires.** (Un vol. 583 p. avec fig.: 65 fr.)

Chez Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Prof. P. Ménétrier. — **Le cancer** ; généralités. XIIIe vol. du Traité de médecine de Gilbert et Carnot. (Un vol. in-8, 432 p. avec fig. : 48 fr.)

(*Ces ouvrages seront analysés ultérieurement.*)

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

MÉDECINE SOCIALE

Quelle idée vous faites-vous de la profession médicale et de la vie du médecin en 1935 ? Quelles répercussions peut-on prévoir sur l'une et l'autre de la législation relative à la médecine sociale, en général, et aux assurances, en particulier ?

Par le Dr G. Lavallée (Fontenay-sous-Bois).

Deuxième prix de notre concours

Mieux vaut prévoir que regretter.

En 1935 ? Le délai est court pour qu'une bien grande transformation s'accomplisse dans la vie du médecin. On n'est même pas sûr d'avoir une autre guerre d'ici là !

Néanmoins, en neuf ans, on peut voir se poursuivre et s'affirmer une évolution dont les prémisses datent de ...... mettons une trentaine d'années.

C'est l'époque où ont commencé d'apparaître les divers appareils de diagnostic et de mesure en médecine. A mon sens, le vieux sphygmomanomètre de Potain et l'ampoule de Crookes ont sonné le glas de ce que, par un abus de langage, nous persistons à nommer « l'art médical ».

La médecine d'aujourd'hui est un hybride qui n'aura pas de postérité : la médecine de demain sera scientifique ; la médecine d'après-demain sera industrielle. Le terme est gros et litigieux ; nous y reviendrons tout à l'heure.

En 1935, obéissant à cette transformation, le médecin dit « de famille » finira de disparaître, et 20 ans plus tard on ira pieusement déterrer ce fossile dans les vieux grimoires.

Qu'a donc à faire l'antique médecin de famille dans une population mouvante et flottante comme l'est la population de la France d'aujourd'hui ? Voit-on, autour de soi, beaucoup de gens naître, vivre et mourir dans le même lieu, à l'abri du même toit, et par les soins (pour un temps tout au moins) du même médecin ?

Un pays moderne n'est plus une juxtaposition de cellules à peu près étanches comme il y a cent ans ; les chemins de fer, l'auto, et demain l'avion le brassent et le traversent de courants ininterrompus ; on ne vit plus coude à coude, on ne se contente plus d'un sempiternel horizon. On franchit les frontières, on passe les océans..... et le médecin qui soigna votre varicelle est loin.

Même pour qui reste sur place, le concept du médecin de famille n'est plus viable du fait de la spécialisation et de la sous-spécialisation. Chacun va maintenant montrer sa gorge au laryngologiste, ses yeux à l'ophtalmologiste, son eczéma au dermatologiste, son chancre au vénéréologiste ; il se fait ausculter par le phtisiologue ou par le cardiologue, va chercher chez le radiologue la radiographie rassurante, laisse son appendice aux mains du chirurgien et sa prostate dans la cuvette de l'urologiste. Mais le médecin de famille, s'il durait encore, il ne lui resterait plus trois pouces carrés de son ancien domaine !

Avec lui, et dans le même convoi, l'on mènera en terre le praticien de « médecine générale », désormais incapable de faire un diagnostic et impuissant à appliquer un traitement. Je l'imagine, ce pauvre homme, devenu organe de triage et de coordination, aiguillant tel malade vers le laboratoire, tel autre vers la radio, tel autre vers l'oto-rhinologiste « débrouillant » tel autre en recourant aux spécialistes, recueillant ensuite les constats de chacun, interprétant et concluant. Tel quel, le rôle est encore beau, mais bien loin tout de même de l'autorité jadis péremptoire du médecin de famille praticien général.

Pour rendre aisés et pratiques ces diagnostics en plusieurs phases, seront nécessairement créés des « centres de diagnostic », sortes de maisons médicales contenant tout l'appareillage moderne et toutes les méthodes nouvelles de recherche ; le malade y vient muni de bons spéciaux et passe successivement d'un service à un autre. En quelques heures tous les organes peuvent être examinés et radioscopés, tous les liquides organiques recueillis et analysés ; métabolisme basal, électrocardiographie peuvent être consultés et devenir autre chose que des terres lointaines et inaccessibles.

Ces centres de diagnostic, je les conçois, du reste, appliqués aussi à une autre besogne ; le dépistage précoce des maladies (cancers par exemple !) des diathèses, des vices de développement. Et pour cela, l'on peut imaginer que les enfants des écoles, à intervalles prescrits, les conscrits, les soldats avant d'être libérés, les adultes sous

des formes à fixer par des lois, passent par ces centres afin d'y être mensurés, pesés, radioscopés ; analyses des urines, du sang, examen des tympans, des fonds d'yeux, etc., complèteraient l'examen.

Enfin, ces centres disposeraient d'un matériel de transport automobile et aérien pour leur amener les malades couchés et, le cas échéant, les héberger (je ne dis pas : hospitaliser, car toute idée de situation matérielle des malades est en dehors de la question). Il est, en effet, impossible de concevoir, dans une société ainsi organisée pour le traitement des malades, que l'on puisse encore soigner à domicile une typhoïde, une méningite, une pneumopathie aiguë, une septicémie, pas plus qu'on ne conçoit actuellement le traitement à domicile d'une appendicite aiguë, d'une occlusion, d'une grossesse extra-utérine. Moyennant quoi, on transportera un typhique au début de sa maladie et non, comme aujourd'hui, quand il a déjà fait sa perforation ; moyennant quoi, on pourra radioscoper un pneumonique et déceler une pleurésie interlobaire avant d'en être prévenu par la vomique ; moyennant quoi, on pourra, dans une septicémie, recourir à la transfusion, à peu près interdite aux praticiens ; moyennant quoi enfin, on ne verra plus ces courses affolées vers un confrère pour chloroformer une candidate au forceps.

Du même coup la vie du médecin sera profondément transformée et, j'ose le dire, allégée. Ses malades aigus sont rassemblés en un ou deux ou trois établissements de soins. Il y passe une bonne part de son temps, employé à plein et non gaspillé le long des routes. Cela et la consultation constituent le plus clair de son travail. Pour le reste, indispositions légères, chroniques en traitement, petits blessés, il fait sa tournée coutumière sans affolement. Reste l'urgence : elle lui est immédiatement annoncée de chez lui, où qu'il se trouve, par le haut parleur radiotéléphonique installé dans sa voiture et fonctionnant sur ondes étalonnées et individuelles. Pourquoi même ne pas donner sur son ordonnance sa longueur d'ondes comme son numéro de téléphone de façon que le poste de secours communal puisse appeler instantanément tel médecin où qu'il se trouve.

Et enfin, c'est l'allègement du médecin par la mise en fonctionnement d'un service de garde.

Le médecin travaille comme tout le monde, mettons tout de même dix heures par jour et dispose librement de ses dimanches. C'est le service de garde qui entre en jeu la nuit et les jours fériés. Et je tiens qu'il faudra bien venir à cela comme on est venu aux vacances annuelles. C'est, du moins, la grâce que je nous souhaite si nous voulons cesser d'être, pitoyable assimilation, les frères d'esclavage des bistros.

Une organisation qui me semble être le corollaire impérieux d'une telle transformation, c'est celle du « carnet médical », sorte de carte d'identité médicale établie au nom de chaque nouveau-né, et commençant par quelques notations utiles sur l'accouchement (poids du délivre en particulier, durée du travail, application de forceps, réanimation, etc.). Suit la liste des maladies de l'enfant, des diverses vaccinations (antivariolique, antityphique, antidiphtérique, antitétanique). Puis sur des feuilles aux nombreux schémas, le résultat des examens de santé dont il a été parlé plus haut.

Le carnet est la propriété du sujet et est exigible par chaque médecin appelé à lui donner des soins. Tous les incidents morbides de sa vie y sont notés (maladies et leurs traitements, blessures, sérothérapies diverses, interventions). Et le dernier feuillet porte le diagnostic de la cause du décès, disposition bien propre à introduire un peu d'ordre et d'exactitude dans les statistiques officielles, jusqu'à présent inexistantes.

Ce carnet médical est destiné à jouer le rôle que remplissait le médecin de famille ; être une sorte de répertoire médical du milieu. C'était l'une des prérogatives chères au bon vieux praticien de connaître les antécédents de chacun (quelques-uns tout au moins !) de savoir se souvenir à propos en observant tel malade de telle constatation faite antérieurement et qui éclaire la situation : un petit-fils prématuré et rachitique fait remonter à la mère qui a été dans sa jeunesse « soignée pour les yeux » avec du sirop de Gibert et de là au grand-père qui commence à se plaindre de l'estomac et chez qui on épie la syphilis initiale. Mais en dehors des constatations directement faites par le médecin, c'est l'interrogatoire qui apporte le plus de renseignements, l'interrogatoire, les « antécédents personnels et héréditaires » par quoi débute aujourd'hui toute observation médicale conforme au gabarit officiel.

Or qui n'a gémi sur le vague et l'insuffisance des données ainsi recueillies transfigurées du reste par le patient qui n'a jamais été en peine d'interprétation ? Qui n'a bayé d'ahurissement en écoutant les gloses du malade sur l'épisode dont on vient d'être le témoin ?

Qu'est-ce que c'est que ce « commencement de méningite », cette « congestion » (pulmonaire ? cérébrale ? ?), cette « angine couenneuse », cette « fièvre muqueuse ? » Qui n'a été pris de fureur, ayant envoyé son malade à l'hôpital, d'apprendre qu'il a été fait une prise de sang, une ponction lombaire, un examen radioscopique. Résultat ? « L'infirmière en chef m'a dit..... » généralement une insanité. Et le mystère des cicatrices ! Un tel souffrait de l'estomac et a été opéré : on découvre une cicatrice transversale sous-hépatique. Telle femme souffrait du côté droit et a été opérée : large cicatrice verticale médiane. Qu'a-t-on enlevé ? Que reste-t-il ?

J'entends s'élever un tonnerre d'imprécations. Et le secret ? Voici une grande question et qui me paraît être en train de rejoindre aux vieilles lunes la noble figure du médecin de famille. Tout d'abord, remarquons que chaque médecin inscrit sur le carnet le résultat de son examen et remet ce carnet au malade.

Voici donc celui-ci seul dépositaire du secret qui l'intéresse et dont il est libre de faire l'usage qui lui plaît. N'est-ce donc pas plus satisfaisant que de savoir ce secret consigné par écrit sur une fiche restée entre les mains du médecin et chez qui, à la faveur d'une circonstance fortuite (vol, incendie, décès du médecin), elle peut être dérobée, divulguée. Il y a des diagnostics qu'il sera désobligeant d'inscrire. Lesquels ? Oh ! toujours les mêmes parbleu ! Les maladies vénériennes, les fausses couches, certains accouchements (chez une jeune fille par exemple), les maladies mentales. Notons à ce sujet que le problème ne peut être épineux que lorsque des tiers auront le droit de demander à voir le carnet. Quels seront ces tiers ? Le médecin d'une compagnie d'assurances sur la vie (à ce sujet n'est-il pas curieux que la prise de sang ne soit pas encore exigée par ces compagnies ?) ; le médecin d'une grande administration au seuil de laquelle l'examen médical est de rigueur (voici qui serait bien utile en ce qui concerne en particulier les agents des chemins de fer dont l'Académie vient de s'occuper) ; le médecin du régiment. Tous sont liés par le secret professionnel et leur divulguer le carnet médical ne saurait avoir que d'heureux effets.

En dehors de ceux-ci, je ne vois plus que le ou la fiancée ou le conjoint qui soient en droit d'exiger ce carnet. Pour les premiers, la question de l'examen médical pré-nuptial revient à l'actualité, il est possible qu'en 1935, il soit entré dans les mœurs. Ne commence-t-on pas à voir dans son cabinet un jeune homme, une jeune fille, accompagnés de leurs futurs beaux-parents et demandant à être examinés. Examen toujours uniquement clinique et à travers les mailles duquel des antécédents fâcheux, une syphilis héréditaire ou blanchie au moment de l'examen, une goutte militaire peuvent aisément passer ; et c'est une fausse sécurité que nous donnons aux clients. Le jour où il sera d'usage, avant de conclure un mariage, de consulter, en même temps que le compte en banque, le carnet médical de chacun des candidats, il n'y aura plus (où il y aura en tous cas moins), un peu plus tard, c'est-à-dire trop tard, de désagréables surprises.

Arrivons enfin au cas cuisant par excellence : celui des époux.

Certes, chacun a le droit de consulter, quand bon lui semble, le dossier de l'autre. Celui des deux qui se refuserait à une telle communication encourrait une légitime suspicion.

Et c'est la fredaine aussitôt révélée dès lors qu'elle aura eu des conséquences médicales. Mais, ... et aujourd'hui ?

A propos d'une uréthrite, d'une plaque muqueuse, d'une fausse couche douteuse, de la naissance d'un hérédo, ne voit-on pas les syphiligraphes les plus doctrinaires faire comparaître les deux époux et se livrer à des recherches et des confrontations qui ne sauraient se flatter d'être discrètes. Et puis, enfin, s'il y a dans ce domaine, des susceptibilités à ménager, l'on peut concevoir une notation par chiffres, par termes bactériologiques, par indices, que sais-je, qui reste imperméable (pour combien de temps ?) aux non initiés. Ceci s'applique en particulier aux maladies que l'on veut et que l'on doit cacher à l'intéressé lui-même et avant tous ; mais je ne vois plus guère que le cancer qui reste dans cette catégorie. A moins qu'en 1935.......!

Tel je m'imagine, le service médical d'un pays civilisé dans une dizaine d'années. Et je ne pense pas que la législation sur la médecine sociale et la loi sur les assurances sociales en particulier fassent obstacle, loin de là, à l'évolution que j'entrevois. J'ai hasardé au début de cette étude le mot de médecine industrielle ou, plus exactement, d'industrie médicale. Il surprend et il choque : je tiens qu'il énonce une nécessité inéluctable. Industrialisés ? mais ne le sommes-nous pas déjà ?

Mesurez le chemin parcouru du vieil Hôtel-Dieu au nouveau Cochin. Mettez Laënnec, dont le seul instrument était un stéthoscope dans un service moderne ; promenez-le dans les salles de radio, les laboratoires, les salles de haute fréquence, d'ultra-violets, les salles d'opération, de stérilisation ; qu'il aperçoive, en chemin, les glacières, les étuves, les ascenseurs. Peut-être se croira-t-il dans une usine de conserves alimentaires très perfectionnée, mais à coup sûr pas dans un hôpital. Lisez une observation médicale d'aujourd'hui, et dites de combien de chiffres elle est émaillée : dosage de l'urée sanguine, de la glycémie, de la cholestérinémie, pression artérielle et du liquide céphalo-rachidien, constante d'Ambard, etc. Tant d'appareils, tant de chiffres, tant d'exactitude enfin, est-ce d'un art ou d'une science ? Et quand la science se met à être utilitaire, cela devient de l'industrie.

Oui, sans doute, tous ces chiffres alignés, tous ces schémas dessinés, reste l'interprétation, le travail de l'esprit. Et ici se place le petit couplet de style sur « la saine clinique ». Mais la saine clinique est actuellement coiffée d'un bourrelet et conduite en lisières par les appareils de mesure.

La médecine sociale s'adaptera comme un gant à l'industrie médicale. Dès maintenant, c'est fait, du reste. Car je pose en fait qu'il n'est pas un ouvrier, pas un petit employé, qui puisse aujourd'hui faire soigner *convenablement* et *entièrement*

à ses frais sa femme ou son enfant atteints de tuberculose pulmonaire ou rénale, d'ulcère de l'estomac ou de diabète à forme consomptive. Un diagnostic de tuberculose pulmonaire coûte aujourd'hui (consultations, examens de crachats, homogénéisation, inoculation au cobaye, radioscopies répétées, radiographies), au moins 500 à 800 fr. Ajoutons-y un pneumothorax à établir, puis à entretenir, la cure d'air et de repos, les sanocrysines et autres drogues que l'on pourra vouloir essayer. Un diagnostic de tuberculose rénale (consultations, analyse des urines, cathétérisme des uretères, inoculations, constante, radiographies) revient à un billet de mille. Ensuite l'intervention, le traitement de la cystite rebelle, de la fistule qui suinte, les six mois ou un an d'immobilisation. Et de même pour les gastropathies, et de même pour la syphilis la plus banale avec ses Wassermann répétés, ses ponctions lombaires, ses séries d'intra-veineuses.

Il n'est pas un budget modeste (mettons aujourd'hui jusqu'à 15.000 fr.) qui résiste à de tels assauts. Résultat : tous ces gens-là vont à l'hôpital, au dispensaire, au sanatorium, à tel organisme pulic bou privé qui les prend en charge totalement ou partiellement. Additionnez les budgets des hôpitaux, des dispensaires, des instituts de diverses natures, des consultations gratuites, des bureaux de bienfaisance, des bureaux d'hygiène, les allocations aux femmes enceintes ; ne voilà-t-il pas une fameuse ébauche des assurances sociales ?

S'il faut aller jusqu'au bout de ma pensée, je dirai (gare à moi !) que si la médecine doit devenir industrielle, le médecin est destiné à être fonctionnaire. Au reste que l'on me permette de m'insurger contre ce que l'on trouve écrit partout : jamais le médecin français ne consentira à être fonctionnaire. Cela, c'est bouffon ! le médecin français ? Il ne faut pas dire qu'il consent déjà : il recherche, il implore les fonctions, les « fixes », les fameux fixes transmsisibles que l'on retrouve en bonne place dans les annonces de postes à céder.

Faites le total des professeurs et agrégés des facultés (à tout seigneur..... !), chefs de travaux, préparateurs, des médecins, chirurgiens, assistants et sous-assistants des hôpitaux, des médecins militaires, des médecins de chemins de fer, de mines, des P. T. T., d'industries, de grands magasins et de grandes administrations, de compagnies d'assurances ; les directeurs de bureaux d'hygiène, les médecins de dispensaires, les contrôleurs des réformés de guerre, les juges des tribunaux des pensions, les médecins de ministères, j'en passe et j'en oublie. Sur les 23.000 médecins français à qui vous envoyez le *Concours médical*, n'y en a-t-il pas un bon tiers qui est pourvu de fonctions ? Et à voir la meute qui se dispute les moindres prébendes, n'est-on pas en droit de supposer qu'un bon nombre des deux tiers restants seraient disposés à supplanter les premiers ? Non, à l'inverse de ce que l'on imprime d'ordinaire, je pense, sans aucune forfanterie, ni paradoxe, que le médecin français est déjà de mentalité trop « fonctionnaire ». Car de toutes les fonctions ci-dessus énumérées, combien sont vraiment rétribuées ? Guère ou pas du tout. Néanmoins, les médecins s'en délectent et non pas les jeunes, récemment installés, en peine de clientèle, à qui ces « fixes » pourraient être un utile os à ronger. Ce sont les vieux, les mieux pourvus, qui « montés sur le faîte aspirent à descendre » et à se faire les valets d'une administration qui toujours les exploite et souvent les méprise.

Le médecin fonctionnaire que j'imagine serait, comme devrait être tout fonctionnaire, responsable et intéressé. Responsable vis-à-vis de ses clients, comme il l'est déjà et de plus en plus judiciairement. Responsable vis-à-vis de sa conscience qui, dans maints cas serait encore seule juge, et c'est en quoi notre fonction garderait cependant une noblesse particulière. Responsable enfin vis-à-vis d'une commission de surveillance qui connaîtrait des conflits entre malades et médecins, signalerait l'éclosion et les courants de propagation des épidémies, annoncerait les nouveautés en diagnostic et thérapeutique (sauvant ainsi le praticien d'essais parfois vains et malheureux), centraliserait des statistiques ; elle aurait un rôle autrement plus bienfaisant et plus intelligent que les commissions de contrôle des assurances sociales ou des réformés de guerre dont la besogne est souvent celle d'un commis d'architecte sabrant d'encre rouge un mémoire d'entrepreneur.

Intéressé aussi ai-je dit. Le mot détonne ici, mais il exprime bien ce qu'il veut dire. Oui ! le médecin fonctionnaire serait intéressé dans les bénéfices ; mais les bénéfices de son industrie ne se chiffreraient pas en francs, mais en jours de morbidité. Et nous touchons ici au sommet du problème. L'on a dit que la médecine de l'avenir serait préventive. Je le crois et souhaite cet avènement. Mais la médecine ne pourra être préventive tant que la profession médicale aura son aspect actuel. Aujourd'hui le médecin qui soigne une rougeole ou une coqueluche peut faire de la médecine préventive *à l'intérieur de la famille*. Mais au-delà ? Il n'a ni le pouvoir, ni le droit de suivre chez eux les enfants qu'il a vus tout à l'heure jouer dans la chambre du malade et qui apporteront la contagion chez eux.

Il n'a ni le pouvoir, ni le droit, rencontrant dans la rue un enfant qui a sa quinte, de l'éloigner du groupe où il se trouve. A chaque instant le fil d'Ariane se rompt. Actuellement, enfin, il ne lutte pas contre la coqueluche ; il soigne tout bonnement « le petit un tel ».

Et je reviens à mon mot : le médecin sera un fonctionnaire intéressé du jour où, pour avoir moins de morbidité et ne pas courir comme un affolé de porte en porte, il sera intéressé à dépister l'épidémie commençante, à faire des vaccinations, des séro-prophylaxies, à faire placer au sanatorium un tuberculeux qui contamine une famille, du jour enfin où l'état sanitaire d'un secteur lui fera honneur ou honte.

Et en quoi, ainsi conçu, l'exercice de la médecine serait-il avilissant ? Ne serait-ce pas la situation d'un ingénieur d'industrie ou de laboratoire de recherches dont l'intelligence et la mentalité n'ont, que je sache, rien à envier aux nôtres ?

En résumé, j'imagine pour 1935 (ou un peu plus tard), la généralisation à tout le domaine de la médecine de ce qui est fait actuellement pour l'hygiène : chaque médecin aura son secteur dont il sera responsable tant au point de vue épidémiologie que nosologie. Et c'est ainsi que je me figure l'acheminement vers la médecine sociale devenue un service public.

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Comment le poursuivre ?

Sur la foi d'une grave faute d'impression dans l'ouvrage consulté, j'ai fait état d'une prétendue rédaction de l'article 18 de la loi de 1892, réprimant l'exercice de la médecine, et cela m'a amené à écrire, le 11 avril et le 6 juin, qu'il n'était pas politique de poursuivre les illégaux, tant que les pénalités ne seraient pas plus sévères, la répression plus ferme.

L'intéressante conférence que le professeur Balthazard a donnée aux Journées médicales de Paris sur « *les bases juridiques des poursuites de l'exercice illégal* » m'a amené à revoir de plus près les textes législatifs. J'ai, ce faisant, constaté la faute que je signale, et pris une connaissance exacte de cet article 18, qui est ainsi conçu :

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 fr. et, en cas de récidive, d'une amende de 500 à 1000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à six mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

L'exercice illégal de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr.

L'exercice illégal de l'art des accouchements est puni d'une amende de 50 à 100 fr., et, en cas de récidive, d'une amende de 100 à 500 fr. et d'un emprisonnement de six jours à un mois, ou de l'une de ces deux peines seulement.

Si, aux pénalités prévues dans cet article, les tribunaux ajoutent de forts dommages-intérêts envers la partie civile, en l'espèce, le plus souvent, le Syndicat médical, je dois, revenant sur ma première affirmation, reconnaître qu'il est possible de frapper assez sévèrement les délinquants pour arriver à les lasser et, sinon à les faire renoncer à leur industrie, du moins, à leur en faire payer très cher la pratique.

C'est ainsi que j'ai été particulièrement heureux d'entendre notre sympathique confrère Patay, de Rennes, nous apprendre, à la suite de la conférence de Balthazard, que, comme président du Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine, il venait d'obtenir, pour la N^e fois, contre le fameux abbé Chaupitre, une condamnation à CINQ MOIS DE PRISON et à VINGT-CINQ MILLE FRANCS DE DOMMAGES-INTÉRÊTS envers son Syndicat.

A la bonne heure ! Voilà ce qui s'appelle agir et triompher ! Et Patay d'ajouter : « Chaupitre commence d'abord par refuser de payer. J'exerce alors contre lui la *contrainte par corps* ; il est de nouveau emprisonné, et comme il aspire à sortir rapidement de sa cage, il finit par s'exécuter ».

Donc, il est possible de traquer sans relâche les illégaux et de les frapper durement, tant dans leur liberté que dans leur bourse.

C'est ce que le professeur Balthazard avait exposé précédemment. Il commença par convenir, ainsi que je l'ai démontré moi-même, que les poursuites contre les charlatans n'ont souvent d'autre résultat que d'appeler l'attention sur eux, de leur faire une auréole, et d'augmenter leur clientèle. Il raconta même, à titre d'exemple et de preuve, la petite anecdote suivante : à la suite du récent procès fait à Paris, à trois guérisseurs, par le Syndicat des médecins de la Seine, l'avocat de l'un des prévenus raconta qu'il avait reçu, dans l'espace de huit jours, cinquante lettres lui demandant l'adresse de son client ...

Il faut donc, continua le très sympathique professeur de médecine légale, adopter une certaine tactique dans les poursuites que l'on déclanche. Cette tactique emprunte ses directives aux bases juridiques du délit, telles que la loi, la doctrine et la jurisprudence les définissent.

La loi et la doctrine disent : « Exerce illégalement la médecine toute personne qui, non diplômée, prend part, *habituellement ou par une direction suivie*, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales... »

La jurisprudence admet que l'habitude résulte de la répétition de l'acte délictueux *plus de trois fois.* Elle définit ainsi la maladie : par maladie, il faut entendre tout état anormal, qu'il comporte ou non des troubles fonctionnels ou des lésions organiques, qui détermine l'homme a se faire soigner,

Ainsi donc, tout ce qui constitue un traitement ordonné pour combattre un état de maladie, serait-ce un simple verre d'eau, seraient-ce des passes dites magnétiques, des attouchements, des signes plus ou moins cabalistiques, crée inéluctablement le délit d'exercice illégal, quand celui qui le prescrit ou l'applique, *habituellement*, n'est pas pourvu du diplôme de docteur.

Sur ces données, la tactique qui s'impose consiste à ne pas éparpiller ses efforts en déclanchant un peu au hasard des poursuites contre plusieurs illégaux à la fois, mais au contraire à choisir, parmi ces illégaux, le plus représentatif, le plus connu, le plus prospère, le plus réputé, une tête, un chef, en un mot, et à le traquer sans répit, ni relâche. A peine a-t-on obtenu une condamnation que, la récidive survenant immanquablement, on déposera une nouvelle plainte. Ainsi font nos confrères rennais vis-àvis de Chaupitre, et on conviendra que cela ne leur réussit pas trop mal.

Mais, comment intéressera-t-on les tribunaux à ces manœuvres ? En leur fournissant des dossiers très complets et renfermant des faits indiscutables. Ces dossiers, d'après le professeur Balthazard, c'est à une police privée qu'on devrait s'adresser pour les constituer. Il faudrait que les Syndicats eussent, à leur solde, une équipe de policiers, de détectives qui, toutes les fois qu'un charlatan leur serait signalé, se missent en campagne et recueillissent tous les éléments capables de servir de base à une poursuite sérieuse.

Je rappelle que j'ai mis en évidence l'intérêt que prend immédiatement une poursuite pour exercice illégal, quand peut se greffer sur elle une poursuite pour abus de confiance, escroquerie, homicide par imprudence, coups et blessures involontaires, etc.

Il appartiendrait à cette police spéciale de rechercher tout particulièrement l'ensemble de tous ces délits.

Car, si les juges répugnent à punir sévèrement un charlatan de ce seul chef, parce qu'il arrive trop souvent qu'ils sont ses clients, — et si ce n'est eux, c'est quelqu'un des leurs — par contre, ils marchent à fond quand le délit est préjudiciable aux biens, sinon aux personnes.

Voilà ce qu'il ressort de la conférence du professeur Balthazard, et ce qu'elle m'a suggéré.

Cette idée de création d'une police spéciale m'a tellement impressionné, qu'y ayant réfléchi, j'ai saisi mes collègues du Conseil d'administration du *Sou médical* d'une proposition de mise à l'étude de cette organisation policière, à but défini et limité, avec le concours de notre Ligue de défense.

***

Il y a une autre campagne à entreprendre. Il faudrait obtenir de la grande presse qu'elle ne rendît pas compte des procès faits aux guérisseurs, sous une forme qui constitue un véritable panégyrique de ceux-ci et les met en vedette.

Trois guérisseurs ont été poursuivis récemment, je le répète, à la requête du Syndicat des médecins de la Seine. Ils ont comparu devant le tribunal correctionnel de la Seine le 19 juin. *Le Journal*, le lendemain, publiait en première page un article de près d'une colonne sur l'audience de la veille sous ce titre sensationnel, dont je respecte les caractères typographiques :

> **TROIS GUÉRISSEURS en correctionnelle**
>
> **Les guéris sont venus en cortège les défendre**

Nous apprenions ainsi qu'un témoin de marque, M. Moreau, président de la Société des auteurs et compositeurs, était venu déposer en faveur de l'un des prévenus.

Or, ils ont été condamnés tous les trois par un jugement rendu trois semaines plus tard, et que le même journal a enregistré, dans son numéro du 11 juillet, en dix lignes de tous petits caractères relégués à la troisième page, au bas d'une colonne. L'apologie avait été bruyante, tapageuse même. Le châtiment fut annoncé comme à regret, de manière à passer à peu près inaperçu ; c'est juste tout le contraire de ce qu'un grand journal, soucieux de remplir son rôle d'éducateur de l'opinion publique, aurait dû faire.

J'ai évoqué, naguère, la singulière figure du fameux Béziat, le guérisseur d'Avignonet. Quelle n'a pas été ma stupéfaction, le 15 mai dernier, accroché au poste de téléphonie sans fil chez un de mes amis, à 400 kilomètres de Paris, d'entendre l'oraison funèbre de Béziat, prononcée par un médecin que je n'hésite pas à nommer : le Dr Pierre VACHET, professeur à l'école des hautes études sociales.

Ce Béziat, qui guérissait les autres, n'a pas pu se guérir lui-même, et les fameuses forces vitales qu'il savait si bien mettre en action chez autrui, l'ont abandonné à tout jamais. Faut-il dire : Paix à ses cendres ! Oui, sans doute, mais à condition qu'elles demeurent froides et silen-

cieuses, si j'ose dire. Or, voici qu'il renaît, le guérisseur, dans un de ses secrets, qu'il a légués à un laboratoire qui prépare deux produits : le Vitalogène «véritable générateur de vie, le plus puissant des reconstituants » et le « Dépuratif Béziat » d'une efficacité prodigieuse contre tous les vices du sang ». Ce laboratoire vend le Vitalogène 50 francs, et le dépuratif, 20 francs, mais il cède gratuitement le livre de Jean Béziat ... Qu'on se le dise ! ! !

Un autre guérisseur, qui eut son heure de gloire, il y a quelques années, vient également de mourir, et chose curieuse, il a trouvé dans la personne du Dr P. Vachet, le même panégyriste que Béziat. C'est dans *Le Matin* du 4 juillet que ce docteur, qui semble s'être fait une spécialité de ces apologies, pleure Coué « ce grand apôtre de l'auto-suggestion, que le public appelait le « marchand de bonheur » ... qui a eu le « rare mérite de démontrer à tous, et particulièrement aux médecins, l'action si puissante de l'élément psychique sur le corps ».

Il est évident qu'avant Coué, les médecins vivaient dans une ignorance complète à ce sujet. Et les Charcot, les Grasset, les Bernheim, les Raymond ... n'ont été que des mythes, dans l'histoire de la médecine des cinquante dernières années ...

Dans le même journal, la veille, était reproduite la photographie de Coué, avec l'annonce de sa mort : il y est qualifié de savant *modeste et bon*. A ce propos, je me souviens d'un fait qui m'a été rapporté dans les circonstances suivantes ; je garantis l'authenticité de mes souvenirs, mais non du fait en lui-même, ne le connaissant que par ouï dire. Dans ce même temps, où Coué attirait à la Sorbonne une foule d'adeptes, je passais la soirée chez mon ami B., où je rencontrai un certain nombre de collègues aussi jeunes que distingués, dont quelques-uns sont depuis arrivés aux hôpitaux de Paris. Le nom de Coué vint dans la conversation, et je me souviens que l'un de ces jeunes confrères, parfaitement renseigné, nous répéta qu'il tenait de source sûre que ce guérisseur ne dédaignait pas d'aller à domicile, et n'hésitait pas alors à se faire royalement honorer : je crois me rappeler que le chiffre des honoraires de chacune de ses visites me fut donné comme étant de mille francs ... Sans commentaires.

Il ne s'agit pas ici de mettre en doute la puissance de suggestion de tel ou tel. Qu'elle soit indiscutable, s'ils l'utilisent pour des fins guérisseuses, ce sont des *illégaux* de la médecine. Ils violent la loi. Ils méritent d'être châtiés. Pratiquement, retenons la formule du professeur Balthazard et armons-nous dans nos Syndicats, pour pouvoir la mettre en pratique. Retenons également les résultats acquis par nos confrères de Rennes, et les condamnations sévères qu'ils ont fait prononcer contre Chaupitre. Patay, qui nous narrait ces faits, ajoutait : « Je continuerai, sans me lasser, à le traquer sans pitié. »

Et puis, dans nos Syndicats encore, et à l'Office de répression de l'exercice illégal de la médecine, de l'Union des Syndicats, étudions comment nous pourrions empêcher la grande presse de publier les débats des procès faits aux illégaux, sous une forme et dans des termes qui leur font de la propagande. C'est sans doute difficile, très difficile. Ce n'est peut-être pas impossible.

Il faudra que tous ceux d'entre nous qui ont des connaissances juridiques se mettent à la besogne. La chose en vaut la peine. Car, et c'est là-dessus que je finirai aujourd'hui, Balthazard nous a appris que, chargé d'enquêter comme médecin légiste, chez un guérisseur poursuivi, il avait découvert que les affaires de celui-ci s'élevaient, par an, à *cinq cent mille francs*... Faire rentrer une partie de pareilles sommes dans les Caisses des Syndicats, n'est-ce pas une belle compensation ? Rennes le fait bien, pourquoi d'autres Syndicats n'y réussiraient-ils pas pareillement ? Affaire de tactique, et c'est ce qui m'autorise, reprenant ma première question : Faut-il poursuivre l'exercice illégal ? — à répondre : oui, en y mettant les formes et la durable patience voulues.

La méthode de Coué n'a pas disparu avec lui ; elle est exploitée dans un établissement que les journaux annoncent en ces termes :

L'INSTITUT COUÉ, 17 *bis*, rue Pauquet, informe le public qu'il est seul autorisé par contrat régulier et enregistré de M. Coué à enseigner officiellement sa méthode et à permettre l'emploi de son nom. La méthode Coué ne remplace pas le traitement médical. Elle ne peut, pour des raisons techniques que faire l'objet d'un enseignement. Les cours publics, gratuits et collectifs se font journellement sous le patronage de médecins et le contrôle du Dr Fauvel. L'Institut Coué n'a jamais fait de métapsychique.,

L'Académie de médecine a récemment refusé, à juste titre, d'approuver de semblables entreprises.

G. DUCHESNE.

LÉGISLATION

Les soins dentaires aux accidentés du travail.

8471. — M. Faugère, député, demande à M. le ministre du travail si les soins dentaires doivent être donnés aux accidentés du travail exclusivement par un docteur en médecine, ou s'ils peuvent être également donnés par un chirurgien dentiste ou un dentiste ayant le droit d'exercer l'art dentaire, le tarif ministériel fixé par arrêté du 31 décembre 1925 paraissant ne s'appliquer qu'aux soins donnés par des docteurs en médecine (*Question du* 27 *mai* 1926.)

Réponse. — L'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par les lois des 31 mars 1905, 5 mars 1917, 17 octobre 1919 et 12 avril 1922, vise uniquement les médecins (docteurs en médecine et officiers de santé) en ce qui concerne les soins à donner aux victimes d'accidents du travail et l'établissement des certificats constatant l'état des victimes. Les chirurgiens dentistes ne peuvent donc pas, à moins qu'ils ne soient pourvus d'un diplôme de médecin ou d'officier de santé, donner des soins ou délivrer un certificat dans les termes de la loi précitée du 9 avril 1898 Au surplus, la Cour de Cassation a jugé (arrêt de la chambre civile du 2 février 1925) « qu'en permettant aux médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers d'exercer, pour le recouvrement de ces frais (médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation) une action directe contre le chef d'entreprise, l'article 4, paragraphe 4, de la loi du 9 avril 1898 a institué en leur faveur une procédure exceptionnelle qu'aucune autre catégorie de personnes agissant comme créanciers de frais médicaux et pharmaceutiques n'est autorisée à employer ».

(*J.O.*, 9 *juin* 1926.)

Commentaires

Cette réponse , à propos des soins dentaires donnés aux victimes du travail, en rappelle une autre à propos des pensionnés de guerre.

Le *Journal officiel* du 11 mars 1925 enregistrait une réponse de M. le ministre des pensions, à M. Louis Chazette, député :

« La question de savoir si les dentistes non docteurs en médecine peuvent soigner des bénéficiaires de l'article 64 est actuellement à l'étude. Elle doit être, jusqu'à nouvel ordre, tranchée par la négative, attendu que, par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés, pour les soins dont ils peuvent avoir besoin ».

Fidèles aux suggestions de Brouardel, qui, comme commissaire du gouvernement, lors de la discussion de la loi sur l'exercice de la médecine (qui devint la loi du 30 novembre 1892) proclamait que le grade de chirurgien-dentiste n'était que transitoire et que rapidement, les seuls docteurs en médecine exerceraient l'art dentaire, le législateur de 1898 et celui de 1919 ne font allusion qu'aux seuls docteurs en médecine, pour les soins à donner aux blessés du travail ou aux pensionnés de guerre.

Dans cet ordre d'idées de la limitation du droit d'exercice des chirurgiens dentistes, rappelons un jugement de la 7e chambre du tribunal civil de la Seine, du 17 novembre 1913, réformant une décision du juge de paix du VIe arrondissement de Paris, du 15 avril 1913

Un chirurgien-dentiste avait été nommé expert, dans une contestation d'honoraires entre un client et deux médecins stomatologistes.

« Attendu que les docteurs O. et B., se basant sur les termes de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu : « les fonctions de médecins experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par les docteurs en médecine français » et en outre, sur une circulaire du 11 juin 1912, de M. le Garde des Sceaux, adressée aux procureurs généraux près les cours d'appel, ont interjeté appel dudit jugement du 15 avril 1913 ;

« Attendu qu'il y a lieu de réformer la décision attaquée, comme contraire aux termes de l'article 14 précité, et de la circulaire ministérielle du 11 juin 1912 »...

Voici donc de nouveaux arguments en faveur de la thèse de ceux, qui, actuellement, défendent l'unité de la médecine et soutiennent que l'art dentaire n'est qu'une branche de l'art de guérir; par suite, les dentistes de l'avenir ne devraient avoir qu'un seul diplôme, celui de docteur en médecine, tout comme les laryngologistes, les oculistes, les radiologistes, etc.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'augmentation du chiffre de l'indemnité.

J'ai reçu, il y a quelques semaines, la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Je suis frappé par votre article sur l'augmentation du chiffre de l'indemnité maladie, d'autant plus que bien souvent j'ai été tenté de vous adresser mon adhésion à la combinaison de 30 francs par jour, toujours retenu par l'idée que cette minime allocation me serait d'une piètre utilité. Remplacer une misère par une demi-misère ne présente pas un grand intérêt.

Mais je n'avais pas envisagé la question sous le même angle que vous : il est évident que pour élever cette indemnité et la porter à 50 francs par jour — un minimum à mon avis — il faut que vous soyez assuré de la participation d'un grand nombre de sociétaires... et vous ne pourrez jamais mettre cette combinaison sur pieds si nous attendons tous.

Aussi je me décide : veuillez m'envoyer les imprimés nécessaires pour recevoir mon adhésion à la combinaison donnant 30 francs et m'indiquer près de quels confrères je puis passer la visite médicale.

Si, comme je l'espère bien, je suis admis, vous pourrez me compter comme candidat à la pension de 50 francs.

Veuillez agréer... Dr A. à C.

Notre confrère a donné là un exemple qui devrait être suivi : il est certain que tous ceux qui aspirent à l'indemnité de 50 francs devraient commencer par adhérer à la combinaison qui donne trente francs.

Mais ils devraient aussi nous donner en même temps leur adhésion future à la combinaison qui donnera 50 francs. Nous avons en effet besoin de quelque certitude pour pouvoir demander à M. Fleury de nous faire le calcul des cotisations et pour pouvoir, de notre côté, étudier les répercussions que ne manquera pas d'avoir la création d'une combinaison nouvelle sur les combinaisons existantes.

Et surtout qu'ils n'attendent pas sous le fallacieux prétexte que rien ne peut être fait avant 1927 : c'est maintenant que nous devons commencer à étudier la question, pour être en mesure de la soumettre à l'Assemblée générale de novembre.

Un confrère m'objectait naguère l'incertitude où l'on se trouve sur le chiffre de la cotisation qui pourrait être exigée : « Comment, disait-il, pouvons-nous nous décider sans savoir ce à quoi nous nous engageons ? »

Pas plus que ce confrère, nous ne pouvons savoir actuellement ce que seront exactement ces cotisations, mais, d'après l'opinion de notre trésorier, on peut admettre sans grande chance d'erreur que, pour avoir 50 francs d'indemnité journalière et 500 francs d'indemnité mensuelle en cas de chronicité, la cotisation future peut être envisagée comme devant être la somme des cotisations actuelles donnant 30 fr. et 20 fr. augmentée de 5 %.

Par exemple :

à 30 ans 246 + 163 + (4,09 × 5) = 429 fr.
à 35 ans 274 + 182 + (4,56 × 5) = 479 fr.
à 40 ans 313 + 208 + (5,21 × 5) = 547 fr.

La limite d'entrée serait nécessairement 45 ans.

Pourquoi cette majoration de 5 %, sera-t-on tenté de dire ? — Parce qu'au dire de tous les assureurs le risque augmente à mesure que s'élève le chiffre de la garantie : c'est là une question d'expérience devant laquelle, comme tous, nous devons nous incliner.

Que cette majoration soit rigoureusement exacte, nous ne saurions l'affirmer, mais nous sommes à peu près sûrs qu'elle ne sera pas supérieure et nous espérons qu'elle sera peut-être un peu moins forte — mais cela dépasse notre compétence et nous nous en remettrons pour cela au savoir et à la sagesse de M. Fleury.

Les chiffres que nous donnons, je le répète, ne sont qu'approximatifs et on ne doit pas les considérer comme définitifs : je dis simplement que les chiffres réels futurs ne paraissent pas devoir être très éloignés des chiffres ci-dessus — ils seront plutôt un peu inférieurs.

Mon correspondant le disait très sagement : si tout le monde attend, on ne pourra jamais partir ; il faut donc que les confrères qui ont véritablement le désir d'avoir l'indemnité journalière de 50 francs et mensuelle de 500 francs nous le fassent savoir en dépit de la légère incertitude où ils peuvent rester sur le chiffre exact de la cotisation annuelle.

Nous sommes bien décidés à ne partir qu'avec certitude et nous ne voudrions pas courir le risque de compromettre la situation de la Mutualité familiale par un échec qu'on verrait bien vite exploiter contre elle.

Nous n'avions jamais envisagé la possibilité de porter à 50 francs l'indemnité journalière, mais nous n'avions jamais non plus envisagé la situation économique actuelle, et nous reconnaissons que celle-ci exige autre chose qu'un secours de 20 fr. ou de 30 fr. par jour : nous acceptons donc de nous soumettre aux nécessités du moment, mais cela ne veut pas dire que nous soyons prêts à toutes les imprudences.

Quelques confrères nous ont dit : vous feriez bien mieux d'augmenter l'indemnité des chroniques. Nous ne bouleverserons pas toute notre organisation qui repose sur le principe de l'indemnité chronique mensuelle dix fois supérieure à l'indemnité journalière. Nous resterons ce que nous sommes, et d'ailleurs ce ne serait pas donner satisfaction à ceux qui considèrent que l'augmentation journalière est actuellement une nécessité.

Donc, confrères qui réclamez l'indemnité de 50 francs, faites vous inscrire dès maintenant et, à l'Assemblée générale de novembre, nous pourrons réaliser cette réforme que vous souhaitez.

Nous savons dores et déjà que M. Fleury ne la considère pas comme impossible ; c'est donc maintenant de vous et de vous seuls qu'elle dépend.

H. Mignon.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des Médecins de l'arrondissement des Andelys.

(*Réunion du* 2 *mai* 1926.)

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys s'est réuni le 2 mai 1926, à Etrépagny, en l'honneur de son secrétaire depuis 20 ans, le Dr Bourdon, un de ses fondateurs, qui pratique la médecine depuis 40 ans dans cette ville. A cette occasion ses confrères lui ont offert, à l'Hôtel du Lion-d'Or, un banquet amical auquel assistaient en outre le docteur Quivy, de Paris, du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, le docteur Thirard, d'Evreux, président de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure, le docteur Moisson, d'Evreux, secrétaire de la Société de Prévoyance et de Secours mutuels de l'Eure, le docteur Dehail, secrétaire du Syndicat des médecins de l'arrondissement d'Evreux. Au dessert le docteur Mordagne, président du Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys, remit au docteur Bourdon une plaquette de bronze emblématique en témoignage des sentiments d'estime et d'affection de ses confrères.

La réunion ordinaire du Syndicat eut lieu ensuite dans la salle de l'Hôtel du Lion-d'Or.

Etaient présents : MM. Mordagne, Bourdon, Mazoux, Perrotte, Thuillié, Jouannot, Angammarc, de Nayville, Dimey père, Le Priol, Vignal, Dardel père, Dimey fils, Vallet, Dardel fils ;

S'étaient excusés : MM. Noblet, Pillouard.

Le président annonce avec regret le départ du docteur Jouve qui a quitté Gisors pour aller s'installer à Trets (Bouches-du-Rhône).

La lecture du procès-verbal de la réunion du 11 octobre 1925 amène le secrétaire à déclarer que le compte rendu de cette réunion, imprimé, envoyé à tous les Préfets, sous-Préfets, sénateurs, députés, conseillers généraux du département de l'Eure, n'a provoqué de leur part que deux accusés de réception malgré l'intérêt des questions envisagées.

Le Syndicat est unanime à vouloir rester adhérent à l'Union des Syndicats médicaux et considère comme déplorable la division qui s'est produite à la veille de la discussion de la loi des Assurances sociales.

L'ordre du jour appelle à nouveau le Syndicat à délibérer sur le tarif à appliquer aux Sociétés de Secours mutuels. Les syndiqués ont été mis au courant des pourparlers engagés sous les auspices de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure, avec les délégués des Sociétés de Secours mutuels de l'Eure et de la Seine-Inférieure. A la suite de cette entrevue, les délégués de la Fédération ont cru devoir accepter provisoirement une remise de dix pour cent, sur le tarif minimum ouvrier, sauf approbation des Syndicats.

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys consulté par écrit à ce sujet à la date du 9 mars 1926 a donné par 12 voix contre 5 et 3 abstentions son adhésion à ce projet ; la remise sera faite sur la part payée au médecin par le trésorier de la Société, et non sur la part payée directement par le sociétaire ; en plus à partir du 1er avril 1926 le prix de la visite sera de 12 francs, celui de la consultation de dix francs, celui du kilomètre parcouru de 1 fr. 25. Les Sociétés seront invitées une fois de plus à n'accepter comme membres participants que les ouvriers et à prévenir leurs membres dans une position de fortune aisée que les médecins se réservent le droit de leur appliquer un tarif en rapport avec leur situation de fortune, sans considération de mutualité.

Par la même lettre du 9 mars 1926, le secrétaire avisait les membres du Syndicat de la proposition faite par le Ministère des Pensions de supprimer toutes les catégories pour les soins donnés aux bénéficiaires de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919 et d'établir un tarif uniforme pour la visite et la consultation de huit francs, le kilomètre parcouru restant à 1 fr. 24. Sur 20 votants il y eut 12 acceptations, 7 refus, une abstention.

Le Secrétaire de l'Union des Syndicats a demandé à tous les Syndicats par la circulaire no 61 de vouloir bien donner leur avis au sujet de la création d'un doctorat dentaire. A l'unanimité les membres du Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys se prononcent contre cette création qui ouvrirait une brèche dans les droits conférés par le diplôme de docteur en médecine et tendrait à restreindre les interventions de ceux qui en sont possesseurs ; ce n'était pas la peine de supprimer les officiers de santé pour imposer les mêmes restrictions aux docteurs en médecine.

Les mêmes considérations viennent à l'esprit en présence des dispensaires antituberculeux, antivénériens, anticancéreux que l'on s'efforce de multiplier pour suivre les progrès de la science, ces dispensaires semblent dénier aux praticiens la capacité de reconnaître et de soigner un tuberculeux, un vénérien, un cancéreux ; le médecin ordinaire ne sera plus bon qu'à dépister ces malades pour les diriger sur les dispensaires qui seront tout à fait indépendants de lui quand ils ne lui seront pas systématiquement hostiles ; pour ce rôle on multipliera les infirmières visiteuses.

Par une circulaire en date du 30 janvier 1926, M. le Préfet de l'Eure a fait connaître à tous les médecins du département la nouvelle organisation sanitaire réglementant le service antivénérien. Le Syndicat prend acte de cette circulaire.

A la date du 30 mars 1926, le vice-président de la réunion des compagnies d'assurances sur la vie a écrit

à tous les Secrétaires des Syndicats pour les prévenir que ces Compagnies ne peuvent dépasser le tarif de 40 fr. pour les examens médicaux en matière d'assurance-vie et que plutôt que de l'augmenter elles seraient « disposées à faire, à frais communs, une organisation régionale avec des médecins attachés aux directions à Paris ».

Après discussion, les membres du Syndicat s'accordent pour faire observer que le questionnaire des assurances-vie s'est beaucoup modifié depuis la guerre, qu'il comporte des chapitres nouveaux, qu'il nécessite à ce jour l'emploi d'instruments coûteux et fragiles (oscillomètre, densimètre), des examens d'urines émises en présence du médecin, etc., que la réponse à toutes ces questions demande un temps considérable, risque fort de mécontenter les candidats en cas de refus de la part de l'assurance et même de détourner la clientèle.

En conséquence les membres du Syndicat décident qu'une Communication sera faite dans ce sens à l'auteur de la lettre citée plus haut, lui faisant connaître que dès à présent le prix des rapports médicaux pour assurance-vie est de 50 francs, le tarif kilométrique s'il y a lieu à déplacement étant de 1 fr. 25 par kilomètre à l'aller et au retour. L'augmentation des tarifs de l'Assistance,de la vaccination, de la protection des enfants du premier âge fera l'objet des réclamations de la Fédération auprès de la préfecture. Dans le but de compenser cette augmentation par des économies, la Fédération demandera que tous les médecins de l'Eure soient munis du tarif des produits pharmaceutiques en matière d'assistance et de ses modifications à mesure qu'elles paraîtront. Il est indispensable également que les médecins nouvellement installés reçoivent au moment de l'enregistrement de leur diplôme tous les règlements préfectoraux et tarifs concernant les services publics;

Le Dr Jean Dimey représentera le Syndicat à la prochaine réunion de la Fédération, le Dr Louis Dardel le représentera à l'Assemblée générale extraordinaire de l'Union les 3 et 4 juillet prochains.

La prochaine réunion aura lieu le premier dimanche d'octobre à Etrépagny.

Dr BOURDON.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Le V. E. M. des Journées médicales de Paris, à Châtel-Guyon.** — Le V. E. M. organisé par les Journées Médicales de Paris s'est rendu à Vichy et en Auvergne en deux groupes. Le premier est arrivé à Châtel-Guyon le 20 juillet à 4 h. de l'après-midi. Il se composait de 55 médecins étrangers conduits par M. le Dr Dana, d'Alger.

Les caravanistes ont été reçus au Théâtre par Madame le docteur Besset, présidente de la Société des médecins, et par M. Georges Rouge, président du Conseil d'administration de la Société des Eaux.

Après que Madame Besset leur eut exposé, dans une conférence aussi fortement documentée que lumineuse et claire, les caractéristiques des Eaux chatelguyonnaises, leurs propriétés, leur mode d'action et les différentes manières dont elles sont utilisées, tant pour la cure de boisson, que pour toutes les autres applications externes, les caravanistes ont visité en détail le parc, les buvettes et les services techniques des établissements.

La journée s'est terminée par un somptueux dîner servi à l'Hôtel du Parc, et auquel ont pris part plusieurs médecins consultants de Châtel-Guyon ainsi que les notabilités du Syndicat d'Initiative, du Syndicat des Hôteliers, de la Municipalité, etc.

A l'heure des toasts, M. Rouge et Madame le Dr Besset ont, en termes infiniment heureux prononcé des allocutions qui furent saluées par de frénétiques applaudissements, bientôt rythmées en bans, doubles bans et triples bans.

Le deuxième groupe est arrivé à Chatel le 23 juillet à 6 heures du soir. Cette heure tardive à nui quelque peu au déroulement rituel des visites médicales qui fut suivi d'un excellent banquet, servi au Palace Hôtel. Mêmes congratulations, même enthousiasme des 40 caravanistes de ce groupe que guidait habilement le sympathique Dr L. Pamart, de Paris.

Le lendemain matin, ce groupe reprenait le chemin de Paris, emportant un inoubliable souvenir de son passage à Châtel-Guyon et des attentions dont il avait été l'objet, tant de la part des médecins consultants, représentés par Madame Besset, que de la Société des Eaux, représentée par M. Rouge.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Immatriculation. Inscriptions :*

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande : 1° les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français et étrangers que désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr. Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 h.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement.

Première inscription. — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire : 1° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N. ; 2° acte de naissance sur timbre ; 3° consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré

à 2 fr. 40) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée, si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ; 4° un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté). Il est tenu en outre de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Examens.* — 1° *Ancien régime d'études.* — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundis et mardis de chaque semaine, à partir du 4 octobre 1926.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit : pour le 1er examen le registre sera clos le mardi 15 février 1927 ; 2e examen le 4 janvier 1927 ; 3e examen (1re partie) le 11 janvier 1927 ; 3e examen (2e partie) le 8 mars 1927 ; 4e examen le 5 avril 1927; 5e examen (1re partie) le 10 mai 1927 ; 5e examen (2e partie), le 31 mai 1927 ; la thèse le 14 juin 1927.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve pratique ou orale entraînant un ajournement à une date postérieure au 1er juin et antérieure au 15 août, devra solliciter, de M. le Doyen une abréviation du délai d'ajournement afin de renouveler l'épreuve avant les vacances.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au Doyen) seront examinées par la Commission scolaire, qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 1er octobre suivant.

2° *Nouveau régime d'études. — Session d'octobre* 1926. — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1926, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1926, sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu vers le 25 octobre 1926. (Consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 4 et mardi 5 octobre 1926, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1926-1927. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 11e ou la 18 e inscription en janvier 1927.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis, à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 4 octobre 1926 au 31 mai 1927.

— **En Russie. Médecine sociale.** — La *Russie opprimée*, citée par le *Journal de médecine de Bordeaux*, donne quelques extraits de la presse soviétique concernant la situation des médecins en Russie.

La *Pradva*, du 17 avril, parle de voies de fait exercées sur les docteurs Maermann et Grinenko, à Kharkow, par des consultants qui se plaignaient d'avoir trop attendu à leur cabinet. A Ekaterinoslav, un étudiant de la Faculté ouvrière, à qui le médecin Chtehegolev refusait de délivrer immédiatement une carte de traitement, se serait jeté sur lui et l'aurait blessé. A Rostov, le Dr Salnikov, n'ayant pas voulu quitter sa consultation pour aller voir la femme d'un employé des Soviets, atteinte de migraine, aurait été gravement insulté et menacé par celui-ci.

De telles violences seraient chose courante en Russie soviétique. Le *Troud*, du 13 avril, signale la multiplication des cas de simulation chez les ouvriers, dans le but de se libérer du travail. Nombre de ces simulateurs terrorisent les médecins pour obtenir des certificats de maladies inexistantes. A Minsk, l'un d'eux aurait menacé le praticien de coups de couteau.

— **Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *De Grenoble à Vichy en autocar.* — La route automobile des Alpes est reliée à celle de l'Auvergne par les autocars P. L. M. qui circulent, chaque jour et dans les deux sens, entre Grenoble et Vichy.

Le parcours, des plus intéressants, se fait par Villard-de-Lans, Pont-en-Royans, Valence, le Col des Fans, Saint-Agrève, Yssingeaux, Le Puy où l'on couche dans les deux sens, La Chaise-Dieu, Olliergues, Pont-de-Dore et Thiers. Prix : 210 fr.

Les voitures, qui réalisent les meilleures conditions de confort, partent, chaque jour, de Grenoble (place Grenette) et de Vichy (parc).

Du 1er au 15 septembre, ce service n'aura lieu, au départ de Vichy et de Grenoble, que les lundi, mercredi et vendredi.

— **Au Maroc.** — *Dahir du* 1er *Ramadam* 1344 (année 1926) *érigeant en Direction le service de la Santé et de l'Hygiène publiques* :

Louange à Dieu seul (Grand Sceau de Moulay Youssef) que l'on sache par les présentes — puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur — que Notre Majesté Chérifienne a décidé ce qui suit :

Article premier. — Le Service de la Santé et de l'Hygiène publiques créé par notre dahir du 24 juillet 1920 (7 kaada 1338) est érigé en direction de la santé et de l'hygiène publiques.

Art. 2. — La direction de la Santé et de l'hygiène publiques a dans ses attributions : 1° les formations sanitaires civiles, tant au point de vue des consultations et des soins à donner aux indigènes que de l'hospitalisation de toutes catégories de malades ; 2° le service médical de colonisation ; 3° l'hygiène et la prophylaxie générales ; 4° la police sanitaire maritime ; 5° le contrôle des services sanitaires municipaux, l'inspection sanitaire de tous établissements scolaires et des établissements pénitentiaires, les rapports avec l'Institut Pasteur ; 6° l'établissement de la statistique médicale ; 7° et généralement l'ensemble des services de la santé et de l'hygiène publiques.

Art. 3. — Le statut du personnel de la Direction est réglé par Arrêté Viziriel.

Art. 4. — Notre dahir du 24 juillet 1920 (7 kaada 1338) est abrogé.

Fait à Rabat le 1er Ramadan 1344. Vu pour promulgation et mise à exécution. Le Commissaire Résident Général : Steeg.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Que dois-je faire ? Quels sont mes droits vis-à-vis de l'automobiliste, dans ce cas très particulier ? Vous seriez bien aimable, mon cher confrère, de bien vouloir me guider des conseils de votre expérience. Vieux lecteur du *Concours médical*, je regrette aujourd'hui de n'avoir pas adhéré au « Sou médical », par simple négligence d'ailleurs, car je sais tous les services que cette organisation rend à ses adhérents.

Dr B.

Réponse.

Dans votre affaire, vous avez à la fois comme débiteurs les parents de l'enfant qui a bénéficié de vos soins et l'automobiliste qui est venu vous chercher et vous a mis en œuvre, sans jamais vous prévenir qu'il ne se considérait pas comme responsable de l'accident et qu'il ne payerait pas vos honoraires. Cet engagement de l'automobiliste, il nous semble que vous pourrez aisément en faire la preuve à l'aide de témoins et notamment de la personne qui a conduit l'automobiliste chez vous.

Dans ces conditions, il y a lieu de citer conjointement et solidairement en paiement de vos honoraires, devant le juge de paix du domicile de l'un d'eux, à votre choix, le père de l'enfant et l'automobiliste.

Il est regrettable que vous ne fassiez pas partie du « Sou médical », car l'appui moral et pécuniaire de la ligue aurait pu vous être accordé dans cette affaire.

2567. — Ordonnances avec inscription.

Ai-je le droit de mettre en circulation des ordonnances portant en exergue les mots : « Le blessé a toujours le droit de choisir son médecin (loi sur les accidents du travail »), sans préjudice pour le Fisc ! Si oui, quelle formalité dois-je remplir ?

Je me propose en effet, après votre avis autorisé, de mettre sur mes ordonnances destinées en particulier aux ouvriers, employés, qui m'appellent en tant que malades et n'osent venir vers moi comme blessés, un tampon portant en rouge l'inscription ci-dessus.

Je me permets donc de vous demander si j'ai le droit de faire cela au point de vue légal et à quelles conditions.

Dr Z.

Réponse.

Vous êtes libre de mettre telle inscription que vous voudrez sur les ordonnances et le fisc n'a absolument rien à y voir.

Le *Concours médical* vend d'ailleurs des notes d'ordonnances portant des instructions pour les blessés du travail, dont nous vous envoyons un exemplaire.

Ces notes ne sont soumises à aucune obligation fiscale. Elles n'ont pas à être établies sur papier timbré, même dans le cas où elles seraient utilisées pour des prescriptions ne s'appliquant pas à des blessés du travail.

Elles n'ont, d'ailleurs, absolument rien d'antidéontologique.

2550. — Honoraires d'expertise.

J'ai été nommé comme expert par le tribunal de 1re instance dans une affaire d'accident du travail pour évaluer l'incapacité permanente définitive.

L'avoué qui m'a transmis cette demande d'expertise me dit de remettre mon mémoire à M. le Receveur d'enregistrement.

A quel bureau d'enregistrement dois-je le remettre : à celui de A. (où l'affaire a été jugée) ou à celui de B où j'habite ? et *combien dois-je compter* pour cette expertise avec rapport médical détaillé ?

Dr X.

Réponse.

Vous devez fournir votre mémoire au receveur de l'enregistrement près le Tribunal qui vous a commis comme expert.

Il n'existe aucune tarification légale pour vos honoraires. A vous de proposer la somme qui vous paraîtra équitable. Votre mémoire sera visé par le Procureur de la République et le Procureur général et taxé par le Président du Tribunal. Vous serez ensuite payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

En pratique, pour des expertises de ce genre, il est d'usage de demander, à moins de difficultés spéciales, de 100 à 200 francs d'honoraires.

Application du Tarif Durafour

I

2477. — Ponction du genou.

Pouvez-vous me renseigner sur la façon d'établir ma note d'honoraires dans le cas suivant : accident du travail

Grosse hémarthrose du genou.

Demande de consultation avec un chirurgien, accordée.

La ponction du genou est décidée et faite immédiatement par le chirurgien

Quels sont mes honoraires, et ceux du chirurgien ?

Dr F.

Réponse.

1° La ponction du genou est tarifée 60 francs (article 16).

2° Cela ne me paraît pas pouvoir rentrer dans les « interventions de grande chirurgie » nécessitant un « aide », ainsi qu'il est dit à l'article 11. Par contre, je trouverais équitable que vous comptiez : « consultation avec confrère : 10 x 3, soit 30 francs » (article 5).

F. D.

II

2462. — Petite intervention de nuit.

Appelé en décembre 1925, à minuit, auprès d'un ou-

vrier qui avait une large plaie transversale du scrotum, j'ai fait des sutures multiples. Que demander dans ce cas-là ? Tarif Breton.

Les interventions ne sont pas majorées la nuit et le cumul étant interdit, dois-je me contenter simplement du prix d'une visite simple ?

Chargé en juin 1926 par une Compagnie d'assurances d'examiner un blessé soigné par un confrère, et de la fixer sur les suites probables de l'accident (et l'origine de cet accident). Cet examen a été fait après entente avec le confrère. Que demander pour cela.

Dr G.

Réponse.

1° Deux façons de compter, à votre choix (nous parlons ici tarif Breton et non Durafour) : *a*) « sutures multiples : 25 francs » (article 17), plus 25 % de majoration pour intervention de nuit (article 8), mais *moins* 25 % de minoration pour deuxième catégorie. Conclusion : 25 francs ; *b*) visite de nuit : 8 × 3, soit : 24 francs (article 4).

Déplacement en plus, dans les deux cas, s'il y a lieu.

2° Ce n'est plus là une question de tarif Breton ou Durafour, mais simplement d'*accord amiable*, entre vous et la Compagnie, pour laquelle vous avez agi en qualité de médecin contrôleur. Il me semble que, dans ce cas, (déplacement non compris) je demanderais 20 pour l'examen, plus 10 francs pour le rapport.

F. D.

III

2519. — Le médecin « le plus rapproché ».

Je suis avisé que je vais recevoir la visite d'un inspecteur d'assurance au sujet d'un petit différend que j'ai avec sa compagnie. Ce cas est d'intérêt assez général et je serais content que le « Sou médical » me dicte ma conduite.

Je suis appelé il y a dix mois dans une localité se trouvant à 13 kil. de chez moi et pourvue d'un médecin.

Je vois un malade qui, à la suite d'une chute sur la tête (accident du travail) présentait des symptômes méningés.

Le confrère de la localité le soignait depuis 8 à 10 jours et à la suite d'une analyse du liquide céphalo-rachidien l'avait déclaré atteint de méningite tuberculeuse et sans guérison possible.

Je conseille à l'entourage de prévenir le confrère que je reviendrais le lendemain à telle heure et serais désireux de voir le malade avec lui. Le confrère répond qu'il ne viendra pas en consultation avec moi et qu'ayant manqué d'égards envers lui, il ne soignerait plus ni le blessé, ni sa famille.

On me demande donc de continuer à soigner le malade et qu'on me payera ce que l'assurance ne voudra pas payer. Soins assez longs, guérison du malade, envoi de la note au malade, qui l'envoie à l'assurance, qui refuse de me payer les kilomètres. J'avertis mon client que je vais le citer en justice de paix

et qu'il enverra cette citation à l'assurance, et qu'à mon avis, le médecin du pays ayant refusé de le soigner, l'accidenté était en droit de faire venir le médecin le plus rapproché. La famille m'avertit que l'assurance va envoyer un inspecteur et me demande d'attendre. Si j'avais un avis du « Sou » à montrer à cet inspecteur, j'en serais bien aise.

Dr B.

Réponse.

Je laisse, naturellement, le côté déontologique de l'affaire, tant au sujet de votre attitude que de celle de votre confrère. C'est là une question syndicale. Il reste la question du « médecin le plus rapproché ». De même que j'ai eu déjà plusieurs fois l'occasion de le faire remarquer, pour des cas, non pas semblables à celui-ci, mais analogues comme résultat (médecin le plus rapproché absent ou empêché), le médecin qualifiable comme tel est celui que le malade *aurait eu la possibilité* de demander comme médecin traitant.

Ici, votre confrère, ayant *refusé* d'agir comme médecin traitant, ne peut plus, ce me semble, être considéré comme tel, ni entrer en ligne de compte. C'est donc le médecin le plus rapproché, — *en dehors de lui,* — qui doit fournir la base de l'indemnité de déplacement. Pour moi, le simple bon sens l'indique et c'est ainsi que, dans les cas dont je parlais plus haut, les Compagnies d'assurances ont, sur ma suggestion, accepté de régler.

F. D.

IV

2544. — Electrothérapie.

La Compagnie d'assurances l' « A... » qui me conteste certains honoraires relatifs à un accident du travail, m'a fait savoir par l'intermédiaire de mon encaisseur, qu'elle s'en rapporterait à votre avis pour me régler. Il s'agit de séances d'électrisation à la suite d'une fracture que j'ai comptées 12 fr. et que la Compagnie voudrait ramener à 8 fr., c'est-à-dire au prix d'une consultation simple, sous prétexte que le premier chiffre est celui des médecins spécialistes électro-radiologistes, alors que je ne rentre pas dans cette catégorie.

Or, toutes les Compagnies d'assurances auxquelles j'ai eu affaire jusqu'ici pour des notes semblables, m'ont toujours réglé sans aucune contestation suivant le tarif de 12 fr. D'autre part, je vois au 2e alinéa de l'article 15 du tarif Breton que : « Les soins qui font l'objet des tarifs de chirurgie ou de spécialiste, s'ils sont donnés par des médecins praticiens, *en ce qui concerne la pratique courante,* seront rémunérés au tarif où ils sont inscrits dans chacune des catégories techniques. »

Dans ces conditions, il me semble que mes prétentions sont absolument légitimes.

Dr C.

Réponse.

a) Pour faire de l'électrothérapie, il faut tout

d'abord « *avis conforme* » du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué » (voir article 26-VII, note 1).

b) De plus, il est nettement spécifié, au même article, qu'il s'agit de « traitement électrique *par un spécialiste* », ce qui n'est pas indiqué pour les autres tarifs de spécialités, auxquels on peut, dès lors, appliquer l'article 15, alinéa 2, dont vous parlez.

Ces deux observations font que je ne pense pas que vous pourriez, avec succès, réclamer à la Compagnie 12 francs par consultation, au lieu de 10 (et non pas 8, comme elle vous le propose) dans le cas où vos interventions auraient eu lieu après le 1er janvier 1926.

F. D.

Baux et locations

2501. — Revision du prix d'un bail.

Je vous serais infiniment reconnaissant de bien vouloir me donner quelques renseignements au sujet de mon loyer, par la voie de la correspondance du *Concours*.

Bail de 15 ans fait le 1er janvier 1913, loyer 2.200, commune moins de 5.000 habitants, j'ai été mobilisé et ai droit à la prorogation qui commencera seulement en janvier 1928.

Mon propriétaire veut m'augmenter : dans quelles proportions a-t-il le droit de le faire ? Dr X.

Réponse.

Une loi du 6 juillet 1925 autorise la révision des prix des baux, normaux ou prorogés par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919 et d'une durée contractuelle de plus de neuf ans.

Il est incontestable que votre bail se trouve soumis à l'application de la loi.

Pour la détermination de l'augmentation que vous devez supporter, une distinction est à faire. Si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune, il nous semble que la majoration que vous devez supporter ne doit pas excéder celle qui a été prévue par cette loi, c'est-à-dire 125 % du loyer d'avant-guerre plus le remboursement des majorations des impôts (à l'exception de l'impôt foncier) et des prestations en nature fournies, s'il en existe, par rapport à 1914, un forfait dont le maximum est de 15 % étant autorisé par la loi pour le paiement de ces charges.

Si, au contraire, la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, la majoration devra être calculée compte tenu de tous éléments d'appréciation et de manière que vous continuiez à bénéficier d'un abattement équivalent à un quart de la différence entre le prix fixé au contrat et la valeur locative équitable. Soit par exemple un loyer de 1.000 francs et

une valeur locative de 3.000 le loyer révisé sera égal à 1.000 plus $\frac{2.000 \times 3}{4}$, soit au total: 2.500 francs.

Dans ce cas, la détermination de la « valeur locative équitable » est une question de fait laissée à l'appréciation du juge de paix, si le loyer en cours ne dépasse pas 1.000 francs, du tribunal civil si le loyer excède 1 000 francs.

Questions médico-militaires

2498. — Réforme d'un apte au service non incorporé.

Un étudiant lors du conseil de révision a été reconnu apte au service actif, mais en raison de ses études a obtenu plusieurs sursis d'appel dont il bénéficie encore. Entre temps il a fait de la tuberculose pulmonaire.

Peut-on le faire réformer et pour atteindre ce but, quelles sont les démarches à accomplir ?

Dr Z.

Réponse.

N'ayant pas encore été incorporé, cet étudiant dépend toujours de son bureau de recrutement. C'est donc là qu'il doit adresser la demande nécessaire pour être présenté devant une commission de réforme, qui prendra toutes décisions utiles.

2414. — Refus de pension. Pourvoi.

Un homme tuberculeux, atteint en 1912, durant son service militaire, de pneumonie, puis prisonnier en 1914 et atteint du typhus, présente récemment une demande de pension, rapportant à son typhus l'éclosion de la tuberculose.

Examiné, il est réformé mais avec la mention : *non imputable au service.*

Que doit-il faire et que peut-il faire pour tâcher d'infirmer cette décision du centre de réforme ? et essayer d'être pensionné ?

Dr F.

Réponse.

Dans les six mois qui suivront le jour où il aura reçu notification du rejet de sa pension par décision ministérielle, il devra introduire un pourvoi devant le tribunal des pensions. En conséquence, il adressera, sous pli recommandé, une demande de pourvoi au greffe du tribunal civil dont il dépend et il réclamera en même temps l'assistance judiciaire.

Fiscalité

2454. — Base de la patente.

Je viens de recevoir ma feuille d'impôts pour l'année 1926 et je suis surpris d'y relever une variation assez importante par rapport à celle de l'an dernier.

Etant tout nouvellement installé, je suis peu au courant de ces questions et en tant qu'abonné du *Concours* je me permets de vous demander quelques renseignements destinés à m'éclairer sur la conduite à tenir.

J'ai un loyer de 1.500 fr. fixé par un bail depuis trois ans et rien n'a changé depuis ce moment-là.

L'an dernier, on avait inscrit au paragraphe : contribution des patentes : droit proportionnel au 15e sur une valeur locative de 150 fr. Cette année, j'y trouve droit proportionnel au 15e sur une valeur locative de 450 fr.

Ce qui porte mon chiffre de patente de 100 fr. à 422 fr.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien me dire :

1° Que signifie exactement l'expression « valeur locative », et comment se fait le calcul de la patente ;

2° Que signifie également l'expression « loyer matriciel » et comment se fait le calcul de la contribution personnelle et mobilière.

Je vous serais obligé de vouloir bien me dire comment doit être faite la réclamation si vous pensez qu'il y ait lieu à réclamation.

Dr V.

Réponse.

La valeur locative servant de base à l'assiette du droit proportionnel de patente est égale au loyer annuel prévu au bail, soit 1.500 fr. en ce qui vous concerne.

Le loyer matriciel servant de base à l'assiette de la contribution mobilière est fixé par les répartiteurs et le contrôleur qui doivent respecter la règle dite « d'égalité proportionnelle », c'est-à-dire qu'à deux habitations de même importance, doit être attribué le même loyer matriciel et que, pour des habitations d'importance croissante, le loyer matriciel doit croître dans les mêmes proportions.

Pour juger si une réclamation doit être présentée, il serait nécessaire de nous transmettre les avertissements et de nous dire si des habitations de même importance que la vôtre sont taxées sur des loyers matriciels sensiblement inférieurs. Mais ne perdez pas de vue que le contrôleur serait en droit de vous taxer à la patente sur une valeur locative de 1.500 fr. au lieu de 450 fr.

A. Martinot,
Conseil fiscal.

2433. — Formalités en cas de vente d'une motocyclette.

J'ai remis à l'acquéreur d'une motocyclette vendue la carte grise et le permis de circulation (feuille verte), j'ai déclaré à la régie avoir vendu cette moto à un tel.

Or la régie me réclame la carte verte (qui est perdue par l'acquéreur) et me menace de continuer à me faire payer l'impôt (impôt que paye l'acquéreur, car

on lui a délivré un nouveau permis de circulation).

La régie est-elle en droit de continuer à faire payer cet impôt et quelles sont les démarches à faire pour régulariser la situation ?

Dr X.

Réponse.

Votre façon de procéder a été irrégulière. Le permis de circulation devait être remis au receveur des contributions indirectes qui est seul qualifié pour en effectuer le transfert au nom de l'acquéreur.

Demandez à ce dernier de vous fournir les justifications du paiement de la taxe (carte grise et nouveau permis de circuler) et produisez ces justifications à votre receveur qui s'en contentera fort probablement.

Dans le cas contraire, adressez-vous au Directeur des contributions indirectes de votre département ?

A. M.

VARIÉTÉS

L'Histoire d'un perroquet au Cherche-Midi.

Notre ami, le Dr SALTAS, rapporte, dans *Les Marges* du 15 juin 1926, *Quelques souvenirs sur le Cherche-Midi*, la prison militaire fameuse dont il fut le médecin durant la guerre. Nous détachons de ces souvenirs une curieuse anecdote qui rappelle le *Vert-Vert* de Gresset.

Le Directeur du Cherche-Midi, un adjudant, fut changé en 1918 et remplacé par un commandant, grand blessé de guerre. Mais l'adjudant et sa femme ne trouvant pas à se loger en ville, se cramponnèrent à leur appartement dans la prison, tandis que le commandant et son épouse campaient dans un logement insuffisant. Le commandant faisait le possible pour faire céder la place à l'adjudant qui résistait le plus qu'il pouvait et ces dames s'étaient vouées une haine féroce qui se traduisait par des altercations sans aménité.

Une intervention bien innocente du Dr Saltas faillit causer un drame. Une concierge de ses clientes, lui ayant fait don d'un perroquet, Saltas en fit cadeau à son tour au commandant de la Prison. Or, un matin, la femme de l'adjudant, passant devant la porte du commandant, entendit une voix chevrotante lui crier : « Salope, salope, à la porte ! » On juge de la scène violente qui suivit. Le Dr Saltas dut intervenir et indiquer que le perroquet, élevé chez une concierge dont le mari était un ivrogne fort grossier, avait appris de ce dernier la phrase injurieuse qui avait si vivement froissé la femme de l'adjudant. Et les choses en restèrent là.

J. N.

Quarante-huitième année — N° 36 — 5 Septembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2252-IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1[re] Zone 55 fr. — 2[e] Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 402. — Dr franç. titres O.R.L. cher. pl. ou part. clin. sér. Paris ou banl. pour janvier.

N° 403. — Source therm. et terrains centre stat. en plein essor, à céd. ou exploit. en participation. Chalet St-Hubert, St-Nectaire (P.-de-D.).

N° 404. — Jne mén. dem. enf. de 3 à 5 ans en nourrice dans banl. proche Paris. Climat sain, pas d'usines.

N° 405. — Centre. A céd. de suite près Vichy, client. demi-repos, suscept. augm. pays agréab., chasse, pêche. Belle maison, conf. mod.

N° 406. — Centre. Seul propharm. moyenne 3 dern. années 29.000, suscept. gr. augm., 12 km. gr. ville, rég. jolie, riche. Indemn. 10.000 pharm. compr. Pressé, rais. de santé. Vignaud, 14 av. Garibaldi, à Limoges.

N° 407. — A vend. cause cessat. client. torp. Renault 6 CV, 4 pl., parf. état. Essai à volonté. Dr Fontaine, 11, rue de Versailles, à Palaiseau (S.-et-O.). Tél. 81.

N° 408. — Normandie. Bords Seine, poste seul méd., rapp. 60.000, fixes 10.000, logem. gratuit, 7 p., jard. et garage, cess. de suite 20.000, facilités. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 409. — Paris. Gr. clin. installée, loyer intéress. av. bail, excell. situat. pour client. ouvrière ; libre de suite, 30.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 410. — Vve de méde., meill. réf. dispos. de tt. son temps, ch. sit. chez méd., ds clin. ou mais. de santé. Tiendr. comptab., fer. pansements, etc. Mme Casses à Entraygues (Aveyron).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de Paris.** — *Laboratoire des travaux pratiques de pharmacologie.* — Conférences et étude du droguier par MM. Hazard et Mercier, à partir du 5 octobre 1926. (Droits : 100 fr.).

— **Rouen.** — *Internat.* — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le 18 novembre. Durée de l'internat : 4 années. Avantages matériels : logement, nourriture, indemnité de 200 à 350 fr. par mois.

— **La réunion annuelle des médecins du P. L. M.** aura lieu à Vichy, le 19 septembre et jours suivants.

— **Mission.** — M. le professeur Cunéo vient de partir en Colombie où il va faire une série de démonstrations chirurgicales dans les Universités de ce pays.

— **Faculté de médecine de Paris.** — Du 18 octobre au 14 novembre : *cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire*, sous la direction du professeur Léon Bernard. Inscriptions au Secrétariat.

— **Le VIIe Congrès italien de radiologie médicale** aura lieu à Naples, à l'Université Royale (Corso Umberto 1°), les 14-15-16 octobre 1926. Pour renseignements, s'adresser au Secrétariat du Congrès (S. Andrea della Dame 2°).

A TRAVERS L'OFFICIEL

16 *août*

Enseignement de la Médecine.

Décret du 13 août 1926 fixant la nouvelle rémunération du personnel des cliniques, des cours et conférences et des travaux des facultés de médecine ou facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Art. 1er. — La nouvelle rémunération du personnel des cliniques, des cours et conférences et des travaux des facultés de médecine ou facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements, est fixée, pour chaque catégorie, par le ministre de l'instruction publique, dans la limite des crédits spécialement ouverts à cet effet, à partir d'un minimum de 400 fr. par an et sans que le maximum de la catégorie la plus favorisée puisse excéder 5.200 fr. par an.

Art. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui aura effet à compter du 1er janvier 1925 et sera publié au *Journal officiel*.

22 *août*

Service de santé de la marine.

Liste de candidats admis à subir les épreuves orales pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

Stations thermales.

La station thermale d'Encausse-les-Thermes (Haute-Garonne) est ajoutée à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues à l'article 12, position 5, du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 9 octobre 1921, 3 juillet et 30 août 1922, 15 septembre 1923, 4 mai et 30 août 1924 et 7 mai 1925.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les droits des herboristes.

9414. — M. DE TINGUY DU POUET, député, demande à M. le ministre du travail quels sont les droits possédés par les herboristes pour le mélange des plantes médicinales destinées à la vente au détail. (*Question du 7 août* 1926.)

Réponse. — L'article 37 de la loi du 21 germinal an XI donne aux personnes pourvues du certificat d'examen d'herboriste le droit de vendre au détail des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes fraîches ou sèches, mais non celui de mélanger lesdites plantes. Seuls, les pharmaciens peuvent fabriquer et vendre ces mélanges.

(*J. O.*, 29 août 1926.)

Spécialités pharmaceutiques pour la chirurgie dentaire.

9042. — M. Franklin-Bouillon, député, rappelle à M. le ministre des pensions que la loi du 4 avril 1926 déclare exemptes de droit de timbre les spécialités pharmaceutiques pour lesquelles il n'est fait de publicité que dans les seuls journaux et revues qui s'adressent aux médecins et pharmaciens : expose qu'un grand nombre de spécialités pharmaceutiques sont utilisées journellement ou prescrites par les chirurgiens-dentistes à leurs malades ; fait remarquer que la loi ne porte aucune mention au sujet des périodiques consacrés à l'art dentaire, et demande si l'on doit assimiler ceux-ci aux revues s'adressant au corps médical et, par conséquent, y autoriser la publicité pour les produits spécialisés exempts de droit de timbre ou, au contraire, considérer les revues de chirurgie dentaire comme des journaux qui s'adressent au grand public (bien que lues exclusivement par les médecins stomatologistes et les chirurgiens dentistes) et par cela même, exclure les chirurgiens-dentistes du corps médical. (*Question du 2 juillet 1926.*)

Réponse. — Les exonérations d'impôt étant de droit étroit, l'administration ne peut, en raison des termes formels de l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, étendre le bénéfice de l'immunité aux produits présentés comme jouissant de qualités curatives ou préventives et qui sont l'objet d'une publicité dans les revues de chirurgie dentaire s'adressant à d'autres personnes que les médecins et pharmaciens, notamment aux chirurgiens-dentistes.

(*J. O.*, 29 août 1926.)

CORRESPONDANCE

Fiscalité

2493. — Déduction de dépenses possibles, mais non réelles.

Voudriez-vous me permettre de vous poser une question au sujet de questions et réponses publiées dans le *Concours médical* du 4 juillet sous le nº 1811, page 1822.

D'après votre réponse, un médecin n'a pas le droit d'indiquer sur ses dépenses professionnelles des frais de conduite et de chauffeur s'il n'a pas effectivement un chauffeur.

C'est logique, mais ce n'est pas juste. Supposons qu'un médecin donne 3.000 francs par an à un chauffeur pour nettoyer sa voiture et la conduire quand il se trouve fatigué, et le contrôleur sachant la chose exacte acceptera les 3.000 fr. dans les dépenses professionnelles. Mais si moi je préfère conduire

moi-même, laver ma voiture, graisser, réparer mes pneus, et, en somme économiser 3.000 fr. et les placer, je n'ai pas le droit de les compter dans mes dépenses professionnelles.

Je trouve que cela n'est pas juste et que c'est un encouragement à la prodigalité, tandis que les médecins économes sont lésés.

Ne pensez-vous pas qu'il y aurait lieu de nous donner des précisions sur ce point dans le *Concours médical* ?

Dr B.

Réponse.

Vous admettez évidemment comme logique l'impossibilité pour un contribuable de comprendre dans ses dépenses professionnelles des charges qu'il n'a pas effectivement supportées et pour lesquelles aucun paiement réel n'a eu lieu, mais vous estimez que ce n'est pas juste ! Est-il plus ou moins juste de ne pas admettre également en déduction le salaire de l'infirmière qui pouvait faire les pansements à votre place, la rémunération du jeune confrère qui vous remplacerait si vous preniez un congé, celle du comptable qui établirait les notes d'honoraires faites par vous-même, etc... ?

Que resterait-il à taxer ?

A. M.

2429. — Taxe de luxe sur une automobile.

Propriétaire depuis 1912 d'une 12 HP Berliet, je viens de faire réduire à 10 HP la force effective de cette voiture. La rectification de puissance a été faite par la préfecture sur la carte grise de ladite voiture. J'ai obtenu le tout sans aucune difficulté. Mais depuis, je suis en discussion avec les Contributions indirectes pour les impôts de circulation.

Cette voiture achetée en 1912 n'a pas acquitté de *taxe de luxe* puisque cette dernière n'existait pas. Or, la nouvelle loi de finances dit que l'employé chargé de délivrer une nouvelle carte de circulation ne doit la délivrer que contre la preuve du versement préalable de la taxe de luxe, ou bien acquitter une taxe de 6 % sur la valeur actuelle de la voiture en cause.

J'ai refusé de payer ladite taxe, et la régie a refusé de me donner une nouvelle carte de circulation avant d'avoir la réponse à une question que j'ai fait poser au Ministre des Finances à ce sujet. Mais quand aurai-je la réponse ?

Dr Z.

Réponse.

Le fait générateur de la taxe de luxe est la vente d'un objet ou d'un article classé dans cette catégorie. La seule existence d'un tel objet ou article au jour de la mise en vigueur de la loi du 13 juillet 1917, instituant ladite taxe, est insuffisante pour légitimer la prétention de votre receveur, lequel peut seulement exiger la justifica-

tion de l'achat de votre voiture avant la date susvisée.

Au cas où, cette justification faite, le receveur maintiendrait sa prétention, nous vous conseillons de vous adresser au Directeur des Contributions indirectes de votre département.

A. M.

2463. — Pas d'exonération pour deux motocyclettes qui ne sortent pas en même temps.

Je suis possesseur de deux motos, une de 1 C. 1/4 et l'autre de 2 Cv. Comme ces deux machines ne sortent jamais en même temps, je serais désireux de savoir si un seul permis de circulation pour la plus forte est suffisant, ou bien s'il faut un permis pour chacune d'elles ?

Dr R.

Réponse.

La tolérance admise par l'Administration des Contributions indirectes en ce qui concerne le paiement de la taxe de circulation pour la plus forte seulement des deux voitures appartenant à un même propriétaire n'a pas été étendue, à notre connaissance, aux possesseurs de deux motocyclettes.

La condition formelle de l'exonération pour la deuxième voiture est la remise entre les mains du receveur du permis de circuler de la voiture inutilisée. Les mutations ne doivent d'ailleurs présenter aucun caractère de fréquence et de périodicité.

A. M.

2520. — Calcul de la taxe civique.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me dire comment est calculée la taxe civique à un contribuable soumis à l'impôt général sur le revenu afin que je puisse contrôler mon imposition.

Dr L.

Réponse.

La taxe civique est calculée comme suit :

40 francs pour les personnes exonérées de l'impôt général sur le revenu (revenu imposable inférieur à 7.000 francs) ;

60 francs pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 7.000 et 10.000 francs ;

0,80 % du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 10.000 et 20.000 francs ;

1 % du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 20.000 et 50.000 francs ;

1,10 % du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 50.100 et 100.000 francs ;

1,20 % du revenu imposable pour les person-

nes dont le revenu imposable est compris entre 100.100 et 200.000 francs ;

1,50 % du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est compris entre 200.100 et 500.000 francs ;

2 % du revenu imposable pour les personnes dont le revenu imposable est supérieur à 500.000 francs.

Le revenu imposable s'entend de celui de l'année 1924, après déduction des abattements pour charges de famille (mais non de l'abattement général de 7.000 fr.).

La taxe est réduite de 25 % si le contribuable a 3 enfants à sa charge, de 50 % s'il en a 5 ou plus.

A. M.

2458. — Base de la patente.

Veuillez trouver ci-inclus mes feuilles d'imposition pour 1925 et 1926 (patentes et personnelle mobilière) que je vous serais obligé de me renvoyer le plus tôt possible. J'ai trouvé avec stupéfaction que mes impositions étaient *plus que doublées* alors que j'ai *même maison, même loyer* (1.200 fr.). Ne doit-on pas se baser sur le loyer, diminué de la valeur locative des locaux professionnels ? Et ne suis-je pas en droit de réclamer ?

D. B.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est calculé sur la valeur locative des locaux d'habitation et des locaux professionnels. Cette valeur locative est déterminée à l'aide du prix des baux en cours et devrait être, en l'espèce, de 1.200 francs.

Pour les années antérieures, vous avez donc bénéficié d'une atténuation, mais aucune réclamation n'est possible pour 1926.

Dr B.

Application du Tarif Durafour.

I

2552. — Encore « l'épluchage ».

Vous m'obligeriez en me disant si la note détaillée ci-dessous, concernant un accident du travail, est bien conforme au nouveau tarif : domestique, habitant à 7 kilomètres de chez moi, présentant : 1° une plaie contuse profonde du cuir chevelu, longue de 11 centim., ayant nécessité un épluchage, une régularisation, des sutures multiples, ; 2° une plaie contuse de la face latéro-externe du petit doigt gauche, longue de 4 cent., nettoyage, épluchage, sutures ; 3° une plaie contuse avec hématome, au-dessus du genou droit.

1er voyage :

Certificat initial	5 »
Indemnité kilom. 7 × 2.20	15 40
Régularisation, épluchage et sutures multiples de plaie du crâne, profondes, contuses	100 »
Régularisation, épluchage et suture, plaie du doigt	40 »
Pansement, plaie du genou	10 »
Injection de sérum antitétanique	20 »
2e voyage :	
Visite	10 »
Déplacement	15 40
3e voyage :	
Pansement du crâne	10 »
Pansement doigt	10 »
Pansement genou	10 »
Déplacement	15 40

Dr F.

Réponse.

a) Une plaie contuse du cuir chevelu ne peut-être, par définition, considérée comme « profonde ». Donc, votre premier « épluchage » ne peut, en tout cas, être tarifé autrement que 40 francs.

b) De plus, y a-t-il eu réellement un « épluchage » . C'est toujours l'éternelle question à poser dans ces cas et sur laquelle je ne puis vous dire autre chose que ceci : lisez la note 1, au bas de l'article 17, et voyez si vos interventions peuvent, toutes deux, se rapporter à ce qui est noté comme caractérisant cette intervention.

c) Pour les pansements consécutifs, comptez 10 francs par pansement, comme vous l'avez fait, plus le déplacement.

F. D.

II

2560. — Visites multiples au cours du même déplacement.

Pourriez-vous jeter la lumière sur un cas particulier où l'interprétation du paragraphe suivant n'est pas absolument claire :

« Lorsque le médecin utilise son passage dans la résidence du blessé sans se déplacer exclusivement pour lui, il n'a droit qu'à l'indemnité kilométrique correspondant au parcours supplémentaire nécessité spécialement par la visite audit blessé ».

J'habite B....., je vais à M..... voir un blessé, je vais uniquement pour lui, je ne vois personne sur la route, et en partant je n'ai que lui en vue.

A. M..., on me dit de voir un malade à M...

Dois-je réclamer l'indemnité kilométrique B... M... et retour pour le blessé .?

Il me semble que oui.

Je suis parti en effet à B... avec le projet unique de visiter le blessé à M.... Je me suis donc déplacé exclusivement pour lui.

A M..., un malade veut profiter de ma présence

Voir la suite page LI-2303

PROPOS DU JOUR

Pour les médecins civils aux colonies.

Rien de ce qui a trait à la profession médicale ne saurait être étranger au *Concours médical*; aussi, depuis longtemps, nous sommes-nous préoccupé de la situation faite à nos confrères exerçant aux colonies. Nous nous sommes maintes fois fait l'écho de leurs doléances ; nous avons pris leur défense toutes les fois que leur cause était juste et nous sommes heureux de pouvoir affirmer que, directement ou indirectement, nous sommes parvenus à redresser quelques... erreurs dont certains avaient été victimes. Cette tâche, que nous nous sommes imposée, nous la continuerons sans violences inutiles, mais aussi sans faiblesse, convaincus qu'en défendant les médecins civils aux colonies, qui sont pour nous des amis inconnus, non seulement nous faisons acte de bonne confraternité et remplissons notre devoir de journaliste médical, mais encore nous travaillons en faveur de l'expansion coloniale de la France et collaborons à la bonne réputation et à la gloire de notre Patrie.

La voix du *Concours* se fait entendre partout. Hier, nous recevions des lettres du Cameroun, de la Nouvelle-Calédonie ; aujourd'hui, c'est un confrère de Tahiti qui nous demande de publier l'appel suivant, ce que nous faisons de tout cœur :

Aux médecins civils des Colonies

Alors que les fonctionnaires de toutes catégories, en service dans nos différentes colonies, appartiennent à des syndicats ou à des associations professionnelles, possèdent leurs organes, ont à Paris des représentants, il est curieux de constater que les médecins civils exerçant en Indo-Chine, en Afrique Equatoriale, en Algérie, à Madagascar, au Maroc, en Nouvelle-Calédonie, en Océanie, partout enfin où flotte notre pavillon, ne soit reliés entre eux par aucun lien, s'ignorent totalement les uns les autres.

Les sacrifices consentis sont cependant les mêmes pour tous, leurs intérêts se confondent. Tous, ils ont quitté un jour leur province, laissant leurs parents, leurs amis, pour aller vivre sous des climats plus ou moins agréables, au milieu de populations primitives, une existence faite toute de privations et de dangers.

Professant les qualités du missionnaire, sans, le plus souvent, escompter d'autre récompense que la satisfaction du devoir nettement accompli, ils luttent, chaque jour, pied à pied contre le mal, réapprennent au contact étroit de leurs malades le métier qu'ils doivent exercer, loin des théories, seulement théoriques, qui leur furent inculquées autrefois.

Leur travail est patient. Ils doivent, par mille qualités que nos confrères de la Métropole sont loin de soupçonner, s'imposer aux foules indigènes qui les entourent, déraciner doucement leurs préjugés et leurs coutumes, partout les mêmes, de guérisseurs, annihiler progressivement les résistances de ces races primitives qui accueillent au début les secours du médecin, comme Laocoon accueillait les offrandes des Grecs.

Leurs sacrifices étant équivalents, leurs intérêts sont les mêmes et ils les défendront mieux s'ils s'unissent. Ils se sont expatriés et vivent plus ou moins longtemps loin de la France, la meilleure des colonies, disent beaucoup de ceux qui y sont restés. On se doit d'avoir des égards pour l'exil qu'ils supportent.

M. A. Sarraut, étant ministre des Colonies, avait eu un jour l'intention de créer un cadre des médecins de colonisation. Les remous de la politique l'ont envoyé à Angora avant qu'il ait pu réaliser son projet. Il appartient à ces médecins éparpillés aujourd'hui un peu partout de se grouper, d'unir leurs efforts, de choisir à Paris parmi les personnalités politiques, coloniales ou médicales ou les trois à la fois, des délégués pour parler en leur nom.

Nous demandons au *Concours médical* de faire connaître notre initiative, et au besoin de la faire sienne. Nous prions tous nos confrères de la presse médicale de nous aider à la faire aboutir. Les médecins civils installés aux colonies, corps muet jusqu'à ce jour, membres épars à travers le monde, méritent d'acquérir une personnalité plus digne.

Nous sommes prêts à centraliser pour débuter les premières adhésions de nos confrères à ce groupement, avec leurs suggestions.

Dr L. Sasportas,

Chef du Service d'Hygiène et de Prophylaxie publiques, des Etablissements français de l'Océanie. Papeete.

L'appel du Dr Sasportas ne peut, nous le répétons, nous laisser indifférents. Est-il besoin de lui faire savoir que le *Concours médical* est entièrement à sa disposition et à celle de nos confrères des colonies ?

Nous nous proposons de faire étudier comment, avec notre législation actuelle, les médecins civils des colonies et des pays de protectorat et à mandat, dispersés dans des régions éloignées où souvent les gouverneurs, administrateurs,

résidents ou commissaires, jouissent de pouvoirs discrétionnaires et illimités, pourraient se grouper pour défendre leurs intérêts et assurer en toute dignité l'exercice utile et régulier de leur profession, sans être en butte aux tracasseries ou aux mesures arbitraires de quelques administrations coloniales qui, parfois, se croient tout permis parce qu'elles sont éloignées de tout contrôle. Mais, en attendant la solution prochaine de ce problème et la fondation d'un groupement qui, nous l'espérons, loin de rentrer en lutte avec l'administration coloniale, deviendra pour elle une utile collaboratrice, nous prions nos confrères des colonies de signaler au *Concours médical* toutes les réclamations et les observations qu'ils croiront devoir faire, et que nous nous chargerons de publier ou de faire parvenir à qui de droit.

Quant à leur défense individuelle, elle peut être dès ce jour assurée par notre « Sou Médical ». Plusieurs médecins des colonies ont adhéré à notre grande ligue de défense individuelle ; quelques-uns ont eu recours à ses bons offices et ils savent qu'on peut y être énergiquement et efficacement soutenu.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les variations de la cage thoracique,

Par le Dr Louis Dubreuil-Chambardel,

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours.

La cage thoracique présente dans sa forme générale de grandes différences individuelles dont l'étude a un intérêt clinique.

Formée de pièces osseuses articulées et mobiles, elle subit à la fois des influences mécaniques d'origine extérieure et des influences d'origine interne.

I. — Influences extérieures.

Les influences extérieures qui agissent sur le thorax sont principalement, pendant la vie intra-utérine, les pressions des bras de l'enfant pelotonné sur lui-même. Dans les cas d'oligo-amnios les bras marquent leur empreinte sur le thorax et déterminent la formation de gouttières latérales que nous avons étudiées ailleurs. Elles sont symétriques ou asymétriques et plus ou moins profondes.

Après la naissance, des déformations thoraciques peuvent être causées par la pression répétée d'un corset trop serré. De telles pressions donnent au thorax, rétréci à sa partie inférieure, l'aspect d'un tonneau ; elles étaient fréquentes autrefois. Les modes actuelles, plus rationnelles, laissent le thorax libre.

Notons enfin que, chez les *ectromèles*, le thorax est élargi par suite de l'absence des membres supérieurs, lesquels exercent à l'état normal une pression latérale constante.

II. — Influences internes.

Les influences qu'exercent sur la morphologie générale du thorax les organes internes sont autrement fréquentes et ont une plus grande importance.

Le thorax peut être divisé en deux étages : un étage supérieur occupé par les seuls organes cardio-pulmonaires ; un étage inférieur qui recouvre une partie des organes abdominaux.

Les organes abdominaux.

Les organes abdominaux, par le grand volume qu'ils peuvent prendre sont susceptibles de modifier l'aspect de la cage thoracique. Le foie, volumineux chez le jeune enfant, écarte les fausses côtes et élargit le diamètre transverse à ce niveau : ce diamètre l'emporte sur le diamètre thoracique supérieur. C'est là un fait constant et cette disposition s'atténue peu à peu lorsque l'enfant grandit.

De même la rate dans certains états pathologiques peut déformer en l'élargissant ce thorax abdominal. A l'état normal la rate n'exerce pas d'influence sur la forme du thorax.

La masse du tube digestif est proportionnellement très forte chez les brachyskèles. Ceux-ci ont un ventre très large avec les côtes inférieures plus ou moins écartées. La forme générale du thorax est celle d'un cône.

Au contraire les macroskèles, dont la masse splanchnique est réduite, ont un abdomen étroit, le thorax se rétrécit inférieurement et sa forme générale est celle d'un ovoïde.

Les organes cardio-pulmonaires.

Les organes cardio-pulmonaires ont une influence très grande sur la forme du thorax.

Le cœur peut présenter un aspect large ou un aspect allongé. Un cœur large correspond à un thorax large, un cœur long à un thorax étroit. Ces formes du cœur en rapport avec la forme du thorax n'ont pas encore été étudiées, nous tenons néanmoins à les signaler ici. Chez les vieillards ayant une hypertrophie du cœur, l'hémithorax gauche peut être amplifié, et les rapports directs entre le viscère et le gril costal augmentés. Le poumon est repoussé à gauche.

Mais c'est le poumon qui exerce l'influence la plus considérable sur le thorax. On peut dire que la cage thoracique se moule sur le poumon.

Le thorax pulmonaire.

Déjà on peut établir des types thoraciques coïncidant avec les types respiratoires.

L'enfant qui a une respiration du type *abdominal* a un thorax large dans sa moitié inférieure, et cette disposition existe jusqu'à la puberté. Le plus grand diamètre thoracique se remarque alors au niveau de la 8e et même de la 9e côte.

L'homme qui a une respiration du type *costal inférieur*, présentera son diamètre transverse maximum au niveau de la 7e ou de la 8e côte.

La femme, au contraire, qui a une respiration du type *costal supérieur* aura son plus grand diamètre transversal au niveau de la 6e ou même de la 5e côte. Le sternum a une obliquité plus grande chez la femme que chez l'homme.

Les modifications du rythme respiratoire entraîneront des modifications dans la forme du thorax.

Les poumons obligés à faire de grands efforts respiratoires chez les souffleurs de verre, les plongeurs, les athlètes, écarteront les parois thoraciques, utiliseront au maximum les sinus costo-diaphragmatiques, si bien que le thorax sera surtout élargi par en bas. Les montagnards, les alpinistes, obligés à pratiquer une marche lente et à respirer profondément ont le même type thoracique.

Au contraire, les poumons à fonctions diminuées amèneront un rétrécissement de la cage thoracique, et comme chez eux les sinus costo-diaphragmatiques servent peu, on aura surtout un thorax étriqué par le bas. Tel est le thorax des tuberculeux, le thorax des adénoïdiens, le thorax des pleurétiques, etc. La suppression de la fonction respiratoire d'un poumon après une pleurésie amène la rétraction, puis l'aplatissement de l'hémithorax correspondant.

Le thorax suivant les âges.

La forme du thorax variera suivant les âges, en corrélation, non seulement avec les changements du type respiratoire, mais encore avec l'apparition des courbures rachidiennes.

L'enfant a un rachis rectiligne, un sternum projeté en avant, les corps vertébraux sont peu saillants dans la cavité thoracique et les épines vertébrales sont proéminentes en arrière. Le thorax est presque cylindrique. Chez l'adulte, le rachis se courbe, les corps vertébraux font une saillie prononcée dans la cavité thoracique et déterminent la formation des gouttières pulmonaires latérales ; le sternum tend à devenir vertical. Le thorax a une forme aplatie d'avant en arrière. En coupe horizontale sa cavité a la forme d'un cœur de carte à jouer.

Au moment de la puberté, le thorax et le bassin s'élargissent et tendent à avoir des diamètres transversaux sensiblement égaux. Mais il peut y avoir un retard de développement de l'étage thoracique sur l'étage pelvien. De grands adolescents présentent alors un bassin large avec des proportions d'adulte définitives, tandis que le thorax conserve plus ou moins longtemps un type étroit infantile. Ce sont des symptômes de la *dystrophie des adolescents* étudiée ces années dernières. Ces défauts de synchronisme dans le développement des parties du corps mériteraient d'être mieux observés.

Asymétries thoraciques.

Les deux hémithorax ne sont pas identiques de forme et de volume. Par suite du plus grand volume du poumon droit et de la capacité respiratoire plus considérable, l'hémithorax droit est plus développé que le gauche et forme une voussure plus accusée.

Le thorax dans son ensemble est asymétrique et chez certains sujets cette différence d'un côté à l'autre peut être facilement remarquée. Il faut distinguer avec soin cette asymétrie physiologique des asymétries pathologiques qu'on peut constater à la suite de certains états morbides et particulièrement chez les pleurétiques et les emphysémateux.

La capacité thoracique.

Peut-on calculer la valeur respiratoire du thorax et établir la capacité de celui-ci par des chiffres précis ?

Plusieurs méthodes ont été proposées. Nous en signalons rapidement trois.

A. — La spirométrie.

On a cherché à établir la quantité d'air qui est inspirée ou expirée, d'abord dans une respiration normale, puis dans une respiration prolongée. Un très grand nombre d'appareils ont été proposés pour calculer cette quantité d'air.

Certains ont donné des indications approximatives qui méritent d'être retenues.

B. — **Le périmètre thoracique.**

La mesure de ce périmètre a longtemps passé comme devant fournir des données exactes sur la capacité pulmonaire. C'est une des mesures qui sont le plus souvent prises, par exemple dans les conseils de révision. On a établi comme principe que le périmètre thoracique devait être égal à la moitié de la hauteur du corps plus deux centimètres.

Cette formule est cependant passible de nombreuses erreurs.

D'abord où doit-on prendre ce périmètre ? Les auteurs sont loin d'être d'accord. Les uns proposent un périmètre axillaire, les autres un périmètre calculé au niveau de la ligne des seins, d'autres un périmètre mesuré au-dessous du relief du muscle pectoral, certains encore un périmètre pris au niveau de l'extrémité supérieure de l'appendice xiphoïde. Ces divergences dans la méthode font qu'il est difficile de comparer les résultats enregistrés.

Ensuite de graves causes d'erreurs interviennent. Les sujets trop gras ou trop musclés auront des périmètres thoraciques élevés non en rapport avec leur capacité pulmonaire. Deux sujets, l'un maigre, l'autre obèse, pourront avoir les mêmes mesures spirométriques, avec des périmètres thoraciques très différents.

D'autre part, on ne peut pas comparer entre eux les périmètres thoraciques de sujets ayant des types respiratoires différents. Le sujet adulte ayant conservé un mode respiratoire abdominal aura un périmètre thoracique mammaire inférieur nettement à celui d'un sujet respirant suivant le type costo-supérieur.

C. — **L'indice thoracique.**

Weisgerber, en 1879, a proposé l'établissement d'un indice thoracique pour calculer la valeur respiratoire d'un thorax. Il établit le rapport existant entre le diamètre transverse et le diamètre antéro-postérieur passant par le plan horizontal de l'extrémité inférieure du corps du sternum.

Mais cet indice est difficile à prendre à cause du mouvement du thorax. Ce qu'on peut lui reprocher surtout c'est que le diamètre transverse est tout entier thoracique, le diamètre antéro-postérieur ne l'est qu'en partie. Ce diamètre antéro-postérieur comprend en effet la distance comprise entre le sternum et le rachis, puis toute la distance comprise entre le bord antérieur des corps vertébraux et l'extrémité des épines vertébrales. Ces deux facteurs peuvent varier beaucoup et modifier considérablement la valeur numérique de la mesure prise.

Enfin le diamètre antéro-postérieur n'est pas occupé par des organes respiratoires. Il intéresse le cœur, l'œsophage, mais ne subit que par contre-coup l'influence pulmonaire. Cela est si vrai que dans les cas de sternum en entonnoir, la portion thoracique de ce diamètre antéro-postérieur peut être réduite considérablement sans que cela ait une influence quelconque sur le rythme respiratoire.

En réalité, ni les résultats de la spirométrie, ni la mesure du périmètre thoracique, ni le calcul de l'indice thoracique, ne donnent des indications précises sur la valeur fonctionnelle d'un thorax.

Les moyens les plus sûrs d'étudier et de saisir cette valeur fonctionnelle sont d'un autre ordre.

L'examen attentif et méthodique d'un thorax nous montrera si la cage thoracique est souple avec des articulations très mobiles, si le rythme pulmonaire est régulier, si l'amplitude respiratoire est grande (il faut entendre par là la quantité dont s'augmente le périmètre thoracique pendant l'inspiration), si surtout les sinus costo-diaphragmatiques sont bien employés.

Cet examen donne des résultats plus certains que les calculs mathématiques les plus précis. Ici encore l'appréciation clinique basée sur une longue expérience vaut mieux que les données trompeuses des chiffres.

Mais ce qu'il faut retenir, ce sont les nombreuses causes qui peuvent faire varier la forme du thorax, dont les unes sont purement physiologiques et dont les autres sont pathologiques.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Sur un garçon atteint d'insuffisance aortique et d'aortite chronique d'origine hérédo-syphilitique probable (1)

Ce jeune garçon est né le 2 septembre 1912, à terme, après un accouchement normal.

Ses parents et un frère sont bien portants ; sa mère n'a pas eu de fausse couche.

Sa première enfance a été normale ; il a eu, à 4 ans, la diphtérie, à 5 ans, la rougeole, à 7 ans une bronchite. A l'âge de 12 ans, il a probablement présenté, au devant de la rotule gauche, un hygroma, qui a été opéré.

Beaucoup plus intéressants sont les troubles de la vision qu'il a éprouvés. A l'âge de 11 ans, un matin, en se réveillant, il constate qu'il ne voit plus clair. A l'hôpital Saint-Joseph, malgré un Bordet-Wassermann négatif, on le traite par des injections de novarsénobenzol, qui sont continuées pendant 18 mois. Pendant assez longtemps il ne peut ni se conduire seul dans la rue, ni lire. Cependant sa vue revient peu à peu ; il peut commencer à travailler dans une usine. Il vient à la policlinique, le 22 février, parce que, depuis quelque temps, il a des vertiges et des éblouissements. Trois semaines avant, il est même tombé au cours de son travail. Un médecin consulté a constaté une insuffisance aortique. C'est pour cette affection que je l'ai fait entrer à la salle Bouchut.

Cet enfant de 14 ans est bien développé ; il mesure 158 cm. et pèse 45 kil. Sa voûte palatine est un peu ogivale ; ses dents sont bonnes et ne portent pas de stigmates ; cependant on note l'absence d'une incisive supérieure. L'appendice xiphoïde semble faire défaut. On trouve des adénopathies inguinales banales ; il n'y a pas de ganglion sus-épitrochléen. Le foie, la rate, les poumons, sont normaux.

Le pouls est à 80, régulier, ample, bondissant, dépressible ; c'est un pouls de Corrigan. Au Pachon, la pression maxima est forte (19), la minima faible (6), la pression différentielle (13) élevée.

Les pulsations de la fémorale donnent au doigt l'impression d'un véritable coup de marteau ; à son niveau on entend un double souffle. On constate des battements artériels au cou. Le pouls jambier et le pouls capillaire font défaut.

Les battements du cœur sont très forts ; on perçoit le choc en dôme. La matité précordiale est agrandie suivant un axe oblique de haut en bas et de droite à gauche. La pointe est abaissée jusqu'à la 7e côte ; elle déborde de 4 cm. la verticale mamelonnaire. Le bord gauche est assez saillant, le bord droit déborde le sternum de 2 cm. à la hauteur du bord supérieur de la matité hépatique. Mais ce qui frappe surtout, c'est, à la hauteur des 2e et 3e espaces intercostaux, à droite du sternum, un débord de 4 cm. de la matité aortique ; cette matité surmonte la matité précordiale à la façon d'un cimier de casque.

Dans le dos on ne trouve pas d'augmentation notable de la matité de l'oreillette droite.

A la base du cœur, au niveau du 3e espace droit, le long du sternum, on entend un souffle diastolique aspiratif. Ce souffle se propage vers l'extrémité inférieure du sternum et vers la pointe, qu'il n'atteint pas ; un peu au-dessus de la pointe, il subit un renforcement. Sur la pointe, le premier bruit est normal.

Au foyer aortique, à la hauteur du 2e espace intercostal gauche, il y a en outre un léger souffle systolique, qui se propage jusqu'à la clavicule droite et dans les vaisseaux du cou.

Les constatations que nous avons faites ont été contrôlées par la radioscopie. Voici l'orthodiagramme qu'a dessiné M. Duhem. Le ventricule gauche est très hypertrophié. La corde G G' mesure 104 millimètres et la flèche 26 millimètres. Ce sont des valeurs très considérables pour un enfant. D'autre part, l'arc aortique forme une saillie anormale. Enfin, quand on regarde le cœur en oblique antérieure droite, l'aorte ascendante, vue de profil, est élargie, son diamètre mesure 25 millimètres.

Donc, notre malade présente une hypertrophie portant sur le ventricule gauche et une dilatation de la crosse aortique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre l'absence de leucocytes, un taux normal d'albumine (0 gr. 22 par litre) et de glucose (0 gr. 45 par litre).

Le sang ne contient que 0 gr. 10 d'urée par litre. Le Bordet-Wassermann est négatif (H^7), et le Hecht très légèrement positif.

Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. La constante d'Ambard, calculée par M. Bidot, est normale ; nous trouvons, avec la formule applicable à l'adulte, 0,034 ; avec la

(1) Leçon du 13 mars 1926, recueillie par le Dr Laporte et revue par le Professeur.

formule modifiée pour l'enfant par MM. Apert et Cambessédès, 0,044.

M. Poulard a procédé à l'examen des yeux. L'enfant déclare qu'il voit mal : il peut sortir et se conduire seul, mais lit difficilement ; il voit seulement les gros caractères et en les plaçant près des yeux. On constate un léger strabisme divergent, sans diplopie. Les pupilles sont inégales, avec mydriase gauche ; leurs réflexes à la lumière et à l'accommodation sont normaux. Il existe un très léger nystagmus, conséquence de l'anomalie de la vision. L'acuité visuelle est très diminuée, de 1 /8 pour chaque œil et de 1 /6 pour la vision binoculaire. A l'ophtalmoscope, on constate une atrophie post-névritique, les bords de la papille sont flous.

Depuis l'entrée, l'état de l'enfant ne s'est pas modifié. Les symptômes sont les mêmes ; toutefois les battements artériels sont un peu moins forts. Le pouls est à 72. La pression au Pachon est un peu abaissée : 15 pour la maxima, 4 pour la minima, 11 pour la différentielle.

En résumé, nous portons le diagnostic d'*insuffisance aortique*, parce que nous entendons le souffle diastolique de la base, parce que nous constatons l'hypertrophie du ventricule gauche et les signes artériels. Nous portons de plus le diagnostic d'*aortite* à cause de la dilatation de l'aorte ascendante et de la crosse, constatée par la percussion et par la radioscopie. Le souffle systolique peut être dû aux rugosités de la valvule et de la paroi de l'aorte. La valvule mitrale paraît normale ; le souffle diastolique susapexien est dû au renforcement du souffle diastolique de l'insuffisance aortique ; il ne témoigne pas d'un rétrécissement mitral ; d'ailleurs l'oreillette gauche a un volume normal, ce qui est exceptionnel dans le rétrécissement mitral.

L'enfant n'a eu l'attention attirée sur son cœur que depuis quelques semaines ; il a eu quelques vertiges, des éblouissements, une lipothymie. Mais la lésion est certainement ancienne ; elle a évolué d'une façon occulte.

On ne peut guère penser à une cardiopathie congénitale. L'affection s'est développée depuis la naissance. L'enfant n'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu, de maladie de Bouillaud. Nous ne trouvons pas d'étiologie appréciable. On pense toujours à la syphilis. Nous n'en relevons pas de signes nets. L'enquête familiale est négative. Le malade ne présente pas de stigmates, sauf l'absence d'une incisive et cette axiphoïdie qui, d'après M. Queyrat, est liée à la syphilis congénitale. En outre, il existe cette névrite optique, laquelle, nous dit M. Poulard, est souvent une manifestation de l'hérédo-syphilis. Mais il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Joseph, le Bordet-Wassermann a été négatif : il l'est encore actuellement.

***

L'INSUFFISANCE AORTIQUE n'est pas rare chez les enfants ; mais il faut faire des distinctions.

Assez souvent cette insuffisance est *associée* à une maladie mitrale, à un syndrome myocardique, ou à une péricardite. J'ai étudié ces associations dans une leçon de mon livre de *Clinique médicale des Enfants* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*.

Plus rare est l'*insuffisance aortique pure*, isolée, sans autres affections cardiaques. Je l'ai décrite dans une leçon, publiée dans le même livre, sur l'*insuffisance aortique d'origine rhumatismale chez les enfants*.

Quand l'insuffisance aortique est pure, on en trouve les signes cliniques habituels : la danse des artères du cou, le pouls de Corrigan, régulier, bondissant, dépressible, à la radiale et à la crurale, le pouls jambier, le pouls capillaire. La pression artérielle maxima est peu modifiée ou un peu augmentée, la minima, au contraire, assez diminuée, par suite la pression différentielle augmentée. On constate l'hypertrophie du ventricule gauche, le choc en dôme. Au foyer aortique, on entend le souffle diastolique aspiratif. Assez souvent il existe, au même foyer, un souffle systolique assez discret qu'il ne faut pas attribuer à un rétrécissement aortique, mais qui est dû aux vibrations de la colonne de sang sur les rugosités valvulaires.

Il n'y a souvent pas de troubles subjectifs ou, s'ils existent, ils sont réduits au minimum : l'enfant éprouve un peu de céphalée, quelques palpitations, quelques vertiges, quelques étourdissements. Son teint n'est pas particulièrement pâle.

Cette insuffisance aortique est, en général, bien tolérée ; elle reste occulte.

Elle reconnaît comme cause, le plus fréquemment la maladie de Bouillaud, quelquefois la chorée de Sydenham, parfois un rhumatisme scarlatin ou la scarlatine seule.

Il s'agit de l'*insuffisance aortique d'origine endocardique, du type Corrigan*. La crosse aortique est de volume normal.

L'association d'une INSUFFISANCE AORTIQUE et d'une AORTITE CHRONIQUE est exceptionnelle chez l'enfant. Exceptionnelle également est l'AORTITE CHRONIQUE SANS INSUFFISANCE. Ces faits ne se rencontrent que de loin en loin.

Il y a deux ans, dans ma leçon sur les *syndromes de Maurice Raynaud et de Weir-Mitchell*, reproduite dans le livre que je citais tout à l'heure, j'ai raconté l'histoire d'une fillette de 11 ans qui présentait ce dernier syndrome : on entendait à la base du cœur un souffle systolique, difficile à localiser : était-il aortique ou pulmo-

naire ? On sentait battre la crosse aortique derrière la fourchette sternale. L'orthodiagramme, dessiné par M. Duhem, montrait un cœur un peu gros, une oreillette droite saillante, un hémi-cercle aortique très visible. L'aorte ascendante, visible sur une grande étendue, était du type sénile. Cette enfant paraissait bien avoir une aortite chronique.

L'aortite chronique des enfants a été peu étudiée.

Je vous citerai une leçon du professeur Marfan sur *Les lésions acquises de l'orifice aortique et de l'aorte dans l'enfance*, parue dans *La Semaine médicale*, en 1901 ; l'importante thèse de M. De la Rue sur les *affections acquises de l'aorte chez l'enfant* (*orifice et crosse de l'aorte*), soutenue en 1903; la thèse de M. Lévy-Franckel, sur *l'aortite chronique et l'athérome aortique infantiles, en particulier dans l'hérédo-syphilis*, soutenue en 1909.

Les *symptômes* sont ceux de l'insuffisance aortique, auxquels s'ajoutent quelques symptômes particuliers.

Souvent les *symptômes subjectifs et fonctionnels* sont nuls ou discrets. Il s'agit de formes occultes, latentes ; on découvre à l'autopsie des lésions de l'aorte qu'on ne soupçonnait pas pendant la vie.

Rarement on a noté des accès de dyspnée asthmatiforme, des douleurs rétro-sternales plus ou moins angoissantes, des vertiges. M. Marfan a observé un garçon de 12 ans et demi, qui, depuis l'âge de 9 ans, accusait une névralgie phrénique caractérisée par des crises douloureuses à la base du thorax, le long du sternum, à la base du cou.

Les *signes périphériques* sont ceux de l'insuffisance aortique. Peut-être sont-ils parfois moins manifestes : le pouls est peut-être moins bondissant ; les pressions artérielles maxima et minima sont peut-être plus élevées et par suite la différentielle peu augmentée. Ces particularités sont la conséquence des altérations diffuses des artères et des lésions rénales. Elles s'observent dans l'insuffisance aortique d'origine artérielle de l'adulte ; elles sont exceptionnelles chez l'enfant.

A *l'examen du cœur et de l'aorte*, on trouve une hypertrophie du ventricule gauche, une augmentation de la matité aortique, qui coiffe en cimier de casque la matité précordiale. La crosse aortique surélevée est palpable derrière la fourchette sternale, de même que la sous-clavière l'est derrière la clavicule droite. On entend à la base le souffle diastolique de l'insuffisance aortique et un souffle systolique généralement doux et léger, quelquefois rude et rapide, se propageant vers la clavicule droite et dans les vaisseaux du cou. On perçoit les frémissements accompagnant les souffles.

Dans le cas d'aortite isolée, sans insuffisance, on constate simplement le souffle systolique. On est frappé en outre par le caractère dur et éclatant du deuxième bruit aortique, dû à la sclérose des valvules.

La *radiologie* fournit des données très importantes. Elle confirme l'hypertrophie du ventricule gauche et l'augmentation de volume de l'aorte.

Les caractères radiologiques de l'aortite chronique ont été bien décrits par MM. Vaquez et Bordet en 1920.

M. Duhem, dans une note à la *Société de pédiatrie*, le 15 novembre 1921, a précisé les caractères de l'aorte normale chez les enfants. En position frontale, l'arc supérieur gauche, qui correspond à la crosse de l'aorte, fait défaut au-dessous de 10 ans ; il ne devient nettement apparent que vers 12 ans et surtout vers 15 ans.

Dans les *Archives de médecine des enfants* de mars 1924, les frères Beretervide ont précisé le diamètre de l'aorte ascendante, vue en oblique antérieure droite ou gauche. Chez les enfants de 2 à 8 ans, ce diamètre est de 10 millimètres au maximum ; chez les enfants de 9 à 16 ans, il est de 13 millimètres au maximum. Quand on trouve des dimensions supérieures, l'aorte est altérée. D'autre part, l'ombre de l'aorte normale a sensiblement la même teinte que l'ombre du cœur.

Quand il y a une aortite, l'arc supérieur gauche, vu en position frontale, fait saillie ; l'aorte ascendante, vue en position oblique, a un diamètre supérieur aux moyennes. Les Beretervide ont trouvé des diamètres de 21 et 22 millimètres à 4 ans et à 8 ans, de 19 et 24 millimètres à 14 ans et à 11 ans. Quant à l'opacité, elle est plus ou moins augmentée.

On trouve quelques observations où l'aortite chronique, avec ou sans insuffisance aortique, est associée à des lésions viscérales et notamment à une néphrite chronique.

De la Rue rapporte une observation de Brill et Liebmann, publiée en 1900 : une fille de 14 ans est prise brusquement d'une *hémiplégie gauche*, accompagnée de céphalée, de fièvre et d'hémoptysies. Le cœur est très hypertrophié. Au foyer aortique, on entend un souffle systolique propagé le long du sternum et dans les artères du cou, et un second bruit fort. La radiale est épaissie, légèrement sinueuse ; le pouls est tendu. La pupille droite est un peu dilatée. Il y a de l'albuminurie. On porte le diagnostic de *néphrite interstitielle*. L'enfant meurt. A l'autopsie, on trouve de l'athérome de l'aorte et des valvules aortiques, de l'hypertrophie du ventricule gauche, une hémorragie cérébrale.

Lévy-Franckel rapporte une observation de Rach, publiée en 1906. Une fille, à l'âge de 11

◆◆◆

ans, a une cystite ; en outre, elle se plaint de céphalée ; on constate des artères dures, un cœur hypertrophié ; on pense à une *néphrite interstitielle.* A 13 ans et demi l'enfant présente de la céphalée, des épistaxis, du purpura. Le ventricule gauche est hypertrophié. Le deuxième bruit aortique est accentué ; on entend un léger souffle diastolique d'insuffisance aortique. Les artères sont dures. La pression artérielle est élevée ; avec le Riva-Rocci, elle est de 145 et ultérieurement de 180. Il y a une petite albuminurie. Un jour, brusquement, l'enfant fait une hémiplégie droite, tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie on trouve une hémorragie cérébrale gauche de la capsule interne et du ventricule. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié. L'aorte est épaissie, parsemée de plaques jaunâtres ; le rein gauche, contracté, pèse 15 gr., l'autre rein, atteint de lésions parenchymateuses, pèse 120 gr. L'étiologie n'a pu être précisée.

Le DIAGNOSTIC D'AORTITE CHRONIQUE ne peut être porté que par la constatation des signes physiques : dilatation de la crosse de l'aorte, souffle systolique aortique.

Dans l'*insuffisance aortique*, on entend souvent le souffle systolique dont j'ai parlé tout à l'heure, mais le volume de l'aorte est normal.

Le *rétrécissement de l'orifice aortique*, généralement congénital, est rare. Il se traduit par un souffle systolique rude et un frémissement cataire. Assez souvent, font remarquer MM. Vaquez et Bordet, la radiologie décèle un élargissement de l'aorte ascendante ; il est probablement purement fonctionnel, car, écrivent-ils, on ne le retrouve pas à l'autopsie.

Parfois il y a *sténose congénitale de l'isthme aortique*, c'est-à-dire de la portion correspondant à l'abouchement du canal artériel ; cette sténose est donc bas située. Dans ce cas, on entend un souffle systolique, le ventricule gauche est hypertrophié, et la crosse de l'aorte est dilatée. C'est une éventualité à laquelle il faut penser avant de conclure à une aortite chronique ou à un anévrysme de la crosse de l'aorte. J'ai montré les difficultés du diagnostic à propos d'un garçon de 6 ans, que j'ai presenté, en 1914, dans mes leçons sur les *cardiopathies de l'enfance*.

La dilatation de la crosse de l'aorte est peut-être parfois une *dilatation fonctionnelle*, consécutive à une hypertension artérielle causée par une néphrite interstitielle. J'ai constaté cette dilatation, avec M. Duhem, sur les orthodiagrammes d'une fille de 13 ans qui avait une pression artérielle de 26-19 au Vaquez-Laubry ; son observation est relatée dans une leçon sur les *Néphrites chroniques azotémiques et hypertensives chez les enfants*, publiée par le *Progrès Médical* du 7 octobre 1922. Ces faits sont, à coup sûr, exceptionnels chez les enfants.

Il ne faut pas négliger enfin de discuter le diagnostic avec l'*anévrysme de la crosse de l'aorte.* Celui-ci a sans doute ses symptômes propres. Mais c'est surtout l'examen radiologique qui permet de préciser l'état exact de l'aorte. D'ailleurs, quand on suit les malades pendant un temps assez long, on peut assister à la transformation d'une aortite chronique en anévrysme.

Voici, par exemple, une observation publiée par MM. Méry et Guillemot à la *Société de pédiatrie*, le 18 novembre 1902, et que rapporte De la Rue dans sa thèse.

Un garçon, à 7 ans, a une chorée. Celle-ci n'est suivie d'aucun trouble subjectif ou fonctionnel permettant de penser à une cardiopathie. A 12 ans, au cours d'une crise de maladie de Bouillaud, on constate des signes artériels d'insuffisance aortique, une hypertrophie du cœur, une matité en cimier de casque, une aorte débordant le sternum de 3 cm. au niveau du premier espace. On remarque en outre, dans la poitrine deux centres de battements : l'un au niveau de la pointe du cœur, avec un choc en dôme témoignant d'une hypertrophie du ventricule gauche, l'autre à la partie interne du premier espace intercostal droit. Au niveau de ce dernier, il existe un soulèvement systolique, de l'expansion, un frémissement systolique intense qui se propage jusqu'à la clavicule et dans les gros vaisseaux du cou. A l'auscultation, on entend, au foyer aortique, un souffle diastolique d'insuffisance aortique et un souffle systolique intense, qui se propage vers la clavicule et dans la carotide.

Dans la suite, la matité aortique s'agrandit ; elle déborde le sternum de 4 cm. La radiographie décèle une dilatation fusiforme de l'aorte ascendante. A la base du cou, derrière l'articulation sterno-claviculaire, apparaît une tumeur frémissante, expansive.

Je ne m'arrêterai pas sur les LÉSIONS qui caractérisent les aortites chroniques. M. Lévy-Franckel les a décrites dans sa thèse. Elles siègent surtout sur la portion ascendante qui est plus ou moins élargie. Sur la face interne, on voit des cannelures ou des saillies papuleuses à centre ombiliqué, dont les bords s'inclinent en pente douce. Leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une graine de chénevis ou d'une pièce d'un franc. Leur siège de prédilection est à 10 ou 15 millimètres au-dessus de l'insertion des valvules sigmoïdes ; on les retrouve encore, mais moins nombreuses, à l'union de l'aorte ascendante et de l'aorte horizontale ; parfois elles occupent toute la crosse. Elles sont « consistantes, cartilagineuses sans être dures ».

Au microscope, on constate une sclérose des tuniques externe et moyenne avec des faisceaux de tissu conjonctif, des vaisseaux de nouvelle formation.

Quant aux lésions d'athérome, elles sont analogues à celles qu'on trouve chez l'adulte.

***

Comme CAUSES des aortites chroniques avec ou sans insuffisance aortique, on incrimine la maladie de Bouillaud, l'hérédo-syphilis et divers autres facteurs étiologiques. Assez souvent enfin, les auteurs reconnaissent qu'ils n'en trouvent aucune de valable.

La *maladie de Bouillaud*, à laquelle il faut joindre la *chorée de Sydenham*, a pendant longtemps joué le rôle principal. M. De la Rue, en 1903, écrit : « C'est le rhumatisme articulaire aigu, qui détermine, à notre avis, les lésions les plus souvent observées ». Quelques années plus tard, en 1908, Moussous, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, rapporte l'observation d'une *insuffisance aortique avec dilatation aortique chez un enfant de* 10 *ans*. Comme cause, il invoque le rhumatisme articulaire aigu ; il ajoute : « L'étude de l'aortite chez les enfants nous montre, à n'en pas douter, l'action du rhumatisme franc, surtout dans ses formes récidivantes, sur les vaisseaux. »

Quant à *l'hérédo-syphilis*, pendant longtemps son rôle a été nié. Lancereaux, en 1873, écrit : « On ne trouve aucun cas d'artérite syphilitique héréditaire ». M. Marfan, en 1901, M. De la Rue en 1903, ne parlent pas de l'hérédo-syphilis. Edmond Weill, en 1906, dans la seconde édition du *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher et Comby, écrit, à propos des anévrysmes de l'aorte chez les enfants : « Quant à la syphilis, qui est cependant, d'une façon prépondérante, à la base des anévrysmes aortiques chez l'adulte, elle fait en général défaut dans les antécédents des enfants ». MM. Hallé et Schreiber, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1911, à propos d'un cas d'*ectasie aortique chez un enfant* de 5 ans, sans étiologie appréciable et avec un Bordet-Wassermann négatif, écrivent : « La syphilis paraît étrangère le plus souvent à la genèse des ectasies vraies ». Récemment encore, en 1920, M. Stolkind, dans *The British journal of children's diseases*, étudiant l'*aortite syphilitique héréditaire*, conclut : « Quelles qu'aient été mes recherches, je n'ai pas été capable de trouver dans les écrits médicaux un seul cas d'aortite syphilitique héréditaire *prouvée*, chez les grands enfants, les adolescents, les adultes, bien qu'il soit possible que de pareils cas existent. Aussi de nouvelles recherches sur l'aortite syphilitique héréditaire sont-elles nécessaires ».

Par opposition, il faut citer les auteurs qui admettent le rôle de la syphilis. M. Deguy, dans sa thèse de 1900, sur *Le cœur et l'aorte des syphilitiques*, rapporte l'opinion de Huchard : « On voit assez souvent, écrit-il, chez des enfants de syphilitiques, des anévrysmes ou l'aortite se développer à l'âge de 25 ou 30 ans, alors que l'étiologie reste muette ... Bon nombre d'aortites constatées dans le jeune âge ou à l'âge adulte, d'anévrysmes de l'aorte ou des artères cérébrales sans cause bien démontrée, sont des produits de l'hérédo-syphilis ». M. Lévy-Franckel, en 1909, écrit : « De même que la syphilis acquise, la syphilis héréditaire nous semble occuper la première place parmi les affections capables d'amener des altérations artério-scléreuses des gros vaisseaux ». Enfin les frères Beretervide vont encore plus loin, quand ils interprètent leurs constatations radiologiques ; ils écrivent, que la dilatation de l'aorte ascendante « n'a manqué dans aucune de nos observations de syphilitiques héréditaires dûment diagnostiqués ». Elle nous a permis, ajoutent-ils, d'établir le diagnostic de syphilis « chez des enfants qui venaient nous consulter pour des choses banales et chez lesquels les antécédents ou bien une réaction de Bordet-Wassermann positive nous ont confirmé le diagnostic fait à l'écran ». Ils parlent d'un « signe radiologique de l'aorte » chez les hérédo-syphilitiques.

L'étude anatomique de l'aorte des hérédo-syphilitiques fournit des arguments aux partisans du rôle de l'hérédo-syphilis dans la production des aortites.

Les lésions de l'aorte sont fréquentes chez les fœtus et les nouveau-nés syphilitiques. Elles ont été décrites par Hochsinger, puis par Wiesner, en 1905, qui trouve 10 fois des lésions de l'aorte sur 27 hérédo-syphilitiques ; par Bruhns, en 1906, qui trouve des lésions 6 fois sur 9. D'après les nombres totalisés de ces deux auteurs 44 % des hérédo-syphilitiques ont des altérations de l'aorte. M. Lévy-Franckel les a même trouvées dans les cinq cas qu'il a étudiés.

La tunique externe est épaissie ; elle présente de la congestion des vasa-vasorum, des infiltrations leucocytiques périvasculaires, de la péricapillarite, des oblitérations des vasa-vasorum, des petites hémorragies.

Dans la tunique moyenne, on voit des vaisseaux de nouvelle formation, de l'infiltration cellulaire constituée par des petits et des moyens mononucléaires, une prolifération des cellules conjonctives, quelquefois de la dégénérescence des cellules musculaires.

La tunique interne est normale.

En somme, il s'agit de lésions d'aortite aiguë ou subaiguë, de péri et de méso-aortite.

L'aortite chronique des enfants plus âgés est moins fréquente. Parmi les observations publiées, il en est où la syphilis est certaine, d'autres où elle est seulement probable.

En voici deux dans lesquelles la syphilis est avérée.

M. Thiry en 1898, à l'autopsie d'une fille de 12 ans, morte de paralysie générale progressive, trouve sur la crosse et la portion descendante de l'aorte, quatre ou cinq grosses papules blanchâtres, surélevées, à centre ombiliqué, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et en outre, en beaucoup plus grand nombre, des petites papules grosses comme des têtes d'épingles ou des grains de chénevis. Au microscope il constate de la sclérose.

M. Lévy-Franckel rapporte l'observation d'une fille de 6 ans, qui présente une gomme du maxillaire supérieur et divers stigmates d'hérédo-syphilis. Depuis l'âge de 2 ans, l'enfant a de l'albuminurie et des œdèmes. Elle meurt d'œdème de la glotte. Sur l'aorte, à 15 millimètres audessus de l'insertion des valvules, on voit un « placard blanc-jaunâtre, légèrement surélevé, de forme régulièrement ovalaire, un peu déprimé en son centre, assez consistant à la palpation et à la coupe mais non calcaire ... Au microscope, les lésions sont celles de l'athérome. Il y a, d'autre part, des reins blancs, petits, avec des lésions de néphrite interstitielle.

Ces observations montrent d'une façon indiscutable l'existence chez les petits, ainsi que chez les grands enfants, de lésions d'aortite chronique, attribuables à l'hérédo syphilis.

On a incriminé l'*alcoolisme*, Chiari, en 1898, chez un garçon de 13 ans, mort de fièvre typhoïde, trouve, à l'autopsie, de l'aortite chronique avec athérome, qu'il attribue à l'alcoolisme. Mais M. Lévy-Franckel, qui rapporte cette observation, dit que l'alcoolisme lui paraît bien douteux.

Quelquefois on trouve une *insuffisance thyroïdienne*. C'est ainsi que MM. Haushalter et Jeandelize, en 1907, à l'autopsie d'une myxœdémateuse de 13 ans, trouvent la crosse de l'aorte altérée. C'était, disent-ils, l'aorte d'un vieillard artério-scléreux.

Parfois on peut incriminer une *néphrite chronique*. J'ai cité la fille de 13 ans et le garçon de 6 ans observés par Rach et par Lévy-Franckel. On a dit que l'aortite chronique était consécutive à la néphrite. Il est plus vraisemblable d'admettre que l'aortite et la néphrite relèvent des mêmes causes. Pour la malade de Rach, la cause est inconnue ; pour celui de Lévy-Franckel, c'est la syphilis.

On a pu encore incriminer la *tuberculose*, la *diphtérie*, la *scarlatine*, la *fièvre typhoïde*, etc. sans preuves suffisantes.

Somme toute on peut retenir la conclusion de M. Lévy-Franckel : on trouve comme causes d'aortite chronique ou d'athérome, le plus souvent la syphilis héréditaire, puis, par ordre décroissant de fréquence, le rhumatisme articulaire aigu et la chorée, la tuberculose, la scarlatine. Sur 30 observations qu'il a colligées, la syphilis héréditaire était certaine dans 8 cas, probable dans 4 ; le rhumatisme et la chorée se rencontraient dans 6 autres cas.

Assez souvent on ne découvre pas de cause appréciable. Les causes de l'athérome aortique de l'enfance, écrivait M. Marfan en 1901, « échappent entièrement ».

Rach ne trouve pas d'étiologie à la néphrite chronique et à l'athérome de la fille de 13 ans et demi, dont j'ai parlé tout à l'heure.

M. Meslay, qui a publié en 1912 l'observation d'une *insuffisance aortique avec aortite chez un garçon de* 14 *ans*, l'a découverte par hasard au début d'une fièvre typhoïde ; l'enfant n'avait présenté aucun trouble subjectif ou fonctionnel ; il n'avait pas eu de rhumatisme ; rien ne faisait penser à la syphilis.

De l'exposé que je viens de faire se dégagent DEUX VARIÉTÉS PRINCIPALES d'insuffisance aortique avec aortite chronique.

Pour la première, l'*insuffisance aortique est due à une endocardite* et l'aortite paraît bien résulter de la même cause ; cette cause c'est la maladie de Bouillaud ou la chorée. Cette association de l'insuffisance aortique et de l'aortite chronique d'origine rhumatismale est assez rare. Il semble que son pronostic soit relativement favorable. Il paraît toutefois plus sérieux que celui de l'insuffisance aortique isolée. Retenons, en effet, que, dans un certain nombre de cas, l'aortite a abouti à un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Pour la seconde variété, l'*insuffisance aortique et l'aortite chronique s'installent sans qu'intervienne une cause avérée d'endocardite*. On peut discuter alors si l'insuffisance aortique est d'origine artérielle, s'il s'agit d'une maladie de Hodgson, comparable à celle observée chez l'adulte. La maladie de Hodgson de l'adulte diffère de l'insuffisance aortique du type endocarditique, du type Corrigan, parce que les lésions ne sont pas limitées à l'aorte, mais s'étendent à tout l'appareil circulatoire ; diverses particularités cliniques et évolutives en sont la conséquence. Chez l'enfant ces lésions artérielles diffuses sont rares ; aussi cette variété d'insuffisance diffère-t-elle peu cliniquement de l'autre. Rares chez les enfants sont les cas où les lésions artérielles sont généralisées, où il y a des lésions viscérales telles qu'une néphrite chronique.

Le pronostic de cette variété est difficile à préciser. Sa gravité tient à la formation possible d'un anévrysme et aux diverses altérations associées.

Quand l'aortite est isolée, sans insuffisance, elle

est souvent méconnue et est une découverte d'autopsie.

La *mort* est due à une néphrite interstitielle, à une hémorragie cérébrale, à une thrombose des artères mésentériques, à la gangrène d'un membre. On peut même voir la rupture de l'aorte, comme dans une observation rapportée par Oppenheimer, en 1905. Une fille de 9 ans, jusque-là bien portante, est prise de céphalée, de lassitude ; le lendemain elle se plaint d'une vive douleur précordiale, de dyspnée ; puis ces symptômes se calment. Le même jour, elle se sent bien et dans l'après-midi meurt subitement. A l'autopsie, on trouve l'aorte rompue à 15 millimètres au-dessus des sigmoïdes ; la déchirure intéresse les tuniques interne et moyenne ; on trouve des lésions d'athérome au début.

La cause de cette seconde variété échappe souvent ; l'hérédo-syphilis paraît jouer un rôle assez important.

***

Notre malade est un garçon de 14 ans. Nous constatons chez lui une insuffisance aortique et une aortite chronique, mais nous ne trouvons pas de lésions diffuses des artères, ni de lésions viscérales ; en particulier, le rein paraît sain. Cette lésion cardio-aortique s'est installée d'une façon occulte, sans cause appréciable. L'enfant n'a jamais eu de maladie de Bouillaud ; les maladies infectieuses dont il a été atteint, ne peuvent guère être retenues. Nous ne trouvons pas de syphilis avérée ; le Bordet-Wassermann est négatif ; il n'y a pas de syphilis connue dans la famille. Cependant nous pensons que cet enfant est très probablement syphilitique ; ce n'est pas tant parce qu'il lui manque une incisive, ce n'est pas tant parce qu'il a de l'axiphoïdie, que nous le pensons, qu'à cause de la névrite optique, dont il a été atteint à 11 ans, qui présente un rapport étiologique avec la syphilis et qui a été très améliorée par un traitement antisyphilitique poursuivi pendant longtemps. Nous devons donc le tenir pour un syphilitique et le traiter par l'arsénobenzol, le bismuth et l'iode.

Il s'agit, somme toute, d'une observation exceptionnelle ; elle méritait d'être étudiée, car elle nous a permis de passer en revue un certain nombre de faits intéressants.

LA PSYCHOLOGIE DU SOURD

Par le Dr G. de PARREL,

Ancien chef de clinique, Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Le Dr de Parrel vient de publier, chez ALBIN-MICHEL, *un nouveau livre* : « **La surdité et son traitement. Manuel de rééducation à l'usage du sourd et de son entourage** ». *Il a bien voulu nous autoriser à reproduire le chapitre ci-dessous, ce dont nous le remercions bien vivement.*

N. D. L. R.

Presque tous les infirmes de l'audition sont en état de profonde détresse morale. Comment pourrait-il en être autrement ? La surdité interdit le libre échange de la pensée par la conversation ; elle procure à ceux qui en sont atteints un concert ininterrompu de bruits intérieurs, assez intenses en certains cas pour troubler le repos et le sommeil ; elle les soumet parfois à la rude épreuve du vertige. Il faudrait une force d'âme peu commune pour résister à l'horrible pression de ce triple étau morbide, lorsqu'il vous enserre étroitement.

La surdité, dès la jeunesse, est une rare infortune ; elle assombrit les jeux, restreint le cercle des camaraderies, met l'enfant en défiance, l'isole de ses proches et de ses condisciples, entrave son éducation scolaire et familiale. Elle le rend triste et irritable. Elle le prive des douces émotions des chants qui bercent, des rythmes joyeux qui égayent, des voix aimées qui caressent et consolent, des bruits variés de la nature qui l'initient au mouvement harmonieux des êtres et des choses.

Plus tard, à l'époque de l'adolescence où l'imagination chevauche, infatigable, à travers les espaces infinis du rêve, la surdité jette un voile devant l'horizon des espoirs affectifs ou professionnels. Certaines maladies de l'oreille débutent vers 18 ou 19 ans et la déchéance auditive assez rapide s'accompagne de bourdonnements insupportables.

La tristesse et l'inquiétude apparaissent. Anxieusement le jeune homme ou la jeune fille interrogent l'avenir : le problème du mariage et de la profession leur semble à peu près insoluble.

Vont-ils au théâtre, au concert, ou dans une réunion mondaine ? Au lieu d'une distraction élégante, ils n'y trouvent qu'une lourde tristesse; leur infirmité les obsède. Ils fuient, désespérés, pour se réfugier dans la solitude ; ils sont déjà vieillis avant d'avoir 20 ans.

Etre subitement trahi par son oreille, dans la

force de l'âge, en pleine activité professionnelle, c'est être jeté, sans préparation, entre les froides murailles d'une prison de silence, c'est sentir passer le frisson de l'angoisse du lendemain, car certains métiers sont incompatibles avec la surdité. La blessure morale est, d'autant plus profonde que celui qui la reçoit occupe un rang plus élevé dans la hiérarchie intellectuelle. Pour tous les travailleurs du cerveau, pour ceux en particulier qui ont l'ambition légitime de survoler la médiocrité, génératrice de paresse et d'apathie, la vie est un combat quotidien où ils prodiguent leurs forces sans compter. Une fonction sensorielle comme la vue ou l'audition vient-elle à faire défaut ? L'ébranlement qui en résulte peut couper les racines de l'énergie et l'homme s'effondre, vaincu.

On a dit souvent que la surdité, en défendant ses victimes contre le bruit du monde et ses vaines agitations, élevait leur esprit vers les sphères éthérées de l'idéal où plane la pensée légère, sereine, libérée de tout poids inutile. C'est peut-être vrai, et chacun d'entre nous connaît dans le passé ou le présent des exemples de littérateurs, de philosophes, d'ingénieurs, de savants, d'artistes, frappés de surdité et qui malgré cette carence de l'ouïe, ont atteint les plus hauts sommets du talent et de la maîtrise intellectuelle. Il serait facile de citer des noms dans le journalisme, les milieux académiques ou les plus hautes magistratures de l'Etat.

Mais ceci ne veut pas dire qu'une telle morsure du Destin puisse être ressentie sans provoquer un désarroi moral intense et il faut avoir reçu les confidences de grands sourds pour mesurer toute l'étendue de leur désespérance. En public, ils font bonne contenance ; ils se raidissent contre leur infortune et gardent pour eux leur secret accablant tant qu'ils le peuvent celer. Mais, derrière l'écran de l'intimité confiante, ils se livrent tout entiers et étalent leur misère. Certains d'entre eux en ont décrit toute l'horreur tragique dans leur « journal » ou dans leur correspondance. Faut-il rappeler les lettres angoissées de Beethoven et le journal émouvant de Marie Lenéru, jadis publié par François de Curel ? « Il y a des moments de ma vie, écrit Beethoven à son ami Wegeler, où je suis la plus misérable créature de Dieu. Je te supplie de ne rien dire à personne de mon état ... Mon infirmité se dresse partout devant moi comme un spectre ... C'est à la vertu ainsi qu'à mon art que je dois de n'avoir pas terminé la vie par le suicide ». Quant à Marie Lenéru, elle vécut dans la retraite des heures douloureuses sans avouer son malheur à ses amis ni même à son entourage immédiat et elle écrivait dans ses notes intimes : « qu'il n'y a pas de souffrance plus inhumaine que la surdité ». Cris d'émouvante détresse, dignes de pitié et qui nous font plaindre les sourds plus encore que les aveugles !

La neurasthénie des sourds.

Certains sourds sont de véritables *neurasthéniques* ; leur portrait est facile à tracer pour quiconque en a observé un certain nombre. Ils analysent de façon précise les symptômes dont ils se plaignent et leur pessimisme les exagère. Ils s'étudient avec ténacité et concentrent toute leur attention sur leur oreille. Ils décrivent au médecin et à leur entourage leurs bourdonnements « intolérables » et « indéfinissables », leurs névralgies « lancinantes et pressantes », leurs maux de tête « insupportables, martelés, pénétrants... » ; les qualificatifs se succèdent, lourds et péjoratifs, dans cette sorte de *plaidoyer pour la douleur*. Ce sont plus encore des arguments que des gémissements que profère le neurasthénique de l'audition, car il a l'impression que sa famille et son médecin le considèrent comme un malade imaginaire. Ce soupçon l'irrite et le révolte. Il cherche à le dissiper et, au besoin, présente ses observations par écrit pour ne rien omettre. C'est son « journal auditif » qu'il vous apporte et vous récite, non sans fatuité, car, dans le royaume de la souffrance, il se considère comme un haut dignitaire.

Pour quelques-uns, c'est moins la déchéance de l'ouïe qui détermine le syndrome de la neurasthénie que le concert des bourdonnements qui remplit les « vastes silences » de l'audition. Obsédé par cette symphonie incessante et désordonnée de cloches, de sifflets, de chants d'oiseaux ou de jets de vapeur, le sourd s'épuise en vaines récriminations contre son sort, tout en écoutant avec une attention soutenue ces bruits auxquels il cherche à attribuer une forme définie. L'angoisse s'empare de lui et l'accable ; son énergie peut être mise en faillite et l'idée de suicide peut germer en lui, si une volonté vigilante ne vient pas l'aider à reprendre son équilibre moral.

Comme tout autre neurasthénique, le sourd est un vaincu de la vie. Oppressé par le poids de son infirmité, il continue la lutte quotidienne, mais le combat est plus âpre, parce qu'il se livre dans l'isolement et le silence. S'il ne possède pas une âme d'élite, il s'affaissera sous les coups de la douleur morale et des misères physiques. On voit toute la hauteur du rôle que peut jouer le médecin pour briser à cette vague de découragement, stimuler l'énergie, écarter l'obsession. A ces sourds, il peut citer l'exemple du plus génial d'entre eux, l'immortel Beethoven qui, par un effort surhumain, créa l'*Hymne à la joie* au moment où abreuvé d'amertume et de déceptions, il achevait sa vie qui fut un long martyre. C'est en 1796, soit à l'âge de 26 ans, que débute sa surdité et qu'une « tristesse incurable » s'installe à son foyer, définitivement ; ses oreilles

« bruissent et mugissent nuit et jour » ; pour lui, « pas de distraction dans la société des hommes, pas d'entretiens distingués, d'épanchements mutuels » ; il lui faut vivre comme un exilé ; s'il « s'approche d'une société, une brûlante angoisse le saisit ». On ne saurait imaginer souffrance plus tragique et l'on reste confondu d'admiration devant les œuvres sublimes qu'il n'entendit jamais et qu'il créa sous l'empire de la douleur, dans le silence absolu. Il écoutait les chants intérieurs qui s'élevaient en lui et c'est dans la nuit de la surdité que Beethoven a écrit la neuvième symphonie, la messe en ré, les cinq dernières sonates, les six derniers quatuors. La Souffrance a enfanté la Joie ; le Génie a vaincu la Douleur.

Guidé par son *langage musical intérieur*, Beethoven a écrit sous sa dictée ses sublimes pensées, en puisant dans ses inestimables réserves d'images sonores. Ainsi s'explique la coexistence, d'apparence paradoxale, de la culture musicale la plus haute, voire créatrice, avec une déchéance complète de l'ouïe. Au reste, les musiciens n'ont pas besoin d'une sensation auditive pour entendre le langage musical. Assis à leur bureau, leur partition ouverte devant eux, ils perçoivent directement l'exécution tonale de la page qu'ils lisent par association immédiate entre l'image visuelle et l'image auditive. Aucun intermédiaire matériel ne leur est nécessaire pour apprécier les qualités, les effets et le sens de la pièce symphonique. C'est ainsi que le musicien frappé de surdité peut ressusciter dans son esprit un monde de sensations physiques mortes à jamais pour lui. A travers son insondable misère s'allument des lueurs de joie et cheminent d'apaisantes rêveries, de réconfortants souvenirs. Sa solitude se peuple de pensées sonores, immatérielles, purifiées par la douleur : éclaircies réconfortantes à travers le ciel assombri de sa tristesse.

L'Inspiration musicale créatrice survit à l'audition pour toujours éteinte.

La phobie de la surdité.

Certaines surdités sont disproportionnées dans leurs manifestations avec les lésions objectives qui les accompagnent : ce déséquilibre fonctionnel est produit par un faisceau imposant de *troubles psychasthéniques*, relevant d'une insuffisance plus ou moins marquée du pouvoir de l'attention et de la volonté, d'une certaine paresse des fonctions d'interprétation et de suppléance mentale, d'une méfiance injustifiée de la valeur de l'audition.

Cette sorte de sidération paradoxale de l'ouïe relève d'un élément psychique surajouté, contre lequel il convient de réagir. *L'éducation de l'attention, la suggestion, les excitations fortes et répétées* permettent de combattre efficacement ces symptômes qui, au premier abord, paraissent inquiétants, et dont Boulay et Le Marc-Hadour ont tracé un tableau très fidèle : « Tantôt il s'agit d'une simple inattention du malade, qui cesse de prêter l'oreille aux bruits extérieurs, convaincu qu'il ne les entendra pas, tantôt cette inattention finit par prendre dans la psychologie inconsciente du sourd une part si importante qu'elle augmente notablement son infirmité en créant une maladie véritable de la volonté, une sorte d'impossibilité d'entendre, une aboulie auditive. Dans les cas où on ne peut modifier la lésion matérielle, cause primitive de la surdité, on peut espérer, en neutralisant l'élément psychique, améliorer l'audition ... Si on démontre à un scléreux, au moyen d'exercices auditifs, par exemple, qu'il entend mieux qu'il ne le suppose, on supprime le côté psychique de la surdité et on diminue d'autant cette dernière. Et ce qui est vrai de la surdité l'est tout autant des troubles concomitants, bruits subjectifs et vertiges ».

Chez tous les sourds, on découvre des troubles d'auto-suggestion d'incapacité fonctionnelle, par le fait même que l'audition est une fonction psychomotrice.

Les phénomènes nerveux sont à ce point démesurés chez certains malades que ceux-ci semblent en proie à une véritable *phobie de la surdité*, produit de l'*émotivité morbide* et non de la suggestibilité comme la surdité hystérique.

En présence d'une situation où il devrait entendre, le phobique éprouve une réaction émotive, qui peut aller de l'inquiétude à l'angoisse en passant par tous les phénomènes propres à l'anxiété, c'est-à-dire le tremblement, l'altération de la parole, la sécheresse de la bouche, les sueurs locales et généralisées. Un écran émotif s'interpose entre lui et son interlocuteur, et l'acuité auditive diminue par inhibition du pouvoir d'accommodation de l'oreille moyenne.

De même que l'agoraphobique se trouve absolument incapable de traverser sans tomber une place publique, de même que l'éreutrophobique ne manquera pas de rougir dans les circonstances où il redoute cette rougeur, de même le phobique sourd n'entendra pas chaque fois qu'il se trouvera dans les circonstances où il redoute que son oreille soit en défaut. L'état émotionnel, l'anxiété provoquent infailliblement le vertige de l'un, la congestion de la face de l'autre, l'inhibition de l'appareil accommodateur du troisième.

Un pas de plus et l'idée de la surdité deviendra la compagne inséparable de tout état émotionnel, une véritable obsession, reposant sur la conviction inébranlable d'une maladie auriculaire grave, d'où inattention auditive, parésie fonctionnelle de l'oreille, inhibition chronique.

Tous ceux qui par profession manient les sourds et vivent au milieu d'eux ont pu observer l'échelle

de ces symptômes, à tous les degrés et à tous les âges. Les jeunes sujets n'échappent pas à ce genre de troubles. Les arthritiques, les névropathes, à constitution émotive, sont les plus souvent touchés.

Abandonnés à eux-mêmes, les phobiques sourds voient rapidement leur infirmité s'aggraver, et, en effet, les lésions objectives dont ils sont porteurs sont de plus en plus profondes.

Dans ce genre d'affection, la rééducation orale, telle que nous en décrivons la technique dans la seconde partie de cet ouvrage, a une heureuse influence, car non seulement elle permet d'augmenter la perceptibilité de l'oreille interne, de développer l'élasticité du tympan et de la chaîne des osselets, mais elle donne confiance au malade en lui prouvant que, par des exercices appropriés, il peut entendre mieux qu'il n'entend.

Cette conviction établie, on peut entamer la partie psychique de cette œuvre pédagogique, en tendant peu à peu l'arc de l'attention consciente, volontaire, tout en dissipant le nuage d'anxiété qui enveloppe le malade et exagère ses troubles fonctionnels. C'est l'affaire du médecin rééducateur.

L'élément cérébral de la surdité : rôle de l'attention.

Dans toute surdité chronique il existe des troubles d'ordre cérébral qu'il est d'autant plus intéressant de connaître qu'ils sont très accessibles à la rééducation.

L'*attention*, par exemple, joue dans l'audition un rôle prépondérant. Par l'attention, la perception est ou n'est pas. Il y a dans l'attention un état psychique particulier qui provoque la concentration des forces nerveuses. La sensibilité sensorielle et générale entre en état d'éréthisme et d'excitation.

La diminution de l'attention constitue un des stigmates de la surdité et l'excitabilité des centres acoustiques est en raison directe de l'effort d'attention. C'est pourquoi il est indispensable, au cours des traitements de rééducation, d'instituer des exercices de gymnastique psycho-auditive.

La plupart des sourds se réfugient dans l'isolement pour cacher leur infirmité et se dérober à l'effort psychique de suppléance auquel les astreint la conversation. C'est une lourde erreur de leur part, car ils aggravent ainsi dans une large mesure leur surdité. Et ce n'est pas seulement l'attention qui chôme, c'est l'interprétation mentale, l'association des idées et la mémoire des images auditives, dont l'activité bienfaisante se traduit par la vitesse de compréhension, la rapidité de la répartie et le maintien en parfait état de souplesse et de coordination du consortium fonctionnel auditivo-psychique.

Le rôle de l'attention volontaire dans l'audition peut d'autant moins être mis en doute qu'à l'état physiologique, sous l'influence de cette activité psycho-motrice, l'ouïe normale devient passagèrement plus fine, et cette réceptivité plus grande s'étend aux deux oreilles du fait de l'augmentation de l'excitabilité des centres acoustiques. A ce dernier point de vue, qui représente une des particularités les plus intéressantes de la rééducation auditive, on doit rappeler que des observations de même nature peuvent être relevées dans les fonctions visuelles: la vue monoculaire attentive développe le pouvoir visuel des deux yeux par excitation des centres optiques.

Quand la surdité est très ancienne, l'attention est tellement atrophiée, que lors des premiers exercices acoustiques le sourd a beaucoup de difficulté à accomplir l'effort de tension que l'on réclame de lui; il éprouve un sentiment de malaise ou d'inquiétude qui persiste parfois assez longtemps.

Pour éviter ce côté pénible de la rééducation, on doit, dans les premières leçons, se maintenir sur le même sujet pendant quelques instants, de manière à faciliter la tâche du sourd, à préparer une impression par une impression antérieure, à évoquer des images prévues ou présumées, à donner libre cours en un mot à la collaboration de la mémoire, de l'association des idées, de la combinaison psychique et de la suppléance mentale.

Naturellement la rééducation de l'attention doit se pratiquer suivant une marche progressive, en tenant compte de ce fait que l'attention volontaire est un état anormal, passager, produisant assez rapidement un certain degré d'épuisement, pouvant aller en certains cas jusqu'à l'inactivité fonctionnelle. Un dur d'oreille écoutant à la distance-limite de son audition la voix d'un interlocuteur ne pourra supporter cet état de haute tension sensorielle et cérébrale que pendant un temps relativement court. Au delà, il tombera dans la *confusion*.

L'attention n'est pas, comme on l'a cru, un acte pur de l'esprit, à mécanisme insaisissable, mais un *acte essentiellement moteur* ainsi que l'a démontré Th. Ribot, accompli par des muscles sous l'influence d'un mouvement cérébral. « Elle est une discipline et une habitude, une imitation de l'attention naturelle, qui lui sert à la fois de point de départ et de point d'appui ».

L'état intellectuel d'attention est accompagné d'un état local d'accommodation, suivant le sens mis en éveil. Pour l'audition, toute la masse musculaire de l'oreille se met en branle, aussi bien dans l'oreille moyenne que dans l'oreille externe. L'expression « tendre l'oreille » indique bien cet effort physique de l'organe vers le son.

L'acte d'attention engendre dans les éléments nerveux centraux un changement moléculaire qui se propage le long du nerf acoustique et des plexus nerveux péricellulaires jusqu'à l'oreille. Par action réflexe, les muscles de l'oreille entrent

en une certaine tension. En ce qui concerne le *muscle du marteau*, on peut expérimentalement prouver la nature réflexe de sa contraction. Sur un chien dont on a ouvert la cavité du tympan, on provoque des secousses de ce muscle par la production de sons dans le voisinage de l'animal. D'après les expériences faites par Hensen sur des chats, chaque son commande immédiatement une secousse du muscle tenseur du tympan. Il n'est pas douteux, d'autre part, qu'on puisse contracter volontairement le muscle tenseur du tympan : c'est le *muscle de l'attention*.

Le *muscle de l'étrier* participe à la fonction accommodative en qualité d'antagoniste du précédent, soit sous l'impulsion psychique de l'attention, soit sous l'influence de la production d'un bruit assez intense.

La surdité des musiciens.

La perte de l'ouïe représente pour le musicien un véritable supplice.

Lorsque la déchéance auditive n'est que partielle, elle se manifeste chez le musicien par des symptômes un peu particuliers, qu'a décrits autrefois le docteur André Castex.

Physiologiquement l'oreille du musicien est beaucoup plus perfectionnée que celle du vulgaire. Là où le profane ne perçoit qu'un son simple, le professionnel de la musique distingue les harmoniques qui accompagnent le son fondamental ; c'est surtout son cerveau qui enregistre ces harmoniques.

La surdité apparaît-elle ? Il en résulte pour le sourd une altération dans l'intensité, la hauteur et le timbre des sons.

Les sons les moins intenses s'effacent naturellement les premiers, notamment la voix des chanteurs. Le fracas des cuivres et les sons aigus des instruments à vent prennent dans l'ensemble orchestral une prédominance marquée, d'où une déformation complète du morceau exécuté.

Au point de vue de la hauteur des sons, il se produit une sorte de déséquilibre auditif qui se manifeste par un désaccord tonal d'une oreille à l'autre ; il y a également des persistances prolongées de sons, désagréables et obsédantes.

En ce qui concerne le timbre des sons, ceux-ci perdent leur musicalité et ne sont plus perçus que comme de simples bruits. Dans d'autres cas, les instruments semblent avoir un son nasillard ou argentin.

Signalons enfin le phénomène assez fréquent chez les musiciens durs d'oreille de l'hypersensibilité douloureuse aux sons ; on les voit parfois tomber en syncope sous l'influence de sonorités intenses comme celles des fanfares et des trompettes, parce que leur oreille a perdu ses moyens frénateurs, du fait du fonctionnement défectueux de la chaîne des osselets et de ses muscles.

Tout cet ensemble de déviations auditives et mentales a la plus fâcheuse influence sur l'état moral du musicien frappé de surdité, même peu accentuée ; il lui faut une grande force d'âme pour supporter une épreuve aussi rude ; le médecin rééducateur a une haute mission à remplir auprès de cette catégorie de sourds, dont l'espoir ne renaîtra qu'après les premières manifestations d'un relèvement de l'ouïe par un traitement fonctionnel méthodique.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les insomnies des tuberculeux.

Bien que l'insomnie soit chez les tuberculeux un symptôme banal, elle doit être traitée, car le retour du sommeil entraîne le retour de l'appétit, aide à supprimer certains traitements pénibles, permet au tuberculeux de profiter pleinement de sa cure de repos.

Ainsi que l'ont établi MM. M. Villaret, Justin-Bezançon et R. Fauvert, l'insomnie causée par la toux est la plus fréquente (42 %). La formule suivante donne souvent de bons résultats :

Teinture de racines d'aconit	1 gr. 50 à 2 gr.
Eau de laurier-cerise ...	10 gr.
Sirop de codéine	100 gr.
Julep gommeux	60 gr.

par cuiller à soupe toutes les 4 heures.

Mais, comme il ne faut pas en prolonger l'usage, on utilisera par intermittence un hypnotique vrai pour obtenir la sédation des quintes en provoquant le sommeil.

Il existe aussi (32 %) des insomnies sans cause apparente ; c'est une poussée évolutive (améliorer l'état général pour hâter la fin de la poussée : hypnotique) ; c'est l'état psychique du malade, le manque de fatigue (sédatifs nerveux, valériane, bromure).

L'insomnie peut être due (12 %) à la fièvre (pyramidon-quinine), aux sueurs profuses (extrait de sauge 20 à 30 gouttes ; granules de un milligramme de sulfate d'atropine).

Enfin, il y a l'insomnie des dyspnéiques, des algiques, des dyspeptiques, etc.

Bref, devant une insomnie chez un tuberculeux il convient, grâce à une analyse minutieuse,

de rechercher avant tout un traitement étiologique. Mais, si, malgré tout, on doit employer des hypnotiques, ceux que l'on choisit ne doivent pas laisser, après le sommeil, une longue phase de somnolence, ni nuire à l'intégrité du tube digestif ou provoquer des sueurs profuses. Il faut, avant tout, varier les produits afin d'éviter l'accoutumance, plus ou moins rapide, les arrêter dès que le rythme de l'insomnie commencera à être rompu. Les alcaloïdes et les dérivés de l'opium ne doivent être considérés que comme un pis aller. Les auteurs ont surtout étudié les dérivés de l'urée, les complexes de la série barbiturique ; ils recommandent surtout l'isopropylallyl barbiturate d'amido-propine ; un seul comprimé dosé à 0 gr. 16 de principe actif procure ordinairement un sommeil calme et les malades sont dispos.

Enfin, la chloralose purifiée, en comprimés de 0 gr. 10, a donné de bons résultats dans les insomnies de moyenne intensité.

On réservera les opiacés, parfois plus actifs, pour les insomnies qui accompagnent les évolutions terminales. (*Gazette des hôpitaux*, 27 janvier 1926).

Les sorties prématurées des aliénés internés.

C'est toujours une déception et un ennui que le retour du malade libéré il y a quelques semaines, ou quelques jours, et qui revient après scandale sur la voie publique ou accident, faute d'avoir suivi les précautions indiquées au moment de la sortie.

Aussi les sorties provisoires ont-elles été supprimées dans la plupart des asiles. Cependant des sorties à titre d'essai ont donné de bons résultats et peuvent être utiles (en cas de placement volontaire ou d'office), si le moment est judicieusement choisi ; elles permettent de tâter l'aptitude du malade à revivre dans son milieu social.

La future loi sur le régime des aliénés, devrait édicter, dit le Dr Rodiet, que le médecin traitant aura le droit d'autoriser, dans certains cas, des sorties d'essai de quelques jours, mais à la condition que : 1° le malade encore considéré comme interné soit surveillé et dirigé, de façon efficace et continue (Sociétés de patronage) ; 2° qu'il soit soumis à un contrôle médical, au milieu de sa famille ; 3° qu'il soit réintégré à l'asile, aussitôt le congé expiré ou même immédiatement si sa propre sécurité ou celle de son entourage est menacée. (*Gazette des hôpitaux*, 6 janvier 1926.)

Sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculoses de la seconde enfance.

MM. R. Debré et F. Cordey étudient le rôle de la contamination massive et prolongée, ainsi que l'importance de l'ancienneté de l'allergie.

L'existence chez le grand enfant d'une tuberculose à marche chronique, plutôt qu'à marche aiguë, implique un certain état d'immunité, ou plutôt une certaine ancienneté de la résistance acquise au cours d'une vie de contamination familiale ; cette ancienneté de l'allergie explique pour quoi la tuberculose, évoluant à tel moment, affecte un type défini et ne peut en affecter un autre.

Les contaminations répétées et massives, qui résultent de la vie en commun avec un phtisique, sont pratiquement nécessaires pour qu'une tuberculose osseuse ou pulmonaire ait pu se développer ; sauf exception, une contamination fortuite n'a pu, malgré bien des causes de débilitation, suffire à les créer.

D'autre part, on remarque que la tuberculose ostéo-articulaire, apparaissant beaucoup plus tôt après la contamination que la tuberculose pulmonaire, frappe des enfants, dont l'allergie est plus récente.

Même si l'on ne peut partager ces opinions, il faut accorder un intérêt aux faits relevés dans l'enquête des auteurs : la fréquence, sinon la constance, de la contamination massive et prolongée à l'origine de la tuberculose chronique du grand enfant, la rareté au contraire de la contamination massive et prolongée dans la tuberculose aiguë, les variations dans la durée des périodes latentes suivant les localisations de la maladie. (*Paris médical*, 2 janvier 1926.)

L'ensemencement de la paroi thoracique dans les ponctions de la plèvre.

MM. Tixier et Pollosson attirent l'attention sur les complications possibles de cette opération simple et bénigne en apparence.

1° *Chez les tuberculeux*, une pleurésie séreuse ponctionnée laisse après elle, dès le lendemain, au point ponctionné un petit nodule d'ensemencement, sous-cutané, parfois légèrement douloureux. Dans la très grande majorité des cas, la résorption en est rapide et l'évolution bénigne : parfois cependant, dans les mois qui suivent, ou beaucoup plus tard, un abcès froid se produit au même endroit ; cette coïncidence permet de penser qu'il a trouvé son origine dans cet ensemencement. Mais son évolution est banale, sans influence sur le pronostic de l'épanchement pleural.

Il en va tout autrement, lorsque cet accident survient au cours d'une pleurésie tuberculeuse purulente. L'abcès évolue rapidement, et par le chemin détourné de cet abcès pariétal, le chirurgien peut ouvrir la plèvre, et réaliser ainsi la désastreuse thérapeutique, qui, d'une tuberculose pleurale fermée, fait une tuberculose ouverte et conduit à une issue fatale ; car de l'avis unanime des médecins, la pleurésie tuberculeuse

doit être respectée : des troubles mécaniques sérieux et des associations microbiennes conditionnant un état général grave, constituent les rares exceptions à cette règle intangible.

Quant aux pleurésies du pneumothorax artificiel, il est absolument inutile, sinon dangereux de les évacuer sans nécessité absolue. Ici aussi l'incision cutanée d'un abcès peut ouvrir la plèvre, réaliser une pleurotomie qui, trop souvent, signifie mort dans des délais assez rapprochés.

2° *Chez les non tuberculeux*, l'inoculation de la paroi thoracique au cours des pleurésies purulentes présente des conséquences en général moins alarmantes ; bien que, dans quelques cas, elle puisse cependant créer une complication de réelle gravité.

Comment éviter ces accidents, au moins dans une certaine mesure ?

Le nombre des ponctions paraît avoir une réelle influence, alors qu'une ponction unique est quasi absolument inoffensive : réduire donc les ponctions à la stricte nécessité ; pratiquer une asepsie rigoureuse ; employer des aiguilles aussi fines que possible ; utiliser le plus souvent possible la radioscopie.

Malgré tout, la ponction des plèvres, intervention de grande valeur, reste un indéniable et parfait moyen d'exploration et d'évacuation des plèvres ; les auteurs ont seulement voulu attirer l'attention sur quelques-uns de ses inconvénients.

(*La Presse médicale*, 30 janvier 1926.)

La cryothérapie en dermatologie.

Grâce aux cryocautères, les applications en sont facilement dosées à l'aide des échelles de pression et des pointes de cuivre interchangeables et de dimensions différentes, permettant une application exacte au niveau des lésions à traiter.

D'une étude de MM. Lortat-Jacob et Legrain, il résulte que la neige carbonique est une méthode générale de traitement des dermatoses, dont les indications principales sont particulièrement le traitement des angiomes, des nævi pigmentaires, du lupus érythémateux, des petits épithéliomas baso-cellulaires, et de diverses affections des muqueuses.

C'est le traitement de choix des angiomes tubéreux ou nævi-vasculaires saillants dont les dimensions varient d'une pièce de 2 à 5 francs et dont la saillie au-dessus des téguments n'est pas excessive (1/2 à 1 cent.) ; on peut les traiter dès le plus jeune âge entre un mois et un an. Excellents résultats aussi pour les nævi pigmentaires. Pour les tuberculoses cutanées, la cryothérapie n'est qu'un adjuvant. C'est, à l'heure actuelle, le procédé inoffensif de traitement des chéloïdes vraies, pour obtenir des améliorations prononcées ; les cicatrices chéloïdiennes sont, au contraire, rapidement et complètement guéries.

Mieux que la gymnastique faciale, plus efficace que les lotions chaudes, plus rapide que les massages, la cryothérapie a toujours donné d'excellents résultats dans l'érythrose simple rosacée ou couperose du visage.

Elle agit habituellement vite sur la pelade récente, vers la troisième semaine.

On l'emploie avec avantage contre les leucoplasies, les lichens des muqueuses, les angiomes de la lèvre, les crêtes de coq, et aussi les métrites (applications toutes les semaines par sonde spéciale).

Cette méthode se recommande surtout par la facilité de son application et l'absence habituelle de cicatrice. Elle n'est pas douloureuse ; ou, en tout cas, la douleur, qui accompagne la congestion plus ou moins intense provoquée, est toujours minime et jamais assez pénible pour voir les malades renoncer au bénéfice du traitement

(*La Presse médicale*, 30 janvier 1926.)

Considérations sur les idées directrices de la vaccinothérapie.

Si, luttant contre une affection microbienne, le médecin agit en même temps, et sur l'état général pour prévenir la défaillance des grandes fonctions et favoriser l'élimination des toxines, et sur le foyer d'infection en débarrassant celui-ci le plus vite possible de ses germes, il tend de plus en plus à attaquer ces germes par des antiseptiques idéaux biologiques qui susciteront des modifications humorales permettant de lutter *spécifiquement* contre eux. Il cherche à guérir en immunisant. On ne confondra cependant pas l'immunité avec la défense ; elle n'est que l'un des aspects de celle-ci. La vaccinothérapie suscite, active et oriente l'effort de défense de l'organisme.

M. Jeanneney, qui expose ces idées directrices de la vaccinothérapie, rappelle ensuite les principales lois de la méthode. Tout antigène détermine l'apparition d'un anticorps spécifique. Les anticorps sont spécifiquement adaptés aux antigènes : c'est pourquoi, théoriquement, les auto-vaccins ont une valeur antigénique absolue. Cependant la valeur vaccinale n'est pas toujours en raison directe de la spécificité (cow pox de la vaccination jennérienne).

La valeur de l'antigène est, dans certaines limites, fonction de l'atténuation de la toxicité. Si la toxicité est fonction de la dose injectée, celle-ci doit être calculée en tenant compte, non seulement de l'agent médicamenteux, mais aussi de l'organisme auquel il s'adresse, du *terrain*. Le terrain semble s'immuniser, à doses correspondantes, plus facilement contre certaines espèces microbiennes. L'immunité est d'ailleurs plus rapide et plus durable que les injections d'antigène ont été plus souvent et plus

longtemps répétées. Il faut surtout donner la dose et la qualité juste nécessaires et suffisantes, de manière, à exalter les défenses organiques en stimulant ses efforts, sans risquer de dépasser le but et d'accabler cet organisme. On ne doit pas demander l'impossible à la vaccinothérapie, et si la vaccinothérapie active est impuissante, si l'organisme ne peut réagir, on s'adressera à la vaccinothérapie passive, celle qui utilise le sérum d'un animal vacciné, et les anticorps préformés qu'il renferme.

La vaccinothérapie a donc ses indications, et en tout état de cause, elle ne permettra pas de se passer des autres traitements concomitants habituels, telle notamment l'intervention chirurgicale. (*Marseille Médical*, 15 mai 1926.)

Conseils aux jeunes.

D'une *allocution adressée aux* externes des hôpitaux de Lyon, nous extrayons cette proposition qui mériterait d'être affichée à la porte de toutes les Facultés et Ecoles de médecine :

« Si l'on veut faire fortune, si l'on ne peut refouler certains de ses désirs, limiter ses besoins, il ne faut pas se faire médecin. Nous pouvons tous espérer trouver dans notre art la « manne nécessaire à l'existence », mais nous ne devons pas, comme beaucoup de nos semblables, orienter nos cellules cérébrales dans le seul sens du profit, et ne chercher qu'à bien remplir notre « marsupie ». Nous ne devons pas être de ce monde dont parle Horace, où règne l'aphorisme « *Virtus post nummos* », ni de celui stigmatisé par La Bruyère, « où l'on se couche et l'on se lève sur l'intérêt ».

Ainsi s'exprima M. Lyonnet, le savant médecin lyonnais dont nous avons déjà eu l'occasion de rapporter ici les originales idées (*Journ. des Méd. pratic. de Lyon*, avril 1926.)

Un cas d'ulcère variqueux des deux jambes guéri par l'édentation complète et la prothèse.

Curieuse observation recueillie par M. Lafond, qui montre qu'une infection gingivale généralisée peut se propager à distance et provoquer la furonculose, les adénites, le rhumatisme, l'eczéma variqueux, etc. (*Rev. odontologique*, mai 1926.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

La cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte : son utilité diagnostique.

(M. André Jousset. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 7-5-1926.)

La cuti-réaction, très employée en pédiatrie, est presque délibérément exclue de la clinique non infantile. On sait que, dans les grandes villes tout au moins, les adultes offrent une cuti-réaction tuberculinique qui est à peu près toujours positive.

M. André Jousset montre qu'en médecine d'adulte, le praticien peut cependant trouver dans la cuti-réaction des renseignements diagnostiques intéressants. Certaines affections et non des moindres négativent, en effet, la réaction, produisant, comme la rougeole, une anergie accidentelle. C'est ainsi que chez 28 pneumoniques, 20 typhiques, l'auteur a trouvé des réactions négatives dans la proportion de 100 %.

Un diagnostic souvent embarrassant est celui des maladies typhoïdes et de la typho-bacillose. Eh bien, la recherche de la cuti-réaction tuberculinique pourra bien des fois lever les difficultés. L'anergie typhoïdique rend la cuti-réaction négative ; par conséquent, si la cuti-réaction se montre alors positive, c'est que la tuberculose est en cause. M. Jousset estime que tout état fébrile prolongé, sans détermination organique appréciable, qu'accompagne une cuti-réaction positive, relève de la tuberculose.

Les cancers viscéraux négativent également la cuti-réaction dans la proportion de 77 %. Les ulcères gastriques ne le font pas, d'où un élément de probabilité dans le diagnostic différentiel du cancer et de l'ulcus digestif.

Septicémie méningococcique. Abcès térébenthiné. Guérison.

(M. L. Boidin. — *Soc. méd. des hôp.*; 14-5-1926.)

M. Boidin rapporte un cas de septicémie pure à méningocoque B, ayant donné lieu à la triade symptomatique : accès pseudo-palustres, arthralgies, érythème maculo-vésiculeux et papulo-noueux, et démontrée par l'hémoculture. Après échec des injections de sérum anti-méningococcique, du vaccin, du lait en injection intra-musculaire, l'auteur s'est adressé à l'abcès de fixation. Dès le surlendemain, la température, qui oscillait vers 40°, tomba à 38° et rapidement la guérison survint.

Les méningococcémies pures sont, d'ailleurs, des faits rares. Beaucoup plus nombreuses sont les méningococcémies para-méningitiques. La triade : accès pseudo-palustres, arthralgies, érythème, doit y faire penser.

Cachexie du nourrisson et Wassermann.

(M. Maurice Renaud. — *Soc. méd. des hôp.*; 14-5-26.)

M. Maurice Renaud fut consulté un jour pour un

nourrisson de quatre mois, cachectique, le corps couvert d'ecthyma, de pustules. Wassermann de l'enfant susceptible d'être interprété comme positif ; Wassermann de la mère très positif. Malgré ces présomptions de syphilis, le traitement spécifique est différé et l'enfant est mis simplement dans des conditions favorables d'hygiène et de diététique : six semaines plus tard, sa santé est parfaite, florissante.

Une telle observation, remarque l'auteur, est, à notre époque de crédulité pseudo-scientifique, un éloquent plaidoyer en faveur de la réserve et de l'esprit critique dont un médecin ne doit jamais se départir.

— M. VARIOT appuie l'opinion de M. Maurice Renaud sur les abus que l'on fait du traitement antisyphilitique dans l'atrophie infantile simple, avec érythème papuleux banal, ou dans la débilité congénitale non spécifique, qui est loin d'être rare.

L'iode dans la maladie de Basedow.

(M. Marcel LABBÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 7-5-1926.)

Il y a quelques années, le danger de l'iode dans les états d'hyperthyroïdie était considéré comme un dogme. Kocher, par ses observations de basedowisme iodique, avait fortement contribué à l'imposer. Puis, des observations inverses furent présentées par divers auteurs : Marini, Marcel Labbé, Neisser. Des médecins américains, d'autre part, comme Plummer, Boothby, Pemberton, se déclarèrent partisans de l'iodothérapie dans le goitre exophtalmique.

Vanté par les uns, condamné par les autres, le traitement iodé constitue donc une thérapeutique très imprécise de la maladie de Basedow. M. Marcel Labbé apporte aujourd'hui une contribution intéressante à l'étude de cette question. Il a soumis depuis deux ans la plupart des basedowiens qu'il a eu à traiter à la médication iodique (solution iodo-iodurée de Lugol à la dose de X à XXX gouttes par jour, iodomaïsine — ce qui représente une dose moyenne de 10 centigr. d'iode). Les effets observés ont été généralement bons. Il semble que les meilleurs résultats soient obtenus dans les cas typiques de goitre exophtalmique primitif. Les résultats seraient moins satisfaisants dans les goitres basedowifiés.

Le chloral, médicament hypotenseur.

(MM. MATTÉI et DIAS-CARAVONI, de Marseille. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-1926.)

Dans une note présentée par M. Sicard, MM. Mattéi et Dias-Caravoni étudient l'action hypotensive du chloral.

Le chloral fut longtemps classé dans les médicaments à déconseiller aux cardiaques. Cette opinion a été combattue par Stokvis, par Arnoc, par Arloing et Labbé, par Martinet. Pour Martinet, le chloral inhibiteur du centre vaso-constricteur et par conséquent vaso-dilatateur général, est un agent recommandable dans le traitement de certains états angiospasmodiques et hypotensifs. Sir Lauder-Brunton en a préconisé l'emploi chez les hypertendus avec hypertrophie cardiaque.

Au cours de leurs recherches personnelles, MM. Mattéi et Dias-Caravoni ont vu le chloral absorbé en potion à la dose de un gramme par 24 heures (en 2 ou 4 prises), abaisser la pression systolique au bout de deux ou trois jours. La dénivellation a varié entre deux et six centimètres (chez de forts hypertendus). Cet abaissement peut se prolonger au-delà de la période de cure, parfois quelques jours. La minima varie parallèlement aux modifications de la maxima bien que dans des proportions plus réduites. L'activité rénale est souvent favorablement influencée par le médicament.

En somme, l'action hypotensive du chloral dans les hypertensions modérées ou fortes a paru aux auteurs assez fidèle et marquée.

La réactivation de la réaction de Wassermann par les infections.

(M. MILIAN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-5-1926.)

M. Dufour ayant rapporté dernièrement des exemples de réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann par l'injection de T. A. B., M. Milian fait une mise au point de ce chapitre de pathologie.

En 1910, M. Milian a désigné, sous le nom de réactivation, un phénomène qui consiste dans l'apparition, chez un syphilitique, de la séro-réaction sous l'influence du traitement spécifique, particulièrement du novarsénobenzol. Les autres substances anti-syphilitiques (mercure, iodure, bismuth) sont également capables d'aboutir au même résultat.

Il y a plus. Des substances non spécifiques peuvent être réactivantes. On a quelquefois obtenu des réactivations avec le collargol, le bromure de radium, le lait. Les maladies infectieuses (non toutes) peuvent agir pareillement : tels l'herpès, la scarlatine, la grippe, etc.

M. Milian pense que ce n'est pas la réaction seule qui est réveillée, mais la maladie. La clinique fournit des exemples de cette espèce. On voit, chez des syphilitiques latents, des accidents se produire à l'occasion de traitements insuffisants, à l'occasion de maladies infectieuses aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde), de traumatismes, de radiodermites, etc. On retrouve la plupart de ces causes dans les agents provocateurs de la réactivation du Bordet-Wassermann.

L'éther-benzyl-cinnamique dans le traitement des tuberculoses orchi-épididymaires.

(MM. TISSOT et CHAIGNON. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-5-1926.)

L'éther benzyl-cinnamique a été préconisé par Jacobson (thèse de 1919) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Darier et Jeanselme ont signalé les bons effets de ce médicament dans les dermatoses bacillaires. Dufourmentel et Sébileau l'ont

employé avec avantage dans la laryngite tuberculeuse. Cathelin et Brulé et à leur suite MM. Tissot et Chaignon l'ont expérimenté pour le traitement de la tuberculose génitale.

La technique du traitement a été la suivante : injection quotidienne intra-musculaire de 1 cc. d'éther benzyl-cinnamique (1/2 c. c. seulement s'il coexiste des lésions pulmonaires), pendant douze jours. Quinze jours de repos, nouvelle série de douze jours jusqu'à concurrence de trois séries. Repos de un mois et nouvelle succession de trois séries. Les injections sont indolores et ne provoquent aucune réaction ni générale, ni locale.

Résultats : amélioration locale et relèvement de l'état général.

Crises gastriques du tabès.

(M. Georges CAUVY. — *Société de médecine de Paris* ; 9-4-1926.)

M. Georges Cauvy fait une communication sur les crises gastriques, symptôme d'alarme du début du tabès. Si, dans le tabès, les douleurs fulgurantes et la diplopie sont généralement les symptômes les plus précoces, il est possible de voir la maladie s'annoncer par des crises gastriques. Il importe donc d'y penser et de rechercher, en présence de troubles gastriques suspects, les indices habituels de la maladie médullaire.

Plusieurs éléments sont à considérer dans les crises gastriques du tabès. Ce sont les suivants :

1° Douleurs très aiguës, siégeant au niveau de l'estomac ;

2° Vomissements incoercibles et abondants ;

3° Modifications de l'état général (troubles circulatoires) ;

4° Crises à début et à terminaison assez brusques ; contraste frappant entre l'état de crise et l'intervalle des accidents paroxystiques.

Sur les épidémies de suicide.

(M. A. MARIE. — *Société de médecine de Paris* ; 9-4-1926.)

On a signalé, l'hiver dernier, en Allemagne, des épidémies de suicide parmi les vieillards (Ichok), et ce printemps , à Vienne, parmi les jeunes gens. Y-a-t-il là quelque chose de particulier aux Etats du Centre de l'Europe et à l'après-guerre ?

Il est certain que les difficultés économiques consécutives à la guerre, ont été, pour nombre de gens âgés, une cause de misère et partant une incitation au suicide. A ce point de vue, les peuples vainqueurs ne sont pas mieux favorisés que les peuples vaincus. Cet élément mis à part, les « épidémies de suicide » en question suivent une loi remarquée déjà par nombre d'auteurs et que M. Aug. Marie a pu contrôler en étudiant les admissions à l'Asile Sainte-Anne.

La courbe des suicides et des admissions à l'asile pour tentative de suicide suit, d'une façon générale, deux ascensions. Elle a deux maximums : l'un, au printemps, où prédominent les jeunes (au printemps de la vie on se tue au printemps de l'année) ; l'autre à l'automne (au déclin de l'année, ce sont les vieux qui cherchent à disparaître) : c'est ce que Lasègue appelait les mélancolies légitimes. Ces phénomènes sont d'ordre cosmique plutôt que psychique. Aux antipodes, où les saisons sont inversées, les statistiques par mois sont, en effet, inverses. On a pu établir une sorte de calendrier du suicide comme on en peut établir un horaire.

Tout cela s'observe depuis de nombreuses années. De même pour la proportionnalité des modes de suicide, qui se retrouvent analogues, sauf pour certains moyens (écrasement sous auto ou métro), nécessairement inconnus du temps d'Esquirol par exemple. De même, enfin, il y a des saisons où on se noie, d'autres où on se tue autrement.

On pourrait conclure : pas grand'chose de nouveau, de nos jours en matière de suicide !

P.-L.

Lyon.

Société médicale des hôpitaux.

Infarctus géant du myocarde.

MM. BOUCHUT, PAUPERT-RAVAULT et PÉTOURAUD ont observé une malade de 56 ans qui, trois semaines avant d'entrer à l'hôpital avait eu un accès angineux resté unique. A l'entrée, examen à peu près négatif, sauf une température de 38°5. Huit jours après, température plus élevée, dyspnée, cyanose, albuminurie, frottements péricardiques, léger épanchement à la base droite. Par la suite, apparition de vives douleurs abdominales, avec résistance à la palpation, collapsus, facies grippé, pouls à 130. On a l'impression d'un processus péritonéal. Ces symptômes s'amendent dès le lendemain, mais quatre jours après la malade succombe. A l'autopsie, on trouve un volumineux infarctus, occupant toute la hauteur du ventricule gauche, intense réaction péricardique avec épanchement hémorrhagique et symphyse partielle. Les auteurs insistent sur les dimensions anormales de cet infarctus, et sur les anomalies du tableau clinique, les symptômes abdominaux présentés par la malade devant, selon eux, être considérés comme une réaction à distance et être ajoutés à la liste des phénomènes de choc myocardique assez souvent réalisés par l'infarctus.

Anévrysme aortique sans aortite syphilitique.

MM. A. DUMAS et CHRISTY montrent une pièce provenant de l'autopsie d'une femme de 78 ans morte de pneumonie. Il s'agit d'un anévrysme de l'aorte, anévrysme sacciforme de la grosseur d'une noix, resté complètement latent cliniquement. L'examen histologique montra que l'aorte, le tronc

cœliaque, la carotide, ne présentaient que des lésions d'athérome classique, sans aortite syphilitique. On peut néanmoins se demander, étant donné l'aspect macroscopique, s'il ne s'agit pas d'un anévrysme ancien développé sur des lésions d'aortite spécifique aujourd'hui éteintes.

Désensibilisation spécifique dans l'asthme.

M. Cordier a étudié les diverses techniques : cutanée, dermique et par scarification. Il conclut que la méthode est applicable à des cas relativement rares, et est soumise à des échecs et à des récidives.

Sarcome généralisé au rachis. Radiographie après injections de lipiodol.

MM. Froment, H. Gardère et A. Chaix. Un ancien blessé de guerre, sur la cicatrice d'une de ses blessures, vit se développer un sarcome qui nécessita l'amputation de la main. Environ trois mois après cette intervention, apparition de raideur dans les jambes et la colonne vertébrale, puis de douleurs dans les membres inférieurs, de dysurie et de constipation opiniâtre. A l'entrée à l'hôpital, paraplégie spasmodique ; les anamnestiques et l'examen de la sensibilité amenaient à admettre une compression médullaire au niveau de la VIIe vertèbre dorsale. La radiographie, après injection de lipiodol, montra, en effet, le liquide opaque arrêté au-dessus de la VIIe dorsale. L'autopsie confirma pleinement le diagnostic en montrant un sarcome de la tête des septième, et huitième côtes ayant pénétré dans le canal médullaire et comprimant la moelle à partir du septième corps vertébral.

Essais de traitement de l'athrepsie par la diathermie

MM. Mouriquand, Chevallier et A. Josserand ont traité un enfant atteint d'athrepsie qui a été nettement amélioré par la diathermie. Les séances ont eu une durée de 15, puis de 10 minutes, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. Pour éviter les brûlures on employa comme électrodes des plaques métalliques entourées de coton hydrophile imbibé d'eau salée.

Diabète infantile grave traité par l'insuline.

MM. Mouriquand, Bernheim et Josserand présentent un malade qui a déjà fait l'objet d'une de leurs communications. Les premières manifestations du diabète sont apparues en mai 1924, l'enfant ayant alors 10 ans. L'enfant était, à son entrée à l'hôpital, très amaigri, la glycosurie atteignait 553 gr. 85 par 24 heures, la glycémie 4 gr. 80. L'enfant fut soumis pendant 10 mois à la cure insulinienne ; au bout de ce temps il avait repris 7 kgr. et la glycosurie était tombée à 1 gr. 40. L'enfant fut ensuite perdu de vue quelque temps et fit une rechute. Rentré de nouveau à l'hôpital, le traitement fut repris et amena de nouveau une transformation complète. Actuellement, après 18 mois de traitement, l'enfant est en excellent état. A noter que depuis le début il a reçu un régime équilibré, riche en hydrates de carbone.

Cytologie des épanchements péricardiques tuberculeux

MM. Gallavardin et Gravier relatent deux observations de péricardite tuberculeuse dans laquelle l'examen cytologique de l'épanchement montra une prédominance de polynucléaires et de cellules endothéliales, alors que, classiquement, c'est la lymphocytose qui est la règle.

Diabète à marche aiguë chez l'adulte.

M. J. Chalier. Diabète à marche aiguë, chez une personne âgée, nettement amélioré et transformé en diabète latent par le traitement insulinique.

Infarctus du myocarde.

MM. A. Dumas et Pipard présentent les pièces provenant de l'autopsie d'un malade de 62 ans. Il s'agit d'un volumineux infarctus du myocarde, avec oblitération de la coronaire postérieure, s'étant manifesté cliniquement par des crises d'angine de poitrine.

A.C.

Les Congrès

VIIe Congrès international de Chirurgie.

(Suite) (1).

Les abcès du foie.

Par L. Dominici (Sassari).

1° Les abcès du foie se séparent en deux groupes :
a. Abcès pyogéniques ;
b. Abcès dits amibiens qui ne sont pas des abcès, mais plutôt des collections d'un produit nécrobiotique colliquatif ; il serait plus exact de les appeler : *hépatites nécrobiotiques collectées*. Les abcès amibiens autochtones sont assez fréquents en Italie, non seulement dans le sud, mais même dans le nord. La statistique italienne des cas inédits que l'auteur relate comprend 140 cas soignés en Italie (outre 124 observés en Cyrénaïque).

(1) V. *Concours Médical*, n°s 31, 32, 34 et 35.

2° Le diagnostic différentiel entre *abcès hépatique pyogénique* et *hépatite nécrobiotique collectée (abcès amibiens)* se base sur différentes recherches :

a. Sur la recherche de la maladie qui peut être le point de départ de l'infection pyogène (traumatisme, appendicite, fièvre typhoïde, ascaridiose, infections, dysenterie amibienne).

b. L'évolution de la maladie est en général plus aiguë dans les formes pyogéniques que dans les formes nécrobiotiques colliquatives.

c. Le malade présente le plus souvent des symptômes aigus dans l'abcès pyogénique, des symptômes chroniques dans l'hépatite nécrobiotique.

d. Le volume des collections est plus considérable dans l'infection amibienne.

e. L'examen du sang rend également service ; la polynucléose élevée est propre aux abcès pyogéniques tandis que dans les hépatites nécrobiotiques, même compliquées d'une infection pyogénique secondaire, la polynucléose n'existe pas ou est faible ; peut-être dans ces collections prévaut-il de la mononucléose.

f. La ponction exploratrice : quand le diagnostic n'est pas certain et quand on suspecte un abcès pyogénique, elle sera faite dans la salle d'opération, de façon à pouvoir intervenir immédiatement s'il y a du pus.

g. L'examen du liquide : ce sera du pus dans les abcès pyogéniques : dans l'hépatite nécrobiotique, le liquide contient beaucoup de leucocytes et de germes qui sont la caractéristique propre de l'hépatite nécrobiotique compliquée d'une infection pyogénique secondaire.

h. Le traitement d'essai pourra aussi être utile pour le diagnostic différentiel.

3° Les *abcès pyogéniques* peuvent être traités chirurgicalement. Il faut les distinguer en abcès uniques et multiples.

Les abcès pyogéniques uniques seront traités par l'ouverture et le drainage du foyer ; pour les petits abcès, comme ceux par ascarides, on peut tenter l'ablation en masse de l'abcès et la suture du parenchyme hépatique (Makai).

Le traitement chirurgical des abcès pyogéniques multiples est difficile et ne donne que peu de résultats : mortalité 49 p. 100. Dans la lithiase et les infections des voies biliaires, le drainage des voies biliaires est indispensable.

4° Les *hépatites nécrobiotiques* peuvent en réalité suppurer par action microbienne sur un terrain déjà infecté par l'amibe.

Leur traitement doit être éclectique, mais, en cas d'infection virulente, il faut opérer.

Traitement de l'abcès du foie tropical.

Par Pavlos Petrixis (Alexandrie).

Le rapporteur base son rapport sur les observations de 538 cas soignés dans le service chirurgical de l'hôpital grec d'Alexandrie, de 1896 à 1925. Dans ces dernières années, le nombre des cas a diminué dans une proportion extrêmement notable grâce à l'introduction dans le traitement des abcès du foie de l'émétine, à la suite des travaux de sir Leonard Rogers. Jusqu'en 1912, tout le monde était d'accord pour admettre l'équation suivante : abcès du foie = ouverture chirurgicale.

Depuis les recherches de Rogers, cette formule simpliste doit être remplacée par les propositions suivantes :

1. Abcès du foie = traitement médical à l'émétine associée à d'autres médicaments.

2. Abcès du foie = ponction évacuatrice avec ou sans drainage, plus traitement médical.

3. Abcès du foie = traitement chirurgical, plus traitement médical.

Le diagnostic précoce doit être à la base du traitement.

L'auteur décrit ensuite avec détails la technique de la ponction du foie, le traitement médical exclusif, le traitement médical accompagné de ponction curative avec ou sans drainage, le traitement mixte médico-chirurgical, le choix de l'anesthésie dans les opérations de l'abcès du foie, et enfin les complications opératoires et post-opératoires.

Discussion. — Latis bey (Alexandrie) reconnaît les dangers de la ponction et la possibilité d'accidents mortels.

M. Giordano (Venise) a étudié 140 cas d'abcès du foie, dans lesquels la ponction ne lui a donné aucun résultat pratique. Il a vu pratiquer une ponction positive dans un cancer suppuré.

Le traitement arsenical par voie rectale est dangereux.

Il signale un cas de confusion d'un abcès par cholangiectasie suppurée au niveau d'un lobe aberrant, pris pour une cholécystite suppurée.

M. Luxardo (San Danieli del Fruiti), qui dans plusieurs cas personnels a pratiqué la ponction exploratrice sur la table d'opération avant d'intervenir, ne voit que des avantages à cette méthode.

M. Matthiasson (Akureyri) voit beaucoup de kystes hydatiques du foie en Islande, et discute l'évolution de l'échinococcose dans son pays.

(*A suivre*).

Les Livres

Librairies : LAVAUZELLE, 124, boul. St-Germain.
LEGRAND, 54, rue Bonaparte.

Dr QUIDET. — **Les soins gratuits aux victimes de la guerre.**

Avec la compétence que lui donnent trois ans et demi de fonctions de secrétaire d'une des Commissions de surveillance et de contrôle du département de la Seine, le Dr Quidet publie une étude critique, historique et documentaire des conditions d'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Après avoir rappelé comment, avant cette loi, étaient assurés, dans certains cas, les soins aux anciens militaires, l'A. expose comment fut élaborée la Loi des Pensions ; il met en évidence les confusions et obscurités du texte initial de l'art. 64, ainsi que les dispositions fâcheuses du décret du 26 septembre 1919.

Il explique les raisons de l'attitude du Corps médical qui fit échouer l'essai de tarification d'office des honoraires médicaux et obligea le Parlement à modifier l'art. 64, et à instituer les Commissions tripartites de contrôle.

L'A. analyse ensuite le décret du 25 octobre 1922, qui réglemente les modalités d'application des soins aux mutilés et réformés : cette partie documentaire réalise une véritable mise au point, un commentaire méthodique et précis des prescriptions et formalités qu'il importe à tous les intéressés, — et, en particulier aux médecins — de connaître parfaitement bien.

Cette brochure de 44 pages, (prix : 2 fr. 50) constitue un guide extrêmement précieux où se trouvent résumés, de façon claire, concise — et surtout pratique —, tous les renseignements nécessaires sur les droits à faire valoir, le cas échéant, et les obligations à remplir pour y parvenir sans difficulté.

Nous nous permettrons d'ajouter que la lecture de la brochure du Dr Quidet peut être fort utile non seulement aux membres des Commissions départementales, mais même à tous nos confrères, qui ne connaissent que très imparfaitement les exigences de l'art. 64 et des décrets du 26 septembre 1919 et du 25 octobre 1922. Ceux qui, comme nous, ont suivi avec exactitude et impartialement à la Commission supérieure l'évolution de l'application de la loi, se rendent compte de la nécessité du contrôle et de certaines formalités qui peuvent, au premier abord, paraître inutiles ou gênantes, mais qui cependant ont leur raison d'être. Il convient de féliciter et de remercier M. le Dr Quidet de l'utile et ingrat travail qu'il a fait pour renseigner nos confrères.

J. N.

Librairie PAYOT, 106 boul. St-Germain, Paris.

A. DE MIRIMONDE. — **Comment gérer sa fortune.**

M de Mirimonde vient de faire paraître un livre fort intéressant et surtout très pratique. Cet ouvrage sert principalement à faire l'éducation financire deè beaucoup de capitalistes, car nombreux sont ceux qui « devant le résultat décevant de leur gestion, en sont réduits à constater avec mélancolie qu'il est plus aisé de gagner une fortune que de la conserver ».

En effet, toute fortune doit se comporter comme un organisme vivant et, surtout à l'heure actuelle, s'adapter au milieu économique : sinon, elle est appelée à disparaître inéluctablement.

Aussi, les premiers chapitres sont-ils consacrés à l'étude des éléments constitutifs de la situation actuelle, par rapport aux questions monétaires, à l'instabilité de la monnaie ; aux diverses conditions juridiques des contrats de prêt, avec les différentes clauses de paiement en monnaie stable ; les variations du taux de l'intérêt, de la rente foncière, du profit industriel, l'influence économique des impôts.

Ces principes de base énoncés, l'auteur passe à l'exposé des principes généraux d'une gestion rationnelle, avec une division des placements entre les valeurs réelles (or et papier) et les créances ; la comparaison des placements en immeubles et en valeurs mobilières, la distribution géographique des placements, leur répartition dans le temps, c'est-à-dire l'utilité des placements à court ou long terme selon les époques et la facilité de négociation des titres.

Ensuite, l'auteur aborde la répercussion et les réactions des divers placements, en immeubles ruraux, ou urbains, en prêts aux particuliers, en meubles ou objets précieux, en rentes sur l'Etat, en obligations, en actions, selon les transformations du milieu économique.

Toute cette étude a été faite d'une manière objective, en ne tenant compte que des données de l'expérience.

De nombreux exemples sont cités, pour rendre cette étude plus compréhensible et saisissante : aussi la lecture du livre est-elle atttrayante et utile.

Par ses occupations professionnelles, M. de Mirimonde a été souvent appelé à vérifier de nombreux bilans ; aussi s'attachant, dans son livre, à l'étude des actions et des valeurs de spéculation, l'auteur s'est-il efforcé d'indiquer comment un actionnaire consciencieux peut facilement surveiller l'évolution des affaires qui l'intéressent.

Une philosophie se dégage de l'étude des fortunes : c'est la fragilité des œuvres humaines, la faiblesse de l'individu, au milieu de la société, qui éclatent au moment des grandes crises économiques. Aussi convient-il de tirer des leçons et des enseignements de cette biologie financière, pour éviter aux personnes prévoyantes de voir s'évanouir leurs espoirs de repos et de tranquillité , lorsqu'aura sonné pour eux l'heure de la vieillesse et de la retraite.

Dr Paul BOUDIN.

MASSON ET Cie, éditeurs.

F. BEZANÇON, MARCEL LABBÉ, LÉON BERNARD, J.-A. SICARD. — **Précis de pathologie médicale.**

Deux volumes de ce précis viennent de paraître :
Le tome I. **Maladies infectieuses**, par Fernand BEZANÇON, professeur de Clinique médicale (hôpital Saint-Antoine) à la Faculté de Médecine de Paris, et André PHILIBERT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (Un vol. de 540 pages, avec 74 figures. Broché : 28 fr. Cartonné : 34 fr.).
Le tome II : **Maladies infectieuses** (suite). *Intoxications*, per Fernand BEZANÇON et André PHILIBERT, par Léon BERNARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec et Jean PARAF, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. (Un vol. de 648 pages avec 91 figures. Broché : 28 fr. Cartonné : 34 fr.).

Les tomes II, IV et V du Précis de pathologie médicale se sont trouvés épuisés avant la publication des derniers volumes (tomes I, III, IV). Les auteurs en ont profité pour remanier le plan de l'ouvrage afin de donner aux matières exposées toute l'étendue nécessaire à un enseignement de la pathologie médicale.

Le tome I et une partie importante du tome II, rédigés par le professeur Bezançon et le docteur Philibert, sont consacrés aux maladies infectieuses.

Première partie. — Maladies infectieuses provoquées par les bactéries. Infections à staphylocoques, par les microbes du groupe gono-méningo-catarrhalis. Infections à micrococcus tétragènes, à pneumocoques, à streptocoques. Pasteurelloses. Salmonelloses. Mélitococcie. Infections et septicémie à bacille pyocyanique. Charbon. Tétanos. Infections gangréneuses et putrides. Botulisme. Diphtérie. Morve. Tuberculose. Lèpre.

Deuxième partie. — Maladies infectieuses dues à des parasites autres que des bactéries.

Maladies dues à des parasites végétaux.

Tome II. — Maladies dues aux spirochètes. — Maladies dues aux parasites animaux.

Troisième partie. — Maladies infectieuses dues à des virus filtrants et à des virus inconnus. Variole, vaccine, rage, herpès, oreillons, varicelle. — Fièvre scarlatine, rougeole, rubéole, grippe ou influenza, coqueluche, typhus exanthématique, suette miliaire, rhumatisme articulaire aigu, érytème noueux, érythème polymorphe, adénoapathie inguinale subaiguë à suppuration intra-ganglionnaire, sprue (diarrhée de Cochinchine).

Cancer.

La deuxième partie du tome II, écrite par le professeur Léon Bernard et le docteur Jean Paraf est consacrée aux *intoxications* : saturnisme, hydrargyrisme, phosphorisme, intoxication arsenicale, alcoolisme, empoisonnement par l'opium, cocaïnisme, tabagisme, intoxication par l'oxyde de carbone, par les uréides, empoisonnement par les hydrocarbures, intoxication nitreuse ; par le sulfure de carbone, hygiène générale de l'atelier.

Ces nouveaux volumes du Précis de pathologie médicale, comme ceux déjà parus, s'adressent au médecin et à l'étudiant ; ils y trouveront la même clarté, la même simplicité et le souci de donner la première place aux tableaux cliniques.

Les Thèses

P. — Dr Alexis GOURAUD. — **Traitement de la syphilis par une nouvelle préparation bismuthique (iodure double de quinine et de bismuth solubilisé).** (Amédée Legrand, éditeur, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, 1925.)

Le bismuth, en particulier sous la forme d'iodure double de quinine et de bismuth solubilisé, possède sur la syphilis une action comparable à celle des arsénobenzènes, et supérieure à celle du mercure.

Sous l'influence de l'iodure double de quinine et de bismuth solubilisé, en injections intra-musculaires : *a*) Les tréponèmes disparaissen rapidement des lésions après une injection, en 24 ou 48 heures ; *b*) Les accidents primaires et secondaires guérissent aussi vite qu'avec n'importe quel autre traitement. En moyenne, le chancre se cicatrise après la troisième injection, en 7 jours ; l'adénopathie disparaît après la cinquième injection, en 11 jours ; la roséole, les plaques muqueuses et les papules après la deuxième injection, en cinq jours.

L'évolution de la maladie semble arrêtée. Aucun des malades traités, en période primaire ou secondaire, n'a présenté de nouveaux accidents. Les séro-réactions négatives demeurent négatives. Les séro-réactions positives deviennent négatives, le plus souvent après une seule série d'injections, dans quelques cas après deux séries, et restent définitivement négatives, même sans nouveau traitement.

Sous l'influence d'un traitement mixte (par l'iodure double de quinine et de bismuth solubilisé et un dérivé arsenical, le stovarsol) les résultats sont identiques, mais la négativation des séro-réactions s'obtient plus fréquemment et plus rapidement.

L'iodure double de quinine et de bismuth solubilisé est contre la syphilis une arme efficace, de maniement facile, d'innocuité absolue, convenant au traitement d'attaque, de fond ou d'entretien. En injections intra-musculaires et grâce à sa solubilité, il réalise l'imprégnation progressive, constante et régulière de l'organisme. L'administration simultanée du bismuth et d'un dérivé arsenical, le « stovarsol », par voie buccale, améliore les résultats thérapeutiques et supprime les légers inconvénients du bismuth employé seul. Ce traitement mixte peut donc être actuellement regardé comme le traitement de choix de la syphilis.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

PERSPECTIVE

Ce que deviendront, sous l'influence de la médecine sociale en général et des assurances sociales en particulier, la profession médicale et la vie du médecin d'après l'idée qu'on peut actuellement s'en faire.

Dr J. Coste de (Jausiers).

3e prix de notre Concours.

Devise : *Pourquoi pas.*

COMÉDIE EN UN ACTE (1).

L'action se passe en 1935 dans la salle de pansement du dispensaire de la Caisse d'assurances de Granval (2).

PERSONNAGES

Docteur ALAPAGE.	Madame BRISCARD.
Un interne des hôpit. de Paris.	Mademoiselle BELLANGE.
Docteur VIEUJEU.	Une petite jeune fille.
Monsieur LEMAITRE.	Nombreux types de malades.

Installation ultra-moderne.

Au fond, large baie vitrée permettant d'apercevoir, par-dessus les bosquets verdoyants d'un jardin, les toits et le clocher de Granval.

A droite et à gauche, porte de dégagement.

Dans es angles : à droite, derrière un paravent, table d'examen, ; à gauche, lavabo.

Au milieu, grande table sur laquelle sont rangés des instruments de petite chirurgie, des drogues et tout un matériel de pansement.

Au premier plan : à droite, un bureau sur lequel poste téléphonique, sous-mains, écritoire, instruments de diagnostic (stéthoscope, marteau percuteur, etc.) ; à gauche, une table surchargée de dossiers, de registres, de carnets et de fiches méthodiquement rangées dans des classeurs au milieu desquels une sébile remplie de jetons de un franc.

Aux murs : penderie avec sarraux, tableau électrique, carte du canton de Granval sur laquelle sont piqués de petits drapeaux multicolores.

Fauteuil de bureau, chaises et tabourets métalliques, petites tables à pansement, seaux hygiéniques, laveur roulant.

Il y a de l'air, de la lumière, tout est reluisant de propreté.

SCÈNE I

Au lever du rideau, deux infirmières en tenue de travail sont assises face à face à la table de gauche. L'une (Mme Briscard, infirmière-major) d'âge mûr, forte corpulence, teint coloré, croix de guerre, médaille des épidémies, allure autoritaire, un tant soit peu prétentieuse, vérifie avec la plus grande attention les talons d'un registre à souche ; l'autre (Mlle Bellange, infirmière-adjointe), toute de jeunesse et de candeur, décachette un volumineux courrier dont elle prend connaissance.

Mlle Bellange, *soupesant les lettres qu'elle vient de classer.* — Jolie tournée aujourd'hui, Madame..... dix demandes qui nous font faire le tour du canton par...... (*elle va vers la carte, et piquant un petit drapeau sur chaque localité qu'elle nomme*) par Champier, Châtillon, La Blachière, Beaupré, Le Villard, Saint-Jean et Montferrat.

Mme Briscard. — Y a-t-il beaucoup de malades en cours de traitement le long de ce trajet ?

Mlle Bellange, *consultant la carte.* — Encore assez : deux à Champier, un à Châtillon, trois à Beaupré, le père Rougeot, de Saint-Jean et la mère Michu, de Montferrat.....

Mme Briscard. — Deux beaux types de chroniques....; avec ces deux-là, quand bien même il n'y aurait pas de demande, nous aurions toujours deux visites à faire !

(1) On rencontrera dans la bouche du personnage principal des phrases, ou plutôt, des membres de phrases qui donneront l'impression du déjà lu. Ce sont des citations glanées dans le *Concours médical*. Etant données leur peu d'étendue et l'obligation où s'est trouvé l'auteur d'en modifier la tournure, il a jugé suffisant de les signaler ainsi une fois pour toutes.

(2) Granval est un gros bourg du centre de la France. Chef-lieu d'un canton, riche et populeux, trois médecins y vivaient en paix lorsque fut promulguée la loi sur les assurances sociales ; depuis, ils sont en guerre, l'équilibre qui leur assurait une modeste aisance ayant été rompu en faveur de l'un d'eux, que les circonstances ont amené à chiper la clientèle des deux autres.

Mlle Bellange. — ......Enfin, les cinq malades de Granval.

Mme Briscard, *vivement*. — Cinq malades ?... Mais où donc avez-vous la tête, Mademoiselle ? Vous ne vous souvenez déjà plus qu'hier, le Docteur a signé le bulletin de guérison de Madame Germain ?

Mlle Bellange. — Ah ! c'est vrai !...... Je vous demande pardon, je l'avais oublié..... Depuis si longtemps on la visitait tous les jours, que j'allais l'inscrire machinalement ce matin.

Mme Briscard. — Ce n'est pas une excuse, Mademoiselle..... Sans moi, vous alliez commettre une faute grave..... Soyez à l'avenir plus attentive, je vous prie..... (*Mlle Bellange un peu confuse baisse la tête et chiffonne son tablier*)...... Eh bien voyons, Mademoiselle, qu'attendez-vous ? Arrêtez la tournée de cet après-midi.

Mlle Bellange prend un carnet sur lequel, après avoir consulté, tantôt le courrier, tantôt la carte, elle établit une liste ; tout à coup, elle s'arrête et s'adressant à Madame Briscard, qui a repris son travail de vérification.

Si, de Beaupré, je faisais faire un petit crochet sur La Frâche où se trouve le 1632 ?...... La Frâche étant en dehors de la grande route, le 1632 ne doit pas être visité bien souvent.

Mme Briscard. — Qui est-ce, le 1632 ?

Mlle Bellange, *consultant ses fiches*. — 1600 ..... 1630..... 1632 : voilà..... Ah ! c'est Mademoiselle Louison..... la jolie poitrinaire.

Mme Briscard, *vivement*. — Alors, passez ; nous n'avons pas de temps à perdre..... Vous savez ce que nous a dit le chauffeur ?..... Lorsqu'il rentre dans cette maison, il n'en sort plus ! ..... C'est à croire.....

Par la baie vitrée, on voit, traversant le jardin de gauche à droite, le Dr Alapage accompagné d'un jeune homme avec lequel il paraît discuter.

Mlle Bellange. — Attention, Madame. Le voilà.

Mme Briscard. — En retard, naturellement !.... Enfin, mieux vaut tard que jamais ! ..... Venez, Mademoiselle ; puisqu'il daigne arriver, allons préparer sa besogne.

Elles sortent par la porte de gauche. Le docteur Alapage et l'interne qu'il a fait venir de Paris pour le remplacer pendant les vacances qu'il se dispose à prendre, entrent par celle de droite. Le docteur Alapage, tout jeune encore, est vêtu d'un complet-sport très chic. L'interne est en tenue de ville correcte, mais sans recherche.

SCÈNE II

L'interne. — C'est très bien, mais quelle est votre situation morale vis-à-vis du Syndicat ?

Dr Alapage. — Le Syndicat ?..... (*jetant ses gants et sa casquette sur son bureau*). Le Syndicat, je l'ignore..... Lorsque j'ai débuté, moi aussi, j'étais syndicaliste..... Mon premier acte fut de m'inscrire au Syndicat local ; mais, depuis ce temps-là, mes opinions ont changé !

D'un geste, il invite l'interne à s'asseoir et lui-même s'installe dans son fauteuil.

Mais vous ne savez donc pas ce que c'est qu'un Syndicat ?..... Le plus souvent, ce n'est qu'une façade !..... On se met du Syndicat parce que c'est la mode, mais au fond, on s'en moque pas mal !..... Pour un syndiqué qui se tient au courant, il y en a mille qui ne connaissent rien des questions professionnelles les plus importantes !..... La plupart n'assistent jamais aux réunions, et parmi ceux qui y viennent, presque tous n'ont en vue que le traditionnel banquet qui clôture obligatoirement ces parlotes où tout le monde cause à la fois, où l'on discute sans ordre et sans méthode de choses dont on ignore le premier mot..... Il n'y a pas à dire, mon cher ami, les Syndicats, même ceux qui paraissent les plus forts et les plus agissants, ont une vie plus apparente que réelle ; deux ou trois membres assument tout le travail, échafaudent des projets, élaborent des motions, dépensent leur temps et leur argent pour, en fin de compte, ne recueillir que des critiques et des reproches.

Le Syndicat ! c'est, à mon sens, une force négative. En avez-vous rencontré un qui soit seulement capable de faire observer ses statuts ?

D'abord, d'une façon générale, les syndiqués ne lisent jamais les statuts de leur Syndicat ; ce qui revient à dire que ces statuts n'existent pas, car personne n'accepterait de subir un règlement qu'on a l'habitude de signer sans le lire. De fait, on se garde d'opposer froidement les statuts aux délinquants. Songez donc, mettre les statuts sous le nez d'un syndiqué, mais c'est le meilleur moyen pour provoquer une démission plus ou moins bruyante !

L'interne. — Cependant.....

Dr Alapage. — Cependant ?..... Il n'y a pas de cependant, c'est ainsi, je vous l'assure, et je peux vous affirmer que si la situation médicale à Granval est telle que je vous l'expliquais tout à l'heure, c'est le Syndicat qui l'a voulu.

L'interne. — ?.....

Dr Alapage. — Ecoutez plutôt..... Lorsque la loi sur les assurances sociales fut votée, M. Lemaître qui était déjà maire de Granval, mais qui n'était pas encore député, décida, pour être plus certain de le devenir, de transformer la Société de Secours Mutuels, dont il était président, en une caisse d'assurances. Lorsque la chose fut faite — et cela ne traîna pas — il fit une démarche auprès du Syndicat pour obtenir de lui, conformément aux termes de la loi, une organisation de soins. Tous les confrères du département furent aussitôt convoqués à une Assemblée générale qui se tint à la Préfecture. Réunion extra-

ordinaire à tous les points de vue, car c'était surtout les vieilles barbes qui avaient répondu à l'invitation. Attachées aux vieux principes, elles étaient venues en nombre avec l'intention bien arrêtée de repousser en bloc les offres qu'on devait nous faire sur la base d'un contrat collectif.

Fidèle abonné du *Concours médical*, ayant lu le livre de Rey et son commentaire par Boudin, j'étais au courant de la question ; aussi, j'essayai d'endiguer le courant et de modifier une opinion que je ne partageais pas parce que j'estimais, comme je l'estime encore, qu'elle est bonne, la loi qui veut que le risque d'un seul soit supporté par tous et devienne ainsi plus léger.

Ah ! mon pauvre ami, qu'est-ce que j'ai pris ?

On m'a traité de vendu..... on m'a traité de profiteur....: que sais-je encore ?..... Ils m'auraient lapidé, s'ils l'avaient osé !

D'ailleurs, le débat était d'une confusion extrême. Libre choix, secret professionnel, payement direct, contrôle, tarif à la visite, taxation, forfait, contrat collectif, entente directe, tiers payant, quelle salade, grands dieux !

Et au milieu de tout ce vacarme, il y avait un petit vieux qui, tout en tirant de petites bouffées d'une petite pipe, clamait sans cesse tel Caton : « Il faut casser la caisse ! ».— ..... « Repoussons ses offres, ajoutait-il, seule l'entente directe pure et simple convient à notre dignité. » — Mais c'est absurde, répliquai-je, la logique des faits est plus forte que celle des hommes ; ..... il est indéniable que les Nations européennes tendent à la socialisation et la pratique médicale doit évoluer dans le même sens ; ..... le client est la masse, le médecin est fait pour lui et c'est pour lui qu'on a fait la loi ; ..... si la Nation a créé un service de soins, nous n'y pouvons rien, nous devons nous borner à chercher la meilleure adaptation de la pratique médicale à ce nouveau service d'Etat, tout en sauvegardant les conditions indispensables à l'exercice normal de notre profession. Je vous en conjure, ne soyez pas intransigeants ; vous ne paralyserez pas plus cette loi que vous n'empêcherez la terre de tourner ; écoutez la voix de la raison et tâchez, par une discussion courtoise, je ne dis pas d'obtenir l'amélioration de notre sort, mais seulement d'en empêcher une trop cruelle aggravation. »

Mais le petit vieux psalmodiait toujours : « Entente directe pure et simple, vous dis-je ». — On m'a hué..... et j'ai dû sortir, cependant que mes confrères qui, soit dit en passant, n'avaient, sauf deux, évidemment rien à voir aux intérêts des médecins de Granval, chantaient sur l'air des lampions : « Entente directe ! Entente directe ! Entente directe !..... »

Ah ! vous en voulez de l'entente directe, leur ai-je crié en m'en allant, eh ! bien c'est bon, je vais vous en donner, moi, de l'entente directe. Et je suis venu d'une seule traite m'entendre directement avec la Caisse d'assurances de Granval.

Mes honorables confrères étaient encore à discuter dans le vide que j'étais déjà dans le cabinet du Président-maire. Il convoquait d'urgence son Conseil d'administration et, sans débrider, je traitais ...... Entente directe, mon cher !

L'INTERNE. — Un forfait sans doute ?

Dr ALAPAGE, *ironique*. — Oh ! je n'aurais pas commis ce forfait !..... Voici ce que j'ai obtenu : Monopole, c'est-à-dire pas de libre choix ; je suis le médecin, le seul médecin de la Caisse. Contrat de douze ans. Tarif Durafour. Pas d'accouchements normaux (*il y a une sage-femme*). Repos hebdomadaire. Trois semaines de vacances par an. Par contre, sauf pour les visites d'urgence et les visites de nuit, suppression de l'indemnité kilométrique, source de discussions sans nombre ; mais en échange, triple obligation pour la caisse d'assurer chaque jour mon transport pour ma tournée, d'organiser et d'entretenir le dispensaire que voici, enfin de mettre à ma disposition (*Mme Briscard et Mlle Bellange entrent juste à ce moment par la porte de gauche*) les deux infirmières que voilà.

SCÈNE III

Dr ALAPAGE, *allant au devant des infirmières et désignant l'interne qui se lève*. — Mesdames, je vous présente le jeune confrère qui vient me remplacer pendant mes vacances.

Echange de saluts.

(*A l'interne, désignant Mme Briscard, puis Mlle Bellange*). Mon cher ami, je vous présente mon infirmière-major, Mme Briscard, et son adjointe, Mlle Bellange.....

Nouvel échange de saluts.

Je vous recommande tout particulièrement Madame Briscard, infirmière militaire en retraite.....

Mme BRISCARD, *d'un ton de reproche*. — Oh ! Monsieur le Docteur !..... en disponibilité.

Dr ALAPAGE, *se reprenant*. — (*A Mme Briscard*). Veuillez m'excuser..... (*à l'interne*). Je vous recommande tout particulièrement Madame Briscard, infirmière militaire en disponibilité. Vous pouvez avoir la plus grande confiance en Madame Briscard qui est le pilier de ce Dispensaire. C'est elle qui a tout organisé ; c'est elle qui a l'œil à tout ; c'est elle.....

Mme BRISCARD. — Oh ! Monsieur le Docteur !

Dr ALAPAGE. — Si bien, Madame..... la simple justice..... Ah ! à ce propos, au cercle, hier soir, nous avons vu Monsieur Lemaître..... Il m'assure que notre proposition est en excellente voie. Ce sera très certainement pour la prochaine promotion.

Mme BRISCARD. — Oh ! Monsieur le Docteur, je ne méritais pas cette distinction !

Dr ALAPAGE, *persuasif.* — Si bien, Madame . . . . . (*grandiloquent*). Il n'est pas au monde une poitrine méritant mieux que la vôtre la médaille de la Reconnaissance Française.

Congratulations.

Dr ALAPAGE, *aux infirmières.* — Les présentations étant terminées, si vous le voulez bien, Mesdames, nous allons commencer.

Mlle Bellange se met à la table de gauche et prépare ses registres ; Mme Briscard sort par la porte de gauche ; le Dr Alapage met son sarrau. Cependant, en aparté, il glisse à l'interne.

Méfiez-vous de Briscard, c'est l'espionne de l'affaire. . . . . Contrôle discret !

L'INTERNE. — Mais elle doit empoisonner votre existence !

Dr ALAPAGE. — *Erreur profonde !* . . . . . Je l'ai neutralisée.

L'INTERNE. — Et comment ?

Dr ALAPAGE. — Je lui ristourne 10 % sur mon chiffre d'affaires.

L'INTERNE. — ! ! !

SCÈNE IV

Mme BRISCARD, *entrant par la porte de gauche, un papier à la main.* — Nous sommes prêts, Monsieur le Docteur.

Dr ALAPAGE, *du lavabo où il se prépare.* — Nous aussi.

Mme Briscard donne son papier à Mlle Bellange et va s'installer à la table du milieu ; elle allume une lampe à alcool.

Dr ALAPAGE, *à Mlle Bellange.* — Allez-y . . . . . Les cures.

Mlle Bellange, suivant la liste qui vient de lui être remise, appelle les uns après les autres, par la porte de gauche, les malades qui viennent docilement recevoir leur traitement : injections intraveineuses, intramusculaires ou sous-cutanées suivant les cas. Madame Briscard, au fur et à mesure, prépare très correctement les seringues. Le Dr Alapage opère derrière le paravent ; ce faisant, il donne sur chaque patient à Mlle Bellange des indications qu'elle note et à son remplaçant des explications de toute nature. Ce dernier, attentif, suit les opérations qui s'enchaînent mécaniquement depuis l'entrée jusqu'à la sortie des clients. Ayant remarqué que ceux-ci, lorsqu'ils remettent leur bon à Mlle Bellange, en reçoivent un jeton de un franc, il demande :

L'INTERNE. — Le bon, je comprends . . . . . mais la pièce de vingt sous ?

Dr ALAPAGE. — La pièce de vingt sous ?

Mlle BELLANGE, *naïvement.* — C'est le ticket modérateur.

Dr ALAPAGE. — Pour éviter les abus, les malades doivent acheter leurs bons. Ils les payent un franc à la Caisse . . . . . Comme j'ai la plus grande estime pour ces braves travailleurs, je leur rends leurs débours . . . . . Je n'ai d'ailleurs aucun mérite, il faut être charitable dans la vie. . . . . . (*en aparté tout en allant de nouveau se laver les mains*). Et puis, ça les pousse à la consommation.

(*A Mlle Bellange*). Voulez-vous maintenant faire entrer les nouveaux, Mademoiselle.

Le Dr Alapage s'est installé à son bureau, il joue avec le marteau-percuteur ; l'interne s'est assis près de lui ; Mlle Bellange, même jeu que précédemment, introduit les malades, enregistre les sentences, tient la comptabilité ; Mme Briscard s'empresse. Ça marche d'ailleurs très vite.

Dr ALAPAGE. — C'est pour les yeux ? . . . . . Voyons ça . . . . . Tiens, une cataracte . . . . . Etablissez-lui une fiche pour qu'il aille consulter le spécialiste.

Et vous, mon ami ? . . . . . Vous toussez . . . . . mais vous ne crachez pas de sang ? . . . . . Vous n'en avez jamais craché ? . . . . . C'est bien . . . . . Potion pectorale : 300 grammes.

L'INTERNE, *un peu scandalisé.* — Vous ne l'auscultez pas ?

Dr ALAPAGE. — C'est inutile . . . . . Pas d'amaigrissement . . . . .

L'INTERNE. — Et la tuberculose floride ?

Dr ALAPAGE. — Ça, un tuberculeux ? Allons donc !

L'INTERNE. — Pourtant . . . . .

Dr ALAPAGE. — Non, mon ami, je vous en prie, nous sommes pressés . . . . . Nous n'avons pas le temps de couper un cheveu en quatre pour fignoler un diagnostic. Si nous voulons gagner notre vie et remplir le rôle de dépisteur que nous assigne la médecine sociale actuelle, il faut aller vite, il faut voir beaucoup de malades ; et je vous assure que, même en allant vite, si l'on en voit beaucoup, on en trouve.

L'INTERNE. — ? ? ! !

Et la consultation reprend au pas de gymnastique.

Dr ALAPAGE. — Vous êtes constipée, Mademoiselle ? . . . . . Montrez la langue . . . . . Mais elle est très bien, votre langue ! . . . . . Allons ! Allons ! ne vous inquiétez pas ; un grain de Vals tous les jours avant votre repas du soir et tout s'arrangera comme par enchantement.

Ah ! vous, Madame, ça me paraît plus sérieux. Je vous en prie, n'embrouillez pas les choses . . . . . Vous avez 52 ans, vous n'étiez plus réglée depuis 5 ans et depuis 3 mois, vous perdez de nouveau ? C'est bien ça ? . . . . . Je vous en prie, n'embrouillez pas les choses . . . . . Vous n'avez pas d'appétit, vous maigrissez, vous prenez mauvais teint . . . . . c'est bien ça ? . . . . . Diable ! Diable ! . . . . Madame Briscard, préparez cette personne, je vais l'examiner de plus près.

Mme Briscard conduit la malade derrière le paravent. A ce moment, on frappe à la porte de droite.

SCÈNE V

Dr ALAPAGE. — Entrez.

Entre le docteur Vieujeu. Allure vieillotte, barbe hirsute, cheveux trop longs, vêtements râpés, chapeau crasseux.

Dr ALAPAGE, *sans quitter son fauteuil.* — Tiens! le Docteur Vieujeu..... (*à l'interne*), Monsieur est le médecin de l'hôpital de Granval..... (*à Vieujeu*). Quel vent vous amène ?

Dr VIEUJEU, *entrepris.* — Je.... je viens vous faire mes offres de service ..... Je..... j'ai appris par hasard que vous deviez vous absenter; alors, je viens vous demander s'il vous plairait que je vous remplace

Dr ALAPAGE. — Mille regrets, mon cher confrère, la place est prise..... (*montrant l'interne*), voici mon remplaçant ; je le mets au courant du service, car je pars demain.

Dr VIEUJEU, *œil d'envie.* — Vous allez à Paris sans doute ?

Dr ALAPAGE. — Ah ! certes non. J'ai besoin de repos, de détente..... Je vais faire un petit voyage en Italie.

Dr VIEUJEU, *en aparté, rageur.* — Veinard !

Dr ALAPAGE. — Vous dites ?

Dr VIEUJEU, *roulant son chapeau.* — Vous êtes sur votre départ ; je ne voudrais pas vous importuner; mais, puisque je suis venu, je me permettrai de vous adresser une petite requête.

Dr ALAPAGE, *suffisant.* — Je vous écoute.

Dr VIEUJEU, *faisant un effort sur lui-même.* — Voici : vous envoyez tous ceux de vos malades qui ont besoin d'un séjour à l'hôpital, au chef-lieu de l'arrondissement.....

Dr ALAPAGE. — Ordre de la Caisse, mon cher confrère.

Dr VIEUJEU, *mendiant.* — Ne pourriez-vous pas cependant, de temps en temps, penser à moi ? L'hôpital cantonal de Granval est très bien.....

Mme BRISCARD, *passant la tête hors du paravent.* — Monsieur le Docteur, la malade est prête.

Dr ALAPAGE, *au docteur Vieujeu.* — Je vous demande pardon.

Il se précipite et disparaît derrière le paravent. Vieujeu vexé reste bouche bée ; son regard de chien fouetté va de l'interne à Mlle Bellange qui, pendant toute cette scène, reste plongée dans ses écritures ; finalement, il se rapproche de l'interne et mystérieusement.

Dr VIEUJEU. — Il a beaucoup de travail ?

L'INTERNE. — Il me semble en avoir beaucoup.

Dr VIEUJEU. — Et ça lui rapporte ?

L'INTERNE. — Vous connaissez ses conditions?

Dr VIEUJEU. — Vaguement.

L'INTERNE. — Elles sont telles qu'il doit faire un gros chiffre.... D'ailleurs, outre les assurés de la Caisse, il possède quelques clients.....

Dr VIEUJEU. — Je sais ..... qui sont entichés de lui et qui l'honorent !

Dr ALAPAGE, *sortant de derrière le paravent, manches retroussées, la dextre relevée et les doigts qui viennent de pratiquer le toucher pointant vers le ciel.* — Vous disiez donc, Vieujeu ? (*il gagne le lavabo et se lave soigneusement les mains*).

Dr VIEUJEU, *obséquieux.* — Je vous disais, très honoré confrère, que je serais heureux de recevoir de temps en temps quelques-uns de vos malades..... Je les soignerai de mon mieux.

Dr ALAPAGE, *s'essuyant les mains.* — Vous êtes touchant !..... Il serait inhumain de ne pas faire quelque chose pour vous ..... Voyons, qu'est-ce que je pourrais bien faire pour vous être agréable ?.... Ah ! tenez, je vous envoie la malade que je viens d'examiner..... (*à Mlle Bellange*). Faites le nécessaire, Mademoiselle.

Dr VIEUJEU. — Oh ! merci, mon cher confrère, merci bien..... Je la guérirai, vous verrez..... à force de soins ..... qu'est-ce qu'elle a ?

Dr ALAPAGE, *méprisant, ouvrant la porte de droite au Dr Vieujeu.* — Un cochonome.

Le Dr Vieujeu sort en saluant ; le Dr Alapage ne lui répond même pas, il referme la porte d'un geste brusque, tire de sa poche un paquet de cigarettes, en offre à l'interne, en prend lui-même une qu'il allume aussitôt. Cependant, Mme Briscard fait sortir par la porte de gauche la malade qu'elle accompagne.

Dr ALAPAGE, *donnant du feu à l'interne.* — Quel raseur !..... (*à Mlle Bellange*). Dites donc à Mme Briscard de faire venir les pansements.

SCÈNE VI

Mlle BELLANGE, *ouvrant la porte de gauche, à la cantonade.* — Madame ! ..... Le docteur demande les pansements.

Rentre Mme Briscard suivie de trois clients. Durant cette dernière partie de la consultation, il y a constamment en scène trois malades à la fois ; pendant que deux prennent un bain local, on électrise, masse ou panse le troisième. Pêle-mêle passent des ulcères variqueux, des abcès froids fistulisés, un panaris, un phlegmon, un anthrax, une inoffensive tourniole, un ulcère de la cornée, un ecthyma, des furoncles que Mme Briscard panse avec dextérité ; des articulations enraidies qu'elle masse au grand galop, et des membres atrophiés qu'elle électrise au petit bonheur. Mlle Bellange appelle, enregistre, perçoit les bons. Le Dr Alapage va d'un malade à l'autre, examine, donne des conseils, fait des prescriptions, intervient parfois. L'interne, éberlué par tout ce mouvement, bousculé par les allants et les venants, ne sait où se mettre. — A la fin de la scène, comme le Dr Alapage se dispose à quitter son sarrau, on frappe à la porte de gauche.

SCÈNE VII

Mme BRISCARD, *ouvrant la porte.* — Qu'est-ce qu'il y a ?

UNE PETITE JEUNE FILLE, *paraissant bien gênée, entrant.* — Je voudrais parler au Docteur.

Mlle BELLANGE. — Vous avez votre bon ?

LA JEUNE FILLE. — Oui, Mademoiselle (*elle donne son bon*).

Mme BRISCARD. — Pourquoi n'êtes-vous pas venue à l'heure ?

LA JEUNE FILLE. — J'étais là, mais je voudrais voir le Docteur en particulier.

Mme BRISCARD. — En voilà des histoires !

Dr ALAPAGE, *paternel.* — Venez ici, mon enfant (*il la conduit derrière le paravent*).

Mme Briscard et Mlle Bellange expliquent à l'interne le fonctionnement des fiches et leurs rapports avec les petits drapeaux qui sont piqués sur la carte du canton de Granval, et qui indiquent les malades en cours de traitement. Au bout d'un moment, reparaît le Dr Alapage, il reconduit la jeune fille, elle pleure.

Dr ALAPAGE. — Ah ! mon Dieu ! il n'y a pas de quoi pleurer, c'est arrivé à bien d'autres !..... Rentrez tranquillement chez vous et revenez me voir dans trois mois (*la jeune fille sort, à Mlle Bellange*). Inscrivez : grossesse.

L'INTERNE, *suffoqué.* — Et alors !..... Que faites-vous du secret professionnel ?

Dr ALAPAGE. — Le secret professionnel ?..... La belle affaire !..... Dans ce cas, je vous le demande, quelle nécessité y a-t-il à garder le secret ?..... (*quittant son sarrau qu'il accroche à la penderie*). Dans un mois ça se verra à l'œil nu !

Mme Briscard répare le désordre de la salle et Mlle Bellange celui de ses papiers ; le Dr Alapage prend l'interne à part.

Dr ALAPAGE.— D'ailleurs, le secret professionnel, que vous le vouliez ou non, ça devient une vieille rengaine..... C'est une prévention qui tend à disparaître..... Il s'établit dans ce sens un courant que nous devons accélérer en amenant progressivement le public à cet état de conscience qui permet de ne pas craindre d'avouer son mal pour augmenter les facilités de le combattre.

L'INTERNE. — Evidemment, c'est une opinion. Mais je vous avoue que moi, fils et petit-fils de médecin, je n'avais pas envisagé la profession médicale sous cet angle.

Dr ALAPAGE. — Et cependant, mon cher ami, les médecins qui vivent au milieu du peuple sont bien obligés d'en arriver là puisqu'ils ont le devoir impérieux de travailler, non seulement à la guérison des malades mais encore et surtout à la sauvegarde de la santé publique.

L'INTERNE. — Il me semble qu'on pourrait atteindre ce but sans ......

Dr ALAPAGE, *vivement.* — Peut-être ! mais il ne nous appartient pas d'en juger (*haussant le ton*) et les citoyens n'ont qu'à se taire car, après tout, ce sont eux qui l'ont voulu ; ce sont eux qui nous ont fait ce que nous sommes. Puisqu'ils se sont taillé des verges, ils ne doivent pas trouver mauvais qu'on les fouette.

L'INTERNE, *souriant.* — Oh ! vous n'êtes guère charitable !

Dr ALAPAGE, *allumant une cigarette.* — Voyez-vous, si certaines déclarations, socialement jugées indispensables, vous répugnent, ne vous lancez pas dans la pratique, vous seriez un mauvais médecin..... Restez indépendant..... Vous êtes interne des hôpitaux de Paris, vous avez le pied à l'étrier. Continuez, mon cher ami, lancez-vous hardiment sur la voie des concours, soyez un maître. Alors, dans votre tour d'ivoire, vous pourrez garder intégralement le secret professionnel..... Mais nous, nous les petits, qui, pour la plupart, n'avons eu ni la galette, ni les protections nécessaires pour nous élever au rang des pontifes, si nous voulons vivre, il faut que nous acceptions ces nouvelles obligations légales qui d'ailleurs feront notre gloire, car elles nous permettront, à nous qui sommes de garde aux postes d'écoute de la Société, d'arrêter l'extension effroyable des maladies transmissibles qui rongent l'humanité.

SCÈNE VIII

M. Lemaître, député, maire et président de la Caisse d'assurances de Granval, dans toute la force de l'âge, belle prestance, tenue impeccable, Légion d'honneur. Sans être aperçu, il est entré comme chez lui par la porte de droite avant la fin de la tirade du docteur.

Bravo, Docteur ! Bravo !

Poignées de main, un mot aimable aux infirmières qui se confondent.

M. LEMAÎTRE, *tapant amicalement sur l'épaule du Dr Alapage.* — Je ne vous savais pas orateur.

Dr ALAPAGE. — Je ne suis pas un orateur, Monsieur le Président, mais seulement un convaincu.

M. LEMAÎTRE. — Je vous félicite..... (*à l'interne*) avec des médecins comme le nôtre, tout marche à ravir..... jamais d'histoires..... (*au Dr Alapage*). Mais ce n'est pas tout, si je suis venu, mon cher Docteur, c'est pour vous enlever. ..... Madame Lemaître étant restée à Paris, je mange à l'hôtel..... au Coq d'Or. Voulez-vous me faire le plaisir de venir avec Monsieur partager mon repas ?

Dr ALAPAGE. — Vous nous faites trop d'honneur !

M. LEMAÎTRE. — Mais pas du tout..... En déjeûnant, nous causerons, j'ai beaucoup de choses à vous dire..... Vous n'avez pas d'empêchement ?

Dr ALAPAGE. — Aucun.

M. LEMAÎTRE. — Alors, c'est entendu.

Mme BRISCARD, *intervenant.* — Si cela pouvait être utile à Monsieur le Député, je me permet-

trais de lui faire savoir que, cet après-midi, Monsieur le Docteur doit passer dans toutes les principales communes du canton. S'il plaisait à Monsieur le Député de l'accompagner, je donnerais des ordres en conséquence au chauffeur.

M. LEMAÎTRE. — Ça, c'est une excellente idée ..... Je suis libre et cette petite tournée électorale rentre tout à fait dans les attributions du président de la Caisse d'assurances de Granval ..... Je vous laisse le soin d'organiser le voyage, Madame, et je vous remercie.

M. Lemaître, saluant aimablement, sort par la porte de droite, suivi du Dr Alapage et de l'interne.

SCÈNE IX

Mme BRISCARD, *à Mlle Bellange.* — Vous êtes libre, Mademoiselle.

Mlle BELLANGE, *sortant par la porte de gauche.* — A demain, Madame.

Mme BRISCARD, *restée seule, court au téléphone.* — Allô !... Allô !..... donnez-moi le 25, je vous prie..... oui, le 25..... Allô !..... le 25 ? ..... C'est vous, Joseph ? ..... Dites-moi, cet après-midi, Monsieur le Président accompagnera le Docteur dans sa tournée..... Vous irez les prendre à deux heures au Coq-d'Or..... Oui, au Coq-d'Or..... avec la grande voiture..... la limousine. C'est entendu ?..... Bien. Allô !..... Au cours de la tournée, dont Mademoiselle Bellange vous donnera comme d'habitude l'itinéraire dans un instant, vous devez passer à Beaupré. Il y a un malade à voir à la ferme de la Garotière..... non, à la Garotière..... chez Martin..... Vous avez compris ?..... Ayez donc l'obligeance de dire à Madame Martin de vous remettre pour moi un pain de beurre et deux douzaines d'œufs..... Oui, deux douzaines..... Comment ?..... S'il faut la payer ?..... Non, ne vous occupez pas de ça, je m'arrangerai avec Madame Martin..... Oui, je vous remercie..... à ce soir.

Rideau.

A PROPOS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Dernièrement, je lisais dans le journal *Le Travailleur Parisien,* bulletin de l'Union des Syndicats confédérés du département de la Seine, un article des plus intéressants sous la signature de M. Robert Perdon, l'actif président de la Fédération mutualiste du travail, sur le droit des femmes aux assurances sociales. J'ai eu le plaisir de me rencontrer en communion d'idées avec lui sur la question de l'allaitement maternel.

L'auteur de l'article, comparant la mortalité dans les pays d'Europe, reconnaît qu'elle est supérieure en France avec le chiffre de 1,73 %, contre, par exemple, 1,20 % en Angleterre et 1,10 % dans les Pays-Bas.

Parallèlement, la natalité diminue et on ne peut espérer entraver la dépopulation par d'illusoires mesures législatives. Si nous voulons maintenir à un niveau raisonnable le chiffre de la population, tous nos efforts doivent tendre à diminuer la mortalité, et surtout la mortalité infantile qui est relativement considérable surtout dans la première année.

Au Congrès des Institutions d'hygiène, le professeur Budin constatait que, de 1896 à 1900 (et nous ne savons les chiffres actuels) il est mort chaque année en France 134.434 enfants de 0 à 1 an et 534.000 de 1 an à 4 ans, ce qui fait, en cinq ans, un total de 1.202.190 enfants de 1 à 4 ans, chiffre qu'il faut rapprocher des 1.500.000 morts des 5 années de la guerre.

Or, tous les médecins qui se sont occupés de puériculture reconnaissent que, dans les chiffres de mortalité infantile cités, la part la plus élevée se rencontre chez les enfants nourris au biberon, alors que l'élevage au sein réduit dans de très fortes proportions cette mortalité.

Reportons-nous aux chiffres de Mme la Doctoresse Mulon, au Congrès féminin de Belgique de 1924 :

Mortalité des enfants nourris au sein d'une mère bien guidée	5 %
Mortalité des enfants au sein d'une mère non surveillée	10 %
Mortalité des enfants élevés au biberon par une mère bien surveillée........	25 %
Mortalité des enfants au biberon ou en nourrice selon les régions..........	35 à 75 %

La guerre nous a fourni également la preuve de la faible mortalité des enfants au sein.

M. le professeur Pinard a écrit : « A Lille avant la guerre, en 1913, l'allaitement artificiel était de 60 %. En 1914, lorsque Lille fut envahie par les Allemands, à ce moment-là, comme il n'y avait pas de lait, les vaches ayant été réquisitionnées, on a été obligé de remplacer l'allaitement artificiel par l'allaitement au sein, et vous n'ignorez pas que les malheureuses allaitaient dans des conditions physiologiques déplorables puisqu'elles ne pouvaient se nourrir que d'une façon très insuffisante. Pourtant, malgré ces mauvaises conditions, par le fait de l'allaitement maternel, substitué à l'allaitement artificiel, nous voyons que, dans la ville de Lille, la mortalité infantile, qui était en 1914 de 8 %, est tombée à 1,70 % et en 1918, c'est-à-dire en pleine guerre, alors que Lille était envahi depuis plusieurs années,

que la situation physiologique de la population était épouvantable, la mortalité est tombée à 0,80 %.

Ceci est la meilleure démonstration de l'utilité de l'élevage au sein, qui, d'après l'Académie de Médecine, diminue la mortalité de 95 %. C'est donc 100.000 vies récupérées.

Malgré cela, on continue à ne pas insister suffisamment sur l'allaitement maternel et volontiers, on adopte le lait de vache, sans avoir poursuivi assez longtemps les essais d'élevage au sein.

En même temps, nous devons constater avec regrets que, de plus en plus les femmes délaissent leurs enfants pour les remettre à des mains mercenaires, nourrices ou domestiques.

Je sais bien que les difficultés de la vie obligent souvent la femme à travailler et à apporter son salaire comme appoint à celui du mari. Mais il y a aussi à cet abandon de l'enfant d'autres causes : le besoin d'une liberté plus grande et d'une vie plus facile.

L'ouvrière délaisse volontiers son foyer pour l'atelier, attirée par le travail en commun avec des hommes dont elle prend rapidement les habitudes et les défauts : tabac et alcool. L'Académie récemment a poussé un cri d'alarme sur le développement rapide de l'alcoolisme chez les ouvrières d'usines.

Il en est de même dans la bourgeoisie moyenne. Beaucoup de femmes travaillent et ne peuvent accorder à leurs enfants que de trop rares instants. Si l'ouvrière place surtout son enfant à la crèche ou en nourrice, les bourgeoises les laissent aux mains de domestiques quand elles en trouvent, ou bien également à des nourrices de province.

Quant à la classe riche et qui n'a pas l'excuse de la lutte pour l'existence, c'est encore pis. Les rares enfants que le hasard qui, quelquefois, fait bien les choses, veut bien leur concéder, sont rapidement relégués dans la nursery. Jadis, avant la guerre, existaient les remplaçantes, ces magnifiques nourrices sur lieu avec leur livrée, grande cape, bonnet à rubans multicolores, retenus par des épingles de luxe, ressemblant à des conscrits un jour de tirage au sort.

Finies, maintenant, les nourrices mercenaires. Le bien-être a envahi les campagnes. Le paysan, qui gagne largement sa vie, qui peut procurer du bien-être aux siens, ne laisse pas partir à la ville comme nourrice sa femme ou sa fille après la faute. Du reste, les filles-mères diminuent non par recrudescence de moralité, mais par le développement de la science non pas eugénique, mais malthusienne qui s'étend dans toutes les classes sociales.

Les jeunes filles, selon le mot du professeur Parrot, savent prendre le poisson sans la sauce.

Ne croyez pas que la suppression de la nourrice mercenaire incite les mamans du monde à s'occuper elles-mêmes de leurs bébés. Le biberon remplace le lait humain, la nourrice est remplacée par la nurse.

Mais, tandis que l'élevage mercenaire était fait avant la guerre par nos robustes paysannes françaises, maintenant le grand chic est la nurse étrangère, l'infirmière diplômée, quelle que soit la valeur du diplôme. En effet, parmi ces remplaçantes sèches, la Française est peu cotée, malgré son beau costume de la Croix-Rouge ou analogue, mais l'Anglaise est très en faveur, de même la Suissesse, et maintenant la Suédoise et la Danoise, qui ne sont souvent que des Boches camouflées et espionnes par surcroît.

Grâce à leurs diplômes ou certificats dont elle font étalage, elles en imposent à leurs maîtresse qui, elles, n'y connaissent rien et ne cherchents même pas à s'instruire. On leur abandonne la libre direction de l'enfant, heureux quand l'enfant n'est pas victime de cet élevage à la Boche ou à peu près. En tous cas, il y a un snobisme de puériculture comme dans bien d'autres domaines de notre vie française.

Le législateur, comme nous l'avons vu dans le projet des assurances sociales, avait essayé, insuffisamment à mon sens, de favoriser l'allaitement maternel et même l'élevage de l'enfant par sa mère par des indemnités appropriées

Je ne sais si ce mode de faire aura quelque utilité et pourra remettre en l'honneur l'élevage de l'enfant par la mère, car il est difficile de remonter les courants. Il faudrait pour cela de grandes transformations sociales ; il faudrait que le mari ou le chef de ménage puisse avoir des salaires suffisants pour rendre inutile le travail de la femme hors de son foyer, solution qui semble difficile au moins actuellement avec la loi de 8 heures et la nécessité de produire.

Ce sont pourtant des réformes de ce genre qui sont capables d'augmenter la natalité, beaucoup mieux que ces indemnités ressemblant plutôt à des aumônes qu'à des primes de naissances.

Revenons à l'allaitement maternel, prêchons cette nouvelle croisade si importante pour l'avenir de notre pays, et n'ayons pas peur de répéter ces premiers articles que l'on doit placer dans le livret de famille :

1° L'allaitement maternel est le seul mode d'alimentation naturelle. Aucun autre mode d'alimentation ne peut lui être comparé ;

2° Toute mère a le devoir d'allaiter son enfant. L'enfant a droit au lait de sa mère ;

3° L'enfant séparé de sa mère court les plus grands risques. Il doit donc, autant que possible, être soigné par elle.

Dr M. Vimont.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Autour de l'inventaire.

En attendant que M. Fleury, qui dresse en ce moment même notre inventaire quinquennal, nous donne son rapport sur cet inventaire, il peut être intéressant de comparer les chiffres qu'il accuse avec ceux de l'inventaire de fin 1920.

Je ne m'occuperai ici que la combinaison MA, la seule qui soit véritablement intéressante puisque la combinaison B étant fermée ne recrute plus de nouveaux membres et que la combinaison MAD est de création trop récente pour que les chiffres qui la concernent aient une signification quelconque.

Ceci dit, je vais passer en revue quelques chapitres.

Recettes.

Les recettes qui, en 1920, s'élevaient à 1.403.254 fr. 51 s'élèvent, fin 1925, à 1.919.126 fr. 71.

Voici comment elles se décomposent :

Cotisations	1.700.007 25
Intérêts	211.680 43
Boni sur remboursements de valeurs	6.350 04
Dons	718 99
Versement de la Caisse auxiliaire	370 »
	1.919.126 71

Si l'on examine, par années, la progression des cotisations, on trouve :

1921	69.563 76
1922	88.527 50
1923	87.105 25
1924	87.591 »
1925	87.940 25

Il convient de rappeler que les cotisations ont été relevées fin 1921.

Les intérêts ont suivi une marche nettement ascendante :

1921	13.551 12
1922	15.810 40
1923	20.167 70
1924	23.122 65
1925	25.913 09

C'est le fait de l'augmentation du loyer de l'argent.

Indemnités-maladie.

Les indemnités maladie qui, en 1920, étaient de 1.009.280 fr. 30 atteignent actuellement 1.299.465 fr. 65.

Si l'on considère par années, on trouve :

1921	59.128 45
1922	57.242 10
1923	51.840 70
1924	61.382 35
1925	60.591 75

Elles constituent la seule dépense de la combinaison MA.

En effet, si l'inventaire de 1920 portait aux dépenses des frais de gestion s'élevant à 34.068 fr. 01, ce poste a disparu en 1925, car la combinaison MA a été remboursée de ces dépenses par le compte de gestion.

On se rappelle que ce compte spécial n'existait pas du temps de l'Association Amicale et que les frais de gestion étaient répartis entre les combinaisons au prorata du nombre de leurs membres.

Journées de maladie.

Les journées de maladie qui, en 1920, étaient de 23.249 pour les journées à 10 fr. et de 110.987 pour les journées de chronicité, ont passé respectivement à 79.647 et à 148.853.

Considérons les années, on trouve :

	Journées	
	à 10 francs	de chronicité
1921	3.667	6.951
1922	3.157	7.639
1923	3.185	5.995
1924	3.466	7.942
1925	2.949	9.312

Morbidité générale.

Si l'on ramène toutes ces journées aiguës et chroniques uniformément en journées à dix fr., on constate au point de vue de la morbidité générale dans la Mutualité Familiale, les résultats suivants :

De 25 à 30 ans, le nombre des sociétaires qui ont passé par ces âges est trop peu nombreux pour qu'on puisse donner aux chiffres accusés une importance quelconque.

De 30 à 40 ans, les moyennes de 1925 sont sensiblement les mêmes que celles de 1920 : elles suivent presque exactement la courbe de morbidité sur laquelle avaient été basés les calculs initiaux. C'est pour le médecin la période de la plénitude de la force et de la santé.

De 40 à 50 ans, chose curieuse, la morbidité

s'est plutôt abaissée, se rapprochant sensiblement de celle de la période précédente (30 à 40 ans).

De 50 à 60 ans, au contraire, et plus encore de 60 à 65 ans, la morbidité, qui s'accroît d'une façon très nette, est plus élevée qu'en 1920. Le plus grand nombre de sociétaires passés par ces âges donne aux chiffres actuels une précision plus grande et montre d'abord que les hypothèses initiales avaient été insuffisantes, ensuite que M. Fleury a eu grandement raison de réclamer, en 1921, le relèvement des cotisations.

Une autre constatation qu'on peut faire, c'est que jusqu'à 50 ans, la moyenne des journées des maladies à 10 francs est assez constante : les variations d'une année à l'autre sont peu sensibles ; à partir de 50 ans, au contraire, la moyenne s'élève et suit d'année en année une ligne ascensionnelle très accusée.

Pour les journées de *chronicité, la ligne ascensionnelle* commence dès la 35e année et monte d'une façon à peu près régulière jusqu'à 65 ans.

La moyenne des journées de chronicité est, au-dessous de 40 ans, à peu près égale à celle des journées à 10 francs, elle est double à partir de 40 ans et triple à partir de 55 ans.

Il ne faut pas oublier qu'à la Mutualité Familiale, nous appelons journée de chronicité toute journée postérieure à la 65e du début de la maladie, quelle que soit d'ailleurs la nature de cette maladie.

Ces résultats n'ont rien qui doive nous surprendre, ils concordent avec ce que nous observons autour de nous et montrent que le médecin ne saurait échapper à la loi générale.

Membres décédés.

Le nombre des membres décédés de la combinaison MA, qui était de 181 en 1920, est passé à 275.

Ces membres ont présenté 29.058 journées de maladie à 10 francs et près de 75.000 journées de chronicité. Ils ont reçu un total de 539.696 fr. d'indemnités.

Ceci montre quels services a rendu la Mutualité Familiale à ces sociétaires.

Réserve.

Le total de la réserve qui était, en 1920, de 359.806 fr. 20 est passé à 619.661 fr.

Il représente exclusivement l'excédent des recettes de divers ordres sur les indemnités versées :

Total général des recettes..	1.919.126 71
Total des indemnités maladie........	1.299.465 65
Reste avoir......	619.661 06

J'ai expliqué plus haut comment les indemnités maladie constituaient les seules dépenses de la combinaison MA.

Certains de mes lecteurs trouveront sans doute bien aride toute cette documentation, mais j'estime que les membres de la Mutualité Familiale doivent être tenus au courant de la situation et que tous les membres du *Concours* doivent pouvoir se rendre compte, lorsque nous affirmons la prospérité de la Société, que nous ne bluffons pas et que nos constatations reposent sur des fondements sérieux.

A. GASSOT.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Philippe Pinel, journaliste

Le 26 octobre 1826, Philippe Pinel mourait à la Salpêtrière. Sur la place qui précède l'hôpital, une statue le représente brisant les chaînes des aliénés. C'est le titre durable de sa gloire. N'était-cela, que resterait-il des admirations enthousiastes qui firent comme une apothéose à la fin de sa carrière ? Leur écho s'est éteint ; l'oubli est venu ; la poussière d'un siècle a suffi.

A l'occasion du centenaire de sa mort, on rallumera les flambeaux. Des voix autorisées, refaisant son éloge, diront les multiples domaines où il promena son esprit, surtout ce qu'on lui doit en pathologie mentale et comme théoricien de la médecine, ce qu'il fit et sans doute aussi ce qu'il laissa à accomplir à ses panégyristes. Le monde est ainsi fait que les vivants profitent même des pieux devoirs que nous rendons aux morts.

Demain, presque tout sera donc redit et de l'homme et de l'œuvre et il y aurait aujourd'hui quelque prétention à écrire une préface aux discours prochains. *Presque* tout, car il est un détail dans la vie du médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière sur lequel les biographes se taisent ou glissent. Ils ont raison. Pinel journaliste ; ce n'est qu'un détail ; mais voilà bien où est l'intérêt que ce détail n'ait paru d'intérêt à personne.

***

Qu'on se représente le village de Saint-André d'Alayrac, dans l'ancien Albigeois, en 1745. On devine la situation modeste du médecin qui s'y était fixé. Ses sept enfants furent sa plus claire fortune. Philippe Pinel était l'aîné.

A peine à deux lieues et demi de Saint-André, à quinze kilomètres de Lavaur, se trouve une petite ville, Saint-Paul-Cap-de-Joux. Il y avait là un maître de pension. Philippe lui fut confié

jusqu'à l'âge de dix-neuf ans où, pour compléter ses études, il vint à Lavaur. Les Pères de la Doctrine qui lui donnèrent la soutane et bientôt les ordres mineurs, l'acceptèrent vraisemblablement « au pair » et il dut, en s'instruisant, remplir les fonctions de surveillant et de répétiteur.

A vingt-deux ans, un préceptorat le rendit à la vie laïque et le conduisit à Toulouse ; il y prit le grade de Maître ès-arts à la Faculté des Lettres. A vingt-huit ans, il y soutint une thèse de médecine et fut reçu docteur « *gratuitement*, dit un de ses biographes, *à cause de ses connaissances étendues et des espérances qu'il donnait.* » Toulouse pourtant ne le retint pas. En 1774, le voici à Montpellier, précepteur encore, donnant toujours des leçons, fabriquant des thèses (car ce métier date de loin), gagnant sa vie. Cela dura quatre années. Alors, l'occasion que lui fournit un gai compagnon, jeune Anglais qu'il perfectionnait dans notre langue et qui lui apprenait la sienne, la curiosité aussi sans doute, l'attirèrent à Paris. A ce jeu, le pauvre étudiant n'avait rien à perdre ; et les deux chemineaux partirent, portant sur le dos leur mince bagage. Ils arrivèrent en 1778, mais non sans encombre, car ils furent arrêtés un instant dans je ne sais plus quelle bourgade, Dieu sait pourquoi.

Paris est un désert à qui ne connaît personne ; mais Pinel y retrouva le chimiste Chaptal avec qui il s'était lié à Montpellier, son frère Louis qui devait, reçu maître en chirurgie, retourner bientôt à Saint-Paul, pour succéder à leur père, et il s'était pourvu de lettres de recommandation. C'est ainsi que le géomètre Cousin lui procura bientôt des leçons de mathématiques. D'autres suivirent ; Pinel y ajouta plus tard la traduction des *Institutions* de Cullen ; sa petite vie laborieuse reprit son train coutumier.

« *Comme les leçons de mathématiques sont beaucoup mieux payées ici qu'en province*, écrivait-il le 8 décembre 1778 à son frère Pierre de la Doctrine chrétienne au Collège de l'Esquille à Toulouse, *je me procure une honnête aisance sans me déranger nullement de ce que mes études de médecine peuvent exiger ; je vis en mon particulier, en mangeant de temps en temps dans des maisons distinguées, où je suis très bien accueilli. J'ai toute la liberté d'assister aux cours publics, aux hôpitaux, aux séances des bibliothèques.* »

Ses études de médecine furent pourtant alors ce qui lui valut le moins de satisfactions ; car il se présenta trois fois au concours pour le titre de docteur-régent et trois fois il échoua, la dernière en 1784. Quant aux maisons distinguées où il fut admis, l'une d'elles est restée célèbre : cette maison d'Auteuil où la veuve d'Helvetius réunissait une brillante société de littérateurs et de savants. Plus tard, les relations que Pinel se fit dans un tel milieu ne manquèrent pas de lui servir.

***

En ce temps-là — que les temps sont changés ! — la presse médicale était réduite à trois journaux : le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, la *Gazette de santé* et le *Journal de médecine traduit de l'anglais*. Ce dernier, rédigé par le Dr Mazuyer, du Collège de médecine et de l'Académie de Dijon, n'était que la traduction française du journal londonien du Dr Simmons ; à vrai dire, il ne comptait pas.

Le premier avait été lancé en 1754 par des avocats et des libraires sous le titre *Recue périodique d'observations de médecine, chirurgie et pharmacie*. Il avait été confié d'abord à Bernard-Nicole Bertrand et à Grasse ; puis, en 1756, au Dr Augustin Vandermonde. En 1758, il changeait son titre en celui de *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* ; et, Vandermonde étant mort subitement en 1762, passait alors entre les mains d'Augustin Roux. Roux y gagna une chaire de chimie à la Faculté de médecine en 1771, tant il est vrai que le journalisme conduit à tout à la condition d'en sortir.

Jusqu'en 1776, ce journal resta ce qu'il avait été à son début une pure entreprise commerciale de librairie, avec des rédacteurs journalistes d'occasion, gênés par des propriétaires incompétents. A la mort de Roux, un médecin l'acheta, devenant ainsi directeur et rédacteur en chef tout à la fois. Sous ce nouveau maître, Frédéric Bacher, la revue mensuelle parut sans interruption jusqu'en 1794 ; alors elle sombra.

Elle fut toujours une revue grave et parfois ennuyeuse, faute de gens de métier pour la faire alerte et vivante. « *Notre journal*, avait écrit Augustin Vandermonde, *n'est point fait pour plaire ; son but est d'instruire.* » Lui et ses successeurs avaient tenu parole. Cependant le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* ne fut pas sans succès. Les pharmaciens surtout, qui par lui entraient dans la presse médicale, y contribuèrent ; et, parmi les collaborateurs du début, on trouve les noms de Margraf, de Baumé, de Rouelle l'aîné, de Rouelle le jeune et du jésuite apothicaire de Choisiel. Les médecins d'ailleurs n'avaient aucune autre revue qui leur fut exclusivement destinée et, sur ce point, Bernard-Nicole Bertrand avait habilement insisté dans sa Préface, opposant son Journal à « *ces ouvrages périodiques, faits pour être dans les mains de tout le monde et qui sont devenus dangereux.* »

***

Toute autre était la *Gazette d'Epidaure*, que d'abord sous le voile de l'anonymat, Barbeu-Dubourg lança en 1771. Le titre déjà marquait une différence ; car les gens de métier, à la fin du XVIIIe siècle, réservaient le nom de *journal* aux revues littéraires et scientifiques, celui de *gazette* aux recueils de nouvelles et aux feuilles

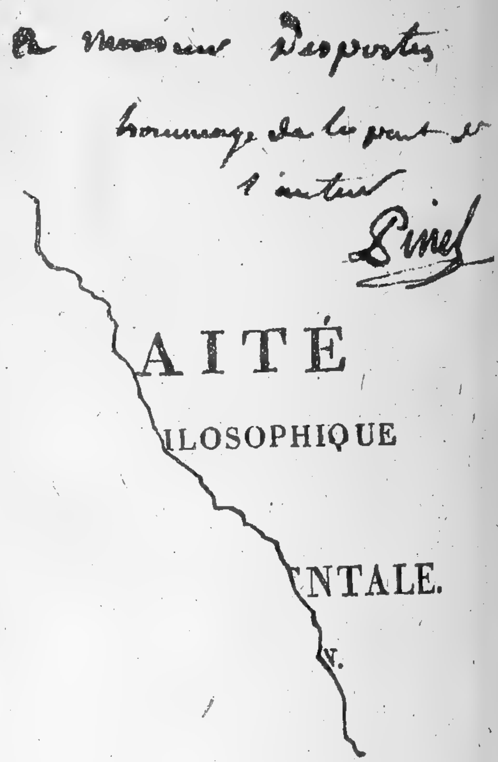
quotidiennes. A la vérité, cette gazette n'était pas quotidienne ; mais elle faisait réellement grande part aux nouvelles ; elle était peu épaisse avec ses huit petites pages ; peu coûteuse et paraissait deux fois par semaine ; c'étaient de notables progrès.

La présentation du recueil sous forme de *Discours préliminaire* ne prit pas moins de quatre numéros. Elle est curieuse. « *La Gazette d'Epidaure se distingue entre toutes par l'utilité de son objet roulant uniquement sur la médecine considérée de tous les sens.* » Fort bien. Mais il y avait un petit souffle d'indépendance qui annonçait l'orage de 89.

« *Le Journal offre plus d'instruction aux gens de l'art; la* Gazette *sera plus à la portée de tout le monde. Dans l'un, les matières sont traitées en grand et approfondies autant qu'elles peuvent l'être. Dans l'autre, on n'en prendra que la fleur, tâchant de la cueillir sans la faner.* »

Celui-là avait un tempérament de journaliste. Sa feuille, qui s'adressait au grand public instruit autant qu'aux médecins praticiens, alerte, variée avec des informations nombreuses, devait réussir. Elle échoua ; et, au bout de deux ans, disparut. Un homme suffit mal à un hebdomadaire ; il y faut un roulement de fonds que Barbeu-Dubourg ne put ou ne voulut peut-être pas sacrifier ;





« *Il y sera fait mention de la plupart des maladies des grands, qui n'y sont guère moins sujets que d'autres* ».

« *Elle fournira des occasions fréquentes de faire voir qu'un génie d'un certain ordre peut aussi bien parler médecine que politique sans avoir plus étudié l'une que l'autre.* »

« *La médecine existait longtemps avant qu'il y eut ni Facultés, ni grades, ni robes rouges, ni chaperons d'hermine.* »

Il y avait aussi de l'ironie :

« *Nous ne craindrons nullement de déplaire à nos chers maîtres en travaillant à faciliter la circulation et propagation de leurs plus belles connaissances et de leurs plus utiles découvertes. Il n'est point de leur intérêt que le sanctuaire de la médecine soit couvert d'un voile impénétrable ; plus ils seront vus de près, et plus ils seront regardés avec admiration.* »

Et voyez la petite malice de la comparaison du nouveau recueil avec son grave aîné :

enfin les intrigues du journal adverse aidèrent sûrement à sa chute.

***

Mais l'idée était lancée et Joseph-Jacques de Gardanne la reprit, en 1773, avec la *Gazette de santé, contenant les nouvelles découvertes sur les moyens de se bien porter et de guérir quand on est malade* (1).

« *Notre attention*, disait-il dans son prospectus, *se tournera toute entière vers la médecine pratique afin d'en faciliter l'intelligence à ceux qui veulent entrer dans cette carrière difficile et d'éclairer les personnes étrangères à l'art de guérir. Cette* Gazette *est spécialement destinée aux*

(1) Le sous titre de la *Gazette de Santé* a plusieurs fois été changé.

gens de la campagne. C'est surtout en faveur des curés, des seigneurs, des dames charitables et des fermiers qu'elle a été entreprise. C'est encore dans le dessein d'être utile aux cultivateurs que nous enrichirons nos feuilles des progrès de l'art vétérinaire. »

La *Gazette de Santé* était donc vulgarisatrice ; mais, imitée de très près de la *Gazette d'Epidaure*, faite de nombreuses lettres, de courts articles pratiques, d'informations variées, parmi lesquelles un prix courant des drogues simples, intéressante par sa diversité même et d'une lecture facile, les praticiens s'y abonnèrent en grand nombre. Ce fut le succès et si bien que, dès 1774, à l'imitation sans doute des *Etrennes de Minerve aux Artistes* (1), J.-J. de Gardanne doubla son journal d'un *Almanach de Santé*, premier almanach nettement médical, dont il changea le titre en *Etrennes d'un médecin* dès l'année suivante.

Pourtant, en 1775, J.-J. de Gardanne passa la main. Il eut pour successeur un homme, qui avait fait déjà parler de lui à propos de la variole, qu'il déclarait contagieuse et à qui cette vérité avait valu du Ministère la menace d'être protégé contre l'épidémie par un emprisonnement à la Bastille. Comme médecin, J.-J. Paulet ne manquait pas de mérite ; il était érudit ; mais il n'était pas journaliste et il eut vite fait de le faire voir. Sous prétexte de bannir de la Gazette la jactance fleurie, le style ampoulé et les phrases inutiles, il lui fit perdre de son agrément et, du même coup, de ses abonnés. A évoluer d'ailleurs du genre populaire vers le genre savant, il faisait de son journal un concurrent plus direct du grave *Journal de médecine*, cela au préjudice de l'un et de l'autre, mais surtout au sien. Enfin, l'inexpérience du métier lui fit laisser passer, en 1780, « *des propos indiscrets, tendant à faire perdre au Collège de pharmacie la confiance publique.* » Grave affaire ! Le Collège se fâcha. Procès de près d'une année. Cela dut finir par des excuses publiques. En 1784, la *Gazette* vivait toujours ; mais elle était déchue de sa gloire d'antan.

***

1784. — C'était l'année du troisième échec de Philippe Pinel au concours de docteur-régent. Il avait alors trente-neuf ans. De courir le cachet on se lasse à cet âge, et vous vous souvenez qu'il avait cherché dans la traduction des *Institutions* de Cullen des ressources d'autre nature. Or, cette traduction fut alors éditée par Duplain, libraire, rue de l'Ancienne Comédie française et Duplain était propriétaire de la Gazette. Il crut avoir trouvé son homme et Pinel succéda à Paulet. C'est ainsi qu'il devint journaliste sans y être préparé et qu'il se chargea du métier de rédacteur en chef sans l'avoir appris.

En face du *Journal de médecine*, qui répondait à certains besoins, les deux fondateurs des deux gazettes, on l'a vu, avaient voulu faire un journal qui répondit à d'autres, différents et plus nombreux. Le succès était à ce prix. Duplain et Pinel le comprirent bien et, dans leur nouveau prospectus, marquèrent leurs attaches avec le passé.

« *Ce n'est pas ici*, écrit le rédacteur improvisé, *une de ces spéculations hasardées pour tromper le public, ni un journal qui annoncé avec emphase ne se continue jamais plus de six mois ; c'est une gazette connue depuis longues années par les gens de l'art qui se font un plaisir de contribuer à son succès. Nous invitons les gens du monde et surtout ceux qui se vouent à la culture des terres, ainsi que Messieurs les Curés, à s'y abonner, pour se trouver au courant de toutes les connaissances physiques et à même de préserver leurs vassaux et leurs paroissiens des embûches du premier charlatan qui se présente dans leurs paroisses avec de prétendus moyens de guérir.* »

Hélas ! Les bonnes intentions ne suffisent pas ; et, dans ces seules lignes, que nous sommes loin de Barbeu-Dubourg et même de J.-J. de Gardanne ! La manière de Paulet était davantage dans les moyens de Pinel ; bien vite, il y revint. Que dis-je ? Il l'aggrava. Dès 1785, son journal n'est plus guère qu'une chronique des livres nouveaux. Il y a bien, de çi de là, une observation, celle, par exemple, communiquée par M. Pinel, maître en chirurgie à Saint-Paul en Languedoc, sur la guérison d'une phtisie, car notre rédacteur en chef n'oublie pas les siens et sait faire leur éloge. « *On voit*, dit-il, *par toute la suite du traitement de cette phtisie avec combien d'intelligence il a été dirigé.* » Mais ce sont rares lueurs dans l'ombre d'ennui qui couvre les quatre pages de la *Gazette*.

En 1786, on dut sans aucun doute en faire à Pinel le reproche, et peut-être lui mit-on sous les yeux ces lignes de l'*Encyclopédie* de Diderot, écrites en 1765 : « *Il est plus facile de rendre compte d'un livre que d'écrire une bonne ligne... On achète ou on laisse un livre d'après le bien ou le mal que les journalistes en disent ; moyen sûr d'avoir dans sa bibliothèque presque tous les mauvais livres qui ont paru et de n'en avoir aucun des bons.* » (*Encyclopédie*, t. VIII, p. 897). Le début de l'année marque, en effet, un effort. Il y a davantage d'observations, de lettres, de petits articles. Quelques comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, de la Société d'Agriculture, de la Société royale de médecine apparaissent. Mais c'est un effort et Pinel, qui n'a pas le métier dans la peau, a vite fait de se lasser, de revenir à ses analyses bibliographiques et à ses extraits, qui ne demandent que des ciseaux.

(1) Les *Etrennes de Minerve aux artistes, Encyclopédie économique ou Alexis moderne*, paraissaient en petits fascicules in-16 tous les trois mois chez le libraire Desnos. Il en fut publié 8 volumes entre 1772 et 1777.

L'*Almanach de Santé* de J.-J. de Gardanne devait être imité lui-même par la *Bibliothèque salutaire*, que ancèrent les libraires Leroy et Monreau en 1787.

La fin de cette même année ainsi se traîne et un Editorial, au début de 1787, doit venir essayer de réveiller la sympathie des lecteurs.

« Marquer les progrès les plus saillants que font l'art de guérir et les branches de l'histoire naturelle qui s'y rapportent, ne rien omettre de ce qui se passe de remarquable en ce genre, soit en France, en Angleterre ou en Allemagne, s'attacher plutôt à des résultats d'observations qu'à des cas isolés de pratique sans cependant exclure ces derniers, éviter un langage trop mystérieux et embarrassé de termes techniques pour rendre ces feuilles d'une utilité plus étendue et plus générale, tel est le plan que nous avons suivi l'année dernière et que nous croyons devoir adopter pour l'avenir....

« Il n'est que trop ordinaire de donner dans l'abus des médicaments et de compter presque pour rien la diététique dans les maladies aiguës ou chroniques ; ceux qui méditent avec soin les écrits des vrais observateurs reconnaissent cependant que c'est ce moyen simple qui souvent excite les efforts salutaires de la nature et qui doit toujours seconder l'effet des autres remèdes ; ces principes ont été invariables depuis Hippocrate jusqu'à nous, mais leur application doit recevoir de nouveaux développements. »

On le voit, l'erreur se poursuit et cette grave faute d'inexpérience, qui est de ne pas faire un journal pour ses lecteurs mais de l'écrire pour soi-même. Ce manifeste, en faveur de la statistique des observations, en faveur de la diététique contre la thérapeutique médicamenteuse convenait aussi mal que possible aux abonnés de la Gazette, qu'ils fussent gens du monde ou praticiens. Pinel ne semble même pas s'en être douté, satisfait d'exposer des idées personnelles qu'il développa dans la suite, mais heureusement dans un autre milieu et dans un autre genre d'écrits.

Encore si celui-ci eut tenu les promesses de l'Editorial ! Mais ouvrez le n° 12 de cette même année 1787 ; il est fait tout entier d'extraits de livres nouvellement parus et de notes bibliographiques.

Cela dura jusqu'à la fin. Les faits intéressants sont si rares qu'on peut citer : en 1787, une observation sur un accouchement contre nature où l'enfant présentait le bras gauche, par M. Pinel, maître en chirurgie à St-Paul-en-Languedoc ; et une réponse à cette question : Les accès de mélancolie ne sont-ils pas toujours plus fréquents et plus à craindre durant les premiers mois de l'hiver ; — en 1788, une observation sur une apparence des deux sexes dans le même individu par M. P.D.M. ; — en 1789, une observation sur la guérison d'une affection cutanée d'un caractère douteux, par M. P., docteur en médecine et des observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir dans certains cas la raison égarée des maniaques, etc.

Le dénouement se devine. Après que les lecteurs se furent lassés, l'éditeur à son tour se lassa. Le profit de quelques annonces de chocolat ou autres, le bénéfice qu'il retirait de la publicité faite aux éditions de sa maison ne couvraient pas les frais. Et ce fut la mort. Le n° 52 de la Gazette l'annonça.

Avis à MM. les Souscripteurs de la *Gazette de Santé*.

« On se propose désormais de réunir le travail de la Gazette de Santé *à celui du* Journal de Médecine *et par conséquent de suspendre la publication de cette feuille hebdomadaire. Le Rédacteur se trouve déterminé à cet arrangement par plusieurs motifs.*

La tâche qu'exige une pareille feuille l'empêche non seulement de se livrer à d'autres travaux suivis, mais encore de la rendre aussi intéressante qu'il le désirerait, vu le peu de temps qu'elle lui laisse pour en préparer les matériaux, d'autant mieux que ses autres occupations n'ont fait que s'accroître...

On peut ajouter à ces considérations qu'elle a trop peu d'étendue pour traiter d'une manière assez complète des questions intéressantes de médecine et malgré les soins que s'est donné le Rédacteur d'en varier le plan et de lui donner de l'intérêt par le choix des matières, il ne lui paraît pas possible de la continuer sans l'étendre et sans augmenter par conséquent le prix.

L'éditeur du Journal de Médecine *se propose de suivre un nouveau plan dans la rédaction de cet ouvrage périodique si propre par son étendue à traiter les objets d'une manière approfondie. Le rédacteur de la* Gazette de Santé *est entré dans ses vues et lui a promis, en particulier, de concourir de tout son zèle avec les autres coopérateurs de son Journal. »*

La *Gazette de Santé* avait vécu. Elle devait renaître plus tard, vers 1800, avec Marie de Saint-Urbin. Ne poursuivons pas son histoire.

Quant à Pinel, il ne semble pas qu'il ait collaboré au *Journal de médecine* comme il l'annonçait et il renonça au journalisme pour lequel il n'était pas fait. Certes, il donna bien, en 1790, des Réflexions médicales sur l'état monastique dans le *Journal gratuit de Santé* ; mais ce fut son dernier essai journalistique pur ; et ce qu'il écrivit de 1787 à 1791 dans le *Journal de Physique* (1), en 1791 et 1792 dans la *Médecine éclairée par les sciences physiques* (2), en 1791 dans les *Mémoires de la Société d'histoire naturelle* (3), de 1798 à 1807 dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris* (4), les articles qu'il donna à l'*Encyclopédie méthodique* et au *Dictionnaire des Sciences médicales*, n'ont plus rien de commun avec le journalisme médical professionnel.

***

Journaliste, Pinel l'était si peu d'ailleurs que, citant plus tard, à la page 261 de la seconde

(1) *Journal de physique*, 1787, t. XXXI, p. 350. — 1788, t. XXXIII, p. 12. — 1789, t. XXXV. — 1791, t. XXXIX.

(2) *La Médecine éclairée par les sciences physiques*, 1791, t. I, p. 154. — 1791, t. II, p. 92. — 1792, t. XIII, p. 183.

(3) *Mémoires de la Société d'histoire naturelle*, 1791 t. I, p. 359.

(4) *Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris*, 1798, t. I. — 1798, t. II, p. 215. — 1799, t. III, p. 1, et p. 253. — 1801, t. IV, p. 324. — 1807, t. VIII, p. 675.

édition de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* un de ses articles anciens de la *Médecine éclairée par les sciences physiques*, il écrit : *sciences naturelles*, ne s'apercevant même pas qu'il altère le titre de la revue de Fourcroy.

Il l'était si peu que les six ans passés à conduire la *Gazette* ne lui avaient rien appris d'un tel métier. Son adieu aux souscripteurs en témoigne : par l'aveu de ses occupations étrangères trop nombreuses ; par celui du minimum de temps qu'il donnait à sa feuille ; par le méconnaissance qu'il montre du caractère même de la *Gazette de Santé* faite par destination pour des articles courts et qu'il rêvait au contraire chargée de placards compacts ; par la contradiction enfin qu'il ne voit pas entre l'obligation qu'il indique d'augmenter le nombre des pages et l'impossibilité qu'il dit sienne de remplir celles existant déjà.

Qu'était-il donc venu faire dans cette galère de la *Gazette de Santé* qu'il devait faire sombrer ?

« *Le Journal dont je suis chargé,* écrivait-il à son frère Pierre, le 12 janvier 1784, *m'assure une honnête aisance, sans me mettre dans la dépendance de personne, mais cependant en me rendant aussi utile que je puis ; par là ma vie est partagée entre des occupations actives et l'étude de cabinet.* »

Nous avons vu que Pinel, en 1784, n'était pas riche ; il est donc naturel que la considération d'avantages à recueillir l'ait arrêté. Mais je ne pense pas qu'il ait vu dans la situation de rédacteur en chef qui lui était offerte uniquement la place qui lui fournirait d'heureuses ressources. Pinel était un honnête homme et je ne crois pas que l'intérêt eût suffi à le décider, s'il se fût jugé au-dessous de la tâche à remplir.

Et précisément il se méprit sur ce point parce qu'il ignorait tout du journalisme. Sa lettre nous en donne une preuve nouvelle dans cette illusion qu'elle montre être la sienne de l'indépendance du rédacteur d'une feuille dont un éditeur est le maître. Il crut, comme il le dit, qu'il se rendrait utile dans cette place. Il crut surtout qu'il convenait à la situation autant que la situation lui convenait.

« *Il importe en médecine,* devait-il écrire plus tard (1) *de compter pour beaucoup un jugement sain, une sagacité naturelle, un esprit inventif dépouillé de tout autre privilège. Il faut peu s'informer si tel homme a fait certaines études d'usage, ou rempli certaines formalités, mais seulement s'il a approfondi quelque partie de la science médicale ou s'il a découvert quelque vérité utile.* »

A fortiori pensait-il de même du journalisme. C'est d'ailleurs un sentiment assez général. Alors que l'idée ne viendrait à personne de se faire tailleur sans avoir appris, ni horloger sans long apprentissage, il est d'autres professions pour lesquelles il semble communément que suffise la grâce d'en haut. Celles de député et de journaliste sont du nombre ; et c'est ainsi que de grands Etats vont à la ruine et que foule de journaux ne naissent un jour que pour mourir le lendemain.

Albert GARRIGUES.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre de Paris : La Garçonne.

Est-il équitable de critiquer une pièce en la comparant au roman duquel elle est tirée ? Il semble que poser la question soit la résoudre, car il n'est pas de livre ou de roman duquel l'idée directrice ne puisse servir à construire une bonne pièce, et il est aussi vraisemblable que de l'idée dont un romancier a tiré un mauvais livre, un auteur dramatique puisse tirer une bonne pièce, qu'il apparaît possible de faire un excellent ouvrage dont les idées seraient celles d'une fort insuffisante ou peu agréable pièce. Ce que le lecteur cherche dans le livre, n'a rien de commun avec ce que le spectateur demande à une soirée théâtrale puisque le livre peut être sérieux jusqu'à la plus abstraite philosophie et intéresser ou même passionner ceux qui le lisent, tandis que bien peu de ces mêmes lecteurs seraient capables de supporter sous la forme dramatique les idées compliquées, ennuyeuses ou difficiles qu'il leur faudrait voir défiler en un temps court et dans un espace non adéquat, et de la digestion desquelles ils ne seraient plus libres de déterminer eux-mêmes les coordonnées de temps et d'espace.

La *Garçonne* qui fait brillante carrière au Théâtre de Paris, revêt deux aspects très différents suivant qu'on a, ou non, lu le livre du même nom et qu'on a été attiré par le fond vrai de l'ouvrage ou par les éléments, quelque peu croustillants, de l'exactitude desquels, en tant que faits, je ne sais rien, mais qui, s'ils étaient vrais, n'auraient pu évoquer dans l'esprit de l'auteur, surtout s'il avait été médecin, que l'idée d'un abcès qu'il était indispensable de crever et qui ne le serait, en raison de l'insuffisance des moyens de police, qu'à la condition d'être signalé à grand fracas. Quoi qu'il en soit et laissant de côté ceux des éléments du livre qui pouvaient avoir une utilité, à titre de digression pour corser

(1) Ph. PINEL. — *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, 2e édition, Brosson, Paris, 1809, préface, p. XXIX.

ou renforcer la pensée de l'auteur, mais qu'il a jugé devoir écarter du plan le plus immédiatement accessible, j'ai vu avec plaisir le type — exceptionnel malgré tout — mais fort intéressant qu'il a voulu dépeindre. Nous assistons, en effet, que nous le voulions ou non , à une lutte sans merci, entre ce que fut la femme épouse et mère, dans une société où la vie était facile et où l'homme apportait sans peine au ménage bien plus qu'il ne fallait pour que l'épouse n'ait qu'à se laisser choyer et dorloter sans autres soucis, et ce qu'elle est obligée de devenir dès lors qu'elle doit travailler elle-même au dehors. De plus en plus rares sont et seront les femmes qui borneront là leur rôle, rares sont actuellement celles qui y consentent en noblesse parce que la maternité seule, et la maternité nombreuse, large, facile, justifiait et colorait les besognes de la maison, tout comme les rayons du soleil qui font un « étendard en séchant un torchon ». La crise des serviteurs n'est pas demeurée ici sans action et la femme sans enfants comme sans serviteurs a fini par considérer qu'il ne lui suffisait plus d'être pour son mari « une bonne à tout faire... et à l'œil » ! C'est alors que, tout naturellement, est apparue l'idée de la Garçonne ; quel que soit le point où il faille couper, pour s'en tenir à la réalité courante, la magistrale silhouette qu'a dressée M. Victor Margueritte et que Mlle Falconetti a interprétée avec une sûreté, une précision et un charme auxquels je tiens à rendre un hommage d'autant plus net qu'en d'autres circonstances, je l'avais moins admirée, le caractère est campé et au complet. On dirait que l'auteur s'est fait un malin plaisir de se transporter au pays de la quatrième dimension et d'appliquer au sujet choisi les règles de l'humour telles que M. de Paulowsky les expose, en transportant à l'infini, sans mesure, défauts et qualités et en ne reculant devant aucune des hypothèses en présence desquelles, dans la vie qu'elle a choisie, après son premier désastre amoureux, la Garçonne est appelée à se trouver. Que d'étrangères du meilleur monde ont fait à Paris une tournée des Grands Ducs spécialement organisée pour elles et n'en ont pas même été offusquées.

Cependant, je sais gré à M. Victor Margueritte de n'avoir porté à la scène que juste le nécessaire, et je crois que c'est avec habileté qu'il a fait finir la pièce sur une rupture, certainement exacte, et qui laisse au spectateur la liberté de penser à un mariage possible ultérieur, tout en lui permettant d'envisager, ce qui est peut-être plus près de la vérité ordinaire, une terminaison sans mariage et sans maternité de l'existence de son héroïne. C'est là une très grande habileté et qui complète bien le caractère de haute moralité qui caractérise la pièce et qu'il n'est pas défendu de trouver dans le livre pour ceux dont l'esprit n'est pas constamment hypnotisé par la recherche de l'ordure et de l'immonde et qui osent regarder en face les réalités mêmes vilaines, ne fût-ce que pour les combattre au lieu de les nier. Et s'il est plus facile de goûter la saine morale de cette pièce bien faite pour ramener au goût de la bonne normale que celle du livre, il n'en est pas moins agréable de constater que, par comparaison avec les séries de pièces creuses et d'une langue insipide, mal dialoguées et à peine pensées qui ont vu le jour cette année, la Garçonne fait une jolie tache qui est presque pour jeunes filles d'aujourd'hui, presque même pour jeunes filles sans tache.

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Syndicat des Médecins de Bugey et du Pays de Gex.

(13 juin 1926).

I. UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. SCISSION. — Sans vouloir faire la genèse de tous les faits qui ont amené la *scission* au sein de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, le docteur BRANDSTETTER, secrétaire du Syndicat, expose les faits suivants :

1° Tactique des dirigeants du *Conseil de l'Union*. 2° leur façon de mettre en pratique la médecine sociale ; 3° leur tendance à vouloir imposer leurs vues au Corps médical, plutôt que de demander des directives émanant des Syndicats locaux.

Tous ces faits ont créé, depuis longtemps, un malaise dont souffrent une grande partie des médecins français ; causes profondes du mécontentement qui devait amener la *scission*.

Les deux ordres du jour DESROUSSEAUX et GAUSSEL n'ont eu qu'un résultat : *mettre en lumière les divergences sérieuses qui séparaient les médecins* ; produire la division au sein du Corps médical ; et, enfin, provoquer la constitution de la *Fédération Nationale des médecins de France*.

Le docteur DUMAREST, à son tour, indique les raisons qui, d'après lui, doivent faire opter les médecins syndiqués du *Bugey et du Pays de Gex*, en faveur de la *Fédération Nationale*. Avant tout, les principales de ces causes sont : 1° l'intrusion de la politique au

Conseil de l'Union ; 2° l'adoption de mesures semblables à celles de certaines organisations ouvrières bien connues.

Il est procédé au vote, qui donne, *à l'unanimité des membres présents*, les résultats suivants : 1° *démission* de l'Union des Syndicats médicaux de France ; 2° *adhésion* à la *Fédération Nationale des médecins de France.*

Comme l'année en cours se trouve en partie révolue, il est admis que la cotisation du Syndicat sera intégralement payée à l'Union des Syndicats , pour l'année 1926.

II. — Assistance médicale gratuite. — Le *Syndicat médical du Bugey et du Pays de Gex* n'ayant rien obtenu de la Préfecture, ni du Conseil général de l'Ain, *au sujet de l'augmentation des tarifs de l'Assistance médicale gratuite*, il est adopté, qu'après entente avec le *Syndicat de Bourg et Trévoux*, les desiderata suivants seront présentés au Conseil général de l'Ain :

1° *Consultation* : 7 francs ; *visite* : 8 francs ;

2° Pour la *vaccination*, il sera demandé un franc par personne vaccinée, avec *minimum* de 10 francs par séance, et *suppression du maximum.*

3° On demandera aussi *deux francs par kilomètre parcouru* (4 francs à l'aller), comme dans le département de la Haute-Savoie.

Si le relèvement des honoraires médicaux de l'Assistance médicale gratuite n'est pas voté à la session d'août du Conseil général, le Syndicat médical entend *réserver entièrement sa manière d'agir.*

II. — Tarif Durafour. — Au sujet du *tarif Durafour*, il est indiqué que *les deux certificats d'origine de blessure* (mairie et Compagnie d'assurance) *doivent être payés au médecin*, 5 plus 5, soit 10 francs, *ainsi que la jurisprudence l'a établi.*

IV. Réformés de guerre. — Il sera demandé à la *Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France* d'obtenir les réformes suivantes :

1° *Relèvement du tarif de la consultation et de la visite*, pour soins donnés aux bénéficiaires de *l'article* 64 (réformés de guerre), *que le tarif soit porté à* 10 *francs* (dix francs).

2° *Suppression des catégories* ;

3° Au sujet de la délivrance des carnets aux bénéficiaires de l'*article* 64, *le Syndicat du Bugey et du pays de Gex proteste contre la manière d'agir de la Préfecture de l'Ain.* Cette dernière, en effet, entend prendre en mains toute l'organisation, *en violation du décret du* 25 *octobre* 1922, qui en donne l'attribution aux maires.

V. Commission fiscale départementale. — Le docteur Pinard, de La Cluse, est nommé délégué du *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex*, à la *Commission fiscale départementale.*

Il est d'ailleurs demandé, par l'Assemblée, que le *membre titulaire* de cette Commission *soit alternativement pris* dans le Syndicat Bourg-Trévoux et dans le Syndicat Bugey-Gex.

VI. Recouvrement tardif des honoraires médicaux. — Le docteur Gidon, de Belley, propose, *vu la dévalorisation continuelle du franc*, de décider que les *actes médicaux* (consultation, visite, etc.,etc.), *soldés en retard, le soient au cours du jour du paiement* de ces actes médicaux, et non pas au cours du jour, où ces actes médicaux ont été faits.

Cette proposition est adoptée.

VII. Relèvement de la cotisation syndicale. — Le prix de la cotisation au *Syndicat du Bugey et du Pays de Gex* est porté à 50 francs (*cinquante francs*), à partir de 1926.

VIII. Affaire syndicale. — Le docteur Paget, de Seyssel, fait connaître qu'il existe *un différend* dans la région Culoz-Seyssel, *au sujet de l'application des tarifs syndicaux.*

Il est convenu que cette question sera soumise au *Conseil de Famille du Syndicat.*

Le Secrétaire adjoint,

Dr Marichal.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Meuville, de Cognac (Charente). — M. le Dr Emile Bureau, professeur à l'école de médecine de Nantes. — M. le Dr Ch. Sérieux, de Martigues.

— **Institut de Médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris.** — L'Institut de Médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1926 commencera le 4 octobre et sera terminée le 17 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ». Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'enseignement est organisé de la façon suivante : Pathologie exotique. Professeurs : MM. Dopter, Joyeux, L. Martin. — Parasitologie. Professeur : M. Brumpt. — Bactériologie. Professeur : M. Roger. — Hygiène et épidémiologie exotiques. Professeurs : MM. Bezançon, Camus, Marchoux, Pozerski, Teissier, Tanon. — Maladies cutanées. Professeur : M. Jeanselme. — Chirurgie des pays chauds. Professeur : M. Lecène. — Ophtalmologie. Professeur : M. de Lapersonne. — Organisation administrative. Professeur : M. Neveu-Lemaire. — Règlements sanitaires. Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique. L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux. L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté. L'Institut possède trente microscopes à immersion, dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves. L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français ; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention médecine ; 3° les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de 16 inscriptions, sans distinction de nationalité ; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité. Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — Un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; droits de laboratoires (Pathologie expérimentale, Parasitologie, Bactériologie, Clinique, etc.), 750 fr. ; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté à partir du 25 septembre, tous les jours, de midi à 3 h. Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

— **Université de Lyon.** *Faculté de médecine* (année scolaire 1926-1927). — *Cours de perfectionnement.*

Clinique obstétricale (Charité). Professeur M. Commandeur, M. Rhenter, etc. Leçons et exercices pratiques, du 8 au 20 novembre 1926.

Clinique chirurgicale infantile (Charité). Professeur : M. Nové-Josserand, M. Laroyenne, etc. Cours de perfectionnement de chirurgie infantile et d'orthopédie, avec démonstrations pratiques, du 3 au 15 novembre 1926.

Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge (Charité). Professeur : M. Mouriquand. Leçons, examens cliniques, radioscopiques et microscopiques, du 3 au 15 novembre 1926. (Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de chirurgie infantile qui aura lieu à la même époque).

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). Professeur : M. Rollet. Cours de perfectionnement avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire et d'instruments, du 8 au 20 novembre 1926.

Clinique gynécologique (Charité). Professeur : M. Villard. Cours de perfectionnement et de pratique gynécologique, du 14 au 30 octobre 1926.

Clinique urologique (Antiquaille). Professeur : M. Rochet. Cours de perfectionnement de chirurgie urinaire, du 8 au 27 novembre 1926.

Chirurgie opératoire (Faculté de Médecine). Professeur : M. Patel ; MM. Guilleminet et Ricard, etc. Leçons et démonstrations pratiques. 1re *série* : du 18 au 23 octobre 1926 ; 2e *série* : du 25 au 30 octobre 1926. (Même programme pour les deux séries).

Physique biologique, physiothérapie, radiologie (Faculté de médecine). Professeur : M. Cluzet ; M. Nogier, etc. Le matin : stage dans divers laboratoires radiologiques hospitaliers ; le soir : leçons et démonstrations pratiques sur la radiologie et l'électrolyse, du 1er mai au 15 juin 1927.

Tuberculose (Faculté de Médecine et Hôpitaux). Professeur : M. Paul Courmont. Médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie, du 18 octobre au 14 novembre 1926.

Chimie organique (Faculté de médecine, services de chimie), Professeur : M. Morel. Chimie organique appliquée à la pharmacologie, du 1er au 15 octobre 1926.

Pour tous renseignements relatifs à l'organisation des cours et aux droits à verser, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine, 18, quai Claude-Bernard, le mercredi de 14 à 16 heures ou par correspondance. Des programmes détaillés seront envoyés sur demande.

— **Un service de transfusion sanguine dans les hôpitaux de Bordeaux.** — MM. Rivière, Jeanneney et Piéchaud viennent de présenter sur ce sujet, à la Commission médico chirurgicale, un rapport dont voici les parties essentielles : « La présence constante dans les hôpitaux de *donneurs professionnels* s'impose. Ceux-ci pourront être choisis parmi les sujets majeurs, soit dans le personnel médical (internes, externes, étudiants), soit dans le personnel infirmier, soit au besoin dans le public. Ces donneurs devant être facilement retrouvés, leur liste sera affichée en permanence au bureau de l'hôpital avec un roulement tenu à jour à chaque transfusion. Ces donneurs seront examinés chaque trimestre par le médecin-chef du laboratoire des hôpitaux et seuls seront conservés les sujets du groupe : Donneurs universels.

L'expérience ayant démontré qu'une saignée de 500 gr. est inoffensive, il pourra être demandé, à chaque donneur, une transfusion par mois au maximum, chaque transfusion donnant droit à cinq jours de repos.

Pour les divers hôpitaux de Bordeaux le nombre de donneurs rémunérés nécessaires peut être évalué à 15, ainsi répartis : hôpital Saint-André, 5 ; groupe Pellegrin, 8 ; hôpital des Enfants, 1 ; hôpital Bel-Air (si cet hôpital est maintenu), 1.

Ce chiffre paraît largement suffisant pour assurer par mois de dix à vingt transfusions d'urgence. Les transfusions non urgentes peuvent être effectuées avec des donneurs volontaires, pris dans l'entourage des malades et préalablement examinés au point de vue de la compatibilité sanguine ».

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

et m'appelle, je vais le visiter, mais je ne me suis pas déplacé pour ce malade, je n'ai pas été de B... à M... pour ce malade ; une Compagnie d'assurances me conteste le droit à l'indemnité kilométrique dans ce cas particulier ; n'ai-je pas raison ?

Par qui les kilomètres seraient-ils payés l'assurance prétend ne pas les devoir, le malade qui profite de ma présence dans la commune ne peut en toute logique les devoir. Alors ? on en viendrait à ceci : appelé par un malade, le médecin aurait avantage à refuser de le voir, l'indemnité kilométrique de son blessé étant souvent supérieure au prix d'une visite simple !

D[r] C.

Réponse.

Il ne s'agit pas de ce que vous aviez l'intention de faire, mais de ce que vous avez réellement fait. Vous avez vu deux malades au cours du même déplacement. Vous ne pouvez songer à multiplier par 2 les frais d'un unique déplacement, c'est entendu. Il semble évident qu'il y a lieu de les partager entre les deux bénéficiaires. Sans quoi le premier malade, d'ordinaire, payerait tout, le ou les suivants rien du tout, ce qui ne serait guère conforme à l'équité. Quant à « l'avantage » dont vous parlez de « refuser la deuxième ou troisième visite », j'avoue ne pas m'expliquer votre raisonnement. Si le deuxième malade « profite de votre présence dans la commune », il reconnaîtra lui-même ledit « profit » en ne payant que moitié ou 1/3 ou 1/4 (suivant le nombre des visites) des frais de déplacement, au lieu de la totalité, ce qui sera fort appréciable à ses yeux.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2573. — Ponction d'abcès froid.

Pourriez-vous me renseigner sur le prix applicable à ponction d'abcès froid de la fosse iliaque pour mal de Pott ?

Le tarif des mutilés dit : ouverture d'abcès profond non viscéral : 100 fr.

Peut-on appliquer par analogie le tarif ponction du genou à 60 fr. ?

Secrétaire de la Commission de contrôle, j'ai recours à votre compétence admise de tous les praticiens.

D[r] P.

Réponse.

Il ne m'apparaît pas qu'on puisse équitablement assimiler la *ponction* dont vous parlez à une « *ouverture d'abcès profond* », attendu qu'il ne s'agit que d'une ponction dans laquelle on n'a pas eu à traverser une série de plans pour pénétrer dans la « profondeur » des tissus, mais à ponctionner à l'endroit d'*émergence*, si je puis dire, dudit abcès.

Par contre, c'est plus, d'ordinaire, qu'une simple ponction d'ascite et j'accepte d'autant mieux votre assimilation avec « ponction du genou » que c'est ce que, dans des cas analogues, j'ai déjà, plusieurs fois, préconisé.

En tout cas, on pourrait toujours, par voie d'appel, faire trancher le cas par la Commission supérieure.

F. D.

Accidents du Travail

2577. — Accident ou maladie professionnelle.

Un blessé travaillant dans des salines est atteint de plaies des doigts de pied ayant absolument l'aspect des brûlures provoquées par un corrosif.

Ces plaies sont dues à un contact prolongé des pieds avec de l'eau sursaturée.

Voulez-vous me faire répondre, par la voie du journal, si on peut considérer cette blessure comme un accident du travail ?

Dr P.

Réponse.

Pour qu'un accident ait le caractère d'un accident du travail, il faut qu'il ait été provoqué par l'action *soudaine* et *violente* d'une cause extérieure. Dans votre cas, s'il y a bien lésion au corps humain, il ne paraît pas qu'un traumatisme violent et soudain, comme le désire la loi, puisse être invoqué.

Dans ces conditions, il ne s'agit pas d'un accident du travail, mais d'une maladie professionnelle. Or, si une loi du 25 octobre 1919 a étendu la législation sur les accidents du travail aux maladies d'origine professionnelle, cette loi ne concerne que les maladies comprises dans un tableau annexe, maladies qui, toutes, proviennent d'une intoxication saturnine ou d'une intoxication mercurielle.

Il en résulte que le patron ne saurait être rendu responsable, à moins de faute de sa part, conformément au droit commun.

2585. — Accident survenu à une fermière.

Je m'excuse d'abord, de ne pas faire partie du « Sou médical ».

Fils d'un vieil ami du *Concours* et du « Sou », je suis moi-même abonné au *Concours* depuis ma thèse et par négligence j'ai omis de m'inscrire au « Sou ».

Et voilà que j'en ai besoin, ou plutôt besoin de vos conseils.

J'attaque, en justice de paix, la femme d'un gros fermier assuré pour lui et les siens (agricole) fracture jambe, phlébite, congestion pulmonaire. Le tout à 10 kil d'ici. Note de 1.157 fr. dont on ne discute pas la

légitimité. Mais se basant sur l'offre de 600 fr. de la Compagnie, le mari patron refuse la différence.

Le juge de paix, ignorant la jurisprudence Rouen, etc., me regarde défavorablement. Un « conseil » de l'A., lui suggère qu' « AGRICOLE » n'égale pas « 1898 » et que le jugement de Rouen, 6 juillet 1925 est périmé et ne s'adresse qu'à un riche ouvrier.

Quid ?

Pouvez-vous me communiquer ou des jugements similaires pour « agricole » ou même des jugements plus récents (et commentaires détaillés).

Dr B.

Réponse.

Le « Sou médical » soutient actuellement plusieurs procès pour faire juger la question qui vous intéresse, mais jusqu'ici nous ne possédons encore aucune jurisprudence, car il y a trop peu de temps que la loi sur les accidents agricoles est entrée en application.

Quoi qu'il en soit, à notre avis, la solution ne saurait être douteuse. En effet, la loi sur les accidents du travail n'a jamais limité ou taxé les honoraires du médecin traitant ; ce qu'elle a limité, c'est seulement la contribution du patron dans ces honoraires. Le paragraphe 2 de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 est très net dans ce sens, lorsqu'il dit : « Dans ce cas (lorsque le blessé a fait choix lui-même de son médecin) le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix..... conformément à un tarif, etc...... ».

Il ressort à l'évidence de ce texte que le médecin, s'il estime insuffisante la part de ses honoraires qui est payée par le patron, peut toujours demander le complément de ses honoraires au blessé. Ce principe a été consacré une fois de plus par le jugement de Rouen, confirmé en appel, et auquel vous faites allusion.

Lorsque la législation sur les accidents du travail a été étendue aux exploitations agricoles, rien n'a été changé à ces dispositions, mais la loi nouvelle a permis aux patrons agriculteurs de se placer, pour eux-mêmes et pour leurs familles, sous le bénéfice de la loi. De là est née une difficulté, soulevée par les assurances, au sujet de la taxation des honoraires médicaux, lorsque le blessé est le patron ou un membre de sa famille. Mais cette difficulté est plus apparente que réelle et ne résiste pas à l'examen. En effet, puisque, *toujours*, le médecin peut se faire payer par le blessé, conformément au droit commun, à plus forte raison conserve-t-il ce droit quand, au lieu de soigner un ouvrier *agricole*, il a soigné le patron. Autrement, on arriverait à cette situation paradoxale que le médecin pourrait, en droit, sinon en fait, réclamer plus pour les soins donnés à l'ouvrier que pour les soins donnés au patron.

Par conséquent, c'est à juste titre que vous poursuivez votre client conformément au droit commun. Que l'assurance ne rembourse votre client que sur les bases du tarif Durafour, suivant les termes de la police, c'est possible, mais cette convention est pour vous *res inter alios acta* et ne vous est pas opposable.

Il est regrettable que vous ne fassiez pas partie du « Sou médical », car probablement l'appui de la ligue vous aurait été accordé dans cette affaire.

2608. — Accidenté du travail soigné dans une clinique.

Un accidenté du travail est envoyé dans une clinique pour y être opéré.

Or, la Compagnie d'assurances offre seulement de lui payer une indemnité correspondante au prix des journées de l'hôpital où existe le tout compris et se refuse à envisager le paiement d'une note du chirurgien établie conformément au tarif légal.

Quelles sont en l'espèce les obligations de la Compagnie ?

Dr F.

Réponse.

En vertu du paragraphe 3 de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, en cas d'hospitalisation du blessé, le chef d'entreprise n'est tenu que de payer, *tout compris*, le prix de l'assistance médicale gratuite de l'hôpital le plus proche, majoré de 30 %. Un arrêt de la Cour de Cassation du 5 décembre 1923 a décidé que le « tout compris » s'appliquait même en cas d'hospitalisation dans une clinique privée, à moins toutefois que l'hospitalisation dans la clinique n'ait été commandée par l'urgence ou la nature exceptionnelle de la lésion.

Si, dans le cas d'espèce, aucune de ces deux circonstances exceptionnelles ne peut être invoquée, c'est à bon droit que l'assurance offre seulement de payer le prix de journée de l'hôpital, majoré de 30 %, à l'exclusion de tout honoraire chirurgical.

Il ne pourrait en être autrement que si l'hospitalisation dans la clinique avait été demandée par l'assurance elle-même. Dans ce cas, le « tout compris » ne pourrait jouer et le chirurgien pourrait réclamer des honoraires, non plus en vertu du tarif Durafour, mais en vertu du droit commun.

2655. — Salaire de base d'un accidenté du travail.

Un ouvrier travaille dans une première usine où il gagne 6.500 fr. par an.

Les jours fériés et les dimanches, il pique les chaudières dans une autre usine où il gagne 900 fr. par an.

Il est brûlé vivant et meurt à cette seconde usine.

L'assurance de cette dernière usine ne donne à la veuve que 180 fr. 80 par an et 139 fr. 95 pour sa fillette, âgée de 13 ans :

1° Est-ce la somme due ?

2° La veuve ne peut-elle réclamer sur le salaire entier, soit 6.505 + 900 fr. ?

3° S'il était prouvé qu'il y a eu, du fait de faire entrer un homme dans une chaudière encore chaude, homicide par imprudence, de la part du patron, la veuve ne pourrait-elle pas faire plaider dans ce sens ?

Dr M.

Réponse.

Si l'usine dans laquelle l'accident est arrivé travaille d'une façon continue, c'est à bon droit et en conformité des principes admis par la jurisprudence que les rentes de l'enfant et de la veuve ont été calculées sur le salaire annuel touché par l'ouvrier dans cette usine, à l'exclusion de celui qu'il gagnait en travaillant normalement dans l'autre usine.

La rente de la veuve est égale à 20 % du salaire de base du mari et celle de l'enfant unique à 15 %. Etant donné un salaire de base de 900 francs, ces rentes doivent s'élever respectivement à 180 et 135 fr.

Au cas où l'accident aurait été dû à la faute inexcusable du patron, la veuve et son enfant auraient pu demander des rentes plus élevées, mais ce moyen aurait dû être invoqué devant le Président du Tribunal, en conciliation, lors de la fixation de la rente. Maintenant qu'un accord est intervenu entre les parties, il ne peut être modifié que si, dans quelqu'une de ses parties, il est contraire aux dispositions de la loi sur les accidents du travail.

2667. — 1° Accident à l'ouvrier d'un autre patron ; 2° Revision.

1° Un jeune ouvrier, au service d'un propriétaire, reçoit du régisseur l'ordre de monter sur une charrue à défoncer. Au cours du travail, il tombe et se casse une jambe. Qui est responsable de l'accident : est-ce le propriétaire ou l'entrepreneur de défoncement ? Quelle est la Compagnie d'assurances qui doit payer et comment se faire rendre justice dans ce cas ?

2° Un ouvrier a été blessé dans son travail, il a été amené à signer un accord avec la Compagnie d'assurances du patron, accord qui ne lui donne que le paiement des journées d'invalidité et rien pour une légère infirmité permanente qu'il a conservée, après avoir repris son travail. A-t-il le droit, malgré l'accord signé d'attaquer à nouveau le patron et la compagnie. Y a-t-il prescription en ces matières ?

Dr S.

Réponse.

1° Au moment de l'accident, l'ouvrier n'avait

pas cessé de travailler pour le compte de son patron, le propriétaire, puisque c'est sur l'ordre du préposé de ce dernier, le régisseur, qu'il est monté sur la charrue. A notre avis, il n'est donc pas douteux que c'est le patron du blessé qui doit l'indemniser des suites de l'accident. C'est donc à la Compagnie d'assurances qui couvre le patron propriétaire que vous devez adresser votre note.

2° Les dispositions de la loi sur les accidents du travail sont d'ordre public et il ne peut y être dérogé par des conventions particulières. Par conséquent, l'accord passé entre le blessé et la Compagnie, au sujet du règlement de l'indemnité, n'empêche pas le blessé de poursuivre l'attribution d'une rente, s'il reste atteint d'une incapacité permanente partielle, même s'il a renoncé à toute action de ce chef dans l'acte passé avec la Compagnie.

Puisque le travail a déjà été repris, c'est la procédure de révision qui doit être employée en l'*espèce. L'action doit* être introduite dans les trois ans, au plus tard, à compter de la cessation du paiement du demi-salaire, par simple déclaration au greffe du tribunal civil du lieu de l'accident. Le président convoquera les parties en conciliation et, à défaut d'accord, les renverra devant le tribunal civil. Dès la tentative de conciliation le blessé bénéficiera de plein droit de l'assistance judiciaire.

Médecine légale

2587. — Constatation de décès d'une pendue.

J'ai été appelé pour constater le décès d'une femme trouvée pendue dans une chambre d'hôtel dans un pays situé à 9 kilom. de mon domicile. Elle était absolument sans ressources.

Quels honoraires puis-je demander pour mon déplacement et le certificat ? A qui dois-je les demander ?

Dr G.

Réponse.

Si vous avez été requis par le maire, agissant en sa qualité d'officier de police judiciaire, vous avez droit, pour votre visite et la rédaction de votre certificat, à un honoraire de 15 francs. En outre, vos frais de déplacement doivent vous être remboursés à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour. Vous devrez adresser votre mémoire, établi en double exemplaire sur papier libre, au Procureur de la République du ressort qui, après visa du Procureur général et taxe du Président du Tribunal, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

Au cas où vous auriez été appelé par un membre de la famille ou un simple particulier, vous ne pourriez vous faire payer que par les héritiers, conformément au droit commun.

2638. — Honoraires de médecine légale.

Abonné depuis mon installation à votre excellente publication, sans vous avoir jamais demandé un renseignement, je vous serais reconnaissant de me dire si possible :

Les honoraires d'une autopsie en médecine légale ;

Les honoraires d'un examen de jeune fille pour viol.

Si vous avez en fascicule séparé, les honoraires de médecine légale, je vous serais reconnaissant de me l'adresser contre remboursement, ou selon tout autre mode de payement. Dr C.

Réponse.

En vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit à un honoraire de 70 francs pour l'autopsie que vous avez pratiquée, si cette autopsie a eu lieu avant inhumation ou de 110 fr. si l'autopsie a eu lieu après exhumation ou bien si le cadavre était en état de décomposition avancée. Ces prix s'entendent pour les villes dans lesquelles siège un tribunal de première classe ; dans les autres, ils sont ramenés respectivement à 60 et 90 francs.

Pour l'examen de la jeune fille violée, vous avez droit à un honoraire de 20 ou de 15 francs, suivant la même distinctinon.

Dans ces prix sont compris les frais de rédaction et de dépôt de rapport, ainsi que de la prestation de serment, s'il y a lieu.

Au cas où vos expertises auraient présenté des difficultés particulières, vous pourriez demander des honoraires plus élevés, qu'il appartiendrait au magistrat commettant de taxer.

Enfin, si vous avez eu à vous déplacer à plus de deux kilomètres de votre résidence, vous avez droit à des frais de déplacement, à raison de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour.

Vous devrez envoyer vos mémoires en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée dépasse 50 francs, au Procureur de la République qui, après visa du Procureur général et taxe du magistrat commettant, vous fera payer par les soins du receveur de l'enregistrement.

Nous avons publié le tarif de médecine légale dans diverses éditions de l'Agenda-Memento du praticien, mais nous n'avons pas de tirages à part.

Baux et Locations.

2229. — Loi du 1er avril 1926 sur les loyers. « Dernier recensement ».

J'habite une commune où le recensement de 1926 accuse une plus value de 10 % sur 1924.

Le juge ne peut cependant, dit-il, m'accorder la prorogation de la loi du 1er avril 1926, parce que le mi-

nistre prétend que c'est le recensement de 1921 qui doit être considéré comme le dernier recensement et que celui-ci est déficitaire sur celui de 1911.

Me voici à la porte d'un immeuble que j'ai habité 20 ans, après 20 ans d'exercice de la médecine dans la région et sans possibilité de trouver un local dans un rayon de 4 ou 5 kilomètres. C'est, en somme, ma situation brisée et l'obligation d'aller recommencer ailleurs.

Un conseil dans cette pénible situation me serait particulièrement utile et je vous serais très reconnaissant si vous pouviez me le donner.

Dr E.

Réponse.

Du texte adopté par la loi du 1er avril 1926 sur les loyers, il résulte que ce sont les résultats du dernier recensement, au sens légal du mot, qui doivent servir de base au calcul nécessaire pour savoir si la loi est applicable ou non dans les communes d'une population inférieure à 4.000 habitants. Or, les recensements ne deviennent officiels et définitifs que par décret et ce décret n'a pas encore été rendu pour consacrer les résultats du recensement de 1926. Il en découle que le « dernier recensement » est celui de 1921 et que celui de 1926 ne peut encore entrer en ligne de compte. Mais, lorsque le recensement de 1926 aura été rendu officiel par décret, c'est lui qui deviendra le « dernier recensement » et c'est lui qui devra alors servir de base. De la sorte, la loi cessera d'être applicable dans des communes où elle l'est actuellement et inversement. Cette solution ressort très nettement de la discussion de la loi au Sénat.

Dans votre cas particulier, nous ne pouvons que vous conseiller d'employer tous les artifices de procédure possibles pour retarder votre expulsion. Si le décret rendant officiel le recensement de 1926 est rendu avant votre expulsion, vous aurez droit automatiquement à la prorogation et votre situation sera consolidée jusqu'au 1er avril 1931.

2669. — Revision des baux.

Je suis propriétaire d'une maison louée pour hôtel par bail de douze ans finissant le 1er avril 1925 au prix de 2.450 (22 pièces, remise, cour, écurie pour 30 chevaux). Pour appliquer la loi de 1918, j'ai accordé par bail notarié la prorogation de cinq ans, mais par erreur, le notaire aujourd'hui décédé a porté à 1931 le terme du bail prorogé au lieu de 1930. Mon locataire, contrairement à la loi, n'a voulu m'accorder qu'une augmentation de 250 francs pour les charges. Je n'ai pas voulu plaider et les choses en sont là.

N'y a-t-il pas une nouvelle loi sur les baux à longue durée qui me permettrait d'augmenter le loyer jusqu'au terme du bail 1931 et quelle serait cette augmentation ?

J'ai refusé toute prorogation désirant occuper par moi-même ou par ma famille le 1er étage de la maison.

Dr X.

Réponse.

La loi du 6 juillet 1925 vous autorise à demander la révision du loyer de votre maison et il est regrettable que vous ayez attendu si longtemps pour agir, car il est douteux que vous puissiez obtenir une augmentation rétroactive. Puisque votre locataire est en cours de prorogation de guerre, vous devrez lui consentir, en échange de l'augmentation, un supplément de prorogation égal au temps qui reste à courir sur celle-ci.

S'agissant d'un local commercial, l'augmentation doit être fixée *compte tenu de tous éléments d'appréciation* (donc pas de taxation légale) mais de manière que le locataire continue à bénéficier d'un abattement d'un quart de la différence entre le prix du bail et le loyer qu'il devrait payer actuellement. Soit, par exemple, 1.000 fr. le loyer d'avant-guerre et la valeur locative actuelle 3.000 francs, le loyer révisé sera de 1.000 plus $\frac{(2.000 \times 3)}{4}$, soit 2.500 francs.

Votre affaire étant importante et la fixation de la valeur locative actuelle étant certainement très délicate, nous vous conseillons de confier dès maintenant vos intérêts à un avoué qui se chargera des pourparlers avec votre locataire et fera la procédure nécessaire, si besoin est.

Divers.

2622. — Médecins contrôleurs des pupilles de la Nation.

A qui appartient la nomination des médecins contrôleurs des Pupilles de la Nation ?

Au Préfet ou à l'Office départemental ?

En Charente, le Syndicat médical est mal vu à l'Office et nous sommes en discussion.

Dr M.

Réponse.

D'après l'article 23 du décret du 15 novembre 1917 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 27 juillet 1917, instituant les Pupilles de la Nation, le conseil d'administration de l'office départemental (dont le préfet est le président de droit) délibère sur : 1° l'organisation des services dépendant de l'office.

Dans ces conditions, à notre avis, la nomination des médecins contrôleurs des Pupilles de la Nation est de la compétence de l'office départemental et non pas du préfet.

2673. — Certificat de constatation de décès.

Je serais heureux d'avoir votre avis sur ce que nous, médecins traitants, nous devons faire lorsque nous avons un certificat de décès à rédiger après la mort d'un de nos clients, Au maire de T, avec lequel j'ai eu un entretien relatif à la circulaire ci-jointe, qu'il venait de recevoir, j'ai répondu que le secret professionnel auquel nous sommes tenus nous mettait dans l'obligation de n'indiquer dans nos constats de décès des clients que nous avons soignés, ni le nom de la maladie, ni le diagnostic de la maladie qui a causé la mort. Est-ce votre avis, mon cher confrère ? Ce n'est pas celui de Monsieur le Maire, car pour lui la divulgation du nom de la maladie qui a causé la mort n'a aucune importance, puisque l'intéressé est mort ; la famille, les enfants du défunt ne comptent pas dans la circonstance. Il est vrai qu'il fut un peu interloqué, lorsque je lui demandai s'il eût été satisfait que j'inscrive le nom de la maladie dont mourut son père, sur le certificat rédigé après son décès, en supposant qu'il fût mort de la vérole. Je crois qu'il m'eût demandé ce que je faisais du secret professionnel et qu'il en eût eu le droit, si ce n'est plus. Veuillez, mon cher confrère, me répondre au plus tôt, et me dire en même temps qui doit payer ces certificats : la commune ou la famille ? et à quel tarif ? Faut-il encore faire un cadeau à l'Etat qui nous en fait si peu ?

Dr G.

Réponse.

Nous ne pouvons qu'approuver la réponse que vous avez faite au maire. En effet, le secret professionnel est d'ordre public et le désir de dresser des statistiques de mortalité ne peut prévaloir contre l'article 378 du Code pénal.

La remise, par un médecin, à l'officier de l'état civil, d'un certificat indiquant la nature de la maladie dont est mort l'un de ses clients, constitue bel et bien une violation du secret professionnel, et expose son auteur à être condamné par application de l'article 378 précité.

Le Ministère de la Justice a émis cet avis, lorsqu'il a, il y a quelques années, été consulté par le Ministère de l'Hygiène, qui désirait organiser un mode de déclaration des décès au moyen de l'envoi des certificats des médecins traitants à des médecins fonctionnaires tenus eux-mêmes au secret professionnel.

Il a déclaré que, si le pli confidentiel contenant le certificat était ouvert et si la divulgation en était ainsi effectuée, le médecin certificateur pourrait être poursuivi pour violation du secret professionnel.

Il est donc du devoir du médecin traitant de refuser de déclarer la cause du décès de son client.

S'il passait outre, ce serait à la commune, qui lui aurait demandé ce certificat, à le lui payer, au tarif convenu entre eux, à défaut de tout tarif légal.

Quarante-huitième année N° 37 12 Septembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2314-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER
Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péré, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade, Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les Bains Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda

Évaux-les-Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Bernardicou, Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Dullège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les Bains. De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Peytoureau (*peau*), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Bornèque, Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore. J. André, Béal, Debidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle.

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains. Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. Bleicher, E. Mallein, Musso, Roux.

St-Honoré-les-Bains Charpin, Comoy, Comte, Ségard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Thonon-les-Bains. Vuillaume.

Uriage. Barbier, A. Bouteiller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet-les-Bains. Ponsot.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Canlon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farre (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel. Constant, Monsseaux.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr ROESCH, de Bourron-Marlotte, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à **2** *fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du* CONCOURS MÉDICAL, *Paris* **167-95.**

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 411. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 412. — Paris 10e, cab. méd. à céder. Prix 20.000, tout compt.

No 413. — Sud-Est, seul méd. proph., gros rapp. prouvés par comptab. Fixes très import. A céder d'urg., indemn. modérée.

No 414. — Centre. Seul propharm. moyenne 3 dern. années 29.000, suscept. gr. augm., 12 km. gr. ville, rég. jolie, riche. Indemn. 10.000 pharm. compr. Pressé, rais. de santé. Vigaud, 14 av. Garibaldi, à Limoges.

No 415. — A céder de suite poste, 20 km. Paris, méd. gén. A. T., rapp. 45 à 50.000 à accroît. considér. Seul méd. installé. Prix : 50.000.

No 416. — Achet. petit chien courant mâle, préfér. beagle queen Elisabeth, Stoeckel, etc. Dr Marchand, à Châteauneuf (Charente).

No 417. — A vend. cabr. Peugeot 5 CV. « tout temps ». Téléph. Ség. 74-36.

No 418. — A vend. torp. Berliet 1922, 4/5 pl., peu roulé, excell. état. Echang. contre bonne voiturette. Dr Retière, 76, rue J.-Jaurès, à Brest.

No 419. — Ouest, ville moyenne, cab. radio et électro., aucune concurr., rapp. 55.000 net, tr. belle et gr. mais. conf., on cède l'instal. complète. Prix : 80.000. S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

No 420. — Sud-Ouest, chef.-lieu cant. Poste anc., rapp. 58.000, av. fixe du ch. de fer, mais. agréab. et confort. Indemn. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — † M. **Jean COSTE**, externe des hôpitaux de Lyon. — Notre confrère, le Dr J. COSTE, de Jausiers (B.-A.), à qui nous décernions dernièrement le 3e prix de notre concours, vient d'avoir la grande douleur de perdre son fils unique, M. Jean Coste, externe des hôpitaux de Lyon, mort accidentellement au cours d'une ascension de montagne. Alpiniste expérimenté et très prudent, M. Jean Coste faisait, accompagné d'un ami, l'ascension de la Meige : c'était sa 106e ascension importante. Une tempête d'une violence extrême les surprit et causa la mort de ces deux vaillants alpinistes. Nous exprimons à notre confrère, le Dr Coste, nos sentiments de bien vive sympathie et prenons une part sincère au deuil si cruel qui le frappe.

— **Les Congrès.** — Du 30 septembre au 2 octobre, à Washington, *Ve conférence de la tuberculose.*

— **Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux de France.** — Les lundi 4 et mardi 5 octobre, dans une salle de la Faculté, obligeamment prêtée par M. le doyen Roger, se tiendra le VIIe Congrès de l'association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France.

— **Académie de médecine.** *Legs Desnos.* — Par décret du 28 juillet 1926, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs Desnos, d'un titre de rente de 1.200 fr. destiné à la fondation d'un prix triennal de 3.600 fr. Ce prix sera décerné à un docteur en médecine ou à un interne des hôpitaux de Paris pour accomplir une mission scientifique à l'étranger.

— **Hôpital Broussais.** *Cours de cardiologie*, du 17 au 27 octobre, par M. LAUBRY et ses assistants (Droit : 100 fr.)

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** *Clinicat.* — Un concours pour un emploi de chef de clinique ophtalmologique sera ouvert aux Quinze-Vingts, le lundi 25 octobre 1926.

— **Lyon.** *Cours de pratique gynécologique.* — Des leçons et exercices pratiques de gynécologie auront lieu du 14 au 30 octobre à l'hôpital de la Charité, sous la direction du prof. VILLARD.

— **Bureau d'Hygiène de Montrouge.** — Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an au lieu de 12.000, mais le titulaire ne pourra pas exercer la médecine à Montrouge.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Service de Santé militaire.

Statut des Infirmières militaires

Décret du 6 août 1926.

Rôle des infirmières.

Art. 1er. — Le rôle des infirmières des hôpitaux militaires consiste à participer, sous l'autorité et la direction des médecins, aux soins à donner aux malades et blessés, ainsi qu'à l'exécution des mesures d'hygiène ou de prophylaxie (individuelles ou collectives).

Elles procèdent, concurremment avec les infirmiers de visite, à l'administration des médicaments et participent à la surveillance de la distribution des aliments. Elles peuvent être chargées, en l'absence de l'infirmier de visite, de la tenue des cahiers de visite et de l'établissement des relevés journaliers des prescriptions.

Il peut leur être confié, en outre, certains travaux techniques dans les salles d'opérations, de stérilisation, de radiologie, de pansements, de consultations, etc.

Régime administratif.

Art. 2. — Les dispositions réglementaires relatives à la situation du personnel civil d'exploitation des établissements militaires, qui ne sont pas contraires au présent décret, sont applicables aux infirmières des hôpitaux militaires.

Recrutement.

Art. 3. — Les infirmières des hôpitaux militaires sont recrutées par voie de concours. Les conditions et le programme d'admission sont déterminés par des instructions ministérielles.

Les candidates doivent être :

1º De nationalité française ;

2º De bonne vie et mœurs;

3º Agées de 21 ans au moins et de 35 au plus ;

4º Aptes, physiquement, à remplir l'emploi d'infirmière en France, en Algérie-Tunisie et sur les théâtres d'opérations extérieures.

Toutes les infirmières débutent comme stagiaires. Un an après leur admission, leurs aptitudes professionnelles, leur conduite et leur moralité, leur manière de servir, font l'objet de la part du ou des chefs de service et du médecin chef de la formation, d'un rapport individuel transmis au ministre, par le directeur du service de santé, avec son avis personnel motivé sur l'admission définitive ou le renvoi immédiat, sans indemnité ; ou, enfin, l'ajournement, si des circonstances exceptionnelles le justifient.

Le ministre décide.

Mesures sanitaires préventives.

Art. 4. — Au moment de leur admission comme stagiaires et au cours de leur service, les infirmières

des hôpitaux militaires sont soumises aux diverses vaccinations et mesures préventives en usage dans l'armée, compte tenu, d'une façon minutieuse, et après examen médical attentif, des diverses contre-indications que peuvent comporter certaines vaccinations.

Composition.

Art. 5. — Le personnel des infirmières des hôpitaux militaires comprend :

1° .... Des stagiaires.

2° Des infirmières .... De 3e classe. De 2e classe. De 1re classe.

3° Des infirmières principales...... De 2e classe. De 1re classe.

Effectif.

Art. 6. — L'effectif des infirmières des hôpitaux militaires est fixé par décret contresigné par le ministre des finances.

Le nombre des infirmières principales de 1re classe ne peut excéder 4 p. 100 et celui des infirmières principales de 2e classe 6 p. 100 de l'effectif total des infirmières des hôpitaux militaires.

Affectations. — Mutations.

Art. 7. — Les infirmières des hôpitaux militaires sont à la disposition du ministre. Elles peuvent être temporairement détachées dans les infirmeries-hôpitaux ou autres formations ; elles peuvent également participer à tout autre service rentrant dans les attributions techniques du service de santé militaire. Dans tous les cas, elles restent soumises aux obligations des infirmières des hôpitaux militaires (envoi aux théâtres d'opérations extérieurs, etc.).

Elles peuvent également être détachées temporairement dans l'un des hôpitaux de leur région de corps d'armée, par le directeur du service de santé qui rend compte au ministre.

Un arrêté ministériel déterminera les conditions que devront remplir les infirmières actuellement en service dans les écoles militaires pour pouvoir être admises dans le cadre des infirmières des hôpitaux militaires.

Radiation.

Art. 8. — Les infirmières des hôpitaux militaires peuvent être rayées des contrôles par démission, pour incapacité physique, par mesure disciplinaire.

Les infirmières des hôpitaux militaires, titulaires d'une pension pour invalidité, par application de l'article 57 de la loi du 31 mars 1919, ne peuvent être maintenues en service que par décision du ministre de la guerre.

Réintégrations.

Art. 9. — Les infirmières des hôpitaux militaires rayées des contrôles pour raisons de santé peuvent être réintégrées à l'occasion de vacances, sous réserve d'avoir satisfait à un examen sur leur aptitude physique et professionnelle à remplir l'emploi d'infir-

mière en toutes circonstances. Elles sont réintégrées avec le titre et l'ancienneté qu'elles possédaient au moment de leur radiation des contrôles.

Dossier du personnel.

Art. 10. — Chaque infirmière reçoit, dès son admission comme stagiaire :

1° Un livret individuel administratif ;
2° Un livret de salaire et indemnités ;
3° Un livret technique.

Les deux premiers livrets sont détenus par l'officier d'administration gestionnaire, le troisième par le médecin chef.

Tenue.

Art. 11. — Dans l'exécution de leur service, les infirmières des hôpitaux militaires revêtent par dessus leurs effets personnels, la tenue blanche d'hôpital : blouse montante, tablier, coiffe ou voile.

Cette tenue leur est prêtée par le service de santé qui en assure l'entretien et le blanchissage.

Notes.

Art. 12. — Les infirmières des hôpitaux militaires sont notées en fin de semestre, et, en cas de mutation :

1° Au premier degré :

a) Par le chef de service, au point de vue technique moral et disciplinaire.

b) Par l'officier d'administration gestionnaire, au point de vue de conduite et discipline générale.

2° Au second degré : par le médecin chef.

3° Le cas échéant, par le directeur du service de santé.

Copie des notes périodiques et éventuelles est adressée au ministre.

Traitement. — Indemnités.

Art. 13. — Le traitement annuel est fixé par décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.* Il est exclusif de toute gratification.

Aucune indemnité ou avantage accessoire de quelque nature que ce soit ne peut être attribué aux infirmières des hôpitaux militaires qu'en conformité d'un décret contresigné par le ministre des finances et publié au *Journal officiel.*

Avancement.

Art. 14. — L'avancement ne peut avoir lieu que pour la classe ou l'échelon immédiatement supérieur.

L'ensemble des avancements au choix accordés chaque année par le ministre ne peut excéder le dixième de l'effectif total existant.

Aucune infirmière ne peut être promue à une classe ou à un échelon supérieur si elle ne réunit, au

minimum, une ancienneté totale de services, égale au temps nécessaire pour accéder, exclusivement au choix, à cette classe ou échelon.

Le nombre des années de fonctions requises pour un avancement de classe ou d'échelon, à l'ancienneté ou au choix, est le suivant :

Avancement	Conditions	
Infirmière de 3e classe pour infirmière de 2e classe, 1er échelon	a) De droit à l'ancienneté après cinq ans de fonctions. b) Au choix après trois ans de fonctions	Dans l'emploi ou l'échelon immédiatement inférieur.
Infirmière de 2e classe, 1er échelon pour infirmière de 2e classe, 2e échelon		
Infirmière de 2e classe, 2e échelon, pour infirmière de 1re classe, 1er échelon		
Infirmière de 1re classe, 1er échelon, pour infirmière de 1re classe, 2e échelon		
Infirmière de 1re classe, 2e échelon, pour infirmière principale de 2e classe, 1er échelon	Au choix exclusivement après cinq ans de fonctions	
Infirmière principale de 2e classe, 1er échelon, pour infirmière principale de 2e classe, 2e échelon		
Infirmière principale de 2e classe, 2e échelon, pour infirmière principale de 1re classe		

Les promotions au choix sont faites par le ministre qui établit un tableau annuel d'avancement ; celles à l'ancienneté sont faites par les directeurs du service de santé, qui rendent compte au ministre.

Une instruction ministérielle déterminera les conditions dans lesquelles seront établies les propositions pour l'avancement au choix.

L'avancement à l'ancienneté ou au choix n'est accordé que dans les limites des crédits disponibles.

Récompenses honorifiques.

Art. 15. — Les propositions d'attribution de récompenses dont les infirmières des hôpitaux militaires peuvent faire l'objet sont établies par le médecin chef et transmises au ministre par les directeurs du service de santé et les généraux commandant le corps d'armée, qui y mentionnent leur avis.

Sanctions disciplinaires.

Art. 16. — Les sanctions disciplinaires applicables aux infirmières des hôpitaux militaires sont :

1° L'avertissement ;
2° Le blâme du directeur ;
3° L'ajournement de l'avancement ;

4° Le déplacement d'office ;

5° La rétrogradation ;

6° Le renvoi (avec exclusion de toutes les formations sanitaires où sont hospitalisés des militaires).

L'infirmière encourant l'une des sanctions prévues aux paragraphes 1° et 2° est toujours entendue, préalablement, par l'autorité qui l'inflige.

Les sanctions de 3° à 6° relèvent du ministre et, en ce qui les concerne, les dispositions de l'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905 doivent être appliquées.

Le conseil de discipline appelé à émettre un avis sur l'application de la sanction « renvoi » est composé de deux médecins militaires (dont l'un est président), d'un officier d'administration et de deux infirmières (de classe et échelon au moins égaux à ceux de l'infirmière visée).

Les membres du conseil sont désignés par le ministre, ou son délégué. Le président désigne un rapporteur et notifie à l'intéressée l'enquête dont elle est l'objet, en l'invitant à faire connaître au rapporteur tous les renseignements utiles pour sa défense et les personnes qu'elle veut faire entendre.

Le rapporteur convoque l'infirmière pour recevoir ses explications, que celle-ci donne personnellement, ou avec l'aide d'un défenseur agréé par le président, s'il n'est pas avocat.

Le rapporteur dresse procès-verbal de son enquête et le fait signer par l'infirmière. Il y joint son rapport qu'il transmet au président du conseil de discipline.

Huit jours à l'avance, celui-ci convoque l'intéressée, aux jour et heure fixés pour la séance du conseil, en l'avisant que si elle ne se rend pas à la convocation il sera passé outre.

Le vote a lieu au scrutin secret.

Si le conseil estime que le « renvoi » constitue une sanction trop rigoureuse, il peut proposer la rétrogradation de l'intéressée.

Exécution du service.

Art. 17. — Les infirmières des hôpitaux militaires sont réparties, suivant les besoins du service, par le médecin chef de la formation, compte tenu de leurs aptitudes professionnelles.

Lorsqu'elles sont au nombre de quatre, au moins, dans la formation, elles y assurent, par roulement, le service de garde de nuit ; elles participent toutes à ce service, quel que soit leur emploi ou leur spécialité.

Sauf dans les grands établissements, où leur présence continue pendant les heures de travail dans leur service technique est reconnue indispensable par le médecin chef, les infirmières utilisées comme manipulatrices radiographes participent, en dehors de leur service de spécialité, à l'exécution du service général dans les salles.

Voir la suite page XLVII-2361

PROPOS DU JOUR

Les dangers que font courir les techniciens à l'esprit trop absolu.

Dans la lettre que M. Clémenceau a adressée au président Coolidge, nous avons relevé une phrase qui mérite d'être méditée :

Un technicien est, trop souvent, un homme qui se plaît à isoler son problème de ceux dans la coordination desquels il est engagé.

Cette phrase contient la critique de la spécialisation à outrance que certains esprits fort distingués considèrent, en médecine, comme le but de tous les progrès.

Que, dans toutes les circonstances où, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement, l'emploi d'instruments au maniement difficile et délicat s'impose, il y ait des spécialistes, cela tombe sous le coup du bon sens et personne ne saurait le contester. Mais que chaque organe, chaque appareil, chaque genre de maladie nécessitent des médecins spéciaux pour les diagnostiquer et les soigner, nous ne saurions l'admettre.

Il est des cliniciens et de grands maîtres qui se sont plus particulièrement consacrés aux maladies du cœur, des poumons, du cerveau, du système nerveux ; les Corvisart, les Laënnec, les Bouillaud, les Potain, les Duchenne de Boulogne, les Charcot, pour ne citer au hasard que les noms de quelques grands disparus, tiendront toujours, dans l'histoire de la médecine, le premier rang et personne ne voudra le leur contester . Mais ces grands médecins n'étaient pas des spécialistes, dans le sens étroit du mot, et ils ne séparaient pas les organes et les maladies qui avaient fini par accaparer leurs recherches, de la totalité de la pathologie, ni de l'ensemble du malade. D'ailleurs, si l'on dresse la liste de leurs travaux, l'on constatera toujours que leurs études se sont portées sur de nombreux chapitres de la pathologie, avant de les concentrer sur un seul organe ou une seule maladie.

L'évolution des sciences médicales démontre de plus en plus qu'il n'y a pas de maladies d'organes, mais des localisations sur certains organes de maladies générales. Et même, ces maladies générales ne sont pas unes, elles sont le plus souvent associées à d'autres, subissent l'influence du terrain sur lequel elles se développent, d'affections antérieures qui ont modifié le milieu, et certainement de beaucoup d'autres causes qui sont encore pour nous inconnues.

C'est pour cela que nous protesterons toujours contre la prétention qu'ont certains Maîtres dont nous ne contestons pas la valeur, mais qui, à notre humble avis, font fausse route, à vouloir, envers et contre tout, spécialiser la tuberculose.

Cette manie de la spécialisation qui conduit à l'esprit de système, finit parfois à amener les hommes les plus distingués aux erreurs les plus singulières. Nous en citerons un exemple dont nous avons gardé le souvenir.

Il y a un peu plus de trente ans, nous nous étions attaché, à Bicêtre, à l'étude de l'idiotie, et la confiance de notre maître, Bourneville, qui était un clinicien exerçant la médecine générale et non un étroit spécialiste, nous avait chargé des autopsies de son service au titre de conservateur de son Musée d'anatomie pathologique. Nous eûmes alors l'avantage de faire la nécropsie de plusieurs enfants qui avaient subi, quelques années auparavant, la craniotomie, opération rayée depuis bien longtemps de la liste des traitements chirurgicaux de l'idiotie. Inutile de dire qu'aucun de ces enfants craniotomisés n'avait été guéri, ni même amélioré ; leur état s'était sensiblement aggravé peu après l'opération. Si chez certains, quelques jours après l'intervention, l'on avait cru constater un semblant de progrès, cela avait tenu à la sollicitude des observateurs qui s'étaient illusionnés.

D'ailleurs, à l'autopsie, nous avons pu constater les lésions méningo-encéphaliques secondaires que la craniotomie avait déterminées.

Les chirurgiens qui avaient opéré les malades, n'étaient pas cependant les premiers venus ; ils s'appelaient Lannelongue, Poirier, Doyen. Partant d'une idée préconçue et fausse, celle que l'idiotie tenait à l'ossification prématurée des sutures craniennes, ils avaient pensé qu'en faisant la craniotomie, ils permettraient au cerveau de se développer plus à l'aise.

Etrange aberration ! Assez semblable à celle des sorciers qui, aux époques reculées, trépanaient les épileptiques pour permettre à l'esprit malin de s'évader de leur cerveau.

La Presse fit grand bruit autour de ces tentatives. L'on annonça à grand orchestre : *Un nouveau miracle de la chirurgie contemporaine* ; *la gué-*

rison opératoire de l'idiotie. Nous n'oserions affirmer que cette publicité n'influença pas le vote de quelques membres de l'Institut non médecins, qui préférèrent donner leur voix à Lannelongue qu'à Ollier, chirurgien et pathologiste de haute valeur, mais d'allure beaucoup plus modeste.

Notre maître Bourneville qui, étant données ses relations intimes avec Poirier, pouvait se permettre beaucoup à son égard, lui fit à diverses reprises de sérieux reproches et le convia à venir, dans son service, se rendre compte de ce qu'était l'idiotie et constater qu'il n'y avait pas une idiotie, mais des idiots, arrêtés dans leur développement mental par une infinité de maladies.

Personne n'oserait dire cependant que les Lannelongue, les Poirier, les Doyen n'aient été de grands chirurgiens et des hommes d'une intelligence supérieure, mais ils étaient étroitement des techniciens et leur confrère, peut-être leur ami, Clémenceau, aurait pu alors leur dire :

Un technicien est, trop souvent, un homme qui se plait à isoler son problème de ceux dans la coordination desquels il est engagé.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES SENTIMENTS FAMILIAUX DANS LA RÊVERIE MORBIDE

(Haine familiale et schizomanie)

Par le Dr Gilbert Robin,

Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris.

Le médecin praticien a souvent l'occasion d'examiner des jeunes gens moroses, solitaires, apathiques, inactifs, foncièrement indifférents, présentant un affaiblissement intellectuel rapide et versant dans la démence précoce. Peut-être n'est-il pas inutile d'attirer son attention sur d'autres jeunes gens en apparence moroses, solitaires, apathiques, inactifs et l'air indifférent comme les premiers, et cependant, bien différents, au point de vue nosographique. Autrefois, leurs traits communs les faisaient confondre. On les rangeait tous dans cette démence des jeunes gens : la démence précoce édifiée par Kraepelin. C'est la gloire du grand psychiatre de Zurich, de Bleuler, d'avoir su les comprendre. Il a trouvé la clef qui lui a permis de pénétrer dans l'être intime de ces jeunes hommes et de ces jeunes filles énigmatiques, dans leur noyau profond, comme dit Minkowski d'une manière pittoresque et forte ; car l'écorce de ce noyau est difficile à percer. C'est là que bouillonnent toutes les forces affectives de l'individu. Leur énergie est grande. Toutes les idées, représentations, souvenirs, tous les sentiments plus ou moins avoués, les tendances les plus secrètes se combinent et se nouent de façon à former un « complexe » souvent inextricable qui occupe la pensée intime appelée autisme. L'individu peut être tourné tout entier vers le monde intérieur, vers cette « pensée autiste », et n'avoir plus aucun rapport avec le monde extérieur, ne plus tenir compte de la pensée réaliste. La pensée autiste ne cherche pas à obéir aux lois de la logique rationnelle. Sa logique est d'ordre affectif et reste, dans les cas extrêmes, tout à fait incommunicable à l'homme normal, à l'homme moyen. La pensée autiste est lâche et fluide, comme le rêve. C'est un rêve démesuré qui disloque les données du réel, refait le monde d'une manière originale, le plus insaisissable. Pensée réaliste et pensée autiste existent côte à côte à dosages divers, l'une l'emportant sur l'autre suivant les cas. C'est ainsi qu'on rencontre des individus ballotés entre ciel et terre, les uns plus près de la terre, d'autres ayant rompu tous liens avec le monde extérieur, perdus pour le monde, perdus dans leur rêve.

Mais pour que la rupture se fasse aussi facilement avec le monde extérieur, pour que le monde intérieur les absorbe aussi rapidement au moindre heurt de la vie, il faut être singulièrement prédisposé à la solitude, au silence, aux délices du rêve. C'est ce qui existe d'ordinaire chez ceux que le professeur Claude, Borel et moi, nous appelons avec Krestschmer (et du reste dans un sens différent) schizoïdes, pour les opposer aux syntones, autrement dit aux hommes d'action.

Etre schizoïde, c'est se trouver toujours sur les bords de la vie intérieure, prêt à partir en rêve pour un monde dont beaucoup ne reviennent pas. Pour perdre contact avec la réalité, il suffit

d'un rien, d'un conflit anodin, et ce conflit met souvent en cause les sentiments familiaux, puisqu'aussi bien, ils sont, chez ces jeunes gens, les seuls qu'ils aient éprouvés jusqu'à ce jour et qu'ils commencent à être bouleversés par un autre, nouveau, plein de fièvre, impétueux : l'amour.

Comme déjà nous voilà loin de ces jeunes déments indifférents avant tout et ne réagissant que selon les faibles possibilités de leur intelligence disloquée. Et cependant, Bleuler ne les sépare guère ! Pour les uns et les autres, il fait jouer le même mécanisme psychologique. Avec le professeur Claude et Borel, nous avons souvent insisté sur la trop grande extension d'un système par ailleurs merveilleux d'intuition psychologique. Le professeur Claude, pour ces malades séparés de l'ambiance par suite de l'envahissement de l'autisme, a proposé le terme de schizomanie. Avec Borel, nous avons montré l'importance des mondes nouveaux et irréels créés par l'imagination de ces sujets qui sont des « Rêveurs éveillés » (1). Pour les vrais déments précoces, il n'existe plus, au point de vue affectif, qu'un monde vide, un désert, où passent sans soutien et sans but, comme des caravanes perdues, des bribes de délire. Pour les schizomanes, les rêveurs, au contraire, deux mondes sont en présence : d'une part, le monde réel, la vie quotidienne en un mot ; d'autre part, le monde intérieur, plus ou moins peuplé de chimères selon l'imagination des sujets, quelquefois simple refuge, cellule de recueillement. Nous n'ajouterons pas de méditation, car ce monde intérieur, encore une fois, n'est pas soumis à la logique rigoureuse des conceptions intellectuelles. Il s'agit d'une logique plus sourde, plus mystérieuse, plus incommunicable aussi, celle de l'affectivité qui tâche de se rapprocher le plus près possible de celle de nos tendances profondes, et souvent se confond avec elles. L'intelligence n'est pas touchée, mais elle n'est plus guère sollicitée. Les réponses sont correctes, la mémoire intacte, mais les malades ne trouvent guère à converser avec nous, avec les gens du dehors : ce qui les intéresse et les retient, c'est leur monologue intérieur, c'est le monde transformé dans lequel ils se sont réfugiés. Désormais, l'attention est interne.

Qu'ils aient l'air lointain, distant, on se l'explique aisément. On imagine si leur activité sera réduite pour ne pas dire nulle. Mais leur air indifférent n'est que la marque de leur distraction. Leur affectivité, loin d'être affaiblie, est au contraire exaltée, on pourrait dire sous pression, pour essayer de rendre cette concentration des sentiments plus ou moins transformés, plus ou moins détournés de leur fin normale.

Mais il suffira de quelques exemples pour saisir en premier lieu la révolution intime qu'a pu apporter, chez des êtres prédisposés au conflit familial, une révélation au sujet de parents, un changement survenu dans leur situation, etc., et en second lieu, la nature du monde délirant où ils sont susceptibles de se réfugier.

Voici quelques passages d'une belle observation de MM. LEROY et MONTASSUT sur une « Evasion de la réalité pour se créer une nouvelle personnalité chimérique ».

Il s'agit d'une demoiselle âgée de 40 ans, Jeanne, issue d'une famille cultivée et aisée. Elle naît à Paris, y demeure jusqu'à l'âge de 8 ans et accompagne ses parents à l'étranger et aux colonies. A 12 ans, de retour en France, elle est placée dans un pensionnat.

Excellente écolière, elle fait de bonnes études, marquant des aptitudes spéciales pour les sciences exactes et les langues étrangères. A 18 ans, elle obtient le brevet supérieur et voyage à l'étranger.

A 20 ans, elle éprouve un grand désarroi moral, à la suite du revirement de la situation de ses parents. Elevée avec des goûts de luxe et des habitudes mondaines, elle est brusquement en contact avec la « promiscuité déplaisante d'un hôtel » géré par son père. A cette occasion, Jeanne qui toujours s'était montrée docile, commence à manifester des troubles du caractère très vifs et, au cours de récriminations incessantes, reproche amèrement à sa famille de lui faire une situation autre que celle qu'elle pouvait espérer.

Les années passent, Jeanne paraît s'être adaptée ; elle donne quelques leçons d'anglais et de portugais, fréquente assidûment les cours de lettres à la Sorbonne et songe très sérieusement à se marier. Une nouvelle déception l'attend encore : à 27 ans, son fiancé, riche étranger, l'abandonne. Elle cache sa douleur à ses parents, s'isole pour pleurer, querelle les voisins, se détache peu à peu de sa famille, lui manifeste de la méfiance, puis de l'hostilité. Elle se signale alors par ses extravagances : réclamations, revendications, faux témoignages, voyages pathologiques à Rome où elle reste quelques semaines dans un couvent près du Vatican. De retour en France, elle renie d'une façon absolue ses parents, veut les chasser, prétendant qu'ils ne sont que de vulgaires gérants, que ses parents à elle sont morts, sa mère de vieillesse, son père assassiné dans le train de Bordeaux et que la vie n'était plus possible avec le vieux gérant, alors qu'autrefois, il était « correct et bien élevé ». Le refoulement paraît ici complet et la conviction délirante est attestée par de nombreuses demandes adressées aux autorités, afin de hâter l'expulsion de l'usurpateur.

Mais bien vite, les quelques idées de revendication disparaissent, et seules, subsistent celles de grandeur et de richesse. Ayant fait table rase, Jeanne va pouvoir construire tout à son aise.

Ses travaux sont immenses : elle a, d'une ambassade auprès du Vatican, rapporté plusieurs milliards

(1) Les rêveurs éveillés, par Adrien BOREL et Gilbert ROBIN. Un vol. Librairie Gallimard. Documents bleus.

à l'Etat, à qui elle a légué toute une fortune acquise dans la vente des autos et l'organisation de fêtes foraines. Sortie nº 1 de Centrale et de Polytechnique, elle a doté Paris d'une ligne de métro et importe les automobiles en France. Elle a encore 22 limousines, une propriété magnifique à Rouen. Pour elle, on a fait sauter, puis reconstruire, d'après ses plans, plusieurs cités américaines. Ancienne avocate, ancienne directrice de la Banque de France, elle a reçu des mains du Président la plaque de Grand Croix de la Légion d'honneur, en récompense de signalés services rendus au pays.

Elle dit bien d'autres choses encore, mais ce qui importe, c'est qu'il n'existe pas ici d'indifférence affective, car Jeanne « a conservé un pieux souvenir de la mémoire de ceux que son imagination a supprimés, elle parle avec une vive émotion de sa famille imaginaire et la pseudo-indifférence n'est qu'une résignation consciente, en accord logique avec la conviction délirante ».

Jeanne est hautaine, dédaigneuse, méprisante, l'interrogatoire l'ennuie, elle cherche à y échapper, comme si elle avait peur d'être désabusée, comme si la discussion allait lui montrer la vérité, vérité qui ferait crouler l'édifice de ses belles histoires.

Ce qui est surtout particulier dans ce cas, et surtout au sujet de son hostilité pour sa vraie famille, c'est que « le souci de fuir la réalité est manifeste, c'est pour échapper aux contacts brutaux et pénibles de l'existence, pour ne pas souffrir d'une vie désormais médiocre que Jeanne limite les contacts avec le monde extérieur. Pour être désormais heureuse, elle exploitera un monde intérieur riche d'idées et de souvenirs, susceptible de renouvellement constant. Jeanne ne fuira pas cette aimable sollicitation, elle s'évadera, et le délire aidant, vivra d'une vie heureuse sans heurts ni menaces ». Procédé psychologique si fréquent « l'inadaptation au monde extérieur, fait de réalités pénibles, sollicite une évasion imaginative » et la haine pour la famille n'est manifeste ici que lorsque les parents de Jeanne sont en présence de leur enfant. Le reste du temps, la réalité est métamorphosée, la haine s'évanouit dans le beau roman. C'est le phénomène de la compensation, selon le terme exact et précis de Mignard et Montassut.

Il existe des transformations de la réalité moins radicales, moins anarchiques. L'évasion est moins parfaite : aussi, les rapports avec ces sujets sont-ils plus difficiles ; on voit bien qu'ils sont encore sur la terre et qu'un délire insuffisant ne les a pas tout à fait consolés et ravis à la réalité. D'où leur mauvaise humeur. C'est ce qu'on peut remarquer dans l'histoire de Marie-Suzanne, vendeuse dans un grand magasin, actuellement âgée de 27 ans.

Enfant, elle était très intelligente, très studieuse, très peu irritable. Elle suit un cours jusqu'à 13 ans et se fait remarquer par d'excellentes études ; puis, elle fait son apprentissage de couturière dans une maison où elle entend parler de théâtre, de riches cadeaux, de luxe, ce qui lui tourne la tête.

« Ce changement, nous a écrit le père, marque une étape de sa vie. Là comme à l'école, on n'eut qu'à se louer d'elle pour son goût et son travail, mais, là aussi, elle entend pour la première fois parler d'amour. Sa patronne, qui est une demoiselle, se marie ; elle assiste à tous les préparatifs du mariage. Le fiancé qui est souvent à la maison l'éblouit par son bavardage et les cadeaux qu'il fait à sa future. Dans cette maison, on parle beaucoup de romans, de théâtre, de l'Opéra surtout. De retour, le soir, la maison ne lui paraît pas aussi brillante et, cependant, elle a bien besoin de repos, car ce surmenage la fatigue. Sa tête travaille beaucoup, elle commence déjà à avoir des idées un peu hautaines.

« Ensuite, elle travaille chez une vieille tante, couturière, pendant un an environ. Cette bonne femme qui l'aime beaucoup, s'aperçoit de ses idées et fait ce qu'elle peut pour la ramener à une plus juste conception des choses ; elle y parvient et pendant les quelques mois qui suivent, elle est bien portante et n'a plus ces idées de grandeur. »

Au moment de la guerre, âgée de 17 ans, elle fait la connaissance, vers 1917, d'un aspirant d'artillerie, dont elle devient follement éprise. Sa famille, qui connaît les intentions du jeune homme, intercepte la correspondance et essaye d'empêcher Marie-Suzanne de s'attacher au jeune homme qui ne l'épousera jamais. Mais elle commence alors à en vouloir à son père et à sa mère qui entravent ses projets.

Vers le même temps, sa mère l'envoie porter une lettre recommandée à la poste avec son livret de mariage. Marie-Suzanne lit avec stupéfaction sur le livret qu'elle est née six mois après le mariage de sa mère, laquelle effectivement a dû alors régulariser sa situation. A partir de cette époque, elle fait comprendre à sa mère que celle-ci, après la conduite qu'elle a eue autrefois, doit se dispenser de lui faire des observations.

A cette série d'émotions, s'ajoute encore ce fait que l'aspirant d'artillerie, pendant une permission, fait à la jeune fille des propositions si pressantes que, profondément froissée, elle est obligée de le repousser et de le quitter. Mais comme elle est très sérieusement amoureuse, elle tombe dans une profonde tristesse, cherche en vain à revoir le jeune homme, menace de se tuer, se montre hostile à l'égard de sa mère, accuse sa famille de l'empêcher de faire sa vie, fait des scènes continuelles sous l'empire de son chagrin, tantôt refuse des partis qui se présentent, tantôt se croit demandée en mariage par des personnes qui n'ont aucune intention à ce sujet. Elle reproche à ses parents leur peu de ressources, leur modeste intérieur, parle de voyager, a des goûts au-dessus de ses moyens, rêve d'intérieur luxueux, et sans cesse la préoccupation du mariage réapparaît dans ses propos.

Elle fait mener à sa famille une vie d'enfer en disant qu'elle la quittera, que ce sont de pauvres gens, etc..., sans cependant cesser d'être vendeuse dans les Magasins Dufayel. Au début d'octobre 1923, on s'aperçoit qu'elle dépérit, elle se plaint souvent de la tête, on lui donne un congé. Elle va à la campagne où elle prétend s'être ennuyée et pendant ce temps, n'écrit jamais à sa famille. A son retour, elle reprend sa place, mais elle dit que des espions la frôlent, que des clientes jouent à cache-cache dans les rayons et lui font des attouchements. Elle dit de sa mère qu'elle veut l'empoisonner avec du savon minéral, qu'elle est enceinte. Elle annonce à son oncle qu'elle achètera un revolver et qu'elle le tuera.

Le 15 octobre, vivant de plus en plus dans un état de malaise et de défiance, elle prend le tramway pour aller acheter une lotion capillaire dans une pharmacie sise en face l'hôpital Saint-Louis. Elle croit entendre chuchoter : « c'est malheureux, une jeune fille de 26 ans qui ne connaît pas son père ». Elle revient chez elle en larmes, déclarant qu'elle a enfin trouvé son vrai père dans la personne du pharmacien qui lui a vendu la lotion. Du reste, ajoute-t-elle, il y a longtemps que sa mère était au courant de la fausse identité de son père, mais elle le lui cachait, elle a toujours été jalouse d'elle. Avec quelle rapidité elle répond qu'elle préférait son père à sa mère ! Elle a même été jusqu'à dire qu'avant même d'avoir trouvé son vrai père dans la personne du pharmacien, elle eût préféré que son père ne fût pas son père. « J'ai 26 ans, n'est-ce pas ? et alors je suis une femme ». Quelques jours plus tard, elle a cru reconnaître une jeune fille bien mise qu'elle a supposé être sa sœur.

Il faut dire aussitôt que cette négation systématique de son père n'a pas duré longtemps ; mais si la croyance n'a pas persisté, sa désillusion de n'avoir pas un père intellectuel « assez riche pour la doter, comme l'aurait fait, dit-elle, le pharmacien », cette désillusion est tenace et se manifeste par des injures et des violences vis-à-vis de son père. Elle l'a giflé à plusieurs reprises.

C'est alors que nous avons eu l'occasion de la soigner. Nous constatons cette hostilité intense vis-à-vis de ses parents et surtout vis-à-vis de sa mère. Elle avoue qu'elle a eu de gros chagrins, qu'elle s'ennuyait d'être seule, qu'elle voulait faire sa vie, elle nous parle du jeune homme qu'elle a connu pendant la guerre et déclare que, désormais, elle est tout à fait indifférente. Elle dit sur un ton hautain que son père n'est que mécanicien et que sa mère a été domestique. Elle est inquiète, anxieuse, méfiante et réticente. Elle a des périodes de mutisme absolu et des périodes d'expansion au cours desquelles elle exprime des idées variables, exprimées sans conviction absolue, ambitieuses et érotiques. Elle fera un riche mariage, elle épousera un docteur, elle est dans une maison de prostitution, on a changé son lit, on va la violer et la faire mourir : « Voyez mes bras, mes jambes, dit-elle, on me les a transformés ». Elle a de nombreuses illusions, interprétations et fausses reconnaissances. Elle est souvent acariâtre, de mauvaise humeur, prête à l'insulte. Elle est tantôt dégagée, très à l'aise, désinvolte et autoritaire, tantôt craintive et anxieuse. Elle menace de gifler une infirmière, elle se précipite pour nous griffer. Parfois, elle est maniérée, fait des grimaces, est sujette à des sourires qui contrastent avec les propos hostiles qu'elle tient devant nous.

Peu à peu, elle devient plus calme, s'occupe, et tout en étant réticente, ne paraît pas devoir se laisser aller à des réactions graves. Sa famille insiste pour que la jeune fille reprenne la vie commune et il semble que le nouveau genre de vie, au milieu de ses parents, l'ait améliorée. Elle est revenue nous voir et nous avons appris qu'elle était très affectueuse pour les siens, travaillait et cependant éludait les questions relatives à ses déceptions anciennes : « J'ai oublié, répond-elle. Ne m'interrogez plus ». Elle a besoin, disait-elle, d'être très occupée ; sinon elle se sent moins bien. Il nous a semblé qu'elle était encore très réticente et qu'elle n'avait pas réduit complètement ses idées morbides. Cependant, elle se comportait d'une manière normale, son humeur était améliorée et sa famille se montrait déjà confiante, pleine d'espoir.

Pas pour longtemps, Trois mois plus tard, en raison de son apathie, de son inactivité, de sa mauvaise humeur, il a fallu nous la ramener. Nous l'avons trouvée distraite, indifférente à ce que nous lui disions, perdue dans ses préoccupations personnelles « autistiques », ayant des associations d'idées très réduites et très relâchées, se montrant hostile et méfiante, nous communiquant peu de chose de ses ennuis, ayant dans la pensée ces « barrages » particuliers qui la ravissent tout à fait à l'ambiance pendant un certain temps et empêchent avec nous toute correspondance. Vis-à-vis de sa famille, elle n'a pas désarmé. Elle fait des projets d'avenir, mais ce n'est pas dans sa famille qu'elle se rendra. Elle choisira plutôt des amis. Car elle ne peut pas travailler pour améliorer l'ordinaire de ses parents. Elle n'est pas faite pour leur venir en aide.

Certes, cette jeune fille est une méfiante, une orgueilleuse, mais on ne retrouve guère ces caractéristiques dans son enfance. Ces traits lui sont venus en même temps que sa maladie. Ils font partie intrinsèque de cette maladie qui ne semble pas les avoir développés, mais bien plutôt les avoir fait naître. Il n'existe pas un délire à proprement parler. La personnalité de Marie-Suzanne n'est pas transformée de fond en comble. Quand elle parle de riches mariages, de luxe, d'héritages, des tracas qu'on lui fait subir, des sensations étranges qu'on lui fait éprouver, ce sont là des idées éphémères qui traduisent épisodiquement l'intensité de ses désirs et de ses craintes. Son imagination veut compenser ainsi la réalité et son esprit se satisfait en reportant sur les mauvaises intentions d'autrui les sensations anormales qui la gênent. Mais elle est trop anxieuse pour former un système stable. Elle tremble, souffre, se replie sur

elle-même, fournit des réponses imprécises, correspond difficilement avec nous. Etat bizarre et sans cesse changeant.

C'est pourquoi certains auteurs pourraient croire que l'intelligence de cette malade est dissociée, que ses fonctions intellectuelles sont altérées et pencheraient à voir, dans ce cas, une démence précoce du type hébéphrénique. Et, cependant, avec quelle logique, quelle ténacité, cette jeune fille refuse de nous éclairer sur ses préoccupations. Elle emploie toutes les forces de son esprit à se garder, à ne rien livrer d'elle-même. Quand elle veut nous répondre, les phrases parfois sont nettes, concises. Marie-Suzanne dit juste ce qu'elle veut dire et quand ses propos sont décousus, c'est que ou bien elle veut nous dérouter, ou bien, et cette hypothèse se défend mieux, qu'elle est distraite de nous et du monde extérieur par ce fameux *« noyau profond »* qui est formé par sa pensée intime, intériorisée, détachée des liens du raisonnement logique, pensée toute entière affective.

Comment cet état s'est-il formé ? Il paraît bien évident que l'immense déception de son amour déçu, désespéré, ait fait tomber de haut cette jeune fille, qui se plaisait à rêver de luxe, d'avantages matériels et qui espérait réaliser ses désirs avec l'officier qu'elle aimait. Nous nous rappelons que ses parents l'avaient écartée de ce jeune homme quand ils avaient appris qu'il n'avait aucune intention de mariage. Déçue elle-même par l'attitude inconvenante de celui qu'elle aimait et obligée de rompre avec lui, Marie-Suzanne, dans une injustice toute affective, n'a pas fait reporter sa désillusion sur le vrai coupable, mais sur sa famille. C'est elle qui, peu à peu et de plus en plus, a symbolisé à ses yeux l'obstacle à son bonheur. Au lieu d'essayer de refaire sa vie, de lutter contre le sort, de se reprendre avec courage, elle s'est laissée terrasser : bien plus, elle a refusé le secours que lui offraient ses parents. Elle n'a plus voulu entendre parler d'aucun parti pour elle. Elle s'est renfermée dans ses pensées, tendue, revêche, hostile, victime elle-même de cette sorte de suicide moral où elle semblait se complaire. Elle a boudé.

Mais cette contention a des fissures. Cette attitude a laissé échapper des bouffées d'anxiété. On ne peut vivre indéfiniment sur un état de raideur psychologique. La pensée de Marie-Suzanne fonctionnant pour son propre compte, en dehors des données extérieures ou plutôt désireuse de les forcer, de les vaincre, de s'en séparer, a transformé l'ambiance. Nous avons vu comment cette jeune fille y est arrivée par la négation, passagère certes, mais systématique, de son père.

A ce propos, on pourrait risquer une interprétation qui nous paraît fausse et qui l'est en réalité puisqu'elle est démentie par les faits ultérieurs. Interprétation qui vient à l'esprit à propos des idées freudiennes. On pourrait, en effet, se demander si la négation du père par le choix d'un nouveau parent en la personne d'un pharmacien, ne tiendrait pas au fait que la jeune fille aurait eu intérêt à ce que son père ne fût pas son père, parce qu'elle lui serait attachée par des liens excessifs. Dans son désir de se rapprocher de lui avec plus de liberté, sans verser dans les tendances incestueuses, elle aurait libéré l'objet de son amour des barrières familiales, en se créant un nouveau père. Ce rapprochement vers son père aurait pu être favorisé par l'aveu que lui avait fait sa mère, aveu qui, on le sait, avait détaché sa fille d'elle. Mais s'il en était ainsi, on comprend mal que Marie-Suzanne ait continué à montrer de l'hostilité vis-à-vis de son père. Il semble que libérée d'une paternité gênante, elle aurait dû manifester des sentiments tendres à celui que, dans notre supposition, elle aimait et que, en réalité, elle n'aimait pas d'amour.

Bien au contraire, et on voit ainsi combien cette interprétation serait erronée, puisque l'hostilité de la jeune fille est un fait continu, durable. L'hypothèse la plus vraisemblable, c'est que ce rejet de son père hors de la conscience, cette négation, est le moyen morbide imaginatif de se soustraire à une famille jugée nuisible aux intérêts du sujet. Par ce délire et par son attitude hostile vis-à-vis de ses parents, Marie-Suzanne a voulu se montrer à elle-même, d'une manière inconsciente certes et maladive, qu'elle n'avait plus aucun point de contact avec ces gens pauvres vivant dans un intérieur mesquin et l'ayant empêchée de réaliser un mariage selon son goût. Dégagée ainsi par elle-même de ses liens familiaux, elle a pu se créer un père selon son choix, un intellect, se découvrir une sœur élégamment vêtue, imaginer qu'elle allait épouser un riche docteur, etc... On s'explique ainsi qu'elle se montre hostile vis-à-vis des siens, qu'elle refuse de considérer comme ses parents de petites gens dont la présence vient heurter de front ses idées de supériorité et de grandeur. Elle ne transforme pas le milieu familial pour l'incorporer à sa pensée morbide. Elle le rejette et c'est en elle-même que la malade se crée un monde qui la satisfait.

***

On conçoit que de telles observations puissent dérouter le praticien habitué aux faits de médecine courante. Il n'était peut-être pas inutile de l'aider à les comprendre. Trop souvent dans des cas plus légers, le médecin ne prend pas au sérieux ces rêveries, ces nonchalances, cet air indifférent de certains jeunes gens qu'on soumet à son appréciation. Il croit se trouver en présence de faits psychologiques connus et il a raison quant à leur mécanisme. Mais la sommation de ces faits produit une déviation complète de la mentalité, de l'affectivité et de la conduite. Le sujet en arrive à évoluer selon un caractère morbide acquis, tantôt différent de son caractère antérieur, tantôt en en exagérant et en en répétant d'une manière anormale les tendances et les réactions naturelles. On peut dire que la mentalité fonctionnellement atteinte a pris des attitudes vicieuses. Peu à peu l'individu a du mal à

s'adapter à la réalité et, préférant ses conceptions à celles de l'ambiance, jugeant ses rêveries plus faciles que la prise de contact avec l'extérieur, se reploie et verse dans la schizomanie confirmée, développée sur un terrain schizoïde (formule restreinte de Claude, Borel et Robin). Le dépistage de ces états, quand ils sont encore latents, est la meilleure prophylaxie mentale. La psychothérapie et, dans certains cas, la psychanalyse pourront redresser les tendances défectueuses et replacer le sujet dans les cadres d'une mentalité normale. Le médecin fera, comme on l'a dit, de l'orthopédie mentale. C'est pourquoi on ne saurait trop s'intéresser à ces troubles de la puberté, à ces bizarreries, ces originalités, ces idées chimériques qui, loin de relever d'un simple déséquilibre psychique constitutionnel, sont souvent les premiers symptômes d'une psychose grave, heureusement accessible aux moyens psychothérapiques.

CLINIQUES ET COURS

Les formes de l'encéphalite épidémique (1).

M. le professeur SICARD,

Médecin de l'hôpital Necker.

J'ai commencé dans une précédente leçon l'étude de l'encéphalite épidémique, dite encore léthargique. Cette maladie, vous disais-je, inconnue il y a dix ans, nous est apparue au cours de la guerre. Pendant et après la guerre, elle a procédé par vagues successives, s'étendant sur tout le continent, ancien et nouveau. Si aujourd'hui elle n'a plus le caractère épidémique, il n'en reste pas moins nombre de cas sporadiques et nombre de séquelles, de déchets, sous le type des syndromes parkinsoniens.

Je vous ai montré que le point de départ de l'affection était un ultra-virus, décelé expérimentalement par les biologistes et apparenté d'une façon étrange au virus herpétique. Ce virus a une affinité particulière pour une région définie de l'encéphale : le mésencéphale. L'histologie et l'anatomie pathologiques de la maladie sont d'ordre banal, rappelant ce que l'on voit dans les affections à ultra-virus neurotrope.

J'ai décrit, l'autre jour, devant vous, la première forme de l'encéphalite épidémique, la forme oculo-léthargique, de von Economo, qui comprend principalement des troubles oculaires et de la léthargie, ou somnolence, ou hypersomnie. On y rencontre des altérations de la musculature externe de l'œil, et de la musculature interne (pupille). Je n'y reviens pas et j'arrive à la deuxième forme : la forme myoclonique.

Jusqu'en 1919, on ne connaissait que l'encéphalite type oculo-léthargique. C'est à cette époque que j'ai fait connaître le type myoclonique. Voici dans quelles conditions. Je fus appelé auprès d'une jeune femme de 25 ans, accouchée depuis 15 jours, et ayant présenté de l'albuminurie au cours de sa grossesse. Cette malade avait eu la veille, dans les membres inférieurs, des secousses qui s'étaient généralisées et s'accompagnaient de phénomènes délirants, de délire confusionnel et d'insomnie. Devant ce tableau, étant donnés les antécédents d'albuminurie gravidique, je pensai à des convulsions par azotémie. Or, il n'y avait plus d'albumine dans l'urine et l'azotémie était normale. J'émis ensuite l'hypothèse de troubles généraux par rétention placentaire. Un gynécologue venu en consultation, constata un état excellent de l'utérus. La température était élevée, le délire aigu, et la malade succomba.

Quelques jours après, on me demanda de voir une jeune fille qui avait été prise de contractions dans la face, d'hémispasme facial, avec secousses rapidement généralisées. Je trouvai le même tableau ; mêmes phénomènes délirants, même insomnie complète ; mort également au bout d'une semaine.

J'eus encore l'occasion d'observer un troisième cas, que l'on considéra au début comme une sorte de tétanos anormal. Le malade, à la suite d'une chute, s'était fait une blessure superficielle. On constatait chez lui un singulier phénomène : des contractions abdominales, survenant trois ou quatre fois par minute, qui amenaient l'ombilic en dehors, comme par une sorte de secousse électrique. Le peu d'importance de la petite blessure m'éloigna de toute idée de tétanos.

Intrigué par cette série de faits, je pensai à l'existence d'une toxi-infection, rappelant la chorée électrique de Dubini, vieille maladie dont on ne parlait plus depuis un siècle et qui se trouvait ainsi exhumée. Je l'opposai même à l'encéphalite léthargique, puisque dans un cas il y avait insomnie, et secousses musculaires, et dans l'autre léthargie. En réalité, comme nous allions nous en rendre compte, il s'agissait d'une seule affection, en deux types différents, et d'un seul

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine de Paris, recueillie par le Dr P. LACROIX.

virus. Nous ne tardâmes pas, en effet, à rencontrer des intrications entre les deux formes, avec les mêmes séquelles, le même virus déterminant l'un ou l'autre état morbide, au hasard des terrains peut-être ou des conditions extérieures.

Troisième variété : la forme algique. On l'a observée en 1921-1922. Il est curieux de voir l'encéphalite épidémique procéder par vagues successives de types différents : type léthargique en 1917-1918 ; type myoclonique en 1919-1920 ; type algique en 1921-1922.

L'accès algique de l'encéphalite épidémique s'annonce brutalement par des douleurs violentes, douleurs qui sortent vraiment de l'habitude, tant elles sont vives, abominables. Ce sont des élancements fulgurants, des sensations de broiement atroces. Chez un de nos malades, qui accusait ces douleurs de broiement dans l'épaule, nous avons dû recourir à la chloroformisation pour le calmer. De telles douleurs ne sauraient durer bien longtemps. Elles s'apaisent au bout de 2, 3, 4 jours. Cette forme algique d'ailleurs ne reste pas pure en général. Elle s'intrique avec les réactions léthargiques ou myocloniques, constituant les types mixtes, algo-léthargique ou algo-myoclonique.

Quatrième variété : forme mentale, confusionnelle, maniaque, mélancolique. En voici un exemple : Un étudiant en médecine, qui préparait l'internat, avait un jour travaillé tout l'après midi à son concours. Il dîne et reprend son travail à 8 h. 1/2. A neuf heures, soudainement, il quitte sa table, s'habille, sort, longe les quais et se rend place d'Iéna où habite un de ses oncles. Il demande son parent et se met à lui parler d'abondance, de la guerre, de ses citations, de ses chefs, des officiers. L'oncle inquiet de l'excitation du jeune homme, s'efforce de le calmer, lui conseille de rentrer à son domicile et le met sur son chemin. Le malade repart, erre pendant plus d'une heure, arrive chez lui, réveille son concierge, parle également de la guerre, des tranchées.... Appelé à l'examiner le lendemain, je fis seulement le diagnostic d'état délirant : le jour suivant, apparurent de la diplopie et de la léthargie ; quelques jours plus tard, des secousses musculaires.

Autrefois, on eût qualifié les états de ce genre de délire maniaque, mélancolie, démence précoce. Eh bien, ces troubles peuvent marquer, comme chez ce jeune étudiant, la première période de l'encéphalite épidémique.

Vous voyez quelle maladie protéiforme est l'encéphalite épidémique, et sous quels dehors elle peut se cacher.

Comment vont évoluer ces différentes formes ? Il est impossible de savoir si elles vont s'orienter vers la guérison, ou vers la mort, ou si elles ne se termineront pas par du parkinsonisme.

Actuellement, où nous ne voyons plus que des cas sporadiques d'encéphalite épidémique, l'affection est certainement moins redoutable. Toutes les modalités de la maladie peuvent évoluer vers ce syndrome particulier nommé parkinsonien ; toutes peuvent se muer, se fixer dans ce seul type de la forme prolongée, dans cette séquelle. Tout ce qu'il y a de changeant dans les variétés dont je viens de parler disparaît : la forme prolongée est univoque ; c'est le parkinsonisme.

Au point de vue pathogénique, l'étude de l'encéphalite nous a conduit à des conceptions générales intéressantes. Elle nous a fait mieux connaître le mésocéphale, les centres sur lesquels se fixe le virus, les centres psychiques sous-corticaux, toutes notions nouvelles intéressantes.

Le syndrome parkinsonien comprend 4 ou 5 symptômes : l'immobilité, l'attitude, la lenteur des mouvements, le tremblement. L'immobilité est telle qu'elle permet de faire le diagnostic à distance. La face est fixée, le visage n'a plus de rides, les paupières ne battent plus, le masque est inerte. L'attitude tient à un état d'hypertonie. Le malade est penché en avant, la tête dans les épaules, il marche à petits pas, courant après son centre de gravité, suivant l'expression de Charcot. Tous les mouvements sont lents. Il y a, comme on dit, viscosité physique. Les mouvements sont mesurés, se font au ralenti ; il y a un terme consacré pour désigner ce phénomène : la bradykinésie. Chez ces malades, on voit se produire, des intermèdes moteurs singuliers. Dites à un parkinsonien de courir, de traverser rapidement la cour, vous le verrez exécuter assez vite cette traversée. Cette kinésie *paradoxale* montre bien qu'il n'y a pas destruction des centres, et seulement irritation de ceux-ci. On peut supposer que si un jour on trouve un sérum ou un vaccin efficace de l'encéphalite, il ne sera pas trop tard pour en faire bénéficier les parkinsoniens post-encéphalitiques. Ceci permet au médecin d'avoir un rôle consolateur, de montrer à ces malades qu'ils sont capables d'accomplir certains mouvements et de leur laisser une espérance d'amélioration future.

Le tremblement intéresse le segment inférieur du membre supérieur, le pouce et l'index ; c'est un petit mouvement monotone, qui rappelle le roulement (perpétuel) de la cigarette. Il existe également au membre inférieur, aux orteils et se voit aussi aux paupières et même au menton. Il indique que la région du rythme et de la cadence est touché.

La maladie évolue progressivement. A un moment donné, elle finit par immobiliser le patient au lit et c'est là le plus souvent son arrêt de mort.

Je viens de vous dresser le tableau du parkinsonisme post-encéphalitique. Il a beaucoup de ressemblance avec la maladie de Parkinson, mais ce n'est pas la même affection. Dans le parkinsonisme, c'est l'ultra-virus encéphalitique qui est en cause. Dans la maladie de Parkinson, c'est la sénescence. Les deux états morbides ont de commun la localisation des altérations.

Voyons le diagnostic de l'encéphalite épidémique. Au concours d'agrégation, cette question a été posée sous la forme suivante : « Les bases du diagnostic de l'encéphalite ». Je crois qu'il faut envisager à ce point de vue trois étapes. Le début d'abord. Lorsqu'il y a un seul symptôme, la léthargie, une algie, la diplopie, il est impossible de poser le diagnostic. Il convient d'attendre, de répondre qu'il s'agit d'un malade à surveiller, à moins que vous ne rencontriez des symptômes qui orientent ou des symptômes nets de l'encéphalite.

Un symptôme qui oriente est le hoquet. Quand vous voyez apparaître un hoquet qui dure, surtout s'il existe un peu de fièvre, pensez à l'encéphalite. Un autre petit signe orientateur est la secousse abdominale, la petite clonie qui attire l'ombilic vers la partie externe, accompagnée ou non de clonie diaphragmatique.

Lorsque se montrent la diplopie, la somnolence, vous avez à faire le diagnostic avec la syphilis, les tumeurs cérébrales. Avec la syphilis : vous tiendrez compte des réactions humorales (Bordet-Wassermann positif, grosse lymphocytose...). Le diagnostic avec les tumeurs cérébrales est souvent délicat. L'examen ophtalmoscopique (stase papillaire) pourra faire écarter l'encéphalite.

La méningite tuberculeuse peut donner de la somnolence, de la diplopie. Je me rappelle un jeune sujet de 15 ans qui se présentait dans ces conditions, sans fièvre. Je pensai à une encéphalite, mais conseillai la recherche du bacille dans le liquide céphalo-rachidien. Le malade mourut effectivement de méningite tuberculeuse. Quand on ne trouve pas de bacille au premier examen, il faut refaire la recherche : il est rare qu'au cas de méningite tuberculeuse, on n'en rencontre pas au 2e, 3e examens.

L'hémorrhagie méningée donne aussi de la diplopie et de la somnolence. On écarte la syphilis : les réactions sont négatives et le liquide céphalo-rachidien est coloré. Entre l'hémorrhagie méningée et l'encéphalite, le diagnostic est souvent malaisé. Dans l'hémorrhagie méningée, le début est brusque. Dans l'encéphalite à forme d'hémorrhagie méningée, il existe une petite période d'invasion où le malade est mal en train, courbaturé.

Les semaines passent. Vous pouvez parfois rester encore dans le doute. J'ai eu à Necker, un sujet considéré comme encéphalitique probable pendant deux mois et qui était atteint en réalité de gliome frontal. Si vous n'avez pas fait le diagnostic, l'apparition du parkinsonisme sera un fil d'Ariane qui permettra de dire que les troubles observés étaient bien de l'encéphalite.

Un mot du traitement. Il est illusoire. Nous n'avons ici, ni vaccin, ni sérum. A la première période on peut recourir à la thérapeutique de choc. M. Netter est partisan de l'abcès de fixation. Je l'ai employé souvent. Il nécessite en tout cas une surveillance soigneuse. On injecte de 1 à 2 cent. c. d'essence de térébenthine à la partie externe de la cuisse, en prenant garde de ne pas dépasser l'aponévrose. Quoi qu'il advienne il faut ouvrir l'abcès le troisième jour ; sinon des accidents sont susceptibles de se produire.

On aura recours parfois aux méthodes de choc ordinaire, par le lait, l'or colloïdal, etc. On peut provoquer le choc par injection dans le céphalo-rachidien de 5 ou 10 cent. c. d'eau salée : on a une forte hyperthermie et souvent une réaction favorable, par phagocytose.

Plus tard, le salicylate de soude, l'urotropine peuvent être prescrits. Dans le parkinsonisme, les médicaments utiles sont l'hyosciamine, la scopolamine, le datura stramonium.

INFRA-ROUGES ET ULTRA-VIOLETS

Antagonisme des Radiations.

Par le Dr Foveau de Courmelles,

Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie de Médecine (1).

Les couleurs visibles du spectre ont des actions thérapeutiques que j'ai appelées en 1890 *chromothérapie*, et indéniables à l'heure présente, qu'il s'agisse de phénomènes nerveux, de plaies de congestions...

Le rouge décongestionne le foie, les reins, la rate, réduit des infiltrats et nodosités cellulitiques, réchauffe ; le bleu gonfle la peau et les tissus sous-jacents, pénètre moins loin cependant

(1) Communication au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Lyon 1926.

que le rouge... Les plaies récentes et douloureuses sont calmées par le bleu ; le rouge convient aux plaies atones, comme celles des rayons X et du radium : l'antagonisme d'état aidant à l'antagonisme des couleurs.

Les zones invisibles, à très longues et très courtes longueurs d'onde, sont dans le même cas, avec des actions dites complémentaires, mais parfois antagonistes, contraires, pouvant s'annihiler ou se corriger...

Les rayons rouges et infra-rouges, difficiles à séparer, sont surtout calorifiques ; les rayons ultra-violets ou « héliothérapie artificielle » comme je la baptisai au siècle dernier, est d'ordre chimique et semble d'un usage plus étendu que la zone peu réfrangible du spectre.

On sait en effet les bienfaits des ultra-violets dans le lupus (Finsen, puis, simplification Foveau de Courmelles, 1900, suivie de tant d'autres) ; dans le rachitisme (Lesné, Marfan, de Gennes) ; dans les affections microbiennes (L.G. Dufestel) ; cutanées (Saidman), etc., etc.

L'ultra-violet extrême comprend les rayons X et le radium. On connaît les accidents, les désastres, les morts produits, à côté de guérisons et d'améliorations merveilleuses, par ces agents, dont il est encore bien difficile et parfois impossible de se prémunir, mais que l'antagonisme des radiations promet, et croyons-nous, permet de guérir.

Cet antagonisme des radiations est un phénomène inconstant, et le prof. J.-L. Pech, dont les recherches physiques ont fait grandement avancer la question, essaie d'en déterminer les conditions de production.

Cet antagonisme des radiations me fut démontré par la clinique dès 1903, au cours de recherches faites à l'hôpital Saint-Louis, et à l'école dentaire de Paris. Dans mon cours à cette école, je disais ceci (1) :

« De même que la lumière blanche présente, comme on sait, des couleurs complémentaires, il peut, il doit vraisemblablement se passer des actions chimiques complémentaires, selon l'emploi de telle ou telle radiation lumineuse. Ainsi la rougeole se trouve diminuée dans sa durée et ses symptômes par l'action de la lumière rouge, par des rideaux d'andrinople rouge dans la chambre du malade ; d'autre part, la rougeole prépare merveilleusement à toutes les tuberculoses, lesquelles se trouveront bien curativement de la lumière antagoniste du rouge, le violet. A tour de rôle, une maladie, la tuberculose — quasi complémentaire de la rougeole, tellement elle la suit souvent — sera traitée par le violet, après le rouge son antagoniste, curatif en la maladie, précurseur. »

Ces idées de 1903 ne passèrent pas inaperçues, car l'esprit avisé et pénétrant qu'était le Dr François Helme les soulignait (1) :

« Ainsi, savez-vous pourquoi la tuberculose est si fréquente après la rougeole ? C'est que celle-ci rubéolise, rougit les tissus, et par suite les rend imperméables aux autres radiations lumineuses, notamment aux radiations ultra-violettes et microbicides. Le bacille tuberculeux a dès lors beau jeu pour envahir un organisme aussi imperméabilisé aux rayons antiseptiques. Cette théorie de la réceptivité n'est-elle pas originale ? »

Il nous faut cependant revenir aux recherches récentes du prof. Pech, pour donner à l'antagonisme des radiations la place thérapeutique qu'il occupe ; il montre, en 1920, à l'Académie des sciences, en 1925, au Congrès de Thalassothérapie, l'atténuation de la lampe de quartz sans infra-rouges par une simple lampe à incandescence voisine, l'altitude et la mer, par la vapeur d'eau imperméable aux infra-rouges permettant les coups de soleil des glaciers ou de la mer par les ultra-violets dominants, les variations du spectre solaire selon le lieu, l'ambiance, le voisinage, l'incidence. De là, découlent en héliothérapie naturelle ou artificielle, des mesures, des précautions à prendre, selon les milieux de transmission, de réflexion, les effets des lumières varient, tels, les rayons X sur l'anticathode de platine ou de tungstène diffèrent, comme le remarquait l'an dernier, ici, le prof. Zimmern, et comme je l'ai fait en montrant les *Différences biologiques des radiations*, à la *Société de pathologie comparée*, le 13 janvier 1925.

L'antagonisme des radiations doit donc servir à réparer ou détruire les effets des unes sur les autres. C'est ainsi que MM. J. Risler et Mondain ont irradié avec succès, de rouge, des cobayes et des lapins brûlés expérimentalement aux rayons X, ou des humains accidentellement brûlés de même ; j'ai eu également quatre de ces derniers cas où la cicatrisation s'est faite rapidement, par ma lampe à infra-rouge utilisant, comme en mon radiateur à ultra-violets de 1900, le miroir parabolique, de la périphérie au centre, avec récupération des tissus. Ne pourrait-on rapporter ces actions calorifiques du rouge et de l'infra-rouge à la chaleur diathermique qui a donné au prof. H. Bordier de beaux succès dans les épithéliomas roentgéniens ?

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant et utile de signaler les voies médicales nouvelles ouvertes par l'antagonisme des radiations.

---

(1) Dr Foveau de Courmelles. — *Electrothérapie dentaire*, cours préfacé par le Dr Ch. Godon, directeur de l'école dentaire de Paris. 1 vol. in-12, ill. 300 p., Paris 1903.

(1) Dr F. Helme. — *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, déc. 1903.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Goudron de houille lavé en thérapeutique cutanée.

Le goudron minéral ou coaltar, le seul employé, exerce sur les lésions des divers types d'eczéma une remarquable action antiprurigineuse, desséchante et cicatrisante. Son pouvoir antiprurigineux est encore très manifeste dans certains cas de lichens simplex chroniques de Vidal et de prurit anal.

Voici quelques données importantes que le Dr R. Gonin nous donne sur ses modes d'application ; ils sont au nombre de trois : brut en badigeonnages, en vernis, en pâtes ou pommades. Ces diverses formes thérapeutiques sont à choisir suivant les cas et selon les régions cutanées.

Le badigeonnage est fait au moyen d'une tige de bois solidement entourée d'ouate à l'une de ses extrémités ; on applique ainsi le coaltar brut lavé en couche mince sur la surface à traiter. On attend quelques minutes et l'on saupoudre largement de poudre de talc . La surface ainsi traitée prend une couleur verdâtre foncé ; recouvrir, pour protéger la literie et les vêtements, d'une seule compresse de gaze fine : surtout pas de tissu imperméable.

Au bout de 2 à 3 jours, on enlève la gaze qui recouvre l'enduit de coaltar et il n'est pas nécessaire de répéter l'opération plus de 4 à 5 fois. On nettoie alors la surface traitée en l'enduisant de vaseline ou mieux de beurre frais pour ramollir l'enduit de coaltar ; pas de lavages à l'éther ou à l'acétone, car ils sont douloureux ou inutiles. Si la peau prend une teinte d'un rouge vif assez spécial, on interrompra momentanément le goudron et on appliquera pendant 2 ou 3 jours une pâte à l'oxyde de zinc. Le prurit cède rapidement ; cependant parfois le malade ressent pendant une demi-heure des sensations de cuisson et de brûlure assez vives ; prendre patience et ne pas essayer d'enlever le goudron à l'alcool ou à l'éther.

On fait des vernis au 1/20, au 1/10 , au 1/5, qui sont parfois mieux acceptés par la clientèle (à base d'alcool, d'éther, de benzol) ; leur action est certainement moindre, surtout en ce qui concerne le prurit. On fait aussi des pommades au coaltar qui permettent de restituer à la peau la souplesse qu'elle perd dans les inflammations de longue durée.

Le médecin doit toujours rester en contact avec son malade, car une application faite dans de mauvaises conditions, ou mal tolérée, peut compromettre un résultat qu'on est en droit d'attendre excellent.

Le coaltar, appliqué comme il convient, est un excellent médicament de la poussée d'eczéma ; il n'en supprimera pourtant pas la cause, mais bien les manifestations externes du moment.

On peut aussi affirmer que le goudron de houille ne favorise pas les récidives ; au contraire, s'il se produit au cours du traitement de nouvelles poussées, elles sont moins intenses que l'eczéma primitif et réagissent avec la même facilité au traitement. (*Paris médical*, 16 janvier 1926.)

Les éruptions médicamenteuses.

Certains sujets, prenant des médicaments, même à doses minimes, très au-dessous des doses usuellement employées, éprouvent des accidents divers, qui peuvent obliger le médecin à interrompre définitivement la médication.

Mais il ressort du résumé compendieux de plusieurs années de travail et d'observation par le Dr G. Milian qu'avant de décréter toxique une éruption médicamenteuse, il faut bien en étudier les caractères symptomatiques et évolutifs.

Les éruptions toxiques surviennent pendant la cure, d'ordinaire à la fin des cures (à moins de sensibilisation antérieure) et reproduisent les éléments éruptifs observés lorsque le médicament est administré à doses toxiques ou mortelles.

D'autres éruptions sont dites *biotropiques*, c'est-à-dire dues au réveil de microbisme latent par les agents chimiques, analogues aux *réveils* fébriles qui se produisent chez de vieux paludéens, au moment où on les soigne par le 914 pour la syphilis. Ce sont ainsi les érythèmes arsenicaux du 9e jour, de types très divers (morbilliformes, scarlatiniformes, urticariens, etc.) ; des cas typiques de contagion sont venus révéler la nature *morbilliforme vraie* d'une éruption, apparue au cours du traitement arsenical. D'ailleurs, ces éruptions biotropiques revêtent pour la plupart la physionomie d'une fièvre éruptive, ainsi qu'il vient d'être dit, ou de toute autre infection spécifique connue. Et tandis que les éruptions toxiques se reproduisent souvent plus graves à une nouvelle administration médicamenteuse, celles-ci s'éteignent avec la continuation de la cure, même aux doses les plus élevées.

Ces phénomènes, que chacun pourra vérifier s'il observe avec impartialité, jettent une vive lumière sur la question des intolérances médicamenteuses. Et si les phénomènes anaphylactiques et colloïdoclasiques s'observent quelquefois au

cours des médications, il faut bien dire que les phénomènes toxiques vrais et surtout biotropiques constituent la masse générale des faits. Ces phénomènes ont un grand intérêt pratique, car ils permettent de discerner si la médication peut ou ne peut pas être continuée chez le sujet chez lequel ils sont apparus. (*Paris médical*, 16 janvier 1926.)

Les iodides bulleuses graves.

Le Dr Danel en rapporte un cas mortel chez un ancien colonial, éthylique et syphilitique, ayant pris dans les 3 ou 4 jours qui avaient précédé le début des accidents cutanés cinquante centigrammes d'iodure quotidiennement. C'était là une petite dose ; mais le malade rentrait dans la catégorie des individus affaiblis ou atteints de tares viscérales diverses, chez qui des doses minimes d'iodure de potassium peuvent provoquer des lésions intenses.

De plus, ayant pris depuis de nombreuses années dans un but de dépuration des doses importantes d'iodure, il n'en avait cessé l'emploi qu'après l'apparition des troubles gastriques survenus dans les derniers mois, et c'était à présent une dose minime, qui venait faire éclore les accidents graves.

Pendant une huitaine, la toxicodermie évolua sans aggravation nette ; puis, assez brusquement, de nouveaux éléments apparurent, végétants et hémorragiques. Le malade ne tarda pas à succomber d'adynamie.

Cette observation montre une fois de plus combien il est rationnel d'admettre qu'un *état pathologique de l'économie*, antérieur ou contemporain, portant sur un ou plusieurs viscères, dont l'action est en jeu pour l'absorption, les transformations chimiques et l'élimination de certains agents médicamenteux, influe sur la production et la gravité des toxicodermies, que ces agents peuvent provoquer. Il s'agit alors de maladies infectieuses, de diabète, de paludisme, de troubles généraux de la nutrition, de troubles gastro-intestinaux, d'insuffisance rénale avec ou sans albuminurie. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 31 janvier 1926.)

Maladie de Biermer et sclérose pancréatique.

MM. Barbier et A. Josserand rapportent une observation de cette variété d'anémie pernicieuse, pour laquelle un hasard d'autopsie leur fit découvrir, comme seule lésion anatomique, une sclérose pancréatique.

Jusqu'alors les auteurs n'avaient fait jouer un rôle étiologique de premier plan qu'au tube digestif ; non seulement, disaient-ils, les lésions des parois du tube digestif ont une importance capitale dans l'étiologie de cette anémie pernicieuse, dite cryptogénétique, mais même les modifications du régime peuvent en avoir une. Serait-il donc, en raison de l'observation rapportée, logique d'exclure de cet ensemble le pancréas, dont on connaît le rôle essentiel dans la digestion ? La chose semble impossible puisqu'il y avait d'une part, maladie de Biermer avec troubles digestifs intenses, et de l'autre une sclérose pancréatique prédominant sur les canalicules excréteurs. (*Lyon médical*, 24 janvier 1926.)

Traitement de l'athrepsie par le sulfarsénol. Sa valeur séméiologique.

Le traitement de l'athrepsie comporte des indications diverses. Certains athrepsiques sont des hérédo-syphilitiques et la médication spécifique est alors utile à prescrire et efficace. Ce n'est pas à cette catégorie de malades que se sont adressés M. E. Bodin et Mme Chevrel (de Rennes) et c'est ce qui fait l'intérêt de leur étude. Ces auteurs ont en effet traité par le sulfarsénol des enfants atteints d'athrepsie ordinaire, simple, apparemment indépendante de la syphilis, avec Wassermann négatif en particulier. Ils ont pensé que grâce à son action stimulante sur la nutrition générale et à l'action d'épargne qu'il exerce à l'égard des matières grasses, l'arsenic serait utile aux nourrissons athrepsiques ne présentant aucun trouble digestif apparent et maigrissant sans que rien puisse arrêter la chute du poids.

Pour ce traitement arsenical M. Bodin a employé le sulfarsénol en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 005, augmentée progressivement d'un demi-centigramme jusqu'à atteindre 1 centigr. de sulfarsénol par kilogramme. Ces injections sont faites à trois, quatre jours d'intervalle.

Sur 8 malades ainsi traités, 7 fois les résultats ont été très satisfaisants, se traduisant par une ascension régulière de la courbe de poids, qui quelquefois ne commence qu'après 2, 3 ou 4 injections. Les auteurs considèrent cette médication comme susceptible d'agir dans les deux cas d'athrepsie simple et d'hérédo-syphilis. Ce sera une ressource précieuse lorsqu'on aura seulement de vagues soupçons de syphilis. Son usage ne s'oppose d'ailleurs en rien à l'emploi des autres méthodes recommandées en pareille circonstance. (*La Presse médicale*, 19 juin 1926.)

L'insuffisance aortique fonctionnelle. Son diagnostic. Sa valeur séméiologique.

Par analogie avec l'insuffisance mitrale fonctionnelle, MM. Laubry et Ch. Doumer ont pu décrire, se basant sur quelques observations cliniques, une insuffisance aortique fonctionnelle.

Cliniquement, celle-ci était liée à des insuffisances ventriculaires gauches, qui entraînèrent la mort ; le souffle diastolique caractéristique de

l'insuffisance était tellement net qu'il donna lieu pendant le décours de la maladie à une erreur d'interprétation et fit porter le diagnostic d'insuffisance valvulaire.

A la nécropsie, on constata d'une part un ventricule gauche volumineux, distendu, à parois plus ou moins épaisses, d'autre part des valvules aortiques saines, souples, vierges de toute atteinte d'endocardite ancienne ou récente ; l'intégrité aortique étant complète. Au point de vue expérimental, l'épreuve de l'eau sous pression démontrait également l'intégrité des valvules.

Cette insuffisance résulterait d'une déficience des fibres musculaires destinées à soutenir les valvules pour éviter leur écartement, l'orifice aortique n'étant pas un simple anneau fibreux, muni de valves et passivement chargé de soutenir le poids de la colonne aortique. D'ailleurs, il a été prouvé, depuis, que le rôle le plus important dans la fermeture de l'anneau aortique, comme dans l'anneau mitral, n'est pas dévolu aux valves, mais à la masse musculaire sous-jacente, qui à elle seule réalise une obstruction suffisante au reflux sanguin, les valves n'étant destinées qu'à rendre étanches les joints quelquefois insuffisants de l'affrontement musculaire.

Plus fréquents que les observations primitives des auteurs qui sont inattaquables parce qu'elles donnent la consécration anatomique aux constatations cliniques, sont les faits où l'impression clinique existe seule, où le diagnostic est porté avec toute vraisemblance, avec le maximum de probabilité, mais qui n'atteint pas la certitude que donne l'autopsie. Tantôt il s'agit d'une impression fugitive, recueillant un souffle diastolique au décours d'une crise angineuse, d'une infection aiguë, d'un rhumatisme articulaire aigu fébrile, dont on scrute minutieusement les complications cardiaques ; il est perçu à une ou plusieurs auscultations, puis il disparaît au point qu'on se demande si l'on n'a pas été victime d'une hallucination active, ou qu'on prononce le mot de souffles inorganiques pour cacher notre ignorance.

Tantôt le souffle survient, comme précédemment, au décours d'un accès subit de douleur ou de dyspnée, mais il persiste, s'installe et semble s'organiser ; tantôt au lieu d'être bruyante, l'apparition de l'insuffisance est progressive, silencieuse ; tantôt, ce qui est exceptionnel, elle précède les autres signes d'insuffisance ventriculaire, ou bien elle survient en même temps qu'eux ; tantôt, et c'est là où le doute sur sa véritable nature est le moins permis, c'est à la période terminale de l'insuffisance ventriculaire, dans les dernières semaines, voire les derniers jours qui précèdent la mort, que le souffle diastolique apparaît. Et rien ne serait plus contraire au bon sens que d'admettre dans ces conditions une autre origine que la déchéance myocardique.

Les véritables éléments de diagnostic sont dans l'ensemble des signes d'insuffisance myocardique, au milieu desquels apparaît l'insuffisance aortique. En dehors de ses formes transitoires, son installation progressive et permanente se fait avec une dyspnée d'effort plus ou moins marquée ; le ventricule gauche hypertrophié ou dilaté, en dehors des signes palpatoires ou radioscopiques, est le siège d'un rythme de galop ou d'un souffle systolique mitral. On voit aussitôt l'erreur, difficile à éviter, de penser à une insuffisance aortique organique, décompensée, alors que l'aorte est saine et que le souffle diastolique n'est que l'équivalent des autres signes de décompensation. Or, la tenue de la tension artérielle ne peut porter témoignage de la nature de l'insuffisance aortique ; au lieu de jeter les regards sur la circulation, c'est au cœur lui-même et à ses causes de faiblesse qu'il faut penser sans oublier la myocardie de Walser.

Mises à part certaines myocardies ou myocardites régionales, dont elle peut être l'expression unique ou passagère, l'insuffisance aortique fonctionnelle indique le plus souvent une défaillance complète du cœur. Elle ajoute au bruit de galop et à l'insuffisance mitrale une note d'exceptionnelle gravité. Quand l'infundibulum aortique succombe, c'est que l'édifice tout entier est ruiné. Lorsqu'elle apparaît dans le décours d'une myocardie authentique, elle permet de prédire l'insuccès des tentatives thérapeutiques et d'assigner un jour déterminé à l'échéance fatale. (*Le Bulletin médical*, 27 février 1926.)

Trois cas de fracture du tarse postérieur.

A propos de 3 observations de ce genre qu'il rapporte en détail, le Dr LHEUREUX explique comment il se fait que l'astragale soit le centre traumatique, autour duquel les lésions rayonnent. Il explique ensuite que le principal facteur de la diversité des lésions du tarse postérieur tient aux variations du point d'application de la force, c'est-à-dire aux attitudes de la chute.

Le pied est-il à angle droit sur la jambe, l'astragale installé sur l'arche postérieure calcanéenne transmet le poids du corps directement au calcanéum, sur la surface articulaire postéro-externe au thalamus : la zone exposée est donc le thalamus.

Si le pied est en flexion sur la jambe, l'astragale reçoit le poids plus en avant et le transmet dans deux directions : en arrière sur la région thalamique, en avant sur les surfaces articulaires de la petite et de la grande apophyse. Ou bien le col de l'astragale cèdera, ou bien s'il résiste, ce sera la grande apophyse, entraînant dans les cas extrêmes un effondrement de l'articulation de Chopart.

Si, enfin, le pied est en extension sur la jambe, le tibia chasse l'astragale en avant dans la direc-

tion du pilier interne du pied en contact avec le sol. Sa tête tend à se luxer dans la voûte du pied, tamponne le scaphoïde et s'écrase sous cet os en se subluxant dans la voûte. Il y a télescopage astragalo-scaphoïdien ; si l'astragale est en légère déviation, interne ou externe (varus ou valgus), la tête de l'astragale tend à s'échapper de la glène scaphoïdienne produisant une luxation dorsale de l'astragale. Si le pied est en adduction, la petite apophyse supporte toute la masse et on observe sa fracture par pénétration dans le corps de l'os.

Il faut attirer l'attention sur l'importance de la situation et de l'intégrité des malléoles dans l'examen clinique ; leurs rapports avec le talon, avec le sol, avec le tubercule du scaphoïde orientent le clinicien.

La courbure et la voûte constituent les deux autres points ; les rapports de ces deux courbes entr'elles fournissent d'importants renseignements ; leurs modifications isolées orientent et permettent d'exclure telle ou telle lésion. (*Gazette des Praticiens.* Lille, 15 février 1926.)

G. D.

Les Sociétés Savantes

Paris

Insuffisance cardiaque et convallamarine.

(MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. GEORGE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-1926.)

Les toni-cardiaques ayant une action souvent limitée et rapidement épuisable, il est utile d'en avoir plusieurs à sa disposition. M. Laignel-Lavastine relate l'histoire d'un malade de 62 ans, atteint de sclérose du myocarde avec insuffisance ventriculaire gauche, chez qui les accidents cardiaques furent améliorés par les injections intra-veineuses de convallamarine à la dose de 5 milligrammes (dans un centimètre cube d'eau isotonique). La digitaline et l'ouabaïne étaient restées insuffisantes.

Traitement du delirium tremens par les injections intra-veineuses de somnifène.

(MM. L. RAMOND, A. LAPORTE et QUÉNÉ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-1926.)

Dans le service des agités, dont il est chargé à l'hôpital Laënnec, M. Ramond a eu l'occasion de traiter récemment 8 cas de delirium tremens par les injections intra-veineuses de somnifène. Il a eu la satisfaction d'enregistrer 8 guérisons rapides et complètes. Ce mode de traitement présente les avantages suivants : innocuité, facilité de son application, effet pour ainsi dire instantané, rendant inutile la camisole de force et le personnel autrefois nécessaire pour maintenir ces malades.

Il devient possible, dans ces conditions, de traiter le delirium tremens à domicile, sans internement, ni hospitalisation. M. Ramond injecte dans une veine du pli du coude le somnifène non dilué, à la dose de 5 c. c., lentement, en une seule fois. C'est là la dose optima pour un homme adulte, de corpulence moyenne. On peut l'augmenter ou la diminuer suivant le poids du sujet, en calculant, comme le fait Riser, 1 cc. environ de somnifène par 10 kilos de poids corporel. Les malades étant agités, on les apaisera un instant en leur parlant avec autorité — temps suffisant à la piqûre de la veine.

— M. BOIDIN traite également, dans son service, les cas de delirium tremens, par l'injection intra-veineuse de 5 c. c. de somnifène. Il a toujours obtenu le résultat immédiat et complet que signale M. Ramond et n'a jamais eu d'inconvénient.

— M. RAMOND n'a pas observé, non plus, d'accident chez ses 8 malades. Le sommeil provoqué par le somnifène chez les délirants alcooliques dure de 10 à 14 heures. Le réveil est paisible, toute agitation ayant alors cessé.

On a, il est vrai, rapporté quelques exemples de mort survenue chez des sujets ayant reçu des injections intra-veineuses de somnifène pour du délire avec excitation. Le somnifène ne paraît pas en avoir été la cause, la mort s'expliquant plutôt par la maladie causale elle-même.

Syphilis secondaires à Wassermann négatif.

(MM. A. SÉZARY et LICHTWITZ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-5-1926.)

En matière de syphilis primaire et secondaire non traitées, on considère que, dans la règle, l'examen microbiologique du chancre et des plaques muqueuses montre des tréponèmes, et la recherche du Wassermann est positive après le quinzième jour. Cela est si général qu'une lésion d'apparence syphilitique qui ne réunit pas ces conditions de laboratoire reste douteuse dans l'esprit des syphiligraphes, même les plus qualifiés.

Et cependant, déclare M. Sézary, il arrive parfois — exceptionnellement certes — que les examens de laboratoire, quoique très bien faits, restent négatifs à cette période primo-secondaire Divers auteurs ont relaté des exemples de séro-réaction négative chez des syphilitiques secondaires non traités. MM. Sézary et Lichtwitz en ont vu personnellement cinq cas. Une fois, la malade, jeune femme de dix-huit ans, sur la foi d'une série de Wassermann négatifs, fut successivement considérée comme atteinte d'impétigo, d'angine, de varicelle, etc. C'est seulement au bout de trois mois que (malgré la négativité persistante du

Bordet-Wassermann, la négativité de la recherche du tréponème sur des lésions à aspect de plaques muqueuses) le traitement spécifique fut institué : le Bordet-Wassermann devint alors positif et les plaques muqueuses, activées d'abord, guérirent ensuite.

Tout en accordant aux méthodes de laboratoire l'importance très grande qu'elles ont dans le diagnostic de la syphilis primo-secondaire, il est donc bon de savoir que, *très exceptionnellement*, elles peuvent fournir des renseignements négatifs.

L'adonidine en injections intra-veineuses.

(MM. P. Harvier et Schedrovitsky. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-1926.)

MM. Harvier et Schedrovitsky concluent ainsi leur communication sur l'action thérapeutique de l'adonidine en injections intra-veineuses :

1° L'adonidine est parfaitement injectable par voie intra-veineuse en solution aqueuse à 1 pour 200.

2° Chez les sujets polyscléreux, en état d'insuffisance cardiaque, avec anasarque, elle produit une diurèse *puissante, rapide et durable.* Son action tonicardiaque est moins évidente.

3° L'injection intra-veineuse peut être pratiquée d'emblée chez ces malades, sans purgation préalable, ni ponction des hydropisies.

4° La dose nécessaire et suffisante, par voie intraveineuse, est de 5 milligrammes. Bien que cette drogue soit dépourvue d'action cumulative, il est inutile de répéter les injections pour provoquer la diurèse.

5° Au titre de diurétique cardiaque, l'injection intra-veineuse d'adonidine peut être utilisée dans les cas d'insuffisance cardiaque où, après une cure digitalique, la diurèse tarde à s'amorcer, et dans ceux où la digitale est contre-indiquée.

Le sérum anti-pneumococcique adrénaliné, dans la pneumonie.

(MM. Maurice Renaud et Briault. — *Soc. méd. des hôp.* ; 21-5-1926.)

Dans les formes très graves de pneumonie, M. Maurice Renaud s'est bien trouvé de l'injection intraveineuse de 30 c. c. de sérum anti-pneumococcique additionné de un demi-milligramme d'adrénaline.

— M. Boidin a employé cette médication avec avantage également.

Le traitement de la maladie de Basedow.

(M. Ch. Flandin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 14-5-1926.)

M. Marcel Labbé rapportait récemment des faits de maladie de Basedow dans lesquels l'administration de l'iode avait été suivie de résultats favorables, tout au moins quant à la santé générale. M. Flandin remarque que les malades de M. Marcel Labbé étaient des basedowiens à la période d'état. Il lui semble peu probable que le traitement iodé trouve des indications aussi satisfaisantes dans les goitres exophtalmiques frustes ou dans les hyperthyroïdies. Cette médication est alors plutôt aggravante, en général.

Dernièrement, des auteurs étrangers, Bloch, de Copenhague ; Heinrich, de Vienne ; Lebenstein, de Berlin, ont étudié l'action, dans les déséquilibres thyroïdiens, de produits complexes paraissant déterminer une modification catalytique et agir sur la fixation du calcium et du soufre par la cellule vivante. M. Flandin a pu se procurer une de ces substances, connue sous le nom de *cenecine*, qui s'administre par voie buccale. Quatre basedowiens ainsi soignés ont vu leur affection s'amender très notablement.

— MM. A. Lemierre et Deschamps signalent une amélioration rapide et considérable d'un cas grave de maladie de Basedow (avec vomissements incoercibles et cachexie), sous l'influence de la suggestion. La suggestion fut exercée en l'espèce par un fromage fermenté qui, dans l'esprit de la malade, constituait un traitement merveilleux des vomissements. Effectivement, ceux-ci s'arrêtèrent et la santé se rétablit.

Sur les kystes du poignet.

(MM. Maurice Letulle et L. Bazy. — *Société de chirurgie* ; 19-5-1926.)

S'appuyant sur une étude histo-pathologique de la structure et de l'évolution des kystes du poignet, MM. Letulle et L. Bazy concluent que les kystes dits synoviaux du poignet sont dus, non pas à une hernie de la synoviale articulaire ou tendineuse (c'est-à-dire en somme à une malformation anatomique), mais à une désagrégation, à une liquéfaction gélatiniforme des tissus fibreux péri-articulaires ou péri-synoviaux (c'est-à-dire à une lésion pathologique). Cette explication s'appliquerait à un certain nombre de cas, sinon à tous.

— M. Dujarier ne croit pas que la fonte du tissu conjonctif explique la totalité des kystes du poignet. L'auteur a observé, chez une malade, la formation instantanée d'un kyste dorsal du poignet. Cette femme portait à bras tendu une lourde casserole. Dans un mouvement de torsion, elle ressentit une vive douleur et un kyste gros comme une cerise se montra immédiatement. La fonte conjonctive n'avait évidemment aucun rôle ici.

Absence congénitale de vagin : opération de Baldwin.

(MM. Costantini et Goinard, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 19-5-1926.)

L'opération de Baldwin, proposée pour remédier à l'absence congénitale de vagin, consiste à créer un néo-vagin au moyen d'une anse intestinale. Elle a déjà fait l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie en 1923.

Cette opération a un gros inconvénient : sa gravité. Elle s'adresse à des femmes jeunes, bien portantes, et elle donne une mortalité considérable (17

pour 100 d'après Rivière, thèse d'Alger). A la Société de Chirurgie, on était tombé d'accord pour ne tenter l'opération que si la femme la réclamait et, dûment avertie de ses dangers, en acceptait les conséquences.

La mort est le plus souvent imputable à une complication, la péritonite par sphacèle du néo-vagin intestinal. MM. Costantini et Goinard ont modifié la technique opératoire, supprimant la taille en coin du méso, et ils estiment que la modification qu'ils apportent atténuera beaucoup la gravité du Baldwin. Ils ont appliqué effectivement avec succès leur technique chez une jeune algérienne, répudiée par son mari en raison d'une absence congénitale de vagin. L'opérée guérit et, à la sortie de l'hôpital, l'examen de la vulve montra une continuité parfaite des tissus, rendant insoupçonnable pour un observateur non averti, la nature artificielle du vagin. Celui-ci, dans la suite, s'est un peu resserré.

Luxation irréductible de la mâchoire. Résection des ménisques.

(M. Jean Petit, de Niort. — *Société de chirurgie* ; 19-5-1926.)

M. Jean Petit relate une observation de luxation bilatérale irréductible et ancienne de la mâchoire inférieure. Il en obtint la guérison après résection des deux ménisques.

Les cas de ce genre sont rares. Quant à la résection des ménisques, elle constitue une opération simple.

Syphilis post-traumatique.

(MM. Milian et Lotté. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-3-1926.)

Une observation de syphilide ulcéro-gommeuse de la jambe, ayant succédé à une plaie par chute, de MM. Milian et Lotté, ramène l'attention sur les lésions syphilitiques post-traumatiques.

Cette question de la syphilis traumatique n'est pas récente. Soulevée en 1823 par Delpech, puis par Jobert, Wirchow, Verneuil, Fournier, elle est entrée dans une phase nouvelle avec la loi sur les accidents du travail. Milian a relaté en 1908 un cas de périostite syphilitique, suite d'un traumatisme. Bory, Clément-Simon, Gougerot ont vu, pendant la guerre, des syphilides apparaître au niveau de blessures.

Lorsqu'une plaie traîne, se cicatrise mal, dit M. Milian, il faut penser à la syphilis.

— M. Gougerot croit fréquentes les lésions de syphilis et hérédo-syphilis post-traumatiques. Elles peuvent être cutanées, osseuses, viscérales, etc.

— M. Thibierge est d'un avis différent. Il a étudié les observations publiées comme des exemples de syphilides cutanées consécutives à un traumatisme unique. Aucun cas ne lui a paru rigoureusement démonstratif. Le cas de MM. Milian et Lotté ne lui semble pas non plus à l'abri de critique.

P. L.

Montpellier.

Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

A propos de la pathogénie des « kystes synoviaux ». Un cas de tumeur para-synoviale du cou-de-pied.

MM. Massabuau, A. Guibal et G. Laux. — Les auteurs versent à ce débat toujours ouvert une observation intéressante. Cliniquement, la tumeur en question paraissait un kyste synovial évident ; opératoirement, elle se présenta comme une masse solide, grosse comme une cerise, molle, assez bien limitée, en contact intime avec la synoviale tibio-tarsienne ; histologiquement, elle montra les caractères de l'inflammation chronique tuberculeuse avec de nombreuses cellules géantes, mais sans dégénérescence caséeuse.

Les auteurs proposent donc d'interpréter cette tumeur comme un type de lésion tuberculeuse et se demandent si certains « kystes synoviaux » n'ont pas présenté au début de leur évolution un aspect histologique semblable.

Réaction myélo-blastique post-hémorragique.

MM. Vedel, Giraud, Mlle Giraud et M. Puech. — A la suite d'une hématémèse très abondante provoquée par un ulcus duodénal dont elle était le premier symptôme, un homme de 27 ans a présenté une réaction myéloblastique passagère d'une remarquable intensité : 6 jours après l'hémorragie, on note 2.200.000 globules rouges, 76.000 globules blancs dont 49,3 myéloblastes, sans myélocyte et seulement 1,7 mégaloblaste p. 100 ; au 13e jour, ils ont complètement disparu. Cette observation montre que le seul effort réactionnel intense des organes hématopoiétiques peut se traduire chez le sujet normal par un afflux intense dans la circulation périphérique de formes globulaires jeunes et même de cellules indifférenciées, assimilables à la cellule originelle. Elle a permis, en outre de constater la présence simultanée de tous les stades de transition entre le myéloblaste et le mégaloblaste caractérisés et d'apporter peut-être un argument en faveur de leur étroite relation.

Observations sur la mélitococcie depuis 1920.

M. Goiny, depuis 1920, a eu l'occasion de soigner 36 cas de fièvre ondulante répartis en six petites épidémies successives et dus pour la plupart à l'absorption de lait de chèvre ou de brebis en nature ou sous forme de fromage frais.

L'évolution clinique ne permettant d'affirmer la fièvre ondulante que tardivement, il y a lieu d'avoir recours aux recherches de laboratoire.

L'intradermo-réaction de Burnet donne des résultats difficiles à apprécier.

L'hémoculture a donné des résultats certains, mais demande un temps assez long (15 à 18 jours).

La séro-réaction de Wright paraît le procédé de choix, l'auteur ne l'a jamais vue en défaut.

Comme traitement, la vaccination est la seule méthode qui lui ait donné des résultats. — 5 succès sur 8 cas traités. Les auto-vaccins et les stocks-vaccins lui ont donné des succès. Il donne la préférence à ces derniers, car ils permettent de commencer le traitement 20 jours plus tôt.

La séro-agglutination et la vaccinothérapie de la mélitococcie.

MM. M. Lisbonne et P. Deveze. — Dans un récent précis de pathologie médicale, M. Bezançon et Philibert, à propos de la mélitococcie, refusent toute valeur au séro-diagnostic de cette maladie. L. et D. s'étonnent qu'en 1926 un tel discrédit puisse être jeté sur une méthode de diagnostic qui fait ses preuves chaque jour dans les laboratoires. Quand on opère avec des souches sélectionnées (Br. Melitensis, ou Br. Abortus), les résultats de l'agglutination sont en accord avec la clinique dans 95 % des cas. Jamais, on ne constate d'erreurs par manque de spécificité. La réaction ne fait défaut que dans des cas exceptionnels. De l'avis des auteurs qui ont recueilli l'opinion de Burnet, la *séro-agglutination est une technique dont on ne peut pas se passer.*

La vaccinothérapie, malmenée par Bezançon et Philibert, assure des guérisons nombreuses de mélitococcie remarquables par leur rapidité. Jamais les auteurs n'ont connu d'accidents imputables à cette thérapeutique qui est la seule existante dans cette maladie.

A propos de quelques cas de fièvre de Malte.

MM. Vedel, Giraud et Puech. — Parmi les neuf cas de fièvre de Malte qu'ils ont observés en 4 ans, les auteurs signalent deux cas mortels, l'un par manifestations respiratoires prédominantes avec laryngite ulcéreuse, l'autre à la suite d'accidents sériques et après une longue évolution avec manifestations hémorragiques importantes. En ce qui concerne l'étiologie, il faut retenir un cas probable de contagion de lit à lit chez un convalescent de fièvre typhoïde. Or, ces deux malades ont présenté des manifestations polynévritiques. Enfin, la réaction de Burnet pratiquée dans quatre cas, s'est montrée une fois négative, alors que l'hémoculture avait été positive pour le melitococcus melitensis.

Deux cas de polynévrite mélitococcique.

MM. Vedel, A. Puech et M. Janbon. — Les auteurs rapportent deux cas de cette complication rare de la fièvre ondulante. L'un est une forme sensitivo-motrice avec prédominance des troubles de la sensibilité atteignant les membres inférieurs et réalisant un joli type de pseudo-tabès polynévritique : douleurs violentes, abolition des réflexes, démarche ataxique par troubles profonds de la sensibilité objective. L'autre est un cas de polynévrite motrice des membres inférieurs, avec atteinte prédominante des cruraux. Dans ces deux observations, les auteurs ont noté l'existence d'un œdème des membres inférieurs, indépendant de tout facteur cardiaque ou rénal, et dont l'évolution fut parallèle à celle de la polynévrite. Ils font enfin observer ce fait particulier qu'un sujet qui contracta la maladie au contact du second malade présenta après la période fébrile une paralysie du membre supérieur droit, avec prédominance à la racine. Ils se demandent si certaines races de mélitocoque auraient une affinité neurotrope.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône.

(Juin 1926.)

Exostoses ostéogéniques multiples.

M. Cassoute présente un enfant de 11 ans atteint d'exostoses ostéogéniques multiples. L'A. rappelle que les travaux récents n'ont pas avancé la question de la pathogénie et du traitement de cette affection. Il se propose d'essayer le traitement par les rayons ultra-violets.

Inversion complète des organes.

M. Cassoute présente une fillette de 8 ans ayant une inversion complète de tous les organes. Des épreuves radiographiques confirment les résultats de l'examen clinique.

Calcul secondaire urétro-vésical de quinze centimètres de long. Extraction. Guérison.

M. Martin-Laval présente un calcul de forme boudinée, du volume du doigt et qui, brisé sur une partie de sa longueur, laisse voir au centre une tige d'herbe autour de laquelle s'est développée en un mois, grâce à l'infection concomitante, ce volumineux calcul. L'extraction fut faite par cystostomie. L'A. attire l'attention sur la longueur du calcul, 15 cm. et la rapidité de sa formation, un mois.

Rhumatisme cardiaque évolutif avec endocardite mitrale chez l'enfant. Insuffisance pulmonaire transitoire.

MM. Payan, Massot et Perrimond. — Enfant de 14 ans, porteur d'une endocardite à forme de rhumatisme cardiaque évolutif. Observé pendant 8 mois, ce malade présenta, avec un début pseudo-méningé, une atteinte marquée de la mitrale et du myocarde, une hypertension précoce de la petite circulation, un souffle transitoire d'insuffisance pulmonaire. Mort rapidement par thrombose cardiaque à la suite de grippe avec complications respiratoires.

Des formes de début de la paralysie infantile. Six cas à début méningé.

MM. Louis Payan et Marc Massot ont rassemblé 96 cas de paralysie infantile survenus à Marseille entre janvier 1919 et mai 1926 (dont 48 en 1925-1926). Dans 28 cas, la modalité clinique du début a pu être reconstituée en détail ; dans 19 cas, ce début a revêtu une allure infectieuse plus ou moins banale ; dans 3 cas, il a revêtu l'allure paralytique d'emblée. Dans 6 cas enfin, début méningé. Pas de forme méningée pure. Dans 3 cas, les accidents méningés ont précédé les paralysies. Parfois précédés de troubles infectieux, les accidents méningitiques purs ont pu ouvrir la scène clinique. A noter surtout la fréquence de l'hérédo-syphilis qui s'est retrouvée 3 fois dans les antécédents des malades. Il semble logique d'admettre que l'atteinte des méninges par la syphilis a sensibilisé celles-ci et les a rendues plus aptes à subir l'action du *virus poliomyélitique*.

Résultats de la cure hypotensive sans médicaments dits hypotenseurs.

M. Ch. Mattéi a essayé d'agir sur la tension artérielle sans médicaments hypotenseurs.

Par la réduction du travail du cœur (purgation drastique, repos, régime, accroissement de la diurèse).

Par l'accroissement de l'énergie cardiaque (solubaïne, digitale, scille).

La tension des malades ainsi traités était observée à heure fixe et dans des conditions physiologiques identiques ainsi que le taux des urines et de l'azotémie, les variations du poids et des signes physiques et fonctionnels liés à l'hypertension.

Les résultats observés ont été les suivants : avec les drastiques, résultats immédiats, mais passagers, même chez les malades dont les évacuations furent moyennes, par influence dépressive sur le système neuro-végétatif. Les toni-cardiaques et les diurétiques agissent d'une façon moins évidente mais certaine et semblent régulariser et renforcer l'amélioration obtenue. Le régime et le repos ont une action très nette, mais rendue durable par celle des précédents moyens thérapeutiques.

Chez *trente grands hypertendus* (au-dessus de 23-12) à la *période de latence*, 90 % des cas ont montré des résultats favorables : la pression artérielle a pu être ramenée progressivement et pour longtemps à des chiffres voisins de la normale. A la *période troublée*, même résultat pour la maxima, mais la pression diastolique, encore réductible assez parallèlement à la maxima, présente des réductions moins étendues et moins fréquentes (résultats nuls dans 30 % des cas). A la *période de défaillance cardiaque*, résultats infiniment moins favorables. La diminution nette et durable de l'hypertension avec réduction maximale et minimale appréciable, ne se voit que dans 30 % des cas.

Chez *douze hypertendus moyens*, Mx et Mn sont abaissées aussi fréquemment à la période de latence qu'à la période troublée. A noter seulement pour cette dernière, la rareté des dénivellations marquées de la minima sous l'influence de la cure. Dans l'ensemble, résultats assez fréquents, réguliers, fidèles, dont la valeur semble surtout résider dans la réduction contemporaine de Mx et Mn dans 90 et 70 % des hypertendus sans défaillance cardiaque, dans l'évolution favorable de la différentielle et l'amélioration durable des signes fonctionnels et généraux.

Résultats de l'opothérapie thyroïdienne chez certains hypertendus.

M. Ch. Mattéi. — Chez trois hommes et une femme myxœdémateux (rencontrés sur 150 hypertendus examinés) âgés de 50 à 65 ans, dont l'hypertension variait de 18-12 à 24-15, le traitement hypotenseur habituel, resté sans résultat employé seul, a été heureusement complété par l'opothérapie thyroïdienne. Un de ces cas n'a pu être suivi à cause de son départ de Marseille. Chez les autres, le taux des urines augmenta de 800 à 1.500 et 2.000 par jour, la constante d'Ambard fut abaissée de 0,12, 0,14 à 0,08, 0,09, le poids diminua de 6 à 8 kilos en 3 à 5 semaines, la pression artérielle fut nettement réduite surtout en ce qui concerne la minima. De plus, accroissement de l'indice oscillométrique.

Action de l'émétine sur les hémoptysies tuberculeuses.

MM. Ch. Mattéi et R. Acquaviva. — Le chlorhydrate d'émétine a été employé sur des tuberculeux pulmonaires présentant des hémoptysies évolutives, faites de sang rouge vif, spumeux et abondant, c'est-à-dire encore loin de leur terminaison spontanée. On injectait 0,08 cgr. par jour pendant quatre jours consécutifs. Dans douze observations semblables, l'hémoptysie a résisté régulièrement à la médication ou n'a subi que des réductions négligeables. Une étude faite sur la tension artérielle de certains de ces malades a montré que l'action hypotensive de l'émétine était très négligeable et frappait la maxima. Cette action légèrement hypotensive nous a paru d'ailleurs ne pouvoir faire préjuger de l'efficacité du médicament contre les hémoptysies en général. L'hypotension maxima légère observée dans la grande circulation après l'emploi de l'émétine ne nous éclaire pas en effet sur l'état de la petite circulation cardio-pulmonaire dont dépendent généralement les hémorragies de la tuberculose pulmonaire.

On ne peut considérer comme vraiment antihémorragique le médicament qui, après quatre jours de cure soigneuse, ne donne aucun résultat appréciable ; c'est pourquoi nous pensons que le chlorhydrate d'émétine dans les cas d'hémoptysies non susceptibles de terminaison spontanée prochaine est un remède inefficace ou infidèle.

Rythme d'élimination urinaire de l'émétine et hématuries bilharziennes.

M. Ch. Mattéi, à propos d'un cas de bilharziose

vésicale, fait ressortir le synchronisme qu'il a constaté entre les périodes d'élimination urinaire de l'émétine et la disparition passagère des hématuries bilharziennes. Il rappelle que l'élimination de l'émétine, régulièrement croissante à mesure que se succèdent les injections, se continue par à-coups pendant une période variant de 40 jours à 60 jours pour une dose totale de 0 gr. 48. Chez le malade étudié, dès les premières injections (0,08 par jour), disparition complète des mictions sanglantes avec persistance très régulière de 38 à 43 jours entre chaque série de piqûres.

Emile CASTELLI.

Toulouse

Société d'obstétrique et gynécologie.

Eclatement de la cicatrice au début du troisième accouchement chez une femme deux fois césarisée.

MM. AUDEBERT et FOURNIER relatent l'histoire d'une IIpare césarisée à deux reprises en 1922 et en 1924 ; au moment de la deuxième intervention, on avait remarqué un léger amincissement de la première cicatrice à sa partie supérieure.

Pour cette raison, la malade fut suivie très attentivement pendant le cours de sa troisième grossesse (1926), mais bien qu'elle eut promis d'entrer à la clinique quelques jours avant le terme supposé, elle ne se fit hospitaliser que plusieurs heures après le début des douleurs, alors que les contractions utérines se produisaient régulièrement toutes les dix minutes.

L'intervention eut lieu sans retard : on constata une rupture utérine complète au niveau d'une des précédentes incisions : après l'extraction de l'enfant, on procéda à une hystérectomie subtotale. Les suites opératoires furent parfaites.

Cette observation montre une fois de plus, étant donné que les cicatrices souvent amincies peuvent se rompre au moment des contractions utérines, qu'il convient d'intervenir avant le début de tout travail.

Transfusion du sang chez les nouveau-nés débiles ou prématurés.

MM. DALÉAS et GALY-GASPARROU ont utilisé dans quatre cas ce moyen qui permet de stimuler la thermogénie et les accroissements de poids chez les nouveau-nés débiles ou prématurés, qui perdent du poids depuis leur naissance. Les auteurs n'ont obtenu qu'un seul bon résultat, mais ils pensent que les échecs qu'ils ont dû enregistrer ne doivent pas être imputés à la méthode qui par ailleurs a montré une grande efficacité et doivent être attribués à l'hygiène défectueuse des nouveau-nés (manque complet de nourrices, chambres non chauffées).

J. T.

Les Congrès

VII[e] Congrès international de chirurgie.

(*Suite*) (1).

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne.

Rapporteur : M. R. LERICHE (Strasbourg).

L'étude de la trentaine de cas d'épilepsie jacksonienne traumatique, observés pendant des années, conduit à penser que l'épilepsie est toujours liée à la présence de la cicatrice d'un foyer de contusion corticale. Les lésions osseuses et méningées, auxquelles on attache d'habitude tant d'importance, ne signifient rien et sont tout à fait secondaires. Mais une simple cicatrice cérébrale fibreuse ne suffit pas à créer le jacksonisme. Les cicatrices épileptogènes paraissent toujours renfermer une anormale prolifération névroglique. Celle-ci est probablement due à une réaction conjonctive particulière de l'individu.

Quand la cicatrice névroglique existe, les crises sont déclanchées par des variations brusques de la circulation cérébrale et correspondent toujours à de véritables déséquilibres du liquide céphalo-rachidien, soit en excès, soit en défaut. En fait, on peut expérimentalement chez le jacksonien provoquer des crises en élevant ou en abaissant la tension du liquide. On peut faire cesser l'état de mal de la même façon.

Le véritable traitement de l'épilepsie jacksonienne consiste à exciser la cicatrice fibro-névroglique. Comme ce n'est pas toujours possible, on doit se contenter généralement d'exciser la cicatrice fibro-méningée qui, souvent, s'enfonce dans le cerveau.

D'ailleurs toute intervention, si minime soit elle, amène une disparition temporaire des crises.

Mais la récidive est habituelle.

Peut-être pourrait-on modifier la cicatrice par radiothérapie ? Il y aurait lieu d'entreprendre des recherches systématiques sur l'effet des radiations sur le tissu névroglique jeune.

En attendant, pour éviter la récidive, il faut chercher à maintenir chez les jacksoniens un état d'équilibre du liquide céphalo-rachidien, soit à l'aide d'injections intra-veineuses d'eau distillée,oit par l'indi-

(1) V. *Concours médical*, n[os] 31, 32, 34 et 35.

gestion de solutions hypertoniques. Les résultats ainsi obtenus sont très intéressants. On observe la suppression des crises pendant des années chez des sujets ayant récidivé, une amélioration subjective considérable, la disparition des céphalées, des vertiges, etc., et la brusque cessation de l'état de mal.

Epilepsie jacksonienne.

DISCUSSION. — M. ALESSANDRI (de Rome), tout en étant d'accord avec le rapporteur sur les principaux points, croit devoir insister sur l'importance primordiale de la *lésion locale* dans la genèse des accidents. Du reste, il faut tenir compte non seulement de la cicatrice cérébrale, mais aussi de celle de l'os et des parties molles. Seule, l'ablation complète du tissu cicatriciel, jusques et y compris la cicatrice cérébrale, quelle qu'en soit la gravité, est la seule technique susceptible de procurer une excellente guérison. L'auteur rapporte un cas personnel de plaie infectée, avec gros bloc de tissu cicatriciel, ayant provoqué, deux ans après la blessure, des crises jacksoniennes. L'ablation complète put se faire assez facilement, grâce à la différence de consistance des tissus voisins. La guérison des crises fut obtenue au prix d'une hémiparésie.

Le second point important est la reconstitution minutieuse des plans, avec autoplasties, s'il est nécessaire. Pour confirmer cette opinion, M. Alessandri cite le cas d'un blessé opéré trois fois, qui récidiva chaque fois et ne fût guéri qu'à la suite d'une quatrième intervention dans laquelle on fit une reconstitution anatomique précise des différents plans. Le résultat obtenu se maintient depuis vingt ans.

M. ANZILOTTI (de Livourne) estime également que la lésion locale prime tout et que les modifications circulatoires, les troubles de l'équilibre céphalo-rachidien sont ici en rapport direct avec la cicatrice. Il établit un parallèle de ces troubles avec le glaucome. L'extirpation large est évidemment le traitement de choix, mais il n'est pas toujours facile de savoir si l'on a dépassé les limites, étant donnée la fréquence des lésions gliomateuses péricicatricielles du cerveau, décelables seulement par l'examen histologique.

En ce qui concerne les récidives, on doit toujours tenir compte du facteur constitutionnel. Dans un cas cité par l'auteur, il existait des épileptiques essentiels dans la parenté immédiate du blessé qui récidivait d'une façon désespérante.

M. YOUNG (de Glasgow) attire l'attention sur les difficultés que l'on éprouve souvent à trouver la cause précise : l'épine irritative, même pièce en mains. Le diagnostic avec l'épilepsie dite essentielle n'est pas toujours aussi simple qu'on le croit. Il sera bon, en tout cas, de bien fermer la brèche opératoire par un volet ostéoplastique afin d'éviter la formation d'une nouvelle cicatrice. L'auteur rapporte un cas personnel dans lequel la guérison se maintient depuis trois ans.

M. DE QUERVAIN (de Berne), se basant sur une pratique de trente années, estime que la question est encore des plus confuses, car nous manquons de précisions au sujet de la nature et la cause de l'épilepsie jacksonienne. Il est d'ailleurs presque impossible de prévoir les résultats de l'intervention, lesquels peuvent être bons, mauvais, ou nuls.

Ainsi que le recommande M. Leriche, les recherches histologiques devront être faites avec un soin tout particulier ; mais il serait également très indiqué d'étudier la structure des cicatrices chez les blessés non épileptiques et de chercher à savoir si un sujet, même sans lésions névrogliques, ne fera pas tôt ou tard de l'épilepsie bravais-jacksonienne, s'il appartient à la famille des individus à système vaso-moteur très labile. L'importance du facteur vaso-moteur est considérable, ainsi que celle de la tension du liquide céphalo-rachidien. C'est contre elle que Kocher avait préconisé la décompression.

Les greffes graisseuses rendent des services ; mais il faut se méfier du développement fréquent de kystes au-dessous d'elles.

M. JEFFERSON (de Londrs) insiste sur l'importance des relations du traumatisme avec le développement des accidents jacksoniens.

M. GAMBERINI (de Bologne) apporte sa statistique: Sur 34 cas d'épilepsie primitive, il a pratiqué 7 interventions partielles (4 décompressives : 2 succès; 3 excisions simples : 2 succès) et 27 interventions « radicales », c'est-à-dire : exérèse de la cicatrice et cranioplastie. Cette dernière série lui a donné 20 succès, 2 améliorations, 5 échecs. Parmi les malades guéris, 4 sont morts ultérieurement de maladie intercurrente. L'auteur attire tout particulièrement l'attention sur l'importance de l'association de la plastie cranienne à l'exérèse cicatricielle. Il l'a employée 15 fois dans une série de 24 grands blessés du crâne non épileptiques. Ces blessés ont pu être suivis depuis 1917 et n'ont jamais présenté de symptômes jacksoniens.

M. SOLARO (de Busto Arsizio) rapporte l'observation d'un enfant de deux ans ayant présenté, à la suite d'un traumatisme cranien, des secousses épileptiformes limitées à la jambe gauche. Ces accidents s'amendèrent ensuite pendant dix ans. Puis apparurent de nouvelles crises à type jacksonien qui, d'abord limitées à la jambe gauche, se généralisèrent peu à peu à la moitié du corps, tout en augmentant de fréquence.

La radiographie montre un noyau calcifié de la zone rolandique supérieure. Ce noyau est facilement énucléé et apparaît formé de tissu conjonctif engainant des sels de chaux (calcification secondaire d'un hématome). Ce cas fait ressortir la nécessité d'une étude approfondie des lésions trouvées.

M. CORACHAN (de Barcelone), considère, lui aussi, comme indispensable l'ablation complète des lésions craniennes, méningiennes et cérébrales dont l'existence est en rapport direct avec l'évolution des crises. On pourra faire la craniotomie simple, ou mieux, l'ostéoplastique.

Le procédé de la « valvule » de Kocher, peut améliorer les cas à grande hypertension. Il est particulièrement indiqué dans l'épilepsie essentielle dont le substratum est mal connu. L'auteur l'a fréquemment employé avec succès en pareil cas. Pour terminer, il rapporte quatre observations personnelles, dont il fait passer les projections sur l'écran.

M. Mayer (de Bruxelles) relate trois cas personnels de greffes graisseuses, dont la guérison se maintient depuis huit à douze ans. Ce procédé n'est donc pas aussi mauvais que le pensent un certain nombre de chirurgiens.

Le diagnostic et le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau ont été exposés magistralement par A.-W. Adson (Rochester), rapporteur.

L'auteur passe rapidement en revue la littérature médicale concernant la névralgie du trijumeau et discute l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic différentiel et les résultats obtenus à la suite du traitement palliatif par les injections d'alcool et l'arrachement des branches périphériques du nerf, de même que les résultats obtenus après l'opération radicale de section de la racine postérieure sensitive du ganglion de Gasser avec conservation de la racine motrice.

Il passe également en revue une série de 600 à 700 cas observés et traités à la Clinique Mayo et montre les complications du diagnostic, les indications des injections d'alcool et de l'opération radicale de la section de la racine. Il décrit également les complications opératoires, les séquelles et les résultats obtenus par la section de la racine postérieure.

Des clichés et des films cinématographiques ont illustré ces différents points.

(A suivre.)

Les Livres

E. Le François, Boulevard St-Germain, Paris.

Dr Jean-Etienne Marcel. — **Syphilis et testicule.** Une brochure de 226 pages illustrées de planches et de schémas.

La syphilis du testicule est presque toujours une orchi-épididymite, compliquée, la plupart du temps, de lésions de la vaginale et du cordon. Elle est moins rare qu'on ne l'écrit. A côté de sa forme classique, il y a place pour :

1o Des formes bénignes ou latentes, qu'on découvre chez certains syphilitiques tertiaires et qui permettent de préciser le diagnostic, lorsque les autres lésions sont douteuses ;

2o Des formes liquidiennes, prises pour de banales hydrocèles, et qu'on peut différencier par l'enquête étiologique, le Wassermann du liquide, voire le traitement d'épreuve.

3o Une syphilis occulte, basée sur la présence du spirochète dans le sperme, démontrée par des recherches expérimentales, des inoculations, des examens directs, ainsi que l'auteur les a poursuivis, avec M. Levaditi ; démontrée aussi par les malformations des spermatozoïdes, leur diminution ou leur suppression. Cette syphilis occulte, que l'auteur prend à tâche de mettre en évidence, possède une importance pratique et théorique incontestable. Elle peut ouvrir sur l'hérédité et sur la contagion spécifique des horizons insoupçonnés. Par ailleurs, la stérilité syphilitique est moins rare qu'on le croit.

Les recherches de l'auteur lui ont permis de conclure :

1o Que l'épididymite syphilitique secondaire existe incontestablement, mais diffère aujourd'hui de la forme classique de Dron, sans doute à cause des modifications cliniques dues à la précocité, à la facilité et à l'efficacité du traitement. Elle est rare, subaiguë, à manifestations minimes, — tout un ensemble de faits qui expliquent qu'elle passe le plus souvent inaperçue, et du malade, et du médecin lui-même.

3o Que l'épididymite tertiaire doit devenir classique, car elle est loin d'être exceptionnelle.

Dans l'hérédo-syphilis précoce du testicule, il convient de mettre en lumière une forme liquidienne, représentée par certaines hydrocèles du nourrisson. Dans la syphilis héréditaire tardive, c'est la forme gommeuse qui prédomine.

Le diagnostic de la syphilis du testicule est souvent difficile, non pas dans les formes classiques, caractérisées par l'irrégularité, l'indolence du testicule, mais dans les formes latentes, insidieuses, silencieuses, et aussi lorsqu'on a affaire à certaines associations pathologiques (syphilis et blennorragie, syphilis et tuberculose, syphilis et néoplasme), et surtout dans les formes pseudo-néoplasiques, que l'on opère trop volontiers. Aussi importe-t-il de préciser le plus possible le diagnostic, en recourant aux réactions sérologiques (procédé assez aléatoire), au traitement d'épreuve, à l'exploration sanglante, facile et inoffensive, à l'examen biopsique, selon le procédé proposé par l'auteur.

Malgré cependant toutes ces recherches, la vérité demeurera inaccessible et l'erreur deviendra inévitable.

Il convient de tout mettre en œuvre pour qu'elle soit exceptionnelle.

En résumé, toute tumeur des bourses, liquide ou solide, chronique et quelquefois aiguë, doit faire penser à la syphilis. Et d'autre part, dans le cours de la syphilis secondaire, tertiaire, acquise ou héréditaire, on ne manquera pas d'explorer l'appareil orchi-épididymique.

Les Thèses

Ly. — Dr A. Fonteneau. — **Contribution à l'étude des diurétiques azoturiques. De la scille, et, en particulier, de son glucoside cristallisé, le scillarène.** Lyon 1925. (Travail du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine.) A. Traquet, éditeur.

Le docteur Fonteneau, en se plaçant au double point de vue expérimental et clinique, vient de reprendre, dans toute sa rigueur scientifique, l'étude de l'importante question de l'azoturie, au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Lyon.

L'expérimentation a porté sur l'animal (le lapin) et les recherches cliniques : 1° sur l'homme sain ; 2° sur le malade atteint de néphrite azotémique pure ; 3° sur le malade atteint de néphrite azotémique avec rétention chlorurée ; 4° sur le malade atteint de cirrhose avec ascite.

Voici les résultats obtenus :

1° Cinq lapins ont été rendus azotémiques par une alimentation appropriée, et chez tous, le scillarène s'est montré nettement diurétique, azoturique et supérieur à l'extrait de scille.

2° Chez l'homme sain, soumis à l'action du scillarène, la quantité de l'urée éliminée par 24 heures augmente, mais sans augmentation de la diurèse (3 observations).

3° Chez 20 malades atteints de néphrite azotémique pure, c'est-à-dire sans rétention chlorurée et sans atteinte cardiaque, l'auteur a étudié la courbe de l'urée sanguine, de la tension artérielle, de l'urée urinaire par 24 heures, de la diurèse, et dans l'unanimité des cas, le scillarène s'est montrée « avant tout et essentiellement un diurétique azoturique vrai, amenant d'une façon progressive l'abaissement de la tension artérielle, et la diminution sensible de la teneur du sang en urée ».

4° Dans les néphrites azotémiques, accompagnées de rétention chlorurée, les résultats sont également favorables sur l'élimination de l'urée et des chlorures.

5° Chez les malades atteints de cirrhose du foie, avec ascite et oligurie accompagnée de rétention azotée (8 cas) les résultats obtenus ont été les suivants : suppression des phénomènes toxiques, élimination de l'urée, augmentation de la diurèse, disparition de l'ascite.

« Pour conclure, dit l'auteur, nous croyons pouvoir affirmer que le scillarène est un glucoside à effets constants, possédant des effets diurétiques directs sur la cellule rénale avec une action *élective* sur l'élimination de l'urée. »

Le scillarène est donc le diurétique azoturique vrai de la thérapeutique actuelle, et ses indications sont les suivantes :

1° Les néphrites chroniques urémigènes ; 2° les hydropisies rénales où la rétention azotée s'accompagne de rétention chlorurée ; 3° la cirrhose ascitique, en un mot, toutes les oliguries avec rétention uréique.

L'auteur reconnaît que l'administration du scillarène est pratiquement sans inconvénient. En effet, sur 70 cas traités dans les hôpitaux de Lyon, et dans les hôpitaux de Tours, trois malades seulement, ont paru incommodés par le médicament ; le premier a présenté des vomissements, et les deux autres de la diarrhée.

Les doses recommandées par le Dr Fonteneau, dans les indications précédentes, sont les suivantes : 2 à 3 comprimés de scillarène dosés à 0 milligr. 8 par 24 heures, ou bien 2 à 3 fois XX gouttes de la solution, dosée également à 0 milligr. 8, par XX gouttes.

Mtp. — Dr J. Bizais. — **Les déchirures du dôme vaginal consécutives aux manœuvres manuelles intra-utérines pendant l'accouchement.** (Imprimerie Firmin et Montane, Montpellier, 1925.)

Les déchirures du dôme vaginal ne sont pas des lésions très rares ; leur mécanisme est en faveur de cette assertion. Il est donc de toute nécessité de les prévoir et de tout mettre en œuvre pour les éviter.

Leur mécanisme peut, dans beaucoup de cas, être celui indiqué si nettement par Tarnier, « une véritable divulsion de l'insertion du vagin sur le col de l'utérus... C'est alors la main qui est l'agent du traumatisme... lorsqu'en voulant pratiquer une version ou une délivrance artificielle, l'opérateur tente d'introduire la main dans l'utérus sans avoir préalablement fixé le fond de cet organe par une pression exercée de haut en bas sur l'abdomen. »

D'où la nécessité de ne pratiquer aucune manœuvre pouvant refouler l'utérus vers le haut sans en maintenir ou faire maintenir solidement le fond, de telle sorte qu'il ne puisse tirer sur ses attaches vaginales et les rompre.

Quant au traitement, il semble bien que la simple mise en place de gros drains assurant une libre et large communication entre le cul-de-sac de Douglas et l'extérieur soit préférable à toute autre façon de faire. Il n'est pas nuisible, bien entendu, d'y joindre un immobilisateur des anses intestinales, un sac de glace sur l'abdomen en l'occurence.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

RÉFLEXIONS SUR LA DERNIÈRE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE

Par le Dr Gabriel BATIER (de Strasbourg).

Les circonstances ont fait que je n'assistais pas à cette assemblée dont j'avais ici-même signalé l'importance exceptionnelle pour l'avenir du corps médical (1). Un peu inquiet, je l'avoue, du fait des passions au milieu desquelles allaient être prises de graves décisions, je regrettais de n'avoir pas l'occasion d'y soutenir ce que mon expérience des assurances sociales m'aide à considérer comme la bonne politique professionnelle. Après avoir eu l'écho de cette assemblée, après avoir lu le procès-verbal officiel, je suis au contraire heureux d'être resté cette fois-ci hors de la mêlée, car il m'est permis d'en parler en toute indépendance et de dire: l'*assemblée des délégués a bien mérité du corps médical* !

Elle a repoussé l'action limitative des tarifs en matière d'assurances sociales. On ne répétera jamais assez que si la loi en préparation comportait la limitation des tarifs, elle serait en recul sur la loi allemande elle-même, qui n'a pas osé pareille chose ; seuls les contrats librement passés par les collectivités médicales ou imposés par l'arbitrage ont organisé en Alsace et en Allemagne le tarif limitatif, pour des raisons dont l'exposé nous mènerait trop loin.

L'assemblée a ensuite précisé sa pensée dans un magnifique ordre du jour, qui continue la tradition spirituelle de l'Union, mais qui a une énergie et une clarté inaccoutumées. Elle s'affirme résolue à conserver à notre profession son caractère libéral. Elle pose comme conditions *sine qua non* de sa collaboration, que la loi ne permette aucun forfait — ni direct ni indirect —, qu'elle laisse par ailleurs aux syndicats la liberté de contracter sur la base d'un tarif non limitatif et même sans tarif aucun.

J'avais soutenu et fait adopter l'an dernier par le Conseil une proposition plus large encore, à savoir la liberté pleine et entière de contracter, étant entendu que la liberté de contracter implique celle de ne pas contracter. Cette thèse avait été présentée officiellement à la commission sénatoriale, puisque le rapport supplémentaire la mentionne et l'écarte (1). J'en parle ici afin seulement de montrer que les dirigeants de l'Union avaient défendu, en 1925, devant la commission sénatoriale et l'Administration, une thèse assez libérale pour permettre aux syndicats actuellement dissidents d'ignorer la loi, si tel était leur désir. On ne l'a pas assez souligné, ni d'un côté ni de l'autre de la barricade.

L'assemblée de juillet n'a pas maintenu ce que cette position avait d'absolu et d'un peu théorique. Elle n'a pas exigé la liberté de ne pas contracter à laquelle je demeure malgré tout fidèle. Elle a limité ses revendications à la liberté des tarifs et à la liberté dans le mode de perception des honoraires. Par contre, elle y a mis une vigueur extraordinaire et décidé la préparation immédiate de la lutte pour le cas où elle n'aurait pas satisfaction.

En tête l'affirmation du caractère libéral de la profession médicale, au milieu les conditions *sine qua non*, en queue les préparatifs de mobilisation sans lesquels l'ensemble n'aurait aucune signification pratique devant le projet de loi, voilà un ordre du jour bien conçu et qui répond à la situation (2). Ce n'était plus en effet l'heure des problèmes théoriques. Les réalisations commencent ; à chaque assemblée peut-être il faudra désormais prendre position devant quelque chose de concret.

Si l'assemblée s'en était tenue là, la besogne eût été si incomplète que je ne serais point en ce moment occupé à lui tresser des couronnes. Dans un deuxième temps, elle a estimé « que les délégués du corps médical organisé doivent pénétrer dans tous les organismes de gestion (administratifs et techniques) qui seront prévus par la loi..., étant entendu que tout ce qui regarde les modalités du contrôle sera réglé exclusivement par les contrats syndicats-cais-

(1) BATIER. — Le projet de loi sur les assurances sociales devant la prochaine assemblée de l'Union. *Concours médical*, numéro du 27 juin 1926.

(1) Voir *Médecin Syndicaliste*, 1925, n° 11 *bis*, p. 390 et n° 13, p. 439. — Voir aussi : BATIER. Le projet de loi sur les assurances sociales jugé par un médecin d'Alsace. *Revue politique et parlementaire*, 10 fév. 1926 et le « Rapport supplémentaire » de M. CHAUVEAU, sénateur, page 60 de l'édition parlementaire.

(2) Le texte a paru dans le *Concours médical* du 25 juillet.

ses ». J'ai assez fait campagne contre le principe de la commission tripartite, qui serait un recul sur ce que nous avons réalisé en Alsace dans le cadre de la loi allemande, pour applaudir des deux mains la fin de la motion. Mais l'essentiel est au commencement, qui complète le premier ordre du jour et lui donne tout son sens. L'assemblée se cabre dès que l'on touche au caractère libéral de la profession ; mais elle ne se désintéresse pas de l'organisation sociale ; elle proclame que rien de ce qui est médical ne lui est étranger et que le corps médical organisé revendique sa place— celle de l'élément technique prépondérant — dans toute loi relative à la médecine ou à l'hygiène sociales. Elle le proclame d'une façon plus générale, mais non moins claire, dans un troisième ordre du jour qui définit la méthode permanente du syndicalisme médical vers l'organisation de la médecine sociale par contrats collectifs, seuls capables d'empêcher le salariat et la fonctionnarisation du corps médical.

Pourquoi faut-il que les plus belles discussions de principes soient ternies par des considérations personnelles ? S'il semble que les questions de personnes n'aient pas été portées à la tribune, du moins elles rôdaient dans les coulisses et c'est déjà trop ! Devant les ordres du jour votés par l'assemblée de juillet, à des majorités qui confinaient à l'unanimité, quel médecin peut comprendre la survivance d'une division dans le corps médical ? Est-il vrai que pareils aux dieux qui ont soif, des médecins, des hommes de science, élevés dans le culte du réel et dans la méfiance des certitudes primaires, veuillent des têtes pour apaiser je ne sais quelles rancunes, avant de quitter leur Aventin ?

Pour moi, je fais mien l'appel qu'en des temps lointains et troublés de notre histoire, lançait le vieux maître Alain Chartier : « Assez de discords et de débats !... Nous sommes persécutés de divisions... Pas de nouvelles disputes ! Voulons-nous ressembler à ceux qui, voyant leur maison incendiée, se querellent entre eux pour savoir qui a mis le feu et qui doit l'éteindre ? Je ne vois pas comment nos contentions, les mauvaises paroles, semées en public ou en secret par les uns contre les autres, pourraient nous tirer de ce dangereux pas... »

EXERCICE ILLÉGAL PAR UN MÉDECIN PRIVÉ DU DROIT D'EXERCER

En vertu de l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, les tribunaux peuvent prononcer, contre un médecin, la peine de la suspension temporaire, ou de l'incapacité absolue de l'exercice de son art, comme accessoire à une peine principale afflictive et infamante, ou à une peine correctionnelle, pour crime de faux, vol, escroquerie, pour crimes et délits prévus par les articles 316 du code pénal (castration), 317 (avortements), 331 (attentat à la pudeur), 332 (viol), 334 (excitation à la débauche), et 335, ou à une peine correctionnelle, prononcée par une cour d'assises, pour les faits qualifiés crimes par la loi.

Ces praticiens, ainsi condamnés à la suspension temporaire, ou à l'incapacité absolue d'exercer, sont passibles des pénalités prévues par la loi du 30 novembre 1892, contre l'exercice illégal (article 26), s'ils sont surpris à donner des soins à des malades.

Je ne discute pas ici mon opinion personnelle, qui consiste à trouver absurde et inique ces pénalités accessoires, qui peuvent ainsi frapper certains membres indignes du corps médical. J'estime que, du moment où seule notre profession est de la sorte maltraitée, il est choquant de voir un laitier, poursuivi pour fraude, ayant provoqué la mort de nombreux enfants, le pâtissier, qui est condamné pour avoir falsifié ses gâteaux et avoir ainsi empoisonné plusieurs personnes, et tous autres malfaiteurs publics du même acabit, pouvoir continuer leur coupable, mais fructueuse industrie malhonnête, dès qu'ils ont purgé la peine anodine qui leur est infligée.

Pour gagner sa vie, que peut bien faire un médecin suspendu, qui n'a jamais exercé d'autre profession que l'art médical ? A quoi peut-il être bon, lorsqu'à 50 ans, il est privé de son gagne-pain ?

Pourquoi faire ainsi une distinction entre les citoyens, qui doivent tous être égaux devant la loi pénale ?

Est-ce parce que le législateur de 1892 avait une très haute opinion du sacerdoce qu'exerce le docteur ? Il n'a pas voulu que le public puisse avoir affaire à des praticiens de moralité douteuse.

Alors, pourquoi ce même législateur de 1892 a-t-il été aussi doux, lorsqu'il s'est agi de préciser les pénalités à infliger aux nombreux illégaux, qui exploitent honteusement la crédulité publique et s'enrichissent rapidement, malgré les amendes légères qui leur sont infligées (quand elles le sont) au nom de la loi ?

Quoi qu'il en soit, un médecin, qui a toujours exercé la médecine, aura tendance à continuer à voir des malades, malgré qu'il ait été mis en interdit. Il peut être une fripouille, un amoral et cependant rester un bon praticien et aimer sa profession.

Est-il poursuivi, il sera condamné à une amende de 100 à 500 francs (article 18). Encore faudra-t-il qu'il soit prouvé qu'il a pris part habi-

tuellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies, ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire, ou des accouchements, sauf le cas d'urgence avérée (article 16).

Or, pendant le congrès de l'exercice illégal de la médecine qui s'est tenu à Paris, en 1906, il a été maintes fois démontré, grâce à de nombreuses décisions de jurisprudence, que les cours et tribunaux absolvent souvent des illégaux notoires, parce qu'il est très difficile d'apporter la preuve juridique qu'ils prennent part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies.

La loi du 30 novembre 1892 est mal rédigée sur ce point et maintes fois des modifications ont été demandées.

Un arrêt récent de la cour de Nancy, du 26 novembre 1925, a provoqué une certaine émotion, dans les milieux médicaux, à cause du compte rendu erroné qui en a été donné par les journaux politiques.

Un grand journal du matin avait publié l'entrefilet suivant :

Arracher les dents n'est pas exercer la médecine

Le docteur D., de Longuyon, avait été privé, voici quelques mois, à la suite d'une affaire d'avortement, du droit d'exercer pendant cinq ans la médecine.

Or, en juin dernier, il accepta d'extraire, chez lui, des dents douloureuses. Poursuivi devant le tribunal de Briey, il fut acquitté, mais le ministère public interjeta appel.

La cour de Nancy (26 nov. 1925), estimant que le fait d'arracher une dent n'est pas un acte médical, que, depuis toujours, sur les places publiques on voit des charlatans procéder à de telles extractions sans qu'aucune loi ou règlement ne s'y oppose, a confirmé le jugement de Briey et renvoyé le docteur D. des fins de l'appel, sans frais ni dépens.

La lecture de l'arrêt lui-même montre combien cette presse dite *d'information contient* des erreurs. Voici le texte de l'arrêt.

COUR D'APPEL DE NANCY

26 *novembre* 1925.

Attendu que D. est prévenu d'avoir, à Longuyon, en juin 1925, exercé illégalement la profession de médecin, alors qu'il avait été suspendu de cette profession par arrêt de la Cour d'appel de Nancy en date du 26 février 1925 pendant la durée de 5 ans. Qu'H. est prévenu d'avoir aidé et assisté D. dans les faits qui ont préparé, facilité et consommé le délit d'exercice illégal de la médecine.

Attendu qu'il résulte de la procédure et des débats que D, à deux dates différentes du mois de juin 1925, a opéré sur deux personnes différentes l'extraction d'une dent.

Attendu que le dernier paragraphe de la loi du 30 novembre 1892 porte que n'exercent pas illégalement la médecine les personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien-dentiste, opèrent accidentellement l'extraction d'une dent.

Attendu que cette disposition autorise toute personne à opérer l'extraction des dents, à condition de n'en point faire métier ou profession, ni de s'y livrer habituellement ; que la loi n'entend ainsi prohiber que la pratique qui serait habituellement suivie pour n'admettre que des cas accidentels.

Attendu que D. par l'effet de la suspension de l'exercice de la profession de médecin prononcée contre lui, se trouve ramené à la situation de toute personne non munie du titre de docteur en médecine ; que s'il lui est interdit d'accomplir un acte réservé au titulaire d'un diplôme, il ne saurait être privé du droit d'accomplir les actes que l'on tolère aux personnes non munies d'un diplôme et d'opérer dans les conditions où la loi l'autorise, l'extraction d'une dent.

Attendu qu'il ne s'agit pas là en effet de la pratique de l'art dentaire qui, rentrant dans l'exercice de la médecine, serait interdite à D. aussi bien que la pratique de la médecine par suite de la mesure de suspension dont il a été l'objet, mais qu'il s'agit d'une opération exceptionnelle et accidentelle exclusive de toute pratique de l'art dentaire et ne pouvant être assimilée à un acte d'exercice habituel de l'art dentaire.

Attendu dès lors que D. comme toute personne non munie d'un diplôme, a le droit d'exercer accidentellement l'extraction d'une dent, qu'il n'est relevé contre lui que deux opérations de cette nature et revêtant ainsi le caractère d'opération accidentelle prévu et autorisé par la loi.

Attendu en conséquence que la prévention d'exercice illégal de la médecine ne pouvait être retenue contre D.

Attendu que les faits reprochés à D. ne constituant pas un délit, l'aide et l'assistance que lui a prêtées H. perdent le caractère d'actes de complicité tombant sous le coup de la loi.

Par ces motifs :

Confirme le jugement rendu par le Tribunal.

Relaxe D. des fins de la poursuite sans peine ni dépens.

La cour de Nancy a juridiquement bien jugé : en conformité avec le texte de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, un cas isolé d'exercice illégal de la médecine, ou de l'art dentaire n'est pas punissable (Cassation, Chambre criminelle, 16 décembre 1922.) La loi pénale est toujours de sens restrictif : par conséquent, hormis les cas d'urgence, qui font une obligation à tout être humain de porter secours à son semblable, n'est

pas punissable le cas isolé, fortuit, alors qu'il n'y a pas habitude. La Cour de cassation (chambre criminelle) par arrêt du 4 janvier 1907 (D. 1907, 1. 368) décide que « le fait, pour une personne non-diplômée, d'avoir accidentellement opéré des extractions de dents, ne constitue pas le délit d'exercice illégal de la médecine. On ne doit pas davantage considérer comme délictueux le fait d'avoir pratiqué l'insensibilisation locale des gencives préalable à l'extraction des dents, si la preuve de l'habitude n'est pas rapportée. »

Par conséquent, dans l'espèce qui a motivé l'arrêt de Nancy, il ne faut pas dire, avec le quotidien du matin, qu'arracher les dents n'est pas exercer la médecine ; il faut, au contraire déclarer que tombe sous l'application des pénalités prévues par la loi du 30 novembre 1892 (article 16, 17 et 18) le fait, pour quiconque n'a pas le *droit d'exercer la médecine ni l'art* dentaire, d'extraire les dents d'une manière habituelle et répétée.

Certes, en fait, il y avait bien exercice illégal ; mais encore une fois, la loi du 30 novembre 1892 est tout à fait insuffisante pour réprimer l'exercice illégal ; elle doit être révisée.

Une commission spéciale a été créée, dans ce but, au syndicat des médecins de la Seine. Un texte a été mis en discussion, texte qui s'est beaucoup inspiré des discussions et des vœux émis à l'occasion du congrès de l'exercice illégal de 1906.

Une proposition de loi a même été déposée sur le bureau de la Chambre, par MM. Deloncle, Abel Lefèvre et Lagrosillière (*Concours médical* 1914, 954 et 1317).

Malheureusement, il nous faut constater que le Parlement est bien plus préoccupé par les combinaisons ministérielles ; chacun cherche à démolir les ministres au pouvoir, pour leur donner, comme successeurs, à défaut de soi-même, ses petits copains.

D'autre part, les législateurs sont parfois animés d'un beau zèle ; malheureusement, ils sont mal renseignés ou insuffisamment documentés ; de sorte que les textes qu'ils présentent ne sont souvent pas en accord avec les desiderata des professions visées.

En attendant des jours meilleurs, où le Parlement fera plus de sociologie que de politique individuelle et de parti, l'exercice illégal continue à fleurir en France ; aussi pouvons-nous dire, en terminant, que la peine accessoire de l'interdiction perpétuelle, ou à temps, de la médecine, pour certains praticiens condamnés par les cours et les tribunaux, est une pénalité inefficace et injuste. Inefficace, parce que les pénalités encourues ne seront que des amendes, payables en francs-papier ; injustes, parce que, seuls, parmi les citoyens, les praticiens, condamnés de droit commun, se voient retirer le libre exercice de leur profession, alors qu'ils ont payé leur dette à la société.

Dr Paul BOUDIN.

AUTOUR DES THÉATRES

Le Grand Guignol : « Spectacle sanglant ». — L' « Etrangleuse ». — « Cette pauvre Elisa ». « Œil pour œil ». — « Lucette et sa tante. ».

Ceux qui depuis un laps d'années suffisant, suivent les spectacles du théâtre du Grand Guignol, ont pu acquérir un certain nombre de données déjà assez précises, sur les éléments de la psychiatrie. Je ne puis cependant m'empêcher d'être surpris de la fidélité du public à de pareilles émotions. Je sais bien qu'il suffit — et le succès de la *Prisonnière* au théâtre Fémina en est une nouvelle preuve— de s'attaquer à des sujets d'apparence anormale pour stimuler la curiosité de tous ceux que blasent les sensations belles et saines ; je sais que le théâtre ne peut pas être la simple image de la vie puisqu'il pourrait alors, être avantageusement remplacé par la synchronie du phonographe et du cinéma ; mais si la chose en elle-même s'explique, combien navrante est la mentalité de ceux qui — de préférence — s'attachent à ces formes de représentation et se délectent à la gymnastique des idées qu'elles évoquent. Je suis de ceux qui croient qu'en dehors des cas d'immoralité cinglante, il faut laisser aux auteurs la liberté de traiter tous les sujets ; je le crois avec d'autant plus d'ardeur que j'assimile à des incitations aux intoxications comme à la confection des ordonnances malhonnêtes, les lois actuelles sur les substances dangereuses. Grâce à elles, le citoyen est enserré dans un réseau de tant de choses défendues ou contre lesquelles on le met en garde que la pauvre Cassandre peut bien s'époumoner, les dangers signalés ne sont plus que comme les cailloux gros ou petits du chemin de la vie, force est de les côtoyer, voire même de les frapper du pied, quitte à trébucher parfois faute d'avoir apporté à les éviter une attention suffisante pour s'être trop fié à la vigilance du cantonnier. Tout ce qui est de nature à diminuer chez l'individu le sentiment de sa propre responsabilité et de la valeur du « Self Government » ne peut être qu'élément d'affaiblissement de la valeur intrinsèque de l'homme.

Il est vrai qu'au Grand Guignol où la conti-

nuité comme la durabilité du succès s'explique par la très profonde connaissance qu'ont eue les directeurs de la psychologie du public, on finit toujours sur du gai et on intercale au besoin un acte drôle entre deux spectacles horrifiants, c'est un peu le principe de la douche écossaise, et peut-être, après tout, le plaisir qu'elle donne en hydrothérapie et le bien-être consécutif se retrouvent-ils dans le plan psychique.

Le premier drame, le *Spectacle sanglant* de M. Jean Aragny est en deux tableaux. Dans un dortoir de folles, une nuit, un spectre est passé ... un gardien et une folle l'ont vu. Quelque temps auparavant, on trouva dans son lit une femme mystérieusement décédée ... Hallucination sans doute ... jusqu'au moment où par un temps d'orage toutes les folles sont agitées et un spectre apparaît, qui étrangle l'une d'elles. C'est le directeur de l'établissement qui est somnambule. On le réveille, une folle lui crève les yeux ... c'est fou, c'est horrible !

L'*Etrangleuse* de M. Latour évoque l'interdiction de la preuve judiciaire par l'hypnose provoquée. La thèse est connue mais les conclusions de l'auteur sont des plus discutables. Une femme a tué des enfants confiés à sa garde ; aucune preuve ... on l'endort, elle avoue ... alors, dit l'auteur, le président est obligé de l'acquitter et de remettre la femme en liberté ... Non, on peut quand même ordonner une expertise médicale et la soigner et les soins peuvent aller, tant qu'elle n'est pas guérie, jusqu'à l'internement à vie dans un établissement administratif. C'est ainsi que cela se passe dans la pratique mais cela coûte cher au budget.

L'acte gai est de Mme Madeleine Guitty : *Cette pauvre Elisa.* Un veuf, au retour de l'enterrement de sa femme, vient dejeuner tout droit chez son amie ... où irait-il en sortant du cimetière ? Du coup, l'amie, se croyant près de la légitimation, se rend par avance insupportable et le veuf se rattrape sur la bonne. Puis, c'est *Œil pour œil* de M. René Berton, où une femme de médecin trompe son mari parce qu'il a entraîné dans sa chambre une de ses amies sous le prétexte de l'ausculter et le trompe justement à la même minute avec le mari de son amie. Mais comme chez les deux hommes, l'accomplissement de l'acte conjugal entraîne des tics dont ils se sont fait confidence, ils en concluent que chacun d'eux a dû avoir les faveurs de ... la cuisinière. C'est amusant, et j'en aurai terminé en ajoutant que *Lucette et sa tante* le petit acte de M. Maxime Girard dont j'ai déjà parlé en son temps, sert de début à cet agréable programme.

Dr PAUL MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1925.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier sur l'exercice 1925.

SECTION I

Indemnité Maladie-Accidents.

Cette section comporte trois combinaisons : B, MA et MAD ; les deux premières ont un compte commun et leur avoir n'est séparé que par un jeu d'écritures, la troisième à un compte complètement distinct.

Bien que, en cours de l'exercice nous ayons perdu 53 membres, savoir 27 décès, 9 démissions, 4 radiations et 13 sorties par âge, la situation au 31 décembre 1925 reste la suivante :

230 membres inscrits à la combinaison B ;
4 membres inscrits à la combinaison 1/2 B ;
1.026 membres inscrits à la combinaison MA ;
5 membres inscrits à la combinaison 1/2 MA ;
251 membres inscrits à la combinaison MAD ;
215 membres inscrits à la combinaison 1/2 MAD.

COMBINAISONS MA ET B.

Recettes.

Cotisations	120.111 50	
Intérêts	35.741 48	
Boni sur remboursements de valeurs	640 15	
	156.493 13	

Dépenses.

Indemnités maladie	103.551 70

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	749.359 08	905.852 21
Recettes de l'année 1925	156.493 13	
Dépenses de l'année 1925		103.551 70
Reste avoir		802.300 51

représentés par :

Portefeuille au prix d'achat		756.309 59
Espèces à la Société Générale	46.361 79	45.990 92
Moins dû au trésorier	370 87	
Total égal		802.300 51

La combinaison B possède	182.639 45
La combinaison MA	619.661 06
	802.300 51

COMBINAISON MAD.

Recettes.

Cotisations	71.817 70
Intérêts	11.661 40
	83.479 10

Dépenses.

Indemnités maladie	29.177 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	123.483 07	206.962 17
Recettes de l'année 1925	83.479 10	
Dépenses de l'année 1925		29.177 »
Reste avoir		177.785 17

représentés par :

Portefeuille		152.538 03
Espèces à la Société Générale	25.716 39	25.247 14
Moins dû au trésorier	469 25	
Total égal		177.785 17

SECTION II

Pensions de retraite.

Cette section comprend deux combinaisons : P qui donne la retraite à 60 ans et R qui la donne à 65 ans.

Nous avons enregistré un décès à P et trois à R, nous comptons cependant au 31 décembre 1925 :

217 membres inscrits à la combinaison P ;
250 membres inscrits à la combinaison R.

COMBINAISON P.

Recettes.

Cotisations	80.249 85
Intérêts	37.486 38
Boni sur remboursements de valeurs	3.416 30
	121.152 53

Dépenses.

Néant.

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	552.145 02
Recettes de l'année 1925	121.152 53
Avoir	673.297 55

représentés : par

Portefeuille		646.626 94
Espèces en caisse	338 77	26.670 61
Espèces au Crédit Lyonnais	26.331 84	
Total égal		673.297 55

COMBINAISON R.

Recettes.

Cotisations	56.476 05
Intérêts	*50.847 60*
Boni sur remboursements de valeurs	492 93
	107.816 58

Dépenses.

Pensions	7.200 »
Remboursements de cotisations contre-assurées	4.340 »
	1.540 »

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	820.316 13	928.132 71
Recettes de l'année 1925	107.816 58	
Dépenses de l'année 1925		11.540 »
Reste avoir		916.592 71

représentés par :

Portefeuille		903.630 81
Espèces au Crédit Lyonnais	13.481 89	12.961 90
Moins dû au trésorier	519 99	
Total égal		916.592 71

SECTION III

Pensions aux veuves et aux orphelins.

La troisième section ne comporte que la combinaison V.
Aucun changement ne s'est produit dans le nombre de ses membres qui reste à 51.
Le nombre des veuves pensionnées est actuellement de cinq et celui des orphelins de quatre.

COMBINAISON V.

Recettes.

Cotisations	11.703 95	
Intérêts	11.278 24	
Boni sur remboursements de valeurs	407 79	
	23.389 98	

Dépenses.

Pensions	3.040 »	

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	186.429 26	209.819 24
Recettes de l'année 1925	23.389 98	
Dépenses de l'année 1925		3.040 »
Reste avoir		206.779 24

représentés par :

Portefeuille		194.873 68
Espèces en caisse	3.366 24	11.905 56
Espèces au Comptoir National d'Escompte	8.539 32	
Total égal		206.779 24

CAISSE AUXILIAIRE

Recettes.

Intérêts	419 30
Amendes	180 »
Dons	250 »
Remboursements d'avances	59 50
Versements en dépôt par les combinaisons	2.060 »
	2.968 80

Dépenses.

Avances à des sociétaires	59 50
Allocations à des sociétaires	140 55
	200 05

Balance.

Avoir au 31 décembre 1924	23.232 36	26.201 16
Recettes de l'année 1925	2.968 80	
Dépenses de l'année 1925		200 05
Reste avoir		26.001 11

représentés par :

Portefeuille		21.500 »
Espèces en caisse	2.649 63	4.501 11
Espèces à la Société Générale	1.851 48	
Total égal		26.001 11

COMPTE DE GESTION

Recettes.

Cotisations	33.293 60
Recouvrements, rappels et timbres	4.251 65
Droits d'entrée	1.800 »
Don de la Reine de Vals	500 »
Intérêts	353 53
	40.198 78

Dépenses.

Frais de poste	756 05
Frais d'envoi d'argent	506 60
Timbres quittances	963 50
Recouvrements	791 60
Matériel	331 35
Impressions	1.535 80
Frais de Banque	2.369 01
Frais d'examens	1.580 »
Frais de bureaux, aides, déplacements	14.000 »
Secrétaire général	4.000 »
Trésorier	6.000 »
Frais de propagande	2.000 »
	34.833 91

Balance.

Avoir au *31 décembre 1924*	6.532 84	46.731 62
Recettes de l'année 1925	40.198 78	
Dépenses de l'année 1925		34.833 91
Reste avoir		11.897 71

représentés par :

Espèces en caisse	2.673 40
Espèces à la Société Générale	9.224 31
Total égal	11.897 71

AVOIR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Comptes	Portefeuille	Banque	Caisse	Crédit	Débit	Totaux
Combinaisons MA et B	756.309 59	46.361 79	»	»	370 87	802.300 51
Combinaison MAD	152.538 03	25.716 39	»	»	469 25	177.785 17
Combinaison P	646.626 94	26.331 84	338 77	»	»	673.297 55
Combinaison R	903.630 81	13.481 89	»	»	519 99	916.592 71
Combinaison V	194.873 68	8.539 32	3.366 24	»	»	206.779 24
Caisse Auxiliaire	21.500 »	1.851 48	2.649 63	»	»	26.001 11
Compte de gestion	»	9.224 31	2.673 40	»	»	11.897 71
Totaux	2.675.479 05	131.507 02	9.028 04	»	1.360 11	2.814.654 »

Les comptes dans les Banques et les dépôts de titres sont toujours les mêmes :
A la *Société Générale* pour la première section, la Caisse Auxiliaire et le Compte de Gestion ;
Au *Crédit Lyonnais* pour la seconde section ;
Au *Comptoir National d'Escompte* pour la troisième section.

Messieurs,

L'année 1925 était la dernière année de la période quinquennale à la fin de laquelle doit se faire l'inventaire actuariel.

Cet inventaire a été fait et M. Fleury va vous en donner les conclusions.

Le Trésorier
A. GASSOT.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat de Reims

(19 *mars* 1926)

M. LE PRÉSIDENT présente les trois orateurs MM. Pierre, de Troyes, Lafontaine, de Paris et François, de Paris, leur adresse ses remerciement ainsi qu'aux confrères d'Epernay.

M. JOLICŒUR demande qu'aucun vote ne soit émis à l'issue de cette séance.

M. PIERRE prend le premier la parole et développe les idées de la Fédération contre l'insuffisance des disponibilités financières des assurances sociales en ce qui concerne les honoraires médicaux. Il refuse tout contrôle autre que celui qui est exercé par les Syndicats sur leurs membres, et veut que les médecins se bornent à mettre les malades en règle avec leurs caisses. L'assuré aurait toute liberté dans le choix de son médecin et le secret professionnel serait respecté, car le ticket ou la fiche remis au malade ne porterait qu'une date et la signature du médecin.

M. LAFONTAINE regrette que M. Pierre ait passé sous silence la question capitale de la scission et aurait désiré voir le Corps médical uni tout entier au momen t où ses intérêts étaient si gravement en jeu.

Il veut ignorer les ressources financières prévues par la loi, estimant que ces disponibilités ne doivent pas nous intéresser (tout au moins momentanément) pas plus que ne nous intéressent celles des Mutualités.

Il réclame un contrôle, le présentant comme une garantie pour le corps médical contre les abus de certains praticiens, « le contrôle, dit-il, lorsqu'il est bien fait, ne doit gêner que ceux qui ont besoin d'être gênés ». Il demande en outre le droit de regard du corps médical dans les Caisses pour ce qui touche les œuvres de défense de la santé publique, ne voulant pas se borner à faire des visites et à demander des consultations.

Il est d'accord avec M. Pierre, sur la question du libre choix et du tarif à la visite, mais ne croit pas à la possibilité du secret professionnel intégral, se proposant de limiter dans la mesure du possible la violation de ce secret.

M. PIERRE veut qu'on parle des disponibilités financières de la loi.

M. LAFONTAINE veut les ignorer et ajoute : « Si la Caisse ne peut pas couvrir les frais des honoraires médicaux, le contrat tombe : « Et nous obtiendrons un relèvement des tarifs comme nous l'avons obtenu dans la loi des pensions.

M. FRANÇOIS fait remarquer que seuls, des points secondaires séparent les partisans de l'Union de ceux de la Fédération.

M. LAFONTAINE est heureux que, grâce au Syndicat de Reims, une réunion contradictoire ait eu lieu.

M. CÉRAC demande si la minorité au cours d'une réunion « doit quitter la salle ou s'incliner devant la majorité ».

M. PIERRE répond que dans certaines circonstances elle doit quitter la salle. Le but de la Fédération toutefois est de travailler avec l'Union et il serait enchanté de la reprise prochaine d'un front commun.

M. BOUVIER prend le dernier la parole et fait remarquer que dans la nouvelle loi les recettes sont fixes et les dépenses variables et que parmi ces dépenses l'élément le plus variable, est la rémunération des médecins. « Si la Caisse est riche, elle payera, si elle ne le peut pas, celui qu'elle ne payera pas, ce sera le non assuré de la loi : le médecin.

(2 *avril* 1926.)

M. LOCHE expose le but de cette réunion, et demande aux membres du Syndicat de rester unis entre eux. Il réprouve toute scission et espère que le Syndicat de Reims voudra bien rester fidèle à l'Union des Syndicats médicaux de France ce qui ne l'empêchera pas de lui présenter de nouvelles directives.

M. LANDRY est pour la scission, mais dans l'espoir d'une union future, il demande l'émission d'un vote net en faveur de l'Union ou de la Fédération.

M. FONTAINE désirerait un moyen terme qui consisterait à rester fidèle à l'Union tout en lui faisant savoir qu'on ne partage pas entièrement ses idées.

M. DUBOIS demande également une adhésion conditionnelle à l'Union. M. BARRAU est de cet avis.

M. BOUVIER voudrait qu'on fît table rase de tout ce qui a été fait jusqu'ici quant aux assurances sociales, et qui a divisé le corps médical. Chaque Syndicat enverrait après vote à Paris des délégués qui formeraient de véritables Etats Généraux du Corps Médical dont ils défendraient les intérêts.

M. JOLICŒUR fait remarquer que la loi n'a pas été faite par l'Union, mais par le Parlement, et que toutes les améliorations apportées au projet Chauveau ont été obtenues par les dirigeants de l'Union.

Après lecture faite des différents ordres du jour (cités plus loin), il est demandé à l'assemblée de voter sur la question primordiale suivante : « Le Syndicat restera-t-il fidèle à l'Union ou se ralliera-t-il à la Fédération ? »

On vote alors « pour l'Union » ou « pour la Fédération ».

Nombre de votants : 39.

Premier vote : Pour l'Union : 18.
Pour la Fédération : 17.
Bulletins blancs : 4.

(La majorité absolue n'est pas atteinte).

Deuxième vote : *Pour l'Union* : 21.
Pour la Fédération : 18.

« *Le Syndicat restera donc fidèle à l'Union* :
« *Ce vote rejette donc l'ordre du jour du Dr Vernet*, dont voici le texte :

« Le Syndicat médical de Reims ayant pris « connaissance du projet de loi des Assurances « sociales, déclare :

« 1° Que son aménagement financier laisse au « corps médical l'analogue d'un forfait tout à « fait insuffisant.

« 2° Que les modes de contrôle tant sur les « contrats que sur les actes professionnels sont « absolument inacceptables,

« Décide :

« Que sa collaboration reposera sur un accord « local ayant exclusivement pour but :

« 1° De dresser la liste des praticiens sur la- « quelle les assurés auront le libre choix de leurs « médecins.

« 2° De déterminer la façon la plus simple dont « les médecins mettront en règle les assurés avec « leur Caisse, pour leur ouvrir le droit aux *allo-* « *cations fixées par les Caisses elles-mêmes* (au « moyen de bulletins datés et signés remis en « échange des honoraires perçus).

« 3° *Ces contrats ne comporteront aucun con-* « *trôle autre que celui exercé normalement par les* « *Syndicats sur leurs membres conformément à* « *l'accord Roubaix-Tourcoing* ».

Ils ne comporteront en outre ni organisation de soins ni tarification d'honoraires (sauf le tarif minimum du Syndicat) ni tarif de responsabilité des Caisses.

En conséquence :

Donne mandat à son bureau de demander l'adhésion du Syndicat de Reims à la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France, en attendant qu'un accord satisfaisant l'intérêt général réalise à nouveau l'unité entre l'Union et la Fédération ».

Deux ordres du jour restent en présence, d'une part l'ordre du jour du Dr Bettinger, d'autre part, l'ordre du jour des Drs Loche et Dubois (résultant de la fusion de deux ordres du jour primitifs).

Voici l'*ordre du jour de Dr Bettinger* :

« Le Syndicat des médecins de Reims réuni dans sa séance du 2 avril 1926,

1° Constatant que devant tous les périls qui menacent le corps médical (assurances sociales, Sociétés de Secours mutuels, assistance médicale gratuite, œuvres dites philanthropiques) il est de toute nécessité pour celui-ci d'être uni, blâme toute dissidence et toute scission dans le sein des Syndicats ;

2° Donne mandat à l'Union des Syndicats médicaux de France, non seulement d'agir mais de faire pression sur les pouvoirs publics pour que les conditions suivantes soient assurées dans la loi des Assurances sociales :

a) Libre choix parmi les médecins désignés par le Syndicat local.

b) Secret professionnel conservé.

c) Paiement des honoraires médicaux à l'acte médical, c'est-à-dire paiement direct du médecin par l'assuré, suivant les tarifs des Syndicats locaux actuellement en vigueur et suivant une échelle mobile basée sur le coût de la vie.

Ou en cas d'impossibilité (cas de maladies d'A. M. G. qui rentreraient dans la catégorie des assurés) par les Caisses, qui joueraient alors le rôle de tiers payant, les Caisses étant responsables du paiement du médecin et n'ayant pas un tarif limitatif des actes médicaux.

d) Contrôle des actes médicaux par une commission tripartite, composée à parties égales de médecins, d'assurés et d'administrateurs des Caisses ;

M. Bettinger se rallie à *l'ordre du jour des Drs Loche et Dubois qui est accepté à l'unanimité moins 5 voix.*

Voici la teneur de *l'ordre du jour des Drs Loche et Dubois* :

« Le Syndicat médical de Reims, réuni en assemblée générale le 2 avril 1926, après avoir assisté le 19 mars 1926 à une réunion où le Dr Lafontaine, délégué de l'Union des S. M. F. et le Dr Pierre, délégué de la Fédération Nationale des S. M. F. ont exposé consécutivement et contradictoirement le point de vue particulier de chacune de ces organisations au sujet de la loi sur les Assurances sociales, comprenant l'émotion et l'inquiétude des membres de la Fédération devant l'insuffisance des garanties offertes par la loi sur les Assurances sociales, regrette qu'une scission nuisible à l'intérêt médical se soit produite dans le corps médical syndiqué, et rejette toute idée de dissidence dans son propre sein,

D'autre part,

Considérant que l'application des lois sociales ne doit pas porter atteinte au libre exercice de la profession médicale et aux intérêts du corps des praticiens, que l'institution du tiers payant constitue une source d'abus, émet le vœu que le Conseil d'administration de l'Union fasse une campagne active pour faire inscrire dans la loi les principes suivants :

1° Libre choix du médecin sur une liste établie d'accord entre les Caisses et les Syndicats médicaux ;

2° Respect absolu du secret professionnel ;

3° Paiement à la visite et à la consultation directement et immédiatement par le malade ;

4° Entente entre les Caisses et le Syndicat pour l'établissement d'un contrat collectif instituant ;

a) Un tarif de visite et de soins non limitatif qui prendra pour base le tarif syndical minimum en cours, révisable tous les six mois ;

b) Un contrôle administratif pour les malades et syndical pour les médecins ;

5° Participation du Syndicat à la gestion des Caisses pour avoir un droit de regard dans les organisations de soins et invite le Conseil de l'Union à réunir au plus tôt un Congrès des Syndicats médicaux qui établira, en collaboration avec les Syndicats dissidents, les revendications du Corps médical français ».

Le secrétaire,

Dr Raymond Lévy.

Syndicat de la Région Nortaise.

(26 *Avril* 1926.)

Le Dr Clenet, notre président, ouvre la séance à 16 h. 30, en souhaitant la bienvenue à tous nos invités, spécialement au Dr Patay, président de la Fédération d'Ille-et-Vilaine, notre hôte pour la première fois, et au Dr Michel, d'Ancenis, nouvellement élu président de son Syndicat. Après avoir signalé la démission des médecins castelbriantais, nos confrères ayant décidé de fonder un syndicat local, il forme des vœux pour que des liens de bonne confraternité continuent à nous unir. Notre président est heureux de féliciter le Dr Bernou du prix que l'Académie de Médecine vient de lui décerner pour son remarquable travail sur le pneumothorax électif, il ajoute que cet honneur ne peut que rejaillir sur le Syndicat qu'il n'a jamais voulu quitter et avec lequel il est toujours resté en relation suivie malgré l'état de sa santé, qui l'a forcé à de fréquentes absences.

Le Dr Clenet brosse ensuite un rapide tableau des questions à traiter par notre Secrétaire, et demande que nous prenions nos responsabilités dans le différend que nous avons avec le département pour l'A. M. G. et dans la conduite à tenir vis-à-vis de l'Union.

« Dans les conflits sociaux qui nous menacent, nos
« personnes et nos intérêts sont bien peu de choses,
« notre seul et unique but est de défendre et de sau-
« vegarder la liberté et l'indépendance de la profes-
« sion médicale, telle que nous l'ont léguée nos devanciers et de laisser à nos fils et à nos successeurs, non
« une fonction, mais une profession vraiment libé-
« rale.

Le Secrétaire, le Dr Guesné, nous donne connaissance de ce qui s'est passé depuis notre dernière assemblée.

I. *A. M. G.* — *a*) Rien n'est changé encore, nous dit-il ; aucun pourparler n'a été engagé pour aplanir le différend, au contraire. M. le préfet n'a cherché qu'à envenimer le conflit en faisant imprimer dans son journal officiel *Le Populaire* des articles stupides, libellés par un individu qui ignore tout de la question.

Il nous en lit certains passages : l'A. M. G. serait un revenu pour nous, puisque dans une même tournée, nous faisons, paraît-il des visites d'assistés, de B. G. etc..., le kilomètre serait ainsi payé plusieurs fois et d'un rapport très lucratif. Si l'auto nous coûte si cher, pourquoi l'employer à la visite des assistés, il y a d'autres moyens de locomotion moins onéreux... à pied sans doute. Une soixantaine de médecins sur 216 auraient envoyé leur démission. Ces chiffres sont absolument inexacts, car il n'y a pas 150 médecins ruraux dans le département.

Cependant, il est avéré que certains médecins, qui n'avaient aucune excuse à faire valoir, n'ont pas envoyé leur démission, se sont les déserteurs ; il y a aussi les traitres, qui après l'avoir envoyée, l'ont retirée. Nous voulons croire que, dans notre syndicat,

l'on ne rencontre aucune de ces deux espèces ; malgré tout, certains confrères ont omis d'envoyer au Bureau la copie de leur lettre de démission. Ils sont priés de le faire dans le plus bref délai.

Où est donc la discipline syndicale ? Il est lamentable de voir des médecins tirer ainsi dans le dos de leurs confrères, d'augmenter les difficultés qu'ont les Bureaux de faire accepter les revendications, d'autant que tous bénéficient des avantages que la peine et la tenacité de certains procurent à tous.

A la suite d'une réunion de la Fédération, il fut décidé que le Dr Méloche écrirait à tous les maires du département pour montrer nos justes et légitimes revendications, dans cette lettre, il faisait remarquer qu'aucun fournisseur du département, des communes ou de l'état n'offrait d'aussi importantes réductions. Le Dr Boudin dans un très bon article du *Concours médical* nous dit que la loi de 1893 commande aux communes et aux départements de soigner les indigents mais aucun texte ne proclame que les médecins doivent les soigner à prix réduits. A cette réunion qui eut lieu à Nantes, le tarif commun avec 20 % de réduction, ce qui est énorme, a été adopté. Le Dr Méloche est chargé de le faire savoir à MM. les Conseillers généraux et à M. le préfet qui semblent toujours être aux tarifs proposés en avril 1925 alors que l'essence était à 92 fr. 50 au lieu de 130 et les pneus (715-115) à 164 au lieu de 384 en décembre et 339 maintenant.

A la réunion d'Ancenis, il a été préconisé certains moyens qui semblent devoir faire aboutir plus vite nos revendications ; l'ordonnance systématique des spécialités et l'envoi à l'hôpital des malades pour lesquels la charité du médecin deviendrait trop onéreuse.

Le Dr Guesné nous fait savoir à ce sujet que le bureau a été avisé que quelques médecins se servaient encore des ordonnances officielles, il leur rappelle que cette pratique est contraire aux décisions syndicales, de même que la signature des certificats administratifs pour l'envoi des malades à l'hôpital.

A la réunion interdépartementale de Rennes, les présidents de Fédération présents ont approuvé pleinement notre système à échelle mobile, qui supprime les discussions trop fréquentes et les conflits toujours possibles et se sont engagés non seulement à les proposer à leur syndicat, mais à les appuyer.

Le Dr H. de Sallier-Dupin, archiviste de la Fédération d'Ille-et-Vilaine nous lit une lettre du Sud-Finistère qui a suivi ce conseil et qui vient de demander à la préfecture 10, 12 avec 20 % de réduction.

Le Dr Clenet propose que cette réduction s'opère sur les tarifs réellement appliqués. Il serait injuste et immoral que certains médecins qui pratiquent des tarifs déficitaires, puissent bénéficier d'un tarif d'A. M. G. égal ou supérieur à celui de leur clientèle ordinaire.

Cette proposition est adoptée, elle devra être soumise à la Fédération qui s'efforcera de la faire appliquer.

b) Au sujet de la non convocation par M. le Préfet des membres de la Commission de Contrôle pour l'A. M. G. démissionnaires en 1926, il a été décidé à la Fédération sur la proposition des docteurs Méloche et Fillion qu'une protestation sera directement adressée, sous pli recommandé à M. le Président du Conseil, au ministre de l'Intérieur et à celui de l'hygiène pour protester contre l'abus de pouvoir de M. Mathivet.

Cette lettre libellée par le Président de la Fédération sera soumise à tous les présidents de Syndicat.

II. *Tarif Breton.* — Les catégories ont enfin été supprimées pour les accidents de travail ; la consultation et la visite ont été portées à 10 fr. mais l'indemnité kilométrique n'a été augmentée que de 10 % ce qui est notoirement insuffisant. Nous demandons avec insistance que cette indemnité kilométrique soit relevée et mise en conformité avec l'indice du coût de la vie.

Nous signalons en passant l'autorisation d'employer certains vaccins (Immunizols, Propidon, etc.).

Dans le *Concours médical* du 24 janvier 1926 vous avez pu lire le projet de loi Durafour qui demande la suppression de la part de l'ouvrier. Nous nous élevons contre cette prétention, la charge de l'ouvrier doit rester à la charge du patron. L'article de la loi de 1898 ne prévoit le tarif Breton que dans le seul cas où l'ouvrier choisit son médecin. Dans tous les autres cas, c'est le tarif commun qui doit jouer. Il est regrettable que les médecins connaissent si peu la loi et l'appliquent si mal.

III. *Tarif des B. G.* — Dans une circulaire, 60 *bis*, l'Union nous demande notre avis sur les propositions faites par le Ministère des Pensions : 8 fr. visite et consultation, *statu quo* de l'indemnité kilométrique.

Les pensionnés eux ont vu leurs pensions augmentées de 80 %. Nous sommes étonnés de voir que les décisions prises jadis que les B. G. seraient soignés au tarif commun ordinaire n'aient pas été tenues, et nous nous étonnons que le Conseil de l'Union ait fait un nouveau referendum à ce sujet alors que la dernière Assemblée générale avait demandé le tarif commun pur et simple et, qu'en cas de non-acceptation, la cessation du service serait décrétée.

IV. *Réunion interdépartementale de Rennes du 28 mars* 1926. — Le secrétaire adjoint, le Dr Y. de Sallier-Dupin rend compte de cette réunion où il se trouvait avec le président honoraire, président et secrétaire. Il constate l'intérêt de ces réunions qui permettent d'unifier les tarifs et de discuter amicalement les idées professionnelles.

a) Il lui paraît intéressant de donner le tableau des tarifs des divers syndicats représentés :

Ille-et-Vilaine :			
Rennes	10	10	1 50
Saint-Malo	10	15	2
Fougères	10	15	2
Manche	10	15	2

Côtes-du-Nord	10	12	2
Mayenne	10	15	1 50
Loire-Inférieure ...	10	12	1 50

b) Assurance-vie. Le tarif de 50 fr. a été proposé ; la Fédération de la Loire-Inférieure l'a accepté ; est proposé au Syndicat et adopté, malgré la lecture d'une longue épitre d'une association d'assurances qui trouve autant de médecins qu'elle veut à des prix bien inférieurs.

Notre président attire l'attention des confrères sur le prix des certificats ordinaires qui, avant la guerre était très supérieur au prix de la consultation et propose que ces certificats ne soient jamais à un tarif inférieur à l'acte médical le plus simple, c'est-à-dire : 10 francs. (*Adopté.*)

c) Les Dr Bordeau, de Fougères et Lenormand, de Saint-Malo, ont demandé de tarifer au prix de 50 à 100 fr. suivant les cas l'expertise dite de gré à gré, qui consiste dans l'examen d'un malade par l'une des parties (Assurance) avec le consentement de l'autre.

Comme le cas se présente rarement, cette proposition est jugée acceptable et adoptée.

d) *Engagement d'honneur.* — Au Syndicat de Fougères, les médecins signent une feuille où sont portés les tarifs en cours et s'engagent à les appliquer. Il serait intéressant que ce procédé se généralisât, ce serait une garantie sérieuse pour l'application des tarifs et une preuve incontestable du loyalisme des confrères.

V) *Impôts et fisc.* — Notre président nous parle ensuite de nos relations avec le fisc et du rapport qu'il a rédigé et qui a été envoyé à tous les syndiqués. Le Dr Patay demande la parole pour le remercier de son travail qui a vivement intéressé les praticiens de son département.

Le Dr Clenet nous dit qu'il faut rectifier certains chiffres : augmenter celui du loyer et des dépenses pharmaceutiques, noter les frais de bureau et de timbre, les communications en plus de l'abonnement (téléphone). L'amortissement des frais de transport doit être compté à 20 % et non 15 %.

D'après certains renseignements que nous avons obtenus, il semblerait que le fisc soit disposé à accepter les chiffres de 55 à 60 % comme frais professionnels des médecins ruraux et 30 à 35 % pour les médecins de ville. Nous croyons savoir, ce qui est intéressant, que certains contrôleurs accepteraient volontiers le visa du Syndicat pour les déclarations professionnelles.

VI. — *Consultations à jours fixes.* — C'est une question fort épineuse, que les circonstances nous ont ramenés, malgré nous, à vous soumettre. Les statuts du Syndicat sont formels à ce sujet : les consultations à jours fixes ne sont tolérées que pour les très anciennes, jusqu'à extinction. Il semble qu'il y ait seulement deux confrères, ayant droit à cette tolérance dans le ressort du Syndicat. Mais voilà un jeune confrère non syndiqué qui vient s'installer à Héric, il ne voit pas pourquoi il ne pourrait pas donner 6 jours sur 7 des consultations à jours fixes alors que des médecins syndiqués voisins s'arrogent ce droit, et ainsi il vient mettre la perturbation dans toute une partie de notre région. Un nouvel arrivant qui saura comme beaucoup profiter de la discipline et du travail syndical sans en avoir les inconvénients et les charges, pourra agir ailleurs de même façon. Alors, où allons-nous ?

Un vieux médecin des environs que certains d'entre vous ont connu, un original sans doute, n'avait-il pas eu l'idée , non exécutée, de se faire construire une sorte de roulotte (l'auto n'existait pas alors) et de parcourir villages et bourgades tout comme un planteur de Caïffa, vendant de la médecine abstraite et concrète. Nous ne pensons pas que la médecine doive s'abaisser à ce point. Il serait même désirable, que ceux qui mettent cette pratique à exécution, en fassent le sacrifice, si sacrifice il y a, sur l'autel du Syndicat ; d'autant paraît-il que le jeune confrère non syndiqué ferait le même sacrifice si le bon exemple lui était donné.

Après une longue discussion où les confrères Clenet, Bonvallet, Chauvin, Mérand, prirent la parole ; il fut décidé que cette pratique devait cesser, au moins dans notre syndicat, et pour faciliter l'exécution, un vœu sera transmis à la Fédération pour demander la suppression des consultations à jours fixes dans tout le département.

VII) *Médecins de Redon.* — C'est avec satisfaction que nous avons appris que les médecins de Redon avaient, le 28 mars dernier, invité à une réunion médicale tous les médecins avoisinant leur ville, d'Ille-et-Vilaine, du Morbihan, de la Loire-Inférieure. Peu d'échos nous étant parvenus, il est demandé aux Drs Bantier, Arondel et Greslé qui se sont rendus à l'invitation, de nous dire exactement ce qui a été décidé.

Les médecins de Redon se sont engagés à afficher dans leur cabinet, à partir du 1er mai les tarifs 10, 12 et 1.50 et à les appliquer.

Le Dr Patay est heureux de ces résultats que ses efforts n'avaient pu arriver à atteindre ; car Redon était vraiment par trop en arrière en Ille-et-Vilaine pour les tarifs ; le Dr Clenet se réjouit également pour nos confrères limitrophes et il pense que l'invitation lancée, il y a un an, aux Redonais, a été d'un heureux effet et qu'elle fut peut-être une des causes de cette assemblée extraordinaire à Redon.

VIII) *Réunion de Rennes du 24 janvier 1926. Scission ou non.* — La parole est au secrétaire-adjoint : Il nous rappelle qu'à la réunion extraordinaire du 24 décembre 1925 où Syndicats d'Ancenis et de la Région Nortaise s'étaient réunis, nous avions après avoir entendu nos délégués à l'Assemblée les Dr Clenet et Malécot et les délégués des Syndicats voisins les Dr Bonvallet et Chauvet, voté la scission à l'unanimité, du moins le principe, car une intervention de notre président honoraire nous avait fait

surseoir à cette grave décision, jusqu'à une réunion qui devait avoir lieu à Rennes le 24 janvier.

Le bureau avait mission de décider le vote explicite exprimé lui donnant un très large mandat ... Il vous revient les mains vides.

Voici, nous dit-il, ce qui s'est passé :

Tout d'abord une lettre personnelle que notre président honoraire écrivit, après en avoir entretenu le bureau, à Lafontaine avec lequel jusqu'alors il entretenait d'amicales relations, pour lui montrer le danger que courrait la cohésion du Corps médical et la façon dont il jugeait la possibilité de la maintenir, resta sans réponse.

Puis vint la réunion de Rennes du 24 janvier, où président honoraire, président et secrétaire-adjoint vous représentaient, parmi les 32 Syndicats de 10 départements de l'Ouest.

L'Union avait demandé d'envoyer un délégué et le Dr Brault, secrétaire de la Fédération d'Ille-et-Vilaine avait répondu une lettre très sèche où il était dit qu'aucun membre, pas plus de l'Union que de la Fédération nationale ne serait admis.

Le pointage était fait à l'entrée, et l'on ne fut pas qu'un peu surpris en apercevant au vestiaire la silhouette de Renon, du Conseil de l'Union, celui-là même qui signait l'ordre du jour Desrousseaux-Marquis et le désavouait le lendemain.

Le Dr Patay fit preuve de beaucoup de tact, en donnant l'ordre de le laisser entrer, et Renon lui dit : « Je ne pouvais pas entrer par la porte, j'entre par la fenêtre, je viens comme président du groupe Charente et Poitou dont la Vendée fait partie. Ceux de la Fédération auraient pu user d'un procédé identique.

La séance s'ouvrit devant une soixantaine de membres : le Dr Patay la présida avec autorité.

Le Dr Doussain vint déposer immédiatement sur le bureau un ordre du jour de blâme à l'Union, qui déchaîna un certain mouvement dans l'Assemblée.

Une polémique s'ensuivit, entre certains représentants de Syndicats affiliés à l'Union et d'autres partisans de la Fédération. Le président du Syndicat du Sud Ille-et-Vilaine rétablit l'ordre en priant Renon de discuter le projet de loi, et Marquis devait lui donner la réplique.

Tous les deux s'avancèrent avec un énorme bouquin sous le bras, le projet de loi.

Renon en montra les avantages que tous vous connaissez, le *Médecin Syndicaliste* que tous vous lisez attentivement vous les ayant rabâchés ; Marquis prit la contre partie et fut très applaudi par tous.

Il montra texte en mains que le libre choix n'existait plus puisque seuls les affiliés aux caisses auront le droit d'être dispensateurs de congés de maladie ; que le secret professionnel avait vécu, puisque les Caisses savaient que M. X. avait reçu une série de 914 ; que le nombre des assurés obligatoires et facultatifs serait bien supérieur à celui que prévoyait la loi ; qu'enfin les caisses ne pourraient payer qu'au prorata de leurs encaissements, c'est-à-dire que le tarif à la visite ne pouvait exister et que nous serions rémunérés à des taux de famine.

De la discussion se dégagea que tout le monde ou peu s'en fût était d'avis que la loi était désastreuse pour le Corps médical. Mais l'accord s'arrêta là car les votes de confiance ou de blâme à l'Union ne purent réunir l'unanimité, d'aucuns ne voulant pas rompre avec l'Union.

L'heure du repas ayant sonné depuis longtemps, il fut décidé de reprendre au dessert la discussion. Renon qui voisinait avec Marquis aux agapes confraternelles élaborèrent le projet suivant : A la réunion du Conseil de l'Union de fin février, Marquis appuyé par Renon soumettrait au Conseil de l'Union après avoir épluché la loi, des corrections au texte et demanderait que l'Union voulût bien les appuyer auprès de la Commission sénatoriale.

Depuis n'ayant su que peu de choses, la parole est donnée au Dr Patay qui nous dit ne pas connaître entièrement les démarches de son collègue le Dr Marquis, mais qu'il lui semble qu'elles ne doivent pas aboutir.

A ce moment le Dr Bonvallet demande la parole : il nous dit avoir assisté les jours précédents à la réunion de la nouvelle Fédération à Paris et avoir été tenu au courant de toutes les tractations. Avec les prétentions qu'émet l'Union, toute entente est impossible. Il semble même que l'Union fait machine en arrière et veut faire siens les projets adoptés à Rennes, pourtant contraires à ceux défendus par le Secrétaire général à l'Assemblée générale de 1925.

Il nous raconte ensuite la réunion contradictoire d'Angers, où la présence du leader Lafontaine n'a pas empêché, bien au contraire, les médecins de Maine-et-Loire de voter la scission et le rattachement à la Fédération.

Le Dr Chauvin se plaint d'être insuffisamment documenté, il demande l'avis du Dr Méloche, ancien membre du Conseil de l'Union, qui répond que les griefs adressés à l'Union lui semblent exagérés et qu'il reste à l'Union.

Le président honoraire le Dr de Sallier, ardent défenseur de l'Union depuis sa création, qui même à la dernière réunion avait fait surseoir à la rupture, déclare qu'aujourd'hui il votera la scission.

On procède au vote : la scission et le rattachement à la Fédération est votée par 18 voix contre une et deux abstentions.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 h. 30.

Le secrétaire adjoint :

Dr Y. de Sallier-Dupin.

N. B. — Nous remercions les confrères Bichon, Allaire et Barbier de la parfaite organisation de cette réunion et de l'excellent dîner qu'ils nous ont fait préparer.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Enseignement de la radiologie.** — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de Médecine et à l'Institut du Radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de Médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de Médecine, et J. Belot, électro-radiologiste des hôpitaux.

Cet enseignement a pour but de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend : 1° Un enseignement préparatoire constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris ; 2° un stage de perfectionnement ultérieur.

I. — Enseignement préparatoire. — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine munis de 16 inscriptions. — Il est divisé en trois parties :

Première partie. — Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic. — Décharges dans les gaz. — Ionisation. Propriétés fondamentales des rayons X. — Rayonnement secondaire. — Tubes à rayons X. — Mesures. — Appareillages. — Radioactivité et corps radiocatifs. — Radiodiagnostic.

Deuxième partie. — Radiophysiologie. — Rœntgenthérapie. — Curiethérapie. — Effets biologiques des rayons X et des corps radioactifs. — Technologie des rayons X et des corps radioactifs appliqués à la thérapeutique. — Radiothérapie des affections cancéreuses. — Radiothérapie des affections non cancéreuses. — Accidents de la radiothérapie en général.

Troisième partie. — Electrologie. — Photothérapie. — Notions physiques sur les courants employés en électrologie. — Electrophysiologie. — Electrodiagnostic clinique. — Electrothérapie. — Accidents de l'électricité. — Photobiologie. — Photothérapie. Ultra-violet, etc.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidument une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier pourront subir, en partie ou en totalité un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

II. — Stage de perfectionnement (durée : deux ans). — Il comprend quatre semestres passés dans certains services désignés spécialement. Deux des stages de perfectionnement pourront, après demande adressée à M. le Doyen de la Faculté de Médecine, être faits dans certains laboratoires de province ou de l'étranger.

A la suite de cette période de stage, les candidats présenteront un mémoire (dactylographié en sept exemplaires) sur un sujet de radiologie ou d'électrologie médicales.

Ils seront interrogés sur ce travail et sur l'ensemble de la radiologie et de l'électrologie médicales.

Les candidats ayant satisfait à ces épreuves recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

A titre transitoire, les docteurs en médecine français, ayant passé leur thèse avant 1918, pourront, en justifiant de trois ans de pratique radiologique et électrologique, être autorisés à subir l'examen du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales en présentant un mémoire.

Le cours commencera le 1er décembre 1926, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de Médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat ou du diplôme.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 francs ; un droit de bibliothèque, 40 francs; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 francs ; un droit d'examen : 250 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), de 15 h. à 17 h., les lundis, mercredis et vendredis. Le nombre des places est limité.

— **Institut départemental des sourds-muets d'Asnières.** — Le Conseil général de la Seine vient de prendre la décision suivante :

« Les enfants rentrant dans l'une des catégories ci-après pourront être admis à l'Institut départemental des sourds-muets d'Asnières, à la condition que leurs parents puissent justifier de deux ans de présence dans le département de la Seine :

« I. Fils et filles d'étrangers dont les parents ont réclamé, au nom de leurs enfants, la qualité de Français en se conformant à l'article 9 du Code civil.

« II. Enfants dont les parents, de naissance étrangère, paraissent remplir les conditions exigées pour être naturalisés Français et ont formé une demande à cet effet en se conformant aux prescriptions de l'article 8 du Code civil.

« III. Enfants nés en France, dont la mère est née et vit en France et a épousé un étranger, lequel a abandonné le domicile conjugal.

« Ces admissions ne seront prononcées que sur le vu de pièces justificatives, après avis de la Commission de surveillance et de perfectionnement de l'Institut d'Asnières. »

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Subordination.

Art. 18. — Dans l'intérieur du service auquel elles sont affectées (définitivement ou temporairement), les infirmières des hôpitaux militaires sont sous l'autorité directe du médecin traitant.

En dehors de leur service d'affectation, elles relèvent, au même titre que les employés et ouvriers civils, de l'officier d'administration gestionnaire qui les administre, sous l'autorité du médecin chef.

Discipline.

Art. 19. — Les infirmières des hôpitaux militaires n'exercent par elles-mêmes aucune action disciplinaire sur les malades, les blessés ou les infirmiers militaires.

Elles rendent compte au médecin traitant des fautes qu'elles ont pu constater.

Régime du travail.

Art. 20. — Les infirmières des hôpitaux militaires bénéficient des dispositions légales ou réglementaires visant la semaine de 48 heures et le repos hebdomadaire ; par contre, les dispositions de même nature relatives à la semaine dite « anglaise » ne leur sont appliquées qu'autant que les nécessités du service le permettent.

Les gardes de nuit comportent 12 heures de présence consécutive à l'hôpital ; ces 12 heures de surveillance entrent pour 8 heures de travail effectif dans les 48 heures de travail hebdomadaire.

En cas d'épidémie, calamité publique, état de siège, les heures de travail sont fonction des nécessités du service.

Nourriture et logement.

Art. 21. — Exceptionnellement, quand les nécessités du service l'exigent, les infirmières des hôpitaux militaires peuvent être autorisées, par le directeur du service de santé, à prendre leurs repas à l'hôpital et à s'y loger provisoirement, moyennant remboursement dans les conditions fixées par le ministre.

Maladies.

Art. 22. — A titre exceptionnel, et sur leur demande, les infirmières des hôpitaux militaires peuvent être admises en traitement dans l'hôpital militaire ou dans les salles militaires de l'hospice mixte où elles sont en service. Sur autorisation du ministre, elles peuvent être traitées dans un autre hôpital militaire ou hospice mixte.

Les frais de traitement sont à la charge de la masse d'assistance médicale qui rembourse le service de santé dans les cas prévus au décret du 7 décembre 1912.

En cas de blessure de guerre ou de maladie contagieuse contractée en service, ou lorsqu'elles sont en service sur un théâtre d'opérations extérieur, l'hospitalisation est à la charge du service de santé.

Disponibilités.

Art. 23. — Les infirmières des hôpitaux militaires peuvent être mises en disponibilité sur leur demande. Le temps passé dans cette situation est interrupteur de l'ancienneté. Elles ne peuvent rester plus de cinq ans dans cette position ; passé ce délai, elles sont considérées comme démissionnaires.

Elles ne reçoivent en disponibilité aucun traitement ou indemnité et perdent tout droit à l'avancement pendant tout le temps où elles y restent.

Elles sont remplacées numériquement dans leur emploi et ne peuvent être réintégrées, sous réserve de la constatation de leur aptitude physique et professionnelle, qu'en cas de vacance, et, seulement, dans la classe et l'échelon qu'elles occupaient lors de la mise en disponibilité.

Art. 24. — Des instructions ministérielles fixeront les conditions d'application du présent décret.

Art. 25. — Toutes les dispositions contraires au présent décret sont abrogées.

Art. 26. — Le ministre de la guerre et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

(*J.O.*, 14 août 1926.)

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour deux postes de médecins directeurs et pour un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Un concours sur titres aura lieu, en octobre prochain, pour deux emplois de médecins directeurs au sanatorium de Plougonven (Finistère) et au sanatorium de Pignelin (Nièvre) et pour un emploi de médecin adjoint au sanatorium de Plougonven.

Le traitement de début des médecins directeur est de 15.000 fr. et peut, par avances successives, atteindre 20.000 fr. Celui des médecins adjoints est de 10.000 fr. et peut atteindre 14.000 fr. Les médecins directeurs et les médecins adjoints bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Les candidats devront être Français, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux. Les candidats à l'emploi de médecin adjoint doivent être âgés de moins de trente-cinq ans.

Les demandes seront reçues jusqu'au 10 octobre 1926 à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

(*J. O.*, 28 août).

Enseignement de la médecine.

Avis de vacances d'emplois d'agrégé des facultés de médecine.

Les emplois d'agrégé des facultés de médecine ci-après désignées sont déclarés vacantes :

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Chimie........................... 1
Chirurgie......................... 1
Histoire naturelle pharmaceutique...... 1

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Médecine......................... 1

(*J.O.*, 29 août.)

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux.
Août 1926.

Le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7433 Proust, Trans-en-Provence (Var), Syndicat du Var.
7434 Péri, Alger (Algérie), Syndicat des oto-rhino-laryngologistes.
7435 Genin, Makatea (Tahiti), Parrains : Drs Pailloz et Bohec.
7436 Appert, Nanterre (Seine), Syndicat de la Seine.
7437 Lafont (Alexandre), 5, rue Valadon, Paris, Parrains : Drs Mille et Dupont.
7438 Vesselle, St-Dizier (Haute-Marne), Syndicat de la Haute-Marne.
7439 Auneau, Bois-le-Roi (S.-et.-M.), Syndicat de Seine-et-Marne.
7440 Xardel, Aix-en-Provence (B.-du-R.), Syndicat d'Aix.
7441 Lepoutre, 56, boul. Vauban, Lille, Syndicat de Lille.
7442 Belot, Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), Parrains : Drs David et Ortal.
7443 Fouriaud, Peyrat-le-Château (Hte-Vienne), Syndicat de la Haute-Vienne.
7444 Poulin, Bagnolet (Seine), Parrains : Drs Brenans et Rosenblat.
7445 Grognard, Langeais (I.-et-L.), Syndicat d'Indre-et-Loire.
7446 Salmon, Soissons (Aisne), Parrains : Drs Dauvé et Guillaume, de Chaumont.
7447 de Laulerie, Issoudun (Indre), Parrains : Drs Robert et Apard.
7448 Autier, Paris, 49, boul. St-Michel, Parrains : Drs Picot et Subileau.
7449 Bailly, Lépanges (Vosges), Syndicat des Vosges. Parrains : Drs Germain et Rousseau.

Ces admissions seront définitives, conformément aux statuts, quinze jours après la présente publication, à défaut de protestation.

CORRESPONDANCE

Fiscalité.

2513. — Déclaration de succession.

Quels sont les délais pour déclarer une succession à l'Enregistrement et pour payer les droits ?

Quelles sont les pénalités en cas de retard dans la déclaration ?

Quelles sont les pénalités en cas de déclaration insuffisante ?

Dr M.

Réponse.

Délai de déclaration : dans les six mois du décès.

Pénalités en cas de retard : 1,50 % par mois ou fraction de mois de retard du droit dû pour la mutation, sauf pour le premier mois où elle est réduite à 0,50 % et pour chacun des cinq mois suivants où elle n'est que de 1 %.

Pénalités pour insuffisance : les insuffisances des différentes natures donnent lieu en général à l'application des décimes suivant que l'insuffisance est supérieure ou inférieure à un certain taux.

Les décimes sont en général au nombre de 5, eux-mêmes majorés, ainsi que le principal de l'amende, des deux décimes de la loi du 22 mars 1924. Le taux de la pénalité serait donc en définitive de 180 %.

A.M.

2510. — Patente sur locaux occupés à titre gratuit.

Installé depuis deux mois et demi à peine, j'ai eu, la semaine dernière, la visite d'un contrôleur des contributions directes pour établir ma patente.

Or, je suis hébergé par l'un de mes amis, qui, gracieusement et pendant un an, met à ma disposition cinq pièces dans sa maison même, cela pour faciliter mon début dans ma nouvelle carrière. Aucun bail, ni verbal, ni écrit, n'a été passé entre nous. Je demeure donc à la merci de mon ami, qui, du jour au lendemain, peut disposer de ses pièces, et me supprimer tout le local à la fois, selon son désir.

Le contrôleur a pris note des cinq pièces qui me sont destinées provisoirement pour m'imposer selon ce nombre et suivant la situation de mon logement.

Suis-je vraiment imposable suivant ce mode ou bien quelle conduite devrai-je envisager pour encourir le minimum d'impositions dans un tel cas ?

Dr X.

Réponse.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat, le droit proportionnel de patente est dû, lors même que le logement et les locaux professio

nels occupés sont concédés à titre gratuit, la valeur locative de ces locaux étant déterminée par comparaison avec le loyer payé par les occupants de locaux similaires.

A.M.

2562. — Taxe civique et taxe viciuale.

1º La taxe civique doit-elle être payée plusieurs fois par la même personne ?

2º Les médecins doivent-ils être imposés de la taxe vicinale sur la contribution des patentes ?

Dans le premier cas, ayant mon domicile à A. où je n'exerce pas, je suis imposé de la taxe civique et à B. où j'exerce pendant la saison, je suis également imposé pour la même raison.

Dans le deuxième cas, pour la première fois depuis que j'exerce, mon avertissement comporte cette année une taxe vicinale sur la contribution des patentes de 56 fr. 07, ma contribution des patentes étant de 349 fr. 60 sur une valeur locative de 1200 fr.

Jusqu'à présent je n'avais été imposé comme taxe vicinale que sur la contribution personnelle-mobilière.

Je vous serais reconnaissant de me donner les réponses que le percepteur de l'endroit n'a pu me donner et de me dire à qui je dois réclamer s'il y a lieu.

Dr Y.

Réponse

La taxe civique est établie dans la commune du domicile des assujettis.

Pour les contribuables soumis à l'impôt général sur le revenu, elle est calculée d'après l'importance du revenu retenu pour le calcul de l'impôt général après défalcation des déductions pour charges de famille. Le revenu dont il est fait état est celui qui a servi de base à l'impôt général dû au titre de 1925.

La taxe vicinale sur la contribution des patentes est calculée en appliquant au montant du droit proportionnel le centime indiqué sur l'avertissement.

A.M.

Application du Tarif Durafour

I

2586. — Questions diverses intéressantes.

Excusez-moi de venir encore vous importuner au sujet de l'application du tarif Durafour. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me répondre aux questions suivantes :

1º Peut-on compter le même jour : pansements multiples 15 fr. + injection sérum, 20 fr.

Une Cie prétend que non, alors que toutes les autres règlent les notes présentées de la même façon sans difficultés.

2° Peut-on compter le même jour : pansement petite brûlure, 10 fr. + injection sérum, 20 fr.

Il me semble que oui puisque le pansement de brûlure est une intervention à tarif spécial.

3° Un kyste synovial d'un tendon extenseur de la face dorsale de la main, contracté brusquement à la suite d'un effort violent pour soulever un madrier, peut-il être contesté comme accident du travail ?

Si je procède à l'extirpation de ce kyste, quel tarif appliquer ?

4° Une incision d'un phlegmon sous-aponévrotique de l'éminence hypothénar de la main sans contre-ouverture, mais avec drainage, doit-elle être comptée 100 francs ou 35 francs ?

Dr C.

Réponse.

1° On peut, à la fois, compter « pansement multiples plus injection antitétanique », les premiers étant des « interventions *à tarif spécial* » (article 17) et non pas de celles *comprises* dans la visite ou consultation (article 16) et que l'on ne doit pas compter en même temps qu'une autre intervention, car ce serait le *cumul* défendu par l'article 13.

2° Oui, et pour la même raison, quoique le prix soit devenu le même que celui de la visite simple, depuis le tarif Durafour.

3° *C'est là un accident du travail*, s'il est prouvé qu'il y eut lésion soudaine et pendant le travail.

4° S'il n'y a eu ni contre-ouverture, ni drainage, il n'y a pas lieu au tarif de 100 francs. Ceci a été nettement convenu lors de la discussion qui eut lieu quand j'ai proposé pour le tarif Durafour cette échelle de prix inexistante dans le tarif Breton.

F. D.

II

2594. — 1° Libre-choix ; 2° Majoration dominicale.

1° Un médecin peut-il délivrer un certificat de guérison à un blessé vu par un autre confrère ?

Peut-il lui donner des soins aux frais du patron ? (Cas d'un blessé de la région parisienne venant en province passer son incapacité et soigné par moi. Accident du travail.)

2° L'article 3 dit que dans les cas urgents, les dimanches ou jours fériés — ou la visite à heure fixe, le prix de la visite est augmenté de 50 %. Cette augmentation s'applique-t-elle à l'acte médical seul, ou à l'ensemble (acte médical + trajet kilométrique) ? Même demande pour l'article 4 (acte triplé la nuit).

Dr C.

Réponse.

1° Le libre choix permet au blessé de s'adresser successivement à plusieurs médecins pour tous soins et, par suite, de demander également au dernier choisi le certificat de guérison.

2° La majoration pour visite dominicale s'applique *exclusivement* à la visite simple, donc pas

à la visite de nuit, ni aux frais de déplacement, ni même à la consultation simple, ainsi que je l'ai expliqué, d'après ce qui nous fut dit lors de l'élaboration du tarif.

F.D.

Médecine légale.

2684. — Examen de la victime d'un accident d'automobile.

Faisant appel une fois de plus à votre inépuisable obligeance, je viens vous prier de bien vouloir me fournir les renseignements suivants. Réquisitionné par le commissaire de police de D., pour fournir un rapport sur l'état d'un blessé victime d'un accident d'automobile, j'ai fourni le dit rapport, très long, car le blessé était porteur de multiples lésions, dont deux fractures, et qui m'a demandé plus de deux heures de travail. A qui dois-je adresser ma note d'honoraires, sous quelle forme et quelle somme dois-je réclamer ? Dois-je joindre à cette note la réquisition du commissaire ?

Je vous serais très reconnaissant, mon cher confrère, de bien vouloir me documenter sur ces différents points. J'ajoute, bien que cela me paraisse inutile, que je ne suis pas médecin assermenté (ce qui peut-être explique mon ignorance, il est vrai.)

Dr B.

Réponse.

Puisque vous avez été requis par le commissaire de police, c'est qu'il y avait suspicion du délit de blessures par imprudence. Il y a donc lieu à l'application du tarif des frais de justice criminelle, c'est-à-dire que, quelle qu'eût été l'importance des blessures et, partant, du rapport que vous avez fourni, vous ne pouvez réclamer que l'honoraire de 15 francs alloué pour visite judiciaire.

Cet honoraire comprend les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, s'il y a lieu.

Il ne paraît pas y avoir eu, en l'espèce, de frais de déplacement.

Le mémoire, ne dépassant pas 50 francs, doit être fait sur papier libre, en deux exemplaires. Il doit être envoyé au Procureur de la République du ressort, accompagné de la réquisition du commissaire de police.

Vous serez ensuite payé par le receveur de l'enregistrement.

Propharmacie

2604. — Questions diverses sur l'exercice de la propharmacie.

1° Pour exercer la propharmacie, y a-t-il une déclaration à faire, à la mairie, à la préfecture, ou ailleurs ?

2° Mon village (sans pharmacie) étant distant respectivement de 8, 12, 15 kilomètres des pharmaciens les plus rapprochés, puis-je fournir les médicaments à mes clients qui eux se trouvent à moins de 5 km. des pharmacies plus haut citées ?

3° Les médicaments fournis à mes clients doivent-ils être munis d'une étiquette portant mon nom et mon domicile ou bien suffit-il d'indiquer la nature du médicament par exemple « potion benzoïque » ?

4° Y a-t-il des livres qu'il faille obligatoirement tenir ? Quels sont-ils ?

4° Faut-il comme le font les pharmaciens mettre un numéro d'ordre sur chaque flacon ou boîte et transcrire sur un livre ?

5° Où peut-on se procurer le Codex ?

6° Où peut-on se procurer le tarif de clientèle qu'ont tous les pharmaciens et émanant probablement de leur syndicat ?

7° Pour les produits toxiques à ordonner par moi à mes clients, dois-je faire une ordonnance selon les règles ordinaires ? Que fait-on de ces ordonnances ? Combien de temps faut-il les conserver ?

8° La propharmacie est-elle soumise à d'autres impôts que celui sur le revenu ?

Dr B.

Réponse.

Pour pouvoir exercer la « propharmacie », aux termes de l'article 27 de la loi du 21 Germinal an XI, *il suffit* que le médecin soit établi dans un bourg, commune ou village où il n'y ait pas de pharmacien tenant officine ouverte. Pourvu que le médecin soit séparé du pharmacien par une limite administrative quelconque, aucune distance minima de la plus prochaine officine n'est imposée.

La pharmacie n'étant que l'accessoire de la profession principale de médecin, aucune formalité spéciale, déclaration ou autre, ne doit être accomplie. Il y a lieu seulement de faire à la mairie la déclaration exigée de toute personne qui détient et vend des substances vénéneuses.

Le médecin propharmacien ne doit vendre de médicaments qu'à ses clients et n'a pas le droit de tenir une officine ouverte.

D'après la loi et le décret de 1916 sur la vente des substances vénéneuses, le propharmacien est obligé de tenir un registre sur lequel il inscrit, au fur et à meusre, et avec un numéro d'ordre, ses propres ordonnances, un registre de commande des poisons et la comptabilité spéciale des substances vénéneuses.

Le propharmacien doit également apposer sur les flacons délivrés par lui les étiquettes réglementaires.

Le médecin propharmacien n'est pas considéré comme un commerçant. Il en découle qu'il n'a pas à se faire inscrire au registre du commerce, qu'il ne doit pas subir la taxe sur le chiffre d'affaires et que les bénéfices que lui procure la propharmacie doivent être déclarés *comme béné-*

fices de profession non commerciale, au même titre que les bénéfices proprement médicaux.

En ce qui concerne les tarifs à appliquer et l'achat d'un Codex, vous pourriez vous adresser au journal *Le Propharmacien*, dont le directeur est M. le Dr Carayon, 63, rue de la République, Montauban (Tarn-et-Garonne).

Accidents du Travail.

2687. — Accident à un propriétaire cultivateur assujetti volontaire.

Je vous avais demandé votre avis, il y a quelque temps sur un différend survenu entre le Dr D., chirurgien à N. et un propriétaire aisé des environs qui, après avoir été opéré et guéri, lui avait déclaré qu'il était assuré à une mutuelle qui le payerait au tarif des accidents du travail. Le Dr D. avait refusé d'appliquer ce tarif et avait réclamé sa note établie au tarif habituel des chirurgiens de N. pour les malades aisés. Vous m'aviez confirmé que c'était notre droit et que le tarif des accidents du travail n'était pas applicable.

Or, l'avocat de la mutuelle en question nous écrit que cet accident est bien régi par la législation du travail quoique ce propriétaire ne soit pas au service d'un patron, et cela en vertu de la loi du 15 décembre 1922 qui permet aux petits propriétaires de se placer sous le régime de cette loi qui rend applicables toutes ses dispositions et toutes celles non contraires de la loi de 1898. Dès lors ces assujettis (et pour eux leur Cie d'assurance) doivent bénéficier des tarifs des accidents du travail.

Dans ce cas, ne pouvons-nous réclamer que le tarif Durafour ?

J.N.

Réponse.

Comme vous le savez, le tarif ministériel des accidents du travail (tarif Dubief, Breton ou Durafour), n'a jamais constitué une taxation des honoraires médicaux. Il n'a pour objet que de fixer la part de ces honoraires qui doit rester à la charge du patron lorsque c'est le blessé qui a choisi son médecin, le médecin restant, en principe, libre d'exiger de son client, le blessé, le payement de la différence entre ce tarif ministériel et le tarif du droit commun.

Ce principe a été appliqué récemment par le tribunal civil de Rouen, le 6 juillet 1925, jugement confirmé par la Cour de Rouen le 3 mars 1926.

Il est vrai qu'à la suite du jugement de Rouen, le Gouvernement a déposé un projet de loi portant *modification de l'article 4, § 3, de la loi accidents* et limitant les droits du médecin choisi par l'ouvrier au tarif officiel. Mais ce projet n'a pas encore été voté et son dépôt ne fait qu'affirmer, jusqu'ici, le bien fondé de la jurisprudence ci-dessus relatée.

Il est bien exact, d'autre part, que les cultivateurs, même propriétaires de terres qu'ils cultivent, peuvent, en vertu de la loi du 15 décembre 1922, s'assujettir volontairement à la législation sur les accidents du travail.

Mais, quelle est alors leur situation, en ce qui concerne les frais médicaux ?

Doivent-ils être considérés comme patrons ? Ils ont alors choisi leur médecin et le tarif officiel ne joue pas. C'est le droit commun qui doit fixer les honoraires.

Doivent-ils être considérés comme ouvriers ? Ils ont aussi choisi leur médecin et celui-ci est en droit de leur demander, comme ouvriers, la différence entre le tarif ministériel, qu'ils ont à payer comme patrons, et le tarif de droit commun.

C'est ce qu'admet un jugement, que nous allons publier prochainement, rendu le 29 juillet dernier par le juge de paix de Londinières (Seine-Inférieure).

« Attendu, dit le juge, que T. ne saurait, sous prétexte qu'il est patron, et qu'il est assuré personnellement sur les accidents du travail, prétendre qu'il ne peut être tenu qu'au payement des frais médicaux taxés par le juge, alors que, s'il n'avait été qu'ouvrier, il aurait été tenu du surplus. »

C'est, à notre avis, la logique même.

2665. — Gale des cimentiers. Maladie professionnelle non garantie.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si la « gale des cimentiers » est reconnue comme maladie professionnelle, et assimilée aux accidents du travail régis par la loi de 1898.

Dr C.

Réponse.

Une loi du 25 octobre 1919 a bien étendu aux maladies d'origine professionnelle la législation sur les accidents du travail, mais seules bénéficient de la loi les maladies énumérées dans un tableau annexe qui ne comprend que des maladies engendrées par l'intoxication saturnine ou l'intoxication mercurielle.

Par conséquent, la « gale des cimentiers » ne peut être considérée comme une maladie professionnelle, au sens de la loi du 25 octobre 1919. Ce n'est pas non plus un accident du travail, car il n'y a pas traumatisme violent et soudain.

Dans ces conditions, l'ouvrier qui en est atteint ne peut prétendre à aucune indemnité de la part de son patron, à moins qu'il puisse faire la preuve d'une faute à sa charge, conformément au droit commun.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2372-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.)

AVIS

Envois de Fonds

Pour l'envoi des abonnements et des cotisations aux filiales, nous rappelons que le moyen le plus pratique et le plus économique est le versement au compte de chèques postaux dont voici les numéros :

Concours Médical, Paris, 167-95.
Sou Médical, Paris, 182-31.
Mutualité Familiale, Paris, 182-32.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François.
Juan-les-Pins. M. Lapy.
Granville. Thébault.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 421. — Il est demandé médec. act. pour gérer cab. gr. ville Nord. Fixe : 18.000 et 15 %. Devaucoux, 20, rue Réaumur, Paris.

N° 422. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agr. par minist. de l'hygiène, 180 lits, dont 150 occupés. Beaux bénéf. Prix à débatt., avec facil. Long bail. S'ad. à Me Peladé, notaire à Berck-Plage.

N° 423. — 1 heure Paris, client. seul propharm., recettes : 60.000, gr. mais. av. jardins, électr., loyer 9.000. Prix à débatt. pour cause départ. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 424. — Grande ville du Nord, cab. import. accept. gérant. Situat. annuelle : 40.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Mariage.** — Le 8 août dernier, a été célébré, à Châtel-Guyon, le mariage de Mlle Germaine Brousse, la toute charmante fille de mon distingué confrère et ami et de Mme Brousse, avec M. le Dr Rime, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique de la Faculté.

Il m'est infiniment agréable de porter cet heureux évènement à la connaissance des lecteurs du *Concours médical*, dont un grand nombre connaissent certainement le sympathique médecin consultant de la brillante station d'Auvergne.

Le *Concours médical* adresse, par ma plume, ses compliments à M. et à Mme Brousse, et ses vœux de bonheur aux jeunes époux.

Dr Duchesne.

— **Rudolph Valentino victime des rayons actiniques.** — Un article du *New-York Herald* attribue, d'après le Dr Lee, de Florida, la mort de Rudolph Valentino, l'artiste cinématographique populaire, à une exposition prolongée aux rayons actiniques. La puissante lampe de Kleig, employée dans les studios, mettrait ainsi en danger — toujours d'après le Dr Lee — les *stars* du cinéma, qui sont d'autant plus exposés à son influence qu'ils doivent tenir plus de rôles pour l'écran.

— **Congrès.** — Du 26 au 30 septembre, à Bruxelles, *VIe Congrès de chimie industrielle.* Le programme comprend un certain nombre de questions médicales (dosage de l'oxyde de carbone, étude des corps radioactifs, etc.).

— **Hôpital de Niort.** — *Un concours pour la nomination d'un médecin radiologue* de l'hôpital s'ouvrira à Niort le 1er octobre 1926. Conditions pour prendre part aux épreuves : être docteur en médecine, français, et âgé de 28 à 45 ans. Traitement : 800 fr. par an et honoraires à ajouter. S'inscrire jusqu'au 27 septembre auprès de la Commission administrative des hospices.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** — *Prix de la Ligue.* — Les ouvrages présentés pour les deux premiers prix (prix de 5.000 fr. chacun), sur les « psychopathies hérédo-syphilitiques » et sur « l'association syphilis-tuberculose dans les affections ostéo-articulaires », devront parvenir au siège de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, avant le 1er octobre. Pour le troisième prix (20.000 fr.), il ne doit pas être posé de candidature.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Externat.* — Le concours d'externat des hôpitaux de Paris commencera le jeudi 28 octobre 1926. Inscriptions jusqu'au 9 octobre inclus.

— **Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.** — *Un concours* pour la nomination de quatre *aides de*

clinique titulaires à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, aura lieu le lundi 8 novembre 1926.

Les aides de clinique sont nommés pour quatre années et reçoivent une indemnité annuelle de 1.600 à 2.000 fr.

— **Hospice des Enfants-Assistés.**— *Cours de matière médicale et thérapeutique appliquée à l'enfance* par MM. Dorlencourt, Blechmann et Hallez. — Ce cours sera fait du 4 octobre au 30 octobre, chaque jour, de 17 h. à 18 h. 30. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (droits : 200 fr.).

— **Preventorium.** — *Poste médical.* — Un poste de médecin-directeur du Preventorium de Servières-le-Château (Corrèze) est actuellement vacant. Les conditions matérielles sont les suivantes : 12.000 fr. par an, chauffé, éclairé. De plus, le médecin-directeur a la faculté de recevoir les vivres à titre remboursable. La situation est susceptible d'être améliorée dans un avenir prochain. Adresser les demandes à M. le Directeur du Comité National de Défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue N.-D.-des-Champs, Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Légion d'Honneur.

Sont promus ou nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur : Officier : M. le Dr Pigot, de Tours. Chevaliers : MM. les Dr Chaumel du Planchat, de Chantilly ; Cornu, d'Ervy-le-Châtel ; Deglos, de Paris ; Delaunay, de Saint-Laurent-du-Pont ; Gauja, de Paris ; Gaujon, de Carcassonne ; Lefevre, de Paris ; Marignan, de Marsillargues ; Marciguey, de Paris ; Roy, de Rochefort-Montagne.

Direction de bureau d'hygiène.

Avis de vacance de poste de directeur de bureau municipal d'hygiène.

Aux termes du décret du 3 juillet 1905 portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes à raison de leurs titres par le conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Firminy (Loire).

Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la publication au *Journal officiel*, pour adresser au ministère de l'hygiène de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

(*J. O.*, 5 *septembre* 1926.)

Enseignement de la médecine navale.

Avis de vacances d emplois dans les écoles de médecine navale.

Des concours seront ouverts dans les délais réglementaires, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement, pour les emplois de chef de clinique et professeur énumérés ci-après :

1° Chef de clinique chirurgicale à l'école d'application du service de santé de la marine à Toulon.

Ce concours aura lieu dans les conditions fixées par l'instruction du 14 avril 1910 (*B.O.* M., vol. 13, p. 57) ;

2° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Brest.

Les conditions de ce concours sont définies par l'arrêté du 29 juin 1908 (*B.O.*, M., vol. 13, p. 46).

(*J.O.*, 5 *septembre* 1926.)

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

(3, 4, 5 et 6 Novembre 1926)

Programme sommaire

MERCREDI 3 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : **Faculté de Médecine** : Centenaire du Clinicat. — 11 heures : Visite du Jardin des Plantes.

B) *Après-midi* : 2 heures : Visite du **Musée Fabre**. — 4 heures : **Palais Universitaire** : Séance de rentrée solennelle des Facultés.

C) *Soirée* : 9 h. 30 : **Hôtel de la Métropole** : Réception par l'*Association des Anciens Internes*. (*Tenue de ville*).

JEUDI 4 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : ***Faculté de Médecine*** : Séance solennelle d'inauguration des Journées.

— 11 heures : Visite des Expositions et de la Faculté, bâtiments et collections.

B) *Après-midi* : 2 h. 30 : **Faculté de Pharmacie** : Célébration du Centenaire de la découverte du Brome. — 4 h. 30 : **Faculté de Médecine** : 3 Conférences médicales d'actualité (Prs Forgue, Perroncito, Hédon).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Gala au **Grand Théâtre.** (*Tenue de soirée ou, à défaut, tenue de ville*).

VENDREDI 5 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : Manœuvres d'aviation sanitaire au **Terrain d'atterrissage de Montpellier l'Or**, avec causerie par le Dr Chassaing et démonstration par le Médecin-Principal de 1re classe, Professeur Picqué. — 11 heures : Visite du **Château de Castries.** — 12 heures : Déjeûner par souscription au Château, sous la présidence du Général Martin, commandant le XVIe Corps d'Armée. (*Tenue militaire facultative*).

B) *Après-midi* : 2 heures : Démonstration du Service de Santé au terrain de l'**Hippodrome.** — 4 h. 30 : 3 conférences médicales d'actualité (Prs Vincent, Toubert, Spire).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Réception par la Municipalité de Montpellier au Foyer du **Grand Théâtre.** (*Tenue de ville*). — **Salle des Concerts** : 9 h. 30 : Conférence médicale d'actualité (Pr Calmette). — 10 h. 30 : Une heure de musique.

SAMEDI 6 NOVEMBRE

A) *Matin* : 8 h. 30 : **Visite des Services hospitaliers** (Suburbain, Maternité, Général). — 11 heures : **Faculté de Médecine** : Réunion plénière de l'U.M.F.I.A., avec causerie par le Dr Molinéry.

B) *Après-midi* : **Faculté de Médecine** : 2 h. : Séance d'ouverture de l'Entente Régionale des Syndicats médicaux du Languedoc Méditerranéen. — 3 h. 30 : Séance d'ouverture de la Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des Hôpitaux du Midi. — 4 h. 30 : trois conférences d'actualité médicale dont **deux** d'intérêt corporatif (MM. Duchesne, Perreau, Vires). — **Faculté de Pharmacie** : 2 h. 30 : Réunion du Bureau de la Fédération des Syndicats de Pharmacie du Sud-Est.

C) *Soirée* : 7 h. 30 : **Hôtel de la Métropole,** Banquet par souscription. (*Tenue de ville*).

DIMANCHE 7 NOVEMBRE

Excursions facultatives : On pourra choisir entre deux circuits :

a) Circuit **Languedoc-Roussillon** : La Cerdagne française et les Escaldes ; Narbonne, sa Cathédrale, ses Musées ; etc.

ou :

b) Circuit **Languedoc-Provence** : Nîmes, le

Pont-du-Gard, Avignon, St-Rémy, les Baux, Arles.

Les modalités et le détail de ces excursions seront prochainement précisés par une note complémentaire, qui sera adressée à tous les adhérents inscrits.

N.B. — Une **Permanence** sera ouverte à la Salle Dugès de la Faculté de Médecine de Montpellier, du mardi 2 au samedi 6 novembre, de 9 à 12 heures et de 13 heures à 16 heures.

Sur le visa de leur carte d'inscription, les adhérents y retireront leur pochette-invitations.

Ils trouveront au **Secrétariat** des Journées Médicales, installé **Salle des Actes** (mêmes jours et mêmes heures que ci-dessus), tous renseignements utiles et pourront y retirer, faire ou expédier leur correspondance.

CORRESPONDANCES :

A) Pour les **Journées Médicales** : adresser toute la correspondance à M. le Dr **DESFOUR**, Secrétaire adjoint, Délégué à la Propagande, 8, rue Emile-Zola, Montpellier, Tél. 14-04, Compte-Courant de Chèques Postaux, Montpellier, n° 6900.

B) Pour la participation aux **Expositions** : adresser toute la correspondance à **M. MAUJOINT**, Délégué technique, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (Ve). Tél. Fleurus : 84-65.

Le Commissaire Général,
Professeur Dr Paul DELMAS.

CORRESPONDANCE

Divers.

2788. — Lettre anonyme.

M. le Dr P. à C., qui nous a posé une question sur ses droits de locataire, est prié de se faire connaître, attendu que nous ne répondons pas aux lettres dont nous ignorons la provenance.

2745. — Taxe de séjour.

Sur la demande d'un de nos correspondants, nous signalons que la municipalité de Perros-Guirec (Côtes-du-Nord), station climatique, refuse d'exonérer les médecins de la taxe de séjour.

Baux et Locations.

2688. — Droit de reprise du propriétaire.

Je pourrais devenir acquéreur d'un petit pavillon Pourriez-vous me dire si dans l'état actuel de la législation, il me serait possible, désirant l'habiter moi-même avec ma famille, de donner congé aux deux locataires, dont l'un est là depuis 1914 sans bail, ni profession ; l'autre depuis 1925 avec engagement d'un an ?

Est-ce oui ou non possible et dans quelle limite de temps ?

On m'a affirmé, et ceci m'a empêché de donner suite à l'affaire, que c'était impossible.

Dr X.

Réponse.

Si les locataires n'exercent aucune profession, ni aucun commerce, vous pourriez, devenu propriétaire, reprendre les locaux, mais comme votre acquisition serait postérieure au 1er mars 1926, à la condition de mettre préalablement à leur disposition un local répondant aux mêmes besoins que celui qu'ils occupent.

En outre, votre droit de reprise pourrait être annihilé par la situation des locataires, si ceux-ci appartiennent à l'une des catégories énumérées à l'article 6 de la loi du 1er avril 1926 : mutilés, réformés de guerre ou accidentés du travail ayant au moins 25 % d'incapacité ; veuves de guerre non remariées ; ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou marins morts pour la France ; bénéficiaires des lois des 31 mars et 24 juin 1919 ; sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par suite d'un accident du guerre et n'ayant ni remployé ni cédé leurs dommages de guerre ; chefs de famille ayant au moins 3 enfants habitant avec eux ou à leur charge ; locataires âgés de 70 ans ou atteints d'une maladie ou infirmité grave dûment constatée.

Question médico-militaire

2443. — Présomption d'origine de blessure.

Je viens vous demander conseil au sujet d'un blessé de guerre.

Blessé le 3 août 1918. Opéré le 26 octobre 1918. Présente une cicatrice adhérente pour laquelle on lui donne une pension.

Depuis plusieurs années sa pension est supprimée.

Tout à coup, le 27 avril 1926, crise d'urémie.

Dosage de l'urée : 1 gr. 14. Pmx : 13. Pm : 7.

Le but de ma lettre est de vous demander une opinion autorisée. L'urémie que présente cet homme me semble consécutive à la sclérose rénale qui a dû suivre la grave infection périrénale, due à un éclat d'obus qui a séjourné plus de 50 jours dans l'atmosphère cellulaire périrénale. Il me semble qu'il y a présomption.

Dr D.

Voir la suite page XLVII-2419

PROPOS DU JOUR

LA MÉDECINE AUX COLONIES

L'insuffisance actuelle des services médicaux. Ce qu'on exige d'un médecin de colonisation. Les dangers de la solution qui consiste à confier toute l'Assistance médicale à des médecins indigènes. La nécessité de créer un groupement de médecins des colonies. Une ébauche de réalisation de ce groupement par le Dr Sasportas, de Papeete.

L'exercice de la médecine aux colonies, sur lequel nous ne cessons de revenir, nous intéresse, nous, praticiens de France, à plus d'un titre : *Pour des raisons d'intérêt général* d'abord parce qu'il est universellement reconnu que le médecin est le meilleur agent de civilisation et d'expansion de l'influence française dans nos colonies ; en second lieu, parce que, sans l'amélioration sanitaire de certaines régions, leur colonisation est impossible ; puis, *pour des raisons d'ordre professionnel*, parce que la situation morale et matérielle faite à nos confrères des colonies ne saurait nous laisser indifférents ; et enfin, parce que les médecins en France étant en surnombre, et les conditions d'existence y devenant de plus en plus difficiles, nous sommes en droit d'espérer que beaucoup d'entre eux pourraient trouver dans notre domaine colonial, si étendu, des postes où ils pourraient utilement déployer leur activité en vivant largement et en s'assurant un avenir digne de leurs efforts.

Or, à l'heure actuelle, nous écrit notre correspondant le Dr Ch. Nicolas, qui exerce à Gomen-Koligoh, en Nouvelle-Calédonie, sauf sans doute en Indo-Chine, les cadres des médecins de l'Assistance indigène ou de colonisation sont partout incomplets. Pourquoi ? La réponse est facile. Il suffit de savoir ce qu'on exige d'un médecin aux colonies.

Le médecin de colonisation doit être doué, au point de vue moral, de courage, de dévouement et d'abnégation, et être physiquement très vigoureux et très endurant. Au point de vue professionnel, il doit être, un peu comme le médecin de campagne de jadis, *omniscient*. Livré à ses seuls moyens, loin de tout secours, il faut qu'il soit médecin, chirurgien, spécialiste, bactériologiste, improvisateur, et pour nous servir d'un terme que la guerre à mis à la mode, essentiellement *débrouillard*. « Dans le seul mois de mai, nous écrit le Dr Nicolas, j'ai soigné deux fractures dont une de cuisse, réduit une luxation de l'épaule, amputé un doigt, débridé trois phlegmons graves, opéré une hernie étranglée, pratiqué plusieurs accouchements dont quelques-uns dystociques, soigné un nombre relativement considérable d'ophtalmies, de grippés, de lépreux. Peut-être demain me trouverai-je en présence de peste, de dysenterie, d'ankylostomiase, dont il me faudra préciser le diagnostic, rechercher l'origine, indiquer les mesures de prophylaxie. Tous les chapitres de la pathologie médico-chirurgicale défilent devant nous. Et nous devons répondre à tous les besoins, le plus souvent seuls, dans la brousse, sans aides compétents, avec des installations de fortune. Or, vous savez ce que nous sommes payés pour remplir cette tâche, ici comme ailleurs. »

Il n'est pas douteux que si les cadres des médecins coloniaux sont presque partout incomplets, c'est *qu'on ne veut pas les honorer convenablement*. Il suffit pour s'en persuader de comparer la situation qui leur est faite à celle des médecins du Congo belge et des colonies britanniques.

Or quelle solution l'Administration coloniale a-t-elle trouvée pour résoudre ce problème ?

La création et le développement des écoles de médecine indigène ! ! Sans compter la Faculté de Beyrouth, qui se classe à part, il en existe à Hanoï, à Pondichéry, à Tananarive, à Dakar, et l'on se propose de les multiplier.

Nous ne nions pas l'utilité de ces écoles. Elles peuvent, à notre avis, donner aux médecins coloniaux de précieux auxiliaires, mais il conviendrait, pendant encore de très longues années de ne faire jouer aux médecins indigènes qu'un rôle secondaire sous la surveillance immédiate des médecins français. Tous les coloniaux de quelque expérience vous diront combien est superficielle l'éducation occidentale, donnée à la plupart des indigènes, même à ceux qui paraissent les plus intelligents. Certains apprennent très facilement, semblent s'assimiler très rapidement les notions scientifiques qu'on leur enseigne. Mais, si on les abandonne à eux-mêmes, si on les charge d'une mission dans la brousse, isolés parmi leurs compatriotes, ils ont tôt fait

d'oublier tout ce qu'ils ont appris et de retourner à leurs préjugés et à leurs superstitions. Ce n'est pas en quelques années que l'on modifie l'atavisme des peuples primitifs et qu'on leur donne la mentalité européenne. Les Jésuites avaient déjà, au XVIIIe siècle, tenté l'expérience chez les Indiens du Paraguay et ces indigènes qui, sous leur surveillance active et sévère, paraissaient s'être si promptement civilisés, redevinrent, dès que cette surveillance se relâcha ou disparut, de vrais sauvages qui cessèrent de travailler et tuèrent leurs bœufs de labour pour les dévorer sans avoir souci du lendemain.

En outre, peut-on compter sur les médecins indigènes pour être des agents de civilisation, des facteurs importants de l'expansion coloniale française ? Sur ce point, il conviendrait de se méfier.

Laissons, aux rêveurs démagogues, ces belles idées préconçues à la Jean-Jacques ou à la Bernardin de Saint-Pierre, qui portent à considérer les indigènes comme des frères que seule l'oppression a pu rendre sauvages et méchants et qui, livrés à eux-mêmes, ont de bons instincts et sont prêts à reconnaître notre bienveillance à leur égard et à nous rendre avec usure les bienfaits dont nous les aurons comblés.

Voyons les choses d'une façon beaucoup plus réaliste. Certes, nous ne prétendons pas qu'il faille rétablir la traite des noirs et manquer à l'égard des peuples de nos colonies de bienveillance et d'humanité. Nous ne demanderons pas non plus qu'on les laisse croupir dans l'ignorance, la malpropreté et la misère. Notre devoir est de les instruire, de combattre ce qu'il y a de mauvais dans leurs coutumes et dans leurs mœurs et de les rapprocher le plus près de nous qu'il sera possible. Mais tout ceci doit se faire lentement et par étapes. Même dans les colonies, peuplées de jaunes, qui ont bénéficié d'une civilisation antique, poussée très loin, mais très différente de la nôtre, il convient de ne pas nous endormir dans une trop aveugle confiance.

Nous lisons, dans le *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles Hébrides* (samedi 5 juin 1926) aux Petites nouvelles Coloniales, juste au-dessous d'un entrefilet annonçant que M. le député Perreau-Pradier insiste pour résoudre la question de l'Assistance médicale indigène par la multiplication des écoles de médecine indigène, la note suivante, qui donne à réfléchir sur les sentiments d'affection et de loyalisme qui animent les jeunes Annamites à l'égard de notre Patrie :

« Les manifestations contre la France s'étendent dans les écoles annamites d'Indo-Chine. « A l'école de Chasseloup-Laubat, les écoliers « d'une classe qui avaient inscrit sur le tableau « noir les lettres A. B. L. F. (A bas les Français), « ont refusé de les effacer comme leur en avait « enjoint leur professeur. Le Gouverneur Varenne a adressé aux écoles et collèges un aver- « tissement comme quoi il se montrera intraitable envers ces manifestations. »

Ce simple avis en dit long, et nous pensons qu'il serait actuellement très imprudent de notre part (et cela sans doute pendant encore longtemps) de vouloir assimiler les médecins indigènes aux médecins français et les charger de postes de confiance qui doivent être remplis par nos nationaux. Qu'on fasse de ces médecins indigènes des auxiliaires, d'accord, mais qu'on ne les considère pas comme devant remplacer dans leurs fonctions les médecins de colonisation.

***

Ceci dit, revenons à la nécessité d'améliorer le sort de nos confrères des colonies. Le Dr L. Sasportas, de Papeete (Tahiti), dont nous avons déjà publié une correspondance, nous adresse la note suivante qui prouve qu'il n'a pas l'intention d'abandonner son projet de création d'une association pour laquelle il s'est déjà assuré des adhérents. Voici d'ailleurs l'article de notre confrère :

Les Colonies et les médecins

Il y a des idées qui sont dans l'air et qui semblent surgir tout à coup et à la fois en cent endroits. Des chercheurs sans aucun rapport entre eux, et placés à des lieues les uns des autres, sont arrivés aux mêmes découvertes en un même temps. Des romanciers ont fait paraître à la même époque des ouvrages comportant des situations similaires au point de s'accuser réciproquement de plagiat.

En Nouvelle-Calédonie des médecins civils protestent contre la situation qui leur est faite. Le Dr Noir, le distingué rédacteur en chef du *Concours Médical*, appelle à différentes reprises l'attention des pouvoirs publics sur nos confrères des colonies. Je lance moi-même un appel pour la constitution d'une association qui les grouperait tous. Et le dernier courrier m'apporte à Papeete une intéressante étude du Dr Rieu de Villeneuve, dans les *Annales de médecine de France, des Colonies et des Pays de protectorat*, sur les colonies et les médecins.

N'est-ce pas là autant de symptômes amplement suffisants pour déclarer que la question est à l'ordre du jour ?

Trop longtemps les médecins des colonies ont été considérés comme des parents pauvres. Chargés généralement des fonctions les plus pénibles et les moins rémunératrices, ils étaient regardés comme des praticiens modestes et sans beaucoup de pouvoir. On savait qu'installés dans une colonie, non pas pour deux ou trois ans, mais pour la vie souvent, s'y étant créé un foyer, s'étant attachés aux populations indigènes parmi lesquelles ils avaient résolu de vivre, il leur répugnerait pour de multiples raisons à s'en aller de nouveau constituer ailleurs une autre clientèle. Et on les traitait avec condescendance, et ils acceptaient avec humilité les pitoyables indemnités avec lesquelles on espérait les désintéresser pour qu'ils laissassent le champ libre aux autres appétits.

Cette situation anormale des médecins civils aux colonies ne pouvait s'éterniser. Entravant leur recrutement, elle n'était pas sans danger pour les services d'assistance de nos possessions d'Outre-Mer, puisque les cadres militaires sont à eux seuls incapables de les assurer. Depuis près d'un an, l'archipel des îles Sous-le-Vent, qui compte l'une des populations les plus importantes de nos établissements d'Océanie, est démunie de service médical, faute de médecin.

C'est ce qu'ont compris les nombreux auteurs que nous venons de citer. M. Pierre Valude, député du Cher, lui-même, écrivait il y a quelque temps, à propos des médecins civils de l'A. O. F. :

« Les médecins de l'Assistance médicale de l'A. O. F. réclament la place morale qui leur est due, et qui est conforme à leur dignité professionnelle.

« Pas plus que les autres fonctionnaires civils, ils ne veulent être sous les ordres d'une autorité qui garde pour elle seule les hauts emplois et les maintient *ad æternum* dans les emplois subalternes, comme des sous-officiers du service de santé. »

Les médecins de l'A. O. F. n'ont rien à envier aux médecins des autres colonies. Les uns et les autres méritent une situation plus en rapport avec leur esprit d'abnégation et leur dévouement envers l'Administration coloniale dont ils sont les meilleurs auxiliaires dans son œuvre civilisatrice.

Leur groupement ne pourra qu'accélérer l'obtention de leurs justes desiderata.

Nous avons déjà obtenu l'adhésion des Dr Rolin, des Marquises ; Genin, de Makatea ; Cassiau, de Papeete. Nos confrères des autres colonies auront à cœur de se joindre à nous.

Dr L. Sasportas (de Papeete.)

***

Nous ne saurions qu'engager nos confrères coloniaux à seconder le Dr L. Sasportas, et le *Concours médical* centralisera volontiers toutes les observations qu'on voudra bien lui faire à ce sujet et se fera un devoir de recueillir et de faire connaître les adhérents au nouveau groupement.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

AVORTEMENTS DUS A UNE DÉFECTUOSITÉ DU GERME

Par Henri Vignes.

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

On conçoit qu'un spermatozoïde ou un ovule (1) n'étant pas suffisamment taré pour être infécondable, puisse cependant donner un œuf de médiocre vitalité, voué à la mort *in utero*.

On sait qu'après certaines maladies, on peut observer des périodes de stérilité ou des naissances d'enfants anormaux. La mort prénatale doit donc, en principe, pouvoir être aussi réalisée par une telle atteinte du germe. De tels faits se voient après des intoxications, des infections ou l'action d'agents physiques, tels les rayons.

(1) On pourrait envisager aussi qu'il s'agisse non d'une « dégénérescence » des gonades, mais d'une « médiocrité » de la muqueuse génitale.

Ils se voient aussi dans certains cas physiologiques.

La *vieillesse* de l'un ou de l'autre procréateur semble diminuer l'aptitude à la fécondation (1) ; on peut admettre l'hypothèse qu'elle amoindrit la valeur du produit de la conception.

Ce fait, probable, appelle néanmoins des recherches de vérification.

En effet, les femelles des animaux donnent en

(1) Reiter et Ihlefeldt. — Influence de l'âge de la mère, *Klin. Woch.*, 16 déc. 1922, p. 2524.

général des portées de plus en plus nombreuses au fur et à mesure qu'elles se reproduisent ; quant aux mâles, leurs possibilités restent stationnaires, si l'on en juge par les montes des étalons ; de 3 à 18 ans, six cents étanlons en quelque trente mille montes ont donné des pourcentages de fécondation variant de 30 pour 100 (12 ans) à 52 pour 100 (13 ans) ou 46 pour 100 (18 ans) et se tenant le plus habituellement aux environs de 45 pour 100 (Robinson).

On sait, par contre, que, dans l'espèce humaine la fécondité jugée par le pourcentage d'enfants nés au cours de la première année du mariage diminue notablement dans les deux sexes si le mariage a lieu après un certain âge. Mais il faut se demander si, chez l'homme, un facteur psychologique ou quelque facteur morbide ne prime pas le facteur « sénescence physiologique ».

En tout cas, même s'il y a une stérilité présénile, aucun travail ne permet d'affirmer l'existence d'avortements dus à la même cause, ni d'ailleurs de l'infirmer.

Un spermatozoïde produit après une *période de surmenage génital* peut sûrement déclancher une conception de mauvais aloi, exposée à la mort *in utero*.

Plus généralement toutes *les causes constitutionnelles ou acquises* qui rendent un individu infécond peuvent constituer une cause d'avortement : il est fréquent qu'une femme, ayant longtemps désiré une gestation, la voie se terminer par un avortement ou encore par une gestation tubaire (1).

Les avortements mystérieux

Les avortements dont nous ignorons la cause restent nombreux. Certains couples, sans causes appréciables, ne peuvent réaliser une conception ou, l'ayant réalisée, ne peuvent donner le jour à des produits viables, soit que, après un court retard, une perte sanguine et l'expulsion de quelques débris marquent la fin des « espérances », soit que, plus tard, l'enfant meure *in utero*.

Sur le nombre, certains ressortissent peut-être à un mécanisme qui intervient parfois dans les espèces animales et sur lequel il nous faut, maintenant, nous étendre.

La mort in utero des produits de la conception est une éventualité fréquente dans certaines espèces animales (2). 1° Une première preuve en est donnée par la discordance très notable entre le nombre des corps jaunes et celui des zygotes (1). Par exemple, Hammond, en totalisant l'examen des viscères de plusieurs truies, trouve 396 corps jaunes et seulement 267 fœtus normaux et Arthur Robinson, pour 10 furets ayant 94 corps jaunes, compte 79 ovules ou zygotes.)

2° Un bon nombre de zygotes dégénèrent après fécondation : au stade morula, au stade blastula, dans la muqueuse ou non encore greffé.

Il ne semble pas, dans tous ces cas, que la mort prénatale des zygotes soit due à des circonstances pathologiques locales. Dans les cas que Robinson a pu étudier, il n'y avait ni inflammation, ni microbe, ni différence de vascularisation. De même Huber et Meyer, spécifient également que, dans les cas observés par eux, il n'y avait aucune lésion utérine.

Il ne semble pas que la mort prénatale des zygotes soit due à des circonstances pathologiques générales de la mère ; si ces morts devaient s'expliquer par une maladie générale, il est probable que celle-ci atteindrait tous les zygotes.

Enfin si la cause tenait à l'état général de la mère, on ne verrait point de morulas dégénérées, puisque la morula n'est pas encore nidée dans la muqueuse utérine et ne peut guère être influencée par les humeurs maternelles ; c'est donc bien un facteur tenant à l'ovule ou au spermatozoïde ou aux deux qu'il faut incriminer et non pas un facteur tenant au milieu maternel.

Il ne semble pas, non plus que dans les conditions d'observation ou d'expérimentation relatées la mort in utero soit due à des circonstances physiologiques anormales, telles qu'influence d'un milieu inaccoutumé, âge, nourriture, surmenage génital.

Les furets observés par Robinson vivaient dans le même milieu que leurs ancêtres. De plus, des faits de mort *in utero* ont été observés chez le lapin en liberté par Hammond, chez la taupe par Strahl et Henneberg.

En ce qui concerne l'âge, Robinson pense

(1) Ces faits peuvent s'interpréter, pour autant qu'ils soient imputables à la femme, comme causés par une dégénérescence de l'ovule ou par une imperfection des muqueuses génitales.

(2) *Les espèces dans lesquelles on observe la mort prénatale des zygotes sont multiples* (lapin, cobaye, rat, furet, porc, cheval).

Pour ma part, j'ai très souvent rencontré, au cours d'expérimentations entreprises pour les recherches les plus diverses, chez la souris et chez le cobaye, des œufs morts avec fœtus atrophiés ou en voie de dissolution. Récemment, du 15 octobre 1925 au 15 mai 1926, j'ai eu l'occasion d'autopsier 18 femelles de cobaye pleines : chez 3 d'entre elles, il y avait un œuf mort et mort depuis longtemps (1 cas à 5 œufs, 1 cas à 3 œufs, 1 cas à 2 œufs). Le total des œufs (y compris les morts) étant de 55 (4 fois 2 œufs, 9 fois 3 œufs, 4 fois 4 œufs, 1 fois 5 œufs).

Des faits analogues s'observent chez les oiseaux : les œufs de poule mis dans les meilleures conditions d'incubation donnent un assez bon nombre d'inféconds, d'après les recherches statistiques de Pearl.

(1) Zygotes ou produits de la conception

qu'il n'a aucune influence sur la production de ces faits.

Les résultats des montes des étalons, et les résultats observés par lui sur les furets, permettent à Robinson d'affirmer que l'*alimentation* ne joue aucun rôle dans la mort prématurée.

Le *surmenage* génital du mâle n'aurait aucune importance, du moins d'après Robinson, qui tire cette conclusion des résultats obtenus dans certains haras.

Signalons, cependant, un facteur physiologique qui semble intervenir : la mortalité *in utero* est plus élevée chez les mères qui allaitent leur précédente portée que chez celles qui n'allaitent plus. Ce fait nous semble devoir être rapproché de la moindre fécondité des nourrices et de la suspension de l'ovulation que l'allaitement réalise dans certaines espèces animales.

Il faut signaler, en passant, que le spermatozoïde est plus souvent responsable que l'ovule. — C'est, du moins, ce qu'on pourrait déduire des expériences de Cole et Davies. Ces auteurs accouplent un lapin albinos et un lapin pigmenté avec les mêmes femelles, tantôt l'un premier, tantôt l'autre. Ils obtiennent ainsi, pour 23 unions, 190 petits dont 24 seulement ont le caractère albinos ; il y a donc des spermatozoïdes plus vivaces que d'autres.

On est amené à se demander si la mort prématurée des zygotes n'est pas un fait physiologique. Chez certains marsupiaux, le nombre des œufs pondus à chaque période est double de ce que la poche peut contenir. C'est un fait sur lequel on peut philosopher.

Quoi qu'il en soit, la mort prénatale des zygotes semble bien être un fait fréquent et très différent des types de mort *in utero* qui ont été définis jusqu'ici dans l'espèce humaine : il semble bien exister des stérilités inévitables, des morts prénatales inévitables, comme par l'effet d'une moindre vitalité.

Reste à savoir si de tels faits existent dans l'espèce humaine ? Pour Robinson, cela ne fait aucun doute ; il ne serait pas vrai que tout œuf pondu soit fécondable ; il ne serait pas vrai que tout avortement soit pathologique (1).

Pour ma part, lorsque je réfléchis à la grande variété des aspects histologiques que j'ai observés sur les caduques expulsées après une très courte suspension des règles, j'ai tendance à me demander si des faits analogues à ceux qu'a vus Robinson ne peuvent pas, en effet, se produire dans l'espèce humaine. Il y aurait alors toute une réforme à faire dans notre façon de concevoir la mort *in utero* et l'avortement précoce.

L'explication de ces faits reste mystérieuse : nous voyons mal pourquoi certaines cellules sexuelles se prêtent mal à la fécondation ou pourquoi elles engendrent des zygotes condamnés à la mort intra-utérine.

Certains se sont demandé s'il n'y avait pas là un fait analogue à ce qui se passe dans les croisements entre deux individus d'espèces différentes. On sait que ces croisements sont possibles seulement avec des espèces très proches et que, même dans ce cas, la fertilité est moins constante que dans une même espèce : tantôt la fécondation n'a pas lieu, tantôt les embryons succombent à des stades divers, tantôt les produits sont viables, mais stériles.

Or, ce qui est vrai pour deux espèces pourrait être vrai, à un moindre degré, pour deux races différentes et, dans la même race, pour deux « constitutions » différentes.

Les biologistes, qui ont étudié les lois de la génétique en développant les méthodes de Mendel, ont souvent rencontré de tels faits au cours de leurs croisements.

En voici un exemple emprunté au règne végétal et montrant bien l'infertilité relative de certaines unions.

Les feuilles de certains géraniums ont une couleur jaune vert et certaines considérations permettent de supposer que cette nuance résulte de l'union d'un facteur jaune et d'un facteur vert. Si l'on croise deux individus de cette variété, les descendants devraient se répartir suivant les proportions mendéliennes et donner :

1 plante à feuille verte (pure race, homozygote) ;
1 plante à feuille jaune (homozygote) ;
2 plantes à feuille jaune-verte (hétérozygote) ;
En réalité, on obtient seulement 3 plantes :
1 plante à feuilles vertes ;
2 plantes à feuilles jaunes-vertes ;

Il y a donc une fatalité, une « tendance léthale » comme disent les généticiens, qui est liée au caractère, feuille jaune. Mais, dans ce cas, la tendance léthale s'explique par ce fait que la chlorophille est indispensable à la vie. Or, dans d'autres cas, la tendance

(1) L'étude anatomo-pathologique de ces faits nous réserverait en principe de grandes difficultés d'interprétation. Un œuf mort, en effet, détermine dans la déciduale des lésions dégénératives qui sont secondaires, à la mort de l'œuf et qui ne sont pas cause de cette mort comme Mall l'enseignait et comme nous le croyions jusqu'ici. Plus exactement, il ne faudrait pas dire lésions dégénératives, mais lésions régressives et lésions antixéniques. Ce point aurait une grosse importance pratique, car, dans ces cas, la muqueuse utérine serait saine ; aussi, toute thérapeutique locale serait-elle inutile ; elle serait même dangereuse et plus dangereuse encore dans ce cas qu'elle ne l'est dans les autres cas de pratique obstétricale, où l'on abuse des curettages.

léthale nous paraît moins explicable. Par exemple, on a été amené à admettre que les souris à queue courte sont des hétérozygotes entre souris à queue longue et souris sans queue. Les croisements entre un certain nombre des « queues courtes » susceptibles de donner 100 produits devraient aboutir à la répartition suivante :

25 queues longues.
25 sans queue.
50 queues courtes.

En fait, on n'obtient pas 100 produits, mais seulement un peu plus de 75, soit :

25 queues longues.
Un tout petit nombre de sans queue.
50 queues courtes.

Le caractère « sans queue », à l'état homozygote, est donc un caractère léthal presque fatal. Il n'y a *pourtant aucune* raison qui puisse nous expliquer l'association de la tendance léthale avec un caractère morphologique aussi indifférent quant à ses effets physiologiques. Mais, on le sait, les généticiens ont publié bien d'autres exemples indéniables de telles associations, sans apporter d'explication valable de ces associations.

Il est toujours téméraire de déduire de l'animal à l'homme. Il n'est pourtant pas radicalement impossible que de tels faits ne puissent exister dans notre espèce, étant donné ce que nous savons déjà d'autres exemples de proportions mendéliennes dans les croisements entre humains. En ce qui concerne ce point spécial, nul travail, à notre connaissance, n'a été publié et nul caractère morphologique n'a été signalé comme associé à une tendance léthale. Mais, étant donnée la très grande variété des types humains, il n'est pas impossible que certaines unions réalisent de vraies hybridations, susceptibles des mêmes « ratés » que d'autres hybridations végétales ou animales ; ce sont les faits qui confirmeront ou infirmeront cette hypothèse. De telles stérilités, de tels avortements, témoigneraient d'une incompatibilité entre les cellules sexuelles d'un couple donné.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Abcès sous-phrénique gauche

M. J.-P. TOURNEUX.

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Nous avons reçu il y a quelques jours dans nos salles, un petit malade envoyé d'urgence à l'Hôtel-Dieu, et dont le cas mérite de retenir quelque peu votre attention. Il s'agissait d'un adolescent, âgé de 11 ans, Noël D., qui était atteint d'un abcès sous-phrénique, affection assez rare, et que pour ma part je n'ai encore pu observer que trois fois, mais affection grave cependant, car elle peut par elle-même ou par ses complications entraîner la mort.

J'ajouterai, que si chez notre jeune malade, étant donné son âge, et surtout la notion d'un traumatisme dans la région hypochondrale gauche, la question du diagnostic n'a pas présenté de bien grandes difficultés, il est loin d'en être toujours de même dans tous les cas semblables. Les abcès sous-phréniques, bien qu'ils soient de siège abdominal, sont en effet si voisins du thorax qu'il est souvent permis de se demander si ce n'est pas ce dernier qui est en cause, et en second lieu, comme la collection suppurée est logée dans la partie supérieure de la cavité abdominale, dans une région où se trouvent situés des viscères très importants, foie, estomac, pancréas, rate, il est parfois très malaisé de faire exactement la part des choses et de se rendre compte du point de départ précis de l'affection, c'est-à-dire de reconnaître quel est l'organe lésé, car, c'est là un point que vous ne devez pas oublier, un abcès sous-phrénique ne signifie jamais autre chose qu'une complication d'une lésion viscérale ou générale déjà existante.

Mais, voyons d'abord l'histoire de notre petit malade. Il y a un mois environ, alors qu'il était chargé de ramener le bétail de l'abreuvoir, et que pour s'amuser il était monté sur le dos d'un cheval, ce dernier ayant eu soudainement peur, fit un brusque écart et jeta par terre le jeune et encore très inexpérimenté cavalier. A l'occasion de cette chute, Noël D. fut projeté sur un tronc d'arbre récemment scié et laissé sur la route, et vint le heurter au niveau de l'hypochondre gauche : la contusion dut être assez violente, car l'enfant ne put se relever lui-même, et dut être transporté chez ses parents. Il présentait à ce moment une douleur très vive dans la région splénique, douleur qui ne tarda pas, dans les heures qui suivirent à s'étendre progressivement à tout l'abdomen, s'accompagnant de sensibilité à l'exploration, ainsi que de matité et de contracture musculaire localisée au quart supérieur de l'abdomen : puis, en même temps que la température s'élevait légèrement et que le pouls s'accélérait quelque peu, le petit blessé présenta des nausées ainsi que des vomissements.

Je ne crois pas qu'il soit bien utile que j'insiste ici sur le traitement médical qui fut alors institué, car ce point de l'histoire de notre sujet ne nous offre qu'un intérêt très relatif : sachez seulement, qu'au bout de quelques jours un mieux sensible ne tarda pas à se manifester dans son état, et qu'environ quinze jours après l'accident, Noël D. pouvait se lever et reprendre ses petites occupations.

Malheureusement, le retour à la guérison ne fut pas de bien longue durée, car une semaine s'était à peine écoulée, que le jeune malade était obligé de s'aliter de nouveau. Les douleurs revinrent dans le flanc gauche avec des nausées, des vomissements et de l'inappétence ; la fièvre se montra, atteignant 39°, offrant les grands écarts entre la température du soir et celle du matin qui caractérisent les suppurations, et les jours suivants, on nota l'apparition d'un certain nombre de symptômes physiques qui ne purent laisser de doutes au médecin traitant sur la nature de l'affection dont Noël D. était atteint. Ayant constaté en effet, l'ensemble des signes qui caractérisent l'évolution des abcès sous-phréniques, signes sur lesquels je n'insiste pas en ce moment, car je vais y revenir dans un instant, et sachant qu'avec une pareille lésion, on ne doit jamais temporiser, il se hâta de nous adresser le malade en vue d'une intervention.

Dès que le jeune malade eût été couché dans le lit qu'il occupait il y a encore quelques jours, nous nous sommes hâté de procéder à son examen, et comme les phénomènes douloureux présentés avaient pour siège la région abdominale supérieure, ainsi que la base de la région thoracique, c'était en cet endroit que devaient porter nos premières investigations. Une fois que Noël D. eût été découvert, nous fûmes frappé de deux choses : en premier lieu, la région hypochondrale gauche présentait une voussure nettement accusée, sans changement de coloration de la peau, et secondairement, on remarquait que le côté thoracique gauche semblait bomber en dehors, restant immobile, sans être déplacé par la respiration. En apparence, cette partie du thorax paraissait être soulevée par quelque chose, les côtes n'étaient pas écartées, mais au contraire refoulées les unes contre les autres, et la peau offrait un aspect normal, sans circulation collatérale.

Le palper permit de préciser les modalités de cette voussure hypochondrale, qui était lisse, régulière, tendue, rénitente, et très chaude, le simple contact de la main suffisant pour constater facilement l'élévation de température ; cette partie de l'examen, comme d'ailleurs la suivante, dut être faite, vous vous en souvenez certainement, d'une façon assez rapide car elle était très douloureuse, ainsi que l'est toujours le palper d'une collection purulente.

Du côté de l'épigastre, du foie, dans le flanc droit, dans la fosse iliaque droite, et même dans la fosse iliaque gauche, on ne relevait rien de particulier : ces régions étaient souples et offraient leur sonorité ou leur matité normales. Mais les choses différaient totalement lorsqu'on arrivait à l'hypochondre gauche ; verticalement, à partir d'une ligne passant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, la percussion dénotait une matité qui s'étendait en hauteur jusqu'au sixième espace intercostal, avec une zone de submatité remontant au-dessus jusqu'au quatrième espace ; transversalement, la sonorité avait disparu depuis le prolongement de la ligne axillaire jusqu'au niveau du bord externe du muscle droit.

Du côté du thorax, à l'auscultation, on ne constatait du côté droit rien d'anormal mais à gauche, on n'arrivait qu'à percevoir très mal à la partie inférieure le murmure vésiculaire et il fallait remonter assez haut, jusque vers la pointe de l'omoplate, pour le retrouver nettement. La radiographie, que nous n'avons pas omis de faire pratiquer, le jour même de l'hospitalisation de Noël D., nous a fourni des renseignements très instructifs : le côté droit est normal, et ne nous montre absolument rien de particulier ; du côté gauche, au contraire, le diaphragme est déplacé et se trouve surélevé, constatation des plus précieuses pour notre diagnostic, car vu les signes physiques, nous étions en droit de nous demander s'il n'existait pas un épanchement pleural, en quel cas le diaphragme eût été forcément abaissé. Il n'en a rien été, comme vous pouvez d'ailleurs en juger par l'épreuve radiographique que je fais passer sous vos yeux et sur laquelle vous constaterez bien que ce muscle est au contraire relevé ; il nous a donc été permis de conclure que la zone de matité absolue avec disparition du murmure vésiculaire se trouvait nettement être sous-phrénique.

J'ajouterai, qu'en plus de ces différents symptômes physiques, notre malade accusait une douleur diffuse, étendue à tout l'hypochondre, douleur accentuée par la toux, par l'inspiration profonde, et ayant tendance à s'irradier du côté du thorax : c'est pourquoi, notre sujet restait couché sur le dos, redoutant le moindre mouvement. Les nausées ainsi que les vomissements avaient disparu d'une façon complète à ce moment, mais il s'était manifesté une légère dyspnée et de la constipation. En ce qui concerne les signes généraux, ils étaient assez marqués chez Noël D., dont l'état semblait assez affecté ; il était en proie à une asthénie profonde, ses traits étaient tirés, son teint terreux, ses urines étaient peu abondantes mais sans albumine, le pouls était rapide mais bien frappé, battant autour de 110 ; quant à la température, elle présentait toujours les grandes oscillations qui existaient depuis le début de la maladie.

Etant données ces constatations diverses, à quelle affection pouvions-nous et devions-nous songer ? Il était tout d'abord un point qui nous paraissait hors de doute, il s'agissait bien, dans notre cas, puisque l'examen radiographique avait permis de fixer la position du diaphragme, d'une affection abdominale et non d'une affection thoracique ; assurément, il devait bien y avoir un petit retentissement sous-diaphragmatique consistant en une légère couche de liquide dans la plèvre comme l'indiquait la petite bandelette obscure située un peu au-dessus de la tache sombre caractérisant le muscle, mais elle était tout à fait accessoire, la principale lésion étant sous-diaphragmatique.

Nous nous trouvions par conséquent en présence d'une tuméfaction abdominale régulière, tendue et rénitente, signes caractérisant assez bien une collection liquide, dont la nature devait être suppurée, étant données la courbe de température avec ses oscillations, la chaleur constatée localement, les douleurs vives, ainsi que l'allure aiguë de la maladie. Il ne pouvait par suite s'agir que d'un abcès sous-phrénique situé dans la partie la plus externe de l'hypochondre gauche, au niveau de la loge splénique, ce qui constitue une localisation très rare des collections purulentes enkystées sous-diaphragmatiques.

Restait à rechercher quelles étaient les conditions qui avaient présidé à la formation de cet abcès sous-phrénique. L'âge de notre petit malade, la situation même de sa collection purulente et les circonstances à la suite desquelles elle s'était manifestée, ne devaient pas nous laisser de bien longue hésitation. Il ne pouvait s'agir en effet ici de complication d'une infection générale ou d'une affection du foie ou du tube digestif, estomac, intestin, appendice, puisque Noël D. n'avait jamais présenté aucune manifestation morbide du côté de ces organes ; pour la même raison, on ne pouvait pas incriminer davantage la plèvre, le poumon et le rein.

L'histoire clinique du petit malade nous apportait au contraire tous les éclaircissements nécessaires. La collection purulente était apparue environ un mois après un traumatisme de l'hypochondre gauche, traumatisme assez grave puisqu'il avait nécessité un alitement de près de quinze jours, et qu'il s'était accompagné de symptômes précis, douleur vive diffusant dans tout le côté, sensibilité à l'exploration, matité et contraction musculaire localisée à la région splénique, qui dénotaient assez nettement l'existence d'une contusion de la rate. Cette contusion avait été légère assurément, et n'avait lésé que superficiellement l'organe, mais elle s'était compliquée de la production d'un hématome péri-splénique, qui après une première phase de silence n'avait pas tardé à présenter des phénomènes de suppuration, comme il s'en voit chaque fois que la résorption totale ou que l'enkystement n'ont pas lieu.

Nous avions donc affaire à un abcès sous-phrénique de la loge splénique provenant de l'infection d'un hématome péri-splénique : ce diagnostic une fois posé, il ne restait plus qu'à intervenir, ce qui eut lieu le jour même. Sous une légère anesthésie générale à l'éther, nous avons procédé à l'ouverture de cet abcès, en incisant la paroi abdominale sur une étendue de quelques centimètres de long du rebord thoracique, de part et d'autre de la ligne axillaire et vous avez pu voir que dès que le péritoine eut été ouvert, il s'est écoulé environ la valeur d'un verre de pus bien lié. Un gros drain fut ensuite introduit dans la cavité et la brèche créée suturée par quelques crins de Florence ; les suites opératoires ont été en tous points excellentes, la température est tombée immédiatement, et l'état général de notre petit malade s'est complètement transformé en quelques jours. Dès que l'écoulement purulent, assez abondant au début, eut diminué de façon à pouvoir être négligé, le drain fut retiré, ce qui amena l'accolement rapide des parois de la poche, et environ trois semaines après l'intervention, le petit malade pouvait quitter notre salle Saint-Pierre.

Les abcès sous-phréniques, collections purulentes intra ou extra-péritonéales, siégeant entre le diaphragme et le méso-côlon transverse, longtemps méconnus, sont aujourd'hui hors de conteste. Ils ne se présentent pas toujours avec la même symptomatotogie et offrent des aspects bien différents les uns des autres, ce qui tient à ce qu'ils évoluent dans une région possédant une conformation toute particulière : elle est en effet divisée en un certain nombre de loges, s'isolant plus ou moins les unes des autres et dont chacune peut être le siège spécial de l'affection.

S'observant plus souvent chez l'homme que chez la femme et principalement à l'âge adulte de 30 à 45 ans, cette lésion est plutôt rare chez le vieillard et ne se rencontre qu'exceptionnellement chez l'enfant et chez l'adolescent, et à ce point de vue, je tiens à vous faire remarquer que notre cas sort donc tout à fait de l'ordinaire.

Au sujet de leur étiologie, ces collections purulentes peuvent se voir à la suite de très nombreux états morbides et les affections qui les déterminent doivent être rangées dans trois grands groupes, suivant que l'abcès a succédé à une infection directe, à une infection indirecte localisée, ou encore à une infection générale.

On peut tout d'abord observer des abcès sous-phréniques à la suite de plaies pénétrantes de la partie supérieure de l'abdomen, plaies pénétrantes simples mais septiques, ou plaies ayant intéressé un viscère et entraîné par suite une péritonite localisée. Plus rarement, ils se rencontrent à la suite de contusions abdominales qui,

au premier abord, avaient paru complètement bénignes, et pour lesquelles on n'avait pas cru devoir intervenir, mais qui avait néanmoins déterminé une lésion viscérale passée alors inaperçue et qui ne s'est révélée que tardivement, par l'apparition d'une complication. C'est devant un fait de cette espèce que nous nous sommes trouvés chez Noël D. : mais n'oubliez pas qu'il s'agit là d'une étiologie presqu'exceptionnelle, dont je doute bien que vous retrouviez jamais un exemple dans votre pratique future.

Ordinairement, l'abcès sous-phrénique se manifeste à la suite d'une affection des organes abdominaux, des organes thoraciques, plus rarement à la suite d'une lésion péritonéale. Dans cet ordre d'idées, on doit incriminer tout d'abord l'ulcère et le cancer de l'estomac, l'ulcère du duodénum, l'appendicite, certaines affections intestinales telles que fièvre typhoïde et dysenterie, des affections hépatiques, lithiase biliaire, cholécystite infectieuse, abcès du foie, kyste hydatique, les lésions suppurées du rein, de la rate et des organes génitaux internes.

Les affections des organes thoraciques peuvent se compliquer également d'abcès sous-phréniques : c'est ainsi, que dans un certain nombre de cas, on les a vus succéder à des pleurésies purulentes, à des pneumonies, à des abcès et gangrènes pulmonaires, à des cavernes tuberculeuses de la base, à des kystes hydatiques suppurés. Beaucoup plus rarement on les a observés à la suite de cancer de l'œsophage, de cancer du sein ou au cours de carie osseuse costale ou vertébrale.

La localisation sous-phrénique peut également se voir après certaines péritonites tuberculeuses, pelvi-péritonites ou péritonites sous-ombilicales à pneumocoques.

Enfin, dans certains cas, la collection purulente constitue une simple localisation d'une infection de tout l'organisme, pyohémie, septicémie ou encore abcès métastatique ; exceptionnellement on a pu incriminer l'actinomycose.

Il est assez intéressant de rechercher la valeur étiologique de ces différentes facteurs, et Piquand, qui s'est livré à ce travail dans un mémoire de 1909, est arrivé à des conclusions extrêmement importantes. Sur les 890 cas qu'il lui a été donné de rassembler, cet auteur estime que les lésions gastriques doivent être incriminées 251 fois, l'appendicite aurait déterminé l'abcès sous-phrénique dans 191 cas, et 134 fois il serait sous la dépendance d'une affection hépatique. Les lésions des autres organes ne joueraient qu'un rôle beaucoup plus effacé : c'est ainsi que Piquand a relevé 56 fois un ulcère du duodénum, 32 fois une affection des organes thoraciques, 28 fois une lésion rénale, 27 fois une pancréatite aiguë et 17 fois une infection des organes génitaux féminins.

Ce qu'il importe que vous reteniez des chiffres que je viens de vous citer, c'est la grande fréquence des affections de l'estomac, de l'appendice et du foie dans l'étiologie des abcès sous-phréniques, et encore Bérard, dans son livre sur l'appendicite (1914), estime-t-il que la proportion appendiculaire relevée par Piquand doit être bien au-dessous de la réalité ; aussi, pour lui, bon nombre de cas rapportés à une lésion de l'estomac doivent être mis sur le compte de l'appendicite.

Comment ces différentes affections arrivent-elles à réaliser la production d'un abcès sous-phrénique ? Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'une collection purulente apparaissant à la suite d'une perforation viscérale ; plus rarement, l'abcès se constitue à la suite d'une propagation de l'infection soit par les voies lymphatiques, soit par la voie veineuse. Mais il est bien évident qu'il est absolument nécessaire, pour qu'un abcès puisse se localiser dans une portion de la zone sous-diaphragmatique, qu'il existe un cloisonnement isolant une loge des territoires avoisinants. Il faut donc que du fait d'un processus inflammatoire prenant son point de départ dans un viscère voisin, il se produise une série d'adhérences délimitant ainsi un espace où viendront se déverser ultérieurement des produits septiques origine de la collection. Dans certains cas où l'évolution causale aura été particulièrement rapide, la perforation pourra se produire avant la formation des adhérences, il en résultera tout d'abord une péritonite généralisée, qui s'enkystera secondairement.

Ces collections purulentes peuvent se développer soit à l'intérieur de la cavité abdominale, soit en dehors du péritoine, d'où deux grandes classes d'abcès sous-phréniques, les abcès rétro-péritonéaux, qui prennent naissance dans le tissu cellulaire situé entre la face inférieure du diaphragme et le péritoine pariétal postérieur, et les abcès intra-péritonéaux.

Les abcès intra-péritonéaux, de beaucoup les plus volumineux, se subdivisent en plusieurs classes : d'abord par rapport au foie, ils sont sus- ou sous-hépatiques ; en second lieu, ils sont droits ou gauches suivant le côté du ligament falciforme ou de la veine cave inférieure qu'ils occupent, et enfin ils peuvent occuper certaines loges spéciales telles que l'ancienne cavité des épiploons ou la région splénique.

Contenus dans des cavités anfractueuses, et limités à une ou plusieurs loges, ces abcès présentent des dimensions très variables qui peuvent aller jusqu'à celles d'une tête d'enfant ; ils renferment presque toujours un pus fétide, gris noirâtre, parfois bilieux ou rougeâtre, contenant dans certains cas du suc gastrique et des matières alimentaires ou fécales. La flore bactérienne est des plus riches et les ensemencements ont révélé

un grand nombre de microbes dont les plus fréquents sont le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille d'Eberth et le bacille pyocyanique : on y a décelé également l'existence d'anaérobies.

Assez fréquemment, dans environ 25 pour 100 des cas, le contenu de l'abcès renferme également des gaz, qui proviennent le plus souvent de l'estomac ou de l'intestin : plus rarement ils résultent d'une perforation pulmonaire ou d'une formation spontanée due à l'action des microbes anaérobies.

L'abcès sous-phrénique survient soit chez les sujets possédant un passé pathologique, mais qui paraissent guéris, soit au cours d'une poussée nouvelle de la maladie primitive. Beaucoup plus rarement, l'affection causale a passé complètement inaperçue, et c'est en pleine santé *qu'apparaît* brusquement l'abcès sous-phrénique qui se manifeste primitivement d'une manière aiguë, subaiguë ou latente.

Puis l'affection évolue, suivant trois types cliniques différents, qui correspondent à trois localisations spéciales de la collection purulente et suivant que l'abcès présentera une évolution abdominale, thoracique ou rétro-péritonéale, on observera un ensemble de symptômes tout à fait particuliers.

Je n'insisterai pas sur les divers phénomènes qui traduisent la localisation abdominale puisque vous en avez eu un fort bel exemple sous les yeux ; je me bornerai à ajouter que lorsque l'abcès s'accompagne de gaz, la voussure est beaucoup plus accusée, sa palpation révèle un clapotement, la fluctuation hydrosérique de Lejars et sa percussion dénote une sonorité, qui marque les matités viscérales et qui varie avec les positions du sujet, ainsi qu'avec les mouvements inspiratoires. Pour l'auscultation, elle révèle du souffle amphorique, du tintement métallique et du bruit d'airain, c'est-à-dire les signes d'un pyopneumothorax, mais à siège abdominal.

Lorsque l'abcès sous-phrénique affecte une évolution thoracique, la douleur, très rarement localisée, et presque toujours diffuse, est à siège élevé. Le malade est en proie à une dyspnée des plus vives, qui se transforme parfois en véritable angoisse pulmonaire par suite du refoulement du poumon ; il présente également le syndrome phrénique qui consiste en hoquets et en points douloureux sur le trajet du nerf comme aux insertions diaphragmatiques.

La respiration est à type costal supérieur et l'inspection montre de la distension de la base du thorax ainsi qu'un élargissement des espaces intercostaux et une diminution de l'obliquité des côtes. Les vibrations sont diminuées ou abolies, le foie est abaissé, il y a de l'œdème des parties molles.

La percussion révèle une matité considérable remontant parfois en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate, et en avant, jusqu'à la hauteur de la 3e ou de la 2e côte ; cette zone de matité est silencieuse à l'auscultation ; au-dessus on entend la respiration normale ou des frottements s'il y a une irritation pleurale ou une pleurésie.

Ces différents symptômes se trouvent dans les abcès non gazeux comme dans les abcès gazeux, mais dans ces derniers, il y a en outre des signes de pyopneumothorax : on note en procédant de bas en haut, une zone de matité avec absence de murmure vésiculaire, puis une zone tympanique présentant des râles métalliques, de la respiration amphorique et de l'égophonie, enfin une troisième zone où la respiration est normale. Cette succession brusque, sans bande de transition, constitue un signe des plus importants pour le diagnostic.

Quant aux abcès à développement rétro-péritonéal, leur symptomatologie diffère notablement de celle des localisations précédentes : elle est beaucoup moins riche en signes locaux, tout en conservant la même intensité de phénomènes généraux. La douleur, qui siège dans la région lombaire, s'irradie soit en haut du côté du thorax, soit en bas dans les flancs, ou du côté de la fosse iliaque ; la dyspnée est très peu marquée. Le foie est repoussé et vient faire saillie en avant, et l'on sent en arrière une tuméfaction souvent dure s'accompagnant ordinairement d'œdème de la région lombaire.

L'évolution des abcès sous-phréniques est souvent traversée par de nombreuses complications, thoraciques ou abdominales, les premières étant de beaucoup les plus fréquentes. Parmi les complications thoraciques, la pleurésie sèche ou purulente est le plus souvent observée ; elle se produit par propagation de l'infection par les lymphatiques ou par une perforation diaphragmatique tenant à un sphacèle musculaire localisé. Les lésions pulmonaires sont un peu moins fréquentes : on a noté des pneumonies, des broncho-pneumonies, des gangrènes pulmonaires ; parfois l'abcès se vide directement dans une grosse bronche et le malade, pris d'une violente quinte de toux, rejette par vomique une quantité plus ou moins abondante de pus. Les complications péricardiques sont exceptionnelles.

Du côté de l'abdomen, les complications sont beaucoup moins fréquentes : la péritonite par perforation ne s'observe que rarement, ainsi que l'ouverture à la peau ; la communication avec le tube digestif se voit un peu plus souvent.

La guérison spontanée de ces abcès est tout à fait exceptionnelle, et se fait soit par résolution,

soit par évacuation spontanée de la collection (vomique ou fistulisation à la peau). Abandonnés à eux-mêmes, ils aboutissent presque fatalement à la mort, par suite de l'aggravation des phénomènes généraux ou par l'apparition d'une complication ; la malade meurt dans le marasme et la cachexie, ou dans l'hecticité avec septicémie.

Aussi d'une façon générale, le pronostic des abcès sous-phréniques est-il toujours très grave. L'intervention chirurgicale a sensiblement abaissé la mortalité et l'a ramenée de 96 à 35 pour 100 ; ce chiffre est encore très élevé, mais il faut bien songer qu'au fur et à mesure que l'on diagnostiquera ces abcès d'une façon plus précoce et surtout qu'on interviendra de meilleure heure, sans laisser le temps aux lésions irrémédiables de s'établir, le taux de la mortalité ne tardera pas à s'abaisser. Il faut également tenir compte, au point de vue de ce pronostic, de la lésion causale, dont l'importance est grande, certaines affections retentissant d'une manière beaucoup plus marquée sur l'organisme et ne lui permettant pas de réagir d'une façon favorable.

L'abcès sous-phrénique n'étant pas une affection typique, mais une complication capricieuse dans sa localisation et dans ses manifestations, souvent masquée par les symptômes de la maladie causale, il s'ensuit que le diagnostic est toujours délicat; et qu'il est nécessaire d'apporter un soin tout particulier à l'examen du malade en ne négligeant aucun procédé de recherches.

Ce diagnostic se fera grâce aux divers symptômes observés ainsi que par la radiographie ou encore, dans les cas tout à fait douteux, par la ponction exploratrice et par l'examen du pus retiré.

Dans les cas latents, il faudra éliminer, suivant l'allure générale, l'anamnèse ou certains symptômes, la tuberculose, la fièvre typhoïde ou paratyphoïde, le cancer de l'estomac, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire.

Dans les types aigus ou subaigus, en cas d'évolution thoracique, on devra songer tout d'abord à la pleurésie purulente ou au pyopneumothorax; mais il faudra penser également à la possibilité d'une pneumonie de la base, d'un abcès du poumon, d'une pleuro-pneumonie torpide ou d'une caverne tuberculeuse de la base.

Dans l'évolution abdominale on devra différencier l'abcès sous-diaphragmatique d'une péritonite généralisée, d'une appendicite, ou d'une affection hépatique ; pour les abcès rétro-péritonéaux il faudra songer à l'appendicite rétrocæcale, au phlegmon périnéphrétique, ainsi qu'à certaines tumeurs du rein.

La notion d'abcès sous-phrénique une fois établie, il faudra préciser le siège de cet abcès, cas facile s'il existe une voussure superficielle, plus délicat si la collection est profonde : la radioscopie faite en diverses positions permettra ce point de diagnostic. Enfin, il faudra également songer à la cause de cet abcès que l'on recherchera dans les antécédents du malade ; dans les cas douteux, il conviendra de penser aux maladies qui se compliquent le plus fréquemment d'abcès sous-phréniques, à l'ulcère de l'estomac, à l'appendicite, aux infections hépatiques, à l'ulcère du duodénum. Ce n'est qu'en l'absence de tout signe particulier permettant de rattacher la collection à une de ces affections que l'on devra rechercher la possibilité d'une autre lésion.

Le traitement des abcès sous-phréniques ne peut être qu'exclusivement chirurgical : il faut intervenir sans tarder dès que le diagnostic a été posé; il existe une collection purulente qu'il convient d'évacuer et de drainer. Mais il est bien évident que suivant le siège principal de cette collection, les voies d'accès devront varier : incision abdominale pour les abcès antéro-supérieurs et inférieurs, incision trans-pleuro-diaphragmatique pour les abcès postéro-supérieurs, incision lombaire pour les abcès postéro-inférieurs.

Mais il ne faudra jamais oublier, une fois que le pus aura été évacué, de rechercher s'il n'existe pas une deuxième localisation, un foyer secondaire, dont l'existence se manifesterait ultérieurement par une persistance de la température. Dans d'autres cas, elle peut être due à un drainage défectueux, et il sera alors indiqué de procéder à une contre-ouverture et de drainer par la voie postérieure ; cette éventualité est d'ailleurs rare, étant donné le rôle adjuvant que joue le diaphragme.

Comme les abcès sous-phréniques ne peuvent pas guérir spontanément, il faut s'attacher à les reconnaître de bonne heure, un traitement précoce pouvant seul amener la guérison du malade.

UTILITÉ D'UNE SPIRO-PNEUMOMÉTRIE

Dr LAMBOLEZ, de Nancy.

On admet généralement que la capacité vitale comprend :

1° L'air respiratoire ou courant, en mouvement lorsque la respiration est normale, automatique, involontaire.

2° L'air complémentaire, pouvant être considéré comme anormal s'il résulte d'un effort musculaire et sur la valeur duquel l'exercice respiratoire peut avoir une très grande influence.

3° L'air supplémentaire habituellement contenu dans le soufflet thoracique qui ne fonctionne que jusqu'à expiration ordinaire.

On pose donc comme établi, l'équation :

$$C. V. = A. C. + A. c. + A. s$$

Un certain nombre de remarques s'imposent immédiatement.

Aucune de ces grandeurs n'a de sens, prise isolément, que si on la compare chez un même individu, à des intervalles de temps qui permettent de supposer qu'il s'est produit des variations de sa grandeur dans un sens quelconque, sous une influence quelconque.

Donc, ainsi que nous l'avons déjà indiqué à la suite de plusieurs auteurs, seuls les rapports de ces quantités prises deux à deux semblent devoir intéresser le clinicien. On a envisagé le rapport A. C/C. V., « indice respiratoire » de Strohl auquel on peut adjoindre le rapport A. c/C.V. que l'on peut appeler « indice respiratoire secondaire »

De ces deux rapports, on déduit évidemment les rapports de deux quelconques des quantités C.V, A.C, A.c., A.s. La capacité vitale étant plus naturellement accessible, de valeur telle que sa mesure puisse être envisagée avec plus de précision, il semble qu'en tout cas, les deux indices respiratoires soient les plus importants de tous les rapports possibles entre ces 4 grandeurs (d'ailleurs au nombre de 12).

Les appareils employés, sont des volumètres, de lecture facile donnant de suite un volume gazeux, sans se préoccuper de la pression et de la température. Ces appareils, du type industriel, sont sujets à de multiples causes de variations de sensibilité.

En se transportant dans le domaine biologique de nombreuses causes d'erreurs peuvent s'introduire, il est tout au moins nécessaire d'effectuer les mesures de volumes dans les meilleures conditions physiques possible.

Nous avons donné le principe d'une méthode d'application facile pour un physicien.

On dispose d'un récipient, un ballon par exemple, de deux litres de capacité environ dans lequel on a réalisé un vide préalable (1 à 2 cm. de Hg avec une trompe à eau, 1/1000 de mm. de Hg. avec une trompe à Hg) que l'on pourra considérer comme parfait. On recueille les gaz de l'expiration dans ce récipient ; l'air courant où la capacité vitale se présentent alors comme occupant un volume connu, celui du ballon V, sous pression inconnue x qu'il s'agit de déterminer, à la température de l'expérience qui est supposée constante pendant toute sa durée.

On ajuste le récipient, à l'aide d'une monture, à la partie supérieure d'un baromètre à cuvette de section s et de longueur totale l ; on note la pression atmosphérique h, puis on met en communication le ballon et le vide barométrique ; on note une descente du Hg dans le tube barométrique jusqu'à une hauteur h'. Le niveau du Hg dans la cuvette étant supposé constant, la pression x est donnée par la relation :

$$Vx = \left\{ V + (l - h') s \right\} (h - h')$$

Connaissant V à t° et à x, on en déduit le volume C. V ou A.C à 0° et à 760 mm. par exemple.

On note que l'expiration se produit sans qu'il y ait de résistance à vaincre comme cela a lieu dans la plupart des spiromètres. De plus, on conçoit que cet appareil peut être utilisé comme volumètre de la quantité d'air inspirée.

Le jeu de la ventilation se produit sous l'influence de forces. La pneumométrie a pour but la mesure de la pression sous laquelle l'air pénètre dans les poumons et en est expulsé.

Si, au lieu d'employer un manomètre à air libre comme dans le pneumomètre de Waldenburg, on utilise un manomètre à air comprimé, il est possible de déterminer simultanément la pression sous laquelle est expulsé le gaz des poumons et sa quantité. En employant le Hg, ou même un fluide de faible densité : eau, alcool, essence de pétrole... comme liquide manométrique, l'appareil n'aurait pas une sensibilité suffisante ou bien serait trop encombrant.

Nous préconisons le dispositif suivant :

Deux tubes de verre A et B de section s cinq. sont réunis par un tube étroit. A est en relation par un robinet 1 avec les poumons ; B communique avec un tube C de même section s ou avec l'atmosphère au moyen d'un robinet 2.

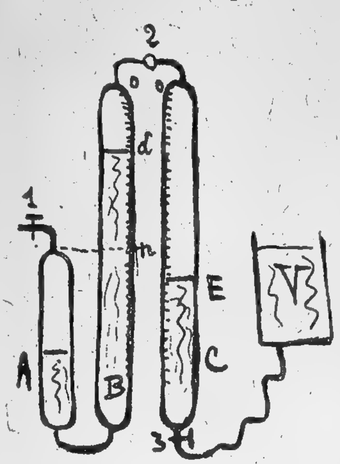
Opération préliminaire.

1 et 2 sont ouverts à l'air libre, A et B contiennent de l'eau jusqu'à la division n de la graduation manométrique (n est connu une fois pour toutes) à la pression atmosphérique actuelle H).

C est rempli d'eau jusqu'au zéro, au moyen

d'un vase V élevé suffisamment et isolé de C par le robinet 3.

Après une manœuvre de 2, le tube A.B constitue un manomètre à air comprimé.



Marche d'une expérience.

Le sujet souffle par 1, il expulse de ses poumons une certaine quantité de gaz que l'on peut représenter par L.s cmc., on constate que l'eau s'est abaissée dans A et s'est élevée dans B jusqu'à la division d.

Ayant fermé 1, on a tout loisir d'effectuer la suite des opérations.

On permet l'extension de l'air comprimé en B en mettant B et C en communication, ouvrant 3 après avoir descendu V.

Finalement, on aboutit à une baisse de niveau n-d dans A, à une élévation n -d dans B pour un écoulement E d'eau dans C.

Les résultats.

La loi de Mariotte supposée applicable aux gaz des branches A et B donne :

$$L H = (n - d) x,$$

si x est la pression du gaz expulsé.

$$n H = (d + E) y,$$

si y est la pression de l'air contenu en B,C.

Or, on a :

$$x = y + 2(n - d)$$

De ces trois relations, on déduit :

$$x = \frac{n H}{d + E} + 2(n - d)$$

$$\frac{L}{n - d} = \frac{x}{H}$$

Bien entendu, les pressions et en particulier H, sont exprimées en cm. d'eau et n-d est lu directement.

Cet appareil offre les avantages suivants :

1° La forme du tube en U évite les oscillations de l'eau.

2° Le jeu des robinets rend les lectures faciles et la manœuvre de l'appareil, sans difficulté, a lieu à peu près entièrement en dehors du sujet examiné.

3° La sensibilité de l'appareil est variable à volonté, dans une certaine mesure, l'écoulement de l'eau en 3 pouvant être différent.

4° Il est aisé de chronométrer l'expulsion et d'étudier par conséquent les variations simultanées de volumes, de pressions et de temps, se rapportant à diverses conditions physiologiques ou pathologiques de ventilation.

L'énergie inspiratoire et l'énergie expiratoire sont très variables d'un sujet à un autre ; elles seraient en moyenne de 44 et 60 mm. de Hg chez l'homme, de 26 et 36 chez la femme.

Or, il est évident, toutes choses restant, par ailleurs identiques, qu'un effort différent traduit un état défini de l'enceinte pulmonaire.

Il semble que la capacité vitale, en particulier, a une signification, si on la rapporte à une certaine pression, que l'usage nous permettra vraisemblablement de fixer ultérieurement.

Cette idée paraît d'autant plus exacte que, me basant sur des statistiques offrant toutes garanties, j'ai pu montrer qu'il devait exister des relations simples entre le poids P, la taille l, l'âge t et la C. V des individus, bien que cette dernière, soit déterminée, — à notre avis — le plus souvent, assez grossièrement.

Chez l'enfant, l'expression $C. V. \frac{P}{l^2}$ et chez l'adulte $C. V. \frac{P}{l^3}$ définissent deux coefficients : le premier, fonction de l'âge, le second ne variant que dans d'étroites limites chez les sujets normaux.

Nous nous proposons de reprendre ces recherches, en partant d'une spiropneumométrie rationnelle, telle que nous venons de l'exposer rapidement.

LES BRONCHITES CHRONIQUES AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr N. Quénée (de Paris).

Les bronchites chroniques sont à l'heure actuelle l'une des affections pour lesquelles est le plus souvent consulté le médecin praticien.

Elles représentent en effet pour le malade, non seulement la cicatrice, et la cicatrice toujours en évolution d'une affection passée, mais encore une menace permanente pour l'avenir, par la prédisposition qu'elles créent pour les infections nouvelles. Et la lenteur avec laquelle elles résistent aux moyens thérapeutiques ordinaires contribue encore à accroître leur intérêt.

Pratiquement, les bronchites ne sont presque jamais chroniques d'emblée, sauf les cas où elles sont elles-mêmes symptomatiques d'une infection ou d'une auto-intoxication chronique ; elles en constituent alors une véritable complication. Bien plus souvent, elles proviennent d'une bronchite aiguë, banale, non soignée ou mal soignée.

Pour des raisons diverses, soit par une disposition organique qui entretient l'infection (laryngite, rhino-pharyngite chroniques), soit par la persistance de l'infection ou des surinfections, une nouvelle poussée aiguë succède à la première; puis à mesure que ces nouvelles poussées vont se succéder, elles perdent leur caractère d'acuité. Elles durent plus longtemps et surtout la moindre cause peut désormais les déclancher. Bientôt la bronchite devient absolument chronique, mais il n'y aura guère que ses manifestations paroxystiques qui donneront lieu à des signes fonctionnels et généraux pour lesquels le médecin sera consulté. C'est surtout à l'approche de l'hiver que tous ces accidents se reproduiront. Mais en dehors même de ces accès, la bronchite devenue chronique aura des symptômes permanents. Quoi qu'il en soit, les symptômes, paroxystiques ou non, pourront prendre plusieurs types suivant la localisation anatomique de l'affection.

Tantôt ce sont les grosses bronches qui sont atteintes au maximum : il s'agit alors plutôt de trachéo-bronchite.

Cette forme se caractérise surtout, au point de vue fonctionnel, par une toux grasse, modérée avec une expectoration abondante. La toux est relativement peu pénible pour le malade. L'hypersécrétion, elle, est assez marquée. Il s'agit de gros crachats bien compacts qui se détachent assez facilement, et qui sont surtout abondants le matin. Le malade vide ses bronches plusieurs fois par jour, mais de préférence au réveil. Si cette sécrétion est particulièrement abondante, on observe la forme dite : *catarrhe pituiteux de Laënnec.*

Les signes physiques sont des signes généralement nets : gros ronchus avec parfois des sibilants indiquant la participation des petites bronches. Enfin parfois des signes humides véritables.

Le malade adulte supporte généralement bien son hypersécrétion et sa toux. Le vieillard, lui, la supporte beaucoup moins bien. Son expectoration insuffisante entraîne une résorption des exsudats et de plus une certaine gêne de l'hématose, d'origine mécanique, par la diminution du champ respiratoire. Elle se traduit par une dyspnée intermittente qui cesse dès que le malade peut cracher.

A côté de cette trachéo-bronchite, nous citerons la bronchite des bronches plus petites, qui se traduit par une toux plus sèche, quinteuse, fréquente, souvent fort douloureuse pour le malade. Cette toux aboutit, après de nombreux efforts, au rejet de petites mucosités, denses, adhérentes, globuleuses : *c'est le catarrhe sec de Laënnec.*

Les signes physiques varient avec la quantité d'exsudats qui sont dans les bronches ; ils varient aussi avec la réaction du parenchyme toujours plus ou moins congestionné ; dans la règle, ce sont les sibilants qui dominent. La condensation associée du parenchyme ajoute souvent des râles de congestion plus ou moins gros et plus ou moins humides. On trouve, enfin, dans ces cas, la matité de l'une ou des deux bases.

Enfin parfois, et c'est la règle pour les vieilles bronchites, toute l'étendue de l'arbre bronchique est occupée. Les signes sont alors diffus.

L'évolution peut se faire de plusieurs façons, mais toujours vers des complications plus ou moins graves. Les plus fréquentes sont celles qui intéressent *l'appareil pleuro-pulmonaire.*

La broncho-pneumonie peut survenir à l'occasion d'une infection surajoutée souvent minime. *La grippe* détermine, chez les bronchitiques chroniques, des complications beaucoup plus fréquentes et plus sévères que chez les sujets sains primitivement. Les pleurésies purulentes sont loin d'être rares.

Il faut aussi insister davantage sur les accidents putrides : soit la simple bronchite fétide, soit la véritable gangrène pulmonaire ou plutôt pleuro-pulmonaire avec son évolution souvent fatale.

La bronchite chronique peut aussi retentir sur l'état du cœur par la sclérose qu'elle peut déterminer. Elle s'accompagne enfin souvent d'emphysème pulmonaire.

Toutes ces complications putrides peuvent déterminer des embolies septiques dans l'un ou l'autre des appareils.

La bronchite chronique peut enfin évoluer

seule, sans s'accompagner de véritables complications. Le malade qui tousse chaque hiver de plus en plus ne peut bientôt plus subir la moindre saute de température, le moindre écart de régime sans être obligé de s'aliter plusieurs jours. La plus banale angine l'arrête et lui donne une poussée qui le tiendra des semaines et des semaines avec une toux persistante et de la fièvre. Il en arrivera ainsi, en plusieurs années, à l'amaigrissement et à la cachexie qui lui donneront, dans la plupart des cas, un aspect pseudo-tuberculeux. Les ongles hippocratiques indiquent la longue souffrance pulmonaire.

Et c'est souvent par l'évolution plus longue et par conséquent moins grave que l'on est amené à faire le diagnostic avec certaines formes de tuberculose.

Traitement. — Comme nous l'avons déjà dit plus haut, de nombreux procédés thérapeutiques ont été déjà employés.

Ils ont pour effet :

1° De régler l'hygiène générale du malade ;

2° De calmer sa toux et les symptômes pénibles dont il souffre ;

3° De combattre l'élément congestif toujours surajouté ;

4° De faciliter l'expectoration en modifiant les mouvements thoraciques qui la déterminent et en modifiant aussi la densité des sécrétions bronchiques.

5° En l'absence du traitement spécifique, *le traitement de fond de la bronchite chronique consistera à combattre l'élément le plus dangereux de cette bronchite : l'élément infectieux surajouté.* Ce sera donc avant tout la désinfection des voies respiratoires.

Le traitement hygiénique prescrira au malade une vie calme, exempte de surmenage. On évitera toutes les causes capables de réveiller une vieille bronchite. Le malade ne devra pas s'exposer au froid et surtout au froid humide. Il devra se garder aussi soigneusement contre toutes les infections surajoutées, contre les angines de toutes sortes et, particulièrement aussi, contre la grippe.

Enfin, on pourra recommander avec fruit aux malades, à qui leurs moyens le permettent, une cure thermale : à Cauterets ou à Saint-Honoré-les-Bains. D'autres se trouveront très améliorés en allant passer l'hiver dans une station climatérique.

Pour la question de la toux, elle a été souvent discutée : doit-on essayer de calmer toutes les toux ?

Il ne semble pas, loin de là, que toutes les toux doivent être calmées. En effet, chez les malades ayant une grosse hypersécrétion, la toux qui n'est généralement pas très pénible est un adjuvant précieux pour cette expectoration ; elle apparaît alors comme un réflexe utile, qui débarrasse le poumon de ses exsudats anormaux. En essayant à tout prix de calmer cette toux, on entrave la résistance pulmonaire en diminuant la sensibilité de l'épithélium, Les sécrétions s'y accumulent sans être évacuées au dehors.

C'est surtout la toux quinteuse et spasmodique toujours pénible pour le malade, souvent même déchirante, et qui n'amène guère que le rejet de rares exsudats, que l'on devra attaquer. On en viendra à bout par les antispasmodiques. Parfois on emploiera la valériane, la belladone, etc... Plus employés sont encore : l'aconit qui se prescrira sous forme de :

Teinture de racines d'aconit (N.C.)
XX à L gouttes par 24 heures.

Enfin, toutes les préparations opiacées.

La codéine est souvent employée, sous forme 2 sirop, à doses de 1 à 4 cuillerées à bouche par 4 heures.

Dans les formes plus sévères, on se trouvera bien de l'emploi de l'opium total, sous forme de pantopon par exemple.

Pour combattre l'élément congestif et en même temps pour modifier les sécrétions bronchiques et faciliter leur rejet, on emploiera tout d'abord la plus vieille en date de toutes les médications : la médication externe : révulsion thoracique sous toutes ses formes ; révulsion par les substances irritantes dont l'une des plus connues est la teinture d'iode, gaïacolée ou non. Les ventouses sont employées aussi depuis un temps immémorial.

On devra aussi, et surtout lorsqu'à la bronchite chronique se sera surajouté de l'emphysème, tonifier le muscle bronchique.

On emploiera alors avec succès l'arsenic, la strychnine et l'ergot de seigle. On pourra prescrire ces médicaments isolés ou associés. On prescrira par exemple :

Ergot de seigle...............	0 gr. 15
Poudre de noix vomique.......	0 gr. 02
Bicarbonate de soude.........	0 gr. 30

pour un cachet n° 20, 2 par jour.

L'arsenic pourra aussi facilement être employé sous la forme de granules d'arsylène. Pour faciliter les sécrétions bronchiques, on pourra agir par l'emploi de nombreux médicaments du type antimoine, par exemple. Tel le kermès. On réservera ce médicament au cas où les signes physiques permettent de constater une abondante hypersécrétion, sans qu'il y ait d'expectoration associée. Le polygala s'emploie surtout sous la forme de sirop de 30 à 50 grammes par jour. La scille sera employée de préférence chez

les malades âgés. On la prescrit en cachets, contenant 10 à 30 centigrammes de poudre.

L'opium et l'ipéca trouveront aussi une indication de première importance. On pourra les associer : on emploiera avec succès la poudre de Dower, contenant 10 % de poudre d'opium et 10 % d'ipéca. On la prescrit en cachets de 0,25 à 2 grammes par jour. On ordonnera avec avantage l'ipéca, sous la forme du sirop de Désessartz, sirop contenant 1 % d'ipéca.

Enfin le benzoate de soude, à dose de 1 à 2 grammes par jour et la terpine à dose de 0,50 à 1 gramme par jour, sont aussi deux médicaments classiques.

Quant au traitement de fond, c'est, comme nous l'avons vu plus haut, la désinfection complète de l'arbre respiratoire : voies aériennes supérieures, d'abord, auxquelles on appliquera la thérapeutique des pommades, des pulvérisations, des inhalations (eaux sulfureuses, essence de térébenthine, teinture de benjoin, baume du Pérou, goménol, menthol, etc.), voies respiratoires basses ensuite, dans lesquelles, selon la parole de Trousseau, les balsamiques jouent le même rôle que les injections cathérétiques dans la blennorragie.

MARTINET (*Les Médicaments Usuels*) écrit à ce sujet : « La créosote et ses dérivés sont anti-
« bronchitiques à un triple titre ; comme anti-
« septiques, modificateurs de la sécrétion bron-
« chique et sclérogènes.

« Une place à part doit être faite à deux déri-
« vés : le gaïacol et le thiocol. En ce qui concerne
« le gaïacol, la créosote pure constamment admi-
« nistrée nous semble plus efficace et partant
« moins dangereuse à donner.

« *Le thiocol* (*ortho-sulfo-gaïacolate de potassium*)
« poudre blanche, inodore, contenant 52 % de
« gaïacol, très peu toxique, non irritant pour les
« voies digestives et assez soluble dans l'eau,
« est notoirement beaucoup plus recomman-
« dable.

« Il réunit dans une certaine mesure les ac-
« tions du groupe créosote et gaïacol et celle des
« sulfureux.

« On l'administrera en cachets, comprimés,
« sirop, à la dose moyenne de 2 à 4 grammes par
« jour, de préférence au moment des repas. »

Il semble bien en effet que le thiocol réalise le véritable traitement de fond des bronchites chroniques, car il est eupeptique et stomachique, en même temps qu'antiseptique et antitoxique. De plus il est toujours bien supporté, si l'on a soin de n'utiliser qu'un thiocol chimiquement pur, préparé minutieusement et toujours identique à lui-même.

Le thiocol « Roche » nous a toujours donné les meilleurs résultats et nous a paru toujours dépourvu d'inconvénients sous forme de comprimés, cachets et surtout de sirop « Roche », qui nous a semblé être toujours admirablement supporté et accepté par les malades, même par les enfants. Nous partageons en cela l'avis de Martinet qui a bien étudié les diverses médications balsamiques, et qui a toujours donné la préférence au thiocol.

Cependant l'eucalyptol est souvent employé sous forme d'huile eucalyptolée, ou en capsules de 0,50 à 2 grammes. Tous les balsamiques en général seront aussi employés avec profit.

Le copahu peut être prescrit, mais son action sur les reins en restreint singulièrement l'emploi.

La térébenthine s'emploie sous forme d'essence en capsules ou en perles.

Le sirop de goudron est aussi utilisé.

Enfin parfois on a affaire à une affection spécifique pour laquelle on peut instituer une médication appropriée : sérothérapie ou vaccinothérapie, surtout lorsqu'il s'agit de phénomènes infectieux secondaires.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'hypertension de la ménopause.

Il arrive qu'à l'époque de la ménopause, dit le Dr H. VIGNES, un bon nombre de femmes présentent de l'hypertension, et celle-ci s'accompagne, en général, de divers symptômes subjectifs plus ou moins accentués suivant les femmes.

Ce qui caractérise cette hypertension, c'est son instabilité, qui s'oppose au peu de variabilité de celle observée dans l'artério-sclérose ou dans la néphrite chronique.

Elle commence quelque temps avant la ménopause ; elle augmente progressivement et atteint son maximum pendant la période menstruelle, dans les jours où les troubles généraux sont le plus manifestes, variant même d'un moment à l'autre sous l'influence de la digestion, du travail musculaire ; puis elle diminue pour retomber à un chiffre normal, qui est généralement plus élevé que celui relevé au cours de la jeunesse. Elle peut enfin rester stationnaire, se confondant avec une hypertension due à l'action combinée des lésions artérielles et de l'âge.

Il faut chercher sa cause dans les réactions

que la ménopause détermine, au niveau des glandes endocrines et du système nerveux végétatif (ovaires, hyperfonction des surrénales).

Au traitement habituel de l'hypertension, il faut ajouter un traitement destiné à pallier aux effets de la ménopause : régime hypoazoté et hypochloruré, hydrothérapie, bains d'eau carbo-gazeuse, nitrites.

Les préparations iodées, souvent conseillées contre l'hypertension, ne doivent s'employer que si aucun état d'hyperthyroïdisme n'est dissimulé sous la symptomatologie névro-circulatoire de cet âge. Conseiller les extraits ovariens totaux ou partiels, en raison de leur action hypotensive, mais les ordonner en même temps que les médicaments hypotenseurs, dont il faut ainsi renforcer l'action.

Mieux encore par les saignées, sangsues, dérivation intestinale, permettre à la femme de passer graduellement de la période menstruée à la période aménorrhéique.

A noter enfin qu'il est fréquent aussi d'observer de l'hypertension chez les femmes atteintes de fibromes ; les formes hémorragiques se verraient surtout chez les hypertendues, et d'autre part l'hystérectomie, en supprimant brusquement les hémorragies, serait suivie d'une hypertension considérable. Pratiquement, on ne supprimera pas brusquement les hémorragies chez les hypertendues ; on n'emploiera le radium ou les rayons X qu'en surveillant la pression artérielle ; si l'on recourt à l'intervention chirurgicale, il sera préférable de conserver un ovaire. (*Journal des Praticiens*, 6 février 1926.)

Troubles dyspeptiques et hypertension artérielle.

MM. P. Blum et L. Bouttier démontrent combien il est fréquent d'observer des troubles dyspeptiques chez les malades atteints d'affections cardio-vasculaires ; ceux-ci se plaignent de leur estomac ; on a tendance à les considérer comme des gastropathes (grandes crises douloureuses épigastriques ou viscérales, formes douloureuses atténuées) ; un examen complet ne révèle aucune lésion organique du tube digestif, mais seulement une tension artérielle élevée. Du point de vue étiologique on doit séparer les cas d'hypertension pure des cas d'aortite abdominale, et de ceux où il existe un degré plus ou moins prononcé d'azotémie ; on se basera notamment sur les signes tirés de l'étude du cœur, du pouls, de la tension artérielle, de l'examen radiologique des diverses portions de l'aorte ; parfois le dosage de l'urée sanguine fournira des chiffres élevés, et on atteindra le seuil de la petite urémie digestive.

Les lésions vasculaires et rénales pourront combiner leurs effets pour provoquer des syndromes digestifs plus complexes.

Des vomissements accompagneront des crises gastralgiques intenses, et pourront simuler une affection organique de l'estomac : pseudo-sténose pylorique. S'il y a en plus des hémorragies gastriques ou intestinales on pensera à un pseudo ulcère, à un cancer gastrique. C'est en raison de l'absence de signes certains, cliniques ou radiologiques, de lésions organiques des parois gastriques ou duodénales, que l'on est amené à chercher ailleurs la raison des symptômes observés et à les rattacher à des lésions vasculaires.

Il existe aussi chez les vieillards certaines hématémèses, qui ne correspondent à aucune lésion ulcéreuse ou cancéreuse des parois gastriques, mais surviennent chez des malades nettement hypertendus.

L'établissement rationnel de ces diagnostics prendra toute sa valeur par l'orientation tout à fait différente de la thérapeutique, qui devra viser la cause vasculaire des phénomènes pathologiques digestifs. (*Le Bulletin médical*, 6 février 1926.)

La dystocie gastrique.

Noël Fiessinger estime qu'il n'est pas d'affection aussi fréquente et aussi mal connue. Il ne s'agit pas d'un trouble de la sécrétion, mais d'un trouble de la contraction, et s'il existe des troubles d'hyperacidité tardive, ceux-ci ne sont que consécutifs aux troubles moteurs.

La dystocie gastrique est une maladie de plus en plus fréquente dans les villes à mesure que la vie s'intensifie. C'est que l'origine de ce syndrome réside dans l'état de tension nerveuse des individus sous l'effet des difficultés de la vie pratique. Chez un sujet en excellente santé habituelle, sous l'effet d'épreuves morales ou de surmenage intellectuel, apparaît après le repas de la douleur avec sensation de gonflement, de distension épigastrique ; les éructations sont fréquentes après les repas, mais ces gaz sont sans goût et sans odeur. Cette lourdeur peut conduire à un sommeil court ou à une inaptitude complète au travail intellectuel. Vers 4 ou 5 heures après le repas la sensation de lourdeur diminue, mais une extrême faiblesse apparaît ; tête lourde, teint pâle un peu terreux ; quelques régurgitations acides se produisent. Vers 6 heures une amélioration apparaît ; la fatigue s'efface, les renvois cessent et le sujet renaît, mais trop tard pour avoir bon appétit pour le soir. Rarement ces symptômes se reproduisent au repas du soir : sommeil mauvais, cauchemars, fatigue extrême, bouche pâteuse. Rapidement l'anorexie s'accentue ; on met ces sujets au régime de restriction quantitative, des potages, purées, pâtes et compotes. Mais c'est un tort. Ces sujets ne sont pas des dyspeptiques, ainsi que le prouve leur chimisme gastrique. L'examen radiologique montre que l'estomac ne se rétracte pas en position couchée, comme chez les sujets normaux.

On peut aussi se rendre compte cliniquement de cette paresse musculaire par l'auscultation du pylore au stéthoscope bi-auriculaire ; après percussion gastrique on entend très nettement le bruit d'éjaculation duodénale et on peut en fixer l'importance et la facilité de reproduction. Sur ces estomacs encore pleins, cinq heures après le repas, une excitation aussi simple réveille la contraction.

Ces surmenés nerveux sont en potentiel organo-végétatif réduit. La digestion est paresseuse à cause de la mauvaise mastication ; les urines sont blanches par précipitation des phosphates due à la vague alcaline. Plus la vague alcaline est tardive ou prolongée, plus c'est un signe de stagnation gastrique.

Cette dystocie est presque toujours un état passager ; sous l'effet du repos, de la distraction, d'un traitement anodin, la guérison survient sans séquelle, ni complication.

L'auteur recommande à jeun, dans un verre à Bordeaux d'eau tiède, une cuillerée à café de la poudre :

Lactose	50 grammes
Tartrate potasso-sodique...	30 —
Citrate de soude..........	20 —

A la fin du repas de midi seulement un paquet de poudre magnésienne à petite dose :

Hydrate de magnésie.........	0 gr. 40
Sous-nitrate de bismuth.......	0 gr. 10

Pour un paquet à prendre dans un demi-verre d'eau.

Cette poudre alcaline agit moins par sa neutralisation que par une action sur le muscle gastrique. Les hautes doses exercent à la fin d'un repas une action d'inhibition sur le tonus gastrique.

Ces poudres alcalines peuvent être remplacées par les solutions d'acidité faible. Il faut préférer à l'aide chlorhydrique, l'acide phosphorique :

Acide phosphorique	5 grammes
Phosphate de soude.......	10 —
Eau distillée	200 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau sucrée au début ou à la fin du repas. Cette solution agit comme excitant de la contraction gastrique, car son efficacité est immédiate. Le soir au coucher, une infusion chaude, avec quelques gouttes de teinture de boldo comme amer excitant la contraction des muscles lisses.

Le point le plus important réside encore dans le régime de cellulose, qu'il faut prescrire à la place des sinistres potages, purées, pâtes, compotes. Les celluloses augmentent le volume en diminuant la densité des repas ; elles favorisent la contraction gastrique comme la contraction intestinale. Le régime doit être varié, surtout qu'il s'agit de nerveux.

L'auteur ne fait pas reposer ses malades après le repas ; mais il leur demande de marcher une demi-heure avant chaque repas, quand ils rentrent chez eux pour obtenir le calme avant la mastication plutôt qu'après.

Toutes ces règles sont inspirées par la notion dominante de mécanique digestive. (*Journal des Praticiens*, 30 janvier 1926.)

La psychanalyse et les critiques dont elle a été l'objet.

La psychanalyse est à la fois une doctrine et une méthode ; mais, dans cette étude, le Pr Henri CLAUDE s'intéresse surtout à la méthode d'investigation psychiatrique et au procédé de thérapeutique rééducative. Il n'est pas indispensable d'être un adepte fidèle des conceptions psychologiques de Freud pour utiliser la psychanalyse. Mais l'emploi de la méthode psychanalytique doit être réservé aux médecins seuls qui ont acquis la compétence nécessaire pour mener à bien une analyse, c'est-à-dire à ceux qui en dehors des qualités professionnelles de tous sont susceptibles d'apporter la clairvoyance, la prudence en même temps que l'énergie indispensables pour arriver au but recherché.

Contrairement à l'opinion de ceux qui critiquent sans connaître, la psychanalyse nous permet, dans certains cas, de connaître davantage la nature et l'origine de la maladie et d'apporter une médication à des affections qui ne pourraient être guéries par aucun autre moyen.

La psychanalyse tire son origine de l'exploration de l'inconscient, des « souvenirs traumatiques des névroses » (Charcot), des souvenirs cachés, des idées fixes dangereuses (Janet), sur lesquelles la volonté consciente n'a plus de prises, et qui déterminent des conflits effectifs, lesquels se traduisent par des troubles psychopathiques.

Par l'analyse psychologique, on tentait de discuter avec les sujets les conditions et l'origine des troubles effectifs, qui provoquent les troubles psycho-névropathiques. La psychanalyse, au contraire, prétend faire émerger de l'obscurité, de l'inconscient, des éléments ignorés du sujet ou que le sujet avait plus ou moins écartés ou oubliés.

Dans la conversation « à bâtons rompus » et non suivie avec logique comme dans la psychothérapie ordinaire, on conseille d'abandonner sa pensée logique, on fait ainsi entrer le malade plus facilement, grâce aussi au silence, au recueillement créé, dans une sorte d'état hypnagogique, qui facilite l'hypermnésie, la rêvasserie.

C'est dans cet état de relâchement de notre tension psychologique que nous retrouvons plus facilement les mots, les évènements, les sentiments qui nous ont échappé. Il est donc indispensable dans la technique bien suivie d'obser-

ver l'attitude la plus silencieuse et d'éviter toute suggestion, contrairement à ce qu'ont pensé bien des critiques.

Les phénomènes sexuels, dont s'occupent les psychanalystes, sont non des troubles d'ordre physique, mais des troubles limités à la sphère morale, et encore faut-il que ce retentissement ne soit pas provoqué par un trouble physiologique, une intoxication (puberté, ménopause).

Ceci dit, il faut bien reconnaître que la caractéristique en général des tendances des psychanalystes c'est que, au lieu de trouver ces souvenirs traumatiques sexuels chez quelques névropathes, ils les trouvent chez tous, et lorsqu'on manifeste quelque étonnement, ils répondent qu'il faut savoir les chercher et les faire avouer sans réticence. Mais il y a, dit l'auteur, dans cette recherche des complexes traumatiques sexuels, une exagération que Freud lui-même a partiellement reconnue. Il a l'impression que chez les névropathes on ne trouve pas toujours une aventure sexuelle laissant des souvenirs pénibles, à moins d'interpréter symboliquement dans le sens sexuel toutes sortes de faits qu'on rattache arbitrairement à des modifications de la libido ; ce à quoi le Pr Claude ne peut souscrire pour sa part.

M. Blondel a nié *l'action curative* de la psychanalyse, car l'un des caractères propres aux troubles dits obsédants, neurasthéniques, psychasthéniques est de s'atténuer et de disparaître à la longue. Mais, dit le Pr Claude, toute l'expérience clinique est contre une telle assertion, car déjà l'action psychothérapique peut redresser et remettre sur pieds des obsédés, des anxieux, des asthéniques ; certes, elle ne change rien à la constitution du sujet, mais elle l'aide à sortir d'une mauvais pas et parfois de situations dangereuses, en lui donnant confiance. De plus, en dehors de ces cas simples, la vraie psychanalyse peut, à elle seule, donner parfois, non pas toujours, un résultat chez des sujets à qui l'on a opposé tous les traitements d'usage et dont l'état s'aggrave de mois en mois ; ce sont des sujets jeunes qui, depuis plusieurs années, sont la proie d'obsessions, avec doutes, scrupules, phobies, réactions anxieuses intenses, sur la limite du délire ou ayant émis des conceptions délirantes. L'affection débute avec les apparences d'une simple manifestation de psychasthénie qui persiste, s'orne de nouveaux symptômes d'années en années et finit par le suicide au cours de crises anxieuses. Cependant certains de ces cas, ayant pris cette allure fâcheuse, peuvent se terminer peu à peu sous l'influence du traitement psychanalytique par ce que nous appelons la guérison, si nous savons nous contenter d'une reprise durable de la vie familiale et sociale dans des conditions suffisamment normales.

Il est une autre catégorie de malades pour qui on doit faire crédit à la psychanalyse : ce sont les psychopathes victimes de complexes homosexuels avoués ou ignorés d'eux-mêmes. Certains d'entre eux qui luttent contre leurs tendances sont méconnus des médecins, qui ne considèrent que la forme de la psychonévrose et qui n'en cherchent pas l'origine et le contenu. Leur nombre est plus considérable qu'on ne supposerait.

Si le Pr H. Claude peut affirmer tous les avantages qu'il a constatés dans le traitement des états psychopathiques et névropathiques graves, tels qu'angoisse, obsessions, maladie du doute, accidents chizomaniaques, troubles sexuels, impuissance, frigidité, etc., il ne cache pas qu'il n'est pas convaincu de la transformation que cette thérapeutique, même quand elle a donné des résultats heureux, a pu produire dans la constitution du sujet ; contrairement aux assertions de Freud, on ne peut dire que la vie psychique du sujet se trouve changée d'une façon durable.

Si cette méthode thérapeutique présente sur toute autre des avantages dans des cas particulièrement graves, l'auteur ne dissimule pas que la psychanalyse ne doit être réservée qu'à un nombre limité. Si elle n'est pas employée d'une façon judicieuse, avec tout le doigté nécessaire pour explorer l'état psychique des sujets, en jetant des coups de sonde prudents afin de tâter les réactions d'une sensibilité particulièrement vive, elle peut être fort *dangereuse*. Si elle n'est pas poursuivie jusqu'au bout, si elle est interrompue ou si elle est pratiquée trop rapidement, en appelant à son aide des suggestions maladroites, elle peut aggraver considérablement l'état des malades, créer des obsessions et des manifestations anxieuses, alarmantes, bouleverser la condition sociale de certaines personnes et les amener au suicide. C'est pourquoi une cure psychanalytique ne doit être décidée qu'avec circonspection, comme médication de dernière ressource, comme une transfusion sanguine n'est ordonnée que dans les cas extrêmes.

Les échecs ne doivent pas être laissés dans l'ombre : malgré l'autorité, l'habitude du psychanalyste, il est des cures qui échouent en raison de la nature de l'affection trop profondément enracinée, de l'âge du malade, de son incompréhension du travail qu'on attend de lui ; on conçoit aisément que des cures longues, coûteuses qui n'aboutissent qu'à des résultats négatifs ou incomplets ont discrédité parfois la méthode analytique.

Celle-ci cependant a paru mériter mieux que des critiques injustes et provoquées souvent par l'expérience incomplète des personnes qui les formulent. (*Le Progrès médical*, 6 mars 1926.)

La lobite moyenne (tuberculose du lobe moyen du poumon droit).

MM. Emile Sergent et P. Oury attirent l'attention sur la lobite moyenne, dont il existe deux formes anatomo-cliniques, une forme pure ou tout au moins prédominante, et une forme qui n'est que la localisation d'un processus de tuberculisation plus ou moins étendu aux lobes voisins. La lobite moyenne peut être aiguë ou bien chronique, c'est dire que la pneumonie lobaire tuberculeuse, localisée au lobe moyen, à ses diverses étapes évolutives, ne se différencie que par sa localisation des pneumonies tuberculeuses, plus connues, du lobe supérieur et du lobe inférieur.

L'intérêt du diagnostic de la lobite moyenne tuberculeuse comporte deux parties : diagnostic de localisation et diagnostic de nature, tous deux inséparables. Ce n'est pas parce qu'on trouve des bacilles dans les crachats du malade qu'on est autorisé à affirmer qu'il s'agit simplement de tuberculose pulmonaire et qu'on peut écarter le diagnostic de pleurésie interlobaire. Les crachats tuberculeux indiquent seulement que le sujet est tuberculeux ; mais on ne peut en déduire, d'une façon absolue, que la lésion dont on constate les signes physiques et radiologiques dans la région des scissures est, elle aussi, de nature tuberculeuse. C'est là précisément ce qu'il faut démontrer ; or, pour cela, on ne peut se baser que sur l'ensemble des signes cliniques et sur l'évolution ultérieure des accidents.

Il est aussi une cause d'erreur, qui provient d'une interprétation erronée de l'image radiologique, non pour confondre une lobite moyenne et une pleurésie interlobaire, mais pour affirmer une localisation dans le lobe moyen, alors que la lésion siège à la partie inférieure du lobe supérieur et donne une image triangulaire à base externe, qui n'est autre qu'un triangle de pneumonie tuberculeuse sus-scissural.

Si le diagnostic est parfois difficile, il est possible dans la majorité des cas, mais dans l'exemple le plus typique d'une pleurésie interlobaire non tuberculeuse, compliquant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire avérée par les crachats bacillifères.

Quant au traitement de la lobite moyenne, il n'est pas spécial. En présence de cette lésion, en pleine évolution, si le poumon gauche est intact, il n'y a pas à discuter : le pneumothorax est formellement indiqué.

Cette étude trace seulement, à l'aide de quelques observations, le cadre de l'histoire nouvelle de la lobite moyenne. Celle-ci constitue une localisation à laquelle le clinicien doit songer ; le syndrome suspendu qui la traduit, l'image radiologique qui la révéla n'ont pas une valeur pathognomonique ; ils évoquent plus volontiers le diagnostic de pleurésie interlobaire. Il est bon d'être prévenu que ce syndrome et cette image peuvent correspondre à une localisation de la tuberculose pulmonaire. (*La Presse médicale* 3 mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Urticaire solaire.

(MM. Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier, J. Besançon et Saidman.) — *Soc. méd. des hôp.* : 18-6-1926.)

M. Pasteur Valléry-Radot relate l'histoire d'une malade qui, depuis deux ans, présente, dès qu'elle se trouve exposée aux rayons solaires, des phénomènes d'urticaire. Ceux-ci apparaissent au bout de quelques minutes, aux points frappés par la lumière, sous la forme d'éléments ortiés qui deviennent confluents et constituent une plaque, de durée variable selon le temps d'exposition. Ils ne laissent aucune trace. Pas de crise sanguine hémoclasique. C'est la zone violet-bleu-vert du spectre qui est la plus nocive chez cette malade.

Tous les traitements, les désensibilisateurs en particulier (auto-hémothérapie), la résorcine, les pommades, sont restés sans effet. La malade ne peut sortir, par les temps clairs, que complètement protégée de la lumière.

Ce cas d'*urticaire solaire* se rapproche d'observations du même genre signalées par divers auteurs américains (Duke, Williams, Ward). Il diffère des cas de *sensibilisation actinique*, caractérisés par des érythèmes ou des pigmentations durables, récemment décrits par Carnot et Terris, Jausion et Marcerou. A remarquer, qu'il ne comporte pas la crise hémoclasique des urticaires anaphylactiques.

— M. Flandin note la diversité des actions de la lumière solaire. A côté du coup de soleil (érythème et vésication), connu de tout temps, les rayons solaires se montrent quelquefois capables de déterminer des syndromes comme l'urticaire, comme des érythèmes fugaces, comme de l'eczéma, syndromes fort rebelles.

Un cas de mort par le tréparsol.

(M. Etienne May. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 25-6-1926.)

Le tréparsol est un spirillicide arsenical qui se

prescrit par voie digestive, en comprimés. A ce titre, il est certainement moins dangereux que les arsénobenzols employés en injections intra-veineuses. Peut-on cependant le donner sans inquiétude aucune et sans surveillance ? L'observation rapportée par M. Et. May montre que non, un arsénical demeurant toujours susceptible d'être offensif, même aux doses ordinaires, si le sujet offre une sensibilité particulière.

M. Etienne May a observé une femme de 43 ans qui, ayant eu deux fausses couches et commençant une nouvelle grossesse, fut soumise par un spécialiste, comme mesure de prudence, au traitement tréparsolique. Cette femme prend donc le premier jour un comprimé de tréparsol, le second jour, deux comprimés, le troisième jour (bien qu'elle ressentît déjà un peu de pesanteur d'estomac et quelques coliques) trois comprimés, et le quatrième, quatre comprimés. Le cinquième jour, les troubles digestifs persistent, mais aucun comprimé n'est ingéré, le traitement ne devant durer que 4 jours. Le sixième jour, vomissements teintés de sang. A cinq heures du soir, apoplexie brutale, coma, stertor, hémiplégie, contractures. Dans la nuit, hématémèses ; mort à 5 heures du matin.

De tels faits, remarque l'auteur, sont heureusement exceptionnels. Et pourtant le tréparsol, comme son aîné le stovarsol, a un assez long passé thérapeutique. On l'a donné sans accidents nombre de fois à des femmes enceintes, à des enfants, à des doses supérieures à celles prises ici. Il ne saurait donc être question de se priver de ce médicament intéressant. Toutefois, il faut le prescrire suivant certaines règles de prudence. La première consiste à commencer par des quantités faibles pour tâter la susceptibilité du sujet. La seconde est de surveiller l'administration du médicament et de l'arrêter s'il se produit des troubles d'alarme (douleurs d'estomac et coliques dans le cas de l'auteur). Enfin, ne le formuler qu'à bon escient. On ne doit pas méconnaître la syphilis, dit M. May, mais à la voir partout, sans raisons suffisantes, on expose les malades à un danger, habituellement faible, mais qui exceptionnellement peut être sérieux.

— M. Flandin insiste sur la nécessité d'une progression très lente des doses, surtout au début du traitement et chez les syphilitiques anciens, suspects de lésions viscérales, progression de semaine en semaine et non de jour en jour.

De ce qu'un médicament de ce genre s'absorbe par voie buccale, il n'en résulte pas qu'il soit inoffensif. L'emploi du tréparsol doit être soigneusement surveillé par le médecin et non laissé librement entre les mains des malades.

— M. Marcel Pinard est du même avis. Le danger de la médication arsenicale active par la bouche réside dans le manque de surveillance médicale, que la facilité de la voie d'absorption rend moins étroite.

Granulie froide et granulie chronique.

(MM. Rist, Rolland, Jacob et Hautefeuille. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-6-1926.)

La question des formes prolongées et des formes curables de la tuberculose miliaire disséminée (granulie) appartient à l'ère röntgénienne. Rencontrant sur les poumons de malades, dont l'état symptomatologique était atténué et d'allure chronique, de fines condensations en grains de semoule, décelables aux rayons, et semblables à ce qu'on voit dans la granulie aiguë mortelle, on a été amené à parler de granulie froide, chronique (Burnand, Sayé). Cette notion n'a guère été étayée jusqu'à ce jour que sur des bases radiographiques, les autopsies ayant manqué en raison de l'allure lente de la maladie. M. Rist présente aujourd'hui un cas dont l'intérêt tient à la confirmation anatomique.

Il s'agit d'une malade atteinte de granulie froide bilatérale, post-puerpérale, suivie pendant six mois. Les symptômes cliniques étaient très atténués : pas de fièvre, perte légère de poids, signes stéthacoustiques minimes. C'est la considération des clichés radiographiques sur lesquels on voyait de mois en mois augmenter la densité du semis granulique qui seule fit penser à la granulie froide. La malade succomba en quelques jours à une méningite bacillaire et l'autopsie vint donner une confirmation anatomique à la notion soulevée par l'examen radiologique.

L'évolution mortelle de la granulie froide n'est pas constante, tant s'en faut. On peut voir, en pareil cas, les signes radiologiques disparaître en même temps que les autres symptômes morbides, par un processus de guérison spontanée.

— M. Ribadeau-Dumas croit ces types de granulie non exceptionnels.

— *M. Julien Huber* ajoute deux cas personnels.

— M. Armand-Delille a observé chez des nourrissons ou de jeunes enfants plusieurs exemples de granulie qui ont guéri cliniquement et radiologiquement, alors que chez d'autres sujets , offrant des images semblables, l'autopsie a permis de vérifier le diagnostic. L'auteur a réuni ces documents en vue d'un travail qu'il publiera ultérieurement sur les formes curables de la tuberculose des jeunes enfants.

Les cuti-réactions tuberculiniques ultra-positives.

(M. André Jousset. — *Société médicale des hôpitaux* ; 7-5-1926.)

M. André Jousset cherche à réhabiliter l'usage clinique de la tuberculine, inusitée, ou presque, jusqu'à présent en médecine d'adulte. Dans une communication précédente, il attirait l'attention sur l'anergie tuberculinique constatée dans certaines affections (fièvre typhoïde, cancer) et sur l'intérêt d'une telle notion dans le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la typho-bacillose, du cancer et de l'ulcère de l'estomac, etc.

Aujourd'hui, l'auteur décrit les cuti-réactions

ultra-positives et définit leur signification clinique habituelle, intéressante pour le praticien. Les réactions obtenues après scarifications cutanées suivies d'inoculation tuberculinique sont de trois ordres : nulles (anergie), moyennes (allergie normale) ; exagérées ou ultra-positives.

Chez l'adulte, la réaction moyenne (papule simple, monochrome) reste dénuée d'intérêt, étant commune, banale, appartenant aussi à la bacillose éteinte et se rencontrant chez des sujets en bon équilibre de santé. Elle ne permet aucune espèce de conclusion, passé les premières années de la vie.

Les cuti-réactions ultra-positives (cocarde, vésicule, escarre), au contraire, témoigneraient, pour M. Jousset, toujours d'une infection bacillaire en évolution, évolution d'ailleurs la plupart du temps bénigne (tuberculoses chirurgicales, tuberculoses silencieuses), mais dont le caractère actif n'en est pas moins important à connaître pour le thérapeute

Phtisie galopante et syphilis récente.

(MM. Læderich et Weil-Spire. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-6-1926.)

La conception classique, établie par Ricord, Fournier, Landouzy, Rénon, admet que l'infection syphilitique à la période secondaire crée une prédisposition à l'éclosion de la tuberculose et favorise une évolution grave de la maladie. Ce rôle prédisposant et aggravant d'une infection syphilitique récente s'oppose à l'influence sclérosante et relativement favorable qu'aurait une syphilis ancienne.

A la vérité, cette action favorisante de la syphilis secondaire vis-à-vis de la bacillose, considérée comme assez fréquente, ne se trouve pas très communément fixée dans les statistiques. M. Lœderich, dans ses recherches bibliographiques, a trouvé cinq cas seulement de tuberculose aiguë chez des syphilitiques récents. Il ajoute une observation personnelle de phtisie galopante mortelle au 6e mois d'une syphilis par ailleurs banale.

Dix cas de plaie thoraco-abdominale.

(M. Vergoz, d'Alger. — *Société de chirurgie* ; 26-5-26.)

M. Pierre Mocquot présente un rapport sur un travail de M. Vergoz, d'Alger, relatif à dix cas de « plaie thoraco-abdominale, par coup de couteau, avec orifice d'entrée thoracique ». L'auteur est intervenu en ouvrant le thorax, débridant la plaie du diaphragme et pénétrant par cette brèche dans la cavité abdominale.

Broches et épingles, corps étrangers du tube digestif.

(M. Albert Mouchet. — *Société de chirurgie* ; 26-5-26).

M. Albert Mouchet relate la migration dans le tube digestif d'une broche à bavoir avalée par un nourrisson de dix-huit mois.

Le lundi, à 6 h. 1/2 du soir, l'enfant X... avale sous les yeux de sa mère une broche à bavoir ouverte, de 37 millimètres de long. Le lendemain matin il est amené à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Aucun trouble fonctionnel. La radiographie montre la broche largement ouverte, formant un V dont le sommet correspond à la deuxième vertèbre lombaire. M. Mouchet invite les parents à revenir le lendemain, en surveillant l'enfant. Alimentation classique, avec des panades, des purées épaisses.

Le mercredi, nouvelle radiographie. La broche est au même endroit, mais plus ouverte. Aucun trouble. La nuit suivante est mauvaise : agitation, un vomissement. Le jeudi, radiographie : la broche est fermée et semble être dans le cæcum.

Le samedi, la broche est rendue dans une selle, soit quatre jours et demi après sa déglutition. La broche était fermée, mais non hermétiquement, la tige piquante n'étant pas fixée dans le crochet qui doit la retenir. La pression des parois intestinales n'avait pu évidemment atteindre un degré de précision suffisant pour une fermeture complète.

— M. Victor Veau a eu deux échecs avec des épingles de nourrice avalées ouvertes. L'épingle à charnière est moins dangereuse que l'épingle à ressort.

— M. Picot a observé un jeune garçon de treize ans qui avait avalé une épingle de cravate. Examiné radioscopiquement, après repas baryté, l'épingle est aperçue dans le cæcum, essayant de se redresser. L'auteur opéra à ce moment et trouva le cæcum perforé. Guérison.

— M. Mauclaire rappelle qu'il y a une vingtaine d'années, M. Villemin présenta à la Société de pédiatrie, un appendice dans lequel il y avait une douzaine d'épingles. La petite malade s'amusait à avaler des épingles et celles-ci, arrivées au cæcum (sorte de point critique), étaient allées se loger définitivement dans l'appendice.

— M. Paul Moure a suivi une jeune fille qui avait dégluti accidentellement la pointe d'une mèche de dentiste. Ce fragment pointu chemina normalement jusqu'au cæcum, mais s'y arrêta durant quatre ou cinq jours. Puis, il reprit sa marche et fut expulsé par l'anus, au moment où l'auteur, supposant qu'il était tombé dans l'appendice, s'apprêtait à intervenir.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Déformation radiographique du diaphragme.

M. Pallasse et Mlle Gaumond rapportent le cas d'un homme de 72 ans entré à l'hôpital pour des troubles gastriques sans caractères précis ; l'examen somatique était à peu près négatif. Ultérieurement, on eut un Weber positif dans les selles, et la radioscopie de l'estomac montra une lacune persistante

avec une tuméfaction hépatique, encore plus nettement visible sur une radiographie. On fut ainsi amené à penser à un néoplasme gastrique avec généralisation au foie. A l'autopsie, on trouva bien une tumeur pylorique, d'ailleurs non sténosante, mais il n'y avait aucune généralisation : à la face supérieure du foie se trouvait un lobe surnuméraire arrondi, probablement simple malformation.

Epithélioma de la région zygomatique.

MM. Bérard et Dunet présentent un malade qui fut traité par le radium pour un épithélioma malpighien de la région préauriculaire gauche et qui présenta tardivement de la nécrose de l'arcade zygomatique avec arthrite suppurée temporo-maxillaire. L'ablation large du condyle et des parties suspectes voisines compléta la guérison qui se maintient depuis lors.

Epanchement purulent aseptique de la plèvre.

M. Morénas relate l'observation d'une femme de 24 ans opérée d'urgence (hystérectomie) au service de porte de l'Hôtel-Dieu pour pyosalpinx bilatéral avec infiltration du ligament large à droite. Le surlendemain de l'opération, violent point de côté droit, puis les jours suivants, développement d'un épanchement sérofibrineux vérifié par ponction exploratrice.

La malade passe à la clinique du prof. Roque. On y constate des signes de gros épanchement. Une ponction au Potain donne 900 cc. de liquide louche et rosé. Au cours de l'évacuation, sensation de malaise avec aspect vultueux et coloration violacée de la face, pouls petit et rapide, toux sans expectoration. Cytologie du liquide : formule polynucléaire pure ; culture négative. Radioscopie : opacité de tout l'hémithorax. Deux autres thoracentèses furent pratiquées ultérieurement dont la première donna lieu à des accidents analogues à ceux de la première, mais atténués. Ces ponctions donnèrent issue, la première à du liquide puriforme, la seconde à du pus très épais. Ce pus fut reconnu aseptique à l'examen bactériologique. La malade guérit assez rapidement par la suite. Il s'est agi en somme d'un épanchement purulent aseptique consécutif à *une opération gynécologique* et vraisemblablement post-infarctoïde. Quant aux accidents survenus au cours de deux des thoracentèses, ils se distinguent nettement des accidents classiques de la ponction et doivent être interprétés comme des accidents de choc anaphylactique.

Nouveau cas de tuberculose traité par le thiosulfate d'or et de sodium.

MM. J. Rousset et P. Imbert présentent, au nom de M. Garin, l'observation d'un tuberculeux à lésions bilatérales nettement évolutives, avec caverne indubitable à droite, chez lequel le Forlanini, la phrénicotomie et la cure sanatoriale s'étaient montrés successivement inefficaces et qui a été considérablement amélioré par le thiosulfate d'or et de sodium. Rappelons que la méthode employée par M. Garin consiste à faire tous les deux jours une injection intraveineuse de 0 gr. 20 du produit dissous dans 2 cmc. d'eau bidistillée. La dose totale fut de 7 gr. 40. Elle peut être portée à 8 gr. sans inconvénient. Pour M. Garin, la médication est indiquée chez les sujets jeunes, à lésions bilatérales, de début récent, et rapidement évolutives, si la cure sanatoriale se montre inefficace.

Traitement de la toux émétisante des tuberculeux par les procédés sternutatoires.

MM. Garin, Rousset et Imbert préconisent les poudres sternutatoires pour combattre la toux émétisante des tuberculeux. Sur 28 cas, ils n'ont eu que deux échecs et trois épistaxis. Ils emploient le naphtol B et la poudre suivante préparée par le prof. Florence :

Poudre de racines d'azarum....	20 gr.
— de fleurs de muguet.....	5 »
— de racines d'ellébore vert	2 gr.
— de racines de violettes..	50 »
Essence de bergamote.........	XV gouttes

La poudre doit être prisée au moment des quintes survenant après les repas.

Amputation transcondylienne à lambeau postérieur.

M. Chevalier présente au nom de M. Laroyenne un malade chez lequel celui-ci a pratiqué une amputation de cuisse transcondylienne avec lambeau postérieur, ce qui a permis l'application d'un appareil avec point d'appui sur l'extrémité du moignon, avec lequel le malade marche et s'assied très facilement sans souffrir.

Tumeurs ovariennes bilatérales.

M. Violet montre deux grosses tumeurs ovariennes. L'utérus était sain, mais tordu sur son axe.

Arthrite syphilitique pseudo-phlegmoneuse.

MM. Gravier et Delore. Femme de 59 ans entrée à l'hôpital pour une tuméfaction volumineuse, à allure pseudo-phlegmoneuse, du coude droit. Comme antécédents, on notait deux fractures successives du tibia gauche soignées en 1923 par M. Tavernier qui les avait considérées comme des fractures spontanées. Wassermann du sang positif. Traitement par novarsénobenzol et sirop de Gibert. Amélioration rapide. Les auteurs insistent sur l'allure inflammatoire que présentait cette arthrite et sur ce fait que rien dans l'examen clinique local ne permettait de faire un diagnostic certain. Ce fut la notion de fractures spontanées antérieures qui orienta vers la syphilis, que confirma le Wassermann positif.

Hémorrhagie intra-péritonéale post abortum.

M. Clavel rapporte, au nom de MM. Voron et Molin l'observation d'une femme amenée à la Charité dans un état très grave, avec signes d'hémorrhagie interne et réaction péritonéale marquée.

L'interrogatoire révéla ultérieurement qu'il s'agissait d'une tentative d'avortement provoqué par injections intra-utérines d'eau savonneuse à l'aide d'une sonde en gomme (la femme aurait ainsi interrompu antérieurement plusieurs grossesses). Laparotomie d'urgence (Dr Molin) ventre plein de caillots et de sang pur qu'on évacue. On ne peut trouver le siège de l'hémorrhagie et, en présence de la gravité de la situation, pour ne pas prolonger l'intervention, on place un Mickuliez dont la partie inférieure est attirée dans le vagin après colpotomie. Suites mouvementées : on passe la nuit à faire du sérum intraveineux et sous-cutané, et de l'huile camphrée. Le lendemain, l'état d'anémie aiguë persistant, on fait une transfusion de 300 cc. (donneur, la belle-sœur). Amélioration immédiate, maintenue par du sérum rectal. La malade sort guérie de l'hôpital un mois après l'intervention et revient trois semaines après affirmant que sa grossesse continue ce qui est confirmé par un examen du Dr Voron. La conduite chirurgicale tenue dans ce cas était justifiée par l'état extrêmement grave, de la malade qui n'eût certainement pas supporté une intervention plus longue et plus radicale.

A. C.

Les Livres

Imprimerie du Commerce, Nantes.

Dr G. Labeyrie.— **La pulmo-culture et les faux abdominaux.** Une volume de 90 pages. Prix : 20 fr.

L'auteur, fort d'une pratique de vingt-cinq ans en chirurgie abdominale, est arrivé, par un heureux concours de circonstances, à découvrir la véritable nature de troubles viscéraux qui ne sont nullement justiciables d'une opération, à telles enseignes que, lorsque celle-ci est pratiquée, ces troubles ne disparaissent pas, et que les interventions sanglantes se réitèrent volontiers sans résultat. Ce sont, selon son expression, des ventres qu'il ne faut pas ouvrir. Et de quoi sont donc, en réalité, atteints de tels malades ? De pneumo-culture.

« Par le mot de pneumo-culture, j'entends qualifier un état pathologique du poumon, où cet organe devient le support, le réceptacle de germes qui y vivent et s'y développent de façon chronique, sans causer de lésions profondes locales. L'action microbienne se révèle à distance par le malaise des différents organes et rien n'attire l'attention sur l'appareil pulmonaire..... Les organes les plus maltraités sont ceux qui sont chargés de la neutralisation ou de l'élimination des toxines, à savoir le foie, le tube digestif tout entier et les glandes annexes, l'arbre urinaire, les capsules surrénales. Le pulmo-culteur ne tousse pas, n'a pas d'expectoration, pas de dyspnée, pas d'hémoptysies..... J'ai la conviction..... qu'il s'agit d'une tuberculose atténuée, ou plutôt, cela correspond mieux à mon idée, que le coupable est le bacille de Koch..... »

Il faut donc examiner systématiquement l'appareil pulmonaire de tous les malades, quelle que soit la région sur laquelle ils appellent l'attention. Les symptômes de la pulmo-culture sont la diminution de poids, la diminution ou la perte de l'appétit, une sensation de fatigue le matin, de lassitude, des troubles du sommeil, des sueurs, des douleurs pseudo-rhumatismales dans la ceinture scapulo-sterno-claviculaire ; des variations de température avec des élévations passagères succédant à tout effort, toute fatigue ; de la céphalée, des vertiges, de la mélancolie, de l'anxiété, etc.

L'auteur étudie ensuite les troubles, dans la pulmo-culture, de l'appareil digestif, de l'appareil génital de la femme, de son appareil urinaire.

Le diagnostic de la pulmo-culture se fait par l'auscultation, qui révèle des bruits légers, des râles très fins, des frottements doux et râpeux, très circonscrits en un point qui correspond à l'implantation de l'acromion sur l'épine de l'omoplate.

L'auteur explique de façon originale, mais anatomiquement acceptable, pourquoi le ramage scapulo-huméral, autre expression imagée et poétique, choisit cette localisation.

Et il conclut que les manifestations viscérales abdominales purement toxiques et sans lésions vraies peuvent donner le change avec la plupart des affections chirurgicales de l'abdomen, et que, cependant, l'intervention chirurgicale doit être, là, l'exception.

Le pronostic de la pulmo-culture n'est pas sévère, et un traitement général bien conduit vient à bout de cette affection.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'UNION FAIT LA FORCE

Par le Dr Barbier de la Serre (d'Agen).

Travail primé de notre concours.

L'union fait la force.

Comme toutes choses, la profession médicale est soumise à la loi de l'évolution, malgré tout le traditionalisme que cette profession a conservé jusqu'à nos jours, dans l'ordre moral surtout et c'est ce qui en fait sa dignité, au point que le serment d'Hippocrate que prononçaient il y a quelques siècles les jeunes médecins jugés dignes d'entrer dans la carrière, reste encore la règle de conduite d'un honnête praticien du vingtième siècle. Ce sont à peu près ces principes que l'on enseigne de nos jours dans les cours de déontologie de nos Facultés.

Mais les doctrines médicales changent avec chaque génération, ce qui fait que les notions considérées comme certaines sont périmées au bout d'une trentaine d'années. Les rapports des médecins entre eux et avec le public ne sont pas et ne peuvent être les mêmes qu'au siècle dernier. Nous ne portons plus le chapeau pointu comme au temps du Grand Roi, ni le chapeau haut de forme et la redingote, qui étaient de rigueur même dans la plus humble clientèle il y a quelques dizaines d'années. Le médecin de nos jours est en chapeau mou et en veston ; rien ne le différencie de ses contemporains. Tout évolue.

Quel sera l'état de la profession médicale et de la vie du médecin dans une dizaine d'années, vers 1935 par exemple ?

Il est certain que la profession médicale continuera à évoluer et, probablement, elle suivra l'évolution générale de la société, qui se fait dans la période contemporaine à une allure plus accélérée que dans les temps passés. Cette évolution ? Nous la résumerons en trois mots : spécialisation, centralisation et association.

La spécialisation devient aujourd'hui une nécessité, et ce mouvement ne fera que s'accroître, Les connaissances médicales deviennent de plus en plus nombreuses, il est impossible à un médecin de se tenir au courant de tout ce qui a trait à la médecine, aux procédés nouveaux de laboratoire et d'investigation qui nécessitent souvent une connaissance assez approfondie des sciences accessoires, telles que la chimie ou la physique, et demandent quelquefois un outillage coûteux. Un médecin qui ne se consacrera qu'aux maladies d'un organe arrivera à pouvoir connaître plus parfaitement les nombreux travaux qui paraissent chaque jour, soit en France, soit à l'étranger. Car il n'est plus permis d'ignorer ce qui se fait à l'étranger ; en plus des revues scientifiques, les congrès et les journées médicales rapprocheront de plus en plus les savants des différents pays, et le phénomène sociologique de l'interdépendance des peuples se manifestera aussi dans le domaine scientifique.

Le public, du reste, poussera au développement de la spécialité, car, de plus en plus, il demandera à voir un spécialiste, pour l'organe qu'il aura ou qu'il croira malade. Or, ce sont les consommateurs qui créent la prospérité des industries ; le public, consommateur de soins, sera une des causes du développement des spécialités.

Donc, les spécialités seront plus nombreuses et il y aura plus de branches de spécialités. Le spécialiste, d'autre part, tendra à devenir à la fois médecin et chirurgien, dans la plupart des cas. Par exemple, le spécialiste du poumon soignera médicalement sans doute son client, mais devra être en état de faire un pneumothorax ou un empyème ; le spécialiste de l'estomac une gastro-entérostomie, si c'est utile.

Sera-ce un bien ou un mal ? Je ne saurais répondre à cette question : je considère seulement un fait social dans l'ordre médical, qui se dessinera vers 1935.

Il est certain que, la spécialisation entraînant une étude en profondeur de la maladie, le malade aura devant lui un médecin plus avisé et ayant acquis plus rapidement, dans la maladie en question, ce que l'on appelait autrefois l'expérience, et qui était dévolue aux vieux médecins. Mais il y a aussi le revers de la médaille ; le malade sera soumis à une étude analytique très complète, soit ; mais ce dernier, après avoir passé entre les mains de divers spécialistes qui l'auront visité en détails, en retirera-t-il tant que

cela un bénéfice, s'il n'y a personne pour faire le travail synthétique nécessaire, pour établir un diagnostic complet et même, ce qui est plus grave, pour diriger, avec unité de vue, un traitement, par suite de la disparition de ce type de médecin de famille, qui est en train de disparaître et qui, souvent, posait, avec un sens très sûr, un diagnostic très juste ?

La médecine générale donc, dans les villes, tendra à se désagréger ; il y aura surtout des spécialistes pour les maladies du poumon, de l'estomac, du cœur, de la peau, etc., avec un outillage très perfectionné, car la médecine qui a été considérée un peu comme un art, deviendra de plus en plus technique, de plus en plus scientifique.

Les rayons X, par exemple, sont appelés à devenir un instrument obligatoire pour une série d'examens, et finiront par faire partie de l'outillage du médecin, comme de nos jours le stéthoscope et l'oscillomètre.

Mais le médecin, pour trouver matière à sa spécialité, devra, de toute nécessité, abandonner la campagne et s'établir dans une ville ou un bourg de quelque importance où viendront affluer les malades des environs. Sa profession, de cette façon seule, pourra être rémunératrice. C'est le second phénomène que j'ai signalé : la centralisation. De ce fait, il est à craindre que le nombre des médecins de campagne tende encore à diminuer. Le médecin de campagne, en effet, par suite des facilités de communications, verra une bonne partie de ses consultations perdues, parce que ses clients iront consulter à son insu les médecins plus ou moins spécialistes des grandes villes voisines. Il lui restera évidemment les visites des malades alités, mais les frais d'automobile lui enlèveront une grosse partie de son gain. Il va sans dire que le médecin de campagne en 1935 n'aura pas disparu ; il y aura toujours, dans les grosses agglomérations rurales, des médecins qui pourront vivre de leur profession, et même assez largement, mais à la condition d'avoir beaucoup d'activité et un large champ d'action. L'automobile a transformé complètement l'exercice médical à la campagne et, là où trois ou quatre médecins pouvaient vivre entre 1880 et 1900, un médecin actif peut aujourd'hui suffire. Les limites du rayon médical se sont étendues et seront fixées à cette époque. Le rôle de ces médecins de campagne sera de faire, la plupart du temps, du triage, de la médecine d'urgence ou de surveillance quelquefois pour un malade d'un spécialiste urbain. Enfin, les assurances sociales, les lois sur les accidents du travail lui fourniront un sérieux appoint. D'autres lois sociales viendront, du reste, lui demander certainement son concours : protection du premier âge, lutte contre la tuberculose, le cancer, la syphilis ... Il n'y parviendra point, s'il n'est assisté le plus souvent d'une ou plusieurs infirmières visiteuses, qui le seconderont dans sa tâche.

Le type du vieux médecin de campagne va se modifier profondément et disparaître ; ce type de médecin que nous avons connu, qui est venu s'installer dans le village où il était né, bornant son ambition à reprendre une clientèle telle que l'avait laissée son père et son grand-père, vivant en partie de sa profession, mais aussi avec le revenu de ses terres et de la dot de sa femme. Cette médecine ne pourra nourrir son homme en 1935. Ne médisons pas cependant de ce type de médecins qui disparaît, car c'était peut-être le type le plus parfait du praticien pour ses vertus morales d'abord, et même pour la perfection de son art ; de ce médecin qui n'avait recours à personne dans la majorité des cas, car il devait se débrouiller tout seul, parce qu'il se trouvait éloigné de tout centre médical, de ce médecin nourri de bonnes et vieilles cliniques à la manière de Trousseau et de Dieulafoy, faisant convenablement une opération d'urgence, avec l'aide d'un confrère voisin. Il représentait une somme de connaissances médicales parfois bien supérieure à celle de nos modernes pontifes.

Le troisième point que j'ai signalé est l'association. Cette association, il faut l'envisager sous un double aspect. D'abord, les médecins, par suite de leur spécialisation, seront appelés à s'associer entre eux dans une maison de santé ou une polyclinique. Un chirurgien aura besoin d'avoir des aides attitrés ; il ne pourra se contenter de l'aide apportée par le médecin traitant. Le succès de l'opération dépend souvent de la rapidité de l'acte opératoire, et celui-ci est, en partie, fonction des aides. Il aura donc tout avantage à les choisir à l'avance et à passer un contrat avec eux. De plus, dans dix ans, la concurrence qui se fera de plus en plus sérieuse entre médecins, et la cherté de la vie, obligeront ces derniers à diminuer leurs frais généraux ; la crise des domestiques ne sera pas non plus sans influence. Les médecins auront intérêt à se grouper dans les polycliniques, où ils donneront des consultations à des jours et heures fixes ; là ils trouveront, dans le personnel de l'établissement, une personne pour introduire leurs malades, une infirmière, pour les aider dans un examen, choses qu'on ne peut réaliser chez soi qu'à grands frais. De plus, ils auront sous la main une instrumentation commune : rayons X, laboratoire, pour confirmer leur diagnostic.

Le malade ira, de préférence, à la grande usine médicale, au centre de diagnostic, à la maison médicale, peu importe le nom qu'on lui donnera, comme il est allé dans les grands magasins de nouveautés, où l'on trouve tout ce que l'on veut dans différents rayons. De même que le petit arti-

san a vu son magasin de moins en moins achanlandé, le cabinet du médecin isolé sera de plus en plus délaissé.

La médecine tendra donc à se commercialiser, ou tout au moins à s'industrialiser et cela ne serait pas sans inconvénient pour le public, si aucune juridiction professionnelle n'existait, mais ce rôle modérateur semble dévolu, en la carence de tout ordre de médecins que le corps médical ne semble pas devoir accepter, du moins encore, aux syndicats médicaux.

Et j'arrive au second aspect de l'association médicale. Il ne s'agit plus d'une exploitation immédiate de la médecine, que l'on me pardonne ce mot, entre plusieurs confrères, suivant la loi de la division du travail, mais de l'association professionnelle dont l'expression la plus parfaite est le syndicat médical. Le médecin est individualiste ; sa profession le lui permettait durant le siècle dernier, mais, par suite de la transformation de la médecine, qui devint de plus en plus sociale, les médecins durent se grouper pour défendre leurs droits professionnels devant les collectivités et les pouvoirs publics. De là est né le grand mouvement syndical, qui ne fait que croître et qui groupe aujourd'hui plus de 15.000 médecins. Ce mouvement, croyons-nous, s'étendra encore et le haut état-major médical, j'entends les professeurs de facultés, ne dédaigneront plus cette forme d'association et entreront dans nos rangs ; c'est ce qui, du reste, a commencé.

La scission qui vient de se produire au sein de l'Union ne vient pas du tout en l'encontre de ma thèse. Il s'agit là, sans doute, d'un acte d'indiscipline syndicale ; mais les médecins qui ont rompu avec l'Union sont bien convaincus qu'ils doivent rester unis entre eux, puisqu'ils ont fondé cette Fédération qui « ne se posera pas en adversaire systématique de l'Union. Elle défendra les mêmes revendications quand celles-ci lui paraîtront justes ».

En somme, l'élaboration des nouvelles lois sociales aura pour effet de renforcer encore dans l'avenir la cohésion médicale, malgré les assauts que l'on tentera directement ou indirectement pour la détruire.

Quelles seront donc, en plus de ce que nous venons de signaler, les autres répercussions que peuvent avoir sur la profession médicale les lois sociales en général et les assurances sociales en particulier ?

Il est à prévoir que l'application, d'ici quelques années, de la loi sur les assurances sociales, aura une influence profonde sur notre profession.

Si les assurances se font avec le tiers payant, et je crains fort qu'il en soit ainsi, nous verrons le nombre de nos visites et consultations croître en raison inverse du prix accordé à ces actes médicaux. Cela entraînera, ainsi qu'on l'a dit et que cela se passe en Alsace, à faire une médecine de second ordre, une médecine de caserne ou de chemins de fer, une médecine de pauvres, avec beaucoup de paperasseries, de cachets et de visas, où l'on sera entraîné à ne plus voir des malades, mais des maladies ; et le jour où les caisses seront vides, ou à un niveau assez bas, il est à craindre que l'on rogne encore sur nos honoraires. Il sera alors bien difficile de demander un supplément aux malades, qui auront perdu l'habitude de rémunérer directement les soins de leurs médecins.

C'est surtout au point de vue moral que vont nos craintes. Cette médecine sociale avec tiers payant entraînera avec elle l'éclosion de médecins marrons plus nombreux, et, partant, la création d'un contrôle sévère, sans quoi l'exercice de cette médecine ne sera pas possible. Mais ce contrôle sera une gène apportée à notre profession :

Le médecin, surtout s'il n'est plus honoré directement par le malade, perdra en dignité et en considération aux yeux de ce dernier, qui aura tendance à ne voir en lui qu'un fonctionnaire sans zèle, surtout si une paperasserie abondante vient encore compliquer sa tâche. Le secret professionnel, malgré tout ce que l'on pourra dire et mettre dans la loi, aura vécu. Il n'existe plus déjà, ni dans les accidents de travail, ni dans les soins aux mutilés de la guerre, qui sont des lois sociales.

Donc, au double point de vue moral et pécuniaire, je crains que nous n'ayons rien à gagner, Mais est-il possible d'arrêter les idées en marche. comme le veulent certains ? Peut-on se mettre en travers d'une loi, qui est une étape vers le mieux-être de l'humanité ? Cela me semble impossible ; à nous de nous adapter au mieux et, pour cela, restons unis et travaillons. Et alors, qui sait ? peut-être y trouverons-nous notre compte. Nous verrons un plus grand nombre de malades, on se soignera davantage, car, comme me disait un vieux confrère de mes amis : « La médecine est comme une pâte, plus on la travaille, plus elle lève » et nous verrons nos malades avec moins de fatigue, si nous savons nous spécialiser et nous associer :

L'union fait la force.

JURISPRUDENCE

Accident du travail. — Tentative d'escroquerie du blessé. — Non Complicité du médecin

COUR D'APPEL DE PARIS,

(17 *mars* 1926.)

Une sanction pénale, contre un médecin, accusé de complicité d'escroquerie, ne saurait uniquement reposer sur des controverses relevant de la technique médicale. Un certificat médical, même erroné, ne saurait pleinement caractériser une escroquerie que lorsqu'il y a eu intention frauduleuse, car toute fraude suppose la mauvaise foi et il n'y a d'agissements punissables que s'il y a fait intentionnel.

La Cour,

Statuant sur les appels interjetés par C....., et le Ministère Public du jugement susénoncé et y faisant droit :

Considérant que, dans la nuit du 16 juin 1924, le chauffeur de taxi M., fut victime d'un accident ;

Considérant que le Dr C....., qui avait déjà soigné M. pour une hernie ombilicale survenue lors d'un précédent accident le 20 mars 1922, délivra à ce client pour être produits à l'appui d'une demande d'indemnité à la compagnie « L. P. », trois certificats attribuant à l'accident des causes inexactes ;

Considérant que l'attitude du blessé, qui s'adressa à la compagnie « L. P. » alors que par deux fois, il avait été indemnisé par la compagnie « L. S. » qui assurait son patron, semble suspecte, et qu'à la requête de « L. P. » d'abord, puis du Parquet saisi, des expertises furent confiées aux professeurs Broca et Balthazard.

Considérant que le docteur C....., après avoir évoqué la petite hernie médiane signalée par lui lors du premier accident de 1922, affirmait que sous l'influence du traumatisme du 16 juin 1924, la hernie primitive, en raison du choc, s'était transformée en une énorme éventration, telle que l'estomac s'y engageait totalement sous la peau et concluait à une réduction de l'activité professionnelle de 40 % environ, tandis que les experts d'une façon unanime ont soutenu, comme le chirurgien Savariaud, que l'éventration volumineuse ne pouvait être imputée au troisième accident de 1925, mais qu'elle était le résultat de l'évolution progressive, habituelle de la hernie primitive, une diminution de la résistance de la peau ayant provoqué la désunion de la paroi de l'orifice ; d'où aggravation post-opératoire et production de la tumeur ovoïde qui complète l'éventration ; ces lésions pouvant avoir comme conséquence, une demande en révision à la compagnie « L. S., », mais ne devant pas être supportées par la compagnie « L. P., » ;

Considérant qu'il fut estimé que sous l'inspiration de l'agent d'affaires C., M. avait pensé pouvoir se faire attribuer une indemnité plus considérable, on s'adressant à une nouvelle compagnie d'assurances « L. P. » ce qui constituerait de sa part des manœuvres frauduleuses que la prévention dit avoir été facilitées par le docteur C...., lequel à l'aide de certificats mensongers aurait dénaturé l'origine et la conséquence du troisième accident ;

Considérant que la question à résoudre se résume ainsi : le docteur C..... a-t-il sciemment altéré la vérité et certifié de mauvaise foi des faits qu'il ignorait ou qu'il savait inexacts ?

Considérant qu'on ne saurait mettre en parallèle les appréciations du docteur C..... et les conclusions des praticiens éminents qui sont d'accord pour attester : 1° qu'il s'agit d'une éventration après suture du ventre, la cicatrice ayant cédé ; 2° que l'aggravation s'est manifestée d'une façon progressive et non brusquement ; 3° qu'il n'y avait pas lieu d'attribuer la production mais l'augmentation de la blessure au troisième accident, car l'éventration existait déjà avant, consécutive au premier accident de 1922 ;

Considérant qu'en l'espèce, l'escroquerie suppose la réunion de trois conditions : 1° production d'une demande d'indemnité (en vertu de la loi du 9 avril 1898) appuyée de faux certificats pouvant faire croire à la gravité d'une blessure ; 2° dans le but de se faire verser par une compagnie d'assurances une somme plus élevée à laquelle il n'aurait pas eu droit ; 3° que les agissements aient eu un caractère frauduleux ; 4° enfin est-il vrai que le docteur C..... ait connu la fausseté de ce qu'il certifiait dans l'intention d'en tirer un bénéfice ?

Considérant que, dans une analyse juridique des responsabilités, la Cour peut faire abstraction de l'auteur principal (condamné définitivement) pour viser le docteur C.... à qui l'on reproche une complicité et dont il y a lieu de scruter les actes équivoques ou frauduleux en tenant compte de son individualité ;

Considérant qu'une sanction ne saurait uniquement reposer sur des controverses relevant de la technique médicale, et que, pour ne pas excéder le droit de répression, il convient d'étudier, avec les conditions de fait, le milieu social, les antécédents, le caractère intellectuel et moral du prévenu ;

Considérant que si les certificats incriminés ne rentrent pas dans la catégorie des actes de complaisance de l'article 152 du code pénal ou ne tombent pas sous l'application de l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, ces textes n'excluraient pas l'application de l'article 405 du code pénal ; toutefois, une escroquerie n'est pleinement caractérisée que lorsqu'il y a eu intention frauduleuse ;

Considérant que toute fraude suppose la mauvaise foi et qu'il n'y a d'agissements punissables que s'il y a fait intentionnel ;

Considérant que C..... possédait deux maisons de santé et une clientèle acquise lui assurant un rendement appréciable ; que l'on cherche, vainement, à la suite de quelle aberration il aurait, par une défaillance lamentable, risqué le scandale et les conséquences désastreuses d'une poursuite devant ruiner une situation enviable et cela pour un modeste bénéfice..... possible .....

Qu'au surplus le mobile intéressé échappe encore si l'on observe que la demande en revision à la compagnie « L. S. » impliquait pour lui à peu près les mêmes issues et l'opération ; c'est-à-dire les profits licites qu'il pouvait envisager sans tenter de faire rejeter les responsabilités de l'accident sur la compagnie « L. P. ».

Considérant qu'il n'est pas établi que le docteur C..... ait revu le blessé depuis 1922, quand après l'accident du 16 juin 1923, il releva un état grave avec éventration, qu'il a eu le tort d'attribuer à ce troisième accident, lequel, d'après ses rapports, aurait transformé la petite hernie médiane en une volumineuse éventration ;

Considérant qu'un doute sur ses intentions peut naître de la lecture du rapport de police dressé le jour du troisième accident par un agent qui a constaté « que la barre d'accouplement et la direction furent faussées » par conséquent choc très violent qui explique « les fortes contusions du côté gauche et de l'estomac » relatées ;

Considérant qu'au surplus la faible différence dans l'évaluation du taux d'invalidité soit 33 % d'après le professeur Savariaud et les 40 % d'après le docteur C... ne suffirait pas à faire taxer de mensonges les certificats des 22 juin et 21 juillet 1923 ;

Considérant que rien dans la vie du docteur C..., ne révèle la tendance ou l'habitude de complaisances lucratives ; qu'aucun acte antérieur n'est de nature soit à jeter le discrédit sur ce docteur soit à pouvoir conditionner des instincts de cupidité qui rendent certains directeurs de cliniques oublieux des traditions de loyauté du Corps médical... ;

Qu'en conséquence aucun fait du passé ne permet de le confondre avec quelques-uns de ces médecins qui pratiquent le racolage des accidentés du travail et spéculent sur la santé des humbles pour exploiter les Compagnies d'assurances ;

Considérant que si les débats et les documents de la cause ont fait apparaître à la charge de C... des légèretés, des erreurs de diagnostic, des fautes professionnelles qui peuvent expliquer les suspicions dont il a été l'objet, aucune preuve décisive de sa mauvaise foi ne peut cependant être relevée à sa charge ; que, dans ces conditions, le doute doit bénéficier au prévenu ;

Par ces motifs :

Infirme le jugement dont est appel, décharge C... des condamnations prononcées contre lui et le renvoie des fins de la poursuite sans amende, ni dépens.

Déclare la partie civile mal fondée en ses demandes et conclusions, l'en déboute, observant au surplus qu'un préjudice éventuel ne saurait servir de base à des dommages-intérêts ;

Condamne la partie civile en tous les dépens de première instance et d'appel.

Commentaires.

En interposant un « tiers payeur » entre le blessé et son médecin, la législation sur les accidents du travail a, comme conséquences indirectes, provoqué une suspicion à l'endroit des praticiens.

En effet, les compagnies d'assurances, qui sont des institutions commerciales, ont tendance à considérer que tout le monde s'entend pour les gruger.

Médecins et blessés sont, d'après elles, souvent de connivence.

Je sais bien qu'il existe certains praticiens, qui vivent exclusivement d'accidents du travail ; ils connaissent parfaitement la manière de tirer profit du tarif ministériel ; ils vont même jusqu'à donner des primes, des indemnités de déplacement à leurs clients, pour pouvoir les attirer dans leurs officines, au détriment des médecins consciencieux et honnêtes.

Je sais encore fort bien que certains docteurs, qui ont une clientèle assez nombreuse, dans le monde des blessés du travail, sont plus que tous autres confrères, surveillés de près par les assurances. A la moindre irrégularité, ils sont menacés de correctionnelle, à moins que le médecin ne consente à composer et à devenir l'homme lige de certaines firmes.

Mais, pour qu'un médecin puisse être condamné, encore faut-il prouver sa culpabilité ; il ne suffit pas de se contenter de simples présomptions.

Dans l'espèce ci-dessus, le chirurgien s'est trouvé en présence d'un ancien client, qu'il avait déjà soigné pour une hernie ombilicale.

A la suite d'un traumatisme, le chirurgien revoit ce malade, porteur d'une éventration. Il estime que cette dernière affection est la conséquence du traumatisme. Il délivre donc les certificats nécessaires.

Non, disent les experts : l'éventration n'était pas la conséquence du traumatisme, mais plutôt la résultante d'une infirmité progressive, à marche lente.

Le premier chirurgien était-il de bonne foi en délivrant son certificat ? A-t-il sciemment aidé le blessé à commettre une escroquerie, pour laquelle d'ailleurs celui-ci a été condamné ?

Oui, avait dit le tribunal correctionnel ; non, dit la Cour d'Appel. Tout au plus peut-on reprocher au chirurgien d'avoir peut-être été imprudent dans son diagnostic et dans son affir-

mation, lorsqu'il attribuait à un traumatisme l'éventration de son client.

Mais de là à affirmer la mauvaise foi du praticien, il y a un abîme, lorsque ce praticien ne vit pas exclusivement de la clientèle des blessés du travail.

La Cour d'Appel de Paris a été dans le sens suivi jusqu'ici par la jurisprudence, en se refusant de condamner un médecin, dont la mauvaise foi n'a pas été prouvée.

Nous rappelons l'arrêt de Cassation, Chambre criminelle, du 6 août 1924 (*Gazette des tribunaux*, 31 octobre 1924 ; *Concours médical*, 1925. 153) : « Doit être cassé l'arrêt qui condamne pour complicité d'escroquerie un médecin, qui a délivré un certificat d'accident du travail mensonger, si cet arrêt n'indique pas si le prévenu connaissait l'usage qui devait être fait dudit certificat ».

D'ailleurs, pour que les pénalités prévues par l'article 30 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail soient applicables, il faut que le docteur ait, en toute connaissance de cause, délivré son certificat mensonger, en sachant bien l'usage frauduleux que devait en faire son client, le blessé du travail.

Cet article 30 est ainsi rédigé : « Est passible d'une amende de 16 à 300 francs et, en cas de récidive, dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 à 2.000 francs, sous réserve de l'applicationde l'article 463 du code pénal ... 4°, tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents. »

De ces textes législatifs et jurisprudentiels, il ressort donc très nettement que le docteur doit, pour pouvoir être condamné, être convaincu d'avoir été sciemment de connivence avec l'ouvrier fraudeur et de s'être prêté, en toute connaissance de cause, à ses manœuvres.

C'est ainsi que, dans tous les jugements, qui condamnent quelques rares médecins, se relève toujours l'intention frauduleuse.

Cassation, chambre criminelle, 18 juin 1925 (*Gaz. trib.*, 8-10 novembre 1925) : « en délivrant des certificats mensongers, destinés à être produits par des ouvriers, pour obtenir des demi-salaires, alors que les blessures qu'il portaient ne pouvaient être attribuées à des accidents du travail, un médecin se fait sciemment complice par aide et assistance des escroqueries commises par les ouvriers qui ont fait usage desdits certificats ».

Ce sont des circonstances de fait, qui ont amené la condamnation de ce médecin, alors qu'un autre, bénéficiant du doute avait été acquitté, pour le même reproche (cour de Rouen, *Concours médical*, 1922, 3680).

Il s'agissait d'ouvriers, ayant volontairement simulé des blessures accidentelles, ayant fourni des certificats médicaux, peut être délivrés à la légère, sans examen sérieux, ayant permis à des ouvriers malhonnêtes de toucher des demi-salaires, auxquels ils n'avaient pas droit.

A été également condamné un médecin soignant le même ouvrier, sous deux prénoms différents, pour deux blessures, sur deux segments différents du même membre, chaque blessure pour le compte d'une entreprise différente. Les juges ont reproché au médecin une complaisance par trop grande, en délivrant des certificats, pour le même individu, ayant, pour chaque feuille un prénom différent. (Cassation, Chambre criminelle, 17 juin 1922, confirmant ceux d'appel de Rouen, Chambre correctionnelle, 23 décembre 1921).

Si l'on voulait discuter ces arrêts en droit, il faudrait faire toutes les réserves que j'ai faites, lorsque je les ai publiés dans le *Concours médical*. Le médecin n'a qu'à constater la matérialité des blessures, qu'on soumet à son examen ; il n'a pas à en rechercher la cause ; c'est au chef d'entreprise responsable à s'entourer de tous renseignements utiles, pour apporter la preuve de l'intention frauduleuse de son ouvrier.

Mais, en fait, il s'agit, fréquemment, de praticiens ayant l'habitude de ne soigner presque que des accidentés du travail. Ce sont des virtuoses du tarif ministériel officiel ; aussi les assurances les surveillent-elles de très près et leur cherchent-elles noise, dès que leur conduite paraît irrégulière, à moins que les dits médecins, à la conscience professionnelle fort élastique, ne trouvent leur intérêt à vendre carrément l'intérêt de l'ouvrier blessé pour ménager celui de l'assurance, ou de la firme industrielle : le soigné est sacrifié à celui qui paye le médecin.

D'autres fois, dans ces usines à soins, dénommées cliniques d'accidents du travail, c'est une infirmière qui examine les victimes du travail, au fur et à mesure qu'elles se présentent ; ces aides non diplômées font les pansements, établissent les certificats, donnent la ristourne au blessé. De sorte que lorsqu'il arrive, le docteur n'a plus qu'à signer les certificats qu'on lui présente tout remplis, comme noms et diagnostics, sans qu'il ait besoin d'examiner le malade, qui est déjà parti et qu'il ne reverra peut-être jamais.

Ce sont pratiques blâmables, je dirai même frauduleuses, mais fréquentes, qui jettent le discrédit sur tout le corps médical, à cause des agissements d'une poignée de médecins.

C'est ainsi que la 5e chambre du tribunal de la Seine a condamné, le 12 juin 1896, un docteur qui avait attesté, comme un fait, résultant de sa constatation personnelle, l'existence d'une lésion, qu'il n'avait pas pu vérifier et pour laquelle il avait dressé un certificat, sur la simple déclaration du client avec la cause et les circonstances, dans lesquelles elle se serait produite.

De même la 6e chambre du tribunal de la Seine (décembre 1897) déclarait que commet un quasi-délit le médecin, qui, dans un certificat de complaisance, constate l'existence de lésions graves devant entraîner une longue incapacité de travail, alors qu'en réalité, il n'y a eu qu'une très légère contusion. Par suite, si ce certificat a contribué à déterminer une compagnie d'assurances à remettre une indemnité à un tiers, le médecin est passible de dommages-intérêts envers cette compagnie.

Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre) du 27 avril 1923, confirmé par la Cour de Paris, 8 novembre 1923, condamne un médecin comme complice de l'escroquerie commise par un ouvrier, auquel il aurait délivré un certificat constatant une incapacité de travail de 23 jours, alors que celle ci n'aurait pas duré plus de quatre jours. Le médecin, en réclamant ses honoraires pour soins donnés dans sa clinique, n'a pas pu prouver, par ses livres, les dates et heures auxquels l'ouvrier venait se faire panser ses blessures présumées.

Un autre docteur avait adressé sa note d'honoraires pour deux visites et huit séances de massage, alors qu'en réalité l'ouvrier, qui n'avait pas éprouvé d'accident, n'avait été l'objet d'aucun examen et n'avait subi aucun traitement. (Cassation, chambre criminelle, 20 mars 1919, confirmant cour de Lyon, 20 novembre 1918.).

Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre) du 19 octobre 1922, condamne un médecin qui s'est fait régler une note d'honoraires, comportant quatre visites, alors qu'il fut prouvé qu'il n'avait donné ses soins qu'au cours d'une seule et unique visite à l'ouvrier blessé.

Egalement fut condamné un praticien qui, de mauvaise foi, sans constatations personnelles ni sans vérifications préalables, procure à un ouvrier, par la délivrance de certificats de complaisance, les moyens de se faire payer par les compagnies d'assurances, auxquelles il se présentait comme accidenté, les demi-salaires auxquels il ne pouvait prétendre (cour de Paris, 10e chambre, 4 décembre 1922.)

Tous ces agissements sont regrettables, en eux-mêmes, parce qu'ils jettent le discrédit sur notre profession. Certains praticiens n'hésitent pas à mettre trop de complaisance envers les blessés pour pouvoir recruter une clientèle dans le monde des travailleurs, alors que ce sont les patrons ou les compagnies d'assurances substituées qui doivent régler la note à payer.

Aussi, comprend-on pourquoi de nombreux confrères s'élèvent avec tant de force contre le « tiers payant ». Ils sentent parfaitement que l'industrialisation des soins à donner aux blessés du travail a conduit ceux-ci soit vers les dispensaires de compagnies d'assurances, soit vers les cliniques spéciales de médecins spécialisés en accidents du travail.

Usant les uns et les autres des mêmes procédés de racolage, par primes, remboursement de frais de transports et autres procédés immoraux, ils attirent la clientèle d'ouvriers, qui sont heureux de toucher une ristourne, une petite gratification en sus de leur demi-salaire.

Pendant ce temps, les médecins honnêtes, respectueux des prescriptions légales, ne voient presque plus, ou même plus du tout de victimes du travail.

Faudra-t-il tolérer pareils agissements lorsqu'entrera en vigueur la loi sur les assurances sociales ?

Non, disent beaucoup de syndicats médicaux. Il convient de prévoir et d'empêcher la monopolisation de cette clientèle au profit de quelques praticiens peu scrupuleux.

En attendant, les confrères, qui se spécialisent en accidents du travail, doivent exercer leur profession avec une honnêteté scrupuleuse et avec une très grande attention pour ne pas voir leur bonne foi et leur conscience professionnelle être suspectées et même donner lieu à des poursuites correctionnelles.

Dr Paul BOUDIN.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE

Inventaire quinquennal de 1925.

Rapport de M. Fleury, actuaire.

Monsieur le Président,

Vous m'avez chargé d'examiner la situation des différentes caisses d'assurances mutuelles dont l'ensemble constitue la Mutualité Familiale du corps médical français.

Cet examen a été fait à la date du 31 décembre 1925 et le présent rapport vous en expose les résultats en prenant successivement les différentes caisses.

Combinaison B et 1/2 B.

L'effectif est de 230 membres à B et 4 membres à 1/2 B.

L'actif de cette combinaison, évalué au prix d'achat, est de fr. : 182.639,45.

Au 1er janvier 1922, à la suite de constatation d'un déficit de 29.125,57 sur les réserves mathématiques au 31 décembre 1920, les cotisations alors en vigueur ont été augmentées de 50 %.

L'inventaire établi à l'ancien tarif, c'est-à-dire sans majoration, donne comme réserves mathématiques fr. : 173.214,75, laissant cette fois à l'actif un excédent de fr. : 9.424,70, ce qui représente une amélioration de 38.550,27 (l'ancien déficit disparu 29.125,57 plus l'excédent actuel 9.424,70).

D'autre part, les cotisations versées de 1922 à 1925 s'élèvent à 138.250,50 dont un tiers, soit 46.083,50 dû à l'augmentation de tarif. Cette augmentation de tarif a donc été compensée par l'accroissement des charges à concurrence de 7.500 fr. environ et à améliorer la situation à concurrence de 38.500 fr. environ.

Cette amélioration est très intéressante, mais il n'en reste pas moins que le tarif d'origine était insuffisant et qu'il ne serait pas prudent de diminuer le tarif actuel, car l'actif de fr. : 182.639,45 est évalué au prix d'achat, tandis que le cours des valeurs donne une moins value qui, partagée entre MA et B, donne pour B 58.047-71.

Il y a donc lieu de maintenir les cotisations à leur niveau actuel à la fois pour amoindrir la dépréciation du portefeuille et pour faire face à l'insuffisance du tarif d'origine. Mais le tarif actuel paraît suffisant au moins pour le moment.

Combinaison MA et 1/2 MA.

1026 membres à MA et 5 à 1/2 MA. — Les réserves mathématiques calculées suivant le tarif pur, c'est-à-dire suivant les taux de morbidité calculés en 1921, la table de morbidité CR et le taux d'intérêt 4.50, se montent à fr. : 422.847,25, tandis que l'actif de la combinaison MA, représente au prix d'achat 619.661,06 et au cours de la Bourse au 31 décembre 1925, en répartissant la moins value proportionnellement sur B et MA 422.716,18.

On se rappelle que le tarif appliqué à partir du 1er janvier 1922 comprenait, outre la prime pure, un supplément de 15 % de cette prime. Grâce à ce supplément, la situation de la combinaison MA est satisfaisante, malgré la chute des cours des valeurs; mais, comme nous ignorons si cette chute a atteint son maximum et comme les combinaisons B et MA réunies et MA seule, ne voient plus leurs réserves mathématiques augmenter, ce qui est l'indice que d'ici peu on peut être amené à réaliser certaines valeurs, je suis d'avis qu'il faut conserver la marge de sécurité contenue dans le tarif de MA sans l'augmenter.

Combinaison MAD et 1/2 MAD.

251 membres à MAD et 215 à 1/2 MAD. — Cette combinaison a été créée en 1921, avec un tarif établi sur les mêmes bases que MA, mais majoré en vue de se prémunir contre une antisélection éventuelle résultant de la plus grande importance de l'indemnité « maladie ».

Les réserves mathématiques calculées sur le tarif MAD se montent à fr. : 151.375,50, tandis que l'actif, au prix d'achat, serait de 170,785,17, mais est ramené à 144.347,14 par les cours de la Bourse au 31 décembre 1925.

La marche des combinaisons MAD et 1/2 MAD est donc satisfaisante et donnerait même un bénéfice de 26.000 fr., si les cours de la Bourse ne le transformaient en une insuffisance de 7.000 fr.

Cette insuffisance est de peu d'importance. Par contre le bénéfice de 26.000 fr. qui semble résulter de la comparaison entre les réserves et l'actif au prix d'achat, ne doit pas conduire à des conclusions trop optimistes, car ces combinaisons sont très jeunes et l'influence de la sélection médicale à l'entrée doit se faire sentir. S'il n'y avait pas d'excédent il faudrait considérer la situation comme défavorable.

En résumé les combinaisons MAD et 1/2 MAD ont fonctionné d'une façon satisfaisante et peuvent continuer sans modifications de tarif.

Je ne crois pas qu'il y ait danger à rechercher des combinaisons permettant de donner 40 ou 50 fr. par jour pendant les deux premiers mois, 400 ou 500 fr. par mois ensuite, à la condition, bien entendu de ne pas se départir des règles médicales sévères en vigueur actuellement pour l'admission.

Combinaison V.

Cette combinaison qui ne s'est malheureusement pas développée, ne comprenait au 31 décembre 1925 que 51 membres actifs, avec 5 veuves pensionnées et 4 orphelins.

Les réserves mathématiques se montent à 117.909 fr. tandis que l'actif est, au prix d'achat, 206.779,24, et au cours du 31 décembre 1925, 171.549,21.

Les résultats financiers de cette combinaison sont donc très bons. Ils permettent d'envisager la possibilité pour les adhérents actuels, de prendre 5 parts nouvelles, et pour les adhérents futurs, de prendre dix parts. Vu le très petit nombre d'adhérents, l'excédent reste à la merci d'un petit nombre de décès, et pour cette raison je ne crois pas qu'il y ait lieu d'envisager ni une réduction du tarif ni une augmentation de la pension fixée à 600 fr.

Combinaison P.

(*Retraite à 60 ans*).

217 membres au 31 décembre 1925. — Les réserves mathématiques se montent à 561.744 fr. tandis que l'actif évalué au prix d'achat est de

673.297,55 et au cours de la Bourse au 31 décembre 1925, seulement de 565.143,61.

Les résultats de cette combinaison sont donc satisfaisants. Il n'est encore payé aucune pension, et la baisse des valeurs interdit de penser à une diminution des cotisations ou à une augmentation des pensions promises.

C'est la continuation de la marche actuelle qui s'impose.

Combinaison R.

(*Retraite à 65 ans*).

Le nombre des membres actifs au 31 décembre 1925 était de 250, et le nombre des retraités de 6.

Les réserves mathématiques se montent à fr. : 764.903, tandis que l'actif évalué au prix d'achat est de 916.592,71 et au cours de la Bourse au 31 décembre 1925 seulement de 719.132,40; malgré la différence de 45.000 fr. entre les réserves et l'actif au cours de la Bourse, j'estime qu'il n'y a aucun inconvénient à continuer l'application du même tarif.

En résumé les conclusions de l'inventaire au 31 décembre 1925 sont satisfaisantes pour toutes les combinaisons, et malgré la chute des valeurs mobilières, chute dont les effets se sont trouvés compensés par la bonne marche technique des combinaisons d'assurances maladie, et par la présence d'excédents résultant de démissions antérieures, et aussi de bénéfices sur les intérêts dans les combinaisons « retraites », la Mutualité familiale conduite avec tant de dévouement et de sagesse, peut continuer avec confiance son œuvre, et même la perfectionner en envisageant les indemnités de 40 et 50 francs par jour en cas de maladie, et même la pension de 1.200 fr. au lieu de 600 fr. dans la combinaison V, si cette augmentation paraît de nature à amener un plus grand nombre d'adhésions à cette caisse d'assurance pour les veuves des médecins.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments dévoués.

Em. FLEURY.

LE DISPENSAIRE DÉPARTEMENTAL ANTITUBERCULEUX DE BÉZIERS (Hérault)

Enquête sociale

Dr Henri ROURE,

Médecin du Dispensaire Départemental d'Hygiène sociale de Béziers (Hérault).

(*Suite et fin.*)

CHAPITRE V.

Taudis. Logements. — Leur classification.

A la suite d'observations multiples et prolongées, on a cru devoir émettre l'aphorisme suivant :

« La tuberculose, est fille de l'air confiné et de l'obscurité ». On veut donner à entendre par là que cette maladie frappe surtout les sujets habitant un logement insuffisamment aéré et sombre.

Il convient donc de dire un mot de celui-ci et tout d'abord du taudis qui en est la réalisation complète et… parfaite, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Le taudis est, par définition, un logement, ou plutôt un réduit, où manquent l'espace, l'air, la lumière et, presque toujours aussi, la propreté.

On le trouve à la ville et à la campagne, partout avec la même physionomie. Etudions-le de plus près.

A la ville d'abord. Il est exigu : on peut y voir cinq, six, huit personnes et plus vivre dans une même pièce ; on y cuisine, on y mange, on y dort ; on y tousse aussi et on y crache.

Il est privé d'air, situé qu'il est, le plus ordinairement, dans les quartiers les plus malsains, ceux où les rues sont étroites, les maisons anciennes et élevées, « dont les étages supérieurs semblent se rejoindre pour empêcher les rayons du soleil de caresser jamais leurs façades noircies et décrépies ».

Il est privé de lumière, à peine éclairé par une petite fenêtre ouvrant la plupart du temps sur un puits infect qui constitue la courette de l'immeuble.

Enfin il est souvent malpropre. Les abords, escalier et couloirs, sont recouverts d'une couche plus ou moins épaisse de matière visqueuse et gluante où le pied glisse et trébuche ; une odeur nauséabonde, relents d'éviers, d'égoûts et de cabinets d'aisance, se dégage de partout. A l'intérieur, même impression, sinon pire : murs noircis, platras en ruines, mobilier misérable et sale, linge plus que douteux.

Voilà pour le taudis urbain, le plus fréquent.

Mais le taudis rural n'est pas rare et en diffère fort peu.

Sans doute l'immeuble a ici un aspect extérieur plus agréable ; il est en pleine campagne au milieu de la verdure et des arbres, il est baigné par le soleil. Mais cet aspect est trompeur. Le plus souvent, la maison du campagnard est composée d'un simple rez-de-chaussée, est basse de plafond ; le sol est fréquemment en terre battue, ce qui en fait le réceptacle des déchets les plus variés et les plus malsains depuis les débris de cuisine et des repas jusqu'aux souillures et ordures rapportées du dehors et de l'écurie qui, souvent, communique directement avec la cuisine. Celle-ci d'ailleurs constitue fréquemment tout le logement réservé aux habitants : on y prépare les

aliments, on y prend les repas, on y couche. L'aération est toujours défectueuse, systématiquement négligée en hiver pour « garder le chaud », insuffisante pendant la belle saison vu l'exiguïté des ouvertures, portes et fenêtres.

En somme, à la campagne comme à la ville, le taudis est surtout caractérisé par le manque d'espace, de lumière, d'air et la malpropreté. L'exiguïté, l'obscurité, la saleté et l'air confiné réunis en font un milieu essentiellement malsain et insalubre, c'est-à-dire propice à l'éclosion, à la propagation et à l'évolution funeste de toutes les maladies.

Toutefois, c'est à l'air confiné qu'on s'accorde généralement à attribuer le rôle principal.

***

Qu'est-ce que l'air confiné et comment agit-il ?

L'air confiné est un air toujours vicié, donc malsain. Il contient de l'acide carbonique, de l'hydrogène sulfuré, de la vapeur d'eau, des émanations animales de nature inconnue, des myriades de corpuscules solides, de nature et d'origine diverses, parmi lesquels des poussières inorganiques, des débris végétaux et animaux et des microbes de toutes espèces. Cette viciation est due à la transformation et à la décomposition des matières organiques mais surtout au jeu des fonctions vitales des êtres organisés. D'où cette constatation, d'observation courante, que plus il y a d'individus dans une pièce, plus elle est surpeuplée, plus aussi l'air y est vicié.

Quant à son action sur l'organisme on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. Elle est multiple et complexe, comme les éléments qui le constituent, mais toujours néfaste, Il est probable que, sous son influence, la vitalité des tissus et des cellules, des globules rouges et blancs en particulier, est amoindrie, les échanges sont gênés et ralentis, les déchets incomplètement détruits et éliminés, les poisons accumulés, et, par suite, le fonctionnement régulier de tous les organes complètement troublé. Dans un tel organisme, le bacille de Koch — car c'est lui que nous avons en vue, et pour cause, puisque 95 pour cent d'entre nous l'hébergent — le bacille de Koch disons-nous, ne trouve plus devant lui qu'une résistance affaiblie et un terrain amendé, à son point de vue s'entend. Sa virulence, c'est-à-dire son pouvoir nocif, est accru d'autant, comme aussi sa puissance en face des derniers obstacles qui peuvent encore s'opposer à son extension.

Ce n'est pas tout. L'air confiné, vicié parce que tel, suppose presque toujours le surpeuplement absolu ou relatif. Or dans un logis surpeuplé, parce que insuffisant, l'isolement d'un malade contagieux — et c'est le cas de tout tuberculeux « positif » — est impossible. Autant dire que, dans un tel logement, la contamination de l'entourage est à peu près fatale parce que fatals, fréquents, intimes et prolongés sont les contacts entre le porteur de germes et les autres membres de la famille. C'est un nouveau danger qui s'ajoute au précédent.

***

De tout ceci il résulte que, peuvent être considérés comme équivalentes, synonymes, les expressions : logements insuffisants, logements insalubres et logement surpeuplés (absolument ou relativement, c'est-à-dire par comparaison avec le nombre de mètres cubes dont dispose chaque habitant).

Le taudis n'en diffère que par un degré supérieur d'insuffisance, d'insalubrité ou de surpeuplement auquel, presque toujours, s'ajoute la malpropreté.

Mais où commence le logement « insuffisant », insalubre par destination parce que surpeuplé ?

Pour avoir un critérium de l'encombrement d'un logement, le service de la Statistique Générale de la France a adopté, pour ceux-ci, une classification en cinq catégories :

1° Logements très larges : deux pièces ou plus par personne ;

2° Logements larges : plus d'une pièce par personne ;

3° Logements suffisants : une pièce par personne ;

4° Logements insuffisants : moins d'une pièce par personne et plus d'une demi-pièce ;

5° Logements surpeuplés : moins d'une demi-pièce par personne.

Dans une maison destinée à l'habitation, est compté comme pièce, tout compartiment distinct séparé par une cloiosn allant jusqu'au plafond et pouvant contenir un lit d'adulte. De cette façon sont, par exemple, considérés comme une pièce : le vestibule, la cuisine, la salle à manger et les cabinets de toilette assez grands pour recevoir un lit.

D'après ce critérium, généralement adopté tel quel — mais que nous croirons devoir modifier on verra pourquoi au chapitre suivant — l'insuffisance d'un logement est avérée s'il n'a pas autant de pièces que d'habitants, ou encore s'il compte plus d'habitants que de pièces, le nombre de celles-ci étant calculé en tenant compte de la remarque précédente.

***

Ainsi défini, le logement « insuffisant » a été étudié dans ses rapports avec la tuberculose.

M. Juillerat, le créateur du « casier sanitaire des maisons », a mis en relief, le parallélisme étroit qui existerait, à Paris, entre la mortalité tuberculeuse et les logements insalubres ou insuffisants.

D'autres observateurs, médecins et sociologues, ont également montré, chiffres à l'appui, que, dans les divers arrondissements de la capitale, le nombre des décès dus à la tuberculose croît en proportion du nombre de logements insalubres.

Inversement, les constatations suivantes ont été faites : en Angleterre, la diminution de la mortalité tuberculeuse, qui, en trente ans, a été de 50 %, a été attribuée en grande partie, à l'amélioration du logement ouvrier ; à Lille, à Paris et ailleurs aussi, la construction dans certains quartiers d'habitations à

bon marché, saines et hygiéniques, aurait également réduit de moitié le taux de la mortalité tuberculeuse enregistrée auparavant dans lesdits quartiers.

Il y aurait donc une relation directe, évidente entre le logement insalubre ou insuffisant, puisque celui-ci crée celui-là, et la tuberculose.

Cette relation existe-t-elle à Béziers ?

Pour le savoir, il faudrait connaître tous les logements de la ville, d'une part, et, de l'autre, tous les tuberculeux existants. On verrait rapidement, en dénombrant les logements insalubres, dans quelle proportion ceux-ci sont habités par des tuberculeux. Mais le « casier sanitaire des maisons », où nous pourrions puiser des renseignements sur la salubrité des logements, est, croyons-nous, à peine ébauché à Béziers, la guerre en ayant retardé l'achèvement ; par ailleurs, nous sommes loin, les chiffres l'ont prouvé il y a un instant à peine, de connaître tous les tuberculeux de la ville. Ainsi manquent les bases, les seules solides, sur lesquelles on pourrait étayer une opinion valable pour la ville entière.

Malgré cette carence, la question n'est pas complètement insoluble.

Le Dispensaire possède, en effet, des documents susceptibles de l'éclairer et d'y répondre partiellement. Il connaît un certain nombre de « positifs » ; il connaît aussi le logement d'un certain nombre d'entre eux. En classant ces logements par catégories, d'après leur degré d' « encombrement » ou de salubrité, on saura combien il en est d'insalubres. Et la relation cherchée, si elle existe, apparaîtra aussitôt.

Ce champ d'observation est restreint sans doute et il serait imprudent, pour ne pas dire plus, de vouloir généraliser les résultats d'une semblable enquête. Malgré tout, nous croyons cette étude pleine d'intérêt et c'est pourquoi nous allons maintenant l'aborder.

Chapitre VI.

Logements contaminés « connus ». Leur répartition.

Adoptant la classification proposée par le Service de la Statistique générale de la France, nous avons donc recherché dans les dossiers sociaux du dispensaire tous les renseignements susceptibles de permettre de cataloguer les logements des contagieux « connus ».

Malheureusement, sur un total de 452 « positifs » inscrits à la date du 1er mai 1925, nous n'avons pu trouver que 300 dossiers sociaux complets ou à peu près. Dans un tiers des cas, pour des raisons diverses (*déménagement*, défiance, pénurie de visiteuses, etc.) aucune enquête n'a pu être faite.

C'est donc seulement 300 logements que nous connaissons : 220 sont situés dans Béziers et 80 à la campagne.

Ils se classent ainsi :

1re catégorie, logements	très larges, 2 pièces par personne	7	dont	3	à la campagne.
2e » »	larges, plus d'une pièce par personne	37	»	10	»
3e » »	suffisants, une pièce par personne	125	»	40	»
4e » »	insuffisants, moins d'une pièce par personne	87	»	18	»
5e » »	surpeuplés, moins d'une demi-pièce par personne.	44	»	9	»

A s'en tenir à ce classement, on doit considérer comme suffisants, sains, non surpeuplés les logements compris dans les trois premières catégories, soit 169 sur 300, un peu plus de la moitié ; et comme insuffisants, insalubres, surpeuplés — trois termes synonymes — ceux des 4e et 5e catégories au nombre de 131, moins de 50 pour cent. Autrement dit, ces 300 logements, tous habités par des tuberculeux avérés, sont, en majorité, suffisants, salubres, non surpeuplés. Il en résulte, par conséquent, qu'on ne saurait parler ici de relation directe entre l'insuffisance, l'insalubrité ou le surpeuplement du logement et la tuberculose.

***

Mais il y a lieu, croyons-nous, de modifier le critérium d'encombrement ou d'insalubrité d'un logement et de l'élargir à la base de façon à comprendre parmi les « insuffisants », la catégorie de logements n'ayant qu'une pièce par personne, c'est-à-dire ceux de la troisième.

En avons-nous le droit ?

Oui certainement, et nous allons essayer de le prouver.

Dans cette étude, nous avons en vue en effet la tuberculose, maladie contagieuse et maladie sociale, transmissible par les contacts, directs et indirects, que réalisent la vie en société et, mieux encore, la vie en famille. Surveiller ces contacts, prévenir la contagion par une prophylaxie efficace, donc raisonnée, scientifique, est le but auquel on doit tendre. On ne saurait compter pour l'atteindre, ni sur l'éducation hygiénique du public, encore bien incomplète pour ne pas dire nulle, ni sur les précautions prises par les malades, souvent fort négligents et d'ailleurs insuffisamment éduqués également. Reste l' « *isolement* » du contagieux, du « positif ». Sans doute la mesure peut paraître un peu barbare. Mais jusqu'ici elle s'est montrée la seule capable de limiter l'étendue du fléau et d'en arrêter l'extension et la diffusion.

C'est pourquoi il est rationnel d'exiger dans tout logement où vit un tuberculeux « contagieux » l'existence d'une pièce supplémentaire, d' « une chambre d'isolement ». A cette condition seulement, ce logement pourra être considéré comme « suffisant ». Dans le cas contraire, on aura le droit, et même le devoir, de le déclarer « insuffisant ».

Or, dans la classification précédente, la nécessité

de cette « chambre d'isolement » n'a pas été envisagée. On peut en supposer l'existence dans les logements de la première et de la deuxième catégories, mais elle manque nécessairement dans les 125, qui forment la troisième. Ici, en effet, chaque logement comprend bien une pièce par personne, et c'est pourquoi, d'ailleurs, chacun est considéré comme « suffisant », d'après le critérium adopté. Mais il ne faut pas oublier que, d'après ce même critérium, la cuisine est comptée comme une pièce. On ne saurait cependant en faire une chambre à coucher ni, à plus forte raison, une « chambre d'isolement ». Et il en résulte que, dans ces logements, le « contagieux » est, la nuit, en contact plus ou moins intime avec un ou plusieurs autres membres de sa famille, contact redoutable s'il s'agit d'enfants, ou bien il est isolé dans une chambre, la plus petite souvent, et la moins aérée, ce qui est désastreux pour lui, et les autres membres de la famille s'entassent dans la ou les pièces voisines restantes, augmentant d'autant le surpeuplement et l'insalubrité.

Voilà pourquoi, il nous paraît logique de classer parmi les « insuffisants », les insalubres, les surpeuplés, ces 125 logements.

Si l'on admet cette façon de voir, qui est la nôtre est-il besoin d'ajouter après ce que nous venons de dire, le nombre de logements malsains, insuffisants, surpeuplés, peu importe le qualificatif, n'est plus : 131, mais 256, c'est-à-dire dépasse les cinq sixièmes du total en question. Nous sommes dès lors autorisés à parler ici aussi de relation directe entre le logement « insuffisant » et la tuberculose et confirmer, dans ce domaine restreint, ce qui a été constaté ailleurs dans des champs d'observation plus étendus.

***

Parmi ces 256 logements « insuffisants », 189 sont situés dans la ville et 67 à la campagne, ce qui fait, pour la première : 189, sur 220 « connus » et 67 à la campagne, sur 80. La proportion ici et là, est à peu près la même et dépasse les cinq sixièmes.

La répartition, dans le secteur du Dispensaire, des 67 logements ruraux « insuffisants » ne présente aucune particularité digne de remarque. On en trouve dans les petites villes, dans les grosses agglomérations et dans les hameaux de faible importance. Il est impossible de dire s'ils prédominent ici ou là. Le pourrait-on, il ne faudrait d'ailleurs en tirer aucune conclusion ; leur petit nombre ne le permet pas.

Par contre il nous a paru intéressant et instructif de « situer » par quartiers et par catégories, les 220 logements « connus » dans la ville de Béziers. On en trouvera le classement complet dans le tableau suivant.

Quartiers	Nombre de logements « connus »	Catégories					Nombre de logements insalubres	
		1	2	3	4	5	Total de ceux compris dans la 3e, 4e et 5e catég.	Total de ceux compris dans la 4e et 5e catég.
Hôtel-de-Ville	1		1					
Madeleine	18			6	7	5	18	12
Saint-Aphrodise	31	1	5	14	7	4	25	11
Abattoir	29		3	14	8	4	26	12
Marché-Neuf	13		1	6	3	3	12	6
Saint-Pierre	17	2	3	7	4	1	12	5
Faubourg Nord	2			1	1		2	1
Banlieue Nord	0							
Saint-Nazaire	17		2	7	5	3	15	8
Saint-Jacques	17	1	2	6	5	3	14	8
Citadelle	11			4	5	2	11	7
Les Poètes	27		3	5	13	6	24	19
Gare Midi	8		2	2	2	2	6	4
Faubourg-Sud	29		5	13	9	2	24	11
Banlieue-Sud	0							
Total pour Béziers	220	4	27	85	69	35	189	104
dont : logements insalubres							189	ou 104
							(suivant le critérium adopté).	
pour la campagne	80	3	10	40	18	9	67	27
total : ville et campagne	300	7	37	125	87	44	256	131
dont : logements insalubres							256	ou 131
							(suivant le critérium adopté)	

La lecture de ce tableau montre que les logements « insuffisants » contaminés par la tuberculose, « connus » du Dispensaire, sont répartis à peu près également dans tous les quartiers de la ville.

La proportion des familles contaminées « insuffisamment » logées est partout sensiblement la même : à Saint-Aphrodise, la Madeleine, Saint-Nazaire, Saint-Jacques, c'est-à-dire dans le « Vieux Béziers », et à l'Abattoir, au Marché-Neuf, à Saint-Pierre et aux Poètes, c'est-à-dire dans les quartiers neufs de la ville.

D'où il faut en déduire, pour Béziers tout au moins, que la tuberculose paraît affectionner le logement « insuffisant », insalubre, malsain, *où qu'il soit situé* : les cinq sixièmes des « positifs » dont le logement est connu du Dispensaire sont insuffisamment logés. La salubrité du milieu ambiant, « extérieur », ne contrebalance pas l'insalubrité « intérieure » du logement puisque dans les quartiers neufs de la ville, et dans la campagne biterroise aussi, milieux incontestablement sains, les logements « insuffisants » contaminés sont aussi nombreux que dans les vieux quartiers moins salubres.

Mais, s'il est permis de dire que *la tuberculose affectionne le logement malsain*, la proposition réciproque n'est pas soutenable : *le logement malsain, insuffisant, insalubre, n'est pas nécessairement contaminé par la tuberculose.* Les quartiers du « Vieux Béziers » où les logements, « insuffisants » doivent être plus nombreux qu'ailleurs, quoique à défaut de « casier sanitaire », il soit impossible d'en fournir la preuve, ces quartiers, disons-nous, sont contaminés certes autant que les autres, peut-être un peu plus ; mais la différence, probablement assez faible pour certains, n'est nullement en rapport avec celle, probablement élevée, des logements insalubres.

Ici encore, il faut donc admettre aussi l'intervention d'autres facteurs, multiples à coup sûr, et dont au surplus nous ignorons l'influence respective.

Conclusions.

Le Dispensaire départemental d'Hygiène Sociale de Béziers, ouvert en mars 1921, a rayonné jusqu'à ce jour sur 81 communes, formant ensemble 10 cantons et représentant une étendue territoriale de près de 2.000 kilomètres carrés environ, presque le tiers du département de l'Hérault qui compte 36 cantons, 341 communes et dont la superficie totale est de 621.-939 hectares. La population comprise dans ce rayon est, en chiffres ronds, de 160 à 170.000 âmes, le tiers approximativement de celle du département évaluée à 490.000.

Le taux annuel moyen de la mortalité tuberculeuse pulmonaire a été à Béziers, ville et campagne, de 1.8 pour mille habitants, pendant les quatre années 1921, 1922, 1923 et 1924.

Le taux de la morbidité tuberculeuse pulmonaire « présumée réelle », calculé d'après celui de la mortalité connue, est de 11 pour 1.000 habitants. Ce taux s'entend des « positifs » et des « négatifs », des contagieux et des non contagieux.

Le pourcentage des contagieux « connus » du Dispensaire est de 50 à 60 pour cent pour Béziers, et 10 pour cent seulement pour la campagne.

Les contagieux ruraux « connus » sont répartis dans tous les cantons du secteur. Mais leur répartition est loin d'être uniforme et régulière. Elle n'est en rapport notamment, ni avec l'importance de leur population, ni avec la distance qui les sépare du Dispensaire. Certains cantons, plus peuplés et plus rapprochés, ont un nombre de contagieux « connus » beaucoup moins élevé que d'autres à population inférieure et plus éloignée. Cette disproportion ne tient pas à une contamination plus grande ici que là, mais paraît due à une collaboration, ici plus active, du corps médical.

Dans la ville de Béziers, les contagieux « connus » sont répartis dans tous les quartiers. Partout la tuberculose sévit avec plus ou moins d'intensité. Mais la répartition des foyers contagieux est encore ici indépendante de l'importance de la population et aussi de la densité de celle-ci.

Elle n'est pas non plus complètement en rapport avec l'état de salubrité des quartiers. Ceux réputés malsains sont incontestablement contaminés ; mais les autres le sont presque autant : leur salubrité plus grande ne paraît pas les protéger davantage.

Par contre, il paraît exister un certain rapport entre cette répartition et le degré de salubrité des logements. En effet, le Dispensaire connaît le logement des deux tiers des tuberculeux « contagieux » inscrits sur ses regristres. Or les cinq sixièmes de ces logements sont « insuffisants ».

On trouve ces logements « insuffisants », contaminés par la tuberculose, à la campagne aussi bien qu'à la ville, et ici, dans les quartiers neufs aussi bien que dans les autres. De telle sorte qu'il est permis de voir là une relation directe entre cette maladie et le logement « insuffisant », où qu'il soit situé.

Toutefois cette relation n'est pas absolue. Elle n'est pas plus accusée, contrairement à ce qu'on pourrait croire, dans les quartiers réputés malsains où les logements insuffisants doivent cependant être plus nombreux. Autrement dit, si la tuberculose semble préférer le logement « insuffisant » celui-ci n'est pas nécessairement « tuberculisé ».

D'où cette autre déduction intéressante : le logement « insuffisant » est incapable à lui seul à expliquer l'éclosion ou l'évolution de la tuberculose.

D'autres facteurs entrent donc en jeu. Beaucoup demeurent encore hypothétiques. Parmi ceux dont l'action paraît plausible et prédominante il convient de citer : la contagion, la misère, la profession, les excès de toutes sortes, les maladies et l'alimentation défectueuse soit en quantité, soit en qualité. Dans quelle mesure interviennent-ils et comment agissent-ils ? Ici encore il est impossible, à l'heure actuelle, de donner une réponse satisfaisante. En effet leur influence s'exerce à la fois sur l'organisme humain et le bacille de Koch, c'est-à-dire le terrain et la graine, pour modifier l'un et l'autre dans leur structure, leur composition, leur nutrition, etc. Or nous ignorons la nature de ces modifications et leur répercussion possible sur la tuberculose.

Le problème est, on le voit, complexe et loin d'être solutionné. Il s'impose à l'attention de tous, médecins et sociologues. S'il est vrai que le dépistage des « contagieux », leur éducation hygiénique, leur isolement, la destruction de leurs expectorations, la désinfection de leur logement sont, certes, des mesures utiles, indispensables même, il est non moins évi-

dent que ces mesures sont insuffisantes. La lutte antituberculeuse ne sera entièrement organisée, et la prophylaxie complètement assurée, qu'autant que seront amendés, par ailleurs, ces facteurs dont l'influence néfaste est indéniable. Autrement dit, pour faire œuvre utile, le phtisiologue a besoin du concours de l'hygiéniste et du sociologue.

C'est dire aussi, par conséqent, que le péril tuberculeux ne sera écarté que si s'y emploient activement et simultanément, d'un côté, lesPouvoirs Publics, forts de leur autorité et de leurs ressources, et de l'autre, l'initiative privée, riche en hommes actifs et dévoués.

***

Mais n'insistons pas. Tout ceci est connu, a déjà été dit, et dépasse d'ailleurs le cadre de ce travail. Le but que nous nous sommes assigné ici est bien plus modeste et plus restreint. Il peut se résumer en quelques mots :

D'abord, « situer », dans le secteur du Dispensaire départemental d'hygiène sociale de Béziers, les foyers tuberculeux contagieux « connus », évaluer « approximativement » le nombre de ceux « existants » mais encore « inconnus », et en faire la répartition aussi exacte que possible ;

Puis, mettre en évidence la ou les causes de « tuberculisation » de tous ces foyers, causes qu'il est logique de supposer différentes ici et là mais agissant partout identiquement.

Nous croyons avoir atteint le premier point ; le second ne l'a été que partiellement. Parmi les causes prédisposantes, déterminantes, favorisantes ou occasionnelles, beaucoup nous échappent encore, et l'action des autres, à peine entrevue, est incomplètement élucidée.

Poursuivre cette étude et rechercher les foyers tuberculeux encore « inconnus », de beaucoup les plus nombreux, telle est la double tâche qui s'impose au Dispensaire.

La première sera longue et ardue ; mais menée à bien, elle donnera d'heureux résultats ; connaître les causes rend en effet possibles et fructueuses la recherche, la découverte et l'application des mesures propres à les supprimer et, avce elles, leurs effets : *sublata causa, tollitur effectus.*

La recherche des foyers contaminés encore inconnus exigera, de la part du Dispensaire, un redoublement d'activité, étayée, sur la confiance que cet organisme devra s'efforcer d'inspirer toujours de plus en plus autour de lui.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CASSÉUS, de Paris. — M. le Dr COMMANDEUR, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon. — M. le Dr Georges THIBIERGE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le Dr E. COUTRAY DE PRADEL, de Paris. — M. le Dr VIDAL, d'Hyères. — M. le Dr Julien DE LAVARENNE, de Saint-Donat (Drôme). — M. le Dr William LEISHMAN, de Londres, auteur d'importants travaux de pathologie coloniale (leishmanioses).

— **La protection des denrées alimentaires.** — Sur la proposition de M. Desveaux, le Conseil général de la Seine vient de renvoyer à l'administration le vœu suivant émis par la Fédération des Services de santé :

« Considérant qu'il importe de conserver la santé publique par tous les moyens préventifs, constate qu'aucune mesure n'a été prise par les pouvoirs publics pour mettre à l'abri des poussières de la rue les denrées alimentaires qui ne sont pas soumises à une préparation culinaire assurant toutes garanties d'hygiène aux consommateurs.

« Emet le vœu :

« Que les pouvoirs publics, et en particulier les préfets et les maires, imposent aux commerçants les moyens propres à éviter aux denrées consommables tout contact avec les poussières de la rue et les projections de boue.

— **L'Argus** publie une nouvelle édition de « Nomenclature des journaux en Langue française paraissant dans le monde entier ». Ce volume de près de 800 pages, qui est doté d'une table des matières renfermant plus de 20.000 noms, contient plus de 10.000 titres de journaux différents, publiés sur toutes les parties du globe.

— **Les Officines de Beauté à Miami (Floride).** — Parmi les 52 Officines de Beauté (Beauty shops) de Miami quatre seulement furent trouvées convenables par l'inspection d'hygiène publique.

Un établissement n'avait qu'un peigne et une brosse pour tout le monde ; dans un autre les serviettes étaient séchées seulement et remises en usage jusqu'à ce qu'elles fussent sales. Dans un autre, les cabinets hygiéniques servaient « d'attrape-tout » (were used for catch-all) : nous dirions de « foure-tout ». Une autre maison avait une houppe à poudre, unique pour tous les habitués, etc.

(*Le Mouvement sanitaire*, d'après le *Journ. of Amer. med. Assoc.*).

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Réponse.

Il n'y a pas présomption d'origine, l'urémie ne pouvant être considérée, *a priori*, comme étant essentiellement de même nature que l'infection péri-rénale, dont on a reconnu la guérison à une époque donnée.

Mais l'intéressé peut très bien, à l'heure actuelle encore, et avec chances de succès, faire la preuve de la filiation médicale qui unit les deux affections, notamment en démontrant la continuité de l'évolution morbide par toutes preuves légales : attestations médicales, témoignages de cessation de travail pour maladie, etc.

Application du Tarif Durafour

I

2679. — Pansements à domicile et frais de déplacement en cas de blessure d'un doigt.

J'ai l'honneur de vous exposer les faits suivants : ayant donné mes soins à un ouvrier agricole (le fils du patron), la Cie d'assurances P. refuse de me régler ma note, tout au moins intégralement, et elle m'offre à peine la moitié — il s'agit d'une note de 355 fr. — elle m'offre 160 fr.

Elle prétend que j'aurais dû faire venir le blessé à mon domicile pour les pansements ; or, il habite à 10 km. de C. ; il n'y a pas de gare dans le pays et s'il avait pris l'autobus, c'était sa journée perdue. Du reste, l'agent de la Cie P. à C. m'a confié une lettre dont je vous donne copie ci-joint d'une façon également confidentielle et qui vous éclairera sur la bonne foi de la dite Cie d'assurances.

Je ne veux pas engager une instance avant de savoir quel est l'avis de votre contentieux d'une part, et d'autre part, si le « Sou » me soutiendrait dans cette instance, car la Cie me menace d'épuiser toutes les juridictions. Or, après la Justice de paix, le procès peut aller en Cassation directement (nouvelle loi).

D'autre part, si j'accepte l'aumône de 160 fr. qui m'est offerte, je donne raison à la Cie et je passe pou un médecin « marron ».

J'affirme que je n'ai pas fait d'autre visite dans le pays, où était le blessé, ou du moins que je ne soignais alors aucun malade dans le pays d'une façon suivie.

Donc, quoi faire ? Je suis du reste vivement frappé de la mauvaise volonté des Cies d'assurances, en général, pour régler les notes d'honoraires actuellement.

Dr S.

Réponse.

S'il y eut seulement une blessure de doigt, comme je le lis dans la lettre de la Compagnie (car vous ne me donnez vous-même aucun

détail technique), la Cie a le *droit* de vous refuser le paiement de vos déplacements en se basant sur l'article 2 du tarif Durafour, qui n'admet la visite à domicile que lorsque « le blessé ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé ». Et ceci ne paraît pas être ici le cas, puisqu'il a continué à travailler, d'après votre lettre, me disant : « S'il avait pris l'autobus, c'était sa journée perdue. »

Par contre, ce qui est inadmissible, c'est le ton de la lettre de la Cie et toutes les élucubrations absurdes qu'elle contient. Il est vrai que vous ne pouvez en faire cas, puisqu'elle ne vous fut pas adressée et que vous n'en n'avez pris connaissance que fortuitement : d'ailleurs, si elle est impolie à votre égard, elle ne serait guère, ce me semble, attaquable judiciairement.

Conclusion : Sauf renseignements complémentaires de votre part et différents de ceux que j'ai, je ne vous conseille pas de poursuivre l'affaire en justice. Par contre, vous avez le droit de *ne pas connaître* l'assurance et de vous faire payer directement par le patron du blessé (son père, en l'espèce), qui, lui, se retournera, s'il le veut, pour se faire rembourser par son assurance. Mais, même dans ce cas, l'objection de l'article 2 du tarif des accidents du travail tient toujours.

A moins enfin que vous ne réclamiez votre note au blessé lui-même, y compris le supplément de la note officielle dressée d'après le tarif Durafour, qui ne représente que la part patronale... dont, il est vrai, le corps médical a pris l'habitude, sans y être obligé, de toujours se contenter.

F.D.

II

2647. — Intervention de nuit.

Vous seriez bien aimable de me donner le renseignement suivant : J'ai été appelé dernièrement à 10 h. du soir, auprès d'un fermier des environs (7 km.) victime d'un accident de voiture : la cuisse, coincée entre la roue et le marchepied, avait été fortement endommagée : la peau, l'apéonévrose et les muscles sectionnés ou plutôt broyés jusqu'à l'os.

J'ai compté : régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse et profonde : 100 fr. + 7 km. à 3 fr. = 21 fr.

Mais n'ai-je pas à compter un supplément pour visite faite entre 21 heures et 6 heures du matin ? Je ne peux pas tripler le prix ?

Dr L.

Réponse.

Le prix des actes opératoires faits la nuit en cas d'urgence, est majoré de 25 % (Art. 8). Comptez donc : 100 + 25 + 21 = 146 fr.

Mais ne comptez pas de visite triplée, car vous ne pourriez plus faire état de l'intervention sans pratiquer le cumul interdit par l'article 13.

F.D.

Application du Tarif Maginot.

2626. — 1° Soins donnés à un malade en déplacement. 2° Fournitures médicamenteuses. 3° La revision du tarif.

1° Je soigne pour hémoptysie grave un pensionné militaire habitant L. et en vacances chez ses parents à 15 km. de chez moi.

Devrai-je envoyer ma note à la préfecture de L. ou à celle de mon département ? Dois-je avertir la préfecture des soins que je donne à ce pensionné ?

2° J'ai pratiqué plusieurs injections intra-veineuses de lobe postérieur d'hypophyse. Quel prix demander? Y a-t-il un moyen de me faire rembourser les ampoules de pituitrine et d'eau distillée que j'ai fournies?

3° N'y a-t-il pas eu ces derniers temps une révision du tarif des pensionnés de guerre ?

Dr C.

Réponse.

1° Vous devez envoyer votre note à votre propre préfecture, en mentionnant seulement le nom du pays où vous avez donné vos soins au malade. Le lieu d'origine de la délivrance du carnet est porté sur chaque feuille, vous n'avez donc pas à vous en occuper, le carnet étant utilisable dans toute la France.

2° Les injections intraveineuses sont tarifées 20 fr. (Art. 74). Si vous n'êtes pas propharmacien, vous n'avez pas le droit de fournir des médicaments, donc de vous les faire rembourser.

3° Il n'y a pas eu de revision du tarif Maginot cette année, la majorité des syndicats n'ayant pas donné de réponses précises, pratiques, utilisables, ce qui a retardé l'action des délégués.

Assistance médicale gratuite.

2739. — Radiation de la liste d'assistance.

Un préfet prononce une radiation sur la liste d'A.M.G. Le Conseil municipal réuni maintient l'inscription et le maire menace de donner sa démission s'il n'a pas satisfaction.

Mais n'y a-t-il pas à la préfecture une juridiction qui puisse arbitrer le conflit ?

Dr T.

Réponse.

Le préfet n'a pas qualité pour prononcer la radiation d'un bénéficiaire de l'assistance médicale gratuite.

Il peut, s'il estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, déférer les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste d'assistance, au Conseil de Préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Mais c'est là une mesure qui ne peut s'appli-

quer qu'à l'ensemble de l'opération, et qui n'a pour but que le respect de la forme.

Quant à la radiation ou à l'inscription d'un bénéficiaire, le préfet a, comme tout habitant ou contribuable de la commune, le droit de la réclamer devant la Commission cantonale, qui statue souverainement sur ces réclamations.

Cette Commission est composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement et du juge de paix du canton.

Fiscalité

2508. — Patente. Revision de la valeur locative.

Pourriez-vous me dire si le chiffre de mes impôts pour 1926 est exact, surtout en ce qui concerne ma patente portée de 88.70 à 309.61 ? On a adopté dans la commune pour la révision de la valeur locative l'indice 1 1/2

S'il y avait une erreur, que dois-je faire ?

Dr R.

Réponse.

Vous dites qu'on a adopté, dans votre commune, pour révision de la valeur locative, l'indice de 1 1/2. Il aurait fallu préciser si c'est le taux de majoration, ou le rapport de la nouvelle à l'ancienne.

Le premier cas nous paraît plus vraisemblable et, partant de là, vos impositions de 1926 sont exactement calculées.

A l'ancien revenu net de 375 francs correspondait une valeur locative de 500 francs, qui, majorée de l'indice 1 1/2 donne 1.250 francs, base de votre imposition à la patente et de 875 francs, revenu net foncier.

Vous ne pouvez réclamer que si cette valeur locative était exagérée par comparaison avec celle attribuée à des immeubles de même importance que le vôtre.

A. M.

2614. — Réduction de la puissance d'une automobile.

Guidé par votre article 2130 : Voiture usagée Force réduite. Taxe, du 25 juillet dernier, ma voiture datant aussi de 1913, je me suis adressé, comme vous le conseillez, au contrôleur de la Préfecture pour avoir « des renseignements au sujet de la force exacte de ma voiture ».

Le 6 août dernier je reçois la réponse que voici :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'ancienneté d'une voiture ne saurait intervenir pour la réduction de la puissance d'un véhicule, les instructions ministérielles des 15 décembre 1912 et 12 mars 1913 étant d'ailleurs formelles à ce sujet.

Dans ces conditions il n'est pas possible de donner satisfaction à votre demande. »

Qu'en pensez-vous et que faut-il faire pour obtenir satisfaction ?

Dr T.

Réponse.

Pour obtenir satisfaction, il faut que vous vous munissiez d'une attestation du constructeur de votre voiture constatant la réduction de la force de cette voiture, étant entendu que cette réduction ne peut résulter que de la modification apportée à la formule du calcul théorique de la puissance de ladite voiture.

A. M.

2612. — Impôt sur les bénéfices professionnels. Réduction pour charges de famille.

Veuillez m'excuser de faire encore appel au « Sou Médical » pour l'impôt sur le bénéfice des professions non commerciales.

Je reçois mon avertissement aujourd'hui et voici ce que je lis :

Pour un bénéfice déclaré de 22.100 fr.

Impôt brut : 1015,20.

A déduire pour charges de famille (6 personnes) : 76 fr. 14.

Impôt net : 939,06.

Il me semble qu'il doit y avoir une erreur. Je dois avoir une réduction beaucoup plus forte avec 6 enfants à ma charge. N'ai-je pas droit à 75 % de réduction ? Voulez-vous me dire, à votre avis, quel est mon impôt net. S'il y a réclamation à qui m'adresser? Au contrôleur. ?

Dr M.

Réponse.

Pour un bénéfice de 22.100 francs, l'impôt s'élève à : $(22.100 - 8.000) \times \frac{7,2}{100} = 1.015,20.$

Si vous n'avez pas d'autres revenus que celui de votre profession, vous n'êtes pas imposable à l'impôt général, puisque vous avez 6 enfants à votre charge.

La réduction à laquelle vous avez droit sur l'impôt cédulaire est de 75 % ,soit : 761,40.

L'impôt net est de : 1.015,20 — 761,40 = 253,80.

Il semble donc, d'après les chiffres indiqués sur votre lettre, qu'il s'agit d'une erreur d'opération, simplement de virgule. Allez trouver le contrôleur pour lui demander d'indiquer le dégrèvement sur votre avertissement.

A. M.

2619. — Base de la patente.

Le montant de mes impôts au titre des contributions directes et taxes assimilées a été, cette année, *plus élevé que j'aurais pu le supposer. Alors que l'an*

dernier je payais 360 fr., j'ai dû payer cette année 1345 fr. Cela est venu de ce que, pour la contribution des patentes, j'ai été imposé au 15e sur le prix entier de mon loyer qui est de 2000 fr., ce qui a fait 1070 fr. et pour la contribution des patentes au profit de la taxe vicinale : 192 fr. Je m'attendais à des impôts plus élevés que d'ordinaire, et les acceptais de bon cœur, mais je ne m'attendais pas à un chiffre trop élevé pour la situation que j'ai ici. J'ai réclamé ; le contrôleur m'a répondu que je devais payer sur la valeur entière de mon loyer. J'ai tenu à en avoir la confirmation et vous serais reconnaissant, si vous le pouvez, de me donner votre avis : alors que deux pièces sur huit dans ma maison servent à l'exercice de ma profession, dois-je payer la patente pour mon loyer entier ? Jusqu'ici, on ne m'avait imposé que pour moitié environ.

Dr M.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est calculé à la fois sur la valeur locative des locaux professionnels et sur celle de l'habitation. Si le loyer résultant du bail en cours est de 2.000 fr., chiffre sur lequel a été calculé la patente, vous ne pouvez réclamer.

Le centime applicable au principal de patente est certainement plus fort en 1926 qu'en 1925. De là provient encore l'augmentation de votre contribution.

En ce qui concerne la taxe vicinale basée sur le principal de patente, elle varie naturellement en raison de l'augmentation de celui-ci et de celle du centime qui sert à son calcul.

A. M.

2588. — Droits de succession sur un legs.

Tout récemment, une personne des environs léguait par testament la somme de cent francs au médecin qui aurait constaté son décès deux jours de suite (probablement par suite d'obsession d'être ensevelie vivante). Cette personne mourut et, par hasard, je me trouvai à constater le décès le jour même et à retourner le lendemain en passant au domicile du défunt pour délivrer le bulletin de décès. Sans le savoir, je m'étais donc mis dans les conditions désirées par cette personne et fus informé quelque temps après par un notaire de la région d'avoir à passer à son étude pour toucher le legs en question (avec toutes les explications et désirs du malade). Je m'acquittai des signatures exigées par la loi en l'étude du maître et fus prié de repasser dans le mois suivant pour toucher, cette fois.

Je fus absolument interloqué lorsque le clerc de notaire me remit la somme nette de quarante-sept francs cinquante représentant le legs de cent francs attribué par le donateur.

Là-dessus je fis quelques réflexions de couleur plutôt grise et me demandai, alors, si, sous le régime « capitaliste » dans lequel nous vivons, il y a de telles

retenues, ce qui se passerait sous le régime de MM. Léon Blum et Consorts. Dans le dernier cas, j'aurais eu probablement à verser la somme de vingt francs vingt-cinq centimes environ pour frais et timbres ! *Et nunc erudimini qui judicatis terram !*

Dr X.

Réponse.

Le taux des droits de mutation entre personnes non parentes est de 25 % plus deux décimes, soit 30 fr. pour 100 fr. A ces droits s'ajoutent la fraction de taxe successorale perçue sur l'ensemble de l'actif ainsi que les honoraires du notaire.

Donc des 52 fr. 50 retenus par ce dernier si l'on déduit les 30 fr. de droits de mutation, il reste 22 fr. 50 pour les honoraires et la taxe successorale dont le taux est variable, mais atteint déjà 15 %, si la succession atteignait 100.000 fr. et si le défunt ne laissait aucun enfant vivant ou représenté.

A. M.

Accidents du Travail

2662. — Déclaration d'accident obligatoire.

Je vous serais obligé de vouloir bien me faire savoir si le patron d'un accidenté du travail est réellement obligé de faire une déclaration d'accident à la mairie. Je viens de voir le représentant d'une assurance, lequel affirme que cela n'est pas nécessaire avec la nouvelle loi.

Dr C.

Réponse.

Tout accident du travail soumis à la législation spéciale, qu'il s'agisse d'une exploitation industrielle, commerciale, forestière ou agricole, doit être déclaré par le chef d'entreprise au maire de la commune dans laquelle l'accident s'est produit.

Nous ne connaissons pas de loi nouvelle qui ait modifié sur ce point la législation sur les accidents du travail.

2678. — Rixe entre ouvriers. Accident du travail ?

Membre du « Sou Médical », j'ai recours à votre obligeance pour me documenter, j'ai cherché un cas semblable dans les cinq dernières années du *Concours*, mais sans succès.

Voici ce dont il s'agit :

Un homme faisant fonction de contremaître dans un chantier (extraction de sable dans une carrière) fait, au cours du travail, une observation à un ouvrier sous ses ordres. Mécontent, ce dernier lui envoie des coups de poings qui provoquent des ecchymoses palpébrales des deux yeux obturant la vue, et une hémorragie sous-conjonctivale d'un des yeux, lésions

qui entraîneront une incapacité temporaire d'une dizaine de jours

Y a-t-il là accident du travail ? C'est du moins mon avis, si ce n'est pas celui du représentant de l'assurance.

Je vous serais infiniment gré de me faire connaître votre avis. Dr S.

Réponse.

En principe, une rixe entre ouvriers ne peut constituer un accident du travail. Il n'en est autrement que lorsqu'une relation étroite peut être établie entre les causes de la rixe et le travail.

C'est ainsi que, d'après Sachet, édition 1926, page 200, nº 427, il y a lieu de considérer comme accident du travail les coups portés par un ouvrier à un chef de chantier pour se venger d'une réprimande reçue dans le service.

L'exemple pris par Sachet, auteur qui fait autorité en matière d'accidents du travail, correspond exactement au cas que vous citez.

A notre avis, il ne paraît donc pas douteux que la loi sur les accidents du travail soit applicable à votre blessé.

2730. — Calcul de la rente d'un accidenté du travail.

Quel est, je vous prie, le montant de la pension attribuable à une invalidité de 30 %, le salaire étant de 7.500 fr. par an ? Dr M.

Réponse.

Si l'accident était postérieur à la promulgation de la loi du 8 juillet 1926 (9 juillet), qui a modifié l'article 2 de la loi du 9 avril 1898, l'ouvrier aurait droit à une rente égale à la moitié de l'incapacité permanente résultant de son accident, c'est-à-dire à : $\frac{7.500 \times 30}{2}$ soit à 1125 fr. de rente.

Si, au contraire, l'accident est antérieur au 9 juillet 1926, le salaire de base doit être calculé comme suit :

Jusqu'à 4.500 pour ta totalité	4.500
De 4.500 à 7.500, pour le quart, soit le quart de 3.000	750
Total	5.250

dont la moitié des 30 % est de 787,50.

Le blessé aurait donc droit à une rente de 787 fr. 50.

2694. — Juge de paix compétent.

Je viens vous demander la marche à suivre dans le cas suivant où il s'agit d'un accident du travail.

Une femme de 60 ans, espagnole, est au service d'un nommé B. à F. Elle tombe pendant le travail et se fracture la cuisse gauche au col du fémur. Sa réduction est mal faite et au bout de 2 mois, ne pouvant être soignée chez son patron, elle vient à S. où je lui donne mes soins.

Le patron M. B. m'a écrit pour me donner tous renseignements utiles au mois de mai. De même l'agent de la Cie m'a écrit aussi. Il y a 8 jours j'ai envoyé le certificat final descriptif. En admettant que la Cie fasse la sourde oreille, quelle est la marche à suivre pour que cette femme soit payée ? Doit-elle attaquer au canton de F. ou à celui de S ?

Dr C.

Réponse.

En matière d'accidents du travail, aussi bien pour le demi-salaire que pour les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires, c'est toujours le juge de paix du lieu de l'accident qui est compétent.

Si la blessée n'est pas payée, ou si vous-même ne pouvez toucher vos honoraires, c'est donc devant le juge de paix de F. que vous devrez citer le patron.

2761. — Nouvel accident conséquence d'un premier accident.

Membre du « Sou », j'aimerais à avoir une consultation sur le cas suivant qui m'intéresse, à titre personnel comme médecin traitant, et comme médecin d'un pauvre bougre sans défense :

Un ouvrier mineur, par suite d'un éboulement de carrière, est atteint d'une fracture sus-condylienne du fémur, fracture grave à consolidation lente, à séquelles graves, le 29 avril 1926.

Le cal étant assez solide au début de juillet, je l'autorise à se lever et à marcher à l'aide de béquilles, le 13 juillet, — à noter que par suite des lésions articulaires du genou, le membre était enraidi, le malade affaibli, le membre atrophié.

Au cours d'exercices de marche, étant seul chez lui, sa femme étant obligée de travailler au dehors pour gagner le subsistance de ses enfants, il tombe et se fracture à nouveau la même cuisse.

La compagnie refuse d'admettre cette seconde fracture, survenue au lever de ce blessé au cours d'exercices de marche, déclarant que « juridiquement, il s'agit ici d'un deuxième accident qui n'est « nullement un accident de travail et qu'en conséquence le patron ou la compagnie qui le représente « ne peut être tenu comme responsable, ainsi qu'une « jurisprudence nombreuse en a décidé ».

La prétention de la compagnie me semble injustifiée ; le deuxième accident est bien la conséquence de l'accident initial, puisque le blessé encore convalescent après 75 jours de lit, le genou ankylosé, le membre atrophié et enraidi faisait ses premiers essais de marche.

Je vous demande :

1° De me dire votre sentiment sur ce cas, sentiment appuyé, s'il le faut, de précédents juridiques.

2° De me dire ce que doit faire mon client pour obliger la compagnie à reconnaître la responsabilité de la fracture itérative.

En plus de l'intérêt que je porte à ce blessé, je suis moi-même intéressé à l'affaire ; si la compagnie n'est pas responsable je perds tous mes honoraires pour cette complication secondaire.

Dr L.

Réponse.

Suivant Sachet (Traité de la Législation sur les accidents du travail, 1926, n° 459) un accident nouveau, bien que survenu en dehors de l'exploitation, peut, dans certains cas exceptionnels, être considéré comme la conséquence d'un accident de travail antérieur. Comme exemple l'auteur cite le cas d'un ouvrier qui s'est cassé la jambe et a été guéri sans toutefois être complètement en état de reprendre son travail et qui se fait une nouvelle fracture juste au même endroit en glissant sur un terrain plat. On peut admettre, en pareil cas, que la deuxième fracture est due beaucoup plus à une insuffisance de consolidation de la première blessure qu'à la chute elle-même.

A fortiori, à notre avis, dans le cas qui fait l'objet de votre lettre, car le deuxième accident est certainement une conséquence du premier et est survenu au cours du traitement que vous avez institué.

Le blessé peut donc, si le patron, conformément aux prétentions de la Compagnie, lui refuse le paiement de son demi-salaire, le citer en paiement devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Vous pourriez également citer directement le patron en paiement de vos honoraires, si vous n'aimez mieux attendre que le différend survenu entre lui et le blessé ait été tranché judiciairement.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Histoire vraie.

Pour la troisième fois
Sur son grand lit de bois
Sa fille pantelante
Accouche de façon fort lente.
Sa mère alors croit le moment venu
De bien placer le discours convenu :
Ah ! tu vois pauvre malheureuse
Où mène ta conduite affreuse,
Et dans quel horrible tourment
Te met le bonheur d'un moment.
— Or, la fille entre deux souffrances
Répondit : « Mère, ah ! vrai, tu penses ?
Moi je trouve que la douleur
N'est rien à côté du bonheur. »

MORALE.

Elle était un héros d'Homère
La fille mère.

Dr BLONDEAU,
Mamers.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2430 IV)

(*Suite du Sommaire*)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Italie : 45 fr. — 1re Zone 55 fr. — 2e Zone 70 fr.

Membres du Concours exerçant dans les Stations Thermales.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les Docteurs :

Aix-les-Bains. Bertier, Blondel, L. Coutaz, Dardel, Duvernay, Forestier, Kent-Gazet, Lelong.

Allevard-les-Bains. Boël.

Amélie-les-Bains Alardo, Bouix

Ax-les-Thermes (Ariège) Boyer, Gomma.

Bagnères-de-Bigorre : Frank-Duprat (*enf.*), J. Courbin, Portes, Ricard-Pomarède.

Bagnoles-de-l'Orne. P. Chapron, Hügel, Joly, E. Le Gouriérec, E. Poulain.

Bains-les-Bains. M. Henry, Lassance, L. Rose.

Barèges. Fourment, A. Péret, Pinat, Robine.

Besançon La Mouillière. Mme Jeanne Bon.

Biarritz. Clavel, Lacour.

Bourbon-Lancy. Bellœuf, Compin.

Bourbon-L'Archambault. Litaud, Mansillon.

Bourbonne-les-Bains. Gay, Testevuide.

Brides-les-Bains et Salins-Moutiers. Mathieu, Laissus fils.

Cambo-les-Bains. A. Camino, Colbert, Dieudonné, Hamant, J. Trotot.

Capvern. Pouy.

Cauterets. Anglade. Armengaud, Cosserat, L. Pradal.

Châtel-Guyon. Baumann, Brousse, St-René Bonnet, Conchon, Foucaud, Gachlinger, Kolbé, Levadoux, Martin Pierre, Mazeran, Ribérolles.

Contrexéville. J. Thiéry. Contal.

Divonne-les Bains Ballivet.

Eaux-Bonnes. Creignou. Portes.

Enghien-les-Bains Beyrand, H. Forterre.

Escouloubre-les-Bains. Dr Sarda.

Evaux-les Bains. Gruzu, Lepage.

Evian-les-Bains. J. Eyraud-Joly, Pozier (psych.).

Forges-les-Eaux. Nicolas.

Gréoux (Basses-Alpes). Rigal.

Hendaye. Th. Casenave.

La Bourboule R. Aboulker, Duliège, Guillot (A.), P. Maurel, Veillet, Verdalle.

La Motte-les Bains De Langenhagen.

Lamalou-les-Bains. Cauvy, Tabarié.

La Roche-Posay-les-Bains. Auboux, Bardet, Guyot, Ragaine, Testut.

Luchon. De Beauchamp, Comet, Gazal-Gamelsy, Dutech, Germès, Molinéry (ne fait que la physiothérapie), Salles, Sammuller, de Torrès.

Luxeuil-les-Bains : Roger Causeret, Cugnier, Gauthier, Picot, Pierrhugues, Rimey.

Martigny. Payen.

Mont-Dore J. André, Débidour, E. Dullin, Garcin, Levadoux, Verrier.

Néris. Ducros. Jossand.

Plombières-les-Bains. Bernard, Gillot, de Langenhagen. Truelle

Pougues-les-Eaux. Hyvert.

Préchac-les-Bains. Degos.

Royat. Heitz, Mougeot, Georges Perrin.

Salies-de-Béarn. Caustère, David, Dufourcq, Larrouy.

Salins-les-Bains Perrin, Baud, Bourny.

Salins-Moutiers. Gonthier.

Salies-du-Salat. Barbé.

Sail-sous-Couzan. François.

Saint-Amand-les-Eaux. A. Garin-Masingue.

Saint-Didier. (Vau.) Masquin.

Saint-Gervais-les-Bains. *Bleicher, E. Mallein, Musso,* Roux.

St-Honoré-les-Bains. Charpin, Gomot, Segard, Silvestre.

St-Nectaire. Sérane, Siguret Versepuy.

Sermaize-les-Bains. Fritsch (H.), Ramonet.

Uriage. Barbier, A. Bouteller.

Ussat (Ariège). Pujol.

Vals-les Bains. Bressot, Chabannes, David.

Vernet les-Bains. Ponson.

Vichy. Amblès, Bargy, Cahen, Caillon, Castera, Chabrol (Léon), Cluzan, Cocheret, Cotar, Desmaroux, Farre (Ch.) (*stom.*), Fau, Gannat, Guinard, Lossedat, Martin-Péridier, Reynes.

Vittel Constant, Monsseaux.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

Nº 425. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N. 426. — Dame recomm. par doct. prendrait en garde enf. de plus de 2 ans, Propreté, hygiène, mais. confort. grand jard.

Nº 427. — Conf. rech. dame ou j. fille de famille méd. si poss., pour éduc. et instr. d'une fillette de 5 ans, orph.

Nº 428. — Dr, 6, rue Gît-le-Cœur ch. confr. env. de Paris, rayon 100 km. pouv. prendre en pens. jne garç. 10 ans, santé délicate.

Nº 429. — A céd. cont. faible indemn. poste dans pet. ville industr. gr. ligne ch. de fer, aff. d'avenir. Vaste mais. avec jard., loyer 1.800. Urgent. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Nº 430. — 1 h. Paris, client. seul propharm. à céd. d'urg., recet. 60.000. Gr. mais, av. jardins, électr. Loyer 900. Prix à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr POULET, de Tramayes, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

AVIS

En raison du relèvement sensible de l'indice économique, le prix de l'abonnement annuel au « Concours Médical » *est porté à* **40 francs** *pour la France et les Colonies, à partir du premier octobre* 1926.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Erratum.** — C'est le 8 septembre dernier (et non le 8 août) qu'a été célébré, à Châtel-Guyon, le mariage de Mlle G. Brousse avec M. le Dr Rime.

— **Les Congrès.** — Du 4 au 9 octobre, à Paris, *XXXVe Congrès de chirurgie.* — Du 5 au 9 octobre, à Paris, *XXVIe Congrès français d'urologie.* — Le 8 octobre, à Paris, *Congrès d'orthopédie.*

— **Hôpital Beaujon.** — *Radiothérapie pénétrante.* — Le mardi 5 octobre 1926 et tous les mardis suivants à 9 heures, au laboratoire de rayons X de l'hôpital Beaujon, MM. Aubourg, chef de laboratoire et Joly, assistant, feront une démonstration pratique de radiothérapie profonde dans le traitement des tumeurs.

— **Hôpital Beaujon.** — *Electrologie.* — Le vendredi 8 octobre et tous les vendredis suivants à 9 heures, au laboratoire d'électrologie de M. Aubourg, MM. Vignal, chef-adjoint et Quivy, assistant, feront une démonstration pratique d'électro-diagnostic et d'électrothérapie (diathermie, haute fréquence, rayons ultra-violets, courant galvanique et faradique).

L'assistance à ces démonstrations réservées aux étudiants et aux médecins praticiens, ne comporte aucun droit d'inscription.

— **Lyon.** — *Concours du clinicat.* — Ont été nommés : le Dr Pierre Delore, chef de clinique médicale (service de M. le Pr Roque) ; M. le Dr Jean Lacassagne, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— **Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine.** — L'Assemblée générale de l'Association aura lieu le mercredi 7 octobre, à deux heures, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Sébileau.

— **Institut du radium.** — (Fondation Curie). *Enseignement de la radiologie médicale* (1926, 29e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 18 octobre, à 9 h. du matin, au Dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

A TRAVERS L'OFFICIEL

9 septembre.

Fiscalité.

Décret du 7 septembre 1926 relatif à l'application de la loi du 29 avril 1926 (bailleurs et locataires de bureaux meublés).

La réponse faite par notre Conseil fiscal, M. Martinot, à l'un de nos correspondants et que nous publions plus loin, donnera aux intéressés toutes indications utiles sur ce Décret, qui peut s'appliquer aux médecins exerçant dans un local meublé, ainsi qu'à ceux qui sont propriétaires de bureaux qu'ils louent meublés.

11 *septembre.*

Service de santé militaire.

Par décret du 4 septembre 1926, l'*indemnité de séjour aux infirmières* des hôpitaux militaires et de la Croix-Rouge française en service à l'armée du Rhin et dans le Territoire de la Sarre a été portée de 4,50 à 5.25 par jour.

Liste supplémentaire des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1926.

Section médecine ; Troupes métropolitaines : M. Pain (Louis-Jules).

Application de la loi du 1er avril 1926 sur les loyers. Que faut-il entendre par le dernier « recensement » ?

La loi du 1er avril 1926, dans son article 1er, place au nombre des communes où ses dispositions seront applicables celles qui ont plus de 4.000 habitants et « toutes celles où le dernier recensement accuse un accroissement de la population municipale d'au moins 5 p. 100 sur le précédent recensement ».

Que faut-il entendre par « dernier recensement » ? Celui de 1921, le dernier qui ait reçu une consécration officielle, celui qui était sans aucun doute visé par les lois antérieures sur les loyers, ou celui qui venait d'avoir lieu, le 7 mars 1926, lorsque la loi a été mise en discussion, puis définitivement votée ?

Logiquement, il semblerait que celui de 1926 doive être considéré comme le dernier et que la loi a voulu tenir compte de l'état de fait qui existe actuellement et non de celui qui existait il y a 5 ans.

Mais un recensement ne devient officiel que par un décret, et celui qui homologue le recensement de 1926 n'est pas encore intervenu. Il n'interviendra même, d'après les réponses ministérielles, que vers la fin de la présente année, suivant en cela l'exemple des décrets qui ont entériné les résultats des précédents recensements.

Le dernier recensement est donc, officiellement, celui de 1921 et c'est sur ses résultats qu'il faut se baser pour savoir si telle commune a officiellement vu s'accroître sa population municipale ou si le chiffre actuel de sa population dépasse 4.000 habitants et la classe par suite du nombre des communes où la loi est applicable.

Le Ministre de la Justice a fait sienne cette interprétation, ainsi qu'il résulte notamment de la réponse que nous reproduisons ci-après, réponse particulièrement intéressante pour les médecins, puisqu'elle constate, en outre, en admettant qu'il en eût été besoin, le droit d'un médecin de s'opposer à la reprise de son appartement, partiellement professionnel, par le propriétaire, qui entendrait bénéficier de l'article 5 de la loi.

8938. — M. Michel MISSOFFE, député, demande à M. le ministre de la Justice : 1° Si le droit de reprise, reconnu au propriétaire d'un immeuble par l'article 5 de la loi du 1er avril 1926, est opposable au locataire médecin qui exerce sa profession dans l'appartement loué ; 2° si l'on tiendra compte, pour déterminer l'étendue d'application de la loi, du recensement de 1926, lorsque celui-ci aura été ratifié par un décret ; 3° quelle sera la situation des locataires, habitants d'une commune de moins de 4.000 habitants, d'après le recensement de 1926, lorsque, après leur expulsion pour ce fait, le recensement de 1926 révèlera, pour cette même commune, une population supérieure à 4.000. (*Question du 29 juin 1926.*)

Réponse. — 1° Il semble, sous réserve de l'interprétation judiciaire, que l'appartement où un médecin a son cabinet de travail ne soit pas un local exclusivement réservé à l'habitation et que par conséquent, le droit de reprise ne puisse pas être exercé sur ce local (art. 5, alinéa 3, de la loi du 1er avril 1926) ; 2° sous la même réserve que ci-dessus, il paraît résulter des travaux parlementaires que le seul recensement dont il doit être fait état pour l'application de la loi susvisée, soit celui qui existait légalement au moment de la mise en vigueur de cette loi ; 3° la difficulté signalée ne saurait se présenter si la solution ci-dessus est adoptée. (*J.O.*, 17 *juillet* 1926.)

Mais cette opinion officielle n'est qu'une opinion et, comme chacun le sait, elle n'a aucun caractère obligatoire pour les tribunaux.

Lors de la discussion devant le Sénat, il a été indiqué, par le rapporteur, puis par le président de la Commission, que le dernier recensement, en l'état actuel, était celui de 1921, puisque celui de 1926 n'a pas encore d'existence légale, mais, qu'en droit, on pourrait faire état du recensement de 1926, aussitôt que le décret le régularisant serait intervenu.

Actuellement, suivant l'opinion de divers auteurs, notamment de Meunier (Commentaire de la loi du 1er avril 1926, p. 26), puisque le décret relatif au recensement de 1926 n'est pas encore intervenu, il faudra, pour savoir si la loi est applicable, faire le calcul entre le recensement de 1921 et celui d'avant-guerre, qui l'a précédé.

Lorsque le décret de 1926 sera intervenu « ce sera entre le recensement de 1921 et celui de 1926

que le calcul devra être fait, si bien que des communes peuvent ne plus être assujetties ce jour-là et, inversement, peuvent l'être alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant ».

Très intéressante situation juridique, évidemment, mais situation bien ennuyeuse pour les locataires des communes dont le recensement de 1921 n'a révélé aucune augmentation les classant dans le domaine d'application de la loi, alors qu'il en est différemment du recensement de 1926, dont les chiffres sont, en fait, sinon légalement, connus.

Il appartiendra, alors, aux intéressés, pour attendre le décret relatif au recensement de 1926, de s'efforcer d'obtenir des délais de grâce suffisamment longs pour atteindre la date, que le Gouvernement, il faut l'espérer, hâtera autant que possible, où le recensement de 1926 sera devenu officiel.

J. DUMESNY.

CORRESPONDANCE

L'Education sexuelle

A titre de vieil abonné du *C.M.*, je viens faire appel à votre extrême obligeance en vous priant de vouloir bien m'indiquer une brochure simple, courte et précise concernant l'hygiène sexuelle que je pourrais donner à lire à mes garçons (17 et 18 ans), avant qu'ils ne s'éloignent définitivement de la surveillance paternomaternelle. Car c'est un sujet toujours épineux à entreprendre avec ses propres enfants.

Dr A.

Réponse.

Notre collaborateur et ami Martial est l'auteur d'une conférence programme imprimée chez Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris, 7e, relative au sujet qui vous intéresse.

Je vous signale, en outre, un ouvrage de Forel, édité chez Masson, 120, boulevard Saint-Germain intitulé : La question sexuelle, et une plaquette de Calmette, chez le même éditeur, intitulée : Causerie sur l'éducation sexuelle. Les brochures de Martial et de Calmette sont d'un prix très modéré. L'ouvrage de Forel était coté 25 francs il y a trois ans.

G. D.

Accidents du travail.

2748. — Libre choix du médecin par les accidentés du travail agricole.

Il y a 6 jours, je vois arriver dans mon cabinet un ouvrier agricole qui s'était fracturé la clavicule en tombant d'une meule de paille et que le fils de sa

patronne m'amenait dans son auto. Je montre comment immobiliser le bras dans une écharpe de Mayor, je fais les certificats et je dis au malade de revenir dans 10 jours.

Or, j'ai reçu avant-hier une lettre de la patronne de l'accidenté me disant ceci, que son assureur lui avait dit que les compagnies d'assurances avaient un médecin attitré et que, à la suite de cela, elle avait envoyé son malade au médecin de la compagnie !!! Elle terminait en m'offrant de me payer ma visite de l'autre jour.

Il me semble que l'assureur en question a outrepassé ses droits en m'arrachant de force un client qui était venu librement chez moi.

En effet, je ne puis pas être considéré comme imposé par le patron, puisque, installé ici depuis 2 ans seulement, je ne connaissais auparavant ni la patronne du blessé ni son fils. Je ne connaissais pas davantage l'accidenté qui, n'ayant jamais été malade, n'avait pas de médecin attitré et est allé chez le premier venu. Si le fils de la patronne a conduit l'accidenté chez moi, c'est parce qu'il leur fallait bien un médecin quelconque, qu'ils se trouvaient tous à la même distance que moi et que, en conduisant le blessé de sa mère en auto auprès du médecin et d'un médecin qu'il ne connaissait pas, il agissait au mieux des intérêts du blessé et aussi de la compagnie qui n'aurait pas d'indemnité kilométrique à payer...

Que dois-je faire ?

Sans doute, la patronne de l'accidenté m'offre de me payer ma visite. J'ai examiné le malade et lui ai mis le bras dans une écharpe de Mayor. J'aurais compté à la compagnie réduction et immobilisation d'une fracture de la clavicule 50

Certificat de blessure 3

Total 53

Faut-il compter le même prix à sa patronne ?

Mais surtout ne pensez-vous pas que je pourrais quand même me faire payer par l'assurance ma première visite, puisque j'ai été *choisi régulièrement* et que la patronne ne m'a pas imposé à son blessé ? On ne peut pas rendre la patronne responsable des préférences de l'assureur.

D'autre part ne pensez-vous pas que cet assureur qui a violé l'article 4 de la loi sur les accidents du travail et imposé un médecin sans raison alors qu'un autre avait été choisi librement, mériterait une petite leçon ? Il serait peut-être utile de lui faire mieux comprendre le sens de la loi.

Dr C.

Réponse.

Les blessés du travail agricole jouissent, comme les blessés du travail industriel ou commercial, du droit de choisir librement leur médecin.

Mais ce droit n'est garanti, pénalement, que par les articles 30 de la loi du 9 avril 1898 et 11 de

la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles. Ne sont punis que les faits énumérés dans ces deux articles, savoir : la menace de renvoi, le refus ou la menace de refus des indemnités allouées par la loi, les menaces, dons, promesses d'argent, ristournes sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques pour attirer ou tenter d'attirer les victimes d'accidents du travail ou des maladies professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou dans une officine de pharmacie et porter atteinte ou tenter de porter atteinte à la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin ou son pharmacien.

Dans l'espèce que vous nous signalez, il ne paraît pas y avoir eu violation des articles de lois précités.

L'assureur aurait dit à la patronne que les Compagnies avaient un médecin attitré et la patronne a eu tort de croire qu'elle était tenue d'envoyer le blessé à ce médecin. Mais elle l'a fait sans employer aucun des procédés condamnés par les articles de lois précités et n'est donc pas punissable pénalement.

Si elle avait employé un de ces procédés, ce serait elle, et non l'agent de la compagnie, qui l'y aurait implicitement incitée, qui pourrait être poursuivie.

Comme vous n'avez fait qu'une réduction et immobilisation de la fracture, vous n'avez droit qu'à l'honoraire de cette intervention et au certificat initial.

C'est à la patronne, en cas de difficultés, et non à la Compagnie, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, que vous pouvez demander en justice le paiement de vos honoraires. Le juge compétent, en cette matière, est le juge de paix du lieu de l'accident. La procédure est exempte de timbre et de frais d'enregistrement.

2809. — Assujettissement d'un cultivateur.

Un cultivateur qui se blesse au service d'un autre cultivateur, à qui bénévolement il va prêter aide et secours pour battre son blé (ce qui se fait ici) peut-il réclamer quelque chose et faire payer les frais médicaux.

Dr L.

Réponse.

Le cultivateur qui n'est pas assujetti à la législation sur les accidents du travail, comme travaillant d'ordinaire seul ou avec l'aide des membres de sa famille, n'est pas non plus assujetti, s'il emploie occasionnellement un ou plusieurs collaborateurs, salariés ou non.

Tel est le cas, dit Sachet, dans son Traité sur les Accidents du Travail, édition de 1926, n° 2322, de l'exploitant qui fait chaque année appel à une main-d'œuvre temporaire pour les moissons ou pour les vendanges. »

C'est donc au blessé que vous devrez vous adresser pour le payement de vos honoraires.

Voir la suite page XLVII-2477

PROPOS DU JOUR

Au sujet de la nécessité de créer des lazarets dans les stations balnéaires ou climatiques et aussi dans les grandes villes.

La question que nous avons posée dans notre Propos du Jour du 15 août 1926, sur la nécessité de la création de maisons de santé pour permettre d'isoler les contagieux dans les stations balnéaires et climatiques, et aussi dans les grandes villes, n'a pas laissé tous nos lecteurs indifférents. Un de nos confrères parisiens les plus estimés et qui s'est toujours fort intéressé à l'hygiène scolaire, le distingué Dr Cayla, de Neuilly-sur-Seine, nous a aimablement rappelé que, dans une séance de la Société médico-chirurgicale de Paris, le 11 novembre 1901, il y a exactement 25 ans, il avait cru devoir exprimer ses regrets à ses collègues et aux pouvoirs publics à propos de la difficulté *de l'isolement des contagieux dans les lycées et les pensionnats* de la région parisienne.

La Commission de la Société médico-chirurgicale de Paris, dont l'éminent Dr Cayla était le rapporteur, émettait le vœu suivant, dans ses conclusions : « La Commission regarde comme désirable la création de maisons d'isolement où les contagieux devraient être transportés, ce qui est toujours possible sans danger avec les moyens de transports publics ou privés dont on dispose actuellement. Ces maisons, pourvues de tout ce que réclame la thérapeutique moderne, rempliraient, pour les maladies contagieuses, les mêmes services que les maisons de santé actuelles pour les opérations chirurgicales. Comme dans ces maisons, on pourrait autoriser la présence d'un membre de la famille. A Paris, une de ces maisons pourrait servir à tous les établissements de l'Etat. Quant aux établissements particuliers, force leur est d'attendre que l'initiative privée, comblant la regrettable lacune qui existe dans notre organisation parisienne, arrive à construire des maisons d'isolement. »

Et le Dr Cayla fait remarquer qu'il est du devoir d'une Société de médecins praticiens de créer un mouvement d'opinion en faveur de ces idées, de leur donner la plus grande publicité possible, de faire toutes démarches et toute diligence pour aboutir à une prompte réalisation.

Vingt-cinq ans se sont écoulés, et la question de la création de maisons d'isolement en dehors des hôpitaux insuffisants de l'Assistance publique reste irrésolue ; et, en remerciant très cordialement notre excellent confrère, le Dr Cayla, nous ne pouvons que lui répondre la phrase connue de La Bruyère : Tout est dit et l'on vient trop tard...

Mais si tout est dit, rien ou à peu près n'est encore fait, et nous nous excusons de tâcher à notre tour de créer un mouvement d'opinion en faveur des idées émises en 1901 à la Société médico-chirurgicale de Paris et de leur donner tardivement une nouvelle publicité.

***

Mais ce n'était qu'incidemment que nous avions déploré la regrettable lacune de l'organisation sanitaire parisienne ; ce qui nous avait surtout intéressé, c'était la situation fâcheuse que l'absence de lazarets créait aux malades brusquement et gravement atteints dans les villes d'eaux et les stations climatiques et touristiques.

Notre article devait évidemment intéresser nos confrères de ces stations, et ce serait leur faire injure que de supposer un seul instant que, s'il ne s'agissait que de leur propre volonté, la question serait résolue depuis de longues années.

Le Dr Poulain, de Bagnoles-de-l'Orne, et le Dr Hommey, de Sées, à la suite de la lecture de notre article, ont présenté à la session d'août du Conseil général de l'Orne le vœu suivant qui a été voté :

Messieurs,

Tenant compte des bénéfices très appréciables que possèdent les stations thermales et climatiques, soit par la perception de la cure-taxe, soit par la reconnaissance d'utilité publique, les malades, villégiaturistes et même simples visiteurs qui les fréquentent doivent y trouver de nombreux avantages et surtout complète sécurité au point de vue hygiénique et prophylactique.

Personne n'ignore qu'un étranger quelconque, atteint fortuitement d'une maladie aiguë, peut y devenir un indésirable, dont le déplacement est envisagé, même si son état de santé ou les conseils du médecin s'y opposent.

Nous avons l'honneur de demander au Conseil Général de bien vouloir émettre un vœu pour que toute station thermale ou climatique et tout établisse-

ment hydrothermal ayant obtenu ou sollicitant, soit la reconnaissance d'utilité publique, soit la perception de la taxe de séjour, possèdent et administrent un établissement hospitalier, même limité, susceptible d'admettre et de soigner les maladies aiguës, contagieuses ou non, et les blessés difficilement transportables.

Signé : Dr POULAIN, Dr HOMMEY.

Nous remercions vivement ces distingués confrères d'avoir bien voulu intéresser à cette question sanitaire une assemblée départementale et leur vœu ainsi rendu officiel, si nous osons dire, attirera certainement l'attention du Ministère de l'hygiène qui, peut-être, un jour (ne disons pas lointain) aidera à résoudre pratiquement cette question.

Un autre correspondant, M. le Dr G. ÇANY, de La Bourboule, dans une longue lettre, nous expose en détail pourquoi les désirs du Corps médical dans chaque station thermale, désirs identiques aux nôtres, se sont heurtés à des obstacles qu'il lui a été impossible de surmonter. Nous avouons, avec M. le Dr G. Cany, qu'il est facile de résoudre des questions de ce genre sur le papier, ce que fort aimablement il nous reproche de faire. Mais, il voudra bien reconnaître avec nous qu'une proposition tout à fait improvisée, faite sans étude préalable, n'a pas la prétention d'être immédiatement réalisable sans avoir été critiquée et transformée.

Notre proposition d'augmenter la taxe de séjour pour organiser ou subventionner des lazarets improvisés, si elle n'est pas actuellement applicable, a eu au moins l'avantage de provoquer les critiques très fondées que nous oppose M. le Dr Cany.

Deux ordres d'éléments, nous écrit-il, entrent dans la solution du problème que nous avons posé : les uns sont d'ordre moral et psychologique, les autres sont d'ordre matériel et financier.

Les éléments moraux et psychologiques consistent dans la mentalité très spéciale des habitants non médecins d'une ville d'eaux, qui ne s'intéressent pas aux réalisations sanitaires et qui ont une prévention injustifiée contre les malades aigus. Un malade aigu dans un hôtel est considéré par l'hôtelier comme une catastrophe. Cela est parfaitement exact et, depuis notre jeunesse, nous avons suffisamment d'attaches dans les villes d'eaux où notre père a d'ailleurs exercé durant de longues années, pour être fixé sur l'état mental des habitants d'une station et sur celui de ceux qui l'exploitent.

Mais nous savons que nos confrères sont capables petit à petit d'influencer et de modifier cette mentalité, qu'avec du tact et de la patience, ils arrivent à faire comprendre aux hôteliers quels sont leurs véritables intérêts qui coïncident avec la bonne réputation de la station.

Beaucoup de villes d'eaux ont un médecin à la tête de leur municipalité, ce qui prouve bien la considération et la confiance dont jouit le corps médical auprès de leur population.

Nous pensons qu'en insistant sur les avantages d'une maison de santé qui met les baigneurs qui séjournent dans un hôtel à l'abri de la contagion, on ne provoque pas une catastrophe, mais on l'évite.

Donc, l'élément moral et psychologique ne nous paraît pas s'opposer irréductiblement à la solution du problème.

Reste l'élément matériel, l'élément financier. Nous avouons que c'est le seul qui doit sérieusement nous préoccuper.

Dans les grandes stations qui sont des villes importantes : Nice, Pau, Vichy, Cannes, Evian, etc., le problème est facile à résoudre, s'il n'est déjà résolu. Evian par exemple, s'il faut en croire un annuaire des Eaux minérales de France édité quelques années avant la guerre, a fait construire « un pavillon d'isolement pour permettre de soigner, dans les conditions de prophylaxie nécessaires, les maladies contagieuses qui se déclareraient dans la population balnéaire. »

Mais, dans les moyennes et les petites stations, les ressources sont absolument insuffisantes. La création et l'entretien d'une maison de santé, même et surtout avec un nombre très restreint de lits, sont actuellement excessivement coûteux. La courte durée de la saison ne permet pas à l'initiative privée de faire une tentative de ce genre qui serait fatalement très onéreuse.

Les subventions municipales ne seraient pas possibles, car les communes ont beaucoup de peine à boucler leur budget.

Restent la taxe de séjour et les subventions du Pari Mutuel. M. le Dr Cany doute que l'Administration supérieure autorise pareille affectation pour une entreprise privée dont, dit-il, on pourrait discuter le but d'utilité publique ou le caractère de bienfaisance.

Toutes les objections du Dr Cany, ont, certes une grande valeur, mais si, dans bien des cas, le problème est très difficile à résoudre, cela ne prouve pas qu'il soit partout absolument insoluble. Il est des villes d'eaux, par exemple, qui possèdent des établissements hospitaliers aux-

quels on pourrait peut-être annexer quelques chambres d'isolement, ou qui se trouvent à fort peu de distance de villes importantes qui pourraient, par le fait d'une entente, leur procurer les pavillons ou les chambres d'isolement nécessaires. Il n'y a pas de règle générale à établir, comme en tout ce qui concerne l'hygiène, mais un principe à poser, un désir à exprimer : la possibilité d'isoler les contagieux.

***

Pour résoudre ce problème, surtout dans les villes et les stations importantes, il serait intéressant de connaître ce qui, à ce sujet, a été réalisé à l'étranger.

Et sans doute par l'intermédiaire de la nouvelle Association internationale professionnelle des médecins, pourrions-nous être documentés ?

Dans un livre déjà ancien, puisqu'il date de 1904 (1), M. Henri Monod, de l'Académie de Médecine, alors Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique, au cours d'un intéressant article sur *La législation sanitaire en France*, conte l'anecdote suivante : « Il y a quelques années, un professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris se maria, et, n'étant peut-être pas grand hygiéniste, il fit un voyage de noces. Le nouveau ménage se rendit en Angleterre. Presque au débarqué, Madame contracte la scarlatine. On vient la prendre à son hôtel pour la conduire, bon gré mal gré, dans un hôpital de scarlatineux. — Ne puis-je pas accompagner ma femme ? gémit l'infortuné docteur. — Vraiment oui, lui dit-on, mais une fois entré dans l'hôpital, vous n'en pourrez sortir qu'après la guérison. Ainsi fut fait, et ce fut à l'hôpital des scarlatineux que les jeunes époux coulèrent les jours de leur lune de miel. »

Ceci se passait, il y a plus de vingt ans. Nous ne prétendons pas que c'est ce que nous rêverions de voir appliquer à Paris, ni en France, mais en faisant remarquer que les hôpitaux de Londres ne sont pas organisés comme les nôtres, et se rapprochent des maisons de santé et en étant convaincu qu'on pourrait agir d'une façon moins draconienne à l'égard du parent qui consent à rester au chevet du malade, en lui laissant la liberté *qu'on donne au personnel soignant*, toutes mesures de prophylaxie utiles étant appliquées, nous pensons qu'un système analogue à celui de Londres pourrait être utilement appliqué dans nos grandes villes.

J. Noir.

(1) « Les applications sociales de la Solidarité » *in* Biblioth. générale des sciences sociales, Paris, Félix Alcan, 1904.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

DONNÉES RÉCENTES SUR LA PROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Par Fr. Saint Girons,

Chef de laboratoire de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades.

La découverte et les applications systématiques du sérum antidiphtérique ont complètement changé le pronostic de la diphtérie, puisque de 1721 décès par an, à Paris, avant 1894, la mortalité est tombée à moins de 140, dans ces dernières années. En même temps, par l'ensemencement du mucus pharyngé des sujets qui ont été en contact avec les malades, on a pu, dans une mesure appréciable, limiter la contagion, en isolant les porteurs de germes, en assurant la désinfection de leur gorge, et, chez les enfants surtout, en leur injectant préventivement, de petites doses de sérum ((séro-prophylaxie).

Mais si cette technique, la seule possible jusqu'à ces dernières années, a très efficacement réduit la *mortalité* par diphtérie, elle n'a guère agi sur la *morbidité*, et la prophylaxie reste, dans ces conditions, aveugle, malaisée et inefficace.

Aveugle, car on prend les mêmes mesures chez tous les sujets, surtout s'ils sont porteurs de germes, bien qu'on sache que beaucoup d'entre eux possèdent l'immunité contre la diphtérie (notion des porteurs de germes sains) ; malaisée, parce que la séro-prophylaxie n'est pas acceptée volontiers en raison des idées préconçues de certains milieux (sérumphobie), et aussi des acci-

dents sériques qui en sont assez fréquemment la conséquence ; inefficace enfin parce que la durée de l'immunité conférée par l'injection préventive de sérum ne dépasse guère trois semaines. Il en résulte que la diphtérie est à l'heure actuelle un danger réel, surtout dans les collectivités (pensionnats, armée) dont elle entrave souvent le fonctionnement régulier, et parfois d'une manière très prolongée dans ces épidémies qui s'éternisent en dépit des mesures les plus rationnelles.

Il semble que les recherches toutes récentes puissent modifier efficacement cet état de choses ; la *réaction de Schick* permet de savoir, rapidement et sans danger, si un sujet est ou non apte à contracter la diphtérie. La *vaccination par l'anatoxine* de Ramon assure l'immunité à ceux qui ne l'ont pas acquise spontanément. Enfin la préparation par Ramon d'un *sérum désalbuminé* ou *antitoxine purifiée* a permis de diminuer beaucoup le nombre et la gravité des accidents sériques : le schéma suivant aidera à comprendre comment ces différents procédés dérivent de la toxine diphtérique. Nous exposerons rapidement ce qu'est chacun d'eux, puis nous verrons comment, en les utilisant, on peut, à l'heure actuelle réaliser dans les meilleures conditions la prophylaxie et le traitement de la diphtérie.

TOXINE DIPHTÉRIQUE

- Injectée à l'homme dans un but diagnostique : intra-dermo-*réaction de Schick*.
- Atténuée par le formol (*anatoxine*) et injectée dans un but prophylactique : *vaccination préventive*.
- Injectée au cheval = Sérum antidiphtérique → Purification du sérum par diaphyse : *sérum désalbuminé*, ou *antitoxine purifiée*.

I. Réaction de Schick.

Les recherches de Schick l'ont amené à réaliser l'*intra-dermo-réaction à la toxine diphtérique*. La technique en est simple. On injecte dans le derme du bras *droit* deux dixièmes de cent. cube de toxine strictement dosée (de manière que la quantité injectée soit le 1/50e de la dose de toxine mortelle pour un cobaye de 250 gr.) ; et, dans le derme du bras gauche même dose de la même toxine, mais qui a été préalablement *chauffée* à 75° pendant 5 minutes ; cette dernière injection permet de discriminer la pseudo-réaction, qui se produit précocement et sur les deux bras, de la vraie réaction positive caractérisée par l'apparition au bout de 24 à 48 heures sur le seul bras droit (toxine non chauffée), d'une large papule rouge qui persiste plusieurs jours et laisse après elle de la desquamation, et une légère pigmentation locale.

La réaction positive prouve que le sérum du sujet en expérience contient une dose d'unité antitoxique *insuffisante* pour neutraliser localement la toxine injectée et pour s'opposer, dans l'organisme, au développement de la diphtérie : le sujet est donc réceptif. La *réaction négative* donne lieu à des conclusions inverses.

Le nombre des sujets réceptifs (Schick positif) va en décroissant à mesure qu'ils avancent en âge ; plus de la moitié des grands enfants sont incapables de contracter la diphtérie, et il n'est guère plus de 13 % des adultes qui soient réceptifs. Ces données sont modifiées par les conditions de vie : les ruraux restent plus longtemps et plus souvent réceptifs ; les enfants qui vivent à l'hôpital cessent de l'être beaucoup plus précocement (immunisation spontanée occulte de P. Lereboullet-Joannon). Il faut bien remarquer du reste qu'un sujet à Schick négatif (non réceptif) peut hospitaliser dans son pharynx des bacilles diphtériques virulents qui sont incapables d'agir sur son organisme, puisqu'il est immun, mais qui constituent un danger pour l'entourage. Nous verrons l'intérêt de ce fait pour ce qui est de la prophylaxie. Une réaction de Schick négative sur un sujet donné, le reste indéfiniment (Park) ; mais il faut faire une exception pour l'*immunité passagère* qui est conférée à un sujet par une petite injection préventive de sérum antidiphtérique : la réaction de Schick reste alors négative de vingt à vingt-cinq jours.

II. L'anatoxine. Vaccination préventive.

Dans une série de travaux du plus haut intérêt, effectués à l'Institut Pasteur de Garches, M. Ramon est arrivé à cette notion capitale que la toxine diphtérique perd sa toxicité, tout en gardant son pouvoir vaccinant, par addition de formol (trois pour mille) et vieillissement à l'étuve pendant un mois à 40°. Le produit obtenu s'appelle *anatoxine*.

On avait auparavant tenté la vaccination préventive, soit par la toxine, soit par un mélange

de toxine et de sérum. Les résultats obtenus n'avaient pas été concluants.

L'anatoxine au contraire permet de réaliser sans danger et avec une efficacité certaine (P. Lereboullet, Boulanger-Pilet et Gournay, Zœller, L. Martin, Loiseau et Laffaille), une vaccination préventive durable contre la diphtérie.

C'est chez l'enfant surtout que cette vaccination a été pratiquée. On doit injecter sous la peau l'anatoxine à trois reprises, séparées par une ou même deux semaines d'intervalle. On injectera successivement un demi, un et un cc. chez l'enfant; les réactions générale ou locale sont minimes; et la réaction de Schick témoigne de l'efficacité de cette vaccination en devenant négative, de positive qu'elle était avant la première injection. Chez le grand enfant et l'adulte, on a parfois des réactions fébriles vives, des indurations locales qui sont bénignes, mais qui peuvent être désagréables.

III. **Le sérum désalbuminé, ou antitoxine purifiée.**

C'est encore à M. Ramon que l'on doit le sérum désalbuminé. Il a montré *qu'en dialysant* le sérum antidiphtérique, on le séparait de ses albumines (causes des accidents sériques), sans le priver de son pouvoir antitoxique. Cette antitoxine purifiée n'expose donc que très peu aux accidents sériques ; comme elle a, d'autre part, été concentrée par dialyse, les doses utiles sont moins fortes qu'avec le sérum ordinaire, ce qui est — *experto crede Roberto* — un réel avantage, étant données les quantités importantes qu'il est nécessaire d'injecter dans une diphtérie commune, et à plus forte raison dans les formes malignes.

L'antitoxine purifiée sera donc utilisée avec avantage aux lieu et place de sérum ; elle est livrée en ampoules de 1.000, 2.000, 5.000, 8.000 et 10.000 unités antitoxiques. Les ampoules de 5.000 sont actuellement les plus communes, chacune d'elles contient 10 cc, de liquide, et équivaut à 18 à 20 cc. de sérum ordinaire. Chez un enfant on injectera en moyenne 20.000 unités le premier jour, moitié sous la peau, moitié dans le muscle et on répètera la dose le lendemain et, si utile, les jours suivants.

Chez le nourrisson, mêmes doses le 1er jour, demi-dose les jours suivants. Chez l'adulte, 40.000 unités, le 1er jour (moitié par chaque voie), et un peu moins les jours suivants. Ces chiffres ne sont que des moyennes et peuvent être considérablement augmentés, sans le moindre risque.

IV. **Conclusions pratiques.**

Comment peut-on, à l'heure actuelle, à la lumière des données que nous avons exposées rapidement, concevoir en pratique la prophylaxie et le traitement de la diphtérie ?

Tout d'abord, il serait souhaitable que, dans toute collectivité, on pratiquât systématiquement la réaction de Schick pour catégoriser les différents sujets en réceptifs (réaction positive), et non réceptifs à la diphtérie.

Dès l'apparition d'un cas de diphtérie, il faut faire le Schick — si la précaution précédente n'a pas été prise — et pratiquer l'ensemencement de la gorge de l'entourage du malade.

Cette double épreuve permet de classer les sujets en *quatre groupes* :

1° *Schick négatif, examen bactériologique négatif.* Aucune mesure n'est nécessaire pour ces sujets ;

2° *Schick négatif, examen bactériologique positif. Instituer un traitement local,* pour débarrasser le pharynx du bacille diphtérique.

Le sujet ne court aucun risque personnel, mais peut contaminer les autres.

3° *Schick positif,* et *examen bactériologique négatif.* Commencer immédiatement la vaccination par l'anatoxine et surveiller la gorge quotidiennement.

4° *Schick positif* et *examen bactériologique positif.* Pratiquer aussitôt une injection de 5.000 unités antitoxiques. Réitérer au moindre signe suspect d'angine. Ultérieurement, on pratiquera la vaccination par l'anatoxine.

Bien entendu, on réalisera le traitement du malade par la sérothérapie, en se rappelant que selon l'expression de P. Lereboullet, elle doit être précoce, intensive et prolongée. C'est à cette condition qu'on donnera au malade le maximum de chance de guérir rapidement, et sans complication. Dans une diphtérie submaligne à forme pseudo-phlegmoneuse, que j'ai eu occasion de suivre de particulièrement près, le malade a reçu 136.000 unités antitoxiques, sans le moindre incident local, et au prix d'une urticaire légère de quelques heures. Moyennant quoi, l'affection n'a pas duré une semaine, et la disparition des bacilles a été réalisée en 6 jours.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rupture complète du périnée.

D'après une leçon du professeur Delbet (1).

Je vous présente une malade qui est atteinte d'une rupture complète du périnée ; c'est une lésion rare aujourd'hui. Cette jeune femme, âgée de 16 ans, est accouchée en octobre 1924, au forceps. Une déchirure périnéale s'en est suivie, que l'on a essayé de suturer, mais les sutures n'ont pas tenu. L'enfant était du sexe masculin. J'insiste sur ce point, car les primipares qui mettent au monde des enfants mâles sont beaucoup plus exposées aux ruptures du périnée que celles qui mettent au monde des filles. J'en suis désolé pour les féministes, mais il est certain que la tête des filles est moins grosse que celle des garçons, de sorte que c'est la naissance de ceux-ci qui expose le plus à cet accident, redoutable par ses conséquences, et surtout ses conséquences éloignées.

Même sans avoir besoin d'écarter la vulve, on voit une grosse déformation, consistant dans l'absence de périnée, cette paroi qui s'étend normalement entre la fourchette vulvaire et l'anus.

C'est ce qu'on appelle le périnée. Cette région a, chez cette femme, complètement disparu ; elle est transformée en une surface d'apparence muqueuse. On voit très rarement des déchirures complètes du périnée, et ce n'est peut-être pas si heureux, car derrière la peau et la muqueuse intactes, il peut se produire, à la suite de l'accouchement, des lésions graves entraînant des troubles dans la statique pelvienne. Quand il y a une déchirure complète, il est impossible qu'elle passe inaperçue, et par conséquent on y remédie tout de suite, tandis que dans les autres cas, les altérations ignorées entraînent, à une échéance plus ou moins éloignée, des désordres importants de la statique pelvienne.

Il est très facile de sentir par le toucher qu'il n'y a plus de sphincter anal, c'est pourquoi la continence est imparfaite. Plus en avant, vous voyez une saillie de la muqueuse vaginale. Il y a un certain degré de rectocèle et de cystocèle.

L'utérus n'est pas augmenté de volume, mais il est en rétroversion. C'est la règle. La rétroversion est le premier temps de tout prolapsus génital. Vous allez le comprendre en réfléchissant aux dispositions anatomiques de la région.

La couche superficielle du périnée est constituée, au point de vue musculaire, par un appareil sphinctérien et érecteur. Le plan profond est constitué par le muscle releveur de l'anus. Le plan superficiel est traversé par l'orifice urétral, au-dessous par l'orifice vaginal, plus loin par l'orifice anal. On décrit souvent le sphincter anal et le sphincter vulvaire comme des muscles distincts, ayant une forme plus ou moins circulaire. S'il en était ainsi, jamais un bol fécal un peu volumineux ne pourrait traverser l'anus sans produire une déchirure, et une tête d'enfant ne pourrait jamais franchir la vulve sans produire une déchirure encore plus considérable.

En réalité, l'appareil sphinctérien anal et l'appareil sphinctérien vulvaire forment un ensemble de fibres en S s'entrecroisant entre la vulve et le rectum. Grâce à cette disposition, l'orifice vulvaire et l'orifice anal sont susceptibles de dilatations assez considérables et sans dommage, ces fibres glissant les unes sur les autres de façon à agrandir l'un ou l'autre orifice selon les besoins.

Chez notre malade, c'est ce qu'on appelle la déchirure complète du périnée. Pour comprendre les conséquences de cette déchirure, il faut se rappeler les conditions normales. Normalement, au moment de la traversée du releveur, le tube digestif subit un coude à angle aigu, ouvert en arrière. L'utérus normal est en antéflexion, le cul-de-sac postérieur remonte assez haut. Dans certains cas, la déchirure remonte jusqu'au rectum. On a établi une distinction entre la rupture complète et la rupture totale. La rupture totale est celle qui remonte jusque sur le rectum. Cette distinction n'a pas une extrême importance. Chez notre malade, l'infirmité consiste surtout en une incontinence partielle de l'anus. C'est une infirmité très pénible, mais c'est tout, quand les lésions sont bornées au plan superficiel. Je n'ai pas cherché si les lésions remontent plus haut ; c'est extrêmement probable. Il n'est pas besoin d'une rupture complète ou d'une rupture totale, il n'est pas même besoin d'une solution de continuité de la peau et de la muqueuse pour que le muscle releveur de l'anus soit altéré à la suite d'un accouchement.

Dans les prolapsus génitaux, la lésion ou l'insuffisance du releveur de l'anus joue le rôle capital.

Le muscle releveur de l'anus établit une division fondamentale dans ces régions. Tout ce qui est au-dessous appartient au périnée. Tout ce qui est au-dessus appartient au bassin. Dans cette zone pelvienne, le péritoine établit encore une division. Il y a donc trois régions : une région inférieure, qui est la région périnéale ; une région située au-dessus du releveur de l'anus : c'est ce que le professeur Richet appelait l'espace pelvi-

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 18 mars 1926, recueillie par le Dr Laporte.

rectal supérieur ; elle correspond au territoire des branches intra-pelviennes de l'hypogastrique, je l'ai nommée gaîne de l'hypogastrique. Au-dessus, est la cavité péritonéale. Cette partie péritonéale de la zone pelvienne ne nous intéresse pas en ce moment. Au contraire, la gaine de l'hypogastrique nous intéresse beaucoup. Elle a la même disposition dans les deux sexes. N'empêche qu'on continue de l'appeler, chez la femme, la base du ligament large. Cela n'a aucun rapport avec le ligament large. Le ligament large, c'est le méso de l'artère utéro-ovarienne. La partie située au-dessous du releveur de l'anus, c'est la vulve ; au-dessus, c'est le vagin. L'homologue du vagin, c'est le rectum ; l'homologue de la vulve, c'est l'anus. Rien ne passe à travers le releveur de l'anus, que le tuge digestif en arrière, et le tube urétro-génital en avant. Les fibres les plus importantes de ce muscle aboutissent au raphé ano-coccygien.

Comment agit ce muscle ? Je laisse de côté ses faisceaux latéraux, qui ont peut-être une innervation distincte et une fonction distincte. Ce qui joue le rôle capital dans la statique pelvienne, ce sont les gros faisceaux péri-anaux, rétro-anaux et coccygiens.

Le releveur de l'anus peut se contracter sous l'influence de la volonté, mais aussi sous l'influence de tous les efforts : en même temps que le sujet contracte son diaphragme, il contracte son releveur de l'anus, pour donner plus de solidité à l'enceinte abdominale. D'autre part, le releveur de l'anus a des contractions synergiques avec les adducteurs de la cuisse. Ceci nous permet de contrôler la valeur fonctionnelle de ce muscle chez les malades ayant des prolapsus génitaux. On prie la malade de rapprocher les cuisses ; en même temps, on s'efforce de tenir ses genoux écartés. Elle contracte volontairement les adducteurs, et synergiquement le muscle releveur de l'anus, de sorte que le doigt introduit dans l'anus sent ses faisceaux devenir rigides. Le mieux est d'examiner la malade debout en lui faisant porter un poids lourd. Alors le releveur se contracte, et à ce moment on fait le toucher vaginal. On sent la paroi postérieure du vagin se soulever.

La partie antérieure du cap ano-rectal est projetée vers le pubis, il y a une occlusion complète du tube digestif. Ceci se constate au toucher anal. Le releveur de l'anus est donc surtout protracteur de l'anus.

L'utérus est fixé par deux ordres de moyens, des moyens de suspension, et des moyens de soutènement. Les moyens de suspension sont constitués par les ligaments ronds, qui ont surtout pour résultat de maintenir l'utérus en antéversion. Lorsque les autres moyens de suspension ou de soutien sont altérés, il ne faut pas compter sur eux pour empêcher l'utérus de s'abaisser. Il y a un autre moyen de suspension important, constitué par une large aponévrose que j'ai décrite sous le nom d'aponévrose sacro-recto-génitale. Sa partie postérieure et supérieure a été individualisée sous le nom de ligament utéro-sacré.

Lorsque les moyens de soutènement ont disparu, lorsqu'ils sont congénitalement insuffisants, ou lorsqu'ils ont été détruits par un accouchement laborieux, jamais les moyens de suspension ne suffisent à maintenir la statique pelvienne ; ils peuvent résister plus ou moins longtemps, suivant qu'ils sont plus ou moins développés, suivant que la malade mène une vie plus ou moins active, mais tôt ou tard, l'utérus commence à s'abaisser.

Dans sa position normale, l'utérus est en antéversion. Le fond de l'utérus vient se projeter sur le muscle releveur de l'anus et sur l'aponévrose moyenne du périnée, qui est d'une résistance invincible. Le col de l'utérus est situé notablement en arrière du cap ano-rectal. Lorsqu'on fait le toucher rectal, la première chose qu'on sent, après avoir traversé le canal anal, c'est le col de l'utérus, et tous les débutants ont l'impression qu'il y a une grosse tumeur.

C'est tout simplement la saillie normale que fait le col de l'utérus à travers la paroi antérieure du rectum. Le col de l'utérus repose en réalité sur les fibres périanales et surtout rétro-anales de la portion bulbaire du muscle releveur de l'anus. Si par un accouchement les fibres du releveur ontété en partie déchirées, l'utérus n'est plus soutenu, et tôt ou tard il est condamné à s'abaisser. C'est donc surtout dans le muscle releveur de l'anus qu'il faut chercher l'explication des prolapsus génitaux. Ceci est capital, car un certain nombre de chirurgiens ont refusé d'admettre cette doctrine. Je crois qu'aujourd'hui, elle est très acceptée. Ils disaient ceci : on voit des malades dont la vulve est intacte, et qui ont de gros prolapsus génitaux ; on en voit qui ont de grandes déchirures et n'ont pas de prolapsus ; le prolapsus est dû à la déchirure de l'appareil sphinctérien. Or, l'appareil sphinctérien ne joue aucun rôle dans la contention de l'utérus. Il joue un rôle dans la contention de la paroi antérieure du vagin. Avec une déchirure de l'appareil sphinctérien, on peut avoir un léger degré de cystocèle, mais si le releveur a bien résisté, on n'a pas de véritable prolapsus. On en a, au contraire, alors que l'appareil sphinctérien a résisté, s'il y a des altérations du muscle releveur de l'anus.

La malade que vous venez de voir n'est pas arrivée tout à fait à la phase de prolapsus, elle a simplement un certain degré de rectocèle.

Le prolapsus peut se produire quelques mois après l'accouchement néfaste. Il peut apparaître 15, 20, 25 ou 30 ans après. C'est tout de même l'accouchement qui en est responsable. Je dois ajouter qu'on observe quelquefois des prolapsus génitaux chez des femmes qui *n'ont* pas eu d'en-

fants. Ce sont tout simplement des malades atteintes d'une aplasie pelvienne, chez lesquelles le muscle releveur de l'anus, et aussi l'appareil sphinctérien, étaient normalement peu développés. Il arrive que le prolapsus se produit brusquement chez une jeune fille vierge, au moment d'un effort. Nous en avons eu une dans le service. Il y a le cas classique d'une jeune fille qui, en sautant un fossé, sent une douleur violente ; puis on constate que le col de l'utérus se présente à la vulve. Il y a même des cas où l'hymen est rompu par l'utérus projeté sous l'influence de l'effort.

La première condition pour que se produise un prolapsus génital, c'est que le releveur de l'anus soit altéré. Tant que l'utérus reste en antéversion normale, il ne peut pas glisser dans le vagin, mais il peut y avoir une cystocèle. Le déplissement de la paroi antérieure du vagin est fréquent, constant, lorsque l'utérus est abaissé ; le déplissement de la paroi postérieure est inconstant. Chez notre malade, vous avez vu qu'il existe, et ne peut guère ne pas exister, puisqu'il y a une rupture complète de l'appareil sphinctérien. Dans ce cas, le doigt étant introduit dans le rectum, en le recourbant, on constate que cette saillie de la paroi antérieure du rectum vient doubler la saillie vaginale ; c'est ce qu'on appelle la rectocèle.

Le premier temps, pour que l'utérus s'abaisse c'est qu'il modifie sa position. Il faut qu'il se mette en rétroversion. Cette rétroversion est plus ou moins complète ou incomplète. La rétroversion extrême, totale, de l'utérus, peut entraîner des troubles graves, s'il survient dans ces conditions une rectocèle, mais, au point de vue du prolapsus, cette rétroversion complète n'est pas plus dangereuse que l'antéversion, parce qu'il y a encore un angle entre l'utérus et le vagin.

Lorsque l'utérus prolabe, il retourne les parois du vagin. Dans un prolapsus complet, l'utérus est sorti hors de la vulve. La paroi antérieure du prolapsus utérin est toujours formée par la vessie. En arrière, très souvent, il reste un cul-de-sac vaginal allant assez haut. Il y a donc toujours une cystocèle, mais il n'y a pas toujours une rectocèle, il s'en faut. Le col de l'utérus présente parfois un certain degré d'hypertrophie, qui peut porter sur la portion sous ou sus-vaginale.

Ce qui fait l'importance des prolapsus génitaux, ce sont les troubles fonctionnels qu'ils entraînent. Ces troubles sont très pénibles, et il arrive que ni les malades, ni les médecins, ne les rattachent à leur véritable cause. L'un des troubles les plus fréquents, celui qui se manifeste ordinairement le premier, c'est le besoin fréquent d'uriner, qui se produit surtout quand les malades sont debout. Les tiraillements exercés par cette cystocèle expliquent facilement ces troubles de la miction. Je ne parle pas des cas où il y a une rupture complète, et où les malades présentent une incontinence des matières fécales, comme vous l'avez vu chez cette malade. C'est l'exception. A côté de ces troubles, il survient un ensemble de sensations qui ne sont pas de véritables douleurs, mais qui sont pénibles, angoissantes. Souvent, ce sont des tiraillements dans la région lombaire. Mais ce dont les malades se plaignent le plus, c'est une sorte de sensation d'insécurité pelvienne, d'insécurité viscérale. Les malades ont la sensation que quelque chose va s'échapper d'elles-mêmes. Cette sensation est particulièrement angoissante, neurasthénisante, et nombre de malades sont considérées et traitées comme des neurasthéniques, par la suggestion, par des cures dans des villes d'eaux, ou des stations climatiques, alors qu'elles peuvent être très simplement guéries de leur état neurasthénique par une périnéorraphie, opération sans gravité, qui permet de rétablir la statique pelvienne.

Il n'y a pas de lésion contre laquelle on ait imaginé plus de techniques opératoires différentes, que les prolapsus génitaux de la femme. Nous avons une opération qui, à la condition d'être bien exécutée, donne des résultats constants, c'est la périnéorraphie, à condition de considérer comme le temps fondamental la suture du releveur. Pendant longtemps, on s'est contenté de faire des avivements de muqueuse vaginale. Tant qu'on a été dans cette période, les résultats de la périnéorraphie ont été extrêmement incertains, pour ne pas dire plus, toujours médiocres, quelquefois nuls, en tout cas jamais durables. Ce sont les moyens de sustentation de l'utérus qui ont été forcés par l'accouchement, et ces moyens j'espère l'avoir montré, sont constitués avant tout par le muscle releveur de l'anus ; il faut aller à ce muscle, voir ses fibres et les suturer ; à cette condition, la périnéoraphie donne d'excellents résultats.

RÉFLEXIONS SUR LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL EN CLIENTÈLE

Par le Dr LAMAISON (de Bayonne).

Il ne s'agit point d'engager une controverse au sujet du principe même de la méthode, ce traitement étant désormais classique, mais nous avons voulu marquer certains points particuliers à son application en clientèle courante. Notre observation porte sur soixante-dix cas ayant pu être réalisés et traités plus ou moins longtemps. Auparavant nous avions été à l'école du Dr HERVÉ dans son sanatorium de Lamotte-Beuvron, au cours d'un long stage ; nous y avions acquis une foi absolue dans le pneumothorax et c'est résolument que nous en avons entrepris l'application pour notre compte. Disons tout de suite que nos résultats en *clientèle* sont *infiniment moins satisfaisants.* Beaucoup d'échecs et beaucoup de déceptions dont il faudra tenir compte pour restreindre le champ de la méthode, afin de ne pas la ruiner définitivement dans l'esprit des malades et des médecins.

I. — **Indications.** — Dans tous nos cas, nous nous en sommes tenus aux indications strictes de l'*unilatéralité.* Les bilatéraux même légers ont été systématiquement écartés bien que des auteurs affirment être intervenus favorablement dans de pareils cas ; de même, les cachectiques et les malades présentant une localisation sur d'autres organes comme l'intestin. Par contre, nous avons traité avec succès quelques sujets avec un larynx infecté, dont un, très gravement atteint et qui fut miraculeusement transformé par le pneumothorax ; à cet égard notre opinion se joint à celle du Dr LEGOURD (de Lamotte-Beuvron), à savoir que les layryngites tuberculeuses bénéficient de ce moyen thérapeutique. J'insiste en outre sur ce fait que je n'ai pas pu en général mettre mes malades en observation — pas de *choix de l'heure* pour l'intervention comme au sanatorium, et ceci est une cause d'infériorité. — Il a fallu intervenir tout de suite, à la demande soit du malade, soit du médecin traitant. Plusieurs patients d'ailleurs étaient des ouvriers et qui demandaient à guérir vite par ce moyen rapide (?), n'ayant aucune idée de la longueur et des difficultés de la cure.

II. **Pratique du pneumothorax.** — Elle est incontestablement plus difficile qu'au sanatorium, où on a les malades sans cesse sous la main, où on peut les insuffler fréquemment, les radioscoper, leur enlever du gaz ou du liquide le cas échéant et sans attendre, étudier les pressions les meilleures, les chutes de température, en un mot, les surveiller avec la plus grande attention désirable. En clientèle, le malade est souvent éloigné ; il faut se transporter chez lui pour les premières insufflations, le perdre de vue pendant plusieurs jours, puis le faire venir chez soi pour le réinsuffler — transport quelquefois pénible —, on craint de faire une insufflation trop forte et qui serait peut être désirable à cause d'une adhérence amarrant le poumon en un point, l'éloignement vous fait aussi espacer les piqûres, quelquefois des causes d'ordre purement matériel agissent dans le même sens, et le malade vous revient avec une poche gazeuse résorbée, une plèvre recollée. Le terrain péniblement gagné pendant quelques mois est reperdu.

Autre point capital. — Pas de *cure d'air* et de cure de *repos véritables.* Vous n'obtiendrez presque jamais, même chez les gens habitant à la compagne, qu'ils fassent isolément et d'une façon continue de la chaise longue pendant des journées entières. Vos malades se disent que le pneumo les dispense de tout autre traitement. C'est bien pire en ville, dans des maisons sans air et sans soleil, comme on en voit trop en France et où le taudis survivra à toutes les Commissions d'hygiène. Se souvenir d'ailleurs que nos clients se recrutent presque toujours chez les ouvriers et les gens de condition modeste, les *autres* s'en allant dans les stations climatiques. Donc pour nous et contre nous : l'absence de cure d'air la vie en atmosphère confinée, ce qui est déplorable. La cure de repos ne peut pas être davantage obtenue ainsi qu'il a été dit plus haut. Dans le peuple votre malade continuera à aller chez le bistro et vous aurez un tuberculeux doublé d'un alcoolique, et vous serez étonné de voir la maladie prendre tout d'un coup une allure maligne. Nous avons traité des ouvriers très sérieux ; ceux-ci s'accrochant au pneumothorax qu'on leur avait fait, tel le noyé à une bouée de sauvetage, très confiants mais pleins d'impatience pour reprendre leur travail. Dans ce cas, le médecin perd une partie de ses moyens. Disons cependant que nous avons eu la joie devoir quatre ouvriers manuels reprendre leur travail après seulement 8 à 9 mois de traitement à domicile, ils n'ont jamais plus cessé de travailler depuis trois ans, recevant seulement leurs insufflations à intervalles réguliers. Signalons pour mémoire que l'héliothérapie ne peut être utilisée dans ce cadre où il n'y a pas de surveillance possible. Au sanatorium, on a des malades disciplinés, entraînés à se soigner et s'entraînant les uns les autres, vous accordant tout le temps nécessaire, vivant au milieu d'une parfaite hygiène, et débarrassés des préoccupations matérielles, d'où quiétude de leur esprit —

ceci très important. A noter aussi leur réconfort en voyant autour d'eux des malades dont on leur a raconté la pénible histoire et qu'ils voient aujourd'hui sur le chemin de la guérison. Nos clients, au contraire, sont des *isolés,* pas assez stimulés ou mis en confiance par d'autres exemples. Sans compter que, dans l'entourage, « ces piqûres » n'ont pas toujours bonne presse, que le malade peut être troublé par certains raisonnements.

Ajoutons que des médecins contribuent, par leurs propos, à entretenir cette atmosphère de suspicion.

III. **Résultats.** — Les uns bons, les autres mauvais évidemment, mais ceux-ci l'emportant de beaucoup sur ceux-là. Répétons que nous ne nous sommes pas risqué chez les bilatéraux, abordant seulement les cas d'apparence favorable. Quelques résultats brillants nous permettent de ne pas renoncer à la méthode, mais combien souvent nous avons vu la maladie brûler les étapes malgré notre intervention, quelquefois même parce que nous étions intervenu.

L'infection du poumon opposé nous a paru particulièrement redoutable. Au sanatorium, nous avions eu l'impression que l'autre poumon *tenait mieux* ; l'influence du milieu à cet égard est capitale. Nous avons vu une jeune fille de la meilleure société et relevant des sanatoria de luxe mais qui, ayant exigé de rester chez elle, a résisté longtemps à un pyothorax droit avec gros noyau d'infiltration à gauche, parce que très bien soignée et surveillée. Chez des ouvriers, elle serait morte en quelques semaines. Il ne semble pas que nos malades aient fait plus souvent du liquide que d'autres. L'un d'eux, cantonnier de son état, a constitué son hydrothorax sans cesser de casser du caillou et disant qu'il souffrait un peu de l'estomac ; par la suite, il a espacé de lui-même ses piqûres, tant et si bien qu'un beau jour il s'est présenté avec une plèvre recollée dans toute sa hauteur. Cet incident survenu après une année de compression ne l'a pas empêché de guérir de sa tuberculose, bien qu'elle fût compliquée d'une atteinte laryngée. C'est un cas *réclame,* providentiel et rare ; il contribue, avec quelques autres, à nous faire oublier nos moments de découragement.

Remarque importante. — Une demi-douzaine de malades se sont mis sous notre surveillance après une cure de 18 mois ou deux ans dans des Sanatoria. Là, notre tâche a été facile : malades parfaitement éduqués, pneumothorax entretenus sans difficultés ni incidents ; la passe dangereuse de la création du pneumo avait été franchie là où il fallait qu'elle le fût, dans un sanatorium.

Pour conclure, répétons avec tous les auteurs cette proposition qui semble banale tellement elle est vraie : le pneumothorax ne représente *qu'une faible part* dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les meilleures conditions sont réalisées lorsqu'on y joint la cure sanatoriale. En clientèle, la méthode *toute seule* est décevante, et nos statistiques sont franchement mauvaises. Il faudrait, chaque fois que cela est possible, que le pneumo fût créé et entretenu plusieurs mois dans des maisons de cure. En outre, ne pas faire trop de pneumothorax, resserrer le champ de la méthode. Ne pas risquer d'aggraver par ce traitement — beaucoup plus traumatisant qu'il ne le paraît — des cas trop avancés ou des malades relativement légers et qui pourraient guérir sans cela. Je sais bien des cas désespérés où il faut tout essayer. Dans le cas contraire, ne faudrait-il pas comprimer tout de suite un poumon qui vient de s'infecter à son sommet, car on ne sait jamais ce que cela deviendra et parce qu'il vaut mieux prendre le mal au début ? Autant de points délicats. Réfléchissons en toute conscience, soyons prudents et ne demandons à ce traitement que ce qu'il peut donner — afin qu'il continue à mériter la confiance des médecins et des malades.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Traitement du prurit sénile par le silicate de soude.

MM. Scheffler, Sartory et Pelissier ont depuis longtemps obtenu d'excellents résultats dans le traitement de l'artério-sclérose par le silicate de soude, notamment en injections intra-veineuses. Des travaux récents ont démontré que le prurit sénile peut être fonction du déficit en acide silicique du revêtement cutané, ce qui amène une diminution de son élasticité et de sa vitalité. Ces auteurs, comme Luithen, ont employé en pareils cas aussi le silicate de soude chez 9 malades artério-scléreux, dont l'âge variait entre 59 et 73 ans. Aucun d'eux n'était diabétique ; quelques-uns présentaient un peu d'albuminurie, et, chez tous, le taux de l'urée sanguine était voisin de la normale. Aucun d'eux ne présentait de manifestation eczémateuse vraie, mais seulement quelques lésions de grattage consécutives aux démangaisons.

Ils ont employé les injections intra-veineuses tous les deux ou trois jours, chaque injection comprenant deux ampoules de 2 cc., soit 4 cc.

de solution dosée à 0,005 milligrammes de silicate de soude par cent. cube. Les résultats ont été les suivants : dans quatre cas, les démangeaisons se sont atténuées à la deuxième injection et ont complètement disparu près la septième ou huitième.

Dans trois cas, dix à douze injections ont été nécessaires pour amener la guérison complète ; dans les deux cas restants, l'amélioration a été très marquée, mais le prurit, quoique nettement atténué, a persisté après le douzième injection.

A titre de sédatif local, ils se sont bien trouvés de lotions faites avec un linge légèrement humidifié par la solution suivante :

Silicate de soude sirupeux. Hydrate de chloral.......	} ãã 5 grammes
Eau distillée	550 grammes

Enfin, l'administration par voie buccale peut servir d'appoint, mais a paru insuffisante pour réaliser seule la sédation du prurit.

Ces remarques sont intéressantes, car le prurit sénile est une affection pénible pour le malade et souvent rebelle aux efforts du médecin. (*Le Progrès médical*, 20 février 1926.)

La pneumonie silencieuse des enfants.

Ainsi que le rappelle le professeur Moussous, il y a des cas qui se singularisent par la difficulté grande ou même l'impossibilité où l'on se trouve d'appuyer sur des signes d'auscultation un diagnostic que d'autres raisons vous invitent à adopter et que la radiographie enfin vous impose. En clinique infantile, les faits de cet ordre sont loin d'être exceptionnels ; ils se distinguent des formes classiques par l'absence ou l'apparition tardive, éphémère et incomplète des signes révélateurs habituels de l'hépatisation pulmonaire ; on note une légère submatité avec retentissement exagéré de la voix, une ombre triangulaire à la radiographie au sommet droit, et la défervescence au septième jour. On peut se rendre compte que, sans le secours des rayons X, beaucoup de ces pneumonies n'auraient pu être affirmées. Cependant, si le diagnostic était d'abord hésitant, au bout de quelques jours, sans la radiographie, il se dessinait néanmoins assez nettement pour s'imposer à notre esprit.

Un état fébrile brusquement établi, une fièvre élevée en plateau avec polypnée, surtout si la respiration est inversée où s'il y a de la toux suffisent à nous faire conclure à la pneumonie lorsqu'au bout d'un certain temps nous ne trouvons pas justement du côté de ce poumon les signes d'une autre affection pulmonaire et en particulier les signes d'une broncho-pneumonie.

Etant donnée la fréquence de la pneumonie chez les bébés au niveau des sommets, et surtout du sommet droit, c'est de ce côté surtout que dans un cas douteux, nous devrons pousser nos investigations.

On sait aussi que les affections pleuro-pulmonaire de l'hémithorax droit, surtout celles de la base, peuvent solliciter une douleur abdominale à siège appendiculaire, et que par conséquent, avant d'accepter cette douleur comme le signe certain d'une appendicite, il faut pratiquer avec le plus grand soin l'exploration du thorax ; or c'est alors fréquemment les signes d'une pneumonie que l'on découvre.

Enfin, parfois la pneumonie silencieuse se cache sous les allures d'une méningite ; malheureusement la ponction lombaire ne peut toujours nous éclairer, car longue est la liste de ces méningites à liquide céphalo-rachidien clair et simplement modifié dans sa cytologie et dans sa constitution chimique.

Il faut donc se souvenir de ces formes de pneumonie, qui sont anormales par le retard, l'absence ou le caractère incomplet des signes physiques. (*La Médecine infantile*, février 1926.)

Les injections de sérum adrénaliné sont dangereuses.

Après avoir fait ou prescrit des centaines de ces injections, sans le moindre incident, après et pendant l'intervention chirurgicale chez les deshydratés et les hypotendus, le Dr M. Béraud vient, coup sur coup en un mois, d'observer deux complications imprévues, qui logiquement, ne peuvent être attribuées qu'à l'adrénaline, et qui se sont manifestées par des lésions identiques : plaque de sphacèle dermo-épidermique, nécrose sous-jacente avec décollement aboutissant à une large perte de substance très lente à se combler (trois mois dans un cas). Les observations de l'auteur se rapportent à deux femmes en période puerpérale ; quelques accidents de ce genre ont déjà été publiés.

Le Dr B. pense pouvoir affirmer que l'action ischémique de l'adrénaline peut s'accompagner de nécrose et de désintégration tissulaires chez certains sujets dont la nutrition cellulaire est troublée ou simplement modifiée, soit du fait d'un état toxi-infectieux, soit du fait d'un déséquilibre endocrinien.

La conclusion pratique qu'entraînent ces faits est formelle : une pareille fréquence d'accidents prend un caractère prohibitif : les injections de sérum adrénaliné sont dangereuses et doivent être proscrites. Il faut injecter séparément sérum et adrénaline — ce dernier médicament étant injecté exclusivement dans les muscles — ou mieux encore, il faut remplacer l'injection par un goutte à goutte rectal de sérum glucosé adrénaliné. (*Journal des praticiens*, 30 janvier 1926.)

Sur le réflexe abdomino-cardiaque.

La chute des viscères abdominaux, et en particulier de l'estomac, s'effectuant lorsqu'un sujet ptosique passe de la position horizontale à la position verticale, entraîne, ainsi que l'établissent le Pr Sellier et G. Lacoste, entr'autres signes cliniques, l'apparition d'une tachycardie orthostatique, due à un réflexe désigné sous le nom de réflexe abdomino-cardiaque.

La recherche de la tachycardie orthostatique, pour être interprétée cliniquement, doit être précédée d'un examen général et local du malade (inspection, palpation, écran radioscopique).

L'accélération est en raison directe de l'importance de la chute de l'estomac. Dans les cas d'éventration, où la splanchnoptose est au maximum, le réflexe est important ; les auteurs citent le cas d'une femme présentant une éventration, dont le réflexe était de 30 le matin, cinq heures après le petit déjeuner.

Le déséquilibre abdominal influence peu la pression artérielle.

Pour remédier à ce déséquilibre, deux moyens s'imposent : soutenir la paroi ; essayer de lui redonner sa valeur physiologique.

La première condition est réalisée par le port de la ceinture hypogastrique ; on constate, en effet, que grâce à des moyens de soutien des viscères abdominaux, les sujets sont très améliorés, leurs malaises atténués, les douleurs calmées, les vertiges disparus, la constipation diminuée, l'état général relevé ; si bien que ceux qui ont usé de la ceinture ne peuvent plus s'en passer. La ceinture doit être mise dans la position couchée, puis ajustée au mieux (simple soutien, dosé sur la sensation de bien-être ressentie par le malade et non soulèvement de la masse intestinale avec contrôle radioscopique d'une réduction anatomique *ad integrum*) ; on ne doit plus ensuite s'en séparer au cours de la journée.

Pour refaire la sangle abdominale on emploiera le massage et surtout la gymnastique. On donnera aussi des conseils 1° d'hygiène alimentaire : discipline de la mastication, usage très modéré des boissons au cours des repas, régime hypotoxique de pain, mais ration normale d'entretien; 2° d'hygiène générale : éviter les fatigues exagérées, repos après les repas, hydrothérapie tiède, cure hydrominérale de désintoxication.

On verra ainsi s'atténuer à la longue le réflexe abdomino-cardiaque qui, après avoir aidé à faire un diagnostic précis, permettra au clinicien de constater d'une façon sûre et rapide l'efficacité de son traitement. (*Journal de médecine de Bordeaux,* 10 février 1926.)

Diagnostic des formes encéphalitiques et méningées de l'acétonémie infantile.

D'une étude très détaillée de Henri Memprat il ressort, qu'en dehors du diabète, il existe chez les enfants une forme *d'acidose* caractérisée par la présence de corps cétoniques dans l'urine, le sang et le liquide céphalo-rachidien. Sa forme habituelle est constituée par les accès de vomissements périodiques. Sa pathogénie n'est pas encore définitivement élucidée ; elle évolue sur un terrain neuro-arthritique et les accès surviennent sous l'influence de causes occasionnelles très diverses.

D'un pronostic en général bénin, ces accès demandent à être différenciés des états morbides s'accompagnant de vomissements.

Mais ce qu'il faut retenir, c'est que l'acétonémie infantile peut présenter des modalités cliniques très variées et que les plus importantes, comme les plus rares sont celles dans lesquelles l'élément nerveux prédomine, constituant les formes encéphalo-méningées : forme convulsive et forme méningée.

Moins rares qu'elles ne paraissent, ces formes encéphalo-méningées sont assez souvent méconnues des médecins praticiens. Elles sont très souvent l'occasion d'erreurs de diagnostic ; on les confond habituellement avec la méningite tuberculeuse, et quelquefois avec l'encéphalite épidémique. Les méthodes de laboratoire aident puissamment à leur diagnostic ; l'examen des urines décèlera l'acétonurie ; la présence de l'acétone dans le liquide céphalo-rachidien, constante au cours de l'acétonémie infantile, permet de différencier précocement cette affection des autres états nerveux à réactions méningées analogues.

On peut dire que, d'une manière générale, une cétonorachie franche et constatée précocement au cours d'accidents encéphalo-méningés (le coma diabétique étant éliminé par l'absence de l'hyperglycorachie et de la glycosurie) permet d'écarter la méningite tuberculeuse, l'encéphalite épidémique et l'hérédo-méningite syphilitique ; elle fait penser à l'acétonémie infantile.

Par cette recherche de la cétonorachie, il est possible, dans les cas où elle est positive, de porter un pronostic favorable et d'établir un traitement efficace.

Malgré ses diverses modalités cliniques, le traitement, à part une médication spéciale de certains symptômes graves ne présente pas de variations sensibles.

Le traitement de l'accès peut juguler les vomissements cycliques en quelques heures : maintenir l'enfant en dehors de tout bruit, immobile dans son lit et dans l'obscurité. Le jeûne aggraverait la situation ; donner des médicaments alcalins, de l'eau, du sucre, dont l'effet anticétogène est particulièrement efficace : toutes les demi-heures eau très sucrée glacée, ou lait glacé coupé soit d'eau, soit d'eau de Vichy sucrée à 20 p. 100, compresses humides sur l'estomac ;

lavements d'eau très chaude, 150 à 300 grammes deux fois par jour, instillations rectales d'eau glucosée (47 p. 1000) ou bicarbonatée ; 0 gr. 20 de magnésie ou 0 gr. 20 à 0 gr. 50 de bicarbonate de soude dans eau sucrée toutes les demi-heures. Si la crise se prolongeait on pourrait injecter 25 à 100 gr. de solution glucosée isotonique, ou d'extrait pancréatique, ou d'adrénaline.

Contre l'agitation, compresses froides sur la tête, enveloppement du corps dans un drap mouillé tiède. Quand le calme se rétablit, quelques cuillerées de tisane de céréales, puis progressivement bouillon de légumes, bouillon de poulet ; on ne reprendra le lait que lorsque l'intolérance gastrique aura complètement disparu.

Quant au traitement préventif, il faut, entre les crises, surveiller le régime alimentaire et l'hygiène de l'enfant ; diminuer notamment les corps gras, les lipoïdes et les substances puriques (chocolat, café, thé).

Marfan conseille des cures alcalines intermittentes systématiques, les cures hydrominérales alcalines à Vichy, Vals, Le Boulou, Pougues, mais non à Salies-de-Béarn (bien que ces enfants soient le plus souvent lymphatiques). Eviter l'anesthésie au chloroforme, qui accentue l'état d'acidose. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 février 1926.)

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

Le Dr René FONTAINE, en exposant les résultats actuels, précise qu'il doit reposer sur une connaissance exacte du mécanisme (qui est toujours le même) de la crise d'angor pectoris.

Celle-ci s'explique par une excitation des fibres sensitives intra-cardiaques ou intra-aortiques, qui se réfléchissent dans le sympathique cervical sur des fiches centrifuges de valeur différente : les unes proposées aux sensations douloureuses, les autres en rapport avec le tonus musculaire, d'autres enfin conditionnant les effets cardio-vasculaires.

Un traitement chirurgical doit donc se proposer d'interrompre les fibres ascendantes ; celles qui règlent les sensations douloureuses traversent les rameaux communicants cervicaux inférieurs ; celles de la tension artérielle se trouvent dans le tronc du sympathique et dans le ganglion supérieur ; celles qui sont en relation avec le rythme cardiaque siègent dans le ganglion étoilé.

Il est donc théoriquement possible, par l'analyse exacte des symptômes que présente un angineux, de savoir l'endroit approximatif où se fait dans le sympathique cervical la réflexion des sensations cardiaques sur les fibres centrifuges.

L'étude de cent cas d'angine de poitrine opérés jusqu'ici, dont 94 sont utilisables, nous apprend que les crises disparaissent dans 62 % des cas environ. Pour une grande partie de ces cas, cette disparition remonte à plus de trois mois ; mais les résultats obtenus permettent de dire que le traitement chirurgical de l'angine de poitrine a fait ses preuves.

Les échecs « peu nombreux, et une grande partie de la mortalité, qui est de 13 % » s'expliquent par une technique défectueuse et par des opérations mal choisies. Ces deux facteurs diminueront donc dans l'avenir.

Ce traitement fait plus que supprimer la douleur. Ce sont les crises elles-mêmes qui disparaissent avec tous leurs symptômes, l'angoisse, la sensation de constriction et la barre rétrosternale ainsi que les irradiations douloureuses. La tension artérielle baisse dans la majorité des cas ; l'électro-cardiogramme traduit l'amélioration du fonctionnement du cœur. La section du pneumogastrique a été abandonnée ; quant aux sympathectomies totales, elles ne donnent pas de meilleurs résultats que les sympathectomies partielles, et sont infiniment plus dangereuses, car elles provoquent facilement la mort par décompensation cardiaque, œdème pulmonaire, asystolie. Ce fait s'explique notamment par l'ablation du ganglion étoilé, qui contient la majorité des fibres centrifuges qui se rendent au cœur et qu'il ne faut jamais enlever.

La sympathectomie cervicale supérieure est celle qui donne les meilleurs résultats, mais en raison de l'ablation des ganglions, elle expose, dans un quart des cas environ, aux troubles post-opératoires (douleurs, troubles pharyngés et laryngés). Aussi doit-on actuellement préférer l'opération de Leriche : section des rameaux communicants du ganglion cervical inférieur et du ganglion intermédiaire s'il existe, combinée à la sympathicotomie au-dessus du ganglion cervical inférieur, et à la section du nerf vertébral. On peut y joindre la section des rameaux communicants supérieurs, si l'irradiation douloureuse se fait également vers la tête ou vers la nuque. (*Strasbourg médical*, 5 mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Le coup de soleil acridinique.

(MM. F. Rathery et J. Marie. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

La sensibilité des téguments à la lumière est un phénomène de connaissance relativement récente. On sait en quoi elle consiste : à la suite de l'ingestion ou de l'injection de certaines substances, on voit un sujet devenir sensible à la lumière et sa peau présenter, à l'exposition de la simple lumière du jour, des accidents de dermite, avec ou sans œdème (actinite chronique). Parmi ces substances, signalons l'éosine, la fluorescéine, l'acridine et ses dérivés. Jausion et Marceron ont dernièrement attiré l'attention sur le coup de soleil acridinique.

M. Rathery en rapporte un nouvel exemple. Chez une jeune fille de 19 ans, atteinte depuis trois semaines d'érythème polymorphe fébrile, l'auteur fit une injection intra-veineuse de 15 centigr., puis de 20 centigr. de trypaflavine (chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine). Apparut alors un érythème de la face et du cou avec bouffissure, exactement localisé au côté gauche, le seul exposé à la lumière (en raison de la position du lit par rapport à la fenêtre), véritable coup de soleil acridinique.

— M. Jausion rappelle les nombreux cas observés par M. Marceron et lui d'actinite chez des malades traités par la gonacrine. Toutefois, leurs malades étaient tous des ambulants, allant dehors et frappés dehors par la lumière. La patiente de M. Rathery a eu ceci de particulier que son actinite s'est développée alors qu'elle était alitée.

Dégénérescence amyloïde améliorée par les U. V.

(MM. Bezançon, Jacquelin et Célice. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

Un patient atteint de maladie amyloïde (ayant donné lieu à de l'œdème, de la diarrhée, de la cachexie), consécutive à une tuberculose de la hanche fistulisée, a vu son état s'amender sous l'action d'une cure radio-actinothérapique poursuivie pendant dix-huit mois. Jusqu'à ce jour, on ne connaît guère d'exemple où une telle amélioration ait été notée dans la maladie amyloïde.

Le signe du facial de Foix.

(MM. Dufour, Duhamel et Hurez. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

Foix a montré que si l'on comprime fortement, et des deux côtés simultanément, avec les index, les cols des condyles du maxillaire inférieur, en arrière, sous l'oreille et au niveau du passage du nerf auriculo-temporal, on obtient chez certains hémiplégiques, même à la phase comateuse, une contraction très nette des muscles innervés par le facial du côté non paralysé. Il en résulte une asymétrie faciale passagère, déclanchée par le médecin et indiquant le côté paralysé.

MM. Dufour, Duhamel et Hurez, ont recherché ce signe chez les encéphalitiques parkinsoniens et ils ont pu en obtenir quelquefois des indices diagnostiques au début de la maladie.

Vaccinothérapie des ulcères variqueux.

(MM. Léon Tixier et Bize. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-7-1926.)

MM. Léon Tixier et Bize ont traité par la vaccinothérapie (6 injections intra-musculaires de propidon, une tous les deux jours, aux doses successives de 1/4, 1/2, 3/4, 1 1/2, 1 1/2, 2 cc.), trois malades porteurs d'ulcères variqueux rebelles de la jambe et ils ont obtenu d'excellents effets. Ils associent la vaccinothérapie aux greffes.

— M. Hallé rappelle que le repos, la jambe étendue, est une condition indispensable et souvent suffisante pour la guérison des ulcères de jambe.

— M. Maurice Renaud ne croit pas que les indications des vaccins dans le traitement des ulcères variqueux soient très nombreuses. L'immobilisation, des pansements soigneux, l'exposition aux rayons ultra-violets, permettent de cicatriser de vieux ulcères déclarés incurables.

— M. Sézary, dans les cas rebelles au repos et à l'antisepsie locale (attouchements répétés au nitrate d'argent), a employé avec avantage le lipo-vaccin antipyogène mixte, qui n'est qu'un propidon à excipient huileux.

La sanocrysine dans la tuberculose pulmonaire.

(MM. Burnand et Gilbert, de Leysin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-6-1926.)

MM. Burnand et Gilbert ont soumis neuf tuberculeux pulmonaires à la médication sanocrysinique. Ils ont choisi leurs cas parmi les sujets ayant fait déjà un assez long séjour à Leysin, ayant par conséquent subi l'action de la cure sanatoriale. Le médicament a été administré par voie intra-veineuse, à la dose hebdomadaire de 0 gr. 10 à 0 gr. 75 (dose totale de 7 à 10 grammes).

Quelles conclusions, disent-ils, pouvons-nous tirer de nos observations remontant à huit mois ? Les voici, formulées d'une façon provisoire, exprimant seulement une impression actuelle, que l'avenir pourra modifier :

« Le traitement par la sanocrysine n'est certainement pas dépourvu d'activité à l'égard des lésions

tuberculeuses du poumon. Il n'est pas douteux que cet agent chimiothérapique les modifie, change leurs caractères évolutifs et cela dans un sens relativement favorable.

« Mais, jusqu'ici, nous (MM. Burnand et Gilbert) n'avons pas observé un seul cas où les modifications imprimées aux foyers bacillaires soient assez profondes et assez durables pour impliquer l'idée de leur guérison. Aucun des malades chez lesquels le traitement a été achevé (10 gr. de sanocrysine) n'est guéri, cicatrisé, ni près de l'être. »

En somme, les progrès observés revêtent à l'habitude un caractère transitoire, momentané et sont souvent suivis d'un retour offensif de la maladie, même avant la cessation des injections. La sanocrysine a besoin, cependant, d'être étudiée encore.

— M. Emile Sergent a essayé la sanocrysine et ne lui a pas trouvé les propriétés bactéricides et curatives qui lui ont été attribuées par les médecins danois.

— M. Jeanselme a soigné trois cas de lupus érythémateux de la face par un produit français analogue à la sanocrysine : la chrysalbine Poulenc (thiosulfate d'or et de sodium). Les malades ont reçu tous les huit jours, à doses progressives, 0 gr. 10, 0 gr. 25, 0 gr. 50 de chrysalbine. Guérison à la sixième piqûre, après quelques incidents (éruption prurigineuse, fièvre, érythrodermie généralisée). Dans le lupus tuberculeux, des améliorations ont été obtenues.

Syphilis sérologiques d'emblée.

(M. Ch. Audry, de Toulouse. — *Soc. de derm. et syph.* ; 11-3-1926.)

Depuis quelques années, M. Audry s'efforce de rajeunir et de développer l'antique notion des syphilis décapitées, sans chancre, sans période dite primo-secondaire. Il présente aujourd'hui une observation à l'appui de ses idées.

Un homme, après quelques coïts avec sa femme syphilitique, cesse définitivement tout rapport. Il prend des comprimés de stovarsol et son état de santé est suivi par l'auteur d'une façon régulière. Pendant trois mois, aucun accident, pas de de chancre, pas de syphilide cutanée, Wassermann négatif. Au bout de trois mois et demi, toujours pas de chancre, mais Wassermann positif.

L'auteur conclut à l'existence de syphilis sérologiques, hématiques d'emblée, fréquentes en réalité, mais difficiles à surprendre à leur aurore.

Orchites aiguës par torsion.

(M. Albert Mouchet. — *Société de chirurgie* ; 26-5-1926.)

A propos de deux observations de M. Obry et de MM. Rocher et Rioux (de Bordeaux), concernant des orchites subaiguës de l'adolescence par torsion de l'hydatide sessile de Morgagni, M. Albert Mouchet rappelle l'historique de cette question.

Pendant longtemps, à la suite du travail d'Hutinel et Deschamps, on a vécu sur la notion des formes aiguës de la tuberculose testiculaire, à évolution bénigne, se terminant par élimination ou atrophie. En 1912, Ombrédanne et Mouchet, opérant ces orchites aiguës, ont vu qu'il s'agissait simplement d'accidents mécaniques, relevant de la torsion du testicule (Ombrédanne) ou, d'autres fois, de la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni (Albert Mouchet). La torsion du cordon n'est pas spéciale à l'enfance ; elle est de tous les âges. Les torsions de l'hydatide, au contraire, appartiennent à l'enfance et à l'adolescence. Le fait important est l'indication qu'il y a à opérer, en pareille circonstance, pour sauver le testicule.

— M. Ombrédanne ajoute que le syndrome de la torsion du testicule ou de l'hydatide de Morgagni peut se montrer dans d'autres affections : hernie de Cooper étranglée, abcès central de la glande testiculaire, etc. L'opération est toujours utile et on rend toujours service en prenant le bistouri, en face d'un tel syndrome.

Diabète insipide et traumatismes craniens.

(M. Worms, du Val-de-Grâce. — *Société de chirurgie* ; 2-6-1926.)

M. Worms rapporte une observation qu'il intitule : diabète insipide d'origine traumatique ; guérison par la ponction lombaire. Le malade, atteint de polyurie à la suite d'une commotion cranienne, fut amélioré momentanément par les injections d'extrait hypophysaire. La polyurie ayant repris, on fit une première ponction lombaire, puis une seconde : la diurèse revint à la normale, pour s'y maintenir.

Cette observation, dit M. Bréchot dans son rapport sur le travail de M. Worms, apporte une contribution à l'étude de la polyurie d'origine centrale, question complexe. Au point de vue thérapeutique, elle montre que l'hypertension à elle seule peut provoquer cet important trouble morbide, puisque la diminution de cette hypertension en amène la disparition. Un certain nombre de faits du même genre ont été publiés ; quelquefois, il s'est agi d'hypertensions localisées à des territoires cérébraux.

Pour prévenir les hémorrhagies post-opératoires.

(M. Raymond Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 2-6-1926.)

M. Raymond Grégoire présente une étude sur l'importance de l'examen du sang dans les ictères par rétention, en chirurgie opératoire.

Les ictériques, on le sait, ont une tendance toute particulière à saigner et, lorsqu'ils ont été opérés, c'est quelquefois assez longtemps après l'intervention que l'hémorrhagie se montre. L'ancienneté de l'ictère ne paraît pas fournir, à ce point de vue, d'indication. Son intensité est plus importante. Mais, à la vérité c'est sur les épreuves sanguines : recher-

che du temps de saignement et du temps de coagulation qu'on pourra baser une évaluation de l'aptitude à saigner du malade. Le temps de saignement normal, par piqûre du lobule de l'oreille, est de une minute et demie à deux minutes. Chez l'ictérique, ce temps, dans la règle augmenté, est variable aussi d'un moment à l'autre, cinq, six minutes une fois, plusieurs heures une autre fois. Il faut donc, pour être fixé, le rechercher à différentes reprises.

Le retard à la coagulation est plus fréquent encore. Le sang recueilli sur lame ou dans une éprouvette peut rester liquide longtemps (48 heures dans un cas de M. Grégoire). En pratique, on doit considérer comme suspect d'hémorrhagie tout ictérique dont le sang met plus de dix minutes à se coaguler.

Comment remédier à ces tendances hémorrhagiques ? Par un traitement préventif, qu'il y aura lieu de continuer ou de reprendre après l'opération, si l'examen de sang l'indique. M. Grégoire conseille les injections quotidiennes de sérum gélatiné 4 ou 5 jours avant l'intervention, le chlorure de calcium, et, si nécessaire, la transfusion sanguine, qui peut être renouvelée.

— M. Okinczyc pense que les mêmes précautions sont à prendre chez les ictériques non hépatiques, sujets eux aussi aux hémorrhagies post-opératoires.

— M. Picot estime que la recherche du temps de coagulation devrait être pratiquée avant toute intervention chirurgicale importante. Lorsque la coagulation est retardée, l'auteur emploie les injections d'anthéma ou d'arrhéma-pectine (solution de peptine végétale).

— M. Sauvé utilise concurremment l'anthéma et l'arrhéma.

— M. Tuffier se demande si l'état de coagulabilité du sang ne devrait pas être étudié chez tous les malades à opérer. Les chirurgiens de Rochester (clinique Mayo) examinent, en règle générale, le fonctionnement de tous les organes, avant d'opérer, et ils s'en trouvent bien.

P. L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales

Corps étranger de l'œsophage.

M. René Gaillard. Un homme de 40 ans, « sain de corps et d'esprit » avale en mangeant sa soupe un volumineux fragment d'os de bœuf, de forme grossièrement pyramidale, ayant 3 cm. 1 /2 dans sa plus grande longueur, sur 2 cm. 1 /2 dans sa plus grande largeur, et présentant de nombreuses aspérités. Ce corps était implanté au niveau de la bouche de l'œsophage. L'extraction par les voies naturelles, même sous œsophagoscopie, fut impossible, et on dut pratiquer une pharyngotomie externe basse. La paroi était en voie de sphacèle et l'on dut faire une injection de sérum anti-gangréneux polyvalent. Guérison.

Eléphantiasis nostras traité chirurgicalement.

M. Clavel présente, au nom de M. Molin et au sien, une malade atteinte d'œdème éléphantiasique de la jambe gauche pour lequel on pratiqua l'opération de Payr-Kondoléan avec un résultat immédiat excellent. L'œdème avait commencé en 1922 à la suite d'un accouchement, sans phlébite manifeste ; il s'était accentué en 1923, à la suite d'une fausse couche. L'intervention comporta (schématiquement) les temps suivants : incision parallèle au bord postéro-interne du tibia, depuis la malléole interne jusqu'au-dessous du plateau tibial ; résection d'une bande d'aponévrose ; suture des lèvres de l'incision aponévrotique au tissu cellulaire, suture de la peau. Suites simples ; amélioration considérable ; la différence de circonférence entre les deux jambes est tombée de sept à deux centimètres.

Epithélioma du sinus frontal.

MM. Bérard, Sargnon et Caillaux montrent une pièce, et insistent sur l'extrême rareté des cancers primitifs des sinus frontaux. Il existait en outre chez ce malade un abcès profond qui amena la mort par méningite.

Syphilis avec localisations osseuses et articulaire multiples.

M. Bonnet rapporte trois cas de syphilis à localisations ostéo-articulaires. La première concerne un enfant né dans le service de mère en pleine syphilis secondaire ; il fit trois poussées successives de syphilis osseuse (fémurs, humérus), guéries par les frictions mercurielles. Une quatrième poussée (coude et pied droits) traitée trop tardivement, détermina de la cachexie et l'enfant succomba à une coqueluche compliquée de broncho-pneumonie. Le second cas concerne une syphilis héréditaire tardive survenue dans l'enfance et évoluant pendant plus de 10 ans avec des localisations sur les deux genoux, les tibias, les coudes, les humérus, les os du crâne, etc. Enfin la troisième observation est celle d'une femme de 68 ans, chez laquelle les lésions auraient débuté deux ans environ auparavant et portent sur les genoux, les tibias, les épiphyses radiale et cubitale du côté droit, au voisinage du poignet, les os frontaux.

Talalgie sous-calcanéenne.

MM. Patel et Desjacques. Talalgie sous-calcanéenne double datant de deux ans guérie par l'ablation d'une exostose de la face inférieure du calcanéum et l'excision très large du tissu cellulaire sous-jacent.

Epithélioma du sinus maxillaire.

MM. Sargnon et Audemard. Epithélioma du sinus maxillaire, guéri par le curettage de la fosse canine, radium et radiothérapie. Le résultat est

parfait, notamment au point de vue esthétique, alors qu'un chirurgien consulté antérieurement avait proposé l'ablation du maxillaire supérieur.

Volumineux hydrosalpinx.

MM. Villard et Labry montrent une pièce d'hydrosalpinx remarquable : 1° par son volume qui est celui d'une tête d'enfant ; 2° par son développement intraligamentaire.

Ulcère peptique post-opératoire.

M. Tillier présente, au nom de M. Delore, une pièce d'ulcus peptique consécutif à une gastro-jéjunostomie précolique et accompagné de périgastrite antérieure avec adhérence à la peau simulant cliniquement un néoplasme.

Granulie pulmonaire sans symptômes.

MM. Langeron et Jeannin. Malade de 28 ans entrée à l'hôpital avec une température de 39°, une gorge rouge, sans autre symptôme. L'angine disparut au bout de trois jours et la fièvre continua à osciller entre 37°8 et 39°. Hémoculture, sérodiagnostic typhique, paratyphique et mélitococcique négatifs. On put enfin mettre en évidence des B. de Koch dans le sang et une radiographie montra un semis de granulie pulmonaire.

Société médicale des hôpitaux.

L'hyoscine dans les états de dépression nerveuse.

MM. Froment et H. Gardère, se fondant sur ce fait d'observation que les effets produits par l'injection d'hyoscine se divisent en deux phases, l'une de torpeur, l'autre où le malade paraît stimulé et voit sa force musculaire augmentée, ont essayé l'hyoscine dans un cas de dépression nerveuse. De l'observation qu'ils présentent il parut ressortir que l'hyoscine, à la dose d'un demi-milligramme (une seule injection) a déterminé un véritable « choc psychique », transformant en quelques heures une mélancolique déprimée en une femme normale. Résultat si beau que l'on peut, avec M. Gallavardin, se demander s'il n'y a pas lieu d'invoquer une action psychique, une coïncidence ou tout autre mécanisme.

Formations fibreuses consécutives à des injections de tuberculine.

M. Paul Courmont présente l'observation d'un malade de 75 ans qui en 1884 fut atteint de pleurésie et de tuberculose pulmonaire et n'a jamais depuis lors cessé de tousser et de cracher. Au moment de la première tuberculine de Koch, il fut traité par cette méthode dans le service de R. Lépine. Il est curieux de constater que ce malade a survécu à ces injections qui causèrent alors tant de désastres. Celles-ci ont laissé comme traces sur les bras et les jambes des plaques ou noyaux fibreux de dimensions variables, les plus grandes ayant de 7 à 8 cm. de long sur 4 à 5 de large. Ces plaques sont très dures, comme du cartilage, indolores ; la peau à leur niveau est tantôt normale, tantôt rouge violacé.

Faux hydrothorax d'origine ascitique.

MM. Gallavardin et Grivet pensent que dans certains cas d'ascite volumineuse le liquide peut refouler le diaphragme assez haut pour simuler un hydrothorax double ; si on fait alors la thoracentèse on pénètre à travers le diaphragme dans la cavité péritonéale et on retire du liquide ascitique. Les auteurs ont vérifié le fait dans trois cas, en aspirant le liquide dans une seringue où ils avaient mis auparavant un demi-centimètre cube d'une solution de bleu de méthylène, puis repoussant le tout, et immédiatement après faisant la paracentèse : le liquide retiré cette fois était vert. De semblables faits ont été signalés par Ricaldoin (de Montevideo).

Le mécanisme histophysiologique des troubles osseux d'origine nerveuse.

MM. Leriche et Policard admettent que les ostéo-arthropathies d'origine nerveuse sont liées à des troubles vaso-moteurs des os, d'origine sympathique, le ralentissement de la circulation dans un territoire osseux amenant la condensation osseuse, tandis que, au contraire, une circulation active provoque l'ostéolyse, la fonte du tissu osseux.

Syndrome abdominal au cours d'un infarctus myocardique.

M. Gravier présente l'observation d'un homme de 72 ans, diabétique, qui fut pris brusquement d'un malaise abdominal avec diarrhée et vomissements abondants. La lenteur du pouls (38 pulsations à la minute) orienta vers l'idée d'une complication cardiaque et l'interrogatoire minutieux apprit en effet que le malade éprouvait des douleurs au niveau des bras et du sternum. L'examen de l'abdomen resta absolument négatif. Le malade mourut le lendemain après avoir présenté du Cheyne-stokes et un pouls de plus en plus petit. Bien que l'autopsie n'ait pas été faite, le diagnostic d'infarctus du myocarde paraît ici évident. Mais le mécanisme des troubles gastro-intestinaux reste obscur.

Rigidité parkinsonienne. Attitudes qui la renforcent.

MM. Froment et H. Gardère présentent un malade, hémiparkinsonien, chez lequel les variations de la rigidité suivant l'attitude permettent de penser que cette rigidité est liée à l'effort que fait le malade pour maintenir la statique de son bassin, en sorte que si on arrivait, par une prothèse chirurgicale ou mécanique, à suppléer à l'effort musculaire, on améliorerait sa marche et sa rigidité.

Syndrome abdominal douloureux dans une rupture de l'aorte thoracique.

MM. Gallavardin et Gravier. Femme de 65 ans entrée à l'hôpital pour des douleurs abdominales violentes, à début brusque, avec angoisse, sans contracture de la paroi, ni vomissements. Mort brusque au quatrième jour. A l'autopsie, on trouva une rupture circulaire de l'*aorte thoracique*, avec conservation de la tunique externe qui assurait la continuité du vaisseau. A ce niveau, l'artère devait être soumise à de très forts mouvements d'expansion systolique, d'où tiraillement des plexus nerveux expliquant les phénomènes douloureux.

Syndrome du « vent du midi » chez le nourrisson.

MM. Mouriquand, Bernheim et A. Josserand signalent qu'ils ont observé des phénomènes alarmants se produisant chez les nourrissons pendant les périodes où souffle le vent du midi : température à 40°, vomissements, selles liquides, nez pincé, yeux excavés. Ces phénomènes cessent quand le vent change. Ils sont à rapprocher des effets du coup de chaleur, signalés par Weill et Bertoye, mais ils en diffèrent, car ils se produisent aussi bien en hiver. Comme thérapeutique, les auteurs préconisent le sérum adrénaliné à petites doses.

Cœur de mille grammes par hypertrophie primitive.

MM. A. Dumas et Pipard. Malade atteint d'asystolie progressive et irréductible avec arythmie complète légère, gros foie, état délirant, albuminurie, tension à 21,5/15,5 tombée ultérieurement à 13,5/7,5 cet abaissement tensionnel ayant fait penser à un infarctus du myocarde. A l'autopsie, on trouva un cœur de 970 grammes ne présentant que de l'hypertrophie simple ; les reins étaient gros, sans lésions de néphrite.

Asthme et syphilis.

MM. Cordier et Claude présentent trois observations d'asthme survenu chez des malades atteints de syphilis, soit héréditaire, soit acquise. Tout en se défendant de conclure à la nature syphilitique de l'asthme dans un grand nombre de cas, l'action heureuse du traitement arsenical observée ici n'étant pas une preuve suffisante, les auteurs admettent néanmoins que la syphilis aurait pu agir par l'intermédiaire de lésions thyroïdiennes, que le métabolisme basal avait révélées.

M. Bonnamour rapporte de son côté deux cas d'asthme chez des syphilitiques, guéris ou améliorés par le traitement spécifique.

A. C.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

Sur quelques cas de fièvre méditerranéenne depuis 1920.

MM. Ducamp, Blouquier de Claret et P. Falgairolle. — Une revue des cas de cette maladie recueillis depuis 1920 dans l'un des deux services de médecine générale des hôpitaux de Montpellier, et tous contrôlés par le laboratoire, montre :

Du point de vue étiologique : 1° la rareté relative, au moins dans les hôpitaux, de cette maladie dans l'un de ses pays d'élection (8 cas pour 46 cas de fièvre typhoïde) ; 2° l'absence possible d'une contagion immédiate (animaux ou lait) caprine ou ovidée. Porteurs de germes ; 3° la possibilité de récidives.

Du point de vue symptomatique : 1° la fréquence des algies précoces passagères ou durables ; 2° la réalité de la longueur d'évolution (jusqu'à 11 mois) ; 3° la léthalité peu chargée, au moins au cours de la maladie (aucune mort).

Du point de vue diagnostique : la nécessité des examens de laboratoire (hémo ou séro), tout à la fois pour contrôler les renseignements étiologiques les mieux établis et pour dépister des fièvres méditerranéennes méconnues. L'intra-dermo-réaction de Burnet semble, par contre, d'un emploi délicat.

A propos de la spondylite mélitococcique.

M. Jean Montagne. — L'auteur, au cours d'un travail consacré aux spondylites infectieuses, a eu l'occasion d'étudier une nouvelle variété de ces spondylites : le spondylite mélitococcique, récemment décrite par le professeur H. Roger, de Marseille.

L'auteur rappelle les grands caractères cliniques de cette spondylite et souligne l'intérêt qui s'attache à son étude, comme à celle de toutes les spondylites infectieuses ou post-infectieuses, en particulier du point de vue de leur diagnostic différentiel avec le mal de Pott. Les éléments du diagnostic positif de ces « faux maux de Pott » d'origine infectieuse sont fournis par l'anamnèse, la radiographie, les examens de laboratoire et par l'évolution même de la maladie.

Le double souffle crural intermittent de Duroziez dans la fièvre de Malte.

M. Lauze (d'Aimargues) l'a constaté dans 15 cas de mélitococcie, chez des malades indemnes de toute lésion de l'appareil circulatoire ; il le considère comme sous la dépendance de l'hypotension diastolique dont il suivait les variations.

M. A. Puech considère qu'il est difficile de donner une explication satisfaisante du fait, par la seule existence d'une chute de la tension minima, puisque, dans les cas rapportés, la tension différentielle était sensiblement normale ou même diminuée.

Volumineuse pyonéphrose gauche à développement antérieur enlevée par l'incision thoraco-abdominale de Fey.

MM. J. COULAZOU, A. BONNET et M. SIMONNET. — Les auteurs relatent l'intervention pratiquée par le professeur JEANBRAU avec des suites opératoires excellentes et insistent sur les avantages de l'incision de Fey : elle donne un jour remarquable sur la partie haute de la loge rénale, particularité précieuse surtout pour le rein gauche ; elle permet la découverte et la ligature faciles du pédicule ; le drainage étant placé au point déclive et loin des sutures, ces dernières sont dans les meilleures conditions possibles pour cicatriser par première intention. L'ouverture de la plèvre, soigneusement suturée, n'a entraîné aucune complication pleurale ou pulmonaire.

A propos des monoplégies brachiales chez l'enfant.

MM. MASSABUAU, A. GUIBAL et LAUX. — Les auteurs présentent un enfant de 3 ans qui s'est réveillé un matin avec une paralysie flasque totale du membre supérieur gauche, sans aucun signe prémonitoire. Après avoir passé en revue les étiologies possibles (lésion cérébrale, médullaire, radiculaire, périphérique) susceptibles d'expliquer cette paralysie chez l'enfant, les auteurs se tiennent à l'hypothèse de poliomyélite antérieure aiguë.

Ils soulignent : 1° la rareté de cette forme à tableau clinique infectieux fruste ; 2° la rareté de la localisation de la paralysie au membre supérieur, isolément et totalement pris ; 3° la régression progressive et incessante de la paralysie, de la périphérie à la racine, jusqu'à une quasi-guérison actuelle, sous l'influence de la diathermie.

Etat méningé fébrile intermittent. Paludisme probable.

M. A. PUECH. — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 22 ans, qui a présenté en 8 jours, à trois reprises, des accès caractérisés par une fièvre élevée, et un syndrome méningé. Dans l'intervalle d'une durée de deux jours, tout rentre dans l'ordre. Le liquide céphalo-rachidien examiné lors du dernier accès est clair, hypertendu, et contient 340 lymphocytes à la cellule de Nageotte. Quatre jours plus tard, on ne comptait plus que 76 éléments, l'albumine est de 0 gr. 60, les chlorures de 7 gr. 2.

L'évolution et les examens de laboratoire permettent d'éliminer la tuberculose, la méningococcie, la spirochétose, la syphilis. S'agit-il de paludisme ? On notait une grasse rate et le sujet malade venait de passer trois semaines en septembre, dans un pays où le paludisme autochtone sévit à l'état endémique. La formule sanguine montre une leucocytose normale avec légère mononucléose. Mais la recherche de l'hématozoaire, pratiquée il est vrai le lendemain du dernier accès, est restée négative, et trois semaines après celui-ci, en l'absence de tout traitement, aucune manifestation fébrile ne s'était reproduite chez ce sujet antérieurement non impaludé. D'autre part, les réactions méningées humorales observées dans le paludisme ne sont jamais très intenses. Le diagnostic étiologique reste douteux.

Epilepsie jacksonienne et azotémie.

MM. E. LEENHARDT et J. REVERDY. — Une épilepsie jacksonienne gauche datant de 1924, chez un enfant âgé actuellement de 12 ans 1/2, restée très discrète depuis un an et demi, arrive presque à l'état de mal, en avril 1926, à l'occasion d'une crise d'urémie sans hypertension, sans cylindres urinaires, sans rétention des chlorures. Cette urémie paraît due à une infection gastro-intestinale. Azotémie 1 gr. 13 le 16 avril. Sous l'influence du régime et des diurétiques, l'azotémie retombe à la normale, vingt jours après. Les crises convulsives disparaissent de leur côté d'une manière complète, mais il persiste une hyperréflectivité très nette, et un signe de Babinski du côté gauche. L'épine provoquant cette épilepsie reste inconnue. Malgré des réactions biologiques négatives, un traitement intensif par le néosalvarsan a été institué, mais seulement après le retour de l'azotémie à la normale et la disparition des crises convulsives.

Les Congrès

VIIe Congrès International de chirurgie.

(*Suite*) (1).

Traitement des tumeurs cérébrales.

A. RAPPORTS.

Technique de la résection ostéoplastique du crâne.

par le Professeur HANS BRUN (Lucerne).

En se basant sur les observations de 458 opérations cranio-cérébrales chez l'homme, exécutées dans les vingt-trois dernières années, l'auteur est arrivé à cette conviction que, dans toutes ces opérations la perte de sang, primaire ou secondaire, exerce une influence notable sur le pronostic opératoire. Non seulement la modification de la pression résultant de l'ouverture de la boîte cranienne et des manœuvres sur la dure-mère et le cerveau, mais encore la perte brusque de sang, occasionnent un collapsus qui peut obliger à cesser l'intervention et causer l'opération en deux temps.

(1) *Concours Médical*, nos 31, 32, 34, 35, 36 et 37.

La suture circulaire de Haidenhain, les plaques de Kredel et d'autres modifications analogues basées sur le même principe, n'amènent qu'une hémostase temporaire, qui provoque, secondairement une réplétion du territoire barré ; il en est de même de l'application de la bande d'Esmarch pour provoquer l'ischémie des membres inférieurs.

Il en résulte des hématomes en dessous du lambeau osseux, donnant lieu à des phénomènes de compression : si on les évacue tardivement, il se produit de la nécrose des bords de la plaie qui retarde la guérison et compromet l'asepsie.

Il faut donc s'efforcer d'éviter sûrement une hémorragie primaire quelque peu importante et également toute hémorragie secondaire.

L'auteur décrit avec minutie sa technique de trépanation.

Il considère la suture primitive étanche de la dure-mère comme extrêmement importante dans la chirurgie cérébrale, aussi bien que dans la chirurgie médullaire ; elle a une signification vitale lorsque l'intervention sur le cerveau a conduit jusque dans un ventricule. L'auteur a rempli les pertes de substance de la dure-mère d'abord avec des morceaux d'aponévrose, plus tard hermétiquement avec des lambeaux graisseux. Il utilise toujours, comme matériel de suture et de ligature de la fine soie, jamais de catgut.

Lorsque la tumeur cérébrale peut être radicalement opérée, le lambeau osseux est conservé ; si la tumeur n'est que partiellement opérable ou inopérable, l'os est totalement ou partiellement réséqué. Presque toujours le lambeau osseux guérit, de telle façon que le bord opposé à sa base baille comme une porte incomplètement fermée ; l'auteur a observé ce fait par suite de la contraction des muscles de la nuque, dans les trépanations cérébelleuses. Pour éviter cet inconvénient, il fixe toujours le bord supérieur de la brèche osseuse au moyen de deux fils de bronze-aluminium qu'il enlève généralement dans la suite.

Traitement des tumeurs cérébrales.

Par le Dr Percy Sargent (Londres).

L'auteur précise qu'il ne s'occupera que du traitement chirurgical de ces tumeurs ; les autres traitements, y compris la radiothérapie, sauf si elle était associée à l'intervention, ne lui ayant procuré que des mécomptes.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention précoce et radicale, sur l'importance de la localisation. La nature des néoplasmes, au contraire, est assez difficile à préciser.

Quelques données statistiques :

I. Gliomes. — 1° *Frontaux* : 42 cas avec 3 succès réels.

2° *Gliomes occipitaux* : 12 cas avec un demi-succès.

3° *Gliomes post-centraux* : 32 cas, dont 6 vivaient encore vingt-deux mois après l'intervention, mais presque toujours avec troubles plus ou moins prononcés.

4° *Gliomes temporaux* : 26 cas, dont 6 survivaient avec plus ou moins de troubles quatre ans et demi aprsès l'intervention.

5° *Gliomes cérébelleux* : 25 p. 100 de succès.

II. Endothéliomes. — 1° *Ablation de la tumeur* : 19 succès sur 31 cas.

2° *Décompression* : 3 succès sur 10 cas.

III. Tumeurs cérébello-pontines. — Sur 38 cas, 9 survies de quatre ou cinq ans au moins.

IV. Tumeurs de la région pituitaire. — Résultats encourageants.

La thérapeutique des tumeurs cérébrales.

Par le Dr de Martel (Paris).

La chirurgie des tumeurs cérébrales a fait dans ces vingt dernières années un pas considérable. Les constants progrès de la clinique, le perfectionnement de l'exploration du crâne et de son contenu par la radiographie, l'introduction par Dandy de la ventriculographie et des injections colorées pour la localisation des tumeurs du cerveau permettent de faire des diagnostics de siège beaucoup plus précis, ce qui est d'une très grande importance au point de vue chirurgical. Les recherches de Cushing et Bailey, en dissociant la classe des gliomes en catégories de malignité différente, nous autorisent déjà à porter un pronostic plus précis sur l'évolution de ces tumeurs dès que nous en connaissons l'examen histologique. Enfin les améliorations continuelles de la technique opératoire et de l'instrumentation ont rendu la chirurgie du cerveau, si meurtrière à ses débuts, presque inoffensive à l'heure actuelle. C'est à eux que j'ai consacré mon rapport en insistant sur les points suivants.

1° Nécessité d'opérer avec un très grand soin en allant cependant aussi vite que possible.

2° Nécessité de faire une hémostase absolument parfaite, en usant de différents moyens sur lesquels j'ai longuement insisté.

3° Nécessité de ne sacrifier que le minimum de temps à l'ouverture de la boîte cranienne et d'user de l'instrumentation mécanique.

4° Avantage, chaque fois que cela est possible, de se servir uniquement de l'anesthésie locale et d'opérer sur un malade en position verticale, ce qui supprime les vomissements et la toux et diminue considérablement l'hémorragie et la turgescence du cerveau.

5° Nécessité de n'ouvrir la dure-mère qu'après avoir diminué au maximum la tension cérébrale (ponction ventriculaire, ponction lombaire, injection intraveineuse hypertonique, lavements de sulfate de magnésie).

6° Nécessité de ne libérer les tumeurs qu'avec douceur, en assurant l'hémostase au fur et à mesure de la libération.

7° Tenter toujours l'ablation d'une tumeur et n'y

renoncer qu'après s'être assuré qu'elle est réellement impossible.

8° Ne se résoudre à pratiquer une trépanation décompressive, trépanation sous-temporale ou trépanation occipitale, que quand il est impossible de faire mieux.

10° Ne jamais se mêler une fois par hasard de faire de la chirurgie cérébrale. L'expérience ne s'acquiert en chirurgie nerveuse qu'au prix des plus lourds sacrifices.

Traitement chirurgical des tumeurs de la fosse cranienne postérieure.

Par le professeur BASTIANELLI (Rome).

Les lésions de cette fosse sont actuellement plus facilement localisées que celles de la fosse antérieure (excepté l'hypophyse).

La localisation des tumeurs du cervelet est difficile.

Facile le diagnostic des tumeurs de l'acoustique. La ponction ventriculaire avec injection colorée (Dandy) est une méthode utile mais dangereuse.

Le diagnostic devra être précoce et l'intervention devra être tentée même chez les malades dans le coma. Les interventions pourront être exploratrices, radicales ou même incomplètes suivant les cas.

Les gliomes cystiques sont les plus favorables pour la cure radicale.

En résumé, être éclectique et renoncer à une intervention radicale quand celle-ci s'annonce comme trop dangereuse.

La ponction sera pratiquée dans les méningites.

Les opérations répétées ont parfois donné une survie notable.

L'opération en un temps est préférable, de même que l'anesthésie locale. L'hémostase doit être parfaite.

STATISTIQUE. — Les statistiques générales ont peu de valeur ; seules les statistiques globales d'une même clinique sont à retenir.

a) *Globales*. — Opérabilité dans 40 à 50 p. 100 des cas. La possibilité d'amputation totale ou partielle est de 40 à 50 p. 100 des cas opérés. Dans les tumeurs intrinsèques du cervelet, l'ablation varie entre 15 et 25 p. 100. Dans les extracérébelleuses, entre 50 et 80 p. 100.

b) *Spéciales*. — Sur la totalité des affections, l'ablation a été pratiquée de 40 à 45 p. 100. Dans les cas de tumeurs trouvées, de 50 à 80 p. 100 et plus. Les résultats définitifs varient entre 5 et 10 p. 100. Les gliomes cystiques ou cavitaires ont été opérés de 70 à 80 p. 100. Guérison après plus de trois ans : 30 p. 100 et plus, et après cinq à dix ans, 9 à 10 p. 100.

Dans les tumeurs de l'acoustique, opérabilité jusqu'à 80 p. 100. La guérison définitive est encore incertaine. Les améliorations notables pendant plusieurs années varient entre 15 et 25p. 100.

La mortalité opératoire pour les ablations totales et partielles du cervelet est de 50 à 60 p. 100, pour l'acoustique de 70 à 80 p. 100 et plus. Cushing cependant n'accuse que 11,1 et 35,4 p. 100 suivant les séries.

Dandy accuse 45 p. 100, mais, avec sa nouvelle technique d'ablation totale, 5 guérisons sur 5 cas. Dans la décompression et l'exploration, 40 à 80 p. 100 de morts, sauf pour Cushing.

Par le diagnostic précoce et une technique soignée, nous pouvons être certains d'arriver à réduire la mortalité opératoire de 15, 20 p. 100 et d'obtenir des guérisons durables aussi nombreuses que pour les tumeurs des autres organes.

Les Livres

Gaston DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e

Dr Ch. LAUBRY, A. MOUGEOT et J. WALSER. — **Les syndromes d'aortite postérieure**. In *Bibliothèque des grands syndromes*. Directeur : Pr H. Roger. (1 vol. in-8 raisin de 240 pages, avec 19 fig. dans le texte et 7 planches, dont 3 en couleurs hors texte. Prix : 35 francs.)

Seules, jusqu'à ces dernières années, les lésions de la crosse de l'aorte avaient attiré et retenu l'attention ; les segments thoracique, postérieur et abdominal, inaccessibles à nos moyens d'investigation, dépourvus d'expression clinique notoire, voyaient leur atteinte souvent soupçonnée, attendre de l'examen anatomique une vérification tardive.

Les auteurs passent successivement en revue les conditions anatomiques, qui créent la diversité et la complexité du syndrome : le siège des lésions, leur nature, les différentes formes évolutives. Puis, unissant en un tronc commun l'aorte thoarcique descendante et l'aorte abdominale, ils étudient les variations de l'onde pulsatile liées aux conditions physiques de la paroi artérielle ; les notions d'élasticité, d'extensibilité aortiques, définies et analysées avec une précision rigoureuse, éclairent les troubles dynamiques de la pulsation artérielle que réalisent, à l'opposé l'un de l'autre, sclérose ou anévrysme.

Ainsi se trouvent coordonnés et mis en valeur toute une série de troubles fonctionnels, auxquels la radioscopie, la mesure de la vitesse de propagation de l'onde pulsatile, l'étude comparée des pressions artérielles aux membres supérieurs et inférieurs donnent leur pleine signification. La douleur, la dyspnée, la dysphonie, la dysphagie sont analysées isolément puis groupées en formes cliniques, formes monosymptomatiques, formes latentes, formes évolutives, que viennent préciser et illustrer de nombreux faits cliniques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

M. DE PAWLOWSKI, RÉCIDIVISTE DE LA MISIATRIE

Connaissons nos amis ! !

J'ai décrit, en décembre 1924, sous le nom de *Misiatrie*, cette haine morbide et systématisée du médecin, qui fait que celui qui la professe s'empresse de saisir toutes les occasions qui lui sont offertes par l'actualité, pour dauber, avec une absence complète de bonne foi, et une exagération manifeste, sur ce pelé, ce galeux, d'où pour lui, découlent tous les maux...

Et je citais une observation de Misiatrie dont le sujet était M. G. de Pawlowski.

Or, voici que le même de Pawlowski vient de présenter une récidive de cette curieuse affection.

C'est à propos de « l'angoissante question des secours médicaux dont peuvent avoir besoin, en cours de route, les automobilistes victimes d'accidents (1) ».

Toute l'organisation du prompt secours, ou du secours immédiat, se trouve ainsi remise en cause. D'excellents esprits s'en sont occupés, il y a déjà fort longtemps, qui n'ont pu réussir à mener à bien leur entreprise. Il faut croire que ce n'est pas aussi commode qu'on le peut supposer au premier abord. Nous verrons tout à l'heure la solution que préconise M. G. de Pawlowski. En attendant, je détache de sa chronique cette première perle à monter en épingle. Car ce que je lui reproche, ce n'est pas le sujet qu'il a traité, mais la forme qu'il a cru devoir employer et ses injurieux commentaires sur les médecins.

« Tel touriste qui n'accepterait à Paris, pour le moindre bobo, que l'intervention d'un grand chirurgien, peut se trouver brusquement livré, à la suite d'un accident d'automobile, *au dangereux découpage de quelque petit charcutier local.* »

Serait-ce à dire que la chair dudit touriste est de même essence que celle du légendaire compagnon de Saint-Antoine, que M. de Pawlowski la réserve, en cas d'accident, aux soins d'un charcutier ? Ne trouvez-vous pas que M. de P. a perdu là une belle occasion de rester coi ? Et n'est-il pas facile de lui fournir une réponse à sa question ? Quand, pour le moindre bobo, on a l'habitude d'appeler un *grand chirurgien*, on ne s'aventure pas en automobile, sur les routes de France si fécondes en accidents, dont, d'ailleurs, leurs imprudents et téméraires usagers sont la plupart du temps les auteurs responsables, — on ne s'aventure pas, dis-je, sans se faire suivre de ce grand chirurgien, que l'on prend soin d'attacher à sa personne.

(1) *L'Aéro-Sport*, 9 sept. 1926.

Plus loin, c'est l'aventure d'un blessé dont la lèvre fendue réclamait impérieusement la suture chirurgicale. Le chirurgien de la ville voisine consent à se déplacer. Mais il avait ses *beaux habits* du dimanche (*sic*), car il se rendait à un garden party.

« Il fallut qu'on le menaçât presque pour qu'il consentit à faire un pansement d'urgence avec la boîte de secours d'automobilistes américains de passage, car, étant en costume de garden party, le chirurgien n'avait pas apporté sa boîte avec lui. N'incriminons pas ce brave homme... »

Si le chirurgien, mis ainsi en cause, est un lecteur du *Concours*, j'espère qu'il consentira à nous faire entendre son son de cloche, car le récit du misiâtre dont je relate la récidive, a une allure fantaisiste qui appelle une vérification.

Que diantre ! Les médecins ne sont tout de même pas répréhensibles de ne pas se tenir en permanence à la disposition des fous qui, délibérément, courent, à cent kilomètres à l'heure en moyenne, à leur suicide, sur les routes de France qui n'ont rien des autodromes réclamés par le Congrès de Milan !

Dimanche dernier, à 19 heures, on avait déjà enregistré 43 accidents d'auto !

A ces fous de prendre l'initiative d'organiser ce service de prompt secours que leur délire de la vitesse rend si nécessaire. Ils n'ont qu'à y mettre le prix, puisqu'ils en ont les moyens.

Et maintenant, le remède, selon St-Pawl...owski :

D'abord une erreur : « Dans les grandes villes, nous avons des médecins de quartier qui, théoriquement, *doivent être de service à tour de rôle...* »

Qu'est-ce que cette histoire de médecins de quartier de service à tour de rôle ? N'est-ce pas au service de la Préfecture de police, à Paris que l'auteur fait allusion ? Organisation infiniment utile, dont les personnes qui sont atteintes la nuit de troubles nécessitant une intervention immédiate, peuvent apprécier les bienfaits. Mais, — il faut bien le dire, et cela n'en diminue en rien les mérites, — organisation dont font partie surtout les jeunes médecins, ceux dont la clientèle est encore peu fournie, et qui y trouvent

l'occasion de se créer quelques ressources et en même temps, de se faire connaître. Les chirurgiens réputés, de grand renom, les seuls qui semblent, au ton de cette chronique, trouver grâce devant M. de P., n'appartiennent pas, et pour cause, à ce service.

Bref, il faudrait créer des centres de dépanage chirurgical et médical, ces entreprises devant réaliser de gros bénéfices. Ces centres pourraient être des chalets Touring Club de secours.

« Où l'on pourrait inviter certain chirurgien ou docteur célèbre à passer la belle saison en villégiature, logé gratuitement dans un agréable chalet placé dans un site pittoresque en montagne ou au bord de la mer, et grassement rétribué, on peut en être persuadé, par les innombrables interventions dont il serait chargé dans les centres touristiques où l'on pourrait compter sur lui et où les accidents abondent. »

Que l'idée soit excellente, je n'y contredirai pas, puisque, je le répète, elle a déjà hanté nos esprits. Mais pourquoi ce ton persifleur, quand il n'est pas nettement injurieux ? Qu'à donc à reprocher aux médecins M. dePawlowski pour se montrer si coutumier de semblables procédés envers eux ? Je me suis laissé dire que certain général fameux, amputé d'un bras, n'avait jamais pardonné aux médecins qui l'avaient ainsi mutilé, sur le champ de bataille, où, en 1870, il avait été grièvement blessé, et qu'il avait, depuis cette époque lointaine, englobé toute la gent médicale dans une réprobation irréductible. Serait-ce une aventure analogue qui troublerait M. de Pawlowski, dont j'admire volontiers l'esprit quand il s'exerce sur d'autres sujets, mais qui, tout comme le taureau dans l'arène, en présence de la rouge muleta, voit tout pareillement rouge, dès qu'il s'occupe des médecins, et ne sait que les accabler de ses sarcasmes.

Ne recherche-t-il pas plutôt de faciles succès en faisant rire ses lecteurs aux dépens de ceux qui sont devenus ses « têtes de turc » ? D'autres s'y sont essayés avant lui, plus glorieusement, ce qui ne les empêcha pas, se trouvant fort mal en point, de tourner vers le médecin un visage anxieux et d'attendre de lui quelque apaisement. Ainsi lui arrivera-t-il de même. Gare alors à ses tripes, s'il s'adresse à un quelconque *charcutier* ! Et gare au découpage qui l'attend !!

***

Monsieur de Pawlowski
D'humeur atrabilaire,
En un langage exquis,
Contre moi déblatère.

Si, parfois, charcutier,
Je suis à son service,
C'est, en quelque quartier,
Qu'il est chair à saucisse...

G. DUCHESNE.

L'A. P. I. M.

(Association professionnelle internationale des médecins)

Par le Dr Fernand DECOURT.

Il y aura un an bientôt, je racontais, dans les colonnes du *Concours*, mon voyage à Londres où j'étais allé — à titre de président de l'Union et pour répondre à l'invitation de nos confrères anglais — représenter les praticiens français à l'inauguration du splendide hôtel particulier constituant la nouvelle « Maison » de la *British Medical Association* (1). Et, à ce propos, je notais que, réunis dans le cabinet du Dr Cox, le sympathique secrétaire médical de la B. M. A., nous avions longuement parlé, entre nous, délégués étrangers venus à Londres, des difficultés chaque jour grandissantes de la profession médicale et de l'utilité qu'il y aurait de créer un organisme international qui centraliserait et ferait connaître aux groupements professionnels médicaux, tous renseignements utiles, dans cet ordre d'idées. C'est ainsi que nous avions décidé, ce jour-là, de fonder un « COMITÉ D'INITIATIVE *constitué en vue d'étudier les moyens de créer une Union internationale des médecins praticiens* ». Ayant accepté les fonctions de secrétaire de ce Comité d'initiative, je fus chargé de préparer une « LETTRE OUVERTE *adressée aux présidents ou secrétaires des groupements médicaux de tous pays* », lettre qui, avec le programme assez complet qu'elle contenait fut, en réalité, le point de départ de la propagande engagée, dès ce jour, en vue de la réalisation du projet dont nous avions jeté les bases à Londres, *entre six confrères*, le 14 juillet 1925.

Or, le 15 juillet 1926, juste un an après la création du Comité d'initiative, le jour même de l'ouverture de la première réunion effectuée en vue de mettre sur pied le nouvel organisme projeté, on comptait déjà VINGT-TROIS GROUPEMENTS NATIONAUX *ayant approuvé le principe d'une association internationale et nommé des correspondants.* Voici la liste de ces correspondants, en commençant par les six nations dont les délégués avaient, à Londres, formé le premier noyau et en continuant par ordre de réception des adhé-

(1) Cf : « La Maison du Médecin à Londres », in *Concours médical*, du 28 octobre 1925.

sions de principe, reçues par le secrétaire du Comité d'initiative, en réponse à ses différents appels :

1° **Grande-Bretagne.** — Dr Alfred Cox, secrétaire médical de la British Medical Association.
2° **Danemark.** — Dr Sophus Bang, président de l'Union générale des médecins du Danemark.
3° **France.** — Dr Fernand Decourt, président de l'Union des Syndicats médicaux de France.
Suppléant. — Dr Quivy, membre du Conseil et ancien secrétaire général de l'U. S. M. F.
4° **Hollande.** — Dr Droogleser Fortuyn, secrétaire général de la Société hollandaise pour le progrès de la médecine.
5° **Norvège.** — Dr V. Magnus, délégué du Groupement des médecins de Norvège.
6° **Suède.** — Dr Nordenson, membre du comité exécutif du Groupement médical de Suède.
7° **Pologne.** — Dr Adam Przyborowski, président de la Chambre médicale de Varsovie.
Suppléant. — Dr Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins de Pologne.
8° **Chili.** — Dr Gaston Lachaise, de Valparaiso, délégué du Syndicat des médecins du Chili.
9° **Belgique.** — Dr Van Langendonck, délégué de la Fédération médicale belge.
10° **Espagne** (*Catalogne*). — Dr Joaquim Abello, secrétaire du Syndicat médical des médecins de Catalogne.
Suppléant. — Dr Takonera Santasugana, secrétaire de la Mutualité médicale de Catalogne.
11° **Suisse.** — Dr Vuilleumier, délégué du Comité central de la Fédération des médecins suisses.
12° **Pérou.** — Dr C. E. Paz Soldan, président du Cercle médical péruvien.
13° **Allemagne.** — Dr Schneider, secrétaire général de l'Union des Groupements médicaux allemands.
14° **Uruguay.** — Dr San Fuan, président du Syndicat médical de l'Uruguay.
15° **Bulgarie.** — Dr Dimitri Kiroff, président de l'Union des médecins bulgares.
Suppléant. — Dr Pétroff, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Sofia.
16° **Yougoslavie.** — Dr Farkas, membre du Comité de la Société des médecins de Croatie et Slavonie.
17° **Finlande.** — Dr Artus Tollet, président de l'Union générale des médecins de Finlande.
18° **Autriche.** — Dr Stritzko, président du Groupement des médecins d'Autriche.
19° **Tchécoslovaquie.** — Dr Cotynek, président du Groupement des médecins tchécoslovaques.
20° **Lettonie.** — Dr Alksnis, président de l'Union professionnelle des médecins de Lettonie.
21° **Hongrie.** — Dr Jules Dollinger, président de l'Union des médecins de Hongrie.
Suppléant. — Dr Flesch, vice-président de l'U. M. H.
22° **Esthonie.** — Dr J. Luiga, président des Sociétés médicales d'Esthonie.
23° **République Argentine.** — Dr Nicolas Capizzano, délégué des médecins praticiens de l'Argentine.

....

Il va de soi que ces Groupements nationaux n'avaient pu envoyer tous des délégués en réponse à l'invitation du secrétaire du Comité d'initiative : les uns à cause de la distance, les autres, par suite *d'empêchements* fortuits de leurs correspondants. Néanmoins quatorze de ceux-ci participèrent aux travaux qui durèrent trois jours, les 15, 16 et 17 juillet, et aboutirent à la création de l'Association professionnelle internationale des médecins qui fut proclamée officiellement le 17 juillet 1926, avec siège social *provisoire*, au siège de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, 25, rue Louis-le-Grand, à Paris.

En même temps, pour diriger et administrer le nouvel organisme international, était nommée une Commission administrative de neuf membres, ainsi composée :

MM. les docteurs :

1° Fernand Decourt, secrétaire général, *France*.
2° Droogleser Fortuyn, trésorier, *Hollande*.
3° Alfred Cox, membre, *Grande-Bretagne* et pays de langue anglaise.
4° Adam Przyborowski, membre, *Pologne* et pays de langue slave.
5° Josef Stritzko, membre, *Autriche* et pays de langue allemande.
6° Vuilleumier, membre, *Suisse* (rapports avec le Bureau International du Travail).
7° Joaquim Abello, membre, *Espagne* (Catalogne), et pays de langue espagnole.
8° V. Magnus, membre, *Pays scandinaves*.
9° N....., membre,

* * *

Nous pensons qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de donner ici les statuts *de l'A. P. I. M.* qui sont d'ailleurs très courts, un règlement intérieur, plus complet, réglant tous les détails du fonctionnement du nouvel organisme.

STATUTS DE L'A. P. I. M.

Art. 1er. — Il est créé une *Association professionnelle internationale des médecins* composée des groupements médicaux des pays qui adhèreront aux présents statuts. Son siège est au domicile où est constitué le secrétariat général de l'Association.

Art. 2. — Cette Association internationale a pour but de constituer un centre d'informations, de renseignements, et de liaison entre les groupements nationaux de médecins, afin de faire profiter chacun d'eux de l'expérience des autres pour l'étude des nombreux problèmes d'ordre professionnel qui intéressent la vie particulière et la vie sociale du médecin.

Art. 3. — Cette Association internationale est représentée par :

a) Un Conseil général et sa Commission administrative ;

b) Un Secrétariat ;

c) Une Trésorerie.

Art. 4. — Le *Conseil général* de l'A. P. I. M. est composé des *correspondants* désignés par les Groupements nationaux adhérents, à raison d'un correspondant (ou de son *suppléant*) par groupement. Toutefois, lors d'une réunion du Conseil afin d'éviter des frais trop élevés de déplacement ou même des impossibilités matérielles causées par de trop grandes distances, *plusieurs* groupements nationaux, bien que possédant obligatoirement un correspondant particulier à chacun, peuvent, à titre de « suppléant » envoyer un *délégué commun*, chargé de les représenter en bloc.

Le Conseil se réunit une fois par an, en *session ordinaire annuelle*, par les soins du Secrétariat, à l'époque et aux lieux fixés, en principe, lors de la réunion précédente Lors de toute réunion, il procède d'abord à l'élection d'un *président des séances* puis entend le rapport annuel du Secrétaire général ainsi que celui du Trésorier, contrôle les finances de l'Association, fixe le budget annuel des recettes et des dépenses pour l'année suivante. Il nomme le Secrétaire général et le Trésorier, ainsi que ses délégués à la Commission administrative dont il sera parlé plus loin. En outre, des frais généraux du Secrétariat et de la Trésorerie, il alloue au Secrétaire général et au Trésorier une ndemnité personnelle dont il fixe le montant.

Les décisions du Conseil général sont prises, d'ordinaire à mains levées, ou par bulletins secrets s'il en est ainsi demandé par l'un des présents. De même, s'il en est ainsi demandé par cinq groupements nationaux, représentés ou non à la session, ces décisions avant d'être exécutoires, seront soumises à un *referendum* entre *tous* les correspondants, qu'ils aient été présents ou absents à la dernière réunion du Conseil.

Les *correspondants* en outre de leurs fonctions de membres du Conseil général, ont pour attributions la préparation de toute la documentation nationale nécessaire tant à la constitution des *Archives internationales* qu'à celle de la bibliographie devant être centralisée dans le *Répertoire international*.

Les frais de déplacement et de séjour des correspondants, lors des réunions du Conseil général, sont à la charge du ou des groupements mandants.

Art. 5. — *Commission administrative*. — En vue de suivre le fonctionnement journalier de l'A. P. I. M., d'examiner et de résoudre toute question présentant un caractère d'urgence, durant le cours de l'année, il est créé une *Commission administrative*, composée du Secrétaire général, du trésorier, et de sept délégués, également désignés par le Conseil général et élus pour 3 ans, avec rééligibilité, formant ainsi un total de *neuf membres*.

Cette Commission administrative sera réunie s'il y a lieu par les soins du Secrétariat ou à la demande d'un de ses membres ; elle pourra également fonctionner par *correspondance*.

Toutefois ses conclusions et ses décisions seront soumises à la ratification du Conseil général à sa plus prochaine assemblée.

Art. 6. — Le Secrétaire général est nommé pour 3 ans par le Conseil général et rééligible. Ses attributions sont fixées dans le règlement intérieur annexé aux présents statuts.

Art. 7. — Le Trésorier est nommé pour 3 ans par le Conseil général et rééligible. Ses attributions sont fixées dans le règlement intérieur annexé aux présents statuts.

Art. 8. — Les Archives et le Répertoire bibliographique constitués par le Secrétariat, ainsi qu'il sera expliqué dans le règlement intérieur, seront uniformément établis en langue française.

De même, c'est en cette langue que le Secrétariat correspondra avec les divers correspondants nationaux.

Toutefois, ceux-ci pourront écrire au Secrétariat soit en français, soit en anglai , allemand ou espagnol, les frais de traduction étant dans ces derniers cas à la charge du Secrétariat.

Art. 9 — Pour subvenir aux frais de l'Association, pour le Secrétariat, la Trésorerie, etc..., il est constitué une Caisse alimentée pa :

1° Une *cotisation* dont le montant par membre cotisant dans chaque Groupement national adhérent est fixé, suivant les besoins, par le Conseil général.

2° Des *dons volontaires*.

Art. 10. — La dissolution de l'Association ne pourra être prononcée que dans une réunion du Conseil général spécialement convoqué à cet effet et qui ne pourra va ablement délibérer qu'en présence des deux tiers des correspondants. Si ce nombre n'est pas atteint, une seconde réunion sera convoquée et délibérera valablement à la majorité des correspondants présents. Le Conseil décidera de l'emploi des fonds existant en Caisse ou placés au moment de la dissolution.

***

Le RÈGLEMENT INTÉRIEUR ne fut pas dressé officiellement, le Conseil général, ayant pensé que ce serait peut-être encore prématuré et qu'il valait mieux se contenter de proposer des CONCLUSIONS qui seraient examinées, tout d'abord, par les groupements nationaux, puis *codifiées* dans un règlement par la Commission administrative, mais ne deviendraient *définitives* qu'après leur ratification en une deuxième session du Conseil général, durant le cours de l'année 1927.

Parmi ces conclusions, qui sont au nombre de treize, nous ne donnerons ici que les deux premières qui nous paraissent offrir quelque intérêt pour nos confrères.

1re Conclusion. — Buts de l'A.P.I.M.

Les problèmes à étudier par l'A. P. I. M., ainsi qu'il est dit à l'art. 2 des statuts, sont tous d'ordre *professionnel*, mais n'en sont pas moins très variés :

a) *Rapports du praticien avec l'Etat ou les grandes collectivités* **dans l'organisation médicale sociale** : assurance-maladie-invalidité ; médecine dans les mines, les chemins de fer, les usines et tous les grands établissements de l'industrie, du commerce ou de l'agriculture — avec étude du libre choix du médecin par le malade du mode de paiement des honoraires médicaux, du rôle et de l'utilité du groupement dans le contrôle médical par la profession même, en vue du maintien des hautes qualités morales du médecin, etc....

b) *Rapports du praticien avec l'Etat ou les grandes collectivités en* **hygiène sociale**, au sujet des maladies contagieuses et épidémiques ou dans la lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis, cancer... et la situation du praticien par rapport aux dispensaires, préventoria, sanatoria, hôpitaux, avec les questions d'enseignement s'y rattachant directement etc...

c) *Rapports des praticiens* **entre eux** : Groupements professionnels divers ; secours aux vieux médecins sans fortune, à leurs veuves et orphelins ; assurance contre la maladie aiguë ou chronique et l'invalidité du médecin lui-même ; retraites de droit ; assurance du praticien contre les risques de la responsabilité professionnelle, la mauvaise foi de certains clients et, en général, tous les ennuis professionnels de la pratique journalière, etc...

2e Conclusion. — Role du secrétaire général

Le secrétaire général tient la liste exacte de tous les Groupements nationaux adhérents avec noms et adresses de ceux-ci, de leurs correspondants et des suppléants de ces derniers. Il donne à ces correspondants (qui doivent rester les *seuls* intermédiaires entre le secrétariat général et le groupement national), les *renseignements* demandés que le secrétariat général peut connaître ou se procurer, servant ainsi de *liaison* entre tous.

Il constitue, en outre :

a) Des **Archives**, principalement composées des *renseignements centralisés*, durant l'année, suivant les questions examinées d'après les demandes et les réponses des correspondants, ainsi que des *études d'ensemble* qui peuvent être motivées par celles-ci.

b) Un **Répertoire bibliographique** international, dressé en une classification uniforme, par *centralisation des indications bibliographiques* importantes, réunies par les soins des Groupements nationaux et fournies au Secrétariat par chaque correspondant.

Archives et Répertoire seront uniformément constitués *en langue française*, de même que toute correspondance issue de Secrétariat.

Le Secrétaire général prépare les réunions de la *Commission administrative*, s'il y a lieu, ou centralise les avis de ses membres, au cas où celle-ci fonctionne par correspondance. D'accord avec cette Commission, il prépare également les sessions du *Conseil général* auquel il soumet son *rapport annuel*. Enfin, il tient un compte détaillé des frais du secrétariat tant matériels que de personnel, ainsi que, s'il y a lieu, des frais de déplacement qui lui ont été causés personnellement par ses fonctions de secrétaire général, en raison, par exemple, du lieu de réunion choisi par le Conseil général — et il envoie tous ces divers comptes au trésorier à la fin de chaque trimiestre.

A ces deux conclusions, nous ajouterons encore la 4e qui donna lieu à un assez long échange de vues et aboutit à la résolution suivante votée à l'unanimité :

« Lors des sessions du Conseil général, les discussions auront lieu en français. Toutefois, au cas où un membre du Conseil désirerait s'exprimer en une autre langue, il en aura la faculté, mais devra ensuite remettre au secrétaire général ses conclusions rédigées en français ».

Enfin, nous noterons, en terminant cet aperçu des travaux des « correspondants » qui s'étaient rendus à Paris que *tous pouvoirs furent donnés à la Commission administrative pour préparer le fonctionnement de l'A. P. I. M. dès le 1er janvier 1927* et ceci surtout afin que l'on puisse, au plus tôt, s'atteler à l'étude de ce qui fut décidé, à l'*unanimité* comme « *la plus grave question à l'heure actuelle, en tous pays* », celle de l'ASSURANCE-MALADIE-INVALIDITÉ.

Ce n'est pas nous, Français, qui contrediront, sur ce point, l'avis exprimé par nos confrères étrangers. Et je crois même que c'est là une des meilleures preuves de l'utilité et de l'opportunité de ce nouveau groupement médical international que nous sommes heureux de présenter ici à nos confrères du *Concours*.

Dr Fernand Decourt.

JURISPRUDENCE

Honoraires médicaux. — Concubinage. — Soins aux enfants. — Responsabilité solidaire

JUSTICE DE PAIX DE BESANÇON (canton Nord).

16 mai 1926.

(*Archives du « Sou médical ».*)

Lorsque deux personnes vivent maritalement, elles sont débitrices solidairement des honoraires, pour soins médicaux donnés à l'un d'eux, ou aux enfants de l'un d'eux, lorsqu'ils n'ont pas fait connaître au médecin la situation irrégulière, dans laquelle ils se trouvaient.

Un adhérent du « Sou médical », le Dr Tronchon, de Besançon, avait demandé l'appui de la Ligue de défense professionnelle, parce qu'appelé, à plusieurs reprises, à donner ses soins aux enfants d'un ménage, il ignorait absolument que celui-ci n'était pas régulier, alors que tout ermettait de croire que ces clients étaient époux légitimes.

La mère ne nia pas la dette ; mais son amant refusa de payer, sous le prétexte qu'il n'était pas le père des enfants, qu'il ne les avait pas reconnus et qu'il n'était pas marié avec leur mère.

Cités en justice, la mère seule se présenta, son amant fit défaut. La mère se reconnut responsable du paiement des honoraires, mais par dérision, offrit d'acquitter la modeste somme de cent fr., par acomptes mensuels de dix francs, alors que son amant avait une situation lui permettant de régler immédiatement cette modique dette.

Le juge de paix a rendu le jugement suivant.

Nous juge de paix : attendu que M. le docteur Tronchon réclame à M. M., la somme de cent francs qu'il prétend lui être due pour soins donnés aux enfants de la veuve S., au cours des années 1923 et 1924 ; attendu qu'il a fait citer les sus-nommés par exploits séparés du ministère de Me Prétet, huissier à Besançon, en date du 30 avril 1926 ; attendu que les deux instances étant connexes, il y a lieu de les joindre pour être solutionnées par un seul et même jugement ; attendu que Mme S. reconnaît devoir la somme qui lui est réclamée et sollicite des délais pour se libérer ; attendu qu'il y a lieu de lui accorder ces délais. Mais, attendu que le sieur M., ne comparait point en personne et que Mme S. soutient en son nom qu'aucun lien de droit n'existe entre lui et le citant; qu'en conséquence, il doit être mis hors de cause; attendu que Mme S. n'étant munie d'aucun mandat régulier de ce derner, il convient de le considérer comme défaillant, et de rechercher, dès lors, s'il peut être tenu à un titre quelconque pour responsable en paiement des honoraires réclamés par le demandeur ; attendu, en droit, que M. le docteur Tronchon ne peut invoquer comme source d'obligation par le sieur M. d'acquitter lesdits honoraires, que le contrat de gestion d'affaires ou une convention expresse ou tacite, ou enfin un quasi délit ; attendu qu'il n'allègue point que c'est le cité lui-même qui est allé le chercher, qu'il n'est pas davantage établi que la dame S., en demandant au citant de fournir ses soins à ses enfants, a accompli un acte que le sieur M. aurait dû faire personnellement, qu'ainsi il y a lieu d'écarter la gestion d'affaires ; attendu que M. le docteur Tronchon ne rapporte point davantage la preuve écrite que le sieur M. s'est engagé à payer de ses propres deniers les honoraires de ce médecin, bien qu'il ne l'ait point commandé ; mais attendu qu'il résulte des déclarations faites à notre barre par la dame S., qu'elle vit maritalement avec le sieur M. et que M. le docteur Tronchon a fourni ses soins à ses enfants à leur domicile ommun ; attendu que le cité n'a donc pu ignorer ces faits et qu'il lui appartenait en conséquence s'il ne voulait point en garantir le paiement, de le déclarer au citant, ou tout au moins lui faire connaître la situation irrégulière dans laquelle il se trouvait ; attendu qu'il ne justifie nullement qu'il a pris cette précaution ; que son silence le met donc dans une situation juridique toute spéciale vis-à-vis du docteur ; qu'il pouvait en effet être considéré par ce dernier comme le mari de la dame S. et par suite son répondant ; attendu que, n'ayant ainsi laissé entendre à aucun moment et d'une manière non équivoque, à M. le docteur Tronchon, son intention de ne point l'indemniser il a en tout cas commis une faute qui, aux termes des articles 1382 et suivants du code civil, engage sa responsabilité et l'oblige solidairement avec la dame S., au paiement des dettes contractées par cette dernière dans l'intérêt de leur faux ménage (Cour d'Appel de Paris 21 novembre 1923 *Gazette du Palais*, 22 ju n 1924) ; attendu d'ailleurs que nul ne peut s'enrichir aux dépens d'autrui, qu'il est certain qu'en soignant les enfants de la dame S., le citant a indirectement procuré un avantage au sieur M. ; attendu, en effet, que ce dernier avait des motifs spéciaux de s'intéresser auxdits enfants, et par suite de leur faire donner lui-même tous les soins qu'exigeait leur santé. Attendu enfin qu'il y a dans cette affaire une question de bon sens et d'intérêt qui domine la situation et s'impose à notre conscience. Attendu que la partie qui succombe doit supporter les dépens, et qu'il y a lieu cependant de laisser à la charge du demandeur les frais inutiles d'une action séparée contre chacun des cités. Par ces motifs, statuant publiquement par jugement contradictoire et en dernier ressort, joignons les deux instances introduites séparément par M. le docteur Tronchon contre les cités M. et S.,

et statuant par un seul et même jugement, condamnons le sieur M et la veuve S., solidairement à payer à M. le docteur Tronchon, la somme de cent francs qu'ils doivent pour les causes avant dites. Les condamnons en outre solidairement aux intérêts de cette somme.

Ce jugement est conforme à la jurisprudence suivie jusqu'à ce jour :

Tout d'abord, le juge de paix de Besançon considère comme une faute, dont est responsable M. et dont il doit réparation aux termes de l'article 1382 du Code civil, de n'avoir pas averti le médecin de la situation irrégulière du faux ménage. Il aurait dû lui faire connaître qu'il n'avait pas l'intention de s'obliger personnellement, pour le paiement des honoraires, afin que le praticien ne puisse s'y tromper (Bordeaux, 24 novembre 1879 ; Dubrac, Traité de jurisprudence médicale, n° 278, p. 273 ; tribunal Charleville, *Concours médical*, 1894, 262).

C'est en effet à l'un des époux apparents de déclarer au docteur l'absence de mariage et, par suite, d'indiquer au praticien qu'il n'aura, comme débiteur, que le consommateur de soins.

Les usages ne permettent pas, au médecin, de demander qu'on lui présente l'acte de mariage, ou le contrat de mariage.

Si les faits, la commune renommée, ou autres motifs, comme la continuité de la vie commune ont pu faire croire au médecin qu'il s'agissait d'un ménage régulièrement uni par les liens du mariage, le praticien est en droit de se retourner en garantie contre le pseudo-conjoint.

S'il est de notoriété publique que les deux personnes vivent en état apparent de mariage, le médecin doit invoquer l'adage : *error communis facit jus*.

Et même si le docteur vient pour la première fois chez de nouveaux clients et que tout l'incite à croire à un mariage régulier, il est fondé à assigner conjointement les deux époux apparents (tribunal Seine, 10 décembre 1901 ; D. 02.2.133).

Le tribunal de paix de Moy (Aisne), par jugement du 17 novembre 1903 (*Concours médical*, 1904-253), a condamné le mari supposé, qui était venu quérir le docteur pour sa compagne et avait agi, au regard de celui-ci, comme un mari véritable, en lui laissant ainsi croire qu'il acceptait toutes les obligations d'un mariage véritable.

Plus récemment, le tribunal civil de la Seine (24 juillet 1922) a condamné un monsieur à payer la note d'honoraires médicaux, pour soins donnés à son amie, habitant la même villa que lui et qu'il traitait comme sa femme ; qu'il n'a rien fait pour dissiper l'erreur du praticien, qui a cru, en présence de son attitude et de cette circonstance que cette dame habitait le même toit, que le monsieur, qu'il avait affaire à son épouse légitime.

De même, la 7e chambre du tribunal de la Seine, par jugement en date du 30 juillet 1923, a condamné un client qui, bien qu'ayant payé des notes d'honoraires médicaux antérieurs, pour sa concubine, refusait le paiement de soins ultérieurs.

En tous cas, nos confrères feront toujours bien d'assigner conjointement et solidairement les deux époux supposés ; ou plutôt, ils agiront encore plus prudemment, avant d'engager toute action judiciaire, d'en référer aux avocats conseils du « Sou médical » qui les guideront et les conduiront vers le gain de leur procès.

Dr Paul BOUDIN.

MUTUALITÉ FAMILIALE

L'augmentation du chiffre de l'indemnité.

— Comment ! vous allez encore faire des changements à la Mutualité familiale ! Vous savez pourtant bien que toutes les modifications antérieures ont eu pour effet immédiat de ralentir le recrutement, et puis vous troublez vos anciens membres qui se demandent ce que veut dire cette instabilité perpétuelle [1]

— Eh bien, oui, nous allons changer encore une fois. Mais croyez-vous par hasard que ce soit par pur dilettantisme ?

— Ce n'en est pas moins fâcheux.

— Voyons, cher confrère, est-ce que tout n'évolue pas autour de nous et avec une vitesse qui tient du vertige ? Comment voudriez-vous que nous ne fissions pas tous nos efforts pour nous adapter du mieux que nous pouvons ? Oui, certes, nous déroutons un peu quelques-uns de nos vieux sociétaires, mais cela ne vaut-il pas mieux que de rester en arrière et paraître ne pas comprendre les besoins nouveaux qui se font jour ?

Quand nous avons créé l'*Amicale*, que voulions-nous ? Indemniser nos confrères de leurs frais de remplacement : c'était alors dix francs par jour, aussi avons-nous fixé notre indemnité journalière à dix francs. Nous avons ainsi vécu des années. Mais où est le remplaçant à dix francs ?

Il y a quelques années, nous avons admis l'indemnité de 20 francs, puis de 30 francs, mais nous avons été immédiatement débordés : on

nous demande de revenir à notre conception primitive et d'assurer le remplacement.

Certes, nous ne pouvions méconnaître la légitimité de cette réclamation, mais il fallait encore une fois innover, encore une fois modifier nos statuts ... et nous hésitions car nous savions bien les inconvénients de ces changements. Et puis, en aucune façon nous ne voulions que nos anciens adhérents de la combinaison MA, ceux qui ne reçoivent que dix francs d'indemnité, pussent risquer de subir un préjudice quelconque du fait d'adhérents recevant des indemnités plus élevées. Enfin, nous voulions connaître les conclusions du rapport de M. Fleury à la suite de notre inventaire quinquennal.

Donc nous attendions.

Mais M. Fleury nous dit que la situation des combinaisons existantes est bonne, qu'il ne voit pas de danger à rechercher des combinaisons permettant de donner 40 ou 50 francs par jour pendant les deux premiers mois, 400 ou 500 francs par mois ensuite. D'autre part, nous voyons la possibilité d'arriver à ce résultat sans léser les combinaisons actuelles, sans bouleverser une organisation qui a fait ses preuves et dans laquelle tous ont confiance. Nous n'hésitons plus, nous estimons qu'il est de notre devoir d'évoluer et de suivre le mouvement général et nous donnons satisfaction à nos confrères.

40 francs par jour, 400 francs par mois ; 50 francs par jour, 500 francs par mois, cela rentre dans le cadre général de la Mutualité familiale. Donc, pas besoin de créer de combinaisons nouvelles au milieu desquelles se perdront nos jeunes confrères.

Nous admettons la faculté de doubler la combinaison MAD, cela nous permet d'arriver aux 40 et aux 400 francs, et nous assurons les 50 et les 500 francs par le cumul de MA avec MAD ainsi doublée. Nous n'affaiblissons pas les combinaisons existantes, nous ne tarissons pas leur recrutement et nous les prémunissons contre les mécomptes par la surcharge légère des nouvelles cotisations.

Notre secrétaire général Mignon a naguère laissé entrevoir ce que pourraient être les cotisations pour les indemnités de 40 et de 50 francs, il ne s'éloignait pas beaucoup de la réalité : on en pourra juger par le tableau suivant qui donne les chiffres exacts des cotisations qu'il nous faudra demander pour ces nouvelles indemnités.

Age d'entrée	40 fr. par jour 400 francs par mois	50 fr. par jour 500 fr. par mois
25 ans	308 fr.	389 fr.
26 —	314 »	396 »
27 —	320 »	404 »
28 —	326 »	412 »
29 —	333 »	420 »
30 —	340 »	429 »
31 —	346 »	438 »
32 —	354 »	447 »
33 —	362 »	457 »
34 —	370 »	468 »
35 —	379 »	480 »
36 —	389 »	492 »
37 —	399 »	504 »
38 —	410 »	517 »
39 —	421 »	530 »
40 —	433 »	545 »
41 —	444 »	560 »
42 —	456 »	576 »
43 —	470 »	593 »
44 —	482 »	610 »
45 —	497 »	628 »

Nos confrères, en entrant à la Mutualité Familiale vont donc pouvoir, suivant leur convenance, s'assurer une indemnité journalière de dix, vingt, trente, quarante ou cinquante francs et une indemnité chronique mensuelle de cent, deux cents, trois cents, quatre cents ou cinq cents francs.

La limite d'âge d'entrée reste 45 ans et l'âge de sortie 65 ans.

Tout en jugeant possible cette amélioration, M. Fleury ajoute que c'est à la condition, bien entendu, de ne pas se départir des règles médicales sévères en vigueur pour l'admission. Il sera donc réclamé aux candidats un double examen médical devant deux confrères différents et, comme conséquence, un droit d'entrée correspondant. Quant aux anciens membres de la Mutualité familiale, ils pourront, s'ils sont dans les conditions d'âge et de santé voulues, augmenter leur indemnité jusqu'à concurrence de 50 francs, somme qui constitue le maximum.

Ils n'auront qu'à s'adresser au Dr Mignon, secrétaire général, qui leur donnera tous renseignements et toutes indications nécessaires et leur fixera le supplément de cotisation qu'ils auront à payer.

On le voit, aucun changement n'est apporté dans notre organisation actuelle : nous introduisons seulement la faculté de doubler MAD.

Nous proposerons la chose à l'Assemblée générale extraordinaire de novembre et, si elle est adoptée, la mise à exécution commencera au 1er janvier 1927.

A. Gassot.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre Antoine : Le cœur et le reste. — Comœdia : Une Petite dessalée. — Réouverture de Luna-Park.

La reprise, au Théâtre Antoine, de la gaie comédie-vaudeville de M. Georges Montignac, *Le Cœur et le Reste*, a été heureuse, malgré le jeu un peu hésitant, au début, de l'héroïne principale. Etait-ce le trac ? C'est possible, car la forme saccadée s'atténua peu à peu pour disparaître au troisième acte, le meilleur de la pièce, mais aussi celui où son rôle devient plus effacé. Jamais, en tout cas, je n'ai été aussi frappé du danger de jouer de façon purement naturelle et sans cette volonté de métier qui fait qu'après avoir une fois trouvé le geste et l'intonation capables de donner, bien mieux que la seule nature, l'illusion du naturel, l'artiste peut, à sa volonté, les reproduire dans les représentations suivantes avec sûreté et sur demande. Autrefois, à ses débuts, M. Louis Verneuil jouait nature, mais comme s'il avait vraiment vécu ses rôles ; on ne s'en apercevait pas ; c'est que dès ses premiers pas dans la carrière, il s'exerça au « métier », ce dont son jeu, tout comme le bâti de ses œuvres, se ressentit en sûreté et en solidité ; il est d'ailleurs des rares à qui ce mode ait réussi.

Le Cœur et le Reste est une pièce gaie dont les deux premiers actes sont faibles. Un ménage se trouve ruiné de par la fuite de son notaire ; il ne peut être sauvé qu'en prenant possession d'un héritage qui ne peut être remis à la femme que si elle n'est plus en puissance de mari. Or, le ménage a un ami qui est « avoué » et qui leur conseille le divorce : cet avoué étant amoureux de la jeune femme, voit là une manière de la conquérir malgré l'amour ardent qu'elle professe pour son mari. Protestations et pleurs jusqu'à l'arrivée d'un autre ménage des plus heureux et des plus unis, dont tout le monde ignore qu'afin de vivre en amants, ces deux composants sont divorcés depuis plusieurs années. Ils avaient organisé un flagrant délit dans lequel le mari fut pincé avec une demi-mondaine. Révélation pour le couple ruiné qui se décide au divorce et l'avoué ravi fera le nécessaire. Il possède justement une maîtresse qui lui coûte cinq mille francs par mois et le trompe avec tous ses amis ; ce sera pour lui l'occasion de la prendre en faute et de la quitter sans indemnité, tout en obtenant comme maîtresse la nouvelle divorcée. La garçonnière est là toute prête, elle servira de lieu de rendez-vous. Tous les amis avisés, y compris une américaine dont le type est assez drôlement campé, ont demandé à assister à la cérémonie parce que cela est très « exciting ».

Je n'aime pas la forme dans laquelle est écrit le rôle du commissaire de police, cependant fort bien interprété ; le texte est un peu pauvre et le dialogué manque de vraisemblance. Il n'est pas possible que, même à son premier flagrant délit, un commissaire de police parisien qui a dû passer par les échelons administratifs, soit aussi ignorant de le véritable procédure d'usage dont on peut se demander si l'auteur a exactement conscience. Si cette déformation est volontaire, il faut la regretter, elle est d'ailleurs amusante. Entre les deux premiers actes et le troisième, la différence de valeur est très grande ; ce dernier est bien construit et d'une belle tenue. Je ne veux pas dire que les enquêtes de divorce puissent se passer ainsi, mais il se pourrait parfaitement que dans certains tribunaux de province où les cas de nullité étaient sans importance au temps où personne ne songeait à les relever et où les magistrats n'étaient pas tous comme aujourd'hui « des as », cela ait pu se passer ainsi.

Quoiqu'il en soit, on rit, les situations sont drôles et l'exposé par le mari de la vieille théorie du Cœur et du Reste, est bien. La maîtresse de l'avoué, demi mondaine de luxe, est bellement campée dans la note de distinction qu'on ne trouve plus guère chez les femmes du monde, et que les personnes de la Galanterie se font enseigner afin d'accueillir comme il le faut les étrangers de luxe. Aussi tout finit-il à merveille, quoiqu'on ne soit pas très certain si l'avoué est ou non quitté par son amie, et si le flagrant délit sera ou non valable. Oserai-je dire qu'on retrouve avec quelque surprise des idées désintéressées qui apparaissent bien désuètes, car il est peu probable que, malgré l'arrestation de leur notaire et avec la possibilité de se marier à nouveau ensuite, les héros de la pièce se privent de l'occasion à eux si aisément et à si peu de frais offerte d'annexer à la leur la fortune supplémentaire représentée par l'héritage de la tante. Ce sont les héros de la pièce, mais leur conduite serait alors vraiment « héroïque » aussi héroïque qu'improbable. Somme toute, excellente soirée.

Par ces températures sénégaliennes, on grimpe volontiers à Montmartre dans l'espoir de rire et de trouver le frais ; on n'y trouve pas toujours le frais, mais on y trouve assez aisément le rire. C'est à l'invitation du théâtre Comœdia que j'ai, d'instinct, répondu et j'en ai éprouvé un contentement réel.

Une Petite Dessalée est une pièce drôle que MM. Robert de Thiac et L. Rivière ont écrite sans nous affirmer s'il s'agit d'un vaudeville ou

d'une comédie bouffe ; ils nous ont ainsi donné le moyen d'arriver sans idée préconçue, puis de rire d'abord, et de juger ensuite ! La petite Dessalée, c'est Mlle Renée d'Yd, belle plastique, ligne soutenue, jeu correct avec de l'animation et de la jeunesse, et par correct, je veux dire adéquat aux circonstances même bouffonnes de la pièce. Elle est dessalée parce que rien ne la surprend et que, venue rejoindre le curé qui doit lui faire connaître son fiancé, elle ne s'effare nullement d'être traitée de haut en bas par la belle-mère future qui ne veut voir en elle que la maîtresse de son fils, tout exprès venue pour se mettre en travers du mariage et se substituer à la fiancée véritable. Très habilement, les auteurs ont respecté l'unité de lieu ; le même appartement est à la fois celui où le fiancé habite réellement avec sa maîtresse Paquerette et qui, par erreur, a été mis également à la disposition du bon curé par la gérante de l'hôtel. Il suffit de ne pas trop s'expliquer sur ce point, qui doit durer jusqu'à la fin de la pièce, pour que tout devienne clair, même les situations les plus inextricables et les plus invraisemblables et pour que tout s'arrange, grâce à la sentimentalité de Paquerette. C'est au moins d'un sentiment assez vraiment féminin qu'elle affirme vouloir, envers et contre tous, garder son amant et l'empêcher de se marier, sans même céder à l'appât d'une forte récompense ; mais il n'est pas anormal de voir cet excès de volonté se résoudre en faiblesse dès que la femme sent auprès d'elle une autre femme plus faible et qui aime avec son cœur, sans bien savoir attaquer ni se défendre. En un instant les choses changent, une détente se produit et tous les obstacles qui s'étaient l'un après l'autre dressés s'aplanissent... C'est elle-même qui jette sans conditions son amant dans les bras de sa fiancée : il a suffi de supprimer la question d'amour-propre et de faire trouver à l'une des femmes, par la constatation de la faiblesse de l'autre, le désir de se muer en protectrice, devant le désarroi et surtout devant la force de l'amour éprouvé par sa rivale ; c'est, sous une autre forme, le sentiment de maternité qui se fait sentir tel qu'on le retrouve toutes les fois qu'on veut bien prendre la peine de le chercher, parce qu'il préside à tous les instincts.

M. Léon Volterra est un fin pychologue, et la réouverture de Luna Park est un coup de maître. En les périodes troublées, rien n'est à négliger de ce qui constitue *Panem et circenses* et puisque déjà les Pouvoirs publics, en même temps qu'ils augmentent de près de moitié le prix des transports, annoncent une baisse prochaine d'un sou sur le pain, c'est M. Léon Volterra qui se charge du « reste » ; il sera le *Circenses* du temps, et il y aura quelque mérite puisqu'en réponse à son invitation de venir aux spectacles variés et étourdissants de Luna Park, le Gouvernement répond: Oui, mais nous ne permettrons de venir s'amuser chez vous qu'à ceux qui, grâce au change, peuvent faire la fête, et je m'efforcerai de rendre matériellement le trajet plus difficile en augmentant les prix des transports dont usent les pauvres gens.

Malgré cette opposition absurde, c'est Luna Park, c'est M. Léon Volterra, ce sont MM. Charles Catusse, le brillant secrétaire général et M. Louis Blanqui, qui l'emporteront parce que plus les temps sont difficiles et plus on oublie la vertu d'économie qui fut la plus belle vertu des Français. Ils ne savent ce que, demain, vaudront leurs billets et préfèrent les dépenser pour, au moins, de cette manière, en jouir au lieu de risquer de s'entendre dire dans quelque temps qu'ils n'ont plus dans les mains que des chiffons de papier. Il est d'ailleurs bien vrai qu'à côté de ceux qui pensent ainsi, il y en a beaucoup qui pensent autrement et qui resteront sagement chez eux, mais comme le nombre des premiers sera quand même plus grand que l'autre, Luna Park est assuré d'une belle recette. Rien n'a été épargné pour arriver à ce résultat ; la décoration est du plus haut goût et vraiment fort belle, et les attractions sont d'une mise au point parfaite. Je recommande la Cascade à ceux qui aiment voir les dessous des femmes, qu'ils soient capiteux ou non (car il en est qui le sont moins que d'autres) ; j'ai presque frissonné dans Scenic Railway ; les places d'avant son fort impressionnantes ; l'adresse elle-même est mise à contribution au théâtre mouvementé pour faire renverser deux femmes couchées dans un lit lorsque l'amateur vise bien et que la balle a porté juste ; d'autres, et ils sont nombreux, préfèrent la chenille.... Enfin la masse va au Dancing où deux Jazz alternent et où le fougueux Charleston, danse de pitres, disgracieuse et difficile, règne en maître à côté du déjà vieux Tango qu'il s'efforce de détrôner.

La réouverture de Luna Park, si près du Bois de Boulogne, à cette porte si particulièrement passagère, est une véritable trouvaille et comme la joie, d'où qu'elle vienne, est, somme toute, créatrice d'optimisme et de bonne volonté, il est permis d'y applaudir des deux mains puisqu'elle sera peut-être l'un des multiples éléments de gaieté (donc d'espoir), qui aideront à franchir l'actuelle difficile passe. En 1917, la réouverture des théâtres soutint fort le moral de l'arrière et la répercussion en fut utile et bonne ; puisse la réouverture de Luna Park par M. Léon Volterra avoir la même heureuse influence qu'eut, en 1915, la Revue de Rip au Palais Royal !

Dr G. PAUL-MANCEAU.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblées Générales ordinaire et extraordinaire

CONVOCATION.

Les membres de la Mutualité Familiale et professionnelle du Corps médical français sont convoqués en Assemblées générales ordinaire et extraordinaire le dimanche 21 novembre prochain, à quatre heures du soir, dans les salons Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle.

ORDRE DU JOUR

Assemblée générale extraordinaire

Modifications aux statuts.

Assemblée générale ordinaire.

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1925 ;
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1925 ;
6° Inventaire quinquennal ;
7° Ratification de la nomination de M. le Dr Noir comme vice-président pour cinq années en remplacement de M. le Dr Nollet et de M. le Dr Henne comme membre du Conseil pour trois années en remplacement de M. le Dr Noir.
8° Election pour deux années de trois commissaires des comptes en remplacement de MM. les Dr Lebrun, Monin et Durozoy sortants et non rééligibles.
9° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
10° Vote des barèmes des combinaisons nouvelles.

Rapport du Secrétaire général

Mes chers confrères,

Vous avez certainement tous lu, dans un des derniers numéros du *Concours*, le rapport que notre actuaire, M. Fleury, a adressé à votre Conseil d'administration à la suite de son inventaire quinquennal, dressé au 31 décembre dernier.

Vous y avez vu que malgré la situation financière générale actuelle qui a amené une moins-value importante de notre portefeuille de valeurs mobilières, malgré la lenteur de notre recrutement dû surtout à l'abandon, momentané je le souhaite, des idées de prévoyance — abandon qu'on retrouve un peu dans toutes les branches de l'activité sociale contemporaine — vous y avez vu, dis-je, que cependant les conclusions de M. Fleury sont tout à fait satisfaisantes pour toutes les combinaisons, et c'est le grand point qui nous importe.

Evidemment nous constatons dans cet inventaire que la marge entre les réserves mathématiques et la valeur actuelle de notre portefeuille est trop restreinte pour nous permettre soit de diminuer les cotisations soit de songer à augmenter les pensions et indemnités servies par les combinaisons en vigueur. La plus extrême prudence nous oblige à nous maintenir dans le *statu quo* et à ne pas bouleverser notre bon équilibre actuel par un saut dans l'inconnu ; à plus forte raison ne pouvons-nous pas risquer l'avenir de notre œuvre en bouleversant nos services actuels, en créant de nouvelles combinaisons pour y augmenter soit la durée de nos indemnités aiguës, soit le taux de nos indemnités chroniques.

Nous estimons qu'il est très beau de pouvoir venir vous dire aujourd'hui que, telle qu'elle marche, notre Mutualité familiale est sur un terrain solide et vous présente, avec son avoir général de près de trois millions, toutes les garanties possibles de sécurité.

Mais j'ai la hâte et le plaisir d'ajouter à ces constatations une bonne nouvelle.

Si, pour l'instant, nous ne devons pas toucher à notre organisation fondamentale, nous pouvons du moins y apporter quelques améliorations et donner ainsi satisfaction aux très légitime revendications que beaucoup d'entre vous ont formulées depuis deux ans. C'est ainsi que nous allons vous proposer, sans rien changer à nos combinaisons existantes, d'admettre les indemnités quotidiennes de 40 et 50 francs et les indemnités mensuelles de 400 et 500 francs pour la maladie et la pension annuelle de 1.200 francs pour les veuves.

***

Je précise :

1° Nous ne changerons rien à nos deux combinaisons P et R : mêmes cotisations, mêmes pensions, mêmes statuts.

2° A la combinaison V, qui marche très bien malgré son petit nombre de participants, nous vous proposons de permettre un maximum de dix parts au lieu de cinq. Les nouveaux adhérents pourront donc prendre dix parts, soit une pension de 1.200 francs, et les anciens s'ils sont dans les conditions d'âge et de santé, pourront compléter jusqu'à dix parts. Les barèmes des cotisations resteront les mêmes et les statuts également.

Il demeure entendu que tous devront passer le double examen médical.

Nous espérons que cette amélioration en appellera d'autres dans l'avenir : il suffit qu'avant leur mort les maris pensent davantage à leurs femmes.

3° M. Fleury nous dit que nous pouvons fort bien aujourd'hui admettre les adhésions à 40 et 50 francs d'indemnités quotidiennes et à 400 et 500 francs d'indemnités mensuelles. Nous nous rangeons à son avis, mais comment allons-nous procéder ?

Nous pouvions envisager la création de deux combinaisons nouvelles que nous aurions baptisées du nom de nouvelles lettres de l'alphabet : c'eût été commode pour nous. Cependant nous y avons renoncé car vous vous perdez facilement déjà au milieu des MA, des MAD, des MA + 1/2 MAD... nous n'avons pas voulu allonger cette liste que vous trouvez déjà incompréhensible. Nous avions songé également à tout supprimer et à admettre une, deux, trois, quatre et cinq parts à la combinaison MA subsistant seule. Nous avons pensé que cet autre changement dans nos habitudes aurait le même inconvénient de vous dérouter encore et nous avons résolu de garder nos deux combinaisons actuelles MA et MAD.

MA c'est la combinaison maladie-accident type à 10 fr. par jour et 100 fr. par mois ;

MAD c'est la combinaison maladie-accident double à 20 fr. par jour et 200 fr. par mois.

Nous avons autorisé antérieurement, le cumul MA + MAD pour assurer 30 fr. par jour et 300 fr. par mois.

Nous proposons d'admettre maintenant le doublement de MAD, ce qui pour nous sera MAD^2 afin de donner 40 fr. par jour et 400 fr. par mois.

Enfin nous autoriserons le cumul MA + MAD^2 pour donner 50 fr. par jour et 500 fr. par mois.

Nous offrirons ainsi, sans rien changer, la possibilité de s'assurer pour une indemnité quotidienne allant de 10 à 50 francs et une indemnité mensuelle allant de 100 à 500 francs, donnant ainsi satisfaction à ceux qui ont souci de se garantir contre le risque dont les menacent les maladies et les accidents qui les guettent tous les jours à un taux insuffisant pour les engager à la paresse, mais suffisant pour les indemniser à peu près de leurs frais de remplacement en cas de maladie courte, pour les aider en cas de maladie longue dans une proportion plus en en rapport avec les exigences actuelles de la vie.

(*A suivre.*)

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Hérault) a donné ses soins, à la demande du patron, à un ouvrier qu'il croyait blessé au cours de son travail. Après le paiement d'une première note, le patron refuse de payer le solde des honoraires, prétextant que l'ouvrier lui-même a reconnu qu'il n'avait pas été blessé dans son travail.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr C. dans cette affaire (1).

Le Dr C. (Haute-Marne) a obtenu amiablement le paiement de ses honoraires pour soins donnés à un gérant de boucherie coopérative admis dans une salle payante de l'hôpital et dont il ignorait la qualité de blessé du travail.

Il a payé, comme frais de justice et de déplacement pour se rendre à l'audience, 81 fr. 20, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr A. (Gard) a gagné le procès en recouvrement d'honoraires pour soins donnés dans son cabinet à un accidenté du travail, qui était hébergé dans un hospice sans service chirurgical.

Les frais de copie du jugement, qui s'élèvent à 14 fr. 65 lui seront remboursés.

Le Dr B. (Nord) ne peut obtenir le paiement d'honoraires accidents par un patron, qui est en faillite ; ni par la Compagnie d'assurances, qui prétend ne pas garantir le sinistre.

Tous renseignements lui seront donnés pour produire à la faillite, en invoquant le privilège.

Le Dr E. (Ille-et-Vilaine) a obtenu à l'amiable le règlement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail.

Les frais et honoraires de son huissier se sont

(1) Une solution amiable est intervenue depuis dans cette affaire.

élevés à 68 fr. 85, dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr M. (Hérault) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents s'élevant à 656 fr. 45, et sur laquelle l'assurance lui offre seulement 400 francs.

Cette dernière n'ayant pas exercé son droit de contrôle, l'appui pécuniaire demandé est accordé au Dr M.

Le Dr L. (Seine-et-Oise), ayant eu à soigner un blessé du travail, atteint de très graves brûlures, a dû le faire transporter, en raison de l'urgence et de l'éloignement d'un hôpital, chez une sage-femme de la localité, où le blessé est resté pendant le traitement. L'assurance oppose actuellement le « tout compris ».

L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour poursuivre le patron du blessé en justice de paix.

Honoraires de droit commun.

Le Conseil ordonnance le versement d'une somme de 77 fr. 10 pour honoraires d'un complément de rapport demandé par le juge de paix dans l'affaire du Dr C. (Loir-et-Cher).

Le Dr C. (Charente) a obtenu confirmation en appel d'un jugement de justice de paix rendu dans une affaire d'honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile.

La part des honoraires de l'avocat à la charge du Dr C., s'élève à 300 fr., dont le Conseil ordonnance le paiement.

Le Dr P. (Finistère), ayant opéré un client, s'est vu refuser par celui-ci le paiement de ses honoraires, sous prétexte qu'il n'aurait pas autorisé l'opération au préalable.

L'appui pécuniaire lui est accordé dans cette affaire.

Le Dr H. (Loire-Inférieure) a obtenu la condamnation d'un mutualiste à lui payer un complément d'honoraires pour un cathétérisme, qui n'était pas à la charge de la Société, celle-ci ne payant que les visites et consultations.

Les honoraires de l'avoué, qui sont de 50 fr., sont ordonnancés par le Conseil, le Dr H. gardant à sa charge les frais de copie du jugement, qui sont de 10 fr., ce dont le Conseil le remercie.

Le Dr T. (Doubs) a gagné le procès engagé contre deux concubins, qui refusaient de lui payer ses honoraires pour les soins qu'il avait donnés à l'enfant de la femme.

L'avocat s'en remettant à son client pour la fixation de ses honoraires, le Conseil alloue à cet effet au Dr T. une somme de 100 fr.

Le Dr B. (Bas-Rhin) a gagné le procès en recouvrement d'honoraires de droit commun pour lequel l'appui lui avait été accordé.

Il a payé pour frais et honoraires de son avocat 90 fr. 70 dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Me Audebert a obtenu le paiement des honoraires dus au Dr B. (Moselle) par une personne habitant Paris.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires dus dans cette affaire, soit 80 fr.

Le Dr D. (Somme) a poursuivi, sur les conseils du « Sou », un débiteur, qui est en fait insolvable.

Etant donné l'issue malheureuse de cette affaire, l'appui pécuniaire lui est rétroactivement accordé et ses frais, qui s'élèvent à 203 fr. lui seront remboursés.

Le Dr P. (Basses-Pyrénées) a dû poursuivre un client, mauvais payeur, qu'il a fait condamner, mais les honoraires de son avoué et quelques menus frais, s'élevant ensemble à 223 fr. 20, sont restés à sa charge.

Le Conseil, estimant qu'il n'aurait pas manqué d'acocorder l'appui pécuniaire dans cette affaire, s'il lui avait été demandé avant l'introduction de l'instance, ordonnance le remboursement des frais ci-dessus.

Le Dr R. (Doubs) a soigné, dans une salle payante de l'hôpital, la femme d'un fonctionnaire parisien et n'a pu obtenir le paiement de sa note, bien que le règlement de l'hôpital lui permette de demander des honoraires aux malades hospitalisés dans les chambres particulières.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le paiement de ses honoraires, qui s'élèvent à 500 fr., en justice de paix.

Le Dr F. (Seine-Inférieure) ne peut obtenir le paiement de 60 fr. d'honoraires, qui lui sont dus par un résident d'été parisien, pour constatation de décès et délivrance de deux certificats.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre son débiteur en justice de paix.

Le Dr G. (Vienne) a obtenu en justice de paix la condamnation d'un automobiliste qui refusait de payer ses honoraires pour les soins donnés à un voyageur qu'il transportait, blessé dans un accident.

L'adversaire faisant appel, l'appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel. Le Conseil ordonnance le paiement des frais et honoraires de justice de paix, qui s'élèvent à 326 fr. 30 et d'une provision de 150 fr. pour l'avoué qui défendra à l'appel.

Le Dr B. (Saône-et-Loire) ne peut obtenir le paiement des honoraires qui lui sont dus pour soins donnés à la victime d'un accident de droit commun, blessé et auteur de l'accident ne répondant pas à ses réclamations.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le blessé, son client.

Le Dr M. (Finistère) ne peut obtenir le paiement de ses honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident d'automobile, alors qu'il a été mis en œuvre par l'auteur de l'accident.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr O. (Finistère) a obtenu gain de cause dans les deux affaires de recouvrement d'honoraires pour lesquelles l'appui pécuniaire lui a été accordé.

Il a payé à son avocat 100 fr. d'honoraires, dont le Conseil ordonnance le recouvrement.

Le Dr F. (Bouches-du-Rhône) a soigné, chez la sœur de celui-ci, un jeune homme, victime d'un accident de droit commun. Le blessé ayant quitté la ville, sa sœur ne veut pas payer les honoraires du médecin bien qu'elle l'ait mis en œuvre, et ait payé un acompte.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr F. pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires contre le blessé et sa sœur, solidairement.

Responsabilité professionnelle.

Dans l'affaire du Dr H. (Seine), les conclusions des experts étant favorables au médecin, l'adversaire a renoncé à sa demande et les experts à leurs honoraires.

Le Conseil ordonnance le paiement dans cette affaire, pour indemnités, frais et honoraires, d'une somme totale de 376 fr. 25.

Le Dr C. (Eure), ayant été condamné à payer à un client, qui l'accuse d'avoir mal remis une fracture de jambe, 2.000 fr. de dommages intérêts et une rente viagère de 1.200 fr., le Conseil décide de faire appel de ce jugement.

Le Dr X. est l'objet d'une inculpation pour homicide par imprudence, à la suite du décès d'une jeune femme après accouchement. L'appui lui est accordé dans cette affaire.

Assistance médicale gratuite.

Le Dr B. (Seine-et-Oise) a obtenu la condamnation, d'un client qui s'était fait inscrire tardivement sur la liste d'assistance, à lui payer ses honoraires.

Le Conseil ordonnance le paiement des frais faits dans cette affaire, qui s'élèvent à 24 fr. 30.

Diffamation.

Le Dr X. est en butte à une campagne de diffamation ; à la suite de la délivrance d'un certificat d'internement.

L'appui pécuniaire lui est accordé dans cette affaire.

Le Dr Y. a fait dresser constat de propos injurieux tenus sur son compte.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre l'auteur de ces propos en simple police et limite à 200 fr. la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Cessions de clientèles.

Le Conseil s'occupe à plusieurs reprises de différends survenus entre trois confrères, dont deux sont membres du « Sou », à la suite de cession de clientèle, qui n'ont pas été réalisées, et s'efforce de résoudre ces conflits par la voie arbitrale.

Baux et locations.

Le Dr A. (Seine-Inférieure) demande l'appui pécuniaire contre son propriétaire pour obtenir l'exécution de travaux dans son appartement.

Le Conseil, considérant qu'il ne s'agit pas d'une question professionnelle, n'accorde pas l'appui pécuniaire demandé.

Par contre le Conseil lui rembourse 163 fr. 10 de frais et honoraires qu'il a payés dans un différend d'ordre professionnel avec son propriétaire, pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Dr P. (Seine-et-Oise) se voit contester par son propriétaire, qui veut reprendre son appartement professionnel, le droit à la prorogation de la loi nouvelle.

Comme il s'agit d'un appartement mixte et que le droit de reprise ne peut s'exercer, l'appui pécuniaire lui est accordé pour se défendre.

Le Dr P. (Seine), spécialiste, est en butte à une demande de reprise, par son propriétaire, d'un local purement professionnel.

L'appui pécuniaire lui est accordé.

Le Dr H. (Seine-et-Marne) est menacé d'expulsion par son propriétaire, qui prétend vouloir démolir sa maison pour la reconstruire, bien que le docteur jouisse de la prorogation de la loi du 9 mars 1918.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour résister à cette prétention.

Exercice illégal.

Le Dr P. (Pyrénées-Orientales), à qui l'appui a été précédemment accordé pour poursuivre un illégal de l'art dentaire, s'est porté partie civile et a déposé 150 fr. à titre de caution et de provision à son avoué.

Le Conseil ordonnance le remboursement de cette somme.

Syndicat médical de la région de Guingamp

(*Réuuion du* 20 *juin* 1926)

Assurances sociales. — Mandat est donné au Dr Macé de voter pour la participation du Corps médical à la gestion des caisses, et pour la non participation à l'organisation technique.

Le Syndicat de Guingamp ne veut pas de tarif limitatif, et estime qu'en aucun cas les honoraires médicaux ne seront liés aux possibilités financières des caisses.

Demandes de réduction de tarifs. — 1° L'Alliance natlnale pour l'accroissement de l a population demande que le Corps médical consente à une réductionde30% sur les honoraires poursoins donnés aux familles nombreuses.

Le Syndicat, faisant sienne une réponse du Dr de Saint-Séverin, refuse ce rabais, estimant que c'est à l'Etat, à la collectivité à faire ce sacrifice et non aux médecins.

2° La Mutuelle des Sapeurs-Pompiers deGuingamp demande une réduction des tarifs pour les soins donnés à ses membres. Le Syndicat décide d'appliquer aux Pompiers le tarif syndical minimum en vigueur.

3° Examen d'assurances-vie. Le trust des Compagnies d'assurances-vie propose 40 fr. par examen et menace de supprimer les examens médicaux ou de trouver un médecin par région qui non syndiqué accepterait ses conditions. Le Syndicat maintient son prix de 50 fr.

Assistance médicale gratuite. — On nous a promis une augmentation des tarifs, augmentation qui doit être votée à la session d'août prochain du Conseil général.

Le Syndicat de Châteaulin a obtenu 5 fr. pour les consultations, 7 fr. pour la visite, 100 fr. pour l'accouchement, 1 fr. 50 par kilomètre parcouru. Le Syndicat de Guingamp décide de recourir à la grève si le Conseil général ne donne pas satisfaction à ses justes revendications.

Doctorat dentaire. — Le Syndicat émet le vœu que tout dentiste soit d'abord docteur en médecine, libre à lui de se spécialiser ensuite.

Appel des syndiqués au Syndicat. — Tout confrère ayant une réclamation ou une demande à faire à l'Administration est prié de la communiquer au Président ou au Secrétaire qui la transmettra à qui de droit. En procédant autrement, il diminue la force du Syndicat vis-à-vis des pouvoirs publics et d'ailleurs à moins de chance d'avoir gain de cause.

Augmentation des tarifs syndicaux. — Les modifications suivantes ont été votées par les membres présents :

Consultations :	*1re catégorie*	*2e catégorie*
Simples	10 fr.	12 fr.
Avec examen spécial	12 fr.	15 fr.
Le dimanche	12 fr.	15 fr.
Visites :		
Simples :		
En passant	12 fr.	15 fr.
(A la campagne)	15 fr.	15 fr.
D'urgence	15 fr.	15 fr.
Accouchement :		
Simple	150 fr.	200 fr.
Forceps	200 fr.	250 fr.
		tarif kilom.

Fauhourgs de Guingamp :	
Sainte-Croix	12 fr.
Pen a Croissant	12 fr.
Petit Paris :	
au-delà du pont	12 fr.
et derrière la gare	12 fr.

Cependant en raison du grand nombre de confrères absents à la réunion, il est décidé de leur demander leur avis. Le tarif nouveau n'entrera en vigueur que si la majorité des confrères syndiqués en est partisan.

Prière donc aux absents d'envoyer leur vote dès *réception* de ce compte rendu.

Ils seront avisés aussitôt du résultat du vote et de la date d'application du tarif.

A noter que ce tarif fonctionne dans le Syndicat de Châteaulin (Carhaix) depuis l'an dernier.

Le Secrétaire :
Dr Hamon

Fédération des Syndicats Médicaux de l'Hérault.

(2 mai 1926.)

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La séance est ouverte dans la salle d'assemblée de la Faculté de Médecine sous la présidence du professeur Paul Delmas, devant un nombre de membres assez restreint que ne permettait pas de prévoir la réception de trois seules lettres d'excuses (Beis, Linas, Saurel).

I. *Circulaire de la Fédération à propos de la scission de l'Union.* — Le bureau rend compte de la façon dont il a procédé à l'envoi de la circulaire du 3 janvier 1926 et donne lecture des réponses reçues.

II. *Assistance médicale gratuite.* — Le docteur Lautié précise quelle a été la participtation du corps médical dan s l'élaboration du règlement de l'Assistûce médicale gratuite actuellement en vigueur dans le département de l'Hérault ; *après une conversation avec les représentants autorisés du Corps médical, le règlement a été rédigé par le Conseil général ; ce document ne constitue nullement un contrat bilatéral.*

En conséquence, la question de l'assistance médicale gratuite reste toujours pendante ; chaque syndicat devra la remettre à l'étude et rechercher les modifications à apporter au règlement actuel pour le rendre plus en harmonie avec la situation présente.

III. *Suppression des catégories ; pensions ; réponses au questionnaire de l'Union.* — Le syndicat de Béziers a déjà répondu à ce questionnaire : il n'accepte pas les propositions faites par le Ministre des Pensions, et propose comme tarif uniforme : dix francs pour la visite et la consultation.

Le président du syndicat de Montpellier fait siennes ces suggestions et les proposera à son syndicat lors de la prochaine assemlée.

Le président de la Fédération fait remarquer qu'en raison de la rapide dévalorisation de l'argent et de l'instabilité des conditions économiques actuelles, il serait prudent que les syndicats fassent des réserves sur la valeur et la durée des tarifs proposés.

Avec la sagesse et la modération que l'on s'accorde unanimement à lui reconnaître, le docteur Lautié insiste sur l'importance des réponses adressées à l'Union, ces réponses pouvant déclancher des décisions graves, il serait désirable que les syndicats les rédigent en assemblées nombreuses en toute connaissance de cause.

IV. *Journées méicales de Montpellier.* — Le programme provisoire (ci-joint) des journées du 4, 5 et 6 novembre 1926, est exposé et commenté par le président de la Fédération, professeur Paul Delmas, commissaire général des Journées médicales de Montpellier ; les mille détails de ces journées ont été prévus, étudiés, résolus ; faites pour le praticien, ces journées ne le décevront pas, c'est du moins l'opinion de tous les membres présents qui, conquis par le lumineux exposé du Commissaire général, prévoient un très gros succès.

Le Commissaire général serait heureux de voir les syndicats de l'Hérault adhérer en bloc aux Journées médicales ; les membres présents acceptent de proposer et de s'efforcer de faire triompher cette manière de voir dans leurs syndicats respectifs ; le précédent des Journées médicales de Toulouse facilitera leur tâche.

V. *Entente régionale des Syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen.* — Depuis 1919, le professeur Delmas s'est efforcé de réaliser cette Entente qui n'attend qu'une occasion favorable pour devenir une réalité ; les Journées médicales de Montpellier seront cette occasion qui aboutira à la formation d'un large groupement intersyndical, semblable à ceux déjà créés selon ses vues, dans le Nord, Charentes et le Poitou, à Lyon, à Toulouse, etc...

Une circulaire adressée ces temps derniers aux syndicats des départements voisins a reçu de nombreuses réponses, toutes favorables à la formation d'ententes régionales. Ces groupements, indépendants des Fédérations départementales, toutes désignées pour s'occuper des rapports avec les pouvoirs publics, pourront d'une part, en liaison avec l'Union, s'occuper des grandes questions d'intérêt général et d'ordre professionnel, et, d'autre part, assurer le contact entre syndicats voisins qui s'ignorent parfois complètement.

VI. *Correspondance.* — Le Secrétaire général répondra à deux lettres de renseignements émanant, l'une du syndicat d'Avignon (Vaucluse), l'autre du syndicat de Narbonne (Aude) ; ces exemples illustrent judicieusement la nécessité actuelle d'une entente régionale.

Le Secrétaire général,

DESFOUR.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **XIII[e] Congrès d'hygiène** (Paris, Institut Pasteur, les 19, 20 et 21 octobre 1926.) — PROGRAMME :

Mardi 19 octobre, à 9 heures : Ouverture du Congrès ; discours de M. le Président de la Société ; discours de M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène. *Rapport*. La question de l'immigration. Rapport général : M. le Dr DEQUIDT, inspecteur général au Ministère de l'intérieur, ancien chef de contrôle au Ministère de l'Hygiène, et M. le Dr FORESTIER, inspecteur départemental d'hygiène : Les différents aspects du problème de l'immigration. — Rapport. M. le Dr MARTIAL, directeur de Bureau d'hygiène : L'examen sanitaire des immigrants à la frontière et leur logement dans le pays.

A 14 heures. Communications. M. le Dr MONTAGNOL, directeur du Bureau d'hygiène de Valence (Drôme) : le problème de l'immigration ; Mme DAUZÉMON, directeur du Bureau d'hygiène de Narbonne : le logement des Espagnols à Narbonne ; M. le Dr ICHOK : les conventions sanitaires internationales et le traitement des immigrés malades ; MM. les professeurs L. SPILLMANN et J. PARISOT : la main-d'œuvre étrangère et ses conséquences au triple point de vue médical, social et financier ; MM. le Prof. L. SPILLMANN et le Dr CAVAILLON : la question de l'immigration et la prophylaxie des maladies vénériennes.

Mercredi 20 octobre, à 9 heures. M. le Dr Louis MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur, fera une conférence sur : Organisation de la lutte antidiphtérique. Vaccination. Sérothérapie préventive. Démonstrations pratiques.

Rapport : Le rôle des médecins inspecteurs départementaux d'hygiène et directeurs de Bureau d'hygiène dans la lutte antituberculeuse. — Rapport par M. GUILLEMIN, directeur du Bureau d'hygiène de La Rochelle, et OTT, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure.

Communications. Mme DAUZÉMON : la tuberculose à Narbonne depuis la création du Bureau d'hygiène; M. le Dr MONTAGNOL : du rôle des Directeurs de Bureau d'hygiène dans la lutte antituberculeuse ; M. le Dr Albert BÉZANÇON, directeur du Bureau d'hygiène de Boulogne-Billancourt : la lutte antituberculeuse à Boulogne-Billancourt. Importance de l'action du Bureau d'hygiène ; MM. LANDON et PEUPION, Maires-adjoints de Vanves : la lutte antituberculeuse à Vanves. Rôle du Bureau d'hygiène et de la Municipalité ; M. le Dr MESSERLI, médecin chef du service d'hygiène de Lausanne : le rôle du Service d'hygiène de la ville de Lausanne dans la lutte antituberculeuse (avec projections).

A 14 heures. *Rapport* : La conservation des aliments par le froid. — Rapport par MM. CHRÉTIEN, vétérinaire chef de secteur aux Halles centrales, et M. le Dr LOIR, directeur du Bureau d'hygiène du Havre. Ce rapport sera suivi le lendemain de démonstrations pratiques.

Communications. M. Ed. LE DANOIS, directeur de l'Office scientifique et technique des Pêches maritimes : les différents procédés frigorifiques appliqués au commerce de la Marée.

Jeudi 21 octobre. Cette journée est consacrée aux visites documentaires avec petites conférences-démonstrations *sur place*.

Matin, 9 heures : visite aux Halles centrales. Services sanitaires (exposition de pièces fraîches de viandes insalubres) et services frigorifiques. Visites aux Services sanitaires de la Préfecture de Police. Musée du service de M. le professeur Martel (pièces à la cire représentant des viandes insalubres).

Après-midi 14 heures : Visite de la gare frigorifique d'Ivry ou de l'abattoir industriel d'Aubervilliers (rue du Vivier).

N. B. Le Syndicat des médecins hygiénistes français se réunira au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur le lundi 18 octobre à 9 heures et à 15 heures (réunion privée).

Le dîner organisé par le Syndicat des médecins hygiénistes français aura lieu au Buffet de la Gare de Lyon le mardi 19 octobre à 20 heures. On peut s'inscrire dès à présent en écrivant à M. le Dr Pissot, 1, rue Royale, à Versailles.

— **Faculté de médecine de Strasbourg.** — *Cours de perfectionnement sur le cancer, organisé par le* Dr GUNSETT. — Les séances publiques de clôtures auront lieu à la clinique médicale A de la Faculté, sous la présidence de M. Paul STRAUSS, sénateur, ancien ministre de l'hygiène.

Vendredi, 5 novembre, 9 heures. M. BREMER (Bruxelles) : Le traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie ; M. PROUST (Paris) : Les unités-ionométriques ; M. BELLOT (Paris) : L'ionomètre de Dauvilliers ; M. SLUYS (Bruxelles): Chambre ionométrique exploratrice à pression variable ; M. GUNSETT (Strasbourg) : La curiethérapie des cancers cutanés ; MM. CANUYT et GUNSETT (Strasbourg) : Un cas de sarcome de la narine ; MM. CANUYT et GUNSETT (Strasbourg) : Les cancers de l'amygdale ; — 17 heures : M. MALLET (Paris) : Les applications de l'ionomicrométrie à la pratique de la curiethérapie des cancers. M. DE NABIAS (Paris) : L'index karyokinésique et son application à la technique de la curiethérapie des cancers.

Samedi, 6 novembre, 9 heures : MM. NEUMANN et CORYN (Bruxelles) : Le traitement des cancers du rectum ; M. PROUST (Paris) : Le traitement des cancers du rectum ; MM. FERROUX et BRUZAU (Paris) : Principes et dispositifs de la curiethérapie extérieure à distance ; M. SLUYS (Bruxelles) : Un appareil de gammathérapie à foyers multiples orientables ; Mme S. LABORDE (Paris) : Technique et résultats du traitement des cancers du col de l'utérus ; M. BÉRARD (Lyon) : Que doit être actuellement le traitement du cancer du sein ? — 15 heures. M. DUSTIN (Bruxelles) : Etude comparative entre l'action des radiations et l'action des poisons karyoclasiques (avec démonstrations) ; M. ROUSSY (Paris) : Le mécanisme de l'action des radiations sur le cancer ; MM. VLES et DE COULON (Strasbourg et Lausanne) : Les caractéristiques physico-chimiques de l'organisme normal et de l'organisme cancéreux.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

2777 — Recouvrements d'honoraires accidents.

Abonné du *Concours médical* et membre du « Sou Médical », je viens vous demander la ligne de conduite à suivre pour obtenir le payement de 2 petites notes d'assurances, restées impayées, malgré 4 lettres (envoyées les 2 premières en décembre 25, les 2 autres en août 1926), lettres restées du reste sans réponse.

Les 2 malheureuses notes sont de 119 fr. et de 48 fr.

D. B.

Réponse.

Puisqu'il s'agit de notes d'honoraires concernant des accidents du travail, ce n'est pas la Compagnie d'assurances, avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit, qu'il y a lieu de citer en justice, mais bien le patron de chaque ouvrier, devant le juge de paix du lieu de l'accident.

Pour cette action, vous bénéficiez de la gratuité du timbre et des frais d'enregistrement.

Vos notes paraissent assez anciennes. Si les accidents auxquels elles se réfèrent étaient guéris depuis plus d'une année, il y aurait très probablement prescription et nous vous conseillerions de ne pas saisir la justice, car vous subiriez un échec si l'adversaire invoquait la prescription, qui est d'ordre public en cette matière.

Nous sommes à votre disposition pour vous donner tous autres renseignements si vous voulez bien nous éclairer sur les circonstances de fait pour chaque affaire.

Baux et locations

2781. — Augmentation du prix du loyer.

Je jouis d'une prorogation (professionnelle) qui doit se terminer en juillet 27, ce point n'est pas discuté.

Mon propriétaire veut faire juger que malgré la prorogation je dois subir l'augmentation de 125 % + les charges (loi d'avril 1926). la tentative de conciliation a échoué.

Je désirerais un avis écrit et motivé du « Sou », afin de le faire présenter au juge de paix auquel j'ai déjà fait part de votre consultation orale.

Dr P.

Réponse.

Puisque, pour un local purement professionnel, vous bénéficiez jusqu'en juillet 1927 de la prorogation professionnelle de la durée des hostilités instituée par la loi du 9 mars 1918, il est hors de doute que, jusqu'à cette date de juillet 1927, votre propriétaire ne peut vous réclamer la majoration de 125 %, plus l'augmentation des charges, prévue par la loi du 1er avril 1898. Cette loi ne s'applique pas, en effet, aux prorogations de la loi du 9 mars 1918.

Votre propriétaire peut seulement exiger que vous payiez les augmentations prévues par la loi du 31 mars 1922, art. 1er, augmentations que vous payez très probablement déjà.

Il n'en serait autrement que si le bail actuellement prorogé était contractuellement, d'une durée de plus de neuf années. Dans ce cas votre propriétaire pourrait réclamer la majoration prévue par la loi du 6 juillet 1925 sur la revision du prix des baux à longue durée.

Mais, dans ce cas, le propriétaire devrait vous accorder une prorogation de bail supplémentaire, égale à la durée de la prorogation restant à courir.

Médecine légale.

2798. — Réquisition par la gendarmerie

A plusieurs reprises, la gendarmerie de ma localité est venue me demander des certificats à l'occasion d'accidents divers que j'avais été appelé à constater et sans me présenter de réquisition.

Suis-je contraint de fournir bénévolement ces certificats ?

Dois-je exiger une réquisition et de qui ?

Dr B.

Réponse.

Un médecin peut être requis par un officier de police judiciaire pour examiner un cadavre, un blessé, etc., en vue de déterminer s'il y a eu crime ou délit.

Mais, dans la gendarmerie, seuls, les officiers, à l'exclusion des sous-officiers, brigadiers et simples gendarmes, ont la qualité d'officiers de police judiciaire et par suite le droit de requérir le médecin au nom de la justice répressive.

Le médecin ainsi requis a droit au payement d'honoraires, conformément au Décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

Une simple constatation de décès ou de blessure constitue ce que le Décret (art. 26) appelle la visite judiciaire qui est rémunérée 15 fr. dans les localités autres que Paris et celles où siège un Tribunal de 1re classe.

Les frais de rédaction et de dépôt du rapport, ainsi que de la prestation de serment, sont compris dans cette rémunération.

Viennent s'y ajouter, s'il y a lieu, les frais de déplacement, lorsque l'expert se déplace au-delà de 2 km. de sa résidence. Ils sont de 20 centimes par kilomètre parcouru, si le déplacement pouvait s'effectuer en chemin de fer, 60 centimes s'il ne pouvait s'effectuer par un service de transport en commun.

Le mémoire des honoraires et frais doit être adressé au Procureur de la République du siège en deux exemplaires, dont un sur timbre si le mémoire dépasse 50 francs.

Le payement en est effectué par le receveur de l'Enregistrement.

Questions médico-militaires.

2368. — Pension militaire d'infirmité.

Déjà réformé à 10 p. 100 pour entéro-colite chronique, je viens d'être revu, pour aggravation, par une Commission de réforme, à la suite d'une laparotomie exploratrice qui a permis de constater qu'il s'agissait de « péritonite tuberculeuse ».

Le médecin-chef de la dite commission m'a dit qu'il me proposait pour le maximum soit 100 p. 100 avec radiation des cadres.

Pourriez-vous m'indiquer la pension qui me sera due, toutes majorations comprises, en l'état actuel des choses, mon grade étant celui de médecin de 2e classe de la marine (ce qui correspond à aide-major de 1re cl.) et ayant en outre une petite fille de 4 ans.

Dr X.

Réponse.

Un médecin de deuxième classe de la marine (deux galons) a droit, pour un taux d'invalidité de 100 %, à une pension annuelle de 5.570 francs, plus 740 francs de majoration pour un enfant. Il peut, en plus, s'il est atteint de tuberculose, lui être attribué l'indemnité de 5.000 francs, que l'on accorde aux tuberculeux, afin qu'ils soient susceptibles de se soigner sans travailler.

Enfin, si le bénéficiaire est reconnu avoir droit à l'article 10 (besoin constant d'une tierce personne), il reçoit encore en plus une somme équivalent au quart de sa pension principale.

Application du Tarif Durafour

I

2712. — Le tarif des accidents du travail comporte les soins donnés et les certificats de blessure, même si celle-ci est mortelle.

Je viens vous demander un renseignement sur un cas d'accident du travail que je n'ai pas encore eu l'occasion de rencontrer.

Je suis appelé dans une mine à 45 km. de chez moi pour constatation de deux décès : mort par immersion (inondation d'une galerie de mine par un orage).

Je me suis rendu sur place et ai fourni deux certificats (l'un pour le juge de paix, l'autre pour l'assureur), sans toutefois faire l'autopsie (la famille s'y opposant, et je n'avais pas de réquisition d'un officier de police judiciaire). C'est le directeur de la mine qui m'avait appelé par dépêche.

Comment dois-je établir ma note et à qui l'adres-

ser ? Je ne trouve rien à ce sujet dans le tarif Breton qui est encore appliqué en Tunisie.

Dr A.

Réponse.

a) Vous avez fait, en réalité, la constatation de deux accidents mortels et en avez délivré deux certificats descriptifs.

b) Qui vous a mis en œuvre ? La direction de la mine, dites-vous ?... qui commande paye.

c) Quant au payement lui-même, si vous vous basez sur le tarif Breton, vous aurez à compter :

2 visites simples à 8 fr...........	16
2 certificats descriptifs à 10 fr.....	20
Déplacement : 45 × 2 = 90 km, à 1 franc.....................	90
Total	126

F. D.

II

2704. — Prix des certificats.

Je vous serais reconnaissant de me fournir un renseignement sur le point suivant des tarifs accidents du travail : lorsque, la durée d'incapacité prévue dans le certificat initial étant sur le point d'être écoulée, le blessé n'est pas guéri, le certificat par lequel le médecin affirme qu'une prolongation d'incapacité est nécessaire doit-il être rémunéré ? Dans ce certificat, j'ai coutume de donner des détails sur l'état de la blessure, et je demandais 5 fr. comme pour le certificat initial. Dans le tarif, il est dit, après avoir parlé des certificats fournis au cours du traitement à la demande du patron et tarifés à 10 francs : « ne sont pas considérés comme certificats de cette catégorie les attestations affirmant simplement que le blessé n'est pas guéri. » Jusqu'ici les Cies m'avaient payé les 5 fr. que je demandais ; en disant : « le certificat mentionnant seulement que le blessé n'est pas guéri ne donne droit à aucune indemnité », sont-elles dans leur droit ?

Dr M.

Réponse.

Il n'y a de payable cinq francs que le seul certificat *initial* sommaire (art. 29, 1er alinéa). Tout autre certificat, fourni au cours ou à la fin du traitement, est payable :

a) Dix francs, s'il est descriptif, c'est-à-dire mentionne des faits techniques : diagnostic, histoire des phases de la blessure, raisons pour lesquelles le blessé ne peut reprendre son travail, pronostic sur la date de reprise, etc.

b) Néant, comme compris dans la visite ou consultation (de même que le certificat simple de guérison), s'il ne fait que dire à la compagnie que le blessé n'est pas encore en état de reprendre son travail.

Mais jamais en aucun cas, après le premier relaté ci-dessus, il n'y a de certificat à cinq francs

et la Cie est en droit de vous en refuser le payement, attendu que c'est ou 10 fr. ou rien, dont elle peut vous être redevable.

F. D.

III

2762. — Transport d'un blessé.

Le transport d'un blessé chez le spécialiste le plus proche pour radioscopie (fracture clavicule et acromion) est-il payé par l'assurance et à quel taux ?

Dr B.

Réponse.

Le transport d'un blessé n'est pas une question *médicale* et ne ressort donc pas du tarif Dufour. C'est une affaire de « loueur de voiture » à traiter directement entre le blessé et son patron ou l'assureur substitué, en se basant sur les prix des loueurs de la région et à condition que, dans le cas de transport par auto, le blessé ait été dans l'obligation de se servir de ce mode de transport particulier, les transports en commun étant impossibles à cause du genre de sa blessure.

F. D.

IV

2725. — Pansements multiples sur un même segment de membre.

Je viens vous demander votre concours pour rentrer dans les honoraires qui me sont dus par l'assurance La P. pour deux sinistres qu'elle conteste avec mauvaise foi.

Le premier B. présente le diagnostic suivant : Plaies contuses du genou et de la jambe droite.

Le deuxième : Contusion avec hématome annulaire droit, contusion médius droit.

Pour ces deux sinistres, j'ai tarifé les pansements à 15 francs en vertu de l'art. 17, 5e alinéa, tarif en date du 31 décembre 1925. L'assurance ne veut pas tarifer les pansements multiples 15 francs.

La différence qui nous sépare est peu importante (45 francs) mais, ce n'est malheureusement pas la première occasion, où par sa mauvaise foi, cette assurance cherche à rogner les honoraires qui lui sont réclamés.

Dr M.

Réponse.

Pour compter « pansements multiples sur un même segment de membre : 15 fr. » (art. 17), il va de soi qu'il faut avoir dû faire *plusieurs* pansements.

Pour votre premier cas (genou et jambe), il me semble que *non*, s'il s'agit de l'extrémité supérieure de la jambe et que *oui* s'il s'agit de la partie moyenne ou inférieure.

Pour votre deuxième cas (doigts), aucun doute : il s'agit de « pansement simple », puisque contusion seulement, donc pas de plaies profondes à panser *séparément*. C'est le même cas que

celui des « plaies très superficielles » spécifiées nettement à cette rubrique de l'article 17.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2756. — a) Injections intra-musculaires ; b) Cumul.

1° Je traite en ce moment un mutilé de guerre à 100 %, par des injections *intramusculaires* d'acétylarsan (il s'agit d'une choroïdite droite, l'œil gauche étant énucléé). Or il n'est parlé dans les tarifs que des injections hypodermiques (comprises dans le prix de la consultation) et des intraveineuses, tarifées à part et en plus. Que dois-je compter pour les intramusculaires ? Suis-je donc forcé de pratiquer les intraveineuses ? D'autre part, si le traitement comporte une série de 12 cyanures intraveineux, faut-il compter :

Visite spécialiste....................	20 40
Inj. intraveineuse....................	20

à chaque fois ? Ce me semble exagéré.

Dr A.

Réponse.

a) Les injections intra-musculaires ne sont pas l'objet d'une tarification spéciale, donc sont comprises, comme les sous-cutanées, dans le prix de la visite ou consultation.

b) Quand vous comptez une injection intraveineuse ou toute autre intervention ou acte opératoire, vous ne pouvez compter la visite concomitante, seules étant payées en plus les « visites ou consultations ou interventions *consécutives* à cet acte » (Art. 72).

Fiscalité.

1970. — Obligations fiscales des loueurs de bureaux meublés.

Je vais m'installer dans une petite campagne au bord de la mer (3 km.) où à cette distance se trouve une plage qui est sur ma commune. J'ai l'intention d'y louer un petit local 2.500 fr. pour l'été, et peut-être toute la saison d'hiver et jusqu'à l'année prochaine pour consulter. Je dois payer tous les mois 25 % du prix de location. Comment interpréter cela — comme locataire d'un bureau meublé —. Quel serait la quantum, et s'il est en plus de ma location c'est donc moi que payerai les impôts ?

Dr X.

Réponse.

La demande du Dr X. est déjà assez ancienne, nous n'avons pu y répondre en l'absence du décret prévu par l'article 6 de la loi du 29 avril 1926.

Ce décret en date du 7 septembre est paru au *Journal Officiel* du 9 septembre.

En vertu de ce décret, tout loueur de bureaux meublés (et c'est ainsi qu'il y a lieu d'interpréter la location d'un local de consultation), est tenu de remettre au percepteur dans les dix premiers jours de chaque mois un état en double expédition indiquant :

Les noms et prénoms des locataires ;
L'adresse de leur habitation ;
Leur profession ;
La durée de la location ;
Le prix de la location ;
La somme due en consignation par chaque locataire et calculée en raison de 25 % du prix de location. Le loueur verse en même temps au percepteur le montant desdites sommes.

Cette consignation est destinée à garantir le payement des *impôts dus par le locataire* (patente, impôt cédulaire, impôt général, etc....) en conséquence, celui-ci, après chaque versement effectué par l'intermédiaire du loueur, doit réclamer à ce dernier le reçu établi par le percepteur. Lorsque le locataire reçoit ses feuilles d'impôts de l'année, il se présente chez le percepteur avec ses reçus et il lui est fait imputation des sommes ainsi versées à l'avance.

Si les sommes ainsi versées par avance sont supérieures aux impôts de l'année courante et de l'année suivante, le locataire peut en obtenir restitution en adressant une demande au directeur des contributions directes du département le 31 décembre au plus tard de la 4e année qui suit celle du versement des consignations.

Les dispositions sus-visées entreront en vigueur à partir du 1er octobre prochain. C'est donc à partir de cette date que chaque mois le loueur sera autorisé à vous réclamer, en sus du loyer de 2.500 fr., une somme égale à 25 % dudit loyer mensuel, soit : $2.500 \times \frac{1}{12} \times 25\ \% = 52$ fr. 08 somme qu'il consignera au percepteur lequel lui délivrera un reçu qui devra vous être remis.

A. MARTINOT,
Conseil fiscal.

2746 — Patente d'un ménage de médecins.

Je vous serais très reconnaissante de vouloir bien me dire sur quel chiffre base doit être établie la patente de mon mari et la mienne. Nous sommes médecins tous les deux. Nous payons un loyer de 1000 fr. et nous sommes patentés chacun sur 800 fr. Ce chiffre est-il légal ?

Voici l'explication que m'en donne le contrôleur : « Lorsque deux patentés demeurent sous le même toit, ils sont imposés chacun sur la totalité de l'appartement qu'ils occupent moins la pièce professionnelle appartenant à chacun d'eux. Le cabinet de mon mari est estimé 200 fr. le mien également 200 fr. Nous payons donc chacun sur la totalité de l'appartement moins 200 fr. Ceci me semble excessif car

nous payons ainsi deux patentes sur le même loyer. Notre loyer étant porté à 3.000 fr., sur quel chiffre allons-nous être patentés à l'avenir ? D'après les calculs que je fais, si la proportion précédente est gardée, nous payerons pour nos deux patentes un chiffre presque égal à celui de notre loyer total.

Nous aurions dans ce cas avantage à faire deux baux de 1.500 francs chacun, et à faire deux déclarations distinctes. Qu'en pensez-vous ?

Je vous serais reconnaissante de vouloir bien me donner un avis à ce sujet.

Dr Y.

Réponse.

Lorsque le mari et la femme ayant une habitation commune exercent tous les deux une profession patentable, chacun ne doit être assujetti au droit proportionnel que pour sa part de jouissance dans les locaux occupés en commun (Instruction de 1881, art. 74).

En conséquence, votre patente devrait être établie sur une valeur locative de 500 fr. (de même que celle de votre mari). En effet :

Valeur des locaux professionnels : $200 + 200 = 400$.

Valeur de l'habitation : $1000 - 400 = 600$.

Base du droit proportionnel : $200 + \frac{600}{2} =$ 500 francs.

A. M.

2716. — Patente sur une maison de campagne.

Je vous serai obligé de me donner votre conseil sur le fait suivant. Je reçois mes feuilles d'avertissement portant ma contribution personnelle mobilière et mes contributions des patentes pour mon appartement d'A., où j'exerce ma profession. Pas d'observation de ce côté.

Mais en plus je reçois pour ma maison de campagne que je possède dans la banlieue lointaine une 2e feuille portant une nouvelle contribution personnelle mobilière, une nouvelle contribution des patentes très élevée et une taxe accessoire pour contribution pour frais de bourse et de chambre de commerce de 21 fr. 59.

Je n'exerce pas la médecine dans cette maison de campagne où je ne vais que rarement et ce n'est pas un local professionnel. Je ne crois par conséquent devoir la patente qu'une seule fois sur mon appartement professionnel à A. même.

Je ne sais pas si je dois payer deux contributions personnelles mobilières. Quant à la taxe pour frais de bourse et chambre de commerce, je ne sais de quoi il s'agit.

Dr Z.

Réponse.

1° La contribution mobilière est due pour toute habitation meublée à votre disposition même si vous ne l'occupez que très rarement.

2° La patente n'est pas due pour votre maison de campagne si vous n'y exercez pas votre profession, la patente n'étant due que sur les locaux professionnels et l'habitation principale ;

3° La taxe pour frais de Bourse et de Chambre de Commerce n'est jamais due par les médecins.

A. M.

2676. — Double patente. Double contribution personnelle-mobilière.

Abonné à votre journal je vous serai reconnaissant de me faire savoir si je dois payer 2 fois la patente de médecin tableau D.

Installé comme chirurgien, j'ai un cabinet en ville et ai installé dans ma maison d'habitation sise à la campagne une salle d'opération avec 4 chambres et la radiographie.

Je reçois ce jour 2 feuilles d'impositions de patente, une à l'adresse de mon cabinet, l'autre à l'adresse de ma maison d'habitation où est ma clinique.

Dois-je également payer 2 taxes personnelles mobilières et 2 taxes sur la contribution des patentes (taxes vicinales).

Dr D.

Réponse.

La patente frappe tous les locaux à usage professionnel et ceux servant à l'habitation principale du contribuable.

C'est donc à juste titre que vous avez été imposé à la patente à X. et dans la commune où vous avez installé votre salle d'opération.

Vous devez également payer la contribution mobilière dans ces deux localités si vous y avez dans chacune d'elles un logement ou un simple pied à terre à votre disposition.

A. M.

2618. — Patente en cas de changement de résidence.

Pour 1926, j'ai exercé la médecine à S. jusqu'en mars, cédé ma clientèle à cette époque et jusqu'au 1er juin me suis occupé à rétablir ma santé ; à partir du 1er juin, j'ai commencé à soigner quelques malades dans ma nouvelle résidence.

Comment cela doit-il se passer pour l'impôt patente ? Dois-je payer pour 12 mois à mon ancien domicile ? Dois-je une autre patente pour 7 mois à mon domicile actuel, où j'occupe un immeuble beaucoup moins important ?

Dr L.

Réponse.

L'article 28 de la loi du 15 juillet 1880 dispose que la patente est due pour l'année entière par toutes les personnes *exerçant au mois de janvier* une profession imposable. En cas de cession d'établissement, la patente peut, sur la demande du cédant ou du cessionnaire, être transférée à ce dernier.

La demande est recevable dans un délai de trois mois à partir, soit de la cession, soit de la publication du rôle supplémentaire dans lequel le cessionnaire est personnellement imposé pour l'établissement cédé.

Dans votre nouvelle résidence, vous devez être imposé à partir du 1er du mois où vous avez commencé à exercer, soit depuis le 1er juin.

A. M.

2645. — Base de la patente. Taxe vicinale.

Membre du « Sou Médical » je désirerais savoir si je ne puis réclamer au sujet des droits un peu trop élevés portés cette année sur ma feuille d'impositions.

Je suis taxé sur un loyer de 900 au lieu de 450, là je n'ai rien à dire, mais :

1° Je paye 30 fr. pour loyer matriciel au lieu de 10 ;

2° 57 fr. 56 de patente, alors que le loyer n'est que double ;

3° N'y a-t-il rien à réclamer sur la taxe vicinale ?

Dr S.

Réponse.

1° Vous ne pouvez contester le loyer matriciel de 30 fr. qui si des habitations de même importance sont taxées à un taux inférieur.

2° Puisque vous admettez la valeur locative de 900 fr., aucune contestation n'est possible ; l'augmentation des droits de patente provient notamment de la suppression de la contribution des portes et fenêtres.

3° Aucune contestation n'est possible, la taxe vicinale étant calculée sur la base des deux contributions : mobilière et patente.

A. M.

La Table-Valise d'accouchement du Dr Rouzaud.

Le Dr A. Rouzaud, de Narbonne, vient de créer un appareillage qu'il appelle la *Table valise d'accouchement*.

La valise est une boîte métallique fermée par un couvercle à trois charnières, qui, ouverte, forme un plateau de 0,55 sur 0,66 et 0,03 d'épaisseur, avec une concavité antéro-postérieure dont le grand axe a 0,30 : ainsi se trouve réalisée la table sur laquelle reposera la parturiente. Des supports sous cuisses sont prévus aux deux coins antérieurs.

En outre de ces supports sous-cuisses amovibles, la valise peut contenir tous les instruments journaliers obstétricaux.

Dans la pratique, la valise ouverte est glissée entre le matelas et le plan dorsal de la parturiente : celle-ci se trouve placée en position gynécologique.

Il est inutile que nous nous étendions sur les avantages que présente ce nouvel instrument : il se recommande aux accoucheurs et aux sages-femmes à qui il permettra désormais d'opérer tout à fait à leur aise et dans les meilleures conditions possibles.

Quarante-huitième année — N° 40 — 3 Octobre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 24 88IV*)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Travaux Originaux

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

Reportage Professionnel

Demi-Colonnes

AVIS

Stations hivernales

Nos abonnés qui désirent voir leur nom figurer dans la liste que nous publierons prochainement sont priés de nous en informer.

Membres du Concours exerçant dans les stations d'altitude.

NOTA. — Nous rappelons à nos abonnés qu'il est nécessaire de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur ces listes.

MM. les docteurs :

Chamonix. de Chabanolle. J.-G. Fisher.
Faverges (Hte-Savoie). J. Lortet.
Jougne (Doubs). Charlin.
Lus-la-Croix-Haute. Faure.
Maiche (Doubs). J. Chatelain.
Osséja (Pyr. Or.). L. Cunnac.
Rousses (les). Moreau.
Saint-Gervais. Roux.
Vernet-les-Bains. Ponson.

Membres du Concours exerçant dans les stations balnéaires.

MM. les docteurs

Antibes-Juan-les-Pins. Claudel (chir. ur.).
Aiguillon-sur-Mer. Kraut.
Ars (Ile de Ré), J. Moinet.
Bandol-sur-Mer. Charmot, L. Marçon.
Banyuls-sur-Mer. E. Panis.
Berck-Plage. Bouquier Tridon.
Carnac-Plage. E. Saint-Martin.
Cassis-sur-Mer. Agostini.
Cayeux-Brighton-sur-Mer. Colleu (orthopédie).
Chatel-Aillon-Plage. Barraud G.
Deauville. Molina.
Douarnenez. Damey.
Granville. Le François. Thébault.
Juan-les-Pins. M. Lapy. Claudel, Stef.
Lacanau. Dubroca.
Paramé. Bazin, Ronsin.
Roscoff. Stéphan.
Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados). Em. Quiquemelle.
St-Georges de Didonne. Maudet.
Saint-Servan. Huet.
Sables-d'Olonne. Pelletier.
Trébeurden. Royer.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 431. — A vend. cause double empl. torp. Renault 1923, 10 CV, très bon état, peu roulé, s'adr. Dr à Saint Laurent-Médoc (Gironde).

N° 432. — Dr recomm. dame veuve pour instr. et éduc. une ou plus. jeunes filles. Ec. Mme Goguelat, 112 boulevard Malesherbes, Paris (17e).

N° 433. — Vve de conf. recomm. au méd. le pensionn. qu'elle dirige pour lycéennes de Versailles, 35 rue Jacques-Boyreau.

N° 434. — Pharm. Paris disp. labor. et loc. offre collab à docteurs pour fabric. et expl. d'une ou plus. spécialités. Ecr. Stej, 47, rue Manin, à Paris.

N° 435. — Poste méd. propharm. à céd., 60.000 prouvés, pays de chasse et pêche, appart. 6 p. au 1er, garage, ligne de ch. de fer à construire l'an proch. Pressé, cause départ dans pays de naiss. A partir de 30.000.

N° 436. — Stat. Côte d'Azur, client. méd. infant., gynécol., rapp. 50.000, villa meublée, indemn. à débatt. Cession urgente. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 437. — Centre. A reprend. de suite dans pet. ville, poste anc., rapp. 76.000, sans accouch., gr. mais. 9 p. et dépend., tout confort ; indemn. 42.000 compt. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Congrès de chirurgie**. — *Conférence de* M. Calot. — A l'occasion du Congrès de Chirurgie, M. Calot fera, le mercredi 6 octobre, à 9 h. 1/2, à sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, un exposé pratique de *ce que tout médecin ou chirurgien doit savoir* de la *rénovation de la pathologie de la hanche*. — Démonstrations des traitements des tuberculoses chirurgicales et des luxations congénitales. Examen de sujets en cours de traitement.

— **Maison départementale de Nanterre**. — *Internat*. — Le 3 novembre 1926 s'ouvrira un concours pour l'admission aux places d'interne en médecine et en chirurgie. Inscriptions à la Préfecture de police (service du personnel), jusqu'au 15 octobre.

— **Hôpital Saint-Louis**. — Un cours pratique et complet de dermatologie sera fait du 4 octobre au 30 octobre 1926, sous la direction du professeur Jeanselme. (Droits : 250 fr.).

— **Tunis**. — Une place d'interne est actuellement vacante à l'hôpital Sadiki. (7.500 à 9.000 fr. par an et logement).

— **Maison de Saint-Lazare**. — Le 10 novembre prochain, concours pour huit places d'aide interne titulaire. Inscriptions à la préfecture de police jusqu'au 16 octobre.

— **Laboratoires de radiologie**. — *Mutations* :

M. Aubourg est nommé radiologiste de l'hôpital Beaujon en remplacement de M. Desternes, démissionnaire.

MM. Quivy et Joly sont nommés assistants de radiologie à l'hôpital Beaujon.

M. Ronneaux est nommé radiologiste de l'hôpital Boucicaut.

MM. Blanche et David de Prades sont nommés assistants de radiologie de l'hôpital Boucicaut.

L'Education sexuelle

J'ai négligé, et je m'en excuse, de signaler parmi les ouvrages de lecture facile et édifiante, sur cette question, la brochure de notre excellent confrère, le Dr Good, de la Mothe-Saint-Heray (Deux-Sèvres), intitulée :

Hygiène et morale

Etude dédiée aux jeunes gens.

Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Cette brochure, éditée en 1898, a d'ailleurs été déjà annoncée dans les colonnes du *Concours médical*, dont le Dr Good est un des plus anciens abonnés. G. D.

A-TRAVERS L'OFFICIEL

16 *septembre.*

Spécialités pharmaceutiques.

Est nommé membre de la Commission des spécialités pharmaceutiques, en remplacement de M. Lafay, décédé, M. Vaudin, ancien président de l'Association générale des Syndicats pharmaceutiques de France.

18 *septembre.*

Enseignement de la médecine.

Concours pour l'attribution de bourses aux candidats au doctorat en médecine.

Arrêté du 17 *septembre* 1926.

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 25 octobre 1926.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES.

Sont admis à concourir :

A. — *Régime d'études de* 1893-1899.

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire.

B. — *Régime d'études de* 1911-1912.

Les candidats pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

C. — *Régime fixé par le décret du* 10 *septembre* 1924.

Les candidats pourvus de 4, 12 ou 16 inscriptions qui ont subi avec la note moyenne : 7, l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

(NOTA : ce nouveau règlement n'entrera en vigueur pour les étudiants pourvus de 8 inscriptions qu'à partir de la prochaine année scolaire.)

Les épreuves écrites du concours consistent en compositions écrites, savoir :

I. — *Régime d'études de 1893-1899 et de 1911-1912.*

Etudiants à 4 inscriptions.

Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à 8 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ;
b) Une composition de physiologie.

Etudiants à 12 inscriptions.

a) Une composition de médecine ;
b) Une composition de chirurgie.

Etudiants à 16 inscriptions.

a) Une composition de médecine ;
b) Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

II. — *Régime d'études de 1924.*

Etudiants à 4 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie ;
b) Une composition d'histologie.

Etudiants à 12 inscriptions.

a) Une composition d'anatomie pathologique ;
b) Une composition de pathologie expérimentale.

Etudiants à 16 inscriptions.

a) Une composition de médecine générale ;
b) Une composition de chirurgie générale ou d'obstétrique.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année les candidats qui justifient :

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de la mention bien audit certificat.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Contrôle fiscal du registre d'ordonnances des pharmaciens.

7007. — M. BOULLY, député, demande à M. le ministre des finances si un contrôleur des contri-

butions directes a le droit de consulter l'ordonnancier d'un pharmacien : 1° pour vérifier à l'aide d'un pointage des ordonnances, la comptabilité de ce commerçant ; 2° pour déterminer approximativement le nombre des visites faites annuellement par un médecin, en s'appuyant sur le nombre d'ordonnances prescrites par ce dernier. (*Question du 20 avril* 1926.)

Réponse. — Les registres d'ordonnances, sur lesquels les pharmaciens ne sont tenus, d'après l'ordonnance du 29 octobre 1846, que de transcrire les prescriptions des médecins à l'exclusion de toute autre indication au sujet des sommes encaissées, ne peuvent, en principe, être considérés comme des documents comptables dont la représentation peut être exigée par les contrôleurs des contributions directes en exécution de l'article 32 de la loi du 31 juillet 1920. Toutefois, s'ils mentionnaient le prix des substances livrées aux clients et si ces indications n'étaient pas reportées sur le livre journal, ils prendraient le caractère d'un journal auxiliaire ou d'un livre brouillard et, comme tels, leur communication pourrait être exigée. Dans ce cas, rien ne s'opposerait d'ailleurs à ce que, tout en y puisant les indications nécessaires à la vérification des inscriptions portées dans la comptabilité du pharmacien, le contrôleur y relève, également, des renseignements susceptibles d'être utilisés pour la vérification des déclarations des médecins.

(*J. O.*, 17 juillet 1926.)

Commentaires

J'admets parfaitement que les contrôleurs des contributions directes emploient tous moyens possibles, pour lutter contre la fraude et pour obliger les contribuables à faire des déclarations véridiques, en ce qui concerne l'impôt sur le revenu professionnel.

Mais, il ne faudrait cependant pas oublier qu'il existe des lois et des articles de Codes, qui ne sont pas encore abrogés par d'autres lois et qui, par suite, doivent être respectés dans leur intégralité.

Le secret professionnel (article 378 du code pénal) n'a reçu qu'une seule atteinte et restriction : celle imposée pour la déclaration des maladies contagieuses (lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902.)

Ce secret a été institué dans un but d'ordre public, en faveur des malades et de leur famille, mais nullement au profit des médecins, ou des pharmaciens.

Bien au contraire, toute personne astreinte au secret professionnel est passible de peines correctionnelles, si volontairement, ou involontairement, le secret, *qui lui a été confié*, ou qu'elle a appris dans l'exercice de sa fonction, venait à être divulgué d'une manière quelconque.

Par suite, obligé qu'il est par les articles 6 et

9 de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846 et par l'article 22 du décret du 14 septembre 1916, d'inscrire le nom et l'adresse de son client, sur son registre de transcription d'ordonnances médicales, le pharmacien doit, en vertu de l'article 378 du Code pénal, se refuser à laisser consulter ce registre par le contrôleur des contributions directes.

Nul doute qu'en l'état actuel de la législation, une condamnation correctionnelle ne soit prononcée contre un pharmacien, à la requête d'un de ses clients, qui n'admettrait pas qu'un tiers (le contrôleur des contributions, en l'espèce) ait été mis au courant des ordonnances médicales le concernant.

Le secret d'une thérapeutique, partant le diagnostic de la maladie, peuvent être ainsi divulgués et bien qu'on puisse prétendre que les agents du fisc soient, eux-mêmes, tenus au secret professionnel, les tribunaux correctionnels prononceraient sûrement une condamnation contre le pharmacien qui aurait laissé contrôler ses livres, et par conséquent, aurait divulgué, d'une manière indirecte, les secrets de ses clients.

Le Garde des Sceaux, en 1923, a répondu au Ministre de l'hygiène qu'en l'état actuel de la législation et bien que le docteur en médecine, directeur du bureau d'hygiène, soit, comme médecin, lié par le secret professionnel, le médecin traitant serait condamné, au cas où des tiers viendraient à surprendre, d'une manière quelconque, indirecte, involontaire, ou autre, le secret d'un diagnostic *post-mortem*, déclaré par le médecin traitant à son confrère, représentant l'hygiène administrative.

Allant plus loin, que dirait ce même contrôleur des contributions, si, tout en pointant les ordonnances médicales, transcrites sur le registre du pharmacien et en compulsant les noms et adresses des clients, il venait à s'apercevoir que sa propre femme est soignée, à son insu, pour une affection vénérienne, ou autre, ou s'il apprenait ainsi que son fils a été l'objet d'ordonnances spéciales ?

Le désir de faire entrer de l'argent dans les caisses de l'Etat ne doit pas nous faire oublier qu'une loi ne peut être abrogée que par une loi et que tous les règlements, circulaires, ou autres d'un ministre quelconque n'ont aucune valeur, s'ils ne sont conformes aux textes des lois en vigueur.

Que le ministre des finances fasse d'abord abroger, ou modifier l'article 378 du code pénal ; il aura ensuite toute latitude pour faire inspecter les registres d'ordonnances, qui sont dans chaque officine pharmaceutique.

Pour le moment, invoquant l'article 378 du code pénal, l'appliquant dans toute sa rigidité, le pharmacien, à mon avis, doit se refuser à mettre sous les yeux du contrôleur des contribu-

tions directes, tout livre sur lequel les noms des malades sont inscrits en face des ordonnances et prescriptions médicales.

Ce serait un beau procès de principe que les syndicats pharmaceutiques pourraient soutenir, au cas où un de leurs membres serait mis en demeure, par l'administration des finances, d'avoir à présenter ses livres, divulguant ainsi les secrets appris à l'occasion de sa profession.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Application du Tarif Durafour

I

2795. — Suture du tendon d'Achille.

Je n'ai pas trouvé dans le tarif accident du travail mention de la suture du tendon d'Achille et vous serais obligé de me dire comment je dois établir ma note d'honoraires.

Je sais bien que dans le numéro du *Concours* du 31 janvier dernier vous avez répondu à une question analogue :

« Cette suture du tendon d'Achille me paraît être tarifée à l'art. 17 alinéa 7, où l'on peut lire : Suture ... ainsi que des tendons superficiels du poignet et des tendons du cou-de-pied : 150 francs ».

La suture du tendon d'Achille, *sectionné complètement*, présente vous le savez de réelles difficultés et ne pensez-vous pas qu'il serait tout à fait logique d'assimiler cette intervention à la suture des tendons profonds du poignet, suture des nerfs (alinéa 8), 300 fr. ?

Dr T.

Réponse.

Vous pouvez toujours proposer ce qui vous semble équitable alors qu'il n'est pas fait mention spécialement, dans le tarif, du tendon d'Achille. Pour moi, je crains que vous n'ayez aucune chance de réussir en demandant une analogie » avec « tendons profonds, 300 fr. », pour l'Achille qui est superficiel par excellence. Essayez si vous le désirez, et si vous aviez gain de cause, je le noterais comme un précédent ... en justice s'entend, sinon cela n'aurait plus la même importance.

F. D.

II

2804. — Accouchement traumatique avec forceps.

Abonné au *Concours médical* depuis plusieurs années je vous serais très obligé de me faire savoir comment je dois rédiger ma note d'honoraires pour une Compagnie d'assurances dans le cas suivant :

Une domestique de ferme enceinte de 7 mois, tombe sur le dos après avoir été, dans l'étable, bousculée par une vache. Elle se relève se plaignant de douleurs aux reins. 48 heures après, hémorrhagie utérine qui disparaît puis réapparaît à nouveau de plus en plus forte. Cinq jours après douleurs d'accouchement précédées d'hémorrhagie mettant la vie de la malade en danger.

Devant la gravité du cas, j'appelle à 3 heures du matin en consultation un confrère demeurant à 10 kilomètres.

Fort de sa présence je précipite la dilatation et j'accouche la parturiente au forceps d'un enfant au terme de 7 mois. Nul doute que la chute soit la cause de cet accouchement prématuré.

En plus des visites faites avant et après l'accouchement, comment dois-je tarifer la soirée de l'accouchement.

A 3 heures du matin, appel d'un confrère en consultation, déplacement 10 k. à l'aller.

2° 4 heures passées près de la malade, consultation de nuit avec le confrère et accouchement au forceps (accouchement traumatique).

Dr F.

Réponse.

1° L'art. 21 dit : « accouchement d'origine traumatique sans complication : 200 fr. ». Il me semble juste de compter 300 fr. quand on a dû employer le forceps plus 50 % pour intervention de nuit (art. 8) soit 375 fr. Mais vous y comprendrez les 4 heures passées auprès de la parturiente au sujet du dit accouchement et, en outre, vous donnerez à l'assurance toutes explications utiles.

2° Pour le confrère, il s'agit ici de « *consultation de nuit entre confrères.* » Après une assez longue explication que vous trouverez dans l'Agenda du *Concours* 1926 (page 88) j'ai déjà conclu, et fus suivi par les intéressés, qu'il y avait à compter (*cinq fois la visite* (10 × 5 = 50 fr.), plus le déplacement s'il y a lieu.

F. D.

III

2793. — Visite de contrôle.

Je me permets d'attirer votre attention sur les deux points suivants :

1° Les visites de contrôle (je parle du médecin contrôlé) sont payées des prix différents par les compagnies. Je compte : contrôle au cabinet (10 + 5) soit 15 fr. + contrôle à domicile (12 + 6) soit 18 fr. Une compagnie vient de me réduire un contrôle à domicile à 17 fr., faisant ainsi son compte : 10 + 5 = 15 + 2 francs de frais de transport.

Je vous serais reconnaissant si vous pouviez me fixer sur ce point de détail.

2° Un contrôle de blessé peut-il avoir lieu un dimanche à 2 heures de l'après-midi ? J'ai trouvé la

Voir la suite page LV-2543

PROPOS DU JOUR

Les prompts secours en cas d'accidents.

Les accidents se multiplient avec le développement inouï de la locomotion automobile.

Les journaux ont ouvert une rubrique à leur sujet et, s'ils étaient suffisamment renseignés, ce serait par colonnes qu'en cette époque de l'année, ils en feraient la simple énumération.

Les pouvoirs publics se sont émus. Pour protéger les piétons dans les villes et préserver les voyageurs sur les routes, ils ont réuni en un décret (27 mai 1921) les prescriptions réglementant la circulation des véhicules sur les voies publiques. Ce décret a été qualifié de Code de la route et a marqué un progrès notable, bien que malheureusement insuffisant, dans la prophylaxie des accidents. Mais il est étrange qu'on n'ait pas songé en même temps à atténuer les conséquences de ces accidents en organisant les prompts secours qui, indiscutablement, pourraient sauver la vie de nombreux sinistrés et certainemement diminuer considérablement les suites des pires catastrophes. Alors que, dans les rues de nos villes, que sur les routes de nos provinces les accidents se comptent par milliers, aucune personne qualifiée : administrateur, élu, représentant de compagnies d'assurances contre les accidents, ou d'associations puissantes comme le Touring-Club, l'Automobile-Club, etc., n'a sérieusement songé à organiser de prompts secours pour les victimes de la rue ni de la route. Seul, M. le Dr Armand Vincent dans la *Presse médicale* du 26 juin 1926, a essayé de résoudre la question. Encore cette solution ne paraît pas possible à M. le Dr Woimant (de Compiègne) qui, dans la *Presse médicale* du 18 septembre, fait ressortir, chiffres en main, à quel prix inconcevable s'élèverait pareille organisation de prompts secours.

Quant aux projets d'utilisation de l'aviation que préconise encore le Dr Vincent et que notre ami, le Dr Foveau de Courmelles, voudrait encore voir secondés d'appareils de T. S. F., ils ne sauraient être envisagés à cette heure. Ce qui ne veut pas dire qu'ils ne seront pas réalisés un jour, car, à notre époque, il serait téméraire de témoigner le plus petit scepticisme aux progrès de la technique et de la science.

***

Médicalement, la question, si elle n'est pas pratiquement réalisée, n'est pas sans intérêt pour le praticien. Quand un accident de voiture survient dans la rue, à Paris ou dans une grande ville, un attroupement se forme, un agent de police survient, chacun donne un conseil, on se chamaille, finalement le policier ou quelques personnes secourables portent le blessé avec plus ou moins de précautions dans l'officine d'un pharmacien. Quel secours efficace peut-il y rencontrer ? Le malheureux pharmacien le plus souvent ne sait que faire. On ne songe même pas à avoir recours à un médecin que l'on ne serait pas sûr d'ailleurs de rencontrer. On se perd en pratiques inefficaces, parfois dangereuses.

Nous avons vu un de nos confrères, renversé par une auto et transporté dans une pharmacie, soutenu, assis sur une chaise, par le pharmacien et son aide, bien que sans connaissance, et ce fut une personne étrangère aux choses de la médecine qui le fit étendre, lui permit de reprendre ses sens et lui sauva peut-être ainsi la vie. Un confrère nous a conté qu'appelé auprès d'un noyé qu'on avait retiré de la Seine, quelques minutes auparavant, il voulut tenter les tractions rythmiques de la langue. Ayant écarté les mâchoires, il saisit la langue avec un mouchoir : la muqueuse resta entre ses doigts. La personne qui avait donné les premiers soins au noyé, perdant la tête et interprétant mal une liste de conseils lui avait versé dans la bouche de l'ammoniaque. Heureusement (!!) le pauvre diable était déjà mort.

Lorsque l'accident paraît très grave, ou qu'une hémorragie effraye le pharmacien, l'agent de police ou les assistants, on songe à la première chose qu'on aurait dû faire, le transport du blessé à l'hôpital. Si l'on requiert une voiture de place, l'on a de sérieuses chances d'aggraver l'état de la victime, surtout si elle est atteinte de fracture. Si l'on demande une ambulance municipale, l'on peut attendre une heure, deux heures, parfois trois heures avant de la voir arriver. Le fait nous est arrivé personnellement. A onze heures du soir, nous avons demandé d'urgence par téléphone une ambulance pour transporter à l'hôpital une personne qui, en état d'ivresse, avait mis

le feu à ses vêtements et portait des brûlures sur tout le corps. L'ambulance arriva trois heures après, le poste étant dépourvu de voitures lors de notre appel, et comme nous étions dans l'impuissance absolue de soigner la malheureuse, faute d'aides et de matériel, ce fut tout juste si les assistants ameutés ne nous taxèrent pas d'inhumanité.

Voilà pour la ville : voyons ce qui se passe sur la route. Lorsqu'un accident se produit, fatalement on a le plus souvent quelque peine à obtenir immédiatement des secours. On finit cependant par rencontrer un médecin de campagne de bonne volonté. Il accourt, donne les premiers soins, transporte le malade où il pourra être définitivement soigné (auberge, hôtel, maison de santé). Pendant ce temps-là, les assistants, parents, compagnons de voyage, auteurs de l'accident, accablent de protestations de reconnaissances le Bon Samaritain. Puis, quand le malade est guéri et que le médecin remet sa note d'honoraires, le sinistré ne veut rien savoir, l'auteur de l'accident donne l'adresse d'une Société d'assurances et celle-ci, discutant les causes de l'accident, cherche à se défiler. Qu'adviendrait-il du malheureux confrère si le « Sou médical » n'était pas là pour l'assister ?

Ces difficultés tiennent en grande partie au manque d'organisation des prompts secours en cas d'accidents en France. Nous n'affirmons pas que cette organisation est facile et qu'elle supprimera toutes les difficultés, mais nous prétendons qu'elle est possible et qu'il serait temps de s'en occuper sérieusement.

***

La question des prompts secours en cas d'accidents n'est d'ailleurs pas nouvelle. Le Dr Marcel Baudouin nous a appris que, dès 1667, on avait organisé en Hollande des postes de secours ; qu'en 1772, l'échevin Pia, pharmacien, avait tenté d'en faire autant à Paris ; qu'en 1794, Guenther avait réussi à créer un service de prompts secours à Hambourg. En Amérique, la question était résolue au siècle dernier, des services de prompts secours y fonctionnaient, même dans des villes de 25.000 habitants.

En 1880, un médecin d'origine polonaise habitant Paris, M. le Dr Nachtel, revenant d'Amérique, présenta à l'Académie de médecine une note « sur le fonctionnement de l'ambulance urbaine de New-York, destinée à porter les premiers secours sur la voie publique et de l'utilité qu'il y a d'établir un service de ce genre à Paris. »

Le Dr Levraud, conseiller municipal, déposa cette note sur le Bureau du Conseil municipal de Paris. La 8e commission fut chargée de l'étudier et M. le Dr Bourneville, rapporteur, demanda la création de circonscriptions hospitalières pour organiser des centres de secours, l'établissement d'ambulances dans ces centres, l'installation d'avertisseurs d'accidents, analogues aux avertisseurs d'incendie. Tout cela était d'une organisation simple et facile. Mais le projet subit le sort de tout ce qui est nouveau et utile en France et surtout à Paris. Il fut renvoyé de l'Académie au Conseil municipal, de ce dernier au ministère de l'Intérieur qui en saisit le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine qui nomma une Commission dont le Dr Voisin fut rapporteur. Assistance publique, préfecture de la Seine, préfecture de police, ne purent s'entendre. Des malins greffèrent sur la question des prompts secours, celle de la création de pharmacies municipales. Bref, il ne serait rien sorti de là, si le Dr Nachtel n'avait pris l'initiative de fonder la Société des Ambulances urbaines ; la Ville de Paris se décida enfin et le 5 octobre 1889 était installé rue de Staël, le premier poste d'ambulances municipales.

Grâce à l'initiative du Dr Mauriac, un service d'ambulances analogues était, l'année suivante, créé à Bordeaux.

Mais ce n'était pas, loin de là, la réalisation des prompts secours en cas d'accidents, même à Paris. Ces prompts secours fonctionnaient en Amérique, en Allemagne, en Angleterre et ailleurs. A Paris, les ambulances municipales, dépendant de la préfecture de la Seine, ne servaient guère qu'au transport des malades indigents à l'hôpital. La préfecture de police avait installé *en principe* des postes de secours dans les mairies, les postes de police et sur les quais pour secourir les noyés. Elle possédait en outre des voitures pour le transport des contagieux. Enfin l'Assistance publique mettait *en théorie* des brancards, remisés dans ses hôpitaux et ses dispensaires, à la disposition du public. Avec cette multiplicité d'attributions, *pratiquement*, il n'y avait alors aucun secours utile en cas d'accident et actuellement, il n'existe encore aucun *prompt* secours.

Il ne faut pas croire cependant que personne ne se préoccupait de la question qui paraît bien oubliée aujourd'hui : Nachtel (1880), Voisin (1881), Poncet, de Lyon (1882), Bourneville (1883), Louis Gallet (1889), Mauriac, de Bordeaux (1890), A. Rousselet (1892), Marcel Baudouin (1898), P. Strauss (1894), le Pr Terrier (1894), A

Sorel, du Havre (1898), s'intéressèrent tour à tour à la question. Le Congrès d'assistance (Lyon 1894), le Congrès international d'hygiène (Budapesth 1894) en discutèrent. Mais ce fut le Dr Marcel Baudouin qui, chargé de Mission aux Etats-Unis lors de l'Exposition de Chicago, étudia à fond la question et s'efforça à diverses reprises de la faire réaliser à Paris ; la dernière fois, ce fut, sans plus de succès, lors de l'Exposition de 1900, et pour cette exposition, qu'il fit des démarches pressantes. Il n'aboutit à aucun résultat. Il fallait un chirurgien pour diriger les prompts secours en cas d'accidents, le Commissariat général de l'Exposition choisit un neurologiste et ce fut, si nous avons bonne mémoire, M. le Dr Gilles de la Tourrette qui prit la direction des prompts secours à l'Exposition. Les organisateurs, en leur sagesse, jugèrent qu'il fallait avant tout songer aux crises de nerfs possibles des visiteuses.

Il y aurait très peu à ajouter au « Nouveau projet d'organisation pour la Ville de Paris du Service des prompts secours en cas d'accidents », publié par le Dr Marcel Baudouin en 1895. Les perfectionnements de l'automobilisme, l'amélioration des hôpitaux parisiens, simplifieraient même singulièrement la réalisation du projet. Mais encore conviendrait-il de le faire renaître.

Nous devons ajouter, pour être complet, que, dans nos milieux syndicalistes, on songea à organiser des postes de secours avec médecin en permanence.

Notre ami, le Dr Pamart, était sur le point de créer un poste de ce genre dans le Xe arrondissement et avait ouvert une souscription pour faire les frais de cette expérience. La guerre vint malheureusement mettre un terme à la tentative du Dr Pamart qui n'en garde pas moins le mérite d'avoir pris cette initiative.

***

La réalisation des prompts secours pour les accidents de la route ne nous paraît pas chimérique. Si, avec l'appui des pouvoirs publics, les Syndicats médicaux, les Compagnies d'assurances, les premières intéressées, les Sociétés de la Croix-Rouge, le Touring Club, l'Automobile Club et de nombreuses Sociétés locales ou Syndicats d'initiative voulaient se concerter, l'on pourrait, nous le pensons, installer facilement sur plusieurs points de France des postes d'ambulances-automobiles qui pourraient transporter les sinistrés dans les maisons chirurgicales et les hôpitaux qui, actuellement, existent un peu partout.

Il n'est pas un département en France, même un arrondissement, qui ne possède, à l'heure actuelle, un chirurgien capable de donner de prompts secours à un blessé, même dans les cas les plus graves.

Tout ceci serait relativement facile à faire : il suffirait d'établir une entente, une collaboration entre les gens intéressés et les Pouvoirs publics.

Mais tenons-nous en là, car ici, comme pour l'Isolement des contagieux, il est plus facile, en France, de régler une question sur le papier que de la réaliser pratiquement, puisqu'en quarante-six ans, il n'a pas été possible d'aboutir sur ce point, pour Paris, la Ville Lumière, à un résultat satisfaisant.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE DIAGNOSTIC DES ARYTHMIES EXTRASYSTOLIQUE ET COMPLÈTE. — LEUR TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE QUINIDINE (1)

Dr C. Lian,

Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

L'arythmie extra-systolique et l'arythmie complète sont les deux types principaux des irrégularités cardiaques. Il ne se passe pas de jour, pour ainsi dire, sans qu'un médecin n'observe au moins l'une de ces deux variétés de troubles du rythme cardiaque.

Il est donc utile de savoir les différencier par le seul examen clinique. Je me propose de vous montrer que cette tâche est facile, et qu'en outre,

(1) Conférence donnée à l'hôpital Tenon, à l'occasion des Journées médicales de Paris (18 juillet 1926).

**

ce diagnostic offre un intérêt pratique de premier ordre, puisque le pronostic et le traitement diffèrent notablement, selon que vous avez affaire à l'une ou à l'autre de ces arythmies.

I. Le diagnostic.

Le diagnostic repose sur un élément capital que vous retiendrez tout d'abord :

Tandis que l'arythmie extra-systolique apparaît sur un fond de rythme régulier, dans l'arythmie complète, au contraire, ce fond fait totalement défaut.

Dans la première, l'extra-systole apparaît, çà et là, après une série plus ou moins longue de pulsations régulières. Elle consiste en une contraction cardiaque prématurée. Elle se traduit à l'auscultation par un ou deux bruits cardiaques, très rapprochés des bruits de la systole normale précédente, et très éloignés des bruits de la systole normale suivante. Elle se révèle à la palpation du pouls radial par une pulsation faible ou absente, et par une pause.

Dans l'arythmie complète, vous ne trouverez pas un lambeau de rythme régulier. Toutes les contractions se succèdent à intervalles inégaux ; elles forment çà et là des salves. Enfin, tandis qu'on mesure la pression artérielle on est frappé par l'inégalité considérable dans l'intensité des bruits artériels et dans l'amplitude des déplacements de l'aiguille oscillométrique.

Lorsque le rythme s'accélère, les extrasystoles tendent à disparaître, tandis que l'arythmie complète persiste ou s'accentue.

On peut, il est vrai, rencontrer certaines difficultés pour poser le diagnostic. Elles sont rares : elles résultent, soit de la lenteur du cœur dans l'arythmie complète, soit, au contraire, de l'intensité de l'arythmie extra-systolique, soit enfin d'un degré marqué d'arythmie respiratoire. C'est alors que le laboratoire, représenté ici par l'électrocardiographie, doit intervenir et triomphe facilement de la difficulté, en montrant la fibrillation auriculaire qui caractérise l'arythmie complète. Mais en général, un examen clinique attentif suffit. Le problème clinique est, certes, plus facile à résoudre ici, que lorsqu'il s'agit de différencier les souffles cardiaques des souffles extra-cardiaques, — l'ulcère de l'estomac, du cancer, — les diverses variétés de cirrhoses, d'ictères. Je suis, d'ailleurs, assuré de vous faire partager ma conviction, en vous faisant ausculter successivement des malades présentant ces deux types d'arythmies.

Pour cette démonstration le Dr Lian emploie le télécardiophone Lutembacher-Gaumont, qu'il a fait relier à six postes récepteurs, d'où partent pour chaque poste huit tuyaux de caoutchouc aboutissant chacun à une sorte de casque stéthoscopique très léger, dont les 2 embouts, préalablement réglés par chacun en hauteur, sont introduits dans le conduit auditif.

Ainsi se trouve réalisé sans trop de frais un appareillage français permettant de faire ausculter simultanément 48 auditeurs.

Les auditeurs auscultent ainsi successivement des sujets présentant soit un cœur régulier, soit une arythmie extrasystolique dans sa forme commune; soit une arythmie extrasystolique cadencée du type du rythme couplé, soit une arythmie complète, ces troubles du rythme coexistant ou non avec des signes de cardiopathie valvulaire.

II. Le pronostic.

Je vous ai parlé de l'importance de la distinction à établir, au point de vue du pronostic, entre les deux variétés d'arythmie que nous étudions.

En effet, l'arythmie extra-systolique n'a pas de gravité en elle-même. Son pronostic est étroitement subordonné à l'affection causale. Si un état nerveux est en cause, la gravité est inexistante. Si l'arythmie extrasystolique est liée à une insuffisance cardiaque, son pronostic est celui même de cette insuffisance.

L'arythmie complète, par contre, est grave par elle-même, quelle que soit sa cause. En effet elle favorise grandement l'insuffisance cardiaque. En outre elle se complique souvent d'embolies ; enfin elle fait redouter la mort subite qui est loin d'y être exceptionnelle.

III. Le traitement.

Au point de vue thérapeutique, si, dans les deux cas, le traitement doit s'adresser nécessairement à l'affection causale, il y a cependant un choix à faire parmi les médicaments indiqués. L'insuffisance cardiaque qui donne lieu à l'arythmie extra-systolique est justiciable de la digitale ou de l'ouabaïne. L'insuffisance cardiaque accompagnée d'arythmie complète réclame impérieusement la digitale.

Le sulfate de quinidine est également utilisé de façon différente, dans l'une ou l'autre arythmie. L'arythmie extra-systolique demande des cures prolongées, à doses moyennes. L'arythmie complète veut une forte cure d'attaque. Ou bien, le résultat sera négatif : en cas d'échec, on abandonnera la quinidine, au besoin après avoir tenté plus tard une 2e cure d'attaque. Ou bien, le résultat sera positif : on continuera alors à prescrire des cures d'entretien.

La quinidine est un des alcaloïdes du quinquina. J'ai employé chez mes malades la quinicardine, comprimés de 20 centigr. de sulfate de quinidine, préparés par la maison Nativelle.

A. — Dans l'Arythmie extra-systolique.

Dans l'arythmie extra-systolique, je prescris des comprimés de 0,20 centigr. de sulfate de quinidine, à raison d'un, puis de deux, puis de trois par jour, au début des repas. Les cures sont réglées comme suit :

Au début, 16 jours sur 21. Puis, 10 jours sur 15 ; 10 jours sur 17 ; 10 jours sur 20 ; — chaque dose étant ainsi continuée durant deux mois.

En outre, si le myocarde se montre insuffisant, j'ordonne la digitale ou l'ouabaïne, pendant 5 jours.

Quel est le résultat de cette médication ? Il est exceptionnel que les extrasystoles disparaissent complètement. Et quand leur disparition est constatée, elle n'est jamais que transitoire. Mais, le plus souvent, elles diminuent de fréquence, et deviennent infiniment plus supportables.

B. — Dans l'Arythmie complète.

1° **Les doses.** — Dans l'arythmie complète, le traitement d'attaque comportera la digitale ou l'ouabaïne pendant 5 ou 7 jours. Puis le sulfate de quinidine sera prescrit à raison de deux comprimés le premier jour ; 3, le deuxième ; 4, le troisième ; 5, les deux suivants ; 6, les deux suivants encore ; puis, 7, 8 — pour revenir ensuite à 7, 6 et terminer par 5, selon le schéma suivant :

2, 3, 4, 5, 5, 6, 6, 7, 7,8, 8, 7, 6, 5.

La cure d'attaque durera au besoin 12 à 14 jours si la régularisation tarde à se produire. On peut limiter son effort thérapeutique à 6 comprimés par jour dans la 1re cure, se proposant au besoin d'atteindre 8 et tout au plus 10 comprimés par jour, dans une 2e cure à faire un ou deux mois plus tard.

Quand la régularisation du rythme est obtenue, j'arrête la progression des doses, mais je continue à prescrire 5 comprimés par jour durant une semaine. Puis, j'ordonne, pendant deux mois, 5 comprimés par jour, 10 jours sur 15 ; pendant deux autres mois, 5 jours sur 10 ; pendant deux autres mois encore, 5 jours sur 15 ; les deux mois suivants, 5 sur 21 ; et enfin 5 jours par mois, — tout en ajoutant la digitaline de temps en temps, cinq jours.

Quand l'arythmie complète est paroxystique, les cures de sulfate de quinidine seront prolongées. Elles comprendront des prises de 5 comprimés par jour, pendant 16 jours sur 21, 2 mois ; 10 jours sur 15, 2 autres mois ; 5 jours sur 10, encore 2 mois, etc. Pendant une crise, on instuera une cure d'attaque.

2° **Les contre-indications. Les dangers, les inconvénients.** — Quelles sont les contre-indications, quels sont les dangers du sulfate de quinidine ? Les contre-indications sont les bradycardies, la grande insuffisance cardiaque résistant à la médication cardio-dynamique, les embolies dans les antécédents du malade. En effet le sulfate de quinidine exagère la dissociation auriculo-ventriculaire. D'autre part, il a une action dépressive sur le myocarde. Enfin en régularisant la contraction des oreillettes, il peut favoriser les embolies. Mais ce risque n'est pas spécial à la quinidine ; il existe également avec la digitale, avec l'ouabaïne. Or, vous ne renoncez pas pour cela à la digitale. Vous ne devez pas plus renoncer à la quinidine. Les statistiques américaines montrent que les cas d'embolies sont plus nombreux chez les malades non traités que chez ceux qui ont été traités par la quinidine. C'est également mon impression personnelle. En tout cas je n'ai jamais observé d'embolie durant la cure quinidique, ni même peu après. Deux de mes malades ont présenté des embolies mais c'était après la réapparition de l'arythmie complète.

Un seul, sujet âgé, présenta de la claudication intermittente deux mois après que son rythme cardiaque avait été régularisé. Mais était-ce une embolie ou une thrombose ? Pratiquement, il était considérablement amélioré, n'avait plus de gêne respiratoire, et était enchanté du résultat obtenu.

En tout cas je vous conseille, par prudence, de ne pas prescrire la quinidine chez un sujet ayant déjà eu une ou plusieurs embolies.

Si l'on tient compte des contre-indications précitées, les accidents graves sont rarissimes, et sont probablement le plus souvent le fait d'une coïncidence.

Les incidents dus à la quinicardine sont les coliques, la diarrhée, la céphalée, les états vertigineux. J'ai noté les lipothymies, les syncopes, 5 fois sur 70 malades. Il vaut mieux alors arrêter le traitement, par prudence. Cependant deux de mes malades l'ont continué quand même, et ont guéri.

Aussi, puis-je dire que les dangers sont à peu près inexistants. Sur 70 malades, je n'ai pas enregistré d'accident important, même avec des cures d'attaque vigoureuses, allant jusqu'à 8 et même 10 comprimés par jour.

3° **Les résultats.** — En regard de ces quelques incidents négligeables, j'ai obtenu d'excellents résultats. La plupart des statistiques comprennent 40 % de succès. Pour ma part, 30 fois, sur les 70 malades que j'ai observés et soignés, le succès m'a favorisé.

Dans les trois-quarts des cas, j'ai constaté que le résultat est durable, et cela grâce à la cure d'entretien. Ainsi la régularisation est défintive, ou se maintient des années, en dépit parfois de

petites crises passagères. Enfin, comme les faits m'ont permis de l'établir, tous les malades dont la régularisation du rythme a été durable, ont ressenti une considérable amélioration de leurs troubles fonctionnels, et ont pu reprendre leur travail. Et même, dans les cas que je considère comme des échecs de la médication, il s'est produit le plus souvent un peu d'amélioration.

Je vais vous présenter toute une série de malades ainsi guéris, et vous apprécierez vous-mêmes, en entendant ces malades, les bienfaits de la quinidine dans l'arythmie complète.

Plusieurs malades viennent dire tout le bien qu'ils ont ressenti de la disparition de leur arythmie grâce à la quinidine. L'auscultation collective avec le télécardiophone montre ou bien que leur cœur est parfaitement régulier, ou bien qu'il présente seulement une extra-systole de loin en loin.

VI. Conclusion.

En résumé, avec la quinidine, vous améliorerez beaucoup de malades qui se plaignent d'extra-systoles, et parmi ceux qui sont atteints de cette grave affection qu'est l'arythmie complète permanente, vous pourrez, chez un tiers d'entre eux, environ, faire disparaître cette redoutable infirmité.

D'accord avec la plupart des cardiologues, je conclus donc, en tablant sur mon expérience personnelle, que l'introduction et l'emploi du sulfate de quinidine constituent un progrès considérable de la thérapeutique cardiaque.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hopital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

La syphilis congénitale des os dans la moyenne et la grande enfances (1)

Ce jeune garçon, né le 25 mars 1914, est entré à la *Clinique*, il y a cinq semaines, le 9 mars. Nous avons peu de renseignements sur son passé. Sa mère serait morte de tuberculose pulmonaire. Son père serait bien portant.

En 1924, à l'âge d'environ 10 ans, apparaît à la partie postéro-supérieure de l'avant-bras gauche une tuméfaction, puis une ulcération. Six mois plus tard, on constate des épanchements dans le genou droit, puis dans le genou gauche. En novembre 1925, se forment une ulcération du maxillaire supérieur gauche, avec élimination de fragments d'os, et des tuméfactions frontales. On note, d'autre part, un écoulement nasal abondant, fétide. Tous ces phénomènes évoluent sans fièvre ni douleur.

Aujourd'hui, cet enfant a 12 ans. Il est petit, ne mesure que 119 cm. au lieu de 135 cm., il est maigre, ne pèse que 20 kgr. 100, au lieu de 29 kgr. Il a un rapport P/T de 168, au lieu de 214. Il a à peu près la taille, le poids et la corpulence d'un enfant de 8 ans et demi. Cependant son périmètre thoracique est assez large, de sorte que le coefficient de Pignet, de 36,4, est plus faible que la normale (40 à 43) ; ses membres supérieurs sont suffisamment longs et le rapport de Manouvrier (0,83) correspond à la moyenne de son âge.

Au-dessus de la racine du nez, nous voyons une tuméfaction du frontal, qui est indolente et au niveau de laquelle la peau est saine. Sur la partie gauche du frontal, nous constatons une ulcération presque cicatrisée, adhérente à l'os sous-jacent. Au niveau du rebord inférieur de l'orbite gauche, vers l'angle externe des paupières, apparaît une cicatrice, profonde adhérente à l'os recouvrant une perte de substance osseuse. De l'autre côté, il y a une lésion semblable et, plus bas, une ulcération jambonnée, adhérente au maxillaire supérieur, avec deux fistules laissant écouler un peu de pus. Le crâne, par ailleurs, ne présente pas de déformation.

Si vous regardez la face de profil, vous constatez très nettement un écrasement de la racine du nez, qui a l'aspect du nez en selle. Par les narines se produit un écoulement purulent fétide.

Au-dessous des oreilles, à droite et à gauche, sont des cicatrices anciennes correspondant probablement à des ganglions.

Au niveau de l'épaule gauche et de la région claviculaire, il y a également des cicatrices étendues et qui sont encore croûteuses.

Sur le thorax, on voit une coudure des arcs costaux qui entraîne un retrait du sternum. L'appendice xiphoïde existe.

Regardons maintenant le malade de dos.

Le coude droit présente une cicatrice déprimée, irrégulière, adhérente à l'os, correspondant à l'extrémité supérieure du cubitus et débordant sur le radius ; à son niveau il existe une importante perte de substance osseuse. L'extrémité supérieure du cubitus, l'extrémité infé-

(1) Leçon du 17 avril 1926, recueillie par le Dr Laporte.

rieure de l'humérus, sont épaissies et déformées.

Le coude gauche est moins volumineux et moins déformé ; à la partie postérieure du cubitus il existe une cicatrice et une perte osseuse, semblable à celle de l'autre coude. Sur le bord externe de l'extrémité inférieure de l'humérus il y a une ulcération atone, rouge, adhérente à l'os, avec une petite fistule, par laquelle est sorti, il y a huit jours, un petit sequestre osseux.

Les mouvements des coudes sont très limités ; le coude reste en flexion ou en demi-flexion ; l'extension est impossible.

A la face dorsale du poignet droit, au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, on voit une cicatrice violacée, adhérente à l'os.

Au pli de l'aîne droite est une cicatrice adhérente.

Les genoux sont extrêmement déformés. Il existe des hydarthroses abondantes, surtout à droite ; elles ont été ponctionnées à plusieurs reprises. Les extrémités inférieures des fémurs, les extrémités supérieures des tibias sont grosses, déformées, avec des saillies osseuses irrégulières.

Un peu au-dessus de la partie moyenne du tibia droit, sur la face antéro-interne et le bord antérieur, nous constatons une hyperostose très nette, haute de trois travers de doigt environ ; elle est un peu sensible à la palpation.

Dans les aines et dans les aisselles il n'y a pas d'adénopathies.

La voûte du palais est ogivale. La denture est très défectueuse. Le docteur Schmutz, assistant du docteur Pierre Robin, a constaté une irrégularité chaotique de la denture, due à la persistance des premières dents on de leurs racines, malgré l'apparition des dents permanentes. Les arcades dentaires sont atrésiées et les dents sortent, soit en dedans, soit en dehors des lignes cuspidiennes. Il n'y a pas d'anomalies morphologiques.

Le docteur Vassal a constaté un arrêt de développement ou une atrophie des os propres du nez, qui nous explique la déformation en selle. Il n'y a pas de lésions de la cloison. Il y a une légère atrophie des cornets et de la rhinite chronique.

Le pouls, le cœur, la pression artérielle, sont normaux.

Le foie est hypertrophié. Son hypertrophie est totale. Il déborde le rebord costal de 4 cm. sur la verticale mammaire droite, de 10 cm. sur la ligne médiane. Il est dur ; son bord inférieur est mousse, épais ; on trouve quelques bosselures à la surface.

La rate est grosse et ferme ; elle mesure 9 cm. sur 5 cm. et déborde de trois travers de doigt le rebord costal.

Il n'y a ni circulation collatérale ni ascite. Les fonctions digestives sont normales. Les testicules sont normaux. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni leucocytes, ni cylindres.

Il n'y a pas de paralysies, pas de contractures ; les réflexes rotuliens sont normaux, quoique un peu vifs, il n'y a pas de Babinski. L'intelligence paraît normale.

M. Poulard, à l'examen de l'œil, a constaté une inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus grande que la droite, l'absence de réflexe pupillaire à la lumière, enfin une choroïdite disséminée du type syphilitique.

Le liquide céphalo-rachidien est normal ; il contient 0 gr. 30 d'albumine et 0 gr. 30 de glucose, par litre ; le Bordet-Wassermann y est douteux (H^6).

Dans le sang, le Bordet-Wassermann est franchement positif (H^o) et le Hecht fort.

L'examen du sang nous a montré une légère anémie : 3.200.000 globules rouges et 75 % d'hémoglobine ; très peu de leucocytes, 1.800 par mm. On constate une prédominance des mononucléaires : pour 100 leucocytes, 34 polynucléaires neutrophles, 2 éosinophiles, 2 basophiles, 26 moyens monos, 2 grands monos, 4 lymphocytes.

Le liquide d'hydarthrose contient des lymphocytes, des mononucléaires et quelques rares polynucléaires ; il donne un Bordet Wassermann positif (H^5).

L'épreuve de l'azotémie provoquée n'a pas déterminé de rétention azotée : on trouve avant l'épreuve 0 gr. 22 d'urée par litre de sang, après l'ingestion de 30 gr. d'urée en deux jours 0 gr. 24. L'épreuve de la chlorurémie indique peut-être une légère rétention chlorurée : après ingestion quotidienne de 10 gr. de chlorure de sodium pendant quatre jours, le poids est passé de 20 kgr. 100 à 21 kgr. 250.

Des radiographies des os ont été faites par le Dr Duhem.

Les humérus, au niveau des diaphyses, présentent, surtout le droit, un épaississement de la corticale et un rétrécissement du ruban clair médian. Les régions juxta-épiphysaires et les épiphyses sont épaissies, déformées par des hyperostoses ; l'opacité est inégale et il y a par places des taches claires. Les cartilages de conjugaison ne sont pas visibles. A gauche, la partie postérieure de la dia-épiphyse est détruite et informe.

L'interligne articulaire a disparu du côté gauche.

Les épiphyses et les régions juxta-épiphysaires des cubitus sont également épaissies et déformées, A droite, l'olécrâne est creusé et réduit à une mince lame osseuse limitant l'articulation.

Pour les fémurs, la partie inférieure des diaphyses est opaque, parsemée de taches claires ; les épiphyses sont irrégulièrement opaques. Le cartilage dia-épiphysaire gauche est presque complètement ossifié.

✦✦✦

Les interlignes articulaires du genou sont larges.

Les extrémités supérieures des tibias, épiphyses et dia-épiphyses, sont épaissies et déformées ; les épiphyses présentent des taches opaques irrégulières ; le cartilage de conjugaison droit n'est pas visible, le gauche l'est à peine.

Le tibia droit présente, au niveau du tiers supérieur de la diaphyse, un épaississement fusiforme avec opacité du canal médullaire.

Le péroné gauche présente, dans presque toute sa hauteur, un épaississement de la corticale, qui a un aspect stratifié, et un rétrécissement du canal médullaire.

Somme toute, les altérations portent surtout sur les épiphyses et les diaphyses ; elles consistent dans l'association d'un processus d'hyperostose et d'un processus destructif. La diaphyse du tibia et le péroné gauche sont atteints d'hyperostose diffuse.

L'enfant a été traité, du 8 au 16 mars, par dix suppositoires d'hydroxyde de bismuth d'un centigramme, puis, à partir du 26 mars, par des injections de sulfarsénol ; la première injection a été de 0 gr. 06 cgr., la sixième, le 13 avril, de 0 gr. 16 cgr.

Actuellement l'état général est amélioré, les lésions cutanées sont cicatrisées ou ont tendance à se cicatriser, les suppurations se tarissent. Les hydarthroses des genoux, les altérations osseuses, ne sont pas modifiées.

Nous nous trouvons donc en présence d'un garçon de 12 ans, syphilitique. Sa syphilis est très probablement congénitale ; je dis très probablement, car nous n'en avons pas la certitude. Une syphilis acquise, contractée dans le jeune âge, peut en effet réaliser très bien le même tableau clinique.

Cet enfant est un véritable musée de la syphilis. Nous constatons chez lui une hypotrophie pondérale et staturale très marquée, une hépatomégalie et une splénomégalie témoignant très vraisemblablement d'une hépatite et d'une splénite syphilitiques. Nous constatons de l'inégalité pupillaire, la perte du réflexe pupillaire à la lumière, une choroïdite du type syphilitique. Fait intéressant, il ne présente pas de lésions appréciables du système nerveux et le liquide céphalo-rachidien est normal. Enfin nous constatons des altérations dentaires, des lésions osseuses et ostéo-articulaires caractéristiques.

C'est de la SYPHILIS CONGÉNITALE DES OS dont je désire vous entretenir aujourd'hui.

***

La syphilis aime les os. Acquise ou congénitale elle détermine des lésions osseuses de même ordre, mais qui présentent cependant certaines différences. La syphilis congénitale, atteignant des os en pleine activité d'ossification enchondrale et sous-périostée, cause des lésions particulières.

La syphilis congénitale atteint les os aussi bien à la période secondaire qu'à la période tertiaire.

Chez le FŒTUS et pendant les PREMIERS MOIS DE LA VIE, la syphilis est virulente, septicémique : c'est une *syphilis secondaire*.

A cette période, elle réalise le *syphilome dia-physo-épiphysaire*, *l'ostéo-chondrite syphilitique* qui a été décrite par Wegner, de Berlin, et par Parrot, en 1870 et 1872. Elle débute pendant la vie fœtale, à partir du cinquième mois, ou pendant les trois premiers mois de la vie extra-utérine, beaucoup plus rarement à partir de cette époque ; elle ne se voit plus après cinq mois.

Elle se traduit par des cris de douleur, par les symptômes qui constituent la peudo-paralysie syphilitique de Parrot, avec ou sans disjonction diaphyso-épiphysaire. Si l'enfant ne meurt pas des autres manifestations de la syphilis, notamment des manifestations viscérales, ou d'une maladie intercurrente, la lésion osseuse guérit en quelques semaines sous l'influence du traitement spécifique, sans laisser de séquelles.

Un peu plus tard, dans les deuxième et troisième mois, jusqu'à huit et neuf mois et même jusqu'à deux ans, se développent les *ostéophytes* décrits par Parrot, qui constituent une véritable *périostite ossifiante*. Elle intéresse surtout les os de la voûte du crâne et entraîne l'apparition de bosses ou même d'un épaississement étendu des os. Au niveau des os longs, c'est surtout grâce à la radiographie qu'on peut la déceler. Elle a été étudiée notamment par M. Fraenkel, en 1911, puis récemment par MM. Péhu, Chassard et Mme Enselme, qui l'ont rencontrée chez 69 % des syphilitiques.

Rarement, pendant la première enfance, on observe soit des *gommes*, soit des *lésions ostéomalaciques, destructives* ou *ostéoclasiantes*.

La SYPHILIS OSSEUSE DE LA MOYENNE ET DE LA GRANDE ENFANCES a été connue plus tardivement que celle de la première enfance. Elle a été étudiée par Bazin, par Lannelongue, surtout par Alfred Fournier, dans ses leçons célèbres sur *La syphilis héréditaire tardive*, par Gangolphe, etc.

Ces manifestations tardives de la syphilis congénitale sont des manifestations tertiaires, comparables aux lésions tertiaires des os qu'on voit chez l'adulte qui a contracté la syphilis. Elles sont fréquentes : d'après Fournier, elles viennent au deuxième rang, immédiatement après les manifestations oculaires, qui sont les plus communes. Elles apparaissent dès l'âge de 2 ans,

mais surtout de 3 à 12 ans et tout particulièrement entre 10 et 12 ; elles se montrent encore assez souvent de 13 à 19 ans, parfois même jusqu'à 30 ans, On a dit que des vieillards pouvaient présenter des manifestations osseuses attribuables à la syphilis héréditaire ; ces faits sont discutables, étant donné avec quelle fréquence la syphilis acquise est ignorée du malade qui en est atteint.

Le processus est avant tout un *processus gommeux*. Il débute au niveau de la moelle des os. Il peut aboutir à l'ulcération de l'os soit par nécrobiose, soit par une destruction des travées osseuses, qui réalise une véritable ostéoporose. Mais parallèlement à ces procesus destructifs, il existe un *processus d'ostéite condensante*, sur lequel insistait Fournier, processus secondaire au processus gommeux, lequel exerce une action irritative sur l'os voisin ; il en résulte la formation d'hyperostoses. Ces processus gommeux et hyperostosants sont diversement combinés ; ainsi s'explique la grande variété des altérations osseuses.

Le processus gommeux peut être circonscrit ou diffus.

La *gomme circonscrite* est rare. Elle se forme dans la moelle osseuse, ronge l'os, pénètre sous le périoste, qu'elle détruit, envahit enfin le tissu sous-cutané et la peau pour s'ouvrir à l'extérieur. Au pourtour de la gomme, il y a un processus hyperostosant.

Plus commune est l'*ostéomyélite gommeuse diffuse et hyperostosante*. Depuis longtemps Gangolphe a établi que le processus débute dans le canal médullaire, puis s'étend partout où il y a de la moelle osseuse, dans les canaux de Havers, qui sont élargis, au dessous du périoste ; dans le voisinage, se produit la réaction hyperostosante qui entraîne, d'une part, l'épaississement de la couche corticale de l'os et le rétrécissement du canal médullaire, d'autre part, une formation exubérante de l'os sous-périosté, d'exostoses, d'ostéophytes. L'os augmente de volume et se déforme.

L'os nouveau est formé de couches stratifiées, correspondant aux poussées successives du processus. Sa structure est très irrégulière ; il est creusé de lacunes, de tunnels qui font communiquer la substance gommeuse sous-périostée et la substance gommeuse centrale ; sa consistance est très inégale ; il y a des parties très denses, véritablement éburnées ; d'autres, au contraire, plus claires, plus transparentes, au niveau desquelles les travées osseuses sont rongées, présentent de l'ostéoporose. Cette association d'éburnation et d'ostéoporose serait, d'après Ollier, caractéristique de la syphilis.

A ces lésions diffuses peuvent s'associer par places des gommes circonscrites.

Le TABLEAU CLINIQUE réalisé par la syphilis des os est complexe.

La *gomme circonscrite* se développe sur les os du crâne, le frontal, l'occipital, le pariétal, sur les os de la face, sur les os des membres, surtout au niveau des tibias et des cubitus ; au niveau de ces derniers, elle peut être diaphysaire, dia-épiphysaire ou épiphysaire.

Les gommes sont souvent multiples ; mais il peut n'y en avoir qu'une.

Souvent le début est marqué par des douleurs localisées plus ou moins vives ; mais la douleur n'est pas un symptôme constant. Pendant plus ou moins longtemps, l'examen ne révèle aucun symptôme. Puis, à un moment donné, apparaît une bosse arrondie qui grossit et peut atteindre le volume d'une demi-prune, d'une demi mandarine ; elle est d'abord ferme, puis molle, fluctuante quand la gomme franchit le périoste. Le processus envahit la peau, qui s'ulcère et communique par un trajet fistuleux avec l'os. L'os est érodé, creusé ; parfois s'éliminent des séquestres. Quand une gomme se forme au niveau du crâne, elle peut entraîner une perforation.

La lésion guérit très vite par le traitement spécifique ; même, à la longue, le processus peut aboutir à la cicatrisation spontanée.

L'*ostéo-myélite gommeuse, diffuse et hyperostosante* peut siéger dans tous les os. Elle intéresse surtout les os longs des membres et particulièrement le tibia. Pour Fournier, le tibia est l'« os chéri », l'« os révélateur » de la syphilis. Les autres os le plus atteints, après le tibia, sont, par ordre de fréquence décroissante, aux membres inférieurs, le fémur, le péroné, et aux membres supérieurs, l'humérus, le radius, quelquefois la clavicule.

La radiographie montre d'ailleurs souvent des altérations occultes des os, dont la situation profonde rend la constatation clinique difficile.

Les lésions peuvent siéger au niveau de la diaphyse, de la dia-épiphyse, ou de l'épiphyse.

Le début peut être insidieux : il y a des formes torpides ; d'autres fois, au contraire, il s'agit de formes douloureuses.

La douleur est un symptôme important. Elle est plus ou moins tenace ; elle persiste ou se répète pendant des mois, voire des années. Elle précède souvent les modifications objectives de l'os. Elle siège au niveau des membres atteints ; elle est assez souvent diffuse. Tantôt les douleurs sont légères, sourdes, causent une gêne passagère, une boîterie momentanée ; tantôt, elles sont très vives, insupportables, déterminent une sorte de sensation de brisement : ces douleurs ostéocopes surviennent surtout la nuit, du fait, semble-t-il, de la chaleur du lit. L'enfant les localise mal ; il a les os sensibles. Elles siègent quelquefois au niveau des articulations. A un moment donné, on constate des modifications

objectives de l'os ; les douleurs s'éloignent ou même disparaissent assez souvent à ce moment.

Comme exemple de ces formes douloureuses, rappelez-vous la petite fille que nous avons vue jeudi à la policlinique.

Cette enfant, née le 15 septembre 1922, nous a été amenée, le 15 avril, pour des douleurs dans les jambes. Elle a des crises nocturnes très douloureuses ; elle se réveille en poussant des cris ; au bout d'une ou deux heures, les douleurs se calment. Ces douleurs reviennent quatre à cinq fois par mois. C'est à 2 ans et demi qu'elles sont apparues.

Dans les antécédents héréditaires et personnels, on ne relève rien de notable. L'enfant, qui a 3 ans et sept mois, est bien développée ; elle mesure 98 cm., pèse 15 kil. 500, a l'aspect normal. Elle n'a pas de troubles de la marche ; elle ne présente ni paralysie, ni atrophie musculaire, ni troubles des réflexes tendineux. Mais, en examinant les tibias, nous avons observé, du côté droit, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, un épaississement du bord antérieur et de la face antéro-interne, sur une hauteur de trois travers de doigts, et un autre épaississement, moins apparent, dans le tiers inférieur ; le tibia gauche est également le siège d'un léger épaississement, mais moins marqué, au niveau du tiers supérieur. Ces constatations élucidentl'étiologie de ces douleurs ostéocopes ; elles nous permettent de suspecter la syphilis. Avant de connaître les résultats des réactions sérologiques et de la radiographie, nous avons cliniquement, non seulement le droit, mais encore le devoir de considérer la syphilis comme très probable et d'instituer un traitement spécifique.

Le tibia est l'os type, je vous le disais tout à l'heure. Il présente des modifications très nettes à l'examen clinique et sur les radiographies. Au niveau de la diaphyse, on perçoit un épaississement localisé de la face antéro-interne et du bord antérieur, soit à la partie moyenne, soit sur la moitié supérieure ou la moitié inférieure. Il s'étend progressivement au cours des mois dans le sens de la longueur. L'os devient fusiforme. Le processus peut être juxta-épiphysaire ou dia-épiphysaire et épiphysaire. Des combinaisons morphologiques diverses peuvent se réaliser. Quand la déformation atteint surtout la face antéro-interne et le bord interne de la diaphyse, le tibia est épaissi et paraît incurvé avec une convexité antérieure ; c'est le tibia type Lannelongue, en fourreau ou en lame de sabre, car il rappelle les sabres de cavalerie d'autrefois. Quand la déformation porte principalement sur une extrémité, on a le tibia en massue.

Les déformations sont d'abord régulières, lisses ; puis il se forme des bosselures, des nouures. Aux extrémités, les déformations peuvent être considérables et l'articulation peut participer au processus. Il peut y avoir association de processus destructifs et d'érosions de l'os, ou formation de gommes circonscrites, ayant les caractères décrits tout à l'heure.

Les hyperostoses se constituent lentement, insidieusement ou par poussées successives.

Rarement un seul os est altéré. En général, plusieurs os sont atteints. C'est là un des caractères de la syphilis. Quand un os est atteint, il faut examiner tous les autres. Les altérations sont souvent symétriques ; elles se développent soit d'une façon simultanée, soit successivement.

Les altérations sont faciles à constater sur les os superficiels ; pour les os profonds elles sont découvertes par la radiographie.

Regardons maintenant les radiographies. Leur étude a été exposée avec grand soin par M. Bénazet, élève de M. Ménard, de Berck, dans sa thèse de 1911 sur la *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent.*

On voit, au début, un épaississement fusiforme du tissu compact périphérique et un rétrécissement du ruban clair central qui correspond au canal médullaire. A un degré plus avancé, la clarté du canal médullaire est voilée ou effacée par l'épaississement du tissu compact qui l'engaine. L'épaississement du tissu compact est tantôt régulier, tantôt irrégulier, on remarque alors des bosselures, un aspect déchiqueté, des érosions. Ces différents aspects sont très caractéristiques sur certains tibias en fourreau de sabre, épaissis, irréguliers, bosselés.

Le tissu compact épaissi a tantôt une densité uniforme, tantôt une densité inégale ; il est constitué par des couches stratifiées plus ou moins opaques, suivant que l'os nouveau est plus ou moins ancien.

On voit assez souvent, au milieu d'hyperostoses compactes, des taches claires sur l'interprétation desquelles on est en droit de discuter. Il peut s'agir soit de gommes intra-osseuses soit de zones d'ostéoporose, soit de zones où l'os est moins épaissi.

Quand on se trouve en présence d'une forme articulaire, on trouve au niveau des épiphyses et des régions dia-épiphysaires, très ordinairement, sinon toujours, des altérations osseuses. Mais je ne m'arrête pas sur cette question. J'ai déjà consacré, le 29 novembre, une leçon aux *ostéo-arthropathies hérédo-syphilitiques de la moyenne et de la grande enfances*, parue dans le *Concours médical* du 14 février ; ces ostéo-arthropathies pouvaient aussi bien être étudiées à propos de la syphilis osseuse ; ce qui domine en effet, dans ces affections articulaires, c'est le processus osseux.

Dans les formes dia-épiphysaires et épiphysaires, on constate assez souvent un allongement exagéré de l'os ; cet allongement exagéré d'un os est généralement faible, parfois assez impor-

tant, comme vous pouvez le voir sur cette radiographie des tibias que j'emprunte à la thèse de Bénazet.

Il peut se produire des fractures spontanées en dehors des périodes d'activité, souvent longtemps après la disparition de tout phénomène inflammatoire. On a parlé de fragilité osseuse diffuse, portant sur l'ensemble du squelette. Cette opinion a été combattue, il y a longtemps, en 1886, par Gangolphe; pour lui, la syphilis ne rend pas le squelette plus fragile dans son ensemble ; quand une fracture dite spontanée se produit, c'est qu'il y a une lésion locale ; elle résulte de l'inégalité de consistance et de densité de l'os nouveau et de son peu de solidité. D'ailleurs, comme je le constatais l'année dernière, dans ma leçon du 2 mai, sur la *fragilité osseuse* et *les fractures spontanées chez les enfants*, reproduite dans mon dernier livre de *Clinique médicale des enfants*, ces fractures s'observent au moins aussi souvent chez des sujets indemnes de syphilis que chez ceux atteints de cette maladie.

Avec les os longs, la syphilis congénitale frappe, avec une fréquence particulière, les *os de la face* et du *crâne*.

Le massif maxillaire supérieur notamment est fréquemment lésé. Il y a souvent une *rhinite chronique fétide*, subordonnée dans une large mesure aux altérations des os sous-jacents à la muqueuse nasale.

L'ostéo-périostite gommeuse des os du nez se révèle par des douleurs à la racine du nez et sa tuméfaction. Elle a pour conséquence la nécrose des os propres, du vomer, de la cloison cartilagineuse, elle entraîne l'effondrement et des déformations du nez qui se montrent dans la moyenne et dans la grande enfances ; nez en selle, en pied de marmite, nez camard, quand il se produit un écrasement de la base par destruction des os propres ; nez en lorgnette, quand il y a destruction de la cloison et affaissement du segment inférieur, qui s'enchâsse dans le segment supérieur.

On peut voir encore la perforation de la cloison osseuse ou cartilagineuse des fosses nasales, la perforation de la voûte palatine, due à une gomme circonscrite, des gommes des os de la face.

La syphilis peut léser les os du *rachis*, en particulier la colonne cervicale, et réaliser un mal de Pott syphilitique. Elle peut atteindre les *phalanges*, mais moins souvent peut-être que pendant la petite enfance ; elle réalise une dactylite osseuse suppurée, un spina-ventosa syphilitique, parfois une polydactylite liée à la syphilis héréditaire, sur laquelle MM. Lereboullet, Saint-Girons, Gournay ont insisté dans les *Archives de médecine des enfants*, l'année dernière.

Les modalités cliniques si variées de la syphilis osseuse pendant la moyenne et la grande enfances rendent compte des difficultés que comporte souvent son DIAGNOSTIC.

Avant l'apparition des signes physiques, les douleurs dans les membres, dans la tête, font parler de *douleurs de croissance*, de *douleurs rhumatismales*, de *névralgies*, alors qu'en réalité il s'agit d'un processus osseux syphilitique. L'examen le plus attentif des os, les radiographies même, ne révèlent souvent rien, à cette période. La ténacité et les caractères des douleurs doivent faire penser à la syphilis.

Quand il y a des lésions objectives des os, ce sont rarement les symptômes d'une *gomme*, plus habituellement ceux d'une *ostéo-périostite diffuse et hyperostosante* qu'on observe. Suivant les cas, on peut confondre les unes ou les autres avec les *exostoses de croissance* ou *ostéogéniques*, avec l'*ostéomyélite chronique d'emblée*, que Lannelongue appelait encore *ostéomyélite atténuée*, avec les *ostéosarcomes* et les autres *tumeurs des os*.

Je ne puis envisager toutes les circonstances. rappelez-vous seulement ce garçon de 5 ans, auquel j'ai consacré ma leçon du 30 janvier ; il était porteur de *tumeurs cancéreuses multiples des os du crâne, myélocytomes* ou *myélosarcomes*. Il avait été considéré tout d'abord, par le médecin qui le soignait en ville, comme atteint de périostite et de gommes syphilitiques ; le traitement n'avait pas empêché les lésions de s'accentuer. Quand nous avons vu l'enfant, le diagnostic de tumeurs cancéreuses multiples s'imposait et l'évolution rapide a confirmé le diagnostic.

Mais c'est surtout avec la *tuberculose* que le diagnostic est le plus souvent à discuter. Tuberculose et syphilis peuvent, en effet, réaliser au niveau des os des altérations absolument comparables. Sans doute, il y a quelques différences dans les symptômes et l'évolution et on peut arriver, dans certains cas, à présumer qu'il s'agit plutôt de syphilis que de tuberculose, ou inversement ; mais en réalité ce sont seulement des nuances et le diagnostic est extrêmement délicat. En faveur de la syphilis, plaident les douleurs spontanées qui surviennent surtout la nuit, l'absence d'adénopathie dans les régions correspondantes, une évolution moins régulière, qui s'effectue par poussées, séparées par des accalmies plus ou moins longues, une fréquence moins grande et une moindre rapidité de la suppuration. Notons enfin que, pour les os longs, la syphilis lèse la diaphyse plus souvent que la tuberculose, que certains os, les clavicules par exemple, sont rarement intéressées par la tuberculose ; mais, quand il s'agit de lésions diaépiphysaires et épiphysaires, d'ostéo-arthropathies, il est vraiment difficile, par l'examen

♦♦♦♦

local, dans bien des cas, de différencier leur nature tuberculeuse ou syphilitique.

La multiplicité des os atteints est en faveur de la syphilis, car, surtout chez le grand enfant, la tuberculose se diffuse moins.

Pour les ostéo-arthropathies, le diagnostic est à faire encore avec le *rhumatisme articulaire chronique*, la *polyarthrite chronique déformante*. Je l'ai déjà discuté dans la leçon que je rappelais tout à l'heure et je n'y reviens pas.

Comme toujours en matière de syphilis, ce sont l'enquête sur les antécédents héréditaires et personnels, l'examen complet du malade, la recherche des stigmates de syphilis, la recherche des séro-réactions, de celle de Bordet-Wassermann notamment, qui aident grandement au diagnostic.

Mais faut-il toujours conclure, parce qu'on découvre la syphilis, qu'une lésion osseuse est de nature syphilitique ? Un ostéosarcome, une tuberculose peuvent se développer chez un syphilitique et être cause d'un diagnostic erroné.

Le diagnostic des lésions tuberculeuses des os chez les syphilitiques est un problème très délicat ; il m'entraînerait à aborder l'étude des relations existant entre la *syphilis congénitale* et la *tuberculose*. Je l'ai faite dans une leçon publiée par le *Journal des Praticiens* des 2 et 9 février 1924. Je me borne à vous rappeler, que, d'après la pratique d'hommes autorisés comme MM. Ménard et Sorel, de Berck, la tuberculose osseuse est rare chez les syphilitiques, que les lésions osseuses des syphilitiques sont généralement de la syphilis.

Comme dernier élément de diagnostic intervient enfin l'épreuve du traitement. Le traitement antisyphilitique agit sur les lésions syphilitiques, il n'agit pas sur les lésions d'autre nature, sur les exostoses ostéogéniques, l'ostéomyélite chronique, les tumeurs osseuses, la tuberculose. Sans doute on a dit que le mercure pouvait avoir une certaine influence sur la tuberculose osseuse ; en réalité, si une amélioration paraît se produire sous son influence, elle est incomplète et n'est pas durable.

En présence d'une syphilis osseuse de la moyenne et de la grande enfances, il convient enfin de ne pas toujours affirmer qu'elle est due à la syphilis congénitale ; une syphilis acquise pendant la petite enfance peut entraîner les mêmes conséquences.

L'ÉVOLUTION de la syphilis osseuse est très variable.

Il y a des *formes bénignes*, tout au moins relativement : alors le processus s'arrête et rétrocède spontanément ; en témoignent les cicatrices de gommes circonscrites, de simples épaississement des os chez des enfants qui n'ont jamais été traités.

Il y a des *formes graves*. Dans celles-ci les lésions progressent, s'étendent, se multiplient et finissent par causer de grands délabrements.

Comme jamais on ne peut porter de pronostic définitif pour la syphilis, il faut, quand le diagnostic est établi, instituer toujours un TRAITEMENT régulier.

Autrefois, on guérissait très bien ces syphilis osseuses avec le *mercure*, employé sous forme soit de frictions, soit d'injections de biiodure ou de benzoate, soit de sirop de Gibert. Actuellement, on ne doit pas abandonner le mercure, mais il faut en outre avoir recours aux *arsénobenzènes* et au *bismuth*. Chacun de ces médicaments a son utilité. Il ne faut pas être exclusif dans son choix ; il faut savoir employer successivement les uns et les autres, parce que, là où l'un n'agit pas bien, un autre est plus efficace.

Une place importante doit être réservé à l'*iode* et aux *iodures*. Depuis longtemps on a constaté leur action sur les douleurs ostéocopes. Ils renforcent l'action du mercure et la complétent ; administrés après une cure mercurielle, ils ont souvent des effets remarquables. Le traitement iodique doit être continué pendant longtemps, car les manifestations osseuses sont récidivantes. Un traitement de longue durée est d'ailleurs toujours de règle dans la syphilis congénitale.

En outre, il convient d'instituer les *traitements visant la lésion osseuse* elle-même, indépendamment de sa nature : l'héliothérapie, l'actinothérapie, les cures thermales sulfureuses ou salines, suivant les cas, ont une efficacité reconnue.

***

J'ai pu vous donner seulement un court aperçu de cette vaste question de la syphilis osseuse de la moyenne et de la grande enfances. L'enfant que vous venez de voir, en réalise le tableau classique.

Ce garçon, depuis l'âge de 10 ans, a présenté des manifestations osseuses syphilitiques, intéressant les os de la face, du crâne, des membres, des manifestations articulaires ou plutôt des ostéo-arthropathies. Il existe en outre des lésions du foie, de la rate et des yeux qui confirment le diagnostic de syphilis. On fait le diagnostic de syphilis à première vue. Ce diagnostic est vérifié par la réaction de Bordet-Wassermann qui est positive dans le sang et le liquide articulaire ; mais la réaction serait-elle négative, qu'il faudrait conclure tout de même à la syphilis. Nous avons commencé le traitement ; les lésions cutanées, en évolution, sont déjà améliorées, mais évidemment on ne pourra pas modifier les grosses lésions osseuses, qui sont définitives.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les biopsies. Leur technique. Leur importance dans le diagnostic et le traitement des tumeurs.

Le Pr A.-P. Dustin montre l'importance et la nécessité de la biopsie au cours du traitement des tumeurs. Il expose les précautions techniques, qui doivent être prises et la façon dont il convient de formuler et d'interpréter le diagnostic.

Quand la tumeur est petite, encore nettement circonscrite, il faut l'extirper en entier sous anesthésie locale, en faisant porter largement l'incision en tissu certainement sain, et alors, ou bien l'analyse histologique étant favorable, tout sera terminé après la petite intervention diagnostique, ou bien, l'analyse étant défavorable, le malade devra se résoudre à une intervention plus large et *faite sans tarder*. Si la tumeur est plus volumineuse, ou inextirpable, vu sa situation, par un acte chirurgical, on se contentera d'en prélever un échantillon.

Les biopsies — mêmes celles que l'on redoute le plus (lymphosarcome de l'amygdale) — ne présentent aucun inconvénient à condition qu'une fois le diagnostic de malignité ou de « danger imminent de métaplasie maligne posé », on ne tergiverse pas sur la nécessité absolue d'une intervention thérapeutique — chirurgicale ou radiothérapique — *immédiate et radicale.* Pour éviter des métastases, il ne faut pas, en cas de tumeurs maligne ou même douteuse, qu'on laisse s'écouler un temps trop long (quelques jours au plus) entre la prise de l'échantillon et l'intervention curative.

Seul le risque d'hémorragie grave (hémophilie, tumeurs vasculaires, tumeurs pulsatiles) constitue une contre-indication formelle. Tous les dangers réels ou supposés de la biopsie peuvent d'ailleurs être supprimés par le prélèvement au « cautère froid ». Beaucoup d'échantillons de tumeurs peuvent être prélevés par tout médecin sans le secours d'aucune instrumentation spéciale (tumeurs cutanées, gingivales, petites tumeurs linguales, tumeurs du col utérin, petits ganglions superficiels). D'autres fois le secours d'un spécialiste est indispensable (laryngoscopie, œsophagoscopie, rectoscopie).

La pièce est prélevée soit au fin bistouri, soit aux ciseaux, soit avec des emporte-pièce, ne pas serrer trop fortement le fragment à enlever dans les mors de la pince à dissection, afin de ne pas écraser les cellules et de les rendre histologiquement méconnaissables. Autant que possible le fragment doit être prélevé au moyen de deux incisions parallèles entre elles ou convergentes vers la profondeur ; mais les incisions doivent être perpendiculaires à la surface de l'épithélium de revêtement. La biopsie doit être assez profonde pour atteindre sûrement le tissu néoplasique. Chaque fois qu'on le peut, il y a intérêt à prélever plusieurs échantillons en des points assez distants l'un de l'autre. S'il s'agit d'un néoplasme ulcéré cratériforme, faire le prélèvement au point de contact de la zone malade et des tissus sains. S'il y a des ganglions lymphatiques dans les tissus extirpés, les isoler et les envoyer *toujours au laboratoire.* (*Bruxelles médical,* 7 mars 1926.)

Les indications de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire.

La rareté de la guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire, et par suite sa gravité, sont seulement fonction de la constitution anatomique et du jeu physiologique de l'appareil pulmonaire ; les mouvements incessants d'expansion et de retrait de l'organe constituent le principal obstacle à la cicatrisation de ses lésions. Ainsi que le font remarquer le Pr J. Tapie et A. Lyon, en l'absence d'une thérapeutique spécifique, il était donc logique d'essayer d'obtenir l'immobilisation de l'organe, immobilisation dont les résultats favorables ne peuvent être contestés en matière de tuberculose pulmonaire, par exemple.

L'exérèse du nerf phrénique se propose, comme la thoracectomie, de réaliser une compression de l'organe malade par la paralysie de l'hémidiaphragme qu'elle entraîne ; celle-ci se traduit, en effet, par une ascension progressive de ce muscle, qui diminue d'autant la capacité d'extension du poumon correspondant.

En voici la technique : sous anesthésie locale, incision transversale à un travers de doigt au-dessus de la clavicule, de la peau, du peaucier et de l'aponévrose superficielle ; incision verticale du feuillet profond de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien ; effondrement de l'aponévrose cervicale moyenne ; le tendon intermédiaire de l'omo-hyoïdien est récliné en haut, la gaine du scalène antérieur incisée longitudinalement sur le nerf visible par transparence ; section du nerf ; une pince de Kocher saisit le bout périphérique que l'on extrait par enroulement ; suture en deux plans.

Cependant le collapsus produit par la phrénicectomie est limité aux parties inférieures du poumon, et n'est en rien comparable à celui que

l'on obtient par le pneumothorax astificiel ou la thoracoplastie. Les indications de cette opération paraissent donc, *a priori*, très limitées, puisque la tuberculose pulmonaire frappe au maximum le lobe supérieur.

Voici, cependant, quelles sont les principales indications dans la tuberculose pulmonaire évolutive :

1° Réalisation d'un collapsus efficace dans les cas de caverne du lobe inférieur ;

2° Complément d'un pneumothorax, dont l'action est entravée par des adhérences de la base préexistantes ou consécutives à une pleurésie symphysaire ;

3° Action psychothérapique chez les malades impressionnables, prompts au découragement, lorsqu'on est obligé d'abandonner un pneumothorax, dont ils ont, les premiers, constaté la remarquable efficacité.

4° Enfin, temps préparatoire à l'intervention incontestablement plus grave que constitue la thoracoplastie.

La phrénicectomie, facile à réaliser dans les cas, de beaucoup les plus nombreux, où le nerf phrénique ne présente pas d'anomalie dans son trajet, offre toujours une bénignité remarquable ; elle constitue donc une méthode thérapeutique que l'on ne saurait négliger. (*Toulouse médical*, 15 janvier 1926.)

Hypersthénie totale.

MM. P. Le Noir et R. Sarles font une étude comparée de la morphologie, de la motilité, de l'évacuation et du chimisme *gastriques*.

Ils estiment que l'hyperchlorhydrie s'accompagne plus souvent d'hypotonie gastrique que d'hypertonie. Pourtant l'hypersthénie gastrique, hyperfonctionnement associé de la muqueuse et de la musculeuse, existe réellement. Elle comprend chez l'homme environ 1/10 des hyperchlorhydriques ; chez la femme, elle est tout à fait exceptionnelle.

L'estomac de la femme est en général hypotonique, même chez l'hyperchlorhydrique. L'estomac de l'homme est, au contraire, plus souvent orthotoniquè ; et cependant on pouvait penser que, chez la femme, dont le système nerveux est plus irritable, l'hypertonie doit être plus fréquente. (*LaPresse médicale*, 6 mars 1926.)

Nouvelles recherches sur la chimiothérapie intraveineuse de la gonococcie.

Le médicament expérimenté est le jaune d'acridine (trypaflavine, acriflavine, gonacrine). MM. H. Jausion et M. Vaucel rappellent l'origine de la méthode, sa technique, et ils envisagent les derniers résultats acquis à sa faveur ; il s'agit d'un procédé de mordançage, emprunté à la chimie tinctoriale.

L'administration buccale du jaune d'acridine n'a pas donné de résultats appréciables ; il a souvent fallu interrompre la cure à la suite d'accidents gastriques. Mais les injections tri-hebdomadaires intraveineuses de 5 cmc. d'une solution aqueuse de jaune d'acridine à 1/50e, malgré un choc, négligeable dans l'immense majorité des cas, ont obtenu la guérison. 2.620 injections n'ont donné lieu à aucun incident, sinon bénin (quelques phénomènes généraux passagers, coup de lumière, coup de soleil par photosensibilisation en mai-juin, période élective).

Le but à atteindre est la stérilisation des glandes péri-urétrales, qui sont inaccessibles par voie externe, et l'adduction sanguine paraît la seule réalisable. D'autre part l'accès possible des germes urinaires amène les infections secondaires qu'une vaccinothérapie, pour polymicrobienne qu'elle soit, ne peut prévoir toutes, ni partant guérir.

La chimiothérapie intraveineuse empruntera aux méthodes du mordançage des ressources croissantes ; elle est la médication rationnelle de la blennorrhagie ; sa diffusion contribuera à faire proscrire les lavages illogiques et dangereux. Le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine est un antiseptique électif du gonocoque. (*Presse médicale*, 13 février 1926.)

Comment prévenir les suppurations d'oreille et leurs complications ?

En fait d'otites, les conseils des praticiens ne sont généralement pas suivis. Le malade souvent ne souffre pas ; il fait un essai de traitement trop court et forcément inefficace ; il abandonne. En France, fait remarquer P. Winter, on ne soigne pas plus ses oreilles que ses dents, et l'ignorance des règles les plus élémentaires de la santé est telle que même des gens distingués et instruits observent le même mépris que la masse pour les vieilles suppurations d'oreilles. Pour tous ceux-là une oreille peut couler 15 ans et plus sans ennui, sans douleurs, mais la quinzième année, brutalement, se déclanche la complication mortelle : méningite, par exemple. Ce sont les spécialistes qui assistent à la fin dramatique des vieilles otorrhées négligées.

Il y a des oreilles, qui suppurent chroniquement et qui pourtant ne coulent pas ; ce sont les plus traitresses.

Toute otorrhée, qui s'aggrave d'une surdité totale, de vertiges, est en train de se compliquer. Toute otorrhée, qui devient douloureuse se complique et il n'y a plus une heure à perdre.

Conclusion : toute otorrhée doit être guérie. Mais le traitement est long, minutieux. Sous surveillance médicale étroite, des infirmières intelligentes et éduquées pourraient à l'hôpital comme au cabinet du spécialiste réaliser beau-

coup de traitements courants de l'oreille ; car si les soins sont minutieux, ils sont cependant simples. Le malade perdrait moins de temps, payerait moins cher ; il faudrait créer une organisation analogue (local bien compris, personnel spécial) à celle inaugurée avec succès pour le traitement des urétrites.

Et d'autre part, on oublie volontiers combien facile il est d'obtenir la guérison de l'otite récente ; toute otite soignée à temps est guérissable ; ce n'est donc qu'une question de surveillance.

La prophylaxie en oto-rhino-laryngologie est des plus importantes ; elle est au-dessus de tout intérêt professionnel par ses moyens multiples et variés pour instruire les masses. Elle doit prendre sa place méritée dans les cadres d'ensemble du grand programme d'hygiène sociale que les médecins modernes se doivent de réaliser. (*La Pratique médicale française*, mars 1926A.)

Les fausses tumeurs de la glande mammaire.

Le Dr A. Schwartz attire l'attention sur certaines tumeurs mammaires, prises souvent pour des cancers, et qui ne sont que des engorgements d'un lobe mammaire, disparaissant en quelques mois.

Voici d'ailleurs les caractères cliniques de cette affection : tuméfaction unique, plus ou moins volumineuse, ferme, grenue comme une glande en lactation, à contours nets, sans prolongements périphériques, sans adhérences ni à la peau, ni à la profondeur, sans douleur, sans adénopathie.

Devant l'évolution constante vers la guérison, il n'est pas permis de penser à un processus tumoral, à une tumeur. Une mammite serait toujours tant soit peu sensible à la pression. Cependant le diagnostic, quoique difficile, doit être fait, afin d'éviter l'ablation, même partielle.

L'auteur conseille la compression ouatée le jour et les compresses humides et chaudes avec imperméable la nuit. Mais, il est de plus absolument indispensable de prendre une fiche extrêmement précise, notant le siège et les caractères physiques de la tumeur, et de dire à la malade qu'elle ne doit pas toucher à son sein ; il faut la revoir au moins une fois par mois. Si la tumeur se modifie dans le sens de l'amélioration, on continuera le même traitement ; si, au contraire, il y a le moindre doute à cette amélioration, si, à plus forte raison, il y a le moindre indice d'augmentation ou de modification suspecte, il faut opérer immédiatement. (*Paris médical*, 13 mars 1926.)

Cystalgie et mal de Pott.

F. Bertrand (de Toulouse) fait remarquer que le mal de Pott de l'adulte évolue souvent sans signe rachidien net. Les névralgies peuvent, dans cette forme, rester longtemps le symptôme unique. A côté des névralgies périphériques bien connues, il existe des névralgies : cystalgie, urétro-cystalgie, etc.

L'auteur relate une observation de cystalgie pottique, par atteinte élective des 3e et 4e paires sacrées. Dans la forme névralgique pure, le diagnostic est impossible sans le secours de la radiographie ; ce fait est important à retenir pour les urologistes. (*Bruxelles médical*, 21 février 1926.)

L'évacuation des œdèmes par les tubes de Southey.

Ce sont, comme on sait, de petits tubes métalliques creux, d'une longueur d'environ 57 cent., percés d'orifices sur tout leur pourtour ; dans chacun de ces tubes passe un mandrin terminé par une pointe acérée, qui le transforme en un véritable petit trocart, dont le diamètre est comparable à celui d'une grosse aiguille à tricoter. Ils peuvent être, à la rigueur, remplacés par le trocart du plus petit calibre de Potain. Aux embouts s'adaptent de fins tubes de caoutchouc : drains du plus petit calibre.

Ainsi que le rappelle le Dr Duhot (de Lille), ce procédé d'évacuation mécanique trouve ses indications dans les œdèmes très considérables de la phase avancée de l'insuffisance cardiaque ou de l'insuffisance rénale, et mieux encore dans l'éventualité qui combine les deux causes précédentes : à la période asystolique des néphrites chroniques. Cette évacuation constitue, en effet, la seule ressource possible dans les cas d'œdème irréductible par les moyens thérapeutiques purement médicaux ; elle peut aussi être utile, même en cas d'action médicamenteuse possible, pour épargner au muscle cardiaque un travail excessif, ou pour éviter de faire rentrer dans la circulation de sujets aux reins peu perméables des liquides chargés de substances nuisibles.

Contrairement aux mouchetures par lancette ou vaccinostyle, les tubes de Southey évitent la macération de la peau par un véritable bain d'œdème imbibant la ouate hydrophile, car le liquide peut être recueilli dans des récipients. Leur application stérile doit être l'objet de mesures rigoureusement aseptiques.

Suivant l'intensité de l'œdème, on place 3, 5 et 10 tubes sur chaque jambe, durant 24 ou 48 heures ; on laisse le malade assis dans un fauteuil jour et nuit, pour faciliter l'écoulement, que l'on hâte par quelques massages de la racine des membres vers le bas. La cicatrisation se fait très vite, une fois les tubes enlevés. La quantité de liquide évacuée par ce moyen est toujours de plusieurs litres ; elle peut aller jusqu'à 10 et même même 20 litres. Cependant pour obtenir des chiffres aussi élevés, mieux vaut revenir plusieurs fois au procédé, car une évacuation trop précipitée, pourrait amener des phénomènes de flé-

◆◆◆◆◆

chissement cardiaque : il faut donc surveiller le cœur, et employer, si besoin, l'huile camphrée.

Le malade est considérablement soulagé et les toni-cardiaques usuels peuvent retrouver leur action. (*Pratique médicale française*, février 1926-B.)

Soins anté et post-opératoires.

Le Dr Mayer nous expose les déductions pratiques que lui ont suggérées 10.000 observations chirurgicales.

Il estime, avant tout, nécessaire d'hospitaliser les malades à moins d'urgence pendant au moins 24 heures avant l'intervention, pour assurer l'exécution des règles diététiques et hygiéniques les plus élémentaires (purgation, bain, rasage, etc.) et permettre le contrôle indispensable de l'urine. La réaction de Bordet-Wassermann est faite systématiquement, et, fréquemment, un examen radiologique, un dosage de l'urée sanguine ou une numération leucocytaire.

Rien de spécial à mentionner en ce qui concerne le chirurgien et ses deux aides (narcose et aide direct) et les instruments. Le champ opératoire est préparé par la technique de Grossich à la teinture d'iode.

En principe, il faut recourir à la narcose le moins souvent possible, et seulement quand le risque de l'affection à traiter est au moins égal à celui de l'anesthésie générale. A l'heure actuelle, il n'est pas possible, comme certains l'ont écrit, de s'en passer dans la majorité des interventions chirurgicales ; cependant, d'accord avec Pauchet, l'auteur estime que l'anesthésie régionale est l'anesthésie de l'avenir dans les 3/4 des cas au moins. Il condamne entièrement le chloroforme et préfère l'éther ; depuis que les perfectionnements dans son application ont fait diminuer, sinon disparaître, ses inconvénients (stertor, broncho-pneumonie), il lui semble que ce soit la méthode qui convienne le mieux dans la majorité des cas. Sauf les personnes âgées, les bronchitiques et les emphysémateux, pour qui il tâche de se passer de narcose, et les enfants à qui le chloroforme convient très bien, il donne le narcose à l'éther au moyen de l'appareil d'Ombrédanne, précédée d'une injection hypodermique de 1 ctgr. de pantopon, 3/4 d'heure avant l'intervention : le malade s'endort facilement et se réveille le plus souvent après une heure ou deux sans vomissement et sans guère de souffrance.

L'emploi des appareils mélangeurs, celui d'Halluin notamment, facilite d'ailleurs la narcose. Pour les interventions de courte durée (adénoïdes, loupes, etc.), l'obnubilation au moyen de l'éther, par son innocuité absolue, doit être préférée au bromure et au chlorure d'éthyle.

Quant à l'anesthésie locale, la technique à la cocaïne de Reclus doit être remplacée par celle, plus sûre et plus efficace, de l'infiltration régionale par la novocaïne-adrénaline, la stovaïne, la syncaïne ou la scurocaïne. La rachianesthésie à la novocaïne-adrénaline, etc., doit être réservée à certains cas de chirurgie des membres inférieurs et du périnée, car elle ne semble vivre (surtout la rachianesthésie haute) que des contre-indications de la narcose.

L'anesthésie para-vertébrale et l'anesthésie transsacrée conviennent pour des opérations sur le rein, le rectum, le périnée, les membres inférieurs ; mais l'auteur ne leur trouve pas d'avantages proportionnés à la difficulté et à l'incertitude de leur exécution.

Quant à la date du lever des opérés, le Dr Mayer l'autorise dès que le malade en exprime le désir (laparotomies, dès le 3e ou 5e jour, comme pour le cou, le tronc et l'épigastre, à moins de drainage ; appendicites, 9e ou 16e jour ; hyspérectomies, 10e ou 15e jour, etc.)

A part quelques cas légers de délirium tremens chez des alcooliques privés, il faut signaler que les troubles mentaux post-opératoiro sont sous la dépendance d'un état infectieux plus ou moins marqué. A noter enfin l'utilité du collargol, de l'électrargol pour la désinfection générale, de même que celle des vaccins et de la radiothérapie pour les cancers. (*Bruxelles médical*, 14 mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La pathologie émotive.

(M. Ch. Flandin. — *Soc. méd des hôp.* ; 16-7-1926.)

MM. René Bénard et E. Joltrain, à propos d'un cas d'asthme d'origine émotive, ont montré que l'émotion peut se traduire par un choc hémoclasique fournissant ainsi une explication pathogénique à certains troubles d'origine émotive.

M. Flandin revient sur ce point en envisageant les réactions cutanées observées à la suite d'émotions. Le premier degré de ces réactions est la rougeur ou la pâleur émotionnelle du visage. L'érythème pudique, l'érythème des jeunes filles appelées à se découvrir en public, est un phénomène du même ordre. Il existe aussi des urticaires, fugaces ou répétées, post-émotionnelles. L'eczéma, l'herpès, reconnaissent

quelquefois également une semblable origine. De même, les réveils de certains psoriasis.

Ces manifestations cutanées émotives doivent-elles toujours être rattachées au choc colloïdo-clasique ? La chose est soutenable pour les érythèmes fugaces et l'urticaire. Elle est beaucoup moins probable pour l'eczéma, le psoriasis, l'herpès. Le choc nerveux, en effet, agit sur le système vago-sympathique, le foie, les appareils endocriniens, et il y a là un ensemble dont le rôle ne saurait être négligé.

— M. May, à propos de l'urticaire émotive, signale un fait inverse : une urticaire rebelle guérie par une émotive violente. La pathologie émotive, comme beaucoup d'autres côtés de la pathologie, est essentiellement complexe et à surprises.

Tumeur cérébrale traitée par la radiothérapie.

(MM. Coyon, Solomon et Willemin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 11-6-1926.)

M. Coyon montre une malade atteinte de tumeur cérébrale (céphalée, troubles oculaires, troubles de la station debout) qui a guéri par le traitement radiothérapique. Le syndrome d'hypertension cranienne s'amenda rapidement par l'emploi des rayons.

Toutes les tumeurs cérébrales ne donnent malheureusement pas les mêmes résultats sous l'influence de la radiothérapie. Ce sont les gliomes qui sont spécialement sensibles à cette médication.

Septicémie par morsure de rat guérie par un abcès de fixation.

(M. M. Brodin et Dujarric de la Rivière. — *Soc. méd. des hôp.* ; 4-6-1926.)

On sait depuis ces dernières années que le rat peut transmettre à l'homme des infections à spirochètes, dont les plus connues sont la spirochétose ictéro-hémorrhagique et le sodoku.

MM. Brodin et Dujarric de la Rivière viennent d'observer, à la suite d'une morsure de rat, une septicémie d'un type nouveau différent des deux précédentes au triple point de vue, clinique, bactériologique et thérapeutique. Leur malade eut, en effet, un ensemble symptomatique comprenant de la fièvre (38° à 40°), des lésions cutanées, des arthropathies, sans atteinte viscérale. Le virus était d'ordre filtrant : les hémocultures, en apparence stériles, transmettaient la maladie à l'animal.

L'arsenic, l'injection de lait, etc., se montrèrent inefficaces. Mais, un abcès de fixation, pratiqué au 50e jour, amena une défervescence et une guérison rapides.

— M. Noël Fiessinger remarque que l'on pouvait *à priori*, chez ce malade, espérer une action favorable de l'abcès de fixation, en se basant sur les effets de ce mode de traitement dans diverses affections à virus filtrant, comme l'encéphalite épidémique et la grippe.

Les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel.

(MM. Léon Bernard, Coste et Valtis. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-6-1926.)

La perforation pulmonaire au cours du pneumothorax artificiel est connue depuis longtemps, ayant été signalée par Forlanini lui-même. Elle a été étudiée par Bard et ses élèves, Burnand et Dumarest. Toutefois, on s'en est occupé plus particulièrement depuis quelques mois à la suite des communications de Burnand sur les perforations pulmonaires dans le pneumothorax double.

Cette complication s'observe à la fois dans le pneumothorax artificiel bilatéral et dans le pneumothorax unilatéral (Tobé et Terrasse). M. Léon Bernard en signale, à son tour, quelques exemples.

La perforation, dans sa forme ordinaire, forme assez bénigne, se voit principalement au moment des premières insufflations, soit que le poumon ait été piqué par le trocart, soit que le décollement ait arraché un fragment plus fragile de l'enveloppe cellulaire du poumon.

Les signes cliniques, quelquefois bruyants (toux, dyspnée, douleurs) sont souvent à peine accusés et le critère se trouve dans la radioscopie qui révèle l'affaissement du moignon.

Dans sa forme grave, la perforation, au lieu de constituer une fistule à soupape, est béante, ouverte dans les deux sens, avec pyopneumothorax, vomiques, etc. C'est alors une complication tardive et non du début des insufflations.

En somme, conclut M. Léon Bernard, il faut admettre aujourd'hui la fréquence dans tout pneumothorax artificiel de perforations pulmonaires inaugurales minimes, de pathogénies diverses. Dans le pneumothorax bilatéral, les symptômes sont dramatiques et le pronostic assez souvent sévère. Dans le pneumothorax unilatéral, la bénignité est habituelle, mais non constante. Il importe de dépister cet accident par un contrôle radiologique et manométrique attentif. Outre quelques signes fonctionnels inconstants, il se décèle principalement par l'affaissement radiologique du poumon et la surpression pleurale relative.

La connaissance des perforations du pneumothorax artificiel a plus qu'un intérêt théorique. Ses complications toujours possibles (pneumothorax suffocant, fistule béante...) imposent, lorsqu'elles se produisent, une surveillance et une prudence accrues dans la conduite de la cure collapsothérapique.

Les injections intra-veineuses de bicarbonate de soude dans la tétanie.

(MM. J.-A. Sicard, Jean Paraf et Mayer. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-7-1926.)

Des études récentes ont établi l'existence, dans la tétanie, d'un syndrome humoral caractérisé par l'abaissement de la calcémie et l'augmentation de l'al-

calose du plasma. On expliquerait ainsi l'efficacité de certains traitements de cette affection, du chlorure de calcium entre autres.

M. Sicard estime qu'il n'y a pas là seulement une simple action chimique et que les faits sont plus complexes. Pour lui, l'accès de tétanie peut être comparé à une crise hémoclasique, dont il a la brusquerie, et la thérapeutique chlorurée calcique agirait surtout par un effet anti-anaphylactique. Poursuivant ses recherches dans ce sens, il a traité la tétanie par d'autres méthodes anti-anaphylactiques, l'injection intra-veineuse de bicarbonate de soude en particulier (250 c. c. à 500 c. c. d'une solution à 20 pour 1000). Dans quatre cas, il a vu les crises cesser. L'efficacité de l'injection de bicarbonate de soude est d'autant plus à noter que, si l'on s'en tenait à la théorie chimique seule, elle devrait aggraver l'alcalose et partant la maladie.

Sur le tempérament pléthorique.

(MM. P. Emile-Weil et Stieffel. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

La pléthore, le tempérament pléthorique, dont parlaient beaucoup les anciens auteurs, a aujourd'hui presque disparu des descriptions classiques. M. P. Emile-Weil considère qu'il y a là un oubli immérité. C'est, à la vérité, plus un état qu'une maladie, mais il n'en offre pas moins son intérêt clinique, car les sujets pléthoriques restent menacés de sérieux accidents, d'hémorrhagie cérébrale par exemple.

Quelles sont les caractéristiques de cet état ? Il s'agit habituellement de personnes d'aspect floride, un peu obèses, la face congestionnée, sillonnée de varicosités, le thorax court, avec souvent de l'emphysème. L'abdomen est volumineux, le foie légèrement augmenté de volume. La tension artérielle est au-dessus de la normale.

Au point de vue hématologique, la pléthore s'accompagne de *polyglobulie* (6 à 8 millions de globules rouges) et, fréquemment d'un syndrome hémorrhagique caractérisé par la tendance aux hémorrhagies spontanées et provoquées, par la prolongation du temps de saignement et par le retard de la coagulation.

L'étiologie reste assez obscure. Cet état a parfois un caractère familial et M. P. Emile-Weil a eu l'occasion d'observer une pléthore familiale, chez le frère et la sœur. Il existe d'ailleurs, dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations de polyglobulie familiale et Curschmann a fait, en 1922, un travail d'ensemble sur cette question. La polyglobulie, familiale ou non, reste souvent ignorée, ne provoquant pas de troubles notables et échappant à l'examen médical. M. P. Emile-Weil croit que, dans les polyglobulies familiales principalement, l'hérédo-syphilis peut intervenir pathogéniquement, en causant un dysfonctionnement des organes hématopoiétiques.

La chirurgie réparatrice par les lambeaux tubulés.

(M. Paul Moure. — *Société de chirurgie* ; 23-6-1926.)

Le lambeau tubulé constitue une méthode nouvelle qui paraît appelée à modifier beaucoup la technique et les résultats des autoplasties.

Qu'est-ce qu'un lambeau tubulé ? C'est un lambeau dont les bords sont enroulés, représentant un tube. M. Moure pense qu'il faut considérer cet état tubulé comme la forme de résistance des lambeaux cutanés flottants. Lorsqu'un lambeau de peau vient d'être taillé et décolé, une grande partie du sang s'écoule à sa périphérie par la lumière des vaisseaux qui ont été ouverts, d'où une insuffisance de nutrition de l'extrémité du lambeau. Au contraire, avec le lambeau tubulé, c'est-à-dire à bords enroulés et suturés l'un à l'autre, les fuites sanguines n'existent plus et la nutrition du lambeau se maintient satisfaisante, même avec une implantation peu large.

Dans les autoplasties ordinaires, on est obligé d'avoir un lambeau à base large et rapprochée pour empêcher le sphacèle et on en conçoit tous les inconvénients. Avec le lambeau tubulé, on peut se servir d'un lambeau grêle, à petite implantation, et à implantation éloignée, la vitalité du tube cutané permettant de le faire chevaucher par sauts d'un point parfois éloigné. Une fois le greffon arrivé sur la surface à réparer on l'incise pour dérouler le tube, on l'étale et on le fixe.

En fait, le lambeau tubulé est actuellement très en honneur en chirurgie réparatrice.

Traitement des ulcères chroniques de la jambe.

(MM. Leriche et Fontaine. — *Soc. de derm. de Strasbourg* ; 17-1-1926.)

Pour le prof. Leriche, de Strasbourg, les facteurs de la chronicité et de l'incurabilité des ulcères de jambe sont au nombre de trois : l'état d'infection prolongée de la perte de substance ; la mauvaise qualité de la peau et du tissu cellulaire du voisinage ; l'étendue considérable souvent de l'ulcération.

Dans ces conditions, les auteurs conseillent l'association de la sympathectomie péri-fémorale (qui agit sur les deux premiers éléments) aux greffes cutanées, qui réduisent l'étendue à combler. Dans quatre cas, ils ont obtenu des résultats remarquables.

Le bouton d'huile des ouvriers tourneurs.

(MM. Pautrier et Diss. — *Soc. de derm. de Strasbourg* ; 14-3-1926.)

Pendant la guerre, dans les fabriques d'obus, au moment où la qualité des huiles employées devint mauvaise, on vit apparaître chez les ouvriers (et les ouvrières surtout) une dermatose spéciale, appelée en France *bouton d'huile*, et en Allemagne *Œlhaut*. M. Pautrier a eu l'occasion d'en rencontrer récemment des cas chez des ouvriers tourneurs. L'affection se présente chez tous de la même manière. La peau

devient brunâtre, parsemée de papules coniques centrées par un point noir très dur. En même temps, les pores de la peau sont encrés de noir.

D'une étude histologique de ces lésions, l'auteur conclut que, dans le bouton d'huile, deux facteurs sont à envisager : l'obturation des follicules pileux par un conglomérat d'huile et de squames, et une action chimique, hyperplasique, de l'huile impure. Cette pathogénie se rapproche de celle des cancers bien connus des ouvriers paraffineurs et goudronneurs.

P. L.

Toulouse

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Grossesse abdominale avec intervention au-delà du terme.

M. Laurentie rapporte le cas d'une femme de 30 ans, mariée depuis 13 ans, et qui, après avoir eu trois grossesses consécutives, n'en avait pas eu depuis 9 ans.

Vers la fin de 1924, elle constata la disparition de ses règles, ce qui coïncida avec l'augmentation du volume de l'abdomen et de violentes douleurs. Au milieu de 1925, après de multiples incidents, douleurs, constipation, ictère, albumine, les règles reparurent mais le ventre resta très gros. A l'examen, on sentait en avant d'un utérus augmenté de volume une masse considérable offrant des contours fœtaux. L'intervention chirurgicale permit d'extraire un fœtus retiré au milieu des anses intestinales. L'utérus fut laissé en place, on termina par un Mickulicz. Les suites furent excellentes.

Quelques réflexions sur la pathogénie du rachitisme

M. Laurentie, après avoir rappelé que deux théories pathogéniques sont enseignées actuellement, celle de l'origine digestive et celle de la carence solaire, expose qu'il a constaté qu'en Syrie, les lésions rachitiques tant de l'enfant que de l'adulte étaient extrêmement rares, et cela en dépit d'une alimentation infantile déplorable et d'une hygiène très défectueuse : par contre, les enfants sont naturellement soumis à un traitement héliothérapique permanent. Il a pu remarquer en outre que deux enfants rachitiques, chez lesquels les traitements n'avaient en France rien donné, venus en Syrie avec leur mère, ont vu toutes leurs lésions presque complètement disparaître après la vie au grand air et au soleil.

En conséquence, l'auteur estime que c'est la carence solaire qui joue le rôle essentiel dans la production du rachitisme, les troubles digestifs n'ayant qu'une importance très secondaire, si même ils en ont une.

Syphilis génitale.

M. Laurentie communique l'observation d'une femme de 32 ans, ayant eu trois grossesses, dont la dernière interrompue à 7 mois, hospitalisée pour douleurs abdominales. Elle présentait depuis 4 ans, en plus de douleurs hypogastriques s'irradiant à l'épigastre, des céphalées intenses : au toucher, l'utérus était peu mobile, les culs-de-sac indurés et douloureux.

Pensant à une salpingite bilatérale, on *intervient* : les trompes et les ovaires présentent les lésions macroscopiques habituelles des salpingo-ovarites. On pratiqua donc l'hystérectomie subtotale. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de syphilis : la réaction de B. W. fut fortement positive.

Il s'est donc agi dans ce cas d'une syphilis génitale caractérisée par des lésions annexielles en apparence banales, dont le diagnostic ne put être établi que grâce aux recherches de laboratoire.

Atrésie vaginale d'origine obstétricale.

M. Laurentie relate l'*histoire* d'une *femme* de 31 ans, qui, à la suite d'un accouchement très négligé, présentait une atrésie telle que le vagin admettait à peine l'index. Il semblait par suite que l'opération césarienne fût indispensable en cas de nouvelle grossesse : on constata cependant, qu'après la fécondation, les tissus étaient devenus plus souples, et au 5e mois, on put facilement introduire deux doigts dans le vagin. Cette souplesse s'acentua encore, et la malade put accoucher normalement sans complications. Deux nouvelles grossesses se produisirent encore, mais la deuxième fut suivie d'un prolapsus génital qui nécessita une colpo-périnéorraphie.

Cette observation tend ainsi à infirmer l'opinion classique qui veut que les rétrécissements cicatriciels soient peu accessibles à l'influence du ramollissement gravidique, et qu'ils soient ainsi une cause de dystocie.

Incision médiane antérieure unique de la portion intravaginale du col.

MM. Audebert et Galz-Gasparran, après avoir rappelé que la dilatation bi-manuelle, pratiquée dans les cas de rigidité du col, est non seulement parfois insuffisante, mais encore dangereuse (production de petites déchirures) décrivent la méthode de l'incision médiane antérieure unique qu'ils ont été amenés à pratiquer et en rapportent 15 observations avec 13 succès et 2 échecs.

Ils se croient donc autorisés à avancer que cette incision médiane antérieure unique doit toujours être suffisante lorsque la dilatation atteint de 6 à 7 centimètres, et qu'il y a une bonne distension du segment inférieur ; dans le cas contraire, deux incisions médianes sont nécessaires. Quant à la dilatation bi-manuelle, elle doit être réservée aux cols souples sans noyaux cicatriciels.

Deux cas de brièveté absolue du cordon.

M. Rascol a eu à intervenir chez deux primipares de 19 et de 43 ans à bassins normaux. Dans le premier cas, le sommet était en gauche transverse, dans le second, il était fortement engagé. Par suite de l'absence de progression, que l'on pensait due à un circulaire, on fit dans les deux cas un forceps. Dans le premier cas, où le cordon ne mesurait que 30 cm. on eut un enfant vivant, mais dans le second, probablement par suite de l'engagement, on n'eut qu'un enfant mort ; le cordon mesurait 33 centimètres.

Salpingite purulente ouverte librement dans la cavité abdominale.

MM. Baillot et Morel communiquent le cas d'une femme de 22 ans, qui, à la suite d'une violente douleur dans la région abdominale inférieure, présenta des vomissements, d'abord alimentaires, puis biliaires, de l'hyperesthésie cutanée, et de la défense musculaire. Devant la gravité de l'état général, on se décida à intervenir, pensant à une appendicite. La trompe droite était rouge, turgescente et par l'ostium abdominal laissait sourdre du pus dans le petit bassin.

On pratiqua une salpingectomie droite, les suites furent bonnes.

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Sur l'étiologie des polynévrites.

M. R. Sorel rapporte deux observations de polynévrites survenues chez des alcooliques, mais déclanchées par une cause endogène ou exogène et qui permettent de penser qu'à la base de ces lésions plusieurs causes doivent souvent être incriminées. L'éthylisme, les toxi-infections, les sérums, le cancer, peuvent chacun séparément déterminer une imprégnation du système nerveux périphérique. Mais le plus souvent, c'est sur un fond alcoolique préexistant que viendra se greffer un des facteurs signalés, et dès lors on assistera à l'éclosion des accidents polynévritiques. Il sera d'ailleurs fort difficile souvent de déterminer la part de chacun.

Le contrôle dans le traitement du rachitisme par les rayons ultra-violets.

M. Drouet rappelle que l'actinothérapie a fait ses preuves dans le traitement du rachitisme et que la justification de son emploi s'appuie sur l'observation de l'évolution clinique, des modifications humorales, et les améliorations radiologiques du squelette.

L'auteur insiste sur les constatations radiologiques dont il apporte, pris à divers âges, des exemples qui font une excellente démonstration. Ces examens radiologiques en série sont mieux acceptés par les familles que les recherches sérologiques : elles semblent moins sujettes à caution que les renseignements si facilement tendancieux en l'un ou l'autre sens donnés par une maman trop optimiste ou impatiente.

Fonctionnement du service de prophylaxie anti-vénérienne à la Maternité de Toulouse.

M. R. Garipuy. — Ce service, rattaché aux grandes organisations de lutte anti-vénérienne développées en France depuis la guerre, fonctionne depuis le mois de décembre 1924. Toutes les femmes venant à la consultation ou venant accoucher sont examinées au point de vue de la syphilis, et en somme, l'examen du sang est fait comme l'examen des urines. Le dépistage systématique est fait par la réaction de Bordet-Wassermann et par la méthode de floculation de Vernes.

Actuellement, 700 femmes ont été ainsi examinées et ont donné 23 % de résultats positifs : dans ces derniers cas, on a immédiatement institué un traitement soit par injection intra-veineuse d'arséno-benzol, soit par injection intra-musculaire d'acétylarsan. La grosse difficulté a été de faire suivre aux femmes de la consultation un traitement régulier : les résultats obtenus sont encourageants, et seront encore meilleurs lorsque les traitements seront mieux acceptés.

Néphrite chronique urémigène sans hypertension.

MM. Cestan et Fabre, au cours de leurs recherches sur l'hypertension artérielle, ont observé un cas intéressant, concernant une femme âgée de 63 ans, qui mourut avec tout le syndrome de la néphrite dite urémigène (myosis, céphalée, délire, vomissements, coma, albumine, urée sanguine montant de 1 gr. 50 à 3 gr. au moment de la mort, Ambard très élevé), et cela sans le moindre œdème, sans défaillance cardiaque. La pression artérielle n'a pas dépassé au Pachon-Gallavardin 17 comme Mx et 9 comme Mn. A l'autopsie, les reins étaient atteints de néphrosclérose et le cœur était au surplus petit.

Ce fait anatomo-clinique s'ajoute donc à ceux déjà cités par Weill, Guy-Laroche et Trémolières, Bouchut et Ravault, Laubry, etc. ; ils montrent que les liens unissant l'hypertension artérielle et la néphrite chronique ne sont pas toujours ceux de la cause à effet puisque l'on peut observer un syndrome urémique mortel sans hypertension artérielle, bien que l'énergie cardiaque ne soit pas défaillante.

J.-P. Tourneux.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale

(séance du 4 juillet 1926.)

M. Huc. — **Calcul du péritoine** trouvé chez un enfant au cours d'une opération de hernie inguinale longtemps maintenue par un bandage. Présentation de pièce.

M. Larjet. — **Anurie sécrétoire. Décapsulation rénale. Guérison.** — Il s'agit d'un homme de 22 ans atteint depuis l'enfance de paraplégie spasmodique des membres inférieurs. Depuis quelques semaines, il présentait de l'oligurie et même de l'anurie pendant 24 à 30 heures. Il existait des points urétéraux du côté droit et l'examen bactériologique des urines montrait du tétragène en petite quantité. Le malade, revu 15 jours après, n'avait pas uriné depuis six jours pleins et commençait à entrer dans la phase terminale de l'anurie. Le malade étant atteint de malformation uréthrale ne permettant pas de le sonder, on pratique l'intervention ; on constate un peu de périnéphrite, une légère hémorragie sous-capsulaire et dans la zone corticale une série d'hématomes. Décapsulation rénale, suture sur drain. Le malade émet 300 gr. d'urines, le lendemain ; 450, le 2e jour ; 1.800 le 3e. Depuis, le malade urine de façon assez satisfaisante. L'état général s'est amélioré.

M. Dupont. — **Un cas anormal de tuberculose pulmonaire avec déterminations suppuratives extra-pulmonaires.** — Il s'agit d'un homme de 39 ans né présentant aucun passé pathologique si ce n'est une intoxication par les gaz de combat. Il tousse depuis 1918 sans épisode aigu. Congestions pulmonaires de courte durée en 1923 et 1924. A partir de juillet 1925, amaigrissement, fatigue générale, toux émétisante, expectoration. En outre, on note des sueurs nocturnes, de la dyspnée, mais une apyrexie absolue. L'examen pulmonaire montre des râles ronflants et sibilants nombreux dans l'étendue des deux poumons, de la matité dans les fosses sus-épineuses et les régions sous-claviculaires, des foyers de râles sous-crépitants aux deux sommets, de gros râles muqueux sous la clavicule droite et à la base gauche. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Tension artérielle normale.

L'examen radiologique montre une grosse ombre hilaire gauche avec aspect de mie de pain dans le poumon gauche et taches floues plus discrètes dans le poumon droit.

Du 12 novembre au 7 décembre 1925, trois examens de crachats sont négatifs même après homogénisation, tant au point de vue bacille de Koch que mycoses. Les réactions de Wassermann et de Hecth sont négatives. Un traitement anti-syphilitique tenté cependant n'est pas supporté.

En janvier 1926, après une névralgie d'intensité croissante le long du phrénique gauche, il se forme un abcès thoracique juxta-sternal, au niveau des 2e, 3e, 4e côtes. La peau s'ulcère et donne issue à du pus que l'examen direct et la culture montrent stérile. L'examen des crachats, des selles, ainsi qu'une inoculation au cobaye de l'expectoration ne peuvent mettre en évidence le bacille de Koch. Un nouvel examen radiologique montre une infiltration massive de la partie moyenne du poumon gauche à limite inférieure nette suivant la scissure interlobaire.

En avril 1926, le malade est opéré d'un volumineux abcès périnéphrétique contenant environ deux litres de pus. L'état général du malade est alarmant. Il a été constamment apyrétique. On inocule deux cobayes, l'un avec le pus périnéphrétique et l'autre avec des crachats : tous deux sont restés indemnes de tuberculose.

En juin 1926 : l'état général est bien meilleur, les fistules thoracique et lombaire persistent. On fait un nouvel examen des crachats qui montre de nombreux bacilles de Koch.

L'auteur insiste sur la rareté de cette pyohémie tuberculeuse et de la localisation des abcès secondaires : médiastinite ou adénopathie trachéo-bronchique suppurée et phlegmon périnéphrétique. Il pose de nouveau la question de la tuberculose pulmonaire évolutive ouverte ou fermée.

M. Dupont. — **Un cas de pneumotyphoïde.** — Il s'agit d'un homme de 22 ans qui, l'année dernière, au service militaire, a reçu une seule injection de vaccin antityphoïdique. Après quelques malaises pendant huit jours, début brusque avec frissons, température à 40, pouls 80, point de côté sous-mamelonnaire droit, dyspnée et toux, submatité du poumon droit, aucun signe de typhoïde. Au 4e jour, apparaît à la base pulmonaire droite un souffle prenant rapidement le caractère d'un souffle tubaire. Au 9e jour, pas de défervescence, la température reste entre 39 et 40°. On fait un séro-diagnostic qui se montre positif à l'Eberth au 110e. Au 15e jour, apparition de râles sous-crépitants de retour. Au 21e jour, défervescence en lysis. Guérison.

M. D.

Les Congrès

VIIe Congrès international de Chirurgie.

(Suite et fin).

Thérapeutique des tumeurs cérébrales.

Par le professeur R. Lozano (Saragosse).

1° La meilleure thérapeutique des tumeurs cérébrales, c'est l'extirpation, malgré sa mortalité élevée

2° La craniectomie décompressive aggrave fréquemment la situation des malades.

3° La craniectomie radicale doit se faire de bonne heure, avant que l'hypertension intracranienne ait acquis son complet développement.

4º La craniectomie en un temps sous anesthésie locale est préférable à l'opération en deux temps.

5º Le cerveau tolère la résection d'une grande partie du lobe frontal, de l'occipital ou du temporal, sans amener la mort, et dans beaucoup de cas sans grandes altérations fonctionnelles.

6º La mortalité opératoire dans les tumeurs de la fosse cérébrale antérieure est de 40 p. 100 et de 65 p. 100 en moyenne pour la fosse postérieure.

7º Les résultats éloignés de guérison définitive sont de 20 p. 100.

8º Le plus grand danger de l'opération, c'est, malgré les progrès actuels du diagnostic, la confusion de la tumeur avec d'autres affections qui s'aggravent par l'opération.

9º Le plus grand progrès s'est réalisé dans le diagnostic et la thérapeutique des tumeurs post-cérébelleuses.

10º La radiothérapie laisse entrevoir la guérison des tumeurs cérébrales, surtout des gliomes et des tumeurs hypophysaires. Malheureusement, on ne publie presque exclusivement que les succès et non pas les échecs. Pour le moment, elle ne doit être conseillée que dans les tumeurs inopérables et presque toujours avec trépanation préalable, à l'effet d'éviter des accidents graves. Dans les tumeurs inopérables, elle soulage un grand nombre de symptômes : vomissements, céphalalgie, convulsions et troubles visuels.

B. DISCUSSION. — M. DONATI (de Padoue) est d'accord avec les rapporteurs sur l'importance de la craniotomie large, de l'anesthésie locale et de la décompression préalable. Dans les cas où l'on doit se borner à une trépanation décompressive, on peut obtenir de meilleurs résultats par l'association de la rœntgenthérapie. Il sera nécessaire, dans ce cas, de supprimer le segment osseux, puis de suturer la dure-mère, les parties molles et d'irradier à travers ces plans. L'auteur rapporte une observation où la tumeur a peu à peu disparu sous l'influence des rayons, laissant une dépression marquée au niveau de la zone opératoire. L'opérée a pu reprendre son métier de sage-femme. Dans un autre cas de tumeur ponto-cérébelleuse bilatérale inopérable, la radiothérapi après craniotomie a donné un excellent résultat, qui se maintient depuis plus d'un an. Un autre malade, en plein coma au moment de l'intervention, est également guéri depuis un an. L'association de la radiothérapie à l'intervention chirurgicale est surtout efficace dans le cas de tuberculomes.

M. YOUNG (de Glasgow) préconise une technique particulière pour assurer la protection du cerveau, lorsque la suture de la dure-mère est impossible. Ce procédé consiste essentiellement dans la taille d'un lambeau spécial formé du péricrâne et de l'aponévrose. Ce lambeau est à pédicule supérieur, tandis que ceux taillés dans les téguments et le muscle sont à pédicule inférieur. Ce lambeau fibreux est rabattu sur le cerveau à la fin de l'opération et suturé. Il réalise ainsi une protection très efficace de l'encéphale mis à nu.

M. ROLANDO (de Gênes) rapporte un cas observé dans le service de BASTIANELLI et tendant à montrer que les troubles visuels, dans les cas de tumeurs ponto-cérébelleuses, n'ont pas toujours l'importance que leur attribuent les rapporteurs.

Il s'agissait d'un homme de quarante ans, présentant des troubles croissants : céphalée, diminution de l'audition à droite, troubles de l'équilibre, avec titubation et inclinaison à gauche, diminution de l'excitabilité électrique. Pas de troubles visuels. Examen négatif du fond de l'œil. La radiographie montrait une augmentation marquée du conduit auditif interne. A l'opération, on trouva un volumineux fibrome de l'acoustique droit.

M. MAGNUS (Oslo, Norvège), neurologiste en même temps que chirurgien, a pu faire presque toujours des diagnostics très précoces, lui permettant d'améliorer sa statistique.

Il a pratiqué 216 interventions pour des cas dont le diagnostic avait toujours été posé.

Sur 161 tumeurs cérébrales, il a 13 morts ; sur 53 tumeurs cérébelleuses, 9 morts (dans ce groupe, on note 14 tumeurs de l'acoustique avec 1 mort). La plupart des malades ont pu être suivis : 10 d'entre eux ont une survie de plus de cinq ans.

L'auteur, en terminant, rapporte cinq observations choisies parmi les plus typiques, dont il présente les radiographies.

La radiothérapie, employée dans plusieurs cas, lui a donné des résultats satisfaisants.

M. SOLARO (de Busto-Artigio), rapporte un cas de tumeur calcifiée (psammome) du lobe temporal droit chez une jeune femme de vingt et un ans, soignée depuis douze ans pour épilepsie essentielle, et n'ayant présenté que dans les tout derniers mois des symptômes d'hypertension cranienne et des troubles de la vue (hémianopsie). L'examen ophtalmologique d'abord, la radiographie ensuite, ayant confirmé le diagnostic de tumeur, la trépanation permit d'enlever une masse sous-corticale d'une dureté d'ivoire, pesant 43 grammes. Guérison complète et disparition de tous les symptômes.

M. PASCHOUD (de Lausanne) rapporte deux cas personnels assez particuliers :

1º Femme de vingt et un ans, soignée depuis sept ans pour sclérose en plaques, puis opérée pour tumeur ponto-cérébelleuse, en deux temps. La malade présentait des troubles de l'ouïe, de la paralysie faciale, une cécité presque complète, tous ces symptômes ayant débuté à la suite d'une scarlatine.

L'état de la malade fut amélioré par l'intervention ; mais elle mourut brusquement le dix-septième jour avec des phénomènes de méningite.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du rocher, méconnue et infectée (streptocoque).

2º Homme de dix-neuf ans, ayant eu à l'âge de trois ans une perforation du frontal par accident (chute sur une lame de couteau) et présentant (seize

ans plus tard par conséquent) des troubles de l'intelligence et des troubles moteurs de la main (pouce et index surtout).

La radiographie montre une ombre nette, que l'on prend pour une tumeur calcifiée. Il s'agit, en réalité, d'un ostéome développé autour d'une esquille de la table interne détachée par le traumatisme. L'évolution de cette masse avait entraîné de la compression rolandique.

Trépanation. Ablation de la tumeur. Guérison.

M. Souttar (de Londres) présente un appareil de son invention, destiné à pratiquer très simplement la craniotomie.

L'appareil se fixe sur le crâne, présente une butée limitant la pénétration, et une partie tranchante décrivant un arc de cercle plus ou moins étendu autour du pivot fixe.

M. Martin (de Cardiff) apporte une observation de sarcome de la base, guéri par la curiethérapie.

A l'ouverture de la dure-mère, on tomba sur une grosse masse dépassant la ligne médiane et absolument inextirpable. L'auteur utilisa 125 milligrammes de radium laissés en place pendant trente heures. Le malade reste guéri depuis 1924, date de l'opération.

M. Jirasek (de Prague), ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades à la Clinique de Kukula, ne croit pas que les résultats de la décompression soient aussi mauvais qu'on le dit. D'après son expérience, il la préfère à la ponction ventriculaire ; mais il estime indispensable l'ouverture de la dure-mère, faute de quoi l'expansion cérébrale est trop limitée. C'est seulement après avoir incisé la dure-mère que l'on voit rétrocéder les symptômes, la céphalée en particulier. L'auteur apporte à l'appui de sa thèse un certain nombre de documents qu'il fait passer sur l'écran.

M. Adson (de Rochester) attire particulièrement l'attention sur l'importance du diagnostic précoce et de l'opération large. Il estime très justifié l'emploi combiné du radium et des rayons X.

M. Martin (de Bruxelles) pense qu'il est malaisé de bien apprécier la mortalité opératoire, les statistiques n'étant pas toujours comparables. Intervenir exclusivement sur les cas au début ne suffirait pas à faire diminuer cette mortalité ; d'ailleurs un certain nombre de malades opérés dans le coma ont été sauvés par l'intervention. La question primordiale est de faire un diagnostic précoce.

La décompressive simple par le procédé de Cushing donne de bons résultats dans les cas inopérables, et la mortalité ne dépasse pas 4 p. 100. Elle est cependant contre-indiquée dans les tumeurs ponto-cérébelleuses ou hypophysaires, qui ne peuvent en bénéficier, au contraire.

En ce qui concerne la radiothérapie, les résultats en sont variables et pas assez éloignés pour pouvoir les apprécier.

M. Sluys (de Bruxelles) a employé la radiothérapie dans 28 cas de tumeurs inopérables.

Sur 3 gliomes diagnostiqués, il obtient 2 améliorations et 1 récidive ; sur 9 gliomes probables, 3 guérisons, 1 amélioration sensible, 3 peu modifiés, 1 mort rapide. Dans les tumeurs de la base, les résultats ont été nuls. Les rayons sont contre-indiqués.

Dans les adénomes hypophysaires, au contraire, l'auteur a obtenu d'excellents résultats : sur 11 cas : 10 succès, 1 échec. Dans les tumeurs supra-sellaires, la radiothérapie n'a apporté aucune amélioration et dans deux cas une aggravation s'est produite.

M. Schiassi (Bologne) insiste sur l'importance de l'hémostase, en séparant nettement celle des parties molles et celle de l'os.

Pour les parties molles, la suture de Haidenhain, laissée en place vingt-quatre heures et surveillée, lui semble supérieure aux pinces multiples préconisées par de Martel. Pour éviter au maximum les chances de nécrose, l'auteur fait une suture *interrompue*.

En ce qui concerne l'os, la meilleure façon de réaliser l'hémostase est l'ablation rapide du volet. L'auteur reconnaît les avantages du trépan mécanique de de Martel, mais il lui préfère le petit trépan de Codilla, dont il fait une démonstration extemporanée sur le cadavre.

M. Jentzer (de Genève) fait à son tour une démonstration avec son trépan personnel, afin de permettre aux congressistes d'apprécier les avantages de chaque instrument.

Les Livres

Vigot, frères, éditeurs,
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Paul Dalché. — **Les maladies de l'ovulation.** (1 vol. in-8, 176 pages, 12 francs.)

L'auteur aborde un sujet bien rarement traité dans son ensemble. Il ne se borne pas à considérer l'ovulation dans la ponte ovarique, mais il l'étend au travail évolutif, qui part de la cellule originelle, et accompagne l'ovocyte et le follicule jusqu'à la ponte de l'ovule.

La parthénogenèse expérimentale permet d'entrevoir ce que peuvent effectuer des irritations chimiques, physiques ou mécaniques sur l'ovule ; on se demande aussi si parfois l'action des emménagogues n'est pas nuisible au produit de la fécondation.

Mais les causes des maladies de l'ovulation se trouvent surtout dans l'hérédité ou les affections de l'enfance : tuberculose, syphilis, maladies aiguës, intoxications, conceptions au cours de l'ébriété ou d'une maladie, âge avancé des parents, etc., favorisent la débilité de l'ovule.

L'étude clinique et le traitement de ces maladies de l'ovulation envisagées d'une façon générale conduisent à les étudier dans certains états particuliers. L'infécondité réclame un traitement différent suivant les cas, car elle ne comporte pas toujours la stérilité définitive.

L'aménorrhée, à laquelle se rattache l'étude de l'inhibition et de la débilité glandulaire, nous fait demander si on doit la traiter, quelles maladies on doit traiter, comment il faut les traiter.

Enfin l'auteur, après avoir envisagé assez longuement le rapport des dysménorrhées dites essentielles avec les maladies de l'ovulation et exposé ce qu'il entend par dysménorrhée anaphylactique, arrive à l'ovarite menstruelle (ovarite par ovulation défectueuse).

Dans ces divers chapitres, le traitement tient une place importante.

LES FARINES LACTÉES MÉRITENT-ELLES LES REPROCHES QU'ON LEUR A ADRESSÉS ?

Par Raoul Lecoq,

Docteur en pharmacie, licencié ès-sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'erreur initiale des premiers fabricants de farine lactée fut de croire qu'on pouvait donner leurs produits, *dès la naissance*, comme aliment *exclusif* du nourrisson. Ils avaient alors l'excuse de s'appuyer sur les affirmations de Liebig, dont ils commercialisaient la « soupe », considérée par son auteur comme un véritable « lait artificiel ».

Il n'en est plus de même aujourd'hui : peu à peu, on a mieux compris que des étapes très nettes s'imposent dans l'alimentation infantile : lait — lait et farineux — régime varié, étapes en quelque sorte physiologiques, consacrées par les traditions millénaires et confirmées par les recherches scientifiques récentes, relatives au développement progressif et tardif des glandes digestives.

Les farines lactées sont alors rentrées dans l'ordre : on a fixé leurs indications rationnelles et mieux défini les qualités qu'elles doivent présenter ; leur emploi judicieux a fait disparaître les inconvénients qu'on leur reprochait : toutefois, comme ces reproches émanaient parfois de pédiatres éminents, il nous semble utile de les exposer, de les discuter et de voir ce qu'il convient d'en retenir.

Les farines lactées, a-t-on dit, *ne sont pas des aliments complets ; données inconsidérément, elles peuvent occasionner la dyspepsie des féculents, provoquer le rachitisme, le scorbut* (1).

Reprenons donc chacune de ces questions.

1° Les farines lactées sont-elles des aliments complets ?

Ayant été l'un des premiers, en collaboration avec le Pr Perrot (2) et le Dr Doléris (3), à signaler la nécessité du contrôle biologique des produits diététiques, *dits vitaminés*, et des aliments de régime, *dits complets*, nous aurions mauvaise grâce à nier l'importance de cette question. Il convient toutefois de ne pas oublier qu'il est indispensable de considérer, non seulement la qualité des produits, mais encore quelle préparation, ils subissent avant d'être donnés à l'enfant et l'âge de ce dernier.

C'est par l'étude de la croissance et de l'état général du nourrisson qu'on peut juger la valeur alimentaire des farines lactées. Sans doute, données pendant de longs mois, *comme aliment exclusif et préparées à l'eau*, elles ne sauraient assurer à l'enfant un développement toujours suffisant ; elles remplissent cependant, dans ce cas, au moins le rôle d'une bonne ration d'entretien. Des essais effectués sur le rat blanc nous ont montré toutefois que, même dans ces conditions, les farines lactées peuvent assurer des croissances peu accentuées, continues et se prolongeant sans accident pendant plus de neuf mois (1). Mouriquand et Dechaume ont rapporté une observation clinique du même ordre : une petite fille de quatre mois, mise pendant plus de sept mois à la farine lactée à l'eau, ne prenait pas beaucoup de poids, mais semblait vigoureuse (2). Or, il faut bien savoir que, sous cette forme, la farine lactée ne peut et ne doit être donnée que de façon *transitoire*, et seulement dans les cas d'intolérance lactée, et que sa valeur alimentaire ne doit pas être jugée d'après ces cas d'exception.

Dans la pratique courante, la farine lactée

(1) G. Schreiber. — La pratique de l'alimentation des nourrissons, Paris, 1923, p. 229.

(2) E. Perrot et R. Lecoq. — Les farines composées alimentaires et la question des vitamines. *Bull. Soc. Thérap.* 1921, 4e série, **26**, p. 67.

(3) Doléris. — Valeur nutritive des aliments complémentaires de l'allaitement des nourrissons. *Bull. Ac. Méc.*, 1921, 3e série, **85**, p. 360.

(1) R. Lecoq. — La carence dans l'alimentation des nourrissons. *XVIe Congrès français de médecine*, Paris 1922, tome II, p. 151.

(2) Mouriquand et Dechaume. — Scorbut chez une enfant d'un an, nourrie exclusivement pendant huit mois à la farine lactée. *Lyon médical*, 1923, **132**, p. 500.

doit être délayée avec un peu d'eau et cuite au lait ; l'expérience démontre, sans qu'il soit besoin d'y insister, que, sous cette forme, elle assure une croissance régulière, et constitue sans conteste un aliment de grande valeur nutritive si on l'utilise selon les indications données pour l'âge du nourrisson.

2° Les farines lactées données en trop grande quantité peuvent-elles produire la dyspepsie des féculents ?

A cet égard, deux ordres de fait doivent encore retenir l'attention : l'âge de l'enfant, la qualité des farines lactées. L'anatomie, comme la physiologie, nous ont appris que les glandes digestives n'atteignent leur plein développement qu'après le huitième mois ; on ne doit donc, avant cet âge, donner que des farines lactées véritablement *dextrinées* et *diastasées* (par la diastase du *malt*) ; les quantités seront établies progressivement d'après l'*âge du nourrisson*. Faute de ces précautions, on s'exposerait en effet à des troubles digestifs variés, et en particulier à la dyspepsie des féculents, puisqu'on apporterait à l'enfant des amidons non transformés et indigestes.

Ces questions sont du reste beaucoup mieux connues qu'autrefois (1), et par ailleurs, des progrès industriels sensibles ont été réalisés.

3° Les farines lactées données comme aliment exclusif peuvent-elles provoquer le rachitisme ?

Rœmer, Combe et Variot, entre autres, le pensaient. A la lumière des recherches nouvelles concernant la production du rachitisme expérimental, nous croyons pouvoir affirmer *qu'il n'en est rien*. Nos expérimentations chimiques et physiologiques établissent que, par elles-mêmes, les farines lactées ne sont *nullement rachitigènes* (2).

L'étiologie du rachitisme est d'ailleurs tout entière remise en question, et l'on sait l'importance considérable de la *carence solaire* (démontrée par les effets curatifs des rayons ultra-violet), de l'inanition, de l'hérédité, de l'insuffisance glandulaire, qui, souvent, conditionnent les troubles digestifs, beaucoup plus que la qualité elle-même des aliments.

(1) R. Lecoq. — La diastase du malt et son emploi en diététique. *La Pharmacie française*, 1925, **29**, p. 2.

(2) R. Lecoq. — Farines lactées et rachitisme. *Journ. pharm. et chim.*, 1925, 8e série, **1**, p. 49.

4° Les farines lactées sont-elles scorbutigènes ?

Il suffit *de les préparer au lait*, mode normal de préparation, pour être assuré de ne voir apparaître aucun des symptômes devenus classiques de la maladie de Barlow. D'ailleurs, les quelques incidents qu'on a pu observer après une trop longue consommation de farine lactée *préparée à l'eau*, ont cédé rapidement au traitement par les *jus frais* (1).

Pratiquement, de cette étude, nous retiendrons les conclusions suivantes :

1° Il est préférable de ne pas donner de farines lactées aux enfants trop jeunes (c'est-à-dire avant le troisième mois) ;

2° Dans les cas d'intolérance lactée où s'impose l'alimentation par les farines lactées, il importe de ne pas prolonger trop longtemps (et surtout sans addition de jus d'oranges ou de raisins) l'usage exclusif de la farine lactée cuite à l'eau ;

3° Dans son emploi normal, c'est-à-dire préparée au lait, la farine lactée constitue un excellent aliment si elle est réellement diastasée.

Sachons en faire notre profit, et reconnaissons que les farines lactées, tant qu'elles restent dans leurs indications, constituent un notable progrès dans l'alimentation infantile ; elles s'imposent véritablement, à la condition, toutefois, de réunir un certain nombre de caractères indispensables (2). Ajoutons qu'elles présentent sur beaucoup d'autres préparations, l'avantage d'être toujours bien acceptées, parce que très *agréables au goût*. Or, on oublie trop souvent, et ce principe est essentiel en diététique, que les produits « mauvais », même sérieux et scientifiques, n'ont qu'une vogue éphémère ; un aliment destiné à l'enfant doit être, à la fois, pourvu de qualités *gustatives* et *scientifiques*.

(1) Mouriquand et Dechaume. — A propos d'un cas de scorbut infantile. *Lyon méd.*, 1923, **132**, p. 559.

(2) Les bonnes farines lactées doivent être : *lactées, dextrinées, diastasées* et apporter des *éléments féculents inattaqués* en proportion convenable. Consulter à ce sujet notre article : *Caractères que peut et doit présenter une bonne farine lactée*, *Concours médical*, 17 octobre 1926.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

L'ENQUÊTE DU Dr LOPEZ (DE BUENOS-AIRES) SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE SOCIALE EN FRANCE

Fragments de correspondance

par le Dr G. BATIER, de Strasbourg.

Travail primé de notre concours.

Devise : *Nihil humani a me alienum puto.*

Bordeaux, le 15 avril 1935.

Mon cher Président,

Je viens de quitter le bateau et, à peine débarqué sur la terre de France, je tiens à vous dire que mon voyage fut exceptionnellement heureux. Après l'insouciante vie du bord, qu'un flirt serré avec une charmante anglaise rendit particulièrement agréable, commence l'importante mission dont nos collègues m'ont chargé.

Je sens tout le poids de mes responsabilités. De mes observations dépend l'orientation de la profession médicale devant les problèmes sociaux de l'heure présente. Une erreur, une omission de ma part, risquent de peser lourdement sur l'avenir de notre collège national des médecins argentins. Mon âme se sent envahie de gravité ; elle se cuirasse d'énergie pour résister aux tentations que ma jeunesse a connues jadis au quartier latin.

Je vous renouvelle le serment fait sur le quai de Buenos-Ayres : toutes mes forces d'observation et de réflexion seront consacrées sans défaillance, pendant tout mon séjour, à l'étude de la médecine sociale en France et de ses effets sur les conditions d'existence professionnelles....

Paris, le 22 avril 1935.

Mon cher Président,

....

Ce qui paraissait simple a *priori* s'avère complexe à l'expérience. J'apprécie la profonde vérité de cet axiome, qui s'applique à ma mission sociale d'aujourd'hui comme à mes recherches biologiques d'hier.

La France demeure ce pays, tempéré dans ses mœurs et dans son climat, qui fit toujours notre admiration. L'autorité s'y fait à peine sentir et pourtant elle est obéie. Merveilleux effet de l'intelligence et de la souplesse de ses habitants, il y a chez elle, sans effort, une adaptation constante des masses aux besoins du Gouvernement et, d'autre part, une adaptation remarquable des pouvoirs publics aux mœurs et aux désirs des masses gouvernées.

Lorsque la loi sur les assurances sociales fut promulguée en 1927, elle trouva, pour son application, un corps médical profondément divisé. Les uns voulaient ignorer la loi et traiter les assurés comme si elle n'existait pas ; aux assurés de se tourner vers la Caisse, après paiement des honoraires au médecin traitant ! Les autres, redoutant la loi plus que les premiers, estimaient folie pareille attitude qui laisserait se développer une organisation formidable d'assurance-maladie en dehors du corps médical. Pour eux, la création de cliniques scolaires, de dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens, de centres anti-cancéreux où la thérapeutique était le principal moyen d'action, révélait déjà les inquiétantes tendances de l'Administration. Le même esprit se manifestait chez les grands industriels, qui étendaient au maximum leur autorité sur un personnel médical domestiqué.

Entre les intransigeants et les opportunistes, la lutte avait été chaude. Pendant la préparation de la loi, les intransigeants avaient accusé les opportunistes de trahir les intérêts du Corps médical, en collaborant avec les pouvoirs publics en vue de l'application de la loi.

Les opportunistes avaient accusé les intransigeants de ruiner les efforts qu'ils faisaient pour maintenir à la profession médicale ses conditions traditionnelles d'exercice. Prudemment, le législateur s'était gardé de départager les Capulet et les Montaigu. Profitant de cette division pour glisser dans la loi quelques dispositions que le Corps médical uni n'aurait point tolérées, il avait toutefois laissé à son œuvre assez de souplesse, pour qu'elle puisse s'adapter à des conceptions diverses dans la pratique.

Tel est l'historique que j'ai recueilli dans les milieux professionnels de Paris. Inutile de vous dire qu'on y a mêlé des considérations sur le temps présent. Mais la vie parisienne est trop spéciale pour une observation aussi délicate que celle dont je suis chargé. Je vais aller en province, où l'on me signale deux régions qui se sont adaptées à la loi de façons très différentes : Lille, foyer d'intransigeance médicale vis-à-vis de la loi, et Marseille, centre d'apportunisme...

Lille, le 30 avril 1935,

Mon cher Président,

....

Lille est une ville universitaire. C'est par ailleurs le centre commercial d'une des régions industrielles les plus denses et les plus productives du monde. *A priori* la médecine doit y être une profession intéressante et facile à exercer. Mais l'observation y montre des choses bien curieuses à ce point de vue.

A la tête du syndicat, à la tête de la fédération régionale, j'ai trouvé des professeurs de la Faculté. Ces Messieurs m'ont dit leurs efforts pour maintenir les traditions de la médecine libre. Afin de laisser à chacun le maximum d'indépendance, ils se sont même refusés à développer l'organisation syndicale et à renforcer leur secrétariat, malgré les conseils des Parisiens.

Ils se sont excusés devant moi d'avoir tout de même consenti des « accords collectifs » aux groupements industriels, que la loi autorise à l'application de l'assurance sociale. Mais ils m'ont fait remarquer que ces accords exceptionnels laissent le médecin complètement en dehors du jeu de l'assurance. Que le malade fasse venir le médecin ou qu'il aille le voir dans son cabinet, il verse personnellement à notre confrère les honoraires qu'il plaît à celui-ci de lui demander ; le malade se fait ensuite rembourser partiellement par la Caisse patronale. C'est l'idéal pour le Corps médical : j étais conquis.

Une ombre au tableau cependant. Comme je m'informais du nombre des praticiens, on m'apprit qu'il avait sensiblement diminué depuis dix ans. Pourtant les Facultés lancent, chaque année, le même nombre de jeunes docteurs dans la circulation. Qui m'éclaircira ce mystère ?

J'ai voulu rendre visite à quelques confrères qui ne soient ni professeurs ni dirigeants de syndicats. Dans un annuaire, j'ai pris au hasard quelques adresses. Partout l'accueil fut aimable. Mais partout, meubles usés qu'on répare mal ou qu'on ne répare pas, papiers de tapisserie déteints et qui, par endroits, laissent voir le mur, tapis dont la trame apparaît et même s'entrouvre. On sent la gêne jusque dans les vêtements, dont l'entretien soigneux ne masque point l'aspect élimé.

Un voile de mélancolie dans les yeux de presque tous. Mais quelle noblesse d'âme on devine chez ces hommes qui ont la pudeur de leurs sentiments et se tendent pour cacher leur détresse matérielle !

Ils sont fiers d'être indépendants, d'avoir conservé, malgré vents et marées politiques, les mêmes conditions d'exercice à leur profession qu'ont connues leurs pères. Ils ignorent les Caisses et s'en flattent.

Tous leurs malades les consultent directement ; tous, les honorent librement, et les assurés reçoivent en échange une sorte de quittance dont ils se servent auprès des Caisses pour l'application de la loi. De cette application, le médecin se désintéresse complètement ; il exerce comme autrefois, en marge de la loi qui joue à côté de lui, sans lui.

Interrogés sur l'affluence de la clientèle, les anciens avouent qu'elle a beaucoup diminué depuis une dizaine d'années. Quant au tarif, dont chacun demeure libre sous réserve de respecter le minimum syndical, ils n'ont pu l'élever assez pour compenser la diminution de leur activité, car ils craignent d'accélérer ainsi la fuite d'une clientèle qui se raréfie déjà spontanément.

....

Lille, le 5 mai 1935,

Mon cher Président,

....

Diminution du nombre des médecins..., raréfaction de la clientèle... ; l'état sanitaire serait-il en voie d'amélioration assez rapide pour produire de tels effets ?

Une visite à la mairie s'imposait. J'y retrouvai l'un des dirigeants du syndicat, qui est directeur du Bureau d'hygiène. Le confrère, très fin, très instruit — il est chargé de cours à la Faculté —, ne me céla point que l'état sanitaire est sensiblement le même depuis dix ans. Etant en fonction des conditions économiques plus que de toutes autres, la santé publique n'a pu subir que des variations insensibles, si on l'envisage dans son ensemble. Les statistiques vérifient cette vue de l'esprit ; celles de la mairie de Lille sont particulièrement intéressantes et j'en ai fait prendre copie.

Cependant le confrère-directeur du Bureau d'hygiène est plein de foi dans l'avenir. Les organisations d'hygiène sociale se sont prodigieusement développées et il escompte leur action progressive sur l'état sanitaire de la population.

La Ville a créé des cliniques scolaires où des médecins-fonctionnaires suivent tous les enfants de 6 à 13 ans, leur donnent gratuitement les soins nécessaires et les aiguillent en cas de besoin sur les dispensaires spécialisés ou sur les services des hôpitaux officiels. Bientôt sera votée la loi

qui prévoit l'enseignement post-scolaire obligatoire jusqu'à 18 ans ; alors les cliniques scolaires étendront leur action sur toute la population de 6 à 18 ans.

De la naissance, à l'âge de 6 ans, les enfants sont surveillés et soignés par les centres de puériculture. Ces centres, heureuse création du professeur de clinique infantile de la Faculté, fonctionnent sous sa direction, en dehors de l'autorité municipale, avec le concours d'œuvres subventionnées par la préfecture. Le service en est assuré gratuitement par ses élèves et anciens élèves, qui aiguillent sur sa clinique les cas intéressants.

Après le vote de la loi sur l'enseignement post-scolaire, il ne restera plus à combler que l'intervalle entre 18 et 20 ans, pour que toute la population soit médicalement suivie, avec fiches individuelles et tous soins nécessaires, depuis la naissance jusqu'à la fin du service militaire !

Pour les adultes, le directeur du Bureau d'hygiène déplore qu'on n'ait pas encore organisé la même chose. Il aurait voulu de vastes policliniques municipales et gratuites ; mais le Doyen de la Faculté s'y est opposé. Il y a eu là une lutte d'influence entre la municipalité qui poursuivait des fins politiques et la Faculté qui veut étendre progressivement son activité gratuite sur toute la population, exception faite, bien entendu, des gens assez aisés pour constituer la clientèle personnelle des professeurs.

Pour nous qui, étrangers au pays, observons les choses de plus haut, le fait essentiel est que les policliniques gratuites existent et se développent sans limites. Il nous importe peu qu'elles soient municipales ou universitaires.

Les dispensaires anti-tuberculeux pullulent à Lille qui fut leur berceau. La statue de Calmette le rappellerait au besoin à ceux qui l'auraient oublié. J'en ai visité deux. Ce sont de véritables policliniques des voies respiratoires. Quant aux tuberculeux que l'on dépiste, ils sont aussitôt dirigés sur le service hospitalier qui leur est propre ; là on les observe avant aiguillage sur le sanatorium. Je n'ai pu retenir un sourire, en apprenant que l'aimable directeur du Bureau d'hygiène, chargé de cours à la Faculté, est également le chef de ce service hospitalier.

Les dispensaires anti-vénériens ont eu un essor inattendu. Tout d'abord la clientèle féminine se dérobait. On eut alors l'idée de créer à son usage des dispensaires spéciaux, dits gynécologiques ; ce fut le succès ! Il est, en effet, curieux que les femmes, honteuses d'une syphilis, ne cachent rien des suppurations les plus répugnantes.

Pour terminer le tableau de la médecine sociale, il faut ajouter le centre anti-cancéreux que dirige le professeur Comte, président du syndicat des médecins. Ce savant, doublé d'un homme pratique, m'a raconté que des confrères avaient eu l'impudence, il y a quelques années, de traiter le cancer en cliniques privées selon les méthodes modernes. Il y mit bon ordre : grâce à une forte subvention de l'Etat, il réduisit temporairement son tarif à 30 % des prix de revient et les confrères ruinés ont disparu. La Faculté dispose ainsi du monopole de fait.

Cette fois je tiens l'explication qui m'échappait au début de mon enquête dans cette riche région. Je comprends que le nombre des médecins ait diminué et que pourtant la clientèle des praticiens soit de plus en plus rare. Nos confrères ont ignoré la médecine sociale. Ils se sont crus vainqueurs parce que, dans le cadre de la loi sur les assurances sociales, ils maintenaient les rapports traditionnels entre le malade et son médecin. Ils n'ont vu qu'une figure de Protée et Protée les a vaincus !

Marseille, le 20 mai 1935,

Mon cher Président,

. . . .

Ma première visite ici fut pour le syndicat des médecins. Comme je demandais à voir le secrétaire, j'appris avec stupeur qu'il y en a trois : un pour la vie intérieure et deux pour les affaires extérieures (assurance-maladie et hygiène sociale). Ne voulant point d'un fonctionnaire syndical qui se retirerait de la vie normale de la profession et en oublierait peu à peu les nécessités, les Marseillais n'ont pas trouvé de meilleure solution que la division du travail, devant l'extraordinaire développement de leur vie collective.

Réserve faite des malades très aisés que leur situation laisse en dehors de l'assurance légale, toute la médecine et toute l'hygiène sociale font ici l'objet de contrats collectifs, passés entre le syndicat et les organisations intéressées. Les médecins des lycées, par exemple, sont nommés par entente entre l'Université et le syndicat, qui règlent d'accord les conditions du service. Il en est de même de tous les emplois spéciaux.

L'inspection médicale des écoles a été organisée par contrat entre la Ville et le syndicat : la nomination des médecins appartient à la Ville, mais elle n'est faite que pour trois ans et sur proposition du syndicat qui élimine ainsi les influences politiques ; une clause interdit la thérapeutique dans ce service et il n'y a point de cliniques scolaires à Marseille.

Les centres de puériculture ont été organisés par un accord entre la préfecture, le syndicat et le professeur de clinique infantile de la Faculté. La thérapeutique y est interdite. Les médecins en sont nommés par le préfet sur proposition du syndicat ; ils sont rémunérés.

Les dispensaires anti-tuberculeux sont organisés aussi par contrat avec le syndicat. Les médecins en sont nommés sur proposition du syn-

dicat ; ils centralisent l'action anti-tuberculeuse, à laquelle collabore tout le Corps médical, moyennant rétribution. Le médecin traitant garde la direction thérapeutique de son malade et, à ce point de vue, le médecin du dispensaire joue le rôle de consultant.

Les dispensaires anti-vénériens n'existent pas. Le professeur de dermatologie de la Faculté a fermé spontanément celui qu'il avait ouvert à l'instigation du ministre de l'hygiène, tant étaient beaux les résultats de la lutte anti-vénérienne depuis qu'elle est organisée avec le concours de tous les médecins, par contrat collectif entre le syndicat et la Préfecture. Ce professeur est le directeur technique de la lutte. Le contrôle du laboratoire est obligatoire ; mais tous les laboratoires répondant aux conditions fixées sont admis au service et le médecin a le libre choix entre eux.

Le centre anti-cancéreux qui, organe d'Etat, était au début une véritable usine pour traitements en série, a pris récemment figure plus scientifique. C'est maintenant un centre de recherches, où la thérapeutique est un moyen de contrôle au lieu d'être une fin, où l'on est fier des expériences histo-physiologiques et physico-chimiques que l'on y poursuit, bien plus que du nombre de malades traités. Cela résulte d'un contrat passé entre les Caisses d'assurance, le centre anti-cancéreux et le syndicat, de telle sorte que le tarif est uniforme pour le Centre et tous médecins en état de pratiquer cette thérapeutique spéciale. D'autre part, le Centre s'interdit les soins aux malades aisés.

Quant à la loi d'assurances sociales, nos confrères marseillais l'ont vu venir sans crainte. Ils s'y sont adaptés d'emblée en faisant, avec les Caisses, un contrat collectif. Par ce contrat, ils ont même admis que la Caisse s'interposât entre le malade et le médecin comme tiers-payant. Ils sont allés plus loin encore : ayant revendiqué le droit exclusif du syndicat au contrôle médical, ils ont voulu le paiement des honoraires de Caisses par l'intermédiaire du syndicat, de manière à posséder un moyen d'action qui rende leur contrôle efficace. Ils ont ainsi évité le regard des profanes en une matière qui doit rester médicale et confidentielle.

Dans la pratique journalière, l'assuré va chez le médecin de son choix, sous réserve que ce médecin soit syndiqué. Il le rémunère avec un ticket, remboursable à la Caisse pour le prix du tarif contractuel, et complète éventuellement à ses frais les honoraires que demande le médecin. Ce dernier adresse en fin de mois les tickets au syndicat qui, après contrôle, les présente à la Caisse pour paiement à dix jours de vue.

Le libre choix de l'établissement hospitalier est assuré selon les mêmes principes : la Caisse rembourse le prix de journée jusqu'à concurrence d'un maximum que le contrat détermine ; bien entendu les actes médicaux ne sont pas compris dans le prix de journée.

Mais où les choses sont vraiment extraordinaires, c'est à l'hôpital d'enseignement qui est adjoint à la Faculté de médecine. Les policliniques participent au contrat collectif que le syndicat a passé avec les Caisses d'assurance et se sont engagées à maintenir, pour les assurés, le tarif minimum du syndicat. Les chefs de services m'ont dit qu'ils sont très contents de ce système. Ils ont un peu moins de consultants qu'avant, mais ils reçoivent tous les cas difficiles, que les praticiens n'hésitent plus à leur adresser, depuis qu'on ne redoute plus l'activité gratuite des policliniques. Enfin ils ont, de ce chef, de belles ressources, qui leur permettent d'outiller richement leurs services en instruments de recherche ou d'enseignement.

Inutile de vous dire qu'ici les praticiens ont la vie facile. Leurs maisons confortables sont ornées de meubles soignés et même d'œuvres d'art. Beaucoup ont une riche bibliothèque. Les anciens m'ont confié que les assurances sociales avaient augmenté le recours au médecin, grâce aux précautions prises par le syndicat pour truster l'activité médicale par contrats collectifs.

Au point de vue moral, la profession n'a rien perdu. D'aucuns pensent qu'elle a même gagné à l'introduction des assurances sociales, car le contrôle exercé par le syndicat retient les volontés chancelantes qui, dans l'indépendance de la pratique ordinaire, transgresseraient impunément les règles de la morale professionnelle.

J'hésite à continuer, car vous allez douter de ma véracité. Pourtant je vous jure que tout ceci est vrai, bien qu'écrit sous le ciel de Provence !

Les chefs des services hospitaliers, qu'ils soient ou non professeurs à la Faculté, n'ont aucun cabinet privé de consultations et ne vont point en ville, sauf en consultation avec un confrère. Le syndicat est arrivé à ce résultat, non sans difficultés, en profitant des assurances sociales au moment de leur instauration. Je passe sur les moyens diplomatiques que le président du syndicat m'a exposés avec l'humour de sa race.

L'essentiel était d'assurer aux chefs de services une situation matérielle qui leur fasse aisément renoncer à toute clientèle personnelle. On y est arrivé, toujours par contrat collectif, en assimilant l'hôpital d'enseignement à une clinique privée, vis-à-vis des Caisses de malades. Ainsi les chefs de service sont rémunérés pour tous actes médicaux dont les assurés sont l'objet. Ils perçoivent un traitement fixe pour leurs soins aux indigents. Ceux qui enseignent y ajoutent leur traitement universitaire. Enfin, les consultations avec les praticiens se sont multipliées, maintenant que ces derniers ne craignent plus la concurrence des maîtres.

Conséquence heureuse et que l'on pouvait prévoir : les malades sont beaucoup mieux soignés depuis que les chefs de services, n'étant plus distraits par leur clientèle, passent la majeure partie de leur temps à l'hôpital. Quant aux étudiants, ils affluent, car ils savent que les professeurs peuvent se consacrer plus largement à leur tâche universitaire. Et les professeurs ? Eh bien, ils sont contents. Ils ont moins de frais, beaucoup plus de temps pour leurs travaux personnels et, si certains d'entre eux gagnent moins qu'avant, d'autres gagnent plus ; tous ont une existence moins fébrile, plus agréable, mieux adaptée tout à la fois aux joies de la vie et à la recherche scientifique.

Je sens bien que vous ne me croyez pas ! Vous pensez que je galège, comme disent mes amis de Marseille, après avoir bu quelque Châteauneuf sous le bastidon d'un confrère ! Aussi ai-je pris mes précautions. Ma valise est pleine de documents, déclarations autographes, statistiques, photographies, qui prouveront au collège national des médecins argentins que je n'ai pas rêvé la prodigieuse, l'admirable réalisation de nos confrères provençaux !

JURISPRUDENCE

Honoraires. — Prescription

JUSTICE DE PAIX DE MARLY-LE-ROI.
13 février 1926.

(*Archives du « Sou médical »*).

La prescription de deux ans est fondée sur une présomption de paiement. Elle ne peut être utilement invoquée, lorsqu'il est démontré que la somme réclamée n'a pas été réellement payée.

Attendu que le docteur B. demande que P. soit condamné à lui payer avec intérêts de droit et dépens la somme de trois cent quinze francs pour honoraires et soins d'accouchement de Madame P.

Attendu que, pour faire échec à cette action, P. a tout d'abord soutenu qu'ayant droit à l'assistance médicale gratuite, il ne pouvait être tenu au paiement des honoraires réclamés, puis pour faire rejeter la demande (les soins donnés remontant au mois d'octobre 1920), il a invoqué la prescription prévue par l'article 2272 du code civil. Attendu que, d'autre part, il a déclaré se porter reconventionnellement demandeur en paiement de soixante-douze francs pour travaux et fournitures concernant l'automobile. Sur la demande principale ; attendu que P. ne justifie pas qu'il a été admis à F à l'assistance médicale gratuite ; qu'il est par conséquent tenu de payer les honoraires réclamés pour les soins donnés à sa femme. En ce qui concerne le moyen de prescription opposé par P. : attendu que les courtes prescriptions établies par l'article 2272 du code civil sont fondées sur une présomption de paiement, qu'elles ne peuvent, par suite, être utilement invoquées lorsqu'il est démontré que la somme réclamée n'a pas été réellement payée ; attendu en fait que P. n'a pas payé les honoraires dus au docteur B... puisqu'il prétendait avoir droit à l'assistance médicale gratuite ; qu'il ne peut dès lors utilement opposer la prescription par lui invoquée ; que ce moyen doit donc être rejeté. Au fond : attendu que la somme réclamée par le docteur B... lui est bien et légitimement due ; qu'il y a lieu de contraindre P. au paiement de cette somme ; attendu toutefois qu'il convient, en raison de sa position, de lui accorder des délais pour se libérer. Sur la demande reconventionnelle ; attendu que P. réclame reconventionnellement la somme de soixante-douze francs pour prix de travaux et fournitures concernant une automobile ; attendu que le docteur B... trouve ce prix exagéré et ne reconnaît devoir que trente-deux francs : mais attendu que des débats, il résulte que le prix des travaux et fournitures en question s'élève bien à soixante-douze francs. Par ces motifs, jugeant en dernier ressort : Disons que la somme réclamée par le docteur B... est bien et régulièrement due par P. ; rejetons comme mal fondée l'exception de prescription par lui opposée ; par suite, le condamnons à payer avec intérêts de droit et dépens au docteur B... la somme de deux cent soixante cinq francs qu'il lui doit pour honoraires ainsi qu'il est dit ci-dessus ; condamnons reconventionnellement le docteur B... à lui payer la somme de soixante-douze francs pour les causes sus-dites ; compensation faite de ces deux condamnations ; disons toutefois que P. se libèrera de sa dette en principal et accessoires par fractions mensuelles de vingt francs à compter du premiers mars prochain (1926) mais qu'à défaut de paiement à son échéance d'une seule fraction ce qui restera dû deviendra de droit exigible. Et condamnons P. aux dépens.

Commentaires,

Que peut faire un médecin, lorsqu'on lui oppose la prescription ?

Tout d'abord, il doit savoir que cette prescrip-

tion est fondée sur une présomption de paiement. Par conséquent, il faut que le débiteur apporte la preuve qu'il a payé le docteur. Il ne lui suffirait pas, en effet, de venir déclarer qu'il ne doit rien, sous le prétexte qu'il y a plus de deux ans que les soins ont été donnés.

Au cas où le client ne pourrait pas présenter une quittance, délivrée par le praticien, celui-ci pourrait déférer le serment, en vertu de l'article 2275 du code civil.

Devant le tribunal, en audience publique, le débiteur est invité à jurer qu'il a bien payé son docteur.

Beaucoup de gens hésitent ainsi d'être parjures; mais je suis bien certain que quelques clients indélicats et peu reconnaissants n'hésiteraient pas à prêter un faux serment, en affirmant qu'ils ont bien réglé en son temps la note d'honoraires qui est contestée.

Ce serment est décisoire, en ce sens qu'il termine le procès. Mais si le débiteur se refuse à prêter le serment qui lui est demandé, c'est un aveu de sa part et il est condamné à payer au médecin ce que réclame celui-ci. (Tribunal civil de la Seine, 13 février 1907).

Un jugement du tribunal civil de la Seine, 20 février 1924, a admis la demande d'un médecin, qui entendait déférer le serment à un de ses clients, qui soutenait s'être acquitté envers son docteur.

Le médecin peut invoquer toutes sortes de preuves. Par exemple, la prescription est interrompue par la reconnaissance que le débiteur fait du droit de celui contre lequel il prescrivait. Cette reconnaissance peut être tacite et découler notamment du paiement d'une partie de la dette (Tribunal civil de la Seine, 5e chambre, 8 juin 1898, *Concours médical*, 1898-431.)

La prescription de deux ans, reposant sur une présomption de paiement, ne peut être opposée à l'action d'un médecin, en paiement de ses honoraires, pour soins donnés depuis plus de deux ans, lorsque les variations dans le système de défense du légataire universel du malade démontrent qu'il est lui-même incertain sur le paiement (Tribunal civil de la Seine, 6 mars 1901 ; *Concours médical*, 1901.305.)

Dans l'espèce, qui a motivé le jugement de Marly-le-Roi, rapporté ci-dessus, l'aveu de non-paiement a été fait, par le débiteur, lorsque celui-ci a déclaré qu'il ne devait rien, du moment où il avait demandé son inscription sur les listes de l'assistance médicale gratuite.

Remarquons, en passant, cette désinvolture de certains clients, qui, parce qu'indigents, ou demi-indigents, prétendent que c'est la collectivité qui doit se substituer à eux, pour payer le médecin et s'ils ne peuvent pas obtenir le bénéfice de l'assistance médicale gratuite, froidement ils refusent tout honoraire au praticien qui les a soignés et même invoquent la prescription.

Sont-ce les tarifs d'honoraires imposés au nom de la médecine sociale qui nous valent cela ?

Dr Paul BOUDIN.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Pour remédier à un abus (1)

Les assureurs et leurs défenseurs ne manquent pas une occasion de récriminer contre l'abus reproché à de nombreux accidentés du travail, ainsi qu'à leurs médecins, consistant en une prolongation sans nécessité des incapacités temporaires et des soins.

Ces doléances ne sont pas sans fondement, bien qu'elles nous paraissent sciemment exagérées dans l'intention d'arriver aux fins que se proposent les assureurs ; la suppression du libre choix du médecin.

Pour appuyer leurs plaintes, les intéressés font tantôt remarquer que, dans tel cas cité par eux, le montant des frais de traitement aurait dépassé le total des indemnités journalières reçues par le blessé.

Tantôt au moyen de statistiques plus ou moins complaisantes et d'une conclusion sujette à caution, on prétend démontrer qu'un accidenté du travail, ayant droit à une indemnisation, se fait soigner plus longtemps et reprend ses occupations plus tardivement qu'un autre blessé d'une lésion identique ne devant recevoir aucun subside.

De ce qu'une note de frais de traitement soit supérieure au montant des indemnités journalières dues au patient, s'ensuit-il que le médecin a dû nécessairement donner des soins inutiles ou réclamer des honoraires indus ?

N'arrive-t-il pas fréquemment qu'une personne ait besoin de dépenser beaucoup pour se faire soigner sans être obligée de suspendre ses occupations habituelles ? Dans pareil cas, les frais du traitement seront assez élevés sans perte de temps pour celui qui les supporte.

Quant à la constatation relative à la différence existant entre le temps de traitement pour des lésions de même nature chez deux catégories de blessés, ceux qui sont indemnisés et ceux qui ne le sont point, elle est explicable.

(1) *Le Droit ouvrier.*

Tout d'abord, il faudrait que la sincérité des statistiques dont on prétend faire état ne soit pas discutable. En outre, lesdites statistiques devraient porter sur des sujets de même constitution, ayant les mêmes diathèses, atteints de tares semblables et ayant subi des lésions identiques, ce qu'il n'est pas facile d'établir.

Mais, en admettant que les cas examinés soient de même nature en tous points, il n'est pas surprenant que celui qui ne peut prétendre à une indemnisation soit contraint, par les nécessités de la vie, de reprendre au plus tôt les occupations qui, seules, lui permettent de subsister.

Au contraire, celui qui reçoit une aide prolonge le traitement, le repos, la convalescence que réclame son état aussi longtemps qu'il les croit utiles à son complet rétablissement.

La loi de 1898 a prévu les abus susceptibles de se produire. Son article 4 autorise le chef de l'entreprise responsable, — et par voie de substitution, son assureur — à désigner un médecin inspecteur ayant accès auprès du blessé hebdomadairement pour contrôler les soins qui lui sont donnés et la légitimité de la suspension de son travail. Les intérêts de ceux qui, légalement, doivent payer lesdits soins — selon le tarif réduit établi — et les indemnités journalières ne peuvent donc, normalement, se trouver gravement compromis.

Au bout d'une semaine, au maximum, le médecin avisé peut signifier au blessé et à son médecin qu'il considère la prolongation de l'incapacité temporaire et du traitement comme étant sans nécessité et que, dès tel jour, il conteste l'opportunité de l'une et de l'autre, avertissant le médecin traitant qu'il s'expose à n'être plus payé et la victime de l'accident qu'elle a intérêt à se remettre à un travail quelconque, parce qu'il y a des chances que, dorénavant, on ne lui verse plus ses indemnités de demi-salaire.

S'il y a désaccord sur la date à laquelle doit prendre fin l'incapacité temporaire, l'article 4 précité permet encore à l'adversaire du blessé et de son médecin, lorsque l'accident n'a entraîné qu'une incapacité temporaire ne devant laisser à sa suite aucune incapacité permanente pouvant donner lieu à l'attribution d'une rente, de fournir au juge de paix compétent un certificat attestant que le blessé est en état de se remettre au travail et que celui-ci s'y refuse. En conséquence, l'employeur ou son assureur demande qu'une expertise soit ordonnée.

Peut-on vraiment affirmer que les garanties manquent au débiteur des indemnités et frais de traitement prévus par la loi de 1898 ? Nous répondrons non. Dans la plupart des cas d'abus réels, la responsabilité de leurs conséquences pour les caisses assureuses incombe à ceux qui négligent les moyens de contrôle mis par la loi à leur disposition. On est tenté de penser que les compagnies d'assurances se prêtent complaisamment à la fraude pour nourrir leurs dossiers constitués en vue d'arriver à leurs fins : la suppression du libre choix du médecin pour les accidentés. En outre, quand un médecin marron est pris en flagrant délit ... d'exagération, dans la crainte d'une chute de l'épée de Damoclès suspendue au-dessus de lui, il accepte toutes les réductions de notes d'honoraires qu'on veut lui imposer ; il est aux ordres des assureurs contre ses clients.

Quand les Compagnies d'assurances seront vraiment disposées à faire cesser les abus dont elles se plaignent, elles devront user de la faculté de contrôle que leur donne la loi et agir au grand jour contre ceux qui se rendent coupables, en se servant des armes mises à leur disposition par le législateur.

Elles auront l'approbation des honnêtes gens, à la condition que leurs médecins et leurs contentieux agissent en toute loyauté envers les accidentés et leurs ayants droit.

E. Quillent.

VARIÉTÉS

Georges CUVIER (1769-1832)
Un grand naturaliste. Créateur de la Paléontologie.

M. le Dr Louis Roule, professeur au Muséum d'histoire naturelle, qui vient de commencer la publication de ses Etudes Ichthyologiques (1), en un très beau premier volume, a entrepris d'écrire pour le public intelligent, désireux de s'instruire, l'histoire de la nature vivante d'après l'œuvre des grands naturalistes français. Il a trouvé au Muséum, parmi ses illustres devanciers, les six grands savants qui synthétisent le mieux l'éclosion et le développement de l'étude des sciences naturelles en France. Après Buffon qui s'attacha à la description de la nature, et Daubenton qui songea à son exploitation, vient Cuvier, le véritable créateur de la science de la nature, que Lamarck saura si remarquablement interpréter, dont Bernardin de Saint-Pierre fera admirer l'harmonie et dont Lacépède déduira la philosophie.

Nous avons publié ici une analyse du beau livre de M. Roule sur Buffon ; nous avons consacré l'an dernier un assez long article à Daubenton, aujourd'hui nous allons résumer toujours

(1) Dr Louis Roule. — *Les Poissons et le monde vivant des eaux.* Delagrave, éditeur, 15, rue Soufflot, Paris, Ve.

d'après M. Roule la vie et l'œuvre de Cuvier (1).

Buffon fut l'initiateur dont Cuvier poursuivit l'œuvre avec une puissance de travail et d'intelligence qui lui valut une renommée égale sinon supérieure à son grand précurseur. Ce fut Cuvier qui développa l'anatomie comparée et créa de toutes pièces la paléontologie avec une ardeur géniale qui le place, pour les naturalistes, bien au-dessus de Buffon.

M. Louis Roule qui, dans plus d'un objet de ses propres études, continue l'œuvre de Cuvier, a pour son prédécesseur une admiration sans réserves et nul mieux que lui ne pouvait, en résumant éloquemment sa vie et son œuvre, nous la faire plus largement partager.

***

Jean-Léopold-Nicolas-Frédéric Cuvier, dit Georges Cuvier, naquit à Montbéliard, le 23 août 1769. Montbéliard, bien que de langue et de sentiments français, était la capitale d'une principauté, propriété des ducs de Wurtemberg. Le père de Cuvier avait été officier dans une compagnie suisse au service de la France, il vivait modestement de sa retraite et d'un petit emploi public à Montbéliard. Sa mère, femme très intelligente et protestante d'une grande piété, prit une part très active à l'éducation et à l'instruction de son fils qui, dès son enfance, laissait présumer un brillant avenir. Destiné d'abord à une bourse de l'Université de Tubingen, il fut remarqué par le Duc de Wurtemberg qui l'admit à l'Académie Caroline, fondée près de Stuttgard dans le château de la Solitude. Cuvier choisit à l'Académie la section administrative où l'on étudiait le droit administratif, la tenue des livres, les finances, l'hygiène, la réglementation des eaux et forêts et les sciences naturelles. Il apprit là l'allemand qu'il ignorait et se passionna pour l'étude des sciences naturelles, étude que lui facilitaient sa grande mémoire et un véritable talent de dessinateur. Il se livra à des dissections avec son ami Kielmeyer qui devait acquérir un renom mérité d'anatomiste philosophe. Revenu à Montbéliard après quatre ans d'études en 1788, il y attendait sa nomination à un poste administratif quand la nécessité de vivre lui fit accepter les fonctions de précepteur auprès du jeune fils du comte d'Héricy, protestant, qui habitait en Normandie le château de Fiquainville près de Fécamp.

Il y resta sept années, pendant toute la tourmente révolutionnaire, occupant ses loisirs à l'étude des sciences naturelles et plus particulièrement à celle des poissons, des crabes, des coquillages. Secrétaire du Club de Valmont, bourg voisin de sa résidence, club qui avait plus l'allure d'un cercle agricole que d'une société politique, il y fit connaissance avec un réfugié l'abbé Tessier, agronome, ami et disciple de Daubenton, qui, surpris de l'étendue de ses connaissances scientifiques, lui fit faire un cours d'histoire naturelle aux étudiants de l'hôpital de Fécamp qui se préparaient à la chirurgie militaire (1794-1795) et le recommanda chaleureusement à ses amis du nouveau Muséum de Paris, Jussieu, Daubenton, Geoffroy Saint-Hilaire. Cuvier vint donc à Paris en 1795. Il fut immédiatement jugé à sa valeur et chargé d'un cours à l'Ecole centrale du Panthéon et de la suppléance de Mertrud, trop âgé, qui occupait la chaire d'anatomie des animaux au Muséum.

A la mort de Daubenton en 1800, Cuvier obtint la chaire d'histoire naturelle au Collège de France et deux ans plus tard, à la mort de Mertrud, de suppléant il devint titulaire de la chaire d'anatomie des animaux qui prit à sa demande le nom de chaire d'anatomie comparée. Il s'installa alors définitivement au Jardin des Plantes dans la petite maison où il mourut et que l'on peut encore visiter. Il appela auprès de lui comme préparateur son frère Frédéric Cuvier, qui fut lui-même un naturaliste distingué. En 1804 il épousa Anne-Marie Coquet du Trézaille, veuve de Duvaucel, fermier général, guillotiné pendant la Terreur. Mme Cuvier, qui n'avait pas une grande fortune, était mère de trois fils et une fille de son premier mariage. Cuvier eut d'elle quatre enfants qu'il eut la douleur de voir mourir successivement ainsi que sa femme.

Cuvier se consacra entièrement à l'enseignement et à ses recherches. Desservi par une voix blanche et sans timbre, évitant les belles périodes, il ne pouvait être apprécié que par des auditeurs sérieux. Il en eut beaucoup, tous s'enthousiasmèrent de sa méthode, de sa logique et de son merveilleux talent de dessinateur. D'abord collaborateur de son ami Geoffroy Sanit-Hilaire avec lequel il disséquait, il dut travailler seul quand ce dernier accompagna Bonaparte en Egypte.

Membre de l'Institut, dès sa création en 1796, section de zoologie de l'Académie des sciences, il en fut en 1800 nommé secrétaire et, en 1803, secrétaire perpétuel pour les sciences physiques.

Le laboratoire, les galeries des collections, l'enseignement, le secrétariat perpétuel ne suffirent pas à l'activité de Cuvier. Il accepta en 1802 de remplir les fonctions d'inspecteur général de l'Instruction publique. Ces fonctions lui permirent de faire à Bordeaux, à Nice et à Marseille d'intéressantes études sur les poissons et les mollusques. En 1808, il devint conseiller de l'Université et fut chargé de missions à Turin, à Gênes, à Pise et en 1811 en Hollande. Ces mis-

(1) Dr Louis ROULE. — L'histoire de la nature vivante d'après les grands naturalistes français : III *Cuvier et la science de la nature*. Ern. Flammarion, édit., Paris.

sions officielles ne l'empêchèrent pas de continuer ses travaux et de publier un *Rapport historique sur les progrès des sciences naturelles depuis* 1789 et ses recherches sur *les ossements fossiles.* En 1813, il fut envoyé à Rome par l'Empereur pour y organiser l'Université. Nommé à son retour maître des requêtes au Conseil d Etat, il devint, l'année suivante, conseiller d'Etat. Il avait alors 45 ans.

M. Roule nous fait pénétrer dans la vie intime de cet homme prodige qui commençait sa journée à 9 heures et la terminait à minuit, lisant pendant ses repas et ne perdant jamais une minute.

A la chute de l'Empire, Cuvier qui était à la fois Conseiller d'Etat, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences et professeur fut maintenu dans ses fonctions par la Restauration. D'esprit libéral, il contribua à réfréner le zèle des ultras et à diminuer les excès des cours prévôtales. Il refusa en 1818 le ministère de l'Intérieur. Ses talents d'administrateur le firent à deux reprises nommer grand maître de l'Université, il déclina la charge de Directeur du Muséum. En 1824, il fut nommé président de section au Conseil d'Etat, puis, comme protestant, chargé de la direction des cultes non catholiques. Il refusa en 1827 les fonctions de censeur de la presse. Il devint baron et grand officier de la Légion d'honneur. Il avait été élu en 1818, membre de l'Académie française.

La Monarchie de juillet lui décerna le titre de membre de la Chambre des Pairs et songeait à l'élever à la charge de président du Conseil d'Etat quand il fut enlevé le 13 mai 1832, après cinq jours de maladie, vraisemblablement par une attaque de choléra.

***

L'on est stupéfait que Cuvier ait pu, en occupant avec activité autant de fonctions officielles, laisser une œuvre scientifique aussi considérable. Il faut en lire le résumé dans le beau livre de M. Roule pour pouvoir en comprendre toute l'importance.

Ses travaux eurent trait à l'anatomie comparée des animaux. Le règne animal et la zoologie descriptive tout d'abord le passionnèrent. En 1798, il publia le *Tableau élémentaire de l'histoire naturelle des animaux.* Outre d'innombrables mémoires et communications, il put en 1817 faire paraître *Le règne animal distribué d'après son organisation*, résultat de 20 années de travaux, comprenant quatre volumes : 1° Mammifères et Oiseaux ; 2° Autres Vertèbrés, Mollusques et Annélides ; 3° avec son assistant Latreille, les Insectes ; 4° les Animaux inférieurs.

Il avait entrepris la rédaction d'une *Iconographie du règne animal*, continuée par son frère Frédéric et terminée en 1842 par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, comprenant 450 planches et 6.200 figures.

Avec son collaborateur Valenciennes, il avait entrepris d'écrire l'*Histoire naturelle des poissons* dont le premier volume parut en 1828 et dont Valenciennes fit paraître le vingt-deuxième et dernier tome en 1849. Près de cinq mille espèces différentes sont décrites et étudiées dans cet ouvrage.

Les recherches sur les ossements fossiles et les révolutions du globe portèrent au summum la gloire scientifique de Cuvier. Son premier mémoire *sur les ossements qui se trouvent dans le gypse de Montmartre* date de 1798. En 1812, il écrivit avec Brongniart quatre volumes de *Recherches sur les ossements fossiles* précédées d'un *Discours sur la Théorie de la terre.*

Ces recherches, accrues et modifiées en 1825 furent transformées en un ouvrage de sept volumes, intitulé : *Recherches sur les ossements fossiles où l'on rétablit les caractères de plusieurs animaux dont les révolutions du globe ont détruit les espèces* et le discours préface fut transformé en un *Discours sur les révolutions de la surface du globe et sur les changements qu'elles ont produits dans le règne animal.*

Les interprétations de Cuvier ont été notablement modifiées par des faits nouveaux qui ont donné lieu à des idées nouvelles et la science a depuis singulièrement progressé. Mais Cuvier a sur ce point fait de si grandes découvertes qu'il mérite le titre de *Créateur de la Paléontologie*, titre qui a été gravé en souvenir sur un pan de rocher aux flancs de la Butte Montmartre.

Dans ses éloges et dans ses innombrables rapports, Cuvier se révèle un historien des sciences, un vulgarisateur, un critique, un philosophe, même un moraliste.

Un des grands mérites de Cuvier fut sa méthode. Il s'attachait à la recherche des faits, il s'obstinait à les considérer seuls, les coordonnait avec soin et les classait tels qu'ils se présentaient. Il suivit la route de la méthode concrète qui avance lentement mais avec exactitude. Il a hérité de l'esprit scientifique de Buffon et s'est éloigné de la science conjecturale dont la méthode abstraite conduit aux brillantes hypothèses, aux systèmes dans lesquels on s'efforce à faire rentrer les faits parfois au détriment de la vérité.

M. le Pr Roule, dans un chapitre intitulé les « Phases de la création », montre Cuvier complétant et précisant les idées émises par Buffon dans les *Epoques de la nature* et, après un saisissant tableau des diverses phases par lesquelles a passé, au cours des siècles, cette nature vivante, le savant Professeur du Muséum termine son livre sur Cuvier en montrant le rang à part que s'est donné l'Homme, qui a su asservir pour son usage les forces et les productions de la terre.

Cécile Noir.

LE GRAND V.E.M. A PLOMBIÈRES-LES-BAINS

Conférence de M. le Docteur Truelle Président de la Société Médicale.

Le V. E. M. de 1926 fut particulièrement bien organisé, bien composé. Il groupa, sous l'éminente direction de M. le professeur CARNOT, secondé par M. le professeur agrégé HARVIER, un nombre imposant de médecins français et des confrères venus des quatre coins du monde : Anglais, Belges, Brésiliens, Danois, Egyptiens, Espagnols, Hollandais, Portugais, Maltais, Roumains, Suédois, Suisses, Turcs.

Il est d'usage, il est de tradition maintenant d'inclure dans le programme les plus belles excursions que le pays peut offrir.

Pour ne point faillir à cette heureuse initiative, les Congressistes venant de Luxeuil, le samedi matin 4 septembre, avaient choisi la route si pittoresque du Val-d'Ajol. D'énormes auto-cars avaient gravi la route des Feuillées où ils avaient pris le repas de midi. Ils étaient ensuite descendus sur Plombières, une des plus anciennes et des plus ravissantes stations thermales de France, une privilégiée qui offre à ses baigneurs la possibilité d'une cure d'air, en même temps qu'une saison d'eaux.

Les congressistes, dès leur arrivée, se dirigèrent au Casino où le docteur TRUELLE, président de la Société médicale, leur fit la conférence suivante, comportant d'utiles indications sur les ressources thérapeutiques de cette station :

Monsieur le Professeur, Mesdames, Messieurs,
Mes chers Confrères,

Vous ne sauriez faire un pas dans notre vieille ville de Plombières toute empreinte d'histoire, sans évoquer un souvenir, sans rencontrer de vieilles pierres témoins éloquents du passé pour qui sait pénétrer leur langage.

Plombières est essentiellement une station thermale, au sens précis et étymologique du mot. Certaines de ses sources sont parmi les plus chaudes d'Europe.

Les Romains étaient des amateurs d'eau chaude. Ceci nous explique pourquoi vous trouverez ici, heureusement conservés, ces admirables travaux de substructions de l'époque gallo-romaine. Eux qui n'avaient à leur disposition que de l'énergie musculaire : ouvriers, esclaves, bêtes de somme, ont su accomplir à Plombières avec ces seules ressources, de véritables prodiges.

Ils sont parvenus, pour séparer les eaux chaudes des eaux froides qui primitivement se mêlaient le long du thalweg, à accrocher la rivière au flanc du coteau dans un lit artificiel suspendu au rocher de la rive gauche. Ce canal, construit avec la solidité habituelle aux travaux de cette époque, avait 6 m. 75 de large. Ils ont ensuite affouillé le sol des alluvions jusqu'au granit ; et de leur indestructible béton, ils ont élevé une digue épaisse obstruant complètement la vallée. Maîtres de la totalité des eaux chaudes, il ne leur restait plus qu'à édifier leurs thermes. Comme ils n'avaient pas de machines élévatoires, ils ont forcé les eaux à s'élever d'elles-mêmes ; de sorte qu'on peut dire que primitivement la station gallo-romaine reposait sur une immense nappe radioactive. Actuellement, pour la commodité de nos bains en baignoires et de nos douches, des machines élèvent cette nappe jusqu'en des réservoirs qu'on vous montrera tout à l'heure.

En 451 les Huns, ayant à leur tête Attila, détruisirent Plombières. Ce n'est que 14 siècles plu tard de 1856 à 1861 que des fouilles entreprises à l instigation de l'empereur permirent la découverte d'une partie des travaux romains. Lisez les relations si intéressantes de ces fouilles par l'ingénieur Jutier qui les accomplit ; ou mieux, visitez les substructions romaines ; et vous aurez trouvé là une admirable leçon de choses qui vous permettra de bien comprendre notre station et vaudra mieux que toutes les conférences que je pourrais vous faire. En quoi consiste donc cette visite :

Aux nouveaux thermes, à deux pas du casino où nous nous trouvons réunis, vous pénétrez sous terre par un escalier obscur ; et vous abordez ce tunnel qui passe sous une grande partie de la ville, exactement 700 mètres. Précédés d'employés munis de lampes à acétylène, vous franchissez la rivière : une trappe qu'on soulève ; la lueur d'un rayon qu'on projette et vous apercevez le torrent qui roule ses eaux à plusieurs mètres au-dessous de vous. Plus loin le grondement de l'eau se fait entendre à nouveau, mais sur vos têtes, cette fois ; la rivière passe immédintement au-dessus de la voûte qui nous abrite. Plus vous vous dirigez du côté des sources romaines plus la température s'élève. Vous côtoyez ces anciennes canalisations, vous voyez les émissions spontanées de gaz rares dans les enchambrements des sources à l'eau limpide mais si brûlante qu'on n'y saurait tenir le doigt. Vous êtes environnés de ce fameux béton romain dont on a perdu la formule et qui garde au travers des siècles sa solidité du premier jour. Je vais vous faire passer un morceau de ce béton romain que j'ai chez moi et qui provient des fouilles entreprises à Plombières en 1921.

Que de choses intéressantes à envisager, mais qui dépasseraient le cadre de cette conférence. A l'extrême point de votre course, vous vous trouvez sous le bain Stanislas au niveau de l'étuve romaine ; et je ne saurais manquer de vous en dire deux mots, puisque cette étuve, unique en Europe, constitue une merveilleuse ressource thérapeutique pour notre station, qu'elle est utilisée aujourd'hui comme du temps des Romains, qu'on y guérit chaque année un grand nombre d'algiques, de rhumatisants et qu'elle est un des plus curieux souvenirs archéologiques de Plombières.

Donc l'ingénieur Jutier, après avoir retrouvé, capté, canalisé un grand nombre de sources, buta au-dessous

du bain Stanilas sur ces fameuses étuves romaines ; ignorées depuis 14 siècles et qu'il retrouva telles que les Romains les avaient édifiées, mais pleines de cendres de charbon, de décombres ; car en 451 après le passage des Huns, la ravissante station romaine n'était plus qu'un amoncellement chaotique de ruines et de débris calcinés. On enlève de l'étuve toutes ces ruines qui l'obstruent ; et alors apparaissent des gradins ; on poursuit le déblaiement, on découvre une vasque d'évaporation surmontée d'un énorme robinet de bronze que les Huns de 1914 n'auraient certainement pas laissé là. Quelle émotion pour l'ingénieur quand ayant retrouvé ce robinet hâtivement fermé peut-être à l'approche des barbares et qui n'avait pas coulé depuis tant de siècles, il s'apprêta à le faire tourner dans sa boîte ? Sous le coup de cette émotion, il écrivit une lettre heureusement conservée et récemment retrouvée. J'en ai eu communication avant-hier seulement et je veux vous en donner la primeur.

Voici cette lettre :

M. Jutier à M. Daubray, *ingénieur en chef des mines,*

Plombières, le 12 juin 1875,

J'ai les membres rompus de fatigue, mais j'ai à vous annoncer un résultat qui me fait oublier ce détail :

1° Que le prétendu gond, dégagé avec les soins qu'il méritait, s'est transformé en un robinet de magnifique conservation ;

2° Qu'une section du gradin faite après le départ de M Combe a porté de 16 à 21 litres le débit de la nouvelle source ;

3° Aujourd'hui, après avoir emmaillotté la tête de mon robinet de plomb, j'ai voulu tenter de faire jouer cet instrument endormi depuis 13 siècles. Je n'osais espérer de réussir. Après des efforts ménagés avec tous les soins que vous pouvez imaginer, voici mon robinet qui sort ; et maintenant il joue comme le dernier venu des robinets de l'établissement.

Il ouvre et ferme à merveille ; et je lui fais les honneurs d'une bonne clef neuve de 120 millimètres de côté ; c'est bien le moins qu'il mérite.

C'est grâce à l'obligeance de M. Jean Kastener, archiviste départemental à la préfecture des Vosges que j'ai pu vous communiquer cette lettre.

Messieurs, j'aurais quantité de choses à vous dire sur le prestigieux passé de la station qui se fait un honneur et un plaisir très grands de vous recevoir aujourd'hui, mais nous devons aborder un terrain autre que l'archéologie, et le domaine des ressources thérapeutiques de Plombières est particulièrement fécond et intéressant à parcourir.

La ville, construite dans la riante vallée de l'Eaugronne, compte 1.800 habitants ; elle est située dans la partie montagneuse granitique et boisée du département des Vosges.

Cette vallée aux pentes abruptes s'ouvre sur la plus grande partie de sa hauteur dans le granit porphyroïde. Elle représente le type le mieux accusé des vallées dites de fracture. L'altitude de la ville est de 430 m., de nombreuses forêts recouvrent les pentes qui l'environnent de toutes parts, si bien qu'elle est nichée dans un océan de verdure qui est à la fois sa parure et sa salubrité.

Ses eaux thermales sont des eaux de profondeur, des eaux vierges. Comment se constituent-elles ? Vous connaissez l'hypothèse si séduisante d'Armand Gautier, hypothèse qui s'appuie sur sa mémorable expérience de distillation des roches :

Vous prenez un morceau de granit, vous le pulvérisez, et vous faites une dessiccation parfaite de la poudre, en la portant pendant plusieurs heures dans le vide à la température de 200°.

Cette poudre sèche, vous la mettez dans une cornue et vous chauffez au rouge. Or, chose étrange, vous obtenez de l'eau dans la proportion de 7 à 16 gr. par kilogr. suivant les roches, eau de constitution, dit Gautier ; et cette eau s'apparente de très près aux eaux volcaniques ; car en même temps, vous avez obtenu des gaz dans la proportion de 3 à 18 fois le volume de la poudre, gaz ayant la composition même des gaz des volcans. Sept à seize grammes d'eau par kilogr., cela paraît peu de chose et pourtant l'échauffement de 1 kilomètre cube de granite (une bien petite montagne) suffirait à la production de 25 ou 30 millions de tonnes d'eau. *M. de Launay apprécie à 700.000 hectolitres par 24 heures le débit de l'ensemble des principales sources thermales de la France.* (A. Gautier, *Annales des Mines.*)

En admettant qu'il s'écoule sur toutes les parties du globe, y compris les océans, autant d'eau thermale qu'en France, nous obtiendrions environ 6 millions 1 /2 de mètres cubes par jour et nous sommes certainement très au-dessus de la réalité ; car la France est un des pays les plus riches en sources thermales et il y a sur la terre d'immenses régions désertiques, où ne vient sourdre aucune eau. Mais retenons ce nombre de 6 millions et demi de mètres cubes par jour. Il nous paraît considérable ; il est en réalité bien peu de chose.

Voulez-vous que je vous donne une comparaison tangible :

Imaginez une mappemonde géante de quarante mètres de tour. Vous vous proposez d'inclure en un point de cette mappemonde une poche d'eau suffisante pour alimenter pendant cinq cents ans toutes les sources thermales s'écoulant sur ce globle. Combien d'eau devrez-vous apporter ? Six tonnes ? Quarante litres ? L'eau que déverse Plombières en une heure ? Non. Tous ces chiffres sont beaucoup trop considérables. Il nous suffirait d'injecter en un point de cette immense masse le minime contenu (un centimètre cube) de votre seringue de Pravaz ; car en égard au volume de la terre c'est mille milliards de mètres cubes d'eau que vous auriez inclus dans la masse.

Il semble bien que les sources thermales des Vosges se réclament de la même origine :

A Plombières, eaux très chaudes, à peine minéralisées, très radio-actives. Un peu plus loin à Luxeuil ou à Bains ; eaux moins chaudes déjà plus minéralisées ; et notablement moins radio-actives. Plus loin, eaux froides fortement minéralisées à peine radio-actives. La radio-activité c'est la vie des eaux

minérales. Elle s'atténue de plus en plus quand on s'éloigne de la source. Ces eaux sont stériles au griffon. Elles seraient même douées pendant un certain temps d'un pouvoir antiseptique. Nous devons les prendre telles que la nature nous les a données. Nous ne pouvons les reconstituer artificiellement ; car elles échappent à la synthèse des éléments physiques et chimiques. C'est le *nescio quid divinum* des eaux thermales.

Elles exercent une action sédative marquée sur le tube digestif, sur le système neuro-végétatif, grand sympathique et plexus solaire en particulier. Parallèlement elles agissent sur les glandes à sécrétion interne dont elles contribuent à rétablir le fonctionnement normal ; et cela n'a rien qui puisse nous surprendre, maintenant qu'on connaît la remarquable synergie qui lie les systèmes endocrinien et neuro-végétatif.

La cure est en moyenne de 21 jours. Vers le dixième jour il y a parfois diminution de l'appétit, un état saburral, le malade se sent fatigué. Crise thermale, disons-nous. Faut-il pour que la cure soit efficace que le malade présente ces accidents ? Pas forcément. Une cure même bien dirigée pourra en présenter mais ce n'est pas fatal.

Dans certains pays, les cures sont dans presque toutes ces stations affectées au traitement de presque toutes les maladies.

A X..had par exemple, vous soignez : goutte, rhumatisme, maladies des femmes, diabète, dyspepsie, etc.

En France au contraire nous tenons à la spécialisation de nos stations thermales.

La spécialisation de Plombières c'est les affections intestinales à prédominances arthritiques et nerveuses, les rhumatismes chroniques ainsi que les maladies de l'appareil utéro-ovarien.

Nous allons passer en revue les différents types de malades que nous rencontrons à Plombières.

D'abord les gastro-intestinaux.

Aux affections de l'estomac on applique le traitement sédatif : bains tièdes à durée progressive, douches tièdes à faible pression. Comme eau en boisson la source des Dames qui agit par la shermalité (52°) sa radio-activité et ses principes alcalins.

Les affections intestinales dont le traitement a tant de succès à Plombières . Les colopathies, les entéro-colites muqueuses, muco-membraneuses avec alternatives de diarrhée et de constipation, les entéro-névroses, les constipations spasmodiques.

Toutes les diarrhées : diarrhées palustres, diarrhées des coloniaux, diarrhées prandiales ou post-prandiales, diarrhées des gros mangeurs, sont tributaires de Plombières.

Elles cèdent au traitement thermal, parce que les eaux ici exercent une véritable action orthotrophique, c'est-à-dire qu'elles remettent dans la voie normale de fonctionnement, le sympathique qui règle non seulement ces spasmes mais aussi les sécrétions et surtout ces innombrables réflexes qui passent sur ces différents organes, se coordonnent en une admirable harmonie et dont le moindre désaccord répercute péniblement sur nos fonctions. Même dans le domaine moral Plombières exercera heureusement ses effets sédatifs et ce domaine a une importance marquée dans les affections gastro-intestinales.

Un de mes maîtres de Paris disait dernièrement : *Il y a vraiment un psychisme du pylore : il est sensible à toutes nos émotions, se ferme aux mauvaises et s'ouvre aux bonnes. Pour bien digérer, il faut d'abord sentir et penser sainement.*

Et vous connaissez tous le maître qui prononça ces paroles, puisque c'est lui qui vous conduit ici aujourd'hui, parmi nous.

Comment soignons-nous ces malades ? Le bain est à la base du traitement. Il est la clef de voûte de la cure de Plombières. De tout temps il a été la dominante thérapeutique de notre station.

Bains tièdes à durée progressive ; température et durée varieront suivant les malades. Ce qu'on a appelé le point d'indifférence n'étant pas le même pour tous les sujets.

Au bain s'adjoint la douche tiède sur tout le corps donnée à la lance, au jet ou à la pomme d'arrosoir. la pomme d'arrosoir. Nous l'appelons ici la douche Tivoli ; et aussi une douche utilisée ici depuis plus d'un siècle, la douche sous-marine. C'est une douche que le malade se donne lui-même au travers de l'eau de sa baignoire. Elle se prescrit généralement pendant les cinq dernières minutes du bain. Elle est donnée circulairement sur l'abdomen dans le sens des aiguilles d'une montre, la pomme de la douche suffisamment écartée pour que, l'eau rompant la force du jet, elle donne seulement la sensation d'un frôlement chaud, d'un léger massage. Une autre façon d'agir qui a varié dans les modalités de son application c'est le lavage d'intestin. Douche horizontale, dit-on aujourd'hui, car le malade est étendu sur une chaise-longue qui comporte une cuvette au niveau du siège Une canule souple, d'une trentaine de centimètres et percée de deux œillères, permettra l'introduction de l'eau. Cette eau provient d'un récipient que le malade a sous les yeux et qui évolue sur un curseur vertical gradué permettant de régler la pression à volonté. Le niveau d'eau est indiqué par un tube, un thermomètre permet de lire la température. Le débit du système est réglé par une manette à portée du malade, débit qui pourra être un goutte à goutte à la Murphy. Ainsi donnée, la douche réalisera plutôt un humectage de la muqueuse intestinale par l'eau radio-active, qu'un véritable lavage d'intestin. Elle pourra être aussi donnée au jet plein ou demi-plein qui laissera passer en quelques minutes la quantité d'eau prescrite. Température, débit, pression, quantité, varieront suivant l'état du malade.

Bains tièdes, douches Tivoli et sous-marine alternées, douches horizontales suivant les cas : tel est le traitement opposé à ces diarrhées souvent améliorées en quelques jours. Les selles diminuent de fréquence ; d'aqueuses qu'elles étaient, elles deviennent

de plus en plus consistantes tendant souvent vers la forme moulée normale.

Rhumatisme. — L'indication principale de Plombières était autrefois le rhumatisme. Nos confrères alsaciens qui ont conservé les principes directeurs d'avant 1870 nous envoient très fréquemment des rhumatisants.

Nous avons parlé de l'étuve romaine, étuve naturelle unique en Europe. Elle réalise un merveilleux agent de traitement pour ces maladies.

Dans sa conférence de Madrid en 1916 Moureu disait :

« *Suivant la pratique des Romains, il conviendrait d'établir des cabines de dimensions convenables pas trop spacieuses où les émanations radio-actives qui se dégagent de l'eau ne soient pas trop diluées, afin que le malade puisse respirer le plus possible de ces émanations avec les ions qu'elles créent à tout moment.* »

Visitez l'étuve romaine, considérez ses dispositions sa source, sa vasque d'évaporation et vous me direz si le vœu de Moureu n'est pas ici pleinement réalisé.

Le malade reste dans cette étuve un temps variable mais qui n'excède guère 15 minutes. Une sudation intense s'établit ; car les vapeurs radio-actives semblent exercer sur les glandes sudoripares une action beaucoup plus marquée que celle de la vapeur d'eau ordinaire. Après l'étuve, le malade est étendu sur un lit de repos ; on l'enveloppe d'un peignoir, de couvertures. On l'y laisse généralement une demi-heure pendant laquelle il transpire abondamment ; puis on le soumet soit à la douche Tivoli soit au massage sous l'eau. Le masseur profite de la sédation obtenue par les vapeurs et l'eau radio-actives pour agir sur les articulations, muscles, tendons ou nerfs, au niveau desquels le médecin aura appelé son attention. Un jour, l'étuve avec ou sans massage, un jour le bain ; et les malades verront leurs douleurs s'atténuer, leurs articulations s'assouplir. Des malades qui ont récupéré leurs mouvements ont été portés dans cette étuve à l'aide de fauteuils, certains venus avec des béquilles sont partis s'aidant d'une simple canne.

Rhumatisme déformant, noueux, fibreux, arthrites, péri-arthrites, bénéficieront de ce mode de traitement.

N'oublions pas que Plombières est la station des algiques ; les névralgies diverses, la sciatique surtout sont tributaires de ses eaux.

Maladies des femmes. — Les affections de l'appareil utéro-ovarien : métrites, salpingo-ovarites, aménorrhée, dysménorrhée, névralgies pelviennes ont été de tout temps traitées à Plombières. L'eau vient directement des griffons comme à Luxeuil ; et c'est dans le bain que la malade prend son injection de 6 à 12 litres à la température prescrite. Un très petit lavement quotidien donné bien chaud (100 à 200 grammes) gardé pendant plusieurs minutes trouvera ses indications ; et j'attache personnellement de l'importance à cette façon de faire. L'utérus au travers du rectum sera comme entouré d'un cataplasme radio-actif chaud.

Un mot encore du Trou du Capucin : c'est un très ancien bain aux voûtes ogivales ; on l'appelait autrefois bain des ladres, bain des goutteux. Vous y verrez un fauteuil en marbre blanc, véritable chaise percée. La malade, ayant au préalable introduit par la vulve un spéculum grillagé, s'assied sur ce fauteuil.

Le périnée se trouve à quelques centimètres de la surface d'une source très chaude distillant des gaz rares, aux vapeurs fortement radio-actives. Ces vapeurs passent au travers du spéculum ; et une demi-heure durant exercent leur action dans l'intimité même de l'appareil génital. On prescrit ces séances au Trou du Capucin contre les affections de l'appareil utéro-ovarien et aussi beaucoup contre la stérilité.

Les classiques disent que le col utérin libéré des glaires et des mucosités qui l'obstruent devient perméable aux spermatozoïdes et permet la fécondation.

Je vous avouerai que cette explication ne me satisfait pas. J'y verrais plutôt une action sur la glande elle-même.

On sait bien maintenant que les rayons du radium convenablement dispersés sont capables d'amener la stérilité, la ménopause artificielle. Certains agents physiques, certains agents chimiques qui détruisent à hautes doses, vitalisent au contraire si on sait les employer convenablement.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi du radium et de l'énergie radiante de nos sources.

Et puis on incrimine presque toujours et seulement la femme. L'homme bien souvent est en cause lui aussi. Et les eaux pourront l'influencer favorablement.

Un jour à Plombières, il y a bien longtemps de cela, c'était en 1615, un médecin d'ici, Berthemin, faisait à des confrères les honneurs de la station. Son discours terminé, il leur présenta une ode sur les Bains de Plombières. J'ai cueilli un verset que je voudrais vous citer car il se rapporte au chapitre que je viens d'aborder ; il explique avant la lettre et de savoureuse façon, l'action de Plombières sur la glande interstitielle :

> « Courez Archers lasches de cœur
> « Qui vous rendez à vos barrières
> « Courez aux Nymphes de Plombières
> « Pour avoir renfort de vigueur ».

Les eaux de Plombières, avons-nous dit, distillent des gaz rares. Il en est de légers comme l'hélium, le néon ; et de lourds comme l'argon, le kryptun, le xénon. Pour la majorité des sources thermales, les gaz légers sont surtout constitués par de l'hélium, les gaz lourds par de l'argon. Les travaux de Moureu ont montré que c'était à Plombières, source Vauquelin, que la teneur en argon des gaz rares était la plus forte. La radio activité des sources s'exprime en millimicrocuries, des plaques apposées au niveau des griffons nous indiqueront que :

La source des Dames a 11,16 millimicrocuries par litre.

La source Savonneuse 13,10 millimicrocuries par litre.

La source du Crucifix 6,54 millimicrocuries par litre.

On a même mesuré la radioactivité de l'atmosphère de l'étuve romaine. Cette radio-activité est importante, exactement 0,16 millimicrocuries par litre.

A titre de comparaison la teneur moyenne et constante de l'émanation du radium de l'atmosphère est d'un dix-millième de millicrocurie par litre ; ce qui revient à dire que dans l'étuve, pour une inspiration donnée, vos poumons absorberont mille six cents fois plus démanation du radium qu'à l'air libre.

L'eau en boisson est un accessoire de la cure. Au lieu dit les Arcades, sous les maisons qui furent construites pour les filles de Louis XV, vous trouverez dans un cadre séduisant, derrière une vieille grille en fer forgé d'un bel effet, les buvettes de trois sources.

Deux chaudes : source des Dames (52°), source du Crucifix (48°). Elles doivent leur action sur l'estomac et sur l'intestin à leur thermalité, à leur radioactivité, à leurs principes alcalins ; une eau tiède : source Savonneuse. Enfin à l'entrée des nouveaux thermes vous trouvez les griffons de la source d'Alliot source froide. Vous la goûterez tout à l'heure, vous verrez combien elle est exquise, légère, facile à digérer ; elle est le type des eaux de diurèse et de désintoxication, très faiblement minéralisée comme l'eau d'Evian. C'est une eau de table parfaite qui justifierait une large exportation.

Les rhumatisants la boivent à pleins verres ainsi que l'eau de la source Savonneuse. Elles aident à l'évacuation des calculs qui obstruaient les voies biliaires ou le rein. Véritables eaux de lixiviation des tissus, elle aident puissamment à la cure de ces malades, que l'étuve a déjà débarrassés d'une partie des déchets qui les encombraient.

Les eaux chaudes sont stériles au griffon, elles sont radio-actives, elles contiennent des gaz rares. Les expériences que nous avons faites sur l'animal nous ayant montré leur innocuité complète quand on les emploie en piqûres, nous en avons fait bénéficier un grand nombre de malades.

L'eau séjourne un temps très court au lieu même de l'injection. Reprise immédiatement par la circulation elle pénètre avec ses qualités radio-actives dans l'intimité même de tous les tissus. C'est pendant le temps qui sépare le moment de son injection de celui de son élimination par le rein et les autres émonctoires qu'elle agira. Faites peu de temps après le prélèvement, ces piqûres permettent de faire passer directement dans l'organisme l'eau à son maximum de radio-activité et les gaz rares qu'elle contient à l'état de dissolution. C'est une autre façon d'imprégner le malade de cet agent curatif merveilleux dont la découverte par Curie a étonné le monde. Ces piqûres ont paru exercer sur l'organisme une action tonique, et agir comme un adjuvant précieux de la cure en ce sens qu'elles aidaient les malades à supporter la phase de dépression qu'on observe souvent après les premiers bains et qu'elles fixaient plus durablement en eux l'action des eaux.

Peut-on envoyer les enfants à Plombières ? Nous les revendiquons au plus haut point. Il y a tant de ces petits qui sont des nerveux, des spasmodiques. La cure agit merveilleusement et rapidement sur eux. Souvent une seule saison suffit pour les guérir. Et puis ne doit-on pas soigner le mal aussi près que possible de son origine ?

Nous avons passé en revue les malades tributaires de Plombières. Voyons maintenant quels sont ceux qu'il n'y faut point envoyer :

Ce sont les néoplasiques, les bacillaires, les cardiaques non compensés, les cachectiques.

On peut envoyer les vieillards à Plombières les eaux agissent avec douceur. La durée de la saison estivale va du 15 mai au 30 septembre, mais Plombières est une des rares stations qui restent ouvertes toute l'année. Le bain Romain est construit sur une partie de la grande piscine romaine dans laquelle cinq cents personnes pouvaient aisément prendre place. Cette piscine existe toujours ; quand vient l'hiver on laisse les eaux chaudes s'accumuler dans cette piscine.

Les sources jouant le rôle de chauffage central l'établissement du bain romain jouit par les plus grands froids d'une température agréable. les chauffe-linges fonctionnent, l'eau arrive au degré voulu dans les baignoires, sans qu'il en coûte un centime de combustible à la compagnie.

De tout ce que nous venons de dire, nous retiendrons que Plombières est sédative par excellence. C'est la station de la douleur non pas seulement de la douleur physique mais de la douleur morale. Combien d'inquiets, de désemparés, d'agités, ont retrouvé ici l'apaisement salutaire.

Elle poursuit au travers des siècles son rôle bienfaisant, quasi divin, car on pourrait inscrire au frontispice de ses établissements l'antique devise latine:

Sedare dolorem opus divinum.

Calmer la douleur : œuvre divine.

Dr Truelle.

La Ville et la Compagnie des Thermes se firent un plaisir d'offrir aux Congressistes une cordiale hospitalité. Deux banquets, l'un à l'Hôtel Métropole, l'autre à l'Hôtel de la Paix, groupèrent les nombreux convives.

La plus cordiale sympathie ne cessa d'y régner. Tous ceux qui étaient là appréciaient la France ; ils ont montré qu'ils l'aimaient ; et c'est cela qui nous a touchés profondément.

Les Congressistes, après le banquet, trouvèrent au Casino une soirée organisée en leur honneur ; une jolie pièce d'Erkmann Chatrian : *L'Ami Fritz*, parfaitement interprétée.

Et le lendemain matin, avant leur départ, ils feront à pied en sous bois la promenade de la fontaine Stanislas, favorite du bon roi de Pologne, comme elle l'est encore de nos baigneurs aujourd'hui.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

Barème des invalidités en ce qui concerne le paludisme et les maladies exotiques

Décret du 18 mars 1926.

Art. 1er. — Le chapitre XXXII de l'annexe au décret du 29 mai 1919 (guide-barème des invalidités pour l'application de la loi du 31 mars 1919) relatif aux maladies exotiques est remplacé par les dispositions ci-annexées.

Art. 2. — Le ministre de la guerre, le ministre des pensions ,le ministre de la marine et le ministre des colonies sont chargés de l'exécution du présent décret.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'attention est appelée sur les considérations suivantes :

1° Étant donné le caractère très particulier des maladies exotiques, il convient que les médecins experts chargés d'examiner les intéressés soient choisis parmi les praticiens ayant une connaissance suffisante de ces maladies.

Bien entendu, ces médecins experts seront pris, chaque fois qu'il sera possible, parmi les praticiens de la localité où doivent avoir lieu les opérations d'expertises.

Mais, s'il n'y a pas sur place d'expert compétent, l'intéressé devra être envoyé à l'examen du praticien qualifié le plus proche.

2° Si l'expertise soulève le désaccord soit de l'intéressé, soit de la commission de réforme, il y aura lieu de recourir à un nouvel examen, qui sera confié à un médecin spécialisé.

3° Les examens de laboratoire devront n'être confiés qu'à des laboratoires d'une compétence reconnue et d'une autorité incontestée.

4° Quant à l'imputabilité d'une maladie exotique au service militaire, le fait d'avoir servi dans un pays où cette maladie sévit à l'état endémique constitue en faveur de l'imputabilité un élément d'appréciation dont il doit être tenu le plus grand compte.

Inversement, le fait d'avoir, en dehors du temps de service, vécu dans un tel pays constitue, à l'encontre de l'imputabilité, une donnée qui doit retenir l'attention, afin que des pensions ne risquent pas d'être indûment mises à la charge de l'Etat pour des affections sans rapport d'origine avec le service militaire.

Egalement, le fait d'avoir servi dans son pays d'origine où une maladie exotique sévit à l'état endémique oblige à n'imputer la maladie au service que si celui-ci à eu sur l'évolution de l'affection une influence déterminante

5° Il y a lieu de tenir le plus grand compte des certificats et des observations émanant des médecins traitants, ainsi que des analyses ayant moins de six mois de date émanant d'hôpitaux ou de laboratoires qualifiés.

Paludisme.

Qui dit paludisme dit infection sanguine et, plus exactement encore parasitisme du globule rouge par l'hématozoaire de Laveran ou *Plasmodium*. Trois variétés, sinon trois espèces, en sont bien connues : *P. præcox* ou *falciparum*, agent de la fièvre tropicale, ou tierce maligne, ou fièvre estivo-automnale des Italiens ; *P. vivax*, agent de la fièvre tierce bénigne, ou double tierce ; *P. quartanum*, agent de la fièvre quarte ou double quarte, ou triple quarte. Chacun de ces agents pathogènes peut intervenir dans l'organisme impaludé soit seul, soit associé à un autre ; l'association la plus fréquente est celle de *P. præcox* avec *P. vivax*, ces deux variétés étant elles-mêmes les plus répandues dans les foyers paludéens de la terre. La présence du *Plasmodium* est constante dans le sang périphérique, quand on a affaire au paludisme en activité ; qu'on se souvienne seulement que la quinine le fait disparaître plus ou moins rapidement.

Trois phases de l'évolution de l'infection malarique méritent d'être mises en lumière.

1° *Paludisme d'invasion* (ou primaire). — On désigne ainsi la première manifestation de l'infection malarique dans un organisme « neuf » infecté par *Plasmodium*, dans une région et au cours d'une saison malarique. Dès cette infection première, le *Plasmodium* est présent dans le sang périphérique sous l'une des trois variétés énumérées ; c'est, du reste, le moyen vraiment scientifique d'en établir le diagnostic. Cliniquement, après une période d'incubation d'environ quatorze jours, l'invasion apparaît brusque avec des frissons, des sueurs, la tachycardie, des phénomènes gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée bilieux), douleur et gonflement splénique ; réactions rénales d'intensité variable, généralement légères, avec présence d'albumine ; enfin, une fièvre sans type déterminé, intermittente, quotidienne ou irrégulière, rémittente, subcontinue, exceptionnellement continue. Cet état infectieux s'amende, du reste, dans la majorité des cas.

2° *Paludisme de rechute* (ou secondaire). — Une infection palustre primaire peut être « stérilisée » par un traitement quinique et arsenical intensif ; ce résultat est, en fait, rarement obtenu. Dans la presque totalité des cas, l'infection palustre continue par les manifestations « de rechute » ou « secondaires ». Les mêmes agents pathogènes (*P. præcox*, *P. vivax*, *P. quartanum*) sont, naturellement, toujours en cause. Il y a seulement lieu d'ajouter que les « gamètes » ou formes sexuées se superposent,

d'une manière constante, aux schizontes, qui demeurent cependant les agents des phénomènes aigus.

Cliniquement, le paludisme de rechute montre les mêmes caractéristiques que le paludisme d'invasion. Toutefois, un certain nombre de modalités cliniques du paludisme de rechute sont, depuis longtemps, bien différenciées :

a) Ce sont d'abord les accès fébriles dits « disciplinés » : tierce bénigne (avec sa variété double tierce), dont le cycle de quarante-huit heures est subordonné au cycle évolutif de *P. vivax* ; quarte (avec sa variété double ou triple quarte), dont le cycle de soixante-douze heures est également subordonné au cycle de *P. quartanum*. Les stades de frisson, chaleur et sueurs, qui caractérisent l' « accès fébrile » suivis de la période d'apyrexie de quarante-huit heures ou de soixante-douze heures, en sont très nets ;

b) Ce sont ensuite les accès de fièvre irrégulière, subcontinue ou subintrante, qui dépendent de *P. præcox*, seul ou associé à l'une des deux autres formes plus souvent *P. vivax*. Il s'agit de fièvre tierce, tierce maligne (ou fièvre estivo-automnale, ou paludisme tropical) ;

c) En troisième lieu, les « accès pernicieux » dus avant tout à *P. præcox*, ici encore seul associé à *P. vivax* caractérisés par la gravité de l'infection, la menace de mort, la mort fréquente, et différenciés selon la prédominance d'un symptôme ou accès comateux, délirant, algide, cholériforme, etc. ;

d) Enfin, la « cachexie palustre », c'est-à-dire le degré le plus avancé du paludisme de rechute, due, elle aussi, à *P. præcox*, seul ou associé aux autres formes de *plasmodium* et caractérisée par l'anémie, l'hypoglobulie, la leucopénie, la splénomégalie, les œdèmes, l'hypotension artérielle, enfin, l'apparition d'accès fébriles qui ne diffèrent en rien de ceux précédemment exposés ;

3° *Avenir de l'infection malarique*. — Envisageons successivement l'avenir immédiat et l'avenir lointain.

a) L'avenir immédiat de l'infection malarique peut se définir celui qui suit l'infection initiale, qui répond à l'activité de l'hématozoaire et a pour manifestations cliniques possibles toutes les modalités que nous venons d'exposer. L'infection primaire, une fois terminée, le paludisme de rechute à *P. præcox* survient rapidement ; le paludisme de rechute à *P. vivax* ou à *P. quartanum* se montre plus tardivement.

b) Quel est maintenant l'avenir lointain ? La réponse diffère, on le conçoit à l'avance, pour les paludéens habitant une contrée d'endémie palustre (bassin méditerranéen, Maroc, etc.), d'une part et, de l'autre, pour ceux qui reviennent définitivement dans un pays non palustre (la presque totalité du territoire français).

I. — Pour les premiers, la réponse est simple ; le paludisme « actif » dont ils sont atteints n'est pas terminé que la saison malarique reparaît et avec elle les possibilités d'une réinfection nouvelle. Le chaînon : réservoir du virus anophèle est constitué. En conséquence, le retour périodique de la saison malarique peut entretenir aussi périodiquement l'infection paludéenne chronique par la réinoculation du *plasmodium*.

II. — Mais quel est l'avenir lointain de l'infection malarique chez les paludéens revenus habiter définitivement un pays non palustre ?

La disparition du *plasmodium* du sang périphérique est habituelle ; on admet généralement que le parasite, réfugié dans les organes profonds, y vit d'une vie latente et peut manifester son action pathogène par des accès fébriles, parfois très lointains, et par des réactions organiques de degré variables. En conséquence, on peut observer, chez d'anciens paludéens, des troubles fonctionnels et des lésions viscérales diverses, en relation d'origine avec la malaria initiale, et désignées sous le nom de « paludisme chronique ». On peut signaler parmi eux :

Une anémie, plus ou moins marquée, soit globulaire, soit oxyhémoglobinurique ;

Une hypertrophie persistante de la rate, simplement percutable, très rarement palpable ;

Plus rarement de l'hypertrophie du foie, avec ou sans signes d'insuffisance hépatique ;

Plus rarement encore, des troubles fonctionnels ou des lésions des autres organes ou appareils.

Ces infirmités comportent une invalidité, dont l'appréciation est exprimée selon leur intensité dans le barème terminal.

Recherche clinique. — En raison de l'intermittence des manifestations paludéennes, il importe que les centres de réforme donnent aux intéressés la possibilité d'être examinés par les médecins experts dès qu'ils le requièrent.

Les médecins experts seront choisis parmi les praticiens ayant une connaissance suffisante du paludisme, et autant que possible parmi les praticiens de la localité où siège le centre de réforme.

S'il n'y a pas, au siège du centre de réforme, de praticien suffisamment averti ou si l'expertise soulève un désaccord soit de l'intéressé, soit de l'administration, il y a lieu de recourir à l'examen d'un expert particulièrement qualifié, soit civil, soit militaire.

Les examens de laboratoire doivent être confiés à des laboratoires d'une compétence reconnue et d'une autorité médicale incontestée.

L'examen des médecins experts doit comporter :

La recherche du parasite :

L'examen clinique général.

L'examen particulier de certains organes.

1° *Recherche du parasite*. — On recommande à l'intéressé de se présenter le plus tôt possible dans les deux ou trois jours qui suivent l'accès et sans avoir pris de quinine.

Les experts sauront qu'il ne suffit pas de ne pss avoir trouvé le parasite pour conclure à la non-existence du paludisme ;

2° *Examen clinique général*. — *Tous les organes et*

tous les appareils doivent être consciencieusement examinés ;

3° *Examen particulier de certains organes.* — Doivent être soumis à un examen particulièrement attentif :

Le foie et la rate ; si la clinique ne donne pas de résultats suffisants, recourir à la phonendoscopie et à la radiologie.

Il doit être tenu compte de ce que la rate est souvent très en arrière.

Urines ; recherche du fonctionnement hépatique et rénal ; fonctionnement surrénal ; recherche des éléments du syndrome d'insuffisance surrénale :

Sang ; examen hématologique comprenant :

a) Numération des hématies ;

b) Pourcentage de l'hémoglobine ;

c) Mesure de la valeur globulaire, c'est à-dire du rapport entre le pourcentage d'hémoglobine et le nombre des globules rouges ;

d) Numération des globules blancs ;

e) Etablissement de la formule leucocytaire.

Origine ; il est, à cet égard, rappelé, ce qui a été dit dans la XI[e] circulaire mensuelle du ministère des pensions (avril-mai 1921) :

« Lorsque d'anciens militaires ayant servi plus ou moins longtemps à l'armée d'Orient et atteints de paludisme font une demande de pension, si cette demande est faite après l'expiration des délais légaux de présomption et que les intéressés ne possèdent aucune pièce établissant que leur maladie a été constatée pendant leur incorporation, certaines commissions de réforme refusent de reconnaître le droit à pension.

« Il est rappelé qu'en pareille circonstance, le rejet de la pension pour défaut d'origine ne peut intervenir qu'après que les formalités prescrites par l'article 9 de l'instruction du 31 mai 1920 ont été remplies et que les résultats de l'enquête sont demeurés négatifs. Le séjour en Orient pendant un certain temps doit constituer par lui-même un élément sérieux d'appréciation dont les corps doivent tenir le plus grand compte au cours de leur enquête et dans l'établissement de leur procès-verbal. Les commissions de réforme doivent examiner ensuite les résultats de ces enquêtes avec le plus large esprit de bienveillance ».

Evaluation de l'invalidité.

Paludisme sans lésions viscérales ni troubles fonctionnels, 1 à 9 p. 100.

Paludisme chronique sans lésions viscérales, troubles fonctionnels légers, 10 à 15 p. 100.

Paludisme chronique avec lésions viscérales légères :

Troubles fonctionnels de moyenne intensité, 20 à 45 p. 100.

Troubles fonctionnels sérieux, 50 à 60 p. 100.

Paludisme chronique avec lésions viscérales graves ou multiples, 65 à 95 p. 100.

Cachexie palustre, 100 p. 100.

Filariose.

Il n'y a pas une filariose mais des filarioses. Les unes n'entraînent aucune impotence définitive et guérissent spontanément par un séjour prolongé dans la métropole ; les autres, au contraire, sont cause de lésions plus ou moins graves qui réduisent dans des proportions variables la capacité de travail.

Certaines de ces filaires vivent dans le tissu conjonctif, comme le dragoneau, et émettent leurs embryons à l'extérieur. L'impotence qu'elles déterminent est passagère et peut être comparée à celle d'une affection aiguë.

D'autres se logent dans le tissu conjonctif sous-cutané en y formant des tumeurs durables mais guérissant par extirpation. Ce sont les *Filaria volvulus* ou *oncho-cerca*.

Ces filaires seraient susceptibles de causer des lésions éléphantiasiques durables : quand celles-ci sont constituées elles doivent donner droit à pension.

Une autre filaire qui, pour certains auteurs, serait la même, se loge dans la zone superficielle du derme et détermine une affection prurigineuse analogue à la gale et à laquelle on conserve le nom indigène de cro-cro.

Cette infestation dure d'autant plus qu'on ne connaît pas encore aucun remède. Elle entraîne évidemment une impotence fonctionnelle.

D'autres filaires se logent dans le tissu conjonctif ou dans les vaisseaux lymphatiques et rejettent leurs embryons dans la circulation, où ils se rencontrent en tout temps ; ce sont ceux de *Filaria perstans*.

Ce ver ne cause aucune impotence et n'est pas pathogène.

La Filaria loa qui vit dans le tissu conjonctif en provoquant des œdèmes locaux ou œdèmes de Calabar émet aussi ses embryons dans la circulation. Ceux-ci ne sont pas plus pathogènes que les embryons de *Filaria perstans*. Quant aux œdèmes, causés par l'adulte, ils sont plus gênants que douloureux et s'atténuent spontanément à la longue. Ils peuvent être cependant assez répétés pour causer un degré invalidité.

La dernière des filaires qui se loge dans les vaisseaux lymphatiques et lance aussi des embryons dans la circulation est la plus néfaste de toutes. C'est la *Filaria nocturna* ou *de Bancroft*. Les embryons ne jouent aucun rôle pathogène. Il n'en est pas de même de l'adulte qui peut occasionner des varices lymphatiques profondes ou superficielles. Ces dernières peuvent être l'origine d'adénite avec lymphocèle, de lymphangites et d'abcès, d'autres de chylurie, d'hématochylurie et de diarrhée chyleuse, d'ascite, d'hydrocèle et de pleurésie chyleuse. Un certain nombre de cas d'éléphantiasis peuvent sans doute reconnaître cette origine.

Evaluation de l'invalidité.

Draconculose, 1 à 9 p. 100. Si des abcès ou des phlegmons entraînaient des impotences définitives,

celles-ci se trouveraient cotées par le degré de cette impotence.

Filaria perstans, 1 à 9 p. 100.

Filaria loa, 10 p. 100.

Filaria volvulus, 10 p. 100. Si elle reste localisée et suivant le degré d'impotence pour les lésions éléphantiasiques qu'elle cause.

Filaire cutanée, 10 à 30 p. 100 suivant le degré de l'infestation et l'importance du prurit qu'elle entretient.

Filaria bancrofti ou *nocturna* avec chylurie, 10 à 35 p. 100.

Avec accidents des grandes séreuses, 40 à 100 p. 100.

Avec accidents éléphantiasiques suivant le degré (voir Eléphantiasis).

Protozooses, Mycoses et spyrochétoses.

Les protozooses, les mycoses et les spyrochétoses forment un groupe d'affections ou de maladies dont les caractéristiques sont :

1° Contamination directe humaine ou le plus souvent indirecte d'origine animale ou végétale par inoculation ou infestation par les parasites des habitations et de l'homme, moustiques, poux, punaises, etc.

2° Constatation des agents pathogènes inoculés soit du groupe des protistes (leishmanias, trypanosomes, spirochètes), soit du groupe des champignons ou levures (actinomycose, sporotrichum, oospora, blastomycès) ;

3° Guérison fréquente à la période initiale par des agents thérapeutiques définis tels que l'antimoine, les sels arsenicaux organiques, pour les protozoaires, l'iode et ses composés iodurés pour les mycoses.

I. — Protozooses

1° *Leishmanioses.*

Les parasites de ces affections peuvent être intracellulaires constitués par un noyau avec centrosome et flagelle.

Les leishmanioses peuvent revêtir trois formes cliniques :

1° Localisation cutanée ;

2° Localisation muqueuse, avec forme mixte cutanéo-muqueuse ;

3° Affection généralisée : anémie, splénique, kala-azar.

Les localisations cutanées représentent le bouton d'Orient, bouton des pays chauds, bouton de Biskra. Elles sont déterminées par la leishmania tropicale.

Les affections internes ou générales sont déterminées par la leishmania Donovani pour le kala-azar indien et méditerranéen et la leishmania infantilis (la splénomégalie infantium) pour le bassin méditerranéen.

Les leishmanioses américaines sont déterminées par la leishmania americana et la leishmania brasiliensis.

La durée des leishmanioses cutanées est d'environ un an, celle des leishmanioses internes est beaucoup plus longue ; elle est souvent mortelle et le taux de cette mortalité est de 95 p. 100.

Les symptômes de ces leishmanioses internes sont : fièvres rémittentes irrégulières, hypertrophie de la rate, anémie, troubles abdominaux, œdèmes des membres inférieurs, cachexie. A ce tableau clinique peuvent se surajouter des infections secondaires : dysenterie, pneumonie, noma.

Quand on fait l'examen du sang, on constate de la leucopénie, de la mononucléose, le nombre des hématies tombe au-dessous de 4 millions, il y a 50 p. 100 de polynucléaires et 20 p. 100 de grands mononucléaires.

La culture en laboratoire s'obtient par ponction de la rate ou de la moelle osseuse et ensemencement sur des tubes de gélose enrichis de sang.

Les agents transmetteurs sont les punaises, les puces, les mouches, les moustiques, phlébotomes.

Pour le traitement, on utilise l'émétique, le Stybénil ou le Stybil (acétyl paramonophénylantimoniate de soude), les oxydes d'antimoine.

Evaluation de l'invalidité.

Leishmanioses cutanées, 10 p. 100.

Leishmanioses cutanéo-muqueuses ou muqueuses, 20 à 80 p. 100.

Leishmanioses internes, 100 p. 100.

Tous ces chiffres s'entendent toutes complications et localisations comprises.

2° *Trypanosomiase.*

Deux espèces : la maladie du sommeil proprement dite et la maladie humaine de Rhodésie :

a) La maladie humaine de Rhodésie est déterminées par la Trypanosomia Rhodesiense ;

b) La maladie du sommeil est déterminée par la Trypanosomia gambiense. L'agent de propagation est la mouche tsé-tsé (glossine).

La maladie du sommeil est grave, les guérisons ne s'obtiennent qu'à la première période sanguine et ganglionnaire lorsque l'affection ne se manifeste que par la constatation du parasite dans le sang.

La deuxième période, ou période nerveuse, est généralement très grave.

Les symptômes de la maladie du sommeil sont la fièvre, l'œdème, l'amaigrissement, l'altération des téguments et des muqueuses, l'anémie, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate, les paralysies, les crises épileptiformes, des troubles encéphaliques et surtout les crises caractéristiques du sommeil.

Evaluation de l'invalidité.

1° Période sanguine et ganglionnaire, 30 à 50 p. 100 ;

2° Période nerveuse, 55 à 100 p. 100.

II. — Mycoses

Actynomycose, sporotrichose, *blastomycose*, *oso-*

porose, mycétomes (stréptothrix), pied de Madura, nocardia (abcès du cerveau).

En dehors du pied de Madura qui impose la plupart du temps l'amputation dont le taux d'invalidité domine alors la question d'indemnisation, les autres maladies mycosiques seront, au point de vue invalidité, réglées ainsi :

Evaluation de l'invalidité.

Localisations uniquement cutanées suivant leur importance, 10 à 25 p. 100.

Localisation cutanéo-muqueuses ou muqueuses nécessitant des interventions et suivant leur importance, 30 à 45 p. 100.

Infection générale toutes localisations et complications comprises, 50 à 100 p. 100.

III. — Spirochétoses.

Maladies à évolution aiguë, subaiguë ou chronique, l'inoculation est pratiquée chez l'homme par morsures d'animaux, piqûres d'insectes.

L'agent causal est un spirochète ou un tréponème.

Le spirochète a une existence et un cycle évolutif en dehors de l'organisme humain et il est transporté chez l'homme par des morsures d'animaux ou par des piqûres d'insectes parasites.

Le tréponème a un cycle évolutif uniquement chez l'homme et est transmis par contagion humaine directe ou indirecte.

A. — Les spirochétoses sanguicoles sont des septicémies aiguës qui reconnaissent plusieurs agents et plusieurs variétés :

1° La fièvre récurrente ;
2° La spirochétose ictéro-hémorragique ;
3° La fièvre jaune ;
4° Le sodoku ;
5° La fièvre des tranchées ;
6° La dengue.

Toutes ces spirochétoses sont aiguës, guérissent en général par les sels arsenicaux, ne déterminant pas d'invalidité, mais pouvant laisser derrière elles des séquelles (lésions rénales et autres) qui seront évaluées.

Evaluation de l'invalidité.

Il y a lieu d'évaluer conformément aux indications du guide barème en ses différents chapitres.

B. — Les tréponémiases sont au nombre de deux :
1° La syphilis ;
2° Le pian.

L'une et l'autre de ces maladies n'entraînent pas par elles-mêmes ou leurs séquelles d'invalidité autre que celles prévues au guide barème.

Le goundou consiste dans l'apparition à la racine du nez de tumeurs osseuses (goundou) qui, par leur volume, peuvent interdire l'usage des yeux. On ne constate le goundou que chez les indigènes.

Evaluation de l'indemnité.

Il y a lieu d'évaluer conformément aux indications du guide barème.

(*A suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Une station d'altitude pour enfants.** — Le « Touring Club de France » vient de citer en exemple, dans le dernier numéro de sa Revue, la Municipalité de Villard-de-Lans (Isère) qui a su prendre les mesures utiles pour éviter le séjour des tuberculeux sur son territoire. Il sera, en particulier, exigé un certificat de non contagion pour toutes personnes dont le séjour excèdera un mois. Les conditions matérielles de cette station ne permettaient pas, en effet, d'y prendre, avec efficacité, les mesures d'hygiène et de désinfection qui sont indispensables dans les localités où sont envoyés des contagieux.

Cette station, à 1.040 mètres d'altitude, tout en restant le centre incomparable de tourisme qu'elle est naturellement, vient d'organiser ses nombreux hôtels et villas en vue du séjour des enfants délicats ou convalescents pour lesquels son climat est des plus propices. Elle sera spécialement aménagée pour les recevoir en hiver.

(*Communiqué par l'Association de la Presse médicale française*).

— **Fixation d'une limite d'âge pour les médecins des Enfants assistés de la Seine.** — Le Conseil général de la Seine, sur un rapport de M. Rebeillard, vient de prendre la délibération suivante

« Art. 1er. — L'article 135 du règlement sur le service des Enfants Assistés de la Seine est complété, à la suite de son texte actuel, par les dispositions suivantes : » Les fonctions des médecins du service des Enfants assistés de la Seine cessent de plein droit à l'expiration du semestre au cours duquel le médecin atteint 65 ans révolus.

Toutefois, les médecins du service des Enfants assistés pourront, si les nécessités du service l'exigent, être prorogés au delà de la limite d'âge ci-dessus indiquée, par périodes successives d'une année : cette prorogation sera prononcée par arrêté préfectoral sur avis motivé du Directeur général de l'Assistance publique.

Art. 2. — A titre transitoire, l'administration de l'Assistance publique est autorisée à maintenir en fonctions, dans la mesure où les besoins du service le commandent, ceux des médecins en service qui ayant actuellement dépassé 65 ans, tombent sous le coup de l'article qui précède. »

— **La réunion neurologique de 1927.** — La Commission des réunions neurologiques a fixé comme suit le programme de la prochaine réunion annuelle qui aura lieu en 1927.

Deux sujets seront mis à l'étude :

1° Le sommeil normal et pathologique, avec deux rapports de MM. Lhermitte et Tournay.

2° Les moyens d'exploration de l'appareil vestibulaire avec deux rapports de MM. Hautant et Magnus (d'Utrecht).

Cette réunion coïncidera avec la célébration du centenaire de Vulpian.

Prévoyant aussi la réunion de 1928, la Commission a envisagé pour cette réunion une discussion sur le diagnostic topographique et le traitement des tumeurs cérébrales. Deux rapports seraient demandés sur ce sujet à MM. Clovis Vincent et de Martel auxquels seraient adjoints deux rapports complémentaires de MM. A. Béclère et Pollak sur les côtés radiologique et oculaire de la question.

— **Hôpital Saint-Antoine.** *Gastro-entérologie.* — Du 8 au 14 novembre, M. Félix Ramond fera dans son service, à l'usage des médecins praticiens, une série de conférences sur les principales maladies de l'estomac et du duodénum et sur les méthodes nouvelles d'exploration, de diagnostic et de traitement.

Des travaux quotidiens, en particulier des démonstrations radiologiques, permettront aux auditeurs de se familiariser avec la pratique de ces méthodes.

Le programme détaillé du cours sera publié ultérieurement. Les conférences sont gratuites.

Pour les travaux pratiques, s'inscrire en versant un droit de 200 fr. à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, auprès de la surveillante du service.

— **Congrès italien d'obstétrique.** — Le XXVe congrès italien d'obstétrique et de gynécologie aura lieu à Palerme, à la fin de 1926, sous la direction du professeur Erc. Cova, directeur de la Clinique obstétricale de Palerme.

— **Faculté de Médecine de Paris.** *Enseignement clinique de l'année scolaire* 1926-1927.

Cliniques médicales générales. — M. Achard, professeur, hôpital Beaujon. — M. Bezançon, professeur, hôpital Saint-Antoine. — M. Gilbert, professeur, Hôtel-Dieu. — M. E. Widal, professeur, hôpital Cochin.

Cliniques chirurgicales générales. — M. Delbet, professeur, hôpital Cochin. — M. Gosset, professeur, Hôpital de la Salpêtrière. — M. Hartmann, professeur, Hôtel-Dieu. — M. Lejars, professeur, hôpital Saint-Antoine.

Cliniques obstétricales. — M. Brindeau, professeur, clinique Tarnier. — M. Couvelaire, professeur, clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes). — M. Jeannin, professeur, Maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (Fondation de M. le duc de Loubat). — M. Vaquez, professeur, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Claude, professeur, Asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants. — M. Nobécourt, professeur, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance. — M. Marfan, professeur, hôpital des Enfants.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Jeanselme, professeur, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Guillain, professeur, Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique. — M. Terrien, professeur, Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Legueu, professeur, Hôpital Necker.

Clinique des maladies contagieuses. — M. Teissier, professeur, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (Fondation de la Ville de Paris). — M. J.-L. Faure, professeur, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (Fondation de la Ville de Paris). — M. Ombrédanne, professeur, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique. — M. Sebileau, professeur, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale. — M. P. Duval professeur, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique. — M. Sergent, professeur, hôpital de la Charité.

— **Faculté de Médecine de Paris.** *Cours et conférences.* Semestre d'hiver 1926-1927.

Anatomie, 1re année, MM. Nicolas et Rouvière, professeurs.

Anatomie pathologique, 3e année, M. Roussy, professeur.

Bactériologie, 2e année, MM. Lemierre, professeur, et Philibert, agrégé.

Chimie pathologique, 2e année, M. Blanchetière, agrégé

Embryologie, 1re année, M. Champy, agrégé.

Médecine légale, 5e année, MM. Balthazard, professeur, et Duvoir, agrégé.

Obstétrique, 3e année, M. Vaudescal, agrégé.

Parasitologie, 3e année, M. Brumpt, professeur.

Histoire de la Médecine, M. Menetrier, professeur.

Physique, 2e année, M. Strohl, professeur.

Histologie, 1re année, M. Prenant, professeur.

Pathologie expérimentale et comparée, 3e année, M. Rathery, professeur.

Pathologie générale, 4e année, M. Marcel Labbé, professeur.

Pathologie médicale, 3e et 4e années, MM. Aubertin et Lian, agrégés.

Pathologie chirurgicale, 3e et 4e années, MM. Lecène, professeur, et Mathieu, agrégé.

Pharmacologie, 5e année, M. Tiffeneau, professeur.

Thérapeutique, 5e année, MM. Carnot, professeur et Harvier, agrégé.

Stomatologie, 5e année, M. Frey, chargé de cours.

Physiologie, 2e année, M. Richet, agrégé.

Semestre d'été. — *Anatomie*, 1re année, M. Hovelacque, agrégé.

Anatomie topographique et médecine opératoire, 4e année, M. Cunéo, professeur.

Chimie biologique et pathologique, 2e année, M. Desgrez, professeur.

Histoire de la Médecine, M. Menetrier, professeur.

Histologie, 1re année, M. Verne, agrégé.

Hygiène, 5e année, M. L. Bernard, professeur.

Obstétrique, 3e année, M. N., agrégé.

Pathologie chirurgicale, 3e et 4e années, MM. Cadenat et et Mondor, agrégés.

Parasitologie, 3e année, M. Joyeux, agrégé.

Anatomie pathologique, 3e année, M. I. de Jong, agrégé

Pathologie expérimentale et comparée, 3e année, M. Garnier, agrégé.

Pathologie médicale, 3e et 4e années, MM. Sicard, professeur, et Brulé, agrégé.

Pharmacologie et matière médicale, 4e année, M. N., agrégé.

Physiologie, 2e année, M. Roger, professeur.

Physique, 2e année, M. N., agrégé.

Education physique, M. Chailley-Bert, chargé de cours.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

— **Nouveau règlement du concours d'électro-radiologiste des hôpitaux** — Les épreuves de ce concours se divisent en épreuves d'admissibilité et épreuves définitives.

I. *Epreuves d'admissibilité.* — Les épreuves d'admissibilité comprennent :

1° Une épreuve sur titres, comportant :

Pour le titre d'interne ou d'ancien interne des hôpitaux de Paris, 4 points ; pour le titre d'ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, 2 points ; pour le titre d'ancien externe des hôpitaux de Paris (ces points n'étant pas cumulatifs et le point le plus élevé étant seul accordé), 1 point ; pour le diplôme de radiologiste de

l'Université de Paris, 2 points ; pour le certificat de physique générale, 2 points ; pour le certificat de physiologie, 2 points ; pour l'ensemble des titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers, 10 points ; total: 20 points.

2° Trois épreuves écrites anonymes pour chacune desquelle est il accordé une heure.

Elles portent : la première, sur une question d'électrologie, la deuxième sur une question de radio-diagnostic, la troisième sur une question de radiothérapie (rayons X, radium). Le nombre maximum des points attribués pour chacune de ces questions est de 15, soit 45 au total.

3° Une épreuve pratique avec deux questions : sur le matériel utilisé en radiologie et sur le matériel utilisé en électrologie.

L'épreuve pratique devra permettre aux candidats de montrer qu'ils connaissent le montage, les connexions, la mise en marche des appareils et qu'ils savent éviter les dangers d'une installation défectueuse. Ils doivent expliquer ce qu'ils font et indiquer les difficultés qu'ils rencontrent soit au cours de la manipulation, soit après l'avoir terminée.

Le nombre maximum des points attribués pour chacune des deux questions est de 15, soit 30 points pour l'ensemble de l'épreuve.

A la suite de ces épreuves, sont déclarés admissibles trois candidats par place mise au concours.

Les candidats déclarés admissibles à la suite des épreuves d'un concours pour l'emploi d'électro-radiologiste des hôpitaux sont et demeurent définitivement qualifiés pour prendre part aux concours de chef de travaux de curiethérapie.

Les candidats deux fois admissibles au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux sont déclarés définitivement admissibles aux épreuves définitives de ce concours et rentreront de plein droit dans les concours ultérieurs pour les épreuves définitives.

La cote est ramenée à zéro après les épreuves d'admissibilité.

II. *Epreuves définitives*. — Elles comprennent :

1° Une épreuve d'interprétation de clichés radiologiques, pour laquelle il sera accordé quinze minutes à chaque candidat.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est de 15.

Des renseignements d'ordre clinique pourront, selon les cas, être fournis aux candidats par le jury.

2° Une épreuve de clinique et de pratique électro-radiologique avec malades, qui comportera les trois séries d'épreuves suivantes :

a) Une consultation écrite sur un malade relevant de l'électrologie en vue de laquelle chaque candidat disposera de quarante-cinq minutes pour l'examen du malade :

b) Une consultation écrite sur un malade de radiodiagnostic ; il sera accordé trente minutes à chaque candidat pour l'examen du malade ;

c) Une consultation écrite sur un malade de radiothérapie (rayons X et corps radioactifs) ; il sera accordé à chaque candidat quinze minutes pour l'examen du malade.

Pour chacune des trois séries d'épreuves, les candidats disposeront, aussitôt après l'examen du malade, de quarante-cinq minutes pour la rédaction de leur consultation.

Le nombre des points est de 15 par malade soit 45 pour l'ensemble de l'épreuve.

— **Association internationale de Médecins-radiologues.** — Un Comité s'est constitué à Vienne dans le but de fonder une Association internationale de professeurs de radiologie médicale. Jusqu'à présent, 70 professeurs de diverses nationalités ont adhéré à cette fondation. Les médecins radiologues peuvent adresser les demandes de renseignements ou d'admission au Secrétariat de l'Association, Langegasse, 83, Vienne III (Autriche).

— **XIXe Congrès français de médecine** (Paris, octobre 1927). — **L'assemblée générale de l'Association des médecins de langue française, tenue à Nancy, le 19 juillet 1925, lors de la clôture du XVIIIe Congrès, a décidé que le prochain Congrès de l'Association des médecins de langue française se tiendrait à Paris en 1927, dans la deuxième semaine d'octobre.**

Le bureau de ce Congrès, élu à l'unanimité, a été ainsi constitué :

Président : **M. Pierre Teissier, professeur de clinique des maladies infectieuses, membre de l'Académie de Médecine.**

Vice-présidents : **M. Ch. Achard, professeur de clinique médicale à l'hôpital Beaujon, secrétaire général de l'Académie de Médecine ; M. F. Bezançon, professeur de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de Médecine ; M. le médecin inspecteur Dopter, directeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de Médecine ; M. E. Rist, médecin de l'hôpital Laënnec, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux de Paris.**

Secrétaire général : **M. le professeur agrégé M. Chiray, médecin des hôpitaux.**

Secrétaire général adjoint : **M. P. Gastinel, ancien chef de clinique de la Clinique des maladies infectieuses.**

Trésoriers : **M. le professeur agrégé C. Lian, médecin des hôpitaux ; M. Pierre Masson, éditeur.**

Le bureau compte sur tous les membres de l'Association pour assurer au XIXe Congrès un succès digne de la science médicale française.

Il tient à exprimer dès maintenant sa reconnaissance aux nombreuses notabilités médicales des pays amis et alliés de l'Amérique du Sud (République Argentine, Brésil), de la Belgique, du Canada, du Grand-Duché de Luxembourg, de la Pologne, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la Yougoslavie, dont le concours dévoué et précieux lui a été si spontanément et si libéralement donné.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R.C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

chose un peu forte et j'ai protesté auprès de la compagnie, d'autant plus que le médecin contrôleur avait prévenu seulement le blessé de l'heure et du jour de son passage, contrairement aux bonnes règles admises qui consistent à prévenir aussi le médecin.

Dr B.

Réponse.

1° La compagnie compte juste : visite plus 50 % = 10 + 5 = 15, à quoi il faut ajouter les 2 fr. de moyenne de déplacement dans les grandes villes : 15 + 2 = 17 fr.

2° Il est *inadmissible* qu'une visite de contrôle », sauf cas très rares d'urgence, ait lieu un dimanche. Au surplus, si vous n'aviez pas été prévenu *spécialement*, comme le veut la loi, le blessé pouvait fort bien prier le médecin de l'assurance de repasser un autre jour, *après* avoir prévenu le médecin traitant.

F. D.,

Application du Tarif Maginot.

2664. — Sequestre, évidement osseux.

1re *lettre.*

Membre du *Concours médical*, j'ai l'honneur de vous demander votre avis sur l'application du tarif chirurgical de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, dans le cas suivant :

Appelé par un ancien militaire, réformé pour ostéomyélite du tibia droit, je me suis vu, en raison d'une poussée aiguë, dans l'obligation de pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence.

Aidé d'un confrère, j'ai procédé, au domicile du malade, à : 1° une rachianesthésie ; 2° large trépanation de l'extrémité inférieure du tibia droit. Evidement de la cavité et curetage profond. Drainage. Sutures et pansement.

Je vous serais infiniment obligé de vouloir bien m'indiquer la tarification légale de cette intervention.

Dr C.

Réponse.

1° Vous trouverez dans le tarif Maginot, (art. 74. Interventions sur les membres) :

a) Extraction d'un séquestre avec trépanation limitée : os moyens : 200 fr. ; os volumineux : 400 fr.

b) Evidement osseux étendu : os moyen : 300 fr. ; os volumineux : 600 fr.

Comme vous le voyez, la gamme des interventions est assez précise pour que vous puissiez choisir la tarification se rapportant, équitablement, à l'intervention que vous avez pratiquée.

2° A ce prix, vous ajouterez 50 fr. pour l'aide (art. 71), que celui-ci ait pratiqué, ou non, l'anesthésie rachidienne, puisque, dans l'un ou dans l'autre cas, son intervention est tarifée suivant l'alinéa 1 ou l'alinéa 12 de cet article. F. D.



2e lettre.

Je vous remercie infiniment de votre lettre du 1er septembre, réponse à ma demande du 25 août 1926, et je m'excuse d'insister, en vous priant de me faire donner des précisions plus grandes.

La réponse de M. le docteur Decourt ne me satisfait pas pleinement.

Je vous ai exposé un cas précis et désire savoir, si possible, quelle somme exacte je dois demander en fournissant mon mémoire trimestriel, en application du tarif Maginot, pour l'intervention que j'ai eu l'honneur de vous exposer et que je vous rappelle.

Intervention chirurgicale d'urgence sur un bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

Assisté d'un confrère, j'ai procédé au domicile du malade à :

1° Une rachianesthésie ;

2° A une large trépanation de l'extrémité inférieure du tibia droit — évidement de la cavité et curetage profond — drainage, sutures et pansement.

En d'autres termes, dois-je considérer l'extrémité inférieure du tibia comme un os moyen ou comme un os volumineux, et dois-je appliquer le tarif ayant trait à l'extraction d'un séquestre avec trépanation limitée ou celui ayant trait à l'évidement osseux étendu. Dr C.

2e Réponse.

Il est malaisé, de loin, sans avoir examiné un blessé, de donner un avis *ferme*. Néanmoins, essayons de raisonner d'après les termes mêmes de votre lettre :

a) Vous parlez d'une trépanation de « l'extrémité inférieure du tibia ». Il ne s'agirait donc pas d'un « évidement osseux *étendu* » de l'os, ce me semble, donc ce serait un cas de « trépanation limitée ».

b) Le tibia est, sans aucun doute pour moi, un « os volumineux » du squelette.

c) Je conclurai donc : « Extraction d'un séquestre avec trépanation limitée, sur un os volumineux : 400 fr. » Mais ceci, je le répète, sous toute réserve et ne parlant que tarif en mains, d'après les termes de votre lettre.

F. D.

Fiscalité.

2720. — La taxe civique n'est due qu'une fois.

Pourriez-vous me faire savoir s'il est légal d'être imposé plusieurs fois au titre de la taxe civique ?

J'ai un domicile particulier et un local professionnel qui ne dépendent pas du même contrôleur.

Je fais chaque année ma déclaration en vue de l'impôt sur les revenus au contrôleur dont dépend mon domicile particulier.

Celui de mon local professionnel n'a à m'adresser que ma feuille pour la patente.

Or, il y ajoute cette année 40 fr. au titre de la taxe

civique, somme due par les contribuables non imposés sur les revenus, alors que j'ai d'après ma déclaration de revenus plus de 600 francs de taxe civique à payer dans une autre perception.

Est-ce donc que chaque contrôleur à qui on peut avoir affaire pour quelque cause que ce soit (propriété non bâtie par exemple, d'aussi faible valeur qu'on voudra) peut vous taxer civiquement ?

Ou bien la taxe civique n'est-elle pas un impôt de capitation ?

Dr B.

Réponse.

La taxe civique n'est due qu'une seule fois au lieu de domicile, c'est-à-dire dans la commune où est payé l'impôt général sur le revenu ou, pour les personnes non imposables, dans celle où est située la résidence principale.

Voyez le contrôleur dont dépend votre local professionnel et exposez-lui votre cas.

A. M.

2698. — Erreur dans la déclaration des bénéfices professionnels.

Au début de 1926, j'ai déclaré pour l'année 1925 aux Contributions directes :

Bénéfices bruts	28.200
Frais professionnels	10.600
Bénéfices nets	2.100

Venant de recevoir ma feuille d'imposition, je m'aperçois que je me suis trompé dans mon chiffre de bénéfices bruts : au lieu de 28.200 il faut compter 22.200.

Comment faire pour faire réparer cette erreur ? En faisant ma réclamation comme il est indiqué dans les trois mois, me croira-t-on aussi bien qu'on m'a cru sur ma première déclaration ?

Comme livre de comptes à l'appui, je ne puis montrer que les accidents du travail et les mutilés de guerre.

Quant au reste, j'ai le droit, me semble-t-il, de me retrancher derrière le secret professionnel.

Dr N.

Réponse.

Il est évident que votre première déclaration d'un bénéfice brut de 28.200 fr. sera considérée comme exacte par le contrôleur, à moins que vous n'apportiez la preuve de l'erreur commise.

Le secret professionnel vous impose certaines réserves, mais vous devriez tout au moins tenir un livre de recettes où vous inscririez, sans indication de nom, le montant des honoraires perçus journellement et par catégories : consultations au cabinet, visites chez les clients, rémunérations versées par les Cies d'assurances, par l'Etat pour les mutilés de guerre.

A. M.

2548. — Augmentation de la patente.

J'ai été fâcheusement surpris, en recevant mon bordereau de contributions 1926, de constater *que*

ma patente avait été quasi-quadruplée par rapport à celle de 1925. De 190 fr. qu'elle était en 1925, elle passe en 1926 à 738 fr. (taxe vicinale comprise).

Je suppose que cette mesure ou cette majoration a dû être appliquée à tous les confrères. Elle m'a paru excessive et non justifiée. Et comme ma réclamation isolée risquerait de n'être pas accueillie favorablement, j'ai pensé — dans le cas où mes confrères subiraient le même sort — qu'une action solidaire sinon de tous, du moins d'un assez grand nombre, aurait plus de chance de succès auprès de l'Administration des contributions directes. Vous savez que l'impôt des patentes est basé sur la valeur locative de la maison occupée par l'impétrant (ici par le médecin); vous savez en outre qu'en 1925 a eu lieu la revision des propriétés bâties non louées, et que cette revision a abouti à une certaine majoration de la valeur locative antérieure. A V... l'augmentation a été de 2,5 autrement dit de 150 %.

Or puisque l'impôt de la patente est basé sur la valeur locative, j'aurais admis que ma patente fût majorée également de 150 %, c'est-à-dire que de 190 fr. en 1925, elle soit établie au chiffre de 475 fr. mais non de 738 fr.

J'ai rendu visite au contrôleur dont les explications ne m'ont pas paru suffisantes ou satisfaisantes. Je lui ai ensuite écrit, afin d'obtenir la justification de l'augmentation de ma patente (738 fr.).

Vous seriez bien aimable d'examiner ou de faire examiner cette question qui du reste peut intéresser le corps médical et dans votre réponse, me transmettre vos observations, et la ligne de conduite à suivre dans cette affaire.

Dr X.

Réponse.

Nous avons examiné votre lettre, vos avertissements et la réponse du contrôleur.

Vous n'avez pas contesté la valeur locative de 2.000 fr. qui a été attribuée à votre maison. Le droit proportionnel de patente est calculé sur cette valeur, vous ne pouvez le discuter.

Outre l'augmentation du loyer servant de base à la patente, vous devez considérer la majoration du centime applicable au droit proportionnel. Dans votre commune, il était de 3,46143 en 1925, alors qu'il s'élève à 4,93872 en 1926.

La taxe vicinale basée sur le principal de patente subit également une grosse majoration.

A. M.

Accidents du Travail

2842. — Evaluation d'incapacité permanente.

Un contremaître papetier dans une imprimerie, a dû, à la suite d'un accident du travail, subir la désarticulation de la phalangette de l'index droit. Son salaire est de 27 fr. par jour.

Que doit-il toucher comme indemnité d'incapacité permanente (en rente ou en capital) ?

Dr T.

Réponse.

L'incapacité permanente résultant de la désarticulation de la phalangette de l'index droit peut être évaluée à 3 % (Mayet). Le guide barème des pensions de 1919 donne 5 % ; c'est à ce chiffre que s'arrêtent également Imbert, Oddo et Chavernac dans leur ouvrage. Vous pourriez donc proposer 5 %.

Si le salaire quotidien du blessé était de 27 francs, son salaire annuel, sur la base de 300 jours ouvrables par an, était de 8.100 francs.

En admettant comme acquis l'invalidité de 5 % et le salaire annuel de 8.100 fr., le blessé aurait droit à une rente de 135 francs par an, qui ne pourrait être remplacée par un capital, comme étant supérieure à cent francs.

2863. — Brûlure par la potasse.

Un ouvrier avale au cours de son travail de la potasse caustique, alors qu'il croyait boire de l'eau pour se rafraîchir.

Conséquences : brûlure pharynx et œsophage. Rétrécissement cicatriciel à dilater deux fois par semaine pendant six mois environ de l'avis du spécialiste.

La compagnie d'assurances a jusqu'à ce jour payé le demi-salaire sans émettre aucune contestation :

1° L'accident est-il contestable ?

2° Comment l'ouvrier devra-t-il être indemnisé pour les dilatations bi-hebdomadaires qui vont lui occasionner chaque fois une perte de temps d'une demi-journée ? Dr S.

Réponse.

Selon un arrêt de la cour de Cassation, toutes chambres réunies, toute lésion, qui se produit par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme un accident du travail.

C'est donc au patron de soutenir, avec preuves à l'appui, que l'affection morbide ne relève pas du travail.

En ce qui concerne le cas particulier de l'absorption d'un liquide caustique, pendant le travail, voici le sommaire d'un arrêt de cassation, du 8 février 1921 (*Gaz. Pal.*, 20 avril 1921) :

« L'empoisonnement dû à l'absorption d'une substance toxique au lieu et à l'heure du travail, est un accident du travail ; il n'est pas nécessaire de prouver la corrélation directe de la tâche assignée à l'ouvrier avec l'accident dont il a été victime.

« Il suffit que le travail en ait été l'occasion.

« Constitue donc un accident du travail la mort d'un contremaître, qui s'est empoisonné, en buvant, pour se désaltérer, comme il en avait l'habitude, à une bouteille de vin placée sur la

table de travail et dans laquelle avait été introduit, à son insu, un liquide toxique ».

Dans ces conditions, dans le cas particulier que vous nous soumettez, le blessé doit continuer son traitement jusqu'à ce que la blessure soit « consolidée », c'est-à-dire soit arrivée à un point tel qu'aucun traitement médical, chirurgical ou spécial, pourrait en modifier les conséquences, ni amener d'amélioration.

Remarquez que l'ouvrier peut parfaitement bien reprendre son travail et par suite, cesser de toucher son demi-salaire, tout en continuant à recevoir, aux frais de son chef d'entreprise, les soins nécessaires à son état.

Quant à l'indemnité que doit toucher l'ouvrier, à l'occasion de son traitement, il doit d'abord toucher son demi-salaire, ou son salaire plein, selon qu'il a ou non repris son travail.

En ce qui concerne l'indemnité de déplacement, pour se rendre chez le spécialiste, au cas où ce dernier n'habiterait pas la localité, rappelons que la commission des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail et la commission supérieure des maladies professionnelles, réunies dans leur séance du 27 mai 1921, ont émis l'avis que les frais de déplacement ne peuvent être considérés comme des accessoires du traitement médical que dans des cas exceptionnels, tels qu'urgence, examen et traitements spéciaux.

En ce sens : justice de paix de Paris, 13 décembre 1906 ; *Rec. Minist. Trav.*, VII.17 ; trib. civ. Saint-Girons, 28 juillet 1910, *id* XIV.70.

Dr Paul Boudin.

Accidents de droit commun.

2808. — Morsure par un chien

Une femme se rendant dans une ferme est mordue assez grièvement à la jambe par le chien de la maison en passant dans la cour. Le propriétaire du chien se dit assuré.

Appelé auprès de la blessée, je lui fais une suture, un pansement, une injection de sérum antitétanique et je rédige un certificat sur papier libre constatant les lésions. Je désirerais à ce sujet être renseigné sur les trois points suivants :

1° Y a-t-il lieu de prescrire une visite vétérinaire du chien coupable ou suffit-il de prescrire au propriétaire de le garder à vue comme je l'ai fait ?

2° N'aurais-je pas dû rédiger le certificat sur papier timbré ? j'ai pris soin de mentionner au bas de mon certificat : «ce certificat ne pourra être produit en justice ».

3° J'ai été appelé un dimanche ; or les médecins du pays ont l'habitude de doubler le prix des visites et actes opératoires pratiqués les dimanches et jours

fériés ; puis-je agir de même dans le cas particulier sans risquer un refus de l'Assurance ?.

Dr C.

Réponse.

1° Aucune obligation légale n'impose la visite par un vétérinaire d'un chien qui a mordu une personne. Mais, lorsque cela est possible, il est préférable de demander qu'il soit procédé à cette visite.

2° Comme il s'agit d'un accident de droit commun, le certificat aurait dû, en principe, être rédigé sur papier timbré. Mais la mention que vous y avez apposée doit suffire pour que, si l'intéressée le produisait en justice et en rendait ainsi le visa pour timbre obligatoire, elle ne puisse pas vous rendre responsable de l'amende qui lui serait infligée pour défaut de timbre.

3° C'est le tarif de droit commun qui est applicable, dès lors qu'il s'agit d'un accident de droit *commun.* Votre débitrice est votre cliente et non la compagnie d'assurances, et si celle-ci refuse de vous payer, c'est la cliente et non la compagnie qui vous devrez poursuivre.

Dans ces conditions, il n'y a pas de motif pour que vous n'appliquiez pas les tarifs qui sont admis dans votre clientèle et que notamment vous ne doubliez pas vos visites et interventions du dimanche, si telle est la règle admise dans la région.

2846. — Certificats pour assurances de droit commun.

Est-ce que les certificats médicaux pour assurance individuelle doivent être rédigés sur papier timbré ? Aussi bien le certificat d'accident initial descriptif, que le certificat final de reprise du travail ?

2° Est-ce que par tolérance, vous conseillez de rédiger ces certificats d'assurance individuelle sur papier libre ?

3° Enfin, est-ce que la femme d'un assuré au nom duquel est rédigé la police d'assurance individuelle, dont l'assurance couvre en plus les domestiques, doit être considérée comme son associée (et alors lui faire un certificat sur papier timbré si elle est victime d'un accident au service de l'exploitation de son mari) ou comme sa domestique (et alors lui faire un certificat initial sur papier libre).

Dr G.

Réponse.

1° En principe, tout certificat doit être délivré sur papier timbré, à moins qu'une dispense de timbre n'ait été accordée par une loi spéciale, comme c'est le cas pour les accidents du travail. L'auteur d'un certificat établi sur papier libre, sans qu'une dispense puisse être invoquée, est passible d'une amende, si son certificat vient à être produit en justice.

2° Pour les assurances individuelles du droit

commun, aucune dispense n'est prévue. Si vous délivrez les certificats relatifs à ces assurances sur papier libre, vous agissez à vos risques et périls, bien qu'en fait ces certificats soient rarement appelés à être produits en justice.

3° Le cas particulier auquel vous faites allusion semble être celui d'un agriculteur qui s'est placé, pour lui-même et les membres de sa famille, sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail agricole. S'il en est bien ainsi et si sa femme a été victime d'un accident au cours de son travail, votre certificat peut être établi sur papier libre. Au cas où la législation sur les accidents agricoles ne pourrait être invoquée, il faudrait employer le papier timbré.

Baux et Locations.

2851. — Prorogation de bail.

Un médecin qui a été mobilisé au début de la guerre (6 mois), a-t-il le droit de demander la prorogation de son loyer jusqu'en 1931, quelle que soit la localité où il se trouve ?

Y a-t-il des formalités à remplir dans l'affirmative ?

D^r L.

Réponse.

Tous les locataires d'avant-guerre de locaux dans lesquels ils exerçaient leur profession avaient droit, en vertu de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, à une prorogation égale à la durée de la guerre, soit 5 ans et 84 jours, plus le délai nécessaire pour achever le terme, qu'ils aient été mobilisés ou non.

Pour vous renseigner exactement sur votre situation, nous aurions besoin de savoir depuis quand vous occupez votre maison, quand votre bail a pris fin et si vous avez adressé à votre propriétaire une demande de prorogation.

Au cas où vous ne pourriez plus bénéficier de la prorogation de la loi du 9 mars 1918, vous pourriez prétendre au bénéfice de celle de la loi du 1er avril 1926, si votre commune compte plus de 4.000 habitants, ou se trouve distante de moins de 10 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, ou a vu croître sa population d'au moins 5 % entre les deux derniers recensements. Donnez-nous les précisions nécessaires sur tous ces points et nous vous répondrons immédiatement.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Jonquille.

Pour Suzette.

« C'est mon heure. Je viens. Il fait froid. Que m'im-
[illegible] (porte ?
Une force me pousse et me met à la porte

De la motte de terre où ma touffe verdit.
Les jours vont vite. Tout retard m'est interdit,
Si je veux arriver au printemps la première.
Je précède d'un pas le narcisse, mon frère,
Poète paresseux qui rêve dans son lit.
Je viens avec la fleur des champs, le pissenlit.
Moi, m'amuser en route ? Ah ! le soupçon me fâche
D'avoir à mon plaisir sacrifié ma tâche,
Et reculé l'instant fatidique d'ouvrir
Ma corolle de soie au souffle du zéphir.
Déjà mon jonc étroit s'affine en pointe jaune
Comme un effilé d'or sur le coussin d'un trône.
Je me sens par en haut déjà devenir fleur.
Tout mon corps est en proie au divin barbouilleur.

Gronde pas. Je ne dépare point tes allées
Mars rageur nous bombarde avec ses giboulées.
Toujours le temps maussade et jamais un ciel clair !!
Mais je résiste mieux au froid que j'en ai l'air.
Que veux-tu que j'attende? Un soleil qui rechigne
A faire chanter l'aube et larmoyer la vigne ?
A défaut de ce bel astre capricieux,
Ma petite clarté réjouira tes yeux.
Ami, je vais bientôt sortir de ma coquille.
Le courage me sied, à moi, l'humble jonquille.
Si j'ignore le luxe et les salons mondains
J'apporte un peu de joie aux modestes jardins.
Je ne sens point de gants à la main qui me cueille.
Regarde : au groseillier pointe la jeune feuille.
C'est mon heure. Je viens, je vais naître demain.
Le galant couturier met la dernière main
A chiffonner artistement ma collerette
Pour l'offrir toute fraîche aux grâces de Suzette.
Je reprends seule et sans besoin de jardinier
La place que chez toi j'occupais l'an dernier.
On m'attend. Que dirait ta femme bien-aimée
Si je n'apparaissais à l'heure accoutumée
Pour égayer la table et l'émail de ses grés ?
Pâque arrive et Thérèse, à l'affût des bouquets,
Thérèse, ma marraine, à qui j'ai l'heur de plaire,
En ne me voyant pas, pâlirait de colère.

La neige tombe. Elle est d'argent, moi je suis d'or.
Laisse tomber. Il chante en son frileux décor,
Le duo des couleurs sur la bordure en friche,
Comme écus et louis dans la poche du riche.

Les fleurs comme les gens ont leur ambition.
Nul ne saurait mentir à sa vocation.
Et moi, j'aimerais mieux mourir avant d'éclore
Que manquer mon entrée à la prochaine aurore.
Je ne m'arrête plus. Chaque jour me grandit.
Il me semble qu'en moi quelque chose bondit.
Le rêve me travaille et le devoir commande.
Quand viendra le soleil, je serai déjà grande.»

Dr Paul GROSSIER.

Quarante-huitième année | N° 41 | 10 Octobre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2552-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de MM. les docteurs MAYEUX, de Cléguerec et MULLER, de Rilly-la-Montagne, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trutot.
Cannes : Abadie, Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comoy.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle Pierrugues, Verrier
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), Stef.
La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Cauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gazzola, Gruzu, Guerry, G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilvan, Piettri Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*
Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.
Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 438. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 439. — Ext. hôpit. Paris, 16 inscr. N. R., ch. emploi clin. méd. ou chirurg.

No 440. — Infirmière chirurg. demand. pour clinique.

No 441. — Ford 1925, surbaissée, 9 lit aux 100 km., état de neuf, pneus neufs, 2 roues neuves, compt. lampe ballad., tablier, roulé 15.000 km. Démarr. éclair. électr. (accus seuls à changer), 4.000 comptant et 4.000 par traites mensuelles. Dr Basile, à Uckange (Moselle).

No 442. — Est. A céd. de toute urg., poste méd. génér. dans ch.-lieu cant. Mais. 8 p. av. jard., loyer 1.900 Chiffre 60.000, augment. incessante. Cond. très intér.

No 443. — Dr recomm. veuve de conf. cherch. emploi comme secrét. chez doct. ou surveill. mais. de santé

No 444. — Jne fille dipl. d'Assist. d'hygiène scol., recomm. par conf., dès. trouver place secrét. chez méd. ou dans clin. Ferait pansem. Libre toutes matinées.

No 445. — Poste de sage-femme vacant à Fismes (Marne).

No 446. — Vve de méde., meill. réf. dispos. de tt. son temps, ch. sit. chez méd., ds clin. ou mais. de santé. Tiendr. comptab., fer. pansements, etc. Mme Casses, à Entraygues (Aveyron).

No 447. — Amélie-les-Bains. Mais. de cure du Dr H. Alardo. Pneumothorax thérapeutique. Bactériologie. Rayons X. (à partir de 35 fr. par jour, soins compris dans chamb. particul.).

N° 448. — A vend. cause décès : Potin, Pachon, Doyen. Reverdin, forceps, daviers, bistouris, pinces, costotome, seringues, aiguilles et divers ... la plupart neufs.

N° 449. — Med. major de 1re cl. des troupes colon (cr. de g. et Lég. d'hon) sur le point de prendre sa retraite, désire sit. dans laborat.

N° 450. — Paris Quartier choisi, cab. nez, gorge, oreille, très anc. client. sur rendez-vous. Très bel et vaste appart. Indem. 60.000. S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46

N° 451. — 90 km. Paris. Anc. poste dans belle rég., rapp. plus de 100.000 mais. confort., jardins, situat. recomm. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous venons d'apprendre avec regret la mort du Dr Albert GROSSARD. Je le connaissais un peu pour l'avoir rencontré à la maison de santé de la Plaine Monceau, et il y a à peine deux mois, je l'ai croisé plusieurs fois dans le parc de Châtel-Guyon où il faisait une cure.

Le Dr Grossard s'était spécialisé en oto-rhino-laryngologie ; après avoir été assistant de Lermoyez puis de Menières, aux Sourds-muets, il était devenu médecin chef du service d'O. R. L. du dispensaire Furtado-Heine, et médecin chef de la Clinique des sourds-muets.

C'était en outre un mutualiste convaincu et agissant, et à ce titre il était président de la Société, l'Union des Deux-Charentes.

« Originaire de Plassac (Charente-Inférieure), d'une intelligence et d'une bonté certaine, a dit de lui l'un de ses bibliographes, M. Genat, d'une allure empreinte d'une bonhomie paternelle, le Dr Grossard n'avait pas d'ennemis ; dès qu'on l'approchait, on l'estimait. Bon et dévoué presque à l'excès, sa mort provoque l'émotion de tous ceux qui l'ont connu ».

Je m'incline respectueusement sur la tombe de ce bon confrère, qui m'était en effet apparu avec l'aspect sympathique d'une souriante bonhomie, et j'adresse à sa fille, Mlle Grossard, les condoléances émues du *Concours médical*. G. DUCHESNE.

— **Les Congrès.** — Du 13 au 17 octobre, à Paris, Congrès d'oto-rhino-laryngologie, sous la présidence du professeur Sébileau.

— **Hôpital Laennec.** — *Oto-rhino-laryngologie.* — MM. Bourgeois et G. Poyet commenceront, le 18 octobre, une série de 8 leçons sur la *diathermie* en oto-rhino-laryngologie (tumeurs, amygdalites chroniques, polypes naso-pharyngiens, etc.). Le nombre des auditeurs est limité à six (prix : 600 fr.).

— **Reims.** — *Hôpital civil. Internat.* — Le 22 octobre, concours pour 4 places d'internes en médecine. Inscriptions jusqu'au 12 octobre.

— **Vannes.** — *Hospices.* — Le 15 novembre, con-

cours pour une place de chirurgien titulaire des hospices de Vannes.

— **Beyrouth.** — M. le professeur H. Claude vient de se rendre à Beyrouth en mission d'examen et reprendra son enseignement clinique, à Paris, fin novembre.

— **Bourses de doctorat en médecine.** — L'ouverture des concours pour l'obtention des bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège de chaque Faculté, le 25 octobre 1926. Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre à 16 h.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Prix Fillioux.* — Ce prix est attribué à l'interne et à l'externe des hôpitaux auteur du meilleur mémoire et du meilleur concours sur les *maladies de l'oreille.* Date du concours de 1926 : le jeudi 2 décembre. Inscriptions à l'Assistance publique (administration centrale) jusqu'au 14 octobre.

— **Clinique médicale infantile.** — M. le professeur Nobécourt a repris, le 4 octobre, à l'hôpital des Enfants-Malades son enseignement clinique. Celui-ci aura lieu tous les matins, à 9 h., dans son service.

— **Association amicale des médecins de théâtre.** — A l'occasion de la promotion de M. Lobligeois au grade d'officier de la Légion d'honneur, l'Association amicale des médecins de théâtre, dont il est le président, lui offrira le 19 octobre un dîner auquel sont conviés tous les médecins amis et admirateurs de M. Lobligeois. Adresser les adhésions (30 fr.) à M. O. Followell, 10, rue d'Alger, Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

21 *septembre.*

Service de santé des colonies.

Décret du 18 septembre 1926 relatif à la création d'une inspection mobile du service de santé aux colonies.

Art. 1er. — L'article 2 du décret du 1er novembre 1924 est complété comme il suit :

« L'inspecteur général du service de santé est chargé de l'inspection technique, dans les gouvernements généraux et les territoires sous mandat, des services médicaux et sanitaires énumérés aux paragraphes précédents, et de l'étude sur place des diverses mesures se rapportant à la protection de la santé publique et au développement des races indigènes.

« Il procède, à cet effet, à des inspections dont la durée est fixée par le ministre des colonies ».

Art. 2. — L'inspecteur général du service de santé, en mission aux colonies, perçoit :

1° La solde et les accessoires de solde d'Europe de son emploi, déduction faite de l'indemnité pour frais de service fixée par le décret du 14 septembre 1925 ;

2° Une indemnité journalière de mission de 120 fr. du jour inclus du débarquement dans la colonie

au jour exclu de l'embarquement soit pour la France, soit pour une autre colonie ;

3° L'indemnité de zone.

La solde et les accessoires de solde d'Europe restent dans toutes les positions à la charge du budget colonial.

Le budget général du groupe de colonies inspectées, ou le budget local de Madagascar, du Cameroun et du Togo supportent l'indemnité journalière de mission, l'indemnité de zone et les frais de voyage aller et retour.

Les colonies inspectées fournissent à l'inspecteur général du service de santé les moyens de transport à l'intérieur de leur territoire, le logement et le personnel auxiliaire dont il a besoin (secrétaire, planton, interprète).

Art. 3. — Pendant la durée de ses inspections aux colonies, l'inspecteur général est suppléé à Paris par le médecin qui lui est adjoint.

Art. 4. — Est et demeure abrogé le décret du 20 novembre 1925, auquel le présent texte se substitue dans toutes ses parties.

Sont également abrogées toutes dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 5. — Le ministre des colonies, le ministre de la guerre et le ministre des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin officiel* du ministère des colonies.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Les docteurs en médecine spécialisés dans les recherches de laboratoire exercent une profession libérale.

9423. — M. Marcel Astier, député, demande à M. le ministre des finances si les docteurs en médecine spécialisés dans les recherches de laboratoire et exerçant exclusivement l'art médical dans cette spécialité (analyses médicales), doivent être considérés, en ce qui concerne l'imposition, comme exerçant une profession libérale ou une profession commerciale. (*Question du* 11 *aout* 1926.)

Réponse. — Les contribuables visés dans la question sont redevables de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

(*J. O.*, 26 septembre 1926.)

La taxe des prestations est due sur toutes les automobiles possédées par un médecin.

9107. — M. Fié, député, expose à M. le ministre des finances qu'un docteur possède deux voitures, l'une de faible puissance utilisée quotidiennement, l'autre de puissance supérieure, mais usagée et ne servant qu'en cas de panne de la première, que l'administration des contributions indirectes admet, dans ce cas, que l'impôt frappe uniquement l'automobile de la plus forte puissance, et demande s'il peut en



être de même au sujet de la taxe des prestations. (*Question du 9 juillet* 1926.)

Réponse. — Conformément à l'article 7 de la loi du 10 juillet 1901, chaque contribuable est passible de la taxe des prestations à raison des voitures automobiles qu'il possède, sous la seule condition qu'elles soient en état de fonctionner. Aucune disposition n'ayant prévu d'exception à cette règle lorsque les diverses voitures du contribuable ne sont pas utilisées simultanément, il s'ensuit que le médecin envisagé doit la taxe des prestations pour ses deux voitures.

(*J. O.*, 26 septembre 1926.)

Note. — Cette réponse est conforme à l'opinion maintes fois émise par M. Martinot, notre Conseil fiscal.

JURISPRUDENCE

Honoraires médicaux. — Soins antérieurs au mariage. — Dette solidaire des époux.

JUSTICE DE PAIX
D'AILLY-LE-HAUT-CLOCHER (Somme)
11 décembre 1925.
(Archives du « Sou médical) ».

Les clauses de séparation des dettes, antérieures au mariage, ne peuvent être opposées par l'un des époux aux créanciers de l'autre, qu'autant qu'il existe un inventaire, ou un état, permettant de constater, de façon régulière, l'apport de l'époux débiteur à la communauté.

Attendu que par exploit de Me Cailleux, en date du 21 octobre 1925, le docteur Tacquet a fait citer les époux P.-B., demeurant à Buigny-l'Abbé, en paiement de la somme de 105 francs qu'ils lui doivent pour sept visites faites par lui les 4, 5, 6, 8, 11, 19 et 25 juillet 1923.

Attendu que le sieur P., seul présent à l'audience, a prétendu d'abord que le nombre des visites réclamées était exagéré et ensuite que les visites dont s'agit avait été faites alors que Mme P. était encore demoiselle B., qu'elle habitait à cette époque avec sa mère, ses frères et sœurs, qu'il s'était marié avec ladite demoiselle en juin 1924 sous le régime de la communauté réduite aux acquêts avec exclusion des dettes présentes et futures de chacun des conjoints et que la somme réclamée devait être payée par la succession de Mme B. mère, non encore liquidée.

En fait. — Attendu qu'il est de jurisprudence constante que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les médecins soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoins du nombre de leurs visites, du moment qu'ils produisent des documents d'un caractère probant et que les tribunaux peuvent y puiser des présomptions suffisantes pour fixer leur conviction.

Attendu que le docteur Tacquet nous a représenté

à l'audience un agenda de l'année 1923 où les visites qu'il a faites sont inscrites chaque jour sans blanc ni rature, que nous avons relevé sur ce memorandum, aux dates des 4, 5, 6, 8, 11, 19 et 25 juillet 1923 des visites à Mlle B. (Edith).

Que le coût de ces visites s'élève à 105 francs.

En droit. — Attendu qu'aux termes de l'article 1510 du code civil les créanciers de l'un ou l'autre des époux peuvent poursuivre le recouvrement de leurs créances sur les biens de la communauté, si le mobilier spécialement apporté par l'époux débiteur n'a pas été constaté par un inventaire ou un état authentique antérieur au mariage ; que ceci revient à dire que les clauses de séparation des dettes ne peuvent être opposées par l'un des époux aux créanciers de l'autre qu'autant qu'il existe un inventaire ou un état permettant de constater de façon régulière l'apport de l'époux débiteur à la communauté (Baudry-Lacantinerie, tome III, nº 286, §2).

Qu'à défaut d'inventaire, les créanciers peuvent poursuivre tous les biens de la communauté et, en outre, les biens personnels du mari, même, suivant l'opinion générale, lorsque la dette provient du chef de la femme sous les réserves prévues à l'article 1419 du Code civil.

Attendu que, si B.-P. représente l'expédition de son contrat de mariage reçu par Mº Truquin, notaire, à A., le 10 juin 1924, justifiant qu'il est marié sous le régime de la communauté réduite aux acquêts, il ne justifie pas qu'un inventaire du mobilier propre à sa future épouse ait été établi et qu'il n'y ait pas eu confusion entre les deux patrimoines mobiliers.

Qu'il échet donc de donner au demandeur un titre lui permettant de poursuivre contre la communauté P.-B. le recouvrement de sa créance.

PAR CES MOTIFS ;

Vidant notre délibéré.

Statuant publiquement, contradictoirement à l'égard de M. P. et par défaut à l'égard de Mme P.-B., et en dernier ressort.

Condamnons les époux P.-B. conjointement et solidairement à payer à M. TACQUET la somme de 105 francs avec intérêts du jour de la demande.

Les condamnons sous la même solidarité en tous les dépens.

Commentaires

La jurisprudence est unanime à reconnaître au médecin le droit, ou plutôt le devoir de donner ses soins à un malade, sans s'entourer de toutes les preuves juridiques de droit commun, qui, par la suite, permettront au praticien de percevoir ses honoraires.

Dans l'espèce ci-dessus, le docteur soigne une jeune fille, qui, avant de payer la note des soins, convole en justes noces.

N'ayant pas à connaître le contrat de mariage, intervenu entre les époux (en admettant qu'il

y en ait un), le médecin adresse sa note à la communauté conjugale.

Le mari refuse de payer, sous le prétexte que, marié sous le régime de la communauté réduite aux acquêts, il n'a pas à connaître les dettes de sa femme, contractées, par celle-ci, avant mariage.

Sur les conseils du « Sou médical », le praticien a attaqué solidairement les deux époux. Au juge de dire qui doit payer.

Au cas, comme dans l'espèce ci-dessus, où il n'existe pas d'inventaire inclus dans le contrat de mariage, séparant les dettes antérieures au mariage, c'est la communauté qui doit supporter ces frais médicaux.

Au cas, au contraire, où un inventaire aurait spécifié que les honoraires médicaux, pour soins donnés avant mariage à l'un des époux, n'avaient pas été soldés, c'est à l'époux débiteur de supporter ce paiement sur ses deniers propres.

Mais ici, interviendrait alors le problème juridique de l'administration des biens, fruits et revenus, d'après le mode du contrat de mariage.

Ce n'est pas au docteur à s'embarrasser de ces subtilités d'ordre juridique. Il a donné des soins ; on lui en doit paiement. Il n'a donc qu'à assigner tous les débiteurs apparents et le juge dira qui devra supporter la dépense.

Ce sont les conseils juridiques du « Sou médical », qui étudient chaque cas particulier et qui guident le confrère, pour qu'en fin de compte, celui-ci soit rémunéré des soins qu'il a donnés, sans qu'il aie à pâtir de la chicane ou de la mauvaise foi de ses débiteurs.

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

2895. — Rixe entre ouvriers. Accident du travail.

Je crois encore devoir me permettre une critique — dans un but d'intérêt général — à propos d'une réponse faite par le *Concours*, numéro du 19 courant, page 2426-LIV, à une question pesée par M. le Dr S.

La réponse s'appuyant sur la haute autorité de M. le Conseiller Sachet, déclare *qu'en principe, une rixe entre ouvriers* (sur le lieu du travail) *ne peut constituer un accident du travail. Il n'en est autrement que lorsqu'une relation étroite peut être établie entre les causes de la rixe et le travail. A priori*, cette opinion semble rationnelle ; toutefois la jurisprudence est dans le sens contraire.

De nombreux arrêts de la Cour de Cassation décident que : « Tout accident survenu à l'heure et au

lieu du travail doit être considéré comme un accident du travail ». Maintes fois, la cour suprême a ajouté cette précision : « Il n'est pas nécessaire, pour qu'il soit à la charge du chef de l'entreprise (l'accident) qu'il soit en corrélation étroite avec la tâche assignée à l'ouvrier qui en a été victime ; il suffit que le travail en ait été l'occasion ». (Arrêt de la Ch. civile du 5 juillet 1903 ; *Gazette du Palais* 304, du 31 oct. 1903). Ou encore : « ... sans qu'il soit besoin qu'il se rattache par un lien direct aux occupations même de l'ouvrier qui en a été la victime ... Il importe peu que la rixe au cours de laquelle ces violences se sont produites ait été provoquée par la victime, etc.... ». (Arrêt de la Ch. civ. du 20 avril 1921.)

Le 7 avril 1919, la même chambre de la Cour de Cassation a rendu un arrêt dans le même sens en faveur d'un jeune garçon boucher blessé, étant en course pour son patron, en s'amusant avec un camarade.

Un arrêt du 24 avril 1923 profite à un ouvrier accidenté sur le lieu de son travail en s'amusant avec un projectile qu'il avait trouvé. Un autre du 18 avril 1923 est également en faveur d'un ouvrier ayant reçu un coup de pied à l'occasion d'une rixe dans le vestiaire de l'usine, ayant une cause étrangère au travail. Ces deux arrêts sont rapportés dans le *Recueil du droit ouvrier* de 1923, page 234. Dans le même *Recueil* de 1924, à la page 174, se trouve une décision au profit d'un ouvrier victime d'une agression, dans l'usine, provenant aussi d'une cause sans relation avec le travail de cet ouvrier.

Je pense que ces remarques étaient utiles, tant dans l'intérêt des ouvriers que de vos confrères appelés à les soigner.

E. QUILLENT,
Secrétaire du Conseil judiciaire de la C.G.T.

Réponse.

La réponse que nous avons faite à la question posée sous le numéro 2426 n'a fait que rappeler le principe admis par Sachet en cas de rixe entre ouvriers, et, comme l'espèce qui nous était soumise constituait, à notre avis, une des exceptions à ce principe et pouvait être considérée comme rentrant dans le cadre de la loi sur les accidents du travail, que se borner à le constater.

« A notre avis, dit Sachet (nº 426 de son édition de 1926) les violences exercées volontairement par un ouvrier sur un autre employé ne revêtent pas le caractère d'accident industriel, si du moins elles ont eu pour mobile une pure animosité personnelle sans lien avec l'exploitation. Mais il en est autrement si l'animosité impulsive de l'acte de violence se rattache à l'exécution du travail professionnel ou réside uniquement dans le mauvais caractère de l'agresseur dont les nécessités de l'exploitation ont imposé le voisinage à la victime. L'exercice de

Voir la suite page LV-2607

PROPOS DU JOUR

Spécialisation ne veut pas toujours dire progrès.

Un de nos confrères de Rouen, le très érudit Dr P. Noury, au sujet de notre Propos du Jour du 12 septembre dernier sur les dangers que font courir les techniciens à l'esprit trop absolu, nous a adressé la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Dans vos propos du jour du dernier *Concours médical*, vous avez exposé une idée très juste et qui n'a pas encore frappé suffisamment les médecins, éblouis qu'ils sont par la pseudo-rigueur des méthodes nouvelles.

En médecine, la spécialisation à outrance est un retour en arrière, c'est une preuve de décadence de l'art médical. Nous sommes encore à la belle période de décadence, mais que nous réservera demain, si nous persévérons trop dans cette voie.

Les arts, comme les individus, les sociétés et les civilisations passent successivement par trois phases : le début, l'apogée et la décadence. Tout art commence par le détail, mais ne devient réellement grand que lorsqu'on n'accorde d'importance qu'aux grandes lignes d'ensemble et aux justes proportions ; il finit quand, oubliant l'ensemble, on le noie dans les détails.

Au début des temps historiques, la médecine a commencé par la spécialisation. Dans l'ancienne Égypte, par exemple, le médecin ne soignait qu'un seul organe et il lui était rigoureusement défendu, sous les peines les plus sévères de s'occuper d'autre chose. Il faut arriver à l'école hippocratique pour que soit comprise cette conception juste que la machine humaine est un tout, un ensemble d'organes dépendant les uns des autres, parcourus par des fluides vitaux et soumis aux influences extérieures.

Trop de détails gênent l'ensemble et comme l'a fort bien dit Lamartine « ... de loin, on voit mieux les choses, parce que les détails n'obstruent pas le regard et que les objets se présentent par grandes masses principales ».

Veuillez agréer, etc.

P. Noury.

Hérodote, en effet, dans un court passage indique jusqu'où était poussée la spécialisation de la médecine chez les Egyptiens :

« La médecine est si sagement distribuée en Egypte, écrit Hérodote (Euterpe, livre II, LXXXIV) qu'un médecin ne se mêle que d'une sorte de maladie, et non de plusieurs. Tout y est plein de médecins. Les uns sont pour les yeux, les autres pour la tête ; ceux-ci pour les dents ; ceux-là pour les maux de ventre ; d'autres enfin pour les maladies internes ».

Hérodote trouvait cette spécialisation sage. Sa compétence était évidemment restreinte ; il ne connaissait pas vraisemblablement, quand il écrivait, les doctrines d'Hippocrate qui naquit une quinzaine d'années après lui.

Hippocrate ne parle pas de spécialistes. Le praticien avec lui est à la fois médecin, chirurgien. accoucheur, hygiéniste, même pharmacien. Il le voudrait philosophe. « Aussi faut-il, écrit-il dans son livre *De la Bienséance*, transporter la philosophie dans la médecine et la médecine dans la philosophie. *Le médecin philosophe est égal aux dieux.* »

C'est que le Père de la médecine ne considérait pas son art comme un amas de métiers où doit seule compter l'habileté technique. Certes, il est loin de faire fi de cette habileté mais il la met au service de la connaissance générale du malade et de celle du milieu où ce dernier doit vivre.

Comme le fait judicieusement remarquer le Dr P. Noury, tout art, et l'on pourrait ajouter toute science, tombe en décadence lorsque le souci des détails prime l'esprit de synthèse.

Une constatation nous paraît venir à l'appui de cette conviction que le développement excessif de la spécialisation est non un progrès mais un retour en arrière. C'est que les empiriques, les guérisseurs, sorciers et rebouteux, sont presque toujours étroitement spécialisés. Celui-ci connaît le remède qui guérit la rage. Celui-là a le don mystérieux de faire disparaître les écrouelles en les touchant tout comme le Roi de France au jour de son sacre. Un tel donne l'amulette qui préserve du catarrhe. Tous sont spécialisés à une maladie, à un organe, à un appareil. Il en est de même des saints guérisseurs, à chacun desquels la crédulité publique attribue une spécialité curative.

De tous temps l'empirisme grossier conduisit à la spécialisation. Un siècle après Hippocrate, une réaction se produisit contre son dogmatisme, fatalement insuffisant, étant données les limites si restreintes des connaissances biologiques à cette époque. Les empiriques se moquèrent de la recherche des causes de la *maladie*, recherche

superflue selon eux, puisque leur mystère dépassait les limites de leur intelligence et ils concluaient qu'il suffisait d'appliquer les traitements dont leur propre expérience avait constaté l'efficacité.

Cet étroit empirisme devait conduire fatalement à la spécialisation. L'Ecole d'Alexandrie revint à la médecine de l'Egypte antique, le néoplatonicisme et le mysticisme oriental aidant. La médecine fut morcelée à l'infini ; non seulement il y eut des chirurgiens, des sages-femmes, des oculistes, des lithotomistes, mais des diététistes, des pharmaceutes, des astrologues, des magiciens, des alchimistes, des spagiristes, des théosophes, etc., etc.

Les saines doctrines d'Hippocrate furent oubliées ou, ce qui est pis, furent altérées. Cette anarchie morale, atténuée certes par les progrès des sciences biologiques, transformée par l'esprit rationnaliste, se fit sentir jusqu'à notre époque.

Actuellement les empiètements des progrès techniques, bien que d'un ordre supérieur et tout différent de l'empirisme grossier et ignorant de l'époque de la décadence romaine et du Moyen-Age, nous paraissent dangereux et capables d'avoir sur l'évolution de la médecine des conséquences anarchiques aussi funestes.

Tout en utilisant le plus largement possible tous les procédés techniques de diagnostic et de traitement, ne les considérons que comme des instruments précieux, des prolongements de nos sens qui augmentent merveilleusement nos moyens d'investigation, mais ne leur sacrifions pas, en admettant des spécialisations abusives, la bonne et saine médecine française aux idées larges, telle que les Bordeu, les Barthez, les Bichat, les Laënnec, les Andral, parvinrent à la constituer. Cette médecine française, avant tout clinique, guidée par la méthode expérimentale de Claude Bernard, éclairée par les découvertes de Pasteur et de ses disciples, atteindra les plus brillantes et les plus utiles destinées, si elle parvient à éviter l'écueil du morcellement en spécialités excessives.

J. Noir.

Au sujet de la scission et de la dernière Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine.

Notre excellent confrère, l'*Informateur médical*, dans son numéro du 12 septembre 1926, publie un compte rendu de la dernière Assemblée générale du Syndicat des médecins de la Seine, signé du Dr Schmitt, où nous relevons le passage suivant qui nous met en cause.

L'un des dirigeants de l'Union « se plaignit en outre, de voir l'assemblée émettre à chaque instant des sentiments favorables à la scission. Il lui fut répondu par divers orateurs que le seul moyen de ne pas l'imposer était, non de persévérer dans les erreurs passées, mais de prendre les mesures rendues nécessaires pour l'éviter, en particulier l'élimination des agents responsables de la discorde et de la division. L'interpellateur n'eut pas l'air de comprendre, mais le docteur Noir, qu'on trouve toujours lorsqu'il s'agit de prêcher l'union et la conciliation, fit entendre que les dirigeants de l'Union prendraient bientôt une décision qui, si l'on en juge par le soupir de soulagement et par le sourire de satisfaction qui apparut sur de nombreux visages, sera accueillie avec enthousiasme par le Corps médical tout entier. »

Le Dr Schmitt a certainement mal compris ou mal interprété ce que nous avons pu dire. Voici en substance ce qui s'est passé et ce que nous avons dit :

Au cours de l'Assemblée, la séance fut interrompue, nous ne nous rappelons pas sous quel prétexte. Nous descendîmes avec quelques confrères dans l'hémicycle, près de la table du bureau et nous nous exprimâmes de la façon suivante :

« Nous ne voyons pas quelles raisons peuvent être données en faveur de la scission, puisque le Conseil de l'Union a décidé de réclamer pour chaque Syndicat le droit de traiter en toute liberté avec les Caisses locales et de proposer le contrat qu'il jugera le plus favorable à ses propres intérêts. Notre conviction, nous le répétons malgré toutes les dénégations, c'est que la cause du conflit est purement une question de personnes. Or, nous savons assez quels lourds sacrifices les dirigeants actuels de l'Union ont fait à la cause professionnelle et avec un dévouement admirable, sacrifices qui ont reçu comme récompenses des attaques violentes et des suspicions injustifiées, pour être convaincus qu'ils ne tiennent nullement à conserver indéfiniment leurs fonctions. Nous sommes persuadés qu'ils s'en libéreraient avec soulagement. »

C'était là notre conviction sincère, car nous avons passé il y a une quinzaine d'années par une situation aussi pénible. Nous étions alors secrétaire de l'Union des Syndicats depuis 1895. L'appui que nous avions donné sans faiblir à Diverneresse dans sa campagne pour le respect du libre choix dans la loi des accidents du travail, et l'incapacité où nous nous trouvions de donner satisfaction aux exigences de Syndicats de grandes villes (Lille et Lyon) sans compromettre l'autonomie des Syndicats ruraux qui étaient affiliés à l'Union depuis le début de son existence, nous avaient créé des adversaires inconciliables qui usèrent, à notre égard et à l'égard de nos amis, de procédés de polémique violents et sans scrupules. Bien que soutenus par la grande majorité des syndiqués et par notre grand ami le Président Gairal, nous crûmes devoir nous retirer à l'expiration de notre mandat dans le but d'éviter une crise à l'Union. Ce fut pour nous un soulagement inappréciable, car si l'Union comprenait alors moins d'adhérents, elle ne possédait ni organisation administrative, ni ressources appréciables. Tout le poids des affaires de l'Union retombait à peu près sur le seul secrétaire général que la Caisse ne pouvait indemniser, même de ses déplacements.

Notre retraite fut suivie d'une période d'anarchie de quelques années ; plusieurs secrétaires se succédèrent qui ne purent ou ne voulurent assumer longtemps pareilles fonctions.

Aussi, en nous souvenant de nos difficultés personnelles et en les voyant renaître pour des hommes qui se sont voués entièrement à cette tâche ingrate, nous sommes persuadés que, dans le fond de leur conscience, leur désir le plus cher est de se libérer. Mais cette conviction est purement personnelle et personne ne nous a chargés directement ou indirectement de faire savoir que pareille décision avait été prise, comme semblerait l'indiquer le compte rendu du Dr Schmitt.

D'ailleurs, la question ne saurait plus se poser. L'ultimatum brutal, qui a été lu au nom des dirigeants de la Fédération à l'Assemblée générale extraordinaire de l'Union de juillet dernier, a reçu la seule réponse que pouvaient lui donner les délégués des Syndicats unis ayant conscience de la dignité du mandat qu'ils avaient reçu. Personne parmi nos amis du Conseil de l'Union ne nous demandera conseil, mais en conscience pourrions-nous actuellement les engager à se retirer devant pareille injonction, c'est-à-dire à faire ce que nous considérerions comme une lâcheté si nous le faisions nous-même ?

Le sort en est jeté. Il convient d'attendre que le temps fasse son œuvre d'oubli et d'apaisement, et nous souhaitons ardemment voir venir le jour qui, nous l'espérons, ne sera pas trop lointain, où nous pourrons dire :

Paix dans l'Union aux hommes de bonne volonté.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË

Par A. Fribourg-Blanc,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Depuis une vingtaine d'années, l'attention des médecins a été attirée sur une affection simulant en tous points par son évolution et par ses symptômes la paralysie infantile mais éclatant chez l'adulte.

En 1910, André Lévi signalait l'identité de ces deux affections au point de vue clinique. Depuis lors, les cas observés chez les adultes se multiplièrent et furent étudiés avec soin. Les acquisitions nouvelles relatives à l'étiologie, à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de cette maladie vinrent prouver que, quel que soit l'âge du sujet atteint, on avait affaire à une *poliomyélite antérieure aiguë* dont la nature infectieuse et l'évolution sont identiques chez l'adulte et chez l'enfant. Malgré les arguments présentés en faveur de l'existence de deux maladies différentes, la thèse de l'identité absolue des deux affections est bien établie aujourd'hui.

Divers auteurs, Babonneix (1) en particulier,

(1) Babonneix. — Poliomyélite épidémique. *Journ. méd. français*, mars 1920.

◆◆

ont montré que cette question était désormais nettement résolue et je ne m'arrêterai pas davantage à la discuter devant vous.

Le meilleur argument que je pourrai vous fournir en faveur de l'unicité de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte et de la paralysie infantile sera de vous présenter aujourd'hui quatre malades atteints d'un syndrome cliniquement identique et dont l'un est âgé de 5 ans, les autres ayant atteint ou dépassé la 18e année.

Le fait qu'il m'est permis de vous présenter ce matin, trois adultes et un enfant atteints de poliomyélite antérieure aiguë, hospitalisés à la fois au Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce depuis deux mois seulement vous prouve que cette affection est moins rare qu'on le croit. Le passage dans mon service, en octobre et novembre derniers, de trois autres malades dont deux récemment atteints et le troisième présentant des séquelles de paralysie infantile, porte à 7 le nombre des sujets hospitalisés en l'espace de quatre mois au Val-de-Grâce pour poliomyélite antérieure aiguë et vous montre l'intérêt qui s'attache à l'étude de cette maladie et par conséquent à celle de son traitement.

Je ne vous parlerai pas aujourd'hui de la symptomatologie ni de l'évolution clinique de la paralysie infantile, qui vous sont choses bien connues et dont les malades que je vous présente rappellent tous les détails, depuis la phase d'invasion avec fièvre, suivie de la phase de paralysie rapidement extensive puis du stade de régression de cette paralysie jusqu'à la stabilisation plus ou moins définitive des séquelles. Je ne vous décrirai pas non plus l'anatomie pathologique des lésions médullaires si caractéristiques de cette affection et qui ont fait l'objet de nombreux et si intéressants travaux, car j'ai hâte d'en arriver à un point de vue plus pratique qui est celui du traitement de cette redoutable maladie.

Il existe pour la poliomyélite antérieure aiguë, comme pour beaucoup d'autres affections, un *traitement spécifique* et un *traitement purement symptomatique*. Le traitement spécifique est de découverte récente. Il est basé sur la connaissance du caractère épidémique de la maladie, signalé par Colmar dès 1843, puis par Cordier, de Lyon, en 1885 et par Médin en 1887 et sur la nature infectieuse de cette affection nettement affirmée par Pierre Marie et par Strumpell. Mais il importait de découvrir le *germe de la maladie de Heine Médin*, aussi la recherche du virus a-t-elle donné lieu, au cours de ces dernières années, à de nombreux et très importants travaux. L'existence de ce virus spécifique fut prouvée par Landsteiner et Popper qui, en 1909, parvinrent à reproduire la maladie chez le singe en injectant dans le péritoine de l'animal une émulsion de moelle de malade mort de poliomyélite et qui constatèrent des lésions de la substance grise de la moelle et du cerveau en tous points superposables à celles rencontrées chez l'homme. Ces auteurs démontrèrent en outre l'identité du germe de la paralysie infantile et de la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.

En France, Landsteiner et Levaditi obtinrent en 1910 l'inoculation en série de ce virus au singe, même après filtration sur bougie Berkfeld. Ces expériences furent confirmées en Amérique par Flexner et Lewis.

L'existence du germe étant prouvée, les préoccupations des bactériologues se dirigèrent vers la détermination des caractères et de la nature de ce germe. Nazum et Herzog décrivirent un petit diplocoque, Gram positif ; Rosenow, Tonne et Wehleer, un streptocoque très polymorphe rappelant le pneumocoque. Flexner et Noguchi, des cocci extrêmement ténus qu'ils appellent « corps globoïdes » ; Leegard, un spirochète voisin de celui de la spirochétose ictéro-hémorragique. Aujourd'hui la morphologie du « *médullo-virus* » reste encore incertaine, mais ses caractères généraux sont suffisamment connus et c'est là que réside pour le clinicien tout l'intérêt de la question.

On sait que le germe est très résistant et très virulent, qu'il a pour siège électif les centres nerveux : la moelle et le bulbe, mais qu'on peut le rencontrer dans les glandes salivaires et sur la muqueuse rhino-pharyngée, et l'importance de cette constatation au point de vue du mode de contagion et de la prophylaxie de la maladie ne vous échappera pas.

On sait enfin que son inoculation peut se faire dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, les nerfs périphériques, la chambre antérieure de l'œil, le péritoine et même par la voie sous-cutanée. On a obtenu aussi des inoculations positives par le rhino-pharynx quand sa muqueuse est altérée et par les voies digestives quand celles-ci sont lésées par une entérite.

Mais le fait le plus intéressant observé au cours des expériences pratiquées sur le singe est que le sérum de l'animal guéri de son infection devient immunisant pour un animal sain. De plus, si l'on met le sérum d'un singe immunisé en contact avec du médullo-virus, on obtient *in vitro* la neutralisation de ce virus. Il en est de même chez l'homme. Netter et Levaditi ont montré qu'il y avait là un moyen d'établir le diagnostic bactériologique d'une poliomyélite antérieure, car si l'on obtient la neutralisation du virus à l'aide du sérum d'un malade, c'est que ce dernier avait été atteint de poliomyélite épidémique. Dans ces cas, les injections en série faites avec le médullo-virus échouent. Cette épreuve diagnostique reste malheureusement très difficile dans la pratique courante, car il faut opérer dans un grand laboratoire et sur le singe, qui coûte très cher. Ces faits prouvent du moins qu'une atteinte de polio-

myélite confère l'immunité. Dans l'ordre clinique d'ailleurs, HARITZ et SCHEEL, cités par DOPTER, avaient remarqué que les habitants d'un district restaient indemnes durant l'année suivante.

Ces études bactériologiques ont jeté un jour nouveau sur le mode de contagion de la poliomyélite épidémique. Elles ont montré que la porte d'entrée du virus peut-être variable. Ce peut être la muqueuse digestive par où le germe gagnera la voie sanguine ; la muqueuse rhino-pharyngée qui fera pénétrer le virus depuis les fosses nasales jusqu'aux méninges par l'intermédiaire des filets du nerf olfactif ou par les vaisseaux.

On comprend aisément, dès lors, l'existence des angines et des coryzas, des poussées d'entérites qui précèdent souvent l'invasion de la maladie et ainsi s'explique la relative fréquence des formes à début méningé qui ont si souvent autrefois égaré le diagnostic.

Quant à la *localisation élective* du virus aux cornes antérieures de la moelle, elle paraît liée à la nature même du germe et à ses affinités spéciales. Elle ne doit pas nous paraître mystérieuse, car nous connaissons déjà des exemples tout à fait analogues, telle la localisation du virus de l'encéphalite épidémique sur les noyaux gris du mésencéphale, ou celle du bacille tétanique au niveau de la corticalité.

Toutes ces recherches modernes sur les propriétés du virus poliomyélitique eurent pour principal intérêt de conduire à la recherche d'une thérapeutique spécifique de la maladie. La découverte de la neutralisation du virus par le sérum des anciens poliomyélitiques engagea NETTER à appliquer à l'homme la sérothérapie par des *injections de sérum de convalescents*. Les premiers essais pratiqués en 1910 furent rapportés par cet auteur à la Société de Biologie en 1911, puis à l'Académie de médecine en 1914. Les très heureux résultats obtenus par cette méthode furent rappelés par SALANIER dans sa thèse (1917). Comme dans toute sérothérapie, les succès sont d'autant plus nombreux que le traitement est appliqué de façon plus précoce. Netter a insisté sur l'intérêt qu'il y a à bien connaître les signes du début de l'infection, tels que la polynucléose du liquide céphalo-rachidien. Il recommande de pratiquer des injections quotidiennes de 5 à 15 cc. de sérum de convalescent dans le canal rachidien pendant 8 jours.

Mais cette thérapeutique comporte certains inconvénients : les cas de poliomyélite étant en général isolés, le sérum de convalescents est difficile à trouver et on ne dispose au moment voulu que de quantités insuffisantes. Le sérum humain comporte d'autre part certaines possibilités d'infection. Enfin son pouvoir neutralisant demeure en général assez faible.

Ces inconvénients conduisirent à rechercher la préparation de *sérums animaux*. En Amérique, plusieurs auteurs, se basant sur les travaux de FLEXNER et de NOGUCHI, qui avaient isolé le streptocoque pléïomorphe, immunisèrent le cheval avec ce germe et préparèrent un sérum spécifique. Mais nous ne possédons sur les résultats obtenus à l'aide de ce sérum par ROSENOW, NAZUM et WILLY que des renseignements imprécis et contradictoires.

Jusqu'à 1917, le seul sérum présentant des garanties sérieuses était encore le sérum de convalescents. Or, à cette époque ce sérum humain ayant fait défaut au cours d'une épidémie, Auguste PETTIT se préoccupa de préparer un sérum d'origine animale en partant, non plus de cultures microbiennes, mais d'émulsion de centres nerveux poliomyélitiques. Il s'adressa d'abord au mouton qu'il immunisa par injection intraveineuse de cerveau de singe mort de poliomyélite. Ce sérum se montra efficace pour l'homme, mais il engendra de tels accidents sériques qu'il fallut l'abandonner.

En 1919, M. PETTIT, ayant pu se procurer des singes en nombre suffisant pour immuniser des chevaux, entreprit alors la préparation d'un sérum équin. Vous savez qu'il inocule le cheval par voie intraveineuse à l'aide d'une émulsion de moelle épinière de singe ayant succombé à l'affection. En utilisant ce « *tissu virus* » il produit l'immunité active chez le cheval par le même procédé qui est utilisé dans la vaccination contre la rage. Le sérum des chevaux ainsi vaccinés devient neutralisant à l'égard du virus poliomyélitique.

Le traitement sérothérapique doit être mis en œuvre aussitôt que possible. Les doses recommandées pour un adulte de 70 kgr. sont en moyenne les suivantes : 1er *jour* :10 cc. par voie intra-rachidienne (après prélèvement d'une égale quantité de liquide céphalo-rachidien), puis trois injections intra-musculaires espacées de 10 cc. chacune ; 2e, 3e et 4e *jours* : 40 cc. par jour, dont 20 cc. dans la masse sacro-lombaire et 20 cc. sous la peau, soit au total 160 cc. Cette quantité peut être poussée à 200 cc. Pour les enfants, les doses doivent être réglées proportionnellement au poids.

Dans une revue d'ensemble, M. STEPHANOPOULO, collaborateur de M. PETTIT, a exposé les résultats heureux fournis dans six cas de poliomyélite de l'adulte par l'emploi du sérum de l'Institut Pasteur. M. DOPTER a attiré également l'attention sur l'emploi de ce sérum. Je suis heureux de pouvoir vous rapporter aujourd'hui le succès obtenu chez un malade de mon service, malade que certains d'entre vous connaissent et qui a bien voulu venir jusqu'à vous pour vous faire constater sa guérison.

Voici d'ailleurs son histoire médicale :

Observation. Ha... Achille, 38, ans, entre au Val-de-Grâce le 5 novembre 1925, incapable de marcher et dans un état général d'abattement et de maigreur accentués.

Trois semaines auparavant, il avait présenté une rhino-pharyngite aiguë avec bronchite et fatigue générale très accentuées. Une dizaine de jours plus tard était apparue, le 26 octobre exactement, une migraine intense avec rachialgie, et fièvre élevée aux environs de 40° ayant duré 5 jours. L'état général s'étant amélioré et la fièvre ayant diminué, le malade voulut se lever, mais il ressentit des fourmillements dans les jambes et au niveau des mains et il s'aperçut, le 31 octobre, que ses membres inférieurs ne pouvaient plus le porter. A son arrivée dans le service, le 5 novembre, le malade, étant couché, pouvait effectuer tous les mouvements actifs des membres inférieurs, mais avec lenteur et sans force. Objectivement la force musculaire semblait assez peu diminuée pour les 3 segments des membres inférieurs. On relevait cependant une parésie nette des fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, surtout à droite, et de l'hypotonie de toutes les masses musculaires des membres inférieurs. L'amyotrophie locale était difficile à apprécier en raison de l'amaigrissement général ; mais le malade faisait remarquer que ses jambes surtout « avaient fondu ».

Les réflexes rotuliens étaient très faibles, l'achilléen aboli des deux côtés. Il n'existait pas de signe d'irritation de la voie pyramidale. Les réflexes cutanés, plantaires, crémastériens et abdominaux étaient normaux.

On ne relevait aucun symptôme anormal du côté des membres supérieurs, sauf une légère diminution de la force de préhension. Pas de troubles des sphincters ni de la sensibilité objecitve. Intégrité des nerfs craniens. Les réactions électriques, normales aux membres supérieurs, indiquaient une hypoexcitabilité faradique et galvanique aux membres inférieurs.

Bien que les signes objectifs fussent dans ce cas relativement réduits, le malade était dans l'impossibilité de se tenir debout et même de se retourner dans son lit. La station assise était très difficile. L'état général était très affaibli, la température restait instable. Une ponction lombaire aussitôt pratiquée donna un liquide clair, de tension normale contenant 0,50 d'albumine, 0,70 de sucre et 40 lymphocytes par mmc. à la cellule de Nageotte, pas de germe. La réaction de Wassermann était négative dans ce liquide, comme dans le sang. Les urines étaient normales et il n'existait pas d'azotémie (0 gr. 18).

L'histoire de la maladie, fièvre élevée pendant 5 jours, avec céphalée, rachialgie, suivie de paralysie des membres inférieurs, les signes cliniques constatés et le syndrome humoral, firent porter le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë avec réaction méningée nettement caractérisée. L'instabilité thermique, la lymphocytose et l'hyperalbuminose rachidienne indiquaient que la phase aiguë de l'affection n'était pas terminée. Une légère parésie des mains récemment survenue pouvait faire craindre encore une extension des lésions médullaires. Il était donc de notre devoir de tenter la thérapeutique spécifique. Nous nous adressâmes au sérum antipoliomyélitique. Ce sérum nous a été obligeamment remis par M. Pettit à l'Institut Pasteur.

Le 13 novembre, après prélèvement de 10 cc. de liquide céphalo-rachidien liquide contenant encore 37 lymphocytes par mmc. (lymphocytose pure), 0,56 d'albumine et 0,60 de sucre, nous injectons à 10 heures 10 cc. de sérum intrarachidien, à 14 heures 10 cc. intramusculaires et à 18 heures, 10 cc. sous-cutanés. La température s'élève le soir à 39°2. Le malade accuse de vives douleurs dorso-lombaires et présente de la raideur de la nuque mais pas de vomissement ni de symptôme alarmant. Le lendemain 14 novembre, on pratique 4 injections sous-cutanées de 10 cc. de sérum de Pettit. Il en est de même les 2 jours suivants. Au total le malade a reçu 150 cc. de sérum dont 10 intra-rachidiens, 10 intra-musculaires et 130 sous-cutanés. La température s'est abaissée graduellement pour atteindre 37° le 17 novembre. Les signes de réaction méningée avaient disparu à cette date.

Le 20 novembre, apparaît une réaction sérique intense avec urticaire généralisée en piqueté rouge sur tout le corps, placards œdémateux, prédominant aux cuisses, arthralgies et réascension thermique à 39°2. Le lendemain la réaction thermique s'accentue, les douleurs articulaires immobilisent les bras où l'urticaire s'intensifie, une vive céphalée avec légère raideur de la nuque et fièvre atteignant 39° donnent à cette réaction une allure sévère. Néanmoins tout s'apaise et, dès le 22 novembre, la fièvre ayant disparu, le malade récupère tous les mouvements actifs des membres inférieurs et se sent beaucoup mieux. Dès lors l'amélioration s'accentue rapidement, la force musculaire des jambes et des cuisses s'accroît de jour en jour et ces progrès manifestes font oublier au malade les ennuis du traitement sérique.

En décembre, il fut possible d'entreprendre des massages puis de la galvanisation et dès le début de janvier le malade a commencé ses premiers pas. L'amyotrophie des membres inférieurs est beaucoup moindre, les réflexes rotuliens sont redevenus normaux, et si l'achilléen droit reste aboli, le gauche est nettement ébauché. L'état général s'est considérablement amélioré et le malade, à la fin de janvier, est en parfaite voie de guérison. Il est donc permis d'affirmer, dans ce cas, l'efficacité du traitement par le sérum antipoliomyélitique de Pettit. Il convient cependant de noter l'intensité et la longue durée des accidents sériques qui ont imposé au malade de vives souffrances et, en particulier, des arthralgies rebelles qui persistent encore fin janvier au poignet et au coude gauches. Mais que sont ces inconvénients en regard de l'évolution d'une affection aussi grave et de l'extension possible des lésions vers les centres bulbaires avec leurs conséquen-

ces fatales trop connues. L'exemple fourni par ce malade ne peut que nous engager à persister dans la voie de la sérothérapie antipoliomyélitique, quand il nous sera donné de soigner un sujet dès la phase aiguë de son affection.

La sérothérapie antipoliomyélitique, d'une efficacité certaine à la phase du début de la maladie, ne paraît pas donner de résultats manifestes quand l'épisode aigu est terminé. Le prof. ETIENNE, de Nancy, a cependant signalé à la Société médicale des hôpitaux (janvier 1923 et dans la *Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1923) des succès par la sérothérapie obtenus, dans un premier cas, huit semaines après la période fébrile et dans un autre cas, neuf semaines après.

Mais si le malade vous arrive longtemps après l'épisode infectieux, devez vous conclure que la thérapeutique spécifique étant illusoire, il ne reste plus rien à faire pour améliorer l'état du sujet et devez-vous l'abandonner à son triste sort comme on a trop souvent tendance à le faire ? Certainement non. Le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë doit être poursuivi sans relâche longtemps, très longtemps après l'installation des impotences en apparence définitives. Un bon médecin ne doit pas, à la légère, affirmer l'incurabilité d'une lésion, ne serait-ce qu'au point de vue moral vis-à-vis du malade. Il doit faire usage de tous les moyens thérapeutiques en son pouvoir. Or, pour la poliomyélite, ces moyens sont nombreux et souvent efficaces. Ils relèvent pour la plupart de la *physiothérapie*. Les trois autres malades que je vous présente aujourd'hui et qui nous sont arrivés trop longtemps après la phase aiguë de la maladie pour qu'un traitement spécifique soit entrepris, ont largement bénéficié de ces moyens physiothérapiques : c'est d'abord la *balnéation chaude* qui améliore les fonctions cutanées, assouplit l'épiderme, diminue les spasmes vasculaires conditionnés par l'atteinte des centres sympathiques de la moelle. L'action bienfaisante de la chaleur peut être portée à l'intérieur même des tissus par la *diathermie* préconisée par BORDIER et DUHEM. La *diathermie* donne au membre atrophié et hypothermique la chaleur nécessaire à la nutrition des muscles et diminue l'athrésie des vaisseaux qui s'oppose à leur irrigation. Dès 1914, BORDIER a conseillé la *radiothérapie médullaire*, d'excellents résultats ont été publiés à la suite de l'application de la radiothérapie associée à la diathermie. BERGAMINI et TURANO se sont faits, en Italie, les propagateurs convaincus de cette méthode. L'application des rayons X sur la moelle malade favorise la résorption du processus inflammatoire plus ou moins diffus dans la moelle, limite l'altération des cellules des cornes antérieures et s'oppose à la production des néoformations névrogliques. De nombreuses discussions se sont élevées au sujet de cette méthode, discussions où nous ne saurions prendre parti, mais BORDIER s'est appliqué à réfuter les arguments qui lui étaient opposés ? Il a insisté sur l'innocuité des rayons X sur les cellules vivantes de la moelle jeune et a précisé à diverses reprises la technique à appliquer : lieu d'application des rayons ; orientation de l'ampoule, etc.. La radiothérapie de la moelle a donné par ailleurs de bons résultats dans la syringomyélie et il semble que son emploi judicieusement réglé doive s'étendre.

Contre l'hypotonie et l'atrophie musculaire, il faut avoir recours à la *galvanisation continue* et rythmée, ou au *courant sinusoïdal* , à la *haute fréquence*, voire même à la *faradisation*. Les succès incontestables obtenus par l'action des divers courants électriques s'expliquent par les constatations anatomo-pathologiques. Dans les régions de la moelle correspondant aux territoires musculaires les plus paralysés la destruction des cornes antérieures n'est souvent que *partielle*, les lésions ne forment pas toujours des foyers massifs, elles sont parfois disséminées. Il en résulte que, dans un groupe musculaire globalement atteint, certains muscles et même certains faisceaux musculaires isolés peuvent avoir échappé à la dégénérescence et conservé leur contractilité. L'électrisation réveille le fonctionnement de ces muscles ou de ces faisceaux musculaires et permet d'obtenir d'importantes suppléances fonctionnelles.

En développant ces suppléances au sein même des muscles atteints, *on arrive* à éviter dans une certaine mesure les rétractions tendineuses si gênantes dans les reliquats de poliomyélite.

Il y a avantage à varier fréquement le mode d'excitation électrique et l'expérience a prouvé que l'emploi alternatif des diverses modalités de courant donnait les meilleurs résultats.

Je ne saurais trop vous recommander enfin les *massages* et la *mobilisation passive* . Ces manœuvres facilitent la circulation, activent la nutrition des tissus et ont souvent raison des rétractions en apparence les plus rebelles.

A la période définitive, il peut *être utile d'avoir recours à la chirurgie*. Si l'on est en présence d'un équinisme irréductible du pied, une ténotomie du tendon d'Achille pourra être pratiquée. Si la jambe est rétractée en flexion, ce sera la section des muscles poplités. Si la cuisse est immobilisée en flexion sur le bassin, on pourra recourir à la section du tenseur du *fascia lata*.

Dans les cas de déformation osseuse par adaptation à la position vicieuse, le chirurgien peut être amené à pratiquer une tarsectomie ou un évidement astragalien. S'il est en présence d'un pied ballant, il pourra faire une *arthrodèse*. Chez l'enfant, il faut être réservé sur les interventions osseuses, et ne pas opérer en principe avant l'âge

de 12 ans en raison de l'incomplet développement du squelette. On a tenté des *transplantations tendineuses* pour remplacer un muscle paralysé par un muscle sain du voisinage, mais ces interventions n'ont, en général, donné que des déboires. Les transplantations nerveuses qu'on a pu essayer n'ont donné que des résultats encore moins encourageants.

Mais, quand tout cela sera fait et que nous aurons épuisé toutes les ressources des traitements sérique, physiothérapique et chirurgical, si, malgré nos efforts, notre malade conserve une impotence fonctionnelle irréductible ne reste-t-il rien autre à faire et devons-nous nous croiser les bras et l'abandonner à son triste sort d'infirme pour le restant de ses jours ? Non, nous n'avons plus le droit.

Les anciennes méthodes d'orthopédie s'étaient montrées jusqu'à présent impuissantes à rendre aux membres paralysés leur fonction motrice. Les paralytiques en particulier restaient voués au lit ou à la petite voiture. Mais, grâce à une étude approfondie de la physiologie du mouvement, à une connaissance parfaite des moindres détails de la charpente humaine et de l'action de chaque muscle, grâce aussi à un véritable génie de la mécanique, M. Bidou est parvenu par sa méthode de *récupération fonctionnelle* faite à la fois d'appareillage scientifiquement étudié pour chaque cas et de rééducation des mouvements par suppléances fonctionnelles, à rendre la liberté à ces misérables impotents.

La méthode de M. Bidou repose sur la création d'une *musculature artificielle* destinée à remplacer par une ingénieuse combinaison de ressorts à boudin les muscles déficients, et sur l'étude des points d'appui, des applications de forces d'opposition et des mécanismes de remplacement qui permettent d'actionner un membre inerte. Je ne puis m'étendre ici sur les détails de cette minutieuse technique applicable aux divers segments du corps. Je me contenterai de vous indiquer brièvement le principe de la récupération de la marche chez les paraplégiques :

Normalement la base de sustentation de l'homme en position debout est un triangle formé par les deux pieds qui constituent deux côtés de ce triangle et par une ligne idéale rejoignant les pointes des pieds. Si l'on engaîne le tronc et les deux membres inférieurs d'un paraplégique dans un grand appareil rigide emprisonnant les articulations des hanches et des genoux, ce paralytique peut tenir debout en s'appuyant sur deux cannes, une à chaque main. Le polygone de sustentation est alors un quadrilatère formé par les deux pieds et les deux cannes et non plus un triangle. Dans ces conditions, le problème de la marche consiste à dissocier les segments de ce bloc rigide et à constituer des triangles alternatifs, tout en maintenant les parties constitutives solidement reliées entre elles. Pour cela, le corset rigide qui enserre le thorax et le bassin est fendu par le milieu en avant et en arrière. Il forme ainsi deux valves latérales reliées, l'une à l'autre en avant par un laçage peu serré et en arrière par une large bande de cuir ou une pièce articulée en différents plans. Ce dispositif assure un cisaillement limité dans son amplitude selon les nécessités de l'équilibre et la longueur des pas. Le bloc rigide se trouve ainsi dissocié, chacun des membres inférieurs ayant recouvré son indépendance et se trouvant fixé à un segment oscillant supérieur.

La marche dès lors sera possible. Elle va se faire par un mouvement de pivotement alternatif sur chaque membre inférieur. Pour avancer la jambe droite, le malade portera le poids de son corps sur le pied gauche et la canne gauche placée en avant. La canne droite libérée est portée en arrière. Accentuant la portée du corps sur le segment gauche le membre inférieur droit se trouve libéré de l'appui au sol. A ce moment, le malade prenant appui avec la main droite sur la canne arrière pousse en avant le segment droit du corps qui pivote autour du pied gauche et le premier pas en avant est fait avec la jambe droite. Le malade ramène alors la canne droite en avant, la gauche en arrière, et par un pivotement sur le pied droit, porte la jambe gauche en avant et ainsi de suite. En « ramant » alternativement d'une canne et de l'autre, le paralytique avance en toute sécurité.

Nous avons pu voir ainsi des paraplégiques qui eussent été réduits autrefois à une immobilité absolue, se déplacer avec une aisance parfaite et sans l'aide de personne vaquer à leurs affaires à travers Paris. Un de nos malades arrivé de Dakar l'an dernier, longtemps après la phase aiguë de poliomyélite et qui était resté pendant de longs mois hospitalisé au Val-de-Grâce, atteint de paraplégie flasque totale des membres inférieurs, a été appareillé par M. Bidou et marche aujourd'hui sans aide.

Un service immense au point de vue social est ainsi rendu à ces infirmes et cet exemple suffit à nous démontrer que, quoi qu'en disent les sceptiques, l'art médical pas à pas progresse vers le soulagement des pires misères. Il est de notre devoir absolu de médecins de nous tenir au courant de toutes les méthodes nouvelles susceptibles, sinon de guérir, du moins de placer les malades dans des conditions d'existence meilleures.

CLINIQUE MÉDICALE

Orientation thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

D'après une leçon du professeur BEZANÇON (1).

On sait que trois grandes méthodes sont employées en thérapeutique : la sérothérapie, la chimiothérapie, la vaccinothérapie. La sérothérapie, qui a donné de si beaux résultats dans la diphtérie, dans le tétanos, dans la méningite cérébro-spinale et la dysentérie, a presque complètement échoué dans la tuberculose pulmonaire. Seul en France, Jousset continue à l'utiliser dans les tuberculoses inflammatoires.

La chimiothérapie est beaucoup plus intéressante pour nous. Dans ces dernières années, le danois Bolgar, se basant sur les recherches anciennes de Ehrlich et des Japonais sur l'emploi des sels d'or, a proposé la sanocrysine qui serait capable d'améliorer la tuberculose au début. Les résultats n'ont pas répondu aux espérances fondées sur l'emploi de cette substance, qui s'utilise, comme les arsénobenzols, en injections intraveineuses. A la suite de ces injections, il se produit un certain nombre d'incidents, une véritable intoxication métallique, rappelant ce qu'on observe avec les arsénobenzols, le bismuth et le mercure. L'albuminurie est fréquente, accompagnée dans certains cas de cylindrurie. On a parfois trouvé des lésions considérables du rein. Dans nombre de cas, ces manifestations ne sont que passagères, l'albuminurie cède dès qu'on cesse la thérapeutique. Ce corps a une action nocive indiscutable sur le rein. D'autre part, il produit des érythèmes, des purpuras et parfois des érythrodermies très sévères ainsi que la chute des poils et des cheveux. Les observations faites en France ne sont pas favorables, témoins nos observations et celles de Sergent, Rist, Léon Bernard. Dans un cas, sur 15 ou 20, chacun de nous a recueilli une observation heureuse, mais il n'est pas prouvé que l'amélioration est due à la médication. Le plus souvent, il n'y a aucune modification, et dans certains cas, par contre, l'aggravation est indiscutable.

La chimiothérapie a été utilisée depuis longtemps, sans qu'on employât ce mot. C'est l'empirisme qui a montré la possibilité de remédier aux maladies infectieuses par certaines substances. L'observation a montré que la quinine guérit le paludisme. Auparavant, on connaissait l'action du mercure dans la syphilis, puis est venue la découverte des traitements arsenicaux avant celle des spirilles. C'est encore par l'empirisme qu'on s'aperçut que la dysenterie est guérie par l'émétine.

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 juillet 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

Dans la suite, on a vu que ces maladies étaient dues à des parasites animaux. Il semble, en effet, que certains parasites animaux aient une susceptibilité telle à certains poisons qu'ils peuvent être détruits sans que la cellule elle-même soit détruite.

Pour les maladies bactériennes, il y a une observation de Morgan, dans laquelle un sel de quinine aurait agi sur le pneumocoque.

Certaines maladies à parasites végétaux sont améliorées par l'iodure de potassium, comme l'actinomycose et la sporotrichose. On pensa que l'iodure de potassium ou d'une façon générale l'iode pouvait avoir une action utile sur la tuberculose pulmonaire. Le problème est extrêmement délicat et complexe. L'iodure de potassium agit contre certaines lésions aboutissant à l'état de gomme ; qu'il s'agisse de la gomme sporotrichosique ou actinomycosique, ou de la syphilis dans sa forme gommeuse ; particulièrement dans les gommes du voile du palais, l'iodure de potassium est utile. On a vu que c'était un médicament extrêmement dangereux dans la tuberculose pulmonaire, un médicament congestif, conduisant à des désastres. Tout le monde y a renoncé. Alors on a essayé l'iode. Certains auteurs restent des partisans de l'emploi de l'iode dans la tuberculose, d'autres considèrent que l'iode n'a qu'une action douteuse et que même dans certains cas, il est dangereux. Avec de Jong, nous avons vu que l'iode n'a aucune action sur la tuberculose du cobaye ; mais ce n'est pas une raison suffisante pour le rejeter dans la tuberculose humaine. Nous l'avons employé et il semble que dans la phtisie ordinaire l'iode a une valeur, mais il a des inconvénients : par voie buccale, il détermine des accidents de gastrite ; souvent il détermine des hémoptysies.

L'iode n'a aucune action sur le bacille tuberculeux, ce n'est pas un bactéricide, mais c'est un médicament puissant pour activer la nutrition ; il ne fait pas maigrir, mais il fait engraisser. Il est sans doute utile dans certaines formes de tuberculose fibreuse, surtout dans les tuberculoses osseuses et les tuberculoses ganglionnaires. C'est un lymphagogue.

Reste la méthode de la bactériothérapie ou de la vaccinothérapie. Le problème de la bactériothérapie en matière de tuberculose a commencé le jour où Koch a découvert la tuberculine. Il espérait qu'en injectant la tuberculine aux individus et aux animaux atteints de tuberculose, on pourrait prévenir l'évolution de la tuberculose,

guérir la tuberculose ; nous savons que la tuberberculine n'a aucune action préventive.

Au début, on employa les hautes doses. Les hautes doses de tuberculine provoquent des réactions utiles peut-être, mais dangereuses, de fortes réactions de foyer, et si dans quelques cas il y avait amélioration, et guérison possible, dans d'autres, on voyait des poussées de bronchopneumonie caséeuse ou de granulie, ou des hémoptysies mortelles, de sorte qu'on abandonna l'emploi de la tuberculine à hautes doses. Il n'en restait pas moins un certain nombre de résultats intéressants dans les lupus, les adénites tuberculeuses, et certaines tuberculoses pulmonaires où l'on avait obtenu d'abord l'évacuation d'une caverne, puis sa cicatrisation par du tissu scléreux.

Les tuberculeux ont une susceptibilité particulière pour toute fatigue, tout traumatisme, ; ils réagissent à la moindre injection, même d'eau salée ou de cacodylate. On a pensé qu'ils avaient une hypersensibilité à la tuberculine et qu'il y avait intérêt à les désensibiliser. On y arrive en augmentant progressivement les doses. Mais la méthode de désensibilisation à la tuberculine n'a pas donné de grands résultats pratiques.

Il ne faut pas abandonner la tuberculine. La méthode de Koch conserve un certain intérêt, non pas dans les tuberculoses pulmonaires, où elle est dangereuse, mais pour les tuberculoses chirurgicales, ganglionnaires, osseuses, etc. Rist a montré qu'elle est utile dans les petites lésions oculaires tuberculeuses et d'autres tuberculoses locales peu étendues de la peau, des ganglions.

La tuberculinothérapie dans la tuberculose pulmonaire, personne ne l'emploie plus aujourd'hui.

Pour vacciner contre la tuberculose, il faudrait se servir de bacilles tuberculeux vivants. On ne peut pas employer les bacilles humains ou bovins, à cause de leur danger. Il faut chercher des bacilles avirulents, atoxiques ; on a eu recours aux bacilles retirés des animaux à sang froid, notamment de la tortue. Ces vaccins ont eu une heure de succès. Aujourd'hui, ils sont inemployés.

Dans ces derniers temps, on a préparé des vaccins avec les corps bacillaires tués et débarrassés de la tuberculine par divers procédés, mais ces vaccins ne paraissent pas avoir donné de grands résultats, sauf dans les tuberculoses chirurgicales. On a injecté les lipoïdes bacillaires, sous forme d'extraits acétoniques, aux animaux, et on a vu qu'ils augmentent la rapidité de l'évolution de la tuberculose. Par contre, les extraits méthyliques ralentissent l'évolution tuberculeuse. Courcoux a rapporté des observations intéressantes à ce sujet ; il a eu des résultats sur la tuberculose ganglionnaire, là où l'héliothérapie et la tuberculine avaient échoué.

On sait combien il est difficile, en matière de tuberculose, de savoir si un médicament est utile. On oublie constamment que la tuberculose peut dans ses premières phases avoir une évolution favorable. Dans un grand nombre de cas, les premières poussées évolutives tuberculeuses guérissent. Pour pouvoir juger l'action thérapeutique, il ne faut pas oublier ces faits. A la suite d'une embolie bronchique, il y a une lésion centrale caséeuse ; si elle est très grosse, elle n'aboutira qu'à l'évacuation, mais si elle est petite, elle pourra s'enkyster, et la sclérose pourra se développer dans les parties périphériques du foyer : il y a là des lésions congestives, exsudatives. Ces phénomènes congestifs sont traduits par des râles, des souffles, radiologiquement par des phénomènes d'obscurité à l'écran. Tous ces phénomènes vont disparaître. Donc, dans l'interprétation des résultats thérapeutiques, il faut être prudent, puisque les phénomènes radiologiques eux-mêmes sont susceptibles de s'atténuer considérablement.

Comment doit-on traiter le tuberculeux ?

Au stade de phtisie cavitaire bilatérale, personne sans doute n'arrivera à guérir la tuberculose ; il faut chercher à empêcher que le tuberculeux ne devienne phtisique, faire que l'individu qui a une contamination tuberculeuse et qui pendant longtemps a gardé ses bacilles, soit dans les ganglions, soit dans les mailles du tissu conjonctif, n'entre pas dans la tuberculose ouverte.

La notion que la tuberculose est une maladie contagieuse. mais d'un type spécial, contagieuse surtout dans la famille, cette notion de la tuberculose familiale, que les anciens connaissaient admirablement, doit devenir pour le médecin fondamentale. Certains individus ont nettement des manifestations tuberculeuses.

La notion est suffisante pour entraîner une série de précautions : cure d'air, repos, alimentation rationnelle, régularisation du travail ; éviter le surmenage de jeu et de travail ; faire vivre à la campagne quand c'est possible.

Ces malades devront être suivis, étudiés, car à un moment donné, cette tuberculose de la trame va s'ouvrir dans l'alvéole, faire des lésions de broncho-pneumonie. A ce moment, le plus souvent elle va galoper. Il y a donc grand intérêt à faire tout ce qu'on peut pour que la tuberculose soit, non pas guérie, — nous ne le pouvons pas —, mais immobilisée.

A l'occasion de la puberté, de l'accouchement pour la femme, des traumatismes, des maladies infectieuses, etc., il pourra se produire un réveil. Par conséquent, à ce moment le médecin devra faire encore plus attention.

Souvent on peut rendre service en supprimant une des grandes causes du mal, le surmenage, la fatigue. Peut-on faire plus chez les enfants en puissance de tuberculose. certains ont pensé

qu'on peut employer la tuberculine. C'est peut-être un danger. Il fau t des conditions d'hygiène parfaites ; on peut parfois recourir à la cure marine ; à l'iode, aux rayons ultra-violets pour relever la nutrition, mais là encore il faut être prudent, parce que ces méthodes sont dangereuses dans la tuberculose pulmonaire.

Dans la vraie phtisie, dans la tuberculose ouverte, le danger est l'embolie, la lésion à distance. Il faut imposer une cure de repos extrêmement sévère et prolongée, poursuivre la cure malgré la disparition de la fièvre et le retour du poids. Si la lésion est importante, si ce n'est pas la première, mais la deuxième ou troisième manifestation, si elle est localisée, il faut faire le pneumothorax ; mais le malade continuera à se soigner. C'est une erreur de croire qu'il peut reprendre sa vie normale. Au pneumothorax, associez toujours la cure de sanatorium, ou au moins la cure de repos. Rejetez certains climats : les bords des rivières, les plateaux où soufflent tous les vents ; choisissez un coin de campagne bien abrité par un côteau. Généralement l'altitude ne convient pas aux congestifs, aux éréthiques et des stations comme Cambo et Pau sont préférables. Il y a des tuberculeux, même ouverts, qui, contrairement à toute loi, sont améliorés à la mer.

RÉSULTATS DE LA THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE SYNTHÉTIQUE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER (1)

Par M. Joseph Leriche (de Joigny).

Je me propose de vous soumettre quelques résultats qui ont été obtenus, dans le traitement des cancers par la thérapeutique médicale synthétique telle que je l'ai exposée dans diverses publications, et en particulier dans la conférence que j'ai faite l'an dernier sur ce sujet à la Société Internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.

Cette thérapeutique repose sur la chimiothérapie et l'opothérapie endocrinienne. Elle s'adresse à la fois au néoplasme et au terrain, et quelle que soit l'opinion que l'on puisse émettre sur la genèse des cancers, elle me paraît répondre, en l'état actuel de nos connaissances, au traitement le plus rationnel que nous puissions instituer contre cette redoutable maladie.

Si, en effet, la prolifération cellulaire est l'expression terminale d'une dyscrasie et de troubles physico-chimiques, comme le pensent aujourd'hui un grand nombre de chercheurs (et les résultats obtenus par cette thérapeutique tendent à démontrer l'influence capitale des troubles physiologiques qui précèdent et accompagnent l'évolution des cancers), c'est à la chimiothérapie et à l'opothérapie endocrinienne que nous nous adresserons pour y remédier. Inversement, s'il est un jour démontré que la prolifération cellulaire est provoquée par un virus filtrant, nous dirons dès maintenant qu'un nombre élevé de maladies microbiennes guérissent par les métaux, en particulier par les sels de métaux lourds tels que le fer, le manganèse, le mercure, l'argent.

Telles sont, en deux mots, les considérations qui restent à la base de notre conception et qui, je le répète, nous permettent, à l'heure actuelle, d'instituer un traitement médical s'appuyant sur des faits et sur les acquisitions de la chimiothérapie.

(1) *Bull. de la Société de Thérapeutique*, n° 7, 9 juin 1926.

La technique de cette thérapeutique comporte deux temps bien distincts. Le premier temps consiste à attaquer le néoplasme et ses métastases à l'aide d'un métal ou d'un métalloïde déterminé, exerçant une action directe sur la cellule cancéreuse dont elle provoque la fonte : c'est la médication histolitique. Le second temps consiste à restituer à l'organisme les principes minéraux et biologiques déficitaires, afin de rénover le terrain et rendre le milieu interne impropre au processus morbide : c'est la médication de suppléance.

Pendant de longues années, la médication histolytique est restée en apparence très pauvre, représentée seulement par le sélénium et le cuivre. Ces deux métaux, ayant donné des résultats non discutables dans certaines formes de cancers, prirent, à un moment donné, une place importante dans la thérapeutique des néoplasmes, puis ils furent bientôt délaissés pour diverses raisons, dont trois principales : 1° la marche en avant des cancers traités, après une période d'amélioration de plus ou moins longue durée ; 2° l'insuccès total dans certains néoplasmes, car on ne leur demanda rien moins que de guérir toutes les manifestations cancéreuses ; 3° la toxicité du sélénium. Un tel ostracisme m'a toujours semblé excessif : 1° parce que la médication histolitique, si active qu'elle soit, ne saurait avoir d'effets durables sans l'apport de la médication de suppléance qui tend à obvier aux perturbations chimiques et endocriniennes ; 2° parce que le sélénium et le cuivre n'ont d'action histolitique réelle que dans des localisations cancéreuses déterminées, ainsi que l'a confirmé l'expérience ; d'où cette conclusion : Il n'y a pas un traitement médical du cancer, mais des traitements médicaux des cancers, ce qui est tout à fait différent.

Quant à la toxicité du sélénium, je ne l'ai jamais observée, en commençant par de très petites doses

que l'on intensifie d'après les réactions organiques.

La médication histolitique doit varier suivant la localisation. Certains néoplasmes influencés par le sélénium (ceux de l'intestin par exemple) ne le sont pas par le cuivre, et inversement des néoplasmes qui sont réduits par le cuivre se montreront sélénio-résistants, c'est le cas des épithéliomes de la face. Le carcinome du sein est sélénio-résistant, il est faiblement attaqué par le cuivre et nettement influencé par les sels de plomb, le chlorure de magnésium, et l'iodure de cérium.

Les professeurs Carl Lewin, et Pfeiler, de Berlin, ont rapporté dans la *Medizinische Klinik* (numéro de janvier 1924) plusieurs cas de lymphogranulome et d'adénocarcinome qui auraient été radicalement et rapidement guéris par des injections intraveineuses d'iodure de cérium. De son côté, le professeur Roffo, de Buenos-Ayres, a rapporté en avril 1925, à l'Institut de médecine expérimentale, le cas d'un cancer inopérable de l'estomac qui fut traité par des injections de séléniate de rubidium. Or, deux ans et demi après sa première venue, le malade se présentait de nouveau à l'Institut, à la grande surprise de tous les assistants qui avaient porté un pronostic fatal en quelques jours.

Le même auteur signale également le cas d'un carcinome de l'œsophage qui, après une série de 10 injections de séléniate de rubidium, accusait au bout de 2 mois une amélioration marquée, une augmentation de poids de 2 kilos et à la radiographie une transformation considérable dans l'état local. Sans doute, le professeur Roffo ne parle pas de guérison, mais ces exemples ne constituent pas moins une démonstration persuasive de la place justement méritée que doit occuper désormais la chimiothérapie dans la thérapeutique des cancers.

Je vais vous dire maintenant quelques mots sur l'emploi et l'action du chlorure de magnésium que j'ai introduit dans la thérapeutique des cancers en association avec le citrate de soude et le tartrate ferrico-potassique.

J'ai été incité, il y a trois ans, à préconiser le chlorure de magnésium à la suite d'une communication de Nicolas Greco au Congrès de Strasbourg, en juillet 1923, sur le traitement des verrues par le chlorure de magnésium. L'auteur rapportait quelques guérisons de verrues vulgaires par les injections intraveineuses d'une solution concentrée de chlorure de magnésium en commençant par la dose de 0 gr. 95 centigrammes pour arriver jusqu'à 2 gr. par injection. Le traitement était bien toléré. Devant ces résultats, étant donné que les verrues sont de petites tumeurs cutanées constituées par une hyperplasie papillaire et que ces petites tumeurs, qui peuvent rester silencieuses pendant de longues années sans jamais dégénérer, se transforment assez souvent chez les vieillards en tumeurs malignes (à mon humble avis sous l'influence du terrain), je me suis appliqué à généraliser l'emploi du chlorure de magnésium dans toutes les manifestations néoplasiques et à en préciser autant que possible la posologie.

Je me suis arrêté tout d'abord à la formule suivante :

Citrate de soude........	1 gr.
Chlorure de magnésium..	0,50 cent.
Tartrate ferrico-potassique.	0,02 cent.
Eau distillée.........	5 à 6 centimètres cubes

Pour une ampoule.

Cette préparation est administrée exclusivement en injection intraveineuse. La dose à injecter varie suivant l'ancienneté, l'ampleur et la marche du néoplasme. Comme je n'ai eu à traiter jusqu'ici que des cancers inopérables pour lesquels la chirurgie et les agents physiques se montraient impuissants, j'ai injecté le contenu d'une ampoule en moyenne tous les 2 jours, en augmentant progressivement la dose de manière à injecter jusqu'à 2 gr., 2 gr. 50 de chlorure de magnésium et 4 à 5 grammes de citrate de soude en une seule fois. Ces doses élevées ont été ainsi injectées 2 et 3 fois par semaine sans provoquer le moindre accident et les résultats furent excellents. Je pratique ainsi sans interruption une série d'injections jusqu'à ce que j'aie administré la dose totale de 30 à 40 grammes de chlorure de magnésium. A ce moment, je suspends le traitement pendant quinze jours, trois semaines ou un mois, pour le reprendre ensuite à des doses qui varient d'après l'état général et l'état local du malade. J'applique systématiquement ce traitement à tous mes cancéreux et je dois avouer que, dans bien des cas de cachexie, j'ai été très étonné des résultats que j'ai pu ainsi obtenir. Cette association médicamenteuse m'a paru agir dans toutes les formes. Elle exerce une double action sur l'état général et sur l'état local du malade. Outre ses propriétés hémostatiques, bien étudiées par Maurice Renaud, et son action sur le système sanguin dont Léon Normet a fait une étude magistrale, le citrate de soude se présente comme un modificateur puissant du terrain cancéreux par son action complexe sur le plasma, sur les glandes profondes et sur les toxines.

Quant au chlorure de magnésium, indépendamment de ses propriétés cytophylactiques et de son rôle dans les phénomènes diatasiques, il me paraît exercer une action histolitique évidente sur la cellule néoplasique.

Depuis quelques mois, j'ai légèrement modifié ma formule initiale en réduisant de dix centigrammes la dose de citrate de soude pour lui substituer dix centigrammes de citrate de magnésie qui éviteraient, d'après Normet, les phénomènes de choc, et un centigramme de citrate de manganèse afin d'activer les phénomènes de mutation. Ce complexus minéral est parfaitement toléré et il présente un maximum d'activité sur les nombreux troubles inhérents à l'évolution des cancers.

Je terminerai l'exposé rapide de cette thérapeutique par un examen de la médication de suppléance.

Cette médication est le complément naturel de la médication histolitique, en ce sens qu'elle s'adresse au terrain et aux déviations physiologiques. Elle comprend tout une gamme de médicaments dont chacun correspond à une médication spécifique déterminée. Elle tend à restituer à l'organisme les principes minéraux et biologiques dont le déficit marque les étapes de la déchéance et de la cachexie. Elle vise à exciter et à suppléer les sécrétions glandulaires, à obvier aux perturbations apportées dans les phénomènes diastasiques par l'insuffisance des minéraux. Elle se compose de magnésium, silice, manganèse, calcium, potassium, phosphore, soufre, fer, hémoglobine et cholestérine. Elle englobe d'autre part les hormones totales de toutes les glandes endocrines. Ces préparations multiples sont administrées par alternance pendant plusieurs mois, et j'en ai décrit la technique à la Société Internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer.

En ce qui concerne l'opothérapie endocrinienne, j'ai toujours utilisé les extraits glandulaires fluides ingérables que le malade absorbe soit par la voie gastrique soit par la voie rectale.

La haute valeur du magnésium est assez connue pour ne point avoir à en parler, mais j'insisterai sur l'importance considérable de la silice comme facteur préventif et comme *modificateur du terrain cancéreux*. Les recherches de Jules Barth en Suisse, d'Haviland en Angleterre, de Kolb en Autriche et en Allemagne ont montré que les régions dont la mortalité cancéreuse est la plus faible sont les plus riches en silice. Il ne me paraît pas douteux que la proportion insuffisante des éléments minéraux, contenus dans l'eau, et spécialement de la silice, ne prépare le terrain par un déséquilibre de la teneur normale du milieu interne et une perturbation profonde dans les phénomènes disatasiques.

La silice joue d'ailleurs un rôle très important dans l'organisme si l'on en juge par sa quantité qui, d'après Manquat, n'est pas moins de 0 gr. 25 centigrammes par kilogramme de muscle, soit 6 gr. 47 pour un homme de 68 kilos, c'est-à-dire deux fois plus que le fer. Néanmoins ce corps a toujours eu de la peine à s'imposer aux thérapeutes.

Suivent six observations résumées de cancéreux qui ont été traités suivant les principes que je viens d'exposer. Je m'empresse de vous faire savoir que j'ai choisi intentionnellement parmi mes malades ceux qui me furent confiés par des confrères, et dont, par conséquent je n'ai pas eu à faire le diagnostic :

Premier cas : Sarcome de la cuisse droite au tiers supérieur, opéré et récidivant.

Deuxième cas : Néoplasme avancé de l'œsophage et anévrysme de l'aorte.

Troisième cas : Néoplasme inopérable de l'utérus.

Quatrième cas : Carcinome inopérable du sein gauche.

Cinquième cas : Néoplasme inopérable du pylore.

Sixième cas : Néoplasme inopérable du côlon ischio-pelvien.

Tels sont les résultats qu'il m'a été permis d'obtenir par la thérapeutique médicale synthétique dans ces cas de cancers avancés que je désirais soumettre à votre appréciation. Je pense que ces résultats sont assez éloquents pour assurer désormais au traitement médical, dans la lutte contre les cancers, une place bien marquée à côté de la chirurgie et des agents physiques.

Discussion.

M. G. Leven. — J'approuve les réserves prudentes de M. Leriche, relatives au cancer gastrique et au cancer pelvien.

J'ai fait faire une gastro-entérostomie préalable à un malade présentant une énorme masse pylorique qui paraissait néoplasique. La deuxième intervention pour la gastrectomie fut différée, car le malade avait eu la grippe. Lorsqu'elle fut pratiquée, la masse (adhérences inflammatoires, sans doute) avait disparu. Le malade est guéri depuis un an.

G. Barret et moi avons constaté souvent des spasmes localisés, empêchant tout passage de lavement baryté, qui pouvaient en imposer pour un rétrécissement organique.

Un fort bel exemple a été observé par nous, et montré à MM. Heitz-Boyer et Logre, qui ont assisté à l'examen. M. Gosset opéra la malade et ne trouva qu'une adhérence épiploïque qui pouvait expliquer le spasme.

Ces deux faits justifient l'extrême rigueur qu'il faut apporter dans l'appréciation de toute méthode thérapeutique.

M. L. Lematte. — Il faut accueillir avec reconnaissance les essais thérapeutiques si impressionnants de M. Leriche. Le cancer reste toujours une des hontes de la médecine : les ligues et les commissions n'ont pas encore apporté une lueur d'espoir aux malades et aux médecins. Il est heureux de pouvoir dire aux uns et aux autres que le bistouri n'est pas la seule chance de salut. En attendant la découverte de l'agent infectieux du cancer, on laisse mourir les malades. Est-ce que l'iode et le mercure n'avaient pas rendu d'immenses services avant la découverte du tréponème de Schaudinn ?

Il y a plus de vingt ans, avec le Dr Bresard, nous avons cherché à limiter les dégâts dans le cancer de l'utérus. Nos essais ont été plus qu'encourageants : une solution de chlorure d'or à 1/100, injectée dans le néoplasme, tous les jours à la dose de 1 cc., amène rapidement la cessation des hémorragies. Nous avons pu suivre une malade pendant plusieurs mois, les lésions étaient si bien cicatrisées, que le chef de service M. Michaux, étonné du résultat, n'a pas craint d'affirmer qu'il avait certainement fait une erreur de diagnostic. Il était et est encore admis que tous les moyens thérapeutiques doivent forcément échouer lorsqu'on traite un néoplasme authentique.

Si on stimule, comme le fait M. Leriche, les actes de défenses organiques, il est possible dans certains cas de limiter les dégâts et d'obtenir l'apparence de la guérison. Nous avons utilisé une solution huileuse de lécithine, de cholestérine, de strychnine, d'iode et de camphre, qui, injectée dans plusieurs cancers inopérables, a fait cesser les douleurs. Chez certaines personnes, nous avons eu un arrêt très net de la maladie. Les observations sont encore trop peu nombreuses pour être publiées.

J'ai vu un cas où les injections d'eau salée à doses massives de 500 cc., continuées pendant plusieurs semaines, ont arrêté un cancer inopérable de l'utérus, condamné par plusieurs chirurgiens des hôpitaux. Tout ce qui peut modifier le *métabolisme du carcinomateux* doit être essayé. Dans les cas inopérables, il ne faut donc pas que l'injection de morphine soit la seule thérapeutique utilisée avant la mort du malade.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le traitement des broncho-pneumonies infantiles.

Il faut tout d'abord, disent MM. Ribadeau-Dumas et Cathala, poser un diagnostic réel de broncho-pneumonie et ne pas confondre sous ce nom toutes les affections respiratoires de l'enfance. Il faut aussi savoir que les associations microbiennes, l'intervention de la grippe surtout, le jeune âge, donnent lieu à des formes cliniques très différentes ; malgré tout, il existe deux types cliniques capitaux, auxquels répondent des indications thérapeutiques différentes : le *type asphyxique*, et le *type infectieux*.

Mais on ne doit pas non plus négliger la résistance du malade, ni la prophylaxie, quel que soit le type de la broncho-pneumonie.

L'origine de l'infection broncho-pulmonaire est, en effet, le plus souvent la contagion indirecte par le personnel (famille, infirmier). Or, le boxage et *l'isolement* en chambres séparées n'ont d'efficacité que si pratiquement ils suppriment ou diminuent dans une forte proportion les contacts indirects (notamment par mains souillées de mucosités pharyngées, ou de selles riches en pneumocoques virulents). Il y a aussi les broncho-pneumonies par aspiration de liquides dans la trachée au moment d'une tétée, d'un lavage d'estomac, d'un vomissement ; aussi ne faut-il jamais abandonner un enfant au cours de la tétée, surtout s'il est athrésique en raison de la gravité plus grande des accidents ; on ne doit pas omettre de coucher un enfant sur le côté après une tétée.

L'hygiène de la chambre doit faire l'objet d'un soin particulier, et il en est de même de l'alimentation du nourrisson, en vue de maintenir la résistance organique ; la tolérance digestive est souvent moins compromise qu'il ne semblerait, si on se laissait impressionner par des symptômes d'origine mécanique : obstruction des fosses nasales, déglutition des glaires. Il se produit d'autre part chez le malade fébricitant une grande déshydratation des tissus, qui entraîne la désassimilation tissulaire, et l'effondrement de la résistance vitale ; quand les vomissements se répètent, le meilleur moyen d'éviter la déshydratation est de remplacer immédiatement le lait rejeté par une quantité équivalente.

La *lutte contre l'asphyxie* peut être réalisée :

1° Par la médication tonique, stimulante, qui se propose d'entretenir les forces actives du malade pour lui permettre de traverser la période critique : injections sous-cutanées de

Strychnine pure.......	un milligramme
Huile stérilisée........	un centimètre cube

L'huile camphrée n'est pas toujours bien tolérée, elle produit parfois des abcès.

2° Par la médication révulsive thoracique en général, sous forme de bains ou d'enveloppements simples ou sinapisés, suivant les cas.

Les bains chauds, d'une durée de six minutes, toutes les 3 ou 4 heures, même la nuit, donnent de bons résultats, surtout chez un enfant robuste; les débiles et les cachectiques s'agitent, se cyanosent, le cœur défaille ; mieux vaut chez eux recourir aux enveloppements simples ou sinapisés. Deux ou trois ventouses scarifiées, au bon moment (poussée fluxionnaire et élévation thermique), sont du meilleur effet, chez un enfant de 18 mois ou plus.

3° Par la médication toni-cardiaque : une ou deux gouttes, jusqu'à 5 gouttes, de digitaline même chez des enfants de quelques mois.

4° Par l'oxygénation intensive : voie pulmonaire (chambres, caisses d'oxygénation), voie sous-cutanée, voie péritonéale.

Quant *à la forme toxi-infectieuse*, elle est d'une haute gravité, d'une brutalité déconcertante : facies terreux, teint cyanosé surtout au niveau du crâne, amaigrissement brusque et considérable (2 à 300 gr. en 24 heures), température à 38°, dyspnée. A de tels états, il faut opposer la médication stimulante : strychnine, éther, bain sinapisé. Quant à la médication révulsive et à l'oxygénation, elles sont peu opérantes.

Pour réhydrater l'organisme, on doit faire des injections hypodermiques ou intra-péritonéales de sérums artificiels isotoniques chlorurés ou glucosés. Les injections sous-cutanées de sérum humain ou de sang total, et mieux les transfusions vraies, sont beaucoup plus puissantes.

Malheureusement la résistance à la vaccination observée chez les jeunes êtres rend difficile l'emploi des méthodes biologiques (sérums, vaccins). Quant à la chimiothérapie, elle semble devoir se réduire actuellement à l'emploi des sels de quinine, qui n'ont d'ailleurs qu'une faible action pneumococcide. (*Paris médical*, 20 février 1926.)

Le désordre dans la thérapeutique antisyphilitique.

Le Dr G. Milian démontre que la thérapeutique antisyphilitique étant devenue si touffue, si embrouillée, étant accusée partout de tels accidents et de tels ennuis, la plupart des méde-

cins ont, en matière de traitement de la syphilis, une hésitation légitime et des craintes souvent justifiées. Laissant de côté les questions d'insuffisance de diagnostic, d'absence de recherches de laboratoire, il se borne à l'énumération des conditions fâcheuses dans lesquelles se fait de nos jours le traitement de la syphilis.

Une des causes des hésitations médicales est la véritable inondation pharmaceutique dans laquelle se noient les médecins. Or, le seul représentant, réellement très efficace, de l'arsenic, est l'arsénobenzol, ou mieux le groupe des arsénobenzols. La grande caractéristique chimique de cet arsenic parasitotrope est que l'arsenic n'y est pas combiné avec l'oxygène, mais avec lui-même et le noyau aromatique : c'est la classe des corps appelés arsénoïques. Malheureusement, on a vu naître le même produit sous des noms différents, bien que chimiquement il soit identique.

Le 606 des Allemands a été fabriqué en France sous le nom d'arsénobenzol (Poulenc), tréparsénan (Clin). Mais il ne peut être injecté qu'en solution diluée et surtout après neutralisation par la soude, ce qui en rend l'application difficile, tandis que le novarsénobenzol, le 914, s'injecte en solution directe sans traitement chimique d'aucun genre, ce qui le rend d'une application médicale facile : c'est le néo-arsenobenzol (Poulenc), le rhodarsan (Usines du Rhône), le néo-tréparsénol (Clin), le métarsénobenzol (Laca), le sanarsénobenzol (Hallion).

Quant au galyl, c'est aussi un arsénoïque avec phosphore, ce qui lui donne des propriétés toniques et microbicides particulières (syphilis, furonculose, anthrax).

Mais la plupart de ces arsénoïques doivent être injectés par la voie veineuse, parce qu'ils sont très douloureux lorsqu'on les injecte sous la peau ou sous le muscle ; aussi s'est-on évertué à fabriquer un corps injectable sous la peau : deux corps identiques, le sulfarsénol et le sulfotréparsénol sont fabriqués par deux maisons différentes.

L'hectine, plus ancien que le 606, d'une activité certaine, faiblement toxique, peut être administré sous la peau, par la bouche, mais il n'a pas l'activité des arsénoïques. Mêmes observations pour l'acétylarsan, le stovarsol, le tréparsol.

La question des voies d'introduction et celle des doses sont encore des causes de désordre dans l'application du traitement antisyphilitique. La pratique des injections intra-veineuses et intra-musculaires reste restreinte car les praticiens connaissent insuffisamment la technique, d'où des incidents désagréables ; les médecins se rejettent alors sur la médication d'autrefois, c'est-à-dire la médication buccale, aggravée de la médication rectale ; or celles-ci ne doivent servir ni de traitement d'attaque, ni même de base, de la syphilis.

Toutes ces raisons font que la syphilis est souvent mal soignée, de plus, les médecins ne s'imaginent pas suffisamment la gravité de cette maladie, ni les accidents graves ultérieurs après une longue période silencieuse ; ils ignorent aussi la valeur diagnostique de la réaction de Wassermann et ne savent pas que, même négative, elle n'écarte pas l'idée de syphilis. (*Paris médical*, 6 mars 1926.)

Corps étrangers de l'oreille.

Ils sont des plus variés et des plus inattendus, et le Dr Feldstein conseille de ne jamais les extraire à l'aveugle, car ils sont plus dangereux par les tentatives d'extraction maladroite que par leur présence même. Au début ils se trouvent presque toujours dans la portion externe ou cartilagineuse du conduit auditif ; puis, plus tard, sous l'influence d'une manœuvre intempestive, ils sont repoussés dans la portion profonde et osseuse du conduit, dans laquelle ils s'enclavent.

Il faut, pour l'extraire, voir d'abord le corps étranger, en reconnaître la nature, le volume, le siège exact ; s'il s'agit d'une graine on la fait rétracter par un bain d'alcool, s'il s'agit d'un parasite encore vivant, ou le tue par un bain d'éther.

Ensuite, on commence par les moyens simples : lavage d'oreille sous pression en dirigeant le jet obliquement pour viser la paroi supérieure et non l'axe du conduit. Si ce procédé ne réussit pas, s'adresser à un spécialiste, qui, au besoin sous anesthésie générale, utilise des pinces à griffes ou des crochets qui, introduits, en arrière du corps étranger, le ramènent au dehors. En cas d'impossibilité, l'extraire par voie rétro-auriculaire après décollement du conduit membraneux, puis section et suture ; cette intervention est absolument sans danger. (*Journal des Praticiens*, 13 février 1926.)

L'oscillométrie en obstétrique.

Comme le rappelle le Dr Balard, l'oscillométrie est plus qu'une méthode sphygmomanométrique ; en plus des valeurs minimum et maximum de la tension artérielle, elle nous fournit des données qui lui appartiennent en propre pour l'exploration fonctionnelle cardio-vasculaire ; grâce à elle nous possédons l'indice oscillométrique (traduction visuelle du pouls) qui est représenté par l'oscillation maximale observée au cours de l'exploration faite à l'oscillomètre, et qui seul, grâce à sa sensibilité constante maximale, a permis l'exploration systématique du pouls et de la tension artérielle du nouveau-né.

Des recherches personnelles de l'auteur, il résulte que, dans les cas physiologiques d'une

puerpéralité normale, on ne rencontre jamais de chiffres élevés, surtout en ce qui concerne la minima, et que parfois, on trouve des chiffres relativement bas, surtout pour la minima, et cela contrairement aux opinions antérieurement émises par d'autres auteurs. Il n'existe pas d'hypertension au cours de la deuxième moitié de la grossesse ; de même la variation dans un sens quelconque de l'une des valeurs de la tension artérielle ne peut, dans les derniers jours de la grossesse, être interprétée comme un signe prémonitoire du travail.

Cependant, quand les femmes ont pu être suivies pendant un temps assez prolongé, on a pu observer une élévation de l'indice dans les derniers jours de la grossesse, qui coïncidant avec une élévation parallèle de la « pression variable », traduit l'effort que l'état de gestation, impose alors au muscle cardiaque.

Quant aux phénomènes du travail, ils ont une influence manifeste sur la tension artérielle, et voici qui peut servir à la surveillance de la parturiente.

Chez des femmes normales, l'auteur a constaté pendant le travail une hausse primitive des valeurs maximum et minimum de la tension artérielle ; cette élévation est particulièrement accusée pour la maxima, qui atteint son apogée au moment des violents efforts d'expulsion. Parallèlement se produit une élévation de l'indice oscillométrique, témoignant de la suractivité du cœur. Ces valeurs de travail restent à un régime fixe dans tous les cas physiologiques lorsque la femme présente un certain degré de robusticité et si le travail n'est pas trop prolongé. On pourra donc inciter la femme à continuer les efforts d'expulsion tout le temps pendant lequel les pressions resteront à leur « plateau de travail ». Mais si les conditions physiologiques venaient à être modifiées, il pourrait se produire une chute secondaire de l'ensemble des valeurs oscillométriques (Mx, Mn, Pv et Io) et en particulier de la maxima, réalisant alors le *signal d'alarme*, qui marque, dès qu'il se produit, le fléchissement cardiaque. Il serait urgent à ce moment de procéder à l'extraction artificielle de l'enfant.

C'est donc l'oscillomètre à la main que devra être suivi le travail, lorsqu'il se prolonge, pour être renseigné sur l'état d'adaptation fonctionnelle du cœur et sur le moment de l'intervention.

La délivrance s'accompagne parfois d'une très légère élévation de la Mx, lorsque, ce qui est rare, elle s'effectue avec des contractions énergiques ; le plus souvent les contractions utérines sont minimes et la délivrance est sans influence sur la tension artérielle.

Aussitôt après l'accouchement, la pression artérielle tant maxima que minima, subit une chute assez brusque qui s'accentue encore dans les heures qui suivent, pour atteindre progressivement le chiffre qu'elle avait avant l'accouchement. Il est rare que dans cette descente progressive chez un sujet sain elle descende au-dessous de la normale.

Au moment de la montée laiteuse, il se produit, parallèlement à une accélération du pouls, une élévation de toutes les valeurs oscillométriques, mais principalement de la maxima ; celle-ci se maintient parfois en plateau un jour ou deux, puis la courbe évolutive suit une marche régulièrement décroissante jusqu'à la normale.

Ces notions seront d'autant plus importantes à connaître lorsqu'il s'agira de surveiller la convalescence d'une albuminurique ou d'une éclamptique.

A remarquer que la bradycardie des suites de couches n'est pas liée à des modifications de pression, mais qu'elle est d'origine nerveuse, résultant d'une excitation extracardiaque du vague. (*Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1926.)

Note sur la vaccination locale.

Le Pr Delassus, à l'occasion d'une conjonctivite purulente guérie par un bouillon-vaccin ou filtrant en quelques heures, insiste sur l'avenir considérable réservé à la vaccination locale, proposée par Besredka. Son principe est le suivant : il faut placer le vaccin contre un microbe là où le microbe exerce son action élective et primitive.

Mais ce lieu d'élection et d'attaque est bien plus limité qu'on le croyait : pour le charbon, ce n'est que le derme ; pour le bacille typhique c'est le mucus, qui recouvre et protège la muqueuse intestinale ; pour le staphylocoque et le streptocoque, c'est encore le derme.

Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agissait d'une conjonctivite purulente coïncidant avec une furonculose, et c'est le streptocoque qui fut employé avec succès pour la vaccinothérapie locale, par simple instillation d'un bouillon-vaccin dans l'œil.

S'il est prouvé un jour que l'application locale suffit, on renoncera bien volontiers aux injections profondes, qui amènent parfois de désagréables réactions. (*Journal des Sc. médicales de Lille*, 7 mars 1926.)

Les gastro-entérites d'origine anaphylactique.

Ainsi que le fait justement remarquer le Pr Ch. Richet fils, les formes gastro-intestinales de l'anaphylaxie (grande, petite, chronique) sont moins connues que ses formes nerveuses (urticaire, asthme, etc.). Leur diagnostic s'établit :

1° Par la notion étiologique : tout sujet qui ne présente des accidents digestifs que pour certains aliments spéciaux est suspect.

2° Par la coexistence d'autres troubles anaphylactiques : si le malade atteint de troubles digestifs présente de l'urticaire, de l'eczéma, de l'œdème de Quincke, voire du strophulus ou des éruptions bulleuses ; si simultanément il a de l'asthme ou de la rhinite spasmodique, l'origine anaphylactique en est vraisemblable.

3° Le diagnostic est tout à fait probable si on reproduit les troubles digestifs dont se plaint le malade par une injection de la substance incriminée. Bien entendu, le sujet, les jours précédents ne doit pas avoir présenté d'accidents digestifs. Ces troubles digestifs sont accompagnés de la réaction hémoclasique et en particulier de leucopénie. Cette leucopénie a une valeur moindre chez l'enfant, chez lequel la réaction hémoclasique seule apparaît quand l'expérience n'a été réalisée qu'avec une faible dose d'aliment toxique.

4° Pratiquées dans de bonnes conditions, la cuti ou l'intra-dermo-réaction donnent souvent, mais non toujours, des résultats positifs.

5° L'épreuve de l'anaphylaxie passive peut donner des résultats décisifs.

6° La méthode des injections sous-cutanées de lait a été employée chez le nourrisson ; elle produit chez les anaphylactisés une action locale allant jusqu'à l'aspect pseudo-phlegmoneux, avec réaction générale pouvant aller jusqu'à l'état de choc ; cette méthode ne doit donc être mise en œuvre que prudemment.

La grande anaphylaxie est, quand on y pense, de diagnostic facile ; on éliminera l'ulcus, l'appendicite, une intoxication aiguë, etc.

La petite anaphylaxie sera à diagnostiquer des indigestions, des gastro-entérites banales, dues à un lait toxique ou infecté. Le diagnostic des formes chroniques est de beaucoup le plus difficile. L'importance est d'y penser et souvent ; il ne faut pas se contenter de dire que le sujet ne supporte pas tel aliment, il faut voir s'il y a ou non anaphylaxie.

Chez l'enfant qui vomit facilement, on éliminera les vomissements par hyper ou hypo-alimentation, le spasme ou la sténose du pylore, une mauvaise qualité habituelle du lait, l'appendicite chronique.

Chez l'adulte, la forme dyspeptique devra être différenciée des dyspepsies banales (par tachyphagie, par aliments mauvais, par lésion organique de l'estomac, etc.).

Comme thérapeutique, il convient d'abord de supprimer l'aliment nocif, en se rappelant que tel sujet peut supporter ou non des aliments très voisins (pâtes et pain, par exemple).

Le traitement par la belladone ou l'atropine peut modifier les réactions gastro-intestinales.

Nombreuses sont aussi les méthodes dérivées de l'anti-anaphylaxie de Besredka : ingestion d'un petit repas comprenant l'aliment nocif une heure avant le grand repas, d'un cachet d'un gramme de peptone, une heure avant le repas, sous-cuti ou intra-dermo-réaction, auto-hémothérapie. (*Le Progrès médical*, 6, février 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Contagion de la syphilis avant l'éclosion du chancre.

(M. W. Dubreuilh. — *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

M. Galliot signalait dernièrement un cas de contagion syphilitique avant l'apparition du chancre. M. Dubreuilh a vu plusieurs fois des faits analogues mais il les a interprétés différemment. Il s'agissait d'hommes mariés, ayant eu une aventure, qui venaient montrer un chancre apparu, disaient-ils, depuis 2 ou 3 jours, et 6 ou 8 jours après les derniers rapports avec leur femme. Celle-ci était néanmoins contaminée et M. Dubreuilh l'attribue non à une contagion avant le chancre mais à une appréciation inexacte du début de celui-ci. Pour lui, le commencement de l'érosion syphilitique initiale était plus ancien que le porteur le supposait.

— M. Milian ne partage pas cette opinion. Il lui semble difficile d'admettre qu'un individu qui s'observe minutieusement (le malade de M. Galliot rentrait dans cette catégorie) ne remarque pas le chancre au moment du coït et dans les jours suivants et ne le constate qu'une semaine plus tard.

Quatre observations de contagion avant l'éclosion du chancre ont été déjà publiées : deux de M. Milian (en 1925), une de M. Perin (août 1915), et la récente observation de M. Galliot. Du jour où il y a eu contamination, remarque l'auteur, le tréponème est présent et il se multiplie déjà au point du futur chancre.

Un cas d'engelures amélioré par la galvanisation du corps thyroïde.

(MM. Louste et Juster. — *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

Une jeune fille de vingt ans atteinte d'engelures tenaces, ulcérées, anciennes, présentait en outre un corps thyroïde hypertrophié, de la tachycardie et une grande nervosité. MM. Louste et Juster conseillèrent des séances de galvanisation du corps thyroïde, traitement qui a procuré à divers auteurs (Joffroy, Sollier) des résultats intéressants dans la maladie de

Basedow. Il s'ensuivit une amélioration très appréciable des symptômes endocriniens et des symptômes cutanés.

Empâtement cyanotique des extrémités.

(MM. Lortat-Jacob et Mornet. — *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

MM. Lortat-Jacob et Mornet rapportent l'observation de quatre jeunes filles atteintes d'empâtement cyanotique des extrémités (œdème asphyxique symétrique des jambes). Les lésions rencontrées chez elles ont tous les caractères de l'affection décrite en 1921, par MM. Thibierge et Stiassnie : tuméfaction régulière et ferme des jambes avec plaques cyanotiques, sans trace de nodule profond, ni d'indurations localisées

Ces empâtements asphyxiques paraissent distincts des tuberculides et, en particulier, de l'érythème induré de Bazin. Les 4 malades de M. Lortat-Jacob ont été soumises à la tuberculinothérapie sans résultat, et, d'autre part, on notait chez elles quelques troubles endocriniens : dysménorrhée, frilosité, etc.

Les infiltrations érythémato-cyanotiques des neuro-endocriniens.

(M. E. Juster .— *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

M. Juster revient sur la question, déjà envisagée dans la communication précédente de MM. Lortat-Jacob et Mornet, des infiltrations cyanotiques des jambes (œdème strumeux de Balzer et Alquier ; œdème asphyxique symétrique des jambes, chez les jeunes filles lymphatiques, de Thibierge et Stiassnie). Cette dermatose offre les éléments suivants, plus ou moins accusés : 1° un érythème, avec cyanose, qui s'atténue ou disparaît dans la position surélevée du membre ; 2° une infiltration ferme, diffuse, des téguments, sans godet d'œdème à la pression ; 3° une kératose pilaire ; 4° l'absence d'indurations circonscrites, de nodosités, comme on en trouve dans l'érythème induré de Bazin.

Ces infiltrations érythémato-cyanotiques qui siègent aux parties déclives des membres, des jambes principalement, et se voient surtout chez les jeunes filles, se distinguent de l'érythème induré de Bazin, à la fois comme aspect, comme nature, et comme traitement. M. Juster accorde un rôle important dans leur pathogénie au système endocrinien. Les malades sont améliorés par l'opothérapie (corps thyroïde, ovaire, hypophyse, hémato-éthyroïdine), les rayons ultra-violets, la compression avec la bande de crêpe Velpeau.

— M. Thibierge différencie nettement aussi l'érythème induré de Bazin de l'œdème asphyxique. Le premier est constitué par des nodosités limitées alors que le second occupe toute la circonférence du membre. Il comporte anatomiquement des altérations tuberculeuses qui selon toute vraisemblance manquent dans l'œdème. Enfin, la tuberculine agit sur la maladie de Bazin alors qu'elle ne modifie pas l'œdème asphyxique.

— M. Milian croit au contraire que cette affection doit être considérée comme une tuberculide. Elle détermine, non de l'œdème véritable, mais des adiposités locales. Or, on connaît les adiposités locales tuberculeuses. La cyanose est également un symptôme usuel des tuberculides. La kératose pilaire, enfin, autre élément de la maladie, est considérée par beaucoup d'auteurs comme une tuberculide.

On dit que la tuberculine reste inefficace dans l'adiposité cyanotique. M. Milian ne pense pas que l'érythème induré guérisse par cette même tuberculine, si l'on n'y joint pas le repos, la position couchée, qui suffit à elle seule à faire disparaître les lésions. Les rayons X amendent parfaitement bien les deux maladies.

Chancre syphilitique à incubation prolongée.

(MM. Montlaur et Ledoux. — *Soc. de derm. et syph.* 15-4-1926.)

MM. Montlaur et Ledoux ont observé un malade chez lequel un chancre syphilitique est apparu 49 jours après le dernier coït, le sujet étant très affirmatif quant aux dates. L'intérêt de cette observation réside dans la précision des dates, des incubations plus longues étant en effet connues.

Pneumothorax et phrénicotomie associés dans un cas de tuberculose infantile.

(MM. Ravina, Rolland et Maurer. — *Soc. de pédiatrie de Paris* ; 16-3-1926.)

MM. Ravina, Rolland et Maurer relatent l'observation d'une fillette de 8 ans, atteinte de tuberculose cavitaire de la base pulmonaire gauche, d'allure rapidement évolutive. L'établissement d'un pneumothorax artificiel ne détermina qu'une compression insuffisante du lobe pulmonaire atteint, en raison d'adhérences diaphragmatiques. On pratiqua alors, tout en continuant à maintenir le pneumothorax, une phrénicectomie qui permit d'obtenir un collapsus pulmonaire presque total et amena bientôt la sédation de tous les symptômes, la petite malade donnant actuellement l'impression d'une guérison clinique complète. La phrénicectomie paraît donc être un adjuvant thérapeutique utile lorsqu'un pneumothorax partiel n'exerce pas une compression suffisante sur des lésions de la base du poumon.

Les échecs de la séro-prophylaxie de la rougeole.

(M. J. Cathala et Mlle Tisserand. — *Soc. de pédiatrie* ; 16-3-1926.)

La prophylaxie de la rougeole par les injections de sérum de convalescent a aujourd'hui fait ses preuves et son usage est devenu classique pour pré-

venir cette maladie chez les tout jeunes enfants vivant en milieu contaminé.

La méthode a cependant donné quelques échecs, dont il importerait de connaître les causes. M. Jean Cathala en expose un exemple, observé dans le service de M. Ribadeau-Dumas, à la Maternité. Sur un groupe de 14 enfants ayant reçu une injection de sérum de convalescent à titre prophylactique, 2 furent atteints de rougeole. Le sérum employé, fourni par le laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard, avait été recueilli dix mois plus tôt. Les auteurs se demandent si l'échec partiel qu'ils ont noté n'a pas tenu à l'ancienneté du sérum, le vieillissement de celui-ci pouvant amener, peut-être, une diminution du taux des anticorps.

—. M. Robert Debré pense que les échecs de la séro-prophylaxie sont dus souvent à une méconnaissance des règles concernant la date de l'injection, les doses et le mélange de plusieurs sérums. Chez les enfants atteints de maladie infectieuse (aiguë ou chronique), il faut doubler la dose normale.

Pour ce qui a trait à l'action du temps et de la glacière sur l'activité du sérum, M. Debré croit que les sérums conservés gardent leur pouvoir, mais leur teneur en anticorps peut baisser. Il y a là un point à éclaircir.

— M. Netter remarque que le sérum utilisé par M. Cathala avait été maintenu très longtemps à la glacière. Il ne serait pas impossible qu'il ait subi la congélation. Des expériences entreprises en 1924 aux Etats-Unis ont établi qu'un mélange toxine-antitoxine congelé plus de six heures peut devenir toxique. la toxine conservant alors son activité alors que l'antitoxine est précipitée en partie,.

— M. Grenet et M. Guillemot ont également observé des échecs de la séro-prophylaxie.

— M. Maillet, sur 17 cas de rougeole survenus à la Fondation Parquet, depuis janvier, en a noté 9 chez des enfants ayant reçu des injections de sérum anti-morbilleux.

— M. Georges Schreiber émet l'hypothèse que, peut-être, ces sérums inactifs ont été prélevés sur des sujets ayant des éruptions morbilliformes et non des rougeoles vraies.

— M. Debré trouve là un argument de plus en faveur du mélange de plusieurs sérums de convalescents, pour l'emploi prophylactique.

La maladie de Chagas.

(M. Austregesilo. — *Société de médecine de Paris* ; 24-4-1926.)

La maladie de Chagas est une trypanosomiase endémique dans quelques Etats du Chili. Elle est causée par un parasite, le *schyzotrypanum Cruzi* qui a pour hôte un petit animal, le tatou. Ce dernier transmet la maladie à l'homme par l'intermédiaire d'un insecte hématophage (*triatoma megista*) que l'on rencontre en Amérique, de la Californie jusqu'à la Plata (Brumpt et da Silva). Le parasite inoculé par la piqûre de l'insecte provoque d'abord les phénomènes tumultueux de l'infection aiguë ; puis, cette phase terminée, il va se localiser dans les tissus profonds créant des lésions qui se traduisent cliniquement par les formes chroniques de l'affection : forme cardiaque, formes endocriniennes, formes nerveuses. Le traitement, en l'absence de spécifique, est purement symptomatique. La chimiothérapie, avantageusement appliquée à la maladie du sommeil (trypanosomiase africaine) n'exerce aucune action sur la trypanosomiase américaine.

Traitement chirurgical des ulcus hémorrhagiques gastro-duodénaux.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 24-4-1926.)

En présence d'un ulcus qui saigne modérément et sans arrêt, ou qui saigne abondamment, faut-il appliquer le traitement médical ou chirurgical ?

La majorité des chirurgiens a admis quant à présent, qu'en pareille circonstance, il était préférable d'attendre (en mettant en œuvre le traitement médical et la transfusion) l'arrêt de l'hémorrhagie gastrique ou duodénale, et d'opérer alors « à sec ». C'est l'opinion, en particulier, des spécialistes anglo-saxons, des frères Mayo et de Moynihan. M. Victor Pauchet émet aujourd'hui un avis différent. Il considère 3 cas :

1° L'hémorrhagie est foudroyante. Elle ne laisse pas le temps d'intervenir et la question ne se pose pas.

2° Les hémorrhagies sont répétées, intermittentes. Ce sont les cas habituels, non discutés. On attendra pour opérer « à sec ».

3° Les hémorrhagies, sans être foudroyantes, sont inquiétantes d'emblée. Elles paraissent menacer la vie comme les grossesses tubaires rompues. Mais, tandis que pour ces dernières, l'opération est facile et efficace, dans l'hémorrhagie gastro-intestinale il n'en est plus de même. Le sang resté dans l'intestin intoxique (par ses albumines) le malade, qui peut mourir 3 ou 4 jours plus tard. Dans les cas de ce genre, dit M. Pauchet, on peut encore obtenir de beaux succès par une opération immédiate qui consistera en résection de l'ulcus et évacuation de l'intestin. Les lavements sont insuffisants en raison de l'atonie intestinale. L'auteur a recours à la cæcostomie complémentaire suivie d'instillation cæcale de goutte à goutte de sulfate de soude, ce qui amène l'évacuation du sang accumulé. Il n'y a pas à se préoccuper de l'intestin grêle qui se vide toujours rapidement dans le cæcum.

P.L.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la Région de Saint-Germain-en-Laye.

(Séance du 18 juillet 1926.)

Etats infectieux épidémiques à colibacilles.

M. Tesseyre. — L'auteur a observé des états infectieux simulant des états typhiques ou paratyphiques et survenant par petites épidémies. Un des cas s'étant compliqué d'abcès, l'examen du pus a montré du colibacille. Inefficacité de toute médication sauf l'auto-vaccin. Origine hydrique probable.

Trois cas de hernies inguinales congénitales d'un type rare.

M. Lamare rapporte trois cas de hernies inguinales d'un type rare : une hernie propéritonéale, une hernie interstitielle et une hernie propéritonéale et interstitielle. Il appelle l'attention sur la difficulté du diagnostic exact de ces variétés herniaires, en particulier de la hernie propéritonéale qui ne s'accompagnait d'aucune saillie inguinale. Le siège de la douleur a seul fait le diagnostic de la nature de l'occlusion. A propos de la hernie interstitielle qui s'accompagnait d'ectopie testiculaire et qui occupait le fond du canal péritonéo-vaginal arrêté à l'anneau inguinal superficiel, Lamare fait remarquer que cette hernie est en même temps interstitielle et vaginale et propose une classification des degrés de la hernie inguinale un peu différente de la classification généralement admise.

Un cas rare de dystocie possible.

M. Lamare rapporte le cas d'un énorme fécalome formé dans le sigmoïde chez une femme qui devint enceinte. La dureté de cette masse avait fait porter le diagnostic de fibrome pédiculé chez une femme enceinte de quatre mois.

M. D.

Marseille

Comité médical des Bouches-du-Rhône

(juillet 1926)

Neuro-fibromatose et fibro-sarcome de l'extrémité supérieure du tibia.

MM. J. et Ch. Zuccarelli et Caudière rapportent l'observation d'une malade de 34 ans atteinte de maladie de Recklinghausen chez laquelle apparut en 3 mois environ une tuméfaction douloureuse de l'extrémité supérieure du tibia droit avec impotence fonctionnelle. Le diagnostic d'ostéo-sarcome porté cliniquement et radiologiquement fut confirmé par la biopsie. Amputation haute de cuisse. Suites opératoires normales .Les auteurs insistent sur le diagnostic clinique de la tumeur maligne d'avec les kystes de l'os, la syphilis osseuse et la tuberculose, les manifestations osseuses vraies du Recklinghausen. Au point de vue radiologique, ils tâchent de fixer la valeur sémiologique et pronostique des images de l'os. Ils notent enfin la rareté de la coexistence de tumeurs malignes de l'os et du Recklinghausen et pensent dans ce cas à la possible dégénérescence sarcomateuse ultérieure de la neuro-fibromatose.

Deux observations de thoracectomie antérieure (opération de Brauer) pour syndrome symphysaire associé à un rétrécissement mitral.

MM. Rouslacroix, Bonnal et Zuccoli. — *Première observation* : Homme, 35 ans. Rétrécissement mitral serré et sclérose infundibulum aortique sans insuffisance. Embolies pulmonaires. En outre symptômes multiples de symphyse péricardique externe avec douleurs thoraciques intenses qui motivent l'intervention. Décès le soir de l'opération par dilatation aiguë du cœur. Lésions entièrement confirmées à l'autopsie.

Deuxième observation. : Jeune homme 18 ans. Rétrécissement mitral avec signes de symphyse antéro-latérale. Crises nerveuses d'épilepsie cardiaque pour lesquelles le malade est entré à l'hôpital. Douleurs thoraciques. L'opération pratiquée depuis 7 mois a amené la disparition des douleurs et des crises pendant deux mois. Actuellement les crises recommencent. Etat cardiaque stationnaire. Etat général très amélioré.

Thoracectomie antérieure pour symphyse péricardique d'origine rhumatismale.

MM. Rouslacroix et V. Aubert. — Jeune fille de 16 ans, entrée dans le service le 7 mars avec grands œdèmes, ascite, gros foie dur, gros cœur dilaté et souffles orificiels multiples. Dans les antécédents, chorée suivie de plusieurs crises de rhumatismes. Après évacuation de l'ascite et toni-cardiaques on porte le diagnostic d'endocardite mitrale avec insuffisance organique relativement légère et adhérences intra et extra-péricardiques très fortes et très étendues. Indications opératoires posées en mai 1924 ; mais pour des raisons diverses la malade recule devant l'intervention jusqu'au 24 février 1926. Durant ce temps, progrès considérables de la cirrhose hépatique et de l'insuffisance cardiaque. Opération pratiquée dans des conditions très précaires suivie de disparition des douleurs thoraciques, amélioration nette de l'état cardiaque. Mais les ponctions d'ascite se succèdant, actuellement cette jeune fille très cachectisée succombe lentement aux progrès de l'insuffisance hépatique. Subictère, mélæna, pétéchies. Opérée en temps utile, on était en droit d'escompter une guérison. Notre premier malade Nicolas V. actuellement opéré depuis deux ans est toujours en excellente santé et a repris complètement son travail.

Emile Castelli.

Les Congrès

VIIe Réunion Neurologique internationale annuelle

Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur.

Le sujet abordé cette année par la Réunion neurologique, sous la présidence de M. A. Léri, intéresse autant les médecins que les neurologistes et les psychiatres. Le rôle du sympathique tient, depuis quelques années, une place de plus en plus grande dans les préoccupations et dans les écrits des médecins. Anatomistes, physiologistes, neurologistes, cliniciens, s'efforcent de tailler, dans le domaine si touffu et si mal défriché du système végétatif, de nouvelles voies d'exploration. Mais les difficultés d'un terrain mouvant, sans cesse remanié par le caprice apparent des anomalies anatomiques, des réactivités individuelles, des influences du système nerveux cérébrospinal, du psychisme et des facteurs humoraux, exigent un surcroît de rigueur, de précision et de prudence dans les conclusions. Malheureusement, une telle complexité est aussi une dangereuse tentative pour les amateurs de théories pathogéniques faciles. Trop souvent, l'appel au sympathique permettrait d'esquiver une explication précise, et cette intervention toute puissante couvre tous les mystères.

L'étude de cette question présente donc un double intérêt : d'une part, grouper les observations et les expérimentations scientifiques qui permettent maintenant d'esquisser l'histoire du sympathique, mais qui n'ont pas encore droit de cité dans les traités classiques, — tel est l'objet du rapport de M. André Thomas ; — d'autre part débroussailler tout ce qui n'est encore que la légende du sympathique, puis essayer d'établir un plan de recherches pour appliquer des méthodes proprement scientifiques à tout l'ensemble du problème : c'est à quoi s'est attaché dans son rapport M. Soderbergh (de Gothebourg).

1er *rapport*. — **Les moyens d'exploration du système sympathique et leur valeur dans les affections organiques du système nerveux.** — M. André Thomas (de Paris) était tout désigné, par ses beaux travaux antérieurs pour traiter un pareil sujet. Son rapport est un véritable traité du sympathique. Toutes les données scientifiques s'y trouvent rassemblées : descriptions d'anatomie humaine ou comparée, expérimentation physiologique, documents anatomo-cliniques, dont beaucoup sont personnels au rapporteur, et dont la précision l'emporte souvent sur les plus belles expériences qu'on puisse faire chez l'animal. C'est là un travail de documentation, qu'on ne saurait prétendre à analyser, mais auquel on sera toujours amené à se référer lorsqu'on aura besoin d'une précision touchant la physiologie normale ou pathologique du sympathique.

A. Le rapporteur envisage uniquement l'exploration du sympathique proprement dit, en laissant de côté celle des systèmes parasympathiques, et il procède avec une méthode rigoureuse. Il étudie successivement chacune des fonctions du sympathique. Pour chacune d'elles, il prend tout d'abord point d'appui dans les faits expérimentaux formellement établis par les physiologistes, en première ligne Cl. Bernard, Brown-Séquard, Vulpian, et aussi les Anglais Gastell, Langley, etc. C'est en suivant pas à pas ces données physiologiques qu'il décrit et qu'il interprète les faits cliniques qui peuvent servir, chez l'homme, à l'exploration du sympathique.

1° De toutes les fonctions du sympathique, l'**action vaso-motrice** est la plus importante, mais elle n'est pas la plus facile à explorer et à interpréter. M. Thomas insiste sur la délicatesse des observations et des épreuves cliniques à cet égard : la rougeur, et autant l'hyperthermie, témoin souvent plus sensible, de l'hyperémie provoquée par la paralysie sympathique, peuvent être rendues plus nettes par les variations de la température extérieure, les exercices et les efforts, les épreuves du refroidissement ou du réchauffement locaux ou généraux ; mais elles peuvent faire place, dans certaines conditions, à des phénomènes inverses, à vrai dire passagers, dont le rapporteur montre des exemples sur ses tracés. Elles peuvent même se montrer dissociées, la pâleur s'associant à l'hyperthermie. L'augmentation de l'indice oscillométrique accompagne en général — mais non toujours — l'hyperémie ; par contre, il ne semble pas démontré que la paralysie sympathique exerce une influence sur la tension artérielle. Quant aux données de la tonométrie capillaire, de la pression veineuse, de la pléthysmographie, de la capillaroscopie, ainsi que la tache blanche de pression (Hallion et Laignel-Lavastine) et les diverses variétés du dermographisme (raie blanche, raie rouge, dermographisme douloureux, urticaire factice), leurs relations avec le sympathique sont beaucoup moins bien établies, et il faut se contenter de plans de recherches et de faits d'attente isolés. Ces derniers sont collationnés en grand nombre dans le rapport de M. Thomas. Les réflexes vaso-constricteurs provoqués à distance par le froid, par la douleur, peuvent mettre en valeur la paralysie sympathique, mais il faut reconnaître qu'il existe, à l'état normal, de grandes variations à cet égard, et que les réactions n'ont pas toujours, de ce fait, toute la netteté désirable. Les réflexes vaso-dilatateurs sont d'interprétation beaucoup plus difficile ; la nature exacte des vaso-dilatateurs n'est pas établie, et il est possible que la

vaso-dilatation soit le fait d'axon-réflexes (Langley, Bayliss). Cliniquement, le bain chaud, le réflexe naso-facial de P.-L. Weil et Philippe, déclanchent quelquefois une congestion à distance plus intense du côté de la paralysie sympathique. L'épreuve de la sinapisation également met en jeu un axon-réflexe, mais non un réflexe sympathique ; elle s'exagère en général là où il y a paralysie sympathique ; mais elle disparaît après section et dégénération complète du nerf correspondant, alors qu'elle est conservée après section des racines (par exemple après neurotomie rétro-gassérienne) ; elle pourrait donc constituer un élément de diagnostic différentiel entre les lésions radiculaires d'une part, et, d'autre part, les lésions du nerf périphérique ou de la cellule ganglionnaire (zona).

Le réflexe oculo-cardiaque, le réflexe cœliaque n'apportent généralement aucun renseignement utile dans les affections organiques du système nerveux.

2° **L'action sur la sécrétion sudorale** est la seconde des fonctions du sympathique du point de vue de l'importance physiologique. Cependant son exploration est souvent d'interprétation délicate en clinique, car la sécrétion sudorale spontanée ou réflexe est soumise à des variations individuelles extrêmement étendues. En général, la sudation cesse là où il y a paralysie sympathique. Des images topographiques très précises peuvent être obtenues grâce à un simple papier au tournesol ou au nitrate d'argent. Si la sudation spontanée n'est pas assez nette, le réflexe sudoral peut être provoqué par un bain thermolumineux. La température optima est de 50°-60°. Les réactions à l'exercice physique, à l'excitation douloureuse, à l'excitation labyrinthique, à la pilocarpine sont en général moins démonstratives.

Les modifications des sécrétions lacrymale, cérumineuse, salivaire, lactée, quand on les observe dans des cas de paralysie sympathique, semblent bien être tributaires des troubles vaso-moteurs.

3° **L'action sur les muscles pilo-moteurs** (*arrectores pilorum*) n'a qu'une importance physiologique restreinte. Mais elle appartient en propre au sympathique ; elle n'est inhibée par aucun système antagoniste ; elle reste unilatérale par une excitation unilatérale et diffuse beaucoup moins que l'action sudorale ou vaso-motrice. Au point de vue sémiologique, elle constitue donc le témoin le plus fidèle, le plus précis, le plus exact de l'excitabilité sympathique. La réaction pilo-motrice peut être provoquée soit par excitation locale, soit par excitation à distance. Dans ce dernier cas, il y a réflexe pilo-moteur. Si ce réflexe manque de netteté, on peut l'exagérer par injection de pilocarpine. On sait les beaux travaux que M. A. Thomas a consacrés aux réflexes pilo-moteurs, à la technique de leur recherche, à leur valeur sémiologique et topographique. On en trouvera, dans son rapport, un résumé très clair et très précis. Les réactions mamillo-aréolaire, les contractions du dartos scrotal ou pénien doivent être rapprochées du réflexe pilo-moteur, et dépendent également du sympathique.

Action vaso-motrice, action sudorale et action pilo-motrice, telles sont les trois fonctions fondamentales du sympathique. Ce nerf possède-t-il en outre des fonctions trophiques, sensitives ou toniques ?

Les *troubles trophiques* n'appartiennent pas à la symptomatologie de la paralysie sympathique. Le fait est bien établi physiologiquement, du moins chez les animaux bien nourris et non infectés ; il se vérifie cliniquement dans les cas où aucune lésion des vaisseaux ou des nerfs rachidiens ne s'associe à la lésion sympathique. Au contraire, Claude Bernard a montré que les ulcères de la cornée consécutifs à la section du trijumeau étaient moins rapides et moins accentués si l'on avait tout d'abord sectionné le sympathique cervical. Cette expérience est le point de départ des essais de sympathectomie périartérielle entrepris par Chipault, par Jaboulay, et surtout par Leriche, et qui ont été appliqués aux troubles trophiques les plus variés, mais surtout à ceux qui s'accompagnent de vaso-constriction. Les interventions, sans doute par suite de la vaso-dilatation qu'elles entraînent, ont donné de beaux succès, mais aussi « quelques désenchantements ». La sympathectomie tend à laisser la place aux opérations plus radicales, qui portent sur la chaîne sympathique elle-même : section du sympathique cervical, résection du ganglion étoilé, section des rameaux communicants blancs. Cette chirurgie du sympathique, d'abord réservée au goitre exophtalmique ou à l'épilepsie, s'oriente plutôt, maintenant, vers le traitement de l'angine de poitrine. Ces interventions réalisent de véritables paralysies expérimentales sur l'homme. Elles contribuent largement à préciser la sémiologie de la paralysie sympathique. Or, elles ne donnent lieu qu'à des modifications peu importantes de la peau : desquamation furfuracée, kératose palmaire à la phase d'anidrose, puis placards de sudamina au stade de restauration sudorale, enfin parfois un peu d'œdème discret. L'œdème vrai suppose une lésion associée des vaisseaux ou des nerfs rachidiens (expériences de Ranvier, de Roger et Josué).

Le syndrome d'irritation du sympathique est beaucoup plus souvent une cause de troubles trophiques que le syndrome de paralysie sympathique (ulcérations, crises d'acrocyanose ou d'acroasphyxie). Mais l'hypo ou l'hypertrichose, les pigmentations et les dépigmentations (vitiligo) ne sont pas liées, du moins chez l'homme, à des perturbations sympathiques.

Les **troubles sensitifs** liés aux lésions du système sympathique ont fait l'objet de nombreuses discussions, tant de la part des physiologistes que de la part des cliniciens. Tous les arguments sont passés, dans le rapport de M. Thomas, à une critique minutieuse, et les conclusions sont les suivantes. Il n'y a pas de sensibilité sympathique, en ce sens qu'aucune

fibre sympathique vraie, tributaire d'un ganglion sympathique, ne conduit la sensibilité : après interruption basse de la moelle épinière (D[18] par exemple), l'intégrité de la chaîne sympathique permet bien la transmission aux membres inférieurs des réflexes sudoraux, vaso-moteurs ou pilo-moteurs, d'origine encéphalique, et cependant l'anesthésie du segment sous-jacent est absolue à tous les modes. Il y aurait plutôt lieu d'admettre une action inhibitrice du sympathique sur la sensibilité, puisque Cl. Bernard pour le sympathique cervical, Tournay pour le sympathique abdominal, ont montré que la section des chaînes sympathiques provoquait une exaltation de la sensibilité et de certains réflexes de défense. A vrai dire, cette exaltation de la sensibilité est sans doute liée à l'hyperthermie au cours de la paralysie sympathique. Chez l'homme, la section chirurgicale des chaînes sympathiques (cervicales ou thoraco-lombaire) n'entraîne aucun trouble notable de la sensibilité objective.

Mais, d'autre part, il est incontestable que les voies ou les rameaux sympathiques contiennent des fibres sensitives : ce sont des fibres dont l'origine se trouve non dans le ganglion sympathique, mais dans le ganglion rachidien : c'est par conséquent une sensibilité d'emprunt, sujette, d'ailleurs, aux variations individuelles les plus étendues. Ainsi s'expliquent les sensations douloureuses plus ou moins diffuses, provoquées, dans bien des cas, chez l'homme comme chez l'animal, à la suite des interventions qui portent sur le sympathique. Ainsi se légitime la résection des gaines périartérielles (qui serait mieux appelée « névrectomie » que « sympathectomie ».) dans les causalgies accompagnées de gros troubles d'allure sympathique (vaso-moteurs et sécrétoires). Enfin ce serait là la raison des hyperalgésies cutanées qui s'observent parfois au cours des affections viscérales (zones de Head). Les fibres sensitives, qui accompagnent les voies sympathiques, ne conduisent que la sensibilité protopathique, jamais la sensibilité épicritique.

Enfin le *rôle du sympathique dans le tonus des muscles striés*, qui a fait récemment l'objet de nombreuses hypothèses et de quelques essais expérimentaux ou opératoires, n'apparaît pas, jusqu'à présent, comme démontré. Tout au plus peut-on admettre, au cours de la régénération d'un nerf rachidien sectionné, le rôle possible de certaines fibres sympathiques engagées, par erreur d'aiguillage, dans les fascicules musculaires du bout périphérique : ces fibres peuvent contribuer à exagérer le tonus de certains muscles, et dans de tels cas, la résection de la gaine sympathique périartérielle peut atténuer l'hypertonie.

Pratiquement, le rôle principal dans la sémiologie des lésions du sympathique appartient donc aux troubles vaso-moteurs, sudoraux et pilo-moteurs. Une asymétrie manifeste à cet égard, si elle ne s'explique ni par une paralysie, ni par une lésion des vaisseaux ou des nerfs rachidiens, ni par une cause d'erreur liée aux conditions de l'examen, permet toujours de conclure à une lésion localisée de la chaîne sympathique. Plus difficile est souvent le diagnostic entre l'hémisyndrome de paralysie d'un côté et l'hémisyndrome d'irritation du côté opposé. Plus difficile aussi est le diagnostic topographique précis de la lésion sympathique.

B. C'est ce *diagnostic topographique* qu'étudie M. A. Thomas dans la deuxième partie de son rapport. On y trouvera d'abord toutes les précisions au sujet des *centres pilo-moteurs, sudoraux* et *vaso-moteurs* dans la colonne intermédio-latérale de la moelle épinière : l'étude des réflexes pilo-moteurs et sudoraux d'origine spinale ou encéphalique, chez des blessés atteints de section totale de la moelle épinière, a permis à l'auteur, après vérification de la nature et de la topographie des lésions, de constituer une documentation abondante et précise. Les conclusions anatomiques ont pu être fixées par Mme Dejerine dans des schémas admirables de précision et de clarté, qui résument toutes les connexions caténaires et columnaires du sympathique.

Les yeux fixés sur de tels schémas, il est facile de comprendre toute la diversité des *syndromes des voies sympathiques*, que M. A. Thomas envisage tour à tour : syndrome du sympathique cervical et du ganglion cervical supérieur, syndrome du ganglion cervical inférieur, syndrome de la chaîne thoracique dans son segment supérieur, moyen ou inférieur, syndrome de la chaîne lombo-sacrée, syndrome des rameaux communicants. Les interventions sur la chaîne ou sur les ganglions, pratiquées de plus en plus couramment par les chirurgiens, sont particulièrement précieuses pour permettre de déterminer avec précision ces différents syndromes. Mais il ne faut pas perdre de vue la fréquence des anomalies de morphologie et de constitution de la chaîne sympathique, non plus que la délicatesse des rameaux sympathiques et la complexité de leurs connexions. Il est souvent difficile de savoir avec certitude, dans chaque cas, quelle est l'intervention qui a été réalisée, si la section d'une chaîne ou d'un communicant a été complète et définitive, si un ganglion enlevé n'était pas accompagné d'un ganglion supplémentaire ou aberrant, qui est resté en place. Aussi doit-on rester très réservé en présence d'observations paradoxales, qui semblent contredire les faits établis concernant la physiologie du sympathique.

Le syndrome du sympathique cervical se distingue de tous les autres par sa sémiologie oculo-pupillaire. Mais ce symptôme, le plus manifeste et le plus anciennement connu de tous les signes d'origine sympathique, reste l'un des plus mal expliqués au point de vue physiologique : M. A. Thomas discute l'action mydriatique du sympathique, et le trajet des fibres par lesquelles s'exerce cette action. Il est porté à croire que le sympathique exerce seulement une action inhibitrice sur les fibres constrictrices du sphincter irien.

En dehors de la chaîne et des communicants, les fibres sympathiques périphériques peuvent encore être lésées, soit dans la gaine périartérielle, soit dans les nerfs périphériques. Le *syndrome de la gaine périartérielle* s'observe dans les heures qui suivent la ligature d'un gros vaisseau ou une névrectomie périartérielle. C'est un syndrome purement vasculaire et thermique ,au cours duquel un stade initial, irritatif, de spasme artériel et de refroidissement est suivi, au bout de quelques heures, d'une phase d'hyperémie, avec hyperthermie et augmentation de l'indice oscillométrique. Les fibres sympathiques de la gaine périartérielle sont uniquement des fibres vasomotrices : toutes les fibres pilo-motrices et sudorales, — ainsi que la partie sans doute la plus importante des fibres vaso-motrices, accompagnent les nerfs périphériques. Encore faut-il, dans le syndrome de la gaine artérielle, faire la part de ce qui est dû à l'irratation des fibres sensitives de la tunique artérielle.

Les lésions des racines antérieures ne donnent lieu à aucun trouble sympathique si elles siègent sur une racine cervicale, lombaire inférieure ou sacrée. Les lésions des racines antérieures dorsales ou des deux premières lombaires ne donnent lieu à des troubles sympathiques que si elles intéressent plusieurs racines voisines : en effet, chaque ganglion vertébral reçoit les fibres préganglionnaires de plusieurs racines, et les lésions pauciradiculaires sont masquées par des suppléances. La première dorsale fait exception : même si elle est lésée isolément, elle donne lieu à un syndrome spécial : le syndrome oculo-pupillaire (Mme Déjerine-Klumpke).

L'absence de troubles pilo-moteurs et sudoraux au cours d'une lésion radiculaire s'accompagnant d'anesthésie cutanée, et qui intéresse les racines cervicales, lombaires inférieures ou sacrées, permet donc d'affirmer que la lésion porte en deçà de la coalescence du communicant, et, par suite, qu'elle est vraisemblablement intra-rachidienne. La présence de ces mêmes troubles sympathiques, au contraire, si leur topographie coïncide avec celle de l'anesthésie, permet d'affirmer le siège au delà de la coalescence. Il en est de même pour le trijumeau : la section rétro-gassérienne ne donne pas de troubles sympathiques ; la lésion périphérique donne des troubles sympathiques. A la région dorsale ou lombaire supérieure, la règle est moins simple ; des troubles sympathiques peuvent s'observer par lésion radiculaire en deçà de la coalescence, mais ces troubles ont toujours, dans ce cas, une aire d'extension beaucoup plus restreinte que l'anesthésie cutanée; d'autre part, les limites de cette aire sont moins nettes, plus festonnées. Dans un cas comme dans l'autre, la nature de l'aréflexie pilo-motrice ou sudorale reste la même, puisqu'il n'y a pas de réflexe sympathique ganglionnaire. Dans les formes hyperesthésiques du tabes, il y a habituellement horripilation.

Les *lésions plexulaires ou tronculaires* donnent toujours lieu à des troubles pilo-moteurs et sudoraux de même topographie et de même sens que les troubles de la sensibilité cutanée correspondants : paralysie dans les interruptions ou dans les compressions, exagération dans les syndromes irritatifs, en particulier dans les causalgies. La réaction pilo-motrice locale persiste, quelquefois même exagérée, aussi bien dans les paralysies tronculaires que dans les paralysies radiculaires.

L'interprétation des troubles vaso-moteurs est plus complexe : les fibres vaso-motrices sympathiques, de nature vaso-constrictrice, sont, en effet, mélangées, dans le nerf périphérique, à des fibres vaso-dilatatrices, dont l'origine est moins déterminée, et qui empruntent peut-être le trajet de la racine postérieure. D'autre part, il faut faire intervenir les réflexes liés aux lésions des fibres sensitives, et quelquefois les troubles d'origine encore mal déterminée que provoque la simple immobilisation (simple action mécanique ? réflexe spinal ? ou axon-réflexe). Quoi qu'il en soit, l'interruption du nerf périphérique donne généralement lieu, pendant quelques jours, à une élévation de la température dans le territoire correspondant. Au bout de six à dix jours, cette hyperthermie fait place à du refroidissement. Dans les syndromes irritatifs, au contraire, — et en particulier dans la cansalgie, — l'hyperthermie est la règle. Il est remarquable que, dans ce dernier cas, l'hyperthermie s'associe d'habitude à l'anhydrose et à l'aréflexie pilo-motrice : cette réunion de signes de paralysie et d'irritation sympathique ne semble guère en faveur de l'origine sympathique de la causalgie.

Parmi les affections non traumatiques du neurone périphérique, il en est qui s'accompagnent habituellement de paralysie sympathique : telles la névralgie paresthésique, certaines névrites localisées (névrite post-sérothérapique). D'autres ne donnent lieu qu'à des signes tardifs ou parcellaires de paralysie sympathique : c'est le fait de la plupart des polynévrites. Enfin, dans le zona, l'état des réflexes sympathiques est très variable : cela dépend de l'étendue des lésions, qui peuvent ou non déborder le ganglion rachidien vers le nerf périphérique et vers le communicant du sympathique.

L'influence des *lésions médullaires* sur les fonctions sympathiques a pu être étudiée d'une façon en quelque sorte expérimentale, pendant la guerre, chez les blessés atteints de sections complètes de la moelle épinière. L'étude de M. A. Thomas sur ce point est particulièrement doumentée, puisqu'elle s'appuie sur 42 observations personnelles, dont 29 suivies d'examen anatomique.

La section complète traumatique de la moelle donne lieu à deux ordres de symptômes : un syndrome de séparation et un syndrome d'automatisme spinal.

Le syndrome de séparation est caractérisé par la disparition des réflexes vaso-constricteurs, sudoraux et surtout pilo-moteurs dans le territoire qui correspond au segment lésionnel, lorsqu'on réalise une exci-

tation dans le territoire du segment sus-lésionnel (« réflexes encéphaliques »). Ces réflexes sont conservés, au contraire, dans le territoire du segment sus-lésionnel; leur limite inférieure est presque toujours moins régulière et plus bas située que la limite de l'anesthésie, ce qui s'explique par la distribution des rameaux communicants, qui irradient de chaque racine vers plusieurs ganglions sus et sous-jacents.

Le syndrome d'automatisme n'apparaît qu'au bout d'un certain temps, en général quelques jours. Au début, il y a élévation thermique (conformément aux faits expérimentaux des physiologistes), avec aréflexie sudorale et pilo-motrice dans le segment sous-jacent. Puis la température s'abaisse, devient remarquablement instable. En même temps l'excitation du territoire du segment sous-lésionnel commence à réveiller, en même temps que des mouvements réflexes « de défense », un réflexe sudoral et un réflexe pilo-moteur, L'étendue de ce réflexe est variable selon l'étendue de la lésion : si la lésion est de faible étendue, le réflexe spinal peut chevaucher largement sur le réflexe encéphalique. Si, au contraire la lésion intéresse un nombre important de segments médullaires, la limite supérieure du réflexe spinal peut rester en deçà de la limite supérieure du réflexe. Bien entendu, si la lésion s'étend en bas jusqu'à L^2, il ne peut plus y avoir de réflexe spinal. Le rapport contient de nombreux exemples de la disposition des réflexes selon la hauteur et l'étendue de la lésion destructive.

Au cas de syndrome de Brown-Séquard, le réflexe encéphalique se généralise sans obstacle du côté opposé à la lésion ; au contraire, du côté de la lésion, si celle-ci atteint la profondeur du segment fondamental latéral, le réflexe encéphalique ne s'étend pas au territoire sous-jacent, et, dans ce territoire, on peut mettre en valeur l'existence d'un réflexe spinal.

Parmi les *affections non traumatiques de la moelle*, ce sont surtout les lésions transverses, compressions et tumeurs, et, d'autre part, la syngomyélie et l'hématomyélie qui intéressent le système sympathique.

La séméiologie sympathique est souvent rendue plus complexe dans le mal de Pott, par la fréquence des lésions de compression directe des communicants ou de la chaîne sympathique elle-même (M. et Mme Sorrel) ; il peut y avoir alors discordance entre les troubles pilo-moteurs et les troubles sensitifs.

Dans les myélites syphilitiques, le réflexe pilomoteur est souvent normal.

Dans la sclérose en plaques, la discordance topographique des réflexes sympathiques et des symptômes moteurs peut fournir un appoint pour le diagnostic.

Dans la sclérose latérale amyotrophique, dans les poliomyélites antérieures aiguës, subaiguës ou chroniques, les troubles sympathiques font défaut. Les anomalies *circulatoires* de la paralysie infantile ne sont pas d'origine sympathique. Il est curieux que la lésion de la corne antérieure épargne si complètement la corne intermédio-latérale, pourtant toute voisine.

Par contre, dans la syringomyélie, les troubles sympathiques sont d'une extrême fréquence : les « crises sympathiques » peuvent même constituer le premier symptôme de l'affection. Les troubles vaso-moteurs, sudoraux ou pilo-moteurs peuvent être du type irritatif, du type paralytique, ou du type mixte. M. A. Thomas a pu observer quelques cas de réflexe spinal croisé. Le dermographisme est souvent exagéré. Enfin il faut rappeler la fréquence du syndrome oculo-papillaire. Par contre, le rôle du sympathique dans les troubles trophiques cutanés ou ostéo-articulaires est bien problématique.

Douteuse également est l'intervention du sympathique dans les œdèmes des paraplégiques, dans les para-ostéopathies de Mme Dejerine et Cellier, dans le trophœdème, dans les pigmentations de certains grands paraplégiques infectés.

Les centres supérieurs du système sympathique sont moins déterminés que les centres inférieurs. On connaît cependant toute une série de faits cliniques qui montrent la présence de troubles oculo-papillaires, vaso-moteurs, sudoraux et même pilo-moteurs dans certains syndromes bulbaires alternes (Babinski-Nageotte) et dans certains syndromes thalamiques (Foix, Chavany et Bascourret, en particulier).

Chez les hémiplégiques, le groupement des symptômes sympathiques est très variable et souvent discordant : au début de l'hémiplégie, les membres paralysés sont souvent hyperthermiques, avec hyperidrose. Plus tard, il y a plus souvent hyperthermie, avec exagération de la réaction pilo-motrice. L'œdème peut s'observer avec l'hypothermie comme avec l'hyperthermie. L'élévation de la tension artérielle ne va pas toujours de pair avec l'hyperthermie. Le dermographisme est souvent exagéré.

Dans les syndromes parkinsoniens, dans la migraine, dans l'épilepsie, les syndromes sympathiques sont fréquents, mais leur interprétation est encore obscure. Un syndrome sympathique qui se déclenche brusquement peut constituer un équivalent épileptique.

Enfin le rapporteur envisage quelques questions connexes : 1° les indications fournies par les *épreuves pharmacodynamiques* dans les affections nerveuses organiques : épreuve du nitrite d'amyle, qui peut accentuer une asymétrie vaso-motrice, bien qu'elle n'affecte pas le sympathique lui-même, — injection de pilocarpine, qui, concurremment avec le parasympathique, excite avec énergie le sympathique et peut sensibiliser une réaction pilo-motrice ou vaso-motrice aussi bien qu'une réaction sudorale, — injection sous-cutanée d'adrénaline, dont les effets généraux ont été moins étudiés (l'horripilation locale consécutive semble une réaction musculaire plutôt que nerveuse, *comme le soutient* Langley) — enfin les épreuves des collyres (tests de Coppez), qui per-

mettent de reconnaître si un myosis ou une mydriase sont d'ordre spasmodique ou paralytique.

2º **Les caractères spéciaux de répercussivité et d'électivité des réactions sympathiques.** — Voici en quoi consiste la répercussivité : la région malade, au lieu de réagir sur d'autres régions, comme dans les « sympathies », ou dans les « troubles réflexes », subit elle-même, — et d'une manière exagérée, — certaines réactions générales qui ne sont pas liées à des excitations de siège et de nature constants. Cet état est souvent sous la dépendance de facteurs psycho-émotifs. Il s'applique à la fois aux réactions vaso-motrices, sudorales et pilo-motrices.

L'*électivité* est la propriété de chaque groupe de fibres sympathiques (vasculaire, glandulaire, horripilatrice) de répondre d'une manière élective à chaque nuance des diverses excitations physiques ou *psycho-émotives*. A l'unité anatomique du système sympathique périphérique s'oppose une anatomie physiologique et physio-pathologique, qui s'explique sans doute par l'existence de centres distincts par chaque groupe fonctionnel.

3º **Les symptômes provoqués par la lésion du sympathique viscéral dans les affections nerveuses organiques.** — Ces symptômes restent rares et d'interprétation difficile : tachycardies et troubles respiratoires des lésions bulbaires, troubles thoraciques des lésions médullaires cervicales, crises viscérales des tabétiques, troubles intestinaux, pseudo-péritonéaux ou hémorragiques des grands paraplégiques, relèvent sans doute d'une pathogénie complexe, où le sympathique ne joue sans doute pas un rôle de premier plan. Déjà difficile à explorer dans ses expansions périphériques, le sympathique échappe pratiquement à l'examen clinique dans ses ramifications viscérales, pourtant si étendues et si riches.

(*A suivre.*)

Les Livres

LIBRAIRIE NORBERT MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pr SCHRUMPF-PIERRON (*du Caire*). — **Manuel de cardiologie pratique.** (In-8, 67 figures. Prix : 28 francs.)

Cet ouvrage, précédé par une préface du Pr Bard, fait suite au « Diagnostic cardiologique » destiné aux cardiologues. Ici, l'auteur, s'adressant surtout aux praticiens et aux étudiants, a laissé de côté tout ce qui est inutile, trop scientifique, trop spécialisé.

Un grand soin a été apporté aux dispositions typographiques, qui facilitent la lecture et la compréhension : titres et sous-titres en différents caractères, accentuation de tous les passages qui sont principalement à retenir, concentration en quelques lignes des principes fondamentaux, rien n'a été négligé pour faciliter la tâche du lecteur.

Les méthodes instrumentales ne sont rappelées que dans la mesure où elles sont nécessaires à la pratique, parce qu'il ne faut pas que le praticien s'exagère l'importance de ces méthodes subtiles ; presque toute la place est accordée à des prescriptions cliniques, mises à la portée de tous et rédigées pour cela avec une clarté et une simplicité qui ne laissent rien à désirer. Un soin tout particulier est accordé à la thérapeutique cardio-vasculaire.

LE FRANÇOIS, éditeur, 91, boul. St-Germain, Paris.

P. MOLLIEX. — **Analyse bactériologique des eaux potables.** *Guide pour l'examen des eaux destinées à l'alimentation.* Préface du Dr Pottevin in-18, XII-192 pages. Prix : 10 francs.)

L'auteur était particulièrement qualifié pour écrire ce Précis, faisant suite à son Précis d'analyse chimique des eaux. La partie consacrée à la technique générale est à elle seule un véritable petit traité de technique bactériologique, suffisant largement non seulement à l'analyse des eaux, mais encore à la microbiologie en général.

M. Molliex expose ensuite, d'une façon détaillée, non seulement la monographie des germes pathogènes ou banaux, qui peuvent souiller les eaux, mais il en indique avec précision les méthodes de recherche et surtout d'identification. La marche de l'analyse et l'interprétation des résultats révèlent le fruit d'une longue pratique.

Outre les bibliographies spéciales à chaque microbe, une bibliographie générale termine le livre, qui en fait un guide précieux pour l'hygiéniste qui est appelé à fournir, en un minimum de temps, des appréciations offrant un maximum d'exactitude. De nombreux tableaux éclairent l'ouvrage.

Gaston DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

R. BENON, médecin des maladies mentales à l'hospice de Nantes. — **La mélancolie. Clinique et thérapeutique.** (1 vol. in-16 de 154 pages : 10 francs.)

Après quelques pages sur l'historique et l'étiologie, l'auteur étudie spécialement la mélancolie vraie, dont l'origine est précise autant que la symptomatologie, et, qui, bien traitée, guérit dans la très grande majorité des cas, soit à l'asile, soit dans la famille. La mélancolie proprement dite, différente du simple syndrome mélancolique, se développe sous l'influence d'un chagrin, d'un état de tristesse, déterminée par l'idée d'un mal passé, d'un malheur subi, d'un revers éprouvé, etc. Elle est caractérisée par l'apparition d'idées délirantes d'auto-accusation,

(2)

UNE THÉRAPEUTIQUE RATIONNELLE DE REMINÉRALISATION

Dans l'établissement d'une formule destinée à remédier à l'appauvrissement du sol minéral que subit l'organisme au cours de certaines maladies (Tuberculose, Rachitisme, Chloro-Anémie, Neurasthénie, Dyspepsie par hyperchlorhydrie, Paludisme, etc.) ou de certains états (Convalescences, Grossesse, Allaitement, Croissance), il ne faut pas perdre de vue :

1º Que les **Carbonates et Phosphates de Chaux** ne sont pas les seuls matériaux éliminés en excès, mais que, comme l'a montré M. le professeur Albert Robin : **SILICE, FLUOR, MAGNÉSIE, PHOSPHORE,** participent activement à la désassimilation.

2º Que les sels de chaux, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont présentés, **sont très difficilement utilisables par l'organisme.**

Un produit rationnel de reminéralisation doit donc tendre : 1º à **remplacer aussi scrupuleusement que possible, tous les sels minéraux déficients,** et pour cela, devra contenir, outre les Phosphates et Carbonates de chaux usuels, de la **SILICE, du FLUOR, de la MAGNÉSIE, du PHOSPHORE.**

2º A **présenter ces sels sous une forme essentiellement assimilable.**

Ce but ne peut être atteint que par l'adjonction de **produits opothérapiques** judicieusement choisis.

L'ASSOCIATION SURRÉNALE-HYPOPHYSE, paraît, dans ce cas, spécialement agissante (Cf. Professeur Emile Sergent : « Etudes cliniques sur la tuberculose »..., « Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale » ; — André Richard : « Métabolisme des sels de chaux et calciurie de la Tuberculose »).

Ces produits ont, de plus, l'avantage de renforcer la pression artérielle dans des états morbides qui s'accompagnent presque toujours d'une baisse notable de cette pression. — (*La Thyroïde et le Thymus sont à rejeter formellement en raison du danger habituel de leur emploi, et aussi parce qu'ils ont une influence fâcheuse sur l'évolution de la Tuberculose pulmonaire* (Cf. Couland : *Opothérapie thyroïdienne et Tuberculose. — Ann. de Médecine*, t. X, nº 5, page 387.)

La **CRINOCALCINE HATIER répond, point par point, à toutes les exigences que nous venons de formuler.** Voici sa composition et sa posologie :

CRINOCALCINE HATIER

GRANULÉE

Sa Posologie

Trois cuillerées à café par jour pour les adultes.

Deux cuillerées à café pour les enfants.

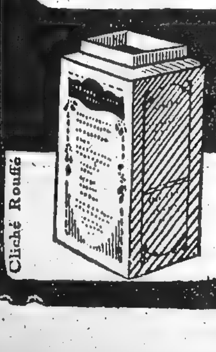
Sa Formule

Carbonate de Chaux
Phosphate de Chaux
Silicate de Chaux
Fluorure de Chaux
Carbonate de Magnésie
Phosphore et Vitamines (de l'embryon de blé et de l'orge germée)
Extrait total de capsules surrénales
Extrait total d'hypophyse

Ses Indications

Tous les états de déminéralisation : **tuberculose**, rachitisme, chloro-anémie, neurasthénie, convalescences, fractures, etc

ADOPTÉE PAR LES HOPITAUX LES SANATORIA



LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE AU LABORATOIRE DE LA CRINOCALCINE

HATIER

PHARMACIEN, 13, PLACE DU PEUPLE, ST-ÉTIENNE LOIRE

de culpabilité, d'indignité, de ruine, de damnation, avec interprétations absurdes, illusions, hallucinations; elle se complique alors d'anxiété, d'énervement, d'idées de suicide. L'accès est curable, sauf complications. La récidive est exceptionnelle.

Comme complications, il faut signaler : le syndrome de Cotard, l'évolution vers l'hypochondrie, le délire de persécution, la « démence » chez les jeunes sujets, etc.

Au point de vue diagnostic, il faut la séparer surtout : de l'asthénie périodique (dépression mélancolique des auteurs), de l'hypochondrie, de la neurasthénie par surmenage, des asthénies secondaires qui sont multiples, de l'hyperthermie anxieuse, avec ou sans délire, de l'ennui, etc.

Thérapeutiquement, on peut presque dire que tous les mélancoliques vrais, s'ils étaient bien soignés, guériraient. Le traitement est moral et physique : le traitement moral est de beaucoup le plus difficile, mais le plus important. Il faut créer autour du malade un milieu convenable et toujours se montrer, avec lui, doux, bienveillant, calme, patient.

MASSON ET Cie, éditeurs, Paris.

Pr Léon BERNARD, de l'Académie de Médecine. — **La tuberculose pulmonaire.** *Etude de phtisiologie clinique et sociale.* 2e édition entièrement refondue. (1 vol. 400 pages avec 16 figures : 28 francs.)

Dans cette nouvelle édition très dissemblable de la précédente, l'auteur a tenu compte à chaque page des derniers progrès réalisés dans la lutte antituberculeuse. Sans parler des nouveaux chapitres, des additions, des remaniements, bien des retouches ont modifié les conceptions ou les notions qui s'en dégagent.

On retrouvera par contre toutes les idées directrices, exposées par l'auteur dans sa première édition :

« Il ne doit pas s'élever de cloison étanche entre les recherches de laboratoire et les observations de l'hôpital, entre les données de la clinique et les orientations de la prophylaxie. Au contraire toutes doivent s'éclairer mutuellement.

« Si la phtisiologie n'a plus le droit aujourd'hui de négliger l'étude des conséquences sociales du fléau tuberculeux, cette étude ne saurait adopter d'autres fondements que les connaissances acquises sur la maladie.

« Les notions cliniques pèsent sur les directives de la préservation, le mécanisme de la maladie de l'individu commande les règles de la protection de la collectivité. »

Ce livre donne un aperçu cohérent de la maladie ; il permet d'interpréter sa physionomie clinique si diverse, de formuler ses méthodes de traitement et ses modes de prévention.

Gaston DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e.

V. PAUCHET. — **La pratique chirurgicale illustrée.** *Fascicule VII.* (Un grand volume in-8 jésus de 256 pages avec 188 figures, dessinées d'après nature par S. Dupret, 1925. Prix : 30 francs.)

Le succès de l'ouvrage est dû à ce qui fait sa caractéristique : texte minimum et image maxima. Comme l'auteur est actuellement spécialisé dans la chirurgie digestive, la prostatectomie et la thyroïdectomie, il a demandé à des collègues compétents de décrire les opérations des autres pratiques.

Dans les fasc. VII *Virenque* « chirurgien esthétique » a décrit le procédé pour guérir les rides de la face et du cou.

Victor Veau donne une excellente technique de la staphylorraphie.

Henri Judet, avec de nombreuses figures et radiographies, explique le traitement des fractures récentes par les appareils (membres supérieurs).

Enfin *Victor Pauchet* décrit les branchiomes du cou ; le cancer thyroïdien ; le traitement des ulcus gastriques haut situés par la résection en gouttière ; l'ulcus gastrique et duodénal ; le cancer de l'estomac et les perforations duodénales aiguës. Tous ces traitements sont d'actualité. Grâce au procédé « en gouttière », la résection des ulcus haut situés n'est pas plus grave que celle d'un ulcus siègeant à la partie moyenne ou inférieure de l'estomac. La simplicité et la bénignité de la technique de Pauchet s'affirment particulièrement dans la chirurgie de l'ulcus et dans celle du gros intestin.

Chirurgie de l'ulcus gastrique, chirurgie du côlon sont actuellement bénignes comme les opérations d'appendicite, de hernie, de goitre, etc.

Les livres qui viennent de paraître.

Chez LE FRANÇOIS, 91, boulevard St-Germain.

Dr M. POTET. — **Hygiène mentale.** *Préface du Dr Toulouse.* (Un vol. in-8, XIII-600 p. : 40 fr.).

A LA LIBRAIRIE GALLIMARD, 3, rue de Grenelle.

Maurice GARÇON et Jean VINCHON. — **Le diable.** *Etude historique, critique et médicale.* (Un vol. 252 p. : 10 fr. 50.)

A LA LIBRAIRIE GEORGES ANQUETIL, 39, boulevard Berthier, Paris.

René D'ALSACE. — **L'enfant artificiel ou la procréation sans contact.** *Roman* : Préface du Dr FOVEAU DE COURMELLES. (Un vol. : 15 fr.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

« DELENDA EST... » LA SCISSION !

Par le Dr Fernand DECOURT.

Qu'on veuille, ou non, le reconnaître et autant que moi s'en réjouir, il devient hors de conteste que *le front unique du Corps médical devant les Assurances sociales est en train de se former*. Dans mon « appel à l'union » (1), à la suite de l'Assemblée générale de décembre, j'avais déjà fait remarquer que, dans les deux « camps » (puisque camps il y a), *le gros des troupes* s'était efforcé d'arrondir les angles et de se tendre la main. Plus tard, à propos de rectifications des ordres du jour Gaussel et Desrousseaux, j'avais montré (2) que la différence des textes, en premier lieu puis à la fin, était due à une *volonté de rapprochement*, manifeste des deux côtés. Si bien que, dès cette époque, si une scission n'avait pas été *voulue* par certains, on aurait pu aboutir à un ordre du jour *unique* et qui n'aurait pas eu besoin, pour cela, de ressembler à la « bouillabaisse », expression que je reprends puisqu'elle fit fortune. Ne sont point tels, en effet, les sentiments presque unanimes exprimés, en juillet dernier, par les délégués des Syndicats représentant encore, malgré la fugue de 3.500 confrères, non loin de 12.000 restés fidèles à l'Union... Aussi, je ne crains pas d'affirmer que, *depuis ces votes de juillet, a fortiori*, si on *voulait* ne plus s'arrêter à des questions de mots, de personnes, d'attitudes et d'étiquettes, et si vraiment on *voulait* supprimer la scission, l'unité du Corps médical serait rapidement rétablie.

Sans doute, je me répète, je « rabâche »..... Depuis mon premier « appel », de décembre 1925, trois ou quatre fois dans les colonnes du *Concours* je suis revenu à la charge, faisant chaque fois entendre, sous diverses formes, le même appel à la concorde, à l'union..... sans doute, je ne fus pas écouté, jusqu'ici des « militants », comme je le désirais. Mais comme le vieux Caton, je reprendrai sans cesse mon antienne et, aujourd'hui comme hier et comme demain, je ne cesserai de répéter :

« Au sujet des assurances sociales, il est aisé de dresser une plate-forme unique de défense professionnelle à laquelle se rallieraient les 9/10e des confrères syndiqués. C'est une question de volonté — ou plutôt de bonne volonté. »

***

Et cette plate-forme existe déjà. Les votes de l'assemblée générale de juillet ne l'ont pas simplement esquissée, en des contours flous, silhouettés, estompés dans la brume : elle est désormais campée solidement par les *réponses*, que firent les délégués venus *spécialement mandatés* à ce sujet, aux *deux questions primordiales* posées aux Syndicats, auparavant, par le Conseil de l'Union.

Ces questions, quelles étaient-elles ?

PREMIÈRE QUESTION. — *Si la loi et le règlement d'administration publique donnent aux tarifs une action limitative, êtes-vous disposés à refuser de collaborer à la loi d'assurance sociale ?*

Oui ! ont répondu les 9/10es des délégués. En cas de « tarifs limitatifs », le Corps médical refuse toute collaboration.

DEUXIÈME QUESTION. — *Votre Syndicat veut-il participer à la gestion des Caisses ?*

Oui ! ont répondu les 8/9es des délégués suivant le mandat qu'ils avaient reçu auparavant..... Et même, fait à noter, après les explications données en séance au sujet de cette participation où fut démontré le *danger* de n'apparaître dans cette question de gestion des Caisses qu'*à titre consultatif*, comme le demandent certains (c'est-à-dire écoutés..... si on a le temps) — et la nécessité de faire partie *intégrante*, active, *votante* (donc « à ménager ») de toute commission sans exception, étant entendu que les délégués médicaux porteraient naturellement leur action sur les questions médicales ou paramédicales — donc après ces explications, ce fut à l'*unanimité moins quatre voix* que l'assemblée vota un ordre du jour dans lequel on lit :

«..... *estimant que les délégués du Corps médical organisé doivent pénétrer dans tous les orga-*

(1) Cf. « Appel à la l'union », lettre ouverte aux Présidents de la Fédération du Nord et du Groupement de la région lyonnaise. (*Conc. méd.* du 27 décembre 1925, page 2996.

(2) Sur ce rapprochement voir *Conc. méd.* du 31 janvier 1926, pages 264 et suivantes.

nismes de gestion (administratifs et techniques) qui seront prévus par la Loi d'assurance sociale... »

Il résulte donc de ces votes que la douzaine de mille de médecins syndiqués, groupés dans l'Union, ont déclaré, par la voix de leurs délégués, mandatés à ce sujet que :

« Les médecins ne collaboreront à la Loi assurance maladie que si étaient acceptées deux conditions préalables :
a) Tarif non limitatif.
b) Participation aux caisses.

***

Je sais bien qu'il y a un autre ordre du jour dans lequel, à côté du tarif non limitatif, on ajoute, comme condition réclamée :

« ...soit passer avec les Caisses un contrat ne comprenant aucun tarif, le taux des honoraires étant établi par entente directe entre le médecin et son malade. »

J'avoue avoir eu grand'peur, au premier abord, car *pas de tarif du tout*, c'est la porte ouverte à tous les rabaisiens, médecins jaunes, marrons, et même de toutes couleurs, voire politiques au besoin. Ceux-là *traiteront avec les Caisses en libre entente* et, « avec des prix défiant toute concurrence » sauront « faire leur beurre » comme on dit en nos campagnes, de façon ou d'autre...... Heureusement, que bientôt je lus à la fin dudit ordre du jour :

« NOTA. — Il est entendu que l'entente directe se fera suivant les tarifs syndicaux, chaque syndicat restant chargé de la discipline dans son service. »

Ouf ! je respire..... il n'y a pas de tarif, mais il y en a un tout de même qui n'est autre que le *tarif syndical*, tarif *minimum* hors du niveau *supérieur* duquel jouera librement, *sans limitation* le taux des honoraires, si je comprends bien le français et le mot « discipline ». Mais alors... même si des gens aussi malintentionnés que grincheux viennent me chanter à l'oreille, sur l'air bien connu : « C'était pas la peine assurément... « (puisque nous rentrons ainsi dans la modalité des tarifs non-limitatifs) je dirai, pour ceux qui ont voulu cette adjonction, comme Ninon de Lenclos : « Ça leur fait tant plaisir et ça coûte si peu! » et j'applaudirai quand même à cette seconde formule..... dût-elle former pléonasme avec la première.

Et j'applaudirai d'autant mieux que nous rentrons ainsi, avec ce NOTA providentiel, dans les idées émises par mon Syndicat de Seine-et-Marne « envisageant les bases primordiales qu'il pouvait consentir, pour collaborer à la loi...

« ...*a) Publication d'un tarif syndical minimum* permettant à chaque Caisse locale de fixer sa part de responsabilité dans les frais médicaux payés directement par l'assuré, part comprenant, ou non, un *pourcentage de participation* de l'assuré. Mais il est bien entendu que le tarif syndical minimum sera établi par le syndicat seul et restera modifiable par lui, d'après le coût de la vie, et sans que le s honoraires de chaque médecin, basés sur la situation sociale du malade, puissent être, en aucun cas, déterminés par les sommes que ce dernier aura reçu ou devra recevoir de la caisse (1). »

C'est d'ailleurs, comme corrollaire à cet ordre du jour, à la rédaction duquel je suis loin d'avoir été étranger, que j'eus l'honneur de proposer au nom de mon Syndicat, à l'assemblée générale de l'Union en juillet, des modifications à l'art. 4 du projet de loi Chauveau (2) par lesquelles il serait reconnu que tout bénéficiaire peut faire appel «..... *à tout praticien demandant des honoraires* SUPÉRIEURS *à ceux reconnus par la Caisse ...* » ce qui implique, *ipso facto*, un *tarif non limitatif* et le jeu de l'entente directe — dans les limites spécifiées par le *nota*, même en cas d'absence de tarif, suivant la deuxième modalité prévue par l'ordre du jour de l'assemblée générale de l'Union ....

***

Revenons à la scission. Après toutes les considérations que je viens d'exposer, après tout le libéralisme dont font preuve les motions et les ordres du jour de juillet et le désir évident des délégués de défendre — *unguibus et rostro* — la liberté d'action du praticien, peut-il y avoir encore, parmi les médecins syndiqués deux clans, deux camps, deux bannières aux couleurs divergentes ?..... Est-il possible, devant notre dissidence permettant au Parlement de « diviser pour régner », que nous lui laissions disque ouvert et voie libre pour s'engager dans une direction qui peut être funeste à notre liberté professionnelle ? ..... Il sera bien temps de regretter ceci ou cela quand la loi sera votée. Nous sommes quelques-uns que les circonstances ont placé sur la brèche, à propos de la loi sur les accidents du travail, et qui luttons, en vain, depuis pas mal d'années pour la suppression des deux mots « *tout compris* », qui empêchent les confrères de toucher des honoraires pour leurs soins donnés aux blessés *hospitalisés*. Prenons garde que, dans la loi future, nous ayons une douzaine de « forteresses » analogues à abattre ..... et cela faute d'avoir fait

(1) Ordre du jour du Syndicat de Seine-et-Marne du 25 avril 1926 in *Bull. du Syndicat*, n° 5, page 91.

(2) Cf : *Concours Médical* du 27 juin 1926 page 1720 : « L'assurance maladie peut fonctionner avec un tarif *non-limitatif* »

entendre, au moment *opportun*, *avant* le vote de la loi, une *voix unanime* !

Ah, confrères, je vous en conjure, réfléchissez un peu à vos intérêts *immédiats*. Vous êtes occupés toujours, bousculés même trop souvent, par votre clientèle et vous ne vous « intéressez » pas, comme vous le devriez, aux problèmes professionnels qui vous sont posés par la vie. Cette Loi assurance-maladie, prenez garde à ses répercussions. Ne faites pas comme nos camarades anglais qui, dédaigneusement, avaient déclaré, lors de sa gestation, s'en désintéresser et « ne pas vouloir la connaître si elle était votée » — qui, en 1911, se sont réveillés emprisonnés dans un FORFAIT comprenant même les *déplacements* dans un rayon de plus de trois kilomètres — et qui, à l'heure actuelle, 1926, sont toujours pris dans les mêmes mailles...

Prenons garde ! Nous voici partis sur une voie où, d'après tout ce qui s'est dit depuis que nous discutons à ce sujet, il est possible de cheminer *tous* de concert. *Un peu de bonne volonté et le front unique est refait.* Et c'est pourquoi, je reviens encore une fois à la charge, au sujet de cette funeste *scission* et que, sans me lasser, je vous crie : *Delenda est* !..... »

Dr Fernand DECOURT.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. HOSPITALISATION

Cette question de l'hospitalisation des blessés du travail est loin d'être résolue, malgré un certain nombre d'arrêts de cassation qui semblent laisser croire que, dans tous les cas, lorsqu'une victime du travail est transportée et soignée, soit dans un hôpital, soit dans une clinique privée, le chef d'entreprise n'est tenu à payer que le « tout compris » et nullement les frais médicaux et pharmaceutiques.

Ultérieurement, nous ferons une étude d'ensemble sur toute cette jurisprudence. Bornons-nous aujourd'hui à donner quelques décisions récentes et tirons-en une ligne de conduite pratique.

Tout d'abord, un arrêt de Cassaton (chambre des Requêtes du 28 avril 1926 (D. *Rec. hebd.*, 3 juin 1926.298) décide que, si les dispositions de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, sont d'ordre public et si la liberté des conventions a été écartée par l'article 30, cette prohibition, sauf la dérogation de l'article 21, doit être restreinte aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès, ou d'infirmité permanente et aux règles de compétence, ou de procédure édictées par ladite loi.

Elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques.

En raison du mauvais état de l'hôpital et de la rigueur de la saison, la blessée avait été placée dans une salle payante de l'hôpital, avec le consentement du chef d'entreprise.

La blessée guérie, l'assurance se refusa à payer la note d'honoraires du médecin, excipant du « tout compris » et soutenant, au surplus, que l'engagement, pris par le patron, de payer les frais inhérents à l'admission de la blessée en salle payante, était nul, comme prohibé par l'article 30 de la loi de 1898.

La cour suprême vient de décider que cet article 30 ne s'appliquait qu'aux conventions ayant trait aux rentes viagères, en cas de décès, ou d'infirmité permanente et nullement à celles afférentes aux soins médicaux et aux fournitures pharmaceutiques.

Un jugement de la justice de paix de Montrésor (Indre-et-Loire) du 2 mars 1920 (Déc. J. P. 1920.9.271) confirmé par jugement du tribunal civil de Loches, en date du 16 juillet 1921 (Archives du « Sou médical »), décida que sont dus au médecin les honoraires, pour soins donnés à un blessé du travail, hospitalisé, lorsque le chef d'entreprise a donné son consentement et s'est engagé à payer les frais médicaux, alors que le règlement de l'hôpital autorise le docteur à réclamer des honoraires pour le traitement qu'il a fait suivre aux victimes du travail, admises dans les salles payantes de l'établissement.

Au surplus, le tribunal considère comme une reconnaissance de dette le fait, pour le patron, d'avoir accepté la réclamation d'honoraires du médecin, de n'avoir, à cette occasion, manifesté aucun étonnement et même d'avoir prévenu le praticien qu'il transmettait sa note d'honoraires, à la compagnie d'assurances, à laquelle il était assuré.

Le « tout compris » est opposable à un médecin d'hôpital, lorsque ce praticien ne peut apporter la preuve que le patron s'était engagé personnellement à payer les honoraires médicaux, nécessités par le traitement de son ouvrier hospitalisé.

C'est ce qui ressort d'un jugement du tribunal civil de Béziers (1re chambre) du 25 février 1924 (Archives du « Sou médical »).

Un chef d'entreprise avait réglé les frais pharmaceutiques, pour le traitement à l'hôpital d'une victime du travail, mais se refusait ensuite à honorer le chirurgien. Celui-ci se basait sur ce paiement du pharmacien, pour soutenir qu'ainsi le patron s'était reconnu responsable de tous les frais d'hospitalisation.

« Non, a répondu le tribunal civil de Béziers;

attendu que si C. a pris un engagement personnel envers le pharmacien, et l'a payé, aucune preuve n'est rapportée qu'il a pris, envers le médecin, un engagement de même nature ; qu'une telle obligation, que la loi n'a pas mise à sa charge, ne peut se présumer ; qu'à cet égard, les imprimés d'engagement en blanc ne portant aucune mention manuscrite, n'indiquant ni le nom, ni la qualité de celui qui s'obligeait envers l'hospice, ne portant pas de date, ne peuvent avoir, au débat, aucune portée ; qu'il en est de même du certificat de l'ordonnateur de l'hospice, attestant que, par une dérogation singulière aux prescriptions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, les blessés ne sont admis que si le patron s'engage à payer les frais médicaux, en sus des frais d'hospitalisation ; qu'il est évident que rien ne saurait suppléer à la preuve écrite, émanant du patron, de son engagement personnel de payer des frais médicaux bien supérieurs à 150 francs. »

Il en résulte que, pour être certain d'être rémunéré de ses soins, le médecin d'hôpital, qui tient du règlement local l'autorisation de réclamer des honoraires aux patrons des blessés du travail hospitalisés, doit s'assurer qu'au bureau des entrées de l'établissement, on fait bien remplir et signer les formules d'engagement, pour rendre ces dernières juridiquement valables.

Une autre espèce a été jugée par le tribunal de paix de Bagnols-sur-Cère (Gard), le 10 mars 1926 (Archives du « Sou médical »). Bien entendu, le patron et son assurance soutenaient que le « tout compris » était applicable et opposable au médecin.

« Mais attendu que, si les faits ainsi présentés sont exacts, ils ne peuvent cependant emporter l'application du tout compris, institué par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 ; qu'en effet, si E. était nourri et logé à l'hôpital de Bagnols, c'était en dehors de l'hospice et chez le docteur Arène que les soins lui étaient donnés et que les pansements étaient faits ; que s'il a été procédé ainsi, ce n'est pas par suite d'un vain caprice, mais parce que l'hôpital, ou plutôt l'hospice de Bagnols, qui ne reçoit habituellement que des vieillards, des orphelins et des indigents des deux sexes, n'a aucune organisation chirurgicale, aucune salle pour donner des soins à des blessés, par exemple pour les panser, aucun appareil approprié à un traitement chirurgical ; que le docteur Arène a donc dû, pour donner au blessé E. les soins que nécessitait son état, le faire venir chaque fois qu'il était nécessaire de le panser, à son domicile, où il possède le local et l'outillage nécessaires ;

« Attendu que s'il est exact que l'hôpital-hospice de Bagnols possède un service médical, qui est assuré à tour de rôle par les quatre médecins de Bagnols, le service, qui n'est rémunéré que par une indemnité infime (cent francs par trimestre) n'est organisé que pour soigner les vieillards et les orphelins recueillis dans l'hospice ;

« Attendu qu'E. habitait à 14 kilomètres du médecin le plus rapproché ; que si, comme cela aurait été légitime et conforme à la loi, il s'était fait soigner chez lui, au lieu d'être reçu à l'hôpital de Bagnols, les frais médicaux, que le chef d'entreprise aurait eu à supporter, auraient été beaucoup plus élevés que ceux que demande le docteur Arène, car ils auraient comporté une indemnité de déplacement importante ;

« Attendu que, dans l'espèce, le « tout compris » de l'article 4 précité ne saurait jouer, car il est de toute évidence, lorsque la loi parle des frais d'hospitalisation, qu'elle ne peut viser que les frais faits à l'hôpital même, ou tout au moins dans ses dépendances ; qu'en l'espèce l'hôpital n'a joué que le rôle d'un hôtel, dans lequel le blessé serait entré pour se rapprocher de son médecin. »

Les juges de paix rendent souvent des jugements plus empreints de bon sens et d'équité que certains arrêts de la cour de Cassation. Alors que la cour suprême se laisse guider par le désir d'interpréter la loi du 31 mars 1905, dans le sens rigoureux de l'extension exagérée du terme hospitalisation, le juge de paix considère, en équité, les intérêts en présence et donne à la loi un sens plus équitable.

Quelques esprits chagrins prétendent que la Cour de Cassation possède, parmi ses conseillers, certains qui auraient de gros intérêts au sein des compagnies d'assurances contre les accidents et que, par conséquent, il ne faudrait pas faire, à ces dernières, des ennuis pécuniers, même légers.

Nous croyons trop personnellement à l'intégrité des premiers magistrats de la République et pensons seulement que ces derniers ne savent pas suffisamment ce qu'est un hôpital, quelle est sa destination véritable et quel est le travail du médecin.

Dans une étude plus approfondie, nous reprendrons toutes ces considérations, en les abordant non seulement sous le point de vue juridique, mais encore sous l'angle professionnel, économique et social.

Jugeant en appel, le tribunal de Riom, par jugement du 23 janvier 1926 (Archives du « Sou médical ») s'est appuyé sur un arrêt de Cassation, du 5 décembre 1923, pour démontrer que, lorsqu'un ouvrier a été hospitalisé dans une clinique privée, vu l'urgence, le « tout compris » n'était pas applicable.

« Attendu que si, en vertu de l'article 4, § 3, de la loi du 9 avril 1898, l'hospitalisation de tout accidenté peut s'effectuer aussi bien dans les établissements privés que dans les établissements dépendant de l'Assistance publique et qu'en conséquence, le maximum de taux prévu par ce texte doit s'appliquer aussi bien aux frais d'hospitali-

sation dans les cliniques privées que dans les autres établissements, il en est autrement si la nature exceptionnelle et l'urgence ont nécessité le transport de la victime dans une clinique privée (Cassation, 5 décembre 1923).

« Attendu, en fait, qu'il est établi que la gravité de la blessure (arrachement d'un bras) a été constatée par le médecin même de la compagnie défenderesse lequel a prescrit le transport de l'ouvrier J. « d'urgence , au plus près », précisant même que son transport à Clermont pourrait occasionner sa mort ; qu'ainsi est justifié l'envoi à Montluçon, dans une clinique particulière, plus appropriée pour une opération immédiate qu'un hôpital, où l'attente est à prévoir ; qu'il est utile d'ajouter que la société, loin de protester contre les frais médicaux prétendus aujourd'hui abusifs, les a reconnus aussitôt et en a même garanti le paiement ;

« Attendu, dans ces conditions, qu'elle est mal venue tant de contester le caractère d'urgence exceptionnelle du cas de J., que de résister à une demande à laquelle elle a,par avance, acquiescé. »

Ainsi l'urgence ou l'importance du cas chirurgical permet au chirurgien de réclamer ses honoraires en sus du tout compris. Ne serait-il pas cependant équitable et de la plus élémentaire justice que de reconnaître que, dans tous les cas, médecins de clinique privée ou d'hôpital ont droit à des honoraires, lorsqu'ils opèrent des victimes du travail ?

A force de tirer sur la corde, on finira par la casser et un beau jour les médecins d'un hôpital préféreront démissionner de leur emploi, plutôt que se prêter plus longtemps au rôle de dupes, qui est le leur, lorsqu'ils travaillent gratuitement, pour toutes autres personnes que des indigents.

Pour terminer cette revue de la jurisprudence récente, en matière d'hospitalisation des blessés du travail, signalons un arrêt de la cour de Chambéry, du 13 janvier 1926 (*Gaz. Pal.*, 12 mai 1926.)

« La compagnie d'assurances, qui a fait hospitaliser un ouvrier, victime d'un accident du travail et a pris l'engagement de payer les frais d'hospitalisation, ne saurait contester la créance de l'hospice, à dater du moment où le blessé, guéri de sa blessure, est passé du service de chirurgie dans un service médical, pour être soigné, jusqu'à son décès, pour une affection tuberculeuse, sans aucun lien avec la blessure reçue, alors qu'il lui appartenait de faire vérifier, par un médecin de son choix, dans les conditions de l'article 4, § 5, de la loi du 9 avril 1898, l'état du blessé et de faire cesser ainsi, au jour de la guérison constatée, l'hospitalisation à ses frais ;

« Elle ne saurait, du reste, reprocher à l'hôpital qui n'est tenu d'aucune obligation à cet égard et est même étroitement soumis au secret, au regard des malades hospitalisés, d'avoir omis de lui faire connaître l'état du malade à une date déterminée ».

Ainsi cet arrêt reconnaît deux points : le premier, c'est que le chef d'entreprise, ou son assurance, qui, par négligence, n'utilise pas le droit de contrôle que lui confère le paragraphe 5 de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, n'a pas le droit de venir ultérieurement discuter l'utilité du traitement ni son opportunité.

Nous avons utilisé maintes fois cet argument, au « Sou médical », pour soutenir des confrères, devant les tribunaux, alors que des patrons, ou des assurances avaient négligé de faire contrôler, mais ne se gênaient pas, dans la suite, à refuser de payer tout ou partie des honoraires réclamés, sous le prétexte que les actes médicaux avaient été soit inutiles, soit trop fréquents, soit même inexistants.

En second lieu, la cour de Chambéry reconnaît une fois de plus le principe du secret professionnel : les hôpitaux sont également tenus au secret et n'ont pas qualité pour avertir l'assurance de la marche de l'affection ou de la blessure des ouvriers hospitalisés.

Conclusions.

Que nos confrères ne croient pas que les jugements ci-dessus puissent leur permettre d'obtenir des honoraires, dans tous les cas d'hospitalisation de blessés du travail.

Par trois arrêts successifs, la Cour de Cassation s'est montrée défavorable aux médecins, en faveur des intérêts des compagnies d'assurances.

Avec patience, mais tenacité, il faut obtenir une jurisprudence, qui montrera tant à la Cour de Cassation qu'au Parlement que l'interprétation donnée au « tout compris » lèse les droits légitimes des médecins. Ces derniers ont droit à des honoraires, du moment où ils ont fourni un travail professionnel.

Toute peine mérite salaire. Il ne faudrait pourtant pas que, dans notre beau pays de France, on doive arriver aux moyens extrêmes, pour se faire rendre raison. Est-il donc si utile de pousser le Corps médical à se refuser à donner des soins chirurgicaux (en dehors des cas commandés par la stricte humanité) à des blessés du travail, dont les répondants sont loin d'être indigents ?

Est-il nécessaire de pousser les médecins à déclarer qu'ils ne fourniront du travail médical que contre paiement des honoraires ?

Si c'est ce résultat qu'on cherche, je crois savoir qu'on sera bientôt servi.

Dr Paul BOUDIN.

AUTOUR DES THÉATRES

Théâtre de la Nature d'Orange : La Mort d'Héraklès. — La Cigale : Cocaïne. Gaité-Lyrique : Miss Helyett, Les Mousquetaires au Couvent.

Théâtres d'été, théâtres de verdure ! représentations de plein air dont les plus curieuses ne son t pas toujours les plus nouvelles et dont les plus pittoresques demeurent celles qui restent le plus proches de la vraie nature !

Devant le mur d'Orange, unepièce déjà éprouvée en 1923 au théâtre des Arènes de Saintes a été présentée dans sa manière, qui doit demeurer définitive, par René Berton : *La mort d'Héraklès*, tragédie en trois parties d'après les *Trachiniennes* de Sophocle. Le sujet est sobre et net comme le mur d'Orange : follement amoureux d'Héraklès, qui lui est infidèle, et résolue à tout pour reconquérir le cœur de son amant, Dejanire lui envoie une tunique préalablement trempée dans le sang venimeux du Centaure Nessus. Le héros, sans défiance, revêt la tunique maudite et, dévoré par le poison, souffrant d'intolérables maux, il fait dresser un bûcher sur lequel il s'étendra pour mourir. La seule évocation du sujet appelle l'idée de Madame Madeleine Roch, la plus exquise et la plus provençale des Parisiennes, avec celle de M. Albert Lambert, et on conçoit que la seule pensée de se voir interprété par eux, ait pu être pour M. René Berton une incitation puissante à se mettre à l'œuvre. Princesse royale de haute lignée, femme qu'un véritable amour torture, jalouse à la fois et puissamment orgueilleuse, Madame Madeleine Roch fut une Déjanire parfaite, sans une seconde de défaillance malgré le poids formidable du rôle. M. Albert Lambert a donné à ce texte très puissant et notamment à la scène où Héraklès mourant, étendu sur un brancard, se plaint de l'injustice des Dieux et défie la mort en rappelant à tous, ses immortels travaux, une ampleur majestueuse et du plus grand style. Le texte de M. René Berton, adaptation libre et serrée, respecte à la fois l'ensemble et les détails sans s'embarrasser des mots, et demeure, dans une langue très pure, un véritable modèle du genre. C'est à l'actif du Mur d'Orange, un beau succès de plus et qui demeurera.

La clientèle est un peu spéciale à laquelle s'adressent les théâtres de la nature : la tragédie se déroule dans un cadre où plantes et décors ont pris, depuis des années, l'habitude de se développer à la manière des enfants coupables, je veux dire, en « liberté surveillée », jusqu'à ce que, le bon départ étant donné, on puisse à nouveau laisser la nature reprendre ses droits et son indépendance.

Avec septembre, tout est dit en ce sens et les réouvertures parisiennes se font quasi-quotidiennes, en particulier. La Cigale, avec *Cocaïne*, de M. le Counadec, et la Gaîté-Lyrique, qui a donné les *Mousquetaires au Couvent*, comme successeurs au franc succès qu'avait obtenu *Mis Helyett*, chantée de si originale manière par l'exquise Mlle Castelain, dont le succès continue total en attendant la mise au point, au même théâtre, de *Surcouf*, qui doit voir le jour presque dès la rentrée. Il est curieux de constater combien les gens de théâtre sont rarement gens de chasse, ce qui leur permet de profiter largement du grand repos au soleil dans l'air frais des plages pendant la canicule, et de se remettre de suite au travail en demandant le repos aux grandes randonnées en auto, à ces vitesses, souvent intenses, auxquelles le grand air fouette les têtes nues et stimule la circulation en rafraîchissant la mémoire.

Dr G. Paul-Manceau.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

SOU MÉDICAL

Rapport du Trésorier sur l'exercice 1925

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier du « Sou médical » pour l'exercice 1925.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé a été de 4.533 ; il avait été de 4.122 en 1924 et de 3.723 en 1923. La progression constante du nombre des sociétaires montre l'importance des services rendus et la confiance qu'inspire notre œuvre de prévoyance et de défense confraternelles.

1° Caisse générale.

1° *Recettes.*

Les recettes de l'année 1925 se sont élevées à 122.171 fr. 73, savoir :

Cotisations	113.325 »
Intérêts	3.790 38
Recouvrements	3.358 75
à reporter........	120.474 13

Report...	120.474.13	
Remboursements d'indemnités		772 60
Dons des sociétaires		425 »
Don de la Reine de Vals		500 »
Total		122.171 73

2° *Dépenses.*

Les dépenses se sont élevées à 116.043 fr. 20 savoir :

Frais généraux	13.587 60
Secrétariat général	7.803 75
Frais de réunions	6.950 »
Service des tarifs	2.000 »
Service fiscal	1.000 »
Service contentieux et judiciaire	60.860 75
Frais de défense générale et de propagande	5.709 10
	97.911 20
Pour ordre :	
Versement à la caisse de garantie	18.132 »
Total	116.043 20

3° *Balance.*

Avoir au 31 décembre 1924	99.969 05	222.140 78
Recettes de l'année 1925	122.171 73	
Dépenses de l'année 1925		116.043 20
Reste avoir		106.097 58
représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1924	81.456 60	25.230 05
moins réalisations	56.226 55	
plus achats de 1925		39.900 »
		65.130 05
2° Espèces à la Société générale	38.849 51	40.967 53
— en caisse	2.118 02	
Total égal		106.097 58

4° *Portefeuille de la Caisse générale.*

600 fr. Rente française 6 %	10.000 »
13 Obligations Chemin de fer P.L.M. 2,5 %	5.380 05
20 Bons du Trésor, octobre 1923	9.850 »
42 bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an	39.900 »
	65.130 05

2° Caisse de garantie.

Avoir général au 31 décembre 1924		155.546 61
Recettes de l'année 1925 :		
Cotisations	18.132 »	26.243 44
Intérêts	8.111 44	
		181.790 05
Dépenses de l'année 1925 :		
Frais de banque		80 40
Reste avoir		181.790 65
représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1924	152.889 81	75.688 46
moins : réalisations	77.201 35	
plus : achats de 1925		96.071 »
		171.759 46
2° Espèces à la Société générale	9.846 74	9.950 19
— en caisse	103 45	
Total égal		181.709 65

Portefeuille de la Caisse de Garantie.

450 fr. Rente Française 5 %	7.861 25
20 Bons du Trésor 6 % 1922	9.950 »
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % anciennes	4.597 10
10 Obligations Chemin de fer Ouest 3 % nouvelles	4.069 95
11 Obligations Chemin de fer P.L.M. 3 % anciennes	3.835 11
18 Obligations Chemin de fer du Dauphiné 3 %	7.834 93
12 Obligations Chemin de fer P.L.M. 3 % nouvelles	4.826 75
21 Obligations Chemin de fer Ouest Algérien 3 %	9.075 87
40 Obligations Chemin de fer du Maroc 6 %	19.000 »
20 Obligations Groupement de la Grosse métallurgie 6 %	6.771 »
10 Obligations Gouvernement général de Madagascar	4.637 50
94 Bons de la Défense Nationale de 1.000 fr. à un an	89.300 »
Total	171.759 46

Vous voyez, Messieurs, que la situation du « Sou médical » est excellente et qu'il est en état de faire face à toutes les éventualités.

Le Trésorier,
A. Gassot.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Assemblées Générales du 20 novembre 1926

Rapport du Secrétaire Général

(Suite et fin.)

Pour réaliser ces progrès, nous allons avoir à modifier certains articles de nos statuts et nous en profiterons pour vous demander de rectifier certains textes dont la rédaction, à l'usage, nous a paru insuffisamment nette et précise.

Pour ce qui touche au fonctionnement général de la société, nous ajouterons à l'article 1er *et les enfants des sociétaires* puisque vous leur avez ouvert l'entrée aux combinaisons P et R.

A l'article 4, nous laisserons indéterminée la cotisation des membres honoraires : c'est l'assemblée générale ordinaire qui la fixera.

A l'article 16, nous modifierons la rédaction, de manière à faciliter la tâche du trésorier près des administrations bancaires et autres auxquelles il a affaire.

Enfin à l'article 26, nous changerons la date limite des paiements des cotisations, toujours pour faciliter le travail accablant du trésorier.

En ce qui concerne les modifications que nous vous proposons pour les indemnités maladie, nous nous bornons à régulariser l'article 39, pour établir les cinq modalités nouvelles sans changer quoique ce soit à nos combinaisons elles-mêmes.

Nous supprimons un paragraphe devenu inutile et nous reportons *in fine* le dernier § de l'article 44 qui est ici mieux à sa place.

Nous modifions l'article 40 pour l'adapter à la situation nouvelle et bien préciser la question des examens médicaux pour les candidats.

L'article 43 donne à l'Assemblée générale le pouvoir de fixer le droit d'entrée qui était antérieurement fixé à 25 francs et que les nécessités peuvent amener à modifier sans la formalité d'un changement statutaire.

Le dernier paragraphe de l'article 44 est supprimé puisqu'il est reporté à l'article 39.

L'article 47 est complété par un membre de phrase qui avait été omis.

A l'article 51 nous supprimons le § 4 devenu inutile et nous atténuons la rigueur du § 7 en rendant facultative une mesure qui jusqu'ici était obligatoire.

En ce qui concerne la caisse des pensions de retraite, nous ajoutons *et les enfants*, à l'article 56, et, à l'article 63, nous ajoutons *ou à 65 ans*, ce qui avait été omis sur la rédaction antérieure.

Enfin pour ce qui touche à la Caisse des veuves, nous remettons au point l'article 69 en ce qui concerne le droit d'entrée et le report à 10 parts (soit 1.200 fr.) du maximum de la pension qui peut être souscrite..

La rédaction de l'article 76 n'est que la conséquence de la modification apportée à l'article 69.

***

Telles sont, mes chers confrères, les modifications statutaires que nous vous demandons d'adopter.

Mis ainsi au point, nos statuts nous suffiront pour bien fonctionner tels que nous sommes et et nous permettront les améliorations que vous pouviez désirer.

Je me réserve de vous donner, lors de l'Assemblée générale, toutes explications complémentaires que vous pourriez désirer.

Le secrétaire général,

H. Mignon.

Projet de modifications statutaires

Texte actuel	*Texte proposée*
Article 1er.	
Les femmes des médecins peuvent faire partie de la société dans les conditions prévues par les présents statuts.	Les femmes et les enfants des sociétaires peuvent faire partie ...
Article 4.	
2° De membres honoraires qui payent une cotisation fixée à dix francs, sans prendre part aux bénéfices attribués aux membres participants.	2° De membres honoraires qui payent une cotisation annuelle fixée par l'Assemblée générale, sans prendre part ...

ARTICLE 16.

Le trésorier effectue les recettes, paiements et dépôts de fonds sous sa responsabilité et sous le contrôle du Conseil d'administration. Il peut effectuer de même le retrait des fonds déposés ainsi que les sommes produites par l'intérêt des valeurs.

Mais le placement des fonds et le retrait des valeurs et leur vente ne peuvent être effectués par lui que sur décision du bureau.

Le trésorier tient la comptabilité ...

Le trésorier, sous le contrôle du Conseil d'administration et sous sa responsabilité, effectue les recettes, paiements et dépôts de fonds ; il encaisse les sommes produites par l'intérêt des valeurs et le montant des titres remboursés ou vendus ; il effectue de même le retrait des fonds déposés dans les banques.

Il donne les ordres pour le placement des fonds mais le retrait des valeurs déposées et leur vente ne peuvent être effectués par lui que sur décision du bureau.

Le trésorier tient la comptabilité ...

ARTICLE 26.

Au 5 février et, s'il y a lieu au 5 août, le trésorier, sans autre avertissement, fait encaisser..

Au 25 janvier et, s'il y a lieu, au 25 juillet, le trésorier, sans autre avertissement ...

ARTICLE 39.

La Caisse offre à ses adhérents deux combinaisons :

1° La combinaison MA...

2° La combinaison MAD...

La limite d'age d'entrée est fixée à 45 ans.

Ces deux combinaisons types peuvent être cumulées et doublées de façon à assurer :

Soit une indemnité quotidienne de 30 francs et mensuelle de 300 francs par le cumul de la combinaison MAD avec la combinaison MA ;

Soit une indemnité quotidienne de 40 francs et mensuelle de 400 francs par le doublement de la combinaison MAD ;

Soit enfin une indemnité quotidienne de 50 francs et mensuelle de 500 francs par le cumul de la combinaison MA avec la combinaison MAD doublée.

Ces différentes modalités se trouvent résumées par le tableau suivant :

10 fr. par jour et 100 fr. par mois : combinaison MA.

20 fr. par jour et 200 fr. par mois : combinaison MAD.

30 fr. par jour et 300 fr. par mois : combinaison MA + MAD.

40 fr. par jour et 400 fr. par mois : combinaison MAD^2.

50 fr. par jour et 500 fr. par mois : combinaison MA + MAD^2.

L'entrée aux deux combinaisons à la fois permet d'avoir l'indemnité quotidienne de 30 francs et l'indemnité mensuelle de 300 francs.

Supprimé.

Les femmes ne peuvent ....

Les femmes ne peuvent ...

Après inventaire et sur avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.

Voir article 44.

ARTICLE 40.

2° Subir pour chaque combinaison où il veut entrer un examen médical devant les confrères que lui aura désignés le Conseil d'administration et qui enverront directement au secrétaire général les certificats qu'ils auront rédigés à la suite de cet examen.

2° Subir un ou deux examens médical devant le ou les confrères que lui aura désignés le secrétaire général et qui enverront directement à ce dernier les certificats qu'ils auront rédigés à la suite de ces examens.

Un seul examen médical est exigé pour les combinaisons assurant 10 fr. ou 20 fr. par jour (MA ou MAD).

Deux examens de deux confrères différents sont exigés pour les combinaisons assurant 30 fr., 40 fr. ou 50 fr. par jour (MA + MAD, MAD², MA + MAD²).

Ces examens médicaux sont rémunérés directement par la société sur la Caisse des frais de gestion qui utilise les droits d'entrée à cet effet.

ARTICLE 43.

Tout membre admis paye, dès son admission provisoire un droit d'entrée de 25 francs pour son examen médical et une cotisation annuelle déterminée par son âge d'entrée.

Tout membre admis paye, dès son admission provisoire :

1° Pour l'examen médical un droit d'entrée fixé par l'Assemblée générale ;

2° Une cotisation annuelle déterminée ....

ARTICLE 44.

Après inventaire et avis favorable de l'actuaire, l'Assemblée générale pourra décider un jour la possibilité de créer une combinaison nouvelle donnant une indemnité plus élevée moyennant une cotisation appropriée.

Porté à l'article 39.

ARTICLE 47.

Les membres admis au 1er avril versent les trois quarts de la cotisation annuelle au moment de leur admission.

Ceux qui sont admis au 1er octobre versent seulement le quart.

Ceux qui sont admis au 1er juillet versent la moitié de la cotisation et ceux qui sont admis au 1er octobre . . .

ARTICLE 51.

....

Dans chacun de ces cas, une amende de 2 fr. sera infligée par jour de retard.

....

En cas de non exécution de ces prescriptions, la délivrance de l'indemnité sera renvoyée au trimestre suivant ....

Supprimé.

En cas de non exécution de ces prescriptions la délivrance de l'indemaité pourra être renvoyée au trimestre suivant ....

ARTICLE 56.

... Elle admet les femmes des membres qui font eux-mêmes partie de la société.

... Elle admet les femmes et les enfants des membres qui font eux-mêmes partie de la société.

Les enfants sont admis à partir de 20 ans.

ARTICLE 63.

1° Continuer le versement de leurs primes dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à partir de 60 ans.

1° Continuer le versement de leurs cotisations dans les conditions ordinaires pour toucher leur retraite à partir de 60 à 65 ans.

ARTICLE 69.

Tout membre admis à la caisse paye un droit d'entrée de 30 francs et, pour une pension type de 600 francs, une cotisation annuelle dont le quantum varie avec son âge et celui de sa femme au moment de son admission.

Les âges sont ceux que les intéressés atteignent dans l'année de leur admission.

Il est loisible aux sociétaires de ne souscrire que pour un, deux, trois ou quatre cinquièmes de la pension type, c'est-à-dire pour 120, 240, 360 ou 480 fr. de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée par un versement unique.

Tout membre admis à la caisse paye :

1° Pour l'examen médical un droit d'entrée fixé par l'Assemblée générale ;

2° Une cotisation annuelle dont le quantum...

La part type de la pension est de 120 francs. Tout sociétaire peut souscrire le nombre de parts qui lui convient sans cependant que ce nombre puisse dépasser dix parts, soit 1200 fr. de pension.

La cotisation annuelle peut être rachetée ...

ARTICLE 76.

Dans le cas de décès de la mère, la pension type attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

300 fr. pour un ou deux orphelins ;

200 fr. pour trois orphelins ;

150 fr. pour quatre orphelins ;

120 fr. pour cinq orphelins.

Et ainsi de suite, de telle sorte que le total ne puisse en aucun cas dépasser 600 fr. par famille ni 300 fr. par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés vient à mourir ou s'il atteint 18 ans, sa pension n'est pas réversible sur ses frères et sœurs.

Dans le cas de décès de la mère, la pension attribuée aux enfants mineurs sera, par tête, de :

Moitié de la pension souscrite pour un ou deux orphelins ;

Un tiers pour trois orphelins ;

Un quart pour quatre orphelins, et ainsi de suite de telle sorte que le total ne puisse en aucun cas dépasser, par famille, le montant de la pension ni la moitié de cette pension par tête.

Si l'un des orphelins pensionnés ....

Barême des invalidités en ce qui concerne le paludisme et les maladies exotiques

(Fin) (1).

Béribéri.

Le béribéri est une polynévrite de nature encore inconnue, qui règne à l'état endémo-épidémique dans plusieurs régions chaudes et même tempérées du globe.

Ce qui donne à cette polynévrite son cachet, ce qui la rend grave et même trop souvent mortelle, c'est qu'elle ne se cantonne pas aux membres et qu'elle intéresse les nerfs du cœur et de la respiration.

Elle se présente sous deux formes cliniques très différentes d'aspect : *la forme sèche*, caractérisée par des paralysies et par des amyotrophies qui décharnent le patient et le réduisent à l'état squelettique ; *la forme humide*, dont le principal symptôme est l'anasarque et l'épanchement dans les diverses séreuses.

La mortalité au cours de certaines épidémies est effroyable : elle reconnaît pour cause la névrite du phrénique (paralysie du diaphragme), la névrite du pneumogastrique et de ses branches cardiaques, pulmonaires ou laryngées, d'où la syncope, l'asystolie, l'orthopnée, l'asphyxie.

Parmi ceux qui échappent à ces nombreuses causes de mort, beaucoup ne sont pas définitivement guéris. Les *rechutes* sont, en effet, très fréquentes. Elles peuvent être multiples et s'échelonner sur une dizaine d'années. Certains indices peuvent faire présumer un retour offensif ; ils doivent être soigneusement recherchés par le médecin qui a la charge d'examiner un individu atteint autrefois de béribéri. Des placards d'hypoesthésie subsistant après guérison apparente, une parésie partielle persistante, l'absence d'un réflexe rotulien, de l'œdème prétibial réapparaissant après une station debout quelque peu prolongée permettent d'affirmer que la maladie n'est qu'assoupie et non pas éteinte.

Bien plus grave est l'état des malades qui présentent des signes d'*insuffisance cardiaque*. Beaucoup, au repos, ont un pouls régulier et de fréquence normale. Mais, pour peu qu'ils fassent un effort, le nombres des pulsations peut doubler. Ils ne sont pas rares les anciens béribériques qui gardent, pendant *toute leur vie*, une accélération insolite du pouls dont la fréquence s'exagère au moindre mouvement. Ces malades sont de véritables infirmes ; certains ne peuvent exercer aucune profession manuelle.

(1) V. *Concours Médical* n° 40.

Le béribéri, après guérison, peut laisser des séquelles. Aux membres supérieurs, les paralysies et amyotrophies consécutives déterminent divers types de griffes. Au début, les attitudes vicieuses sont réductibles ; plus tard, la rétraction des tendons et des ligaments les rendent définitives.

Chez les malades qui ont été longtemps confinés au lit par la paralysie et l'amyotrophie, la rétraction des muscles du mollet persiste après guérison et fixe *le pied en varus équin* ce qui oblige d'anciens béribériques à marcher uniquement sur les orteils, le talon élevé.

Evaluation de l'invalidité.

1° Beriberi à la phase initiale relevé uniquement du traitement ; de 1 à 9 p. 100.

2° Beriberi après la phase initiale et son traitement :

a) Avec troubles cardiaques, tachycardie, instabilité cardiaque, cas légers, de 20 à 60 p. 100 ;

b) Mêmes troubles cardiaques, mais très accusés, cas moyens, de 60 à 80 p. 100 ;

c) Cas graves, dilatation du cœur, asystolie confirmée, de 80 à 100 p. 100 ;

3° Séquelles de béribéri ; attitudes vicieuses définitives, pied bot varus équin, mains en griffe, etc.

L'invalidité sera établie, pour chacune de ces séquelles, en conformité des indications du guide-barème à ces différents chapitres.

Diarrhée chronique.

La diarrhée chronique des pays chauds ou diarrhée de Cochinchine est une entérite qu'on observe habituellement sous la forme chronique. Elle est caractérisée par un état dyspeptique, une inflammation de la muqueuse intestinale avec des sécrétions et des fermentations anormales d'où une altération plus ou moins profonde de la digestion et de l'absorption intestinale et une diarrhée dont les manifestations sont très variables.

Les selles ne contiennent jamais les mucosités sanguinolentes de la dysenterie.

D'une couleur variant entre le jaune-paille et le jaune brun elles sont souvent spumeuses et boursouflées par les gaz de la fermentation intestinale, leur réaction est acide.

Le foie est atrophié.

La digestion et l'assimilation des aliments sont très défectueuses et si la maladie se prolonge, la dénutrition augmente peu à peu, l'amaigrissement devient progressif jusqu'à la cachexie.

Mais dans les cas légers, avec deux ou trois selles par jour, l'état général peut rester satisfaisant sans que le malade interrompe ses occupations. Le nombre des selles n'est pas toujours en corrélation avec l'altération de la santé générale. C'est donc l'état de dépérissement du malade qui doit fixer le degré de l'invalidité.

L'expertise de la *diarrhée chronique* sera toujours basée sur une hospitalisation préalable de quatre jours au moins.

Evaluation de l'invalidité.

Les cas légers, de 1 à 25 p. 100.
Cas moyens, de 30 à 45 p. 100.
Cas graves, de 50 à 100 p. 100.

Ulcère chronique des pays chauds.

L'ulcère chronique des pays chauds est produit par l'infestation fuso-spirillaire.

Dans ses formes graves et chroniques, elle peut s'étendre en surface et décortiquer tout un segment de membre, laisser des cicatrices vicieuses et rétractiles ou bien gagner en profondeur, ouvrir des vaisseaux, déterminant ainsi la mort subite, ou bien pénétrer dans les articulations avec production d'arthrites purulentes.

Ces différentes lésions d'ordre chirurgical sont susceptibles de laisser derrière elles des séquelles d'ordre divers.

Evaluation de l'invalidité.

L'invalidité sera évaluée conformément aux indications du guide barème (cicatrices, raideur articulaire, ankylose, etc.).

Lèpre.

La lèpre est au même titre et plus encore que la tuberculose une maladie essentiellement chronique. Malgré les rémissions qui ont été observées sous l'influence de divers traitements, on en est encore à attendre le premier cas de guérison réelle d'une lèpre confirmée.

Comme pour la tuberculose il y a des lèpres ouvertes et des lèpres fermées, mais une lèpre fermée peut devenir ouverte inopinément.

Il est de règle de proscrire pour les lépreux l'exercice de certains métiers qui peuvent les exposer à transmettre les germes de leur affection, les administrations se refusent à tort ou à raison de conserver dans leurs emplois les lépreux, même peu atteints.

Il résulte de cet état d'esprit que pour un lépreux le degré d'invalidité n'est pas en concordance avec la gravité des lésions. D'ailleurs, malgré les traitements les plus actifs, celles-ci souvent progressent et l'invalidité réelle ne fait qu'augmenter.

Evaluation de l'invalidité.

On doit considérer qu'un homme atteint de lèpre a perdu, du fait même que le diagnostic a été porté, plus de la moitié de ses moyens d'existence ; donc :

Lèpre constatée, 65 à 100 p. 100 (toutes localisations et complications comprises).

Eléphantiasis.

Il reconnaît plusieurs causes, dont la plupart ne sont pas déterminées. Les varices lymphatiques de la filaria nocturna et les lésions causées par la filaria volvulus y entrent pour une part.

Bien plus souvent l'éléphantiasis procède par poussées érysipélateuses successives.

Quelle qu'en soit l'origine, il est la cause d'une impotence définitive que les opérations ne peuvent qu'atténuer.

Evaluation de l'invalidité.

Eléphantiasis suivant le degré d'invalidité fonctionnelle, de 10 à 100 p. 100.

Déchéance organique tropicale.

Le climat tropical se caractérise par une *chaleur excessive* (car les rayons du soleil qui sont verticaux deux fois par an ne sont jamais éloignés de la verticale), une *grande humidité* par suite du voisinage du *pot au noir* ou *cleud ring*, une forte *intensité solaire*, de brusques dépressions barométriques (typhons, cyclones), une *augmentation de la tension électrique*.

Tous ces facteurs métérologiques exercent des agressions permanentes contre l'organisme européen et le soumettent à de dures épreuves pour maintenir son équilibre fonctionnel. Le métabolisme cellulaire est profondément troublé sous les tropiques : respiration plus rapide, abaissement de la tension vasculaire, ce qui prédispose aux congestions ; fonctions digestives lentes et paresseuses (hyperchlorhydrie tropicale), insuffisance hépatique et rénale par encombrement de déchets toxiques, etc... L'Européen qui vit aux colonies est un véritable accidenté climatique dont la résistance devant les infections est considérablement diminuée. Cet ensemble morbide, auquel s'ajoutent les traces invisibles et silencieuses des atteintes de maladies endémiques, cliniquement guéries en apparence, frappe l'Européen d'une usure organique générale qui est proportionnelle à l'insalubrité des milieux exotiques où il a vécu et à la durée des séjours qu'il y a accomplis. Elle pourrait être évaluée comme il suit :

Evaluation de l'invalidité.

Déchéance organique due à des séjours prolongés en milieu tropical sans manifestations morbides caractérisées, 1 à 40 p. 100.

Parasitisme intestinal.

Le tube digestif de l'homme peut être envahi par des parasites qui, non seulement vivent à ses dépens, mais qui peuvent encore par leurs dimensions ou leur nombre, leurs sécrétions toxiques ou leur migration à travers les tissus, troubler profondément la santé de leur hôte.

Ces parasites peuvent être divisés en deux groupes;

Les *métazoaires*, organismes pluricellulaires, dont nous retiendrons seulement l'embranchement des *vers* et les *protozoaires*, formés d'une cellule unique. Cette division nous conduit à adopter la classification suivante :

1° *Entérites d'origine vermineuse.*

2° *Entérites à protozoaires.*

1° Les entérites vermineuses qui ont été décrites sont très nombreuses :

Le téniaris, la botriocéphalose, l'ascaridiose, l'oxyurose, la tricocéphalose, l'anguillulose, l'ankylostomiase, la bilharziose.

La symptomatologie de ces entérites présente des points de ressemblance communs : troubles gastro-intestinaux, diarrhée quelquefois dysentériforme, anémie, troubles nerveux (*méningisme vermineux*, paralysies motrices partielles, altérations psychiques) etc. Mais ce sont des manifestations aiguës qui cèdent dans la plupart des cas à une médication appropriée. Elles ne sauraient donc être comprises parmi les affections donnant droit à invalidité.

Quatre d'entre elles nous paraissent cependant devoir être distraites de ce cadre nosologique. Ce sont :

L'anguillulose.
La bilharziose,
La distomatose,
L'ankylostomia.

L'anguillulose est une affection parfois tenace.

La distomatose présente des localisations qui demeurent rebelles au traitement, évoluent vers la chronicité et peuvent occasionner des désordres organiques très graves.

L'ankylostomiase est plus facilement curable, mais lorsqu'elle est méconnue à ses débuts, elle peut évoluer également vers une forme chronique connue sous le nom « d'anémie des mineurs » et qui est une véritable cachexie.

Le diagnostic de certitude des diverses infestations parasitaires ne peut être établi que par la constatation du parasite ou par la recherche microscopique de ses œufs dans les selles.

Anguillulose. — Aire géographique : les deux continents. Espèce pathogène : un nématode, *strongyloides intestinalis*.

La larve pénètre dans l'organisme par la voie cutanée (la plus fréquente) ou la voie digestive. L'anguillule se loge dans la muqueuse de l'intestin grêle, le *duodénum* et le *jéjunum*, d'où elle est difficile à expulser.

Symptomatologie. — Diarrhée intermittente, un peu douloureuse, parfois sanguinolente, anémie presque comparable à celle de l'ankylostomiase — accès fébriles vespéraux — amaigrissement prononcé.

Traitement par le Thymol.

Evaluation de l'invalidité.

Anguillulose, 20 p. 100.

Bilharziose.

Causées par trois schitosomes et se manifestant par des lésions diverses suivant l'espèce en cause, les bilharzioses se distinguent en bilharzioses vésicale, intestinale, artérioso-veineuse. Elles guérissent en général par le traitement antimonié.

1° *Bilharziose vésicale.*

a) Pendant la période active, 30 à 45 p. 100.

b) Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (calculs, fistules, etc.), 50 à 100 p. 100.

2° *Bilharziose intestinale.*

a) Pendant le période active, 30 à 45 p. 100.

b) Si elle est compliquée, mais toutes localisation et complications comprises (prolapsus, fistules, etc., 50 à 100 p. 100.

3° *Bilharziose artérioso-veineuse.*

La bilharziose artérioso-veineuse ou japonaise est rare.

a) Forme aiguë, 30 à 45 p. 100.

b) Si elle est compliquée, mais toutes localisations et complications comprises (sclérose du foie, de la rate, de l'intestin, etc., 50 à 100 p. 100.

Distomatose.

Cette affection est provoquée par la présence dans l'organisme d'un trématode connu sous le nom de douve ou distome (2 bouches — un orifice ventral — un orifice buccal).

Suivant la variété de la douve ou sa localisation organique, on distingue :

Distomatose hépatique. — Aire géographique : Extrême-Orient.

Espèces pathogènes. — *Clonorchis sinensis, clonorchis endemicus, opistorchis felineus.*

Exceptionnellement : *Fasciola hepatica et dicroclarium dentriticum.*

Les douves obstruent les canaux biliaires et causent de la rétention de la bile. En comprimant les veines, elles déterminent une véritable cirrhose avec ascite et hypertrophie de la rate. Le parenchyme hépatique, sous la double influence de la compression et de l'action toxique des parasites, subit la dégénérescence graisseuse. Lorsque les douves sont très abondantes, elles peuvent envahir les canaux pancréatiques et créer une véritable pancréatite distomateuse.

On a signalé également la formation d'angiomes et d'adénomes hépatiques.

Symptomatologie. — Foie hypertrophié et sensible — diarrhée avec selles sanguinolentes, épistaxis, cholémie et ictère, ascite, œdème des membres inférieurs, hypertrophie de la rate — troubles réflexes ; vomissements, convulsions, paralysie, héméralopie, etc. Anémie prononcée (due à la spoliation sanguine provoquée par le parasite) — cachexie.

On a même décrit des formes avec coliques hépatiques malignes et bilieuse hémoglobinurique à issue fatale.

En résumé, au point de vue pronostic :

Lorsque les parasites sont peu nombreux : pas d'altération de l'état général. Le diagnostic n'est fait que par la constatation dans les selles des œufs des distomes.

En général, la distomatose hépatique est une affection grave, à allure chronique pouvant durer plusieurs années et se terminer par la déchéance progressive de l'organisme et la cachexie.

D'où deux paliers :

Distomatose hépatique avec troubles organiques légers, 30 à 45 p. 100.

Distomatose hépatique, avec troubles organiques graves, 50 à 100 p. 100.

Distomatose intestinale. — Aire géographique : Extrême-Orient.

Espèces pathogènes : *Fasciolopsic Bus* et autres trématodes dont *gastrodicus Hominis* (Indes, Cochinchine)

Symptomatologie. — Parasites peu nombreux : action pathogène nulle.

Parasites abondants : d'abord anémie, puis asthénie, diarrhée tenace avec douleurs abdominales ; enfin à la 3e période, anémie extrême avec ascite et œdème généralisés.

Si la maladie est à localisation uniquement intestinale, elle peut bénéficier d'un traitement approprié (thymol). Dans ces conditions, il semble qu'il y ait lieu d'établir 2 paliers pour l'établissement du taux d'invalidité.

Distomatose intestinale avec troubles organiques légers et constatation dans les selles d'œufs de distomes, 10 à 15 p. 100.

Distomatose intestinale avec troubles organiques caractérisés, 20 à 60 p. 100.

Distomatose bucco-pharyngée.

Aire géographique : Liban.

Espèce pathogène : *fasciola hepatico.*

Infestation par ingestion de foie de chevreau cru. — La douve se fixe dans le pharynx, affection aiguë, dont on débarrasse le malade par quelques gargarismes ou vomitifs.

Pas d'indemnisation.

Distomatose pulmonaire. — (Hémoptysie parasitaire).

Aire géographique : Extrême-Orient, Amérique.

Espèce pathogène : *paragominus ringeri.*

Symptomatologie. — Rappelle l'évolution de la tuberculose pulmonaire : toux, expectoration de crachats rouillés, hémoptysies intermittentes, parfois très abondantes.

La gravité de la maladie dépend du nombre de parasites hébergés. Le malade peut guérir, s'il est à l'abri d'infestations nouvelles. L'évolution de l'affection est lente. Elle peut se compliquer de distomatose cérébrale, avec phénomènes convulsifs, d'un pronostic toujours fatal.

Deux paliers :

Distomatose pulmonaire avec troubles organiques légers, 30 à 45 p. 100.

Distomatose pulmonaire avec troubles organiques graves, 50 à 100 p. 100.

Ankylostomia et nécatorose.

Aire géographique : tous les pays du monde.

Parasite : deux nématodes : ankylostoma duodenale et necator américain.

La larve pénètre par le tube digestif ou bien traverse successivement la peau et le poumon avant d'arriver à l'intestin, sa destination finale.

Symptomatologie. — Troubles gastro-intestinaux. Au début, douleurs épigastriques, s'irradiant vers l'épaule ou la fosse iliaque gauche, inappétence ou boulimie, coliques, diarrhée quelquefois sanguinolente, état fébrile (38 degrés). Puis anémie profonde : décoloration des muqueuses et de la peau, bouffissure de la face, œdème des pieds et des malléoles, palpitations, vertiges, diminution de l'acuité visuelle. Inaptitude au travail, altérations sanguines (le nombre des hématies peut descendre jusqu'à 1 million par millimètre cube). C'est ce qui a fait donner à cette maladie le nom : d'anémie des mineurs, des tunnels, cachexie muqueuse, etc.

Il existe quelquefois des localisations cutanées (urticaire, gourme des mineurs) ou pulmonaires, (bronchite emphysémateuse, catarrhe des gourmes).

L'*ankylostomia* est justiciable d'un traitement approprié. Ce n'est que dans le cas où son évolution n'a pu être enrayée qu'elle peut être soumise à l'expertise.

Donc un seul palier :

Détermination organique, chronique, occasionnées par l'ankylostomiase ou la nécatorose américaine selon la gravité, 20 à 60 p. 100 ;

2° *Entérites à protozoaires.* — Le groupe de ces entérites s'augmente tous les jours au fur et à mesure que progressent les recherches des laboratoires. Citons :

L'amibiase intestinale.

Les colites à *Trichomonas intestinalis* et à *Tétramitus Mesnili.*

Les entérites à *Lamblia intestinalis* ou *Giardia intestinalis.*

Les entérites à coccidies.

Les entérites à *Balantidium coli.*

Les dysenteries à spirochètes.

Amibiase.

Les affections intestinales chroniques qui viennent à expertise par application de la loi des pensions sont nombreuses et souvent complexes. La plupart sont dénommées « entérites ». Parmi elles, il faut donner le premier rang à l'*amibiase*, qui peut avoir des conséquences très lointaines, soit comme dysenterie chronique vraie, soit comme sequelles intestinales persistantes de la maladie, soit comme complications en dehors du tube digestif.

A. — La dysenterie amibienne est caractérisée, comme symptômes fondamentaux, par des selles muco-sanglantes plus ou moins nombreuses, de réaction alcaline, d'odeur fade, montrant au microscope, au milieu des leucocytes et des hématies, l'*amœba hystolytica dysenteriæ* avec ses caractéristiques histologiques. En dehors de la forme aiguë qui réclame avant tout un traitement, il existe une *forme chronique* nullement rare (environ 12 p. 100 des cas) datant parfois de plusieurs années et légitimant une invalidité.

On peut diviser cette forme chronique en cas moyens ou bénins dans lesquels la muqueuse recto-colique est simplement enflammée, dans lesquels le nombre des selles est assez réduit et dans lesquels l'état général est conservé ; et des cas graves ou sévères où il existe des ulcérations étendues ou profondes de la muqueuse recto-colique, des selles nombreuses et un état général altéré.

B. — Plus fréquemment, l'amibiase intestinale, insuffisamment traitée au moment de sa phase aiguë, perd ses caractères de dysenterie vraie, mais persiste sous forme de troubles intestinaux chroniques qui répondent à des lésions de la muqueuse et de la sous-muqueuse de tout ou partie du gros intestin et, consécutivement à une imperfection plus ou moins grande de l'élaboration du bol fécal.

On observe les types cliniques suivants :

1° Diarrhée chronique vraie, soit acide, mousseuse, putride, quand elle provient de la région iléo-cœcale, soit alcaline, fétide, chargée de mucus, contenant même des flocons purulents, quand elle provient de la région recto-colique (environ 15 p. 100 des cas) ;

2° Selles pâteuses, en « bouse de vache », brunes, alcalines (environ 20 p. 100 des cas) ;

3° Crises paroxystiques de diarrhée muqueuse (25 p. 100 des cas) ;

4° Alternative de diarrhée et de constipation (30 p. 100 des cas) ;

5° Constipation simple (8 p. 100 des cas).

Le caractère amibien de ces selles anormales — en particulier des deux premiers types — peut être affirmé par la constatation *des kystes d'amibe dysentérique* qu'on trouve parfois d'une façon indéfinie. Mais leur présence peut être très intermittente et peut même manquer totalement. Les altérations de la muqueuse colique et rectale n'en sont pas moins d'origine amibienne. Toutes ces modalités de typhlocolite ou de recto-colite sont sujettes à recrudescences sous des influences banales (écarts de régimes, chaleur, froid, etc.). Elles entraînent une invalidité dont on peut établir la proportionnalité sur le nombre des selles et l'atteinte plus ou moins grande de l'état général.

C. — Parmi les complications de l'amibiase, il faut signaler au premier chef les complications hépatiques :

1° D'abord *aiguë*, sous forme d'hépatite suppurée, qui vient à expertise après guérison post-opératoire. Il est remarquable que cette guérison est généralement complète, que la glande hépatique n'accuse qu'exceptionnellement des signes d'insuffisance fonctionnelle et ne présente guère que de la péri-hépatite adhésive plus ou moins étendue ;

2° Puis *chronique*, sous forme d'hypertrophie plus ou moins marquée du foie, classiquement désignée sous le nom de « congestion chronique » du foie et qui représente, en réalité, de la cirrhose hypertro-

phique simple, habituellement peu accentuée et lentement progressive.

Les autres complications sont plus rares : pleurésie sèche, séreuse, purulente, amibiase pulmonaire, abcès de la rate, du cerveau, etc.

L'expertise de l'amibiase comprend nécessairement :

Les commémoratifs ;

L'examen clinique, complété si nécessaire par la rectoscopie ;

L'étude complète des caractères physiques, chimiques et microscopiques des selles fraîchement recueillies.

Évaluation de l'invalidité.

Dysenterie chronique vraie (amibes ou kystes persistants dans les selles mucoso-sanglantes) :

a) Selles peu nombreuses, état général conservé, 10 à 30 p. 100 ;

b) Selles nombreuses, état général atteint, 40 à 60 p. 100. ;

c) Etat général fortement atteint, cachexie, dénutrition, complications hépatiques, et toutes localisations ou complications comprises, 60 à 100 p. 100.

Séquelles de l'amibiase :

a) Darrhée chronique, intermittente, sans retentissement sur l'état général, 10 à 25 p. 100 ;

b) Diarrhée chronique intermittente, avec ou sans complications hépatiques et retentissement sur l'état général. Toutes complications et localisations comprises, 20 à 100 p. 100.

Hépatite suppurée ancienne guérie après opération, 10 à 40 p. 100.

Les colites à trichomonas intestinalis et à tetramitus Mesnili. — Ces deux flagellés semblent capables de produire des diarrhées ou des rectites dysentériformes à selles brunâtres, fétides, quelquefois sanguinolentes.

Entérites à Lamblia intestinalis ou Giardia intestinalis. — En général, l'affection est chronique d'emblée : diarrhée avec émission de flocons de mucus blanchâtres (quatre à six selles par jour) disséminés au milieu d'évacuations liquides jaunâtres ou brunâtres, par suite de la présence de bile ou de pigments biliaires. Il n'existe pas d'altérations de l'état général, mais la maladie est déprimante à cause de sa ténacité et de ses rechutes. Les lésions du gros intestin sont exceptionnelles et dues à une association, parfois méconnue, de l'amibe dysentérique.

Entérites à coccidies (Isosposes et Limézia). — Provoquant de l'inflammation de l'intestin grêle avec ulcérations recouvertes d'un exsudat renfermant des oocystes de coccidies et des débris épithéliaux.

Entérites à Balantidium Coli. — Affection dysentériforme aux allures chroniques qui peut durer plus de vingt ans.

Les dysenteries à spirochètes, sur lesquelles la discussion est encore ouverte.

En ce qui concerne ces infections parasitaires, dont l'étude clinique est loin d'être faite, l'amibiase intestinale exceptée, le seul signe dont il puisse être tenu compte dans l'appréciation du taux d'invalidité est leur caractère de chronicité. Nous proposons donc la rédaction suivante :

Entérites à protozoaires, amibiase intestinale exceptée, ayant amené des troubles organiques permanents et chroniques, 1 à 30 p. 100.

(*J. O.*, 30 mars 1926.)

Conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc., et notation des différentes catégories d'examen d'Etat

Arrêté du 24 *juin* 1926.

Art. 1er. — Le brevet de capacité donnant le droit de porter le titre d'infirmier ou d'infirmière diplômé de l'Etat français est décerné après un examen subi avec succès devant un jury dont la composition est déterminée par arrêté ministériel.

Cet examen aura lieu dans les villes de faculté, ou d'école de médecine, au maximum deux fois par an, à des dates fixées par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, deux mois à l'avance.

Art. 2. — L'âge d'admission à l'examen d'Etat est fixé à vingt et un ans au minimum pour les infirmières, à vingt ans pour les infirmiers.

Art. 3. — Les élèves infirmiers ou infirmières d'une école reconnue administrativement par le ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales peuvent être candidats à l'examen d'État pourvu qu'ils remplissent les conditions ci-dessus énoncées et qu'ils aient accompli le programme d'enseignement théorique et pratique établi pour chaque catégorie de brevets, et qu'ils soient présentés par leur école.

Les dossiers des candidats seront composés comme suit :

1° Lettre de demande écrite et signée par le candidat ou la candidate ;

2° Extrait de naissance ;

3° Extrait du casier judiciaire ;

4° Livret scolaire ou copie certifiée conforme ;

5° Lettre de la direction de l'école présentant la candidate ou le candidat.

Ces dossiers devront être adressés par les écoles au préfet du département, siège de l'examen d'Etat, au moins quinze jours avant l'examen.

Art. 4. — Les propositions pour la composition du jury d'Etat seront déposées à la préfecture par les collectivités intéressées (commissions administratives des hospices, écoles professionnelles d'une région). Ces listes devront être adressées au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales par le préfet, deux mois avant la date de l'examen.

Ces listes seront soumises aux délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Ampliations de l'arrêté ministériel désignant les membres du jury d'Etat seront transmises, dans le moindre délai, au préfet qui informera les personnalités et les écoles intéressées des décisions ainsi prises.

Chaque jury comprend un délégué choisi par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Il est composé au moins pour moitié d'un ou de plusieurs médecins, chirurgiens, ou pharmaciens, représentants du corps professoral universitaire ; d'un ou de plusieurs représentants du Corps médical local ; d'un ou de plusieurs représentants des écoles d'infirmières et d'une infirmière ou d'un infirmier en exercice.

Autant que possible les membres de chaque jury d'Etat seront choisis parmi les membres du corps professoral, du corps médical local, directrices, infirmiers et infirmières en exercice appartenant à la spécialisation faisant l'objet de l'examen d'Etat (hospitalières, hospitaliers, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, masseurs, infirmiers masseurs aveugles, infirmières sanitaires, infirmières sanitaires coloniales, etc.

Le jury comprendra de 10 à 16 membres, suivant le nombre de candidats ou de candidates se présentant à l'examen d'Etat.

Chaque jury choisit son président.

L'examen des titres peut être l'objet des travaux d'une section désignée par le président du jury d'Etat et prise parmi les membres nommés par arrêté ministériel.

L'importance qui doit être attachée aux épreuves pratiques demande pour chacune d'elles un temps appréciable, ce qui oblige le jury, pour examiner simultanément un nombre suffisant d'élèves, à se diviser en fractions composées d'au moins deux membres arrêtant de concert les points à attribuer aux candidates ou aux candidats.

Une sous-commission désignée parmi les membres du jury et comprenant des professeurs, directrices, se réunira un quart d'heure avant les épreuves écrites pour choisir deux sujets pour chaque composition. Les sujets seront envoyés sous plis cachetés dans les salles d'examen. Une candidate ou un candidat tirera au sort le sujet qui devra être traité sur feuilles d'examen à coin cacheté.

Art. 5. — L'examen comprend trois parties :

A. — Examen des titres (livrets scolaires et dossiers des candidates ou candidats). Cette épreuve est éliminatoire ; les notes obtenues ne peuvent s'additionner avec celles des épreuves suivantes, mais elles sont communiquées aux examinateurs pour faciliter leur jugement et remédier aux dangers de l'émotivité.

B. — Les épreuves pratiques conférant l'admissibilité. Les points obtenus pour ces épreuves s'additionneront avec ceux des épreuves suivantes.

Le bénéfice de l'admissibilité est conservé pendant une année, à condition toutefois que le candidat ou la candidate soit représenté au même siège d'examen.

C. — Les élèves admis passeront l'examen oral. Cette troisième épreuve confère le diplôme si le nombre de points obtenus aux épreuves pratiques et théoriques atteint la moyenne exigible pour chaque examen spécialisé.

Art. 6. — Les notations pour l'examen d'Etat d'infirmières professionnelles hospitalières sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

4 épreuves cotées 20 points chacune (chirurgie et médecine) .... 80 points.

B. — Epreuves écrites.

2 épreuves de 20 points chacune (chirurgie et médecine)...................... 40 points.

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

8 épreuves et 9 matières :

Médecine générale, adultes	10 points.
Médecine générale, enfants....................	10 —
Chirurgie générale......	10 —
Femmes en couches et nouveau-nés	10 —
Hygiène générale.......	10 —
Prophylaxie des maladies contagieuses............	10 —
Pharmacie avec démonstrations	10 —
Administration et morale professionnelle.........	10 —
	80 points.
Total........................	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 7. — Les notations pour l'examen d'état d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose sont les suivantses :

1° Epreuve éliminatoire.

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° Epreuves d'admissibilité.

A. — Epreuves pratiques.

Tuberculose	20 points.
Travail social antituberculeux	20 —
Hygiène infantile	20 —
	60 points.

B. — Epreuves écrites.

Tuberculose	40 points.
Assistance sociale	20 —
	60 points.

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° Epreuves d'admission.

Epreuves orales.

Tuberculose	20 points.
Assistance sociale	20 —
Hygiène infantile	20 —
Hygiène générale	20 —
	80 points.
Total	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 8. — Les notations pour l'examen d'Etat d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance sont les suivantes :

1° Epreuve éliminatoire.

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° Epreuves d'admissibilité.

A. — Epreuves pratiques.

Hygiène infantile :	
Anté-natale	20 points.
Nourrissons	20 —
Deuxième et troisième âge	20 —
Travail social : mère et enfant	20 —
	80 points.

B. — Épreuves écrites.

Hygiène infantile	20 points.
Assistance sociale	20 —
Tuberculose	20 —
	60 points.

La moyenne de 70 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° Epreuves d'admission.

Epreuves orales.

Hygiène infantile :	
Anté-natale	10 points.
Nourrissons	10 —
Deuxième et troisième âge	10 —
Tuberculose	10 —
Hygiène générale	10 —
Assistance sociale	10 —
	60 points.
Total	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Fernand MARTIN, de la Rochelle. — M. le Dr Maurice BERNARD, de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, médecin de réserve de 2e classe de la marine. — M. le Dr Alfred SAUTEL, de Salon.

— **Institut municipal d'électro-radiologie de Paris,** 37, boulevard Saint-Marcel. — Les indigents de Paris et du département de la Seine y sont traités gratuitement, et les autres malades suivant un tarif qu'a publié le *Bulletin officiel municipal* et dont nous avons donné antérieurement un résumé.

La direction de l'Institut est confiée à M. le Dr Zimmern, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— **Le deuxième Congrès panrusse de physiothérapie** aura lieu à Moscou en décembre. Les sujet suivants sont mis à l'ordre du jour : physiothérapie des affections articulaires, dosimétrie et photothérapie, courants de haute tension dans la thérapeutique moderne, organisation du secours physiothérapeutique destiné à la population.

— **Le professeur Israel et la chute du mark allemand.** — Le professeur Israël, de Berlin, qui vient de mourir, avait acquis dans l'exercice de sa profession, avant la guerre une assez grosse fortune. Lorsque survint la chute du mark, les millions qu'il possédait devinrent, pour employer l'expression du chancelier von Bethmann Holweg, de « simples chiffons de papier » : le professeur Israël, chirurgien connu et de grande valeur d'ailleurs, dut, pour vivre, refaire de la clientèle... à 70 ans !

— **Première réunion de la Presse médicale latine** (Paris, avril 1927). — Cette réunion, qui devait primitivement se tenir à Paris, au début d'octobre prochain, n'aura lieu qu'en avril 1927 ; la date exacte en sera ultérieurement fixée.

M. le Président du Conseil a bien voulu accorder son haut patronage à cette manifestation d'union latine. Le Comité d'honneur comprend MM. les Ambassadeurs de Belgique, du Brésil, d'Espagne et d'Italie, ainsi que les ministres des différentes nations latines.

Le Comité d'organisation a pour président M. le prof. agrégé LOEPER ; pour vice-présidents, MM. MAYER (de Bruxelles), CACO (de Madrid), ASCOLI (de Rome), DANIÉLOPOLU d(de Bucarest), DE AZEVEDO (de Lisbonne), DELFINO (de Buenos-Aires), LE SAGE (de Montréal), etc.

Le secrétaire général est M. le Dr L.-M. PIERRA, le trésorier M. Georges BAILLIERE.

But de la réunion. — Cette première réunion a pour but de grouper en Fédération les Associations de Presse médicale, les revues et journaux médicaux et les journalistes médicaux comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une des langues latines : espagnol, français, italien, portugais et roumain.

Programme sommaire. — *Premier jour* : réception des adhérents étrangers par l'Association de la Presse médicale française, dans la salle des fêtes du *Figaro*, 14, Rond-Point des Champs-Elysées.

Deuxième jour : séance d'ouverture. — Discours du président et des délégués officiels. — Rapport du Secrétaire général. — Examen et vote des statuts de la Fédération latine : élection du bureau. — Lecture et discussion du premier rapport : *Unification de la terminologie, du classement e t de la bibliographie dans la littérature médicale.* — Soirée à l'Opéra-Comique.

Troisième jour : Lecture et discussion du deuxième rapport : *La propriété littéraire et la presse médicale.* — Lecture et discussion du troisième rapport : *Du rôle de la presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des Congrès médicaux.* — Grand banquet officiel, par souscriptions, dans la salle des fêtes du Palais d'Orsay.

Cotisations. — La cotisation est fixée à : 60 francs par membre, pour les Associations de Presse Médicale adhérant collectivement à la réunion ; 100 francs pour les revues et journaux adhérant individuellement ; 50 fr. pour les rédacteurs régulièrement attachés à un journal médical ; 50 francs pour les femmes ou enfants des membres de la réunion.

Des démarches seront faites auprès des Compagnies de chemins de fer français, afin d'obtenir d'elles une réduction des tarifs de transport.

Les directeurs et les rédacteurs des journaux médicaux qui désirent prendre part à la première réunion de la Presse Médicale Latine, sont priés d'adresser leur adhésion au Secrétaire général, M. le Dr L.-M. PIERRA, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe), en indiquant le nombre des personnes de leur famille qui les accompagneront. Ils sont priés de lui faire parvenir, en même temps, le montant de leurs cotisations par chèque sur Paris, mandat international ou chèque postal.

Toute la correspondance (demandes de renseignements, etc.) doit également lui être adressée.

(Communiqué par l'*Association de la Presse médicale française.*)

— **Hôpitaux.** — *Concours de chef de travaux de curiethérapie.* — Epreuves d'admissibilité. Elles comprennent : 1° un examen des titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers des candidats, après exposé oral de quinze minutes fait par chaque candidat.

Il est accordé pour cette épreuve : pour le titre d'interne ou d'ancien interne des hôpitaux de Paris, 4 points ; pour le titre d'ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, 2 points ; pour le titre d'ancien externe des hôpitaux de Paris, 1 point ; les points n'étant pas cumulatifs et le point le plus élevé étant seul accordé ; pour le diplôme de radiologiste de l'Université de Paris, 2 points ; pour le certificat de physique générale, 2 points ; pour le certificat de physiologie, 2 points ; pour l'ensemble des titres et travaux scientifiques, militaires et hospitaliers, 10 points ; total : 20 points.

2° Une épreuve théorique écrite sur le radium, pour laquelle il est accordé trente minutes.

Le nombre maximum des points attribués pour cette épreuve est de 40.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

l'exploitation étant alors une des causes génératrices des blessures, la victime a droit au bénéfice de la loi. »

L'auteur critique ensuite la jurisprudence de la Cour de Cassation, qui admet que, dès l'instant où la rixe a eu lieu à l'heure et sur le lieu du travail, la garantie légale est due à la victime, sans qu'il y ait à rechercher si la rixe a été occasionnée directement ou indirectement par les nécessités du travail.

Mais il reconnaît plus loin qu'il y a lieu de considérer comme accidents du travail les voies de fait qui ont leur source dans les actes professionnels que constituent « les missions de surveillance, d'autorité, et de direction dont sont investis les contremaîtres ou quelquefois de simples ouvriers ou employés ».

C'était le cas dans l'espèce qui nous était soumise.

La doctrine de Sachet sur l'admission comme accidents du travail des violences entre ouvriers découle du principe général qu'il pose (nº 310), à savoir « qu'il n'y a pas identité absolue entre les accidents survenus pendant le travail et au lieu du travail et les accidents survenus par le fait où à l'occasion du travail. Cette dernière expression vise tout accident imputable à l'organisation du travail d'une entreprise ; or un accident de cette nature peut, exceptionnellement à la vérité, se produire en dehors du lieu et du temps du travail. A l'inverse, il arrive parfois que, même pendant le temps et au lieu du travail, un ouvrier est victime d'un accident dû à une cause complètement étrangère à ce travail ».

Ce peut être le cas de blessures faites à un ouvrier par l'un de ses camarades de la même entreprise.

J. D.

2864. — Durillon forcé.

Voudriez-vous être assez aimable pour me donner par la voie du *Concours* un renseignement au sujet d'un blessé. Je vous joins la lettre de la compagnie d'assurances. Est-elle en droit de refuser le demi-salaire et les soins médicaux pour un durillon enflammé ? Je croyais que la Cour de Cassation avait déjà rendu jugement à ce sujet et que la compagnie avait été condamnée à payer les frais du sinistre.

Dr V.

Réponse.

Si vous ne considérez que votre intérêt seul, il vous est indifférent de savoir si la blessure, pour laquelle vous avez soigné votre malade, est, ou non, dépendante de la loi du 9 avril 1898. Votre débiteur est le blessé.

La question de savoir si la loi est applicable est intéressante, pour vous, que si votre client a disparu : auquel cas, pour vous faire payer vos

honoraires, il est utile de pouvoir connaître si le patron est ou non responsable de vos honoraires, aux termes de la loi de 1898. Vous pourriez alors bénéficier de l'action directe contre le chef d'entreprise.

Mais, si vous estimez devoir donner un conseil à votre blessé, si cela vous ennuie de l'actionner seul en justice, si vous avez reçu un bulletin d'avis du patron, au début des soins, voici ce que nous pouvons vous répondre.

Si l'ampoule, le durillon forcé n'est que la conséquence d'un traumatisme continu, incessant, à processus lent, la loi n'est pas applicable.

Mais si les circonstances de fait démontrent que le durillon, l'ampoule chronique, s'est brusquement enflammé par suite d'un traumatisme (coup de marteau, ou autre), par suite d'une crevasse, qui a infecté le derme, par introduction de poussières, de papier de verre, débris de silex, etc., l'abcès consécutif doit être considéré comme accident du travail.

Par exemple, si malgré ses ampoules et durillons, l'ouvrier faisait son travail normal et que, brusquement, par suite d'un traumatisme, il a dû cesser ses occupations, il y a présomption en faveur de l'applicabilité de la loi.

Mais si l'inflammation a été lente, progressive et que la suppuration s'est produite sans choc, ni traumatisme, c'est une maladie professionnelle, non justiciable de la loi de 1898.

Dans ce dernier sens, Cassation, Requêtes, 8 novembre 1910, confirmant arrêt de la Cour de Paris, du 7 juin 1909 :

« Considérant qu'il est constant et non contesté que l'ampoule dont C. a été atteint n'a pas été provoquée par un traumatisme, qu'elle s'est produite au cours normal de la profession de l'appelant ».

En dehors du traumatisme soudain, il faut considérer la loi de 1898 applicable, lorsque le blessé peut rapporter la preuve que son ampoule ou durillon s'est infecté, par suite d'une inoculation septique, à l'occasion du travail.

Nombreuses sont les décisions de justice considérant dans ces cas le durillon ou l'ampoule comme accident du travail. Les plus récentes sont : tribunal civil de Clermont-de-l'Oise, 19 novembre 1924 (*Concours médical*, 1925, 1751 *ter*) ; tribunal civil de la Seine, 7e chambre, 1er avril 1925. (*Concours médical* 1925, 1789.)

En conclusion, ce sont les circonstances de fait qui permettront à l'ouvrier d'invoquer, ou non, le bénéfice de la loi sur les accidents du travail.

Dr Paul Boudin.

2822. — Indemnité journalière d'une femme de lessive.

Ayant contracté une assurance pour couvrir le risque « gens de maison », j'ai par un avenant à la

dite police fait ajouter une femme de journée (femme de lessive) travaillant chez moi 25 à 30 jours par an pour un salaire journalier de 10 fr.

En cas d'accident, cette personne toucherait-elle son demi-salaire pour chaque journée d'incapacité de travail, ou seulement pour les journées pendant lesquelles elle aurait travaillé chez moi pendant la dite incapacité ? Dr G.

Réponse.

Si la femme de lessive que vous employez deux à trois fois par mois venait à être victime d'un accident au cours de son travail chez vous, elle aurait droit *pour chaque journée* d'incapacité temporaire à une indemnité égale à la moitié du salaire que vous lui donnez.

2893. — La fièvre de Malte est-elle un accident du travail ou une maladie professionnelle garantie ?

J'ai l'honneur de vous demander si, chez un ouvrier manipulant les peaux fraîches aux abattoirs :

1º La fièvre de Malte peut être considérée comme accident du travail ? (Loi du 9 avril 1898).

2º Pourrait-elle être considérée comme maladie professionnelle ? (Loi du 25 octobre 1919.)

Dr P.

Réponse.

Pour qu'il y ait accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898, il faut qu'il y ait une lésion provoquée par « l'action *violente* et *soudaine* d'une cause extérieure ». Lorsque ces deux caractères de violence et de soudaineté font défaut, il n'y a pas accident du travail, mais seulement maladie ne donnant pas droit à indemnité, à moins de faute du patron, conformément au droit commun.

Les seules maladies d'origine professionnelle qui soient assimilées à des accidents du travail sont les intoxications saturnines ou mercurielles.

Il résulte de ces principes que le cas *d'espèce* que vous nous soumettez ne saurait d'aucune façon bénéficier de la législation sur les accidents du travail.

Application du Tarif Durafour

I

2802. — Plâtre pour fracture du radius.

Je vous serais fort obligé de bien vouloir me dire comment je dois établir ma note d'honoraires dans le cas suivant :

Un blessé est atteint de plaie de la face dorsale du poignet et de la main, et de fracture, contrôlée par radio, des 2e, 3e et 4e métacarpiens.

J'ai fait une gouttière plâtrée palmaire afin qu'à chaque pansement, je n'aie pas à mobiliser les frag-

ments des métacarpiens et à favoriser la consolidation.

Dois-je compter simplement une immobilisation pour métacarpien 20 fr. ou bien davantage, puisqu'il s'agit d'une gouttière portant des extrémités digitales et remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras.

J'ai recours à vous en ma qualité d'abonné au *Concours médical* et de membre du « Sou » et j'ai pleine confiance en votre habitude de traiter ces questions.

Dr A.

Réponse.

Il me semble équitable, dans ce cas, après avoir fourni à l'Assurance toutes explications utiles et alors qu'il s'agit de la pose d'un plâtre partant des extrêmités digitales et remontant jusqu'au milieu de l'avant-bras, de compter 50 fr. par analogie avec « appareil plâtré sur grands segments de membres (art. 18 *in fine*).

F. D.

II

2810. — Luxation du coude avec fracture de l'extrémité radiale.

Pourriez-vous me donner le renseignement suivant ?

J'ai, il y a quelques jours, réduit une luxation du coude.

Après plusieurs massages, l'œdème ayant diminué, je découvre une fracture du cubitus.

Puis-je compter :

1° Luxation du coude ;

2° Fracture d'un des os de l'avant-bras ?

Dr L.

Réponse.

Ce n'est pas la *lésion* présentée par le blessé mais l'*intervention* pratiquée par le médecin qui est l'objet d'une tarification.

a) Vous avez réduit une luxation du coude. Parfait ! Comptez donc pour cela 100 fr., c'est entendu.

b) Mais qu'avez-vous fait au sujet de la fracture de l'extrémité radiale ? Avez-vous mis un appareil plâtré ? Dans ce cas, le jour où vous l'avez posé, comptez 50 fr. par « analogie » avec « Répétition d'appareil plâtré sur un grand segment de membre » (art, 18 *in fine*) ».

Si au contraire vous n'avez rien fait de *spécial*, je ne vois plus sur quoi se baser pour compter quelque chose en *plus* de la réduction de la luxation du coude, dont cette fracture para-articulaire ne paraît être autre chose qu'une *complication*. De même la fracture du coracoïde, dans une luxation de l'épaule, par exemple, ne peut guère permettre de compter, *en plus* de la réduction, une fracture de l'omoplate.

F. D.

III

2882. — Hémostase au fond d'une plaie.

Au moment d'établir des notes d'honoraires pour accidents du travail, je serais bien aise de connaître votre avis sur la bonne manière d'interpréter le tarif dans les deux cas suivants :

1° Annulaire amputé (au moment du traumatisme par écrasement) d'une partie de sa phalangette. Section complète : squelette et parties molles. Puis-je porter sur ma note ? :

Ma *première* intervention a consisté en :

Rédaction du certificat initial	5
Pansement après hémostase par ligature dans la plaie d'une artère sectionnée	40
Injection de sérum antitétanique	20
	65

2° Large décollement du cuir chevelu comme scalpé, mise à découvert des os du crâne frontal et pariétaux sur une surface comme petite paume de main, forte hémorragie.

Ma première intervention :

Certificat initial	5
Pansement après : hémostase par ligature de plusieurs vaisseaux	40
Drainage et suture (12 points) au crin en vue d'obtenir une réunion primitive	25
Injection de sérum antitétanique	20
	90

Dr B.

Réponse.

1° Je ne pense pas qu'on puisse compter une « hémostase *au fond* d'une plaie », quand il s'agit d'une phalangette.

2° Même réflexion pour le fond d'une plaie du cuir chevelu. Par contre, je compterais ici, non pas « sutures multiples : 25 fr. », mais « régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle : 40 fr. étant donnés vos lambeaux nettoyés, préparés et suturés, en vue d'une réunion par première intention.

F. D.

IV

2887. — Fracture du scaphoïde.

Combien dois-je compter réduction et contention pour une fracture du scaphoïde dans un cas d'accident du travail ? Je n'ai rien trouvé au tarif.

Dr D.

Réponse.

Ce n'est pas la *lésion* présentée par le blessé qui est tarifée, mais l'*intervention* pratiquée par *le chirurgien*. Qu'avez-vous fait pour la « réduction et contention » dont vous parlez ? *A priori*, et sauf explications complémentaires, je ne vois d'analogie de tarification à pouvoir soutenir qu'avec « fractures de côtes, omoplate, sternum » toutes interventions tarifées à 20 francs, comme n'étant pas très « actives », si je puis dire. Et

c'est peut-être ce qui explique la carence du tarif sur la fracture d'un scaphoïde.

F. D.

Application du Tarif Maginot.

2841. — Mettez-vous au courant.

Je viens vous demander un renseignement au sujet des soins gratuits aux victimes de la guerre.

Quel est le tarif des interventions pour les blessés de guerre ? Y a-t-il un tarif spécial (je n'en ai pas souvenance) ou doit-on appliquer le tarif de l'A. M. G. ou celui des accidents du travail ?

Dans le cas actuel — il s'agit de pointes de feu — et d'un appareil plâtré pour immobiliser le genou, atteint d'arthrite chronique douloureuse par le fait de la guerre.

Dr L.

Réponse.

Le tarif des blessés de guerre n'est mis en œuvre que lorsque le bénéficiaire de l'article 64 de la loi des pensions vous présente *son carnet*, sur le feuillet pharmaceutique duquel vous faites l'ordonnance et dont vous retirez le feuillet médical pour vous faire payer après l'avoir dûment rempli. Mais encore faut-il que vos *soins* soient donnés pour une affection *inscrite* sur le carnet comme *cause de la pension* que reçoit le bénéficiaire. Quant au tarif dans ce cas, c'est celui que, par abréviation, on appelle « tarif Maginot » et que vous ferez bien de vous procurer. Je vous conseillerais également de vous mettre au courant de toutes ces questions, car vous pourriez avoir des ennuis en les ignorant au point où vous paraissez être resté.

F. D.

Questions médico-militaires.

2607. — Réforme pour bronchite.

Un de mes clients atteint, il y a trois ans, de bronchite grave du sommet (avec bacilles) est sur le point de passer le conseil de révision. Je ne pense pas qu'il soit pris, mais sa maman a des craintes et voudrait lui constituer un dossier en demandant un examen avant le conseil. Il me semble que cela est possible: que doit-il faire ? Quel dossier constituer ?

Dr G.

Réponse.

Il faut s'adresser au bureau de recrutement Celui-ci vous dira s'il est prévu cette année des séances spéciales du Conseil de révision, au commencement ou à la fin de la session des tournées de révision, pour l'examen des douteux et des malades.

Un certificat médical de votre part devra être présenté.

Mieux vaudrait se rendre personnellement au bureau de recrutement que d'y adresser une lettre dont la réponse serait, peut-être, longue à parvenir.

2584. — Périodes d'instruction militaire.

Les derniers numéros du *Concours* répondent à des questions concernant des périodes d'instruction pour les médecins de réserve.

Aide-major de 1re classe à T. T. en 1918, j'ai été nommé aide-major de 1re classe à T. D. le 5 octobre 1923, pour prendre rang du 27 juillet 1923. Pensez-vous que je puisse être convoqué cette année pour une période ? (J'appartiens à la classe 1911.)

Dr X.

Réponse.

Il est impossible de répondre à votre question. Seul, votre directeur du Service de santé connaît ses besoins en médecins et les crédits dont il dispose pour les périodes d'instruction.

Vous eussiez déjà été prévenu par ses soins, s'il avait eu l'intention de vous convoquer cette année.

2601. — Droit à pension d'un ex-soldat allemand. Situation militaire.

Je soigne un Alsacien, ancien soldat de l'armée allemande pour des arthropathies spécifiques tenant à la fois de la tuberculose et de la syphilis. Ce malade a eu des piqûres étant au service. Peut-il obtenir une pension ? Il n'a en sa possession aucun papier d'origine.

2° D'autre part, voulez-vous me dire quelle est ma situation au point de vue militaire. Je suis à deux galons depuis septembre 1919. Quand dois-je passer à trois et faut-il faire des périodes ?

Par ailleurs, je suis affecté à un corps d'armée qui est éloigné de ma région. Comment obtenir ma mutation ?

Dr Z.

Réponse.

1° Je crains bien que la demande de votre malade ne soit frappée de forclusion ; la durée des délais accordés dépend de beaucoup de facteurs, notamment de la date à laquelle il a obtenu la naturalisation française.

Qu'en tout état de cause il adresse, par pli recommandé, une demande de visite pour pension militaire au Directeur du Service de santé de la 7e région ; il indiquera sa qualité d'Alsacien, ancien *soldat* de *l'armée allemande*, la date de sa naturalisation, etc.

2° Puisque vous avez quatre années de grade de médecin aide-major de 1re classe, vous êtes proposable pour le grade supérieur, à la condition de faire une période d'instruction.

Adressez une demande motivée de change-

ment d'affectation au Ministre de la guerre, en passant par la voie hiérarchique de votre directeur actuel du Service de santé.

2559. — Conditions d'admission des officiers de complément dans les chemins de fer.

J'ai lu récemment (il y a trois semaines) dans le *Matin*, qu'au congrès des officiers de complément à Lille, le président leur avait annoncé que les compagnies de chemins de fer leur accordaient le déclassement.

J'ai demandé à la gare locale, mais n'ai pu avoir confirmation. Savez-vous si c'est bien vrai, si c'est officiel, *si c'est en vigueur* et quelles pièces le contrôleur peut exiger, *est-ce que la carte d'identité d'officier de réserve suffit* ? Je suppose que oui.

Par déclassement le *Matin* disait : « voyager en 2e ou en 1re avec un billet de 3e ». Est-ce bien cela ? Je pensais qu'il fallait un billet de 3e pour voyager en 2e et un billet de 2e pour voyager en 1re.

Dr C.

Réponse.

Vous voulez probablement parler de la carte de surclassement, celle-ci permettant d'accéder à la première classe avec un billet de troisième ; elle ne coûterait donc rien aux compagnies. D'ailleurs les voitures de première classe circuleraient presqu'à vide si on en faisait sortir les étrangers favorisés par le change et les quelques Français bénéficiaires de tarifs de faveur.

La question fait l'objet d'études ; elle semble solutionnée à la Guerre, mais elle doit être encore examinée d'une façon plus approfondie par le Conseil supérieur des chemins de fer.

2570. — Augmentation de la pension militaire.

J'étais médecin militaire (armée active). Après une période de trois années de non activité, j'ai été réformé en 1924 pour maladies contractée pendant la guerre (j'ai fait toute la campagne du front). Comme pension de réforme, j'ai choisi le taux de la retraite afférente à mon grade (auquel me donnait droit mon ancienneté) augmenté du taux de l'invalidité de soldat (pension que toucherait un soldat de 2e classe ayant la même invalidité que moi).

Or, depuis 1925, le taux des pensions de soldat a été augmenté de 80 %. Le sous-intendant de ma région prétend que je n'ai pas droit à cette augmentation de 80 % sur ma pension de soldat, parce que ma pension a été liquidée d'après l'article 47 de la loi du 17 avril 1924.

Je voudrais savoir si cette interprétation est exacte.

Dr X.

Réponse.

Le sous-intendant est dans le vrai ; conformément à l'article 47 on vous a alloué, malgré tout, une pension, qui ne pouvait pas être inférieure à la pension minimum d'ancienneté de votre grade, augmentée des annuités pour campagnes acquises ; d'où vous avez obtenu une bonification de 765 francs, qui n'est pas cumulable avec le supplément temporaire de 80 % dont vous parlez.

Pour l'obtenir, vous devrez demander au Ministre des finances l'échange de votre titre dans les conditions fixées par l'instruction du 24 juillet 1926.

Baux et Locations.

2858. — Revision des baux de longue durée.

1° J'ai loué par acte notarié en qualité de bailleur à M. D., pâtissier-confiseur, preneur, au choix des deux parties, pour 9 ou 12 années consécutives commençant à courir le 1er avril 1920, un immeuble comprenant 9 pièces avec dépendances ; cet immeuble était loué avant la guerre 650 fr. ; depuis 1920 jusqu'aujourd'hui suivant les conditions du bail le prix de location est de 825. *Ai-je le droit aujourd'hui d'augmenter le locataire et dans quelle proportion ?*

2° Dans les mêmes conditions, en mai 1920, j'ai consenti à M. M., boucher, preneur, au choix des deux parties, pour 12 ou 15 années consécutives commençant à courir le 15 mai 1920, la location d'un immeuble comprenant neuf pièces, avec grange et écurie, moyennant le prix de 750 fr. (cette somme représentant un prix d'avant-guerre). Ai-je le droit d'augmenter le locataire et dans quelle proportion ?

Dr L.

Réponse.

Seuls les baux antérieurs au 24 octobre 1919 et conclus pour une *durée fixe supérieure à* neuf années peuvent faire l'objet d'une demande en révision de la part du propriétaire, en vertu d'une loi du 6 juillet 1925.

Pour les baux postérieurs au 24 octobre 1919, comme les vôtres, aucune loi n'autorise, quant à présent, une révision du loyer. Nous savons seulement qu'une proposition de loi a été déposée tendant à permettre aux propriétaires de majorer leurs loyers, même en cas de baux postérieurs au 24 octobre 1919, mais nous ne pouvons préjuger quel sort sera fait à cette proposition.

Fiscalité.

2767. — Classification des traitements fixes dans les cédules de l'impôt.

1° Est-ce à juste titre que le contrôleur des contributions directes considère, pour moi, comme béné-

fices professionnels (*et les taxe comme tels*) les indemnités qui me sont versées (à titre de traitement) comme médecin de la compagnie de chemin de fer, du lycée, et de l'hôpital ?

2° Ces diverses indemnités ne devraient-elles pas plutôt, au point de vue impôt, rentrer dans la catégorie « traitements ? »

Dr Y.

Réponse.

La question de savoir si les émoluments alloués à un médecin soit par une caisse de secours, soit par un bureau de bienfaisance, soit par une entreprise privée, etc,, constituent un traitement (au sens fiscal du mot) ou un bénéfice des professions non commerciales, est toujours controversée et n'a fait l'objet, jusqu'à ce jour, d'aucun arrêt du Conseil d'Etat.

Il y aurait donc lieu de contester votre imposition devant le Conseil de préfecture, mais à notre avis, *il vous sera difficile* d'obtenir gain de cause, attendu que le fait d'être attaché à plusieurs établissements suppose une indépendance incompatible avec la qualité de salarié.

A. M.

2799. — Base de la patente.

Je suis propriétaire de ma maison d'habitation qui comprend huit pièces, dont deux pièces sont à usage médical (mon bureau et ma salle d'attente).

En janvier 1925, à la suite de la révision exceptionnelle des propriétés bâties, la valeur locative de ma maison d'habitation a été portée à 980 fr. et la valeur locative de ma remise auto à 90 fr. (980 + 90 = 1.070). Je reçois ma feuille de patente avant-hier, et j'y vois que le contrôleur m'impose cette année à la patente au 1/15e sur une valeur locative de 1.070 fr. (ce qui me donne une patente de 277 fr. à payer plus la taxe vicinale). N'ai-je pas le droit de demander que, pour l'application de cette patente, le contrôleur déduise de ma valeur locative mes deux pièces à usage médical (ce qui me ferait une valeur locative de 1.070 fr. — $\frac{1.070}{4}$, ou tout au moins qu'il déduise la remise auto (90 fr.).

Dr G.

Réponse.

Votre supposition est inexacte. Vous devez être imposé à la patente sur la valeur locative totale des locaux professionnels et des locaux d'habitation, ainsi que du garage.

Votre cotisation est donc régulièrement établie.

A. M.

L'EDUCATION SEXUELLE

Je signale aussi la plaquette du Dr J. Pouy, de Capvern (36 pages), intitulé :

Conseils à la jeunesse

Quarante-huitième année N° 42 17 Octobre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2618 IV)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr RIEU-PECHOLLIER, de Mèze, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 452. — A vend. cause décès : Potin, Pachon, Doyen Reverdin, forceps, daviers, bistouris, pinces, costotome, seringue, aiguilles et divers... la plupart neufs.

No 453. — Amélie-les-Bains. Mais. de cure du Dr H. Alardo. Pneumothorax thérapeutique. Bactériologie. Rayons X (à partir de 35 fr. par jour, soins compris dans chamb. particul.).

No 454. — Infirmière chirurg. demand. pour clinique.

No 455. — La comm. de Lus-la-Croix-Haute (Drôme), 1.000 m. alt., dem. un méd. proph. Ind. de résid. ann. : 10.000. S'ad. à la mairie.

No 456. — Poste proph. près ville, libre fin octobre, rec. 40.000, avec 20.000 dont 12.000 compt., pharm. comprise.

No 457. — Chasse à louer à confr. de Marseille ou Côte d'Azur : superf. 400 hect., perdreaux, lièvres lapins, sangliers, etc. Pêche dans le Verdon. S'ad. : Dr, Mermillod, 61, cours Gambetta, Lyon.

No 458. — Cenne-Monesties (Aude) poste méd. à prendre gratuit. de suite, résid. agréab., commun. faciles indem. communale 1.500 fr. Six villages à desserv. S'ad. au Maire.

No 459. — Visiteur médical, 45 ans, ayant connaiss. pharmac. et habit. milieux médicaux dem. à faire visite méd. Paris et proche banl. Donner sérieuses réf.

No 460. — A vend. beau berger allem. 30 mois. S'ad. Dr Surault, 16, rue de Joinville, Maisons-Alfort (Seine).

No 461. — Villa neuve, 5 p., grenier, cave cimentée, jardin, arbres fruitiers, à louer. S'ad. Dr Crouzel, Le Buisson (Dordogne). Pays de chasse et pêche.

No 462. — Dr Bréhier, à Honfleur ser. reconn. à confr. qui lui indiquer. situat. dans la culture pour ses deux fils ingén. agric. (Grignon et Rennes) ayant fait depuis leur sortie de l'école de nombr. stages. Réf. très sér.

No 463. — On dem. méde. retraité connaiss. l'O.R.L. pouv. doubler ou aider confr. Dr Detay, 18, r. de Maubeuge, Paris.

No 464. — Centre. Très jolie rég. fréqu. par touristes, à céd, poste proph. demi-rep. Prix 15.000 av. pharm., conviendr. à méd. ayant retraite ou pet. rentes. Très pressé.

No 465. — Coqs Wyandottes blancs, 40 fr. pièce. Dr Guidon, à Ligny-en-Barrois (Meuse).

No 466. — Paris. Quart. cent. très import. cab. méd. génér., gynéco. varices, tout en consult., vaste appart., 3 chamb. ; compt. dem. 150.000. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

No 467. — Touraine. Aff. de gr. avenir, seul méd. seul propharm., rapp. act. 35.000, gr. mais. Indemn. 15.000 (séj. agréab. prox. ville). S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

No 468. — Dr franc, sans logem. désirer. usage cabinet ou clinique de confr. pour consultat. 2 fois par semaine, 2 h. matin ou soir, au choix du confr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — A l'heure où nous mettions sous presse, ont eu lieu, mardi dernier, les obsèques du Dr Georges Quivy, assistant de radiologie des Hôpitaux de Paris, ex-secrétaire général de l'Union des Syndicats, membre du Conseil d'Administration du *Sou Médical*, décédé à l'âge de 52 ans, après une courte maladie.

Nous dirons plus longuement, la semaine prochaine, quel fut ce bon confrère qui disparaît brusquement, en pleine activité ; quels services il rendit au Corps médical ; quelle part active il prit à la vie syndicale à laquelle l'avaient préparé plusieurs années de pratique rurale, comme médecin d'une petite ville du Nord, — cette région où la prédominance des industries minières et métallurgiques imprime à l'exercice de notre art un si regrettable cachet d'asservissement, qui suscite d'ailleurs, sur place même, de vives et puissantes réactions.

C'est dans ce milieu que Quivy puisa une expérience qui lui permit plus tard de tenir brillamment le secrétariat général de l'Union.

Profondément attristés par sa disparition prématurée et imprévue, nous nous inclinons respectueusement sur sa tombe, et nous adressons à Madame Quivy et à ses enfants : Mademoiselle Denise Quivy et Messieurs Jean et Jacques Quivy, jeunes confrères qui s'apprêtent à marcher brillamment sur les traces de leur père, l'hommage de nos regrets les plus sincères et nos condoléances les plus sympathiques.

G. Duchesne.

— **Hôpitaux de Paris.**— *Prix de l'internat.* — L'ouverture des concours pour les prix de l'internat aura lieu ; pour le concours de médecine, le 17 janvier 1927 ; pour le concours de chirurgie et d'accouchements, le 20 janvier 1927, à l'Hôtel-Dieu.

— **Le cinquantenaire de l'Ecole d'Anthropologie.** (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e). — L'Ecole d'Anthropologie de Paris célèbrera le cinquantenaire de sa fondation le mercredi 3 novembre 1926.

— **Les Congrès.** — Du 19 au 21 octobre, à l'Institut Pasteur de Paris, XIII[e] Congrès annuel d'hygiène.

— **Hôpital Sainte-Isabelle.** (Fondation Martinez de Hoz, 24 boul. du Château, à Neuilly-sur-Seine). *Appareillage des paralysies.* — Les consultations gratuites sont reprises depuis le 1[er] octobre et ont lieu les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

— **La variole à Paris.** — On signale depuis un mois une petite épidémie de variole à Paris qui semble avoir été importée par les nombreux étrangers venus en France pendant les vacances.

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *septembre.*

Ecoles d'infirmières.

Par arrêté en date du 29 juillet 1926, a été approuvé le règlement de l'Ecole d'infirmières de la Faculté de médecine de Strasbourg, sections infirmières hospitalières, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance.

1[er] *octobre*

Médecins fonctionnaires.

Par décret du 18 septembre, le taux de l'indemnité annuelle allouée au médecin de la Manufacture nationale de Beauvais est porté de 750 à 1.500 fr. par an, à compter du 1[er] janvier 1926.

2 *octobre.*

Etablissements nationaux de bienfaisance.

Décret du 1[er] octobre 1926, portant relèvement des traitements du personnel de toutes catégories des établissements nationaux de bienfaisance : Maison Nationale de Saint-Maurice, hospice national des Quinze-Vingts, Institution nationale des jeunes aveugles, Institutions nationales des sourds-muets de Paris, de Chambéry et des sourdes-muettes de Bordeaux, asiles nationaux de convalescence de Vincennes et du Vésinet, hôpital-hospice national Dufresne-Sommeiller.

FAITS CLINIQUES

Intoxication mortelle d'un nourrisson par le lait d'une femme intoxiquée par des coquillages.

Lundi 27 septembre dernier, je suis appelé pour donner mes soins à un nourrisson de deux mois, né à terme et bien portant jusqu'alors. Je

suis immédiatement frappé par le facies pâle de mon petit malade. Comme symptômes principaux : température, dyspnée, diarrhée verte, vomissements, ballonnement et sensiibilité du ventre, très mauvais état général.

Après renseignements pris, j'apprends qu'au déjeûner du vendredi 24 septembre, des coques ont été absorbées par la maman qui, le lendemain samedi, dans la journée, a ressenti des malaises avec courbature. Le soir, vers 20 heures, vomissements, douleurs abdominales ayant duré jusque dans la deuxième partie de la nuit. Vers 21 heures de ce jour, diarrhée ayant persisté pendant la journée du dimanche 26. Dans la soirée, commencement d'amélioration.

J'ai conclu à un commencement d'empoisonnement de la mère qui, à son tour, par l'intermédiaire de l'allaitement au sein, a intoxiqué son enfant, décédé le vendredi 1er octobre.

Je prie les confrères de me donner leur avis sur le cas signalé.

Dr M. Serfaty,
(d'Alfortville).

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail

2981. — Assujettissement d'un cultivateur.

Abonné du *Concours*, je me permets de vous poser une question au sujet de la réponse 2809 (assujettissement d'un cultivateur), parue dans le *Concours* du 26 septembre 1926, d'après laquelle ne serait pas assujetti à la loi sur les accidents du travail, le cultivateur qui n'emploie un ou plusieurs travailleurs qu'occasionnellement. Or, j'ai sous les yeux le texte de la loi du 30 avril 1926 qui a justement élargi l'assujettissement à tout cultivateur pour les collaborateurs salariés ou non ; il serait ainsi d'après l'esprit de la loi obligatoire, même pour le coup de main sollicité ou simplement accepté par l'exploitant.

Voulez-vous me permettre de vous demander si cette loi est applicable dès sa promulgation? J'ai précisément en ce moment un cas de ce genre. Le métayer qui a employé pour l'aider à battre son grain un non salarié qui a été victime d'un accident, doit, avec la loi d'avril dernier, supporter les frais médicaux. Auparavant, au contraire, c'était le blessé qui devrait couvrir ces frais.

Dr B.

Réponse.

Il est bien exact que la loi du 30 avril 1926, en

son article 2, a modifié le 2e alinéa de l'article 1er de la loi du 15 décembre 1922 et assujettit les exploitants qui travaillent d'ordinaire seuls ou avec l'aide des membres de leur famille pour les collaborateurs, salariés ou non, qu'ils emploient.

Nous avons, en effet, omis de signaler cette modification dans la réponse, à laquelle vous faites allusion. Mais cette réponse n'en est pas moins exacte en fait, la loi du 30 avril 1926 n'étant applicable, en ce qui concerne notamment les nouveaux assujettis visés à l'article 2, que six mois après sa promulgation, c'est-à-dire, comme elle a été promulguée le 1er mai, qu'à partir du 1er novembre prochain.

De même, en ce qui concerne le métayer dont il est question dans votre lettre, s'il travaille seul d'ordinaire ou avec l'aide des membres de sa famille, il ne serait responsable de l'accident survenu au non salarié qui est venu l'aider à battre son grain qu'en vertu du droit commun, si l'accident est survenu par sa faute, sa négligence ou son imprudence et non en vertu de la législation spéciale sur les accidents du travail.

Accidents de droit commun.

2990. — Paiement des certificats d'accident individuels.

Une compagnie d'assurances (sur les 5 ou 6 auxquelles j'ai affaire), me refuse le paiement du certificat initial de blessure pour ses assurés « assurance individuelle ». Est-elle dans son droit ?

Dr L.

Réponse.

S'il s'agit d'une assurance destinée à couvrir les risques prévus par la législation sur les accidents du travail, la Compagnie ne peut refuser de vous payer le certificat initial qui est formellement prévu tant par la loi de 1898 que par le tarif Durafour.

Mais, par contre, s'il s'agit d'une assurance individuelle destinée à couvrir les risques de droit commun, toute convention passée entre la Compagnie et son assuré pour le paiement des frais médicaux et pharmaceutiques est valable, même si elle exclut le paiement du certificat initial. Dans ce cas, votre seule ressource est d'user du droit, qui vous est d'ailleurs réservé en toutes circonstances, de faire payer votre certificat directement par votre client.

Assistance

2914. — Assistance aux femmes en couche et allocation d'allaitement.

1° Une femme enceinte ayant fait des démarches en temps voulu pour obtenir l'assistance aux femmes en couche a-t-elle droit obligatoirement à l'assistance ?

2° Dans le cas où elle a été acceptée comme le prouve le carnet rouge qu'on lui a remis avec lequel elle a touché 14 francs et rien depuis dix mois, à qui doit-elle réclamer ?

3° Est-ce au préfet ou à la commission cantonale ?

Dr F.

Réponse.

1° L'admission au bénéfice de l'allocation aux femmes en couches n'a pas lieu de plein droit. Elle est prononcée, aux termes de l'article 6 de la loi du 17 juin 1913, dans les conditions fixées au titre III de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

C'est donc la Commission administrative du Bureau de bienfaisance qui dresse la liste des assistées et le Conseil municipal qui l'arrête, sauf recours à la Commission cantonale.

L'allocation peut être supprimée dès que les diverses conditions requises pour avoir droit à l'assistance ne sont plus remplies ou dès qu'il est constaté que des déclarations inexactes ont été fournies par la postulante. Cette suppression doit faire l'objet d'une décision nouvelle, dans la forme prévue pour les admissions.

L'allocation est accordée pendant les quatre premières semaines après les couches.

Mais elle est suivie de plein droit, pour les femmes admises à son bénéfice, qui allaitent leur enfant au sein, d'une allocation supplémentaire, pendant les douze mois qui suivent l'accouchement, à la charge de l'Etat, à la condition que la mère prenne pour son enfant et pour elle les soins d'hygiène nécessaires, conformément aux instructions que doit lui donner à cet effet la personne désignée par le Bureau d'assistance.

La réclamation doit être adressée au préfet pour l'allocation aux femmes qui allaitent, puisque cette allocation est à la charge de l'Etat et non de la commune.

Baux et locations

2937. — Droit à prorogation. « Dernier recensement ».

Depuis le 1er novembre 1919, je suis locataire d'une maison ; mon bail après plusieurs prorogations amiables et augmentations de loyer prend fin le 1er mai 1928, ma propriétaire est morte dernièrement et il m'a été dit que ses héritiers avaient l'intention de reprendre la jouissance de la maison pour venir y passer les vacances en été. Le dernier recensement a marqué ici une forte augmentation de la population, et justement en raison de cette augmentation, il n'existe ici aucun appartement disponible ; je serais donc très embarrassé si le 1er mai 1928, je suis obligé de m'en aller. Les nombreuses lois sur les loyers peuvent-elles m'offrir un remède à cette situation en me permettant d'obtenir une prolongation de bail après

le 1er mai 1928 ? Je vous serais obligé de bien vouloir me renseigner.

Dr R.

Réponse.

Si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune, vous aurez droit, de la fin de votre bail au 1er avril 1931, à une prolongation que vous n'aurez même pas besoin de demander, en échange d'une augmentation de loyer, jusqu'au 1er avril 1927, date à laquelle interviendra une nouvelle taxation, telle que votre loyer devra être égal au loyer d'avant-guerre, majoré de 125 %. Vous devrez en outre rembourser à votre propriétaire les majorations des impôts et des prestations en nature fournies, s'il en existe, par rapport à 1914. Et tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra prétendre reprendre votre maison pour l'habiter par lui-même, le droit de reprise étant limité aux locaux servant exclusivement à l'habitation.

Pour que la loi soit applicable dans une commune, il faut ou bien que celle-ci compte plus de 4.000 habitants, ou bien qu'elle soit distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants ou bien que sa population ait augmenté de 5 % entre les deux derniers recensements. Sur ce dernier point, la loi présente une difficulté d'interprétation que vous trouverez exposée dans un article de notre numéro 39, du 26 septembre 1926 page 2434, difficulté qui sera certainement tranchée quand votre bail viendra à expiration.

Si, à ce moment, il est établi que vous pouvez bénéficier de la prorogation, vous n'aurez pas à craindre d'être expulsé avant le 1er avril 1931. Dans le cas contraire, il faudra vous entendre avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail, sans quoi force vous serait de quitter votre maison.

2933. — Augmentation du prix du loyer.

J'ai un bail de 12 ans de 3.200 fr. partant du 1er octobre 1919. Mon propriétaire veut m'augmenter dans des proportions qui me paraissent excessives. Les locaux que j'habite et qu'habitait mon prédécesseur, qui était dentiste, avaient en 1914-1915 une valeur locative de 2.300 fr.

De combien peut-il m'augmenter ?

Dr N.

Réponse.

Votre bail, conclu avant le 24 octobre 1919 pour une durée supérieure à neuf années, tombe sous le coup de la loi du 6 juillet 1925 *qui a autorisé*, au profit des propriétaires, la révision des baux de longue durée.

Quant à l'augmentation que vous devez supporter, nous estimons qu'elle doit être calculée sur les bases adoptées par la loi du 1er avril

1926, c'est-à-dire que votre loyer doit être porté au loyer d'avant guerre majoré de 125 %. Vous devrez rembourser en outre à votre propriétaire les majorations subies par les impôts (à l'exception de l'impôt foncier) et les prestations en nature fournies (eau, gaz, etc.), s'il en existe, par rapport à 1914. Pour le remboursement de ces charges, il peut être établi un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Sur la base d'un loyer d'avant-guerre de 2.300 francs et en supposant adopté le forfait de 125 %, vous auriez ainsi à payer un loyer de 5.175 francs, plus 776 fr. 25 de charges.

2925. — Prorogation et non propriété commerciale.

1° J'ai un bail de 3, 6, 9, dont la dernière période se termine le 1er avril 1928.

Dois-je demander en septembre 1926 (propriété commerciale), le renouvellement de ce bail à mon propriétaire, c'est-à-dire 18 mois au moins avant son expiration ?

Si non, est-ce six mois avant la fin du bail, comme il est prévu, que je dois le faire ? Et dans ce cas, quelle est la marche à suivre ? Ou dois-je attendre que lui-même me prévienne en me posant de nouvelles conditions ? Dr B.

Réponse.

La loi sur la propriété commerciale ne concerne que les industriels ou les commerçants, à l'exclusion des professions libérales. Par conséquent, elle ne saurait en aucune manière s'appliquer à votre cas. En réalité, vos rapports avec votre propriétaire sont régis par la loi du 1er avril 1926 sur les loyers. Aux termes de cette loi, vous avez droit de la fin de votre bail au 1er avril 1931, à une prorogation que vous n'avez même pas besoin de demander. En échange de la prorogation, vous devrez payer à votre propriétaire, du 1er avril 1928 au 1er avril 1929, date à laquelle sera établie une nouvelle taxation des loyers, un loyer égal au loyer d'avant-guerre, majoré de 125 % ; en outre, vous devrez lui rembourser les impôts (à l'exception de l'impôt foncier) et les prestations en nature fournies dans la mesure où ces impôts et prestations excèdent la somme payée de ce chef en 1914, le tout bien entendu au prorata de votre loyer. Pour le remboursement de ces charges, vous pourrez convenir d'un forfait dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Tant que durera votre prorogation, votre propriétaire ne pourra exercer son droit de reprise sur votre appartement, même au cas où il voudrait l'habiter par lui-même.

Voir la suite page LI-2669

AVIS

Les Assemblées Générales du *Concours Médical*, de la Mutualité Familiale et du « Sou Médical » se tiendront le dimanche 21 novembre prochain, de 14 h. 30 à 18 h. 30 dans les Salons du Restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

Elles seront suivies du traditionnel dîner confraternel.

Le programme détaillé en sera publié prochainement.

PROPOS DU JOUR

Sommes-nous encore appelés à être empoisonnés ? La question du pain et des succédanés

La récolte en blé étant déficitaire, il n'est guère douteux que nous sommes ou allons être soumis au régime du pain fait avec des farines de froment, additionnée d'une proportion x de succédanés. Or personne ne s'occupe de ces succédanés et cependant il serait fort intéressant d'être fixé sur leur nature et la quantité que nous sommes appelés à absorber. Il est des savants qui s'intéressent à l'hygiène alimentaire. Nous avons lu, par exemple, une très intéressante communication du Dr Louis Lapicque, à l'Académie de médecine (séance du 6 juillet 1926) sur *le rendement alimentaire du blé selon le taux de blutage d'après des expériences inédites*, qui démontrent qu'aucune raison d'hygiène ne peut être invoquée en faveur du pain blanc, que ce serait même l'inverse s'il s'agissait d'un régime exclusif de pain. L'on pourrait donc élever le taux du blutage et fabriquer du pain bis, l'alimentation n'en souffrirait nullement, au contraire, et au point de vue économique, les avantages ne sauraient être discutés. Mais l'on préfère avoir recours aux succédanés. Or voici comment M. le Dr L. Lapicque apprécie ces derniers :

« L'emploi des succédanés dans notre pain, dit-il, est contraire à cette constance de saveur, de digestibilité, de régularité de panification que réclame l'hygiène. D'autre part l'emploi de ces succédanés entraîne des complications industrielles et commerciales, et je ne crois pas qu'il réalise une économie appréciable ; les partisans de cette pratique ont-ils jamais essayé de chiffrer l'opération ? Cet emploi est donc, à tout point de vue, moins à recommander que le pain de pur froment à haute extraction. »

M. le Dr Louis Lapicque, dans son honnêteté de savant, est persuadé que par *succédané*, le commerce entend des produits inoffensifs, aussi il ne croit pas qu'avec ces derniers l'on puisse réaliser une économie appréciable. Mais il peut se rassurer, les partisans du mélange des succédanés n'ont pas seulement recours à l'orge et au seigle, qui seraient pour eux très coûteux, ils ont ajouté et ajouteront peut-être encore à nos farines de froment des farines de maïs altéré, de fèves exotiques ou de gesses, qui constituent pour les intéressés une économie très appréciable. M. le Dr L. Lapicque se fait très probablement illusion : les utilisateurs de succédanés ont su chiffrer l'opération ; il peut en être certain.

Si la question des succédanés se bornait à une affaire de bénéfices commerciaux ou industriels, nous ne nous en occuperions pas ici, mais elle est avant tout une question d'hygiène alimentaire qui a gravement retenti sur la santé publique, et c'est pour cela que nous croyons pouvoir utilement en parler.

Depuis bien des années, un de nos distingués collaborateurs, M. le Dr A. Veillard, jadis à Meung-sur-Loire, aujourd'hui à Orléans, s'est occupé de la question des produits mélangés au froment dans les farines et des accidents toxiques, qui paraissent résulter de leur absorption.

M. A. Veillard a remarqué la coïncidence de l'apparition d'affections nerveuses, qualifiées d'encéphalites léthargiques ou spasmodiques, avec le mélange des succédanés et plus particulièrement du maïs altéré et des fèves exotiques aux farines livrées à la consommation. Il a montré la singulière analogie qui existe entre les symptômes parétiques, spasmodiques fréquemment observés, attribués à des encéphalites plus ou moins frustes, et les signes cliniques, décrits au siècle dernier par des médecins distingués.

excellents observateurs, qui étudièrent le maïdisme et le lathyrisme. M. Veillard émettait l'hypothèse très vraisemblable du rôle que devaient jouer les succédanés dans l'étiologie des troubles nerveux qualifiés d'encéphalite. Ces constatations troublantes, et qui ne passèrent certainement pas inaperçues, auraient dû attirer l'attention des autorités, déterminer des enquêtes et des recherches, si le souci de la santé publique avait joué le plus petit rôle dans la politique de notre pays. Mais les politiciens, qu'ils fussent du Bloc National ou du Cartel, de l'Action Française ou du Parti Socialiste ouvrier, avaient d'autres préoccupations pour eux plus intéressantes. Et puis était-il prudent pour sauver quelques vies humaines et prévenir quelques infirmités, de gêner de gros négociants dans leur petit commerce ? Savait-on au juste ce que pourrait découvrir la justice si elle osait s'occuper des affaires ayant trait au ravitaillement du pays et au commerce des céréales et de leurs succédanés ? Qui serait compromis et jusqu'où irait le scandale ? On préféra fermer les yeux ou simplement les entr'ouvrir. Dans notre numéro du 3 août 1924, nous avons publié une lettre du Dr A. Veillard, qui nous signalait un article du *Petit Parisien* du 12 avril 1924, annonçant que des poursuites avaient été intentées contre trois négociants, un des Landes, un de Tours, un autre des Deux-Sèvres, qui avaient expédié et vendu à Paris des quantités considérables de haricots exotiques ; comme sanction ces haricots furent vendus par les soins du service de la répression des fraudes en indiquant simplement leur provenance réelle, la Birmanie, croyons-nous. On considéra cette affaire comme un simple délit de tromperie sur la nature de la marchandise vendue et l'on ne se préoccupa pas de l'emploi qui fut fait de ces légumineuses et des accidents toxiques qu'elles durent provoquer si elles furent consommées. Voilà, comment fut protégée la santé publique !

L'on aurait pu espérer que, dans les milieux scientifiques, les constatations du Dr Veillard auraient attiré l'attention. Ses idées sur l'étiologie des accidents encéphalitiques, bien que conjecturales, reposaient sur de troublantes coïncidences et sur des analogies qui méritaient qu'on les prît en considération, qu'on se donnât la peine de les contrôler, de les vérifier. Le Dr Veillard n'affirmait pas catégoriquement que les succédanés jouaient par leur toxicité le rôle de cause directe de l'encéphalite léthargique, mais il se demandait si l'absorption lente et prolongée de ces poisons alimentaires n'était pas pour quelque chose dans l'étiologie de cette singulière maladie et, surtout, dans celle d'une infinité de troubles nerveux que certains médecins, pour masquer leur ignorance, considéraient comme des séquelles d'encéphalites frustes ou larvées.

Mais le Dr A. Veillard se heurtait à un parti pris. L'encéphalite et les accidents prétendus d'origine encéphalitique devaient être contagieux et, comme l'on ne parvenait pas à découvrir l'agent du contage, l'on avait admis l'hypothèse d'un mystérieux virus-filtrant, ce qui accommodait tout. Cependant un doute restait malgré tout chez les bactériologistes les plus convaincus, car l'Académie de médecine n'osa pas proposer l'addition de l'encéphalite léthargique à la liste des maladies transmissibles devant être déclarées, même facultativement. Cependant il y a dans cette liste des maladies qui ont fait sans doute moins de victimes en France que l'encéphalite léthargique ; citons par exemple, la poliomyélite antérieure aiguë et la fièvre ondulante. Si les bactériologistes et les hygiénistes négligeaient les avertissements du Dr A. Veillard, ce n'était certes pas parce qu'ils désiraient éviter tout ce qui eût pu gêner le commerce coupable des succédanés toxiques, mais tout simplement parce que ces savants n'avaient pas l'esprit assez scientifique pour faire abstraction de la conception qu'ils avaient primitivement adoptée : celle de la contagion de l'encéphalite et de l'étiologie du virus filtrant, qui est peut être exacte, mais qui n'élimine pas l'intervention de causes annexes pratiquement et hygiéniquement plus importantes.

Il y a peu d'esprits assez élevés pour admettre qu'il leur soit possible de se tromper. Ils ne pouvaient concevoir sans humiliation que les constatations d'un petit médecin de province qui n'avait aucun caractère officiel et n'avait pas été à leur école, pussent avoir une valeur et méritassent d'être mises en balance avec leurs propres affirmations. Ceux qui daignèrent répondre, mirent en doute *a priori* la possibilité des faits signalés par le Dr Veillard et firent remarquer que tout cela ne reposait sur aucune observation suivie, ni sur aucune expérience.

Or, il est advenu que les vétérinaires qui très souvent font preuve d'un esprit scientifique et d'observation au moins égal à celui des médecins, ont eu, depuis la guerre, à se préoccuper des accidents provoqués chez les chevaux par l'ingestion des fameux succédanés et ont publié des travaux sur l'intoxication par les fèves, le lathyrisme. Ces travaux, dont le plus important a fait l'objet

de la thèse du docteur-vétérinaire-major Maleval qui porte sur plus de 1.500 chevaux ou mulets intoxiqués, donnent un singulier appui aux hypothèses du Dr Veillard. Nous trouvons la question du lathyrisme remarquablement résumée dans un article du « Bulletin officiel de la Fédération nationale, agricole, commerciale, financière et industrielle » du mois de juin 1926 (1).

L'auteur de l'article rappelle que les gesses, même d'origine française (*Lathyrus sativus, l. cicera*) sont toxiques et provoquent, notamment chez les chevaux, des affections singulières. Depuis fort longtemps les agriculteurs, les médecins et les vétérinaires avaient signalé ces accidents chez l'homme et chez les animaux, y compris les volailles.

Chez l'homme, l'intoxication est provoquée par l'introduction de la farine de gesse dans le pain et déjà, en 1671, un édit du duc de Wurtemberg, interdisait cette dangereuse addition. Les manifestations étaient des troubles nerveux, urinaires et génitaux. On a observé chez le porc, chez les agneaux, chez les volailles, des paralysies des membres dues au lathyrisme. Chez le cheval, l'intoxication a été tout particulièrement étudiée. Elle provoque des phénomènes adynamiques, de la faiblesse des membres, même de la paraplégie et surtout des crises de cornage, accompagnées de menaces d'asphyxie.

Or, ces accidents, sur la cause desquels on est actuellement absolument fixé, ne se manifestent qu'après un temps assez long. Il faut que l'accumulation du poison se fasse et cela dure parfois de trois à cinq mois, car les animaux ne sont pas soumis généralement au régime exclusif des gesses. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que les accidents toxiques peuvent se produire parfois 2 ou 3 mois après la suppression du régime toxique, au cours d'un état de santé qui paraît excellent, et avec des manifestations aiguës dont la brusquerie fait supposer le déclanchement d'accidents anaphylactiques. Tous les animaux qui suivent le même régime toxique ne sont pas atteints. Certains vétérinaires ont vu 70 % de l'effectif frappé, d'autres 10 à 22 % et en général les mulets se sont montrés plus sensibles à l'intoxication que les chevaux.

Or, M. Maleval n'est pas le seul vétérinaire qui ait observé ces accidents, l'on cite MM. Gaget, Léger, Marcenac, Tasset, etc. Durant la guerre, le service de l'Intendance, devant la pénurie des fourrages normaux, avait eu recours aux succédanés. Le résultat ne se fit pas très longtemps attendre. L'on chercha à en rejeter la cause sur les gaz toxiques qui jouèrent alors le rôle que jouent, peut-être, actuellement, les virus filtrants dans l'intoxication humaine. Mais l'on dut se rendre à l'évidence que les vétérinaires osèrent établir. Astier prétend que le principe toxique des gesses est un alcaloïde ; Brocq-Rousseu en fait une toxalbumine ; comme l'on a pu isoler ni l'uné, ni l'autre, on reste dans l'indécision. Mais un fait est certain, c'est que les gesses de nos pays, moins toutefois que les fèves exotiques, sont toxiques et peuvent donner lieu à de terribles accidents. Cette toxicité varie selon les espèces, selon le terrain de culture ; elle peut être, selon les cas, atténuée, même détruite par la cuisson, mais il n'est pas possible de donner des précisions à ce sujet.

Tout ceci n'est-il pas très intéressant, très troublant, quand le Dr Veillard vient nous affirmer que parmi les succédanés qu'on a mêlé à la farine, il y eu outre le seigle ergoté, et le maïs altéré, des proportions fort notables de gesses et de fèves toxiques provenant de Hongrie, de Java, de Birmanie, d'Argentine ? N'est-on pas en droit de supposer que ces mélanges de toxiques, lentement absorbés pendant plusieurs mois, sont capables de déterminer chez certaines personnes des troubles complexes et déconcertants pour les médecins ?

N'est-il pas à craindre que des négociants sans scrupules, profitant de l'ignorance, de l'indifférence ou de l'indulgence coupables (car nous n'oserions parler de complicité) des autorités, ne soient tentés, vu le bon marché des fèves exotiques et le prix de plus en plus élevé du blé, de mélanger aux farines ces succédanés indésirables ?

En tous cas, nous ne saurions trop remercier notre confrère le Dr Albert Veillard d'avoir courageusement et avec une ténacité que nous admirons, appelé l'attention sur les dangers de d'addition de certains succédanés dans les farines alimentaires. Il sait que le rôle de Cassandre est ingrat mais nous ne le croyons pas homme à se rebuter.

J. NOIR.

(1) Rédaction : 115 rue Réaumur, Paris (2e arr.).

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES RAPPORTS PATHOLOGIQUES ENTRE L'INTESTIN ET L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Par L. PRON.

I

Intestin et appareil respiratoire.

Les retentissements des états pathologiques de l'intestin sur l'appareil respiratoire sont plus fréquents et plus importants que ceux portant sur l'appareil circulatoire, dont j'ai fait récemment un court exposé.

Ils peuvent se ranger sous trois groupes : *mécaniques*, *réflexes*, *infectieux*.

RETENTISSEMENTS MÉCANIQUES. — *Aigus*, ils se rencontrent surtout dans l'aérophagie et l'aérocolie. Ils consistent en *crises de dyspnée*, dues au remontage du diaphragme par l'estomac et le côlon transverse, bourrés d'air sous tension, par blocage du cardia et spasme ou coudure intestinale.

On les rencontre également dans l'occlusion intestinale et dans le mégacôlon, dont la symptomatologie monotone et fruste est traversée par des phases aiguës.

Chroniques, ils se manifestent par une *dyspnée constante* modérée, principalement dans l'atonie de la musculeuse avec hypertension intra-abdominale par distension gazeuse, la pression intra-intestinale l'emportant sur la résistance de la paroi du tube digestif et de la paroi abdominale. Le diaphragme est remonté et sa convexité augmentée, d'où gêne du poumon dans son mouvement d'expansion (inspiration).

Cette *insuffisance respiratoire mécanique* est également le fait de la ptose abdominale, mais par un processus inverse : abaissement du diaphragme par le tiraillement des viscères sous-jacents. Elle est supprimée immédiatement par le décubitus dorsal et par le relèvement de la masse au moyen d'une sangle appliquée bas (toujours au-dessous de l'ombilic) ou de la main.

De là, l'utilité de la gymnastique abdominale (respiratoire), aussi bien dans l'obésité que dans la maigreur avec ptose, l'aérophagie, l'hypotonie viscérale sous-diaphragmatique, etc..., c'est-à-dire dans tous les états morbides physiques du ventre. Le jeu du diaphragme étant artificiellement amplifié ou facilité, celui du poumon est parallèlement modifié.

Le poumon et le ventre sont étroitement solidaires, au point de vue mécanique.

RETENTISSEMENTS RÉFLEXES. — Dans la ptose gastro-intestinale, ils sont le plus souvent associés aux retentissements mécaniques. A l'action de tiraillement par descente, se joint l'irritation du plexus solaire et, de là, celle du pneumogastrique, puis du bulbe ou d'autres centres nerveux. La *dyspnée* est en partie mécanique, en partie réflexe.

La *toux* d'origine intestinale existe-t-elle, de même nature que la toux réflexe gastrique ? Je ne crois pas en avoir jamais observé d'exemple ; peut-être a-t-elle été signalée par d'autres cliniciens. Logiquement, elle doit exister, quand on pense aux retentissements suivants. D'autre part dans la gêne mécanique pulmonaire d'origine intestinale, la dyspnée ne peut guère être exempte de toux.

Ce qui est bien admis, c'est l'importance du pouvoir réflexogène de l'appendice. ENRIQUEZ, ROUVIÈRE et GUTMANN (1) ont montré que l'appendicite chronique est essentiellement un facteur de vagotonie ; or, dire vagotonie, c'est dire *asthme* parmi les manifestations de cette dystonie nerveuse. Les liens, qui unissent l'appendicite à la vagotonie sont l'irritation des terminaisons nerveuses de l'appendice et les névromes, que MASSON (de Strasbourg) a trouvés dans un très grand nombre d'échantillons de sa collection et que GOSSET dit être presque la règle dans les appendices scléreux et obturés.

En fait, dès 1913, GUTMANN a attiré l'attention sur le rôle de l'appendice dans les *crises dyspnéiques*, qui étaient déclanchées par une simple pression sur le cæcum. Il est revenu à diverses reprises sur cette idée (2) et a observé que l'appendicectomie mettait fin à certains cas d'asthme, que tous les moyens médicamenteux n'arrivaient pas à modifier.

Frappé depuis longtemps des *troubles de la voix*, qui se montrent de façon passagère à l'oc-

(1) Société Médicale des hôpitaux de Paris (16 décembre 1921). Thèse de ROUVIÈRE, Paris, 1922.
(2) *Presse médicale* (24 janvier 1923)

casion de troubles digestifs : embarras gastrique, indigestion, diarrhée, coliques, etc., j'en avais fait, en 1919 (1), l'objet d'une communication, que je regardais comme une nouveauté, puisque Robin, dans les deux cents pages qu'il consacre aux retentissements des maladies de l'estomac sur le reste de l'organisme (2) n'en parlait pas. Or, quelque temps après, je me suis rendu compte que, soixante-deux ans auparavant, Chomel (3) avait mentionné « l'affaiblissement de la voix après les repas » parmi les symptômes secondaires « communs à la dyspepsie stomacale et à la dyspepsie intestinale ». Il regardait ce trouble comme « un phénomène exceptionnel ». En cela, il se trompait ; l'affaiblissement ou le voile de la voix est un symptôme fréquent, de façon chronique, chez les dyspeptiques — et, pendant les phases aiguës de l'affection, il subit une augmentation marquée. Chez les bien portants, il est également fréquent d'observer la raucité de la voix ou la modification de son timbre, outre son affaiblissement, à l'occasion d'un léger accident digestif.

L'irritation des terminaisons du pneumogastrique se fait sentir par voie ascendante sur les nerfs laryngés, d'où modification des sécrétions et de la sensibilité de la muqueuse du larynx (par le laryngé externe), en même temps et surtout que de la tension des cordes vocales (par le récurrent).

L'influence de l'abdomen sur le poumon a été mise à profit en thérapeutique. Au Congrès international de kinésithérapie, tenu à Paris en 1910, Hœnck (de Hambourg) a exposé les résultats qu'il avait obtenus par le massage du ventre dans la coqueluche et d'autres catarrhes bronchiques. D'une façon presque constante, il a observé la diminution de l'expectoration et de la toux ; dans certains cas, la cessation de cette dernière. La modification physico-dynamique, apportée par le massage au pneumogastrique abdominal (4), amenait une diminution de l'irritation intrapulmonaire et des symptômes qu'elle entraînait.

Ce n'est pas seulement fonctionnellement que l'intestin agit sur le poumon, ; il fait sentir son influence *morphologiquement.*

Un poumon qui, depuis des années, est entravé dans son jeu d'expansion et maintenu en état de méiopragie, arrive peu à peu à une diminution de volume définitive — et la cage thoracique se rétrécit parallèlement. De même, quand il existe un état inflammatoire chronique de l'intestin, les mouvements du diaphragme et, partant, de la cage thoracique se réduisent, de façon réflexe, au minimum, pour que le contenu abdominal soit le plus possible immobilisé et échappe aux tiraillements. C'est le *thorax paralytique.*

Quand l'inflammation chronique siège dans la moitié supérieure du ventre, l'amplitude respiratoire se cantonne dans la partie supérieure des poumons, la partie inférieure tendant à l'immobilisation, ce qui a pour conséquence la mise au repos de la région abdominale malade. On a ainsi le *thorax en clochette* : renflement de la partie supérieure, rétrécissement de la partie inférieure. Le thorax est profond, large et court, tandis que, dans l'emphysème, il est profond, large et long.

Quand il y a amas de gaz dans le côlon et qu'ainsi son volume est augmenté et sa pression intérieure accrue, la partie inférieure de la cage thoracique se dilate mécaniquement, ce qui aboutit au *thorax en cloche.*

Quand il y a coexistence des deux états : inflammation et amas gazeux chroniques, on a le *thorax hémisphérique* (1).

Retentissements infectieux. — La *pneumonie,* à titre de complication post-opératoire dans la gastro-entérostomie et la résection gastrique, vient de faire l'objet de nombreux travaux, de la part des chirurgiens ; mais c'est là un sujet peut-être en dehors de l'intestin proprement dit.

En ce qui concerne ce dernier, la Société de Médecine de Paris a consacré plusieurs séances au *syndrome entéro-pulmonaire* de Mélamet (2), qui fut mis sur la voie, après avoir observé une forte poussée thermique et un large foyer de condensation avec râles secs chez un tuberculeux chronique en période de rémission, cette poussée coïncidant avec une diarrhée intense. Fièvre et râles ayant disparu en quatre à cinq jours, Mélamet s'étonna de cette régression inacoutumée de signes pulmonaires « qui paraissaient traduire une extension brusque des lésions, sous la forme d'une nouveau foyer de broncho-pneumonie bacillaire ». Frappé par la disparition concomitante de la diarrhée, il fut conduit à étudier plus spécialement les pulmonaires atteints de troubles gastro-intestinaux, et il put « acquérir la conviction qu'il existait entre le tube digestif, l'intestin en particulier, et le poumon, des liens très étroits, qu'il existait, en pathologie humaine, un vaste syndrome entéro-pulmonaire » (3).

(1) *Influence du tube digestif sur la phonation.* (Société de Médecine de Paris, 22 mars 1919.)

(2) *Les maladies de l'estomac.* Deuxième édition (1904), pp. 717 à 914.

(3) *Les dyspepsies* (1857). p. 74.

(4) Au lieu de se terminer au plexus solaire, le pneumogastrique se prolonge tout le long du grêle, jusqu'à la valvule iléo-cæcale. (Guillaume. *Le sympathique et les systèmes associés,* 1921, p. 133).

(1) Ces différenciations ont été exposées par Mayr : *Fundamente zur Diagnostik der Verdauungs Krankheiten* (Vienne et Leipzig, 1921, pp. 239 à 241).

(2) Séances des 12 et 27 mars et 9 avril 1926.

(3) P. 186 du *Bulletin* (séance du 12 mars). Mélamet

Mélamet rappelle que les complications pulmonaires consécutives à des lésions intestinales aiguës sont très fréquentes : broncho-pneumonie des nourrissons, au cours de la diarrhée fébrile et du choléra infantile (SEVESTRE) — broncho-pneumonie dans l'occlusion intestinale, l'étranglement herniaire, l'appendicite — métastase pulmonaire du cancer abdominal, etc... FAISANS, dans toutes les variétés de bronchite, employait les purgations comme traitement fondamental.

Le système lymphatique de l'intestin a des relations très étroites et très spécialisées avec le poumon. RAZEMON (1) a montré que les germes pathogènes pénètrent dans le courant lymphatique par la séreuse péritonéale, à travers les interstices de ses cellules endothéliales ; ils arrivent dans la veine cave supérieure et, de là, dans le cœur droit et le poumon. BINET et LOUBRY (2) viennent de faire une communication sur « l'atteinte des poumons et des ganglions thoraciques par des injections faites dans les parois gastriques et intestinales ». LOUBRY, dans sa thèse (3), a prouvé que la voie lymphatique est tout et que les résultats de l'injection de bleu de Prusse dans la paroi gastrique ou intestinale restent positifs après ligature préalable de la veine porte.

C'est l'entérocoque qui paraît être le germe coupable ; G. ROSENTHAL a montré, dans sa thèse (1900), qu'il est étroitement affilié au pneumocoque et au streptocoque.

Certains auteurs rattachaient à un facteur réflexe les complications pulmonaires des opérations gastriques ; mais, outre les constatations des bactériologues, les résultats, fournis par la vaccination pré-opératoire contre l'entérocoque ont démontré à la fois l'origine microbienne de ces accidents et la spécificité de l'entérocoque.

L'existence du syndrome entéro-pulmonaire aigu étant bien certaine, peut-on individualiser ce syndrome à l'état *chronique* ? MÉLAMET le croit, et il base son opinion sur la clinique et la thérapeutique.

Des malades qu'il a suivis, il fait deux groupes : ceux qui présentent des lésions du poumon cliniquement appréciables, ceux qui se plaignent du poumon, sans que l'auscultation donne rien de positif. Tous toussent ou toussaillent, se plaignent de douleurs thoraciques aiguës ou chroniques, continues ou intermittentes et ont des troubles gastro-intestinaux chroniques ou périodiques ; la plupart sont frileux et, parmi les troubles de circulation qu'ils présentent, figurent souvent les varices. « L'entérocoque se rencontre dans leurs expectorations avec une grande fréquence ; le pneumocoque et le streptocoque accompagnent bien souvent l'entérocoque, mais très rarement le staphylocoque. »

Dans le premier groupe, la *tuberculose* tient la première place. Sans parler des troubles digestifs du début de la maladie, ni de la diarrhée tuberculeuse, les tuberculeux pulmonaires présentent des troubles gastro-intestinaux fréquents : inappétence, digestions pénibles, insuffisance hépato-pancréatique, constipation ou diarrhée aiguë, ces troubles sont généralement, et à tort, mis sur le compte d'une grippe intestinale. Ils s'accompagnent parfois de réactions pulmonaires dont la caractéristique est leur fugacité et leur mobilité.

Les *basiles* « s'expliquent souvent par l'existence d'un syndrome entéro-pulmonaire ».

L'*emphysème*, ou plutôt les *poussées de bronchite* si fréquentes dans cette maladie, « correspondent souvent à un état aigu ou subaigu de l'intestin » et « s'espacent avec une rapidité étonnante » par un régime sévère.

Le second groupe comprend un nombre considérable de malades, de femmes surtout, qui passent leur vie à se plaindre du « mal de dos » : douleur variable, exacerbée par divers facteurs, entre autres la constipation ou la diarrhée — et qui toussent ou toussottent. Chez les patients qui crachent, on trouve l'entérocoque dans les expectorations. Chaque fois que la constipation augmente ou que la diarrhée apparaît à l'état aigu, les douleurs thoraciques augmentent également. Ces algies, si rebelles, disparaissent avec une rapidité surprenante, quand, soupçonnant un état entéro-pulmonaire, on leur oppose un traitement approprié. »

MÉLAMET a mis en évidence le rôle de l'entérocoque par un test biologique : intradermo-réaction à l'entérocoque. Sur 72 malades du poumon, il a obtenu chez 38, soit chez 55 %, une réaction positive : rougeur avec infiltration légère de la peau. C'est là un moyen simple, facile et inoffensif de diagnostic.

Comme traitement, à part le régime alimentaire et les médicaments intestinaux, il essaye actuellement un vaccin entérococcique par voie hypodermique et un vaccin strepto-pneumo-entérococcique par voie buccale.

Dans un travail récent, PRUVOST (1) développe les mêmes idées que MÉLAMET et pose, en principe, que le foyer initial de la tuberculose doit être généralement cherché dans des lésions variables mais persistantes du tube digestif, qui per-

---

avait parlé pour la première fois de ce syndrome à la séance du 24 mai 1924 (p. 354), à propos de l'emphysème pulmonaire chronique.

(1) Thèse de Lille (1923).

(2) Académie de Médecine (22 décembre 1925), p. 1276 du *Bulletin*.

(3) Thèse de Paris (1925).

(1) *Indices révélateurs d'une révolution prochaine dans les idées au sujet de l'origine réelle de la tuberculose.* Brochure en dépôt à Paris, chez Maloine.

mettent aux bacilles acido-résistants, jusque-là saprophytes banaux, d'atteindre peu à peu à la virulence du bacille tuberculeux.

Un autre retentissement de l'intestin sur le poumon, important et fréquent, connu seulement depuis quelques années, est la *pneumonie* ou *broncho-pneumonie infantile*, due à la fixation temporaire des larves des ascarides sur la muqueuse de l'arbre respiratoire.

II

Poumon et intestin

Ici, il n'y a guère à mentionner que l'influence de la tuberculose pulmonaire, en laissant de côté les manifestations spécifiques, qui ne sont qu'une propagation de la maladie.

Comme *retentissements non spécifiques*, on observe, au début de la maladie, soit une *alternance de constipation et de diarrhée*, soit de la *diarrhée* seule, qui peut même, pendant longtemps, résumer toute la symptomatologie. Les produits toxiques, contenus *dans les crachats*, irritent la muqueuse intestinale comme la muqueuse gastrique, mais à un degré moindre, puisque cette dernière joue le rôle de barrière protectrice ou atténuante. Il s'ensuit une *entérite catarrhale*, qui peut aboutir à des *érosions superficielles* ou à de vraies *ulcérations*.

Outre la déglutition de crachats, il faut faire une place importante aux toxines, qui arrivent à la muqueuse intestinale par voie sanguine.

La digestion est incomplète ; les selles renferment des fibres musculaires et conjonctives, des gouttelettes de graisse et des grains d'amidon, par suite d'un transit trop rapide.

La diarrhée peut s'accompagner de fièvre et de coliques.

Dans certains cas, on observe de l'*atonie de l'intestin* qui se manifeste par du *météorisme* et une impression de plénitude et de tension.

Herz admettait une pérityphlite non spécifique comme conséquence de la tuberculose pulmonaire ; il tend à la mettre en doute aujourd'hui ; mais il retient l'opinion de Bjalokur, selon laquelle l'*appendicite* existerait dans 30 % des cas — et celle de Gaut, Plaza et Blanco, qui auraient observé des cas de *fistule anale* non tuberculeuse chez des tuberculeux (1).

Depuis l'apparition du syndrome *entéro-pulmonaire* de Mélamet, on peut se demander ce qu'il reste de fondé dans ces retentissements. Certainement, une part est bien réelle, mais il semble que la question doive être reprise, afin de rendre à chaque camp : poumon et intestin, ce qu lui revient en propre.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les dangers du taxis.

M. J.-P. Tourneux,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Je vous ai déjà entretenus, Messieurs, à plusieurs reprises, des hernies étranglées ; je vous ai montré en quoi consistait l'étranglement herniaire, quelles étaient les lésions qu'il pouvait entraîner, et à ce propos, je vous ai indiqué rapidement ce qu'il convenait de faire en pareil cas. Je tiens à revenir aujourd'hui sur ce point, et à vous parler d'un mode de traitement des hernies étranglées, qui fut pendant très longtemps en honneur, et qui, bien qu'il eût dû être complètement abandonné actuellement par suite des dangers qu'il présente, est encore cependant préconisé par un grand nombre de médecins. Je me permets d'espérer que, lorsque vous aurez vu tous les accidents qu'elle a occasionnés, aucun de vous n'aura la pensée de recourir à cette méthode à la fois aveugle et dangereuse.

Vous savez que lorsqu'une hernie est étranglée, la seule et unique indication qui existe, est de la réduire sans aucun retard ; pour cela on peut disposer de deux méthodes de traitement bien différentes l'une de l'autre, la kélotomie et le taxis.

La *kélotomie*, opération sanglante que vous m'avez vu exécuter un certain nombre de fois au cours de ce trimestre, consiste essentiellement à découvrir à l'aide d'une incision le sac herniaire, ou mieux les organes qui y sont contenus, puis à détruire le lien constricteur qui s'oppose à la rentrée de l'anse intestinale dans la cavité abdominale, et enfin, à repousser dans le ventre les viscères herniés. Quant au *taxis*, que vous ne m'avez jamais vu employer, mais qui avait été pratiqué, sans aucune espèce de résultat, chez quelques-uns des malades qui sont venus un peu tardivement nous demander de les opérer, il constitue une méthode non sanglante, dans laquelle on s'efforce par une série de manœuvres manuelles, de pressions graduelles, d'abord douces, puis un peu plus fortes, de réduire le volume de la hernie et de faire réintégrer à l'intestin son domicile habituel.

(1) *Die Storungen des Verdauungs apparales als Ursache und Folge anderer Erkrankungen* 3e partie. Berlin, 1914, p. 543.

Pendant très longtemps, jusque vers la fin du siècle dernier, époque où les découvertes successives de l'antiseptie et de l'aseptie ont permis aux chirurgiens d'intervenir sans faire courir de risques d'infection à leurs opérés, les praticiens, par suite des redoutables dangers qui faisaient suite aux moindres interventions chirurgicales, avaient toujours entrepris de traiter les hernies étranglées par le taxis, et ce n'était que lorsqu'ils avaient reconnu que leurs efforts demeuraient impuissants qu'ils arrivaient à se décider, et cela bien souvent seulement au bout de trois à quatre jours d'attente, à prendre le bistouri pour lever l'agent d'étranglement. Comme vous le comprenez aisément, il était alors presque toujours trop tard, les lésions étaient déjà tellement accusées que l'opéré succombait la plupart du temps, et les mauvais résultats opératoires, auxquels on était fatalement amené, ne pouvaient qu'ajouter encore à la défaveur dont jouissait la kélotomie.

Ce n'est pas que l'on n'eût pas reconnu que le taxis n'était pas lui-même exempt de dangers, et si Gosselin le considérait, en 1863, comme constituant le traitement de choix des hernies étranglées, à la même époque, d'autres auteurs, comme Malgaigne et Maisonneuve étaient effrayés par le nombre et la gravité des accidents qu'ils avaient vus survenir après les manœuvres de réduction. Actuellement, la question semble bien et définitivement jugée : l'aseptie a permis aux chirurgiens de recourir d'emblée à la kélotomie, sans perdre leur temps à de vaines tentatives manuelles,et l'on est à se demander comment certains médecins, en présence d'une hernie étranglée, en sont encore à pratiquer le taxis, méthode absolument aveugle, qui ne peut permettre au praticien de se rendre compte de l'état des organes retenus dans le sac herniaire, et qui n'a que trop souvent pour unique résultat celui de refouler dans l'abdomen une anse intestinale dont la vitalité est irrémédiablement compromise.

Mais, ce n'est pas là le seul accident qui soit imputable au taxis, car cette méthode expose à bien d'autres complications graves, que je vais passer successivement en revue, après vous avoir toutefois rappelé sommairement en quoi consiste ce procédé de cure de hernie étranglée.

Pour arriver à pratiquer le taxis avec quelques chances de réussite, il faut d'abord faire coucher le malade sur le dos, la tête et la poitrine bien dégagée, le bassin un peu plus élevé que le tronc, les cuisses fléchies sur le bassin et portées en abduction, afin de produire à son maximum le relâchement des muscles abdominaux. La vessie a dû être vidée complètement, et il faut avoir eu soin de recommander au malade de se bien garder de faire le moindre effort. Tout étant ainsi disposé, on saisit avec les mains le pédicule de la tumeur herniaire, que l'on s'efforce d'allonger afin de faire du sac de la hernie une espèce d'entonnoir dont la partie la plus rétrécie correspondra à l'anneau. On exerce alors une série de pressions douces, dont on augmente graduellement l'intensité : le pédicule est ainsi effilé, puis poussé vers l'anneau, siège de l'étranglement. On tâche tout d'abord de faire refluer les gaz accumulés dans l'anse intestinale, puis on repousse en second lieu les parties qui sont sorties les dernières de la cavité abdominale, ou plutôt, étant donné que l'on ne peut voir ce que l'on fait, les parties situées au voisinage immédiat de l'anneau herniaire.

Il est bien évident que les efforts de ce taxis ne doivent pas, de crainte de produire certaines lésions des organes herniés, être prolongés au-delà d'un temps donné : Malgaigne recommandait de s'arrêter au bout de dix minutes et d'abandonner la méthode, si à ce moment on n'avait pas obtenu de résultat. Il est vrai que tous les auteurs n'étaient pas de son avis et que certains, comme Amussat, Lisfranc, Vignolo et Nivet conseillaient de continuer le taxis pendant plusieurs heures de suite, ou d'augmenter les efforts de pression.

Je vous dirai tout de suite que ces deux dernières méthodes, du taxis prolongé et du taxis de force, sont depuis longtemps tombées dans le plus juste des oublis, à cause des désastres qu'elles ont produits et qu'il en est de même des manœuvres préconisées par Nélaton, Gosselin et Deroubaix qui n'hésitaient pas à ponctionner l'anse intestinale pour en diminuer la tension : actuellement, on n'emploie plus que le taxis simple à la manière de Malgaigne.

Mais, me direz-vous, comment se fait-il que cette méthode de traitement des hernies étranglées qui a donné pendant si longtemps des résultats en somme satisfaisants, n'en donne plus de nos jours et que presque toutes les tentatives de taxis demeurent infructueuses ? Je vous répondrai tout de suite que si le taxis ne donne plus les brillants résultats que certains auteurs tels que Sourier et Max Schede ont toujours obtenus, c'est qu'on ne sait plus le pratiquer, et qu'on l'emploie également dans des cas où il ne peut rendre que difficilement des résultats heureux.

La plupart des praticiens négligent complètement les prescriptions si claires et si précises posées par Gosselin et par Nélaton, que je viens de vous signaler, et se bornent à exercer des pressions quelconques au niveau de la tumeur herniaire, sans songer à l'effiler, à l'exprimer pour ainsi dire : ils en arrivent alors à pousser contre l'agent d'étranglement un intestin rempli de gaz et de matières, et n'aboutissent finalement qu'à un seul résultat, celui de faire souffrir le malade, quand ils ne créent pas une solution de continuité au niveau de l'anse herniée.

En outre, il existe toute une série de hernies, où l'on ne doit pas pratiquer le taxis : ce sont d'abord les hernies ombilicales, où, comme vous le savez fort bien, l'agent d'étranglement ne se trouve pas situé au niveau de l'anneau, mais siège au contraire dans le sac lui-même, étant formé par les adhérences épiploïques, et où, par conséquent, toutes les manœuvres de réduction tentées ne pourront que rester infructueuses. C'est ensuite l'immense majorité des cas de hernies inguinales, dans lesquelles l'étranglement est produit non par l'anneau inguinal externe, mais par le collet du sac. Comme ce collet est doué de mobilité, on ne peut parvenir à le fixer, car on n'a pas de prise sur lui, et le taxis ne peut amener qu'un résultat, une réduction en masse de la hernie étranglée, comme vous le verrez dans un instant. Je ne vous parle pas, bien entendu, des autres variétés de hernies plutôt rares, comme les hernies lombaires et les hernies ischiatiques, où le taxis n'a jamais été indiqué.

Ce n'est donc guère que, dans les cas de hernies crurales, ou de hernies inguinales dont l'étranglement serait causé par l'anneau et non par le collet du sac, ce qui est très rare, que vous pourriez à la rigueur songer à employer le taxis ; mais si vous en venez à envisager toutes les complications qui menacent de survenir à la suite de ces tentatives de réduction, vous vous garderez bien de recourir à ce mode de traitement, et vous en arriverez d'emblée à pratiquer la kélotomie.

Il faut que vous sachiez tout d'abord que le taxis risque souvent de ne rendre aucun service et qu'il peut ensuite être dangereux par suite d'une erreur de diagnostic ou encore d'une disposition spéciale du contenu herniaire, dont on ne peut, la plupart du temps, que très difficilement se rendre compte par le simple examen clinique.

C'est ainsi qu'un kyste sacculaire atteint d'inflammation chronique, un lipome préherniaire étranglé, simulent à s'y méprendre par leur tableau clinique, une véritable hernie étranglée. Si dans ce cas, le taxis ne présente pas de véritable danger, et se borne à être excessivement douloureux, car la réduction est impossible, il n'en est plus de même dans les cas d'appendicite herniaire, où il est souverainement imprudent, et même complètement contre-indiqué de refouler dans la cavité abdominale un organe enflammé capable d'occasionner une péritonite.

Souvent, il se trouve, dans le sac herniaire, en même temps qu'une anse intestinale, une certaine quantité d'épiploon ayant contracté des adhérences sur une étendue plus ou moins considérable avec le feuillet péritonéal, qui constitue l'enveloppe herniaire : vous concevez que, dans ce cas encore, toutes les tentatives de réduction demeureront infructueuses, et qu'il ne pourra qu'en être de même dans les cas de hernie appendiculaire adhérente ou du segment iléo-cæcal lorsqu'elles ont lieu par glissement.

Enfin, il sera de même tout à fait contre-indiqué de réduire un appendice ou une trompe de Fallope étranglée, en raison des phénomènes nécrotiques qui ne tardent pas à se manifester au niveau de ces organes, et cela en dépit de la cessation de toute espèce de striction ; malheureusement, il s'agit encore là de faits résultant uniquement de constatations opératoires, et que l'examen clinique ne permet jamais de diagnostiquer. Je n'insiste pas, et je ne fais que vous signaler des erreurs plus considérables, telles qu'un étranglement interne ou à siège anormal dont les phénomènes sont rapportés à une hernie normale ; il vous suffira toujours d'un examen un peu attentif de votre malade pour vous éviter de pratiquer des manœuvres de réduction, là où le besoin ne s'en fait pas sentir.

Dans un certain nombre d'autres circonstances, où il s'agissait bien d'une hernie étranglée, et où l'on avait constaté que la tumeur herniaire avait cédé sous la pression et s'était réduite, on n'a pu noter aucune amélioration même passagère, car les accidents d'étranglement loin de disparaître, ont continué à se manifester. Les manœuvres de taxis n'ont entraîné dans ces cas qu'une fausse réduction, complication qui peut se manifester sous différentes modalités.

Dans la réduction en masse, qui ne s'observe que dans les hernies inguinales et dont je n'ai vu que trop d'exemples, les tentatives de réduction ont bien déterminé la disparition de la tumeur en arrière de l'anneau fibreux qui s'est laissé distendre : mais, comme l'agent de striction ne siège pas en ce point, puisqu'il est au niveau du collet, il s'ensuit que l'étranglement persiste toujours, car, l'on s'est borné à refouler la hernie étranglée en arrière de la paroi abdominale. Ce qui montre bien d'ailleurs qu'il ne s'agit que d'une fausse réduction, c'est que les symptômes fonctionnels continuent à évoluer comme précédemment.

Dans quelques autres cas, où le sac herniaire présente une série d'étranglements successifs, comme dans les hernies inguinales congénitales, on peut arriver par le taxis à réussir à faire franchir à l'anse intestinale le premier obstacle qui se trouve au niveau de l'anneau inguinal externe, mais comme il existe un autre point de striction à la hauteur de l'anneau inguinal interne, il en résulte que l'intestin, au lieu de pouvoir réintégrer la cavité abdominale, est forcé de s'étaler dans l'épaisseur de la paroi. Il s'agit alors dans ces cas d'une simple réduction partielle, analogue à celle que l'on observe dans les hernies volumineuses, où le taxis ne réduit qu'une portion de l'intestin contenu dans le sac, et où il reste encore dans le trajet herniaire une ou plusieurs anses

subissant encore l'action de l'agent d'étranglement.

Dans d'autres circonstances, les manœuvres de réduction effectuées ont bien amené la disparition de l'intestin, alors que le sac est resté en place, mais par suite de l'existence d'anomalies du développement du canal vagino-péritonéal, le sac herniaire présente un certain nombre de diverticules propéritonéaux, situés en avant de son collet, et le résultat fourni par le taxis n'a été que de refouler l'intestin dans un diverticule sans que la striction exercée au niveau du collet ait été modifiée. Ce sont là des faits connus depuis bien longtemps, puisqu'ils ont été signalés pour la première fois par Cruveilhier, et sur lesquels Krönlein et Villard (de Lyon) ont récemment insisté de nouveau.

Enfin, à la suite de tentatives de refoulement exercées avec une certaine énergie, on a pu relever, soit la déchirure complète du sac, qui laisse alors passer son contenu dans le tissu cellulaire ambiant, alors que l'étranglement persiste toujours, soit la désinsertion totale du collet. Le sac reste alors en place et l'intestin se trouve bien réduit, mais il entraîne avec lui, à la façon d'une véritable bague, l'agent d'étranglement qui persiste toujours et ne peut que continuer son œuvre néfaste.

Vous ne serez certainement pas surpris que toutes ces manœuvres de réduction, que toutes ces pressions plus ou moins considérables que l'on a déployées contre la tumeur ne se soient pas exercées impunément. Le taxis, en effet, cause tout d'abord un certain nombre de petites lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui se traduisent ordinairement par l'apparition d'infiltrats sanguins plus ou moins étendus, et d'ecchymoses superficielles, mais qui, dans certains cas, peuvent s'étendre sur toute la région traumatisée et gagner jusqu'au scrotum et au fourreau de la verge. Il s'agit là d'un accident que vous avez pu observer récemment chez un de nos malades ; à la rigueur, il n'est pas très important, bien qu'il puisse fournir un excellent milieu de culture pour les germes microbiens, mais il faut songer que ce même traumatisme est capable de causer des lésions autrement graves au niveau de l'intestin.

Vous savez en effet que le premier effet de l'étranglement herniaire est de provoquer au niveau de l'anse sur laquelle est opérée une striction, une stase veineuse considérable, si considérable même, que dans bon nombre de cas, les vaisseaux en arrivent à se rompre spontanément. Il est bien évident, que ces ruptures ne peuvent qu'être hâtées dans leur apparition par les manœuvres du taxis et deviennent par suite beaucoup plus étendues : le feuillet viscéral du péritoine peut alors être rompu sur une plus ou moins grande étendue, le mésentère est tuméfié par de larges ecchymoses, et le liquide que contient le sac herniaire devient très rapidement hématique.

Toutes ces conditions, vous le comprenez aisément, compromettent d'une façon singulière la vitalité de l'anse intestinale, et vous ne devrez pas être étonnés si, dans un certain nombre de cas de hernies étranglées réduites par le taxis, vous êtes appelés à constater l'existence d'entérorragies très précoces, survenant le jour même ou le lendemain, et qui peuvent par leur abondance, car elles sont capables d'atteindre un et même deux litres, causer une complication des plus graves ; ces entérorragies, bien décrites par L. Sauvé, sont le résultat d'une véritable contusion de l'intestin.

Dans quelques autres cas, où les tentatives de taxis avaient heureusement échoué, et où il avait fallu procéder secondairement à la kélotomie, on a pu constater l'existence de lésions beaucoup plus graves, consistant en déchirures intestinales, en déchirures complètes ou incomplètes du mésentère, s'accompagnant parfois d'une désinsertion totale, lésions qui ont nécessité une résection de l'intestin ou l'établissement d'un anus contre nature. Vous vous rendez aisément compte de ce qui serait ultérieurement survenu, si dans de pareils cas, les manœuvres de réduction avaient été couronnées de succès.

Le taxis est, comme vous le voyez bien, une méthode complètement aveugle, et dans laquelle on ne peut savoir au juste ce que l'on fait ; elle expose donc par là même à réduire dans l'abdomen un intestin douteux, peut-être même frappé de gangrène et capable par conséquent d'entraîner la mort du malade par perforation intestinale. C'est que sur un intestin étranglé, les lésions de sphacèle peuvent évoluer avec plus ou moins de rapidité : parfois, elles n'apparaissent que quelques jours après le début des phénomènes d'étranglement, mais, dans bon nombre d'autres cas, la mortification des tissus se manifeste beaucoup plus tôt, quelquefois même au bout de quelques heures. Cette rapidité d'évolution du sphacèle dépend en effet de beaucoup de choses : de l'état de résistance du sujet, de l'étroitesse de l'étranglement, de la gêne de la circulation et de l'innervation, de l'activité réactionnelle du contenu intestinal, et aussi pour beaucoup de la contusion exercée sur les organes herniés.

Ce sont toutes ces conditions qui entrent en ligne de compte, et qui déterminent par suite la production plus ou moins rapide de la gangrène. Malheureusement, il faut bien avouer que la clinique est encore tout à fait impuissante pour permettre le diagnostic des altérations intestinales : aucun symptôme ne nous vient en aide pour nous permettre de nous rendre compte cliniquement

de la vitalité de l'anse herniée, car bien souvent même, lorsqu'au cours d'une kélotomie, on a pour ainsi dire les pièces en main, on arrive à hésiter, et à se demander si l'intestin que l'on est tenté de réduire ne va pas, dans les heures qui suivront, réaliser une perforation.

On a pu parfois, lorsque délibérément on pratiquait une kélotomie, et cela dans des étranglements ne remontant qu'à un ou deux jours, constater au moment de l'ouverture du sac que les phénomènes gangréneux avaient déjà produit leur œuvre, et qu'une perforation spontanée des tuniques intestinales avait permis aux matières contenues dans ce viscère de se déverser dans le sac. Mais, comme il s'était heureusement établi une série d'adhérences protectrices entre le pourtour du collet du sac et les extrémités de l'anse, il n'y avait pas eu de propagation inflammatoire au péritoine abdominal. Il est bien évident, que si, par malheur, au lieu de recourir d'emblée à la kélotomie, on eût d'abord essayé de tenter un taxis, les manœuvres de réduction eussent vite fait de rompre la fragile barrière qui isolait ce phlegmon stercoral, et on eût bientôt vu évoluer toute la symptomatologie d'une péritonite suraiguë rapidement mortelle.

Je vous dirai d'ailleurs qu'il n'est même pas besoin d'une lésion intestinale pour que des accidents septiques péritonéaux puissent se développer à la suite du taxis : la brusque irruption dans la cavité abdominale du liquide contenu dans le sac herniaire suffit amplement, et notre littérature médicale possède un nombre suffisant d'observations qui mettent bien en lumière la pathogénie de certaines péritonites, qui ont évolué à la suite de manœuvres de taxis, et où l'autopsie n'a pu révéler aucune espèce de lésion intestinale.

A la suite de tout étranglement herniaire, on voit apparaître dans l'intérieur du sac une quantité plus ou moins abondante de liquide venu par transsudation et qui provient de la gêne circulatoire ainsi que de la congestion intestinale. Le liquide, primitivement limpide, citrin et inodore, ne tarde pas bientôt à changer de caractère : il devient d'abord roussâtre, brun, sale, sanieux, contenant en suspension des flocons fibrineux, et finit par subir une transformation puriforme, d'apparence fécaloïde. De véritables lésions septiques, infectieuses, se développent dans l'intérieur du sac, sans que pour cela la vitalité de l'anse herniée soit aucunement compromise.

Ce liquide, contenu ainsi dans le sac herniaire, est un liquide septique renfermant toute une flore bactérienne émanant de la cavité intestinale, et les recherches de Tavel, de Brentano, de Bosc et de Blanc ont eu, en effet, pour résultat de montrer que les bactéries, à la faveur des altérations intestinales dues aux troubles de circulation et d'innervation pouvaient aisément passer à travers les différentes tuniques et venir coloniser dans un espace clos, dans un vrai bouillon de culture. Ces phénomènes infectieux peuvent, dans certains cas, produire des lésions à distance, comme le montrent bien les accidents de pneumonie dont sont souvent atteints les sujets présentant un étranglement herniaire ; aussi, pouvez-vous juger des redoutables conséquences que déterminerait dans un péritoine l'arrivée subite de ces colonies microbiennes en pleine évolution.

Plus rarement, en dépit d'une réduction intestinale correcte obtenue par le taxis, on voit persister les accidents d'étranglement ; il convient d'incriminer alors d'autres altérations intestinales. Au cours de la sténose, les tuniques de l'intestin ont bien conservé leur vitalité, et si les accidents persistent après la réduction, c'est que l'anse herniée a subi des altérations de position telles que la circulation des matières n'a pu se rétablir. Il s'agit alors de certaines coudures à angles aigus avec formation d'un véritable éperon, qui sont dues aux phénomènes inflammatoires ayant amené l'accolement en canon de fusil des deux branches de l'anse, de certaines adhérences pathologiques qui forment un collier autour du sillon d'étranglement, empêchant par suite l'intestin de reprendre son calibre normal, et des torsions qui se sont effectuées dans le sac et qui ont été rendues définitives par des phénomènes inflammatoires. Il y a là toute une série d'accidents, dont on ne peut se rendre compte que par un examen direct au cours de la kélotomie et qui continueraient à évoluer dans l'intérieur de l'abdomen, si l'on s'était borné à un simple taxis.

Parfois, après les manœuvres de réduction, la persistance des accidents est due non plus à des altérations mécaniques, mais à un état paralytique de l'anse herniée. Souvent, au cours des kélotomies, vous avez été frappés de voir un intestin comme fixé dans sa forme, avec un sillon d'étranglement très fortement marqué, et des tuniques œdémateuses et dépourvues de contraction : la vitalité intestinale était bien conservée, mais la *motilité* et *l'élasticité étaient abolies*. Sous l'influence des malaxations, et surtout des lavages de la paroi intestinale au sérum tiède, vous avez vu disparaître cette parésie intestinale, mais il est bien certain que si une pareille anse avait été réduite dans l'abdomen par le taxis, ces accidents auraient continué à se manifester et auraient vraisemblablement entraîné la mort du malade à brève échéance.

Enfin, on peut voir encore évoluer, mais cette fois comme complication tardive, des accidents d'occlusion dus à des sténoses intestinales, ou même des fistules stercorales qui résultent de la réduction d'anses herniées, présentant des points de sphacèle, et qui ont abouti heureuse-

✦✦✦✦

ment à des perforations enkystées ou à des péritonites circonscrites.

Telles sont, Messieurs, les principales complications du taxis, dont je voulais vous entretenir aujourd'hui, complications que les anciens chirurgiens avaient bien notées, et qui montrent quels sont les redoutables accidents qui peuvent survenir à la suite de ces manœuvres de réduction, d'autant plus redoutables qu'elles seront plus forcées et plus prolongées. Ces complications, que l'on rencontrait encore si souvent, il y a seulement quelques années, semblent actuellement diminuer de fréquence d'une façon notable, et cela parce que les jeunes générations médicales pratiquent de moins en moins la méthode du taxis. Il ne faut certes pas s'en plaindre, mais au contraire s'en féliciter, car ce résultat prouve que l'éducation chirurgicale des médecins, si incomplète encore sur de nombreux points, paraît avoir été réalisée en ce qui concerne le traitement de la hernie étranglée.

SELS SOLUBLES ET SELS INSOLUBLES DE BISMUTH EN SYPHILIGRAPHIE

(*Réponses à M. A. Galliot* et *à M. Aubry*) (1).

Par H. Drouin.

Sans doute est-il trop tard pour parler encore d'eux ; sans doute aussi M. Galliot aura-t-il raison d'estimer que j'aurais mis à lui répondre un retard un peu bien incorrect. Qu'il veuille trouver ici mes excuses, ma justification aussi : il ne m'a pas fallu moins de trois mois pour digérer et assimiler l'épithète de dogmatiste. Ce délai, bien court pour permettre, au syphilitique, l'assimilation d'un bismuth insoluble, pourra paraître bien long pour une simple épithète. En ce qui me concerne, je trouve ce temps à peine suffisant, car si je me sens capable de haine, c'est bien pour le dogmatisme. Mais est-ce être dogmatique que de parler raisonnablement ? Je ne crois pas avoir fait autre chose dans mon article du 7 mars dernier.

Qu'on veuille bien se rappeler que, si j'y prenais la défense des bismuths solubles, je ne le faisais qu'à l'abri d'autorités aussi considérables que celle du docteur Queyrat qui, en conclusion d'une réponse à M. Pinard, disait : « Je n'emploie plus que ces préparations solubles, je m'en trouve très bien et mes malades encore mieux ». Si je dois être damné pour dogmatisme, je consens volontiers à l'être en aussi honorable compagnie.

Au reste, j'enregistre avec plaisir mon accord avec M. Galliot sur une moitié de la question : M. Galliot veut bien reconnaître l'excellence des sels solubles et leur prééminence sur les insolubles dans le traitement d'attaque. Pour le traitement d'entretien, M. Galliot leur préfère les insolubles et cela, en définitive, pour des raisons que j'oserai qualifier d'extra-médicales. Certes, l'espacement plus grand des injections est un avantage pratique indéniable, mais alors, sur ce terrain exclusivement pratique, pourquoi ne pas invoquer contre les sels insolubles l'incommodité, l'encrassement des seringues, etc. ?

(1) Voir *Concours médical*, 7 mars, 11 avril et 20 juin 1926.

Bien sûr, les principes les plus solides doivent souvent plier devant certaines nécessités pratiques. Qui de nous n'a dû, à son corps défendant, prescrire des pilules à un malade qui partait en voyage à une période de sa maladie où la plus élémentaire prudence eût exigé un vigoureux traitement par injections ?

Pour ces raisons, je ne demande pas mieux de reconnaître avec M. Galliot « qu'il ne faut pas jeter la pierre plus à une médication qu'à une autre ».

Mais je ne puis consentir à placer sur le même rang les produits solubles et les produits insolubles et admettre que ces derniers s'absorbent régulièrement et complètement. Dans une série d'expériences sur le lapin, M. Guiberteau, élève de MM. Hudelo et Montlaur, a montré au contraire la lenteur et l'irrégularité d'absorption de nombreuses espèces de sels insolubles, — que la radiographie révèle une masse opaque continue ou de simples traînées bismuthiques.

Quant à la proportion des abcès que je fixais à un sur mille, M. Galliot la situe aux alentours de un pour deux mille ! Bien que l'écart soit du simple au double, il porte sur une proportion telle qu'il est peut-être permis de le considérer comme négligeable.

Enfin, ayant, moi aussi, fait ou fait faire un chiffre d'injections de sels solubles qui n'est pas loin d'atteindre 15.000, j'en suis encore à attendre mon premier abcès.

Voilà tout ce que mon dogmatisme désire opposer aux critiques de M. Galliot. Aucun argument, si péremptoirement soit-il formulé, ne me paraîtra jamais capable de prévaloir contre une vérité première de ce calibre : *Corpora non agunt nisi soluta* ». Un corps soluble s'absorbe mieux, plus régulièrement, plus sûrement qu'un corps insoluble.

Que les sels solubles de bismuth ne soient pas la perfection, la panacée, j'y souscris volontiers

à condition qu'on me laisse, dans l'échelle des valeurs, les accrocher à quelques échelons plus haut que les sels insolubles.

***

Je répondrai maintenant à quelques arguments qui me sont opposés par M. Aubry. L'argument essentiel est celui ayant trait à la voie d'introduction des médicaments.

La voie veineuse est-elle la seule qui permette de fixer la quantité de médicament imprégnant immédiatement l'organisme, et le permet-elle ? Eh bien, même par voie intra-veineuse, l'absorption n'est généralement possible que si elle est précédée d'une transformation par les humeurs. Le cyanure de mercure, par exemple, doit être transformé en sublimé, lequel se mue en chloro-albuminate, etc. La voie d'introduction, pour si importante qu'elle soit, ne joue qu'un rôle d'accélérateur ou de ralentisseur de l'absorption, et la solubilité du sel agit de même.

Il n'existe ni n'existera de sitôt une méthode thérapeutique qui puisse se réclamer de la rigueur mathématique.

Le travail de M. Laporte, dont parle M. Aubry, prouve que certains sels solubles de bismuth mettent six jours à s'éliminer par le rein.

Souvenons-nous des résultats apportés par l'étude du rythme d'élimination urinaire des médicaments administrés par voie endo-veineuse. On y voit que la durée d'élimination est souvent fort longue, des jours, voire des semaines, et qu'il est courant de ne retrouver dans l'urine que des quantités fort inférieures aux doses injectées. Faudrait-il en conclure que la voie intra-veineuse est, aussi, aveugle et incontrôlable ? A ce compte, cette voie, pas plus que les autres, ne nous donnerait une certitude quant à la quantité de médicament imprégnant immédiatement l'organisme, car malheureusement, ledit organisme est un peu plus compliqué qu'un verre à expérience dans lequel il suffit de verser un liquide pour en humecter aussitôt les parois.

Pousser à l'extrême ces déductions serait déconcertant. Avec le vieux bon sens, nous voulons croire et nous croyons qu'un sel soluble est mieux absorbé et plus régulièrement absorbé qu'un sel *insoluble* — partant, *lui* est supérieur. Cela n'empêchera pas, bien entendu, MM. Galliot et Aubry de rester sur leurs positions, M. Queyrat et moi sur les nôtres, ni les sels solubles et les sels insolubles d'être des agents de guérison de la syphilis.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Asthme infantile. Etiologie et traitement.

Plus l'asthme a commencé précocement, plus il a de chances de guérir complètement ; il en est ainsi chez le nourrisson, et avant 6 ou 7 ans ; mais après dix ans, écrivent MM. Lesné et Marquézy, l'asthme a bien des chances de persister jusqu'à l'âge adulte ; son évolution est donc toute différente.

Bien que la pathogénie de la crise d'asthme reste encore obscure, l'asthme anaphylactique a pris corps définitivement et mérite d'être nettement individualisé.

Mais d'une façon générale, ne fait pas une crise d'asthme qui veut, il faut un terrain particulier, qu'on appelle neuro-arthritique, diathèse colloïdoclasique, peu importe. Le seul point qui persiste indiscutable, c'est l'association ou l'alternance fréquentes de l'asthme avec l'eczéma, la migraine, le prurigo, les vomissements acétonémiques ; de plus, l'enfant asthmatique est souvent né de parents asthmatiques.

Quelle que soit la théorie pathogénique adoptée, la thérapeutique repose sur deux points essentiels : l'anaphylaxie et le déséquilibre vago-sympathique. Le rôle de l'épine broncho-pulmonaire paraît moins important chez l'enfant que chez l'adulte ; l'épine nasale semble plus fréquente. C'est par l'intermédiaire du pneumogastrique que l'anaphylaxie se traduit par une crise dyspnéique. C'est cette hypervagotonie, qui conditionne en partie le terrain sur lequel apparaissent les crises. Il faut encore rappeler l'importance des troubles endocriniens (hyper ou hypothyroïdie) et surtout de l'insuffisance du foie et des glandes digestives, qui favorisent chez ces malades la sensibilisation aux protéines ingérées. Tout cela constitue le terrain complexe sur lequel va apparaître l'asthme.

L'adrénaline, en excitant le sympathique, constitue un véritable traitement d'urgence de la crise, à la condition d'être administrée par voie sous-cutanée. Il faut aussi signaler le gardénal, très bien supporté par le nourrisson : 0,01 centigr. par jour et jusqu'à 4 ou 5 cent. dans les cas rebelles. Chez l'enfant plus grand ne pas dépasser 0,10 ou 0,15 centigrammes.

Pendant l'accès, on recourra à la révulsion sou-

forme de ventouses sèches ou d'enveloppements humides thoraciques chauds ; on pourra faire usage d'inhalations de pyridine ou d'oxygène, et au besoin de chloroforme ou d'éther dans les grands accès.

Une fois la crise terminée, il faut en empêcher le retour et pour cela rechercher la cause et la traiter : épine nasale qu'on peut supprimer et avant tout anaphylaxie à un grand nombre de substances protéiques, dont le rôle n'est pas toujours facile à mettre en lumière et qui réclame la cure de désensibilisation, sans y oublier l'auto-hémothérapie, l'homo-hémo ou la sérothérapie.

L'insuffisance des glandes digestives et le dysfonctionnement des glandes endocrines sont des facteurs qui réclament une thérapeutique spéciale, et il est des cas où l'extrait thyroïdien est un utile adjuvant.

Enfin il faut modifier le terrain par l'iode, l'arsenic. Lian ordonne la belladone (teinture de belladone, une à deux gouttes par jour, par année d'âge) comme traitement de fond chez l'asthmatique en vue de lutter contre l'hypervagotonie. On recommande aussi la vie au grand air, en évitant les climats marins violents, et les cures hydrominérales constituent des indications majeures ; St-Honoré, le Mont-Dore, la Bourboule ; rappelons que, chez les grands asthmatiques, 3 ou 4 saisons sont en général nécessaires, et que le résultat est excellent dans la majorité des cas. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1926.)

Cécité absolue, suite de méningite séreuse. Rétablissement complet de la vision après ponction lombaire.

MM. Abadie, Lacat et Yoyotte rapportent le cas d'une jeune femme de 22 ans, atteinte de grippe avec coryza et sécrétion abondante de la muqueuse nasale ; quelques jours après, elle fut prise de céphalalgie frontale, violente, qui dura 48 heures, accompagnée de forts maux de reins, puis de sensation de pesanteur avec sensibilité très marquée de l'œil gauche, rendant ses mouvements douloureux dans tous les sens. En même temps, la vision de cet œil se troublait progressivement à partir du côté nasal, et cinq jours plus tard, il y avait abolition totale de la vision de cet œil. Quelques jours après, l'œil droit se prenait à son tour et devenait aveugle en 48 heures.

Examinée au bout d'une semaine, il y avait cécité complète, pas la moindre perception lumineuse ; à l'ophtalmoscope, ni névrite optique par stase, ni névrite inflammatoire ; on avait l'impression d'un léger œdème rétinien (artères et veines normales, voilées par une buée blanchâtre.

Rien dans les urines.

Une ponction lombaire est faite ; 40 cmc. sont retirés d'un liquide qui jaillit avec force. Quatre heures plus tard, les symptômes s'atténuaient et le malade commençait à percevoir la lumière de l'œil gauche. Au bout d'un mois la vision était redevenue entièrement normale.

Aucun antécédent pathologique ou spécifique n'avait été relevé.

Les auteurs admettent l'hypothèse d'une méningite séreuse, plus fluxionnaire que réellement inflammatoire et exsudative, ayant déterminé une hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien et une infiltration de la rétine. La malade, en effet, n'avait pour ainsi dire pas présenté de symptômes méningitiques ; pas de Kernig, etc., à peine un léger état fébrile précédant de quelques jours la céphalée et les symptômes oculaires. La guérison rapide semble venir à l'appui de cette hypothèse.

C'est là une observation entièrement nouvelle, digne de fixer l'attention de tous les praticiens. (*La Clinique ophtalmologique*, février 1926.)

Les résultats éloignés des résections gastriques dans le cancer de l'estomac.

D'après une statistique du Pr H. Hartmann portant sur 100 cas, on peut dire, en tenant compte de la possibilité de récidives tardives, que la guérison est acquise dans 30 p. 100 des cas.

Pour obtenir de tels résultats, il est indispensable de ne pas se borner à l'ablation pure et simple de la tumeur, il faut extirper avec la tumeur les régions dans lesquelles elle a déjà essaimé.

Toute gastrectomie pour cancer doit comporter un premier temps explorateur ; si notamment le foie, le péritoine et les mésos sont envahis, toute extirpation, même d'exécution facile, devient inutile ; examiner ensuite l'extension de proche en proche, face postérieure de l'estomac, pancréas, etc.

Une intervention bien conduite devra enlever peu de duodénum, beaucoup d'estomac, en particulier remonter haut sur la petite courbure, puis enlever en bloc, avec la partie d'estomac dégénérée, les ganglions de la petite courbure, satellites de la coronaire stomachique et situés haut, les ganglions de la grande courbure, dits sous-pyloriques, et les ganglions rétro-pyloriques, au niveau du bord inférieur du pancréas. On doit enfin ouvrir le plus tardivement possible les cavités digestives, dont le contenu est septique, et les laisser ouvertes le moins longtemps possible. L'auteur conseille l'implantation duodéno-gastrique, c'est-à-dire la fixation du bout duodénal dans un trou de la face postérieure du moignon gastrique, dont la branche de section a été suturée (procédé de Kocher).

90 p. 100 des récidives sont survenues dans les

deux premières années, c'est-à-dire que celle-ci devient très rare après deux ans.

Pour améliorer cette statistique de guérisons, l'effort des chirurgiens devra porter vers une extirpation plus soigneuse encore des ganglions ; il faudra aussi limiter avec le plus grand soin le champ opératoire et éviter toute manœuvre susceptible de provoquer le détachement et la chute des cellules cancéreuses (greffes cancéreuses dans les cicatrices).

Enfin, il importe que l'opération soit faite avant que le néoplasme ait dépassé le premier relai ganglionnaire, celui de la branche droite de l'artère coronaire, aussi les médecins y aideront-ils en dépistant précocement les néoplasmes gastriques et en conseillant aux malades l'intervention en temps utile. (*La Presse médicale*, 27 février 1926.)

Les paralysies post-sérothérapiques.

Les paralysies post-sérothérapiques sont de description récente. Ainsi que le fait remarquer M. Paul SAINTON, elles surviennent aussi bien chez des sujets neufs que chez des sujets ayant subi une injection antérieure. Leur apparition à la suite des injections préventives, surtout lorsqu'il s'agit de sérum antitétanique, démontre bien leur origine thérapeutique.

Le type habituel est celui de la paralysie amyotrophique des membres supérieurs. Elle survient en même temps que les accidents sériques, le plus souvent du 4e au 10e jour qui suit l'injection ; il se montre des douleurs bilatérales, avec ou sans prédominance d'un côté, sans rapport topographique avec le lieu où a été pratiquée l'injection ; elles *sont violentes, spontanées*, exacerbées par les mouvements et la fatigue. Puis, dans la même région apparaissent les troubles moteurs ; massifs au début, ils ne tardent pas à se localiser et revêtent le type radiculaire ; leur topographie est celle du type supérieur de Duchêne-Erb, mais leur systématisation n'est point absolue ; il s'agit de paralysies dissociées, qui atteignent également les différents muscles innervés par la 5e et la 6e paires cervicales. Elles peuvent être parcellaires, s'accompagner de troubles du réflexe pilo-moteur.

Il y a des formes frustes qui ne peuvent être affirmées que par l'examen électrique.

Suivant leur symptomatologie, elles peuvent être attribuées à une pathogénie différente : inflammation péritronculaire dans la gouttière de torsion (paralysies à type périphérique) ; œdème épidural (p. dissociées à type radiculaire), origine toxique (p. des membres inférieurs).

La meilleure prophylaxie doit être cherchée dans la préparation des sérums en éliminant certaines substances albuminoïdes plus ou moins toxiques.

L'existence de ces paralysies ne saurait faire limiter l'emploi de la sérothérapie. La paralysie une fois constituée doit être traitée par le repos, par les toniques nerveux (strychnine), le massage très doux, les bains de lumière, enfin et surtout par l'électricité galvanique et plus tard par la galvanofaradisation, s'il y a lieu.

Si les accidents sont survenus à la suite d'une injection pratiquée pour un accident du travail, il importe d'avoir recours à tous les moyens d'investigation nécessaires pour éliminer l'origine pithiatique des accidents. (*La Médecine*, février 1926.)

Difficulté dans la puériculture des jumeaux.

Le Dr G. BLECHMANN explique que différents facteurs interviennent pour expliquer cette difficulté. Tout d'abord, beaucoup de jumeaux naissent petits ou prématurément, ce qui fait d'eux des débiles congénitaux. Il faut donc les conserver longtemps dans une sorte de couveuse, en les entourant soigneusement de coton cardé et de taffetas gommé pour empêcher la déperdition de chaleur ; puis donner un bain quotidien un peu chaud (plus près de 38° que de 37°) légèrement sinapisé, de 3 à 6 minutes de durée, des injections de sérum glucosé à 47 % (10 à 20 cc. par jour), 1/2 à 1 goutte par jour d'adrénaline au 1/1000e ; quelquefois 1/4 de cmc. d'huile camphrée à 5 %.

Ensuite, pour les jumeaux, les règles d'allaitement au sein sont bouleversées : à la campagne, la mère nourrit généralement les deux enfants et complète avec du lait de vache ; tout se passe pour le mieux. En ville, si la mère est obligée de travailler, elle donne le biberon, et les résultats sont déplorables ; troubles digestifs, mort par athrepsie ou par maladie intercurrente. Si la mère appartient à la classe aisée, il faut lui imposer de nourrir au sein et de compléter par une nourrice mercenaire ou par le lait de vache ; si la mère est fatiguée, il est indispensable de recourir à une ou deux nourrices.

Les jumeaux font facilement du rachitisme, dû, plutôt qu'à l'hérédo-syphilis, à la carence de chaux et de phosphore, que l'organisme maternel n'a pu accumuler et distribuer en quantité suffisante aux deux enfants. Il faut donc leur en administrer systématiquement ainsi qu'à la mère.

Il en est de même pour le fer, surtout si des hémorragies sont survenues au cours de la grossesse. Prescrire le jus de viande de cheval, le jaune d'œuf, le fer chimique, associés aux médications antisyphilitiques en tout état de cause.

En résumé, si l'élevage des jumeaux est habituellement parsemé de difficultés, il est souvent fructueux quand les soins sont assurés par une mère infiniment dévouée. (*L'Hôpital*, février 1926-A.)

Du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'arythmie complète.

Il est très important, chez un malade présentant des irrégularités cardiaques, de pouvoir reconnaître s'il s'agit d'une arythmie extrasystolique ou d'une arythmie complète ; la première est bénigne: sauf insuffisance cardiaque ; l a deuxième constitue par elle-même une affection grave, qui, outre l'insuffisance cardiaque, fait redouter les embolies et la mort subite. Le traitement en est tout différent.

Au point de vue clinique, l'arythmie complète est caractérisée par une irrégularité et une inégalité des contractions ventriculaires telles que tout rythme cardiaque est complètement disparu ; dans l'arythmie extra-systolique, par contre, on reconnaît bien l'existence d'un fond de rythme régulier, que vient troubler çà et là une contraction prématurée.

Au point de vue graphique, l'arythmie complète est caractérisée par l'absence de l'ondulation unique et présystolique traduisant la contraction auriculaire et par la présence de la fibrillation auriculaire, c'est-à-dire de très nombreuses ondulations traduisant dans les électro-cardiogrammes l'existence de 500 à 600 contractions auriculaires par minute, ces rapides contractions auriculaires n'étant transmises qu'irrégulièrement et en petit nombre aux ventricules.

Depuis l'emploi de la quinidine, il est maintenant possible de faire disparaître l'arythmie complète ; c'est là un progrès considérable dans la thérapeutique cardio-vasculaire. Le sulfate de quinidine augmente, spécialement pour les fibres myocardiques auriculaires, la durée de la période réfractaire qui, pour chaque fibre, suit sa contraction ; il diminue aussi l'excitabilité myocardique.

Voici comment le Pr Lian a organisé le traitement d'attaque par la quinidine dans l'arythmie complète permanente :

D'abord, prescrire une médication cardio-dynamique pendant 5 à 7 jours (par exemple dose totale de un demi à un milligramme de digitaline cristallisée) pour parer à l'action ultérieure légèrement dépressive de la quinidine.

Ensuite prescrire le sulfate de quinidine à la dose de 20 centigrammes par comprimé, à doses progressives : deux, puis trois, puis quatre comprimés les trois premiers jours, puis cinq le 4e et le 5e jour, puis six les 6e, 7e et 8e jours. Si, à ce moment, le cœur n'est pas régularisé et si la médication est assez bien supportée, faire prendre 7 comprimés les 9e et 10e jours, 8 comprimés les 11e et 12e jours et descendre à 7 et 6 comprimés les 13e et 14e jours. En cas d'échec, cesser durant 3 ou 4 semaines la quinidine, et faire un traitement digitalique discontinu, et reprendre la quinidine, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 9, 8, 7, 6, 5 comprimés par jour. Soit, au total, 89 comprimés ; il ne faut pas dépasser 100 comprimés en deux semaines.

Dès que, pendant une cure d'attaque, la régularisation du rythme a été obtenue, il est nécessaire de faire une cure d'entretien, que le Pr Lian a préconisé l'un des premiers. On cesse pour cela d'augmenter la dose quotidienne, en prolongeant cependant pendant une semaine la quinidine ; puis, on diminue la dose quotidienne d'un comprimé par jour, sans descendre au-dessous de 5 comprimés par jour. Ensuite, pendant 4 à 6 semaines donner, les cinq premiers jours de chaque période de dix jours, cinq comprimés par jour, et pendant les cinq jours sans quinidine, pas de médication ou 1 /10e de milligramme de digitaline cristallisée par jour.

Enfin, donner 4 à 5 comprimés par jour, les cinq premiers jours de chaque quinzaine. A la longue, a u bout de six mois, un an, réduire à cinq jours de comprimés par mois.

Grâce à la cure d'entretien, on obtient souvent une régularisation persistante, et une amélioration considérable des troubles fonctionnels.

Les contre-indications découlent des dangers de la médication : asystolie aiguë, syncope, embolies antérieurement observées. Tous les autres cas sont justiciables de la quinidine, à moins qu'il ne s'agisse du grand âge d'un malade n'ayant que peu ou pas de troubles fonctionnels.

Cependant dans l'arythmie complète, compliquée d'accidents d'insuffisance cardiaque tant soit peu marqués, l'indication de la digitale est formelle ; dans le syndrome asystolique, par exemple, il y a intérêt à instituer une médication digitalique intensive à doses décroissantes, poussée jusqu'à la saturation, et de faire ensuite toute une série de cures digitaliques subintrantes à dose totale de moins en moins élevée. (*L'Hôpital*, 1926, février-B.)

Comment on peut arrêter médicalement les hémorrhagies du cancer de l'utérus.

De nombreux moyens palliatifs ont été proposés ; ils échouent le plus souvent, en cas d'hémorrhagies graves. Quant aux médicaments hémostatiques proprement dits, il ne faut pas trop attendre de leurs effets. L'ergot de seigle, dans ses présentations habituelles, l'adrénaline, le chlorure de calcium sont à peu près inefficaces : la digitale cependant rendra quelques services.

Ces temps derniers, le Dr J. Thomas a expérimenté un nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle, le tartrate d'ergotamine cristallisée, ou gynergène, en solution à 1 p. 1000 ; ce corps est le principe actif de l'ergot ; il est considéré comme l'hémostatique de choix à opposer aux hémorrhagies de la délivrance par atonie utérine. Il devait être aussi expérimenté dans les hémorrhagies rebelles

à tout traitement des néoplasmes malins de l'utérus.

Or, dans toutes les observations de l'auteur, les résultats obtenus ont été d'une constance absolue ; diminution d'abord, suppression ensuite, de l'écoulement sanguin. Il a même paru que le suintement séro-sanguinolent était également moins prononcé et que l'odeur fétide était moindre.

Le tartrate d'ergotamine cristallisé, employé soit par la voie hypodermique dans les cas d'hémorrhagie grave, soit par ingestion, dans les autres cas, amène constamment et rapidement l'arrêt de l'écoulement sanguin, car il agit tout à la fois sur le muscle et sur les vaisseaux sanguins (*Paris médical*, 13 mars 1926.)

Un nouvel accident professionnel des manipulateurs de corps radio-actifs : la nécrose des maxillaires.

Cet accident a été signalé récemment en Amérique, ainsi que nous le fait connaître Ant. LACASSAGNE ; il a frappé une importante proportion d'ouvrières occupées à la peinture avec des produits lumineux radioactifs. En effet, la propriété qu'ont les rayons des corps radioactifs de rendre permanente la phosphorescence du sulfure de zinc a été l'origine d'une industrie de peintures lumineuses. Celles-ci sont déposées au moyen d'un pinceau ou d'un stylet en bois. La substance radioactive incorporée est habituellement du radium ou un mélange de mésothorium, radiothorium et radium.

C'est une nécrose des maxillaires, toujours grave et se terminant souvent par la mort. D'une évolution lente et progressive, elle débute par de la gingivite, qui se complique de pyorrhée alvéolo-dentaire ; les dents deviennent douloureuses, puis se mobilisent et peuvent tomber spontanément. Dans des cas où l'ablation des dents a été pratiquée, le résultat aurait été fâcheux et l'évolution de la nécrose aurait paru accélérée. Dans tous les cas, la radiographie des os est démonstrative et permet de juger du degré de leur atteinte. Au niveau du maxillaire inférieur, on a vu l'ostéonécrose aboutir à la fracture spontanée du corps ; au maxillaire supérieur, elle a pu entraîner la perforation du voile osseux et aussi l'effondrement du sinus.

Pendant cette évolution, qui se poursuit durant 2 ou 3 ans, les souffrances des malades sont considérables.

Cependant, il existe des formes légères, dans lesquelles l'ablation de quelques dents et la résection d'une partie du maxillaire paraît avoir entraîné la guérison.

Dans les cas graves, le malade peut mourir de complications septiques (parotidite suppurée, par exemple), ou de cachexie *progressive secondaire* à l'infection. Mais parfois, en plus de la nécrose, on observe des signes d'atteinte grave des organes sanguiformateurs, et la fin survient par anémie pernicieuse.

En France et en Suisse, la même industrie ne donnerait pas lieu à de semblables accidents, car la peinture est appliquée, non avec un pinceau, mais avec un stylet, avec un bois de fusain bien taillé, et que la pratique de la succion des objets servant à la peinture est absolument inconnue. Néanmoins, le fait doit être signalé, afin que l'hygiène publique prenne les mesures de précaution et de surveillance, rendues nécessaires. (*Paris médical*, 6 février 1925.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Angine de poitrine et sympathectomie.

(MM. J.-A. SICARD et LICHTWITZ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-6-1926.)

Chez un de ses malades, souffrant de crises d'angine de poitrine rebelles, M. Sicard a eu recours au traitement chirurgical, traitement qui, on le sait, s'est développé depuis quelques années sous l'influence de Jonnesco, de Danielopolu, et de Leriche. Une sympathectomie fut pratiquée. Consécutivement à celle-ci on vit se produire une modification du régime des crises : les irradiations brachiales furent supprimées, mais par contre les douleurs rétro-sternales s'exagérèrent ; d'autre part, une insuffisance cardiaque se montra, qui fut calmée par la digitale. En somme, à la fois bénéfice et aggravation, comme suites de l'opération.

— M. DONZELOT a fait opérer deux malades du service de M. Vaquez et les résultats n'ont guère été plus favorables que ceux signalés par M. Sicard.

— M. VAQUEZ note que ses observations personnelles de sympathectomie dans l'angine de poitrine ne sont pas très encourageantes puisqu'aucune d'elles n'a comporté de guérison ni même d'amélioration appréciable. Nous sommes loin de la statistique rapportée dans la thèse de Fontaine où la guérison, complète ou relative, aurait été obtenue dans près de 60 pour 100 des cas. M. Vaquez, cependant, ne croit pas qu'il faille abandonner les espoirs soulevés par la tentative de Jonnesco, mais il faudra reprendre la question avec plus de détail et de précision.

Névrite sérique.

(MM. Léchelle, Thévenard et Mlle Lacau. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-7-1926.)

Depuis l'observation princeps de Lhermitte, en 1919, de nombreux cas de névrite sérique ont été publiés. M. Léchelle en relate un nouvel exemple consécutif à une injection de sérum anti-tétanique. Treize jours après l'injection se développa une paralysie amyotrophique bilatérale et symétrique atteignant principalement le deltoïde, le sus-épineux, le sous-épineux, etc., réalisant l'atteinte des 5e et 6e racines cervicales.

— M. Sicard n'a jamais vu de telles paralysies se produire sans une étape prémonitoire d'anaphylaxie sérique, sans un stade d'urticaire sérique externe. On peut supposer que les troubles nerveux relèvent d'une réaction œdémateuse profonde (urticarienne pour ainsi dire), agissant par compression sur le segment épidural des racines.

Balle intra-cranienne méconnue. Epilepsie tardive

(MM. Babonneix et Mornet. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

Un malade reçoit en 1915 une balle dans la tête, en Argonne. Versé dans le service auxiliaire, puis rentré dans la vie civile, il mène une existence normale pendant dix ans. En 1916, apparaissent deux crises d'épilepsie. La radiographie montre à la région occipitale une balle intra-cranienne, méconnue jusque-là et restée latente. M. Babonneix, d'accord avec M. Gouverneur, a déconseillé toute intervention chirurgicale.

Neuro-récidive après injection de 0 gr. 15 de novar.

(MM. Hudelo, Caillau et Kaplan. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-7-1926.)

Malade atteint d'anévrysme syphilitique de l'aorte à double poche, l'une antérieure, l'autre postérieure, avec usure vertébrale et compression médullaire.

A la suite d'une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol, apparut une paraplégie totale brusque des membres inférieurs et une paralysie faciale, qui semblent s'expliquer par le mécanisme de la réaction d'Herxheimer.

Le test de la boule d'œdème.

(MM. Pr. Merklen, Wolf et Mlle Schneider. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

Le test de la boule d'œdème, ou temps de résorption (T.R.) de la boule d'œdème intra-dermique provoquée par injection, a été proposé par Aldrich et Mac Clure et étudié en France par Marcel Labbé, Chevallier et Stieffel, Ribadeau-Dumas, etc. Chez les sujets sains, ce temps va de 60' à 90'. Chez les malades œdémateux, ou pré-œdémateux, il est, au contraire, beaucoup plus court, 10' à 15' parfois.

M. Merklen a fait de nouvelles recherches sur ce test de la boule d'œdème (que M. Marcel Labbé appelle test cutané d'hydrophilie). Il injecte dans le derme 0,2 à 0,3 cc. de solution de Ringer et il apprécie la durée de la résorption. Ses conclusions sont analogues à celles des autres auteurs.

Sérothérapie et médications adjuvantes dans la méningite cérébro-spinale.

(MM. Courtois-Suffit et G. Garnier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 26-6-1926.)

La méningite cérébro-spinale paraît aujourd'hui se montrer plus réfractaire que jadis à la sérothérapie et l'on a été amené à joindre au sérum des médications adjuvantes : bactériothérapie sous forme d'auto-vaccin, abcès de fixation.

L'auto-vaccinothérapie a été employée avec avantage par un certain nombre d'auteurs déjà. M. Courtois-Suffit l'a mise en œuvre avec succès dans un cas de méningite cérébro-spinale ayant résisté à la sérothérapie.

— M. Louis Martin est surpris de la tendance pessimiste qui se dégage de quelques travaux récents sur le traitement sérique de la méningite cérébro-spinale. Les insuccès ont été observés chez des adultes ; or, la méningite cérébro-spinale est, chez l'adulte, toujours grave.

On cherche à opposer les effects actuels de la sérothérapie aux beaux résultats observés avant la guerre. Il conviendrait de se placer dans les mêmes conditions. Orticoni, qui a obtenu 32 guérisons sur 35 malades, a eu soin d'indiquer que le sérum avait été utilisé de bonne heure. La précocité de l'injection est le facteur principal de toute sérothérapie. Il faudrait aussi éliminer toutes les causes empêchantes avant de jeter le discrédit sur le sérum.

Traitement chirurgical de l'asthme bronchique.

MM. R. Leriche et Fontaine. — *Société de chirurgie* ; 23-6-1926.)

Quelques chirurgiens ont essayé de traiter opératoirement l'asthme bronchique rebelle (Kappis, Kummel, etc.), en pratiquant des neurotomies, du sympathique principalement. Les résultats n'ont pas été, il est vrai, très nettement rapportés dans les observations publiées. A ces statistiques assez vagues, M. Leriche ajoute deux cas personnels plus précis, concernant des asthmes graves, résistant à toute médication et qui ont disparu complètement après ablation du ganglion étoilé gauche.

L'auteur s'empresse d'ajouter qu'il ne faudrait pas conclure hâtivement de là que l'ablation du ganglion stellaire constitue le traitement idéal des asthmes tenaces. Toute cette chirurgie est encore empirique et à ses débuts, et de longues années de

travail seront nécessaires pour la mettre au point. En principe, l'intervention lui paraît devoir porter plutôt sur le sympathique que sur le pneumogastrique.

Phrénospasme. Disparition après œsophago-gastroplastie.

(M. R. Grégoire. — *Société de chirurgie* ; 23-6-26.)

M. Grégoire rapporte l'histoire d'une femme atteinte de vomissements alimentaires incessants par phrénospasme (diagnostic radiologique) qui a guéri après une œsophago-gastroplastie par voie thoraco-abdominale extra-séreuse.

Deux cas de plaies du cœur opérées.

(M. Pierre Brocq. — *Société de chirurgie* ; 23-6-26.)

M. Pierre Brocq a opéré deux malades atteints de plaie du cœur, par coup de couteau et par balle de revolver. Le premier a guéri, le second a succombé. Chez les deux blessés, une fois le péricarde ouvert et la plaie ventriculaire suturée, les systoles se ralentirent ou s'arrêtèrent. M. Brocq put les ranimer une fois par le massage, l'autre fois par une injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Corps étrangers des voies digestives chez l'enfant.

(M. Ch. Lasserre, de Bordeaux. — *Société de chirurgie* ; 23-6-1926.)

M. Mouchet relatait dernièrement l'histoire d'un nourrisson qui avait avalé une épingle à bavoir ouverte et qui la rendit, fermée, au bout de 4 jours par l'anus. M. Lasserre signale un cas analogue. Le petit malade ayant ingéré une broche à charnière, l'expulsa, fermée, dans une selle le deuxième jour. Un second malade du même auteur, enfant de trois ans, avala une épingle à ressort également ouverte. Il la rendit le quatrième jour, ouverte encore, avec un lombric engagé et captif dans le ressort de l'épingle.

A propos du Mikulicz.

(M. Auvray. — *Société de chirurgie* ; 23-6-1926.)

M. Auvray revient sur les bienfaits du tamponnement à la Mikulicz dans les opérations abdominales importantes. On se rappelle que la question, à la suite des communications de M. J.-L. Faure, fut longuement discutée l'an dernier à la Société de chirurgie et à la Société des chirurgiens de Paris.

Cytostéatonécrose du tissu cellulo-adipeux du sein.

(MM. Senèque, Lecène et L. Bazy. — *Société de chirurgie* ; 16-6-1926.)

Le 11 mai 1925, M. Lecène faisait à la Société de chirurgie une communication sur certaines lésions de cytostéatonécrose développées dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, en particulier dans celui du sein, et il consacrait ensuite avec M. Moulonguet, une étude plus complète à cette affection, entrevue pour la première fois par Lanz, de Berne. L'intérêt de cet état morbide est, lorsqu'il peut être diagnostiqué, d'éviter la confusion avec le cancer du sein et, partant, d'empêcher une grosse opération sur cet organe et la région lymphatique qu'il dessert.

M. Lecène rapporte aujourd'hui, au nom de M. Senèque, prosecteur à la Faculté, deux nouveaux cas de cytostéatonécrose du tissu cellulaire sous cutané, auxquels M. L. Bazy en ajoute un autre. Chez la première malade de M. Senèque, apparition, trois semaines après un traumatisme, d'un nodule dur, au niveau du sein, immédiatement sous la peau, avec phénomène de la peau d'orange. On porte le diagnostic probable de cytostéatonécrose sous-cutanée, que confirme l'examen du nodule enlevé. L'histoire de la malade de M. Bazy est analogue.

Il est bon, dit M. Lecène, de connaître cette petite affection bénigne qui peut ressembler au cancer du sein. On ne doit cependant en admettre le diagnostic que si tous ses éléments caractéristiques sont réunis. L'incision exploratrice donnera la certitude dans les cas douteux.

Chancrelle de la langue.

(M. J. Montpellier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

Le chancre mou de la langue est excessivement rare. Druelle, dans son mémoire de 1910, ne put en réunir que huit exemples français et étrangers. Ravaut en a signalé un cas en 1925. M. Montpellier ajoute aujourd'hui une observation personnelle de localisation linguale du bacille de Ducrey. Guérison rapide par des applications de teinture d'iode.

L'huile de « carpotroche braziliensis » en dermatologie

(M. de Parreiras Horta, de Rio de Janeiro. — *Soc. de derm. et syph.* ; 15-4-1926.)

L'huile extraite des graines de *carpotroche braziliensis* est un produit voisin de l'huile de chaulmoogra. Elles est employée au Brésil pour certains traitements dermatologiques. C'est, appliquée sur la peau, un parasiticide actif. Son action serait très nette contre la gale, les teignes, le sycosis de la barbe. M. de Parreiras Horta l'a utilisée également, conjointement avec l'huile de chaulmoogra, dans la thérapeutique de la lèpre. Employée seule, toutefois, elle est un peu irritante pour les tissus dans lesquels on l'injecte. Il est préférable, à cet effet, de la mélanger avec de l'huile camphrée ou de l'huile de chaulmoogra.

P.L.

Lyon

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Plaque calcaire du péricarde.

MM. A. Dumas et Pépard présentent un cœur avec symphyse totale des deux feuillets du péricarde : au niveau de sa face antérieure, le péricarde symphysé est très épaissi et transformé en une véritable cuirasse faite de tissu fibreux en majeure partie calcifié. Pas de lésions valvulaires ni myocardiques. La malade, hospitalisée pour une sclérose en plaques, et suivie pendant quatre ans, n'avait jamais présenté aucun signe de défaillance cardiaque.

Grand diverticule congénital de la vessie.

M. Giuliani montre un diverticule congénital de la vessie enlevé à un jeune homme de 26 ans, envoyé pour troubles de la miction et crises de rétention inexpliquées. La cystoscopie montrait à droite, au-dessus de l'orifice urétéral, un orifice ovalaire du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et un peu en dehors un orifice plus petit. Les deux diverticules furent enlevés et les suites opératoires furent excellentes. Les diverticules de la vessie sont relativement fréquents ; le diagnostic en est difficile sans la cystoscopie.

Cancer du rein sans hématuries.

M. Gauthier présente, au nom de M. Delore, un rein cancéreux enlevé à une femme de 63 ans n'ayant jamais présenté de signes urinaires et notamment jamais d'hématuries. Par contre, la cachexie qui est d'ordinaire un signe tardif de la carcinose rénale a été ici précoce.

Maladie bleue tardive.

MM. Langeron et J. Jeannin. Malade de 42 ans, sans autres antécédents que des crises dyspnéiques survenant de temps en temps. A l'entrée à l'hôpital, dyspnée intense et continue depuis trois jours, cyanose, surtout marquée à la face et aux extrémités ; déformations hippocratiques des doigts. Signes de bronchite avec obscurité respiratoire. Tension artérielle normale. Pouls veineux jugulaire net. La radiographie après injection de lipiodol montrait des dilatations bronchiques typiques. Wassermann négatif. Mort un mois environ après l'entrée. A l'autopsie, symphyse pleurale bilatérale ; dilatations bronchiques et foyers broncho-pneumoniques, cœur gros, sans lésions valvulaires. Inocclusion du trou de Botal.

Ectasie de la carotide gauche.

M. Garnier. Malade porteur d'une tumeur pulsatile du volume d'une petite noix, située à la partie moyenne du cou, à gauche ; cette tumeur s'affaisse quand on comprime la carotide au-dessous. Il s'agit donc d'un anévrysme. La tumeur serait apparue assez brusquement en 1924, en même temps que se produisait une cécité subite qui s'est améliorée depuis.

Abcès extra-dure-mérien.

M. Pallasse et Mlle Gaumond exposent l'observation d'une malade de 39 ans, entrée à l'hôpital pour des céphalées très violentes. A l'examen, on constatait : un point douloureux à la pression, au niveau de la région pariétale gauche, du nystagmus, une hémianopsie homonyme latérale. Ponction lombaire : hypertension légère, Wassermann du L. C.R. légèrement positif. Radiographie du crâne : roche gauche d'aspect spongieux et comme soufflé, pariétal aminci et présentant des irrégularités d'opacité. L'autopsie montra un volumineux abcès sus-dure-mérien de la zone pariétale décollable. Le rocher était sain, de sorte que l'étiologie de cet abcès reste obscure.

Ostéite du maxillaire inférieur.

MM. Tavernier et Latreille communiquent une observation d'ostéite du maxillaire inférieur avec séquestre volumineux faisant issue à la fois dans la bouche et au dehors.

Calcul urétéral juxta-vésical.

MM. Tavernier et Reynard relatent l'évolution d'un calcul du bassinet descendu à la suite de deux crises douloureuses successives jusqu'à l'orifice vésical de l'uretère et finalement rejeté dans la vessie au cours d'une troisième crise.

Nouveau cas de tumeur de Krukenberg.

M. Creyssel présente, au nom de M. Martin et au sien l'observation d'une malade opérée en 1924 pour cancer de l'estomac (gastro-pylorectomie) et qui fit ensuite une double tumeur des ovaires à type histologique de cancer digestif (tumeur de Krükenberg).

Malformations congénitales.

M. Pavls A. Petridis (d'Alexandrie) communique un cas de main bote en valgus bilatérale chez un nouveau-né débile, avec absence bilatérale du pouce, et absence du radius du côté gauche.

Radiothérapie dans un cas de leucémie myéloïde.

MM. Barbier et Guilleminet. Malade atteinte de leucémie myéloïde typique, chez laquelle la radiothérapie a amené une amélioration considérable. Les auteurs font néanmoins les plus expresses réserves sur l'avenir de cette malade.

Tumeur de l'intestin grêle.

M. Pallasse et Mlle Gaumond rapportent un cas de lymphosarcome du grêle, vérifié à l'autopsie

et secondaire à une tumeur de même nature de l'aisselle opérée.

Séquelle axillaire de pleurésie.

M. Pallasse et Mlle Gaumond. Malade mort subitement à la suite de lésions aortiques et chez lequel on trouva une poche pleurale axillaire cloisonnée, qui, du vivant, avait donné radioscopiquement une image semi-lunaire.

Obstruction du cholédoque.

M. Blanc présente, au nom de M. Bonnamour, l'observation d'un vieillard de 79 ans, entré à l'hôpital avec un ictère généralisé et qui mourut assez rapidement. A l'autopsie, on trouva une obturation du cholédoque par un petit calcul enclavé au niveau de l'ampoule de Vater, avec cholécystite aiguë ulcéreuse et pancréatite suppurée.

Rupture de grossesse tubaire.

M. Villard montre un fragment de corne utérine provenant d'une malade opérée pour une inondation péritonéale, suite de rupture de grossesse tubaire. Il insiste sur la disproportion existant entre les faibles dimensions de l'œuf (amande) et l'abondance de l'hémorrhagie, qui fut vraiment cataclysmique.

Processus pneumonique aigu tuberculeux suivi de résolution.

MM. Rousset et Imbert présentent un malade du service de M. Garin qui fut atteint d'une septicémie tuberculeuse à la suite de laquelle on observa un foyer de pneumonie axillaire qui, par la simple cure sanatoriale, jointe à une thérapeutique recalcifiante et arseniée, évolua vers la résolution. La radioscopie donnait un triangle net. Les crachats renfermaient de nombreux bacilles de Koch.

Tuberculose pulmonaire et vaccination.

M. Duquaire rapporte un cas de tuberculose pulmonaire guérie depuis douze ans par la vaccination spécifique.

Crises gastriques du tabes.

M. Mallet-Guy présente, au nom de M. Wertheimer et au sien, un tabétique ayant des crises gastriques répétées et chez lequel a été pratiquée une radicotomie postérieure, avec un excellent résultat.

Forme rare de tuberculose chez le vieillard.

MM. Roubier et Vallery. Malade de 65 ans atteint de tuberculose des ganglions, du foie et de la rate, associée à des lésions broncho-pneumoniques. Le foie notamment offrait de nombreuses cavernes biliaires.

Vomissements de la grossesse avec acétonémie.

M. Violet relate une observation de vomissements survenus au cours d'une grossesse au début, s'étant accompagnée de douleurs abdominales violentes. L'examen des urines révéla la présence d'une assez grande quantité d'acétone, sans sucre. Traitement par les alcalins, puis évacuation d'un œuf mort.

Curiethérapie d'un cancer de la vessie.

M. Reynard. Cancer vésical traité deux ans et demi auparavant par la curiethérapie et dont la guérison se maintient depuis lors.

Société médicale des hôpitaux.

Insomnie post-encéphalitique guérie par le calomel.

MM. Mouriquand, Pravaz et Bertoye relatent deux cas d'insomnie post encéphalitique guérie par l'ingestion de calomel. Ces malades avaient été traités sans succès par les sédatifs nervins ou hypnotiques, le beurre arsenical, les rayons ultra-violets. Chez l'un de ces malades, les parents ayant cru remarquer des vers dans ses selles, lui firent prendre des paquets de santonine et calomel pendant trois jours de suite : l'insomnie disparut. La médication fut alors conseillée au père du second malade et donna le même résultat.

Le calomel dans les troubles du sommeil liés à l'encéphalite épidémique.

M. Bériel a obtenu, de son côté, de bons résultats de l'emploi du calomel dans deux cas, non d'insomnie, mais d'*hypersomnie* consécutive à l'encéphalite, ce qui lui fait dire que de tels faits, s'ils se répétaient, tendraient à prouver que le calomel agit, non pas comme hypnotique, mais comme régulateur du sommeil, dans le cas particulier de l'encéphalite.

Essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or.

MM. V. Cordier, Gaillard et Levrat concluent de leurs recherches sur ce sujet : 1° que la médication employée à doses prudentes n'est pas dangereuse ; 2° que les indications sont assez larges (surtout formes peu fébriles, sans hecticité) ; 3° qu'ils n'ont pas obtenu de guérisons éclatantes avec disparition des bacilles, mais dans 25 à 30 % des cas, une amélioration des signes généraux et une diminution des signes physiques supérieures à ce que donne la cure sanatoriale. Le produit employé a été la thyocrisine.

Pyopneumothorax tuberculeux au cours d'un Forlanini, suivi de pyopneumomamelle.

MM. P. Courmont et Lagèze relatent l'observation d'une femme de 40 ans qui, au cours d'un Forlanini, fit un pyopneumothorax ; celui-ci fut suivi d'un empyème de nécessité par passage du pus

de la plèvre dans la loge mammaire ; on observa des alternatives de gonflement et de dégonflement de cette « pyomamelle » par les ponctions ; à la suite d'une dernière ponction suivie d'injection d'azote, il y eut passage du gaz dans la poche mammaire et par suite formation d'une « pyopneumomamelle ». L'intervention chirurgicale fut discutée, mais rejetée par crainte de l'infection secondaire. La malade fut traitée par des ponctions successives suivies d'injections dans la plèvre d'huile goménolée ; l'abcès mammaire s'ouvrit spontanément et se fistulisa. L'état général s'est maintenu assez bon depuis lors.

Les formes actuelles de l'encéphalite épidémique.

M. Bériel étudie sous ce titre quatre groupes de faits qui lui paraissent représenter des types déformés d'encéphalite. Ce sont : 1° les formes méningées, 2° les formes dystoniques d'emblée, dont le début se fait par des troubles moteurs passagers (spasmes localisés contractures, contorsions) ; 3° les formes périphériques, à aspect de polynévrite ; 4° les formes pseudo-myopathiques, marquées par des paralysies flasques, prédominantes à la racine des membres. Il s'agit là, l'auteur prend soin de le remarquer, de faits purement cliniques, et en l'absence de critérium, bactériologique ou humoral, leur parenté avec l'encéphalite reste discutable, bien qu'il y en ait de nombreuses preuves cliniques. En tout cas, l'étude de ces faits peut servir à élucider dans l'avenir les relations encore mal connues de l'encéphalite épidémique avec les scléroses médullaires, les poliomyélites, l'ancienne « maladie de Landry », etc.

Toutes ces formes cliniques, décrites par M. Bériel et ses collaborateurs, MM. A. Devic, Lestros et Pétouraud, ont comme caractères généraux : l'aspect peu infectieux, l'absence fréquente d'élévation thermique, la bénignité relative du pronostic vital, la fréquence du retentissement sur le tube digestif (quelques-unes sont prises pour des fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes, l'évolution rarement très rapide.

Hypertension artérielle et hypertension du liquide céphalo-rachidien.

M. Gravier relate l'observation d'une malade atteinte de céphalée, épilepsie jacksonienne, œdème papillaire, tension rachidienne, 50 cm. en position couchée, 72 en position assise. Le diagnostic de tumeur cérébrale paraissait évident, mais la coexistence d'une néphrite chronique avec tension artérielle 27/17 fit conclure à des accidents d'ordre brightique. Quand l'auteur vit la malade, il fut frappé du taux élevé de la pression rachidienne qui lui parut inexplicable par l'hypertension artérielle et conclut à une tumeur qui fut vérifiée par l'intervention.

Valeur pronostique de la rétention azotée au cours du diabète.

MM. Roque, Paupert-Ravault et Delore attirent l'attention sur les lésions rénales au cours du diabète et pensent qu'il importe de chercher le taux de l'urée sanguine chez tout diabétique grave.

Hémoptysies répétées. Pneumothorax.

MM. P. Courmont et Lagèze relatent l'observation d'une jeune fille ayant eu de nombreuses hémoptysies et chez laquelle ils pratiquèrent un pneumothorax. Dès la deuxième insufflation, les hémoptysies ne reparurent pas.

Hérédosyphilis à manifestations tuberculoïdes.

M. Nicolas présente, en collaboration avec ses élèves, MM. Pillon et Pétouraud, trois observations de malades atteints de lésions multiples, soit cutanées, soit ostéo-articulaires, simulant des lésions tuberculeuses, alors qu'il s'agissait d'hérédo-syphilis.

Ostéopsathyrose chez un nourrisson.

M. Mouriquand rapproche le cas d'un enfant de 9 mois chez lequel seize fractures spontanées se produisirent en peu de temps. L'enfant, dont l'état général était très mauvais, mourut peu après son entrée à l'hôpital. L'examen d'un fragment osseux montra une importante décalcification.

Infarctus du cœur.

M. Gravier. Un homme de 54 ans, atteint de dilatation hypertrophique primitive du cœur avec syndrome angineux récent, fut pris brusquement d'un ictus myocardique avec phénomènes angineux intolérables, baisse rapide de la tension systolique et grave altération de l'état général. Mort au cours d'une crise œdémateuse. A l'autopsie, on trouva un infarctus intéressant toute la hauteur de la paroi ventriculaire gauche ainsi que la cloison et des coronaires thrombosées.

A.C.

Les Congrès

VIIe Réunion Neurologique internationale annuelle.

(*Suite*)

2e *rapport* — **Les moyens actuels d'exploration du système sympathique et leur valeur en clinique viscérale.** — M. Soderberch (Gotthard), de Gottebourg, se trouvait donc en présence d'un « terrain mouvant », qui ne lui donnait nullement matière à une documentation positive comparable à celle de M. A. Thomas. Dans son rapport et dans les notes additionnelles qu'il y a jointes, il a surtout voulu faire œuvre critique, et cette critique est sévère : M. Soberbergh n'admit guère à la question, de conclusion ferme ; il apporte, par contre, un plan de défrichement très judicieux.

L'exploration du système sympathique dans la clinique des affections viscérales a été mise à l'ordre du jour principalement par les travaux d'Eppinger et Hess : la notion d'un antagonisme entre l'orthosympathique et le parasympathique, celle d'un équilibre variable de ces deux systèmes selon les sujets, enfin l'espoir de mettre en valeur leur tonus et leur excitabilité respectifs grâce à des épreuves physiologiques ou pharmacologiques, restent toujours les idées fondamentales les plus généralement répandues Cependant chacune d'elles est passible des plus graves critiques.

L'antagonisme absolu entre le vague et le sympathique ne se trouve réalisé ni en physiologie expérimentale, ni dans les réflexes du système végétatif, ni dans les réactions pharmacodynamiques.

D'autre part, chaque organe a une réactivité nerveuse qui lui est propre, et qui ne permet nullement de classer la réactivité végétative du sujet tout entier : il n'y a pas de « sympathicotoniques » et de « vagotoniques » : tout au plus peut-on reconnaître que, chez un sujet donné, le cœur, le poumon, le système vaso-moteur, l'estomac ou l'intestin réagissent respectivement plus ou moins dans le sens de l'activité vagale ou dans le sens de l'activité sympathique : chez l'homme plus encore que chez l'animal, il semble que le système végétatif est très décentralisé, et que les réactions de chaque viscère sont nettement spécialisées.

Enfin chaque réaction du système ortho ou parasympathique se trouve intriquée avec toute une série d'autres facteurs biologiques : facteurs émotifs d'ordre constitutionnel ou occasionnel, — facteurs humoraux constitués par les hormones circulantes, et aussi par les électrolytes des divers milieux organiques, — autotonus propre à chacun des organes.

C'est dans cet esprit que M. Soderbergh aborde successivement la critique de diverses épreuves pharmacodynamiques et physiologiques le plus souvent utilisées dans l'exploration du sympathique. On conçoit avec quel scepticisme il envisage l'interprétation de ces épreuves qui visent, selon son expression, à nous faire pénétrer dans le « sous-sol de notre vie ».

Epreuves pharmacodynamiques. — Voici par exemple l'adrénaline, le plus couramment usité des réactifs du système nerveux végétatif. Depuis Eppinger et Hess, elle est considérée comme le type des excitants du sympathique. Cependant, sur chaque appareil, les effets obtenus se sont montrés des plus variables, selon les doses utilisées, le mode d'introduction, la marque d'adrénaline employée. Les temps et les durées de réaction dépendent de tous ces facteurs. Les variations individuelles sont multiples, même chez les sujets normaux, *si bien* que, de l'avis de Danielopolu lui-même, il est très difficile de trouver des sujets normaux *qui* se ressemblent par leurs réactions cardio-vasculaires à l'adrénaline. L'injection intraveineuse de très faibles doses (1/750.000 milligramme) détermine une excitation du parasympathique. L'orthosympathique ne réagit qu'à des doses plus élevées, et les doses fortes (1/50.000 milligramme), si elles excitent avant tout l'orthosympathique, sont loin d'être indifférentes pour le parasympathique. Sur le même sujet, l'étude des réactions des divers appareils (sensations subjectives, tension artérielle, rythme du pouls, globules blancs, glycémie et glycosurie, taux des ions Ca, H, K et P dans les humeurs, motricité du tube digestif) peut indiquer les excitabilités les plus discordantes : ici excitabilité parasympathique intense, là forte réaction orthosympathique intense, ailleurs encore réactions très atténuées. Ces « réactions en mosaïque » sont d'une grande importance dans toute l'histoire du système nerveux végétatif, et elles déroutent bien souvent les interprétateurs. Enfin il faut bien savoir que l'action de l'adrénaline ne s'exerce pas exclusivement sur le système nerveux, et qu'elle est encore manifeste sur des organes complètement énervés (Tschermak). C'est donc avec bien des réserves que M. Söderbergh passe en revue les données de l'épreuve à l'adrénaline chez les hyperthyroïdiens, chez les diabétiques, chez les hypertendus, ainsi que les essais tentés dans l'étude des splénomégalies ou par la réaction de Lœwi sur la pupille.

Un travail de critique analogue au sujet de l'action paralysante de l'atropine sur le parasympathique, et surtout de la prétendue action excitante de la pilocarpine sur ce même nerf, aboutit à des réserves du même ordre. Cela, d'ailleurs, ne compromet pas l'intérêt pratique que peuvent présenter la réaction

à l'atropine dans certaines bradycardies, ou l'épreuve de l'adrénaline dans les syndromes hyperthyroïdiens.

Les *épreuves physiologiques* ne sont pas plus faciles à interpréter que les épreuves pharmacodynamiques.

Le réflexe oculo-cardiaque a été le plus étudié. A condition de le rechercher exclusivement à jeun, avec toutes les garanties de précision (pression de 500 à 800 grammes à l'oculo-compresseur, prise de tracés), il peut fournir des indications caractéristiques de chaque sujet. A l'état normal, il y a ralentissement de 10 à 12 pulsations. Si le réflexe s'exagère, le ralentissement peut dépasser 16 pulsations; de plus, à l'action chronotype, sinusale, s'ajoute une action dromotrope, qui peut aboutir à la bradycardie totale, ou même à l'arrêt du cœur (Dufour). Dans certains cas, le ralentissement est remplacé par une accélération : cette « inversion » du réflexe est en réalité d'ordre purement émotionnel. Bien que l'exagération de R.O.C. soit la règle chez les asthmatiques, l'importance pratique de sa recherche reste discutable. Les voies qu'il emprunte restent elles-mêmes mal déterminées. La voie centripète est-elle vraiment le trijumeau, comme on l'admet en général ? ou bien n'emprunte-t-elle pas également (Laignel-Lavastine) ou même exclusivement (Barré) le sympathique ? L'augmentation de pression produite dans les espaces sous-arachnoïdiens ou dans la circulation veineuse cérébrale par la compression oculaire n'exerce-t-elle pas une excitation directe, mécanique, ? (Rebattu et Josserand). Quant à la voie centrifuge, c'est avant tout le vague, mais il semble que le sympathique participe aussi à la réponse (Petzetakis) : Aschner lui-même n'a-t-il pas vu le R.O.C. persister après double vagotomie ?

A plus forte raison la valeur du réflexe oculo-cardio-dilatateur, du réflexe oculo-vaso-moteur, du réflexe oculo-respiratoire, du réflexe oculo-digestif reste-t-elle bien obscure.

Restent le réflexe cœliaque et l'épreuve de Czermak.

Le réflexe cœliaque (A. Thomas et surtout H. Claude) se caractérise par la chute de la tension artérielle provoquée par la compression de la région aortique à l'épigastre. Il s'épuise comme les autres réflexes sympathiques, et n'est pas en relation avec le trouble circulatoire mécanique provoqué par la compression de l'aorte elle-même. Il existe à l'état normal ; il s'exagère chez les névropathes, les anxieux, mais aussi chez les sujets dont la région épigastrique est douloureuse, et parfois même en dehors de toute raison apparente.

L'épreuve de Czermak se recherche par compression du paquet vasculo-nerveux du cou à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette manœuvre détermine un ralentissement du pouls et de la respiration, quelquefois accompagné d'un peu d'angoisse et de quelques troubles digestifs. Czermak pensait agir par compression du vague : en réalité, la réaction persiste après section du vague (Scherf) ; il s'agit donc en réalité d'un réflexe dont le point de départ se trouve dans la paroi artérielle. C'est surtout chez les athéromateux que cette réaction s'exagère.

Dans de telles conditions, il est bien difficile de maintenir la classification d'Eppinger et Hess en vagotoniques et sympathicotoniques, même en y ajoutant avec Guillaume un groupe de neurotoniques ou en tenant compte, avec Diesel, de la réaction humorale (l'alcalose agissant dans le même sens que la vagotonie, l'acidose dans le même sens que la sympathicotonie). Les tentatives de Danielopolu pour déterminer le tonus absolu de l'ortho et du parasympathique, en particulier grâce à l'épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, sont des plus intéressantes, mais elles aboutissent à une classification bien compliquée pour la pratique. Ce qui est certain, c'est qu'il existe un groupe d'états pathologiques, qui méritent le nom de « sympathoses » (Bard, Laignel-Lavastine) et dans lesquelles dominent les réactions anormales du système nerveux végétatif en dehors de toute lésion anatomique déterminée.

M. Söderbergh estime qu'il est prématuré d'entreprendre une étude vraiment scientifique de ces états anormaux. Il propose de reprendre par la base toute l'étude du système nerveux végétatif, en commençant par l'examen systématique et complet d'un très grand nombre de sujets normaux, pour aborder ensuite celui des malades atteints de lésions anatomiques bien déterminées, pour terminer par les troubles somatiques fonctionnels du système végétatif : c'est là, en effet, la saine méthode, qui va du simple au complexe.

Parmi les réactions des systèmes végétatifs, le rapporteur estime que les premières à aborder sont les réflexes intra ou interviscéraux, qui sont trop peu connus, et qui sont cependant les plus simples et les plus physiologiques (Bard): tels les réflexes multiples qui président à la déglutition, au cheminement et à la digestion du bol alimentaire, les arythmies respiratoires, la gastroplégie qu'on observe parfois, sous l'écran radioscopique, immédiatement avant une syncope. L'étude de ces réflexes physiologiques devrait être approfondie avant qu'on puisse interpréter avec exactitude les réflexes extra-viscéraux (oculo-cardiaque, cœliaque, etc.) et les épreuves pharmacologiques. Ce travail n'aboutira que grâce à des observateurs nombreux et patients, à des techniques précises et uniformes, et à des idées directrices fermement suivies.

Discussion.

Communications se rattachant au rapport de M. A. Thomas. — M. Laignel-Lavastine pense, comme M. Thomas, que les réflexes cutanés sympathiques permettent actuellement des évaluations moins aléatoires que les réflexes sympathiques viscéraux. Les plus précieux sont, à son avis, les réflexes pilomoteurs, puis viennent les réflexes sudoraux. Il cite

un exemple de paralysie du plexus brachial due (C^5 C^6 et C^7) à un arrachement par aile d'avion : l'abolition du réflexe pilo-moteur permit de reconnaître que l'arrachement siégeait en dehors des communicants.

M. Barré (de Strasbourg) argumente, à la lumière de son expérience personnelle, toute une série de points de détail. Il insiste sur les irritations du sympathique, aussi fréquentes que ses paralysies, et qui peuvent se rencontrer même sur des branches en voie de dégénérescence. Il signale, chez les grands blessés de la moelle, l'intensité de l'hyperémie qui se produisait aux points de pression. Cette hyperémie va parfois jusqu'à former une véritable saillie congestive, avec pouls capillaire. C'est au niveau de ces zones hyperémiées que se développent ensuite les troubles trophiques. Il critique la précision du tonomètre de Gærtner pour la mesure de la tension capillaire ; l'anneau devrait être beaucoup plus large, atteindre 2 cm. 8 au lieu de 1 cm. 5 ou 2 centimètres. Il précise le rôle du spasme artériel, par sa persistance et par son intensité, des lésions ischémiques. Il revient sur le réflexe oculo-cardiaque, qui est conservé après section du trijumeau lorsque cette dernière est bien faite (Leriche) : la voie centripète ne passe donc pas par le trijumeau. Le temps perdu est parfois considérable avant la réaction : il peut atteindre une minute et demie.

Le réflexe dartoïque est remarquable parce que c'est le plus constamment conservé après section de la moelle. Si la section est incomplète, la contraction du dartos s'accompagne souvent d'une douleur vive mais retardée.

M. Barré est d'accord sur la grande valeur du réflexe pilo-moteur. Il signale cependant un cas paradoxal dans lequel l'ablation du ganglion étoilé, pratiquée par M. Leriche chez un malade atteint d'angine de poitrine, — d'ailleurs avec un plein succès thérapeutique, — n'a pas aboli, pour M. A. Thomas, le réflexe pilo-moteur dans la région externe du bras. Il admet d'aill.urs, pour ce cas comme pour un cas analogue de M. Cl. Vincent, que le chirurgien n'a sans doute pas enlevé la totalité du centre sympathique.

Enfin M. Barré a décrit sous le nom de « syndrome cervical postérieur », un tableau clinique caractérisé par une céphalée occipitale, souvent bilatérale, des vertiges, du bourdonnement d'oreilles, des symptômes neurasthéniformes. Ce tableau s'oppose au « syndrome sympathique cervical antérieur » constitué par le syndrome de Cl. Bernard-Horner. Il est très voisin du « syndrome de l'artère vertébrale », qu'a décrit M. Néri, et que cet auteur retrouve chez un grand nombre de commotionnés. M. Barré attribue son « syndrome sympathique cervical postérieur » à de l'arthrite cervicale chronique.

Sympathique et pigmentation cutanée.— M. Sésary combat, d'accord avec le rapporteur, le rôle qu'on a longtemps attribué au sympathique dans la pathogénie des mélanodermies. Les lésions du plexus solaire ne jouent aucun rôle dans la pigmentation addisonienne : ce qui le prouve, ce sont les améliorations de la mélanodermie parfois observées après l'opothérapie surrénale ; ce sont aussi les cas de grosses lésions du plexus solaire constatées en l'absence de toute mélanodermie antérieure. D'ailleurs la mélanodermie ne coïncide souvent avec aucun trouble des réflexes vago-sympathiques. Si la mélanodermie des addisoniens s'associe souvent à de l'hypervagotonie, il n'en est pas de même dans la mélanodermie des basedowiens. La pigmentation cutanée réflexe des poikilothermes ne peut avoir son homologue en physiologie humaine, puisqu'elle s'explique par l'existence de grandes cellules pigmentaires qui sont susceptibles de se distendre transitoirement sous l'influence d'une excitation nerveuse, mais qui n'ont pas d'analogues chez l'homme.

Le rôle du système sympathique est simplement un rôle prédisposant indirect, lié à la vaso-dilatation paralytique ; ainsi s'explique la mélanodermie observée parfois expérimentalement chez le lapin après blessure de la moelle, ou celle qu'on a exceptionnellement notée chez l'homme dans des circonstances analogues. Il s'agit d'ailleurs toujours, dans ces dernières observations, de grands infectés déjà atteints de lésions viscérales multiples.

M. J. Froment (de Lyon) rappelle le rôle qu'il a attribué, avec M. Babinski, aux troubles réflexes médullaires d'origine médullaire dans les troubles physiopathiques des blessés de guerre. Il rappelle les arguments qui l'empêchent d'admettre que ces troubles soient de simples conséquences de l'immobilisation. Il s'étend, en particulier, sur les travaux récents de F. Albert (de Liège) qui, dans le service de Willems, a étudié les troubles vaso-moteurs consécutifs aux blessures des membres : Albert a vu ces troubles dès les vingt-quatre premières heures qui suivent la blessure, et, à côté des cas où il y avait diminution de l'indice oscillométrique, il en est d'autres où l'indice oscillométrique était au contraire augmenté. Les faits d'Albert sont d'autant plus suggestifs qu'ils sont observés dans le service de l'initiateur de la mobilisation précoce. Des troubles vaso-moteurs du même ordre ont été observés expérimentalement chez 80 chiens. Les épreuves pharmacodynamiques ont amené Albert à incriminer un axon-réflexe, mais sans lui permettre d'éliminer l'intervention d'un réflexe médullaire.

Sur la symptomatologie du sympathique.— M. Egas Monis (de Lisbonne) rapporte un cas de cancer endothoracique, dont le premier symptôme avait été un syndrome radiculaire de compression, de D^1 à D^4 du côté droit, avec syndrome de Claude Bernard-Horner. L'existence d'un syndrome très complet de paralysie pilo-motrice, sudorale et vaso-motrice du membre supérieur droit permit de reconnaître la localisation extra-rachidienne de la compression. Un traitement radiothérapique atténua les douleurs,

mais n'exerça aucune action sur le syndrome sympathique.

Lésions hautes de la moelle épinière avec paralysie du côlon par hyperfonction sympathique. — M. Feltkamp (d'Amsterdam) a étudié la stase et la distension coliques qui s'observent dans les grandes paraplégies (syringomyélie ou myélites transverses). Ces phénomènes simulent quelquefois le mégacôlon, et peuvent aller jusqu'à l'iléon. A l'état normal, il existe un équilibre entre le nerf hypogastrique, d'origine parasympathique, et la défécation est le résultat d'un stimulus du second, avec inhibition du premier. Dans le cas de lésion médullaire transverse, c'est le contraire qui se produit : l'interruption de l'influx nerveux supérieur renforce l'action inhibitrice du nerf hypogastrique, et réalise l'atonie colique et rectale, avec contracture du sphincter anal. Le fonctionnement de l'intestin grêle est beaucoup moins troublé, parce que l'appareil nerveux autonome de la paroi du grêle lui assure une indépendance physiologique beaucoup plus grande. — Ces travaux doivent être rapprochés de ceux de MM. Guillain et Barré chez les blessés de la moelle, de ceux de M. et Mme Sorrel dans les paraplégies pottiques.

Balancement de la température locale à la suite des blessures des troncs nerveux des membres. — M. Souques expose le résultat de ses recherches sur les troubles de la calorification de la peau consécutifs à la blessure des tissus nerveux des membres. Ces troubles consistent en un balancement paradoxal de la température locale du membre blessé, comparée à celle du membre sain : quand la température est plus élevée au segment inférieur, elle est plus basse au segment sus-jacent, et inversement. Elle se comporte comme les plateaux d'une balance, dont l'un monte quand l'autre descend, et réciproquement. Ainsi, dans des cas de blessure du nerf sciatique à la fesse, on trouve de l'hypothermie du pied avec hyperthermie de la cuisse, ou bien de l'hyperthermie du pied avec hypothermie de la cuisse, par comparaison avec la température des régions symétriques du membre sain. Ce balancement thermique est très fréquent Il ne peut pas s'expliquer par l'importance relative du membre blessé. L'auteur l'explique par l'excitation simultanée des filets vaso-constricteurs et des filets vaso-dilatateurs, soit par la blessure, soit par la cicatrice. Les différences comparatives en plus ou en moins, d'un côté à l'autre, peuvent dépasser cinq degrés. Ces faits ont été observés sur une centaine de cas. Dastre et Morat avaient signalé des particularités analogues dans le territoire du sympathique céphalique. M. Néri (de Bologne) a fait des constatations analogues.

Sur l'existence de nerfs antagonistes des nerfs « arrectores pilorum ». — M. Stefano Perrier (de Turin) a observé que le réflexe pilo-moteur peut manquer dans les zones de dermographisme rouge, et il émet l'hypothèse que des fibres antagonistes des *arrectores pilorum* pourraient coïncider avec les fibres vaso-dilatatrices. André Thomas n'admet pas cette hypothèse.

Modifications du sympathique cervico-thoracique au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique. — MM. Maurice Villaret, L. Justin Bezançon et X.-J. Contradès ont étudié systématiquement, chez leurs malades, au cours du pneumothorax thérapeutique, les modifications du sympathique cervico-thoracique. Ils présentent notamment une malade chez laquelle, après collapsus du poumon gauche, la radioscopie révèle une grosse bride pleurale du sommet. Or il existe, chez cette malade, un syndrome d'excitation du sympathique cervico-thoracique gauche, fruste et transitoire, véritable syndrome d'excitation à éclipses, qui se traduit par une inégalité pupillaire, pas de modification du réflexe oculo-cardiaque unilatéral et par un mode particulier de réaction pilo-motrice. Les sphygmogrammes enregistrés au cours de la recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral sont particulièrement démonstratifs.

Ces faits, rapprochés de ceux qui ont été observés dans un syndrome de Claude Bernard-Horner, présenté par les mêmes auteurs, permettent d'esquisser une systématisation de la recherche clinique des altérations unilatérales du sympathique cervicothoracique.

Exploration du sympathique cervical par le réflexe oculo-cardiaque unilatéral (à propos d'un cas de syndrome de Claude Bernard-Horner). — MM. Maurice Villaret, L.-Justin Bezançon et X.-J. Contradès décrivent une technique de recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral. Ils montrent combien ce procédé d'examen du sympathique cervical est délicat dans sa mesure et dans son appréciation. Aussi insistent-ils sur la nécessité des précautions à prendre : égalité de pression sur les deux yeux, inscription graphique, préparation du sujet, etc.

Ils présentent un appareil pour la recherche du réflexe oculo-cardiaque unilatéral.

Ils montrent les relations entre le réflexe et les autres modes d'exploration du système sympathique. Ils discutent les voies de conduction du réflexe et indiquent son intérêt dans l'étude des syndromes sympathiques cervicaux.

Ils présentent une malade atteinte de syndrome de Claude Bernard-Horner déterminé par un goitre, et ils montrent les sphygmogrammes inscrits après compression séparée de chaque œil. L'étude des réactions pupillaires de cette malade révèle bien les liens qui unissent les modifications du réflexe oculocardiaque et l'anisocorie provoquée.

Les auteurs pensent que cette observation indique que le réflexe oculo-cardiaque unilatéral possède, pour explorer les altérations locales du sympathique cervico-thoracique, une valeur incontestable, que

ne présente pas au même degré le réflexe oculo-cardiaque bilatéral, pour déceler les modifications générales du tonus sympathique.

Etude comparée de la tension veineuse, de la tension artérielle et de la température locale dans l'hémiplégie organique et dans les traumatismes craniocérébraux. — M. Maurice Villaret, après avoir rappelé les travaux de Ferré, Villard, Sicard, Marinesco, Tixier, Guillain, etc., résume ses recherches sur la tension artérielle des hémiplégiques, d'abord en collaboration avec Gilbert puis avec Theodoresco, ces dernières poursuivies surtout chez les anciens traumatisés cranio-cérébraux à l'aide de sa méthode oscillo-sphygmophonique et de la pesée des courbes obtenues, procédé repris après lui par Delaunay. Complétant ces travaux avec M. Jonnesco, il a étudié l'hémiplégie organique au point de vue de la tension veineuse, méthode d'exploration directe qu'il a mise le premier au point, et que, depui s 1912, il a appliquée systématiquement à de nombreux processus pathologiques. Etudiée sur 26 malades parallèlement à la tension artérielle et à la température locale, elle lui a permis les conclusions suivantes.

Dans l'hémiplégie organique flasque, la pression veineuse est nettement augmentée du côté paralysé et par rapport à la pression veineuse normale. La température locale augmente parallèlement à la pression veineuse. La tension artérielle, beaucoup moins nettement modifiée, présente un abaissement unilatéral, surtout de la minima et de l'indice oscillométrique.

Dans l'hémiplégie organique spasmodique, la pression veineuse est diminuée du côté paralysé et par rapport au chiffre normal. La température locale s'abaisse parallèlement à la pression veineuse. La pression veineuse et la température locale augmentent cependant lorsque apparaît de l'œdème unilatéral, et diminuent avec celui-ci. Bien moins nettement se modifie la tension artérielle, qui augmente, surtout en ce qui concerne la minima et l'indice oscillométrique.

Dans le coma hémiplégique, la pression veineuse et la température locale sont augmentées par rapport à la normale, mais moins du côté paralysé.

Dans les séquelles des traumatismes cranio-cérébraux, la pression veineuse et la température locale se modifient, en cas d'hémiplégie, comme dans les cas précédents, mais moins nettement. Dans le cas de syndrome atypique, la pression veineuse est, en général, diminuée du côté opposé au traumatisme, alors que la pression artérielle ne montre que des modifications inconstantes de la minima et de l'indice oscillométrique.

L'oscillométrie simultanée. — MM. Froment et Barbier présentent un appareil spécial qui leur permet d'éviter les causes d'erreur dans l'appréciation de la tension comparée sur les deux segments de membres symétriques.

Action de la pilocarpine et de l'adrénaline dans les lésions pyramidales, par M. Catola (de Florence). — Ces épreuves pharmacodynamiques constituent un procédé de plus pour permettre de distinguer les hémiplégies hystériques des hémiplégies organiques.

(*A suivre.*)

Les Livres

Vigot, frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine Paris.

Ed. Moreau, docteur en pharmacie. — **Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides. Prélèvements. Technique. Résultats. Interprétation** (1 vol. in-8 écu, 188 pages, 50 fig. : 10 francs.)

Les techniques, choisies parmi les plus rapides et les plus exactes, sont d'exécution facile et cela sans organisation spéciale, avec un matériel extrêmement réduit, peu coûteux, facile à improviser dans bien des cas, et un nombre de réactifs aisés à préparer. Un certain nombre de réactions nouvelles d'une application pratique sont exposées.

A ceux qui ne possèdent ni microscope, ni centrifugeur, ni étuve, l'auteur indique d'une façon simple le moyen de faire certains premiers examens importants et urgents, pour compléter ou confirmer un diagnostic.

La façon de faire un prélèvement est exposée ainsi que la marche de l'analyse et les constatations faites en cas de résultats positifs ou négatifs.

Sont ainsi traitées dans ce précis, les recherches essentielles à effectuer sur le pus, les infections mycosiques, les crachats, le sang, le liquide céphalo-rachidien, les épanchements des séreuses, le sperme, le liquide gastrique, les matières fécales, les urines, l'eau.

Dr Justin Roux (de Cannes). — **Introduction à la thérapeutique de la tuberculose humaine.** Troisième mémoire (Prix : 4 francs.)

L'auteur a établi dans deux précédents travaux que le tuberculeux était le vrai ralenti de la nutrition ; le milieu s'oppose à l'hydrolyse, à l'hydrolyse défaillante. Dans ce troisième mémoire, il commence l'étude de la thérapeutique antiacide et celle des corps hydrolysants.

Parmi ces corps hydrolysants décrits, en existe-t-il un qui soit une arme thérapeutique contre le bacille

de Koch ? Sinon, il faudra continuer la recherche d'autres corps capables de bactériolyser ; tous les corps capables d'hydrolyse n'atteignent pas tous les corps hydrolysables ; il y a différentes trypsines comme il y a différentes oxydases, différentes cellulases, etc. L'auteur pense qu'il faut commencer par certains corps qui hydrolysent (aldéhydes, bisulfites, eau oxygénée) et qui existent normalement dans l'organisme.

Gaston DOIN et CIE, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris.

Victor PAUCHET. — **La Pratique chirurgicale illustrée.** — *Fascicule VIII.* (1 vol. in-8° de 250 pages avec 265 figures dessinées d'après nature par S. Dupret. 30 francs.)

La question des goitres est traitée d'une façon très complète par l'auteur ; l'occlusion intestinale, chapitre de chirurgie d'urgence, est illustrée de nombreuses figures ; la cure de la hernie ombilicale chez les obèses est exécutée suivant le procédé des frères Mayo, de Rochester ; le prolapsus du rectum est décrit suivant la technique de Lockhart-Mummery.

Dans ce fascicule est exposée la technique suivant Mayo des greffes dermo-épidermiques de Tiersch ; à noter que celles-ci peuvent s'exécuter sans laisser de traces et qu'il est indispensable, pour qu'elles prennent, d'avoir choisi le donneur ; il faut, en effet, qu'il y ait identité des sangs, comme pour la transfusion sanguine.

Les fistules salivaires et le traitement ont été décrits par Pierre MORNARD, l'ectopie testiculaire par le Dr TIERNY. L'anus gargouille fait l'objet d'un intéressant travail du prof. LAMBRET, de Lille.

Il s'agit donc d'un traité « vécu » de chirurgie courante et spéciale, qui rend tous ces travaux aussi intéressants pour le chirurgien praticien que pour le chirurgien spécialisé.

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ DOIN ET CIE.

A. TOURNAY. — **Neurologie.** (Collection des *Consultations journalières*). Un vol. in-16, 316 p. : 19 fr. 20.

J. GATÉ, médecin des hôpitaux de Lyon. — **Dermatologie.** (Collection des *Consultations journalières*.) Un vol. in-16, 438 p. : 24 fr.

CARACTÈRES QUE PEUT ET DOIT PRÉSENTER UNE BONNE FARINE LACTÉE

Par Raoul LECOQ,

Docteur en pharmacie, licencié ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'alimentation des jeunes enfants, en périodes tant normales que pathologiques est devenue d'autant plus facile que l'arsenal diététique s'est enrichi, ces dernières années, de produits de premier ordre. Nous pensons qu'il est indispensable, de temps à autre, de procéder à un véritable reclassement des éléments dont on dispose, afin d'en mieux apprécier la valeur et d'en tirer, le moment venu, le meilleur rendement.

Tout d'abord, sachons reconnaître qu'aux *farines naturelles*, utilisées depuis la plus haute antiquité, sont venues s'adjoindre une série de produits spécialisés, bien représentatifs de notre temps : d'une part, les *poudres de lait*, d'une solubilité et d'une conservation parfaites, et les *extraits de malt*, secs ou en paillettes, qui ont l'avantage d'apporter (s'ils sont bien préparés), la quantité de vitamines nécessaire à l'utilisation des sucres qu'ils renferment (1) ; d'autre part, deux types de produits intermédiaires, de plus en plus répandus, tant en France qu'à l'étranger, à savoir les *laits maltés* et les *farines lactées*.

Mais, tandis que les *laits maltés* peuvent facilement céder le pas à des mélanges définis de poudres de lait et d'extrait de malt, ces deux produits étant parfaitement préparés et régulièrement utilisés en diététique infantile, il en va tout différemment des *farines lactées* : le mélange plus ou moins heureux, de poudres de lait, de farines (même grillées) et de sucre ne donne que des produits *lactés hétérogènes*, qui sont bien loin de présenter les qualités des véritables *farines lactées homogènes*.

Or, on ne devrait désigner sous le nom de « *farine lactée* » que des *composés homogènes* où le lait se trouve intimement associé aux farines par imprégnation profonde et où les amidons sont rendus assimilables, à la fois par action diastasique et par grillage.

Nous avons signalé antérieurement les inconvénients des mélanges lactés hétérogènes (1) ; sans revenir sur cette question déjà traitée, nous nous contenterons de définir, à la lumière des connaissances nouvelles, quels caractères peut et doit présenter une *bonne farine lactée*.

---

(1) Mme L. RANDOIN et R. LECOQ. — Les vitamines hydrosolubles B contenues dans la levure de bière existent-elles préalablement dans le milieu de culture ? *C.R. Ac. des Sciences*, 1926, **182**, p. 1564.

(1) R. LECOQ. — La carence dans l'alimentation des nourrissons. *XVIe Congrès français de Médecine*, Paris, 1922, tome II, p. 151.

A notre avis, pour répondre à ses indications multiples, aujourd'hui bien établies, une bonne farine lactée doit être : *lactée*, *dextrinée*, *diastasée* et, en outre, renfermer en faible proportion des *éléments féculents* inattaqués.

1° Une bonne farine lactée doit (et c'est la première des conditions) être *lactée*. Cette vérité n'est pas, comme on pourrait le croire, une simple La Palissade, Madame Gobert a pu trouver en effet dans le commerce des farines, dites lactées, qui ne renfermaient aucun des éléments du lait (1).

Cette farine doit contenir *assez de lait* et le présenter sous une forme spéciale qui en permette l'assimilation, même dans les cas d'*intolérance lactée* ; c'est le propre, nous l'avons déjà dit, des *farines lactées homogènes* : le lait se présente *intimement combiné* aux éléments mêmes de la farine et l'on voit des enfants le tolérer parfaitement et le digérer, alors qu'ils ne peuvent supporter ni le lait, ni le lait coupé d'eau bouillie. Cette imprégnation profonde de la farine par le lait présente en outre l'avantage d'en relever la valeur alimentaire par un apport non négligeable d'albuminoïdes (caséine, lactalbumine, etc.), de sels minéraux et de vitamines (2).

Mais, si la farine doit être lactée, elle ne doit pas cependant contenir *une trop grande proportion de lait* ; ce ne pourrait être en effet qu'aux dépens de la farine elle-même, c'est-à-dire des éléments hydrocarbonés qu'il devient indispensable d'introduire dans l'alimentation de l'enfant dès que cesse la première étape d'allaitement exclusif. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que, dans la pratique, la farine lactée doit se préparer *au lait* ; il convient donc de tenir compte de cet apport supplémentaire.

2° Une bonne farine lactée doit être *dextrinée*, c'est-à-dire fournir sous une forme plus *directement assimilable* les amidons de la farine de blé ou des farines qui en forment la base. Des expériences physiologiques récentes nous ont montré que la température, à laquelle s'effectue ce dextrinage, a la plus haute importance ; il est indispensable qu'il s'accompagne d'un véritable *grillage* qui produit la dextrine *blonde*. La dextrine blanche est, par contre, une source de troubles digestifs (3).

(1) Mme Gobert. — Les farines lactées. *Ann. falsif. et fraudes*, 1915, **8**, p. 165.
(2) R. Lecoq. — Farines lactées et farines pour bouillies. *Bull. Soc. Hyg. Alim.*, 1922, **10**, p. 552.
(3) Mme L. Randoin et R. Lecoq. — A propos des variétés commerciales de dextrines, *Société de Pharmacie de Paris*, 7 juillet 1926.

3° Une bonne farine lactée doit être *maltée*, ou pour mieux dire *diastasée*, car l'*action de la diastase du malt doit être effective*.

L'addition simple de malt ou de farine de malt n'est pas suffisante et ne constitue, comme nous l'avons montré, « qu'un maltage illusoire » ; pour être réel, le maltage doit comporter l'action diastasique directe sur la farine, assurant ainsi une *véritable prédigestion*, en particulier par scission progressive des éléments hydrocarbonés en maltose et dextrines de plus en plus simples (1).

4° Une bonne farine lactée doit, malgré toutes les transformations, *apporter des éléments féculents inattaqués*.

Cette quatrième condition peut paraître, *a priori*, en contradiction avec les deux précédentes : il n'en est rien, car il suffit d'une très faible proportion de féculents inattaqués. Ceux-ci ont le gros avantage de conserver à la préparation une gélification suffisante pour assurer, comme cela fut récemment démontré par les expérimentateurs américains, *une meilleure utilisation des sels calciques* (2) et aussi, sans doute, comme le pense certain pédiatre, pour régulariser le métabolisme des liquides dans l'organisme.

En remplissant toutes ces conditions, nous croyons que la farine lactée répond parfaitement aux multiples indications qui sont considérées aujourd'hui comme son apanage. La grande digestibilité des éléments du lait et des aliments qui rentrent dans sa composition justifie son emploi dans nombre d'affections infantiles.

Préparée à l'eau, elle constitue un aliment transitoire, susceptible d'assurer *à court terme*, mais dans des conditions satisfaisantes, la nutrition des nourrissons dyspeptiques, présentant des vomissements, de la diarrhée, de l'*intolérance lactée*, et momentanément privés de lait.

Cuite au lait, la farine lactée est un aliment parfaitement digestible très recherché des nourrissons, *dont il facilite le sevrage, tout spécialement à son début*. Donnée en plus fortes doses que les farines ordinaires (parce que moins épaisse, plus agréable et plus nutritive), la farine lactée permet d'assurer sans surcharge digestive la suralimentation des *inanitiés* et des *hypoalimentés*.

(1) R. Lecoq. — Quand, pourquoi et comment malter les aliments, Paris, 1925, Vigot frères, éditeurs.
(2) H. Hunt, A.-R. Winter et R.-C. Miller. — Facteurs pouvant influencer l'assimilation du calcium, *Journ. of biol. Ch.*, 1923, **55**, p. 739.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA MÉDECINE EN 1935

Par les Drs DELAVILLE et DESCHAMPS.

Mention de notre concours.

Ecrivait sur parchemin velu avecques son gros gallimart prognostications et almanach.

I

EN PANNE

Dialogue vécu.

PERSONNAGES

Dr DELAVILLE : Riche médecin, chirurgien de ville de province. Grosse clientèle. Situations officielles. Vice-président de son syndicat. S'il ne fait pas partie du Conseil de l'Union des Syndicats, il en sera sûrement un jour ou l'autre.

Dr DESCHAMPS : Grincheux. Légèrement pessimiste, car il a mauvais estomac. Un peu bohême.

La scène se passe dans la puissante et luxueuse conduite intérieure du Dr Delaville qui, appelé en consultation par le Dr Deschamps, l'a pris dans son auto. Ils sont en panne d'essence en rase campagne. Julot, le chauffeur, est parti chercher de l'essence au village voisin.

Dr DESCHAMPS. — Cinq kilomètres pour aller ! Nous en avons pour deux heures à attendre le retour de Julot et de son bidon ; l'un portant l'autre.

Dr DELAVILLE. — Doux pays à contempler.
...« *Triste solum, cui desunt bis tria tantum*
Collis, prata, nemus, fontes, arbuta, racemus »
Je vous souhaite bien du plaisir !

Dr DESCHAMPS. — T'en fais pas, vieille branche. Un ami disert, s'il peut charmer les longueurs de la route, doit aussi abréger celle de l'attente.

Devisons donc, Ami ! Puisque dans notre infortune nous avons au moins, contre les intempéries, tout le confort de ta puissante conduite intérieure, nous ne devons pas trop accuser le sort. Si tes 40 chevaux manquent d'avoine, tes coussins n'en seront pas moins doux à nos reins fatigués.

Dr DELAVILLE. — Et ma consultation !

Dr DESCHAMPS. — Il y a assez de médecins à la ville, tes malades ne risquent pas de mourir faute de soins. Les miens pourraient être plus à plaindre...

Mais, quittons ces soucis professionnels. Foin de la clientèle et des clients !

....

Tiens ! tu as là le *Concours* ? Que dit-il de nouveau ?

Dr DELAVILLE. — Il annonce un concours (avec prix fort intéressants) sur la situation du médecin en 1935.

Qu'en penses-tu ?

Dr DESCHAMPS. — Je pense que si l'on décerne le prix avant 1935, le Jury risque fort de se fourvoyer... A propos, nous avons deux heures à perdre, discutons la question, veux-tu ?

Dr DELAVILLE. — Faisons plutôt le concours. Nous avons des chances ! car, comme en général nos opinions sont absolument opposées, l'un de nous deux doit tomber juste !

Dr DESCHAMPS. — Ça va. Si l'un de nous gagne un prix, il payera à l'autre une de ces bombes qui font époque dans les fastes d'une nation.

A toi la pose, Monsieur le doyen.

....

Dr DELAVILLE. — Après avoir évoqué les mânes de la Sybille et de Mme de Thébes, imaginons que nous suivons la journée d'un confrère de 1935.

Dr DESCHAMPS (*entre ses dents*). — Si tu veux, faisons un rêve.

Dr DELAVILLE. — Saisi à son réveil par des machines électriques, compliquées et automatiques, qui remplacent le valet d'antan, le médecin de 1935 se trouve en quelques minutes lavé, baigné, massé, rasé, peigné, brossé et désinfecté. Puis, ayant (comme il se doit d'après les meilleurs préceptes d'hygiène) exonéré d'abord, regarni ensuite son tube digestif, il se rend au *Palais des Syndicats* où il gagne, à l'étage médical, le bureau de la *Médecine générale*. Les Syndicats des diver-

ses corporations ont en effet pris en charge l'organisation de la branche de l'activité qui les concerne. Leurs organismes sont réunis dans un édifice somptueux qui est le *Palais des Syndicats* dont nous venons de parler.

Par contrat collectif avec l'Etat, les Syndicats médicaux ont organisé la Médecine dans toute la France, y compris Lyon et Lille.

A Paris, l'Union des Syndicats médicaux répartit les médecins dans les centres provinciaux, envoie consultants supérieurs et inspecteurs généraux techniques, dirige et contrôle la marche des divers services.

Dans chaque centre régional, une sous-direction syndicale exerce le pouvoir médical dans les départements voisins...

Les facilités de transport automobile et aérien ont, dès 1933, supprimé les médecins de campagne...

Dr Deschamps. — Oui, déjà en 1925, les confrères de la ville venaient écrémer nos clientèles. Le fermier enrichi filait dans son auto, à notre nez et à notre barbe, chez le spécialiste coté. Le richard du château, méprisant et orgueilleux, n'aurait pas pris une purgation sans la visite d'un médecin des hôpitaux. Les accoucheurs urbains venaient nous souffler les parturientes dorées sur tranche. La tendance n'a pu que se développer.

Bref, en 1933 comme tu l'as dit, le dernier *Médecin de campagne*, proprement embaumé, fut conduit en grande pompe rejoindre le dernier *Médecin de quartier* dans les galeries du Muséum (section *Ethnologie*). On dit qu'ils y font un bridge avec le « Dernier des Mohicans » et l'homme de Néanderthal.

Dr Delaville (*sec*). — Si tu m'interromps pour faire de l'esprit, je me tais ; sois donc un peu sérieux !

Dr. Deschamps .— « J'écoute et j'obéis », comme dit...

Dr Delaville (*l'interrompant*). — Bon, bon... Je continue. Le service médical régional dépend donc d'un bureau situé dans chaque centre important où sont centralisés les appels des malades. (C'est devenu facile, avec le progrès de la téléphonie avec ou sans fil). Ce bureau répartit le travail entre les médecins, en tenant compte de leurs aptitudes. A leur arrivée, les demandes des malades sont classées par localité, par sexe, par âge, par genre de maladies (médecine, chirurgie, spécialités) etc. Tous les matins, un agent répartiteur syndical, le *Medical dispatcher*, confronte cette liste des malades avec la liste des médecins également classés suivant leurs fonctions. Il peut ainsi faire soigner chaque malade par les médecins les plus compétents, et attribuer par là-même à chaque médecin les maladies qu'il connaît le mieux. C'est la suite logique des polycliniques qui commençaient à s'ébaucher en 1925, non seulement en Amérique, mais aussi dans certaines provinces françaises.

C'est cette liste des malades, qu'il aura à visiter ce matin, que notre confrère est venu chercher au *Palais des Syndicats*. Un ascenseur reprend notre confrère, puis l'élève à la plate-forme supérieure de l'édifice où vrombissent de nombreux avions. Jetons donc un coup d'œil sur cette plate-forme. Voici les *aéro-chirs* avec leurs puissants moteurs, leurs fuselages ventrus qui renferment le chirurgien avec tout son matériel opératoire. A côté, voici les *aéro-labos* avec leurs étuves, leurs tubes, leurs ballons et leurs microscopes, le tout soigneusement protégé contre les brutalités de l'atterrissage, l'*Aéro-labe* permet un examen rapide et complet de tous les produits pathologiques. En arrière, voici les *aéro-méds*...

Dr Deschamps (*interrompant*). — Comment dis-tu ?

Dr Delaville. — Les *aéroméds*. M. É. D.

Dr Deschamps. — Aéros M, sources inépuisables de grasses plaisanteries bien médicales :

Stercus et urina medici sunt prandia prima
Ex aliis paleas ex istis collige grana
Tu peux en prendre de la graine, très cher !

Dr Delaville. — Merci, et je continue.

Les *aéro-méds* sont aux médecins ce que l'*aéro-chir* est au chirurgien. Ils contiennent tout ce qui est utile pour le diagnostic et le traitement d'urgence. Notre confrère monte dans l'un d'eux, et nous décollons avec lui pour Trifouilly-le-Bouton où se trouve notre premier malade.

A l'atterrissage, une infirmière gracieuse et sémillante....

Dr Deschamps (*interrompant*). — Elles le sont toutes !

Dr Delaville. — Une infirmière, dis-je, vient à notre rencontre et nous présente les fiches de notre malade. Elle a pris la température, et l'*aéro-labo* vient de passer, qui a laissé les résultats des analyses d'urine, de sang, de crachats, du Wassermann, etc., etc.

Nous diagnostiquons une broncho-pneumonie chez un enfant. Vite, un coup de téléphone sans fil au « Medical dispatcher » qui, comme son confrère des chemins de fer de 1925, est toujours à l'écoute, et une ambulance parfaitement close, chauffée et désinfectée va transporter notre petit malade au *Bronchitorium* où, dans des pavillons isolés dans une forêt de pins, il sera dans des conditions hygiéniques idéales pour guérir sans complication : ses bronches enflammées s'y trouveront à l'abri des poussières nocives, et il ne pourra plus contaminer sa famille et ses voisins. De là, notre aéro nous transporte chez le second malade qui a une diarrhée fébrile. Les examens de laboratoire sont négatifs.

Dr Deschamps. — Chaque fois que nous sommes embarrassés, l'examen de laboratoire est négatif. C'est une loi immuable !

Dr Delaville. — Voire... mais là n'est pas la question. Comme le diagnostic est incertain et qu'on peut craindre la typhoïde, le malade est conduit avec les précautions voulues à la clinique d'isolement, tandis que la désinfection est alertée par le *dispatcher*. Et ce n'est plus comme en 1925, où l'on attendait quinze jours la visite d'un brave cantonnier désinfecteur et hygiéniste. Nous n'avons pas fini de prendre les précautions antiseptiques de rigueur que déjà les gros biplans sanitaires bourdonnent à l'horizon.

Nous visitons successivement une hémorrhagie cérébrale, qui est aiguillée sur le centre neurologique, une appendicite que l'*aéro-chir* vient opérer sur-le-champ.

Dr Deschamps. — C'est le cas de le dire.

Dr Delaville. — Enfin un coryza, une indigestion et un convalescent de grippe qui seront soignés à domicile, sous la haute surveillance d'une infirmière diplômée. A midi, notre tournée est finie et notre aéro nous ramène vers le déjeûner. Mais ceci est une autre histoire qui ne rentre pas dans le cadre professionnel. Passons donc. Nous retrouvons notre confrère à deux heures où il fait une consultation dans un gros canton, centre d'un marché très achalandé. Nous recommençons le triage et la répartition des malades comme ce matin. Les cas sans gravité étant seuls soignés à domicile, et encore, sont-ils surveillés de près par une infirmière ou une contre-visite médicale inopinée. Après la consultation, nous avons deux heures d'hôpital, car pour entretenir notre sens clinique en forme, nous devons collaborer au traitement des malades que nous avons envoyés dans les diverses cliniques, et discuter avec les chefs de services les cas intéressants.

La journée médicale est alors finie ; nous avons eu huit heures de travail. Avec une garde de nuit par semaine et une journée de repos complet, telle est la vie du confrère de médecine générale. Les chefs de service, les chirurgiens, les spécialistes ont une existence analogue. Tous ont un grand mois de liberté complète tous les ans.

Dr Deschamps. — A ce récit, je me
« forge une félicité
« Qui me fait pleurer de tendresse. »

Mais nous n'avons pas encore vu par où le collier blesse. Si nous parlions des honoraires, dans ta Salente médicale ?

Dr Delaville. — J'y arrive.

Forcés par la loi sur les assurances sociales dans l'engrenage desquelles leur *Union* avait eu tort de mettre le doigt, malgré les conseils des Bordelais et des Lyonnais, nos confrères de 1927 furent obligés d'accepter une rémunération forfaitaire comme en Alsace-Lorraine, et, pour les mêmes raisons que dans cette région, ne purent vivre que ceux qui savaient pratiquer en grande série l'exploitation du malade.

La pratique médicale était devenue une mauvaise médecine militaire, où l'on aurait remplacé les jours de tôle par des permissions et des bons de tabac pour les carottiers.

Devant le mécontentement général des malades et des médecins, les syndicats ont pris en main l'organisation technique des services médicaux et ont mis sur pied l'organisme dont nous venons de donner rapidement une idée.

C'est donc le syndicat qui touche les honoraires, soit de l'*Etat* pour les fonctionnaires et les assistés, soit des *caisses d'assurances* pour la plus grande part de la clientèle, soit enfin directement de quelques gros richards qui peuvent encore se soigner à leurs frais. Les prix ont été fixés par une commission quadri-partite où tous les intéressés étaient représentés ; ils varient suivant le cours du pain ; car, hélas ! en 1935,— nous n'avons pas encore fini de payer Anglais et Américains, tandis que les Boches ont obtenu quitus il y a belle lurette.

Une commission du syndicat répartit ensuite ces honoraires suivant les titres, l'âge, les charges de famille de chaque médecin. Le débutant peut vivre facilement, et les as de la profession arrivent à la grosse fortune. Les vieux ont le pain assuré. Est-ce la perfection ? Je n'oserais l'affirmer, puisque c'est œuvre humaine !

Ne dit-on pas qu'un oncle puissant ou une femme jolie, mais facile, sont plus profitables qu'un prix à l'Académie ? Je veux croire que ce sont là de viles calomnies dont je rougirais de me faire l'écho.

Dr Deschamps. — Bravo, bravo, mais assez : *Sat prata biberunt*. Tu peux fermer ton écluse, ou la censure va prendre ses ciseaux. Si je ne sais pas évaluer à vue cinq colonnes du *Concours*, je sais trop bien qu'une fois lancé tu parlerais jusqu'à demain. Cesse ton arrosage. A moi la lance.

Dr Delaville. — A ton tour ! Alors !

Dr Desthamps. — En 1935, la vie médicale n'aura pas beaucoup changé : elle sera devenue plus dure, la concurrence sera plus âpre, du fait de transports plus faciles qui permettront de rayonner davantage, et du fait de besoins pécuniaires plus pressants qui nous rendront plus exigeants. Je ne veux pas insister : nous l'avons déjà dit tout à l'heure.

Nos syndicats qui n'ont guère jusqu'ici débattu que des questions de tarifs, n'ont guère pu aller plus loin.

Dr Delaville. — Et pourquoi, je te prie ?

Dr Deschamps. — Parce que cette idée de vouloir faire dépendre une organisation de caprices d'une foule anonyme est une pure sottise. On aboutit fatalement aux Soviets.

Vois ce qui s'est passé en Russie lorsqu'on a voulu confier toute l'organisation aux techni-

ciens. Car ce ne sont pas les états-majors qui sont les techniciens dans l'armée, ce sont bel et bien les soldats qui se battent dans les tranchées. *Mutatis mutandis*, cela s'applique à nos syndicats. Lorsque nos syndicats ont paru faire quelque chose d'utile, c'est que, dans la coulisse, il y avait un Jeanne, un Lande, un Diverneresse pour ne parler que des morts. La masse des praticiens n'a jamais rien fait que démolir, elle n'a jamais rien su construire.

Vois notre syndicat. Chaque fois que l'un de nous propose quelque projet bien étudié, il est en butte aux attaques des autres dont les intérêts immédiats peuvent se trouver gênés, si bien que si, par hasard, après discussion, il reste quelque bribe de son idée, c'est devenu un monstre ridicule et inexécutable.

Vois ce qui se passe à la Chambre de nos jours, soit pour le budget, soit pour les lois. C'est une loi sociale. Les réformes ont toujours été le fruit de puissantes individualités. Sans remonter à Moïse, ou à Confucius, que fait Napoléon lorsqu'il veut édifier le code civil ? Il n'assemble pas un concile de Robins. Non ! Il choisit quelques légistes compétents et ne dédaigne pas de venir discuter des principes avec eux. Aussi, son œuvre est-elle encore plus solide que le travail de quatre générations de parlementaires.

Enfin, il n'est pas défendu d'espérer pour l'avenir un progrès. Aussi je vais t'en dire une bien bonne : C'est la chose la plus extraordinaire, la plus.... Madame de Sévigné en pondrait trois colonnes, mais se les ferait couper par le secrétaire de la rédaction. Voici : En 1935, il y aura au moins un quart des médecins inscrits qui assisteront aux séances des syndicats : j'avais voulu dire le tiers ; mais personne ne m'aurait cru tant c'est invraisemblable.

En 1935, la dichotomie, cette ristourne malhonnête, aura disparu.

Dr Delaville. — Malhonnête ! Que non ! Tu sais bien que c'est la rémunération du médecin traitant qui guide et éclaire le chirurgien de ses conseils au cours de l'opération.

Dr Deschamps. — Confrères ! Combien de fois avez-vous guidé ou éclairé l'intervention du chirurgien au cours de votre carrière ?

Ne parlez pas tous à la fois.

Depuis plus de trente ans que je fréquente les salles d'opération, je n'ai pas vu dix fois le chirurgien demander un renseignement au cours de l'opération. Mettons que six fois, le renseignement était sans importance et que les quatre dernières fois, l'opération était si bien engagée qu'on ne pouvait la modifier. Mais jamais, au grand jamais, je n'ai vu un chirurgien modifier sa conduite opératoire sur le conseil du médecin traitant.

Dr Delaville. — Tu touches pourtant ton tiers comme les camarades.

Dr Deschamps. — Oui, Chère âme ! Par lâcheté, par crainte de blesser un ami plein de bonnes intentions. Mais cela me fait toujours l'effet d'un pourboire. Entre nous soit dit : cela n'entre pas dans mon budget, j'en fais des cadeaux. Enfin, je tâche d'endormir ma conscience en me persuadant que c'est là le juste tribut d'une chirurgie largement honorée à une médecine qui ne l'est pas assez, et ceci m'amène à souhaiter pour 1935 une plus équitable rémunération de notre travail. Le client paye sans regret le travail matériel, mais nous marchande notre travail intellectuel.

Dr Delaville. — Explique-toi !

Dr Deschamps. — Voici un exemple. Je conduisais l'année dernière un malade, qui souffrait du ventre, à un spécialiste du tube digestif. Le malade craignait l'appendicite. Mon consultant retourne son malade sur toutes les coutures deux heures durant : lavage, tubage, radioscopie de l'estomac et de l'intestin, etc., puis conclut, comme moi, à une entérocolite avec spasmes chez un nerveux. Pour tout ce travail, il demande 150 fr. Le malade guéri, engraissé, devrait être satisfait ; pourtant, il trouve que 150 fr. c'est bien cher, il me l'a avoué, *car, en somme, on ne lui a rien fait*. Je suis sûr que le même malade aurait craché ses 1500 balles au chirurgien sans barguigner et aurait été enchanté, *car on lui aurait fait quelque chose*. Estimes-tu que c'est juste, toi qui es quelque peu chirurgien ?

Dr Delaville. — Mon cher, les responsabilités....

Dr Deschamps (*l'interrompant*). — Tais-toi donc ! La responsabilité n'était pas plus grande pour le chirurgien que pour le médecin. S'il y a des appendicites difficiles, il y en a davantage que le premier imbécile venu réussirait à tout coup, alors qu'il pataugerait sur un diagnostic épineux.

Responsabilité ! Alors, pourquoi laissez-vous, à l'hôpital, vos internes de quelques mois opérer seuls les jours où vous avez la flemme.

Alors, j'en conclus, non pas que la chirurgie est trop payée (j'aurais l'air d'être jaloux), mais que la médecine ne l'est pas assez par comparaison.

D'ailleurs, n'est-ce pas la tendance actuelle de préférer le travail manuel ? Le manœuvre d'usine gagne plus que l'ingénieur, et le moindre boxeur plus qu'un professeur au Collège de France !

En 1935, les choses suivront un cours plus rationnel ; et le travail intellectuel, le plus noble, sera aussi le mieux honoré.

Dr Delaville. — Ainsi soit-il !

....

Dr Deschamps. — En 1935, les assurances sociales auront fini de faire fiasco, au moins à la campagne. L'Etat n'a pas le sou, et respecte trop le cultivateur pour exiger de lui une contribution qu'il refusera énergiquement.

L'ouvrier agricole s'en désintéresse et n'admettra pas qu'on lui rogne son maigre salaire. Voyez retraites ouvrières !

....

En 1935, les médecins ne carotteront plus l'impôt, et l'on ne verra plus certaines fraudes légendaires conduire leur auteur aux sommets de l'*Honneur* national.

Au contraire, les Princes de la Médecine se feront gloire de payer beaucoup d'impôts, comme ils tirent déjà vanité de leur 50 CV ou du collier de perles de Madame !

....

Dans dix ans, le bachot, cette honte de l'enseignement secondaire, aura vécu à jamais. Le P.C.N. aura été supprimé ; mais il faudra le rétablir, car la floraison spontanée de travaux de laboratoire, qui avait marqué l'arrivée des premiers élèves du P.C.N. dans les hôpitaux, s'est évanouie presque complètement avec eux.

....

L'enseignement médical utilitaire, prôné par les dirigeants de l'Union, essayé vers 1927, n'a pas eu de succès. Qui trop embrasse mal étreint ! Cette course rapide à travers les hôpitaux : 3 mois ici, 2 mois là, cette prétention de faire étudier toute la médecine en quelques années, ont donné de piteux résultats, et l'on a dû revenir à l'ancien système qui, comme l'externat et l'internat, avait formé tant de générations de brillants praticiens. La qualité vaut toujours mieux que la quantité. En restant un an dans chaque service, on ne peut certes pas faire le tour de la médecine pendant ses études, mais on connaît plus profondément le coin que l'on a cultivé. On s'y est formé patiemment aux saines méthodes de la vieille clinique, celle des Laënnec et des Trousseau. Et sur ce fond solide, on a vite fait de compléter ce qui vous manque. Nous avons tous connu des camarades qui se sont haussés rapidement aux premiers rangs d'une spécialité, sans que rien, dans leurs études, les eût jamais préparés dans cette voie.

....

En 1935, les étudiants auront retrouvé la belle liberté de notre jeunesse, qu'on cherchait à étouffer aux alentours de 1925.

Plus de cours obligatoires, d'appels et de contre-appels, vexants pour les travailleurs et inutiles pour les paresseux.

Si l'étudiant ne fréquente ses cours que sous la férule d'un garde-chiourne, piètre sera son travail !

Par contre, les examens seront devenus tout à fait sérieux, et élimineront sans faiblesse les imbéciles et les paresseux, ce qui ne s'était pas vu à la Faculté depuis bien des lustres !

A l'œuvre, on jugera l'artisan, et non sur sa signature aux feuilles de présence. En éliminant les incapables et les paresseux, on relèvera le niveau professionnel, et on luttera efficacement contre la pléthore. Grosse réforme !

....

Les nécessités de l'existence forceront en 1935 les étudiants et les jeunes docteurs à rechercher plus que jamais les places d'internes en province, et les fonctions d'assistants ou de remplaçants.

Leur formation médicale y gagnera beaucoup. C'est là la réalisation sans règlements tracassiers d'un plan souvent débattu dans le *Concours*. Et entre nous soit dit : ce qui se produit ainsi par évolution naturelle de la vie sociale réussit toujours beaucoup mieux que ce qui est imposé par la contrainte de la loi.

Dr DELAVILLE (*riant*). — Bien dit, Montesquieu ! Mais à mon tour de mettre un frein à la fureur de tes débordements oratoires.

Julot est sur le point d'arriver, et nous n'avons pas parlé du *Concours* et de ses œuvres en 1935.

Dr DESCHAMPS. — Suivons donc le conseil du bon Horace ; ne laissons pas finir en queue de poisson une femme qui s'était présentée, comme si bien balancée.... sous tes auspices ! mon cher! (*le Dr Deschamps salue son confrère*). Si je ne connaissais l'impartialité incoercible des membres du Jury, je croirais que tu veux essayer de leur passer la casse d'une basse flatterie afin qu'ils te rendent le sené du premier prix. Aussi, pour empêcher toute manœuvre, terminons en propos alternés, puisque, au moins sur ce sujet, nous sommes tout à fait d'accord .

Commence, mon vieux !

Dr DELAVILLE. — En 1935, le *Concours*, plus florissant que jamais, domine, et de haut, tout le lot de la presse médicale. Il tire à 100.000.

Dr DESCHAMPS. — *La Mutualité familiale* vient de fêter son premier milliard. Elle assure 15.000 médecins qui touchent 500 fr. par journée-maladie. Au prix de la vie, c'est un minima indispensable.

Dr DELAVILLE. — *La Prévoyance médicale* donne 10.000 fr. retraite. Chapon en tient toujours le gouvernail d'une main ferme.

Dr DESCHAMPS. — Le « Sou » a 20.000 membres, et sa cotisation a pu être réduite à 5 fr., tant son seul nom est devenu redoutable à ses adversaires !

Dr DELAVILLE. — *Maurat*, *Gassot* et *Noir*, toujours actifs au travail, ne semblent pas vieillir.

Dr DESCHAMPS. — Ce n'est pas eux qui auront jamais besoin de Voronof ou de Dartigues, et les grands singes africains peuvent continuer à se les rouler en paix, sur les cocotiers, au chaud soleil des tropiques !

Dr DELAVILLE. — *Duchesne* reste toujours l'artiste enthousiaste et trépidant que nous connaissons.

Dr DESCHAMPS. — Et *Boudin* est toujours là ; il est même un peu là, quoi qu'il ne soit jamais las de se prodiguer à la défense de nos confrères.

Monsieur et Madame Boulanger ont blanchi, mais le cœur est resté jeune, et les confrères de passage à Paris trouvent toujours près d'eux, l'accueil le plus sympathique.

Dr DELAVILLE. — L'A. G., vieille personne désuète, sage et bienfaisante que Bellencontre lui-même n'a pu galvaniser, continue cahin-caha sa marche sommeillante en soulageant nos infortunes.

Dr DESCHAMPS. — Il nous faudrait maintenant jeter un coup d'œil sur les progrès des sciences médicales. Il faudrait exposer comment Vaudremer et Hervouet, par des chemins différents, ont obtenu des résultats inespérés dans la tuberculose ; comment Decourt fils et Boudin junior, nos espoirs de 1926, ont.... Mais un numéro entier du *Concours* n'y suffirait pas, et nos lecteurs trouvent sans doute déjà que nous avons manié le rasoir sans douceur, comme nos ancêtres les barbiers.

Et puis, voici Julot avec ses bidons!...

....

Dr DELAVILLE (*songeur*). — Tu avais raison, le temps passe vite, lorsqu'on discute.

Dr DESCHAMPS. — Alors, mon vieux ! un ban pour le *Concours* ! et ensemble !... Un.... deux.... trois.... Pan, panpan, panpan,.... etc.

II

L'intéressant et amusant dialogue de nos confrères ayant obtenu un prix du jury, nous avons reçu d'eux la lettre suivante et un deuxième dialogue que nous publions ci-après (N. D. L. R.). :

« Le docteur DELAVILLE et le docteur DESCHAMPS remercient le Conseil du *Concours médical* et de la Reine de Vals du prix qu'ils ont bien voulu leur attribuer. Ils ont concouru pour occuper quelques heures perdues, et cela les a amusés. Cette distraction constitue le meilleur de leur récompense, aussi sont-ils d'accord pour proposer au Conseil d'employer au relèvement du franc, leur prix auquel ils joignent chacun 500 francs, comme l'expose la conversation rapportée ci-après.

« Ils espèrent que leur initiative aura l'agrément du Conseil, car c'est une *œuvre patriotique*, et ils remercient encore une fois ce dernier d'avoir eu la bienveillance de primer leur petit essai fantaisiste et sans prétention. « Le cœur vaut toujours mieux que la raison », aurait pu dire PASCAL. Si donc ils critiquent quelque peu leurs juges dans leur dialogue, au fond de leur cœur, ils restent fiers d'avoir été distingués. »

POUR LA VICTOIRE DU FRANC

Dialogue en prose devant deux verres.

PERSONNAGES.

Le Dr DELAVILLE, praticien coté d'une grande ville de province.
Le Dr DESCHAMPS, médecin de campagne.

Le Dr DELAVILLE et le Dr DESCHAMPS, un jour qu'ils étaient en panne en pleine campagne, ont fait pour passer le temps le concours sur la médecine en 1935.
A la terrasse du « Cadran Vert », le grand café de Trifouilly-les-Boutons, le Dr DELAVILLE devant un *porto blanc* et le Dr DESCHAMPS face à *un quart Vichy* lisent le *Concours médical* du 1er août.

Dr DELAVILLE. — Ah ! voici les résultats du Concours sur la Médecine en 1935.

Dr DESCHAMPS. — Voyons cela, je parie que nous avons décroché la timbale !

....

....

Dr DELAVILLE. — Nous ne sommes même pas classés, nous n'avons qu'une dernière prime.

Dr DESCHAMPS. — Notre article « La Panne » est resté en panne. Aussi, as-tu été assez ballot pour choisir un titre pareil !

Dr DELAVILLE. — Pour un succès, c'est un succès... d'estime.

Dr DESCHAMPS. — Un *va te faire fiche... de consolation* comme disait Farabeuf.

Dr DELAVILLE. — Ce n'était pas la peine de se mettre à deux pour un aussi piètre résultat.

Dr DESCHAMPS. — Les directeurs du *Concours* ne se laissent pas emboîter ! Ce sont des malins.

Dr DELAVILLE. — Tu as voulu gazer plus haut que ton pot d'échappement ! Tu as voulu faire de l'esprit à côté. *Sed non erat hic locus*, comme dit Horace. Le *Concours* est un journal austère.

Dr DESCHAMPS. — Un tantinet trop austère, pour nous pauvres provinciaux. Le médecin de campagne comme Boileau, aime mêler

....le plaisant au sévère.

Témoin le succès qu'obtiennent certaines publications des firmes de spécialités qui ne présentent pourtant que peu d'intérêt.

Dr DELAVILLE. — Et Rabelais ! *si magnum licet componere parvis* ! Notre grand confrère a su associer génialement la science et le rire pour le plaisir et l'instruction de ses lecteurs de tous les temps. On le lit, on le relit avec profit depuis cinq siècles. Il inspire de gros volumes à des

savants éminents, alors que ses contemporains Vesale, Servet ou Fabrice d'Aquapendenti sont tombés dans l'oubli. Aurait-il eu la même fortune s'il avait été moins plaisant ?

Dr DESCHAMPS. — Si j'étais directeur du *Concours* !

Dr DELAVILLE, *interrompant.* — *Di potentes* ! *Avertite omen* !

Dr DESCHAMPS. — Si j'étais directeur du *Concours*, j'instituerais la *page des blagueurs.*

Dr DELAVILLE. — Sous l'égide du Dr Maurat, alors, car si je ne me trompe, il n'y a guère que lui et peut-être le Dr Duchesne qui n'aient jamais porté la barbe au *Concours*.

Dr DESCHAMPS. — Ne sois donc pas rosse. On croirait que c'est du dépit.

Dr DELAVILLE. — Si j'étais rosse, je dirais « qui ne portent pas »... D'ailleurs, on a 24 heures pour maudire ses juges !

Dr DESCHAMPS (*enchaînant*). — *Naguère*, après le banquet traditionnel du *Concours*, il n'y avait pas de concert, mais on se groupait en cercles sympathiques et le Dr Maurat très entouré nous contait quelques bonnes histoires où le sel attique se mêlait agréablement aux épices gauloises.

Dr DELAVILLE. — Le Dr Maurat ! Il écrirait mieux que Bossuet le *Traité de la concupiscence* !

Dr DESCHAMPS (*lentement et en détachant les syllabes*). — Concupiscence. Voilà un mot dont le sens a dégénéré par phonétisme depuis le grand siècle !

....

Ils sirotent quelques gorgées en silence.

....

Dr DESCHAMPS. — Enfin, nous sommes ratiboisés !

Dr DELAVILLE. — Ne sois pas amer. Si nos juges n'ont pas prisé notre genre d'esprit, on ne saurait leur en faire grief. *De gustibus atque*... dit le proverbe.

Remercions plutôt le Conseil de sa bienveillance ; 50 francs de l'heure, c'est encore gentil pour la province.

Dr DESCHAMPS (*lyrique*). — Elle s'évanouit, la bombe monstre escomptée ! et je ne connaîtrai pas encore les restaurants chics où l'on compte en dollars.

Dancings ! Boites de nuit ! Poules de luxe ! je mourrai sans vous avoir vus ! car nous avons laissé échapper l'unique cheveu de la belle occasion !

Dr DELAVILLE. — Console-toi. Tu as échappé à l'intoxication alimentaire, à la migraine, au tréponème et à la gueule de bois. Tu dois un coq à Esculape et une fière chandelle au *Concours* !

Dr DESCHAMPS. — Oui ! mais que faire alors de nos cent balles ?

Dr DELAVILLE. — On pourrait les faire à la belote ?

Dr DESCHAMPS. — Ça ne se jouait pas de mon temps.

Dr DELAVILLE. — Trouve autre chose, alors !

....

Ils boivent en silence, l'un son porto, l'autre son Vichy.

....

Dr DESCHAMPS. — Dis donc, vieux, as-tu remarqué que dans le relèvement du franc, le *corps médical* brille par son absence.

Dr DELAVILLE. — C'est vrai ! On a vu des listes de commerçants, d'ingénieurs, d'ouvriers, voire de politiciens, mais aucun de nos journaux n'a, que je sache, ouvert de souscription pour les médecins.

Dr DESCHAMPS. — Ça ne t'humilie pas ?

Dr DELAVILLE. — Mon cher, à nos âges, les illusions...

Dr DESCHAMPS (*interrompant*). — Je ne suis pas plus jobard que toi, mais ce n'est pas une raison pour se conduire comme des *Jean-foutre.*

Dr DELAVILLE. — Où veux-tu en venir ?

Dr DESCHAMPS. — Abandonnons notre prix pour inaugurer dans le *Concours médical* une liste de souscription à la *Caisse d'amortissement*, et une fois de plus le *Concours* aura bien mérité du corps médical en relevant le drapeau de l'honneur professionnel délaissé par nos maîtres de la Faculté ou de l'Académie, et par nos Grandes Associations professionnelles. Le moment me semble propice, et je sais que bien des médecins n'attendent qu'une occasion pour faire leur devoir de *bons Français.*

Dr DELAVILLE. — Tu crois ?

Dr DESCHAMPS. — J'en suis sûr. Et pas de rouspétance. Mettons nous-même la main à la poche, en joignant notre obole au prix que nous devons au *Concours*.

Dr DELAVILLE. — Pas moyen de résister, mais pour ta pénitence, c'est toi qui rédigeras l'envoi, cette fois-ci.

Dr DESCHAMPS. — C'est facile. Je vais tout simplement mettre au net cette conversation. Mais je vais donner de l'air à mon texte ; les lecteurs aiment les phrases courtes et les dialogues animés. Je parie que j'aurai plus de succès que toi avec ton style pesant et filandreux.

Dr DELAVILLE. — Je te le souhaite de grand cœur !

Dr DESCHAMPS. — Sur ce, adieu, vieux frère ! Bien des choses chez toi... Je te laisse les soucoupes.

Dr DELAVILLE (*vidant son verre*). — A une santé qui nous est chère.

Dr DESCHAMPS (*du tac au tac*). Oui, doublement chère !

A LA SANTÉ DU FRANC.

SECRET PROFESSIONNEL

Deux arrêts récents sont à signaler :

Le secret professionnel, qui est d'ordre public, peut être invoqué par toute personne, dépositaire par état ou profession des secrets qu'on lui confie.

Il s'agissait d'un notaire, qui, cité comme témoin dans un procès civil, s'était retranché derrière le secret professionnel. Par jugement, le tribunal civil avait ordonné l'audition du notaire. Sur appel, la cour de Bordeaux (2e chambre), par arrêt du 3 juin 1926 (*Gaz. Pal.*, 25 juin 1926), a réformé le jugement :

« Attendu qu'à tort les premiers juges ont ordonné l'audition de B. ; qu'ils ont cru pouvoir fonder leur décision sur la déclaration du témoin, qui a refusé de s'expliquer sur le point de savoir si le secret lui avait été ou non demandé et qu'ils en ont conclu que le secret ne lui avait pas été demandé ;

« Mais attendu que le secret professionnel est d'ordre public et peut être invoqué par toute personne, dépositaire par état ou profession de secrets qu'on lui confie ; qu'il y a là, pour les notaires, appelés par leur ministère à être les confidents et les conseils des particuliers, un devoir inhérent à leur profession même et qui est indépendant de tout secret conventionnellement imposé ;

« Qu'il en est ainsi dans l'intérêt supérieur de tous ceux qui ont recours à leur ministère pour tous les actes rentrant dans la profession notariale et qu'il faut décider en principe qu'ils sont tenus au secret pour tout ce qui parvient à leur connaissance en raison de ce ministère, à la seule condition que l'acte, qui a donné lieu aux communications qui leur ont été faites, soit un acte rentrant dans leurs attributions. »

Ainsi, la Cour de Bordeaux a jugé dans le sens que, personnellement, j'ai toujours soutenu, à savoir que médecins, comme tous autres, tenus par état ou profession au secret professionnel, nous n'avons pas besoin de nous demander si ce que l'on nous a confié, ou que nous avons surpris, entendu, trouvé, deviné, est, ou non secret de sa nature.

De même, nous n'avons pas besoin de nous embarrasser pour déclarer si on nous a, ou non, demandé d'observer le secret.

Du moment où ce que nous avons appris est venu à notre connaissance, à l'occasion, ou pendant l'exercice de notre profession, nous sommes en droit d'invoquer le secret professionnel et de nous taire.

Le secret professionnel aurait vécu, ou serait un leurre s'il fallait rechercher la qualification de choses secrètes de leur nature, ou s'il fallait révéler tout ce que nous savons, alors que le client, peu versé dans les choses du droit, ne savait pas qu'il devait nous demander de nous taire.

Donc, taisons-nous dans tous les cas, tant que ne sera pas modifié l'article 378 du code pénal.

Mais, bien entendu, comme le déclare d'ailleurs l'arrêt de Bordeaux précité, il faut que les faits, sur lesquels nous entendons garder le silence, soient venus à notre connaissance à l'occasion de l'exercice de notre profession.

Ainsi, par exemple, un médecin est témoin d'un accident dans la rue ; il ne soigne pas le blessé, ou même il n'y a pas de victimes, sauf des dégâts matériels.

Cité comme témoin, il doit se rendre à la convocation et parler devant le magistrat enquêteur, ou devant le tribunal. Sa qualité de médecin ne l'empêche pas d'être un citoyen comme les autres et d'obéir aux lois, du moment où il n'était pas en fonctions comme docteur.

Dans le sens de cette interprétation, citons un arrêt de la cour de Montpellier, du 31 décembre 1894 (S. 97.2.169), un autre de la cour d'Amiens, 3 décembre 1909 (*Gaz. Pal.*, 1910.1.414) et Cassation, 27 novembre 1909 (*Gaz. Pal.*, 1902. 2.631 ; S. 1910.1.329).

Il en résulte qu'un médecin, cité en justice, doit se rendre à la convocation qu'il a reçue, à moins qu'ayant prévenu par lettre le magistrat enquêteur ou le tribunal qu'il entend se retrancher derrière le secret professionnel, il ait reçu la permission de ne pas comparaître.

Prié de prêter serment, de dire la vérité et toute la vérité, il devra déférer à cette injonction, mais en faisant toutes réserves, en ce qui concerne l'exercice de sa profession.

Il se peut, en effet, qu'il soit interrogé sur des faits qui sont venus à sa connaissance comme citoyen, et non pas comme médecin. Sur ces points, il doit répondre.

Mais, en cas de doute, qu'il se retranche derrière le secret professionnel.

Un arrêt de Cassation (chambre criminelle) du 11 juin 1926 (D. *Rec. hebd.*, 8 juillet 1926.378) est très net sur ce point.

Citée comme témoin, une personne s'est refusée à prêter serment, sous le prétexte que ce qu'il savait n'était venu à sa connaissance que dans l'exercice de son ministère.

« Attendu que le demandeur avait saisi la cour d'appel de conclusions, dans lesquelles il soutenait qu'il n'aurait pu révéler les secrets, dont il se déclarait dépositaire, sans violer la loi de l'honneur et qu'en se refusant à prêter le serment qui lui était demandé, il avait cédé à la

contrainte morale que prévoit l'article 64 du code pénal ;

Attendu que, sans qu'il y ait lieu de rechercher si les secrets dont le demandeur s'est déclaré dépositaire rentraient dans la catégorie de ceux qui sont prévus à l'article 378 du code pénal, il suffit de constater que l'article 64 du code pénal, invoqué par le pourvoi, ne saurait recevoir application en l'espèce ; que ce texte suppose, en effet, une contrainte irrésistible, dominant la volonté de celui qui la subit et ne lui laissant pas la faculté d'agir autrement qu'il a agi ;

Attendu que le témoin, qui est appelé à fournir son témoignage, ne peut connaître par avance les questions qui lui seront posées et dont quelques-unes peuvent s'appliquer à des faits n'ayant aucun caractère confidentiel ; que la dispense de déposer sur les secrets, dont un témoin est dépositaire, ne saurait dès lors justifier le refus absolu dudit témoin de prêter serment. »

Aussi, ne saurions-nous trop engager nos confrères à toujours demander conseil au « Sou médical », toutes les fois qu'ils ne savent pas comment faire respecter, devant quiconque, en justice ou ailleurs, les obligations que leur crée l'article 378 du Code pénal.

Dans une autre matière, la cour de Chambéry par arrêt du 13 janvier 1926 (*Gaz. Pal.*, 12 mai, 1926), a reconnu que les hôpitaux sont tenus au secret professionnel.

Il s'agissait d'un blessé du travail, qui avait été hospitalisé. Guéri de son traumatisme, il était passé en médecine, pour s'y faire soigner d'une affection tuberculeuse, n'ayant aucun rapport avec l'accident.

L'hôpital réclama à l'assurance la note globale des frais de séjour.

L'assurance ne voulut payer que les journées, pendant lesquelles le blessé avait été soigné, en chirurgie, à l'occasion de son traumatisme.

La Cour de Chambéry donna tort à l'assurance en faisant d'abord observer qu'elle n'avait pas usé de la faculté de se faire renseigner par le médecin désigné par elle (article 4, paragraphe 5 de la loi du 31 mars 1905).

En plus, la Cour reconnaît que l'hôpital n'avait pas à prévenir l'assurance du changement de salle et de traitement, « attendu que le secret qui oblige étroitement les établissements hospitaliers leur faisait un devoir du silence sur ce point. »

On ne saurait donc reprocher à l'hôpital d'avoir omis de faire connaître à l'assurance l'état du malade, à une date déterminée.

Enfin, une femme-médecin a-t-elle le droit d'interdire à son mari d'ouvrir ses lettres et, si l'époux viole cette défense, la femme peut-elle se servir de ce fait pour obtenir le divorce ?

Oui, déclare un jugement, que rapporte, sans date ni lieu, la *Dépêche médicale*, de janvier 1926. Le divorce fut accordé à la femme, le tribunal estimant que la personnalité d'une femme exerçant le métier du médecin devait être respectée et que nul n'a le droit, pas même le mari, de pénétrer dans le domaine exclusif du médecin.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Appel aux jeunes confrères

A la seule nouvelle que le Conseil d'administration de la Mutualité familiale allait proposer à l'Assemblée générale un système de combinaisons permettant d'avoir une indemnité quotidienne de 40 ou 50 francs par jour, j'ai reçu tout de suite un grand nombre de lettres de nos sociétaires dans lesquelles tous me demandent de les inscrire pour les combinaisons nouvelles.

A vrai dire, quelques-uns de ces correspondants vont être déçus, car ils ont passé la limite d'âge statutaire, et si pénible que soit pour nous la nécessité de leur répondre par un *non possumus*, nous sommes obligés de respecter la règle sage et prudente fixée par notre actuaire. J'ai même vu, à ce propos, que pas un seul des membres du Conseil d'administration ne pourra jouir du nouveau *modus vivendi*.

A la Mutualité familiale, ce n'est pas pour nous que nous travaillons ; c'est pour nos confrères et surtout c'est pour nos jeunes confrères que nous nous acharnons à préparer l'avenir.

Or, je ne puis m'empêcher d'éprouver un certain sentiment de tristesse en comparant l'empressement de nos anciens sociétaires à profiter de nos améliorations, à l'indifférence incompréhensible de tous ces jeunes médecins pour lesquel s nous travaillons, qui lisent le *Concours* toutes les semaines, qui ne peuvent pas ignorer ce que nous sommes et ce que nous faisons, et qui s'obstinent à se tenir à l'écart de notre groupement et à négliger la merveilleuse œuvre de prévoyance dont nous voulons leur ouvrir les portes.

Ils devraient pourtant penser que si leurs anciens sont aussi satisfaits d'avoir adhéré à la Mutualité familiale, heureux et aussi empressés d'adhérer à toutes les combinaisons nouvelles possibles, c'est que l'expérience leur a montré non seulement la solidité à toute épreuve de notre organisation, mais surtout l'évidente utilité, la nécessité aveuglante d'une œuvre de prévoyance qui, gérée par eux-mêmes, et par les confrères qu'ils désignent à cet effet, leur apporte la tranquillité, la sécurité du lendemain,

en leur garantissant un secours de droit en cas de maladie ou d'accident, une pension en cas de vieillesse, et même une pension à leur famille en cas de décès prématuré.

On a pu objecter que ces secours étaient devenus si insuffisants à l'heure actuelle que l'œuvre tout entière était dénuée d'intérêt. Bien qu'on puisse affirmer que jamais la prévoyance n'est inutile, si mince que soit le secours apporté, nous admettons qu'en pratique l'objection a été juste et c'est pour y répondre que nous nous sommes attelés à mettre sur pied nos combinaisons nouvelles. Et, cette fois, c'est la possibilité de s'assurer 50 fr. par jour pendant 2 mois, 500 fr. par mois en cas de crise plus longue, si on tombe malade, de se garantir une pension de 4.800 fr. pour soi et autant pour sa femme à 65 ans, d'assurer à sa veuve une pension de 1.200 fr., en attendant mieux : je crois que laMutualité familiale aura ainsi répondu à toutes les exigences de la situation sociale actuelle et qu'on ne pourra plus l'accuser de s'endormir sur son passé et de n'offrir que des avantages ridiculement insuffisants.

Aussi, fais-je aujourd'hui un appel chaleureux et vibrant à tous les jeunes lecteurs du *Concours*, récemment entrés dans la carrière médicale en pleine possession de leurs forces et de leur santé ; et je leur crie de toutes mes forces ;

Camarades, n'attendez pas que la maladie ait déjà diminué chez vous vos forces vives ; n'attendez pas sa triste expérience ; croyez-en vos aînés. Combien d'entre eux, aujourd'hui, regrettent de ne pas être venus à nous en temps voulu ! Combien n'ont pensé à la Mutualité familiale qu'au lendemain d'une maladie grave qui les a assez durement blessés pour que nous n'ayons plus eu la possibilité de leur ouvrir nos rangs ! Venez à nous quand votre santé est bonne et quand rien ne peut s'opposer à votre admission. Venez à nous quand votre jeune âge ne vous réclame qu'une cotisation peu élevée, car vous ne devez pas croire que la médecine vous apportera la fortune ; sachez que la prime à 30 ans vous sera beaucoup plus légère à verser que celle qui correspond à 40 ou 45 ans.

Une retraite contre-assurée venant cumuler avec celles que vous pouvez vous assurer ailleurs, c'est votre vieillesse à l'abri des surprises et des besoins, à l'abri des secousses que peuvent subir les capitaux, à l'abri d'une pauvreté trop fréquente, hélas ! chez nous, quand nous vieillissons.

Une indemnité-maladie, c'est mieux encore : c'est le pain assuré pour notre foyer pendant que le remplaçant fait patienter nos clients, absorbant le plus souvent la totalité de ce qu'il gagne en rémunération de plus en plus lourde.

Et si cette maladie devient chronique ? Si au lieu de guérir dans les 2 ou 3 mois, vous traînez des années, croyez-vous que les 6.000 fr. annuels que vous recevrez de nous seront négligeables dans votre budget de valétudinaire ou d'infirme ?

Allons ! chers confrères ! N'hésitez plus à venir à nous, ne remettez pas à demain ! Le gros effort que nous venons de faire, c'est pour vous, les jeunes, que nous le faisons ; nous autres, les anciens, nous sommes trop vieux pour en profiter. C'est pour vous seuls que vos aînés ont travaillé : ils veulent que les jeunes générations médicales qui montent et vont peut-être voir des jours bien sombres, puissent être au moins assurées de trouver dans une Association mutuelle uniquement composée de confrères, de camarades, d'amis, les secours immédiats indispensables, urgents, auxquels ses adhérents auront droit le jour où la maladie, l'accident ou la vieillesse viendront en faire des incapables temporaires ou définitifs.

La Mutualité familiale n'appartient à personne en particulier ; ses adhérents sont ses seuls maîtres, ils sont chez eux, entre eux, elle leur appartient tout entière. En venant à elle, vous grossissez les rangs des membres actuels et, ce faisant, vous augmentez la force et la puissance du groupement, et plus vous y viendrez nombreux, plus sûr et plus riche sera son avenir et le vôtre.

Le secrétaire général,
Dr H. MIGNON,
Médecin au Vésinet (S.-et-O.).

VARIÉTÉS

L'Enfant artificiel,

Par René D'ALSACE.

Un volume de 300 pages, préfacé par le Dr FOVEAU DE COURMELLES.

L'enfant artificiel, c'est le produit de la fécondation artificielle, telle que quelques rares médecins la préconisent et la pratiquent. C'est ce qu'explique Foveau de Courmelles, dans une préface, trop longue à mon gré, et qui devait, dans son texte original, renfermer des passages singulièrement scabreux puisque une censure impitoyable en a caviardé cinq pages entières, sur les 32 qu'elle comporte, tout comme aux plus tristes jours de la grande guerre...

Quant au roman lui-même, qui, si invraisemblable qu'il paraisse, est vrai d'un bout à l'autre, nous apprend l'auteur, il peut aisément se résumer en quelques lignes.

Un mariage d'amour a uni Pierre Dantreville, grand et beau garçon dans la force de l'âge, et Jacqueline de Brives, extrêmement jolie, très svelte, et de taille moyenne, vingt-quatre ans. Au bout de quelque temps, la jeune femme, éprise de maternité, se désole de n'avoir pas d'enfant, et verse peu à peu dans la neurasthénie. Son mari, qui s'en préoccupe, craint d'être la cause de cette stérilité. Il va s'en ouvrir à un médecin ami, le professeur Berntof (je n'aime guère ce nom, à construction germano-slave ! !). Celui-ci ayant eu entre les mains, si j'ose dire, les pièces du procès, et le corps du délit..., constate, microscopiquement, l'azoospermie, qui ne paralyse aucunement la virilité demeurée entière de son client. Sans révéler à Dantreville l'infirmité dont il est atteint, il lui fait une prescription que je m'en voudrais de ne pas reproduire intégralement. Je m'étonne que Foveau de Courmelles, qui a accepté de préfacer ce livre, n'ait pas mieux documenté René d'Alsace, et surtout, ayant dû, sans aucun doute, lire les bonnes feuilles de ce roman, n'ait pas corrigé l'erreur grossière de posologie que voici :

« Je vous conseille, dit le professeur, une nourriture forte, beaucoup de repos et une hygiène fortifiante ; *un gramme par jour de phosphore amorphe* (un gramme par jour... De quoi empoisonner tout un bataillon !!!) une préparation ferrugineuse ; prenez, en outre, après chaque repas, une tisane d'infusion de feuilles de sauge, buvez à table de l'eau de Spa. uelques graines d'anis vulgaire sont aussi indiquées. »

Mais Madame Dantreville s'est, de son côté, rendue chez le professeur qui est un ami de sa famille. Elle veut savoir si ce n'est pas en elle que réside la cause de son infécondité. L'examen est tout en sa faveur. Alors ? C'est donc son mari qui en est responsable ? Elle interroge Berntof qui, violant toutes les règles de la déontologie, la fixe à cet égard.

... Je fais appel à l'amitié profonde qui nous lie, à la pleine confiance que j'ai en vous : oui ou non, loyalement, mon mari est-il stérile ?

Un peu impatienté, Berntof répond :

— Le diagnostic est difficile. D'ailleurs, je ne puis m'engager avec vous sur ce terrain. Je suis lié par le secret professionnel.

— C'est un aveu ! s'écrie Jacqueline. Je comprends...

On n'est pas plus maladroit... Et comme elle se lamente inconsolablement, il lui conseille d'aller voir un de ses élèves, spécialiste de la fécondation artificielle, le Dr Tavernier.

Après d'angoissantes hésitations, des perplexités sans nombre, de longues nuits d'insomnie, d'interminables débats intimes, après s'être heurtée au refus de son directeur de conscience qui ne peut approuver le projet qu'elle a formé, elle se décide et se rend chez le docteur Tavernier, qu'elle a déjà précédemment consulté sur son cas, et se laisse féconder artificiellement avec la semence d'un *inconnu* de la santé physique et morale duquel il se porte fort. On comprendra ultérieurement que cet inconnu, c'est lui-même.

L'opération réussit. Neuf mois après, elle est mère d'une enfant que son mari, tenu dans l'ignorance de ce qui s'est passé, appelle enfant de l'amour... Tu parles ! ! !

Cependant que la fillette grandit, la mère a de longues ruminations quelque peu morbides sur le phénomène qui s'est réalisé en elle. Elle est hantée par la pensée de cet inconnu qui l'a fécondée sans qu'elle lui ait charnellement appartenu ; n'est-ce pas à lui qu'elle doit d'avoir pu étancher sa soif de maternité ? Aussi s'en éprend-elle imaginativement. Après tout, n'est-il pas le véritable père de son enfant ? ? ? Il faut qu'elle sache qui il est..... *Elle retourne interroger* Tavernier. Celui-ci s'en tire en racontant à Jacqueline qu'il a été tué récemment dans un accident d'automobile, et qu'elle n'a aucun intérêt désormais à connaître le nom d'un mort. Or, il se trouve qu'un fiancé, qu'elle éconduisit naguère, et qui depuis, chercha vainement à la séduire, a eu une semblable fin. Dès lors, pour elle pas de doute : c'est lui qui fournit le liquide fécondant dont elle enfanta. La hantise disparaît comme par enchantement, d'autant plus que, par surcroît, elle emploie la méthode auto-suggestive de Coué...

— Mon Pierre, dit-elle à son mari, pardonne-moi si parfois je t'ai mal compris, si mon cruel égoïsme t'a infligé une peine que j'ai devinée dans tes paroles... Désormais nous ne connaîtrons que la plus confiante intimité, et notre amour m'est trop précieux pour que je ne le protège pas contre les atteintes de la tourmente.

Une inexprimable sensation de bonheur émeut Pierre qui étreint sa femme avec passion. Alors, Yvette, mignonne et potelée, s'approche du couple uni et, levant vers lui son visage caressant :

— Papa, dit-elle, embrassez votre petite fille...

***

L'idée mère de ce roman n'est pas neuve. Le sujet a été traité magistralement par le Dr Blatin, qui fut député du Puy-de-Dôme, dans une des chroniques étincelantes de vie qu'il publiait dans son journal, le *Journal des Accoucheuses*, sous le pseudonyme de Louise Toussaint, accoucheuse de première classe, aux environs de 1909, 1910... Et j'avoue ma préférence pour la présentation qu'il en fit alors. Je vais essayer de la reconstituer de mémoire.

En Auvergne, vit un couple bâti sur le modèle de celui de René d'Alsace, et tout pareillement infécond. Toujours semblablement, la jeune femme devient neurasthénique à souhait et fait de la mélancolie en constatant que le temps passe sans qu'elle devienne mère. Son mari s'en inquiète. Il va trouver Louise Toussaint (*alias* Blatin) en qui il a toute confiance. Il lui fait part de ses préoccupations et de sa peine, car il sait, lui, contrairement au héros de René d'Alsace, qu'il est infécond.

— Je suis prêt à tout pour que ma femme guérisse.

— A tout ? riposte Louise Toussaint. Voulez-vous dire que vous accepteriez que votre femme conçut et enfantât en dehors de vous, si cela était possible sans qu'elle eut de rapports charnels avec un autre ?

— Oui, certes, répond le mari.

— Eh bien, envoyez-moi votre femme, sans rien lui répéter de notre conversation. Et je satisferai à votre désir.

Elle examine la jeune bréhaigne, la persuade qu'il est nécessaire qu'elle suive un traitement régulier et long, qui comporte des séances répétées de manœuvres locales, tout cela pour l'habituer au speculum, en position gynécologique.

Tous ces préliminaires étant accomplis, sans rien révéler des personnalités en cause, elle s'assure la complicité d'une jeune sage-femme de ses amies, mariée à un jeune ingénieur très sain, et très bien constitué. Elle a pris soin de faire confectionner une seringue à double paroi dont le contenu devra pouvoir rester à une température constante de 37° (une sorte de thermostat d'un genre particulier). Au jour J et à l'heure H convenus, elle se rend chez son amie, qui vient de sacrifier à Vénus et dont les culs-de-sac vaginaux sont remplis d'un véritable lac spermatique : elle y puise largement, en remplit sa seringue et revient en toute hâte chez elle où l'attend la jeune femme qui, d'ailleurs, ne soupçonne rien de ce qui va se passer. La fécondation artificielle a lieu incontinent ; neuf mois après, elle est mère. Mais, pour corser son récit, Louise Toussaint ajoute que, dans le même temps, l'amie qui s'est prêtée à l'expérience en fournissant le germe fécondant, amoureusement obtenu de son mari, accouche d'un enfant qui sera, sans qu'il s'en doute jamais, le demi-frère de l'autre.

Dans la chronique de Louise Toussaint, la femme ignore et ignorera toujours par suite de quel artifice elle est devenue mère, ce dont elle rendra très sincèrement grâce à son mari. C'est lui qui, avec une grandeur d'âme qui puise sa raison d'être dans la conscience qu'il a de sa propre déchéance à ce point de vue, saura à quoi s'en tenir. J'aime mieux cela pour lui, et aussi pour elle...

Le moyen imaginé par Louise Toussaint pour se procurer la semence nécessaire est original ; la technique en semble irréprochable. Et puis, la terminaison par une double naissance a quelque chose de piquant qui me plaît. A supposer que chacun des deux enfants ait été prénommé Pierre, ce serait le cas de dire, à l'inverse du dicton populaire : *faire d'un coup deux pierres...*

Aïe ! Aïe !

Plaisanterie à part, j'avoue que les deux héros de Louise Toussaint me sont plus sympathiques que ceux de René d'Alsace, encore qu'ici et là, c'est à la fécondation artificielle qu'ils durent de retrouver la paix, sinon le bonheur..... Mais le bonheur, qui peut se vanter de l'avoir jamais possédé intégralement plus de quelques minutes, le temps d'un spasme passager ? ? ?

Sous le bénéfice de ces remarques, je n'éprouve aucune difficulté à reconnaître que j'ai pris plaisir à lire l'*Enfant artificiel*, de René d'Alsace, dont j'ai apprécié l'ingénieuse affabulation, et goûté l'écriture claire, alerte.

Il s'agit, — l'auteur et son préfacier, notre ami Foveau de Courmelles, le disent ouvertement, — d'une œuvre de propagande en faveur de la repopulation, par le moyen de la fécondation artificielle. Nous sommes nombreux à penser que de longues années s'écouleront avant que ce procédé soit d'un usage assez répandu pour contribuer à accroître la natalité française.

Il faut bien le dire, — si décourageant que ce soit, mais il en a toujours été ainsi dans les Sociétés évoluées, — ce que la masse recherche, ce n'est pas l'artifice qui aidera à faire des enfants, mais, bien au contraire, celui qui, tout en respectant la volupté, aidera à n'en pas faire...

G. Duchesne.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CHAPPAT, de Lorrez-le-Bocage (Seine-et-Marne). — M. le Dr GALTIER, de Péronne (Somme). — M. le Dr Jean HESSE, médecin de Marine. — M. le Dr CHEVALIER, du Mans. — M. le Dr KAUFFMANN, d'Angers. — M. le Dr A. RAGUET, de Paimbeuf.

— **Une Maison des étudiants brésiliens à Paris.** — Le docteur Austregesilo, député fédéral, membre de l'Académie du Brésil, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, vient de déposer un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 1.000 contos (6.250.000 francs au cours actuel du change), pour la fondation à Paris d'une « maison des étudiants brésiliens ». Cette maison s'élèvera dans la cité universitaire de Paris qui comprend déjà, outre la fondation Emile et Louise Deutsch de la Meurthe, les maisons des étudiants canadiens, des étudiants belges, des étudiants argentins, où les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Suisse, nombre d'autres pays encore, auront un jour prochain leur pavillon pour leurs étudiants respectifs.

— **Congrès médical d'Amérique latine.** — Faisant suite au congrès de la Havane de 1922, le VIIe Congrès médical latino-américain se réunira à Mexico le 15 mars 1927.

— **Hôpital Bretonneau.** — *Médecine et chirurgie infantiles.* — MM. Guillemot et Grenet, médecins de l'hôpital Bretonneau ; M. Paul Mathieu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bretonneau ; M. Julien Huber, médecin des hôpitaux, commenceront, le vendredi 19 novembre 1926, une série de conférences hebdomadaires, cliniques et thérapeutiques, de médecine et de chirurgie infantiles avec présentations de malades. Elles auront lieu à 11 h. à la consultation de chirurgie tous les vendredis.

Ces conférences seront gratuites et publiques.

— **Hôpital Tenon.** — *Curiethérapie et radiothérapie pénétrante.* — M. Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer. Psaume et De Nabias, commencera, le lundi 15 novembre 1926, à 10 h. du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

— **Le Congrès de la laiterie**, qui s'est tenu à Paris, du 17 au 20 mai dernier, a émis le vœu suivant concernant le lait destiné à l'alimentation infantile : « ...que les vacheries destinées à la production du lait en vue de l'alimentation de l'enfance soient surveillées en ce qui concerne l'alimentation des laitières, que les bêtes reçoivent toujours les fourrages verts nécessaires, ou à leur défaut, des aliments riches en vitamines, ou irradiés aux rayons ultra-violets, que les fourrages ensilés ne puissent être employés que s'ils sont à base lactique. »

— **Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** — La XXXIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Blois, du 1er au 6 août 1927. *Président* : M. le prof. RAVIART, de Lille. *Vice-président* : M. le prof. Henri CLAUDE, de Paris. *Secrétaire général* : M. le Dr OLIVIER, médecin-directeur de la Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher).

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIe session.

Psychiatrie. L'automatisme mental. — Rapporteurs : M. le Dr LÉVY-VALENSI (de Paris), et M. le Dr NAYRAC (de Lille).

Neurologie : Les tumeurs des ventricules latéraux. — Rapporteur : M. le Dr JUMENTIÉ (de Paris).

Médecine légale : Le divorce des aliénés. Sa jurisprudence. Son application, ses résultats. — Rapporteur M. le Dr BOVEN (de Lausanne).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr OLIVIER, secrétaire général de la XXXIe session, Médecin-directeur de la Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher). Le prix de la cotisation est de 50 francs, pour les membres adhérents et de 30 francs pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le mois de juin 1927 recevront les rapports dès leur publication.

— **Pour les internes des hôpitaux atteints de tuberculose.** — Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre un avis favorable à la proposition de M. Castellaz tendant à maintenir leur rémunération aux internes des hôpitaux atteints de tuberculose.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Application du Tarif Durafour

I

2806. — Certificats faits en double.

Membre du « Sou médical » et abonné du *Concours*, j'ai lu dans ce dernier journal que le certificat initial dans les affaires d'accidents de travail, prévu par le tarif Durafour, était un certificat unique ;

Que, par conséquent, le duplicatum pouvait être refusé par le médecin traitant ;

Qu'on ne pouvait se faire payer ledit duplicatum qu'en vertu du droit commun ;

Que, pour pouvoir en réclamer le montant à l'assurance avec chance de se faire payer, il fallait posséder une pièce écrite de l'assurance le demandant expressément et pouvant être invoquée à l'appui d'une réclamation éventuelle.

Or, dans mes notes envoyées depuis le 1er janvier 1926, je l'ai toujours réclamé et trois cas se présentent :

1° Je donne le certificat en double sans en avoir été prié : on me refuse le paiement du duplicatum ; dans ce cas, je me le tiens pour dit, *mais* j'avertis l'assureur que, dorénavant, je ne ferai plus le certificat initial (pour sa Compagnie), qu'en simple exemplaire ;

2° On me présente des papiers prêts à être remplis prévoyant le double certificat ; dans ce cas, je crois être en droit de réclamer le certificat en double puisqu'on semble bien me demander double travail ; la difficulté est que les papiers s'en vont et ne restent plus en ma possession, une fois remplis ;

3° Les chemins de fer départementaux des Ardennes me demandent un double certificat d'origine ; l'assurance m'envoie le montant de deux notes avec déduction de 5 fr. chaque fois pour le duplicatum ; je donne quittance en faisant remarquer qu'il me reste dû 10 fr. pour deux duplicata *demandés par la Compagnie*. Que faire pour les obtenir ? Faut-il attaquer les chemins de fer ou leur assureur substitué ou faut-il attendre encore sans aller jusqu'au moment où la prescription s'établirait ?

Je serais heureux d'avoir vos conseils pour les trois cas signalés ci-dessus, et, éventuellement, votre appui.

Notre Syndicat a averti les assureurs de Sedan que dorénavant nous réclamerions en double ce qu'on nous demandait en double.

J'ai cité dans ma réclamation à l'assurance des chemins de fer départementaux un cas signalé par l'Index médical et par le numéro de juillet dernier du Carnet médical français. Je vous indique cette référence qui peut vous être utile (jugement Dr Prallet, Bonneville (Haute-Savoie). Audience du 28 mars 1924).

Dr P.

Réponse.

Légalement la situation est claire. Vous n'a-

vez qu'un seul certificat à fournir pour être remis par le patron à la mairie avec sa propre déclaration d'accident. Si on vous en demande un second, c'est celui qui le commande qui doit payer ce second là en plus du premier, à moins que vous ne lui en fassiez cadeau. Conclusion. Si telle n'est pas votre intention, refusez tout duplicatum à quiconque (patron, ouvrier, assurance), ayant refusé de le payer.

Si vous l'avez fourni et en réclamez le paiement, je ne vous conseille de l'exiger que si vous avez en main une pièce écrite du demandeur prouvant que le certificat dont vous réclamez le prix a bien été réclamé par lui.

F. D.

II

2916. — Deux ouvertures à jours différents d'un même abcès.

Pour l'ouverture d'une plaie infectée, accident du travail, est-on autorisé à compter deux fois l'ouverture de cet abcès qu'on a été amené, dans deux séances différentes, à ouvrir et à réouvrir, soit parce qu'il avait été insuffisamment débridé la première fois soit parce que la cicatrice opératoire s'était reformée trop vite.

Dr G.

Réponse.

Si vous avez dû, pour une raison quelconque, faire par deux fois une ouverture d'abcès, il n'y a pas de raison qui vous empêche de compter deux interventions. Il en serait de même si, ayant incisé un abcès, vous aviez eu, quelques jours plus tard, à faire une contre-incision.

F. D.

III

2929. — Brûlures étendues multiples.

Le dimanche 29 août, j'ai été appelé à donner mes soins à un ouvrier électrocuté.

Comme cet ouvrier était en état d'asphyxie, j'ai dû tout d'abord procéder à un traitement de l'asphyxie par de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, des injections stimulantes (temps passé près d'une heure et demie).

Puis, tout danger écarté de ce côté, j'ai dû procéder aux pansements de diverses brûlures.

1° Une vaste brûlure intéressant tout *le bras droit* ;

2° Une vaste brûlure intéressant tout l'hémi-thorax droit ;

3° Une brûlure intéressant toute la face, le cou et la nuque ;

4° Une brûlure *de la main gauche* ;

5° Une brûlure du gros orteil gauche ;

6° Une brûlure du gros orteil droit.

Comment dois-je établir ma note ?

Je vous rappelle que ces soins ont été donnés *un dimanche* après-midi et renouvelés le lendemain lundi.

Dr R.

Réponse.

1° Vous avez eu à panser, suivant votre lettre : *a*) brûlure intéressant tout le bras droit ; *b*) brûlure intéressant toute la face, nuque et cou, *c*) brûlure intéressant la main gauche, plus l'orteil gauche, plus l'orteil droit.

Au total, « en additionnant les surfaces » qui me paraissent ici « formant une superficie totale supérieure à deux membres » (*a* et *b* comportant chacun un membre entier), je trouve rationnel de compter un « pansement de vaste brûlure : 100 francs ». (Ce qui est entre guillemets est tiré de la note 2 de l'article 28).

2° La majoration dominicale n'existe que pour la visite, pas même pour la consultation et encore moins, par suite, pour les interventions à tarif spécial (article 3, *b*).

3°) Pour les pansements consécutifs, à diminuer la tarification « au fur et à mesure que la plaie diminue ... suivant les progrès de la cicatrisation » (voire même note que ci-dessus).

F. D.

IV

2848. — Objets de pansements fournis.

Je fais appel à votre amabilité pour demander vos lumières dans l'établissement des notes d'honoraires que je dois envoyer pour soins donnés ci-dessous :

1° Un plongeur d'hôtel m'est amené, à mon cabinet, à 9 h. du soir, par le veilleur de nuit de l'hôtel, avec une plaie longue de 5 centimètres de la région frontale gauche, s'étendant des cheveux à l'arcade sourcilière : nettoyage, épluchage, suture (deux agrafes de Michel), pansement, accident du travail, produit dans le sous-sol de l'hôtel, injection de sérum antitétanique. Revu le blessé trois autres fois à mon cabinet, chaque fois pansement ; à la dernière visite, enlèvement des agrafes. Aucune suite. J'ai fourni moi-même tout le matériel de pansement : teinture d'iode, eau oxygénée, quatre bandes de gaze de 5 cent. de largeur, cinq ou six gazes stérilisées, le coton nécessaire, et même le sérum antitétanique, que j'avais dans mon cabinet.

Quelle note dois-je envoyer à l'assurance ? J'ai rempli l'imprimé habituel de la Compagnie.

2° Un de mes amis de M... arrivant à V en auto, tamponne, à 5 kil. de V., au carrefour d'un petit village, un jeune homme de 17 ans en vélo. Il vient aussitôt me chercher (le dimanche 29 août à 3 h. de l'après-midi), dans son auto, m'amène sur les lieux de l'accident ; pansement pour plaies contuses des pieds, du bras droit, du menton (toujours avec les objets de pansement fournis par moi), piqûre d'éther camphré, le blessé ayant une forte commotion cérébrale.

Mon ami, cela fait, me ramène à V. et repart le soir même pour M., en me disant de faire le nécessaire et de lui envoyer la note à lui.

J'ai revu ce blessé le 31 août et le 3 septembre sui-

vant ; je me suis naturellement déplacé dans mon auto ; chaque fois, pansement, consultation pour quelques troubles gastriques réflexes. Revu une quatrième fois le blessé dans mon cabinet, le 13 septembre, guéri. Certificat de guérison. Quelle note dois-je envoyer à mon ami ?

Dr M.

Réponse.

1° *a*) Premier jour : suture simple (1 ou 2 points), 15 francs (article 17) plus injection antitétanique 20 francs, plus certificats 5 francs, soit au total : 40 fr ;

b) Autres jours : pansement, consultation : 10 francs ;

c) Quant au matériel de pansement, il ne vous appartenait pas de le fournir, V... possédant des pharmaciens. Faites une ordonnance au malade qui se procurera lesdits objets chez un pharmacien et vous les rapportera en échange de ceux que vous avez usés. Le pharmacien se fera payer, alors, le montant de votre ordonnance par l'assurance.

2° *a*) Premier jour : pansements de trois blessures différentes (article 14), à savoir : pied, bras droit, menton : 10 × 3, soit 30 francs, plus 10 kilomètres de déplacement à 1 fr. 10, plus le certificat initial à 5 francs, soit au total : 46 francs ;

b) Autres jours : visite plu s déplacement : 10 plus 11, soit : 21 francs ;

c) Le dernier jour : consultation au cabinet : 10 francs ;

d) Pour les objets de pansements, voir ci-dessus.

F. D.

Application du Tarif Maginot

I

2923. — Ablation d'un gros lipome.

Abonné au *Concours* , je vous serais très obligé de bien vouloir me renseigner sur le fait suivant : j'ai été autorisé à enlever à un réformé de guerre, un volumineux lipome de l'épaule. La masse lipomateuse atteignait la grosseur de deux poings, et j'ai dû faire l'intervention sous-anesthésie générale au chloro. Comment dois-je compter cette intervention ? Que dois-je réclamer pour mon aide qui me fit l'anesthésie ?

Dr M.

Réponse.

1° Un lipome, suite d'une blessure de guerre, n'est pas chose commune. C'est pourquoi son ablation n'est pas notée dans le tarif Maginot. La tarification n'en peut être faite qu'à l'amiable avec la Commission de contrôle. Vous pourriez, peut-être, proposer 300 francs, étant donnée la grosseur de la tumeur et en vous basant comme analogie (à défaut d'autres que je n'ai pu trouver) sur « cure radicale de varicocèle » (article 75).

2° Quant à votre aide, c'est à lui-même qu'il appartient de réclamer 50 fr. comme anesthésiste....., si toutefois il est « docteur en médecine ou officier de santé » (article 71).

F. D.

II

2901.— Ecrivez vos ordonnances lisiblement

J'ai l'honneur de vous communiquer la décision de Monsieur le Préfet des Vosges au sujet d'une note d'honoraires pour médicaments fournis à un blessé de guerre.

Je vous demanderai de m'indiquer quelle suite je dois donner à cette affaire pour obtenir le recouvrement de cette somme pour médicaments fournis et que l'on refuse de me payer, d'autant plus que la somme s'élève à plus de 200 francs.

Dr B.

Réponse.

Le procès verbal que vous me communiquez dit que « la plupart des prescriptions sont illisibles et leur vérification impossible ... » ; que « le Dr B... convoqué ne se présente pas ... », etc... Vous êtes victime de votre terrible écriture. Je n'ai pu, moi-même, lire la moitié du libellé de vos ordonnances en litige que vous avez bien voulu me communiquer. Dans ces conditions, comment voulez-vous que le contrôle pharmaceutique puisse avoir lieu, alors que vous êtes ici à la fois comme médecin et comme pharmacien. D'ailleurs l'article 16 dit : « Les médecins écrivent eux-mêmes et de façon lisible ... », ces derniers mots soulignés dans le texte.

Je ne vois qu'une chose bien simple à faire, c'est un double sur papier blanc de chaque ordonnance en lettres lisibles, cette fois, puis renvoyer les ordonnances originales et leurs copies à la Commission de contrôle qui pourra alors y voir clair.

Sans doute, vous pouvez toujours faire appel de la décision prise devant la Commission supérieure, mais je suis persuadé, — et c'est tout naturel, — qu'elle jugera de même façon. Le plus sage est donc de suivre le conseil que je crois devoir vous donner ci-dessus.

F. D.

Fiscalité.

2742. — Double installation professionnelle. Double patente.

Je suis installé à A. où je paye patente.

Je me propose durant l'hiver d'ouvrir à B un cabinet de consultation où je me rendrai une fois par semaine, tous les jeudis, comme spécialiste des enfants, tout en conservant mon domicile principal à A.

Je dispose pour cela de deux pièces dans un appartement dans cette ville.

Aurai-je à payer la même patente que si j'exerçais constamment et uniquement à B. ou bien sera-t-elle proportionnelle à mon séjour dans cette ville ?

Cette patente portera-t-elle sur les deux pièces affectées au service médical où sur l'ensemble de l'appartement ?

Dr N.

Réponse.

Votre patente de B. sera basée sur la valeur locative des deux pièces affectées à votre usage et non sur la valeur locative totale de l'appartement.

Nous estimons que la valeur locative doit être égale au loyer qui serait payé pour occuper ces deux pièces dans les conditions indiquées dans votre demande.

A. M.

2791. — Augmentation de la valeur locative. Base de la patente.

J'ai passé en 1921 un bail dûment enregistré, au prix total de 1.500 fr., soit 1.200 fr. pour maison et jardin et 300 fr. pour un pré et une ouche d'environ deux hectares, attenant à la maison, mais nettement séparés et que je sous-loue.

Il y a deux ans, profitant de l'occasion qui se présentait, j'ai acheté maison, jardin, pré et ouche dont j'étais locataire, encore pour 9 ans.

En 1924, ayant été imposé pour la patente, sur une valeur locative de 1.500 fr. j'ai fait une réclamation, expliquant que si je payais une somme totale de 1.500 fr. de loyer, je n'avais que 1.200 fr. pour maison et jardin. J'ai eu gain de cause.

En 1925, j'ai de même été imposé sur 1.200 fr. Mais en 1926, je me vois imposé sur une valeur locative de 1.800 fr., ce qui, avec *la taxe vicinale*, me fait dans un petit bourg de 700 habitants, payer une patente de 741 fr. 42.

Est-ce le fait que je suis devenu propriétaire, quoique ayant un bail en règle jusqu'en 1933 depuis 1921 peut permettre pareille augmentation ?

D'autre part mon propriétaire jusqu'à l'an dernier payait sur la propriété bâtie pour un revenu net de 780 fr. Maintenant que je suis propriétaire, je me vois imposé sur 1.040 fr.

Puis-je réclamer ? Suis-je dans mon droit ? Et sous quelle forme ?

Dr X.

P. S. — J'ai déjà payé mes impôts, mais je crois que ça ne gêne pas pour faire une réclamation.

Réponse.

Vous ne pouvez contester la valeur locative attribuée à votre immeuble tant pour la patente que pour la contribution foncière qu'en établissant l'exagération par comparaison avec celles attribuées à des immeubles de même importance.

Le prix figurant au bail résilié n'est qu'un argument secondaire auquel l'administration pourrait opposer le prix d'acquisition.

La réclamation doit être rédigée sur timbre, accompagnée des avertissements et adressée au préfet du département.

A. M.

2809. — Calcul d'impôt sur les bénéfices professionnels.

Je suis taxé à 310 fr. pour impôts sur bénéfices professionnels : j'ai déclaré 13.000 et j'ai deux enfants. Est-ce exact ?

Dr L.

Réponse.

Pour un bénéfice professionnel de 13.000 fr., l'impôt se calcule comme suit :

La fraction inférieure à 7.000 francs est exonérée, celle de 7.001 à 9.000 francs compte pour moitié, soit .... 1.000 fr.
le surplus pour la totalité.......... 4.000 »

Bénéfice taxable .... 5.000 »
Taux de l'impôt : 7 fr. 20 %.
Impôt brut : 360 francs.
Réduction de 15 % pour deux enfants mineurs : 54 francs.
Impôt net : 306 francs.

A. M.

2775. — Base de la patente.

Mon cabinet et ma clinique sont dans la même ville distants l'un de l'autre de 1.400 mètres. Dois-je également les deux patentes ?

Dr D'

Réponse.

Le droit proportionnel de patente frappe la valeur locative des locaux d'habitation et des locaux professionnels. Vous devrez donc recevoir deux avertissements de patente.

A. M.

2823. — *Prestations sur une automobile inutilisée.*

Possesseur de deux autos pour les besoins de ma clientèle, une 10HP et une 15HP, je n'ai roulé durant l'année 1925 qu'avec la 10HP, car la 15HP était inutilisable par suite d'accident et était remisée chez le garagiste pour réparation.

Les contributions indirectes avisées en temps et lieu m'ont délivré le récépissé de cessation de circulation de cette auto avant le 1er janvier 1925 et cette voiture n'a pas payé de taxe de circulation en 1925 puisqu'elle était hors de service et n'a pas roulé.

Or, les contributions directes se basant sur le fait que j'étais possesseur de cette voiture au 1er janvier 1925 prétendent que je dois néanmoins la taxe des prestations pour elle, malgré l'avis de cessation de circulation délivré par les contributions indirectes.

Il me paraît anormal que le service des directes exige les prestations pour une voiture ne circulant pas tandis que le service des indirectes admet qu'elle n'a pas à payer les droits de circulation.

De même les prestations étant prévues pour l'entretien des routes, il paraît difficile d'admettre qu'une auto ne circulant pas puisse les détériorer et doive payer pour leur entretien.

Dr J.

Réponse.

Contrairement à l'avis du contrôleur, nous estimons que la taxe des prestations n'est pas due pour les voitures automobiles inutilisées ; le fait de la possession au 1er janvier 1926 est insuffisant pour justifier l'imposition.

Adressez une pétition au préfet dans la forme et le délai indiqués dans « l'avis de non admission » sur papier libre, joindre ledit avis et l'avertissement, avant le 14 octobre.

Dans cette pétition, vous énoncerez les faits comme vous l'avez fait dans votre lettre.

A. M.

2886.— La taxe civique n'est due qu'une fois.

Un citoyen possédant plusieurs logements doit-il payer plusieurs taxes civiques ?

Je viens en effet de recevoir mon avertissement pour un pied à terre que j'ai et à la cote mobilière est ajoutée la taxe civique.

Veuillez avoir l'obligeance de me faire savoir si c'est légal, si la dite taxe est un impôt sur la personne, ou sur les logements.

Dr B.

Réponse.

Votre contrôleur vous a fait une réponse inexacte ; la taxe civique n'est due qu'une seule fois par une même personne comme d'ailleurs l'ancienne cote personnelle payée jusqu'en 1917 et instituée par l'article 12 de la loi du 21 avril 1832, article auquel se réfère la loi du 4 avril 1926.

Si le contrôleur ne veut pas vous accorder le dégrèvement des doubles emplois, adressez une pétition, établie sur papier timbré, au préfet en joignant les avertissements.

A. M.

Questions médico-militaires

2682. — Majoration de classe en cas de survenance d'enfant.

Membre du « Sou médical », je désirerais savoir si une majoration de classe est accordée à la naissance d'un enfant.

Voilà ma situation militaire : classe 1915, aide-major de 2e classe depuis le 27 juin 1925. Père d'un enfant né en août 1925, je reçois une affectation en septembre, affectation modifiée en janvier ou février de cette année.

J'ai un deuxième enfant depuis quelques jours, *suis-je tenu à signaler la naissance de cet enfant à la Direction du Service de santé* de ma région, pour obtenir une majoration de classe, je devrais, il me semble, appartenir maintenant à la classe 1911. Qu'en pensez-vous ?

Dr Z.

Réponse.

C'est à la mairie (bureau militaire), et non à la Direction du service de santé, que vous devez signaler la naissance de votre deuxième enfant.

Celle-ci vous donne droit à une majoration de classe ; mais, pratiquement, vous n'en retirerez aucun avantage. Votre libération du service militaire n'en sera pas avancée, puisque vous attendrez, dès que vous serez arrivé à la dernière classe mobilisable, que les hommes non majorés de votre classe de mobilisation soient eux-mêmes libérés. Ensuite le nombre de vos périodes d'instruction n'en sera pas diminué puisque vous êtes officier et que, comme tel, le Ministre peut, sous certaines conditions, vous convoquer suivant les besoins du service.

2723. — Pension de veuve de militaire.

J'ai encore recours à votre obligeance pour le cas suivant :

Un de mes clients, atteint de cardiopathie grave est décédé l'année dernière d'asystolie. Il avait été mobilisé, avait souffert d'une commotion et était déjà malade avant sa démobilisation ; comme il était sergent territorial, il n'avait rien demandé et quand il a dû s'arrêter en 1923, il n'avait aucun certificat d'origine.

Après sa mort, sa veuve vient me demander si elle ne pourrait pas toucher une pension ; elle retrouve dans le livret militaire la mention suivante :

« Non vacciné contre la typhoïde (palpitations cardiaques) ».

Je lui conseillai de faire valoir cette pièce comme certificat d'origine et lui ai remis une attestation, certifiant que son mari était mort de phénomènes cardio-rénaux. Elle a constitué un dossier. Comme elle n'a pas obtenu de réponse, elle voudrait savoir si elle peut espérer sa pension et demande, en cas où on ferait droit à sa requête, quelle somme elle toucherait par an, le mari étant sergent.

Dr P.

Réponse.

La demande de cette veuve était recevable puisqu'elle a été faite dans les délais réglementaires de cinq ans après la mort de son mari.

La pièce d'origine est également valable, et votre rapport médico-légal établit une filiation vraisemblable entre les troubles constatés pendant le service et la maladie, cause du décès.

Tout dépend du Ministre, qui peut cependant ne pas accepter cette relation invoquée de cause à

effet, s'il ne juge pas les pièces invoquées suffisamment probantes, étant donné le long intervalle écoulé.

La pension annuelle de la veuve d'un sergent serait environ de 1.700 francs.

2511. — Pension de réforme.

Médecin major de 2e classe de réserve, je viens d'être réformé le 15 juin avec le 100 %. Veuillez me dire quel est le chiffre de la pension que je dois toucher.

Dr X.

Réponse.

Le chiffre de la pension de base d'un médecin-major de deuxième classe, à 100 % d'invalidité, est de 6.320 francs, plus 1.000 francs d'indemnité aux grands invalides.

Enfin si le bénéfice de l'article 10 est accordé à l'intéressé, devenu incapable de se mouvoir ou d'accomplir les actes essentiels de la vie, la pension est encore majorée d'un quart.

Si la réforme a été prononcée pour tuberculose, il peut encore être question d'une indemnité spéciale de 5.000 fr.

2769. — Décès au cours d'instance devant le tribunal des pensions.

Un de mes clients réformé à 100 % pour bacillose pulmonaire non attribuable au service fait appel de cette décision devant le Tribunal des Pensions.

Avant d'avoir reçu accusé de réception de cet appel, il meurt des suites de sa tuberculose.

Que doit faire la veuve pour réclamer une pension pour elle et ses enfants en bas âge !

Dr P.

Réponse.

La procédure, engagée devant le tribunal des pensions, suivra vraisemblablement son cours, ne serait-ce que pour réserver les droits de la veuve.

En tout cas, celle-ci doit, sans s'occuper de rien, s'adresser au sous-intendant militaire des pensions de sa région pour faire établir son dossier de veuve.

Il est certain d'avance que le Ministre des finances lui refusera également sa pension, basée sur les droits du mari que, déjà, il n'a pas voulu reconnaître.

Mais, entre temps, si le tribunal a jugé favorablement, elle obtiendra sa pension ; si, d'autre part, il a réservé sa décision en raison du décès, la veuve, munie de sa décision de rejet de pension, pourra introduire aussitôt un pourvoi en son propre nom devant le Tribunal qui, cette fois, sera obligé de se prononcer.

Quarante-huitième année | N° 43 | 24 Octobre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2680 IV*)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Raulland, de Breil, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.
Amélie-les-Bains Dr Alardo.
Arcachon : Jean Doche.
Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.
Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.
Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.
Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.
Biarritz : Clavel Pierre.
Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.
Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.
Cannet (Le), près Cannes : Comov.
Cap-d'Ail : Lyons.
Carnac-Plage. E. St-Martin.
Cassis-sur-Mer : Agostini.
Chambon-de-Tence (Le) : Riou.
Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.
Fréjus : Turcan.
Grasse : Bossuet, Perrimond.
Hyères : Clément, Minelle Pierrugues, Verrier
Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.
La Seyne : Graudjean J. M. Jaubert.
Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.
Monte-Carlo : S. Vivant
Nice : ardoin, Bassargette (*v. ur.*) Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud. Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier Gazzola, Gruzu, Guerry, G., Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Larue, Liotard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilvan, Piettri Potheau (E.), Rouvière Sineau (*acc.*), Vizerie.
Oran : Paire, Maupetit.
Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)
St-Gervais-les-Bains : Roux.
St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.
Toulon : Pignet (*urol. derm.*)
Vernet-les-Bains : Dr Ponson.
Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 469. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 470. — Infirmière chirurg. demand. pour clinique.

No 471. — Sage-femme n'exerc. pas, réf. commerc., cherche utilis. de son diplôme, ferait publicité, visites médicales.

No 472. — A vend. cause achat cond. intér. même marque, torp. 10 CV Chenard et Walker excell. état. Dr Armand, 5, rue Guichenon, à Mâcon.

No 473. — Citroën 10 CV, cond. intér. 2/3 places, excell. état mécan. et carrosserie. Dr Cornet, à Sens (Yonne).

No 474. — A vend. 60 km. Paris, pays chasse, mais. 7 p. et vestib., jard. 2.100 m. partie clos murs, 200 arbres fruit. Pet. communs. Conv. à méd. retiré voul. faire pet. client. Pas de méd., pharm. ni sage-fem. 80.000 fr. S'ad. Dr Boussin, à Longué (M.-et-L.).

No 475. — A céd. au plus offrant, 14 vol. traité Widal. Suis acheteur chien arrêt minimum 2 ans, grand nez, arrêt et rapport fermes. Ecr. Dr Colard, à Ornans (Doubs).

No 476. — Infirmière compét. et sérieuse est demandée pour clinique chirurg. province.

No 477. — Autom. Renault, torp. 6 CV, 3 pl. excell. état. A vend., S'ad. Dr Leclère, 41, r. des Ecoles, Paris.

No 478. — Dr Grandjean, à Montlhéry (S.-et-O.)

offre Mathis S.B. 10 CV. (impôt sur 7 CV) torp. 2 pl., parf. état mécan. Conforts. Prix : 6.000.

N° 479. — A vendre. Pet. Chât. conven. à mais. de convalesc. R. de Ch. 10 p. ; 1er ét. 10 ch. à c., 4 cab. toil., 3 W. C. ; 2e ét. 10 ch. à c., 4 cab. toil., 3 W. C. Pavil. de gard. et de jard. Jard. agr. pot., parc superf. 1 ha. Calor., eau tous ét. Electr. Prix : 275.000. P. Labay, 5, rue de la République, à La Ferté-s.-Jouarre. Tél. 152.

N° 480. — Oise. Anc. poste 60.000 touchés, seul méd. propharm., mais. 10 p. électr. Gr. jardin ; garage, client. agricole facile. A céd. de suite : 20.000 S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 481. — Plage bretonne de gr. avenir, clim. très doux, poste de toute l'année. Rapp. plus de 70.000, jolie mais. moderne, sit. centrale, cession 45.000 y compr. install. diverses. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 482. — Torp. Georges Roy, 14 CV. 1921, mot. Ballot, garnit. cuir, entièr. revue. Etat neuf, roulé 40.000 km. : 15.000 fr. Dr Calmels, à Carmaux (Tarn).

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Cours d'une semaine** (25 au 30 octobre 1926) sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Sergent et du prof. agrégé Camille Lian, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Duvoir, Faroy, Harvier, Weissenbach, Blechmann, etc. Les conférences cliniques sont ouvertes gratuitement aux médecins. Pour les démonstrations pratiques, droit d'inscription de 200 fr. S'adresser à l'hôpital Tenon, service du prof. Lian.

— **Chirurgie urinaire.** — M. le Dr Gathelin a repris son enseignement à l'Hôpital d'urologie, 156 *bis*, avenue de Suffren, le 21 octobre 1926.

— **Hôpital Cochin.** *Chirurgie urinaire.* — Le service de chirurgie urinaire du docteur Maurice Chevassu, inauguré à l'hôpital Cochin le jeudi 7 octobre 1926, porte le nom de *pavillon Albarran.*

— **Lyon.** *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Carcassonne, Imbert, Bouysset, Mlle Weill, Rousset, Ponthus, Valin, Carle, Bozon, Verrière, Mlle Pallot, Bernay, Etienne Martin, Meysonnier, Mlle Guillemin, Cluzet, Brunat, Giraud, Levet, Moulinier, Armanet, Romand-Monnier.

Internes provisoires: Boucomont, Colson, Thévenon, Cade, Goujon, Gagnière, Blanc, Pipard, Vernaud, Bard, Denise, Aulagnier, Mlle Pernet, De Mourgues, Sassard, Naussac, Rochefort, Mlle Lambert.

— **Académie de médecine**. — *La maladie n° 2.* — M. le Préfet de l'Hérault fait connaître qu'un cas de maladie n° 2 est apparu à Montpellier.

— **Académie de médecine**. *La question du pain.* — M. Ambroise Rendu, conseiller municipal, membre de la Commission des farines, et M. le Dr Canjole, conseiller général, informent l'Académie que, pour maintenir les prix actuels du pain, on sera obligé d'incorporer à la farine de blé, d'autres farines, de maïs, de riz, de seigle. Ils demandent à l'Académie si elle ne pourrait pas donner son avis sur l'introduction de ces succédanés. Sur la proposition du Conseil, une Commission est nommée, composée de MM. Delezenne, Gley, Lapicque, Pouchet et Léger, pour étudier cette question du pain.

— **Ecole d'infirmières de l'Union des Femmes de France.** *Cours de* 1926-1927. — Les cours de l'école d'infirmières de l'Union des femmes de France commenceront en novembre prochain, sous la direction du professeur Marcel LABBÉ, du Dr A. MORIN et de Mme A. LEFEVRE, directrice de l'enseignement. S'inscrire, 102, boulevard Malesherbes, Paris.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 octobre.

Lutte antituberculeuse.

Décret du 15 septembre 1926 modifiant le décret du 5 octobre 1923 relatif à la concession des congés de longue durée aux membres du personnel permanent des postes et télégraphes atteints de tuberculose.

Art. 1er. — Le quatrième alinéa de l'article 2 du décret du 5 octobre 1923 est modifié ainsi qu'il suit :

« Le chef de service statue sur l'avis de la commission.

« L'intéressé a la faculté d'en appeler à l'administration par la voie hiérarchique.

« Si, sans raisons valables... (le reste sans changement). »

Art. 2. — L'article 3 du décret du 5 octobre 1923 est modifié ainsi qu'il suit :

« Lorsque le chef de service croit devoir envisager la mise en congé d'office d'un fonctionnaire, agent ou ouvrier, il le soumet à l'examen d'une commission composée comme il est dit à l'article 2 ci-dessus, l'un des médecins pouvant toutefois être choisi par l'intéressé.

« Si, sans raisons valables, celui-ci ne se présente pas le jour indiqué devant la commission ou si, de-

vant être visité à son domicile, il refuse de recevoir le médecin désigné à cet effet, le congé lui est imposé d'office. S'il se présente, le chef de service statue sur l'avis de la commission.

« L'intéressé a la faculté d'en appeler à l'administration par la voie hiérarchique. »

Art. 3. — La date d'application des dispositions du présent décret sera fixée par décision du conseiller d'Etat, secrétaire général des P. T. T.

Art. 4. — Le ministre du commerce et de l'industrie et le président du conseil, ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

6 octobre.

Service de santé militaire.

Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de Santé militaire,

7 octobre.

Service de Santé de la Marine.

Ecoles de médecine navales.

Par arrêté en date du 17 juillet 1926, les modifications suivantes ont été apportées à l'arrêté du 29 juin 1908, concernant les emplois de professeur et prosecteur dans les écoles de médecine navales (*B. O. M.*, volume 13, page 46).

Les paragraphes Ier, II et IV de l'article 14 de l'arrêté susvisé sont modifiés ainsi qu'il suit :

I. — *Séméiologie et petite chirurgie.*

1° Une leçon orale d'anatomie descriptive portant sur les organes des sens, l'appareil de la digestion, les organes génito-urinaires, les appareils de la respiration et de la phonation, les glandes vasculaires sanguines. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition) ;

2° Une leçon de séméiologie élémentaire. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition) ;

3° Un examen de clinique médicale ou chirurgicale, au choix du jury. (Une heure pour l'examen et l'exposition) ;

4° Description et pratique d'une opération de petite chirurgie ; application d'un bandage ou d'un appareil. (Temps à fixer par le jury.)

II. — *Anatomie descriptive.*

1° Une leçon sur l'anatomie descriptive, y compris les nerfs craniens. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition) ;

2° Une préparation anatomique. (Le jury déterminera le temps de la préparation et de l'exposition) ;

3° Description et pratique de deux opérations. (Une heure en tout.)

IV. — *Histologie et embryologie.*

1° Une leçon sur l'embryologie. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition) ;

2° Une leçon sur l'histologie : cellule, tissus, organes. (Une demi-heure de réflexion et une heure d'exposition) ;

3º Deux préparations d'histologie normale : un tissu et un organe. (Le jury déterminera le temps de la préparation et de l'exposition.)

Nota. — Les programmes ci-dessus énoncés seront appliqués pour les concours aux emplois précités qui auront lieu à partir du 1er janvier 1927.

8 *octobre.*

Enseignement de la médecine.

Examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé.

Arrêté du 7 octobre 1926.

Art. 1er. — Une session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira en décembre 1926.

Art. 2. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur académie. Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant la date des compositions.

Art. 3. — Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit :

Sections :

Sections	Dates
Anatomie Histologie Histoire naturelle médicale et parasitologie Bactériologie Anatomie pathologique	1re composition le 22 décembre 1926 ; 2e composition le 23 décembre 1926.
Physiologie Chimie Physique Médecine Chirurgie Obstétrique Histoire naturelle pharmaceutique Pharmacie	1re composition le 18 janvier 1927 ; 2e composition le 19 janvier 1927.

Art. 4. — Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière d'une durée de trois heures, de huit heures à onze heures.

10 *octobre.*

Service de santé militaire.

Ecole d'application du service de santé militaire.

Par arrêté en date du 9 octobre 1926, pris en application des dispositions de l'article 8 du décret du 10 février 1920, portant réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, modifié par les décrets des 21 octobre 1922, 1er et 4 juin 1923, 12 mai 1925 et 12 avril 1926, le nombre et la répartition des professeurs, professeurs agrégés et chefs de service chargés de l'enseignement dans ladite école, sont arrêtés ainsi qu'il suit, à dater de la publication du présent arrêté abrogeant l'arrêté du 8 mars 1920, modifié par l'arrêté du 25 mars 1922 :

A. — *Médecine* (3 chaires).

1° Maladies et épidémies des armées et bactériologie. — Un professeur et un professeur agrégé ;

2° Hygiène et prophylaxie. — Un professeur et un professeur agrégé ;

3° Neuro-psychiatrie, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, déontologie. — Un professeur et deux professeurs agrégés.

B. — *Chirurgie* (3 chaires).

1° Chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie. — Un professeur et deux professeurs agrégés ;

2° Médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale. — Un professeur et un professeur agrégé ;

3° Chirurgie spéciale. — Un professeur et un professeur agrégé.

C. — *Radiologie. — Electrologie. — Physiothérapie. — Radiumthérapie.*

Une chaire. — Un professeur et un professeur agrégé.

D. — *Chimie appliquée à la biologie et aux expertises de l'armée.*

Une chaire. — Un professeur et un professeur agrégé.

13 *octobre.*

Service de Santé militaire.

Fusion des services automobiles de l'artillerie et du service de santé.

Décret du 8 octobre 1926.

Art. 1er. — Le service automobile sanitaire (voitures de transport sanitaires et voitures médicales de liaison), actuellement administré par la direction du service de santé, sera assuré, à partir du 1er janvier 1927, par la direction de l'artillerie.

Art. 2. — Un droit de priorité est accordé au service de santé pour l'emploi de ces véhicules.

Art. 3. — Le président du conseil, ministre des finances, et le ministre de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel.*

Concours pour la nomination de professeur à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Le concours annuel, prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, qui devait avoir lieu le 18 octobre 1926, est reporté au 8 novembre 1926 (suite à la notification parue au *Journal officiel* du 9 juin 1926).

CORRESPONDANCE

L'Education sexuelle

Voudriez-vous me permettre de vous signaler, à propos des indications que vous avez données dans le *Concours médical* au sujet de l'Education sexuelle : « Les lettres à mon fils » du Dr Milon, et ma thèse de doctorat : « Etude sur la prophylaxie de la syphilis », qui est surtout consacrée à l'éducation sexuelle ; la syphilis n'en est que le prétexte.

Dr T. Raoult (Vernon).

Accidents du Travail

3031. — Evaluation d'incapacité permanente.

J'ai recours à votre obligeance pour avoir les renseignements suivants : un de mes clients, scieur, qui gagnait 40 francs par jour, a perdu l'index droit, le médius droit désarticulé au niveau de la 1re phalange avec citatrice vicieuse, l'annulaire droit au niveau de la dernière phalange. A combien sera évaluée son invalidité et quelle sera sa rente ?

Dr C.

Réponse.

L'invalidité résultant de la perte de l'index et de deux autres doigts peut être évaluée à 40 % environ, suivant l'ouvrage du Dr Mayet et le guide-barème pour les blessés de guerre. Il nous semble que, dans l'espèce, c'est ce chiffre que vous pouvez proposer.

La rente d'un blessé du travail est fixée d'après le montant de son salaire annuel. En supposant que votre blessé travaillait 300 jours par an, son salaire annuel s'élevait donc à 12.000 francs.

Si nous considérons comme acquis une incapacité de 40 % et un salaire annuel de 12.000 fr., la rente correspondante sera de :

$$\frac{(4.500 + 7.500 : 4) \times 40}{100 \times 2}, \text{ soit : } 1.275 \text{ francs.}$$

En raison du caractère forfaitaire de la loi sur les accidents du travail, les blessés ne peuvent prétendre qu'aux indemnités expressément prévues par cette loi. Or, nulle part, il n'y est question d'indemnité de déplacement.

3034. — Recouvrement d'une note d'honoraires accidents.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir m'indiquer la marche à suivre, pour obtenir le payement d'une note d'honoraires qui s'élève à 200 fr., pour soins donnés à un accidenté du travail, depuis le 16 octobre 1925 jusqu'au 12 décembre 1925 inclus,

Voir la suite page XLVII-2725

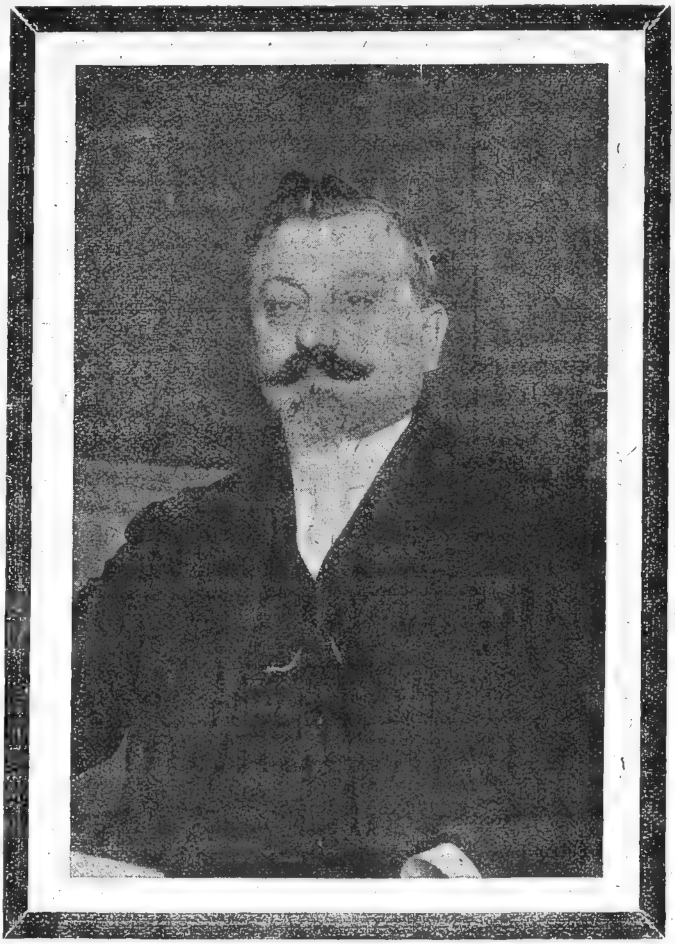
PROPOS DU JOUR

Georges QUIVY (1875-1926)

Dans ces jours de trouble et de deuil, où l'on se sent comme frappé du spectacle sensible d'une mort récente et inopinée, on se renferme tout en soi-même, et l'on s'occupe de sa douleur. Si l'on fait quelques réflexions, c'est en général sur l'inconstance et sur la vanité des choses humaines sans descendre jusqu'à ses propres défauts ou à ses infirmités particulières. On cherche à se consoler plutôt qu'à s'instruire ; et si l'on parle des bonnes œuvres de ceux qui sont morts, c'est pour justifier les larmes qu'on verse sur eux plutôt que pour profiter de leurs exemples.

FLÉCHIER. *Oraison funèbre de M. de Lamoignon.*

La mort brutale et inopinée qui vient de nous enlever Georges Quivy, nous a tout d'abord atterrés. Nous aussi, nous nous sommes renfermés en nous-mêmes, accablés par cette perte imprévue. Puis en nous remémorant la vie de notre ami qui, à son début, paraissait devoir être calme, simple, bien que laborieuse, et qui fut terriblement bouleversée par des évènements formidables, nous avons réfléchi sur l'inconstance et la vanité des choses humaines.



Aujourd'hui, nous nous arrachons à nos regrets et avons résolu de conter cette vie et de parler des bonnes œuvres de notre ami, non pour consoler ceux qui l'approchèrent, mais pour les instruire.

Car Quivy fut un de ces vaillants dont l'activité féconde et l'inlassable dévouement, n'eurent, selon l'expression de La Bruyère, d'« autre inconvénient que celui peut-être de laisser à ses héritiers moins de trésors que de bons exemples. »

***

Georges QUIVY naquit le 23 février 1875, à Vieux-Condé dans le département du Nord. Il était le dernier des cinq enfants d'un petit industriel.

D'abord élève de l'Ecole primaire d'Anzin, il fut envoyé au Collège Notre-Dame de Valenciennes faire ses études secondaires ; il n'avait pas fini ses humanités quand son père mourut. L'on peut se douter des difficultés qui surgirent dans cette famille nombreuse et peu fortunée lors de la disparition de son chef. Mais Georges Quivy était largement pourvu de courage et de volon-

— La photographie présentement reproduite nous a été aimablement prêtée par notre excellent confrère et ami, le Dr CRINON, Directeur de l'*Informateur Médical.*

té. Il voulait devenir médecin et il le devint quand même, grâce à un labeur acharné. Il commença ses études médicales à la Faculté libre de Lille, vint les terminer à Paris. La mort de sa mère l'obligea à hâter la soutenance de sa thèse qui eut lieu le 26 avril 1898. Il avait alors 23 ans.

Il lui fallait gagner immédiatement sa vie ; aussi, sans hésiter, alla-t-il s'installer à Liéramont, petit village de la Somme. N'ayant pas d'exigences, actif, sérieux et compatissant, il conquit de suite l'affection de la population, formée de villageois, pour la plupart assez misérables, mais qui surent en peu de temps apprécier le cœur, l'intelligence et l'énergie du jeune médecin sans fortune qui n'avait pas craint de venir s'installer chez eux et partager leur médiocre existence.

Le 8 novembre 1898, G. Quivy se maria à Lille. Il épousa la sœur de son meilleur ami dont les parents, le connaissant de longue date, avaient pu l'estimer et l'aimer. Nulle famille ne se fonda sous de meilleurs auspices. Les enfants arrivèrent de bonne heure. Liéramont était un pays trop pauvre où le jeune praticien n'entrevoyait aucun avenir. Il fallait vivre, élever les enfants. Quivy résolut de changer de poste et ce ne fut pas sans regret que les habitants de Liéramont et leur médecin se séparèrent.

Quivy, après bien des recherches, avait résolu de se fixer à Caudry dans le Nord, petite ville industrielle et fort prospère. Il y vint avec les siens en juillet 1900 et y resta jusqu'en octobre 1918 ; il y serait encore, car notre ami n'avait d'autre ambition que celle de bien élever sa famille, si la guerre n'était venue bouleverser cette vie que sa simplicité même conduisait au bonheur.

Quivy avait toutes les qualités physiques, morales et professionnelles pour réussir à Caudry. De santé robuste, d'aspect bienveillant, d'abord agréable, se présentant avec une bonhomie qui bannissait la crainte, donnait confiance et aisance, tout en excluant une trop grande familiarité, dévoué, compatissant, soigneux et réfléchi, curieux des progrès de la médecine, il devait fatalement avoir beaucoup de clients et encore plus d'amis. Sa correction, sa loyauté le firent aussi très vite apprécier de ses confrères qui le désignèrent comme secrétaire du Syndicat médical de Cambrai. Ce fut alors que nous eûmes l'avantage d'entrer en relations avec Quivy. Nous étions Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, et la région du Nord, bien que pourvue en théorie de nombreux Syndicats médicaux, était le pays le plus défavorisé de France au point de vue de l'Assistance publique et de la médecine sociale dont les honoraires étaient ridicules. Aucune action syndicale sérieuse ne pouvait être menée. Les Syndicats de cette région ne pouvaient adhérer à l'Union, car la cotisation d'alors, de deux francs par membre, était jugée trop élevée et les dirigeants des Syndicats médicaux de Lille et de la région ne craignaient pas de marchander et d'offrir 0 fr. 50 par adhérent. Etait-ce misère ou apathie des praticiens ? Vraisemblablement les deux. Quivy, avec son activité débordante, ne pouvait laisser cette situation se perpétuer. Il réveilla l'énergie des confrères de la région de Cambrai, fonda même avec un de ses amis, le Dr Guyot, un petit journal de propagande qui joua un rôle important dans la défense professionnelle du Nord.

Quivy fut surpris par la guerre à Caudry et y subit l'occupation allemande. Elle fut dure, surtout pour lui, et il lui fallut, avec son caractère, une puissance de volonté peu commune pour ne pas se laisser aller à des imprudences dont les conséquences étaient trop souvent fatales. Les difficultés de l'existence devinrent indescriptibles. Il fallut se séparer. Il parvint en décembre 1916 à faire gagner le centre de la France à ses fils qui purent y continuer leurs études. Madame Quivy, digne épouse de son mari, fut en janvier 1918 arrêtée et emmenée comme otage.

Sa jeune fille qui, à l'école de ses parents, avait pris des leçons d'énergie, cherchait à rejoindre ses frères et, sous divers prétextes machiavéliques, était retenue durant de longs mois en Belgique. L'on peut affirmer que pendant ces quatre ans, notre malheureux confrère subit toutes les privations et éprouva toutes les inquiétudes.

Enfin dans la nuit du 9 au 10 octobre, un bombardement épouvantable se déchaîne, l'Armée britannique approche de Caudry. Il faut se terrer dans les caves et attendre avec angoisse la fin de la bataille qui fait rage à cet instant. Tout à coup, le calme survient. Quivy ose sortir de son refuge. Les Allemands sont en retraite. Enfin les voilà délivrés ! Joie délirante, inénarrable ! ! Ironie de la Destinée ! Huit ans après, jour pour jour, presque heure pour heure, Quivy rendait à Paris le dernier soupir.

Caudry avait été libéré mais à quel prix ? Il ne restait rien de la ville et la campagne ravagée était inhabitable. Notre ami et Madame Quivy se hâtèrent de partir à la recherche de leurs enfants et ils eurent le bonheur de se trouver tous réunis en bonne santé à Clermont-Ferrand.

Les épreuves n'étaient pas terminées, il fallait vivre, mais qu'était cette préoccupation à côté des angoisses sans cesse renaissantes de l'occupation allemande et de la dispersion familiale !

Quivy fut tenu de s'engager comme médecin auxiliaire et il eut la bonne fortune d'être attaché à un service de grippés à l'hôpital militaire 98 à Chamalières près Clermont. Le médecin-chef de cet hôpital était notre vieil ami et camarade Dorel, qui accueillit le médecin réfugié à bras ouverts. Ils devaient c ollaborer encore au Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, quelques années plus tard. Tout ceci ne pouvait être que provisoire, il fallait songer à refaire sa vie.

Quivy vint à Paris, car, avec ses charges familiales, il ne pouvait être de longtemps question de retourner dans les régions dévastées. Avec une courageuse tenacité, malgré son âge, il se remit à étudier l'électrologie et la radiologie, sciences qui l'avaient toujours passionné. Avec son ami le Dr Déchy, il ouvrit, avenue de Châtillon, un cabinet d'électro-radiologie tout en continuant de se perfectionner. Le docteur Aubourg, électro-radiologiste des hôpitaux, apprit à le connaître et à l'apprécier dans son service de Boucicaut ; il l'engagea à se présenter au concours d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. Quivy suivit ses conseils et fut nommé assistant. Il ne s'endormit pas sur les lauriers, il poursuivit ses travaux, collaborant avec les docteurs Aubourg, Lebon, Joly, à Boucicaut et à Beaujon.

La confiance et l'affection de ses confrères donnèrent vite une plus grande importance à son cabinet. L'avenue de Châtillon était bien éloignée du Centre de Paris. Aussi au début de 1925, il vint s'établir rue de l'Isly, près de la gare Saint-Lazare.

L'avenir, après tant d'épreuves, paraissait sans nuages. La maison familiale était reconstituée, grâce à la collaboration active et dévouée de Madame Quivy. Les enfants étaient au terme de leurs études. Mlle Denise Quivy, licenciée ès-sciences et chimiste, était armée pour la lutte dans la vie. Elevée à l'école du malheur, elle savait qu'en plus d'une circonstance, il fallait avant tout compter sur son intelligence et son énergie. Le fils aîné, le Dr Jean Quivy, venait de soutenir brillamment une thèse de radiologie, qui le désignait comme assistant et successeur de son père ; le second fils, Jacques, interne provisoire des hôpitaux de Paris, avait la légitime ambition de poursuivre ses études médicales.

Quivy avec sa famille paraissait donc avoir retrouvé le bonheur, la confiance dans l'avenir, quand la mort aveugle vint le frapper.

***

G. Quivy était loin d'être un égoïste. Il ne pouvait sans intérêt, ni sans inquiétude, voir se précipiter l'évolution de la profession médicale dont il s'était déjà efficacement préoccupé avant la guerre comme secrétaire du Syndicat de Cambrai. Lafontaine qui le connaissait déjà depuis longtemps et avait pu le juger, l'appela dès 1919 pour l'aider à reconstituer l'Union des Syndicats médicaux de France. Ce fut un travail acharné de tous les jours, de tous les instants. Lafontaine, emporté par son ardeur, par le désir de réaliser ses vastes conceptions syndicalistes, trouvait dans Quivy, le modérateur, connaissant à fond les conditions de l'exercice de la médecine en province, sachant combien le praticien de campagne, constamment en butte aux difficultés de la vie courante, avait de la peine à s'initier aux innovations de la technique et de l'organisation de la médecine sociale et devait accepter avec appréhension toute réforme appelée à bouleverser sa vie professionnelle.

La collaboration de Lafontaine et de Quivy fut féconde. Jamais l'Union des Syndicats médicaux de France ne manifesta plus d'activité, n'acquit plus d'autorité que sous leur énergique direction.

Il se peut que des confrères aient pour la profession médicale d'autres rêves que ceux de Lafontaine et de Quivy ; il se peut qu'il en soit qui jugent dangereuse la voie sur laquelle ils ont audacieusement engagé le Syndicalisme médical, mais il ne peut y en avoir un seul, qui, au courant de leurs efforts, de leur désintéressement absolu, de leur dévouement à la cause professionnelle, de leur sincérité, de leur mépris des honneurs et des distinctions, n'éprouve pour eux du respect et de l'admiration. Le plus grand nombre y ajoute de la reconnaissance.

Quivy remplaça Lafontaine, non rééligible, au Secrétariat de l'Union, jusqu'à l'époque où il dut statutairement céder la place à Lenglet, mais il ne cessa, loin de là, de collaborer à l'œuvre syndicale. Les travaux de la Commission de tarification des accidents du travail où nous avions l'honneur d'être son collègue, le préoccupaient tout particulièrement et, avec le Président de l'Union, Decourt, il y rendit d'éminents services. Il accepta parfois des missions délicates et difficiles où il sut faire preuve d'habileté et d'é-

nergie et nous avons à la mémoire le récit qu'il nous fit de son voyage à Amsterdam, où il fut délégué du Gouvernement français au Congrès international de la médecine des accidents du travail.

Pour la première fois, sans doute, des médecins français allaient se trouver officiellement en contact avec des médecins allemands. Ces derniers osèrent se livrer au cours d'un banquet à des incorrections que Quivy n'hésita pas à relever, avec dignité et courtoisie pour ses hôtes, mais avec une inébranlable tenacité ; il exigea des excuses et il les obtint.

Cette anecdote, que Quivy ne confia guère qu'à ses intimes, montre à la fois quel fut son caractère et sa discrétion.

La confiance et l'affection que tous ceux qui le connurent lui accordaient sans réserves, firent rechercher partout le concours de Quivy. Les électroradiologistes en avaient fait le Secrétaire de leur Syndicat. Notre « Sou médical » l'avait appelé à son Conseil d'administration. Il devait y assister le jour même de ses obsèques et, ce fut, avec une profonde émotion que le Président du « Sou médical », Maurat, annonça sa mort et leva momentanément la séance en signe de deuil.

Les médecins du Nord l'avaient nommé trésorier de leur Association Amicale, *Le Nord médical*. Ils se souviennent des services qu'il rendit à beaucoup d'entre eux.

En effet, il y a quelques années, les médecins sinistrés attendaient avec angoisse les indemnités au titre de réparations qui devaient les aider au rétablissement de leur situation. L'administration compétente cherchait, par des moyens dilatoires, à éloigner le plus possible les payements. Sous la présidence de Quivy, une Association fut fondée, elle obtint par la confiance qu'elle inspirait, des avances suffisantes sous forme de prêts, provenant non des heureux de la profession, mais surtout de praticiens qui étaient eux-mêmes aux prises avec des difficultés de la vie, mais, de ce fait même, gardaient le sentiment du devoir d'entr'aide pour de plus éprouvés qu'eux.

Grâce à cette Association, prudemment dirigée par Quivy, nos confrères sinistrés furent suffisamment secourus.

Quivy n'était pas seulement aimé dans le Corps médical. Partout où il fut connu il sut se faire apprécier. Ses compatriotes du Nord l'avaient choisi comme trésorier de leur grande Association à Paris : La Betterave, et de l'Union Valenciennoise.

* * *

Aujourd'hui Quivy n'est plus. Sa tâche est terminée et comme on a pu en juger par le récit succinct de sa vie, elle fut laborieuse. Pour la juger, il faut s'inspirer de la pensée de Pascal :

« Ce que peut la vertu d'un homme ne doit pas se mesurer par ses efforts, mais parce qu'il fait d'ordinaire . »

Ceux pour qui il s'est dépensé sans compter : famille, amis, confrères, malades, ne sauraient l'oublier.

Pour nous, qui avons eu le douloureux privilège de l'assister à ses derniers moments et de recueillir un de ses derniers sourires, nous nous souviendrons toujours de cet ami sincère et loyal, cordial et dévoué, qui fut de ceux que l'on ne rencontre que très rarement au cours même d'une longue existence. Puisse l'universelle sympathie des amis de Quivy adoucir la peine cruelle de sa veuve et de ses enfants.

Et nous souhaitons cordialement à nos deux jeunes confrères, ses fils, de suivre l'exemple de ce père, qui fut et restera pour tous, le modèle du médecin praticien, un exemple rare d'honneur, de dévouement, de délicatesse et de désintéressement professionnels.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

Les variations du sternum.

Par le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours).

Le sternum est l'os respiratoire par excellence. Sur lui s'articulent les côtes et la clavicule, éléments mobiles dont le jeu assure la dilatation ou le resserrement de la cage thoracique ; sur lui s'insèrent les muscles respirateurs, élévateurs ou dilatateurs du thorax : les sterno-cléido-mastoïdiens, les pectoraux, le diaphragme. Aussi bien son importance physiologique doit nous inciter à bien connaître ses variations.

Celles-ci seront multiples et fréquentes d'autant plus que le sternum est une formation complexe, constituée d'une série de pièces élémentaires, les sternèbres, fusionnées ensemble.

Les variations peuvent avoir des conséquences aussi bien sur la *morphologie générale* du thorax, que sur la *physiologie* de l'appareil cardio-respiratoire.

Pour les bien comprendre, il est nécessaire, au préalable, de donner ici quelques indications très résumées sur le développement du sternum.

I. Développement du sternum.

L'opinion la plus généralement acceptée veut que le sternum provienne directement des côtes thoraciques qui s'unissent deux à deux par leur portion cartilagineuse antérieure, arrivant à former de chaque côté de la ligne médiane deux bandes cartilagineuses ou hémisternums.

Les deux hémisternums, droit et gauche, ainsi situés de façon symétrique, se rapprochent, puis se soudent et arrivent à constituer une pièce unique.

Dans cette pièce cartilagineuse apparaissent, vers le cinquième mois, deux lignes parallèles de points d'ossification en regard des espaces intercostaux. Il y aura donc deux points d'ossification symétriques pour chaque élément compris entre deux côtes. Ce sera l'origine des sternèbres. Celles-ci chez l'homme seront au nombre de cinq. La supérieure sera plus large et formera la poignée ou *manubrium* ; les quatre suivantes formeront le corps du sternum ou *mésoternum*.

Au-dessous du corps se trouve un prolongement médian qui reste longtemps cartilagineux et qui laisse apparaître un nombre variable de points d'ossification. C'est l'appendice xyphoïde constitué probablement d'éléments sternébraux avortés.

Les diverses sternèbres se fusionnent successivement. Le phénomène commence par l'union de la seconde et de la troisième pièces, puis se propage de haut en bas. L'union de la première à la seconde pièce est beaucoup plus tardive. Il reste trace de cette indépendance primitive des sternèbres sous forme de lignes horizontales au niveau des articulations chondro-sternales.

Les troubles de développement du sternum, suivant le moment où ils se seront produits, détermineront deux ordres de variations :

1° Le défaut de fusion des deux hémisternums, sera la cause des *variations fissurales* : *les fissures sternales* ;

2° Les vices de fusion des sternèbres entre elles, causera des *variations articulaires*.

Nous étudierons ici ces deux ordres de variations de cause embryologique, mais, au préalable, nous ferons connaître quelques variations purement morphologiques .

L'étude des variations de l'appendice xiphoïde sera faite en même temps que celle de l'angle thoracique ou angle chondral.

II. Les formes du sternum.

Le sternum peut varier considérablement dans ses dimensions. Les auteurs ont cherché quelles pouvaient être ces variations suivant les sexes.

Henri Fischer constate que, chez l'homme, le sternum a une longueur moyenne de 18 centimètres et une largeur, au niveau du bord supérieur du corps, de 30 à 38 millimètres. Chez la femme, la longueur moyenne est de 16 centimètres et la largeur moyenne de 30 à 35 millimètres.

Les variations individuelles sont assez fréquentes. On a vu des sternums longs, de 22 et 23 centimètres, courts, de 15 centimètres Il s'agirait de savoir si ces variations coïncident avec le type macroskélique ou le type brachyskélique des sujets examinés.

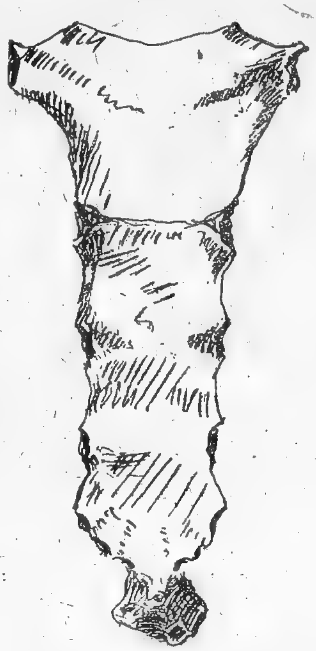
Il ne nous semble pas que les variations de largeur du sternum soient toujours en rapport avec le type thoracique. Cependant nous avons noté plusieurs fois des sternums étroits coïnci-

dant avec des thorax étroits et des sternums larges coïncident avec des thorax larges ; mais ce n'est pas une règle absolue.

Il y aurait intérêt aussi à connaître si les variations de largeur du thorax, sont en rapport avec le mode variable d'insertion du grand pectoral.

Intéressantes sont les variations de formes :

Le sternum peut avoir ses deux bords parallèles ; ou bien l'extrémité inférieure de son corps est étalée et plus large que la partie supérieure (l'ensemble donne l'aspect d'un sablier). Ces détails sont importants en chirurgie parce que le rapport de l'os avec l'artère mammaire interne variera dans d'assez grandes mesures. Lorsque l'os est à bords parallèles, l'artère sera éloignée également dans chaque espace ; si l'os est en sablier, l'artère tendra à s'en rapprocher en bas et même pourra se placer derrière le sternum.





FIGURES 1 et 2.

Les formes du sternum

à bords parallèles — à extrémité inférieure étalée.

III. Les fissures sternales.

Le défaut de rapprochement et d'union des deux hémisternums est la cause des fissures sternales.

Les fissures peuvent être *totales* et occuper toute la hauteur du sternum.

Elles peuvent être *partielles* et n'occuper qu'une partie plus ou moins grande de la hauteur du sternum.

A) Fissures totales.

La division du sternum sur toute sa hauteur est un fait infiniment rare. Les deux hémisternums n'arrivent pas au contact l'un de l'autre ; ils sont unis par une membrane fibreuse plus ou moins souple. L'espace linéaire ainsi formé par les deux portions du sternum s'élargit pendant les mouvements inspirateurs du thorax. La peau est déprimée dans le sens de la gouttière ainsi formée.

L'observation la plus curieuse qui ait été signalée est celle de Senac qui a pu étudier chez plusieurs membres d'une famille cette variation, qui se transmettait par hérédité directe.

B) Fissures partielles.

Le défaut d'union des deux hémisternums n'a lieu que sur une partie de la hauteur de l'os. Elle peut siéger :

1° A l'extrémité supérieure ;

2° A l'extrémité inférieure ;

3° A la fois aux deux extrémités supérieure et inférieure ;

4° A la partie moyenne.

1° FISSURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE.

Cette fissure a la forme d'un V. Elle intéresse le manubrium seulement, ou bien se prolonge en bas intéressant une ou plusieurs des sternèbres du mésosternum.

Dans le cas le plus complet, les deux demi-sternums sont séparés jusqu'au niveau de l'appendice xiphoïde et forment un U dont les extrémités supérieures plus ou moins écartées, peu-

vent être parfois distantes l'une de l'autre de sept ou huit centimètres.

L'espace compris entre les deux demi-sternums est comblé par une membrane à bord supérieur échancré et concave.

Cette membrane se gonfle pendant les mouvements d'inspiration prolongée. Elle est soulevée par les mouvements de l'aorte qui bat immédiatement en arrière. On peut ausculter directement l'orifice tricuspide et les vaisseaux de la base du cœur et cet examen direct a donné lieu à d'importantes recherches physiologiques.

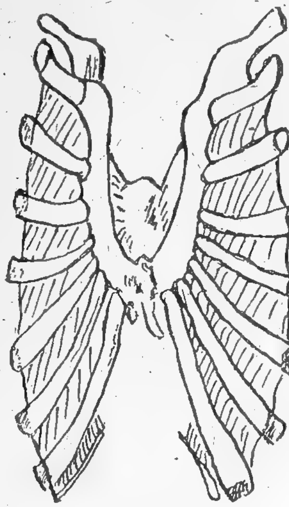


FIGURE 3.
Fissure en U du sternum.

Lorsque la fissure n'intéresse que le manubrium, elle est d'ordinaire moins large. Le thymus, chez l'enfant, peut être senti directement avec le doigt.

Dans les efforts de toux, on peut reconnaître facilement les éléments médiastinaux qui tendent à faire saillie.

La peau, au niveau de ces fissures, est de constitution normale et présente simplement une dépression plus ou moins large et profonde.

2° FISSURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE.

Les fissures de l'extrémité inférieure sont

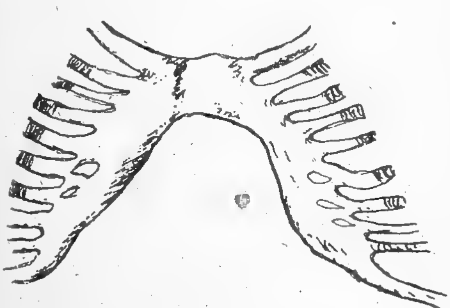


FIGURE 4.
Fissure lambdoïde du sternum.

beaucoup plus fréquentes si on ne considère que l'appendice xiphoïde ; elles sont très rares lorsqu'elles intéressent à la fois cet appendice et les dernières sternèbres du mésosternum.

Comme dans les cas précédents l'espace en V qui sépare les deux demi-sternums est occupé par une membrane plus ou moins souple à travers laquelle on sent les organes médiastinaux.

3° FISSURES COMBINÉES SUPÉRIEURE ET INFÉRIEURE.

On a signalé des cas d'association de fissures à la partie supérieure et à la partie inférieure du sternum.

L'os dont les deux moitiés ne sont unies qu'à la partie moyenne affecte la forme d'un X.

Il est à remarquer que les sujets qui présentent de telles variations sternales sont souvent d'une forte constitution. Le sujet de Gibson et Malet était « d'une force athlétique » ; un sujet que nous avons examiné personnellement était gymnaste dans un cirque ; un autre était portefaix sur les quais de Marseille et se livrait à des travaux très pénibles.

On n'a noté qu'exceptionnellement dans ces cas des troubles ou lésions cardiaques ou pulmonaires.

4° LES FISSURES CENTRALES.

On voit quelquefois (environ une fois sur 500 ou 600 sujets), le corps du sternum perforé par un trou. Le trou siège le plus souvent au tiers inférieur du mésosternum. Il peut intéresser la hauteur d'une ou de deux sternèbres. Ce trou a une forme ovalaire à grand axe longitudinal.

Ici, on peut faire intervenir, pour expliquer la genèse de la variation, deux facteurs, soit un défaut de fusion des deux hémisternums à leur partie moyenne, soit un manque d'union des deux points d'ossification d'une sternèbre.

L'hiatus osseux ainsi formé est comblé par une membrane fibreuse, soit très tendue, soit souple. Lorsqu'elle est souple, elle se déprime sous le doigt et permet de sentir les battements du cœur.

On a signalé plusieurs fois un pneumocèle au niveau de la fissure, chez les sujets tousseurs et emphysémateux. Evidemment, cette hernie intéressait la plèvre et le poumon droits.

La peau au niveau de la fissure est normale, elle est déprimée et forme une cupule ovalaire plus ou moins profonde, ainsi qu'a pu le constater récemment notre élève Piraud sur un malade de l'Hospice général de Tours.

Nous avons noté une fois l'absence de poils au niveau de la dépression cutanée chez un sujet présentant une abondante hypertrichose thoracique.

Les fissures centrales n'ont pas de répercussions sur les organes du médiastin.

IV. Variations articulaires.

A l'état habituel, le sternum forme une courbe régulière depuis le bord supérieur du manubrium, jusqu'à la pointe de l'appendice xiphoïde. Cette courbe est à concavité postérieure, elle ne présente ni angle, ni saillie.

Mais il n'est pas rare de constater des irrégularités au niveau des articulations sternébrales. Celles-ci peuvent former des saillies en avant ou en arrière, et causer une série de variations fort importantes à connaître.

..Nous reproduisons dans la figure 5, toute une série de malformations sternales que nous avons pu observer nous-même. On constatera

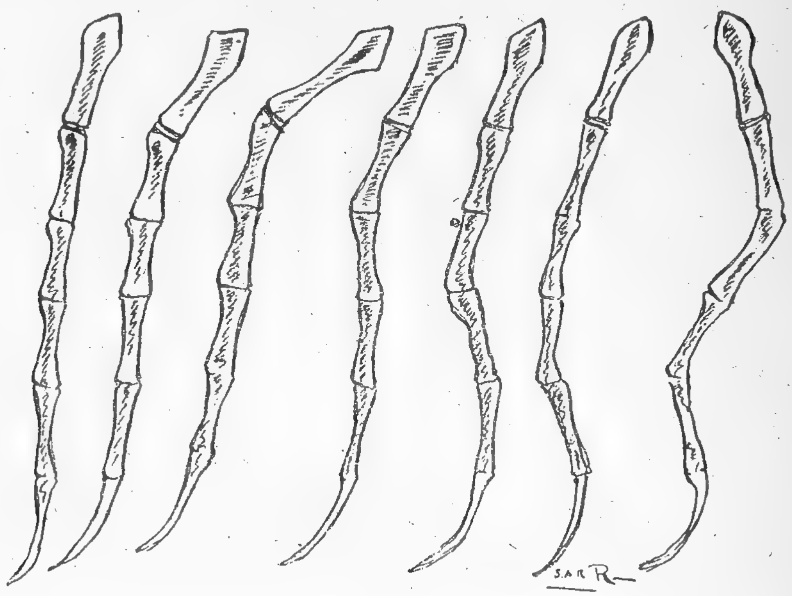
A) L'angle de Louis.

Au lieu de voir les deux premières sternèbres s'articuler en formant le début d'une courbe régulière qui se continuera jusqu'à l'appendice xyphoïde, on constate souvent que ces deux pièces s'articulent en formant entre elles un angle saillant en avant.

Cet angle peut être égal à l'angle droit lorsque le manubrium est placé presque horizontalement.

Tant que l'articulation est mobile, cet angle se modifie pendant les mouvements respiratoires.

En 1825, Louis attirait l'attention du monde médical sur cette saillie sternale, et considérait



a b c d e f g

FIGURE 5.

Les variations articulaires du sternum.

a. — Sternum régulier.
b, c. — L'angle de Louis.
d, e, f, g. — Sternum infundibuliforme.

que ces variations peuvent siéger à différents niveaux et intéresser deux ou plusieurs sternèbres. Elles peuvent être plus ou moins accusées.

Les plus importantes de ces variations, à cause des données cliniques qu'elles fournissent et des conséquences pathologiques ou physiologiques qu'elles déterminent sont :

1° La saillie en avant de la première articulation sternébrale, formant ce qu'on a appelé l'*angle de Louis* ;

2° La saillie en arrière des dernières articulations sternébrales, formant ce qu'on a appelé le *sternum infundibuliforme*.

Ces variations modifieront considérablement l'aspect morphologique du thorax. Dans le premier cas, on aura un thorax proéminent en avant, dans le second cas, on aura un creux médiothoracique plus ou moins profond.

qu'une telle disposition coexistait toujours avec la tuberculose pulmonaire. Il en avait fait un signe clinique de première valeur. Les auteurs qui ont suivi ont généralement accepté cette façon de voir.

Plus tard, on a considéré la saillie formée par l'angle manubrio-mésosternal, comme étant un signe non douteux de rachitisme.

Féré a fait entrer l'angle de Louis parmi les stigmates tératologiques de la famille névropathique.

En réalité, on ne saurait attribuer une valeur pathologique à cette disposition. Elle ne diminue pas la capacité thoracique, elle n'empêche pas le libre fonctionnement de l'appareil cardio-pulmonaire.

On la constate chez des sujets très vigoureux et bien musclés.

Elle peut présenter un caractère familial et se transmettre pendant plusieurs générations. J'ai pu observer une telle transmission héréditaire dans une famille tourangelle dont tous les membres avaient une constitution particulièreement robuste.

L'angle de Louis n'a donc pas l'importance clinique qu'on s'est plu à lui attribuer voici un siècle.

Les saillies articulaires peuvent exister au niveau de la seconde, de la troisième et même de la quatrième articulation sternébrale. La partie du sternum située au-dessus de la saillie est alors plus inclinée en avant que d'habitude.

Le sternum ainsi projeté en avant donne au thorax un aspect globuleux. Son diamètre antéro-postérieur est augmenté, aux dépens du transverse.

B) **Le sternum infundibuliforme.**

C'est une variation articulaire caractérisée par une saillie en arrière du sternum ; ce qui a pour effet de déterminer une dépression plus ou moins profonde et plus ou moins large sur la ligne médiane du thorax.

Le siège de cette dépression est variable et peut se trouver sur toute la hauteur du sternum. Mais c'est surtout au niveau des dernières articulations sternébrales qu'on la rencontre.

La dépression, l'entonnoir sternal, peut être circulaire ou oblong ; il intéresse non seulement le sternum, mais les cartilages costaux lorsqu'il est large, et ces cartilages sont recourbés en arrière.

La profondeur peut atteindre jusqu'à 8 centimètres. Dans ces cas, le sternum entre en contact avec le rachis et forme comme une cloison osseuse qui sépare en deux loges la cavité thoracique.

Ramadier et Sérieux ont fait de cette variation un stigmate de dégénérescence ; Variot, un signe de rachitisme ; Gaucher, Fournier un symptôme de syphilis héréditaire. Aucune de ces théories n'est satisfaisante. En réalité, la dystrophie est congénitale et paraît être la conséquence de compression intra-utérine.

D'ailleurs, la disposition est souvent héréditaire. Je l'ai vue se transmettre pendant trois générations. Les sujets qui la présentent sont souvent d'une grande force physique.

Si ces dépressions ne reconnaissent pas de cause pathologique, elles peuvent, par contre, amener un certain trouble dans les organes intrathoraciques.

Dans les cas de profonds entonnoirs, le cœur est repoussé à gauche et on a noté des déformations des ventricules. On a signalé le rétrécissement aortique ou le rétrécissement de l'artère pulmonaire observés peu de temps après la naissance. Les lésions cardiaques sont dues aux mêmes influences de pression qui ont déformé le sternum.

Le poumon gauche est diminué de volume, mais le thorax est élargi.

Dans les cas de pleurésie à gauche, la barrière que forme le sternum recourbé en arrière est un obstacle au refoulement du cœur vers la droite par la masse liquide, d'où des phénomènes de gêne et de compression qui peuvent amener la mort.

Le thorax infundibuliforme apparaît dès la naissance et augmente ses dimensions en proportion de l'accroissement du corps. Il faut le distinguer de certains creux pré-sternaux acquis soit par accident, soit par des manœuvres professionnelles répétées.

On a essayé par des manœuvres respiratoires variées à remédier à ce vice congénital. Jusqu'à présent, les moyens employés ne semblent pas avoir produit de résultats appréciables. Ce sont donc des défectuosités somatiques que l'on doit conserver.

C) **Le déplacement de l'articulation mobile.**

A ces troubles articulaires, il convient d'ajouter ici une variation très intéressante au point de vue physiologique. C'est celle due au déplacement de l'articulation mobile. Voici en quoi elle consiste :

On sait que l'articulation manubrio-mésosternale reste très longtemps mobile alors que les autres articulations sternébrales disparaissent et se soudent de bonne heure. On a cité de nombreux cas dans lesquels l'articulation persistante était non pas la première, mais la seconde. L'articulation mobile se trouve non plus vis-à-vis la deuxième côte, mais vis-à-vis de la troisième.

Les sujets vivants chez lesquels nous avons reconnu cette variation, ne présentaient pas de modifications dans l'aspect extérieur du thorax mais le mouvement respiratoire était modifié.

Conclusions.

Comme on vient de le voir, le sternum, os complexe, formé de parties multiples, présente de très nombreuses variations dont certaines ont un intérêt clinique et physiologique.

Les fissures sternales dues à un défaut de fusion des deux hémisternums primitifs rendent accessibles à l'examen direct les organes du médiastin lesquels n'ont plus la protection efficace d'un plan osseux complet. Mais on ne note pas de troubles physiologiques.

Les variations d'articulation des sternèbres produisent soit une saillie, l'angle de Louis, soit une dépression médiane, le sternum infundibuliforme qui modifient considérablement la morphologie du thorax. La première variation n'a pas de graves conséquences pour les organes médiastinaux, mais la seconde lorsqu'elle est très accusée détermine des déplacements et des lésions du cœur et du poumon.

CLINIQUE CHIRURGICALE

I. Cholécystite calculeuse.
II. Epithélioma de la paupière inférieure.
III. Fracture du col chirurgical de l'humérus.
IV. Paralysies radiculaires d'origine traumatique avec luxation de l'épaule.

D'après les leçons du professeur HARTMANN (1).

Cholécystite calculeuse.

Cette malade, âgée de 49 ans, a des douleurs continues dans la région droite de l'abdomen. En 1916, elle fut prise brusquement, un matin, de douleurs violentes sous le rebord costal droit et un peu à l'épigastre, remontant dans la région dorsale. On doit penser à une colique hépatique. Mais les douleurs se sont prolongées et la malade est restée alitée environ trois semaines, soumise aux applications de glace et aux injections de morphine, ce qui fait supposer l'existence de phénomènes inflammatoires, de cholécystite et peut-être de péri-cholécystite.

En 1923, lors d'une nouvelle crise, un médecin pense à une appendicite. C'est un diagnostic qu'on porte aujourd'hui trop facilement. Dans certains cas, le diagnostic entre la cholécystite et l'appendicite est assez difficile. On trouve dans le ventre un grand plastron occupant tout le côté droit de l'abdomen. Mais la simple évolution de la maladie suffit pour faire le diagnostic. Au bout de quelque temps, à la suite de la glace, le plastron diminue. S'il s'agit d'une appendicite, on le voit diminuer d'abord par en haut et finalement constituer dans la fosse iliaque un plastron d'appendicite typique. Lorsque, au contraire, il s'agit d'une poussée d'épiploïte accompagnant une cholécystite, on voit ordinairement l'inverse : le plastron diminue par sa partie inférieure et la lésion se rétracte, remonte vers la partie supérieure de l'abdomen.

Actuellement, la malade se plaint surtout de troubles gastriques. Ces troubles sont connus depuis longtemps, mais on y insiste beaucoup plus aujourd'hui, depuis l'exploration radioscopique. Il y a une forme de lithiase vésiculaire qui se manifeste surtout par des troubles fonctionnels du côté de l'estomac. Ils sont dus à ces poussées inflammatoires péritonéales, périvasculaires, qui s'étendent à la région pylorique et duodénale et aboutissent à la formation d'adhérences, quelquefois tellement marquées que l'on a pu voir des malades ayant des phénomènes rappelant absolument la sténose pylorique.

C'est Hayem, le premier, puis Tuffier, dans un mémoire écrit avec la collaboration de son interne Marché, qui ont décrit ces sténoses pyloriques d'origine vésiculaire. Hartmann en a publié une série d'observations.

Aujourd'hui, les radiologues insistent sur les déformations du duodénum. On a décrit des péri-duodénites et des péri-pylorites. Ce sont des phénomènes secondaires, dont la cause initiale est la vésicule. Il s'agit en réalité de péricholécystite. Ceci est important au point de vue thérapeutique, car on doit s'attaquer autant que possible à la cause. Il faut enlever la vésicule.

La radiographie confirme le diagnostic ; la vésicule contient des calculs manifestes.

Epithélioma de la paupière inférieure.

Une femme de 53 ans présente à la partie externe de la paupière inférieure droite une petite tumeur de la grosseur d'une tête d'épingle à son origine, ayant atteint actuellement le volume d'un pois, et d'où s'écoule un peu de sérosité. Cette tumeur est légèrement mamelonnée, elle est allongée dans le sens transversal et présente en son centre une petite ulcération croûteuse, dont les bords sont surélevés par rapport à la peau voisine ; elle présente une certaine dureté. Elle est indolente. C'est un épithélioma. On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire dans la région pré-auriculaire et la région sous-maxillaire, mais ceci ne doit pas faire abandonner l'idée d'un épithélioma. D'une manière habituelle les épithéliomas cutanés ne s'accompagnent pas d'engorgement ganglionnaire, ou très tardivement. Il y a même un fait très intéressant pour l'épithélioma des lèvres. On en voit deux variétés, l'un développé sur la face cutanée, l'autre sur la face muqueuse ; eh bien, l'épithélioma développé sur la face cutanée souvent ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire. Celui qui se développe sur la face muqueuse de la lèvre s'accompagne d'une façon presque constante d'adénopathie. Par conséquent, l'absence d'engorgement ganglionnaire n'éloigne pas du tout le diagnostic d'épithélioma, quand il s'agit d'un épithélioma cutané.

D'une manière générale, pour les épithéliomas cutanés de la face, on a recours aux applications de radium. Elles donnent de très bons résultats. Cependant, dans ce cas, on peut craindre de troubler le globe oculaire, on doit interposer

(1) Leçons faites en avril 1926, à l'Hôtel-Dieu, recueillies par le Dr LAPORTE.

une lame de plomb en arrière de la paupière, dans le cul-de-sac conjonctival. C'est ennuyeux pour le malade. La meilleure thérapeutique serait l'extirpation chirurgicale, à l'anesthésie locale. Il n'y a qu'un point particulier, auquel il faut toujours penser, quand on résèque une certaine étendue de la paupière : il faut avoir soin de placer la suture dans un sens déterminé pour éviter l'éversion de la paupière, ce qu'on appelle un ectropion.

Fracture du col chirurgical de l'humérus.

Une malade âgée de 35 ans entre à l'hôpital à la suite d'une chute sur la main gauche. Elle a entendu un craquement dans le bras. Outre l'impotence, on constate une ecchymose qui descend jusqu'au pli du coude. Elle avait le bras rapproché du corps, et non écarté. On sait que les luxations de l'épaule se produisent dans un mouvement forcé, quand on tombe avec le bras en abduction. En faisant préciser la manière dont le malade est tombé, on peut ainsi avoir une présomption sur la lésion dont il est atteint. Ici, on pensera donc plutôt à une fracture. Du reste, cette grosse ecchymose ne se voit jamais dans les luxations.

Le bras a conservé sa rectitude ; il est probable que la fracture est assez haut placée. On doit rechercher les points douloureux, et, comme toujours, il est bon d'examiner d'abord les os que l'on pense indemnes, c'est-à-dire la clavicule et l'omoplate : l'acromion, l'épine de l'omoplate, etc., sont indolents. On trouve une douleur sur l'extrémité supérieure de l'humérus, au niveau des tubérosités. On peut penser à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Mais cette douleur peut être due à la contusion. Pour déterminer si la douleur est due à une fracture, il y a une manœuvre qui consiste à maintenir l'omoplate et à relever simplement un peu le coude. On pratique cette manœuvre. Immédiatement, la malade ressent une douleur vive. Il s'agit donc d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. On distingue des fractures du col anatomique et du col chirurgical. Dans les fractures du col chirurgical, il y a très souvent un déplacement du fragment supérieur dû à l'action du deltoïde ; le fragment inférieur tombe par son poids, ce qui donne une disposition angulaire. Cette malade ne présente pas cette disposition. Elle ne présente pas non plus les signes d'une fracture du col anatomique ; dans ce cas, la douleur à la pression existe en avant, non en dehors, comme ici.

Conclusion : il s'agit d'une fracture du col chirurgical haute ; la radiographie confirme ce diagnostic. Pratiquement, du reste, cette différenciation n'a pas une grande importance. C'est une fracture voisine des surfaces articulaires ; elle doit être traitée, suivant les recommandations de Lucas-Championnière, par le massage et la mobilisation presque immédiate, parce que l'ennui, en pareil cas, est la raideur articulaire. Dans l'intervalle de la mobilisation, on mettra une simple écharpe.

Paralysies radiculaires d'origine traumatique avec luxation de l'épaule.

Cet homme a été renversé par un brancard. Il est tombé sur le coude écarté du corps, et il a eu une luxation de l'épaule. Il vient aujourd'hui pour des troubles paralytiques du membre supérieur. Cette impotence fonctionnelle existait-elle avant, ou l'a-t-on constatée après la réduction de la luxation ? Ceci a une grande importance, car si elle n'a pas été constatée avant, le malade sera tenté d'incriminer les manœuvres du chirurgien. C'est pourquoi il est absolument nécessaire, avant de réduire une luxation de l'épaule, de s'assurer de la motilité et de la sensibilité du membre supérieur. Tous les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main sont diminués. La main est pendante. Les mouvements de flexion et d'extension de la main sont possibles, quoique diminués. La flexion et l'extension des doigts est à peu près impossible.

L'attitude de la main doit faire penser à une paralysie radiale. Il faut alors chercher si le nerf radial est seul paralysé ou s'il n'y a pas aussi d'autres nerfs intéressés. Le nerf radial innerve l'extenseur commun des doigts, dont l'action est d'étendre surtout les premières phalanges. L'extension des deux dernières phalanges dépend plus particulièrement des interosseux. Si on met les premières phalanges en extension, en les soutenant avec le doigt, et si on demande au malade d'essayer d'étendre les deux dernières, il ne peut pas. Il a donc une paralysie du cubital.

Il fléchit son avant-bras au moyen de son muscle long supinateur, mais ne contracte pas du tout son biceps. En lui demandant d'écarter, puis de porter en arrière son bras, on constate qu'il contracte son deltoïde et son triceps.

En recherchant la sensibilité à l'aide d'une épingle, on constate une zone d'insensibilité à la partie supérieure et postérieure de l'épaule.

On peut conclure de cet examen que le malade n'a pas de paralysie portant sur des troncs nerveux constitués. Quand on se trouve en présence de phénomènes paralytiques accompagnés de luxation de l'épaule, on doit, en effet, se demander s'il y a une paralysie liée à une lésion des troncs nerveux constitués, radial, circonflexe, médian, cubital, etc., ou s'il s'agit d'une paralysie radiculaire par arrachement des racines au niveau de leurs points d'émergence de la moelle, ou s'il y a une paralysie complexe par

◆◆◆◆

lésion du plexus brachial. Si le malade présentait une différence appréciable entre le diamètre des pupilles, du myosis, avant même d'avoir fait un examen détaillé des muscles et de leurs réactions électriques, on pourrait parler de paralysie radiculaire inférieure par élongation des racines du plexus brachial.

Quand on voit une paralysie accompagnant une luxation de l'épaule, il ne faut pas du tout conclure qu'elle est la conséquence de la luxation. On peut, en effet, observer des paralysies très diverses. Les paralysies portant sur le circonflexe, quelquefois sur le radial, sont le plus souvent liées, en quelque sorte, à la luxation. On sait que le nerf circonflexe contourne l'extrémité supérieure de l'humérus, et passe au-dessous du deltoïde : il peut se trouver tiraillé dans une luxation de l'épaule. Le radial, également, a des rapports intimes avec l'articulation et peut se trouver lésé. On peut aussi avoir des nerfs comprimés, mais ces paralysies portent sur des troncs nerveux constitués. C'est la tête de l'humérus, soit par compression directe, soit par tiraillement consécutif à son déplacement, qui engendre ces paralysies.

Lorsque, au contraire, on trouve des signes de paralysies radiculaires, ce n'est pas la luxation qui est en cause, c'est l'abaissement considérable du moignon de l'épaule, qui par tiraillement peut amener la rupture du nerf ou de ses racines. Ces paralysies ne sont pas en rapport direct avec la luxation, mais avec le traumatisme qui a causé la luxation. Ces paralysies sont plus sérieuses que les autres. Celles qui sont en rapport avec la luxation sont souvent dues à une compression par la tête humérale, et quand la luxation est réduite, les troubles paralytiques cessent. Lorsqu'il s'agit au contraire de lésions ou de ruptures au niveau des racines, la réduction de la luxation ne modifie en rien les phénomènes paralytiques. C'est ce qui est arrivé chez ce malade. Il est probable qu'il a reçu un choc violent qui a abaissé fortement le moignon de son épaule, et déterminé l'élongation ou la contusion du plexus brachial, puis après la chute une luxation : ce sont des lésions indépendantes.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PHRENICOTOMIE ET DE LA PHRENICECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par les Drs

HERVÉ.
Médecin-directeur du
Sanatorium des Escaldes

J. OLLIVIER.
Médecin-assistant au
Sanatorium des Escaldes.

La littérature médicale des mois derniers a remis sur le terrain de la discussion l'opération de Stuertz et de Saüerbrück et c'est avec intérêt que nous avons lu dans le tome I, nº 1, 1926 des *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* et dans le numéro de juin 1926 de l'*Avenir médical*, les résultats obtenus par ce nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire.

Tout a été dit par les élèves du professeur Sergent, de Paris, par le professeur Léon Bérard et Guillemenet de Lyon sur l'anatomie, la physiologie, la technique opératoire, les indications et enfin les résultats de la phrénicectomie. Nous louons les auteurs qui, sans conclure pour la plupart, laissent le lecteur dégager une opinion personnelle des 42 observations françaises et des près de 1.600 étrangères recueillies jusqu'à ce jour.

Si la méthode doit tomber dans le domaine de la phtisiothérapie courante, il est bon qu'elle soit au préalable longuement étudiée et nous avons pensé, comme autrefois pour le pneumothorax artificiel, à faire état de nos constatations sanatoriales. Malheureusement, nous ne pouvons publier qu'une seule observation, nous espérons qu'elle trouvera place parmi les plus déductives et par là même les plus enseignantes.

Que se dégage-t-il donc des divers articles parus ? Qu'il s'agisse de phrénicotomie ou de phrénicectomie, maintenant préférée par tous, l'opération est simple, bénigne et les résultats à échéance courte ou à long terme, s'ils ne sont pas toujours efficaces, n'aggravent pas le pronostic de l'affection. Nous ne nous inscrirons pas en faux contre cette assertion, mais nous allons nous efforcer de démontrer que si la paralysie de l'hémi-diaphragme n'apporte généralement aucune perturbation dans le système pulmonaire, elle a pu et nous l'avons constaté dans un cas au moins, faire naître des troubles tels, qu'ils ont dominé et de beaucoup la scène des accidents généraux et locaux.

Deux radiographies exécutées à plus d'un an d'intervalle et trois courbes thermiques retenues dans tout le dossier du malade comme étant les plus intéressantes, viendront corroborer notre thèse.

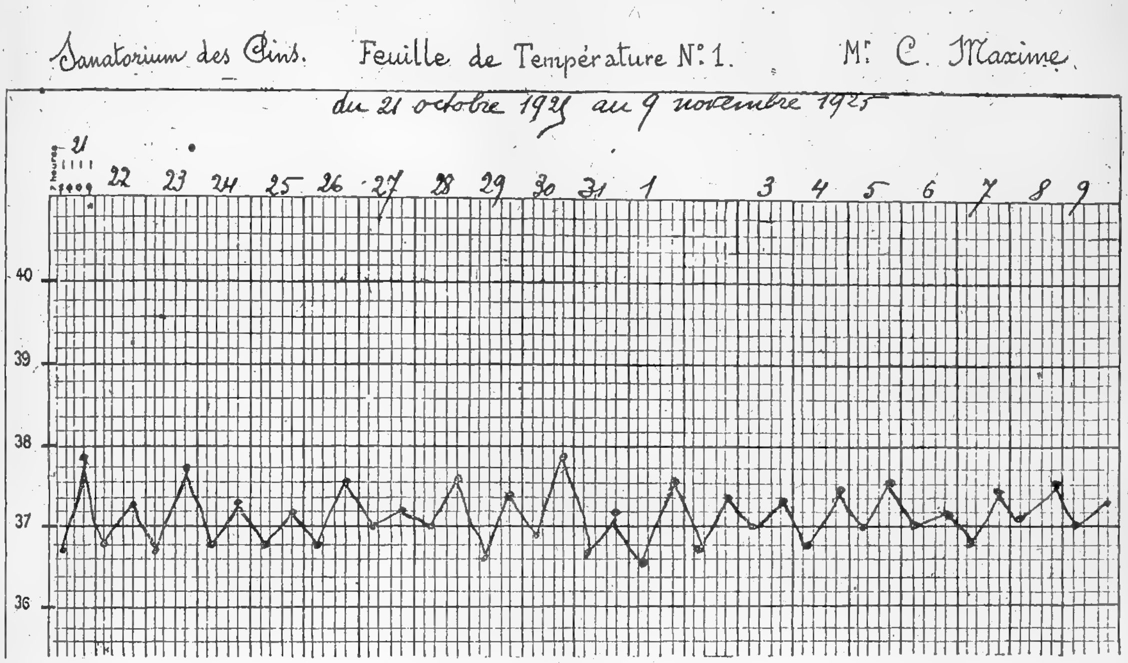
M. C. (Maxime), né le 23 décembre 1904, à La Longueville, près Maubeuge, de père et mère bien portants, ne possède aucun antécédent héréditaire dans sa famille. Comme seule maladie de l'enfance une coqueluche. En mai 1917, le malade s'alite pour un point de pleurite droit et en no-

vembre de la même année, il consulte son médecin habituel pour un même point de pleurite, mais à la base du poumon opposé.

Après un traitement à domicile, tous ces phénomènes s'amendent et ce n'est qu'en janvier 1925 qu'une rechute apparaît. Toux, expectoration muco-purulente, sueurs nocturnes, amaigrissement, température et perte complète de l'appétit s'installent et trois mois après, à fin mars, à la suite d'une consultation du professeur Leclercq, le jeune malade est admis à la Clinique Ambroise-Paré à Lille. On constate alors, tant à l'écran qu'à l'oreille, un ramollissement assez étendu du poumon gauche, avec pertes de substance, principalement dans la région moyenne. Sans tenir compte de lésions discrètes para-hilaires droites, on pratique sur le côté gauche un pneumothorax artificiel (2 avril 1925). Des adhérences pleuro-pulmonaires sérieuses entravent le collapsus total et trois injections ne permettent d'insuffler dans la plèvre qu'un maximum de 200 c. c. d'azote sous la pression de + 10.

L'état du malade s'aggravant, le processus évolutif continuant à s'étendre, le professeur Lefort, quoique n'étant pas en présence d'une lésion basale du poumon, fait une phrénicotomie gauche le 16 avril 1925.

A la suite de l'intervention, la paralysie de l'hémi-diaphragme est obtenue et on note un ralentissement de l'évolution de la maladie. Malgré tout, l'expectoration ne diminue pas, les signes cliniques ne s'amendent guère et l'état général du malade reste toujours déficient. Il entre alors au Sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron, le 7 mai 1925 et l'on peut voir, comme le prouve la radiographie n° 1 exposée plus loin, une nette ascension de l'hémi-diaphragme gauche, mais combien inférieure aux 11 centimètres et même aux 14 centimètres constatés quelquefois. Le questionnaire du malade et son observation, mis aimablement à notre disposition par le professeur Leclercq, nous prouvent que malgré l'amélioration obtenue, le pronostic reste sombre ; nous faisons alors une deuxième tentative de pneumothorax artificiel. Une poche d'azote très localisée à la base peut être entretenue durant quelques mois et comme nous l'avons vu souvent chez des pneumothoracisés partiels, sous ce véritable choc, le malade engraisse de 45 à 49 kilos, son appétit revient et sa température trace la courbe suivante:

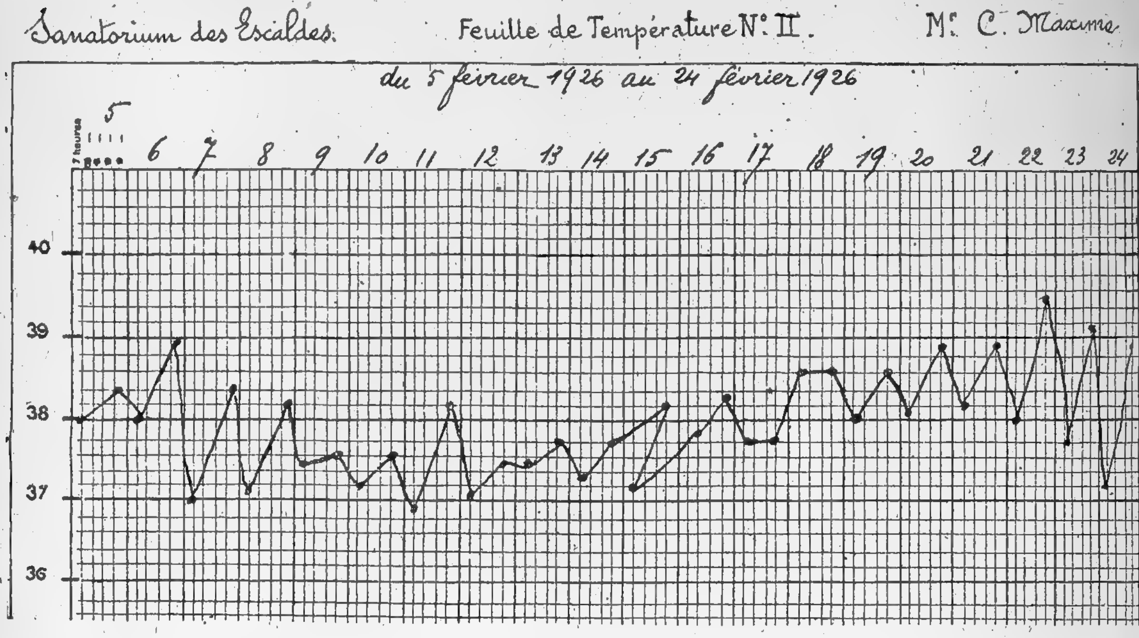


Notons cependant que déjà à cette époque quelques troubles dyspeptiques, passagers et légers, obligent le malade à une surveillance alimentaire.

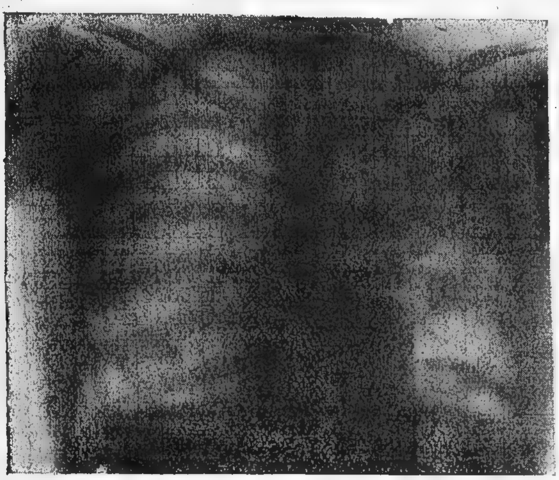
M. C. part au Sanatorium des Escaldes (Pyrénées-Orientales), le 16 novembre 1925. Son acclimatation à l'altitude se fait normalement et le malade semble tirer profit de la cure de hauteur. Quand, brusquement, le 21 janvier 1926, il est pris de nausées, de vomissements abondants et de constipation opiniâtre suivie de diarrhée. Le palper nous permet de constater une sonorité stomacale dépassant de beaucoup les limites normales. Bruit de clapotage. Ballonnement intense. Ces accidents aigus de dilatation chronique de l'estomac se répètent si souvent, empêchant presque toute alimentation, que nous pensons un instant aux lavages d'estomac et aux injections de sérum artificiel. Devant la faiblesse trop grande du malade, nous abandonnons cette idée et nous

recourons alors à un régime médicamenteux et alimentaire stricts et appropriés.

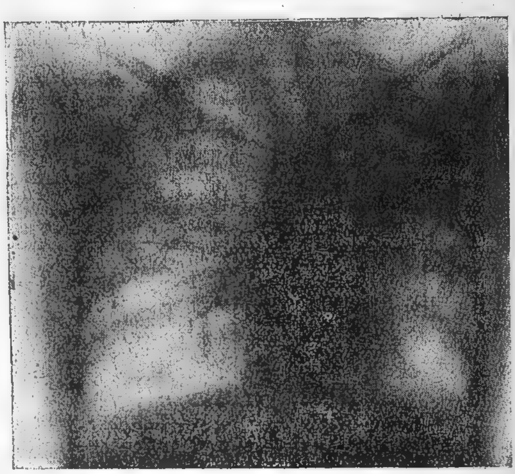
A la longue, les phénomènes stomacaux s'amendent, mais tout ceci n'a pas été sans préjudice sur l'état pulmonaire. Une nouvelle poussée thermique est apparue.



Si les lésions du côté phrénicotomisé n'ont pas évolué, celles, discrètes autrefois, du côté droit, ont fait un pas vers l'aggravation. Ci-joint deux radiographies, elles sont éloquentes. Il suffit de comparer les deux hémithorax gauche et droit des planches 1 et 2.



Radiographie n° 1 (8 mai 1826).
Après la phrénicotomie gauche.

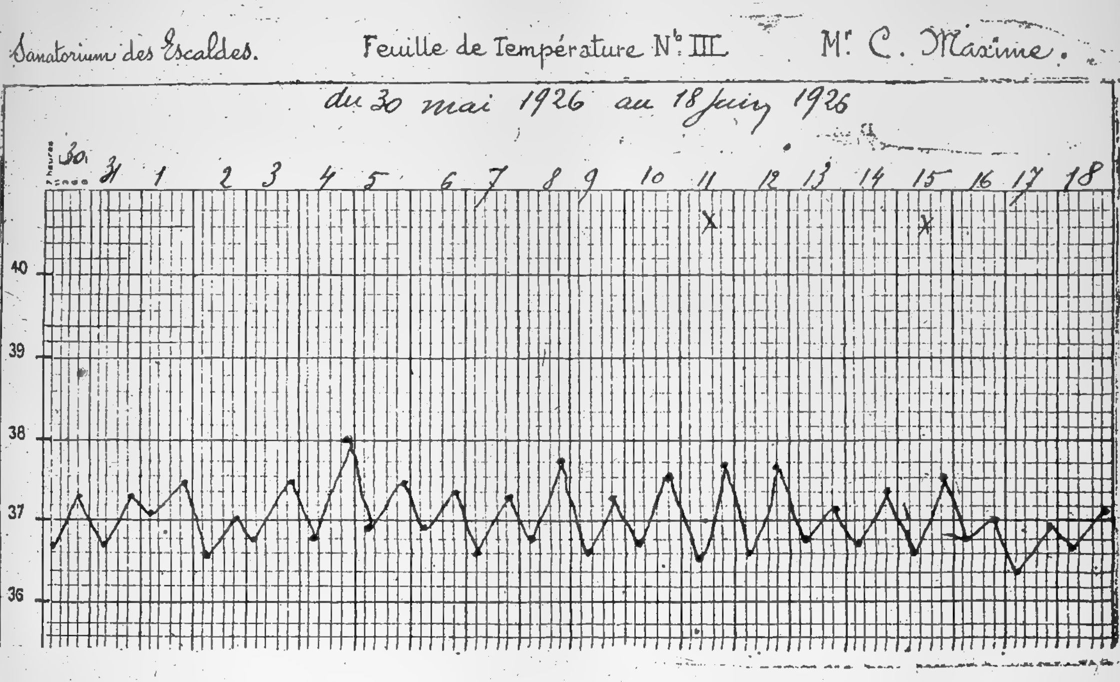


Radiographie n° 2 (16 juin 1926).
Après les incidents gastriques.

Est-ce l'hémi-diaphragme gauche qui a aspiré l'estomac dans son mouvement d'ascension ou est-ce l'estomac qui, ne trouvant plus d'obstacle diaphragmatique, a , en quelque sorte exagéré de jour en jour son mouvement d'expansion ! Peu importe, le résultat fâcheux est le même et il nous paraît que c'est bien à ce déplacement de l'estomac et à sa volumineuse distension qu'il faut attribuer les troubles gastriques mentionnés plus haut et secondairement l'aggravation pulmonaire qui a suivi. En effet, les marbrures sont plus nombreuses, plus nettes, on note une véritable fusée à départ hilaire droit et, en cherchant bien, les cavernistes, comme les appelle Burnand, pourraient peut-être déceler quelque « discrète » petite spélonque.

Devant cette alternative, nous n'avions plus, en dernier ressort, qu'à faire appel, à la vieille mais toujours précieuse cure hygiéno-diététique sévère. Hydrothérapie et massothérapie ne nous

ayant pas donné les résultats adjuvants que nous attendions d'elles, nous avons demandé aide à la cure solaire progressive totale. La pigmentation s'est faite normalement, le poids qui, après cette alerte était tombé à 44 kilos, est maintenant à 47 kilos. Les lésions tuberculeuses sont arrêtées dans leur évolution rapide et nous publions la dernière courbe thermique en insistant tout particulièrement sur deux journées prises au hasard. Le 11 juin, par exemple, 36°5 le matin, 37°6 le soir. Le 15 juin 36°6 le matin, 37°6 le soir et cela avec trois et quatre heures d'insolation totale.



Au 20 juin, date où nous arrêtons cette observation, malgré une image radiographique identique, les troubles gastriques n'ont jamais reparus depuis le 19 avril.

Quelle conclusion tirer de cette observation ? Nous allons passer en revue les principaux incidents heureux ou malheureux constatés depuis le collapsus diaphragmatique. Il est facile de distinguer dans cette observation trois phases principales de la maladie. La première, après l'intervention. La phrénicotomie, contrairement à ce qui a été constaté parfois, n'a amené qu'une détente passagère et légère de l'évolution rapide des lésions pulmonaires.

La seconde, après la reprise du pneumothorax artificiel. On peut dire qu'à ce moment, la poche d'azote créée et entretenue à la base du poumon, s'est opposée légèrement au mouvement d'ascension du diaphragme, mais il fallait aller au plus pressé et les résultats nous prouvent qu'un temps d'arrêt très net s'est manifesté dans le processus évolutif. Ce que la phrénicotomie n'avait pu faire, la symbiose, paralysie incomplète du diaphragme et pneumothorax partiel, l'a accompli.

La troisième, enfin, et la plus importante est marquée par l'apparition des accidents gastriques. La plèvre ayant recollé ses deux feuillets pariétaux et viscéraux et les insufflations étant devenues impossibles, on observe dans le poumon gauche un véritable travail de sclérose rétractile. Le nerf phrénique sectionné ne s'opposant pas à l'ascension encore plus marquée du dôme diaphragmatique gauche, tout serait alors parfait, mais il va falloir maintenant compter avec une volumineuse dilatation de l'estomac consécutive, dilatation qui astreint dorénavant le patient a un régime peu compatible à une affection où la nutrition joue un rôle de premier plan, sans parler, bien entendu, de l'aggravation assez sérieuse du poumon droit.

Mais dira-t-on, dans le même ordre d'idées, le pneumothorax artificiel n'a-t-il pas provoqué des déplacements médiastinaux, des troubles cardiaques et même parfois des troubles gastriques de compression ? Nous ne pensons pas que le parallélisme puisse exister, car nous avons pu obvier bien souvent à tous ces incidents ; par contre, nous nous trouvons désarmés devant ces estomacs dilatés, atones, et profondément troublés dans leur fonctionnement.

Phrénicotomie ! Pneumothorax et phrénicectomie ! Phrénicectomie et thoracoplastie ! Tout cela, à défaut du pneumothorax artificiel ? Oui ! Mais quand on aura dit, et nous proposons le cas échéant de le faire à nouveau, quels sont les avantages et aussi les inconvénients d'une méthode jeune et, il faut bien le dire, encore un peu à l'étude.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Rachianalgésie et azotémie.

Est-il exact, comme on l'admet couramment, que la rachianalgésie n'exerce aucune influence nocive sur le rein ? Telle est la question que se posent MM. Abadie, Baldous et Dornier.

D'après ces auteurs, les opérations faites avec la rachianalgésie s'accompagnent toujours d'une augmentation de l'azotémie durant en moyenne une semaine. Une part importante revient à l'opération même (c'est pourquoi l'augmentation de l'azotémie est notablement plus élevée après les opérations graves) et à l'état initial du sujet (plus sérieux chez ceux dont le rein ou le foie sont atteints, chez les sujets âgés). Mais la rachianalgésie à sa part propre dans l'augmentation de l'azotémie post-opératoire ; cette augmentation est notablement plus grande avec la stovaïne qu'avec la novocaïne ; elle est plus grande et plus durable pour la syncaïne que pour la scurocaïne.

Cependant si dès lors on n'est pas en droit de proclamer que la rachianalgésie est sans action sur le rein, celle-ci n'en garde pas moins sur les anesthésiques généraux l'avantage d'un retentissement moindre.

De même, il ne faut pas abandonner la stovaïne, car elle garde ses avantages certains de promptitude d'action et de constants résultats. En outre, dans certaines interventions viscérales, elle entraîne un abaissement de la tension artérielle qui facilite la technique en rendant l'acte opératoire presque totalement exsangue. Mais on utilisera dorénavant la novocaïne à la place de la stovaïne chez les malades dont les reins ou le foie paraîtront plus particulièrement fragiles. Dans les cas de ce genre, l'ennui d'avoir à attendre dix minutes ou un quart d'heure et plus pour que l'analgésie soit bien réalisée est largement compensé par des garanties d'innocuité plus grande sur les fonctions hépato-rénales. (*La Presse médicale*, 27 mars 1925.)

La sérothérapie antigangréneuse, principalement sous formes d'injections locales.

Elle a été utilisée par MM. Emerit et Lepaumier : 1° tantôt comme complément de la sérothérapie intra-musculaire (dans les grosses infections avec menace de septicémie) ; 2° tantôt isolément, soit en injections locales au niveau du foyer et à sa périphérie, soit surtout en pansement au moyen de mèches stérilisées imbibées de sérum, soit encore par véritable lavage, le sérum étant directement versé sur la plaie.

Employée dans la chirurgie des membres, dans la chirurgie intestinale, urinaire, pulmonaire, en gynécologie et dans les pansements simples, l'action de la sérothérapie antigangréneuse locale a paru indéniable, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif. Dans tous les cas, excepté dans le traitement de la gangrène pulmonaire, elle a donné entre les mains des auteurs des résultats supérieurs aux autres méthodes courantes de traitement des infections gangréneuses.

Elle ne dispense en aucun cas de l'acte chirurgical ou de la sérothérapie générale dans les grandes infections anaérobies. Mais la simplicité de son application et la constance de ses résultats en font une méthode adjuvante précieuse, dont l'emploi paraît susceptible de rendre fréquemment des services dans la pratique courante. (*Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1926.)

Quelques réflexions à propos de la narcose au protoxyde d'azote.

Le Pr E. Desmarest utilise cette narcose depuis sept années ; il faut avoir recueilli, dit-il, l'opinion des malades, qui ont été endormis précédemment, soit au chloroforme, soit à l'éther ; tous apprécient et la rapidité avec laquelle ils ont perdu conscience et l'absence de toute sensation et odeur désagréables.

Le protoxyde d'azote étant actuellement le seul anesthésique, par inhalation, pratiquement utilisable, qui ne lèse aucun des organes importants — poumons, foie, reins, etc. — doit occuper le premier rang parmi les méthodes de narcose chirurgicale.

Il est l'anesthésique de choix pour les malades fatigués, profondément infectés, intoxiqués ou anémiés, c'est-à-dire dans tous les cas graves pour lesquels les chirurgiens redoutent l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther.

Grâce à l'hypertension qu'il détermine, le protoxyde d'azote soutient le cœur sans le fatiguer et permet de prolonger sans danger une intervention chez un malade gravement atteint.

L'anesthésie au protoxyde d'azote convient particulièrement aux diabétiques, chez lesquels, en effet, on n'a jamais observé d'accidents d'acidose post-opératoire.

Elle n'est nullement contre-indiquée en chirurgie abdominale ; plus difficile à obtenir chez des

sujets vigoureux ou nerveux, elle réclame seulement dans ces cas un peu plus de patience. Du reste, il est toujours facile de substituer pendant quelques minutes un appareil d'Ombrédanne au masque à protoxyde pour hâter la résolution musculaire ; cette anesthésie mixte donne la plus entière satisfaction sans compromettre en aucune façon les avantages du protoxyde.

C'est l'anesthésie de choix pour toutes les petites opérations (incision de panaris, d'abcès, de phlegmon, etc.), pour la réduction des luxations, pour les pansements douloureux ; elle est bénigne, à condition d'être donnée par un anesthésiste de profession, consciencieux, patient et attentif à ne laisser passer aucun des petits signes avertisseurs du danger (ralentissement de la respiration, expiration prolongée, incision exsangue, etc.). (*La Presse médicale*, 14 avril 1926.)

Des poussées évolutives de tuberculose pulmonaire après intervention chirurgicale.

Les évolutions de la tuberculose pulmonaire de l'adulte étant le plus souvent liées au réveil de l'infection datant de l'enfance, le Pr F. Bezançon et M. A. Jacquelin ont recherché les causes de ce réveil, et trouvé parfois une intervention chirurgicale ayant précédé de peu le début de la poussée évolutive et se trouvant manifestement en rapport avec celle-ci, alors que l'opération était pratiquée sur un organe indemne de toute lésion tuberculeuse (hystérectomie, cure d'appendicite ou de hernie, par exemple). Au cours de deux années, ils ont pu réunir sept cas semblables.

Pratiquement, leurs recherches confirment ce fait que les malades suspects de tuberculose, ou à plus forte raison porteurs de lésions tuberculeuses encore évolutives, doivent être opérés le plus rarement possible, et que si une opération ne peut leur être évitée, elle devra être conduite avec un minimum d'anesthésie et avec l'anesthésie la moins toxique.

A cet égard, l'anesthésie locale ou par la voie rachidienne, ou encore par le protoxyde d'azote, semble infiniment moins nocive que l'anesthésie par le chloroforme ou par l'éther.

Après l'opération, une observation médicale attentive sera nécessaire : étude de la courbe du poids, de la courbe thermique ; recherche du bacille de Koch dans l'expectoration ; examens radiographiques répétés en série ; surveillance de la cuti-réaction.

Au point de vue prophylactique, le repos absolu, une diététique prolongée devront être, autant que possible, imposés à ces malades, en vue de leur éviter les risques d'une évolution bacillaire ou d'en atténuer la gravité. (*Paris médical*, 27 mars 1926.)

Un peu de critique médicale à propos de traitements antisyphilitiques inefficaces.

Il faut reconnaître que, dans la grande majorité des cas, un traitement très précoce, intense et suffisamment prolongé, nous permet d'obtenir un état, que nous ne pouvons, en aucune façon, dans les conditions actuelles, différencier de l'état de santé ; aussi ne faut-il pas, déclare le Dr Louis Bory, sur la foi de quelques exceptions fâcheuses continuer le traitement spécifique durant toute la vie et perpétuer chez les malades cette obsession morale plus douloureuse et paralysante souvent que le mal physique lui-même.

Cependant avant de déclarer guéri un syphilitique, traité à la période préhumorale, il est nécessaire de s'être assuré que toutes les règles classiques de l'attaque (début ultra-précoce, rapprochement des doses de début, emploi des doses stérilisantes suivant le poids, intervalles courts entre les séries, multiplications de celles-ci — avec un minimum de quatre — si le traitement n'a été commencé que du 14e au 15e jour) ont été observées et que les résultats sérologiques n'ont été obtenus qu'avec des réactifs suffisamment sensibles, et toutes précautions prises pour éviter les causes d'erreur.

Dans ces conditions, et avec des traitements qui rarement excèdent deux années (18 à 12 mois seulement pour les cas ultra-précoces), nous pouvons affirmer, à nos malades qu'ils ont au moins 999 chances sur mille de ne pas contaminer leur conjointe et d'avoir une progéniture parfaitement saine. A supposer qu'il y eut une exception sur mille, on ne pensera pas qu'elle nous oblige à condamner 999 existences à une thérapeutique obsédante et incertaine, à les excéder d'un doute, dont nous ne voyons pas qu'elles puissent tirer grand bénéfice. (*L'Evolution thérapeutique médico-chirurgicale*, février 1925.)

Le tréparsol dans le traitement des dysenteries.

Les résultats obtenus en Syrie par le Dr G. Maire permettent de conclure que le tréparsol est un médicament de premier ordre dans le traitement des dysenteries.

Dans les dysenteries aiguës amibiennes, il doit être associé à l'émétine ; la combinaison de ces deux médicaments permet la stérilisation rapide du malade.

L'auteur le considère comme le médicament de choix des dysenteries amibiennes chroniques ; son action est absolument comparable à celle du stovarsol.

C'est également un spécifique des diarrhées à flagellés, notamment des diarrhées à trichomonas et des lambilioses, surtout dans les formes kystiques.

A noter que dans la dysenterie amibienne, le traitement associé d'attaque dure 27 jours. Il

comprend 12 injections d'émétine, quatre séries de 3 injections, ce qui fait au total 0,88 cent. d'émétine, et trois cures intercalaires de tréparsol de quatre jours chacune (1 gramme par jour), soit un total de 12 grammes.

L'auteur n'a jamais vu de dysenterie aiguë, qui résiste à ce traitement. Il prescrit ensuite un repos d'un mois, et une cure de consolidation de 6 injectionsd'émétine le mois suivant. Il n'est généralement plus nécessaire d'avoir recours à nouveau au tréparsol. Avec ce traitement, il y a lieu d'alimenter le malade le plus tôt possible, d'abord avec du bouillon de légumes, des pâtes, des purées et bientôt avec des viandes grillées. Le lait et les œufs doivent être supprimés de l'alimentation du dysentérique, car ils tendent généralement à augmenter les fermentations intestinales et à faire persister la diarrhée. (*Le Bulletin médical*, 1er mai 1926.)

Du radiodiagnostic de l'appendicite.

Le Dr M. Goursolas illustre de quelques observations le radiodiagnostic de l'appendicite ; il montre l'utilité de cet examen pour le chirurgien, son importance diagnostique, son importance opératoire.

Il semble ainsi qu'en dehors des crises aiguës à diagnostic évident, à indications opératoires rapides, cet examen devrait être pratiqué systématiquement, car il n'entraîne pas pour le malade de fatigue importante, et ne nécessite pas de manipulations particulièrement violentes. Son inconvénient est plutôt d'ordre radiologique. Il exige, comme tout examen minutieux, une palpation localisée et précise faite dans différentes positions souvent aux dépens de la protection, les gants anti-X n'étant vraiment pas adaptés à ce genre d'examen.

En résumé, le radiodiagnostic de l'appendice doit être surtout radioscopique ; à l'examen radiographique des premières observations a succédé en effet l'examen radioscopique sous l'écran.

Il permet d'obtenir une série de renseignements susceptibles d'apporter au chirurgien un appoint sérieux et au diagnostic une aide efficace. (*Toulouse médical*, 15 février 1926.)

Appendicite et coliques de plomb.

D'un travail fort intéressant du Pr E. Sergent et de R. Kourilsky, il ressort que la colique de plomb et l'appendicite (même dans ses formes aiguës perforantes) peuvent présenter un tableau symptomatique identique. Chez un saturnin, on devra être prévenu qu'une attaque de soi-disant « coliques de plomb » peut-être une appendicite.

Le seul élément de diagnostic différentiel paraît résider dans la constatation de la *contracture abdominale vraie*.

Etant donnée la difficulté du diagnostic, on aura tout intérêt à ne jamais purger d'emblée un saturnin ; la colique de plomb cède à la belladone qui, en faisant cesser le spasme intestinal, rétablit le cours des matières ; si la soi-disant colique de plomb est une appendicite, le purgatif peut avoir les plus graves conséquences. (*Le Bulletin médical*, 28 avril 1926.)

Valeur sémiologique du signe de Babinski.

Laissant de côté la séméiologie proprement dite du signe de Babinski (caractères du réflexe plantaire pathologique en extension, modes de recherche, zones réflexogènes, influences qui peuvent le modifier), le Pr Henri Roger (de Marseille), étudie successivement sa valeur séméiologique dans les maladies organiques du système nerveux, dans les maladies non systématisées du système nerveux, dans les névroses. Il le fait surtout chez l'adulte, en tout cas en dehors de la première enfance, époque où à l'état physiologique le réflexe plantaire normal se fait en extension.

De ce travail, il résulte que si l'on élimine le faux Babinski, d'origine périphérique par atrophie des fléchisseurs plantaires et prédominance des extenseurs des orteils, l'extension réflexe du gros orteil est un signe capital d'une atteinte organique de la voie pyramidale.

En dehors des lésions nettement localisées à ce système, la constatation d'un signe de Babinski au cours d'une autre affection nerveuse ou d'une maladie générale oblige à suspecter l'association d'une perturbation pyramidale.

Depuis trente ans qu'il a été découvert, le petit signe de l'extension des orteils reste une des acquisitions les plus importantes faites en neuropathologie. (*Gazette des hôpitaux*, 8 mai 1925.)

Les injections sous-cutanées d'oxygène naissant dans le traitement de la coqueluche.

Le Dr G. Boeldieu, par trois observations détaillées, confirme l'opinion émise, dès 1921, par le Dr Chatinière, disant : « Sans parti pris, l'oxygène semble un ennemi déterminé, un adversaire gênant de la coqueluche, précieux à lui opposer, et sans danger. »

Un appareil nouveau, dénommé le « Salvoxyl » lui a permis d'employer l'oxygène naissant sans avoir les inconvénients des appareils trop onéreux de Bayeux ou de Lesieur, ou des obus du commerce.

Il a observé la disparition constante et progressive des symptômes dans chaque cas. Après la cinquième injection (tous les deux ou trois jours) de 50 à 100 cmc. d'oxygène à la région rétro-trochantérienne (point d'élection), les enfants ont recouvré le sommeil complet et n'ont plus vomi ;

après la septième tout était terminé, la guérison était acquise, et ceci sans adjuvant médicamenteux, à part la désinfection obligatoire et classique du naso-pharynx.

Aucun moyen thérapeutique, même de ceux cotés comme les plus rapides, n'avait encore apporté à cette maladie tenace et désespérante qu'est la coqueluche un soulagement aussi efficace dans un temps aussi court. (*Paris médical*, 24 avril 1926).

Les Sociétés Savantes

Paris

Sténose pylorique du nourrisson.

(MM. Lesné et Coffin. — *Société de Pédiatrie de Paris* ; 20-4-1926)

MM. Lesné et Coffin ont soigné un nourrisson de sexe féminin, atteint de sténose par hypertrophie musculaire du pylore ; l'affection eut une symptomatologie fruste et une évolution chronique. Le traitement médical resta inefficace et la petite malade guérit à la suite d'une pylorectomie.

Cette observation est intéressante à plusieurs points. Tout d'abord, elle concerne une fille alors que l'hypertrophie musculaire du pylore se rencontre presque toujours chez des garçons. D'autre part, la symptomatologie n'a pas revêtu le type aigu ordinaire, avec vomissements fréquents et en fusée, chute considérable et progressive du poids, constipation accusée. C'est par la radio et le tubage que les auteurs sont arrivés au diagnostic.

M. Lesné pense que l'estomac d'un enfant normal âgé de moins de six mois et nourri correctement, est toujours vide trois heures après la tétée. Si au bout de quatre heures par exemple, le tubage ramène du liquide, il faudrait en déduire l'existence d'une stase, et conséquemment d'une sténose organique par hypertrophie musculaire. Le tubage répété constituerait ainsi le moyen de fixer le diagnostic.

— M. Marfan croit également que la stase prolongée du résidu gastrique est un bon signe de sténose organique du pylore. On ne saurait assurer cependant jusqu'à plus ample informé qu'elle suffise toujours à distinguer celle-ci des vomissements habituels (gastro-névrose émétisante). En attendant d'être fixé sur ce point, on recherchera plusieurs signes et non un seul pour appuyer le diagnostic.

— M. Ombrédanne n'opère pas indistinctement tous les nourrissons suspectés de sténose organique du pylore. Les moyens médicaux amènent assez souvent la guérison des petits malades lorsqu'ils ont seulement des lésions atypiques.

— M. Aviragnet n'a pas l'impression que la sténose organique du pylore du tout jeune enfant soit très fréquente. La radioscopie a une valeur réelle pour trancher le diagnostic.

Traitement des infections cutanées du nourrisson.

(M. V. Le Lorier. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 20-4-1926.)

M. Le Lorier a observé, dans son service, à la Maternité de Port-Royal, une épidémie d'infection cutanée, chez des nourrissons, se manifestant notamment sous forme de bulles plus ou moins volumineuses. La dissémination des lésions s'est faite par grattage et par l'impression des ongles infectés dans la peau.

Comme prophylaxie de ces infections cutanées, l'auteur conseille d'une part d'éviter la production de l'érythème vésiculeux d'origine digestive et, d'autre part, d'empêcher l'inoculation des ongles et l'inoculation par les ongles. Comme traitement de la maladie, aucun médicament n'a semblé à M. Le Lorier plus efficace que la solution de vert brillant et de crystal violet dans l'alcool à 45° (0 gr. 25 de chaque substance pour 125 d'alcool), solution préconisée par M. Milian contre le pemphigus épidémique. Pour annihiler l'action nocive des ongles, maintenir les membres supérieurs du nouveau-né enveloppés.

— M. Comby, en présence d'une dermite aiguë du jeune âge, recommande avant tout le poudrage et aussi la réglementation précise des tétées ou biberons. Il déconseille les bains, lotions ou onctions de toute sorte. Le poudrage convient à la fois pour prévenir et pour guérir l'érythème et ses complications, papuleuses, vésiculeuses, ou pustuleuses. Dans des cas graves, l'auteur a obtenu de brillants succès en entourant les malades d'alèzes couvertes de talc, en les plongeant tout nus dans un sac contenant du talc ou du son.

— M. Hallé reste également très partisan des poudres dans le traitement des pyodermites des nouveau-nés. Le son est un mode de pansement sec peu coûteux. Dans les dermatoses étendues, on peut mettre l'enfant nu jusqu'aux membres supérieurs dans une petite boite en carton remplie de son.

— M. Georges Schreiber rappelle les effets favorables des rayons ultra-violets dans les pyodermites des nourrissons, effets signalés par Chatin, de Lyon.

Sur la période d'éviction des écoles pour la rubéole et la coqueluche.

(M. NATHAN. — *Société de pédiatrie* ; 20-4-1926.)

Le délai d'éviction réglementaire des écoles pour la rubéole est de 16 jours. M. Nathan estime que ce temps pourrait être raccourci, la contagiosité cessant généralement au bout de six jours.

Pour la coqueluche, des recherches récentes ont montré que le microbe disparaît des crachats une semaine environ après l'apparition des quintes. Au lieu d'attendre la fin des quintes pour autoriser le retour à l'école, il paraît donc possible d'adopter une formule plus large : par exemple, à partir d'un mois après la première quinte, si l'état de l'enfant le permet (certificat du médecin) et si les quintes sont assez légères pour ne pas troubler la classe.

— M. Georges SCHREIBER pense aussi que la durée d'éviction pourrait être abrégée pour la rubéole Pour la coqueluche, la formule proposée par M. Nathan serait acceptable, bien que la disparition de la contagiosité semble moins rapide qu'il ne l'admet, notamment dans certaines formes prolongées.

Finalement, la Société de Pédiatrie nomme une commission chargée d'étudier la question des périodes d'éviction des écoles lors des maladies éruptives.

La diastolisation de Gautier dans l'insuffisance nasale.

(MM. DU PASQUIER, de Saint-Honoré, et JOFFROY. — *Soc. de Pédiatrie* ; 18-5-1926.)

La « diastolisation » de G. Gautier consiste dans l'introduction à l'intérieur des fosses nasales de sondes creuses en caoutchouc mou, de calibre progressivement croissant. On fait pénétrer ces sondes, stérilisées et lubrifiées à l'huile de paraffine, et on y insuffle avec une poire pneumatique de l'air par intermittence produisant ainsi une sorte de « diastose » qui masse et refoule la pituitaire.

Cette méthode s'applique à certaines sténoses nasales et non à toutes. Elle donne des résultats dans les hyperplasies congestives simples des cornets et ne doit pas être appliquée s'il y a un obstacle organique important (crête de la cloison, végétations adénoïdes) à la respiration nasale.

Tétanie consécutive à l'ingestion de 0 gr. 05 de santonine.

(MM. LESNÉ, MARQUÉZY et LAMBLING. — *Soc. de Pédiatrie* ; 18-5-1926.)

M. Lesné a observé chez une fillette de 5 ans, consécutivement à l'ingestion de 0 gr. 05 de santonine, une crise de tétanie accompagnée de coma.

— M. HALLÉ signale le cas d'une enfant qui présenta des crises de tétanie après avoir avalé le contenu d'un flacon d'encre violette. Une intoxication peut être le point de départ d'une tétanie, de même qu'une infection.

— M. DORLENCOURT a vu un enfant tomber dan un demi-coma après avoir absorbé quotidiennement pendant une semaine, une tasse des semen contra.

— M. COMBY a prescrit maintes fois la santonine à la dose de un centigr. par année d'âge sans avoir observé le moindre accident. Il formule ainsi :

Santonine .... }	âà 0 gr. 05
Calomel .... }	
Sucre de lait	0 gr. 50 —

Pour un paquet, n° 3. A prendre, trois jours de suite, un le matin à jeun dans une cuillerée d'eau sucrée, suivie d'une tasse de tisane. Si l'enfant est débile, la dose est diminuée.

Traitement du rachitisme par le lait irradié.

(M. Elias S. HALAC, de Cordoba (Argentine). — *Soc. de Pédiatrie* ; 18-5-1926.)

M. Halac communique un travail sur le traitement du rachitisme et de la tétanie par le lait irradié. Il conclut que l'alimentation avec le lait irradié (durée de l'irradiation : 45 secondes), poursuivie pendant 2 à 3 semaines, peut guérir cliniquement le rachitisme et la tétanie des nourrissons.

Embolie artérielle par injection intra-musculaire de carbonate de bismuth.

(M. R. BARTHÉLEMY. — *Soc. de derm. et syph.* ; 20-5-1926.)

Le carbonate de bismuth, préconisé récemment comme supérieur à l'oxyde, ne met pas à l'abri d'une complication rare, l'embolie artérielle. M. Barthélemy vient d'en observer un cas comparable à celui présenté en février dernier, par MM. Jeanselme, Lévy et Huet. L'embolie a déterminé un placard ecchymotique et phlycténulaire, avec tuméfaction, menace d'escarre superficielle ; puis tout s'est calmé.

L'embolie artérielle bismuthique est un phénomène mécanique, produit par des granulations de bismuth insoluble obturant les artérioles.

— M. SABOURAUD se rappelle un cas de sphacèle en masse dont la pièce fut apportée à la Société par M. Brocq. Les injections profondes de sels insolubles peuvent toutes provoquer de semblables accidents, des plus rares, il est vrai. Il serait à souhaiter que l'on trouve des moyens de technique pour les éviter.

Lupus et érysipèle.

(MM. GOUGEROT et FILLIOL. — *Soc. de derm. et syph* ; 20-5-1926.)

On a parlé, à diverses reprises, de guérison du lupus à la suite d'un érysipèle, de l'érysipèle « curateur du lupus ». Quelle part de vérité y a-t-il dans cette opinion ?

MM. Gougerot et Filliol ont suivi une malade atteinte de lupus de la face chez laquelle survint un érysipèle également facial. Or, non seulement le lupus



Suppriment l'emploi des compte-gouttes.

ne fut pas amélioré, mais au contraire il s'étendit et s'aggrava.

— M. MILIAN se demande si, sur cette question, il ne faut pas distinguer entre l'action traumatique irritante d'un érysipèle développé sur un lupus et l'action thérapeutique générale, à distance, provoquée par un érysipèle éloigné du foyer lupique.

— M. BALZER a été témoin plusieurs fois d'un effet favorable exercé par l'érysipèle sur le lupus. Il n'a pas rencontré toutefois de guérison complète, sauf dans un cas présenté à Bazin, de lupus ulcéreux de l'extrémité du nez.

— M. CLÉMENT SIMON a vu un lupus s'améliorer après un érysipèle, mais la lésion ne tarda pas à reprendre son aspect antérieur.

— M. SABOURAUD relate un cas analogue concernant un malade du service de Besnier. Le lupus avait semblé disparaître pendant l'évolution d'un érysipèle (comme un psoriasis au cours d'une fièvre typhoïde) mais il y survécut et reparut bientôt à peu près semblable.

— M. VEYRIÈRES rappelle que la discussion qui eut lieu au moment des premières communications sur la guérison du lupus à la suite de l'érysipèle a abouti à des conclusions analogues, à savoir une irrégularité des résultats.

La réactivation arsenicale de la syphilis.

(M. KREFTING, d'Oslo. — *Soc. de derm. et syph.* ; 20-5-1926.)

M. Krefting n'admet pas l'existence de la réactivation du Wassermann par l'injection arsenicale. Il ne l'a jamais trouvée et c'est, dit-il, également l'opinion de beaucoup de sérologistes norvégiens et de M. Boas, de Copenhague.

— M. MILIAN répond à M. Kreifting qu'il apporte seulement une négation, sans fait scientifique pouvant ébranler la valeur de la réactivation.

L'eau d'Alibour dans le traitement du pityriasis du cuir chevelu.

(M. E. JUSTER. — *Soc. de derm. et syph.* ; 20-5-1926.)

M. Juster a obtenu de bons résultats dans le traitement du pityriasis du cuir chevelu par des frictions faites chaque jour et assez énergiquement avec un coton imbibé d'eau d'Alibour pure. Ce médicament ne laisse après lui aucune odeur désagréable et son emploi n'est pas douloureux. Ce serait une bonne thérapeutique des « pellicules » du cuir chevelu.

P. L.

Montpellier.

Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 2 juillet 1926.)

Syndrome de Babinski-Nageotte. (Présentation de malade).

MM. EUZIÈRE, PAGÈS et CHARDONNEAU. — Les auteurs présentent un cas assez typique de ce syndrome qui fut toutefois méconnu jusqu'ici. Ils soulignent quelques particularités telles que l'extension des signes cérébelleux aux deux moitiés du corps, l'abolition d'un réflexe achilléen qui traduit peut-être une névrite éthylique surajoutée, et le contraste entre la discrétion des symptômes proprement cérébelleux et l'intensité des signes cérébello-labyrinthiques. Origine probablement spécifique.

Un cas de myosite ossifiante progressive (avec présentation de documents iconographiques).

MM. EUZIÈRE, PAGÈS et CHARDONNEAU. — Ces auteurs apportent l'observation d'une jeune fille de 27 ans présentant tous les signes d'une myosite ossifiante progressive. L'affection a débuté à l'âge de 3 ans après une série convulsions et l'apparition d'une hémiplégie infantile du côté droit.

A son entrée, à l'hôpital, on trouve une ossification complète de son muscle grand dorsal, du côté droit et du côté gauche, de la masse sacro-lombaire, des adducteurs de la cuisse et des muscles du cou. Elle est fixée, incapable de faire le moindre mouvement des bras, du rachis, du cou et des cuisses. Les photographies présentées sont très caractéristiques. Les radiographies du tronc, du bassin et de l'épaule droite, montrent une telle calcification des muscles que le tissu osseux néoformé a la même opacité que les os sur lesquels ils s'insèrent.

De la localisation histologique de quelques substances médicamenteuses par leur fluorescence en lumière de Wood.

M. A. JOSEPH (de Strasbourg). — L'auteur cherche, par leur fluorescence spéciale en lumière de Wood, à localiser certaines substances médicamenteuses. Il constate par ce moyen, comme TURCHINI, CARNOT et QUOQUOIN l'ont observé, que le salicylate de soude se localise au niveau des articulations et plus spécialement du cartilage et voit en outre que les sels de quinine se fixent principalement au niveau de la rate qui devient fluorescente en lumière de Wood, surtout si l'on acidifie le milieu par de l'acidité acétique dilué.

De la situation de l'appareil de Golgi dans quelques cellules glandulaires.

M. Jean TURCHINI. — La situation de l'appareil de Golgi dans les cellules glandulaires ne semble pas

être fatalement sous la dépendance du sens de la sécrétion. Elle ne peut, par suite, permettre, comme il est classiquement admis, d'indiquer sûrement la polarité fonctionnelle des éléments cellulaires.

C'est l'absence d'enclaves dans certaines régions du cytoplasme qui détermine surtout la localisation de l'appareil de Golgi, comme il résulte de nombreuses observations de l'auteur.

Dilatation aiguë de l'estomac au cours d'une sténose pylorique par cancer. Parotidite consécutive à des manœuvres difficiles de tubage.

MM. Vedel et Janbon. — Les auteurs rapportent l'histoire d'une malade de 61 ans, atteinte de sténose du pylore, chez laquelle l'apparition brutale d'une douleur épigastrique à caractère syncopal, avec distension abdominale et cessation des vomissements, fit penser à une perforation. Or, le syndrome disparut par le seul tubage gastrique, qui permit de retirer un litre et demi de liquide. Il s'agissait très vraisemblablement de dilatation aiguë. L'intervention, ultérieurement pratiquée, permit de vérifier l'intégrité de la paroi gastrique et de reconnaître la tumeur cause de la sténose.

Les auteurs signalent d'autre part, dès le lendemain du tubage, qui fut très laborieux, l'apparition d'une parotidite droite, non suppurée et tout en reconnaissant le rôle favorisant de la déshydratation due aux vomissements incessants, font jouer le rôle prédominant au traumatisme local.

(Séance du 16 juillet.)

A propos d'un cas de parkinsonisme encéphalitique. Mécanisme du phénomène de « rétropulsion » (présentation de malade).

MM. L. Rimbaud, Boulet et Bremond. — Les auteurs présentent un cas de parkinsonisme encéphalitique chez lequel existe une « rétropulsion » nettement secondaire à une hyperextension du tronc par hypertonie des muscles lombaires ; il s'agit d'une dystonie d'attitude, l'équilibre étant rompu en faveur des groupes extenseurs du tronc.

Signe de Babinski et reliquat de pyoliomyélite antérieure aiguë de l'enfance.

MM. Rimbauid, Boulet et Brémond. — Les auteurs présentent un enfant de 10 ans porteur d'un reliquat de poliomyélite antérieure aiguë, avec impotence partielle du membre inférieur gauche ; la friction plantaire détermine l'extension du gros orteil. L'existence d'une paralysie des fléchisseurs du gros orteil, avec intégrité de l'extenseur permet d'expliquer ce « pseudo-Babinski » sans qu'il soit nécessaire de le rattacher à une lésion du faisceau pyramidal.

Déformations pseudo-rhumatismales dans deux syndromes post-névraxitiques.

MM. Euzière, Pagès et Chardonneau. — Les auteurs rapportent deux observations où des lésions pseudo-rhumatismales coexistaient avec des syndromes névraxitiques. Dans le second de ces cas les lésions sont limitées à une moitié du corps, où existent précisément les symptômes névraxitiques (raideur, tremblement).

Kyste hydatique paravertébral ; compression médullaire. Radiographies après lipiodol descendant.

MM. E. Mourgue-Molines et M. Lapeyrie. — Un homme de 34 ans est opéré le 20 mars 1926 pour kyste hydatique de la masse sacro-lombaire gauche, grande poche kystique rompue et fusées de vésicules-filles sous les côtes et vers la colonne vertébrale.

Le 7 avril 1926, début d'une paraplégie avec légère contracture. Le lendemain rétention d'urine. Ponction lombaire : albumine, 6,68 ; nageotte, 9,1 (lymphocytes et grands monos) ; liquide très xanthochromique. Pas de fièvre. Injection de lipiodol (11e dorsale) nettement arrêtée à la XIe lombaire. Le 28 avril, le malade urine seul. Disparition progressive de la paraplégie. Sorti guéri le 19 juin, la radio de contrôle montre encore à cette date un peu de lipiodol arrêté au niveau de la XIe lombaire. Les auteurs croient que l'agent de compression médullaire était une vésicule-fille et pensent que l'action de l'iode du lipiodol et celle des rayons X ont pu intervenir dans sa flétrissure.

(Séance du 23 juillet 1926.)

Transfusion du sang de convalescent dans les oreillons avec orchite (3 cas).

MM. Ducamp, Blouquier de Claret et P. Falgairolle. — D'après des observations malheureusement réduites, mais probantes, les auteurs, pour les mêmes raisons que celles qu'ils ont déjà exposées à propos d'autres maladies infectieuses, pensent que la transfusion du sang de convalescent (atteint ou non d'orchite) est actuellement la thérapeutique la meilleure par son innocuité, par sa spécificité, son action et sa facilité d'exécution, des oreillons et surtout de leurs complications, en particulier des orchites ourliennes. Fait d'une grande portée théorique et pratique.

A propos d'un cas de tétanos guéri par la sérothérapie.

MM. Leenhardt, Reverdy et Gondard. — Les auteurs présentent un enfant de 14 ans, atteint de tétanos avec masque sardonique, crises de contracture douloureuse en hyperextension, raideur permanente et trismus, et guéri par la sérothérapie intensive de 3 semaines. L'enfant a reçu pendant le cours de la maladie 120 cc. de sérum antitétanique intrarachidien et 330 cc. de sérum sous-cutané. Aucune porte d'entrée n'a pu être mise en évidence.

Cancer primitif des poumons.

MM. Vedel et Janbon. — Les auteurs ont vu

évoluer en deux mois, chez une femme de 61 ans, un cancer primitif des poumons d'origine vraisemblablement alvéolaire. Ils font observer la grande extension et la diversité des lésions observées : les deux poumons étaient pris, et la tumeur se présentait, selon les régions, sous des aspects très différents : type de cancer massif, type de cancer nodulaire, type pleuro-pulmonaire avec taches de bougie, ailleurs arborisations dues à la lymphangite intra-pulmonaire.

Cliniquement, l'affection avait déterminé une pleurésie séro-hémorragique présentant deux caractères tout à fait particuliers, sur lesquels insistent les auteurs : coagulation massive presque immédiate après la ponction ; formule leucocytaire à prédominance d'éosinophiles. Ces deux faits sont en contradiction absolue avec les données classiquement admises.

Ostéomyélite à localisations multiples respectant les os longs.

MM. Massabuau, Guibal, Laux et Montagne. — Observation d'un malade âgé de quinze ans, qui, au cours d'une ostéomyélite évoluant pendant cinq mois, a présenté dix localisations.

Toutes ces localisations, pour la plupart très sérieuses, se firent sur les os plats : omoplate, os coxal, sacrum, côte, os du crâne et de la face, respectant entièrement les os longs des membres.

Le pH du contenu intestinal chez le chien.

MM. L. Hédon et Brémond. — Les auteurs ont déterminé, par la méthode colorimétrique (indicateurs monochromes de la série du nitro-phénol, de Michaelis) le pH de liquides recueillis chez 4 chiens par des fistules placées sur différents segments de l'intestin grêle. Dans le duodénum, au-dessus de l'abouchement des canaux biliaires et pancréatiques, la réaction est encore acide, le pH variant entre 4,8 et 5,6. Dans les premières portions du grêle, le pH est encore au-dessous de 7 ; il varie entre 5,4 et 5,6 à 60 cm. du pylore, et entre 5,8 et 6,2 à 1 mètre du pylore. Enfin, dans les dernières portions de l'intestin grêle, la réaction devient faiblement alcaline ; le pH est de 7,5 pour les liquides recueillis à 3 m. 50 du pylore et à 1 m. 50 de l'abouchement iléo-cæcal.

CARDIOLOGIE

Moyens pratiques d'évaluer la capacité fonctionnelle du cœur et traitement de l'insuffisance cardiaque latente,

Par le Dr de Pindray (de Périgueux).

L'une des questions importantes de la clinique journalière est l'évaluation de la force du cœur, c'est-à-dire, la connaissance de son pouvoir moteur, car d'elle dépend, en grande partie, le pronostic de toute affection cardiaque.

Il ne suffit pas de faire le diagnostic exact d'une lésion, il faut aussi évaluer la capacité fonctionnelle de l'organe malade et cette recherche est particulièrement utile dans l'étude des lésions valvulaires du cœur.

Avant qu'apparaissent les troubles asystoliques véritables, on doit rechercher s'il existe un fléchissement du myocarde et dès qu'il est constaté, faire appel à la thérapeutique pour reculer aussi longtemps que possible l'apparition des symptômes graves de l'insuffisance cardiaque.

Quels sont les moyens scientifiques d'évaluer la capacité fonctionnelle du cœur ? Ces moyens sont nombreux, mais nous allons décrire seulement ceux qui nous apparaissent comme les plus pratiques.

On pourra rechercher comment le cœur réagit sous l'influence d'un effort prolongé, par exemple un effort musculaire professionnel ; et voir s'il existe une accélération des battements qui persiste longtemps après l'effort ; on recherchera aussi s'il existe, dans ces conditions, de la dyspnée.

En provoquant l'accélération du cœur par le mouvement ou la course, on mesure le degré de cette accélération (Stahelin) ou bien on mesure le temps nécessaire au cœur pour revenir à son rythme normal (Mendelsohn).

On peut encore augmenter le travail du cœur par la compression d'une grosse artère, le fémorale par exemple (J. Collet) et l'on constate, dans le cas d'insuffisance cardiaque, une diminution générale de la tension artérielle, une accélération du pouls, tandis qu'à l'état normal, on observe les phénomènes inverses (Katzeustein).

Vaquez administre aux cardiaques 15 gr. de chlorure de sodium par jour et constate, s'il existe une insuffisance cardiaque latente, l'existence d'une oppression légère, de l'insomnie, de l'angoisse, tous phénomènes liés à la rétention hydrique et qui disparaissent au bout de 10 à 15 jours. Cette épreuve de Vaquez sera précédée de la recherche de la perméabilité rénale qui doit être reconnue normale.

D'après Merklen, un signe caractéristique d'insuffisance cardiaque latente consiste dans la dyspnée avec accélération du cœur, anhélation et augmentation de la matité, *quand le malade passe brusquement de la station verticale à la position horizontale.*

Tels sont les procédés pratiques à connaître et les plus simples pour rechercher l'insuffisance

latente du cœur. Nous citerons pour mémoire l'étude graphique de la contraction cardiaque, les tracés sphygmographiques, les tracés cardiographiques, l'électro-cardiogramme, méthodes qui ont acquis dans ces dernières années, un grand développement, mais sont assez difficiles à réaliser en dehors de la pratique hospitalière.

A la constatation d'une capacité fonctionnelle réduite ou d'une insuffisance cardiaque latente, correspond le traitement phygiénique et médicamenteux. La digitale, réservée à l'asystolie confirmée, ne doit pas encore être prescrite ; il faut soutenir la fibre cardiaque par un cardiotonique qui ne s'accumule pas et qui soit utilisable longuement, sans inconvénient.

Le traitement de cette affection, stade avant-coureur de la grande insuffisance cardiaque, doit être prolongé, car il faut maintenir le myocarde sous une influence stimulante habituelle et non épuisante. On y parvient grâce à l'administration régulière du scillarène, glucoside cristallisé, principe actif du bulbe de la scille, qui représente, dans la thérapeutique actuelle, le cardiotonique sans inconvénient pour traitements prolongés.

Les travaux de Gab. Perrin, Joz, Calac, Vautrin, Damas, Fonteneau, ont fixé les idées à ce sujet.

On utilisera ce principe actif à la dose moyenne de 3 à 4 comprimés par jour, renfermant chacun 0 milligr. 8 de glucoside ou bien 3 à 4 fois XX gouttes, dosées à 0 milligr. 8 par XX gouttes.

L'insuffisance latente du cœur peut se rencontrer en dehors des lésions valvulaires, car elle existe souvent chez le vieillard. Elle est un symptôme de myocardite sénile, de fatigue cardiaque par usure de la vie. On la trouve aussi chez les jeunes sujets ayant été atteints de maladies infectieuses générales, comme la fièvre typhoïde ou la diphtérie et enfin, chez les pneumoniques en évolution.

La médication cardio-tonique, prolongée chez les premiers pendant des années, maintient un bon tonus myocardique et empêche l'apparition de troubles asystoliques. Elle assure aux seconds une diurèse suffisante et empêche le cœur de fléchir.

Du point de vue thérapeutique, on peut comparer les malades atteints d'insuffisance latente du cœur, aux malades atteints de paludisme chronique. A ceux-ci, les sels de quinine longtemps administrés permettent un bon état général compatible avec une existence normale. A ceux-là, le scillarène longtemps administré assure un état cardiaque satisfaisant compatible avec une existence normale.

On voit donc l'importance qui s'attache à l'étude de la capacité fonctionnelle du cœur et à son évaluation aussi exacte que possible, surtout à l'heure actuelle où nous possédons un cardiotonique de maintien capable d'agir aussi longtemps qu'il est nécessaire sur ces états d'asystolie légère ou d'insuffisance latente du myocarde.

Plus tard, à la période d'asystolie confirmée, la digitale sera nécessaire et mieux encore pendant la période intermédiaire de non compensation par dilatation ventriculaire, l'alternance digitale et scillarène.

Ce qui intéresse avant tout le praticien dans le traitement des affections cardiaques, c'est le maintien de la compensation, c'est l'éloignement aussi prolongé que possible de la période troublée. Aussi porte-t-il son attention sur l'étude des cardiotoniques de maintien et de préférence sur ceux qui sont faciles à manier comme la scille qui offre en outre des propriétés diurétiques directes agissant sur le filtre rénal.

Une autre question de pratique courante est celle du traitement des extra-systoles, symptôme d'insuffisance cardiaque. Le sulfate de quinidine est indiqué dans ce cas, mais doit être précédé par l'administration du glucoside de la scille à doses moyennes et pendant plusieurs jours.

Assez souvent, l'extra-systole est un trouble réflexe d'origine digestive ou nerveuse. La belladone (pilules de Trousseau) le sulfate d'atropine, la bellafoline qui, à dose moitié moindre, a une activité égale à celle de l'atropine, constituent le meilleur traitement. Les malaises vertigineux ou lipothymiques disparaissent et souvent aussi les extra-systoles elles-mêmes. On procédera par périodes de cure de deux semaines avec arrêt de la médication pendant la semaine suivante.

Les Congrès

VIIe Réunion Neurologique internationale annuelle.

(*Suite et fin*) (1)

Communications se rattachant au rapport de M. Soderbergh. — Dans la discussion qui a suivi le rapport de M. Söderbergh, certains auteurs, comme M. Barré (de Strasbourg) se sont montrés d'accord avec le scepticisme du rapporteur ; d'autres — et en particulier M. Laignel-Lavastine et M. H. Claude — se sont montrés beaucoup moins sévères à l'égard des épreuves physiologiques et pharmacodynamiques.

M. Laignel-Lavastine ne s'arrête qu'à trois points.

Relativement à la variabilité des résultats obtenus dans les épreuves pharmacologiques, il rappelle

(1) *Concours médical* nos 41 et 42.

qu'elle s'explique par les huit règles des doses, de l'amphotropisme, de l'état antérieur, de l'électivité réactionnelle, de la balance, du battant de porte, de la diaschisis et de la libération de la fonction, qu'il a longuement formulée dans la partie thérapeutique de son livre sur la *Pathologie du sympathique.*

Quant à la réaction en mosaïque, qui consiste dans des excitations électives et régionales de certaines parties du vago-sympathique, elle choque les partisans de la conception viennoise de l'antagonisme systématique du vague et de l'orthosympathique, mais elle est conforme à l'idée générale d'étages réflexes végétatifs hiérarchisés qui obéissent eux-mêmes aux mêmes lois générales que le reste du système nerveux, selon la conception de Bard.

Malgré les causes d'erreur liées à la recherche du réflexe oculo-cardiaque, on doit lui accorder une grande valeur sémiologique. Il est à la sympathologie ce que le réflexe rotulien est à la neurologie de relation.

Toutes les réactions déterminées par la recherche du reflexe oculo-cardiaque ne sont d'ailleurs pas de simples réflexes, mais dépendent de mécanismes variés, telle cette accentuation du pouls dit paradoxal de Kussmaul, causée par le réflexe oculo-cardiaque chez un encéphalitique qui présentait des troubles respiratoires.

Quant aux relations du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, M. Laignel-Lavastine montre une série de tracés comparatifs où les deux réflexes se modifient rarement en sens inverse, et sont le plus souvent exagérés ou diminués dans le même sens.

Enfin le scepticisme du rapporteur, sur la valeur sémiologique des réflexes sympathiques en raison de leur variabilité chez les sujets dits normaux, n'est pas admis par M. Laignel-Lavastine, qui considère, au contraire, que cette variabilité est l'expression visible du coefficient réactionnel individuel, dont l'étude est nécessaire pour diminuer l'ignorance où nous nous trouvons des constitutions, des tempéraments et des caractères. De même que la psychiatrie éclaire la psychologie, la sympathologie clinique doit éclairer la sympathologie normale et permettre ainsi d'édifier cette partie nouvelle de la biologie que M. Ch. Richet a appelée la biologie différentielle.

M. Barré partage entièrement le scepticisme de M. Söberbergh concernant la distinction et l'antagonisme classique entre l'ortho et le parasympathique, ainsi que la valeur des épreuves physiologiques et pharmacodynamiques. Il rapporte l'histoire d'un sujet empoisonné par la belladone, chez lequel la mydriase, la sécheresse de la bouche, la rétention d'urines témoignaient de la gravité de l'intoxication. Le réflexe oculo-cardiaque, recherché en pleine intoxication, puis deux jours après, après guérison complète, donnait, dans les deux circonstances, exactement le même résultat. M. Barré croit cependant que la part du système nerveux végétatif est importante en pathologie, et, en particulier, qu'elle pourrait éclairer certains faits d'hystérie.

M. Léri. — On peut rapprocher de l'observation rapportée par M. Barré celle d'une malade présentée par M. Léri : il s'agit d'un syndrome bulbo-protubérantiel alterné très complexe avec hémiatrophie faciale portant surtout sur les téguments et sur le plan musculaire. Cette malade a un pouls extrêmement instable et un réflexe oculo-cardiaque d'une remarquable intensité : la compression d'un seul globe oculaire provoque un ralentissement de 40 pulsations, et la compression des deux yeux détermine un arrêt du cœur. Or, chez cette malade, les épreuves de l'atropine, de la pilocarpine, du nitrite d'amyle et de l'adrénaline ne fournissent que des résultats absolument normaux.

M. H. Claude, comme M. Laignel-Lavastine, estime qu'il ne faut pas exagérer le scepticisme à l'égard des épreuves d'exploration du système sympathique: en psychiatrie tout au moins, ces épreuves fournissent des résultats concordants et peuvent être d'une réelle utilité. M. Claude et ses élèves en apportent la preuve dans une série de communications importantes.

La réalité du réflexe solaire. Importance des conditions d'examen pour l'étude des réflexes du système neuro-végétatif. — M. Henri Claude s'est attaché depuis 1921 à l'étude de la valeur, de la signification et des variations du réflexe solaire, que MM. André Thomas et J.-C. Roux avaient découvert en 1914. Il insiste sur les précautions de technique minutieuses qu'exige sa recherche : malade examiné le matin, à jeun, au repos absolu, dépression lente, insensible, de la région épigastrique. Il montre, par une importante série d'expériences pratiquées sur le chien, que le réflexe solaire est bien transmis par la voie sympathique (il disparaît après section des deux splanchniques ; l'excitation du bout central d'un splanchnique sectionné le reproduit), qu'il est indépendant de toute action hydraulique sur l'aorte abdominale et que la section des vagues ne le modifie pas ; non plus que les tiraillements de l'intestin. Or les chiens réagissent au réflexe solaire de manières très diverses. Les chiens à réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé ont un réflexe solaire très net. Les chiens à réflexe oculo-cardiaque fort n'ont pas ou presque pas de réflexe solaire, mais, après injection d'un milligramme d'adrénaline, le réflexe solaire apparaît, très intense. La chute de pression artérielle paraît être liée à une vaso-dilatation abdominale intense, à laquelle se joint une vaso-constriction pulmonaire.

Chez l'homme, l'exploration du réflexe solaire est plus délicate, mais elle est souvent intéressante chez les aliénés. Les anxieux, les mélancoliques, les cyclothymiques, gardent le même type de syndrome solaire pendant tout le temps que dure leur syndrome mental. Beaucoup de déments précoces sont remarquables par la disparition complète de toutes leurs réactions végétatives : réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire, réactions pharmacodynamiques.

Faits cliniques éclairés par l'exploration vago-sympathique. — M. Tinel considère que l'erreur de la conception de Eppinger et Hess est de considérer l'ensemble du système végétatif comme un système simple et unique : le fonctionnement des organes est réglé, en réalité, par une série de « systèmes autonomes », plus ou moins distincts les uns des autres. Sous cette réserve, l'exploration du tonus vago-sympathique pour tel ou tel appareil déterminé peut rendre de grands services en clinique.

M. Tinel projette, à titre d'exemples, une série de tracés sphygmographiques caractéristiques. Un réflexe solaire fort, avec réflexe oculo-cardiaque faible, chez un tachycardiaque, permet d'éliminer la maladie de Basedow et de conclure à un syndrome d'hyperexcitabilité sympathique émotionnelle pseudo-basedowien. Chez un épileptique, un réflexe oculo-cardiaque extrêmement intense précède la crise ; le réflexe redevient faible ou nul aussitôt après, pour augmenter de nouveau à l'approche de la crise suivante. Cette particularité permet de reconnaître l'épilepsie, car les réflexes oculo-cardiaques très accentués sont le propre des épileptiques, des migraineux, des maniaques et des vrais anxieux (les émotifs agités étant plutôt sympathicotoniques). Une exagération du réflexe oculo-cardiaque peut permettre de prévoir une crise de manie ou d'anxiété, et de la juguler. Une injection d'extrait hypophysaire, qui agit au contraire comme un puissant excitant du vague, peut déclencher une crise. Dans les états de stupeur, l'abolition du réflexe solaire et du réflexe oculo-cardiaque — l'« inertie végétative » — permettra de distinguer la démence précoce de l'état mélancolique. La réapparition des réflexes végétatifs sera l'indice d'un meilleur pronostic.

Tonus végétatif et épreuve de la tolérance du sucre. — MM. Santenoise et Vidacovitch montrent que les vagotoniques sont très résistants à l'hyperglycémie alimentaire, alors que les sympathicotoniques sont très peu résistants. Chez les cyclothymiques, la tolérance du sucre subit des variations parallèles à celles du tonus vago-sympathique.

Partant de cette donnée, M. Santenoise a été amené à se demander si le pancréas ne sécrète pas une substance qui agit sur le tonus et sur l'excitabilité du vague. Or l'expérience paraît vérifier pleinement cette hypothèse. L'injection d'insuline détermine une puissante excitation du vague. L'ablation du pancréas chez des animaux très vagotoniques fait disparaître les signes d'excitation vagale, et donne aux réactions à peu près les mêmes caractères qu'après vagotonie double. La pancréatectomie partielle, au contraire, ne modifie pas les réactions vagales. Les animaux hypervagotoniques ont de gros pancréas. Enfin l'injection de sang ou de sérum frais de chien hypervagotonique à un chien hypovagotonique ou dépancréaté fait reparaître l'excitabilité vagale. Le sérum de la veine pancréatique est, à cet égard, de beaucoup le plus actif. Mais, si l'on enlève le pancréas d'un chien dont le sérum agissait puissamment, le sérum du chien dépancréaté devient inactif.

M. Santenoise conclut que le pancréas serait au pneumogastrique ce que les surrénales sont au sympathique.

Considérations physiologiques sur la notion de vagotonie. — M. Santenoise estime que la notion de vagotonie repose sur un ensemble de faits positifs et se trouve liée à un état d'équilibre neuro-glandulaire ; la vagotonie est en relation étroite, non seulement avec le fonctionnement psychique, mais encore avec la sensibilité aux chocs et aux poisons. Ce dernier point est particulièrement mis en valeur par des expériences très curieuses, qui montrent la sécrétion, sous l'influence de l'excitation du vague, d'une substance thyroïdienne (hormozone) qui est sensibilisante à l'égard du choc peptonique. La section basse du vague au cou n'empêche pas le choc peptonique ; la section haute du vague au cou empêche ce choc (à condition que la dose de peptone ne soit pas excessive). Si l'on excite le vague d'un animal, et qu'on prélève séparément l'extrait de chacun de ses deux lobes thyroïdiens, l'injection de l'extrait du lobe énervé ne détermine pas de choc ; l'injection de l'extrait du lobe qui a conservé son innervation détermine un choc. Il est probable que la vagotonie agit en modifiant le pouvoir d'absorption des cellules nerveuses, car les chiens vagotomisés et endormis par la chloralose se réveillent bien plus vite que les témoins.

Considérations sur les épreuves pharmacodynamiques végétatives. — MM. Santenoise et Jacques de Massary, ayant pratiqué un nombre important d'épreuves pharmacodynamiques, ont bien souvent noté une certaine discordance entre les résultats obtenus par celles-ci et ceux donnés par des méthodes plus précises telles que le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire. Ils expliquent ces différences par la complexité des réactions consécutives à l'injection des agents pharmacodynamiques.

Toutefois, si on ne peut déterminer avec précision, uniquement à l'aide de ceux-ci, l'état du tonus du vague et du sympathique, il n'en reste pas moins vrai que cette méthode peut donner des renseignements précieux, mais seulement à condition de suivre, ainsi que le font toujours les auteurs, les variations du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire sous l'influence des divers agents pharmacodynamiques. On peut ainsi analyser la sensibilité des centres neuro-végétatifs, et cette détermination du « dynamisme végétatif » semble des plus importantes dans l'étude de diverses affections organiques.

Tension veineuse et réflexe solaire. — MM. Montassut et Lamoche montrent que la diminution de la tension artérielle déterminée par le réflexe solaire s'accompagne dans la grande majorité des cas (41 fois sur 50 cas), d'une élévation de la tension veineuse.

Pilocarpine et tension du liquide céphalo-rachidien. — MM. Claude TARGOWLA, BAILLY et LAMOCHE ont constaté que l'injection de pilocarpine, dans 50 p. 100 des cas, fait baisser la tension du liquide céphalo-rachidien.

Action du nitrite d'amyle sur la pression du liquide céphalo-rachidien. — MM. TARGOWLA et LAMOCHE ont observé que leurs sujets se répartissaient en deux groupes : chez les sujets dépourvus de réflexe solaire, le nitrite d'amyle n'a pas d'action sur la tension du liquide céphalo-rachidien. Au contraire, chez les sujets à réflexe solaire intense, le nitrite d'amyle détermine, outre une forte réaction vaso-dilatatrice, une élévation de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Réflexe solaire et tension du liquide céphalo-rachidien. — MM. CLAUDE, TARGOWLA et LAMOCHE ont constaté que le réflexe solaire, quand il est intense, s'accompagne d'une hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Glycémie et hyperréflectivité sympathique. — MM. TARGOWLA, BAILLY et LAMOCHE considèrent, d'après leurs expériences personnelles, l'hyperglycémie adrénalinique comme un signe valable d'hypersympathicotonie.

Les réactions pharmacodynamiques adrénaliniques chez l'enfant. — M. FORNARA (de Navare) a constaté, chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, la fréquence des réactions dissociées à l'adrénaline (la réaction cardiovasculaire, par exemple, et la réaction hyperglycémique ne se produisant pas dans le même sens). Il utilise la voie sous-cutanée, plus maniable, de préférence à la voie intraveineuse, dont les effets sont trop rapides.

L'ergotamine, inhibiteur du sympathique, comme moyen d'exploration clinique et comme agent thérapeutique. — M. MAIER (de Zurich) recommande l'ergotamine, extraite de l'ergot de seigle, comme inhibiteur du sympathique, antagoniste de la cocaïne. L'ergotamine est moins toxique, plus maniable que l'ergotoxine ou l'ergotinine. Elle donne de bons résultats thérapeutiques, à la dose de un demi à 3 milligrammes par jour pendant une quinzaine de jours, dans l'urticaire, dans la migraine, sur certains petits accès épileptiques, et surtout dans la maladie de Basedow, dont ce serait le traitement de choix. Elle est utile chez certains diabétiques qui résistent à l'insuline, et qu'elle sensibilise à l'égard de ce dernier médicament. Il semble que l'ergotamine neutralise un excès d'adrénaline.

Contribution à la méthode clinique d'exploration du sympathique. — M. ROTHLIN (de Bâle) procède à l'étude physiologique expérimentale de l'ergotamine. Ce médicament, malgré son amphotropisme, dont l'auteur donne la preuve, se présente pratiquement comme un antagoniste vrai de l'adrénaline, et serait à cette dernière, à l'égard du sympathique, ce qu'est l'atropine à la pilocarpine à l'égard du vague. L'ergotamine, en effet, inhibe l'action de l'adrénaline sur la circulation périphérique (empêche la vaso-constriction), sur le cœur (ralentit le cœur), sur l'utérus, sur les vésicules séminales, sur la glycémie (empêche l'hyperglycémie adrénalinique).

L'épreuve de l'atropine intraveineuse et de l'orthostatisme. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU rendent compte de leur expérience, déjà vieille de deux ans, de l'épreuve de Daniélopolu de l'atropine intraveineuse et de l'orthostatisme. Ils ont suivi exactement la technique indiquée par l'auteur roumain, et l'ont trouvée parfaitement compatible avec les conditions cliniques courantes.

Ils insistent sur la nécessité de l'emploi d'une solution de sulfate neutre d'atropine récemment préparée et des conditions d'expériences exactement identiques d'un sujet à l'autre.

De nombreuses observations de base leur ont permis de considérer comme normal le pouvoir inhibiteur du vague chiffré selon la notation de Danielopolu entre 50 et 60.

Parmi les résultats, les auteurs insistent sur ceux des bradycardiques et des épileptiques. Dans deux cas de bradycardie totale, dont une fut confirmée par l'électro-cardiographie, le pouvoir inhibiteur du vague était nettement augmenté (62 et 96).

Par contre, chez les épileptiques, ce pouvoir était diminué dans deux cas (42 et 48), normal dans deux autres (50 et 58), et nettement augmenté dans deux autres (64 et 72).

Le pouvoir inhibiteur du vague à 64 fut constaté une heure après une crise généralisée ; le pouvoir inhibiteur du vague à 72, deux heures avant une crise.

Ces constatations montrent la complexité des données fournies par la recherche des réflexes vago-sympathiques chez les épileptiques, et la nécessité de ne les interpréter qu'avec une extrême prudence.

Le réflexe orthostatique dans la fièvre typhoïde. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et DEGRAIS montrent l'intérêt de la recherche quotidienne du réflexe orthostatique au cours de la fièvre typhoïde, en prenant le pouls d'abord en position couchée, puis en position assise. Les auteurs ont vu l'accélération orthostatique, d'abord petite et même presque nulle dans la période d'état de la maladie, augmenter avec l'amélioration du malade et avec l'installation de la convalescence. Comparant la courbe du réflexe orthostatique avec la courbe du réflexe oculo-cardiaque pris dans les mêmes conditions, ils ont constaté que la courbe de ce dernier réflexe était exactement inverse de la courbe du premier.

La courbe du réflexe orthostatique apparaît comme la courbe du réflexe oculo-cardiaque vue dans une glace : même accident à peu près, et même amplitude, mais en sens inverse. L'établissement de cette courbe paraît avoir une certaine valeur pronostique ; une forte exagération du réflexe oculo-cardiaque coïncidant avec un réflexe orthostatique nul ou in-

versé témoigne d'une infection grave, et fait craindre quelque complication.

Par contre, l'exagération du réflexe orthostatique, en coïncidant avec l'atténuation du réflexe oculo-cardiaque, paraît d'un bon pronostic et fait présager la convalescence.

Réflexes végétatifs et perturbations fonctionnelles des organes et des tissus, par Louis Alquier. — On sait combien une irritation des muqueuses, — nasale, utérine, etc., — la distension gastrique brusque, une aire congestive du foie, de l'utérus, etc., sont réflexogènes pour l'inervation végétative. Mais moins connue, quoique très importante, est la rétraction des tissus sur l'infiltrat interstitiel que détermine si fréquemment toute perturbation humorale. Elle morcelle l'infiltrat, lui donnant l'apparence connue sous le nom de cellulite, et cause d'innombrables troubles vaso-moteurs, réflexes végétatifs les plus divers, crampes, secousses musculaires par irritation des nerfs moteurs, algies par irritation des nerfs sensitifs à chaque crispation brusque ou à chaque poussée congestive de la cellulite. Cette rétraction ressemble à un spasme appartenant au tissu interstitiel, elle cède à l'étirement, à l'atropine, augmente sous l'influence des causes irritantes.

L'auteur montre comment ces diverses causes peuvent retentir sur les réflexes solaire, oculo-cardiaque, créer de l'acrocyanose œdémateuse, et conclut que, pour éviter les variations si fréquentes des réflexes végétatifs, il faut, avant de les rechercher, éliminer ces causes de déséquilibre et de variations momentanées.

Résultats cliniques de l'exploration du système végétatif à l'aide des tests pharmacologiques, par MM. Marinesco et Sager.

Le déséquilibre végétatif dans les névroses, par M. Radovici (de Bucarest).

L'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique comme moyen d'exploration du système neuro-végétatif chez les parkinsoniens encéphalitiques, par M. Syllaba (de Prague).

***

Il faut, enfin, mettre à part l'intéressante communication de M. Dide où le problème du sympathique dans les psychoses se trouve envisagé sous un aspect tout différent : le point de vue anatomo-pathologique.

Lésions du sympathique dans les psychoses. — M. Dide (de Toulouse) a entrepris des études d'histologie fine sur les ganglions sympathiques (principalement le cervical supérieur, quelquefois aussi le cervical inférieur, dont les lésions étaient toujours analogues à celles du cervical supérieur), d'une part chez des déments précoces, d'autre part chez des malades atteints de formes acquises du syndrome de Cotard. Les méthodes employées étaient l'hématoxyline du fer — Van Gieson, — et le Bielschowsky. Les projections de M. Dide montrent très nettement par comparaison avec les aspects que peuvent prendre les cellules ganglionnaires normales, des aspects manifestement pathologiques : vacuoles, dégénérescence en masse, épaississements éléphantiasiques ou moniliformes des prolongements, atrophie des prolongements, disparition du réseau fibrillaire. Ces lésions sont du même ordre dans la démence précoce et dans le syndrome de Cotard, affections qui intéressent l'une et l'autre profondément la personnalité. Mais, dans la démence précoce, maladie constitutionnelle, les lésions seraient exclusivement et primitivement cellulaires, tandis que dans le syndrome de Cotard, on observerait des lésions conjonctives plus importantes.

J. Mouzon.

Les Livres

N. Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

F. Calot. — **L'orthopédie indispensable aux praticiens** (9e *édition considérablement augmentée*). (Un vol. sur papier couché in-8o, 970 p. et 1.360 fig. originales. Relié : 60 fr.)

Le Dr Calot vient de publier la neuvième édition de son « Orthopédie indispensable aux praticiens ». Voici les principaux chapitres de cet important ouvrage : I. Technique des appareils que tout médecin doit savoir faire. — II. Tuberculoses des os, articulations, ganglions (abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgie, mal de Pott). — III. Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, tarsalgie, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa vara. — IV. Maladies non tuberculeuses du squelette : ostéomyélite, syphilis, etc. — V. Le traitement pratique des fractures (du col du fémur, de cuisse, etc.). — VI. Les dernières acquisitions en orthopédie : *a*) le traitement moderne de la scoliose ; *b*) dans le mal de Pott pourquoi l'auteur a abandonné les opérations ankylosantes, qu'il avait faites le premier, dix ans avant les Américains ; *c*) nouveau traitement de la luxation congénitale beaucoup plus sûr et mieux réglé que tous les autres traitements proposés ; *d*) comment éviter les reluxations et comment les guérir ; *e*) rénovation et simplification de la pathologie de la hanche à tous les âges.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

I

La concurrence faite par les hôpitaux aux chirurgiens et aux maisons de santé privées.

Il n'est pas douteux qu'une évolution très nette se fait actuellement dans le sens de l'hôpital, maison de santé à bon marché, largement ouverte à tout venant, quelle que soit la condition de fortune de l'hospitalisé.

D'une part l'élévation des prix de séjour dans les cliniques privées, ainsi que le chiffre des honoraires de certains chirurgiens en vogue effrayent pas mal de malades.

Mais, d'autre part, les hôpitaux, qui ont grand peine à boucler leur budget, sont heureux de faire des bénéfices, en recevant des malades payants.

Malheureusement, il existe des chirurgiens, qui ne demandent qu'à vivre de leur diplôme ; d'autres commencent par trouver indécent qu'on les fasse travailler gratis, à l'hôpital, pour opérer de riches clients, comme si ces derniers étaient des indigents.

Enfin se pose la question de savoir si l'hôpital, établissement public, auquel, par conséquent, est défendu de faire acte de commerce, peut impunément faire une concurrence déloyale aux maisons de santé, en hospitalisant, à des prix défiant toute concurrence : ce faisant, leurs frais généraux restent les mêmes, leur personnel infirmier soigne indistinctement riches comme pauvres ; enfin les médecins sont mal payés, ou ne le sont pas du tout. En tous cas, ces derniers n'ont pas le droit de percevoir des honoraires pour opérer un malade riche, admis dans leur service hospitalier.

Depuis de nombreuses années, la question de l'hospitalisation des malades payants a défrayé les discussions corporatives médicales ; mais depuis quelque temps, le problème devient plus aigu.

Personnellement, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, j'ai rompu des lances en faveur de mes confrères des hôpitaux.

On m'a objecté des questions de sentiment : il faut que l'hôpital soit la maison de santé à bon marché pour les personnes de condition modeste.

Alors pourquoi admet-on aussi facilement des personnes qui ont largement les moyens de payer ?

Ainsi, un chirurgien de Paris me communiquait une lettre d'un confrère :

« Mercredi 9 juin, à midi, je suis appelé chez un marchand de vins-hôtel, propriétaire de l'immeuble. Sa femme avait été prise la veille de douleurs très vives, avait été examinée d'urgence par le médecin voisin, qui appela en consultation un chirurgien. Le diagnostic d'appendicite fut posé : malade à opérer d'urgence.

« A mon tour, j'examine la malade, qui est ma cliente ; je confirme le diagnostic et propose le transport dans votre maison de santé, qui est à proximité.

« Ne recevant aucune nouvelle, je m'informe et apprends, aujourd'hui dimanche, que la malade a été opérée à Tenon et que le mari offrira des perles à sa femme, avec le gain qu'il a ainsi fait.

« Les parents de l'opérée tiennent aussi un débit important, à proximité. Le père du mari vit de ses rentes, après 4 ans de travail. Il s'est déjà fait opérer à l'hôpital d'une tumeur du sein, alors qu'il tenait encore le café-restaurant-hôtel, géré depuis par son fils.

« A bon entendeur salut ! »

Malgré les dénégations des administrateurs d'hôpitaux, ils sont nombreux les malades très aisés, qui se font ainsi opérer à très bon compte, dans la plupart des hôpitaux de France.

Ils y sont incités même par la voie de la presse, témoin l'article suivant, découpé dans un hebdomadaire de Paris, le *Vaugirard-Grenelle* du 26 septembre 1926.

Autre temps !....

Les Hôpitaux parisiens ont maintenant une clientèle bourgeoise

Il existe encore, chez la majorité des Français, une forte prévention contre l'hôpital. Beaucoup de vieillards, d'infirmes, de malheureux, refusent énergiquement d'entrer dans les grands hôpitaux parisiens et préfèrent la souffrance à l'hospitalisation qu'ils croient odieuse.

Cette opinion a contribué à rendre l'hôpital anti-

pathique et, parmi le grand public, être soigné dans un lieu semblable était, il y a encore quelques années, considéré comme déshonorant.

Quand la vie est chère.

La vie chère, la pension extrêmement élevée des cliniques ont, depuis deux ou trois ans, commencé de détruire cette prévention. Peu à peu, après les gens du peuple, les petits bourgeois qui, avant la guerre, parlaient de l'hôpital comme d'une de ces sortes d'asiles où se réfugient tous les miséreux de la capitale, vinrent à leur tour y recevoir les soins que nécessitait leur santé. Ils s'aperçurent ainsi, comme je m'en suis rendu compte un matin, en visitant un des plus grands hôpitaux de Paris, que l'hôpital moderne n'avait rien de comparable aux anciens hospices d'autrefois.

— Vous voyez, m'a dit le directeur qui me conduisait, les salles communes que nous conservons encore pour les indigents ou les malades qui désirent y entrer, sont de moins en moins nombreux. Nous avons beaucoup de salles pour une, deux ou quatre personnes. Elles sont exactement semblables à celles des cliniques et nous demandons à leur locataire des sommes dix fois moins importantes. Les soins sont certainement mieux assurés que partout ailleurs, car nous disposons d'une véritable armée d'infirmiers et d'infirmières, d'étudiants en médecine, d'aides, de pharmaciens, etc.

— Les malades payants sont-ils beaucoup plus nombreux qu'avant la guerre ?

La Clinique démocratique.

— Dans notre hôpital, nous avions en 1913, 23 malades payants, nous en avons plus de 400 maintenant. Ils appartiennent à des familles de commerçants, de fonctionnaires ; ce sont des employés aisés ou de petits rentiers, mais nous voudrions que l'hôpital fût justement réservé à cette classe de la société moderne. Pour cela, il faut encourager les gens à venir à l'hôpital. Cette clinique démocratique est faite pour eux, dans leur seule intention. Elle reçoit aussi les miséreux, mais elle les sépare des autres.

J'ai pu, au cours de ma visite, me rendre compte de la supériorité d'un hôpital moderne sur les cliniques particulières. Il faudrait que chacun accomplisse cette visite. Elle est très réconfortante, puisqu'elle apprend que la ville de Paris offre à tous le moyen de se faire soigner sans beaucoup de frais et sans promiscuité déplaisante. Il faut que le public parisien le sache.

René JOLIVET.

Certes, je suis le premier à compatir à l'infortune de certains malades qui, très difficilement, pourraient faire les frais d'un séjour dans une maison de santé, avec honoraires du chirurgien.

Mais, je demande une fois de plus que les commissions administratives des hôpitaux de France se mettent franchement en rapport avec les groupes professionnels médicaux locaux, pour étudier d'un commun accord de quelle manière faire le plus possible de bien, à la population modeste, sans léser les intérêts légitimes de ceux qui ont dépensé temps, jeunesse et fortune, pour conquérir leur diplôme de docteur en médecine.

Ces derniers ont le droit absolu de vivre de leur profession.

Aussi, ne serait-il pas plus habile, de la part des commissions administratives, d'aborder franchement la solution de ce problème, plutôt que d'attendre une assignation en justice pour concurrence déloyale et détournement de la destination des fonds publics ou de fondations charitables gérés par l'hôpital ?

Pourquoi, dans une superbe, qui n'a plus sa raison d'être, considérer le personnel médical quels que soient ses titres scientifiques, comme des employés supérieurs, auxquels les patrons interdisent de percevoir des honoraires, légitimement dus par tout opéré qui n'est pas indigent ?

Pour fonctionner, un hôpital a besoin, avant tout, de malades et de médecins, pour soigner ces derniers. Les administrateurs des hôpitaux devraient donc se souvenir que ces employés-médecins leur sont absolument nécessaires et ils seraient sûrement mieux inspirés en les traitant comme des collaborateurs et non comme des inférieurs salariés.

Une bonne entente loyale, franche est bien plus profitable qu'une lutte de préséance.

Dr Paul BOUDIN.

II

Blessé du travail. Hospitalisation dans un hospice ne possédant pas d'installation médicale. Honoraires du médecin traitant.

Un de nos adhérents nous pose la question suivante :

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien me renseigner sur le cas suivant, par la voie du journal, si vous pensez que cela puisse intéresser d'autres confrères.

L'hospice de Volvic reçoit des vieillards et des infirmes ; il ne refuse pas, occasionnellement, des malades ou blessés légers. Il ne comporte pas de service médical ni pharmaceutique : je m'y rends, sur appel, avec un tarif à la visite et je n'y trouve rien de plus que chez beaucoup de particuliers, peut-être même pas un thermomètre. On achète les médicaments prescrits chez le pharmacien. Pas de service d'infirmiers ; les pensionnaires s'entr'aident à l'occasion et la cuisinière, s'il le faut absolument, remplit tant bien que mal le rôle d'infirmière. Tout malade un peu sérieux est aussitôt évacué sur un hôpital voisin.

Ce n'est guère, en somme, qu'une sorte de pension à prix très modique : 5 francs par jour.

Un blessé du travail atteint de simple entorse du pied avec douleurs névritiques, y entre, pour n'avoir pas à s'occuper de ses repas qu'il prépare lui-même, habituellement, en logement garni. Le traitement comporte de simples applications de liniments.

L'assurance peut-elle se retrancher derrière le « tout compris ? »

Dans ce cas, le prix de la journée doit-il être obligatoirement de 5 fr., tout compris !!! Si non, quel prix peut être appliqué ?

Quant à moi, suis-je tenu d'appliquer le tarif consenti à l'hospice et d'attendre les appels de M. l'Econome ?

Ou bien peut-on faire payer ses journées au blessé lui-même et le considérer, par ailleurs, comme un blessé traité dans une pension ou à l'hôtel ?

Dr MOURIER.

Réponse.

Ce problème du droit aux honoraires, pour le médecin traitant, dans les diverses formes d'hospitalisation des blessés du travail, est loin d'être résolu, malgré plusieurs arrêts de la Cour de Cassation.

En ce qui concerne plus spécialement le cas où le blessé est, non pas soigné, mais hébergé dans un hospice, dispensaire, ou autre, voici ce qu'on peut déduire de la jurisprudence parue à ce jour.

Il faut, tout d'abord, partir de la définition donnée au mot « hospitalisation », par la Cour de Cassation.

Par arrêt du 5 décembre 1923 (*Concours médical*, 1924.823), la Chambre civile de la Cour suprême décide « que l'hospitalisation s'entend de tout séjour dans un établissement, où le blessé a reçu, avec le traitement médical, le logement et la nourriture, peu importe que ces établissements appartiennent à des particuliers, ou dépendent de l'Assistance publique ».

Donc, le premier point indispensable, c'est que les soins médicaux soient donnés à l'hôpital.

Cela est si vrai que, par deux autres arrêts, la Cour de Cassation semble attacher une grande importance à l'endroit où les soins médicaux ont été donnés au blessé.

Ainsi, le médecin d'une clinique annexe d'un hôpital, non attaché à ce dernier, n'a droit à des honoraires que s'il peut prouver que l'admission d'un blessé du travail, dans la clinique, a été commandée par la nature exceptionnelle de la lésion. (Cassation, chambre des Requêtes, 18 novembre 1925 ; *Concours médical* 1926-449).

Dans cette espèce, la clinique dépendait administrativement de l'hôpital : c'était donc à cet établissement à fournir au blessé logement, nourriture et soins, soit dans le bâtiment principal, soit dans une annexe : l'hospice ne peut réclamer que le « tout compris », pour l'ensemble des soins donnés.

Un autre arrêt du 26 octobre 1925, chambre civile (*Concours médical*, 1926-389) est plus explicite encore : lorsque les soins médicaux sont donnés à l'hôpital, alors que le blessé continue à loger chez lui, les frais sont dus à l'administration hospitalière seule, sans qu'il soit permis à un chirurgien, attaché à l'établissement, de réclamer, en outre, des honoraires en son nom personnel.

Du moment, où l'hôpital assure les soins médicaux, ses préposés, les médecins, n'ont aucun droit aux honoraires, en dehors du « tout compris ».

Or, *quid*, si les soins médicaux ne sont pas donnés à l'hôpital ?

Un jugement de la Justice de paix de Bagnols (Gard) du 10 mars 1926 (Archives du « Sou médical » comporte les dispositions suivantes :

« Attendu que si Estrade était logé et nourri à l'hôpital de Bagnols, c'était en dehors de l'hospice et chez le Dr Arène que les soins lui étaient donnés et que les pansements étaient faits ; que s'il a été procédé ainsi, ce n'est pas par suite d'un vain caprice, mais parce que l'hôpital, ou plutôt l'hospice de Bagnols, qui ne reçoit habituellement que des vieillards, des orphelins et des indigents des deux sexes, n'a aucune organisation chirurgicale, aucune salle à donner des soins à des blessés, par exemple à les panser, aucun personnel approprié à un traitement chirurgical ;

« Attendu que le Dr Arène a donc dû, pour donner au blessé les soins que nécessitait son état, le faire venir chaque fois qu'il était nécessaire de le panser, en son domicile, où il possédait le local et l'outillage nécessaires.

« Attendu que s'il est exact que l'hôpital-hospice de Bagnols possède un service médical, qui est assuré à tour de rôle par les quatre médecins de Bagnols, le service, qui n'est rémunéré que par une indemnité infime (cent francs par trimestre) n'est organisé que pour soigner les vieillards et les orphelins recueillis dans l'hospice.

« Attendu qu'Estrade habitait à 14 kilomètres du médecin le plus rapproché, que si, comme cela aurait été légitime et conforme à la loi, il s'était fait soigner chez lui, au lieu d'être reçu à l'hôpital de Bagnols, les frais médicaux, que le chef d'entreprise aurait eu à supporter auraient été beaucoup plus élevés que ceux que demande M. Arène, car ils auraient comporté une indemnité de déplacement importante ;

« Attendu que, dans l'espèce, le « tout compris » ne saurait jouer, car il est de toute évidence que, lorsque la loi parle des frais d'hospitalisation, elle ne peut viser que les frais faits à l'hôpital même, ou tout au moins dans ses dépendances ; que dans l'espèce, l'hôpital n'a joué que le rôle d'un hôtel, dans lequel le blessé serait entré pour se rapprocher de son médecin. »

N'oublions pas qu'ainsi que le rappelle un jugement d'appel du tribunal civil de Loches (Indre-et-Loire) du 16 juillet 1921 (Archives du « Sou médical ») confirmant en appel une décision du juge de paix de Montrésor (Indre-et-Loire) du 2 mars 1920, la loi de 1898 « n'a des effets d'ordre public que dans les rapports entre la victime et ses patrons et non vis-à-vis des tiers ».

Par conséquent, le médecin doit rester en dehors de la loi de 1898 ; il doit soigner son blessé comme un client ordinaire, lui réclamer ses honoraires selon le tarif syndical ouvrier de la région, quitte à la victime à se retourner vers son chef d'entreprise et réclamer à ce dernier le quantum mis à sa charge par la loi, conformément aux chiffres indiqués au tarif ministériel.

Par suite, si le médecin n'a aucune attache avec l'hôpital, ou si sa lettre de nomination ne comporte que les soins à donner aux vieillards, infirmes et orphelins hospitalisés, le docteur a parfaitement le droit de prendre chez lui, pour les malades qu'il soigne dans son cabinet, les honoraires qu'il estime légitimes, quand bien même le client serait un blessé du travail admis dans un hôpital.

Eprouverait-il des difficultés à se faire payer, qu'il s'adressera au « Sou médical », pour que cette Ligue de défense professionnelle, après examen juridique du cas particulier, lui indique la manière d'assigner solidairement ouvrier et patron, devant le juge de paix du lieu où a eu lieu l'accident (si le médecin croit devoir invoquer l'action directe, à lui conférée par la loi de 1898), ou devant le juge de paix du domicile de l'ouvrier, si le médecin veut rester sous l'empire du droit commun.

Tout dépend des cas d'espèce : en effet, si d'une manière quelconque, le patron, ou un de ses représentants, a mis en cause le médecin d'hôpital, en spécifiant, conformément au règlement de cet établissement, que les honoraires médicaux et chirurgicaux seront réglés directement au praticien, ce dernier sera en droit d'assigner le chef d'entreprise comme étant responsable de ces frais médicaux.

Ainsi en a décidé le jugement de Loches précité ; ainsi en décide un arrêt de Cassation (chambre des Requêtes), du 28 avril 1926 (D. *Rec. heb.*, 1926.298).

Il s'agissait d'une ouvrière, victime d'un accident, qui fut admise dans une salle payante de l'hôpital, au lieu d'être reçue en salle commune, à cause du mauvais état de la salle et de la rigueur de la saison.

Bien entendu, le chef d'entreprise et son assurance soutenaient que le « tout compris » était applicable.

Voici ce que dit l'arrêt de Cassation :

« Attendu que, des circonstances de fait qu'il énumère, le jugement attaqué à déduit que le directeur de l'usine et l'agent de la compagnie d'assurances avaient adhéré à ce que la blessée fut soumise, en tant que malade payante, au traitement spécial que comportait la gravité de son état et qu'ils avaient consenti, par suite, au nom de leurs mandants, à assumer la charge de tous les frais de ce traitement ; que cette appréciation de l'existence et de la portée de l'accord intervenu rentre dans le pouvoir souverain du juge du fond ;

« Attendu en outre que le pourvoi objecte vainement que cette convention serait nulle de plein droit, comme contraire à l'article 30 de la loi du 9 avril 1898 ;

« Attendu en effet, que si les dispositions de la loi précitée sont d'ordre public et si la liberté des conventions a été écartée par l'article 30, cette prohibition, sauf la dérogation de l'article 21, doit être restreinte aux conventions ayant trait aux rentes viagères en cas de décès, ou d'infirmité permanente et aux règles de compétence et de procédure édictées par la dite loi ; qu'elle est inapplicable aux accords relatifs aux frais médicaux et pharmaceutiques ;

« Que dès lors (à bon droit), le jugement attaqué a déclaré valable la convention afférente aux fournitures pharmaceutiques et que, régulièrement motivé, il n'a violé aucun des textes visés au moyen. »

Conclusions.

Si le contrat de louage de services d'un médecin avec un hôpital ou un hospice ne comporte, pour le praticien, que l'obligation de ne donner des soins qu'à des indigents, qu'à des vieillards, ou infirmes, si, comme à Volvic, le docteur ne se rend à l'hôpital que sur convocation expresse et est payé à la visite, et si le règlement hospitalier est muet sur la question malades payants, ne faisant pas interdiction au praticien de percevoir des honoraires de la part de ceux qui sont en état d'en rémunérer, le médecin est parfaitement en droit de réclamer ses honoraires, qui ne seront pas compris dans le « tout compris ».

Il est beaucoup plus prudent de faire signer un papier, par lequel, avant toute admission à l'hôpital, le chef d'entreprise, ou son représentant s'engage à payer les honoraires du médecin, pour les soins qui seront donnés au blessé hospitalisé.

Cet accord, préalable à l'admission, est parfaitement licite, sauf s'il y a interdiction formelle, dans le règlement de l'hôpital, pour le docteur, de percevoir d'autres émoluments que ceux qui lui sont attribués annuellement par la commission administrative, pour soigner indistinctement riches ou pauvres, qui sont admis dans l'établissement.

Lorsque le médecin n'a pas de contrat avec l'hôpital et qu'il est appelé dans cet établissement, pour un blessé du travail, le praticien a droit à ses honoraires.

Mais qui les lui payera ?

Si l'hôpital-hospice n'a pas de service médical organisé, il peut être considéré comme un simple hôtel et le malade, ou le responsable (le chef d'entreprise) sera tenu des frais médicaux et pharmaceutiques.

Si l'hôpital a un service médical organisé, mais que, pour un motif quelconque, les soins ne peuvent pas être donnés par le personnel médical de l'établissement et qu'il faille faire appel à un chirurgien étranger, ce sera la commission administrative qui devra payer, de ses deniers, le déplacement et le travail de ce chirurgien, l'hôpital n'ayant droit qu'au « tout compris ».

Ainsi en a décidé un arrêt de Cassation, chambre civile, du 22 mars 1909 (*Concours médical*, 1909.796) confirmant une décision du juge de paix de La Loupe, du 4 février 1908 (*Concours médical* 1908.319).

Dans un cas particulier, où le médecin n'étant pas attaché à l'hôpital par un contrat de louage de services, étant comme à Volvic appelé lorsque besoin en est et payé à la visite, aurait de la difficulté à se faire payer, pour soins donnés à un blessé du travail hospitalisé, le « Sou médical » donnerait, selon l'espèce, le conseil d'assigner à la fois le blessé, son patron et l'administrateur de l'hôpital.

Le juge dirait qui doit, en fin de compte, payer le médecin pour les soins qu'il a donnés.

D[r] Paul Boudin.

A PROPOS DU CONGRÈS CINÉMATOGRAPHIQUE

Il y a quelques jours, avait lieu à Paris un Congrès international du Cinéma sous les auspices de l'Institut intellectuel international et sur l'initiative de M. Gallié, un des fondateurs de la C.I.T.I. (Confédération internationale des travailleurs intellectuels). Tout, en un mot, est à l'internationalisme.

A cette occasion on avait organisé à la Faculté de médecine, une séance de cinéma, films scientifiques et médicaux. Cette séance était publique pour les porteurs de cartes, mais n'était pas réservée aux seuls médecins ; la presse médicale n'avait même pas été convoquée.

Aussi, avant l'heure d'ouverture, le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique était bondé et on n'y voyait pas les visages graves de savants ou de praticiens, mais la salle était égayée d'un grand nombre de gracieux minois de jeunes femmes, jeunes filles et d'enfants.

Au début je fus un peu étonné. Je me disais en moi-même : Dieu ! qu'il y a d'étudiantes en médecine ou de futurs confrères féminins. Mais à la réflexion, je dus m'avouer : ce sont de charmantes filles d'Eve attirées par l'attrait de la curiosité scientifique, peut être de la curiosité tout court, ou bien par une passion immodérée de l'art médical, créatrice de ces nombreuses cohortes de femmes de la Croix-Rouge ou autres sociétés à tendances pseudo-médicales.

Cette séance avait lieu sous la présidence de notre sympathique doyen, le professeur Roger, dont l'entrée dans la salle fut saluée des applaudissements habituels. Dans une brève allocution, il montra les avantages du cinéma pour l'instruction des élèves dans le domaine physiologique et opératoire et salua la mémoire du D[r] Doyen, l'initiateur de cette méthode. Un seul étranger était présent dans l'amphithéâtre, le professeur Kauffmann, de Berlin, qui occupa une partie de la séance, fit dérouler à nos yeux toute une série de films dont un certain nombre très intéressants.

D'abord, il projeta sur l'écran une série de dessins cinématographiés représentant dans une coupe schématique tous les temps de l'accouchement, dilatation, engagement, rotation, expulsion, et ceci pour une présentation de l'occiput, de la face et du siège. Dans une autre série, il nous montra les péripéties de la délivrance normale et d'un décollement dans les placentas prævia marginaux et centraux. Il termina par le film d'un accouchement réel par le siège avec application du forceps tête dernière. Il est probable que le professeur allemand aurait eu le tact de ne pas présenter ces films s'il avait connu par avance la composition de la salle, qu'il pouvait supposer remplie de personnes du monde médical.

Néanmoins, les applaudissements qu'il recueillit, avec la complicité de l'obscurité, prouvèrent que le public avait été vivement intéressé par ces présentations.

Certaines personnes bien intentionnées cherchent des formules pour l'éducation des sexes, pour instruire des choses de la maternité des enfants souvent fort instruits et qui pourraient en remontrer à leurs auteurs. Je pense qu'il n'y a pas de formule meilleure que les film s réalistes. Je pense également qu'il n'y a pas de moyen plus efficace de détourner les jeunes femmes et jeunes filles des risques de la maternité.

Comme entr'acte, M. Commandon, dont les travaux cinématographiques sont si remarquables, nous présenta un certain nombre de films de phagocytose et d'hémolyse. Il fut très acclamé.

Nous vîmes, dans la suite, une opération césarienne pratiquée par un de nos maîtres français, peu faite également pour encourager la repopulation.

Le professeur Kauffmann reparut sur la scène et nous présenta un cas d'athétose des plus remarquables et un curieux cas d'hermaphrodisme qui n'aurait peut être pas nécessité sa présentation par l'écran.

Son sujet nous détailla du doigt ses sexes et nous exhiba successivement son pénil clitoridien, ses testicules, son vagin embryonnaire, etc. On aurait pu croire à un agrandissement sur l'écran de cartes transparentes.

Dans la suite, nous assistâmes à une série de brillantes opérations, une trépanation large du Dr de Martel, une appendicectomie d'un de nos maîtres de Marseille, une opération sur les voies biliaires pratiquée par le Dr Pauchet et une hystérectomie abdominale faite par le professeur J.-Louis Faure. Nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer de la technique ou de l'habileté de ces distingués maîtres si bien rendues à nos yeux sur l'écran.

A cette époque, où les élèves ont de moins en moins l'occasion de pratiquer des autopsies, deux de nos maîtres anatomo-pathologistes nous montrèrent sur l'écran la manière de pratiquer une autopsie du cerveau, de l'enlever de la boîte crânienne et de détacher le cervelet et l'hypophyse.

Enfin, pour terminer, réapparition du professeur Kauffmann de Berlin qui, après nous avoir montré une crise hystérique à forme saltatoire et après nous avoir présenté sa personne dans son laboratoire, nous offrit des films des plus intéressants. Des vues cinématographiques de cystoscopie nous révélant les mouvements des muscles de la vessie, le déplacement des orifices vésicaux des uretères, des vessies à colonnes, etc.

Puis, dans une autre série, des vues de larynx filmé. Il fit passer sous nos yeux les mouvements des cordes vocales dans la respiration, dans la voix chuchotée et dans la voix à différents timbres. Une série de vues schématiques nous démontra la technique de la prise des films. Nous pûmes ensuite constater comme ils purent être réalisés en voyant les acteurs en train d'opérer. Cette dernière partie eut tout le succès mérité.

Dr M. Vimont.

LES DROITS DES VICTIMES DE LA SCIENCE

par le Dr Foveau de Courmelies

Des notions nouvelles et humanitaires surgissent. Les savants, les médecins, étaient simplement admirés — et encore ? — quand ils mouraient victimes d'accidents au cours de travaux professionnels. On trouvait tout naturel, tellement cela était *naturel* ! de voir un médecin mourir, rapporter chez lui la contagion, laisser après un tel accident sa famille dans la misère, sans donner aux siens quoique ce soit, laissant à la générosité confraternelle, le soin de faire le nécessaire.

Dans les hôpitaux, l'externe, l'interne, le modeste stagiaire, apportant leurs soins aux malades pauvres, se contaminant parfois à tout jamais (malade crachant sa salive avariée dans l'œil, interne au bras coupé suite d'intoxication cancéreuse opératoire...) sans parler de troubles momentanés (choléra et diphtérie, par exemple, contractés par un de nos amis, étudiant pauvre et qui perdit même ainsi des leçons lui aidant à vivre ...), sans parler surtout des morts si nombreuses dues aux mêmes causes, aux piqûres anatomiques.

Dans les laboratoires, c'est une cornue qui éclate, blesse, aveugle, un gaz asphyxiant qui tuberculise... C'est un maître de la science infiniment moins payé qu'un parlementaire, un de ces génies qui honore la France et qui meurt de faim, qui perd même ainsi sa faculté de travail ; c'est un de nos futurs professeurs, un étudiant tué ou blessé...

L'apprenti qui gâche des matières premières et se blesse est plus favorisé que l'étudiant qui prépare son travail pour la France, il est indemnisé pour accident du travail, dit la loi, encore barbare, quoique progrès depuis 1898 et améliorée souvent, en ayant encore grand besoin, car l'ouvrier du cerveau en est exclus !

En effet, ai-je écrit déjà et ce qui précède le prouve : *Les victimes de la science ne sont pas des accidentés du travail* !

Il y a là pis qu'une ironie, *une intolérable injustice*, écrit avec raison, Lucien Chassaigne dans *Le Journal* du 5 septembre 1926. En effet, la loi Durafour en préparation, ou plutôt présentée par le Ministre du Travail et de l'Hygiène quand il était au pouvoir, est en panne devant la Chambre, comme est de même devant le Sénat son projet de loi voulant récompenser les victimes de la science, des rayons X et du radium notamment. (Disons que pour s'éclairer sur les besoins de la médecine et de l'hygiène, M. Durafou avait pris, comme chef de cabinet adjoint, notre distingué confrère, le Dr Léon Mabille, qui souvent le représente en nos réunions.)

En juin dernier, un de nos magistrats les plus connus, grand poète par surcroît, me téléphonait et me demandait comment mouraient « les travailleurs

des rayons X et du radium », comme disent les Anglais, et dans la littérature desquels j'ai relevé, à côté des cancers rœntgéniques, maintes « anémies aplastiques pernicieuses ». En effet, on meurt par morceaux amputés, douloureux (V. Nécrologie Dr M. Ménard, 14 août 1926, in *Journal des Praticiens*), ou diminution énorme des globules sanguins et de l'hémoglobine. J'ai relaté tout cela en une brochure de 1923, *Radio-Anaphylaxie*. Et nous continuons d'en mourir... et d'en mourir, de même que les fonctionnaires d'hôpitaux, d'usines, d'administrations ou fabriques, sans laisser la sécurité aux nôtres. C'est ce que me disait en juin mon juge de Paris.

***

Citons quelques-unes des nombreuses victimes des rayons X ; en même temps que le Dr M. Ménard, s'éteignait l'abbé Tauleigne, de Pontigny-sur-Yonne, atrocement mutilé, inventeur pendant la guerre et depuis, de tant d'appareils nouveaux, stéréomètre, antidiffuseur, avec le constructeur Mazo. Peu après Hall Edwards, de Londres, que je vis déjà blessé à Paris en 1900, puis à Londres en 1907, et mort en août 1926, également. Et Gaston Danne, victime du radium, après son frère Jacques Danne, et le Dr Rehms, de l'Institut Pasteur.

Depuis Radiguet, le grand ami des rayons X, leur plus fervent propagateur, me faisant apporter à mon cours libre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, le *premier* enseignement, l'outillage voulu ... depuis Radiguet, dis-je, mort atroce martyr en 1904, l'ancien député Dr Paulin Méry, fondateur de la première revue, *La radiographie*, Margier, radiologue chez Péan et Pozzi, que de noms à citer, en remontant du temps présent à 1904 : Demont, Reiss, Albert Schömberg, de Keating-Hart, Lyster, Caré, Ad. Leray, Ch. Infroit, Baéteau, Guilloz, Oudin. Récemment c'étaient Augé, Mordagne, H. Lepage, A. Gauthier, Casséus, Bouchard ; enfin J. Bergonié et les chimistes Deménitroux et Demalander (janvier 1925) ceux-ci causes *post mortem* du procès actuel sans parler des amputés si nombreux encore vivants (A. Sorel, du Havre, qui le premier signala les accidents que je baptisai radiopathies en 1896, des rayons X, Lobligeois, Vaillant, etc. La plus petite lésion même est une menace pour l'avenir.

Le plus célèbre de ces martyrs fut Jean Bergonié, le professeur de Bordeaux, mort le 2 janvier 1925, le créateur et l'apôtre ardent des centres anti-cancéreux et dont nous publiions une lettre sur le sujet dans le *Concours médical* de mai 1924, montrant l'accord du praticien et des directeurs de centres. Il s'en alla en petits morceaux, à la suite d'amputations successives, et eut la suprême joie du grade suprême, Grand Croix dans la Légion d'honneur, à lui apporté peu de jours avant sa mort par le maréchal Pétain.

Combien d'autres victimes, aides obscurs que l'on ne cite même pas, et que Vaillant et le Conseil municipal de Paris, veulent récompenser et aider. Jusqu'ici tout cela n'est que « bonnes intentions », ce dont l'enfer est pavé.

Les plus grands d'entre nous disparaissent sans grand bruit ; ils ont déjà disparu par impotence professionnelle avant de passer de vie à trépas. Tel le Dr Oudin, qui avec le Dr Barthélemy, présentait la première radiographie en France, sous les auspices du professeur Lannelongue à l'Académie des sciences, le 20 janvier 1896. Sauf une nécrologie en le *Journal des Praticiens*, ce précurseur est bien peu cité et très oublié ; seuls les sans-filistes, à cause de son résonateur double de haute fréquence, montent souvent leurs installations en « Oudin ». Janvier 1896, « premiers rayons X » écrivait Salagnac, en *Le Journal* du 21 août 1926, citant A.-Ch. Ballière, P. Mathieu.

En mai 1926, mourait l'abbé Tauleigne, déjà cité, et dont à peu près seul, M. André Mayeur en *Benjamin* de juin (et nous après lui), parlâmes ; lent martyr lui aussi, et inventeur, nous le répétons, de tant d'appareil nouveaux.

C'est en janvier 1914, l'Italien Tiraboschi qui meurt et est le premier radiologue qui se fait autopsier, comme le fera Bergonié.

En radioscopie, il est à peu près impossible de se préserver, ce qui est possible en radiographie et radiothérapie, où l'on peut s'éloigner.

***

Le radium est, si j'ose dire, plus insidieusement dangereux. Ses accidents sont surtout d'ordre hématologique, leucopénie, diminution d'hémoglobine et de globules. Son maniement comprend ses fabricants, ses manipulateurs et applicateurs. Les Anglais, Mottram, Pich, Larkins, signalent des morts, et ceux-ci paraissent plus nombreux en Angleterre qu'en France.

« Les travailleurs des rayons X et du radium » comme les appellent les Anglais, fournissent beaucoup de victimes connues ou inconnues. Chez eux, tant de fatigues sont attribuées au labeur proprement dit, et non aux agents, physiques, si bienfaisants et si terribles à la fois ! Combien difficile, ces méfaits se cumulant, radiations et le travail lui-même, à évaluer *leurs droits*.

Il faut proclamer, en effet, avec M. Durafour, alors ministre, au dîner de la Confédération des travailleurs intellectuels du 12 avril 1926, qu'il n'y a pas plusieurs sortes de travailleurs : des cérébraux et des manuels ; il n'y a que des « travailleurs », tout court, aux mêmes droits. « Le prolétariat cérébral », comme je l'appelle,

n'est pas suffisamment payé, comme l'a dit un littérateur échappé du manuélisme, parce qu'il garde ses « mains blanches », d'autant plus qu'en notre domaine, elles deviennent noires, squameuses, ulcérées et souvent disparaissent, amputées... ; le petit doigt y passe, puis tout le corps ... il faut donc que la Société assure à ceux qui ont donné leur santé, et leur vie souvent, le *pain* d'eux-mêmes et de leurs familles, et que des lois existent pour tous ...

***

Ceci dit, citons Lucien Chassaigne et *Le Journal* :

« On se souvient de l'émotion causée l'an dernier, par la fin tragique de deux jeunes chimistes, Demalander et Demenitroux, morts pour avoir voulu étudier de près les propriétés physiques et médicales des sels de thorium.

« La presse fit leur juste éloge. Des obsèques solennelles et émouvantes leur furent faites, le Gouvernement accrocha sur leur drap funéraire la croix de la Légion d'honneur.

« Et puis, voilà la suite lamentable de l'affaire.

« Demenitroux laissait derrière lui de vieux parents, dont il était l'orgueil mais aussi l'unique soutien. Demalander avait une femme et un enfant, qui vivaient grâce à son travail quotidien. Les uns et les autres s'adressèrent à la Société au service de laquelle les deux jeunes savants avaient trouvé la mort. Ils pensaient, avec quelque raison, que l'application de la loi sur les accidents du travail leur permettrait de toucher une modeste rente. On les renvoya à la Compagnie qui assurait l'usine et celle-ci répondit par une fin de non-recevoir catégorique. Elle argua qu'il n'y avait pas en l'espèce accident du travail mais maladie professionnelle et que seules, d'après la loi d'octobre 1919, les intoxications causées par les composés du plomb et du mercure sont assimilées aux accidents du travail.

« Il fallut plaider. Le Syndicat des Ingénieurs chimistes et l'Association des Anciens Elèves de l'Ecole de Physique et Chimie prirent l'affaire à leur compte. Leurs efforts furent vains.

« Les avocats mirent tout leur cœur à démontrer qu'il y avait bien accident du travail, le tribunal a fait sienne la thèse de la Compagnie d'Assurances. Les parents des deux victimes de leur passion scientifique ne recevront rien.

« Juridique ou non, une pareille décision est inique. Il y a sept ans qu'une Commission a été nommée, chargée de préparer les textes nécessaires à l'extension des dispositions de la loi sur les accidents du travail à toutes les maladies professionnelles. Personne ne sait où en sont ses travaux.

« Pareil état de choses ne saurait se prolonger. Si l'on veut que les chercheurs s'adonnent de toutes leurs forces aux travaux dont dépend le progrès de la science, il faut qu'ils aient la certitude que si les forces qu'ils cherchent à maîtriser les tuent, ceux qu'ils laisseront derrière eux auront leur pain assuré.

Lucien CHASSAIGNE

Les juges ont rendu, je le sais, la mort dans l'âme, le triste arrêt. Il faut qu'à la rentrée des Chambres, nos parlementaires suivent leur collègue, l'ancien Ministre Durafour, et ne laissent pas subsister une telle iniquité. La loi sur les maladies professionnelles et les accidents du travail doit se compléter de justes mesures prévoyant les progrès futurs de la science, *la Rançon du Progrès*, comme l'ont appelé en leur livre d'avant-guerre, l'ancien Ministre Baudin et notre confrère le Dr Nass, comme le réclamait aussi en le même *Journal* le Dr Boudin, docteur en droit, avant les vacances, comme je le rappelai en le *Journal des praticiens*, le 11 sept. 1926.)

***

Il restera toujours aux médecins indépendants, radiologues ou non, encore si nombreux, de quoi mourir, victimes de leur art, sans avoir rien à réclamer à qui que ce soit, mais que ceux qui se consacrent à des administrations s'enrichissant de leur labeur, où ils sont souvent à la fois bras et cerveaux. *le travail manuel* plus nécessaire que jamais (v. notre étude, *L'hygiène par l'exemple*, mai-juin 1926) rendant plus difficile encore leur besogne, et plus dangereuse. D'ailleurs que radiologues opèrent eux-mêmes ou les infirmiers ou infirmières sous leur direction, les dangers restent les mêmes.

On peut, on *doit* d'ailleurs varier le travail, sorte de repos et d'éloignement du danger. Dans l'Assistance publique, où tout doit être prévu récompensé, rémunéré (accidents et travail), on peut alterner les opérations de l'électro-radiologiste. Pour nous, vieil électrothérapeute, et radiologiste du début, nous trouvons que pour si importants que soient les dangereux rayons X et radium, il reste une large place pour l'électrologie maintenant trop dédaignée et qui a fourni les Ciniselli (1861), les Tripier, les Malley et Jardin, Apostoli, S. Leduc... D'ailleurs une réaction se fait, et les Drs Zimmern, A. Laquerrière, Bourguignon, nous-même... insistons sur les ressources parfois égales aux nouveaux agents que donnent les vieux courants galvaniques, faradique, statique (1)... Ils ont obtenu la non-

(1) Dr FOVEAU DE COURMELLES. — *Précis d'électro-radiologie*, d'après le cours libre de l'auteur, préface

séparation dans les hôpitaux parisiens de l'électrologie et de la radiologie, ainsi le radiologiste se repose en faisant de l'électrologie, retarde, éloigne ou supprime ses accidents possibles, ce qui ne se pourrait faire autrement.

Les ultra-violets remplacent souvent aussi les dangereuses radiations. La vue, avec eux que, dès 1900, nous vulgarisions, court seule des dangers, encore des lunettes appropriées sont-elles suffisantes.

Nous honorons surtout les morts, et encore ? — décorations posthumes, statues profitent aux vivants ... Mais les vivants blessés, on ne s'occupe pas de leur procurer une situation ! Que faire, que peut faire un radiologue mutilé, de 35, 45 ou 55 ans, même aisé, le repos est impossible en ces temps de vie chère et de changes incertains.

***

Reste la clientèle privée où le médecin se doit assurer : *Le Sou médical*, certaines compagnies d'assurances, sont là, pour leurs accidents d'aides et d'eux-mêmes. Des assurances spéciales sur la vie pour les travailleurs des rayons X et du radium, « avec subventions de l'Etat, pour être peu onéreuses, devraient exister pour eux. Nos clients sont souvent « nouveaux pauvres », peu riches, et marchandent, surtout s'ils sont étrangers. Il nous faut malgré le nombre sans cesse croissant des radiologues et des services hospitaliers, des patients multiples car peu rémunérateurs, recourant à nos soins, que nous puissions au moins laisser en échange de ces faibles salaires, la sécurité, à nos familles, si la mort est la conséquence trop fatale de notre travail ! Par ailleurs, nous n'avons pu, ni voulu augmenter nos prix, comme les ouvriers et les commerçants au coût de la vie !

Cela ne souligne-t-il pas le dévouement de notre corporation qui a maintenant une si étroite parenté avec les physiciens et les chimistes nous préparant nos agents de guérison. Tous solidaires, nous devons nous unir et la C. T. I, (Confédération des Travailleurs Intellectuels) saisira son groupe de députés et sénateurs pour faire aboutir au plus vite la réforme nécessaire.

On sait comment la C. T. I. soumet ses réformes, ses demandes, à son groupe parlementaire. La ou les sections élaborent leur projet : ici, les sections des *sciences et des professions libérales* s'entendant, prépareront un projet de loi, ou un amendement aux tarifs Dubief, Breton, ou tous autres, prévoyant les risques connus et inconnus des progrès à venir ; les députés et sénateurs, amis de la C. T. I. présenteront et agiront. Il nous font donc les suggestions et idées des intéressés, des syndicats médicaux et scientifiques ; il y a urgence, qu'il les adresse vite à leurs sections ou à nous-même et nous ferons de suite le nécessaire pour aboutir rapidement et faire respecter, consacrer, comme il convient, *les droits des victimes de la science* !

L'idée de *propriété scientifique* (1), dans son sens le plus large (savants, biologistes, médecins et leurs travaux) va avec la *sécurité scientifique* à accidents similaires à prévenir. Ne sommes-nous pas tous solidaires ? ? ...

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Gabriel Ferré, professeur honoraire à la Faculté de Bordeaux. — M. le Dr Charles Mulette, de Pont-Sainte-Maxence. — M. le Dr Henri Pelegrin, de Villeneuve-de-Berg (Ardèche).

— **Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des hôpitaux du Midi.** — La Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Toulouse, de concert avec les Sociétés de Bordeaux, Montpellier et Marseille, organise une réunion dans le but de jeter les bases d'une *Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des hôpitaux du Midi*, et de discuter un rapport de MM. Chamayou et Perreau sur le « Statut légal des médecins des hôpitaux ». Cette réunion se tiendra à Montpellier, le 6 novembre prochain, à la fin des « Journées médicales ».

Pour faire partie de la Fédération, il suffit d'être médecin, chirurgien ou spécialiste d'un hôpital civil quels que soient l'importance de la ville et le mode de recrutement du corps des hôpitaux.

Pour renseignements, s'adresser au Président du Bureau provisoire, le Professeur Audebert, 1, place Matabiau, Toulouse.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Liste par ordre alphabétique des candidats admis à l'épreuve orale :

Mlle Abricossoff, MM. Adida, Aïdan, Allard, Ardouin, Arnaud, Arnaudet, Asselin, Audemard, Audouin, Avril, Bachelier, Baillet, Baron, Barthes, Beaux, Benoist, Bernal, Bernard (Etienne), Berton, Bertrand (Jean), Bertrand (Pierre), Mlle Blanchy, MM. Blanquine, Bocquentin, Bolger, Bompard, Bonnard, Boquel, Boquien, Bosquet, Boureau, Brehier, Briau (Louis), Briault (Roger), Brisard, Brongiart, Mlle Brosse, M. Bruneton, Mlle Buscan, MM. Bufnoir, Busson, Cachera,

---

du professeur A. Robin, 1918, et *L'électricité, les rayons X et le radium dans la lutte pour la natalité*, Congrès de la natalité, Paris, sept. 1926 — et Dr Vignes, *L'électrologie gynécologique*, Journal des Praticiens, août 1926.

(1) *Les progrès de la propriété scientifique. Société des praticiens*, 15 octobre 1926.

Mlle Cahen, MM. Calmels, Canonne, Chadourne, Chatagnon, Chauveau, Chennevière, Mlle Choquart, MM. Cofino, Cohen-Deloro, Mlle Corbillon, MM. Cord, Cordier, Corman, Cossa, Coste, Couvelaire, Cros, Cuvillier. Dany, Darré, Mlle Dartin, MM. David (Maurice), Davioud, Decourt, Degos, Delaporte, Delmas, Delthil, Deransart, Desbuquois, Mlle Desgruelles, MM. Desoille, Devaux, Douady, Douvry, Dreyfus, (Pierre), Dublineau, Dufour, Duvernoy, Elbaz, Falaise, Favre, Fayot (Robert), Fouquet, Gadaud, Gallais, Garnier, Gaulier, Gavois, Georges, Gerson, Gibert (Henri), Gilbrin, Gloppe Goldberg, Gomet, Gouyen, Grenaud, Griveaud, Guédé, Mlle Guéry, MM. Guibé, Guihéneuc, Guillain, Guillon, Guillot (Jacques), Guran, Guyot (Jean), Hamelin, Hamon, Hayon, Hébert (Jean), Hébert (Roger), Héber-, Suffrin, Mlle Heimann, MM. Hepp, Hesse (Didier), Hussenstein, Jame, Jeanne, Jonard, Joseph, Jourdan, Julien, Kaufmann, Mlle Lacan (Simone), MM. Laffaille, Lafitte, Lançon (René), Langumier, Lapeyre, Lapiné-Le Baron, Le Becq, Lebel, Mlle Lebourlier, MM. Lecomte (Georges), Lejeune, Lelourdy, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Lepage, Lereboullet, Mlle Lévy (Françoise), MM. Longuet, Lortat-Jacob, Loup, Louvet (Louis), Maison, Mamon, Marot, Martin (René-Henri), Massot, Mauric, Mlle de Mayo, MM. Mégnin, Merger, Merklien, Meyer, Mézard, Mialaret, Miget, Milhiet, Mimin, Minot, Milrallié, Monnerot-Dumaine, Monod, Mourrut, Moïse (Pierre), Naggiar, Odinet, Mlles Odru, Oguse, M. Palmer, Mlle Papaïoannou, M. Parent(Maurice), Mlle Pau (Cécile), MM. Pellé, Prin, Peytavin, Pichon, Mlles Pichot, Pithon, MM. Plessier, Porin, Priollet, Querneau, Quivy, Racine, Rault, Ravier, Renard, Robin (Maurice), Mlle Ronget, M. Roquejeoffre, Mlle Rosembaum, MM, Rouquès (Pierre), Roy (Louis-Marie), Roy (Louis-Octave), Rudolf, Sacuto, Saingery, Saint-Pierre, Sallé (André), Salomon (Jean), Schwob, Séc, Seidmann, Sourice, Stérin, Tabuteau, Tacquet (Maurice), Thévenard, Thomas, Thoyer, Triau, Trubert, Trocmé, Uhry, Van der Elst, Vanier (Jean), Vannier (Edouard), Vaudour, Verger, Veslot, Vialle, Mlle Vidal (Suzanne), MM. Vidal-Naquet, Vincent, Voillemin, Vuillième, Weill (Adrien), Mlles Weill (Suzanne), Weiss (Jeanne), Wertheimer, MM. Wester, Zagdoun.

— **Cameroun français.** *Recrutement d'agents sanitaires pour la lutte contre la maladie du sommeil.* — Avantages : solde annuelle d'Europe 5.600 francs (cette solde est susceptible d'une augmentation de 1.000 par an par période de 2 années supplémentaires passées au Cameroun).

Supplément colonial : 5.040 francs.

Indemnité de résidence, de zone ou de cherté de vie : 4.380 francs.

Indemnité globale de risques de tournée : 2.400 fr.

Une prime fixe de séjour de 300 francs l'an est accordée après la deuxième année de séjour ; après un séjour de trois ans, indemnité supplémentaire de 4.000 francs ; après un séjour de six ans, 8.000 francs ; après un séjour de 8 ans, 12.000 francs.

Indemnité de première mise d'équipement : 500 fr.

Indemnité de veille d'embarquement.

Logement assuré et ameublement fourni gratuitement.

Soins médicaux gratuits.

Congé de six mois tous les deux ans (traversées non comprises) avec solde d'Europe.

Conditions. — Etre français, célibataire, contracter un engagement de 2 ans, être apte physiquement à la vie coloniale, limite d'âge de 40 ans.

Les candidats sont priés de se présenter à l'agence économique des territoires africains sous mandat, 37, rue Taitbout, à Paris.

— **Le prochain congrès international de chirurgie** se tiendra en juillet 1929, à Varsovie, sous la présidence du professeur Hartmann. Les questions suivantes y seront étudiées :

1° Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire ;

2° Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal ;

3° Traitement de la maladie de Basedow.

Rappelons que le dernier Congrès de la Société internationale qui eut lieu à Rome en avril 1926, a voté la réadmission des chirurgiens des Puissances centrales « à dater du jour où leurs pays respectifs feront partie de la Société des Nations ». Les décisions prises tout récemment à Genève permettent donc la réadmission des chirurgiens allemands dans l'Association et leur participation au Congrès de 1929.

— **L'exercice de la médecine à la frontière germano-belge.** — Les plénipotentiaires belge et allemand dûment accrédités par S. M. le Roi des Belges et le Reischpräsident allemand viennent de signer une convention concernant l'exercice de l'art de guérir dans les communes de la frontière belgo-allemande. Il en résulte que les médecins établis dans les communes belges limitrophes de l'Allemagne auront le droit d'exercer leur art dans les communes-frontière allemandes sans toutefois pouvoir délivrer des remèdes aux malades, si ce n'est en cas d'urgence. La réciproque est vraie pour les médecins allemands (*Bruxelles médical*).

— **L'Association internationale des femmes médecins** a tenu une réunion générale en août dernier à Prague, sous la présidence de Lady Barret. Les congressistes ont discuté entre autres questions celle de l'admission des doctoresses comme médecins de la police.

— **Le 2e Congrès international des centres sociaux** vient d'avoir lieu à Paris, à la Cité Universitaire.

Les questions les plus diverses furent étudiées, toutes se rapportant directement aux settlements: enseignement de l'hygiène, sport et camp de vacances, utilisation des loisirs des travailleurs, problème ardu de l'adolescence, préparation à la vie civique, formation de l'opinion publique, éducation populaire par les Universités, la musique, le théâtre et les arts. Des visites aux Centres sociaux parisiens et aux Cités jardins des régions libérées complétèrent le programme des séances.

Le but poursuivi par les Centres sociaux est de donner à ceux qui les approchent la possibilité de se développer harmonieusement selon les tendances originales de chaque être, et l'intérêt de ce Congrès fut de montrer l'adaptation des méthodes générales aux conditions particulières à chaque pays.

La brochure qui va paraître chez Prud'homme, rédigée par Mlle de Gourlet, présidente de la Fédération des Centres sociaux français, donnera le résumé des séances et les résolutions de ce Congrès.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

J'ai adressé, par la poste, à plusieurs reprises, ma note d'honoraires à l'assureur-conseil et au patron du blessé, sans pouvoir obtenir satisfaction ; je suis allé le voir, plusieurs fois, et toujours la même réponse : « On passera chez vous pour vous règler. » J'ai demandé le motif de ce retard, il m'a été répondu que ma note était trop élevée, mais on ne m'a pas dit pour quelle raison. Craignant que mes droits à faire valoir pour recouvrer ma note d'honoraires, ne soient périmés, après le délai d'un an, je vous prie de bien vouloir me conseiller dans la circonstance.

Dr S.

Réponse.

La prescription des honoraires médicaux, en matière d'accidents du travail, s'acquiert par un an à compter du moment où l'indemnité temporaire cesse d'être payée à l'ouvrier, c'est-à-dire de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

Dans votre affaire, puisque vos soins ont duré jusqu'au 12 décembre 1925, date à laquelle sans doute la guérison a été obtenue, c'est donc au 12 décembre 1926 que la prescription sera acquise.

Mais il ne faut pas attendre cette date pour agir, car, seule, la citation devant le juge de paix peut interrompre la prescription et la citation doit être obligatoirement précédée d'une tentative de conciliation.

Nous vous conseillons donc d'écrire au patron (et non à l'assurance avec laquelle vous n'avez pas de lien de droit) une lettre recommandée dans laquelle vous le mettrez en demeure de vous payer sous huitaine, l'avertissant que, faute de satisfaction dans le délai imparti, vous le citerez en justice de paix.

Si cette dernière tentative amiable reste infructueuse, il ne faudra pas hésiter à le faire convoquer devant le juge de paix, en conciliation, et ensuite à le faire citer, en prenant soin que la citation soit délivrée avant le 12 décembre.

Le juge compétent est celui du canton où l'accident s'est produit.

Enfin nous vous rappelons que, pour cette instance, vous bénéficierez de l'exemption des droits de timbre et d'enregistrement.

Droit syndical

3037. — Droits des Syndicats médicaux.

J'ai été chargé par le Syndicat des médecins dont je suis le secrétaire de me renseigner sur la question suivante :

Un syndicat médical a-t-il le droit de se porter partie civile ?

Auriez-vous la bonté de me renseigner sur cette question ?

Dr X.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels, modifiée par la loi du 12 mars 1920, est ainsi conçu :

« Les syndicats professionnels jouissent de la responsabilité civile. Ils ont le droit d'ester en justice...

« Ils peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'ils représentent. »

L'article 17 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine accorde aux Syndicats médicaux le droit de saisir les tribunaux par voie de citation directe, en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire et des accouchements, sans préjudice de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le Ministère public.

Application du Tarif Durafour

I

3007. — Amputation partielle de doigts.

J'ai encore recours à votre obligeance pour le renseignement suivant :

Je soigne un accidenté du travail ayant eu la main prise dans une chaîne de motocyclette. Les 3e phalanges des deux derniers doigts présentent des lésions des parties molles. Celle du médius est atteinte davantage : la phalangette est en partie broyée. Je dois enlever quelques esquilles, régulariser la tranche osseuse sans être toutefois obligé jusqu'à la désarticulation interphalangienne.

Puis-je compter :

1° Pansements multiples : 15 francs.

2° Amputation partielle d'un doigt : 50 francs (cette dernière somme me paraît bien élevée pour le travail fourni).

Pour chacun des pansements suivants des 3 doigts pourrais-je compter : pansements multiples ?

Dr V.

Réponse.

1° La question est de savoir si vous avez pratiqué ou non une « amputation partielle » ou si celle-ci fut faite par l'accident, avant votre intervention. Ici, d'après votre lettre, il me semble que vous avez pratiqué la dite intervention si vous avez « enlevé des esquilles et régularisé la tranche osseuse ». Sans doute, c'est un cas qui vous est favorable ; il en compense d'autres.

2° Les pansements suivants sont des « pansements multiples » (article 17), ces plaies de doigts n'étant pas précisément « superficielles », surtout dans les débuts, et nécessitant des pansements séparés.

F. D.

II

2956. — Restauration de l'urètre.

Comment doit-on établir une note pour accidenté de travail atteint de rupture traumatique de l'urètre membraneux et ayant subi :

1° Une cystostomie de dérivation ;

2° Une dizaine de jours après, la reconstitution de l'urètre par urétrorraphie circulaire ?

Dr P.

Réponse.

Il me semble que vous avez fait une « restauration de l'urètre » (article 22) pratiquée *en deux temps* et pour laquelle (faite en un ou deux temps) la tarification est de 400 francs.

F. D.

III

2985. — Le prix de la visite dans les grosses agglomérations.

Le nouveau tarif Durafour pour les accidents du travail et pour les villes de plus de 100.000 habitants comme N. qui en a 180.000, fixe le prix de la visite à 12 francs.

Par suite il semblerait que le prix d'une contre-visite demandée par le médecin patronal doit être porté à 18 francs puisque cette contre-visite doit être évaluée à 50 % du prix de la visite.

Or, une Cie d'assurance La P., vient de me dire aujourd'hui que le prix de la contre-visite ne peut être que de 15 francs, car le supplément de 2 fr. pour les visites dans les villes au-dessus de 100.000 habitants n'est qu'une indemnité analogue à celle de l'indemnité kilométrique et ne se confond pas avec la visite.

Comme il s'agit pour moi d'une somme relativement importante, je vous serais infiniment obligé de bien vouloir soumettre la question au Dr Décourt, auteur du tarif Durafour, en le priant de m'écrire directement, si possible, et si je n'abuse pas trop de ses précieux moments.

Dr G.

Réponse.

La première ligne de l'article 1er proclame que le prix de la visite est de 10 francs, et cela sans aucune exception indiquée. Puis, à l'article 2, on parle des indemnités de déplacement, *autre sujet*. Là, on note que dans les grosses agglomérations où le praticien peut être appelé à se déplacer plus ou moins loin, sans quitter l'agglomération, on lui réserve une *indemnité moyenne de déplacement fixée à deux francs,* quelle que soit la distance, même devant sa porte. Et cette indemnité a rapport, non pas avec le *prix* de la *visite,* mais avec les indemnités kilométriques de déplacement fixées toutes dans ce *même* article 2, à savoir 1,10 ou 1,65 suivant qu'il s'agit de régions de plaine ou de montagne.

Il s'ensuit que, *chez vous comme partout,* le

prix de la visite avec le médecin patronal (article 3) est de 10 + 5, soit 15 francs, plus votre indemnité fixe de déplacement de deux francs, soit de 17 francs dans votre cas.

F. D.

Fiscalité

2857. — Changement de domicile. Payement des impôts.

Le 31 décembre 1925, j'ai quitté A. où j'exerçais la médecine dans une maison qui m'appartient et que j'ai louée à mon successeur pour venir habiter B. où j'ai acheté une propriété, moitié comptant, moitié à terme et où je n'exerce plus la médecine.

J'ai fait à B., en temps voulu, ma déclaration sur les bénéfices de 1925 et à cette époque le percepteur de A. m'ayant demandé une déclaration, je lui ai fait connaître que je l'avais déjà faite à B. et que j'avais définitivement quitté A. le 31 décembre 1925.

Au mois de juin dernier, j'ai vendu ma maison de A.

Or, je reçois un avertissement du percepteur de A. d'avoir à payer mes contributions à 13 jours, et en même temps j'en reçois une autre de B., d'avoir à les payer à B.

Qu'est-ce que je dois payer et à qui dois-je payer ?

Il me semble que je ne dois rien à A. sauf la contribution foncière, la contribution personnelle mobilière étant due par mon locataire.

Quant à la taxe civique, je ne peux pas la payer deux fois, à A. et à B., pas plus que la taxe pour mon chien que j'ai déjà payée à A.

Je ne dois pas, à mon avis, de patente pour 1926 ni à A., ni à B., puisque je n'exerce dans aucun de ces deux endroits.

Quant à la taxe vicinale, il me semble que je la dois à B. qui ne me la réclame pas et non à A. qui me la réclame.

Enfin, je suis propriétaire *in partibus* de ma maison de B., dois-je intégralement la contribution foncière ? Etant propriétaire, dois-je la contribution personnelle mobilière ?

Dr X.

Réponse.

Ayant quitté A. le 31 décembre 1925, vous n'y êtes plus redevable que de l'impôt foncier, puisque vous étiez encore propriétaire de la maison.

Allez trouver le contrôleur de A. et demandez-lui le dégrèvement de la taxe civique, de la taxe vicinale et de la taxe sur les chiens due à B. seulement et de la patente que vous ne devez plus nulle part puisque vous n'exercez plus.

La contribution foncière est due par le propriétaire, la personnelle-mobilière par l'occupant, propriétaire ou locataire.

La taxe vicinale est une taxe communale qui n'existe pas à B.

Si sur la somme restant due sur le prix de votre propriété, vous payez des intérêts au vendeur, vous pouvez obtenir une réduction de la contribution foncière à condition de présenter une demande rédigée sur timbre au Préfet dans les trois mois de chaque payement d'intérêts, la demande étant accompagnée des quittances sur lesquelles auront été apposés les timbres fiscaux constatant le payement de l'impôt sur le revenu des créances.

A. M.

2861. — Cessation partielle d'exercice de la médecine. Patente.

A la fin de l'année je désirerais abandonner la profession médicale que j'exerce depuis 40 ans dans ma commune.

1° Où et dans quel délai dois-je faire ma déclaration ?

2° Je touche une somme fixe pour l'inspection des écoles et la déclaration des décès.

Puis-je continuer à exercer ces fonctions sans payer la patente ? Dr T.

Réponse.

Vous n'êtes obligé de faire aucune déclaration pour cesser d'exercer votre profession. Cependant, vous aurez intérêt à prévenir le contrôleur par lettre pour éviter d'être imposé l'année prochaine.

Cependant, au cas où vous continueriez à exercer la médecine sous une forme quelconque (inspection des écoles, déclarations de décès), vous resteriez imposable à la patente.

A. M.

2906. — Base de la patente.

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me faire connaître si je suis fondé à réclamer une réduction d'impôt sur ma patente qui a été calculée cette année sur une valeur locative supérieure de 50 francs à celle de l'an dernier ?

J'habite une maison qui m'appartient et qui n'a subi aucune amélioration.

Dr D.

Réponse.

Ne connaissant pas la valeur locative totale prise pour base de votre patente, il nous est très difficile d'apprécier si une augmentation de 50 francs à la dite valeur locative par rapport à l'année précédente peut donner lieu à réclamation, surtout que vous ne pouvez invoquer une sous-estimation antérieure qui vous était favorable.

Si vous êtes locataire, c'est le prix de votre bail qui doit être retenu.

Si vous êtes propriétaire, comparez la valeur locative attribuée à votre maison à celle attri-

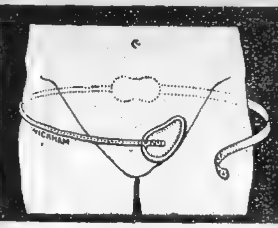


Fig. 1005

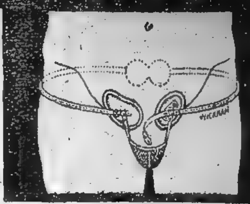


Fig. 1006

Wickham
PARIS

15 Rue de la Banque PARIS 2e Tél. Central 70-55

BANDAGES HERNIAIRES

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR

1° Circonférence du corps sur le trajet du bandage
2° Volume apparent (par comparaison) { à droite / à gauche
3° Age du malade. 4° Sexe.
5° Conformation générale : maigre, gras etc..
6° Indiquer la figure de l'appareil choisi.
7° — id — la qualité — id —

3 qualités { Modèle courant / — imperceptible / — extra-fin

PRIX des BANDAGES

Bandage inguinal ou crural simple	70 à 150
— id — double } — id — ombilical	110 à 200
Bandage pour enfants élastique	25
— id — à ressort	50 à 90

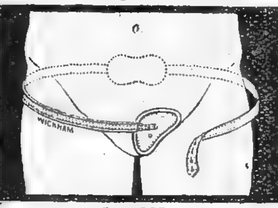


Fig. 1007

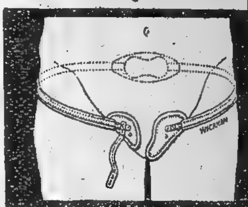


Fig. 1008

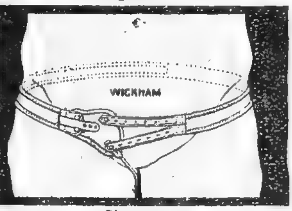


Fig. 1015

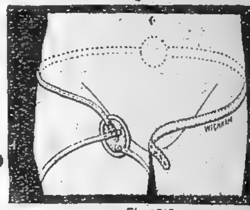


Fig. 1018

Docteur...

Commande à adresser contre remboursement à Mr.................................

....Dépt.......

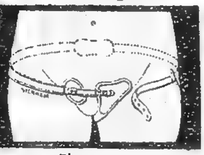


Fig. 1029

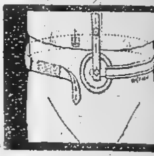


Fig. 1030

CATALOGUE SUR DEMANDE

DERMATOSES

DISPARAISSENT le plus souvent,
sont AMÉLIORÉES constamment,
CALMÉES toujours

PAR LE

DERMO-PLASTOL

Cette pâte poreuse qui convient au plus grand nombre des cas peut être remplacée par le Zébo-Plastol dont l'activité est un peu plus considérable, ou par le Crémo-Plastol recommandé particulièrement chez les enfants. Les "PLASTOLS DUMESNIL" sont indiqués dans toutes les dermatoses, eczéma, psoriasis, prurits, parakératoses psoriasiformes.

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE : LABORATOIRES DUMESNIL

E. DUMESNIL, DOCTEUR EN PHARMACIE

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux, de l'Ecole Supre de Phie

de la Société de Phie de Paris (Médailles d'Or)

10, Rue du Plâtre, PARIS IVe

buée à des maisons de même importance dans le même quartier ou dans la même commune.

Si cette comparaison fait ressortir une exagération, alors vous pouvez réclamer avec quelque chance de succès.

A. M.

2872. — Impôts sur les revenus de plusieurs cédules.

Un médecin dont une part importante des revenus professionnels est constituée par un traitement fixe et une autre part par le produit des visites ou consultations qu'il fait chaque jour, a-t-il droit à un abattement à la base pour le calcul de l'impôt en ce qui concerne la partie ayant rapport au traitement fixe ?

Je sais qu'il existe une réponse du ministre au député Grinda disant que tout doit être compté comme bénéfices de profession non commerciale. Mais cette réponse est de janvier et depuis, la loi a été modifiée et j'ai lu dans un journal médical que l'abattement devait être pratiqué dans ce cas, qui est le mien.

Le contrôleur me refuse le bénéfice de cet abattement. Que dois-je faire ?

Dr D.

Réponse.

En vertu des dispositions de l'article 12 de la loi du 13 juillet 1925, les contribuables qui disposent à la fois de revenus provenant des traitements et salaires et de bénéfices de professions non commerciales ont droit aux abattements prévus pour la première de ces deux cédules, c'est-à-dire, outre les abattements à la base, les déductions en raison des charges de famille.

Mais, en fait, l'administration refuse de considérer comme traitements ou salaires (au sens fiscal) les rémunérations forfaitaires à l'année payées par les entreprises privées ou les établissements publics et, avant de contester le calcul de l'imposition, il faut établir le véritable caractère de ces rémunérations.

A. M.

Questions médico-militaires.

2731. — Solde d'un médecin auxiliaire.

Je vous serais fort reconnaissant de vouloir bien me dire quelle est la solde d'un médecin auxiliaire affecté dans un régiment en France.

Y a-t-il prêt ordinaire ou prêt franc ?

Dr L.

Réponse.

La solde de base d'un médecin auxiliaire est de 7.204 francs en France et de 7.549 francs aux Colonies.

Il existe en plus différentes indemnités variables suivant les cas : résidence, etc., etc...

3015. — Obtention d'un sursis d'incorporation.

J'ai un client qui doit partir faire son service dans un mois environ, or il est atteint actuellement d'hémoptysie ; quelle est la marche à suivre pour lui faire obtenir au moins un sursis ?

Dr M.

Réponse.

Que votre client expose la situation dans une lettre adressée au Commandant du recrutement dont il dépend. Vous y joindrez un certificat médical.

Le nécessaire sera fait et il obtiendra les sursis de maladie dont il a besoin.

3050. — Avancement. Proposition pour la Légion d'honneur.

1° J'ai été nommé médecin aide-major de 1re classe de réserve à T.D. le 22 octobre 1923 pour prendre rang à dater du 8 mai 1919. Combien de périodes faut-il faire et au bout de combien de temps puis-je être nommé médecin-major de 2e classe ?

2° Combien d'annuités faut-il pour être proposable pour la Légion d'honneur et comment les décompte-t-on ? (années de guerre, blessures, citations, etc.)

Dr N.

Réponse.

1° Cette promotion a lieu uniquement au choix, après inscription au tableau d'avancement, qui est établi une fois par an.

Pour être proposé pour le grade de médecin-major de deuxième classe, il faut au moins six ans de grade et une période d'instruction.

2° Vingt-six annuités sont nécessaires actuellement pour être inscrit au tableau de concours de la Légion d'honneur. Ces annuités se décomptent par le nombre des années écoulées depuis l'incorporation pour le service militaire actif ; toute blessure ou toute citation à l'ordre de l'armée compte pour une annuité.

Les années de guerre ne comptent que dans l'appréciation générale des mérites de chaque candidat ; elles ne prennent pas une part supplémentaire au décompte général des annuités.

3008. — Demande de pension. Preuve.

M. D. mobilisé reçoit en 1918 au mois de juillet un coup de pied de cheval au genou droit, hydarthrose, hospitalisé il est envoyé en convalescence de 45 jours. Retourné au front pendant 6 mois, renvoyé au dépôt, hospitalisé pour érythème noueux pendant 1 mois en juin 1919. Convalescence de 45 jours pendant laquelle il est démobilisé.

En octobre 1919, nouvelle poussée d'érythème noueux puis pleurésie sérofibrineuse, transformation en pleurésie purulente opérée à deux reprises ; il reste 22 mois en traitement. Sorti non guéri.

A la suite de ces opérations le malade cherche à obtenir une pension militaire refusée 2 fois pour défaut de pièce d'origine.

A mon avis la pleurésie séro-fibrineuse consécutive à l'érythème noueux est en rapport avec l'hydarthrose consécutive au coup de pied de cheval. Serait-il possible de faire revenir sur les décisions prises antérieurement à son sujet ? Le malade actuellement ne peut plus se lever.

Dr L.

Réponse.

La loi du 9 janvier 1925 permet à votre malade de faire une nouvelle demande de pension ; mais il devra établir, par tous moyens utiles (certificats médicaux, témoignages, etc.) qu'il existe bien une filiation entre la maladie actuelle et celle antérieure (hydarthrose) pour laquelle il bénéficie de l'origine. C'est à cette filiation qu'il devra attacher tous ses soins, en démontrant notamment qu'il n'a pas cessé d'être malade entre ces deux manifestations cliniques, etc.

Au cas où une décision ministérielle lui notifierait par la suite un nouveau rejet, il pourrait dans les six mois introduire un po urvoi devant le Tribunal des Pensions.

2976. — Supplément temporaire de pension.

Vous avez bien voulu répondre à une lettre que je vous avais adressée en me faisant connaître que la pension qui m'a été accordée ne comportait pas le supplément temporaire de 80 % de la pension de soldat. Vous ajoutiez que « pour obtenir ce supplément, je devrais demander au Ministre des finances l'échange de mon titre dans les conditions fixées par l'instruction du 24 juillet 1926 ». J'ai recherché, mais en vain, cette instruction. Que dit-elle ? Aurais-je un avantage pécuniaire à faire changer mon titre de pension ?

Dr X.

Réponse.

Peut-être auriez-vous avantage à faire cet échange ? Nous ne pouvons toutefois vous l'affirmer.

Votre précédente pension avait dû être majorée pour correspondre au minimum de la pension d'ancienneté de votre grade, et aujourd'hui il faut faire un nouveau calcul, qui soit basé sur vos états de service, ou mieux vos annuités. Seule, la sous-intendance régionale, qui, elle aussi, possède l'instruction du 24 juillet 1926, pourra exactement vous fixer des chiffres susceptibles de déterminer votre choix. Quant à nous, nous manquons des éléments utiles.

2854. — Libération du service militaire.

N'ayant pas fait de service militaire autrefois, et récupéré pendant la guerre, j'y suis devenu médecin aide-major de 1re cl. Or, j'aurai 48 ans en janvier prochain. Si je donne ma démission d'officier de réserve à ce moment, serai-je encore mobilisable en cas de guerre ? Il me semble que non, car ma démission d'officier doit me faire redevenir simple soldat ; or, après 48 ans, on ne doit plus être astreint à aucune obligation militaire.

A qui, et à quel moment devrai-je adresser ma lettre de démission, et quel est le délai moyen habituel pour en recevoir la réponse ? Dr V.

Réponse.

Etant redevenu simple soldat, vous ne serez plus mobilisable après l'âge de 48 ans. Deux mois environ avant d'avoir atteint cet âge, envoyez votre lettre de démission au Ministre de la Guerre (7e direction) par la voie hiérarchique du Directeur du service de santé de votre région.

On ne peut vous fixer de délai ; cela peut varier de quelques semaines à 3 ou 4 mois.

2770. — Decès d'un réformé. Droits de la veuve.

Un de mes clients est réformé de guerre, d'abord pour atrophie optique droite, puis quelques années après, pour atrophie optique gauche, donc pour cécité complète.

Quinze mois après cette réforme, le sujet meurt d'hémorragie méningée et de ramollissements multiples du cerveau, mort assez rapide, puisqu'elle est arrivée dix à quinze jours après le début des symptômes.

Cette hémorragie méningée et ces foyers de ramollissement cérébral ne sont pas la conséquence de l'atrophie optique, mais comme l'atrophie optique, ils reconnaissent pour cause, la syphilis (tabes). La veuve de cet homme a-t-elle droit à une pension ? Autrement dit, puis-je faire un certificat attestant que la cause de la mort résulte de la maladie qui a nécessité la réforme ?

Dr Y.

Réponse.

Etablissez un certificat médico-légal attestant que « la cause de la mort résulte de la *maladie* qui a causé la réforme » et la veuve obtiendra sa pension, comme le mari avait obtenu la sienne.

Nous vous conseillons la plus grande prudence pour vos termes de diagnostic. Parlez d'artério-sclérose, etc., mais évitez à tout prix les termes « tabes », et surtout « syphilis ». Vous feriez ainsi, non seulement rejeter la pension de la veuve, mais encore annuler du même coup celle du mari, la syphilis étant considérée comme une maladie, de par sa nature même, étrangère au service, d'où une preuve contraire détruisant toute présomption légale.

Quarante-huitième année. N° 43 *bis*. 27 Octobre 1926.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRECIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2734-IV)

(*Suite du Sommaire*)

Partie Professionnelle

Travaux originaux

Demi-Colonnes

Journées médicales de Montpellier

Correspondance

Anthologie médicale

SERVICE de PROPAGANDE du " CONCOURS "

Les docteurs en médecine et les étudiants qui en feront la demande recevront gracieusement quatre numéros consécutifs du *Concours Médical*, afin de leur permettre de se rendre compte des services que ce journal peut leur rendre.

Les services spéciaux que le Sou Médical rend aux Médecins

Je ne me lasserai pas de profiter de la large diffusion des numéros spéciaux du *Concours médical* qui sont servis à tous les médecins de France et des Colonies, pour mettre en évidence, une fois de plus, aux yeux de ceux qui n'en font pas encore partie, les avantages du « SOU MÉDICAL » et la nature des services qu'il rend à ses membres.

Et, comme rien n'est plus démonstratif que des exemples concrets bien choisis, en voici deux qui sont d'actualité, et qui ne manqueront pas, je veux en être assuré, de frapper les lecteurs de ce journal, et de retenir leur attention.

Donc, un confrère du Comtat Venaissin, qui ne peut se passer d'une automobile pour visiter sa clientèle, dans la région où il exerce et est honorablement connu depuis vingt ans, vient de se voir retirer son *permis de conduire*, par un arrêté préfectoral qui constitue un véritable abus de pouvoir. Cet arrêté est en effet basé sur un jugement correctionnel frappé d'appel, et dont les considérants sont le meilleur des brevets d'habileté et de sang-froid que puisse souhaiter un chauffeur.

Il est possible que, dans ces contrées où soufflent, alternativement, le mistral et le sirocco, où les passions sont si ardentes, où les luttes politiques, et même religieuses, sont demeurées presque aussi vives qu'au temps des Albigeois, les véritables raisons qui ont inspiré les mesures prises contre ce médecin ne soient pas celles que les textes invoquent.

Quoi qu'il en soit, membre du « SOU MÉDICAL », il fait appel à lui, et immédiatement un appui aussi complet que possible lui a été accordé pour présenter requête au Conseil d'Etat, en vue de l'annulation, pour excès de pouvoir, de l'arrêté du Préfet. Et déjà, une somme dépassant mille francs a été engagée pour les frais de procédure et de plaidoirie.

Un confrère de l'Angoumois se voit requérir, en pleine nuit, par le Procureur de la République, aux fins d'*opérer d'urgence*, — notez bien ce motif illégal —, une femme qui vient de recevoir un projectile dans l'abdomen, au cours d'une rixe ; se trouvant malade, il refuse de déférer à une pareille réquisition. Puis, ayant examiné le lendemain la blessée, il décide qu'il n'y a pas lieu à intervenir, et bien lui en prend, puisqu'elle a complètement guéri. Néanmoins, le Procureur, furieux, actionne notre confrère

devant le Tribunal correctionnel, qui le renvoie des fins de la poursuite, dans un jugement fortement motivé. L'avocat de la République, estimant que l'ordre public est menacé par cet acquittement, fait appel de ce jugement. Le « Sou Médical », saisi de cette affaire, où une question de principe se pose, en même temps que sont menacés les intérêts de l'un de ses sociétaires, soutiendra celui-ci de toutes ses forces.

Eh bien ! Qu'en dites-vous, confrères qui avez lu ce qui précède, et qui frissonnerez par anticipation, en songeant que, demain peut-être, vous serez en butte aux mêmes difficultés ? Connaissez-vous une Compagnie d'assurances qui garantisse les médecins contre de semblables éventualités, qui les assiste, qui les soutienne ??? Je n'en connais pas, pour ma part.

Et pour quelle énorme somme le «Sou Médical» se met-il ainsi à la disposition de ses adhérents, chaque fois qu'ils se trouvent « lésés ou menacés dans les intérêts qui découlent de leurs droits professionnels » ? ? ?

Pour quarante francs par an ! ! !

Quarante francs (40 fr.), qui constituent en même temps une prime infiniment légère d'assurance contre la responsabilité professionnelle, couverte jusqu'à scixante-dix mille francs (70.000 fr.) ! ! !

Et, si vos moyens vous permettent de consacrer quatre-vingt-cinq francs par an, — à peine *vingt-cinq centimes par jour*, 0 fr. 25... pas même un sou d'avant-guerre ! ! — cette garantie sera portée à cent mille francs (100.000 fr.). Et vous recevrez en outre hebdomadairement le journal Le Concours Médical, dont vous serez devenus les abonnés...

Adhérez au « Sou médical » ! Abonnez-vous au Concours Médical ! — Cela vous coûtera 85 francs annuellement, et vous rapportera peut-être des milliers et des milliers de francs, comme à ce confrère pour lequel notre Ligue de défense et de protection va constituer prochainement le capital nécessaire pour servir une rente viagère de douze cents francs à un client, en réparation d'une imprudence commise malencontreusement... Ce qui peut arriver à tout le monde.

Adhérez au « Sou médical » ! Abonnez-vous au Concours Médical ! Je vous affirme que vous n'aurez pas perdu votre journée.

Je vous l'affirme avec la conviction inébranlable d'une expérience de quinze années d'administration de ces deux œuvres éminemment utilitaires.

Adhérez demain, tout de suite... Votre cotisation sera valable pour 1927, et vous bénéficie-

rez néanmoins des avantages du « SOU MÉDICAL » à partir de votre admission, qui pourra avoir lieu le 9 novembre prochain.

Ecoutez mon appel, mes chers Collègues. Vous ne le regretterez pas.

Dr G. DUCHESNE,
Secrétaire général adjoint du « SOU MÉDICAL ».

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

Programme sommaire

JEUDI 4 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : **Faculté de Médecine** : séance solennelle d'inauguration des Journées. — 11 heures : Visite des Expositions et de la Faculté, bâtiments et collections.

B) *Après-midi* : 2 h. 30 : **Faculté de Pharmacie** : Célébration du Centenaire de la découverte du Brome. — 4 h. 30 : **Faculté de Médecine** : 3 conférences médicales d'actualité (Professeurs Forgue, Perroncito, Hédon).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Gala au **Grand Théâtre**. (*Tenue de soirée ou, à défaut, tenue de ville*).

VENDREDI 5 NOVEMBRE

A) *Matin* : 9 heures : Manœuvres d'aviation sanitaire au **Terrain d'atterrissage de Montpellier l'Or** avec causerie par le Dr Chassaing et démonstration par le médecin-principal de 1re classe, professeur Picqué. — 11 heures : Visite du **Château de Castries**. — 12 heures : Déjeûner par souscription au Château, sous la présidence du général Martin, commandant le XVIe Corps d'Armée. (*Tenue militaire facultative*).

B) *Après-midi* : 2 heures : Démonstration du Service de Santé au terrain de l'**Hippodrome**. — 4 h. 30 : 3 conférences médicales d'actualité (Professeurs Vincent, Toubert, Spire).

C) *Soirée* : 8 h. 30 : Réception par la Municipalité de Montpellier au Foyer du **Grand Théatre**. (*Tenue de ville*). — **Salle des Concerts** : 9 h. 30 : Conférence médicale d'actualité (Pr Calmette). — 10 h. 30 : une heure de musique.

SAMEDI 6 NOVEMBRE

A) *Matin* : 8 h. 30 : **Visite des Services hospitaliers** (Suburbain, Maternité, Général). — 11 heures : **Faculté de Médecine** : Réunion plénière de l'U.M.F.I.A., avec causerie par le Dr Molinéry.

B) *Après-midi* : **Faculté de Médecine** : 2 h. : Séance d'ouverture de l'Entente Régionale des Syndicats médicaux du Languedoc Méditerranéen. — 3 h. 30 : Séance d'ouverture de la Fédération des Sociétés médico-chirurgicales des Hôpitaux du Midi. — 4 h. 30 : trois conférences d'actualité médicale dont **deux** d'intérêt corporatif (MM. Duchesne, Perreau, Vires). — **Faculté de Pharmacie** : 2 h. 30 : Réunion du Bu-

reau de la Fédération des Syndicats de Pharmacie du Sud-Est.

C) *Soirée* : 7 h. 30 : **Hôtel de la Métropole** : Banquet par souscription. (*Tenue de ville*).

DIMANCHE 7 NOVEMBRE

Excursions facultatives : on pourra choisir entre deux circuits :

a) Circuit **Languedoc-Roussillon** : La Cerdagne française et les Escaldes ; Narbonne, sa Cathédrale, ses Musées, etc.

ou :

b) Circuit **Languedoc-Provence** : Nîmes, le Pont-du-Gard, Avignon, Saint-Rémy, les Baux, Arles.

N. B. — Une **Permanence** sera ouverte à la **Salle Dugès** de la Faculté de Médecine de Montpellier, du mardi 2 au samedi 6 novembre, de 9 à 12 heures et de 13 heures à 16 heures.

Sur le visa de leur carte d'inscription, les adhérents y retireront leur pochette-invitations.

Ils trouveront au **Secrétariat** des Journées Médicales, installé **Salle des Actes** (mêmes jours et mêmes heures que ci-dessus), tous renseignements utiles et pourront y retirer, faire ou expédier leur correspondance.

Secrétaire du Comité : Dr Desfour, 8, rue Emile Zola, Montpellier.

CORRESPONDANCE

Accidents du travail.

2529. — A propos de la contre-visite des blessés.

A la suite d'une réponse publiée dans le numéro du 1er août, dans laquelle nous émettions l'avis que si, en l'absence d'accomplissement des formalités prévues par la loi-accidents, le blessé acceptait cependant de se laisser contre-visiter par le médecin du patron, aucun recours n'était possible, le blessé pouvant renoncer à la garantie que lui offrent ces formalités, à la condition qu'aucune contrainte ne soit exercée sur lui, nous avons reçu la lettre suivante, que nous avons communiquée à Me Nattan-Larrier, dont on lira ensuite la réponse :

La loi du 9 avril 1898 étant d'ordre public, les prescriptions qu'elle indique sont obligatoires et l'absence de l'une d'elles ne peut être suppléée par l'acceptation formelle ou tacite ou passive du blessé. C'est ainsi que pour pouvoir être renseigné, le patron doit remplir *toutes* les formes prévues par la loi sans en excepter aucune et il ne saurait, à mon avis, se prévaloir, pour justifier l'absence de l'une d'elles, du fait que le blessé n'a fait aucune objection.

Quant à la sanction qui résulte de cet état de cho-

ses (appelée par analogie et peut être un peu improprement « nullité de l'acceptation tacile ou passive ») elle est simple. Si les formalités n'ont pas été toutes remplies, le médecin, par lequel le blessé se sera laissé examiner sans objection, ne pourra remplir son mandat ; il ne pourra pas renseigner, sans violer le secret professionnel, le patron et ce dernier ne pourra faire état des renseignements qui pourraient ainsi lui être fournis, notamment pour demander une expertise.

La question offre un immense intérêt pratique. Tous les jours, dans les grandes industries métallurgiques ou minières, des blessés sont soignés par des médecins patronaux. Les blessés n'ignorent pas la qualité patronale de ces médecins ; ils ne disent rien et acceptent leurs services et *leurs visites*. Croyez-vous que les patrons peuvent faire état des renseignements que leur fournissent ces médecins, que les tribunaux peuvent retenir les certificats ainsi délivrés, que les experts aient le droit de se baser sur eux ? ?

Mon opinion est tout autre et, pour concrétiser le cas, voici comment cela se passe.

Un accidenté est soigné pendant plus ou moins longtemps par le médecin patronal. Un beau jour, le demi-salaire lui est supprimé. Réclamation au juge de paix. Le patron fait état d'un certificat de guérison qu'il détient et qui lui a été fourni directement par son médecin.

Ce certificat, dont il sera fait état au cours de la procédure, me paraît irrégulier, sans valeur, parce que le patron l'a obtenu sans avoir rempli les formalités légales, qu'en pensez-vous ? Y a-t-il des décisions, jugements ou arrêts dans des affaires d'espèces analogues ?

En résumé, je pense et répète que, si *toutes* les prescriptions prévues par la loi n'ont pas été remplies, alors même que le blessé aurait accepté l'examen sans protester : 1° le médecin ne peut pas renseigner le patron sans violer l'art. 378 du Code pénal ; 2° ni le patron, ni les tribunaux, ni les experts, ni personne ne peuvent faire état des renseignements médicaux ainsi obtenus. Qu'en dites-vous ?

D. M.

Réponse.

Il me paraît nécessaire de distinguer deux questions totalement distinctes :

1° *Droit du médecin contrôleur en matière d'accidents du travail.*

Le médecin contrôleur, d'après la loi, doit prévenir son confrère des jour et heure de la visite.

D'après la jurisprudence, lorsque le médecin traitant a ordonné à l'ouvrier blessé de ne se prêter à aucun examen du médecin contrôleur, en dehors de sa présence, l'ouvrier ne commet aucune faute en refusant de se laisser examiner. (Cass. 5 décembre 1923, rapporté au *Concours médical*, 1925, p. 1215).

Si l'ouvrier se laisse examiner en l'absence du médecin traitant, c'est que ni ce dernier, ni le

blessé lui-même n'y voient d'inconvénient et, quoi qu'en pense le docteur M., il n'y a nullement une violation d'une règle d'ordre public.

Les textes de la loi sur les accidents du travail qui sont d'ordre public étant très limités, il n'est pas douteux que le médecin contrôleur agissant en vertu d'une décision du Juge de paix, qui se présente pour voir le malade, n'est pas tenu par le secret professionnel vis-à-vis du patron.

2° Il arrive très souvent, comme l'indique le docteur M., que l'ouvrier accepte *comme médecin traitant le médecin que lui désigne son patron.*

Dans ces conditions, il me paraît que ce médecin est lié par le secret professionnel, tout au moins en ce qui concerne les confidences que le blessé peut lui faire. Il n'est évidemment pas lié par le secret professionnel en ce qui concerne la délivrance du certificat qui constatera l'état du blessé et la durée de l'incapacité de travail.

Je dois ajouter qu'il est assez difficile, tout au moins pour moi, de préciser une opinion très tranchante dans ces matières, où les tribunaux s'efforcent de concilier les droits de chacun lorsqu'ils se trouvent opposés.

Evidemment, si, dans une espèce, le médecin contrôleur touchait imprudemment à un pansement ou questionnait insidieusement un blessé, abusait, en un mot, de l'absence de son confrère d'une manière flagrante, les Tribunaux auraient tendance à déclarer que le consentement tacite de l'ouvrier n'a pu couvrir la faute ou l'irrégularité qu'il aurait ainsi commise.

De même, si le médecin du patron accepté par l'ouvrier dépassait le rôle qui lui est attribué par la loi, pour servir les intérêts de son véritable client, la jurisprudence pourrait considérer qu'il y a violation du secret professionnel et responsabilité ; et si elle ne le faisait pas, le législateur pourrait, par un texte nouveau, préciser mieux les devoirs des médecins en matière d'accidents du travail.

Mais, en dehors de ces cas très spéciaux, les juges auront toujours une tendance à penser qu'un médecin qui recherche la vérité avec le consentement des parties en cause — que ce consentement soit exprès ou tacite — ne fait que son devoir et que les Tribunaux peuvent s'appuyer sur le résultat de ces investigations.

Le docteur M. doit, à cet égard, consulter un arrêt de la Cour de Cassation du 26 mai 1914, rapporté au Dalloz de 1919.1.56, qui est très significatif puisque, dans un cas où il y avait certainement violation du secret professionnel, la Cour de Cassation a décidé que l'ouvrier pouvait consentir, même tacitement, à ce que des certificats délivrés antérieurement par un praticien qui lui avait donné ses soins pour un accident antérieur, soient produits devant la Cour d'appel, et

(*Voir la suite page XXXIX-2777*)



PROPOS DU JOUR

A la veille des Journées médicales de Montpellier. Court aperçu de ce que fut l'antique métropole de la médecine en Occident.

Un grand nombre de médecins français et étrangers vont se rendre aux Journées médicales de Montpellier.

Nous et beaucoup d'autres, nous y rendrons comme à un pieux pèlerinage, car Montpellier, une des plus anciennes métropoles médicales de l'Europe Occidentale, est et reste, tant au point de vue des doctrines que de la déontologie, le sanctuaire vénéré de la profession médicale française.

***

Dès son origine, il y a près de mille ans, alors que la cité montpelliéraine commençait à s'accroître à quelques kilomètres de la ville de Maguelonne, siège de l'Evêché, aujourd'hui disparue, un foyer médical se créa dans ses murs. Comment ? Pourquoi ? Nous ne saurions le dire. Ces origines restent historiquement mystérieuses. Quoiqu'il en soit, la réputation médicale de Montpellier était établie dès le XIIe siècle, puisque Ægide ou Gilles de Corbeil, médecin de Philippe-Auguste, qui avait étudié à Salerne, cite Richard, médecin réputé de Montpellier, dans un de ses traités sur les urines ; puisque Saint Bernard et Jean de Salisbury, évêque de Chartres, rapportent que des personnages de marque se rendaient de leur temps à Montpellier pour s'y faire soigner.

La seigneurerie de Montpellier échut aux rois d'Aragon en 1204, puis en 1276 fit partie du royaume de Majorque, créé en faveur d'une branche cadette de la Maison d'Aragon ; elle ne devait devenir française qu'en 1349. Tous les souverains de la ville s'efforcèrent d'y favoriser et d'y développer les études médicales. Les Juifs, les Arabes, les médecins Salernitains, contribuèrent certainement à la création de ce foyer d'enseignement de la médecine et y firent connaître les travaux des médecins grecs et les œuvres d'Hippocrate. En 1180, Guillaume, seigneur de Montpellier, dans le but d'y attirer médecins et étudiants, accorda le droit d'y professer la médecine à tout homme qui en serait capable quelles que fussent son origine et sa nationalité. Pareil libéralisme, peu commun à cette époque, dut être cause de nombreux abus. Pour y remédier, le légat en Languedoc du Pape Honorius III, le cardinal Conrard, réglementa l'enseignement de la médecine à Montpellier par une bulle du 15 août 1220 qui interdisait de pratiquer et d'enseigner la médecine à toute personne qui n'aurait fait preuve de ses connaissances devant des examinateurs et n'en aurait obtenu la licence de l'Evêque de Maguelonne.

Ce fut la véritable origine de la Faculté de médecine de Montpellier, bien antérieure à celle de l'Université de cette ville qui réunit les diverses Facultés préexistantes et reçut ses privilèges d'une bulle du pape Nicolas IV en 1289. Notons que l'origine de la Faculté de médecine de Paris date de 1270 et qu'elle fit encore partie de la Faculté des Arts jusqu'en 1281, époque à laquelle elle obtint son autonomie.

A Montpellier, bien qu'incorporée à l'Université, la Faculté de médecine jouissait d'une entière indépendance et était pourvue de privilèges spéciaux. Elle fut la fille chérie des papes d'Avignon qui ne cessèrent d'intervenir dans le règlement de ses affaires. Ce furent les bulles du pape Clément V qui, en 1308, réglementèrent dans leurs détails, la discipline et les examens. La Faculté resta tributaire du pouvoir ecclésiastique jusqu'au XVIIIe siècle, époque où l'évêque de Montpellier, successeur depuis 1536 de l'évêque de Maguelonne, délivrait encore les licences.

Les rois de Majorque, puis ceux de France, ou leurs représentants, ne cessèrent de protéger les médecins de Montpellier et d'accorder des privilèges aux professeurs.

Louis, duc d'Anjou, Charles VI, Charles VIII, interdirent sous peine de sanctions sévères l'exercice de la médecine à toute personne non pourvue de la licence de la Faculté.

Ce qui distingue l'ancienne Faculté de médecine de Montpellier de celle de Paris, c'est qu'au lieu de s'occuper surtout, comme cette dernière, de ses intérêts corporatifs et de la défense de ses privilèges, elle fit passer au premier plan, l'organisation de l'enseignement. Charles VIII, à la demande d'Honoré Piquet, chancelier de la

Faculté, institua quatre docteurs régents, recevant chacun 100 livres d'appointements annuels, mais qui étaient tenus d'enseigner régulièrement. Ces appointements furent élevés à 400 livres par Charles IX et à 600 livres par Henri IV.

En 1498, Louis XII exigea que les docteurs-régents fussent désignés en cas de vacances par l'évêque de Maguelonne après avis des autres docteurs régents de la Faculté sur leur capacité d'enseigner.

En 1593 et en 1597, Henri IV fonda deux nouvelles chaires, une d'anatomie et de botanique et une autre de chirurgie et de pharmacie. Le professeur d'anatomie était secondé par un dissecteur. En outre deux agrégés étaient désignés pour aider ou suppléer les deux nouveaux professeurs. En 1673 et en 1715, ces deux agrégés devinrent professeurs et les chaires de la Faculté de Montpellier étaient au nombre de huit. Sur ces 8 professeurs, 4 étaient investis de charges administratives : 1° la charge de *chancelier*, chef de la Faculté, qui était viagère. Elective jusqu'en 1664, elle fut ensuite pourvue directement par décision royale ; 2° celle de *doyen* qui consistait à remplacer le chancelier, à diriger les études ; 3° celles des deux *procureurs* qui, élus le jour de la Saint-Luc, chaque année, se partageaient le souci d'administrer les biens de la Faculté et de diriger le personnel secondaire, syndic, trésorier secrétaire, bedeaux.

Les étudiants venaient d'un peu partout et étaient fort nombreux, parfois très turbulents. La plupart étaient logés dans les Collèges, le plus important était le Collège des douze médecins. Une antique coutume permettait aux étudiants de se donner un *roi*, qui servait d'intermédiare entre eux et le chancelier. L'élection du roi, ayant donné lieu à des désordres graves, fut supprimée, en 1340. Mais quelque temps après, le roi fut remplacé par l'*Abbé des Ecoliers*, qui pour les mêmes raisons fut supprimé en 1529, un *procureur* lui succéda, mais en 1550 la Faculté le remplaça à son tour par quatre conseillers que les professeurs désignaient tous les six mois parmi les bacheliers et qui remplissaient le rôle d'intermédiaires entre les étudiants et les professeurs.

Les études étaient longues. A l'époque d'Astruc il n'y avait pas moins de 16 examens. Après trois ans d'études, l'étudiant passait l'épreuve du baccalauréat qui durait de 8 heures à midi. Admis, il revêtait la fameuse robe de Rabelais, qui, le 1er novembre 1530, avait été reçu bachelier à Montpellier.

Le nouveau bachelier coupait un petit morceau de la robe qu'il gardait en souvenir ; de sorte qu'elle dut être fréquemment rapiécée et renouvelée. Elle fut remplacée par François Ranchin, chancelier, en 1610, puis en 1720 et probablemeat plus fréquemment encore, mais la robe du bachelier continua toujours à être considérée comme l'authentique robe de Rabelais et elle existe encore sous ce nom.

Le président du jury remettait alors au bachelier une baie de laurier et prononçait la formule : *Indue purpuram, conscende cathedram et gratias age quibus debes.* Puis le lauréat défilait entre deux rangs de ses camarades qui, en manière de félicitations, l'accablaient de coups de poings. Cette brimade faisait obligatoirement partie du cérémonial de la réception.

A la suite de cet examen, le bachelier faisait pendant trois mois une série de leçons en public devant un professeur sur un programme fixé par le doyen. Il passait ensuite quatre examens où il était argumenté, expliquait et commentait pendant deux jours de suite des passages, tirés au sort dans le *De arte parva* de Galien et les *Aphorismes* d'Hippocrate. Alors l'évêque lui délivrait solennellement la licence au Palais épiscopal.

Le licencié préparait alors les *Triduanes*, six examens, passés soir et matin pendant trois jours, pendant lesquels il devait tenir tête aux argumentations des professeurs et des écoliers.

L'Acte de Triomphe clôturait les épreuves du doctorat ; les cloches, sonnant à toutes volées, annonçaient la cérémonie. La Faculté, précédée des musiciens, conduisait en corps le récipiendaire accompagné de son parrain. Un bedeau portait au bout d'un bâton le bonnet doctoral en drap noir surmonté d'une houppe en soie cramoisie. Des discours étaient prononcés. Le président coiffait le nouveau docteur du bonnet, lui passait au doigt l'anneau d'or, le ceignait de la ceinture dorée, puis lui tendait le livre d'Hippocrate, sur lequel le récipiendaire posait la main en prononçant le fameux serment. Primitivement, la cérémonie avait lieu à l'église, plus tard elle se déroula dans la salle des Actes. Après avoir reçu avec l'accolade et la bénédiction l'autorisation d'exercer son art : *hic ubique terrarum*, le nouveau docteur recevait les félicitations de ses amis et leur distribuait des gants comme cadeaux.

***

Ce qui caractérisa l'école de Montpellier ce

fut l'effort constant qu'elle fit dès l'origine pour coordonner les exercices pratiques et les études théoriques.

Ses relations avec Salerne, avec Bologne, ses rapports avec les Juifs et les Maures d'Espagne lui permirentau XIIIe et au XIVe siècles, non seulement d'anrichir sa bibliothèque des travaux des Salermitins et des Arabes, mais encore d'acquérir la connaissance plus approfondie des œuvres des médecins grecs. Aussi Malgaigne, dans son Introduction des *Œuvres d'A. Paré*, a pu faire cet éloge de la vieille école montpelliéraine, éloge qui dans la bouche du grand chirurgien parisien prend une singulière autorité : « C'est ainsi que le sceptre de la science, tenu successivement par Salerne et Bologne, passa définitivement dans ses mains ; jusqu'à la déconverte de l'imprimerie, nulle Faculté ne peut rivaliser avec elle ... Son école chirurgicale brilla d'un éclat si puissant qu'elle éclipsa et jeta dans l'ombre toutes les autres écoles et qu'elle nous apparaît encore aujourd'hui comme un phare qui projette sur tout le Moyen-Age sa puissante lumière ».

C'est qu'au XIVe siècle, tout au moins dans le midi de la France et en Italie, ne régnait pas cet absurde préjugé, résumé dans le vieil adage *Ecclesia abhorret a sanguine* qui, interdisant aux clercs toute intervention sanglante, établit une barrière regrettable entre la chirurgie et la médecine. La vieille Faculté de Paris, fière de faire partie de l'Université et de compter parmi les corporations nobles, crut que ce serait déroger si elle tolérait que ses membres se livrassent à l'art chirurgical. Tandis qu'à Montpellier, Guy de Chauliac, bien que clerc, put faire de sérieuses études anatomiques, médicales et chirurgicales, illustrer encore cette Faculté célèbre, exercer et enseigner la chirurgie et la médecine non seulement à Montpellier mais à Lyon et à Avignon et devenir le chapelain et le chirurgien de trois papes Clément VI, Innocent VI et Urbain V, qui certes ne paraissaient pas admettre que *Ecclesia abhorret a sanguine.*

Guy de Chauliac était bien à la fois médecin et chirurgien, car dans l'édition en languedocien de sa Grande Chirurgie, conservée à la Bibliothèque Vaticane, sur le titre de l'ouvrage on lit : *per Guido de Cauliach cirurgia, mestra en artz et en medecina en la noble estude de Montpayler.*

L'école de Montpellier était, avons-nous dit, à l'avant-garde du progrès. Arnaud de Villeneuve, vraisemblablement à la fin du XIIIe siècle, professa avec éclat à Montpellier, y apporta les connaissances chimiques des Arabes, y fit sans doute la découverte de l'eau-de-vie et de l'essence de térébenthine. Ses livres de médecine sont remarquables de clarté, de méthode et de judicieuse observation surtout si on les compare aux productions amphigouriques de cette époque et l'on ne saurait admettre les absurdes légendes sur ce savant, taxé d'hérétique et de magicien durant son séjour à Paris, qui fut tour à tour le protégé et le médecin de Pierre III d'Aragon, des rois de Naples, Charles II et Frédéric II et du pape Clément V. L'étude de la chimie fut de tout temps en honneur à Montpellier dont la Faculté fut en 1673 dotée, à l'instigation de Daquin, alors premier médecin de Louis XIV, d'une chaire spéciale de chimie. Tandis qu'à Paris, à cette époque, la chimie était systématiquement décriée et que le doyen Guy Patin y soutenait la ridicule guerre à l'antimoine.

Grâce à une autorisation de Louis d'Anjou, des dissections furent publiquement faites et suivies de démonstrations à l'école de Montpellier dès 1376. Ce ne fut que plus d'un siècle après que l'enseignement pratique de l'anatomie put être donné à Paris.

Enfin Richer de Belleval obtenait d'Henri IV, en 1596, la fondation d'un important jardin botanique pour la Faculté de Montpellier. Quelques années après, les écoles de la rue de la Bûcherie, à Paris, créèrent un minuscule jardin des plantes médicinales à côté de leur amphithéâtre. Le jardin botanique de Montpellier servit de modèle à Guy de la Brosse pour organiser le Jardin du Roi, de Paris, dont la fondation par lettres patentes date de 1626 et qui ne fut ouvert qu'en 1635.

La Faculté de Montpellier sut disputer à Paris le premier rang, jusqu'à la Révolution, et après la Terreur, quand on songea à réorganiser l'enseignement de la médecine en France, trois écoles : Montpellier, Strasbourg et Paris furent jugées nécessaires et suffisantes.

Les médecins célèbres qui illustrèrent la Faculté de Montpellier furent légion. Nous allons faire une brève énumération des plus réputés : citons d'abord le pape Jean XXII au XIIIe siècle. *Bernard Gordon* qui y enseigna au début du XIVe siècle, et fut l'auteur du : *Lilium medicinæ inscriptum* ; *Guy de Chauliac*, le grand chirurgien et *Arnaud de Villeneuve*, le célèbre chimiste dont nous avons déjà parlé ; *Raymond Lulle*, de Barcelone, élève d'Arnaud de Villeneuve, qui fut à la fois célèbre comme chimiste, mathématicien, physicien et philosophe et dont la vaste

érudition paraît avoir compris toutes les sciences de son époque.

Au XVe siècle : *Valescus de Tarente*, qui naquit à Montpellier, y exerça la médecine pendant 36 ans et qui, bien qu'ignorant le grec et écrivant en fort mauvais latin, jouit d'une réputation suffisante pour devenir le médecin de Charles VI, roi de France.

Au XVIe siècle : *Michel Nostradamus*, le célèbre médecin astrologue, l'auteur des *Centuries prophétiques*, qui jouit de la faveur de Henri II et de Charles IX. Nostradamus mourut à Salon où il était né. Etienne Jodelle, son contemporain, le fondateur de la Pléïade, écrivit sur lui l'épigramme suivante qui montre assez bien sa tournure d'esprit :

Nostra damus, cùm falsa damus, nam fallere nostrum est,
Et cum falsa damus, nil nisi nostra damus.

André du Laurens, d'Arles, docteur, professeur et chancelier de la Faculté de Montpellier qui devint médecin de Marie de Médicis, puis premier médecin de Henri IV ; *Rondelet*, que Rabelais immortalisa sous le nom de Rondibilis et qui, étant chancelier, obtint en 1556, de Henri II, l'autorisation de faire construire l'Amphithéâtre d'anatomie ; François *Rabelais* qui, déjà savant médecin, vint vers la cinquantaine se faire recevoir bache lier, licencié et docteur à Montpellier où pour la première fois il commenta Hippocrate dans le texte grec. Joyeux camarade, Rabelais composa et joua avec ses amis à une fête des étudiants la farce de la *Femme Mute*. En 1538, Rabelais fit une leçon d'anatomie à Montpellier et reçut du doyen Jean Schyron un écu d'or. Rabelais rendit encore un service signalé à la Faculté de Montpellier, ce qui explique la popularité dont il y a joui. Il fut à Paris défendre, devant le chancelier Duprat, les antiques privilèges de la Faculté et obtint la restitution du Collège de Girone qui avait été confisqué à la suite d'une guerre contre le roi d'Aragon ; *Sylvius* (Dalaboë), l'anatomiste célèbre qui devint lecteur de médecine au collège de France ; le chancelier *Joubert* qu'Henri III appela à la cour dans l'espoir qu'il guérirait la stérilité de la reine Marguerite ; *Clusius* ou *de l'Escluse* qui, originaire d'Arras, après avoir étudié à Gand et à Louvain, traversa la France pour se redre à Montpellier où il séjourna trois ans et reçut le bonnet de docteur.

Au XVIIe siècle, nous trouvons parmi les élèves et les maîtres de Montpellier : Félix *Platter* qui fut professeur à l'Université de Bâle ; Théophraste *Renaudot*, le fondateur de la *Gazette de France*, l'inventeur du Bureau d'adresses et des consultations charitables, dont les démêlés avec Gui Patin et la Faculté de Paris sont demeurés fameux ; le chancelier *Ranchin*, chirurgien réputé ; Gaspar *Bauhin*, anatomiste et botaniste qui fut premier médecin du duc de Wurtemberg et professeur à Bâle ; Jean *Pecquet* qui vint de Dieppe, son pays, étudier à Montpellier et y découvrit le réservoir du chyle ; *Richer de Belleval*, originaire de Châlons-sur-Marne qui créa le Jardin botanique ; *Piton de Tournefort*, d'Aix-en-Provence, que Fagon attacha au Jardin du Roi, à Paris ; *Vieussens*, originaire du Rouergue, qui fut médecin de Mlle de Montpensier, devint un anatomiste et un neurologiste célèbre et mourut médecin en chef de l'hôpital Saint-Eloi, à Montpellier ; le botaniste *Magnol*, l'ami et le correspondant de Fagon et de Tournefort, qui développa et améliora le Jardin créé par Richer de Belleval ; *Nicolas Lémery*, de Rouen, le célèbre chimiste, calviniste qui, chassé de France par la révocation de l'Edit de Nantes, fut obligé d'abjurer pour revenir dans sa patrie.

Au XVIIIe siècle, *Chirac*, qui fut chancelier et premier médecin de Louis XV ; *Boissier de Sauvages*, médecin et botaniste aussi réputé par sa science que par son inépuisable charité ; *Astruc*, qui, une fois docteur de Montpellier, professa à Toulouse, puis à Montpellier, fut nommé lecteur au Collège de France, puis professeur à la Faculté de Paris, qu'il quitta pendant un an, ayant été nommé médecin du roi de Pologne. Astruc, savant médecin, était un érudit exégète, ce fut lui qui découvrit que la *Genèse* de la Bible était composée par la juxtaposition de deux sources, la source élohiste et la source jéhoviste ; *Antoine* et *Bernard de Jussieu*, Lyonnais, qui, après avoir été reçus docteurs à Montpellier vinrent à Paris et se rendirent célèbres comme démonstrateurs au Jardin du Roi ; *Ferrein*, l'anatomiste qui quitta Montpellier pour la Faculté de Paris ; *Bordeu*, précurseur de Bichat, dont notre ami Molinéry a écrit un remarquable éloge, intelligence de premier ordre, qui quitta Montpellier pour Paris où il fut médecin de la Charité, médecin de Madame du Barry, qui fut appelé en consultation par Lorry au chevet de Louis XV mourant, et dont les succès provoquèrent des jalousies féroces chez ses confrères parisiens. Il fut intendant des Eaux minérales d'Aquitaine et contribua à l'essor des stations thermales pyrénéennes ; *Gigot de Lapeyronie*, premier chirurgien de Louis XV, fondateur de l'Académie de chirurgie.

Au XIXe siècle : *Barthez*, le médecin philosophe, une des gloires de Montpellier, le créateur du vitalisme, doctrine que *Lordat* poussa à l'extrême, mais qui donna à la réputation de l'antique Faculté un lustre nouveau ; *Pyrame de Candolle*, Génevois, qui fut professeur de botanique à Montpellier ; *Chaptal*, le chimiste, qui, en 1793, fut chargé de surveiller la fabrication des poudres et fut ministre de l'intérieur en 1800 ; *Ph. Pinel* l'aliéniste et le nosologiste réputé dont on va célébrer le centième anniversaire de la mort.

Mais nous approchons de l'époque contemporaine et nous devons borner là cette longue et bien incomplète énumération.

Cependant Montpellier, qui fournit la plupart des premiers médecins des rois de France, dont deux des Professeurs faisaient partie de droit de la Maison médicale du Roi avec les charges de médecin anatomiste et botaniste, n'est pas déchue de sa grandeur. Des cliniciens comme Combal et Grasset, des chimistes comme Béchamp, des chirurgiens comme Bouisson, Courty, Dubrueilh, jouirent à la fin du siècle dernier et au début du XXe siècle d'une universelle renommée. Ils ont certes des successeurs, mais nous ne saurions citer les vivants.

La célébration des centenaires de la découverte du brome par Balard et de la création des chefs de clinique qui illustrera les Journées médicales, prouve bien que tant pour la chimie que pour la clinique, Montpellier a été à l'avant-garde du progrès au XIXe siècle.

Grasset qui, comme savant, clinicien et philosophe, égala Barthez, s'il ne le dépassa pas, sut faire revivre la doctrine vitaliste en la débarrassant de ce qu'elle paraissait avoir de trop métaphysique, reproche que lui faisait Claude Bernard.

Actuellement il semble bien que le néovitalisme triomphe car l'on admet partout que la maladie est autre chose que la lésion d'un organe ou qu'un ensemble symptomatique.

***

Cet exposé historique brusque, semé de lacunes, suffira cependant, nous l'espérons, à indiquer l'attrait qu'un médecin français doit trouver à assister aux Journées médicales de Montpellier. Ce sera, nous le répétons, un pèlerinage au sanctuaire le plus ancien de la médecine française, à l'Ecole où ont été le mieux conservées de nobles et saines traditions, puisque les nouveaux docteurs y prêtent encore le serment d'Hippocrate, base de notre déontologie.

Dans ce foyer médical où l'intimité et la confiance règnent entre les maîtres, les praticiens et les élèves, tous les médecins trouveront des exemples à suivre, des modèles à imiter. Ce sera donc, avec respect et une profonde admiration, que nous irons saluer Montpellier l'antique métropole de la médecine en Occident, qui n'a rien perdu de son prestige, ni de sa valeur.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

EXAMEN ET GOUVERNEMENT D'UNE GESTANTE

Par M. Paul Delmas,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Il est peu de problèmes aussi banaux — ce qui n'est pas synonyme de plus faciles à correctement résoudre — que les questions qui se posent à l'occasion de l'examen d'une femme enceinte. Poser le diagnostic de gravidité, puis en déduire la ligne de conduire à suivre, tels sont les points à envisager successivement.

I

Etablir l'existence d'une grossesse suppose la recherche méthodique de deux sortes de signes : données d'interrogatoires, renseignements fournis par examen direct.

Les uns et les autres sont si nettement tranchés que l'interrogatoire, par lequel les premiers sont rassemblés, pourrait, à la rigueur, se poursuivre par téléphone, tandis que les seconds doivent être tout aussi complets chez un sujet plongé dans un profond sommeil.

A. — L'interrogatoire, du simple au complexe, doit, progressivement, amener l'abandon confiant de la gestante supposée, mais aussi, en rai-

son des conditions d'ordre moral qui accompagnent parfois la grossesse, le médecin, confident plein d'indulgence, ne devra jamais, « *in petto* », s'écarter d'un scepticisme intime qu'il se gardera de laisser soupçonner, tout en se réservant de croire cela seulement qu'il aura pu lui-même contrôler.

Un bref préambule d'état-civil est indispensable.

Le nom, vrai ou supposé, qui permet de classer ou de retrouver une observation ;

L'âge, en se souvenant de la mauvaise réputation des primipares âgées ;

La profession, tant en raison des conséquences mécaniques de certains métiers (les lessiveuses et les positions transversales) que des contre-coups de certaines intoxications (oxyde de carbone chez les cuisinières).

Enfin, le domicile : par la suite, frissons et fièvre, chez une accouchée, ne doivent pas toujours être tenus pour la signature d'une infection puerpérale, quand il y a du paludisme sous roche.

a) Le questionnaire proprement dit doit viser d'abord la grossesse actuelle et selon l'ordre chronologique.

1/ Quelle est la date des dernières règles ? ce point admis, comme un axiome, que toute femme, qui voit en rouge aux dates et avec les caractères habituels, ne saurait être enceinte. Cette précision obtenue, ajouter dix jours au dernier jour des dernières règles donne l'âge de la grossesse. Le terme en peut être fixé, ce dixième jour pris comme point de départ, soit en ajoutant neuf mois, soit en remontant d'un trimestre.

2/ Depuis la suppression des époques, quelles remarques la femme a-t-elle faite sur son état ?

α) Plutôt que de s'appesantir sur les prétendus signes sympathiques de la grossesse, qui ne sont, à vrai dire, que de petits signes de toxhémie, la femme a-t-elle vu son ventre grossir ?

β) A-t-elle senti remuer ? et, si oui, à quelle date ? Ce renseignement n'a de valeur que si corroboré par un point de repère objectif. Ainsi, la réponse « à 4 mois » ne signifie rien, mais seulement le synchronisme avec un fait tel que : jour du tirage au sort, celui des obsèques d'un parent, ou tout autre évènement noté avec soin.

Cette constatation marque la fin de la première moitié de la grossesse, mais il est des femmes qui n'ont jamais senti remuer et qui mettent cependant au monde des enfants bien vivants.

Le siège de ces mouvements indique l'emplacement des petits membres, et par là, permet de présumer s'il s'agit d'une position droite ou gauche.

γ) Ses seins, après avoir grossi, se sont-ils affaissés ? des varices aux membres inférieurs se sont-elles atténuées ? autant de présomptions en faveur d'une gestation interrompue par la mort du fœtus, qu'il y ait eu rétention de l'œuf mort, ou que celui-ci ait été expulsé.

3/ Le diagnostic de gravidité supposé établi, celle-ci est-elle normale. A vrai dire, la seule question qui importe est celle de la toxhémie, avec, comme conséquence obligée, l'instauration du régime lacté.

α) Dans un ordre invariable et arbitraire, celui de la topographie, et afin de ne rien oublier, il faut donc rechercher, en excluant les termes techniques au profit d'une terminologie familière à toutes, les signes suivants : les « maux de tête » et non la céphalée ; la « vision trouble, comme à travers un nuage », plutôt que l'amblyopie ; la persistance des vomissements, la « barre au creux de l'estomac » et non l'épigastralgie, la constipation ; pour s'enquérir de l'existence d'œdèmes, provoquer des renseignements concrets tels que ; « existe-t-il le matin, au réveil, de la bouffissure des paupières ; — la bague portée au doigt paraît-elle devenue trop étroite ; — les chaussures marquent-elles autour du coup-de-pied, ou le bas laisse-t-il les marques de ses mailles sur la peau ? » — autant de points dont le groupement concourt à déceler le syndrome toxhémique.

β) Ces renseignements doivent toujours être appuyés de la recherche systématique de l'albumine dans les urines, soit par le procédé extemporané de l'ébullition, et de l'acide azotique, soit par son dosage par le tube d'Esbach.

Mais encore convient-il, en vue d'éviter de grossières erreurs entraînant après elles une mise au régime injustifiée, de ne soumettre à cette recherche que des urines recueillies avec soin.

La disposition anatomique respective des voies génitales et des voies urinaires fait que le premier jet, balayant la vulve, entraîne avec lui, quand il s'en trouve, des glaires d'origine génitale dont la présence peut fausser les résultats.

Par suite, les urines seront-elles recueillies par cathétérisme, ou, plus simplement, après qu'une toilette attentive de la vulve et de la partie inférieure du vagin aura été pratiquée.

c) Est-ce la première fois que la femme est enceinte ? Si non, à propos de chacune des gravidités, établir leur date et leurs particularités cliniques. Caractères de la grossesse, normale ou pathologique ; — date et modalités de l'accouchement, rapide ou prolongé, spontané ou non ; — destinée du produit de conception ; — son mode de nourrissage ; — qualité des suites de couches ; — autant de points susceptibles d'éclairer l'état actuel.

d) En dehors de la gestation, mode de fonctionnement de l'appareil génital. Age de la première menstruation, et, par la suite, ses modalités, indolence ou non, durée, abondance expri-

mée par le nombre des serviettes salies en un jour. Dans l'intervalle, la femme tache-t-elle son linge ? Les pertes, s'il en existe, peuvent-elles être comparées à du lait caillé, si d'origine vaginale, à du blanc d'œuf ou de la morve, si utérine.

e) Gravide ou non, cet utérus n'est pas sur un piquet, sous un globe et dans un musée anatomique. Quelles sont les caractéristiques de l'organisme dont il fait partie ? Donc, recherche des antécédents.

α) Physiologiques en premier lieu.

I. Le mode de nourrissage. La femme a-t-elle été nourrie au sein ou au biberon, ce dernier mode fréquent dans le passé des rachitiques, tout comme la date trop précoce du sevrage, avant le neuvième mois écoulé.

II. S'enquérir de la date des premiers pas. Ne pas demander à quel âge la femme a « marché » (ce qui provoque parfois des réponses ridicules). La locomotion des rachitiques dans le jeune âge a souvent été troublée, soit que les premiers pas aient été tardifs, soit que la marche ait été interrompue quelque temps après son début.

β) Les antécédents pathologiques doivent être mis en lumière.

I. Il convient de rechercher les maladies aiguës, la dothienentérie et le rhumatisme qui lèsent le cœur, la fièvre scarlatine avec ses séquelles rénales, etc...

II. Pour dépister les maladies chroniques user de diplomatie. La crudité de certaines questions provoque des défiances ou des révoltes ; aussi, viser à des questions simples, susceptibles, sans évasion, d'une réponse par oui ou par non.

La femme s'enrhume-t-elle facilement, tousse-t-elle tous les hivers ? crache-t-elle, blanc, vert ou rouge ? A-t-elle maigri depuis quelque temps et de combien de kilogrammes ? A-t-elle de la fièvre le soir ? ... Voilà qui peut orienter vers une bacillose jusqu'alors inaperçue.

Dans une autre direction, la femme a-t-elle eu du « mal à la bouche » ou aux « parties », des « boutons » sur le corps, des maux de tête ou dans les jambes la nuit, souffre-t-elle en avalant ou en allant à la selle, autant de signes, surtout combinés avec des avortements en série, révélateurs d'une vérole qui, de bonne foi, a pu s'ignorer.

Tout cela n'aboutit qu'à des présomptions, utiles cependant pour orienter le diagnostic.

Long en apparence, un tel interrogatoire peut être rapidement mené, aboutissant, en résumé, à un petit nombre de renseignements précis, seuls utiles à consigner dans une observation.

B. — Voici le second temps des investigations venu : sauf paroles de courtoisie ou d'encouragement, l'examen se poursuit désormais en silence. Mais il y sera procédé par tranches *méthodiques*, allant, par degrés, de ce qui se voit à ce qui doit être cherché, en se gardant avec une égale attention d'une absurde pruderie et d'un manque d'égards pour le moins choquant.

a) A travers la tenue de ville, que la mode actuelle transforme aisément en déshabillé, la taille et les proportions relatives seront d'abord notées.

De même, l'œil et l'oreille ont déjà, en révélant la démarche ou la claudication possible, laissé présumer certaines déformations pelviennes.

b) La tête offre ensuite, à l'examen, un squelette et des parties molles.

1) Au niveau de celles-ci sont notés l'œdème de l'albuminurie, les éruptions cutanées ou les plaques muqueuses, les cicatrices, l'alopécie en clairières et l'iritis des spécifiques.

2) Celui-là montre le crâne natiforme des rachitiques, l'asymétrie faciale des scoliotiques, les dents crénelées, la microdontie des incisives latérales et la voûte ogivale des hérédo-spécifiques.

c) au niveau du cou, mêmes constatations pour les téguments ; puis, au-dessous, l'exploration de la thyroïde et, aussi, plus utilement, celles des ganglions, en chapelets indolents et durs, comme fréquents stigmates de vérole.

d) Avant de passer au tronc, les membres inférieurs, découverts, en tant que besoin, montreront, sans parler de l'œdème prétibial ou des varices si fréquentes :

α) D'une part, la forme des fémurs en parenthèses, chez les rachitiques, ou des tibias en lame de sabre chez les hérédos ;

β) D'autre part, s'ils ont même longueur et même attitude ; au cas de la négative, les diverses mensurations, ligne de Nélaton-Roser ou de Paul Richer ainsi que l'exploration de leurs divers mouvements autour de l'articulation de la hanche.

e) Un coup d'œil rapide, qu'il serait peu charitable d'appuyer de l'exploration digitale chez une femme, établit le type des courbures rachidiennes et leur retentissement éventuel sur le bassin.

f) Au niveau du thorax :

α) Sa forme générale traduit d'emblée l'architecture du squelette où se peuvent trouver des clavicules en S, ou le chapelet des articulations chondro-costales ou chondro-sternales qui vont souvent de pair avec les bassins rachitiques.

β) Les parties molles, outre les caractères notés ailleurs, au niveau des téguments, offrent à l'examen :

I. La mamelle. Seront tour à tour notés son volume, sa forme générale, la saillie des mamelons, les deux aréoles, primitive et secondaire.

Par le palper, la part relative de la graisse *d'emballage, et de l'élément glandulaire actif.*

Le trayage direct amène souvent quelques gouttes de colostrum.

II. Une auscultation attentive du cœur et du poumon ne devra jamais être négligée, et l'existence d'une affection des voies respiratoires ou d'une cardiopathie peut avoir de l'importance au point de vue de la ligne de conduite à tenir à chacun des stades de la puerpéralité.

Grossesse à surveiller ou à interrompre, accouchement à terminer artificiellement par le forceps ou la version sitôt la dilatation terminée, allaitement à proscrire, etc... tout cela est au premier chef de la clinique obstétricale.

g) Reste le ventre qu'il faut maintenant explorer. Le sujet couché sur le dos, la chemise remontée jusqu'aux fausses côtes pendant que, pour ménager toutes les pudeurs, et, l'hiver, pour éviter l'incommodité du froid, un drap est ramené jusqu'au dessus du pubis. Le premier coup d'œil en montre les dimensions — petit ou gros — et la forme, saillante, en obusier ou en besace.

Sans plus s'attarder à ces constatations de second plan, l'analyse clinique de cette région capitale va donner d'utiles précisions.

α) La paroi, d'abord, qu'il faut mentalement disséquer couche par couche.

I. La peau, avec sa ligne brune et ses éraillures sous-cutanées que sont les vergetures, récentes quand de couleur lilas, ou nacrées si anciennes. Il les faut parfois rechercher sur les cuisses ou les fesses, quand l'abdomen n'en présente pas.

II. Au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané, variable selon l'embonpoint du sujet, le plan musculo-aponévrotique, dont la qualité importe si fort à connaître.

La sangle abdominale est-elle suffisante ou convient-il de prescrire une ceinture, dite de grossesse ? La patiente est priée de s'asseoir sur son lit, simple simulacre au cours duquel l'œil fixé sur l'emplacement de la ligne blanche apprécie si, entre les deux muscles déjà tendus par l'effort, apparaît la saillie en côte de melon du contenu du ventre faisant effort au niveau d'une éventration.

β) Vient enfin la masse incluse sous la paroi, où seule la tumeur médiane, utérus gravide le plus souvent, attire maintenant l'attention.

I. Dans un premier temps, une vue d'ensemble sera donnée par l'appréciation de ses dimensions, calculées en centimètres à partir du bord supérieur de la symphyse pubienne, pris comme point de départ.

Le bord cubital de la main gauche de l'observateur, perpendiculairement disposée au grand axe de la tumeur, tombe, au-dessus du ressaut que représente le bord supérieur de la tumeur, pour en coiffer le fond. Un ruban métrique est étendu du bord supérieur de la symphyse pubienne au point ainsi limité. Deux séries de chiffres, — 5, 10, 20, 30 donnent la hauteur en centimètres ; II, IV, VI, VIII, représentent les mois — une fois rapprochés les uns des autres établissent à peu de chose près l'âge présumé de la grossesse, sous réserve qu'il n'y ait ni hydramnios, ni gros œuf, faciles l'un et l'autre à déceler au palper. 33 correspondant à une grossesse à terme.

II. Le palper ne saurait être pratiqué avec fruit que sous le couvert d'une rigoureuse méthode. De plus, pour ne pas provoquer de réaction de défense, surtout au cours de la saison froide, alors que les mains de l'observateur paraissent glacées à la tiédeur d'une peau soustraite aux influences extérieures, prendre le soin de se réchauffer les mains. Le geste pourrait être mal interprété, qui consisterait à les frotter l'une contre l'autre. Il est des avantages à demander à ce moment de l'eau chaude pour se savonner les mains, ce qui, tout en les amenant à la température convenable, donne à l'intéressée cette impression qu'une exploration de caractère intime n'est entreprise qu'avec des mains préalablement débarrassées de leurs souillures.

L'exploration se fera par les pulpes des quatre doigts largement exposées à plat, et non à la manière d'un pianiste, par les extrémités digitales, ce qui est susceptible de provoquer de la douleur et d'entraîner de la contracture de la paroi, tout en ne renseignant que sur une surface par trop limitée.

Ceci dit, trois questions sont à résoudre successivement.

A. D'abord, quelle est la région fœtale qui s'engage, ou tend à s'engager la première ; en d'autres termes quelle est la présentation ?

Pour cela, faire face aux membres inférieurs, en se plaçant sur le côté du tronc. Les deux mains dont les médius se touchent forment une sorte d'ogive à concavité dirigée vers l'ombilic et précisent si le contour du détroit supérieur est habité ou non et les caractères de la masse qui la sollicitent.

Dure, ronde, régulière, tel est le signalement de la tête mobilisable d'une main à l'autre, si la tumeur n'est pas engagée ; — comme vérification, l'observateur, après une volte face vers le visage de la patiente, explore le fond de l'organe pour se rendre compte si le fond de l'utérus contient une masse plus volumineuse, moins dure, moins régulière, non ballottable, c'est-à-dire offrant les caractères d'un siège.

B. Ensuite, quelle est la position, donnée par le côté où se trouvent les petits membres, ce qui contrôle les données d'interrogatoire du point où sont perçus les mouvements actifs ?

C. Enfin, quelle est la variété, devinée antérieure ou postérieure, selon que les petits membres sont moins ou plus accessibles que la surface large étalée et régulière du dos ?

III. L'auscultation fixe deux points importants.

A. En premier lieu, l'existence des bruits du cœur fœtal permet seule d'affirmer à coup sûr l'existence d'une gravidité ; que l'utérus soit vide ou ne contienne qu'un fœtus mort en état de rétention, l'auscultation reste en effet silencieuse.

B. Les battements du cœur fœtal une fois perçus, le foyer maximum contrôle les données du palper.

A une présentation mobile correspondent des bruits plus voisins de l'ombilic ; engagée, ils se rapprochent du pubis.

A gauche, ils vérifient une position gauche, sous la réserve que l'axe de symétrie n'étant pas médian, du fait que le cœur ne l'est pas davantage dans le tronc fœtal, les positions droites ont un foyer proche de la ligne médiane.

C. Accessoirement, on a voulu tirer de la fréquence des bruits, en deçà ou en delà de 140 pulsations à la minute, une présomption en faveur du sexe du produit de conception. Lents, ils accuseraient plus volontiers un garçon. Autant vaudrait se prononcer à pile ou face, car la fréquence des bruits est, en principe, proportionnelle au poids du produit de conception, et un fœtus mâle peu développé a des bruits plus rapides que ceux d'une grosse fille.

h) Dernière investigation, réservée pour la fin comme plus intime : le toucher obstétrical.

1/ Pour procéder à cet examen, la femme sera couchée sur le dos, les cuisses largement écartées : toute fausse pruderie doit être désormais rejetée. Il importe en effet qu'avant d'introduire ses doigts dans le vagin, le médecin ait pu vérifier, à l'avance, s'il existe des plaques muqueuses en pleine efflorescence, de même qu'il aura noté avec soin toutes autres particularités décelables à la seule inspection.

Au surplus, à vouloir, comme le faisaient les médecins d'autrefois, et pour ménager, paraît-il, la pudeur de la patiente, pratiquer cet examen sous un drap largement rabattu qui couvrait jusqu'à l'épaule de l'explorateur, on s'expose, soit à une souillure des doigts du côté de l'anus, soit à des contacts déplacés du côté des organes érectiles, erreur que son caractère équivoque suffit pour faire rejeter nettement.

Après toilette minutieuse des mains, les petites lèvres une fois écartées, l'index accolé au médius sera introduit dans le vagin dont l'humidité naturelle suffit habituellement pour faciliter les glissements. Au cas où un lubréfiant apparaîtrait désirable, plutôt que de faire appel à de la vaseline dont l'asepsie est souvent incertaine et la viscosité adhésive des plus difficiles à faire disparaître après exploration, il vaut mieux conserver sur ses doigts, revêtus de préférence de doigtiers en caoutchouc, un peu de mousse de savon pratiquement antiseptique et facile à entraîner au dehors, l'examen une fois terminé, par un simple lavage à l'eau tiède. Le doigt sera dirigé obliquement dans la direction supposée de l'ombilic, ce qui est sensiblement l'axe de l'excavation, attitude qui s'impose, le coude de l'explorateur enfoncé très bas dans le plan du lit.

2/ Les résultats de cette exploration visent d'une part, le squelette pelvien, d'autre part, le contenu du bassin.

α) Le squelette doit faire l'objet d'une exploration méthodique qui ne laisse passer aucune des précisions qu'il s'agit de recueillir.

I. Tout d'abord, le promontoire doit être recherché, parce que, de tout le contour osseux du détroit supérieur, c'est le point le plus caractéristique d'une pelviviciation, au cas — de tous le plus fréquent — de bassin plat. Sa continuité avec les ailerons du sacrum permet aisément d'éviter toute confusion avec les faux promontoires.

A. Ce point une fois repéré, il y a lieu, quand il est accessible, d'en mesurer la distance au sous pubis, en vue d'en tirer, après déduction forfaitaire d'un centimètre et demi, la valeur du diamètre promonto-pubien minimum par lequel s'exprime la valeur de la perméabilité d'un bassin.

B. Il se peut que le promontoire ne soit pas accessible, soit qu'il n'existe pas de rétrécissement antéro-postérieur, soit que celui-ci ait été franchi par l'engagement de la présentation. Dans ce cas, la forme et la valeur du détroit supérieur sont données par l'exploration de l'arc antérieur du bassiné, tendu en avant des extrémités du diamètre transversal. Ainsi, la main en supination, le doigt explorera-t-il tour à tour les versants droit et gauche de la symphyse pubienne, du corps du pubis et la ligne innominée. Selon que cet arc antérieur paraîtra correct, redressé ou exagéré, le bassin sera reconnu pour normal, aplati, ou redressé transversalement.

II. La valeur de l'excavation importe presque autant que celle du détroit supérieur, et ses parois latérales et postérieures surtout doivent être précisées.

A. La convergence des parois ischiatiques montre les rétrécissements en entonnoir.

B. La forme du sacrum, selon qu'il est plan, concave ou saillant, permet de se rendre compte de la perméabilité de l'excavation et de décider, en connaissance de cause, si une extraction y est désirable, tête première par le forceps, ou tête dernière par exécution de la manœuvre de Champetier de Ribes.

III. Au niveau du détroit inférieur, outre l'écart des ischions, la recherche de la mobilité sacro-coccygienne renseigne sur la possibilité de la rétropulsion de cet os et les difficultés possibles au dégagement du fœtus.

β) Le contenu du bassin comprend : le vagin, l'utérus, son contenu.

I. Le vagin offre à noter sa longueur, la profondeur des culs-de-sacs et les accidents de sur-

face : cicatrices de déchirures anciennes, brides, diaphragmes, ou l'aspect granuleux qui accompagne fréquemment les vaginites gonococciques.

II. Au loin, au sein de sensations vagues et molles, l'exploration doit s'attacher à trouver comme repère l'orifice du col par où s'établit la reconnaissance de l'utérus.

A. Cet organe doit, par le palper combiné au toucher, être précisé dans ses dimensions, au cours surtout de la première moitié de la grossesse, où, de concert avec la suspension des règles, seul le volume de l'organee peut donner, avec une présomption du diagnostic de grossesse, des données objectives sur sa date.

On se rappellera avec fruit qu'une grossesse d'un mois correspond à un utérus de la dimension d'une mandarine, de deux mois de la dimension d'un poing, de trois mois de la dimension d'une tête fœtale.

Mais le meilleur signe de grossesse, quelle que soit la date, se tire de l'évasement du segment inférieur contre lequel, de chaque côté du col, va buter le doigt.

B. Cette investigation d'ensemble une fois pratiquée, il y a lieu de préciser les caractères du col, d'une part, du segment inférieur, de l'autre.

Pour le col, seront tour à tour notées : sa forme cylindrique, en entonnoir, en éteignoir, chez les grandes multipares ou les femmes qui ont persévéré avec constance dans les rapports sexuels au cours de la gravidité ; et aussi celle de l'orifice externe et des commissures fréquemment déchirées à gauche chez les multipares ; — sa longueur, en notant que les grossesses successives usent le col, mais que les dimensions du trajet peuvent apparemment être réduites du fait du télescopage des parois, à la manière d'un bas vidé ; — sa perméabilité, en se gardant avec soin de vouloir forcer l'orifice interne, ce qui peut entraîner des contractions prématurées intempestives ;

Le segment inférieur se présente au doigt sous la forme d'un dôme régulièrement tendu au fond du vagin et qui sépare de la présentation, reconnue, au travers de lui, aux caractères qui lui sont propres : l'épaisseur anormale de cette région anatomique, ou, plutôt, l'impression qu'elle donne au doigt d'être comme matelassée, doit faire redouter l'existence d'un placenta bas inséré.

III. Le contenu de l'utérus est aisément reconnaissable par la recherche de cette sensation si caractéristique qu'est le ballottement vaginal.

A. Celui-ci, perceptible dès les premières semaines de la grossesse, se borne à établir l'existence d'un solide flottant dans du liquide, et l'on en déduit habituellement l'existence d'un fœtus dans les eaux de l'amnios.

B. Dans le dernier trimestre de la grossesse, la dimension de la région fœtale qui est au regard de l'entrée du bassin, permet d'en reconnaître la nature : dure, régulière, ballottable, c'est un sommet ; — mollasse, irrégulière, plus difficile à mobiliser, c'est un siège ; — le vide du segment inférieur doit faire penser à la présentation transversale.

C. Au cours des dernières semaines, un mois et demi à l'avance chez les primipares, quinze jours avant terme chez les multipares, la présentation s'engage, dans la règle, sauf le cas de présentation anormale ou d'obstacle, soit dur : rétrécissement du détroit supérieur ; — soit mou : placenta prævia. Les caractères de la présentation peuvent souvent être précisés en détail à travers la minceur du segment inférieur étalé, au point que la reconnaissance des sutures et des fontanelles permet d'affirmer la position et la variété.

D. Dans certains cas même, une tige pulsatile entre segment inférieur et présentation peut laisser redouter une procidence du cordon.

II

Voici le diagnostic établi. Quelle conduite tenir vis-à-vis de la personne qui vient d'être examinée ?

A. — Deux questions se posent successivement : faut-il parler ? que faut-il dire ?

a) Sur le premier point, le médecin sera guidé par deux ordres de considérations.

1/ L'aphorisme de Van Swieten, médecin de Marie-Thérèse, la mère de Marie-Antoinette, devra toujours être présent à son esprit : « *nunquam magis periclitatur fama medici quam ubi agitur de graviditate determinanda* ». C'est qu'en effet, le diagnostic différentiel de la gravidité ou celui touchant l'âge de la grossesse comporte des chances d'erreur qu'une interlocutrice étrangère aux choses de l'art n'est pas toujours à même de démêler, et l'évènement, survenant ou non à la date fixée, peut mettre en péril l'opinion favorable que le public doit avoir d'un médecin supposé en défaut.

2/ Au cas même où le diagnostic paraît cliniquement simple, il est des cas où, sans manquer à la confiance mise en lui par sa cliente, le médecin aura eu, à tort ou à raison, l'impression que — le diagnostic de grossesse posé par lui, au cours des premières semaines, lorsqu'une à deux périodes à peine ont fait défaut, — la femme ne quittera son cabinet que pour aller solliciter, avec un triste succès, quelque Lucine, trop complaisante. En pareille occurrence, c'est s'enlever de l'esprit tout regret ultérieur qu'avoir su ne pas être affirmatif et laisser entendre que d'autres examens à échéances plus éloignées sont nécessaires pour conclure. D'ici là, la femme a eu le temps de se faire à l'idée d'une grossesse ; la gestation, par sa durée plus longue, apparaît comme plus difficile à interrompre. Ainsi les délais et atermoiements voulus du médecin ont-ils eu

pour effet d'amener jusqu'à la constatation des premiers mouvements actifs, et c'est bien souvent un avortement criminel qui a été heureusement écarté.

b) Cette réserve faite, il va de soi que, dans l'immense majorité des cas, le médecin doit à sa cliente de la mettre au courant de tout ce qui, dans son état, est susceptible de servir de base à pronostic et à la ligne de conduite à suivre.

1/ La première affirmation est celle d'une grossesse, dont la date sera précisée, et en spécifiant l'état de vie du fœtus, hors le cas de rétention du produit de conception.

2/ Mise au courant de son état de grossesse, la femme désire connaître si l'enfant est « bien placé », d'où la nécessité de lui faire connaître qu'il s'agit d'une présentation longitudinale ou transversale par les extrémités céphalique, pelvienne ou le flanc, avec les conséquences qui en découlent.

3/ Elle devra aussi être renseignée sur la valeur de la filière à parcourir par la présentation, squelette, parties molles.

B.— Le diagnostic posé, la ligne de conduite à suivre en découle tout naturellement, soit qu'il s'agisse de l'attitude à adopter au cours de la grossesse, soit que l'on envisage la préparation à l'accouchement.

a) Au cours de la grossesse, celle-ci sera-t-elle respectée ou interrompue ? Ce dernier point est exceptionnel et, dans la règle, il ne s'agit que de fixer ce que Mauriceau appelait « le gouvernement des femmes grosses ».

La gestante devra d'abord être convaincue qu'une grossesse n'est pas plus une maladie de neuf mois qu'un brevet de santé, mais bien un état d'équilibre physiologique quelque peu délicat que ne doivent compromettre ni le métabolisme gravidique, ni sollicitations intempestives à la contraction utérine.

1/ Sans entrer dans des considérations de biologie complexe, la femme sera invitée à suivre son régime habituel. Il ne saurait donc être question des envies des femmes enceintes.

α) En sens inverse, rien ne servirait de résister à un appétit légitime, avec l'arrière-pensée d'obtenir un accouchement plus facile, comme si les grandes restrictions alimentaires devaient aboutir à un fœtus de moindre dimension. L'expérience des famines et des villes assiégées montre que le produit de conception commence d'abord par se servir lui-même et que le déficit, quand il existe, est uniquement au passif de la mère.

β) Mais un dicton est toujours bon à rappeler, celui en vertu duquel « tout enfant coûte une dent à sa mère ». La mobilisation de la chaux au cours de la gravidité est un fait de portée trop constante pour que l'attention ne soit pas attirée sur l'avantage de réparer, dans la mesure du possible, cette déperdition minérale dont les emprunts sont faits aux dépens du squelette maternel. D'où la légitimité de ces prescriptions de poudres, cachets, comprimés, dont l'élément actif est représenté par des sels de chaux, souvent mordancés avec succès par l'association opothérapique de poudre de corps thyroïde et de glande surrénale.

2/ Le mode d'existence, l'alimentation mise à part, est celui d'un sujet du même âge en dehors de la gestation; loin d'être proscrit, l'exercice est avantageux, et il faut faire valoir que les mouvements de la mère « aident » le fœtus à « trouver sa place », mais jamais l'exercice ne doit tourner au surmenage par lequel, — qu'il s'agisse de marche, de bicyclette, de machine à coudre, de danse, — les mouvements en un mot qui mettent en jeu les membres inférieurs, peuvent avoir comme retentissement un accouchement prématuré. L'expérience a prouvé que de telles interruptions de grossesse s'observent plus volontiers à ces dates que les vieilles matrones appelaient des « entrées de mois ».

Sous cette expression imagée, il faut entendre ces dates qui correspondent au moment où, si la grossesse n'était pas intervenue, les périodes menstruelles auraient poursuivi leur cours. Que la femme, surtout si elle est intelligente, s'observe à de certaines époques, elle constatera que, sans être souffrante, elle a, à ces moments, l'impression d'un équilibre instable : malaises, lassitude, énervement, qui correspond précisément aux dates de la menstruation supprimée. D'où l'opportunité de construire un calendrier dans lequel, à partir du dernier jour des dernières règles, comme point de départ, un trait sera marqué de vingt-huit en vingt-huit jours pour répondre précisément aux périodes envisagées. S'il n'y a pas d'erreur dans ce compte, le dernier trait, le dixième, coïncide exactement avec l'accouchement, puisque la grossesse dure, non point neuf mois solaires plus dix jours, mais, ce qui est plus exact, dix mois lunaires de vingt-huit jours chacun, soit précisément ce terme de 280 jours qui marque la durée habituelle d'une gestation.

Ce calendrier une fois établi, l'attention de la femme sera attirée sur la nécessité de s'abstenir, deux jours avant et deux jours après le moment ainsi noté, de tout ce qui peut être une cause de congestion pelvienne, fatigue, voyages, intimités conjugales, etc... étant bien entendu que, durant le reste du mois, son existence peut ne différer en rien de celle menée en dehors de la grossesse.

Que si quelque nécessité amenait une gestante à entreprendre aux dates sus-visées quelque déplacement long et fatigant, dans un véhicule mal suspendu, les risques de l'interruption de la grossesse pourraient être réduits au minimum en mettant l'utérus au repos, comme il est facile,

après avoir évacué l'intestin par un lavement simple, par l'usage soit d'un lavement laudanisé, soit d'un suppositoire à l'extrait thébaïque, mis en place une heure environ avant le départ.

b) La prescription serait incomplète qui, vers la fin de la grossesse surtout, ne préciserait par le menu tout ce qui doit être utile pour l'accouchement à venir.

1/ Les personnes qui doivent assister la parturiente seront informées sans plus attendre de la date pour laquelle leur concours est escompté ; cette démarche, inutile si le médecin doit luimême se charger de l'accouchement, devra être faite vis-à-vis de la sage-femme ou de la garde qui doit suivre l'accouchée à ce moment. La précaution est d'autant plus recommandable que de telles infirmières sont souvent retenues plusieurs mois à l'avance, et que ce serait, à la dernière heure, s'exposer à des démarches infructueuses si la personne escomptée n'avait été prévenue.

2/ La prescription à effectuer pour le jour de l'accouchement doit également être faite lors des dernières semaines de la grossesse, ne fût-ce que, au cas d'accouchement prématuré, pour éviter, au milieu de la nuit ou dans l'urgence, une agitation inutile.

α) Il appartient à l'intéressée d'avoir en provision deux récipients émaillés et à couvercle, contenant chacun cinq litres d'eau bouillie, qui, alternativement, de 48 heures en 48 heures, seront soumis, après avoir refait le plein, à ébullition, pour les avoir prêts au cas de besoin.

De même, de l'alcool à brûler, un litre au moins, aura été acheté chez un droguiste, et deux brosses à ongles neuves, du modèle le plus simple, pour être utilement soumises à ébullition auront été achetées d'avance.

β) La prescription exécutée par le pharmacien comporte, en dehors d'agents spéciaux, tels que les anesthésiques, une succession de produits à formuler toujours dans le même ordre afin d'éviter tout oubli.

I. Les antiseptiques, au choix de l'accoucheur, composés chlorés, formolés ou autres ; — de la teinture d'iode pour la désinfection extemporanée, 90 cm. cubes suffisent ; un second flacon d'une égale capacité contiendra de l'ammoniaque, en vue de décolorer, en tant que besoin, soit les téguments, soit les draps tachés par l'iode.

II. La ouate hydrophile stérile, destinée à l'occlusion vulvaire de la parturiente ou de l'accouchée, existe dans le commerce présentée en boîtes autoclavées et scellées à la lampe. Dans les milieux peu fortunés, il y peut être utilement suppléé par une ancienne boîte à biscuits métallique, où des lames de coton hydrophile, préalablement coupées à la dimension requise, celle d'une main d'adulte, auront été stérilisées au four de boulanger, jusqu'à l'apparition d'une légère teinte café au lait.

III. Le pansement ombilical pour le nouveau-né, habituellement présenté comme ci-dessus, avec du fil pour la ligature, une lame de gaze, un gâteau de ouate et une bande de 5 cm. de largeur.

IV. Le collyre pour le nouveau-né, le plus souvent dix centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150. Un compte-gouttes l'accompagnera.

V. Une poudre non fermentescible et minérale, pour la toilette de l'enfant. Il existe, à l'heure actuelle, sous forme de spécialités, des palmitates et stéarates de magnésie qui isolent les téguments de la macération par les liquides.

γ) Touchant l'allaitement, la décision peut être prise à l'avance et le médecin usera, si besoin est, de toute sa diplomatie et de toute son autorité morale pour montrer à la femme qu'il est au moins autant de son intérêt personnel que de celui de son enfant, de réaliser l'allaitement.

I. Parlant à chacune le langage susceptible de l'atteindre, il pourra être montré comment l'allaitement favorise l'involution utérine, dans la mesure où le beurre du lait est emprunté pour une part à la dégénérescence granulo-graisseuse de l'utérus hypertrophié, puisque dans les suites de couches normales, dans moins d'un trimestre, l'organe passe de 1.000 à 50 grammes, d'où la formule que, entre deux vacuités, l'utérus accomplit son cycle durant un an, neuf de gestation et trois d'involution.

A d'autres, les inconvénients de l'instabilité des nourrices, leurs exigences ou leur chantage, faciles à éviter si la mère est seule en cause.

Ou bien encore la complication de cet art minutieux qu'est l'allaitement au biberon, comparé surtout à la simplicité de ce geste qui consiste à dégrafer le corsage aux heures convenues, sans plus se soucier des biberons, coupage, température, sucre à ajouter, etc...

II. Les seins maternels gagneront à être préparés : ce sont autant de larmes ou d'impossibilités en moins qui auront été évitées, gerçures ou crevasses, lymphangites ou abcès ; il suffit simplement, et dans la dernière quinzaine, de procéder chaque matin à la toilette du bout des seins par une simple malaxation à l'eau de Cologne, dont l'action, à la fois astringente par son alcool et antiseptique par les essences qu'elle contient, agit sur la peau du mamelon.

Ainsi, par des conseils familiers, mais précis, le médecin achèvera-t-il de régler l'existence de la gestante qui s'est confiée à lui, en vue de l'amener dans les conditions les meilleures possibles vers cette date à la fois désirée et un peu redoutée de la naissance de l'enfant.

CLINIQUES ET COURS

Le chancre céphalique (1)

M. le professeur Jeanselme,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Quand on parle de chancre céphalique sans autre dénomination, on entend toujours le chancre syphilitique, tréponémique, et non le chancre simple, produit par le bacille de Ducrey. Certes, ce dernier existe à l'extrémité céphalique, mais il y est d'une très grande rareté. Nié par Ricord, sa réalité a été prouvée par les bactériologistes et les inoculations. Je me rappelle avoir vu ici même en 1896, un chancre simple du menton, où Ch. Nicolle put déceler des bacilles de Ducrey. Un autre exemple, curieux, de chancre simple céphalique est celui observé par Emery et Sabouraud, chez un de leurs malades, au niveau de la langue.

Quoi qu'il en soit, dans tout ce qui va suivre, il ne sera question que du chancre syphilitique.

La fréquence de ce chancre est assez grande. La statistique de Fournier, comprenant des accidents primitifs de tous sièges, en note 10 % à la région céphalique. Un tel chiffre peut sembler exagéré et cependant c'est plutôt un minimum, nombre de ces chancres restant ignorés des malades et étant pris pour des lésions cutanées banales.

Dans le service de clinique de l'hôpital Saint-Louis, il a été fait un relevé des chancres diagnostiqués de 1914 à 1924. Le total est de 11518. Sur ce nombre, 690 sont extra-génitaux, dont 546 céphaliques. Ainsi, 80 % des chancres extra-génitaux sont céphaliques. Si l'on pousse plus loin l'analyse, on voit que, sur les 80 % en question, 70 % sont des chancres bucco-pharyngés et labiaux.

Plusieurs raisons expliquent ce lieu d'élection. Les plaques muqueuses, une des grandes causes de dissémination de la syphilis, siègent fréquemment aux lèvres. L'épiderme sain est habituellement efficace pour protéger contre la contamination. Mais s'il existe une perte de substance, une fissure, même minime, elle pourra être infectée par le contact avec des plaques muqueuses. La face est d'autant plus vulnérable pour les infections de ce genre qu'elle comporte des muqueuses (conjonctive, lèvres, muqueuse bucco-pharyngée) assez fragiles.

On peut diviser, au point de vue qui nous intéresse, l'extrémité céphalique en trois zones : le cuir chevelu, la face et la bouche.

Le cuir chevelu est exceptionnellement affecté d'accident primaire ; la face est souvent intéressée ; la bouche plus souvent encore. Le mode de transmission est variable. En voici un exemple au cuir chevelu. Un mari syphilitique, pour éviter de contagionner sa femme, prend l'habitude de l'embrasser sur le cuir chevelu. Un chancre y apparaît.

Parmi les chancres du visage, il faut envisager surtout ceux du menton et des joues. Ils sont plus répandus chez l'homme et cela tient au rasoir. On a certes mis sur le compte du rasoir beaucoup de chancres dont l'origine est toute autre. Néanmoins, cet instrument est une des causes de syphilis primaire du visage. En médecine expérimentale, quand on veut faire prendre un virus, on rase la peau et on y fait une friction. Le rasoir ouvre, en effet, de petites portes d'entrée. J'ai publié l'histoire d'un homme chez qui l'on constatait deux chancres au menton. Le barbier lui avait fait une estafilade, sur laquelle il avait passé le bloc d'alun (généralement pas lavé) : un mois après, deux énormes chancres étaient survenus. A la face, on voit plutôt des chancres par baisers. Il existe aussi des chancres par morsure. Je me rappelle deux agents de police qui avaient ainsi contracté la syphilis, à la suite de morsures faites par des malfaiteurs qu'ils allaient arrêter. En pareil cas, ce sont principalement les régions saillantes (nez, oreilles) qui sont touchées.

Ces chancres, comment se présentent-ils ? Ils ont un aspect variable. Quelquefois, ils sont nains, font penser à de l'herpès. D'autres fois, ils sont considérables, ou de taille moyenne. C'est surtout pour les chancres nains et géants, que le diagnostic peut être difficile. Quelles que soient la morphologie et la taille, il y a quatre symptômes majeurs. La longue durée, d'abord. Un « bouton », qui existe depuis 15 jours, trois semaines, doit éveiller l'attention. D'autre part, l'indolence, qui est habituelle. En troisième lieu, l'induration parcheminée. En quatrième lieu, l'adénopathie sans atmosphère inflammatoire, avec ganglions durs, indolents, de volume hors de proportion avec l'accident qui les provoque.

Certaines localisations donnent lieu à des caractères particuliers. A l'œil, aux paupières, le chancre syphilitique a souvent une étiologie spéciale, la contamination se faisant alors par des plaques muqueuses et indirectement. Lors-

(1) Leçon faite à la Clinique de l'hôpital Saint-Louis, recueillie par le Dr P. Lacroix.

que dans une usine, un ouvrier est atteint de corps étranger oculaire, il est fréquent qu'un camarade cherche à l'enlever avec une feuille de papier à cigarette humectée de salive. On comprend que cette salive puisse être vecteur de tréponèmes. En Extrême-Orient, on pratique bien des fois la même opération avec la langue passée sur la conjonctive, par exemple pour débarrasser l'œil des moucherons qui s'y logent.

Une autre étiologie du chancre des paupières est d'ordre professionnel et fait ses victimes parmi les médecins. Quand on cautérise une plaque muqueuse, il peut s'en suivre une projection de salive, origine possible de contagion des conjonctives, surtout si le médecin a un peu de blépharite.

Le chancre de la paupière occupe souvent le grand angle de l'œil, parfois le bord palpébral. Il y a assez communément deux chancres, pas du même âge, le second tenant à une inoculation par le clignement des paupières. On connaît aussi le chancre du bord externe, en Y. La lésion est indurée, aphlegmasique, avec une adénopathie pré-auriculaire, quelquefois sous-maxillaire.

Je passe au chancre de la pituitaire. J'en ai observé un cas chez une élève sage-femme, il y a une dizaine d'années. On voyait une ulcération de la cloison, d'où partait une infiltration indurée de l'aile du nez. La malade attribuait l'accident à la projection de liquide d'hydramnios d'un enfant hérédo-syphilitique. Jusqu'à présent cependant, que je sache, on n'a pas décélé de tréponèmes dans le liquide de l'hydramnios. Je crois qu'ici la contamination avait eu lieu plutôt par les doigts.

J'arrive aux chancres buccaux. Les plus communs sont ceux des lèvres. Les uns sont vénériens, les autres accidentels ou professionnels. Une fissure, un contact avec une source *humide* de contagion provoquent l'éclosion du chancre. Vous savez que le virus syphilitique desséché meurt immédiatement. C'est une notion importante fournie par Roux et Metchnikof, en médecine expérimentale. Le virus inoculé au singe n'est actif que frais et humide.

Il y a une cinquantaine d'années, Rollet a signalé le chancre labial des verriers qui se passent la canne à souffler de bouche en bouche. En Extrême-Orient, lorsqu'on entre dans un établissement de consommation, on se donne, par courtoisie, la pipe, de voisin à voisin ; or, la syphilis, dans ces pays, n'est pas rare et la pipe peut être contagionnante.

Les chancres des lèvres sont variables comme siège, forme, volume. Ils sont médians, commissuraux, arrondis ou non, prennent une partie ou la totalité de la lèvre, voire les deux lèvres, avec toutes variations possibles. Habituellement, ils se recouvrent de croûtes (chancre ecthymateux). Parfois, ils s'accompagnent de ganglions volumineux, visibles. On peut penser à un épithélioma, à une syphilis tertiaire.

C'est un chancre éminemment dangereux au point de vue social. Il faut non seulement le traiter par des médications générales, mais aussi le cautériser.

Le chancre des gencives a une étiologie multiple : tantôt vénérien, tantôt accidentel, il peut être aussi produit par le dentiste. Il n'est pas d'ailleurs fréquent et siège le plus ordinairement à la partie antérieure, dans la région des incisives et des canines. L'induration, à la gencive, est difficile à constater.

Le chancre de la langue se voit à la pointe et aux bords. Il a une forme érosive, en plateau, en godet. Il est parfois fissuraire, avec deux bords durs. L'idée d'épithélioma se présente quelquefois à l'esprit, mais le début relativement récent de l'affection empêchera de s'y arrêter.

Le chancre peut se rencontrer à la voûte palatine, à la face interne des joues, aux amygdales. En raison du milieu septique où il se développe, le chancre amygdalien est susceptible d'offrir des caractères spéciaux. L'induration n'est pas toujours facile à saisir et le diagnostic avec l'angine de Vincent pas toujours simple. Si vous constatez l'association fuso-spirillaire, vous ne pouvez pas affirmer qu'il n'y a pas de chancre sous-jacent. Le chancre est unilatéral, mais l'angine de Vincent l'est également. L'adénopathie froide du chancre peut s'accompagner, à l'amygdale, de réaction inflammatoire, de douleur.

La recherche du tréponème, délicate d'une façon générale pour la bouche, est illusoire sur l'amygdale.

Parfois, au début, on pourrait confondre le chancre amygdalien avec la diphtérie. L'examen bactériologique, la culture, positive au bout de 18 heures, l'envahissement de la luette, de l'amygdale opposée, indiqueront qu'il s'agit d'angine diphtérique.

Chez le vieillard, on pensera dans certains cas, à l'épithélioma, mais la marche rapide du chancre ne laissera pas le diagnostic s'égarer.

En somme, c'est avec l'angine de Vincent surtout, parfois la diphtérie et l'épithélioma que le diagnostic différentiel aura à se poser.

Une question se présente. La syphilis à départ céphalique a-t-elle la même évolution que celle qui commence par un chancre génital ? En réalité les accidents secondaires diffèrent assez notablement dans les deux cas. Il est rare, pour le chancre céphalique, de voir la roséole classique. Le plus ordinairement, c'est une roséole généralisée, à éléments d'emblée infiltrés, déjà papuleux. Quelquefois, cette roséole a un siège anormal. Elle est remontée, céphalo-cervico-thoracique. Il est un autre signe de la période secondaire dont on doit se préoccuper. Bien des fois,

ici, la céphalée est intense, traduisant une irritation méningée. M. Simon pense que la paralysie générale est fréquente dans la syphilis à chancre céphalique.

Le chancre céphalique comporterait, dans ces conditions, un pronostic plus réservé. Inutile de dire que le traitement sera précoce, intensif, prolongé, plus encore qu'au cas de chancre génital. Il faut aussi se placer au point de vue de la prophylaxie .Les porteurs de chancres céphaliques sont des vecteurs de germes spécialement dangereux. On les traitera pour eux et pour autrui. Les cautérisations locales seront utiles à associer à la cure générale.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Neurinome solitaire du tube digestif.

On a proposé le nom de neurinome pour remplacer celui de neurofibrome ; le point de départ de cette tumeur est la gaine de Schwann.

Les neurinomes peuvent être uniques ou multiples ; ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent, et les individus qui en sont porteurs présentent généralement le tableau de la maladie de Recklinghausen ou neurofibromatose généralisée. C'est, on le sait, une affection congénitale et systématisée du système nerveux, qui présente la symptomatologie suivante : tumeurs cutanées, tumeurs ayant une autre localisation, pigmentation de la peau, dystrophie générale.

Les neurinomes du tube digestif ne seraient pas rares proportionnellement au nombre de cas de neurofibromatose. Cependant on n'en trouve pas beaucoup de cas dans la littérature, car ces tumeurs ne faisant généralement pas de symptômes pendant la vie, on ne peut les diagnostiquer qu'à l'autopsie.

Le Dr J. Mantz (de Lausanne) en rapporte deux observations personnelles, et rappelle succinctement les cas déjà publiés. Dans trois cas, il note tous les intermédiaires entre la maladie de Recklinghausen complète et le neurinome solitaire du tube digestif. Ce dernier aurait une autre origine, et dériverait des cellules argentaffines intestinales ; il serait acquis et non congénital. (*Strasbourg médical*, 20 avril 1926.)

L'électrocardiographie dans le diagnostic et le pronostic des syncopes.

Le Pr Lian et M. Ch. Petit insistent sur les services considérables qu'est susceptible de rendre l'électro-cardiographie chez des malades consultant pour des syncopes, et n'ayant pas, cliniquement, le moindre trouble du rythme : ni bradycardie, ni tachycardie, ni arythmie d'aucune sorte.

Tandis que le diagnostic de block des branches terminales du faisceau de His est au-dessus des ressources de la clinique, il devient facile à la lecture d'un électrocardiogramme.

Bien plus, dans des cas où un trouble du rythme d'apparence bénigne, comme la bradycardie totale, semble suffire à expliquer les syncopes, l'électro-cardiographie peut déceler la coexistence d'un block des branches.

Enfin, en apportant plus de précision dans le diagnostic étiologique, si difficile, des syncopes, elle ajoute un important élément de pronostic, puisque les statistiques récentes s'accordent à mettre en évidence la très grande gravité du block des branches. Toutefois l'impression des auteurs est que l'avenir atténuera la gravité du pronostic. (*La Presse médicale*, 20 mars 1926.)

Gardénalisme subaigu.

On connaît les symptômes d'intoxication peu graves, mais assez fréquents, que l'on observe après l'emploi prolongé de doses de 30 à 40 centigr. de phényléthylmanonylurée : lourdeur de tête, céphalalgie, vertiges, nausées, vomissements, et même, lorsque l'intoxication est plus profonde, éruptions cutanées morbilliformes ou urticariformes s'accompagnant parfois de fièvre. Tous ces symptômes sont relativement peu graves et peuvent souvent disparaître rapidement par un réajustement ou la suppression de cette thérapeutique.

Mais le Dr A. Leroy signale qu'à côté de ces manifestations d'intoxication rapide on peut observer un empoisonnement subaigu se traduisant par une raideur et un gonflement douloureux des extrémités distales des membres, s'installant insidieusement et souvent symétriquement. Celui-ci peut provoquer une impotence fonctionnelle assez sérieuse et laisser après lui des séquelles.

L'auteur l'a observé chez des malades mentaux après usage de doses de 20 à 25 centigrammes pendant quelques semaines. Ces phénomènes sont souvent unilatéraux et, localisés à la main et au poignet au début, peuvent gagner le coude et l'épaule ; fréquemment, ils deviennent bilatéraux. La suspension du traitement est suivie d'une régression de ces symp-

tômes ; elle débute immédiatement et par les extrémités atteintes en dernier lieu, mais elle est lente et progressive. Ces intoxiqués ne présentent ni fièvre, ni albuminurie, ni atteinte quelconque des grands organes.

A signaler aussi des troubles de l'humeur et du caractère chez certains malades mentaux, chez les choréiques, et leur cessation lors de la suppression du médicament.

L'action du gardénal est donc très diverse suivant les malades, et, si elle a parfois des effets remarquables, elle peut aussi présenter des inconvénients sérieux. Il n'est donc guère prudent d'administrer en un jour des doses de 1 gr., 1 gr. 50 comme on l'a proposé. (*Liége médical*, 4 avril 1926.)

La douleur objective épigastrique, symptomatique du siège des ulcères de l'estomac.

Le Dr G. Ferry nous présente un essai de topographie cutanée du siège des ulcères gastrique, pylorique et duodénal.

Dans toute lésion organique de l'estomac, cancéreuse et surtout ulcéreuse, il existe sur la région épigastrique du malade, indépendamment des points dorsaux signalés par d'autres auteurs, une zone de sensibilité douloureuse *bien limitée, dont les dimensions* varient de 1 à 2 cent. de diamètre, où l'hyperesthésie cutanée, la défense musculaire faible, la douleur provoquée, sont particulièrement nettes.

La constatation de l'existence de cette zone constitue un symptôme de grande valeur pour le diagnostic différentiel d'une telle lésion.

Cette constatation permet, de plus, d'acquérir par l'examen clinique simple, avant la preuve radiographique, une notion plus qu'approximative, sinon exacte, du siège de l'ulcère ou du cancer sur les parois des viscères (estomac, pylore, duodénum).

Il est permis de donner à ces zones des assignations exactes, que décrit l'auteur en les fixant sur des schémas. Il est donc très important de rechercher en pareils cas, et de délimiter d'une manière méthodique et attentive, dans la région épigastrique, des zones localisées d'hyperesthésie, d'hyperalgie réflexes à point de départ gastroduodénal.

Une *palpation superficielle par la pulpe d'un seul doigt* paraît d'absolue nécessité pour la détermination de l'existence de ces zones et pour leur détermination précise. (*Strasbourg médical*, 5 avril 1926.)

La sérothérapie du tétanos confirmé.

A propos de trois guérisons, le Dr A. Bernard fait remarquer qu'il faut employer la sérothérapie aussi précocement que possible, et se rappeler que le trismus est presque toujours le dernier symptôme ; comme signes prémonitoires il insiste sur la valeur de la rigidité et des contractions musculaires locales. On doit recourir aux doses massives ; un traitement complet atteint facilement le demi-litre de sérum.

Quant à la meilleure voie d'introduction, c'est la voie intra-rachidienne. Cependant elle est difficile à employer en raison de la raideur musculaire, de l'opisthotonos et des crises de contractures qu'elle provoque ; aussi est-il bon de la faire précéder d'un lavement de chloral. Aussitôt après l'injection de sérum, à la dose moyenne de 40 cmc., et après avoir retiré une quantité égale de liquide rachidien, le malade sera installé tête basse, pour faciliter l'écoulement du sérum vers le bulbe.

On doit avoir notamment comme but de porter le sérum au contact du système nerveux central et de laisser l'organisme sous l'action constante de doses suffisantes, c'est-à-dire généralement élevées, de sérum antitétanique : l'organisme tout entier et les centres nerveux en particulier doivent baigner dans le sérum. (*Jour. des sciences médicales de Lille*, 21 mars 1926.)

La péricardite tuberculeuse avec épanchement et son traitement.

Elle s'observe assez fréquemment autour de la 20e année, époque de prédilection des réactivations tuberculeuses. Mais, dit le Pr Rieux, il ne faut pas s'attarder pour le diagnostic à la recherche de tous les signes classiques ; celui-ci doit se faire sur la base des symptômes cardinaux suivants :

La dyspnée ; la tachycardie avec hypotension ; les frottements péricardiques, précurseurs en quelque sorte de l'épanchement ; l'extension progressive, excentrique et symétrique, de la zone de matité précordiale absolue ; l'aspect globuleux, hypertrophié et avec battements peu perceptibles de l'ombre cardiaque sur l'écran radioscopique.

Si la péricardite tuberculeuse peut guérir spontanément, il est préférable d'intervenir d'une manière précoce. Aujourd'hui on a condamné les ponctions répétées simplement évacuatrices, de même que les ponctions avec ou sans drainage.

Deux méthodes de traitement dominent actuellement, dont on peut discuter pour prononcer son choix :

1° La ponction évacuatrice, suivie d'injection de gaz (oxygène, azote, air).

2° La péricardotomie sans drainage, opération de Jacob.

Le pneumo-péricarde apparaît nettement supérieur à la simple ponction évacuatrice du liquide intra-péricardique ; la guérison de la

péricardite survient plus sûrement et plus rapidement.

Malgré sa supériorité sur la ponction simple, le pneumopéricarde participe des mêmes inconvénients que la ponction elle-même, c'est-à-dire de l'inégalité, de l'inefficacité et du danger des ponctions du péricarde. On peut extraire du péricarde 800 cc., 1000, 1850 cmc., mais aussi 250 cc, 40 cc., 100 cc. et même 10 cc. Enfin le danger persiste d'une ponction du ventricule.

Il faut donc préférer l'opération de Jacob, intervention simple, ni longue, ni choquante. Contrairement à la première, elle permet, même en rompant des adhérences, l'évacuation complète du liquide ; elle fait, elle aussi, un pneumopéricarde ; la boutonnière péricardique laissée béante joue le rôle de vraie soupape de sûreté et permet au liquide de drainer dans les tissus sous-cutanées à mesure de sa production ; la compression cardiaque cesse aussitôt et définitivement. Elle gagne à être pratiquée le plus tôt possible, dès que le diagnostic est certain, avant que l'épanchement sous pression, en distendant le péricarde pariétal, ne comprime *ipso facto* le myocarde, gêne son fonctionnement et prépare les accidents de collapsus et de syncope. (*Journ. des praticiens*, 27 mars 1926.)

Une technique simplifiée de la transfusion du sang.

La transfusion, telle que la comprend le Dr Oudard, n'est qu'une injection intraveineuse de sérum ; alors que les procédés ordinairement utilisés exigent expérience et entraînement, l'auteur simplifie énormément. Le récipient le plus commode est l'entonnoir en verre (capacité d'un litre) que l'on peut graduer de 50 en 50 cent. cubes. A cet entonnoir est fixé un tube de caoutchouc de petit calibre de 1 m. 50 de longueur, terminé par une canule de verre de 4 cent. de long., de diamètre extérieur tel qu'elle puisse pénétrer à frottement dans la lumière d'une veine du pli du coude. Cet appareil est bouilli au moment de la transfusion. Pour l'utiliser, on le remplit jusqu'à une hauteur choisie de sérum glucosé à 47/1000, à 40°, dans lequel on ajoute une certaine quantité d'une solution de citrate de soude à 10 p. 100, suivant la quantité de sang à injecter. Une pince écrase le tube de caoutchouc. On recueille alors directement dans l'entonnoir le jet de sang du donneur en agitant continuellement le mélange avec un agitateur stérilisé. On arrête l'écoulement du sang lorsque ce mélange atteint dans l'entonnoir le niveau fixé d'avance. Il ne reste plus qu'à injecter ce mélange au récepteur, très banale injection intra-veineuse. On évitera au blessé toute appréhension en recueillant le sang du donneur dans un local distinct.

Pour recueillir le sang, l'auteur rejette l'aiguille parce que le débit est trop lent ; même au procédé de la saignée trop infidèle, il préfère une petite canule de verre analogue à celle de l'injecteur, et que l'on introduit dans la veine du donneur préalablement disséquée ; le bout central est lié ; la canule est introduite vers le bout périphérique. Toutefois, cette canule doit être évidemment paraffinée, si l'on veut éviter toute coagulation dans sa lumière. Les canules sont conservées noyées dans un flacon rempli de paraffine ou d'ambrine, que l'on stérilise obturé. Au moment de s'en servir, on place le flacon au bain-marie à 80° jusqu'à fusion complète de son contenu.

Le débit de l'injection doit être lent, à raison de 1 litre par heure ; il sera bon de s'arrêter un instant toutes les minutes et d'interroger le transfusé. A défaut d'appareil régulateur de température, il sera bon de faire passer le tube dans une cuvette remplie d'eau maintenue très chaude pour réchauffer le mélange qui doit arriver dans la veine à une température de 38°.

Chez un blessé exsangue, il y a intérêt à injecter ainsi le mélange sérum glucosé citraté et sang, ce qui permet d'introduire non seulement du sang vivant mais aussi de lui restituer du liquide ; ensuite celui-ci est moins dangereux en cas d'incompatibilité du donneur. (*Archives de médecine et de pharm. navales*, n° 1, 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les gynandres.

(M. L. Ombrédanne. — *Société de chirurgie* ; 7-7-26.)

L'appréciation du sexe d'un individu n'est pas toujours chose simple et c'est là, dans certains cas, un problème qui offre des difficultés. Notre collaborateur, M. Tourneux, exposait ici même il y a quelque temps la question des androgynes, à propos de deux de ses malades de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. M. Ombrédanne envisage un autre côté du problème, la gynandrie, c'est-à-dire l'aspect masculin des organes génitaux externes chez des sujets en réalité de sexe féminin.

L'auteur présente d'abord deux cas de gynandrie. Dans le premier, l'urèthre venait s'aboucher à l'extrémité du clitoris, comme un urèthre masculin à l'extrémité du gland. Dans le second, le clitoris avait atteint une taille véritablement gigantesque (8 centim. à l'état de flaccidité), avec gland bien conformé et bourrelet balanique L'enfant avait été classée

comme fille, à la naissance, après quelques hésitations et sur la constatation d'un orifice uréthral sous-jacent au clitoris. A l'âge de 10 ans, elle fut montrée à Richelot qui, ayant pu cathétériser un vagin, confirma l'opinion antérieure. Sept ans plus tard, un autre chirurgien pensa au contraire à un hypospadias vulviforme et conclut au sexe masculin. L'exploration digitale de la région du vagin offrait à ce moment des difficultés, étant le siège d'une ulcération douloureuse de nature indéterminée. M. Ombrédanne, consulté en dernier lieu, pratiqua une laparotomie qui lui révéla la présence d'un utérus, et lui permit un avis catégorique. Le clitoris exubérant fut réséqué.

A ce propos, M. Ombrédanne étudie la question générale des gynandres et de la gynandrie. C'est une malformation rare puisque Lepoutre, en 1921, n'en a guère rassemblé que 24 cas. Le clitoris est toujours très developpé et habituellement plein. Il est terminé par un gland semblable à celui du sexe masculin. Dans la majorité des cas, il existe un orifice unique qui est l'abouchement du sinus uro-génital. On note chez les gynandres une balance entre les dimensions du vagin et celles du clitoris ; à grand vagin, petit clitoris ; à petit vagin, grand clitoris.

D'une façon générale les gynandres, qui sont femmes par leurs organes génitaux internes, mixtes par leurs organes génitaux externes, sont plutôt hommes par leur apparence somatique : bassin étroit, seins peu développés, système pileux abondant.

Un certain nombre de gynandres se marient comme hommes. Le gynandre de Cameron affirmait avoir des éjaculations ! Le gardien de square de Fibiger était père de trois enfants : après sa mort, il est vrai, sa femme avoua qu'ils n'étaient pas de lui !

On note le plus souvent chez ces sujets des hémorrhagies cataméniales, qui parfois manquent d'ailleurs. Elles ont été constatées aussi chez des individus appartenant au sexe masculin (cas de Virchow, de Schauta, de Martini).

Le diagnostic de la gynandrie doit être envisagé lorsque l'on trouve chez un même sujet une forme vulvaire et un organe péniforme.

On songera, d'abord, qu'en cette matière, les androgynes sont légion et les gynandres rarissimes. On recherchera l'urèthre, sa position, le vagin, les organes génitaux internes.

Au point de vue de la conduite à tenir en présence d'un gynandre, il faut distinguer deux éventualités. Si le vagin est perméable, le sujet peut utiliser génitalement à son gré sa verge ou son vagin. Rosine Gœtlich se servait des deux et préférait — paraît-il — le second rôle. Le médecin cependant doit inciter le gynandre à vivre comme son sexe véritable si la chose est possible. L'amputation de la verge, du clitoris exubérant est alors indiquée. Si le vagin est imperméable, la conduite est différente : on pourra ou tenter une opération autoplastique genre Baldwin au cas où le sujet a été élevé comme femme. A-t-il été élevé comme garçon, le mieux sans doute est de le laisser continuer la vie de ce sexe, disant avec le *Digeste* que l'individu appartient au sexe qui prévaut en lui.

Rupture traumatique de l'urèthre ; suture bout à bout.

(M. Iselin. — *Société de chirurgie* ; 30-6-1926.)

M. Michon communique, au nom de M. Iselin, un cas de rupture traumatique de l'urèthre périnéal, traité avec succès par la suture immédiate, avec cystostomie de dérivation. L'opéré était un enfant, ce qui est, semble-t-il, une condition favorable.

— M. Paul Mathieu est d'accord avec M. Michon sur la valeur générale de la suture immédiate en pareille circonstance. Depuis quelques années, cette méthode a perdu des partisans ; elle peut cependant donner d'excellents résultats.

Tétanos guéri par le sérum désalbuminé.

(MM. Bertaux et Blavier, de Meaux. — *Société de chirurgie* ; 7-7-1926.)

MM. Bertaux et Blavier rapportent l'observation suivante : tétanos traité pendant quatre jours par le sérum antitétanique ordinaire, sans amélioration Mise en œuvre du sérum désalbuminé, atténuation rapide et guérison.

M. Mouchet, dans la présentation qu'il fait du travail de MM. Bertaux et Blavier, remarque qu'il n'y a peut-être pas lieu d'accuser l'ancien sérum antitétanique d'un « échec complet », ainsi que le disent MM. Bertaux et Blavier. Il est possible que l'anti-toxine nouvelle soit venue au bon moment, le premier sérum ayant déjà préparé la guérison.

— Pour M. Louis Bazy, cette observation prouve qu'il ne faut pas se décourager en matière de traitement sérique du tétanos.

Les incidents des traitements prolongés par l'insuline

(M. Marcel Labbé. — *Soc. médicale des hôpitaux* ; 11-6-1926.)

Les traitements prolongés par l'insuline, en diminuant progressivement le taux de la glycémie, sont susceptibles d'aboutir à l'hypoglycémie et d'entraîner un certain nombre des troubles (encore mal connus) qui se rattachent à cette hypoglycémie.

C'est ainsi que chez quatre malades, M. Marcel Labbé a noté : une fois des malaises vagues, une autre fois, du délire avec apparence d'ivresse ; une troisième fois, de la cyanose de la face avec diplopie ; une quatrième fois, du coma avec secousses épileptiformes. La preuve de la nature hypoglycémique des accidents fut établie par le traitement : les troubles se calmèrent consécutivement à l'injection intraveineuse d'une solution de glycose.

— M. A. Baudouin a observé, comme incidents des traitements insuliniques, plutôt des phénomènes mentaux, agitation, titubation, divagation, diplopie, ayant cédé à l'ingestion d'une boisson sucrée. La

diplopie est un signe signalé déjà dès le début de l'emploi de cette substance, par les auteurs anglo-américains. Souvent, elle constitue un symptôme signal, prélude de troubles plus graves, et à ce titre elle offre un grand intérêt.

Il importe donc de surveiller soigneusement la cure insulinique. Actuellement, où le dosage du produit est mieux établi, ce n'est plus au commencement du traitement que l'on peut observer de l'hypoglycémie ; c'est plus tard. Une dose, bien supportée d'abord (lorsque l'hyperglycémie est forte) l'est différemment dans la suite (lorsque la glycémie a baissé). Le mieux certes serait de faire un dosage du sucre sanguin avant chaque injection d'insuline. En pratique, cette façon de procéder n'est guère applicable. M. A. Baudouin conseille d'exiger du malade qu'il examine ses urines avant la piqûre. Si elles renferment du sucre en quantité notable, il peut y aller sans crainte ; si elles en contiennent peu ou pas, il est préférable de s'abstenir. C'est la règle de conduite préconisée il y a assez longtemps déjà par MM. Gilbert, A. Baudouin et Chabrol.

— M. Marcel Labbé ajoute qu'il faut tenir grand compte du régime quand on administre l'insuline. On doit, évidemment, écarter les régimes trop riches en hydrocarbonés, car alors l'action du médicament est annihilée ; mais, on proscrira aussi les régimes trop pauvres en hydrocarbonés, car on s'expose alors à voir apparaître l'hypoglycémie. Un des malades de l'auteur a présenté des accidents d'hypoglycémie un jour où, par faute d'appétit, il n'avait absorbé que la moitié de son déjeuner.

Enfin, quand on traite un malade par l'insuline, il convient d'avoir à sa disposition les préparations convenables (solution glycosée, sucre), pour remédier à l'hypoglycémie si elle se produit.

Accidents sériques et corps thyroïde.

(M. de Lavergne. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-7-1926.)

Les recherches de M. de Lavergne lui ont montré qu'en règle générale les malades qui présentent des accidents sériques sont en état d'hyperthyroïdisme. Le corps thyroïde, pendant la période de réaction, devient plus volumineux et les fonctions de cette glande semblent exaltées à ce moment.

La protection contre les radiations U. V.

(M. A.-C. Guillaume. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-6-26.)

On admet, depuis les travaux de Finsen, que le pigment mélanique de l'épiderme protège l'organisme contre l'action des rayons U.V. et de la lumière solaire trop riche en radiations ultra-violettes.

S'appuyant sur une série de recherches personnelles expérimentales, M. Guillaume pense que le mécanisme de protection de l'organisme réside surtout dans un épaississement de la couche cornée de l'épiderme. Les irradiations répétées ont pour effet de kératiniser l'épiderme et de renforcer la protection.

Les radiations U.V. se trouveraient ainsi absorbées avant d'atteindre la couche basale pigmentaire et celle-ci n'aurait pas conséquemment à intervenir. Le pigment mélanique toutefois assurerait, semble-t-il, la protection vis-à-vis des radiations de la lumière visible et, probablement, des tissus profonds vis-à-vis des radiations pénétrantes.

La glycorachie : sa valeur séméiologique.

(MM. Fontanel, Leulier et Rouquier. — *Soc. méd. des hôp.* ; 2-7-1926.)

M. Mestrezat a admis que la glycorachie normale pouvait être fixée à 0 gr. 60 pour 1000, avec des variations physiologiques allant de 0,55 à 0,65. Au-delà de ce chiffre, il y aurait glycorachie anormale, l'hyperglycorachie pouvant se rencontrer, d'ailleurs, dans un grand nombre de maladies.

MM. Fontanel, Leulier et Rouquier ont repris l'étude de cette question et, dans un travail présenté par M. Fribourg-Blanc, ils exposent les conclusions, différentes de celles de M. Mestrezat, auxquelles ils sont arrivés.

Réunissant des analyses faites à l'hôpital Desgenettes, de Lyon, et au Val-de-Grâce, les auteurs arrivent à un total d'environ 400. Un assez grand nombre de ces analyses porte sur le liquide céphalo-rachidien de sujets normaux, jeunes soldats par exemple, chez lesquels la ponction lombaire était motivée par une rachistovaïnisation pour cure de hernie. Quoi qu'il en soit, MM. Fontanel, Leulier et Rouquier ont trouvé des chiffres de glycorachie normale sensiblement plus élevés que ceux de M. Mestrezat, avec des variations physiologiques assez grandes (parfois au-dessous de 0 gr. 60, quelquefois au voisinage de 2 gr.). Les auteurs considèrent dès lors, comme normales, bien des glycorachies admises comme pathologiques jusque-là, et à leur avis l'hyperglycorachie n'a qu'une valeur séméiologique réduite. Pour l'apprécier, il faut, d'autre part tenir compte de l'état de la glycémie.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

La réaction du benjoin colloïdal dans la paralysie générale.

M. Pérès. — La réaction du benjoin colloïdal revêt à peu près constamment, dans la paralysie générale évolutive, le type P.G. décrit par Guillain, Guy Laroche et Léchelle ; parfois cependant, la précipitation ne se montre que partielle dans le premier tube.

Une réaction du benjoin colloïdal type P.G. confirme le diagnostic hésitant à la phase pré-symptomatique de la paralysie générale : difficilement réductible par le traitement, elle apporte un appui précieux dans le diagnostic différentiel.

Au cours de la paralysie générale non traitée, le syndrome humoral peut subir des fluctuations assez importantes : l'albuminose et la cytose diminuent les premiers, la R.W. et la réaction du benjoin colloïdal rétrocèdent plus tardivement et d'une manière moins sensible.

Au cours du traitement spécifique, la réaction du benjoin colloïdal apparaît comme une véritable mesure de l'intensité de la méningo-encéphalite dont elle ne peut cependant faire prévoir les variations ultérieures.

Le choix de la cure héliothérapique sur le littoral ou à la montagne.

M. Serr et Mlle Fache, après avoir montré quelles sont les conditions générales les plus favorables pour faire un bon traitement héliothérapique, montrent qu'il existe à la fois dans l'altitude et dans le climat marin certaines particularités qui créent des indications thérapeutiques spéciales justifiant le choix d'un traitement héliothérapique dans l'une ou l'autre de ces régions.

L'héliothérapie présente à considérer des caractères spéciaux : quantité de rayons ultra-violets, nombre d'heures d'ensoleillement, période de l'année particulièrement favorable à ce traitement, etc. Les auteurs précisent qu'en dehors des cas où l'héliothérapie peut être faite en tous lieux, l'héliothérapie à l'altitude convient aux tuberculoses mixtes, dont les lésions pulmonaires sont peu avancées et l'état général pas trop compromis (tuberculoses ostéo-articulaires profondes fistulisées, péritonites tuberculeuses peu fébriles, localisations urinaires de la tuberculose, etc.). Les indications de la cure héliomarine découlent de ces données, mais on ne conseillera pas non plus cette cure aux sujets atteints de tuberculoses externes particulièrement nerveux ou qui ont facilement des poussées fébriles.

Contusion abdominale, perforation intestinale.

MM. J.-P. Tourneux et Labourdette communiquent l'observation d'une femme atteinte de contusion grave de l'abdomen dans l'effondrement de l'église de la Dalbade et qui, à son entrée à l'hôpital, présentait un état très inquiétant (pouls imperceptible, extrémités glacées, etc.).

Une partie de ces symptômes dus au shock traumatique se dissipèrent assez rapidement, et dans la matinée, le ventre bien que douloureux ne présentait qu'une légère défense musculaire sans contracture vraie.

Dans l'après-midi, les symptômes s'aggravèrent : les douleurs devinrent plus accusées, il y eut de la contracture généralisée, des nausées, de l'arrêt des matières et des gaz. On se décida alors à intervenir (14 heures après l'accident) : il y avait une perforation d'une anse jéjunale qui fut suturée et enfouie, et une ecchymose du côlon transverse qui fut enfouie. Un long drain fut glissé dans le Douglas et la paroi refermée au fil de fer : les suites, un peu mouvementées au début (vomissements fécaloïdes), ne tardèrent pas à devenir excellentes.

Les auteurs terminent en insistant sur l'importance de la contracture généralisée au point de vue du diagnostic de la perforation intestinale dans les contusions de l'abdomen. C'est là un signe précoce, qui ne fait jamais défaut chaque fois qu'il y a une lésion viscérale : dans le cas présent, il n'apparut que dans l'après-midi et c'est sur son apparition que l'on décida d'intervenir.

Vomissements essentiels du nourrisson.

M. Pierre Bézy rappelle dans ses grandes lignes le syndrome décrit par Marfan avec ses différentes formes et les diverses théories étiologiques et pathogéniques qui ont été proposées pour expliquer l'origine et le mécanisme de l'affection.

Il passe ensuite en revue les nombreux moyens thérapeutiques qui ont été mis en œuvre contre ce processus particulièrement rebelle : traitement antisyphilitique, diététiques diverses, médications nombreuses et en dernier lieu rayons ultra-violets.

S'inspirant des bons résultats souvent obtenus par les injections d'éther dans la coqueluche, l'auteur a utilisé ces mêmes injections contre le gastrospasme des vomissements essentiels. Sur cinq malades ainsi traités, l'auteur a eu trois améliorations considérables et deux guérisons immédiates et sans récidives. Cette méthode constitue donc un adjuvant utile dans un processus particulièrement rebelle.

Fistule de l'ombilic par perméabilité de l'ouraque.

MM. Dambrin et Trouette rapportent l'observation d'un malade, qui dans le cours de sa 24e année, sans jamais avoir rien constaté d'anormal jusqu'alors, remarqua que sa chemise était mouillée par un liquide à odeur urineuse provenant de l'ombilic. En même temps, ce malade observa que chaque miction était immédiatement suivie, pendant 3 à 4 minutes, d'une sensation pénible de crampe, qui, commençant au niveau de la vessie, présentait des irradiations ascendantes pour atteindre finalement la région ombilicale.

Quelques jours après l'apparition de ces sensations anormales, le malade vit une petite tumeur remplacer la dépression de son ombilic ; en même temps, disparurent les sensations pénibles, ainsi que le suintement ombilical. Puis, une semaine après son début, la tumeur se fistulisa.

Le malade hospitalisé, on cathétérisa la fistule, et le trajet descendant conduisit la pointe du stylet à une profondeur d'environ 6 cm., sans trouver d'autre issue.

L'intervention, après fermeture en bourse de l'ombilic, montra que l'on se trouvait en présence d'une persistance de l'ouraque ; après omphalectomie, le

trajet diverticulaire fut réséqué et le moignon inférieur de l'ouraque fut enfoui sous deux plans. Les suites opératoires furent parfaites.

Kyste de l'ouraque fistulisé.

M. J.-P. Tourneux relate le cas d'une jeune fille de 22 ans, hospitalisée pour une petite fistule située au niveau de l'ombilic et donnant issue de temps à autre à quelques gouttes de liquide jaunâtre.

Il y a 3 ou 4 ans, cette malade avait remarqué sur la ligne médiane à environ 2 centimètres au-dessous de l'ombilic l'existence d'une petite tumeur indolente, du volume d'une amande, allongée dans le sens vertical ; depuis trois mois environ, un orifice fistuleux était apparu au niveau de l'ombilic et cette production s'étant accompagnée de l'affaissement de la tumeur.

Le cathétérisme effectué avec un fin stylet, montra la présence d'un trajet de quelques centimètres de long qui répondait vraisemblablement à une persistance de l'ouraque.

L'intervention chirurgicale, effectuée quelques jours plus tard, permit l'ablation d'un petit kyste fistulisé, qui était situé entre le péritoine et l'aponévrose ombilico-péritonéale ; les suites furent excellentes.

L'examen histologique montra que la paroi de cette petite formation, constituée par des couches de fibres musculaires lisses, entrecoupées de bandes de tissu conjonctif, était tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié, structure confirmant bien l'hypothèse émise.

Quelques réactions des albumines utilisées dans la préparations des sérums purifiés.

M. Valdiguié étudie et précise les conditions de précipitation par les sels des matières albuminoïdes dans les liquides biologiques.

Puisque, d'après Loeb, c'est au voisinage de leur point iso-électrique que les albumines sont les plus vulnérables, on conçoit que la précipitation totale ou fractionnée par les sels soit conditionnée par le pH. de leur solution.

Les conséquences pratiques des travaux de Loeb sont nombreuses, et l'auteur cite entre autres :

1° La purification de l'insuline brute par les méthodes de Doisy-Shaffer qui permettent de séparer à pH. = 5, l'insuline d'autres matières qui précipitent à pH. = 8 et à pH. = 4.

2° La séparation de la pseudo-globuline et de l'euglobuline des sérums, et la préparation des sérums antitoxiques purifiés, soit par la méthode générale de précipitation fractionnée, soit par la méthode plus précise de Sedaillan et de Loiseleur.

Par des exemples numériques, l'auteur rappelle en outre que la précipitation totale par la chaleur des matières albuminoïdes d'un liquide physiologique ou pathologique est conditionnée à la fois par le pH. et par la teneur en sels de ce liquide. Il met en garde les cliniciens contre les causes d'erreur qui peuvent se produire lorsqu'on ne tient pas compte de ces conditions.

Abcès sous-phrénique gauche.

M. J.-P. Tourneux communique l'histoire d'un jeune enfant âgé de 11 ans, hospitalisé pour abcès sous-phrénique gauche. Environ un mois auparavant, il avait fait une chute de cheval, à la suite de laquelle l'hypochondre gauche avait été fortement contusionné : en plus d'une douleur très violente on avait noté une légère élévation de température, de la défense de la paroi, et de la contracture musculaire localisée qui n'avait cédé qu'au bout d'une vingtaine de jours. Puis une semaine après la disparition de ces différents signes, le petit malade avait présenté de nouveau de la douleur dans la région *hypochondrale*, s'accompagnant bientôt de matité, de défense musculaire, de voussure, etc., c'est-à-dire de tous les symptômes classiques des collections purulentes sous-diaphragmatique.

L'intervention chirurgicale fut faite d'urgence : l'incision de la paroi pratiquée dans la région latérale, le long de la 12ᵉ côte, donna issue à un verre de pus et révéla l'existence d'une cavité située à l'extrémité de l'hypochondre gauche et répondant à la loge splénique. Les suites opératoires furent parfaites.

L'intérêt de cette observation réside dans la pathogénie de cet abcès sous-phrénique gauche : étant donnée l'absence de toute espèce de symptômes de provenance gastrique, pulmonaire ou rénale, on est bien obligé d'admettre qu'il doit vraisemblablement s'agir dans ce cas d'un hématome péri-splénique, provenant d'une lésion superficielle de la rate produite lors de la contusion abdominale, et qui se serait infecté spontanément, comme cela s'observe assez souvent dans cette région.

Les réactions humorales consécutives à la pneumo-séreuse méningée.

M. Pérès rappelle les accidents consécutifs à la ponction lombaire ; ils seraient dus à l'hypotension créée par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien au niveau de l'orifice dure-mérien.

Certains auteurs ont récemment préconisé l'injection lente dans la cavité méningée d'une quantité d'air égale à celle du liquide retiré : on éviterait ainsi la céphalée et les accidents pseudo-méningitiques qui suivent la ponction lombaire.

L'auteur rapporte l'observation de plusieurs sujets ayant subi l'exploration ventricoulographique du cerveau après injection d'air par la voie rachidienne : cette injection n'a pas empêché la production des troubles cliniques habituels, mais elle a en outre déterminé une réaction de méningite aseptique caractérisée par de l'hypertension, de l'hyperalbuminose et de l'hypercytose. Ces diverses altérations disparaissent spontanément au bout de trois ou quatre

jours et ne contre-indiquent nullement la ventriculographie. En revanche, l'emploi de cette méthode ne paraît pas justifié contre les accidents consécutifs à la ponction lombaire.

Atrophie musculaire de l'épaule chez les vaches.

M. BESNOIT communique deux cas de cette curieuse lésion, qui n'avait pas encore été décrite jusqu'ici : les deux animaux ne présentent rien d'anormal pendant la marche, mais dès qu'ils s'arrêtent, les épaules se détachent et se décollent du tronc, les muscles paraissent presque avoir disparu. La deuxième bête offre en outre un effondrement de la colonne vertébrale entre les deux épaules, car la hauteur du garrot est de 18 cent., inférieure à celle de la croupe.

L'examen électrique a montré une diminution très nette de l'excitabilité musculaire. Il semble qu'il y ait là une lésion analogue à celle que l'on observe chez l'homme, l'épaule ballante, caractérisée par la chute de l'omoplate par atrophie musculaire d'origine médullaire (myélite infectieuse).

J.-P. TOURNEUX.

Les Thèses

Ly. — Dr Ch. FRANCHIMONT. — **Recherches cliniques et expérimentales sur les crises et réactions thermales (en particulier aux eaux sulfureuses).** (Imprimerie Bosc Frères et Riou, Lyon, 1925.)

Les sulfureux administrés aux cobayes sous diverses formes (eaux minérales, soufre colloïdal, etc.) ont permis de réaliser une accélération de l'apparition du syndrome ostéo-hémorragique chez les carencés et un syndrome scorbutiforme à prédominance hémorragique chez ceux au régime du chenil. L'eau de Vichy exerce *chez les premiers* une action retardante. Progressivement, il s'établit une sorte d'accoutumance, et les lésions guérissent malgré la continuation du traitement. Une certaine interruption de celui-ci fait disparaître cette accoutumance, et l'animal traité à nouveau se comporte comme un animal « neuf ».

Ces expériences montrent une fois de plus que l'on doit considérer le soufre comme un facteur puissant d'accélération de la nutrition. En outre, il semble que l'on puisse y voir une certaine analogie avec les phénomènes réactionnels au cours des cures thermales. Ceux-ci, d'observation ancienne, sont connus dans presque toutes les stations, mais ont leur maximum de fréquence et d'intensité aux eaux sulfureuses. Ils peuvent se distinguer en crise thermale, poussée thermale et réactions locales. L'accoutumance obtenue expérimentalement montre qu'il y a intérêt à commencer la cure par doses minimes, augmentées progressivement, en éprouvant la tolérance du sujet.

Il semble difficile d'admettre un mode de pathogénie unique, et, dans l'interprétation des incidents et accidents de cure, il faut faire intervenir diverses propriétés des eaux et l'état constitutionnel des sujets traités, sans parler des mauvaises techniques et indications de cure, les incidents étant trop souvent dus à ce que le traitement a dépassé les forces réactionnelles du malade.

P. — Dr André MENGUY. — **Essai sur la chirurgie de l'amygdale non dégénérée.** Travail du service de M. le prof. Sébileau. (Librairie Arnette, Paris.)

L'amygdalectomie partielle, c'est-à-dire l'opération « appelée presque partout, contre toute raison, amygdalotomie » (P. Sébileau), et l'amygdalectomie totale ont chacune leurs indications propres.

L'amygdalectomie partielle n'est le plus souvent qu'un temps d'une lymphectomie du cercle pharyngobuccal de Waldeyer, opération idéale chez l'enfant. L'anesthésie générale facilite beaucoup l'amygdalectomie partielle, elle en permet l'exécution méthodique qui met dans la mesure du possible à l'abri des accidents ou des cataclysmes. En aucun cas et en aucune circonstance, on ne fera de prise transversale de l'amygdale ; ces prises, en effet, font courir le plus grand risque à la carotide interne qui est tout contre le pilier postérieur, qu'il n'est pas toujours facile d'éviter du fait des adhérences amygdaliennes et aussi des conditions opératoires habituelles.

L'amygdalectomie totale est possible anatomiquement, le tissu lymphoïde infiltrant la sous-muqueuse et étant séparée de la musculeuse par du tissu cellulaire lâche.

Elle réclame une anesthésie locale, qui met le malade à l'abri des complications pulmonaires et qui permet l'exécution méthodique, seule garantie contre les accidents.

On commencera la dissection par le pôle supérieur et on la poussera jusqu'au pôle inférieur inclusivement. L'achèvement rapide à la pince ou à l'anse froide ne permet le plus souvent qu'une exérèse très large, mais incomplète : la dissection sera poussée jusqu'au bout à l'aide des ciseaux. Après l'opération, on proscrira d'une façon formelle les badigeonnages et toutes autres manœuvres intempestives.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE MOUVEMENT SYNDICAL EN 1926

Lorsque, pour faire cette revue générale, j'ai réuni la collection des journaux, ainsi que les coupures que j'avais faites en cours d'année, j'ai été surtout frappé par deux faits.

Le premier, c'est qu'inondé par l'avalanche de journaux médicaux qu'il reçoit gratuitement, le praticien n'a presque plus le temps de tout lire.

Beaucoup de firmes de spécialités pharmaceutiques entretiennent leur publicité en adressant au corps médical des périodiques, souvent très bien faits, où l'on trouve à la fois science et intérêts professionnels.

Or, le praticien n'a pas beaucoup de temps de lire, absorbé qu'il est par sa clientèle ; aussi laisse-t-il volontiers longtemps sous bande nombre des publications qui lui parviennent.

Cette constatation résulte non seulement de la lecture d'articles professionnels divers, qui s'ignorent les uns les autres, parce que leurs auteurs n'ont pas lu ; mais aussi de la lecture de la correspondance échangée avec les confrères, qui demandent des conseils et des avis au « Sou Médical ».

L'avis réclamé a bien souvent été publié dans un journal de spécialité pharmaceutique, la question a fréquemment été l'objet d'une revue générale : le confrère ne l'a pas lu.

La seconde conclusion, tirée de la lecture des nombreux articles, comme des comptes rendus des diverses assemblées syndicales médicales, c'est que, cette année, le gain corporatif a été bien faible, pour ne pas dire nul. Beaucoup de discours, beaucoup de luttes oratoires, d'articles très longs, discussions acerbes, parfois même menaces : donc beaucoup de paroles, mais d'actes, bien peu.

La faute en est dans la désunion, dans la discorde qui règne actuellement dans le camp médical. Aussi, allons-nous passer en revue d'abord les causes, ensuite les effets de ces luttes confratricides.

La scission à l'Union des Syndicats médicaux.

Pour une loi, qui ne sera peut-être jamais votée, les théoriciens du syndicalisme se sont affrontés, puis déchirés.

La loi sur les assurances sociales est certes une de celles qui doivent le plus attirer l'attention des médecins avertis. Mais, à la lecture impartiale des diatribes échangées dans les deux camps, on s'aperçoit que beaucoup imaginent la future loi, en faisant table rase de ce qui existe, ainsi que des habitudes professionnelles, bonnes ou mauvaises, qu'a contractées le corps médical.

Certes, les adversaires, dans les deux camps, sont absolument d'accord, lorsqu'ils défendent avant tout les droits de leurs futurs malades.

Ceux-ci devront être soignés, sous le sceau du secret professionnel, avec le choix libre du docteur.

Sur le premier point, la question est entendue, puisque, dans aucun des projets de loi et rapports consécutifs, il n'a été question de modifier en quoi que ce soit les obligations de l'article 378 du Code pénal.

Néanmoins, beaucoup d'orateurs, dans les syndicats médicaux, voudraient que le législateur inscrivît, dans la loi sur les assurances sociales, qu'en aucun cas le secret professionnel ne pourra être violé. Et, comme les parlementaires, qui s'occupent activement du projet de loi, trouvent parfaitement inutile ce rappel au Code pénal, certains médecins en accusent d'autres de vouloir se livrer pieds et poings liés, pour un salariat futur.

Le libre choix du médecin est inscrit dans la loi. Mais, déjà surgissent les difficultés.

Médecins, syndiqués ou non, pourront-ils être écartés du fonctionnement du service médical, pour les assurances sociales, lorsque ces praticiens auront démérité ?

Qui prononcera ces sanctions ? Les caisses locales, ou les syndicats médicaux ? Il faut donc prévoir une organisation mixte de contrôle, qui sera mise sur pied par un contrat, passé entre les deux collectivités.

Mais, certains se récrient sur ce contrôle ; d'autres ne veulent pas entendre parler de contrat quel qu'il soit.

Le conflit s'aggrave si nous passons à la question tarif. Par qui sera payé le médecin ? A quel taux ?

Sera-ce l'entente directe entre docteur et malade, ce dernier se faisant rembourser par qui de droit tout ou partie de ses frais médicaux ?

Sera-ce au contraire le payement par la caisse d'assurances locale, sur présentation de bons de visites et de consultations, que le malade aura remis à son docteur ?

Sur ce point, l'avis du corps médical semble assez divisé, bien que la grosse majorité paraisse préférer le système du payement immédiat, par le malade, ce qui supprime pour le médecin, la nécessité de conserver ses bulletins de visites ou

de consultations et l'établissement de bordereaux trimestriels de payement.

Nous verrons plus loin quelle est l'opinion des autres intéressés, c'est-à-dire des malades.

Quant au tarif de paiement, encore des discussions : alors que les uns proposent un tarif limitatif, arrêté après entente avec le corps médical, comme cela se passe pour les accidents du travail et les réformés de guerre, les autres n'acceptent aucun tarif : chaque médecin reste, par rapport à l'assuré social, comme s'il s'agissait du droit commun ; le praticien réclame, pour l'acte médical qu'il vient d'accomplir, l'honoraire qui lui paraît équitable : le malade paye et se fait rembourser tout ou partie par qui de droit.

Ici encore les controverses sont nombreuses non seulement dans le camp médical, mais aussi dans celui des futurs assurés.

Parmi les médecins, les uns croient à la nécessité d'un tarif imposé à tous les docteurs participant au service des assurances sociales, à la condition toutefois que ce tarif soit arrêté après accord entre les syndicats médicaux et les caisses d'assurances.

De la sorte, sont diminuées les tentatives de concurrence déloyale entre confrères, cependant que malades comme médecins savent d'avance à quoi s'en tenir sur le quantum de l'acte médical.

Les partisans de ce système font remarquer qu'il y a une tendance très nette à uniformiser ces divers tarifs, tant pour les accidents du travail, que pour les réformés de guerre et qu'enfin pour les cas de droit commun. On fait même espérer qu'en matière d'assistance médicale gratuite, les conseils généraux adopteront le tarif ministériel des accidents du travail, avec une minoration de tant pour cent.

Au contraire, soutiennent les adversaires, le corps médical doit conserver toute son indépendance, au moins théoriquement. Foin des tarifs : le médecin doit demander à son client ce qu'il croit légitime d'exiger, pour le service qu'il lui a rendu.

Si les tarifs d'assistance médicale, d'accidents du travail, de réformés de guerre sont imposés au corps médical, c'est que celui-ci, par ignorance des lois et par manque de cohésion, s'est laissé embrigader dans le fonctionnement de lois sociales, qui n'ont jamais été faites pour le docteur.

Ne sont-ce pas les médecins eux-mêmes qui luttent, depuis 1894, pour l'augmentation d'un tarif d'assistance, alors que la loi de 1893 ne parle nullement du mode de rémunération du corps médical ?

Les syndicats médicaux n'ont-ils pas fait campagne, depuis 1898, pour obtenir, en 1905, un tarif ministériel pour les accidents du travail ?

Et en 1919, lors du vote de la loi des pensions, les praticiens n'ont-ils pas consenti à discuter le quantum de leurs honoraires ?

Aussi, soutiennent les partisans de la liberté absolue, il ne faut pas retomber dans de pareilles erreurs et le mot d'ordre syndical doit être désormais : pas de tarif imposé.

Ce sont ces questions de doctrine syndicaliste, qui ont profondément divisé le corps médical. A la lecture des grands journaux professionnels, on pourrait croire que la masse des praticiens est profondément passionnée pour le problème.

Il n'en est rien, car le médecin de ville ou de campagne lit peu, ou lit mal, inondé qu'il est de brochures, de publications gratuites et de journaux divers.

De conversations nombreuses avec des confrères de province, des lettres multiples échangées pour des litiges professionnels individuels, il est permis de déduire que le gros bon sens médical n'est pas altéré par des chicanes et des controverses.

Profondément navré de ces disputes entre syndicalistes de marque, de bonne volonté, mais peut être mal informés, ou se laissant trop guider par des considérations de personnes, ou de prédominance locales, le praticien remplit son labeur de chaque jour, sachant parfaitement que toutes les lois sont loin d'être parfaites, qu'elles s'adaptent peu à peu aux habitudes, témoin celle sur les accidents du travail.

Le médecin ne demande qu'à être certain de pouvoir être payé de son labeur, de pouvoir toucher son argent avec le moins de complications possible et surtout d'être défendu contre le mauvais confrère, qui ne songe qu'à tout accaparer pour lui, au détriment de ses voisins, plus respectueux des directives d'une saine déontologie.

« La doctrine syndicale, nous ont écrit certains, est très intéressante, en théorie, mais combien je préfère travailler, en toute tranquillité, car, affilié au « Sou Médical », je sais que vous me défendrez et me soutiendrez lorsqu'il m'arrivera un ennui quelconque. »

A lire les nombreux articles, parus sur la scission, on s'aperçoit combien est vraie la phrase ci-dessus : le médecin est férocement individualiste, par atavisme, par mentalité, par profession. La défense individuelle l'intéresse autrement plus que la défense collective. Il est syndiqué ; mais il n'est pas encore syndicaliste.

On peut donc conclure que la scission, qui divise actuellement le corps médical, est plus apparente en surface qu'en profondeur. Nul doute que le calme revenu dans les esprits, adversaires et antagonistes d'aujourd'hui s'aperçoivent que, dans le fond, ils sont presque du même avis et qu'il est préférable, pour le bien commun de la profession, de faire cesser une désunion, qui n'est profitable qu'aux adversaires de notre corporation.

Que pensent les non-médecins de la scission ?

Dans les milieux ouvriers, mutualistes, ou dans certaines collectivités plus politiques, comme la Ligue des Droits de l'Homme, la scission du corps médical a été commentée et suivie d'assez près.

Le futur bénéficiaire de la loi sur les assurances sociales demande au Parlement la gratuité complète des soins médicaux. Il prétend que, tombant malade, il aura besoin de toutes ses économies pour continuer à faire marcher son ménage.

Aussi, assimilant son cas à celui d'un accidenté du travail, trouve-t-il tout naturel de ne pas avoir de médecin à payer : il laisse ce soin à la caisse locale, comme la victime du travail le fait, par rapport à son chef d'entreprise ou à l'assurance de ce dernier.

Les parlementaires, de leur côté, veulent donner les indemnités, le plus possible en nature et le moins possible en argent. Ils craignent que l'ayant droit ne détourne de son but véritable la somme qu'il recevra, principalement en ce qui concerne les soins médicaux.

Pour ne pas grever les budgets des caisses, les malades devront être guéris le plus rapidement possible. Pour ce faire, il faut que le médecin puisse venir aussi souvent qu'il est nécessaire. De même, il est indispensable, pour le dépistage des maladies, que la consultation médicale soit très accessible.

Dans ces conditions, disent beaucoup de parlementaires, le médecin ne doit pas être payé par son malade, qui pourrait hésiter devant la somme à débourser immédiatement, quand bien même celle-ci lui serait ultérieurement remboursée. Il est préférable que les honoraires médicaux soient directement mis à la charge de la caisse d'assurance.

De plus, ceux qui auront la charge des prévisions budgétaires des caisses locales entendent avoir quelques bases préfixes d'appréciation des dépenses.

Aussi sont-ils partisans d'un tarif uniforme, arrêté d'accord avec les médecins locaux, tarif n'ayant vigueur que pour la région, à moins que le corps médical ne préfère avoir un tarif uniforme pour toute la France.

Dans ces milieux non-médicaux, la scission est considérée comme une simple question de gros sous : le corps médical ne jouit pas actuellement d'une bonne presse, d'autant que certains dirigeants ouvriers ne se gênent pas pour dire que quelques médecins ne sont que les porte-parole de firmes patronales, qui, dans un but de politique économique, veulent faire échouer le projet gouvernemental des assurances sociales, pour lui substituer un autre mode, celui des caisses de compensation, dans lesquelles le patron ou son représentant conserve la toute puissance et l'entière direction occulte.

Prise en charge de la médecine.

Mais, autre conception qui se dégage à la fois de la lecture des travaux syndicalistes de 1926 et des vues envisagées par les futurs bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales, quel doit être le rôle du médecin de demain ?

Certains esprits médicaux, imbus des notions de syndicalisme intégral, estiment que toute la médecine doit revenir aux médecins, non seulement dans le cadre de la thérapeutique, mais également dans celui de la prévention contre les maladies.

L'Union, comme certains grands syndicats médicaux, celui de la Seine, en particulier, ont continué, cette année, l'étude de l'organisation de la lutte contre la tuberculose, contre la syphilis, etc.

Les uns préconisent des contrats collectifs avec les collectivités administratives (Etat, préfets) chargés de cette lutte.

D'autres voient une collaboration intime entre le médecin administratif et le praticien.

D'autres enfin repoussent toute ingérence de l'administration, s'en rapportant aux syndicats médicaux pour l'organisation, la gestion et la direction de la lutte contre les fléaux sociaux.

Mais les résultats obtenus cette année sont peu différents de ceux de l'an dernier. La question reste toujours entière.

Cependant, les futurs bénéficiaires de la loi sur les assurances sociales estiment que le médecin aura son mot à dire, non seulement pour guérir les malades dans le laps de temps le plus bref, mais aussi pour prévenir les maladies.

Le praticien doit avoir son cabinet largement ouvert pour permettre le dépistage des affections latentes ; il sera peut-être nécessaire de faire passer périodiquement des examens de santé complets aux assurés sociaux, avec mention sur des fiches, ou sur des livrets sanitaires individuels, pour que, médicalement suivi, le travailleur, en apparence bien portant, ne soit pas « un malade qui s'ignore » et ne tombe ensuite à la charge de la collectivité.

Certains esprits clairvoyants, parmi les non-médecins, estiment que le docteur a sa place toute marquée, avec voix délibérative, dans les conseils des caisses, pour donner son opinion sur l'emploi des bonis devant être utilisés pour la construction de maisons saines, d'établissements de bains, pour l'organisation de terrains de jeux, de colonies de vacances, tant pour adultes que pour enfants, etc.

Voici donc tout un programme, sur lequel nous reviendrons un jour, et qui, vraisemblablement refera l'union entre médecins momentané-

ment divisés, par des questions de politique financière syndicale.

Contrats de louage de services.

La science du droit nous oblige souvent à appeler un chat un chat. Aussi, dédaignant les mots pompeux de sacerdoce, de collaboration désintéressée, disons qu'à la lecture des comptes rendus de syndicats médicaux, les praticiens entendent discuter les conditions pécuniaires, selon lesquelles les collectivités publiques ou privées rémunèreront les différents actes médicaux.

Tout d'abord, un premier point apparaît clairement, lorsqu'on regarde l'ensemble de l'évolution de l'esprit syndical. Au contrat individuel de jadis se substitue un contrat collectif. Ce n'est plus le médecin isolé qui doit défendre âprement ses maigres appointements annuels, tant contre son employeur que contre le confrère voisin, qui veut lui chiper sa place, c'est la collectivité corporative médicale, qui traite de puissance à puissance avec les autres collectivités d'employeurs, réclame des augmentations, ou même impose ses conditions, tout en spécifiant que le contrat ainsi intervenu sera applicable non seulement aux syndiqués, mais aussi aux non-syndiqués.

Que ce soit dans le domaine de l'assistance médicale gratuite, des mutualités, voire même des caisses de compensation, partout se montrent des indices de cette évolution corporative médicale.

Mais, deux tendances se font jour.

Les uns estiment que le syndicat, seul groupe professionnel légalement habilité pour compromettre collectivement, doit travailler pour toute la collectivité médicale, résidant dans la localité, que les médecins soient syndiqués ou non-syndiqués.

C'est le principe du libre choix intégral qui guide les tractateurs : en contractant, le syndicat se porte fort non seulement pour ses membres, qui sont liés par les statuts du groupe et par les décisions des assemblées générales, mais aussi pour tous les médecins, n'appartenant pas au syndicat, mais qui auront accepté les conditions prévues au contrat.

De la sorte, personne ne pourra reprocher un accaparement de la clientèle ; les non-syndiqués conservent toujours le droit de ne pas adhérer au groupe corporatif, cependant qu'ils bénéficient de tous les avantages du libre exercice de leur profession.

Ainsi, l'adhésion au syndicat n'est pas obligatoire et point n'est besoin, pour un praticien, s'il veut conserver sa liberté d'action professionnelle, de renoncer à la possibilité de soigner une grosse partie de la clientèle ouvrière, témoin ce qui se passe pour les assurances sociales alsaciennes : s'il n'est pas syndiqué, le docteur n'a pas le droit de participer au service médical pour les assurés sociaux.

Mais, disent les adversaires de cette conception large et généreuse, le syndicat doit devenir indispensable par intérêt. Nous en avons assez de militer pour toute une catégorie d'égoïstes, qui ne participent pas aux charges financières de notre syndicat, qui voient nos malades, pendant que nous assistons aux réunions, où que nous accomplissons des missions et des démarches pour la collectivité, qui ne se soucient de la déontologie, qu'autant que celle-ci est compatible avec leur intérêt privé et personnel.

Il est donc juste, ajoutent-ils, que le syndicat ne doive travailler que pour ses seuls membres et puisse réserver à ces derniers les avantages qu'il a pu obtenir.

D'autant que le titre de syndiqué est un brévet d'honorabilité : le bureau, qui contracte avec une collectivité, peut se porter garant du respect des conventions et des obligations inscrites au contrat, parce que chaque membre relève de la juridiction professionnelle du conseil de famille du syndicat.

Il n'en est pas de même des non-syndiqués, contre lesquels la seule sanction syndicale ne peut être que la mise à l'index.

En tous cas, la convention collective, type Roubaix-Tourcoing, sert de modèle, pour des tractations collectives entre syndicats médicaux et collectivités publiques ou privées.

Les tarifs.

Si nous laissons de côté les articles qui ont paru, comme les discussions en assemblées générales syndicales, portant sur le point de savoir si un tarif doit être limitatif, imposé ou libre, disons que les augmentations ont surtout porté sur le tarif des accidents du travail. Les catégories ont été supprimées pour toute la France et unifiées sur les bases de la catégorie la mieux rémunérée.

En sera-t-il de même pour la loi des Pensions ? La question est à l'étude et n'est pas encore résolue.

En matière d'assistance médicale gratuite, on a vu, au cours de cette année, trois syndicats départementaux rompre ouvertement avec le Conseil général, se refuser à continuer à travailler, pour des tarifs ridiculement bas, alors que les impôts et charges diverses pleuvent dru sur les épaules des médecins, tout autant que sur celles des autres citoyens.

Par conséquent, du moment où ces derniers ne font aucune réduction sur le prix de leurs fournitures pour les indigents, les médecins entendent être traités comme le commun des mortels et se refusent à se laisser payer en monnaie de singe.

Ce ne sont pas les belles paroles, ce n'est pas

en célébrant le dévouement et l'abnégation du corps médical qu'on lui vient en aide pour payer ses charges fiscales.

Mêmes luttes pour les hospitalisations des malades payants. Par ces temps de vie chère, l'hôpital fait une concurrence terrible, non seulement aux médecins praticiens, mais aussi aux docteurs, qui, propriétaires d'une maison de santé, veulent y soigner, ou y opérer leurs malades.

L'exode vers l'hôpital est patent, à cause du bon marché.

Or, si l'hôpital arrive à établir ses comptes de gestion d'une manière telle que les finances publiques, que les contribuables, en un mot, ne devront pas combler un déficit, si l'établissement public avait le droit légal de faire acte de commerce, en hospitalisant, avec bénéfices, les malades payants, si la commission administrative laissait les médecins libres de réclamer des honoraires et permettait au syndicat local d'établir soit un roulement, soit un choix libre du médecin d'hôpital, beaucoup d'objections tomberaient.

Mais, il est inadmissible que l'hôpital, établissement public, fondé dans un but de charité pour assister les indigents, soit détourné de sa destination primitive, pour faire une concurrence déloyale aux médecins praticiens et aux maisons de santé privées.

Des procès sont en perspective, pour qu'une bonne fois, tribunaux judiciaires et administratifs soient appelés à se prononcer sur la limite des droits que la loi de 1851 confère aux hospices et hôpitaux.

Régime légal des associations professionnelles médicales.

La scission d'abord, puis le désir de savoir dans quelles conditions un groupe professionnel médical peut contracter collectivement, ont conduit certains milieux corporatifs à mettre à l'étude les conditions juridiques et légales qui doivent présider à la constitution et à la marche d'une association professionnelle.

Des discussions et travaux juridiques qui ont été publiés au cours de cette année, il ressort que les syndicats, constitués sous les auspices des lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920, ont des droits autrement plus étendus que les associations, loi de 1901.

La question est tranchée ; mais retenons cependant l'idée qui a présidé à cette étude.

Si les syndicats médicaux sont en pleine puissance dans les départements, il n'en est plus de même à Paris. Le syndicalisme n'y fait pas les progrès voulus : l'indifférence de beaucoup, l'individualisme outrancier, la lutte pour la vie, la venue de beaucoup d'épaves médicales, les étrangers diplômés d'Etat, la course aux décorations : tout contribue à inciter le médecin parisien à rester individualiste et isolé.

Certains même, parmi les meilleurs et les plus corrects confrères, ne peuvent souffrir le vocable « syndicat ». Pour eux, c'est se ravaler au rang d'ouvriers C.G.Tistes, que de voir des médecins accepter de former des syndicats.

Aussi préfèreraient-ils l'association (loi de 1901) pour cette question de mots d'abord, puis pour deux autres motifs :

Le premier, c'est qu'ils redoutent que l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 ne soit un jour appliqué aux syndicats médicaux, qui entendraient soutenir une lutte contre le département, la commune, ou l'Etat.

Juridiquement, il a été démontré que cet article 13 ne visait que les médecins fonctionnaires et ne serait jamais appliqué à un syndicat, qui discute, avec une administration publique, une modalité de contrat de louage de services, ou le taux d'un tarif d'honoraires.

Le second motif est tiré d'un désir d'union générale. Laissons, disent ces confrères, chaque médecin libre d'adhérer soit à un syndicat, soit à une association, selon ses goûts. Mais faisons une Union générale, qui comprendra, non seulement les syndicats, mais aussi toutes les associations médicales.

Les travaux publiés au cours de cette année ont démontré que cette conception généreuse d'union et de concorde se heurte aux textes législatifs, ou n'aboutirait qu'à changer le nom de baptême des syndicats, en dénommant association les syndicats auxquels adhèreraient des syndiqués sans le savoir.

Pouvoir de coercition.

La question du Conseil de l'Ordre, bien que n'étant pas abandonnée, a été, cette année, l'objet de bien moins d'articles et d'études que l'an dernier. Partisans et adversaires restent sur leurs positions, les uns voulant créer, à côté des syndicats, une juridiction obligatoire pour tous ceux qui exercent la profession, le syndicat demeurant facultatif, alors que les autres estiment suffisants le conseil de famille syndical et cherchent à rendre cette juridiction obligatoire, en s'efforçant d'accroître les avantages matériels de l'adhésion au syndicat.

Mais, au cours de cette année, s'est posé par deux fois le point de savoir si un syndicat a le droit de se refuser à admettre, dans son sein, un praticien qui ne lui semble pas réunir toutes les conditions déontologiques suffisantes, pour faire partie du groupe. Le droit d'admission, comme celui d'exclusion, vont faire l'objet de deux procès qui ne manqueront pas d'être intéressants.

Les impôts.

Quelques travaux, au cours de cette année,

en ce qui concerne les impositions du médecin, principalement au point de vue des maisons de santé.

Est toujours pendant devant le Conseil d'Etat le point de savoir la situation fiscale d'un médecin, qui, accessoirement à sa profession, ou pour exercer cette dernière, dirige une maison de santé dont il est le propriétaire. Doit-il payer, comme un commerçant, comme un hôtelier, les taxes sur le chiffre d'affaires, les impôts sur les bénéfices commerciaux, ou doit-il être considéré comme exerçant une profession libérale ?

Le congrès des médecins propriétaires de maisons de santé privées s'est longuement occupé de cette question, ainsi que le syndicat des chirurgiens des hôpitaux de France.

Les loyers.

Les syndicats ont eu peu d'action à exercer, en ce qui concerne le vote de la loi d'avril 1926 : une distinction a été faite pour le logis professionnel, alors que la jurisprudence se montrait, jusqu'ici assez hésitante.

Mais, disons aussi que la loi sur la propriété commerciale n'intéresse nullement les médecins, contrairement à ce que peuvent croire certains confrères, qui pensent que le législateur leur a reconnu un pas de porte et un droit de priorité, lors de la terminaison d'un bail médical.

Défense de la corporation en général.

Je fais allusion ici à la grande levée de boucliers qu'a suscitée la commission ministérielle, instituée pour la création d'un nouveau diplôme pour les chirurgiens-dentistes.

Certains de ces derniers, usant d'influences politiques, avaient cru le moment venu pour se faire octroyer un diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Devant l'opposition de l'Union des syndicats médicaux, on a reculé pour l'octroi de ce titre, qui aurait jeté la confusion dans l'esprit des clients et leur aurait laissé croire que le docteur en chirurgie dentaire était véritablement docteur en médecine.

Aussi, désireux de barrer la route aux docteurs en médecine, qui, de plus en plus nombreux, se consacrent aux maladies de la bouche et des dents, les chirurgiens dentistes usèrent encore de leurs amitiés politiques, pour tenter de faire instituer un diplôme spécial, que devrait obtenir tout praticien, voulant faire de la dentisterie, ou de la stomatologie, fût-il docteur en médecine.

C'était soulever le problème des diplômes spéciaux, venant se superposer ou s'ajouter au titre de docteur en médecine. C'était restreindre les droits, conférés par la loi du 30 novembre 1892 ; c'était une menace pour l'avenir, car aujourd'hui l'art dentaire, demain la chirurgie, l'oto-rhino-laryngologie, la radiologie, etc., exigeraient, avant tout exercice, un diplôme spécial, supérieur à celui de docteur.

L'Union des syndicats et beaucoup de groupes médicaux ont mis la question à l'étude et ont conclu d'abord que l'art dentaire, loin d'être autonome et distinct de l'art de guérir, fait au contraire partie intégrante de la médecine.

En second lieu, devant la spécialisation de plus en plus poussée et approfondie, conviendrait-il d'étudier les modalités d'obtention, pour les spécialistes de profession, d'un diplôme d'études complémentaires, diplôme facultatif, mais permettant de s'intituler spécialiste.

Conclusions.

En apparence, divisé par des luttes intestines, perdant son temps à des discussions byzantines, sinon de personnes, le syndicalisme médical n'a pas obtenu grand chose cette année.

Mais, malgré ce tableau quelque peu sombre, se dégage progressivement cette directive : le syndicat cherche à devenir le porte-parole autorisé des médecins d'une région ; il a tendance à contracter au nom de la collectivité professionnelle, avec des collectivités d'employeurs, qui ont besoin des services des médecins. A l'individu isolé se substitue le groupe professionnel corporatif agissant et plus fort.

Ce dernier, non seulement défend la question gros sous, mais aussi donne l'assurance que les praticiens, participant au service collectif, seront respectueux des règles de l'honneur professionnel et de la déontologie, grâce à la juridiction des conseils de famille.

Il est donc intéressant de voir cette évolution ainsi se dessiner : l'individu aliène une partie de sa liberté au profit de la collectivité, pour, en retour, se sentir mieux soutenu, défendu qu'il sera contre les adversaires du dehors et les mauvais confrères.

Signalons aussi la tendance qu'ont les syndicats médicaux à offrir leur collaboration, comme conseillers techniques, s'appuyant, pour ce faire, sur l'article 6 de la loi de 1884, disant que les syndicats peuvent être consultés pour toutes les questions, qui se rapportent à leur profession.

Le syndicat ne restera plus le défenseur des intérêts égoïstes d'une corporation : petit à petit il deviendra une fonction dans l'Etat, représentant les forces intellectuelles professionnelles, pouvant et devant servir de conseiller technique pour les collectivités publiques, ou privées.

Dr Paul Boudin.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Pour le médecin la prévoyance est un devoir familial et social.

Confrères,

L'esprit de prévoyance disparaît et c'est une chose d'autant plus fâcheuse que rien n'est démoralisateur comme la vie au jour le jour.

Ce n'est pourtant pas que la préoccupation de l'avenir n'existe plus : tous veulent avoir une retraite, tous veulent être garantis contre les calamités possibles... mais personne ne veut faire l'effort nécessaire pour se garantir soi-même.

Que des indemnités de chômage, de maladie, que la retraite soient assurées, oh ! c'est parfait ; mais on ne veut rien débourser pour cela, on s'en remet à la collectivité, à l'Etat Providence !

Et le pis est que ces sentiments ne sont pas seulement ceux des masses ignorantes, ils gagnent les classes éclairées, s'accordant trop bien avec l'esprit de veulerie qui semble régner de plus en plus.

Qui donc réagira contre ce mal ?

Bien des gens en devraient avoir le devoir, mais j'estime que, parmi eux, le médecin vient en première ligne.

Est-ce que le médecin est simplement le marchand de soins que certains prétendent ? Non, il a une mission à remplir parce que plus éclairé, plus dévoué, plus considéré et plus influent.

Le médecin va chez tous, pénètre dans tous les milieux, plus que quiconque il connaît les situations, les besoins, plus que quiconque il est le confident et le conseiller. Comment pourrait-il se dérober au devoir qu'une telle situation lui impose ? L'hygiène morale n'est pas moins impérieuse que l'hygiène physique ; on pourrait même dire que l'une ne va pas sans l'autre.

Cette vie d'indifférence, de jouissance, de paresse, qui tend à devenir presque normale, le médecin doit la combattre comme le pire des fléaux qui nous menace. Et il reste dans son rôle lorsqu'il commente le *aide-toi, le ciel t'aidera* du fabuliste, lorsqu'il combat la doctrine pernicieuse et vaine de l'Etat Providence, lorsqu'il s'efforce de ramener à la prévoyance et au travail.

Mais le médecin ne doit-il pas donner encore l'exemple en se faisant à lui-même application de ces principes qu'il répandra autour de lui ?

Lui aussi, il a besoin d'une retraite pour ses vieux jours, lui aussi il a besoin pour lui-même et pour sa famille d'une indemnité de chômage s'il vient à être arrêté dans l'exercice de sa profession et privé de son gagne-pain soit d'une façon momentanée, soit d'une façon définitive. Qui donc viendra à son secours s'il n'a été prévoyant quand il était jeune, actif et bien portant ?

Le médecin pense à tout cela, il reconnaît la justesse de ces réflexions, mais il remet à plus tard. Confiant dans sa bonne santé, dans son activité, il croit toujours avoir le temps devant lui... Ce sera pour demain.

Et puis, le médecin ne sait comment faire : il ne sait à qui s'adresser, il entrevoit des démarches qui le dérangeront dans ses habitudes, qui lui feront perdre du temps : Ce sera pour demain.

Qu'un confrère l'entretienne des sociétés auxquelles il pourrait s'affilier, que son journal lui donne une documentation capable de l'éclairer sur l'organisation, le fonctionnement, la solidité de telle ou telle d'entre elles, il admet en principe, mais il ajourne la réalisation : Ce sera pour demain.

Et ce demain n'arrive jamais : les jours s'écoulent, l'âge arrive, la santé s'altère et le moment vient où il est trop tard pour se décider.

Ces considérations, nous les avons maintes fois développées au sujet de la Mutualité Familiale du corps médical français, je ne recommencerai pas, bien que certains nous affirment que nous avons tort, que malgré tout on ne nous connaît pas et que nous ne devrions pas craindre de nous répéter — je dirai simplement :

Voici une société qui a été fondée au début de 1894, qui a donc 33 années d'existence, qui a été créée par des médecins pour les médecins, qui a la forme d'une société de secours mutuels libre régie par la loi du 1er avril 1898, qui a toujours fonctionné avec la régularité la plus parfaite, qui a franchi la période critique de la guerre, qui se présente actuellement avec une réserve dépassant trois millions — que demandez-vous de plus si, par surcroît, j'ajoute qu'elle est surveillée par un actuaire qui procède à des inventaires périodiques et qui, à la suite de l'inventaire au 31 décembre dernier, nous écrit que « les conclusions sont favorables pour toutes ces combinaisons et que la Mutualité familiale, conduite avec tant de prudence et de sagesse, peut continuer son œuvre avec confiance » ?

Et que vous offre la Mutualité familiale ?

La possibilité de vous assurer une indemnité journalière si la maladie ou un accident vous arrêtent dans l'exercice de votre profession ;

La possibilité de vous assurer une pension de retraite à 60 ou à 65 ans, d'en assurer une également à votre femme et à vos enfants ;

La possibilité, en cas de décès prématuré, d'assurer à votre veuve une pension viagère reversible, en cas de décès de celle-ci, sur vos enfants mineurs.

Indemnité maladie.

La Mutualité familiale assure, non pas la maladie elle-même, mais l'incapacité de travail qui en résulte. L'indemnité part du cinquième jour de l'arrêt, elle est journalière pendant soixante jours et ensuite mensuelle quelle que soit la durée.

L'indemnité est au gré du sociétaire :

Journalière de 10 fr. et mensuelle de 100 fr. ;
Journalière de 20 fr. et mensuelle de 200 fr. ;
Journalière de 30 fr. et mensuelle de 300 fr.

Au 1er janvier 1927, elle pourra être également:

Journalière de 40 fr. et mensuelle de 400 fr. ;
Journalière de 50 fr. et mensuelle de 500 fr.

Le candidat doit subir une visite médicale et paye une cotisation annuelle qui varie avec l'âge d'entrée et le quantum de l'indemnité choisie.

La limite d'âge d'entrée est 45 ans.

Les admissions, prononcées par le Conseil d'administration, partent des 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre de chaque année.

Les indemnités sont réglées tous les trois mois et parviennent exemptes de tous frais.

La participation cesse à 65 ans.

Pensions de retraite.

La pension de retraite est annuelle et viagère elle se paye d'avance, et en une seule fois au 1e janvier sur le vu d'un certificat de vie délivré par le maire sur papier libre.

Elle est, au gré du sociétaire, payable à 60 ou 65 ans.

La part de pension type est de 120 francs : le sociétaire peut prendre le nombre de parts qu'il désire sans cependant excéder le maximum de 20 (pension de 2.400 fr.)

Il n'y a pas incompatibilité entre les combinaisons donnant respectivement la retraite à 60 et à 65 ans. Le sociétaire peut entrer aux deux et s'assurer ainsi une pension maximum de 4.800 francs.

La cotisation annuelle varie avec l'âge d'entrée, la combinaison choisie et le quantum de la pension.

Le sociétaire a la faculté de contre-assurer sa cotisation de telle sorte que, s'il venait à mourir avant d'avoir touché la première annuité de sa pension, la totalité de ses versements soit remboursée à ses ayants droit.

En cas d'interruption dans le versement de la cotisation, il n'y a pas déchéance et le sociétaire peut toujours reprendre ses versements ; il peut même se libérer des versements en souffrance sauf dans les quatre années précédant l'âge de la retraite.

Si les versements annuels ont été de cinq au moins, le sociétaire reçoit à l'âge voulu une retraite proportionnelle calculée selon ses versements.

Les femmes et les enfants des sociétaires sont admis dans les mêmes conditions.

Pensions aux veuves.

La part type de la pension est de 120 francs. Le sociétaire pouvait jusqu'à présent souscrire seulement cinq parts (pension de 600 francs) ; à partir du 1er janvier 1927, il en pourra souscrire jusqu'à dix (pension de 1200 francs).

La pension se paye tous les trimestres, à terme échu, sur le vu d'un certificat de vie délivré par le maire.

En cas de décès de la mère, la pension est réversible sur les enfants âgés de moins de 18 ans : chaque enfant reçoit une somme telle que le total ne puisse excéder le chiffre total de la pension et que la part de chacun ne puisse excéder la moitié.

La cotisation annuelle varie avec l'âge du mari et celui de la femme au moment de l'entrée. Elle peut, à ce moment, être rachetée par un versement unique.

La cessation du payement de la cotisation pendant une année entraîne la radiation du sociétaire, toutefois s'il compte 15 années de participation avec versement régulier des cotisations, une pension réduite proportionnelle sera attribuée à la veuve.

Les cotisations sont, dans leur intégralité, versées aux comptes auxquelles elles se réfèrent. Les frais de gestion sont couverts par une somme complémentaire annuelle égale au dixième de la cotisation.

Des droits d'entrée destinés à rémunérer les confrères examinateurs sont réclamés pour l'indemnité maladie et pour la pension aux veuves, ces combinaisons exigeant un examen médical à l'entrée.

Une caisse auxiliaire, alimentée par les dons sans affectation spéciale, les amendes, les abandons d'indemnités ou de pensions, permet, en dehors des prescriptions statutaires, tous secours ou emplois utiles à la société ou à ses membres.

Confrères,

J'ose espérer que ce bref exposé attirera votre attention sur la Mutualité Familiale du corps médical français : c'est en toute conscience comme en toute confiance que nous croyons pouvoir vous la recommander.

Elle répond à vos besoins et vous offre les moyens de remplir le devoir de prévoyance auquel vous ne pouvez vous soustraire. Son secrétaire général, Dr Mignon, au Vésinet (Seine-et-Oise) se tient à votre disposition pour vous donner tous conseils et tous renseignements utiles — il vous suffit de lui adresser le bulletin que vous trouverez dans ce numéro même.

A. Gassot.

VARIÉTÉS

Un problème de concordance de botanique médicale.

L'herbe légendaire de Clytie.

Clytie, pour quelques uns, est une Océanide ; pour d'autres, l'une des filles d'Eurynome et d'Orchame, roi de Babylone et septième descendant de Belus. Ovide, dans ses *Métamorphoses*, nous a conté sa légende et comment Apollon l'aima. Mais le dieu vit, un jour, la sœur de sa maîtresse ; et, volage, il passa à Leucothoë. Alors, poussée par la jalousie, Clytie révéla les secrètes amours de sa rivale à son père. Orchame ne plaisantait pas avec l'honneur ; il fit enterrer Leucothoë toute vive. Bien loin de revenir à ses amours premières, Apollon ne pardonna pas à la délatrice sa trahison.

At Clytien, quamvis amor excusare dolorem,
Indiciumque dolor poterat, non amplius auctor
Lucis adit, Venerisque modum sibi fecit in illa.
Tabuit ex illo dementer amoribus usa.
Nympharum impatiens, et sub Jove, nocte dieque
Sedit humo nuda, nudis incompta capillis ;
Perque novem luces, expers undæque cibique,
Rore mero, lacrymisque suis jejunia pavit,
Nec se movit humo. Tantum spectabat euntis
Ora dei, vultusque suos flectebat ad illum.
Membra ferunt hæsisse solo, partemque coloris
Luridus exsangues pallor convertit in herbas.
Est in parte rubor, violæque simillimus ora
Flos tegit. Illa suum, quamvis radice tenetur,
Vertitur ad Solem, mutataque servat amorem (1).
(OVIDE. Métamorphoses, liv. IV, 266 et ss.)

L'*Herbe de Clytie* est ainsi devenue l'emblème de la fidélité. « C'est vous seul que j'aime », signifie-t-elle. Mais, du même coup, elle est devenue le prototype des *herbæ solares* qui suivent le cours du soleil, le prototype des *heliotropii* des Anciens (ἥλιος : soleil ; τρέπω : je tourne). Chercher quelle est pour nous la plante légendaire n'est pas sans quelque intérêt. On y verra les difficultés nombreuses qu'offre le problème des concordances des noms botaniques de jadis avec ceux de nos jours et l'on comprendra, tout à la fois, l'embarras où se trouvèrent les naturalistes de la Renaissance pour se comprendre et le service que nous a rendu la nomenclature linnéenne.

Des documents de trois ordres peuvent nous aider à répondre à la question qui se pose : ceux que l'art nous fournit, les opinions des botanistes et le texte même des *Métamorphoses*. Disons tout de suite que ni les uns, ni les autres ne me semblent apporter un appui à certaines concordances que l'on a proposées, je ne sais sur quel fondement. L'*Hesperis matronalis*, que Hoefer déclare être l'*Herbe de Clytie* (1), n'a sur sa tige, ni sur ses feuilles, cette pâleur dont parle Ovide et ses fleurs sont blanches ou purpurines. L'*Helianthemum roseum* de Decandolle que Dierbach (2) assure répondre de façon éclatante à la description du poète a bien la face inférieure de ses feuilles d'un gris cendré et ses branches un peu rougeâtres, mais ses fleurs sont roses ou coquelicot d'un rouge. Que, par surcroît, l'auteur allemand ait mal compris *Membra ferunt hæsisse solo* (3) n'encourage pas à imiter A. de Gubernatis, qui a adopté son opinion (4).

L'art, disais-je, nous peut donner quelque

---

(1) « L'amour à sa douleur pouvait être une excuse et cette douleur une excuse à sa délation ; cependant plus jamais Apollon ne lui témoigna d'amour, plus jamais il ne vint à elle. Elle, follement, se consumait de passion pour lui. Indifférente à ses compagnes, nue sous le ciel et les cheveux épars, elle restait nuit et jour couchée sur le sol. Neuf jours elle fut ainsi, sans rien boire, sans rien manger, nourrie seulement de la rosée et de ses larmes. De la terre où elle s'était couchée, elle ne se leva plus, suivant seulement des yeux le Soleil dans sa course et tournant vers lui son visage. Et l'on rapporte que ses membres s'attachèrent au sol en devenant des racines, tandis qu'elle se changeait en une herbe dont la pâleur empruntait à sa propre pâleur, rouge pourtant en quelques endroits, et dont la fleur violette remplaça son visage. Clytie, changée en plante, quoique retenue par ses racines, se tourne encore vers le Soleil, qu'elle aime malgré sa métamorphose. »

Comparer le quatrain de Parny et les vers de Moore.

« *Voyez ici la jalouse Clytie*
Durant la nuit se pencher tristement,
Puis relever sa tête appesantie
Pour regarder son infidèle amant. »
(PARNY.)

« *No the heart that has truly loved never forgets,*
But as truly loves on the close ;
As the Sunflower turns on her god when he sets
The same look which the turned when he rose !
(MOORE.)

(1) HOEFER. — *Histoire de la botanique*, Paris, 1872, p. 29.

(2) DIERBACH. — *Flora Mythologica*, Francfort, 1833, § LX, p. 163. — L. MARCHANT a donné à Dijon, en 1867, une traduction française de cet ouvrage (Cf. p. 149).

(3) DIERBACH a compris : « Die Stengel liegen auf der Erde », parce que cela fournissait un caractère qui justifiait sa concordance ; mais combien différente, et plus forte, et plus vraie est l'image du poète montrant d'un seul mot (*hæsisse*) que les membres de Clytie s'immobilisent, se fixent dans le sol, deviennent des racines. Si l'*herbe de Clytie* est une plante à tiges couchées et je m'accorde sur ce point avec Dierbach, c'est à cause du *Sedit humo nuda* et non pas à cause du vers 276.

(4) A. DE GUBERNATIS. — *La mythologie des plantes*, Paris, 1878, I, p. 290.

lumière. De tous temps, en effet, Clytie a inspiré peintres et sculpteurs. Les premiers toutefois ne nous aideront guère. Des anciens, il ne reste rien sur ce sujet à ma connaissance (1) et les modernes n'y ont vu que le prétexte à une étude de nu. Pour les sculpteurs, il y a, à Londres, un très beau buste de M. Georges Frederik Watts. Il rend à merveille l'expression douloureuse de Clytie tournant la tête vers l'astre aimé, tandis que ses bras sont captifs déjà des feuilles de la plante en laquelle elle est changée. Malheureusement, ces feuilles sont stylisées en vue d'un effet décoratif, obtenu d'ailleurs à souhait, mais sans valeur documentaire. Il en va autrement d'un second buste, celui-ci datant vraisemblablement de l'époque d'Auguste, resté longtemps dans la famille du prince Laurenzano de Naplse, aux environs de laquelle il fut découvert. Il se trouve



Buste de Clytie de M. G. F. Watts.

aujourd'hui au *British Museum* (Sculptures antiques greco-romaines, *Collection Towenly*).

Ici, les feuilles paraissent être celles d'un iris. Il en est de violets, avec du rouge en quelques-unes de leurs parties ; et ceci répond à la moitié de la description d'Ovide. Enfin, Henri de Saxe, dans l'ouvrage trop de fois réédité sous le titre *Secrets d'Albert le Grand* (2), donne l'iris comme étant l'*Heliotropium* antique. Ajoutez qu'avec un peu d'imagination on peut voir dans l'arc en ciel, dont la fleur porte le nom et auquel le soleil donne ses couleurs, la route qui du Ciel conduisait Apollon près de ses maîtresses terrestres. Malheureusement, l'imagination ne saurait entrer en ligne de compte ; une partie importante de la description d'Ovide ne s'applique pas à l'iris ; et, quant au buste napolitain, beaucoup en font simplement le portrait d'Antonia, fille de Marc-Antoine. Ont-ils raison ? Je ne saurais dire ; car, la statue d'Antonia trouvée à Tusculum et aujourd'hui au Vatican, de même qu'un



Buste antique de Clytie (?) au British museum.

autre buste de la mère de Germanicus, qui est au Musée du Capitole, ne ressemblent qu'à demi à celui-ci. En tous cas, autant l'expression de l'œuvre moderne de Watt rappelle la métamorphose, répond à la légende, autant la pseudo-Clytie antique s'en éloigne avec sa tête baissée, un peu tournée vers la droite, comme serait celle d'une personne tranquillement assise. On ne peut même prendre argument de la combinaison du buste et des feuilles, parce qu'on la retrouve sur le médaillon d'argent de Xanten, sur le buste de Marc Aurèle de Grene, sur d'autres encore, sur des hauts reliefs sépulcraux, sur des vases et des terres cuites, parce que, pour tout dire, cette combinaison n'est pas rare dans la dernière période de l'art grec. Pour séduisante qu'elle

(1) Le tableau de la Lesché de Delphes, peint par Polygnote et aujourd'hui perdu, représentait Clytie de Millet, fille de Pandare ; car il y eut cette seconde Clytie et d'autres encore : Clytie, femme de Tantale et Clytie, maîtresse du roi d'Argos Amyntor.

(2) *Tractatus Henrici de Saxonia, Alberti Magni discipuli, de Secretis Mulierum, ac ejusdem de Virtutibus herbarum*, etc. Francfort, 1615, p. 293. La première édition parut in-fol., à Ausgbourg en 1489.

soit d'abord, il faut donc rejeter la concordance de Henri de Saxe. L'iris n'est pas l'*Herbe de Clytie.*

Sur la plante qu'il faut reconnaître pour cette dernière, à peu près tous les vieux botanistes et la plupart des modernes sont d'accord (1). Une seule, en tous cas, porte le nom d'*Herbe de Clytie* dans les herbarii et dans les ouvrages de synonymie que j'ai lus ; et c'est le *Chrozophora tinctoria* (Necker) (χρῶσις : teinture ; φέρειν porter), le *Croton tinctorium* (*e quo paratur* tournesol *Gallorum*), le tournesol jadis cultivé à Grand Gallargues, le *Tournesolia tinctoria* de Baillon. On l'appelait autrefois *Heliotropium minus tricoccum* et Ætius, dans la version latine de Montanus (2) le nommait *Heliotropium herba insignis triplici grano*. Clusius (3) est un des premiers à l'avoir dessiné et on trouve un peu partout sa figure.

Si l'on peut regretter seulement que les botanistes, en général, ne prêtent aux poètes qu'une attention distraite, c'est un malheur, en l'occasion, que ceux du XVI[e] siècle, dont beaucoup étudiaient dans les livres plus que dans les champs, se soient montrés davantage soucieux des textes de Théophraste et de Dioscoride que de celui d'Ovide. A l'encontre du sentiment unanime (ou presque) je crois, en effet, que le *Croton tinctorium* ne mérite pas de porter le nom de Clytie. On pourrait s'étonner d'abord qu'une herbe inélégante comme celle-là et qui n'attire en rien les regards ait été choisie par la légende ; mais laissons cela. A la vérité, sa tige est couverte d'une pubescence grisâtre ; ses feuilles sont d'un vert pâle presque cendré ; cela répond, si l'on veut, au *partemque coloris luridus exsangues pallor convertit in herbas* ; mais je n'ai vu de rouge en aucune de ses parties (*est in parte rubor*) et ses petites fleurs sont jaunâtres ou jaunes et non pas couleur de violette. Enfin, je ne suis pas assuré du tout que cette fleur du *Croton tinctorium* suive le cours du soleil dans le ciel. Sur les pieds, de médiocre venue sous le climat parisien, que l'on voit, l'été, dans le misérable petit jardin botanique du Museum, ce mouvement m'a échappé. S'il existe, il n'est pas assez manifeste pour avoir frappé les Anciens comme le fit l'*Herbe de Clytie*, et il ne serait pas impossible que le nom de *tournesol* ait été donné à la plante simplement parce que son suc change de couleur et tourne au soleil (1).

Reste une concordance que Joachim Camerarius a indiquée par une figure de ses *Symboles et Emblèmes tirés des plantes* (2) et dans les vers mis au-dessous d'elle. La figure, si on la compare avec celles que les anciens botanistes ont donnée de leur *Heliotropium majus*, représente notre *Heliotropium europœum*. Les vers sont les suivants :

Christe tuos vultus semper venerabor adorans,
Ut Clytie ad solem germina pulcra rotat (3).

Il n'est donc pas douteux que, pour Camerarius, l'*Herbe de Clytie* est l'héliotrope d'Europe. Le malheur est que ses fleurs sont blanches et que Camerarius est le seul de son opinion. Encore était-elle chez lui mal assurée, s'il est vrai, comme l'a écrit Tabernæmontanus (4), que dans son *Hortus medicus et philosophicus* (5) il se soit rangé à l'avis commun, qui fait de l'*Herbe de Clytie* le *Croton tinctorium*.

Malgré cela, tout n'est peut-être pas à rejeter dans l'idée première du médecin-botaniste de Nuremberg ; et, si l'on peut tenir pour assuré que l'herbe légendaire n'est pas l'héliotrope d'Europe commun, il pourrait être cette variété, présentant une légère odeur de jasmin et quelquefois à fleurs bleues dont Boccone (6) et Barrelier (7) nous ont donné des figures. L'hypothèse toutefois reste douteuse ; car cette variété est rare. La fable ne va pas aux plantes d'exception.

---

(1) M. THIEBAUT DE BERNEAUD, dans un mémoire sur *Les plantes auxquelles les Anciens ont donné le nom d'Héliotropes*, fait dire à Curti Sprengel que le *Croton tinctorium* est l'*Heliotropium majus* de Diosocride ; mais C. SPRENGEL (*Historia rei herbariæ*, Amsterdam, 1807, p. 160) reconnaît tout au contraire dans ce dernier notre *Heliotropium europœum*, L. et fait du *Croton tinctorium* l'*Heliotropium minus* de Dioscoride ; en quoi d'ailleurs il semble s'être mépris.

(2) AETII AMIDENI *libri XVI, quorum interp. J. B. Montano*, Bâle, 1535, t. III, lib. XV, cap. 24, p. 95.

(3) CLUSIUS. — *Hist.*, II, 47.

(1) Cf. Alph. DE CANDOLLE. — *Introduction à la botanique*, I, p. 410.

(2) J. CAMERARIUS. — *Symbolorum et Emblematum ex re herbaria desumtorum*. Francfort, 1661, centur. I, § 72, p. 74.

(3) Les poètes chrétiens avaient volontiers accepté l'*Herbe de Clytie* comme emblème, témoin ces autres vers cités par CHABRÆUS (*Stirpium sciagraphia et Icones ex musœo D. Chabræi*, Cologne, 1666, Appendix, p. 653).

Herba velut Clytia semper petit obvia solem
Sic pia mens Christum, quod prece spectet, habet.

(4) D. Jacobi Theodori TABERNÆMONTANI Neu und vollkommen Krauter Buch, Bâle, 1664, t. II, sect. V, chap. 12, p. 938.

(5) J. CAMERARIUS. — *Hortus medicus et philosophicus in quo plurimarum stirpium breves descriptiones, novæ icones non paucæ, indicationes locorum natalium, observationes de cultura earum peculiares atque insuper nonnulla media euporista, necnon philologica quædam continentur*, Francfort, 1588. N'ayant pas eu cet ouvrage sous les yeux, je n'ai pu vérifier le dire de Tabernæmontanus et je le rapporte avec d'autant plus de réserves que celui-ci renvoie également à l'*Epitome utilissima de plantis* (Francfort, 1586), de Camerarius et que, là du moins, j'ai pu voir que l'*Herbe de Clydie* n'était même pas mentionnée.

(6) Boccone, *Rar. plant.*, 90.

(7) R. P. Jacobi BARRELIERI. — *Plantæ per Galliam, Hispaniam et Italiam observatæ*, Paris, 1714, texte § 151, p. 17 ; figure 219.

Faut-il donc renoncer à savoir quelle est la fleur des *Métamorphoses* ? Peut-être, en effet, ne faut-il prétendre à établir une concordance absolument sûre et la diversité des opinions qui précèdent le montre bien. Il est cependant une herbe, commune dans nos provinces méridionales, abondante dans les champs humides de l'Italie et de la Grèce, qui satisfait au maximum d'exigences que réclame notre critique. Sa racine produit des tiges nombreuses, étalées sur la terre comme Clytie était couchée sur le sol, couvertes d'un duvet grisâtre et quelquefois tachées de rouge. Les feuilles qui en naissent sont ovales et blanches, tomenteuses en dessous. Les fleurs, en élégants épis géminés, *coliculorum summo elegantes florum series* comme dit J.-P. Porta (1), sont, il est vrai, généralement blanches ; mais il n'est pas rare d'en rencontrer d'un bleu tendre. Je crois que l'*Herbe de Clytie* est cette plante : l'*Heliotropium supinum* de Linné.

Albert Garrigues.

(1) J.-B. Porta. — *Phytognomonica octo libris contenta*, etc., Naples, 1583, in-fol., liv. IV, chap. 24.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Admissions.

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7450 Camus, Le Havre (Seine-Inf.), Syndicat du Havre.
7451 Piettre, Sevran (Seine-et-Oise), Syndicat de Pontoise.
7452 Parouty, Moulins (Allier), Syndicat de l'Allier.
7453 Roesch, Bourron-Marlotte (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.
7454 Lavieille, Drancy (Seine), Parrains : Drs Babonneix et Baran.
7455 Couderc, Mouy (Oise), Parrains : Drs Baudon et Debray.
7456 Lavedan, Masseube (Gers), Syndicat du Gers.

Accidents du travail.

Le Dr D. (Pas-de-Calais) a été payé de ses honoraires pour soins donnés à la femme d'un agriculteur blessée dans son travail.

Le Conseil ordonnance le remboursement de ses frais, qui s'élèvent à 29,40.

Le Dr F. (Seine) ne peut obtenir payement d'honoraires accidents par un patron qui conteste sa note après avoir exercé son contrôle. L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement (1).

Le Dr M. (Bouches-du-Rhône) se voit contester le payement d'honoraires accidents, sous prétexte qu'il s'agirait d'une maladie professionnelle, non garantie, et non d'un accident du travail.

Comme il a entre les mains une preuve que le patron a affirmé qu'il s'agissait d'un accident du travail, l'appui pécuniaire lui est accordé pour le citer en justice de paix.

Le Dr M. (Rhône) a gagné, sur appel de son adversaire, l'affaire de recouvrement d'honoraires accidents déjà gagnée en justice de paix.

Les honoraires de son avocat et de son avoué, s'élevant ensemble à 280 francs sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr J. (Var), a 3 notes d'honoraires accidents en souffrance, dont deux sont atteintes par la prescription et une va l'être prochainement.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de cette dernière note. Quant aux deux autres, une action judiciaire serait inutile.

Le Dr M. (Loiret), ayant soigné un blessé du travail, qui lui a été amené par deux ouvriers de l'entreprise, ne peut se faire payer ses honoraires, la Compagnie prétendant qu'il s'agit d'un sous-entrepreneur, non garanti par la loi.

Le Conseil lui donne l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron, qui l'a mis en œuvre et lui a laissé croire ensuite pendant le traitement qu'il était responsable de l'accident.

Le Dr G. (Morbihan) ne peut obtenir le payement de ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail, la Compagnie contestant la responsabilité du patron.

Celui-ci lui ayant remis un bulletin d'avis sans réserves, le Dr G. obtient l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement patron et ouvrier.

Le Dr S. (Var) se voit refuser le payement d'honoraires accidents, le sinistre ayant été rejeté par la Cie d'assurances.

Comme il a été mis en œuvre par le patron et que l'ouvrier est parti sans laisser d'adresse, l'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le patron.

(1) Le Dr F. a obtenu depuis, amiablement, le payement des honoraires contestés.

Le Dr C. (Seine) se voit refuser le payement de deux petites notes d'honoraires accidents, sans que la Cie donne aucun motif de son refus.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le patron.

Le Dr L. (Bouches-du-Rhône) est traîné en appel, sur la compétence, d'un jugement du Tribunal de Commerce condamnant un patron qui l'avait choisi pour soigner un de ses ouvriers, blessé du travail, à lui payer ses honoraires au tarif du droit commun.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire en appel, en limitant à 300 francs la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat.

Le Dr V. (Oise) a soigné un ouvrier blessé en se rendant de l'endroit où il travaillait à son domicile, alors que le temps du transport lui était payé.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour poursuivre solidairement l'ouvrier et le patron.

Le Dr V. (Seine) a été mis en œuvre par un mot du patron, le priant de soigner un ouvrier blessé dans son travail. La Cie cependant refuse le payement de ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Honoraires de Droit commun.

Le Dr L. (Seine-et-Oise), ayant opéré dans sa clinique la maîtresse d'un individu, ne peut obtenir de celui-ci le payement de ses honoraires alors qu'il a payé tous les frais de la clinique.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre solidairement l'amant et la maîtresse (1).

Le Dr F. (Seine-Inférieure) a obtenu, par les soins de Me Audebert, payement des honoraires qui lui étaient dus par un parisien en villégiature.

Le Conseil ordonnance le payement des frais de correspondance de Me Audebert, qui s'élèvent à 10 francs.

Le Dr B. (Gironde), ayant cessé de soigner un malade qui a fait appeler à son insu un autre médecin, ne peut obtenir payement de ses honoraires.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr F. (Creuse) a donné ses soins à une jeune fille, qui habitait chez son frère, et ne peut se faire payer.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre solidairement le frère et la sœur.

(1) Cette affaire a, depuis, été réglée à l'amiable.

Me Audebert a obtenu à l'amiable le règlement des honoraires du Dr B. (Côte-d'Or), soit 120 francs et demande pour frais et honoraires 50 francs, dont le conseil ordonnance le payement.

Le Dr B. (Nord), ayant soigné un commerçant qui a été interné comme aliéné, ne peut se faire payer ses honoraires par sa femme, à laquelle appartiendrait le fonds de commerce.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr C. (Seine-Inférieure), ayant soigné un cultivateur, assujetti volontaire, blessé au cours de son travail, la Cie prétend le payer suivant le tarif Durafour.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, au tarif du droit commun, contre le cultivateur, son client.

Le Dr A. (Ain) se voit refuser le payement d'une application de forceps, le mari prétendant ne rien devoir, puisqu'il ne l'avait pas demandé.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr P. (Gard) a obtenu la condamnation de ses clients au payement des honoraires d'accouchement contestés et a payé pour honoraires à son huissier 10 %, soit 67 francs, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr R. (Côtes-du-Nord) a soigné un jeune homme blessé en motocyclette. Le père refuse de le payer, sans donner aucun motif de ce refus.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Le Dr L. (Basses-Pyrénées) a soigné un jockey, blessé dans une course et ne peut se faire payer ni par le blessé, ni par le propriétaire du cheval.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour les poursuivre tous les deux solidairement.

Le Dr T. (Manche) a accouché une femme admise à la demi-assistance, à laquelle le maire a refusé le bon d'assistance.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre sa cliente en vertu du droit commun, sauf à elle à se retourner contre qui de droit.

Le Dr L. (Vienne), ayant donné des soins comme chirurgien à une personne, celle-ci lui a présenté, 19 jours après le début des soins, un bon d'assistance médicale gratuite.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires en vertu du droit commun, l'admission devant être considérée comme tardive.

Le Dr B. (Isère) a soigné sur appel écrit du contremaître de l'entreprise une jeune fille qui était tombée dans une tranchée mal éclairée ouverte sur la voie publique.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre contre l'entrepreneur le recouvrement de ses honoraires, que l'assurance de ce dernier refuse de lui payer.

Les Drs S. (Gard), C. (Eure), B. (Maine-et-Loire) et T. (Nord), mis en œuvre par des automobilistes pour soigner les victimes d'accidents qu'ils ont causés, ne peuvent obtenir le payement de leurs honoraires.

Le conseil leur accorde l'appui pécuniaire pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr T. (Alger), ayant réclamé ses honoraires pour assistance à un accouchement difficile et soins consécutifs, se voit opposer un refus, sous prétexte qu'il aurait dû prévoir ce qui arriverait et envoyer la parturiente à l'hôpital.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires.

Responsabilité professionnelle.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr C. (Eure) devant la Cour d'Appel, de la provision de 300 fr. qu'il demande.

Le Conseil ordonnance le payement à l'avoué du Dr L. (Meurthe-et-Moselle) devant la Cour d'Appel, d'une provision de 500 francs.

Le Dr B. (Eure) est assigné en 150.000 francs de dommages intérêts par une cliente qui prétend qu'il est responsable d'une infirmité dont elle serait atteinte.

Le Conseil l'admet à la garantie statutaire.

Baux et loyers.

Le Dr P. (Seine-et-Oise) a obtenu satisfaction à l'amiable dans le différend survenu entre lui et son propriétaire, au sujet d'une prorogation.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de son avoué, qui sont de 60 francs.

Le Dr C. (Loiret) se voit refuser indûment par son propriétaire le droit à la prorogation de la loi du 1er avril 1926.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour résister à la demande d'expulson que son propriétaire a formée contre lui.

Le Dr A. (Isère) a obtenu satisfaction dans le procès en résiliation de bail que lui avait intenté son propriétaire, celui-ci ayant abandonné l'affaire après les plaidoiries.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de l'avocat du Dr A., soit 300 francs.

Le Dr H. (Seine-et-Marne), à qui son propriétaire a donné congé pour reprendre sa maison en vue de la démolir, a perdu devant le juge de paix le procès pour lequel l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

Le Conseil décide de lui continuer l'appui devant la Cour de Cassation (1).

Divers.

Le Dr D. (Savoie) et ses confrères ont été déboutés par le Conseil de préfecture du recours formé contre une élection frauduleuse à la Chambre d'industrie thermale.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire, en vue d'un recours en Conseil d'Etat, à ceux des intéressés qui sont membres du « Sou Médical » et vote à cet effet un crédit de 200 francs.

Le Dr F. (Yonne), qui a obtenu l'appui pécuniaire dans une affaire de diffamation, est autorisé à se porter partie civile sur la plainte qu'il a antérieurement déposée et le Conseil ordonnance à cet effet le payement à son avoué d'une provision de 400 francs, sur laquelle il devra consigner 200 francs.

Le Dr M. (Vaucluse), ayant été condamné avec sursis à la suite d'un accident d'automobile et, bien que le jugement ait été frappé d'appel, qu'il n'ait pas été convoqué en temps utile, comme le veut le Code de la Route, devant la Commission consultative et qu'aucun autre fait de conduite défectueuse de son auto ne lui ait été reproché, s'est vu retirer son permis de conduire.

Le Conseil, estimant qu'il y a dans ce fait un excès de pouvoir du Préfet, décide d'accorder au Dr M. l'appui pécuniaire pour former un recours en Conseil d'Etat.

Le Conseil s'occupe de plusieurs conflits entre syndicats et syndiqués, sur lesquels il lui a été demandé avis et conseils.

(1) Un arrangement étant intervenu entre locataire et propriétaire, le pourvoi en cassation est devenu inutile.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie THIRON et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

que la Cour fasse état des renseignements donnés par son ancien médecin.

P. NATTAN-LARRIER,
Avocat à la Cour,
Docteur en droit

2818. — Evaluation d'incapacité permanente.

Quelle incapacité permanente dois-je proposer pour un ouvrier qui a eu un arrachement de la phalange unguéale du pouce *gauche* et qui a dû subir l'amputation d'un tiers de la phalange métacarpienne ? J'ai l'intention de demander 20 %, cet ouvrier étant ajusteur-mécanicien, et ayant, par suite, presque autant besoin du pouce gauche que du droit?

Dr C.

Réponse.

D'après les ouvrages que nous avons consultés (notamment celui de Mayer et celui d'Imbert, Oddo et Chavernac), comme aussi d'après le barème des invalidités pour l'application de la loi des pensions, qui peut servir de guide en la matière, l'incapacité résultant de l'amputation du pouce gauche au tiers de la phalange métacarpienne peut être évaluée de 20 à 25 %, compte tenu en l'espèce du coefficient professionnel.

Médecine légale.

3018. — Frais de justice criminelle.

Abonné du *Concours*, j'aurai recours à votre obligeante collaboration pour me documenter sur le cas suivant :

Nommé par le juge d'instruction du chef-lieu d'arrondissement pour aller examiner à son domicile la victime d'une agression suivie de vol, je me suis rendu au domicile de la victime (aller et retour en auto, 33 kilomètres), j'ai rédigé un rapport d'expertise avec croquis que j'ai adressé au juge d'instruction.

Que dois-je demander : 1° comme indemnité kilométrique (je réside dans une ville de 5.000 et quelques habitants, région de plaine).

2° Pour le rapport, dois-je l'adresser directement au procureur de la République comme pour les expertises d'accidents du travail ?

Dr H.

Réponse.

En vertu du décret du 5 octobre 1920, sur les frais de justice en matière criminelle, vous avez droit pour votre visite, y compris la rédaction et le dépôt du rapport, à un honoraire de 15 francs. Toutefois, si l'expertise a présenté des difficultés particulières, vous pourrez proposer des honoraires plus élevés et le magistrat taxateur appréciera.

En outre, vous avez droit, pour vos frais de déplacement, à une indemnité de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (1).

Votre mémoire doit être dressé en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée dépasse 50 fr., et envoyé au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du juge d'instruction qui vous a commis, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

Baux et Locations,

3024. — Le droit de reprise du propriétaire ne s'applique pas aux locaux professionnels.

J'occupe actuellement un immeuble dont je suis sous-locataire. Le locataire qui avait un bail de 3 ans (1er janvier 1925 — 1er janvier 1928) m'a cédé son droit au bail le 1er octobre 1925. Il n'a pas été fait de bail nouveau, mais seulement une sous-location, devant notaire. Le locataire n'occupait la maison que pour l'habiter, n'y exerçant pas une profession libérale.

Dans ces conditions, mon propriétaire peut-il reprendre la maison pour l'occuper le 1er janvier 1928, date d'expiration du bail. Ou suis-je couvert par la loi du 1er avril 1926, au même titre qu'un locataire direct. (La sous-location avait eu lieu avec le consentement du propriétaire, figurant sur l'acte notarié).

2° Mon propriétaire peut-il m'augmenter ? La maison était louée 2.300 fr. de 1913 à 1922 inclus ; 3.000 fr. de 1923 à 1925. Elle fut alors vendue et achetée par le propriétaire actuel qui la loue 8.500 fr. au locataire dont j'ai repris la suite du bail. C'est cette somme de 8.500 fr. que je paye actuellement.

Dr N.

Réponse.

La loi du 1er avril 1926 est applicable dans votre commune.

Or, le droit à prorogation est reconnu par l'article 2 à « tous les locataires, sous-locataires, cessionnaires de baux et les occupants de bonne foi . . . ». Il n'est donc pas douteux qu'à la fin du bail, vous bénéficierez de la prorogation jusqu'au 1er avril 1931, étant donné que votre sous-location a été régulière, et que le propriétaire y est intervenu pour donner son consentement.

Et le propriétaire ne pourra prétendre reprendre sa maison pour son habitation personnelle, l'exercice du droit de reprise étant limité aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation.

Le loyer que vous payez actuellement dépasse de beaucoup le taux-limite fixé par la loi du 1er avril. Vous auriez donc pu en demander la ré-

(1) Cette indemnité vient d'être élevée à 1 franc, mais sans effet rétroactif.

duction, mais l'action en réduction, dans votre cas, n'était ouverte que jusqu'au 1er octobre. Comme vous avez laissé passer cette date sans agir, vous vous trouvez maintenant forclos.

Du moins, lorsque la prorogation commencera à courir à votre profit, n'aurez-vous pas de nouvelles augmentations à supporter. Même, du 1er avril 1929 au 1er avril 1931, période pour laquelle la taxation doit être révisée, il est bien probable que votre loyer, tel qu'il est actuellement fixé, restera supérieur au maximum autorisé.

Honoraires de droit commun

3047. — Privilège du médecin pour le payement de ses honoraires.

Quand un client, me devant encore une certaine somme d'argent, fait faillite, ou bien est l'objet d'une saisie, n'ai-je pas, comme médecin, un tour de faveur pour le paiement des honoraires qui me sont dus?

Je serais heureux de connaître mon droit sur cette question qui se pose parfois.

Dr M.

Réponse.

En vertu du paragraphe 3 de l'article 2101 du code civil (modifié par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892), les frais quelconques de la dernière maladie, *quelle qu'en ait été la terminaison*, bénéficient d'un privilège général sur les meubles et les immeubles du débiteur.

Si, donc, votre débiteur en faillite reste vous devoir des honoraires pour la dernière maladie dont il a été atteint, vous pouvez produire votre créance entre les mains du syndic en demandant votre admission au passif *par privilège*, c'est-à-dire pour être payé avant tous autres créanciers et sans avoir à subir la réduction de votre créance au marc le franc.

Mais il est à remarquer que le privilège n'est attaché qu'aux honoraires dus pour les soins donnés *au débiteur lui-même* et non pour ceux donnés aux membres de sa famille.

Application du Tarif Durafour

I

2969. — Multiples questions intéressantes.

Je voudrais bien avoir des renseignements sur les points suivants :

1° Quel tarif appliquer à un accidenté du travail pour un panaris profond du pouce, alors qu'on procède à une incision occupant la longueur du doigt et allant jusqu'aux os : est-ce 35 fr. ? est-ce 100 fr. ?

2° Quand un expert demande au médecin du blessé des renseignements, ce dernier doit-il garder l'obliga-

tion du secret professionnel à l'égard du confrère chargé par la justice d'examiner l'accidenté, même si l'intéressé utilise une lésion ancienne, pour laquelle son médecin l'a soigné, en vue d'obtenir une pension ?

3° Quand un médecin choisi par un blessé soupçonne son client d'entretenir sa lésion que doit-il faire ?

4° Que faire quand une Compagnie d'assurances, le cas devient fréquent, refuse au blessé le paiement du demi-salaire s'il ne se rend pas au préalable à une visite chez le propre médecin de sa Compagnie ?

5° Une Compagnie d'assurance est-elle en droit de refuser le paiement du demi-salaire à un blessé parce qu'il a changé de résidence au cours de l'accident et de médecin traitant ?

6° Quand une contre-visite médicale demandée par le médecin de l'assurance ou du patron n'a pas eu lieu, la Compagnie est-elle en droit de supprimer le demi-salaire à dater du jour de la demande de contre-visite ?

Dr L.

Réponse.

1° C'est ce qu'on appelle : « ouverture d'un panaris de la gaine : 35 fr. »

2° Vous êtes lié d'une façon absolue par le secret professionnel ; vous ne devez donc donner aucun renseignement au médecin expert ;

3° Il n'y a qu'à se retirer et refuser de donner ses soins dans l'avenir, sous peine d'être *complice* de ce blessé ;

4° Le blessé n'a pas à se rendre à l'appel du médecin de la Compagnie. Celui-ci n'a droit de le visiter qu'après vous en avoir prévenu 48 heures à l'avance, par lettre recommandée, ainsi que le dit la loi de 1898 ;

5° Cela n'a aucun rapport avec le demi-salaire qui est dû jusqu'à guérison ou consolidation.

6° On ne peut supprimer le paiement du demi-salaire qu'après un jugement conforme du juge de paix.

Dr F. Decourt.

II

2975. — Interventions multiples sur les doigts.

J'ai opéré, le 28 septembre 1926, à ma clinique, un homme accidenté du travail : main gauche mutilée par une scie mécanique : il avait l'auriculaire, l'annulaire et le médius à peu près sectionnés, j'ai dû désarticuler ces trois doigts. L'index était en partie sectionné et la première phalange fracturée ; la face dorsale du pouce labourée aussi, mais sans fracture ni section tendineuse. Désirant lui conserver son index, pour former pince avec le pouce, j'ai épluché les tissus contus, suturé le tendon extenseur sectionné, réduit sa fracture, enlevé une esquille phalangienne.

Au pouce, j'ai épluché et régularisé la plaie de la face dorsale.

J'ai tout suturé aux crins, et fait un pansement.

Les médicaments, bandes, catguts, etc., etc. m'ont été remboursés sur ordonnance par le pharmacien. Comme je n'ai pas encore une grosse habitude de l'établissement des notes d'honoraires, en matière d'accident du travail, je vous serais très obligé, si vous voulez m'établir cette facture afin de me servir de guide.

A noter que le lendemain, j'ai fait le premier pansement.

A titre indicatif, voici ce que je comptais établir comme facture.

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse superficielle	40 fr.
(Ne faut-il pas mieux compter en ce cas : régularisation, épluchage et suture d'une plaie contuse étendue et profonde (100 fr.).	
Désarticulation totale de plusieurs doigts...	150 fr.
Suture du tendon extenseur de l'index.....	50 fr.
Réduction de la première phalange, index..	20 fr.
Injection intraveineuse sérum physiologique	25 fr.
Premier pansement	25 fr.

Je vous prie de me dire si vous envisagez les prix de la même façon.

Réponse.

Je compterais « désarticulation totale de plusieurs doigts : 150 fr. » (mais pas « l'épluchage » du pouce, celui-ci étant compris dans les interventions sur « plusieurs doigts »). Par contre, ajoutez : la suture du tendon, plus la réduction de la phalange (ce qui est une intervention spéciale et caractérisée) plus l'injection intraveineuse, plus le certificat descriptif. Mais ne comptez pas le premier pansement fait après l'intervention, car il n'est que le stade terminal de celle-ci.

F. D.

Application du Tarif Maginot

2953. — *Consultation entre confrères.*

Abonné au *Concours*, je vous serai très reconnaissant de vouloir bien me donner ces quelques renseignements :

Honoraires pour réformés de guerre :

a) Visite en consultation avec un confrère (cas très grave) ;

b) Injections de sérum glucosé, sérum contre la dysentérie bacillaire ?

Devant établir ces jours-ci mes mémoires, je vous prie de me répondre sur les deux premières questions.

Dr R.

Réponse.

1° La visite de « consultation entre confrères » est majorée de 50 % (article 62) avec *avis* à la commission de contrôle (article 18, rappelé à l'article 62).

2° Injection de sérum physiologique : 20 fr. (article 74, 1re ligne).

F. D.

Fiscalité.

2794. — Impôts en cas de changement de clientèle.

Exerçant depuis plusieurs années à X..., j'ai cédé mon cabinet le 1er mars 1926 et pris une clientèle à Paris le 1er juillet. Or, j'ai reçu dernièrement un avertissement de la perception de X. avec somme à payer de 387 fr. au titre des contributions directes et taxes assimilées pour l'année 1926 (patente, taxe vicinale, etc.). Dois-je ces impositions ? ou bien regardent-elles mon successeur ? Si je les dois, ne vais-je pas avoir en plus à payer de nouvelles impositions pour mon installation à Paris, depuis juillet ?

Dr Z.

Réponse.

Si vous êtes imposé à Paris pour le deuxième semestre de 1926, vous demanderez au contrôleur une réduction de votre patente en raison de ce que vous aurez déjà payé celle établie régulièrement à votre nom dans votre ancienne résidence où vous exerciez au 1er janvier 1926.

A. M.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Horace n'est plus à la page !

Si nusquam es forte vocatus
Ad cœnam, laudas securum olus.
Hor. Sat. II. 7.

Horace, mon cher vieux, tu n'es plus à la page.
Tu nous rases avec Mandèle, ton village,
Ton village à cinq feux, fier de cinq électeurs,
Tous pères de famille et bons agriculteurs.
Barrès, Bourget, Bazin, bourgeois d'Académie,
T'auraient ravi. La terre est leur compagne amie.
Ces messieurs vont aux champs un jour de temps en [temps,
Pour chasser à l'automne et cueillir au printemps
Un bouquet de muguet, recevoir les hommages
Des gens de leurs châteaux et toucher leurs fermages.
Puis le rapide les remporte vers Paris,
Où leurs amusements les mènent au Grand Prix,
Puis Deauville et la mer, la Suisse et la montagne.
Certes, ces beaux messieurs adorent la campagne
A la condition de n'y rester jamais :
Comme toi de courir de sommets en sommets,
Monter à l'Esquilin pour souper chez Mécène,
En croisant en chemin la Canidie obscène
Et la vieille Lycé, dont tu ris à ton tour.
Jeune, pour sa beauté, tu te pâmais d'amour.
Tu railles aujourd'hui les brèches de sa bouche.
N'empêche qu'autrefois, insensible à la douche

Que du balcon la belle aimait à te verser,
Dans la nuit à genoux tu quêtais un baiser
Et braillais comme un veau devant la porte close.

***

A Rome, couronné d'ache verte et de rose,
Allongé sur un lit d'Archias, ô Flaccus,
Tu fêtes tous les dieux en invoquant Bacchus.
Bravo ! Tout est pour toi prétexte à rigolade.

— « Ohé ! Postumus, viens boire à la régalade.
« Les ans passent. Pluton ne fait point de quartier
« Crois-moi, ne laisse pas prendre à ton héritier
« Les cent clefs enfermant ton glorieux Cécube. »

— « Qu'importent, Hirpinus, les troubles du [Danube ?
« Auguste veille. Sois tranquille. Rafraîchis
« Ton Falerne. Evius dissipe les soucis. »

— « Plancus, la politique est froide, étroite, ingrate
« Apaise tes dégoûts. Ne fuis pas. Acclimate
« Ton cœur et ton esprit au ciel de Tivoli.
« Le fils de Sémélé t'enseignera l'oubli. »

— « Toi, Pompeïus Varus, ô mon vieux camarade,
« Qui me vis à Philippe, en dépit de mon grade,
« Jeter mon bouclier et fuir comme un voleur,
« Te voilà revenu. Je veux en ton honneur
« Que l'or chaud du Massique emplisse nos ciboires
« A table je remporterai plus de victoires.
« Je prétends ne me pas enivrer à demi.
« Je suis fou. Je viens de retrouver un ami. »

— « Esclave, va dire à Lydé la gente brune
« Qu'on célèbre demain la fête de Neptune ;
« Qu'elle descende du grenier le vin reclus
« Dans l'amphore datant du consul Bibulus.
« Dis-lui qu'en alternant de nos gorges humides
« Ton maître chantera les vertes Néréides ;
« Elle, Latone et la déesse de Délos
« Qu'emportent attelés ses cygnes vers Paphos,
« Et la Nuit, des amants complice libertine. »

— « Phyllis, fraîcheur d'aurore et bouton d'églan- [tine,
« Fais-toi belle et viens vite ici combler mes vœux.
« Le lierre qui te sied bouclera tes cheveux.
« Mon vin d'Albe a neuf ans. Je te l'offre, ô ma reine.
« L'autel enguirlandé de myrte et de verveine
« Attend l'agneau. Tout court, servantes et valets.
« La vaisselle d'argent jette au mur ses reflets.
« Double fête en ce jour, jour plus sacré peut-être
« Que celui qui me vit sur la terre apparaître :
« Car aux ides d'avril, je célèbre le mois
« Où pour notre bonheur naquirent à la fois
« De l'écume des flots Vénus Anadyomène,
« Et de ses aïeux rois mon chevalier Mécène. »

***

Oh ! le joli billet que ton style traçait !
Et comme le nectar que ta main lui versait
Devait paraître doux à l'ami qu'il invite.
Si le jus de raisin lui donnait la pituite,
Pour compenser le flux de son cœur agité,
Tu lui faisais cadeau de l'immortalité
Et son nom devenait un nom cher à l'histoire,
En paradant devant une chanson à boire.

***

Mais revenons un peu, mon cher, à nos moutons
Et comme devant nos verres pleins discutons.
Quand tu quittes la Ville au milieu de décembre,
Ton esclave à Tibur a bien chauffé ta chambre ;
Et, drapé dans ta toge en épais molleton,
Tu relis sans trembler Archiloque ou Platon.
Tu leur parles ainsi qu'avec toi j'argumente.
Si le froid te saisit, tu descends vers Tarente
Et rejoins l'Aventin quand l'hiver est fini.
Tu cours le monde avec le gousset bien garni.
Sur ton caprice seul ta liberté repose.

Différente pour nous la question se pose.
Il gèle. Le matin en soufflant dans mes doigts
Je mouille ma chemise à fendre notre bois.
Car au vingtième siècle, au hameau tout se passe
Comme ça se passait au premier, bon Horace.

A moins d'être un richard, chacun doit se servir.
Or on vieillit, on sent les forces vous trahir,
Et le pain renchérit, et l'homme rapetisse.
Le bras laisse tomber le manche qui ratisse.
Décampons. A la ville on tourne un robinet,
Et l'eau coule ; un deuxième, et la lumière naît ;
Un troisième, j'ai chaud sans soufflet et sans braise,
Rien qu'en mouvant un doigt, sans bouger de ma chaise.

Les machines sont nos esclaves. Le progrès,
De la communauté prenant les intérêts,
Utilise au profit des petits la science
Et rétrécit le champ de l'humaine souffrance.
Et le temps se rapproche, égoïste Flaccus,
Où prend forme le rêve fou de Spartacus,
Qui vous flanqua jadis une si belle foire,
Que patrons et clients en oubliaient de boire.

Aux champs, ton laboureur baille à se décrocher
La mâchoire, insensible au charme du clocher.
Il songe au Champ de Mars, au dancing. Il regrette
Le cirque et les combats de l'ours et de l'athlète.

Juge si Dave ici préfère avec raison
La ville où sans fatigue il a dans sa maison
L'eau, l'électricité, le gaz et le chauffage....

Horace, mon cher vieux, tu n'es plus à la page.

Dr Paul GROSSIER.

Quarante-huitième année | N° 44 | 31 Octobre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 2786 IV*)

(Suite du Sommaire)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse.

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de MM. les Drs MULLER, de Rilly-la-Montagne ; A. BACHES, de Sos et GACHE, de Villefranche St-Phall, la somme de quinze francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 483. — Infirmière compét. et sérieuse est demandée pour clinique chirurg. province.

N° 484. — Deux-Sèvres. Belle cond. int. Ford, 4 pl., 1920, carr. fr. mai 1922, exc. état méc. Ecl. et dém. électr., écl. électr. int. Carb. Solex, Rembaken, Magond., 5 r. Mich., amort., pn. conf. bon état, roulé 13.000 km. Dern. prix : 10.000 dont 5.000 compt.

N° 485. — Cause ach. voit. neuve, cède de suite Ford 1925 surb. en bon état, roulé 15.000 km. : 8.000 fr. et quadr. Peugeot voie norm., mod. 172 B, avec nouv. mot. 5 CV., carr. à revoir, 3.500 fr. Dr Gaudot, La Ferté-Milon (Aisne).

N° 486. — A vend. 4 chatons Siamois pure race.

N° 487. — A vend. Setter irlandais, onze mois, gr, orig., prix à expos., chien d'aven. Dr Favre, Saint-André de-Cubzac (Gironde).

N° 488. — A vend. cabr. Renault, 6 CV., sorti usine févr. 1926, servo-frein Babel, 4 amort., compt., montre, 6.000 km. Etat neuf. Dr Duquet, 51, boulev. Malesherbes, Paris.

N° 489. — A vend. faut, roul. art. Dupont, garni molesq., état neuf, à peine servi. Page 54 catal. Dupont 1925. Dr Tocheport. Excideuil (Dordogne).

N° 490. — Poste anc., rapp. 60.000, 40 km. Lyon, pays splend., pêche, chasse, mais, conf., bail, 2.500. A céd. d'urg. contre faible indem.

N° 491. — Demois. sténo-dact. munie des meill. référ., rech. emploi comme secrét. chez méd., ou poste confiance dans mais. de spécialités.

N° 492. — Dame 40 ans, dem. emploi comme infirm. chez méd. ou clinique, deux après-midi par semaine.

N° 493. — Talbot, 9 CV., cond. int. 1923, mod. D. C., 5 pl., mot. rév. en août dern., acc. amort. Houdaille, 6 r., parechoc, montre, compt., phares Codex, bon état ; 16.500. Dr Renaux, 21, rue Brézin, Paris.

N° 494. — Nourr. au sein, j. fille vingt ans, offr. tout. garant. santé, irait mais. bourg. S'adr. Dr Bosson, à Arnay-le-Duc (Côte-d'Or).

N° 495. — Donnet-Zedel 7 CV., août 1925, cabr. 2/3 pl., 6 r. conf. Exc. état mécan. et carr. Pr. très intér. Dr Dejeux, à Salins-les-Bains (Jura).

N° 496. — Chamb. meubl. à louer. Pr. mod. Conv. à étudiants.

N° 497. — S.-et-M. Poste méd. à céd. imméd. par suite décès. Condit. : 10.000 fr., plus repr. des instr., livr., etc.

N° 498. — A louer ds le 3e arrond., gr. locaux industriels très clairs, partie découverte, pouvant convenir à l'exploit de spécil. pharmaceut.

N° 499. — 3/4 d'heure Paris, banl. en dévelop. Poste conviend. à Dr posséd. diplôme pharm., Affaire d'avenir. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 500. — Centre-Ouest. Cabin. de chirurgie en ville, rapp. moyen 80.000, en progress., mais. bourg. Fixes hôpital. A céd. 30.000 à débat., pour cause décès. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 501. — A vend. 15 CV Chenard et Walker, excell. état, torpedo 5 pl. S'adr. Dr Guichemans à Arzacq (Basses-Pyrénées).

LA JOURNÉE DU « CONCOURS MÉDICAL »

21 Novembre 1926

—

Nos Assemblées générales auront lieu le dimanche 21 novembre dans les Salons Marguery boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

A 15 h. : Société d'Etudes du *Concours Médical.*

A 16 h. : Mutualité Familiale du Corps médical français.

A 17 h. 30 : Sou *Médical,*

Les ordres du jour en seront publiés dans le prochain numéro.

Notre diner confraternel aura lieu à 19 h. 30 précises, dans la Salle Gothique du Restaurant Marguery, et sera suivi d'une petite soirée artistique au cours de laquelle on représentera la comédie du Dr Coste, de Jausiers, qui a obtenu un prix à notre concours de 1926 :

PERSPECTIVE !

Les familles des convives, membres du *Concours Médical,* sont invitées à honorer la Soirée de leur présence.

Prix du dîner, pour les souscripteurs, membres du *Concours Médical* et de ses œuvres : 50 francs. Le supplément en sera payé par la Société d'Etudes.

Les inscriptions sont reçues, 132, faubourg Saint-Denis, jusqu'au 20 novembre à midi.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **La variole à Paris.** — Le Ministère de l'hygiène a transmis à l'Académie de médecine des lettres de M. le Préfet de la Seine et de M. le Préfet de police relatives à des cas de variole et de maladie no 3, signalés dans la région parisienne. Plusieurs cas de variole sont aussi apparus à Douai.

— **La 29e réunion annuelle de la Société de psychothérapie** aura lieu le mardi 16 novembre, à 4 h. 1/2, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence d'honneur du professeur Ch. Richet. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : les réflexes psychiques ; les procédés techniques de psychothérapie (médications psychologiques, procédés adjuvants).

Adresser les adhésions et les titres des communications au Dr Bérillon, secrétaire général, 4, rue de Castellane, Paris.

— **Institut international d'anthropologie.** — A l'occasion du cinquantenaire de l'École d'Anthropologie, une séance spéciale de l'Institut international d'anthropologie sera tenue le jeudi 4 novembre à 15 h., à la Faculté de médecine (petit amphithéâtre). Des conférences seront faites par les professeurs Niceforo (de Naples), Stolyhwo (de Varsovie), Fraipont (de Liège), Pittard (de Genève) et Absolon (Moravie).

— **Assistance médico-sociale.** — M. P. F. Armand-Delille commencera, le 3 novembre 1926, à 6 h., à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre de l'école pratique), et continuera les mercredis suivants, même heure, une série de 16 conférences sur l'Assistance médico-sociale.

— **Entr'aide des Femmes françaises.** — La septième année des *cours de puériculture* organisés par l'Entr'aide des Femmes françaises commencera le 8 novembre 1926, par une conférence à la Sorbonne et se poursuivra tous les lundis jusqu'au mois d'avril. Au programme 25 conférences et un stage pratique dans les pouponnières de Boulogne-sur-Seine et de Fontenay-sous-Bois. Renseignements à l'Entr'aide des Femmes françaises, 99, rue de Prony, Paris-XVIIe.

— **Ecole centrale de puériculture.** — Les cours de l'école centrale de puériculture commenceront le samedi 6 novembre 1926, à 16 h., 5, rue Las-Cases (Musée social).

— **Nîmes.** *Internat.* — Il sera ouvert le 3 décembre à l'hôpital Ruffi, 12, rue de Montpellier, à Nîmes, un concours pour trois places d'interne. Inscription jusqu'au 15 novembre.

— **Dieppe.** *Internat.* — Une place d'interne en chirurgie est actuellement vacante à l'hôpital de Dieppe. S'adresser au directeur des hospices.

— **Val-de-Grâce.** *Agrégation.* — Sont nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce : section de médecine, MM. Gauthier, Codvelle et Costedeat ; section de chirurgie, MM. Lacaze et Bernard ; section d'électro-radiologie, M. Bertrand.

— **Lyon.** *Association de l'internat.* — L'assemblée générale et le banquet annuel de l'Association de l'internat auront lieu le 6 novembre, au restaurant Berrier et Milliet.

— **L'herbe légendaire de Clytie.** — *Erratum.* — Dans l'article de notre collaborateur, le Dr Garrigues, sur l'*Herbe légendaire de Clytie*, paru dans le n° 43 *bis*, les textes explicatifs des figures ont été transposés.

Il faut lire : « Buste antique de Clytie au British Muséum » pour la figure de gauche, et « Buste de Clytie de M. G. F. Watts » pour la figure de droite.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *octobre.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 14 octobre modifiant le décret du 25 octobre 1922, dit tarif Maginot.

Nous publierons dans le prochain numéro ce décret, qui, supprimant les catégories, fixe à 8 fr. le prix de la visite et de la consultation et est applicable rétroactivement à compter du 1er juillet 1926.

Asiles publics d'aliénés.

Un poste de médecin chef de service est vacant à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), par suite du départ de M. le Dr Adam.

Sanatoriums publics.

Avis de concours pour un poste de médecin directeur d'un sanatorium public.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Ponteils (Gard).

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 4 novembre 1926 au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 15.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 francs, atteindre 20.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

16 *octobre.*

Examen d'Etat d'infirmiers et infirmières.

Préparation à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières professionnels du personnel hospitalier de l'administration de l'assistance publique du département de la Seine.

Art. 1er. — L'administration de l'assistance publique du département de la Seine est autorisée à préparer à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique s'étendant sur une année et comprenant les cours théoriques prévus au programme minimum type établi pour l'enseignement des écoles reconnues administrativement préparant à l'examen d'Etat et enseignés dans les écoles dites municipales, créées par l'administration de l'assistance publique dans ses principaux établissements hospitaliers.

Art. 2. — Un examen théorique éliminatoire

sanctionnera cette année d'études. Il sera subi devant un jury d'Etat nommé à cet effet.

Art. 3. — Le personnel des cadres permanents, ayant subi avec succès l'examen d'Etat théorique, poursuivra durant une période de quatre années les stages pratiques déjà effectués pendant la première année, ces stages devant s'effectuer pour le moins et dans des services de médecine et dans des services de chirurgie.

Art. 4. — Un examen final d'ordre pratique après ces cinq années d'études, passé devant un jury d'Etat, nommé à cet effet, conférera le diplôme d'Etat aux candidates ayant satisfait aux différentes épreuves pratiques.

Art. 5. — Les mesures ci-dessus énoncées sont prises à titre exceptionnel et à titre d'essai et ne peuvent être applicables en sus des élèves des écoles municipales de l'administration de l'assistance publique, qu'aux élèves des écoles des établissements hospitaliers comprenant au moins 10.000 lits.

Art. 6. — Pendant la période transitoire s'étendant de l'année 1922 à l'année 1926, les examens théoriques subis dans les écoles municipales, en fin d'année d'études, par le personnel des cadres permanents de l'administration de l'assistance publique du département de la Seine, recevront l'équivalence de la partie théorique de l'examen d'Etat visé à l'article 2 du présent décret et ce, par arrêté, sur proposition de l'administration précitée.

Art. 7. — Le diplôme d'Etat d'infirmière professionnelle sera accordé, par arrêté, au personnel des cadres permanents de l'administration de l'assistance publique du département de la Seine qui, admis dans les hôpitaux de cette administration en 1921, ne pouvait justifier, au 19 février 1925, de cinq années de fonction et pour lequel cette administration fera toutes propositions utiles en justifiant des cinq années requises d'exercice pratique de la profession.

Art. 8. — A titre exceptionnel, le diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière professionnelle institué par l'article 1er du décret du 27 juin 1922 sera délivré par équivalence par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales aux infirmières qui ont subi avec succès, au cours de l'année 1925 et de l'année 1926, les épreuves de l'examen de fin d'études institué par l'administration de l'assistance publique à Paris, à l'école d'infirmières (brevet supérieur) de la Salpêtrière.

Art. 9. — A partir de fin décembre 1926, les élèves de l'école précitée, reconnue administrativement par arrêté du 28 février 1924, subiront l'examen leur conférant, en cas de succès, le diplôme d'Etat d'infirmière professionnelle devant un jury d'Etat constitué par arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 10. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Arrêté du 1er octobre 1926 fixant le programme pour les examens d'Etat d'infirmiers et d'infirmières.

Etant donnée son étendue, ce document sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

La médecine et la pharmacie aux Colonies.

Décrets du 9 octobre 1926 règlementant :

1° L'exercice de la pharmacie en Afrique équatoriale française ;

2° Le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses en Afrique équatoriale française ;

3° L'exercice de la pharmacie au Cameroun ;

4° Le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses au Cameroun.

17 *octobre*.

Sanatoriums publics.

Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium public de Châlons-sur-Marne.

Les conditions et formalités sont les mêmes que pour l'emploi analogue annoncé ci-dessus, mais le délai pour la réception des demandes expire le 5 novembre prochain.

18 *octobre*.

Frais de justice criminelle.

Relèvement des indemnités de voyage et de séjour allouées aux experts.

Par décret du 16 octobre 1926, les articles 19 et 20 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police sont modifiés ainsi qu'il suit :

Art. 19. — Lorsque les experts se déplacent au delà de 2 kilomètres de leur résidence, il leur est alloué une indemnité de voyage, qui est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par chemin de fer ou tramway, il leur est alloué une indemnité égale au prix d'un billet de 1re classe calculé, s'il se peut, d'après le tarif réduit applicable aux trajets aller et retour (1) ;

2° Si le voyage est effectué ou pouvait s'effectuer par autre service de transport en commun, il est remboursé le prix d'un voyage, d'après le tarif de ce service, tant à l'aller qu'au retour ;

3° Si le voyage ne pouvait s'effectuer par l'un de ces deux moyens, l'indemnité est fixée à 1 fr. par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour (2) ;

4° Si le voyage est effectué par mer, il est accordé, sur le vu du duplicata du billet de voyage délivré par la compagnie de navigation, le remboursement du prix du passage, et, s'il y a lieu, de la nourriture à bord, tant à l'aller qu'au retour.

Lorsque les experts bénéficient d'un transport gratuit ou réduit à raison de leur fonction ou de leur emploi, conformément au cahier des charges de la

(1) Antérieurement, 20 centimes par kilomètre parcouru, tant à l'aller qu'au retour.

(2) *Antérieurement, 0.60 par kilomètre.*

compagnie de transport, ou en vertu des lois en vigueur, leur indemnité de frais de voyage est diminuée du montant des avantages qui leur sont ainsi concédés.

Art. 20. — Il est alloué, en outre, aux experts : si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 5 kilomètres de la commune de leur résidence, une somme de 20 fr. par jour, et si le lieu du transport est situé à une distance de plus de 20 kilomètres, une somme de 30 fr. par jour (1).

Il en est de même s'ils sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure ou s'ils sont obligés de prolonger leur séjour au lieu où ils se sont rendus pour accomplir leur mission.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le médecin est-il tenu de faire la déclaration des fœtus, à l'officier d'état civil ?

Un médecin est appelé auprès d'une femme, qui fait un avortement : fœtus syphilitique macéré. Le docteur doit-il se taire, au nom du secret professionnel, ou doit-il faire la déclaration de cet avortement ?

(1) Antérieurement, 20 fr. pour chaque journée *de séjour* en cas de transport à plus de 25 kilomètres de la commune de la résidence.

Les articles 55 et 56 du Code civil précisent les modalités des déclarations des naissances ; mais ces articles ne parlent que d'enfants et non de fœtus. De même, l'article 346 du Code pénal ne vise que l'accouchement.

Il semble donc que les rédacteurs des Codes n'aient envisagé que l'obligation de la déclaration des produits viables de la conception, c'est-à-dire les enfants venus après six mois de vie intra-utérine.

La jurisprudence s'est rangée à cette manière de voir.

D'après la Cour de Cassation (crim. 7 août 1874) et plusieurs arrêts de cours d'appel, on ne doit déclarer à l'officier de l'état civil que l'être venu au monde après six mois de gestation, c'est-à-dire légalement réputé viable. (Voir Dalloz, suppl. au répert. alphab. v° crimes et délits contre les personnes, n° 375.)

Plus près de nous, le tribunal correctionnel de Toulouse (2 décembre 1896) a également jugé que le produit d'un accouchement doit être considéré comme survenu avant terme, lorsque celui-ci a lieu avant six mois de gestation.

Cependant, antérieurement à l'arrêt de Cassation précité, la cour de Metz (24 août 1854) et celle de Paris (15 février 1865) avaient jugé qu'à quelqu'époque que la gestation soit parvenue, pourvu que ces fœtus aient les formes d'un être humain, ils doivent être *présentés à l'of-*

ficier de l'état-civil, qui demeure seul juge de la question de savoir s'il y a lieu de procéder à la rédaction d'un acte de décès.

Malgré l'arrêt de Cassation de 1874, qui décide que seuls, doivent être présentés à l'officier de l'état civil les enfants ayant plus de six mois de vie intra-utérine, certaines municipalités óntpris des arrêtés, pour exiger des médecins et sages-femmes la déclaration de tout fœtus et embryon (circulaires du Préfet de la Seine des 18-26 novembre 1868 ; du 15 janvier 1869 ; du 28 janvier 1875 ; du 26 juillet 1882 ; du 10 janvier 1886 ; du 27 mars 1888 ; du 16 juin 1903) (voir *Bulletin de la Société de médecine légale*, XVIII, p. 135).

Des arrêtés analogues ont été pris dans d'autres villes, notamment à Lyon (Lacasssagne, du rôle du médecin dans la révision du Code civil, *Archives d'anthropologie criminelle*, 1906, p. 81).

En ce qui concerne la ville de Paris, la déclaration est exigée pour tout fœtus ou embryon ayant atteint l'âge de six semaines.

Ces textes réglementaires ont eu pour but d'enrayer, si possible, les ravages de l'avortement criminel. L'autorité municipale espère qu'en forçant le médecin, ou la sage-femme, à déclarer les fœtus, il sera facile, par enquêtes, de savoir si la femme s'est fait avorter volontairement : d'où répression pénale possible.

Se pose donc, pour le médecin, comme pour la sage-femme, le grave problème du secret professionnel. Déclarer, c'est presque certainement dénoncer : le praticien est donc transformé en auxiliaire de la justice répressive.

Trois conduites se présentent pour le médecin : ou ne tenir aucun compte des textes réglementaires, comme ayant été pris en opposition avec l'esprit du Code civil et de l'arrêt de la Cour de Cassation de 1874 ;

Ou déclarer le fœtus, le porter même à l'officier de l'état-civil, en se refusant d'indiquer le nom de la mère, ainsi que son domicile ;

Ou déclarer purement et simplement et courir le risque de se voir poursuivre, par la famille, pour violation du secret professionnel.

Pour la première ligne de conduite, certains auteurs ont été d'avis que, si les circulaires et décisions, émanant de l'autorité administrative, s'imposent aux fonctionnaires, elles n'ont aucune valeur aux yeux des médecins, qui ne sont pas des fonctionnaires.

Ces décisions réglementaires constituent un abus de pouvoir de la part de l'autorité administrative, qui n'a pas le droit de légiférer en codifiant, en ajoutant aux obligations imposées par la loi (Rocher, avocat à la cour d'appel de Paris, Société de médecine légale VII, p. 571).

D'autres auteurs soutiennent au contraire que la légalité de ces arrêtés n'est pas douteuse.

Voir la suite page XLVII-2833

PROPOS DU JOUR

A l'occasion du Centenaire de la mort de Philippe Pinel.

Philippe PINEL
(1745-1826)

Le 25 octobre 1826, Philippe Pinel, frappé d'une seconde attaque d'apoplexie, mourait dans sa maison de la rue de Poliveau à quelques centaines de mètres de l'Hôpital de la Salpêtrière dont il était médecin depuis plus de trente ans.

Le nom de Pinel, le philanthrope, le libérateur des aliénés, est universellement connu depuis que son monument en bronze par Ludovic Durand s'élève devant la Salpêtrière (1851) et depuis que la gravure a vulgarisé le beau tableau de Tony Robert-Fleury représentant Pinel délivrant les aliénés (1876). Pinel, clinicien, professeur, est moins apprécié ; les grands dictionnaires ne lui consacrent que quelques lignes et cependant Pinel fut un grand médecin, un précurseur. Pour le juger à sa valeur, il faut parcourir quelques-unes de ses œuvres et lire le bel éloge qu'Etienne Pariset, son contemporain, son collègue à l'Institut, à l'Académie de médecine, à la Salpêtrière a écrit sur lui comme secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

***

Philippe Pinel naquit le 11 avril 1745 à Saint-Paul, village voisin de Castres, actuellement dans le département du Tarn. Son père qui exerçait à la fois la médecine et la chirurgie, avait une nombreuse famille et une fortune des plus médiocres. Aussi, après avoir fait faire quelques années d'études à son fils au Collège de Lavaur, il le destina à l'Eglise et pour cela l'envoya aux Ecoles de Toulouse. Là, Philippe Pinel montra un goût prononcé pour la philosophie et les mathématiques. N'ayant aucune vocation pour l'état ecclésiastique, il quitta l'Université et donna des leçons de calcul et de philosophie pour vivre. Poëte à ses heures, il concourut pour les Jeux floraux et fut couronné. Travailleur acharné, il entreprit en même temps l'étude de la médecine, fit lui-même les frais de ses inscriptions et de ses examens avec le gain qu'il tira des répétitions qu'il donna. Il se distingua au point qu'un de ses professeurs le chargea de le suppléer et le 22 décembre 1773 il soutint avec grand succès sa thèse de doctorat. Son père mourut sur ces entrefaites et Ph. Pinel sachant que, désormais, il ne pouvait rien attendre de sa famille, se rendit, en 1775, à Montpellier, tant pour se perfectionner à cette Ecole qui, avec Barthez, Lamure, Leroi, Venel, Gonan, etc., tenait la première place comme foyer d'enseignement médical, que pour chercher à y gagner plus largement sa vie. Bien accueilli à Montpellier, il donna des leçons aux étudiants et écrivit dans un latin élégant et irréprochable des thèses pour les étudiants. Ce fut à cette époque qu'il devint le répétiteur, le conseiller et l'ami de Chaptal.

Séduit par la lecture du Traité de Borelli, il le commenta en de remarquables études qu'il ne fit pas imprimer, mais communiqua en partie à la Société royale de Montpellier en 1777, en partie à l'Académie des sciences.

En 1778, Pinel quitta Montpellier pour venir à Paris. Il partit à pied avec un médecin anglais de ses amis. Les voyageurs n'avaient certes pas un brillant équipage, car, en chemin, des villageois les prirent pour des vagabonds malfaiteurs, les firent arrêter et emprisonner durant quelques jours.

Arrivé sans ressources à Paris, Ph. Pinel qui était muni d'une lettre de recommandation pour le grand géomètre Cousin, parvint, grâce à lui, à trouver des élèves se destinant à l'artillerie et au génie qui vinrent auprès de lui prendre des leçons de mathématiques. Dans son modeste logis, il était le voisin du botaniste Desfontaines, auquel il ne tarda pas à se lier ; il entra en relations avec le peintre Roussel, le médecin philosophe Cabanis. Madame Helvétius le reçut dans son salon et Pinel fut ainsi lancé dans le monde savant qui tenait à Paris le haut du pavé à la fin du XVIIIe siècle.

Il écrit alors au *Journal de Paris*, il rédige la *Gazette de santé*. Nous n'insisterons pas sur Pinel journaliste, nos lecteurs ont lu ici, il y a quelques semaines, un remarquable article, très documenté sur ce sujet, dû au talent de notre très érudit collaborateur, le Dr Albert Garrigues.

Pinel travaille sans relâche. Il traduit de l'anglais quelques volumes de l'« Extrait des transactions philosophiques ». Il étudie la zoologie.

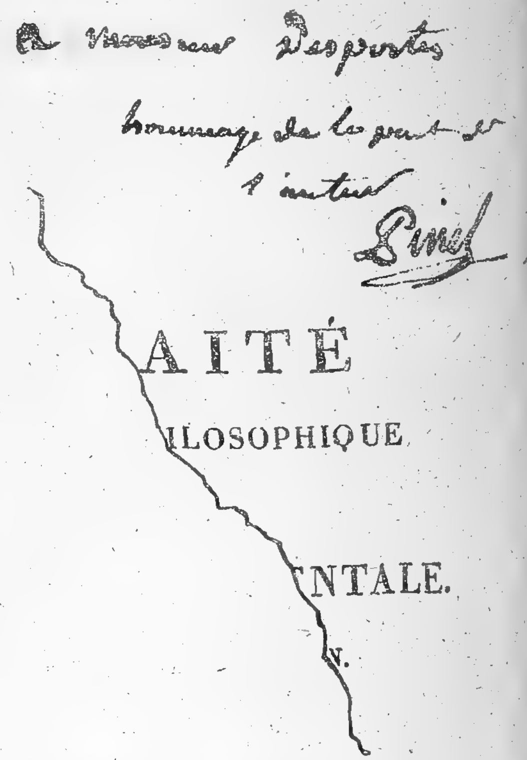
Une chaire d'anatomie comparée au Jardin du Roi devenue vacante paraît lui être destinée. Cuvier lui fut préféré. Ce fut mieux pour la zoologie et pour la médecine, pour Cuvier comme pour Pinel.

Collaborateur à l'*Encyclopédie*, traducteur de Cullen, de Baglivi, Pinel suit les cours de botanique de son ami Desfontaines et se perfectionne en chimie auprès de Darcet et de Fourcroy. Il fréquente régulièrement les hôpitaux, bien qu'il n'exerce pas la médecine. En 1785, la mort tragique d'un jeune homme, qu'il connaissait et qui avait perdu la raison, le porte à étudier l'aliénation mentale. En 1791, la Société royale de médecine met au concours pour un prix la question : « Indiquer les moyens les plus efficaces



de traiter les malades dont l'esprit est devenu aliéné avant l'âge de la vieillesse ». Le prix est décerné au mémoire qui porte comme épigraphe une citation de Celse : *Gerere se pro cujusque naturâ necessarium*. Ce mémoire est de Pinel. Il est lu en public le 28 août 1792 et Pinel est sacré grand aliéniste.

La Révolution bouleversa les institutions de l'ancien régime. Cousin, Thouret, Cabanis, qui dirigent les hôpitaux et estiment Pinel, lui imposent les fonctions de médecin de Bicêtre pour réformer selon ses idées le traitement et le régime des aliénés. Aidé d'un modeste surveillant, homme de cœur et d'intelligence, Pussin, il réussit dans sa tâche, bien que le terrible conventionnel Couthon lui ait fait remarquer la responsabilité grave qu'il encourait en débarrassant de leurs fers les fous furieux, véritables bêtes féroces. Pinel ne borne pas à Bicêtre sa bienfaisante action. Toujours secondé par Pussin, il applique, deux ans après, sa méthode aux folles de la Salpêtrière et y obtient les mêmes succès. Il expose ses vues sur l'aliénation mentale à la Société d'émulation et en 1801, puis en 1809, édite son *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*, qui fit époque.



L'enseignement de la médecine, supprimé avec la Faculté en 1792, fut repris. L'Ecole de santé fut ouverte et Thouret, nommé directeur, appela Pinel, d'abord à la chaire d'hygiène et de physique médicale qu'il quitta pour prendre la chaire de pathologie. Il conserva cette chaire quand, l'Ecole de médecine devint une Faculté nouvelle lors de la création de l'Université.

Pinel, dès 1798, tenta de classer les maladies avec la méthode que l'on avait adoptée dans les sciences naturelles. Il publia sa *Nosographie philosophique* ou *Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Voici comment Etienne Pariset décrivait la méthode de Pinel :

« Il apprenait à voir, à étudier, à séparer les phénomènes, à les rapprocher, à les comparer, à les mesurer en quelque sorte et finalement à conclure, mais à conclure par des inductions

pleines de réserve, et à régler sur cet ensemble le choix et l'application des médicamens, médicamens qu'il voulait toujours simples, en petit nombre et d'un effet connu. »

Pinel était aimé et estimé de tous. On tenta de lui susciter Corvisart comme rival et d'opposer l'Ecole de la Charité de Corvisart à l'Ecole de la Salpêtrière de Pinel, le traité des maladies du cœur à la nosographie philosophique, l'humorisme de Corvisart au solidisme de Pinel ; on ne put parvenir à provoquer la plus petite querelle entre ces deux grands médecins, qui gardèrent l'un pour l'autre une estime et une admiration réciproques.

Bichat, lorsqu'il publia en 1800 le Traité des membranes, fit loyalement remarquer qu'il avait été inspiré par la lecture d'un passage de Pinel, publié en 1792, sur la non identité de la structure des parties membraneuses.

Pinel était la bonté même. La candeur, la modestie, le désintéressement, la compassion furent ses maitresses qualités. Elles n'exclurent pas le courage. Il en fit preuve quand il donna asile, au péril de ses jours, à Condorcet traqué ; et ce fut malgré lui que ce dernier quitta sa retraite de Bicêtre pour aller mourir à Bourg-la-Reine.

Les honneurs et les places ne lui furent pas marchandés. Il fut membre de la Légion d'honneur, de l'Institut, de l'Académie de médecine lors de sa fondation, professeur à l'Ecole de santé ,puis à la Faculté, médecin de Bicêtre, puis de la Salpêtrière.

En 1822, lors de la réforme de la Faculté de médecine, Pinel, âgé de 77 ans, fut nommé professeur honoraire. L'on prétendit que le Gouvernement de la Restauration l'avait englobé dans un certain nombre de disgrâces politiques et confessionnelles. Il n'en était rien, l'âge seul était cause de sa retraite car, en 1818, le Dauphin visitant la Salpêtrière avait remis à Pinel le Grand Cordon de l'Ordre de Saint-Michel.

Pinel était de petite taille, sa physionomie était très vivante, son humeur impatiente. Sa constitution était très vigoureuse. En 1823, il fut atteint d'une première attaque d'apoplexie dont il s'était à peu près rétabli. En 1824, il eut la douleur de voir mourir Esquirol, son élève préféré, devenu son collègue à la Salpêtrière. Il fut terrassé par une seconde attaque dont il mourut le 25 octobre 1826.

Marié deux fois, Philippe Pinel laissa deux fils. L'un d'entre eux, Scipion Pinel, marcha sur les traces de son père. Docteur en médecine en 1819, il devint médecin de Bicêtre, de la Salpêtrière, puis de l'Hospice de la vieillesse : il avait fondé une maison de santé pour aliénés au Port-à-l'Anglais, entre Ivry et Vitry. Il fut envoyé en mission à Varsovie en 1831 pour y étudier le choléra et reçut un prix de l'Académie des sciences pour ses travaux d'Anatomie pathologique du cerveau.

***

Philippe Pinel ne fut pas un brillant journaliste, le Dr Albert Garrigues nous l'a montré, mais il fut un clinicien de premier ordre et sut faire travailler ses élèves.

Nous empruntons à l'Introduction de son ouvrage : *La médecine clinique rendue plus précisé et plus exacte par l'application de l'analyse*, ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës faites à la Salpêtrière, publié en l'an X (1802), la description de la méthode d'examen des malades appliquée dans son service :

« Une malade est-elle transportée aux infirmeries, l'exploration des affections diverses qu'elle éprouve a lieu dans un ordre qui sera exposé au cours de cet ouvrage. L'histoire en est recueillie à différentes reprises, par un des élèves les plus instruits et les plus exercés ; elle est ensuite rédigée et lue à haute voix au chevet de la malade. Je fixe pendant cette lecture l'attention des élèves sur les traits qu'on peut regarder comme spécifiques de la maladie, et dès lors j'assigne la place qu'elle doit occuper dans mon cadre nosographique. Dans certains cas douteux, je discute le plus ou moins de valeur ou le caractère équivoque de certains signes ; et parfois j'ajourne mon jugement jusqu'à ce que la maladie soit plus avancée dans ses périodes. »

Nous avons tenu à reproduire cette page d'un ouvrage de Pinel qui n'est certes pas le plus connu, pour démontrer qu'en célébrant le centenaire de sa mort, on ne glorifie pas seulement Pinel, le libérateur et le bienfaiteur des aliénés, mais *Pinel, l'inventeur du véritable enseignement clinique en France.*

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA DÉMENCE : SYNDROME

Par R. BENON,

Médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Définition.* — DESCRIPTION : A. *Le syndrome démence* ; B. *Les types cliniques de démence.* — 1. *La paralysie générale* : a) *l'état démentiel paralytique propre* ; b) *les formes* ; 2. *La démence précoce* : a) *l'état démentiel dans la démence précoce* ; b) *les formes.* ; 3. *La démence sénile* ; 4. *La démence « organique »* : a) *l'état démentiel propre de la démence organique* ; b) *les formes.* — DIAGNOSTIC : 1. *Diagnostic du syndrome* ; 2. *Diagnostics : de la paralysie générale, de la démence précoce, de la démence « organique », de la démence sénile.* — PRONOSTIC et TRAITEMENT.

Définition. — La démence, du point de vue psychiatrique, est un syndrome caractérisé essentiellement par l'affaiblissement des facultés intellectuelles : mémoire, attention, jugement, raisonnement, etc. On l'oppose souvent au délire qui serait un état de « perversion de ces mêmes facultés ». Le mot démence n'a pas de synonyme. (Démence : *de*, hors de ; *mens*, esprit.) En matière juridique, démence signifie, aliénation mentale.

DESCRIPTION CLINIQUE. — Nous étudierons d'abord le syndrome démence en général, puis les quatre types de démence.

A. **LE SYNDROME DÉMENCE.** — Lorsqu'on parle de démence chez un malade, c'est que les facultés intellectuelles diminuent, s'affaiblissent: en conséquence, l'observateur doit constater la perte de la mémoire ou amnésie, la diminution de l'attention, l'affaiblissement du jugement, du raisonnement et, aussi de l'imagination. L'intelligence du dément est une intelligence « déficitaire ».

A la période d'état, alors que le syndrome démentiel est bien caractérisé, l'amnésie est un symptôme net ; *a*) c'est une amnésie diffuse, disséminée, sans limites précises, qui atteint davantage les souvenirs actuels et récents que les souvenirs anciens ; *b*) c'est une amnésie antéro et rétrograde : en effet, lorsque l'on considère l'ensemble des phénomènes amnésiques par rapport au début de la maladie organique, par rapport notamment à l'ictus qui peut en avoir annoncé l'origine, on constate que l'amnésie ne porte pas seulement sur les faits qui sont dans le temps postérieurs à ce début ou à cet ictus, mais encore sur les faits qui lui sont antérieurs : l'amnésie suit une marche antérograde quand elle touche les faits survenus après le début de la maladie, et rétrograde quand elle englobe des faits qui ont précédé ce début ; *c*) c'est une amnésie plus ou moins profonde, plus ou moins complète, suivant le nombre d'éléments amnésiques atteints qui peut altérer toutes les variétés de souvenirs (souvenirs professionnels, souvenirs de famille, souvenirs scolaires, souvenirs de voyage ou d'aventure, etc.) ; *d*) c'est surtout une amnésie de fixation ou de conservation, de reproduction ou d'évocation ; c'est quelquefois une amnésie de localisation dans le temps et l'espace, une amnésie de reconnaissance ou de certitude (paramnésie de localisation, de reconnaissance, de certitude : para, mnésis, mémoire à côté). *L'amnésie rétrograde* (ou rétroactive ou régressive) *ne saurait être une amnésie de fixation* ; *e*) c'est quelquefois une amnésie soudaine (ictus amnésique). C'est toujours une amnésie progressive et durable ; elle est susceptible de s'améliorer au cours des rémissions de la maladie, mais son aggravation est fatale ou à peu près.

La diminution de l'attention est, comme l'amnésie, un trouble psychique constant dans les démences. Le patient néglige les détails de son ouvrage (troubles de l'attention spontanée) ; il se montre incapable d'organiser son travail (troubles de l'attention réfléchie) ; il ne peut plus suivre une conversation avec application, etc.

L'affaiblissement des facultés de jugement et de raisonnement est également évident. Le sujet se rend mal compte de sa situation et des conséquences de sa maladie, soit chez lui, soit au travail. Il ne voit pas l'importance des oublis qu'il fait, des fautes qu'on lui reproche, etc. Sa famille, ses amis, insistent en vain pour qu'il apprécie justement les erreurs, les méprises qu'il commet ; il fournit des explications niaises, formule des raisonnements puérils, ou absurdes. Ces troubles sont souvent très apparents dans les lettres qu'il écrit ou dans les calculs qu'il établit, etc.

Chez les sujets doués d'une grande intelligence, on voit les facultés d'imagination (création, invention) manifester, les premières, des signes d'affaiblissement, de diminution.

Autres troubles. — Maintes fois, on constate, en même temps que la démence, des idées délirantes, des troubles du caractère (surtout de l'irritabilité) et, consécutivement, de l'incohérence de l'activité générale.

Début et terminaison. — Le début de la démence est plutôt lent, mais l'affection peut se développer brusquement et rapidement après une attaque de congestion cérébrale (ictus), avec ou sans convulsions épileptiques. La marche de la maladie est progressive, avec des rémissions possibles, uniques ou répétées, variables comme durée.

B. **LES TYPES CLINIQUES DE DÉMENCE.** — On peut considérer qu'il existe quatre types cliniques de démence ; ce sont : 1° la démence paralytique (maladie d'origine syphilitique), dite paralysie générale progressive, qui s'observe surtout de 35 à 45 ans) ; 2° la démence précoce (surtout de 18 à 30 ans) ; 3° la démence sénile (surtout de 70 à 80 ans) ; 4° la démence « organique » (surtout de 40 à 65 ans).

1. **La paralysie générale : démence globale.** — Il existe un état démentiel paralytique spécial ; après l'avoir décrit nous envisagerons les formes cliniques de la paralysie générale.

SYNONYMIE. — Méningite chronique primitive, arachnitis chronique, méningite chronique avec aliénation, monomanie ambitieuse avec paralysie, BAYLE, 1822. — Avant Bayle : Démence compliquée de paralysie, ESQUIROL, 1814 ; Paralysie musculaire chronique, GEORGET, 1820. — Après Bayle : Paralysie générale incomplète, DELAYE, 1824 ; Périencéphalo-méningite chronique diffuse ; péri-encéphalite chronique diffuse, CALMEIL, 1826-1859 ; Folie paralytique, PARCHAPPE, 1834-1838 ; Paralysie générale progressive, REQUIN, 1846 ; Démence paralytique, BAILLARGER, 1858 ; Encéphalite chronique interstielle diffuse, MAGNAN, 1867 ; Méningo-encéphalite diffuse paralytique ; Maladie de Bayle, etc.

a) **L'état démentiel dans la démence paralytique.** — La démence paralytique, c'est-à-dire l'affaiblissement intellectuel paralytique a ses caractères propres dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous les cas. Cet affaiblissement intellectuel est dit *global*, parce qu'il atteint à la fois, nettement et même d'une manière précoce, les facultés de mémoire, d'attention, de jugement et de raisonnement, et aussi parce que, consécutivement, l'émotivité et l'activité sont gravement diminuées ou perverties. L'affaiblissement mental global de la paralysie générale (démence globale) est justement séparé de l'affaiblissement mental *partiel* de la démence « organique » (démence partielle).

Période d'état. — A la période d'état de la paralysie générale, l'amnésie est aisée à constater. Le malade peut, sans doute, décliner exactement son identité, bien dire sa profession, etc., mais il commet des erreurs sur les dates et sur les lieux, toujours moins sur les lieux que sur les dates (et cela est la conséquence d'un fait de psychologie normale) ; il est devenu, à cause de ses oublis et de ses absences de mémoire, incapable d'exercer sa profession. L'amnésie paralytique est une amnésie rétro-antérograde, diffuse, générale, profonde, mais incomplète; c'est encore une amnésie tantôt de localisation, tantôt de reproduction, tantôt de fixation. Elle est, enfin, progressive et définitive. Les troubles de l'attention volontaire et spontanée sont très apparents. Les troubles du jugement et du raisonnement sont, à ce qu'il semble, les plus profonds : le paralytique est très peu conscient de la situation que lui a créée sa maladie ; il n'en voit ni les conséquences pour sa famille, ni les résultats pour lui-même. La diminution et la disparition de l'autocritique (perte de la critique de ses actes et de sa conduite), l'approbativité (facilité à approuver l'interlocuteur) sont des troubles du jugement.

Si, à la période d'état, le malade exprime des idées délirantes, de grandeur, de persécution, de mélancolie, etc., celles-ci sont particulièrement absurdes, incohérentes, mobiles et contradictoires. Toujours à cette même période, on note un état d'euphorie habituelle et en même temps des symptômes précis d'indifférence émotionnelle et affective vis-à-vis des événements heureux ou malheureux qui concernent la famille. Enfin, l'activité du patient est très réduite ; sinon, elle est fâcheusement nuisible ou gravement destructive.

Les signes physiques nets sont au nombre de quatre : 1° le signe d'Argyll-Robertson (perte du réflexe pupillaire à la lumière et conservation à l'accommodation), avec ou sans inégalité pupillaire ; celle-ci est à peu près constante, avec myosis plutôt qu'avec mydriase ; 2° l'exagération, ou plus rarement l'abolition des réflexes patellaires, achilléens et plantaires ; 3° la dysarthrie (accrocs, hésitations ou embarras de la parole) auxquels on peut ajouter les troubles de l'écriture, qui est irrégulière et tremblée ; 4° les tremblements fibrillaires de la langue et des muscles péribuccaux. Ajoutons que l'étude extemporanée du liquide céphalo-rachidien et du sang donne à peu près constamment des résultats suivants (pléïocytose du liquide céphalo-rachidien (dix à quarante lymphocytes par champ), hyperalbuminose de ce même liquide (albumine au-dessus de 0,30 centigr. par litre,

jusqu'à 1 gr. et 1 gr. 50) ; réaction de Bordet-Wassermann positive sur le liquide céphalo-rachidien et sur le sang (trois examens espacés sont quelquefois nécessaires). La réaction de Bordet-Wassermann, positive sur le sang, est réductible par le traitement antisyphilitique ; la même réaction, positive sur le liquide céphalo-rachidien, est irréductible par les méthodes actuelles de traitement de la maladie. L'augmentation du taux de la globuline dans le liquide céphalo-rachidien est constante (Nonne-Appelt), alors que la sérine prédomine dans les autres méningites. Les réactions de l'or colloïdal (Lange), du benjoin colloïdal (Guillain) sont positives, etc. Toutes ces réactions, il est vrai, sont symptomatiques non pas de la paralysie générale progressive, mais seulement de la syphilis nerveuse et chronique.

Périodes de début et de terminaison. — A la période de début de la paralysie générale, qu'il y ait eu ou non ictus, l'affaiblissement mental, c'est-à-dire la démence, est assez difficile à reconnaître : l'observation psychopathologique indirecte, près de l'entourage, est souvent indispensable pour établir son existence. L'amnésie est nulle, ou impossible à mettre en évidence lors d'un premier examen ; l'attention est relativement soutenue ; les jugements portés par le sujet paraissent sains et valables. C'est pourtant à cette période de début que les paralytiques généraux commettent le plus grand nombre de délits et crimes, et c'est pour cette raison que cette période a été dénommée la *période médico-légale* de la paralysie générale. L'étude spéciale de l'infraction commise et de ses circonstances est de la plus haute importance : tel paralytique, par exemple, accomplit un vol de bibelot dans un bazar devant le vendeur du rayon, tel autre s'empare d'une barrique de vin dans la rue au vu et au su de tout le monde, etc. L'oubli des conventions sociales dans un salon, dans un cabinet, l'oubli des convenances dans la famille, chez un parent, etc., sont souvent les faits initiaux morbides de la maladie.

A la période terminale, l'amnésie est profonde, l'euphorie est vague et inconstante, le sujet est réduit à une vie végétative. On observe du gâtisme, des eschares, des contractures, de la cachexie, etc.

b) **Les formes de la paralysie générale.** — La paralysie générale est une démence, mais cette démence, c'est-à-dire cette diminution des facultés intellectuelles, est souvent malaisée à déceler, voilée qu'elle est par d'autres manifestations psychopathiques d'ordre délirant, d'ordre maniaque, d'ordre dépressif (asthénique), etc. Les formes, si nombreuses, de la maladie tiennent donc à la coexistence avec la démence de ces syndromes accessoires.

Formes avec délire. — Idées délirantes de satisfaction et de grandeur. La forme avec idées de grandeur est la plus commune. Le malade, satisfait, content de lui et de tout le monde, expose ses titres, distribue des milliards, détaille ses projets et inventions, etc. Avant cette euphorie et cette mégalomanie, on observe très souvent de la dépression (asthénie), de sorte que l'on peut penser que ces symptômes d'euphorie et de mégalomanie sont d'ordre maniaque. — Idées délirantes d'hypocondrie, de négation. Tel paralytique dit qu'il a le gosier obstrué, l'estomac bouché, le ventre barré, etc. ; tel autre, qu'il n'a plus d'intestin, ou plus de poumon, ou plus de corps, etc. Le refus complet d'aliments (sitiophobie) est fréquent dans ces cas. — Idées délirantes de mélancolie, de persécution. On peut observer dans la paralysie générale des idées mélancoliques d'auto-accusation, des idées de persécution basées sur des hallucinations, etc., en un mot les idées délirantes les plus variées comme couleur et comme thème, mais aussi les plus incohérentes.

Forme avec excitation maniaque. — Il arrive que la paralysie générale débute par de la manie, c'est-à-dire par un syndrome dont les caractères sont : l'agitation motrice, l'excitation intellectuelle, la loquacité, la disposition à la joie, etc. Ces cas sont rares, mais leur existence paraît certaine.

Forme avec dépression ou asthénie. — Le début de la paralysie générale par la dépression (ou asthénie) nous semble très fréquent : on a désigné cette asthénie sous le nom de neurasthénie préparalytique. Après cette période d'asthénie, avec tendances mélancoliques ou hypocondriaques, on voit maintes fois se développer un état d'euphorie avec idées de grandeur (hyperesthénie probable).

Forme avec épisodes confusionnels. — A la suite des attaques apoplectiques ou épileptiques, on observe quelquefois, pendant un ou plusieurs jours, des symptômes de confusion mentale (troubles des perceptions, profonds et inconscients, désorientation dans l'espace, non-reconnaissance des personnes et des choses, égarement, etc.).

Forme avec appoint alcoolique. — On constate souvent dans ces cas un délire hallucinatoire tout à fait analogue au délire alcoolique, et aussi les stigmates de l'intoxication chronique spéciale.

Forme avec tabes. — Ici les réflexes des membres inférieurs sont abolis (paralysie générale tabétiforme). Le tabes peut coexister avec un délire de persécution ou un délire de mélancolie, etc. ; il peut s'accompagner de dépression (as-

thénie), d'excitation maniaque avec idées de grandeur, etc. Ces syndromes mentaux peuvent évoluer pour leur propre compte et leur apparition ne signifie pas que le tabès va se compliquer de paralysie générale. Les faits de tabes se terminant par la méningo-encéphalite diffuse paralytique sont rares, peut-être inexistants.

2. **La démence précoce.** — Nous étudierons d'abord l'état « démentiel » de la maladie à la période d'état, puis les formes de la démence précoce.

Synonymie. — Idiotie acquise, Esquirol, 1818. — Stupidité, Georges, 1820. — Démence juvénile, Morel, 1852. — Hébéphrénie, *hébé, phrenitis*, jeunesse, intelligence, Kalbaum, 1863. — Démence vésanique : démence après délire, Foville, Ach., fils, 1869. — Catatonie, *kata, tonos*, en contraction, Kalbaum, 1874. — Démence précoce, Kraepelin, 1893 (Hébéphréno-catatonie. Démence paranoïde). — Confusion mentale chronique, Régis, 1906. — Schizophrénie, *schizo, phrenitis*, diviser, intelligence, Bleuler, 1911. — Folie discordante, Chaslin, 1913. — Hypothymie chronique, Benon, 1916.

a) **L'état démentiel dans la démence précoce.** — Il n'est point certain que, dans l'affection dénommée communément aujourd'hui démence précoce, les symptômes d'affaiblissement intellectuel soient fondamentaux ; souvent même l'observateur se demande si ces symptômes existent. Les troubles de la mémoire (amnésie rétrograde ou amnésie antérograde) font maintes fois totalement défaut. L'attention n'est pas davantage déficitaire. Les jugements et raisonnements, quand ils sont exprimés, surprennent par leur exactitude. L'intelligence, chez ces malades, si elle est diminuée, ne l'est donc qu'à un faible degré ; peut-être même reste-t-elle saine.

Les troubles de l'émotivité sont au contraire profonds ; l'indifférence émotionnelle, et particulièrement l'indifférence affective, est extrêmement accusée. Le malade ne s'intéresse plus à sa famille, ni à sa profession, ni aux autres choses qui lui étaient chères (livres, objets précieux, spectacles, etc.). Il n'a plus aucune passion. Il vit dans une insouciance étonnante, négligeant même sa toilette. Rien ne l'émeut, ni les bonnes ni les tristes nouvelles. Il ne formule jamais ni désirs, ni vœux, ni souhaits, ni aspirations. Il n'est plus jamais ni chagrin, ni inquiet (s'il n'a pas de délire surajouté naturellement) ; il est coléreux, impulsif, violent, mais par intervalles seulement ; quelquefois il sourit niaisement, ou il rit aux éclats, mais on ne constate pas de joie durable. Cette hypo-émotivité ou cette hypothymie générale est-elle fondamentale chez le dément précoce ? Cela est probable. Cette indifférence émotionnelle serait-elle en relation avec des phénomènes d'apathie ou d'asthénie ? La question est à étudier. Ajoutons que la démence précoce s'accompagne très souvent de symptômes d'ordre catatonique.

Périodes de début et de terminaison. — L'état « démentiel » que nous venons d'exposer est celui de la période d'état. La période de début est généralement insidieuse et presque toujours marquée par des troubles de l'émotivité ; ceux-ci, qui sont en relation soit avec un état passionnel, soit avec un choc émotionnel, s'accompagnent souvent d'idées délirantes polymorphes, vagues, confuses. Quelquefois le début est brusque, et d'emblée l'affection est nettement caractérisée. La période d'état dure des années, souvent des dizaines d'années, sans changement aucun. Le malade succombe à une maladie organique intercurrente, la tuberculose le plus souvent.

b) **Les formes de la démence précoce.** — Nous décrirons : 1) la forme stupide (avec catatonie) ; 2) la forme maniaque ; 3) la forme délirante. Nous laisserons de côté les formes simples ou frustes, purement hypothymiques ou apathiques.

1) *Forme stupide avec catatonie.* — La forme stupide de la démence précoce est la plus typique des formes cliniques de cette affection. En même temps qu'on constate des symptômes d'indifférence émotionnelle, de l'apathie et, quelquefois, des troubles de la mémoire, on relève : 1° soit du négativisme ; 2° soit de la suggestibilité ; 3° toujours des stéréotypies. Assez souvent, dans cet état de stupidité ou de stupeur, on observe de l'incontinence des urines et, plus rarement, des matières fécales (gâtisme).

Le *négativisme* (folie d'opposition des vieux auteurs) est caractérisé par la résistance du patient aux mouvements qu'on veut imprimer à ses membres, et aussi *à tous les actes qu'on sollicite* de lui. Cherche-t-on à lui allonger le bras ? Il le contracte violemment. Tente-t-on de le pousser doucement par derrière pour le faire progresser en avant ? Il résiste solidement. Veut-on lui ouvrir la bouche ? Il la ferme. Il refuse de tirer la langue, de donner la main, de parler, de manger (mutisme et sitiophobie), etc. Probablement des idées président à l'exercice de ces réactions négativistes.

La *suggestibilité* est caractérisée par l'adoption, sans résistance de la part du patient, de tous les mouvements possibles qui sont imprimés à ses membres où à son corps (catalepsie, attitudes cataleptiques, flexibilitas cerea), et encore par l'exécution de tous les ordres simples qui lui sont donnés : se lever, marcher, lever le bras, monter sur une chaise, etc. L'écholalie (répétition des derniers mots de la question posée : D. Veuillez me dire quel est votre nom ?

R. Votre nom. — D. Veuillez me donnez votre adresse ? R. Votre adresse), l'échopraxie ou échominie (imitation des gestes exécutés devant le malade ; exemple on étend le bras, il l'étend ; on se lève, il se lève, etc.), sont des signes à rattacher à la suggestibilité. Il est probable que la suggestibilité et le négativisme, dont les caractères cliniques sont opposés et qui peuvent se succéder chez le même malade, constituent des *troubles de même nature*.

Les *stéréotypies* sont caractérisées par la durée prolongée et la répétition fréquente des mêmes attitudes ou des mêmes mouvements. Le mot stéréotypie indique la propriété de fixité du symptôme (*stéréos*, solide, non mobile, fixe). On distingue les stéréotypies des attitudes, des gestes, des actes, du langage parlé et du langage écrit. Stéréotypies des attitudes : tel malade reste toujours accroupi par terre dans un coin, comme pelotonné sur lui-même ; tel autre reste debout, face au mur ; un autre, qui refuse de quitter le lit (manie lectuaire des vieux auteurs), garde la tête relevée au-dessus de son oreiller ; un autre, couché en chien de fusil, est toujours caché sous ses draps. Stéréotypies des gestes : tel malade se gratte la tête et s'écorche ; tel autre balance son corps de droite à gauche ; un autre avance les lèvres en forme de museau ou de groin ; un autre fait à chaque instant un bruit spécial bucco-pharyngé, etc. Stéréotypies des actes : tel malade, dans un jardin, tourne en ovale lentement et à pas menus ; tel autre progresse par bonds ; un autre au bout de sa course dans un endroit fermé, se frotte régulièrement le long du mur qui est usé, etc. Stéréotypies du langage parlé et écrit ou verbigération : les malades, sans motifs précis, répètent les mêmes mots les mêmes fragments de phrase ou les mêmes phrases inintelligibles (salade de mots) ; de même, ils écrivent sur une même page indéfiniment la même phrase ou le même bout de phrase, ou ils exécutent le même dessin, la même signature, etc.

2. *Forme maniaque*. — Il existe une forme maniaque de la démence précoce, c'est-à-dire une forme dans laquelle on observe des symptômes d'ordre maniaque pur. On constate, comme dans la manie vraie, de la joie spontanée, de l'agitation motrice, de l'excitation intellectuelle, des impulsions à la colère, etc. Ces phénomènes maniaques peuvent s'observer dès le début de la démence précoce ; ils peuvent alterner avec des phénomènes de dépression. Ces alternatives d'excitation et de dépression se succèdent quelquefois à des intervalles très courts.

3. *Forme délirante*. — C'est une forme commune de la démence précoce. L'intelligence est peu affaiblie, sinon pas du tout, l'indifférence émotionnelle est profonde ; l'activité est nulle ou très réduite. En même temps, on constate des idées délirantes polymorphes, mal systématisées, incohérentes, vagues, confuses, mobiles, fondées généralement sur des hallucinations, plus rarement sur des interprétations. Ce sont des idées de persécution, de grandeur, de religion, de mélancolie, d'hypocondrie, etc. Il est curieux de noter dans ces cas combien le patient réagit peu émotionnellement vis-à-vis de son délire ; il parle sans énervement de ses persécuteurs, ou son indignation tombe, à peine exprimée ; il s'accuse de fautes graves ou de crimes, sans avoir de chagrin ; il se croit atteint d'une maladie incurable et il n'est point anxieux ; il s'attribue des titres glorieux et il ne s'étonne pas de sa misère, etc. En un mot, l'état émotionnel est en dysharmonie avec les idées délirantes.

Une autre discordance est frappante chez quelques-uns de ces malades délirants : lorsque l'on converse avec eux (ceux-là sont souvent des mégalomanes), on constate dans leur langage une incohérence formidable (verbigération) ; il est impossible même de comprendre ce qu'ils veulent dire ; au milieu d'une phrase qu'ils commencent correctement, ils placent des expressions personnelles qu'ils ne peuvent expliquer, qui sont des néologismes extravagants, mais dont ils ne perdent pas le souvenir et qu'ils répètent d'une façon stéréotypée. Or, ces malades sont très capables de travailler ; ils exécutent bien certaines tâches qu'on leur confie ; leur activité, à ce moment, est presque normale et contraste étrangement avec leur idéation et leur langage parlé. Ajoutons que le langage écrit de ces malades ressemble à leurs paroles.

Un fait encore à signaler, qu'on observe chez des déments précoces peu délirants, vaguement mélancoliques ou persécutés, c'est un état d'activité spéciale, dite activité « à côté ». On pose une question au malade, il fait une réponse à côté; on lui commande un acte, il exécute un acte à côté, etc. On noterait toujours en même temps de l'analgésie. Cet ensemble de symptômes, aisés à simuler, est désigné sous le nom de *syndrome de Ganser*.

Toutes les formes délirantes de la démence précoce s'accompagnent d'indifférence émotionnelle et de stéréotypies. D'autre part, elles sont presque toujours marquées à leur début par des états passionnels douloureux, simples ou complexes. Le délire fait suite à ces troubles, dure quelques semaines, quelques mois, avec des alternatives d'excitation et de dépression motivées, puis apparaît la « démence ».

Il existe des *rémissions* dans la démence précoce, surtout peut-être dans la forme délirante. Souvent même le malade paraît revenir à son état normal : l'observateur en cas de réapparition de l'affection se demande s'il s'agit de rechute ou de récidive.

3. **La démence sénile.** — La démence sénile, ou démence des vieillards, ou presbyophrénie (*presbus, phrenitis*, vieillard, démence), est essentiellement caractérisée par l'ensemble des phénomènes cliniques suivants : amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances, euphorie et agitation nocturne. Tous ces symptômes sont bien groupés à la période d'état. L'affection est assez rare, mais typique.

Amnésie de fixation. — Dans la démence sénile, l'amnésie de fixation ou amnésie actuelle ou amnésie continue, est complète.

C'est une amnésie antérograde, par rapport à la date du début de la maladie. Elle porte sur tous les faits présents, quels qu'ils soient, d'ordre familial, professionnel ou social ; elle porte sur tous les événements récents où déjà anciens qui ont eu lieu depuis l'époque du début de la démence. C'est enfin une amnésie définitive. Elle est aisée à constater : le malade que l'on vient de quitter et que l'on retrouve, vous salue la seconde fois comme la première ; il ignore le temps, le lieu où il se trouve (sur le lieu il répond quelquefois par une phrase toute faite et exacte) ; il ne peut évoquer aucun incident actuel ou récent, qui pourtant le touche personnellement, etc.

Il existe, en outre, de l'amnésie rétrograde de reproduction et de localisation (amnésie rétroactive ou régressive), qui s'étend généralement sur plusieurs dizaines d'années avant la date du début de la psychopathie. Les malades, capables d'évoquer les souvenirs de leur enfance ou de leur jeunesse, ignorent tout de leur existence adulte ; ils se trompent de dix, vingt ans sur leur âge ; ils ne connaissent plus les deuils de leur famille, les mariages de leurs enfants, etc. Ils vivent dans un passé lointain. Ces troubles profonds de la mémoire altèrent leurs facultés de jugement et de raisonnement, mais celles -ci s'exercent exactement quand il s'agit de menus faits ou de problèmes faciles.

Fabulation. — Les déments séniles fabulent volontiers ; ils ont des réponses à toutes les questions posées ; ils parlent avec aisance : « Ils arrivent à l'instant, vous diront-ils (or, ils sont là depuis des années). Ils ont passé la journée d'hier à X... (or, ils ne sont pas sortis). Ils ont rencontré tel ami... Ils sont allés au théâtre... Ils ont travaillé toute la journée, etc. (Tout cela est faux.) Parlez-leur de tel événement connu et récent (accident, voyage de telle personnalité), ils racontent des choses fantastiques, purement imaginaires, comme s'ils avaient des contes tout faits dans la mémoire.

Fausses reconnaissances. — Ils vous prennent, maintes fois, pour de vieux et bons amis. C'est en vain que vous déclinez votre qualité, puisqu'ils l'oublient aussitôt. « Ils vous ont souvent rencontré, affirment-ils », et ils vous le prouvent d'un mot aimable. En revanche, ils confondent une domestique avec leur femme décédée, ou leur épouse avec une ancienne maîtresse désignée exactement par son petit nom. Ils confondent leurs enfants, leurs amis, les uns avec les autres : des situations du plus haut comique en résultent.

Euphorie. — Ils sont aimables, souriants, corrects, polis. Parfois, ils plaisantent. Contrariés, ils se fâchent à peine.

Agitation nocturne. — Elle est constante, croyons-nous. Elle est due à l'insomnie et aux troubles profonds de la mémoire. Les malades se lèvent, vont et viennent, ne retrouvent plus leur lit dans le dortoir ; chez eux, ils descendent dans la rue en chemise, etc.

Evolution. — On ne note ni ictus, ni paralysie au début de la maladie. L'amnésie de fixation, très vite, est complète et caractéristique. La démence est progressive. Le sujet meurt d'une maladie intercurrente quelconque.

4. **La démence « organique » : démence partielle.** — La démence « organique » est un type clinique précis. L'expression démence « organique » n'est pas très heureuse, puisque toutes les démences, probablement, s'accompagnent de lésions cérébrales. Mais par quelle autre expression la remplacer ? On ne saurait utiliser les expressions : démence par lésions circonscrites, uniques ou multiples ; démence par lésions diffuses non paralytiques. L'expression démence « partielle » est-elle meilleure ? Il suffit de s'entendre et de se comprendre sur ce point. Nous étudierons l'état démentiel propre de la démence « organique », puis les formes de cette démence.

a) **L'état démentiel propre de la démence « organique ».** — L'état démentiel propre de la démence « organique » est caractérisé par l'affaiblissement *partiel* des facultés mentales. L'amnésie, ici, est une amnésie lacunaire, élective, quoique diffuse, et à marche rétro-antérograde (par rapport au début de l'affection) ; elle est généralement peu profonde ; elle ne touche pas au même degré toutes les variétés de souvenirs (famille, profession, etc.) ; elle altère quelquefois un choix donné d'images mentales. C'est une amnésie de reproduction et de localisation : peu à peu, avec effort, le patient retrouve dans son esprit certains faits qu'il y recherche. Cette amnésie peut se développer soudainement (ictus amnésique) ; elle s'aggrave par à coups plutôt que progressivement. Elle est passagère (pour quelques souvenirs), plus souvent elle est définitive. L'attention spontanée est faible dans la démence « organique » ; l'attention réfléchie est

relativement bien conservée : l'observateur au cours de l'interrogatoire constate que le travail cérébral est soutenu, prolongé, utile même. Les facultés de jugement et de raisonnement ne sont que partiellement altérées. Le malade se rend compte, relativement, de sa situation et il la juge assez exactement, telle quelle est. Il raisonne, il discute les faits qui se déroulent autour de lui, etc. Le patient d'ailleurs n'est pas très indifférent au point de vue émotionnel ; il montre, maintes fois, de la tendresse et de la bonté pour les siens ; il s'affecte de ses troubles de la mémoire et de ses erreurs. S'il se livre à des emportements, à des colères, il en éprouve ensuite des regrets. Son activité est diminuée, sa capacité professionnelle presque abolie ; aux remarques qu'il fait, on s'aperçoit qu'il en éprouve une douleur morale réelle. La sensiblerie, si souvent observée chez les déments organiques, est une manifestation d'ordre hyperthymique en relation avec des souvenirs qui traversent leur esprit.

Au début de la démence « organique », tous ces troubles psychiques sont peu accusés ; à la période d'état, après un ou plusieurs ictus apoplectiques ou épileptiques, ils sont nets, mais ils progressent avec beaucoup de lenteur. On peut même observer de très longues rémissions chez ces malades ; assez fréquemment on constate chez eux des moments ou des intervalles lucides (suspension brève et complète, semble-t-il, des signes démentiels) ; on dit alors qu'ils présentent des lueurs et dés éclairs d'intelligence. Pourtant les lésions cérébrales vont s'aggravant et elles déterminent souvent elles-mêmes directement la mort. Au point de vue somatique, chez presque tous ces déments, on relève des hémiparésies ou des hémiplégies organiques, transitoires ou durables.

b) Les formes de la démence « organique ». — On peut distinguer : la forme pseudo-paralytique, les formes avec : aphasie, délire, manie, dépression, épisodes confusionnels, les formes d'après la cause directe, et, enfin, la maladie d'Alzheimer.

1) *Forme pseudo-paralytique.* —Le malade présente toujours de l'affaiblissement partiel des facultés mentales ; mais, surtout par intervalles, les troubles de la mémoire et du jugement sont plus profonds que dans la forme commune, et d'autre part, il existe des signes qui font penser à la paralysie générale : inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, tremblement de la langue et des lèvres, troubles dysarthriques, exagération des réflexes rotuliens,etc. L'expression de pseudo-paralysie générale, employée dans ces cas, a, croyons-nous, une valeur clinique véritable.

2) *Forme avec aphasie.* — L'aphasie est fréquente dans les démences « organiques ». La surdité verbale rend difficile l'étude de l'état mental.

3) *Forme avec délire.*— En même temps qu'évolue la démence « organique », on peut voir se développer du délire de persécution, du délire mélancolique, du délire hypocondriaque, etc. Ces délires sont basés sur des illusions et hallucinations plutôt que sur des interprétations ; ils sont généralement mal systématisés, mobiles, épisodiques.

4) *Formes avec manie ou dépression.* — On observe parfois des symptômes d'ordre maniaque ou d'ordre dépressif (asthénique) dans la démence « organique ». Assez souvent, après un ictus, le malade reste asthénique, quelques jours ou même plus d'une semaine, puis progressivement, on voit la manie remplacer l'asthénie : c'est l'asthéno-manie post-apoplectique. La manie, avec idées de grandeur et de satisfaction, la dépression avec tendances mélancoliques ou hypocondriaques, peuvent durer des mois, se répéter, alterner, etc.

5) *Formes avec périodes confusionnels.* — Après les ictus ou sans ictus, on constate, parfois, dans la démence « organique », des épisodes confusionnels ou des épisodes amnésiques, d'assez longue durée et à répétition, qui impriment à l'affection une marche très particulière, avec aggravation et amélioration successives.

6) *Formes d'après la cause directe.* — Ce sont les démences dites : démence alcoolique, démence syphilitique, démence saturnine, démence par lésions cérébrales circonscrites (hémorrhagie, ramollissement, tumeur, gomme, etc.), démence artério-sclérotique, démence traumatique, démence épileptique, etc., ou encore les pseudo-paralysies générales alcoolique, syphilitique, saturnine, traumatique, épileptique, etc. Dans toutes ces formes l'affaiblissement intellectuel est partiel et non global.

7) *La maladie d'Alzheimer.* — Cliniquement, la maladie d'Alzheimer (sclérose névroglique avec plaques cyto-graisseuses et lésions cellulaires en virgule), nous apparaît comme une variété de démence « organique », c'est-à-dire comme une variété d'affaiblissement intellectuel partiel compliqué d'agnosie, d'aphasie et d'apraxie.

DIAGNOSTIC. — Il importe d'étudier d'abord le diagnostic du syndrome démentiel en général, puis le diagnostic spécial des variétés de démence.

1. Diagnostic du syndrome démence. — Le diagnostic positif de démence est facile à la période d'état des démences, il est difficile à la période de début, quand le syndrome démentiel

coexiste avec du délire, de la confusion mentale, de la dépression (ou asthénie), etc.

Au point de vue diagnostic différentiel, le syndrome démence peut d'abord être confondu avec un *syndrome asthénique* ou dépressif. C'est une erreur, croyons-nous, commise fréquemment : dans ces cas, il s'agit bien entendu de syndromes démentiels plutôt peu accusés. Chez l'asthénique, la mémoire est intacte à proprement parler, mais le rappel des souvenirs est lent, pénible, difficultueux ; chez le dément, la mémoire est diminuée par suite de la disparition réelle de certains souvenirs ; tel dément « organique » par exemple s'applique à chercher un détail de sa profession ou de son existence et il n'y parvient pas parce que, dans son cerveau, il n'y a plus trace de ces images mentales. L'asthénique est attentif, mais il se fatigue très vite : il lit, écrit, calcule, au prix de grands efforts et de vives douleurs de tête ; le dément est capable de quelque attention : il peut fixer son esprit sur une question posée ; il n'accuse jamais la confusion dans les idées avec fatigue rapide et extrême qu'éprouve si nettement le déprimé. Le jugement, le raisonnement, sont normaux chez l'asthénique ; chez le sujet affaibli intellectuellement, ils sont toujours atteints à un certain degré : le malade ne se rend qu'incomplètement compte de sa situation nouvelle, des conséquences de sa maladie et pour lui et pour les siens. Chez l'asthénique, les troubles de l'émotivité sont liés directement au syndrome lui-même : voyant son avenir compromis, sa vie brisée, le malade est naturellement disposé à s'inquiéter ou à s'attrister de son état ; il devient souvent très irritable, très coléreux ; chez le dément les réactions émotionnelles sont plutôt moins marquées et surtout moins logiques ; la sensiblerie est un trouble hyperthymique propre aux états démentiels. L'amyosthénie, l'abattement, l'asthénie gastro-intestinale, sont spéciaux au syndrome dépressif et font défaut dans la démence, sauf dans certaines formes complexes. La céphalée, la rachialgie, les étourdissements, l'insomnie, les bourdonnements d'oreilles, les troubles subjectifs de la vue, sont moins intenses et beaucoup moins bien groupés dans la démence que dans l'asthénie. Ajoutons que dans les états démentiels, on observe presque toujours des signes somatiques de haute valeur clinique, qui font défaut dans l'asthénie.

La démence est à différencier encore de la *confusion mentale*. Quand l'observateur possède des renseignements sur l'histoire clinique de l'affection, le diagnostic est facile ; si les anamnestiques manquent, il recherchera les troubles de la perception, de la reconnaissance des lieux, des personnes et des choses, qui caractérisent essentiellement la confusion mentale. La désorientation dans le temps, constatée chez les déments et due à l'amnésie, ne doit pas être prise pour de la confusion mentale.

Enfin, la démence doit être distinguée de la *débilité mentale congénitale*, de l'imbécillité et de l'idiotie, qui sont des états de faiblesse d'esprit constitutionnels. Chez les malades de cette sorte, l'intelligence n'est pas diminuée, affaiblie, elle est pauvre dès la naissance ; la démence est une maladie acquise après de nombreuses années de santé psychique normale, les débilités intellectuelles sont congénitales. Ajoutons qu'un sujet débile mental peut faire de la démence.

2. Diagnostic de la paralysie générale. — Le diagnostic positif de la paralysie générale ne doit être posé catégoriquement, quelle que soit la forme de la maladie, que si l'on constate l'état mental et les signes physiques paralytiques ; il ne doit pas l'être si les signes somatiques existent seuls et cela même si la ponction lombaire est positive.

Le diagnostic différentiel est à faire avec les délires, la manie, la dépression (asthénie), la confusion mentale, la démence précoce et surtout les démences « organiques », tous syndromes qui peuvent évoluer chez des syphilitiques chroniques, sans que ces syphilitiques chroniques soient nécessairement des paralytiques généraux.

a) Les délires ou les idées délirantes sont communes et variés dans la paralysie générale ; il importera, pour reconnaître la maladie, de rechercher l'affaiblissement global des facultés mentales, les caractères spéciaux des idées délirantes, les signes physiques propres. Certains cas de délires hallucinatoires, subaigus, actifs, associés à la paralysie générale, sont ceux qui déterminent le plus communément des erreurs ; *b*) le diagnostic de la paralysie générale et de la manie est une réelle difficulté, même si l'examen somatique, malgré l'agitation, est aisée. Quelques signes physiques paraissant précis, une ponction lombaire positive, ne doivent pas inciter à des affirmations rapides et absolues ; *c*) la paralysie générale avec dépression (asthénie) est plus facile, croyons-nous, à distinguer de la neurasthénie vraie : on trouve, chez le premier, des troubles du jugement, des symptômes « d'inconscience » qui font toujours totalement défaut chez le névropathe. C'est dans ces cas que l'observation indirecte, l'analyse des actes du patient dans la vie familiale intime, sont particulièrement précieuses ; *d*) au cours de la paralysie générale, on voit parfois survenir des épisodes confusionnels, amnésiques, qu'il serait souvent impossible de rattacher à leur véritable cause, si l'on était privé de commémoratifs ; *e*) la paralysie générale ne peut être qu'exceptionnellement confondue avec la démence précoce à cause de l'âge différent auquel se développent les deux affections (jeunesse et âge adulte) : mais il

✦✦✦✦

existe une paralysie générale juvénile et une « hébéphrénie », dite tardive. L'indifférence émotionnelle, l'apathie du dément précoce, les phénomènes catatoniques qu'il présente, sont généralement bien caractéristiques ; *f)* un des diagnostics les plus difficiles de la démence paralytique est celui qu'il faut établir avec les démences dites « organiques », et spécialement avec les pseudo-paralysies générales : alcoolique, *syphilitique*, artério-sclérosique, etc., car les signes physiques peuvent être les mêmes. Dans tous ces cas, on cherchera à préciser par l'analyse psycho-clinique, s'il s'agit d'affaiblissement intellectuel global ou partiel, général ou électif. Il en est qui restent obscurs, cliniquement, ils sont rares. La diminution de l'autocritique est toujours plus marquée chez le paralytique, l'attention est plus soutenue chez le dément « organique » ; l'indifférence émotionnelle est plus profonde *chez le paralytique*, etc.

3. **Diagnostic de la démence précoce.** — Le diagnostic positif de la démence précoce reposera avant tout sur les signes catatoniques (négativisme, suggestibilité, stéréotypies) et sur les symptômes d'ordre hypothymique (indifférence émotionnelle).

Le diagnostic différentiel de la démence précoce est délicat entre tous : *a) La forme stupide* peut être confondue avec un syndrome dépressif (asthénique), profond, torpide, curable à longue échéance et relevant de la psychose maniaque, dépressive. Les signes catatoniques n'ont pas une valeur absolue, pas plus que l'indifférence émotionnelle ; ils sont susceptibles d'appréciations variables ; *b)* de même la forme maniaque de la démence précoce est malaisée à différencier d'un accès maniaque franc et périodique, et pour les mêmes raisons ; *c)* la forme délirante se distingue nettement des délires systématisés chroniques, mais il est difficile de la séparer des délires confus, mal systématisés, à évolution subaiguë, qui sont durables et qu'on observe chez les dégénérés ou prédisposés. Quelquefois, les stéréotypies apparaissentd'une manière précoce ; souvent aussi, elles sont lentes à se manifester ; c'est, dans ces derniers cas, que le syndrome « démentiel » apparaît comme un état s'étant développé secondairement. Pratiquement, il ne faut pas être trop pessimiste en présence d'un délire chez un jeune sujet ; il ne faut pas pourtant oublier que ces délires évoluent vers la démence précoce dans 50, peut-être 75 % des cas ; *d)* la démence précoce avec appoint alcoolique et délire hallucinatoire au début est susceptible d'être confondue avec un simple délire toxique ; l'étude des anamnestiques d'ordre émotionnel est ici très importante ; *e)* il est facile, presque toujours, de distinguer la démence précoce de la paralysie générale et des démences « organiques » à cause des signes physiques qui accompagnent ces psychopathies.

Le diagnostic causal de la démence précoce reste obscur. Nous pensons que la maladie se développe chez des prédisposés à l'occasion ou par le fait de chocs émotionnels ou de passions violentes, qu'ils subissent.

4. **Diagnostic de la démence « organique ».** — Le diagnostic positif de la démence « organique » s'établit aisément lorsque l'observateur constate des signes de lésions cérébrales circonscrites (hémiparésie, hémiplégie, etc.), coexistant avec de l'affaiblissement partiel ou lacunaire des facultés intellectuelles.

Le diagnostic différentiel est à faire avant tout avec la paralysie générale et nous l'avons étudié. Ce sont les pseudo-paralysies générales (alcoolique, syphilitique, artério-sclérotique, etc.), qui sont presque toujours des causes d'erreur, et cela particulièrement dans les *périodes* d'évolution aiguë ou subaiguë de ces maladies. Lorsque la démence « organique » s'accompagne de délire, de manie, de dépression (asthénie), de confusion mentale, il importe de déceler derrière le syndrome épisodique ou durable, le syndrome démentiel fondamental.

Le diagnostic causal de la démence « organique » consiste dans *la* recherche des stigmates de l'alcoolisme chronique, de la syphilis chronique, du saturnisme, de l'artério-sclérose, et dans l'étude des commémoratifs (traumatismes, crises épileptiques, etc.).

5. **Diagnostic de la démence sénile.** — L'âge du patient, les particularités cliniques du syndrome (amnésie de fixation, fabulation, fausses reconnaissances, euphorie, agitation nocturne), rendent facile le diagnostic positif de la démence sénile. On peut la confondre avec une démence « organique » artério-sclérosique, par ramollissement cérébral, surtout quand il s'agit d'un vieillard ; mais ici les ictus, graves ou légers, sont constants, alors qu'ils sont exceptionnels et peut-être bien inexistants dans la démence sénile ; l'amnésie de fixation n'est jamais complète chez les déments « organiques » (ou ce sont cas rares) ; il existe aussi, chez les vieillards déments « organiques » de curieuses alternatives d'aggravation et d'amélioration qui manquent dans la démence sénile.

PRONOSTIC. — Dans toutes ces démences : paralytique, précoce, « organique », sénile, le pronostic est sombre : la paralysie générale est fatale à brève échéance (trois à cinq ans) ; la démence précoce dure des années sans changement ; la démence « organique » est susceptible de très longues rémissions, mais l'intelligence

reste affaiblie partiellement ; la démence sénile est rapidement progressive comme la paralysie générale, semble-t-il.

TRAITEMENT. — Peu de syndromes psychopathiques sont aussi ingrats à soigner que les états démentiels. Lorsque les malades sont calmes et que leur famille est dans l'aisance, ils peuvent être traités à leur domicile, ou dans une maison de santé ouverte ; les indigents, toujours s'ils sont dociles, peuvent être placés dans un hospice de vieillards ; ils ne relèvent point, ou ils ne relèvent que temporairement, d'un service de psychiatrie pour aigus. Les malades turbulents, agités, sont à traiter dans une maison de santé fermée (asile privé ou public d'aliénés). L'isolement est sans action sur ces malades ; la balnéothérapie est surtout utile au point de vue hygiénique. L'agitation chez les paralytiques généraux, qu'elle soit d'ordre maniaque ou qu'elle relève du délire et de l'anxiété, est une des formes d'excitation les plus difficiles à soigner ; ces cas sont peu fréquents (5 %). Faut-il traiter la paralysie générale par le mercure ou l'arsenic ? Non, en principe ; oui, parfois, dans la pratique. Le médecin ne saurait refuser à la famille qui le sollicite un essai de traitement. L'aggravation de la paralysie générale par les médicaments à base de mercure ou d'arsenic est fréquente, elle n'est pas constante ; on peut constater, aussi, de remarquables améliorations, mais on les voit survenir souvent sans traitement spécifique.

CLINIQUE UROLOGIQUE

Les grandes ruptures de l'urètre périnéal.

D'après une leçon du prof. LEGUEU (1).

Un homme de 55 ans s'est présenté à la clinique le 16 mars dernier. Il racontait l'histoire suivante : au cours de son travail, il était tombé à califourchon sur une barre de fer.

Remarquons la nature de ce traumatisme, ce sont bien là les conditions nécessaires pour produire une rupture de l'urèthre. Ce malade est tombé à califourchon, à cheval, comme on dit, sur sur un corps résistant et peu large, susceptible d'accéder dans l'ogive pubienne, entre les deux ischions. Dans la nuit, il eut une très grosse urétrorragie, qui se prolongea toute la matinée. Le médecin essaya de faire le cathétérisme, d'ailleurs bien à tort, — je vous expliquerai pourquoi, tout à l'heure — et n'y étant pas arrivé envoya le malade à Necker. Le malade, vu à ce moment, le lendemain de l'accident, avait une vessie fort distendue et remontant à l'ombilic, avec une énorme ecchymose périnéale, constituant une vaste tuméfaction, dure et noire, de tout le périnée antérieur. On lui fait, à ce moment, une cystostomie sus-pubienne, et on essaye le cathétérisme rétrograde, qui échoue. C'est le premier temps de l'intervention. Dans un deuxième temps, on pratique l'incision longitudinale du périnée ; on trouve une rupture complète et totale, avec un léger écartement, de deux à trois centimètres, entre les deux bouts de l'urètre. Alors on commence la réparation. On fait un abouchement partiel, une suture partielle des deux bouts et pas de suture à la peau. C'est une attitude nécessaire, contrairement à ce qu'on pourrait supposer. Les suites de cette intervention furent heureuses. On enleva la mèche le 30 mars, le troisième jour. Treize jours après, le cathétérisme est facile, avec un Béniqué n° 37, et trois semaines après, avec un Béniqué n° 54. La plaie est fermée le 15 avril.

Les ruptures de l'urètre, au point de vue anatomique, présentent divers degrés. Il y a la rupture interstitielle, dans laquelle le corps spongieux est seul rompu ; il n'y a dans ce cas ni effraction de la gaine fibreuse, ni effraction de la muqueuse. Cette lésion passe très facilement inaperçue, mais elle se traduira, quelques mois plus tard, par un rétrécissement, qui se développera lentement, insidieusement, en silence. Rarement, la lésion est ainsi limitée. En général, la rupture du tissu spongieux s'accompagne d'une rupture de la muqueuse, sur la face inférieure ; le corps spongieux est en communication avec la cavité de l'urètre, il y a donc une urétrorragie très abondante, et même beaucoup plus abondante que dans les ruptures plus importantes. Quelquefois, il y a rupture du tissu spongieux et de la gaine fibreuse, le tissu spongieux s'ouvre dans le tissu cellulaire périphérique ; il n'y a pas d'urétrorragie, mais un hématome considérable : cette lésion est tout à fait rare. Les plus fréquentes sont la rupture partielle interne et la rupture totale, c'est-à-dire celle dans laquelle toute l'épaisseur de la paroi de l'urètre a été rompue. Voici une rupture totale et incomplète, où l'urètre n'est pas rompu dans toute sa circonférence ; il persiste sur la paroi supérieure un pont encore adhérent aux corps caverneux, et

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 5 mai 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

qui empêche les bouts de l'urètre de se rétracter à une trop grande distance.

Voici une rupture totale et complète, dans laquelle tout l'urètre, jusqu'aux corps caverneux, est rompu. La dénudation des bouts est telle qu'un écart très considérable peut se réaliser.

Quels sont les signes cliniques permettant de reconnaître ces grandes ruptures de l'urètre ? C'est d'abord la notion du traumatisme, d'une chute à califourchon sur une poutre, un brancard, etc. C'est une urétrorragie presque immédiate, du sang sur la chemise. L'importance de l'urétrorragie est presque en raison inverse de la gravité du traumatisme. La rupture partielle interne donne les urétrorragies les plus considérables. Ces accidents sont le plus souvent des ruptures du coït, dans lesquelles il y a une fracture au niveau de l'angle de la verge. L'urétrorragie peut durer 12 heures, 24 heures, quelquefois même arriver jusqu'à l'anémie ; il est quelquefois difficile de l'arrêter, et il est nécessaire de mettre une sonde à demeure à titre d'hémostase. Quand, au contraire, il y a une rupture de toute la paroi, le sang se répand à l'extérieur ; il n'y a pas beaucoup d'urétrorragie ; mais il y a une grosse tuméfaction périnéale, dans les premières heures qui suivent. Le périnée est bombé en avant de la ligne bi-ischiatique, il y a une vaste ecchymose dans la loge superficielle du périnée, formant une masse dure, ferme, rénitente, de teinte noir bleu ; l'infiltration se répand jusqu'au scrotum et à la verge ; l'épanchement se prolonge en arrière sur les côtés de l'anus. Le malade ne peut pas uriner. La vessie est déjà distendue, si l'homme a reçu ce traumatisme en état de rétention ; sinon, dans les heures qui suivent, la vessie va se distendre. Si le malade n'urine pas — il semble qu'il le pourrait — dans son tissu cellulaire, c'est qu'il y a dans l'organisme des protections providentielles. Le spasme de l'urètre empêche l'infiltration d'urine dans le périnée ; le sphincter est contracté, et, malgré la volonté, il y a rétention d'urine.

Tels sont les signes indiquant l'existence d'une grande rupture de l'urètre périnéal. En présence de cette lésion, que faut-il d'abord *ne pas faire* ? D'abord, il ne faut pas faire un sondage ; il est difficile de détruire ce préjugé, cette notion instinctive chez beaucoup de personnes de la nécessité de mettre une sonde. Eh bien, les tentatives de cathétérisme et de sondage en pareil cas sont très fâcheuses, parce qu'alors même qu'on arrive à faire passer la sonde, on ne produira pas d'amélioration; au contraire, avec la sonde on va apporter l'infection ; même si elle est propre, elle va s'infecter dans la traversée antérieure de l'urètre, on va augmenter les désordres, déchirer ce qui n'est pas encore entièrement rompu. Cette conduite n'avait sa raison d'être qu'autrefois, parce qu'on traitait ces malades sans opération. Il y a aussi quelques ruptures de moindre importance et dans lesquelles on peut mettre une sonde parce qu'on n'aura pas d'opération à leur faire ; mais ce ne sont pas des grandes ruptures. Ici, le malade doit être immédiatement opéré. La première intervention nécessaire est une cystostomie, non pas seulement parce que le malade n'urine pas, mais pour la dérivation, et pour permettre de faire tout à l'heure sur l'urèthre des opérations correctes sans avoir l'encombrement de l'urine passant avec la sonde, ce qui entraîne des désunions, ou sans sonde, ce qui fait encore plus de désunion. La cystostomie est la dérivation par excellence : c'est grâce à elle que nous avons amélioré les résultats de nos interventions d'une manière considérable.

On la fermera ultérieurement. Pendant l'opération, le malade est retourné en position périnéale. On aborde cette grosse tuméfaction noire et superficielle du périnée par une incision médiane.

Il y a des cas dans lesquels les deux bouts de l'urètre sont encore en communication par un pont de la paroi supérieure. C'est une circonstance très favorable. D'autres fois, il y a un écart plus ou moins considérable entre les deux bouts, parce que l'urètre a été contus, déchiré, et qu'il a perdu ses attaches ; il a été mobilisé. On peut distinguer l'écart maximum, l'écart minimum, et l'écart moyen. L'attitude à prendre n'est pas la même dans les trois cas. Dans le très grand écart, il faut renoncer à faire une réparation immédiate, l'urètre ayant perdu son élasticité, et subissant une rétraction pathologique : la suture ne tiendra pas ; il faut donc renoncer à faire une réparation immédiate, même partielle ; il faut alors, comme je l'ai inauguré en 1902, avec Guyon, faire l'uréthrostomie périnéale des deux bouts d'urètre. Quelques semaines après, toujours sous le bénéfice de la cystostomie, on pourra faire la réparation de l'urètre, avec de la peau, de l'épiderme dont les poils ont été soigneusement enlevés, la surface épidermique devant former la face interne du canal.

Dans les écarts moyens, il faut s'abstenir de la suture complète et totale de l'urètre ; il y aura désunion, parce que les bouts de l'urètre, en apparence intacts, sont mâchés, contusionnés et aboutiront à une sténose. On peut faire une suture presque complète, mais en laissant une ouverture à la partie inférieure. On peut avoir ainsi d'excellents résultats, quand on a bien réséqué tous les tissus pathologiques, tout ce qui est susceptible de se gangréner. Ne faites jamais la suture cutanée, laissez la possibilité aux sécrétions de sortir.

Les résultats obtenus prouvent le bien fondé de la méthode que nous préconisons. D'une manière générale, dans la plupart des accidents, les

taux d'infirmité permanente et partielle se sont singulièrement abaissés. Rien ne prouve mieux la supériorité de la conduite thérapeutique que nous venons d'exposer, et qui repose essentiellement sur les points suivants : ne pas faire de cathétérisme et de suture complète de l'urètre.

PHTISIOLOGIE

Ma solution antituberculeuse est-elle spécifique ? (1)

Dans un premier travail, consacré à mes recherches d'un traitement spécifique naturel de la tuberculose et aux résultats obtenus (juillet 1925), j'ai indiqué le trépied clinique qui m'a orienté vers les produits organiques azotés et, parmi eux, sur certains acides aminés.

Je cite les objections faites : 1º On cultive le bacille de Koch sur des milieux amino-acides ; 2º la digestion des protéiques fournit des acides aminés en telle quantité que le foie est tenu d'en détruire une partie.

De ces objections théoriques, la première est incontestablement nulle ; et la seconde, basée sur un phénomène dont on ne connaît que l'apparence grossière, ne tient aucun compte des différences de toxicité et d'affinités cellulaires des acides aminés : tel un aveugle, qui additionnerait des pièces de monnaie sans différencier l'or de l'argent et du bonze.

Depuis un an, j'ai étudié le *tryptophane* dont HUGOUNENQ a signalé, chez la souris et le chien, la valeur biologique remarquable l'apparentant aux vitamines. Or, mes essais thérapeutiques me permettent d'affirmer que ce corps n'a aucune action sur la tuberculose humaine. Peut-il être utile dans certaines carences, comme le croit le prof. MARFAN ? C'est possible. Mais, employé chez dix tuberculeux de gravités diverses, je n'ai pu constater de modification heureuse ni de la nutrition ni des symptômes pathologiques.

Je continue actuellement mes recherches avec la *lysine*. Il est trop tôt pour que je porte un jugement formel sur l'action de ce corps chez les tuberculeux.

Telle quelle, ma solution, créatinine, leucine et glycocolles, agit sur la tuberculose comme si elle était spécifique.

D'après LAROUSSE, « est spécifique tout médicament qui a une efficacité particulière dans une maladie déterminée. » Sont reconnus spécifiques la digitale, la quinine, le mercure, le salicylate de soude, le sérum de ROUX, l'arsénobenzol, etc. Ce mot semble pouvoir s'appliquer à toute médication justifiant sa qualité, quelle que soit la maladie en cause. C'est ainsi, pour citer un exemple récent, que le thiosulfate d'or et de sodium a été présenté comme spécifique de la tuberculose, et que, dans les milieux officiels, on a accepté de l'expérimenter sans lui en faire grief.

Quoi qu'il en soit, en disant que ma solution est spécifique de la tuberculose, je pense user d'un droit légitime, puisque c'est ma conviction et que je m'adresse uniquement à des confrères pour appeler leur attention et solliciter leur jugement.

Jusqu'ici, personne n'a vraiment fixé les conditions que doit remplir un médicament spécifique de la tuberculose. La connaissance des rémissions spontanées de la maladie à toutes périodes justifie, pour certains spécialistes, le dogme du scepticisme total qui m'a été opposé comme fin de non recevoir, sous la forme de l'affirmation négative suivante : « Rien n'est capable de modifier l'évolution de la tuberculose. »

Cette phrase, dont le vide ne résiste pas à l'examen, essaye d'en imposer par une apparence catégorique. Elle n'est en réalité qu'un aveu personnel d'impuissance, et sa prétention de limiter dans l'avenir les progrès humains est assez présomptueuse.

Cependant le *Concours médical* du 30 mai dernier m'a fait connaître la définition du prof. SERGENT qui semble d'une rigueur excessive : « Un spécifique de la tuberculose devra guérir aussi bien les formes aiguës que les chroniques, les tuberculoses reconnues incurables comme celles qui sont dites curables. » Cette formule paraît décisive et sans appel ; elle a malheureusement de graves défauts.

D'abord, que faut-il entendre par guérison ? Malgré toutes les réactions sérologiques, la suppression de l'avarie est impossible à affirmer scientifiquement. Combien plus difficile à obtenir la certitude de la disparition intégrale du bacille de Koch, maintenant surtout que l'on connaît l'existence de formes filtrantes invisibles !

Ensuite, vouloir réserver le nom de spécifique au seul produit garantissant la guérison de toutes les tuberculoses, donc *in extremis*, avec des organes dégénérés, incapables de remplir leurs fonctions vitales, c'est simplement mettre sur la porte l'écriteau : « Défense d'entrer. »

Malgré la haute autorité et le prestige du prof. SERGENT, sa formule se révèle donc immédiatement incomplète dans son énoncé, excessive dans sa tendance.

(1) Spécialisée sous le nom de BAKOLYSE.

Une autre raison pour ne pas l'accepter, c'est qu'elle déforme, *proprio motu*, le sens du mot spécifique au point de le rayer purement et simplement du langage médical. Il est permis, il est juste de modifier le sens d'un mot si la nouvelle acception répond, mieux que l'ancienne, à la réalité. Or, quel spécifique peut franchir ce tir de barrage ? Le sérum antidiphtérique ne connaît-il pas des échecs ? La digitale guérit-elle les affections cardiaques ? Les spécifiques de la syphilis sont-ils omnipotents ? Cette définition est telle que si l'on imagine un produit capable d'améliorer toutes les tuberculoses, et d'en guérir cliniquement le plus grand nombre, on devra lui dénier le titre de spécifique. Un tel paradoxe est-il soutenable ?

La proposition de SERGENT ne se justifie qu'avec un léger correctif, qui est l'addition d'un qualificatif, *idéal* ou *absolu* : « Le spécifique idéal de la tuberculose... ». Il existe d'ailleurs pour remplacer cette association un mot juste, *panacée*. En effet, guérir la tuberculose dans toutes ses formes et à toutes ses périodes, signifie guérir toutes les complications, les scléroses, les adhérences, les cardiopathies, les dégénérescences hépatiques, surrénales, les infections surajoutées, etc... La phrase modifiée devient un truisme indiscutable : « La panacée de la tuberculose devra guérir... » Il est parfaitement licite de chercher une panacée aussi bien que la pierre philosophale et la solution de la quadrature du cercle. Malgré cela, il convient de conserver au mot spécifique son sens normal, compris et accepté par tout le monde.

D'ailleurs, cette conclusion, qui me semble conforme au bon sens, s'appuye sur des opinions autorisées. Un jour, je demandais sur ce point l'avis d'un jeune médecin des hôpitaux, distingué spécialiste de la tuberculose, plein de courtoisie et d'affabilité : « Pour juger si votre traitement a une action spécifique contre la tuberculose, il faudrait prendre cent malades partagés en deux groupes égaux, et traiter l'un en gardant l'autre comme témoin. » — « Ne trouvez-vous pas un peu cruel d'utiliser des humains comme animaux de laboratoire ? » — « Pas du tout. Votre objection sentimentale ne tient pas, puisque l'absence de tout traitement médical est la base de la thérapeutique actuelle. » Je reconnus la vérité de son observation et la logique de son critérium.

Ainsi donc, d'après un spécialiste autorisé, peut être nommée spécifique la médication qui donne manifestement la preuve de sa supériorité sur l'expectation pure et simple, les résultats étant contrôlables par la clinique et le laboratoire réunis. Cette condition semble suffisante, pourvu que le produit ne soit pas dangereux pour l'homme à la dose active.

Naguère encore certains professeurs affirmaient qu'un spécifique de la tuberculose humaine devait être capable de guérir la tuberculose expérimentale du cobaye et de stériliser les cultures de bacille de Koch *in vitro* ; ils en faisaient une condition *sine qua non*. Ces deux buts à remplir ont été les points de départ d'innombrables recherches d'un spécifique antituberculeux. Il y a eu des trouvailles intéressantes. On peut citer, entre autres, les sels de terres rares bien étudiés par FROUIN et le thiosulfate d'or et de sodium, expérimenté par le prof. Danois MOLGAART. Leur action antibacillaire ne semble pas niable, mais leur portée pratique est très limitée en raison des réactions graves, qu'ils provoquent souvent.

Actuellement ces deux questions, tout en conservant théoriquement un gros intérêt, ne sont plus regardées comme primordiales. Voici, en effet, comment le problème se pose : « Préparer un sérum ou un produit chimique qui, introduit dans la circulation sanguine du malade se comporte comme s'il se fixait sur le parasite pour l'anéantir, ou déterminait un milieu toxique pour ce parasite sans incommoder les cellules humaines (1). »

Or, l'expérience a prouvé que ce problème général de toutes les maladies infectieuses peut comporter une solution juste pour une espèce et fausse pour une autre.

De plus « les substances chimiques capables d'agir *in vitro* sur certains germes, n'agissent pas toujours *in vivo*, c'est-à-dire lorsque ce germe parasite l'animal vivant. La proposition inverse est également exacte : *une substance chimique peut être antiseptique* in vivo *et non pas* in vitro (2). » Ces deux ordres de faits prouvent « que l'action exercée sur un microorganisme par un agent chimique introduit dans l'organisme *n'est pas une simple opération antiseptique brutale*, mais suppose soit *la formation de composés inconnus, soit l'éveil de réactions propres aux cellules*, d'où résulte un changement humoral incompatible avec la vie du parasite (3) ».

Il est donc formellement reconnu que des substances non antiseptiques par elles-mêmes, peuvent montrer cette puissance *in vivo*, à un degré élevé, par suite de réactions du milieu intérieur, impossible à analyser jusqu'ici, mais prouvées par leurs effets : c'est ainsi que peut et doit s'expliquer l'action de la bakolyse.

Réactions d'apparence spécifique.

Depuis une année, mon champ d'observation s'est étendu. J'ai pu, par une modification de ma formule, augmenter son activité et supprimer en

(1) Professeur Léon LAUNOY, *Biologie médicale*, avril 1926.

(2) Professeur Léon LAUNOY, *Biologie médicale*, avril 1926.

(3) *Idem.*

grande partie certaines réactions premières que j'avais signalées. Elles sont en effet devenues assez rares. J'en veux cependant citer un cas fort remarquable.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, intelligente et instruite, qui a eu dans la seconde enfance une coxalgie guérie sans ankylose. Rien de pulmonaire, mais d'assez gros ganglions généralement indolores. Facilement intoxiquée par de nombreux médicaments. Sensibilité très vive, a souffert, depuis l'âge de 18 ans, de crises d'algidité, avec tremblements, grande dépression nerveuse, vomissements quasi incoercibles, pouls ralenti, qui n'étaient pas d'origine alimentaire, mais dépendaient nettement de troubles du sympathique-abdominal.

Un de ses proches ayant été traité avec succès par la bakolyse, je la persuadai d'en essayer, il y a environ cinq mois. La première ampoule provoqua au bout d'une demi-heure, un refroidissement général avec tremblements, mal de cœur, évacuations intestinales, angoisse et dépression nerveuse, qui fut la répétition en moins violent, des crises qu'elle avait eues précédemment. Cet état s'atténua progressivement et disparut en trois ou quatre jours. La malade, bien entendu, refusa de continuer le traitement. Voici deux mois, se sentant fatiguée, elle me pria de lui faire des injections quotidiennes de cacodylate qui lui réussissent assez bien. A la troisième ampoule, je substituai la bakolyse au cacodylate. Une demi-heure après, crise analogue à la précédente, mais moins forte et qui se termina en quelques heures. La malade ne fut pas dupe et me reprocha de l'avoir trompée ; j'avouai la substitution en affirmant ma conviction d'obtenir un bon résultat. Les jours suivants, elle se sentit tellement mieux qu'elle accepta de continuer la cure. Il y eut encore une fois réaction, mais insignifiante.

Ce cas est vraiment typique et prouve que *le mode d'action de ma solution ne saurait être mis sur le compte de la suggestion.*

Rechutes.

Vos malades, m'a-t-on dit, doivent être à l'abri de rechutes ?

Il est illusoire de penser qu'un spécifique puisse stériliser un organisme tuberculeux avec aisance. Comme ce fut une illusion de croire que trois ou quatre injections d'arséno-benzol allaient supprimer la syphilis. J'ai parfois obtenu des guérisons cliniques d'une rapidité impressionnante ; et des confrères m'en ont signalé aussi.

Mais j'ai vu plus d'une fois des malades très améliorées, présenter des rechutes, à la suite de l'interruption du traitement. Régulièrement, la reprise des injections faisait regagner rapidement et dépasser le terrain perdu, ce qui justifie la qualité de spécifique que j'ai donnée à ma solution : c'est une preuve formelle, en effet, qu'il ne s'agit pas là de rémission spontanée. Voici des observations résumées qui en sont des exemples frappants :

1° M. B., 19 ans, employé. Frère mort il y a un an de phtisie rapide. Malade depuis 6 mois environ. Revient du Jura, après 4 mois de Sana, un peu plus malade : lésions bilatérales, beaucoup plus marquées à droite ; apyrétique ; faible et sans appétit ; radio et crachats positifs. S'améliore rapidement par une série de 10 ampoules. Quinze jours après la fin de la première boîte, le traitement étant suspendu, le mal fait un retour offensif, et je reprends les injections : tous les signes disparaissent très vite, et l'amélioration s'accentue. Arrêt d'un mois après la seconde série. Nouveau retour du mal, moins prompt et moins marqué. La troisième boîte donna un résultat tel qu'avant sa terminaison, les crachats étaient redevenus négatifs. Une quatrième série de dix ampoules est faite par précaution.

2° Lettre du docteur Métin, de Montbéliard. — « Une de mes jeunes malades, Mme C... atteinte de tuberculose du poumon droit, vient d'être très améliorée par une première boîte de bakolyse, avec cette particularité qu'au moment des règles, j'ai cru devoir interrompre le traitement ; le résultat fut un retour de la toux, de l'inappétence et de la faiblesse. Puis, dès la reprise des injections, l'appétit et les forces sont revenus et la toux a diminué. Dans ces conditions je crois qu'il serait utile de faire sans délai une nouvelle série, l'interruption devant, à mon avis, s'accompagner du retour des accidents. »

Ces observations et d'autres semblables m'ont fait modifier ma pratique : maintenant, dans tout cas sérieux, je fais 20 injections à la suite, sans arrêt ; les résultats sont plus sûrs.

Action sur des cas ultimes. — Ma solution est-elle capable d'agir sur des malades *in extremis* ? Aujourd'hui, je puis affirmer obtenir des améliorations inattendues dans les cas les plus graves. Mais il est des états où la guérison est impossible, certains organes, tels que le foie et les surrénales, étant trop profondément altérés. Or, même dans ces cas il est exceptionnel qu'il ne se produise pas un mieux plein d'encouragement. Je ne vois que les granulies suraiguës, la pneumonie caséeuse et la méningite tuberculeuse où la bakylose seule soit impuissante. Voici, parmi beaucoup d'observations, quelques résumés relatifs à des malades de ce genre :

1° M. L., 17 ans, broncho-pneumonie tuberculeuse bilatérale très avancée, avec températures élevées permanentes depuis deux mois au moins. Vu le 7 février 1926 avec le médecin de la famille qui ne fait qu'un pronostic : la mort dans deux à trois semaines. Bakolyse tous les quatre jours ; 50 à 75 cgr. de cryo-

génine par jour. Le 16 juillet, est sensiblement amélioré, bien que le pronostic reste sérieux.

2° M. Cor..., 32 ans. Bacillose pulmonaire bilatérale très active et très étendue. Température vespérale entre 38° et 39°. Grande oppression. Hémoptysies fréquentes et abondantes. Vu le 1er mai 1926 chez lui : repos total, 25 cgr. de cryogénine à 11 heures du matin, bakolyse tous les trois ou quatre jours. Le 17 juin, effarement de le voir entrer dans mon cabinet, apyrétique, moins oppressé, sensiblement amélioré. Je viens de le revoir au moment de clore ce travail, chez moi, notablement mieux encore à tous points de vue.

3° Docteur Coi... Bacillose bilatérale très active, étendue, fébrile. Pronostic pessimiste porté par un spécialiste de Laënnec. Vu le 20 janvier 1926 : cryogénine 25 à 50 cgr. par jour ; bakolyse tous les quatre ou cinq jours. Amélioration extrêmement rapide à tous points de vue : apyrétique en dix jours, regagne trois kilos en moins d'un mois. Veut alors reprendre l'exercice de la médecine que je lui défends formellement, mais je ne puis l'obliger au repos bien que la fatigue fasse monter la température du soir. Le 15 mars, je le laisse en très bon état, prêt à aller se reposer deux mois chez sa mère. Malgré sa promesse reste à Paris et reprend ses occupations. Résultat : fin avril, fait une pleurésie purulente interlobaire à droite, puis une vomique ; la suppuration continue et le malade succombe fin mai à de brusques accidents cardiaques. *Ce cas est un exemple frappant de la difficulté que l'on éprouve à diriger les bacillaires améliorés trop vite.*

4° Mlle Col... Bacillose bilatérale très étendue, fébrile depuis longtemps, gastrite et vomissements. État extrêmement grave. Vue le 24 avril : une injection tous les quatre ou cinq jours ; régime composé uniquement de potages maigres, laitages, purées, pâtes, fruits cuits, sans pain ; repos total au lit. Revue le 20 mai : mange avec plaisir et ne vomit plus, a repris de la mine, tousse peu, dort bien. Revue le 26 juin : améliorée au point de vue pulmonaire ; souffre un peu de l'estomac ; depuis deux mois, la température n'a dépassé 38° que trois fois.

5° Observation du docteur Schwanhard (Paris). Jeune femme, 30 ans. Infiltrations des deux sommets. Température 38°39°. Etat général manuvais ; tousse beaucoup ; expectoration abondante avec nombreux bacilles de Koch ; s'alimente médiocrement. Tous les trois jours, une ampoule de bakolyse. Après la huitième injection, diminution sensible de la toux et de l'expectoration ; température aux environs de 38° ; appétit meilleur ; augmentation de poids ; moral bon Continuation du traitement.

6° Observation du docteur Schwanhard. — Jeune femme, 28 ans. Très gravement malade : signes cavitaires aux deux sommets, avec foyers d'infiltration disséminée aux bases. Température 38°-40°. Sueurs nocturnes ; amaigrissement ; inappétence. Nombreux bacilles de Koch. La malade garde le lit. Tous les quatre jours, une injection de bakolyse qui détermine une légère ascension thermique suivie le lendemain d'une défervescence. Après dix injections, appétit satisfaisant ; plus de sueurs nocturnes ; diminution de l'expectoration ; signes stéthoscopiques inchangés. Une deuxième série, à raison d'une tous les trois jours, détermine une amélioration notable de l'état général ; la température ne dépasse pas 38° ; l'appétit est normal ; diminution très sensible de l'expectoration. Continuation du traitement.

7° Observation du docteur Odinot (Paris). — M. L., 30 ans, fort aux Halles. Grand, très maigre, très pâle, faiblesse considérable, anorexie totale, sueurs abondantes. Infiltration étendue des deux poumons, matité, craquements et râles humides. Bacilles de Koch innombrables. Radio très confirmative. Une ampoule de bakolyse toutes les semaines. Aux premières injections, points douloureux et crises asthmatiformes nocturnes. Régression lente des signes généraux : le malade accuse le retour des forces ; il mange ; il peut se lever et sortir. Après deux séries, part à la campagne en mai. Revu au début de juin 1926, a conservé son amélioration et continue son traitement. Il ne semble pas guérissable, mais son amélioration est indiscutable ; de grabataire, le malade est devenu ambulant.

Les améliorations signalées ici sont courantes. L'objection, c'est le vieux cliché, « tout traitement nouveau donne *une amélioration momentanée* ». Ce serait admissible s'il s'agissait d'un mieux de quelques jours, mais cette explication ne saurait être valable pour expliquer des améliorations régulières qui se continuent des mois.

La bakolyse s'oppose-t-elle au Forlanini ? Permet-elle de s'en passer ? — Il ne saurait y avoir d'antagonisme entre un traitement médical et un traitement chirurgical. Mais il s'est toujours produit, en médecine, des mouvements de bascule : un progrès chirurgical fait délaisser une thérapeutique médicale insuffisante ; inversement, une découverte médicale vient restreindre les indications du traitement chirurgical. Qu'on se souvienne de la trachéotomie et du tubage contre le croup avant la découverte du sérum spécifique.

Je suis tout à fait convaincu que l'usage de la bakolyse va restreindre notablement la pratique de la collapsothérapie. Ma règle de conduite est indiquée dans la formule suivante : *toute forme virulente fébrile, qui ne s'améliore pas nettement avec quelques ampoules, doit subir le pneumo ; de même, la grande hémoptysie qui ne s'arrête pas*

rapidement. (Ce n'est pas, d'ailleurs, une contre-indication à l'emploi de la bakolyse). *Dans toute autre forme, on peut et on doit s'en passer.* Telle est la conclusion de mon expérience actuelle.

J'ajouterai que plusieurs cas m'ont été signalés de tuberculose évolutive fébrile traités sans succès par le pneumo, qui se sont améliorés aussitôt qu'on a commencé à employer ma solution.

Guérison des tuberculoses débutantes. — Mon affirmation de la guérison clinique rapide des formes évolutives à leur début par ma solution est en même temps une réponse complémentaire à la précédente question. Voici, pour illustrer ce que j'avance, une observation récente, choisie parmi beaucoup d'autres :

Rentrant de vacances fin avril, je trouve à la maison une nouvelle femme de chambre : 25 ans, assez bonne apparence, ayant l'air d'avoir été grippée. Je lui donne, sans l'ausculter, divers calmants qui n'empêchent pas la toux de devenir sèche et inscessante ; inappétence, fatigue générale, insomnie, sueurs, peut-être un peu de température vespérale. Le 6 mai, je l'ausculte et constate un rétrécissement mitral, un estomac ptosé et des signes non douteux de bacillose évolutive sous la clavicule droite ; les crachats examinés le lendemain contiennent trois ou quatre bacilles de Koch par champ. Immédiatement, injection de bakolyse tous les trois ou quatre jours. Rapidement, la toux est supprimée sauf au réveil et au coucher ; retour de l'appétit et des forces. Le 2 juin, il n'existe plus aucun signe, sauf au matin quelques crachats qui, après centrifugation, ne présentent plus de bacilles de Koch ; l'appétit est magnifique et les digestions parfaites ; la ptose gastrique n'existe plus ; le rétrécissement mitral persiste, bien entendu. *La malade n'a pas cessé son travail un seul jour.*

Voici, pour clore ce travail, quelques mots et observations de confrères qui m'ont autorisé à les publier.

Dr Jacob (Paris). — J'ai employé votre bakolyse chez trois de mes malades. Les deux premiers qui étaient *des cas de tuberculose au début ont obtenu un résultat très rapide,* dès la première série et sans réaction appréciable. Je ne les ai pas revus depuis plusieurs mois ; j'imagine qu'ils n'ont plus eu besoin de mes services. La transformation de l'état général avait été très satisfaisante. Malheureusement le troisième cas, qui était d'ailleurs désespéré (pneumonie caséeuse) n'a obtenu aucune amélioration.

Dr Pierre Boyer (Paris). — Je me sers beaucoup de votre solution spécialisée sous le nom de bakolyse. La préparation me paraît digne du plus grand intérêt et les résultats que j'ai obtenus jusqu'à maintenant sont des plus encourageants. En particulier *dans les formes du début, ils me paraissent tout à fait remarquables.*

Dr Schwanhard (Paris). — 1° Jeune fille, 22 ans, râles crépitants aux deux sommets, amaigrissement, toux fréquente avec faible expectoration contenant des bacilles de Koch. Température 37°5-38°5. Bakolyse tous les trois jours. La température descend graduellement à la normale. Après 20 ampoules, tous signes disparus, sauf quelques légers frottements pleuraux. Poids augmenté. Appétit et moral excellents.

2° Jeune fille, 18 ans, de bonne santé apparente. Hémoptysie abondante avec 38°5. Râles sous-crépitants fins sous la clavicule droite et dans l'aisselle ; frottements à la base gauche. Quinze jours après le début, légère expectoration muco-purulente, contenant quelques bacilles de Koch. Une ampoule de bakolyse tous les quatre jours. Amélioration rapide. Après la dixième ampoule, la malade ne tousse plus, ne crache plus, a augmenté de poids ; appétit excellent, plus rien à l'auscultation.

3° Jeune homme, 19 ans, typographe, grand et mince Pleurésie séro-fibrineuse à 13 ans. Râles crépitants au sommet gauche ; subfébricitant. Faible expectoration avec bacilles de Koch. Une ampoule de bakolyse tous les trois jours. Dès la quatrième injection, amélioration sensible, appétit meilleur, toux disparue.

Dr Jouisse (Paris). — 1° M. S., 19 ans. Antécédents : en avril 1924, hémoptysie légère et bronchite à rechute. Vu le 16 juin 1925 pour hémoptysie. Amaigri depuis quelque temps. Souffle au mamelon gauche ; petits râles fins près du hile à gauche. Température vespérale 38°. Bacilles de Koch dans l'expectoration. Deux injections de bakolyse par semaine. La température revient rapidement à la normale et le malade s'améliore si bien que, sans demander conseil, il part à la mer. Il en revient le 30 juillet avec une hémoptysie grave et 40°. Le 4 août, on commence la deuxième série d'ampoules : signes bronchitiques localisés à gauche, avec frottements et râles inspiratoires du hile jusqu'à la base. Le 4 septembre, ne tousse presque plus, a repris 5 kgr. Le 23 février 1926, plus de bacilles de Koch, après examens répétés au dispensaire d'H. S.; la radio indique une diminution de la transparence de la base gauche avec quelques marbrures, à point de départ hilaire. Une troisième série est pratiquée en mars. Toux, crachats, fièvre disparus ; plus de signes d'auscultation. Le malade a gagné 7 kgr., avec un état général florissant ; a repris ses occupations.

2° Mme T., 36 ans. Antécédents : pleurésie sérofibreuse en août 1924 ; depuis lors, toux, anorexie, faiblesse générale. Vue le 7 juin 1925 : signes d'infiltration des deux sommets. La radio montre des géodes disséminées ; les bases sont claires. Température vespérale 38°. Deux ampoules de bakolyse par semaine. Le 6 octobre, après deux séries de 10 injections, ne tousse plus, ne crache plus, a bon appétit et

a repris 8 kgr. ; son aspect est florissant. Cette malade a eu, sur sa demande, une troisième série d'injections et va parfaitement bien. Quoique atteinte de tuberculose non douteuse, *on n'a jamais trouvé de bacilles de Koch dans son expectoration.*

Dr ODINET. — 1° M. V., 50 ans, ingénieur. Antécédents : en 1914, typhoïde avec phlébite double. En juin 1923, bronchite traînante avec fièvre, amaigrissement, submatité, rudesse respiratoire et retentissement de la toux au sommet gauche. En octobre 1923, dyspnée facile, submatité et frottements au sommet gauche, rudesse à droite. En juin 1925, infiltration étendue du poumon gauche ; craquements, râles humides, matité, induration du sommet droit. Crachats positifs. En septembre 1925, crises asthmatiformes et séjour à la campagne. En mars 1926, début du traitement par la bakolyse. Le cas est mauvais : infiltration étendue à gauche, induration à droite ; anorexie, maigreur, asthénie, sueurs nocturnes. Trois séries d'injections ont été faites qui, sans apporter de grande modifications dans la topographie des lésions, ont relevé l'état général au point de permettre la reprise et la continuation d'un travail assez fatigant.

2° Mme G., 32 ans, (que je soigne depuis l'âge de 7 ans), grande et forte femme, ayant deux enfants de 4 et 7 ans. En septembre 1923, toux, fatigue, amaigrissement, submatité aux deux sommets, respiration rude et soufflante. En septembre 1925, hémoptysies ; la radio montre deux sommets obscurs et une petite caverne ronde au milieu du poumon gauche. *Crachats négatifs.* Température vespérale 37°6. Poids : 55 kgr. En octobre, une ampoule de bakolyse tous les trois jours. Aux premières piqûres, petites crises asthmatiformes légères, avec apparition de quelques sous-crépitants fins au niveau des taches à gauche. L'état général s'amende rapidement, le poids augmente, les forces reviennent. Au moment des règles, quelques crachats rouges. Une deuxième série est faite en décembre et une troisième en mars 1926. En mai, le poids a augmenté de 6 kgr., les forces sont revenues ; la malade a repris ses occupations ; il n'y a plus aucun symptôme clinique appréciable.

3° Mme B., 34 ans, fortement charpentée, toujours bien portante jusqu'en décembre 1924 où elle fait une bronchite traînante. Fin janvier 1925, hémoptysie avec anorexie et asthénie. A droite, submatité, vibrations augmentées, toux retentissante, rugosités pleurales ; *crachats négatifs.* Quelques jours plus tard, signes de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, avec épanchement et fièvre. En novembre 1925, la malade est revue, pâle, amaigrie, très fatiguée ; vaste pleurite de la base et infiltration du tiers supérieur de poumon droit avec craquements secs et humides : une injection de bakolyse tous les cinq jours. Après quelques ampoules, retour de l'appétit et des forces. Deuxième série en janvier, février et mars. A ce moment, l'état est extrêmement satisfaisant sous tous rapports. En mai, les injections étant interrompues depuis deux mois, la malade refait une poussée congestive à la base droite avec fièvre : le traitement a été repris aussitôt.

4° M. P., étudiant, 19 ans. Coqueluche et bronchopneumonie à 4 ans et typhoïde à 15 ans. Long et pâle ; 69 kilos pour 1 m. 76. Le 13 avril 1926, petite hémoptysie : sommet droit submat, inspiration rude, vibrations augmentées, expiration longue. La radio montre un voile du sommet droit, s'éclairant mal à la toux, des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés, et deux calcifications à gauche. *Crachats négatifs.* Malade extrêmement fatigué, au repos complet. La bakolyse est commencée fin avril : les forces et l'appétit reviennent rapidement. Fin mai, le malade reprend sa vie habituelle ; il a gagné 2 kgr. et va partir bientôt à la campagne. Auscultation à peu près négative ; l'expiration reste encore légèrement soufflante et prolongée à droite.

5° Mme B., 25 ans, dactylo. Accouche à terme le 25 novembre 1924, en très bonne santé, pesant 60kgr. pour 1 m. 60. En mars 1925, toux et point à gauche : frottement vers la base et l'aisselle ; pas d'expectoration. Fin mars, a perdu 2 kgr. ; insomnie et anorexie ; les signes de pleurésie persistent ; en outre, submatité et rudesse respiratoire au sommet gauche. En juillet 1925, mêmes signes ; départ à la campagne. Vers la fin de l'année , bronchite et fièvre légère. Au début de 1926, injections de cacodylate et de cholestérine et lipoïdes qui donnent des résultats éphémères. En avril, on commence la bakolyse, deux ampoules par semaine, sans réaction : l'appétit augmente rapidement, la toux disparaît, les forces reviennent, le poids augmente. Vers le milieu de mai, après une série de 10 ampoules, les frottements ont disparu, la submatité ne se perçoit plus au sommet où la respiration reste un peu rude. Un mois plus tard, les résultats se sont maintenus ; la malade n'a pas cessé son travail.

Dr VIANCIN (Paris). — M. X., 49 ans, très fort, grand viveur et travailleur tout ensemble, pesant 103 kilos. Au milieu de 1924, léger enrouement qui persiste ; tousse, maigrit et, vers octobre, est pris d'hémoptysies abondantes qui se répètent pendant plusieurs semaines. Continue à maigrir ; poussées fébriles, asthénie, sueurs profuses, abandonne tout travail. A partir de 1925, signes très nets d'induration, puis infiltration étendue du sommet droit, légère atteinte du gauche. A droite, submatité, rudesse respiratoire, expiration prolongée, vibrations thoraciques et retentissement de la toux très exagéré, nombreux craquements et râles humides dans la moitié supérieure. Très nombreux bacilles de Koch. Radioscopie confirmative. En outre, *présence dans l'urine de 50 gr. de sucre par litre* avec trois litres par jour. Le docteur W. médecin des hôpitaux, est très pessimiste et conseille le pneumo sous toutes réserves. Le docteur X., laryngologue des hôpitaux constate des lésions ulcéreuses des cordes vocales.

En février 1925, devant cette situation très grave



Voici la meilleure adresse
"Chemiserie Modèle"
Elbeuf (S.I.) France

pour **CHEMISES, CALEÇONS, SOUS-VÊTEMENTS, FAUX-COLS,** etc...

Ne confondez pas et spécifiez bien exactement :
"CHEMISERIE MODÈLE" ELBEUF
en demandant le
CATALOGUE D'HIVER,
qui vous sera envoyé ***GRATIS*** *et* ***FRANCO.***

DIURETIQUE, INTÉGRAL, ATOXIQUE

DIUROBROMINE

THÉOBROMINE TOUTE PURE

Purifiée d'après les plus récents procédés physicobiochimiques

INDICATIONS

Affections rénales :
néphrites et albuminuries
Affections hépatiques :
ascites et hydropisies
Affections arthritiques :
artériosclérose, rhumatismes
Maladies infectieuses :
scarlatine, pneumonie, pleurésie

CACHETS DE $0^{gr}50$

POSOLOGIE

DOSE DIURÉTIQUE ADULTES	2 à 4 cachets par jour
DOSE DIUROTONIQUE ENFANTS	1 à 2 cachets par jour

Laboratoires L. BOIZE & G. ALLIOT
PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Membres de la Société de Chimie biologique de France

Docteur de l'Université de Paris, Médaille d'Argent de la Société de Pharmacie de Paris, Licencié ès Sciences chimiques, Ex-Interne médaillé des Hôpitaux de Paris, Ancien Chef de Laboratoire de l'Hôpital de la Charité à Paris, Ancien Elève de l'Institut Pasteur, Bi-lauréat de la Faculté de Pharmacie de Paris.

285, Avenue Jean-Jaurès
LYON

Artério-Sclérose

Minéralogène "Bosson"

Silicate de Soude soluble

L.M.

Litterature & Echantillons sur demande

Laboratoires VIAL 4, Place de la Croix-Rousse, LYON RHÔNE

le malade accepte une cure de bakolyse. Amélioration très rapide de l'état général : en deux mois, le malade reprend 13 kgr. *et le sucre disparaît des urines.* A la fin de la première série, il est impossible de trouver un seul bacille dans les crachats. Les signes d'auscultation sont plus longs à disparaître, mais s'atténuent progressivement et finissent par être à peine perceptibles. Il est refait deux autres séries de piqûres, mais irrégulièrement, le malade allant trop bien pour se laisser soigner docilement. Le malade est perdu de vue pendant plusieurs mois. Fin mai, se sentant fatigué et ayant de nouveau 30 gr. de sucre par litre d'urine, il vient redemander des injections de bakolyse. A ce moment, son état général est superbe, avec obésité assez nette ; toux très rare, sans expectoration, l'auscultation montre seulement une petite diminution du murmure vésiculaire dans le lobe supérieur droit ; son enrouement est à peu près disparu.

Dr Dani HERVOUET.

L'Actualité Scientifique

La Presse

L'aspergillose pulmonaire primitive.

MM. MACAIGNE et NICAUD attirent l'attention sur le rôle que peut jouer l'aspergillus fumigatus en pathologie humaine par les lésions pulmonaires et artérielles qu'il détermine. La maladie peut évoluer avec une très grande lenteur ; une malade observée à l'âge de 70 ans avait eu sa première hémoptysie à l'âge de 18 ans, et, depuis, cette hémorragie se renouvelait tous les 3 mois environ, durant 2 ou 3 jours, ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme. Après la ménopause, ces hémoptysies sont devenues plus fréquentes, souvent précédées d'une dyspnée intense avec cyanose de la face. Pas d'altération de l'état général. Mort en 3 jours au milieu d'un syndrome dyspnéique et cyanotique, après 52 années de lente évolution de la maladie.

L'aspergillose s'était développée par lentes poussées évolutives, provoquant un processus d'artérite thrombosante, cause des hémorragies.

On n'avait pu retrouver la cause de la contamination, la malade n'ayant jamais manipulé de graines et n'ayant pas vécu au contact de pigeons.

L'observation de l'auteur permet d'affirmer l'existence de l'aspergillose pulmonaire primitive ; c'est là une affection exceptionnelle. L'aspergillose, associée à la tuberculose, paraît la plus fréquente ; très importantes au début, les lésions aspergillaires deviennent ultérieurement accessoires et les lésions tuberculeuses très prédominantes.

Quand l'aspergillus reste la cause unique des lésions pulmonaires, il crée des désordres irrémédiables dans tout le parenchyme, alvéoles et tissu interalvéolaire, et il est capable de provoquer des altérations artérielles très étendues. (*La Presse médicale*, 31 mars 1926.)

Difficultés d'application du forceps.

Résumées avec le Dr DEMELIN, elles peuvent être rapportées à l'accoucheur, à l'instrument, à la parturiente et au fœtus.

L'accoucheur se repentira toujours d'avoir négligé ou dédaigné les conditions mécaniques, reconnues nécessaires pour que le forceps puisse être appliqué. Ne pas oublier de percer la poche des eaux avant d'introduire les cuillers ; sinon, c'est risquer de ramener la pince à vide et de déterminer par voie indirecte une hémorragie précoce et inquiétante pour l'enfant et pour la mère. Attendre que l'orifice utérin soit entièrement dilaté ou très facilement dilatable ; il ne faut compter sur l'extensibilité élastique des tissus que chez les multipares à col très mou, et ayant déjà acquis, par les seules contractions utérines, le diamètre d'une paume de main. Ne pas commettre une erreur relative à la présentation ; le forceps se destine aux présentations longitudinales engagées, tandis que la version répond aux présentations transversales (épaule), ou longitudinales non engagées, élevées et mobiles au détroit supérieur. Ne pas oublier la main guide pour l'introduction des cuillers. Ne pas simplement appliquer le forceps par hâte ou précipitation personnelle d'en finir, à moins que la tête ne soit à la vulve, appuyant bien sur le périnée, en position directe, et très correctement fléchie. Dans une position transverse ne pas appliquer les cuillers comme sur une position oblique (risques de paralysie faciale, d'hémorragie méningée pour l'enfant, de déchirure du vagin et du périnée pour la mère). Ne pas tirer trop fort pour aller vite ; le fœtus, en effet, résiste bien à l'asphyxie, mais fort mal au traumatisme ; ne pas commettre d'erreur dans la direction des tractions.

Quant au forceps, si le meilleur est parfois celui dont on a l'habitude, tous les forceps sont loin de se valoir, pas plus que les bistouris. Parmi les forceps, il y a ceux qui « prennent » et « tirent » bien, et il y a les autres.

Il faut se rappeler d'autre part qu'un lit trop

bas suffit à rendre une application de forceps très difficile, voire impossible, que la vessie trop pleine, que l'intestin des constipées sont gênants. Anesthésier les patientes pour avoir le loisir d'opérer lentement, doucement, sûrement, au grand profit de la mère et de l'enfant. Qu'il s'agisse de primipares ou de multipares, la rétraction de la paroi utérine sur le corps du fœtus, compliquera sévèrement l'intervention.

Etre presqu'aussi prudent avec l'hypophyse qu'avec l'ergot de seigle, car on veut actuellement trop en généraliser l'emploi, et on suscite ainsi certains cas malencontreux de contracture proprement dite : la rétraction de l'utérus sur le fœtus, surtout si elle se complique d'œdème dur, d'apoplexie interstitielle ou de contracture vraie, représente la difficulté la plus sérieuse qu'on puisse rencontrer au cours d'une application de forceps. Diminuer aussi l'usage inconsidéré des moyens dilatateurs : les opérations de seconde main sont plus que les autres incertaines et laborieuses.

En pratique, si du côté de la mère les principales difficultés viennent essentiellement de la rétraction de la paroi utérine, du côté du fœtus elles peuvent encore être dues aux variétés transverses et surtout mal fléchies (sommet), ou mal défléchies (face). (*Journal des Praticiens*, 24 mars 1926.)

Essai d'explication mécanique du mal de mer.

Le Dr ROUMAILLAC estime que la véritable origine du mal de mer est essentiellement extérieure. La sensation éprouvée paraît bien avoir son origine dans la variation de pression, conséquence de la variation dans l'accélération ; tout repose sur l'accélération, prise dans le sens absolument mécanique et sur sa variation instantanée. La cellule organique n'est pas soustraite aux lois des corps inertes.

Le mal de mer est donc dû à une cause physique, purement mécanique : la variation de l'accélération dans les mouvements du bateau engendrant la variation de pression dans la cellule ou entre les cellules. Il cesse, si l'on marche en rac (terme nautique), c'est-à-dire si l'on navigue sur une mer tranquille et sans manœuvre forcée ou si l'on met pied à terre. Il reparaît dès que les forces extérieures peuvent manifester leurs actions.

La condition essentielle et nécessaire du mal de mer étant le mouvement du bateau en mer, il est facile de conclure, avant toute expérimentation, que chaque bateau doit réagir d'une manière quasi spécifique aux actions des lames. Chaque bateau ayant ses caractéristiques propres, l'accélération produite par les mêmes causes, aura une valeur différente pour chaque bateau. Les marins connaissent bien les bateaux qui assurent la traversée la moins pénible. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1926.)

L'évolution de la goutte et le traitement de ses manifestations atypiques.

La goutte, dit M. MAGNIN, est une de ces affections dont on retrouve la trace dans l'histoire la plus lointaine, et toujours elle a paru liée au développement des civilisations.

De nos jours, il semble que sa fréquence ait diminué : les maladies auraient-elles donc aussi leur caducité ? S'il est vrai que nos orteils lui payent un tribut moins lourd, si ses accès dramatiques et brutaux se sont faits plus rares, la diathèse millénaire n'a point pour cela disparu ; seule sa physionomie morbide s'est modifiée, et nous la retrouvons intégralement dans nos humeurs avec son stigmate essentiel : l'hyperuricémie. Sous une symptomatologie protéiforme, l'hyperuricémie tend plutôt à augmenter, étant donné les excès alimentaires des uns, l'existence plus ou moins fiévreuse et mal équilibrée de la plupart de nos contemporains. Au goutteux franc d'autrefois ont succédé, par une sorte de mutation évolutive, des lithiasiques, des rhumatisants chroniques, des névralgiques et une foule de neuro-arthritiques.

Chez tous ces malades la thérapeutique devra être surtout causale et tendre à diminuer l'hyperuricémie et la mobilisation des dépôts uratiques par le régime, l'hygiène et la médication uricolytique. Celle-ci ne saurait se contenter de cures de lavages, inopérantes à elles seules ; il convient de leur adjoindre un médicament ayant la propriété de mobiliser l'acide urique en excès, et de favoriser son passage au travers du filtre rénal. Le phénylcinchoninate d'allyle ou atoquinol, réalise au mieux cette double indication. On le prescrira à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, c'est-à-dire un ou deux cachets pris aux repas. Les résultats d'une telle médication se manifestent immédiatement par d'abondantes éliminations uratiques, auxquelles ne tardent pas à succéder la sédation rapide des phénomènes douloureux et la régression des symptômes lithiasiques, névralgiques ou rhumatismaux. (*Progrès médical*, 8 mai 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Sur la coagulation du sang en chirurgie.

(M. J. HERTZ. — *Société de chirurgie* ; 7-7-1926.)

M. Hertz revient sur la communication faite dans une précédente séance par M. Grégoire, concernant l'importance des études sanguines en chirurgie opératoire.

L'auteur accorde, comme M. Grégoire, une place de premier ordre à la recherche du temps de coagulation. Le temps de saignement, qui varie suivant des conditions diverses, donne moins de précision. Cependant, ayant établi le temps de coagulation chez un nombre important de malades, chez des ictériques en particulier, l'auteur ne l'a pas trouvé proportionnellement très augmenté chez ces derniers. A son avis, d'autres facteurs que la dyscrasie sanguine pourraient intervenir.

Au point de vue thérapeutique, M. Hertz préfère l'autohémothérapie, remède *omnibus*, plus efficace que le chlorure de calcium et l'anthéma, plus simple que la transfusion du sang.

— M. GRÉGOIRE note le désaccord des constatations de M. Hertz avec celles d'autres auteurs quant à l'état de la crase sanguine chez les ictériques. Cette étude a donc besoin d'être reprise et il est nécessaire de s'en préoccuper en chirurgie opératoire. Pour ce qui le concerne, M. Grégoire a toujours enregistré chez les hépatiques ictériques des modifications des temps de coagulation et de saignement.

La fréquence de l'épithélioma du col restant.

(M. Robert MONOD. — *Société de Chirurgie* ; 7-7-1926.)

L'épithélioma développé sur le col utérin, restant après hystérectomie subtotale, semble être assez rare. MM. Jeanneney et Chavannaz, dans un travail récent, estimaient à 85 le nombre des cas connus.

M. Robert Monod a fait des investigations personnelles sur ce point de pathologie dans différents centres anti-cancéreux (Salpêtrière, Necker, Institut du radium, etc.) et il est parvenu à recueillir 80 observations nouvelles, dont il donne la liste dans une statistique que rapporte M. Cadenat. Il apparaît à l'auteur, en conséquence, que l'épithélioma du col restant est plus commun qu'on ne l'a cru.

— M. LECÈNE objecte qu'il faudrait connaître le nombre total d'hystérectomies supravaginales qui ont fourni ce chiffre de 80 cancers du col restant. L'hystérectomie supra-vaginale est en effet une opération très courante.

— M. J.-L. FAURE ajoute que, certes, si l'on faisait toujours l'hystérectomie totale, il y aurait quelques cancers de moins, mais il est convaincu qu'il y aurait quelques morts *de plus*. La différence de gravité entre les deux opérations dépasse certainement, et d'une façon sensible, le risque couru d'un cancer possible (fort rare, malgré tout) du col restant.

Traitement de l'angine de poitrine par le gardénal.

(M. A. SÉZARY. — *Soc. méd. des hôp.* ; 25-6-1926.)

M. Sézary rappelle les bons résultats qu'il a obtenus avec le gardénal chez plusieurs malades atteints de crises d'angor pectoris. A la dose de 10 à 30 centigr par jour, le gardénal atténue le nombre et l'intensité des accès — résultat qui n'est pas constant, toutefois. L'efficacité du médicament est indéniable, puisque sa suppression entraîne une recrudescence des douleurs angineuses.

Bien entendu, il s'agit seulement d'une médication symptomatique. Les traitements étiologiques ou pathogéniques peuvent seuls provoquer la guérison proprement dite ; mais comme leur action est lente à se manifester (et parfois nulle), le gardénal trouvera souvent son indication en pareil cas.

Tétanos guéri par la sérothérapie intra-rachidienne associée à la chloroformisation.

(MM. DUFOUR, WIDEZ et CASTÉRAN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 18-6-1926.)

Il y a un an, M. Dufour communiquait l'observation d'un malade atteint de tétanos, ayant guéri par la sérothérapie anti-tétanique intra-rachidienne associée à la chloroformisation. Le chloroforme semble ici permettre au tissu nerveux, chargé de toxines, d'être influencé plus activement et plus rapidement par le sérum. En collaboration avec MM. Widez et Castéran, l'auteur publie aujourd'hui une autre observation du même ordre.

— M. RAVINA a constaté, également, chez un de ses malades, l'avantage de l'association : chloroforme et sérum intra-rachidien.

Rhumatisme tuberculeux primitif.

(MM. L. BABONNEIX et MORNET. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-7-1926.)

La conception d'un rhumatisme tuberculeux, c'est-à-dire dépendant de la bacillose et pouvant affecter tous les types (aigu, subaigu, chronique), a soulevé d'innombrables discussions. Poncet, de Lyon, a attaché son nom à cette question, sur laquelle il a fait de nombreuses communications. Comme tout novateur, sans doute a-t-il eu une conception trop large de cet état morbide. M. Babonneix pense néanmoins que ce type pathologique existe réellement.

Une de ses malades, jeune femme de 26 ans, présenta à diverses occasions des crises douloureuses au niveau de plusieurs articulations. Puis, apparut, comme confirmation, une tumeur blanche du poignet.

— M. BEZANÇON a observé récemment, avec M. Jacquelin, un cas analogue. Il ne faudrait pas croire, cependant, que toutes les manifestations articulaires fluxionnaires susceptibles de survenir au cours de la tuberculose et que l'on a qualifiées de rhumatisme tuberculeux soient d'origine bacillaire. Certaines fluxions peuvent être d'origine protéinique et comparables aux manifestations articulaires de la maladie du sérum.

Gangrène pulmonaire guérie après injection de huit litres de sérum antigangréneux.

(MM. LOEPER et GARCIN. — *Soc. méd. des hôp.* 23-7-1926.)

La gangrène pulmonaire est une affection dont la fréquence s'est singulièrement accrue dans ces dernières années. Certaines formes sont prolongées, offrant des retours après des phases d'atténuation, par conséquent étendant leur évolution sur une assez longue période de temps. Dans un cas de ce genre, M. Loeper soumit le malade à la médication habituelle, teinture d'ail, d'hyposulfite de soude, sérum antigangréneux, cure de suralimentation, etc. Grâce à *l'absence de toute réaction sérique*, il put pendant plusieurs mois injecter quotidiennement 100 c. c. de sérum, arrivant ainsi au total de *huit litres* de sérum antigangréneux — avec un excellent résultat final.

Cancer primitif du poumon à aspect pseudo-tuberculeux.

(MM. LOEPER et GARCIN. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-7-1926.)

De même que la gangrène pulmonaire, le cancer primitif du poumon semble être de nos jours plus commun qu'autrefois. La radiographie, en tout cas, a permis de le rencontrer avec une relative fréquence et sous des masques cliniques divers.

Le plus habituellement, et avant d'arriver à la période des adénopathies appréciables cliniquement et du syndrome médiastinal (période pas toujours atteinte), le cancer primitif du poumon se traduit par des manifestations dyspnéiques, hémoptoïques ou bronchitiques, qui, à l'âge moyen de la vie, évoquent l'idée d'une tuberculose fibreuse.

Le diagnostic clinique est parfois difficile. La radiographie éclairera souvent la situation, mais il reste des cas embarrassants. Chez un malade de son service M. Loeper a trouvé, à l'autopsie, même, un aspect macroscopique du poumon faisant penser plutôt à la tuberculose. Ce fut l'examen histologique qui, seul, permit le diagnostic réel. Il existait aussi des noyaux cancéreux dans le foie, le pancréas et les reins, généralisation assez exceptionnelle dans le cancer primitif du poumon.

Paraplégie pithiatique à forme pseudo-pottique.

(MM. L. TIXIER et BIZE. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-7-1926.)

Guérir — et cela, en deux séances de psycho-électrothérapie — un « mal de Pott », ou plutôt une malade ayant séjourné pendant trois ans dans les hôpitaux avec ce diagnostic, c'est faire un acte thérapeutique qui apparaît de prime abord sortir de l'ordinaire.

MM. Tixier et Bize ont reçu, à l'hôpital Broca, une femme de 46 ans, considérée comme pottique et incurable. Ayant fait pratiquer une radiographie et ayant fait une ponction lombaire, ils furent surpris de l'absence de lésions appréciables aux rayons et des caractères normaux du liquide céphalo-rachidien. D'autre part, ils notèrent de nombreux signes de la série hystérique. Après deux séances de psycho-électrothérapie, suivant la technique de Babinski, la patiente put se lever, marcher, et cessa de souffrir.

La ponction lombaire et la radiographie sont les deux moyens d'éclairer le diagnostic en pareille circonstance. On a dit, il est vrai, que la ponction lombaire était contre-indiquée chez les pottiques, comme dangereuse. Aussi, ne s'y adressera-t-on que dans les cas difficiles. La radiographie, enfin, n'est pas toujours simple à interpréter. Elle donnera néanmoins des renseignements intéressants.

Les lésions osseuses des membres atteints d'ulcères variqueux.

(MM. A. SÉZARY et LICHTWITZ. — *Soc. méd. des hôp.* ; 30-7-1926.)

Les lésions osseuses des membres atteints d'ulcères variqueux sont connues depuis longtemps. Signalées par Cruveilhier, elles ont été surtout étudiées par Duplay et Reclus, et par Clais, dans sa thèse de 1881.

M. Sézary a fait des recherches sur ce point chez 15 malades porteurs d'ulcères variqueux anciens. Le diagnostic clinique de ces lésions osseuses n'est pas toujours aisé, l'infiltration de la peau gênant la palpation. La radiographie s'est montrée beaucoup plus précise et a révélé dans tous les cas des altérations du péroné et, dans les 2/3 des cas, du tibia (périostite diffuse ou circonscrite).

La cause de ces périostites paraît résider dans l'infection qui se propage des ulcères dans tous les tissus de la jambe, l'action de l'infection étant favorisée par les troubles circulatoires et nerveux. Il ne semble pas que la syphilis joue un rôle important.

Traitement de la coqueluche du premier âge par l'éthéro-goménol.

(M. LECAPLAIN, de Rouen. — *Soc. méd. des hôp.* ; 9-7-1926.)

L'éthérothérapie de la coqueluche, préconisée par Audrain, de Caen, a donné des résultats irréguliers. M. Lecaplain a cherché à renforcer l'action de l'éther

en y adjoignant le goménol et il s'est arrêté à la formule suivante :

Ether pur .... 100 gr.
Goménol pur .... 1 gr.

En injections intra-musculaires dans la fesse, tous les deux jours, aux doses de 2 à 4 c. c. avant douze mois ; 4 à 6 cc. de douze à vingt-quatre mois.

Les résultats se traduiraient par une diminution de la durée de la maladie — sans parler d'un rôle de prévention des complications de la coqueluche.

Méningococcémie guérie après abcès térébenthiné.

(MM. Lesné, Marquezy et Lambling. — *Soc. méd. des hôp.* ; 16-7-1926.)

M. Lesné présente un petit malade soigné dans son service pour une méningococcémie à à forme pseudo-palustre, restée rebelle au traitement vaccinothérapique et qui guérit à la suite d'un abcès térébenthiné.

P. L.

Les Livres

Concours Médical,
132, rue du faubourg Saint-Denis.

P. Prost. — **La psychologie appliquée à l'art de guérir. Psychothérapie. Vue d'ensemble.** (Une brochure de 84 pages. Prix : 3 fr.).

Le Dr P. Prost a publié, dans le *Concours médical*, une série d'articles sur la psychothérapie, qu'il vient de réunir en une élégante brochure où se retrouvent les quatre chapitres dont les titres sont suffisamment parlants : 1° psychothérapie vue d'ensemble ; 2° les bases de la psychothérapie ; 3° les divers procédés et la technique de la psychothérapie ; 4° applications et indications de la psychothérapie.

Cette publication n'a aucune prétention autre que de signaler aux praticiens, en un bref raccourci, quelles ressources offrent les méthodes psychothérapiques dans une foule d'états dans la genèse et l'évolution desquels l'élément psychique agit en maître, et de leur donner une idée suffisante de ces méthodes.

A l'heure où tant d'empiriques, guérisseurs, magnétiseurs, charlatans de tout acabit, font, sans données scientifiques, une sorte de psychothérapie, plus ou moins efficace, il est bon que les médecins se convainquent de l'intérêt qu'offre ce procédé thérapeutique, et sachent l'utiliser opportunément.

G. D.

Gaston Doin et Cie, éditeurs,
8, place de l'Odéon, Paris 6e.

Dr Jean Walser. — **La myocardie. Syndrome d'insuffisance cardiaque primitive.** (Un vol. in-8 de 160 pages avec 16 figures dans le texte. Prix : 20 francs).

Il existe un syndrome d'insuffisance cardiaque, étranger aux causes habituelles, en apparence primitif, qui traduit une atteinte fonctionnelle de la fibre myocardique, auquel M. Laubry a donné le nom de myocardie, afin de l'isoler des myocardites, auxquelles il n'appartient pas.

On l'observe à l'état de pureté chez les adolescents ou les adultes jeunes ; cette forme pure est primitive, sans aucun antécédent toxique ou infectieux ? Il existe aussi des formes complexes, faites d'une myocardie associée aux lésions valvulaires, à l'hypertension, aux diverses infections et intoxications, dont le déterminisme cardiaque est généralement admis sans discussion.

La myocardie est individualisée, outre l'absence habituelle de tout facteur pathogénique connu, par le caractère progressif et irréductible de l'insuffisance cardiaque. Elle n'est pas une manifestation de l'inflammation ; elle n'en présente pas la signature anatomique. Sa pathogénie est très obscure ; elle relève d'un trouble fonctionnel, portant sur la tonicité et la contractilité myocardiques, dû vraisemblablement à l'intervention isolée ou combinée du système nerveux intra-cardiaque ou extra-cardiaque, des glandes endocrines, de l'état physico-chimique du sang.

Le diagnostic de la myocardie s'impose en présence d'une défaillance cardiaque primitive, poursuivie sans rémission ; dans les formes complexes, il sera soupçonné, lorsque l'atteinte endocardique ou myocardique semble ne pouvoir expliquer ni la gravité de l'évolution ni le caractère irréductible de l'asystolie.

Les toni-cardiaques forment actuellement la principale de nos ressources thérapeutiques ; mais leur inefficacité, immédiate ou précoce, commande de chercher, en dehors d'eux, une médication qui atteigne les causes mêmes de la myocardie. L'opothérapie surrénale, l'adrénaline, les divers traitements de la dysthyroïdie, les agents anti-infectieux divers, seront mis en œuvre. A noter l'emploi des injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

HYGIÈNE PUBLIQUE

Prophylaxie de radiations.

Nous recevons de M. le Ministre du Travail la lettre suivante que nous nous faisons un devoir de publier avec empressement :

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'HYGIÈNE DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES
—
DIRECTION DU TRAVAIL
—
3e *Bureau*
—
Préparation et manipulation des produits radioactifs
—
Hygiène du personnel

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
—
Paris le 7 octobre 1926

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai l'honneur de vous informer que je viens d'inviter le Service de l'Inspection du travail à procéder, dans les établissements soumis à sa surveillance, à une enquête sur les conditions d'hygiène du personnel occupé à la préparation et à la manipulation des produits radioactifs, et sur les mesures à prendre pour soustraire ce personnel aux maladies diverses que peuvent provoquer les radiations.

Je ne doute pas que vos lecteurs ne possèdent *sur la question* des éléments d'information précis qu'ils pourraient être désireux de porter à la connaissance de mon administration, comme contribution à l'enquête entreprise.

C'est pourquoi je serais heureux qu'il vous fût possible d'appeler leur attention sur cette enquête, dont l'intérêt au point de vue de l'hygiène professionnelle ne saurait vous échapper.

Toutes les communications relatives à cette question pourraient être adressées, en franchise postale, à l'adresse suivante : M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, Direction du Travail, 3e bureau, 80, rue de Varenne. Il va sans dire que, conformément à la règle constamment suivie par l'administration, celle-ci ne ferait allusion à l'identité de ses collaborateurs bénévoles que dans la mesure où ceux-ci l'auraient eux-mêmes expressément permis.

Je vous remercie à l'avance du concours que vous voudrez bien prêter à mon administration en cette circonstance.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de ma considération très distinguée.

Le Ministre :

Signé : A. FALLIÈRES.

SOU MÉDICAL

Rapport du Secrétaire général sur l'exercice 1926.

Les rapports du médecin praticien avec ses clients deviennent de plus en plus délicats : je n'en veux, comme preuve, que les 224 procès nouveaux, pour lesquels le « Sou Médical » a accordé son appui pécuniaire, au cours de l'exercice 1926.

Je ne parle pas des litiges en cours, qui n'ont pas encore reçu leur solution devant les tribunaux civils, ou administratifs et qui dépendent des exercices précédents.

Je ne fais non plus aucune allusion aux quelques 4000 lettres que nous recevons par an, comme aux nombreuses consultations juridiques, qui sont données par le secrétariat général, oralement ou par écrit et qui permettent à nos adhérents d'obtenir satisfaction, sans avoir besoin de saisir les tribunaux du litige en cause.

Que de fois même recevons-nous des lettres d'avocats, nous demandant de la documentation, pour soutenir un procès d'ordre médical ! Nos archives de Droit médical nous permettent de soutenir le renom du *Concours* et du « Sou Médical », au point de vue de la défense professionnelle.

Aussi, sommes-nous parfois étonnés de n'être

que 5.000 adhérents du « Sou », alors que tous les médecins de France devraient faire partie de notre Ligue.

La négligence, la remise au lendemain, pour adresser le bulletin d'adhésion, ou la confusion avec les assurances contre la seule responsabilité professionnelle sont les vrais coupables.

Cependant, à lire cette revue générale de l'année, que j'ai l'honneur de vous présenter, vous verrez combien diverse est l'activité du « Sou », débordant de beaucoup la simple question de responsabilité professionnelle.

Responsabilité professionnelle.

Et, puisque nous sommes dans ce chapitre de la responsabilité, abordons-en l'étude en premier.

28 affaires seulement ont nécessité constitution d'avoués et d'avocats : heureusement, un certain nombre de nos adversaires, peu soucieux de se heurter à une Ligue de défense professionnelle, ont préféré rapidement abandonner l'instance, qu'ils avaient entreprise, alors qu'ils croyaient n'avoir affaire qu'à un docteur isolé.

C'est surtout à l'occasion d'une réclamation d'honoraires que le client peu reconnaissant menace son médecin. Tel malade prétend que le traitement qu'on lui a fait suivre était inutile et que le praticien est coupable de l'avoir entrepris ; tel autre ne voit que le résultat et s'imagine qu'il est impossible de mourir au cours, ou des suites d'un accouchement, autrement que par la faute du docteur ; pourquoi cette fracture laisse-t-elle une certaine impotence ? elle n'a donc pas été bien réduite ? n'aurait-il pas fallu faire une ou plusieurs radiographies ?

Parmi les affaires qui suivent leur cours devant la justice et n'ont pas été tranchées par un arrangement amiable, ou par la soumission complète du débiteur, signalons les suivantes :

Trois cas de fractures pour lesquelles les médecins sont incriminés, soit pour une erreur de diagnostic, soit pour un résultat défectueux ; deux procès à propos de certificats d'internement, soit que le praticien fut accusé d'avoir délivré un certificat de complaisance contre une personne qui dit avoir toute sa raison, soit parce qu'un tel certificat a violé le secret professionnel ; un cas de brûlures accidentelles, par médicaments mis par erreur dans un œil.

Nous avons à déplorer, cette année, la perte de deux procès, intentés au cours de l'exercice précédent : fracture de cuisse, ayant laissé une impotence fonctionnelle (2.000 francs de dommages-intérêts et rente viagère de 1.200 fr.) ; drain qui serait resté inclus au fond d'une plaie (12.000 fr.) Inutile de dire que ces jugements sont frappés d'appel.

En revanche, nous avons gagné cinq affaires, soutenues depuis l'an dernier ou cette année même : un médecin a été reconnu comme ayant très bien soigné un blessé, atteint de fracture de cuisse, qui avait conservé de la claudication ; docteur poursuivi pour un certificat concernant une expertise d'enfant maltraité ; traitement électrique ayant provoqué des réactions de brûlures profondes chez une malade prédisposée (ce dernier jugement est frappé d'appel par nos adversaires) ; décès après accouchement ; abcès provoqué par une piqûre médicamenteuse.

Nous terminerons donc ce chapitre comme d'habitude : la responsabilité professionnelle est très fréquemment mise en jeu, parce que le client, mauvais payeur, s'imagine pouvoir effrayer le docteur, qui lui a donné des soins et qui a le mauvais goût d'en réclamer payement.

Mais, lorsque l'adversaire apprend qu'il a devant lui une Ligue de défense professionnelle, le « Sou Médical », qui ne veut pas transiger et cherchera même à attaquer reconventionnellement, il préfère abandonner les poursuites et payer ce qu'il doit au praticien, en jurant qu'il ne recommencera plus.

Honoraires.

Le « Sou Médical » ne se charge pas d'effectuer le recouvrement des honoraires ; mais il assiste moralement et pécuniairement ceux de ses adhérents qui doivent aller devant les tribunaux, *pour se faire payer ce qu'on leur doit.*

Il est évident que beaucoup de questions ont été maintes fois résolues : la jurisprudence est fixée, de sorte que, guidés par nos conseils, par les consultations juridiques et par les conclusions que prépare notre service de contentieux, nos confrères ont leur plaidoirie toute préparée et peuvent présenter eux-mêmes leur demande devant le juge de paix.

Néanmoins, le Conseil du « Sou » n'hésite pas à assister pécuniairement celui de ses adhérents, qui se trouve être la victime d'un mauvais payeur et qui, pour recouvrer son dû, se voit dans l'obligation de consigner des frais assez importants.

Dans 50 affaires, nous avons accordé cette année notre appui pécuniaire.

10 fois, l'adhérent du « Sou » avait soigné un malade, qui avait quitté la localité, ou la ville d'eaux, en négligeant de solder la facture médicale.

Il fallait donc prendre avoué et avocat, non pas sur place, mais au lieu du domicile du client.

Quant aux autres motifs de litiges, les voici rapidement exposés : 5 fois, nous avons dû soutenir un procès contre des parents de mauvaise foi : c'est un père, un gendre, un frère, au domicile desquels ont été soignés soit un enfant, soit un parent, soit une sœur. Deux procès sont actuellement terminés à notre avantage.

C'est l'amant, qui refuse de payer pour les soins, donnés chez lui à son amie, ou qui se

dérobe, alors qu'il a conduit lui-même sa maîtresse chez le praticien (3 cas).

Ce sont des intermédiaires, qui se croyant plus ou moins responsables d'un accident, viennent quérir le docteur et se refusent ensuite à payer, alors que le malade prétend ne rien devoir au praticien. Aussi le « Sou Médical » guide son adhérent, pour qu'un procès soit engagé contre tous ceux qui sont plus ou moins responsables du le payement des honoraires : aux juges de décider qui payera.

Ce sont encore de mauvais payeurs, qui tentent d'effrayer le médecin, l'un en se vantant d'être l'ami intime du juge de paix, devant lequel viendra l'affaire ; l'autre parce qu'il est juriste, docteur en droit, chef de contentieux d'une assurance ; le troisième, huissier, se targue qu'aucun de ses confrères ne voudra instrumenter contre lui.

Ailleurs, on discute sur l'opportunité d'un traitement cryothérapique, ou d'un examen œsophagien. On prétend encore qu'une application de forceps était inutile, ou dans un autre cas, que le docteur aurait dû prévoir que l'accouchement serait difficile et que le praticien aurait dû diriger sa malade sur l'hôpital, pour que l'intervention obstétricale puisse être faite gratuitement.

On blâme la dichotomie et cependant deux malades se refusent à allouer un honoraire à leur médecin traitant, qui assistait à l'opération.

Un débiteur va plus loin encore en soutenant que l'opération n'a pas eu lieu !

Signalons aussi l'appui donné, pour qu'un confrère puisse produire à une faillite, alors que le syndic ne veut pas accepter la note du praticien ; un autre se voit contester le privilège de dernière maladie, cependant qu'un troisième se voit refuser tout honoraire, parce que les soins ont été donnés pendant la période préliminaire à un concordat.

Disons que quelques-uns de ces procès se sont réglés à l'amiable ou ne vont pas plus loin que la conciliation devant le juge de paix.

Mais lorsque, condamné à payer, le client fait appel, automatiquement, nous donnons notre appui au confrère.

Malheureusement, quelquefois les juges abusent de leur droit souverain d'apprécier le quantum qui sera versé au médecin et parfois l'appel est difficile, sinon impossible, car le jugement contient des considérants, appuyés sur des questions de sentiment ou de fait et les juges d'appel ne demandent qu'à adopter ces mêmes motifs, pour diminuer la créance du docteur.

Honoraires pour soins donnés aux victimes d'accidents d'automobiles.

27 conflits ont nécessité notre appui moral et pécuniaire. La question se présente toujours de la même façon ; l'auteur de l'accident conduit sa victime chez le docteur, prie ce dernier de donner tous les soins.

Au moment de payer la note, l'automobiliste se retranche derrière sa compagnie d'assurances, qui, elle, dénie toute responsabilité ; de son côté, la victime soutient qu'elle ne doit rien.

En assignant solidairement tout le monde, le médecin réclame ce qui lui est dû et le juge décide qui payera.

Plusieurs de ces procès se sont terminés à l'amiable ; d'autres sont encore en cours ; nous avons eu 4 gains, mais pour un, l'adversaire a fait appel et, bien entendu, nous continuons de soutenir notre adhérent.

Accidents du travail.

Le recouvrement des honoraires médicaux, en matière d'accidents du travail, a donné l'occasion à 42 procès, en matière d'accidents industriels et commerciaux ; 12, pour des accidents agricoles et 16 pour hospitalisation de blessés, soit au total 70 procès.

La plupart du temps, ce sont des accidents qui, par la suite, sont contestés par l'assurance. Il s'agit, dès lors, de vérifier la valeur du bulletin d'avis, par lequel le chef d'entreprise accrédite son blessé auprès du médecin traitant.

Dans d'autres cas, l'assurance néglige de faire contrôler la blessure par le docteur qu'elle peut désigner ; d'autres fois, encore, malgré une ou plusieurs visites de contrôle, ce n'est qu'au moment où il présente sa note d'honoraires que le médecin est informé que l'accident n'est pas reconnu par la compagnie.

Il est évident que la loi du 9 avril 1898 n'a jamais été faite pour régler les contestations entre médecins et malades, mais uniquement pour régir les rapports entre chefs d'entreprise et ouvriers.

Par conséquent, le docteur n'a pas, *stricto sensu*, à se préoccuper ni du patron, ni de l'assurance de ce dernier, ni même du tarif ministériel : théoriquement, il doit réclamer ses honoraires à son client, qu'il a soigné, quitte à ce dernier à appeler en garantie qui de droit et pour la somme fixée par les tarifs ministériels.

Cependant, ce qui paraît simple en théorie, ne l'est plus en pratique : le praticien ne trouverait en face de lui qu'un ouvrier, souvent insolvable, peu versé dans les questions de droit, qui ne sait qu'une chose, dans sa mentalité simpliste, c'est qu'en cas d'accident du travail, il n'a rien à payer.

De sorte que, redoutant l'opinion publique, le médecin de petite ville ou de campagne préfère user de l'action directe contre le patron. D'autant que, fréquemment, l'ouvrier est parti du pays, sitôt sa blessure consolidée et sa trace est perdue.

Aussi, donnons-nous le conseil d'assigner à la fois ouvrier et chef d'entreprise. Notre contentieux se mesure avec les services juridiques des

grandes compagnies d'assurances et nous sommes heureux de faire rendre justice à nos adhérents.

Parfois, les honoraires sont refusés au médecin parce que la victime a continué son travail : la jurisprudence a décidé que le docteur doit être payé par le chef d'entreprise.

C'est une intervention qui est contestée, comme, par exemple, l'utilité d'une piqûre de sérum ou une radiographie.

Dans ce dernier cas, le médecin traitant a-t-il le choix du radiographe ?

C'est la prescription d'un an, qui est opposée au médecin ; c'est l'assistance pour une intervention, qui est contestée ; c'est la cause de l'accident, ou la blessure elle-même, qui, aux dires de l'assurance, relèvent des maladies professionnelles et non pas des accidents du travail.

Citons encore le cas d'ouvriers étrangers, travaillant en France, dans des entreprises françaises, mais qui retournent dans leur pays d'origine, sitôt guéris. L'assurance en profite pour refuser tout payement au médecin.

Les cas sont très divers ; heureusement que nos archives contiennent beaucoup de décisions de jurisprudence, grâce auxquelles nous pouvons invoquer des précédents, ou des analogies et par suite, permettre à nos adhérents de se présenter devant les tribunaux avec toutes chances de succès.

De fait, nous sommes heureux d'avoir à enregistrer beaucoup de solutions favorables, obtenues, tant à l'amiable que par voie de justice, ou même par arbitrage.

Néanmoins, nous avons dû soutenir 2 procès en appel, dont un vient de se terminer à notre avantage, le second est encore pendant.

L'an dernier, nous avions porté en cassation le point de savoir si un médecin était en droit de faire des séances de radiographies profondes à un blessé du travail, alors que le patron n'en avait pas donné l'autorisation d'une manière expresse.

Notre pourvoi vient d'être admis par la Chambre des Requêtes.

Nous avons également soumis à la Cour suprême le procès que nous avons perdu en appel, alors que nous l'avions gagné en première instance : pour prétendus abus de médicaments, un médecin avait été appelé en garantie, par le patron. Le docteur avait obtenu 300 fr. de dommages-intérêts, pour cet abus de citation, alors que le tribunal d'appel a mis à néant ce jugement.

En matière d'accidents agricoles, la plupart des conflits ont trait au tarif qui doit être appliqué.

Alors que le médecin soutient qu'un cultivateur, assuré facultatif, doit ses honoraires au tarif syndical local, les assurances estiment que le tarif ministériel est applicable tant aux chefs d'entreprise qu'aux ouvriers de ces derniers.

Nous avons 8 affaires de ce genre, engagées au cours de cet exercice.

Nous avons gagné en appel un procès que nous avions perdu l'an dernier, dans une question d'honoraires.

En matière d'hospitalisation des blessés du travail, le « Sou Médical » cherche, par tous moyens, à faire fixer la jurisprudence, dans un sens qui ne soit pas trop défavorable au corps médical.

Nous avons cette année perdu, en Cassation, deux procès : il en résulte que la Cour suprême admet que l'hôpital, véritable entrepreneur de soins, doit, moyennant le « tout compris » faire assurer par les médecins, qui sont ses employés, ses préposés, les soins nécessaires aux victimes du travail, que ces soins soient donnés à la consultation externe de l'établissement, ou dans une clinique payante, dépendance de l'hôpital.

Mais, la Cour suprême estime que le « tout compris » n'est pas applicable aux cliniques privées, lorsqu'il est démontré que le blessé y a été admis, soit à cause de l'urgence, soit en raison de la gravité de la blessure.

Aussi, nous appuyant sur cette jurisprudence, soutenons-nous certains médecins, qui ont donné, dans des cas d'urgence, des soins aux blessés du travail, dans leurs propres cliniques.

Un procès de ce genre, gagné en première instance, est porté en appel par notre adversaire.

Nous soutenons également quatre procès, parce que le chef d'entreprise a mis en œuvre le médecin et a accepté que son malade fût soigné, soit à la clinique, soit à l'hôpital, en promettant de payer les honoraires médicaux, lorsque le règlement de l'hôpital permet aux médecins de percevoir directement des honoraires de tout malade non indigent.

Un arrêt récent de Cassation considère licites de pareils engagements.

Nous avons gagné un procès, par lequel un médecin réclamait ses honoraires, pour un blessé du travail, hébergé dans un hospice de vieillards, ne possédant pas de service médical. Le blessé recevait des soins au cabinet personnel du docteur.

Nous soutenons également un cas analogue, dans lequel le blessé a été hébergé chez une sage-femme, qui prend des pensionnaires. L'assurance se croit en droit d'opposer le « tout compris ».

Assistance médicale gratuite.

En cette matière, les conflits prennent une tournure particulière : les médecins ne veulent plus se laisser exploiter au nom de la charité publique. On a abusé de leur dévouement et surtout de leur désintéressement. Aussi, les praticiens ne sont-ils plus disposés à se laisser

exploiter aussi bien par les malades que par les maires.

Pour cette année, 8 procès sont au tableau : dans 3 cas, le praticien accouche ou opère un malade et 15, 19 jours ou deux mois après l'intervention, se voit opposer une inscription tardive sur les listes de l'assistance médicale.

Pour faire plaisir à ses électeurs, le maire se prête à leurs petites combinaisons d'économie, au détriment des médecins et des finances du département et de la commune.

En sens contraire, dans un cas, le maire se refuse à délivrer un bon d'assistance, pour une indigente régulièrement inscrite sur les registres. Le motif de ce refus : c'est que la malade aurait dû réclamer un bon de visite avant l'accouchement laborieux que le praticien a pratiqué.

Une autre fois, c'est un de nos adhérents, qui se voit refuser le payement d'un accouchement parce que la parturiente ayant *une famille* nombreuse, se réclame d'office de l'assistance médicale.

Et dans le cas suivant, qui payera le médecin ? Pour une visite d'urgence, le maire refuse le bon postérieurement à l'acte médical, alors que les héritiers de la malade déclinent toute responsabilité.

Situation semblable pour un confrère dérangé la nuit, pour un cas d'urgence et qui fait transporter le malade à lhôpital.

Vraiment certains maires abusent : les uns, en inscrivant trop facilement leurs amis politiques sur la liste d'assistance médicale, les autres en se montrant au contraire d'une avarice sordide, pour les fonds communaux et en refusant les bons de visite, pour des indigents notoires, inscrits régulièrement.

On escompte toujours la magnanimité du praticien ; mais le « Sou Médical » ne l'entend pas ainsi.

Nous avons gagné un procès intenté l'an dernier : deux malades avaient été admis dans un hôpital, qui permet au médecin de toucher des honoraires des malades payants.

Quelque temps après, le praticien s'est vu opposer une inscription tardive sur les listes d'assistance médicale.

En pareille matière, le « Sou Médical » a ceci de bon, c'est que, préparant la défense de son adhérent, il permet à celui-ci de déclarer à l'opinion publique que notre Ligue soutient un principe et non une simple question de gros sous. Le médecin peut donc défendre son intérêt personnel et empêcher que pareils agissements ne se reproduisent dans la région.

De tels procès entraînent parfois notre Ligue à étudier et discuter des points de droit assez épineux : en matière d'assistance médicale gratuite, le tribunal compétent, en premier ressort est le Conseil de préfecture, avec appel devant le Conseil d'Etat.

Il s'agit donc parfois de savoir si notre adhérent doit citer le malade et le maire devant les tribunaux administratifs, ou bien, se plaçant sous l'empire du droit commun, s'il n'est pas préférable d'assigner devant le juge de paix, quitte au préfet à soulever une exception d'incompétence. Le « Sou Médical » est fait pour conseiller ses adhérents dans tout ce maquis de procédure.

Détournement de clientèle. Diffamation.

Mais le médecin, qui fait valoir ses droits, risque d'être la victime de représailles. Aussi, le « Sou » n'hésite-t-il pas à engager la lutte si un de ses adhérents est victime d'un détournement de clientèle ou d'une campagne de dénigrement.

6 procès en matière de détournement de clientèle, 14 pour diffamation.

Dans 3 cas, ce sont des agents d'assurances contre les accidents qui cherchent à enlever les blessés du travail à un médecin, pour les adresser à un autre praticien.

Dans un cas, c'est le maire d'une commune, médecin lui-même, qui s'est octroyé certains postes officiels, grâce auxquels il donne l'ordre de se faire soigner par lui.

Dans deux cas, il s'agit d'un dispensaire, organisé, l'un par la commune, l'autre par une société de Croix-Rouge. Dans le premier, le médecin, appointé par la commune, soigne les malades à prix très réduit, ou à forfait ; alors que dans le dispensaire de la Croix-Rouge, aucun médecin ne couvre de son diplôme le travail irrégulier des infirmières.

En matière de diffamation et de dénigrement, ce sont les luttes locales bien connues. Clients, agents d'assurances, journalistes, voire même confrère mal inspiré, sont les auteurs des propos malveillants, ou injurieux. Dès qu'on lui fournit la preuve, permettant de porter le litige en justice, le « Sou Médical » n'hésite pas à soutenir pécuniairement et moralement un procès en réparation.

En ce qui concerne les procès engagés au cours de l'exercice 1925, disons qu'un arrêt d'appel, gagné par nous, fut porté par l'adversaire devant la Cour suprême. Bien entendu nous avons suivi ; mais le condamné dut se désister de son recours pour vice de forme.

Nous avons eu la confirmation en appel d'un jugement faisant effacer une inscription injurieuse pour le corps médical local, apposée sur un monument de cimetière.

Signalons un cas où le pharmacien de l'endroit eut la langue trop longue : sur le vu d'une ordonnance médicale, il indiqua, à une malade, le diagnostic que le médecin avait cru utile de ne pas dévoiler. Colère de la cliente et campagne de

dénigrement contre le docteur. D'où procès que nous soutenons.

Conflits entre confrères.

En général, le Conseil du « Sou » s'efforce de faire résoudre les conflits entre confrères, par l'intermédiaire de tribunaux d'arbitrage. D'autant que, bien souvent, il s'agit de cessions de clientèle.

Dans un cas cependant, il s'agit d'un médecin qui, faisant une réclame intensive, s'affuble de titres scientifiques et hospitaliers qu'il n'a pas.

Signalons, dans ce chapitre, les démarches que le « Sou » a faites pour faire cesser l'exercice illicite de la médecine que certains médecins militaires font, aux colonies, au détriment des médecins civils.

Appui aux syndicats médicaux.

« Le Sou Médical » est quelquefois consulté, au nom de médecins syndiqués faisant partie de notre Ligue, lorsqu'un procès est intenté au syndicat, ou lorsque ce groupe veut actionner en justice.

Un syndicat est en conflit avec un des médecin de la ville, qui, jadis, a démissionné, pour conserver sa liberté d'action vis-à-vis d'une mutualité.

Aujourd'hui, le confrère veut reprendre sa place au syndicat ; mais par trois fois, celui-ci se refuse à toute réadmission. Malgré un arbitrage, le médecin évincé assigne en justice pour se faire réintégrer.

Dans une autre espèce, un médecin a été exclus et veut néanmoins exiger, par la voie des tribunaux, sa réintégration.

Ailleurs, un groupe professionnel a organisé un service médical, d'accord avec la mairie. Un médecin, au mépris de tous les engagements pris par écrit, entend démissionner, pour faire une concurrence déloyale à ses confrères. Ceux-ci ne l'entendent pas ainsi et assignent le dissident, pour manquement aux engagements contractés.

C'est encore un syndicat qui fait appel au « Sou », pour pouvoir poursuivre un médecin étranger, non diplômé français et qui exerce illicitement.

Enfin, signalons l'appui moral et pécuniaire que le « Sou » a donné à un groupe corporatif médical, ce qui a amené la condamnation en correctionnelle de matrones, qui exerçaient illégalement l'art des accouchements.

Cas divers.

En matière d'*exercice illégal de l'art dentaire*, appui a été donné à un confrère contre un illégal.

En matière de *loyers*, onze procès soutenus par le « Sou » concernant soit des prorogations, soit des expulsions abusives, ou le droit de reprise du propriétaire, des augmentations exagérées.

Deux procès de ce genre ont nécessité un pourvoi en Cassation.

Vis-à-vis des *sociétés de secours mutuels*, nous avons eu gain de cause, pour faire payer à un de nos adhérents un honoraire complémentaire du prix de la visite, pour cathétérisme vésical. Un autre procès est en cours, pour défendre un confrère qui a été révoqué de ses fonctions de médecin d'une société mutuelle.

En ce qui concerne le *secret professionnel*, nous avons soutenu un de nos adhérents, dans un conflit avec la préfecture, parce qu'à bon droit, il se refusait à indiquer la cause de la mort sur les certificats de décès.

De même, nous avons assisté un confrère que le préfet voulait révoquer de ses fonctions de médecin de l'assistance médicale gratuite, parce qu'il se refusait à indiquer le diagnostic des maladies qu'il avait soignées, sur ses bordereaux de demande de payement.

Rappelons à ce sujet que le « Sou Médical » avait fait le nécessaire pour défendre les médecins de l'Aube, en conflit, à ce sujet, avec leur préfet. Notre Ligue a pu faire rapporter une circulaire ministérielle, qui, violant les termes de l'article 378 du code pénal, avait spécifié que les médecins de l'assistance médicale ne seraient payés qu'autant qu'ils indiqueraient la cause et la nature des maladies qu'ils auraient soignées chez les indigents.

Contre les ministères, le « Sou » *soutient* ses adhérents. L'un d'eux ne peut pas se faire payer une note d'accident du travail, ressortissant du Ministère de la Guerre, sous le prétexte qu'il n'y a pas de crédit. Appui pécuniaire a été accordé pour poursuivre le ministre.

La *propharmacie* doit être défendue contre la concurrence illicite de certains pharmaciens, qui envoient des employés faire des tournées dans les villages. Appui a été donné à un de nos confrères, à qui de pareils agissements portaient préjudice.

En ce qui concerne les soins donnés aux *pensionnés de guerre*, nous avons engagé, cette année, deux recours en Conseil d'Etat, contre des décisions de la Commission supérieure : l'un, parce que cette assemblée refusait le payement d'une radiographie, l'autre pour une diminution d'honoraires.

Nos confrères de *villes d'eaux* ont eu également besoin de l'appui pécuniaire du « Sou ». Dans un cas, il s'agissait d'un confrère, régulièrement désigné pour faire partie de la Chambre d'industrie thermale et qui avait été remplacé, par le préfet, par un confrère n'habitant pas la station. Le procès a été porté devant le Conseil d'Etat.

En Conseil d'Etat également, la décision du Conseil de préfecture concernant l'inscription frauduleuse d'employés de l'établissement ther-

mal sur les listes des électeurs pour la Chambre d'industrie thermale.

Enfin, le « Sou » s'occupe de la situation anormale qui est faite à certains médecins d'une station qui se voient interdire le libre exercice de leur profession par la société des eaux.

Pour terminer, signalons le recours en Conseil d'Etat que le « Sou » a formé contre la décision d'un préfet, qui, sans attendre la terminaison d'un procès, consécutif à un accident d'automobile, a retiré à un de nos confrère son permis de conduire pour une année.

Conclusions.

De ce rapide exposé, vous pourrez conclure que le « Sou Médical » ne chôme pas. Encore ne vous ai-je cité que les cas litigieux, qui ont nécessité un recours devant la justice civile ou administrative.

J'ai laissé de côté, dans ce rapport, toutes les affaires ordinaires, auxquelles notre service de contentieux répond chaque jour, en donnant aux médecins des consultations juridiques, des précédents de jurisprudence, des conseils pour la marche à suivre ; en un mot, tout ce qui est nécessaire aux médecins pour obtenir satisfaction, soit à l'amiable, soit par agences de recouvrement, ou même juge de paix.

Aussi, dois-je rendre hommage à ceux qui sont à la peine et pour lesquels nous devons avoir grande gratitude.

Je nommerai d'abord nos avocats conseils : Me Nattan-Larrier et Me Bernard Auger : devant la Cour d'Appel, comme devant le Conseil d'Etat ou la Cour de Cassation, ces maîtres du Barreau rendent de grands services à la cause médicale, en gagnant presque tous les procès que nous leur confions.

Mais, une grande partie de leur besogne se passe en consultations juridiques, parce que nous leur soumettons tous les litiges embarrassants, ceux qui exigent une étude approfondie.

Aussi, en votre nom à tous, puis-je leur dire : merci !

Au tour, maintenant, des deux piliers du service du contentieux, j'ai nommé : M. Dumesny et M. Meillet : tous deux mettent leur science du droit et de la procédure au service du corps médical.

C'est besogne ingrate que la leur, d'avoir à répondre aux nombreuses lettres de confrères, qui, fort occupés, ne se sont pas aperçus que la demande qu'ils posent a été maintes fois résolue, dans les colonnes du *Concours*.

Grâce à ces savants du droit, le Conseil du « Sou » peut, à chaque réunion, décider en connaissance de cause et dans le sens le plus conforme à l'intérêt individuel de chaque adhérent, en respectant également l'intérêt collectif de toute notre corporation.

Aussi, mes chers confrères, répandez autour de vous l'idée que le médecin qui est adhérent au « Sou Médical », peut accomplir, sans crainte, son labeur journalier : il trouvera toujours, parmi nous, appui et sécurité.

Dr Paul Boudin,
Docteur en médecine et en droit.

SCIENCE ET PRATIQUE

Par le Dr Fernand Decourt.

Les doses préconisées pour les injections de sérums, qu'ils soient antidiphtériques, antitétaniques, antistreptococciques, etc... deviennent chaque jour plus massives et hors de tout rapport avec ce qu'elles étaient autrefois, c'est-à-dire il y a quelques années. On lit, par exemple, et cela se fait d'ailleurs couramment dans nos hôpitaux, qu'en cas d'angine diphtérique ce n'est plus 10, 20, 30 grammes de sérum qu'il faut injecter, mais 80, 100 et plus. Dans l'*Immunité* du 1er octobre 26, à propos des angines diphtériques dans la scarlatine, je lis (page 5, col. 2) : on doit utiliser les doses massives (200 cc. de sérum par jour, pour atteindre en quelques jours un total de 1.200 cc.). »

Modeste praticien de campagne, je n'ai pas la prétention de discuter ici l'utilité de ces « massives » injections hypodermiques, qui de dix grammes ont passé à un litre et plus. Je me contente de m'incliner devant la science et ses préceptes et de constater ce qu'elle nous enjoint de faire.

De même, quand une de nos clientes vient à accoucher, n'avons-nous pas lu ce précepte de certains : « Lui injecter sous la peau, à titre préventif pour éviter la fièvre puerpérale, 60, 80, 100 grammes de sérum antistreptococcique ? » Et je ne suis même pas certain que bientôt toute fièvre puerpérale ne sera pas reprochée *en justice* au médecin et que celui-ci ne risquera pas d'être condamné s'il n'a pas fait la dite injection préventive. Nous voyons assez souvent au « Sou » des plaintes déposées contre des confrères sur des bases bien autrement plus fragiles encore que celles-là.

De même, en cas de blessure, il faut du sérum antitétanique, c'est entendu, mais voilà qu'on commence également à préconiser des doses

massives... Bref, nous devons désormais habituer notre esprit à nous servir de ces sérums *larga manu*.

C'est fort bien. Les maîtres ont parlé. Inclinons-nous et suivons leurs précieux et doctes avis. Mais, nous autres praticiens, nous sera-t-il permis de rappeler « à la pratique » de la clientèle journalière nos maîtres eux-mêmes et de leur demander, *comme corollaire* à leurs enseignements nouveaux, de s'occuper des contingences humaines dans les progrès de la science et des répercussions financières de leurs sentences, si justifiées soient-elles ?...

***

Les malades, relevant de médications sériques, ne sont pas tous des hospitalisés ni des millionnaires. Et, dans nos clientèles, ce sont surtout de ceux qui ne sont ni l'un ni l'autre que nous avons à nous occuper. Aussi n'est-il pas naturel que nous soyons quelque peu émus des résultats monétaires que, pour suivre nos maîtres, nous amenons inéluctablement.

A chaque accouchée, il faut faire une injection de 60 ou 80 grammes de sérum antistrepto. Soit !... mais l'Institut Pasteur livre le sérum en flacon de 10 gr. sur lesquels on peut lire : *Prix de vente obligatoire* : 5 *francs* ; 80 grammes ; 8 flacons à 5 francs = 40 francs. Aussi, quand nous parlons de cette injection préventive à 40 francs de pharmacie, alors que l'accouchée se porte parfaitement, tout le monde nous regarde avec des yeux tout ronds — et impressionnants.

Il en est de même quand un blessé doit payer de sa poche des flacons de sérum antitétanique et si nous en demandons seulement trois ou quatre... Mais là, cela a beaucoup moins d'importance, le blessé étant le plus souvent un accidenté du travail, c'est-à-dire qu'il rentre dans la catégorie des hospitalisés ou des millionnaires aux yeux desquels les contingences monétaires du traitement sont naturellement inexistantes.

Passons, ou plutôt revenons au sérum antidiphtérique dont je parlais au début. Là, dans nos clientèles, à part les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, il n'y a jamais de « tiers-payants ». Et quand on nous parle de « 200 grammes de sérum par jour pour atteindre en quelques jours un total de 1.200 grammes », nous ne pouvons nous empêcher, en contemplant le modeste logement où nous nous trouvons, de calculer :

a) 200 grammes de sérum = 20 flacons à 5 francs = 100 francs.

b) 1200 gr. de sérum = 120 flacons à 5 francs = 600 francs.

***

Sans doute, en France, à cette lamentable époque d'un absolu *déséquilibre monétaire*, quand il s'agit de « monnaie » les chiffres n'ont plus de valeur spécifique. Mais enfin, tout de même, 50 ou 60 francs de sérum préventif à toute accouchée, 100 francs par jour de sérum et jusqu'à 600 francs « en quelques jours » pour cet enfant atteint de diphtérie et dont le père gagne, comme l'ouvrier agricole de chez moi actuellement, 18 francs par jour, cela ne paraît-il pas, à quiconque, un *déséquilibre thérapeutique monétaire* auquel il n'était pas inutile de faire allusion dans les colonnes du *Concours*, le journal par excellence, du praticien français ?

Et je pense qu'il ne serait pas davantage inutile de nous tourner vers nos maîtres et de les prier de descendre *ex cathedra*, pendant quelques instants, pour rédiger, de commun accord une « Note » non scientifique, cette fois, mais sociale, et humanitaire à l'usage de l'Institut Pasteur et en faveur de ceux même *qu'ils ne rencontrent pas* dans leur vie professionnelle : ceux qui s'efforcent de payer leur médecin traitant et leur pharmacien tout en ayant des ressources modestes.

Donc, eux savants, qu'ils se tournent vers les savants de l'Institut Pasteur et qu'en style aussi académique qu'ils voudront, ils leur demandent de se mettre en harmonie avec les nouvelles conceptions dues aux incessants progrès de la science — et qu'ils s'efforcent d'être, à la fois, des hommes de science et des gens pratiques. En somme, qu'en langage technique, fleuri, majestueux même, au besoin, soient proclamées les vérités suivantes :

Le vin se vend au litre et non pas au compte-gouttes, ni même à la cuiller à café. Et cela parce qu'il se consomme aux repas suivant une quantité moyenne qui réclame une telle contenance. Serait-ce être trop exigeant que de demander à l'Institut Pasteur que ses sérums, ceux employables, tout comme le vin, en quantité analogue à la capacité d'un verre à madère ou à bordeaux ou même... à la chopine, ne soient pas *uniformément vendus au verre à liqueur* ? Et cela surtout quand, pour cette quantité (si minime, par rapport aux prescriptions nouvelles de la science) on lit sur le minuscule flacon : « Prix de vente obligatoire : cinq francs. »

Dr Fernand Decourt.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Les pneus au Salon

A l'époque du Salon de l'Automobile, il semble particulièrement opportun de revenir sur la question si importante des pneumatiques, examinée déjà à plusieurs reprises mais jamais épuisée.

A titre documentaire, nous rappelons que les pneumatiques peuvent se classer en deux grandes catégories :

A. Pneus à talons ;

B. Pneus à tringles dits Straight-Side.

En France, la faveur est longtemps restée aux pneus à talons, mais sous l'influence américaine et par suite de l'adoption générale des pneus à basse pression, souvent dénommés Conforts ou Ballons, on arrive progressivement à l'utilisation des Straight-Side.

Le grand avantage de ces derniers est de supprimer radicalement les déjantages.

Beaucoup d'automobilistes sont désireux de remplacer leurs pneus à talons par des Straight-Side ou simplement leurs pneus à haute pression par des basses pressions, mais ils ignorent presque toujours par quelles dimensions effectuer cette substitution. Et il faut avouer que la plupart des garagistes ne sont pas à même de les guider en la circonstance. Nous avons donc pensé être agréable à beaucoup en résumant ici les principaux remplacements possibles.

Ancienne jante	Anciens pneus à talons à haute pression	Nouveaux pneus à talons à basse pression	Nouveaux pneus a tringles à basse pression
1° *Cyclecars et petites voitures* :			
650 × 65	650 × 65	700 × 100	
	700 × 80	715 × 100	
	700 × 85	715 × 115	
710 × 90	710 × 90	715 × 115	
	710 × 100	730 × 130	
2° *Voitures légères* :			
760 × 90	760 × 90	730 × 130	
	760 × 100	775 × 145	30 × 5.25
765 × 105	765 × 105	775 × 145	30 × 5.25
			30 × 5.77
3° *Voitures* :			
815 × 105	815 × 105	860 × 160	32 × 6.20
	875 × 120		
	850 × 120		
4° *Grosses voitures* :			
820 × 120	820 × 120	860 × 160	32 × 6.20
	820 × 135		33 × 6
880 × 120	880 × 120		
	880 × 120	905 × 165	33 × 6
895 × 135	895 × 135		
	895 × 150	905 × 165	33 × 6.75
S. Ford.			
30 × 3 1/2	30 × 3 1/2	31 × 4.45	29 × 4.40

Dans certains cas, il faut changer les roues ; dans d'autres la transformation des anciennes roues peut être facilement faite ; enfin certains pneus à talon à basse pression se montent sur les roues normales pour pneus à haute pression.

Il est impossible, dans un cadre aussi restreint, de donner des précisions à ce sujet, mais nous restons à la disposition de nos confrères pour les documenter, les priant d'avoir soin de bien spécifier éventuellement l'année, le type et le numéro ainsi que la marque et la force en chevaux de leurs voitures.

Dr M. T.

Comptes rendus, documents, pièces officielles...

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses

Désinfection et prophylaxie

Dr J. DARGELOS.

Introduction

Dans le cours des visites nécessitées par nos fonctions de médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aix, et de délégué de la Commission sanitaire, pour le service de la désinfection, nous avons eu souvent l'occasion de développer les avantages que produirait la loi sur la protection de la santé publique, si cette loi était régulièrement et universellement appliquée.

Pendant plus de 40 ans, nous avons pu remarquer, en diverses circonstances, l'intérêt réel avec lequel on écoutait l'exposé des moyens à prendre pour se préserver et préserver les siens, dans la mesure du possible, contre les risques de contagion.

Il est certain que souvent nos conseils ont été suivis, et il nous est resté la conviction que la diffusion des connaissances hygiéniques est un moyen beaucoup plus sûr que toutes les sanctions pénales pour faire adopter la pratique des mesures sanitaires.

C'est en vue de cette éducation populaire, que nous avons conçu ce modeste travail, où se trouvent résumées et condensées les idées si souvent développées par nous, au moyen de conférences, d'entretiens familiers ou de rapports adressés à l'Administration préfectorale.

Il est certain que la loi de protection de la santé publique, si elle était bien observée, aurait pu amener les meilleurs résultats. Les vues du législateur sont nettes. Les moyens indiqués par lui sont certainement excellents, mais les difficultés de la désinfection officielle sont très grandes. Cette dernière ne peut être efficace qu'avec la collaboration des personnes directement intéressées.

Ces efforts individuels indispensables doivent être stimulés par tous les moyens possibles : l'instruction et l'éducation populaires, la persuasion surtout, sont ceux qui priment tous les autres. Ce sont les médecins praticiens seuls qui peuvent et doivent en être les organisateurs.

Notre ambition sera donc amplement satisfaite, si ces quelques lignes, sans prétention, parviennent à convaincre le lecteur de la nécessité et de la facilité d'exécution des mesures sanitaires, et si cette conviction le détermine à devenir à son tour le propagateur des idées en faveur de la lutte contre l'invasion et la diffusion des maladies contagieuses.

Dr J. DARGELOS.

PREMIÈRE PARTIE

Nécessité de la déclaration des maladies contagieuses.

Nécessité de la désinfection permanente.

Le décret du 10 février 1903 fixe de la façon suivante la liste des maladies contagieuses auxquelles sont applicables les mesures de déclaration et de désinfection pour la protection de la santé publique.

Cette déclaration et cette désinfection sont obligatoires pour les unes, facultatives pour les autre.

Les maladies à déclaration obligatoire sont :

La fièvre typhoïde ; et fièvres paratyphoïdes ;
Le typhus exanthématique ;
La variole et la varioloïde ;
La scarlatine ;
La rougeole ;
La dipthérie ;
La suette miliaire ;
Le choléra et les affections cholériformes ;
La peste ;
La fièvre jaune ;
La dysenterie ;
L'infection puerpérale et l'ophtalmie des nouveau-nés (lorsque le secret professionnel ne s'y oppose pas) ;
La méningite épidémique cérébro-spinale ;
La polyomyélite antérieure aiguë ;
L'encéphalite léthargique ;
Le trachome.
La fièvre de Malte ou fievre ondulante.

Les maladies à déclaration facultative, sont :

La tuberculose pulmonaire ;
La coqueluche ;
La grippe ;
La pneumonie et broncho-pneumonie ;
L'érysipèle ;
Les oreillons ;
La lèpre ;
La teigne ;
La conjonctivite purulente.

Les maladies à déclaration obligatoire entraînent des mesures sanitaires destinées à *localiser*

et à éteindre les foyers d'infection. Ces mesures de désinfection doivent être appliquées PENDANT LE COURS, et *à la fin de la maladie*.

L'objet de cette notice n'est pas de décrire l'ensemble des procédés adoptés pour ces opérations, ni d'en faire la critique. Il est certain que la loi pour la protection de la santé publique est une loi bien conçue, et que son application intégrale rendrait les plus grands services.

Mais cette application rencontre, en dehors des grands centres, des difficultés qui la rendent peu efficace.

Dans les grandes villes comme Paris, elle ne trouve pas devant elle les inconvénients d'ordres divers qui ailleurs la paralysent. Mais dans les hameaux ou les petites villes, voire même dans de grandes villes de province, il est loin d'en être ainsi.

Les maires, chargés d'assurer l'application des mesures sanitaires, hésitent trop souvent à les imposer à leurs administrés, et parfois, ceux qui, conscients de leur devoir, voudraient faire exécuter la loi, sans se laisser détourner de cet objet par des considérations de sentiment ou d'intérêt électoral, se heurtent à des difficultés d'un autre ordre.

Le médecin, par exemple, ne veut pas déclarer la maladie contagieuse, malgré l'obligation à lui imposée par le législateur. Il se retranche derrière le principe inviolable du secret professionnel. Il n'admet pas que la loi puisse avoir le droit de lui ordonner, même dans l'intérêt public, une divulgation que sa conscience réprouve.

Loin de nous l'idée d'admettre un seul instant que le médecin ait le droit de révéler un secret professionnel, lorsque la connaissance d'une maladie ou de toute autre chose à lui parvenue, par le fait de sa profession, constitue réellement un secret.

Mais doit-on considérer comme divulgation d'une chose confiée et par conséquent comme violation d'un secret, la déclaration d'une maladie, que l'on a constatée, il est vrai, à cause de sa profession, mais qui, en règle générale, est connue des voisins avant même que du médecin traitant ?

Nous estimons que les membres du corps médical, qui font les déclarations exigées par la loi, ont une conscience de leur devoir aussi haute que ceux qui se croient obligés de garder des secrets qui n'en sont pas.

Le législateur l'a tellement compris ainsi, qu'il s'est bien gardé de porter dans la nomenclature des maladies à déclaration obligatoire celles pour lesquelles il existe un véritable secret professionnel.

C'est ainsi qu'il ne mentionne pas une affection éminemment contagieuse, l'avarie, quelle que soit *l'importance des motifs* invoqués pour obtenir, dans des circonstances graves, l'aveu de médecin. C'est ainsi que, à la suite de l'ordre de déclaration de l'infection puerpérale et de l'ophtalmie des nouveaux-nés, il a ajouté cette mention : « à condition que le secret de l'accouchement n'ait pas été réclamé ».

Il en est de même pour la tuberculose. Cette affection n'est en général connue, surtout dans la première période, que du médecin seul et des intéressés directs.

La connaissance de cette affection, comme celle des trois précédentes, est la conséquence d'une chose confiée dans le sens de confidence faite ; elle constitue, pour le médecin, un secret. Dans ce cas, il ne peut pas y avoir lieu à déclaration, et c'est dans cet esprit que le législateur n'a pas voulu l'imposer, malgré le caractère nettement contagieux de cette maladie.

Le Corps médical, soucieux de concilier ce qu'il considère comme son devoir avec les règlements d'hygiène publique, a cherché le moyen d'arriver à fournir les renseignements sur l'évolution d'une maladie contagieuse, sans pour cela violer le secret professionnel. On a proposé un moyen qui doit, à mon avis, supprimer tous les scrupules :

C'est de procéder, en matière de déclaration de maladie contagieuse, comme pour les déclarations de naissance ou de décès.

Le médecin donnerait au chef de famille, les cartes lettres sanitaires, portant le numéro de la maladie, et c'est le chef de famille qui les mettrait lui-même à la poste, à l'adresse du maire et du sous-préfet.

Adoptant cette manière de faire dans le projet de modification des procédés sanitaires que nous allons exposer, nous y apporterons un changement que nous croyons utile pour déclancher sans délai, l'action officielle du préposé à la désinfection.

Le chef de famille, au lieu de mettre les cartes dans une boîte aux lettres, les remettrait toutes les deux, directement, à la mairie de sa commune C'est le maire qui ferait parvenir à sa destination, celle réservée à l'Administration préfectorale. Cette manière de faire éviterait tous retards pouvant provenir de l'envoi par la poste de la carte destinée au maire.

Le secret professionnel serait sauvegardé ; le maire, immédiatement prévenu, aviserait, *sans délai*, le délégué à la désinfection.

Souvent, les parents du malade s'opposent à la déclaration que le médecin voudrait faire. Ils lui objectent des raisons de sentimentalité ou d'intérêt mal compris, éloignement possible de la clientèle ou autre. Ils n'agiraient pas ainsi, s'ils avaient une notion exacte, non pas de leurs devoirs envers leurs semblables, mais de leur intérêt personnel.

D'une part, en s'opposant à la déclaration et à la désinfection qui en doit être la conséquence, ils négligent de faire ce qui est nécessaire pour en-

rayer la contagion dont eux et leur famille sont les premiers menacés.

D'autre part, les craintes d'éloignement de la clientèle d'un magasin, par suite de la déclaration d'une maladie contagieuse, sont illusoires. En effet, à défaut de déclaration, le public ne tardera pas à apprendre par ailleurs, s'il ne le sait déjà, qu'il y a dans la maison un malade, et le caractère de la maladie ne tardera pas à être connu.

Les clients s'éloigneront avec raison ; ils s'éloigneraient bien moins et ils ne s'éloigneraient pas même du tout, s'ils savaient que la maladie est déclarée, et que toutes les précautions sont prises pour en éviter la propagation.

Les personnes vivant dans l'entourage du malade, en veillant à la désinfection pendant le cours de la maladie, se rendent service à elles-mêmes d'abord, car elles sont les plus exposées au danger ; la sécurité des voisins ne sera que la conséquence des mesures qu'elles auront prises dans leur intérêt personnel.

C'est là un des cas assez rares où des avantages généraux peuvent être la conséquence de l'égoïsme.

Un foyer contagieux peut être comparé à un foyer d'incendie.

Que dirait-on d'une personne qui, voyant dans un coin de son appartement des *matières en ignition*, ne ferait pas tout son possible pour éteindre les premières flammes, et attendrait pour crier au secours, de voir ces dernières gagner la maison et, par le toit effondré, les maisons des voisins ?

On dirait avec juste raison : « C'est un fou ou un imbécile ! »

Eh bien, il n'y a pas de différence entre cet imbécile ou ce fou et celui qui, sachant avoir, par exemple, une fièvre typhoïde, ou une petite vérole dans sa famille, ne prend pas, sans hésiter, toutes les précautions possibles pour se garantir lui-même, et pour garantir ses enfants, sa femme ou son mari, contre les dangers de l'infection, dont ils sont immédiatement menacés.

Nous nous trompons, il y a une différence.

La maison d'où est partie l'incendie, et celles des voisins, peuvent être couvertes par une Compagnie d'assurances. Mais quelle est la Compagnie d'assurances qui indemnisera de la perte d'un enfant, d'un père, d'une mère, victimes de la contagion ?

Dans le cas où cette contagion aura entraîné la mort d'un de ces êtres aimés, si les parents ont négligé de prendre les précautions voulues, quels ne seront pas leurs regrets, pour ne pas dire leurs remords !

Il faut bien être convaincu, et on ne saurait trop le répéter, que le premier danger de contamination est pour l'entourage immédiat. Celui-ci est le premier intéressé à prendre, pour sa propre sécurité, les soins de désinfection. Ce n'est que d'une façon secondaire, que les soins pris pour garantir la famille du malade servent à garantir les agglomérations voisines.

Applications pratiques de la désinfection

Les précautions de désinfection, pour être efficaces, au point de vue de la protection de la famille et de l'hygiène publique, doivent être prises *dès le début et pendant tout le cours de la maladie,* et par tous ceux qui ont dans leur maison une maladie contagieuse.

Le législateur, comprenant l'importance capitale de cette désinfection, pendant tout le cours de la maladie, a insisté sur cette nécessité, dans les articles 10, 11, 12 et 13, titre II du décret du 10 juillet 1906, portant règlement d'administration publique, sur les conditions d'organisation et de fonctionnement de cette désinfection.

Il tombe sous le sens que c'est pendant le cours de la maladie, que les germes pathogènes pullulent et se multiplient. C'est pendant cette période qu'ils sont les plus virulents, et qu'ils risquent le plus de contaminer la famille d'abord, et ensuite les étrangers, par leur dissémination à l'extérieur.

La conclusion nécessaire est la suivante : plus on détruira de bacilles dans la maison du malade, moins son entourage sera exposé et moins la contagion au dehors deviendra possible.

La loi, qui a été faite dans l'intérêt de tous, comporte bien des sanctions contre ceux qui ne se conforment pas aux prescriptions sanitaires. Mais, dans notre pays surtout, une loi de coercition, serait-elle bien faite, et quelle que soit l'excellence de son but, sera le plus souvent d'une application difficile et incomplète.

En hygiène sociale, comme en économie sociale, on ne peut obtenir que des résultats imparfaits, si l'on veut imposer, même dans l'intérêt de tous, les procédés économiques et administratifs. Il faut, pour réussir, arriver à joindre à l'obligation officielle, la bonne volonté des intéressés eux-mêmes. Or, cette bonne volonté ne peut être mise en jeu qu'en leur faisant toucher du doigt l'intérêt particulier qu'ils ont à favoriser l'exécution des mesures édictées dans l'intérêt public.

Dans la première partie de cette notice, nous avons essayé de faire comprendre la nécessité de procéder à la désinfection, pour toutes les maladies contagieuses, et pendant *tout le cours de ces maladies.*

Nous nous résumerons en quelques mots :

Une maladie contagieuse constitue un danger immédiat de contamination pour la garde-malade, et tout l'entourage familial.

Pour éteindre ou diminuer le plus possible, leurs risques d'infection par les germes nocifs qui les entourent, ces personnes doivent pren-

dre les précautions sanitaires dès le début, et pendant tout la durée de leur production.

Cette conduite leur est dictée par leur intérêt personnel. C'est en se protégeant elles-mêmes d'abord, qu'elles localiseront le foyer d'infection, et empêcheront la propagation au dehors des maladies contagieuses, ainsi que le développement des épidémies.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CATTIN, de Lorient. — M. le Dr VINCENTELLI, de Marseille.

— **Hommage au docteur Quivy.** — Les médecins du Nord à Paris (*Nord Médical*) douloureusement frappés par la mort du docteur Quivy, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux, ancien secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, Administrateur du *Sou Médical*, fondateur de l'Association des médecins sinistrés des régions dévastées, ont pris l'initiative de placer sur la tombe de leur confrère un témoignage de leur souvenir ému et de leur reconnaissance pour son inlassable dévouement.

Ils sauront gré à tous les médecins et aux différents groupements qui ont apprécié son activité professionnelle et sociale de leur apporter leur concours et leur adhésion. Les souscriptions seront adressées au docteur Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid. Chèques postaux : Paris 746.08, ou au *Concours Médical*.

— **Mesures contre la variole.** — *Circulaire* adressée par M. A. Fallières, Ministre du Travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les Préfets :

« A la suite de l'examen de la documentation qui lui a été communiquée au sujet des cas de variole constatés en France, la Commission permanente de la vaccine a présenté à l'Académie de médecine, qui en a adopté les conclusions, un rapport demandant l'emploi rigoureux de quelques mesures défensives qui s'imposent à l'attention de ceux qui ont la charge de la santé publique.

Je crois devoir vous rappeler que la lutte antivariolique comporte trois mesures d'une efficacité certaine :

1° *Isolement des malades.* L'isolement des contagieux pourra être imposé par application du décret du 14 août 1914 (article 6), prorogé par celui du 6 novembre 1919.

2° *Désinfection des objets ou locaux contaminés.*

3° *Vaccination* sans exception de toutes les personnes qui ont été en rapport avec les malades et de toutes les collectivités dans lesquelles ils ont pénétré : administrations, usines, manufactures, écoles, etc.

Ces mesures sont d'autant plus opérantes qu'elles sont appliquées plus rapidement et plus complètement. Elles auront donc le meilleur rendement si la déclaration de la variole a lieu de façon précise. C'est pourquoi je vous prie de vouloir bien user de votre influence auprès du Corps médical pour chercher à obtenir des praticiens une déclaration aussi rapide que possible à la moindre suspicion de variole, ce qui vous permettra d'ordonner les mesures d'isolement indispensables et de faire procéder d'urgence aux désinfections et vaccinations nécessaires ».

— **Le V. E. M. de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris à Vichy.** — Les médecins et étudiants participant à ce V. E. M. et appartenant à une trentaine de nationalités d'Europe, d'Amérique, d'Afrique et d'Asie, groupés autour de personnalités médicales françaises, ont quitté Vichy après avoir visité les sources, les établissements de la Compagnie Fermière, le Sporting-Club, suivant le programme prévu.

Avant leur départ, ils ont été conviés par la Compagnie Fermière à un banquet qui fut l'occasion d'une réunion très cordiale et d'une grande portée en raison du nombre des nationalités représentées.

Ces hôtes distingués ont quitté Vichy, en exprimant leur satisfaction du cours pratique d'hydrologie qu'ils venaient de suivre dans la première station du monde et ont manifesté hautement leur admiration pour son *incomparable organisation scientifique* et technique.

Le banquet était présidé par M. BAUGNIES, administrateur-délégué de la Compagnie Fermière qui, au champagne, prit le premier la parole et dans une improvisation chaleureusement applaudie fit un exposé, remarquable à la fois par la clarté et par la concision, des notions essentielles concernant le développement de Vichy tant au point de vue thermal qu'au point de vue exportation, et donna à l'appui des chiffres éloquents : 850.000 opérations thermales données en 1926 au lieu de 550.000 en 1913. Le nombre des baigneurs a dépassé cette année 130.000. En 1925, les expéditions ont atteint 43 millions de bouteilles. En 1926, les quantités de bouteilles expédiées ont été de 180, 190 et jusqu'à 200.000 par jour. Ce discours est salué par une longue ovation.

Prennent ensuite la parole, M. le docteur CHABROL, président de la Société des sciences médicales de Vichy, et M. le Dr LE MOIGNIC, Commissaire du Gouvernement qui, tous deux, sont chaleureusement applaudis. Plusieurs médecins étrangers, en des discours goûtés, parlent en termes excellents de la station thermale de Vichy et de ses bienfaits thérapeutiques.

Puis c'est au tour de M. le professeur VILLARET qui, avec un grand bonheur d'expression, caractérise l'œuvre accomplie à Vichy par la Compagnie Fermière et termine son discours, aux acclamations de l'auditoire, par un saisissant tableau de la richesse hydrominérale de la France et de Vichy en particulier.

M. le professeur LARDENNOIS clôt la série des discours par une brillante improvisation qui est acclamée d'enthousiasme.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

D'après ces juristes, ces décisions administratives ne sont pas prises pour modifier et interpréter l'article 56 du code civil, mais pour assurer la moralité, la tranquillité et la salubrité publiques, qui sont de la compétence de l'autorité municipale (Beurdeley, Soc. de médecine légale XVIII, p. 51 ; Brouardel, *La responsabilité médicale*, p. 200 ; Perreau, éléments de jurisprudence médicale, p. 374).

Il en résulte que, *stricto sensu*, le Code civil, ni la Cour de Cassation n'exigent, de la part des médecins et sages-femmes, la déclaration d'un produit de la conception, que si celui-ci a plus de six mois de vie intra-utérine.

Des textes réglementaires, arrêtés municipaux ou autres, ont étendu cette déclaration à tout embryon âgé de six semaines.

Bien qu'en droit strict, ces décisions administratives aient une valeur juridique fort discutable, les médecins feront cependant bien de s'y conformer, lorsque, dans leur commune, aura été pris un arrêté municipal dans ce sens.

Mais, le praticien devra présenter le produit de la conception à l'officier de l'état-civil, en se refusant à faire connaître le nom de la mère et son domicile, comme il en a le droit et même le devoir dans certains cas, pour la déclaration des naissances, ou des morts-nés (Angers, 18 novembre 1854 ; Trib. civ. Seine, 30 décembre 1875).

Mais, n'oublions pas, d'autre part, que l'article 56 du Code civil impose au médecin, ou à la sage-femme, la déclaration de l'enfant dans le seul cas de l'absence du père ; c'est donc à ce dernier qu'incombe le devoir de déclaration. Le praticien n'intervient en première ligne que dans le cas de naissance illégitime, puisque, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'enfant, celui-ci n'a pas de père légal.

Le médecin, ou la sage-femme, devrait déclarer également dans le cas où le père légitime serait mort (enfant posthume) ou absent, en voyage.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

A propos de l'Assemblée générale du S.M.S. et de la scission

Nous avons reçu de M. le Dr Schmitt, la lettre suivante :

Paris, le 17 octobre 1926.

Mon cher confrère,

J'attendais, pour répondre à votre lettre de l'*Informateur médical* et à votre article du *Concours*, d'avoir pris connaissance du procès-verbal de l'Assemblée générale du S.M.S., en ce qui concerne votre intervention. Il porte :

« M. Cibrie : A orientation nouvelle, il faut des hommes nouveaux.

M. Noir : Je pense que cette question sera résolue le 4 juillet à l'Assemblée générale. Je sais que le Président et d'autres membres du Conseil s'efforcent de trouver un terrain d'entente. J'espère qu'ils y parviendront et c'est pour cela que je me demande s'il est opportun d'attiser les passions et de susciter les haines personnelles quand les choses paraissent devoir s'arranger d'ici peu. »

L'orientation nouvelle était, à ce moment, chose faite et connue. J'ai donc compris, ainsi que tous les confrères que j'ai interrogés sur le sens des paroles que vous aviez prononcées et dont le procès-verbal n'est forcément qu'un résumé, — que vous ne faisiez, et ne pouviez faire allusion qu'à la seule question encore en suspens, à celle que tout le monde considère comme la principale cause du conflit ; — et que vous nous engagiez pour ne pas raviver inutilement de tristes souvenirs, à, passez-moi l'expression, « ne pas enfoncer une porte ouverte », à ne pas inviter à le prendre, des gens décidés à le faire de leur plein gré.

Ceci dit, je m'empresse de déclarer, que l'idée n'est venue à aucun d'entre nous de supposer que vous preniez part à une manœuvre destinée à surprendre la bonne foi du SMS, à l'enchaîner un an encore à l'Union, en laissant croire que la Fédération allait recevoir entière satisfaction et mettre fin à la scission.

Lisant, dernièrement, ces lignes de vous : « Nous avons presque sans argent, souvent avec nos propres ressources, fait une active propagande dans toute la France et mené le bon combat. Nous avons obtenu quelques résultats, puisque de 2.500 membres en 1895, quand nous avons pris le secrétariat, le nombre des adhérents s'est progressivement élevé à 8.500 environ quand nous l'avons quitté », — je n'ai pu m'empêcher de penser à Auguste pleurant ses légions. J'aurais été heureux, dans la faible mesure de mes moyens, de vous aider à les rallier, car elles sont toujours intactes et prêtes à l'action, grâce au louable acte d'indépendance des dissidents qui ont permis aux troupes circonvenues de se ressaisir et d'abandonner la voie périlleuse où on les avait imprudemment engagées. Mais, au lieu de vous en prendre à Varus et à son Etat-major, vous attaquez les dirigeants de la Fédération et leur reprochez de ne pas accepter de tenter une nouvelle expérience.

Refaite avec les mêmes éléments, elle ne pouvait aboutir qu'aux mêmes résultats, et il eût fallu pour s'y prêter, que les dissidents fussent doués d'une naïveté incommensurable.

Un fait est aujourd'hui acquis : c'est que ces dissidents ont eu raison dans le fond, — restent la forme et la question de personnes.

Pour avoir crié : « Casse-cou », ils ont été traités en suspects et mis à l'index. Pour éviter les querelles qu'on leur cherchait à tous propos, ils ont repris leur liberté et mené, eux aussi, le bon combat conformément aux vues de la presque unanimité du corps médical et, les événements l'ont prouvé, de la majorité des Syndicats affiliés à l'Union. Pouvaient-ils faire autrement ? et où en serions-nous sans eux ?

Sont-ce eux qui font des questions de personnes ?

Il me semble impossible de l'admettre : leurs rapports personnels avec les dirigeants de l'Union ne peuvent avoir été suffisamment longs et étroits pour qu'il en soit résulté des antipathies profondes ; ils ne peuvent abandonner les situations enviables qu'ils occupent en province, pour venir exercer ici des fonctions syndicalistes, aléatoires et ingrates.

Seul le souci des intérêts des malades et de la médecine peut expliquer leur conduite.

C'est donc à tort qu'on met à leur charge les fautes dont la responsabilité incombe à d'autres, qui, vous ne l'ignorez pas, en sont coutumiers et se dérobent avec une inconsciente désinvolture, lorsqu'il est question de faire la lumière sur leurs faits et gestes.

J'ose espérer, mon cher confrère, que vous voudrez bien insérer ma réponse dans le *Concours médical*, et je vous prie d'agréer, avec mes remerciements anticipés, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr SCHMITT.

Nous ne voulons pas éterniser, craignant de le rendre irritant, un débat que nous considérons comme inutile.

Pour aboutir à une conciliation, il faut de la bonne volonté de part et d'autre ; en tous cas, il faut mettre dans les échanges et les exigences quelque courtoisie. Le compte rendu de l'Assemblée générale extraordinaire de l'Union des Syndicats du 4 juillet dernier, suffira à éclairer les confrères qui désirent l'être ! Nous n'y ajouterons rien que nos regrets persistants d'une division plus que jamais déplorable.

J. N.

***

A propos de l'organisation nécessaire des prompts secours.

Monsieur et Honoré confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article sur « Les prompts secours en cas d'accident », dans le numéro du 3 octobre du *Concours médical*, et je crois devoir vous raconter ce qui m'est arrivé hier 10 octobre.

Je rentrais chez moi vers 10 heures, quand je vois à ma porte une automobile dont descend un monsieur qui me demande de venir visiter un

jeune homme qu'il venait de renverser, sans d'ailleurs qu'il y eût de sa faute, d'après les témoignages reçus. Je me rendis immédiatement à sa demande et trouvai le blessé chez un pharmacien, étendu sur un matelas et après examen, je lui reconnus une fracture des deux cuisses. Je conseillai son transport dans un hôpital de R. et fis téléphoner à l'hospice général, demandant l'envoi de l'ambulance automobile pour ce cas urgent. Il me fut d'abord répondu que l'ambulance était uniquement pour le service de la ville et que je m'adresse à la préfecture : comme c'était dimanche, je fis remarquer que je n'obtiendrais, de ce côté, aucune réponse. Devant mon observation, on me promit qu'on allait demander l'autorisation du directeur.

Le temps passe, on ne voit point arriver l'automobile : de l'hospice général au lieu de l'accident, il y a six kilomètres.

Au bout de 3 /4 d'heure environ, je retéléphone et n'obtiens toujours que la même réponse, c'est-à-dire qu'on allait demander l'autorisation.

Devant ce peu d'empressement administratif, quelques personnes obligeantes se mirent en quête d'une camionnette dont le propriétaire voulut bien se mettre à notre disposition et emporter le blessé à l'hôpital. Tout cela avait demandé près de deux heures.

Ne croyez-vous pas qu'on aurait pu, vu le cas d'urgence, passer par-dessus les réglements de l'*administration* et venir aider avec un peu plus d'empressement au transport confortable d'un blessé atteint de fracture de ses deux fémurs, et ne pourrait-on pas, pour des cas semblables, donner un peu plus d'élasticité aux réglements, sans être obligé de courir après l'autorisation d'un monsieur qui pourra être absent au moment où on aura besoin de son consentement ?

Dr Lefèvre.

***

L'éducation sexuelle

Je me permets de vous signaler à ce sujet, une brochure du Dr Barbet, de l'hôpital Saint-Joseph, intitulée : *La préparation au mariage par la chasteté.*

Dr B. (Aube).

Accidents du Travail et maladies professionnelles

3124. — Maladies professionnelles garanties par la législation spéciale.

Je vois pas mal de maladies professionnelles parmi les émailleurs des usines ; or il arrive souvent que

ceux-ci viennent me consulter alors qu'ils sont un peu mal à l'aise, fatigués, constipés plus qu'à l'habitude, avec une langue saburrale, un liseré apparent, anémiés, etc. Ils n'ont pas de coliques véritables, pas d'anémie sérieuse, pas d'arthralgies nettes ; dans ces cas j'indique sur le certificat « saturnisme » (liséré gingival, langue saburrale, anémie).

Quelques-uns de mes malades, munis d'un certificat portant les indications ci-dessus, se sont reposés une quinzaine de jours et viennent de se voir refuser par l'assureur leur demi-salaire durant le temps d'incapacité prévu par mon certificat.

L'assureur ou le patron sont-ils dans le droit d'agir ainsi ? L'agent d'assurances m'a affirmé que la loi sur les maladies professionnelles avait prévu un certain nombre de formes de ces maladies, 4 ou 5, paraît-il, ajoutant que si le certificat médical ne mentionnait pas exactement l'appellation voulue, le patron ou l'assureur substitué pouvaient refuser de payer.

Je n'ai pu discuter, ne connaissant pas la loi sur les maladies professionnelles, dont du reste je n'avais jamais eu à m'occuper avant mon installation ici, qui date de deux mois.

C'est pourquoi je m'adresse à vous pour m'éclairer sur les points que je viens de vous soumettre.

Dr F.

Réponse.

Sont seules considérées comme « maladies professionnelles », entraînant l'application de la loi du 25 octobre 1919 les maladies énumérées dans un tableau annexé à la loi, toutes maladies engendrées par l'intoxication saturnine ou mercurielle.

Voici la liste de ces maladies :

Saturnisme : coliques de plomb, myalgies, arthralgies, paralysies des extenseurs, hystérie saturnine, néphrite, goutte saturnine.

Hydrargyrisme : stomatite, tremblements mercuriels, troubles nutritifs mercuriels, cachexie mercurielle, paralysies mercurielles.

Encore faut-il, pour que la loi soit applicable, que ces maladies aient été contractées au cours de certains travaux industriels, longuement énumérés dans le tableau annexe.

Il appartient au malade de faire la déclaration de sa maladie au maire de la commune, dans les quinze jours de la cessation du travail et de déposer, à l'appui de sa déclaration, un certificat médical indiquant la *nature* de la maladie et ses suites probables.

Il est donc en effet nécessaire, pour permettre à vos malades de faire valoir leurs droits, que vous indiquiez sur votre certificat initial le diagnostic exact de la maladie. Cette indication est indispensable pour savoir si la loi doit être applicable ou non dans chaque espèce.

3151. — Evaluation d'incapacité permanente.

Un de mes clients, ouvrier agricole, a eu le médius de la main gauche sectionné par une scie mécanique, le trait passe par le milieu de la phalangine. Accident le 4 septembre. Mon client est guéri et dans quelques jours, je dois envoyer son certificat de consolidation à la compagnie. A combien à votre avis dois-je évaluer l'incapacité permanente partielle ? Il s'agit d'un homme fort valide âgé de 64 ans, il gagne 26 fr. par jour dont 18 fr. de fixe et 8 fr. de nourriture.

A quelle indemnité pensez-vous que mon client ait droit ? Le fait que le blessé a été accidenté par une scie mécanique ne prouve pas qu'il travaillait dans une industrie quelconque. Il s'agit d'un ouvrier agricole.

Dr C.

Réponse.

L'invalidité résultant de l'amputation des deux premières phalanges du médius gauche peut être évaluée à 6 % (Mayet, Imbert, Odde et Chavernac).

La rente du blessé sera calculée sur le salaire *annuel* qu'il gagnait au moment de l'accident. En supposant 300 jours ouvrables par an, son gain annuel était donc de 7.800 francs. A cette somme, il convient d'ajouter la valeur de la nourriture qui lui était fournie en sus, d'après le taux arrêté par le préfet, après avis de la commission départementale du travail. Sur le total ainsi obtenu, la partie du salaire excédant 4.500 francs ne sera comptée que pour un quart et la rente sera égale à 3 % du salaire de base déterminé de la façon ci-dessus.

3082. — Révision pour survenance d'incapacité permanente.

Permettez-moi de recourir à votre compétence pour le cas suivant :

Accident du travail survenu en avril 1924. Plaie légère de la face antéro-interne du poignet droit, qui par suite de l'état antérieur local du blessé (synovite à grain riziforme de la gaine des fléchisseurs) donna lieu à un curetage (la radio montra une légère atteinte du cubitus au niveau de l'articulation radiocubitale).

A la suite de ce curetage, malgré que l'articulation radiocarpienne n'ait jamais été atteinte, je crois devoir procéder à une immobilisation de plusieurs semaines, puis exiger un repos absolu de l'article jusqu'en novembre 24.

A cette époque, reprise du travail sans demande de pension, mais en faisant des réserves sur l'évolution ultérieure possible. Il n'y avait, en effet, qu'une très légère limitation des mouvements du poignet et flexion des doigts, que l'on pouvait espérer voir disparaître totalement.

Ce blessé revient me trouver aujourd'hui sans lésions appréciables ; il prétend souffrir de son poignet, manquer totalement de force dans la main et voir ses doigts se mouvoir de plus en plus difficilement.

Je le crois dans son droit de demander une révision pour attribution de pension. Auquel cas, quelle est la marche à suivre, les pièces à fournir ?

Dr M.

Réponse.

Votre client a un délai de trois ans qui a commencé à courir du jour où, reprenant son travail, il a cessé de toucher son demi-salaire, pour introduire une action en révision fondée sur une aggravation de son état.

Que votre client se rende au greffe du Tribunal civil de l'arrondissement dans lequel l'accident s'est produit et fasse une déclaration de demande de révision. Le président, saisi par cette déclaration, le convoquera en conciliation avec le patron et l'assurance. Si les parties ne peuvent se concilier, l'affaire sera renvoyée devant le Tribunal.

Dès avant le préliminaire de conciliation, votre client sera pourvu de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire et un avoué et un avocat seront commis d'office pour soutenir ses intérêts.

Il sera bon, pour permettre au blessé de faire valoir ses droits, que vous lui délivriez un certificat dans lequel vous décrirez son infirmité et évaluerez le pourcentage de son invalidité.

Nous tenons à vous signaler que, quelle que soit l'issue de l'action engagée par le blessé, tous les soins que vous pourrez lui donner maintenant resteront à sa charge.

3152. — Salaire de base.

Un ouvrier d'usine, exerçant en même temps le métier de croque-mort, est blessé dans cette fonction. Sur la demande du gérant des pompes funèbres, je fais une déclaration d'accident du travail. Au bout de quelques jours, l'ouvrier vient me demander conseil : le gérant lui a annoncé que son incapacité temporaire serait rémunérée sur la base de 45 fr. par mois ! Pour un homme marié, pére de famille, c'est peu ; avec son bras fracturé, il ne peut s'adonner au moindre travail.

La question est donc de savoir si les pompes funèbres doivent lui verser sa demi-journée totale, en comprenant son salaire de l'usine, ou seulement sa demi-journée partielle en ne comprenant que ce qu'il touche de cette administration.

Dr C.

Réponse.

Le demi-salaire du blessé ne peut être calculé que sur le salaire payé par l'administration des

pompes funèbres, sans qu'il soit possible de faire entrer en ligne de compte le salaire payé par l'usine où le blessé travaillait également.

Le demi salaire doit être égal à la moitié du salaire payé au moment de l'accident, à moins toutefois que le salaire ne soit variable ; dans ce cas, le demi-salaire devra être égal à la moitié du salaire moyen des journées de travail pendant le mois qui a précédé l'accident.

Enfin, le demi salaire ainsi déterminé sera dû pour *chaque* journée d'incapacité, quand bien même le blessé n'aurait été employé que d'une façon intermittente.

Fiscalité

2826. — Réduction de la puissance d'une automobile.

J'ai pour assurer le service de ma petite clientèle une voiture Clément-Bayard 10 CV, mise en circulation le 26 avril 1911.

Depuis un an environ, je m'aperçois que cette auto n'a plus le même rendement ; sur les conseils du receveur des contributions et d'après l'avis de l'ingénieur des mines de l'arrondissement, j'avais demandé si j'avais droit à une réduction de puissance pour cette vieille machine : la réponse fut négative : le service *des mines n'avait encore* accordé aucune réduction. (Je dois vous dire que la firme Clément-Bayard n'existe plus depuis quatre ou cinq ans, peut-être plus).

Les impôts-autos ayant été très élevés en juillet 1926, j'ai écrit de nouveau à la maison Clément : même réponse qu'en décembre 1925.

Comme j'avais vu sur le *Concours* du 25 juillet à la demande d'un confrère qui désirait faire réduire de 9 à 5 CV. l'impôt d'une vieille voiturette datant de 15 ans, que vous conseilliez de faire une réclamation au contrôleur qui lui fournirait tous les renseignements utiles au sujet de la force exacte de la voiture, je le fis de suite et il me répondit : adressez-vous à l'ingénieur des Mines. Je m'adresse à ce Monsieur qui me répond, comme l'an dernier : demandez à la maison Clément la réduction de puissance de votre voiture.

Je viens donc, mon cher Confrère, vous demander quelle marche (s'il y en a une), je dois suivre pour arriver à un résultat convenable, car je crois qu'il est inadmissible que je paye pour cette voiture des impôts aussi élevés que si elle était de date récente.

Dr R.

Réponse.

La disparition de la maison Clément-Bayard rend, en effet, impossible la marche habituellement suivie pour obtenir la réduction de la force théorique imposable de votre voiture.

Nous ne pouvons que vous conseiller de faire une demande au service de l'Inspection des Mi-

nes, après vous être fait fournir tous renseignements utiles sur les caractéristiques du moteur par un garagiste compétent. A. MARTINOT, Conseil fiscal.

2870. — Bénéfice professionnel, Déduction des mauvais crédits.

J'ai reçu ma feuille d'impôts à payer pour l'impôt général sur le revenu (bénéfice des professions non commerciales).

Ce soir, je reçois une nouvelle feuille libellée ainsi : « Quel a été en 1925 le montant des mauvais crédits compris par vous dans le total des frais généraux déclarés ; conformément à la législation en vigueur, cette déduction ne peut être faite, ne représentant qu'un manque à gagner ».

J'ai déclaré 1.470 fr. de mauvais crédits. Est-ce exact que je doive payer un impôt sur cet argent qui ne m'est jamais rentré, et que j'ai compris dans ma déclaration globale de chiffre d'affaires. Dr G.

Réponse.

Si vous avez déclaré comme bénéfice brut le montant des *honoraires effectivement encaissés* au cours de l'année 1925, quelle que soit l'année à laquelle ils se rapportent, le contrôleur a raison, les mauvais crédits ne constituent qu'un manque à gagner et non une perte déductible.

Au contraire, si vous avez déclaré le montant des honoraires gagnés en 1925, c'est-à-dire le montant total des créances que vous avez acquises en 1925 sur vos clients pour soins donnés au cours de la dite année, que ces créances aient été encaissées ou non au 1er janvier 1926, alors le contrôleur a tort et il doit admettre dans les frais généraux le montant des mauvais crédits justifiés ; c'est votre cas.

Précisez au contrôleur que ces mauvais crédits sont compris dans votre bénéfice brut égal au montant des honoraires encaissés ou non.

A. M.

Questions médico-militaires.

2891. — Aggration de l'état d'un réformé.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me donner les quelques renseignements ci-dessous pour me permettre de documenter un de mes clients.

Celui-ci a été blessé par ypérite en 1918. Il n'a pas été hospitalisé, mais il possède un certificat d'origine de son corps constatant son intoxication, daté du 18 août 1918. Il trouve que son état s'est aggravé.

Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me dire quelles formalités il doit accomplir pour passer devant une commission de réforme ou autre pour demander son admission comme mutilé de guerre.

Dr P.

Réponse.

Que votre client adresse, par pli recommandé, au Directeur du Service de santé de sa région, une *demande de visite pour infirmité imputable*

au service militaire effectué pendant la guerre de 1914-1918.

2561. — Promotion du 2e au 3e galon.

Je suis de la classe 1903 et père de deux enfants : médecin A. M. de 2e cl. en 1910. A.-M. de 1re classe en décembre 1914, je fais toute la guerre sur le front : 34 mois de médecin de bataillon à l'avant, le reste comme médecin d'ambulance divisionnaire ou de C. A.

Je m'attendais à passer médecin à 3 galons au plus tard au bout de mes dix ans de grade c'est-à-dire fin 1924 et même plus tôt, car il me semble avoir lu quelque part que pour les médecins du front une année passée à l'avant comptait double pour l'avancement. Or, en fait d'avancement, je suis encore à l'heure actuelle à 2 galons. Je la trouve un peu raide. N'avais-je pas droit à passer automatiquement au grade supérieur au bout de mes dix ans de médecin A.-M. de 1re classe ? Dr X.

Réponse.

Le passage de deux à trois galons se fait uniquement *au choix*, et non automatiquement à *l'ancienneté, pour les officiers de complément.*

Il faut donc que vous soyez proposé par votre Directeur, puis inscrit au tableau d'avancement par le Ministre de la Guerre.

C'est le moment de vous occuper de cette question ; voyez à ce sujet votre directeur du Service de santé.

2567. — Classe de mobilisation. Indemnité d'équipement.

J'ai fait la guerre comme fantassin parti en 1916. J'ai été alors nommé médecin auxiliaire et démobilisé comme tel en 1919.

J'ai été ensuite nommé médecin A.-M. de 2e cl. en juin 1924.

Je suis de la classe 1913, marié, un enfant, n'ai-je pas, à ce titre, le droit de gagner une classe ? A qui faut-il demander ?

N'ai-je pas, d'autre part, le droit de toucher une première mise d'équipement ? A qui faut-il demander ?

Dr C.

Réponse.

1° Vous gagnez, en effet, une classe et c'est à la mairie qu'il faut en faire la déclaration. Mais, en pratique, cette faveur est sans résultat.

Si vous arrivez, une année plus tôt, à la dernière classe justiciable d'obligations militaires, vous attendez là que les hommes de votre classe d'origine arrivent à être libérés à leur tour. Ensuite il n'en résulte, pour vous qui êtes officier, aucun bénéfice quant aux périodes d'instruction, car, d'après un autre article de la même loi de recrutement, le Ministre reste libre de convoquer suivant les besoins du service les officiers de complément, sous certaines conditions, bien entendu.

2° Réclamez votre indemnité de première mise d'équipement, à laquelle vous avez droit, au Directeur du Service de Santé de votre région.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 2844-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains : A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trutot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cannet (Le), près Cannes : Comoy,

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turean.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle Pierrnugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin. Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Foucaud. Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilvan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr Bézier, de Vaiges, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du Concours médical, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 502. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 503. — Méd. major 1re cl. troupes colon. (C. guerre, Lég. d'hon.), 48 ans, sur point prendre retraite, dés. empl. dans labor. de spécial. pharmac.

No 504. — Dr 49 ans, très valide, mais ouïe s'affaibliss. est obligé cesser d'exerc., cherche situat. para ou extra-médic. honnête et digne. Ecr. Dr à La Ferrière-s.-Risle (Eure).

N° 505. — A vend. au pl. offr. les 12 numér. de la 1re année d'*Esculape* (1911).

N° 506. — Conf. cherche à sous-louer, pour y exercer spécialité trois ou quatre fois par semaine, salon et cabin. de consult. dans 8e et 16e, jusqu'à Trocadéro.

N° 507. — A vend. appar. Diathermie Walter A3 avec milliampèremètre et shunt. Excell. état, neuf, Dr Morel, à Réalcamp (S.-Inf.).

N° 508. — Ille-et-Vilaine. — Proxim. mer, bon poste campagne, beauc. accouch., aff. 75.000, habit. 8 p., nombr. dépend., eau, jard. (facil. paiem.). S'ad. cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. 36-46.

N° 509. — Jeune Dr très expér. rech. poste campagne ou pet. ville Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Association de la Presse médicale belge.** — Dans son assemblée générale du 17 octobre, l'association de la Presse médicale belge a élu notre rédacteur en chef adjoint, le Dr G. Duchesne, membre correspondant étranger. La direction et la rédaction du *Concours médical* expriment à notre cher ami Duchesne leurs plus affectueuses félicitations et adressent à nos excellents confrères de la presse médicale belge, à nos amis Beckers et Mayer en particulier, leurs remerciements et l'expression de leur bien cordiale sympathie.

— **Mariage.** — Le mariage de Mlle Gabrielle Gardette, fille du Directeur de la *Presse Thermale et Climatique*, avec M. Septime Dupin, a été célébré le samedi 23 octobre, en l'église Saint-Dominique, à Paris. Nos plus sincères compliments.

— **Hôpitaux de Paris.** *Assistants suppléants de consultation.* — Plusieurs places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique seront vacantes le 1er janvier 1927. Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés

d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du Service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris.

— **Hôpital Foch**, 60, rue Vergniaud. — Le Dr Léon GIROUX reprendra ses *conférences de cardiologie pratique* le dimanche 21 novembre à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique et électrocardiographique.

— **Union des médecins mutilés de guerre**. — Un groupe de médecins vient de jeter les bases d'une Union des médecins mutilés de guerre, dont le but est de venir en aide aux veuves et aux orphelins des médecins français morts au Champ d'honneur, ainsi qu'aux camarades mutilés et invalides de guerre. Ce groupement a chargé le Dr A. LANDRIN de recueillir les adhésions « de principe » et les camarades sont priés de lui écrire à l'Hôtel de la Société des Ingénieurs civils de France, 19, rue Blanche, Paris.

— **Clinique d'accouchements Tarnier**. *Leçons du jeudi soir.* — Des conférences destinées aux docteurs et étudiants désirant se spécialiser en obstétrique seront faites à la Clinique Tarnier le jeudi soir, à 8 h. 3/4. Conférence du 18 novembre : Doit-on appliquer le forceps au détroit supérieur (M. Lantuéjoul).

— **Les Journées médicales marseillaises et coloniales** sont fixées aux 21, 22, 23 et 24 avril 1927. Bureau des renseignements, 40, Allées Léon-Gambetta, Marseille.

— **Hôpital Saint-Antoine**. *Maladies des voies digestives.* — Du 15 au 21 novembre, MM. Le Noir et Brodin feront une série de conférences de *thérapeutique digestive* tous les matins à 10 h. 1/2, salle Aran.

— **Hôpital Trousseau**. — M. Lesné, médecin de l'hôpital Trousseau, commencera, le samedi 13 novembre, une série de conférences hebdomadaires d'hygiène, de médecine et de thérapeutique infantiles, avec présentation de malades et projections.

Ces conférences auront lieu tous les samedis à 10 h. 30, à la salle de cours de la Nouvelle Crèche.

— **Hôpital Broussais**, 96, rue Didot. *Enseignement clinique médical.* — M. le Dr H. DUFOUR fera, tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Première conférence le vendredi 12 novembre 1926. Tous les matins enseignement des stagiaires.

— **Clinique des Quinze-Vingts** (13, rue Moreau). — Du 13 au 30 novembre, le Dr Chaillous, assisté du Dr Margerin, fera, les mardis, jeudis, samedis, à 2 h., dans son service de la Clinique des Quinze-Vingts, un cours de réfraction.

S'inscrire à la Clinique, 13, rue Moreau, les mardis, jeudis, samedis, de 2 h. à 3 h., service du Dr Chaillous.

A TRAVERS L'OFFICIEL

15 *octobre.*

Soins aux pensionnés de guerre.

Décret du 14 octobre 1926, modifiant le décret du 25 octobre 1922 (dit tarif Maginot).

Tarif des consultations et visites en France, en Algérie, en Tunisie et au Maroc.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 14 octobre 1926.

Monsieur le Président,

Le décret du 25 octobre 1922, fixe, par son article 60, les tarifs de visites médicales et de consultations concernant les bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 (soins gratuits aux mutilés).

Il est prévu trois tarifs différents suivant que l'acte médical est accompli dans une commune de 5.000 habitants au plus, ou dans une commune de 5.001 à 10.0000 habitants ou dans une commune de plus de 100.000 habitants. Il existe enfin un prix différent suivant que l'acte médical consiste en une consultation au cabinet du médecin ou en une visite au domicile du malade.

Conformément au vœu exprimé par le corps médical et déjà satisfait en ce qui concerne les accidents du travail, il a paru opportun d'unifier, sur l'ensemble du territoire, le prix de la visite et de la consultation dans l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919.

C'est pour répondre à cet objet qu'a été établi le projet de décret ci-joint.

Si vous en approuvez la teneur, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre des pensions,
LOUIS MARIN.

Le Président de la République française

Sur le rapport du ministre des pensions,

Vu l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, modifié par la loi du 21 juillet 1922 et l'article 36 de la loi de finances du 1er août 1924 ;

Vu le décret du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 8 juillet 1924 :

Vu les décrets des 13 mars 1923 et 7 mai 1924,

Décrète :

Art. 1er. — Les articles suivants du décret du 25 octobre 1922 sont modifiés comme suit à dater du 1er juillet 1926 :

Art. 60. — Le prix de la consultation ou de la visite est fixé à 8 fr. pour la France, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc

Ce prix comprend les menues interventions telles que pansements simples, massages, pointes de feu, ventouses simples et scarifiées, injections hypodermiques, mouchetures, etc., etc.

Pour les colonies et pays de protectorat relevant du ministère des colonies :

Le tarif de la visite et de la consultation sera fixé par décret pris d'accord entre le ministre des colonies et les ministres des finances et des pensions, sur proposition des gouverneurs intéressés.

Art. 64. — Lorsque son état de santé ne permet pas à un malade de se rendre en consultation au cabinet du médecin, celui-ci peut recevoir une indemnité pour se rendre en visite au domicile du malade :

1° Une indemnité fixe de 2 fr. est attribuée pour toute visite effectuée, quelle que soit la distance parcourue :

Dans les communes de 100.000 habitants et au-dessus et dans leur banlieue.

Dans le département de la Seine et cantons suivants du département de Seine-et-Oise : Versailles, Argenteuil, Marly-le-Roy, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres, Montmorency, le Raincy, Maisons-Laffitte.

Dans les communes dont la totalité ou la partie la plus importante de la population se trouve située dans une zone de 2 kilomètres à partir de la limite administrative des villes de 200.000 habitants et au-dessus ;

2° Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile dans les agglomérations non prévues au paragraphe précédent sont établies pour la France, les colonies et pays de protectorat, etc. (le reste sans changement).

Art. 2. — Le président du conseil, ministre des finances, le ministre des pensions, le ministre des affaires étrangères, le ministre de l'Intérieur, le ministre des colonies, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel.*

20 *octobre.*

Médecine sanitaire maritime.

Décret du 30 *septembre* 1926 *fixant la nomenclature des médicaments, objets de pansements, appareils et ustensiles à embarquer sur les navires de commerce et de pêche.*

Décret du 15 *octobre* 1926 *portant organisation du service sanitaire maritime.*

Art. 1er. — Les cadres du personnel du service sanitaire maritime se composent de :

5 emplois de directeurs de circonscriptions.
2 emplois d'agents principaux (médecins).
9 emplois de médecins de la Santé.
14 emplois de capitaines.
12 emplois de lieutenants.
2 emplois de mécaniciens.

4 emplois de gardes principaux.
30 emplois de gardes.
2 emplois de patrons mariniers.
12 emplois de mariniers.

Ces emplois sont répartis entre les diverses circonscriptions, suivant les besoins de service, par décisions ministérielles.

Art. 2. — Les traitements et classes du personnel du service sanitaire maritime restent fixés par le décret du 14 février 1926.

Art. 3. — Les directeurs de circonscriptions sanitaires maritimes sont nommés par le ministre du travail et de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, conformément aux dispositions des décrets du 7 juin 1919 et 10 juillet 1924. Le ministre peut attribuer tout poste de directeur devenu vacant à l'un des directeurs déjà en fonctions dans une autre résidence de classe territoriale inférieure.

Les agents principaux (médecins) et les médecins de la santé sont nommés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, conformément aux dispositions des décrets des 7 juin 1919 et 10 juillet 1924.

Art. 4. — Les capitaines de la santé sont choisis parmi les lieutenants de la santé appartenant à l'une des trois premières classes et comptant au minimum six ans de services dans cet emploi.

Art. 5. — Les emplois de lieutenants de la santé sont réservés, en totalité, aux candidats militaires classés en vertu des lois des 30 janvier 1923 et 18 juillet 1924. A défaut de candidats de cette catégorie, ces emplois peuvent être attribués par le ministre soit à des agents du service sanitaire maritime jugés aptes à les remplir, soit à des personnes possédant les aptitudes physiques et professionnelles requises à la condition qu'elles pourront justifier, à soixante ans d'âge, de trente années de services admissibles pour la retraite.

Art. 6. — Les gardes principaux sont choisis parmi les gardes appartenant à l'une des trois premières classes et comptant au moins dix ans de services en cette qualité et proposés à cet effet par les directeurs de circonscriptions.

Art. 7. — Les mécaniciens, les patrons mariniers et les mariniers sont nommés par le ministre, sur la proposition du directeur de la circonscription et l'avis du préfet parmi les personnes possédant les aptitudes.

Art. 8. — Les emplois de gardes sont réservés, en totalité, aux candidats militaires classés en vertu des lois des 30 janvier 1923 et 18 juillet 1924. A défaut de candidats de cette catégorie, ces emplois sont attribués par le ministre sur la proposition du directeur de la circonscription et l'avis du préfet, aux personnes possédant les aptitudes physiques et professionnelles nécessaires, sous la réserve qu'elles pourront justifier, à soixante ans d'âge, de trente années de services admissibles pour la retraite.

Art. 9. — Les directeurs de circonscriptions sanitaires maritimes sont nommés au traitement prévu

pour le poste qu'ils sont appelés à occuper. Ces emplois ne comportent pas de classes personnelles.

Art. 10. — Toute personne nommée à un emploi du service sanitaire maritime, autre que celui de directeur, prend rang dans la dernière classe de cet emploi, sauf le cas où, appartenant déjà au service dans un autre emploi, son traitement serait supérieur à celui de cette dernière classe. Elle est placée alors dans la classe correspondant soit au traitement qu'elle recevait, soit au traitement immédiatement supérieur, s'il n'y avait pas correspondance exacte.

Art. 11. — L'avancement dans chaque emploi, sauf celui de directeur, a lieu d'une classe à la classe immédiatement supérieure ; nul ne peut être promu à une classe supérieure s'il ne compte au moins deux années de service dans la classe qu'il occupe, sous réserve de l'application des lois accordant des bonifications pour services militaires.

Art. 12. — Les directeurs, agents principaux (médecins) et les médecins de la santé, demeurent soumis, en ce qui concerne les sanctions administratives qu'ils peuvent encourir, aux dispositions de l'article 5 du décret du 7 juin 1919, modifié par le décret du 10 juillet 1924. Le régime disciplinaire applicable aux autres catégories du personnel du service sanitaire maritime est fixé par un arrêté du ministre.

Art. 13. — Le décret du 2 juin 1920 est abrogé.

Art. 14. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

21 *octobre*.

Recensement des automobiles.

Décret et arrêté relatifs au recensement et au classement des véhicules automobiles.

Une analyse des dispositions de ces décret et arrêté sera publiée prochainement.

23 *octobre*.

Assistance médicale en Indochine.

Un concours sera ouvert le 6 décembre 1926, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à 10 emplois de médecins stagiaires de l'Assistance médicale en Indochine.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre des colonies (direction du personnel et de la comptabilité), avant le 20 novembre 1926.

FAITS CLINIQUES

Un accident singulier.

Le 29 septembre à 2 heures de l'après-midi, un noir, âgé de 53 ans, de constitution vigoureuse, déchargeait des fûts de vin dans un navire. En marchant sur les fûts, ses pieds glissèrent et il tomba à califourchon ; ses camarades le relevèrent aussitôt. A ce moment, il ressentit une violente douleur au périnée et fut pris d'un besoin impérieux d'uriner. Malgré tous ses efforts, aucune urine ne fut émise.

Je le vis deux heures après l'accident. Le blessé me raconta ce que je viens de relater et il ajouta que cinq jours auparavant, il s'était donné un tour de reins qui l'avait fait beaucoup souffrir, mais sans l'obliger à cesser son travail et qu'avant l'accident, il urinait facilement et à plein jet.

A l'examen, le périnée est douloureux, mais n'est pas empâté ; à cause de la couleur noire de la peau, il est impossible de savoir s'il existe une ecchymose ; la vessie contient de l'urine, mais sans distension anormale.

Le diagnostic que j'indiquai sur le certificat initial fut : contusion du périnée et rétention d'urine.

Ne pouvant être soigné dans une chambre d'hôtel, ce blessé fut transporté à l'hôpital.

L'interne de service essaya de le sonder, mais rencontrant un obstacle, il abandonna le cathétérisme.

Vers onze heures du soir, tenaillé par le besoin d'uriner, le blessé se mit à genoux, poussa de toutes ses forces, urina quelques gouttes de sang et ... expulsa un calcul urinaire. Immédiatement soulagé, le malade ne conserva pendant quelques jours qu'un peu de sensibilité du canal pendant la miction et de la douleur à la pression de la moitié droite du périnée et de l'ischion droit.

Sur le certificat initial, je n'avais pas mentionné la rupture de l'urèthre parce que les signes manquaient et aussi parce que l'idée de calcul m'était venue à l'esprit, mais j'avais écarté ce diagnostic comme peu probable.

En résumé, cet homme, qui, au premier examen semblait avoir une rupture traumatique de l'urèthre, n'avait qu'une rétention d'urine par occlusion de l'urèthre par un calcul urinaire engagé dans le canal à la suite d'une chute accidentelle.

Dr P. NOURY, de Rouen.

Voir la suite page LV-2899

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

21 NOVEMBRE 1926

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 21 NOVEMBRE 1926**, chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

1° Rapport verbal du Conseil de Direction ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1924 ;
3° Approbation des comptes ;
4° Questions traitées.

II. — *A quatre heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du secrétaire général ;
3° Rapport du trésorier sur l'exercice 1925.
4° Rapport des commissaires aux comptes ;
5° Approbation des comptes de l'exercice 1925 ;
6° Inventaire quinquennal ;
7° Ratification de la nomination de M. le Dr Noir comme vice-président pour cinq années en remplacement du Dr Nollet, démissionnaire, et de M. le Dr Henne, comme membre du Conseil pour trois ans, en remplacement du Dr Noir. ;
8° Election pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lebrun, Monin et Durozoy, sortants et non rééligibles ;
9° Nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage ;
10° Vote des barèmes des combinaisons nouvelles.

III. — *A cinq heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ORDRE DU JOUR :

1° Rapport du secrétaire général ;
2° Rapport du trésorier sur l'exercice 1925 ;
3° Rapport des contrôleurs ;
4° Approbation des comptes de l'exercice 1925;
5° Fixation de la cotisation et du maximum de la garantie.
6° Nomination d'un membre du Conseil d'administration en remplacement du Dr Quivy, décédé ;
7° Nomination de deux contrôleurs ;
8° Appel d'un ex-sociétaire contre une décision d'exclusion.

V. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE. — (*Le programme en sera publié prochainement.*)

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire *avant le* 20 *novembre*, aux bureaux du *Concours Médical*, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

De la prophylaxie scolaire de la diphtérie, de la coqueluche et de la rougeole. Nécessité de modifier l'arrêté ministériel du 3 février 1912 fixant la durée de l'éviction des enfants atteints de maladies transmissibles.

La rentrée des classes met à l'ordre du jour la prophylaxie des maladies transmissibles à l'école. Cette prophylaxie est toujours très difficile à assurer. Pratiquement, elle consiste surtout en l'éviction de l'école des petits malades, de leurs frères et sœurs ou des autres enfants qui peuvent les avoir approchés.

La durée de ces évictions est fixée par un arrêté ministériel du 3 février 1912. Elle est fatalement très arbitraire, car les connaissances que l'on avait alors de la durée de la contagion de la maladie étaient beaucoup moins précises qu'à l'heure actuelle, bien que, pour certaines maladies, les médecins d'enfants ne soient pas encore parvenus à une entente absolue. Néanmoins, l'arrêté ministériel demanderait à être révisé au moins pour certaines maladies, car s'il était appliqué à la lettre, tout au moins à Paris, nombre d'écoles devraient être fermées pendant plusieurs mois chaque année.

La modification de l'arrêté ministériel est l'opinion émise par deux de nos confrères lyonnais plus particulièrement compétents en hygiène scolaire, les Dr Paul Vigne et R. Crémieu, directeurs du Bureau d'hygiène (de Lyon) (1) au XIIe Congrès d'hygiène.

MM. Paul Vigne et Crémieu envisagent la prophylaxie de la diphtérie et de la coqueluche. Nous nous permettrons de résumer ici leurs arguments, complétés de l'opinion de quelques pédiatres pour la coqueluche et nous examinerons aussi rapidement la prophylaxie de la rougeole. La diphtérie, la coqueluche et la rougeole sont en effet les trois maladies transmissibles dont le médecin scolaire a surtout à se préoccuper tous les ans.

Pour la *diphtérie*, l'arrêté ministériel du 3 février 1912, exige l'éviction pour le malade jusqu'au « trentième jour après la guérison clinique constatée par certificat médical. Ce délai peut être abaissé si, après deux ensemencements opérés à huit jours d'intervalle, l'examen bactériologique est négatif ». La même durée d'éviction est ordonnée pour les frères et les sœurs. Toutefois si le malade a été isolé, la réadmission à l'école peut avoir lieu « quinze jours après l'isolement, sauf production de certificat bactériologique établissant qu'après deux ensemencements à huit jours d'intervalle le résultat est négatif ».

Or, font remarquer MM. P. Vigne et Crémieu, les enfants qui ont eu la diphtérie ou qui ont été en contact avec des diphtériques peuvent avoir dans leur mucus rhinopharyngien des bacilles diphtériques pendant deux mois, trois mois, parfois davantage, tout en ayant toute l'apparence d'une parfaite santé. Doit-on permettre leur réintégration à l'école ? De leur expérience personnelle, MM. P. Vigne et Crémieu concluent que la constatation de bacilles courts, qui sont inoffensifs, ne saurait empêcher la réintégration, mais qu'il ne saurait en être de même si l'on trouve à l'examen bactériologique des bacilles longs ou moyens.

Il y a bien la réaction de Schick qui permet de discriminer les enfants réfractaires à la diphtérie de ceux qui sont susceptibles de la contracter, mais l'emploi de la diphtérino-réaction de Schick n'est pas toujours facile à appliquer et plusieurs pédiatres distingués font des réserves sur les résultats qu'elle donne. En tous cas, elle ne peut que donner des indications sur les enfants qui paraissent immunisés. Espérons que la mise au point de la vaccination de la diphtérie par l'anatoxine de Ramon, permettra d'assurer la prophylaxie de la diphtérie dans les écoles aussi facilement que celle de la variole par la vaccination jennérienne.

La *coqueluche* est, parmi les maladies transmissibles, celle pour laquelle l'indécision du médecin scolaire est restée longtemps absolue au point de vue prophylactique et l'arrêté ministériel du 3 mars 1912 n'est pas fait pour le faire sortir de cette perplexité. Cet arrêté fixe la réintégration du malade à l'école « trente jours après la disparition absolue des quintes spasmodiques constatée par certificat médical ». Quel est le médecin qui a pu faire pareille constatation ?

(1) In *Avenir médical* de sept.-oct. 1926.

Pour les frères et les sœurs qui ont été isolés du malade, la réintégration à l'école sera permise au bout de 21 jours d'éviction.

Tout ceci ne cadre plus avec ce que l'on sait actuellement sur la contagion de la coqueluche. Il y a déjà trente ans environ que le Pr E. Weill, de Lyon, a démontré que la coqueluche n'est vraiment très contagieuse que pendant la période catarrhale avant la période des quintes, alors que le diagnostic est impossible. Elle est contagieuse à un moindre degré pendant le début de la période d'état, puis elle n'est plus transmissible après la deuxième semaine qui suit l'apparition des quintes confirmées. Comby affirme avoir observé des cas de transmission de la maladie pendant la période des quintes. Aussi croyons-nous prudent d'adopter l'opinion de G. Blechmann qui conseille de déclarer que la coqueluche peut être considérée contagieuse pendant un mois après le début de la période des quintes.

C'est à peu près ce qui est admis en Danemark où le règlement scolaire permet de laisser rentrer les enfants à l'école au bout de quatre semaines de quintes. C'est aussi le règlement que MM. Paul Vigne et Crémieu voudraient voir adopter en France. En tous cas, le Pr E. Weill s'élève contre les trente jours d'éviction après la disparition de la dernière quinte imposée en France, ce qu'il considère comme lésant inutilement les intérêts des enfants.

Emettons l'espoir que le dépistage de la coqueluche par l'intra-dermo-réaction tentée par Modigliani et de Villa, deviendra un procédé pratique capable de guider le médecin scolaire. En attendant, signalons quelques moyens prophylactiques relativement récents. Le Pr Rohmer et Melle Brandenberger ont reconnu que par le Dmétys l'on pouvait obtenir une vaccination préventive active chez les enfants en contact avec des coquelucheux mais non encore atteints.

La prophylaxie par l'injection de sérum du sang d'adulte ayant été atteint de coqueluche (Gillot) paraît réalisable mais n'est pas encore entrée dans le domaine de la pratique. Enfin les constatations de Dietrich et celles de Pochon permettent de croire que la vaccination jennérienne a une action prophylactique et peut être curative sur la coqueluche.

Mais, en attendant d'être mieux armé contre cette maladie, il serait nécessaire de modifier à son sujet les prescriptions de l'arrêté ministériel du 3 mars 1912.

Reste la *rougeole*. Longtemps l'on a considéré la prophylaxie de cette maladie comme impossible puisque le décret du 10 février 1903 ne l'avait pas comprise dans la liste des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection étaient obligatoires et qu'elle n'y a été ajoutée que par le décret du 28 septembre 1916. Or, pour la rougeole, l'arrêté ministériel exige l'éviction du malade de l'école pendant 16 jours et celle de ses frères et sœurs pendant 18 jours. Ces prescriptions, même appliquées d'une façon rigoureuse, ne permettent pas de préserver les écoles de l'épidémie, car on ne peut savoir quand débute la maladie, l'on ne peut évincer tout enfant qui est atteint de rhume de cerveau et c'est dès l'apparition du coryza que la rougeole est surtout transmissible. Dans ces dernières années, l'étude des moyens prophylactiques antimorbilleux a fait de grands progrès, sans toutefois nous permettre d'en faire l'application en hygiène scolaire. La découverte de l'agent pathogène est encore controversée. Coronia (de Naples) a découvert et cultivé un diplocoque dont les cultures inactives ou atténuées pourraient conférer l'immunité, mais en même temps, Salimbeni et Kermorgant affirmaient que la rougeole était causée par un spirochète.

Nicolle et Conseil (de Tunis) ont depuis plusieurs années démontré que le sérum des convalescents de rougeole, injecté aux enfants sains, leur conférait l'immunité. Weill, Bertoye, Sédaillan ont confirmé l'action de cet immunérum. Plus récemment, MM. Debré et Joannon ont établi que le sérum d'un adulte, ayant eu la rougeole autrefois, pouvait prémunir dans 75 % des cas et atténuer fortement la maladie dans 20 %. Ils croient pratique d'injecter aux enfants du sérum prélevé sur leurs parents qui le plus souvent ont eu déjà la rougeole. Ils reconnaissent que la séro-prévention par le sérum d'adulte est moins efficace que par le sérum d'enfants convalescents mais plus facile à se procurer.

Malheureusement, l'immunité, conférée par les sérums, que ce soit pour la rougeole ou pour la diphtérie, est de courte durée et n'excéderait pas trois semaines selon Mouriquand. Citons pour mémoire, parmi les moyens prophylactiques, le badigeonnage de la muqueuse du nez avec les tampons imprégnés de mucus nasal de rougeoleux ou pris 24 h. avant l'exanthème, tenté par Richardson, H. Connor, et Hermann en Amérique et qui ne provoquerait pas la rougeole mais conférerait l'immunité, et le procédé qui serait mis en pratique par les médecins japonais qui consisterait à injecter à très faible dose du

◆◆

sang prélevé chez un malade dont la rougeole serait en pleine évolution, sang additionné de citrate de soude.

Il ne nous paraît pas douteux qu'avant quelques années, l'on arrivera à disposer de moyens prophylactiques capables d'empêcher dans les écoles la propagation de la diphtérie, de la coqueluche et de la rougeole, mais, en attendant, il nous semble opportun de modifier l'arrêté ministériel du 3 mars 1912 qui fixe la durée de l'éviction des enfants atteints de maladies transmissibles et de leurs frères et sœurs, arrêté qui manifestement n'est plus en rapport avec nos connaissances actuelles.

J. NOIR.

Erratum : ESQUIROL, ÉLÈVE DE PINEL. — Une erreur s'est glissée dans notre dernier *Propos du Jour* où nous avons écrit qu'Esquirol, l'élève préféré de Pinel, était mort en 1824, deux ans avant la mort de son maître. C'est 20 ans plus tard, en 1844, qu'Esquirol est mort.

Né en 1772 à Toulouse, ESQUIROL fut en 1810, médecin de la Salpêtrière et en 1829, médecin de Charenton. Il avait fondé une maison de santé modèle, pour les aliénés à Ivry, où Baillarger, Moreau de Tours et Luys lui succédèrent. Il était de l'Académie de médecine et de l'Académie des Sciences morales et politiques. Il avait 54 ans lors du décès de son maître Pinel et mourut à 72 ans. La réputation d'Esquirol comme aliéniste fut mondiale.

J.N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA RACHIANESTHÉSIE SES ACCIDENTS ET LEUR MÉCANISME

Dr FIÉVEZ,

Ex-chef de clinique chirurgicale.

Il paraîtra sans doute téméraire d'écrire encore sur la rachianesthésie ; il me semble pourtant que les considérations qui suivent peuvent s'ajouter avec fruit à toutes celles que j'ai lues sur cette méthode discutée, parce que dangereuse, mais gardée, parce qu'éminemment utile ; elles visent la pathogénie des accidents immédiats de la méthode, et de l'un de ses accidents consécutifs, l'escharre fessière.

Accidents immédiats.

Bien qu'ils ne formulent généralement pas explicitement leur conception, la plupart des auteurs qui ont écrit sur les accidents immédiats de la rachianesthésie paraissent admettre que l'état syncopal — qui va de l'orage et de la petite alerte à la mort — s'explique par une montée progressive de l'action de l'agent anesthésique, action qui finit pas atteindre le bulbe rachidien et le paralyser.

S'il en était ainsi, il resterait sans doute peu d'espoir d'arriver à limiter cette ascension. Et la rachi serait définitivement une méthode pleine d'aléas évoluant sur un terrain étroit, peu praticable, serré entre l'anesthésie insuffisante et la paralysie bulbaire mortelle.

Mais ces phénomènes bulbaires comportent une autre interprétation, et on peut admettre que l'intoxication est amenée au bulbe par la circulation sanguine, qu'ils constituent par conséquent des accidents « généraux ».

Voici les raisons principales qui, à mon sens, militent en faveur de cette conception :

1° Accidents syncopaux et paralysie (sensitive et motrice) ont une évolution indépendante, dans l'espace et dans le temps.

a) Tout le monde a obtenu par hasard des anesthésies montant très haut, et plusieurs méthodes ont réalisé l'anesthésie générale par la rachi, sans que des accidents bulbaires s'en soient forcément suivis.

b) Les accidents syncopaux ne se produisent qu'après un certain délai, une vingtaine de minutes en général ; c'est le temps nécessaire à l'absorption de la novocaïne. Au contraire, la paralysie due à l'action directe du médicament a très généralement gagné ses limites extrêmes en 4 à 5 minutes, bien avant par conséquent que n'apparaissent les phénomènes syncopaux.

2° On observe les mêmes accidents syncopaux, de même chronologie, très exceptionnellement mortels, il est vrai, avec la novocaïne introduite par d'autres voies que la voie rachidienne.

On les voit avec de fortes doses injectées localement ; à l'occasion d'une enquête américaine, j'en ai réuni quelques cas dans le *Concours médi-*

cal. (Les dangers de l'anesthésie locale, 31 août 1924.)

Dans une cure radicale d'hydrocèle, où j'avais introduit 8 centigrammes (en 2 centicubes à 4 %) de novocaïne dans la poche, avec une toute petite dose supplémentaire pour l'anesthésie de la peau à inciser, j'ai eu un état syncopal sérieux et prolongé. La poche d'hydrocèle constituait dans ce cas une grande surface de résorption ; il n'en va pas autrement pour l'espace sous-arachnoïdien, de surface intérieure plus considérable encore et plus absorbante ; le contenu nerveux lui-même, entouré de pie-mère, forme aussi une nouvelle voie d'absorption non négligeable. Et c'est cet ensemble de conditions favorables à l'absorption en masse du toxique qui fait la gravité bien spéciale de la voie rachidienne pour l'introduction de la novocaïne.

Quel que soit d'ailleurs le mode d'entrée de l'anesthésique, on diminue les accidents généraux en retardant sa résorption par l'emploi de vaso-constricteurs, de l'adrénaline par exemple. Ceci est particulièrement net dans les anesthésies par infiltration, qui sont à la fois plus shockantes et plus fugaces quand la novocaïne n'est pas additionnée d'adrénaline ; mais le phénomène est encore sensible dans la rachianesthésie.

3° Les accidents syncopaux de la rachi se soignent, symptomatiquement, comme une syncope banale : flagellation, eau fraîche sur la face, mise à plat, voire en déclive, en Trendelenbourg ; cette constatation d'expérience montre que leur mécanisme est celui de la syncope banale.

Le Trendelenbourg modéré est le traitement héroïque des alertes graves de la rachianesthésie ; inversement, il est essentiel de ne redresser un opéré, placé en Trendelenbourg pour l'intervention sous rachi, que très progressivement et en le surveillant de très près. Dans un cas de libération iléo-cæcale pour obstruction par voile membraneux, il m'est arrivé de ne pouvoir ramener à plat mon opéré qu'au bout de trois longs quarts d'heure après la fin de l'intervention ; chaque tentative s'accompagnait d'une véritable petite crise convulsive de la face et des yeux, manifestement due à l'anémie cérébrale, et qui obligeait à reprendre précipitamment la position qu'on venait d'essayer de quitter. Ce qui n'empêcha pas une guérison complète, d'ailleurs.

Circonstances pathogéniques et traitement pathogénique témoignent donc dans le même sens.

***

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer de cette conception des accidents de la rachianesthésie ?

Théoriquement, si la novocaïne passe par le sang pour intoxiquer le bulbe, on peut imaginer qu'il soit possible de l'arrêter en route ; mais ce n'est là qu'une pure vue de l'esprit, jusqu'ici du moins.

Par contre, l'utilité d'ajouter quelques gouttes d'adrénaline à la solution anesthésique est évidente et confirmée par l'expérience.

L'injection sous-cutanée de caféine (0 gr. 50 à 1 cgr.), antidote de l'action dépressive de la novocaïne sur le bulbe, est de même indiquée ; mais cette injection doit être faite avant l'apparition des accidents, pratiquement avant l'injection rachidienne ; sinon, des deux médicaments en résorption, la caféine sera gagnée de vitesse par l'anesthésique.

Il y a plus : il ne me paraît pas absolument impossible de prévoir les sujets dits « sensibles à la novocaïne », ce qui pour moi signifie : les sujets qui feront une résorption rapide de ce produit. En effet, j'ai très habituellement remarqué l'association suivante : rapidité de l'action anesthésique, gravité de l'orage bulbaire, fugacité de l'anesthésie. Autre constatation fondamentale : la rapidité de l'action anesthésique est annoncée par le temps qui sépare l'injection rachidienne des sensations paresthésiques dans les membres inférieurs : sensation de chaleur, fourmillements.

J'ai donc été amené à procéder de la façon suivante : aspiration de la solution anesthésique (2 à 3 cc. de syncaïne Clin, à 4 %) dans une seringue de 10 cc. ; addition de 2 à 3 gouttes d'adrénaline. Ponction lombaire.

La seringue ajustée à l'aiguille, le liquide céphalo-rachidien repousse doucement le piston et dilue la solution anesthésique, jusqu'à un volume total de 10 cc. Je demande alors au malade de m'indiquer le moment précis où il sentira quelque chose dans les pieds (sans lui dire quoi, pour ne pas le suggestionner) et je pousse lentement l'injection. Si les sensations de chaleur ou de fourmillement apparaissent dès les premiers centicubes, attention ! La dose d'anesthésique (dont on reste maître, puisque la seringue contient une dilution connue), devra être minimisée et l'injection de caféine renouvelée.

En ce qui concerne la dose totale à injecter, voici trois opinions :

Forgue, à une toute récente séance de la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, insiste sur l'inutilité des fortes doses ; pour sa part, il dépasse rarement 9 centigrammes de syncaïne Clin.

Dans le volume jubilaire du même professeur Forgue (1924), cité par les *Annales* des Laboratoires Clin (juillet-août 1925), Mériel déclare se refuser à dépasser le maximum de 12 centigrammes, Cependant que Riche conseille la dose de 15 à 20 centigrammes « pour la chirurgie sus-diaphragmatique, décortication pulmonaire, amputation du sein, tumeur de la région cervicale ». Déjà en 1919, dans les mêmes *Annales*, il fixait

la dose de novocaïne à injecter à un centigramme par 5 kilogs de poids ; « pour 80 kilogs, j'injecterais 16 centigrammes » disait-il. C'est en suivant cette posologie, sur un gaillard de 100 kilogs auquel j'injectai 16 centigrammes de syncaïne (ce n'était pas encore le centigramme par 5 kilogs !), que j'ai observé le seul cas de mort, imputable nettement et uniquement à l'anesthésie, que j'aie eu à déplorer sur une série de rachis qui approche du millier. A mon avis, la dose maximum n'a à peu près rien à voir avec la notion du poids.

La formule de Mériel me paraît donc seule à retenir ; et j'ajoute qu'actuellement j'obtiens de façon courante, avec 10 centigrammes, la grosse anesthésie sous-ombilicale et même ombilicale, ce que je n'obtenais, il y a deux ans, qu'avec 12 centigrammes ; j'ai tendance à expliquer le fait par une amélioration de la solution de syncaïne ou de sa conservation.

Escharre fessière.

J'ai eu autrefois cet accident, signalé récemment encore de divers côtés, et crois l'avoir supprimé, en en écartant la cause, laquelle n'a rien à voir avec un trophisme nerveux qui serait modifié par la rachianesthésie.

La paralysie des muscles de la moitié inférieure du corps, des fessiers en particulier, fait que le siège repose lourdement sur la table d'opération, que ses parties molles s'y étalent, se laminent et s'écrasent entre le plan résistant de la table et le squelette qui pèse de tout le poids du bassin. S'il s'agit de tissus méiopragiques (ils le sont, par exemple, chez un athéromateux dont vous amputez la cuisse pour gangrène par artérite oblitérante de la jambe), l'écrasement aboutit à l'ischémie cutanéo-musculaire, et rapidement à la nécrose.

La prophylaxie de l'escharre consiste donc simplement à protéger le sacrum et les fesses par un épais coussin de coton, voire par un coussin rond en caoutchouc ; cette protection se prolongeant après l'opération jusqu'à réapparition du tonus musculaire.

D[r] J. Fiévez.

Post-scriptum. — Depuis la rédaction de cet article, j'ai eu l'occasion de vérifier indirectement le bien fondé des considérations pathogéniques exposées plus haut. Si, m'étais-je dit, les accidents graves de la rachi sont dus à l'anémie cérébrale causée par l'action dépressive de la novocaïne absorbée, un vaso-dilatateur cérébral comme le nitrite d'amyle doit exercer une action héroïque sur ces accidents.

Or, voici ce que j'ai observé le 29 juin dernier. J'opère, à domicile, un malade de 64 ans, atteint depuis 24 heures, d'une obstruction intestinale par hernie étranglée réduite en masse (par le malade lui-même), avec grosse rétention intestinale manifestée par un bruit important de flot, à la succussion.

Rachi avec 10 centigrammes de syncaïne, mesurés très juste, sans adrénaline, 50 centigrammes de caféine avant la ponction lombaire.

Laparotomie. Dégagement de l'anse incarcérée. Cure radicale de la hernie. Vers la fin de l'intervention, apparition d'un état syncopal grave et progressif : le pouls mollit, devient incomptable, puis imperceptible ; la conscience disparaît ; la respiration s'espace, puis cesse ; l'œil est vitreux et insensible ; les confrères qui m'assistent et moi croyons que la mort est imminente. Le tout s'installe en un long quart d'heure. Je fais pratiquer la respiration artificielle pendant quelques minutes, et, à notre heureuse surprise, la respiration spontanée se rétablit très lentement, comme elle avait disparu, les autres fonctions revenant du même pas.

Or, au cours de la première période, j'ai employé en inhalation les quatre seules ampoules de nitrite d'amyle que j'avais sous la main (ampoules Boissy).

A chaque inhalation, instantanément et avec une précision impressionnante, les mouvements respiratoires reprirent, plus amples et plus rapides. Pour diminuer à nouveau, dès que l'effaçait l'action du produit volatil.

Mes deux confrères et moi sommes convaincus :

1° Que ces quelques minutes de répit dans la progression des accidents ont sauvé la vie au malade ;

2° Que si j'avais eu une plus grande quantité de nitrite d'amyle à ma disposition, nous n'aurions pas abouti au stade d'apnée qui nous a laissé un moment si peu d'espoir.

Le malade a repris son travail depuis longtemps.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas de dégénérescence amyloïde

D'après une leçon du professeur F. BEZANÇON (1).

La dégénérescence amyloïde est une affection rare dans nos services ; ce malade, auquel le professeur Chauffard a consacré une leçon, il y a deux ans, est particulièrement intéressant par le fait de son amélioration à la suite d'un traitement par les rayons ultra-violets.

Le malade, âgé de 20 ans a le faciès vieillot. On est frappé de l'insuffisance de la taille et du poids (38 kgr.). Il est entré avec des béquilles, boîtant, à cause d'un raccourcissement extrêmement marqué du membre inférieur gauche, consécutif à une coxalgie, attestée par de nombreuses cicatrices fistuleuses à la région fessière, un amaigrissement considérable du membre, une attitude particulière avec ankylose. Le ventre est gros, il y a une hypertrophie encore considérable du foie et de la rate.

La matité hépatique mesure 19 cm. sur la ligne axillaire, 14 cm. sur la ligne mamelonnaire. Au palper, le foie est lisse, régulier, indolore. La rate présente une matité de 12 cm. au lieu de 3 à 6 cm. ; elle est palpable, d'ailleurs indolore, lisse, un peu ferme.

Ce malade n'a pas d'œdème, sa perméabilité rénale aux chlorures est conservée. Il en est souvent ainsi dans la néphrite amyloïde. Cependant, à un moment donné, des œdèmes peuvent apparaître. Ils peuvent d'ailleurs s'expliquer par la cachexie. Certains auteurs ont pensé que le rein présentait une exagération de sa perméabilité, jusqu'à prononcer l'expression de rein *troué*. Certains ont parlé d'hyperconcentration. La constante d'Ambard est un peu élevée (0,16).

Signalons encore l'absence d'hypertension. Ce malade a plutôt de l'hypotension (10-7, au Vaquez-Laubry).

Remontons maintenant vers le passé.

Sa coxalgie a débuté en 1912, à l'âge de 6 ans. Elle fut malheureusement non diagnostiquée au début et prise pour une paralysie infantile. Ce ne fut que plus tard, à l'hôpital de Reims, que le diagnostic de coxalgie fut porté. Le malade fut mis dans un plâtre. A la suite de ce traitement, la guérison s'est faite, en apparence.

C'est seulement en 1920, c'est-à-dire après une longue phase de six années, pendant laquelle il semblait que la lésion osseuse fut consolidée, que des phénomènes anormaux apparaissent. C'est d'abord, un abcès par congestion à la racine de la cuisse, qui nécessite une ponction. On envoie le patient à Berck, on lui fait de l'héliothérapie, la lésion s'améliore.

En 1922, l'abcès de la fesse se réchauffe, donne lieu à une douleur extrêmement violente ; la température s'élève. Devant ces phénomènes, on intervient chirurgicalement, et malgré l'incision, l'état général devient de plus en plus mauvais, l'asthénie est considérable, et localement il s'établit des suppurations abondantes et continues qui contraignent le malade à subir plusieurs fois par jour des pansements renouvelés. Cette suppuration persiste ainsi pendant plus de cinq mois.

***

Ce qui est intéressant dans l'histoire de ce malade, c'est que l'apparition des symptômes graves coïncide très nettement avec l'apparition de la suppuration profuse et surtout de la fistulisation, de l'écoulement régulier d'une grande quantité de pus. La suppuration, à un moment donné, sous l'influence du traitement, au début de 1923, se tarit ; alors, immédiatement, le malade va mieux ; mais en octobre 1923, un nouvel abcès se forme, nécessitant une nouvelle incision, un nouvel écoulement de pus abondant. C'est à ce moment que les symptômes amyloïdes apparaissent. Ce malade a donc fait dix ans de tuberculose ostéo-articulaire, bien tolérée ; il n'avait pas d'amyloïde, il restait jusque-là tuberculeux osseux, infirme, mais sans modifications très profondes de l'état général ; puis, à un moment donné l'abcès se complique, s'infecte peut-être, on est forcé de l'inciser, il se fait de nouveaux abcès, et il entre dans une période de suppuration chronique profuse. A partir de ce moment, il cesse d'être l'infirme qu'il était auparavant, et entre dans la dégénérescence amyloïde : le ventre grossit, il s'installe une diarrhée profuse, des vomissements alimentaires, de la polyurie, de l'œdème des membres inférieurs, de la cachexie. On signale même des épistaxis abondantes et répétées, qui montrent que la touche hépatique a été particulièrement importante. Il est entré alors, en décembre 1923, dans le service du professeur Chauffard, qui lui a consacré une clinique reproduite dans le *Journal des Praticiens*. A ce moment, le foie mesurait 21 cm. de hauteur sur la ligne mamelonnaire. Aujourd'hui, il ne présente plus que 14 cm. La rate mesurait 17 cm., aujourd'hui, elle est réduite à 12 cm.

---

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 avril 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

L'évolution a été pour ainsi dire en trois temps : une première période, pendant laquelle le malade présente des symptômes de tuberculose ostéo-articulaire, tolérés pendant longtemps, ne troublant pas l'état général ; puis, apparition de suppurations profuses, création de fistules multiples, cachexie véritable, traduite par l'aspect du visage, la pâleur, l'aspect vieillot qu'il présentait à ce moment, l'arrêt de développement complet (il reste infantile) ; par le gros foie, la grosse rate, l'albuminurie assez abondante, de 4 à 6 gr. lorsque le professeur Chauffard l'a observé ; la diarrhée, l'oedème des membres inférieurs, le tableau complet de la maladie amyloïde qui, d'ordinaire, entraîne la mort en quelques mois lorsque le malade est arrivé à ce degré. Eh bien, le professeur Chauffard eut la bonne idée d'instituer le traitement local de ces lésions ostéo-articulaires par les rayons X, d'abord, puis par les rayons ultra-violets.

A la suite de ce traitement, il y a régression progressive des symptômes. L'albuminurie tombe à 1 gr. 60, le poids se relève légèrement, les oedèmes disparaissent, les troubles digestifs cessent complètement. Il y a une diminution de volume considérable du foie et de la rate. Le malade se sent bien, a repris de l'appétit, je ne dis *pas qu'il est guéri.*

Cette amélioration coïncide avec la disparition de la suppuration.

Les rayons ultra-violets n'ont aucune influence sur la maladie amyloïde en elle-même, mais ils ont permis la cicatrisation des fistules, la cessation de la suppuration.

C'est pourquoi, il y a eu amélioration et régression de l'amyloïde. En effet, cette régression est signalée par les auteurs à la suite de l'amputation des membres atteints de lésions ostéo-articulaires tuberculeuses avec suppurations profuses : la dégénérescence amyloïde peut s'arrêter et même disparaître, quand on a supprimé le foyer de suppuration.

La dégénérescence amyloïde s'observe dans les maladies infectieuses cachectisantes, disent les classiques, ; on l'observe surtout chez les tuberculeux, les syphilitiques, dans certaines ostéomyélites. On peut laisser de côté la notion classique de maladie cachectisante, qui n'est pas nécessaire, de maladie infectieuse, qui peut-être n'est pas non plus nécessaire. Il vaut mieux dire que la dégénérescence amyloïde s'observe surtout chez les malades présentant des suppurations prolongées, abondantes, profuses, quelle qu'en soit la cause.

Les causes habituelles de la dégénérescence amyloïde ? C'est d'abord la tuberculose : lésions ostéo-articulaires, suppurations ganglionnaires, ulcérations cutanées tuberculeuses. On la voit aussi dans la tuberculose pulmonaire. La maladie se voit également dans les syphilis anciennes, non traitées, avec suppuration et trajets fistuleux, quelquefois sans suppuration ouverte ; ce sont des faits relativement exceptionnels (syphilis du foie, syphilis du rein). La maladie n'est pas rare chez les individus présentant une pleurésie purulente à pneumocoques, avec fistule, une ostéomyélite chronique. On l'a signalée dans quelques cas rares de paludisme.

Notre malade, au point de vue clinique, est en somme classique.

La dégénérescence amyloïde frappe tout d'abord, avant tout, le foie et la rate, et certains ganglions lymphatiques ; le rein n'est touché que secondairement ; l'intestin, très riche en follicules clos, est souvent le siège de la dégénérescence amyloïde, ce qui explique la diarrhée présentée par ces malades. Il n'est pas rare de constater la dégénérescence amyloïde au niveau des capsules surrénales. Enfin, tous les organes peuvent présenter des lésions discrètes, mais les grosses localisations touchent la rate, qui serait, pour certains, la première intéressée, le foie, le rein, l'intestin.

Pour un certain nombre de médecins, le rein est frappé d'emblée par la lésion amyloïde. Pour d'autres, au contraire, le rein est atteint de néphrite épithéliale, la lésion rénale amyloïde n'étant que secondaire. On a parlé d'un syndrome spécial, de rein troué, de syndrome d'hyperperméabilité avec polyurie, albuminurie, mais sans rétention azotée, avec diminution, au contraire, de la quantité de l'urée sanguine, absence de cylindres, absence d'hypertrophie du ventricule gauche, absence d'hypertension.

Il semble que cette maladie donne très peu de symptômes d'insuffisance hépatique. Cependant, notons que ce malade a présenté des épistaxis et que nous avons constaté un certain degré d'hyperglycémie (2 gr. 24 de glucose par litre).

La pathogénie de cette maladie est bien obscure. Ni l'histologie, ni la chimie, ne nous rendent compte encore exactement de sa nature ; l'expérimentation également est assez peu précise. Il semble que la dégénérescence amyloïde ne porte pas sur les cellules dites nobles des organes, ni sur les cellules hépatiques, ni sur les cellules rénales, mais sur les tissus mésodermiques. Letulle tend à penser qu'il s'agit de l'accumulation d'une substance particulière dans les fibrilles du tissu conjonctif. Ce sont les vaisseaux, capillaires, artérioles, qui sont les plus touchés (au niveau de leurs éléments conjonctifs). C'est aussi le tissu réticulé de la rate et des ganglions.

Les anciens auteurs l'ont classée comme substance ternaire, amylacée (Wirchow), puis comme substance albuminoïde. Le tissu amyloïde est presque imputrescible. On peut dire que c'est une albuminoïde d'une nature particulière, qui se rapproche jusqu'à un certain point du cuir et du cartilage. On reproduit l'amyloïde avec une

grande facilité chez les animaux par les microbes ou les toxines, témoin les expériences de Bouchard et Charrin, plus tard celles de Claude.

On a pu reproduire la maladie en injectant du pus stérilisé chez les animaux, ou par des abcès aseptiques avec de l'essence de térébenthine. M. Castaigne pense qu'une partie des symptômes est due à l'élimination d'albumines hétérogènes par le foie. Certains auteurs font jouer le premier rôle aux leucocytes ou à la rate ; Davidson montre qu'après la splénectomie on ne peut plus reproduire l'amyloïde.

En somme, la notion fondamentale est la relation de l'amyloïde avec les suppurations prolongées et profuses.

Le traitement comporte d'abord une question de diététique. Le régime déchloruré est inutile. Il faut éviter certaines albumines nocives, comme l'albumine de l'œuf, en particulier.

Les rayons ultra-violets sont utiles et bienfaisants, ils agissent sur la suppuration en provoquant un afflux leucocytaire ; on y ajoutera la cure de repos, de montagne, de mer, l'huile de foie de morue. L'exemple de ce malade est particulièrement intéressant au point de vue de l'action des rayons ultra-violets.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE LATENTE

Prétuberculose. Sommets suspects.

d'après le professeur J. Rieux, du Val-de-Grâce (1).

L'on est surpris de ne pas trouver nettement dans les Traités de médecine une étude sérieuse de la question de la tuberculose pulmonaire latente. Aussi devons-nous être reconnaissants à M. le médecin inspecteur en retraite J. Rieux, qui vient à peine de quitter sa chaire du Val-de-Grâce, d'avoir écrit avec l'expérience, la conscience et la science qui le caractérisent, un livre remarquable sur ce sujet.

Tous ceux qui connaissent le *Traité d'hématologie clinique* que M. Rieux a fait paraître l'an dernier savent la valeur des travaux de cet éminent clinicien, doublé d'un savant expérimentateur.

***

Par tuberculose pulmonaire latente, M. Rieux entend toute localisation tuberculeuse sur l'appareil pulmonaire ou plus explicitement même sur le système ganglio-pleuro-pulmonaire ; localisation manifeste accessible à nos moyens d'investigation ; localisation dont la nature tuberculeuse est prouvée, mais dont le caractère évolutif ne s'affirme — au moment même de notre investigation — ni par des signes cliniques, ni surtout par la mise en évidence du criterium absolu : la découverte du bacille de Koch.

I. Les étapes de la tuberculose pulmonaire.

M. Rieux débute par un exposé didactique de la tuberculose pulmonaire latente. Il rappelle que l'hérédité vraie de la tuberculose n'est guère admise à l'heure actuelle, que l'hérédité de terrain donne lieu à de nombreuses controverses, que la contagion domine l'étiologie de la tuberculose, que le moment de la primo-infection peut être le premier jour de la vie extra-utérine. L'infection tuberculeuse, si l'on se base sur la cutiréaction, devient de plus en plus fréquente au fur et à mesure que l'homme avance en âge, à tel point que chez les adultes les cutiréactions positives atteignent 95 à 100 pour 100.

Le chancre tuberculeux d'inoculation, c'est-à-dire la lésion initiale, que l'infection ait lieu par voie directe ou indirecte, est, dans la majorité des cas, au sein du tissu pulmonaire.

Cette lésion initiale siège surtout au poumon droit et à la base.

La lésion s'accompagne d'une adénopathie du hile et ensuite parfois d'une adénopathie bronchique. L'importance de ces adénopathies n'est pas en rapport avec l'étendue de la lésion pulmonaire.

L'infection tuberculeuse primordiale chez l'enfant présente une période d'incubation dont la durée est inversement proportionnelle à la gravité de la tuberculose.

La période d'invasion est caractérisée par de la fièvre, généralement légère, de l'amaigrissement avec tendance à la cachexie, des troubles digestifs (diarrhée), de la toux, enfin des lésions pulmonaires. Parfois l'on trouve des signes à l'auscultation, mais il ne faut pas trop y compter. L'exploration radiologique permet le diagnostic (taches opaques irrégulièrement réparties à la périphérie du poumon et à la région parahilaire, masse sombre plus ou moins étendue de l'adénopathie bronchique).

Enfin, le diagnostic de certitude chez les enfants du premier âge est la positivité de la cutiréaction (Ribadeau-Dumas).

L'évolution peut se précipiter et entraîner la mort par granulie. Plus souvent, il y a une ré-

(1) Gaston Doin et Cie, édit. à Paris, 1926.

mission de quelques jours à quelques semaines ; puis une nouvelle phase aiguë peut survenir, donner lieu soit à l'ulcération, à la pneumonie, à la broncho-pneumonie, à la granulie et entraîner la mort.

La régression des lésions pulmonaires peut s'observer, même quand le poumon paraît envahi tout entier ; il s'agit alors de réaction péri-tuberculeuse d'origine pneumococcique. Dans la plupart des cas, la régression se fait et la guérison clinique survient le plus simplement si l'enfant a dépassé la première année.

En somme, l'enfant naît indemne. S'il subit une infection massive, du fait par exemple d'une mère tuberculeuse, la tuberculose prend chez lui un développement rapide et provoque très souvent la mort.

Si la contamination est plus tardive, mesurée, l'infection est moins grave ; survient une lésion ganglio-pulmonaire, entre la troisième et sixième année ; l'enfant peut en mourir ; le plus souvent il guérit. Dans ce dernier cas, il se forme un tubercule fibreux ou fibrocrétacé, il en est de même des ganglions hilaires qui deviennent fibreux, chargés d'anthracose ou de matière calcaire.

Ces tubercules ou ces ganglions fibreux, crétacés, peuvent contenir des bacilles de Koch virulents pendant assez longtemps et constituer ainsi un *stade pour ainsi dire primaire de tuberculose pulmonaire latente.*

Il peut y avoir réinfection tuberculeuse ou réactivation des lésions déjà constituées. La question des réinfections tuberculeuses reste encore assez obscure.

La réactivation tuberculeuse se manifeste relativement peu durant la seconde enfance et l'adolescence. La tuberculose pulmonaire cède la *place* à la tuberculose ganglionnaire, à la scrofulo-tuberculose, à la tuberculose ostéo-articulaire.

C'est après la puberté et surtout de 20 à 35 et 40 ans que s'élève le plus la courbe de la mortalité par tuberculose pulmonaire. Sur 100 tuberculeux adultes qui meurent, 49 ont de 20 à 39 ans, 29 de 40 à 59 ans, 4 à 8 plus de 60 ans (Guinard).

La réactivation du bacille ne paraît résulter qu'assez rarement d'une réinfection exogène, la rareté de la tuberculose conjugale en est la preuve. La menstrualité, la grossesse, l'allaitement aggravent une tuberculose préexistante.

Les maladies phtisiogènes, le surmenage donnent un coup de fouet à la maladie. Les altérations biochimiques restent contestables, il faut se garder de prendre ici l'effet pour la cause (déminéralisation, décalcification, exagération du métabolisme basal, hyperthyroïdisme, etc.). L'altération de l'état général paraît avoir une importance réelle.

Le mécanisme de la réactivation tuberculeuse. — L'anatomie pathologique autorise à croire que le point de départ de la réactivation tuberculeuse, c'est la régression, dans le sens de la caséification, voire de la purulence, des lésions anciennes gangliopulmonaires et surtout ganglionnaires, dont l'origine remonte généralement à l'enfance. L'expansion du bacille se fait alors par voie aérienne, par voie sanguine ou par voie lymphatique. Alors commence la tuberculose pulmonaire de seconde infection qui peut donner lieu à la granulie, à la pneumonie caséeuse, à la pleurésie séro-fibrineuse, à la congestion pleuro-pulmonaire, et à la forme pulmonaire granulique ou folliculaire ou à la bronchio-alvéolite qui aboutissent le plus souvent à la phtisie. La résistance locale peut s'organiser ; les foyers tuberculeux peuvent s'enkyster, donner lieu à la guérison, le plus souvent à la guérison apparente qui peut être suivie de réactivations successives.

Quoiqu'il en soit, en présence d'un malade, une triple question se pose. Est-il tuberculeux confirmé ? Est-ce un tuberculeux latent ? N'est-il pas un non tuberculeux ?

La clinique et la bacilloscopie permettent de répondre à la première question. Il est plus délicat de répondre aux deux autres.

II. Données cliniques.

Comme dans tout problème d'ordre médical, c'est la clinique qui joue le rôle primordial.

Les *antécédents héréditaires* ont une grande importance au point de vue de l'infection de la première enfance. Ils ne sont pas toujours faciles à établir.

Les *antécédents personnels* trop négligés doivent cependant être très soigneusement recherchés, surtout ceux d'ordre pulmonaire ou pleural qui laissent à penser que le malade a été atteint d'accidents tuberculeux abortifs ou régressifs, guéris en apparence, devenus silencieux et latents en réalité.

M. Rieux, de sa propre expérience, conclut, et il ne sera démenti par aucun praticien, que sur 100 tuberculeux plus de la moitié « a présenté une atteinte tuberculeuse antérieure connue, plus ou moins ancienne, *suivie d'un intervalle de latence plus ou moins long avant la réactivation* ».

Aussi lorsque le diagnostic de la tuberculose confirmée est écarté chez un malade (bacilloscopie négative) celui de *tuberculose latente s'impose* chez tous ceux qui ont été atteints d'hémoptysies antérieures, de pleurésie sérofibrineuse et se pose encore chez les malades dont on relève dans le passé des accidents pulmonaires fréquents ou un état général défectueux.

Signes tirés de l'état général. — Le signe qui, en premier lieu, doit être étudié est la *température rectale*. La fièvre n'existe pas ordinairement dans la tuberculose pulmonaire latente. On peut cependant la constater dans la tuberculose *incipiente*, début de la tuberculose évolutive ou dans

la tuberculose *occulte* qui ne présente aucun signe clinique.

Elle ne dépasse pas 38° et affecte souvent le type inverse.

Jousset a dit avec raison « *toute température régulière qui atteint ou dépasse 37° le matin au réveil, pendant plusieurs semaines de suite, doit faire soupçonner la tuberculose* ». Mais, ajoute Rieux, il faut, par un examen clinique complet s'assurer qu'il n'existe pas d'autre cause pour provoquer cette température subfébrile (rhino-pharyngites, cholécystite latente, appendicite) et, en outre, il convient de faire un contrôle sérologique (réaction de fixation).

L'*instabilité thermique*, que Daremberg avait considérée comme un signe pathognomonique (épreuve de la marche ; augmentation de 5 /10e de degré après une heure de marche, de 3 h. à 4 h. du soir) n'a qu'une valeur toute relative.

Il en est de même de l'*amaigrissement*, de l'*anémie*, de la *pâleur*, de la *fatigue*, des *sueurs nocturnes*, de la *transpiration facile* sous l'influence de l'effort. Tous ces signes importants dans le diagnostic précoce de la tuberculose incipiente, perdent de leur valeur dans celui de la véritable tuberculose latente.

Examen clinique de l'appareil respiratoire. — Par définition, dans la tuberculose pulmonaire *latente*, la bacilloscopie des crachats est négative.

La toux est rare, sèche, matinale (toux d'irritation). La dyspnée est peu importante. L'asymétrie thoracique, la submatité, l'augmentation des vibrations thoraciques à un point de la surface thoracique sont à noter. Le thorax aplati et allongé, les *scapulæ alatæ*, ont moins de valeur que les dilatations veineuses du thorax qui indiquent la compression trachéo-bronchique si elles sont marquées. La douleur à la pression de la fosse sous-épineuse (pleurite apicale) est un signe de lésion évolutive. Le myxœdème, la réaction myotonique du trapèze et du biceps seraient des signes d'intoxication tuberculinique (Sainton).

L'auscultation reste le nœud clinique de la question.

La respiration *faible* est un très bon signe de tuberculose latente. Elle peut être due à la symphyse pleurale, soit partielle, soit généralisée, à la compression bronchique par l'adénopathie hilaire, surtout à droite. On la retrouve dans les tubercules fibro-crétacés du sommet, dans les poussées granuliques partielles.

Mais la faiblesse respiratoire peut être encore d'origine nasopharyngée, due à l'hypertrophie amygdalienne aux végétations adénoïdes, ou encore être d'ordre réflexe (névropathie, troubles gastro-intestinaux, appendicite chronique, ptose viscérale).

La respiration forte et ample répond à une suppléance respiratoire et ne peut nous retenir.

La respiration *soufflante* et la respiration *rude et basse* à l'inspiration et à l'expiration ont une valeur sémiologique beaucoup plus grande. Elles correspondent à des lésions évolutives plus souvent à des lésions fibreuses, régressives, cicatricielles et abortives qu'à des lésions caséeuses ; mais parfois ces lésions sont mixtes. Cependant, ces troubles de la respiration peuvent exister sans que la radiographie n'indique de lésions pulmonaires.

Les râles muqueux, les craquements indiqués par la toux, etc., font défaut dans la tuberculose *latente*. La transsonnance des régions apicales, la transmission auditive de la toux et de la voix sont généralement jointes aux modifications du timbre respiratoire et donnent lieu aux mêmes conclusions.

Il convient de rechercher les ganglions axillaires, sus-claviculaires, l'inégalité pupillaire (myosis ou mydriase du côté atteint), la rétraction oculaire, la diminution de la fente palpébrale, les troubles vasomoteurs de la pommette et de l'oreille.

Examen clinique des autres appareils. — La tachycardie, l'hypotension artérielle, l'oscillométrie faible, doivent être prises en considération dans une certaine mesure seulement. Il en est de même des troubles digestifs, de la diarrhée, des troubles de la fonction urinaire (phosphaturie, azoturie, cholestérinémie, albuminurie, etc.).

En somme, conclut M. Rieux, *la clinique pose le problème de la tuberculose pulmonaire latente, mais ne le résout pas.*

III. Données radiologiques.

M. Rieux considère les données radiologiques comme de véritables données cliniques, ces dernières ne devant pas être bornées à celles de l'examen stéthacoustique. Mais les résultats radiologiques demandent à être interprétés pour permettre le diagnostic.

La radiologie comprend la radioscopie et la radiographie.

La radioscopie thoracique a une supériorité, c'est de permettre l'étude *cinématique* de l'appareil respiratoire (mobilité du diaphragme, jeu des poumons droit et gauche, éclairement des sommets sous l'influence de la toux, déplacement inspiratoire du médiastin).

La *radiographie* complète la radioscopie des poumons au point de vue statique en permettant de mieux préciser les lésions. Mais il faut que la radiographie soit bien exécutée et correctement interprétée. C'est une question de technique qu'expose M. Rieux et que nous ne pouvons ici qu'indiquer. Il faut que la radiographie soit prise en position verticale et frontale antérieure. La tête doit rester droite. Les poumons en apnée de préférence pendant l'inspiration. Tout ceci est

l'affaire du radiologue mais l'interprétation relève du clinicien. Il est préférable d'étudier les radiographies thoraciques en négatif ; les détails apparaissent mieux en blanc sur fond noir qu'inversement en noir sur fond blanc.

En outre, le film est conservé et daté et l'on peut plus tard le comparer à des nouveaux.

Les images de la radiographie peuvent être réunies en cinq groupes principaux :

1° L'image radiographique *normale* ;

2° Les images des régions *hilaires* qui peuvent être *cicatricielles* ou *évolutives* ;

3° Les images des lésions *pleurales* ;

4° Les images des lésions *pulmonaires cicatricielles* ou *évolutives* ;

5° Les images *mixtes* formées par la combinaison des images précédentes.

1° **L'image radiographique normale** est rare, même dans l'adolescence. Les champs pulmonaires y sont d'une clarté uniforme, depuis les sommets jusqu'à la bordure diaphragmatique et le contour du cœur. Au niveau des hiles, le carrefour des grosses bronches et des vaisseaux donnent lieu à une ombre un peu diffuse, plus marquée à droite qu'à gauche à cause de l'asymétrie cardiaque. A gauche, pour la même raison, le cœur empêche de voir l'ombre qui représente la masse bronchovasculaire.

Sur le fond opaque du rachis on voit généralement nettement le dessin plus clair de la trachée et sa bifurcation. Les plèvres, les scissures interlobaires sont invisibles. Il y a parfois de petites anomalies comme par exemple un réseau trabéculaire dans le champ pulmonaire surtout à droite. Cela peut tenir à de légères lésions d'emphysème avec bronchite chronique et cette altération légère est généralement étrangère à toute atteinte des poumons.

2° **Images des lésions hilaires.** — Elles peuvent être cicatricielles ou bien évolutives.

Cicatricielles, elles présentent des amas opaques, de morphologie variable, dus à des formations crétacées, nettes, localisées au niveau d'un ou des deux hiles pulmonaires. Souvent, au milieu du champ pulmonaire, surtout à droite, l'on constate un nodule crétacé opaque, c'est le reliquat de la primo-infection tuberculeuse et la représentation de la phase pneumo-ganglionnaire primordiale.

Dans le type *évolutif*, il y a une extension tellement nette, tellement franche des ombres hilaires qu'on ne saurait hésiter à reconnaître leur caractère pathologique.

3° **Images des lésions pleurales.** — L'épanchement de la pleurésie séro-fibrineuse est interprété sans difficulté. Le retour de la plèvre *ad integrum* peut se produire et ne pas laisser de trace radiographique, mais il peut survenir de la pachypleurite fibreuse qui recouvre le champ pleuro-pulmonaire d'un voile opaque plus ou moins généralisé qui laisse entrevoir les côtes. Entre ces deux extrêmes, il y a tous les degrés ; parfois, surtout vers la base, l'on constate un *voile givré*, analogue à une vitre couverte de givre en hiver, et au-dessus l'on peut constater une hyperclarté pulmonaire due à de l'emphysème de suppléance.

4° **Images des lésions pulmonaires.** — Les images *cicatricielles* de la forme *abortive* donnent lieu dans les régions apicale et subapicale du champ pulmonaire, au-dessus et au-dessous des clavicules, des taches très opaques qui représentent des nodules calcaires ou fibrocalcaires. Dans la forme *régressive*, les taches sont analogues, mais moins grandes, moins tranchées entourées de travées ou de bandes nébuleuses.

Les images du type *évolutif* ne rentrent guère dans le cadre de la tuberculose latente. Elles peuvent se manifester par de fines granulations occupant une région formant un fin granité ou paraissant analogues à de fins flocons neigeux ; ou bien, il peut apparaître des taches d'opacité moyenne à aspect nuageux ou floconneux, mais dense surtout dans les régions apicales et sub-apicales (tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonique ou nodulaire confirmée) ; ou des taches d'opacité légère nuageuses ou floconneuses (tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonique, congestive) ; ou enfin des images bordées à centre clair (cavernules, tuberculose ulcéreuse d'emblée).

5° **Images radiographiques mixtes.** — Un polymorphisme extrême des images radiographiques peut alors exister, surtout si des perturbations dues à des bronchites, à des bronchopneumonies non tuberculeuses, à la syphilis, voire même à des tumeurs, viennent s'y ajouter. L'interprétation ne pourra alors utilement se faire qu'avec le concours de la clinique et de la bacilloscopie.

* * *

IV. Données biologiques.

La bacilloscopie étant déficiente dans la tuberculose pulmonaire latente, on devra avoir recours aux réactions biologiques : les tuberculino-réactions, la réaction de fixation, la séro-agglutination.

Les *tuberculinoréactions* sont les applications de la tentative de traitement de la tuberculose par la tuberculine de Koch, qui, injectée à un organisme sain, ne produit aucun effet et amène une réaction dans un organisme tuberculeux.

Il y a trois procédés de tuberculinoréaction employés : la cutiréaction, l'ophtalmoréaction et l'intradermoréaction.

La *cutiréaction* (von Pirquet) se pratique avec la tuberculine brute (Institut Pasteur) par scarifications, comme pour la vaccine jennérienne, à la région deltoïdienne. Si elle est positive, une macule apparaît vers la 12e heure, une papule dure de 1/2 à 1 cm. 1/2 de diamètre apparaît pendant le 2e jour, puis s'atténue le 3e jour, pour disparaître le 10e. Pas de fièvre ; parfois, chez l'enfant un peu d'adénite axillaire. Si la cutiréaction est forte, elle apparaît vers la 5e ou 6e heure et la papule devient vésicule et même pustule (scrofulo-tuberculose) ; si elle est faible (chez les cachectiques), la papule est à peine apparente et elle peut être tardive et ne se montrer que le 3e et même le 5e jour.

L'*ophtalmoréaction* (Wolf Eisner, A. Calmette) consiste à mettre dans l'œil une goutte d'un collyre de tuberculine à 1/100. Positive, elle provoque une conjonctivite aiguë plus ou moins intense, sans gravité. Elle est abandonnée.

L'*intradermoréaction* (Mantoux) consiste à injecter dans le derme 1/20e de centimètre cube de solution de tuberculine à 1/5.000 (soit 1/100 de milligramme de tuberculine). Sa réaction est analogue à la cutiréaction. Elle est peu employée.

Il y a encore l'*auto-urino-réaction* (Wildbolz) qui consiste à injecter de l'urine de tuberculeux ou de suspects de tuberculose dans le derme. Elle ne donne pas de résultats appréciés.

Chez le jeune enfant de moins d'un an, la cuti-réaction positive indique une tuberculose en activité ; entre un an et deux ans, la réaction positive donne non la certitude, mais une grande probabilité. Deux épreuves négatives à quelques semaines d'intervalle indiquent que l'enfant est indemne.

Chez l'adulte, la cutiréaction est presque constamment positive, mais pour le pronostic, elle peut avoir son importance. Plus la réaction est vive, mieux le malade se défend et plus la tuberculose en évolution est bénigne (Jousset).

La *réaction de fixation* ou *déviation du complément* est l'application de la réaction de Bordet-Gengou à l'infection tuberculeuse absolument comme Wassermann l'a appliquée à la syphilis. Elle exige l'intervention du laboratoire. La syphilis, la lèpre, la diphtérie, l'encéphalite épidémique, peuvent troubler le résultat et causer des erreurs de diagnostic.

La *Séro-agglutination* (J. Arloing et P. Courmont) est un procédé qui ne paraît pas encore être sorti en pratique du laboratoire de ses auteurs.

Signalons encore pour mémoire deux autres réactions biologiques, qui ne paraissent pas pouvoir être utilisées pour le diagnostic de la tuberculose latente : 1° la réaction de Matefy (recherche du taux de la globuline dans le sérum) ; 2° la réaction de Linzermeier (rapidité de la sédimentation des globules rouges dans le sang citraté).

En somme, de toutes les réactions biologiques, la cutiréaction peut donner des renseignements précis chez l'enfant du premier âge et la réaction de fixation qui dès à présent est des plus utiles, pourra sans doute, un jour, être une réaction de choix et extrêmement précieuse.

V. Les diverses modalités anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire latente.

M. Rieux groupe les modalités-anatomiques sous quatre chefs principaux :

1° La tuberculose latente occulte ;

2° La tuberculose latente ganglio-hilaire ;

3° La tuberculose latente cortico-pleurale ;

4° La tuberculose pulmonaire passée à l'état latent, abortive, régressive ou stagnante.

1° *La tuberculose latente occulte* est une tuberculose réelle mais tellement dissimulée qu'elle échappe à nos moyens habituels d'investigations (même à la radiologie). Si elle évolue, elle cause une véritable surprise. La pâleur terreuse des traits, la température subfébrile, peuvent chez une personne à antécédents suspects y faire songer. La réaction de fixation ici, si elle est positive, peut parfois la faire diagnostiquer.

2° *La tuberculose latente ganglio-hilaire* présente deux formes : une abortive, une évolutive.

La forme *abortive* est excessivement fréquente et se diagnostique par la radiologie.

La forme *évolutive* peut être pure mais rarement, elle est souvent *hilo-gangliono-pulmonaire* (tuberculose hilaire extensive).

Elle peut être momentanément latente, mais elle évolue le plus souvent avec une gravité extrême.

3° *La tuberculose latente cortico-pleurale* est réalisée par la pleurésie séro-fibrineuse dite primitive qui peut guérir absolument mais aussi laisser des séquelles. L'examen *radioscopique*, permettant d'apprécier l'état *cinématique* des poumons, est précieux pour le diagnostic et la réaction de fixation pratiquée et nettement positive peut autoriser à penser que la pleurésie initiale a été de nature tuberculeuse, ensuite que cette pleurésie sous ses apparences de cicatrisation, a laissé la persistance d'un foyer tuberculeux d'activité latente, donc susceptible de réactivation.

4° *La tuberculose latente pulmonaire* peut être *abortive* ; ses foyers reconnus par les antécédents sont cicatriciels. Notons, à ce sujet que plusieurs années sont généralement nécessaires pour obtenir la cicatrisation spontanée d'un foyer, même minime, de tuberculose pulmonaire. La radiographie donne souvent seule l'indication de la lésion et la réaction de fixation est le seul argument qui puisse ici indiquer la vitalité latente ou l'extinction complète du foyer tuberculeux.

La forme extensive de la tuberculose latente

pulmonaire peut affecter le type de *granulie pulmonaire partielle* qui se borne à une zone limitée du parenchyme pulmonaire. Le malade a eu une hémoptysie brève généralement unique, il a présenté de la toux, de la pâleur, de l'amaigrissement, de la fièvre assez faible (38°). Signes très discrets à l'auscultation. La radiographie donne de fines taches floconneuses, neigeuses, plus ou moins limitées, occupant généralement les régions apicales. La réaction de fixation est généralement nettement positive.

Le type *congestion pulmonaire tuberculeuse* peut affecter le type *spléno-pneumonie* de Grancher qui simule la pleurésie avec épanchement et est assez rare ; le type *congestion pleuro-pulmonaire* de Potain qui peut être pneumococcique mais aussi tuberculeuse et alors, si la bacilloscopie est négative au début, la réaction de fixation est fortement positive.

Le type congestion pulmonaire régressive et stagnante est fréquente. Elle est une évolution de la tuberculose fibro-caséeuse commune, mais il est fort difficile dans les périodes d'accalmie qui surviennent d'affirmer que la lésion est régressive ou seulement stagnante. Le diagnostic à ce dernier point de vue relève de la clinique et de la bacilloscopie fréquemment répétée.

VI. Diagnostic et pronostic de la tuberculose pulmonaire latente.

Le diagnostic différentiel avec les faux tuberculeux est toujours délicat. L'amaigrissement, l'asthénie, l'anémie, la température subfébrile le soir, la toux, l'expectoration banale striée de sang, les anomalies respiratoires à l'auscultation, la tachycardie, les palpitations, l'hypotension artérielle, l'albuminurie, la phosphaturie, peuvent donner naissance à la tuberculophobie et être dues à une foule d'états morbides autres que la tuberculose pulmonaire latente. Les lésions ganglio-hilaires peuvent être leucémiques et non tuberculeuses, les inflammations aiguës de la plèvre et du poumon peuvent laisser des séquelles. L'asthme, la dilatation bronchique, la syphilis, le cancer, la gangrène pulmonaire, l'amibiase, les kystes hydatiques, toutes ces affections peuvent donner lieu à l'établissement d'un diagnostic différentiel que les examens radiologiques et les réactions biologiques permettront d'établir avec le plus de certitude.

Le pronostic doit évidemment être réservé. La réactivation d'un foyer tuberculeux latent n'est cependant jamais pour le clinicien le plus averti qu'une *possibilité*, très rarement une probabilité. Il faut tenir compte des conditions d'existence du malade, de l'intervention des maladies aiguës dites phtisiogènes, surtout chez les enfants (rougeole, coqueluche, grippe, variole, en y ajoutant la syphilis et le diabète).

Il est impossible de dire quel sera l'avenir d'un tuberculeux latent, mais, avec la précision des moyens de diagnostic que nous possédons, nous pouvons par exemple affirmer qu'en présence d'une lésion tuberculeuse latente discrète, restreinte, relativement jeune, mais certaine, d'un sommet pulmonaire, la réserve pronostique doit être plus grande que devant les seuls reliquats calcifiés de la tuberculose pneumo-ganglionnaire de l'enfance.

***

L'ouvrage de M. le Professeur Rieux, dont le compte rendu succinct que nous venons de donner, indique toute l'importance, est accompagné de trente-cinq observations cliniques, exemples caractérisés des diverses formes de tuberculose pulmonaire latente qu'il a décrites et de douze belles planches radiographiques se rapportant pour la plupart aux observations précédentes.

J. Noir.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Quelques considérations sur l'asthme infantile.

Les causes de l'asthme infantile sont innombrables (excès alimentaire, troubles digestifs, coups de froid, etc.) ; elles peuvent même passer inaperçues tant elles sont légères et de faible importance. Cependant, dit le Dr P. Auban, le terrain du petit asthmatique doit être considéré comme caractérisé par une impressionnabilité et une irritabilité toute spéciale du système bronchique, dont la vaso-constriction est en définitive le grand substratum anatomique ; la recherche du réflexe oculo-cardiaque a prouvé l'hypertonie du pneumogastrique.

Quant à la raison intime de cette hypervagotonie, de l'asthme en définitive, elle demeure inconnue : anaphylaxie, neuro-arthritisme, troubles du fonctionnement hépatique, etc.

Aucun travail n'a encore pu mettre au point de façon précise et sous forme de statistique la valeur du facteur local dans la détermination de l'asthme infantile. Cet état d'hypersensibilité des voies respiratoires est caractérisé par la répétition sous les moindres causes de coryzas, trachéites, etc. ; ce sont autant d'équivalents ou de formes larvées.

En terminant, l'auteur mentionne la belle action curative des rayons ultra-violets, par nalogie au traitement des accidents de spasmophilie. Les rayons agissent par modification des terminaisons nerveuses du grand sympathique au niveau de la peau ; ils sont doués d'un pouvoir d'excitation très net sur les ramifications cutanées de ce nerf.

D'après Léon Tixier, l'actinothérapie dépasse de beaucoup le pourcentage de succès obtenus avec n'importe quel autre traitement, ancien ou moderne. (*Toulouse médical*, 1er mars 1926.)

L'immunité antitétanique par l'anatoxine chez l'homme.

A la sérothérapie antitétanique, méthode d'immunisation passive, il est désirable de substituer une vaccination antitétanique, méthode active capable de conférer au sujet vacciné une immunité solide et durable.

Ch. Zoeller et G. Ramon ont poursuivi des études dans ce but avec l'anatoxine ; grâce à la méthode de la floculation, ils ont pu juger à chaque moment de la valeur antigène de la toxine, à mesure de son atténuation par la chaleur et la formol, de sa transformation en anatoxine.

Les indications de l'anatoxine tétanique leur paraissent actuellement être les suivantes :

Chez un blessé non vacciné, faire simultanément du sérum et de l'anatoxine tétanique (1 cmc.) ; renouveler l'injection d'anatoxine après quinze jours, puis après un mois. Cette façon de faire se propose pour but d'entraver l'apparition d'un tétanos post-sérique.

Chez un sujet déjà vacciné, pratiquer, à l'occasion d'un traumatisme, une injection de rappel capable de mettre en circulation à bref délai une forte proportion d'anatoxine.

Dans une collectivité comme l'armée, où la vaccination antityphoïdique est obligatoire, l'addition d'anatoxine tétanique au vaccin T. A. B. paraît devoir ne présenter que des avantages.

Ces premières recherches aboutissent à des résultats qui font entrevoir la possibilité d'une vaccination active contre le tétanos. Sur ces données expérimentales et cliniques il est actuellement indiqué de répandre la méthode de vaccination par l'anatoxine. Il revient à l'infection tétanique de nous donner la preuve irrécusable de l'inefficacité du procédé. C'est donc à la statistique qu'il nous faudra demander, en définitive, par l'absence de tétanos chez un grand nombre de vaccinés, l'ultime confirmation de ces travaux. (*La Presse médicale*, 17 avril 1926.)

Note sur les lésions veineuses au cours des oblitérations artérielles.

A l'occasion d'une observation clinique, L. Bouchut et P. Paupert-Ravault attirent l'attention sur trois points principaux :

1° Les réactions phlébitiques associées aux oblitérations artérielles ne sont pas l'apanage exclusif des artérites proprement dites. Elles peuvent être, comme dans le cas particulier, la conséquence d'embolies, et elles apparaîtront d'autant plus volontiers qu'il s'agira d'embolies infectantes parties d'un foyer d'endocardite infectieuse. D'une façon générale, on doit admettre que toute embolie, septique ou non, se comporte au point de vue des réactions veineuses secondaires à la manière d'une inflammation primitive de l'artère.

2° Si cette phlébite associée est suffisamment intense, elle pourra donner sa note, ébauchée il est vrai, mais indéniable dans le tableau clinique (témoin l'œdème strictement unilatéral de l'avant-bras et de la main, qui apparut peu de jours après l'épisode embolique).

On peut se demander si des réactions de ce genre qui accompagnent si souvent l'installation des embolies ou des artérites et que l'on met sur le compte de la périartérite réactionnelle ne sont pas plutôt la traduction extérieure d'un phénomène à peu près constant, la phlébite associée.

3° Ces lésions veineuses n'appellent pas de sanctions thérapeutiques particulières. Les interventions chirurgicales, telles que l'anastomose artério-veineuse dans les oblitérations artérielles, sont presque toujours vouées à un échec. Vouloir faire jouer aux veines le rôle de voies de secours est illusoire. L'anastomose veineuse est ou rapidement compromise ou rendue d'avance impraticable par ces lésions phlébitiques presque inévitables. (*Lyon médical*, 20 mars 1926.)

Traitement des métrites cervicales par la haute fréquence.

D'après MM. P. Flandrin et L. Schil, les applications de haute fréquence constituent une méthode facile, peu douloureuse, ne nécessitant pas d'anesthésie, bénigne immédiatement et dans ses suites éloignées. C'est la méthode ambulatoire par excellence, beaucoup plus rapide dans ses résultats et moins gênante pour les malades que les pansements classiques, qui doivent être trop souvent renouvelés.

De plus, il s'agit là d'actions puissantes, mais faciles à doser, et par conséquent, bien supérieures

aux applications brutales de caustiques qui, malgré les soins les plus minutieux, pourront guérir les mêmes lésions, mais en dépassant parfois le but précis que l'on s'était proposé.

La haute fréquence comporte comme indications uniquement les métrites cervicales, métrites intéressant la portion vaginale du col, dans leurs deux variétés, métrites endocervicales pures et métrites totales s'étendant au-delà du canal sur le museau de tanche. La méthode a paru particulièrement efficace sur les gros cols mous, violacés, congestionnés, suintants ; des cols métritiques qui auraient paru justiciables à juste titre du Filhos et même de l'amputation, ont été guéris et asséchés, sans crainte d'avoir altéré leur souplesse, leur forme et la perméabilité de l'orifice externe et du canal cervical.

La première malade ainsi traitée est devenue enceinte peu après la fin du traitement ; l'accouchement a eu lieu sans aucun ennui du côté du col ; ce mode de traitement des métrites du col ne laisse donc aucune sclérose génératrice de dystocie.

Les indications de la haute fréquence comportent aussi les ulcérations métritiques grenues, voire même végétantes, avec de petits polypes muqueux et procidents.

Les formes hémorragiques ne constituent pas de contre-indications,bien au contraire,en raison de l'action hémostatique des courants de haute fréquence.

Il sera toujours utile de faire précéder ces applications d'une désinfection soigneuse, surtout si les métrites s'accompagnent, comme il est fréquent de le constater, de réactions inflammatoires portant sur les paramètres.

D'après les auteurs, la haute fréquence est le complément indispensable, le point final du *traitement classique des métrites compliquées*, et cela sous ses trois formes d'étincelage, d'électrocoagulation et d'effleurage.

Aux gros cols mous, ectropionés et suintants convient l'électrocoagulation ; l'étincelage paraît indiqué pour les ulcérations peu étendues, mais tenaces, et chaque fois qu'il ne sera pas nécessaire de modeler un col très déformé et d'agir en profondeur. L'effluvation est surtout une méthode complémentaire pour prolonger, à moins de frais, l'action de l'électro-coagulation ou de l'étincelage. (*La Presse médicale*, 7 avril 1926.)

Traitement des péritonites tuberculeuses prolongées ou rebelles par les rayons ultraviolets.

Ainsi que l'écrivent MM. Dugust et Clavelin, l'action bienfaisante des rayons ultra-violets peut être utile à connaître en ce qui concerne une affection qui, si elle est généralement curable dans ses formes légères et moyennes, reste très embarrassante pour les médecins dans ses formes prolongées et récidivantes.

Sur huit malades traités, les auteurs ont noté sept résultats très satisfaisants correspondant à des guérisons cliniques, et un décès.

On note la régularisation constante de la température au bout d'un mois au maximum, la reprise constante également du poids, souvent dans des proportions considérables (10-11 kgr. en trois mois), cette reprise étant parfois précédée,au début de la cure actinothérapique,d'un amaigrissement.

Les auteurs n'avaient fait aucun choix parmi leurs malades (3 ascitiques et 5 fibro-caséeux) ; quoique jusqu'à présent on ait admis des variantes d'indications thérapeutiques suivant la forme clinique envisagée, ces distinctions concernaient surtout jusqu'à ce jour le choix entre le traitement chirurgical et le traitement médical et M. Sergent réservait le traitement chirurgical aux formes diffuses, ascitiques ou non, sans complications viscérales, aux formes ascitiques avec épanchement abondant et troubles de compression, aux échecs de l'héliothérapie.

En réalité, la péritonite tuberculeuse, dans la plupart des cas bénins et moyens,a une tendance naturelle à guérir par les méthodes les plus diverses et même sans traitement. Elle rentre dans le cadre de curabilité générale des tuberculoses séreuses des jeunes sujets.

La question la plus difficile à résoudre est, par contre, celle des récidives, et aussi celle de formes rebelles avec fièvre contre lesquelles tout paraît échouer pendant des mois. L'héliothérapie réussit dans des cas, échoue dans d'autres ; de même le traitement chirurgical ; les formes rebelles à répétition sont particulièrement embarrassantes.

Au cours de l'appréciation des résultats d'un traitement concernant la péritonite tuberculeuse, il faut se méfier : 1° de la tendance naturelle de cette affection à guérir spontanément dans ses formes bénignes et moyennes (ascitiques de préférence) ; 2° de la possibilité de rechutes, comme dans toutes les manifestations bacillaires, c'est pourquoi le facteur durée de guérison apparente doit être pris en considération. Or les rayons ultra-violets, pas plus que les autres méthodes thérapeutiques ne sauraient prétendre mettre à l'abri des récidives.

Ces réserves faites (et elles sont capitales), il semble bien que, de tous les modes de traitement employés, ce sont les ultra-violets qui ont donné les résultats favorables les plus réguliers et les plus constants. En particulier, ils ont procuré aux auteurs dans les formes de longue durée (datant de 7 à 9 mois) ou rebelles aux traitements usuels (médical, héliothérapique, chirurgical) des guérisons au moins apparentes ; enfin dans les formes fistulisées, ils se sont toujours montrés très actifs ; ils ont été le traitement de choix de ces formes compliquées ou rebelles,

laissés pour compte de la médecine et de la chirurgie.

Mais il importe de préciser que l'on ne doit pas se contenter de quelques applications. Le traitement doit être longuement et régulièrement poursuivi, une vingtaine de séances au moins. Action brillante sur l'état général, augmentation de l'appétit, du poids ; disparition de la fièvre. Action locale variable : excellente sur l'ascite, satisfaisante sur les placards fibreux.

Cependant il y a une question d'appareillage et de pratique qu'il paraît indispensable de régler avec précision, surtout en raison de la fragilité des appareils, de leur vieillissement, si on veut obtenir des résultats précis et comparables ; chaque lampe nécessite un coup de main particulier. (*Journal des praticiens*, 24 avril 1926.)

Les diéto-toxiques.

Des recherches de clinique expérimentale entreprises par le Pr G. Mouriquand, il ressort que certaines substances, alimentaires ou autres, sans toxicité apparente dans les conditions normales de la diététique et de la nutrition, révèlent leur toxicité à l'occasion d'une déficience ou d'un déséquilibre alimentaires.

On ne saurait les tenir pour des toxiques vrais, mais comme des toxiques conditionnels, liés à certaines modalités diététiques. De ce fait, on peut les appeler diéto-toxiques (mot exprimant l'idée de toxicité développée à l'occasion d'un régime), pour leur donner une autonomie à laquelle ils ont droit.

Les faits exposés montrent que le déséquilibre alimentaire agit d'abord par lui-même en provoquant un déséquilibre nutritif, qui peut se manifester par des phénomènes du type toxique, léger, sévère, ou grave. L'histoire du régime carencé des dyspeptiques (Weill et Mouriquand) est à ce point de vue riche d'enseignements.

Ce déséquilibre est d'autre part nocif en ce qu'il gêne ou empêche l'action de ferments ou de catalyseurs indispensables à la nutrition.

Enfin et surtout, il met en évidence la toxicité pour ainsi dire latente des diéto-toxiques.

Ces accidents ne relèvent ni d'une intoxication au sens classique, ni d'une anaphylaxie alimentaire. La diéto-toxicité occupe une place intermédiaire entre ces états classés. Cette notion nouvelle paraît appeler à expliquer et à permettre d'écarter diverses manifestations [digestives ou trophiques rattachées encore à de vagues auto-intoxications ou à d'obscures idiosyncrasies. (*La Presse médicale*, 1er mai 1926.)]

L'action sur la diurèse de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse et ses modifications sous l'influence du sommeil.

Se basant sur quelques faits cliniques et surtout sur des données expérimentales, MM. M. Labbé, P.-L. Violle et E. Azerad ont voulu vérifier chez l'homme normal : 1° l'action des injections d'extrait hypophysaire ; 2° l'influence du sommeil physiologique, normal, sur les effets déterminés par ces injections.

De leur étude, ressort une action suspensive de la diurèse par l'hypophyse ; mais cette action inhibitrice n'est que passagère, et après un délai variable, de 8 à 11 heures suivant les cas, il se produit une débâcle polyurique destinée à éliminer l'eau retenue pendant la durée de l'épreuve.

Il semble d'autre part que, chez le sujet normal, le sommeil physiologique annihile l'effet oligurique de l'extrait hypophysaire, sans que l'on puisse lui attribuer, comme certains, un effet polyurique surajouté.

Si on admet que pendant le sommeil, il existe un état de vaso-dilatation généralisée, on peut comprendre que l'action vaso-constrictive du lobe postérieur d'hypophyse ait moins d'influence qu'à l'état de veille et que, par suite, le sommeil suspende en partie l'effet antidiurétique de cette substance. Cette opinion a, évidemment, besoin d'être vérifiée. (*La Presse médicale*, 28 avril 1926.)

Névralgies faciales d'origine dentaire.

La névralgie faciale compte parmi les affections dont le diagnostic étiologique présente le plus de difficultés. Certes, dit le Dr W. Dufougeré, on ne peut nier la fréquence des névralgies *a frigore* ; mais, dans la plupart des cas, il s'agit de névralgies passagères qui disparaissent à la suite d'un traitement approprié ; il n'en est pas de même de ces accidents nerveux à allures chroniques, caractérisés par des douleurs sourdes, permanentes, qui s'accompagnent, à certains intervalles, de crises douloureuses extrêmement violentes.

En pareil cas, le médecin traitant doit se rappeler que si le rhumatisme, la syphilis, peuvent être parfois mis en cause, ces névralgies faciales ont, plus souvent qu'on ne le croit, une origine dentaire. Il ne suffit pas d'examiner la bouche du malade, de constater qu'il a des dents bien soignées, bien obturées, pour écarter de suite l'hypothèse d'un trouble dentaire ; ce faisant, on risque, malgré soi, de faire une grave erreur de diagnostic et d'appliquer une thérapeutique irrationnelle.

Il faut, au contraire, même si le malade prétend ne pas souffrir des dents, examiner sa bouche d'une façon très attentive et compléter cette investigation par une radiographie intrabuccale. A l'appui de cette thèse, l'auteur rapporte cinq observations de névralgie faciale chronique, ayant eu pour point de départ une affection dentaire méconnue, qui ne fut révélée que par l'image radiographique. (*Paris médical*, 10 avril 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Les épidémies et les médecins praticiens.

(M. L. Camus. — *Académie de médecine* ; 5-10-1926.)

Lorsque survient dans une grande ville ou dans un canton rural une maladie contagieuse rare ou une épidémie encore peu étendue, les médecins traitants font leur déclaration à la préfecture, d'où il s'ensuit des désinfections, une mise en mouvement des services d'hygiène, quelquefois un avis discret à l'Académie de médecine, et c'est tout. Par une lacune singulière, ni les praticiens des quartiers ou des cantons intéressés et des cantons voisins, ni la presse médicale ne sont informés. Il en résulte ceci : le médecin, ignorant par exemple qu'il y a des cas de variole ou de maladie n° 9 dans son quartier, une épidémie de diphtérie ou de suette miliaire dans son canton, hésite souvent, devant un cas fruste, une forme anormale, un diagnostic difficile, et, pendant ce temps, les malades ne sont isolés que tardivement, les mesures de prévention ne sont pas précoces, et l'épidémie s'étend... C'est là l'histoire des récentes épidémies de variole à Paris.

S'occupant particulièrement de la variole, M. L. Camus montre la *nécessité d'informer les médecins de l'apparition de cette maladie dès que sa présence est reconnue.* Le diagnostic de la variole, dit-il, est quelquefois très embarrassant, dans ses types anormaux, surtout si l'attention n'est pas éveillée de ce côté. L'auteur raconte le fait suivant : un médecin est appelé un jour auprès d'un homme atteint de variole hémorrhagique à forme foudroyante. Son client est tombé assez brusquement malade, avec une symptomatologie peu caractéristique mais tout de suite alarmante. Ayant demandé un confrère de voisinage en consultation, le médecin est surpris de voir son collègue, après un court examen, poser et affirmer le diagnostic de variole hémorrhagique. La variole était inconnue depuis longtemps dans le pays. La surprise de notre confrère fut bientôt dissipée, car le médecin venu en consultation lui avoua sans détour qu'il savait confidentiellement depuis quelques jours qu'un foyer de variole existait au centre même de la ville. M. Camus cite encore l'exemple d'un hôpital de sous-préfecture où des cas assez nombreux de variole furent soignés sans que les médecins de la ville en aient eu connaissance, les cas étant venus du dehors, cependant, pour quelques-uns tout au moins.

M. Camus déplore, non sans raison, que les praticiens ne soient pas prévenus immédiatement, sous une forme quelconque, par l'administration, des cas de variole survenant dans leur région. Il est bien évident que la même observation s'applique à toutes autres maladies épidémiques, aux affections rares, en particulier, comme la peste, le typhus exanthématique, etc.

La période réglementaire d'éviction des écoles après les maladies contagieuses.

(M. Nathan. — *Société de pédiatrie de Paris* ; 6-7-1926.)

Au nom d'une commission composée de MM. Comby, Netter, J. Renault et Nathan, ce dernier présente un rapport sur les modifications à apporter à la période réglementaire d'éviction des écoles après maladies contagieuses.

On sait que cette question scolaire, dont parle dans son *Propos du jour* notre rédacteur en chef Noir, autrefois réglée par la loi de 1886, l'arrêté de 1893 et les circulaires de 1896, est actuellement réglementée par un arrêté ministériel de 1912, pris à la suite d'un rapport de M. Netter. M. Nathan, reprenant article par article le texte ministériel, ne propose aucun changement pour ce qui concerne la variole (40 jours), la scarlatine (40 jours), la rougeole (16 jours), les oreillons (21 jours), la diphtérie (30 jours après la guérison), bien que dans 94 % des cas de diphtérie, le bacille disparaisse au bout de 15 jours.

Pour ce qui concerne la coqueluche, la varicelle et la rubéole, M. Nathan s'écarte sensiblement des délais imposés par l'arrêté de 1912. Il semble que les données récentes de la bactériologie concernant la coqueluche pourraient permettre d'abréger les 30 jours d'éviction exigés après la cessation des quintes. Le microbe de Bordet-Gengou se rencontre surtout pendant la période catarrhale et on ne le retrouve plus guère dès le quinzième jour de la période des quintes. Une éviction de 30 jours après la *première* quinte paraît donc suffisante, à condition que l'état du sujet le permette et qu'il n'ait plus de quintes susceptibles de troubler la classe, ce qu'attesterait un certificat du médecin traitant.

La varicelle est une maladie bénigne à période contagieuse relativement longue. Doit-on maintenir une quarantaine de 16 jours — d'autant que la contagiosité semble minime après le 7e jour ?

Le délai de 16 jours pour la rubéole, enfin, serait manifestement exagéré de l'avis de M. Nathan et il propose de le ramener à une semaine.

L'arrêté de 1912, d'autre part, réglemente l'éviction des frères et sœurs des petits malades. On peut se demander s'il y a avantage à persister dans cette voie pour ce qui concerne l'entourage des enfants malades.

— Mme Nageotte-Wilbouchewitch considère que la lutte scolaire dirigée contre des maladies comme la varicelle, la rubéole, les oreillons, est illu-

soire, en raison de la bénignité de ces affections dans l'enfance ; pour la rougeole, la coqueluche, elle est inutile, tous les enfants finissant par les contracter un jour ou l'autre. L'éviction n'a sa raison d'être qu'à propos des maladies contagieuses graves (diphtérie, variole...)

— M. Georges SCHREIBER partage l'avis de Mme Nageotte, en ce qui concerne la rougeole, la varicelle, la rubéole. Pour la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, états morbides quelquefois sérieux, il est peut-être plus sage de maintenir l'éviction.

— M. ROHMER n'a jamais vu un cas de contagion de la rougeole après le 5e jour de la maladie.

— M. COMBY croit, effectivement, qu'une éviction de 8 jours suffirait en matière de rougeole. Mais, dans l'intérêt du malade, en raison des complications de cette affection, il vaut mieux maintenir la durée de 15 jours d'éloignement de l'école.

— M. APERT constate l'accord presque unanime des auteurs sur l'inefficacité prophylactique de l'éviction des écoliers atteints de rougeole, rubéole et varicelle. Cette mesure est utile néanmoins pour les malades eux-mêmes et au point de vue psychologique, à condition d'en modérer la durée : par exemple 15 jours minimum pour la rougeole, 8 jours minimum pour la rubéole et la varicelle.

— M. Robert DEBRÉ trouve également que les 40 jours d'isolement de l'enfant coquelucheux après la dernière quinte dépassent de beaucoup la période pendant laquelle le petit malade est contagieux. Le délai d'un mois après la quinte initiale lui paraît, comme à M. Nathan, suffisant, si, à ce moment, l'enfant est en état de retourner sans inconvénient à l'école.

La Société de pédiatrie clôture la discussion en proposant à l'arrêté ministériel du 2 février 1912 les modifications suivantes :

Pour la rubéole, réduire le délai d'éviction à 8 jours.

Pour la coqueluche, laisser la latitude d'admettre les enfants à l'école un mois après le début des quintes, mais sur certificat du médecin attestant que le petit malade est suffisamment remis pour pouvoir sans inconvénient reprendre ses classes. Au-delà du premier mois, le médecin traitant resterait ainsi juge du temps de quarantaine à imposer.

Mâchoire à clignotement.

(MM. BABONNEIX et MORNET. — *Société de pédiatrie* ; 15-6-1926.)

M. Babonneix présente un enfant atteint de mâchoire à clignotement (maladie de Gunn). Cette affection est caractérisée par ce fait que les mobilisations de la mâchoire (l'abaissement surtout), et souvent aussi les contractions volontaires effectuées par les muscles de la face, déclanchent un mouvement d'*élévation de la paupière supérieure*. Au point de vue pathogénique, l'auteur rapproche la maladie de Gunn des synergies paradoxales, bien étudiées par M. Babinski.

Cacosmie et respiration diaphragmatique.

(M. Jean MEYER. — *Soc. de Pédiatrie* ; 15-6-26.)

Laurence a classé les cacosmies sous trois groupes de causes : bucco-pharyngées, pulmonaires et digestives. Ces dernières sont généralement attribuées à des fermentations gastro-intestinales. M. Jean Meyer pense qu'un certain nombre de cacosmies digestives sont sous la dépendance d'un défaut de mobilisation du diaphragme (agissant peut-être par absence de fermeture du cardia, d'où échange gazeux, entre l'estomac et les cavités aériennes). L'auteur a vu, chez ces cacosmiques offrant une mauvaise respiration diaphragmatique (respiration costale, ventre ne se « gonflant » pas), l'odeur de l'haleine disparaître par une rééducation du muscle diaphragme.

La solution alcoolique de sulfate de cuivre en dermatologie.

(M. J. MEYER. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-6-1926.)

M. Meyer emploie une solution antiseptique voisine de l'eau d'Alibour, à excipient alcoolique, ainsi formulée :

Sulfate de cuivre anhydre...	0 gr. 50
Alcool absolu...............	100 gr.

Cette solution est assez stable. Le flacon toutefois doit être bien bouché et ne rester ouvert qu'un minimum de temps. Ce produit paraît à l'auteur avoir deux indications principales : les pyodermites et la séborrhée, du cuir chevelu en particulier.

Traitement de la syphilis pendant la grossesse.

(M. A. GALLIOT. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-6-26.)

Depuis 4 ans, M. Galliot a traité dans le service de M. Le Lorier, à la Charité et à Boucicaut, 56 femmes enceintes syphilitiques ayant toutes présenté antérieurement des accidents de grossesse (avortements, naissances avant terme, morts d'enfants en bas âge). Les malades furent soignées pendant au moins 5 mois : 29 par les arsenobenzènes et 27 par le bismuth. Les accouchements à terme et normaux obtenus s'élevèrent dans les deux groupes à une proportion à peu près égale, avec une légère supériorité pour l'arsenic (92 % et 85 %). Le bismuth, comme les arsenicaux, serait donc une bonne médication antisyphilitique dans la grossesse.

— M. LORTAT-JACOB s'adresse volontiers au bismuth lorsque chez une femme enceinte syphilitique, on ne peut faire du novar.

— M. LACAPÈRE associe les deux médicaments, arsénobenzène et bismuth. Si la femme est arséno ou bismuthorésistante (ce qu'il est difficile d'établir ici, en l'absence d'accidents spécifiques), on aura néanmoins une cure efficace.

— MM. Queyrat et Marcel Pinard préfèrent les arsénobenzènes et M. Montlaur est du même avis. Un des arguments de M. Queyrat est l'action du bismuth sur le rein et la fréquence relative de l'albuminurie chez les femmes enceintes.

— M. Darier ne croit pas le bismuth plus dangereux que les arsenobenzènes chez les albuminuriques. Dans un cas de néphrite syphilitique, l'auteur a vu le bismuth donner un excellent résultat.

— M. Queyrat distingue, en cette matière, la néphrite syphilitique et l'albuminurie non spécifique de la grossesse. Dans ce dernier cas, le bismuth est à rejeter.

— M. Galliot conclut que si l'arsenic paraît supérieur en activité, il ne faut pas mésestimer les résultats de la thérapeutique bimsuthée en obstétrique. Dans sa statistique, assez importante, ils ont été presqu'aussi satisfaisants que ceux de l'arsenic.

— M. Clément Simon a obtenu, dans la syphilis obstétricale d'excellents effets du tréparsol *per os*. Il sera bon d'y penser lorsque les injections seront impossibles.

P.L.

Lyon.

Société nationale de médecine et des sciences médicales.

Sténoses multiples de l'œsophage.

MM. Vignard et Sargnon relatent l'histoire d'un enfant de 4 ans qui, à la suite d'ingestion de potasse, présenta une triple sténose œsophagienne : au niveau de l'entrée de l'œsophage, de la région aortique et de la région cardio-diaphragmatique. Des séances de dilatation furent faites pendant plus d'un an, mais la sténose devint infranchissable et l'on dut pratiquer une gastrostomie. Le malade faillit mourir de choc, fit une pneumonie, dont il guérit, et depuis il peut s'alimenter progressivement. La gastrostomie suffit donc, dans certains cas, à élargir la sténose par cessation du spasme.

Corps étrangers multiples broncho-pulmonaires.

M. Sargnon expose l'observation d'un homme de 59 ans qui, en 1923, avala trois fragments d'os de bœuf avec du bouillon. Quatre mois après, le malade rejette, avec du pus, un des fragments osseux, puis un second un mois plus tard. Il continua ensuite à cracher du pus et à avoir de la fièvre, sans qu'on put découvrir le troisième corps étranger, après trachéotomie et bronchoscopie. Celui-ci fut enfin expulsé avec une grande quantité de pus et depuis lors le malade s'achemine rapidement vers la guérison.

Syphilis de la face.

MM. Berteim et Romey présentent l'observation d'un homme de 38 ans ayant eu en 1910 un petit chancre ; pas de traitement spécifique. En 1925, apparition d'une tuméfaction au niveau du sillon naso-génien gauche, qui donna issue à un liquide blanchâtre ; puis d'une gomme sous-cutanée de la région massétérine gauche, d'une infiltration de la muqueuse nasale, de lésions de pyorrhée alvéolo-dentaire. Wassermann très positif. Amélioration par le traitement spécifique commencé il y a quinze jours.

Tuberculose iléo-cæcale primitive.

MM. Barbier et Jeannin. Malade de 22 ans entrée à l'hôpital avec des œdèmes généralisés, une température oscillant entre 38 et 40, de l'ascite, un épanchement pleural bilatéral, une diarrhée profuse. Urines rares, non albumineuses. Présence de B. de Koch dans le sang. A l'autopsie, pas de granulie, mais tuberculose iléo-cæcale à forme ulcéreuse.

Empyème tuberculeux riche en cholestérine

M. Barbier. Homme de 60 ans, grand cardiaque, avec œdèmes, albuminurie, hypertension, double souffle de la base, galop et souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Cet homme avait eu, trente ans auparavant, une pleurésie gauche à gros épanchement ; il conservait depuis cette date une matité de la base, attribuée à une symphyse pleurale épaisse. Une ponction exploratrice fut pratiquée ; on traversa en effet une coque pleurale épaisse ; mais on retira en outre, en 2 fois, 1900 cc. de liquide chocolat, que le microscope montra comme tout entier constitué de granulations graisseuses et de *cristaux de cholestérine* formant un véritable dallage.

Vaccination antituberculeuse.

M. Duquaire présente une malade, tuberculeuse avec bacilles dans les crachats, traitée et très améliorée par sa méthode de vaccination : le vaccin employé est une modification du vaccin préventif de Marigliano ; cette vaccination se pratique, comme la jennérienne, en scarifications.

Abcès rétro-pharyngien inférieur du nourrisson.

M. Robert Rendu rapporte un cas typique d'abcès rétro-pharyngien inférieur (rétro-laryngien) chez un enfant de 10 mois. Le point intéressant de cette observation est la conduite tenue par l'auteur : ouverture par les voies naturelles, en position de Roze, sans anesthésie, suivie de l'aspiration du pus au moyen d'un tube de caoutchouc ; une fois l'abcès vidé, on agrandit l'orifice avec la pince emporte-pièce de Struycken. M. Truffert, élève de Sébileau, a récemment préconisé, pour ces abcès inférieurs, l'ouverture cutanée presternomastoïdienne, reprochant à l'ouverture par les voies naturelles d'être dangereuse (chute possible du pus dans le larynx) et insuffisante ; les différentes précautions prises par M. Rendu paraissent bien faire justice de ces objections.

Pièce de cholécystite calculeuse.

M. Desjacques montre, au nom de M. Patel, une vésicule biliaire extraite par cholécystectomie, et remarquable par l'épaisseur (2 à 3 cm.) de ses parois ; le contenu était formé de liquide séro-sanguinolent avec quatre calculs.

Séminome de l'ovaire.

MM. André Rendu et Pauzet. Fillette de 6 ans, ayant l'aspect et la taille d'une enfant de 8 à 9 ans, et réglée depuis l'âge de 5 ans 1/2. Depuis quelque temps, elle offre des pertes brunâtres, et une tumeur grosse comme le poing dans la fosse iliaque gauche. A l'opération, on trouva une tumeur de l'ovaire gauche avec trompe, utérus et annexes droites normaux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une séminome du type mâle.

Etranglements herniaires.

MM. Dunet et Cibert. Homme de 73 ans qui, opéré d'une hernie inguinale droite étranglée, présenta quatre jours après, une autre hernie étranglée, à gauche. Les deux interventions réussirent d'ailleurs parfaitement.

Etranglement d'un diverticule de l'anse sigmoïde.

MM. Dunet et Gardère présentent l'observation d'un malade qui, à la suite d'un syndrome de hernie étranglée présenta un phlegmon herniaire ; celui-ci incisé, il s'établit un anus herniaire par lequel le doigt pénétrait facilement dans un trajet canaliculé aboutissant à l'anse sigmoïde. La simple incision suivie de drainage permit de voir au bout de quinze jours l'anus se fermer spontanément. Il n'y avait d'ailleurs eu aucun signe d'obstruction.

Fibrome sous-muqueux sphacélé.

MM. Villard et Labry montrent un fibrome sous-muqueux de 6 kgr. 500 environ. Ce fibrome est formé de tissu sphacélé imprégné de pus d'odeur infecte. La malade présentait un état général grave avec un mélange de symptômes d'anémie et de symptômes infectieux. L'intervention (hystérectomie avec large drainage vaginal) dut être menée très rapidement avec une anesthésie très superficielle.

Corps étrangers articulaires.

M. de Girardier relate deux observations du service de M. Patel concernant des corps étrangers articulaires du genou. Dans l'un de ces cas, il s'agissait de corps pathologiques multiples ; le malade en était porteur depuis plusieurs années sans en être gêné. Dans l'autre cas, il s'agissait de corps étranger traumatique, beaucoup moins bien toléré ; poussées d'hydarthrose, phénomènes de pseudo-blocage avec douleurs vives.

Rétrécissement de l'utérus au niveau de l'orifice interne.

M. Violet présente une pièce d'hystérectomie totale, sur laquelle existe une sténose très nette de l'orifice interne du col de l'utérus avec distension de la cavité utérine en amont et formation dans cette cavité de fongosités polypeuses, résultat de la rétention et de l'infection chronique.

Fracture de Dupuytren.

M. Desjacques expose l'*histoire* d'une malade de M. Patel venue à l'hôpital trois semaines après une chute. Radiographie : fracture de Dupuytren avec 3e fragment postérieur. Intervention sanglante. Guérison.

Lithiase du canal de Wharton.

M. Montel rapporte, au nom de M. Mallet-Guy et au sien, le cas d'un malade atteint de lithiase du canal de Wharton, se manifestant par une tuméfaction intermittente de la région sous-maxillaire. Un calcul du volume d'un petit noyau d'olive fut éliminé spontanément.

Grossesse extra-utérine.

M. Violet présente un cas de grossesse extra-utérine arrivée presqu'à terme (mort de l'enfant quinze jours environ avant le terme). Les médecins consultés avaient fait le diagnostic de grossesse intra-utérine. M. Violet voit la malade un peu plus d'un mois après la date présumée du terme, confirme le diagnostic de grossesse par la radiographie et en précise le siège ectopique par la perception d'un utérus indépendant à côté de la tumeur fœtale. Extirpation du sac fœtal après laparotomie, ouverture *du sac et évacuation des eaux et du fœtus. Guérison.*

Hématocèle thyroïdienne suppurée et fistulisée.

MM. Bérard et Dunet présentent une femme de 68 ans, porteur d'un goitre depuis sa jeunesse et qui vit, il y a un an, ce goitre augmenter de volume et présenter des symptômes nettement inflammatoires. A son entrée à l'hôpital, on constatait l'existence d'une volumineuse tumeur thyroïdienne présentant en un point une ulcération donnant issue à du pus. La tumeur adhérait aux plans profonds et à la peau, ce qui eût pu faire penser à un cancer, diagnostic qui fut écarté, en raison de l'absence de tout retentissement ganglionnaire. Celui de strumite suppurée fut confirmé par une ponction ramenant 200 cc. de pus environ. Une deuxième ponction, 48 heures après retira 150 cc. de pus ; après injection de lipiodol on pratiqua une radiographie qui précisa les limites de la tumeur. Celle-ci fut extirpée non sans difficultés à cause des adhérences profondes. Les suites furent simples et la guérison est maintenant presque complète. L'examen, tant macroscopique qu'histolo-

gique, de la pièce montre qu'il s'agit d'une hématocèle thyroïdienne très ancienne.

Société médicale des hôpitaux.

Diagnostic de l'encéphalite épidémique et des tumeurs cérébrales.

MM. Bériel et Lesbros relatent trois observations de tumeurs cérébrales dans lesquelles un diagnostic erroné d'encéphalite avait été, soit repoussé après discussion, soit accepté avec réserves, soit fait d'une manière ferme. Les deux affections peuvent, dans certains cas, prêter assez facilement à confusion, quelques symptômes, tels que la fièvre, les troubles psychiques, les troubles sensitifs, pouvant être communs. Les principaux éléments du diagnostic différentiel sont : l'œdème de la papille, signe de tumeur quand il est bien net, l'hypertension cranienne manifeste, ou une paralysie progressive et durable, tous signes de tumeur également. Dans certains cas, c'est l'évolution seule, progression dans le cas de tumeur, par poussées dans l'encéphalite, qui permet le diagnostic.

Cyanose par insuffisance de la ventilation pulmonaire.

MM. Gallavardin, Gravier et P. Delore. Femme de 44 ans, sans autres antécédents que quelques bronchites hivernales. Cette malade présente une cyanose intense hors de proportion avec les symptômes pulmonaires constatés (quelques râles fins aux bases ; un ou deux ronchus dans la poitrine ; signes radioscopiques d'une légère symphyse du sinus costo-diaphragmatique gauche. Quelques signes de dilatation des cavités droites. La cause de la cyanose doit être cherchée, selon les auteurs, dans une diminution considérable de la ventilation pulmonaire (capacité vitale de 1400 cc.) due à une obésité abdominale considérable gênant le mécanisme de la respiration diaphragmatique. Il est possible que cette obésité abdominale ait une origine endocrinienne, son développement excessif ainsi que la cyanose ayant coïncidé avec la ménopause.

Hémiplégie spinale sans troubles de la sensibilité.

M. Bériel présente deux observations de tumeurs médullaires ayant déterminé des troubles moteurs à forme hémiplégique, qui pendant neuf mois ont évolué sans aucun trouble sensitif. Il n'est donc pas nécessaire, pour porter le diagnostic d'hémiplégie spinale, d'avoir un syndrome de Brown-Séquard au complet : la paralysie motrice peut très longtemps demeurer seule.

Le stovarsol dans la paralysie générale.

MM. Bériel et Devic apportent à la Société les résultats de leurs essais de traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, préconisé par MM. Sérary et Barbé. Les auteurs ont eu dans la moitié des cas des résultats franchement favorables et, compte tenu des objections que l'on peut faire à tout traitement de la paralysie générale, objections tirées notamment de la fréquence des rémissions spontanées, ils considèrent celui-ci comme le meilleur traitement à l'heure actuelle. A. C.

Les Congrès

XXXVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Paris*, 4-9 octobre 1926.)

Première question.

Pathologie des ménisques du genou.

Résumé du rapport de MM. A. Mouchet (de Paris) et L. Tavernier (de Lyon).

Des lésions que peuvent présenter les ménisques, *traumatiques* et *pathologiques*, les premières sont de beaucoup les plus importantes. Les secondes, d'ailleurs, ne sont probablement que des séquelles de lésions traumatiques anciennes. La *méniscite* ne semble pas avoir d'existence propre.

Quelques *notions anatomiques et physiologiques* sont utiles à rappeler.

Le ménisque interne est attaché plus solidement au niveau de sa périphérie à la capsule que le ménisque externe. D'autre part, ses cornes ont leurs insertions plus éloignées l'une de l'autre que celles du ménisque externe. Il est possible que ces dispositions anatomiques expliquent pour une part la prédominance des lésions traumatiques du ménisque interne.

Les deux fibro-cartilages sont réunis en avant par une bandelette fibreuse, le ligament transverse. Ce ligament, ténu, manque dans 10 p. 100 des cas, et il semble bien qu'il ne joue aucun rôle dans la fissuration longitudinale du ménisque.

Les ménisques n'ont pas de vascularisation propre ; les vaisseaux nourriciers que leur fournit la capsule s'arrêtent à leur base sans pénétrer dans leur substance fibrillaire.

Dans le jeu de l'articulation les ménisques fuient devant l'appui fémoral, repoussés en avant dans l'extension et en arrière dans la flexion. L'étendue de ce déplacement est de un centimètre pour le ménisque externe, de 8 millimètres pour le ménisque interne.

Dans la rotation de la jambe, les déplacements des

ménisques sont beaucoup plus limités que dans la flexion et l'extension. Dans la rotation externe, au cours de laquelle se produisent fréquemment les lésions méniscales, la partie antérieure du ménisque interne, suivant la capsule, se déplace en avant et en dehors, tandis que son extrémité postérieure est refoulée en arrière par le condyle. Cet étirement peut amener, soit l'arrachement de la corne antérieure, soit la fissuration du corps méniscal.

Lésions traumatiques des ménisques. — Ces lésions ne sont guère individualisées que depuis une trentaine d'années, c'est-à-dire depuis le moment où on les a constatées opératoirement. Mais les statistiques des chirurgiens français, quoiqu'elles prennent de plus en plus d'importance, sont encore très pauvres par rapport à celles des Anglais, des Américains et des Suisses.

La pratique plus développée de certains sports, comme le foot-ball ou le ski dans les pays anglo-saxons et en Suisse, ne suffit pas à expliquer cette disproportion des statistiques. Il est vraisemblable qu'en France on ne songe pas encore assez à ces lésions et qu'on n'ose pas les diagnostiquer. Puis il intervient peut-être un autre élément. Les chirurgiens suisses ont remarqué une certaine concordance entre la topographie régionale des lésions des ménisques et celle du goitre.

Étiologie. — Les traumatismes des ménisques s'observent surtout chez les adolescents et les adultes dans la pratique des exercices violents et de certaines professions — mineurs, poseurs de tapis — qui exposent au passage brusque de la position accroupie à la position debout. Mais l'accident causal peut être minime et même passer presque inaperçu.

Le genou droit est plus souvent atteint que le gauche [89 droits pour 57 gauches (Bircher)]. Le ménisque interne plus souvent que l'externe [78 p. 100 (Bircher)].

Chez la femme, les lésions du ménisque externe seraient relativement plus fréquentes que chez l'homme.

Enfin, il y a des prédispositions encore mal connues.

Anatomie pathologique. — La luxation du ménisque n'a pas d'autonomie ; elle n'est, quand elle existe, que la conséquence d'une fracture.

La *fissuration longitudinale* est la forme anatomique la plus fréquente. Elle est généralement complète, divisant le ménisque en deux bandelettes, dont une, latérale, reste attachée à la capsule, et l'autre, axiale, s'écartant plus ou moins, peut remonter dans l'échancrure intercondylienne (ménisque en anse de seau).

Par ordre de fréquence, viennent ensuite l'*arrachement de la corne antérieure* qui est l'origine d'altérations très diverses dans leur aspect ; la *rupture transversale du ménisque*, complète ou incomplète, unique ou multiple ; l'*arrachement de la corne postérieure*, vraiment rare, et la *fissuration horizontale du ménisque*, qui est une sorte de clivage dans le sens de l'épaisseur.

La *laxité méniscale*, décrite par la plupart des auteurs, n'est pas spéciale au ménisque seul et caractérise un état anatomique de la capsule articulaire tout entière.

Quant à la *méniscite traumatique*, décrite par César Roux au Congrès de chirurgie de 1895, elle n'a pas d'individualité anatomique, et le syndrome décrit par Roux semble correspondre à de petites déchirures. D'ailleurs, on ne saurait admettre l'inflammation d'un tissu dépourvu de vaisseaux.

L'*évolution des lésions méniscales* est assez particulière. Il n'y a, en général, aucun processus de cicatrisation. Quelquefois les parties flottantes régularisent leurs formes en s'amoindrissant. Ces modifications morphologiques sont, en somme, celles des corps étrangers articulaires.

Mécanisme des lésions méniscales. — Ce mécanisme est encore très obscur. En tout cas, à part quelques cas exceptionnels, il est constamment indirect.

Les rapporteurs, rejetant les théories compliquées et peu claires de Surls et Osgood, de Steinmann, proposent pour les fissurations longitudinales l'explication suivante.

Le ménisque est presque solidaire du tibia, tandis que les condyles fémoraux glissent sur lui. Si, dans un mouvement forcé, le condyle coince le ménisque et l'entraîne, la base fixée à la capsule ne pourra suivre le déplacement d'où déchirure longitudinale entre les deux parties de ce ménisque tiraillées en sens contraire.

Les autres variétés de lésions sont plus difficiles à comprendre.

Mais pourquoi le ménisque interne est-il beaucoup plus souvent atteint que l'externe ? Les rapporteurs pensent que cela est dû, plutôt qu'aux raisons anatomiques invoquées par les Anglais, au mode de fonctionnement du genou. Les jambes sont les deux piliers d'une voûte très haute, surchargeant à la compression les appuis internes, au détriment des externes, ce qui explique le coincement plus habituel du ménisque interne.

Symptômes. — L'histoire typique d'une lésion méniscale comporte un épisode initial généralement qualifié d'entorse, puis une longue série d'accidents qui se succèdent, entrecoupés de périodes d'accalmie et dont le plus typique est le blocage de l'articulation. Il convient de faire d'abord une étude analytique des symptômes.

L'*accident initial* paraît quelquefois manquer c'est-à-dire qu'une lésion du ménisque peut se produire à bas bruit, avec un iminimum de causes, au cours d'un fonctionnement articulaire banal.

Assez souvent, cet accident initial paraît être une simple entorse.

D'autres fois le blocage se produit dès l'accident initial. C'est par exemple ce qui arrive presque tou

jours quand l'accident survient dans un mouvement pour se relever de la position assise ou accroupie.

Le *blocage* qui est le signe le plus caractéristique et survient brusquement à l'occasion d'un mouvement anormal, consiste en une immobilisation brusque du genou qui ne garde plus que la liberté de flexion.

Les conditions dans lesquelles apparaît le blocage sont presque toujours les mêmes pour un malade donné. C'est en général un mouvement précipité, souvent une torsion ou une extension brusque après flexion forcée.

La douleur est vive mais dure peu. L'arrêt de l'extension se fait d'ordinaire entre 150 et 170 degrés. Les efforts d'extension font parfois saillir le ménisque à la partie antéro-interne de l'interligne.

La durée du blocage est très variable. Les patients finissent par connaître très bien les manœuvres les plus propres à amener la réduction : en général mise au repos de quelques instants et mouvements alternés de flexion et d'extension. Mais chez certains malades le blocage est irréductible et persiste des semaines, jusqu'à l'opération. A l'opposé sont les blocages qui se réduisent si vite que le malade ne se rend pas compte exactement de ce qui se passe. C'est la forme entorse à répétition des lésions du ménisque.

Le mécanisme du blocage, du moins du blocage stable et difficilement réductible a pu être élucidé par les constatations opératoires. Il s'agit toujours du déplacement dans l'espace intercondylien d'un ménisque en anse de seau. Dans la flexion, l'échancrure intercondylienne est large et profonde, le ménisque luxé y flotte librement. Dans l'extension, l'échancrure intercondylienne disparaît, la bande méniscale luxée, d'une part, ne trouve plus sa place dans la faible gorge de la poulie rotulienne, d'autre part se tend comme une jugulaire en travers du condyle interne qui présente à ce niveau le relief de la crête condylo-trochléenne. En somme, le blocage stable *ne peut être déterminé que par la luxation* du ménisque en anse de seau, les blocages fugaces sont causés par toutes les autres lésions méniscales qui comportent des parties arrachées plus ou moins flottantes.

La *douleur* est caractérisée par son siège et sa périodicité. Elle siège en un point précis, au niveau de l'interligne, entre le bord du ligament rotulien et le bord du ligament latéral. Il arrive même que des lésions de la corne postérieure se manifestent par une douleur de siège classique. Elle s'irradie , dans les cas sévères, à la cuisse et à la jambe.

Elle est rarement continue. Les phases douloureuses commencent brusquement et finissent de même. Et cette périodicité des douleurs paraît due à des changements de position des parties déchirées du ménisque qui gênent ou laissent libre le jeu de la jointure, suivant la manière dont elles se placent.

Les malades n'ont pas tous des rémissions complètes entre les paroxysmes, certains conservent un état douloureux habituel que l'exercice exagère.

L'*hydarthrose* est le plus irrégulier des symptômes. Quand elle existe, elle est périodique comme la douleur, succédant à une luxation ou à une position défavorable du ménisque. Il est très difficile de dire pourquoi certains sujets ont de l'hydrathrose et d'autres pas. Il est peu probable que le tempérament du malade soit en cause comme le croit Bircher car, dans l'évolution d'une même lésion méniscale, l'hydarthrose, qui s'est montrée à une période, manque quelquefois à une autre malgré des blocages répétés.

L'*atrophie musculaire* est constante mais d'importance très variable et surtout visible au tiers inférieur de la cuisse.

Il faut noter qu'à côté des signes propres aux lésions des ménisques, apparaissent assez souvent les signes de lésions surajoutées, arthrite sèche et lésions ligamenteuses telles que rupture du ligament latéral interne et distension ou rupture du ligament croisé antérieur.

Formes cliniques. Evolution. Pronostic. — Les formes cliniques se divisent en deux groupes, suivant qu'il s'agit de cas à symptomatologie classique comportant des blocages typiques entrecoupés de périodes d'accalmie ou de cas frustes dont les manifestations cliniques se réduisent parfois à un seul symptôme, constituant la forme douloureuse, la forme hydarthrose, la forme entorse à répétition.

Au cours de la longue évolution d'une lésion méniscale, la symptomatologie peut se modifier et passer d'une forme à une autre. Rien d'ailleurs n'est plus variable que l'évolution d'une lésion méniscale qui tantôt garde constamment le même aspect, tantôt marche par poussées successives, tantôt s'aggrave avec le temps, tantôt s'atténue au contraire assez complètement pour qu'on puisse parler de guérison.

Mais on peut dire que la lésion ne guérit jamais anatomiquement. Quand les accidents ont été de très courte durée, il y a plus de chance de guérison spontanée. Cependant le risque d'accidents persiste tant que le ménisque n'a pas été enlevé.

Diagnostic. — Les cas à symptomatologie complète sont faciles à reconnaître. Pour les cas frustes, il faut attendre assez longtemps. La vraie base en effet du diagnostic, c'est l'histoire du malade et la périodicité de ses accidents.

La *radiographie* ne donne que des renseignements négatifs en raison de la transparence des cartilages. Néanmoins on est arrivé à faire apparaître les ménisques, en injectant de l'air dans l'articulation. C'est la méthode préconisée en 1905 par Hoffa et Werndorf et, depuis, en France par Terracol et Colanéri, etc. Elle est peu répandue et ne peut guère montrer que les désinsertions capsulaires. Elle présente en outre l'inconvénient d'être assez douloureuse et de déterminer quelquefois une réaction articulaire.

L'*arthroscopie*, malgré l'opinion favorable de Bircher, n'est pas plus instructive ni moins grave qu'une arthrotomie exploratrice.

Diagnostic différentiel. — Le problème est tout différent suivant qu'il s'agit de cas récents ou de cas anciens.

Dans les cas récents, on peut soupçonner une lésion méniscale dès l'accident initial par la façon dont il est survenu, par une localisation au lieu d'élection de la douleur spontanée ou provoquée. Mais c'est un diagnostic qu'il est impossible d'affirmer. Il y a des hémarthroses dont la guérison traîne, surtout lorsque le sang n'a pas été évacué, et d'autre part bien des lésions résiduelles peuvent donner lieu à des accidents analogues à ceux des déchirures des ménisques.

Dans les cas anciens, la périodicité des accidents permet d'éliminer les diagnostics d'arthrites rhumatismale, tuberculeuse ou syphilitique.

Le diagnostic difficile est de reconnaître entre eux les syndromes post-traumatiques.

Les *corps flottants articulaires* ne sont difficiles à reconnaître que s'ils restent dans l'échancrure intercondylienne. Et ici la radiographie est utile, car ces corps flottants, étant presque toujours partiellement osseux, se voient sur le cliché.

Les *franges synoviales* qui résultent de la cicatrisation de lambeaux effilochés du ligament adipeux donnent lieu à un syndrome douloureux, mais jamais au blocage. Elles peuvent en imposer pour une lésion méniscale fruste.

Les *ruptures ligamenteuses*, les *fractures de l'épine tibiale*, se révèlent par des symptômes assez différents de ceux des lésions des ménisques.

Traitement. — Il n'y a pas de traitement médical : l'immobilisation calme les douleurs, le massage les exagère.

On a renoncé à la *méniscopexie*, opération insuffisante, souvent impossible, illogique d'ailleurs dès l'instant que l'ablation du ménisque n'entraîne aucune gêne fonctionnelle.

Il faut enlever le ménisque, pratiquer une *méniscectomie.*

Les rapporteurs montrent les avantages de l'ablation totale du ménisque par une incision transversale, sectionnant le ligament latéral. C'est la seule technique qui permette l'examen complet du ménisque et l'extirpation de la corne postérieure dont la conservation risque d'entretenir des accidents.

L'importance de cette exploration et de cette ablation de la corne postérieure est telle que les opérateurs qui se refusent à couper le ligament latéral en sont venus pour les réaliser à des procédés complexes: incision postérieure complémentaire (Alwyn, Smith, Elmslie, etc.), ou à l'extirpation préalable du segment antérieur du ménisque sain dans le seul but d'explorer la corne postérieure (Bristow).

L'objection qu'on oppose à cette technique est la crainte du manque de solidité du genou après section du ligament latéral. Avec la technique de suture précisée par Tavernier, cette crainte n'est pas justifiée (suture serrée en flexion légère du genou, position de relâchement du ligament). Les mouvements de latéralité sont même corrigés lorsqu'ils existaient auparavant.

Les résultats ainsi obtenus sont constamment parfaits dans les cas où le ménisque seul est en cause, comme le montre la statistique de 48 cas de Tavernier

L'arthrite sèche, qu'on a accusée d'assombrir le pronostic éloigné de ces opérations, et qui a été attribuée par les uns à l'opération (Roux), par les autres au retard apporté à l'opération et à la longue irritation de la synoviale par le ménisque déchiré (Bircher), paraît exceptionnelle aux rapporteurs, qui tendent à la rattacher plutôt aux lésions ostéo-cartilagineuses traumatiques associées aux ruptures des ménisques. Ce sont ces lésions associées qui conditionnent les imperfections légères dans les résultats éloignés de l'opération.

La restauration fonctionnelle intégrale obtenue régulièrement dans les cas sans lésions associées permet d'étendre l'indication opératoire à tous les cas où la lésion gêne vraiment le malade. Dans les cas récents seulement, l'expectation reste à conseiller à cause des risques d'erreurs de diagnostic assez fréquentes.

Lésions pathologiques : kystes des ménisques. — Ce sont en réalité des pseudo-kystes, sans revêtement épithélial, causés par une dégénérescence hydropique particulière du fibro-cartilage, dont l'étude a été faite — surtout en France — par Oudard et Jean dans ces dernières années.

Les rapporteurs rassemblent 24 cas bien observés de cette lésion, constatée surtout chez des hommes jeunes.

Tous les cas, sauf un de Ollerenshaw (de Manchester), siégeaient au *ménisque externe* sans qu'on puisse savoir pourquoi.

Leur pathogénie reste obscure.

Comme ils n'ont aucune tendance à la guérison, qu'ils augmentent de volume et causent des douleurs, le mieux est d'enlever ces kystes et avec eux le ménisque altéré. (*A suivre.*)

Les Livres

Librairie Lefrançois, 91, boul. St-Germain, Paris.

Cabanès — **Les Fonctions de la Vie.**

Cabanès vient de faire paraître un troisième volume de la série : *Les curiosités de la médecine*, sous le titre : *Les fonctions de la vie.*

Ce livre est un recueil important de renseignements curieux, d'anecdotes, de faits extraordinaires ayant trait aux appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire et nerveux qui donnent une idée de la stupéfiante érudition de l'auteur. Lorsque l'on songe à l'œuvre considérable de Cabanès et à son immense documentation, l'on se rend compte (surtout en parcourant cette série des *Curiosités de la méde-*

cine) des recherches méthodiques, du travail acharné que ces livres, que nous lisons toujours avec plaisir et profit, ont exigé de Cabanès.

Nous ne saurions analyser *les fonctions de la vie*, mais il nous suffira pour montrer ce qu'on y trouve et le profit qu'un médecin, un physiologiste, même un savant, peuvent tirer de pareille lecture, de relever çà et là quelques passages ayant trait aux origines de l'opothérapie.

L'opothérapie hépatique remonte à l'antiquité. Celse et Pline recommandaient contre l'asthme la poudre de foie desséché du renard et de la chèvre. Dioscoride traitait le mal caduc par le foie d'âne et préservait de la rage en faisant absorber du foie de chien enragé rôti. Plutarque et Pline, qui vraisemblablement ignoraient l'histoire de Tobie, conseillaient l'emploi du fiel contre certaines maladies des yeux.

Le Dr Matignon raconte que certains soldats chinois mangeaient des foies humains crus ou buvaient du fiel pour se donner du courage. Les Cambodgiens, les Annamites boivent aussi du fiel dans le même but depuis bien des siècles et actuellement ils le mélangent à de l'eau-de-vie (Aymonier, Pelliot).

Nous relevons cette autre découverte curieuse relatée *dans le livre de Cabanès (page 74) ; c'est dans* un petit ouvrage datant de 1683 intitulé : « Moyens faciles et éprouvez dont M. de Lorme, premier médecin et ordinaire de trois de nos rois et ambassadeur à Clèves pour le duc de Nevers, s'est servi pour vivre près de cent ans, par Michel de Saint-Martin ». On y raconte que de Lorme pratiqua une véritable fistule pancréatique à un chien pour recueillir le suc dont il obtenait des effets extraordinaires. Combien sont les physiologistes qui connaissent ce petit fait historique ?

Plus loin (page 169 et suiv.), nous lisons tout un chapitre sur l'opothérapie du cœur. Pline recommandait l'absorption de cœur de cerf qui préservait d'une foule de maladies.

Dioscorides, d'après Audry, le faisait entrer dans ses remèdes pour traiter la peste. Marcellus Empiricus a laissé une série de recettes pour faire des préparations où entrent des cœurs de lion, de crocodile, de caméléon, d'hyène, de lézard, de grenouille, utiles contre les maladies les plus variées.

Pythagore, selon Elien, interdisait à ses disciples de manger le cœur des animaux, tout comme leur cerveau, s'il faut en croire Jamblique.

Mais tenons-nous en là, car si nous voulions relever dans *les fonctions de la vie* tout ce que Cabanès y a accumulé de curieux et d'intéressant, il nous faudrait recopier son livre tout entier.

J. Noir.

Les Thèses

N. — Dr J. Jochum. — **De l'action de l'extrait spermatogénétique sur la polyurie et la glycosurie des diabétiques, sur l'élimination urinaire et l'excrétion uréique des sujets non diabétiques. Etude clinique et expérimentale** (1926).

La physiologie et l'histophysiologie testiculaire ont fait l'objet depuis quelques années de très nombreux travaux ; cette nouvelle contribution à l'étude des effets hormoniques de la glande génitale mâle s'est donné pour but de rechercher quelle action pouvait produire l'extrait spermatogénétique (androstine) sur le métabolisme hydrique, celui des hydrates de carbone, et celui de l'urée urinaire dans l'organisme des diabétiques et des sujets sains. Recherches entreprises sous l'inspiration du professeur Cornil après la constatation singulière faite par ce dernier de la disparition complète de la glycosurie dans un cas de diabète sucré léger à la suite d'injections d'extrait spermatogénétique.

Les observations sur l'animal d'abord, puis sur un certain nombre de sujets diabétiques et non diabétiques, ont conduit l'auteur aux conclusions résumées ci-après. Des analyses très complètes des urines et du sang des sujets traités, et l'examen histologique du pancréas et des autres glandes des animaux soumis à l'expérience, permettent d'appuyer sur une base scientifique très solide les résultats observés, pour l'interprétation desquels la discussion reste encore ouverte.

Ces résultats, exposés dans les conclusions du mémoire, se résument comme suit :

1° Chute de la polyurie diabétique dans tous les cas.

2° Chute concomitante de la glycosurie qui a disparu dans deux cas, et est tombée dans un autre de 1.092 gr. à 204 gr.

3° Diminution parallèle de la glycémie.

L'étude histologique du pancréas chez les animaux d'expérience permet de préciser l'existence d'une hyperplasie langerhansienne consécutive à l'injection.

L'interprétation de ces faits expérimentaux plaide en faveur de l'interaction testiculo-langerhansienne chez les sujets dont les îlots sont en état d'hypofonctionnement ; on peut, en conséquence, prévoir l'utilisation thérapeutique de l'extrait spermatogénétique (androstine) qui, dans une certaine mesure, semble pouvoir se substituer au traitement insulinien. Son action moins brutale et plus soutenue semble l'indiquer comme traitement d'entretien du diabétique non en imminence de coma.


PEPTONAL RÉMY
MIGRAINE URTICAIRE
THAOLAXINE
LAXATIF – RÉGIME IDÉAL
CHOLÉOKINASE
ENTÉROCOLITES INSUFFISANCE BILIAIRE
HÉPATOSODINE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
ASEPTARGOL
ANTISEPSIE ATOXIQUE DES VOIES DIGESTIVES
BIS-KA-MA
DÉCONSTIPATION PAR "POUDRAGE"
spécialisés depuis plus de 20 ans dans la thérapeutique des voies digestives
les LABORATOIRES
DURET & RÉMY
preparent eux-memes dans leurs usines tous les produits ci-dessus qu'ils rappellent au bienveillant intérêt du Corps médical.
Lab. Duret & Rémy Asnières-Paris

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les hypotenseurs dans la pratique.

La question de la médication hypotensive a fait récemment encore l'objet de recherches cliniques très poussées de la part des docteurs Mattéi et Dias Cavaroni, de Marseille ; elles confirment pleinement celles antérieures de Vaquez et de Reignier sur l'action hypotensive de trois hypotenseurs notoires : gui, nitrite de soude et trinitrine.

Le nitrite de soude, à la dose de 0.25 ctgr. en potion, s'est montré très peu efficace ; une légère baisse passagère, portant seulement sur la pression maxima, la pression minima restant invariable, a pu être constatée dans deux cas seulement et encore ce résultat cessait avec la médication. Chez tous les autres malades, aucune baisse de tension ne fut notée ; au contraire, chez un certain nombre, on put constater une poussée hypertensive nette survenant soit dès le début, soit au cours de la cure, et, plus rarement, des signes d'intolérance marquée.

L'indice oscillométrique est généralement très augmenté, surtout au cours des poussées hypertensives. Dans l'étude détaillée de l'action de ce médicament, on observe des accroissements paroxystiques considérables de l'indice, avec accélération du pouls, se produisant au cours de la première heure qui suit l'ingestion du nitrite et disparaissant environ deux heures après la crise. Quand la cure se prolonge, l'indice reste élevé entre ses accroissements brusques. L'indice et le pouls reprennent leur valeur habituelle le deuxième jour après la fin de la cure.

Ces phénomènes avaient été mis en lumière chez l'animal, il y a déjà longtemps, dans la thèse de Couderc (Paris 1904) faite chez le prof. Alb. Robin, qui a publié un tracé tout à fait caractéristique.

La trinitrine, à la dose quotidienne de 6 gouttes par jour, présente une action plus rapide et plus constante ; dans le tiers des cas, la pression maxima est abaissée, la minima restant invariable, mais cet abaissement est toujours précédé d'une courte phase hypertensive, qui est parfois dangereuse. Comme avec le nitrite de soude, l'indice oscillométrique présente souvent un accroissement très remarquable avec accélération du pouls. Ces modifications sont très passagères et ne durent que quelques heures.

Ces résultats sont tout à fait concordants avec ceux décrits par Delahaye (*Le Scalpel*, 1925, p. 73-78) et on peut conclure que le nitrite de soude, la trinitrine et les autres éthers nitreux ont une action infidèle et passagère, non exempte d'inconvénients parfois.

Le gui, quoique les auteurs aient employé un extrait de gui entier, leur a donné des résultats beaucoup plus satisfaisants. Employé à la dose de 0.30 à 0.40 centigr. en pilules, ou à la dose de 0.10 en injections intramusculaires, il a provoqué un abaissement de la pression maxima de 3 à 5 cm. dans plus de la moitié des cas et spécialement chez deux malades dont la tension avait été accrue sous l'influence du nitrite de soude. La pression minima est influencée moins rapidement, mais elle s'abaisse de 1 à 2 cm. la plupart du temps au bout de 3 à 8 jours après le commencement de la médication. L'indice oscillométrique et le pouls ne sont pour ainsi dire pas modifiés par le gui.

Ces observations doivent être rapprochées de celles antérieures de Bonhomme (thèse Paris, 1908) et de Lagrange, prises dans le service de Huchard, qui avaient montré que le gui était un hypotenseur agissant à la fois sur les centres et les nerfs vaso-moteurs périphériques, diminuant aussi bien la pression maxima que la pression minima, modérant le travail du cœur et le régularisant.

Par un mécanisme complexe, élucidé par Chevalier, le gui modifie complètement la circulation centrale et périphérique et fait cesser la vasoconstriction spasmodique, cause déterminante de l'hypertension ; son action est parfois lente à se manifester, mais elle est, par contre, plus durable et exempte d'à-coups toujours dangereux.

En outre, le gui agit comme diurétique déchlorurant et azoturant ; il favorise l'élimination des déchets azotés, modifie la viscosité du sang, résout rapidement les œdèmes et fait cesser dans bien des cas l'albuminurie, lorsque cette dernière est liée à l'hypertension, ce qui est souvent le cas.

Cette action du gui sur l'élimination rénale est obtenue au maximum avec la « guipsine », qui renferme tous les principes utiles du gui privé de ses produits irritants et drastiques.

Lorsqu'on veut obtenir chez un hypertendu une chute rapide de la pression sanguine, il faut prescrire une pilule de « guipsine » toutes les deux heures, puis au bout de deux ou trois jours, lorsque l'effet est obtenu, on diminue la dose et la tension se maintient basse avec 4 ou 5 pilules seulement. Ce fractionnement des doses est indispensable pour obtenir le maximum d'effet, l'élimination s'effectuant rapidement.

La durée de la cure est de 15 jours par mois pour obtenir une désintoxication complète et une réduction durable du spasme artériel périphérique, cause de l'hypertension. Il n'y a pas à redouter ni intolérance, ni accumulation.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

DÉONTOLOGIE

Les droits et les devoirs du chirurgien (1)

Par le professeur J.-L. FAURE.

Mes chers Collègues,

J'ai bien souvent pris la parole dans cet amphithéâtre, depuis les jours lointains où, vivant d'espérance, songeant à l'avenir — à cet avenir qui maintenant n'est plus que le passé — j'y venais subir les épreuves de ce concours d'agrégation dont on ne veut plus aujourd'hui... Et je revis par la pensée mon émotion profonde en pénétrant dans cette enceinte où allait se jouer le destin de ma vie ! Elle n'était pas, cependant, plus forte que celle qui m'étreint aujourd'hui, où j'ai conscience de vivre l'heure la plus solennelle de mon existence de chirurgien. Car il n'est pour aucun de nous de titre plus haut que celui d'être à votre tête, d'honneur plus grand que celui d'être jugé digne de présider à vos travaux, de fierté plus légitime que celle d'avoir pour un jour le pouvoir d'élever la voix et le droit de parler au nom des chirurgiens de France !

Et l'âme collective qui nous anime tous n'a pas assez souvent l'occasion de se faire entendre pour que je ne saisisse pas celle qui m'est offerte de venir dire ici, dans des circonstances assez solennelles pour leur permettre de dépasser peut-être les murs de cette salle, des vérités qui doivent être dites.

Nous sommes, en réalité, bien mal connus, et cependant, depuis la guerre, les bienfaits de la chirurgie ont pénétré l'âme entière de tous les Français. Car il n'est pas de village perdu dans le fond des montagnes, il n'est pas de hameau, il n'est presque pas de chaumière dans le désert de nos campagnes qui n'aient quelqu'un de leurs enfants, combattant de la Grande Guerre, blessé dans les batailles et sauvé par la chirurgie ! Tous sont montés avec un tranquille courage sur la table tachée de leur sang ; tous ont été opérés ; tous ont appris à connaître les hommes qui les ont sauvés et qui, dans les conditions les plus dures et quelquefois les plus tragiques, ont travaillé sous la mitraille et souvent sont morts à leur poste, car la mort, qui passait partout, ne choisissait pas ses victimes !

Oui, ceux-là nous connaissent bien, et la foule des hôpitaux nous connaît aussi quelque peu. Mais les autres, mais tous ceux qui ne nous jugent qu'à travers ces milieux qui font et défont les réputations, où nos actes sont dénaturés, où nous sommes, avec la même inconscience, tantôt portés aux nues ou tantôt traînés dans la boue, où des enthousiasmes sincères crient au miracle pour le succès le plus facile, où des douleurs également sincères nous font un crime d'un échec qui nous a demandé dix fois plus de talent, de science et de courage, tous ceux-là nous connaissent mal. Et ce sont ceux qui, cependant, se permettent de nous juger !

Un rude effort persévérant, des recherches laborieuses, des découvertes même qui se traduisent par le salut de malades sans nombre, font moins pour notre renommée que quelque opération retentissante à la portée de tous, mais dont la Presse irresponsable transporte aux quatre coins du monde une relation fantaisiste ! Et voilà l'un de nous sacré grand chirurgien, quand toute une existence de travail et des succès obscurs et des vies innombrables sauvées par son talent ne suffisent pas à sortir de l'ombre le nom de celui qui, peut-être, sera le meilleur d'entre nous !

Combien de chirurgiens exerçant loin des grandes villes, combien de ces « solitaires » dont nous parlait ici même, il y a quelques années, mon admirable ami Témoin, qui travaillent le jour et la nuit et sont les bienfaiteurs de toute une contrée, où l'on ne connaît plus la mort, quand la maladie est de celles que le chirurgien peut guérir, combien de ces hommes de cœur, de devoir et de sacrifice et qui se donnent tout entiers, vivent et meurent inconnus, tant est épais le voile qui cache à la foule ignorante le secret de notre valeur !

Quand on a travaillé pendant quarante années, quand on a, pendant tout ce temps, servi la chirurgie avec toutes les forces de son cœur, et quand on arrive à cet âge où l'on n'a plus d'autre désir que de laisser le souvenir d'un homme qui s'est efforcé de comprendre son art et de le faire comprendre aux autres, on n'est pas sans

(1) Discours d'ouverture du Congrès de chirurgie, 4 octobre 1926.

avoir longuement médité sur les disciplines nécessaires de cette chirurgie qui met chaque jour les hommes qui l'exercent aux prises avec les problèmes les plus élevés du devoir et de la conscience !

Car nous vivons dans des conditions singulièrement émouvantes, que nous sommes seuls à connaître. Tous les jours, nous disposons souverainement de la vie et de la mort. Un conseil, une inspiration passagère au cours d'une intervention difficile, un geste, un regard fugitif, et c'est la vie — ou c'est la mort ! Nous le savons, nous en avons la conscience profonde, et cependant nous ne reculons pas devant ces responsabilités redoutables ! Est-ce habitude ? Oui, sans doute, en quelque mesure, car on s'habitue à tout, même à la maladie et à la douleur, même au deuil et à la misère ! Est-ce indifférence ? Jamais ? Car il n'est pas un d'entre nous qui ne connaisse les dures angoisses du cœur, alors qu'après quelque opération grave, nous nous demandons si nous n'allons pas voir mourir l'enfant qu'on nous avait confié, la jeune femme qui, hier encore, se remettait entre nos mains . J'en appelle à vous tous, qui m'écoutez ici ! Nous avons trop souvent vécu des journées douloureuses et de longues nuits sans sommeil pour connaître l'indifférence, et nous sentons sans cesse brûler en nous le cruel souvenir des heures d'amertume qu'il nous faudra peut-être vivre le lendemain.

Non ! si nous ne reculons pas, non, si nous avançons sans faiblir sur ce chemin semé de ronces et d'épines, c'est que nous sommes soutenus par un sentiment plus puissant que l'habitude, plus puissant que l'indifférence, plus puissant même que la crainte de la catastrophe possible : le sentiment profond de ce qui est notre devoir. Car pour nous le devoir suprême est de soigner ceux qui doivent être soignés, et de sauver ceux qui peuvent être sauvés, alors même que le salut du plus grand nombre risque d'être payé par la dure rançon de quelque désastre imprévu. Et nous sommes ici comme le général qui commande une armée et qui doit marcher au canon, alors qu'il sait que l'ordre qu'il prescrit avec un esprit résolu, mais avec un cœur angoissé, va conduire à la mort des milliers de soldats lancés dans la bataille !

Et ce n'est pas ici que je crains d'être contredit, devant l'homme qui sut conquérir sur le rocher des Dardanelles et des Monts-Maudits de Champagne la plus pure de toutes les gloires et surtout devant celui qui, aux champs immortels de la Marne, dans les heures terribles où il a ressenti ces angoisses profondes, a eu la suprême énergie de se raidir dans son devoir et a connu cette joie surhumaine de ressusciter sa patrie et de sauver la liberté du monde !

Mais ces angoisses qui viennent assaillir le chef militaire à l'heure de la décision ne trouvent que bien rarement l'occasion de se répéter. Elles sont pour nous tous l'incessante obsession de notre vie de chaque jour.

Cette toute puissance, qui fait de nous les dispensateurs sans appel de la vie et de la mort, nous impose de grands devoirs.

Il faut nous élever à la hauteur de ce rôle presque divin et travailler de toutes nos forces à nous en rendre dignes, en devenant capables de le bien remplir. Nous n'avons qu'un moyen d'y parvenir : le travail, encore le travail et toujours le travail ! Celui-ci doit commencer par le commencement, par de solides études anatomiques, qui sont et qui resteront toujours la base inébranlable de la chirurgie agissante. Et ce n'est pas nous, chirurgiens français, qui pourrons contester cette vérité fondamentale, nous dont l'éducation anatomique a généralement été poussée très loin. Rentrons simplement en nous-mêmes pour nous en convaincre. Et comment aurions-nous toute notre présence d'esprit, et cette lucidité nécessaire qui doit accompagner les grands actes chirurgicaux, si nous n'avions pas la conscience claire que nous savons où nous sommes, que nous savons où nous allons, et qu'une complication imprévue ne nous trouvera pas désarmés? Ainsi seulement nous posséderons cette tranquillité d'esprit, cette paisible sérénité qui donnent à celui qui s'attaque à une opération difficile le sentiment qu'il a le pouvoir de la mener à bien, et par conséquent, le droit de l'entreprendre ?

Mais la connaissance de l'anatomie ne saurait nous suffire, si nous n'y pouvions ajouter cette indispensable éducation clinique, sur laquelle vous me dispenserez d'insister, et qui ne s'acquiert que par une longue expérience. Pour nous enfin, pour nous, chirurgiens, dont la fonction suprême est l'acte opératoire — car, après tout, c'est en lui que se résume tout ce que nous savons, c'est par lui que s'affirme tout ce que nous pouvons, — pour nous, il est une science qui résume toutes les sciences, qui les domine de très haut, et sans laquelle celles-ci ne seraient qu'illusion et que vanité ! C'est cette science opératoire, c'est cette connaissance approfondie des meilleures techniques nécessaires à la réussite d'une opération délicate, et sans laquelle notre chirurgie triomphante ne serait plus qu'une ombre qui s'efface comme les pas du voyageur au sable mouvant du désert ! Car cette science opératoire n'est pas seulement notre raison d'être : elle est le principe même de notre puissance. Qu'est-ce donc, je vous le demande, qu'est-ce donc, pour un chirurgien, que cette possession stérile des vérités — et des erreurs ! — accumulées dans tous nos livres. Qu'est-ce donc même que ce talent de clinicien si nécessaire aux maîtres d'autrefois, dont les noms remplissent nos

mémoires et qui, si l'on en excepte quelques opérateurs éblouissants demeurés légendaires, ne possédaient pas d'autres témoignage de leur supériorité ? Le bel avantage, en vérité, que de savoir reconnaître la cause exacte de la mort d'un malade, si nous ne savons pas le sauver ! Et la science la plus profonde n'est qu'un vain mot, si elle n'est pas associée à cet art de l'opérateur, qui seul peut nous permettre de tailler dans la chair vivante pour lui rendre la santé perdue, et dans le corps qui va mourir pour le rappeler à la vie !

L'art d'opérer ne s'enseigne que par l'exemple ! Mais, gardons-nous, messieurs, gardons-nous de l'enseignement d'un seul homme, quelque grand qu'il puisse être ! Allons prendre partout ce qu'il y a de bon ! Allons voir opérer nos maîtres, nos collègues, nos élèves même, car il y a, par ce temps de renouvellement incessant des procédés et des méthodes en évolution permanente, beaucoup à apprendre des jeunes, qui sont libres, qui ne connaissent pas la servitude des disciplines abolies, qui ne sont pas enchaînés par la force de l'habitude, et par cet esprit de routine qui sommeille en chacun de nous ! Allons respirer l'air que respirent les autres, car ce n'est pas dans la poussière des bibliothèques que s'enseigne l'art d'opérer ! C'est dans le livre vivant de la nature !

C'est donc un devoir pour nous tous, c'est une véritable obligation morale que de consacrer une partie de notre temps, même lorsque notre temps est compté, à aller retremper aux sources nouvelles nos idées, nos procédés, nos méthodes opératoires. C'est un des grands bienfaits des Congrès comme celui-ci que de nous permettre ces échanges d'idées, ce redressement de nos habitudes, à nous tous, à tous ceux surtout que leur isolement expose à une sorte de repli sur eux-mêmes, à ces solitaires qui ne doivent pas rester en dehors de ces grands courants, qui viennent de temps en temps vivifier notre atmosphère et balayer la poussière des doctrines périmées et des règles anéanties !

Chassons donc l'esprit de routine ! Repoussons loin de nous cet instinct naturel qui nous opprime tous et qui nous porte à rejeter ce qui blesse nos habitudes. Sachons bien que tant qu'il ne s'agit pas de vérités fondamentales, aussi fermement établies que les vérités mathématiques, comme le sont aujourd'hui les découvertes éclatantes de la révélation pastorienne, sachons bien que tout évolue, que tout change et se renouvelle, et que les progrès de notre art ne sont faits que de variations dans les doctrines, de perfectionnements dans les conceptions techniques et le merveilleux outillage sans lequel nous ne pourrions rien, et de vues nouvelles enfin, qui tout à coup dévoilent à nos yeux des perspectives inconnues, comme ces campagnes lointaines, qui viennent s'estomper dans la clarté du soir, sur le chemin qui va se perdre dans les brumes de l'horizon, ainsi que la route sans fin que suit l'humanité, dans sa marche éternelle vers les sources de la vérité !

Mais, aussi bien, sachons garder notre équilibre. Conservons nos droits de critique. Réfléchissons et, dans le bouillonnement incessant des idées actuelles, ne laissons pas s'éteindre, ainsi que la lampe sacrée qui brille au fond du sanctuaire, la souveraine clarté du bon sens !

Tels sont les principaux de nos devoirs ! Nous instruire, nous perfectionner toujours davantage dans notre science et dans notre art ! Et c'est ainsi que nous aurons le droit de l'exercer, en conservant, jusque dans les circonstances les plus cruelles, cette sérénité de conscience qui est notre arme la plus puissante et notre refuge le plus certain, aux heures où nous pourrions avoir le droit de connaître la lassitude et de sentir monter le découragement !

Mais à côté de ces devoirs d'ordre scientifique, nous avons des devoirs moraux, plus grands peut-être encore : devoirs de conscience, devoir de droiture et de sincérité, et ceux qui sont de tous les plus nobles et les plus sacrés, devoirs envers nos malades, envers ceux qui nous font confiance, envers cette humanité douloureuse qui nous tend ses bras défaillants ! Oui, nous nous devons tout entiers à tous ceux qui viennent à nous, pleins de crainte et pleins d'espérance, avec cet esprit d'abandon et cette foi profonde qui pousse la foule inconsciente des déshérités de ce monde vers la source miraculeuse qui coule au pied de la verte colline, comme vers ce Sinaï légendaire, qui se dresse au fond du désert, et dont la cime environnée d'éclairs et de tonnerres semble évoquer encore la voix inspirée du prophète annonçant aux échos des foules prosternées que l'heure va sonner de la Mort ou de la Résurrection.

Le plus grand de ces grands devoirs, c'est ce magnifique devoir de bonté qui, j'ai quelque orgueil à le proclamer, est si largement répandu parmi nous. Ah ! sans doute, beaucoup de ceux qui nous connaissent mal s'imaginent que pour vivre de notre vie, de cette vie, qui s'écoule dans le sang et dans la douleur, il faut avoir une poitrine où palpite un cœur insensible ! C'est qu'ils ne savent pas que rien ne vaut le spectacle toujours renaissant de la maladie, de la douleur et de la mort pour éveiller en nous toutes les compassions et toutes les pitiés et ces émotions intérieures qui savent inspirer à ceux qui les éprouvent ces paroles consolatrices si douces à ceux dont la douleur gonfle les cœurs désespérés !

Car la bonté, la pure et sereine bonté, fleur divine de l'âme humaine, est la plus haute de toutes les vertus qui s'épanouissent au cœur des

hommes, parce qu'elle se répand autour de nous et va porter vers les malheureux qui l'implorent la parole qui rend le courage et qui berce la douce espérance, comme l'eau d'une source claire qui va répandre la fraîcheur dans le sol brûlé de soleil ! Et notre science secourable, qui si souvent donne la vie, peut quelquefois donner la mort, mais la rayonnante bonté n'apporte jamais avec elle que le soulagement des misères humaines et ne peut faire que du bien.

Telle est, mes chers collègues, telle est l'étendue de nos devoirs. Avons-nous tous conscience de les bien remplir ? Les hommes ne sont que des hommes, et tous n'ont pas, tous ne peuvent avoir, surtout aux jours d'épreuves qui ont assailli de toutes parts la génération actuelle, tous n'ont pu se forger, dans l'atmosphère de catastrophes où nous avons vécu, cette armature morale qui est la force et le soutien de ceux qui peuvent aspirer à l'honneur de donner l'exemple. Mais s'il peut y avoir, dans le corps admirable des chirurgiens français, comme dans toutes les conditions humaines, quelques défaillances exceptionnelles, et si quelques-uns peuvent témoigner, dans la dure bataille pour l'existence, d'une ardeur qui ne s'inspire pas toujours des hautes vertus qui sont la parure d'une humanité supérieure, je ne crains pas d'affirmer, au nom de tous ceux qui sont ici, au nom de cette Association Française de chirurgie, que j'ai l'honneur insigne de représenter pour une heure, que nulle part, que dans aucun pays du monde, on ne saurait trouver un ensemble d'hommes plus dignes d'exercer notre grave et difficile métier, plus instruits, plus compétents, plus capables de s'élever à la hauteur de leur devoir, plus dévoués en même temps à la science qu'ils aiment et qu'ils respectent et aux malades qui viennent s'abandonner entre leurs mains.

Si nous voulons porter sur nos pairs, sur nos collègues, sur nos amis eux-mêmes un jugement impartial, il faut dépouiller ici les rivalités et les jalousies, il faut anéantir l'esprit de chapelle, il faut balayer l'atmosphère empoisonnée des cénacles et des coteries ! Quel est donc celui d'entre nous qui pourrait dire où se trouve cette barrière invisible qui sépare les hommes capables d'exercer la chirurgie de ceux qui ne le sont pas ? Où commence, où finit cette action chirurgicale que nous voulons, que nous devons entourer de tant de garanties ? Avons-nous oublié l'exemple de la guerre ? Et ne savons-nous pas comment furent constituées ces équipes chirurgicales dans lesquelles, si tous ne possédaient pas la même valeur technique, tous faisaient preuve du même dévouement et de la même abnégation ! C'est à eux, c'est à ces chirurgiens, dont beaucoup firent leur éducation sous le canon de l'ennemi, que nous devons, en grande partie, d'avoir sauvé deux millions d'hommes et d'avoir connu la victoire ! Où donc serions-nous maintenant sans ces hommes auxquels nul ne saurait refuser le droit de faire aujourd'hui dans la paix ce qu'on leur a demandé de faire dans la guerre ?

Soyons justes pour tous ! Mais, en revanche, ce que nous avons le droit de demander à ceux qui se sentent la compétence nécessaire et l'énergie d'entreprendre l'exercice de la chirurgie, ce que nous avons même le devoir impérieux d'exiger, c'est qu'ils l'exercent en toute sincérité, en toute conscience et en s'entourant des moyens techniques et des installations indispensables que nul aujourd'hui ne saurait méconnaître, et qui permettent d'entreprendre, en dehors de ces cas d'extrême urgence où les règles n'existent plus et où l'on fait ce que l'on doit lorsque l'on fait ce que l'on peut, les interventions réfléchies et compliquées de la grande chirurgie moderne.

Ainsi s'est constituée peu à peu cette décentralisation chirurgicale qui a déjà donné de si grands résultats et permis de sauver tant de vies humaines ! Les indications de la chirurgie se sont, depuis une génération, multipliées dans de telles proportions que la plupart de ceux qui ont besoin de son secours seraient obligés de s'en passer, et de souffrir — ou de mourir ! — si le nombre des chirurgiens n'avait pas décuplé. Réjouissons-nous donc de ce phénomène fatal, que rien n'empêchera ni ne peut empêcher, que nous devons considérer comme un bienfait public et qui fait qu'aujourd'hui il n'est plus de chaumière perdue dans la campagne dans laquelle un enfant mourant d'appendicite, dans laquelle une femme que terrasse une hémorragie, ne puissent échapper à la mort imminente pour avoir trouvé auprès d'eux le chirurgien qui pourra les sauver !

Voilà la vérité ! Et c'est parce que je connais, comme vous tous, les services immenses que rend dans ce pays l'ensemble du corps chirurgical, que je veux qu'il soit honoré, que je veux qu'il soit respecté, et que je viens ici, dans ces circonstances solennelles, après avoir parlé de nos devoirs, vous parler aussi de nos droits, du droit que nous avons de travailler en paix, en pleine liberté d'esprit, du droit enfin que nous avons de nous défendre contre la calomnie, contre la mauvaise foi, contre l'injustice et contre cette possibilité qui nous menace tous de voir se dresser contre nous, dans des conditions où nous ne pouvons pas l'admettre, l'inflexible appareil des lois !

Je ne suis pas ici pour faire de notre métier une apologie trop facile ! Je ne suis pas ici pour soutenir ce paradoxe que nous sommes au-dessus des lois et que nous pouvons user sans contrôle du terrible pouvoir qui nous est conféré par la force même des choses. Nous sommes justiciables de la loi qui s'étend sur tous. Nous devons même, dans

l'ordre du droit commun, mesurer nos responsabilités au pouvoir que nous avons de faire le mal, et qui n'est pas moins grand que celui de faire le bien !

Je ne suis pas ici pour tâcher d'excuser certaines fautes lourdes — quelque imprécis que soit ce terme — et qui sont parfois sans excuse ! Mais il est un état d'esprit qui tend à se répandre, et contre lequel je tiens à m'élever, avec toute l'ardeur de ma conviction ! Il est encouragé par le bruit fait autour de certains jugements. Il est encouragé plus encore, peut-être, par la cupidité d'intermédiaires louches, qui rôdent autour des tribunaux comme des hyènes autour des cimetières et poussent des malades, des opérés qui peuvent d'ailleurs être de bonne foi, mais qui sont mécontents des résultats de leur opération, à poursuivre leur chirurgien. Et c'est ainsi que nous avons vu des collègues attaqués pour une fracture soi-disant mal réduite, pour une cicatrice difforme ou pour la fameuse compresse perdue quelque part dans le ventre ! Moi-même j'ai jadis été gravement menacé sous l'accusation d'avoir laissé un drain dans le péritoine, et je n'ai échappé à la rigueur des lois que parce que j'ai pu démontrer que le péritoine en question n'avait jamais été ouvert ! Nous n'avons plus le *droit d'avoir une infection quelconque*, une simple suppuration, comme si nous en étions les maîtres absolus ! Nous sommes maîtres de nous, de nos mains gantées, de nos instruments stériles. Nous ne sommes pas maîtres de l'air qui nous entoure et moins encore du foyer où nous opérons, à commencer par la peau des malades, qu'il est impossible de stériliser réellement, puisque la chaleur seule y pourrait parvenir !

Et je ne dirai rien de cette terrible question des accidents d'anesthésie, objet de nos préoccupations constantes. Et cette passion avec laquelle nous discutons sans cesse à son sujet est la meilleure preuve de la place qu'elle tient dans nos angoisses quotidiennes !

Les choses en sont à ce point que nous sommes obligés de contracter des assurances contre les revendications des malades de nos hôpitaux, auxquels nous donnons sans compter le meilleur de notre expérience, que nous soignons de notre mieux, auxquels nous avons chaque jour le bonheur de sauver la vie ! Voilà où nous en sommes !

Mais il y a plus, et n'avons-nous pas vu des poursuites intentées pour une erreur de diagnostic suivie d'opération mortelle ? Et ce n'étaient pas seulement des sanctions pécuniaires que venait réclamer le représentant de la loi ! C'étaient des sanctions infamantes ! En prison, le chirurgien qui s'est trompé et a eu le malheur de perdre sa malade ! En prison pour la satisfaction de la loi et le salut de la société ! En prison, sans compter la détresse probable, et peut-être le déshonneur ! C'en est assez d'avoir souffert un jour d'une telle parodie de justice ! Je me suis promis ce jour-là de faire ce que je pourrais pour en éviter le retour.

Je tiens aujourd'hui ma promesse !

Je ne suis point juriste et j'ignore la lettre des lois. Mais je connais l'esprit qui doit les animer. C'est l'esprit d'équité, c'est l'esprit de droiture, c'est cet esprit qui doit planer au-dessus des textes et des codes pour s'élever dans les régions sereines de la sincérité, de la bonne foi, de la véritable justice !

Eh bien, je vous le demande, à vous qui savez, à vous qui pouvez, en toute conscience, juger de ces graves questions, est-il possible d'admettre, est-il possible d'accepter que, pour une erreur de diagnostic ou une faute opératoire, l'un de nous puisse être frappé, non seulement dans sa fortune mais frappé dans sa liberté, mais frappé dans son honneur, que tous nous mettons au-dessus de la fortune et de la liberté ! Oui, je vous le demande encore, pouvons-nous consentir à cette iniquité ?

Ceux-là seuls qui vivent dans une ignorance absolue des difficultés parfois insurmontables qui surviennent à chaque instant dans l'examen de nos malades, ceux-là seuls peuvent nous reprocher l'erreur que nous pouvons commettre, même lorsque cette erreur entraîne des conséquences graves. Rien n'est plus délicat, rien n'est plus incertain que l'affirmation catégorique d'un diagnostic difficile. Rien n'est plus dangereux parfois, lorsque cette affirmation, par exemple, a pour premier effet l'abandon d'une opération nécessaire ! Il n'y a ni règles absolues, ni lois mathématiques ! C'est à des qualités d'expérience, de jugement, de bon sens, d'intuition et parfois même d'une sorte de divination qui n'est donnée qu'à quelques-uns, ce n'est plus à la science, c'est à un art tout personnel, fait de mille éléments divers, que le chirurgien doit souvent de découvrir la vérité.

Alors ? . . . Alors on va faire un grief, et parfois même un crime au chirurgien chargé de déchiffrer une énigme parfois insoluble ! Et l'on va l'accuser, le poursuivre, et le condamner pour n'avoir pu y parvenir ! Alors qu'on nous poursuive tous !

Et puis enfin, pourquoi réserver à nous seuls les rigueurs de la loi ? Pourquoi ne s'indigner que de l'erreur du chirurgien, et laisser passer sans surprise celle du médecin, dont les conséquences sont cependant presque toujours beaucoup plus graves ? C'est sans doute qu'il est plus facile d'incriminer l'action, et que le « laisser faire » est la meilleure sauvegarde !

Que de pleurésies purulentes méconnues jusqu'au dernier jour, qu'une incision pouvait guérir. Combien d'appendicites graves, de ruptures

tubaires et d'affections internes facilement curables par une opération précoce et qui finissent mal, faute d'un diagnostic erroné ou tardif quand ce n'est pas, hélas ! par un parti pris lamentable d'abstention systématique, ou par cette horreur instinctive de la chirurgie, que ne connaissent plus, heureusement, les nouvelles générations médicales qui ont pu se rendre compte de ses bienfaits. Et le médecin qui méconnaît une syphilis au début, ne porte-t-il pas à son malade un préjudice bien plus grave que le chirurgien qui confond un fibrome avec un kyste de l'ovaire ?

Faudra-t-il donc alors poursuivre tous les médecins ?... Mais en chirurgie, c'est l'acte opératoire, avec l'appareil impressionnant qui l'entoure, c'est la brutalité de la solution, c'est l'évidence même de certains accidents qui soulèvent l'émotion des malades ou de leur famille et les poussent à formuler des réclamations et des plaintes, auxquelles certains magistrats prêtent malheureusement une oreille trop complaisante !

Il est bien évident que quand tout marche bien, personne ne songe à se plaindre pour une erreur de diagnostic, qui d'ailleurs passe inaperçue. Mais s'il y a quelque accident grave, les imaginations s'échauffent, l'exactitude du diagnostic est discutée, la légitimité de l'opération mise en cause, on critique son exécution, on incrimine la façon dont elle a pu être conduite — on prononce le mot de faute opératoire — et les événements suivent leurs cours.

Pouvons-nous donc être accusés, pouvons-nous être condamnés pour une faute opératoire ? Non, Messieurs, non, mille fois non ! Car il n'y a pas, en réalité, de faute opératoire, il n'y a que des malheurs !... En dehors de ces fautes lourdes, dont j'ai parlé plus haut, dont l'appréciation est facile, et qui n'existent guère dans les conditions ordinaires de l'exercice de la chirurgie, il n'y a pas, je le répète, de faute opératoire, il n'y a que des malheurs ! Le propre d'une faute est de pouvoir être évitée ; un malheur, au contraire, échappe à toute prévision !

Est-il donc possible d'admettre que, dans une opération malheureuse, on nous fasse un crime d'une exécution imparfaite, d'un défaut d'habileté, de rapidité à saisir un vaisseau qui saigne, d'un manque de calme ou de présence d'esprit, de l'imperfection d'un geste, d'une fatigue excessive et de tant d'autres défaillances possibles, en un mot de ne pas être des maîtres infaillibles dans cet art où peuvent s'élever très haut quelques hommes exceptionnels, mais que tous ne peuvent pas posséder au même degré. C'est une loi de la nature, et nous n'y changerons rien, que les hommes soient inégaux en expérience, en savoir, en intelligence, en capacité de travail, en calme, en sang-froid, en clarté d'esprit — et qu'aucun d'eux ne soit parfait ! Alors ! que pourrait-on nous demander de plus que d'opérer de notre mieux ! Est-ce que tous tant que nous sommes, nous ne préférons pas cent fois la satisfaction d'un succès, quelque modeste qu'il puisse être, à l'amertume et parfois même à la grande douleur d'un échec ?... Soyons donc, de toute notre âme, les bons ouvriers de notre œuvre, et si quelque malheur survient, dans la paix de notre conscience, faisons taire notre douleur pour affronter de nouvelles batailles, et racheter par le salut des autres, la perte de celui que nous n'avons pas pu guérir !

Et cependant, de loin en loin, l'un de nous se voit poursuivi ! Nous entendons un homme, qui a l'honneur d'appartenir à cette magistrature française dont nous connaissons tous l'élévation morale et l'inflexible probité, dire des paroles mauvaises, ramasser des calomnies méprisables et porter des accusations déshonorantes, avec tranquillité ! et que dire, Messieurs, que dire de celui qui, dans le silence de son cabinet et sachant le mal qu'il va faire, vient de propos délibéré s'arroger le droit formidable de demander compte à un homme des conséquences malheureuses d'une opération faite de bonne foi, et de le traîner sans appel dans cette enceinte du prétoire, où l'on peut rester tête haute, mais que l'on ne quitte jamais sans être suivi pour toujours par l'inguérissable soupçon et la calomnie sans remède ?

Pareille iniquité ne doit pa s se revoir ! On ne doit pas laisser à des juges incompétents le pouvoir monstrueux de se prononcer sur un malheur opératoire !

Je sais bien qu'il y a des experts, dont l'avis n'engage d'ailleurs nullement la décision du tribunal !..... J'ai lu souvent de leurs rapports, et je me demande si leur contact incessant avec des hommes animés de l'esprit juridique ne déforme pas, dans ce sens, par une fatalité naturelle la tournure d'esprit médicale qu'ils devraient conserver intacte. Ne les voyons-nous pas discuter gravement par quel concours de circonstances une compresse a pu être laissée dans le ventre d'une malade ! Comme si leur premier devoir n'était pas de bousculer brutalement tout cet échafaudage de questions enfantines ! L'oubli d'une compresse dans un foyer opératoire, oubli qui n'a d'ailleurs peut-être jamais entraîné la mort, est un de ces accidents démesurément grossis par l'imagination populaire et dont il faut détruire l'absurde et légendaire importance ! Car il faut n'avoir aucune notion de ce qu'est une opération pour en marquer quelque surprise ! Comment veut-on qu'au cours d'une intervention difficile, dans un de ces moments où le chirurgien n'a pas de trop de tout son sang-froid, de toute sa présence d'esprit, de toute la rapidité dont il est capable pour arrêter une hémorragie menaçante et la mort qui

vient avec elle, une des innombrables compresses qui nous passent entre les mains ne puisse échapper quelquefois et disparaître sous le voile incessamment mobile des organes voisins et des anses intestinales ? Ne nous étonnons que d'une chose, c'est que cet accident, ou plutôt cet incident, soit en réalité si rare. Il faut faire justice, une fois pour toutes, de cette accusation ridicule, qui fait en même temps le succès des caricaturistes et la joie des réunions mondaines, mais qui, malheureusement, s'égare parfois jusqu'au tribunal où elle ne devrait jamais pénétrer.

Plût au ciel que nous ne puissions connaître d'autres malheurs opératoires ! Mais il n'est pas une seule intervention où nous ne soyons menacés d'en avoir — et parfois même de terribles ! et où nous n'évitons que par cette épuisante concentration d'esprit que vous connaissez tous, par des prodiges d'attention, de patience et d'habileté, la blessure des gros vaisseaux adhérents aux tumeurs, la déchirure d'intestins délicats et fragiles soudés aux organes voisins, et tant d'autres accidents qui nous menacent de toutes parts ! Et quand la vie d'un opéré tient à une impression obscure et fugitive, à la précision d'un de nos gestes, à la clarté d'un de nos regards, loin d'avoir à nous excuser et même à nous défendre pour un malheur exceptionnel, nous aurions bien plutôt le droit, à l'heure où s'approche le jour où nous connaîtrons le repos, de témoigner de quelque orgueil, pour avoir, après tout, rendu la santé et la vie, et cette douce joie de vivre qu'ils ne connaissaient plus, à des milliers et à des milliers de malades désespérés, en les guidant dans la tempête sur cette mer semée d'écueils dont chacun peut donner la mort !

Qui donc ignore qu'une opération est chose sérieuse et parfois chose grave ? Et discuterait-on comme on le fait, à juste titre, avant de l'entreprendre, si l'ombre de la mort ne planait pas toujours sur elle ? Et ceux qui la subissent, et qui ont le droit de la refuser, la doivent accepter, lorsqu'ils l'acceptent, avec ses probabilités de guérison et de salut, mais aussi avec ses risques, avec ses périls, avec ses possibilités d'accidents et de catastrophes !

Voilà la vraie doctrine !

Qu'on en finisse donc, qu'on en finisse une fois pour toutes, avec ces instructions absurdes, avec ces poursuites iniques et qui nous conduisent tout droit à ce paradoxe imbécile qu'il vaut mieux pour un chirurgien, pour sa tranquillité, pour sa réputation et pour son honneur même, voir mourir un de ses malades à la suite d'une opération que lui sauver la vie, même au prix de quelque accident ?

Que la justice aveugle, que les juges incompétents réservent leurs rigueurs pour ceux qui les méritent ! Pleurons, hélas ! pleurons sur la justice, sur la justice méconnue, sur la justice sacrifiée, quand nous voyons poursuivre un chirurgien pour un malheur opératoire, alors qu'on traite avec une scandaleuse indulgence les malfaiteurs rôdant autour des malheureux avides de poisons dégradants et mortels, et qu'on laisse impunément s'étaler dans tous les journaux et jusque sur nos murailles, déshonorées par la faillite volontaire de l'autorité et de la discipline sociale, des réclames abjectes et toute une publicité criminelle qui empoisonnent l'esprit de tout un peuple, et dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles participent à la fois de l'escroquerie la plus méprisable et de l'assassinat prémédité !

Que ceux qui s'érigent en juges de nos erreurs et de nos fautes se recueillent donc humblement sur leurs fautes et sur leurs erreurs, qui n'ont pas toujours, comme les nôtres, l'excuse de l'obscurité souvent impénétrable où nous sommes obligés d'agir, et de la nécessité de prendre en quelque secondes ces décisions irrémédiables, qui n'ont souvent pour guide que l'inspiration du moment, inspiration qui peut être magnifique et provoquer la résurrection, mais qui peut aussi être malheureuse et porter la mort avec elle.

Et si, dans ces moments où nous avons besoin, pour aller jusqu'au bout de notre devoir, de tout notre sang-froid, de toute notre lucidité, parfois même de tout notre courage, nous voyons se dresser devant nous l'injuste menace de la loi plus injuste encore, alors nous n'avons plus qu'à nous croiser les bras — et à laisser passer la mort !

Mes chers Collègues,

Nous devons un souvenir à nos morts, et je ne faillirai pas à la pieuse coutume qui veut que leur nom respecté s'élève une dernière fois dans cette enceinte qu'ils ne reverront plus !

. . . .

Que le souvenir de ces morts que nous avons connus, que nous avons aimés, qui tous furent dignes de nous, qui ont honoré notre art et grandi dans l'esprit des hommes le respect de la chirurgie, que leur souvenir nous inspire et vienne éclairer notre route !

Je vous ai parlé de vos devoirs, mais j'ai voulu en même temps, devant vous tous qui pouvez me comprendre, apporter l'affirmation de nos droits légitimes, de notre droit au respect, de notre droit à la justice, de notre droit au libre exercice de notre art passionnant, mais qui est assez angoissant par lui-même pour qu'il ne puisse s'épanouir dans toute sa puissance qu'en pleine liberté d'esprit !

Elevons-nous donc à la hauteur de cet art magnifique !! Soyons dignes de lui ! Soyons dignes de notre destin ! Et puisque nous ne pouvons, puisque nous ne devons relever que de notre

conscience, écoutons sa voix souveraine, et chaque fois que nous tiendrons entre nos mains la responsabilité d'une vie humaine, de cette vie prodigieuse, de cette étincelle sublime qui brille un instant dans la nuit et qui disparaît pour toujours, descendons en nous-mêmes et suivons sans regrets comme sans défaillance cette voix intérieure, cette voix à la fois puissante et silencieuse, qui monte du fond de notre âme et nous dicte notre devoir !

LES ASSURANCES SOCIALES

La participation à la gestion des caisses.

Cette participation a été acceptée par l'A. G. de l'Union en juillet sous la forme suivante :

« *L'Assemblée générale estime que les délégués « du corps médical organisé doivent pénétrer dans « tous les organismes de gestion (administratifs et « techniques) qui seront prévus par la loi des Assu- « rances sociales, y compris les Conseils des « Unions régionales et des Caisses de garantie et de « compensation* ».

Etant entendu que tout ce qui regarde les modali- « tés du contrôle sera réglé exclusivement par les « contrats Syndicats-Caisses. »

La motion ne peut être comprise, détachée de la discussion qui l'a précédée.

Sous le terme trop compréhensif de participation à la gestion des caisses, il faut entendre la représentation du Corps médical dans des organismes très différents, les uns d'administration pure et de contrôle, les autres de gestion financière proprement dite.

Les arguments essentiels contre la participation se ramenaient au danger de dépendance administrative et de responsabilité financière que la représentation des médecins dans les conseils d'administration des offices et des caisses leur ferait encourir.

Il fut d'abord déclaré par la voix d'ordinaire autorisée d'un membre du Conseil que notre présence dans les conseils administratifs ne porterait aucune atteinte à notre indépendance, que cet accueil offert au Corps médical était un « cadeau » à ne pas repousser, que les Syndicats enverraient ou non des délégués à leur gré.

Il était affirmé par ailleurs, non sans raison, que si nous ne faisions pas partie réelle des conseils, notre avis ne serait jamais sollicité.

Le Secrétaire général ajouta de son côté que notre responsabilité financière n'était pas en jeu, que nous ne risquions pas d'encourir une subordination administrative, qu'un contrôle technique n'était pas à prévoir, que le contrôle dépendait du contrat à intervenir entre la Caisse et le Syndicat.

Que notre présence soit utile dans les organismes techniques, cela ne paraît pas douteux ; qu'elle se justifie dans des organisations purement administratives, le fait peut être contesté ; mais puisqu'elle n'engageait notre responsabilité à aucun titre, elle fut agréée par les tendances les plus diverses de l'Assemblée.

L'absence de responsabilité du Corps médical apparaît cependant beaucoup moins à la lecture des documents. Peut-être d'ailleurs l'impression de séance n'a-t-elle pas été conforme à la réalité des déclarations.

Le rapporteur du projet de loi aurait en effet déclaré au Secrétaire général de l'Union « qu'il n'était pas à craindre que les sommes affectées aux prestations en nature soient insuffisantes à la rémunération des médecins », parce que « les caisses de compensation pourraient intervenir dans le cas où les prestations inscrites au budget seraient insuffisantes ». Mais il est dit ensuite que « la caisse de compensation ne manquera pas de demander des précisions à la caisse déficiente ». D'où enquête et contrôle : les Syndicats d'une part, les caisses de l'autre, seront donc obligés de rechercher les raisons des variations constatées. Propos qui n'excluent la responsabilité financière des syndicats médicaux qu'au voisinage des limites fixées par la somme forfaitaire allouée aux dépenses.

Les déclarations du Secrétaire général d'autre part ne semblent pas superposables à ce passage de l'ordre du jour accepté par lui : « Etant entendu que toutce qui regarde les modalités du contrôle sera réglé exclusivement par les contrats Syndicats-Caisses ». Il dit en effet : « il n'y aura aucune sorte de restriction à aucune possibilité de contracter que celles que peut porter le règlement d'administration publique » ce qui *subordonne les libertés contractuelles aux dispositions réglementaires à venir*, et il ajoute « car le règlement d'administration publique est envisagé comme devant porter son attention sur la manière dont les contrôles seront institués » ce qui *soumet les modalités du contrôle aux prescriptions réglementaires.*

Le projet de loi lie d'ailleurs les intérêts des assurés et des médecins en ces termes : « On a estimé sagement qu'il fallait laisser la gestion des assurances sociales aux cotisants, salariés et employeurs, et aux techniciens intéressés directement à la bonne administration des Caisses auxquelles ils sont rattachés », *interdépendance*

scellée par la responsabilité collective des Syndicats médicaux.

Soutiendrait-on que l'adhésion de principe aux organismes administratifs s'étend à la Commission tripartite prévue à l'article 7 du projet de la loi, chargée de ratifier les conventions passées entre Caisses et Syndicats de praticiens, de prévenir et de régler les difficultés dans les divers services ou entre eux, avec toutes sanctions nécessaires, il est bon d'établir que cet organe n'a été l'objet d'aucune discussion et que sa reconnaissance implicite serait un fait inattendu.

Si la participation à la gestion des caisses, telle qu'elle a été acceptée, comporte quelque sujétion administrative, quelque responsabilité d'aucun ordre, quelque reconnaissance du droit d'un tiers à réglementer, l'assentiment de certains signataires de l'ordre du jour a été surpris et peut-être aussi le vote de l'Assemblée.

H. ESCHBACH (Bourges).

A PROPOS DU LIVRE DE RENÉ D'ALSACE : L'ENFANT ARTIFICIEL

I

Lettre du Dr Foveau de Courmelles.

Je lis votre belle analyse du livre *L'enfant artificiel* de René d'Alsace, et la thèse parallèle jadis soutenue par le Dr Blatin et que vous rappelez avec beaucoup d'humour et sans être... scabreux ! A ce propos, je proteste énergiquement contre l'imprimeur qui vous a adressé un livre avec pages caviardées, ou plutôt non imprimées !

J'espère pour l'auteur qu'il n'y a qu'un exemplaire de ce genre, mais me voilà perdu de réputation, car cet exemplaire, le seul sans doute, est arrivé aussi au *Concours médical*, portant *urbi et orbi* la lumière et la renommée. J'aime la lumière, toutes les lumières, sans voile même, car ceci les absorbe et empêche les effets thérapeutiques, mais cependant je me souviens de Boileau et respecte mon lecteur... *français*, Boileau avait-il prévu les étrangers du XXe siècle ?!..

J'ai exposé, de la façon la plus gazée, la plus scientifique en même temps, la question de la fécondation artificielle. Certes, je ne m'illusionne pas autrement sur les tendances contemporaines, plutôt inverses, et toutes dépopulatrices, hélas ! Cependant il y a des ménages involontairement stériles à qui ce livre peut inspirer de recourir au médecin, ne serait-ce souvent que pour améliorer des organes n'exigeant que quelques soins pour devenir source et réceptacle de vie ! Thèse que je viens de soutenir au dernier Congrès de la Natalité (Paris, sept. 1926) où électricité, rayons X, radium, rendent tant de services !

Léo Poldès, l'habile dirigeant du Club du Faubourg, avait mis, lundi 11 octobre 1926, la question à l'ordre du jour. La salle Wagram était pleine. Beaucoup de médecins. Bien des questions très sages furent posées auxquelles je répondis. J'ai reçu quelques lettres me demandant des conseils et des noms de médecins pratiquant la fécondation artificielle. Avouerai-je que je n'ai pu donner de noms de confrères, et j'ai écrit à quelques accoucheurs, espérant des réponses favorables que je transmettrai aux intéressés. J'accepterai volontiers des adresses de nos confrères, lecteurs du *Concours*.

Ceci pour prouver que *L'enfant artificiel* est une œuvre utile. N'apporterait-il une idée heureuse dont la réalisation fera la joie de quelques familles, qu'il aurait rendu un grand service à ces familles, sans préjudice de celles que le roman aura charmé par sa lecture et fait passer un moment d'oubli de leurs préoccupations, ce qui est bien aussi quelque chose à l'heure que nous vivons !

L'erreur du typographe qui a ... sauté l'impression de quelques pages, et m'a valu la réputation d'auteur... léger, moi que tant d'occupations et de recherches scientifiques et les années sembleraient devoir alourdir...., pas trop !.. cette erreur, dis-je, me vaut de revenir sur un livre palpitant, émouvant, que j'ai préfacé, très, trop scientifiquement peut-être, mais avec grand plaisir ; et, ma foi, cela ne m'est pas désagréable d'en reparler, au contraire, étant donné le grand bien que je pense de l'œuvre, surtout de son utilité sociale !..

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

II

Lettre de M. René d'Alsace.

Le Dr Foveau de Courmelles a bien voulu me faire parvenir le numéro du *Concours médical* du 17 octobre, et j'ai lu avec grand intérêt l'article que vous avez eu l'amabilité de consacrer à mon roman *L'enfant artificiel*.

Je vous remercie vivement pour l'exposé sérieux que vous en faites et pour les qualités que vous trouvez dans mon récit ; j'ignorais absolument l'étude similaire que le Dr Blatin a consacrée en 1910 sur le sujet de la fécondation artificielle et je serais heureux de pouvoir retrouver ces pages. Dans tous les cas, le succès de curiosité que mon livre obtient, les discussions qu'il soulève, le nombre de lettres que je reçois journellement à son sujet me prouvent que la question n'était vraiment connue que des médecins.

Mais, au cours de votre article, je vois que vous me reprochez une erreur grossière de posologie, c'est celle-ci : avoir conseillé un gramme de phosphore amorphe par jour pour lutter contre la stérilité et vous ajoutez : « un gramme par jour... De quoi empoisonner tout un bataillon ». Or, je tiens

à vous dire que n'étant pas médecin, j'ai dû me documenter pour écrire mon roman et la post-face très complète qui suit, dans différents ouvrages médicaux. C'est dans le *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale*, par E. Bouchut, médecin de l'Hôpital des Enfants-malades, professeur agrégé de la Faculté de médecine, et par Armand Desprès, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Cochin, publié à la Librairie Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-médecine, en 1873, que j'ai trouvé ce renseignement que vous signalez comme faux. Sous le mot « Stérilité », dixième paragraphe, je lis : « ...*Quand la stérilité est due à l'atonie des organes génitaux, on peut prescrire le phosphore amorphe, 50 centigrammes à un gramme et demi par jour ; ce phosphore n'a pas, dit-on, les inconvénients du phosphore ordinaire.* »

Je n'ai pas la compétence voulue pour juger le bien fondé d'un pareil conseil, mais je m'étonne qu'un ouvrage aussi complet que ce dictionnaire de médecine contienne — lui aussi — une « grossière erreur de posologie » et jusqu'à preuve du contraire....

Je vous serais reconnaissant d'insérer cette lettre ou tout au moins la partie qui répond à votre reproche, dans le *Concours médical*, et, avec encore l'expression de ma gratitude, je vous prie de croire, Monsieur, en mes sentiments les plus distingués.

René d'Alsace.

Réponse.

Je fais amende honorable à M. René d'Alsace, puisqu'il me donne la référence à laquelle il a emprunté la posologie du phosphore amorphe qui m'a fait bondir. Me permettra-t-il, en toute amitié, de lui reprocher cependant d'avoir puisé à une source vieille de cinquante-trois ans quand il y en a tant d'autres, infiniment plus modernes et plus « à la page » ? Et puisqu'aussi bien, il demandait une préface à Foveau de Courmelles, n'eût-il pas été prudent de lui soumettre cette ordonnance ? ? ?

En ce qui concerne maintenant la posologie du phosphore, voici comment s'exprime Manquat, dans son Traité élémentaire de thérapeutique, t. II, page 247 :

« Le phosphore est peu usité en thérapeutique... Il se présente sous deux formes allotropiques :
1) Le phosphore blanc (officinal)... très toxique...
2) Le phosphore rouge ou amorphe n'est pas toxique... *Il n'est pas officinal...* »

C'est-à-dire, qu'il ne fait pas partie de la matière médicale utilisée dans les officines pour la médecine humaine, qu'on ne doit pas l'y trouver, et qu'il ne peut être ordonné.

D'autre part, dans le Formulaire de Lemoine et Gérard, édition 1921, on lit : page 328 :

« Deux variétés ou modifications allotropiques :
1) Le phosphore blanc ; 2) le phosphore rouge.
Le phosphore blanc, corps éminemment toxique, est *seul* employé en thérapeutique.
Propriétés : masse amorphe, blanche, cireuse.. »

Conclusion : la responsabilité de M. René d'Alsace étant complètement hors de cause, dans la posologie phosphorique critiquée par moi, ô vous qui lirez son intéressant roman, gardez-vous de suivre à la lettre l'ordonnance du Dr Berntof ! D'abord, vous ne trouveriez certainement pas de phosphore rouge en pharmacie. Ensuite, si vous en trouviez, il semble bien que vous pourriez en prendre sans profit, puisque ce corps ne possède aucune activité. Enfin, si vous preniez du phosphore blanc, n'oubliez pas que la dose indiquée par les classiques en est de un à cinq milligrammes par jour. Et surtout, consultez votre médecin ! !

G. Duchesne.

VARIÉTÉS

L'Union médicale franco-ibéro-américaine (U.M.F.I.A) et son Livre d'Or.

« Ceux qui tout en travaillant pour eux ne savent pas apporter quelque chose aux collectivités dans lesquelles ils sont inclus et *dont ils vivent* ne sont pas intéressants ; ce sont des parasites ! On n'a pas le droit à défaut de génie ou de talent, de ne pas donner ce qu'un homme peut tout au moins offrir, c'est-à-dire sa bonne volonté. »

C'est par cette phrase liminaire, tracée, en autographe, d'une plume nerveuse, que le Dr Dartigues préface le *Livre d'Or de l'U.M.F.I.A.*, son œuvre.

***

L'U. M. F. I. A. (Union Médicale franco-ibéro-américaine) ! Est-il nécessaire de dire encore une fois aux lecteurs du *Concours médical* ce qu'elle est, ce qu'est son but, quels furent, sont et seront ses efforts ? Pas une des manifestations de cette précieuse association internationale ne s'est produite depuis la guerre sans qu'elle fût annoncée et commentée dans ce journal. Le *Livre d'Or de l'U.M.F.I.A* qui vient de paraître, luxueusement édité grâce à la généreuse initiative des Laboratoires Darrasse, donne les plus précieux et les plus exacts détails sur cette Association, synthétise son œuvre et, année par

année, mois par mois, nous pourrions dire jour par jour, donne l'historique de sa vie, depuis l'année 1911, époque de sa conception, jusqu'à 1926 où elle entre brillamment dans l'âge adulte.

Le *Livre d'Or* est agrémenté d'une trentaine de portraits et d'autographes de personnes presque toutes éminentes qui ont contribué à la fondation ou au développement de l'U.M.F.I.A. (1).

Il donne en outre un grand nombre de renseignements intéressants et comprend un annuaire des membres de la Société.

Rédigé presque exclusivement par le Dr Dartigues, les articles du *Livre d'Or* sont écrits dans ce style enthousiaste et pittoresque avec lequel l'habile et savant chirurgien sait merveilleusement habiller des idées toujours généreuses mais néanmoins essentiellement pratiques.

L'U.M.F.I.A dès son origine, a eu un seul but : le Pacifisme par la Latinité médicale et scientifique. Elle rayonne sur les continents européens et américains où les médecins, citoyens de 26 nations qui parlent le français, l'espagnol ou le portugais, sont entrés en étroites relations d'amitié grâce à elle.

Ce fut en 1911, après s'être adonné avec passion à l'étude de la langue espagnole et avoir traduit en castillan l'*Agonie*, de la *Rome Décadente* de Jean Lombard, que Dartigues conçut l'idée de créer l'U.M.F.I.A. Il fut puissamment secondé dès février 1912 par son ami, le Dr Gaullieur-l'Hardy, et par un confrère espagnol, habitant Paris, le Dr Bandelac de Pariente qui était médecin de l'Ambassade d'Espagne. Une cinquantaine de confrères, parlant espagnol, se groupèrent à leur appel. Le regretté Helme, le Dr Manrique ancien ministre plénipotentiaire de Colombie, les docteurs Mazeran et Kolbé formèrent le premier comité provisoire et le 10 mai 1912 *l'U.M.F.I.A. était constituée sous* le patronage d'hommes éminents comme Clémenceau, Branly, Charles Richet, Ramon y Cajal, C.-M. Cortezo, Martinez Vargas et nombre de professeurs et de savants.

L'Association était en pleine prospérité et avait reçu en juin 1914 un grand nombre de médecins espagnols, venus en voyage d'études à Paris, quand éclata la guerre mondiale.

L'U.M.F.I.A. dans la mesure du possible, donna, durant la guerre, signes de vie (réceptions et voyages des médecins uruguayens en mars 1918, réception des médecins espagnols conduits par le Pr Martinez Vargas, fin 1918) ; elle reprit, la paix conclue, un essor inattendu et nous ne saurions relater ici tous ses efforts et ses manifestations.

Il faut lire l'*Historique du Livre d'Or*, il faut en feuilleter l'*Annuaire*, il faut parcourir la *Revue trilingue* de l'U.M.F.I.A. rédigée par nos distingués confrères et amis les docteurs Molinéry et Berry, pour se rendre compte du développement considérable qu'a pris cette Association. Elle étend ses relations sur 26 nations : Argentine, Belgique, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa-Rica, Cuba, Equateur, Espagne, France, Guatémala, Haïti, Honduras, Philippines, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Puerto-Rico, Portugal, Saint-Domingue, Salvador, Uruguay, Venezuela.

Un jour, elle fera sentir, nous l'espérons, sa bienfaisante action à travers le monde sur la Latinité toute entière. Complètement indépendante, elle ne couvre de son pavillon aucune marchandise, elle ne favorise aucune intrigue politique, aucune confession religieuse. Ceux qui la dirigent ou qui l'appuient le font dans un but absolument désintéressé. Après avoir affirmé tout cela, le *Livre d'Or* insère ces phrases que nous croyons utile de souligner :

Personne ne vit de l'U.M.F.I.A. mais tous sont vivifiés par elle. Il y a des vérités qu'il faut dire et, après les avoir dites, qu'il faut incessamment répéter pour qu'elles pénètrent et demeurent profondément dans les cervelles oublieuses ou médisantes des hommes.

***

Nous devons indiquer la composition du bureau de l'U.M.F.I.A. pour 1926, bureau à qui revient surtout l'honneur du développement de cette belle œuvre et qui compte encore ses trois fondateurs :

Président : Dr Dartigues, *fondateur* ; *vice-président d'honneur* : Dr Gaullieur l'Hardy, *fondateur*. *Vice-présidents* : Dr Bandelac de Pariente, *fondateur*. Dr Eugène Delaunay, Pr Mimbela . *Secrétaire général* : Dr R. Molinéry. *Secrétaire général adjoint* : Dr Berry. *Trésorier* : Dr Digeon. *Trésorier-adjoint* : Dr David de Prades. *Archiviste* : Dr Armengaud. *Secrétaire des séances* : Dr Bécart.

Dans l'intérêt de la Paix du monde, pour la gloire de la France, et en vue de la confraternité médicale internationale, nous souhaitons à l'U.M.F.I.A. de s'accroître sans cesse et de développer encore si possible sa prospérité merveilleuse.

J. Noir.

(1) Notre ami Dartigues a cru devoir nous y classer, nous n'y sommes pas déplacé s'il n'a considéré comme titres que le dévouement à l'U. M. F. I. A. et l'admiration à ses animateurs.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*) (1).

DEUXIÈME PARTIE

Applications de la loi ; organisation de la désinfection dans les départements et en particulier dans les Bouches-du-Rhône.

Le Conseil général des Bouches-du-Rhône n'a certainement rien négligé, pour organiser et assurer le service de la désinfection dans le département.

Cependant, cette désinfection à faire, dès le début, et pendant tout le cours de la maladie, que nous savons être de la plus grande importance, n'y est pas encore, et disons-le, ne peut pas y être assurée.

Voyons, en effet, comment fonctionne, en pratique, le service officiel de l'hygiène publique, ou plutôt celui de la désinfection.

Il a été créé dans chaque canton, un chef de poste de désinfection, chargé de cette opération dans toutes les communes en ressortissant.

D'après l'article 23 du règlement adopté par le Conseil général, dès que le maire est prévenu qu'un cas de maladie contagieuse s'est produit dans sa commune, il prévient le chef de poste, qui doit se rendre, *sans délai*, au domicile du malade. Il doit apporter quelques désinfectants, crésyl, sulfate de cuivre..... et remettre au chef de famille, une instruction indiquant la nature et le mode d'exécution des mesures à prendre, dans le cours et à la fin de la maladie.

L'article 24 et suivants du même règlement, prescrivent l'exécution de la désinfection finale, soit en cas de transport des malades hors de leur domicile, soit après décès, soit après guérison (2).

Il n'y est question, ni des visites qui doivent *être faites en cours de maladie*, ni du mode de surveillance à exercer, pour s'assurer de l'accomplissement des mesures imposées par le décret du 10 juillet 1906.

Cependant, ce dernier prévoit, dans ce but, des visites assez nombreuses, puisqu'il spécifie, que leur nombre ne pourra *être de plus de deux par jour*.

Nous répétons que les employés actuels n'exercent pas, et ne peuvent pas exercer cette surveillance.

(1) *Concours médical* n° 44.

(2) Cette désinfection est faite par des vapeurs d'aldéhyde formique, produites à l'aide de pulvérisateurs actionnés par la flamme d'alcool, et adoptés par le Conseil d'hygiène publique de France.

En effet, les communes dont ils ont la charge, sont à une distance de leur résidence, variant de 8 à 12 kilomètres.

Un chef désinfecteur, ne possédant pas le don d'ubiquité, ne peut pas se trouver le même jour, comme les circonstances l'exigeraient assez souvent, aux quatre points cardinaux de son domicile. Il en résulte que, la plupart du temps, même s'il est actif et dévoué, il ne se rend chez le malade que quelques jours après la notification de la maladie. Celle-ci peut même ne lui parvenir que un ou deux jours après son envoi, lorsque le cas contagieux s'est produit hors de son domicile.

De plus, chaque journée de déplacement, exigeant une dépense minimum de 10 à 12 fr. (aujourd'hui ce chiffre de dépense doit être multiplié par 33), même si le nombre des visites était limité à 2 ou 3 par semaine, le budget départemental n'y suffirait pas.

Actuellement, il est fait une visite, plus ou moins empressée, au début de la maladie et une visite finale de désinfection ; parfois, on ne procède qu'à cette dernière.

Pendant l'intervalle de temps qui sépare ces deux visites extrêmes, la surveillance de la désinfection, *en cours de maladie*, exigée par la loi, et qui serait si nécessaire, fait absolument défaut, et on ne prend généralement aucune précaution contre la propagation des germes pathogènes.

Dans ces conditions, il est permis de se demander quelle est l'utilité de ces deux visites du chef désinfecteur. De plus, elles sont très coûteuses car, pour l'apport d'une circulaire, d'un paquet de désinfectant du prix de 0,50 à 0,65 centimes, et pour la désinfection de surface d'une chambre de 60 m. c. à l'aide de quelques vapeurs de formol, les dépenses nécessitées, selon la distance, par les frais de salaire et de déplacement de l'employé (frais de formol, alcool, ou autres non compris), s'élèvent de 30 à 60 francs par jour (1).

L'insuffisance, l'inefficacité de la désinfection

(1) A combien s'élèveraient ces dépenses, si le chef de poste, afin d'assurer les visites au cours de maladies prévues par la loi, en faisait seulement trois par semaine ? Les communes ressortissant de sa section sanitaire sont à une moyenne de 7 km. de sa résidence. En admettant, comme prix de chacune d'elles, 20 fr. transport compris, et une durée de maladie de 4 septénaires, soit 3 × 4 = 12 visites, leur prix s'élèverait à 12 × 20 = 240 fr., qui joints au prix de la première visite et de la visite finale de désinfection, d'un prix global moyen de 80 fr. formeraient un total de 320 fr.

et l'impossibilité de l'assurer avec la méthode actuelle, ont été portées par nous, à la connaissance de l'Administration et du Conseil général des Bouches-du-Rhône. La faillite de l'hygiène officielle actuelle, en ce qui concerne la désinfection, n'est discutée par personne. Comme la lutte contre les maladies contagieuses est toujours d'impérieuse nécessité, il est indispensable d'apporter dans son organisation et son mode d'exécution les modifications pouvant lui assurer une réelle efficacité.

Ajoutons, avant d'exposer notre manière de voir sur le procédé de désinfection à mettre en usage, qu'il serait de la plus grande utilité de prendre, pour l'élaboration des règlements sanitaires, l'avis des praticiens eux-mêmes. Ils sont les mieux placés et les plus autorisés, pour indiquer les mesures à prendre. En outre, si ces mesures *étaient* prises sur leur initiative ou avec leur approbation, ils ne négligeraient rien pour les conseiller et en surveiller l'application.

La loi veut qu'il soit nommé au moins un chef désinfecteur par canton, et n'en limite pas le nombre...

Le chef de poste actuel, possède à sa disposition, un pulvérisateur, ou plutôt un vaporisateur produisant des vapeurs de formol. Le vaporisateur fonctionne avec la chaleur produite par un foyer alimenté par de l'alcool.

Dans notre projet de transformation des services de désinfection, nous supprimons cet engin de production de vapeurs, qui, d'après ce que nous avons pu constater, est insuffisant, souvent trop détraqué et doit être soumis à des réparations d'un contrôle difficile. Nous supprimons aussi *le chef de poste*. Malgré toute l'activité dont il puisse faire usage, il est forcément impuissant à assurer l'exécution de la loi, en temps ordinaire, et encore plus, ce qui est fort grave, en temps d'épidémie. Cette fonction entraîne en outre, des dépenses considérables, qui ne sont compensées par, peut-on dire, aucune utilité.

L'organisation du service que nous proposons, présente les avantages suivants :

Elle est beaucoup plus économique ;

Elle assure la désinfection, pendant tout le cours de la maladie ;

Nous remplaçons le chef de poste cantonal par un *employé par commune*, le garde champêtre assermenté, ou toute autre personne, mutilé, veuve de guerre, etc... (1).

La suppression du chef de poste cantonal, entraîne la suppression de ses frais de déplacement, qui surchargent démesurément les frais de désinfection et qui grèveraient d'une façon énorme les budgets, si on exigeait de lui les déplacements nécessaires à une bonne surveillance, pendant le cours de la maladie, telle que la prévoit la loi. Cette difficulté budgétaire doit être prise en considération, surtout aujourd'hui que le transport par voiture ou automobile, coûte plus de 2 fr. par kilomètre, et que les salaires ont triplé.

En même temps que le chef de poste cantonal, nous supprimons tous les appareils spéciaux de vaporisation de formol. Nous conservons cependant, pour la désinfection, l'usage de ces vapeurs éminemment bactéricides. Nous décrirons plus loin, le moyen simple et économique de les produire, avec une *rapidité* et une *abondance* qui contrastent avec la lenteur de production des vaporisateurs à alcool (1).

Avec notre organisation, le désinfecteur serait prévenu en même temps que le maire ; se trouvant sur place, il n'aurait plus aucune raison d'apporter un retard à sa première visite, qui serait faite sans délai, comme le veut la loi.

Il devrait se mettre immédiatement à la disposition du médecin traitant : ce dernier doit avoir la haute main dans la direction du service de désinfection, au domicile du malade.

L'employé communal, doit, s'il y est invité, par le médecin, aider à l'installation de cette désinfection à l'intérieur. S'il n'est pas fait appel à son aide pour cela, il doit se contenter de constater, qu'il y a été procédé.

Dès ce moment, son rôle consiste dans la surveillance quotidienne à exercer d'une façon discrète mais ferme, pour qu'aucun objet contaminé, non préalablement désinfecté, ne puisse sortir de la maison du malade et devenir un danger de propagation d'épidémie.

Pour cette surveillance quotidienne qu'il accomplirait sans peine et en faisant, pour ainsi dire, son service ordinaire de police, il recevrait 0 fr. 60 par jour, pendant toute la durée de la maladie. Il procéderait, en outre, à la fin de cette dernière, à la désinfection des chambres contaminées, si le chef de famille ne voulait y procéder lui-même, auquel cas il n'aurait qu'à en contrôler l'exécution.

Pour une maladie d'une durée de 20 jours, un garde recevrait donc :

20 × 0,60 =	12 fr
et pour la désinfection finale	6 »
Ensemble	18 fr.

Moyennant cette somme, qui n'atteint pas la moitié de celle dépensée actuellement, pour une seule visite avec déplacement, on obtiendrait, non seulement une visite de début et la désinfection finale, mais encore une surveillance de tous les jours, permettant, pendant tout le cours

(1) En procédant ainsi, nous ne remplaçons pas le chef de poste, par 8 ou 10 fonctionnaires : les délégués communaux ne sont pas des fonctionnaires. Ce sont de simples journaliers occasionnels.

(1) Voir p. 6, déclaration directe par le chef de famille.

de la maladie, comme l'exige la loi, d'empêcher dans la mesure du possible la dissémination des germes infectieux.

L'enquête que nous avons faite auprès de divers gardes champêtres, nous a démontré qu'ils seraient bien aises d'ajouter ce petit casuel à leurs appointements, d'autant mieux que l'exercice de leur surveillance, n'entraînerait, pour ainsi dire, aucune augmentation d'heures de service.

La surveillance faite par le délégué municipal, serait exercée au dehors du domicile du malade, exclusivement. Elle serait de nature policière. Nous insistons sur ce point.

A l'intérieur, les mesures de prophylaxie, doivent être organisées et dirigées par le médecin traitant seul. Aucun agent étranger ne doit être interposé entre le malade et lui. Nous indiquerons plus bas, la méthode que nous avons préconisée pour protéger la famille et, par suite, les voisins, contre la contagion. Elle n'est pas intangible et le médecin traitant doit rester libre de la modifier, au mieux de tous les intérêts. Mais en négligeant d'en organiser et d'en surveiller l'exécution, dans le cours de ses visites, on peut dire qu'il manquerait à son devoir et qu'il engagerait même sa responsabilité.

Cette surveillance de la désinfection par le médecin traitant est l'unique moyen pratique de l'assurer pendant tout le cours de la maladie, comme le demande la loi. Ajoutons que c'est un devoir de conscience. Le médecin doit être l'éducateur hygiénique de sa circonscription.

Vers la fin de l'année 1916, pendant que nous étions chargé, comme délégué sanitaire, de la circonscription d'Aix, de la surveillance de la désinfection officielle, nous eûmes l'occasion de lire un article publié dans le *Journal de Pharmacie et de chimie*, numéro de juillet 1912. Nous le reproduisons dans ses points essentiels. Il a pour titre : « *Désinfection des locaux par la formaldéhyde et le permanganate de potassium à froid, sans appareils* », par MM. R. Doers et Raubitscheix.

« Ce procédé, employé depuis 1908, pour la désin-
« fection officielle en Allemagne, présente les avan-
« tages suivants :

« 1° Pas de brevet, pas de marque de fabrique ;

« 2° Inutilité d'appareils coûteux ;

« 3° Le procédé est si simple qu'il est à la portée
« de tout le monde ;

« 4° Il n'y a pas de danger d'incendie ;

« 5° Il est moins cher que tous les autres.

« Il faut pour la désinfection, de la formaldéhyde
« (formol du commerce), à 40 %, qu'on étend de la
« même quantité d'eau, du permanganate de potas-
« sium cristallisé, de grands vases en bois ou en fer.
« On peut utiliser une comporte, une cuve, un baquet
« quelconque, un baril défoncé d'un côté, ou tout
« autre récipient de fortune, en métal ou en bois.
« Ce dernier est préférable ; il est aussi, ajoutons-
« nous, plus commode à trouver. L'essentiel, est que
« ces récipients soient de dimension assez grande
« pour éviter les débordements du liquide, pendant
« les bouillonnements qui se produisent d'une façon
« tumultueuse, au moment de la réaction.

« Le tableau suivant indique, en même temps que
« la dimension que doivent avoir ces récipients, les
« quantités de permanganate et de formaldéhyde
« nécessaires, selon le cubage des pièces à désinfecter.

« On jette le permanganate au fond du récipient,
« et on verse dessus le formol de commerce à 40 %,
« dédoublé d'eau.

« La réaction commence au bout de 10 à 12 secon-
« des. Il faut, de préférence, opérer à la température
« de 20°. »

Contenance en mètres cubes	Quantités nécessaires		Contenance des vases
	MnO_4K	Formol	
50	1 kilogr.	2 litres	25 litres
75	1 kgr. 500	3 »	50 » ou 2 de 25 litres
100	2 kilogr.	4 »	50 » » »
125	2 kgr. 500	5 »	75 » » »
125	2 kgr. 500	5 »	75 » ou 3 de 25 litres
150	3 kilogr.	6 »	75 » » »
200	4 kilogr.	8 »	100 » ou 4 de 25 litres
250	5 kilogr.	10 »	125 » ou 5 de 25 litres

Désireux d'expérimenter ce procédé si simple, et de le comparer à ceux que nous connaissions, nous avons accepté la proposition qui nous a été faite par M. Zevort, alors sous-préfet d'Aix, de l'utiliser pour la désinfection de la salle des bureaux de la Sous-Préfecture.

Nous avons employé, pour cette salle de 160 m. c., 3 kgr. de permanganate, 6 litres de formol commercial à 40 %, et six litres d'eau. L'eau avait été primitivement ajoutée au formol, dans un vase à part.

Le sel manganique a été d'abord déposé dans un récipient de fortune, un vieux bain de siège en tôle, pouvant contenir 100 litres d'eau.

Les douze litres de liquide formolé ont été versés ensuite, d'un seul coup. M. Guibaud, secrétaire en chef, nous aidait dans cette opération.

Nous avons aussitôt quitté la salle, dont les portes et fenêtres n'avaient pas été garnies de bandes sur leurs interstices, et, après avoir refermé la porte de sortie, nous nous sommes ren-

dus dans un cabinet, séparé par un vitrage, de la salle en désinfection.

La réaction était commencée ; il s'élevait du récipient quelques nuages de vapeurs ; dans l'espace de moins de deux minutes, ces vapeurs s'échappaient par torrents du liquide soulevé par des bouillons tumultueux. Le plafond de la salle a été rapidement occupé comme par un nuage blanc grisâtre, des plus épais, qui, en moins de dix minutes, s'est étendu jusqu'au ras du sol. A ce moment, le bouillonnement du vase, qui, cependant continuait à se produire, n'était plus visible ; on distinguait même faiblement une lampe électrique allumée de l'extérieur.

Notre expérience a confirmé nettement ce que nous avions lu dans l'article du *Journal de Pharmacie.* Nous sommes restés convaincus, après l'avoir faite, que l'emploi de ce procédé, sans danger, si simple, si facile, si peu coûteux, si aisé à contrôler au point de vue des dépenses, favoriserait grandement l'organisation départementale de la désinfection.

Avant guerre, et pendant les deux premières années de la guerre, les prix du permanganate de potasse et du formol, permettant d'utiliser ces produits, sans compter, nous avions adopté pour les désinfections, les formules ci-dessus. Les vapeurs obtenues étaient si abondantes, que nous avions supprimé le collage de bandes de papier, sur les interstices des fenêtres. Aujourd'hui, après une hausse formidable, ces produits sont revenus à des prix, qui, quoique supérieurs à ceux d'avant-guerre, permettent encore de recourir à ce genre de désinfection, avec une énorme économie.

Il est certain que, en adoptant les proportions indiquées dans le tableau ci-dessus, on obtient des quantités de vapeurs de formol d'une intensité telle, que le résultat antiseptique obtenu, doit être des plus efficaces.

Nous croyons cependant que ces doses peuvent être diminuées sans inconvénient, étant donné le pouvoir bactéricide du formol.

Le Fumigator Gonin, adopté par le Conseil d'hygiène publique de France, et dont nous avons souvent apprécié la valeur, contient 75 grammes de trioxyméthylène, pour 20 m. c.

Nous proposons d'en employer 100 grammes, pour la même capacité ; le sel manganique nécessaire, pour la réduction en vapeurs de formol, de ces 100 grammes de Trioxyméthylène, est de 125 grammes. La solution de formol du commerce étant à 40 %, contient par litre, 400 grammes de Trioxyméthylène ; un quart de litre en contient, par conséquent, 100 grammes. C'est cette proportion que nous proposons, pour la désinfection d'un local de 20 m. c., soit 25 grammes de plus, que la quantité utilisée, pour la même capacité, par le Fumigator Gonin.

Chaque mairie devrait être munie de plusieurs bouteilles de 1/4 de litre de formol du commerce, et d'autant de paquets de permanganate, proportionnellement à ses besoins possibles. Chaque chambre à désinfecteur étant d'une moyenne de 60 mc. c., il faudrait y employer trois unités de chaque espèce. L'approvisionnement pourrait être calculé sur le 1 % de la population. Après cubage de l'appartement, le garde y transporterait les quantités de produits nécessaires ; il procèderait lui-même à l'opération, comme il a été exposé déjà, ou s'assurerait que le chef de maison y a procédé. Il percevrait le remboursement du prix des désinfectants, et son salaire. — Le maire procèderait immédiatement au renouvellement du permanganate et du formol utilisés. La désinfection chez les indigents aurait lieu aux frais de la mairie.

Le formol, sous forme de vapeurs, est un microbicide très énergique. Mais il n'a pas de pouvoir insecticide.

Nous pouvons dire, dès à présent, et nous verrons plus tard, quand nous étudierons l'étiologie des maladies contagieuses, que la propagation de ces dernières, est souvent la conséquence de l'inoculation directe du virus, à l'homme sain, par des piqûres d'insectes parasites, qui ont sucé le sang des malades.

Le bon sens indique l'utilité et la nécessité de détruire ces agents de contagion : puces, moustiques, mouches, punaises, qui peuvent se trouver dans la chambre contaminée.

Les vapeurs de soufre exercent sur eux, une action insecticide. L'association ou plutôt l'emploi successif ou simultané, des deux méthodes, assurerait, une désinfection totale.

Nous avons dit plus haut, que nous avions adressé un rapport complet à l'Administration préfectorale, au sujet de la réforme possible du mode d'application de la loi de défense contre les maladies contagieuses. M. Brémond, conseiller général de Gardanne, maire de Septèmes, notre collègue à la Commission sanitaire, avait constaté la facilité, l'économie, l'efficacité, de la désinfection par les vapeurs formolées, se dégageant, sous l'influence du permanganate de potasse. Il a appliqué lui-même, ce procédé dans sa commune, sans déplacement du chef de poste et sans qu'une intervention quelconque de ma part, comme délégué sanitaire, ait jamais été nécessaire, et il devait en entretenir le Conseil général. Je suis persuadé qu'il lui a fait cette communication, mais je n'ai jamais connu l'opinion de cette Assemblée. Ce que je sais, c'est que le règlement n'a pas été modifié. Il nous semble cependant, que l'exemple du maire de Septèmes, mériterait d'être suivi, en considération de la simplicité du procédé, de son efficacité, et de l'économie énorme résultant de la suppression de tous frais, autres que ceux du prix des matières servant à la désinfection.

L'organisation d'un bon service de désinfection, qui ne donnerait pas aux populations, comme le service actuel, une illusion dangereuse, est donc absolument indispensable. Mais nous sommes convaincu, que, à elle seule, quelle que soit sa valeur, elle restera souvent impuissante, si elle n'est aidée par les efforts individuels.

Le service public, bien dirigé, sera toujours d'une grande utilité pour lutter contre la propagation des maladies contagieuses ; cependant, il n'est pas douteux que le mieux et le plus sûr, pour se défendre contre l'infection, est de compter sur soi.

Dans le mois d'août 1923, je donnais connaissance à mon ami, M. Jossot, sénateur, conseiller général de la Côte-d'Or, de mon étude sur la prophylaxie des maladies contagieuses. A cette occasion, et pour se documenter sur la valeur du procédé de désinfection par le formo-permanganate, dont la simplicité et l'économie avaient fixé son attention, il demanda à Monsieur le Dr Charpentier, directeur de l'Institut d'hygiène de Bourgogne, de bien vouloir l'expérimenter et d'adresser au Conseil général de la Côte-d'Or, un rapport sur cette question.

M. le Dr Charpentier se mit à l'œuvre. Il remettait le 23 mai 1924, au Conseil général, une étude complète de la désinfection par les vapeurs de formol, et spécialement sur l'usage de ces vapeurs, produites par la réaction de l'aldéhyde formique et du permanganate de potassium.

Nous tenons à citer ce rapport dans son entier. Ses conclusions confirment entièrement celles que nous avons exposées plus haut.

Rapport du Dr Charpentier.

INSTITUT DE BACTÉRIOLOGIE ET D'HYGIÈNE, DE BOURGOGNE ET FRANCHE-COMTÉ
Avenue Victor-Hugo, Dijon.
Téléphone : 17-25
N° 1357

Le 23 mai 1924.

Sur un procédé de désinfection par le formol, et le permanganate de potasse.

« A la demande de M. JOSSOT, sénateur et conseiller général, M. le Dr DARGELOS, vice-président de la Commission sanitaire d'Aix-en-Provence, m'a communiqué un intéressant travail sur la désinfection par les vapeurs de formol, produites en faisant agir le permanganate de potasse sur la solution de formol du commerce, travail qui conclut en faveur de l'adoption du procédé.

« Qui ne serait tenté, comme M. DARGELOS, d'avoir recours à une méthode de désinfection supprimant tout appareil d'un maniement compliqué, tout opérateur spécialement instruit, tout danger d'incendie, et rendant les opérations de désinfection très simples et peu onéreuses? Mais l'efficacité du procédé, donne-t-elle toute garantie ? Telle est la question que m'ont posée MM. JOSSOT et TAINTURIER, conseillers généraux.

EXAMEN DE LA VALEUR TECHNIQUE DU PROCÉDÉ DE DÉSINFECTION, PAR LE FORMOL-PERMANGANATE DE POTASSE.

« La méthode n'est pas nouvelle : dans un très « intéressant mémoire, paru à Washington en « 1906 (1), M. Thomas B. Mc. CLINTING, a fait une « étude très serrée, de la désinfection par l'aldéhyde « formique ; il a comparé l'action microbicide des « vapeurs d'aldéhyde produites :

« 1° Par ébullition de la solution commerciale de « formol, dans un ballon, sous la pression atmos- « phérique ;

« 2° Par chauffage de la solution commerciale de « formol, sous pression dans un autoclave ;

« 3° Par l'oxydation de l'alcool méthylique, dans « une lampe spéciale à amiante platinée incandes- « cente ;

« 4° Par l'action du permanganate de potasse sur « la solution commerciale de formol ;

« 5° Par l'action du permanganate de potasse, sur « la solution commerciale de formol diluée.

« 6° Par évaporation de la solution commerciale « de formol, sur des feuilles de papier à l'air libre ;

« 7° Par l'action du sulfate d'alumine et de la « chaux sur la solution commerciale de formol.

« De très nombreuses expériences furent faites, « les unes dans une chambre d'expériences hermétiquement close, les autres, dans des wagons-lits « de la Cie Pullmann ; les conditions de ces dernières « désinfections, se rapprochaient beaucoup des conditions rencontrées dans la pratique courante : les « wagons étaient pris au hasard ; au préalable on « abaissait les lits, on ouvrait les portes intérieures « et on fermait les fenêtres et les ventilateurs ; quand « on le pouvait, on fermait la lampe du ventilateur « à l'intérieur, par un morceau de coton, à l'extérieur « sur le toit du wagon, par une étoffe enroulée autour « on n'obturait aucune fente de joints.

« La conclusion des expériences est la suivante :

« Comme simplicité et rapidité, la méthode au « formol-permanganate, est bien supérieure à toutes « les autres. Elle libère le gaz presque instantané- « ment et en presque aussi grande proportion que « les méthodes au ballon et à l'autoclave.

« On réalise une meilleure désinfection, en faisant « agir une grande quantité de gaz pendant peu de « temps, au lieu d'une petite quantité de gaz pendant « longtemps. La méthode au formol-permanganate « est plus pratique qu'aucune autre, pour désinfecter « un espace relativement mal clos. Avec cette mé- « thode, le pourcentage de b. tuberculeux tués est « plus élevé qu'avec aucune autre.

« Le formol et le permanganate devraient être « employés dans la proportion de 1 cc. du premier, « pour 0 gr. 5 du second. On ne retire aucun avan- « tage notable à étendre d'eau le formol, avant de le « mélanger au permanganate.

(1) Hygien. Laborat. of the Public Health a Mar. Hosp. Serv. of the U. S. *Bull.*, n° 27, 9 avril 1906.

« Les méthodes employant le ballon, l'autoclave « ou la lampe oxydant l'alcool méthylique, sont efficaces dans des conditions favorables, mais elles « exigent un appareil plus ou moins compliqué, en « même temps qu'un temps considérable pour réaliser le dégagement du gaz.

« La méthode d'évaporation de la solution sur des « feuilles de papier est simple et économique, et « trouve spécialement son application dans les « désinfections exigeant une longue action du gaz.

« La méthode au formol-sulfate d'alumine et « chaux, n'est ni aussi simple, ni aussi efficace que « la plupart des autres méthodes, mais dans des « conditions favorables, elle donne de très bons « résultats.

« En préconisant la méthode au formol-permanganate de potasse, M. Dargelos est donc en complet accord avec les résultats ci-dessus.

« Trois points particuliers me semblent mériter « l'attention ; il s'agit de la fermeture plus ou moins « complète, de la pièce à désinfecter, de la quantité « de formol à employer et de la dilution du formol « avec de l'eau.

« Pour simplifier la pratique de la désinfection, « M. Dargelos avait d'abord supprimé le collage des « bandes de papier, sur les joints des portes et des « fenêtres, et, pour parer aux fuites possibles, augmenté la quantité de formol mis en œuvre (au lieu « du taux ordinaire de 10 cc. par mètre cube, il employait celui de 40 cc.). L'augmentation du prix « du formol, après la guerre, l'a incité à modifier « son mode opératoire, à revenir au collage des « bandes de papier sur les joints des portes et des « fenêtres, et à employer par mètre cube à désinfecter, 1/4 seulement en plus du formol contenu « dans le Fumigator Gonin. Question de dépense de « formol mise à part, il semble très avantageux d'obturer toutes les fentes, par où peut s'échapper le « gaz ; les fuites dépendent de la dimension des fentes, de la plus ou moins grande tranquillité de « l'air dans l'atmopshère (un violent courant d'air, « le long d'une fente, provoque une rapide sortie de « gaz), elles dépendent donc des circonstances dans « chaque cas particulier ; les joints des portes et des « fenêtres d'un wagon-lit Pullmann sont bien mieux « faits ; donc plus étanches que la plupart des joints « des portes et fenêtres de nos maisons d'habitation ; « or, M. Mc. Clinting écrit dans son mémoire : « Bien que les wagons semblent comparativement « étanches, le faible pourcentage de gaz retrouvé à « l'ouverture (2 heures après la fermeture) montre « qu'une grande quantité s'en était échappé, pendant les deux heures de fermeture. » Pour remédier à une cause d'erreur d'importance si variable, « le mieux est de clore la pièce le plus hermétiquement possible.

« Le Fumigator Gonin renferme, non la solution « commerciale de formol, mais le trioxyméthylène, « à raison de 4 grammes par mètre cube. Comme ces « 4 grammes donnent le même résultat que 10 cc. de « solution commerciale de formol, la proportion préconisée par M. Dargelos, serait de 12 cc. 50 de « solution commerciale par mètre cube.

« Nous ferons remarquer que M. Mc. Clinting a « obtenu de très bons résultats, en employant 600 cc. « de formol commercial, dans une chambre exactement close, de 2.000 pieds cubes, soit de 54 mètres « cubes ou 2 litres de formol dans un wagon-lit de « 4.500 pieds cubes, soit de 121 mètres cubes : « autrement dit, avec 11 cc. par mètre cube dans la « chambre et 16 cc. par mètre cube dans le wagon.

« La proportion de 12 cc. 50 de formol par mètre « cube recommandée par M. Dargelos, est un peu « supérieure à celle de 11 cc. ,employée par M. Mc. « Clinting dans sa chambre d'expérience ; aucun « inconvénient à y avoir recours ; elle n'entraîne « qu'une faible dépense supplémentaire. Ce qu'il « importe de ne pas oublier, c'est que si la température et le degré hygrométrique de l'air sont suffisamment élevés, on ne retire aucun avantage d'une « augmentation de la quantité de gaz présent, et « que si la température et le degré hygrométrique « sont trop bas, l'aldéhyde formique est pratiquement sans pouvoir désinfectant. L'aldéhyde n'agit « qu'à une température minima de 16°, et à un degré « hygrométrique minimum de 60 %, mesurés au « psychromètre.

« Enfin, M. Dargelos étend le formol de son volume d'eau, avant de le verser sur le permanganate « de potasse ; cette mesure ne semble pas indispensable, d'après M. Mc. Clinting, mais n'offre pas « non plus d'inconvénient.

« En résumé, la désinfection par les vapeurs « d'aldéhyde formique obtenues en faisant agir la « solution commerciale de formol sur le permanganate de potasse, donne, dans les conditions de « température et d'hygrométrie requises, de très « bons résultats. La méthode est très recommandable.

Prix de revient d'une désinfection par l'action du formol sur le permanganate de potasse.

« Quel serait le prix d'une désinfection par la « méthode de désinfection : formol-permanganate de « potasse ?

« Pour donner des renseignements précis au Conseil « général, j'ai demandé des prix de formol et de « permanganate, à des maisons susceptibles de fournir ces produits. A titre d'exemple, ci-joint des « lettres de la Société chimique des Usines du Rhône « et des Usines de Tarsul (Côte-d'Or).

« En admettant que les quantités d'aldéhyde « formique et de permanganate de potasse, nécessaires pour désinfecter 1 mètre cube soient :

Aldéhyde formique........... 12 cc. 5
Permanganate de potasse...... 8 gr. 3

« On calcule aisément, d'après les prix figurant sur « les lettres ci-jointes, que le prix de désinfection « d'un mètre cube, serait de :

Aldéhyde formique........	0 fr. 085
Permanganate de potasse.....	0 fr. 049
Total.....................	0 fr. 134

« Ainsi la désinfection d'une pièce de grandeur « courante, cubant 50 mètres cubes, reviendrait, « on ne considérant que le coût des produits chimi- « ques à 6 fr. 70.

CONCLUSIONS

« Au point de vue technique, la méthode de désin- « fection, par le formol-permanganate est pratique, « sans danger, et n'exige pas d'opérateur spéciale- « ment instruit ; au point de vue prix de revient, « elle est peu coûteuse.

« Si le Conseil général désire la voir mettre en pra- « tique, dans le département, je suis à son entière « disposition, pour donner à M. l'Inspecteur dépar- « temental des Services d'hygiène, tous les rensei- « gnements techniques nécessaires.

« Institut de Bactériologie et d'Hygiène, de Bourgogne et Franche-Comté. »

Le Directeur de l'Institut
Dr Charpentier.

Nous ne ferons suivre d'aucun commentaire, le rapport du directeur de l'Institut de bactériologie et d'hygiène, de Bourgogne et de Franche-Comté. Mais, nous remercions M. le Dr Charpentier, d'avoir voulu apporter à l'étude de la désinfection par le formol-permanganate, la contribution bienveillante de sa science en hygiène et bactériologie.

La méthode de désinfection par le formol-manganate présente sur l'emploi des vaporisateurs les avantages suivants :

a) Suppression de tous les frais de déplacement ;

b) Suppression de tout appareil mécanique ;

c) Rapidité de l'intervention dès le début de la maladie et surveillance de cette désinfection pendant tout son cours.

d) Désinfection facile, efficace, sans danger d'incendie ou d'explosion. Rapidité. Economie énorme.

e) Désinfection absolue et complète de toutes les parties des locaux contaminés quelle que soit leur capacité, par suite de l'abondance instantanée des vapeurs humides de formol dans toute leur étendue (salles de spectacle, dortoirs, infirmeries, salles d'études, salle de classe, etc., etc.), chose impossible à obtenir avec le pulvérisateur émettant des vapeurs dont le jet atteint à peine deux mètres de profondeur, qui se refroidissent et ne donnent qu'une illusion de désinfection.

f) Economie de temps. Cet avantage est appréciable partout, mais surtout dans les villes d'eaux ou de tourisme, dans les grandes villes, à Paris principalement, où l'on est appelé à faire des désinfections fréquentes soit dans les maisons de malades, soit dans les hôtels meublés où l'on néglige souvent cette mesure d'hygiène, cependant si utile et si nécessaire à cause de la dépense qu'elle nécessite. Avec un pulvérisateur, on peut à peine procéder à une opération en deux heures soit quatre opérations pour une journée de 8 heures. Avec le formol manganate, un agent peut procéder dans le même temps à 10 ou 12 désinfections et même plus, selon la distance entre les locaux contaminés. Cette économie de temps entraîne, à elle seule, une économie réelle de 75 à 80 %.

Elle pourrait se chiffrer à un total qui ne serait pas à dédaigner surtout à l'heure actuelle et devrait atttirer l'atention des municipalités tant dans l'intérêt des finances publiques que dans celui de l'hygiène des populations.

(*à suivre.*)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr André COLLIN de Paris. — M. le Dr François LAMBILLOTTE, de Farciennes.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort du professeur LE DENTU, Professeur honoraire de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Nous adressons un hommage ému à la mémoire de ce savant maître, qui nous accueillit toujours avec bienveillance dans son service, lorsque nous venions jadis y recueillir ses leçons cliniques pour le *Concours Médical.*

P. L.

— **Maison départementale de Nanterre.** *Concours d'internat.* — Le concours qui devait s'ouvrir à la Préfecture de police le 3 novembre pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et à des place éventuelles d'interne provisoire, est reporté au 22 du même mois. Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est fixé à sept. Les candidats doivent être pourvus d'au moins douze inscriptions en médecine et se faire inscrire avant le 10 novembre, à 16 heures, au Service du Personnel de la Préfecture de police où tous renseignements leur seront fournis sur le programme du concours.

Avantages. — Les internes titulaires de la Maison départementale de Nanterre reçoivent une indemnité annuelle de 6.000 francs. Une indemnité spéciale de nourriture est allouée aux deux internes de garde. Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-St-Lazare et la Garenne-Bezons est remboursé aux internes.

— **Ecole française de stomatologie.** (Dispensaire de l'Administration générale de l'Assistance publique, 20, Passage Dauphine, Paris). — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens, comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2° Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, Directeur de l'Ecole, 20, Passage Dauphine, Paris.

— **Empreintes digitales des nouveau-nés apposées sur les actes de naissance.** — La municipalité de New-York a, dit-on, approuvé un projet du Dr Copelant, Ministre de l'hygiène, tendant à rendre obligatoire la reproduction des empreintes digitales des nouveau-nés au dos des actes de naissance. Les empreintes seraient prélevées 5 jours après la naissance (*Liège médical.*)

— **Hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire** (156 *bis*, avenue de Suffren, XVe arrondt., Métro-Sèvres). — *Enseignement complet de la chirurgie urinaire et des techniques urologiques modernes.* — Chef du service : M. le Dr F. CATHELIN ; assistants titulaires : Drs BOULANGER, GRANDJEAN, et BRULÉ ; assistant adjoint : Dr QUENAY ; assistant chirurgical : Dr G. YVON ; assistant médical : Dr SIGURET ; chefs des laboratoires : Drs BEAUVY, DETOT, LE GUYON et LOBLIGEOIS.

Programme : Consultations : les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures. — Opérations et lithotritie : les vendredis à 9 heures au Pavillon-Annexe. — Cystoscopie et cathétérisme des uretères : les mardis et samedis à 9 heures et demie. — Radiographies : les mercredis à 9 heures. — Leçon clinique avec présentation de malades, de pièces anatomiques et de planches : les jeudis à 10 heures. — *Injections épidurales et électricité* (*haute fréquence*) : les mercredis à 9 heures et demie. — Urétrites et examen des gouttes : les lundis à 10 heures. — Traitements : tous les jours, le matin de 8 heures à midi.

Le Musée, la bibliothèque et les laboratoires sont ouverts tous les jours aux élèves. Les cours particuliers sont annoncés par des affiches spéciales. Des certificats seront délivrés à la fin de chaque semestre aux élèves et aux médecins étrangers les plus assidus.

Sont seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers et les étudiants immatriculés. S'adresser tous les matins chez le concierge, 156 *bis*, avenue de Suffren.

— **« Annales de l'Institut d'actinologie »**, tel est le nom de la nouvelle revue sur les radiations qui vient de paraître.

Le numéro 1-2 se compose de : 180 pages, 16 articles parmi lesquels nous relevons ceux de MM. le professeur JEANSELME (Dermatologie) ; le professeur LEGUEU (Fistules urinaires) ; le professeur agrégé GOUGEROT (Radiolucites) ; le docteur J. SAIDMAN (Hygiène sociale); le docteur A. CHARBONNIER (Prurits) ; L. LIVET (Sclérose en plaques), etc. ; une bibliographie très abondante comprenant près de deux cents analyses et 16 planches hors texte.

Cette revue est composée par un groupe d'actinothérapeutes et de radiologistes. Elle sera d'une grande utilité aux spécialistes et à toute personne qui s'intéresse à cette nouvelle méthode.

De plus, on y trouve les suites d'une enquête auprès des médecins des hôpitaux sur les prétendus dangers de la lumière chez les enfants.

— **Société de chirurgie.** *Prix pour la meilleure prothèse de la main.* — La somme de 50.000 francs mise par Mme veuve Jules Lebaudy à la disposition de la Société nationale de chirurgie pour être attribuée à l'auteur de l'*appareil suppléant le mieux à la perte de la main* devait, en cas de non distribution du prix avant 1925, faire retour à la famille de la donatrice.

Le prix n'a pas été décerné avant la date indiquée, mais Mme la comtesse de Fels et M. Robert Lebaudy, héritiers de Mme Jules Lebaudy, ont bien voulu faire abandon de la somme de 50.000 francs à la Société nationale de chirurgie pour que le concours reste ouvert jusqu'au moment où la Société jugera à propos de décerner le prix.

Les constructeurs des nations alliées et neutres peuvent seuls concourir. Ils devront présenter, à la Société, des mutilés se servant des appareils depuis plus de six mois.

Les inscriptions sont reçues par lettre adressée au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine à Paris. Joindre à la lettre la description de l'appareil, avec figures et autres documents.

— **Création à Paris d'un centre de rééducation auditive et phonétique.** — Le Dr DE PARREL vient de prendre l'initiative de fonder un *centre de rééducation pour les maladies de la voix, de la parole et de l'audition.* Aucune organisation médicale de ce genre n'existait en France jusqu'ici pour tous ces infirmes dont la récupération, même partielle, présente un intérêt social évident. On connaît les travaux poursuivis depuis plus de 15 ans par le Dr DE PARREL sur l'éducation acoustique des *sourds-muets*, le développement méthodique de leurs reliquats auditifs, l'utilisation pédagogique de la lecture sur les lèvres pour leur initiation à la parole et leur instruction primaire ou professionnelle. Par ailleurs, M. DE PARREL s'est attaché à préciser la technique des exercices acoustiques chez les *sourds acquis* et les *mutilés de l'ouïe*, de manière à leur permettre d'augmenter leur capital auditif ou, au pis aller, d'en obtenir le rendement maximum. Enfin, il a défini les règles de l'orthophonie dans les différents *troubles de la voix parlée ou chantée*. Le Dr DE PARREL s'est assuré la collaboration de Mlle le Dr Henriette HOFFER, professeur d'Ecole primaire supérieure et normale et diplômée de l'institution nationale des sourds-muets de Paris. Ainsi les sourds, les sourds-muets, les dyslaliques et les dysphoniques pourront recevoir dans ce *Centre de rééducation* des soins compétents et adaptés à leurs déficiences fonctionnelles.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr DE PARREL 76, boulevard Malesherbes, Paris, VIIIe. Téléphone : Laborde 14-43.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

CONSULTATIONS FISCALES

Tous nos lecteurs connaissent notre Conseil fiscal, M. Martinot, directeur du *Contribuable français*, dont ils peuvent apprécier presque toutes les semaines la science fiscale et la clarté dans les réponses aux questions posées.

M. Martinot et ses collaborateurs du *Contribuable français* sont des Conseils fiscaux dont le passé et les travaux offrent les plus hautes garanties de compétence et d'honorabilité professionnelles.

Commentateurs depuis de longues années des arrêts du Conseil d'Etat, ils connaissent à fond la législation et la jurisprudence.

Vulgarisateurs de profession, ils savent mettre leur expérience et leur science à la portée de tous.

Enfin, ils savent obtenir, dans le minimum de temps, le maximum de résultats, car M. Martinot, Directeur du *Contribuable français*, a été pendant de longues années directeur de la Préparation par correspondance aux Administrations dépendant du Ministère des finances, de sorte qu'un grand nombre de contrôleurs sont ses anciens élèves.

Le *Concours médical* continuera à publier régulièrement une chronique fiscale dans laquelle M. Martinot apportera le plus de lumière possible sur les obligations et les droits des contribuables.

Il répondra à toute question écrite d'intérêt général, c'est-à-dire ne demandant l'examen d'aucune pièce, document, dossier, ni aucun calcul. La réponse sera publiée dans le journal ou adressée directement à l'intéressé s'il envoie une enveloppe timbrée à son nom.

Le *Contribuable français* se charge :

1° De donner des consultations sur les cas particuliers, moyennant 25 fr. ;

2° D'examiner tous avertissements, moyennant 10 fr. et 20 % des dégrèvements ;

3° De constituer le dossier fiscal de chaque contribuable, moyennant un forfait annuel minimum de 150 fr. qui donne droit :

a) *A la rédaction* des déclarations en tenant compte de toutes les déductions permises ; des réponses à toutes les demandes de l'Administration et, s'il y a lieu, des réclamations ;

b) A la vérification des avertissements ;

c) A des conseils pour la tenue d'une comptabilité simple, mais suffisante, faisant ressortir le bénéfice net réel ;

d) A des consultations en matière *d'impôts directs* : impôts cédulaires, impôt général sur le revenu, patente ;

D'impôts indirects: impôt sur le chiffre d'affaires, d'enregistrement, de timbre, etc.

En un mot qui décharge *de tout souci fiscal* : Ceux de nos abonnés qui sont adhérents au

« Sou médical » peuvent, par décision du Conseil de cette ligue de défense professionnelle, obtenir que le « Sou » prenne à sa charge tout ou partie des frais de justice et des honoraires de notre Conseil fiscal, lorsqu'il s'agit d'une question d'intérêt professionnel.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Les morsures de sangsues peuvent-elles êtres considérées comme accident du travail ?

L'espèce suivante nous est soumise : un ouvrier reçoit de son patron l'ordre de récurer un ruisseau, qui traverse une usine.

Nombreuses morsures de sangsues et piqûres de moustiques consécutives à ce travail. Le chef d'entreprise est-il responsable des frais médicaux et pharmaceutiques, au titre de la loi du 9 avril 1898 ?

La jurisprudence de la Cour de Cassation est nettement fixée dans ce sens que toute lésion, qui se produit dans un accident, survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail, doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultat de cet accident et la victime ou ses héritiers n'ont pas à démontrer que la lésion a été la conséquence de l'accident (Cassation, toutes chambres réunies, 7 avril 1921.)

Il faut également que la cause de l'accident soit inhérente au travail effectué pour le compte et dans l'intérêt du patron et que cet accident se rattache, par un lien plus ou moins étroit, à l'exercice de la profession du travailleur (Cour de Rouen, 22 février 1900. D. 1900.2.181).

Lorsqu'un accident survient, alors que la victime était sous la direction du chef d'entreprise, à l'heure et au lieu du travail, il n'est pas nécessaire, pour que les conséquences soient à la charge du chef d'entreprise, que l'accident soit en relation étroite avec la tâche assignée à l'ouvrier : il suffit que le travail en ait été l'occasion (Cassation 8 juillet 1903).

Il en résulte que, sauf les cas de force majeure, l'accident est bien survenu par le fait du travail lorsqu'il a été la conséquence de celui-ci.

Par force majeure, il faut entendre un phénomène naturel de l'ordre physique ou de l'ordre moral, qui défie toute prévision et dont la cause est complètement étrangère à l'exploitation (Sachet, Législation sur les accidents du travail, t. 1er, n° 403).

Il en serait autrement si le travail avait contribué à mettre les forces de la nature en mouvement, ou qu'il en ait aggravé les effets (Cassation 10 décembre 1902 ; D. 1904.1.553 ; Cassation, Requêtes, 9 mai 1922 ; *Gaz. Pal.*, 19 sept. 1922 ;

Tribunal civil de Montpellier, 8 mars 1924 ; *Rev. gén. acc. trav.*, 1925.43 ; *Gaz. Pal.*, 29 déc. 1924 ; *Concours médical*, 1925.1098 ; Lyon, 10 avril1924; *Mon. jud.-Lyon*, 6 octobre 1924 ; Paris, 7e chambre, 15 février 1926 ; *Gaz. Pal.*, 30 avril 1926.)

Dans le cas, qui nous est soumis, l'ouvrier travaillait dans un ruisseau, dont il devait faire le curage, sur l'ordre de son patron. Les morsures de sangsues, dont il a été la victime, ont bien provoqué un accident du travail, comme dans le cas de palefreniers, piqués par des taons, ou par une mouche charbonneuse, parce que les chevaux et les écuries attirent ces insectes.

Il en serait de même pour la gale, contractée par un camionneur en soignant ses chevaux (Trib. civ. Amiens, 10 novembre 1921 ; la *Loi*, 8 févr. 1922) ou par un débardeur, déchargeant des sacs de blé, contenant de nombreux acariens (Trib. civ. du Havre, 5 février 1926 (*Le Droit ouvrier*, 1926.207.)

La loi de 1898 est applicable dans le cas d'un ouvrier tanneur ayant contracté le charbon, en manipulant des peaux fort souvent charbonneuses (Trib. civ. Saint-Calais, 0 juin 1911 ; *Gaz. Pal.*, 12 octobre 1911).

Au contraire, la loi serait inapplicable dans le cas d'un ouvrier, qui, en nettoyant une allée de cimetière, est piqué par un insecte butinant sur les fleurs ornant les tombes (Trib. paix Marseille, 6 et 12 sept. 1925 ; *Rev. gén. acc. trav.*, 1926.78.)

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Médecine légale.

3132. — Examen de cadavre.

J'ai été appelé par la gendarmerie pour examiner le cadavre d'un nouveau-né trouvé dans uue rivière dans ma commune. J'ai recherché les lésions que pouvaient présenter la peau et le squelette et extrait les poumons de la cage thoracique pour me rendre compte si de l'air y avait pénétré, puis j'ai délivré un rapport.

Je vous serais reconnaissant de me renseigner sur les points suivants : par qui dois-je être payé ? Les gendarmes m'ont dit de m'adresser au maire de ma commune. Quelle somme puis-je réclamer ? J'ignore le prix actuel d'une autopsie, et, comme je vous l'ai dit, j'ai seulement fait l'examen des poumons.

Dr M.

Réponse.

Les gendarmes n'avaient pas qualité pour vous réquisitionner. Ce pouvoir appartenait seulement à un officier de la police judiciaire, c'est-à-dire au maire ou à l'officier de gendarmerie. A l'avenir, en pareille matière, nous vous engageons à toujours demander une réquisition écrite du maire, pour éviter ensuite toute contestation au sujet de vos honoraires.

Quoi qu'il en soit, vous avez droit, en vertu de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur

les frais de justice en matière criminelle, à un honoraire de 50 francs (autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition), y compris rédaction et dépôt du rapport. En outre, si vous avez eu à vous rendre à plus de 2 kilomètres de votre résidence, vous avez droit à une indemnité de déplacement de 0,60 par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour (1).

Vous devez établir votre mémoire en double exemplaire, dont l'un sur papier timbré si la somme réclamée dépasse 50 francs et l'adresser au Procureur de la République du ressort. Après visa du Procureur général et taxe du Président du Tribunal, vous serez payé par les soins du receveur de l'enregistrement.

3210. — Augmentation des indemnités de déplacement des experts en matière criminelle.

Pouvez-vous me dire si les honoraires des « médecins experts » ont été modifiés depuis le décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice et en particulier si les frais de déplacement ont été augmentés comme viennent de l'être ceux des magistrats et des greffiers (billet ne 1re classe, au lieu de 0 fr. 20 du km., etc.).

Dr B.

Réponse.

Le décret du 16 octobre 1926, publié au *Journal officiel* du 19, qui modifie le décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice criminelle, a élevé les indemnités de déplacement des experts, comme celles des témoins, des huissiers et des magistrats, en matière de justice criminelle, de police correctionnelle et de simple police.

Le *Concours médical* du 31 octobre a publié la partie du décret concernant les experts.

Comme pour les magistrats, l'indemnité est actuellement égale au prix du billet de 1re classe, calculé, s'il se peut, d'après le tarif applicable aux trajets d'aller et retour, pour les déplacements qui s'effectuent en chemin de fer.

Elle est de 1 fr. par kilomètre parcouru pour les voyages effectués par un autre mode de locomotion.

L'indemnité de séjour est également modifiée.

A défaut de fixation dans le décret d'une date d'application, le nouveau tarif doit être appliqué aux transports effectués à compter du lendemain de la publication au *Journal officiel*, c'est-à-dire à compter du 20 octobre dernier.

---

(1) Actuellement 1 fr. Voir ci-après.

Accidents du travail.

3149. — Incapacité permanente sans incapacité temporaire. Demi-salaire de l'apprenti.

Abonné au *Concours* et membre du « Sou » je vous serais reconnaissant de me faire savoir s'il est exact qu'un accidenté du travail n'ayant pas eu d'incapacité temporaire ne peut avoir d'incapacité permanente.

Le 6 août dernier, je vois un blessé avec entorse de la phalango-phalanginienne de l'annulaire droit. Pas d'arrêt de travail ; massage.

Peu à peu de l'arthrite s'installe dans cette articulation actuellement déformée (doublée de volume, desaxée, etc.) et ne peut qu'empirer. J'ai prévenu l'assurance. Est-il exact que cet ouvrier ne peut avoir une rente pour ce rhumatisme déformant, conséquence indiscutable de son entorse initiale.

Alors vu le prix de la vie un ouvrier ne peut cesser le travail : il n'aura pas de rente si des complications se produisent. Ce me semble une injustice flagrante.

De même est-il exact qu'il y ait une loi sur la protection de l'apprenti disant qu'un mineur blessé sur une machine où il travaille seul a droit en cas d'accident à une indemnité complète de son salaire pendant la durée de son incapacité. (Cas particulier : enfant de 15 ans 1/2 travaillant seul sur une machine à découper la tôle et gagnant 10 francs par jour.)

Dr F.

Réponse.

Il doit certainement être extrêmement rare qu'une incapacité permanente ne soit précédée d'aucune incapacité temporaire et cela ne se conçoit même que dans les circonstances où l'ouvrier continue à travailler malgré sa blessure, pour toucher un salaire entier au lieu du demi-salaire.

Mais rien ne s'oppose à ce que l'ouvrier travaille, s'il le peut, alors qu'il aurait le droit de chômer et de se faire payer son demi-salaire et nous ne trouvons dans la loi aucune disposition qui indique que l'incapacité permanente doit être précédée d'une incapacité temporaire, la rente d'un demi-salaire.

A notre avis, dans ce cas, la rente devrait même prendre effet au lendemain du jour de l'accident, puisque c'est dès cette date que l'ouvrier a subi la gêne qui lui donne droit à la rente et qu'il a même très certainement subi cette gêne plus intensément à cette époque que par la suite.

Quant au demi-salaire que doit toucher l'apprenti, quel que soit le travail au cours duquel il a été blessé, c'est celui que toucherait l'ouvrier valide de la même catégorie, occupé dans l'entreprise, le moins payé.

La loi stipule que, en cas d'incapacité temporaire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de

seize ans ne pourra pas dépasser le montant de son salaire. Mais, d'après la doctrine et la jurisprudence, cette limitation ne s'applique pas à l'apprenti, qui, blessé, peut toucher plus que son salaire entier et, même s'il ne gagne aucun salaire, doit toucher la moitié du salaire de l'ouvrier le moins payé, âgé de plus de seize ans, de la même catégorie.

Baux et locations.

3097. — Prorogation de bail.

Possesseur d'un bail signé en 1912, j'ai accompli mon bail normal et je dois terminer l'année prochaine en avril 1927 mes cinq ans de prorogation de guerre.

Je viens de recevoir le 1er octobre, six mois à l'avance, un congé par huissier de ma propriétaire.

Que dois-je faire pour profiter de la loi qui m'accorde de rester jusqu'en 1931 ?

Quelle sera l'augmentation de loyer que je devrai subir ?

Dr Y.

Réponse.

La commune que vous habitez se trouvant distante de moins de 50 kilomètres des fortifications de Paris, la loi du 1er avril 1926 sur les loyers y est applicable, quel que soit le chiffre de la population.

En conséquence, de la fin de votre prorogation de guerre jusqu'au 1er avril 1931 vous bénéficierez de plein droit de la prorogation de la loi nouvelle, sans même avoir à faire aucune demande à votre propriétaire. Il en résulte que le congé que vous avez reçu est sans aucune valeur pratique.

Tant que durera votre prorogation, il sera impossible à votre propriétaire de reprendre sa maison pour l'habiter lui-même, car l'exercice du droit de reprise est limité par la loi aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation. Or vous exercez votre profession dans les lieux loués.

D'avril 1927 à avril 1929, en échange de la prorogation, vous devrez supporter une augmentation, égale à 125 % du loyer d'avant-guerre. En outre votre propriétaire pourra vous demander le remboursement des impôts locatifs (à l'exception de l'impôt foncier) et des prestations en nature fournies par lui, dans la mesure où ces impôts et prestations excèdent les sommes payées au même titre en 1914. Pour ce remboursement, vous pourrez accepter un forfait, dont le maximum autorisé par la loi est de 15 % du loyer majoré.

Cette taxation des loyers n'est valable que jusqu'en avril 1929. A ce moment une nouvelle taxation sera fixée par une loi pour la période de la prorogation allant d'avril 1929 à avril 1931.

3080. — Prorogation de bail. Augmentation du prix.

Je possède un bail 3-6-9, datant du 1er janvier 1920. Prix de 800 fr. par an, payable en 4 termes égaux, le 1er avril, 1er juillet, etc. Dans le cas où les parties désireraient faire cesser le dit bail à l'expiration de la 3e ou 6e année, elles devraient se prévenir 6 mois avant l'expiration de chaque période.

J'en suis donc à la 3e période et mon bail est valable encore pour 2 ans et 3 mois, c'est-à-dire jusqu'au 1er janvier 1929. Mon propriétaire m'a demandé si je voulais consentir, s'en rapportant à ma bonne volonté puisqu'il n'a aucun droit, de lui donner l'augmentation que je voudrais à partir du 1er janvier 1927. Avant de lui répondre à ce sujet, je voudrais savoir :

1° Est-ce qu'il sera possible à mon propriétaire, à la fin de mon bail, c'est-à-dire le 1er janvier 1929, de me congédier. N'ai-je pas droit à un moratoire quelconque et jusqu'à quelle date, même en subissant une augmentation légitime de loyer et dans quelle proportion pourrait être au maximum cette augmentation ;

2° Puis-je, dès le 1er janvier 1927, proposer à mon propriétaire de renouveler mon bail pour 10 ou 15 ans dans de nouvelles conditions bien entendu, la majoration permise ne dépassant pas alors 125 %. En faisant de telles propositions, j'accède à son désir tout en me réservant la facilité de garder la maison 10 à 15 ans de plus, selon ce qu'il acceptera.

Dr X.

Réponse.

Il est certain que votre propriétaire ne peut vous imposer une augmentation quelconque, tant que votre bail n'est pas expiré.

Mais, au cas où vous refuseriez de lui payer une majoration de loyer dès maintenant, il est certain également qu'il refusera de son côté de renouveler votre bail. Dans ce cas, vous ne pourrec continuez à occuper votre maison, après le 1er janvier 1929 que si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune, c'est--à-dire, si celle-ci compte plus de 4.000 habitants, ou se trouve distante de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants, ou encore a vu sa population croître de 5 % entre les deux derniers rencensements. En admettant que votre commune rentré dans l'une quelconque de ces catégories, vous aurez droit à une prorogation jusqu'au 1er avril 1931, mais il nous est impossible de vous dire dès à présent quelle augmentation vous aurez à supporter, car la taxation des loyers pour la période du 1er avril 1929 au 1er avril 1931 sera fixée par la loi nouvelle.

Si la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, à la fin de votre bail vous

serez placé sous le régime du droit commun et votre propriétaire pourra soit vous mettre à la porte, soit vous imposer telle augmentation qu'il voudra, sans que vous puissiez invoquer aucune taxation.

A notre avis, surtout si vous ne pouvez bénéficier de la loi du 1er avril 1926, il serait préférable, dans votre intérêt, de vous entendre avec votre propriétaire pour la conclusion d'un nouveau bail, qui commencerait à courir du prochain terme et qui annulerait celui qui court actuellement. Une majoration de 125 à 150 % sur le prix d'avant-guerre nous paraîtrait équitable.

Application du Tarif Durafour.

I

3102. — Fracture de l'axis avec luxation du corps de la vertèbre en avant et fracture de l'odontoïde. Réduction et contention.

Prière de demander au Dr Decourt de vouloir bien trancher la question suivante, en matière de tarif « accident de travail » ?

Il s'agit d'un cas qui n'est pas prévu à la nomenclature et pour lequel je ne vois pas d'assimilation facile.

J'ai eu à soigner un blessé qui s'était fait une fracture de l'axis avec luxation du corps de la vertèbre en avant, et fracture de l'odontoïde.

Ce brave homme s'était présenté tout d'abord comme un blessé de clientèle courante réclamant des soins d'urgence.

J'ai pu procéder à la réduction dans de bonnes conditions et sans fusiller le malade. Après quoi, ce brave homme m'a mis en face de la question d'assurance représentée dans l'espèce par l'administration des postes et télégraphes, à laquelle il appartient.

J'avais réclamé 1000 fr. d'honoraires pour ce blessé de clientèle courante, étant donnée la gravité de cette intervention qui pouvait avoir pour suite prévue et annoncée d'ailleurs à la famille, la mort subite sur la table.

L'administration naturellement discute puisque ce tarif ne correspond pas au tarif des accidents et que le tarif Durafour ne comporte rien de semblable.

Dr M.

Réponse.

Au point de vue tarification de la réduction de cette luxation, au titre du *Tarif Durafour*, il n'y a certainement aucune *analogie* que je puisse signaler comme base d'appréciation. Par contre, dans le *Tarif Maginot*, on pourrait en signaler une, non proche sans doute, mais cependant suffisante, à mon avis. C'est à l'art. 74, au paragr. intitulé : *Interventions .. sur la colonne vertébrale*. Là, on peut lire :

a) Laminectomie sans ouverture de là dure-mère .... 600 fr.

b) Laminectomie avec ouverture de la dure-mère .... 800 fr.

On pourrait, ce me semble, prendre le 1er ou le 2e prix suivant que la réduction de luxation eut lieu *sans* ou *avec* « la méthode sanglante », ainsi que dit le tarif Durafour cette fois.

Et je terminerais en disant que ni un prix ni l'autre ne serait excessif pour une semblable intervention où le blessé pouvait fort bien rester sur la table d'opération.

F.D.

II

3059. — Amputations multiples de doigts.

J'ai recours à vous comme vieil abonné du *Concours* pour vous demander comment je dois tarifer ceci.

Il s'agit d'une femme qui a eu un écrasement des 2 mains et des dix doigts.

1o Régularisation, épluchage, sutures (15) de deux grandes plaies contuses étendues et profondes des deux mains et des doigts.

2o Amputation totale de cinq doigts (deux à une main, trois à l'autre) ;

3o Pansements ;

4o Piqûre de sérum antitétanique ;

5o Piqûre de sérum physiologique ;

6o Piqûre de morphine (en tout 2 heures avec un autre confrère) ;

Et combien dois-je compter les pansements suivants ?

Dr P.

Réponse.

Vous avez à compter :

1o *Le premier jour* :

a) Amputation totale de trois doigts à la main *x* (article 20) .... 150 fr.

b) Amputation totale de deux doigts à la main *y* .... 150 »

c) Injection antitétanique .... 20 »

d) Certificat descriptif .... 10 »

Total .... 330 »

(En outre, le confrère devra demander 50 fr. comme aide (article 11).

2o *Les jours suivants* :

Pansements multiples main D .... 15 fr.

» » G ...... 15 »

Total .... 30 »

du moins, durant les premiers jours.

F.D.

Fiscalité.

2853. — La patente porte sur les locaux professionnels et l'habitation principale.

J'habite une localité de 1500 habitants et suis

propriétaire de ma maison. Cette année, les valeurs locatives ont été revues et augmentées. Celle de ma maison est passée de 400 à 1500 fr. et par suite tous mes impôts s'en ressentent et en particulier ma patente.

C'est au sujet du calcul de celle-ci que je viens vous demander conseil. Le percepteur a calculé en effet d'après la valeur locative de ma maison entière. Or, ma maison est construite de telle sorte que mes locaux professionnels sont absolument distincts de ma maison d'habitation dont ils sont éloignés et auxquels ils ne sont pas reliés. Jamais un malade n'entre dans ma maison, des entrées séparées ayant été prévues.

J'étais donc persuadé que ma patente ne devait pas porter sur l'ensemble de mon immeuble, mais uniquement sur la valeur locative des locaux professionnels que j'estime à 200 fr. environ.

Voudriez-vous me faire savoir si cette façon de juger est exacte et si je peux insister dans ce sens auprès du percepteur ? Dr B.

Réponse.

Contrairement à votre opinion, le droit proportionnel de patente est calculé sur la valeur *locative totale* des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

Lorsque ces locaux sont séparés ou situés dans des communes différentes, il est établi deux avertissements. A. M.

2876. — Patente d'un médecin exerçant dans deux localités.

Installé pendant l'année à Paris, je vais chaque année à X pour y exercer pendant le mois d'août.

Ne croyez-vous pas excessif le droit qui frappe le médecin ?

Près de deux mille francs pour exercer pendant 4 semaines ?

Avant de payer, j'ai voulu vous consulter et vous demander ce que vous en pensez.

Dr Z.

Réponse.

La patente est régulièrement établie, seule la valeur locative servant de base au droit proportionnel de patente peut être contestée si elle est exagérée.

Nous estimons d'autre part que si vous êtes imposé à Paris sur la valeur locative totale de vos locaux (servant à l'habitation et à l'exercice de votre profession), seuls ceux servant à l'exercice de votre profession à X. devraient servir de base au calcul de la patente.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 46 — 14 Novembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(Voir suite page 2910-IV)

(Suite du Sommaire)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1[re] Zone **75 fr.** — 2[e] Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Études du *Concours médical*, de M. le Dr CUDENNEC, d'Audierne, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 510. — Confr. cherche à sous-louer p. y exerc. spécial. 3 ou 4 j. par sem. salon et cabin. de consult., 8e et 16e arr. jusq. Trocadéro.

N° 511. — A vend. au pl. off. *Journ. Méd. franç.*, nov. 19 à déc. 22, exc. ét.

N° 512. — A vend. cause chang. voit. plus. pneus et chambres bon état, 815/105. Dr Le Prieur, Maromme (Seine-Inf.).

N° 513. — Poste méd. à céd. T.-et-G. Client. en plein rend.

N° 514. — Sup. cond, int. Citroen, 9 HP 4 pl. sièges Pulmann régl. carros. gr. luxe, mod. 1923, peu roul. à vend. 13.000. Dr Ducroux à Marcigny (S.-et-Loire).

N° 515. — Auto Chenard, 10 ch. cond. int. 3 pl. écl. électr. pneus confort bon ét. Dr Cocheret, Vichy (Allier).

N° 516. — Cause doub. empl. à vend Citroen, 9 ch. cond. int. tt. acier, luxe, sort. fin août 1925, ét. neuf au pl. off. à part ; de 22.000. Dr Vilbonnet, à Blet (Cher).

N° 517. — Licencié ès-sc. réf. sér. connais. biol. médic. dem. poste dans labor.

N° 518. — On dem. p. polyclin. en particip. : 1 radiol. électrolog. chirur.-dent., voies urin., syph., oto-rhino et ophtalmol. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris. 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 519. — Paris (quart. Luxembourg) import. client. spécial. enfants, très vaste appart. 8 p. et dépend., salle de b. ; cession très urgente. Indemn. 50.000. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

N° 520. — On dem. pour diriger petit préventorium en Hte.-Sav. jeune femme instr., parlant anglais, apparten. de préfér. à famil. médic. Réf. très sér. exig.

CANCER. — **L'action puissamment antinévralgique du Pyréthane, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.**

Docteur, vos algies rebelles, sciatiques, zonas, lumbagos, tabes, rhumatisme articulaire aigu, névralgies intercostales ne résisteront pas à une cure de Naïodine. N'oubliez pas que l'atoxicité absolue de ce nouvel analgésique a même permis d'obtenir la démorphinisation totale de toxicomanes invétérés, prouvant ainsi la haute valeur pharmacodynamique de la Naïodine. (Injections intra-musculaires absolument indolores.)

Ampoules d'essai : 22 *bis*, rue de Silly à Boulogne-sur-Seine.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Dr Gouget est le viatique des artérioscléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas. 40, Rue des Acacias, Paris.

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1[re] Zone **75 fr.** — 2[e] Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr CUDENNEC, d'Audierne, la somme de dix francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 510. — Confr. cherche à sous-louer p. y exerc. spécial. 3 ou 4 j. par sem. salon et cabin. de consult., 8e et 16e arr. jusq. Trocadéro.

No 511. — A vend. au pl. off. *Journ. Méd. franç.*, nov. 19 à déc. 22, exc. ét.

No 512. — A vend. cause chang. voit. plus. pneus et chambres bon état, 815/105. Dr Le Prieur, Maromme (Seine-Inf.).

No 513. — Poste méd. à céd. T.-et-G. Client. en plein rend.

No 514. — Sup. cond, int. Citroen, 9 HP 4 pl. sièges Pulmann régl. carros. gr. luxe, mod. 1923, peu roul. à vend. 13.000. Dr Ducroux à Marcigny (S.-et-Loire).

No 515. — Auto Chenard, 10 ch. cond. int. 3 pl. écl. électr. pneus confort bon ét. Dr Cocheret, Vichy (Allier).

No 516. — Cause doub. empl. à vend Citroen, 9 ch. cond. int. tt. acier, luxe, sort. fin août 1925, ét. neuf au pl. off. à part ; de 22.000. Dr Vilbonnet, à Blet (Cher).

No 517. — Licencié ès-sc. réf. sér. connais. biol. médic. dem. poste dans labor.

No 518. — On dem. p. polyclin. en particip. : 1 radiol. électrolog. chirur.-dent., voies urin., syph., oto-rhino et ophtalmol. Cab. Breitel et Goret, 1 rue Dante, Paris. 5e. Tél. Gob. 36-46.

No 519. — Paris (quart. Luxembourg) import. client. spécial. enfants, très vaste appart. 8 p. et dépend., salle de b. ; cession très urgente. Indemn. 50.000. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris, 5e. Tél. Gob. 36-46.

No 520. — On dem. pour diriger petit préventorium en Hte.-Sav. jeune femme instr., parlant anglais, apparten. de préfér. à famil. médic. Réf. très sér. exig.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Les épidémies.** — Des cas nouveaux de variole et un cas de maladie n° 9 ont été signalés dans la région parisienne. Un cas de variole a été constaté dans l'Oise.

— **IIIe voyage international d'études médicales sur la Côte d'Azur.** — Organisé par la société médicale du Littoral méditerranéen, le IIIe voyage médical international sur la Côte d'Azur aura lieu du 15 au 24 décembre prochain.

Pour ce voyage, réservé aux médecins et étudiants étrangers, les inscriptions seront reçues aux bureaux de l'Office du Tourisme français à Londres S.W.I. Haymarket, 56, à Amsterdam, Sarphatisstraat, 15, à Barcelone, Cortès, 603, à Genève, 3, rue du Mont-Blanc, à Paris, 8e, 17 rue de Surène. Le nombre des places est limité.

Renseignements complémentaires, auprès du président de la Société médicale : Dr Maurice FAURE, 24, rue Verdi, à Nice (Alpes-Maritimes).

— **Prix Nobel (médecine).** — Le prix Nobel, de médecine, d'une valeur de 7.500 livres sterling, a été attribué au professeur Johannes Fibiger (de Copenhague) pour ses travaux sur le rôle des parasites dans la pathogénie du cancer.

— **Le professeur Camilio Golgi** vient de mourir. Il était connu pour ses travaux de neurologie et de malariologie.

— **Paris.** — *Un dispensaire pour les malades hongrois* a été récemment inauguré, rue Bobillot.

— **Paris.** *Association d'enseignement des hôpitaux. Conférences du dimanche.* — Des conférences, organisées par l'association d'enseignement médical des hôpitaux, auront lieu tous les dimanches à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saint-Pères (angle du boulevard Saint-Germain).

14 novembre, M. P. Le Noir : Les récidives de l'ulcère gastro-duodénal ;

21 novembre, M. E. Michon : Gravité de la rétention d'urine avec distension.

— **Lyon.** — M. Pic, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à la dite Faculté, en remplacement de M. Roque, admis à la retraite.

— **Faculté de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. le professeur A. LEMIERRE fera, le mercredi 17 novembre, la leçon inaugurale de son cours de *Bactériologie*, au grand amphithéâtre, à 18 h. Les leçons suivantes auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, même heure, à l'amphithéâtre Vulpian. Sujet du cours : Les microbes pathogènes.

— **Var. Dispensaires anti-tuberculeux.** — Un *concours sur titres*, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse du Var aura lieu fin novembre. Les candidats doivent être français, docteurs en médecine, et âgés de moins de 28 ans. (Traitements : de 18.000 à 25.000 fr., plus frais). S'adresser au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66*bis*, rue N.-D. des Champs, à Paris, VI[e].

A TRAVERS L'OFFICIEL

23 octobre.

Assistance médicale en Indochine. Concours pour 10 emplois de médecins.

Arrêté du 21 *octobre* 1926.

Un concours sera ouvert, le 6 décembre 1926, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à dix emplois de médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine.

Nul ne peut être admis à concourir qu'après avoir justifié :

1° Qu'il est citoyen français,ou qu'il est indigène indochinois sujet ou protégé français ;

2° Qu'il est âgé de trente ans au plus à moins d'avoir des services antérieurs à l'Etat ou à la colonie lui permettant d'obtenir une pension de retraite pour ancienneté de service à cinquante-cinq ans d'âge sur la caisse locale des retraites ;

5° Qu'il a satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée ;

4° Qu'il est de bonnes vie et mœurs et que son casier judiciaire ne comporte aucune condamnation ;

5° Qu'il est physiquement apte au service de l'assistance médicale en Indochine ;

6° Qu'il est titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Un examen clinique de deux malades atteints : l'un, d'affection médicale ; l'autre, d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogations sur l'hygiène.

Notes.

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites ou orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Une majoration de 20 points est accordée :

1° Aux anciens internes, reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine, ayant quatre années de pratique d'internat ;

2° Aux médecins comptant au moins six ans de service comme officier du service de santé dans l'armée ou dans la marine ;

3° Une majoration de 10 points accordée aux docteurs en médecine pourvus du diplôme des instituts de médecine coloniale de Paris, Marseille ou Bordeaux.

Ces majorations sont d'ordre technique et ne peuvent être cumulées.

Pièces à produire.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre des colonies (direction du personnel et de la comptabilité), avant le 20 novembre 1926.

Ces pièces sont :

1° Demande d'emploi sur papier timbré ;

2° Acte de naissance, sur papier timbré, dans les formes prescrites par la loi ;

3° Certificat de bonnes vie et mœurs ayant moins de trois mois de date ;

4° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

5° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ;

6° S'il y a lieu, certificat dûment légalisé permettant de constater les titres universitaires spéciaux donnant droit à des majorations de points ;

7° Certificat constatant l'aptitude au service colonial, établi par un médecin militaire du grade de médecin-major de 1re classe au moins ;

8° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ou un état signalétique et des services ;

9° Indication du domicile où doit être adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les docteurs en médecine, dont l'admission a été prononcée, sont nommés médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine, pour compter du 31 décembre 1926.

31 *octobre.*

Soins aux tuberculeux de guerre.

Commission d'examen des pourvois des pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose.

Par arrêté en date du 14 octobre 1926, une commission spéciale a été constituée en vue d'émettre un avis sur les pourvois formés auprès du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la pré-

voyance sociales, contre les décisions portant refus ou suppression de l'indemnité de soins de 5.000 fr. instituée par la loi du 13 juillet 1925, article 198, en faveur des pensionnés à 100 p. 100 pour tuberculose.

La composition de cette commission est fixée ainsi qu'il suit :

M. Népoty, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, président.

M. le professeur Léon Bérard.

M. le docteur Jules Renault.

M. le docteur Guinard.

M. Touyéras, chef de bureau au ministère du travail et de l'hygiène.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Octobre 1926.

Admissions

Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

7.457 Gauquelin, Château-Landon (Seine-et-Marne), Syndicat de Seine-et-Marne.

7.458 Bavelaer, 7, rue de Bucarest, Paris, Syndicat des électro-radiologistes.

7.459 Selter, Annemasse (Haute-Savoie), Syndicat de Haute-Savoie.

7.460 Julien, Rieumes (Haute-Garonne), Parrains : Docteurs Coste et Laurens.

7.461 Tounissont, Verdun (Meuse). Parrains : Docteurs Boulay et Guyot.

7.462 Gerbier, Saugues (Haute-Loire), Syndicat du Puy.

7.463 Piquemal, Toulouse (Haute-Garonne), Syndicat de Toulouse.

7.464 Masson (Jean), Marcq-en-Barœul (Nord), Syndicat de Lille.

7.465 Magenc, Nègrepelisse. Parrains : Docteurs Verdier et Caillet.

7.466 Dauguet, 17, rue Godot-de-Mauroy, Paris, Syndicat des médecins de la Seine.

7.467 Hoareau, Saint-Louis (Réunion), Syndicat de la Réunion.

7.468 Andrade, Beaucourt (Belfort), Association de Belfort.

7.469 Fischer, 5, rue de la Mission Marchand, Paris. Parrains : Docteurs Gassot et Duchesne.

Conformément aux statuts, ces admissions deviendront définitives 15 jours après la présente publication, à défaut de protestation.

CORRESPONDANCE

Assistance

3188. — Assistance aux vieillards et assistance médicale gratuite.

Un vieillard, infirme et incurable, qui figure sur la liste des assistés obligatoires de la commune depuis 1912 et qui est toujours inscrit, a-t-il droit d'être inscrit sur les listes de l'assistance médicale gratuite ?

Dr X.

Réponse.

L'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, comme l'assistance médicale gratuite, est due à tout Français privé de ressources, la première nécessitant, en outre bien entendu, que l'inscrit soit âgé de 70 ans, ou atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, qui le rend incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence.

Les organes qui prononcent l'admission sont les mêmes pour les deux espèces d'assistance ; bureau d'assistance, conseil municipal, avec appel possible devant la Commission cantonale.

Il est donc peu admissible qu'un vieillard qui a été reconnu privé de ressources et a obtenu en conséquence l'assistance aux vieillards se voie refuser par les mêmes organes l'assistance médicale, puisqu'il est admis déjà par ceux-ci qu'il est privé de ressources.

Mais si, en fait, cette divergence de décisions semble inadmissible, en droit, elle peut exister, les deux assistances n'étant pas légalement liées l'une à l'autre.

Il serait, en ce cas, tout indiqué de saisir la Commission cantonale, car il est peu probable que ce soit celle-ci qui ait rendu les deux décisions contradictoires.

Soins aux mutilés de guerre.

3226. — L'allocation spéciale aux réformés tuberculeux ne supprime pas le droit aux soins gratuits.

Un de mes clients, jeune homme de 22 ans, vient de rentrer du Maroc réformé 100 p. 100 pour tuberculose pulmonaire. Il a droit, lui a-t-on dit, à sa pension 100 p. 100 de 4.000 et quelques, plus cinq mille d'indemnité spéciale lui permettant de se soigner sans travailler. Comme il avait besoin de soins médicaux, je lui ai conseillé de demander un carnet de soins gratuits aux mutilés. Cela a mis un bout de temps ; enfin le maire du village a reçu le carnet et l'a porté au jeune homme. Dans l'intervalle, des gens bien informés lui ont dit que s'il prenait un carnet de soins gratuits, il renonçait par le fait même à l'indemnité de 5.000 fr. Est-ce exact ? A-t-il droit tout à la fois à

l'indemnité de 5.000 fr. des tuberculeux réformés à 100 p. 100 et à son carnet de soins gratuits ou à l'une seulement de ces deux choses. Je soigne d'autres réformés 100 p. 100 pour T. P. qui ont à la fois leurs 5.000 fr. et leur carnet, je crois que ce pauvre petit a droit à l'un et l'autre ... surtout qu'il n'en profitera pas longtemps !

Dr L.

Réponse.

Il est inexact que l'allocation de l'indemnité spéciale de 5.000 francs aux tuberculeux réformés à 100 p. 100 supprime le droit aux soins gratuits qu'ils tiennent de l'article 64 de la loi des pensions.

D'après le décret du 25 août 1925, l'indemnité spéciale de 5.000 fr. allouée par l'article 198 de la loi de finances du 13 juillet 1925 est servie à l'intéressé, à condition qu'il ne soit traité pour sa tuberculose aux frais de l'Etat, ni dans un sanatorium, ni dans un hôpital ; qu'il ne se livre à aucun travail ; qu'il se soigne sous la surveillance des organismes antituberculeux.

Mais ces organismes antituberculeux, qui sont, suivant le décret, les dispensairesd'hygiène, constitués conformément aux dispositions de la loi du 15 avril 1915, n'ont qu'un rôle de surveillance et le tuberculeux continue à avoir le droit de choisir son médecin traitant et ce dernier de faire payer ses honoraires par l'Etat. Le réformé doit donc être muni du carnet de soins.

3193. — La frigidité féminine.

Où pourrais-je trouver une étude détaillée sur la frigidité féminine ?

Dr H.

Accidents du Travail

3113. — Les Sociétés de secours mutuels et la loi sur les accidents du travail.

Les ouvriers d'une importante usine d'une localité voisine ont été embrigadés par le patron dans une Caisse de secours, qu'il dirige ou fait diriger à son gré, en imposant aux adhérents médecin et phar macien. Un certain nombre de sociétaires, trouvant que tout n'était pas pour le mieux dans ce service médico-pharmaceutique, ont constitué un Syndicat pour défendre leurs intérêts et leurs aspirations ; mais ce Syndicat ne comprend que le 1/5e à peu près des ouvriers de l'usine, environ 500 membres. Ceux-ci s'adressent à moi pour les conseiller, les documenter, aller faire une conférence sur place.

Or, avant de les documenter, je voudrais l'être moi-même. Si je ne m'abuse, les S. S. M. sont toujours régies par la loi du 1er avril 1898. Je ne sache pas que cette loi interdise aux dirigeants d'imposer un médecin, si les sociétaires se laissent faire ; c'est donc à eux d'imposer le libre choix s'ils le peuvent. Pour ce qui est des accidents du travail, c'est une

autre affaire, et ils auront le droit de s'adresser au médecin de leur choix.

Voulez-vous me donner quelques tuyaux et m'indiquer quelques références ?

Dr Z.

Réponse.

L'article 5 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, ne porte nullement préjudice à la loi du premier avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels.

Cet article 5 autorise les chefs d'entreprise, pendant les 30, 60 ou 90 premiers jours, à partir de l'accident, à se décharger de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, s'ils ont affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels autorisées et pris à leur charge une quote-part de la cotisation.

Ils ne sont ainsi exonérés que de la partie de l'obligation dont se chargent ces sociétés.

Quatre conditions sont exigées des sociétés de secours mutuels, pour qu'elles puissent se charger des risques professionnels, ou d'une partie de ces risques :

1° Il faut que la société comprenne, parmi ses membres, les ouvriers employés chez le patron, en presque totalité ;

2° Il faut que le patron prenne à sa charge une quote-part, qui ne peut être inférieure au tiers de la cotisation. On estime, en effet, que les accidents du travail représentent un tiers des risques assurés par les sociétés de secours mutuels.

3° Il faut que les statuts de la société soient conformes aux statuts types, approuvés par le ministre du travail, de façon à éviter les fondations de sociétés, où le risque professionnel serait seul assuré et où le patron ne paierait qu'un tiers, ce qui serait une façon de tourner la prescription précédente ;

4° Il faut que ces sociétés assurent à leurs membres, en cas de blessures, pendant les 30, 60 ou 90 jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Lorsque la société de secours mutuels remplit toutes ces conditions, elle peut supporter, à la place du patron, une partie des risques, pendant 90 jours au maximum.

Si, au bout de ce temps, la blessure n'est pas consolidée, le patron reprend à sa charge tous les frais.

Il supporte de même tout le poids des rentes de l'incapacité permanente et des pensions, en cas de décès.

Rares sont les patrons, qui ont usé de cette faculté d'affilier leurs ouvriers à une société de secours mutuels. Celles-ci, de leur côté, n'ont pas montré grand empressement, témoin les vœux

Voir la suite page LV-2965

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

21 NOVEMBRE 1926

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le **DIMANCHE 21 NOVEMBRE 1926,** chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures.*

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL

II. — *A quatre heures.*

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

III. — *A cinq heures et demie.*

SOU MÉDICAL

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

IV. — *A sept heures précises.*

BANQUET. — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes).

A neuf heures et demie.

SOIRÉE ARTISTIQUE

avec le concours
du Quintette de l'Orchestre médical, sous la direction du Dr DESTOUCHES ;
du poète chansonnier Georges GÉRARD.

Première représentation de

— PERSPECTIVE ! —

Comédie en un acte du Dr COSTE, de Jausiers.

La comédie du Dr Coste a obtenu un prix au concours organisé cette année par le *Concours Médical.*

Le programme détaillé de la soirée paraîtra le dimanche 21 novembre.

Les confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les confrères qui se proposent d'assister au Banquet et à la soirée sont instamment priés de se faire inscrire *avant le 20 novembre,* aux bureaux du *Concours Médical,* 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

PROPOS DU JOUR

Les Journées médicales de Montpellier.

Nous revenons des Journées médicales de Montpellier. Nous ne pouvons en quelques lignes donner un compte rendu, même succinct, de cette belle manifestation scientifique, pratique et professionnelle, mais après l'accueil si cordial que nous avons reçu, après les attentions délicates dont nous avons été l'objet, il nous serait pénible de renvoyer à la semaine prochaine l'expression de notre sincère gratitude envers nos confrères Montpelliérains.

Dans cette antique et belle cité où tout est harmonie, générosité et courtoisie, l'Université, et surtout la Faculté de médecine, tiennent une place prépondérante. Rappeler la gloire de cette dernière aux lecteurs du *Concours médical* serait nous livrer à des redites inutiles ; ils la connaissent tous aussi bien que nous ; qu'il nous suffise de constater que l'Université de Montpellier, avec ses 2.000 étudiants dont plus de 700 inscrits à la Faculté de médecine, est en pleine prospérité et soutient allègrement le poids écrasant d'un passé glorieux.

***

Quinze cents adhérents s'étaient rendus à Montpellier pour prendre part aux Journées médicales. La Belgique, l'Espagne, l'Italie, la Pologne, la Yougoslavie y étaient représentées. Nos confrères espagnols, qui sont unis à Montpellier par des liens historiques et de bon voisinage très étroits, étaient venus très nombreux, ayant à leur tête une délégation officielle du gouvernement espagnol conduite par notre excellent confrère, le Dr Bandelac de Pariente, vice-président de l'U. M. F. I. A., représentant S. M. le Roi d'Espagne, et le Pr Mariscal y Garciai, de Madrid.

Le premier souci de la délégation espagnole fut d'aller déposer une couronne ornée de rubans aux couleurs hispaniques sur la façade de la Tour des Pins, où est apposée une plaque rappelant que Jacques-le-Conquérant, roi d'Aragon et seigneur de Montpellier, fut un des premiers bienfaiteurs de la Faculté de médecine ; puis, attention touchante, d'aller aussitôt porter une couronne pareille devant la plaque de marbre qui, dans le hall de la Faculté de médecine, porte les noms, des nombreux élèves de Montpellier, victimes de la guerre.

***

Le programme des Journées médicales se déroula avec une parfaite régularité.

Le mercredi 3 novembre, nous assistâmes, dans la salle des Actes de la Faculté de médecine, à la célébration du Centenaire du clinicat. Ce fut en effet à Montpellier qu'en 1826, fut inauguré le premier concours de chef de clinique. M. le Doyen Euzière, dans un discours très spirituel et fortement documenté, le Dr Diffre, ancien chef de clinique, le Pr Abelous, doyen de la Faculté de Toulouse, ancien élève de Montpellier, le Dr Porte, accoucheur des hôpitaux de Paris, au nom des chefs de clinique parisiens, prirent tour à tour la parole et nous intéressèrent vivement à un sujet qui, au premier abord, nous avait paru devoir être assez monotone.

Après une visite rapide au merveilleux Jardin des Plantes fondé en 1593, par Richer de Belleval, sur l'ordre d'Henri IV, jardin où l'on aimerait à venir rêver à un prestigieux passé, nous eûmes l'honneur de prendre part au déjeuner du clinicat au restaurant du Lez, à quelques kilomètres de la ville.

Une visite au musée Fabre, un des plus beaux (peut-être le plus beau) musées de Province, guidés par l'aimable et très érudit conservateur, précéda la cérémonie de la rentrée des Facultés au Palais universitaire. Cette solennité, où prirent part, sous la présidence du Recteur, tous les professeurs en robe, fut, elle aussi, remplie d'intérêt. Après un rapport de M. le Doyen Vianey, qui exposa avec élégance et clarté quels furent les succès et quelle prospérité a atteint l'Université, M. le Pr Morin, de la Faculté de droit, qui y enseigne le droit civil, dans un discours absolument remarquable, montra quelle évolution implacable subissait à notre époque le droit civil, évolution dont la marche est soutenue et régulière, malgré les apparences incohérentes, et même parfois un peu chaotiques, des lois votées par le Parlement. L'individualisme imposé par la Révolution fait de plus en plus place au souci d'établir une solidarité plus grande entre les

citoyens, et le savant jurisconsulte nous montra cette évolution s'effectuant dans le domaine économique avec le syndicalisme et la conception nouvelle de la responsabilité, dans le domaine de la prospérité, et même dans le milieu familial.

Quelles leçons les dirigeants de nos Syndicats auraient pu prendre en écoutant cette conférence qui, bien que n'étant pas destinée à un public exclusivement médical, montrait la voie de solidarité dans laquelle doit s'engager le praticien, s'il ne veut pas être submergé par l'irrésistible courant des transformations sociales !

Le jeudi 4 novembre, eut lieu, le matin, l'inauguration solennelle des Journées médicales dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le président du Comité, M. Ducamp, professeur de clinique médicale, ouvrit la séance par un discours fort applaudi où il exposa le but des Journées médicales, si heureusement inventées à Bruxelles par le Dr Beckers, et montre quel caractère particulier devaient avoir celles de Montpellier, réservant une journée aux sciences médicales, une à la médecine militaire, et une aux questions d'ordre professionnel.

Le Pr Paul Delmas, le très sympathique Commissaire général, principal animateur des Journées, vint ensuite, avec une éloquence cordiale et chaleureuse, exposer les résultats obtenus grâce aux efforts des réalisateurs. Puis, le Pr Castaigne, médecin des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine de Paris, devenu directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, fit une conférence sur les progrès qui peuvent résulter de la collaboration étroite du médecin et du chirurgien. Quelques mois avant la guerre, M. Castaigne avait, dans une conversation avec le Pr Grasset, effleuré cette question et avait promis à ce regretté maître de venir un jour faire une conférence sur ce sujet à Montpellier. Il fut heureux de saisir l'occasion des Journées médicales pour tenir la promesse qu'il donnait, il y a douze ans environ, au regretté maître, le Pr Grasset.

Est-il nécessaire de dire quel fut le succès de cette conférence ?

L'après-midi eut lieu l'apposition d'une plaque commémorative, 25, rue de l'Argenterie, sur la Maison où naquit Antoine-Jérôme Balard, et la célébration à la Faculté de pharmacie du Centenaire de la découverte du brome.

Le Pr Faucon fit un tableau charmant des jeunes années et de la vie de Balard.

M. Godechot, doyen de la Faculté des sciences, M. Massol, au nom de la Société chimique de France, montrèrent tour à tour quelles furent l'importance et les conséquences de la découverte du brome.

A la Faculté de médecine, le jeune doyen de la Faculté de Pavie, M. Perroncito, fit un très savant exposé des connaissances actuelles, sur la régénération des tissus et l'influence du système nerveux. Puis, le Pr Forgue, correspondant de l'Institut, traita en une merveilleuse conférence, la question délicate de la douleur des viscères et des résultats encourageants que donne la section des rameaux sympathiques correspondants aux organes douloureux, dans certains cas où les douleurs deviennent intolérables. La conférence du Pr Forgue, très soigneusement documentée, traitée avec l'esprit critique d'un grand savant, écrite dans un style élégant et émaillée de citations littéraires, fut un véritable chef-d'œuvre qui provoqua les ovations prolongées d'un auditoire très nombreux et très enthousiaste.

Très appréciée fut encore la conférence du physiologiste bien connu, le Pr Hédon, sur les *fonctions du pancréas et le traitement du diabète par l'insuline.*

***

Le 5 novembre fut la journée du service de santé militaire. Départ à 8 h. 1/2 pour se rendre en auto au centre aéronautique de Montpellier l'Or à 15 kilomètres de la ville.

Le général Martin, commandant le 16e corps d'Armée, le Préfet de l'Hérault, le médecin inspecteur général Toubert, les médecins inspecteurs Lannes, Oberlé, Saltet, Delmas, Lafforgue et de nombreuses notoriétés assistèrent à la réunion. M. Philippe d'Albenas, président de l'Aéro-Club, reçut les congressistes. Hissé dans la carlingue d'un avion, le Dr Chassaing, député du Puy-de-Dôme, raconta aux assistants avec quelles difficultés il était parvenu, au cours de la guerre, à faire réaliser l'avion sanitaire et quels services cet avion avait rendus à la fin de la grande guerre, puis au Maroc et en Syrie. Il insista sur la nécessité de multiplier les terrains d'atterrissage et fit entrevoir de quelle utilité l'avion sanitaire pourrait être un jour pour les populations des campagnes.

Après des remerciements chaleureux du Pr P. Delmas au Dr Chassaing, qui fut son camarade et collaborateur aux armées, les congressistes gagnèrent le château historique de Castries mis gracieusement à leur disposition par son pro-

priétaire, M. le vicomte d'Harcourt. Dans le cadre merveilleux de la salle des maréchaux du château, fut servi un excellent déjeuner sous la présidence du général Martin qui fit les honneurs de la maison, dans un discours plein d'esprit et de cordiale bonhomie.

Retour à Montpellier. Visite, à l'hippodrome, de l'exposition du service de santé. Puis, conférence à la Faculté, du médecin inspecteur général Vincent, l'éminent professeur du collège de France, à qui notre pays doit d'avoir échappé, durant la guerre, aux épidémies de fièvre typhoïde. Le Pr Vincent traita, avec sa grande autorité, de la sérothérapie et en particulier de la sérothérapie antigangréneuse. Nous ne saurions trop insister ici sur l'attention religieuse avec laquelle fut écouté M. le Pr Vincent, ni sur le succès qu'il obtint.

M. le médecin inspecteur général Toubert fit ensuite un remarquable exposé historique de l'antiquité d'une foule de méthodes et de procédés sanitaires, employés pendant la dernière guerre et que, de très bonne foi, on croyait être des innovations. « Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de cinq mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent », a dit La Bruyère. Tout a été fait en matière d'organisation sanitaire militaire, aurait pu dire M. Toubert, depuis qu'il y a des chirurgiens militaires, c'est-à-dire depuis la guerre de Troie. Et le très érudit conférencier cite de nombreux, très nombreux exemples, rend hommage à Ambroise Paré, à Larrey, à Percy, et déchaîne une véritable ovation quand, après avoir félicité le Dr Chassaing, réalisateur de l'avion sanitaire, il salua lamémoire de son héroïque précurseur, le Dr E. Raymond, sénateur, capitaine aviateur durant la guerre, mort sur son avion au champ d'honneur, qui fit vers 1913 les premières tentatives d'utilisation d'avion sanitaire.

Une très intéressante conférence dialoguée sur l'organisation d'un groupement d'ambulance, dirigée par M. le médecin principal Spire, professeur à l'école de guerre, avec ses collaborateurs, MM. les médecins-majors Maisonnet et Junquet, clôtura d'une façon très originale cette journée militaire vraiment bien remplie.

***

Le 6 novembre, nous visitâmes, le matin, l'exposition parfaitement organisée de tout ce qui intéresse l'art de guérir, spécialités pharmaceutiques, instruments, matériel de laboratoire, d'hôpital, eaux minérales, etc., etc. Puis, nous fûmes faire une trop courte visite au musée de la Faculté, le musée Atger, dont les richesses sont inappréciables : sanguines, gouaches, dessins de Fragonard, de Natoire, d'Oudry, d'Hubert Robert, de Wateau, etc., manuscrits richement enluminés des XIVe et XVe siècles, documents intéressants l'histoire de la Faculté (autographes de Rabelais, de Rondelet, etc.).

A 11 heures, réunion plénière de l'Union médicale franco-ibéro-américaine, l'U. M. F. I. A, sous la présidence du Pr Ducamp, avec une très belle causerie de notre ami Molinéry, secrétaire général.

Molinéry, avec une éloquence d'un enthousiasme communicatif, traça en phrases harmonieuses et en termes vraiment exquis, l'histoire de cette U. M. F. I. A., œuvre de Dartigues, de Bandelac de Pariente et de Gaulieur l'Hardy, qui est en voie de prendre une extension de plus en plus vaste et qui jouit, dans les milieux Montpelliérains de la plus grande popularité. L'U. M. F. I. A. est pour une grande part dans le succès des Journées médicales en Espagne.

D'ailleurs, au déjeuner qui suivit, le Pr Mariscal, membre de la Royale Académie de Madrid, vanta en espagnol, dans un discours fort éloquent, l'œuvre de l'U. M. F. I. A., en réponse à une de ces allocutions chaleureuses dont le président Dartigues conserve le monopole.

Nous regrettons que notre ignorance de la langue espagnole ne nous ait pas permis de comprendre M. le Pr Mariscal qui fut, paraît-il, plus particulièrement intéressant.

Nous assistâmes l'après-midi à la constitution de l'Entente régionale des Syndicats médicaux du Languedoc méditerranéen, due à l'initiative du Pr Paul Delmas, et à la séance d'ouverture de la Fédération des Sociétés médico chirurgicales des hôpitaux du Midi, séances auxquelles on avait bien voulu nous convier.

A 4 h. 1/2 eut lieu la conférence de Duchesne sur le mouvement corporatif médical et la législation médico-professionnelle en France depuis la loi Chevaudier. Il serait peut-être déplacé de dire nous-même ici ce que nous pensons de cette conférence que nous laisserons le soin à nos lecteurs d'apprécier : qu'il nous suffise de dire, parce que c'est simplement la vérité, que Duchesne recueillit, à diverses reprises, les applaudissements les plus enthousiastes et fut certainement un des orateurs les plus appréciés et qui obtinrent le plus légitime succès.

La série des conférences fut terminée de façon

très originale par le Pr Vires, qui prit pour thème : Le vin, boisson nationale.

Un plaidoyer *Pro vino*, à Montpellier, est-il nécessaire ? La cause n'est-elle pas gagnée d'avance ?

N'empêche que tous les auditeurs apprécièrent à leur valeur les arguments du Pr Vires qui, joignant l'observation millénaire aux expériences de laboratoire et au bon sens, démontra irréfutablement que le vin ne saurait être considéré comme un poison.

La démonstration en fut faite au banquet qui clôtura à l'hôtel Métropole, les Journées médicales de Montpellier, banquet superbe et délicieux, arrosé par *dix-sept* crus fameux de la région. Ces excellents vins n'empoisonnèrent personne, mais ils délièrent les langues au point que nous renonçons à énumérer simplement les noms des orateurs.

***

Nous ne saurions oublier la belle représentation de gala donnée le 4 novembre au magnifique théâtre de Montpellier, où Mesdames Georgette Caro, de l'Opéra de Paris, Mellot-Joubert et Simone-Hariett nous firent goûter les charmes de l'Orphée, de Glück ; nous ne saurions omettre non plus de noter la réception du 5 novembre par la municipalité au Foyer du grand théâtre où, après avoir reçu les souhaits de bienvenue du maire de Montpellier, nous eûmes l'avantage d'entendre dans la salle de spectacle une conférence sur la prémunition de la tuberculose, par l'éminent sous-directeur de l'Institut Pasteur, le Pr Calmette. La conférence fut suivie d'un très beau concert.

***

Et maintenant que nous avons quitté Montpellier, nous garderons un souvenir inoubliable de ces Journées médicales, qui furent pour nous comme un beau rêve. Elles se déroulèrent avec un éclat et une harmonie dignes de ce merveilleux site du Peyrou où la nature forme un écrin sans pareil à l'admirable joyau qu'est la promenade, avec son château d'eau et son aqueduc.

***

Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements chaleureux et émus aux organisateurs des Journées médicales, à M. le Pr Ducamp, président du comité, à notre grand et très distingué ami M. le Pr Paul Delmas, commissaire général, à M. le Pr Faucon, secrétaire général, au secrétaire adjoint, le Dr Desfour, le digne second du Pr Paul Delmas, aux professeurs Galavielle et Girault. Grâce à eux, les délégués du *Concours médical* ont reçu une hospitalité d'une cordialité, d'une simplicité, d'une délicatesse qu'ils ne sauraient oublier.

Qu'il nous soit permis de joindre aux membres du Comité d'organisation M. le doyen Euzière, M. le Pr Forgue, qui nous ont fait le plus bienveillant accueil, et enfin d'adresser nos respectueux remerciements à Mesdames Forgue, Euzière et Paul Delmas qui, avec un charme tout montpelliérain, se sont ingéniées à distraire les délégués du *Concours médical* et leur famille.

A tous du fond du cœur merci (1).

J. Noir.

(1) Nous relevons au hasard, parmi les notoriétés assistant aux Journées médicales : MM. Mariscal, Bandelac de Pariente, de la Royale Académie de Madrid, accompagnés de nombreux confrères espagnols ; M. Perroncito, doyen de la Faculté de Pavie ; le délégué de la Presse médicale belge ; MM. Gley et Vincent, du Collège de France et de l'Académie de médecine de Paris ; Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur ; Laignel-Lavastine, Riche, Porte, des hôpitaux de Paris ; les Prs Abelous et Bardier, de Toulouse ; les Prs Verger et Anderodias, de Bordeaux ; le Doyen et le Pr Olmer, de Marseille ; le Dr Castaigne, médecin des hôpitaux de Paris et directeur de l'Ecole de Clermont-Ferrand ; le Dr Zipfel, de Dijon ; le Dr Vimont, archiviste et délégué de l'Association générale des médecins de France ; le Dr Pierra, délégué de l'Association de la Presse médicale française ; le Dr Duplessis de Pouzilhac, délégué de la Presse régionale ; le Dr Janot, délégué de la Fédération thermale et climatique.

La plupart des autorités civiles et militaires de Montpellier et de la région ont assisté aux Journées. M. le général Martin, commandant le 16e Corps, a honoré de sa présence *toutes* les conférences. La musique militaire a, pendant ces trois journées, donné son concours aux fêtes.

Nous ne saurions non plus omettre l'Exposition artistique régionale contemporaine installée dans les annexes du grand théâtre, ni l'Exposition des industries photographiques et cinématographiques au pavillon populaire ouvertes aux congressistes.

M. le Pr Paul Delmas avait bien voulu rédiger lui-même et faire éditer un guide de Montpellier fort bien conçu et fort pratique.

Le Comité nous a fait en outre remettre le beau volume écrit par M. Frédéric Fabre sur l'Université de Montpellier. Une médaille commérative a été remise à Duchesne en souvenir de sa conférence.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DES AFFECTIONS ABDOMINALES PAR LES APPLICATIONS LOCALES DE CHALEUR ET DE LUMIÈRE ROUGE (THERMO-ÉRYTHROTHÉRAPIE)

par Edouard ANTOINE et Jacques GRESSARD.

Depuis plusieurs années, nous avons eu l'occasion d'examiner et de suivre un très grand nombre de malades atteints d'affections abdominales diverses, dont la plupart avaient déjà subi une ou plusieurs opérations et conservaient des troubles abdominaux douloureux rebelles aux différents traitements institués par les médecins consultés successivement. Il nous a paru logique *à priori* de faire bénéficier ces malades du traitement héliothérapique. Et, en effet, nous l'avons employé quelque temps et avec des succès. Mais devant les difficultés rencontrées pour suivre ce traitement régulier et prolongé, provenant aussi bien de la situation pécuniaire des malades et de leurs occupations que de la variabilité des conditions atmosphériques et des saisons, nous avons cherché à réaliser un procédé qui nous permettrait de traiter ces malades d'une façon uniforme sans qu'il fût nécessaire de tenir compte de cette multitude de facteurs essentiellement variables.

C'est alors que nous avons eu l'idée d'*associer en applications locales abdominales la lumière rouge à la chaleur* dont l'action physiologique locale paraît très voisine de celle produite par la lumière solaire. De nombreux auteurs ont déjà pensé à faire appel en thérapeutique à la photothérapie et il est à peine besoin de rappeler la vogue qu'ont subie en ces dernières années la plupart des agents physiques : rayons ultra-violets, infra-rouges, héliothérapie, etc... Du reste, Alquier a montré dans un excellent article paru dans le *Monde médical* (numéro du 15 décembre 1924) l'action physiologique et thérapeutique des différentes radiations lumineuses sur les tissus. Foveau de Courmelles a fait également paraître dans le *Courrier médical* (numéro des 17 et 24 août 1924) un travail très documenté où il fait l'historique et l'apologie de la photothérapie. Mais, à notre connaissance, aucun auteur n'a traité *en applications locales et systématiquement par la chaleur et la lumière rouge associées les affections abdominales douloureuses*. Bien plus, il semble au contraire que l'on rencontre une certaine opposition à ce traitement de la part de quelques médecins qui croient que ce traitement est excitant et non calmant de la douleur.

Les résultats que nous avons obtenus nous autorisent à réunir dans un travail d'ensemble quelques-uns des faits les plus intéressants et les plus caractéristiques et à essayer un classement des différentes affections qui paraissent relever de ce traitement. Ces observations portent sur les classes sociales les plus diverses. Elles ont été, en effet, recueillies d'une part dans notre clientèle privée, d'autre part à l'hôpital de la Glacière ou dans des dispensaires, en particulier à la station centrale médicale de la T. C. R. P. où nous avons bénéficié de la bienveillance et du concours dévoué d'un personnel d'élite. Un grand nombre des examens hématologiques sont dus à l'obligeance de M. Dubuis, attaché à ce dernier laboratoire, que nous tenons à remercier tout particulièrement. Dans ces différents milieux, les résultats ont été absolument constants et superposables.

Les premiers cas ont été traités par un appareil de fortune, réalisé avec un simple carton à chapeau contenant une ampoule rouge, munie d'un petit réflecteur métallique. Nous l'appliquions sur l'abdomen pendant une durée variable. Les résultats encourageants obtenus dès le début nous ont incité à faire construire par une maison spécialisée (1), un appareil plus puissant, réglable à volonté. Après quelques tâtonnements, le modèle définitif (voir la figure ci-jointe) nous a donné entière satisfaction.

Description de l'appareil.

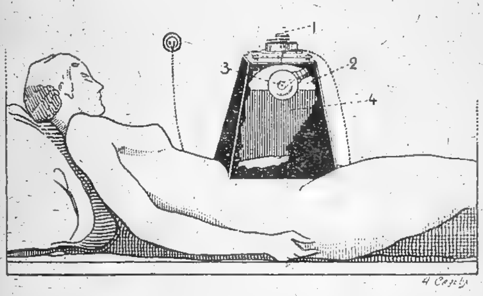
Le *thermo-érythrophore* se compose essentiellement d'une carcasse métallique légère en forme de tronc de pyramide quadrangulaire. La grande base a ses deux grands côtés incurvés pour mieux s'adapter sur la convexité de l'abdomen et son pourtour est garni d'une bande de tissu éponge, facilement lavable, qui permet l'application exacte de l'appareil sur le ventre. La surface interne est recouverte d'un tissu d'amiante ininflammable peint en rouge et rendant presque nulle la perte de chaleur par radiation extérieure. A l'intérieur, fixé sur la petite base de la pyramide, se trouve le réflecteur métallique qui con-

(1) Le thermo-érythrophore a été construit par la Maison Puniet, 179, faubourg Saint-Honoré, qui nous a fait bénéficier très aimablement de sa longue expérience et de sa compétence technique pour la réalisation de cet appareil.

centre la lumière. Celle-ci est fournie par une lampe à verre rouge spécial à l'or, à filament de carbone, qui permet d'obtenir une quantité notable d'infra-rouge et de chaleur. Un rhéostat très sensible permet d'en faire varier à volonté l'intensité depuis zéro jusqu'à plus de 100 degrés. La distance de la source lumineuse à la peau est de 15 cm. environ. L'appareil se branche directement sur le courant ordinaire de la ville, par une prise universelle.

Mode d'emploi.

En dehors d'indications particulières, l'application de lumière rouge est faite deux fois par jour par le malade lui-même. Les séances sont de 15 à 30 minutes, l'une au lever, l'autre au coucher, ce qui gêne au minimum l'activité des malades. L'appareil centré exactement au point où doit avoir lieu l'action thérapeutique, on donne avec le rhéostat immédiatement l'intensité maxima. En quelques minutes, l'on arrive à une température de 70° environ qu'il n'est guère souhaitable de dépasser. A ce moment, en ramenant le curseur du rhéostat d'un tiers ou plus de sa



1° Rhéostat de réglage ; 2° réflecteur.
3° Ampoule rouge ; 4° boîte d'amiante.

course, l'on revient progressivement à une moindre intensité, la chaleur dès ce moment restant à peu près constante. D'ailleurs, chaque malade peut faire varier à volonté le degré de chaleur de l'appareil suivant sa sensibilité particulière.

Il est enfin indispensable de se reposer au lit 30 minutes après la séance de lumière rouge.

Action physiologique et thérapeutique. — Sans préjuger des propriétés physiques de la lumière rouge, de l'infra-rouge et de l'action calorifique de cet appareil, dont l'étude sortirait d'ailleurs du cadre de cet article, nous nous bornerons à indiquer les principales actions physiologiques et thérapeutiques que nous avons observées au cours de nos expériences.

Action locale.

Au bout de quelques minutes, on observe une *rubéfaction intense* des tissus cutanés avec de larges *marbrures* qui vont en s'accentuant au cours de la séance. Elle persiste pendant quelque temps après l'application et aboutit assez souvent, après plusieurs séances, à une *pigmentation persistante souvent très prononcée.* La *chaleur locale cutanée* est très élevée (60 à 70° environ). En même temps, il y a une congestion très vive de la peau. En outre, on note fréquemment une *sudation abondante* : la peau même ruisselle chez certains malades. Au bout de quelques séances, la contracture disparaît, l'infiltration se résorbe, le foie se dégonfle et, phénomène remarquable les cicatrices chéloïdiennes s'assouplissent et s'effacent.

A ce sujet, nous rappellerons l'importance de la *notion de la cellulite,* dans toutes les affections chroniques de l'abdomen, notion sur laquelle a insisté très justement Alquier dans son article cité plus haut (*Monde médical*).

D'après cet auteur, « les diverses causes, petites infections, extravasations sanguines, petites ruptures des synoviales, etc., déterminent, dans le tissu interstitiel un infiltrat (tels les œdèmes toxi-infectieux, du mal de Bright, etc.) bien distinct de l'œdème par stase sanguine ou lymphatique. Cet infiltrat a tendance à se résorber par voie lymphatique et son arrivée dans le sang paraît susceptible de déterminer des phénomènes de toxhémie. Or, si le processus n'est ni trop aigu, ni trop intense, aux points morts de la circulation lymphatique, apparaissent les indurations en nodosités ou en placards qui caractérisent la cellulite, et que je crois dues à une véritable réaction des tissus vis-à-vis de l'infiltrat. Il en résulte des phénomènes d'engorgement lymphatique pouvant aller jusqu'à l'œdème de stase lymphatique, localisé immédiatement derrière l'obstacle. Mais, surtout, la présence des indurations cellulitiques détermine des troubles de l'innervation végétative, polymorphe, et qui, à tous les âges, occasionnent chez un grand nombre de sujets, d'innombrables algies et les troubles fonctionnels les plus divers. La disparition de la cellulite permet la diffusion de l'infiltrat et facilite sa résorption ; avec elle disparaissent tous les malaises ».

La photothérapie rouge associée à la thermothérapie (thermo-érythrothérapie) concentre sur les organes malades des irradiations très actives, qui *augmentent les échanges osmotiques* entre les divers tissus. Ces radiations, ces vibrations, provoquent localement dans les tissus malades, comme le signale J.-L. Pech, dans un très remarquable article (*Presse méd.*, n° 83, 17 octobre 1925), (1) « des variations d'état électrique réciproques de toutes les cellules, plus facilement décelables cliniquement sur les points où ces troubles modifient assez les échanges osmotiques pour que des réactions durables en résultent. »

Ces phénomènes physico-chimiques, plus ou moins intenses, paraissent bien expliquer les constatations objectives que nous venons d'étu-

(1) On trouvera toute la bibliographie de la question dans la thèse de J. Gressard.

dier sur nos malades (congestion locale, rubéfaction, sudation, etc.) et par suite les résultats obtenus (résolution rapide des œdèmes, de la cellulite, disparition de la douleur, assouplissement des tissus et, en particulier, des cicatrices chéloïdiennes, etc.).

Action générale.

Les malades ressentent très rapidement une *euphorie générale* qui, dès le début, leur fait accepter avec plaisir le traitement.

L'asthénie disparaît, la pression artérielle, très souvent abaissée chez ces malades affaiblis, remonte rapidement et, fait très intéressant, on note d'importantes modifications du sang, aussi bien dans le nombre des éléments rouges et blancs, que dans la formule sanguine.

Nous avons systématiquement pratiqué sur nos malades des *examens de sang* avant et au cours du traitement. Nous avons même recherché les modifications qu'une seule séance peut faire subir à la formule sanguine chez des individus sains et malades en pratiquant un examen avant et après l'application de l'appareil.

On peut ainsi résumer brièvement ces intéressantes remarques qui feront le sujet d'un chapitre important de la thèse que l'un de nous est en train de publier sur cette question. Les malades soumis au traitement présentaient pour la plupart de l'anémie avec une *leucocytose à mononucléaires* assez prononcée. Certains, au contraire, présentaient de la leucocytose polynucléaire. D'une façon générale, nous avons vu ces anomalies sanguines s'atténuer au cours du traitement et la formule tendre progressivement vers la normale au fur et à mesure que la guérison subjective et objective était observée chez les malades.

Les modifications observées sur les *globules rouges* sont encore plus frappentes. Alors, en effet, que les examens faisaient voir qu'au cours d'une même semaine, la formule leucocytaire variait dans des proportions relativement faibles, nous avons observé qu'en ce court espace de temps d'une demi-heure de traitement, le nombre des hématies augmentait dans des proportions considérables, souvent de un million et plus, amenant même une polyglobulie rouge, durable, allant parfois jusqu'à 6 et 7 millions. Les examens successifs ont d'ailleurs montré que cette augmentation se maintenait et se développait au cours du traitement. C'est ainsi que beaucoup de malades, dont le chiffre des globules rouges était descendu à trois millions et au-dessous, ont vu leur anémie disparaître rapidement. Faut-il voir là un effet de la congestion des organes hématopoiétiques profonds qui seraient stimulés ou bien un brusque reflux dans la circulation des hématies déjà formées hors des viscères, ou encore une augmentation de la concentration des humeurs ? La persistance de cette polyglobulie nous incline plutôt vers la première hypothèse.

Indications.

Les principales affections, qui paraissent justiciables de la thermo-érythrothérapie sont nombreuses ; mais les plus nombreux cas suivis concernent les *affections chroniques douloureuses de l'abdomen* :

1° *Les séquelles opératoires de l'abdomen.* — Nous entendons par là tous les malades ayant subi des opérations sur un organe abdominal et présentant à la suite une ou plusieurs cicatrices plus ou moins chéloïdiennes avec réaction de défense autour de la zone opérée, douleurs, contraction musculaire, infiltration des tissus de la paroi. Dans ces cas surtout, la notion de cellulite nous paraît tenir la première place.

A ce propos, l'observation d'un de nos malades est particulièrement instructive. Ce malade, qui souffrait depuis des années, avait subi toute une série d'opérations successives et qui avaient eu la prétention d'être curatives : exploration du rein droit, extirpation de la vésicule biliaire, puis appendicectomie, enfin gastro-entérostomie. Malgré toutes ces tentatives, le malade pâle, maigre, asthénique, continuait à souffrir, était réduit à une activité à peu près nulle et son ventre, tailladé en tous sens, était sillonné de multiples cicatrices chéloïdiennes et douloureuses. Il est soumis à la thermo-érythrothérapie. En quelques semaines, les cicatrices s'assouplissent, les douleurs disparaissent, les forces se rétablissent et il mène actuellement une vie absolument normale. De même, le sang redevient normal. De nombreuses observations analogues à celle-ci, seront publiées dans la thèse dont nous avons déjà parlé.

2° *Les épiploïtes.* — Affections presque toujours secondaires à des opérations sur l'appendice, les ovaires et les trompes, très fréquentes, très douloureuses et particulièrement rebelles ;

3° *Toutes les périviscérites douloureuses*, des *carrefours supérieur ou inférieur*, etc.

4° *Les affections du foie et de la vésicule.* — Congestions hépatiques, cholécystites inflammatoires non calculeuses et calculeuses, les angiocholites et angiocholécystites, etc.

C'est un fait d'expérience connue de tout temps, que le foie aime la chaleur et notre méthode a pleinement vérifié cette donnée courante. Telle de nos malades, par exemple, atteinte de cholécystite chronique avec crises extrêmement douloureuses et répétées voit ses crises s'arrêter en quelques minutes par application de lumière rouge alors qu'auparavant la morphine était chaque fois nécessaire. De plus, elles s'espacent très nettement et tendent à disparaître à l'heure actuelle.

5° *Les affections génitales de la femme.* — Salpingites, ovarites, congestions du bassin, dysménorrhée, les crises douloureuses sont très rapidement calmées et s'espacent. Une de nos

malades atteinte de salpingite qui allait se décider à se faire opérer, a été rapidement soulagée et guérie par la lumière rouge.

La fille d'un de nos infirmiers, mal réglée depuis sa formation et n'ayant pas ses règles depuis 8 mois, a vu le flux menstruel se rétablir et ses douleurs cesser après quelques séances de lumière rouge.

6° *Toutes les affections du côlon.* — Colites, entérocolites, typhlites, pérityphlites, sigmoïdites et périsigmoïdites, spasmes douloureux du côlon, surtout chez les nerveux à ventre douloureux ;

7° *Toutes les algies du ventre* sur lesquelles il est à peu près impossible de mettre un diagnostic, qu'il s'agisse de cellulite avec périnévrite des terminaisons des nerfs abdominaux, d'adhérences post-opératoires ou d'autres causes plus obscures encore (cœlialgies multiples).

8° *Les algies et les œdèmes consécutifs aux fractures*, que nous ne citons qu'à titre d'indication, en raison de la perspective intéressante que nous permettent d'envisager les résultats remarquables obtenus dans un certain nombre de cas. De même peuvent relever de ce traitement les arthralgies, les arthrites, les névralgies diverses, lumbago, etc.

9° Un dernier fait à signaler est l'action de la chaleur et de la lumière rouge associées *sur le transit intestinal*. Plusieurs de nos malades, *constipés* de longue date, nous ont signalé spontanément la régularisation de leur intestin dès la mise en œuvre du traitement. S'agit-il de spasme disparu ou d'un afflux important de sécrétions liquides dans la lumière de l'intestin (au même titre que la sudation cutanée) ou bien s'agit-il encore d'écoulement abondant de bile, qui met en marche le péristaltisme intestinal ? Autant de questions qui comportent sans doute une part de vérité.

L'un de nous, qui a fait à plusieurs reprises l'essai de l'appareil, a même eu dans l'après-midi une *selle diarrhéique*. Cependant aucun de nos malades ne nous a signalé cet inconvénient.

10° *Applications obstétricales* : Chez la femme enceinte, dans les premiers mois de la grossesse, les applications de lumière rouge sur l'abdomen amènent la disparition des douleurs pelviennes, fréquentes chez certaines femmes.

Conclusions.

Si les *rayons rouges* ont été utilisés déjà par quelques auteurs, nous avons cherché à compléter et à perfectionner leur utilisation, *en leur adjoignant l'action de la chaleur.*

D'une façon générale, la tendance actuelle des photothérapeutes est d'employer l'*irradiation générale* sur la presque totalité du corps (photothérapie générale par les rayons ultraviolets, infrarouges, lumière blanche, bleue ou rouge, etc.).

C'est l'*irradiation locale* des viscères abdominaux que nous avons utilisée (*photothérapie locale par les rayons rouges*), concentrant les rayons sur les régions malades avec un appareil fermé et facile à régler.

Cet appareil, LE THERMO-ÉRYTHROPHORE, *associe en outre l'action de la chaleur à celle des rayons rouges* ; il permet ainsi d'obtenir autour de la région malade une révulsion locale intense, avec rubéfaction et marbrures, pigmentation cutanée, sudation souvent abondante, et élévation de la température locale.

On provoque ainsi une congestion locale plus ou moins marquée, réglable à volonté par l'intensité du courant employée et par la durée de l'application ; puis se produit une résolution marquée, avec sédation de la douleur, assouplissement des tissus, résorption des infiltrats et de la cellulite.

Bien plus à cette *amélioration locale* rapide viennent s'ajouter des *modifications générales* : l'appétit renaît, le poids augmente, l'asthénie s'atténue ; le sang lui-même subit des transformations : l'anémie disparaît, une augmentation étonnante du nombre des globules rouges se produit, et persiste ; la leucocytose s'atténue peu à peu et le retour à la normale de la formule sanguine coïncide avec la guérison locale et générale.

Cette méthode est donc simple : *le malade peut se soigner chez lui, sans déplacement, sans fatigue*, sans être obligé d'aller chez un médecin, d'y attendre son tour, de se déshabiller et de se rhabiller, enfin de rentrer chez lui, toutes conditions qui font perdre aux malades le bénéfice de leur traitement, à l'heure qui le gêne le moins dans ses habitudes ou dans ses occupations et ceci, quels que soient le pays, le temps, et la saison de l'année. Loin de nous l'idée de vouloir écarter ou diminuer les indications de la cure solaire. Quand on peut l'appliquer, c'est à elle qu'on doit toujours donner la préférence. Mais si l'héliothérapie ne peut être utilisée par tous les malades pour des raisons pécuniaires ou pour des questions de région ou de saison, on ne doit pas hésiter à employer la *thermo-érythrothérapie locale* (photothérapie rouge associée à la chaleur), qui peut être mise à la portée de tous les malades, par tous les médecins ; elle ne comporte qu'une surveillance réduite, et évite au malade des déplacements répétés, fatigants et onéreux.

Le traitement peut être appliqué ainsi en tous temps, en tous lieux, avec régularité.

Le praticien a donc en main, avec cette méthode, un moyen thérapeutique incomparablement efficace, facile à appliquer dans toutes les affections douloureuses ou inflammatoires (sauf celles qui comportent l'usage de la glace), *et surtout dans tous les cas de séquelles douloureuses d'opérations abdominales qui résistent si souvent à tous les efforts thérapeutiques les mieux dirigés.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

La luxation de l'épaule, son diagnostic et son traitement.

D'après une leçon du professeur DELBET (1).

Après un traumatisme de l'épaule, la première question à trancher est celle des fractures et luxations. La fracture ordinaire de la clavicule qui siège à l'union du tiers interne et du tiers moyen ne présente pas de difficultés de diagnostic, mais les fractures de la partie tout à fait externe sont quelquefois difficiles à distinguer d'une luxation acromio-claviculaire. Le diagnostic repose sur la mensuration avec un compas d'épaisseur de la clavicule saine ; on reporte cette longueur du côté traumatisé.

Les luxations acromio-claviculaires présentent deux variétés. On peut voir une simple subluxation, caractérisée par une accentuation de la dénivellation normale existant entre l'acromion et l'extrémité claviculaire. Cette lésion est insignifiante, facile à réduire, n'entraîne aucun trouble fonctionnel. Mais il y a des luxations complètes, dans lesquelles l'extrémité externe de la clavicule chevauche largement sur l'acromion, d'une manière variable suivant l'attitude, la saillie diminuant lorsqu'on porte le coude en arrière, devenant plus considérable quand on projette le bras en avant et en dedans. Dans la subluxation, les ligaments coraco-claviculaires sont conservés, ils sont rompus dans la luxation complète ; le pronostic n'est pas grave, mais cependant l'avenir fonctionnel du membre est compromis dans une certaine mesure. Souvent cette luxation est très facile à réduire en portant le moignon de l'épaule en arrière et en appuyant sur la clavicule. Pour maintenir la réduction, on peut employer l'enchevillement acromio-claviculaire, mais le résultat est une ankylose qui compromet gravement les mouvements de l'épaule. C'est donc une mauvaise méthode. J'en ai imaginé une autre qui consiste à remplacer les ligaments coraco-claviculaires déchirés par un très gros fil que l'on vient nouer au-dessus de la clavicule ; c'est ce que j'ai appelé la synthopexie coraco-claviculaire ; on l'a modifiée en remplaçant le fil par un lambeau aponévrotique, c'est la ligamentopexie, mauvais procédé.

Je laisse de côté les fractures de l'omoplate, qui sont rares. En pratique, le problème est de savoir si le malade a une luxation ou une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Ce diagnostic est important, car les difficultés de réduction de la luxation augmentent avec la durée. Une luxation primitivement réductible peut devenir irréductible ; j'ajoute que je n'ai jamais rencontré de luxation de l'épaule primitivement irréductible.

L'attitude du bras est classique ; le malade a l'avant-bras fléchi, soutenu par le membre du côté sain. C'est un cliché, un truisme sans importance. Qu'il s'agisse d'une fracture de la clavicule, d'une luxation coraco-claviculaire, d'une luxation de l'épaule, d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, le malade soutient son membre lésé avec le membre sain.

Il y a cependant une attitude particulière aux luxations de l'épaule, c'est l'abduction de l'humérus, permanente, irréductible. Dans certains cas de fractures, surtout celles siégeant au-dessous du grand pectoral, la partie inférieure de l'humérus peut être en légère abduction, mais elle est corrigée très facilement.

L'abduction est variable, le membre peut même être au-dessus de l'horizontale : c'est ce qu'on appelle la luxation erecta, variété rare. Dans les luxations antérieures, le degré d'abduction croît à mesure que la tête humérale se porte plus en dedans. Lorsque la tête de l'humérus a dépassé la position intra-coracoïdienne et s'avance sous la clavicule, l'abduction, au lieu d'augmenter, disparaît ; elle est ordinairement remplacée par un léger degré de propulsion du coude en arrière. C'est qu'en pareil cas, les ligaments sont déchirés. Bigelow a divisé les luxations de la hanche en régulières et irrégulières ; dans ces dernières, les faisceaux de Bertin sont rompus, l'attitude n'est pas fixe. On peut appliquer cette division aux luxations de l'épaule. Dans les extra, sous et intra-coracoïdiennes, les faisceaux postéro-inférieurs de la capsule sont conservés.

Un deuxième symptôme capital est la dépressibilité sous-acromiale. Il y a là une dépressibilité normale, et même chez certains sujets, visible à l'œil nu, mais la pression sous le bord externe de l'acromion, même chez les sujets ayant un pannicule assez considérable, rencontre la tête humérale. La dépressibilité en ce point indique l'existence d'une luxation de l'épaule.

Je vous signale ici une cause d'erreur. Il existe une variété curieuse de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui enlève simplement la calotte cartilagineuse comme un verre de montre ; l'extrémité supérieure de l'humérus se déplace en avant et en dedans ; il y a une dépressibilité sous-acromiale, qu'on ne peut guère dif-

(1) Leçon faite à l'hôpital Cochin, le 29 mai 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

férencier de celle des luxations. Le petit fragment peut rester au contact de la glène, quelque fois il est retourné, la surface cartilagineuse regarde en dehors ; il peut être luxé dans l'aisselle, en avant. Cette fracture du col anatomique est rare.

La fracture du col chirurgical est exceptionnellement une fracture dite en rave ; souvent la masse trochantérienne est divisée par plusieurs traits de fracture ; il y a même dans beaucoup de cas une sorte de télescopage de l'extrémité inférieure de l'humérus dans son extrémité supérieure : c'est une fracture des gens âgés, elle est indolente et s'accompagne d'un minimum d'impotence. Il arrive que la douleur à la pression locale est insignifiante, que la douleur à distance est absolument nulle. Reste la mobilité anormale. Il n'est pas toujours facile de voir si les mouvements de rotation imprimés à la partie inférieure de l'humérus se transmettent à la partie supérieure ; lorsqu'on voit le malade très peu de temps après la lésion, on peut y arriver. Il faut commencer par chercher la gouttière bicipitale. On imprime des mouvements de rotation à l'extrémité inférieure de l'humérus par l'intermédiaire du cubitus. Si les mouvements sont transmis, vous sentirez la petite ou la grosse tubérosité. Mais ceci peut exister en cas de fracture par télescopage, et, vu l'indolence, on peut rejeter le diagnostic de fracture si on ignore ces faits-là. Cette erreur primitive sera rectifiée par l'évolution, car ce sont les fractures du col chirurgical, avec ou sans télescopage, qui donnent lieu aux ecchymoses les plus considérables. L'ecchymose apparaît d'abord sur la face interne du bras, souvent disparaît au niveau du coude, mais s'infiltre dans les muscles de l'avant-bras et quelquefois arrive à se faire jour au niveau de la paume de la main. Pratiquement, ce signe n'a aucun intérêt, car ce n'est qu'au bout de trois ou quatre semaines que l'ecchymose fait son apparition à la paume de la main. Sur le thorax, on peut trouver une ecchymose très large, transversale, parfois allant jusqu'à la crête iliaque.

On distingue les luxations de l'épaule en antérieures, postérieures, inférieures ; on a même décrit des luxations supérieures qui n'existent pas. Les postérieures sont extrêmement rares.

Le diagnostic repose essentiellement sur la recherche de la tête humérale.

Sentir nettement la tête de l'humérus à travers le grand pectoral est impossible, c'est par l'aisselle qu'il faut faire cette exploration.

Les complications vasculaires sont infiniment rares, il faut cependant s'assurer de l'état de l'artère axillaire ; pour cela, il suffit de tâter le pouls radial. Plus importantes sont les complications osseuses et nerveuses. Je laisse de côté les fractures de la glène, très rares ; la fracture concomitante du col anatomique est une rareté, mais fréquente est la fracture parcellaire, l'arrachement de la grosse tubérosité. C'est une cause d'irréductibilité tardive dans les luxations anciennes.

Les complications nerveuses sont fréquentes.

Le nerf le plus souvent atteint est le circonflexe, branche du radial et dont la fonction principale est d'être moteur du muscle deltoïde. Pour s'assurer, avant d'entreprendre la réduction, de l'état du circonflexe, quelquefois, en invitant le malade à faire des mouvements d'adduction, on peut voir les faisceaux du deltoïde se contracter et saillir sous la peau. Lorsque la luxation date de quelques jours, c'est presque de règle. Lorsqu'il s'agit de luxation récente, la douleur est trop inhibitrice pour que le malade puisse faire un effort de contraction.

Heureusement, le circonflexe a un filet sensitif innervant un petit segment de peau de la région postérieure et externe du moignon de l'épaule. On recherchera l'atténuation de la sensibilité dans cette zone. Malheureusement, il arrive que la paralysie du deltoïde n'est pas primitive, qu'elle est secondaire, due au tissu fibreux cicatriciel qui enserre le nerf. Quelquefois le radial est paralysé. Dans d'autres cas, on trouve des paralysies disséminées, d'un type particulier.

La libération des nerfs, particulièrement du circonflexe est une opération très pénible, mais, quand elle réussit, l'on peut arriver à guérir complètement la paralysie, comme je l'ai fait.

Les méthodes de réduction sont innombrables ; on peut les rattacher à trois grandes méthodes, dont une seule est bonne. La première, la plus ancienne, est la méthode de la bascule, avec ses diverses formes consistant à mettre dans l'aisselle un billot, une bûche de bois, le billot de boulanger, le rouleau de pâtissier, ou la vieille méthode hippocratique de l'échelle, ou de la chaise tessalonicienne. Cooper mettait son pied sur la chaise où le malade était assis et c'est le genou du chirurgien qui servait de point d'appui ; il appuyait sur le coude. C'est toujours le levier, la bascule. Ou bien, le malade étant par terre, le chirurgien mettait son pied dans l'aisselle et tirait sur le bras.

C'est une méthode extrêmement brutale, une mauvaise méthode, il faut absolument renoncer à cette méthode de la bascule.

La méthode la plus récente, la plus couramment employée, est la méthode de Kocher. Elle réduit très bien l'extra, la sous et l'intra-coracoïdienne ; elle ne réduit pas les sous-claviculaires, parce que les ligaments sont déchirés et qu'elle agit par l'intermédiaire des ligaments. Elle n'est pas exempte d'inconvénients. Une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus n'est pas ce qui peut arriver de pis.

Le premier temps consiste à corriger l'abduction, à ramener avec énergie le membre contre le thorax ; ceci tend les faisceaux postérieurs de la capsule, ils tirent la tête de l'humérus vers la glène. Il peut arriver qu'il se produise un enfoncement du bord postérieur de la tête de l'humérus, une sorte de fracture dite par infraction ; la tête humérale a l'aspect d'une orange dont on a enlevé un quartier. Ceci peut être une cause de luxations récidivantes.

Le deuxième temps est la rotation externe de l'humérus, par l'intermédiaire du poignet. Cette manœuvre, bien que faite avec une main et par conséquent rentrant dans le groupe des manœuvres de douceur, qu'on a opposées aux manœuvres de force, faites avec des appareils, est, en réalité une manœuvre de force. On exerce une pression d'environ 20 kilos ; au niveau de la glène elle atteint 200 kilos, ce qui suffit pour déchirer un ligament.

On porte le coude sur la face antérieure du thorax ; on termine par la rotation interne pour ramener la tête humérale dans la glène, en portant la main du côté malade sur l'épaule du côté opposé.

La généralisation de la méthode du Kocher semble bien être le facteur principal de l'aggravation du pronostic des luxations de l'épaule signalée dans ces dernières années. Un autre facteur est la thérapeutique par le massage et la mobilisation précoces.

Après la réduction d'une luxation de l'épaule, il faut immobiliser simplement dans une écharpe. Tant que la température locale du moignon de l'épaule reste anormalement élevée, abstenez-vous de toute manœuvre violente. Dès qu'elle est revenue à la normale, commencez le massage et la mobilisation, mais le meilleur masseur est celui qui masse le moins ; on doit surtout inciter le malade à la mobilisation volontaire.

Pour réduire une luxation de l'épaule, il faut employer la méthode du dégagement. Bien loin de corriger l'abduction comme dans la méthode de Kocher, nous devons au contraire l'exagérer, la porter jusqu'à l'horizontale, puis exercer des tractions dans le sens horizontal. Pour triompher de la contracture musculaire, il y a divers moyens. Quénu préconise l'anesthésie profonde de la région traumatisée par des injections de cocaïne et de stovaïne. Cette méthode donne de bons résultats, mais n'est applicable qu'en milieu hospitalier. Un second moyen est l'anesthésie générale ; on est quelquefois obligé d'y recourir et de la pousser jusqu'à la résolution musculaire. Un autre moyen, celui que nous employons ici, est la traction élastique (avec une bande d'Esmarch, une chambre à air, etc.), pendant vingt minutes à une demi-heure. La suppression de la contracture musculaire a pour résultat de ramener la tête de l'humérus dans le plan de la cavité glénoïde. Il suffit alors d'un léger degré de rotation interne pour faire rentrer la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde, sans que la manœuvre ait amené aucune aggravation de la lésion.

DU DIABÈTE ET DU CANCER DANS LES HABITATIONS

Comme il y a des *maisons à cancer*, j'ai cru reconnaître une *maison à diabète*. Je ne fais, quant à présent, d'autre rapport entre les deux maladies. Je n'en suis qu'à l'analogie. Je n'entre pas dans les concepts encore obscurs qui les ont rapprochées jusqu'à faire des deux une entité ! Je ne fais point, non plus, état des *maisons à tuberculose* qui, avant Pasteur, étaient de vastes réceptacles propres aux cultures de Koch.

Le cancer est comme la plupart des maladies à zymases plutôt contagieux qu'héréditaire. Des expériences monstrueuses qui ont soulevé, en leur temps, la réprobation indignée de tout le Corps médical, l'ont démontré inoculable. Un accident retentissant dont un jeune interne fut la victime cruellement éprouvée est encore dans toutes les mémoires.

Mais je le trouve plus à redouter dans l'habitat que dans la promiscuité ; je pourrais citer des immeubles où les locataires se suivent, sans désinfections préalables, échappant difficilement à des cachonomes de siège et de nature dissemblables. Je sais une maison, vraiment maudite, où se sont égrenées, pendant plus d'un siècle, toutes les sortes de tumeurs malignes.

On me l'aurait donnée pour rien, malgré sa grosse valeur, que la condition de l'occuper, m'aurait fait la refuser avec horreur.

Dans le même ordre d'idées, toujours en me défendant d'accepter, sans plus d'information, des relations nosologiques, je dois signaler une singulière observation que j'ai suivie à propos du diabète.

Il est entendu que lui aussi est contagieux puisqu'on a constaté nombre de fois le diabète conjugal. Comment se fait la pénétration du *ferment* ? *Chi lo sa* !

Il n'est pas besoin d'une transmissibilité directe puisque mon observation ne repose que sur l'habitat.

J'ai su que dans un presbytère, trois curés se succédant ont *contracté* la même maladie. Le premier reconnu comme atteint y avait séjourné de

longues années et était mort à Vichy dans le coma acidosique.

Son successeur, plein de force et de santé, s'installe dans les locaux complètement vidés, avec son mobilier particulier. Il s'aperçoit au bout de 4 ans qu'il avait une cataracte double hâtive dont on fit tout de suite le diagnostic et dont on découvrit aussi vite la cause. Son affection évolua si promptement qu'il alla mourir, aveugle inopérable, quelques mois après dans une maison de retraite.

J'ai appris ces jours-ci que le troisième détenteur de l'immeuble avait quitté son ministère pour les mêmes raisons de santé. Il se croyait sans tare, quand il y a trois ans, il entra en possession des locaux.

Qu'en semble-t-il à mes confrères. Voilà des faits qui sont plus que des coïncidences. En tout cas, il y a là une maison où l'on ne fait pas de vieux os. Ce n'est toujours point dedans que j'irai passer mes derniers jours. Je craindrais de les y avoir avancés.

L'opinion publique est toute bouleversée de n'y comprendre rien. Pour moi je voudrais savoir dans quel recoin du bâtiment peut gîter le facteur antiglycolytique, *car il y en a un.*

....

Puisque j'ai parlé plus haut de cancer, je ne puis être sans exposer mes idées personnelles sur sa pathogénie : Il est UN ET ESSENTIEL, bien que ses manifestations soient multiples et dépendent de l'organisation des tissus qu'il sabote. Le microscope a révélé l'anarchie des cellules dans les diverses néoplasies. Pourquoi ne pas pressentir la présence d'un agent de désorganisation, d'un meneur de grève occulte, toujours le même, provoquant et irritant le désordre dans les plasmas différents : épithéliums, glandes, cartilages, os, etc.

Je crois à l'*unité* du germe cancéreux qui corrompt nos associations cellulaires, les excite, les débauche, les exalte et les fait se mettre en révolte. Les tumeurs malignes sont des soviets insurgés par le même animateur. Le tout est de le dépister pour le réduire à l'impuissance.

Cette façon de préjuger d'un sujet si grave pourra paraître légère et osée. On la traitera comme une vue arbitraire de l'esprit.

L'avenir me donnera raison.

Je ne suis même sans doute point tout seul à penser de la sorte. Mes lectures sont bornées. Tant mieux pour mes idées si elles ont des devanciers. Je leur cède d'avance la priorité à la condition qu'elle soit prouvée. Je répèterai, si on l'a dit avant moi, qu'il ne faut pas courir plusieurs lièvres ; il n'y en a qu'un. *Sus ! ubi jacet lepus.*

Il est des terrains réfractaires aux révolutions des néo : ce sont les organismes pétris de magnésie. Je fais pour ma part une consommation quotidienne d'une cuillerée à café de citrate de magnésie qui me donne une sécurité relative et me fait envisager sans trop d'effroi l'hydre à plusieurs têtes, mais à un seul corps qui dévore les Occidentaux. Je signalerai une autre bonne préparation préventive, le *cuprifer Auctus*, cuivre colloïdal car végétalisé par le cresson.

Puisque les tumeurs malignes respectent assez le jeune âge, on pourrait aussi conclure à la nécessité de donner à la vie qui s'effrite et se défend mal des substances endocrines déficientes. Le thymus me semblerait indiqué, entre autres éléments, peut-être également utiles, pour rajeunir les cellules attaquées par le parasite. Ce n'est là qu'une proposition sans expérience.

Dr Georges LOUVEL,
La Ferté-Macé (Orne).

L'Actualité Scientifique

La Presse

Sur l'emploi du novasurol.

Le véronal, combiné avec un sel complexe de mercure et de sodium, donne un produit soluble, qui contient environ 34 % de mercure et qui a été spécialisé sous le nom de novasurol. Ce sel, créé primitivement pour le traitement de la syphilis (sans être supérieur aux autres préparations) s'est incidemment révélé doué de propriétés diurétiques particulièrement actives. La solution à 10 % en ampoules de 1 ou 2 cc. s'emploie en injections intra-musculaires à la dose d'un ou de deux centimètres cubes.

La diurèse s'établit, en général, rapidement et abondamment chez les sujets infiltrés : le taux des urines passe, par exemple, de 900 gr. à 3.000 gr. et davantage ; les œdèmes décroissent parallèlement.

De l'expérience clinique du Prof. DAVID, il résulte :

1° Que chez les cardiaques infiltrés, le novasurol se montre particulièrement actif et qu'il donne des résultats là où d'autres diurétiques ont échoué.

2° Qu'il produit une diurèse rapide, abondante,

mais passagère, ses effets cessant de se faire sentir peu de temps après la suspension de son emploi.

3° L'effondrement des œdèmes, que le novasurol provoque, suffit cependant dans bien des cas pour faciliter l'action consécutive des diurétiques ordinaires et pour réactiver en quelque sorte les toni-cardiaques (la digitale en particulier) pour le soulagement préalable du cœur.

4° Le novasurol ne se montre pas nocif pour le rein, aux doses indiquées, sauf bien entendu en cas de néphrite confirmée. Il paraît d'ailleurs prudent de tâter la susceptibilité individuelle au mercure, en commençant par une injection d'un centimètre cube. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 27 juin 1925.)

Les crampes.

Les crampes musculaires ordinaires, dit le Pr H. Lavrand, sont produites par une contraction douloureuse de certaines fibres musculaires ; d'après son observation, elles provoqueraient une tendance à exagérer la contracture des fibres intéressées. En contractant les muscles antagonistes, on repose les fibres hyperkinésiées, on les allonge passivement et la crampe s'arrête rapidement, à peine s'il faut tenir la contraction des antagonistes vingt à trente secondes. On ne fait aucune friction, aucun massage ; on n'est pas obligé de quitter son lit.

Cette pratique a réussi à plusieurs patients, quand ils comprenaient la manœuvre prescrite et qu'ils la réalisaient très exactement. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 28 mars 1926.)

Recherches cliniques sur la pseudo-albumine urinaire

Il peut exister dans l'urine des substances protéiques qu'on a désignées sous le nom général de pseudalbumine et qu'il est nécessaire de savoir distinguer de l'albumine vraie (Pr E. Duhot et Dr J. Leclercq).

La pseudalbumine peut être d'origine génitale ou se rencontrer dans les urines purulentes ; mais on la trouve encore dans d'autres cas, notamment les maladies infectieuses aiguës, les affections hépatiques. Elle paraît avant tout liée à l'élimination par les voies urinaires de leucocytes ou d'éléments épithéliaux ; elle ne présente pas de signification diagnostique ou pronostique.

La réaction de Heller à l'acide azotique, qui donne avec l'albumine vraie un disque net situé exactement à la surface de séparation de l'urine et du réactif, tandis qu'elle donne avec la pseudo-albumine un disque nuageux situé au-dessus de la surface de séparation des liquides, constitue le moyen le plus simple d'éviter toute confusion. (*La Pratique médicale française*, mars 1926 B.)

Irradiation et fonction de reproduction.

L'irradiation des ovaires, dans certaines conditions de doses, peut supprimer l'ovulation de façon définitive ou temporaire. Unique et suffisamment énergique, elle entraîne la destruction de tous les follicules, c'est une castration définitive par sclérose. Une irradiation moins énergique ne détruit que les follicules les plus près de la maturité ; il y a donc aménorrhée et stérilité passagère.

Ainsi que l'expose le Dr Henri Vignes, on peut aussi appliquer cette action « anti-ovaire » au traitement de certaines stérilités lorsqu'on les suppose dues à une activité anormalement exagérée de l'ovulation. L'irradiation des ovaires dans certaines conditions de doses semble aussi pouvoir activer l'ovulation.

Puisque les rayons exercent de telles actions sur l'ovulation, il reste à se demander ce que valent les ovules survivant au traitement, et ce que vaut l'utérus.

1° Ainsi que de nombreuses observations en font foi, les femmes et les femelles irradiées sont aptes à la fécondation.

2° Les femmes irradiées pour métrorrhagies avant fécondation ont cependant une médiocre fécondation.

3° Les femmes, ayant subi avant fécondation l'action des rayons dans des conditions différentes de celles où l'on se propose d'obtenir une castration sèche sont vraisemblablement plus aptes à la fécondation que celles chez qui le traitement a été employé contre les métrorragies.

4° Les avortements sont assez fréquents s'il y a eu irradiation avant fécondation.

5° Les enfants nés de femmes ou de femelles ayant subi des irradiations avant la fécondation ont un risque de malformation, qui est diversement apprécié.

Enfin il faut signaler que l'irradiation pratiquée pendant la gestation est très dangereuse pour le fœtus.

Fait curieux, dans une dizaine d'observations de radiumthérapie pratiquée pour cancer cervical pendant la gestation, aucun des enfants n'a été lésé par les rayons ; il est vrai que dans le plus grand nombre de cas l'application a été vaginale et non pas intracervicale. Mais ce traitement déterminant d'habitude une importante sclérose du col, il est bon de procéder de parti pris à l'accouchement césarien. (*Journal des praticiens*, 1er mai 1926.)

Les véritables promoteurs du traitement de la paralysie générale par le paludisme.

Le Dr P. Mauriac rappelle que le médecin peut demander à la maladie elle-même ses armes contre la maladie. Dès 1857, Chauffard, avouant

l'impuissance médicale dans les maladies du système nerveux, disait qu'il faudrait violenter la nature en donnant la fièvre à ces malades. C'était là un appel anticipé à la médication par le choc ; car si la fièvre guérit, c'est probablement par le bouleversement physico-chimique provoqué dans les humeurs du patient ; et ce bouleversement, ce choc, les injections intraveineuses de peptone, de métaux colloïdaux, de caséine, etc., peuvent le provoquer ; la réalité du choc est souvent alors signalée par un frisson intense et un accès de fièvre violent. L'analogie avec l'accès de fièvre paludéen est telle qu'on admet facilement que la poussée palustre n'est que la manifestation d'un choc produit par l'évolution de l'hématozoaire dans le sang.

Avant le paludisme, on inocula la fièvre récurrente contre la paralysie générale, et l'auteur montre que les vrais promoteurs de la méthode, bien avant le médecin autrichien Wagner von Jauregg, sont Guillaume Ménage au XVII[e] siècle, et un médecin colonial, le D[r] Legrain (1913), dans son Traité clinique des fièvres des pays chauds ; celui-ci, bien avant von Jauregg, usait et abusait de la fièvre quarte ; et les outrances de ses convictions, comme la méfiance que nous inspirent les résultats obtenus, toujours favorables, ne doivent pas nous faire oublier la priorité qui lui revient. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 avril 1926.)

Le rhumatisme chronique et son traitement.

La précision du diagnostic, dit M. J.-A. Chavany, est une condition nécessaire à l'institution d'un traitement efficace du R.C. ; elle n'est pas seulement fonction d'une détermination nosologique exacte, mais comprend, en outre, la notion du terrain sur lequel la maladie évolue, et l'analyse des diverses causes, extrinsèques ou intrinsèques, qui, agissant sur ce terrain, ont contribué à créer l'entité morbide. A côté du R. C. déformant progressif, véritable maladie autonome, peuvent se ranger deux autres groupes : les R.C. infectieux (blennorragique, tuberculeux, syphilitique, R. art. aigu prolongé) et les R.C. d'intoxication (goutteux, endocrinien, digestif).

La thérapeutique s'inspirera de ces notions étiologiques. Spécifique dans le R. syphilitique et endocrinien (thyroïde et ovaire), elle s'adressera à la cure marine ou d'altitude, à l'héliothérapie et à l'actinothérapie dans le R. tuberculeux. Dans le rhumatisme goutteux, le régime alimentaire est d'une grande importance : il sera hydrique et végétarien. Le traitement médicamenteux interviendra par la prescription, quinze jours par mois, d'un cachet de 0 gr. 50 d'atoquinol, comme traitement intercalaire et préventif. Médicament de base et en quelque sorte spécifique de la diathèse goutteuse, l'atoquinol est aussi très efficace au cours des poussées douloureuses du R. goutteux, mais on élèvera alors la dose à trois cachets de 0 gr. 50 par jour. Une telle médication prépare les cures thermales et permet à celles-ci d'entraîner hors de l'organisme des quantités beaucoup plus considérables d'acide urique.

Les médications iodée, soufrée, radio-actives, la protéinothérapie, la vaccinothérapie, les analgésiques et les agents physiques apporteront souvent un appoint précieux au traitement, suivant leurs indications respectives. Les cures thermales, enfin, représentent un complément souvent nécessaire qui dans la classe aisée ne devra pas être négligée : Dax, Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Chaudessaigues, sont des stations d'où le malade reviendra presque toujours amélioré. (*La Clinique*, juillet 1926.)

Dangers des rayons U.V. dans la tuberculose.

Sans chercher à discréditer les rayons ultraviolets qui ont fait leurs preuves, il importe d'en faire connaître les contre-indications plus ou moins formelles, pour éviter certains accidents regrettables.

Certains de ces accidents sont d'un intérêt secondaire, parce que sans danger : accidents locaux de rubéfaction ; accidents de choc hémoclasique, ou mal des rayons, justiciables d'une cure de désensibilisation.

D'autres accidents généraux sont causés par des poussées aiguës ou des généralisations des affections en cause. De ce nombre est la tuberculose.

MM. Jeanneney et Mathey-Cornat en rapportent un cas typique, dont il est possible de rapprocher d'autres cas superposables. Ils proclament judicieusement que les rayons ultraviolets ne représentent pas une thérapeutique inoffensive, et qu'ils doivent être maniés avec un extrême prudence, plus particulièrement chez les jeunes enfants et surtout chez les tuberculeux.

« Tout tuberculeux évolutif suspect de bacillémie, tout tuberculeux congestif, fébricitant, doit être résolument écarté des rayons. En matière actinothérapique, comme en matière héliothérapique, l'hyperthermie réactionnelle après les séances constitue une contre-indication formelle. » (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 29 août 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Mission au Japon.

(M. Ch. Achard. — *Académie de médecine* ; 12-10-26.)

M. Achard s'est rendu l'été dernier au Japon chargé d'inaugurer les conférences françaises à la Maison franco-japonaise de Tokyo, et il a visité à son retour la Chine et l'Indo-Chine.

Au Japon, dit-il, la médecine ne diffère plus guère de la médecine européenne. L'enseignement, les recherches scientifiques, la pratique médicale, y sont devenus à peu près semblables aux nôtres. La propagande française dans ce pays doit consister surtout à faire mieux connaître aux médecins japonais nos travaux scientifiques, et à faciliter les relations mutuelles, par les Congrès, les visites de praticiens et de conférenciers. La Maison franco-japonaise est en mesure de servir de liaison entre les médecins des deux nations et de recevoir les envois des auteurs français (1).

En Chine, il n'en n'est pas de même. La médecine européenne n'y est encore que fort peu étudiée et à peine pratiquée. Les nations occidentales ont à jouer là un rôle actif, en contribuant à organiser la médecine scientifique, principalement en l'enseignant. La France n'y doit pas manquer, et sa situation sous se rapport semble particulièrement favorable à Canton, où le recteur, le Dr Tsu-Zong-Yung, docteur de l'Université de Strasbourg, est un ami de notre pays.

Reconstitution du socle facial dans les écrasements de la face.

(M. Dufourmentel. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

M. Dufourmentel projette un film cinématographique représentant l'opération qu'il pratique pour la reconstitution du socle facial dans les affaissements squelettiques de cette région. Autant il est simple de soulever une arête nasale dans le cas de nez en lorgnette par exemple, autant il est difficile de remédier aux aplatissements totaux de la face tels qu'on les observe dans la syphilis ou dans certains becs-de-lièvre très accentués. En présence de ces lésions, Esser, Gillies, ont eu recours au décollement du masque facial et ont inséré au-dessous une large greffe épidermique sur moulage. Après la greffe, un appareil de soutien est fixé sur les dents pour maintenir les plans soulevés. M. Dufourmentel réalise, pour ce qui le concerne, ce soutien par un décollement complet et un parquetage cartilagineux de toute la partie centrale de la face.

(1) L'adresse de cette maison est : Nichome Nagatacho, 28, Kojimachi, Tokyo.

Adénokystome du foie.

(M. Cresson. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

M. Déjardin rapporte, au nom de M. Cresson, une observation d'adénokystome du foie. Les différents kystes hématiques, cholérrhagiques, suppurés, de cet organe, remarque-t-il, sont toujours des kystes séreux transformés. Le diagnostic en est souvent difficile et la radiographie elle-même peut induire en erreur.

Indications thérapeutiques dans le cancer du côlon.

(M. Victor Pauchet. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

Pour M. Victor Pauchet, tout cancer du côlon diagnostiqué ou simplement soupçonné doit être opéré. La laparotomie ne fait courir aucun risque alors que l'attente peut coûter la vie. Le pronostic dépend de la précocité et de la technique. Ne pas faire de résection au cours de l'occlusion et se contenter d'un anus temporaire ; pratiquer la colectomie quelques semaines plus tard. Le diagnostic est difficile au début. La laparotomie exploratrice est indiquée s'il existe un des symptômes suivants : tumeur abdominale, constipation avec diarrhée, douleurs accompagnées de coliques et de gargouillements, suintements sanguins ou muqueux, arrêt ou lacune constatés à la radiographie, ondes péristaltiques visibles sur la paroi. L'endoscopie recto-colique ne montre que les tumeurs de la sigmoïde inférieure.

Du danger des explorations urétérales dans les petits calculs de ce conduit.

(M. Cathelin. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-192.6)

M. Cathelin relate l'histoire d'un malade atteint de calculose urétérale qui, après un cathétérisme urétéral à demeure, fit une poussée thermique à 40°, avec frissons et urines troubles, qu'il conserve depuis (c'est-à-dire deux années). Le cathétérisme de l'uretère a donc déterminé ici des troubles graves qu'une simple cure thermale aurait pu éviter.

Les convulsions essentielles de l'enfance.

(MM. G. Heuyer et Longchamp. — *Soc. de Pédiatrie de Paris* ; 6-7-1926.)

M. Heuyer présente une série de considérations théoriques et pratiques sur les convulsions essentielles de l'enfance.

Pour Rilliet, Barthez, Bouchut, d'Espine, les con-

vulsions infantiles non symptomatiques d'une lésion du névraxe sont un phénomène d'ordre banal, sans grande signification. Pour Pierret, Joffroy, au contraire, les convulsions essentielles de la première enfance sont une manifestation précoce de l'épilepsie.

Depuis quelques années, trois notions nouvelles ont vu le jour à ce propos. M. A. Collin et Mlle Revon ont tenté d'établir que les convulsions toniques de l'enfance traduisent une lésion du névraxe et les convulsions cloniques sont l'équivalent d'un réflexe physiologique exagéré et sans gravité par conséquent.

Gaucher, Fournier, Hutinel, Leredde, Marfan, ont fait jouer un rôle important à la syphilis. M. Marfan admet que chez les tout jeunes enfants, les convulsions essentielles sont d'ordre hérédo-syphilitique.

En dernier lieu est venue l'étude de la spasmophilie. Les constatations d'Escherich, de Chvostek, tendent à englober dans la tétanie la majorité des convulsions de l'enfance. MM. Lesné et Turpin ont aussi écrit qu'au-delà du troisième mois, les deux tiers des cas de convulsions essentielles relèvent de la tétanie.

En matière de convulsions essentielles, les opinions des pédiatres se présentent donc ainsi : trouble d'ordre banal, pour les anciens ; première manifestation de l'épilepsie, pour d'autres ; hérédo-syphilis, spasmophilie, pour les modernes.

MM. Heuyer et Longchamp, estimant que la question est loin d'être ainsi jugée, l'ont reprise en s'appuyant sur 71 observations suivies, prises à l'hôpital, en clientèle, et à la consultation de neuro-psychiatrie infantile. Ils remarquent, d'abord, que les convulsions essentielles, souvent très fugaces, ne sont pas habituellement vues par le médecin lui-même et que ce sont surtout les renseignements des parents qui les précisent. Néanmoins, M. Heuyer a pu en observer chez douze enfants. Selon lui, elles se caractérisent par trois éléments : la brusquerie du début, la perte de connaissance, les troubles moteurs (crises toniques, crises cloniques, plus rares). C'est, on le voit, le tableau de l'épilepsie.

M. Heuyer croit que ces convulsions essentielles sont, dans la règle, sous la dépendance d'altérations organiques du système nerveux. A son avis, la spasmophilie n'intervient qu'assez rarement, comme cause unique tout au moins. Si elle peut jouer un rôle accessoire, généralement c'est la tare neurologique, plus ou moins lésionnelle, qui tient le premier plan. A la consultation neuro-psychiatrique, sur 68 enfants, il a trouvé les séquelles suivantes : sclérose cérébrale (9), hémiplégie infantile (5), épilepsie (19), débilité intellectuelle grave (5), etc.

En résumé, les auteurs estiment que les convulsions dites essentielles ne se développent que sur un système nerveux déjà taré. Quand on la recherche avec soin, la nature lésionnelle du syndrome se montrerait évidente, résultant : soit d'un traumatisme obstétrical, soit d'une infection acquise, soit d'une infection transmise (syphilis de première ou de deuxième génération particulièrement). Même, lorsque cliniquement la lésion n'apparaît pas, la tare lésionnelle se révèlerait par l'hérédité chargée, le facteur dysgénésique familial. En conséquence, le pronostic éloigné des convulsions devrait toujours être réservé.

— M. Debré répond à M. Heuyer que la spasmophilie est un état morbide fréquent : on ne saurait nier la valeur du signe de Chvostek, des réactions chimiques du sang, indices de spasmophilie. Les auteurs étrangers qui ont suivi les petits spasmophiles ne les ont pas vus devenir épileptiques plus que d'autres.

— M. Comby croit à la spasmophilie comme origine des spasmes de la glotte de l'enfance, mais il estime que les convulsions essentielles proprement dites sont conditionnées par une lésion, minime ou étendue, du cerveau, qui peut aller du simple trouble circulatoire à l'inflammation superficielle ou profonde.

— M. Marfan rappelle qu'il a proposé de diviser les convulsions de la première enfance en quatre groupes :

1° Les convulsions organiques ;

2° Les convulsions symptomatiques des infections (fièvres), des intoxications, etc. ;

3° Les convulsions de la tétanie (spasmophilie, diathèse spasmogène), où l'on trouve de l'hypocalcémie, le signe du facial de Chvostek, justiciables de la thérapeutique par le chlorure de calcium, les rayons U.V., convulsions que M. Marfan croit rares ;

4° Les convulsions essentielles, dont nous connaissons mal la cause. Cependant, quand elles surviennent avant six mois, elles sont dues très souvent à l'hérédo-syphilis. Leur pronostic reste variable.

— M. Lesné admet avec M. Marfan que jusqu'à 3 mois les convulsions sont, dans nombre de cas, un signe de syphilis héréditaire. Après six mois, elles dépendraient fréquemment, pour l'auteur, de la spasmophilie.

La tolérance au sucre des nourrissons cachectiques.

MM. P. Nobécourt et Max L. Lévy. — *Société de Pédiatrie* ; 6-7-1926.)

On peut donner au nourrisson cachectique, disent MM. Nobécourt et M. Lévy, des doses considérables de saccharose ordinaire. Ces hautes doses sont bien tolérées et ne conditionnent pas de glycosurie importante. La proportion de 15 gr. de sucre par litre, toutefois, semble être la quantité optima.

— M. Debré a noté également la tolérance des nourrissons cachectiques pour le sucre. Malheureusement, au bout de 2 ou 3 jours, si l'on persiste, la glycosurie, l'anorexie, parfois la fièvre apparaissent.

— Mme Nageotte confirme le rôle de l'hypersucrage dans la production de l'anorexie.

— M. Lemaire partage l'avis de M. Debré : les athrepsiques tolèrent les hautes doses de sucre, mais n'en profitent pas.

— M. Max Lévy croit cependant que le sucre, donné quelques jours, peut stimuler la croissance.

Stomatite mercurielle mortelle.

(M. J. Watrin. — *Soc. derm. de Nancy* ; 26-5-1926.)

M. Watrin rapporte un cas de stomatite mercurielle mortelle, consécutive à une série de huit injections d'huile grise. Les stomatites graves de l'huile grise s'observaient avec une relative fréquence autrefois. Aujourd'hui, heureusement, elles sont tout à fait exceptionnelles.

Chancre intra-vaginal.

(MM. Spillmann et Gréhange. — *Soc. derm. de Nancy* ; 26-5-1926.)

Autre affection exceptionnelle : le chancre intra-vaginal. MM. Spillmann et Gréhange en ont observé un exemple ; l'accident primitif, chez leur malade, siégeait sur la paroi latérale gauche du vagin, à deux centimètres environ du fond du cul-de-sac latéral. Pas d'adénopathie inguinale. La lésion fut révélée par l'examen au spéculum.

Une telle localisation du chancre est une véritable rareté clinique, à tel point que Fournier, dans sa longue carrière, n'avait pas eu l'occasion d'en rencontrer un seul cas.

Tabes 5 ans après le chancre chez un homme de 27 ans.

(MM. Spillmann et Gréhange. — *Soc. derm. de Nancy* ; 26-5-1926.)

M. Spillmann parle d'un de ses malades, homme de 27 ans, atteint, 5 ans après le chancre, d'un tabes dont la première manifestation fut un mal perforant plantaire.

P. L.

Lyon

Tumeur mixte de la parotide.

M. Bertein. Jeune soldat entré à l'hôpital pour une tuméfaction préauriculaire droite, ayant débuté vers l'âge de 12 ans. A la suite d'un traumatisme (contusion par la crosse du fusil au cours d'un tir), la tumeur augmenta de volume et devint un peu sensible avec quelques douleurs irradiées à la tempe. Extirpation de la tumeur sous anesthésie locale. Il s'agissait d'une tumeur parotidienne en voie de transformation maligne.

Kyste dermoïde de la fesse.

MM. Dunet et Guilleminet montrent une pièce dont la rareté fait l'intérêt : il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré et fistulisé de la fesse chez un homme de 63 ans.

Fracture de la branche iléo-pubienne et contusion de la hanche.

M. F. Condamin rapporte, au nom de M. Patel, l'observation d'un homme de 50 ans qui, à la suite d'une chute, présenta un syndrome clinique pouvant faire penser à une fracture du col ou à une contusion de la hanche. La radiographie montra qu'il s'agissait d'une fracture de la branche iléo-pubienne. L'auteur insiste sur l'importance de la radiographie en pareil cas.

Perforation tuberculeuse de la voûte palatine.

MM. Roubier, Mounier et Thevenon. Homme de 23 ans, atteint de localisations tuberculeuses multiples, entré à l'hôpital avec des signes de tuberculose pulmonaire bilatérale avancée. Ce malade présentait en outre une perforation de la voûte palatine. On ne trouve pas de signes de syphilis. La perforation offre d'ailleurs les caractères d'une lésion tuberculeuse : aspect anfractueux, pâleur de la muqueuse avoisinante ; granulations jaunes.

Néphrectomie pour rein tuberculeux.

M. Cibert présente, au nom de M. Gayet et au sien, l'observation d'un jeune homme de 22 ans, chez lequel une néphrectomie fut pratiquée pour des symptômes, assez légers, de tuberculose rénale. La pièce montre des lésions limitées au pôle supérieur du rein, mais très évoluées.

Asthme et curettage ethmoïdal.

M. R. Rendu relate l'histoire d'un homme de 61 ans atteint d'asthme depuis vingt ans et se sentant le nez bouché depuis douze ans, qui, pendant dix ans environ, s'est fait enlever ses polypes sans voir son asthme modifié et dont les accès ont disparu brusquement à la suite d'un curettage ethmoïdal bilatéral. C'est le second malade que M. Rendu traite par cette méthode. Chez le premier, la guérison de l'asthme se maintient depuis deux ans.

Ectasie aortique. Compression de la veine-cave supérieure.

MM. Rebattu et Mounier-Kuhn présentent une pièce provenant de l'autopsie d'un malade dont voici l'histoire très résumée : entré à l'hôpital pour une dyspnée intense sans signes pulmonaires ni laryngés ; apparition consécutive d'un œdème considérable de la face, du cou, de la partie supérieure du thorax et des membres supérieurs ; pas de signes cliniques d'anévrysme aortique ; à la radioscopie petite ombre arrondie sur le bord droit de la portion ascendante de l'aorte avec conservation de l'espace clair postérieur. La dyspnée et l'œdème vont en progressant et le malade meurt quinze jours environ, après le début des accidents. Autopsie : anévrysme sacculaire de la face postérieure de l'aorte ascendante assez peu développé mais comprimant la veine-cave supérieure.

A. C.

Les Congrès

XXXVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(Suite) (1)

PREMIÈRE QUESTION

Pathologie des ménisques du genou.

Discussion.

M. Willems (de Liège) considère l'intervention sanglante comme la méthode de choix et reste fidèle à l'arthrotomie verticale longue sous anesthésie locale.

S'il s'agit de « pseudo-méniscite », il enlève en bloc le paquet fibro-adipeux et la bourse sous-rotulienne.

Dans tous les cas il pratique une mobilisation active immédiate pour restaurer la fonction articulaire et conserver la force musculaire.

M. Kummer (de Genève) insiste sur la nécessité d'une bonne radiographie qui donnera souvent des renseignements précieux, notamment dans les cas complexes avec foyers d'ostéochondrite.

Il distingue les formes légères, où il pratique un débloquage suivi de mobilisation et de massage ; les formes moyennes, qu'il traite par des injections d'acide phénique à 5 p. 100 ; les formes graves qui seules lui paraissent relever de la ménicectomie.

Il croit à l'existence des formes chroniques.

M. Galeazzi (de Milan) a spécialement étudié l'anatomie des ménisques et des ligaments du genou. De ses recherches il conclut qu'une série de trousseaux fibreux, non décrits par les classiques, unissent solidement les ménisques au tibia et aux ligaments croisés. D'autres éléments fibreux solidarisent les ménisques entre eux.

La résistance de ces tissus au cours de certains mouvements forcés expliquerait la formation des fissurations longitudinales des ménisques et l'arrachement de leurs cornes.

Expérimentalement, l'auteur a pu reproduire ces différentes lésions sur le cadavre.

M. Steinmann (de Berne) pense que la cause des accidents doit être recherchée surtout dans une disposition anatomique anormale.

Les arrachements partiels seraient plus fréquents que ne l'ont dit les rapporteurs.

La formation des fissures longitudinales s'explique mal par l'hypothèse de la traction seule. Celle-ci attire le ménisque vers l'intérieur de l'articulation, le quadriceps se contracte alors et c'est une déchirure par éclatement qui se produit en définitive.

L'auteur ne croit ni à l'action du choc direct, ni à l'influence de l'arthrite déformante, ni à celle d'un vice de fonctionnement des glandes endocrines. Il rappelle qu'il a décrit un signe important consistant dans une douleur de la partie moyenne du genou dans la rotation externe ou interne suivant que la rupture siège sur le ménisque interne ou externe.

Au cours de l'intervention mieux vaut respecter le ligament latéral interne et utiliser l'incision longitudinale. L'auteur a imaginé « un méniscotome » qui permet l'ablation facile du ménisque entier à travers une petite incision.

M. Brandligt (d'Avers) insiste sur le caractère souvent familial de la méniscite.

Chez trois malades présentant depuis longtemps des phénomènes d'arthrite sous la dépendance d'une lésion méniscale ancienne et méconnue, il a pratiqué l'ablation d'un ménisque très déformé et obtenu la récupération fonctionnelle du genou et la disparition des douleurs.

M. Judet (de Paris) présente deux observations d'arthrotomies du genou commandées par le diagnostic de lésions du ménisque interne.

Chez le premier malade, contrairement à ce qu'on avait cru, le ménisque fut trouvé sain. Son ablation amena cependant la guérison.

Chez le deuxième malade, le ménisque très altéré présentait des lésions d'arthrite sèche avec laxité anormale et hyperplasie cartilagineuse à sa partie moyenne. La guérison fut complète.

Dans les cas légers de l'adulte et chez les vieillards, l'auteur obtient souvent de bons résultats par le port d'une genouillère s'opposant aux mouvements de latéralité.

M. Imbert (de Marseille) insiste sur la fréquence des formes frustes et sur la difficulté de leur diagnostic.

L'hydarthrose, les douleurs, les raideurs, la laxité articulaire, s'observent en dehors de toute atteinte des ménisques, voire même de tout traumatisme articulaire.

Les raideurs se voient après les fractures de jambe et de cuisse. La laxité est en grande partie sous la dépendance de l'atrophie du quadriceps et n'est nullement pathognomonique des ruptures ligamentaires. On la rencontre fréquemment après les fractures du membre inférieur traitées par l'extension continue.

M. Delagénière (du Mans) rapporte quatre cas personnels de fractures des ménisques opérés et suivis.

Le blocage est un symptôme de grande valeur, mais inconstant. A son défaut, le diagnostic se fonde sur l'existence d'une zone douloureuse répondant à l'interligne interne de l'articulation près du tendon rotulien.

Le massage doux et prolongé peut donner de bons résultats dans certains cas légers, mais l'ablation des ménisques est le traitement de choix.

(1) Voir *Concours médical* n° 45.

L'auteur utilise une incision curviligne épousant la courbure du condyle interne au niveau de l'interligne articulaire. Il ouvre l'articulation entre le tendon rotulien et le ligament latéral interne.

La résection subtotale est plus simple et plus facile que la résection totale ; elle semble donner d'aussi bons résultats.

M. Grimault (d'Algrange) rapporte un cas d'arrachement du ménisque interne du genou droit associé à un arrachement de l'épine du tibia. L'auteur qui avait eu l'occasion d'observer chez un autre accidenté les graves conséquences, pour le genou, de ces lésions abandonnées à elles-mêmes, a eu recours au traitement sanglant très précoce. Après incision verticale transrotulienne du genou, il a réséqué la partie flottante du ménisque, réduit la fracture de l'épine et fixé le fragment osseux par un clou. La guérison a été rapide et parfaite.

M. Masmonteil (de Paris) a observé cinquante fois des lésions méniscales et opéré une vingtaine de blessés. Il distingue les cas graves avec blocage complet du genou et impotence absolue et les cas légers, pour lui de beaucoup plus fréquents. La symptomatologie est réduite, tantôt à une douleur dans les mouvements étendus et violents, tantôt à une douleur fixe qu'on attribue à une lésion tuberculeuse, tantôt à une gêne fonctionnelle, tantôt à un dérobement intermittent du genou. Le diagnostic de ces formes est difficile avec les lésions des ligaments croisés, les corps étrangers articulaires, les arthrites villeuses, etc.

Dans les formes graves, il pratique d'urgence l'arthrotomie transversale avec section du ligament latéral interne.

Dans les formes légères, l'auteur ne pratique l'arthrotomie transversale latérale que dans les états à diagnostic précis. En cas de doute il fait l'arthrotomie antérieure en U, avec section transversale de la rotule qui permet seule une exploration suffisante de toute l'articulation.

M. Masini (de Marseille) a observé 30 cas de lésions méniscales chroniques. Il en a opéré 7. L'auteur conseille d'essayer d'abord le traitement physio- et mécano-thérapique. Si, au bout d'un mois de ce traitement, les troubles persistent, il conseille l'ablation du ménisque. Les 7 ménisques enlevés par l'auteur présentaient les uns une déchirure du ligament méniscal interne avec déplacement de la corne antérieure du ménisque, les autres des ruptures partielles du ménisque avec lésions du cartilage articulaire ; chez un blessé, l'auteur a observé, en même temps que des lésions méniscales, une partie du corps de ménisque détaché flottant dans l'articulation : « souris articulaire ».

Le traumatisme se trouve toujours à l'origine de ces lésions méniscales chroniques. Les blessés opérés par l'auteur étaient âgés de 20 à 25 ans, ils ont toujours guéri en trente-cinq jours en moyenne. Les meilleurs résultats obtenus sont ceux où il a pu extirper le ménisque en totalité. L'auteur est partisan de l'incision transversale avec section provisoire du ligament latéral interne ; cette incision donne le meilleur jour pour l'ablation du ménisque en totalité ; la réfection de ce ligament suivant la méthode de Tavernier lui a donné des résultats parfaits. Sur 7 cas opérés, 6 fois il s'agissait du ménisque interne et 1 fois seulement du ménisque externe. M. Masini a revu 4 de ses opérés et les résultats éloignés au bout de sept ans sont excellents.

M. Roux (de Lausanne) a pu prélever sur plusieurs malades des fragments de ménisques qui, examinés histologiquement, ont montré la réalité d'une infiltration inflammatoire chronique avec formations kystiques. Il considère la maladie de Hoffa comme étant la séquelle d'une méniscite chronique mal soignée.

M. Estor (de Montpellier). La localisation des lésions sur le ménisque externe est rare. L'auteur rapporte l'observation d'un cas qu'il a opéré et guéri et dans lequel seul le ménisque externe était altéré. A l'incision du ligament latéral, il préfère la section temporaire du ligament rotulien.

M. Frœlich (de Nancy) essaye souvent le traitement conservateur suivant la méthode que voici : mobilisation du genou sous chloroforme par traction, flexion et extension, puis immobilisation plâtrée pendant trois semaines. Le ménisque altéré se trouve refoulé en un point où il ne gêne pas. Sur 20 cas ainsi traités, il obtint 12 guérisons définitives.

M. Patel (de Lyon) cite 2 cas de lésion du ménisque interne où l'ablation de ce ménisque isolé n'amena pas une guérison parfaite. A cause de la persistance des douleurs, l'auteur réintervint et pratiqua l'ablation du ménisque externe qui était sain. Une guérison complète suivit.

M. Rœderer (de Paris) tient à répondre aux arguments des rapporteurs en ce qui concerne l'examen radiographique des genoux insufflés pour la recherche des lésions méniscales.

Il rappelle que les expériences de Terracol et de Colanéri en 1921, les investigations chirurgicales de ces auteurs, de Picqué, de Chauvin et Bourde, ont donné des résultats qui ne sont pas sans intérêt.

En outre, Terracol et Colanéri ont bien défini la technique et les indications. Il ne faut donc pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner ; c'est-à-dire, qu'elle met en évidence surtout la désinsertion méniscale, la rupture transversale, l'arrachement aux cornes et l'hypertrophie du ménisque.

Dans ces cas, elle ne sera pas infidèle comme le disent les rapporteurs.

Enfin, M. Rœderer affirme que l'injection n'est pas douloureuse si elle est faite dans une synoviale distendue, qu'il n'y a aucun accident inflammatoire et que les « ratés » sont nuls si l'on a soin de suivre la technique de Terracol et Colanéri.

Enfin, l'auteur pense que peut-être avec un autre gaz ou un autre liquide on pourrait reconnaître toutes les lésions méniscales.

M. DELCHEF (de Bruxelles) apporte des observations montrant que des ruptures méniscales contrôlées opératoirement n'ont jamais provoqué le blocage, tandis que d'autres affections du genou (corps étrangers, par exemple) laissant les ménisques indemnes, peuvent simuler, blocage compris, la symptomatologie d'une lésion méniscale.

Il serait donc excessif d'établir en équation blocage = lésion méniscale ; pas de blocage = intégrité des ménisques. Sous peine d'entraîner des interventions inutiles ou de faire perdre à des malades le bénéfice d'interventions nécessaires, il ne faut pas cacher aux praticiens la complexité très réelle de la question. Le traitement ne peut être que la méniscectomie totale. Convaincu qu'aucune incision rectiligne ne permet l'exploration complète et l'ablation facile du ménisque, M. Delchef fait une incision angulaire combinant avec la trans-rotulienne verticale une transversale interne ou externe poussée aussi loin qu'il est nécessaire. Pas de plâtre ; mobilisation active, immédiate.

Le résultat anatomique et fonctionnel fut excellent chez deux malades opérés suivant cette technique.

DEUXIÈME QUESTION

Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes.

Résumé du rapport de MM. DE ROUVILLE (de Montpellier) et MOCQUOT (de Paris).

Cet excellent travail s'ouvre par un historique rapide de la chirurgie des annexes depuis l'époque où Lawson-Tait découvre la technique et pose les indications de l'ablation des trompes.

Sous l'influence des progrès de l'asepsie, de l'amélioration de la technique et de l'usage de la vaccinothérapie, la guérison s'obtient de nos jours à moins de frais, et la chirurgie des annexes, autrefois radicale, s'affirme de plus en plus conservatrice ; elle limite l'exérèse aux seuls organes malades et sauvegarde les fonctions de la menstruation et de l'ovulation d'une façon partielle ou totale.

Quelles opérations répondent à ce dogme de la chirurgie contemporaine ? Quels en sont les indications et les résultats ? Telles sont les questions que les auteurs ont particulièrement traitées.

Exposé des différentes opérations conservatrices. — *A.* OPÉRATIONS MÉNAGEANT LA FÉCONDATION ; ELLES PORTENT SUR L'OVAIRE OU SUR LA TROMPE. — I. *Interventions portant sur l'ovaire.* — L'expérimentation et la clinique établissent nettement qu'un fragment minime d'ovaire sain suffit au maintien des fonctions génitales.

C'est dans les cas d'ovaires scléreux et surtout d'ovaires scléro-kystiques que la méthode conservatrice trouve ses applications les plus fréquentes.

Trois procédés peuvent être utilisés :

L'ignipuncture ne s'adresse guère qu'aux petits ovaires scléro-kystiques dont tous les kystes sont détruits par la fine lame du thermocautère. Ce procédé n'est pas sans danger ; on a signalé des hémorragies, des poussées inflammatoires et la formation de tissu fibreux cicatriciel.

La résection partielle de l'ovaire est plus recommandable. Elle s'applique surtout aux gros ovaires complètement dégénérés, aux ovaires scléreux et à ceux qui portent des masses kystiques volumineuses. Elle serait fréquemment suivie de la production d'un kyste ovarien secondaire donnant plus de troubles que l'ovaire scléro-kystique lui-même. Elle ne s'adresse pas à la cause de la dégénérescence ; la récidive est toujours possible.

Il est vrai surtout que, pour obtenir un bon résultat, il convient dans la plupart des cas d'ajouter à la résection de l'ovaire une opération complémentaire : appendicectomie, toilette du côlon, fixation de l'ovaire prolabé, hystéropexie, salpingostomie.

Un procédé récent s'adresse au sympathique artériel hypogastrique. Depuis longtemps on avait été frappé par la discordance qui existe entre l'intensité des douleurs accompagnant l'ovaire scléro-kystique et la discrétion des lésions observées. On se demande aujourd'hui s'il ne s'agit pas dans ces cas de troubles trophiques résultant d'un vice de fonctionnement du sympathique pelvien, d'où l'idée de réséquer le sympathique hypogastrique, ou même, ce qui est plus facile, le nerf présacré.

Roux (de Montpellier) vient d'apporter une base anatomique sérieuse à cette chirurgie du sympathique pelvien en décrivant dans le pédicule des ovaires scléro-kystiques des formations nerveuses anormales, véritables névromes témoignant d'une hyperneurogénèse incontestable.

II. *Interventions portant sur les trompes.* — Ce sont des opérations restauratrices qui rétablissent la continuité du conduit tubaire, assure à l'ovule son passage dans l'oviducte et sa migration vers l'utérus.

La salpingolysis consiste dans la suppression des adhérences du pavillon. Il est rarement possible d'ouvrir la trompe par le simple détachement de ses adhérences ; le plus souvent il est nécessaire de réséquer le pavillon et d'en créer un nouveau.

La salpingostomie répond à cette indication. Les procédés sont nombreux : excision latérale ovalaire du sac tubaire et suture de la muqueuse au péritoine ; rabattement d'un lambeau de la trompe basculé séreuse contre séreuse et fixation par quelques points de catgut ; suppression de l'extrémité oblitérée du pavillon.

La clinique montre par la constatation des grossesses consécutives que ce sont là des opérations parfaitement légitimes. Le secret du succès réside dans la persistance de la perméabilité du canal tubaire et de l'ostium uterinum. Nous possédons présentement deux moyens de mettre en évidence le degré de cette perméabilité : 1° la radiographie après injection de liquide opaque aux rayons (lipiodol, bromure de sodium à 20 p. 100) ; 2° l'insufflation tubaire de Rubin.

La salpingotomie longitudinale se résume dans une simple incision de la trompe qu'on ne suture pas, escomptant l'oblitération de la brèche par l'épiploon.

La salpingorraphie consiste à rapprocher de l'ovaire le pavillon dégagé de ses adhérences, à étaler les franges tubaires à la surface de la glande et à les y fixer par quelques points de catgut.

La salpingoplastie suppose une salpingostomie et une salpingorraphie préalables ; on incise alors sur un stylet introduit dans la trompe le rétrécissement de cette dernière, et l'on suture verticalement. A l'aide d'une fine bougie, un fil est passé dans la trompe et l'utérus est maintenu quatre jours dans cette position.

On peut encore, après résection du bloc cicatriciel de la trompe, faire une anastomose bout à bout.

Enfin, on a tenté, parfois avec succès et grossesse consécutive, d'implanter dans l'utérus, soit la trompe, soit un fragment d'ovaire libre, soit l'ovaire entier muni de son pédicule vasculo-nerveux.

B. OPÉRATIONS MÉNAGEANT LA MENSTRUATION. — La présence de l'utérus et d'un ovaire, ou tout au moins, la présence d'une portion suffisante de ces deux organes, est nécessaire pour conserver la fonction menstruelle et par suite l'équilibre organique de la femme.

— La salpingectomie double avec conservation de l'utérus et des ovaires ;

— La greffe ovarienne pratiquée en un point quelconque de l'organisme chez une femme ayant encore son utérus ;

— Enfin, l'hystérectomie fundique répondent à ces desiderata.

Indications et résultats. —Les méthodes conservatrices n'ont de raison d'être qu'avant la ménopause. Passé quarante ans, les effets de l'âge s'ajoutant à ceux des lésions enlèvent beaucoup d'intérêt à la conservation de la menstruation et de la corrélation ovarienne.

Il faut tenir compte aussi des conditions sociales de la malade, de son passé obstétrical, de la nature de l'infection causale, et se souvenir notamment que l'infection gonococcique se prête peu aux interventions limitées qui sont, par contre, fréquemment réalisables dans les infections streptococciques.

D'autres indications sont tirées de la clinique ; c'est souvent la douleur qui amène la malade au chirurgien ; cette douleur traduit plutôt une lésion de l'ovaire qu'une lésion de la trompe, c'est donc, dans ces cas, sur l'ovaire que doit porter l'opération.

Les troubles des règles ne sont point une contre-indication aux interventions conservatrices ; pourtant les métrorragies irrégulières nécessitent souvent l'hystérectomie ; elles sont dues à la fois à l'hyperémie de la muqueuse utérine et aux altérations de l'ovaire.

La leucorrhée exige un traitement pré-opératoire, mais n'exclut pas les opérations conservatrices.

L'état de l'utérus est un facteur important de détermination. La conservation n'est possible qu'avec un organe peu altéré.

La rétroversion adhérente exige presque toujours une opération radicale.

Enfin, certaines indications, les plus précieuses sans doute, sont d'ordre anatomique et ce n'est que le ventre ouvert qu'on pourra prendre une décision. Un péritoine peu altéré, une portion suffisante de tissu ovarien, un utérus susceptible d'être conservé au moins en partie, telles sont les conditions anatomiques fondamentales des interventions conservatrices.

Conditions générales des opérations conservatrices. — Elles ne doivent être tentées que chez des malades parfaitement refroidies et chez lesquelles un traitement médical bien conduit n'a pas été suivi de résultats.

Au stade aigu, certaines opérations essentiellement conservatrices peuvent être indiquées : la colpotomie souvent, la laparotomie sous-péritonéale plus rarement. Mais en dehors de cette thérapeutique d'urgence, l'abstention doit être la règle, maintenant surtout où nous disposons des ressources de la vaccinothérapie.

Le moment propice pour intervenir est la fin de la semaine qui suit les règles.

Ces opérations seront conduites avec précaution et douceur. Les adhérences ne seront pas décollées au doigt, mais coupées aux ciseaux. On évitera de drainer. Les soins post-opératoires ont une importantance considérable.

Résultats des opérations conservatrices. — Ce sont les grossesses ultérieures qui jugent ces opérations. Il suffit de conserver un ovaire et un utérus pour que la conception soit possible et que la grossesse évolue jusqu'à terme. La conservation de la trompe n'est pas indispensable.

Nombreux sont les cas de grossesse observés après des interventions qui semblaient en avoir supprimé toute possibilité. L'expérience prouve cependant que c'est en cherchant à se rapprocher des conditions normales qu'on a le plus de chance d'obtenir le résultat visé.

L'*ablation unilatérale des annexes* est une opération bénigne qui donne des résultats durables dans les deux tiers des cas. On aurait observé de 15 à 20 p. 100 de grossesses et de 8 à 10 p. 100 d'opérations itératives. Les récidives du côté opposé sont relativement fréquentes.

La *simple libération des adhérences péri-tubaires* peut être efficace ; il en est de même de la libération des franges du pavillon. Souvent, on doit compléter ces opérations par des salpingopexies qui remédient au prolapsus douloureux de l'ovaire.

La *salpingotomie et la résection tubaire* ont été fréquemment suivies de grossesses, mais il est difficile de fixer la proportion des succès.

L'*insufflation tubaire* devrait être utilisée non seu-

lement comme moyen de diagnostic, mais aussi comme traitement ; elle constituerait dans bien des cas une thérapeutique vraiment conservatrice.

L'ignipuncture de l'ovaire ne semble pas entraver la fonction de cet organe. Sur 51 malades ainsi traitées par Pozzi, 11 eurent des grossesses ; sur 45, opérées par Pierre Delbet, 27 furent revues dont 8 devinrent enceintes et accouchèrent à terme.

La *résection partielle de l'ovaire* donne des résultats éloignés satisfaisants tant au point de vue de la disparition des douleurs qu'au point de vue des possibilités de grossesses.

La statistique de Walter porte sur 242 opérées revues. 184 sont guéries, 47 ont encore quelques douleurs, 11 ont été réopérées dont 8 seulement pour récidives de salpingite, les 3 autres l'ayant été pour fibromes. Sur 188 opérées susceptibles de devenir enceintes, 50, soit 26,6 p. 100 ont eu des grossesses.

Il semble que l'ignipuncture et la résection ovarienne aient sensiblement la même valeur.

Leriche a pratiqué douze fois la sympathectomie sur l'hypogastrique, l'iliaque primitive et quelquefois l'ovarienne pour des syndromes douloureux pelviens, presque toujours avec des résultats encourageants.

Hallopeau a obtenu un beau succès par la résection du plexus hypogastrique dans un cas de crises névralgiques génitales.

Cotte a appliqué la méthode aux douleurs qu'on attribue habituellement à l'ovaire scléro-kystique. Il a obtenu des guérisons se maintenant depuis dix et quinze mois.

Hamant ajoute à la sympathectomie artérielle, la section du nerf pré-sacré. Certaines malades restent guéries après dix-huit mois.

Enfin, Lhermitte et Dupont pensent que les seules opérations logiques dans l'ovarite scléro-kystique sont celles qui s'adressent aux nerfs. Ils préconisent l'énervation de l'ovaire par section des filets nerveux dans le hile. L'opération, pratiquée neuf fois, a donné un bon résultat.

Restauration de la fonction de reproduction après ablation des trompes. — Il est certain que la grossesse est possible après ablation des trompes. Sobre et Casas ont réséqué la trompe cent quinze fois à un centimètre de la corne utérine sans la lier, et fixé l'ovaire à son contact par une suture. Ils ont obtenu 14 grossesses à terme avec enfants vivants.

Il existe quelques observations de grossesses après greffes libres d'ovaire auto-plastiques ou homoplastiques. En face de ces cas, deux réserves sont à faire : un fragment d'ovaire était peut-être resté en place ; peut-être aussi existait-il un ovaire surnuméraire.

La transposition de l'ovaire muni de son pédicule vasculaire, dans la cavité utérine a été pratiquée cinquante fois par Tuffier et cent fois par Estes. De leur statistique, il ressort que la menstruation n'est troublée ni dans son rythme, ni dans sa durée.

Aucune des opérées de Tuffier ne présenta de grossesse ; une seule malade d'Estes devint enceinte ; mais une femme opérée par Raymond Petit mena une grossesse à terme et accoucha d'une enfant de 8 livres bien constituée.

Résultats et indications des opérations conservant le cycle génital périodique. — I. Conservation de l'utérus entier et d'une quantité suffisante d'ovaire. — Les fonctions ovariennes ne sont pas troublées, la menstruation est plus régulière et moins douloureuse ; la métrite persiste dans un tiers des cas.

Dans l'ensemble il s'agit là d'une bonne opération, à condition qu'on l'emploie quand les lésions tubaires sont bilatérales et bien circonscrites, sans grosse réaction péritonéale, sans adhérences trop marquées.

L'important ici est l'état de l'utérus. Pour peu que celui-ci soit dévié, volumineux, que le péritoine qui le recouvre soit altéré, mieux vaut recourir à l'opération de Beutner.

II. Hystérectomie fundique (opération de Beuttner). — Elle consiste dans l'excision transversale et cunéiforme du fond de l'utérus. Lecène et Gaudart d'Allaines ont exposé les résultats d'une série de 74 opérés ; ils sont en général favorables. La mortalité est cependant sensiblement plus forte que celle des autres opérations conservatrices.

Les greffes ovariennes. — Dans la moitié des cas, les résultats immédiats sont bons, mais au bout d'un temps plus ou moins long, les greffes subissent une atrophie progressive fatale.

Conservation de l'ovaire isolé. — La conservation de l'ovaire après hystérectomie n'offre pas un grand intérêt. Peut-être la corrélation ovarienne s'exerce-t-elle sur l'apparition de l'obésité. Mais il est certain que l'ovaire ainsi abandonné est exposé à quelques rixes : dégénérescence kystique, cysthématomes menstruels post-opératoires.

Opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle. — Elles ne sont applicables que dans les formes torpides bien limitées, chez des sujets dont l'état général est resté bon. Dans les formes actives, extensives, l'opération radicale est nécessaire.

Les lésions les plus favorables aux interventions conservatrices seraient l'hydrosalpinx tuberculeux et l'abcès froid tubaire.

Opérations conservatrices par la voie vaginale. — Elles n'ont en France que bien peu de partisans. Elles ne sont indiquées qu'après une colpotomie et en présence d'affections inflammatoires banales. S'il s'agit de lésions bacillaires, elles doivent être rejetées formellement.

(A suivre.)

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, 86-92, rue Vieille-du-Temple, Paris.

Documents cliniques sur le stovarsol 1922-1925. (Un vol. de 230 pages).

CHEZ VIGOT.

Dr Marcel CLERC. — **La tuberculose dans la marine marchande.** (In-8°, 64 p. ; 7 fr.)

IMPRIMERIE MAZEL, à Largentière (Ardèche).

Dr J. BARATOUX. — **La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Appareils et méthodes** (Un vol. 96 p., avec fig. : 12 fr. En vente dans toutes les librairies médicales.)

Chez N. MALOINE.

H. GOUGEROT, professeur agrégé à la Faculté de Paris. — **Le traitement de la syphilis en clientèle.** (Un vol., 720 p. avec 93 fig., 13 planches, 4e édition 1927). (*Collection : Comment guérir ?*)

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE. 26, rue Jacob, Paris, VIe.

L. MACHEFEL, chef de l'office des renseignements agricoles au Ministère de l'Intérieur. — **La production et le commerce des céréales**, statistique, législation douanière, réglementation intérieure. (Un vol., 130 p : 7 fr. 20.)

A la librairie Ch. BEYEART, 6, rue Notre-Dame, à Bruges (Belgique).

Dr Eugène HUBERT. — **Le devoir du médecin.** (Un vol. 180 p. Prix : 10 fr. ; 15 franco par poste.)

A la librairie PAYOT, 106, boulevard Saint-Germain.

Dr Alfred ADLER. — **Le tempérament nerveux.** Eléments d'une psychologie individuelle et application à la psychothérapie. *Traduit de l'allemand*, par le Dr Roussel. (in-8° de la *Bibliothèque scientifique*. Prix : 30 fr.)

A l'imprimerie JEHLEN (Dépôt chez Maloine).

Dr Paul FUMOUZE. — **Pensées et contes de philosophie médicale** : 12 fr.

A la librairie du « MOUVEMENT SANITAIRE », 4, rue de Sèvres.

René LACAISSE, docteur en droit. — **L'hygiène internationale et la Société des nations.** Préface du Dr G. Dequidt. (Un vol. in-8° : 15 fr.)

A L'OFFICE DE VULGARISATION PHARMACEUTIQUE, 5, rue de Tracy, Paris.

Louis VIDAL et DAREAU. — **Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques.** Edition 1926, 8e année. (Un vol. 600 p. : 12 fr. 50.)

Chez VIGOT FRÈRES, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

G. LEMOINE et Jean MINET, professeurs à la Faculté de Lille. — **Manuel de thérapeutique clinique.** (In-8°, VIII, 848 p. : 60 fr.)

A. BRINDEAU et P. LANTUÉJOUL. — **La pratique de l'art des accouchements. IVe fascicule** : les opérations. (4e édition du Traité de Bar, Brindeau et Chambrelent.) (1 vol. 300 p., 289 fig.)

G. CHAUMET, agrégé du Val-de-Grâce. — **Etude simplifiée des notions actuelles sur la nature des rayons X.** (Un vol. in-8°, 260 p., 29 fig. : 15 fr.)

A l'imprimerie Camille ANDRÉ, 1, boul. Jean-Jaurès, à Nancy.

Dr Louis MERKLEN, préparateur à la Faculté de Nancy — **Le rythme du cœur au cours de l'activité musculaire et notamment des exercices sportifs.** (Un vol. 388 p. avec pl. En vente chez Amédée Legrand, éditeur, 93, boul. Saint-Germain, Paris.)

Les Thèses

P. — Dr H. GALMIER. — **La Pâte de glycérine-kaolin en thérapeutique gynécologique.** (Imprimerie J. Bière, Bordeaux, 1926.)

On sait quel excellement anti-phlogistique est la glycérine employée en pansements locaux, notamment dans les affections vulvo-vaginales. Par l'exsudation osmotique qu'elle provoque, elle pratique une véritable saignée blanche, éminemment décongestionnante. Si on l'associe à une poudre inerte et à certaines substances bactéricides, on double, d'une action isolante et désinfectante de ces substances, les effets bienfaisants de l'exsudation séreuse.

C'est ce procédé de traitement des affections génitales basses de la femme que l'auteur décrit dans son intéressant mémoire inaugural. En voici la technique détaillée.

Composition et préparation de la pâte glycérine-kaolin. — La pâte glycérine-kaolin est un mélange intime de glycérine anhydre et de kaolin lavé et desséché (200 gr. de glycérine pour 300 gr. de kaolin). Elle présente un aspect blanc grisâtre et une consistance assez ferme. La préparation avec un pilon à main est pénible, si bien que, pour pouvoir triturer le mélange, on est obligé d'incorporer trop de glycérine ; le produit obtenu, semi-liquide, est d'un usage difficile et n'adhère plus suffisamment aux muqueuses.

La pâte que nous employons se trouve dans le commerce ; la consistance désirable étant obtenue grâce à de puissants pétrins mécaniques.

Technique du pansement vaginal à la pâte glycérine-kaolin. — La pâte glycérine-kaolin peut être employée à froid ou à chaud, suivant les cas. On la chauffe au bain-marie pendant une dizaine de minutes dans un récipient fermé, afin d'éviter que la glycérine de la pâte ne soit hydratée par la vapeur d'eau d'eau du bain-marie. La température est évaluée en plongeant dans la pâte le réservoir d'un thermomètre : Entre 45 et 50°, on peut l'employer. La technique de la confection et de la pose du pansement que M. Douay nous fit employer, **dit l'auteur,** est la suivante : « Nous étalons, dans le fond d'une cuvette stérilisée, une mèche à pansement vaginal de 50 cm. sur 5 cm. environ. L'extrémité de la mèche étant dépliée sur une dizaine de centimètres, nous y appliquons, gros comme un petit œuf, de la pâte glycérine-kaolin et rabattons dessus les bords de la mèche. Nou saisissons le bout enduit de pâte avec une pince ; à l'aide d'un spéculum, nous le portons jusqu'au fond du vagin en ayant soin de bien combler les culs-de-sac et d'isoler le col au milieu du pansement ; le reste de la mèche est tassé légèrement dans le vagin afin d'éviter l'accolement des muqueuses, mais de façon à permettre le drainage des mucosités. On peut, avant l'introduction, humecter, avec un peu d'eau, l'extrémité de la mèche, de façon à rendre le pansement plus glissant et à en faciliter la pénétration dans certains cas de vaginite aiguë, quoi qu'il soit préférable de laisser à la glycérine tout son pouvoir hydrophile. L'autre bout de la mèche est muni, comme d'habitude, d'un cordonnet permettant de la retirer facilement. Dans le service, le pansement est appliqué le matin et gardé jusqu'au lendemain soir ; la malade l'enlève alors en tirant sur le cordonnet et prend une injection ; elle en prend une autre le matin suivant et vient à la consultation se faire appliquer un nouveau pansement : autrement dit, nous faisons un pansement tous les deux jours.

« Il faut prendre la précaution de conseiller à la malade de se garnir.

« En résumé : 1° Les indications de ce traitement sont particulièrement les affections vulvo-vaginales trophiques, arthritiques, eczémateuses, prurigineuses, qui sont habituellement mal influencées par les antiseptiques et les pansements ordinaires. Nous avons étudié spécialement la vulvo-vaginite trophique après la ménopause naturelle ou artificielle, les lésions prurigineuses de la vulve, le vaginisme, la radium-vaginite. Dans ces cas, les résultats obtenus sont intéressants à connaître.

« 2° La pâte glycérine-kaolin peut encore être utilisée dans le traitement des métrites cervicales et dans les affections inflammatoires des annexes, ainsi que dans les indurations pelviennes post-opératoires. Dans ces deux derniers cas, la pâte, appliquée chaude, agit surtout par la chaleur qu'elle dégage.

« 3° Nous rappelons que la pâte qui nous a donné les meilleurs résultats nous a été fournie par les Laboratoires de l'antiphlogistine qui ont bien voulu nous en donner la formule comme suit : glycérine 20 kgr. ; kaolin 30 kgr. ; iode 3 pr. 50 ; acide borique 45 gr. ; acide salicylique 9 gr. ; essences de menthe, Eucalyptus, gaultéria, āā : 6 gr. »

NOTES DE PUÉRICULTURE

Les farines lactées, diastasées et l'insuffisance digestive des nourrissons.

En dépit des progrès de l'hygiène et de la diététique, la mortalité infantile demeure anormale, puisqu'un enfant sur cinq meurt au cours de la première année : quelles sont les causes de cette hécatombe ? abandon de l'allaitement maternel, sevrage prématuré, allaitement artificiel mal réglé et insuffisant, toutes conditions qui conduisent à compléter l'alimentation du nourrisson par les farines à une époque où ses capacités digestives ne lui permettent pas encore de les assimiler.

De là l'importance *du choix des farines* que l'on doit conseiller et l'intérêt des travaux se rapportant à ce sujet.

Dans un récent article (*Concours médical*, 3 octobre 1926), M. R. Lecoq, étudiant les reproches adressés aux farines lactées, en général, montre que cette question se réduit à ces deux points essentils :

1° L'anatomie, comme la physiologie nous ont révélé que, jusqu'au neuvième mois, les glandes digestives sont chez l'enfant inexistantes ou encore en voie de développement ; on ne peut donc faire entrer dans l'alimentation du nourrisson que le lait ou les *farines réellement diastasées.*

2° On a trop souvent fait confiance à des farines qui en réalité n'étaient que de simples mélanges *hétérogènes*, ou des farines insuffisamment modifiées et dont « *le maltage demeurait illusoire* ».

Seules doivent être utilisées, les farines lactées vraiment diastasées, *prédigerées*, et dans un second article (*Concours médical*, 17 octobre 1926) l'auteur précise les caractères que doit présenter une bonne farine lactée :

« Pour répondre à des indications multiples, aujourd'hui bien établies, une bonne farine lactée doit être : *lactée, dextrinée, diastasée*, et en outre renfermer en faible proportion des éléments féculents inattaqués ». « Le mélange plus ou moins heureux de poudres de lait, de farines (même grillées), et de sucre, ne donne que des produits lactés *hétérogènes*, qui sont bien loin de présenter les qualités des véritables farines lactées *homogènes*, où le lait se trouve intimement associé aux farines par imprégnation diastasique et par grillage ».

La farine lactée diastasée « Salvy » répond complètement aux conditions exigées par cet auteur, ainsi qu'à celles qu'impose l'insuffisance digestive du nourrisson.

Les produits qui entrent dans sa composition sont : le lait pur de Normandie, la farine de froment sélectionnée, le sucre ; ils subissent en cours de préparation une *action diastasique rigoureusement effective et soigneusement contrôlée* ; les éléments amylacés sont en majeure partie transformés en maltose et dextrines ; le grillage au four amène la transformation en *dextrines blondes*, comme le conseillent les auteurs, de même qu'une faible partie de l'amidon demeure inattaqué.

La farine lactée diastasée (Salvy) est un produit *homogène* et non un simple mélange, elle est réellement *diastasée* et prédigérée, ainsi qu'il est facile de le vérifier : la bouillie de farine « Salvy » présente l'aspect semi-liquide, bien différent de l'apparence consistante et pâteuse des farines non diastasées.

Dans ces conditions, et en tenant compte des étapes rationnelles qui s'imposent dans l'alimentation infantile, quelles sont les indications de la farine lactée diastasée « Salvy ».

1° *Préparée à l'eau*, elle constitue temporairement l'aliment de secours par excellence des troubles tels que l'intolérance lactée : elle fournit à l'enfant le lait sous une forme spéciale qui est bien supportée, alors que le lait en nature ne l'est pas, même coupé d'eau bouillie.

Dans les troubles digestifs plus légers, préparée à l'eau et progressivement additionnée de lait, elle permet le repos de l'estomac tout en assurant l'alimentation.

Dans ces cas, *si l'usage doit en être prolongé*, il convient d'adjoindre les jus frais de fruits, à la dose d'une à deux cuillerées à café par jour, pour éviter tout accident de carence.

2° *Préparée à l'eau*, puis *additionnée de lait par moitié*, elle permet dès le sixième mois, de compléter l'allaitement, par l'apport d'une farine digestible et bien assimilée.

3° Elle facilite, dans les mêmes conditions, la *préparation du sevrage* et y conduit sans incident, car elle est, en raison de son goût agréable, toujours bien acceptée.

4° Dans tous les états d'*inanition* ou d'*hypo-alimentation*, elle constitue un véritable super-aliment, car en raison même de sa digestibilité parfaite, on peut l'utiliser à doses plus élevées que les autres farines.

Dr D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA PROCHAINE ASSEMBLÉE DE L'UNION

Par le Dr BATIER (de Strasbourg).

Le programme de la prochaine assemblée générale de l'Union des syndicats médicaux de France est tracé par les questions que pose le rapport du secrétaire général (1). Je me demande s'il n'est pas trop ample ; mais il est vrai que si l'Exécutif le limitait davantage, on ne manquerait pas de lui reprocher, dans certains milieux et notamment sur l'Aventin, de le faire à dessein pour mieux exercer je ne sais quelle dictature.

Certainement l'assemblée ne pourra pas s'intéresser à ces questions de la même manière, ni avec l'attention qu'elles comportent, si elle les examine toutes. Il semble souhaitable qu'elle fasse un choix, concentre son activité sur les plus urgentes et ajourne ce qui peut attendre. Ainsi seulement, elle pourra faire de bon travail.

1° Assurances sociales.

Ce problème colossal, angoissant pour le corps médical, a été à la fois trop et insuffisamment étudié par les assemblées antérieures. Ayons le courage de dire que malgré les avertissements de l'Exécutif, les syndicats sont trop longtemps demeurés indifférents devant ce syndrome social, qu'ils jugeaient lointain et dont ils ne voyaient pas la formidable influence sur l'exercice de la médecine. De toutes les causes de la scission, celle-là, dont on n'a pas parlé, est peut-être la principale, car certaines tendances personnelles des dirigeants ne se seraient point manifestées si la volonté réfléchie du corps médical s'était affirmée à temps. Tous ceux qui ont part à la direction du mouvement professionnel ont connu l'embarras où les laissent souvent nos syndicats, dont les assemblées dégagent confusément ou trop tard la volonté latente.

Et cependant ce problème a été trop longtemps sur le chantier de l'assemblée générale, justement parce que mal documentés, les délégués n'arrivaient point à dégager la pensée collective du corps médical : ils se contentaient de répondre tant bien que mal et passivement à des questions graves, et ils étaient souvent inquiets du sort que leur réservait leur syndicat n'étant point sûrs d'avoir bien démêlé la pensée subconsciente de leurs commettants. Les grands débats se passaient entre quelques militants de grande envergure, devant une majorité qui figurait sur les gradins des spectateurs au lieu de jouer le rôle du chœur de la tragédie antique. Ils se sont prolongés — et il était fatal qu'ils se prolongeassent — jusqu'au jour où cette majorité a pris nettement position. Cette longue discussion, sans cesse reprise, a fini par énerver la masse, en accentuant l'opposition entre les militants de tendances opposées.

Cette fois-ci, c'est dans une atmosphère éclaircie par les décisions de juillet dernier, que sont posées deux questions précises à l'assemblée.

a) Le corps médical refusera-t-il sa collaboration à l'application de la loi d'assurances sociales si la loi n'exclut pas le forfait, quel qu'il soit, des possibilités contractuelles ?

Une correspondance récente m'a montré que malgré mes répétitions, on me prête dans certains milieux des opinions que je n'ai jamais eues. Je rappelle donc que depuis mon premier article sur les assurances sociales (*Vie médicale*, 1921), j'ai toujours conseillé l'entente directe à l'intérieur du contrat collectif, dans les pays où, comme en France, le problème se pose dans toute sa nouveauté.

Mais frappé des divergences de vues qui séparaient les militants, convaincu par ailleurs que l'unité du corps médical devait se réaliser sur une formule quasi-unanime pour exercer quelque influence sur les pouvoirs publics, sachant aussi qu'il est plus facile de ne pas mettre quelque chose dans une loi que d'y placer quelque chose, j'ai soutenu depuis deux ans, que le corps médical devrait réclamer que liberté pleine et entière soit laissée par la loi aux syndicats, pour régler par contrat les conditions d'exercice de la profession en matière d'assurances sociales.

Apparemment, je devrais donc répondre : non, à la question posée par le secrétaire général. Mais ce ne serait pas si logique qu'un examen superficiel le ferait croire. Je réponds ; *non*, si une minorité tient au forfait, parce que contrairement aux dissidents qui veulent imposer leur volonté aux autres syndicats, je suis particulièrement jaloux de l'autonomie syndicale. Mais j'espère que le forfait ne trouvera pas un seul défenseur parmi nous et alors il faudra s'armer de cette unanimité

(1) Ce rapport ne m'était pas encore parvenu à l'heure où j'écrivais ces pages ; le texte des questions posées était connu par le *Bulletin du syndical de Seine-et-Marne*, numéro du 20 octobre 1926. J'ai lu depuis, le remarquable exposé de notre confrère LENGLET et n'ai rien à changer à mon article.

vis-à-vis des pouvoirs publics en répondant : « *oui*, nous refuserons notre collaboration à la loi, si le forfait n'en est pas formellement exclu ».

b) Le corps médical organisé refusera-t-il sa collaboration à la loi si elle ne laisse pas aux syndicats la certitude de pouvoir passer avec les Caisses un contrat ne comportant aucun tarif, le taux des honoraires étant établi par entente directe entre le médecin et son malade ?

Il est évident que je réponds : *oui*.

Sera-t-il permis de faire remarquer que déjà l'assemblée de juillet a pris position sur ces deux questions ? Et avec quelle netteté ! Pourquoi les poser à nouveau ? Cela ne peut qu'énerver l'opinion et faire perdre du temps. L'assemblée de décembre devrait donc écarter tout débat à ce sujet et inviter le Conseil à prendre pour directive l'ordre du jour voté en juillet.

Reste à savoir ce qu'on entend par refus de collaboration à la loi. Dans la pensée de la plupart des médecins, cela signifie qu'ils se refuseraient à exercer dans le cadre de la loi, aussi longtemps que cette loi serait contraire aux deux ou trois principes fondamentaux de la pratique médicale, telle qu'ils la conçoivent. Dans la pensée de certains militants, cela signifie que le corps médical organisé devrait cesser de s'intéresser à l'évolution de la loi et à sa mise en pratique, si le législateur faisait opposition à ces principes. Il y a là le germe d'un malentendu. C'est à l'éclaircir que devrait s'employer la prochaine assemblée.

Pour moi, il est évident que le corps médical organisé doit exercer son influence sur les pouvoirs publics, même si le législateur méconnaît notre conception. Il doit continuer à l'exercer, pour l'avertir des risques qu'il fait courir à la loi en lui aliénant le concours des médecins, pour tenter de neutraliser certaines dispositions de la loi par le règlement d'administration publique et — qui sait ? — obtenir peut-être l'amendement de la loi avant même son application, comme cela s'est vu pour d'autres sujets. Plus précisément, le corps médical devra en tous cas déléguer ses représentants au Conseil supérieur des assurances sociales qui aura à donner son avis sur le projet de règlement d'administration publique. Ces représentants seront d'autant plus écoutés que la défection du corps médical sera plus à craindre.

J'entends l'objection : les pouvoirs publics se passeront des médecins, si ceux-ci boudent la loi. Je ne le crois pas. Car alors ils prendraient, à la face de l'opinion, la très grave responsabilité de rejeter le corps médical dans l'opposition irréductible à la loi et je cherche l'homme politique qui oserait pareille aberration.

2° Groupements de syndicats.

Ici encore il faut s'entendre et par conséquent bien préciser sa pensée.

Les syndicats n'ont pas besoin d'une décision de l'assemblée des délégués pour constituer des fédérations ou groupements régionaux quand naissent des intérêts professionnels d'ordre régional. Faut-il créer artificiellement des groupements de ce genre, là où leur utilité ne s'est point révélée ? Laissons donc l'initiative aux syndicats !

A mon sens, l'Union réunit et doit continuer à réunir des syndicats.

Doit-elle donc ignorer complètement les fédérations ? Au fond, la question se limite au problème de l'élection du Conseil de l'Union. Ici deux conceptions se heurtent : l'une veut que le Conseil soit homogène et représente uniquement la majorité ; l'autre, estimant que le Conseil dirige la politique professionnelle sans le contrôle de l'assemblée 360 jours par an — et il ne peut d'ailleurs en être autrement, — souhaitent une représentation proportionnelle. Je partage ce dernier point de vue.

On peut concevoir cette représentation proportionnelle, soit par la répartition des sièges entre listes présentées aux suffrages de l'assemblée générale, soit par la représentation régionale. Or, les statuts actuels permettent aux groupements de syndicats de faire, comme l'on dit, jouer le quotient, c'est-à-dire de désigner un membre du Conseil, si le nombre de leurs membres atteint le quotient

$$\frac{\text{nombre des médecins affiliés à l'Union}}{\text{nombre des membres du Conseil}}$$

Certaines notabilités syndicales ont parfois fait des difficultés pour l'application libérale de cette clause. Il semble que les syndicats dont les ressorts constituent une unité géographique, devraient avoir le droit de s'unir pour faire jouer le quotient, sans autre formalité que la déclaration préalable au siège social. Bien entendu, les groupements électoraux ainsi constitués ne devraient plus participer en assemblée à l'élection complémentaire, que pour la part de leur effectif qui dépasserait le quotient, selon la très juste remarque de Lefèvre (du Cher).

Si ces facilités sont données, le principe recevra satisfaction et il sera appliqué dans la mesure même où les syndicats le désireront. Cela vaudra infiniment mieux qu'une division régionale, assez difficile à réaliser d'ailleurs sans arbitraire. Et puis si l'on obligeait les syndicats à se grouper ainsi, je sais des régions où la vie professionnelle est très unie et où l'élection d'un représentant au Conseil sèmerait la division entre syndicats voisins. Ecartons tout ce qui divise ; créons tout ce qui peut mieux nous unir !

3° Code de déontologie.

Ce code doit-il être commun à tous les syndicats ?

Sans doute il serait souhaitable que la déon-

tologie soit uniforme. Mais n'oublions pas qu'elle comprend, dans la pratique, à côté des règles fondamentales sur lesquelles tout le monde est d'accord, ce que des juristes appelleraient le droit coutumier. Or, il suffit d'avoir suivi quelques audiences rurales de justice de paix pour savoir que la coutume varie d'une région à l'autre. De même en médecine, il y a des coutumes régionales dont il faut tenir compte. Les syndicats disposent de quelques bons codes, identiques sur les points principaux, différents sur des points secondaires. Qu'ils soient formellement invités à en adopter un, s'ils n'en ont point encore, mais gardons-nous d'imposer à tous un vêtement de confection qui ne saurait convenir à tous les climats !

Dans cet esprit, c'est évidemment aux syndicats qu'il appartient de créer les tribunaux de première instance. Ce que l'Union doit prévoir, c'est la juridiction d'appel. En Alsace où les syndicats ont une justice corporative bien organisée dont les sanctions sont appliquées, l'instance d'appel est prévue par les statuts de la Fédération. Mais il arrive que certaines affaires sont bien délicates à juger au sein de petits syndicats ; ceux-ci se désaisissent donc en faveur de l'instance fédérale ; mais alors nous manquons d'instance d'appel. On voit que, dans la région de France où la justice corporative est le mieux organisée, on sent tout de même le besoin d'une instance d'appel supérieure.

C'est à la constitution d'un Conseil national de famille, que devrait se borner pour le moment l'activité de l'Union en ce domaine. Ce Conseil ne devrait comprendre aucun des membres du Conseil d'administration en exercice, en vertu du principe d'incompatibilité entre l'Exécutif et le judiciaire. Il devrait être assez nombreux, afin que, après les récusations que la procédure doit prévoir, il reste assez de membres pour constituer un tribunal de cinq juges.

Comment jugerait ce Conseil s'il n'y a point code unique pour toute la France ? C'est bien simple : il jugerait non pas en droit, mais en équité, sur la base du code de déontologie qui fait loi pour le syndicat du médecin en cause.

Si l'on veut faire quelque chose d'utile, de vivant, si l'on ne veut provoquer aucun froissement, voilà ce qu'il faut faire et rien autre.

4° Organisation du service de santé militaire.

Un statut spécial établissant le statut particulier des médecins de complément doit-il être prévu dans le texte d'une loi portant réorganisation du service de santé militaire ?

Si l'on veut aboutir à quelque chose dans les rapports avec l'Administration, il ne suffit pas d'avoir raison ni d'être bien accompagné ; il faut aussi et surtout frapper à la bonne porte. Ce n'est pas dans la loi sur l'organisation du service de santé que le statut des médecins de complément est à envisager ; c'est dans la loi sur l'organisation des cadres de réserve de l'armée. Or, cette dernière loi a été promulguée le 8 janvier 1925. Le cas des médecins y est prévu. La loi en préparation sur l'organisation du service de santé ne saurait y changer quoi que ce soit, pas plus qu'une loi réglant le service de l'artillerie ou des chars d'assaut ne pourrait changer quelque chose au statut des officiers de ces armes.

Ce qu'il faut faire, aussi longtemps que les médecins de complément seront des officiers légalement assimilés aux autres officiers, c'est étudier la loi sur l'organisation des cadres de réserve et voir si le corps médical n'a pas de modifications à proposer quant à son texte.

Est-ce à dire qu'on puisse se désintéresser de la future loi sur l'organisation du service de santé militaire ?Non. Ceux qui ont fourni les neuf dixièmes du corps de santé militaire pendant la guerre ont leur mot à dire, au moins autant que certains membres de l'Académie de médecine, que le ministère de la guerre consulte volontiers et qui ont vu la guerre au télescope. Mais c'est toute l'armature du service de santé, en paix comme en guerre, qu'il faudrait envisager. Encore que j'y aie quelque compétence, on comprendra que je recule aujourd'hui devant un aussi vaste problème.

5° Loi des pensions.

Déjà l'an dernier, la question des honoraires pour soins aux mutilés de guerre avait agité l'assemblée et elle aurait certainement tenu le premier plan de l'actualité, s'il n'y avait pas eu l'agitation créée autour des assurances sociales.

Cette année, il s'agit de savoir si l'on cessera de collaborer à l'application de la loi des pensions au cas où les tarifs ne seraient pas unifiés à un minimum de x.

Comme il n'est pas dans mes habitudes de faire de la démagogie, je n'hésite pas à dire toute ma pensée. Je suis partisan de l'unification des tarifs, mais non pas artificiellement dans les ententes avec les pouvoirs publics ou les grandes collectivités, quand les médecins n'ont pas le courage de la réaliser en clientèle privée ; car alors la partie adverse ne donne son consentement qu'à un tarif moyen, favorable aux syndicats faibles, défavorable au contraire aux syndicats énergiques et travailleurs.

L'unification des tarifs doit se faire par relèvement du tarif minimum de chaque syndicat jusqu'au niveau du plus élevé, car toujours les tarifs que nous pratiquons librement en clientèle privée pèseront sur nos tarifs contractuels et il est inadmissible que l'avant-garde du mouvement professionnel recule ou marque le pas à cause de l'arrière-garde.

J'estime donc qu'il faut demander au ministre des pensions non pas un tarif, mais une règle ainsi conçue : « Le tarif sera déterminé dans chaque département par contrat entre les syndicats médicaux et la préfecture *sur la base du tarif minimum de la clientèle privée.* »

Si cette demande très raisonnable et qui a l'avantage de supprimer tout marchandage entre l'Union et l'Administration, n'obtenait pas satisfaction avant le 1er février 1927, il faudrait cesser de collaborer à l'application de la loi. Et c'est alors que la plate-forme révèlerait toute sa valeur, car devant l'opinion publique, la revendication du tarif minimum de la clientèle privée rencontrerait une faveur dont aucun tarif précis ne saurait bénéficier.

La cessation de toute collaboration entraînerait-elle la cessation de toute participation syndicale au contrôle ? Je réponds : *non*, pour les mêmes raisons qui, en ce qui touche les assurances sociales, m'ont fait dire que le corps médical organisé devrait suivre la préparation du règlement d'administration publique, même si les conditions, mises par lui à sa collaboration sur le terrain pratique, n'étaient pas respectées par le législateur. De même que les syndicats de mineurs assurent le service d'entretien des mines pendant la grève, dans leur propre intérêt, de même nos syndicats doivent conserver les postes d'écoute et d'influence qu'ils ont su conquérir. Laissons à l'Administration le soin de commettre la faute énorme de remercier nos délégués au contrôle, si par impossible elle en était capable.

6° Lutte contre les fléaux sociaux.

Ayant pris quelque part à l'élaboration du contrat passé entre la Fédération d'Alsace et l'Association régionale contre la tuberculose, j'enregistre avec satisfaction que ce contrat semble considéré comme un modèle. Il y a à cela deux raisons : nous avions pris comme base de départ le contrat-type élaboré par l'Union ; nous avons eu en face de nous, pour négocier au nom de l'Association, trois confrères dont un syndiqué militant, un autre syndiqué et un non-syndiqué qui sert la cause de l'hygiène publique sans intérêt personnel.

Pour la lutte antisyphilitique, l'organisation des assurances sociales, qui rend à peu près inutile l'œuvre sociale entreprise dans les autres régions, a retardé les efforts de l'Administration dans les départements alsaciens. Manquant donc de compétence à ce sujet, nous serons très heureux d'entendre ce que l'expérience a donné dans l'Aisne, le Loiret, la Nièvre, etc., d'autant plus que nous sommes sollicités de suivre cet exemple et qu'*a priori* le système tant critiqué des assurances sociales nous paraît laisser plus d'indépendance au médecin.

En ce qui concerne la lutte anti-cancéreuse, la collaboration syndicale se borne, en Alsace, à la présence d'un délégué syndical au conseil d'administration du Centre anti-cancéreux. Cette présence n'a pas empêché le Centre de traiter au rabais, afin de s'assurer le monopole, en décourageant les confrères très compétents et puissamment armés de moyens thérapeutiques, qui soignent en ville le cancer par les procédés les plus modernes. Jusqu'ici les confrères en question résistent. Il serait pour nous très intéressant d'apprendre si ce phénomène social est purement local et témoigne d'une conception spéciale de la déontologie professionnelle, ou si, général, il résulte d'instructions ministérielles en vue de socialiser peu à peu la médecine entre les mains des services d'Etat. Dans ce dernier cas, l'Union aurait l'impérieux devoir de se saisir de la question.

Tous ces problèmes mitoyens entre l'hygiène et la thérapeutique ne sont mitoyens qu'en apparence ; en fait, ils débordent largement sur les plates-bandes du praticien. Il est urgent que les syndicats tentent de les résoudre selon une vue d'ensemble. C'est à quoi nous nous employons en Alsace depuis quatre ans. La création d'un Office départemental ou régional d'hygiène publique, création syndicale, me paraît utile à ce point de vue. Mais, en cette matière, rien de durable, rien de solide ne sera fondé, si l'initiative ne vient pas des syndicats. Le rôle de l'Union consiste à recommander vivement l'organisation d'une institution de ce genre et à donner des conseils pratiques pour sa réalisation : c'est tout.

Voilà terminé cet examen rapide du programme proposé à la prochaine assemblée générale de l'Union. On y a développé des vues personnelles en toute indépendance. Le but poursuivi est moins de convertir des confrères aux idées qui y sont émises, que de faire cristalliser leur opinion au contact d'une pensée qui n'est pas fatalement la leur.

Post-scriptum.— Les syndicats ont reçu fin octobre une circulaire de l'Union, qui traite d'une question dont ne parle point le rapport du secrétaire général. Il s'agit des syndicats généraux de spécialistes, qui ne seraient plus *à l'avenir* rattachés à l'Union, tant que tous les spécialistes inscrits dans ce syndicat général ne feraient point partie de leur syndicat local.

Je ne veux pas m'étendre ici sur le fond du problème. Les rapports entre syndicats généraux de spécialistes et syndicats locaux sont si délicats à régler qu'on avait jusqu'ici ajourné leur réglementation. La scission n'a pas simplifié la question. L'Union devrait considérer que les syndicats de spécialistes — sauf un — sont restés en liaison avec la majorité du corps médical, que tout accès de mauvaise humeur ou de

simple nervosité peut avoir des suites graves dans les circonstances présentes, que si Renon accepte la retraite du syndicat des chirurgiens sur un terrain neutre entre l'Union et la Fédération, il a certainement d'excellentes raisons et qu'en fin de compte, si la motion proposée si précipitamment est adoptée, les points seront coupés entre le syndicat des chirurgiens et l'Union à la grande joie de... la Fédération.

Plus on y réfléchit et plus il paraît évident que toute décision sur ce sujet serait au moins prématurée en 1926.

OBLIGATIONS D'UN MÉDECIN-PHARMACIEN

Un pharmacien, docteur en médecine, a-t-il le droit d'avoir à la fois une pharmacie à son nom, dans laquelle il donne des consultations médicales payantes et, en même temps, un domicile de médecin différent, dans lequel il exerce la profession médicale, fait de la clientèle à domicile, fait des accouchements, va à la campagne, en tournées, etc. ?

Légalement, le titulaire des deux diplômes de docteur en médecine et de pharmacien a le droit d'exercer cumulativement les deux professions, sans aucune restriction.

Il en est de même déontologiquement. Les docteurs en médecine, qui sont en même temps pharmaciens, deviennent de plus en plus nombreux : ils demandent à l'exercice simultané des deux professions un complément d'honoraires, qu'une seule ne peut donner.

D'ailleurs, le nombre des médecins-propharmaciens augmente toujours : les petites officines de campagne ne trouvent souvent pas d'acquéreur, ruinées qu'elles sont par la concurrence faite par les grandes officines commerciales des grands centres.

Aussi, par la force des choses, beaucoup sont conduits à l'exploitation simultanée des deux diplômes.

Je ne veux pas non plus insister sur l'avenir des deux professions : l'extension progressive des spécialités, la disparition du pharmacien, préparant lui-même les sirops et drogues diverses, alors qu'il est si commode d'acheter tout fait à la grande droguerie, ou autres établissements qui approvisionnent les pharmaciens de produits tout préparés et même tout conditionnés, conduiront le médecin de l'avenir à vendre lui-même ses produits, tout comme le font certains médecins à l'étranger, ou, en France, le médecin-propharmacien.

Conditions d'exercice des deux professions.

1° Le pharmacien est tenu de résider dans la commune où il a son officine. Il est obligé d'exercer une surveillance sur sa pharmacie et sur son ou ses élèves et préparateurs, sinon sa responsabilité pénale et civile pourrait être engagée.

Le pharmacien diplômé qui ne réside pas dans le lieu où cette officine est ouverte et ne se rend dans ce lieu que d'une façon intermittente, contrevient aux lois qui régissent la pharmacie, car un pharmacien n'a pas le droit de faire exploiter une officine par un élève dans une commune où il ne réside pas réellement (trib. correct. Narbonne, 11 décembre 1903 ; *Gaz. trib.*, 8 avril 1904 ; trib. correct. Lille, 7 avril 1904 ; *La Loi*, 30 juin 1904).

2° Le pharmacien est, par conséquent, obligé d'exercer une surveillance active sur les employés non diplômés qu'il occupe dans son officine.

Un pharmacien commet personnellement une imprudence des plus graves, en laissant exécuter des ordonnances hors de sa présence (trib. correctionnel Seine, 21 avril 1904).

Est en contravention avec les lois sur la police de la pharmacie, le pharmacien qui néglige d'administrer lui-même et de surveiller d'une manière constante son officine, en laissant la direction pendant son absence à un élève non diplômé (trib. corr. Seine (8e chambre), 15 janvier 1909).

Les obligations imposées aux pharmaciens sont formelles et ne leur permettent pas de se substituer des employés.

S'il en était autrement, le titulaire d'une pharmacie pourrait échapper à toute répression pénale, en laissant à ses employés le soin de préparer et de vendre les médicaments demandés par la clientèle (Paris, 9e chambre, 28 juillet 1904).

Si l'absence du pharmacien est telle que l'élève se trouve seul, pendant de longues heures, pour préparer, débiter et vendre à la clientèle, le propriétaire de l'officine peut être poursuivi pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie, alors que l'élève sera recherché pour exercice illégal. En ce sens, cour d'Alger, correct. 24 juillet 1905.

Mais cette absence du pharmacien est surtout une question de fait : les juges rechercheront si le diplômé garde cependant une surveillance effective sur son officine, si les ordonnances magistrales de médecins ne sont préparées que lorsqu'il est présent, etc. L'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, qui impose à quiconque dirige une officine de pharmacie d'exercer une surveillance personnelle et sérieuse sur la préparation, la vente et le débit des médicaments, ne peut être considéré comme étant violé que si la gérance du directeur n'est pas suffisamment effective pour être considérée comme réelle. Dans ce sens, Cassation, crim., 17 décembre 1900 ; 22 décembre 1900.

Par conséquent, le pharmacien, qui fait des absences prolongées, qui ne réside pas dans la localité où est située la pharmacie et laisse à un élève, sans contrôle, ni surveillance, le soin de s'occuper de la préparation et de la vente des médicaments, est en contravention avec les lois et ordonnances (trib. correct. Lyon, 13 juillet 1904).

***

De tout ceci, résulte que :

1° Un pharmacien peut s'absenter momentanément de son officine, mais à la condition que son élève ne délivre que des médicaments préparés à l'avance par le pharmacien, ou sous sa surveillance et que le diplômé, à son retour, prépare, ou fasse préparer devant lui, les ordonnances magistrales, arrivées pendant son absence ;

2° Une absence très longue peut être préjudiciable à un malade, qui a le besoin urgent d'un médicament, alors qu'il n'existe pas d'autre officine, dans la localité.

Mais, pourrait-on dire, le pharmacien peut se faire remplacer pendant ses absences, par un élève diplômé, ou par un autre pharmacien. La jurisprudence constante consacre les prescriptions de la législation en vigueur, en ce sens que le pharmacien propriétaire de l'officine doit en assurer lui-même la direction, la surveillance et le contrôle (trib. correct. Grenoble, 11 mai 1910).

Le pharmacien doit être le maître chez lui et l'intervention d'un co-gérant, non propriétaire, ou associé, est contraire à la loi (Cass. Req. 21 juin 1898). Mais du moment où l'élève se tient dans son rôle d'aide, il n'y a pas violation de la loi. Au surplus, avec les mœurs actuelles, beaucoup de pharmaciens de France seraient en contravention avec la loi de germinal. Le juge doit donc s'inspirer des questions de circonstances et de fait, pour apprécier si, malgré ses absences répétées et plus ou moins prolongées, le pharmacien doit être ou non considéré comme pouvant exercer une surveillance réelle et effective sur la préparation des ordonnances médicales.

Si le défaut de surveillance était suffisant pour motiver une condamnation pour exercice illégal de la pharmacie par un élève non diplômé, la fermeture de la pharmacie pourrait être prononcée par l'autorité judiciaire et ce, à titre de réparation, soit à la requête du ministère public, soit à la requête d'un pharmacien, à qui l'exploitation illégale de cette officine causerait préjudice (Cass., crim., 20 juillet 1872 ; Nancy, 5 mai 1868).

Conclusions.

Un médecin-pharmacien est parfaitement en droit d'exercer les deux professions ; il peut aussi faire des tournées à la campagne, et même, si les règlements de son syndicat médical le permettent, avoir un cabinet à jours fixes dans une localité éloignée de son domicile.

Mais, pendant ses absences, son élève devra s'abstenir de préparer et de vendre des médicaments qui n'auraient pas été préparés par le pharmacien lui-même, ou sous sa direction suivie.

Par simple tolérance, bien que ce soit contraire à la loi de germinal, l'élève pourra vendre des médicaments et préparations officinales, sans exécuter lui-même les ordonnances médicales.

***

Un médecin-pharmacien, qui se rend à jour fixe dans une commune, où il a installé un cabinet médical, peut-il avoir, dans cette commune, un dépôt de médicaments, y exécuter ses ordonnances et faire vendre, par un tiers, des médicaments ?

En premier lieu, il est interdit à un pharmacien de faire vendre par un tiers non diplômé des médicaments et drogues. Ce tiers serait poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie et le pharmacien serait complice d'exercice illégal.

Un arrêt de cassation, chambre criminelle, du 16 juin 1910 et de nombreux jugements correctionnels, ou arrêts de cours d'appel, sont très nets à ce sujet, en ce qui concerne l'interdiction de faire des dépôts de médicaments chez les épiciers, herboristes, droguistes.

En second lieu, il résulte de la combinaison de la loi du 21 germinal an XI et de la déclaration royale du 25 avril 1777 qu'un pharmacien ne peut être titulaire de deux officines à la fois. Par suite, il ne peut diriger une officine, et, pendant son absence, faire gérer la seconde par un remplaçant. Plusieurs décisions de jurisprudence ont été rendues en ce sens. Citons, cour de Lyon, 4e chambre et trib. correct. Yvetot, 21 février 1909 ; trib. correct. Jonzac, 30 avril 1908 ; trib. correct. Troyes, 31 janvier 1894 ; cour d'Alger, 1er avril 1904 ; cour de Riom, correct. 18 janvier 1905.

Il en résulte que le médecin-pharmacien ne saurait ouvrir une officine dans la commune, dans laquelle il se rend à jour fixe, pour y faire des visites et consultations médicales.

Mais, pourrait-on objecter, il pourrait donner des médicaments à ses clients, en agissant comme un médecin-propharmacien. Oui, mais à la condition que, dans la commune dans laquelle il se rend régulièrement, il ne se trouve pas d'officine pharmaceutique déjà existante. Les propharmaciens tiennent leur droit de vente des médicaments du texte de l'article 27 de la loi de germinal. Ils ne peuvent délivrer ces médicaments qu'à leurs seuls clients, à la condition qu'il n'y ait pas d'officine ouverte dans les bourgs ou communes où ils sont établis.

Par conséquent, faisant l'application *stricto sensu* des termes de l'article 27 de la loi de ger-

minal, on peut dire que le médecin-pharmacien ne peut pas faire acte de propharmacien, puisqu'il existe une officine ouverte (la sienne) dans la commune où il réside. Et comme pharmacien, il ne peut avoir deux officines ouvertes dans deux localités différentes, alors que le fait de délivrer, préparer et vendre des médicaments, dans un autre lieu que son officine, peut être considéré comme l'ouverture d'une seconde pharmacie.

Tout en ayant le droit de libre exercice, le médecin-pharmacien, titulaire des deux diplômes, doit observer les règles édictées par la loi sur la pharmacie : il ne peut avoir deux officines ouvertes en même temps dans des lieux différents.

De plus, pareils agissements peuvent lui occasionner des ennuis professionnels, parce que, pendant qu'il est dans une localité, en tant que médecin, il ne peut surveiller son officine en tant que pharmacien.

Non seulement, il peut encourir les pénalités pour complicité d'exercice illégal de la pharmacie, mais encore il peut voir sa responsabilité civile être mise en jeu, alors qu'un client aurait à se plaindre, ou de son absence trop souvent répétée, ou d'un mauvais agissement de son préposé.

Dans ces conditions, il me semble prudent de traiter et de résoudre la question en conseil de famille du syndicat des médecins et même mieux, de provoquer une entente entre syndicat médical et syndicat pharmaceutique, pour que les deux professions intéressées puissent donner leur avis autorisé.

Des poursuites auraient-elles lieu, à la requête du procureur de la République, que les deux syndicats précités seraient vraisemblablement invités à faire connaître leur avis sur pareils agissements professionnels.

Dr Paul Boudin.

VARIÉTÉS

Une explication nouvelle des mystères de l'Enigme Rabelaisienne.

« Rabelais surtout est incompréhensible, dit La Bruyère dans son chapitre *Des ouvrages de l'esprit*, son livre est une énigme, quoiqu'on veuille dire, inexplicable ». Tout le monde convient actuellement de l'existence de l'Enigme rabelaisienne. Rabelais lui-même l'a maintes fois affirmé. Il le proclame très clairement dans son prologue de Gargantua : « C'est pourquoy, dit-il, fault ouvrir le livre et soigneusement peser ce qui y est déduict. Lors cognoistrez que la drogue dedans contenue est bien d'autre valeur que ne promettoit la boîte : c'est-à-dire que les matières icy traictées ne sont tant folastres, comme le titre au-dessus prétendoit. » Tout ceci est fort clair et Rabelais continue par le célèbre passage du chien rencontrant « quelque os médullare » et il conseille à ses lecteurs de faire comme lui, de « rompre l'os et sugcer la substantificque moelle » et il laisse envisager que par la réflexion et la méditation, l'on trouvera dans ses livres bouffons de véritables révélations « tant en ce qui concerne notre religion que aussi l'estat politique et vie économique ».

L'énigme de Rabelais existe, ne saurait être discutée et, si elle n'est pas encore expliquée complètement, elle est quoiqu'en dise La Bruyère parfaitement explicable.

Gargantua et *Pantagruel* cachent constamment des vérités sous leurs bouffonneries. Tous les jours, on y découvre des choses profondes passées jusqu'alors inaperçues. Le grand écueil des commentateurs est parfois d'être trop subtils et en torturant les idées et les textes d'en faire surgir ce qui n'y fut jamais. Il en fut ainsi, pour la Bible, pour les poèmes homériques, pour Dante, pour Shakespeare, il en est et sera de même pour Rabelais. Si son contemporain Ronsard qui n'a pas cherché à le comprendre, le considère comme un simple ivrogne.

> Sans nulle honte se souillant
> Allait dans le vin barbouillant
> Comme une grenouille en la fange.

Si la Bruyère qui l'a compris mais incomplètement, affirme que là « où il est bon, il va jusques à l'exquis et à l'excellent », si Voltaire, se repentant d'avoir dit autrefois trop de mal de lui, le considère comme « le premier des bons bouffons », si Chateaubriand en fait le créateur des lettres françaises, si Sainte-Beuve affirme que Rabelais ne voulait que jeter à l'avance quelques idées de grand sens et d'à propos, dans un rire immense » et qu'il ne faut pas lui en demander davantage, nos contemporains prétendent découvrir beaucoup plus dans l'Epopée Rabelaisienne, ils se livrent sur elle à une véritable exégèse. Le Pr Paul Stapfer, le Dr Ledouble, au point de vue médical, et surtout M. Abel Lefranc, le très savant professeur du Collège de France, se sont efforcés et non sans succès de résoudre l'énigme rabelaisienne. Sera-t-elle jamais résolue complètement ? Evidemment non, car chacun, en commentant Rabelais, tâche toujours malgré son souci d'impartialité d'y découvrir ce qu'il désire.

Le dernier et certes un des plus originaux des commentateurs de Rabelais est un médecin marseillais, le Dr Wiliam Nicati (*alias* Alcuin Miliait), à qui l'on doit nombre de livres fortement pensés de psychologie, de physiologie, de philosophie, notamment un ouvrage considérable d'une érudition étrange et touffue : *Les*

opérations cardinales de l'esprit humain, noble Pantagruel (1) inspiré de Rabelais même. Le Dr W. Nicati a intitulé son livre d'exégèse rabelaisienne : *Rabelais notre maître. Son œuvre, sa doctrine. Le Pantagruélisme. Une fontaine admirable, emblème des relativités mentales* (2).

Il y étudie tour à tour Rabelais comme psychologue, comme philosophe, comme moraliste, comme prophète et comme comique.

***

Psychologue, certes, Rabelais le fut, et M. Nicati juge tout particulièrement la psychologie de Rabelais dans les faits et prouesses de Pantagruel. Pantagruel est le symbole de l'esprit humain, insatiable, incommensurable. Pantagruel reçoit l'éducation la plus soignée tant au point de vue intellectuel que moral car « science sans conscience n'est que ruine de l'âme ». Il arrive à Paris avide de s'instruire et ne trouve à la bibliothèque des chanoines réguliers de Saint-Victor que le fatras livresque de la scolastique.

Pantagruel rencontre Panurge, l'outil humain qui est pour lui un peu ce que Sancho Pança est à Don Quichotte. Et le Dr Nicati suit Panurge dans son Odyssée alors qu'il recherche un conseil lui permettant de sortir de son indécision à savoir : Doit-il ou ne doit-il pas se marier ?

Les arguments pour ou contre ne permettent pas à Pantagruel de le tirer d'embarras. Il consulte Epistemon, un savant, frère Jean, un gai compagnon, un sourd-muet, l'aruspice Herr Tripa, Hippothadée qui, pour le Dr Nicati, symbolise l'animisme, Rondibilis, l'empirique, Trouillogan, le sophiste et Bridoye le matérialiste. Il finit par s'adresser au fol vrai, à l'esprit purgé de toute humaine sollicitude, à Triboulet.

Sous ces burlesques consultations, Rabelais, qui tient à garder l'indépendance « jusqu'au bûcher exclusivement », cherche des bases et des moyens de juger en l'occurrence difficile de la révolution religieuse du XVIe siècle. Pas de mariages imposés au consentement paternel, répond Gargantua dans une lettre à son fils. Cela cache tout simplement, s'il faut en croire M. Nicati, le droit de disposer de la paternité de la pensée et c'est un plaidoyer éloquent et courageux bien que voilé, en faveur de la liberté de penser.

Pour en finir avec son indécision, Panurge se décide à aller consulter l'oracle de la Bouteille. Il s'embarque dans ce but pour le Lanternoys, en route selon le Dr Nicati, sur les mers périlleuses de l'expérience. Il échappe aux entraînements de l'imitation qui s'oppose au jugement (épisode légendaire des moutons de Panurge) ; dans l'île d'Ennasin (pays des gens sans nez) il se rend compte des vanités de castes, il fuit l'île de Chéli où frère Jean, gagné par les douceurs de la bonne chère que lui font faire les habitants, voudrait s'attarder. Un orage en mer établit le contraste entre Panurge, lâche et défaillant, et Pantagruel, plein de sang-froid et tout à l'action. Un séjour dans l'île des Macréons où survivent les héros qui se sont distingués, offre à Pantagruel l'occasion d'affirmer que toutes les âmes intellectives échappent aux ciseaux d'Atropos, car le souvenir de leurs belles actions fait sans cesse revivre les noms des grands esprits. Chemin faisant, il visite l'île de Tapinois où règne Quaresmeprenant, toujours en guerre avec les Andouilles, habitant l'île Farouche voisine.

Frère Jean et ses compagnons, ayant abordé cette île, y sont attaqués et font un grand carnage d'Andouilles. Après d'autres aventures burlesques, voilà nos héros dans les îles sœurs de Papafignière et de Papimanie et Rabelais y raille sans ménagements les disputes confessionnelles.

L'Océan glacial offre aux voyageurs la surprise des « paroles gelées » dont ils apprécient et méprisent les violences. L'île de Procuration, chemin faisant, leur fait faire connaissance avec les Chicanons. Puis les voilà dans l'île et le manoir de Messer Gaster où ils résistent aux tentations du besoin qu'il personnifie. Aux îles Sonnante, des Ferrements, des Chats-Fourrés, de Quintessence, ils évitent, après les avoir observées, les déformations professionnelles, les arguties du raisonnement, les racontars. Dans l'île d'Odes où les chemins cheminent, le sage Pantagruel décèle la fuyante perspective des choses, les apparences de relativité, bâties sur des fondements de relativités. Il en conclut que dans toute interprétation il faut considérer le point de vue où l'on se place.

Après trois jours de navigation, l'expédition arrive au pays de Lanternoys, patrie des Lychnobiens, gens qui vivent de lumière, pays où s'éveille et s'éclaire la conscience. La reine de ce pays, dame Lanterne, est entourée des lanternes qui personnifient l'esprit de tous les philosophes, de tous les hommes aux profondes pensées. Elle donne à ses visiteurs une lanterne pour guide qui les conduira vers l'oracle de la Bouteille. Ils descendent sous terre, arrivent au Temple de la Bouteille où Bacbuc, dame d'honneur, les reçoit et leur fait boire l'eau fraîche et pure d'une admirable fontaine, eau qui prend le goût de tous les vins qu'imagine le buveur. Et la dive Bouteille, l'oracle sacré répond aux hésitations de Panurge « Trincq ». Bacbuc fait boire Panurge et lui traduit l'oracle : *Soyez vous-mêmes interprètes de votre entreprise* ! En un mot soyez

(1) Edit. *Quo vadis*, 107, rue Paradis, Marseille, dépôt, à Paris chez Doin.

(2) Edit. *Quo-vadis*, à Paris, chez Maloine.

vous-mêmes votre oracle, sachez prendre une détermination. Et Bacbuc leur donne congé : « Allez, amis, en protection de cette sphère intellectuelle, de laquelle en tous lieux est le centre et n'a, en lieu aucun, circonférence, que nous appelons Dieu ».

Pascal devait reprendre cette définition de Dieu : un cercle dont le centre est partout et la circonférence nulle part.

***

Rabelais philosophe, selon M. Nicati, développe l'histoire de l'esprit humain avec ses trois héros Pantagruel aux aspirations idéales, Panurge, instrument frêle et craintif aux audaces duquel succèdent les lâchetés et enfin le généreux frère Jean.

Après avoir vaincu les Depsodes qui avaient envahi son pays d'Utopie, Pantagruel veut récompenser ses compagnons, il enrichit Panurge et lui donne la belle terre de Salmagondin, mais Panurge se ruine en folies, il abat ses bois, brûle les souches pour vendre les cendres, prend argent d'avance, achète cher, vend bon marché et mange son blé en herbe. Aux observations de Pantagruel, Panurge répond par une leçon sur la relativité des choses. Il prétend ainsi faire acte des vertus, prudence, justice, force et tempérance. Il prend argent d'avance parce qu'il est téméraire et imprudent d'escompter l'avenir. Il fait acte de justice en achetant cher à crédit et en vendant bon marché argent comptant. Il fait preuve de force en abattant les arbres de ses forêts qu'il défriche et assainit, et de tempérance, en mangeant son blé en herbe, car ainsi il absorbe une belle sauce verte de digestion facile, épargnant les frais qu'occasionneraient les salaires des sarcleurs, des moissonneurs, des glaneurs, des batteurs, des meuniers et des boulangers, sans compter qu'il évite les déprédations des mulots, des rats et des charançons.

Et Panurge continue, montrant que la relativité commande à l'affection et à la considération, et que s'il n'avait pas de dettes, il n'aurait pas de créanciers qui actuellement craignent pour ses jours et l'accablent de leur considération en espérant qu'il les payera. La relativité commande aux astres, aux éléments et aux humains. Chaque astre emprunte à un autre et lui est redevable, sans cela ils n'auraient pas de cours régulier. Les éléments : terre, eau, air, feu, se prêtent mutuellement leur concours et les hommes que deviendraient-ils s'ils ne se secouraient mutuellement ? Et Panurge termine par une remarquable tirade où il expose les connaissances biologiques de son époque qui montrent bien que tous les organes se prêtent et s'empruntent mutuellement.

Le sage Pantagruel met un frein au paradoxe, il reconnaît qu'il faut s'entr'aider, que l'on doit prêter mais que sous expresses réserves et M. Nicati trouve que cette relativité cantonnée est le synonyme d'atomicité (1). Il passe en revue les consultations qu'a demandées Panurge : Le théologien Hippothadée expose l'atomicité des âmes dans la doctrine de l'animisme. Le médecin Rondibilis développe l'atomicité des faits dans une thèse de l'empirisme. Le philosophe Trouillogan établit l'atomicité du verbe dans un verbiage sophistique d'où l'on ne peut rien tirer. Enfin Bridoye, le juriste, caricature le matérialisme aristotélique, établissant l'atomicité matérielle. Pantagruel conclut que grandes sont les perplexités du jugement humain, frappé de l'insuffisance de tous les dogmes qui lui ont été exposés.

Le Dr Nicati cherche ensuite à élucider le mystère du Pantagruelion, cette herbe merveilleuse dont on fit ample provision en partant pour le pays de Lanternoys. Le Pantagruelion est le chanvre, mais Rabelais passe par un artifice de langage de la plante à ses usages, à ses vertus, à l'esprit de liaison qu'elle symbolise et ainsi de la relativité matérielle il passe à la relativité spirituelle ; le *pantagruelium abstractum* devient l'esprit humain, l'esprit tout court.

M. Nicati avec une subtilité tout à fait originale explique l'énigme de la fontaine admirable, emblème de la relativité-perspective. La source dit le départ des choses, le mouvement ; la lumière est la figure concrète de l'abstraite réalité ; le niveau du bassin figure le plan de perspective dont la colonnade et les sept statues qui la surmontent expriment l'élévation. Saturne avec la Lune, Phebus et Mercure représentent le Temps ; Jupiter, Mars et Vénus, l'étendue. La coupole serait la prolongation à l'infini offerte aux possibilités de la perspective.

Rabelais exprime en une phrase profonde ce qu'ont démontré de nos jours les savants :

« Ce que du Ciel vous apparaît et appelez phénomènes, ce que la terre vous exhibe, ce que la mer et autres fleuves contiennent, n'est comparable à ce qui est en terre caché et en toutes langues nommé richesses. »

Et le Dr Nicati, après avoir sucé cette substantificque moëlle de la philosophie qu'il découvre dans l'œuvre de Rabelais, conclut avec enthousiasme : « Rabelais, héritier à la fois d'Héraclite et de Pythagore, philosophe du mouvement, philosophe perspectiviste de ses relativités, *primus inter pares* ».

***

Rabelais moraliste est l'objet de la troisième partie de l'ouvrage du Dr Nicati. Sans s'arrêter à la tendance ancestrale de son héros Pantagruel dont Rabelais se moque de l'antique généa-

logie dans les Franfreluches Antidotées, cent vers que l'on s'accorde jusqu'à ce jour à trouver dépourvus de sens. L'auteur fait remarquer que dans un récit burlesque, Gargantua père de Pantagruel naît par l' « aureille sinistre » de sa mère Gargamelle, comme Minerve sortit armée de l'oreille de Jupiter. Il en conclut que l'esprit en naissant aspire à de hautes destinées.

Nous ne suivrons pas M. Nicati dans ses interprétations de Rabelais, établissant les assises de la morale sur l'éducation dont tous les lecteurs de *Gargantua* et de *Pantagruel* ont admiré les préceptes. A propos de la guerre des Fouaciers, Rabelais développe une leçon de morale militante aussi applicable à la guerre qu'à la lutte pour la vie. Il exalte le courage et le dévouement de frère Jean, vante la prévoyance et la discipline qui conduisent à la victoire Gargantua et ses compagnons, accourus de suite pour défendre leur pays injustement attaqué par le déloyal Picrochole. La victoire est due à la décision des chefs, à la prévoyance de Grandgousier dont les armées étaient prêtes et pouvaient être rapidement amenées au front de bataille et à la présence d'esprit de frère Jean qui, par une habile tactique, sut tourner les forces de Picrochole. Et ce dernier dut s'enfuir seul, objet des risée des manants et condamné à mener à Lyon la vie d'un pauvre gagne-denier, attendant en vain la venue des Coquecigrues qui, de l'avis d'une vieille sorcière, devaient le rétablir sur son trône.

Après cette leçon de morale en action, Rabelais expose la morale civilisatrice. Gargantua se montre humain et généreux pour les vaincus, fait soigner les blessés et récompense ses troupes. Il comble de biens ceux qui s'étaient distingués. Il veut donner une abbaye à frère Jean, mais celui-ci proteste : « Comment, dit-il, pourrais-je gouverner autruy, qui moi-même gouverner ne saurais ? » Et il demande à « fonder une abbaye à son devis ». Ainsi fut créée l'abbaye de Thélème, école de civilité, où tout est réuni pour l'instruction, le divertissement et la santé. La devise est *Fais ce que voudras*! Cette absence de contrainte amène chacun à accomplir ce que désire son voisin. L'organisation de cette harmonieuse cité est le plan d'un affinement de la société humaine par le commerce habituel des sexes dans le travail, l'étude et le divertissement. Là on se rend compte de ce qu'était le vrai, le gentil Rabelais, fin, policé, ayant gardé le souvenir de la vie grossière menée pendant sa claustration, aspirant à la liberté avec le désir intense d'un échange de courtoises et nobles affections. Thélème est l'école suprême de la morale sociale, le manoir de la civilité.

Sur la porte de l'abbaye de Thélème est gravé un maître statut composé de deux parties, l'une :

> Cy n'entrez pas, hypocrites, bigots,
> Vieux matagots, marmiteux boursoufflés, etc.

inspirée d'Ezéchiel et de la Jérusalem céleste de l'Apocalypse. L'autre :

> Cy entrez, vous, et bien soyez venus
> Et parvenus, tous nobles chevaliers, etc.

est inspiré des Evangiles.

Rabelais, en écrivant son livre, ne s'est pas borné comme il l'a annoncé à consoler et à réjouir. « Sa tâche, conclut le Dr Nicati, fut d'édifier aussi : « Servir les massons, mettre bouillir pour les massons » écrivait-il dans le Prologue du livre V.

***

Dans une addition sur *Rabelais prophétique*, le Dr Nicati fait, sous le titre de *Pantagruélique pronostication*, une étude sur la fonction mentale. Rabelais est ici le prétexte qui sert à l'auteur pour exposer une théorie ingénieuse et personnelle du fonctionnement de l'esprit humain où nous trouvons des idées fort originales, notamment sur le rôle de contrôle du cervelet. Pour le Dr Nicati, ce rôle paraît en définitive « celui d'un contre-cerveau équilibrateur-régulateur, contrôleur-redresseur, agent de suprême comptabilité, l'opération finale indispensable à toute industrie, et dont moins que toutes sauraient se passer les riches exploitations de l'humain foyer intellectuel ».

Suit un chapitre intitulé : *Anarchie. Réactions mentales desordonnées, les formes anatomo-symptomatiques et spécifiques de la folie*, qui vient très logiquement compléter par l'exposé du déséquilibre mental, l'étude de l'équilibre et du contrôle. Et la conclusion de ce hors texte, où Rabelais ne remplit qu'un rôle assez éloigné, est que le bilan de la fonction mentale est la balance du psychologisme et du mathématisme, de l'abstrait et du concret que Rabelais a établi dans ses récits merveilleux.

***

Enfin l'*Epilogue* : *Rabelais comique*. Le comique dans Rabelais peut bien être considéré selon la théorie de Bergson du mécanisme plaqué sur le vivant. « Oui, si l'on veut, ajoute le Dr Nicati, mais si l'on convient en même temps d'appeler vivantes les présomptions, ce que l'on attend, et d'appeler mécanique, ce qui a lieu dans la réalité. » Et le Dr Nicati cite l'exemple de Bridoye, tirant aux dés ses décisions de justice, rêvant ainsi d'une justice métaphysique que la réalité réduit à une criante injustice. Il oppose Pantagruel et frère Jean, exemple du courage idéal, mis en face de la réalité lâche et misérable de la pauvre machine humaine que synthétise Panurge.

Le comique rabelaisien a sa source dans l'exaltation de l'idéal des visées humaines, qui

est ramenée gaîment à la commune mesure des choses, aux platitudes de la réalité.

***

En somme l'étude très originale que le Dr William Nicati a faite de *Rabelais, notre maître*, a bien consisté, comme il l'a annoncé en tête du volume dans une sorte de prologue intitulé *Quo vadis ?*, à rechercher la philosophie derrière les doctrines, la religion sous les dogmes, la morale par delà les ordonnances, la politique hors des partis et d'avoir manifesté une soif insatiable de recherche qu'il nomme le pantagruélisme.

M. William Nicati a poussé en effet, très loin ses subtiles recherches et le lecteur qui voudra s'en donner la peine, les suivra avec un intérêt passionnant. On ne saurait trop admirer sa clairvoyance, que certains trouveront peut-être excessive, mais qui nous permet d'apprécier son propre talent d'investigateur à la lumière des œuvres de Rabelais.

J. Noir.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'Administration

28 *septembre* 1926.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Vimont, Mignon, Gassot, Noir, Duchesne, Levassort et Boudin, *secrétaire*.

Excusés : MM. Huguenin, de la Rochefordière, Mazeroux et Pamart.

Le Secrétaire général donne lecture de son rapport et des modifications statutaires dont le Bureau propose l'adoption.

Le Conseil approuve ces modifications qui seront soumises à une Assemblée générale extraordinaire.

Le Trésorier donne lecture de son rapport sur l'exercice 1925 . Ce rapport est adopté. Il donne ensuite lecture du rapport dressé par M. Fleury à la suite de son inventaire au 31 décembre 1920.

Le Conseil décide la publication de ces documents.

Sur la proposition du Président, le Conseil désigne comme vice-président M. le Dr Noir en remplacement de M. Nollet démissionnaire ; il désigne ensuite M. le Dr Henne, de Paris, comme membre du Conseil en remplacement de M. Noir.

Ces choix seront soumis à la ratification de l'Assemblée générale.

Indemnités maladie.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

Combinaisons MA et B

54 Hernette	Charente-Inférieure	2 jours	20 fr.
97 Heurteau	Loiret	3 mois	300 »
100 Coqueret	Aube	3 mois	300 »
109 Sarradon	Bouches-du-Rhône	28 jours	280 »
142 Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164 de Grissac	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
175 Rousseau	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
176 Voyer	Loire-Inférieure	un mois thermal	100 »
192 Houdart	Côtes-du-Nord	3 mois	300 »
219 Delattre	Loiret	3 mois	300 »
228 Tacheron	Aube	3 mois	300 »
247 Breteille	Paris	un mois thermal	100 »
255 Demmler	Oise	3 mois	300 »
260 Jacquot	Oise	3 mois	300 »
311 Rouvier	Isère	3 mois	300 »
341 Chabanon	Lozère	3 mois	300
357 Mathieu	Yonne	3 mois	300 »
370 Dubois	Seine-Inférieure	22 jours	220 »
379 Marty	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
412 Duros	Calvados	3 mois	300 »
433 Gueutal	Doubs	54 jours	540 »
471 Pernet	Ain	28 jours	280 »
488 Hamant	Basses-Pyrénées	3 mois	300 »
504 Delucq	Gers	3 mois	300 »
516 Bardon	Corrèze	3 mois	300 »
534 Epron	Vendée	3 mois	300 »

335	Cunnac	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
539	Devoir	Yonne	un mois thermal	100 »
573	Tiollier	Ardèche	10 jours	100 »
606	Bourrus	Gironde	60 jours + 10 jours chr	666 60
638	Campuyan	Lot-et-Garonne	53 jours	530 »
647	Billiin	Isère	un mois thermal	100 »
656	Gelain	Nord	14 jours	140 »
680	Pelloquin	Var	38 jours	380 »
696	Cezilly	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
697	Poitevin	Somme	41 jours	410 »
699	Gouez	Finistère	16 jours	160 »
700	Rey	Haute-Garonne	3 mois	300 »
748	Bougon	Eure	4 jours + 24 jours chr	116 60
827	Tison	Paris	43 jours	430 »
833	Pillière	Ardennes	2 mois et 14 jours chr	246 60
834	Mohamed	Mayenne	3 mois	300 »
844	Willemetz	Pas-de-Calais	un mois thermal	100 »
848	Galand	Nord	60 jours + un mois et 15 jours chr.	750 »
861	Laugier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
863	Cat	Bouches-du-Rhône	59 jours	590 »
871	Vinon	Tarn	60 jours + 29 jours chr	696 60
875	Layral	Loire	un mois thermal	100 »
877	Boelle	Paris	30 jours	300 »
900	Duclos	Seine	3 mois	300 »
907	Guittard	Vendée	6 jours	60 »
934	Girard	Paris	15 jours et 19 jours	340 »
937	Borrel	Hérault	42 jours	420 »
944	Delort	Cantal	22 jours	220 »
993	Boutard	Eure	3 mois	300 »
1056	Etienne	Haute-Garonne	un mois et 13 jours	143 30
1057	Boudou	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1074	Bleicher	Marne	3 mois	300 »
1095	Chappat	Seine-et-Marne	2 mois et 23 jours chr	276 60
1213	Etienne	Ardennes	22 jours + 2 mois et 8 jours chr	446 65
1216	Allanic	Oran	60 jours + 1 mois et 13 jours chr	743 20
1259	Rilhac	Haute-Vienne	3 mois	300 »
1263	Bompard	Bouches-du-Rhône	33 jours	330 »
1281	Kerrien	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
1282	Brayer	Oise	20 jours	200 »
1311	Renault	Orne	12 jours	120 »
1363	Bernard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1365	Vitry	Hérault	4 jours	40 »
1401	Joly	Allier	3 mois	300 »
1408	Grandou	Eure	3 mois	300 »
1410	Montigny	Nord	41 jours	410 »
1557	Magnin	Ain	19 jours + 2 mois	390 »
1573	Lecouillard	Paris	3 mois	300 »
1616	Bonhommet	Loire-Inférieure	34 jours + un mois	440 »
1675	Frenel	Oise	6 mois	600 »
1682	Coppreaux	Saône-et-Loire	36 jours	360 »
1686	Gaignard	Maine-et-Loire	15 jours + un jour chr	153 35
1771	Moreau	Loire	23 jours	230 »
1796	Marmarian	Allier	3 mois	300 »
1810	Moujot	Jura	17 jours	170 »
1851	Dabasse	Tarn-et-Garonne	3 mois	300 »
1854	Laroche	Vosges	45 jours	450 »
1946	Parmentier	Vendée	16 jours + 2 mois et 15 jours chr	410 »
			Total	25.209 60

Combinaison MAD

5	Rayan	Hérault	19 jours	380 »
54	Hernette	Charente-Inférieure	2 jours	40 »
62	Nougaret	Bouches-du-Rhône	27 jours	420 »
172	Knebelmann	Isère	35 jours	700 »
247	Breteille	Paris	un mois thermal	200 »
647	Bellin	Isère	un mois thermal (1/2)	100 »
656	Gelain	Nord	14 jours	280 »
697	Poitevin	Somme	41 jours (1/2)	410 »
844	Willemetz	Pas-de-Calais	un mois thermal (1/2)	100 »
907	Guittard	Vendée	6 jours	120 »
937	Borrel	Hérault	42 jours (1/2)	420 »
1213	Etienne	Ardennes	22 jours + 2 mois et 8 jours chr. (1/2)	446 65
1365	Vitry	Hérault	4 jours (1/2)	40 »
			Total	3.656 65

M. le Dr Duclaux fait un don de 25 francs à la Caisse auxiliaire. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Pensions aux veuves.

Le Conseil alloue, pour leur pension du 3e trimestre 1926, les sommes suivantes :

4 Mme Veuve Lepage, Paris	150	fr.
13 Mineurs Deshusses, Haute-Savoie	100	»
38 Mme Gillette, Calvados	150	»
43 Mme Vve Chevreux, Paris	150	»
45 Mme Vve Valot, Hautes-Alpes	60	»
51 Mme Vve Rousselot, Marne	150	»
	760	»

Ces sommes leur seront délivrées sur la production d'un certificat de vie au 30 septembre 1926.

Ratifications d'admissions.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce l'admission définitive de :

Combinaison MA :

MM. les docteurs Briéry, Gamard, Lagarde.

Combinaison MAD :

MM. les docteurs Briéry, Bobay, Bonnet, Gamard, Rossi, Lagarde.

Passage de 1/2 MAD à MAD

MM. les docteurs Borrey et Charvier.

Admissions provisoires.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil prononce les admissions provisoires suivantes :

Combinaison MA

M. le docteur :
Jean-Louis, de Mâcon.

Combinaison MAD

MM. les docteurs :
Jean-Louis, de Mâcon.
Costes, de Decazeville (Aveyron).
Léon, de Pagny-la-Ville (Côte-d'Or).

Mademoiselle :
Aiziere, d'Alfortville (Seine).

Les admissions définitives seront prononcées à la séance de fin décembre.

Admissions.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes à la combinaison P.

MM. les docteurs :
Jean-Louis, de Mâcon.

Madame :
Gabriault, de Lusignan (Vienne).

Assemblées générales.

Le Conseil décide de convoquer les membres de la Mutualité Familiale en Assemblées générales ordinaire et extraordinaire le dimanche 21 novembre 1926, à quatre heures du soir, dans les Salons Marguery.

Il règle l'ordre du jour de ces réunions.

Le Conseil prend connaissance de la correspondance et expédie les affaires courantes.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, P. Boudin. *Le Président,* A. Maurat.

Réunion du Comité Quivy.

Le Comité formé pour l'ouverture d'une souscription en l'honneur du Dr Quivy s'est réuni le jeudi 21 octobre, chez le Dr Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, sous la présidence du Dr Paul qui a pris l'initiative de la souscription.

Etaient présents :

MM. Maroniez, président de la Betterave, le Dr Bonnefoy, vice-président du syndicat des Electroradiologistes, le Dr David de Prades, président de l'Association des Assistants de radiologie des hôpitaux de Paris, le Dr Noir représentant le « Sou Médical », les Dr Farez et Gallois, membres du « Nord Médical », le Dr Renaudeaux, trésorier du comité.

S'étaient excusés :

MM. Dusart, président de l'Union Valenciennoise et Ernest Laut.

Le Dr Paul rappelle en quelques mots émus la vie du Dr Quivy, faite toute de dévouement et de sacrifice aux autres, notamment aux compatriotes réfugiés du Nord. Il remercie les divers groupements du concours apporté pour organiser la souscription et expose le projet.

Après échange de vues, le comité décide qu'un médaillon sera placé sur la tombe du Dr Quivy.

Sur la proposition du Dr Renaudeaux, le comité décide que dans le cas où le produit de la souscription dépasserait le devis du médaillon, le surplus servirait à perpétuer la mémoire de notre confrère par une fondation ou un prix qui porterait son nom. Le comité propose soit une récompense en faveur d'un étudiant pauvre, de la région du Nord, compatriote de Quivy, soit encore un prix de radiologie.

Cependant les appels pour la souscription ne parleront que de l'exécution du médaillon.

Le comité décide également de donner à son appel, la plus grande diffusion, ce qui permettra de faire mieux connaître tout ce que médecins et compatriotes doivent au Dr Quivy. En plus des versements des différentes associations, il recueillera celles du public et des membres de toutes ces associations.

Le Dr Renaudeaux est chargé de demander le concours non seulement de la presse médicale, mais encore de tous les journaux du Nord ; une notice biographique leur sera adressée prochainement.

Le président adresse un chaleureux appel à M. Maroniez, président de « La Betterave », pour qu'il obtienne de son comité en plus d'un appel très pressant, la publication dans son bulletin de la liste de souscription qui ne peut être qu'une excellente propagande pour notre projet.

Le Dr Noir donne la promesse de publier intégralement cette liste dans le *Concours médical* et adressera au comité l'article qu'il fait paraître dans le journal.

Le Dr Bonnefoy et le Dr David de Prades s'offrent à informer de nos décisions, les Sociétés d'électrologie et de radiologie et se chargent de demander leur concours à leurs syndicats et associations respectifs.

Le comité désigne une commission comprenant M. Maroniez, président de « La Betterave », M. Dusart, président de l'Union Valenciennoise et M. Laut pour faire les études et propositions concernant le médaillon.

Sur la proposition de M. Maroniez, des reproductions en plâtre du médaillon du Dr Quivy seront remises à chacune des sociétés dont les délégués participent à la réunion.

Le président donne ensuite connaissance des différentes souscriptions parvenues jusqu'à ce jour :

Nord Médical	200 fr.
Dr Paul	100 »
Dr Farez	100 »
Dr Gallois	100 »
Dr Ronneaux	100 »
Dr Richez	100 »
Dr Renaudeaux	100 »
M. Jean Ott, directeur des Rosatis	50 »
Dr Crouzon	50 »
Dr Béhague	20 »
M. Jacob, président de la Mutualité septentrionale	20 »
Au cours de la réunion s'inscrivent :	
La Betterave	300 »
Le « Sou Médical »	250 »
Le Syndicat des électro-radiolog.	200 »
L'Association des assistants d'électroradiologie des hôpitaux	100 »

Il est décidé de faire appel au concours financier de l'Assistance publique. Une lettre sera adressée dans ce sens au Dr Mourier.

CHRONIQUE SYNDICALE

Assistance médicale et tarifs.

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli copie de la lettre que j'ai envoyée le 28 septembre dernier à M. le Gouverneur général de l'Algérie.

Veuillez agréer, etc.

Le Président du Syndicat des médecins du département d'Alger et de la Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie.

Dr PICARD.

Alger, le 28 septembre 1926,

Monsieur le Gouverneur général de l'Algérie, Alger,

Monsieur le Gouverneur général,

Dans votre arrêté en date du 1er mars 1926 relatif à l'Assistance aux femmes en couches et aux consultations de nourrissons, vous avez également prévu l'organisation de consultations pour malades adultes, indigents ou non, européens et indigènes.

En ce qui concerne ces consultations, vous avez décidé notamment (article 21) :

« Que les médecins chargés des consultations de nourrissons devraient soigner *gratuitement* les indigents européens ou indigènes qui se présenteront à la visite, mais qu'ils *pourront* percevoir des non indigents un honoraire qui ne pourra être inférieur à 3 francs, ni supérieur à 10 francs. »

Notre Groupement croit devoir attirer votre attention sur ces décisions et vous soumettre respectueusement les observations suivantes :

Le Corps médical s'est toujours dévoué sans récrimination au soulagement de toutes les misères. Nous considérons cependant que les soins aux indigents ne doivent pas être une charge pour les seuls médecins.

Pas plus que les commerçants ne livrent gratuitement leur marchandise aux malheureux, le médecin ne peut être tenu de leur donner ses soins sans aucune rétribution. Les charges de l'assistance doivent être équitablement réparties parmi tous les citoyens.

D'autre part, en ce qui concerne les malades non indigents, votre arrêté taxe les honoraires qui nous seraient alloués. Cette taxation ne peut

être admise par nous. La profession médicale est encore et restera toujours, nous l'espérons, une profession libérale ; son indépendance est pour nos malades eux-mêmes une garantie que nous avons le devoir de défendre.

Nous estimons donc que pour les soins aux indigents, il serait désirable que tout tarif soit établi après entente entre l'administration responsable de ces soins et le Corps médical ; mais qu'en ce qui concerne la clientèle privée, le médecin ne peut accepter aucun contrôle administratif. Il conserve le droit de demander à ses malades aisés des honoraires proportionnés au service rendu et à leur situation de fortune, tout comme il veut garder la faculté de n'exiger d'eux aucune rétribution s'il le juge à propos.

La Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie espère, Monsieur le Gouverneur général, que vous n'hésiterez pas à revenir sur une décision qui lèse les intérêts du Corps médical et, ce qui est plus grave, qui froisse nos sentiments de dignité et d'indépendance.

Nous pensons qu'il nous suffira de faire appel à votre haut esprit d'équité pour obtenir satisfaction.

Veuillez agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Le Président du Syndicat des médecins du département d'Alger et de la Fédération des Syndicats médicaux d'Algérie.

Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens Français

L'Assemblée générale du syndicat des Chirurgiens français a tenu ses réunions les 7 et 8 octobre 1926.

Deux cents membres environ assistaient à la première séance. Dans son allocution, le président indique la rapide progression du syndicat :

Depuis la dernière assemblée, 101 candidats ont été agréés par le Conseil d'administration. Lorsque ces admissions seront ratifiées le nombre des membres du syndicat sera de 480.

Le président fait remarquer l'intérêt croissant que les chirurgiens paraissent apporter à la solution des questions professionnelles dont s'est jusqu'ici préoccupé le syndicat.

A la suite des discussions portant sur chacun des points de l'ordre du jour, les résolutions suivantes ont été votées :

Hospitalisation des malades payants.

(A leurs frais ou aux frais de certaines collectivités.)

a) *Prix de journée.* — L'Assemblée générale décide qu'il y a lieu de faire un effort pour faire reviser les prix de journée des malades payants en tenant compte des facteurs jusqu'ici négligés mis en évidence par le prof. Lambret dans son rapport.

Le Conseil est chargé de rédiger les desiderata et de les porter devant les autorités compétentes.

b) *Le payant à l'hôpital.* — Le syndicat des Chirurgiens estime qu'il est prématuré de modifier l'organisation hospitalière actuelle et considère que l'hôpital doit demeurer réservé aux indigents et aux malades insuffisamment aisés pour être traités dans une maison de santé. (Dr Marquis.)

c) *La tarification.* — Le projet de tarif chirurgical minimum élaboré par le Dr Renon reçoit l'approbation unanime de l'Assemblée. Quelques modifications de détail sont apportées en cours de lecture. La publication officielle de ce tarif sera effectuée dans l'année.

d) *Rémunération des chirurgiens par les malades payants.* — Le syndicat émet le vœu :

1° Qu'au nom de l'indépendance de la profession il soit reconnu par les administrations hospitalières le principe de la rémunération des chirurgiens pour les soins donnés et les opérations pratiquées à l'hôpital à tout malade hospitalisé à ses frais ou à ceux des collectivités privées.

2° Que les honoraires chirurgicaux soient versés directement par le malade au chirurgien sans aucune immixtion des Commissions administratives.

3° En exécution de ce vœu, le syndicat rappelle à ses membres qu'ils ne doivent, dans leur intérêt, traiter en aucun cas avec les Commissions administratives sans en référer au bureau du Syndicat.

Pour assurer l'exécution de ce vœu le syndicat des Chirurgiens français demande à être représenté au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Dr Renon, secrétaire général, est aussitôt désigné pour cette représentation éventuelle.

Hospitalisation des accidentés du travail.

1. Le syndicat des Chirurgiens renouvelle l'expression du droit au payement direct par tout malade non indigent hospitalisé et charge son bureau d'entamer immédiatement la lutte pour la suppression du tout compris en matière d'accidents du travail. (Dr Renon.)

2. Le syndicat des Chirurgiens émet le vœu, dans l'intérêt même du libre choix du chirurgien, que la fixation des honoraires chirurgicaux dans les soins aux accidentés du travail reste fixée telle qu'elle est déterminée par l'article 4 de la loi de 1898. (Dr Marquis.)

Recrutement des chirurgiens des hôpitaux de province

Le principe de la nécessité du concours (Dr Sikora) est adopté. Le Conseil devra en cours d'année étudier les modalités possibles et les soumettre à la prochaine Assemblée générale.

Questions fiscales.

Le Dr Dehelly est prié de bien vouloir établir un type de déclaration unique des frais professionnels du chirurgien.

Contestations d'honoraires.

L'Assemblée adopte le principe de la désignation de deux chirurgiens conseils qui pourraient être utilement consultés par les confrères avant tout commencement de procédure au sujet d'honoraires. (Proposition Dantin.)

Rapports intersyndicaux.

1. L'Assemblée donne son adhésion au groupement des syndicats généraux de médecins spécialisés, groupant en outre les électroradiologistes, les otorhino-laryngologistes, stomatologistes, oculistes, urologistes, stations balnéaires et sanitaires.

La représentation du syndicat est confiée à MM. Renon et Deniker.

2. Le syndicat des Chirurgiens groupant à la fois, en nombre à peu près égal des membres appartenant à l'Union et à la Fédération par leurs syndicats locaux, étant donné que le syndicat des Chirurgiens ne peut adhérer aux deux associations générales et pour éviter toute stérile discussion à cet égard au sein du syndicat, l'Assemblée générale décide de se retirer provisoirement de l'Union et d'observer une neutralité absolue, étant entendu que :

1° Cette décision ne comporte aucune signification de méfiance vis-à-vis de l'Union des Syndicats médicaux ;

2° Que le syndicat fera comme par le passé tous ses efforts pour que cesse la scission si préjudiciable aux intérêts du corps médical français.

Programme d'action et d'études pour l'année 1926-27.

Outre les questions dont l'étude doit être poursuivie :

Assurances sociales ;

Hospitalisation des malades payants ;

Accidents du travail ;

Questions fiscales ;

l'Assemblée décide de faire étudier en 1926-1927 par les Commissions compétentes les deux questions suivantes :

Lutte anticancéreuse ;

Rapports des chirurgiens avec les médecins traitants.

Conditions d'admission à l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de masseurs, etc, et notation des différentes catégories d'examen d'Etat

Arrêté du 24 juin 1926.

(*Suite* (1))

Art. 9. — Les notations de l'examen d'Etat conférant le diplôme d'infirmière hospitalière, d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance aux élèves ayant suivi le programme des trente-trois mois d'études sont les suivantes :

(Les candidates auront préalablement subi, après 22 mois d'études, l'examen d'Etat d'infirmières hospitalières dont les notations sont mentionnées à l'article 6 du présent arrêté).

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

Tuberculose	40 points.
Travail social antituberculeux	20 —
Hygiène infantile :	
Anté-natale	20 —
Nourrissons	20 —
Deuxième et troisième âge	20 —
Travail social mère et enfant	20 —
	140 points.

B. — Epreuves écrites.

Tuberculose	30 points.
Hygiène infantile	20 —
Assistance sociale (tuberculose et enfance)	20 —
	70 points.

La moyenne de 105 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

Hygiène infantile :	
Anténatale	10 points
Nourrissons	10 —
Deuxième et troisième âge	10 —
Tuberculose	20 —
Hygiène générale	20 —
Assistance sociale (tuberculose et enfance)	20 —
	90 points.
Total	300 points.

(1) V. *Concours Médical* n° 41.

Un minimum de 150 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 280 à 300 points.
Bien, 260 à 280 points.
Assez bien, 240 à 260 points.

Art. 10. — Les notations de l'examen d'Etat d'infirmiers hospitaliers sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

2 épreuves cotées 20 points chacune (2 soins de médecine, 2 soins de chirurgie).......... 80 points.

B. — Epreuves écrites.

2 épreuves de 20 points chacune (chirurgie et médecine)........................ 40 points.

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

6 épreuves, 7 matières :

Médecine générale......	20 points.
Chirurgie	20 —
Hygiène générale	10 —
Prophylaxie des maladies contagieuses	10 —
Pharmacie avec démonstrations	10 —
Administration et morale professionnelle.........	10 —
	80 points.
Total	200 points

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 11. — Les notations de l'examen d'Etat de masseurs ou de masseuses sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

2 épreuves de massage	40 points.
1 épreuve de gymnastique ou de mécanothérapie	20 —
1 épreuve de rééducation ou d'hydrothérapie	20 —
	80 points.

B. — Epreuves écrites.

1 épreuve d'anatomie...	20 points.
1 épreuve de physiologie et pathologie appliquées..	20 —
	40 points.

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

6 épreuves :

Anatomie	20 points.
Physiologie et pathologie appliquées	20 —
Massage	20 —
Morale professionnelle et déontologie	10 —
Notions de petite chirurgie ou gymnastique ou rééducation ou mécanothérapie ou kinésithérapie......	10 —
	80 points.
Total	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 12. — Les notations de l'examen d'Etat d'infirmiers masseurs aveugles ou d'infirmières masseuses aveugles sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

2 épreuves de massage simple ou avec mobilisation de 40 points chacune............. 80 points

B. — Epreuves écrites.

1 épreuve d'anatomie...	20 points.
1 épreuve de physiologie et de pathologie appliquées	20 —
	40 points.

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

5 épreuves :

Anatomie	20 points.	
Physiologie et pathologie appliquées	20 —	
Massage simple........	20 —	
Massage combiné à d'autres pratiques physiothérapiques (mobilisation).....	10 —	
Morale professionnelle et déontologie	10 —	
		80 points.
Total		200 points

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 13. — Les notations de l'examen d'Etat d'infirmières sanitaires sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

Soins à un contagieux.............	20 points.
Organisation auprès d'un malade des mesures de prophylaxie incombant à l'infirmière et au désinfecteur.........	20 —
Opération réelle de désinfection à pratiquer ou à contrôler	20 —
Conseils de prophylaxie à donner réellement dans une famille.............	20 —
	80 points.

B. — Epreuves écrites.

Symptômes, traitement, prophylaxie d'une maladie contagieuse	20 points
Rapport au médecin sanitaire sur les mesures de prophylaxie prises d'urgence et à faire prendre, en cas de suspicion d'une maladie épidémique	20 —
	40 points

La moyenne de 60 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales

3° *Epreuves d'admission*

Epreuves orales

5 épreuves :

Maladies contagieuses (adultes et enfants)	20 points.	
Tuberculose et les maladies vénériennes.........	10 —	
Hygiène générale.......	20 —	
Administration sanitaire	10 —	
Technique sanitaire....	20 —	
		80 points.
Total		200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.
Bien, 160 à 180 points.
Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 14. — Les notations de l'examen d'Etat d'infirmières sanitaires coloniales (métropolitaines) sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

7 épreuves :

Soins à un contagieux...............	20 points
Organisation, dans un foyer de contagion, des mesures de prophylaxie incombant à l'infirmière et au désinfecteur....	20 —
Opération réelle de désinfection à effectuer par des moyens de fortune......	20 —
Soins à un malade atteint d'une affection relevant de la pathologie exotique..	20 —
Soins d'urgence à un blessé avec des moyens de fortune	10 —
Soins à une femme enceinte, à une accouchée, à un nouveau-né ou à un nourrisson	20 —
Préparation extemporanée d'un médicament d'urgence (technique simple).	10 —
	120 points

B. — Epreuves écrites.

Symptômes, traitement, prophylaxie d'une maladie contagieuse des colonies	20 points.
Rapport au médecin sanitaire sur les mesures de prophylaxie prises d'urgence et à faire prendre, en cas de suspicion de maladie épidémique dans un district indigène (procédés de fortune.)	20 —
	40 points

La moyenne de 80 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

4 épreuves :

Morale	10 points.
Hygiène générale	10 —
Anatomie et la physiologie élémentaires	10 —
Technique de l'art de l'infirmière	10 —
	40 points
Total	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.

Bien, 160 à 180 points.

Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 15. — Les notations de l'examen d'Etat d'infirmières sanitaires coloniales (indigènes) sont les suivantes :

1° *Epreuve éliminatoire.*

Examen du livret de scolarité, 40 points.

2° *Epreuves d'admissibilité.*

A. — Epreuves pratiques.

Soins à un contagieux	20 points
Organisation, dans un foyer de contagion, des mesures de prophylaxie incombant à l'infirmière et au désinfecteur	20 —
Opération réelle de désinfection à effectuer par des moyens de fortune	20 —
Soins à un malade atteint d'une affection relevant de la pathologie exotique	20 —
Soins d'urgence à un blessé avec des moyens de fortune	10 —
Soins à une femme enceinte, à une accouchée, à un nouveau-né ou à un nourrisson	20 —
Préparation extemporanée d'un médicament d'urgence (technique simple)	10 —
	120 points.

B. — Epreuves écrites.

Composition très élémentaire de morale professionnelle	40 points.

La moyenne de 80 points au total est exigible pour l'admission aux épreuves orales.

3° *Epreuves d'admission.*

Epreuves orales.

4 épreuves :

Morale	10 points.
Hygiène générale	10 —
Anatomie et physiologie élémentaires	10 —
Technique de l'art de l'infirmière	10 —
	40 points.
Total	200 points.

Un minimum de 100 points pour les épreuves d'admissibilité et d'admission est exigible pour l'obtention du diplôme.

Les mentions à donner correspondront au total des points ci-après :

Très bien, 180 à 200 points.

Bien, 160 à 180 points.

Assez bien, 140 à 160 points.

Art. 16. — Tous ces examens auront pour base de notation des épreuves le tableau ci-après :

Epreuves des titres, 0 à 40.

Epreuves d'admissibilité et d'admission.

	Notations sur 10	Notations sur 20	Notations sur 30
Parfait	10	20	30
Très bien	9	18, 19	27, 28, 29
Bien	8, 7,	15, 16, 17	23 à 26
Assez bien	6	12 à 14	17 à 22
Passable	5	9 à 11	16 à 18
Médiocre	4	7, 8	13 à 15
Mauvais	3	5, 6	9 à 12
Très mauvais	2 et 1	2, 3, 4	2 à 8
Nul	0	0	0

Art. 17. — Les examens auront lieu pour la pratique, suivant le cas, dans des services hospitaliers ou des dispensaires désignés par le jury. Pour la partie théorique, au siège choisi par le jury.

Art. 18. — Un rapport des conditions dans lesquelles se sont déroulées les différentes phases de

l'examen sera établi par le président du jury. Un tableau des notes obtenues par les candidates sera dressé et revêtu de la signature du président.

Ces deux pièces, accompagnées des copies d'examen et des dossiers des impétrants visés à l'article 3, seront remises à la préfecture pour envoi au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques).

Art. 19. — Les brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmier, d'infirmière, de masseur, de masseuse, etc., diplômé de l'Etat français seront délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

Art. 20. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 15 juin 1926.

DURAFOUR.

(*J. O.*, 24 juin 1926.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Conférences d'externat et d'internat.** — Les internes en chirurgie, conférenciers d'externat et d'internat ont décidé, en raison de l'augmentation continuelle du coût de la vie, de majorer le prix de leurs conférences.

Depuis octobre 1926, le prix des conférences est de 50 fr. pour l'externat et de 80 fr. pour l'internat.

Il convient de remarquer que cette augmentation n'est que la seconde depuis la guerre et que le nouveau prix des conférences est simplement le double du prix d'avant-guerre.

Comme par le passé, et conformément aux généreuses traditions de l'internat, des conditions particulières seront toujours consenties aux candidats de situation modeste.

— **Pour les étudiants de Bordeaux.** — L'Office Universitaire de logement et de renseignements fondé par l'Association des professeurs del'Université de Bordeaux avec le concours du bureau de tourisme du Port, a pour mission de centraliser tous les renseignements nécessaires à la vie matérielle de l'étudiant et de l'étudiante à Bordeaux, et principalement tout ce qui concerne le logement et la nourriture. Ses bureaux sont ouverts tous les jours, de 9 heures à midi et de 14 h à 17 heures, même pendant les mois de vacances, au siège de l'Office, Palais de la Bourse, place Gabriel. Tél. 28-41.

Le prix des chambres varie de 120 à 200 francs par mois. Celui de la pension complète oscille entre 550 et 650 francs.

Il sera répondu par écrit à toute demande accompagnée d'un timbre pour la réponse.

— **Hygiène et clinique de la première enfance.** — M. le professeur Marfan commencera le cours d'hygiène et de clinique de la première enfance, à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau, 74) le mardi 23 novembre, à 9 h. 45 et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

Le samedi à 10 h. : Consultation de nourissons et policlinique.

Le mercredi, à 10 h. 30 : Conférences complémentaires par MM. Veau, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés, et Henri Lemaire, médecin des hôpitaux ; Lamy, chef du service orthopédique à l'hospice des Enfants-Assistés ; Blechmann, Hallez, Turquety, P. Vallery Radot et Jacques Florand, anciens chefs de clinique ; Dorlencourt, chef de laboratoire ; Jacques Debray, Chevalley et Robert Broca, chefs de clinique ; Roudinesco, assistant (première conférence, le mercredi 24 novembre).

Le jeudi, à 9 h. (pendant le semestre d'hiver) : Enseignement pratique de la Puériculture (Institut de Puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine). Cet enseignement commencé le jeudi 4 novembre, continue les jeudis suivants (S'inscrire au pavillon Pasteur).

— **Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier.** — M. le professeur Brindeau a commencé son cours de clinique d'accouchements, le samedi 13 novembre 1926, à 10 h. 1/2 du matin, et le continue les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— **Physiologie.** — M. le professeur H. Roger a commencé son cours le samedi 13 novembre 1926, à 17 h., au petit amphithéâtre, et le continue les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. Léon Binet, agrégé, commencera le mardi 16 novembre, à 17 h., au petit amphithéâtre, une conférence complémentaire et la continuera tous les mardis, à la même heure.

— **Pathologie chirurgicale.** — M. le professeur Paul Lecène a commencé son cours le jeudi 4 novembre 1926, à 16 h. (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continue les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Affections chirurgicales de la tête, du rachis et du cou.

— **Histologie.** — M. Prenant, professeur d'histologie, a commencé le cours le lundi 8 novembre, à 16 h., et le continue les mercredis, vendredis et lundis suivants, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Objet du cours. — La cellule et les tissus.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

émis au Congrès des œuvres sociales tenu à Lille, en juin 1909 :

Les mutuelles protestèrent :

1° Contre le cumul des indemnités : certains ouvriers touchant plus d'argent, lorsqu'ils sont blessés, qu'en travaillant, puisqu'ils cumulent leur demi-salaire et l'indemnité journalière due par la société ; (*contra* Paris 17 juin 1902 ; S. 1902-2 et la note de M. Wahl qui conclut à la légalité du cumul D. 1913.2.351. Conclut également à la légalité du cumul : Sachet, Traité législation du trav., 7e édit., t. II, p. 317).

2° Contre le point de départ de l'indemnité, en cas d'accident. Etant donné que l'ouvrier ne touche, en vertu de la loi de 1898, le demi-salaire pour les quatre premiers jours, que si l'incapacité a duré plus de dix jours, le blessé fait l'impossible pour que son chômage dure onze jours, ce qui porte un grave préjudice aux sociétés de secours mutuels.

Disons cependant que les mutuelles sont absolument libres d'inscrire, dans leurs statuts, que l'indemnité de maladie ne sera pas due, en cas d'accident du travail. La jurisprudence a reconnu ce droit (Cass. civ. 20 janvier 1913 ; trib. civ. Bordeaux, 12 mars 1906).

En ce qui concerne le libre choix du médecin, la loi du premier avril 1898 ne l'impose pas : il en résulte que l'ouvrier blessé, enrôlé par son patron dans une société de secours mutuels, conformément aux prescriptions de l'article 5 de la loi du 9 avril 1898, ne peut pas choisir d'autre médecin que celui imposé par la mutuelle.

Ce ne serait qu'au bout des 30, 60 ou 90 jours, que l'ouvrier pourrait choisir librement son docteur.

En ce sens, justice de paix du XIe arr. de Paris, 24 décembre 1907 ; XVIe arr., 31 janvier 1908 ; 11e arr., 20 novembre 1908. Un arrêté du ministre de l'Intérieur, du 16 mars 1899, décide, dans son article 7, que « les sociétés doivent fournir et les participants sont tenus d'accepter les secours médicaux et pharmaceutiques dans les conditions fixées aux statuts. ».

Un arrêt de la cour d'appel de Paris, 17 juin 1902, décide que le chef d'entreprise, qui, en conformité de l'article 5 de la loi du 9 avril 1898, a provoqué la création, entre ses employés, d'une société de secours mutuels, leur assurant le paiement intégral de l'indemnité journalière et qui participe aux charges de cette mutualité, dans la mesure que la loi lui impose, ne saurait, à aucun titre, être recherché par l'ouvrier blessé, participant, pour le paiement de ses demi-salaires, par suite, pour les frais médicaux.

L'Union des Syndicats médicaux a bien voté des vœux, pour que le libre choix soit assuré au mutualiste blessé du travail, mais la législation n'a pas encore été modifiée sur ce point.

Aux Sociétés mutuelles donc d'inscrire, dans

leurs statuts, le droit au libre choix du médecin, non seulement pour le blessé du travail, mais aussi pour tout malade.

Dr Paul BOUDIN.

3253. — Accident survenu hors de l'usine.

Lors de la tempête, hier, un ouvrier, immédiatement en sortant de l'usine, reçoit une branche d'arbre qui le renverse et le blesse. Le patron de l'usine refuse d'accepter cet accident comme accident du travail. Est-ce son droit ? Dans l'affirmative qui est responsable ?

Dr P.

Réponse.

Sont seuls considérés comme accidents du travail les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. Il a été décidé par la jurisprudence que les accidents dont les ouvriers pouvaient être victimes dans le trajet de leur domicile au lieu du travail, ou vice versa, n'étaient pas des accidents du travail, car à ce moment les ouvriers ne sont pas encore ou ont cessé d'être sous la surveillance et la direction du patron.

L'accident, dites-vous, est survenu alors que l'ouvrier avait quitté l'usine pour regagner son domicile. Par conséquent, on ne peut dire qu'il est arrivé par le fait ou à l'occasion du travail et c'est à bon droit, à notre sens, que le patron estime que sa responsabilité n'est pas engagée.

D'autre part, la chute de la branche a été provoquée par la tempête. On doit voir là un cas fortuit ou de force majeure, dont personne ne peut être rendu responsable.

Dans ces conditions, le blessé ne peut prétendre à aucune indemnité et c'est à lui seul que vous pourrez réclamer le paiement de vos honoraires.

3334. — Rachat de rente.

Je vous serais reconnaissant de me faire savoir si un blessé du travail auquel il a été alloué une rente de 91 fr. par an, peut racheter sa rente. Le blessé est âgé de 26 ans. Quelle somme peut-il lui être allouée en cas de rachat, et quelles formalités doit-il accomplir à ce sujet ?

Dr J.

Réponse.

En vertu de l'article 21 de la loi du 9 avril 1898, la pension peut être remplacée par le paiement d'un capital, si elle n'est pas supérieure à 100 francs et si le titulaire est majeur. Le rachat ne peut être effectué que d'après le tarif de la Caisse nationale des retraites.

Mais ce rachat ne peut être imposé au débiteur de la rente ; il ne peut résulter que d'un accord entre les parties.

Votre blessé remplit les conditions exigées par la loi pour pouvoir obtenir la conversion de sa rente. Qu'il demande donc à la Compagnie d'assurances qui lui en fait le service si elle consentirait à lui verser le capital. En cas d'accord, un simple acte sous seings privés suffira pour le constater.

D'après les tarifs de la Caisse des retraites, le capital auquel aurait droit le blessé (26 ans, rente de 91 fr.) serait de 1,467 fr. 45.

3309. — Accident à un ouvrier étranger à l'entreprise. Allocation aux victimes d'accidents anciens.

Voici deux cas que je rencontre dans ma clientèle et au sujet desquels je sollicite votre avis :

1° Un propriétaire ayant une « assurance contre les accidents du travail spéciale aux exploitations agricoles » (lois du 9 avril 1898, 30 juin 1899, 12 avril 1906, 15 juillet 1914 et 15 décembre 1922). Police mixte, police n° 384.358, souscrite le 15 avril 1925 et garantie à la même date », fait faire une réparation aux toits de ses bâtiments d'exploitation en mai 1925 par un ouvrier à la journée. Un accident survient, d'abord d'allure grave, et se terminant favorablement sans I. P. P. au bout de trois mois. L'assurance se refuse à payer et fait des offres dérisoires par l'intermédiaire de son agent, qui affirme que cet accident n'est pas couvert par l'assurance et que les offres sont faites sur son intervention et pour arranger les choses.

Médecins, patron et ouvrier en sont surpris. Que faut-il faire ?

2° Un accidenté du travail datant de bien avant 1914 croit avoir droit à des allocations supplémentaires. Il possède une petite propriété, que lui et sa femme cultivent avec aisance. Il a eu 30 % d'invalidité. Pour obtenir ces allocations, auxquelles, je crois, il a droit, quelle est la marche à suivre ?

Dr C.

Réponse.

1° Il ne peut être question de l'application de la loi sur les accidents agricoles à l'ouvrier qui a été victime de l'accident puisque le travail qu'il effectuait présentait un caractère non pas agricole, mais industriel.

Seule, la loi du 9 avril 1898 pourrait le concerner. Or, en vertu de cette loi, seuls peuvent être rendus responsables des accidents les *chefs d'entreprises*, mais non pas les particuliers qui font exécuter des travaux pour leur propre compte.

Dans l'espèce, l'ouvrier était en réalité un petit entrepreneur.

C'est donc à juste titre que l'assurance refuse de reconnaître la responsabilité de son assuré.

2° Il existe en effet une loi du 30 juin 1924 instituant des allocations temporaires en faveur des

victimes d'accidents du travail antérieurs au 5 août 1920, atteints d'une incapacité de 30 % au moins. Pour une invalidité de 30 à 49 %, le montant de l'allocation est de 20 francs par mois.

Toutefois, lorsque le salaire ayant servi de base à la fixation de la rente dépassait 2.400 fr., le montant de la rente se rapportant à la partie du salaire dépassant 2.400 francs doit être déduit de l'allocation.

Pour obtenir l'allocation à laquelle il a droit, ainsi que les arrérages qui lui sont dus, que votre blessé adresse une demande sur papier libre au ministère du travail (contrôle des assurances).

Il devra indiquer dans sa demande :

1° Ses nom, prénoms et adresse ;

2° Sa nationalité ;

3° La date de l'accident ;

4° La date de la dernière décision attributive de rente, le montant du salaire qui a servi à la fixation de la rente, le taux d'incapacité et le montant de la rente servie ;

5° L'établissement qui fait le service de la rente.

Le ministre du travail liquidera l'allocation attribuable au blessé et le service en sera fait, en même temps que celui de la rente elle-même, par la Compagnie d'assurances.

3247. — Responsabilité du métayer.

J'ai un métayer, qui travaille avec les membres de sa famille. En cas d'accident de travail qui est responsable, lui ou moi ?

Je suis assuré contre les accidents du travail ; doit-il l'être aussi, ou mon assurance suffit-elle en prévenant ladite assurance de cette situation ?

Le métayer ne doit-il pas participer à la prime ?

D^r N.

Réponse.

Aux termes de l'article 6 de la loi du 15 décembre 1922, si le propriétaire n'exploite pas lui-même, le fermier, le métayer ou tout autre exploitant est seul responsable des indemnités vis-à-vis des victimes d'accidents ou de leurs ayants droit.

Au cas où il n'y a pas d'assurance, le métayer a un recours contre le bailleur jusqu'à concurrence de la moitié des indemnités.

Mais lorsque le métayer est assuré contre l'intégralité du risque, soit par lui-même, soit par les soins du bailleur, aucun recours ne peut être exercé contre ce dernier. Mais le bailleur, nonobstant toute convention contraire, doit supporter la moitié au moins de la charge de la prime d'assurance.

Dans votre cas, comme c'est vous qui avez contracté l'assurance, aucun recours direct ne

pourrait être exercé contre vous par les victimes, mais vous (ou plutôt votre assurance), seriez obligé de garantir le métayer.

Vous pouvez vous entendre avec votre métayer pour lui faire rembourser la moitié de la prime d'assurance. Mais, pour cela, il faut un accord entre vous, car si la loi fait obligation au propriétaire de supporter la moitié de la prime payée par le métayer, aucune obligation inverse n'existe à la charge du métayer.

3285. — Accident causé par un détonateur.

Un enfant de 13 ans, placé comme berger dan s une ferme, s'amuse en gardant ses vaches avec un détonateur qu'il a trouvé, explosion et blessures de la main :

1° Cet accident survenu au cours du travail est-il couvert par la loi sur les accidents du travail ;

2° En cas de réponse négative, le patron peut-il être responsable et doit-il avoir assuré cet enfant.

Dr B.

Réponse.

1° La Cour de Cassation (Chambre civile, 24 janvier 1912, D. P. 1913. 1. 6, et 22 décembre 1914. D. P. 1917.1.1) a jugé que tout accident survenu à l'heure et au lieu du travail, étant un accident du travail, le chef d'entreprise n'est déchargé de la responsabilité ni parce que la faute de la victime a causé l'accident, ni parce qu'il a été occasionné par des circonstances étrangères au travail, autres que l'action des forces de la nature.

En appliquant ces principes, on devrait donc considérer comme accident du travail celui survenu à un jeune berger qui, pendant son travail, est blessé par un détonateur.

Le patron pourrait seulement arguer qu'il y a eu faute inexcusable de la victime, pour faire réduire le montant de la rente en cas d'incapacité permanente. Mais le demi-salaire et les frais médicaux doivent être intégralement payés et ne sont pas sujets à réduction sous prétexte de faute inexcusable.

2° S'il était jugé que l'accident n'est pas un accident du travail, le patron ne serait responsable que s'il pouvait être prouvé qu'il y a eu faute, négligence ou imprudence de sa part ou de celle de ses préposés, ce qui est bien improbable.

Quant à l'assurance, elle n'est jamais obligatoire.

Fiscalité

2932. — Rémunérations fixes. Leur caractère au point de vue fiscal.

J'ai bien reçu votre réponse au sujet de la question fiscale *que je vous ai posée.*

Vous me dites que « avant de contester le calcul de l'imposition, il faut établir le véritable caractère de ces rémunérations ».

Qu'entendez-vous par là ?

En faisant ma déclaration j'ai fourni au contrôleur l'énumération exacte des fixes que je touche. Cela est-il suffisant pour établir ce caractère ?

Comment dois-je faire pour réclamer ? Jusqu'où cela peut-il m'entraîner comme frais ? Ai-je quelques chances de réussir ?

Dr X.

Réponse.

L'administration estime que les rémunérations allouées par les communes, bureaux de bienfaisance, hospices, Cies d'assurances, etc., ne constituent pas un « salaire » au sens fiscal du mot, mais un bénéfice non commercial.

Nous partageons cette opinion, si :

1° Aucune rémunération payée par un seul des établissements ci-dessus ne constitue la principale source du revenu professionnel ;

2° Si le contrat qui lie le médecin à ces établissements n'est pas analogue à ceux des employés et ne lui réserve pas, le cas échéant, les mêmes avantages généraux (délai de congé, retraite, assurances, accidents, etc...).

Les frais de contentieux sont peu élevés et se bornent au coût du papier timbré pour la rédaction des requêtes.

A. M.

2910. — Taxe sur deux automobiles ne circulant pas simultanément.

J'ai vu il y a quelque temps dans une question posée au Ministre et relatée dans vos colonnes, qu'il était possible, ayant deux voitures, dont une comme secours, les deux ne sortant jamais simultanément, de ne payer que la taxe pour la plus forte en chevaux.

Dans vos colonnes, la réponse était bien formelle.

En conséquence j'ai fait cette demande à la direction des contributions indirectes, l'agent local ayant refusé de se prononcer, et la direction refuse conformément aux dispositions de « la circulaire 115 du 263-24 ».

Que dois-je faire ?

Dr B.

Réponse.

Pour exonérer la plus faible voiture, l'administration des contributions indirectes exige :

1° Que le permis de circuler de la voiture inutilisée soit déposé à la recette buraliste ;

2° Que les mutations ne présentent aucun caractère de fréquence et de périodicité.

Les conditions sont visées dans la réponse ministérielle et vous ne pouvez obtenir satisfaction que si elles sont remplies.

A.M.

Application du Tarif Durafour

I

3118. — « L'épluchage, etc... » comprend la suture.

Chute sur un piquet de fer amenant : fracture de l'os nasal, plaie des parties molles.

J'ai nettoyé la plaie, enlevé un fragment d'os et suturé. Réunion *per primam*, fils enlevés le dixième jour.

Dois-je compter :

Epluchage, régularisation, ablation de fragment osseux	40 fr.
Points de sutures multiples	25 fr.
Injection sérum antitétanique	20 fr.

Ou quoi ?

Le cas n'étant pas prévu au tarif des A. T., je vous serai très obligé de me donner un conseil.

Dr G.

Réponse.

Si vous comptez un « épluchage, etc. ; vous ne pouvez compter, en plus, des points de suture qui, *par définition*, sont compris dans cet épluchage, de même que « l'excision de tous les tissus morts », comme votre esquille d'os (voir l'article 17, note 1). Comptez donc : épluchage plus injection antitétanique, plus certificat, soit : 40 plus 20 plus 5, au total : 65 fr.)

F. D.

II

3200. — 1° Cumul ; 2° Fournitures pharmaceutiques.

Ayant été appelé par un confrère pour désarticulation urgente de l'index de la main droite (accident du travail) et totale, je me suis rendu avec ce confrère au domicile du blessé où j'ai procédé à la désarticulation susnommée, pendant que mon confrère faisait l'anesthésie au chloroforme.

Puis-je compter, dans ce cas, les honoraires suivants :

Distance kilométrique, 20 kil. aller et retour à 1 fr. 10	22 fr.
Désarticulation totale de l'index	75 fr.
Consultation avec confrère	30 fr.
Fournitures de pansements stérilisés, éther, compresses stérilisées, etc.	10 fr.
Total	137 fr.

Je vous demande si je puis compter : consultation avec confrère en plus de l'acte opératoire ? D'autre part, il y a un confrère résidant à quatre kilomètres du pays où je suis allé : dans ce cas, je ne pourrais probablement compter sur ma note que huit kilomètres au lieu de vingt !

Dr H.

Réponse.

a) Vous ne pouvez compter (n'étant pas spé-

cialiste) que le prix du déplacement du médecin le plus rapproché (article 3).

b) Vous ne pouvez compter à la fois une consultation plus une intervention, quand les deux furent simultanées. Ce serait le cumul interdit par l'article 13.

c) Quant aux fournitures pharmaceutiques, vous n'êtes pas en droit de les compter, si *vous* habitez une localité où réside un pharmacien.

F. D.

III

3202. — Interventions successives.

Une malade est atteinte de panaris du pouce gauche, j'incise, le jour où elle vient me voir, et compte suivant le tarif : 35 fr. + 5 fr. de certificat.

Deux jours après, le processus infectieux ayant gagné les gaines, avec l'aide d'un confrère nous incisons sous anesthésie locale l'avant-bras pour mettre à jour les tendons, le creux de la main où nous trouvons une collection purulente. Il a fallu à l'avant-bras aller jusqu'au niveau des os, je crois pouvoir réclamer :

Ouverture abcès profond non viscéral ral	100 fr.
Anesthésiste	50 fr.
Distance kilométrique du médecin le plus rapproché : 6 kil. Indemnité 1,10 × (6 + 6) +	13 fr. 20
Total	163 20

Cette opération n'est pas encore suffisante, le pus continue à se former, la fièvre ne tombe pas, il s'est formé un foyer fluctuant au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt. Dix-sept jours après la première intervention, nous en faisons une seconde encore sous chloroforme : 1° nous incisons sur le métacarpien le dos de la main au-dessus du petit doigt et incisons celui-ci en avant de telle façon que la face palmaire et la face dorsale correspondent par la partie inférieure de l'espace inter-osseux.

2° Nous réunissons la plaie d'incision du pouce à celle de la région médiane de la main par une incision transversale ; 3° nous agrandissons l'incision de l'avant-bras, la prolongeant en bas jusqu'au ligament antérieur du carpe, en haut jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras.

Pouvons-nous faire le même compte que pour la première opération :

Ouverture, etc., abcès profond	100 fr.
Anesthésiste	50 »
Indemnité	13 20
Total	163 20

Je vous serais reconnaissant de me renseigner à ce sujet. De même pour les pansements, je passais au moins une demi-heure à chacun d'eux, n'y a-t-il rien de prévu pour ce cas, il me fallait défaire le pansement, faire baigner la main de la blessée, lui poser un tube de Carrel dans la plaie de l'avant-bras, un autre dans celle du pouce, un autre dans celle de la paume de la main, un autre enfin, dans celle du pou.

ce. Dix francs pour un travail semblable me semble peu.

Dr L.

Réponse.

Vous avez à compter successivement chacune des interventions que vous avez été obligé d'effectuer par suite des complications présentées ;

a) *Première intervention*, 35 plus 5, soit : 40 fr.

b) *Deuxième intervention*, 100 plus 13 fr. 20, soit : 113 fr. 20.

Mais le confrère aura à compter 50 francs comme aide et non pas comme anesthésiste, puisque vous me parlez d'anesthésie *locale*, qui n'est pas rémunérée à part (voir article 12).

c) *Troisième intervention*.

Même chose que pour la deuxième, mais vous comptez cette fois 100 francs pour « incision, contre-ouverture et drainage d'un phlegmon sous-aponévrotique de la paume de la main » (article 17).

d) Quant aux pansements consécutifs, si vous avez fait des irrigations Carrel, celles-ci sont tarifées 20 francs (article 28, *in fine*).

F. D.

IV

3228. — Soins d'urgence.

Je serais désireux de savoir quel tarif appliquer dans le cas suivant de blessure par accident du travail :

1° Fracture simple du bras droit ;

2° Fracture ouverte du radius et du cubitus, tiers moyen, avec large plaie infectée (bras droit).

J'ai simplement effectué le maintien et le pansement, tout à fait provisoires, de ces deux lésions, le blessé ayant de suite été dirigé sur l'hôpital.

Dr R.

Réponse.

Comptez 50 francs pour « soins d'urgence et pose d'appareil provisoire en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin » (note 1, *in fine* de l'article 18).

F. D.

Baux et locations.

3216. — Situation du locataire habitant une localité où la loi du 1er avril 1926 n'est pas applicable.

J'ai loué une maison avec bail de 3, 6, 9, résiliable à chaque période au gré des deux parties avec préavis de 6 mois (point de départ du bail : 25 juin 1921).

Je réside dans une commune de 2.000 habitants, dont la population n'a pas augmenté aux derniers recensements et qui est éloignée de plus de 10 kil. de toute ville de 10.000.

1° Mon propriétaire, qui n'a aucun motif pour venir habiter sa maison, mais qui peut trouver d'autres locataires, lui offrant un prix plus élevé, est-il en

droit de me donner congé à la fin de la deuxième période et de me faire sortir de chez lui malgré moi ?

2° Peut-il me demander une augmentation de loyer et dans quelles proportions ?

3° Quelle conduite tenir pour rester ?

Dr X.

Réponse.

Puisque la loi sur les loyers du 1er avril 1926 n'est pas applicable dans votre commune, vos rapports avec votre propriétaire sont régis dès à présent par le droit commun.

Si donc il est spécifié dans votre bail que votre propriétaire peut vous donner congé à l'expiration de chacune des périodes de trois ans, moyennant un préavis de six mois, c'est à bon droit qu'il pourra vous donner congé, avant le 25 décembre 1926, pour le 25 juin 1927.

A ce moment, si vous ne vous êtes pas mis d'accord avec lui pour la conclusion d'un nouveau bail, il pourra poursuivre votre expulsion et relouer à un autre locataire de son choix. Vous pourrez seulement obtenir du juge un délai de grâce de courte durée.

S'il consent à vous faire un nouveau bail, aucune taxation de loyer ne pourra être invoquée par vous.

Au cas où vous trouveriez ses prétentions excessives, votre seule ressource serait de vous entendre avec un autre propriétaire pour louer une autre maison, au besoin en faisant partir les locataires actuels, s'ils sont sans bail.

2876. — La patente porte sur le loyer d'habitation et celui des locaux professionnels.

Je fais mes consultations dans un appartement composé de deux pièces.

J'habite une maison particulière séparée de un kilomètre de mon cabinet de consultation. Dans cette maison, je ne fais jamais ni consultation, ni acte médical quelconque.

Dans ces conditions, peut-on m'imposer une patente basée à la fois sur la valeur locative et de mon cabinet de consultation et de ma maison d'habitation ? Ou suis-je en droit de demander que ma patente ne soit basée que sur la valeur locative du cabinet de consultation.

Dr X.

Réponse.

Le droit proportionnel de patente est calculé sur la valeur *locative totale* des locaux professionnels et des locaux d'habitation.

Lorsque ces locaux sont séparés ou situés dans des communes différentes, il est établi deux avertissements.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 47 — 21 Novembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 2976-IV)

Office de Renseignements du « Concours »

Cet Office est mis à la disposition de nos lecteurs pour les renseigner et les documenter pour tout ce qui peut avoir trait à l'exercice de la profession médicale :

Renseignements juridiques
— administratifs
— professionnels
Application des tarifs
Impositions diverses
Déontologie
Maisons de santé, sanatorium, etc...

(Joindre un timbre pour la réponse

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Carrette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cannet (Le), près Cannes : Comoy.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Rion.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse Jossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin. Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Berdardbeig, Gauvin. Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud. Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Grozu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Laque, Lictard. Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilvan, Pietri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Baiac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr L., de Paris, la somme de cinq francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum. (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

No 521. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

No 522. — Dr 49 ans, très valide, mais ouïe s'affaibliss. est obligé cesser d'exerc. cherche situat. para ou extra-médic. honnête et digne. Ecr. Dr à La Ferrière-s.-Risle (Eure).

No 523. — Sup. cond. int. Citroen, 9 HP 4 pl. sièges Pulmann, régl. carros. gr. luxe mod. 1923, peu roul. à vend. 13.000. Dr Ducroux, à Marcigny (S.-et-Loire).

N. 524. — Auto Chenard, 10 ch. cond. int. 3 pl. écl. électr. pneus confort, bon ét. Dr Cocheret, Vichy (Allier).

No 525. — Renault 10 CV, cond. int. 2, 3 pl. Tous acc. plus 5 ch. à air, ent. révis., exc. état de marche, 10.000 fr. Dr Bayard, 87, boul. de Courcelles, Paris.

No 526. — A céd. poste de camp., belle localité, villa agr., jard. et gar. Loy. 1.200, bail à vol. Rec. imp. Ind. à déb.

N° 527. — Suis achet. d'occ. du plan d'études détaillé et sujets traités et conseils de philosophie et auteurs philosoph. de l'école Universelle.

N° 528. — Med. marié rech. poste seul méd., de préfé- méd. du ch. de fer, rapp. minim. 45.000.

N° 529. — Conf. prov. ser. reconn. à confr. paris. qui indiq. chambre conf. chez dame sér. pour fils étud. 4e année de pharm. dans le 18e ou confins des 7e ou 17e arr.

N° 530. — Parent de médecin, contr. vérific. d'aff. médic. dans Cie d'assur. recherche notes à établ. et à encaiss. à Paris ou banlieue Est.

N° 531. — Paris. A céd. install. méd. avec appar. électro-radiolog. pour méd., chirurg. ou odontolog. Appart. luxe, 5 p., loyer 6.500, sit. centr. près gare St-Lazare.

N° 532. — A vend. d'occ. stéréosc, Reiniger pour radio-stéréographie tous formats à prismes avec banc d'optique.

N° 533. — Veuve méd. très valide, 60 ans. anc. infirm. demande tenir la mais. d'une personne seule.

N° 534. — Dr jeune et actif, cherche représ. produits pharmac. région du Nord.

N° 535. — Infirmière diplômée longue expér. dem. poste de nuit dans mais. de chirurgie ou d'accouch.

N° 536. — Poulettes Bresses noires 5 mois. 30 fr. pièce, emball. gratuit, port charge acheteur. Dr Denel, à Fronton (Hte-Garonne), c. c.p. 10180 Toulouse.

N° 537. — Nice-St-Antoine (A.-M.). Mais. régimes et repos (La Colline). Tous les conf. mod. Tous les trait. réunis dans un site unique. Parc 5 ha., vue sur mer. Plein midi. Dr Daniel (Ex-int. hôp.).

N° 538. — Pharm. ser. reconn. à doct. qui lui indiq. soit pharm. à créer ou à repr. même fermée, soit toute autre situat.

N° 539. — Paris quart. bourgeois, cab. nez, gorge, oreill., aff. très import. Client. sélect., vaste appart. Prix à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 540. — Rég. Centre. poste vacant bien situé, client. assurée, sans indemn. Pour tous renseign. s'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 541. — Licenciée ès sc. réf. sér. connais. biol. médic., dem. poste dans labor.

N° 542. — Cote d'Azur, Dr très occupé désire aide par confr. marié, extrêmement sérieux, logement et install. assurés, situation enviable.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **En Belgique.**— La Famille Royale de Belgique et la Nation Belge tout entière sont en fête, à l'occasion du mariage de S.A.R. Monseigneur le Duc de BRABANT, avec S.A.R. la princesse ASTRID, de Suède.

Ayant eu l'honneur de prendre part, pendant les Journées médicales de Bruxelles, en juin dernier, à un banquet présidé par le Prince LÉOPOLD ; ayant eu l'honneur, plus grand encore, d'être reçu au Château de Laeken, et personnellement présenté aux Souverains Belges, je me permets de déposer respectueusement aux pieds de LL..M.M. l'hommage des humbles et sincères félicitations du *Concours Médical.*

G. DUCHESNE.

— **Nécrologie.** — Nous avons le très grand regret d'annoncer la mort du Dr LEREDDE, de Paris. Syphiligraphe très distingué, formé à l'Ecole de Saint-Louis, le Dr Leredde laisse une œuvre scientifique importante dans la spécialité à laquelle il a consacré son activité professionnelle. Il fut pour nous un collaborateur particulièrement apprécié et les nombreux articles de syphiligraphie qu'il publia dans le *Concours médical* ont toujours été très remarqués par nos lecteurs. Leredde était un esprit élevé qui savait défendre avec une haute sincérité les idées scientifiques qui lui étaient chères.

— **Les épidémies.** — Des cas de variole ont été signalés dans le Loiret et le Nord. Un cas de maladie no 9 a été observé à Paris dans le XVIIe arrondissement et confirmé par l'hôpital Claude-Bernard.

— **Fondation Bergonié.** *Hommage au Dr Lobligeois.* — Le comité de la Fondation Bergonié a remis au Dr Lobligeois, pour célébrer son élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur, une médaille de cette Fondation. La cérémonie a eu lieu le 8 novembre à la Faculté de médecine.

— **Stomatologie.** — Des conférences et travaux pratiques de stomatologie (technique opératoire et prothèse) réservées aux médecins praticiens et aux étudiants auront lieu à partir de janvier 1927. Leur durée sera de deux mois. Ces conférences sont gratuites. Ecr. au Dr Nidergang, 67, rue de Richelieu, Paris, 2e.

— **Association d'enseignement des hôpitaux.** — *Conférence* du dimanche 28 novembre, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain), par M. PASTEUR VALLÉRY-RADOT, médecin des hôpitaux : Pathogénie, diagnostic et traitement des affections anaphylactiques.

— **Salon d'automne**, Paris, novembre 1926. — Le Dr Reynès, de Marseille, nous signale le tableau composé par lui et peint par un jeune artiste de 16 ans 1/2, M. Antoine Ferrari. Ce tableau (Le rap-

port médical) représente un médecin, en tablier et blouse blanche, dictant le libellé d'une observation de malade à une jeune infirmière-dactylographe, assise devant sa machine à écrire.

— **Hôpital Tenon.** — M. Grégoire a repris dans son service ses séances démonstratives de technique chirurgicale.

— **Centenaire de la Société anatomique.**— La Société a décidé de célébrer son centenaire en tenant une réunion solennelle le jeudi 16 décembre 1926, date coïncidant avec les fêtes du centenaire de Laënnec.

— **Le prix Nobel (médecine).** — Sur la foi d'une information que nous ne pouvions contrôler, nous avons annoncé que le prix Nobel (médecine), pour 1926, serait décerné au prof. Fibiger, de Copenhague. Contrairement à cette note, on assure que le prix Nobel, pour la médecine, n'aurait cette année aucun titulaire.

— **Centre d'études astrologiques.** — Un cours inédit d'astrologie est fait toutes les quinzaines au centre d'études astrologiques, 53, rue de Chabrol. Ecrire à cette adresse pour renseignements.

— **Hôpital de la Charité** (professeur Sergent). *Cours théorique et pratique de radio-diagnostic médical.* — Ce cours sera fait du 6 au 11 décembre par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand, Oury et P. Pruvost. Exercices pratiques les matins à 10 heures et les après-midi à 16 heures. (Inscriptions au secrétariat de la Faculté les lundi, merc. vendr., de 15 à 17 h. Droits : 250 fr.). Nous donnerons le programme des leçons théoriques dans un prochain numéro.

A TRAVERS L'OFFICIEL

3 novembre

Mutilés et réformés de guerre.

Sont nommés membres de l'Office National des Mutilés et réformés de guerre, pour une période de quatre années à compter du 27 octobre 1926. MM. les docteurs Dequidt, inspecteur-général des services administratifs au Ministère du Travail et de l'hygiène ; Léon Bernard, professeur à la Faculté ; Brouardel, médecin des hôpitaux ; Thiéry, inspecteur général des services extérieurs au Ministère des Pensions.

4 novembre.

Service de Santé militaire.

Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve les médecins retraités ou démissionnaires ci-après :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Faure, Védrines, Léothaud, Paloque.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Crussard, Rolland, Guilhaumon, Cordier, Jeannin, Pouponneau, Renaud, Jaques, Fayolle, Goursolas, Trotabas, Alsac.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Sabadel, Villeclerc, Baylac, Paramelle, Brousse.

5 novembre.

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Mezie, Directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines, a été nommé directeur-médecin de l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, en remplacement de M. le Dr Rayneau, admis à la retraite.

M. le Dr Jourdran, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) a été nommé médecin chef de service à la maison départementale de santé de la Seine-Inférieure, en remplacement de M. le Dr Thivet, admis à la retraite.

Sont vacants, par suite de ces nominations, les deux postes de Sarreguemines et de Breuty-la-Couronne.

Ecole du Service de Santé militaire.

Les prix de la bourse et du trousseau pour les élèves admis à la suite du concours de 1926, ont été fixés ainsi qu'il suit :

1° Pension : 2.400 fr.

2° Trousseau :

Pour les élèves admis avec 8 inscriptions : 6.537 fr.
Pour les élèves admis avec 4 inscriptions : 7.436 fr.
Pour les élèves admis avec le P. C. N. : 8.327 fr.

9 novembre.

Hygiène publique.

Avis de concours pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène et éventuellement de médecins inspecteurs d'hygiène du département de Tarn-et-Garonne.

Il sera ouvert à Paris, le 13 décembre 1926, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, un concours sur titres pour la nomination d'un inspecteur départemental d'hygiène et éventuellement de médecins inspecteurs d'hygiène du département de Tarn-et-Garonne, chargés, en outre, des services d'hygiène sociale et notamment du service des dispensaires antituberculeux et du service des dispensaires antivénériens.

Ce concours est réservé aux médecins exerçant ou ayant exercé les fonctions de médecin hygiéniste et aux diplômés des instituts d'hygiène universitaires français.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Les demandes tendant à prendre part à ce con-

cours, établies sur papier timbré, devront être adressées à M. le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau, 7, rue Cambacérès).

Elles seront accompagnées de :

1° L'adresse exacte et l'acte de naissance du candidat ;

2° Une copie certifiée conforme du diplôme de docteur en médecine ;

3° Un certificat d'aptitude physique délivré par un médecin assermenté ;

4° Un exposé aussi complet que possible des titres du candidat, comprenant ses états de services et références, notamment en matière de phtisiologie et de syphiligraphie, ainsi que le résumé de ses travaux et un exemplaire de chacune de ses principales publications ;

5° Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date et un certificat établissant la situation du candidat au point de vue militaire ;

6° L'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses fonctions, de ne prétendre en conséquence à aucune autre fonction ou mandat public, de rester en fonctions dans le département pendant une durée minima de trois ans et, en cas de démission ou de nomination à de nouveaux postes, après le délai de trois ans ci-dessus indiqué, de continuer à assurer son service dans le département de Tarn-et-Garonne pendant trois ans au maximum.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 7 décembre 1926.

L'échelle des traitements de l'inspecteur départemental d'hygiène est fixée ainsi qu'il suit :

2e classe	22.000 fr.
1re classe	24.000 »

L'échelle des traitements des médecins inspecteurs est fixée ainsi qu'il suit :

2e classe	20.000 fr.
1re classe	22.000 »

Ces traitements sont exclusifs de toute indemnité de vie chère ou de résidence.

Le passage d'une classe à une autre s'effectue uniquement au choix.

Il sera tenu compte, pour le classement, des services qui auraient pu être rendus dans d'autres départements.

L'inspecteur départemental et les médecins inspecteurs bénéficient, le cas échéant, des indemnités pour charges de famille.

Ils sont inscrits à la caisse départementale des retraites.

Leurs frais de bureau et de déplacements leur seront remboursés sur états approuvés par le préfet.

L'inspecteur départemental d'hygiène sera chargé de la direction de l'office d'hygiène sociale du dé-

partement de Tarn-et-Garonne et touchera, à ce titre, une indemnité annuelle de 2.000 fr.

Le médecin classé premier au concours sera nommé inspecteur départemental d'hygiène, à la date du 1er janvier 1927. Les candidats classés à la suite pourront, dans l'ordre de leur classement, être appelés à remplir les fonctions de médecin inspecteur d'hygiène au fur et à mesure des créations ou des vacances qui se produiraient dans un délai de deux ans. Un des postes de médecin inspecteur d'hygiène est prévu pour la date du 1er juillet 1927.

FAITS CLINIQUES

Sur les intoxications par le lait maternel.

Je vous transmets les réflexions que me suggère le cas soumis par le Dr Serfaty aux lecteurs du *Concours* (17 octobre 1926).

L'enfant allaité peut être intoxiqué par l'intermédiaire du lait, même si la nourrice n'éprouve aucun malaise. La chose est connue ; et c'est pour cela qu'on défend aux nourrices certains aliments tels que charcuterie, salaisons, gibier, fromages forts, et aussi les boissons alcooliques. Disons, en passant, que la grande qualité de la fameuse bière des nourrices n'est pas tant d'être galactogène que de contenir peu d'alcool.

Dans cette catégorie d'aliments, il en est un qu'on oublie parfois, ou qu'on méconnaît, c'est le poisson. Non pas celui qui, sitôt pêché, saute dans le court-bouillon ou la poêle à frire, mais le poisson consommé dans les villes et les campagnes éloignées de la mer, souvent longtemps après sa mort. Conservé par le sel ou la glace, il donne rarement lieu à des accidents ; mais on doit l'interdire aux nourrices, car les toxines cadavériques, que leur organisme tolère, peuvent traverser le filtre lacté et nuire au nourrisson. En voici deux exemples tirés de ma pratique :

Il y a 28 ans environ, je suis un jour appelé pour un enfant de trois mois, au sein, pris d'une crise de vomissements et diarrhée sans fièvre. La maman était bien portante : mais elle venait de manger deux jours de suite du poisson de mer ; aucune autre cause ne pouvait être relevée. L'enfant eut 24 heures de diète hydrique ; la mère fut mise au régime végétarien, et promit de supprimer le poisson et tout rentra dans l'ordre.

A quelque temps de là, un confrère me demande conseil pour sa fille, confiée à une nourrice au sein, et atteinte depuis 15 jours d'une diarrhée rebelle à toute médication. La nourrice était en bonne santé. A ma question : « Mange-t-elle du poisson ? » — il s'exclama : « Mais je crois bien. C'est un excellent aliment que nous lui donnons souvent, et qu'elle digère très bien. »

J'essayai de le convaincre que sa confiance

était mal fondée ; et j'obtins que le poisson serait supprimé, et le régime de la remplaçante surveillé de près. La guérison de l'enfant fut rapide.

Des faits de ce genre peuvent-ils être dus aux coquillages servis vivants ? Théoriquement non. Quand ces mollusques sont crevés, on ne les consomme pas, et pour cause. Mais ce qui n'est pas douteux, c'est qu'ils sont parfois porteurs de germes.

Dans le cas signalé que voyons-nous ? Un enfant qui succombe en quatre jours, à une entérite infectieuse, consécutive à une entérite maternelle. Il semble bien qu'il s'agit là, non plus d'une intoxication, mais d'une infection dont les coquillages ont été la cause occasionnelle. L'enfant a-t-il été contaminé par le lait, ou plutôt par l'inévitable promiscuité ? C'est difficile à trancher. Pour mon compte, je suis convaincu que les *mains et les lèvres maternelles* sont les grandes contaminatrices et les responsables de la plupart des infections de la première enfance.

Dr Dani HERVOUET.

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le secret professionnel dans les déclarations de décès.

On nous demande notre avis sur la légalité de l'indication du diagnostic dans les déclarations de décès au moyen de l'imprimé reproduit ci-dessous :

Nom du médecin . .	*Nom du médecin*. . . . .
N° d'ordre	*N° d'ordre* . . . .
	Nom du décédé . . . .
S'agit-il d'un enfant de moins d'un an ?	*S'agit-il d'un enfant de moins d'un an ?* . . . .
Date du décès	*Date du décès* . . . .
Cause du décès . . .	*Cause du décès* . . . .
Commune	*Commune* . . . .

Voir la suite page LV-3031

LA JOURNÉE DU CONCOURS MÉDICAL

21 NOVEMBRE 1926

Les Assemblées Générales du CONCOURS MÉDICAL et de ses FILIALES se tiendront le ***DIMANCHE 21 NOVEMBRE 1926***, chez MARGUERY, boulevard Bonne-Nouvelle, dans l'ordre suivant :

I. — *A trois heures* : **SOCIÉTÉ D'ÉTUDES DU CONCOURS MÉDICAL.**

II. — *A quatre heures* : **MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.**

III. — *A cinq heures et demie* : **SOU MÉDICAL.**

IV. — *A sept heures précises* : **BANQUET.** — (Souscription 50 fr. Le complément sera payé par la caisse de la Société d'Etudes).

A neuf heures et demie

SOIRÉE ARTISTIQUE

avec le concours de

Mme SIBILLE, de l'Opéra-Comique.
M. TUBIANA, de l'Opéra-Comique.
Mme Georges GÉRARD.
Mlle Gaby CALLET, du Théâtre Populaire.
M. Georges GÉRARD, Poète-chansonnier.
M. CHAVENT, du Théâtre Populaire.

de l'Orchestre Médical :
Mme CRETON, M. DIDSBURY, Violons,
M. MOUGEOT, Alto,
M. BOUCHERIE, Violoncelle,
M. DESTOUCHES, Piano,

PROGRAMME

1re PARTIE

1. *Ouverture* . . . . X.
   Pavane . . . . G. FAURÉ.
   par le Quintette de l'Orchestre Médical.

2. M. GEORGES GÉRARD dans son répertoire.

3. *Rêverie* . . . . DUNKLER.
   par M. BOUCHERIE, violoncelle solo de l'O. M.

4. *Vilanelle des Petits Canards* . . . CHABRIER.
   Grisélidis (Air du Diable) . . . MASSENET.
   par M. TUBIANA, de l'Opéra-Comique.

5. *Mélodies* :
   Au Cimetière . . . . G. FAURÉ.
   Mélodies . . . . SILVIO LAZZARI.
   Véronique . . . . MESSAGER.
   par Mme SIBILLE de l'Opéra-Comique.

6. *Danse slave* . . . . DVORAK.
   par le Quintette de l'O. M.

2e PARTIE

Première représentation de

— PERSPECTIVE ! —

Ce que deviendront, sous l'influence de la médecine sociale en général et des assurances sociales en particulier, la profession médicale et la vie du médecin d'après l'idée qu'on peut actuellement s'en faire.

COMÉDIE EN UN ACTE

Dr J. COSTE (Jausiers)

L'action se passe en 1935 dans le cabinet du médecin de la Caisse d'assurances de Granval.

Granval est un gros bourg du centre de la France. Chef-lieu d'un canton riche et populeux, trois médecins y vivaient en paix lorsque fut promulguée la loi sur les assurances sociales ; depuis ils sont en guerre, l'équilibre qui leur assurait une modeste aisance ayant été rompu en faveur de l'un d'eux, que les circonstances ont amené à prendre la clientèle des deux autres.

PERSONNAGES

Docteur Alapage . . . . M. G. D.
Un interne des hôpitaux de Paris . . . M. CHAVENT.
Le Docteur Vieujeu . . . . } M. GEORGES GÉRARD.
M. Lemaître . . . . }
Mme Briscard . . . . Mme B. GEORGES GÉRARD.
Mlle Bellange . . . . Mlle GABY CALLET.

Les Confrères qui prendront part au Banquet sont priés d'inviter leur famille à assister à la Soirée Artistique.

PROPOS DU JOUR

Le retour au passé. Les difficultés de l'existence pour les étudiants. La Cité universitaire. La résurrection des anciens collèges.

De tous temps les Universités, à Paris comme ailleurs, comptèrent parmi leurs étudiants des jeunes gens sans fortune, avides d'apprendre ou désireux d'arriver. Après les grands bouleversements politiques ou sociaux, la misère envahit toujours les Ecoles. Du XIII[e] au XV[e] siècle, de nombreux étudiants étaient réduits à mendier leur pain.

Etienne de Bourbon raconte qu'à Paris, les écoliers pauvres se louaient pour aider les prêtres de quelques paroisses dans la célébration des offices. Certains clercs durent, du fait de leur pauvreté, abandonner l'Université et regagner à pied leur province, frappant aux portes des châteaux et des fermes pour demander asile et obtenir de quoi manger pour pouvoir continuer leur voyage.

L'anarchie qui régna pendant et après la guerre de Cent Ans laissa les Universités dans un véritable désarroi. Le milieu des étudiants était formé d'un singulier mélange. Villon nous en a laissé le souvenir. Si certains étaient riches ou aisés, beaucoup étaient de pauvres diables dont la misère étouffait tous les sentiments d'honneur et de dignité. Certains, comme Villon lui-même, n'hésitaient pas à s'affilier à des associations de malfaiteurs, comme la Coquille de sinistre mémoire, et la XXX[e] strophe du *Grand Testament* énumère d'une façon pittoresque combien étaient divers le recrutement et l'avenir des escoliers de ces vieux temps :

> Et les anciens sont devenus,
> Dieu mercy ! grans seigneurs et maistres,
> Les autres mendient tous nus
> Et pain ne voient qu'aux fenestres ;
> Les autres sont entrés en cloistre,
> De Célestins et de Chartreux,
> Botez, housez, com pescheurs d'oistres,
> Voyez l'estat divers d'entre eux.

Aux XVI[e] et XVII[e] siècles, les étudiants et particulièrement les étudiants en médecine se recrutèrent dans la bourgeoisie aisée, parfois riche. Il y en eut cependant d'assez pauvres. Gui Patin, par exemple, fut obligé durant ses études de gagner son pain comme correcteur d'imprimerie (1617) et le célèbre anatomiste Littre (1658-1725) couchait dans des logements sordides sous les toits à côté des valets et des servantes.

Au XVIII[e] siècle, les étudiants paraissent plus fortunés. Il en fut cependant qui, comme Pinel, bien que fils de médecin, furent obligés de donner des leçons de philosophie et de calcul, ou qui, comme Vauquelin, débutèrent garçons de peine dans l'officine d'un apothicaire.

Au XIX[e] siècle, l'étudiant fut rarement riche mais le plus souvent aisé. Les étudiants en médecine étaient presque toujours issus de familles de petite bourgeoisie, très souvent d'intellectuels (médecins, avocats, professeurs, petits propriétaires, commerçants enrichis). Cependant, combien de nos maîtres et de nos confrères ont-ils dû, pour faire leurs études, se livrer à des occupations qui ne les facilitaient guère ? Les plus favorisés remplissaient les fonctions de pions dans une institution ou dans un collège.

Aujourd'hui, la crise économique, consécutive à la guerre, crise qui a absolument ruiné la petite bourgeoisie, a notablement modifié le recrutement des étudiants. Les uns sont riches et pour la plupart traitent avec un certain dédain leurs études. Les autres (et il en est beaucoup qui ont eu ce courage), sont venus bien que relativement pauvres à l'Université et obligés de gagner d'abord leur vie, ils doivent s'ingénier à trouver des emplois quelconques qui leur permettent, tout en les empêchant de mourir de faim, de suivre les exercices de leur Faculté.

M. Lucien Lebourg, dans un intéressant article de la *Semaine dentaire* (10 octobre 1926) donne quelques tristes exemples. C'est un étudiant du P. C. N. qui, quotidiennement, va travailler la nuit comme journalier à la gare Saint-Lazare. Un autre tourne de 18 heures à 24 heures des pièces d'automobiles dans une usine de Billancourt. Un étudiant en médecine aide, à la Poste Centrale, au triage des lettres le matin de 4 heures à 8 heures et le soir de 16 heures à 20 heures. Un élève d'une Ecole dentaire en fin de scolarité est wattmann sur un tramway.

Il en est qui font des paquets au service des expéditions dans de Grands Magasins, qui plient des enveloppes dans de grandes maisons d'éditions, qui sont employés à la Samaritaine ou dans une banque.

Quand le travail s'harmonise avec les étude

le mal est relatif et l'obligation de gagner sa vie exalte chez l'étudiant ses qualités d'énergie, mais quelle tristesse quand il est obligé d'avoir recours à un labeur manuel épuisant et sans utilité intellectuelle. Nous avons entendu M. le Doyen de la Faculté de médecine vanter avec émotion la vaillance de ces malheureux tout en déplorant le fléchissement qui en résulte pour les études médicales.

M. Joseph Folliet, dans un article de la *Jeune République* du 22 octobre 1926, affirme que la misère des étudiants pauvres constitue un péril intellectuel, social et politique. Intellectuel, car cet état de misère amène l'abaissement du niveau des études, l'absence de culture générale, de sens critique ; ce qui porte à craindre que ceux qui étaient destinés à former une élite intellectuelle, destinée à diriger leur pays, soient prêts à s'incliner devant tous les snobismes, à se laisser éblouir par tous les sophismes, à subir les servitudes intellectuelles qui précèdent les servitudes sociales et politiques.

La conséquence morale la plus fâcheuse est l'arrivisme.

Après avoir souffert de la misère, il est à craindre que l'ancien étudiant ne subordonne tout à son intérêt. Des exemples trop fréquents dans le monde médical semblent justifier les craintes de M. Folliet.

Comme conséquences sociales et politiques, il est à craindre d'une part que l'élite intellectuelle ne puisse plus se recruter un jour que dans une classe très fortunée, ce qui la portera à grossir les rangs des indifférents sinon des réactionnaires et que d'autre part, les intellectuels qui ne peuvent plus vivre, désespérés, se tournent du côté des partis les plus extrêmes tant à droite qu'à gauche et facilitent l'éclosion de troubles révolutionnaires, politiques et sociaux.

***

Devant cette situation qui menace de devenir dangereuse un jour, l'on s'efforce de trouver des remèdes efficaces. Ces remèdes sont toujours renouvelés des temps anciens, espérons qu'ils donneront au XXe siècle de meilleurs résultats qu'au Moyen-Age.

A Paris, l'Université s'efforça, dès son origine, de faciliter les conditions d'existence de ses étudiants. Ainsi en 1224, elle taxa dans son domaine le prix des loyers pour les escoliers. Cette taxation disparut au XIVe siècle, époque où les facilités de logement devinrent suffisantes pour la rendre inutile.

De nombreux bienfaiteurs, grands Seigneurs ou Prélats, fondèrent des bourses pour les escoliers, originaires de leur propre pays. Ces boursiers étaient accueillis dans des Collèges qui, aux XIIIe et au XIVe siècles étaient de simples refuges (hospitia) et devinrent plus tard des maisons d'éducation comme nos lycées et collèges modernes.

Ces collèges qui, à Paris, atteignirent dans le quartier latin le nombre d'une quarantaine, hospitalisaient les grands boursiers, relativement aisés, qui administraient l'établissement (principal et autres) et de petits boursiers dont la prébende était parfois si maigre, qu'ils en étaient réduits à mendier. Même au-dessous de ces misérables petits boursiers, il était d'autres étudiants encore plus pauvres qui assuraient les besognes serviles de portier, de balayeur, et, quand les collèges pour continuer à exister furent forcés d'admettre des élèves fortunés payants, les étudiants pauvres remplirent les fonctions de valets de leurs camarades riches.

Si certains collèges, bien rentés, furent prospères, d'autres se firent une réputation déplorable, tel le collège de Montaigu où les élèves étaient abominablement nourris de fèves et dont Rabelais parle avec révolte et colère, le qualifiant de « colliège de pouillerye » et le compare à une véritable prison. D'ailleurs, la légende des « pauvres capettes de Montaigu », c'est ainsi qu'on désignait les malheureux élèves, a vécu jusqu'à la fin de l'ancien régime.

Aujourd'hui nous voyons à Paris renaître les antiques collèges dans la Cité Universitaire, par delà le Parc Montsouris, où, sur les fortifications rasées, s'élève un nouveau quartier latin.

Outre la Cité française due à la générosité de Deutsch de la Meurthe, les Maisons de Belgique, d'Argentine sont édifiées. L'on vient d'inaugurer la Maison du Canada et bien d'autres nations songent à construire à côté un hôtel pour les étudiants de leur nationlalité.

Nous ne saurions qu'applaudir à ce réveil des vieux collèges qui donnera un nouvel essor à notre Université parisienne et continuera à montrer combien les autres Nations apprécient Paris, capitale du monde intellectuel.

Mais pour la France et pour la médecine française en particulier, nous craignons que la Cité Universitaire ne soit qu'un remède fort insuffisant et qu'elle ne parvienne que fort incomplètement à pallier au péril de la misère de nos pauvres étudiants.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

TRAITEMENT DU PURPURA HÉMORRAGIQUE PAR LA SPLÉNECTOMIE

Par M. Charles AUBERTIN.

Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le traitement du purpura hémorragique chronique a été l'objet de très nombreuses tentatives qui, presque toutes, ont déjà donné, dans certains cas, tout au moins, des succès incontestables. Parmi ces traitements, citons les injections de sérum frais, humain ou équin, les injections de sérum de lapin en état de choc anaphylactique, les injections de peptone, l'hémothérapie sous forme de transfusion intra-musculaire ou sous-cutanée.

Toutes ces méthodes s'adressent directement au vice sanguin. D'autres n'agissent qu'indirectement sur le vice sanguin en s'adressant à la rate : ce sont la *radiothérapie splénique* et la *splénectomie*.

La radiothérapie splénique a été employée depuis quelques années par de nombreux cliniciens pour arrêter les hémorragies profuses des malades atteints de purpura hémorragique. Ses résultats sont inconstants, mais généralement bons : il est incontestable que la radiothérapie appliquée de préférence, mais non nécessairement, sur la région splénique, accélère la coagulation sanguine et par suite diminue la tendance hémorragique.

Quant à la splénectomie, c'est évidemment une méthode thérapeutique devant laquelle bien des médecins et à plus forte raison bien des malades hésiteront, car elle comporte nécessairement quelques dangers. Toutefois, il ne faudrait pas s'exagérer ces dangers, car sur 70 cas de purpura actuellement traités par la splénectomie, on ne compte que huit cas de mort post-opératoire, dues toujours à des accidents d'ordre chirurgical ou d'ordre infectieux, c'est-à-dire à des accidents qui auraient pu se produire après d'autres interventions abdominales.

La mort n'est donc pas, dans ces cas, spécifiquement due à la suppression brusque de la rate comme cela se produit si souvent dans la leucémie par exemple. Dans tous les autres cas, les malades ont complètement guéri et il n'y a eu aucune suite fâcheuse post-opératoire.

Néanmoins, il est évident que cette importante intervention doit être réservée à des cas graves de purpura hémorragique, accompagnés de pertes de sang soit multiples, soit particulièrement abondantes, et dans lesquels les différents traitements habituels (sérothérapie, peptonothérapie, transfusions, radiothérapie splénique) se sont montrés inefficaces.

Les raisons qui ont amené Kaznelson (de Prague) à proposer en 1916, l'ablation de la rate, est que, dans cette forme de purpura chronique, l'examen du sang montre une diminution considérable des plaquettes sanguines (hématoblastes de Hayem, globulins de Donné) et que, expérimentalement et cliniquement, l'ablation de la rate, chez un sujet sain, produit une augmentation considérable et durable des plaquettes. On pouvait conclure de ce fait que les plaquettes sont détruites en trop grand nombre au niveau de la rate dans la maladie qui nous occupe. Quoiqu'il en soit de cette explication, le fait essentiel est que la splénectomie a toujours été suivie d'augmentation du nombre des plaquettes et de la cessation des hémorragies.

Les malades justiciables de cette opération sont des sujets jeunes atteints de purpura chronique récidivant, datant souvent de l'enfance, et compliqué d'hémorragies des muqueuses (épistaxis, gingivorrhagies, métrorrhagies, hématémèses, hématomes sous-cutanés). Il va de soi, en effet que le symptôme purpura cutané, à lui seul, ne saurait justifier une opération aussi importante. Chez ces malades, le signe du lacet est positif et la constriction du bras amène la formation de quelques taches purpuriques localisées. L'état de la fonction hépatique est souvent défectueux et parfois il existe des troubles thyro-ovariens.

Mais ce sont surtout les *stigmates hématologiques* qui permettent de faire le diagnostic et de poser l'indication opératoire. Ces stigmates sont :

1° La prolongation du temps de saignement, qui, au lieu d'être de 2 à 3 minutes comme à l'état normal, peut être de 10, 15, 20 minutes.

2° L'irrétractilité du caillot, visible le lendemain de la prise de sang : en examinant le tube, on s'aperçoit que le sérum n'est pas exsudé et que le sang est resté à l'état où on l'avait laissé aussitôt après la coagulation faite. Notons d'ailleurs que cette coagulation n'est nullement retardée et qu'à ce point de vue, le purpurique se comporte comme un sujet normal ;

3° La diminution des plaquettes : les éléments, qui sont au nombre de 250.000 à 300.000 à l'état normal, étaient tombés, dans quelques-uns des cas que nous envisageons, à 24.000 (Giffin), 6.800 (Brill), 2.200 (Cori) et même 400 (Brill) et 300 (Kaznelson). C'est pourquoi on a donné à cette forme de purpura le nom de purpura *thrombocytopénique* (thrombocyte étant ici synonyme de plaquette), ou de « thrombopénie essentielle. »

Chez ces malades, le volume de la rate est parfois augmenté, mais généralement dans des proportions modérées, et le plus souvent l'organe ne déborde pas les fausses côtes (le poids moyen de la rate, dans 14 cas opérés, n'était d'ailleurs que de 204 grammes, ce qui est peu au-dessus de la normale) ; c'est dire qu'en cas de purpura thrombocytopénique, ce n'est pas le volume de la rate qui dicte la conduite opératoire, mais seulement l'état hémorragique.

Dans la plupart des cas, les divers traitements habituels avaient été employés et ce n'est qu'après échec des méthodes médicales qu'on s'est résolu à tenter la splénectomie : faisons exception pour un cas curieux de Wild (1923) dans lequel la splénectomie fut imposée par les événements et faite d'urgence pour une rupture de la rate. Il s'agissait d'une jeune garçon de 15 ans atteint depuis l'âge de 8 ans de manifestations hémorragiques et considéré comme hémophile, qui fut amené à l'hôpital pour un syndrome douloureux abdominal. Le diagnostic de rupture spontanée de la rate fut fait et la splénectomie pratiquée : cette opération amena du même coup la guérison de l'hémorragie abdominale et celle de l'état hémorragipare.

Chez ces malades, la splénectomie ne présente pas de difficultés particulières du fait de la tendance aux hémorragies. Les cas mortels auxquels nous avons fait allusion plus haut sont explicables par le shock, l'infection ou une cardiopathie. Il ne semble pas, en particulier, que ces malades courent le risque d'une hémorragie brutale post-opératoire. comme les leucémiques.

Après l'opération, la tendance hémorragique disparaît complètement ou diminue notablement : parfois les hémorragies s'arrêtent même au cours de l'opération : c'est ainsi que Clopton a vu cesser, aussitôt la rate enlevée, une hémorragie en nappe du péritoine et une abondante épistaxis. La malade de Chauffard et Duval, qui présentait, avant l'opération et depuis de longues années, du purpura, des épistaxis, des gingivorrhagies, des métrorrhagies, des hémorragies rétiniennes, ne présente plus qu'une légère épistaxis deux jours après la splénectomie, puis cesse définitivement de saigner. Cette persistance d'épistaxis légères et de pétéchies quelques jours après l'opération est notée dans un certain nombre de cas, mais cette tendance hémorragique légère disparaît assez rapidement. Elle peut, il est vrai, reparaître à l'occasion d'une infection ou d'un ictère (comme dans le cas de Bowen) mais toujours modérée et facilement curable.

Cette amélioration clinique s'accompagne d'une amélioration parallèle des stigmates hématologiques : le *temps de saignement* revient dans quelques cas heureux à la normale quelques heures après l'opération ; dans d'autres cas, il est notablement diminué et se rapproche plus ou moins de la normale ; la *rétractilité du caillot* s'améliore elle aussi plus ou moins nettement et plus ou moins régulièrement après l'intervention. Mais c'est surtout du côté des *plaquettes* qu'on observe les modifications les plus intéressantes : après la splénectomie leur nombre s'élève rapidement aux environs de la normale, et parfois même à un chiffre extrêmement élevé (dépassant un million) a été observé ; cette élévation du chiffre des plaquettes est parfois constatée quelques heures après la splénectomie : le lendemain, leur chiffre dépasse généralement 100.000 ; c'est au bout d'une semaine qu'on note les chiffres les plus élevés (1.150.000 dans un cas de Cori, le chiffre antérieur étant de 2.700 ; 1.600.000 dans un cas de Naegeli, le chiffre antérieur étant de 5.000 ; 1.800.000 dans les cas de Beneke et de Chauffard et Duval).

Le chiffre des plaquettes ne reste jamais longtemps à un taux aussi élevé : il retombe généralement aux environs de la normale ; mais il peut aussi retomber au-dessous de la normale sans que pour cela on ait nécessairement à craindre un retour de l'état hémorragique.

Ces résultats heureux sont-ils définitifs ? Il est naturellement impossible de l'affirmer puisque les premières splénectomies pour purpura datent de 1916 : pourtant, des trois malades de Kaznelson opérés à cette date, deux sont actuellement guéris, et le troisième est en état d'amélioration notable. Et, dans aucun des cas opérés depuis plusieurs années, on ne note le retour d'hémorragies graves.

On peut donc dire que la splénectomie a sur les symptômes hémorragiques du purpura « thrombocytopénique » une action curative incontestable. *Cette action est d'ailleurs strictement limitée à cette forme de purpura,* et il ne faudrait pas pratiquer la splénectomie chez tous les malades présentant des hémorragies avec troubles de la coagulation.

Chez ceux, en effet, qui présentent des phénomènes hémorragiques avec retard de la coagulation, et sans prolongation du temps de saignement — nous ne parlons ici que des recherches cliniques les plus faciles à faire, — c'est-à-dire chez les *hémophiles* — la splénectomie est contre-indiquée.

D'autre part, tous ceux qui présentent, en plus des hémorragies, la prolongation du temps de saignement, l'irrétractilité du caillot, la diminution

des plaquettes, ne sont pas justiciables de la splénectomie : ces stigmates sanguins sont, en effet, caractéristiques non du purpura, mais du syndrome que P.-E. Weil a désigné sous le nom d'*hémogénie* ; et ce syndrome d'hémogénie appartient à d'autres états pathologiques que le purpura thrombocytopénique, par exemple à l'insuffisance hépatique, à l'anémie aplastique, à la leucémie aiguë. Et nous pourrions citer ici un exemple instructif, dans lequel, chez un malade qui présentait du purpura et des hémorragies avec légère splénomégalie et myélémie notable, on fit à tort le diagnostic de purpura et l'on pratiqua la splénectomie qui fut suivie de mort en quelques jours. Il s'agissait d'une forme atypique de leucémie aiguë.

Ces exemples montrent que les décisions à prendre en matière de splénectomie doivent toujours être appuyées sur un examen du sang absolument complet.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

A propos de deux cas de streptococcémie, dont l'un terminé par la guérison (1)

Les streptocoques sont très répandus à la surface de la peau et des muqueuses. Ils sont les agents de nombreuses infections locales. Souvent ils ne restent pas localisés ; ils pénètrent dans les voies lymphatiques et dans les veines, gagnent la circulation sanguine et réalisent des *streptococcémies*.

Des streptococcémies témoignent certaines localisations infectieuses comme les artérites, les phlébites, les arthrites, les abcès profonds, etc.

Les hémocultures en fournissent la preuve. Elles ne sont pas toujours positives, parce que les streptocoques ne restent pas en permanence dans le sang, mais y pénètrent par décharges intermittentes. Aussi leur constatation est-elle, dans une certaine mesure, l'effet du hasard.

Dans beaucoup de cas, les preuves indirectes de la streptococcémie sont suffisantes pour admettre son existence . Mais dans beaucoup d'infections, cette preuve manque : le diagnostic est impossible sans hémoculture positive.

De nombreuses observations ont établi l'importance et la fréquence des streptococcémies. Leur étude a été mise au point dans le livre de MM. Vaucher et Woringer : *Septicémies, Septicopyohémies, Bactériémies*, édité par Doin en 1924, et dans un article de MM. Lemierre et P.-N. Deschamps. *Les septicémies streptococciques*, paru dans le *Journal médical français* d'avril 1925.

Leurs modalités cliniques et évolutives sont multiples.

MM. Vaucher et Woringer distinguent : 1° Une septicémie éphémère ou bactériémie transitoire ; 2° une forme moyenne ; 3° une forme aiguë et suraiguë ; 4° une forme subaiguë.

MM. Lemierre et Deschamps décrivent : 1° des formes bénignes ; 2° des formes graves, dont l'évolution peut être suraiguë, aiguë ou prolongée.

Les streptococcémies surviennent dans des circonstances étiologiques diverses. Il y a des streptococcémies *obstétricales* ou *puerpérales*, des streptococcémies *chirurgicales*, dont on a vu tant d'exemples pendant la guerre chez les grands blessés, enfin des *streptococcémies médicales*.

Je parlerai seulement des streptococcémies médicales. Je ne veux pas entreprendre l'étude complète d'un sujet aussi vaste ; je désire seulement vous exposer quelques faits intéressants à propos de deux enfants atteints de streptococcémies avérées, que nous avons eu l'occasion de soigner récemment.

* * *

Les streptococcémies médicales peuvent survenir au cours de *maladies générales* ; on les rencontre dans la diphtérie, quelquefois dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine, la rougeole, la varicelle, etc. Ces jours derniers, le jeune syphilitique de 12 ans, que je vous ai présenté dans ma leçon du 17 avril (1), a été atteint d'une varicelle particulièrement intense ; un de ses genoux, qui était le siège d'une ostéo-arthropathie avec une volumineuse hydarthrose, a suppuré et nous avons trouvé des streptocoques dans le liquide articulaire. Il est mort rapidement. Il y avait eu évidemment une streptococcémie. Cette infection si grave, s'explique facilement par les lésions syphilitiques de la moelle des os, du foie et de la rate.

Les streptococcémies surviennent *au cours d'affections des muqueuses et des organes*, dans les rhino-pharyngites, les angines, les broncho-pneumonies, les entéro-colites, les vulvo-vaginites, l'érésypèle, etc.

(1) Leçon du 1er mai 1926 recueillie par le Dr Laporte.

(1) Nobécourt. — La syphilis congénitale des os dans la moyenne et la grande enfances. *Le Concours Médical*, 3 octobre 1926, p. 2502.

Enfin, quelquefois les streptococcémies se présentent véritablement comme des *maladies infectieuses primitives*. En réalité, il existe toujours une localisation primaire. Mais elle est discrète et est en quelque sorte une manifestation de la maladie, comme l'angine est la première localisation de la scarlatine.

***

A titre d'exemple des STREPTOCOCCÉMIES DANS LES MALADIES INFECTIEUSES, je prendrai la SCARLATINE.

On rencontre souvent des streptocoques dans la scarlatine. Certains médecins pensent même que son agent pathogène est un streptocoque. C'est une opinion émise depuis longtemps, que, pour ma part, je ne partage pas. En tout cas, les streptocoques sont des agents fréquents d'infections secondaires.

On a pratiqué assez souvent des hémocultures dans la scarlatine ; les résultats en sont très différents.

Pour certains auteurs, les hémocultures sont *souvent* positives.

Baginski et Sommerfeld les ont trouvées positives 16 fois sur 25 ; mais notons qu'il s'agissait de scarlatines compliquées d'angines ulcéreuses ou gangréneuses.

Schleissner a trouvé le streptocoque dans le sang de 55 scarlatineux sur 100. Les hémocultures positives sont, dit-il, précoces ; elles s'obtiennent du deuxième au quatrième jour. Elles n'ont aucun rapport avec la gravité de la maladie ; elles peuvent se rencontrer dans des scarlatines bénignes. Les complications ne sont pas plus fréquentes quand les hémocultures sont positives (31 %) que lorsqu'elles sont négatives (35 %).

Pour d'autres auteurs, au contraire, les hémocultures positives sont *rares*. Klimenko, par exemple, ne trouve du streptocoque dans le sang que chez 2 % des scarlatineux ; pour lui, leur présence implique toujours un pronostic grave.

MM. Pierre Teissier et Duvoir écrivent dans le *Nouveau Traité de médecine*, en 1922 « que le streptocoque ne peut être décelé le plus habituellement, ni dans le sang pendant la vie et durant la phase active de la maladie, ni dans le sang après la mort. »

Somme toute, les hémocultures ne donnent guère de streptocoques que dans les scarlatines graves.

Une enfant que nous avons soignée récemment en est un exemple.

Une fille, née le 14 avril 1913, a eu la rougeole et la coqueluche. Le 24 mars dernier, elle entre chez mon collègue Lereboullet pour un *érythème noueux*. La cutiréaction à la tuberculine est positive. Il y a une température subfébrile ne dépassant pas 38° le soir ; cinq jours après l'entrée à l'hôpital, elle devient normale. Après trois jours d'apyrexie, la fièvre remonte : le 1er avril : 38° le matin, 37°5 le soir ; le 2 avril : 38° 4, le matin, 39°5 le soir. Une éruption de scarlatine apparaît. La malade est envoyée dans notre service.

C'est une fille de 13 ans, bien constituée. La température présente des oscillations ascendantes : de 39°4 le matin, elle monte à 40° le deuxième soir, à 40°4, le troisième à 41°5, le quatrième. L'éruption est très intense, généralisée, l'exanthème pharyngé très étendu et très rouge ; les amygdales sont tuméfiées ; l'état général paraît très sérieux, il y a 0 gr. 25 cgr. d'albumine par litre.

Le 9 avril, huitième jour de la maladie, la température se fixe à 40°-40°2. L'éruption est toujours très intense, le pharynx très rouge : les amygdales sont grosses, ulcérées, mais ne présentent pas d'exsudat. Les ganglions carotidiens et sous-maxillaires sont gros, entourés de périadénite. L'état général est très affecté. Le pouls, à 140, est dur et vibrant. Le cœur est gros ; ses bruits sont vibrants et, comme il y a un point douloureux sous-diaphragmatique gauche, on pense à la possibilité d'une péricardite. A la partie inférieure de l'hémithorax droit existent des signes d'épanchement pleural. Le foie est gros, un peu douloureux. Il y a de la constipation. Les urines peu abondantes (750 à 1.000 cc.) contiennent 0 gr. 25 à 0 gr. 50 cgr. d'albumine par litre.

Il n'y a cependant pas de pleurésie. Tout au moins la ponction de la plèvre est deux fois négative.

Le 10 avril, M. Prétet fait une *hémoculture*. Il trouve dans le sang un *streptocoque* caractéristique. Il trouble le bouillon-ascite et provoque l'hémolyse ; il se présente sous forme de chaînettes de 4 à 12 cocci inégaux, à Gram positif. Sur gélose, les colonies sont très fines, blanchâtres, peu transparentes.

Les urines sont stériles.

Le 12 avril, onzième jour de la maladie, la température reste élevée (39°6-40°3), l'enfant est abattue, la dyspnée vive, la voix enrouée ; la toux, fréquente et grasse, amène des crachats gommeux, légèrement rouillés. Les symptômes de la base droite se sont étendus. La matité cardio-hépatique est très augmentée. Le pouls est rapide, plein ; la pression artérielle au Pachon de 15-6. Les urines ont un volume de 750 cc. ; elles contiennent 0 gr. 50 d'albumine par litre. On constate sur une des amygdales un petit point blanc qui fait craindre une diphtérie, car il y en a eu récemment des cas chez d'autres malades. On injecte 30 cc. de sérum antidiphtérique.

La culture décèle du bacille diphtérique dans l'exsudat de la gorge.

Le 13 avril, douzième jour de la maladie, la température est à 39°2 le matin, une dyspnée la-

◆◆◆

ryngée avec tirage est apparue. L'état général est très grave et on passe l'enfant au pavillon de la diphtérie. Le tubage est fait assez facilement ; il ne soulage pas l'enfant . Elle meurt le 14 avril, au treizième jour de la scarlatine.

On ne peut pratiquer l'autopsie. Mais une ponction pleurale retire de la plèvre droite, là où il y avait eu des signes de pleurésie, un pus jaunâtre bien lié, abondant, où on ne trouve que des staphylocoques et des bacilles ne prenant pas le Gram, qui ne sont pas identifiés. La ponction du péricarde ne retire pas de liquide.

Voici un autre exemple. Il s'agit d'un malade dont j'ai raconté l'histoire en 1921, dans une leçon sur les *endocardites de la scarlatine et le rhumatisme scarlatineux* chez les enfants, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale* consacré aux *affections de l'appareil circulatoire.*

Un garçon de 6 ans, ordinairement bien portant, est pris, le 20 décembre 1920, d'une angine et de vomissements ; le lendemain apparaît une éruption de scarlatine. La fièvre persiste, l'état s'aggrave.

Le médecin nous l'envoie le 27 décembre, septième jour de la maladie. La température est à 39°7, l'éruption de scarlatine encore visible. L'enfant est très abattu. Il a, à droite, de gros ganglions sous-maxillaires avec périadénite, une otite droite. Le pouls est régulier, à 135. Le volume du cœur et les bruits du cœur sont normaux.

Le 29 décembre, l'état est très aggravé, l'enfant est prostré, la température de 39°4-40°5, le pouls rapide et très faible, la pression sanguine presque impossible à enregistrer au Pachon.

Le 30 décembre, la température s'élève à 40°5, la diarrhée survient. L'hémoculture révèle la présence d'un *streptocoque* typique.

Le 31 décembre, onzième jour de la maladie, avec une température à 40°4, l'enfant est cyanosé; il asphyxie, a un pouls incomptable ; il meurt à 9 heures du matin.

On trouve à l'autopsie des lésions infectieuses du foie, de la rate, du pancréas et des reins, un petit épanchement louche dans la plèvre droite, des poumons congestionnés et œdématiés. Le cœur a l'aspect normal, mais, sur la valvule mitrale, on trouve des granulations du volume d'un grain de millet, assez fermes, non ulcérées, qui forment une collerette au voisinage du bord libre.

Cet enfant a donc eu une scarlatine, compliquée de streptococcémie et d'une endocardite maligne. Cette endocardite doit être bien distinguée de l'endocardite aiguë simple scarlatineuse qui n'est pas liée, à une infection secondaire, mais relève du virus de la scarlatine.

***

Plus intéressantes et moins connues sont les STREPTOCOCCÉMIES qui se présentent comme des MALADIES INFECTIEUSES PRIMITIVES. Ici la localisation première reste discrète et passe facilement inaperçue.

Le petit malade que voici est un exemple des faits de cet ordre.

Il est né le 26 septembre 1919, d'un père réputé alcoolique, d'une mère bien portante, mais qui a eu deux fausses couches antérieures à sa naissance. Il a eu la coqueluche à 3 ans, la varicelle à 5 ans.

La maladie actuelle a débuté en pension, d'une façon mal précisée. En tout cas, vers le 26 ou 27 mars, on a constaté de la fièvre et une angine rouge.

Le 1er avril, la mère va le voir et le reprend chez elle. Il a 40° de température, une grande pâleur, un grand abattement, un léger mal de gorge ; il vomit le lait qu'on lui fait boire ; il a de la constipation. Son état paraît grave; aussi l'amène-t-on à l'hôpital le 2 avril.

Il entre d'abord dans le service des douteux. Sa température est de 40°7, son pharynx d'un rouge vif ; on craint une scarlatine.

Les 3 et 4 avril, la température présente de grandes oscillations : 37°7-40°, 38°1-41°. Il n'y a pas de scarlatine. Aussi envoie-t-on le malade dans notre service ; il entre salle Bouchut, le 5 avril.

C'est un enfant de 6 ans et demi, d'aspect chétif. Il mesure 112 cm., pèse 16 kil. 800. Ce matin-là, la température est de 36°4, le pouls à 126, la pression au Vaquez de 9-6. Le faciès est vultueux, les ailes du nez sont animées de battements ; la respiration est rapide, à 30, et superficielle. Il n'y a aucun signe méningé ; on constate cependant une raie rouge vaso-motrice. On trouve au sommet droit, en arrière, une submatité très légère sans aucun signe anormal d'auscultation. Les dimensions et les bruits du cœur sont normaux. Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal, la rate est un peu augmentée de volume.

Les amygdales sont grosses, plutôt pâles que rouges. La langue est légèrement saburrale. L'enfant a une soif très vive, une légère constipation. Les urines sont rares, ne contiennent pas d'albumine. Le soir, la température monte à 40°8.

Le 6 avril, la température est de 36°9 le matin, de 40°5 le soir ; le 7, de 36°9 le matin, 40°6 le soir.

On entend d'une façon transitoire un souffle tubaire discret au sommet droit. La radioscopie décèle une légère opacité de cette région.

L'enfant est très abattu, prostré. Dans l'après-midi, lors de la poussée thermique, il a quelques vomissements et des sueurs abondantes.

On constate un léger Kernig et un point douloureux au niveau des sciatiques poplités externes, derrière la tête des péronés.

Le liquide céphalo-rachidien, de tension un peu élevée, est normal, eau de roche ; il ne contient que trois lymphocytes par millimètre cube.

Le 8 avril, la température tombe le matin à 35°7, avec un pouls à 72, et le soir à 36°.

Nous apprenons alors les résultats de l'hémoculture, pratiquée le 6 avril. Voici la note que m'a remise M. Prétet :

En 24 heures, le bouillon est légèrement trouble avec début d'hémolyse. Il contient des chaînettes de cocci prenant le Gram, ovalaires, et quelques diplocoques. L'inoculation d'un centimètre cube à la souris la tue en 24 heures.

Dans le sang du cœur, on retrouve des cocci assez polymorphes : diplocoques ovalaires, courtes chaînettes de 4 à 6 cocci ovalaires ou arrondis, dépourvus de capsules. Les frottis du foie et de la rate donnent les mêmes cocci.

La culture du sang de la souris donne : sur bouillon-ascite un trouble et un léger dépôt ; sur gélose-ascite de petites colonies d'abord transparentes, bleutées, puis grisâtres et plus opaques. Il n'y a pas de solubilisation dans la bile. Ces élément ont d'ailleurs une vitalité faible ; la culture est presque nulle au deuxième repiquage sur gélose-ascite.

Il s'agit donc bien d'un *streptocoque* d'une variété un peu particulière, et non pas d'un pneumocoque.

La défervescence, qui s'était produite le 8 avril, n'était qu'une rémission trompeuse. Le lendemain, la température s'élève à 39°4, avec un pouls à 96, le matin, le soir à 38°.

Les jours suivants, la température se maintient à 39°-40°5. Le 11 avril, apparaît sur les fesses une éruption de nombreuses taches rouges, polymorphes, dont les dimensions varient de la pièce de 50 centimes à la pièce de 5 francs ; ces taches sont centrées par une petite vésicule ou un point blanc, et douloureuses.

L'éruption est fugace, elle disparaît en 24 à 36 heures ; seules, quelques-unes persistent sur les cuisses.

Le sang, examiné le 14 avril, présente une diminution du nombre des hématies (3.600.000) et du taux de l'hémoglobine (65 %) avec une valeur globulaire de 0,90 ; il y a une légère leucopénie, 3.800 leucocytes, avec 49 % de polynucléaires.

Le temps des aignement est de trois minutes, la coagulation sur lame se fait en sept minutes.

Le 14 avril, la température est de 38°8 le matin. Nous commençons le traitement par un *auto-vaccin iodé*, préparé suivant la méthode de Ranque et Sénès, contenant environ 800 millions de germes par centimètre cube. Nous injectons un quart de centimètre cube le matin ; le soir, la température tombe à 36°8 ; mais le lendemain, elle s'élève à 40°6 le matin, 39°7 le soir.

Le 16 avril, elle est descendue à 37° le matin ; après une deuxième injection d'un demi cmc. de vaccin, elle reste à 36°6 le soir.

On continue les injections de vaccin à la dose d'un centimètre cube, les 18, 20, 22, 25 et 29 avril.

Pendant ce temps, la température s'élève passagèrement à 38°5, 38°2, puis se maintient à 38° et au-dessous ; à partir du 26, l'apyrexie s'installe. Très rapidement l'état général qui était très sévèrement affecté, s'améliore ; l'enfant qui était prostré, très déprimé, devient plus gai. Au centre de quelques éléments érythémato-papuleux, qui persistaient autour des genoux, apparaît une petite suppuration de courte durée. Le poids augmente : de 15 kil. 950 le 14 avril, il remonte à 17 kil. le 29 avril.

Actuellement, l'enfant est encore pâle et un peu asthénié, mais il a un bon appétit et digère bien. Il n'a aucune complication. Sa convalescence se poursuit régulièrement et on peut espérer une guérison prochaine.

Ce jeune garçon paraît bien avoir été atteint d'une *streptococcémie primitive à évolution aiguë.* Il a présenté les CARACTÈRES CLINIQUES que l'on retrouve dans la description de cette maladie.

Voici, en effet comment peuvent se présenter ces streptococcémies

Le *début* est variable. Tantôt il est brusque, solennel, marqué par un grand frisson, une température à 40° ; tantôt il est plus lent, marqué par des petits frissons, des accès fébriles modérés, la température s'élevant par poussées successives. Tantôt, l'affection s'installe graduellement sans réaction vive.

A la *période d'état*, la courbe thermique présente des aspects variés.

Il y a des cas où le malade a de grands accès fébriles du type palustre, revenant à des intervalles réguliers ou irrégulièrement, deux ou trois fois par 24 heures, s'accompagnant de frissons et de sueurs plus ou moins abondantes ; dans l'intervalle, la température est normale ou reste élevée.

Dans d'autres cas, la fièvre revêt le type rémittent, avec des grandes oscillations quotidiennes régulières.

Enfin, chez d'autres malades, la température est continue et reste à 39°, 40° ou 41°.

L'état général est gravement atteint. Le malade est prostré, très asthénié. La respiration est rapide, il y a de la tachycardie ; le pouls est bien frappé, ou mou et dépressible. Il y a généralement de l'hypotension artérielle.

Deux autres symptômes importants sont un amaigrissement rapide et l'anémie. Elle se traduit par la pâleur de la peau et des muqueuses, la diminution du nombre des hématies et du taux d'hémoglobine. On l'explique par l'action hémolytique *in vivo* du streptocoque, démontrée par Bordet, Marmorek, Besredka.

Quelquefois l'état rappelle celui des fièvres typhoïdes graves. La fièvre est continue, la torpeur profonde, la langue sèche, l'abdomen météorisé. La rate est en général hypertrophiée. Le foie est normal ou un peu gros. Il y a assez souvent du subictère, parfois un ictère franc.

Les troubles digestifs, habituellement peu importants, consistent dans de l'anorexie et une diarrhée plus ou moins forte.

Les urines sont plus ou moins colorées et contiennent ou non de l'albumine.

Il n'est pas rare d'observer des poussées congestives des poumons, des arthralgies, des éruptions cutanées : érythèmes scarlatiniformes, placards érythémateux rappelant l'érysipèle, bulles contenant une sérosité louche, purpura à forme pétéchiale ou ecchymotique, associé quelquefois à des hémorragies des muqueuses.

Parfois apparaissent des localisations telles qu'une phlébite, une endocardite, une artérite, une arthrite, etc.

La fièvre persiste sur le même type ou suivant différents types successifs. Parfois se produisent des rémissions trompeuses. La maladie se poursuit ainsi pendant 15, 20, 30 jours. Généralement, elle se termine par la mort, mais il y a des cas où le malade guérit.

A côté des formes aiguës que je viens de prendre pour type, on rencontre d'autres VARIÉTÉS CLINIQUES qui méritent une mention particulière.

On décrit des *streptococcémies éphémères, transitoires ou bénignes.* M. Philibert, chez les blessés de guerre, M. Schottmuller, chez des accouchées, en ont observé. On peut les soupçonner quand, au cours de rhino-pharyngites, d'amyygdalites, le malade est pris de frissons, de courbature, d'élévation de température.

Ces streptococcémies peuvent, soit se terminer en 24 ou 48 heures, soit durer 6 ou 8 jours, durant lesquels se produisent des accès fébriles.

En réalité, il n'existe pas, à ma connaissance, d'observation avec hémoculture positive de streptococcémies médicales de ce type ; mais leur existence est vraisemblable ; elles peuvent expliquer l'apparition de néphrites, d'endocardites, d'arthrites, de suppurations profondes.

A l'opposé des formes éphémères, se placent les *streptococcémies suraiguës.* Elles débutent comme certaines formes aiguës. Le début est brusque, la température élevée. Le malade est plongé dans le tuphos ; il a une dyspnée vive, souvent du subictère, des urines rares, albumineuses, assez souvent du purpura avec hémorragies des muqueuses, réalisant un véritable *purpura fulminans.* L'évolution est quelquefois foudroyante ; la mort survient en 24 ou 48 heures. Plus souvent, la maladie dure 8 ou 10 jours. La fièvre est généralement continue, à 40°-41°, l'adynamie profonde.

A l'autopsie, on trouve des lésions infectieuses banales, particulièrement des suffusions sanguines.

Quelquefois se produisent des endocardites comparables à celles que nous avons rencontrées tout à l'heure dans la scarlatine.

Je vous rappelle, quoiqu'il s'agisse d'un adulte, l'observation d'un soldat de 34 ans, que j'ai publiée avec M. Gimbert à la *Société médicale des Hôpitaux*, le 19 octobre 1917.

Un jour, cet homme est pris brusquement de frissons, de courbature, de douleurs lombaires, d'une céphalée violente, de fièvre. On l'amène à mon ambulance le 16 septembre 1917, troisième jour de la maladie. Il a 41°, un pouls à 108. Il est plongé dans un état de demi-stupeur, il présente de la carphologie, de la tachypnée, une langue sèche, un ventre météorisé et sensible, de la constipation. Le foie et surtout la rate sont gros ; les urines rares et albumineuses. Le cœur paraît un peu augmenté de volume, mais les bruits sont normaux. On entend, à l'auscultation des poumons, quelques bouffées de râles sous-crépitants fins. On constate une légère raideur de la nuque et des membres. Les genoux et les coudes sont douloureux ; il y a un peu de liquide dans le coude droit.

Les jours suivants, l'état reste grave, la température se maintient à 40°4, 41°, le pouls s'accélère progressivement jusqu'à 140 ; le cœur augmente de volume ; les bruits sont faibles, on entend dans la région préventriculaire gauche un léger souffle mésosystolique qui est passager. Il y a de la tachycardie. Un érythème purpurique apparaît accompagné d'eecchymoses conjonctivales.

Finalement, le malade meurt, le huitième jour de la maladie.

Pendant la vie, nous avons pratiqué deux hémocultures ; elles ont donné du *streptocoque typique*, en longues chaînettes agglomérées.

A l'autopsie, le cœur est dilaté, pâle, mou ; il existe une endocardite ulcéro-végétante sur la face ventriculaire de la valvue interne des sigmoïdes aortiques. Les poumons sont œdématiés.

En somme, il s'agit d'une endocardite maligne survenue au cours d'une streptococcémie.

Comme cause, on pouvait invoquer l'existence, au niveau des pieds, de plaies et d'escarres consécutives à d'anciennes gelures. Le malade avait des ganglions inguinaux légèrement tuméfiés.

Dans d'autres cas, le tableau clinique est celui de l'*endocardite maligne aiguë* ou *subaiguë.* On le rencontre de temps en temps chez les enfants.

Voici l'observation d'une fillette de 11 ans et demi que j'ai déjà racontée dans une leçon de 1923 sur *les endocardites malignes aiguës des enfants*, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale* sur les *affections de l'appareil circulatoire.*

A la fin de décembre 1922, cette enfant est

prise brusquement d'un point de côté, d'anorexie, de fièvre. La fièvre persiste avec des phases d'apyrexie. Elle entre à l'hôpital le 15 janvier 1923.

C'est une enfant maigre, pâle, cyanosée. Elle est très abattue ; la température est de 40°2-40°4, la dyspnée vive. L'abdomen est sensible, le foie très gros, douloureux, la rate grosse ; le pouls est rapide, irrégulier, incomptable. Le cœur est un peu augmenté de volume ; on n'entend pas de souffle. On entend quelques râles ronflants et sibilants de bronchite.

Les jours suivants, la température tombe jusqu'à l'hypothermie, l'état est grave ; la langue est rôtie ; il y a de la diarrhée.

Au bout de cinq jours, la température remonte à 38°-39°.

Finalement, le 25 janvier, l'enfant a une hémoptysie abondante et, quelques heures après, meurt, presque subitement.

Pendant la vie, l'hémoculture a donné du *streptococcus viridans*.

A l'autopsie, nous trouvons une endocardite végétante avec de grosses végétations en choufleur sur la paroi du ventricule gauche et quelques petites végétations sur celle du ventricule droit.

De temps en temps enfin, on rencontre des *streptococcémies primitives subaiguës* ou *à évolution prolongée*.

Généralement alors, se produisent des foyers métastatiques ; il s'agit d'une *septico-pyohémie*.

Voici deux observations que je recueille dans la littérature. Elles ont été publiées, l'une par MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévi, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 20 décembre 1912, l'autre par MM. Lesné, Bascouret et Coffin, à la *Société de Pédiatrie*, en mars dernier.

Une fille de 11 ans, depuis longtemps atteinte d'une otite à poussées successives, où on trouve des streptocoques, est prise un jour de céphalée, de lassitude ; elle a quelques vomissements, de la constipation. On l'amène dans le service de M. Renault le huitième jour de la maladie. La température est à 40°2, le pouls à 125. L'enfant est très abattue, somnolente ; elle présente une grande pâleur de la peau et des muqueuses. Elle accuse de la céphalée et des douleurs d'oreille. On constate un peu de raideur de la nuque et un léger Kernig. Le foie est gros, la rate très hypertrophiée. L'état général paraît très touché.

La fièvre persiste avec de grandes oscillations.

Cinq jours après l'entrée, apparaît une phlébite de la saphène gauche, sans œdème, accompagnée d'une hydarthrose du genou.

Puis, à deux reprises, l'enfant a de grands frissons et, 22 jours après l'entrée, survient une phlébite de l'humérale droite qui, comme la précédente, n'entraîne pas d'oblitération.

Ces phlébites rétrocèdent. 32 jours après l'entrée, la malade a de grands frissons avec une température de 39° ; des arthrites métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius droits apparaissent, elles sont fugaces.

Pendant ce temps, l'état général s'améliore. 40 jours après, l'apyrexie s'installe, l'enfant entre en convalescence et guérit.

Le traitement a été purement symptomatique.

Pendant cette évolution, trois hémocultures ont été pratiquées, du huitième au vingt-deuxième jours. Elles ont donné du *streptococcus conglomeratus*.

La malade de MM. Lesné, Bascouret et Coffin, est une fille de 10 ans. Un jour, elle souffre dans la région thoracique gauche, se met à tousser, et à expectorer, elle a de la diarrhée. Douze jours après, elle a un point de côté droit. Elle entre à l'hôpital, le quinzième jour. Elle a une température de 39°, est asthéniée, pâle, dyspnéique.

L'affection évolue.

Dans une première phase, on constate des signes d'infection sévère, de pleurésie sèche à droite, d'un processus pleuro-pulmonaire à gauche, de péricardite avec épanchement, qu'une ponction montre être séreux et à tendance hémorragique.

Dans une deuxième phase, qui correspond à la deuxième décade du séjour à l'hôpital, la température est moins élevée, rémittente, les signes de péricardite et les symptômes thoraciques droits régressent, tandis que les mêmes symptômes persistent à gauche, l'état général s'améliore, la dyspnée diminue.

Dans une troisième phase, qui débute un mois après l'entrée, la température remonte, une ponction pleurale retire du pus et, quelques jours après, se produit une vomique.

Ensuite on assiste à une amélioration lente ; l'enfant guérit après deux mois d'hôpital.

Or, pendant cette longue évolution, une première hémoculture a été négative, mais deux autres ont donné des *streptocoques typiques*.

***

Quand on connaît le caractère polymorphe des streptococcémies, on conçoit que le DIAGNOSTIC en soit difficile. Suivant le cas, on pense à une *fièvre typhoïde*, à une *tuberculose aiguë* ou *subaiguë*, au *paludisme*, à la *fièvre de Malte*, etc.

Toutefois, l'histoire de la maladie et l'examen clinique peuvent permettre de penser à une *septicémie* et plus particulièrement à une *streptococcémie*.

On pensera à une streptococcémie, si le malade a la scarlatine, un érysipèle ou telle autre maladie infectieuse, car le streptocoque est, en pareille circonstance, un agent fréquent d'infections secondaires.

Mais, quand il s'agit d'une maladie infectieuse en apparence primitive, il convient d'être très réservé dans le diagnostic, car les streptococcémies n'ont pas de caractères pathognomoniques ; les pneumocoques, les méningocoques, les staphylocoques peuvent réaliser des tableaux cliniques comparables.

Seule une hémoculture positive peut permettre de porter le diagnostic de streptococcémie. Une hémoculture négative, par contre, ne permet pas de l'éliminer, j'ai dit pourquoi au début de cette leçon.

On pourra cependant porter le diagnostic de streptococcémie s'il apparaît un foyer métastatique dans lequel on trouve des streptocoques.

Le diagnostic est donc avant tout bactériologique.

Le PRONOSTIC des streptococcémies est généralement grave. Le plus souvent, elles se terminent par la mort. Cependant les cas où le malade guérit ne sont pas exceptionnels ; ils sont peut-être plus fréquents qu'on ne le pense, parce qu'ils sont méconnus.

Il serait intéressant de rechercher pourquoi l'évolution peut être si variable. Evidemment, des facteurs complexes entrent en jeu. On peut supposer, en particulier, des streptocoques qui diffèrent par leurs qualités pathogènes comme ils diffèrent par leurs formes et les caractères de leurs cultures. Mais je ne puis entreprendre d'exposer et de discuter ces problèmes.

Le TRAITEMENT comporte tout d'abord *celui des infections en général*, et, en outre un *traitement spécial*. MM. Lemierre et Deschamps ont longuement étudié les méthodes thérapeutiques qui ont été proposées et discuté leur valeur.

On a utilisé la *colloïdoclasie* par des injections de *peptone* à 5 pour 100 ou de *métaux colloïdaux*, notamment d'or et d'argent colloïdal. Elle « ne doit être utilisée qu'avec circonspection, suivant MM. Lemierre et Deschamps. On devra s'en abstenir dans les endocardites malignes. »

On a conseillé la *sérothérapie*. MM. Lemierre et Deschamps écrivent à son sujet : « C'est une médication dont le médecin ne doit pas se priver, sans avoir en elle une confiance aveugle ». Il faut d'ailleurs savoir que les sérums antistreptococciques sont très différents les uns des autres et loin d'être tous équivalents.

On a utilisé la *vaccinothérapie*. On peut avec MM. Lemierre et Deschamps conclure : « Il est impossible de porter encore un jugement ; quand elle a paru efficace, il s'agit peut-être d'heureuses coïncidences ».

On a utilisé enfin la *chimiothérapie* avec le sulfate de cuivre ammoniacal, la trypaflavine et d'autres substances. Ses effets sont très discutables.

***

Nous avons donc eu l'occasion d'observer deux enfants atteints de streptococcémies.

L'une, la fille de 13 ans, a eu une *streptococcémie au cours de la scarlatine* ; cette streptococcémie a été grave et s'est terminée par la mort ; dans ce cas d'ailleurs est intervenu le bacille diphtérique ; cette streptococcémie est classique ; on l'observe encore malheureusement trop souvent.

L'autre malade, le garçon de 6 ans que vous venez de voir, semble bien avoir été atteint d'une *streptococcémie primitive*. La maladie a débuté par une angine rouge. Rapidement, elle a pris les allures d'une septicémie aiguë, grave. La fièvre a présenté de grandes oscillations de 3 ou 4 degrés, pendant les trois ou quatre premiers jours, puis la température est restée élevée, en plateau durant deux ou trois jours, puis, de nouveau, se sont montrées de grandes oscillations. On a constaté au cours de l'évolution des poussées de congestion pulmonaire, de la splénomégalie. Mais il ne s'est produit aucune localisation du streptocoque dans le cœur, les vaisseaux, les reins ou le système nerveux. Peut-être cependant l'éruption que le malade a présentée est-elle due à la présence du streptocoque dans la peau ? Malheureusement, il n'a pas été poursuivi de recherches bactériologiques pour élucider ce point.

Le pronostic semblait très grave et cependant l'enfant a guéri. Il a guéri après l'emploi de la vaccinothérapie. Devons-nous conclure qu'il a guéri parce que nous avons employé le vaccin ? Evidemment, il convient d'être très réservé à cet égard. Notons, tout au moins, une coïncidence : quand on a commencé les injections d'auto-vaccin, la température, qui persistait jusque-là, a cédé, l'état général s'est amélioré et le malade est entré rapidement en convalescence.

On peut se demander si l'enfant a guéri parce que l'infection était causée par un streptocoque spécial, peu virulent. C'est possible, mais, en tout cas, il a réalisé une infection d'allures très graves.

Les faits de ce genre sont encore peu connus ; ils méritent d'être signalés. Ils ne sont peut-être pas aussi exceptionnels qu'on peut le penser. On voit de temps en temps se réaliser le même tableau clinique, et, soit parce qu'on n'a pas fait d'hémoculture, soit parce qu'elle a été négative, on ne fait pas de diagnostic. Or, constatation qui a son intérêt, ces malades peuvent guérir sans qu'intervienne un traitement spécial.

Il convient donc, surtout dans un service d'hôpital, où on a un laboratoire à sa disposition, de pratiquer dans une très large mesure des hémocultures. Il ne faut pas craindre de les répéter, il vaut mieux faire dix hémocultures qui ne donnent aucun renseignement, que de laisser passer un fait intéressant révélé par une hémoculture positive.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fissure à l'anus.

M. J.-P. TOURNEUX,

Chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Vous m'avez vu pratiquer, Messieurs, il y a quelques jours, une dilatation anale chez une malade qui présentait une fissure à l'anus ; le moment me paraît donc bien choisi pour vous donner quelques indications sur cette affection, que vous serez vraisemblablement amenés à rencontrer assez souvent au cours de votre carrière médicale, car elle est assez commune : elle est assurément douloureuse et gênante, mais par contre, elle n'est pas bien grave, étant donné qu'il est des plus faciles d'en débarrasser celle ou celui qui en est atteint, comme vous avez pu aisément vous en apercevoir.

De la malade elle-même, que j'ai dilatée sous vos yeux, je ne vous dirai pas grand'chose ; il s'agit d'une jeune femme, âgée de 24 ans, mariée et mère de deux enfants, sans antécédents capables de nous intéresser, sauf un état de constipation assez marqué. Elle est venue frapper à notre consultation, lundi, il y a quinze jours, et sur le seul récit des troubles fonctionnels qu'elle éprouvait, sans même l'avoir examinée, il a été possible de porter le diagnostic de l'affection qu'elle présentait, tant est claire et nette sa symptomatologie.

Que nous a-t-elle dit en effet ? Qu'il y a cinq mois environ, elle avait commencé à remarquer que l'évacuation des matières fécales s'accompagnait chaque fois d'une sensation de chaleur et de démangeaisons, sorte de prurit douloureux, qui cessait presqu'immédiatement après l'acte de la défécation, puis qu'au bout d'un certain temps, ces sensations désagréables, mais non douloureuses s'étaient peu à peu modifiées. La cuisson ressentie au moment où le bol fécal forçait le sphincter s'était d'abord transformée en une sorte de déchirure extrêmement pénible, qui durait quelques instants ; puis, au lieu de disparaître avec l'acte lui-même, pour ne revenir qu'avec la défécation suivante, il n'y avait plus eu qu'une période d'accalmie de quelques minutes, au bout de laquelle la douleur revenait plus vive pour atteindre au bout d'environ deux heures son maximum d'intensité, sous la forme de déchirure profonde, de brûlure intra-rectale. La crise, car on peut lui donner ce nom, primitivement d'une durée assez courte, était arrivée progressivement à se manifester pendant un laps de temps plus étendu, et actuellement, elle sévissait pendant quatre ou cinq heures, après quoi, tout rentrait petit à petit dans l'ordre, jusqu'au moment de la défécation suivante où les mêmes phénomènes se reproduisaient.

Aussi, redoutant de plus en plus l'accomplissement de cet acte, et ayant remarqué qu'il devenait surtout douloureux lorsque ses fèces étaient bien moulées, notre malade avait pris l'habitude d'user de laxatifs ; le passage de selles presque liquides lui occasionnait alors des souffrances beaucoup moins aiguës. Mais, à la longue, l'abus médicamenteux n'avait pas manqué d'apporter un certain trouble dans ses fonctions digestives, pendant que la crainte perpétuelle de ressentir de nouvelles douleurs ou de les voir s'aggraver, dans laquelle elle vivait , avaient bientôt influencé assez sérieusement son état général ; elle mangeait peu, dormait mal, était en proie à une inquiétude incessante ; aussi, lasse de voir son état ne pas s'améliorer, malgré les diverses médications qu'elle avait essayées, venait-elle nous consulter et nous demander un traitement véritablement efficace.

Sur ce simple exposé, je vous ai dit immédiatement qu'il s'agissait d'une affection bien connue, d'une fissure à l'anus, et un instant plus tard, en écartant les fesses de la malade qui était couchée en décubitus latéral, la cuisse inférieure étendue, la cuisse supérieure fléchie, et en déplissant les plis irradiés de la région anale, pendant que la patiente poussait légèrement, je vous ai montré au niveau de la région postérieure, ce qui est son siège habituel, et à la hauteur de la ligne ano-cutanée, la présence d'une petite ulcération elliptique, à grand axe longitudinal, à fond grisâtre, aux bords rouges et peu élevés qui n'intéressait que la seule muqueuse. Je vous ai indiqué en même temps que le sphincter offrait un caractère de contracture toute particulière, et qu'il suffisait d'effleurer légèrement les téguments pour le voir se resserrer encore davantage : c'est là assurément une chose dont on se rend bien mieux compte en pratiquant le toucher rectal, car on relève alors une sensation de constriction presque constante, mais comme une pareille recherche est horriblement douloureuse pour les malades, et que dans notre cas, elle était parfaitement inutile, je me suis bien gardé de l'effectuer, me bornant à vous la signaler, et à ce propos, je n'ai pas manqué de vous aviser que dans certains cas de fistules profondes, qui restent cachées lors d'un simple examen, il est nécessaire,

pour les découvrir, de recourir au spéculum ani, qui permet alors de les reconnaître et de bien voir la forme et l'étendue de la lésion.

Mais ici, étant donnée la situation toute superficielle de l'ulcération, une semblable manœuvre n'était pas nécessaire, et vous avez pu, de vos propres yeux, vous rendre tous bien compte de la cause des cruelles douleurs dont notre malade se plaignait depuis plusieurs mois. Le diagnostic posé, étant vérifié par l'examen direct, j'ai donc conseillé à cette malheureuse d'entrer dans nos salles pendant quelques jours afin de subir la dilatation anale, qui constitue en ce moment le meilleur traitement des fissures s'accompagnant de sphinctéralgie, car il est le seul qui puisse sans inconvénient ultérieur supprimer la contracture.

Le surlendemain de l'hospitalisation, sous anesthésie générale à l'éther, j'ai procédé devant vous à la dilatation manuelle au moyen de mes deux pouces. Le soulagement a été extrêmement rapide : il y a six jours que cette intervention, si j'ose lui donner ce terme, certes ici un peu prétentieux, a été faite, la malade n'éprouve plus aucune souffrance au moment de ses garde-robes, et va pouvoir nous quitter incessamment ; quant à l'ulcération que j'ai complètement négligée, et cela de parti pris, elle est actuellement presque complètement cicatrisée.

Vous venez de voir par le cas tout à fait démonstratif que je viens de vous rapporter, ce qu'il faut entendre sous le nom de fissure à l'anus : il s'agit, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte, d'une ulcération superficielle, généralement cachée au fond d'un des plis radiés de l'anus, qui s'accompagne toujours de douleurs violentes et d'une contracture spasmodique du sphincter.

Malgré la netteté et la constance de ses manifestations, qui en font une des affections les plus caractéristiques qu'il soit possible de voir, la fissure à l'anus est pourtant restée complètement méconnue jusqu'en 1818, date à laquelle Boyer eut le mérite de la décrire, de montrer l'importance de la contracture du sphincter et d'indiquer en même temps un traitement efficace. Les nombreux travaux, auxquels elle a donné lieu depuis, n'ont pas, sauf en ce qui concerne la pathogénie et le traitement, ajouté grand'chose à l'œuvre de Boyer, car ce chirurgien avait, au point de vue clinique, à peu près tout dit : il convient en outre de reconnaître, ainsi que l'a fait fort justement observer Quénu, que plusieurs auteurs et en particulier Blandin et Gosselin, n'ont fait par leurs écrits qu'obscurcir la question au lieu de l'éclairer. C'est ainsi que la classification établie par Blandin, en fissures sous-sphinctériennes, sphinctériennes, et sus-sphinctériennes, n'est pas seulement inutile, mais encore, tout à fait inexacte, car ce sont seulement les fissures sphinctériennes qui donnent lieu aux phénomènes caractéristiques de la contracture douloureuse. Il en est de même de la division de Gosselin en fissures tolérantes et intolérantes, car ces dernières, qui seules s'accompagnent de sphinctéralgie, méritent véritablement le nom de fissure à l'anus, les autres ne différant point en quelque sorte des diverses variétés d'ulcérations qui peuvent se manifester au niveau de la région anale.

La fissure à l'anus, bien qu'elle ne soit pas très rare chez les enfants, même très jeunes, constitue surtout une affection de l'âge adulte : par contre, elle est exceptionnelle chez le vieillard, dont le sphincter a perdu une grande partie de son énergie primitive. Elle s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donné les phénomènes de constipation plus habituels, ainsi que la plus grande fréquence des éruptions péri-anales, dues ordinairement aux écoulements vaginaux.

L'ulcération fissuraire ne présente rien de caractéristique, car toute ulcération anale peut devenir sphinctéralgique, même lorsqu'elle est de nature syphilitique, ce qui avait été nié à tort par certains : le syndrome caractéristique n'est donc nullement lié à la nature de l'affection, et peut s'observer dans les ulcérations chancreuses, syphilitiques et tuberculeuses ; pourtant, dans l'immense majorité des cas, il ne s'agit que de petites ulcérations en apparence tout à fait banales. L'étiologie de la fissure se ramène donc par suite à celle des ulcérations qui la provoquent et l'on comprend aisément pourquoi la constipation habituelle, suivie de l'expulsion de matières dures et volumineuses, peut entraîner, en particulier au niveau de la muqueuse toujours fragile des hémorroïdaires, des déchirures et des ulcérations, qui sans cesse entretenues par le renouvellement de la cause qui les a provoquées, ne présentent en conséquence non seulement aucune tendance spontanée à guérir, mais encore se transforment peu à peu, sous l'influence d'irritations constantes, en fissures douloureuses.

La constipation, ainsi que l'avaient bien vu Bretonneau et Trousseau, est donc la cause habituelle de la production d'érosions fissuraires au niveau des plis rayonnés ; elle peut, dans certains cas, être favorisée par l'étroitesse congénitale de l'anus ; plus rarement, les ulcérations sont provoquées par des lésions d'eczéma, d'herpès, ou d'intertrigo ; quant à l'origine traumatique, elle est tout à fait exceptionnelle.

Par suite de la coïncidence constante de l'ulcération anale et de la contracture sphinctérienne, il est bien évident qu'il doit exister entre elles une relation de cause à effet, et l'on a pu se demander, si c'était la contracture qui provoquait l'ulcération, ou si, au contraire, il convenait de voir dans l'ulcération la cause de la contracture.

Pour Boyer, et pour Dupuytren et Vidal de Cassis, qui s'étaient rangés à son avis, l'ulcération n'était que secondaire, et la contracture sphinctérienne constituait toute la maladie : cette opinion est aujourd'hui complètement abandonnée, et il est admis par tous les auteurs que c'est l'ulcération anale qui apparaît la première et qui détermine la contracture. Voici comment les choses se passent : l'irritation des terminaisons nerveuses sensitives situées au niveau de l'ulcération se transmet au centre médullaire pour se réfléchir dans les filets moteurs, et donner lieu à la contracture permanente du sphincter : en outre, la répercussion sur les filets sensitifs qui aboutissent au même centre explique de même les phénomènes d'irradiations douloureuses si fréquentes dans cette affection. Le célèbre schéma d'Hilton traduit clairement la disposition des voies centripète et centrifuge qui constituent cet acte réflexe simple : ainsi la douleur produit le spasme, et par un cercle vicieux, le spasme exaspère la douleur.

Les premières recherches d'Allingham avaient amené cet auteur à penser que les terminaisons nerveuses étaient mises à nu au niveau de l'ulcère, et que le passage du bol fécal venant par suite les blesser et les irriter, il en résultait cet ébranlement douloureux qui se manifestait à chaque défécation. Les examens histologiques de fissures excisées, pratiqués plus récemment par Quénu, ont montré qu'il n'en était rien, car les filets nerveux n'étaient jamais à découvert à la surface de l'ulcération : en revanche, cet auteur a trouvé dans les filets nerveux sous-jacents à la perte de substance des lésions accusées de névrite qui suffisent parfaitement pour expliquer les douleurs violentes, qui donnent à la fissure anale sa physionomie si particulière et si caractéristique.

Il n'existe pas, je tiens à insister sur ce point, d'affection qui se traduise par des symptômes fonctionnels aussi nets et aussi tranchés que ceux de la fissure anale ; aussi, la plupart du temps — le cas que je viens de vous rapporter en est d'ailleurs un frappant exemple — suffit-il pour affirmer son existence du simple récit que fait le sujet des phénomènes douloureux qu'il est en train d'endurer.

Au début de la maladie, l'expulsion des fèces ne s'accompagne que de chaleur et de démangeaisons qui disparaissent immédiatement après l'accomplissement de l'acte : mais, au bout d'un laps de temps plus ou moins étendu, ces sensations anormales se transforment en véritable douleur qui se manifeste d'abord sous une forme très légère, supportable, et qui ne tarde pas à s'accentuer en prenant en même temps un caractère tout spécial.

Le malade, au moment même de la défécation, éprouve une douleur particulièrement intense une sorte de déchirure atrocement pénible, pouvant lui arracher des cris par son intensité, et dont le maximum correspond au moment précis où le bol fécal franchit l'anus en forçant le sphincter. La douleur s'atténue ensuite insensiblement jusqu'à disparaître d'une façon complète, mais le répit ne dure pas longtemps, car au bout de quelques minutes, elle réapparaît avec un degré d'acuité encore plus accusé ; elle ne présente pas d'emblée toute son intensité, mais augmente graduellement jusqu'à devenir atroce, et les malades comparent souvent la sensation qu'ils éprouvent à celle que produirait un fer rouge introduit dans l'anus. Puis, un certain temps après avoir atteint son apogée, la douleur diminue peu à peu, se transformant successivement en brûlure supportable, en cuisson légère et finit enfin par disparaître. Cette douleur tardive, qui s'accompagne souvent d'irradiations dans les régions voisines, du côté de la vessie, de l'urètre, des reins, des testicules, et le long du trajet du nerf sciatique, et qui entraîne parfois de l'incontinence d'urine ou de la rétention, est dans certains cas si violente qu'elle peut provoquer la syncope : elle constitue par elle-même un signe tout à fait pathognomonique, car elle ne fait que traduire la crampe musculaire qui témoigne de la contracture du sphincter et qui se manifeste aussi longtemps que cette dernière dure.

Le laps de temps pendant lequel évolue cette crise, dont vous vous représentez facilement le caractère atroce, est des plus irréguliers ; il est rare qu'elle soit inférieure à une demi-heure, elle persiste souvent bien davantage et peut se prolonger pendant trois ou quatre heures ; il est d'ailleurs à remarquer qu'à la longue les phénomènes douloureux en même temps qu'ils accroissent d'intensité, tendent à se manifester pendant plus longtemps.

Dans les premiers moments de l'affection, aussitôt la crise passée, les malades retrouvent le calme jusqu'à ce qu'une nouvelle évacuation de matières ne vienne en provoquer le retour ; aussi ne tardent-ils pas à rechercher les moyens de reculer le plus possible cet instant si pénible et si redouté. Certains, afin de diminuer la fréquence des garde-robes, qui déclanchent en quelque sorte tout l'appareil douloureux, restreignent leur alimentation, se condamnant ainsi presqu'à la diète ; d'autres arrivent à provoquer une constipation de plusieurs jours, qu'ils s'efforcent de faire cesser au moment voulu par des laxatifs ou par des lavements, d'autres enfin, redoutant par dessus tout le passage de matières dures entretiennent une diarrhée perpétuelle.

Il convient en outre d'ajouter que, dans bon nombre de cas, ces paroxysmes douloureux, qui ne se manifestaient tout d'abord qu'avec la défécation, arrivent au bout d'un certain temps

à se produire tout à fait en dehors, à l'occasion d'un accès de toux, d'un mouvement quelconque, ou d'un effort léger : le patient, qui finit ainsi par souffrir d'une façon continue, en vient alors à se condamner à l'immobilité et à rechercher des positions de soulagement, soit en comprimant son périnée sur l'angle d'une chaise, soit en se couchant sur le flanc, les jambes fléchies, en chien de fusil.

Aussi voit-on bientôt la santé morale s'altérer rapidement, en même temps que la santé physique ; certains fissuraires tombent dans une neurasthénie complète, qui accroît encore l'intensité des réactions douloureuses, et cette affection, si bénigne en apparence, finit par prendre une importance extraordinaire.

Cette crise douloureuse est si bien caractéristique que sa seule affirmation peut suffire pour entraîner le diagnostic, et lorsque l'on passe à l'examen de la région anale, on sait déjà presque à coup sûr quelle est la lésion que l'on va y découvrir, et qui n'est autre chose qu'une ulcération.

La perte de substance est en général petite, allongée, elliptique, complètement cachée au fond d'un des plis radiés de l'anus, dont elle présente l'orientation, très superficielle, entamant à peine la muqueuse, qui n'est détruite que dans une faible partie de son épaisseur : son aspect est assez variable, parfois rosée, vernissée et à bords peu saillants, elle affecte dans d'autres cas une coloration grisâtre, elle est sèche, offre des bords un peu durs, surélevés et se trouve parfois surmontée par une petite végétation polypeuse. Avant même de déplisser les plis radiés pour l'apercevoir, on peut être assez facilement renseigné sur son siège exact, qui se trouve presque constamment en arrière, sur la ligne médiane de la commissure postérieure de l'anus, car ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut la rencontrer ailleurs, sur les parties latérales ou au niveau de la commissure antérieure. Pour cela, il suffit de passer doucement la pulpe de l'index sur le pourtour immédiat de l'orifice anal : au moment précis où l'on arrive sur la fissure encore invisible, le sphincter réagit en durcissant sous la muqueuse, pendant que le malade se dérobe par un mouvement instinctif, en accusant une sensation vive qu'exaspère la moindre pression. Quant au déplissement anal, qui rendra la fissure visible, il devra être fait avec beaucoup de douceur, sous peine de voir éclater la crise douloureuse.

En outre, en palpant délicatement le pourtour de l'anus, on reconnaît que l'anneau sphinctérien est beaucoup plus dur qu'à l'état normal : son état de contracture pourrait certes être beaucoup mieux mis en évidence par le toucher, mais celui-ci est si douloureux que chez la plupart des malades, il ne peut être pratiqué sans anesthésie au moins locale.

Vous voyez donc qu'il est extrêmement facile de reconnaître une fissure à l'anus, et j'ajouterai qu'il est rare qu'elle soit méconnue, sauf toutefois en ce qui concerne les tout jeunes enfants ; il faudra toujours y penser chez eux lorsqu'ils présentent une constipation rebelle et qu'ils s'agitent à l'excès en poussant des cris au moment de leurs selles, qui sont souvent légèrement teintées de sang.

Chez l'adulte, en dehors des sujets atteints de rectite, ou de femmes présentant des écoulements vaginaux, chez lesquelles la région périnéo-anale est érythémateuse et montre de petites ulcérations pouvant occasionner des phénomènes fissuraires, mais qui n'atteignent jamais ceux de la véritable fissure anale, la modalité très spéciale de la douleur, et les résultats de l'examen direct empêcheront aisément toute erreur de diagnostic.

Au point de vue du pronostic, vous devrez vous souvenir que la fissure à l'anus n'est pas par elle-même une affection grave, mais que, par les douleurs incessantes qu'elle provoque et par l'hygiène déplorable qu'elle engendre, elle arrive à empoisonner véritablement l'existence de celui qui la porte, et à entraîner par suite les pires accidents, qui peuvent aller jusqu'au suicide.

La guérison spontanée étant tout à fait exceptionnelle, la fissure persiste indéfiniment avec tous ses phénomènes, ce qui contribue dans une grande mesure à décourager le malade : heureusement que nous possédons des ressources thérapeutiques très suffisantes, bien qu'elles soient très simples et il est presque permis de dire aujourd'hui que toute fissure reconnue est une fissure guérie.

Lorsqu'il s'agit d'une véritable fissure à l'anus, c'est-à-dire d'une ulcération fissuraire s'accompagnant de sphinctéralgie, les soins de propreté, les pommades ou les suppositoires à l'extrait de ratanhia, à la belladone, au bismuth; à la cocaïne, au scuroforme, etc..., les lavements chauds ou froids, l'administration à l'intérieur de bromure de potassium, qui ont été tour à tour préconisés, soit pour calmer l'élément douleur, soit pour amener la cicatrisation de la perte de substance, sont tout à fait insuffisants, car ils ne s'adressent pas à l'élément essentiel, la contracture du sphincter, qu'il faut supprimer. Vous pouvez assurément, en les employant, produire quelque soulagement, quelque amélioration, mais vous ne devez jamais compter sur leur efficacité pour guérir votre malade : c'est au traitement chirurgical qu'il vous faudra recourir d'emblée, sans perdre votre temps à continuer indéfiniment des pansements toujours très douloureux et la plupart du temps parfaitement inutiles.

Les méthodes chirurgicales que vous pourrez utiliser sont au nombre de deux, l'incision du sphincter, ou sa dilatation, car je ne crois pas devoir vous recommander l'excision de l'ulcération fissuraire ou sa cautérisation, procédés qui ont joui autrefois d'une certaine vogue, mais qui sont fort justement abandonnés aujourd'hui, étant donné qu'il faut s'adresser non à la fissure elle-même, mais bien au muscle, dont il convient de supprimer la contracture.

L'incision du sphincter proposée par Boyer, qu'elle soit profonde, comme la pratiquait ce chirurgien, superficielle suivant la technique suivie par Dupuytren et par Curling, ou sous-muqueuse avec Blandin, Brachet et Jules Guérin, constitue une excellente méthode qui est régulièrement suivie de la disparition de tous les phénomènes douloureux. Mais, bien qu'elle ait rendu de réels services, et qu'elle soit encore en ce moment en honneur dans certains pays, auprès des chirurgiens anglais en particulier, je ne crois pas pourtant devoir vous la recommander, et cela par suite des phénomènes d'incontinence sphinctérienne qu'elle entraîne trop souvent à sa suite.

La dilatation, qui ne produit pas la déchirure du sphincter, mais seulement son atonie réflexe, ainsi que l'a montré Quénu, me paraît au contraire être la méthode de choix : elle est non seulement efficace et sans gravité, n'exposant pas, comme l'incision, à des accidents infectieux mais elle est encore rapide dans ses effets, car les malades sont immédiatement soulagés, et peuvent reprendre leurs occupations au bout de quelques jours, alors que la plaie causée par l'incision met toujours des semaines pour se cicatriser. La dilatation présente donc, à mon avis, de sérieux avantages, qui justifient bien la préférence qu'on lui a accordée.

Elle fut pratiquée pour la première fois, et d'une façon un peu indirecte par Récamier, qui combattait la contracture musculaire par le massage du sphincter, manœuvre que Maisonneuve remplaça par la dilatation véritable. Ce chirurgien se servait tout d'abord d'un procédé un peu barbare il est vrai, et qui consistait à introduire la main dans le rectum, puis à la retirer après avoir fermé le poing : mais il ne tarda pas à l'abandonner et à le remplacer par la dilatation au moyen des pouces, encore utilisé de nos jours par de nombreux opérateurs, bien qu'elle tende à être détrônée au profit de la dilatation mécanique par l'instrument de Trélat.

Comme la dilatation anale est toujours horriblement douloureuse, et particulièrement chez les sujets atteints de fissure, il conviendra que vous ne la pratiquiez que sous anesthésie générale, sans que vous ayez à tenir compte de certains arguments, assurément beaucoup plus théoriques que réels, qui ont été avancés contre elle. Certains chirurgiens ont soutenu en effet que cette opération devait être effectuée sans aucune espèce d'anesthésie et cela pour deux raisons : d'abord, parce que, pour obtenir un résultat efficace, il fallait que les fibres sphinctériennes fussent en partie rompues, et que le muscle fut comme surpris par la brusquerie de la dilatation ; et en second lieu, parce que la dilatation provoquait chez les malades endormis un réflexe violent pouvant déterminer une syncope mortelle.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister bien longuement pour vous prouver l'inexactitude de semblables conceptions, dont les conséquences peuvent être très graves ; en effet, si une bonne dilatation ne nécessite nullement une véritable surprise du sphincter, l'anesthésie du malade, à condition qu'elle soit complète, ne constitue d'aucune façon une pratique dangereuse. Les accidents syncopaux, qui s'observent surtout dans les anesthésies incomplètes, auront d'autant moins de tendance à se produire que l'anesthésie sera plus profonde et la résolution musculaire plus entière.

D'ailleurs, n'oubliez pas que si vous redoutez pour un de vos malades, les accidents toujours possibles de l'anesthésie générale, plus rares il est vrai avec l'éther qu'avec le chloroforme, vous pourrez alors pratiquer la dilatation de l'anus sous anesthésie locale, mais à une condition, qui est de suivre bien exactement la technique indiquée par Reclus, sous peine de n'arriver qu'à une insensibilisation très insuffisante et de faire horriblement souffrir votre malade, auquel vous aviez promis une intervention sans douleur.

Quel que soit le procédé auquel vous aurez recours, vous servant de vos pouces ou du dilatateur de Trélat, ne vous inquiétez pas de l'élargissement de la fissure, ni des petites déchirures de la muqueuse que vous aurez produites au cours de vos manœuvres, car elles sont, comme vous vous en apercevrez bientôt, sans importance aucune. L'anus lui-même ne reste béant que quelques minutes, même après une dilatation très large, il ne tarde pas à reprendre bientôt sa forme primitive. Les malades en se réveillant ressentent bien une sensation de contusion profonde, mais les douleurs caractéristiques de la fissure ont complètement disparu, et au bout de quelques jours vous constaterez que leur sphincter a repris sa tonicité, pendant que l'ulcération et les déchirures muqueuses se sont presque complètement cicatrisées.

Cependant, souvenez-vous bien que quoique pratiquée avec un instrument mousse ou même sans instrument, la dilatation doit être considérée comme une opération sanglante : elle détermine toujours en effet de petites solutions de continuité de la muqueuse, et expose par suite à l'infection : aussi conviendra-t-il de préparer les malades à l'avance comme s'ils devaient subir une opération grave et de ne pas manquer

au moment de l'acte opératoire de désinfecter la peau du périnée ainsi que le canal anal.

Enfin, pour terminer, je vous rappellerai que plusieurs auteurs ont conseillé l'emploi des courants de haute fréquence dans le traitement des fissures à l'anus. Cette méthode donnerait aux dires de certains spécialistes d'excellents résultats : mais comme elle paraît cependant beaucoup moins rapide dans ses effets et surtout d'action beaucoup plus incertaine que la dilatation, qui demeure le véritable traitement de choix, il semble qu'elle doive être exclusivement réservée aux sujets pusillanimes que l'intervention pourrait effrayer.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les colites amibiennes méconnues.

Frank Baraduc (de Châtel-Guyon) démontre avec quelle fréquence l'origine amibienne des colites chroniques est méconnue. On devra penser à l'amibiase et la rechercher :

1° Dans tous les cas de recto-colite ;

2° Chez tous les colitiques ou diarrhéiques, qui présentent dans leurs antécédents même une seule crise dysentériforme ;

3° Chez tous les colitiques, même légers, qui ont été manifestement exposés à une contagion.

On demandera au laboratoire la confirmation du diagnostic, après réactivation et en multipliant au besoin les examens. Si la réponse est douteuse, ou même négative, on devra néanmoins faire un traitement spécifique d'essai dans tous les cas où la clinique permettra de soupçonner l'amibiase. (*Pratique médicale française*, février 1926 A.)

Les faux diabétiques.

D'après Henry Bith, tout glycosurique n'est pas un diabétique. En dehors du diabète rénal, des glycosuries passagères, il existe des glycosuries dues à une trouble glyco-régulateur, dans lesquelles le foie joue un rôle principal et dont on doit faire le diagnostic, car pronostic et traitement sont bien différents de ceux du diabète. (*Pratique médicale française*, février 1926 A.)

Sympathèses interdigestives.

Les connexions physiologiques particulièrement étroites et intriquées du tube digestif font qu'après avoir débrouillé les sympathèses interdigestives, on soit obligé, pour les grouper, de revenir aux grands éléments anatomo-physiologiques, qui constituent l'appareil de la digestion. Aussi dans leur si intéressante étude, le Pr C. Oddo, MM. Le Luna et J. Oddo les ont divisées en sympathèses glandulaires ou sécrétoires, circulatoires, nerveuses, mécaniques et infectieuses.

Ces sympathèses ne s'exercent pas au hasard, mais sont le résultat des diverses associations fonctionnelles, aussi sont-elles concrètes et déterminées. Et cependant, elles restent complexes et variables, d'autant plus qu'elles peuvent être liées non seulement à un seul mode de troubles fonctionnels, mais à plusieurs fonctions annexes et subordonnées. Par exemple, l'étroite relation qui existe dans les glandes entre la sécrétion et leur innervation fait qu'au pied de la lettre, il n'y a que des sympathèses neuro-glandulaires, mais il n'empêche qu'en clinique l'élément sécrétoire a souvent le pas sur les troubles d'innervation et que parfois aussi,les perturbations nerveuses dominent et conditionnent les modifications glandulaires, comme dans l'achylie purement nerveuse.

Dans une limite plus étroite, les auteurs ont vu les troubles circulatoires se combiner avec ceux de la sécrétion et de l'innervation dans ce qu'ils ont nommé les sympathèses circulatoires complexes.

Les ptoses digestives, qui ont essentiellement à l'origine une affection mécanique, aboutissent presque toujours à la plus complète association des troubles digestifs à la fois moteurs, sécrétoires et nerveux. Ces troubles s'engendrent ou s'aggravent les uns les autres. L'insuffisance motrice peut entraîner de l'hypersécrétion prolongée qui augmente encore la gêne du transit pylorique ; les troubles nerveux, dus primitivement aux tiraillements sur les ligaments et sur les plexus nerveux sympathiques, produisent des troubles viscéraux réflexes, ou se compliquent même de l'atteinte du système nerveux central sous forme de neurasthénie, de psychasthénie. A ce degré d'intrication des troubles gastriques et nerveux, on se demande quel est l'appareil qui a le premier défailli ; et ce n'est qu'en remontant pour chaque cas les étapes chronologiques qu'on reconstitue la chaîne pathogénique.

Il faut aussi préciser le rôle de l'infection dans les affections digestives, soit qu'elle s'étende d'un organe à l'autre par l'intermédiare des vaisseaux et canaux excréteurs, soit qu'elle propage des lésions inflammatoires, comme dans les périviscérites, soit que d'emblée elle frappe l'ensemble des voies digestives.

Tantôt les troubles évoluent parallèlement dans les organes intéressés comme le lithiasique, qui souffre de son estomac ; tantôt l'évolution pathologique ne progresse que lentement d'un viscère à l'autre : tel entéritique chronique ne deviendra que longtemps après un hépato-intestinal.

Le système digestif, quelle que soit son autonomie relative, qui a permis d'embrasser d'une vue d'ensemble l'étude des sympathèses interdigestives, n'en est pas moins étroitement uni à différents appareils, tels que le cœur et la circulation générale, le système nerveux central, l'appareil génito-urinaire, et ces relations physiologiques entraînent elles-mêmes de nouvelles sympathèses qui, par opposition avec celles qui viennent d'être étudiées, peuvent être dénommées sympathèses paradigestives. Il s'ouvre donc un champ très vaste pour de nouvelles études sur les sympathèses. (*Arch. des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition* mars 1926.)

Angine de poitrine et aérophagie.

Il est banal de voir une crise d'angor pectoris d'origine cardio-artérielle se terminer par quelques renvois gazeux. Mais, malgré les opinions opposées, le Pr C. Lian et Th. Flora pensent que le syndrome angine de poitrine peut, en l'absence d'une affection cardio-vasculaire, être causé par une grande distension gazeuse de l'estomac ou du côlon.

Tout en combattant l'ancienne classification, en vraies et fausses angines de poitrine, basée sur des critères anatomiques et cliniques considérés à tort comme absolus, ils considèrent qu'il y a des angines de poitrine relevant des affections cardio-vasculaires et extra-cardiaques les plus diverses. C'est ainsi que l'un d'eux a pu décrire la forme angineuse de la colique hépatique, où il s'agit d'un syndrome angineux sous la dépendance d'un réflexe à point de départ vésiculaire.

Trois observations d'angine aéro-gastro-colique sont rapportées en détail, les première et troisième ont trait à un angor bien caractérisé (crises de douleur précordiale avec irradiation brachiale gauche) ; la deuxième a trait à un angor fruste (crises constituées par des sensations pénibles de la région sternale).

En pareils cas, on n'observe qu'exceptionnellement l'angor d'effort typique, c'est-à-dire l'angor où toutes les crises sans exception sont provoquées par un effort et cessent dès l'immobilité du malade. Les accès angineux d'origine aéro-gastro-colique surviennent soit au repas, soit à l'occasion d'un effort, d'une émotion. Ils se produisent plus facilement au voisinage des repas, parfois au début du repas, à la première bouchée. Dans les cas bien significatifs, la douleur commence à la région sous-mammaire gauche avant de gagner la région précordiale et le bras gauche ; mais elle peut être d'emblée précordiale. Le crise peut s'accompagner de constriction thoracique, les crises sont de durée et d'intensité variables ; elles se compliquent parfois de tendances lipothymiques.

L'évolution peut fournir un appoint favorable au diagnostic : c'est la disparition des crises sous l'influence d'une médication antidyspeptique.

Mais il ne faut pas s'hynoptiser sur les détails des caractères des crises angineuses, et la clef du diagnostic des angines de poitrine réside dans l'enquête étiologique. C'est seulement si un malade ne présente aucun signe d'une affection cardiovasculaire à un examen clinique et radiologique minutieux, et s'il présente d'autre part des signes cliniques et radiologiques nets d'une grande aéro-gastro-colie qu'on pourra envisager comme plus ou moins probable le diagnostic d'origine aéro-gastro-colique.

Il existe aussi des angors mixtes (affection cardio-artérielle et aérophagie) d'un diagnostic parfois assez délicat, puis des sensations constrictives profondes, que les aérophagies localisent dans la région sternale, plus spécialement au niveau de l'appendice xiphoïde.

Comme traitement : conseils diététiques habituels, carbonate de bismuth, bromure de sodium, gymnastique respiratoire ; enfin diathermie (excellent sédatif du système nerveux végétatif) et emploi intensif et prolongé de la belladone : deux semaines par mois, 2 à 3 pilules de Trousseau par jour (extrait et poudre de belladone ââ 1 centigramme) ou XX à LX gouttes par jour, en deux ou trois fois, de teinture de belladone. (*La Médecine*, mars 1926.)

Comment traiter une rétention d'urine.

Le Dr H. Lacaille distingue d'abord la rétention vésicale de l'anurie, dans laquelle les besoins d'uriner ,la douleur locale, la tumeur hypogastrique sont absents, compte tenu du faux besoin d'uriner de certaines formes d'anurie calculeuse.

Le diagnostic étiologique d'une rétention, pressenti d'abord par les signes cliniques, se vérifie par l'examen direct et le cathétérisme.

De plus, il faut savoir qu'avant 40 ans il s'agit souvent d'une complication gonococcique ; de 40 à 50 ans, on observe plutôt le rétrécissement, de 50 à 60 l'hypertrophie prostatique. Ces indications générales retenues pour leur valeur relative, avant de passer quoique ce soit dans le canal du patient, faire d'abord une injection urétrale de 6 à 8 cmc. de chlorhydrate de cocaïne à 1/200 ou de novocaïne à 2 %. La maintenir en place cinq minutes.

S'étant muni de quelques explorateurs olivaires de quatre en quatre numéros de la filière

◆◆◆◆◆◆

de Charrière, l'un de ces explorateurs montre s'il y a des obstacles dans l'urètre antérieur (rétrécissement ou corps étranger), au delà du collet du bulbe (spasme) ou dans la traversée prostatique, allongée, difficile ou impossible. Ne pas négliger un toucher rectal qui renseignera sur l'existence possible d'une prostatite aiguë, d'un adénome ou d'une néoplasie cancéreuse de la prostate.

S'il n'y a pas d'obstacle, une sonde de Nélaton passera probablement ; il s'agit là d'une cause réflexe pour laquelle le traitement sera assez rapide : sondages prudents répétés suivant les besoins du malade, toujours avec la sonde de caoutchouc, grands bains, irrigations rectales chaudes ; ne pas oublier l'uroformine à petites doses et un lavage de précaution au nitrate faible ou à l'argyrol ; l'évacuation de la vessie doit être totale chaque fois.

Si l'exploration a révélé des rétrécissements, prendre une sonde conique olivaire du calibre de l'explorateur qui a passé. Si aucun instrument n'a pu passer, prendre des bougies filiformes, droites, tortillées ou en baïonnette, injecter de l'huile phéniquée dans le canal et la maintenir sous pression tout en poussant la bougie de la main droite ; si la bougie arrive à passer, la fixer à demeure, et le malade arrivera à uriner goutte à goutte le long d'elle. Si on a pu passer un conducteur de béniqué y visser une sonde métallique creuse n° 18, que l'on passera sans trop de peine, et on laissera à demeure le conducteur durant 24 ou 48 heures.

Si rien n'a pu passer, faire une ponction sus-pubienne, qui permettra d'attendre de faire prendre au malade de grands bains chauds, des irrigations rectales très chaudes, puis de faire de nouveaux essais de cathétérisme.

S'il y a un obstacle unique au niveau du sphincter urétral (spasme) on réussira même avec les sondes métalliques et les béniqués.

S'il y a difficulté ou impossibilité de la traversée prostatique, tenter d'abord le passage d'une Nélaton 18 ou 20, soit de la béquille de même dimension dont on maintient bien le bec en contact avec la paroi antérieure. S'il y a impossibilité, se servir de la béquille montée sur mandrin courbe ou coudé.

En cas d'impossibilité, ponction sus-pubienne ou cystostomie.

En dehors de ces cas les plus fréquents, la rétention peut être le fait d'un traumatisme, d'une rupture de l'urètre, d'une infiltration d'urine, d'un abcès urineux, d'un phlegmon prostatique ; il faut alors traiter d'abord la cause, ouvrir la vessie, réparer l'urètre, etc., la sonde cède le pas au bistouri.

Ultérieurement, pour les rétrécis et les prostatiques, il faut évacuer peu à peu la vessie et veiller à l'infection menaçante.

Aux rétrécis, après urétrotomie interne, mettre une sonde 14 avec un fausset que l'on retirera par exemple, toutes les trois heures, évacuant à chaque fois 3 à 400 grammes du contenu vésical.

Pour un prostatique, prendre une béquille 15 ou 16, retirer 400 à 500 grammes au maximum; recommencer 12 heures après ; mettre six à huit jours pour assécher la vessie distendue; éviter l'hématurie *ex vacuo*, en réinjectant dans la vessie 300 grammes de liquide (nitraté très faible) dès qu'on voit l'urine devenir rosée. (*La Consultation*, mars 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Rôle des parasites intestinaux en pathologie chirurgicale.

(M. G. Léo. — *Société des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

L'auteur fait un exposé de l'ensemble de cette question, qu'il a particulièrement étudiée. Il signale rapidement les cas où les parasites peuvent avoir un rôle mortel, mais absolument exceptionnel (occlusion intestinale par paquets de lombrics, péritonite par perforation, cholécystite par présence d'ascaris dans les voies biliaires).

Les helminthes intéressent le chirurgien en raison des troubles qu'ils sont susceptibles d'apporter dans les états post-opératoires, et aussi dans certains diagnostics. Les troubles en question ne disparaissent que par le traitement vermifuge. M. Léo cite parmi les méfaits des parasites intestinaux : des entérites et colites, compliquant et prolongeant les suites opératoires et dues aux helminthes (ascaris, oxyures...), plus rarement aux infusoires (trichomonas, lamblias) ; des règles très douloureuses chez des femmes indemnes de lésions utérines, salpingiennes ou ovariennes ; des coliques vermineuses simulant la péritonite ; de la colibacillurie ; des vulvites des petites filles ; des appendicites ; de la neurasthénie.

Il faut ajouter à cette liste d'autres accidents moins connus : cystites invétérées par trichomonas (le plus souvent *trich. vaginalis*) ; vagino-métrites par trichomonas ; piqûres d'oxyures au niveau de l'intestin, pouvant être l'origine d'infections autres que la colibacillose.

Images radiographiques dans la calculose urinaire.

(M. Cathelin. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926)

M. Cathelin rapporte l'observation d'un malade qu'il a opéré d'hydronéphrose il y a quinze ans et de pyonéphrose calculeuse récemment. Tandis qu'à la radiographie, faite deux fois par deux opérateurs différents, le calcul, assez gros, fut aperçu juste au-dessus de la crête iliaque, en face l'apophyse transverse de la 4e vertèbre lombaire, on le trouva en réalité, à l'opération, dans le rein, et très haut car cette glande était complètement thoracique. Il y a là une erreur de position que M. Cathelin ne s'explique pas et qui excuse peut-être les néphrolithotomies blanches de certains auteurs.

Greffes sexuelles dans quelques cas atypiques.

(M. Dartigues. — *Soc. des chirurgiens de Paris* : 15-7-1926.)

M. Dartigues décrit la technique des greffes sexuelles dans quelques cas atypiques. Il montre d'abord le procédé habituel, extra-vaginal ou intra-vaginal, quand il y a une surface testiculaire recevante. Il figure ensuite deux cas avec bourses absolument vides, soit par mutilation (blessure de guerre), soit par atrophie complète. La surface cruentée par scarification d'une loge de nidation artificielle réalise alors la condition essentielle de la vitalité du greffon.

Goitre métastatique.

(M. Dartigues. — *Société de médecine de Paris* ; 14-5-1926.)

M. Dartigues a observé et opéré une femme de 37 ans, atteinte de goitre, chez laquelle survint une fracture du fémur spontanée, par métastase osseuse. L'examen histologique du goitre ne révéla aucune cellule cancéreuse. L'auteur estime, en conséquence, qu'il faut opérer le goitre, ou du moins certains goitres, et cela d'assez bonne heure. Le prof. Bérard, de Lyon, a signalé ces goitres, tumeurs bénignes, qui évoluent néanmoins comme des tumeurs malignes.

— M. Léopold-Lévi remarque que le « goitre métastatique » dont M. Dartigues vient de donner un exemple est une maladie rare et qui soulève d'intéressants problèmes. Plus fréquent chez la femme (comme le goitre lui-même) il se manifeste cliniquement, après une période indifférente, par des métastases qui, tout en pouvant se produire au niveau des différents viscères, se localisent en général sur les os plats et courts, parfois sur les os longs. Au point de vue anatomo-pathologique, la question n'est pas résolue. Bérard tend à admettre la généralisation possible des goitres ordinaires. Une autre opinion, assez courante, suppose que les goitres les plus bénins offrent parfois, en certains points, des centres de prolifération active, de nature néoplasique.

Asthme et tuberculose évolutive.

(M. Mélamet. — *Soc. de médecine de Paris* ; 29-5-26.)

La doctrine ancienne, en faveur il y a quelque trente à quarante ans, opposait comme antagonistes l'asthme et la tuberculose. Puis, est venue une autre théorie, soutenue par Landouzy, attribuant, au contraire, à tous les asthmes une origine bacillaire.

A la vérité, actuellement, les partisans de ces idées extrêmes sont très peu nombreux, et la majorité des auteurs ont adopté une notion intermédiaire, à savoir : la possibilité d'un envahissement tuberculeux chez les asthmatiques, avec une relative rareté toutefois. M. Mélamet rapporte deux observations de malades asthmatiques devenus tuberculeux et il croit que si l'on recherchait les cas de ce genre d'une façon systématique on les trouverait plus souvent qu'on ne l'a dit.

— M. Léopold-Lévi remarque que la présentation de M. Mélamet soulève la question, si souvent agitée, des rapports de l'arthritisme et de la tuberculose. Les anciens auteurs, appuyés sur la clinique, admettaient l'opposition des deux états morbides. Un arthritique, disaient-ils, devient rarement tuberculeux et, s'il le devient, ses lésions bacillaires ont plus de tendance, dans ce tempérament, à la sclérose que dans d'autres états diathésiques. Poncet, en sens inverse, a soutenu la théorie de la tuberculose arthritisante. L'auteur lyonnais a décrit un rhumatisme tuberculeux (sans bacille, ni follicule il est vrai) et il admettait, après Landouzy et Roger, un asthme toujours tuberculeux, un eczéma tuberculeux, etc.

Greffe thyroidienne chez un myxœdémateux.

(MM. Dartigues et Heckel. — *Soc. de médecine de Paris* ; 25-5-1926.)

M. Dartigues présente un enfant myxœdémateux qu'il a traité par une *greffe* thyroïdienne. Le greffon fut prélevé chez un chimpanzé récemment émasculé par le Dr Voronoff, les deux testicules de l'animal ayant d'ailleurs servi à greffer un avocat anglais et un médecin français.

La glande thyroïdienne du dit singe fut insérée au niveau de la tunique vaginale de l'enfant, région qui paraît plus propice à la prise de ces greffes glandulaires. Le résultat fut une amélioration considérable de l'état du petit malade.

— M. Léopold-Lévi rappelle que l'administration *per os* des extraits thyroïdiens est suivie d'excellents effets dans le myxœdème. La supériorité de la greffe, toutefois, lorsqu'elle prend, est de continuer son action, ce que ne fait pas le traitement par voie digestive, qui doit être sans cesse renouvelé.

— M. Vignat trouve à l'enfant présenté par M. Dartigues l'aspect d'un mongolien.

— Sur la demande de M. Dartigues, M. Léopold-Lévi précise ce que l'on entend par *mongolisme*. C'est une maladie se traduisant par de l'arriération *physique* et *mentale* (idiotie), un aspect particulier

de la tête (facies d'un petit Mongol, d'un petit Chinois) avec épicanthus (repli cutané à l'angle interne de l'œil), lésions cardiaques, anomalies portant sur les dents, les oreilles, etc. Dans cette maladie (rattachée pour bien des cas à l'hérédo-syphilis), il existe souvent des troubles thyroïdiens et des troubles hypophysaires dont dépend, semble-t-il, la laxité articulaire signalée spécialement dans le mongolisme. Le nom de la maladie tient à ce que, dès la naissance, ces enfants ressemblent à de petits Mongols. C'est une affection peu réductible dans ses formes complètes.

— M. Dartigues fait observer que la laxité articulaire se rencontre très développée chez certain sujets (chez les hommes serpents des cirques, par exemple) en dehors de tout mongolisme.

La gonacrine dans la blennorrhagie.

(M. Tissot. — *Soc. de médecine de Paris* ; 29-5-1926.)

La gonacrine, nom français de la trypaflavine allemande, est, au point de vue chimique, du chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine, ou jaune d'acridine. Elle a été essayée dans diverses maladies infectieuses et en particulier dans la blennorrhagie.

MM. Jausion, Biot et Vourexakis, qui l'ont utilisée en injections intra-veineuses chez un nombre important de blennorrhagiques, auraient obtenu un chiffre impressionnant de guérisons. Le médicament est très mal toléré par l'estomac. Par contre, en solution, il est bien supporté par les muqueuses intestinales et urinaires, ainsi qu'en injections intra-veineuses. Son inconvénient est de sensibiliser les téguments à la lumière et de rendre fréquents les phénomènes d'actinite cutanée.

Quoi qu'il en soit, M. Tissot a essayé la méthode de Jausion chez un certain nombre de blennorrhagiques aigus et chroniques. Malheureusement, les résultats qu'il a enregistrés sont loin d'avoir été aussi remarquables que ceux signalés par le promoteur de la méthode. La plupart des malades durent, en effet, revenir à la thérapeutique habituelle de la blennorrhagie par les lavages, l'écoulement uréthral persistant encore trois semaines après le début des injections intra-veineuses de gonacrine. Mêmes insuccès dans les blennorrhagies chroniques avec diverticules infectés. M. Tissot, par contre, s'est bien trouvé de la gonacrine dans la cystite gonococcique et dans des méthrites chroniques où la chronicité ne relevait pas de diverticules infectés (vésicule, prostate, etc.).

L'auteur conclut que la méthode de Jausion, si elle a dans certains cas déterminés (cystite, blennorrhagie chronique sans localisations glandulaires) une efficacité certaine, ne donne pas dans les cas habituels de résultats supérieurs (au contraire), à la thérapeutique courante par les lavages (méthode de Janet).

— M. Marc Sée a employé la gonacrine à l'hôpital Saint-Louis. Dans la blennorrhagie, il n'a pas vu de résultats réellement satisfaisants.

— M. Lavenant rappelle la valeur antiseptique de la gonacrine. La solution à 1/300.000 arrête le développement du gonocoque : M. Luys se sert de ce médicament en lavages uréthraux. Dans l'urèthre, on ne peut guère dépasser le titre de 1/2000, sous peine de provoquer de vives douleurs. Le traitement local par la gonacrine a l'inconvénient de laisser des taches difficiles à faire disparaître. Si les résultats obtenus avec les composés d'acridine peuvent être parfois un adjuvant précieux, ils ne sauraient faire oublier ou abandonner le traitement classique : lavages, dilatations, massages, qui continue à faire ses preuves.

P. L.

Les Livres

Cocral. — **La perte de la vision d'un œil détermine-t-elle une diminution de la capacité de travail** ?

Jusqu'ici, oculistes et tribunaux ont affirmé que la perte de la vision d'un œil entraîne une diminution de capacité de travail et que cette infirmité doit être tarifée un peu au petit bonheur et, dans tous les cas, de 25 à 33 %, suivant l'humeur de l'expert et la magnanimité du tribunal.

Des raisons scientifiques, il n'en était pas donné et M. Cocral démontre à l'évidence que toutes les raisons qui avaient été formulées ne résistent pas à l'examen.

Il fait apparaître, très justement, que si, d'une manière générale, la perte de la vision d'un œil ne diminue pas le rendement économique du borgne, et par conséquent ses gains, il peut se trouver cependant des cas où cette infirmité a une répercussion assez grande sur la valeur du sujet et qu'il est, par conséquent, absolument contraire à l'équité, au bon sens et à toute saine justice, d'appliquer à tous les borgnes une commune mesure, donnant aux uns beaucoup plus qu'il ne leur est dû, et aux autres une aumône absolument insignifiante.

« Il faut obtenir, dit-il, des experts un examen attentif du sujet, des conclusions motivées et rationnelles, et demander aux magistrats de n'homologuer un rapport qu'après s'être assurés que la vérité scientifique y est observée et que l'oculiste ne fait pas de la générosité avec l'argent des autres. »

***

Il y a une objection sérieuse à faire à la thèse soutenue très habilement par M. Cocral. Mais elle est

d'importance. Nous lui demandons la permission de la lui soumettre incontinent.

Si apte qu'il soit à continuer son travail sans que son salaire en soit diminué, un borgne accidentel n'en demeure pas moins un « appauvri », osons-nous dire un être atteint dans son intégrité physique, et aussi dans sa résistance morale. Il avait deux yeux ; il ne lui en reste plus qu'un. C'est tout de même quelque chose. Et cela seul mériterait une réparation. Les tribunaux apprécient bien, à cette heure, le *pretium doloris*, et le chiffrent bien en monnaie courante !!!

Or, si le malheur, poursuivant cet infirme, veut qu'il perde son second œil — de borgne, il sera devenu aveugle, menacé dès lors totalement dans ses capacités de subsistance, en attendant qu'il ait pu s'adapter à ce nouvel état aggravé, et, s'il le peut, apprendre un métier compatible avec la cécité.

Que cette cécité soit la conséquence d'un second accident du travail, la législation protectrice des travailleurs en assurera la réparation forfaitaire dans toute sa plénitude. Mais, si accident de droit commun, qu'adviendra-t-il de cet aveugle, dont la perte du second œil pourra ne bénéficier d'aucune compensation, si la perte du premier, conséquence d'un accident du travail, n'aura fait l'objet d'aucune indemnisation réparatrice, sous prétexte qu'à ce moment, la capacité de travail de l'accidenté n'était pas diminuée, non plus que le salaire correspondant ?

Que M. Cocral veuille bien examiner cette argumentation avec impartialité ; il reconnaîtra que, à côté de l'incapacité permanente partielle, pratiquement inexistante en certains cas, il y a l'incapacité en puissance, si nous osons dire, dont il doit être tenu compte. C'est pourquoi, réflexions mûrement faites, nous sommes opposés formellement à la thèse de M. Cocral, et estimons qu'en toutes circonstances, la perte accidentelle d'un œil, à l'occasion du travail, réclame une réparation : réparation du préjudice incontestablement subi ; réparation éventuelle de la diminution d'aptitude professionnelle ; réparation préventive enfin d'une aggravation future, qui, dans l'état actuel de la législation, ne pourrait être matière à révision.

Dr Paul Boudin, Secrétaire général ;
Dr Gaston Duchesne, Secrét. gén. adj. ;
J. Dumesny, Secrétaire administratif du « Sou Médical ».

Imprimerie Mazel, à Largentière (Ardèche).

Dr J. Baratoux. — **Utilisation de la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Appareils et méthodes.** (Un vol. in-8°, 96 p., 29 fig., prix : 12 fr. En vente dans toutes les librairies médicales.)

L'ouvrage du Dr Baratoux est un excellent vademecum pour les praticiens et les spécialistes qui désirent employer la haute fréquence dans la thérapeutique oto-rhino-laryngologique. Après avoir clairement décrit les différents appareils à utiliser, l'auteur étudie les applications d'intensité de la haute fréquence (diathermie) et les applications de tension (effluvage, fulguration). Dans la diathermie simple, médicale, qui demande des électrodes larges, on obtient des effets de chaleur modérée. Dans la diathermie, que l'on pourrait qualifier de chirurgicale, une des électrodes, de surface réduite (pointe, aiguille...), atteint une température élevée et devient destructrice par coction (diathermo-coagulation). La diathermie simple peut rendre quelques services dans les laryngites hyperémiques, les catarrhes tubo-tympaniques, etc. La diathermo-coagulation a été mise en œuvre plus largement pour détruire des tumeurs, des hypertrophies de cornets, des synéchies nasales et vélo-palatines, des amygdales hypertrophiées, etc. M. Baratoux expose les avantages de cette nouvelle thérapeutique et donne les détails de technique convenables. Avec raison, aussi, il montre que cette méthode intéressante ne constitue nullement une panacée destinée à remplacer les traitements jusque-là employés contre les mêmes affections. L'amygdalotome, la pince de Ruault, les serre-nœuds, le galvano-cautère ; les instruments et techniques plus anciens continuent à remplir avantageusement les principales indications de la thérapeutique courante oto-rhino-laryngologique et c'est dans certains cas seulement que l'électro-coagulation devra leur être préférée.

En résumé, le petit ouvrage du Dr Baratoux traite cette question nouvelle avec tous les renseignements désirables et avec une vue très judicieuse du sujet. C'est un guide de style clair, en tous points recommandable.

P. L.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES NÉPHRITES AZOTÉMIQUES ET CHLORURÉMIQUES HYPERTENSIVES ET URÉMIGÈNES

Une auto-observation.

Par le Dr E. BONNARME.

(Le Blanc)

Dès 1921, dans son *Consultaire*, M. Ségard indiquait nettement que la théobromine est le diurétique des chlorures, la théocine également, et précisait que la scille est le diurétique azoturique.

Il combine :

Théobromine	0.50 centigr.
Poudre de scille..........	0.05 centigr.

pour un cachet n° 20, en prendre 2 par jour.

Le même auteur indique dans son article sur l'hypertension, une série d'hypotenseurs, et, en dehors de la théobromine, le cratœgus, le nitrite de soude, la trinitrine, et enfin les bains carbo-gazeux de Royat.

Par nos observations personnelles, nous voudrions montrer que la découverte faite par Stoll et Suter, en 1921, du scillarène glucoside cristallisé, principe actif du bulbe de la scille, dépourvu d'inconvénients, est le médicament qui, à notre humble avis, doit occuper une place de choix, a coté des théobromines, dans le traitement des néphrites azotémiques ou chlorurémiques *hypertensives* et *urémigènes*, mais non syphilitiques.

En 1924, M. le Dr Bernard Joz, ancien interne des asiles de la Seine, étudiait ces questions au laboratoire de M. le Prof. Carnot, à l'hôpital Beaujon, et en faisait le sujet de sa thèse inaugurale. En 1925, M. le Dr Fonteneau, ex-interne des hôpitaux de Tours, étudiait plus spécialement l'azotémie au laboratoire de la Faculté de médecine de Lyon, et, dans sa thèse de doctorat (1) donnait des conclusions favorables au glucoside de la scille. Ces travaux nous ont amené à formuler définitivement le traitement de ces néphrites, traitement dont nous voudrions aujourd'hui faire profiter le Corps médical pour le plus grand bien des malades.

Jusqu'à notre époque, c'est-à-dire avant 1921, tous les médecins, devant un cas de néphrite azotémique hypertensive chronique, avouaient leur impuissance. « Humainement, me disait un jour un ami, médecin de ma génération, nous n'y pouvons rien ». Et cette phrase dite à moi-même, atteint depuis 1912, de néphrite hypertensive urémigène avec laquelle je fis toute la guerre et au milieu des fatigues du front, me jeta dans une véritable consternation.

Cependant, je continuais à chercher un traitement et à étudier la question tout en exerçant ma profession médicale lorsque je fus amené à lire les deux thèses précitées. Je trouvais dans la thèse de Fonteneau des précisions thérapeutiques pleines d'espoir. Il existait donc un médicament, un cardiotonique, assurant, d'une façon suffisante, la dépuration rénale et possédant enfin « une action élective sur l'élimination de l'urée par la cellule rénale ».

En un mot, il s'agissait d'un principe actif agissant sur le cœur qu'il tonifie, sur la courbe de l'urée sanguine et de la tension artérielle qu'il abaisse, de l'urée urinaire qu'il diminue assez rapidement. Muni de ce cardio-rénal déjà étudié par MM. Joz et Fonteneau, par le Prof. Perrin, de Clermont-Ferrand et Royat, j'en décidai tout d'abord l'application sur moi-même.

M. le professeur Lian, mon maître et ami qui me soignait depuis 1921 en fut informé et m'y autorisa.

Je décidai alors de me soumettre au traitement suivant, que j'administre d'ailleurs méthodiquement depuis un an, à tous mes néphrétiques hypertensifs.

1° Du 1er au 5 de chaque mois :

X gouttes de digitaline le 1er jour.
X gouttes de digitaline le 2e jour.
V gouttes de digitaline le 3e jour.
V gouttes de digitaline le 4e jour.
V gouttes de digitaline le 5e jour.

Or, ayant remarqué que la théobromine me donnait toujours de la céphalée, puis de l'insomnie dont je souffrais beaucoup, j'eus l'idée de prendre du scillarène à la dose de XV gouttes deux fois par jour.

Assez rapidement, je vis ma diurèse augmenter, atteindre 1.500 gr. et 2.000 gr.

Du fait, sans doute, de ma dépuration rénale mieux assurée et suffisamment, je vis le sommeil revenir et je pus reprendre assez vite ma clientèle que j'avais dû presque abandonner.

(1) *Thèse de Lyon*, 1925.

Donc du premier au 5 de chaque mois, et cela pour tous mes malades et moi-même, digitaline cristallisée de Nativelle, puis du 5 au 10, XV gouttes, matin et soir, de scillarène, puis à partir du 15, digitaline, 5 jours, et enfin scillarène jusqu'au 30.

En outre, application sur les reins, le 15 de chaque mois, de 8 ventouses scarifiées. Je ne tardais pas à remarquer, en ce qui me concerne, que chaque émission sanguine m'enlevait des toxines, que ma tension diminuait et que mon sommeil était toujours plus reposant. Enfin, à la fin du mois, j'administre 30 gr. de sulfate de soude, et un régime uniquement lacto-végétarien. Ce traitement, que j'indique pour tous les néphrétiques azotémiques ou chlorurémiques, a cela d'intéressant que je remplace d'emblée la théobromine par le glucoside de la scille.

Depuis plus d'un an, je l'applique sans défaillance et avec d'excellents résultats, alors qu'obéissant aux conseils de mon ami, le Dr P. Ladroitte père, de Brunoy, j'avais dû cesser et céder ma clientèle de Mandres (Seine-et-Oise) et venir me retirer dans mon pays natal, au Blanc (Indre) où je n'ai pu quand même me dispenser de travailler et où je me surmène parfois.

Le lecteur voudra bien excuser cette façon de parler de moi, mais il s'agit d'une auto-observation et c'est ainsi que je fus amené à étudier les néphrites et avec une grande précision.

Supprimer la théobromine et la remplacer par le scillarène, c'est revenir à la vieille formule des pilules de Lancereaux, savoir :

Scammonée	
Scille	ââ 0.05 centigr.
Digitale	

avec cette différence qu'au lieu de la scille il faut s'adresser à son glucoside principe utile du bulbe, et que nous considérons comme le seul cardio-rénal à effets constants, ainsi que l'a dit et prouvé le Prof. Perrin, de Clermont-Ferrand.

Je ne cesserai de répéter que ce glucoside, en diminuant l'urée dans le sang et dans l'urine, a une action presque immédiate de soulagement chez les urémiques qui sont des insomniques par leur toxémie, insomnie qui peut s'aggraver du fait de l'usage de la théobromine.

Personnellement, depuis plus d'une année, je me soumets sévèrement à ce traitement et avec lui je suis un régime légèrement lacté (1/2 litre en 24 heures) et uniquement végétarien, auquel j'ajoute 3 verres ordinaires d'eau d'Evian par jour, parce que cette eau est peu minéralisée.

J'ai appliqué ce traitement à tous les hypertendus, surtout à ceux qui ont de petites doses d'albumine, 0.25 centigr. par litre par exemple, et à tous les insuffisants rénaux, les uns azotémiques, les autres chlorurémiques, même, avec gros foie et œdèmes abondants, ayant nécessité d'abord l'utilisation des tubes de Southey, puis la paracentèse abdominale ; je l'ai appliqué à des anuriques avec œdème pulmonaire, or, j'ai toujours obtenu, sinon la guérison, du moins une amélioration très nette et qui s'est maintenue.

Toujours mes malades recouvrent l'espoir et la joie de vivre. Ils n'éprouvent d'abord aucune souffrance, retrouvent le sommeil et n'ont plus cette céphalée, indice certain de l'augmentation de l'urée sanguine. En somme, mes malades retrouvent assez vite une vie à peu près normale. Ils peuvent vaquer sans fatigue à leurs occupations, voient diminuer l'élévation de la tension artérielle et de l'urée, ce qui les met à l'abri, pour quelque temps, d'une crise d'urémie qu'ils savent souvent eux-mêmes à peu près mortelle.

A l'appui de ce que j'écris aujourd'hui et à la suite de cette communication, je me dispose d'ailleurs à publier une série d'observations personnelles qui sont tout à fait instructives.

Ce que j'ai voulu surtout établir ici, et ce qui est mon idée dominante, c'est que chez nos néphrétiques, même avec légère albumine et que cette néphrite soit azotémique ou chlorurémique, urémigène, le scillarène peut remplacer, avec une efficacité au moins égale, la théobromine dont il n'a pas les inconvénients.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

ÉVOLUTION PARALLÈLE DE LA LÉGISLATION SOCIALE CONTEMPORAINE ET DU MOUVEMENT MÉDICO-PROFESSIONNEL (1)

1880-1926

G. DUCHESNE.

« *C'est au législateur à suivre l'esprit de la nation...*, a dit MONTESQUIEU, dans *L'Esprit des Lois*, *car nous ne faisons rien de mieux que ce que nous faisons librement et en suivant notre génie naturel.* »

Si, en effet, les Sociétés sont régies par les lois, les lois sont, à leur tour, la conséquence logique et nécessaire de l'évolution des Sociétés.

Parmi les lois sociales,— et j'entends, par cette expression, celles qui codifient les rapports sociaux de la Nation tout entière ou de certains de ses éléments, définis par leur condition ou par leur profession — parmi les lois sociales, dis-je, il en est dont l'objet est de consacrer des usages, des coutumes passées depuis plus ou moins longtemps dans les mœurs. Ce sont les meilleures, car elles ne font que conférer l'autorité à un ordre de choses accepté préalablement par la majorité des citoyens, et en imposer l'observation à tous.

Victor HUGO, représentant du peuple, disait en 1850, à l'Assemblée législative : « *D'accord avec l'opinion, avec l'état des esprits, avec le sentiment public, avec les mœurs, la loi peut tout. En lutte avec ces forces vives de la société et de la civilisation, elle ne peut rien...* »

D'autres lois, — en outre, ou exclusivement — édictent des mesures de protection, d'assistance, de défense, de prohibition, et sont faites, soit dans l'intérêt général, soit dans l'intérêt d'une catégorie sociale d'individus. Elles répondent à des nécessités engendrées elles-mêmes par le progrès, dans tous les modes de l'activité humaine. Elles sont toutes inspirées par d'excellentes intentions, et leur principe est des plus méritoires. Leur malheur, parfois, c'est de n'avoir pas trouvé, près de leur berceau, ces bonnes fées qui s'appellent les compétences, pour contrebalancer l'influence néfaste des génies malfaisants qui président trop souvent à leur naissance, et qui sont le souci électoral et le délire démagogique. Ainsi s'explique-t-on qu'elles fassent parfois faillite : la loi sur les retraites ouvrières et paysannes en est un exemple.

Quoi qu'il en soit, il est inévitable que la législation, dans un grand pays, suive une marche parallèle au développement du progrès et des conquêtes de l'esprit humain, et aux grands mouvements sociaux qui en procèdent *inéluctablement*.

Je me propose d'étudier devant vous ce parallélisme dans l'évolution de la législation sociale, d'une part, et du mouvement médico-professionnel, de l'autre, depuis 1880, et de vous montrer les répercussions, les influences réciproques qu'ils ont exercées l'un sur l'autre.

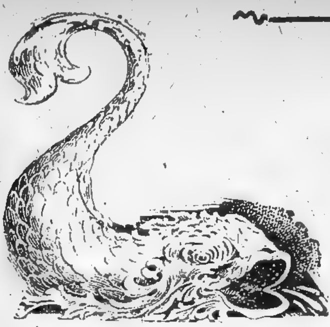
***

Le syndicalisme médical. Ses débuts.

Ce qui caractérise essentiellement les tendances du corps médical, durant ce laps de temps, c'est son adhésion, lente mais progressive, au syndicalisme.

Le syndicalisme est une victoire ouvrière. La Constituante avait, en 1791, aboli les corporations, avec leurs privilèges excessifs et leur étroit protectionnisme. Pendant près d'un siècle, l'ouvrier sera un isolé, livré à l'autoritarisme du patronat, et souvent à son arbitraire, sans autre défense que celle qu'il pourra trouver, avec quels risques ! — dans les sociétés secrètes à but politique, et non économique. Après la chute du second Empire, certains milieux manifestèrent une aspiration marquée vers l'association pour des fins intéressées d'entr'aide. C'est à la faveur de l'extension de ce besoin de se réunir, de se grouper, que la classe ouvrière obtiendra, en 1884, le droit légal de se constituer en Syndicats professionnels, sans l'autorisation de l'Etat, pour

(1) Communication faite, le samedi 6 novembre 1926.



GUÉRISSEZ

ECZEMAS
ARTHRITISME
LYMPHATISME

AVEC

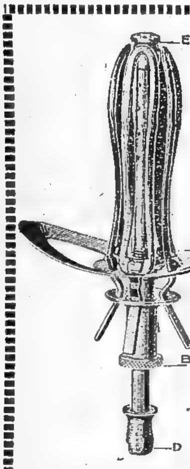
Les AMPOULES INJECTABLES D'URIAGE

qui agissent par leurs colloïdes sulfurés et leur énergie physico-chimique.
Absolument indolores grâce à l'isotonie naturelle de l'eau d'Uriage avec le sérum sanguin.

Electricité, Radio-activité

ECHANTILLONS ET LITTÉRATURE : 15, Avenue des Champs-Elysées - Paris

---



SUPRÊME HYGIÈNE DE LA FEMME
"FEMINA"

La déplisseuse vaginale Brevetée S.G.D.G. en France et à l'Etranger
Marque déposée

Cette nouvelle canule est un instrument absolument parfait car l'injection antiseptique cesse d'être un mot pour devenir une réalité. Le nettoyage vaginal grâce à l'étalement des muqueuses permet une action dix fois plus grande des liquides décongestionnants et l'entrainement de tous les germes.

Bien conçue dans son principe et dans sa réalisation pratique, elle mérite à juste titre le nom de « Déplisseuse Vaginale ».

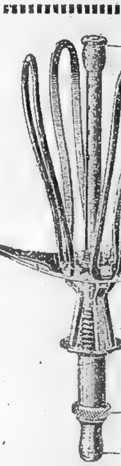
Elle trouve son application dans les cas de vaginite aigüe et surtout chronique, dans les cas fréquents de vaginisme.

Elle est employée avec supériorité bien nette sur toutes les autres canules pour toute injection vaginale hygiénique, prophylactique ou thérapeutique.

Cet appareil en cuivre nickélé offre aussi l'avantage de la non fragilité et d'une aseptie facile et irréprochable et permet des injections efficaces dans la position debout, assise ou accroupie.

En vente chez les Pharmaciens, Bandagistes, Herboristes.

Vente en gros et documentation .S. E. V. A. B., 2, rue du Plat, LYON.



TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DES DYSPNÉES

Emphysème. Asthme. Bronchite chronique
Accidents Cardio-rénaux
Solution d'Iodure double de Caféine & de Théobromine
2 A 4 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR
(Sans fatigue gastrique)

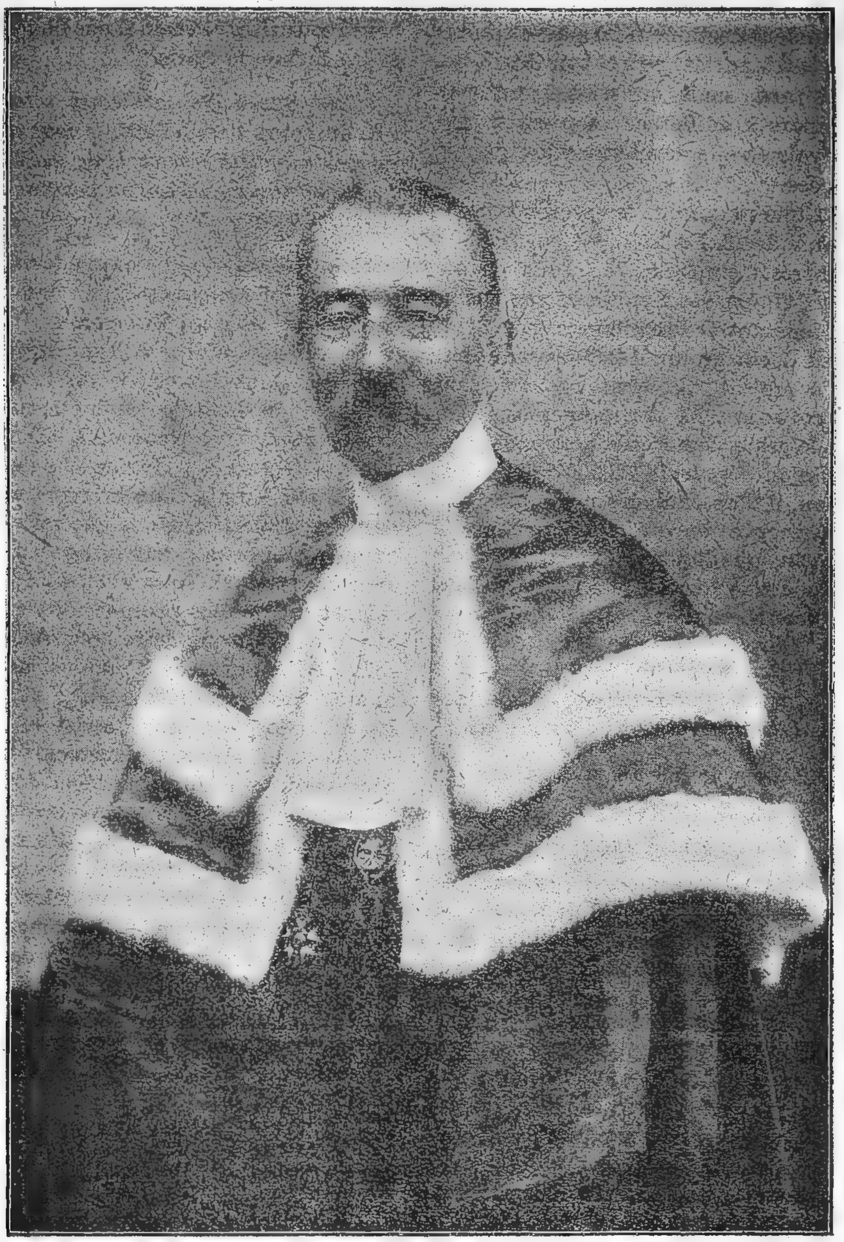
Littérature-Echantillons: J. Renard Docteur en Pharmacie: 142 av. de Clichy. PARIS.

PNEUMOGÉÏNE

l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles.

Cette précision dans les termes excluait la profession médicale du droit de se syndiquer.

Or, parmi les associations qui se multiplièrent après la guerre de 1870-1871, il convient de citer les Sociétés de Secours mutuels. Ces Sociétés n'eurent un tel succès et ne purent prendre un tel essor que grâce au désintéressement du corps médical, qui accepta d'en assurer le service à des conditions dérisoires. Il était naturel cependant qu'il vînt à l'esprit de certains médecins qu'il y avait là une véritable **exploitation** de leur science et de leur dévouement, contre quoi il importait de réagir. D'autant plus que se multipliaient simultanément les situations professionnelles constituant de véritables monopoles de soins, réservées à un petit nombre, aux dépens de l'ensemble : chemins de fer, usines, lycées, collèges, etc.



(Photo Cairol)
Cliché du *Languedoc médical*

LE PROFESSEUR DUCAMP
Président des Journées

C'est en 1880 que, pour la première fois, le Dr MARGUERITE, du Havre, exposa dans le

Concours médical un projet d'organisation syndicale du corps médical. En 1881, une Commission de onze membres fut nommée, pour faire un travail d'ensemble sur la question : BARAT-DULAURIER, MIGNEN et MARGUERITE furent l'âme de cette commission. Souvenons-nous d'eux, mes chers confrères : ce furent des précurseurs, qui ne soupçonnaient certainement pas les audaces auxquelles atteindrait notre syndicalisme, trente ans plus tard, mais qui n'en furent pas moins les premiers à édifier ce monument qui semble bien devoir être le dernier bastion de nos libertés menacées.

C'est en 1881 que naquirent les premiers Syndicats, au nombre de 13. En 1882, il s'en créa 20 ; en 1883, 20 autres ; en 1884, 74... Le branle était donné, et l'Union des Syndicats médicaux de France prit naissance cette même année 1884. Neuf ans plus tard, elle groupait 2.300 syndiqués. En 1913, elle comptait 138 syndicats, avec un total de 7000 cotisants. Et vous savez que l'an dernier, avant le geste déplorable des dissidents, l'effectif de l'Union dépassait 15.000 adhérents. Après la scission, il n'en demeure pas moins que ce nombre représente encore sensiblement le total des médecins syndiqués.

Il y avait donc une dizaine d'années que les Syndicats médicaux existaient en fait, lorsque fut votée la

Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine,

dont l'article 13 leur donne un statut légal en ces termes :

« A partir de l'application de la loi, les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels, à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes ».

Ah ! cette loi, par quelles vicissitudes ne passa-t-elle pas, avant d'être adoptée par le Parlement ? Il ne fallut rien moins que neuf ans pour qu'un statut conforme aux exigences du présent fût donné aux médecins qui vivaient encore sous l'empire de la loi désuète du 19 ventôse an XI. Songez, Messieurs, que CHEVANDIER, de la Drôme, dont elle porte légitimement le nom, présenta son premier projet à la Chambre en 1883, et que ce ne fut qu'en 1889 que la discussion en fut ordonnée. Ce projet fit plusieurs fois la traditionnelle navette entre la Chambre et le Sénat où, entre temps, Chevandier était entré. Il y eut d'épiques discussions, de bizarres avatars : le Sénat ne renvoya-t-il pas, en juin 1891, la loi en discussion devant les Conseils généraux ? Le plus difficile à obtenir, ce fut justement le vote de l'article 13 sur la légalité du syndicalisme médical. Grâce à la tenace intervention de parlementaires appartenant à notre profession, cette disposition triompha des résistances qu'elle rencontrait. Retenez bien leurs noms : CORNIL, VIGER, LANGLET, à qui, BROUARDEL, commissaire du Gouvernement, prêta l'appui de sa haute autorité. N'était-il pas doyen de la Faculté de médecine de Paris ?

« *Les Syndicats médicaux sont nés,* déclara-t-il, au cours des débats, *le jour où le médecin a trouvé devant lui une sorte de coalition des intérêts dits généraux menaçant sa position et l'obligeant à abaisser le taux de ses honoraires* (1). »

Un autre sénateur, non médecin, apporta à ses collègues le concours d'une indomptable assistance : j'ai nommé TRARIEUX.

La loi Chevandier marque le début d'une ère nouvelle dans l'exercice de la médecine. Elle consacre, en droit, je le répète, une situation de fait relative aux Syndicats. Elle agit pareillement à l'égard des chirurgiens-dentistes, devenus de plus en plus nombreux et mieux instruits, au fur et à mesure que la nécessité des soins de la bouche s'imposait davantage au public mieux averti lui-même. A ce propos, il est piquant de remarquer que les promoteurs de la loi ne soupçonnèrent pas que cette création, estimée provisoire, à l'époque, contenait en germe la grande querelle des stomatologistes et des odontologistes, à laquelle nous assistons présentement.

Elle codifie les remplacements médicaux et la répression de l'exercice illégal, dont elle aggrave les sanctions pénales, — pour un résultat souvent platonique, d'ailleurs — les magistrats ayant une propension marquée à absoudre, ou à excuser les illégaux qui leur sont déférés.

Après avoir créé, elle supprime : les officiers de santé et les sages-femmes de deuxième classe, dont le besoin ne se fait plus sentir avec l'accroissement continu des communications, sont les victimes de cette suppression justifiée.

Enfin, elle innove — et l'innovation est d'importance — en obligeant les médecins, par son article 15, à faire à l'autorité la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous leur observation.

C'est que nous sommes à la période héroïque de l'ère pastorienne, où l'antisepsie règne en maîtresse. Les antiseptiques sont mis, si j'ose dire, à toutes les sauces : ne va-t-on pas, pour faire plaisir à Bouchard, jusqu'à prescrire des pilules d'iodoforme contre les infections intestinales ? Les maladies épidémiques sont d'origine microbienne ; on lutte contre elles en tuant les microbes à coup d'antiseptiques. Pourquoi ne les préviendrait-on pas de la même manière ?

(1) *Concours médical*, année 1892, page 286.

Un louable souci de l'hygiène et de la prophylaxie pousse le législateur à assurer la protection sanitaire du pays. Et puisqu'aussi bien, on ne peut prévenir les épidémies qu'à la condition de connaître les foyers isolés qui se présentent, et que les médecins sont les mieux placés pour observer ceux-ci, on les obligera à les déclarer à l'autorité, sous peine de sanction, mettant à leur charge une responsabilité qui, en bonne justice, ne leur incombe pas. A défaut du malade, c'est sa famille ou son logeur qui devraient être tenus d'abord à la déclaration. Ainsi l'a proclamé, cette année même, à l'Académie de médecine, dans un remarquable rapport, M. le professeur VALLÉE.

Cette mesure était destinée du reste à demeurer longtemps inopérante, puisque aucune organisation n'était prévue pour l'hygiène publique et pour les opérations de désinfection qu'appelle logiquement la déclaration.

Nous savons tous qnel accueil, plus que frais, les médecins lui réservèrent, et comment l'abstention fut longtemps leur règle de conduite.



(Photo Cairol).
Cliché du *Languedoc Médical.*

LE PROFESSEUR J. EUZIÈRE
Doyen de la Faculté de Médecine

Il fallut attendre dix ans pour que cette organisation sanitaire fût tentée par le Parlement, aux termes de la

Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

Nous y retrouvons confirmée l'obligation de la déclaration, preserite dans l'article 5 ainsi conçu :

La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence. Un arrêté du Ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène publique de France fixe le mode de la déclaration ».

Au cours des deux lustres qui séparent la loi de 1892 de la loi de 1902, les doctrines pastoriennes ont évolué. L'antisepsie a perdu de son importance au bénéfice de l'asepsie, cependant que la géniale découverte de Roux ouvrait la voie à une nouvelle méthode de traitement de certaines maladies infectieuses, la sérothérapie. L'hygiène s'impose comme une science dont les enseignements doivent être mis en pratique dans l'intérêt général. La loi de 1902 vient donc à son heure ; son principe est excellent, personne ne le conteste. Mais ses dispositions ? Vous savez qu'elle prescrit des mesures sanitaires générales et particulières, et qu'elle met sur pied une administration destinée à assurer l'exécution de ces mesures, dans le cadre du département et de la commune.

Quel fut tout d'abord le sort de cette loi ? A cette question, Wurtz répondit, dix ans plus tard, par une boutade demeurée fameuse, dans laquelle il proclamait que l'hygiène publique n'est qu'une façade derrière laquelle il n'y a rien. Depuis cette époque, le temps a passé ; une guerre sans précédent a ensanglanté la

France durant cinquante mois ; d'incontestables progrès ont été accomplis dans le domaine de l'hygiène. Et pourtant, c'est en 1925 que deux hygiénistes de carrière, MM. le Dr DEQUIDT, inspecteur général, et le Dr FORESTIER, inspecteur départemental, jugeant, avec leur compétence, l'arsenal de la législation sanitaire française, s'exprimeront en ces termes sévères :

« *Ensemble législatif rigide, sans souplesse et sans harmonie, ne s'adaptant pas aux réalités, incapable de briser ces réalités pour les faire entrer dans son formalisme, accusant une forte tendance à la réglementation uniforme et minutieuse plutôt qu'à l'organisation adéquate et active... En résumé : législation chaotique, fragmentaire, incoordonnée, à tendance plutôt réglementaire qu'organisatrice. Beaucoup de lois, trop peut-être ; pas d'ensemble harmonieux ?* » (1).

Pour remédier à cette carence législative, MM. Dequidt et Forestier formulent un certain nombre de vœux parmi lesquels nous approuverons pleinement celui-ci, à savoir, que l'administration sanitaire doit s'exercer en étroite collaboration avec le corps médical organisé, et qu'il importe de rechercher, de discuter et de préciser les bases d'une coopération entre l'administration et le corps médical dans l'intérêt général.

J'ai rapproché la loi de 1902 de la loi de 1892 parce que l'une et l'autre ont comme point commun cette obligation faite au médecin de déclarer les cas de maladies transmissibles qui tombent sous son observation.

On a souvent dit, à ce propos, que cette déclaration constitue une atteinte au principe du secret professionnel. Sentimentalement parlant, oui ; légalement, non. L'article 378 du Code Pénal punit de prison et d'amende la révélation à des tiers des secrets confiés aux médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, dépositaires, par état ou profession, de ces secrets, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs.

Eh bien ! la législation de 1892 et de 1902 oblige les médecins à dénoncer, dans certaines conditions, les maladies transmissibles, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. Bien plus, la loi qui, partout ailleurs, punit le médecin indiscret, le punit au contraire, ici, s'il oublie ou refuse de divulguer son diagnostic...

Le secret professionnel est d'ordre public. Nul ne peut dire quel sort lui sera fait dans l'avenir. A de certains indices, il est présumable que la rigueur de la législation française ira en s'atténuant, et que nos successeurs connaîtront des dispositions qui, légalement, les en affranchiront plus ou moins partiellement. Les tendances actuelles de la société vers une absorption de plus en plus complète de l'individu par la collectivité rendent cet isolé, pris en lui-même, moins intéressant que la masse à laquelle il appartient. Déjà l'on s'agite autour d'une organisation de la déclaration des décès mentionnant leur cause exacte, et l'on en cherche la réalisation sans trop restreindre le champ du secret... La statistique, base de l'hygiène et de la prophylaxie collectives, l'exige. Demain, d'autres réformes hanteront l'esprit du législateur et élargiront le cadre des circonstances de l'exercice de la médecine, dont la divulgation n'engagera pas le secret professionnel... C'est une crainte que j'exprime.

Pour en revenir à la loi Chevandier, elle marque le début de l'ère contemporaine de la pratique médicale.

L'assistance médicale gratuite.

Le 15 juillet 1893, fut promulguée la loi sur l'Assistance médicale gratuite. Au fur et à mesure que l'esprit laïque envahissait l'Etat, il apparut au législateur qu'il se devait de substituer à l'antique formule de la charité et de l'aumône, habituellement pratiquées dans le cadre confessionnel, la formule nouvelle de la solidarité et de l'assistance. La loi de 1893 est le fruit de ces préoccupations. Elle laisse, par son article 4, au Conseil général, sous l'autorité du Préfet, le soin d'organiser le service médical et de déterminer et créer les hôpitaux auxquels est rattachée chaque commune.... C'est donc proprement une organisation départementale.

Longtemps encore après la mise en application de cette loi, les vieux errements continuèrent à être en faveur : choix arbitraire des médecins par l'administration préfectorale ; abonnement ; forfait... Lentement, mais peu à peu, avec le développement du syndicalisme, des modifications furent apportées ici et là dans les habitudes désuètes qui se perpétuaient jusqu'alors, surtout parce que le corps médical n'était pas assez uni pour en imposer d'autres. A cette heure, la grande majorité des réglements départementaux comporte le libre choix et la rémunération à l'acte médical, et il est même des départements dans lesquels des contrats collectifs sont intervenus entre l'administration et le syndicat pour confier à celui-ci l'organisation des soins : ainsi en est-il notamment dans le Loiret, dans le Lot-et-Garonne....

Bien que les médecins aient, dans une certaine mesure, bénéficié de ces heureuses transformations, il en est de cette loi comme de tant d'autres : elle n'a jamais été faite pour eux ; ils n'en sont, à certains égards, que les agents d'exécution technique. Et la preuve, c'est que, pour l'établissement de la liste des assistés, dans chaque commune, il est prévu dans l'article 12 que « le

(1) Rapport au XIIe Congrès d'hygiène.

médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance *peuvent assister à la séance avec voix consultative* ». Privilège médiocre, dont toutefois les médecins ne font pas assez usage.

Ce serait peut-être le moyen de réfréner certains excès de pouvoirs. Car, on parle volontiers des abus des médecins de l'assistance. On parle moins de ceux que commettent journellement les municipalités, au détriment des médecins : inscriptions arbitraires, inscriptions tardives et non justifiées, ou bien au contraire, refus d'inscription d'un ayant droit. C'est assez souvent à l'occasion d'un accouchement que s'opèrent ces inscriptions tardives. En pareil cas, le médecin n'est pas désarmé et, sans tenir compte de la situation d'assistée invoquée irrégulièrement par sa cliente, il n'a qu'à l'appeler devant le juge de paix et lui réclamer ses honoraires.

A la vérité — et c'est désolant à constater — cette loi, dont le principe est si généreux, sert fréquemment à d'autres fins que celles pour lesquelles elle a été faite. Entre les mains de certains magistrats municipaux, c'est une monnale dont ils trafiquent volontiers... Aussi, des réformes s'imposent-elles dans ce chapitre de la médecine sociale.

Ces remarques faites, constatons que la caractéristique de la loi sur l'A.M.G., au regard du médecin, c'est d'être la première qui crée le tiers-payant et l'impose. C'est elle qui donne naissance aux premiers tarifs officiels de soins médicaux, et qui ouvre la porte à une transformation des rapports de médecin à malade, transformation qui fut longue à se faire sentir, mais dont nous pouvons calculer aujourd'hui les conséquences.

Dans le domaine de l'assistance, je cite rapidement les lois de 1905, 1907 et 1908, instituant l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources ; et de 1909 et 1913 relatives à l'assistance aux femmes en couches. Le médecin n'intervient, dans le fonctionnement de ces lois, que comme expert certificateur, qui examine les intéressés pour déclarer qu'ils remplissent les conditions légales pour être assistés.



Photo Cairol.

LE PROFESSEUR PAUL DELMAS
Commissaire général des Journées

Loi du 25 avril 1895 relative à la vente des sérums.

L'introduction, dans la thérapeutique, de la sérothérapie, à la suite de la découverte de Roux, en 1893, avait donné naissance à de nombreux centres de fabrication de sérums organiques. Une réglementation s'imposait : cette loi y a pourvu, en précisant les conditions dans lesquelles ils pouvaient être préparés, vendus et distribués.

Retenons-en que, s'ils doivent en principe être délivrés au public, sur ordonnance médicale, les médecins sont autorisés à les fournir à leur clientèle *en cas d'urgence*. C'est encore au médecin qu'est confiée la surveillance des dépôts de sérums effectués dans certains établissements d'assistance, en dehors des pharmacies.

Législation des accidents du travail.

En même temps que les ouvriers obtenaient le droit de se grouper en Syndicats, l'industrie, fécondée par une judicieuse application des progrès scientifiques au machinisme, prenait, en France, un essor formidable ; les usines se multipliaient ; leur population augmentait parallèlement, et, inévitable conséquence, les accidents devenaient de plus en plus fréquents.

Le monde du travail, déjà fortement organisé,

réclamait une protection, une garantie contre ces accidents et leurs suites, qui lui furent d'abord accordées par la loi du 12 juin 1893, relative à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, dont l'article 11 amorce en quelque sorte toute la législation subséquente. Cet article est ainsi conçu :

Tout accident ayant causé une blessure sera l'objet d'une déclaration au maire, accompagnée d'un certificat médical indiquant l'état du blessé, les suites probables et l'époque probable où on en connaîtra le résultat ».

Les employeurs n'étaient alors responsables que des accidents à l'origine desquels se plaçait une faute, une négligence ou une imprudence commises par eux (art. 1382, 1383 et 1384 du Code civil). C'était le régime du droit commun. Encore que l'administration de la preuve de la responsabilité patronale appartint à la victime, la puissance progressive des organisations ouvrières, assurant à leurs membres une assistance judiciaire réelle, ne rendait pas ces actions illusoires. Pour se protéger contre elles, et pour se décharger aussi des formalités réglementaires, les employeurs s'adressèrent aux Compagnies d'assurances.

Les Compagnies mirent alors tout en œuvre pour ébaucher un simulacre d'organisation de soins aux moindres frais, et elles trouvèrent autant de médecins qu'elles en voulurent pour accepter ces maigres forfaits selon lesquels elles allouaient généreusement (!) de six à dix francs par sinistre constaté, soigné et liquidé — c'était la formule consacrée. Tout à fait au début de ma carrière, il y a trente-cinq ans, je fus un de ces médecins si parcimonieusement appointés...

Des Compagnies puissantes, imposant leurs conditions, sans discussion, en face d'un corps médical désuni, inorganisé, la majorité de ses membres répugnant encore à l'idée syndicale : telle était la situation quand, en 1898, fut votée la loi sous l'empire de laquelle nous vivons, nonobstant les amendements dont elle fut l'objet plus tard.

Cette loi — proclamons-le dès maintenant, Messieurs — n'a jamais été faite pour les médecins. Elle ne prévoit aucune organisation de soins. Elle pourrait être appliquée sans que les médecins cessassent de se trouver dans les conditions de la clientèle ordinaire. Ce sont eux qui ont voulu pénétrer dans son fonctionnement ; ce sont eux qui en ont faussé l'esprit initial, et qui sont devenus, de par leur volonté, et pour employer une expression administrative qui s'applique assez justement à la circonstance, parties prenantes dans ses avantages, comme dans ses obligations.

Pour flatter le peuple, il ne faut que de l'habileté ; pour lui dire la vérité, il faut du courage. J'aurai ce courage, de dire la vérité à mes confrères. A partir de l'entrée directe des médecins dans le jeu de la loi, une évolution s'est poursuivie, qui a abouti aux conceptions actuellement en faveur dans les collectivités, et contre lesquelles, par un retour assez particulier, on voit se dresser un nombre important de praticiens.

Cette constatation faite, je me hâte d'ajouter que je ne juge ni ne condamne ceux qui, dans le principe, contribuèrent à déclancher cette évolution. Car, je l'affirme non moins fermement, ils n'auraient pu faire autrement que si leur situation corporative avait été plus solidement établie ; or, elle était à peu près inexistante.

Je m'explique.

Que dit, en effet, en 1898, la loi sur les accidents du travail ? L'employeur est responsable de *tous* les accidents qui surviennent à ses employés, par le fait ou à l'occasion de leur travail. Il doit donc, tout d'abord, déclarer ces accidents selon une certaine procédure. Ensuite, il doit en réparer forfaitairement les conséquences en continuant à verser aux victimess la moitié de leur salaire, tant qu'elles ne sont atteintes que d'une incapacité temporaire, et une rente, si cette incapacité, de temporaire devient permanente. En outre, il leur doit les soins médico-pharmaceutiques, soit qu'elles acceptent son médecin, soit qu'elles le choisissent librement. Dans ce dernier cas, pour éviter les abus possibles, la loi limite la responsabilité patronale au tarif de l'Assistance médicale gratuite.

On pouvait concevoir que le médecin choisi par un blessé du travail lui réclamerait directement ses honoraires, au taux qu'il jugerait convenable, et que celui-ci réclamerait ensuite à son patron le remboursement de la part lui incombant, jusqu'au maximum fixé par la loi.

Et c'est bien ainsi que, au moins au Syndicat de Versailles, la situation fut envisagée, si j'en juge d'après la consultation que lui donna, en 1899, son conseiller juridique, Me Henri SIMON :

« La loi n'interdit pas à la victime, dit-il, de choisir elle-même le docteur auquel elle se confiera ; seulement, il était à craindre que le blessé, se faisant soigner aux frais du patron, n'abusât de la situation, pour engager des dépenses excessives. C'est à cette hypothèse seule que l'article 4 veut porter remède : il prescrit que le patron, appelé à rembourser les honoraires d'un médecin qu'il n'a pas choisi, ne sera tenu de ce remboursement que dans les limites des tarifs de l'assistance médicale.

« Mais comme, dans ce cas, c'est la victime qui a fait appel au docteur et qui est ainsi devenue son client, *elle devra naturellement le payer*, *dans les conditions ordinaires*, c'est-à-dire suivant un prix de gré à gré ou arbitré par les tribunaux... »

Vous avez entendu, Messieurs, **dans les conditions ordinaires....**

Me Simon continue :

« L'application du tarif d'assistance médicale ne concerne pas les rapports du médecin avec son client, *qui restent régis par le droit commun*, mais seulement les rapports du patron avec son employé ou ouvrier, pour le remboursement des dépenses.

« En résumé, le médecin choisi par le patron peut se faire payer par le patron dans les conditions ordinaires ; le médecin choisi par l'ouvrier peut se faire payer par l'ouvrier dans les mêmes conditions ; mais l'ouvrier, qui a ainsi payé son médecin, ne peut se faire rembourser par le patron que dans les limites d'un tarif réduit.

« L'article 4 laisse donc intacts les droits du médecin. Cependant, il y touche dans un cas particulier, celui où l'ouvrier, après avoir fait appeler le docteur de son choix, ne le paye pas et n'est pas solvable. Dans ce cas, le médecin a bien un recours contre le patron, mais ce recours ne sera que partiel, car il sera réglé par les tarifs de l'assistance médicale » (1).

Donc, il a dépendu du médecin que les conditions de la pratique ordinaire fussent observées, la tradition respectée, dans ses rapports avec les blessés du travail. Pourquoi n'en a-t-il pas été ainsi, pourquoi le tiers payant, dont nous avons enregistré la naissance avec la loi sur l'A.M.G. est-il intervenu, pour se substituer au véritable responsable des honoraires du médecin choisi par lui, son client ? Pour répondre à ces questions, il faut se reporter à cette époque lointaine et se rappeler quelle était la position du médecin à l'égard du monde du travail : employeurs et employés. Je me suis efforcé de vous peindre avec exactitude un état de choses que j'ai vécu.

Et maintenant, imaginez ce qu'eût été le sort des médecins qui, à cette époque, voulant s'en tenir à la lettre de la loi, auraient réclamé directement aux ouvriers blessés leurs honoraires, et en auraient exigé le payement, au besoin par autorité de justice, laissant à ceux-ci le soin de se faire rembourser par leur patron sa part de responsabilité ! Une pareille prétention eût jeté la classe ouvrière dans les bras des Compagnies d'assurances qui eussent finalement monopolisé, avec leur service médical, toute la médecine des accidents du travail, dont le centre d'action eût été l'hôpital, en réduisant à néant le libre choix inscrit dans la loi.

La tactique de nos militants d'alors consista, au contraire, à se faire une alliée de la classe ouvrière, pour obtenir que la part de responsabilité patronale soit plus élevée que le tarif des indigents. Elle prouva en outre, par l'exemple, que les Compagnies étaient aptes à rémunérer équitablement les soins médicaux, dans des conditions se rapprochant de celles de la pratique courante — en créant une Compagnie pouvant seule compter sur le concours du corps médical, profiter de son influence, et reconnaître ses services équitablement, — en l'espèce, par le tarif ouvrier, dans toutes ses interventions.

Mais cette création ne pouvait se réaliser que si elle rencontrait les concours financiers indispensables. Or, ces concours, ce furent encore les médecins qui les fournirent en fondant, de leurs deniers, une société anonyme par actions, dénommée la « Financière Médicale », dont le but était « de venir en aide à toute société capable de servir utilement les intérêts du corps médical, fournir tout cautionnement auquel, soit les sociétés, soit leurs membres adhérents pourraient être assujettis, s'intéresser directement ou indirectement à la création et au fonctionnement de toute société de cette nature ».

Ce premier pas franchi, une Compagnie d'assurances mutuelles, nommée la « Participation », réglant les honoraires médicaux selon le tarif ouvrier, fut rapidement mise sur pied et fonctionna incontinent, à la grande satisfaction de tous les intéressés.

Ces deux innovations datent de 1899. Elles ont été, si j'ose dire, la plate-forme sur laquelle le corps médical s'appuya pour obtenir, le 31 mars 1905, des amendements à la loi de 1898. L'article 4 s'y trouve presque entièrement remanié ; il précise que la responsabilité patronale, dans les honoraires médicaux, sera calculée selon un tarif établi par arrêté ministériel, après avis d'une commission spéciale comprenant des représentants de Syndicats de médecins... Il donne ensuite aux médecins et aux pharmaciens, ainsi qu'aux établissements hospitaliers, le pouvoir d'actionner directement en justice le chef d'entreprise. Enfin, il crée le contrôle médical, en autorisant celui-ci à se faire renseigner hebdomadairement par un médecin de son choix sur l'état de la victime, au cours du traitement.

Ainsi donc, Messieurs, la loi de 1898 qui, dans le principe, n'avait d'autre but que de définir les rapports des accidentés du travail avec leurs employeurs, autorise, par la modification que lui apporte la loi de 1905, les rapports directs entre ces employeurs et les médecins, pharmaciens et hôpitaux, et cela, de par la volonté du corps médical. Qu'il ait été de l'intérêt des ouvriers, d'abord, des médecins ensuite, qu'il en fût ainsi, cela — eu égard aux circonstances — n'est pas discutable. Mais, vingt-six ans plus tard, nous pouvons mesurer quelles ont été les répercussions de ce statut légal sur la pratique de la médecine, et sur les rapports des médecins avec leur clientèle.

Ecoutez comment s'exprime, sur le même sujet, le Dr Merle, un des militants du syndicalisme charentais :

(1) *Concours médical*, 20 janvier 1900.

« La loi ne définit donc que les rapports entre patron (assureur) et accidenté (assuré). Elle limite la responsabilité financière du patron ou de l'assurance vis-à-vis de l'ouvrier *et non point de l'assuré vis-à-vis du médecin.* Et cela est sanctionné par une jurisprudence peu nombreuse, il est vrai, mais invariable.

Voilà donc une loi qui permet, qui autorise « l'entente directe ». Elle ne fixe que la part de responsabilité patronale et laisse le médecin entièrement libre vis-à-vis de l'accidenté. Quelle a été l'attitude du Corps médical dans l'application de la loi, dans sa pratique de tous les jours ? Voilà qui constitue une expérience intéressante de l'entente directe dans une loi sociale ! Voilà qui est de nature à nous éclairer ! Eh bien !— et sur ce point personne n'y pourra contredire,—il est avéré que jamais, ou presque, l'entente directe n'a joué. Les médecins, pour des raisons que je n'ai pas besoin de rappeler ici, n'ont pas usé, vis-à-vis des accidentés du travail, de la possibilité d'entente directe et de paiement direct qui leur était offerte. Ils ont préféré percevoir leurs honoraires des Assurances. On m'accordera que cette réaction naturelle est un fait de quelque valeur ; pour moi, il a plus de poids que toutes les belles théories qu'on nous présente » (1).

Dès le début de l'application de cette législation, et aujourd'hui plus que jamais, les médecins ont donc pris et conservent jalousement l'habitude de réclamer directement leurs honoraires, non pas même aux patrons, mais aux Compagnies d'assurances substituées, avec lesquelles cependant — nous nous tuons à le leur répéter — ils n'ont en justice aucun lien de droit, et d'en limiter le montant au tarif officiel. Quant aux accidentés, non seulement aucun honoraire ne leur est réclamé, mais encore il est courant, dans certaines entreprises dont je vous dirai bientôt un mot, de leur verser une certaine somme sous la rubrique : indemnité de déplacement !! Ces habitudes sont tellement passées dans les mœurs que, lorsqu'il y a quelques mois, un médecin de Rouen poursuivit un ingénieur, victime d'un accident du travail, en payement de ses honoraires, non pas selon le tarif officiel, mais selon son propre tarif de la clientèle ordinaire, et obtint gain de cause, tant en première instance qu'en appel, ce qui n'était que strictement conforme à la législation, les organisations ouvrières poussèrent les hauts cris, et qu'à leur instigation, le Ministre du Travail, M. DURAFOUR, déposa un projet de loi modifiant encore l'article 4 de la loi de 1898-1905, en ce sens que le tarif qu'il prévoit serait, non plus celui de la responsabilité patronale, mais un tarif maximum en tous cas et envers tous.

Ce ministre est dans son rôle ; son geste est dans la logique des choses ; son projet consacre en effet *en droit* une situation *de fait*, voulue, et même imposée — ayons le courage de le reconnaître — par le corps médical. Ce que je reproche à l'Excellence, aujourd'hui dépossédée, c'est l'argumentation spécieuse et byzantine sur laquelle elle étaye son exposé des motifs. — A son tour, dit-elle, l'article 4 en vigueur viole le libre choix, puisque, si les médecins, rompant avec leurs actuels errements, se mettaient à réclamer directement aux blessés du travail des honoraires calculés selon les règles du droit commun, et à des taux variables, ceux-ci pourraient être entravés dans leur liberté de choisir, par les prétentions exagérées de tels des praticiens auxquels ils feraient appel...

Ne nous faisons pas d'illusion, Messieurs. Ce projet sera certainement repris, et il est possible qu'il aboutisse. Le corps médical a fait la part trop belle à ses promoteurs et à son auteur.

Quoi qu'il en soit, l'interprétation donnée par les médecins à la législation du travail a étendu considérablement le système du tiers payant — inauguré officiellement en 1893 avec l'Assistance médicale — ; mis à la mode une tarification officielle des honoraires, et donné naissance au contrôle médical. Ajoutons, pour être complet, que l'arrêté ministériel qui a substitué le tarif Breton au tarif Dubief, en 1920, a apporté certaines restrictions à la liberté, que le médecin conservait jusqu'alors, de soigner ses malades comme il l'entendait, sous sa responsabilité. Le médecin ne peut plus entreprendre de traitement en série sans en donner avis à l'employeur, et il ne peut pratiquer aucune opération mutilante sans son autorisation.

Le fonctionnement actuel de la médecine des accidents du travail a, il faut le reconnaître, le privilège de satisfaire à peu près tous les intéressés : les ouvriers qui, en cas de très graves traumatismes, sont très bien soignés dans les hôpitaux ou les maisons de santé, sous le régime inéquitable du fameux *tout compris*, si discuté aujourd'hui, et qui, pour les petits sinistres, qui sont l'immense majorité, bénéficient d'un règlement satisfaisant de leur chômage ; les médecins, auxquels une jurisprudence constante permet de se faire honorer suffisamment, les Compagnies n'entamant désormais de procès que quand elles sont sûres de leur bon droit ; les employeurs, qui se lavent les mains des conflits éventuels entre blessés, médecins et assurances, s'étant déchargés sur celles-ci de leur responsabilité, et qui introduisent dans leur prix de revient les primes qu'ils leur versent ; les Compagnies enfin qui ont toujours la ressource, si leurs dépenses dépassent leurs prévisions, d'augmenter les primes de leurs assurés.

Mais un tel fonctionnement n'a pas tardé à entraîner des abus certains, qui seraient sans

(1) *Bull. du Groupement des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou*, août 1926.

doute mieux connus si les employeurs et leurs assurances usaient plus souvent du droit de contrôle que la loi leur accorde. Il a fait pousser, sur le corps médical, deux verrues hideuses : les cliniques louches et les médecins marrons. Pour vous donner une idée de la marche de ces usines à soins, les cliniques, laissez-moi vous raconter brièvement une anecdote dont je vous garantis l'authenticité.

Dans une très grande ville, un docteur en médecine possède et exploite trois cliniques d'accidents du travail, dont les bénéfices bruts se sont élevés à 200.000 francs. Ce médecin est très embarrassé pour établir sa déclaration au fisc. « Car, dit-il, il ne m'est resté que le tiers de cette somme, les deux autres tiers ayant passé en ristournes à la clientèle, en primes au personnel et aux rabatteurs, et en commissions aux employés des Compagnies d'assurances, pour que mes notes ne soient jamais contestées... Comment faire pour n'être taxé que sur mes 65.000 francs de bénéfices nets ??? ».

Rien, que de supporter le coup, sous peine de risques graves et mérités. Mais, décemment, mes chers confrères, estimez-vous qu'on puisse parler ici d'honoraires, dans le sens où nous l'entendons ordinairement ? Et si nous admettons que dans honoraires, il y a honneur, est-ce une façon rigoureusement honorable d'exercer la médecine ? Au fait, est-ce même exercer la médecine ?

Voilà la situation. Elle montre que les médecins, en général, s'en accommodent fort bien. Et maintenant, qu'en pensent ceux qui font de l'entente directe intégrale la tarte à la crème de la pratique médicale ? Est-ce que cette page d'histoire médico-professionnelle, que je viens d'essayer de faire revivre devant vous, ne devrait pas les inciter à de salutaires méditations ???

Pour être complet, j'ajouterai que la législation des accidents du travail, réservée tout d'abord à l'industrie, a été étendue en 1906 aux exploitations commerciales ; en 1914, aux exploitations forestières ; en 1922, aux exploitations agricoles, et en 1923, aux gens de maison, domestiques, concierges et serviteurs à gages. J'ajouterai encore qu'une loi particulière de 1919 a déterminé les conditions qui garantissent les travailleurs contre les maladies professionnelles (hydrargyrisme et saturnisme). Enfin, M. Durafour, ex-ministre du Travail, a déposé dernièrement, beaucoup à la suite des travaux sur la question de mon collègue et ami, le Dr Paul Boudin, docteur en droit, un projet de loi accordant le bénéfice de la législation du travail au personnel technique des hôpitaux : médecins, internes, externes, etc.

Il va sans dire que, plus le nombre des bénéficiaires de cette législation augmente, plus se répandent les mœurs et pratiques qu'elle traîne à sa suite.

Est-il nécessaire d'en dégager une conclusion qui s'impose ?

Les Congrès des Praticiens.

De 1893 à 1905, l'arsenal des lois sociales a pris une ampleur considérable, qui s'est encore accrue dans la suite. Comme ces lois ne pouvaient fonctionner sans l'intervention du médecin, le corps médical, amené à envisager comment il pourrait discuter les conditions de cette intervention, s'émut des menaces qui se faisaient alors jour contre son indépendance, et y trouva un stimulant à réagir. En l'absence d'un syndicalisme suffisamment répandu, les Congrès des Praticiens, organisés d'ailleurs par les militants syndicalistes du temps, traduisirent cette réaction. Je vous rappellerai brièvement que le Congrès d'avril 1907, tenu à Paris, protesta contre la création d'un certificat supérieur d'études médicales et réclama énergiquement une réforme de l'enseignement et l'introduction du libre choix dans l'Assistance médicale gratuite, les Sociétés mutuelles et la médecine des accidents du travail. Le Congrès de juin 1908, tenu à Lille, renouvela avec véhémence les protestations et réclamations du précédent, en faveur de la généralisation du libre choix, tempéré par un contrôle. Le Congrès d'avril 1910, tenu à Paris, fut une sorte d'insurrection contre certaines tendances gouvernementales vers la fonctionnarisation des médecins. Enfin, le Congrès de mai 1914, tenu également à Paris, accentua ce mouvement de protestation contre cette fonctionnarisation, préméditée par le ministre Henri Chéron, qui avait eu le noir dessein de créer, sous le nom de *médecins agréés*, un corps de fonctionnaires chargés du service des lois sociales.

Ce que ce Congrès a surtout proclamé, en dehors de la nécessité d'associer les Syndicats au fonctionnement de l'hygiène publique, c'est l'incompatibilité irréfragable qui existe entre la mission du médecin traitant, et celle du médecin fonctionnaire ou contrôleur.

Voilà où nous en étions quand éclata la guerre qui, durant plus de cinquante-cinq mois, devait paralyser notre vie syndicale et tourner les préoccupations des médecins mobilisés vers le respect des droits qu'ils tenaient de leur âge, et de leurs charges de famille.

La guerre, si elle fut la promotrice des traits répétés du courage le plus soutenu et de l'héroïsme le plus pur, contribua surtout à déchaîner les pires instincts de l'humanité. C'est l'un de ces instincts qui développa, dans un certain public, le goût pervers de l'opium et de ses dérivés, et de la cocaïne. C'est pour réprimer ces abus que fut votée la

Loi du 16 juillet 1916, sur les substances vénéneuses,

complétée par le Décret du 14 septembre 1916.

La loi se borne à préciser les pénalités encourues par les contrevenants aux dispositions du décret, portant réglement d'administration publique pour son application. Celui-ci intéresse surtout les médecins en raison du formalisme mesquin dont il entoure la détention, la prescription et la vente des substances du tableau B, opium et ses dérivés, cocaïne.

De la mesquinerie de ce formalisme et de l'entrave qu'il apporte à la pratique médicale, je vous citerai trois exemples qui illustreront ma critique mieux qu'une argumentation abstraite.

Mon ami, le Dr Vimont, pourrait vous dire que, l'an dernier, villégiaturant dans une petite ville bretonne, il se vit refuser, par le pharmacien local, du pantopon, dont il avait un pressant besoin, bien qu'il justifiât authentiquement de son titre (1), et cela, par application de l'article 40 du réglement.

C'était le droit du pharmacien, et même, légalement, son devoir.

Un autre de nos amis, le Dr Levassort, ancien secrétaire général de l'A.G. des médecins de France, ayant envoyé d'urgence une ordonnance prescrivant de la morphine chez le pharmacien le plus voisin, se vit refuser l'exécution de celle-ci, sous prétexte qu'il n'en était pas connu. Et le plus terrible, c'est que là encore, le pharmacien était parfaitement dans son droit. Le malade aussi, eût été dans son droit, de mourir de l'excès d'une souffrance prolongée, faute du calmant indiqué... Et voici maintenant le troisième cas. Un tabétique à la torture, désireux de se constituer une sérieuse provision de morphine, va, dans le même après-midi, successivement chez deux médecins dont il est connu. Ceux-ci lui délivrent, à l'insu l'un de l'autre, la prescription justifiée qu'il réclame. Les deux ordonnances demeurent entre les mains du pharmacien, chez lequel un inspecteur des pharmacies, je crois bien que c'était le propre doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris, les découvre, et porte plainte contre les deux médecins, accusés de collusion entre eux et avec leur client commun. Ils furent poursuivis et convoqués chez un juge d'instruction qui eut toutes les peines du monde à rendre une ordonnance de non lieu en leur faveur.

Je dis que, quand une législation permet de pareilles absurdités, de tels abus de pouvoir, elle est ridicule et dangereuse, et doit être réformée. Oui, dangereuse, infiniment plus que le trafic qu'elle prétend combattre et réprimer et contre lequel, constatons-le, elle se révèle à peu près impuissante sans trop grand dommage pour la santé publique, puisque la toxicomanie demeure l'apanage d'une minorité de détraqués et de mercantis, tandis que l'alcool, ce poison dont l'Académie de médecine enregistrait dernièrement un retour fortement offensif, s'étale innombrablement dans tous les débits de boisson de France et de Navarre, intoxiquant le peuple qui peut, librement et sans aucune contrainte, en consommer sans limite... C'est pendant que le sort de la France se jouait, en pleine bataille de Verdun, sur les Hauts de Meuse, à Douaumont, à Vaux, que le Parlement légiféra, et qu'un ministre, mal conseillé, décréta d'une façon si... inconsidérée et irréfléchie...

La guerre terminée, le Parlement s'empressa de discuter et de voter la

Loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires.

C'était une dette d'honneur que l'État acquittait ainsi envers ceux à qui Clémenceau avait solennellement déclaré : « Vous êtes nos créanciers ! Vous avez des droits sur la Nation ! » Loi de juste réparation, dont il peut être permis de regretter qu'elle paye la dette contractée, un peu aux dépens du corps médical.

Je n'entrerai pas dans le détail des événements qui se sont succédé entre le vote de la loi et le régime actuel.

Si vous voulez revivre cette époque héroïque de notre vie professionnelle, je vous engage à lire la plaquette que vient de publier, sous le titre de : «Les soins gratuits aux victimes de la guerre », notre ami, M. le Dr Quidet, secrétaire de la 2e commission de contrôle de la Seine.

Je vous rappellerai seulement comment le ministre des Pensions de 1919, M. Maginot, interpréta, avec une astuce diabolique, deux mots de la loi, — *après entente — avec les représentants autorisés* des organisations et des *Syndicats professionnels* intéressés..., dans le sens : *après que ceux-ci auraient été entendus*, au lieu de : *après accord* ; comment, en outre, il eût le front de traiter les médecins de mercantis, et de les menacer de désigner lui-même les praticiens qui auraient seuls le droit de soigner les mutilés ; comment alors un vent de révolte souffla sur notre corporation, dont la cohésion et la discipline furent immédiatement accrues, à tel point que le ministre dut céder, modifier la loi, et abroger le décret primitif pour le remplacer par ceux de 1922 et de 1924, rendus, *après accord*, cette fois, avec nos représentants autorisés.

Ce fut une belle victoire du syndicalisme. Elle montre ce que peut réaliser une profession étroitement unie et disciplinée. C'est un enseignement qui ne devrait pas être perdu...

Le décret de 1919 ayant été abrogé, deux voies s'ouvraient devant le ministre pour régler le sort des pensionnés de guerre : ou bien supprimer

(1) Docteur en médecine, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

l'obligation pour l'Etat de leur assurer gratuitement les soins médico-pharmaceutiques, et les laisser entièrement libres de se soigner à leur guise, en leur accordant en compensation une majoration de pension ; ou bien mettre sur pied une organisation de soins, suivant une entente passée avec les Syndicats médicaux et pharmaceutiques.

J'avoue que, théoriquement, c'est la première voie qui me paraissait la meilleure. Ce fut la seconde que l'on suivit, et je crois bien que, pratiquement, l'on n'eut pas tort. Supposons, en effet, que l'Etat se fût désintéressé complètement des soins médicaux des pensionnés de guerre : il n'est pas douteux qu'il y eût eu une éclosion de sous-enchérissements, qui aurait avili, en bien des endroits, le taux des honoraires. Dans la période qui précéda l'instauration du régime actuel, ne vîmes-nous pas les journaux et revues d'anciens combattants et de mutilés, annoncer périodiquement que MM. les Drs A, B, C... accordaient aux membres de ces groupements une remise de x % sur leurs honoraires ?

La réglementation en vigueur consacre un ordre de choses nouveau. Pour la première fois, en effet, les Pouvoirs publics confient aux organisations professionnelles la préparation et l'exécution de sa partie technique. C'est un fait d'importance : il marque l'étendue du progrès accompli vers une plus juste compréhension du rôle social du médecin. En fait — et le triomphe d'un principe ayant été ainsi enregistré — on peut regretter, et je regrette personnellement, que cette réglementation ait consacré la division du corps médical en catégories — catégories supprimées d'ailleurs depuis trois semaines (1) ; qu'elle se montre paperassière à l'excès, soupçonneuse indistinctement ; qu'enfin, elle comporte un tarif qui est un véritable tarif d'assistance, alors que les pensionnés sont loin d'être tous des indigents, voire des nécessiteux. C'est ce qui me faisait dire tout à l'heure que l'Etat acquittait sa dette en partie sur le dos des médecins.

Pour en terminer avec la législation syndicale et ses avantages, je vous dirai un mot de la

Loi du 12 mars 1920,

qui autorise les Syndicats professionnels et leurs unions à ester en justice, à posséder, à acquérir, à constituer des caisses de secours mutuels et de retraites, à créer et administrer des offices de renseignements, des œuvres professionnelles, institutions, laboratoires, champs d'expérience, œuvres d'éducation, à subventionner des coopératives, à acheter *pour les louer, les prêter ou les répartir entre leurs membres*, les objets nécessaires à l'exercice de leur profession à passer des contrats ou conventions avec tous autres Syndicats, sociétés ou entreprises, même visant les conditions collectives du travail, etc.

(1) *Décret du* 15 *octobre* 1926.

Voyez-vous, Messieurs, quel parti un syndicalisme médical réalisateur pourrait tirer de cette législation ???

***

Nous voici à la fin de 1926. Le Parlement est saisi d'un projet de loi sur les assurances sociales, autour duquel nous discutons, dans nos milieux, et aussi nous nous disputons... au point que le corps médical s'est divisé en deux tronçons, il y a onze mois.

Cette scission devrait, en vérité, cesser, puisque, aussi bien, aucune divergence de vues n'existe plus entre les deux parties opposées, sur les conditions auxquelles les médecins accepteront de collaborer au fonctionnement de la loi.

« Nous ne sommes pas assez hors de danger pour ne pas nous tendre la main.

« O mes frères, réconcilions-nous. Prenons la route immense de l'apaisement... Trève. Oui, tendons-nous tous la main ... Quand donc comprendra-t-on que nous sommes sur le même navire et que le naufrage est indivisible ? Cette mer qui nous menace est assez grande pour tous, et il y a de l'abîme pour vous comme pour moi ... Sauver les autres, c'est se sauver soi-même. La solidarité est terrible, mais la fraternité est douce. L'une engendre l'autre. O mes *confrères*, soyons frères !

« Voulons-nous terminer notre malheur ? Reconcilions-nous. Vous verrez comme ce sourire sera beau .... (1).

Ces paroles inspirées, d'un lyrisme si vibrant, sont de Victor Hugo. Elles m'ont paru s'adapter tellement à la situation actuelle du corps médical que je m'en suis emparé, en me permettant d'y introduire une légère variante. Vous les ratifierez, j'en suis sûr. Et vous direz, avec mon ami le Dr Noir : « Nous souhaitons ardemment voir venir le jour qui ne sera pas trop lointain, où nous pourrons dire : Paix, dans l'Union, aux hommes de bonne volonté ! » (2)

N'êtes-vous pas d'avis que ce souhait méritait d'être formulé à haute voix dans cette faculté de Montpellier, foyer ardent de foi syndicaliste, où des hommes éminents, qui occupent les sommets de la hiérarchie universitaire, collaborent avec leurs confrères, et les guident à l'occasion, dans la voie qui conduira, dans des conjonctures que nous pouvons supputer, le corps médical vers la sauvegarde de ce qu'il possède encore d'indépendance ?

(1) *Le Droit et la Loi.*
(2) *Concours Médical*, 10 octobre 1926.

***

Cette voie, voulez-vous qu'à la lueur de l'évolution que je viens de vous exposer, nous esayions brièvement d'en discerner la direction et l'aboutissement ? Ce sera la conclusion de cette étude.

Mesurons le chemin parcouru depuis 1892, durant les trente-quatre années au cours desquelles je me suis efforcé de jalonner les étapes successivement accomplies. En 1892, le médecin est à peu près isolé, à peu près indépendant ; ses rapports avec la clientèle sont exempts de toute tierce intervention ; il lui rend des comptes à elle seule, et lui en demande pareillement. Ce n'est que dans ses relations avec les sociétés de Secours mutuels, à l'hôpital, dans les bureaux de bienfaisance,... qu'il se trouve en présence d'un tiers substitué à ses malades pour le rémunérer.

En ce cas, il est presque toujours détenteur d'une sorte de monopole, à l'exclusion de ses confrères, mais il masque, derrière cette façade inconsistante, sa situation d'employé chichement rémunéré des administrations dont il a accepté, et assez souvent sollicité âprement les conditions.

En 1926, les trois quarts des médecins praticiens sont syndiqués (15.000 sur 20.000). Le troisième quart est en grande partie représenté par environ 3.000 médecins de la région parisienne. Certains Syndicats sont fortement organisés, et disposent d'une réelle puissance : ils traitent d'égal à égal avec les collectivités qui veulent créer un service de soins médicaux. Les Syndicats languedociens sont de ce nombre. D'autre part, qu'il s'agisse des victimes du travail, des assistés, des pensionnés de guerre, le médecin n'est plus entièrement en rapports directs avec ses malades. Ce n'est pas eux qui l'honorent, mais un tiers à qui il remet ses mémoires, établis acte par acte, selon un tarif officiel qui lui est imposé ou dont il se contente habituellement. En outre, la pratique de son art est enveloppée d'un réseau de formalités qui le placent dans un certain état de dépendance vis-à-vis de ce tiers payant : avis à donner, autorisations à demander, contrôle à supporter... Ce sont là évidemment des conditions qui ne laissent pas que d'impressionner ceux qui, comme moi, parvenus au déclin de leur carrière, se sont fait un certain idéal de leur profession...

Car, ne nous y trompons pas, ce système nous achemine plus ou moins ouvertement vers une sorte de salariat, de fonctionnarisme bâtard, qui, s'il n'était fortement endigué, serait l'avilissement de la médecine française, et l'enténèbrement d'une science qui brilla chez nous d'un si vif éclat, et qui possède encore de si nobles représentants.

Ce danger peut, en effet, être évité, conjuré. Il pourrait l'être selon une formule chère à certains d'entre nous, par une ignorance systématique des lois sociales, qui ne se conçoit que par une étroite, indissoluble et durable union de *tous* les praticiens, sans exception. Condition irréalisable, j'en appelle à vous.

Il le sera, si les Syndicats, usant du droit que leur confère la législation qui les régit, appelés à se trouver de plus en plus en présence de collectivités dispensatrices de soins, leur déclarent : « Voici les conditions auxquelles nous acceptons de travailler pour vous. Mettons-nous d'accord là-dessus et inscrivons -les dans un contrat qui nous obligera les uns et les autres. »

Le corps médical tient son sort entre ses mains, Il dépendra de lui de réaliser ses destinées sur le plan du libéralisme raisonné qui doit être l'apanage de la profession.

J'ai beaucoup réfléchi avant d'en arriver à cette conclusion. J'ai lu, j'ai écouté, j'ai médité. Je vous le dis, sans la moindre hésitation, voici la voie dans laquelle le syndicalisme doit s'engager. Je suis de ceux qui ont le plus ardemment combattu le tiers payant, je n'ai rien abdiqué de mon antipathie pour lui. Aussi, concrétiserai-je ma pensée en ces termes : accords, conventions, contrats entre collectivités et syndicats, ceux-ci devant être assez forts pour en imposer l'aménagement intérieur qui leur paraîtra le meilleur ; et pour moi, c'est celui qui, comme dans l'accord intervenu entre la Caisse de compensation de la région parisienne et le Syndicat des médecins de la Seine, maintient le payement *direct* du médecin par son malade.

Il faut donc un syndicalisme discipliné et fort. Il le sera si le recrutement du corps médical peut être sélectionné par les réformes qui s'imposent dans l'enseignement : réformes des études ; réformes des examens ; réformes des jurys d'examens : ainsi avais-je l'honneur d'en deviser avec M. le prof. FORGUE, en voyageant de Bruxelles à Anvers, il y a trois ans ; il le sera encore si la déontologie fait l'objet de leçons permanentes, non pas seulement du haut des chaires magistrales, mais encore et surtout dans la vie hospitalière quotidienne, où les maîtres prêcheront d'exemple devant leurs élèves.

Il le sera enfin, s'il sait se renforcer par une juridiction professionnelle agissante, habile à connaître de toutes les violations de la déontologie.

Vous avez conservé, à Montpellier, une touchante coutume : vous faites prêter au jeune docteur le vieux mais toujours si actuel serment d'Hippocrate. Il serait désirable que cette coutume fût reprise par toutes les facultés et qu'elle eût une sorte de prolongement dans la prestation d'un analogue serment, effectuée par le jeune praticien, avant l'accomplissement de tout acte de sa profession, entre les mains du président

du Syndicat départemental, ou de la Fédération départementale, ou de la Commission régionale dont j'ai proposé, il y a trois ans, la création, sur le modèle des Commissions médicales belges.

L'évolution dont nous avons ensemble suivi le développement nous conduit fatalement à souhaiter ce nouvel ordre de choses, qui s'impose d'autant plus qu'une évolution symétrique s'est en même temps manifestée dans les conditions matérielles de la pratique médicale. Songez aux transformations que le téléphone et l'automobile ont introduites dans les rapports des médecins avec leur clientèle ! Qui pouvait prévoir, il y a trente ans, la véritable révolution que ces deux progrès amèneraient dans la vie sociale ? Qui peut prévoir quelles futures transformations y introduiront, dans trente ans, l'aviation et la T.S.F. ?

Et si nous nous plaçons sur le terrain technique, que de changements, là encore ? Quand, en 1892, un aortique allait consulter un prince de la science, celui-ci, son diagnostic cliniquement posé, lui prescrivait quelques doses d'iodure, une diététique spéciale, un révulsif précordial, et cette consultation était généralement comptée de 40 à 50 francs. Aujourd'hui, le moindre praticien rural, ayant établi le même diagnostic clinique, ne formulera son traitement qu'après qu'il aura le contrôle des réactions sérologiques, des analyses du sang, de la radioscopie cardio-aortique, et peut-être même, de l'électro-cardiographie... Supputez le total des dépenses, ainsi supportées par le malade...

Ainsi donc, la médecine étant en perpétuel devenir, importe-t-il que les médecins suivent d'un œil attentif ces changements successifs, dans un perpétuel effort d'adaptation.

Et c'est pourquoi, quand on parle de la tradition, il est prudent de ne pas s'en tenir étroitement à des formules, dont certaines, après avoir eu leur heure de gloire, sont devenues périmées.

Laissez-moi vous rappeler les mémorables paroles de l'un des plus éminents des maîtres de cette Faculté, j'ai nommé le prof. GRASSET :

« *J'aime passionnément le progrès, disait-il ; je l'admire et je le recherche partout où il se trouve. En cela, j'ose le dire, je suis entièrement et absolument de mon siècle. Mais j'aime infiniment et ne veux en rien sacrifier la tradition ; j'entends cette belle et grande tradition, synthèse de tous les efforts et de toutes les conquêtes du siècle passé.*

« *...Dans mon admiration pour mon siècle, je n'oublie pas ce géant des siècles passés, sur les épaules duquel le nôtre se hisse, pour voir plus haut et plus loin que ses devanciers* (1). »

La grande et belle tradition médicale peut tenir en peu de phrases : souvenons-nous toujours que si, dans les mots, *négoce* rime richement avec *sacerdoce*, les deux carrières sont aux antipodes l'une de l'autre. Comme l'a dit excellemment le Dr LYONNET, de Lyon : « *Nous ne devons pas être de ce monde, dont parle Horace, où règne l'aphorisme « Virtus post nummos », ni de celui stigmatisé par La Bruyère, « où l'on se couche et l'on se lève sur l'intérêt.* »

Pour le surplus, demeurons résolument fidèles à la maxime en laquelle s'enclôt toute la morale humaine, et toute la déontologie médicale :

FAIS CE QUE DOIS.

G. DUCHESNE.

UN SYNDICAT MÉDICAL EST-IL LIBRE DE REPOUSSER UNE CANDIDATURE ?

Ce problème d'ordre juridique peut se présenter de différentes manières :

Suffit-il, pour obtenir son affiliation à un syndicat médical, d'être docteur en médecine ? Suffit-il d'adhérer, par écrit, aux statuts et se faire présenter par deux parrains ?

Le syndicat médical est-il forcé d'accepter toute candidature, qui se présente ainsi, ou a-t-il le droit d'accepter, ou de refuser qui bon lui plaît ?

Un syndiqué, qui donne sa démission, laquelle est acceptée, doit-il être réadmis *de plano*, du fait qu'il a retiré la démission ?

Définition du syndicat.

Un syndicat professionnel est un groupe, qui se recrute parmi les personnes exerçant la même profession, ou des métiers similaires ou connexes, dans le but de défendre, et d'étudier les intérêts collectifs, corporatifs.

Chaque syndiqué aliène une partie de sa liberté individuelle au profit de la collectivité syndicale ; en revanche, celle-ci groupe les énergies individuelles pour la défense collective des intérêts de ses adhérents.

Il existe donc, à la base, un contrat, dont nous étudierons plus loin la nature juridique, contrat *do ut des*, par lequel chaque membre se soumet aux règles et décisions prises par la collectivité syndicale, pour recevoir, en retour, un appui et une amélioration de la vie professionnelle, profitable à tous les adhérents.

(1) *Languedoc médical*, septembre 1296.

L'adhésion au syndicat est-elle obligatoire ?

Les lois du 21 mars 1884 et du 12 mars 1920 consacrent, par leur article 7, la liberté absolue, pour tout travailleur, d'adhérer, ou non, à son syndicat professionnel, comme de pouvoir s'en retirer, par démission, à tout moment et sans aucune contrainte.

Le principe de la liberté du travail est contraire à la conception du syndicat obligatoire.

Mais, dans certains cas, le syndicat peut devenir indispensable par intérêt (voir Dr Paul Boudin, thèse de doctorat en droit, Paris, 1919).

En effet, le Syndicat, personne morale, peut contracter collectivement, au nom de ses membres, avec des collectivités, ou des individualités, pour réserver, aux seuls syndiqués, un travail professionnel, d'après les conditions arrêtées entre les parties contractantes.

Dans ces conditions, le groupe professionnel se porte fort, au nom de ses membres, de la capacité scientifique et de la moralité professionnelle de ces derniers, donnant, à l'autre partie contractante, la certitude que tout abus sera réprimé, soit par la juridiction du conseil de famille du syndicat, soit par une commission paritaire, organisée par les parties contractantes.

Dans ces conditions, un médecin peut avoir intérêt à solliciter son adhésion au Syndicat, puisqu'il trouvera, au sein du groupe corporatif, un avantage, en participant au service médical qui fait l'objet du contrat collectif.

Mais, si cet avantage est minime, c'est-à-dire si le syndicat n'a, par contrat, réservé à ses membres le service médical que d'une ou plusieurs collectivités, par suite, si le non syndiqué a toute latitude de gagner sa vie, en soignant la grosse majorité des malades qui ne sont pas compris dans le ou les contrats sus-visés, chaque docteur en médecine fera la balance entre l'avantage qu'il retirera en demandant son affiliation au syndicat, et celui qu'il aura, en exerçant la médecine à sa manière, en ne se préoccupant pas des règles de déontologie imposées par le groupe professionnel.

Au contraire, si l'exercice de la profession est presque impossible à celui qui ne fait pas partie du syndicat, si, pour vivre, il est indispensable d'être syndiqué, la liberté est restreinte de part et d'autre, en ce sens que le médecin doit aliéner sa liberté d'action professionnelle, pour demander son admission au groupe, alors que ce dernier doit se montrer très circonspect, pour refuser un médecin, ce qui équivaudrait, pour ce dernier, à mourir de faim, ou à changer de pays.

Un arrêt de la cour de Colmar, du 15 juillet 1924 (*Rev. d'Alsace-Lorraine*, 1925-105), cassant un jugement du tribunal de Mulhouse, du 6 novembre 1922, spécifie que « toute association professionnelle ne saurait, sans transformer l'exercice de son droit, limité par le devoir de ne pas nuire à autrui, en un exercice exclusif et abusif, s'occuper de questions autres que celles relatives à l'étude et à la protection de ses intérêts professionnels et, en se créant, dans une contrée, un monopole, supprimer ou dominer, pour un non associé, refusé par elle, des avantages matériels, sinon honorifiques, qu'elle s'est réservée par ce monopole ;

« Qu'admettre le contraire serait, contre toute raison et toute justice, faire des syndicats des maîtres absolus de chaque profession, leur permettre d'être, non des instruments de protection, mais des instruments d'intolérable oppression et confisquer, à leur profit exclusif, le droit individuel du travailleur manuel, ou intellectuel, que nos lois modernes n'ont cessé de protéger avec un soin jaloux. »

Ainsi la Cour de Colmar s'élève contre la tyrannie d'un syndicat, qui, monopolisant, par contrats collectifs, l'ensemble de l'exercice de la médecine d'une région, s'opposerait, par ce fait même, à ce qu'un médecin non syndiqué puisse vivre, parce que non adhérent au groupe professionnel.

A contrario, si l'adhésion au syndicat n'est pas obligatoire, pour qu'un praticien puisse vivre de sa profession, rien ne s'oppose à ce que, librement, syndicat et candidat au syndicat puissent discuter, en toute autonomie, l'opportunité d'une adhésion.

Nature juridique du contrat d'adhésion.

De la législation et de la jurisprudence, découle ce principe absolu : c'est que l'organisation syndicale est absolument libre : chaque praticien conserve, en toutes circonstances, le droit absolu de se syndiquer, ou de ne pas se syndiquer, alors que ceux qui veulent se grouper en syndicat ont la possibilité complète d'établir les statuts à leur volonté.

Du moment où rien n'oblige un docteur à faire partie obligatoirement d'un syndicat, rien également n'empêche les syndiqués d'établir, pour leurs membres, telles ou telles règles professionnelles, que chacun d'eux s'engage à respecter.

Par conséquent, préalablement à toute admission dans le groupe corporatif, s'établit une demande et une offre ; par la publication de ses statuts, le syndicat indique à quelle discipline professionnelle ses adhérents s'engagent à se conformer ; il énumère, de la sorte, les obligations et les devoirs de chaque syndiqué, en échange des avantages qui sont inscrits aux statuts du groupe.

Chaque praticien, qui ne recule pas devant ces obligations et qui est séduit par les avantages conférés, est en droit de poser sa candidature, selon les formalités indiquées aux statuts.

Ici, il faut déclarer par écrit que le candidat a pris connaissance des statuts, qu'il les accepte

et qu'il s'engage à les observer, ainsi qu'il observera également les décisions votées en assemblées générales.

Là, il faut en outre deux parrains, se portant garants du candidat, alors qu'ailleurs, trois publications au *Bulletin* suffisent pour provoquer des objections, s'il s'en présente contre telle ou telle candidature.

Un syndicat décide, par ses statuts, que le Bureau prononce ou refuse l'admission, alors que d'autres ne donnent au bureau qu'un pouvoir temporaire, pour accepter ou écarter une candidature, la décision définitive appartenant à la plus prochaine assemblée générale.

On peut donc conclure que nous nous trouvons en présence d'un véritable contrat synallagmatique, bilatéral ; en échange des avantages conférés par l'adhésion au syndicat, celui-ci impose à ses membres des obligations.

De son côté, le candidat, en toute connaissance de cause, déclare qu'il accepte les conditions selon lesquelles il sera admis.

Or, pour que le contrat soit valable, il faut qu'il y ait accord entre les parties contractantes. Par conséquent, la liberté complète, reconnue par la loi du 21 mars 1884, donne autant au médecin le droit de poser sa candidature, ou de rester à l'écart du syndicat, qu'à celui-ci d'accepter ou de refuser l'adhésion de tel ou tel praticien.

L'article 2 de la loi du 21 mars 1884 spécifie « que les syndicats . . . pourront se constituer librement ». Cette liberté comporte, par conséquent, le droit absolu, pour le groupe, de n'admettre, dans son sein, que qui bon lui plaît, en conformité avec les statuts que le syndicat se donne librement.

La base de cette association professionnelle est essentiellement une réunion de personnes et non pas un groupement de capitaux : la condition essentielle, pour faire partie de ce groupe, consiste donc plus dans un ensemble de qualités professionnelles et morales que dans l'obtention des diplômes permettant l'exercice de la profession.

Les statuts, arrêtés par les fondateurs du syndicat, font donc la loi en matière d'admission.

Or, ici, deux modalités sont à considérer.

Ou bien le syndicat ouvre largement ses portes à tous ceux qui se présentent : les formalités d'admission sont réduites au minimum : il suffit, pour quiconque possède le diplôme d'Etat, lui permettant d'exercer la médecine en France, de déclarer par écrit qu'il accepte de se conformer aux statuts et aux décisions des assemblées générales ; qu'en outre, il consent à se soumettre à la juridiction du conseil de famille, organisée par le groupe.

L'admission est prononcée *de plano*.

Ce mode est extrêmement rare, en ce qui concerne les syndicats médicaux. Les défenseurs de cette manière d'agir estiment qu'il est préférable de laisser ainsi les mauvais confrères, ou les hésitants au point de vue déontologique, venir s'enrôler sous la bannière du syndicat : les uns s'amélioreront au contact des anciens et deviendront, par la suite, des praticiens parfaitement corrects. Les autres, les incorrigibles, seront passibles des sanctions prévues aux statuts et pourront recevoir des blâmes, ou même se faire exclure, sans préjudice des dommages-intérêts que le groupe peut réclamer, pour violation des engagements pris.

Le second mode, le plus fréquent, consiste, pour le candidat à l'admission, à se faire présenter par deux parrains, pris parmi les membres du syndicat, accepter par écrit les statuts.

Le bureau examine la demande, émet son avis et la plus prochaine assemblée générale statue, accepte ou rejette la candidature.

Les défenseurs de ce système estiment que le but du syndicat est l'aliénation, pour chaque adhérent, d'une partie de sa liberté individuelle au profit de la collectivité syndicale, alors que le groupe donne aide et protection à chacun de ses adhérents, en réglementant l'exercice de la profession, pour barrer la route aux mauvais confrères, aux égoïstes, aux accapareurs, à tous ceux qui font baisser les prix, par vile concurrence.

C'est pour cette raison que le syndicat est amené progressivement à signer des contrats collectifs de travail, avec les collectivités publiques ou privées.

Le contrat individuel est périmé, dans notre société moderne : le contrat collectif donne plus de sécurité et de quiétude aux parties contractantes, en ce qui concerne la manière dont le travail sera effectué ; il est destiné à éviter les conflits, ou tout au moins à les régler le mieux possible et à les éviter, pour l'avenir.

Aussi, les dirigeants du syndicat entendent-ils donner à la partie contractante, la certitude que tous les membres du groupe sont intègres et respectueux des engagements pris.

Une sélection s'impose donc pour le recrutement des membres : d'où le vote, concernant chaque candidature.

Juridiquement, de l'accord des deux parties, se crée un contrat (art. 1134 et suiv. du code civil).

Tribunal civil Perpignan, 21 février 1923 (*Gaz. Pal.*, T. Q. 1920-25, v° syndic. prof. n° 24 ; *Droit ouvrier*, mars 1924-91). « Les statuts d'un syndicat professionnel constituent, entre ce syndicat et ses membres, un véritable contrat civil qui fixe leurs droits et leurs obligations réciproques. »

Dans le sens même, Trib. paix Paris, 2 octobre 1907 (*Gaz. Pal.* 1907.2.627). Voir également note sous *trib. civil Seine, (6e chambre), 16 février* 1926 (*Gaz. Pal.*, 22 juin 1926).

Allant même plus loin, certains syndicats exigent, préalablement à toute admission, un engagement par écrit du candidat au groupe, par lequel le médecin s'oblige, s'il est admis, à s'abstenir de tout acte de concurrence déloyale, anti-confraternel, de ne pas contracter individuellement avec des personnes ou des collectivités, sans en avoir référé au syndicat, à se soumettre, en cas de litige avec les confrères, à la juridiction du conseil de famille, lequel comporte des sanctions morales et pécuniaires.

En retour, le syndicat s'engage à donner à chacun de ses adhérents tout l'appui qui est compatible avec la législation en vigueur. (Voir *Concours médical*, 1913.1035 ; 1904.1567 ; 1919.1709 : 1926, 1206).

La meilleure preuve de la parfaite légitimité de ce contrat, conclu par l'admission, entre le syndiqué et le groupe professionnel, c'est qu'en cas de violation aux engagements pris, le syndiqué est passible d'une condamnation civile à des dommages-intérêts (Grenoble, 6 mai 1902, *D. P.* 1903-2-21) ; *Gaz. trib.*, 25 juin 1902 ; *Le Droit*, 29 juin 1902, confirmant tribunal civil de Bourgoin, du 21 décembre 1901). (*Concours médical*, 1902.403).

Plus récemment, le tribunal civil de Lyon (2e chambre), par jugement du 19 novembre 1921 (*Gaz. Pal.*, 12 janvier 1922 ; *Concours médical*, 1922.482) a décidé qu' « un syndicat, qui a mission de protéger l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble, non seulement contre les tiers, dont les agissements peuvent être préjudiciables à la profession qu'il représente, mais encore contre ceux de ses membres, qui, en violation du contrat syndical, causent un dommage aux intérêts de la collectivité.

« En adhérant aux statuts du syndicat, le syndiqué prend l'engagement de se conformer aux décisions régulièrement prises par l'assemblée générale et toute violation d'engagement se traduit, en cas de préjudice, par l'allocation de dommages-intérêts.

« Vainement prétendrait-on que l'application de ces principes, conformes à l'esprit de la législation sociale actuellement en vigueur, constitue une atteinte à la liberté individuelle, puisque l'adhésion au syndicat n'est pas obligatoire et que, d'autre part, le syndiqué conserve toujours le droit, s'il n'entend pas se plier à la décision prise, de se retirer du syndicat ».

De tout ceci, nous pouvons conclure que le fait, pour un médecin, de faire partie d'un syndicat, crée un contrat bilatéral entre le groupe et chaque adhérent, comportant des droits et des devoirs de part et d'autre, dont la violation comportera réparation civile et pécuniaire.

Comment se forme le contrat syndical ?

Pour que le pacte professionnel soit valable, il faut qu'il y ait accord et consentement entre les deux parties contractantes ; le syndicat, d'une part, le candidat à l'admission, d'autre part.

Ce dernier fait le premier connaître son intention de contracter par le fait même de sa demande d'adhésion et par l'engagement qu'il prend, par écrit, de se conformer, s'il est admis, aux prescriptions des statuts et aux décisions des assemblées générales.

A son tour, le Syndicat accepte ou refuse, en toute autonomie, de contracter avec le candidat.

Si les statuts comportent la clause que chaque admission sera soumise, soit au bureau, soit à l'assemblée générale, le syndicat, ou ses administrateurs, sont parfaitement en droit d'accepter ou de repousser toute candidature (Tribunal de paix Paris, 25 octobre 1907 ; *Gaz. Pal.*, 1907. 2.627).

Un arrêt de Cassation (chambre civile) du 27 octobre 1924 (*Gaz. trib.*, 15 novembre 1926 ; *D. P.* 1926.1.104) décide que « si les syndicats professionnels autorisés par la loi du 21 mars 1884 ne peuvent déroger aux prescriptions de cette loi, pour l'admission de leurs membres, ils sont libres de subordonner cette admission à la condition d'un consentement préalable.

« La décision prise au sujet d'une candidature, dans la limite des statuts, peut ne pas être motivée et n'est susceptible d'aucun recours en justice. »

L'arrêtiste du *Dalloz*, commentant cet arrêt, écrit : « Les statuts des syndicats professionnels fixent librement, conformément au droit commun, les conditions auxquelles est subordonnée l'admission des membres.

« Ces conditions doivent seulement respecter les prescriptions de la loi du 21 mars 1884, notamment ne pas autoriser l'admission de personnes qui n'exerceraient pas la profession.

« Mais l'admission n'est pas obligatoire, par cela seul que la profession est bien celle exigée par la loi (V. Jurisp. gén. supplément, v° *Travail*, n ° 289 ; Rep. prat. v° syndicats professionnels, n° 83). »

Même opinion donnée dans une consultation juridique, par Me A. Martin (*Bulletin* des Syndicats médicaux des Charentes et du Poitou, novembre 1925, 388 : « Il va de soi qu'un syndicat, auquel la loi reconnaît le droit de se constituer librement, peut, sans commettre de faute, rejeter la demande d'admission formée par une personne qui désire en faire partie. Sur ce point, la jurisprudence est constante. Le syndicat n'a même pas à donner de motifs à sa décision. La législation, en effet, a entendu laisser aux groupements corporatifs (cela résulte nettement des travaux parlementaires qui ont précédé le vote de la loi de 1884), la liberté la plus complète en ce qui concerne leur fonctionnement intérieur. Nulle part, dans le texte précité, il ne parle des

conditions d'admission. Il a abandonné aux syndicats le soin de régler la question de leurs statuts. Pourvu qu'ils respectent les prescriptions de la loi et qu'ils ne portent pas atteinte à l'ordre public, les syndiqués peuvent régler leurs statuts absolument comme ils l'entendent. »

Ce droit de repousser une candidature, sans avoir à en donner les motifs, est reconnu par la Cour de Cassation, dans son arrêt du 27 octobre précité.

Comment se rompt le contrat syndical ?

La loi du 21 mars 1884, par son article 7, reconnaît que « tout membre d'un syndicat professionnel peut se retirer, à tout instant, de l'association, nonobstant toute clause contraire. »

Lorsque le syndiqué estime pour n'importe quel motif que son seul intérêt personnel et égoïste lui dicte de se délier des obligations corporatives, qu'il a contractées en adhérant au syndicat, il a parfaitement le droit de se libérer, en adressant sa démission.

Un arrêt de cassation (chambre civile) du 25 novembre 1913 reconnaît que « le membre d'un syndicat professionnel, qui s'est retiré de l'association, n'est plus tenu d'en observer les règlements et les décisions. »

Il en résulte que, par sa démission, le syndiqué rompt son contrat avec le syndicat.

Ce dernier peut également se libérer des tractations conclues avec un de ses adhérents, en radiant celui-ci, par la procédure de l'exclusion.

Mais celle-ci, étant une pénalité, doit être interprétée restrictivement, dans la limite des statuts. La jurisprudence est constante à ce sujet.

Cependant, menacé d'exclusion, convoqué devant la juridiction, soit d'enquête, soit pénale (assemblée générale), le syndiqué peut échapper à la pénalité encourue, s'il adresse, en temps utile, sa démission du syndicat.

Bien entendu, les membres de l'association conservent la possibilité soit d'accepter, soit de refuser cette démission. Dans ce dernier cas, la justice professionnelle suivra son cours.

Mais, un syndiqué, qui a adressé sa démission, peut-il, ultérieurement, au bout de quelques années, demander sa réintégration sans débat ?

A mon sens, il n'en a pas le droit : du fait de la démission, l'ancien contrat bilatéral, conclu au moment de l'admission, a été rompu. Il est donc nécessaire d'en passer un autre, d'autant qu'il se peut qu'entre temps, les statuts du syndicat aient été modifiés par une assemblée générale statutaire.

Dans ces conditions, l'ancien adhérent doit poser sa candidature, comme s'il n'avait jamais fait partie du groupe.

Ce dernier statuera valablement, dans les limites de ses statuts et acceptera ou refusera le candidat. C'est son droit le plus absolu.

Intervention des tribunaux.

Le refus d'admission peut être considéré, par le candidat évincé, comme une pénalité, au même titre que l'exclusion. La décision du syndicat peut donc être portée devant les tribunaux civils, qui ont le droit souverain de vérifier si les statuts ont été réellement appliqués, tant dans la forme qu'au fond.

La clause des statuts, suivant laquelle aucun recours ne peut être exercé devant les tribunaux, contre les décisions des administrateurs ou des assemblées générales, transformées ainsi en juridictions sans appel, est contraire à l'ordre public (Cassation 23 juin 1860. *Dal.* 1860, 1.243 ; 16 juin 1872 ; *Dal.* 1872.1.272 ; trib. civ. Seine, 4 février 1907 ; *Gaz. Pal.*, 25 avril 1907 ; 17 décembre 1907 ; *Gaz. Pal.* 9 janvier 1908. Consulter encore Dalloz, *Répert. prat.* v° Association n° 95 et suiv.).

Mais les tribunaux n'interviennent que pour juger si les statuts ont été manifestement violés et si le syndicat a abusé de ses pouvoirs (Tribunal civil de Nice, 4 décembre 1912 ; *Gaz. Pal.* T. 1912, 1920, v° syndicats profes. n° 130 ; Trib. civ. Boulogne-sur-Mer, 11 mars 1910 ; *Gaz. Pal.*, 1910.1.521 et la note avec les renvois à la jurisprudence ; Tribunal civil Perpignan, 27 février 1923, *Gaz. Pal.*, T. Q. 1920-25, synd. prof. n° 24).

Conclusions.

De cette discussion juridique, on peut conclure :

1° Le syndicat n'est pas obligatoire ; il se constitue facultativement entre professionnels et praticiens, voulant étudier ensemble des questions corporatives, se groupant pour la défense collective d'intérêts communs, pour conclure des contrats collectifs de travail ; enfin pour établir et faire respecter des règles de moralité professionnelle et de déontologie, afin de donner aux tiers la certitude que les syndiqués n'agiront que d'après les directives d'un code de déontologie librement accepté.

2° Le lien qui unit le syndicat, personne morale, à chacun des syndiqués, est un contrat bilatéral, soumis à l'agrément des deux parties contractantes.

Dans la limite de ses statuts, le groupe professionnel a le droit de refuser l'adhésion d'un candidat, sans même avoir à donner les motifs de son refus.

Ce ne serait que dans le cas où, par suite de nombreux contrats collectifs de travail, le syndicat aurait accaparé presque entièrement l'exercice de la profession au profit des seuls syndiqués, qu'il serait possible à un praticien, dont l'admission au syndicat serait repoussée, de demander aux tribunaux de rechercher s'il n'y a pas, de la part du groupe, abus de droit.

3° La démission entraîne la rupture du contrat

syndical entre l'association et le membre, qui recouvre ainsi sa liberté complète d'action.

Mais, si celui-ci manifestait l'intention d'être réintégré dans le syndicat, sa demande d'admission serait soumise aux mêmes formalités que s'il n'avait jamais fait partie du groupe professionnel.

Le syndicat aurait le droit de se méfier de la sincérité de cette adhésion, au cas où le candidat se serait jadis retiré de l'association, soit pour recouvrer sa liberté professionnelle, en violation des règles syndicales, soit pour éviter une sanction prévue aux statuts.

4° Par conséquent, le seul fait d'être docteur en médecine et d'avoir le droit d'exercer la profession en France n'entraîne pas *de plano* l'admission dans un syndicat professionnel, puisque la liberté est reconnue de part et d'autre : pour l'un la possibilité d'exercer, en restant en dehors de l'association ; pour l'autre, le droit de se réunir entre personnes triées et sélectionnées.

5° Les tribunaux ont qualité pour rechercher si les statuts ont été respectés dans leur lettre et dans leur esprit, sans empiéter sur la liberté qu'ont les syndicats d'inscrire dans leur charte corporative ce que bon leur semble, lorsque ces clauses ne sont pas contraires à l'ordre public.

Dr Paul Boudin.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

CHRONIQUE SYNDICALE

En Seine-et-Marne.

Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne* a tenu son assemblée générale d'automne le 24 octobre dernier. Nous laisserons de côté, ici, les questions départementales qui furent traitées en cette réunion, ne nous occupant que des réponses — d'intérêt général — faites, par les confrères de ce département, aux questions posées aux Syndicats par le Conseil de l'Union, suivant la louable habitude du secrétaire général Lenglet.

Toutefois, nous ferons une exception, parmi les questions régionales, pour l'A. M. G. qui peut être, par comparaison pour les autres départements, utile à faire valoir, comme précédent.

1° A.M.G.

Un *referendum* avait eu lieu, sur ce sujet, à la suite de la décision de l'Assemblée générale d'avril. Aussi, c'est pièces en mains, c'est-à-dire avec 127 feuilles signées des confrères du département (sur 143 du Syndicat) que le président put entamer la lutte . Hâtons-nous de dire que le Syndicat eut complètement gain de cause, et que ses demandes modérées pour éviter tout « marchandage » ainsi qu'il avait été bien spécifié, furent acceptées par le Conseil général, devant lequel le Préfet, après étude de la question avec les délégués du Syndicat, avait promis son appui.

Il en résulte les chiffres suivants :

	1926	1927
Consultation	4 fr.	7 fr.
Visite	5 »	8 »
Visite de nuit	10 »	16 »
Visite du dimanche	5 »	12 »
Déplacement kilométrique	0.75	1 »

En face de ces chiffres, il n'est pas inutile de rappeler qu'en 1919, le tarif était, *à l'abonnement de 3 francs par an, par inscrit. Quantum mutatus !* .... Il est vrai qu'alors, il n'y avait que quelques syndicats épars dans le département sans même de Fédération départementale et encore moins sans la cohésion, active et vigilante, d'un solide *syndicat départemental.*

2° Assurances sociales.

En juillet dernier, lors de l'assemblée générale de l'*Union*, deux questions avaient été *préalablement* posées aux syndicats, à savoir s'ils étaient ou non décidés à aller, au besoin, jusqu'à la grève, si la loi leur refusait possibilité, dans les contrats de :

a) *Un tarif non limitatif* ;

b) *La participation à la gestion des caisses.*

La réponse des délégués avait été *affirmative*, à la presque unanimité.

Comme suite, les deux questions suivantes sont, à leur tour, à examiner par les Syndicats, *en vue de la réponse* à faire par les délégués, lors de la prochaine assemblée générale de décembre :

Première question.

Le Corps médical refusera-t-il sa collaboration à l'application de la loi d'assurances sociales, si la loi n'exclut pas le forfait, *quel qu'il soit, des possibilités contractuelles* ?

Réponse du Syndicat (à l'unanimité comme les suivantes).

« Chaque Syndicat étant autonome, nous n'avons pas à vouloir, ni lui imposer, ni lui interdire une modalité quelconque de contrat — si condamnable que soit toute espèce de *forfait* et si regrettable que puisse être toute décision syndicale l'acceptant. »

DEUXIÈME QUESTION.

Le Corps médical organisé refusera-t-il sa collaboration à la loi d'assurances sociales si la loi ne laisse pas aux Syndicats la certitude de pouvoir... passer avec les Caisses un contrat ne comportant AUCUN TARIF, *le taux des honoraires étant établi par* ENTENTE DIRECTE *entre le médecin et son malade ?*

Cette condition se trouvait déjà incluse dans un ordre du jour *voté* en juillet par l'Assemblée générale de l'Union. Mais il convient ici de faire une remarque. *La grève en cas de tarifs limitatifs* avait été votée officiellement et *statutairement* par l'Assemblée, par le fait même que le vote *spécial* émis faisait suite à la question spéciale, posée, dans les mêmes termes, auparavant par le Conseil de l'Union aux Syndicats qui en avaient *discuté* dans leurs assemblées et avaient *mandaté* spécialement sur ce point leurs délégués à l'Union en vue du vote à émettre.

Au contraire, *la grève en cas de « aucun tarif »* n'avait fait, en juillet, l'objet d'*aucune discussion* antérieure, d'*aucun mandat,* la question n'ayant pas été posée aux Syndicats. Le vote de l'Assemblée, sur ce point, ne pouvait donc *décider la grève d'emblée*, mais être seulement émis à titre *indicatif*. C'est ce que fit remarquer, comme c'était son devoir pour éclairer les débats, le président de l'Union, au moment même du vote. On lui en fait grief dans le *Bulletin* de novembre de la Fédération dissidente (page 185). Ce serait, paraît-il, avoir « fait accepter une chose formidable par cette sage A. G. ». Et, plus loin (page 188) : « Il convient de faire ressortir la manœuvre extraordinairement habile des dirigeants de l'Union. Le Président dit : « Ne peut engager le Conseil que ce qui « a été voté par les Syndicats ». Première erreur : ... ». Pour préciser où se trouve la « manœuvre » et « l'erreur », il suffit de se reporter aux statuts de l'Union (art. 18) où il est dit que l'assemblée générale :

« A pour rôle : *a*) de *décider* sur toutes les questions à l'ordre du jour *et préalablement discutées par les Syndicats.* »

Passons... et voyons ce que pensent de cette modalité nos confrères de Seine-et-Marne et s'ils sont prêts à faire grève pour l'obtenir.

Réponse du Syndicat. — « Non seulement le Syndicat de Seine-et-Marne ne refuserait pas sa collaboration aux Assurances sociales, en cas d'impossibilité de contrats *sans aucun tarif*, mais il est d'avis qu'un tel mode de contrat est *contraire aux intérêts du Corps médical.* Chaque praticien serait ainsi laissé *seul* devant ses malades *groupés* et faisant partie d'une caisse leur imposant ses règlements et ses décisions. Sans parler de médecins acceptant une médecine spéciale, au rabais, ce serait, ainsi que le Syndicat l'a déjà dit, dans son *Ordre du jour* du 25 octobre 1925 : « Laisser le praticien *isolé et désarmé*, en face de *collectivités* désormais toutes puissantes »... et qui lui imposeraient des prix dérisoires, analogues à ceux qu'avaient imposés au Corps médical, les conseils généraux en A.M.G., les Sociétés mutuelles et les Cies d'assurances-accidents, avant qu'ait réagi victorieusement la force syndicale. »

3° Statuts de l'Union. Groupements.

Sur ce point, voici quelles étaient les questions posées par le Conseil de l'Union. Nous les réunissons, cette fois, la réponse étant unique, dans un ordre du jour.

PREMIÈRE QUESTION. — *Etant entendu que la constitution de groupements régionaux ne sera pas en opposition avec l'exercice intégral de l'autonomie syndicale, êtes-vous d'avis d'instituer ces groupements ?*

DEUXIÈME QUESTION. — *A quel groupement voudrez-vous, le cas échéant, être rattachés ?*

TROISIÈME QUESTION. — *Etes-vous, en conséquence, d'avis de compléter les statuts de l'Union en tenant compte des nécessités de la cohésion de l'exécutif, émanateur des volontés de la majorité du Corps médical organisé :*

Réponse du Syndicat (ORDRE DU JOUR).

« Le *Syndicat médical de Seine-et-Marne*, réuni en Assemblée générale, le 25 octobre 1926 ;

Au sujet des questions posées par le Conseil de l'*Union* sur les *Groupements syndicaux,* et après délibération, déclare être d'avis :

a) Que les seuls *groupements syndicaux utiles* sont ceux correspondant aux organisations administratives actuelles : commune, arrondissement, département, nation ;

b) Que tout autre mode de groupement pourrait même être nuisible, parfois, en divisant les forces syndicales en des *pseudo-groupements fictifs*, composés uniquement de BUREAUX dont les parlottes, sans portée, ni sanction, énerveront toute doctrine syndicale en multipliant des résolutions, des décisions, des ordres du jour qui chevaucheront sur ceux des Assemblées régulières et normales des SYNDIQUÉS eux-mêmes, émiettant ainsi les responsabilités et tendant à annihiler toute action syndicale suivie, tant matérielle que morale.

4° Loi des Pensions.

Voici les questions posées par le Conseil de l'Union :

PREMIÈRE QUESTION. — *Sur la question des* HONORAIRES :

Votre syndicat est-il résolu à cesser de collaborer à l'application de la loi du 31 *mars* 1919 :

a) *Si l'unification des catégories des tarifs déterminées par l'art.* 60 *du décret du* 25 *octobre* 1922 *n'est pas réalisée avant le* 1er *janvier* 1927.

b) *Si les tarifs unifiés ne sont pas fixés au minimum de...*

c) *A quelle date proposez-vous que cesse la collaboration ?*

Le Président du Syndicat fit remarquer, tout d'abord, que, par décret du Président de la République en date du 16 octobre 1926, le prix de toute consultation ou visite, dans toute la France, est fixé *à huit francs, avec rétroactivité du 1er juillet* 1926. De plus, comme pour les accidents du travail, dans les villes de plus de cent mille habitants et leur banlieue, une indemnité de déplacement *moyenne* et fixe de *deux francs* est accordée pour chaque visite, quelle que soit la distance entre le domicile du médecin et celui du malade, les indemnités de déplacement restant dans le *statu quo* pour les visites faites en dehors de ce cas spécial des grosses agglomérations.

C'est, pour le tarif Maginot, la SUPPRESSSION DES CATÉGORIES, déjà obtenue auparavant pour le tarif des accidentés du 9 avril. Ceci établi, voici quelles furent les réponses des confrères :

Réponse du Syndicat

Le Syndicat de Seine-et-Marne est résolu à cesser toute collaboration à l'application de la loi du 31 mars 1919, :

a) Si dans le courant de l'année 1927, les catégories étant abolies depuis peu, les tarifs unifiés ne sont pas fixés au minimum de *dix francs*.

b) La cessation de la collaboration aurait lieu à partir du 1er *juillet* 1927.

DEUXIÈME QUESTION. — *Sur la question de surveillance et de* CONTROLE : *votre syndicat est-il disposé à continuer sa participation et sa collaboration au contrôle, même au cas de grève administrative ?*

Réponse du Syndicat.

En cas de grève administrative, la participation et la collaboration au contrôle pourraient être provisoirement continuées.

***

Quant aux autres questions posées concernant, par exemple, la *lutte contre les fléaux sociaux*, le Syndicat n'eut pas de réponses spéciales à faire, les archives de l'*Union* possédant déjà, dans les divers *Bulletins du Syndicat* :

a) Le *contrat collectif* établi entre le Syndicat médical et l'office départemental d'hygiène sociale concernant tout ce qui a rapport à la *lutte antituberculeuse* ;

b) Le *projet de règlement*, en cours d'établissement, soumis, dans cette même assemblée, aux critiques des confrères, au sujet de la *lutte antisyphilitique*.

c) La constitution même de l'*Office départemental d'hygiène*, dont font partie, statutairement, *cinq délégués* du Syndicat et avec lequel les confrères de Seine-et-Marne ont jusqu'ici les meilleurs rapports,

Enfin, au sujet du *code de déontologie*, le Syndicat est d'avis qu'un code commun à tous les groupements pourrait être établi et approuve les propositions du Conseil de l'Union à ce sujet.

Pour copie conforme :

Le Président du Syndicat médical de Seine-et-Marne :

Dr Fernand DECOURT.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — Le Dr Maurice MIGNARD, médecin des asiles de la Seine. — M. le professeur BABES, de Bucarest.

— **Médecins parisiens de Paris.** — Le dîner de rentrée des « Médecins parisiens de Paris » a eu lieu le 26 octobre à l'Auberge de la Devinière , sous la présidence du Dr Devraigne. Les nombreux assistants : Dr Baillière, Prof. Léon Bernard, Dr Bloch (André), Blondin (Paul), Boissier, Bongrand, Boulanger-Pilet, Boutet, Chassin, Chenet, Courtin, Coutela, Devraigne, Didsbury, Doin, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Giraud, Gréder, Guébel, Laurent-Gérard, Leroux, Le Roy des Barres, Lobligeois, Lortat-Jacob, Mlle Mircouche, Mock, Monthus, Mounier, Papillon, Piot, Prost, Rolet, Sauphar, Sée, Trèves, Viguerie, Vitry, Waldon, montrèrent le plus grand enthousiasme à fêter la promotion du Dr Lobligeois au grade d'Officier de la Légion d'honneur, distinction si méritée, qui, comme le dit fort bien le Dr Devraigne, « honore encore plus l'Ordre de la Légion d'honneur qu'elle n'honore celui à qui elle fut justement conférée ». Puis, M. le Prof. Léon Bernard exposa, avec une simplicité aimable, qui en fit le charme, les remarques intéressantes qu'il put faire lors de son récent voyage en Amérique. Enfin seize nouveaux membres furent élus, qui viendront encore grossir le nombre des présents au prochain dîner de *décembre*. S'étaient fait excuser : les Dr Blondel, Constensoux, Dartigues, Duclaux, Lavenant, Lereboullet, Loubier, Luys, Lotte, Maréchal, Miriel, de Monchy, Monscourt, Quiserne, Prof. Charles Richet, Rollot, Schaeffer, Schreiber, Tarrius, Tixier, Toupet, Vimont, Watelet.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, s'adresser au Secrétaire général : Dr Pierre PROST, 119, boulevard Malesherbes, Paris, 8e.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

A première vue, pareille déclaration des causes de décès semble acceptable. En effet, le médecin ne dévoile pas le nom de son client, lequel est répertorié sur ses fiches personnelles, sous un numéro d'ordre.

De la sorte, il semble que le secret professionnel soit strictement observé.

Mais il n'en est rien, à un examen plus approfondi.

Tout d'abord, ce système ne pourrait être applicable qu'aux très grandes villes : commune de Paris, commune de Lyon, ou de Marseille, à la condition qu'on n'exige pas, pour ces grandes cités, l'indication de l'arrondissement ou du canton.

Mais, pour les villes de moyenne importance et surtout pour les petites localités de campagne, le secret professionnel est franchement violé.

Grâce à l'indication du nom de la commune et à celle de la date du décès, il sera parfaitement possible de reconstituer l'identité du défunt.

Il existe bien des localités dans lesquelles il ne meurt pas un individu par semaine : le numéro d'ordre devient donc un enfantillage, pour masquer l'état civil du décédé : par conséquent, indirectement, le médecin traitant aura violé le secret professionnel. Il sera, par suite, passible des pénalités prévues par l'article 378 du code pénal, quelle que puisse être sa bonne foi.

Vainement arguera-t-il, pour sa défense, qu'il s'est conformé aux stipulations d'un arrêté préfectoral. Les juges correctionnels ne connaissent que les codes, et les lois, ne pouvant être modifiées que par d'autres lois.

En l'état actuel de la législation, le secret professionnel est absolu.

Je sais bien que l'autorité préfectorale cherche les moyens de protéger la santé publique, par l'entremise de ces déclarations des décès. Mais, tant que l'article 378 restera avec sa teneur actuelle, un préfet ne peut pas modifier le respect que nous devons au code pénal.

Aussi, puis-je dire en passant qu'il n'est nul besoin, pour les assurances sociales, de demander au législateur un texte, par lequel le secret professionnel doit rester inviolable, pour les futurs assurés sociaux : l'article 378 du code pénal suffit..... à la condition que les médecins le connaissent et le respectent.

En second lieu, la rédaction, qui nous est soumise, constitue une violation du secret professionnel d'une manière indirecte, en ce sens que le médecin conserve chez lui un carnet à souches, sur lequel est consigné le nom du défunt et le diagnostic de la cause de la mort.

Ce livret peut parfaitement traîner sur une table et rester exposé aux indiscrétions d'un domestique, ou d'une personne de la famille du docteur.

En cas de décès du praticien, ce carnet à sou-

ches peut figurer dans les papiers, que la succession peut être appelée à compulser, ou à produire à des tiers, pour établir le bilan de la succession.

Je sais parfaitement qu'on peut me rétorquer qu'il en est de même pour les fiches que chaque médecin constitue pour chacun de ses malades.

Mais un fichier peut être détruit par la famille, alors que ce carnet de déclaration des causes de décès revêt un caractère officiel, puisque provenant de la préfecture. Aussi, peut-il être à craindre que ce livret ne soit envoyé, par les soins de la famille du *de cujus*, soit à la mairie, soit à la préfecture.

Je conclus donc une fois de plus que, quelque légitime que soit la préoccupation de l'administration préfectorale pour préserver la santé publique, nous devons nous refuser à toute violation du secret professionnel, soit directement, soit indirectement, tant qu'une loi à intervenir n'aura pas diminué les prescriptions de l'article 378 du code pénal, comme la loi du 15 juillet 1902 l'a fait pour la déclaration des maladies contagieuses.

Que mes confrères soient bien avertis qu'ils risquent d'être traduits en correctionnelle : ils seront condamnés, malgré leur bonne foi et malgré leur obéissance aux arrêtés préfectoraux. *Dura lex, sed lex.*

Dr Paul Boudin.

CORRESPONDANCE

Sou Médical

La cotisation des nouveaux membres est valable pour 1927.

J'ai reçu votre réponse concernant mon admission au « Sou Médical », mais je vous serais reconnaissant de bien vouloir me fournir quelques éclaircissements au sujet de la date du paiement de ma prochaine cotisation.

La somme versée n'est-elle valable que jusqu'au 1er mars 1927 et aurai-je une nouvelle cotisation à payer à cette date ou bien compte-t-elle pour 1926-1927 ?

Dr D.

Réponse.

En principe, la cotisation n'est valable que pour l'exercice annuel en cours ; cependant à cette époque de l'année, les admissions sont considérées comme partant du 1er janvier 1927 et les cotisations actuellement versées le sont pour l'exercice 1927.

Malgré cela, par mesure bienveillante, le « Sou Médical » donne sa garantie aux nouveaux membres dès le jour où leur admission est prononcée par le Conseil d'administration : ils sont donc garantis pour la fin de 1926.

Accidents

3404. — Fixation de la rente d'un accidenté du travail.

Je me permets de venir vous demander un renseignement, non pas pour moi, mais pour un de mes clients.

Ce jeune homme, accidenté du travail en septembre 1925, présentait une fracture de cuisse ; j'avais établi un certificat prévoyant trois mois d'incapacité temporaire avec prévision d'incapacité permanente. Au bout des trois mois, j'établis un certificat de consolidation où je signalais une incapacité permanente partielle. Six mois après, comme Sœur Anne, ne voyant rien venir, le blessé, sur mes conseils, dépose au greffe de la Justice de Paix du canton un duplicatum du certificat de consolidation mentionnant l'incapacité permanente partielle.

Quelque temps après (il y a de cela un mois environ), le blessé, est appelé à comparaître devant le tribunal de 1re instance au chef-lieu d'arrondissement ; là, on lui tient à peu près ce...... court discours : « La partie adverse (c'est-à-dire l'agent d'assurance représentant le patron), ne peut pas se présenter aujourd'hui... au revoir, Monsieur ».

Et l'on n'entend plus parler de rien ; mon pauvre blessé en a été pour ses frais.

Pourriez-vous me dire *quel recours on peut avoir* ?

Je tiendrais à ce que le blessé touche ce qui lui est dû comme rente. L'assurance a payé le demi-salaire, et les frais médico-pharmaceutiques (et encore ma note a été réduite de cent et quelques francs) et puis c'est tout. Tout le monde s'en f.....che royalement : patron, assurance, juge de paix, tribunal d'arrondissement...

Alors que peut-on faire ? Dr M.

Réponse.

D'après les renseignements que vous nous donnez, le Tribunal civil a été régulièrement saisi de l'instance en attribution de rente et le blessé a déjà été convoqué par le Président en conciliation, mais l'affaire a été renvoyée par suite du défaut de comparution de l'adversaire, en l'espèce l'agent d'assurances.

Vous ne nous dites pas si un avocat ou un avoué ont été commis d'office pour assister le blessé en conciliation, comme la loi le prescrit. Dans l'affirmative, que votre blessé écrive au conseil qui lui a été désigné, pour lui demander de faire les démarches nécessaires pour que l'affaire revienne au plus tôt. Dans la négative, qu'il écrive au Procureur de la République pour lui signaler la situation et lui demander, conformément à la loi, de faire commettre un avoué et un avocat. Nul doute que ce magistrat ne lui donne satisfaction.

3278. — La visite de contrôle dans les accidents de droit commun.

La loi sur les accidents du travail prévoit, à la demande du patron ou de son assureur, contre-visite du

blessé en prévenant 48 heures à l'avance et après requête près du juge. cela est indiscutable, mais quand il s'agit d'accident de droit commun, une contre-visite peut-elle être imposée de la même façon ?

Je m'explique. Un individu est renversé par une automobile sur la voie publique. Il choisit son médecin. L'assurance du conducteur de l'automobile ou le patron de la voiture ont-ils le droit de faire contre-visiter le traumatisé par un médecin de leur choix ?

Ou bien le blessé, maître chez lui, n'est-il pas libre de se contenter des soins du médecin qu'il choisit et de refuser l'accès de son domicile à tout autre médecin imposé ?

Je vous serais reconnaissant de me fixer.

Dr G.

Réponse.

L'obligation pour le blessé de se laisser contre-visiter par le médecin de l'assurance sous réserve de l'accomplissement par ce dernier de certaines formalités, n'existe que dans les accidents du travail.

En matière d'accidents de droit commun, le blessé doit se faire soigner par son médecin, comme un client ordinaire, sans avoir à avertir l'auteur de l'accident ou son assurance et sans avoir à se soumettre à leur contrôle. Il peut donc refuser l'accès de son domicile au médecin de l'assurance.

Mais, en fait, il est préférable que le blessé se laisse examiner, avec l'assistance de son médecin traitant, bien entendu, et cela afin d'arriver plus facilement à un règlement amiable de son indemnité. En agissant autrement, il rendrait presque fatalement nécessaire une expertise judiciaire qui pourrait entraîner de gros frais et retarderait le paiement des dommages-intérêts.

Honoraires de droit commun.

3373. — Recouvrement d'honoraires contre un tiers responsable.

Abonné au *Concours médical*, je vous serais très obligé de m'aider de vos lumières au sujet du cas suivant :

Dans le courant de l'année dernière, j'ai donné mes soins et pratiqué deux interventions chirurgicales sur une petite fille dont les parents ont oublié de m'honorer. Trois relevés d'honoraires expédiés successivement sous pli recommandé sont restés sans réponse. Devant la carence des parents et dans l'impossibilité d'obtenir leur adresse actuelle, j'ai prévenu par pli recommandé la grand'mère de l'enfant (*au domicile de laquelle les soins ont été donnés*) que, la tenant responsable des soins donnés chez elle à sa petite-fille et devant la carence des parents de l'enfant, je ferais recouvrer par poste le montant de mes honoraires. La « valeur à recouvrer » a été refusée.

Je vous serais obligé de me faire connaître si légalement je puis engager des poursuites contre la grand'mère et par quel procédé je pourrai obtenir le règlement de mes honoraires, la dite grand'mère prétendant ignorer l'adresse de son fils, adresse que par ailleurs je ne puis obtenir.

Dr S.

Réponse.

Vos débiteurs normaux sont les parents de l'enfant auquel vous avez donné vos soins. Cependant, si les soins ont été donnés au domicile de la grand'mère, si celle-ci était habituellement votre cliente, si enfin, il vous est possible de prouver que, soit expressément, soit implicitement par ses propos ou son attitude, elle vous est apparue comme garante du paiement de vos honoraires, vous pouvez la poursuivre. Si, comme nous le supposons, votre note ne dépasse pas 1.500 francs, l'affaire est de la compétence du juge de paix.

Nous vous conseillons de confier ce recouvrement à un huissier ou un homme d'affaires. Si vous n'en connaissez pas, nous pouvons vous recommander Me Audebert, avocat, 5, rue des Saints-Pères, qui est spécialisé dans les recouvrements d'honoraires médicaux.

Application du Tarif Durafour.

I

3294. — Pansements longs et minutieux.

Vieil abonné du *Concours*, je désirerais savoir comment je dois, au point de vue accident du travail, tarifer les pansements suivants :

Une femme (domestique) tombe la jambe gauche entre deux planches formant parquet et se fait un vaste hématome de la jambe qui devient suppuré et nécessite l'intervention chirurgicale.

Le décollement est tel que six ouvertures pour le passage de drains sont faites ; suppuration abondante, nettoyage des drains , etc., font que le pansement me demande plus de temps et de soin qu'un pansement compris dans la visite.

Puis-je compter ces pansements au prix de 15 fr. comme pansements multiples sur un même segment de membres ?

Dr P.

Réponse.

Vous n'avez pu faire des « pansements *multiples* », fût-ce sur un même segment de membre, alors qu'il s'agit, dites-vous, d'un *seul* hématome suppuré. Je ne vois donc pas sur quel article du tarif vous pourriez vous baser pour justifier le prix de 15 francs que vous proposez. Pansement long et minutieux, donc devant être payé plus ? ..... Oui, s'il s'agissait du tarif Maginot, qui a

une rubrique spéciale à ce sujet et peut l'avoir puisqu'elle est sous l'égide de la Commission de contrôle, qui n'existe pas en matière d'accidents du travail. Mais rubrique absente du tarif Durafour. Donc vous ne pouvez compter (puisqu'il ne s'agit pas de brûlures) que pansement ordinaire compris dans le prix de la visite ou consultation.

F. D.

II

3304. — Costotomie.

Pour un pensionné de guerre qui avait été traité par un empyème d'une pleurésie purulente, j'ai dû faire une costotomie pour aller chercher une sonde qui était perdue dans la plèvre. Ma costotomie a porté sur une seule côte dont j'ai réséqué une longueur d'environ cinq centimètres.

Que dois-je compter sur mon mémoire ?

Est-ce Estlander à 400 ? L'empyème avait été *pratiqué* il y a plusieurs années et pas par moi.

Dr L.

Réponse.

Une costotomie ne portant que sur une seule côte n'est pas un Estlander et ne peut être comparée qu'à « empyème » : 50 francs. Vous avez fait, en effet, une costotomie pour extraction de corps étranger de la plèvre, ce qui est tarifable ainsi, par analogie avec la costotomie pratiquée en cas d'empyème.

F. D.

III

3308. — Luxation avec fracture d'une apophyse articulaire.

Je vous serais très reconnaissant si vous vouliez bien me donner le renseignement suivant :

Un blessé arrive chez moi. Luxation du poignet, que je réduis, non sans peine d'ailleurs.

Une radio, trois jours après, me montre une fracture de l'apophyse styloïde du radius. Plâtre.

Que dois-je compter ?

Réduction de luxation poignet..........	75 fr.
Plâtre fracture radiale................	60 »
	135 »

Ou bien l'une de ces deux opérations seulement ?

Dr R.

Réponse.

Il s'agit là d'une luxation du poignet avec fracture de l'apophyse styloïde, lésion secondaire à la luxation dont elle fait partie. Vous n'avez donc, ce me semble, à compter que votre « réduction de luxation du poignet : 75 francs », y compris l'immobilisation de l'articulation nécessitée par la complication osseuse. Ou alors, dans une luxation de l'épaule, ainsi que je l'ai déjà fait observer, en cas de fracture de la coracoïde, il faudrait compter en plus une fracture de l'omoplate, et ainsi de suite. A mon avis, ce serait

abusif, mais ceci à mon avis simplement, comme dans mes réponses d'ordinaire, et sous réserve de jugements contraires..... que je ne pense pas exister.

F. D.

IV

3221. — Pansements de brûlures la nuit.

A 11 heures et demie du soir, ont été amenés chez moi deux ouvriers pétroliers qui étaient grièvement brûlés par une explosion d'essence.

L'un était brûlé gravement à la face, aux yeux, aux deux bras, aux deux avant-bras et aux deux mains, à la région sternale, aux deux cuisses, aux deux jambes et aux deux pieds.

L'autre était brûlé gravement à la face, au cou, aux deux avant-bras et aux deux mains.

Je leur ai fait les pansements importants nécessités par leurs lésions (ce qui m'a demandé près de deux heures) et les ai fait admettre à l'hôpital.

Veuillez donc me dire ce que je dois demander comme honoraires pour de tels pansements faits la nuit.

Dr G.

Réponse.

Premier brûlé : « Vaste brûlure » (article 28) 100 francs, plus 25 % pour intervention de nuit (article 28), soit : 125 francs.

Second brûlé : « Grande brûlure de surface comparable à un membre » 50 francs plus 25 % soit : 62 fr. 50.

F. D.

Baux et locations.

3252. — Bail en cours. Pas d'augmentation possible.

Résidant dans un bourg d'environ 1.100 habitants dont la population n'a pas augmenté de 5 %, j'ai un bail commençant le 1er octobre 1921 et se renouvelant automatiquement de trois en trois ans à moins qu'il ne soit dénoncé un an avant expiration.

Le loyer qui était de 1.200 fr. au début (de 600 fr. + 725 fr. le 1er août 1914) a été augmenté à l'amiable à 1.600 fr. en 1924 sans que le bail n'ait été dénoncé.

Voilà que ma propriétaire, sans avoir dénoncé le bail à temps et par lettre recommandée comme il a été convenu, veut me demander une augmentation à 2.400 fr., se basant probablement sur la loi du 1er avril 1926. A mon avis, cette loi n'est pas applicable dans notre commune qui n'a pas 4.000 habitants et n'a pas augmenté de 5 %, et je crois donc que mon bail doit être valable sous les anciennes conditions jusqu'au 30 septembre 1930.

Dr X.

Réponse.

D'après les renseignements que nous donne votre lettre, vous êtes titulaire d'un bail de trois ans, renouvelable de trois ans en trois ans, faute par l'une des parties de le dénoncer un an avant l'expiration de chaque période par lettre recommandée. Ce bail a commencé à courir du 1er octo-

bre 1921, a été renouvelé en 1924 moyennant une augmentation de loyer et devait arriver à expiration le 1er octobre 1927, si votre propriétaire vous avait donné congé par lettre recommandée avant le 1er octobre 1926.

Votre propriétaire ne vous a pas donné congé et prétend maintenant vous imposer une nouvelle augmentation de loyer.

Les prétentions de votre propriétaire ne reposent sur aucune base juridique. En effet, faute de dénonciation dans le délai imparti, votre bail s'est trouvé automatiquement renouvelé pour une période de trois ans qui ne prendra fin que le 1er octobre 1930. Jusque-là, en l'état actuel de la législation sur les loyers, vous ne devez supporter aucune augmentation, que la loi du 1er avril 1926 soit ou non applicable dans votre commune. Cette loi a été faite pour les locataires qui n'avaient plus de bail ou de prorogation et ne modifie en rien les contrats en cours.

Nous vous conseillons donc de refuser toute augmentation et de vous en tenir à votre bail.

Fiscalité

3055. — Taxe de luxe sur une automobile.

Abonné du *Concours médical*, j'ai l'honneur de vous demander votre avis sur le point suivant :

Je me suis rendu acquéreur, il y a deux mois, d'une voiture automobile, d'occasion. Cette voiture est sortie de l'usine fin 1925 et je l'ai achetée au propriétaire en avril 1926. Les contributions indirectes me réclament une attestation certifiant que la taxe de luxe a bien été payée sur cette voiture. Je me suis adressé à mon vendeur qui a transmis ma demande au garagiste qui lui a fourni à lui-même le véhicule.

Je ne reçois aucune réponse. J'ai écrit moi-même alors à la maison dont la voiture porte la marque; Cette maison m'a répondu qu'elle écrivait à la succursale vendeuse pour me faire adresser l'attestation en question ? Je ne reçois aucune réponse. Il est bien probable cependant que l'administration des Contribution indirectes dont ressortissait l'ancien propriétaire de l'auto a dû se renseigner sur le point en litige avant de la laisser circuler pendant neuf mois. Pourriez-vous m'indiquer la ligne de conduite à tenir pour ne pas avoir de difficulté avec l'administration ?

Dr S.

Réponse.

Depuis la mise en vigueur des dispositions de l'article 94 de la loi du 13 juillet 1925, il existe deux sortes de permis :

1° Permis de circulation destiné aux voitures servant au transport des personnes ;

2° Permis de circulation destiné aux voitures servant *exclusivement* au transport des marchandises.

La délivrance du premier permis est subordonnée au paiement de la taxe de luxe.

Cependant si la voiture n'a subi aucune transformation depuis sa sortie de l'usine, ce qui doit être le cas, si comme nous le supposons, il s'agit d'une voiture de tourisme, nous estimons que la prétention de l'Administration est abusive, car vous ne pouvez être rendu responsable du paiement de la taxe de luxe ; au cas où le contrôleur ne pourrait vous fournir l'attestation demandée, nous estimons qu'il serait suffisant de fournir la facture remise à votre vendeur, facture sur laquelle figurent, non seulement, les caractéristiques du châssis, mais celles aussi de la carrosserie : de cette façon vous établiriez que la voiture ayant été vendue neuve comme servant au transport des personnes, le fabricant seul (ou son agent) était responsable du paiement de la taxe.

A.M.

3041. — Revision des déclarations de revenus.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir aussitôt que possible me donner quelques renseignements juridiques.

J'ai fait en 21, 22, 23, 24, 25, une déclaration d'impôt sur le revenu (revenu médecine et valeurs), nulle difficulté n'a été soulevée par aucune déclaration.

Je reçois aujourd'hui une lettre du contrôleur m'annonçant que toutes les déclarations que j'ai faites ne sont pas exactes et il veut me taxer pour des sommes d'un tiers environ supérieures chaque année, à charge à moi, si je n'accepte pas sa taxation, d'en fournir la preuve.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire :

1° Si la loi a un effet rétroactif en l'occurence ?

2° Si, ayant accepté chaque année ma déclaration, le contrôleur peut cinq ans après la première, alors que j'ai payé les impôts afférents, les rejeter toutes en bloc ?

3° S'il est nommé un expert, cet expert peut-il demander un relevé des coupons touchés en banque et des opérations effectuées ?

4° Quels conseils me donnez-vous en la circonstance ?

Dr N.

Réponse.

Le contrôleur est parfaitement dans son droit en procédant à la révision de vos impositions, il a 6 ans pour vérifier vos déclarations : l'année de la souscription et les cinq années suivantes.

En cas de demande d'expertise, l'expert n'a le droit d'exiger la production d'aucun document. Mais son rapport sera établi après examen des documents que vous lui soumettrez ; si vous ne lui fournissez aucun élément de justification de vos déclarations, ce rapport ne pourra que vous être défavorable.

Seuls les commerçants sont *légalement* obligés

de tenir des livres ; on ne peut donc exiger la production de vos comptes, mais vous serez en mauvaise posture si vous n'avez aucun document à opposer aux prétentions du contrôleur.

A. M.

3075. — Impôts en cas d'installation en cours d'année.

Je me suis installé à X. le 15 janvier, c'est-à-dire prise de possession des locaux. Ma plaque fut posée à la fin du mois. Mon bail n'a commencé à courir, qu'à partir du 25 mars, enregistré début avril.

Je n'ai fait aucune déclaration aux contributions.

Mes confrères ont reçu leur feuille d'impôt et le dernier terme pour leur paiement est fixé au 31 octobre.

On me dit que je n'ai rien à payer pour la première année Dois-je m'en tenir là ?

En dehors de la patente, ai-je d'autres impôts à payer concernant mon loyer ? Dr Y.

Réponse.

Faites-vous confirmer par le *percepteur* que vous n'êtes pas imposé pour 1926. Si cette confirmation vous est donnée, attendez la publication du rôle supplémentaire de patente, où vous pourrez être imposé. Cette publication a lieu en novembre ou décembre, parfois même en janvier.

Vous *n'échapperez qu'à la* contribution personnelle-mobilière (due sur la valeur locative de vos locaux d'habitation) puisque vous n'étiez pas à X. au 1er janvier 1926. A noter cependant, que si l'usage local reporte la prise des locaux au 15 janvier, vous auriez pu être régulièrement imposé, mais vous ne pouvez figurer sur un rôle supplémentaire.

A. M.

3052. — Amortissement du mobilier professionnel.

Dans le détail de mes dépenses professionnelles, réclamé par le contrôleur de l'impôt sur le revenu, j'ai indiqué sous le titre « mobilier » une somme de 2.000 francs.

Je reçois la réponse suivante : « La dépense de 2.000 fr. (mobilier) est une dépense *en capital*, non déductible des honoraires de l'année ».

Est-ce parce que j'ai oublié de mettre que cette somme était l'amortissement du capital constitué par mon mobilier professionnel, ou bien ne faudrait-il pas comprendre dans les dépenses professionnelles l'amortissement de ce capital comme nous l'ont cependant conseillé la plupart des articles médicaux parus sur ce sujet ? Dr R.

Réponse.

Votre déclaration était mal rédigée et c'est à juste titre que le contrôleur a supposé qu'il s'agissait d'un achat.

Précisez-lui qu'il s'agit de l'amortissement, en lui indiquant la valeur d'achat du mobilier amorti.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 48 — 28 Novembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 3042-IV*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr L. P., de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 543. — Dr, 49 ans, très valide, mais ouïe s'affaibliss. est obligé cesser d'exerc. cherche situat. para ou extra-médic. honnête et digne. Ecr. Dr à la Ferrière-s.-Risle (Eure).

N° 544. — Auto Chenard, 10 ch. cond. int. 3 pl. écl. électr. pneus confort, bon ét. Dr Cocheret, Vichy (Allier).

N° 545. — Infirmière diplômée longue expér. dem. poste de nuit dans mais. de chirurgie ou d'accouch.

N° 546. — Veuve méd. 60 ans, très valide, aucune infirmité, demande tenir mais. pers. seule, de préf. Paris.

N° 547. — Part à prendre dans clin. pour spécial., radiolog. exceptée, quart. riche, install. luxueuse.

N° 548. — Suis achet. traités class. de philosophie et tous ouvrages classiques de philosophie d'occas.

N° 549. — Dame recomm. par Dr cherche gérance mais. de santé ou clin. Paris ou banl. Dispose capit. pour assurer cautionn.

N° 550. — Doct. échang. excell. poste camp. contre poste équival. à Paris.

N° 551. — A vend. 300 fr. : 3 roues, 3 pneus, 3 chambres Michelin 710 × 90. Deux conforts Michelin 730 × 130. Bon état.

N° 552. — Cause double emploi à vend. auto Peugeot 9 CV, écl. électr., 2 pl. et spid. 23.000 km., prix 10.000 fr. S'adr. Dr Mollaret, à Grenoble.

N° 553. — Le Dr Artignan à Sommery (Seine-Inf.) se charg. de placer des nouveau-nés ou enf. en bas âge chez de bonnes nourrices dans pays sain et pittoresque, pas de tubercul. ni mal contag.

N° 554. — Dr dés. entrer en relat. av. pers. cherchant mén. sér., bonne éduc., pour élever enf., rég. Blois.

N° 555. — Infirmière pour salle d'opér., anesthés., soins aux opérés, demand. par clin. chirurg. Verdun.

N° 556. — Cond. int. Panhard 3 pl., 10 CV. 1923, carr. luxe, a très peu roulé. Ecr. Dr Babin, à Arpajon (S.-et-O.).

N° 557. — Conf. dés. céder meubles et bibel. anciens. S'ad. Salvy, 63, rue Lauriston (Etoile).

N° 558. — Normandie. Poste seul méd., ch.-lieu, cant. gr. ligne, rapp. 65.000, gros fixes, vaste mais., grand jardin, eau, électr. Prix à déb. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 559. — Sud-Est. Poste seul méd., rapp. 32.000, pet. rayon, climat doux (chasse, pêche) grande villa, eau, électr., indemn. 13.000, dont petit compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Dr Gouget est le viatique des artério-scléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas, 40, rue des Acacias, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Syndicat des médecins de la Seine.** *Referendum sur les assurances sociales.* — Le Conseil d'administration du S. M. S., sur la proposition de M. JAYLE, a décidé de consulter par la voie du referendum tous les médecins de la Seine sur l'Assurance-maladie. Il a nommé une Commission composée de MM. CIBRIE, FANTON D'ANDON, HARTMANN, JAYLE et JOLLY, qui a établi un texte. Ce texte a été soumis au Syndicat médical de Paris et à la Fédération des médecins de banlieue qui l'ont accepté, si bien que le referendum est fait au nom de ces trois groupements syndiqués de la Seine.

Tous les médecins devront donc être consultés sur cette importante question. Ils recevront, affranchie comme imprimé urgent, une enveloppe contenant un exposé des faits et cinq questions auxquelles ils sont priés de répondre dans le plus bref délai. Il serait très désirable que chacun répondît pour que le législateur soit bien fixé sur la volonté du Corps médical.

Les médecins qui, par un défaut de distribution postale, n'auraient pas reçu le referendum, sont priés de le demander au Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente, Paris, VI[e]. Tél. *Fleurus* 47-87.

— **U. M. F. I. A.** *Banquet annuel.* — Sous la présidence du P[r] H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris, aura lieu, le mercredi 8 décembre, au Palais d'Orsay, à huit heures précises, le grand banquet annuel de l'Union médicale Franco-Ibéro-Américaine ou UMFIA.

— **Journées médicales de Madrid.** — On annonce, pour octobre 1927, des Journées médicales à Madrid.

— **Centenaire de Laënnec.** *Fêtes commémoratives.* — Programme : le lundi 13 décembre, à 15 h. 30, réception à l'Académie de médecine ; le mardi 14 décembre, séance solennelle à l'Académie ; le mercredi 15 décembre, réception à l'hôpital Laënnec. Pour les places à l'Académie de médecine, s'adresser au secrétariat, 16, rue Bonaparte.

— **Association des médecins des prisons.** — Les médecins des prisons ont décidé de se grouper en une association, chargée de la défense de leurs intérêts professionnels et de l'étude des questions d'hygiène pénitentiaire. Adresser les adhésions à M. Bizard, 15, rue Margueritte, Paris, XVII[e].

— **Faculté de médecine de Paris.** — Samedi, 10 décembre, à 17 h., au grand amphithéâtre. Conférence de M. VIGNES sur l'*opothérapie génitale.*

— **Enseignement de la radiologie.** — Le cours de radiologie et d'électrologie médicales fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Segaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine, Ledoux-

Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux, commencera le mercredi 1er décembre à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Les inscriptions en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 h. à 17 h.

Le nombre des places est limité.

— **Mariage.** — Le mardi 23 novembre a été célébré, en l'église Notre-Dame-du-Sart, à Merville, le mariage du docteur Armand Bara, lauréat de l'école de stomatologie, avec Mlle Denise Calonne.

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *novembre.*

Compétence des juges de paix.

Décret du 5 novembre concernant la compétence civile et pénale des juges de paix.

Aux termes de ce décret, le taux de la compétence en dernier ressort des juges de paix est élevé à 1.000 francs et le taux de la compétence à charge d'appel à 3.000 francs.

Ils pourront recevoir le serment de divers fonctionnaires des gardes champêtres et particuliers, des gardes-pêches et de tous experts commis par les juridictions de l'ordre judiciaire et résidant dans leur canton.

Seront déférées au juge de paix jugeant en matière corectionnelle les infractions en matière de police de chemins de fer, de police de la chasse, de la pêche fluviale, diverses infractions au Code du Travail, celles relatives aux réquisitions militaires, au recensement, au classement et à la réquisition des automobiles, etc.

Les affaires dont les tribunaux de première instance ou les cours d'appel ont été saisis avant la publication du décret resteront soumises, pour la compétence et les degrés de juridiction, aux dispositions des lois antérieures.

16 *novembre.*

Enseignement de la médecine.

M. Leclercq, agrégé sans limite de temps et chargé de l'enseignement de la médecine légale à la Faculté de Lille, est nommé professeur de médecine légale et médecine sociale à la Faculté (Fondation de l'Université).

La chaire d'Hygiène et de bactériologie de la Faculté de Nancy est déclarée vacante.

Deux emplois d'agrégé (médecine) à la Faculté de Bordeaux sont déclarés vacants.

Réponses des Ministres aux questions des Parlementaires.

Impôts dus par un médecin recevant des traitements fixes.

9134. — M. Escoulent, député, demande à M. le ministre des Finances : 1° si un docteur en médecine, n'ayant ni cabinet ouvert au public, ni clientèle particulière, dont le gain ou salaire est composé ainsi : deux traitements fixes, l'un de 18.000 fr., payé par la caisse de secours des aciéries de Firminy, l'autre de 15.000 fr. payé par la caisse de secours des mines de Firminy, doit, en matière fiscale, être taxé comme salarié ou au titre des professions libérales ; 2° si-le fait : *a*) que les traitements alloués sont fixes et peuvent être contrôlés, cela contrairement à l'exercice habituel de la profession en question ; *b*) que l'intéressé s'interdit l'exercice de sa profession en dehors de la partie rémunérée par un salaire fixe, ne doit pas faire considérer ledit médecin comme un salarié. (*Question du* 15 *juillet* 1926.)

Réponse. — S'il n'a pas de clientèle particulière et se borne à assurer, moyennant un traitement fixe, le service médical des entreprises envisagées, le médecin visé dans la question doit être considéré comme passible de l'impôt sur les traitements et salaires. (*J.O.*, 13 *novembre* 2926.)

Application de la taxe sur les spécialités pharmaceutiques.

9538. — M. Barthe, député, demande à M. le ministre des Finances : 1° si une annonce insérée dans un journal professionnel (en l'espèce *La Pharmacie laborieuse*, qui s'adresse aux employés des pharmacies) expose tout propriétaire de marque des produits pharmaceutiques qui fait de la publicité dans ses colonnes à se voir appliquer l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, cette publicité pouvant atteindre d'autres personnes que les médecins ou les pharmaciens ; 2° si, au contraire, il y a lieu de considérer que les préparateurs en pharmacie, collaborateurs directs du pharmacien, doivent bénéficier de l'exception prévue pour la presse pharmaceutique et médicale s'adressant aux patrons. (*Question du* 12 *novembre* 1926.)

Réponse. — 1° et 2° Au point de vue de l'application de l'article 31 de la loi du 4 avril 1926, l'administration assimile les préparateurs en pharmacie aux pharmaciens. En conséquence, si, comme il semble, *La Pharmacie laborieuse* ne s'adresse qu'aux médecins, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, la publicité figurant dans ce journal professionnel ne fait pas obstacle à ce que les produits thérapeutiques qui font l'objet de cette publicité soient exonérés de la taxe. (*J.O.*, 14 *novembre* 1926.)

La Fécondation artificielle

Puisque, dans le *Concours*, il est question de fécondation artificielle, cela m'incite à vous raconter une conversation qui eut lieu à Vichy entre plusieurs médecins, il y a de *cela* 20 *années*. Je n'ai jamais oublié les circonstances.

On parlait de « culture humaine » et quelqu'un émettait l'idée que, si l'on voulait faire abstraction de la morale, c'est-à-dire des mœurs, de la religion, de la loi, se placer simplement sur le terrain scientifique, on pourrait produire à volonté des races d'hommes, comme on produit des races de chevaux et de bœufs.

Que l'on pourrait produire des colosses et aussi des nains.

Dieu nous préserve d'une fantaisie trop grande.

L'on allait se séparer quand un vieux médecin du Havre prit la parole. Mes chers confrères, dit-il, je vais vous raconter une expérience que j'ai faite autrefois, et dont la portée peut être extraordinaire.

C'est même à cause de ses conséquences possibles, que je n'ai pas voulu la publier. Voici le fait.

Vous savez tous que l'on peut prendre un ovule de chauve-souris et le féconder artificiellement.

Je l'ai fait.

Tout aussitôt, j'ai inséré cet ovule fécondé dans le péritoine d'une autre chauve-souris.

Eh bien, cet ovule s'est développé. Je l'ai vu grossir et s'organiser.

J'avais réalisé une grossesse extra-utérine. Malheureusement mon sujet mourut tout à coup.

A ce moment, des circonstances imprévues me forcèrent à quitter le Havre. Je dus naviguer et jamais je ne pus recommencer mes expériences.

Pourtant, combien sont-elles importantes ! Supposez qu'il soit possible de prendre un ovule de femme, de le féconder artificiellement et de l'insérer au péritoine d'une espèce voisine.

Ce n'est, me direz-vous que l'histoire de la poule qui couve des œufs de canards.

Mais quelles conséquences !

Dr Delisle.

CORRESPONDANCE

3388. — Contraventions au Code de la route commises par des médecins.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me fournir le renseignement ci-après :

1° Existe-t-il dans la jurisprudence ancienne ou récente des cas où des médecins ont été acquittés à la suite de contraventions telles que celles-ci : contra-

vention pour excès de vitesse, extinction d'un feu rouge à l'arrière, extinction d'un des deux phares de leur auto au cours de leurs tournées ou à l'occasion d'une visite d'urgence ? Je crois me souvenir avoir lu des cas où le praticien avait été acquitté.

2° Dans l'affirmative, pourriez-vous me citer un ou plusieurs cas avec les références qui permettent de s'y reporter ?

Dr C.

Réponse.

La jurisprudence, déchargeant un médecin de contraventions, ou de délits, est peu abondante, car, en principe, le docteur est considéré comme un citoyen ordinaire, soumis comme les autres, à toutes les lois et ordonnances de police.

Somme toute, c'est l'éternel problème de l'opposition de l'intérêt individuel à l'intérêt général. Toutes les prescriptions législatives ou règlementaires concernant la limite de nos droits et de notre liberté sont fondées sur la nécessité de défendre, contre les entreprises particulières, l'ordre public et la sécurité de tous.

Si donc le code de la route impose de ne pas dépasser certaines vitesses, si les règlements et arrêtés communaux interdisent l'allure rapide, dans la traversée des agglomérations, c'est en vue de protéger la vie de tous, en limitant le droit de chacun.

Mais le médecin peut invoquer l'urgence : s'il ne fait pas diligence, il peut arriver trop tard pour sauver une vie humaine.

La force majeure peut excuser un prévenu, lorsque celui-ci a été la victime d'un événement imprévu, indépendant de sa volonté et auquel il se trouvait hors d'état de résister.

Deux arrêts de Cassation, du 3 juillet et du 13 novembre 1909 (*Annales* 1910, p. 370 et 486) déclarent que la force majeure « ne peut résulter que d'un événement indépendant de la volonté humaine et ne pouvant ni être prévu, ni être conjuré ; elle ne peut consister que dans l'impossibilité absolue où un citoyen se trouve de se conformer à la loi et non dans les difficultés, fussent-elles même très considérables, qu'il peut avoir à surmonter ».

Un arrêt de Cassation du 21 novembre 1855 décide que la nécessité, en matière de contraventions, ne peut être admise comme excuse que lorsqu'elle réunit les caractères de la force majeure.

En matière d'excès de vitesse de la part des médecins, un jugement de simple police de Marsanne (Drôme) du 17 mars 1910 (*Gazette des tribunaux*, 1911, 1re sem., 2e partie, p. 360) acquitte un médecin, qui faisait valoir, pour son excuse qu'il se rendait au chevet d'une personne en danger de mort.

« Attendu que le Dr Armanet invoque comme moyen de défense la nécessité qu'il y avait de se

rendre le plus rapidement possible auprès d'un malade, dont l'état était très grave ;

« Attendu que l'article 64 du Code Pénal, disant qu'en cas de force majeure, il ne peut y avoir ni crime, ni délit, ni contravention, s'applique au cas qui concerne le Dr Armanet... »

Dans le même sens, justice de paix de Marseille, 14 avril 1910 (*Gaz. des hôpitaux*, 1910, p. 860) et de Privas, cité sans date, in *Gazette des hôpitaux*, 1910. 2049, acquittant des médecins poursuivis.

En sens contraire, jugement de simple police de Saint-Donat (Drôme), du 14 novembre 1910 (Décisions J.P., 1911, 124 ; *Concours médical*, 1911. 881) ;

« Le fait, pour un médecin, d'avoir commis une contravention d'excès de vitesse, dans la conduite de sa voiture automobile, pour se rendre auprès d'un malade, dans un cas pressant, ne peut être considéré comme un cas de force majeure.

« Aux termes de l'article 64 du code pénal, il n'y a ni crime, ni délit, ni contravention, lorsque le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. Tel n'est pas le cas, puisque le docteur était parfaitement maître de sa machine et de sa volonté et qu'il n'invoque l'excuse qu'en vertu d'un but à atteindre.

« L'excuse ainsi invoquée ne saurait être admise comme absolutoire, ou péremptoire, car elle n'est pas légale. »

« ....Attendu toutefois qu'il y a lieu de tenir compte du mobile qui a fait agir le Dr S., qu'en effet, il n'a commis l'infraction que pour se transporter plus rapidement auprès d'un malade qui avait besoin de soins pressants ; qu'il y a donc lieu d'appliquer, en sa faveur, les dispositions de l'article 463 du code pénal (circonstances atténuantes). »

Un jugement de simple police de Paris (4e arr.) du 16 décembre 1909 (*Lois et sports*, 1910. 125) avait condamné le préfet de police de Paris, responsable de ses subordonnés, pour excès de vitesse, malgré que le conducteur du véhicule fût en service commandé.

Il faut donc en conclure que les médecins feront bien de se considérer comme étant des citoyens respectueux des lois et règlements. Leur profession ne les met pas à l'abri de contraventions pour excès de vitesse.

Fumée incommode.

Tribunal de simple police de Paris, 19 septembre 1912 : « la fumée incommode, dégagée par le graisseur d'une automobile, ne peut donner lieu à contravention, lorsqu'il est prouvé que cette fumée est due à une circonstance indépendante de la volonté, à un cas de force majeure.

« Ainsi, le chauffeur d'un chirurgien, qui re-

çoit de son maître, appelé à faire une opération très urgente, l'ordre de ne pas perdre une minute, qui exécute à la lettre cet ordre et ne prend pas le temps de vérifier son graisseur, ne commet pas la contravention de fumée incommode, lorsque son automobile laisse, en cours de route, échapper une vapeur nauséabonde. »

Telles sont les seules décisions concernant les automobiles de médecins que nous ayons pu rassembler.

Dr Paul Boudin.

Accidents

3257. — Duplicata de certificats d'accidents du travail.

Dans votre numéro du 17 octobre (p. 2669) il est question des certificats faits en double, à l'occasion des accidents du travail, sur la demande des Cies d'assurances.

Personnellement, depuis plusieurs années déjà, dans le détail des notes que je fournis à ces Cies, je compte toujours : certificats de constatation (double exemplaire) : dix francs, et je reconnais que la plupart payent sans difficulté. L'une d'elles, toutefois, en 1924, m'a retranché 5 fr. pour le second certificat. Mais en janvier dernier, j'ai obtenu gain de cause avec une autre Cie qui ne voulait pas me payer ces duplicata qu'un chef d'entreprise assuré chez elle avait exigés de moi. Il m'a suffi, pour cela, d'étaler sous les yeux de l'agent de la dite Cie la copie d'un jugement du tribunal de paix de Chatellerault, jugement reproduit dans le numéro de mai 1925 (p. 204) du *Bulletin du groupement médical des Charentes et du Poitou.* Un confrère de Ch. avait intenté une action contre une Cie qui refusait de lui verser le montant de ces duplicata, comptés à 5 fr. chacun. Dans son jugement, par lequel il condamne la Cie à payer, le juge de paix de Ch. fait remarquer avec juste raison que la loi n'a prévu qu'un certificat destiné à la mairie et qu'il est inadmissible que le médecin soit tenu de délivrer autant de certificats que l'on voudrait bien lui en demander et au même prix. »

Conclusion : Confrères, ne nous laissons pas faire. Nous sommes déjà assez exploités par les Cies d'assurances, ne serait-ce qu'à l'hôpital, sous le régime admirable du « tout compris ». Soyons unanimes à exiger le payement de chacun des certificats que nous délivrons aux Cies d'assurances qui nous en demandent deux. Elles sont obligées de s'exécuter.

Dr A.

Réponse.

Comme nous l'avons déjà écrit et comme le dit le juge de paix de Chatellerault, le médecin n'est pas *tenu* de délivrer au prix d'un seul autant de certificats que l'on voudrait bien lui demander.

Mais, pour être payé de ces duplicata, il est

Voir la suite page XLVII-3089

PROPOS DU JOUR

I

Echos de la Journée du « Concours Médical ».

Contrairement au proverbe, il est des jours marqués par le destin, et que, pour cette raison, nous nommons fatidiques, qui se suivent... et se ressemblent.

La Journée du *Concours Médical*, qui se tient chaque année le troisième dimanche de novembre, est du nombre de ces jours. Telle elle déroulait ses rites il y a trente ans, telle elle s'est passée dimanche dernier, il y a huit jours.

A quelques points de détail près, ce fut, comme par le passé, la succession rythmique des assemblées générales de nos Œuvres, qui occupa tout l'après-midi, pour être suivie du dîner confraternel traditionnel, lequel remporta un succès considérable, tant à cause de la qualité de tous les convives, que de la saveur et de l'abondance de la chère, comme aussi de la rapidité du service.

A 3 h., la Société d'Etudes tenait ses assises. Le clou en fut un exposé très complet et très intéressant, par NOIR, des principales questions qui retinrent notre attention durant l'année. Notre rédacteur en chef insista sur les raisons qui nous déterminèrent à ouvrir un concours, au début de 1926.

Les controverses qui ont eu lieu à plusieurs reprises dans les groupements professionnels ; les discussions ; les querelles ; les ruptures qui en résultèrent, — touchant l'avenir de la profession dans le cadre de l'Assurance sociale, ont montré combien les avis étaient partagés, combien aussi les illusions demeuraient puissantes dans certains esprits, et non des moins distingués. Il fallait tâter le pouls de l'opinion des praticiens. De là ce concours qui provoqua de nombreux envois, en cours de publication, pour les plus importants, dans les colonnes du *Concours Médical*.

A 4 h., Assemblées générales de la Mutualité familiale. Allocution du président MAURAT. Discussion des modifications aux statuts, ayant pour but de permettre l'allocation de plus larges indemnités, en même temps que de faciliter la gestion.

Toutes ces modifications furent adoptées sans observation.

Puis, commentaires, par MIGNON, secrétaire général, de son rapport, suivis d'une lumineuse mise en relief des avantages qu'ont les médecins, les jeunes surtout, à adhérer à notre Mutualité.

A 5 h. 1/2, Assemblée générale du « Sou Médical ». Le président MAURAT rappelle la mort récente de QUIVY, et est unanimement applaudi quand il rend l'hommage qui est dû à la mémoire de ce bon confrère, trop tôt disparu, et qui fit tant pour la cause médicale.

BOUDIN commente son rapport. Quelques assistants interviennent et font de judicieuses observations. La réunion se termine sur un fait pénible : la radiation par l'Assemblée générale d'un membre du « Sou médical », dont la façon d'exercer est contraire aux règles les plus élémentaires de la déontologie.

Ce qui prouve que ne fait pas partie qui veut du « Sou médical ». Des garanties sont demandées aux candidats. Mais s'il arrive qu'un indésirable parvienne à surmonter cet obstacle ou qu'un sociétaire se révèle un jour comme tel, le Conseil d'administration n'hésite pas à prononcer la sanction prévue par les statuts.

Mais l'heure du dîner approche, les convives arrivent en rangs pressés : doyens, professeurs, médecins des hôpitaux, praticiens de Paris, de la banlieue et de la province, camarades bruxellois, dirigeants de nos grands groupements professionnels, etc. Ils seront 115 au moment où les portes s'ouvriront sur la grande salle gothique.

A 9 h., commence la série des toasts. Ils nous mèneront jusqu'à 10 h. Transformation de la grande salle, dans laquelle aura lieu, quelques minutes plus tard, une soirée artistique, avec le concours de deux excellents artistes de l'Opéra-Comique : Mlle SIBILLE, infiniment gracieuse et distinguée, et le très sympathique baryton TUBIANA, et de nos bons camarades de l'Orchestre Médical.

La soirée se terminera par la représentation de l'œuvre de notre confrère COSTE, de Jausiers : *Perspective*, qui fut enlevée avec un brio endiablé par quatre excellents comédiens : Mme Georges GÉRARD et CALLET, MM. Georges GÉRARD et CHAVENT, entourant et soutenant le signataire de ces lignes, dans le rôle du Dr Alapage.

Excellente journée, à marquer d'une pierre blanche, et dont tous les détails seront publiés ultérieurement, avec les comptes rendus de ses diverses manifestations.

G. DUCHESNE.

II

Neiges d'Antan.
La Lutte contre le taudis.

Le *Temps* vient de publier une longue lettre de M. Jean de Piessac annonçant l'existence d'une *Ligue nationale contre le taudis.* Cette ligue qui, jusqu'à présent, n'a pas fait beaucoup parler d'elle, a cependant vu le jour en 1924 et de nombreuses personnalités notables du monde et de la politique, tant du sexe féminin que du sexe masculin, ont servi de parrains et de marraines à la nouvelle institution. M. Jean de Piessac nous montre la nouvelle Ligue découvrant l'existence du taudis avec la collaboration de l'*Office national d'hygiène sociale*, et saisissant l'opinion de sa découverte par une action de propagande de première urgence.

Il nous signale des chambres de 4 m. 50 de long, sur 3 m. 80 de large et 2 m. 30 de hauteur, découvertes par les Inspecteurs de la Ligue, où habitent des familles de 7 personnes. Il nous parle de l'abondance des garnis, de la nocivité de la multiplication des marchands de vins, des dangers de contamination provenant de ces taudis et de leur indiscutable influence sur la propagation de la tuberculose. Nous savons gré à M. Jean de Piessac d'attirer l'attention sur les taudis et nous serons heureux si les hygiénistes officiels, hypnotisés par la lutte contre le microbe qu'ils sont impuissants à atteindre directement, veulent bien détourner un instant leurs regards des dispensaires, des sanatoriums, pour jeter un coup d'œil sur l'hygiène de l'habitation qui eût dû les préoccuper tout d'abord. A quoi bon enquêter sur une famille de tuberculeux et dépister les malades, si l'on est impuissant à les secourir, à les faire vivre dans un milieu sain et à les arracher à une promiscuité dangereuse ?

Ce que nous ferons observer à M. Jean de Piessac et à la Ligue nationale contre le taudis, c'est que tout ce qu'ils découvrent à l'heure actuelle, l'a été il y a bien longtemps, et que depuis plus d'un quart de siècle, une propagande très active a été menée contre le taudis et était dans tout son épanouissement, lors de la réunion à Paris du *Congrès international de la tuberculose de* 1905. Tout cela paraît oublié, car où sont les neiges d'antan ?

M. Jean de Piessac paraît ignorer que M. P. Juillerat, créateur du *Casier sanitaire des maisons de Paris*, poussa le plus énergique cri d'alarme en 1905 dans un petit livre de vulgarisation : *La casier sanitaire des maisons* (édit. Rousset, Paris, 1905), insistant sur l'influence désastreuse du taudis sans air, et surtout sans lumière, et proclamant l'aphorisme maintes fois vérifié : *La tuberculose est avant tout la maladie de l'obscurité.*

Déjà, six ans auparavant, les Drs du Mesnil et Mangenot avaient attiré l'attention sur les dangers du taudis dans leur très intéressante *Enquête sur les logements, professions, salaires et budgets. Etude d'hygiène et d'économie sociale* (Paris, imprim. Chaix, 1899).

Le même P. Juillerat avait étudié *L'habitation urbaine* dans un rapport au 1er *Congrès international d'assainissement et de salubrité de l'habitation* (Paris, 1904). Le regretté professeur L. Renon fit à la même époque, à la Faculté de médecine, de très intéressantes leçons sur l'influence de l'habitation malsaine sur la propagation des maladies et en particulier sur celle de la tuberculose. Ces leçons furent réunies en un volume édité sous le titre *Les maladies populaires*, chez Masson (Paris, 1905).

La même année 1905, le Dr Lucien Graux faisait paraître, chez l'éditeur J. Rousset, un opuscule de propagande : *La tuberculose et l'habitation urbaine.* Enfin, nous-même, nous lûmes, à la 4e section du Congrès international de la tuberculose de 1905, un mémoire intitulé : *La tuberculose pulmonaire chez les indigents et les nécessiteux dans un coin du vieux Paris* (*le quartier Saint-Séverin*) avec plans et statistiques, fruit de 10 ans d'études et d'observations dans un service d'assistance médicale à domicile. Cette communication parut dans le numéro du 30 septembre 1905 du *Progrès médical*, et fut analysée dans des articles de tête de la *République Française* par M. Félix Roussel et du *Radical*, qui reproduisit des plans indiquant les taudis du quartier, objet de notre étude. Dans ce mémoire, datant de vingt ans, nous signalions, rue Saint-Julien-le-Pauvre, une chambre au 5e étage, où s'entassaient huit personnes, ne disposant chacune que de 3 mc. 8, sans tenir compte des meubles qui encombraient en partie la pièce. Dans notre enquête, chaque individu ne disposait en moyenne que de *sept mètres cubes* d'air, alors que l'arrêté du 22 juin 1904 portant règlement sanitaire de la ville de Paris, exigeait un minimum de 20 mètres cubes pour les pièces destinées à l'habitation. Nous n'avons pas cessé depuis de visiter des malades dans ce vieux quartier et la

salubrité des habitations n'y a pas fait de très sensibles progrès. Nous indiquions alors sur des plans le nombre et la topographie des débits de vins et de liqueurs et le lieu des décès par tuberculose. La situation est toujours à peu près la même. En 1919, nous nous souvenons avoir été reçu, rue Boissy-d'Anglas, au siège de la Mission Rockefeller, et le très distingué secrétaire général de la Mission nous montra un grand plan de Paris où tous les taudis étaient très soigneusement signalés.

Nous n'en sommes donc plus à la période d'enquête, ni de propagande sur les dangers des taudis : l'opinion de toute la population est faite à ce sujet. Dans les milieux les plus aisés, comme (et surtout) dans les centres les plus misérables, chacun est fixé sur l'importance de l'hygiène de l'habitation. Il est temps d'entrer dans une période de réalisation active, et nous espérons que la *Ligue nationale contre le taudis*, abandonnant le système des vaines palabres, cherchera à faire quelque chose de réel, de tangible.

Au cours de la guerre, tandis que nos soldats se faisaient tuer pour nous défendre, il était des bavards qui clamaient à Paris, dans les amphithéâtres : « Tous debout pour la défense du Droit et de la Liberté » et ils sortaient de là persuadés qu'avec leurs belles phrases et leurs lieux communs, plus ou moins sincèrement applaudis, ils avaient sauvé la France. Espérons que les paladins de la *Ligue nationale contre le taudis* trouveront les moyens de faire mieux et nous épargneront les phrases creuses, inutiles et ronflantes telles que : Tous debout pour la lutte contre le taudis.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LA CÉPHALÉE CELLULITIQUE

Par le Dr Louis Alquier,

Ancien chef de laboratoire à la Clinique neurologique de la Salpêtrière.

La direction du *Concours médical* me prie d'exposer à ses lecteurs ma conception personnelle de la céphalée cellulitique. Elle est basée sur la seule observation clinique, puisque la cellulite échappe encore aux investigations histo-chimiques. Depuis onze ans, chez tout malade se plaignant de céphalée, j'ai recherché et traité la cellulite et les faits particuliers ainsi recueillis, me semblent assez nombreux et variés pour me permettre d'indiquer, avec une approximation suffisante, dans quels cas la céphalée est liée à la cellulite, c'est-à-dire disparaissant avec elle, pour récidiver si la cellulite vient à se reproduire. C'est ce que je voudrais faire ici, en indiquant, chemin faisant, comment se posent les problèmes de l'interprétation pathogénique.

Et d'abord, que faut-il entendre par cellulite et comment celle-ci peut-elle engendrer la douleur ?

La cellulite m'apparaît comme un syndrome fonctionnel constitué par deux réactions biologiques, l'engorgement du drainage lymphatique et la rétraction des tissus. La lymphe, ce véritable milieu intérieur de notre organisme, participe à toutes ses fonctions biologiques : digestion, travail musculaire, etc... ses réactions représentent l'une de nos principales défenses contre les infections et intoxications. Tant que la santé demeure inaltérée, tout ce travail s'accomplit sans déterminer aucun symptôme cliniquement appréciable, nos tissus demeurent parfaitement souples, sans œdèmes ni indurations, les voies de drainage lymphatique échappent au palper qui peut seulement enregistrer les variations de volume des ganglions lymphatiques, sujets à des alternatives de réplétion et de vacuité relative. Mais que les contractions musculaires se succèdent sans repos suffisant, que les digestions deviennent laborieuses, que la lutte contre les infections ou intoxications impose à la lymphe une suractivité anormale, avec leucolyse trop intense, ou enfin, que dans les tissus interstitiels se produise un épanchement trop difficile à résorber, sang, synovie, etc., et les parties molles présenteront des modifications appréciables au palper : œdèmes, infiltrats, réplétion des vaisseaux et ganglions lymphatiques, constituant l'engorgement lymphatique. Ici, apparaît le second élément caractéristique de la cellulite, au niveau des parties engorgées, les tissus se rétractent donnant, au palper, une sensation de dureté qui cède à la malaxation douce, avec, souvent, une crépitation considérée comme caractéristique de la cellulite. Cette rétraction

fragmente l'infiltrat des tissus en grains ou placards cellulitiques, leur fait fréquemment acquérir une dureté qui fait croire à la sclérose, l'étirement doux et suffisamment prolongé de ces pseudo-scléroses permet leur assouplissement. Certaines artères en tuyau de pipe, certaines indurations ligneuses, peuvent disparaître en une séance, les ganglions durs et rétractés de la micropolyadénite peuvent être ramenés à leur volume et à leur souplesse normaux.

Ainsi constituée par la coexistence d'engorgement lymphatique et de rétraction tissulaire, tous deux vérifiables au palper, la cellulite n'est douloureuse que si la discordance entre ses deux éléments constitutifs détermine une irritation locale suffisante. Ceci n'est que trop facile à vérifier expérimentalement. Il suffit souvent de quelques manœuvres digitales un peu brusques ou trop fortes ou trop prolongées pour augmenter, sous le doigt, la rétraction et déterminer l'échauffement de la peau, avec sudation locale, un degré de plus et apparaît une véritable crise d'éréthisme vasculaire, les artères deviennent turgescentes, et animées de battements violents. Le patient accuse d'abord,une sensation de meurtrissure locale, puis, de l'énervement et des sensations à distance, attribuables à des réflexes végétatifs sur lesquels nous ne nous étendrons pas davantage. Si nous remplaçons l'irritation par un étirement doux des tissus rétractés, combiné à une pression légère de l'engorgement, réflexes à distance et douleur locale disparaîtront en même temps que s'efface la cellulite et que les tissus reprennent leur souplesse. On comprend dès lors, comment les douleurs de la cellulite peuvent être intermittentes, réveillées assez brusquement par tout ce qui pourra provoquer une poussée d'engorgement lymphatique, de congestion sanguine ou bien, irriter l'innervation végétative, les douleurs sont attribuables à l'irritation des nerfs sensitifs locaux ordinairement, des terminaisons sensitives, mais, parfois aussi, d'un tronc nerveux, par exemple, le nerf occipital d'Arnold, l'auriculo-temporal, les branches maxillaires et ophtalmique du trijumeau. Enfin, le sympathique a été mis en cause, surtout par M. Barré, de Strasbourg, qui a individualisé le syndrome du nerf vertébral, sur lequel nous aurons à revenir.

Appliquées à la céphalée ces données générales permettent de comprendre aisément sa genèse, ses caractères généraux et ses principales modalités cliniques.

L'engorgement lymphatique initial peut résulter d'une cicatrice par plaie ou contusion, interrompant les voies lymphatiques. Se méfier, à ce point de vue, des incisions perpendiculaires aux chaînes lymphatiques de la face et du cou. Mais, bien plus souvent, l'engorgement est dû à l'infection des cavités faciales : naso-pharynx et ses sinus, cavité orbitaire (torticolis douloureux des ophtalmologistes), pyorrhées alvéolo-dentaire ou petites infections de l'apex, otites et mastoïdites. Remarquons qu'il ne s'agit pas des grandes infections, s'il y a suppuration ou inflammation intense, la rétraction des tissus ne se produit pas, elle est souvent, en raison inverse de l'inflammation, on la trouve alors que celle-ci a presque totalement disparu ou lors des infections minimes, mais à répétition. Ramadier (*Semaine des Hôpitaux*, 31 octobre 1926) fait remarquer qu'elle peut appartenir à tout ce qui augmente l'irritabilité du sympathique : déviation de la cloison, crêtes, hypertrophie des cornets. On diagnostique l'origine sinusienne en provoquant la céphalée par irritation du sinus en cause plutôt que par les signes de l'inflammation sinusienne.

Dans les affections intra-craniennes, la céphalée est un des symptômes cardinaux, on l'attribue généralement aux modifications de la circulation sanguine et de la tension du liquide céphalo-rachidien qui, commence-t-on à dire, est en rapport, moins avec la circulation sanguine qu'avec le drainage lymphatique. Si j'en crois mon expérience personnelle, l'engorgement lymphatique est à rechercher surtout dans les ganglions cervicaux postérieurs, ceux qui, de la région mastoïdienne, descendent, soit sous la peau, soit profondément dans les interstices musculaires, spécialement au voisinage des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales. On peut les trouver pris dans les méningites et le soulagement que procure l'application sur la nuque de compresses chaudes ou de liquides hypertoniques, me paraît dû, pour une part, à l'effet résolutif sur l'engorgement lymphatique. Dans plusieurs cas de tumeurs intra-craniennes ou d'hémiplégies avec ictus initial, vraisemblablement par hémorrhagie cérébrale, j'ai trouvé les ganglions cervicaux postérieurs très engorgés, en traitant cet engorgement, la céphalée s'atténue au prorata de l'amélioration ganglionnaire, en même temps que s'amélioraient les troubles moteurs. Bien entendu, les ganglions sont du côté de la lésion, c'est-à-dire du côté opposé à l'hémiplégie ; dans un certain nombre des affections qui viennent d'être énumérées, la résorption du sang extravasé apparaît comme l'un des facteurs essentiels de la cellulite et de la céphalée.

D'autres fois, l'engorgement lymphatique est non plus de cause céphalique, mais dû à une affection cervicale : arthrite vertébrale, laryngite, affections de la parotide ou de la glande thyroïde. Le surmenage des muscles de la ceinture scapulo-thoracique est souvent une cause au moins adjuvante. Enfin, les confluents lymphatico-sanguins du cou peuvent se trouver engorgés du fait d'une affection thoraco-abdomi-

nale et la stase lymphatique du drainage céphalique viendra s'ajouter aux causes ci-dessus énumérées de cellulite de la tête et du cou.

Quelquefois, la topographie de l'engorgement lymphatique est assez précise pour conduire immédiatement le doigt explorateur sur la cause du processus morbide. D'autres fois, la localisation ne se fait qu'au cours du traitement certains points cèdent facilement et n'apparaissent que d'importance secondaire, d'autres, au contraire, résistent davantage et l'engorgement tend à s'y reproduire entre deux examens, ce qui souligne leur importance pathogénique.

Plusieurs causes de céphalée peuvent coexister; aussi, l'étude symptomatique doit-elle avoir pour base les cas où la cellulite apparaît, tout au moins, comme la cause principale.

On peut distinguer deux variétés topographiques de céphalée cellulitique, l'antérieure ou faciale, la postérieure ou occipito-nucale. L'antérieure est celle des sinusites frontales, maxillaires, ethmoïdales ou celle des petites infections dentaires ou gingivales. S'il n'y a ni poussée aiguë de sinusite, ni périostite ou abcès dentaire, les caractères sont ceux d'une névralgie partielle du trijumeau, le plus souvent modérée et surtout énervante par les réflexes d'ordre végétatif qui l'accompagnent. Elle procède par crises que réveille tout ce qui peut irriter la cellulite, le malade évite les attitudes et les mouvements susceptibles de congestionner ou de tirailler les points engorgés, toute cause d'irritation de l'innervation végétative, même portant en des points éloignés de l'organisme, peut réveiller la douleur en produisant une crise de rétraction locale dont on se rend parfaitement compte au palper. La cellulite est à rechercher surtout à l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires, une traînée part de l'angle externe de l'œil pour aboutir aux ganglions parotidiens et interscaléniques, une autre descend de l'angle interne de l'œil au sillon naso-génien, puis croise le bord inférieur du maxillaire inférieur à mi-distance de l'angle et du menton, La traînée d'engorgement descend ensuite sur le côté du larynx pour aller rejoindre les ganglions entourant le paquet vasculo-nerveux dans l'angle trachéo-œsophagien. Enfin, la cellulite peut occuper les arcades dentaires en suivant les gaines périvasculaires.

La variété postérieure, occipito-nucale, est celle des arthritiques. C'est la céphalée en casque, sourde, pesante, déprimante, avec irradiations vers le verdex, la base du crâne, la nuque, les épaules.

Le patient accuse une torpeur douloureuse, rendant pénible tout effort physique ou intellectuel, la parole est hésitante, bredouillante, avec difficulté à trouver les mots propres ; la vue, d'ailleurs intacte, se trouble dès qu'elle fixe un objet, les bourdonnements d'oreilles sont fréquents si la région scalénique est enraidie et provoqués par les attitudes, mettant en tension les tissus atteints de cellulite, enfin, les craquements sont fréquemment perçus dans la nuque, lors des mouvements qui souvent s'accompagnent de sensations vertigineuses ou nauséeuses.

Au palper, on constate aisément l'empâtement et l'enraidissement des parties molles de la nuque, y compris la région occipitale et de la région des apophyses transverses cervicales, l'examen radiologique montre fréquemment l'association d'ostéo-arthrite vertébrale, ce qui autorise les termes de spondylite rhumatismale, de rhumatisme vertébral. L'étiologie fait ressortir un truamatisme souvent ancien ou une infection naso-phagyngée, que son ancienneté ou sa faible acuité peuvent faire méconnaître; l'engorgement lymphatique est constant au niveau des chaînes de la région scalénique, sa disparition est d'ordinaire suivie rapidement d'une guérison complète, tant que l'engorgement ne récidive pas.

Deux points de la pathogénie ont donné lieu à d'intéressantes interprétations. D'une part, MM. Béhague et Dufourmentel ont présenté à la Société neurologique de Paris, en mai 24 et décembre 25, un malade, chez lequel une sinusite sphénoïdale fruste ne s'était révélée que par une névralgie à type essentiel, ils disaient avoir observé plusieurs faits analogues où des névralgies à type essentiel leur avaient paru liées à l'inflammation chronique des cavités nasales ou péri-nasales (1). Ils rappelaient avoir présenté, en 22, des cas nombreux de céphalée occipitale liée à des sinusites sphénoïdales frustes. Dans le cas actuel, la radiographie ayant confirmé l'existence de la sinusite, l'opération a guéri le malade de ses névralgies et la guérison se maintient depuis 20 mois, dans le nerf maxillaire inférieur. Il y a trois mois, elle récidiva au niveau du nerf sus-orbitaire, l'oblitération du canal fronto-nasal fut constatée, un curetage ethmoïdal permit de ramener quelques polypes, et de dégager complètement le canal fronto-nasal. La disparition de la douleur suivit immédiatement l'opération. Les auteurs concluent à la grande fréquence des céphalées occipitales aiguës ou chroniques, relevant d'une sphénoïdite ou qui en sont le signe révélateur. Les troubles douloureux répondant à des inflammations des sinus antérieurs sont, disent les auteurs, également très fréquents, mais ils revêtent habituellement le type de douleurs continues, profondes, mal localisées, avec exacerbations prolongées, apparaissant souvent à heures fixes, au réveil, par exemple. Cependant, le type dit névralgie essentielle ne paraît pas douteux, dans quelques cas exceptionnels, dont

(1) Ramadier (*Loc. cit.*) indique que les inflammations des sinus se propagent aisément aux nerfs maxillaires supérieurs ce qui explique les cas de névralgies de la cinquième paire par sinusite en particulier sphénoïdale.

celui actuellement présenté. La cause est une sinusite relativement bénigne, non suppurée, mais oblitérante, sans signes inflammatoires violents. On trouve l'hyperesthésie périostée au niveau de l'angle interne de l'œil et au-dessus du sourcil dans les zones correspondant aux sinus. M. Barré indique, pour les céphalées occipitales une autre pathogénie : l'arthrite cervicale agirait, très probablement, sur le nerf vertébral. Ayant observé la récidive après interventions répétées sur les sinus, pour céphalée occipitale, chez une malade atteinte d'arthrite cervicale, il se demande si l'opération sur les sinus postérieurs n'a pas momentanément amélioré, en provoquant une simple saignée locale. MM. Leriche et Canuyt ont, à la suite de section des 5e et 6e rami communicantes, observé une forte congestion pharyngo-laryngée. Dans un certain nombre de cas, les sinusites et la céphalée occipitale seraient les effets d'une même cause : une altération du nerf vertébral dont l'arthrite cervicale chronique est souvent responsable. Revenant sur le syndrome sympathique postérieur (*Revue neurologique* 1926, t. 1., p. 1246), M. Barré décrit la céphalée occipitale avec vertiges sans modifications nettes des épreuves vestibulaires survenant à chaque instant, lorsque le malade tourne la tête, des bourdonnements d'oreilles, de la fatigabilité visuelle, l'aphonie oscillante apparaissant et disparaissant assez brusquement et une sensibilité particulière de la région profonde du cou avec ou sans craquements osseux ou grincements articulaires. Il insiste sur la fatigabilité excessive, surtout chez les hypotendus à tension variable qui constitue comme la signature de la participation du système sympathique. Il faut penser aux céphalées de cause oculaire, examiner les sinus, rechercher l'oto-sclérose, mais celle-ci pourrait être due à l'état du nerf vertébral, cause de vaso-dilatation. La fréquence de ces syndromes sympathiques postérieurs et de l'arthrite cervicale est probablement favorisée par les infections des cavités aéro-digestives supérieures, causes de cellulite et lymphangite profondes, très communes. M. V. Néri a signalé chez les commotionnés un syndrome analogue qu'il appelle le syndrome de l'artère vertébrale.

D'autre part, quelles relations doit-on admettre entre la migraine et la céphalée cellulitique. L'an dernier, à la 6e réunion neurologique internationale annuelle, j'avais exprimé l'opinion que la cellulite n'est pas responsable de la migraine. Jamais encore je n'ai pu, en traitant la cellulite, améliorer la migraine vraie et les malades qui, simultanément ou successivement, ont souffert des deux, affirment la distinction : l'hémicranie, paroxystique, intense, avec photophobie et photopsie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées et vomissements, n'a qu'une ressemblance lointaine avec les deux types de céphalée cellulitique ci-dessus indiqués. Le siège, les caractères de la douleur sont différents, et la périodicité de la maigraine, avec accalmie complète entre deux accès qui commencent et finissent brusquement, ne se retrouvent pas dans la céphalée cellulitique, moins intermittente, moins brutale et qu'on peut réveiller ou atténuer en agissant sur la cellulite. Ici même, cette distinction m'a été reprochée et, c'est à la suite d'une courte rectification parue en juillet, que la direction de ce journal m'a demandé cet exposé. Ce qui peut prêter à confusion, c'est qu'à côté de la migraine vraie, nettement caractérisée, on décrit des formes frustes, dont certaines ne paraissent guère mériter l'étiquette de migraine. Enfin, si la distinction clinique apparaît nette, aujourd'hui, rappelons que les interventions sur le sympathique cervical (V. Néri *Revue neurologique* 1926, t. 1, p. 417) ou sur ses rami communicantes (Leriche et Fontaine, *Revue neurologique, ibid.* p. 1233) peuvent être suivies d'hémicranie, vertiges, troubles oculaires et auditifs auxquels il ne manque que la brusquerie de l'accès colloïdoclasique, pour ressembler fort à ce qui caractérise l'accès migraineux. Nous ne pouvons qu'attendre la démonstration non encore faite ; en tout cas, même s'il était démontré que l'irritation du nerf vertébral par exemple, puisse déterminer l'accès migraineux caractéristique, les relations entre la migraine et la cellulite seraient aussi peu fréquentes que celles signalées plus haut entre les sinusites et la névralgie du trijumeau, exceptionnellement, comme le reconnaissait M. Sicard à propos du malade de MM. Béhague et Dufourmentel, la sinusite donne la prosopalgie à type essentiel, en règle générale, la céphalée par sinusite s'en distingue aisément.

Concluons donc que la notion de céphalée cellulitique représente une acquisition utile, car elle nous oriente vers une thérapeutique efficace. L'élément essentiel est, d'ordinaire, l'engorgement lymphatique, post-infectieux ; aux moyens connus de désinfection naso-pharyngée et gingivo-dentaire, j'en puis ajouter deux au sujet desquels je renvoie à mon travail de la *Gazette des hôpitaux* (1), la vaccination endonasale à l'aide d'un vaccin préparé à l'Institut Pasteur et la protéinothérapie également endonasale à l'aide d'une solution de caséine en gouttes ou pulvérisations nasales.

Outre leur action anti-infectieuse et modificatrice des muqueuses, ces deux remèdes sont particulièrement efficaces contre l'engorgement lymphatique cervical, et les adénites, mêmes anciennes du cou. Il est bien évident que si la

(1) Vaccino et protéinothérapie endonasale contre les petites infections bucco-naso-pharyngées (*Gaz. des Hôp.*, 1926, n° 90, p. 1445).

cellulite cervicale est la conséquence de troubles thoraciques ou abdominaux, il faut dépister et traiter les causes véritables, sans quoi la guérison serait impossible.

Tous les malades ou à peu près, connaissent un ou plusieurs moyens d'atténuer leurs douleurs, mais, ce qui réussit à l'un ne fait rien au voisin et, souvent l'efficacité s'épuise plus ou moins vite. L'aspirine et ses dérivés la belladone sont les plus efficaces.

Ce que nous avons dit sur la genèse des douleurs par cellulite, explique comment certaines applications *loco dolenti* peuvent agir : les unes sur la rétraction des tissus, ce sont les antispasmodiques (onctions belladonées, etc.) les résolutifs ou décongestionnants (vaso-constricteurs, réfrigération locale). Mais le traitement local peut et doit faire mieux en négligeant les points douloureux pour s'adresser plus bas, vers les confluents lymphatico-sanguins du cou, à la cellulite. Agissent sur l'infiltrat interstitiel et sur l'engorgement lymphatique cervical, les applications prolongées de glycérine, d'eau salée saturée, les mucilagineux, l'onguent mercuriel, belladoné, les pommades contenant 5 pour 100 d'acide salicylique. La photothérapie à l'aide d'une lampe bleue ou violette dégageant une chaleur suffisante, exerce une action sédative sur la douleur, gonfle et assouplit les tissus, diminue l'engorgement. Dans le même but j'ai étudié pendant la guerre l'action d'une poudre légèrement radio-active (uranium et polonium, on la trouve en sachets sous le nom Radio Pila). Elle agit comme congestionnant et lymphagogue, son application la nuit, par exemple, à la base du cou, rend souvent d'éminents services. Enfin, le massage est presque toujours un complément utile des traitements ci-dessus : il a pour but de rétablir le courant lymphatique en direction du confluent lymphatico-sanguin, c'est-à-dire, pratiquement, de l'insertion inférieure du scalène antérieur et du sterno-mastoïdien. Les manœuvres à conseiller se réduisent à quatre : effleurage léger, sans mobiliser le tégument, comme antispasmodique, sédatif nerveux, décongestionnant en profondeur, puis étirement doux des points rétractés, malaxation légère des œdèmes, percussion douce des ganglions augmentés de volume. Ces manœuvres ont souvent une action meilleure si le patient est en communication avec une source d'électricité (faradique ou haute fréquence) convenablement réglée, permettant aux doigts du praticien d'ajouter à leur action mécanique, la vibration électrique et les menues étincelles obtenues au point voulu, en soulevant plus ou moins l'extrémité du doigt qui y est appliquée. C'est au cours de traitements locaux semblables que j'ai pu acquérir les notions contenues dans ce bref exposé et qui guident actuellement ma pratique personnelle.

CLINIQUE MÉDICALE

Etiologie de la tuberculose pulmonaire.

D'après une leçon du professeur BEZANÇON (1).

En dehors des questions d'anergie et d'immunité, comment se pose le problème ? Les anciens, qui étaient de grands observateurs, avaient vu que la tuberculose est une maladie familiale, ce qui est vrai, mais ils avaient ajouté — et ceci est erroné — que la maladie est héréditaire.

Cette notion de l'hérédité de la tuberculose a dominé autrefois toute l'histoire de la tuberculose pulmonaire. Ce n'est que petit à petit qu'on arriva à substituer à cette notion dangereuse — car elle aboutit, comme dit Nocard, au fatalisme oriental — la notion de contagion.

Cette dernière notion a été très lente à pénétrer dans les esprits. Elle est plus ancienne cependant qu'on ne croirait. Sans remonter trop loin, on en signale de nombreux exemples dès le dix-septième et le dix-huitième siècle. Le prof. Baumetz, de Montpellier, a vu l'importance de la contagion de la tuberculose par les crachats. En médecine comme dans les sciences, le progrès est d'une lenteur extrême, il ne se fait pas d'une façon continue, il y a des avancées et des reculs. A l'époque de Laënnec, on croit encore que la maladie est héréditaire, que la tuberculose est une maladie de misère.

Villemin est venu nous apporter cette notion, nouvelle pour l'époque, que la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire, n'est pas une maladie banale, une maladie de misère, mais une maladie contagieuse et inoculable, et il ne s'est pas contenté d'être un expérimentateur de premier ordre, il a été en même temps un grand médecin et un grand sociologue. Un des premiers, il a montré l'importance de la vie confinée, de l'encombrement, de l'agglomération dans les villes ; il a pressenti tous les dangers de notre vie moderne qui fait que la tuberculose a une gravité considérable. Il s'est rendu compte d'un fait qui n'a été vérifié que plus tard et qui est résumé dans cette phrase : les peuples qui vivent à l'état sauvage ne sont pas tuberculisés.

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine, le 18 juin 1926, recueillie par le Dr LAPORTE.

Cette œuvre eut des contradicteurs ; elle était, comme toute œuvre humaine, incomplète, exagérée. Villemin a dit : la maladie est contagieuse comme la morve : un cheval sain mis dans une même écurie à côté d'un cheval morveux devient morveux. Les médecins ont fait des enquêtes sur la tuberculose conjugale, la tuberculose matrimoniale. Elle est rare. Leudet, de Rouen, Guéneau de Mussy, montrèrent l'influence de toutes les défaillances de notre économie, de tout ce qui diminue la résistance de nos tissus, des conditions sociales, de la misère, etc., dans l'étiologie de la tuberculose.

En 1882, Koch découvre le bacille de la tuberculose. On trouve dans les crachats des phtisiques des myriades de bacilles tuberculeux. Dès lors, personne ne discute plus : la contagion s'explique par les crachats, frais ou desséchés, et par les gouttelettes salivaires projetées par les phtisiques. Mais cette notion que les bactériologistes apportaient rencontra encore de la part des médecins à peu près la même opposition que la doctrine de Villemin. Cette notion de la contagion ne suffit pas. Il faut admettre une réceptivité particulière, qu'on appelle *hérédité de prédisposition* ; elle remplace l'hérédité de graine que personne n'acceptait plus.

Arrivons aux idées modernes. Behring, qui a montré l'importance de la sérothérapie antitétanique, s'était préoccupé de la tuberculose, en particulier des questions de prophylaxie par vaccination. Il pense que la tuberculose de l'homme adulte n'est pas la première manifestation de la tuberculose et remonte à une tuberculose contractée dans l'enfance. Cette solide notion, il la détruit par une série d'assertions erronées. D'après lui, la tuberculose serait toujours d'origine bovine, le lait des vaches tuberculeuses contamine l'enfant. Il est possible que les faits diffèrent d'un pays à l'autre, mais dans les conditions de notre vie parisienne, où le lait n'est jamais donné que bouilli ou stérilisé, où un grand nombre d'enfants sont soumis au lait maternel, la transmission par le lait ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire ; la tuberculose ne se transmet qu'exceptionnellement de la vache à l'enfant. Je pense avec Calmette que le plus souvent la tuberculose des nourrissons est une tuberculose de contagion inter-humaine. La tuberculose de l'homme se transmet soit par les crachats, soit par les gouttelettes salivaires, quelquefois par le pus tuberculeux, les urines, les matières fécales contenant des bacilles.

Pour Grancher, il existe, avant les stades et les lésions décrites par Laënnec, d'autres manifestations de la tuberculose beaucoup plus discrètes, beaucoup moins visibles ; la tuberculose du début n'est pas le tubercule congloméré, mais une granulation. Erreur. Mais il dit — et ceci est vrai — qu'il faut chercher la tuberculose avant la période où elle est visible ; il pense que la tuberculose de l'adulte relève d'une tuberculose infantile (Congrès international de la tuberculose, 1905). Küss, en 1898, dans une thèse restée classique, a montré que la tuberculose n'est pas héréditaire ; elle débute le plus souvent chez le nourrisson ou dans l'enfance ; elle commence par le poumon ; c'est une tuberculose d'inhalation ; elle se traduit par la production dans le poumon d'une lésion ne siégeant pas au sommet, mais plutôt à la partie moyenne ou au lobe inférieur, et constituée par une petite masse caséeuse, une petite lésion broncho-pneumonique qui peut s'enkyster ou non, et que nous appellerons le chancre d'inoculation, d'où partent les bacilles pour aller coloniser dans les ganglions du médiastin où siègera l'adénopathie de Parrot-Hutinel. Ou bien la réaction ganglionnaire est peu importante, le bacille passe dans la voie sanguine ; il se fait alors une granulie généralisée. C'est ainsi que meurent beaucoup de nourrissons. Dans d'autres cas, la tuberculose reste latente pendant un certain temps, quelquefois pendant de très nombreuses années.

La tuberculose de l'adulte n'est donc en réalité que la deuxième étape d'une tuberculose remontant à l'enfance. Ce sera dans un très grand nombre de cas une maladie chronique ; elle pourra se manifester par étapes. L'enfant pourra présenter une pleurésie, une spléno-pneumonie, une lésion osseuse, articulaire, etc., puis la maladie pourra encore sommeiller, et ce sera souvent beaucoup plus tard, vers 20 à 25 ans, que la tuberculose pulmonaire va éclore. Dans certains cas même, il n'y aura aucune étape apparente entre le moment de la contagion et celui de l'éclosion ; de sorte que le problème de l'étiologie de la tuberculose n'est plus le problème simpliste qu'avaient posé les anciens, Villemin, et même Koch. C'est un problème double. C'est d'abord un problème de contagion.

Dans un très grand nombre de cas, la tuberculose qui va sévir chez l'adulte ne sera pas d'une contagion récente. Ce sont des conditions dites secondes qui vont réveiller les tuberculoses plus ou moins latentes.

Nous disons donc que la tuberculose est une maladie contagieuse. Quelle est la source du contage ? Nous admettons que la tuberculose est de contagion inter-humaine, au moins dans les grandes villes. D'après certains auteurs, les bacilles des crachats se répandent dans l'air, dans les rues, partout, et il y aurait dans l'atmosphère des bacilles saprophytiques qui sont les ancêtres des bacilles tuberculeux, de sorte qu'est née une théorie extrêmement dangereuse, qu'on a appelée la théorie de l'ubiquité du bacille tuberculeux. Pourquoi prendre des précautions ? C'est une théorie heureusement inexacte. Une série de recherches ont montré qu'il n'y a pas des

bacilles tuberculeux partout. Il n'y a de bacilles tuberculeux que là où il y a des tuberculeux, et qui crachent. Il faudrait aussi rechercher si certaines tuberculoses fermées ne sont pas dangereuses. Il est possible que tel bronchitique chronique, chez lequel nous ne trouvons pas de bacilles, soit dangereux, que tel individu atteint d'hémoptysie ou de pleurésie, soit dangereux.

La tuberculose est contagieuse surtout pour les jeunes enfants. Léon Bernard et Debré ont montré par des statistiques extrêmement précises la réalité de la tuberculose contagieuse du nourrisson. Quand un nourrisson est en contact avec une mère tuberculeuse, la contagion est d'une fréquence extrême ; quand le père est tuberculeux, la contagion est beaucoup moins fréquente. Vous voyez ici cette loi si intéressante qui pèse constamment sur cette étiologie : la loi du nombre des bacilles. Je vous disais qu'en introduisant sous la peau d'un animal une forte dose de bacilles on déterminait une tuberculose à évolution rapide, et avec une petite quantité, des tuberculoses à évolution beaucoup plus lente. La tuberculose de la mère aboutit à des contages massifs et prolongés, et presque toujours à une tuberculose miliaire aiguë généralisée, forme décrite par Marfan et Aviragnet. Certains auteurs ont pu écrire : « Tout nourrisson contagionné par une mère tuberculeuse meurt de tuberculose. »

Selon, hélas ! les conditions sociales, il y aura des variétés extrêmes dans le degré de la contagion. On ne peut comparer la contagion d'une mère qui passe son temps à tenir son enfant dans ses bras, parce qu'elle n'a personne pour l'aider, avec ce qui se passera dans un milieu plus aisé, où la mère pourra ne venir voir son enfant que quelques instants par jour au moment où elle lui donnera le sein.

Il y a des contre-épreuves : quand un nourrisson est bien portant, on ne trouve pas de tuberculose autour de lui. Quand on isole l'enfant de la mère tuberculeuse, il ne devient pas tuberculeux. Cette constatation avait d'abord été faite par Nocard chez les veaux. Un certain nombre d'œuvres ont essayé de réaliser cet isolement et les résultats sont assez grands pour que nous puissions dire aujourd'hui que la contre-épreuve est faite.

Dans d'autres circonstances, ne pouvant séparer l'enfant, on prend dans le milieu familial des précautions réduisant les causes de contagion. La mère ne se rapproche de l'enfant qu'au moment de l'allaitement, elle se cache la figure pour qu'il ne reçoive pas de projections de gouttelettes salivaires. Certaines mères ont ainsi pu allaiter leurs enfants tout en étant tuberculeuses, sans les contagionner.

Chez les nourrissons, la fréquence de la contagion tuberculeuse familiale est de 90 %.

La contagion domine toute l'histoire de la tuberculose infantile. Pour les nourrissons, la contagion est tellement importante que les causes secondes n'existent pour ainsi dire pas.

Dans la seconde enfance, l'enfant n'est plus dans les mêmes conditions que le nourrisson ; il ne voit ses parents qu'aux heures des repas, de la toilette. C'est pourquoi la contagion de la première enfance est si grave et la contagion qui se fait plus tard, tout en étant importante, aboutit souvent à des contaminations qui ne déterminent pas immédiatement la mort fatale, et aboutissent au contraire, à la possibilité d'une tuberculose latente. Que la tuberculose ait été prise chez le nourrisson, ou plus généralement contractée dans la deuxième enfance, ces enfants vont rester des tuberculeux cliniques, présenter des ganglions, des poussées fébriles traduisant une adénopathie trachéo-bronchique plus ou moins manifeste, une pleurésie, un épisode spléno-pneumonique, des manifestations péritonéales, et constamment un état de chétivité particulière, un facies particulier, des températures faciles, toutes choses qui font dire qu'il est tuberculisé, touché à la manière des enfants qui prennent la malaria. C'est à l'âge adulte qu'ils vont présenter une évolution pulmonaire qui pourra aboutir à la phtisie dans certaines conditions.

Les anciens avaient raison quand ils niaient la contagion entre adultes tuberculeux ; ils montraient que la contagion matrimoniale est rare. Sans doute, la contagion chez les adultes existe, quand ils vivent dans des conditions de promiscuité, surtout quand il y a des causes secondes : surmenage, mauvaise nourriture, mauvaise hygiène, etc. Mais elle n'est pas si fréquente. Elle n'est relevée que dans 8 à 10 % des cas, même dans les ménages.

Somme toute, les manifestations pulmonaires de la tuberculose chez l'adulte ne sont pas dues à une contagion récente, elles sont dues le plus souvent à une contagion éloignée, la maladie pouvant rester latente, la contagion récente n'intervenant que dans 10 % des cas de contagion possible. Quelle est la cause de l'éclosion de cette tuberculose de l'adulte contractée dans l'enfance, dix ou quinze ans avant, et qui s'est parfois manifestée par une série de symptômes, mais qui, dans d'autres cas, était restée tout à fait latente ? Eh bien, toutes les causes morbides vont devenir pour le tuberculeux en puissance une cause de cette éclosion. Il y aura dans la vie de cet individu des moments où il sera plus sensible ; ce sont les moments où l'organisme va se transformer ; on verra éclore des tuberculoses qui jusque-là étaient latentes au moment de la grossesse, chez la femme, après les allaitements prolongés ; chez le jeune homme, à l'occasion de la puberté nous verrons survenir des incidents tuberculeux dus à l'évolution sexuelle et aussi

aux abus sexuels. A côté de ces causes plaçons tous les troubles digestifs, nutritifs, surtout les causes de fatigue. Il en est une d'importance extrême, qui malheureusement est née pour ainsi dire de notre vie moderne, c'est le rôle du surmenage, surmenage corporel, moral, intellectuel, sportif, disons-le aussi, surmenage des enfants, non seulement des grands enfants qu'on fait travailler, mais des tout petits qu'on surmène aussi en les faisant promener pendant des heures beaucoup trop longues, dormir insuffisamment, trop jouer.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Recherches historiques sur l'enseignement de l'hygiène alimentaire (1)

Mlle le Dr E. Kouindjy.

Mlle Kouindjy, fille de notre bon collaborateur et ami, le physiothérapeute bien connu, a consacré son mémoire inaugural à exposer le résultat de ses recherches relatives à l'hygiène alimentaire. Il en résulte tout d'abord que, comme elle l'a noté en tête de ses conclusions, l'alimentation est restée jusqu'au XIXe siècle, livrée à la fantaisie des cuisiniers, à la mode, à la vanité, aux gourmands. Ce n'est guère que depuis une cinquantaine d'années que, sous l'impulsion de savants et de vulgarisateurs, la cuisine est devenue une science, et que l'alimentation a enfin trouvé son hygiène, dont les données permettent aux aliments de réunir, pour le meilleur profit de l'humanité, la qualité, la quantité, la valeur et le bon goût des mets.

Dans un premier chapitre, qui sert d'introduction à son travail, Mlle Kouindjy étudie la chimie des éléments qui entrent dans l'alimentation normale : protéines, vitamines, graisses, minéraux, hydrocarbones. Elle examine et précise comment doit être composée une ration alimentaire normale.

Un chapitre suivant est consacré au rôle de la chimie pure et biologique, de la physique et de la physico-chimie dans la cuisine. Nous nous permettons, avec l'autorisation gracieuse de l'auteur, de le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Rôles de la chimie pure et biologique, de la physique et de la physicochimie dans la cuisine.

La *cuisson* est une pratique immémoriale, employée depuis que l'homme sait faire le feu ; elle modifie les aliments, développe l'*arome* et la *saveur* des viandes, rend *plus digestibles* les poissons, les légumes, les farines. Bien plus, elle *antiseptise* les aliments.

Chimiquement : la cuisson ne modifie pas les corps gras et peu les sucres ; elle hydrate, gonfle, et fait éclater les grains d'amidon, qu'elle transforme en amylodextrine, dextrines, et sucres assimilables. Les matières albuminoïdes sont coagulées plus ou moins profondément.

Physiquement : elle amollit et désagrège les parties coriaces.

Il faudrait pouvoir dire le rôle de la cuisson pour chaque corps ; cela serait trop long — et fastidieux. Le plus simple est de prendre quelques exemples au sujet de quelques plats. *Soit par exemple les bouillons* du pot-au-feu.

1° Si on *plonge la viande à froid* dans l'eau, il se produit un phénomène d'osmose immédiat entre la viande et le liquide ; les produits sapides (principes extractifs, osmazone, matières minérales) de la viande passent dans l'eau. Elevons lentement la température ; l'albumine coagule, forme une coque à moitié imperméable, le mouvement d'osmose ralentit ; l'intérieur de la viande commence à se coaguler. Dans le liquide, il se fait, sous l'action de la chaleur des protéoses, des peptones solubles : c'est le *bouillon* qui contient plusieurs matières ; il est *interdit aux dyspeptiques excitables*, et *recommandé aux estomacs insuffisants*. La viande est très pauvre en matériaux utiles.

2° Si on plonge *la viande dans de l'eau déjà chauffée*, les *albumines* solubles de la surface sont *immédiatement coagulées*, forment une coque qui conserve les sucs nutritifs de la viande : le *bouillon est clair*, mais le bœuf aura plus de goût.

Pour qu'une *grillade* soit bonne, il faut que la viande conserve le maximum de plasma musculaire, c'est-à-dire de jus ; de plus, ce plasma ne doit pas être coagulé : côtelettes saignantes. Pour cela, il faut favoriser la formation d'une coque imperméable en « saisissant » la viande, rapidement à 200 ou 300°. La coagulation des albumines est immédiate ; il y a commencement de déshydratation du muscle qui revêt la viande d'une couche superficielle formée d'albumine oxydée, renfermant une grande quantité d'osmazone (laquelle contient des dérivés complexes, xanthiques, mêlés à des sucres caramélisés).

Cependant, *le rôtissage* comporte un second temps ; après la grillade superficielle, on règle la chaleur à 75-85 degrés, selon les viandes. Mais ici, c'est une question d'art et non plus seulement de physique ; Brillat-Savarin dit dans une de ses maximes : « On devient cuisinier ; on naît rôtisseur », et les règles de ces cuissons semblent contenues dans ce vieux dicton qu'Armand Gautier cite : « agneau bêlant, mouton saignant, veau rôti, porc biscuit. »

Le jus contient l'osmazone, les sels minéraux, les albumines qui lient, par coagulation, le liquide. *Le jus*

(1) Thèse de Paris, 1926, N. Maloine, éditeur.

est trop peptogène pour les hypersthéniques, mais bon excitant pour les insuffisants gastriques.

Pour les fritures, on emploie les graisses et les huiles plutôt que les beurres parce que leur point d'ébullition est plus élevé. On laisse la graisse fumer, parce que cela indique le début de la décomposition et la limite de la température d'ébullition. Lorsqu'on immerge les aliments, la température s'abaisse et l'aliment cuit entre 150 et 300 degrés ; c'est la *surprise* : les albumines se coagulent, les sucres se caramélisent ; la surface est dorée (déshydratation croustillante).

Les légumes (qu'il s'agisse de pommes de terre) et les *pâtes* (pain, pâtes cuites à vif) ont les mêmes réactions chimiques ; les H de C sont hydratés, et transformés en une surface croustillante, contenant des produits pyrogénés (généralement des caramels) mélangés à du charbon et des produits aldéhydiques ; *tous produits irritants interdits aux hypersthéniques.*

A *température moindre*, 115 degrés, la cuisson est parfaite pour ces produits : la fécule est transformée en dextrine, maltose ; les albumines ne sont pas touchées ; c'est le genre « petit beurre », *très bon, non irritant.*

Comment se font les *liaisons ? A la farine* : elles sont *basées sur la formation d'empois* qu'on dilue à froid. Les *roux* donnent des dextrines plus une caramélisation des sucres. Les liaisons *à l'œuf* sont *fondées sur l'émulsion* du jaune d'œuf : l'albumine et la lécithine doivent être chauffées sans atteindre à l'ébullition : *il y a émulsion et non coagulation.*

L'omelette surprise (H. Labbé) est une omelette, servie chaude, qui contient en son milieu une glace. L'explication en est donnée par M. Labbé : *l'omelette est portée à 60 degrés juste* (point de coagulation des alb.) et il se forme ainsi une coque albumineuse, non conductible de la chaleur. D'autre part, *la glace est fortement refroidie au-dessous de* 0 degré (à —10° ou —15°). On la recouvre de l'omelette, en ayant soin de laisser un peu d'air autour de la glace. La surface en contact avec la chaleur fond ; mais il *lui faut absorber, pour cette fusion, une telle quantité de calories* que loin de faire fondre la glace en profondeur, cette couche de fusion la refroidit encore. Enfin, la *couche d'air* qui enveloppe la glace alentour forme *un manchon non conductible à la chaleur.*

Il est d'autres phénomènes chimiques et physico-chimiques, *qui ne sont pas dus à la cuisson.*

Par exemple, le *rôle de l'aspiration osmotique* dans les marmelades de poires (recouvertes de sucre), dans les concombres que l'on saupoudre de sel (le sel pompe l'eau). Les *conserves de cornichons* (Nogier) ont un double courant osmotique : on les recouvre d'abord de sel, qui boit leur eau ; secondairement, on les met dans du vinaigre : l'opération inverse s'établit, la pulpe du cornichon pompe le liquide dans lequel il baigne.

M. et Mme Labbé, dans leur cours de cuisine diététique, signalent *les phénomènes chimiques intervenant dans la préparation des gâteaux à l'aide du « baking powder »* qui contient de l'acide tartrique plus du bicarbonate de soude. Sous l'influence de l'humidité de la pâte, la saturation de l'acide tartrique se produit, en même temps que des bulles très fines de CO^2. Le CO^2 gonfle la pâte, comme dans le processus de fermentation naturelle par la levure ; ce phénomène chimique est instantané, et se produit à toute température.

La coquille des œufs est poreuse :

C'est ce qui explique (Mme Moll-Weiss) *la préparation des œufs à la coque truffés* (goût spécial dû au séjour pendant quelques heures de l'œuf dans un panier de truffes, avant sa cuisson).

D'autre part, les Chinois sont très friands des œufs dits de « 100 ans » ; pour les obtenir, ils les plongent pendant six semaines en vase clos et absence de l'air, dans de la chaux éteinte ; le jaune se liquéfie, par autolyse, le blanc devient vert (début de macération) ; les œufs ont un goût de homard.

Il faut rattacher à cette porosité de la coquille la perte que les œufs font de leur eau : avec le temps, ils *deviennent plus légers* ; c'est ce qui permet de les mirer.

Nous arrêterons ici cette longue liste d'exemples que l'on pourrait multiplier à l'infini, pour chaque mets, et nous allons nous occuper de l'historique de l'hygiène alimentaire.

Vient ensuite cet historique du problème alimentaire, depuis l'homme primitif. Nous ne suivrons pas Mlle Kouindjy dans son intéressant exposé. Nous extrairons seulement de ce chapitre le menu du dîner offert en 1870 à Dumas père.

Potages : tortue à l'anglaise ; printanier.

Premier service : truites à la tartare, Waterzootche de perches, soles saumon, truites et anguilles, tranches de saumon de Glocester, turbot sauce au homard, rougets en papillottes, boudin de merlan à la reine, filet de sole à la Orly, Saint-Pierre à la crème, matelotte normande, friture de flottoir et d'anguille, rissolles de homard, quenelles de saumon, crevettes en buisson, côtelettes de saumon à l'italienne, Whitebais au naturel, Whitebais en Méphistophélès.

Relevés : poularde à la Montmorency, noi x de veau à la jardinière, pâté froid à la royale, poularde à l'italienne, sauce suprême, bastion de volaille, jambon de Bayonne, lard garni de fèves.

Entrées : côtelettes à la Maintenon, vol-au-vent à la financière, escalope de caille aux truffes, ris de veau en Macédoine, karri à l'indienne, filet de pigeon à l'italienne, fricassée de volailles aux truffes, chartreuses à la Toulouse.

Deuxième service :

Rôtis : chapon et petits poulets au cresson, dindonneau, venaison, levreau, cailles lardées, canetons à la forme.

Relevés : Charlotte Plombières, boudin à la JennyLind.

Entremets : boudin Saint-Clair, haricots verts, croûte de champignons, crême de Montmorency, fromages de Neuchâtel, tourte de cerises à l'anglaise, fromages bavarois, gelée au marasquin garnie de fraises, petits pois, mayonnaise de homard, meringues à la glace, gâteau mille-feuilles, bordure genevoise garnie de reine-Claude, gelée macédoine de fruits, riz à la Brunswick, radis et salade.

Desserts : fraises, raisins, ananas, mandarines, conserves de pêches, abricots, mirabelles, etc.

Vins : Hock, Sherry, Champagne, Madère, Porto, Claret, Château-Margaux, Château-Yquem, Constance, Tokay.

Mais ce sont là menus de princes.....

L'auteur termine par l'étude de l'alimentation telle qu'elle doit être.

Travail très consciencieux, d'une lecture attachante, et dont certaines pages vous font littéralement venir l'eau à la bouche... Travail méritoire qui donne à l'alimentation et à la cuisine, dont elle est en partie fonction, la part qui lui revient dans nos préoccupations et qui nous enseigne l'*Art du bien manger*, accommodé au goût du jour, que canalisent sagement les modernes données de la science. Mlle Kouindjy n'est pas seulement une distinguée praticienne — son curriculum hospitalier nous en est un garant très sûr — c'est encore une excellente ménagère, et certainement une parfaite cuisinière. Quel dommage que la rigueur de mon régime ne me permette pas de mettre ses qualités à contribution !!! Je ne lui adresse pas moins mes compliments bien sincères pour avoir su couronner ses études par une thèse dont le sujet sort des sentiers battus, et est d'un intérêt primordial pour l'homme, et qui représente une somme d'efforts considérable, très heureusement employés, et dont elle a le droit d'éprouver quelque fierté.

G. Duchesne.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Les symptômes mineurs de l'hyperuricémie et leur traitement.

M. P. Tissier. — A côté de la grosse hyperuricémie et de ses manifestations, dont la crise goutteuse est le prototype, il existe une petite hyperuricémie dont la symptomatologie moins bruyante est d'une interprétation parfois malaisée. L'interrogatoire révèlera des troubles dyspeptiques, des douleurs articulaires, des myalgies diverses, mais c'est surtout l'examen systématique des urines qui permettra de dépister le trouble humoral de ces sujets, non encore à proprement parler des malades, mais en imminence de morbidité. Ce qui frappe dans l'examen répété de leurs urines c'est, non pas tant une proportion élevée d'acide urique (l'hyperuricémie précède l'hyperuricurie) que les rapports acide urique — urée et azote urée — azote total, plus élevé que la moyenne pour le premier, au-dessous de la moyenne, au contraire, pour le second.

Les symptômes mineurs hyperuricémiques étant établis, on les combattra par le régime, l'hygiène et un traitement médicamenteux approprié. Le régime sera mixte, mais avec prédominance des végétaux; les gibiers, foie gras, charcuterie, viandes jeunes, etc., en seront bien entendu exclus, comme tous aliments riches en purines. Les exercices modérés au grand air, les frictions, le massage, feront partie des prescriptions hygiéniques. Le traitement médicamenteux visera à activer les échanges, désintoxiquer l'organisme, favoriser l'uricolyse. Celle-ci sera activée par le phénylcinchoninate d'allyle (atoquinol), véritable remède spécifique de la goutte et du rhumatisme goutteux, qui exerce, en outre, une action préventive manifeste en drainant hors de l'organisme l'acide urique produit en excès. Dans le cas de l'hyperuricémie mineure, il suffit d'administrer un cachet de 0 gr. 50 d'atoquinol par jour, trois ou quatre jours par mois, pour voir rétrocéder rapidement, grâce à l'amélioration du chimisme humoral et sanguin, dont on retrouvera le témoignage dans les urines, les symptômes avant-coureurs de manifestations plus graves. En même temps que disparaissent myalgies et douleurs diverses, l'habitus, et les attitudes plus alertes et plus vives, extériorisent le mieux-être de ces sujets. (*Gazette des hôpitaux*, 29 septembre 1926.)

Métastase osseuse dans un cancer du col utérin.

MM. Jeanneney et Mathey Cornat relatent l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du col inopérable, chez laquelle apparurent une tuméfaction oblongue au tiers moyen du tibia, et une tumeur dure à droite de l'ombilic, constituant des métastases de la néoplasie utérine, survenues en dehors de tout traitement, et confirmées histologiquement.

On a accusé les radiations de favoriser les métastases par la mobilisation de petites embolies cancéreuses. La statistique est défavorable à cette imputation. Il semble au contraire que la constatation plus fréquente de métastases dans le cancer du col tient à une meilleure observation des malades, d'une part, et de l'autre, à une survie plus longue due précisément aux radiations curatrices. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 19 septembre 1926.)

Cancer du pénis récidivé.

Un malade ayant subi l'amputation partielle de la verge pour un épithélioma spino-cellulaire, (amputation du gland) présente dix ans plus tard

une récidive pour laquelle le restant de la verge est amputé à la racine. On notera, selon M. JEANNENEY, la lenteur et la bénignité de l'évolution de la récidive, et la soumission du cancer du pénis à la règle thérapeutique générale du cancer, c'est-à-dire l'exérèse radicale de la tumeur et de son territoire ganglionnaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 septembre 1926.)

La recherche des abcès du mal de Pott par la radiographie.

Pas de mal de Pott sans abcès, proclament, avec les classiques, MM. Raphaël MASSART, et R. DUCROQUET. Ils naissent tous et se développent d'abord au-dessous du manchon fibreux des ligaments vertébraux. Ils finissent par tuberculiser l'enveloppe périosto-ligamenteuse, ils la perforent ; la paroi tuberculigène des abcès s'étend en empruntant une gaine musculaire, un interstice aponévrotique ; leur migration est alors réalisée, et quand elle aboutit en des points accessibles à la palpation, ces abcès peuvent être reconnus cliniquement. Ainsi en est-il dans 20 % des cas de mal de Pott. Mais dans les 80 autres cas, ils demeurent cachés à l'examen direct, et sont méconnus. Or, la radiographie permet de les déceler.

A la région cervicale, les abcès migrateurs pointent en arrière du sterno-mastoïdien. Dans un cas où il n'en était pas ainsi, les rayons X montrèrent de profil l'ombre d'un abcès refoulant en avant œsophage et trachée.

A la région dorsale, en règle générale, l'abcès obéit à la loi de la pesanteur, sans pouvoir franchir tous les obstacles, qu'il tourne. Les abcès du mal de Pott dorsal supérieur ont la forme d'un cœur de carte à jouer, tandis que ceux du mal de Pott moyen forment des poches ventrues, globuleuses, ou fusiformes à pointes très effilées. Les abcès du mal de Pott inférieur sont surtout ovoïdes.

Or, dans le mal de Pott dorsal, l'existence de l'abcès sur l'épreuve radiographique est pour ainsi dire une règle absolue, fait d'autant plus important que la clinique ne fournit ici en général aucun renseignement précis.

A la région lombaire enfin, les abcès du mal de Pott suivent habituellement la gaine du psoas, et viennent bomber dans la fosse iliaque. Parfois, ils suivent la gaine des vaisseaux circonflexes, celle des vaisseaux ischiatiques pour aboutir, dans le premier cas, dans la fesse ; dans le second, au creux poplité.

« La recherche systématique des abcès du mal de Pott par la radiographie nous paraît trop importante, surtout à la région dorsale, pour être négligée ; elle a une valeur diagnostique considérable ; elle permet de mesurer l'étendue des abcès, on peut suivre sur des images prises à quelques mois d'intervalle leur évolution ; elle pourrait peut-être aussi permettre de repérer exactement l'abcès dorsal et de le vider ... ». (*Archives franco-belges de chirurgie*, mars 1926, n° 3.)

Qu'est-ce que la dysménorrhée ?

« C'est, dit M. Henri VIGNES, l'ensemble des sensations douloureuses perçues au niveau des organes génitaux internes ou au nouveau des régions voisines à l'occasion de la menstruation.

On a décrit une dysménorrhée spasmodique, une dysménorrhée nerveuse, une dysménorrhée ovarienne, etc.

Chacune de ces entités répond à un certain nombre de cas cliniques bien observés par nos anciens. De telles dénominations traduisent que, dans ces cas, l'attention était attirée surtout par l'élément spasmodique, par l'élément congestif, etc.

« Elles correspondent, à des troubles physio-pathologiques dont nous entrevoyons l'existence.

« Chaque cas de dysménorrhée implique, à des degrés divers, une prédisposition, liée à la constitution physique et morale du sujet et une cause déterminante, qui peut tenir à un fait psychique, à une disposition générale de l'organisme, ou, souvent, à une épine irritative locale. Parmi ces causes locales, deux sont particulièrement importantes : l'ovarite scléro-kystique et le retard du développement utéro-ovarien. » (*Progrès médical*, 19 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La bronchite sanglante de Castellani.

(M. H. VINCENT. — *Académie de médecine* ; 19-10-26.)

La bronchite hémorrhagique de Castellani, dit M. Vincent, n'est autre qu'une localisation sur les bronches de la symbiose microbienne due au *bacillus fusiformis* et au *spirochæta Vincenti*, symbiose qui est d'ailleurs responsable d'autres maladies : angine de Vincent, pourriture ou gangrène d'hôpital, noma de la face, noma vulvaire, ulcère phagédénique des pays chauds, otite suppurée fétide, etc.

La maladie de Castellani est souvent méconnues étant confondue soit avec la bronchite banale rebelle, soit avec la tuberculose. Ses principaux caractères sont les suivants :

1° Sa longue durée ou, plutôt, sa chronicité. Elle peut, en effet, persister de nombreuses années ;

2° Sa bénignité habituelle ;

3° L'expectoration hémorrhagique régulière ou intermittente, généralement peu abondante, qui l'accompagne (elle manque même parfois) ;

4° La présence de spirochètes et de bacilles fusiformes, à l'examen des crachats frais.

La lésion déterminée sur les bronches par les agents étiologiques de l'affection est légère dans les formes simples. Buday et Jackson ont trouvé, à l'autopsie, des ulcérations superficielles de la muqueuse dont il est difficile, en l'absence d'examens anatomiques nombreux, d'apprécier la fréquence.

On sait que, pour MM. Bezançon et Etchegoin, le germe de la bronchite de Castellani est différent du spirochète de Vincent. M. Vincent montre que l'identité des deux spirochètes est admise par la majorité des auteurs. Quant à l'association avec le bacille fusiforme on la constate si on la recherche avec soin.

Le traitement de la bronchite sanglante sera celui des spirochétoses. Les résultats favorables obtenus dans l'angine de Vincent avec l'arsenic ont conduit à appliquer ce médicament à la localisation bronchique de la même symbiose. L'auteur a ainsi pu guérir un nombre appréciable de malades. Il convient donc d'injecter aux patients atteints de bronchite de Castellani un arsénobenzène actif ou bien, peut-être, un composé de bismuth, et de les soumettre en même temps, à une hygiène générale et alimentaire destinée à renforcer leur résistance organique. On devra, enfin, surveiller la bouche et les dents : prescrire leur nettoyage minutieux et leur désinfection biquotidienne à l'eau oxygénée ou à l'eau javellisée.

Technique du lavage des vésicules séminales.

(M. G. Luys. — *Soc. des chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

M. Luys expose la technique à mettre en œuvre pour le lavage des vésicules séminales, bon moyen de désinfection de ces organes lorsque les traitements ordinaires (massages, dilatations uréthrales) ont échoué.

L'intervention doit se faire par voie chirurgicale. On incise sur une longueur de 2 centim. au niveau de la racine des bourses. Le canal déférent est isolé minutieusement et l'on pousse dans sa lumière, à l'aide d'un trocart, 10 à 15 cent. c. de collargol. Le malade est ensuite immobilisé au lit, et mis à la diète absolue, opiacée, durant quatre jours. Le collargol ainsi injecté reste fixé dans les vésicules séminales pendant au moins plusieurs jours et souvent deux ou trois semaines.

Les excellents résultats immédiats et éloignés de cette opération, simple quoique délicate, pratiquée par l'auteur plus de 150 fois, doivent en faire recommander l'usage dans le traitement des infections des vésicules séminales.

Cure de fistules vésico-vaginales.

(M. Eugène Delaunay. — *Soc. des Chirurgiens de Paris* ; 15-7-1926.)

M. Delaunay décrit un procédé de cure des fistules vésico-vaginales surtout applicable quand l'utérus est en place et abaissable. L'auteur l'a employé dans deux cas de fistules consécutives à l'accouchement. L'incision est faite loin de la fistule ; les sutures ne se correspondent pas ; la paroi antérieure du vagin se trouve raccourcie et maintient le plissement de la vessie.

Syphilis osseuse et accident du travail.

(M. R. Barthélemy. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-6-1926).

M. Barthélemy relate l'observation suivante : un ouvrier, à la suite d'une chute sur le poignet, présente (quelque temps après) une tuméfaction du cubitus, à sa partie supérieure. Il est opéré pour « fracture méconnue du cubitus ou tumeur osseuse »; mais, la plaie opératoire n'étant pas refermée six semaines plus tard, M. Barthélemy est appelé à l'examiner. Plaie violacée, à allure froide. Wassermann positif. Après cinq injections intra-veineuses d'arsenic, amélioration sensible, qui fera place dans la suite, probablement, à une guérison. Quel rapport faut-il établir entre cette syphilis osseuse de la partie supérieure du cubitus et la chute sur le poignet ?

— M. Lacapère croit la syphilis traumatique fréquente, mais elle exige un traumatisme longtemps répété, chronique pour ainsi dire.

— M. Thibierge pense également que le développement de syphilides à la suite d'un traumatisme unique est tout à fait exceptionnel. Mais, ajoute-t-il, en pratique médico-légale, il convient d'avoir une opinion moins arrêtée. Il est, en pareille circonstance, un principe selon lequel un médecin expert ne peut nier un fait par cela seul qu'il est contraire aux doctrines régnantes ou qu'il n'a pas encore été démontré scientifiquement. On se rappelle que les tribunaux ont donné jadis plus d'une fois tort à Ricord qui niait la contagiosité des accidents secondaires et la contamination des nourrices par les nourrissons hérédo-syphilitiques. Lorsqu'un fait, non établi scientifiquement, est vraisemblable dans les circonstances où il s'est produit, le médecin-expert doit en admettre la possibilité. Pour ce qui concerne l'origine traumatique d'une syphilide cutanée, par exemple, on pourra l'accepter aux conditions suivantes : 1° existence démontrée du traumatisme ; 2° diagnostic certain de la nature de la lésion ; 3° apparition de celle-ci au siège du traumatisme et au bout d'un temps compatible avec l'évolution d'une syphilide de même importance.

— M. Lortat-Jacob rappelle que, pendant la guerre, ayant à juger les relations de la paralysie générale avec le traumatisme, les fatigues et les émotions, on avait dû accorder à ceux-ci un rôle adjuvant ou accélérateur de l'évolution de la paralysie générale (sans pour cela être à même d'en faire la preuve) et réformer n° 1 les malades.

Syphilome primaire à longue incubation.

(M. Jamain, d'Avignon. — *Soc. de derm. et syph.* ; 10-6-1926).

M. Jamain a observé un chancre syphilitique du frein dont l'incubation aurait été de 44 jours. Le malade prenait, pour des troubles hépatiques, des paquets de calomel (0 gr. 05 tous les matins). L'auteur se demande s'il y a eu là une influence retardante, analogue à celle des affections fébriles signalée par M. Thibierge.

Le radium dans le traitement des angiomes.

(M. P. Degrais. — *Société de médecine de Paris* 11-6-1926.)

M. Vignat prônait récemment la cryothérapie comme traitement de choix des angiomes, considérant le radium, ici, comme une thérapeutique d'exception. M. Degrais soutient une opinion inverse et, pour lui, le radium est supérieur à toutes autres méthodes dans la cure des angiomes.

Entre les mains d'un spécialiste expérimenté, le radium n'est nullement dangereux. Il est indolore, avantage que n'a pas la cryothérapie. Il est applicable à tous les âges et dès l'apparition de l'angiome. Alors que le cryocautère est inutilisable dans les angiomes volumineux et même moyens, le radium ne connaît pas de limites et peut s'attaquer aux tumeurs angiomateuses énormes.

— M. Lobligeois remarque qu'ayant été personnellement soumis, dans le traitement de ses radiodermites, au radium et à la cryothérapie, il a plus souffert du premier que de cette dernière.

— M. Degrais répond que les radiodermites et les angiomes ne se comportent pas de même façon vis-à-vis de la radiumthérapie. Dans la radiodermite, les lésions sont ulcérées, les terminaisons nerveuses mises à nu et les applications radifères plus pénibles.

— M. Petit de la Villéon applaudit aux bienfaits du radium dans la cure des angiomes. Lorsqu'on est en présence d'angiomes volumineux ou placés en certaines régions (orifices de la face), la chirurgie ne peut intervenir utilement et le radium recule alors les limites de l'action thérapeutique.

— M. Dartigues reconnaît également que, parmi les cas présentés par M. Degrais, un bon nombre auraient été inopérables.

Une main de prestidigitateur.

(M. Peugniez. — *Société de médecine de Paris* ; 11-6-1926.)

M. Peugniez a eu l'occasion d'examiner la main d'un prestidigitateur qui se livrait à un exercice particulier : il plaçait dans la paume de sa main largement ouverte et tenue verticalement, le pouce et les autres doigts étant bien étendus, une bille de billard ; la bille y restait collée, malgré la position donnée à la main, et sans aucune contraction musculaire apparente.

Le mécanisme de cet exercice tenait à une hypertrophie (acquise par de longs exercices) des muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar dans leurs parties regardant l'axe de la main. La contraction, limitée à ces bandes de muscles maintenait la bille et restait invisible, ladite bille débordant par sa forme arrondie les faisceaux musculaires en contraction.

La propriété scientifique.

(M. Foveau de Courmelles. — *Soc. méd. des praticiens* ; 15-10-1926.)

M. Foveau de Courmelles montre que la notion de la propriété scientifique pénètre dans les idées, les mœurs, les lois..... On se rend compte que tout travail, toute production, doivent être rémunérés, faire vivre leurs auteurs. Sans le mot, la chose est déjà en création, en France, en Allemagne, en Italie. Des thèses de droit la consacrent. Les fonds provenant du travail scientifique pourraient être logiquement attribués aux auteurs, aux victimes de la science, aux laboratoires scientifiques et seraient fournis par les industriels qui en bénéficient. La recherche des bénéficiaires est assez difficile mais non impossible.

Le nickel et le cobalt dans le diabète.

(M. Le Goff. — *Société médicale des praticiens.* — 15-10-1926.)

MM. Bertrand et Machebœuf ont appelé l'attention sur la richesse relative du pancréas en nickel et en cobalt. Ils ont trouvé également ces deux métaux dans les préparations d'insuline. En 1925, ces auteurs confièrent des ampoules d'eau de mer isotonique contenant 1/10e de millligr. de nickel et cobalt, à M. Le Goff, qui les utilisa dans six cas de diabète sucré et un cas de diabète insipide. Un seul malade ne fut pas influencé. Les autres virent leur diabète s'améliorer ou disparaître.

P. L.

Lyon

Société nationale de médecine

Toxidermie à forme d'hydroa-buccal.

M. Gaté. Malade, tuberculeuse pulmonaire avérée, ayant subi un traitement par la sanocrysine. On constate chez cette femme, outre une kérato-conjonctivite de l'œil droit et une leuco-kératose des muqueuses buccale et vulvo-vaginale, des érosions de la face inférieure de la langue et la région rétro-commissurale de la joue gauche. Ces dernières lésions qui

doivent être vraisemblablement rattachées à l'hydroa buccal sont apparues au cours du traitement par la *sanocrysine* et soulèvent la question de l'action toxique possible sur les muqueuses du thiosulfate d'or et de sodium.

Grossesse extra-utérine rompue.

M. Ricard montre une pièce opératoire de grossesse tubaire rompue vers la fin du quatrième mois ; les règles avaient persisté pendant toute la durée de cette grossesse, et les signes réflexes de gestation étaient absents ; la rupture eut lieu pendant une période menstruelle et détermina une inondation péritonéale. Intervention d'urgence. La malade supporte le choc opératoire, mais meurt trois jours après avec des phénomènes pulmonaires.

Traumatisme vertébral.

M. Guilleminet présente l'observation d'une femme de 40 ans qui fut renversée sur le côté droit par une automobile alors qu'elle conduisait sa voiture attelée d'un cheval ; celui-ci s'abattit sur elle. Les jours suivants, douleurs vives du côté de la hanche droite et de la région lombo-sacrée. Une radiographie faite à ce moment fut déclarée négative. Quatre mois après la malade souffrant toujours, vint consulter et la radiographie montra alors l'existence d'une fracture de la cinquième vertèbre lombaire. Une nouvelle radiographie faite un an après a montré un spondylolisthésis très marqué de la cinquième vertèbre lombaire. Cette observation est un exemple de fracture latente de la colonne vertébrale, question qui a pris un intérêt nouveau depuis la pratique de la radiographie et la législation sur les accidents du travail.

Luxation de la tête radiale.

M. André Rendu. Enfant de 10 ans qui, à la suite d'une chute sur la main se fit une luxation isolée de la tête radiale. Le coude fut immobilisé au plâtre pendant 15 jours, mais la luxation se reproduisit. Aussi laissa-t-on l'enfant se servir de son bras et aujourd'hui, trois mois après l'accident, l'enfant ne présente aucune gêne ni aucune diminution de force, ce qui justifie la pratique de M. Nové-Josserand, lequel préconise en pareil cas l'abstention opératoire.

Tumeur mixte des fosses nasales.

M. Rebattu relate une observation de tumeur polypoïde des fosses nasales, à point de départ au-dessous de la partie moyenne du cornet inférieur. Histologiquement, il s'agissait d'une tumeur mixte. Enlevée depuis un an, elle n'a pas récidivé.

Artérite oblitérante due au port d'une béquille.

M. de Girardier. Malade du service de M. Delore, atteint de paralysie infantile à l'âge de 14 mois et qui depuis l'enfance marche avec une béquille qu'il place plus sur la face interne du bras gauche que dans le creux axillaire. A son entrée, on se trouve en présence d'un membre supérieur œdémateux, avec teinte cyanique jusqu'au pli du coude, abaissement notable de la température locale, impotence complète. Examen oscillométrique impossible ; les battements de l'axillaire sont perçus jusqu'au bord inférieur du grand pectoral, aucun battement au-dessous. Examen viscéral et nerveux négatif. Tension artérielle normale. Pas de syphilis. Devant les progrès rapides de la gangrène, on doit pratiquer l'amputation du bras au tiers supérieur. L'examen histologique montra une thrombose récente avec surtout une périartérite intense et très ancienne, véritable cellulite chronique du creux de l'aisselle. Ce malade qui ne peut plus désormais se servir d'une béquille a été muni d'un appareil orthopédique permettant la marche sur le membre inférieur paralysé.

Fracture sus-condylienne du coude.

M. A. Rendu présente les radiographies d'une fracture du coude chez un enfant de 9 ans, fracture sus-condylienne avec déplacement considérable en arrière. La réduction fut obtenue en *deux séances* faites respectivement les troisième et cinquième jours. Trois semaines après, apparut une paralysie radiale complète qui guérit spontanément après ablation du plâtre. Actuellement, cinq mois après la fracture, le coude est normal comme forme, mouvements et force.

Branchiome malin.

M. Condamin présente, au nom de M. Patel, un malade qui était atteint d'une tumeur cervicale pour laquelle on porta le diagnostic, vérifié histologiquement, de branchiome malin. Cette tumeur put être extirpée sans trop de peine grâce à la section du sterno-mastoïdien et à la ligature systématique de la jugulaire interne.

A. C.

Les Congrès

XXXVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(Suite) (1)

DEUXIÈME QUESTION.

Opérations conservatrices dans les annexites.

Discussion.

M. WESSEL (de Copenhague) est partisan du traitement conservateur et n'intervient chirurgicalement qu'après un traitement médical demeuré sans effet.

Sur 2.400 malades traitées en douze ans, il n'en a opéré que 155.

Sur 738 malades revues, dont 40 seulement avaient été opérées, il a constaté 246 guérisons complètes ; 148 malades présentent encore quelques douleurs ; 185 ont eu des récidives.

M. VAN ROOY (d'Amsterdam) traite la plupart des salpingites d'abord médicalement, sauf s'il y a indication nette de colpotomie.

Aux irrigations chaudes il préfère la diathermie.

Sur 731 malades traitées, il a pu éviter l'opération dans les deux tiers des cas.

Sur 39 hystérectomies totales, l'auteur a eu 2 morts par péritonite ; 5 malades n'ont pas été revues ; chez 29 le résultat a été excellent ; 3 cas sont restés douloureux.

Sur 58 salpingectomies unilatérales, l'auteur n'a pas eu de décès ; 8 malades n'ont pas été revues ; 12 ont continué d'être réglées et sont devenues enceintes ; 8 ont eu des récidives de l'autre côté ; sur ces récidives, 6 ont cédé au traitement médical.

Sur 72 cas de salpingites doubles, il y eut 2 morts post-opératoires ; 9 malades n'ont pas été revues, 49 ont été guéries complètement ; 12 cas n'ont pas bénéficié de l'opération.

Sur 66 hystérectomies fundiques, il y eut 1 mort par péritonite ; 43 malades ont été guéries définitivement ; 12 ont présenté un résultat quelconque. L'auteur n'a jamais été obligé de réopérer.

La résection de l'ovaire est une bonne opération. Dans un cas où l'on avait conservé un tiers de l'utérus, la trompe et un quart d'un ovaire, la femme présenta trois grossesses qui évoluèrent normalement.

M ROUFFARD (de Bruxelles) considère l'ignipuncture comme un mauvais procédé. Il préfère recourir à la résection partielle de l'ovaire, avec laquelle il n'a pas à craindre les poussées inflammatoires secondaires. Il y ajoute une sympathectomie hypogastrique.

L'hystérectomie fundique doit être pratiquée très bas et l'on doit s'efforcer de conserver à l'ovaire une vascularisation parfaite.

Sur 50 salpingites bilatérales ayant résisté au traitement médical, l'auteur a obtenu 8 guérisons par la haute fréquence. Il rapporte un cas de greffe d'ovaire de cynocéphale chez une malade ayant passé la ménopause ; les règles apparurent peu douloureuses. Le résultat peut être considéré comme bon.

M. BEUTTNER (de Genève) rappelle l'historique de l'hystérectomie fundique et donne les résultats obtenus par différents chirurgiens. Dans ces statistiques la mortalité est extrêmement faible.

M. AUBERT (de Genève) a pratiqué 31 fois l'hystérectomie fundique. Il pense que cette opération s'adresse surtout aux formes douloureuses et qu'elle convient aux femmes jeunes. La laparotomie permet seule d'en poser les indications précises.

Quand l'utérus est à peu près normal, mais qu'il existe cependant une salpingite bilatérale avec possibilité de conserver un ovaire, mieux vaut garder l'utérus entier sans compliquer par l'exécution d'une fundique. Il suffit d'enlever par excision cunéiforme la portion utérine de la trompe.

M. SIREDEY. Les méthodes conservatrices ne peuvent pas s'appliquer aux lésions dues au gonocoque.

Dans les autres cas on peut essayer le traitement médical qui, conduit avec persévérance, donne plus souvent qu'on ne croit des résultats durables (onction au collargol, glace, lit, vaccins, cures thermales).

Dans l'ovarite scléro-kystique, pas de chirurgie, ou tout au moins chirurgie très conservatrice. Soigner dans ces cas l'hérédité tuberculeuse.

Les formes appendico-salpingiennes relèvent toujours de l'acte opératoire.

M. MAYER (de Bruxelles) a pratiqué 20 fois l'hystérectomie fundique avec incision de Pfannenstiel et drainage pendant huit jours des deux angles de la plaie sus-pubienne.

Les résultats ont été satisfaisants dans le tiers des cas.

La méthode comporte des déboires, c'est ainsi que deux fois les règles sont devenues beaucoup plus abondantes au point de nécessiter un traitement radio ou curiethérapique.

D'autres fois c'est la leucorrhée et la dysménorrhée persistantes qui exigent des soins gynécologiques prolongés.

Souvent aussi des phénomènes douloureux obligent à une opération radicale secondaire.

L'auteur fait remarquer que la conservation d'un ovaire et d'une partie de l'utérus n'assure pas toujours la persistance des règles.

En cas de salpingectomie bilatérale, il y a tout

(1) *Concours médical*, nos 45 et 46.

avantage à conserver l'utérus s'il est petit et sain, mais il convient de le fixer convenablement.

M. Daniel (de Bucarest), sur une statistique de 182 cas, constate que la moitié des interventions ont été des opérations conservatrices.

La plupart ont été pratiquées sur les trompes : ablation partielle ou totale, désobstruction. Dans les cas plus avancés, l'auteur a pratiqué des « annexectomies ».

Quand l'ablation des annexes a porté sur les deux côtés, il n'a conservé l'utérus que si une auto-greffe a été possible.

Si un ovaire au moins peut être conservé, l'auteur pratique en même temps une résection du fond utérin.

La plupart des opérées sont aptes à tout travail et conservent leurs règles. Pas de chiffres précis en ce qui concerne les grossesses consécutives.

L'auteur estime que les opérations conservatrices ne doivent être pratiquées que dans des lésions chroniques refroidies depuis au moins six mois.

M. Villard (de Lyon). Dans le traitement chirurgical des inflammations annexielles, les procédés brillants et rapides de castration doivent laisser la place aux opérations minutieuses et plus lentes de réparation totale ou de conservation partielle.

L'objectif à atteindre est de conserver la reproduction, et, en cas d'impossibilité, d'assurer tout ou partie des fonctions endocriniennes.

L'auteur n'a jamais observé de résultats appréciables dans les cas où il a cru devoir conserver un ovaire seul sans utérus ; il a même dû réintervenir dans ces conditions. Par contre, il attache une grande importance à la conservation de l'utérus qui peut devenir le siège d'une véritable sécrétion interne.

Les deux techniques suivantes peuvent s'ajouter aux opérations conservatrices :

1° L'assèchement tubaire par aspiration des salpingites suppurées qui permet la conservation totale dans des cas paraissant uniquement justiciables de l'ablation.

2° La salpingectomie rétrograde sous-séreuse qui vise la conservation de la vascularisation de l'ovaire dans l'ablation des trompes avec conservation de l'utérus.

Autrefois partisan des opérations radicales, l'auteur est devenu conservateur convaincu. Dans ces deux dernières années, sur 105 interventions pour annexites bilatérales, il a pratiqué 72 conservatrices et seulement 33 castrations.

M. Vanverts (de Lille). Les opérations radicales ne doivent pas s'appliquer systématiquement aux lésions inflammatoires des annexes. La suppression de la menstruation et de la sécrétion interne de l'ovaire s'accompagne souvent de troubles assez sérieux pour qu'on s'efforce d'être conservateur dans la mesure du possible.

Dans l'ensemble, du reste, les opérations partielles donnent d'excellents résultats qu'il s'agisse de la conservation d'un ovaire et de la trompe correspondante ou de celle de l'utérus et d'un ovaire. Par contre, la conservation d'un ovaire sans utérus ne donne pas de résultats favorables.

Les opérations conservatrices trouvent aussi leurs indications dans la tuberculose annexielle. L'ovaro-salpingectomie unilatérale dans un cas d'abcès froid tubaire a donné à l'auteur un résultat remarquable. A deux reprises la malade accoucha dans d'excellentes conditions ; elle continue à jouir d'une parfaite santé.

La conservation de l'utérus et d'un ovaire a donné trois résultats satisfaisants et un médiocre.

M. Brodier (de Paris). Les ovaires scléro-kystiques ne doivent pas être enlevés, leur ablation s'impose exceptionnellement ; l'acuité et la persistance de la douleur constituent l'indication opératoire.

Dans les lésions inflammatoires annexielles doubles nécessitant l'intervention, il importe de pouvoir conserver un fragment d'ovaire avec la cavité utérine ; le segment de substance ovarienne le plus minime suffit à assurer le maintien des fonctions génitales.

Dans deux observations d'inflammations des annexes, l'une avec volumineux abcès, l'autre avec hématocèle, la simple colpotomie a amené la guérison.

Il ne faut opérer les inflammations annexielles qu'après avoir épuisé les ressources du traitement médical. Parmi ces ressources nouvelles, il faut signaler la vaccinothérapie (sérum polyvalent de Delbet dans les infections puerpérales, sérum antigonococcique dans les inflammations blennorragiques).

Un traitement judicieusement appliqué dès le début des accidents inflammatoires peut éviter l'intervention chirurgicale ; si ce traitement n'amène pas la guérison totale des lésions, il entraîne une amélioration qui permet au chirurgien d'être aussi conservateur que possible.

M. Imbert (de Marseille) ne croit pas beaucoup à l'avenir de la chirurgie conservatrice.

Il classe les malades en quatre catégories :

a. Celles qui averties des risques et de la possibilité d'une nouvelle opération, demandent à conserver une chance de grossesse. C'est l'indication psychologique des interventions conservatrices ;

b. Celles qui ont des lésions à peine inflammatoires, ovaires scléro-kystiques notamment. On peut enlever l'ovaire douloureux si l'on pense que c'est là le moyen de supprimer les douleurs ;

c. Celles qui présentent des lésions bien localisées, abcès de l'ovaire, hydro ou pyosalpinx libres. L'intervention unilatérale est tout indiquée ;

d. Cas le plus fréquent : la malade ne demande pas à être opérée, mais c'est le chirurgien qui conseille l'intervention. Ici la chirurgie radicale reprend ses droits.

L'auteur reproche aux interventions économiques la persistance de la douleur du côté opéré, la prop

BELLAFOLINE

" SANDOZ "

Alcaloïdes totaux de la Belladone sous forme de malates, purs, solubles, stables, exactement dosés, injectables.

Traitement du **SPASME** et des **VAGOTONIES**

Comprimés	**Gouttes**	**Ampoules**
1 à 2, trois fois par jour	X à XX — 3 fois par jour	$^1/_2$ à 2 par jour

SIROP de BELLAFOLINE

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz, PARIS (X^e)

Dépot général et vente: **Usine des Pharmaciens de France,** *125, rue de Turenne, PARIS (IIIe)*

CURATINE BRUNET

NÉVRALGIES diverses, RHUMATISMES, MIGRAINES

Puissant analgésique
Innocuité absolue
Action rapide

RÈGLES douloureuses

CURE ET RÉGIME DES INTESTINAUX

(Entérités, Constipés, Diarrhéiques Dyspeptiques, gastro-intestinaux, Coloniaux)

par les Eaux de CHATEL-GUYON



EAU DE TABLE
CHATELGUYON - LEGERE

Eau minérale naturelle, Carbo-gazeuze, du bassin de CHATEL GUYON, très légèrement minéralisée.

A boire comme eau de table,
aux repas et en dehors des repas,
pure ou additionnée de vin blanc léger.

Renseignements et Commandes : SOCIÉTÉ des EAUX MINÉRALES de CHATEL-GUYON
6, Square de l'Opéra — PARIS. R. C. Seine N° 72.532

gation des phénomènes inflammatoires du côté considéré comme sain, la fréquence des avortements et des grossesses tubaires, en particulier dans les opérations contra-latérales.

M. Abadie (d'Oran) insiste sur l'opportunité de rechercher le refroidissement des lésions inflammatoires des annexes et de n'opérer qu'après avoir tiré [illegible] le bénéfice du traitement médical et hydro-[illegible]al.

[illegible]ventionniste immédiat à l'égard de l'appen-[illegible]st temporisateur à l'égard de la trompe et [illegible]. D'après sa pratique, l'hystérectomie [illegible] lui paraît qu'exceptionnellement indiquée [illegible] tellement plus simple de conserver la totalité [illegible]ps utérin. L'inclusion de l'ovaire dans la cavité [illegible] ne lui a jamais paru possible. Par contre, il a [illegible] recours à l'expression sans ablation des trompes suppurées, à la résection partielle et à l'ignipuncture des ovaires, — surtout à la salpingoplastie avec ou sans résection partielle ; exceptionnellement à la salpingoraphie.

Sur 36 malades opérées, 20 ont pu être retrouvées. Les suites immédiates ont toujours été simples, sauf un cas d'hémorragies après résection partielle de l'ovaire, mais suivi de guérison.

Sont totalement guéries : 18 ; souffrent encore : 2 ; réopérées : [illegible] ; bien réglées : 15 ; dysménorréiques : 2 ; n'avaient pas eu de grossesse avant l'opération : 4 ; avaient eu des enfants : 11 ; ont eu des enfants après l'opération : 1.

Conclusion : situation sociale aisée, opérer un côté avant que l'autre soit pris ; puis, recourir aux méthodes conservatrices.

Malades ayant besoin de travailler : ne pas s'illusionner sur les espoirs de maternité que peut donner la conservation.

M. Dou[illegible] (de Paris). Avant de tenter toute opération conservatrice, il importe d'abord de vérifier la perméabilité de la trompe paraissant indemne.

L'insufflation tubaire donne ce renseignement. La méthode est sans danger si l'on agit avec prudence.

La conservation d'un ovaire seul ne supprime pas toujours les bouffées de chaleur, mais elle modère les troubles secondaires de l'insuffisance ovarienne et spécialement l'adiposité.

L'opération de Beuttner a été réalisée sept fois à l'hôpital Broca avec résultats satisfaisants.

Dans les annexites tuberculeuses, les opérations conservatrices sont peu recommandables. Mieux vaut faire une hystérectomie sub-totale avec castration. Les troubles endocriniens sont peu marqués d'ordinaire et il semble que la suppression de la fonction ovarienne permette aux malades de lutter dans de meilleures conditions contre la tuberculose.

M. Sénéchal (de Paris) distingue trois cas :

1° Il s'agit d'une infection utéro-annexielle bilatérale avec abcès enkysté près de la trompe. Il pratique dans ces conditions une hystérectomie subtotale avec évidement du col pour assurer un drainage déclive. Il s'efforce de conserver un ovaire entier *in situ* ou un fragment au pis aller.

2° L'affection annexielle abcédée ou kystique est unilatérale. Il pratique l'ablation unilatérale des annexes.

3° L'infection est minime uni ou bilatérale, mais elle a entraîné une fermeture du pavillon, des bosselures et des flexuosités de la trompe. Il convient dans ces conditions de réouvrir le pavillon, d'étaler et de fixer les franges, de sectionner les adhérences et de corriger les flexuosités de la trompe. L'ovaire est traité par ignipuncture ou résection partielle.

M. J.-L. Faure a toujours été frappé par le nombre considérable d'opérations itératives après les méthodes dites conservatrices. Il croit impossible de fixer des directives certaines dans le choix de l'intervention, même au cours de la laparotomie. Dans tous les cas, il n'est pas partisan de l'hystérectomie fundique. Il préfère pratiquer une sus-isthmique, d'exécution plus facile et qui suffit à la conservation des règles, ou même garder l'utérus entier et un ovaire si la chose est possible.

M. Cotte (de Lyon) sépare nettement les inflammations annexielles, de l'ovaire scléro-kystique.

Pour 330 cas d'annexites vraies, il a pratiqué 194 opérations radicales et 136 conservatrices. Il considère l'opération fundique comme plus grave que les autres procédés conservateurs.

C'est surtout dans l'ovaire scléro-kystique que Cotte est conservateur. Après avoir, dans ces cas, essayé la sympathectomie hypogastrique, il donne la préférence à la résection du nerf pré-sacré.

M. Potvin (de Bruxelles) présente un traitement fort original des salpingites.

Après laparotomie, il extériorise la trompe malade par une incision latérale, la fixe à la peau et la désinfecte par des injections de permanganate de potasse et des instillations au nitrate d'argent, tout comme s'il s'agissait d'une uréthrite.

Il s'assure de la perméabilité de cette trompe quand toute trace d'inflammation a disparu, puis la réintègre dans l'abdomen sous anesthésie locale.

Il n'a pas jusqu'ici observé de grossesse, mais la guérison se maintient chez les 3 malades ainsi traitées.

M. Masmonteil (de Paris), frappé par la fréquence des troubles d'hypertension chez les hystérectomisées, a pris pour habitude de conserver un ovaire dans tous les cas où il croit devoir supprimer l'utérus.

Ainsi traitées, les 2/3 de ses opérées voient leurs règles persister sans jamais présenter ni troubles d'hypertension artérielle, ni phénomène d'asthénie, ni aucun des symptômes accompagnant d'ordinaire les ménopauses opératoires.

M. Walther (de Paris) précise quelques points de technique relatifs à la résection ovarienne. Le fragment d'ovaire peut être réséqué largement. Il suffit

de conserver une simple bande de tissu ovarien le long du bord adhérent pour que la grossesse soit encore possible.

TROISIÈME QUESTION.

Traitement des arthrites gonococciques en évolution.

Résumé du rapport de M. MONDOR (de Paris).

Il est peu d'affections dont la thérapeutique soit aussi débattue que celle des arthrites gonococciques, chacun se souvenant avoir observé des échecs lamentables aussi bien après un traitement médical qu'après un traitement chirurgical.

Ces catastrophes s'expliquent par la méconnaissance du diagnostic, où tout au moins par le retard qu'on a mis à le porter.

Pour cette raison, l'étude du traitement ne saurait être séparée de celle du diagnostic ; la thérapeutique ne vaudra que si celui-ci est exact et précoce.

Diagnostic clinique. — Toutes les formes sont susceptibles de s'associer, de se superposer, de se succéder chez un même malade.

I. LA POLYARTHRITE peut être toute la maladie, *ou simplement le prélude* d'une monoarthrite terminale. De toutes les articulations touchées, c'est souvent la moins atteinte en apparence qui va brusquement s'ankyloser.

II. LES MONOARTHRITES se présentent sous des aspects très variables : elles peuvent être « sèches » ou « avec épanchements » séreux, séro-fibrineux ou purulent.

Il est classique de dire que les pyarthroses gonococciques sont rares si tant est qu'elles existent. Elles sont en réalité très fréquentes.

Il est impossible cliniquement de déterminer à coup sûr la nature de l'épanchement, la ponction exploratrice peut seule trancher la question.

Ces différentes formes évoluent d'une façon aiguë ou subaiguë, parfois sans grande réaction fébrile ; toutes sont susceptibles d'aboutir rapidement à « l'arthrite pseudo-phlegmoneuse ».

Il existe des formes prolongées, ce sont les cas les plus fréquents. La spondylite gonococcique, la polyarthrite noueuse déformante en sont les types communs. Beaucoup de « rhumatismes chroniques » relèvent en réalité du gonocoque.

Il existe aussi des formes à rechutes, des formes récidivantes semblant coïncider avec une réinfection.

Les formes septicémiques, surtout, doivent être connues des chirurgiens. Transitoires et bénignes d'aspect, ou d'allure inquiétante d'emblée, elles comportent un pronostic grave. En présence d'une polyarthrite, même avec lésions cardiaques, avant d'affirmer qu'il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu, il importe de tout mettre en œuvre pour dépister le gonocoque.

Enfin, les arthrites puerpérales, assez fréquemment, n'ont pas d'autre cause. On les voit pendant la grossesse ou après l'accouchement. Les arthrites du nourrisson ont souvent la même origine, elles expliquent peut-être certains cas de luxations congénitales de la hanche.

Lenteur du diagnostic. — Le plus souvent, on perd un temps précieux à tenter l'épreuve du salicylate de soude, ou bien l'on croit à un phlegmon, à une tuberculose articulaire, à un sarcome des os, aux conséquences d'un traumatisme banal.

Il faut avouer qu'il y a des formes frustes, des cas mixtes à diagnostic inextricable et qu'il n'est pas toujours aisé de se faire rapidement au lit du malade, une opinion définitive.

La radiographie peut aider considérablement la clinique. Elle peut surtout éclairer le pronostic en montrant l'étendue des lésions. Celles-ci sont de deux sortes :

a) LÉSIONS DESTRUCTIVES : elles sont caractérisées par l'ostéoporose aiguë avec contours flous et aspect gris floconneux des épiphyses déminéralisation massive — ou par l'ostéoporose subaiguë avec aspect perlé, vacuolaire des épiphyses

b) LÉSIONS CONSTRUCTIVES : elles consistent en exostoses, péri-ostoses, hyperostoses, luxations pathologiques.

Il ne suffit pas de voir les lésions, il faut encore les interpréter et ne pas tomber dans cette erreur fréquente qui consiste à prendre pour de la tuberculose tout processus décalcifiant, pour de la syphilis et du cancer toute lésion productrice.

La radiographie est encore indispensable à la direction et à la surveillance du traitement.

Schématiquement, une arthrite sans signes radiologiques doit bien guérir. Une décalcification brutale et précoce est un avertissement sérieux. Les contours noyés, l'usure cartilagineuse sont des signes sévères ; la recalcification traduit la convalescence. L'exubérance des ostéophyses, les déformations épiphysaires, les longues exostoses le long des ligaments obligent encore à des réserves.

Diagnostics bactériologique et cytologique. — Le diagnostic n'est certain qu'après la découverte du gonocoque. La recherche en est parfois difficile, mais elle est d'une importance telle qu'elle doit être poursuivie avec acharnement. Les examens porteront sur le pus d'une uréthrite souvent latente, parfois guérie en apparence ; on se souviendra que le gonocoque peut subsister dans les vésicules ou la prostate, d'où l'utilité du massage de la prostate et de la spermoculture.

Chez la femme la recherche sera répétée aussi longtemps qu'il le faudra dans le pus de la vulvite, de l'uréthrite, à l'orifice des glandes de Bartholin, au niveau du col, de préférence pendant ou après les règles.

Deux causes d'erreurs, pourtant classiques, sont à rejeter :

1. Le gonocoque est rarement en cause dans les arthrites gonococciques ;

2. Le gonocoque a une vitalité éphémère dans les articulations. En réalité, il est présent dans les articulations lésées. On le trouve parfois à l'examen direct du liquide ; le plus souvent, une culture est nécessaire.

L'examen cytologique du liquide articulaire est important pour la fixation du pronostic. Si « mononucléose » signifie évolution vers la guérison, elle ne signifie pas « guérison obtenue ». Dans les formes lentes, de grands dégâts sont encore possibles malgré la persistance de la formule mononucléée.

Diagnostic biologique. — Le séro-diagnostic, les réactions générales et locales au cours de la vaccinothérapie ont leur intérêt, mais on doit attacher une importance capitale à la « gono-réaction ».

Etude anatomique. — Les lésions des synoviales et des cartilages sont les mieux connues ; les plus importantes sont les lésions ostéo-périostiques.

a. Lésions périostiques. — Il s'agit, soit de périostites, soit de périostoses pouvant aboutir à de véritables exostoses volumineuses ou même à l'ostéo-périostite hypertrophiante.

b. Lésions osseuses. — Il faut distinguer : l'ostéomyélite et l'ostéite.

Les lésions osseuses sont-elles secondaires à l'arthrite et déclanchées après effraction des cartilages, ou bien l'ostéite est-elle primitive et l'arthrite secondaire ? Les opinions sont partagées. Quoi qu'il en soit, il semble que les formes bénignes sont purement synoviales, les formes de gravité moyenne, synoviales et périsynoviales, les formes les plus graves ostéo-articulaires.

Histologie. — Dans les arthrites aiguës, les lésions sont surtout marquées au niveau de la synoviale, notamment au voisinage de son bord libre. On y trouve en particulier des amas de leucocytes autour des vaisseaux et des colonies microbiennes nombreuses.

Dans les arthrites prolongées, quelle que soit l'épaisseur de l'infiltration phlegmoneuse, les lésions synoviales sont encore primordiales ; elles sont d'autant plus marquées qu'on s'approche davantage de la face articulaire de la séreuse.

L'examen histologique confirme donc que le gonocoque se tient toujours dans la synoviale et qu'il y mène une existence très tenace. Dans les formes prolongées on note des lésions cartilagineuses.

Classification des formes anatomiques. — On peut distinguer :

1. Les synovites légères, sèches, habituellement fugaces (arthralgies).
2. Les synovites à épanchement séreux, séro-fibrineux, purulent.
3° Les synovites phlegmoneuses.
4. Les chondro-synovites (arthrites prolongées).
5. Les ostéo-arthrites : phlegmoneuses le plus souvent (panarthrites graves).

La coxite gonococcique. — Pour souligner les difficultés du diagnostic et par suite du traitement, l'auteur analyse un cas de coxite gonococcique, localisation généralement peu connue et d'une gravité considérable.

Dans le cas donné, le diagnostic ne fut fait qu'au bout de trois semaines. En dépit d'une immobilisation plâtrée et d'un traitement vaccinothérapique bien conduit, l'affection se termina par une luxation pathologique de la hanche.

Solitaire ou parfois associée à d'autres localisations, en particulier à la spondylite, la coxite peut présenter tous les types anatomo-cliniques précités.

Les signes les plus frappants sont la douleur atroce, l'attitude de relâchement articulaire et l'atrophie musculaire précoce.

La localisation de l'affection à la hanche se fait par l'étude méthodique de l'impotence fonctionnelle et des contractures.

Poser le diagnostic de coxite aiguë chez un sujet à maladie soudaine et fébrile, c'est rechercher aussitôt son origine blennorragique, c'est dépister le gonocoque par tous les moyens.

La radiographie répétée renseigne sur l'importance des altérations ostéo-articulaires, lésions graves par ostéoporose et ulcérations compressives.

Comme l'ostéoporose s'étend au col et au delà, toute tentative de réduction doit être des plus prudentes.

Certains cas peuvent aller jusqu'à l'effondrement cotyloïdien et acétabulaire et même jusqu'à la luxation intrapelvienne.

Des déformations du col fémoral, des subluxations, des ostéoarthrites déformantes ou ankylosantes des viciations du bassin sont les séquelles fréquemment observées de cette redoutable affection.

Cet excellent travail se termine par l'exposé des statistiques personnelles de l'auteur.

Résumé du rapport de M. Michel (de Nancy).

Il n'y a pas de traitement spécifique de la blennorragie articulaire. Toutes les méthodes peuvent donner des résultats, mais avec toutes on peut avoir des échecs.

L'indication primordiale est la suppression de la douleur. Elle seule permet la mobilisation précoce qui empêchera l'ankylose.

L'immobilisation est à rejeter.

La massothérapie immédiate seule ou combinée à la mobilisation calme la douleur, lutte contre l'ankylose, mais demande la plus grande prudence.

L'air chaud, l'électrothérapie, la radiumthérapie ont une action salutaire ; ce ne sont là cependant que des méthodes adjuvantes ; elles ne doivent dans aucun cas retarder l'application d'une thérapeutique plus efficace.

Parmi les procédés nouveaux, on peut retenir les injections intraveineuses de salicylate de soude et d'hyposulfite de soude qui diminuent manifestement la douleur.

En même temps qu'on lutte contre cette douleur, il faut lutter contre l'infection.

a. L'emploi du mercurochrome vanté en Amérique expose à de violentes réactions et à des complications à distance (stomatite, albuminurie). Il a à son actif d'incontestables succès.

b. Plus maniable est l'actinothérapie qui paraît être une méthode d'avenir.

c. La protéinothérapie mérite d'être utilisée, en particulier sous forme d'injections de lait ou de sang hémolysé suivant le procédé de Descarpentries.

d. La sérothérapie, spécifique ou non, donne des résultats par voie hypodermique, intraveineuse ou intraarticulaire.

1. *Sérothérapie non spécifique.* — On a employé le sérum antidiphtérique et le sérum antiméningococcique. Il ne s'agit là, en réalité, que de protéinothé rapie.

Le sérum de Stérian polymicrobien, antigonococcique préparé à l'aide d'un antigène récolté dans le pus blennorragique donne de fortes réactions.

2. *Sérothérapie spécifique.* — Elle paraît capable de lutter plus efficacement contre les douleurs et les lésions articulaires ; pourtant, utilisée par voie hypodermique ou intra-musculaire, son action semble nuisible. Il est préférable de s'adresser à la méthode des injections intra-articulaires ou intra-veineuses.

La sérothérapie intra-articulaire donne des résultats excellents même dans des cas très graves. Cependant, au cours du traitement peut se produire une arthrite sérique qui constitue une indication formelle d'intervention sanglante.

La sérothérapie intra-veineuse peut donner des succès, mais en raison des chocs qu'elle entraîne parfois, elle ne constitue qu'une méthode d'exception.

c. L'auto sérothérapie suivant le procédé de Dufour consiste à réinjecter sous la peau du liquide articulaire même purulent. Il ne se produit pas d'accidents séro-toxiques.

f. La vaccinothérapie utilise les vaccins suivants :

Vaccins du type Institut Pasteur ;
— sensibilisés de Besredka ;
— additionnés d'antiseptiques (Ranque et Senez : Dmégon) ;
— stérilisés par des procédés physiques (Wright-Renaud) ;
— huileux (lipugnon) ;
— à germes associés (Creuzé, Rhéantine, Bruschettini).

Dans tous les traitements vaccinothérapiques, il importe dès qu'une amélioration se dessine nettement, de suspendre momentanément ou définitivement les injections, les doses trop fortes pouvant déterminer une phase négative prolongée.

Au début du traitement, on utilisera surtout les vaccins aqueux ; à la fin, on donnera la préférence aux vaccins huileux.

Les formes polyarticulaires et hydarthrosiques sont les plus sensibles à la vaccinothérapie.

Les vaccins doivent être administrés par voie sous-cutanée. La voie intra-articulaire ne peut être employée qu'exceptionnellement car elle expose à des réactions marquées.

Les auto-vaccins donnent de bons résultats, mais leur préparation est fort délicate (spermoculture).

g. La ponction peut être « simple » ou suivie de la réinjection du liquide articulaire sous la peau. On peut encore introduire dans l'articulation une substance modificatrice, ou combiner la ponction et la sérothérapie. Dans ces différents cas, la mobilisation doit suivre immédiatement la cessation de la douleur.

La ponction « élargie » au bistouri, permet à la fois le nettoyage de l'articulation, la séro et vaccinothérapies intra-articulaires.

h. L'arthrotomie est suivie de résultats remarquables, exceptionnellement aussi, il faut l'avouer, d'échecs retentissants. Les insuccès se voient surtout dans les cas de chondrosynovites et de panarthrites phlegmoneuses, qui, malgré le traitement chirurgical, aboutissent souvent à l'ankylose.

Voici la technique à conseiller : arthrotomie plus ou moins élargie suivant l'articulation lésée, lavage et fermeture immédiate sans drainage, mobilisation rapide, active si possible et cependant prudente.

Dans les formes hydropiques, les indications de l'arthrotomie sont discutables ; elles sont au contraire absolues dans les formes suppurées.

Le drainage est à éviter. Il peut être l'origine d'infections secondaires graves.

A toute arthrotomie, on aura bénéfice à ajouter la séro ou la vaccinothérapie intra-articulaires.

Enfin, il ne faudra pas négliger le traitement concomitant de l'urétrite et se rappeler que les vésicules séminales sont souvent le repaire des gonocoques. On pourra à la façon de Luys pratiquer le lavage de ces vésicules.

Discussion.

M. Willems (de Liège). La thérapeutique des arthrites gonococciques varie avec la forme clinique.

I. *L'épanchement est séreux.* — C'est la forme la moins grave. Elle a une tendance naturelle à la guérison. On peut la traiter par des ponctions répétées suivies de mobilisation active immédiate.

II. *L'épanchement est solide.* — C'est la variété la plus sévère à cause de la rapidité avec laquelle s'installe l'ankylose. Le gonflement est atrocement douloureux, la radiographie montre des lésions du périoste et des os.

L'arthrotomie verticale longue avec ablation des masses fibrineuses intrasynoviales est le traitement logique. La plaie est suturée sans drainage. Mobilisa-

tion immédiate. Sérothérapie intra-articulaire et non vaccinothérapie à cause du danger des arthrites sériques.

III. *L'épanchement est purulent.* — Double arthrotomie verticale de chaque côté de la rotule ; la plaie est laissée largement ouverte. Mobilisation active sans délai.

La statistique de l'auteur montre que depuis qu'il suit cette technique, il ne fait que très peu de synovectomies, de résections et surtout d'amputations. Il insiste sur l'importance de la radiographie et de la mobilisation précoce. Cette dernière ne donne de mauvais résultats que chez des malades indociles ou pusillanimes ou entre les mains de chirurgiens qui manquent de persévérance.

M. Oltramare (de Genève) obtient des résultats favorables par la vaccinothérapie.

Dans bien des cas où la protéino- et la sérothérapie avaient échoué, l'auteur a employé avec succès le propidon, vaccin qui cependant ne contient pas de gonocoque.

Pour expliquer ces résultats, pas n'est besoin de recourir à la théorie du choc, ni à celle de l'action spécifique microbienne. La simple élévation thermique produite par la vaccination entraîne l'amélioration ; on connaît en effet la sensibilité spéciale du gonocoque à la température.

M. Reynaldo dos Santos (de Lisbonne), apporte les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du mercurochrome. Ce médicament ne mérite pas les critiques dont il a été l'objet. Avec une bonne technique et quelques précautions les résultats sont excellents.

M. Dikansky (de Kharkoff) apporte quelques observations personnelles sur la vaccinothérapie intra-articulaire dans l'arthrite gonococcique aiguë.

L'auteur obtient l'immunisation à l'aide d'un vaccin préparé par l'Institut bactériologique de Kharkoff, composé de corps microbiens, du gonocoque et de produits de leur activité vitale sur le bouillon.

L'injection initiale correspond à 400 millions de corps microbiens, la deuxième à 800 millions.

Les résultats thérapeutiques s'expriment par les conclusions suivantes :

1° La vaccination intra-articulaire abrège la durée du traitement, abaisse la température, diminue les manifestations inflammatoires et assure le rétablissement complet de la fonction articulaire ;

2° On note une réaction inflammatoire locale passagère ;

3° La question du dosage du vaccin n'est pas encore au point. Des doses réduites peuvent provoquer une forte réaction suivie d'amélioration rapide. D'autres fois, pour obtenir la même réaction bienfaisante, il est nécessaire de recourir à des doses beaucoup plus élevées.

M. Descarpentries (de Roubaix) cite deux cas probants d'arthrites gonococciques rebelles à toute thérapeutique médicale guéries par des injections d'autosang lysé. Quand l'arthrite résiste à ce traitement aidé de diathermie et d'applications de pommade collargolée, il fait le sétonnage de l'articulation et des injections d'argyrol à 0.50 p. 100 durant huit jours. Il cite un cas d'arthrite de la hanche datant de quatre semaines, guéri par ce traitement en quinze jours.

Au genou, si l'infection est grave ou tend à la chronicité, il préconise l'ablation systématique des ménisques, du moins du ménisque interne.

Au point de vue diagnostic, il estime que l'étude de la fibrinisation du sang dans la cellule à rigole donne des renseignements appréciables tant au point de vue de la probabilité d'une gonococcie sanguine qu'au point de vue de la valeur du pronostic.

En résumé, il estime que dans l'arthrite gonococcique, accident localisé d'une septicémie, il faut soigner l'état de septicémie en même temps, et même avant la manifestation locale.

M. Reynès (de Marseille) préconise la « synovectomie » dans le traitement de bon nombre d'arthrites à gonocoques. Elle donne dans ce cas d'aussi bons résultats que lorsqu'il s'agit de tumeurs blanches.

L'opération, tentée au début d'une arthrite grave, enlève le mal dans son repaire initial et évite les complications. Elle est délicate mais simple.

Une incision externe, respectant les éléments moteurs de l'articulation, suffit le plus souvent. La synoviale est extirpée en bloc à la pince et aux ciseaux courbes. Parfois une incision interne supplémentaire est nécessaire. Fermeture immédiate, drainage aux crins et mobilisation précoce. La guérison est d'ordinaire rapide.

L'auteur rapporte cinq observations dont quelques-unes remontent à 1921.

M. Luys (de Paris). Le traitement local articulaire du rhumatisme blennorragique n'est que secondaire. Une thérapeutique efficace doit porter son effort du côté de la désinfection de la prostate et des vésicules séminales chez l'homme, des annexes génitales chez la femme. Ce sont là des foyers qui réensemencent constamment les articulations malades.

Les spermatocystites gonococciques existent dans 80 p. 100 des uréthrites chroniques postérieures. On les soignera par des massages, longtemps et méthodiquement effectués.

Si, après ce traitement, la spermatoculture montre encore la présence de pus et de micro-organismes, on lavera les vésicules séminales à l'aide d'une solution de collargol à 5 p. 100 que certains artifices opératoires permettent d'immobiliser dans les vésicules souvent pendant trois semaines.

Chastenet de Géry et Dariau.

(*A suivre.*)

Les Thèses

B. — Dr Henri Mounot. — **L'isopropylpropényl-barbiturate d'amidopyrine (allonal) en neuro-psychiatrie.** (Thèse, 1925.)

M. Mounot étudie l'action de l'isopropylpropényl-barbiturate d'amidopyrine (allonal) en neuro-psychiatrie. Etablissant, d'après la pratique de M. le prof. Sabrazes, l'utilité de cet analgésique renforcé dans le zona, et reprenant, dans les services de MM. les prof. Abadie, Carles, Cassaet et Perrens, l'expérimentation indiquée par MM. Combemale, Courteville et Nayrac, chez les malades habituels des services de neurologie et de psychiatrie, M. Mounot constate, après M. le prof. Pouchet, que la toxicité de l'allonal est nulle aux doses thérapeutiques *(un à quatre comprimés par 24 heures)* ; il a vu, dans un cas que ce médicament a été parfaitement toléré alors que salicylate, éther acétylsalicylique et analgésine avaient provoqué des vomissements.

L'action sur la circulation paraît tout à fait négligeable, car l'auteur n'a jamais constaté de modification de la fréquence du pouls, ni de la tension artérielle ; l'analgésie est rapidement obtenue, suivie d'une action sédative manifeste et progressivement d'un sommeil calme, physiologique, avec réveil parfait, non suivi d'impotence cérébrale.

Sans doute, en pratique psychiatrique, l'allonal n'a pas les indications précises du somnifène, mais il peut néanmoins rendre des services dans la mélancolie et l'excitation anormale. En neurologie, en revanche, ses indications sont très nettes : ce médicament semble être vraiment « le spécifique des insomnies douloureuses » : l'allonal est bien toléré, et il agit dans de bonnes conditions, aussi bien d'ailleurs dans les algies symptomatiques de lésions graves, que dans les névralgies de toute origine.

Ly. — Dr Griolet. — **Contribution à l'étude de la médication arsenicale organique dans les anémies.** (Thèse, 1925.)

M. Griolet a essayé, dans le traitement des anémies, le nouvel arsenical (oxyacétylaminophénylarsinate de diéthylamine) que les « Usines du Rhône » préparent sous le nom d'acétylarsan. Cette étude est en partie expérimentale et en partie clinique. L'expérience montre que l'acétylarsan, employé pendant des semaines et des mois, est aussi bien toléré que le cacodylate de soude ; sur l'animal anémié par hémorragie, son action hémopoiétique est très nette.

Cliniquement, M. Griolet a surtout étudié, dans divers services hospitaliers de Lyon l'action de l'acétylarsan chez les anémiques bacillaires. Il a réuni un certain nombre d'observations où l'amélioration a été discutable et rapide. Sous l'influence du médicament (0 gr. 50 à 0 gr. 75 tous les deux ou trois jours pendant trois semaines), les résultats sont incontestables. Les globules rouges augmentent en nombre, le taux de l'hémoglobine s'élève, l'état général, l'appétit, l'aspect des téguments, le poids, s'améliorent parallèlement. Le médicament a toujours été bien toléré.

En somme, l'acétylarsan, médicament intéressant dans la syphilis et l'amibiase, en raison de sa facilité d'application, se montre aussi un arsenical utile dans le traitement des anémies et peut tenir une place honorable à côté des autres médicaments de ce genre.

Dr Louis Vezoux. — **L'hérédité musicale.** Thèse de doctorat, 1926. (Le François, éditeur, Paris.)

Voici un travail remarquable, qui nous change quelque peu des habituelles dissertations inaugurales qui contribuent à éclairer ou à préciser un point de doctrine de la pratique. Il se propose d'étudier les manifestations de la grande loi naturelle de l'hérédité dans le domaine d'un art. Loi implacable, loi inexorable devant laquelle il faut s'incliner...

Orné de nombreuses planches reproduisant les traits des musiciens célèbres, il passe successivement en revue l'hérédité en général, vue surtout sous son aspect psychologique ; la musique et les musiciens, et enfin l'hérédité chez les musiciens, pour se terminer par les poétiques conclusions suivantes, qui résument excellemment les conceptions du Dr Vezoux :

Je ne me dissimule pas combien ce petit travail est imparfait et incomplet. Sur beaucoup de sujets qu'il ne fait qu'effleurer, j'aurais voulu davantage pouvoir m'étendre. Sur beaucoup de musiciens, surtout parmi les contemporains, je n'ai eu que peu ou pas de renseignements au point de vue de l'hérédité. Et cependant, j'aurais voulu que cette étude fut aussi complète que possible. J'aurais voulu qu'on prît à la lire autant de plaisir que j'en eus moi-même à l'écrire, et j'aurais voulu fondre en un harmonieux amalgame la rigueur de la science et l'amour de l'art. J'aurais voulu... c'est l'éternelle histoire, vieille comme le monde, des velléités qui sont grandes et de la réalisation qui, toujours, est petite. Et le coup d'œil après, sur ce qu'on a fait, alors qu'on est encore tout plein de ce qu'on aurait voulu faire, jamais, ne va sans quelque amertume.

Tout de même, je voudrais, qu'un peu, ma conviction se montrât convaincante. Ce que je pense peut se résumer en quelques propositions précises que je crois indiscutables. Les voici

Le mot : musicien, étant pris dans le sens strict que nous avons longuement précisé,

Nous concluons que :

— L'oreille est l'organe essentiel du musicien. On a ou on n'a pas une bonne oreille. L'éducation déve-

loppe les qualités d'une oreille, elle ne peut les créer. L'hérédité seule fait naître avec un organe plus ou moins parfait, plus ou moins perfectible.

— L'hérédité des capacités musicales spécifiques est démontrée par les travaux américains que j'ai rapportés. La transmission de ces capacités élémentaires semble, dans une certaine mesure, conforme aux règles édictées par Mendel.

— Pour comprendre, pour sentir la musique, en un mot, pour être musicien, il ne suffit pas de posséder ces qualités élémentaires. Il faut encore le tempérament spécial de l'artiste. Ce tempérament me semble, dans la totalité des cas, consister en une combinaison de ces constitutions que les psychiatres français ont décrites sous le nom de *constitution émotive* et de *constitution cyclothymique*. Ces constitutions résultent exclusivement du jeu de l'hérédité. On naît artiste, on ne le devient pas.

— De plus, certaines catégories de musiciens doivent posséder des dispositions particulières.

— Le virtuose doit posséder un ensemble spécial de possibilités motrices. L'éducation, l'exercice, développent ces dispositions. Ils ne peuvent les créer. L'existence des ces capacités est la manifestation d'une hérédité motrice.

— Le chanteur doit posséder un o rgane de la phonation doué de propriétés particulières de sonorité, de timbre, d'étendue, de puissance. L'éducation perfectionne ces qualités. Elle ne les crée pas. L'existence de ces propriétés de la voix résulte d'une hérédité particulière.

— En substance donc, c'est l'hérédité seule qui fait le musicien. L'éducation, le milieu, le développement, le perfectionnent : rien de plus.

Heureux ceux qui naissent capables de sentir et de comprendre cette grande voix inspirée qu'est la musique.

Une légende d'un monastère des bords du Rhin dit qu'une religieuse passa trois cents ans à écouter l'oiseau de la forêt.

Une autre légende conte qu'une femme, sous Louis le Débonnaire, entendant l'orgue pour la première fois, mourut de ravissement.

« Ainsi, dit Michelet, dans les légendes allemandes, la musique donne la vie et la mort. »

C'est la vie qu'elle donne, une intensité et une profondeur de vie que rien n'égale.

On sait tout le mal que dit Shakespeare dans Schylock, de « l'homme qui n'a pas de musique en lui ». Plaignons-le. Celui-là est bien pauvre qui, trébuchant sous le lourd fardeau des misères journalières n'a point, pour lui éclairer la route, lui insuffler vigueur et foi, la flamme consolatrice d'un peu d'amour, d'un peu d'art, d'un peu d'idéal...

C'est de la grande voix inspirée des Beethoven et des Schumann, que Verlaine pouvait dire :

> Ecoutez la chanson bien douce
> Qui ne pleure que pour vous plaire.
> Elle est discrète, elle est légère :
> Un frisson d'eau sur de la mousse.
>
> Elle dit, la voix reconnue,
> Que la bonté c'est notre vie,
> Que de la haine et de l'envie
> Rien ne reste, la mort venue,
>
> Accueillez la voix qui persiste
> Dans son naïf épithalame.
> Allez, rien n'est meilleur à l'âme
> Que de faire une âme moins triste !

Nous autres, médecins, qui pansons et calmons les plaies et les souffrances d'un pauvre corps en maladie, et vous autres, artistes, qui offrez aux âmes douloureuses et aux cœurs qui souffrent le divin baume d'un peu d'illusion ,nous pouvons nous donner la main.., Nos tâches sont les mêmes.

Elles sont également grandes, également belles.

P. — Dr F. Frilley. — **Les cures de désintoxication comparées pour la morphine et le tabac.** (Jouve et Cie, éditeurs, Paris, 1925.)

Malgré leur danger, les méthodes brusques et rapides sont souvent des nécessités cliniques. Pour la morphine et le tabac elles réussissent parfaitement et sans difficulté quand il s'agit du début de l'intoxication, d'une intoxication légère chez des gens qui sont d'esprit normal et n'en ont pas contracté l'habitude.

Pour les morphinomanes, avant d'entreprendre la cure brusque, il faut s'assurer de l'intégrité des organes et de la bonne santé du sujet. Pour les maniaques du tabac, la cure brusque semble inoffensive, bien que pénible. La difficulté pour les morphinomanes est la persistance de la volonté d'abstinence. On n'arrive à un résultat que par l'internement. La difficulté est aussi grande pour le tabacomane, son bon vouloir est fugitif.

Il faut craindre chez le morphinomane les rechutes à la sortie de la maison de santé après trois ou quatre semaines de guérison apparente. Ces rechutes existent aussi bien, sous la même forme, chez le tabacomane en apparence guéri. La cure lente est pratiquement bien difficile à réaliser. Tentée en Chine par l'Etat sur une grande échelle, elle a pratiquement échoué.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ANTICIPATIONS MÉDICO-SOCIALES

Une soirée du docteur Bénassis en 1935.

Dr A. DUFRANC (Labrède, Gironde).

Article primé de notre concours.

« *Virtutem fortuna secundat* ».

15 janvier 1935. 9 heures du soir. Le Dr Albert Bénassis vient de sortir de table, et, ainsi qu'il a coutume de le faire chaque soir, s'installe devant le feu de bois qui pétille dans la cheminée de son cabinet. C'est le moment d'oublier pendant quelques instants les soucis professionnels et de se reposer en famille des fatigues d'une journée toujours chargée.

Debout, adossé au manteau de la cheminée, il se fait raconter par sa femme et ses trois enfants les faits marquants de la journée familiale ; il distribue les éloges à ceux qui ont été sages, et gourmande un peu le jeune Pierre, dont le livret de conduite quotidien accuse des notes de conduite déplorables.

Mais bientôt, la famille s'éclipse, car il faut que les jeunes se couchent, et après que tout ce petit monde eût embrassé son papa, le Dr Bénassis reste seul.

Il repasse lui aussi sa journée.

Elle est seulement remplie de besognes humbles : mais, comme l'a fort bien dit quelqu'un qui connaît bien les médecins de campagne : « Les besognes du médecin de campagne, humbles par le milieu, sont toutes éclairées d'un magnifique rayon d'idéal. »

Bénassis revoit donc les malades un à un. Deux, surtout lui causent de l'inquiétude : une pauvre enfant chez laquelle il craint une méningite tuberculeuse. Il attend avec impatience certes, mais il redoute l'analyse que le laboratoire du chef-lieu lui enverra demain. La clinique, hélas ! lui fait pressentir la douloureuse mission qui sera la sienne : préparer la famille à voir souffrir et puis mourir cette mignonne fillette de huit ans Et aussi, cette appendicite aiguë sans température élevée, chez laquelle il redoute le sourd cheminement des formes gangréneuses. Et cependant, le chirurgien ne pourra être mandé que demain. En attendant, il espère en la glace.

Tout le reste est assez rassurant et ne sort pas de la pratique ordinaire, qui laisse l'esprit en repos. Il le faudra repasser tout de même pour la transcrire en chiffres sur les divers répertoires.

En attendant, Bénassis s'accorde quelques instants pour fouiller dans sa bibliothèque. Il reprend toujours avec le même plaisir « Le Médecin de campagne », dans lequel Balzac a immortalisé son homonyme. Ce livre, il l'a bien souvent médité ; toujours il en ressentait un grand apaisement. C'est là que Balzac déclare que « l'amour de la nature est le seul qui ne trompe pas les espérances humaines ». Il aimait aussi à revivre avec ce peintre de génie ces tableaux de la médecine en 1831, dont le livre abonde. « A mesure que Bénassis avançait, écrit Balzac, les femmes, les enfants et les hommes, dont la journée était finie, arrivaient aussitôt sur leur porte ; les uns ôtaient leur bonnet ; les autres lui disaient bonjour ; les petits enfants criaient en sautant autour de son cheval, comme si la bonté du cheval leur fût connue autant que celle du maître. »

Et avant de replacer sur son rayon le livre favori, Bénassis relut un autre passage marqué : « le maire de Voreppe disait dans son oraison funèbre : « Jamais il ne comptait ses visites, jamais il ne demandait de salaire. Des riches, il recevait ce qu'on voulait bien lui donner ; des pauvres, il refusait tout. Il ne demandait rien et tout prospérait dans sa maison. Jamais il n'y était entré l'obole du pauvre, jamais le produit de l'intrigue ou du charlatanisme. »

Et le Bénassis de 1935 ne pouvait manquer de remarquer, en comparant sa profession à celle de son confrère, cent ans plus tôt, que seule la société avait changé, mais très peu les qualités foncières qui sont l'honneur de la profession médicale.

Tout comme autrefois, le médecin accourt à l'appel du malade et, en plus du mal à guérir, il s'attache à cette tâche profondément humaine de bonté compatissante qui, plus que tout autre chose, réconforte le patient et l'entourage !

La bonté est d'ailleurs une ouverture sur la

confiance, et c'est là le secret de la clientèle fidèle au praticien de campagne. Sans être superlativement titré, il sait trouver le chemin du cœur de son malade et s'y maintenir.

Cependant, il est une chose essentielle et qui différencie la profession à cent ans de distance, c'est l'obligation impérieuse de marquer ses visites.

La faute en est à notre époque d'airain.

Il n'y a plus de pauvres, mais combien de besogneux !

Le *res sacra miser* est toujours vrai, mais quel est le médecin, devant le flot montant de ses dépenses professionnelles sans cesse accru, qui peut se permettre de se substituer à la collectivité pour faire le bien à sa place ?

Les lois sociales de l'assistance médicale gratuite, des assurances sociales, de la déclaration obligatoire de la tuberculose et du cancer, ont complètement modifié le côté philanthropique de la profession. Et le malheureux Bénassis n'en peut douter bien longtemps, car le voici assis à son bureau devant un amas de fiches multicolores : tickets, bons de toutes espèces, qui correspondent aux divers malades qu'il a vus, aux interventions qu'il a pratiquées.

Les bons des caisses doivent être rangés par commune, et ensuite, épinglés à un état spécial qui, toutes les semaines, doit parvenir à l'agent comptable afin d'être mandatés à la fin du trimestre, si, toutefois, aucune contestation ne survient !

Il en est de même des fiches des mutilés des diverses guerres qui, depuis vingt ans, n'ont cessé de changer de couleur, de format, et de libellé. Enfin, il reste bien quelques rares clients, qui ne sont ni assurés, ni accidentés du travail, ni tuberculeux, ni cancéreux...

Ceux-là, Bénassis les transcrit sur son vieux répertoire de maroquin rouge : il n'est certes pas encore près d'être usé, car trente-deux familles seulement y représentent le reliquat de la clientèle « non sociale ».

Mais ce n'est pas tout.

Il faut reporter le tout sur le livre-journal, visé par le fisc. Le nom des malades n'y figure pas, mais le détail des sommes perçues, dans chaque catégorie, doit être scrupuleusement noté !

Et Bénassis se reportant au temps de son enfance, se souvenait du nom de « rats de cave » que l'on donnait aux agents chargés de ce service pour les seuls distillateurs. Aujourd'hui, c'est toutes les pièces de la maison qu'ils parcourent en maîtres... chez tout le monde. Enfin, trois-quarts d'heure ont suffi pour ce travail palpitant d'intérêt.

Il reste maintenant quelques certificats, une douzaine environ : invalidité, guérison, femmes en couches, allaitement, incurables, etc., etc. Des formules imprimées sur lesquelles il suffit de mettre le nom, le sexe et le numéro de l'affection, ont simplifié au maximum ces formalités écrivassières. Il faut cependant faire ces pièces en double exemplaire, car les administrations, auxquelles elles sont destinées, se réservent évidemment le droit de perdre le premier.

Le Dr Bénassis regarde sa montre : trois nouveaux quarts d'heure ont passé. Il est près de onze heures. Jetant un coup d'œil de triste résignation sur les journaux médicaux dont la bande est intacte, il n'a pas le courage de la rompre, car hélas ! comment chercher à cette heure l'article intéressant ou utile qu'il pourrait méditer ou reporter à un cas récent ?

Comment essayer de réveiller son esprit, curieux certes, mais abruti par ces besognes fastidieuses, par lesquelles il est comme submergé ?

Il prend cependant le bulletin de son syndicat et, par la pensée, revoit les luttes stériles d'autrefois. Le corps médical commit la maladresse de se diviser au moment de la loi des assurances sociales. Elle se fit sans lui, et par conséquent, contre lui.

A ce moment, les médecins voulurent ignorer la loi, et évidemment, huit millions de bénéficiaires eurent tôt fait de leur imposer l'organisation ridicule dont ils devinrent les victimes.

L'Union est maintenant reconstituée pour essayer de reconquérir en détail ce qu'ils ont perdu en bloc.

Et cependant, en se reportant par la pensée à ces premières années où la loi fut discutée, votée, et appliquée, on aurait pu, avec un peu de bonne volonté, unir les fractions divisées du corps médical, non pour faire culbuter la loi (ce n'était ni possible, ni souhaitable) mais pour en faire une organisation française, et non une macédoine immonde de ce qui se fait au Japon, en Angleterre ou en Italie. Les médecins pouvaient et devaient dire : on n'arrête pas un mouvement tel que celui qui entraîne vers plus de bien-être, plus de sécurité, et disons le mot, plus de justice, la société tout entière.

Autrefois, le médecin faisait la charité, et l'exemple immortalisé par Balzac se trouvait répandu dans la ville et les campagnes beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense. A l'heure actuelle, il doit collaborer de tout cœur à ces nouvelles lois sociales qui ne seront qu'un corps sans âme s'il ne les vivifie pas de son dévouement et de son intelligence ; mais en échange, puisque tout doit se payer à la triste époque que nous vivons, il ne faut pas lésiner pour lui accorder les moyens de vivre.

Laissez-lui, en face de ses malades, l'indépendance complète ; qu'il reste solidaire de ses confrères, avec lesquels il étudiera les moyens les plus simples, de se faire rémunérer.

La profession devait rester libérale : c'était

l'Idéal. Il repose « dans le linceul de pourpre où dorment les Dieux morts ». Le premier carnet à souche lui a porté un coup fatal.

Dès l'instant qu'ils acceptaient de soigner, à un tarif donné, les accidents du travail, les mutilés de guerre, les médecins admettaient la médecine sociale.

Ils ont commis la lourde faute de discuter principes, et après qu'ils étaient déjà battus en brèche par ceux-là même qui les proclamaient intangibles. Il fallait étudier, à ce moment-là, la loi avec le désir d'y faire admettre nos revendications minima, mais il fallait le faire avant qu'elle ne fût la loi obligatoire pour les médecins comme pour les autres.

L'aveuglement, l'individualisme, la manie de discussion qui ont toujours perdu le corps médical l'ont encore désarmé à ce tournant capital de son histoire. (Un corps divisé contre lui-même périra, a dit l'Ecriture.) Et sur ces réflexions plutôt brumeuses, Bénassis referma l'article qu'il avait commencé sur le conflit de la caisse n° 152 avec les syndicats des médecins de Var-et-Moselle....

Un dernier coup d'œil sur son carnet, et Bénassis doit cependant songer à faire l'itinéraire pour le lendemain.

Il faut combiner le circuit en évitant autant que possible les crochets kilométriques indésirables, et en commençant autant que possible par les malades graves. Il faut en tout cas tâcher de tout caser dans la matinée, afin de laisser l'après-midi libre pour l'imprévu.

Absorbé dans son circuit, notre ami commençait déjà à somnoler lorsqu'un coup de sonnette suivi de deux coups de marteau, vint le rappeler à la réalité. Les domestiques étant couchés, il va à la porte et trouve un bicycliste essoufflé qui lui met sous le nez sa lanterne vénitienne, et lui récite d'un trait la leçon répétée sans doute tout le long du chemin : « M. le docteur, il vous faut venir tout de suite au Moulin du Loup. La sage-femme y est depuis avant-hier, et elle a dit comme ça que vous veniez avec des fers et du coton. »

Et Bénassis répondit simplement : « Je viens de suite, attends-moi au sentier du Cadiche. »

C'est seulement demain soir qu'il pensera aux ennuis, aux papiers, aux tickets....

Il était redevenu médecin de campagne.

ASSISTANCE MÉDICALE PARTIELLE

Modifications proposées au règlement modèle de 1894 par le IIe Section du Conseil supérieur.

Circulaire du Ministre du Travail, de l'Hygiènèe, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, du 22 avril 1926 à MM. les Préfets.

A diverses reprises et notamment aux dates des 10 octobre 1922, 20 octobre 1923 et 11 avril 1925, mes prédécesseurs ont appelé votre attention sur la question de l'assistance médicale partielle.

Au cours de la discussion du budget, j'ai pris l'engagement devant le Sénat de vous adresser de nouvelles instructions à ce sujet et de vous prier d'inviter les Conseils généraux à en délibérer lors de leur prochaine session.

L e Conseil d'Etat, à la date du 19 janvier 1926, a émis l'avis que le principe de l'assistance partielle n'était pas contraire aux dispositions de la loi du 15 juillet 1893 et qu'il faut la considérer comme légale.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, appelé à élaborer un projet de règlement modèle, a proposé d'apporter à cet effet un certain nombre d'additions et de modifications à apporter au règlement modèle de 1894, pour l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite. J'ai adopté les propositions de cette haute assemblée, et je vous adresse, en annexe à la présente circulaire, le texte des paragraphes à insérer dans ce règlement.

Je vous serais très obligé d'en saisir le Conseil général et de me tenir informé des décisions qu'il aura prises à cet égard.

Le Ministre,
Signé : DURAFOUR.

ARTICLE 1er. — Remplacer le second paragraphe par les dispositions suivantes :

Ce service a pour but de faire donner gratuitement aux malades, dans la mesure où ils sont privés de ressources, les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements.

Une mention particulière sur la liste d'assistance indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais du traitement à domicile, soit une partie des frais du traitement hospitalier, soit la totalité des frais du traitement à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

En outre, l'admission d'urgence pourra être prononcée soit au cours d'une maladie prolongée après épuisemnt des ressources de l'intéressé, soit en vue d'un traitement chirurgical ou autre, reconnu indispensable dont le coût dépasse les ressources du malade.

Cette admission d'urgence sans rétroactivité pourra également ne comporter la gratuité que pour une partie seulement des soins à domicile ou pour le seul traitement hospitalier, ou même pour une partie seulement des frais de ce dernier. Ces admissions d'urgence ne seront prononcées qu'après avis du médecin appelé à donner ses soins ou des représentants de l'hôpital qui doit recevoir le malade.

ARTICLE 4. — Ajouter à cet article.

En cas d'admission à la gratuité partielle, la délivrance de ces pièces (carnet de tickets de visites et feuille de maladie) est subordonnée à l'une des conditions suivantes : versement par l'intéressé au service départemental de la somme laissée à sa charge (versement total ou partiel), consignation suffisante pour répondre de son paiement, ou engagement écrit de s'en acquitter à une date déterminée.

En cas d'admission partielle au bénéfice de l'hospitalisation gratuite, d'un récépissé délivré par le comptable public compétent constatant le versement par l'intéressé de la somme laissée à sa charge ou d'une consignation suffisante pour en répondre, ou encore engagement écrit par l'intéressé de s'en acquitter à une date déterminée.

Commentaires

Dans le numéro du 2 mai 1926, page 1176, j'avais indiqué l'état actuel de la question de l'Assistance médicale gratuite partielle, tel qu'il ressortait des rapports et discussions au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

J'avais montré qu'il était possible de laisser aux conseils généraux autonomes le choix entre deux systèmes : ou bien considérer le demi-indigent comme faisant partie intégrale du service de l'assistance médicale, quitte à la commune, ou au département à recouvrer sur ledit demi-assisté, les sommes laissées à sa charge.

Dans ce cas, les tiers (médecins, pharmaciens) devaient leurs soins et médicaments à ces demi-nécessiteux, selon les tarifs en vigueur dans leur département, pour l'assistance médicale gratuite. Aucun de ces praticiens n'était en droit de réclamer une soulte quelconque au malade.

Dans un second système, le malade était laissé libre de ses tractations, vis-à-vis de son médecin et de son pharmacien. Mais estimant ne pas pouvoir supporter, à lui seul, les charges occasionnées par sa maladie, ou son opération, il produisait au maire les factures prouvant ses dépenses médicales et pharmaceutiques et sollicitait de la commune un secours pour le rembourser de tout ou partie de ces frais.

Le ministre a choisi le premier système.

Disons, à la vérité, qu'il ne s'agit que d'une simple circulaire ministérielle et que les conseils généraux ont toujours la liberté pleine et complète d'appliquer tout autre mode d'assistance partielle.

Néanmoins, il est à prévoir que ceux des départements qui voudront instituer ce service d'assistance partielle, s'inspireront des directives contenues dans la circulaire ministérielle et que, par suite, le système adopté sera celui indiqué plus haut.

Dans ces conditions, je fais remarquer à mes confrères que, tout d'abord, le ministre insiste pour que les inscriptions sur ces listes d'assistance partielle ne comportent pas d'effet rétroactif.

Beaucoup de maires abusent, d'une façon scandaleuse, en faveur de leur clientèle électorale, des dispositions de l'article 19 de la loi du 15 juillet 1893, leur permettant d'inscrire, en cas d'urgence, un malade sur les listes de l'assistance médicale gratuite.

Ces inscriptions, abusives souvent par leur fréquence, le sont également par leur effet rétroactif. Aussi, un médecin croit-il soigner un malade aux conditions de droit commun et, au moment où il veut toucher ses honoraires, il se voit opposer un bon de l'assistance médicale, obtenu après coup.

Pareils agissements doivent être signalés au « Sou Médical », pour que cette Ligue de défense professionnelle puisse, au besoin, intenter un procès au nom de son adhérent lésé.

Aussi, personnellement, ai-je insisté, au Conseil supérieur de l'assistance publique, pour demander que l'assistance partielle ne soit pas, elle aussi, le prétexte d'abus de ce genre, au détriment du corps médical.

En second lieu, dès qu'il sera régulièrement inscrit sur les listes de l'assistance médicale, le demi-nécessiteux deviendra un assisté complet, au regard du médecin et du pharmacien, voire même de l'hôpital.

Dans ces conditions, le praticien devra se contenter des honoraires alloués par le tarif départemental. En aucun cas, il ne sera en droit de réclamer une somme complémentaire quelconque, même se mettrait-il d'accord avec son client.

N'oublions pas que le service d'assistance « a pour but de faire donner *gratuitement* les secours de la médecine... »

Dans ces conditions, le médecin qui toucherait, de son malade, une somme quelconque, en sus du tarif départemental, non seulement serait passible de peines disciplinaires, prononcées par le préfet, pour violation du règlement départemental, mais encore pourrait être condamné, par les tribunaux, à restituer au client les sommes versées indûment par celui-ci.

Raison de plus pour les syndicats médicaux, de demander aux conseils généraux un relèvement des tarifs de l'assistance médicale gratuite.

Le service d'assistance a été, par les dispositions de la loi du 15 juillet 1893, mis à la charge des départements et des communes. A ces collectivités d'inscrire à leurs budgets les sommes nécessaires et suffisantes pour que leurs indigents soient bien soignés.

Nulle part, la loi n'a spécifié que les médecins de ce service devraient être payés en dessous du tarif normal local.

Ce n'est pas une raison parce que le corps médical a jusqu'ici consenti à des rabais énormes, alors que le nombre des indigents était

minime, pour continuer ces errements, maintenant que le nombre des demi-assistés va s'ajouter à celui des assistés.

A moins que, pour faire des économies, certains maires ne se refusent à inscrire qui que ce soit, même les indigents notoires, sur les listes d'assistance.

Aux médecins et aux contribuables de chaque commune d'user de la faculté de réclamation, en inscriptions abusives, ou en non-inscriptions, selon le recours prévu par l'article 16 de la loi de 15 juillet 1893, devant la commission cantonale, présidée par le sous-préfet et composée du juge de paix du canton, du conseiller général et du conseiller d'arrondissement.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

A ceux qui ne savent pas.

La Mutualité Familiale du Corps médical français termine sa 33e année d'existence ; et pendant ces trente-trois ans, elle a pu grouper sous sa bannière un contingent de médecins qui, malgré les décès et les sorties par âge, compte actuellement près de dix-huit cents sociétaires.

Mutualité exclusivement confraternelle dans toute l'acception du terme, elle a pu distribuer à ses membres, depuis sa fondation près de *quatre millions* de francs d'indemnités ; elle possède en outre trois millions de réserves ; elle est actuellement en mesure de pouvoir servir à ses membres malades une indemnité quotidienne de cinquante francs pendant deux mois et une indemnité mensuelle de cinq cents francs, en cas de maladie chronique, jusqu'à terminaison ou décès. Elle assure en outre à ses membres, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants, des pensions viagères à soixante et à soixante-cinq ans pouvant se monter à 4.800 francs par tête et par an. Enfin, elle permet au médecin d'assurer à sa veuve, en cas de décès, une pension de 1.200 fr. par an, reversible sur les enfants mineurs.

Indemnité-maladie ou accident de dix à cinquante francs par jour, et de cent à cinq cents fr. par mois à partir du troisième mois ;

Retraite d'un maximum de 4.800 francs par an et par tête, ouverte à la femme et aux enfants du sociétaire ;

Pension de douze cents francs aux veuves des dits sociétaires ;

Tel est le triple principe sur lequel est basé le fonctionnement actuel de notre Mutualité familiale.

Certains trouveront peut-être que ces avantages sont actuellement trop insuffisants pour intéresser la masse du Corps médical français ; 50 fr. par jour, qu'est-ce, par le temps qui court ? Cela, m'écrit quelqu'un, représente à peine ce que je dépense par journée de travail ! A cela je répondrai qu'une Société de Secours mutuels n'est pas faite pour remplacer par une indemnité de droit la valeur du manque à gagner causé par la maladie ; son rôle est à la fois plus restreint et plus élevé ; le chômage, même celui de la maladie, ne doit jamais être qu'une exception à combattre et non à encourager ; or, ce serait l'encourager que de payer le temps pris par la maladie au même taux que celui du travail.

Le vrai rôle de la mutualité est de secourir le sinistré au maximum possible, c'est vrai, mais à la condition que ce maximum ne devienne jamais une prime à la paresse ou tout au moins une tentation de retarder la reprise du travail après la guérison. Qu'on soit aidé et secouru tant qu'on n'est pas capable de travailler, c'est là le but évident de toute mutualité digne de ce nom ; mais demander à toucher comme malade-chômeur autant que comme travailleur, c'est peut être une conception d'assuré défendable, ce n'est pas à coup sûr une conception mutualiste. Or, quand quelques centaines de médecins se réunissent pour s'entr'aider au jour de la maladie ils ne font pas de l'assurance, ils font exclusivement de la mutualité.

Quand pour une cotisation librement consentie, nous délivrons une indemnité, en rapport avec ladite cotisation, nous remplissons tout notre devoir de mutualistes et nous ne devons pas aller plus loin. Faire autrement ce serait porter un préjudice certain à toute la collectivité dont nous avons la charge.

Malheureusement, le temps est plus aux affaires qu'à la prévoyance ; examinons donc la situation du point de vue « affaires ».

A tout bien considérer, c'est encore faire de la prévoyance que de faire une bonne affaire, et je voudrais montrer ici que c'est une bonne affaire d'adhérer à la Mutualité Familiale.

Les assurances répondent toutes à des besoins réels et tout citoyen, tout chef de famille, se doit et doit aux siens de se couvrir contre les différents risques qui peuvent l'atteindre au cours de son existence : incendie, mort prématurée, responsabilités de toute nature, etc., etc. ; certaines

compagnies commencent même à ajouter un service d'indemnités de maladie à leurs assurances-accidents. Mais les Compagnies d'assurances sont avant tout des sociétés financières marchant sur de gros capitaux qu'elles doivent amortir, sans compter les intérêts qu'elles doivent servir à leurs actionnaires ; en outre, elles ont de gros frais d'administration à supporter ; fatalement, leurs contrats et leurs barèmes s'en ressentent et leurs clients, les assurés, doivent d'une façon ou d'une autre supporter leur part de ces frais légitimes et nécessaires.

Les mutualités ont été fondées sur un principe opposé, elles ont réduit les frais d'administration à leur strict minimum en se contentant d'un personnel de quelques administrateurs choisis parmi les intéressés eux-mêmes ; restreignant leur rôle aux indemnités journalières et aux pensions ; elles peuvent faire face à leurs engagements avec leurs seules cotisations et se passer ainsi de capitaux à rémunérer et à amortir. Elles peuvent ainsi calculer le taux de leurs cotisations au seul prix de revient du risque qu'elles couvrent.

Assurance et mutualité ont donc chacune leur terrain d'action bien délimité avec leurs avantages respectifs et spéciaux. Mais, en ce qui concerne l'assurance contre les risques maladie, chômage de cause pathologique, vieillesse, et autres du même genre, l'avantage reste aux mutualités.

Chez nous, à la Mutualité Familiale, tout le service des barèmes et des inventaires est confié à un des actuaires les plus compétents de Paris ; lui-même dirige une des plus importantes Compagnies d'assurances de France. C'est assez dire quelle confiance nous pouvons avoir en lui. Nos primes sont par lui calculées strictement au taux le plus juste. Elles sont exclusivement et totalement employées à payer les indemnités statutaires ; les frais d'administration, car il y en a, sont assurés par une surprime de dix pour cent réservée à cet usage. Quant à l'administration, elle est confiée à un conseil de quinze membres élus, chaque année par tiers, par l'assemblée générale qui les choisit parmi les membres de la Société.

Vous le voyez, chers confrères, notre Mutualité Familiale réunit le maximum de sécurité, de solidité, de confraternité ; malgré son titre officiel actuel, elle reste la vieille « Amicale », pour lui rendre un instant le cher nom que lui avaient donné ses fondateurs ! En venant à elle, vous êtes chez vous ; vous n'y trouvez que des camarades, que des amis.

Faut-il encore que vous sachiez à quoi vous vous engagez en y entrant. Pour vous en donner une idée, je vais vous donner un aperçu des combinaisons annuelles qui, nécessairement, varient avec l'âge d'entrée et la garantie demandée.

1° *Indemnité-maladie-accidents.*

Age	10 fr.	20 fr.	30 fr.	40 fr.	50 fr.
25 ans	68 fr.	148 fr.	223 fr.	308 fr.	389 fr.
30 ans	75 »	163 »	246 »	340 »	429 »
35 ans	84 »	182 »	274 »	379 »	480 »
40 ans	96 »	208 »	313 »	433 »	545 »
45 ans	110 »	239 »	310 »	497 »	628 »

2° *Retraites à 60 et à 65 ans.*

P. 60 ans.

Age	Prime simple	Prime contre-assurée
25 ans	110 fr.	131 fr.
30 ans	154 »	181 »
35 ans	217 »	255 »
40 ans	320 »	372 »
45 ans	501 »	575 »

Ces primes correspondent à la retraite type de douze cents francs par an ; en doublant la prime, on s'assure une retraite de deux mille quatre cents francs par an.

Cette observation s'applique à la combinaison ci-dessous :

R. 65 ans.

Age	Prime simple	Prime contre-assurée
25 ans	64 fr.	79 fr.
30 ans	87 »	108 »
35 ans	121 »	150 »
40 ans	172 »	214 »
45 ans	256 »	316 »

3° *Pensions aux veuves et orphelins.*

Mari	30 *ans*	35 *ans*	40 *ans*	45 *ans*
Femme	25 *ans*	28 *ans*	32 *ans*	35 *ans*
Cotisation	352 *fr.*	414 *fr.*	510 *fr.*	656 *fr.*

Nota. — Ces primes correspondent à la pension de douze cents francs par an.

Les sociétaires ont, bien entendu, la faculté de cumuler toutes les combinaisons, mais ils ont aussi celle de n'adhérer qu'à telle ou telle d'entre elles qui leur convient le mieux, au moins momentanément.

De même, il leur est toujours loisible d'augmenter les garanties dont antérieurement ils ont pu se contenter.

Nous devons nous borner, dans cet exposé, aux indications générales.

Prenons, pour finir, un exemple concret :

Un médecin de 30 ans, marié à une femme de 25 ans, qui voudra se garantir contre les trois risques : maladie, vieillesse, mort, et qui voudra avoir, par exemple, en cas de maladie, 40 fr. par jour et de chronicité 400 francs par mois, à 65 ans

2.400 fr. de retraites, avec cotisations contre-assurées ; et pour sa veuve éventuellement à son décès : 1.200 fr. de pension, paiera en tout 800 fr. par an et avec les frais de gestion 880 fr.

Quelle sécurité, et pour quelle somme !

Espérons que de tels documents convaincront beaucoup de nos jeunes confrères ignorants et hésitants. S'ils veulent plus de précisions, ils n'ont plus qu'à m'écrire.

Dr H. MIGNON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Petite ou grosse voiture ???

La petite voiture est-elle plus économique que la grosse ? Question importante et toute d'actualité.

La grande presse a pu dire que le Salon de 1926 avait consacré les 6, 7 et 8 HP.

C'est là une évidence qu'il serait bien inutile de discuter, mais c'est aussi une aimable plaisanterie. En effet, nos constructeurs ont bien profité de la complaisance du Service des Mines pour continuer à désigner leurs véhicules comme des cyclecars, mais ils ont eu soin de les transformer, de les renforcer et de les agrandir à tel point qu'une 6 HP moderne est, en réalité plus spacieuse et plus forte que les 12 HP d'avant-guerre.

A notre avis, il est regrettable que l'état de nos routes n'ait pas permis l'éclosion de nombreux cyclecars mono ou biplaces, uniquement destinés aux affaires, mais il faut bien reconnaître que la très grande majorité des constructeurs n'a plus qu'un but : sortir des voitures confortables et à 4 places, susceptibles de servir aussi bien pour le tourisme que pour le travail quotidien.

Pourquoi ? Sans doute parce que les usagers se sont rendu compte qu'un cyclecar revient beaucoup plus cher qu'une voiture quand on lui fait faire un service au-delà de ses forces et de sa destination, chose que tout le monde, par ignorance, s'obstinait à faire.

Qui n'a pas rencontré, le dimanche, la voiture utilitaire et minuscule, chargée de 3, 4 et 5 personnes, sans compter les provisions, roulant à toute allure sur des routes défoncées ?

A ce régime, la note des réparations est onéreuse, beaucoup plus onéreuse que celle des vraies voitures, et c'est parce que Madame et Bébé ou Madame et les enfants plus grands n'ont pas voulu que les joies de l'auto soient réservées au seul chef de la famille que celui-ci a été amené à échanger bien vite son cyclecar contre une voiture plus forte.

Apparemment donc, la voiture est moins coûteuse que le cyclecar. Mais en réalité, c'est un non sens de le prétendre.

Si le cycle car était réservé à son but, il serait infiniment plus économique.

Dans notre profession, il est juste de reconnaître que cette vérité s'est affirmée tout particulièrement, et beaucoup de médecins ont deux voitures : une pour travailler, petite, à deux places, peu luxueuse, et une deuxième plus forte, plus complète, pour les sorties en famille.

C'est à notre avis la meilleure formule pour ceux qui sont assez fortunés pour en profiter, mais nous persistons à conseiller aux autres de s'en tenir aux très petites voitures s'ils désirent aussi un très petit budget de dépenses d'entretien, sous réserve bien entendu qu'ils seront assez raisonnables pour n employer leurs voitures que dans la limite de leur résistance.

Et surtout qu'ils ne se laissent pas tromper par des appellations que des constructeurs ont osé donner à leurs voitures comme 7 /22 HP, par exemple !

Un moteur fait 7 HP ou 22 HP, mais nous n'admettrons jamais qu'il fasse seulement 7 HP s'il peut atteindre 22 HP.

Dr M. I.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*) (1).

De la désinfection à domicile dès le début et pendant tout le cours d'une maladie contagieuse. — Moyens pratiques.

L'importance ou plutôt la nécessité de la désinfection dès le début et pendant le cours de la maladie, ne pouvant plus être mise en doute, nous allons indiquer les moyens qui nous paraissent les plus pratiques pour en assurer l'exécution.

On peut adopter, pour les mesures de désinfections, deux grandes divisions :

1° Celles qui sont applicables à toutes les maladies contagieuses en général ;

2° Celles qui sont spéciales à chaque maladie contagieuse, en particulier :

Disons encore, que nous ne considérons pas la méthode antiseptique, que nous allons exposer, comme non susceptible de modifications. C'est simplement celle que nous avons admise dans notre clientèle.

En dehors des moyens que nous allons indiquer, les intéressés trouveront dans la personne du médecin traitant tous les conseils ou renseignements utiles et conformes aux circonstances.

Nous répétons que c'est le médecin traitant surtout, peut-être lui seul, qui peut, en dirigeant les mesures sanitaires, en surveillant si elles sont exactement appliquées, en insistant pendant ses visites quotidiennes, mener à bien cette désinfection voulue par la loi, en cours de maladie, et capable par elle seule de localiser et d'éteindre les foyers d'infection.

Je suis convaincu que le médecin traitant se considère souvent comme amoindri, blessé, par l'arrivée d'un médecin, spécialement chargé par la préfecture d'organiser et de surveiller l'application des mesures de désinfection. Malgré les excellents rapports que j'ai toujours eus avec eux, pendant le cours de mes visites sanitaires, j'ai pu constater parfois, une certaine gêne au moment de notre rencontre. Elle se dissipait, après quelques minutes d'entretien. Mais j'ai toujours remarqué la satisfaction de mes confrères, lorsque je leur demandais de s'associer directement à mes efforts, pour aboutir à la désinfection en cours de maladie, dont ils acceptaient la direction. Je n'en ai jamais trouvé un qui n'ait partagé mon opinion, lorsque je leur disais que cette surveillance devrait leur incomber, et je suis resté convaincu que, si l'on faisait appel au dévouement des praticiens, en leur laissant une grande liberté d'action et de l'initiative, le travail du délégué sanitaire serait réduit le plus souvent, à la simple constatation de la bonne application de la loi.

(1) *Concours médical*, p. 44 et 45.

Mesures générales de prophylaxie, dans tous les cas fébriles et contagieux.

Dès que l'on craint l'invasion d'une maladie contagieuse, surtout dès qu'une maladie contagieuse s'est déclarée, il faut :

1° Placer le malade dans une chambre isolée, bien aérée, bien éclairée, préalablement débarrassée des meubles, tapis, rideaux, tentures. Cette chambre devrait être sans tapisserie et blanchie à la chaux ;

2° Disposer, à l'entrée et en dehors de cette chambre, une table munie d'une cuvette, d'un broc plein d'eau, d'un savon, d'une brosse à ongles, d'une serviette et d'un liquide antiseptique dont la formule aura été donnée par le médecin traitant.

3° Suspendre, à côté de cette table, un sarrau ou un grand cache-poussière, à l'usage de la garde-malade ;

4° Placer, dans un endroit plus reculé et plus isolé, un baquet en bois ou en tôle galvanisée, pouvant contenir 50 ou 60 litres d'eau antiseptique, pour le trempage des linges salis ;

5° Déposer, à l'endroit où seront jetées les matières fécales et les urines, une cruche d'eau contenant un demi-kilogramme de sulfate de cuivre, ou de fer, pour avoir tout le temps à sa disposition de l'eau sulfatée à saturation.

Cet arsenal simple et peu coûteux est suffisant pour assurer la désinfection dans la maison du malade, pendant le cours de la maladie.

Fonctionnement.

Le médecin traitant recommande à la garde-malade, qui sera le plus souvent la mère de famille, d'être toujours couverte de son sarrau quand elle se trouve dans la chambre du malade, de le quitter, quand elle en sort et de le suspendre à l'extérieur, à sa place, contre la table de toilette ; de laver, savonner, brosser ses mains avec du savon, de les rincer avec l'eau antisep-

tique, chaque fois qu'elle quittera cette pièce, pour avoir un contact avec les personnes de la maison, ou pour s'occuper des soins de son ménage.

Cet usage du lavage des mains, avant les repas, ne devrait jamais être négligé par personne. On devrait en inculquer l'habitude aux jeunes enfants. Il constitue un des meilleurs éléments de garantie contre l'invasion de germes pathogènes. La propreté est la base de l'hygiène.

La garde, ou toute autre personne, ne doivent jamais manger dans la chambre du malade. Tous les linges ayant eu un contact avec lui seront trempés, pendant 15 ou même 24 heures, dans le baquet préparé à cet usage et contenant de l'eau antiseptique. L'eau servant à cet usage, tout en ayant des propriétés destructives des germes pathogènes, ne doit pas altérer le linge, ni laisser développer des vapeurs ou odeurs incommodantes. M. le docteur Thierry, chef du service d'hygiène de la ville de Paris, a proposé la solution suivante :

Crézyline	200
Savon noir	150
Soude	50
Eau	10000

Nous faisons employer souvent le formol commercial, à la dose de une cuillerée à soupe, pour cinq litres d'eau.

On pourrait utiliser le sublimé au millième. Mais il ne faut pas oublier que ce sel est toxique ; il est bon de colorer sa solution, et d'y ajouter, pour qu'il se dissolve bien, 15 grammes de sel de cuisine par litre. Cette solution doit être mise à l'abri, de façon à éviter toute confusion de la part de la garde, et tout danger pouvant provenir de l'imprudence des enfants. Il vaut mieux ne pas y avoir recours.

On peut employer aussi l'eau sulfatée, avec la dose suivante :

Sulfate de cuivre	2
Eau	1 litre

Ces formules ont l'avantage d'être de bons désinfectants, de conserver l'intégrité des linges, et d'être très peu coûteuses. Nous avons toujours donné notre préférence au formol.

Telle est la conduite à suivre pour les linges souillés.

Le vase de nuit doit être préalablement muni d'un travers de doigt d'eau saturée de sulfate de cuivre ; de cette manière, les matières fécales et les urines seront désinfectées au moment de leur émission. Ces matières seront immédiatement portées à l'endroit réservé, où elles doivent être jetées, et où nous avons fait déposer une cruche pleine d'eau saturée de sulfate de cuivre.

Dès que les vases sont vidés, ils sont lavés avec cette eau antiseptique, en ayant soin d'en laisser au fond un ou deux travers de doigt, pour que les matières excrémentitielles soient désinfectées au moment de leur production, dès que l'on sera obligé d'en faire de nouveau usage.

Les matières fécales et les urines, même ayant subi ce genre de désinfection, ne seront jamais jetées sur des fumiers, ni dans un endroit quelconque où, soit par infiltration, soit par dispersion à la suite de pluies, elles pourraient risquer de polluer les puits ou les sources d'eau potable, ou simplement souiller les chaussures.

Le balayage de la chambre ne doit pas soulever de poussières. Pour éviter cet inconvénient, la garde se servira d'un balai garni d'un linge trempé dans l'eau antiseptique, ne dégageant pas d'odeur nocive ou incommodante pour le malade, comme cela pourrait arriver avec l'aldéhyde formique, le chlore, l'acide phénique ; ou bien elle prendra, avant de balayer, la précaution de projeter sur le parquet, de la sciure de bois imbibée d'eau antiseptique ; cette sciure et les poussières provenant du balayage seront récoltées à l'extérieur de la chambre, et portées au même endroit que les matières fécales, à moins, ce qui serait préférable, de les brûler.

Aucun linge ne doit être secoué par les fenêtres.

Lorsque les linges salis par le contact direct ou indirect du malade auront subi un trempage de 15 à 24 heures, ils seront lessivés. Ils seront ensuite lavés dans un endroit tel que les eaux de lavage ne puissent être, pour les eaux potables, puits ou sources, aucune cause de contamination.

Si le lavage se fait dans un lavoir public, on y procèdera en aval du lavoir, de façon à ne pas permettre à l'eau ayant servi à cet usage, de passer sur le linge des autres lessiveuses. Dans les lavoirs publics, des places devraient être réservées en aval, pour cette destination.

Encore un mot sur la chambre destinée au malade :

Nous avons dit qu'elle doit être aérée, ventilée, accessible aux rayons lumineux du soleil. Elle doit, autant que possible, être maintenue dans une température constante, dont le degré sera fixé par le médecin traitant. Le lit ne devrait jamais être dans une alcôve, ni enfermé par des rideaux.

Il doit être placé à l'abri des courants d'air pouvant s'établir entre les fenêtres, la porte ou la cheminée.

Une chambre de malade devrait toujours avoir une cheminée, soit pour élever la température l'hiver, soit pour assurer une bonne ventilation.

En Provence, et dans beaucoup de maisons rurales de nombreuses régions, il existe souvent des chambres qui ne possèdent pas de cheminée. Pour en élever la température l'hiver, et la main-

tenir au degré convenable, il ne faut jamais employer de brasero au charbon. Il s'en dégage de l'oxyde carbone, sans odeur, mais toxique et très dangereux. On doit rejeter aussi l'emploi des appareils à gaz, pétrole ou alcool, dont les produits de combustion se répandent et restent dans l'appartement.

Les produits de cette combustion, souvent incomplète, nuisent au malade, en viciant l'air qu'il respire.

On peut toujours, dans une chambre sans cheminée, installer un appareil qui permettra d'obtenir un chauffage parfait. On trouve dans le commerce des petites cheminées portatives, en tôle ou en grès, d'un prix modeste, que l'on alimente avec du bois. Rien de plus facile que d'installer une de ces cheminées dans la chambre, en faisant passer son tuyau coudé dans un trou pratiqué à la muraille, ou simplement à travers un carreau de vitre (1).

Tel est l'ensemble des mesures sanitaires que l'on devrait prendre dans le cours des maladies contagieuses, pour se garantir soi-même et sa famille contre l'infection et pour se conformer à l'esprit de la loi ; nous n'avons pas parlé de l'hygiène et de la propreté du malade ? Leur nécessité n'a pas besoin d'être démontrée.

On peut objecter que, pour s'engager dans l'exécution de ces mesures, il faut savoir que l'on se trouve en présence d'un cas contagieux. Très souvent on ne sera certain d'avoir chez soi une maladie ayant ce caractère que 4 ou 6 jours après son invasion. On appelle rarement le médecin dès le début d'une affection, et parfois même celui-ci sera embarrassé, s'il est appelé le premier jour, pour établir d'une façon ferme son diagnostic.

Il est des maladies contagieuses comme la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, où l'on n'appelle le médecin qu'après l'éruption, ou lorsqu'on se trouve en présence de complications.

Dans ce cas, la mère de famille, qui ne connaît pas les symptômes des maladies de ce genre, au début de leur apparition, n'aura pris, dès ce début, ni pendant les premiers jours, aucune précaution et la contagion aura eu toute liberté pour se produire.

Il serait donc utile que ces symptômes fussent connus du public.

Il serait encore plus utile de ne pas trop attendre pour faire appel aux lumières du médecin.

Mais il existe un moyen *infaillible*, pour ne pas être pris au dépourvu et ne jamais laisser passer le début d'une maladie contagieuse, sans prendre les précautions sanitaires. Ce moyen est le suivant :

(1) Quand donc ces constructions d'habitations humaines seront-elles, toutes sans, exceptions soumises aux règles d'hygiène exigées pour les vacheries et les porcheries ?

Prendre les précautions hygiéniques et antiseptiques exposées ci-dessus, chaque fois qu'une maladie fébrile se développe chez un membre de la famille.

En exposant plus tard les symptômes des maladies à déclaration obligatoire, nous verrons que les premiers symptômes de début sont presque toujours semblables à ceux d'autres affections n'ayant pas le même caractère contagieux. Ce n'est même parfois qu'après une observation de cinq à huit jours, qu'un médecin pourra certifier : « fièvre typhoïde », un embarras gastrique qui lui aura paru simple au début de l'invasion.

Si des mesures de désinfection n'ont pas été prises au début de tout embarras gastrique fébrile, on regrettera cette négligence.

On aura couru des dangers de contagion, si cet embarras gastrique était en réalité une fièvre typhoïde à son début. Tandis que si, après précautions prises, la maladie se trouve limitée à un embarras gastrique simple, le malade aura été soigné d'une façon hygiénique, et au lieu d'un regret possible, on n'aura que la satisfaction de le voir guérir.

Tout le monde peut comprendre l'utilité de ces mesures de désinfection, dès l'apparition de toute maladie fébrile.

Avec ces précautions, aucune maladie contagieuse, déclarée ou non, ne pourrait passer à travers les mailles.

Ce n'est qu'une habitude à prendre pour les mères de famille. Après quelques jours de pratique, ces mesures d'hygiène lui deviendront d'un usage facile, et leur exécution se fera presque d'une façon automatique. Les personnes déjà nombreuses, qui ont bien voulu suivre nos conseils sont étonnées de voir que c'est pour ainsi dire, sans s'en douter, qu'elles les mettent en pratique.

N'oublions pas que l'exécution de ces mesures sanitaires doit débuter par celle qui s'impose dans toutes les maladies fébriles : *le séjour au lit et la diète, dès l'apparition des premiers symptômes.*

J'ai usé et peut-être abusé de cette méthode, dans ma trop longue carrière médicale. J'en ai fait surtout la plus stricte application, dans les établissements d'instruction, confiés à mes soins.

On a pu parfois me plaisanter à ce sujet, mais je ne le regrette pas, parce que je suis certain que mes malades en ont retiré un réel avantage.

Cette précaution permet d'attendre, sans crainte de complications, l'évolution des premiers symptômes, souvent obscurs et douteux.

Il est en outre certain que le séjour au lit, dès le début d'une maladie fébrile, met l'organisme dans un milieu plus favorable de défense contre les attaques microbiennes.

Il est incontestable que beaucoup de courba-

tures simples, traitées dès leur début, par deux ou trois jours de séjour au lit, n'auraient pas été suivies de pneumonie ou de pleurésie, survenues 8 ou 10 jours après l'invasion des premiers frissons, des premiers malaises, diminuant le matin reparaissant le soir, et traînés dehors pendant, une semaine ou plus.

Nous avons traversé de nombreuses périodes, où la rougeole et la scarlatine ont été épidémiques, et où la bronchite capillaire, la laryngite, les entérites, les néphrites albumineuses... ont occasionné chez les enfants de nombreux décès.

Tous les médecins savent que ces complications terribles surviennent quelquefois malgré les précautions et les soins les plus minutieux.

Mais nous avons souvent été témoin, en parcourant les agglomérations contaminées, de la négligence, nous devons dire coupable, des précautions les plus élémentaires.

Nous trouvions dans les rues, en contact avec des enfants sains, des scarlatineux en desquamation, des rougeoleux en période d'invasion évidente et même d'éruption ; nous avons vu des convalescents circulant avec des catarrhes purulents des fosses nasales, des abcès de l'oreille, des bouffissures de la face, etc...

Etonnez-vous, après cela, que les épidémies se propagent et que les complications se multiplient. Il est certain que ces deux maladies auraient atteint beaucoup moins d'enfants, et que le nombre de complications et de décès aurait été beaucoup plus restreint, si l'on avait pris, dès le début, la précaution de mettre les petits malades au lit, de les y maintenir, jusqu'au moment où le médecin traitant eut signé leur exeat, de prendre, dans les conditions exposées plus haut, les mesures antiseptiques, dès le début, et pendant le cours de la maladie.

Il est, en outre, indiscutable que si ces précautions étaient prises, comme cela devrait être, par tous, il y aurait moins de mères pleurant leurs enfants qui leur ont été ravis. Nous n'écrivons pas ces mots, pour raviver les plaies saignantes et augmenter les regrets de celles qui ont été frappées dans leur affection, mais nous serions heureux d'être compris et d'obtenir des parents, instruits par ces tristes exemples, l'exécution des mesures d'hygiène et d'antisepsie qui peuvent, dans des circonstances analogues, les mettre à l'abri des larmes, et même des remords.

Nous croyons avoir démontré que ces mesures générales, applicables à toutes les maladies fébriles, sont des plus utiles et très faciles à comprendre et à mettre en pratique. En les adoptant, les mères de famille deviendront rapidement, si elles le veulent, des gardes-malades accomplies et se mettront à l'abri de beaucoup de regrets.

Mais on ne doit pas négliger d'inculquer de bonne heure, les idées de prophylaxie dans l'esprit des enfants. Non seulement, ils conserveront dans leur mémoire la nécessité des mesures d'hygiène enseignées à l'école, et dont ils apprécieront, plus tard, l'importance pratique, mais encore ils pourront, en temps d'épidémie, être des auxiliaires précieux de la désinfection, en répétant aux parents ce que leurs maîtres leur auront dit.

Nous avons vu, dans une grave épidémie de fièvre typhoïde, la vérité de cette assertion (1).

L'épidémie sévissait sur une population de mille à douze cents terrassiers, occupés aux travaux de construction du chemin de fer de Marseille à Miramas. Les chantiers se trouvant dans le travers d'une large étendue de collines arides, les ouvriers étaient logés, pour la plupart, dans des baraquements en planches, heureusement mal jointes, où ils étaient entassés. Ils n'avaient, pour toute eau de boisson que l'eau d'un puits creusé dans la colline et reconnue contaminée, ou de l'eau de la Durance, apportée de Marseille, par un bateau-citerne, et chargée de coli-bacilles.

Pendant que nous procédions à la visite des locaux habités, nous arrivâmes dans un baraquement de belles dimensions, où une jeune institutrice faisait l'école aux enfants des ouvriers. Ces enfants étaient au nombre de 35 à 40. L'eau d'alimentation de l'école n'avait pas d'autre provenance que celle qui servait de boisson à la population ouvrière.

En répétant à l'institutrice les mêmes recommandations que nous avions adressées aux tenanciers de cantines et aux groupes divers que nous avions rencontrés, sur la nécessité absolue de faire bouillir l'eau de boisson, nous eûmes l'idée de prier la jeune maîtresse d'école, de faire une leçon d'hygiène à ces enfants, dont le plus grand nombre pouvait avoir de 8 à 10 ans. Nous recommandâmes à l'institutrice d'insister sur la nécessité de faire bouillir l'eau d'alimentation et de se savonner les mains avant tous les repas ; nous ajoutions, en nous adressant directement aux enfants, qu'ils devaient bien écouter la leçon de leur maîtresse et la répéter à leurs parents, en leur disant : « La maîtresse nous a dit, que si vous ne voulez pas risquer de nous voir mourir, il faut nous faire boire de l'eau bouillie, et nous savonner bien fort les mains, avant de manger. »

Nous continuâmes notre tournée de visites, sans plus songer à l'épisode de l'école. A notre retour, en repassant devant les logements d'ouvriers, nous trouvâmes devant plusieurs portes, des enfants sortis de classe et leurs mamans. Nous eûmes alors une certaine satisfaction, en entendant ces mères de famille nous dire : « Allez, Monsieur, la commission des enfants a été bien faite ! », et les enfants nous crier : « Nous l'avons dit à maman ! ».

(1) Epidémie de Niollon, commune du Rove.

Quelle a été l'influence des paroles de ces petits à leurs mères ?

Je crois qu'elle a été bien supérieure à celle qu'avaient pu exercer les mêmes conseils, adressés précédemment par les médecins traitants et par nous-même.

Quoi qu'il en soit, tout le monde se mit à l'œuvre.

Le bateau-citerne fourni par les entrepreneurs, et préalablement désinfecté, n'apporta plus que de l'eau bouillie. Cette eau, entreposée dans des citernes en ciment, à la désinfection desquelles il avait été aussi procédé, était soumise à une nouvelle ébullition avant sa distribution dans les cantines. La même précaution était prise pour l'eau du puits.

L'épidémie aurait peut-être cessé quand même. Il faut toutefois constater qu'à dater de ce jour, en dehors des cas existants, trois cas déjà suspects évoluèrent ; mais il ne se produisit aucun cas nouveau dans cette agglomération.

Sans vouloir être affirmatif, sur les causes de la cessation de l'épidémie, nous nous contentons de nous féliciter d'avoir obtenu de tous la pratique des mesures sanitaires et nous remercions les petits enfants qui, en écoutant nos conseils et ceux de leur jeune maîtresse, et en les répétant à leurs parents, ont certainement contribué, plus que nous-même, à convaincre ceux-ci de la nécessité de la mise en pratique de cette mesure hygiénique.

Conclusions.

Il est de l'intérêt direct des gardes-malades et des parents de se garantir contre la contamination par les germes pathogènes.

Il est de leur devoir de faire tout leur possible pour localiser le foyer contagieux, dans l'intérêt de la santé publique.

Les mesures sanitaires doivent être prises dès le début, et pendant tout le cours de la maladie contagieuse.

Pour être sûr que ces mesures sanitaires seront toujours prises dès le début de toute affection de caractère infectieux, il faut les prendre au début de toute maladie fébrile.

Afin de permettre à l'autorité administrative de prendre, dans le but d'éviter une épidémie, des précautions spéciales, en dehors de celles prises dans la maison des malades, la déclaration doit être faite dès que le diagnostic est confirmé.

Le médecin traitant, soucieux de son devoir et de sa responsabilité, quelles que soient ses idées au sujet du secret professionnel, doit diriger et surveiller les opérations de désinfection dans le domicile du malade, dès le début et pendant toute la durée de la maladie contagieuse. Pendant le cours de la maladie, le garde doit exercer une surveillance discrète mais ferme, au dehors de la maison contaminée.

A la fin de cette dernière, il doit être procédé à la désinfection des linges et des locaux ; à cet effet, on peut utiliser l'aide du préposé communal à la désinfection.

Toutefois, les personnes qui veulent procéder elles-mêmes à cette désinfection terminale peuvent le faire, en employant un procédé de leur choix, pourvu qu'il ait été approuvé par le Conseil d'hygiène publique de France.

Le préposé municipal a, dans ce cas, le droit et le devoir de s'assurer que les règlements ont été bien observés.

Il serait bon, pour augmenter l'efficacité de la désinfection finale par les vapeurs de formol, de la compléter par le badigeonnage à la chaux, des murs et des plafonds et par la production dans l'appartement, de vapeurs sulfureuses (y brûler 15 à 20 gr. de fleur de soufre par mètre cube). Ces vapeurs tuent les insectes parasites qui, ayant sucé le sang des malades, peuvent être porteurs de germes pathogènes et les inoculer, par leurs piqûres, à des individus sains.

L'importance de la loi sur la santé publique et les mesures sanitaires qu'elle prescrit, la connaissance des moyens pratiques à utiliser, pour obtenir le résultat de protection qui en est le but, doivent être mises à la portée des intéressés, par des conférences aussi nombreuses que possible.

L'instruction et la persuasion, exercées d'une façon inlassable, réussiront mieux que toutes les sanctions pénales à convaincre le public de la nécessité d'application des mesures sanitaires.

Les maîtres et les maîtresses d'école, en enseignant à leurs élèves les avantages de l'hygiène, en leur faisant comprendre l'utilité de la propreté et de l'antisepsie, par leurs leçons et par des exemples de contagion, qui malheureusement, leur seront trop souvent fournis, peuvent et doivent, sans craindre les redites sur ce sujet, faire de leurs écoles une pépinière de propagateurs des habitudes d'hygiène ou de garde-malades familiales de l'avenir.

Pour être régulièrement faite, la désinfection doit être facile, ne pas exiger des fonctionnaires souvent, sinon toujours, mal reçus, des appareils coûteux, difficiles ou dangereux à manier. Enfin, elle ne doit pas peser d'une façon si lourde sur les budgets publics, et par contre-coup sur celui des familles. Elle doit être à la fois efficace et bon marché.

La méthode de prophylaxie, dont nous venons d'expsoser l'ensemble et les détails, nous semble réunir tous ces avantages.

Les soins de désinfection à domicile, pendant tout le cours de la maladie, ont une importance de premier ordre ; soigneusement appliqués, ils rendraient facile et même inutile la surveillance à l'extérieur de la maison contaminée. Ils seront, peut-on dire, toujours donnés par une mère, une

épouse, une sœur. Aussi, l'éducation hygiénique, importante pour tous les établissements d'éducation, devrait être l'objet d'un enseignement tout spécial, dans les établissements de jeunes filles. Celles-ci deviendront plus tard celles à qui incombera le soin d'assurer dans la maison, la propreté qui en fait l'élégance, la rend gaie et salubre et en écarte les plus grandes causes de maladies. Ce sont elles que nous trouverons penchées sur un berceau ou un lit de douleur, donnant leurs soins délicats et dévoués à des êtres aimés.

Leur fonction d'infirmière sera bien plus facile à remplir, si elles ont été initiées dès leur enfance, aux pratiques de l'hygiène. En connaissant l'utilité et la nécessité, elles accepteront facilement et elles provoqueront même les conseils du médecin. Celui-ci, heureux de trouver près de son malade un collaborateur intelligent, s'empressera de lui fournir son concours éclairé et dévoué.

La désinfection finale sera le complément des mesures de prophylaxie.

Le médecin donnera au chef de famille une note ordonnance, indiquant les doses de formol et de permanganate nécessaires à prendre à la mairie. Cette ordonnance servirait en même temps de certificat, constatant que le malade peut reprendre sa vie normale.

L'opération que nous savons si simple, pourrait être faite par le chef de famille, guidé, si nécessaire par le médecin.

Dans ces conditions, le délégué municipal n'aurait jamais à intervenir au domicile du malade et son rôle serait réduit à une surveillance de simple police, à l'extérieur. *(A suivre.)*

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr Dabasse, de Beaumont-de-Lomagne (Tarn-et-Garonne). — M. le Dr H. Régnier, député de la Nièvre. — M. le Dr B. Roussy, directeur du laboratoire de physique biologique au Collège de France — M. le Dr E. Périer, de Paris. — M. le Dr Henri Rousseau, de Joinville-le-Pont.

— **Clinique médicale propédeutique** (Fondation de la Ville de Paris). Professeur : M. Emile Sergent, hôpital de la Charité, 47, rue Jacob. — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical*, du lundi 6 décembre au samedi 11 décembre 1926 inclus, par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darsissac, G. Durand, Oury et P. Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi. Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 250 francs.

Programme des leçons théoriques : ces leçons sont au nombre de trois par jour, à 11 heures, 14 h. 1/2 et 17 h. 1/2.

Lundi 6 décembre, 11 h., Pr Sergent : règles générales du radiodiagnostic de l'appareil respiratoire ; 14 h. 1/2, Dr Cottenot : affections ostéo-articulaires ; 17 h. 1/2, Dr G. Durand : œsophage, estomac. — *Mardi 7 décembre*, 11 h., Dr Cottenot : crâne et colonne vertébrale ; 11 h. 1/2, Dr G. Durand : estomac ; 17 h. 1/2, Pr Sergent : cage thoracique, trachée, bronches. — *Mercredi 8 décembre*, 11 h., Pr Sergent : tuberculose pulmonaire ; 14 h. 1/2, Dr Pruvost : poumon, plèvre ; 17 h. 1/2, Dr Ribadeau-Dumas : médiastin, adénopathie trachéo-bronchique ; — *Jeudi 9 décembre*, 11 h., Dr Cottenot : foie et voies biliaires ; 14 h. 1/2, Dr Durand : intestin grêle ; 17 h. 1/2, Dr Sergent : tuberculose pulmonaire. — *Vendredi 10 décembre*, 11 h., Dr Oury : gros intestin ; 14 h. 1/2, Dr Lian : cœur ; 17 h. 1/2, Dr Pruvost : pneumothorax, pneumoséreuse. — *Samedi 11 décembre*, 11 h., Dr Darsissac : mâchoires et dents ; 14 h. 1/2, Dr Cottenot : reins, uretères, vessie ; 17 h. 1/2, Dr F. Bordet : aorte et vaisseaux.

Programme des exercices pratiques. — Ces exercices auront lieu tous les matins à 10 heures (examen de malades) et tous les après-midi à 16 heures (démonstration des principales techniques radiologiques par le Dr Cottenot).

Les bulletins de versement sont délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis de 5 à 7 heures.

— **Un hôpital musulman à Paris.** — Les Musulmans, qui ont aujourd'hui leur mosquée à Paris, auront sans doute dans quelque temps un hôpital spécial. Il est, en effet, question de construire à Paris un hôpital franco-musulman.

— **Un prix pour l'étude de la pneumonie.** — M. N.-L. Littlauer (de New-York), en souvenir de sa femme qui mourut de pneumonie, a fondé un prix annuel de 1.000 dollars pour récompenser des études sur la prophylaxie et la thérapeutique de la pneumonie.

— **Pathologie médicale.** — M. le professeur Sicard a commencé son cours sur les *maladies du rein* le 9 novembre à 18 h. au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continue les jeudis et samedis suivants à la même heure.

— **Pathologie expérimentale et comparée.** — M. F. Rathery, professeur, a commencé son cours le 10 novembre 1926, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Objet du cours. — Le rein. Le métabolisme basal.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

nécessaire qu'il prouve qu'ils lui ont été demandés. Si la demande ne lui est faite que verbalement, de sorte qu'il ne pourrait, en cas de besoin, en faire la preuve, il peut s'abstenir d'y satisfaire.

3410. — Evaluation d'incapacités permanentes.

J'ai actuellement deux blessés atteints d'incapacité permanente partielle à évaluer.

Le 1er blessé a subi l'amputation des deux dernières phalanges de l'auriculaire gauche et est atteint en outre de raideur du médius et de l'annulaire gauches, les mouvements de flexion peuvent à peine être esquissés.

Le 2e blessé est atteint d'ankylose complète du genou gauche et de troubles trophiques de tout le membre inférieur gauche, suite d'arthrotomies pour arthrite purulente. Ces deux blessés sont ouvriers mouleurs de fonderie et gagnaient le 1er 38 fr., et le 2e 70 fr. par jour environ.

Je pensais proposer pour le 1er 15 % et pour le 2e 60 à 70 % d'invalidité.

Ces taux d'invalidité sont-ils raisonnables ? Enfin quel serait le montant de la rente qui pourrait leur être allouée ?

Dr F.

Réponse.

Nous sommes d'avis que, dans les deux cas qui font l'objet de votre lettre, vos évaluations d'incapacité permanente ne sont pas exagérées et peuvent parfaitement être soutenues.

En ce qui concerne la rente, elle est calculée, non sur le salaire journalier multiplié par le nombre approximatif des journées de travail, mais sur le salaire effectif payé pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident.

Pour le premier cas, en comptant 300 jours de travail, le salaire annuel serait de 11.400 fr.

Ce salaire doit être compté pour la totalité jusqu'à 4500 fr. et pour le quart pour le surplus.

Sur la somme ainsi obtenue (6250 fr.), la rente pour une incapacité de 15 % serait de 7,50 %, soit de 468,75.

Pour le secnod accident, sur un salaire de 21.000 fr. par an (70 × 300), il faudrait compter la totalité jusqu'à 4.500, le quart de 4.500 à 15.000 et le huitième au-dessus de 15.000, ce qui donnerait un total de 7.875 fr. de salaire de base, dont les 30 %, en cas d'incapacité de 60 %, donnent une rente annuelle de 2.361,50.

3446. — Visite de contrôle d'un accidenté de droit commun.

J'ai soigné dernièrement un client pour une blessure due à un accident d'automobile qu'il avait eu. Lors de ma dernière visite auprès de lui, le hasard a fait arriver, au moment où je partais, l'autre mé-



decin de la localité, venant contre-visiter mon client. Celui-ci a une assurance personnelle et la Cie qui l'assure voulait se renseigner sur son état. Il ne s'agit pas là d'un accident du travail, mais, dans le cas présent, l'assurance privée du blessé peut-elle faire contre-visiter celui-ci ; le faire sans qu'il soit prévenu par elle ; et, d'autre part, légalement ou déontologiquement, le médecin chargé de cette contre-visite ne doit-il pas en prévenir à l'avance le confrère traitant, pour se trouver ensemble au chevet du blessé ?

D[r] X.

Réponse.

Il n'y a que dans les accidents du travail que l'exercice du droit de contrôle par l'assurance soit entouré de garanties spéciales et que le médecin soit obligé, pour y procéder, de se munir au préalable du visa du juge de paix et de prévenir le médecin traitant.

En matière de droit commun (c'est le cas pour une assurance individuelle), seule la police fait la loi des parties. S'il y est prévu que l'assuré devra se soumettre à l'examen et au contrôle du médecin de la compagnie, sans que des formes quelconques soient établies à l'avance pour l'exercice du contrôle, le blessé doit se laisser examiner par le médecin contrôleur, lorsque celui-ci se présente, sans pouvoir prétendre s'y refuser sous prétexte que son médecin traitant n'était pas averti.

Tel est le droit strict. Bien entendu, il est préférable, au point de vue déontologique que le médecin contrôleur ait la courtoisie de prévenir son confrère et de le prier de se trouver présent lors de sa visite, et cela même dans l'intérêt des deux parties, mais, encore une fois, rien ne l'y oblige.

Application du Tarif Durafour

I

3416. — Epluchage de plaie profonde.

J'ai un procès en cours en justice de paix au sujet du règlement d'un accident du travail. L'assurance « Syndicat de garantie, avenue Victoria, à Paris » conteste le tarif demandé de 100 fr. pour une plaie contuse profonde et étendue du pouce (avec ligature art. et anesthésie par novocaïne à la racine du pouce).

Elle m'offrait d'abord 25 fr. et maintenant 40.

Le juge de paix a nommé un expert qui est assez embarrassé sur le cas. (Peut-on considérer une plaie du pouce comme une plaie profonde, surtout si elle est dorsale ?) Il doit demander l'avis d'un chirurgien. J'acceptais une conciliation à 75 fr., non acceptée par la Cie. Dois-je poursuivre et dans ce cas, pourrais-je compter sur le concours du «Sou Médical ». Le certificat initial a été fait par moi rapi-

dément et porte seulement la mention « plaie contuse de la face dorsale du pouce ».

Dr C.

Réponse.

Je ne pense pas que vous puissiez réclamer plus qu'un « épluchage, etc... d'une plaie contuse *superficielle* de la main ou du pied : 40 fr. » (article 17). Je ne vois pas, en effet, que vous puissiez compter comme « plaie *profonde* » une plaie de doigt, c'est-à-dire (d'après ce qui fut convenu sous ce mot à la commisison d'élaboration du tarif) une plaie intéressant jusqu'aux régions profondes d'une partie du corps, après avoir traversé tous les tissus superficiels successifs.

F. D.

Comme vous le voyez, cet avis vous est défavorable. En aurait-il été autrement que l'appui du « Sou » n'aurait pu vous êtes accordé dans cette affaire qui trouve sa source dans des faits antérieurs à votre adhésion.

II

3341. — Visite de nuit avec « surveillance prolongée ».

J'ai recours à votre grande obligeance, car je suis embarrassé pour établir une note d'honoraires.

Demandé pour un ouvrier électrocuté à neuf heures vingt du soir. Présence de plus de deux heures auprès du blessé pendant lesquelles on fait des tractions rythmées de la langue, de la respiration artificielle, quatre injections hypodermiques et de la faradisation de la région précordiale.

Je vous serais très obligé de vouloir bien me dire comment je dois établir ma note.

Dr D.

Réponse.

Compter : *a*) Visite de nuit : 10 × 3, soit 30 francs (article 4) ;

b) 3 demis-heures de surveillance prolongée : 10 × 3, soit 30 francs (article 8) ;

c) Certificat d'origine : 5 francs.

Donc, au total : 65 francs.

F.D.

III

3342. — Luxation du poignet.

Je vous serais reconnaissant de me dire ce que je dois tarifer au point de vue accident du travail, la réduction d'une luxation du poignet (sans intervention sanglante).

Dr G.

Réponse.

J'ai déjà proposé, avec acceptation des deux parties et cela plusieurs fois, d'assimiler la luxation du poignet à celle de l'*épaule*, dont la réduction est tarifée 75 francs (article 19).

3494. — Questions diverses.

Comme abonné, je vous serais reconnaissant de bien vouloir, avec votre complaisance habituelle, me renseigner sur les cas suivants :

1° Un petit patron agriculteur emploie quelques jours pour l'aider à démolir une maison en ruines, achetée récemment et située à 1 km. de la ferme, un journalier travaillant le plus souvent aux travaux agricoles.

Le journalier tombe et se blesse. Le patron agriculteur est-il légalement responsable ? (demi-salaire et frais médico-pharmaceutiques).

2° Un particulier prend chaque quinzaine une femme de journée pour le lavage du linge. Y a-t-il responsabilité légale en cas d'accident ?

3° Pour la fabrication du cidre, les particuliers louent un pressoir ambulant à bras, avec un homme qui conduit le travail (25 fr. à 35 fr. par jour pour l'homme (nourri) et le pressoir.

De plus, un ou deux journaliers pour aider (12 fr. par jour, nourri).

En cas d'accident, y a-t-il responsabilité légale du particulier ou responsabilité du propriétaire du pressoir ?

Dr D.

Réponse.

1° Si le journalier a été embauché par le patron agriculteur spécialement pour l'aider dans la démolition de la maison, comme il n'y a là ni travail agricole, ni entreprise commerciale ou industrielle, à notre avis, la législation sur les accidents du travail ne saurait être applicable. Il en serait différemment au cas où le journalier serait attaché à l'exploitation agricole et n'aurait été employé qu'accidentellement à la démolition de la maison.

2° La loi du 2 août 1923 a étendu aux domestiques, gens de maison, etc... la législation sur les accidents du travail. Par conséquent, si la femme de journée était victime d'un accident au cours de son travail, le particulier qui l'emploie en serait responsable.

3° Le particulier qui loue le pressoir avec les hommes qui le font fonctionner n'a pas la qualité d'entrepreneur ou de patron et ne peut être responsable des accidents. Cette responsabilité incombe au propriétaire du pressoir.

Médecine légale.

3448. — Frais de justice criminelle. Visite prolongée.

Je suis appelé par un gendarme pour aller assister à l'extraction hors de l'eau d'un noyé. Cette opération dura au moins trois heures et je dus même embarquer dans le bateau pour aider.

Il fallut ensuite examiner le corps du noyé pour certifier que la noyade avait été volontaire (suicide)

eu provoquée, ou accidentelle. Toute cette besogne est payée par 15 francs de certificat, plus les kilomètres.

J'aurais pu me dispenser de contribuer à sortir le noyé de l'eau, je l'ai fait pour gagner du temps, mais les heures que j'ai passées en contemplation devant les efforts infructueux de la maraîchaussée ne doivent-elles pas m'être payées.

Enfin, un certificat de cette nature, 15 fr., c'est peu. Thémis est coutumière de ces coups à notre égard, mais l'examen du cadavre, il a fallu le dévêtir, etc. (*quorum pars magna*) et la responsabilité... tout cela est compris dans les 15 fr. Je sais bien ce que je ferai à l'avenir.

Dr A.

Réponse.

Il est exact que le premier paragraphe de l'article 26 du décret du 5 octobre 1920 sur les frais de justice en matière criminelle alloue, en principe, un honoraire de 15 francs, rédaction et dépôt du rapport compris, pour une « visite judiciaire », mais il ne faut pas oublier que le dernier paragraphe du même article contient la disposition suivante :

« Au cas d'expertise présentant des difficul-
« tés particulières, le magistrat commettant
« fixe, d'après les circonstances, la taxe qui doit
« être allouée. »

Il est bien certain que le temps qu'on vous a fait perdre pour examiner le noyé justifie des honoraires bien supérieurs à 15 francs.

Nous vous conseillons donc de demander une somme plus élevée (50 francs par exemple), en vous basant sur le texte que nous vous avons cité, et en fournissant dans votre mémoire toutes les explications nécessaires pour permettre au président d'accueillir votre demande.

Questions médico-militaires.

3185. — Nomination dans la Légion d'honneur.

1° Au bout de combien d'années, un médecin de réserve a-t-il droit à la Légion d'honneur ? Le nombre d'annuités exigées lui donne-t-il un droit intangible ou une simple possibilité ;

2° Une Commission Fayolle avait été instituée pour repêcher des médecins de guerre oubliés. Fonctionne-t-elle encore ;

3° N'y a-t-il pas eu il y a trois ans environ une affectation d'un nombre de 10.000 croix environ à distribuer en un certain nombre d'années aux officiers de réeserve ayant fait la guerre ;

4° L'élévation des grades ne donne-t-il pas un droit de préférence, c'est-à-dire n'est-ce pas un droit ou n'y a-t-il pas une coutume à décorer tout médecin major de 1re classe ou encore tout médecin de 2e classe avec un certain nombre d'annuités.

Dr D.

Réponse.

1° Il faut actuellement à un médecin de réserve 29 annuités afin de devenir *proposable* pour la Légion d'honneur. Le nombre des annuités ne donne donc pas un droit intangible, mais une simple possibilité.

2° La Commission Fayolle a cessé de fonctionner depuis quatre ans environ.

3° Ce contingent de croix a dû être épuisé rapidement ; il n'en est plus question actuellement.

4° Ce peut être là un élément dans l'appréciation des mérites de deux candidats, à égales annuités, par exemple, mais rien de plus.

3269. — Point de départ du droit aux soins gratuits.

Un de mes clients M. B., a eu pendant la guerre la jambe gauche criblée de petits éclats d'obus. D'où, évacuation, radio, intervention : quelques éclats seulement ont pu être extraits.

A la démobilisation, la Commission de réforme a décidé : « nombreux éclats d'obus jambe gauche sans trouble fonctionnel : maintenu service armé ».

Il y a deux mois, M. B., se présente à ma consultation porteur d'un volumineux abcès au niveau de la cicatrice de l'intervention subie pendant la guerre. Je lui conseille de se faire hospitaliser d'urgence par l'intermédiaire de la « Section des Mutilés » et, lui remets un certificat médical dans ce but.

Après 48 heures de démarches tant à la Section des Mutilés qu'à la Préfecture, M. B., est admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Là radio, intervention : extraction de quelques éclats d'obus et d'une esquille du tibia : il reste d'autres petits éclats d'obus qu'on n'a pas pu extraire. Le blessé sort de l'Hôtel-Dieu presque guéri et *bénéficiaire d'une pension provisoire* de 10 %. Or, le maire de sa commune le prévient qu'il devra payer les frais de son hospitalisation sous prétexte qu'il n'était pas bénéficiaire de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 au moment où il a été hospitalisé *d'urgence* et que, d'autre part, il ne figure pas non plus sur les listes de l'A.M.G. (M. B., ne songe d'ailleurs pas à être considéré comme indigent).

Est-ce vraiment lui, blessé de guerre, qui doit payer pour les conséquences de sa blessure ?

Si non, qui doit payer ?

Dr L.

Réponse.

Le droit aux soins gratuits, sous le bénéfice de l'article 64, ne commence que du jour où l'intéressé est inscrit par la mairie sur la liste spéciale des bénéficiaires de cet article. Or, cette inscription ne peut avoir lieu que sur présentation des certificats (modèle 10) *de la commission de réforme*.

Cependant, dans le cas particulier, que l'inté-

ressé adresse une demande motivée à la Commission départementale de l'article 64 ; celle-ci pourra, par mesure de bienveillance, accorder rétroactivement le remboursement des frais d'hospitalisation.

3329. — Réintégration dans l'armée active d'un médecin-major démissionnaire.

Je vous prie de vouloir bien me faire savoir si un médecin major de 2e classe ayant démissionné depuis sept ans, peut être réintégré dans l'armée active. Comment, si cela est possible, faut-il s'y prendre ?

Quelle est actuellement la solde de médecin-major de 2e classe, c'est-à-dire de capitaine ?

Dr C.

Réponse.

En principe, non, sauf circonstances exceptionnelles très aléatoires. Adresser une demande au Ministre de la Guerre, 7e Direction, et mieux, venir si possible, au préalable, exposer le cas de vive voix au Directeur du Service de santé du Ministère, 66, rue de Bellechasse. S'informer au préalable. En principe, les audiences ont lieu les mercredi et samedi à 10 h. du matin.

La solde d un capitaine, au 1er échelon, est de 10.885 francs, au 2e échelon 11.454, somme à laquelle s'ajoutent des indemnités variables. Ces chiffres sont ceux fixés par la loi du 14 avril 1924 ; ils seront prochainement modifiés.

3194. — Nomination au grade d'aide-major.

Reçu docteur en médecine le 24 novembre 1920, j'ai été nommé médecin aide-major de 2e classe de réserve sur ma demande en date du 19 novembre 1925, il me semble qu'il m'a été porté préjudice et puisqu'il faut quatre ans de grade pour passer au grade supérieur, je devrais être aide-major de 1re classe actuellement. Qu'en pensez-vous et quelles sont les démarches à faire ?

Dr F.

Réponse.

La nomination des docteurs en médecine au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve n'est jamais faite que sur la demande des intéressés eux-mêmes. C'est uniquement dans le but de faciliter les choses que les directeurs du Service de santé s'adressent à ces candidats pour connaître leurs désirs, et encore est-il toujours nécessaire que ceux-ci fournissent une demande.

Pourquoi n'avez-vous pas pensé plus tôt à régler votre situation ? Vous n'eussiez pas perdu quatre années. Actuellement, vous n'y pouvez plus rien.

Fiscalité

3013. — Taxe des prestations sur une automobile.

Possesseur d'une vieille voiture automobile 12 HP,

je la vends le 6 janvier 1926. Je fais ma déclaration de vente à la mairie de ma commune aussitôt ainsi qu'au contrôleur des contributions. Cette voiture ne roulait plus depuis déjà SIX MOIS et je ne payais plus de taxe trimestrielle ayant averti le contrôleur que ladite voiture ne sortait plus et attendait acquéreur pour être revendue comme ferrailles. Or, j'ai reçu du percepteur une note de 468 fr. pour impôts de prestations de ladite voiture en 1926. C'est un peu cher, pour une voiture que je n'ai possédée que six jours en 1926, et ce d'autant que cette voiture ne roulait plus depuis déjà plus de six mois.

J'ai payé les 468 fr. de prestation, le percepteur m'ayant dit qu'ils étaient dus par le possesseur de la 12 HP au 1er janvier, mais que je pouvais réclamer au contrôleur pour être dégrevé totalement (ma voiture avait été signalée par moi au contrôleur vers juin 1925 comme désormais inutilisable et vendable pour la ferraille) et remboursé des 468 fr. versés, si mon bon droit était reconnu.

J'ai vendu ladite auto 12 HP le 6 janvier 1926 à un chiffonnier, marchand de ferraille. Ledit chiffonnier a retapé ledit tacot, s'en est servi pendant six mois, puis l'a revendu à l'un de ses clients qui continue de rouler avec. Lequel des trois possesseurs de la voiture doit payer les 468 fr. de prestation ? Votre serviteur qui ne l'a possédée que six jours en 1926 et l'avait depuis six mois inutilisable et déclarée comme telle dans son garage ou bien le chiffonnier et son client ?

Si j'ai payé indûment, que faire et comment faire pour rentrer dans les 468 fr. versés ! Dr P.

Réponse.

Votre voiture 12 HP étant inutilisée au 1er janvier 1926, ce dont vous pouvez facilement faire la preuve, demandez au contrôleur de vous dégrever de la taxe des prestations.

En cas de refus, présentez une réclamation au Conseil de Préfecture.

Vous n'avez pas à vous inquiéter de vos successeurs dans la propriété de la voiture en cause ; la taxe des prestations n'étant due que d'après les faits existant au 1er janvier de l'année de l'imposition.

A. M.

3497. — Le médecin-propharmacien n'est pas assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Un de nos confrères a reçu du contrôleur des contributions directes une lettre aux termes de laquelle il est invité à déclarer le montant de son chiffre d'affaires, pendant les années 1920, 21, 22, 23, 24 et 25, pour servir à l'établissement de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

A défaut de réponse dans un délai d'un mois, son chiffre d'affaires sera évalué d'office.

Notre confrère répond au contrôleur qu'il n'est pas marchand de produits pharmaceutiques, qu'il ne tient pas une officine ouverte et qu'il exécute simplement ses ordonnances comme la loi l'y autorise ; que la qualité de propharmacien n'est pas assimi-

lable à une profession commerciale et qu'enfin les bénéfices réalisés ont été déclarés chaque année dans le total de ses revenus (profession non commerciale).

Je vous serais très obligé de bien vouloir me donner votre avis à ce sujet. Dr T.

Réponse.

La réponse faite par votre confrère à la lettre du contrôleur est exacte en tous points. La propharmacie ne constitue qu'un accessoire de sa profession pour le médecin et ne saurait le faire considérer comme un commerçant. C'est pourquoi le médecin propharmacien n'est pas tenu de se faire inscrire au registre du commerce ; c'est pourquoi également il ne doit pas la taxe sur le chiffre d'affaires. Quant à ses bénéfices, ils doivent être imposés à la cédule des professions non commerciales au même titre que ses bénéfices proprement médicaux.

Ce point de vue est d'ailleurs celui du Ministère des Finances, ainsi qu'il appert d'une réponse faite par le Ministre à un député, *Journal Officiel*, 9 novembre 1920, *Concours médical*, 21 novembre 1920, p. 2917, réponse dont voici la teneur :

« Le médecin qui se borne à fournir aux ma-
« lades qu'il soigne les médicaments nécessaires,
« sans tenir boutique et sans vendre à tout
« venant, ne fait pas acte de commerce et n'ac-
« complit pas non plus d'actes relevant des pro-
« fessions assujetties à l'impôt sur les bénéfices
« industriels et commerciaux. Il n'est pas en
« conséquence assujetti à l'impôt sur le chiffre
« d'affaires. »

Que votre confrère soumette cette réponse du Ministre au contrôleur et nul doute qu'il n'obtienne satisfaction.

Au cas où, cependant le contrôleur ne voudrait pas se rendre et persisterait à vouloir imposer votre confrère au titre des bénéfices industriels et commerciaux, il est probable que l'appui du « Sou Médical » serait accordé à votre confrère, s'il en fait partie, pour porter l'affaire devant le Conseil de préfecture et au besoin devant le Conseil d'Etat.

3174. — La patente porte sur le garage.

Je suis frappé d'un droit de patente pour un garage que j'ai en location.

Un garage ne peut être assimilé ni à un local d'habitation, ni à un local professionnel.

Dois-je accepter ou demander des explications au contrôleur.

Dr G.

Réponse.

Votre garage constitue une dépendance ou une annexe de votre habitation. C'est donc à juste titre qu'il supporte le droit proportionnel de patente.

A. M.

Quarante-huitième année — N° 49 — 5 Décembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3098-IV)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardc, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon.

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trutot.

Cannes : Abadie. Bayle, Carrette, Fournier, Kent-Garet, Makereel, Verdalle.

Cannet (Le), près Cannes : Comoy.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Rion.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J.C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Fourcaud, Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif*), Nafilvan, Piettri Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*), Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

DON. — Nous avons reçu, à titre de don à la Société d'Etudes du *Concours médical*, de M. le Dr PROST, de Paris, la somme de vingt francs pour bons offices du journal.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 560. — Dr Mollin, Port-à-Binson (Marne), off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 561. — Conf. dés. céder meubles et bibel. anciens. S'ad. Salvy, 63, rue Lauriston (Etoile).

N° 562. — Suis achet. traités class. de philosophie et tous ouvrages classiques de phislosophie d'occas.

N° 563. — Infirmière pour salle d'opér., anesthés., soins aux opérés, demand. par clin. chirurg. Verdun.

N° 564. — Dans belle sous-préf. Centre, exc. poste méd., rapp. élevé, à céder imméd. 30.000. Mme Boutot, 18, rue Blaise-Raynal, à Brives (Corrèze).

N° 565. — A vend. 1 porte-bag. pour 6 CV Renault et 1 bouteille air Michelin.

N° 566. — Méd. dem. pour création clin. à Grasse. Ecr. Agence Evianaise, Evian.

N° 567. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc prend. chez lui, 400 m. d'alt., un ou deux élèves délic. ou retard. dans études. Soins dévoués.

N° 568. — Client. méd. à repr. grat. dans l'Oise (90 km. de Paris) Il faut faire pharm., S'ad. Dr Delpierre, 203, rue Lafayette, Paris.

N° 569. — A vend. 6 CV Renault 1926, cond. int. 4 pl. souple, état neuf, 22.500 fr. Dr Colard, à Ornans (Doubs).

N° 570. — Dr d'Etat cherche occup. médic. Aider, dans clin. chirurg. ou de radiol.

N° 571. — Dr 50 ans actif, rech. sur Côte-d'Azur, situat. aide client. méd. génér., stom. ou mais. de cure. Toutes garanties.

N° 572. — Pour rais. de santé, doct. dés. vendre cab. dent. grande ville province.

N° 573. — Veuve de méd. désirer. sous-louer partie de son appartem. à dame ou demois. honor.

N° 574. — Conf. rech. poste méd. génér. Côte d'Azur ou Paris.

N° 575. — 80 km. Paris. Poste anc. à céd. de suite, aff. 55.000. Gr. rayon à desserv., belle mais. av. eau, électr. Prix à débat., communic. faciles sur Paris. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 576. — Centre. Cab. d'électr.-radio, anc. et coté. Fixes transmiss., associat. ou cession imméd. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 577. — Renault 10 C. V. cond. int. 2/3 pl., tous acc. Mise en marche autom. écl. électr. compt. horo kil. neuf, pneus neufs, plus 5 ch. à air. Exc. état de marche. A enlever 8.500 fr. dern. prix. Dr Bayard, 87, Boul^d de Courcelles, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Les épidémies. — Un cas de variole est signalé dans la Somme.

— Hôpital de Saint-Denis. *Internat.* — Un concours d'internat aura lieu le 10 janvier à l'hôpital-hospice de Saint-Denis. Les candidats devront avoir 16 inscriptions nouveau régime, ou 12 inscriptions pour les externes des villes de Facultés, ou 12 inscriptions ancien régime. Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage, et indemnité mensuelle de 300 francs.

Pour renseignements, s'adresser à la direction de l'hôpital, 7*bis*, rue du Fort-de-l'Est, Saint-Denis.

— Association d'enseignement des hôpitaux (Amphithéâtre de la rue des Saints-Pères, angle du boulevard Saint-Germain). — Le dimanche 12 décembre à 10 h. conférence de M. Ribadeau-Dumas : *L'allaitement ; l'allaitement artificiel et ses compléments.*

— Hôpital Lariboisière. *Clinique oto-rhino-laryngologique.* — Enseignement clinique complémentaire : chirurgie des amygdales ; diagnostic des tumeurs du cou (3 leçons), par M. le Dr P. Truffert.

— Exposition d'art médical à la Foire de Lyon (mars 1927). — Le groupe des produits chimiques

de la Foire de Lyon comporte une participation importante des spécialités pharmaceutiques. En 1927, l'exposition comprendra tout ce qui touche à l'Art médical et aux méthodes thérapeutiques modernes. Elle sera installée au deuxième étage du Palais de la Foire, dans la grande salle située au-dessus de l'Atrium, et dans les galeries adjacentes, et réunira en particulier : les spécialités pharmaceutiques de toutes sortes, les eaux minérales et produits extraits des eaux, les produits et appareils d'hygiène et de désinfection, les produits diététiques, pansements et accessoires de pharmacie.

Des cartes d'acheteurs réservant certains avantages seront envoyées aux médecins qui en feront la demande à l'Office commercial pharmaceutique, Service Foire de Lyon, 71, rue du Temple, Paris (3e).

— **Ophtalmologie pratique.** — Le Dr A. Cantonnet ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon, fait :

1° A l'hôpital Beaujon, tous les matins, à 9 h., une consultation expliquée à l'usage des non-spécialistes, assisté du Dr Joltrois, assistant du service.

2° A l'école Albert-Rémy (5, rue Poulletier, île Saint-Louis), les jeudis, de 10 h. à 12 h., et les samedis, de 2 h. à 4 h., un enseignement pratique de la rééducation du strabisme, assisté du Dr G. Fombeure, ex-assistant à Cochin.

Ces enseignements sont gratuits. S'inscrire à Beaujon.

— **Bordeaux.** *Agrégation.* — MM. Charrier et Loubat ont été élus agrégés de chirurgie et M. Fourment a été élu agrégé de parasitologie.

— **Marseille.** *Hôpitaux.* — Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 10 janvier 1927.

— **Soins gratuits aux mutilés de la guerre.** — Contre versement de 2 fr. 15 à son compte de chèques postaux : Paris 272.28, notre ami Quidet, envoie franco un exemplaire de sa brochure éditée dans un but d'intérêt général et social, et dont nous avons publié une analyse dans le *Concours médical*.

— **La Société des eaux min. de Châtel-Guyon** nous prie d'annoncer que le dividende voté par l'Assemblée générale des actionnaires sur l'exercice 1925 est payable aux caisses de la *Société générale* contre estampille (titres nominatifs) ou détachement (titres au porteur) du coupon n° 5. Actions au porteur : 9,60. Actions nominatives : 12,30.

A TRAVERS L'OFFICIEL

18 *novembre.*

Contributions directes.

Par décret du 16 novembre, la formalité de la publication des rôles des contributions directes est supprimée. Les mots « publication des rôles » sont remplacés par les mots « mise en recouvrement des rôles ».

La date de la mise en recouvrement est indiquée sur le rôle, ainsi que sur les avertissements délivrés aux contribuables.

19 *novembre.*

Enseignement supérieur.

Décret du 28 octobre relatif aux facilités d'études en vue de l'obtention des grades et titres de l'enseignement supérieur.

Art. 1er. — Sous les réserves prévues aux articles 2, 3 et 4 ci-après, nul ne pourra désormais obtenir le bénéfice d'aucune des mesures spéciales et provisoires édictées pendant et après la guerre à l'égard des aspirants aux grades et titres de l'enseignement supérieur, qui ont été mobilisés ou ont été retenus dans les régions envahies ; ces mesures cessent définitivement d'être en vigueur.

Art. 2. — Les dispositions de l'article précédent ne sont pas applicables aux grands blessés de la guerre qui auront été, jusqu'au moment de leur demande, dans l'impossibilité absolue d'entreprendre ou de poursuivre des études en vue de l'obtention desdits grades et titres, exclusivement pour des raisons de rééducation ou de séjour dans les hôpitaux.

Art. 3. — Le bénéfice des facilités d'études accordées par décisions ministérielles individuelles antérieurement à la promulgation du présent décret reste acquis aux intéressés.

Art. 4. — Il n'est pas dérogé par le présent décret aux dispositions du décret du 20 février 1925.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Accidents du travail.

Arrêté du 15 novembre fixant le tarif des frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

Etant donnée son étendue, cet arrêté sera publié ultérieurement dans le corps du journal.

20 *novembre.*

Asiles publics d'aliénés.

M. le Dr Frey, médecin-chef de l'asile de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin-chef de service à l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

M. le Dr Guiard, médecin-chef de service à l'asile

de Naugeat (Haute-Vienne) a été nommé médecin-chef de service à l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. le Dr Thibaud, admis à la retraite.

Les deux postes qui étaient occupés par MM. les Dr Frey et Guiard se trouvent actuellement vacants.

21 *novembre.*

Sanatoriums publics.

Ont été prononcées les nominations suivantes : M. le Dr Morand, médecin directeur de 5e classe au sanatorium de Plougonven (Finistère) ; M. le Dr Dodart des Loges, médecin-adjoint de 4e classe au même établissement.

23 *novembre.*

Assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Loi du 21 novembre 1926 modifiant l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Les alinéas 5 et suivants de l'article 20 de la loi du 14 juillet 1905 sont ainsi modifiés :

« Au cas où la personne admise à l'assistance dispose déjà de certaines ressources, la quotité de l'allocation est diminuée du montant de ces ressources. Toutefois, celles provenant de l'épargne notamment d'une pension de retraite que s'est acquise l'ayant droit, n'entrent pas en décompte si elles n'excèdent pas quatre-vingts francs (80 fr.). Cette quotité est élevée à cent soixante francs (160 fr.) pour les ayants droit justifiant qu'ils ont élevé au moins trois enfants jusqu'à l'âge de seize ans. Dans le cas où les ressources dépassent ces chiffres, l'excédent n'entre en décompte que jusqu'à concurrence de moitié, sans que les ressources provenant de l'épargne et l'allocation d'assistance puissent ensemble dépasser la somme de sept cent cinquante francs (750 fr.).

« Les ressources fixes et permanentes provenant de la bienfaisance privée entrent seules en décompte jusqu'à concurrence de moitié, avec la même limite maxima de 750 fr.

« Les ressources pouvant provenir du travail des vieillards de soixante-dix ans et les ressources provenant des allocations d'ascendants allouées en application des lois du 31 mars 1919 modifiant la législation des pensions et du 24 juin 1919 sur les réparations à accorder aux victimes civiles de la guerre n'entrent pas en compte. »

Art. 2. — Tant que subsistera la majoration de 10 fr., les déductions éventuelles à opérer, en raison des ressources possédées par le demandeur, porteront sur le total de l'allocation théorique, augmenté de cette majoration.

Réponse d'un Ministre à une question d'un Parlementaire.

Soldes, allocations et indemnités dues aux officiers de réserve accomplissant une période d'instruction.

9721. — M. Désiré FERRY, député, demande à M. le ministre de la guerre, quelles sont les soldes, allocations et indemnités diverses dues aux officiers de réserve accomplissant une période d'instruction. (*Question du* 12 *novembre* 1926.)

Réponse. — Les officiers de réserve accomplissant des périodes d'instruction ont droit à la solde budgétaire calculée sur le taux de l'échelon correspondant aux années de grade et de service passées en situation d'activité, augmentée, le cas échéant, de l'indemnité pour charges de famille. Les indemnités de déplacement ou d'absence temporaire leur sont dues en principe dans les mêmes conditions qu'aux officiers de l'armée active. Toutefois, pour le droit aux indemnités de déplacement, les intéressés sont toujours considérés comme effectuant un déplacement temporaire ; pour le droit à l'indemnité d'absence temporaire, ils sont considérés comme ayant pour résidence le lieu de convocation de leur unité. (*J.O.*, 19 *novembre* 1926.)

La Thermo - érythrothérapie

J'ai lu avec intérêt l'article publié par Edouard Antoine et Jacques Gressard sur le *Traitement des affections abdominales par les applications locales de chaleur et de lumière rouge* (thermo-érythrothérapie).

Puis-je me permettre de signaler que depuis plus d'un an, instruit par les articles de Foveau de Courmelles et de J.-L. Pech, je pratique la thermo-photothérapie avec des résultats très heureux et d'une façon fort économique pour les malades.

Je leur fais construire une caisse en bois, à la rigueur avec le bois d'une caisse d'emballage.

La caisse reste ouverte vers la région à traiter, sur la paroi opposée je fais mettre 9 à 12 lampes à filament de carbone : 3 ou 4 rouges, 3 ou 4 bleues, 3 ou 4 blanches.

Les lampes sont placées de façon qu'il y ait une répartition égale des lumières.

Il y a 3 interrupteurs pour chaque sorte de lumière.

Je fais faire 2 séances par jour : matin et soir, la durée de chaque séance est de 40 minutes : 10 minutes d'exposition à la lumière rouge, 10' à la lumière bleue, 10' à la lumière blanche et 10' à l'ensemble des lampes.

L'effet thérapeutique est merveilleux, soit

dans les affections du membre inférieur (douleurs, insuffisance de la circulation, claudication intermittente) soit dans les affections douloureuses de l'abdomen, notamment *les périviscérites.*

La construction de cette caisse est vraiment simple et de modestes ouvriers l'ont réalisée eux-mêmes sans aucune difficulté.

De nombreux trous sont percés sur les parois latérales de la caisse pour éviter l'excès de chaleur.

Dr SCHEKTER.
(Boulogne-sur-Mer).

CORRESPONDANCE

Hôpitaux

3358. — Conditions de rémunération des médecins d'hôpitaux.

Les médecins et chirurgiens des hospices civils de X ont entamé des pourparlers avec la Commission administrative au sujet des payants à l'hôpital.

Nous proposons le statut suivant :

I. Gros payants. Entente directe avec le médecin ou chirurgien traitant.

II. Petits payants. Pourcentage (à déterminer) sur le prix des journées d'hospitalisation.

La Commission inclinerait plutôt vers le forfait.

Mais elle nous demande de lui soumettre l'exemple de villes où la question des payants aurait été réglée.

Pourriez-vous m'indiquer quelques-unes des villes que nous pourrions citer comme exemple, s'il en est à votre connaissance ?

Dr M.

Réponse.

Le mode de payement des honoraires des médecins d'un hôpital, en ce qui concerne l'hospitalisation des malades payants, est affaire entre commission administrative et corps médical. Chaque hôpital peut régler cette question à sa guise.

Après avoir déterminé ce qu'il faut entendre par malades payants, pour ne pas faire concurrence aux maisons de santé privées, le règlement modèle des hospices et hôpitaux décide, dans son article 28 (note) :

« Les malades payants et rentrant dans l'une de ces quatre exceptions, appartiendront à l'une des trois séries suivantes et payeront :

« Série inférieure: le prix de journée de l'assistance médicale pour toutes charges, si leurs ressources sont très limitées ;

« Série moyenne : le prix de journée de l'assistance médicale, sensiblement majoré, pour toute charge, si leur condition est modeste ;

« Série supérieure : le prix de journée de l'assistance médicale, avec une majoration, plus

des frais de salle d'opérations, de pansement, des frais médicaux et pharmaceutiques et tous les autres, que déciderait la commission administrative si leur condition est plus aisée ; ou bien ils payeront un prix de journée forfaitaire et calculé sur ces éléments. Les honoraires médicaux sont compris ou non dans les prix ci-dessus.

« La commission administrative, libre de ces admissions exceptionnelles, est également libre de décider, après enquête, dans quelle série entrera le malade payant.

« Il appartient à chaque commission administrative de prévoir, dans son règlement, si tous les médecins et chirurgiens doivent être admis à donner leurs soins aux malades payants. Il lui appartient également de prévoir dans quelles salles et dans quels locaux seront placés les malades payants de chacune des trois séries, selon les disponibilités et l'installation des hôpitaux et de leurs annexes....

« Pour les diverses séries énumérées ci-dessus, la commission administrative peut encore prévoir des services externes payants, tels que radiographie, analyses, à défaut de services analogues externes dans la localité, avec leur fonctionnement et leurs tarifs. »

De ce texte se dégage d'abord ceci : c'est que l'hôpital ne doit recevoir qu'exceptionnellement les malades payants, lorsqu'il n'existe pas dans la localité de maison de santé *ad hoc.*

En second lieu, il appartient à la commission administrative de prévoir que cette admission comportera soit le payement d'un prix de journée global, forfaitaire, comprenant les frais de séjour et les frais médicaux et pharmaceutiques, soit un prix de séjour seulement, laissant les malades régler ensuite le médecin et le chirurgien.

Dans le premier cas, la commission administrative s'arrangera avec son corps médico-chirurgical, pour déterminer la part qui reviendra à ce dernier, sur les prix de journée, pour les soins donnés aux malades payants.

Dans le second cas, ou bien le malade payera directement son médecin, sans que la commission administrative se mêle de ces tractations, ou bien c'est à l'économat que le malade payera ses frais d'opérations, de soins et de séjour, laissant l'administration verser ensuite à ses médecins les honoraires qu'elle a touchés pour eux.

Beaucoup de commissions administratives d'hôpitaux entendent conserver un droit de regard sur les honoraires médicaux ou chirurgicaux, réclamés par leurs médecins, surtout pour éviter les réclamations des hospitalisés payants, concernant des honoraires trop élevés.

Il reste bien entendu :

1° Que l'hôpital, établissement public, ne peut faire fonction de maison de santé, que si l'ini-

Voir la suite page LV-3153

PROPOS DU JOUR

Une réponse à la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France.

Le *Bulletin*, n° 8, de la F. N. S. M. F. ayant publié la note suivante :

La Presse et la F. N.

Des renseignements donnés par plusieurs membres du Conseil, il résulte que le *Concours médical* a manifesté à plusieurs reprises sa partialité dans la question de la scission ; qu'il a ouvert largement ses colonnes aux défenseurs des dirigeants de l'Union et qu'il les a fermées aux membres de la F. N.

Le Conseil ne peut que regretter cette attitude qui serait expliquée, paraît-il, par le fait que la F. N. a un organe mensuel dans lequel peuvent paraître les articles dont l'insertion a été refusée. Il s'étonne que pareille explication ne soit pas valable pour les adversaires de la F. N. —,

Nous avons adressé à M. le professeur Vanverts, président du Conseil d'Administration de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France, Lille, la lettre que voici :

Paris, le 30 novembre 1926.

Monsieur le Président
et très honoré Maître,

Dans le procès-verbal de la réunion du 10 octobre dernier, du Conseil d'Administration de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France publié dans le n° 8 du *Bulletin* de celle-ci, le *Concours médical* est mis en cause, page 199, dans des conditions qui appellent une rectification de la part de ses dirigeants.

Au reproche de partialité qui lui est adressé, le *Concours médical* ne saurait mieux répondre en effet qu'en renvoyant les rédacteurs de la note : La Presse et la F. N. à son propre numéro du 22 novembre 1925, dans lequel a paru un article de M. le Dr Duby, article qui débute ainsi :

« Je pourrais m'étonner que le *Concours médical* « mette sous les yeux de ses lecteurs une réponse à « un article qu'il s'est abstenu de leur faire con- « naître, si je ne savais, par ma propre expérience « et par celle de mon ami Layral, que ce journal, « largement ouvert aux officiels de l'Union et à « leurs thuriféraires, l'est beaucoup moins à ceux qui « les critiquent... »

Evidemment nous sommes d'étranges gens, animés de l'esprit le plus partial : nous publions *onze colonnes* de l'un des adversaires les plus irréductibles des dirigeants de l'Union, devenu militant de la Fédération Nationale, alors que rien ne nous y forçait, et ce long plaidoyer débute précisément par les critiques qui se renouvellent aujourd'hui contre nous.

Et voici ce qu'alors notre rédacteur en chef, le Dr Noir, répondait à ces critiques. Sa réponse de 1925 est toujours d'actualité un an plus tard :

« ... Nous tenons à protester avec énergie contre l'accusation de M. le Dr Duby, qui prétend que nous avons refusé de publier ses articles et ceux de ses amis quand nous aurions, d'autre part, ouvert largement nos colonnes à ses adversaires. Si nous avons refusé certains articles, c'est que le ton désobligeant de phrases ou de termes à l'égard de tiers ne nous permettait pas de les publier. C'est aussi parce que nous trouvions inutile d'ouvrir, dans le *Concours médical*, une polémique où les rancunes personnelles s'affirmaient davantage que le souci des intérêts généraux de notre profession.... »

En vérité, nous le répétons, nous sommes d'étranges gens : pas une parole de discorde ni de haine ne nous est jamais échappée, ainsi que le proclamait solennellement notre vénéré directeur, M. le Dr Armand Gassot, le 21 novembre.

Bien plus, nous n'avons jamais cessé de répéter en toutes circonstances, des appels à la concorde, à l'harmonie, à la reconstitution de l'*unité* du Corps médical organisé. L'un de nous adressait l'un de ces appels, à Montpellier, devant un

auditoire aux premiers rangs duquel se trouvait l'un des plus sympathiques des chefs de votre Fédération, le très distingué professeur VERGER. Il renouvelait cet appel, le 21 novembre...

Si c'est de cela que vous nous faites grief, nous sommes en effet de grands coupables. Conscients des dangers de l'heure présente, pour le Corps médical, nous ne cessons d'inviter nos confrères à faire taire leurs dissentiments, à se rapprocher les uns des autres, à se mettre d'accord sur les principes essentiels qu'ils prétendent placer à la base de la pratique médicale, à reconstituer enfin le front unique contre les menaces que nous connaissons tous.

Lorsque vous-même, Monsieur le Président, vous nous avez fait l'honneur de nous adresser des articles, vous avons-nous refusé de les insérer ? Ne les avons-nous pas au contraire publiés avec empressement et en bonne place ?

C'est une mauvaise querelle qui nous est cherchée, et il nous est pénible de constater que vous n'avez pas désapprouvé une attaque à laquelle nous ne rispotons que parce que les faits eux-mêmes, tels que nous les rappelons et qu'ils sont contrôlables, montrent de quel côté est la partialité.

Le *Concours médical* demeure une tribune libre qui publie tous les articles qui lui sont envoyés, à condition qu'ils s'en tiennent à des discussions d'idées, à des controverses de doctrine, sans s'en prendre aux personnes, et surtout sans les injurier.

Sous le bénéfice de cette réserve, nous avons la prétention d'être aussi impartiaux que notre devoir de journalistes d'information professionnelle nous l'impose.

Dans le même numéro 8 du *Bulletin* de la Fédération Nationale des Syndicats médicaux de France, nous avons lu, page 218, une lettre signée du Dr Louis Gassot, qu'il ne faut pas confondre avec son père, le Dr Armand GASSOT, Directeur gérant du *Concours médical*, cosignataire de la présente.

Sans nous arrêter au fond même de cette lettre, *dont nous approuvons les idées*, nous sommes stupéfaits d'y rencontrer la phrase suivante, dans laquelle il ne nous est pas possible de ne pas nous reconnaître :

« J'aurais pu aussi m'adresser à la presse professionnelle parisienne ; mais je suis payé pour savoir qu'elle est imperméable à tout ce qui n'a pas reçu un brevet d'orthodoxie rue Louis-le-Grand, et le cas qu'on y fait de mes initiatives ».

M. le docteur Louis Gassot est assurément le seul confrère en France qui n'ait aucune excuse pour avancer de pareilles allégations.

Vivant dans la même maison que son père, il ne peut ignorer en effet que nous ne prenons, au *Concours médical*, nul mot d'ordre ailleurs que dans notre expérience et dans nos consciences. Et il sait pertinemment que nous n'avons jamais eu à lui refuser de prendre en considération ses propositions ou ses initiatives, pour l'excellente raison qu'il ne nous en a jamais fait ni soumis.

Laissez-nous en terminant, Monsieur le président et très honoré maître, espérer que la haute situation que vous occupez dans l'Université et qui vous permet de planer au-dessus de certaines contingences, vous suggérera les moyens de reconstituer ce front unique du Corps médical organisé dont le besoin ne s'est jamais fait sentir autant qu'aujourd'hui, et veuillez agréer l'assurance de nos sentiments les plus confraternellement dévoués.

LE CONSEIL DE DIRECTION DU
Concours médical.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

LES SUPPURATIONS DE LA RÉGION AMYGDALIENNE

Par P. Truffert,

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bon-Secours.

En présence d'une tuméfaction chaude de la région amygdalienne, le problème se pose souvent de localiser avec exactitude le siège de la suppuration pour en reconnaître l'origine et en préciser la voie d'abord.

Toutes ces suppurations, quelle qu'en soit en effet la localisation, ont un symptôme commun : la *dysphagie* vulgairement cataloguée « mal de gorge ».

Déjà, un caractère particulier de cette dysphagie est propre aux suppurations de la région amygdalienne : c'est l'*unilatéralité* qui, bien que non absolument constante est néanmoins habituelle dans ces suppurations.

Nous envisageons la région amygdalienne dans le sens *topographique* du mot, et nous voulons étudier les différentes collections, dont le développement a pour résultat de déterminer une voussure de la paroi latérale du pharynx, dans toute la zone qui correspond à la loge del'amygdale palatine.

Voyons d'abord rapidement les différents espaces anatomiques qui s'offrent aux collections.

On sait que la loge amygdalienne est délimitée par les deux piliers du vole du palais : l'*antérieur*, pilier lingual ; le *postérieur*, pilier pharyngo-laryngien. Le fond de la loge est représenté par la paroi musculaire du pharynx constituée en ce point par des faisceaux clairsemés du muscle constricteur supérieur renforcé de fascias aponévrotiques musculaires.

Dans cette loge triangulaire, à sommet supérieur, l'amygdale palatine se présente comme une infiltration lymphoïde globuleuse, annexée à la face profonde de la muqueuse, mais séparée de la paroi pharyngée même par un clivage celluleux récemment bien étudié et décrit par Viéla, de Toulouse.

Cette infiltration repose, par l'intermédiaire de sa capsule, sur le pilier postérieur. Elle est séparée du pilier antérieur par un sillon muqueux plus ou moins profond et plus ou moins net, que peut d'ailleurs venir modifier l'écharpe du pli triangulaire de His.

Le pôle supérieur de l'infiltration lymphoïde peut s'insinuer plus ou moins haut dans l'épaisseur du voile mais, quel que soit le développement de ce pôle supérieur, il est toujours séparé du sommet de la fosse amygdalienne par un interstice, un intervalle, *fossette sus-amygdalienne* qui conduit souvent dans un diverticule fistulaire : vestige de la deuxième fente branchiale interne.

Il s'*agit là d'une véritable fistule congénitale borgne interne* qui ne doit qu'à sa fréquence d'avoir vu longtemps méconnaître son importance pathogénique dans l'étude des suppurations de la région.

Le pôle inférieur de l'amygdale est très différent, selon qu'on l'envisage d'un point de vue anatomique ou d'un point de vue clinique.

Anatomiquement, le pôle inférieur de l'amygdale palatine est le point ou celle-ci se continue avec l'infiltration lymphoïde de l'amygdale linguale.

Cliniquement, le pôle inférieur de l'amygdale est son point le plus bas ; il est souvent représenté par un segment prolabé qui tombe en stalactite, donnant à l'amygdale palatine, organe sessile, u n aspect nettement pédiculé.

Du point de vue de sa constitution anatomique, la caractéristique morphologique du tissu amygdalien, est la *crypte amygdalienne*, invagination de la muqueuse qui peut être tubulée, cavitaire ou en fente ; variations dont certains ont recherché l'explication dans la morphologie cryptique en anatomie comparée.

Il est classique (Arrou, Descomps), de projeter l'amygdale palatine au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.

M. Sebileau a montré, dans une communication à la Société de Chirurgie, ce que cette délimitation de la projection avait de restreint et il a précisé que le pôle inférieur de l'amygdale descend toujours jusqu'au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Dans cette même communication, M. Sebileau, précisait les rapports vasculaires de l'amygdale palatine et montrait qu'alors que le *pôle supérieur* de celle-ci est tout proche de la *carotide interne,* son *pôle inférieur,* lingual, répond à l'épanouissement du *bouquet carotidien externe* dans la région sus-hyoïdienne latérale.

Il va de soi, qu'ainsi que l'a bien montré Farabeuf, toute artère est accompagnée d'une veine

satellite qui, dans la région cervico-faciale, n'est malheureusement pas toujours homonyme (1).

Il nous a été donné, dans des travaux antérieurs, de constater l'importance considérable que pouvait prendre, en topographie, le système aponévrotique qui accompagne ou guide les différents systèmes vasculaires, conformément à ce que Farabeuf et Ombrédanne avaient montré dans la région abdomino-pelvienne et ce que M. Sebileau avait décrit au niveau du corps thyroïde.

Sans vouloir reprendre en détail l'étude anatomique de ces lames vasculaires, rappelons qu'il existe, en dehors du pharynx, une cloison fibreuse à direction sagittale soutenue par l'épanouissement du système carotidien primitif : carotide interne, carotide externe et ses branches : faciale, palatine ascendante, etc.

En dehors de cette première cloison fibreuse et immédiatement collé sur elle, est un fascia dans lequel chemine le plan veineux et c'est sur la face externe de celui-ci, y annexé sinon y adhérant, le plan lympho-ganglionnaire.

On voit donc schématiquement s'ébaucher, dans la région amygdalienne, un certain nombre d'intervalles qui nous semblent coordonner la description anatomique du carrefour classique (région carotidienne et espaces parotidiens de M. Sebileau) avec les constatations pathologiques.

En effet, au point de vue pathologique, clinique, thérapeutique, nous voyons que des suppurations peuvent se développer :

1° Dans les invaginations, les recessus ou les plis que constitue la muqueuse :

2° Entre la muqueuse et la paroi du pharynx ;

3° Entre la paroi du pharynx et les lames vasculaires ;

4° Enfin, en dehors des lames vasculaires.

Pathologiquement, nous avons, répondant à cette classification topographique (fig. 1) :

1° Les abcès cryptiques ;

2° Les phlegmons du voile du palais, en haut et en arrière ; des ostéo-phlegmons de la face interne de la branche montante, en avant ;

3° Des suppurations véritablement latéro-pharyngiennes ; *abcès sous-amygdalo-tubaires* de Calas et Laurens ;

4° Enfin, les adéno-phlegmons sous angulo-maxillaires du type Chassaignac.

Ces différentes variétés ont, ainsi que nous l'avons dit au début, comme caractère commun la dysphagie douloureuse unilatérale.

Nous allons maintenant non pas en décrire la clinique complète, mais essayer de préciser le caractère particulier qui permettra d'identifier chaque variété.

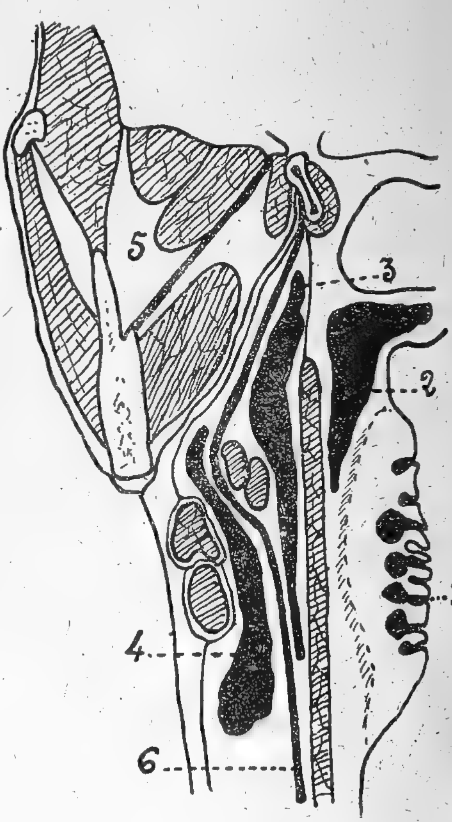


FIG. 1.

1. Abcès intra-amygdalien ;
2. Phlegmon péri-amygdalien.
3. Abcès sous-amygdalo-tubaire (dans la loge viscérale ; juxta-pharyngien) ;
4. Adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire ;
5. Loge des ostéo-phlegmons. (Loge des masticateurs) ;
6. Lames vasculaires limitant la loge viscérale.

I

Les abcès dans les cryptes amygdaliennes et la collection développée dans le sillon qui sépare le bord antérieur de l'amygdale palatine du pilier antérieur se manifestent avec des caractères tellement particuliers tellement connus, tellement classiques, qu'on aurait mauvaise grâce à y insister.

En effet, dans ces variétés, l'amygdale est grosse, volumineuse, plus ou moins dure, mais *douloureuse* au toucher et il suffit souvent d'une simple pression sous la base de la langue pour déterminer un réflexe nauséeux qui fait sourdre des cryptes infectées un caséum fétide, plus ou moins abcédé, qui suffit à lui seul à signer l'affection.

En tout cas, les parties avoisinantes de l'amygdale, les parois de la loge, ne participent nul-

(1) La terminologie classique serait en effet, à ce point de vue, complètement à reprendre et il y a déjà longtemps que Farabeuf, Launay, Sébileau ont démontré l'homologie sinon l'identité du réseau veineux répondant au territoire artériel.

lement et en aucune façon au processus inflammatoire.

Pour de tels abcès, véritable suppuration milliaire intra-cryptique, si la discision amène une sédation, celle-ci se fait spontanément en un délai relativement court et ce sont ces cas qui tirent le plus grand bénéfice de l'expression amygdalienne brutale que l'on déterminait autrefois en prescrivant un vomitif. Le seul traitement curatif est l'amygdalectomie totale, lorsque les phénomènes inflammatoires sont résorbés.

II

Les *suppurations qui se développent sous la muqueuse* ont un caractère tout à fait différent ; ainsi d'ailleurs que toutes celles que nous aurons à étudier par la suite.

En effet, dans toutes ces régions, l'infection rencontrant du tissu cellulaire prend fatalement le type *phlegmoneux* que ne sauraient présenter les suppurations précédentes qui se développent dans une cavité close.

La paroi de la loge amygdalienne présente deux zones très différentes : l'une postéro-postérieure représentée par le voile et son pilier postérieur ou principal ; l'autre, présentée par le pilier antérieur lequel répond à l'insertion mandibulaire du constricteur supérieur du pharynx ; cette zone d'insertion correspond à la région alvéolaire de la dent de sagesse.

Les suppurations postéro-supérieures ou vélo-palatines sont appelées à tort angines phlegmoneuses, car on pourrait presque dire, sans être taxé de paradoxe, que la part de l'amygdale dans leur production est, sinon nulle, du moins très accessoire et très secondaire.

Ces phlegmons du voile du palais sont des accidents dus à l'infection aiguë ou suraiguë d'une fistule congénitale borgne interne.

Cette étiologie explique également leur caractère individuel et leur caractère itératif.

Dans ces phlegmons, la tuméfaction et la douleur *siègent dans le voile du palais au-dessus de l'amygdale.* L'infiltration phlegmoneuse, lorsqu'elle s'étend, suit le plus souvent les interstices cellulaires du muscle pharyngo-staphylin dans le pilier postérieur.

Sans vouloir reprendre la description clinique bien connue de cette affection, la modification qu'elle impose à la région amygdalienne est la suivante :

La masse inflammatoire refoule en dedans surtout le pôle supérieur de l'amygdale.

Celle-ci semble venir se coucher sur la base de la langue. Cette amygdale, nous y insistons, apparaît souvent comme normale, mais seulement déplacée par une collection de voisinage.

Etant donnée la richesse du tissu cellulaire, la réaction inflammatoire est souvent volumineuse et tous les classiques, depuis Verneuil, étaient d'accord pour signaler la difficulté où l'on est d'ouvrir la collection. Or, celle-ci existe toujours, et son évacuation entraîne une sédation rapide et complète des phénomènes inflammatoires. Il y a donc intérêt à l'évacuer le plus tôt possible et, pour ce faire, il n'y a qu'à la rechercher là où elle est, dans le diverticule sus-amygdalien. C'est là qu'il faut aller l'ouvrir ; que l'on sectionne, comme le voulait Lemaistre (de Limoges), l'insertion du pilier antérieur ; que l'on ouvre à l'aide d'une pince, le diverticule sus-amygdalien, ainsi que la pratique en est à l'heure actuelle de plus en plus répandue.

C'est toujours dans cette région qu'il faut attaquer ces phlegmons. Il faut les attaquer tôt et nous avons conscience que, toutes les fois qu'il nous a été donné d'ouvrir nettement le diverticule sus-amygdalien, cette dilacération, même précoce, a été toujours suivie d'une résolution rapide et complète des phénomènes aigus. Nous avons tendance à imputer nos échecs à une ouverture insuffisante et nous ne saurions les retenir comme un argument contre la pathogénie diverticulaire des phlegmons du voile du palais telle qu'elle a été mise en évidence, il y a longtemps, par M. Escat.

C'est également, M. Escat qui, en 1908, a signalé l'origine dentaire du phlegmon juxta-amygdalien antérieur.

En dehors du trismus serré qui caractérise les ostéo-phlegmons en général, la voussure déterminée par cette variété particulière soulève le bord antérieur de l'amygdale. *Celle-ci, au lieu de regarder franchement* en dedans, *semble regarder en arrière comme si elle avait pivoté autour d'un axe représenté par son bord postérieur.*

Le traitement en est l'avulsion de la dent. Cette avulsion, en même temps qu'elle donne issue au pus, amène un affaissement de la tuméfaction et, en général, une sédation rapide des phénomènes inflammatoires.

III

Abcès latéro-pharyngien développé dans l'espace sous-amygdalo tubaire.

Ces abcès, sinon exceptionnels, du moins peu fréquents, sont en général dus à une effraction de la paroi pharyngée, fausse route d'un cathétérisme tubaire, fusée d'une suppuration vélo-palatine. Ils s'accompagnent toujours de signes généraux graves et de signes fonctionnels intenses. Un de leurs caractères particuliers consiste en un point de douleur *exquise profonde dans la région sus-hyoïdienne latérale postérieure au niveau du sommet de la grande corne de l'hyoïde.*

Lorsqu'on les examine par la bouche, la loge amygdalienne est refoulée en masse ; l'amygdale repose sur une large voussure qui déborde la loge,

non seulement en avant et en arrière, mais également en bas.

Ce sont ces abcès, que l'école de Montpellier, l'école de Lyon et, après elles, de nombreux chirurgiens, ont conseillé d'aborder au travers du pharynx, par les voies naturelles.

Il est évident que cette voie d'abord est séduisante, et il est réel qu'elle compte de nombreux succès.

Mais on ne peut pas affirmer qu'elle donne une sèécurité absolue.

En effet, l'espace sous amygdalo-tubaire se continue tout naturellement avec l'espace viscéral péri-pharyngo-laryngé. C'est dire que l'ouverture par les voies naturelles n'aborde pas à coup sûr la collection à son point déclive et qu'elle laisse la voie ouverte aux fusées ultérieures cervico-médiastinales.

C'est pourquoi, lorsque ces suppurations prennent un caractère phlegmoneux tant soit peu accusé, avec des signes généraux graves et lorsque se manifeste une tendance à la diffusion du processus phlegmoneux, il y a un gros intérêt à ouvrir largement par voie périphérique, en incisant le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et en allant chercher le pus, là où il est, c'est-à-dire, en dedans des vaisseaux, le long de la paroi pharyngée.

IV

L'*adéno-phlegmon de Chassaignac* constitue une variété bien spéciale d'adéno-phlegmon du cou. Lui seul, en effet, parmi ces adéno-phlegmons, détermine une voussure latéro-pharyngienne. Sa description clinique est d'ailleurs très différente de celle donnée par Chassaignac, lequel avait en réalité pris comme type, comme l'a démontré M. Sebileau, un ostéo-phlegmon péri-angulaire, lequel ne détermine jamais de voussure péri-pharyngienne.

L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire est dû à l'infection d'un ganglion situé entre la jugulaire interne et le ventre postérieur du digastrique ; à ce ganglion aboutissent les collecteurs lymphatiques du cercle de Waldeyer.

L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire est donc secondaire à une lésion inflammatoire de l'arrière-nez, du cavum, du voile du palais ou de la région amygdalienne.

Cliniquement, il se manifeste par une douleur vive, aiguë, lancinante et pulsatile, dont le maximum répond au pôle inférieur de la loge parotidienne, en arrière et légèrement au-dessous de la pointe de l'angle de la mâchoire.

C'est également dans cette région que débute l'empâtement phlegmoneux, la tuméfaction inflammatoire. Ce n'est que secondairement qu'apparaissent le trismus et la tuméfaction pharyngée.

Celle-ci apparaît d'abord *derrière le pilier postérieur du voile* et il est rare que le doigt ne perçoive pas, à ce stade, les battements de la carotide interne refoulée contre le pharynx par le processus phlegmoneux.

De plus, à ce stade initial, s'il existe de la gêne douloureuse dans l'ouverture de la bouche, il n'existe pas à proprement de trismus et l'examen par les voies naturelles est toujours possible tant à l'œil qu'au doigt.

L'absence de toute modification morphologique et de toute douleur dans le territoire osseux permet d'éliminer l'origine dentaire.

Lorsque le processus phlegmoneux s'accuse, lorsque l'abcédation se produit, il est certain que la présence de cette masse inflammatoire, serrée entre l'angle de la mâchoire et le pharynx, entraîne une réaction musculaire qui détermine du trismus en même temps qu'elle fait saillir la paroi pharyngienne.

Cette voussure *refoule le pilier postérieur et amène l'amygdale intacte à regarder en avant*. Il semble *que cette amygdale ait pivoté autour d'un axe représenté par son bord antérieur.*

A l'encontre de ce que nous avons dit pour le phlegmon du voile du palais, nous ne croyons pas qu'il y ait bénéfice à ouvrir trop précocément un adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire.

Nous croyons que, conformément à l'opinion classique, dont l'enseignement et la pratique de notre maître, M. Arrou, nous a montré toute l'importance et le bien fondé, nous pensons qu'il y a intérêt à laisser pendant quelque temps « mûrir » l'abcès. Il est bien entendu que cette expectative armée sera subordonnée à un examen minutieux et répété non seulement de l'état local, mais encore de l'état général. Il faut tenir compte non seulement de la température, mais également du pouls, de la fonction urinaire et du facies du malade.

Il ne faudrait pas, en effet, laisser évoluer une septicémie gangréneuse sous le couvert d'une euphorie trompeuse.

Mais, lorsqu'on est en présence d'une infection franche, dans laquelle le processus phlegmoneux marque rapidement une tendance à la limitation, nous avons pu constater que l'expectation, l'attente de la maturation de l'abcès, maturation qui est en général indiquée par un fléchissement de la courbe thermique, permettait d'assurer une évacuation complète suivie d'une guérison rapide au travers d'une incision minime.

Cette technique, évidemment inspirée d'une préoccupation d'esthétique dont on est souvent appelé à tenir compte en présence d'une fillette, d'une jeune femme, trouve son application fréquente, à la condition (et nous y insistons à nouveau), d'être soumise et subordonnée à un examen général et local, minutieux et répété.

On voit, en résumé, la diversité des suppurations chaudes qui peuvent se développer dans la région amygdalienne. Chacune répond à une entité nosographique, tant du fait de sa topographie anatomique que du fait de son étude clinique et thérapeutique.

Toutes se traduisent par une symptomatologie dans la région amygdalienne.

Mais, alors que l'amygdale participe aux suppurations cryptiques, les autres variétés se caractérisent uniquement par son refoulement. Chacune d'elles la refoule ou la déplace dans un sens particulier qui lui est propre, et qui permet de localiser la suppuration.

Le phlegmon du voile du palais couche l'amygdale sur la base de la langue.

L'abcès latéro-pharyngien la refoule en bloc sans modifier son orientation.

L'ostéo-phlegmon de la face interne de la branche montante détermine une rotation de l'amygdale autour de son bord postérieur et l'amène ainsi à regarder en arrière.

L'adénophlegmon sous-angulo-maxillaire soulevant le pilier postérieur dévie l'amygdale en sens inverse et l'amène à regarder en avant.

D'une observation facile, ces modifications de l'orientation amygdalienne permettent, en localisant les suppurations, d'en choisir la voie d'abord la plus sûre pour en assurer l'évacuation.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(Hôpital des Enfants-Malades)

M. le professeur Nobécourt.

Sur une fille atteinte de sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies (1)

Cette fille est née le 14 octobre 1912. Elle a eu à deux ans une rougeole compliquée de bronchopneumonie, pour laquelle elle est restée deux mois à l'hôpital Bretonneau ; à 2 ans et demi, la coqueluche ; à 5 ans, une pleurésie gauche, non ponctionnée. Au début de celle-ci, elle aurait eu une hémoptysie ; elle aurait craché deux verres de sang, au dire de la mère. Depuis cette maladie, tous les hivers, elle tousse, elle a des bronchites et même des broncho-pneumonies ; elle a fait un séjour de deux ans à la campagne. Depuis sa rentrée à Paris, elle tousse continuellement, elle a de temps en temps des poussées fébriles, accompagnées d'une expectoration abondante.

Sa mère signale en outre de l'anorexie et de l'amaigrissement.

Elle entre une première fois dans le service le 23 juillet 1923, à l'âge de 10 ans et 9 mois.

A cette époque, elle a une taille moyenne, de 130 cm., elle est un peu maigre, et ne pèse que 21 kgr. 850 au lieu de 25 kgr. 600. Elle n'a pas de fièvre (36°8, 36°9).

L'hémithorax droit est normal. L'hémithorax gauche présente de la matité sur toute la hauteur, en avant et en arrière, dans l'aisselle ; l'espace de Traube toutefois est sonore. De ce même côté gauche, la respiration est faible, un peu soufflante cependant dans les parties supérieures ; à la base, en arrière, on perçoit un peu de bronchophonie, des vibrations vocales un peu exagérées.

La radiographie montre une opacité de tout l'hémithorax gauche ; le diaphragme et la pointe du cœur ne sont pas visibles. L'opacité est parsemée de quelques taches claires dans la partie supérieure. Le cœur n'est pas dévié.

La cuti-réaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H²) et le Hecht sont positifs.

Nous portons le diagnostic de sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec symphyse pleurale et bronchectasies.

On fait neuf injections de sulfarsénol à la dose de 0 gr. 12 cgr., au total 1 gr. 08.

Pendant le séjour à l'hôpital, l'enfant n'a pas de fièvre, son poids augmente légèrement. Elle pèse 22 kgr. 700, à sa sortie, le 26 août.

L'enfant revient une deuxième fois le 21 août 1924. Elle a alors 11 ans et 10 mois. Elle mesure 135 cm., ce qui est la taille de son âge, et est toujours maigre ; elle ne pèse que 24 kgr. 450 au lieu de 27 kgr. 700. On constate à l'examen de l'hémithorax gauche à peu près les mêmes signes que précédemment ; cependant on entend, de plus, en arrière, un souffle tubo-cavitaire et du gargouillement, et, en avant, une respiration soufflante et du gargouillement. D'autre part, le cœur est manifestement attiré du côté gauche ; la matité précordiale n'atteint pas le bord droit du sternum.

La cutiréaction à la tuberculine est toujours positive. Les crachats, qui n'avaient pas pu être examinés lors du précédent séjour, ne contiennent pas de baicilles de Koch.

On institue un nouveau traitement antisyphi-

(1) Leçon du 29 mai 1926, recueillie par le docteur Laporte et revue par le Professeur.

litique ; l'enfant reçoit en quatre injections 0 gr. 54 de sulfarsénol. Mais elle sort du service au bout de trois semaines, le 11 septembre.

Pendant son séjour, la température est restée généralement normale, avec quelques poussées à 38° ou 38°4 ; le poids a augmenté jusqu'à 25 kg. 500.

Depuis l'état général est resté assez satisfaisant ; elle travaillait dans une usine.

Dernièrement, dans la nuit du 3 ou 4 mai, elle est prise d'une hémoptysie assez abondante. Elle entre ici pour la troisième fois, le 5 mai.

Elle a 13 ans et demi. Elle est petite pour son âge ; sa taille de 140 cm. est inférieure à la moyenne de 149 cm. ; elle est maigre et ne pèse que 26 kgr. 700 au lieu de 35 kgr. 700. Elle présente un état manifeste d'hypotrophie staturale et pondérale.

Le premier jour, elle est apyrétique. Mais bientôt la température s'élève.

Le 8 mai, elle rejette deux ou trois petits crachats de sang pur.

On constate une scoliose dorsale légère, à concavité gauche, avec des courbures de compensation sus et sous-jacentes. Le thorax est un peu aplati dans la région antéro-inférieure gauche. L'hémithorax gauche mesuré à hauteur de l'appendice xiphoïde a 4 cm. de moins que le droit. Le diaphragme fonctionne faiblement. La capacité vitale, mesurée par M. Du Pasquier, est de 900 cmc., très inférieure à la moyenne des enfants de cet âge, qui est d'environ deux litres 25.

On retrouve les mêmes symptômes qu'aux examens précédents. Tout l'hémithorax gauche, en avant et en arrière est mat. Dans sa partie supérieure, en arrière, on entend un souffle tubo-caverneux surtout expiratoire, fort, du gargouillement, du retentissement de toux et de la voix, de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone. En avant, la matité empiète sur l'espace de Traube, en partie respecté ; elle se continue avec la matité cardiaque dans la région de la pointe, la respiration est faible ou, par places, soufflante.

La matité cardiaque n'atteint pas le bord droit du sternum. Le foie est normal.

La radiographie découvre une opacité totale de l'hémisphère gauche, surtout à la base, et, dans le lobe supérieur, deux taches claires semblables à des cavernules.

On voit d'une façon très nette les corps vertébraux que ne masque plus le cœur, qui est très dévié à gauche. Dans l'hémithorax droit, on voit quelques tractus fibreux.

La cutiréaction à la tuberculine est toujours positive. Le Bordet-Wassermann est devenu négatif (H7) ; le Hecht reste positif. On trouve très facilement dans les crachats des bacilles de Koch.

L'enfant fait, du 9 au 12 mai, une légère poussée fébrile à 39° qui dure trois jours. Puis elle rejette trois ou quatre fois par jour, surtout le matin, au milieu de quintes de toux, 50 grammes de crachats verdâtres homogènes, purulents, à peine spumeux, d'odeur fade, non fétide, surtout abondants le matin au réveil.

Au bout de quelques jours, malgré une toux persistante, l'enfant ne crache plus. Son état s'améliore, quoique son poids cependant n'augmente pas.

On a fait plusieurs tentatives de pneumothorax thérapeutique, sans aucun succès ; la cavité pleurale est symphysée.

Vous saisissez l'intérêt que comporte l'histoire de cette enfant. Depuis sa petite enfance, elle est sujette aux affections des voies respiratoires ; à deux ans, elle a une broncho-pneumonie suite de rougeole, à 2 ans et demi une coqueluche, à cinq ans une pleurésie gauche. Nous la voyons une première fois à dix ans, une seconde à 11 ans, et les deux fois nous constatons des symptômes qui nous permettent de porter le diagnostic de *sclérose pleuro-pulmonaire avec bronchectasies, symphyse pleurale et sénestrocardie*. Actuellement, la malade a 13 ans et demi, nous portons le même diagnostic, mais l'examen bactériologique des crachats révèle la présence de bacilles de Koch. Donc, des lésions bacillaires se sont réalisées au niveau des poumons, alors que jusqu'à présent, elles paraissaient absentes.

Je pourrais vous raconter d'autres histoires semblables. En voici une particulièrement intéressante.

Une fille naît le 28 juin 1912. Son père tousse beaucoup, mais on n'aurait jamais trouvé de bacilles de Koch. Chez une sœur, qui est son aînée de sept ans, nous constatons une ostéite syphilitique.

L'enfant a eu, à 2 ans, la coqueluche ; à 9 ans, une broncho-pneumonie qui a duré six semaines. Depuis elle tousse et crache. L'expectoration, d'après M. Nadal, qui la soigne, ne contient pas de bacilles de Koch.

La malade entre dans le service, le 25 novembre 1925, à l'âge de 13 ans et 4 mois. Elle mesure 152 cm. et pèse 50 kgr. au lieu des moyennes : 148 cm. et 35 kgr. 700. L'état général est bon, la peau colorée. Mais il existe un état sub-fébrile.

Nous constatons de grosses déformations thoraciques ; l'épaule gauche est abaissée ; les côtes gauches se rapprochent de la verticale ; l'ampliation thoracique est très faible, d'un centimètre et demi, d'après M. Du Pasquier, au niveau mammaire, de 3 cm. et demi au niveau de l'appendice xiphoïde, et se fait surtout aux dépens de l'hémithorax droit. La respiration diaphragmatique est à peu près nulle, la respiration est surtout costale supérieure.

En avant, à gauche, on trouve dans les régions sus et sous-claviculaires de la matité et une respiration soufflante. En arrière, du même côté,

dans les régions scapulaire et inter-scapulo-vertébrale, il y a de la submatité, un murmure vésiculaire très faible, et un souffle expiratoire surtout hilaire après la toux, quelques râles ronflants et sibilants ; la transsonnance claviculaire est moins claire à gauche qu'à droite.

Le cœur n'atteint pas le bord droit du sternum.

La radiographie montre un champ pulmonaire gauche obscur dans toute sa hauteur ; l'obscurité est inégale et ne s'étend pas jusqu'à la paroi latérale du thorax. De ce côté, le diaphragme est inexplorable. Le cœur est attiré à gauche.

A droite, on aperçoit dans la région paracardiaque quelques teintes opaques. Après injection intra-trachéale de lipiodol, on voit quelques bronches dilatées dans la partie claire de l'hémithorax gauche et dans la région para-cardiaque droite.

Ajoutons que l'enfant présente une pharyngite granuleuse, des amygdales un peu grosses, une perméabilité nasale normale. D'après M. Du Pasquier, la capacité vitale est de 900 cmc.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive, le Bordet-Wassermann (H8) et le Hecht sont négatifs, l'expectoration est peu abondante (15 gr. par jour), on n'y trouve pas de bacilles de Koch, malgré des recherches réitérées et l'homogénéisation.

Pendant le séjour à l'hôpital, la température est irrégulière durant quelques jours, puis redevient normale, l'expectoration est peu abondante. Le poids reste stationnaire.

L'enfant sort le 10 décembre.

Elle suit la consultation spéciale où M. Du Pasquier et son assistant M. Joffroy lui font pratiquer régulièrement des exercices respiratoires, pour développer le côté gauche du thorax ; notamment ils insistent sur les exercices diaphragmatiques et spiroscopiques.

D'autre part, étant donnée la suspicion de syphilis, du fait de la constatation d'une lésion osseuse chez la sœur, elle reçoit quinze injections d'hydroxyde de bismuth.

Nous avons revu la malade le 13 mai dernier, à 13 ans et 11 mois. Elle est grande pour son âge, mesure 154 cm. au lieu de 150, et un peu maigre, elle pèse 35 kgr. 750 au lieu de 38 kgr. 800, mais sa capacité vitale a augmenté, elle atteint 1.600 cmc., au lieu de 900 cmc.

Les radioscopies montrent une amélioration de l'excursion diaphragmatique ; elle atteint maintenant 2 cm. à gauche et 4 cm. à droite.

En résumé, cette fillette a eu, à l'âge de 9 ans, une broncho-pneumonie. Depuis elle est sujette aux affections des voies respiratoires. Nous la voyons à l'âge de 13 ans. Nous portons le diagnostic de *sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec dilatations des bronches et senestrocardie.* Il n'y a pas de tuberculose clinique.

Somme toute, nos deux malades sont atteintes d'affections chroniques des poumons, caractérisées par la superposition de plusieurs syndromes : un *syndrome de condensation pulmonaire* ; un *syndrome de symphyse pleurale* ; un *syndrome cavitaire* ; un *syndrome médiastino-cardiaque avec senestrocardie.*

Passons en revue ces divers syndromes.

***

Le SYNDROME DE CONDENSATION PULMONAIRE est classique. L'année dernière, mon collègue Sergent, dans son livre sur *les grands syndromes respiratoires*, en a synthétisé les principaux éléments. Ce syndrome s'individualise par des signes physiques relevant de la densification du parenchyme pulmonaire, de la diminution ou de la suppression de la pénétration de l'air dans les alvéoles pulmonaires, de la transmission directe à l'oreille ou à la main, à travers le parenchyme pulmonaire densifié des vibrations laryngo-trachéo-bronchiques.

Le syndrome de condensation pulmonaire peut être soit *localisé*, soit plus ou moins étendu et même *généralisé.* Je me bornerai à l'étude des *condensations étendues* que nous avons rencontrées chez nos malades.

On trouve à la percussion une *matité* plus ou moins forte. Elle est permanente, peu modifiée par la profondeur de la respiration et semblable à des examens plus ou moins éloignés. Elle peut être uniforme ou inégale ; alors, il y a des zones plus mates et d'autres plus sonores qui indiquent la présence de parties moins condensées ou même emphysémateuses.

Les *vibrations vocales* sont exagérées, mais chez les enfants, dont le thorax vibre peu, il ne faut pas trop compter sur ce signe.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très affaibli ou même supprimé, parce que l'air pénètre mal dans ces alvéoles pulmonaires généralement très réduits. Par contre, la transmission directe des bruits laryngo-trachéo-bronchiques plus ou moins modifiés à travers un tissu condensé qui met, pour ainsi dire l'oreille en contact avec la trachée et les bronches, fait apparaître tantôt une respiration soufflante, tantôt un souffle bronchique ou même tubaire, tantôt un souffle tubo-pleural. Il y a de la bronchophonie, de la pectoriloquie aphone, du retentissement de la toux.

A la radiographie, on constate une opacité plus ou moins étendue, homogène ou inégale, parsemée de taches claires.

Le syndrome SYMPHYSE PLEURALE se rencontre assez souvent chez les enfants. Le 26 avril

1913, j'ai consacré à son étude une leçon sur *la symphyse pleurale chez les enfants* qui a servi de base à la thèse de M. Bataille soutenue la même année. Il y a deux ans, j'ai consacré une autre leçon à la *symphyse pleurale* et au *traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax dans l'enfance*, qui a été publiée dans le *Concours médical* du 25 janvier 1925.

La symphyse est tantôt *partielle* ou *incomplète*, tantôt *complète, localisée* ou *totale*. Je ne parlerai que de ces *symphyses totales et étendues, unilatérales*.

Voici les symptômes qu'on observe alors.

Du côté malade, l'épaule est abaissée, les côtes sont plus rapprochées et plus voisines de la verticale, les muscles intercostaux, pectoraux et scapulaires sont atrophiés, d'où des méplats plus ou moins apparents.

Le rachis présente dans sa portion dorsale une incurvation à concavité tournée du côté de la symphyse et a des courbures de compensation au-dessus et au-dessous. Le côté malade paraît rétréci ; mais il ne faut affirmer le rétréci ssement qu'après les mensurations,car il peut n'y avoir là qu'une apparence.

Du côté malade, l'ampliation inspiratoire est faible, l'hémithorax est plus ou moins rigide, l'élargissement inspiratoire des espaces intercostaux est réduit, la respiration diaphragmatique très diminuée. Les vibrations thoraciques sont normales ou diminuées.

A la percussion, on constate tantôt une sonorité normale, tantôt une sonorité faible. Parfois la sonorité est normale quand on percute fortement, elle est faible quand on percute doucement ; ce sont des nuances dont l'interprétation est à discuter. Le murmure vésiculaire est affaibli ; l'inspiration est rude, humée, saccadée, l'expiration courte. Quelquefois, on perçoit des bruits adventices, des frottements pleuraux, légers ou rudes, quand la symphyse n'est pas complète, ou des craquements secs inégaux, qui sont bruits sous-pleuraux, des frottements-râles, comme les appelait Rilliet.

A l'examen radiologique, quand la symphyse a une épaisseur supérieure à quinze millimètres, on constate, d'après M. Béclère, une opacité diffuse. On remarque, en outre, l'effacement plus ou moins complet du cul-de-sac diaphragmatique, l'immobilisation plus ou moins grande de l'hémidiaphragme, le feston diaphragmatique, enfin l'attraction du médiastin et du cœur du côté où siège la symphyse.

Tels sont les symptômes qu'on attribue généralement à la symphyse pleurale.

Ces symptômes ne sont pas pathognomoniques. D'une part, il y a des symphyses totales, complètes, qui restent absolument occultes,ne se traduisent par aucun symptôme. D'autre part, ces symptômes, pour divers auteurs, ne sont pas tous attribuables à la symphyse, mais dépendent de l'état du poumon sous-jacent. Aussi M. Ameuille, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 20 octobre 1923, faisant une étude critique de ces symptômes dans une communication qu'il intitule *les paradoxes de la symphyse pleurale*, conclut : « Il n'existe aucun signe, ni aucun groupement de signes qui puissent établir avec certitude l'existence d'une symphyse pleurale ». Le seul signe de certitude est, d'après lui, l'échec du pneumothorax thérapeutique.

Faut-il admettre sans discussion les conclusions de M. Ameuille ? Le professeur Sergent n'est pas de cet avis. La symphyse pleurale est, en tout cas, une affection qui passe facilement inaperçue et assez souvent est diagnostiquée à tort.

Le troisième syndrome que nous avons constaté chez nos enfants est un SYNDROME CAVITAIRE.

Ce syndrome cavitaire est caractérisé par les signes habituels. On constate des râles humides plus ou moins gros, du gargouillement, du souffle à timbre cavitaire ou tubo-cavitaire, la voix cavitaire. A la radiographie, sur le fond opaque de la condensation pulmonaire, on remarque des taches claires ou relativement claires.

Je n'insiste pas sur le syndrome cavitaire ; il est bien connu.

Le quatrième syndrome est le SYNDROME CARDIO-MÉDIASTINAL. Le cœur et le médiastin sont attirés du côté où siègent les lésions. Si elles siègent à droite, le cœur est attiré à droite, il y a *dextrocardie* ; si elles siègent à gauche, il est attiré à gauche, il y a *sénestrocardie*. Il est facile de reconnaître que le cœur ne se trouve pas à la place où il devrait être, par la percussion, par les modifications du siège du bruit mitral, enfin par la radiologie qui montre une clarté là où devrait être l'ombre cardiaque.

Quand il existe de la sénestrocardie, l'ombre cardio-médiastinale est limitée par une ligne verticale, qui descend derrière le sternum ou à gauche du sternum ; on ne voit pas la saillie normale de l'oreillette droite.

Tels sont les syndromes classiques. Il nous faut maintenant chercher l'interprétation qu'il convient de leur donner.

Les *syndromes de condensation pulmonaire*, étendue à un hémithorax et *de symphyse pleurale avec déviation cardio-médiastinale*, conduisent, avec une certitude presque absolue, au diagnostic de *sclérose pleuro-pulmonaire*.

Les symptômes qui permettent de porter ce diagnostic sont la matité étendue, uniforme et un peu inégale, plus ou moins forte, l'exagération des vibrations thoraciques, la diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire, à laquelle se surajoute ou non un souffle à caractères va-

riables, souffle bronchique, souffle tubaire, souffle tubo-pleural, dont le maximum se trouve au niveau des parties moyennes, dans le voisinage des grosses bronches. Enfin la radiologie montre une opacité étendue, une teinte gris sombre plus ou moins accentuée, non homogène, envahissant souvent le cul-de-sac diaphragmatique.

A ces symptômes se surajoutent les symptômes divers, que je viens de décrire à propos de la symphyse pleurale et que je n'énumère pas à nouveau, ainsi que la déviation par attraction du cœur et du médiastin.

Tous ces symptômes sont remarquables par leur permanence. On les trouve à tous les examens, qu'ils aient lieu le même jour, dans des jours successifs, ou à des intervalles de plusieurs semaines, de plusieurs mois, d'une année.

Retenons la déviation du cœur par attraction. Elle est assez commune. MM. Papillon et Flipo notamment ont signalée dans *La Presse médicale* du 9 octobre 1920, la *dextrocardie par lésions pleuro-pulmonaires*. M. Duhem, dans les *Archives de médecine des enfants* de 1921, a attiré l'attention sur les *scléroses pulmonaires partielles* et la *déviation du cœur dans les scléroses étendues du poumon chez l'enfant* ; il a noté aussi souvent, sinon plus souvent,la sénestrocardie que la dextrocardie.

Les syndromes précédents permettent donc de penser qu'il s'agit de *scléroses pleuro-pulmonaires*. Mais à ces syndromes se surajoutent un *syndrome cavitaire*. Il y a donc des cavités associées à cette sclérose pleuro-pulmonaire. La nature de ces cavités est d'une interprétation assez délicate. On peut les attribuer,soit à des cavernes pulmonaires,soit à des bronchectasies, soit à l'intrication de cavernes pulmonaires et de dilatations des bronches.

Les signes cavitaires peuvent être plus ou moins étendus, complets, fixes ou variables, suivant les cas, quelle que soit la nature des lésions, qu'ils soient dus à des cavernes ou à des bronchectasies. Ils ne présentent pas de caractères différentiels précis. Pour faire un choix entre ces lésions, il faut se fonder sur l'évolution de la maladie et sur les examens bactériologiques répétés des crachats, qui révèlent l'absence ou la présence de bacilles de Koch ; la constatation de bacilles a seule une valeur absolue.

***

Les *scléroses pulmonaires* et les *bronchectasies chez les enfants* méritent de retenir l'attention. Ces affections soulèvent en effet des problèmes complexes d'ordre clinique, anatomique et étiologique. Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire la revue anatomo-clinique que MM. Gastinel et Jacob ont consacrée à *la sclérose pulmonaire* dans le *Bulletin médical* du 9 novembre 1921. Ils commencent ainsi : « Il est peu de questions, écrivent-ils, aussi complexes et aussi confuses que celle que nous abordons ici. La description anatomique des lésions englobe les aspects les plus variés ; le tableau clinique doit tenir compte de faits très divers ; les notions étiologiques sont des plus disparates, en certains points mal assurées ».

Généralement, on distingue : des *scléroses circonscrites*, celles qui se développent, par exemple, autour d'un nodule tuberculeux et des *scléroses diffuses*, dont je m'occuperai seulement.

Pour ces scléroses diffuses, des classifications diverses ont été proposées par Charcot en 1878, par M. Letulle en 1890, par M. Marfan en 1893, par MM. Letulle et Nattan-Larrier. Je n'entrerai pas dans l'exposé de ces classifications; ce serait dépasser le cadre de cette leçon clinique.

En restant sur le terrain clinique, nous observons, chez l'enfant, trois groupes de faits : 1° les *scléroses broncho-pulmonaires* avec *bronchectasies* ; 2° les *scléroses pleuro-pulmonaires* ; 3° les *formes mixtes* ou *intriquées*, dans lesquelles, chez un même malade, il existe de la sclérose pleuro-pulmonaire, et de la sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasies.

Les *scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies* sont fréquentes chez les enfants. On les trouve décrites sous des appellations diverses : *dilatation des bronches ou bronchectasie, broncho-pneumonies subaiguës ou chroniques avec bronchectasies, scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies.*

Ces appellations tiennent à ce que la sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasie n'est qu'un aboutissement de processus qui ont évolué d'abord sous la forme de broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë.

Je ne m'arrête pas sur cette évolution que j'ai étudiée dans ma leçon du 16 juin 1923 sur les *broncho-pneumonies subaiguës et chroniques avec bronchectasies chez les enfants*, reproduite dans mon livre de *clinique médicale des enfants* consacré aux *affections de l'appareil respiratoire*. Il y a une première phase de broncho-pneumonie aiguë ; puis, cette broncho-pneumonie se prolonge, devient subaiguë et enfin chronique. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, de mois, d'années, que la sclérose broncho-pulmonaire est vraiment constituée.

A l'autopsie d'un tel malade, on trouve souvent des *altérations pleurales*. La symphyse peut être complète et totale. Le plus souvent, elle est incomplète et partielle. Il y a de l'*emphysème* dans certaines régions du poumon. A l'une des bases ou aux deux bases, quelquefois en un autre point du poumon, on trouve un lobe pulmonaire ou une portion de lobe, dont le tissu dur, violacé, rougeâtre, rappelle la chair musculaire,

◆◆◆◆

est carnifié. Sur la coupe, on voit des *petites bronches dilatées*, remplies de pus, qui se présentent, soit comme des orifices, soit comme des canaux plus ou moins longs et larges ; l'ensemble rappelle, suivant la comparaison de Rilliet et Barthez le fromage de gruyère. Si l'on suit un de ces canaux, on peut arriver à une petite dilatation ampullaire. Ce sont, somme toute, des dilatations cylindriques des bronches et, à leurs extrémités, des renflements ampullaires.

La *muqueuse bronchique* est rouge, lisse ou chagrinée, ou blanc grisâtre, granuleuse. Les examens histologiques montrent des lésions de la muqueuse, de la sous-muqueuse ; les fibres musculaires, les fibres élastiques, les cartilages sont plus ou moins altérés ; assez souvent, il existe dans la couche sous-muqueuse un riche réseau de capillaires très dilatés qui explique l'apparition d'hémoptysies chez certains malades.

Le *lobule pulmonaire* présente des lésions de pneumonie épithéliale et une sclérose plus ou moins marquée, souvent discrète.

Le malade arrivé à la phase chronique éprouve un certain nombre de *symptômes subjectifs* et *fonctionnels*.

La *toux* est habituelle ; elle revient par quintes, à certains moments, surtout le matin au réveil, et provoque une *expectoration* abondante, une *vomique bronchique* plus ou moins caractérisée. Cette expectoration, par le repos, laisse déposer une couche muco-purulente , au-dessus de laquelle surnage une couche de mucus. L'odeur en est fade. Les examens répétés ne décèlent pas de bacilles de Koch. Exceptionnellement se produisent des *hémoptysies* ; elles ne surviennent guère que dans les grandes dilatations des bronches.

Le malade a peu de *dyspnée* ; cependant, il s'essouffle facilement quand il marche vite. Parfois, il a de la cyanose des extrémités et même des doigts hippocratiques.

D'une façon générale, l'état de santé est assez bon. L'enfant se développe régulièrement, n'a pas de fièvre, n'est pas très amaigri.

A l'examen du thorax, ce qui domine, c'est le *syndrome cavitaire*, tandis que le syndrome de condensation pulmonaire et le syndrome de symphyse pleurale font défaut ou sont discrets. Le syndrome cavitaire est d'ailleurs très variable ; à certains moments, les râles humides sont nombreux et gros ; à d'autres, quand l'enfant a toussé et expectoré, ils ont disparu. Le souffle cavitaire ou tubo-cavitaire n'est pas constant.

La radiologie révèle, au niveau d'un lobe, une opacité plus ou moins marquée sur laquelle tranchent quelques tractus ou taches claires, ou une grisaille sur laquelle se dessinent des tractus plus foncés, pouvant limiter des traînées ou des taches claires appendues à leurs parties terminales.

L'opacité varie d'ailleurs suivant que les bronches sont remplies ou vides de sécrétions.

Les poussées aiguës sont fréquentes. A ce moment, les symptômes s'exagèrent. Puis au bout de quelque temps tout rentre dans l'ordre.

Il existe d'ailleurs de grandes variétés dans l'intensité de ces scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies. A côté des *formes avérées*, il y a des *formes légères* et des *formes véritablement occultes* ou *latentes*.

Les observations de cette affection sont communes. Je vous en montre presque chaque semaine un exemple. En voici une observation particulièrement caractéristique qui est relatée dans la thèse de mon élève Morimowitch, soutenue en 1925, consacrée au *diagnostic des vomiques chez les enfants*. Le titre seul vous montre l'importance de ce symptôme.

Une fille, née le 24 août 1911, entre dans le service le 27 juillet 1925, à 13 ans et 11 mois.

Elle est bien développée et a un poids suffisant ; elle mesure 150 cm. et pèse 44 kgr. 100. Elle a eu, à 16 mois, une broncho-pneumonie de longue durée ; depuis elle tousse, crache et est sujette aux poussées fébriles. Le matin surtout, la toux est forte et provoque de petites vomiques.

A son entrée, elle est depuis une quinzaine de jours en phase aiguë. L'expectoration ne contient pas de bacille de Koch. Entre autres symptômes, d'ailleurs discrets, on constate, à la base droite, de la submatité, une respiration soufflante, des râles sous-crépitants fins ; sur la radiographie vous voyez la plage pulmonaire gauche claire et, à la base droite, une ombre à contours vagues, très irréguliers, parsemée de taches claires, groupées en une sorte de grappe appendue à la bronche droite, très visible en clair. Après une injection intra-trachéale de lipiodol, la dilatation devient plus apparente, mais elle n'a pas été nécessaire pour faire reconnaître les lésions. Comme l'a fait remarquer récemment M. Duhem, chez l'enfant, il n'est en général pas utile de pratiquer cette injection pour faire le diagnostic de dilatation des bronches. J'ajoute que cette malade ne paraît pas entachée de syphilis ; le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs.

Les symptômes cliniques et les aspects radiologiques sont différents, chez cette enfant atteinte de sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasies, de ceux constatés dans la variété anatomo-clinique suivante.

Les *scléroses pleuro-pulmonaires* correspondent à la pneumonie interstitielle d'origine pleurotique ou pleurogène de Charcot.

La *symphyse pleurale* est complète et totale, épaisse et dense ; la cavité pleurale a presque complètement disparu. On ne peut arriver à libérer le poumon.

Le poumon a un aspect carnifié ; il est violacé, dense, peu aéré, surtout dans ses couches cortica-

les. Sur les coupes, on voit une zone corticale de tissu scléreux et des travées fibreuses qui partent de la plèvre et s'enfoncent dans l'épaisseur du poumon, en suivant les bronches, les vaisseaux et les cloisons interlobulaires. Au microscope, on constate de la sclérose interstitielle et périvasculaire, de la lymphangite sous-pleurale ; des alvéoles affaissés présentent des lésions de pneumonie catarrhale chronique.

Il existe des types assez divers : *scléroses pleuro-pulmonaires unilatérales*, avec dextrocardie ou sénestrocardie par attraction ; *scléroses pleuro-pulmonaires bilatérales* ; *scléroses pleuro-pulmonaires* uni ou bilatérales, et *scléroses médiastinales*, avec ou sans symphyse péricardique associée.

Ces types anatomo-cliniques ont été particulièrement étudiés chez l'enfant par le professeur Hutinel dans des leçons publiées par le *Bulletin médical* des 23 et 30 août 1911, consacrées aux *médiastinites chroniques supérieures et inférieures*, et par ses élèves : M. Lambour dans sa thèse de 1911 sur *les médiastinites chroniques chez l'enfant* ; M. Nadal dans sa thèse de 1919 sur les *scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinales de l'enfant et hérédo-syphilis*. Je ne m'arrête pas à ces formes qui demandent une étude spéciale ; je ne retiens, à propos de nos malades, que les *scléroses pleuro-pulmonaires unilatérales*.

Les symptômes subjectifs et fonctionnels de ces scléroses sont souvent discrets. L'enfant n'éprouve guère qu'une sensation de gêne, des tiraillements dans les efforts et les grandes inspirations ; sa respiration est un peu courte, superficielle, un peu rapide ; il accuse une légère dyspnée d'effort et parfois présente de la tendance à la cyanose. Il a une petite toux sèche. Mais bien souvent on ne découvre aucun symptôme appréciable.

Quant aux signes physiques, ce sont ceux qui réalisent les syndromes de symphyse pleurale et de condensation pulmonaire ; je ne les expose pas à nouveau.

Donc, souvent, — et Laënnec l'avait déjà fait remarquer —, de grandes scléroses pleuro-pulmonaires peuvent rester latentes et occultes, on ne donner qu'une symptomatologie banale.

La troisième forme est la *sclérose pleuro-pulmonaire intriquée à la sclérose broncho-pulmonaire* avec *bronchectasies*. Il est facile d'imaginer les combinaisons variées que peuvent réaliser le syndrome de condensation pulmonaire, le syndrome de symphyse pleurale et le syndrome cavitaire quand ils se rencontrent chez un même enfant. Cette intrication de syndromes suscite souvent de grandes difficultés de diagnostic.

***

Vous pouvez maintenant comprendre pourquoi nous avons porté, pour l'enfant que vous venez de voir et pour celles dont j'ai raconté l'histoire, le diagnostic de *sclérose pleuro-pulmonaire* et de *sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasies*.

Elles réalisent des modalités bien caractérisées de cette *forme mixte* ou *intriquée* qui mérite d'être individualisée.

Retenez que les scléroses pulmonaires, contrairement à ce que beaucoup pensent, sont fréquentes chez les enfants. Elles s'observent, dès la première enfance, mais surtout dans la moyenne et la grande enfances, parce qu'elles sont l'aboutissement de processus à lente évolution. Nos malades ont 12 ou 13 ans, et c'est vers 11 ans qu'on a pu faire le diagnostic. Il arrive que ces scléroses paraissent s'installer rapidement à la suite d'un processus aigu ; il est probable qu'alors, dans bien des cas, celui-ci n'a été qu'un épisode au cours d'une affection chronique.

Les scléroses pulmonaires revêtent des modalités anatomo-cliniques diverses, mais il convient de synthétiser trois grandes types : 1° les *scléroses pleuro-pulmonaires étendues avec grosses symphyses pleurales* ; 2° les *scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies* ; 3° les *formes associées, combinées* de *sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasies* et de *sclérose pleuro-pulmonaire*, dont nos malades sont des exemples.

Je n'ai pas pu aborder aujourd'hui l'étiologie, et le traitement ; je vous en parlerai samedi prochain.

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DES TUBERCULOSES LOCALES

Par le Dr BAYLE (de Cannes).

Tandis que, pour la tuberculose pulmonaire, on songeait uniquement au traitement général, par contre dans les tuberculoses locales, ostéo-articulaires surtout, la commodité d'application d'un traitement local fit, en même temps que des résultats tangibles, considérer pendant longtemps le traitement local comme l'unique moyen de guérison de ces tuberculoses.

Cet article a pour but de montrer que lorsqu'un traitement général est efficace dans la tuberculose pulmonaire, il l'est aussi dans la tuberculose locale.

Ce traitement est pour les praticiens le complément de l'orthopédie, car il met entre leurs mains un moyen puissant qui, employé concurremment avec les traitements locaux classiques, amène la prompte et durable guérison de ces tuberculoses.

I. Le traitement général prend une importance de plus en plus considérable dans le traitement des tuberculoses locales : lenteur de la guérison avec le traitement classique.

De plus en plus aujourd'hui le traitement général gagne du terrain.

On ne croit plus avoir tout fait pour les tuberculoses locales lorsque l'on a immobilisé les tumeurs blanches et fait dans les abcès ossifluents des injections créosoto-iodoformées.

L'héliothérapie, le séjour à la mer, une bonne alimentation prennent dans la cure une place de plus en plus considérable.

On obtient ainsi des résultats en général satisfaisants après une attente de plusieurs années et le plus souvent au prix de la perte totale des mouvements de l'articulation atteinte.

Les tuberculoses ganglionnaires traitées par la même cure d'hygiène et lorsqu'il y a lieu par les injections de Calot demandent également de longues années pour guérir.

II. L'opothérapie splénique, traitement de choix de la tuberculose pulmonaire est aussi celui des tuberculoses locales.

Il était à prévoir qu'un traitement qui donne de bons résultats dans la tuberculose pulmonaire doit donner des résultats encore plus rapides dans les tuberculoses locales.

C'est pourquoi, devant les résultats constants et indéniables que l'opothérapie splénique m'a donnés dans la tuberculose pulmonaire, je devais l'essayer aussi dans les tuberculoses locales où ses moyens d'action doivent être aussi puissants.

III. Comment l'opothérapie splénique agit dans la tuberculose.

L'opothérapie splénique agit en amenant dans l'organisme du tuberculeux les modifications qui se produisent spontanément lorsque le malade guérit.

Ce sont :

a) *L'augmentation du nombre des hématies.* (Simon et Spillmann, Monier. (Thèse de Montpellier, 1911), Ragain (Th. de Toulouse, 1922).

Augmentation considérable et rapide. Un malade qui numérait 3.800.000 hématies, numère après une injection de 5 cc. d'extraits plénique, 5.400.000 hématies.

b) *L'augmentation du taux de l'hémoglobine.* (Danilewsky et Sélensky) jusqu'à 50 % du taux initial.

c) *L'augmentation du nombre des leucocytes.* (Simon et Spillmann, Monier, Ragain) qui peut doubler.

d) *La modification de la formule leucocytaire* par augmentation des lymphocytes et apparition des éosinophiles (signe de convalescence pour Besançon et de Jong).

e) *La diminution de l'élimination des phosphates* (Bayle, Ragain).

f) *L'augmentation du calcium dans le sang* (Harrower).

h) *La formation du tissu fibreux et la cicatrisation des lésions.*

Les travaux de Carrel en montrent la possibilité : les recherches de tuberculose expérimentale de Schröder et les miennes le prouvent.

Toutes ces modifications se révèlent dans la clinique aussi bien que dans la tuberculose expérimentale, qui, d'après nos travaux aussi bien que d'après ceux de Schröder, Kauffmann et Kögel est entravée remarquablement dans son évolution par l'opothérapie splénique.

Les conclusions de mes recherches (*Archives internationales de médecine expérimentale*, Liège 1925) ont été les suivantes :

a) Les animaux traités ont eu une survie à peu près double de celle des témoins.

c) Les lésions ont été beaucoup moindres chez les traités.

c) Les lésions ont été fibreuses chez les traités et ulcéreuses chez les témoins.

d) Les bacilles rares et granuleux chez les traités étaient homogènes et nombreux chez les témoins.

e) Tous les résultats ci-dessus ont été obtenus avec mes doses usuelles.

f) Enfin l'extrait de rate employé s'est montré absolument inoffensif chez le cobaye à des doses (rapportées au kilo d'animal) douze fois plus considérables que celles employées chez mes malades.

Il est bon de noter que seul l'extrait splénique a donné ces résultats, tandis que les extraits des autres organes hématopoiétiques et les extraits hépatiques se sont montrés inefficaces.

Maintenant que les bases physiologiques et expérimentales du traitement sont connues, il ne me reste plus qu'à aborder la technique et les résultats.

IV. **Technique générale du traitement.**

Cette technique est la même que celle que j'emploie dans la tuberculose pulmonaire (voir surtout *Concours Médical*, 3 et 10 décembre 1922 et *Presse médicale*, n° 76, du 23 septembre 1925) : je la résume :

Je ne saurais trop appeler l'attention sur le fait que ce traitement ne peut être réalisé par des extraits partiels, tels que des lipoïdes, mais seulement par des extraits totaux de provenance (porc) et de préparation appropriée.

L'extrait de la rate est seul actif, les extraits des autres organes hématopoiétiques et les extraits hépatiques sont inactifs : ils ne peuvent ni suppléer à l'extrait splénique, ni ajouter à son action.

J'emploie un extrait de rate de porc préparé en ampoules de 5 cc. pour la voie hypodermique, et pour la voie buccale, soit un sirop d'extrait splénique, soit des flacons ampoules.

La voie buccale. — Je réserve la voie buccale, moins active, aux ganglionnaires légers, aux enfants lymphatiques ou anémiques ; elle donne d'ailleurs dans ces cas des résultats remarquables.

J'emploie surtout la voie buccale à titre d'adjuvant à la voie hypodermique, soit afin de diminuer le nombre des injections, soit afin d'augmenter l'action.

On adjoindra d'ailleurs le plus souvent possible la voie buccale à la voie hypodermique, car elle augmente notablement l'action : si le malade a des voies digestives en bon état, on emploiera le sirop, sinon les flacons-ampoules.

Le sirop est dosé à 25 gr. de rate par cuiller à soupe : la dose pour l'adulte est de quatre cuillers à soupe par jour aux repas : chez l'enfant, on donnera jusqu'à 3 ans une cuiller à café par jour les quatre premiers jours de chaque semaine, deux cuillers à café jusqu'à cinq ans, une cuiller à soupe jusqu'à sept ans, deux cuillers à soupe jusqu'à 10 ans, trois cuillers à soupe jusqu'à 14 ans et ensuite dose d'adultes.

Les flacons-ampoules contiennent un extrait de la même composition que l'injectable : ils sont de 10 cc. : leur dose chez l'adulte est de un ou deux par jour à distance des repas. Jusqu'à sept ans, on donne le sirop ou les flacons-ampoules les quatre premiers jours de chaque semaine.

Pour les adultes et les enfants à partir de sept ans, on donne le sirop ou les flacons-ampoules, 21 jours consécutifs, repos de 8 jours, nouvelle série, etc.

Toutes les fois qu'il y a lésion, il faut employer la voie hypodermique soit seule, soit, toutes les fois que cela est possible, associée à la voie buccale.

Voie hypodermique. — L'extrait injectable est dosé en ampoules de 5 cc. On emploiera une ou deux ampoules par injection chez l'adulte. Chez l'enfant, la dose sera de 1 cc. par année d'âge jusqu'à cinq ans : il ne faut pas hésiter à employer 5 cc. chez l'enfant de 4 ans porteur de lésions.

Les injections peuvent se faire intra-musculaires ou sous-cutanées : les lieux d'élection sont la fesse et le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

Ces injections sont indolores et ne donnent jamais de réaction fébrile, ni de phénomènes anaphylactiques.

Je crois utile de résumer en un tableau les doses de l'enfant.

Age	Voie hypodermique	Voie buccale sirop	Voie buccale flacons-ampoules
1 an	1 cc.	1 cuiller à café	»
2 ans	2 cc.	*id.*	»
3 ans	3 cc.	2 cuillers à café	»
4 ans	4 cc.	*id.*	1/2 flacon ampoule
5 ans	5 cc.	1 cuiller à soupe	*id.*
6 ans	*id.*	*id.*	*id.*
7, 8, 9 ans	*id.*	2 cuillers à soupe	1 flacon ampoule
10, 11, 12, 13	*id.*	3 cuillers à soupe	*id.*
ensuite	*id.*	4 cuillers à soupe	*id.*

Institution du traitement. — En 22 jours, on fera 12 injections comme suit : une injection le premier et le deuxième jour : pas d'injection le troisième et le quatrième jour ; injection les cinquième et sixième jours, etc. Pendant ces 22 jours, on donnera par jour pour l'adulte quatre cuillers à soupe de sirop ou un ou deux flacons ampoules. Repos de 8 jours : nouvelle série de 22 jours, etc.

Le traitement devra être continué quelques mois encore après la guérison en augmentant s'il y a lieu les périodes de repos (cure de consolidation.). Pendant la cure de consolidation on peut,

en utilisant en même temps la voie buccale, diminuer le nombre des injections.

Doses des injections suivant les formes : A. *Tuberculoses ganglionnaires, tumeurs blanches du coude, du poignet, du pied, du genou.*

Adultes 5 cc. ; enfants comme ci-dessus.

B. *Mal de Pott, coxalgie, péritonite tuberculeuse.* Jusqu'à 15 ans comme ci-dessus, après 15 ans, 10 cc.

C. *Pleurésie.* Jusqu'à 15 ans comme ci-dessus : ensuite 10 cc. dans la période fébrile, 5cc. après la période fébrile.

V. **Résultats.**

Un avantage énorme de ce traitement est de relever rapidement l'état général par suite de l'augmentation des hématies et de l'hémoglobine : on s'aperçoit très vite de ce relèvement au poids, au teint, aux forces.

L'organisme devient plus résistant à des localisations tuberculeuses ultérieures ou à la généralisation : cela est particulièrement précieux pour l'avenir des pleurétiques.

Quant aux lésions locales, elles guérissent en un ou deux mois : celles du genou en trois ou quatre mois : la coxalgie en 5 à 8 mois : le mal de Pott en 8 mois environ.

La guérison est un peu plus lente pour les formes suppurées et les fistules.

Rien d'ailleurs ne montrera mieux les résultats obtenus que quelques observations dont je donne ci-dessous le résumé.

VI. **Observations.**

Obs. 1. — *Abcès froid.* — Eugénie P., 13 ans.

Premier examen le 10 février 1908, abcès froid de la région claviculaire droite, volume d'un œuf de pigeon, fluctuation, peau rouge.

Opothérapie splénique par voie buccale.

Le 13 mars, il reste une petite masse dure de la grosseur d'une amande collée à la clavicule, augmentation de poids 3 k. 400.

Obs. 2. — *Adénites tuberculeuses.* — Mlle de L., 35 ans : depuis 8 ans ganglions volumineux du cou et de l'aisselle droite.

Premier examen le 15 février 1908 ; une douzaine de ganglions faisant saillie appréciable à la vue et variant de la grosseur d'un œuf de moineau à un œuf de pigeon : diarrhée depuis plusieurs mois.

Opothérapie splénique par voie buccale.

Le 5 mars les ganglions ne font plus aucune saillie apparente à la vue ; on en sent encore trois ou quatre du volume d'une amande.

Le 10 juin 1910 guérison maintenue.

Obs. 3. — *Adénites cervicales.* — R. F., 11 ans.

Le 8 novembre 1921, ganglions tuberculeux cervicaux sans abcès ni fistule. Gros paquets ganglionnaires droit et gauche du volume de deux à trois noix, hématies 3.800.000, hémoglobine 70.

Le 15 février 1922, disparition complète des masses ganglionnaires sauf un petit ganglion très dur du volume d'un demi-pois. Hématies 5.200.000, hémoglobine 100.

Obs. 4. — *Ganglions mésentériques. Etat cachectique avancé.* — M. 4 ans, antécédents héréditaires.

Premier examen en septembre 1921 avec le professeur Cibert de Grenoble : masses ganglionnaires importantes dans l'abdomen, ventre gros et distendu Emaciation profonde. Etat cachectique avancé. Pronostic fatal à brève échéance.

Opothérapie splénique par voie hypodermique (5 cc.).

Vingt-cinq jours après guérison complète, disparition des masses mésentériques. L'enfant sort et joue. Guérison maintenue en 1926.

Obs. 5. — *Tuberculose vésicale.* — M. T., 22 ans. Antécédents héréditaires.

Premier examen le 6 décembre 1907. Tuberculose vésicale avec hématurie : douleur considérable, nodules durs à l'épididyme gauche.

Opothérapie splénique par voie buccale et trois injections intravésicales d'éther iodoformé en trois semaines.

Le 30 décembre le malade va bien ; le 1er février, guérison maintenue : diminution considérable des nodules.

Obs. 6. — *Orchiépididymite tuberculeuse.* — C., 36 ans.

M'est adressé par M. le médecin principal Vialle, toute opération étant jugée impossible.

Premier examen, 6 février 1916. Grosse masse de consistance inégale au niveau des bourses à gauche, fistule avec suppuration mal liée, abondante, noyaux à l'épididyme droit, nodosité au niveau des vésicules séminales, bon état général.

Traitement splénique à la fois par voie hypodermique et buccale : régression de la masse en un mois, cicatrisation de la fistule en 3 mois.

Obs. 7. — *Orchiépididymite tuberculeuse.* — G. L., 24 ans.

Premier examen le 5 juin 1916. A subi l'ablation du testicule droit il y a un an. Du côté gauche grosse masse indistincte. Nodosités au niveau des vésicules séminales.

Traitement splénique à la fois par voie hypodermique et buccale. Au bout de 4 mois peut être considéré comme guéri. Un an après pas de récidive. Le malade, contre mon avis, s'est marié.

Obs. 8. — *Mal de Pott et poussée aiguë pulmonaire.* — M. D., 14 ans.

Toussait depuis trois semaines, frissonne le 5 février 1908.

Premier examen, 6 février 1908.

Température 40°, dyspnée considérable, râles congestifs et craquements disséminés, bacilles de Koch dans les crachats.

Douleur à la 4e dorsale, rien à ce niveau d'objectif. Opothérapie splénique.

Fièvre pendant trois semaines. Les signes d'auscultation disparurent en un mois.

18 février, gibbosité au niveau de la 4 dorsale. Corset plâtré.

18 janvier 1911, guérison maintenue : employé dans un bureau, il effectue depuis 2 ans régulièrement son travail.

Obs. 9. — *Ostéoarthrite tuberculeuse tibio-tarsienne gauche.* — Marcel J., 4 ans 1/2.

Premier examen, 10 janvier 1908. Ostéoarthrite tibio-tarsienne gauche, marche presque impossible 3 centimètres 1/2 d'atrophie au mollet.

Opothérapie splénique, repos, pas d'appareil. Bains d'eau salée.

Le 13 mars, marche sans boiter, atrophie un centimètre, poids augmenté de 2 k. 500.

Obs. 10. — *Tumeur blanche du genou gauche.* — Mme M., 44 ans. Avait eu, 10 ans avant, une première atteinte au même genou guérie sans ankylose par immobilisation.

Premier examen le 23 décembre 1907. Tumeur blanche du genou gauche avec épanchement intraarticulaire, tissus fongueux, adénite inguinale gauche, limitation des mouvements, marche impossible depuis un mois.

Opothérapie splénique, appareil silicaté.

Le 1er février, ablation du silicate, articulation normale, marche facile.

Obs. 11. — *Tumeur blanche du genou droit.* — Mme M. H., 25 ans.

Premier examen, le 10 janvier 1912. Tumeur blanche du genou droit avec limitation des mouvements, enflure périarticulaire, sensation fongueuse au palper, points douloureux osseux, adénite de l'aine correspondante.

Atrophie 3 centimètres à la cuisse, 2 à la jambe. Opothérapie splénique à la fois par voie hypodermique et buccale, appareil plâtré.

Le 15 mai, ablation du plâtre, articulation normale, pas d'ankylose, légère limitation.

Le 1er juin. Mouvements aisés bien qu'encore un peu limités. Je permets à la malade de marcher avec deux cannes d'abord puis une canne : en même temps thalassothérapie. Un an après guérison maintenue avec mobilité complète de l'articulation.

Obs. 12. — *Tumeur blanche suppurée du coude.* — A. M., mendiant 65 ans.

Premier examen le 1er mai 1912. Tumeur blanche du coude gauche.

Je retire par ponction une cuiller à soupe de pus mal lié granuleux. Je fais une injection iodoformo-créosotée et un plâtre en demi-flexion.

En même temps l'opothérapie splénique est appliquée (voie hypodermique).

Le 10 juin ablation du plâtre, ankylose solide.

Le 30 juin, guérison maintenue.

Obs. 13. — *Coxalgie droite.* — F. K., 7 ans. Coxalgie droite, adénites cervicales, bronchites prolongées antérieures.

Premier examen en juin 1908 ? Ne peut marcher qu'avec deux béquilles et vives douleurs, point douloureux profond à l'aîne droite, percussion sur le grand trochanter douloureuse, raideur articulaire très accusée : ganglions volumineux de l'aîne malade.

Opothérapie splénique par voie buccale ; immobilisation dans un appareil silicaté.

Huit mois après, ablation de l'appareil, ankylose solide, régression des ganglions, la marche n'est plus douloureuse.

En janvier 1911 état général parfait, guérison maintenue, 5 cm. de raccourcissement, 5 cm. d'atrophie à la cuisse et 3 cm. d'atrophie à la jambe, ni adénite, ni points douloureux.

Obs. 14. — *Tumeur blanche du genou gauche en demi-flexion.* — Mme A., 64 ans.

Le 3 janvier 1925 la malade m'est adressée la jambe gauche dans un appareil plâtré en demi-flexion à 60° à partir de l'extension. A l'ablation de l'appareil, genou gauche très gros, fongueux, raideur presque complète en demi-flexion.

Atrophie de la cuisse gauche 3 cm., adénite inguinale gauche.

Opothérapie splénique à la fois par voie hypodermique et par voie buccale. Appareil plâtré dans la même situation.

Le 3 février, ablation de l'appareil, redressement à 30°, nouveau plâtre.

Le 5 mars, ablation de l'appareil, redressement complet, nouveau plâtre en rectitude.

Le 10 juin, ablation de l'appareil, ankylose presque complète, plus d'enflure, la malade marche avec deux cannes et un appareil de marche silicaté.

Depuis lors, elle a mené sa vie normale.

En mai 1926, l'appareil est enlevé depuis sept mois, la malade marche sans canne chez elle, avec une canne dehors, ankylose presque complète, plus d'enflure, plus d'adénite, atrophie réduite à 1 cm. La malade a continué l'opothérapie splénique.

Obs. 15. — *Coxalgie droite.* — J. M., 10 ans.

Antécédents héréditaires et personnels ; a eu des adénites cervicales ; le gros orteil du pied droit a été amputé pour lésion tuberculeuse.

Premier examen le 10 janvier 1921.

L'enfant marche avec peine.

A l'examen, allongement apparent du membre inférieur droit, pas d'allongement à la mensuration.

Tous les mouvements de la cuisse sont limités à la moitié environ.

Atrophie de la cuisse 1 cm. 1/2, de la jambe 1 cm., ganglions dans les deux aînes, plus gros à droite.

Opothérapie splénique par voie hypodermique ; un abcès ossifluent apparu en février a été ponctionné sept fois sans injection, s'est ouvert au bout de 2 mois et a guéri spontanément.

15 juin 1921, ablation de l'appareil, l'enfant est conduit à la plage en chariot avec interdiction de marcher pendant 3 mois.

15 novembre 1921, guérison sans ankylose avec légère limitation des mouvements, état général parfait.

Un an après, guérison maintenue.

Obs. 16. — *Coxalgie droite.* — Mlle M. B., 16 ans. Premier examen le 7 février 1921.

Douleur au niveau du genou droit sans limitation des mouvements de cette articulation, anémie marquée.

Douleur à la hanche droite, abduction très limitée, cuisse notablement atrophiée.

Opothérapie splénique par voie hypodermique.

14 mars 1921. Diminution de l'adduction et de l'abduction : choc sur le grand trochanter donne une douleur profonde ; marche très douloureuse.

21 juin 1921, ablation de l'appareil.

La malade marche seule sans l'aide d'un bâton et peut reprendre son travail.

15 octobre 1921, guérison maintenue.

Dans tous ces cas, le traitement a été continué jusque 6 mois après la guérison.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Le conflit gastro-colique.

Dans la symptomatologie des affections coliques, les troubles gastriques occupent une place importante. A l'origine des symptômes gastriques, on peut placer trois ordres de causes : l'intoxication, le réflexe et la compression mécanique, et dans cette dernière, une place importante revient aux aérocolies ou plutôt, car ce n'est pas toujours de l'air que contient l'intestin, aux pneumatoses coliques.

Ce sont elles qui font l'objet d'une étude intéressante de M. Loeper et J. Baumann.

La distension colique est souvent élective ; elle affectionne l'angle splénique de cet organe et y est parfois fixée par le spasme d'un côlon tortueux et irritable.

Les troubles de la pneumatose colique répondent à quelques types principaux : dyspepsie sensitivo-motrice, nausées, syndrome pylorique avec douleurs trois ou quatre heures après l'absorption des aliments, incontinence pylorique, type paroxystique et douloureux à la fin de la journée ou dans la nuit, sensations œsophagiennes avec cardiospasme.

Le traitement de la crise se résume en trois indications essentielles : l'application de compresses chaudes, fréquemment renouvelées, sur l'hypocondre gauche, voire même le massage de la région ; la position ventrale ; enfin, dans les crises rebelles, l'introduction d'une sonde rectale qui évacue les gaz et amène rapidement la résolution. Il ne faut guère compter sur l'administration des infusions très chaudes, carminatives ou non.

Le traitement de la maladie est plus complexe ; il est à la fois diététique et médicamenteux. S'il s'agit d'air dégluti, prescrire des exercices respiratoires amples, qui mobilisent le diaphragme, ouvrent largement les voies respiratoires et préservent le tube digestif. Mais une grande partie des gaz du côlon provient aussi de la transformation des matières alimentaires (acide carbonique et méthane) : supprimer la cellulose, interdire les herbacés, l'agar-agar ; prescrire du suc pancréatique actif une heure avant les repas pour le soustraire à l'action du suc gastrique, et aussi pour exciter le pancréas avant l'absorption des aliments ; faire de l'antisepsie intestinale (peroxyde de magnésium et manganèse).

Il ne faut pas oublier enfin le terrain sur lequel apparaissent les accidents, l'influence du foie (laxatifs légers), la stase veineuse abdominale (cratœgus et uroformine associés au boldo, et au salicylate de soude), la nervosité colique et les spasmes (belladone et atropine). Enfin la gymnastique abdominale représentera le seul moyen de masser l'intestin sans le brutaliser et de tonifier progressivement la sangle abdominale ; les douches tièdes générales agiront utilement sur l'état psychique et nerveux.

En résumé, si l'estomac exige, pour bien fonctionner, une tension colique moyenne, il faudra cependant penser à la pneumatose, chaque fois que la crise douloureuse, quelque gastrique qu'elle puisse paraître, se détendra par une émission de quelques gaz gastriques et d'abondants gaz intestinaux. (*Paris médical*, 3 avril 1926.)

L'atonie gastrique et son traitement.

Ainsi que le rappelle le Dr F. Ramond, l'importance de l'atonie gastrique ressort de ce fait que l'estomac est avant tout un organe moteur. Qu'il s'agisse de spasme ou d'atonie, la conséquence pathologique est la même : ralentissement dans l'évacuation gastrique, contact prolongé et

souvent continu du suc gastrique avec la muqueuse, réaction inflammatoire de celle-ci sous orme de gastrite chronique.

Au point de vue du diagnostic, c'est l'examen radioscopique qui est, de tous, le plus intéressant ; il permet notamment de différencier l'atonie pure de l'atonie compliquée de spasme pylorique, et le traitement diffère notablement pour chacune de ces deux variétés.

Dans l'atonie pure, le régime alimentaire offre une importance de premier plan; il faut choisir les aliments les plus excito-moteurs viandes rouges, puis blanches et poissons, préparés d'une façon convenable ; œufs, légumes en purée, une petite portion de fruit cru bien mûr ou de jus de fruit, riche en vitamines ; pas de pain ; pas de boissons au repas, afin de ne pas cumuler liquides et solides ; les boissons seront prises une heure avant le repas et une heure après. L'eau est préférable.

Faire des repas de faible volume et nombreux : quatre à cinq par jour. Les petits repas demandent moins d'efforts pour le muscle gastrique ; leur répétition réveille plus facilement la motricité endormie. C'est pour la même raison qu'il vaut mieux donner l'infusion aromatique chaude classique une heure après le repas. L'auteur conseille volontiers une infusion d'anis, avec 20 gouttes de teinture ammoniacale anisée, ou une infusion de badiane avec 30 gouttes de teinture de badiane.

L'usage des alcalins est à recommander ; quant à celui de l'adrénaline, de la poudre surrénale, de la strychnine, de l'émétine, il est rationnel théoriquement ; mais, en pratique, les résultats sont parfois discutables. Le lavage gastrique hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, l'insufflation avec le gastro-tensiomètre de Gaultier, le massage sont vivement à conseiller. L'exercice court et très modéré après le repas est préférable au repos complet, et surtout à l'exercice de force. Dans les cas extrêmes, le repos sur le côté droit favorise le vidage de l'estomac.

Le régime sera le même pour l'atonie avec spasme, avec cette restriction que les viandes rouges sont parfois mal supportées, à cause de leur action excito-motrice sur le pylore. Le vin et le café sont à proscrire. Les tisanes aromatiques sont moins utiles.

Pour ce qui est de la médication, s'abstenir rigoureusement des composés surrénaux, qui favorisent le pylorospasme ; la strychnine a parfois une action défavorable. Il est d'usage de conseiller la belladone et ses dérivés, dont l'action sur le sympathique et le pylore est discutable. L'auteur préfère le laudanum à petites doses, 2 à 3 gouttes quelques minutes avant le repas. Mais le meilleur calmant du spasme pylorique est le pansement gastrique par poudres inertes ou par la liqueur alcaline de Bourget. Sinon diète hydrique, lavage gastrique, compresses chaudes ou diathermie. Le massage ne se fera que sur le corps de l'estomac et non sur la région pylorique. (*Paris médical*, 3 avril 1926.)

La vaccinothérapie locale dans le traitement des urétrites chroniques et sa technique.

La vaccinothérapie antipyogène appliquée par la méthode des pointages peut être d'un secours précieux dans les urétrites chroniques soit qu'il y ait encore sécrétion purulente, soit qu'il y ait des filaments uniquement.

Le Dr Michaelis (de Bruxelles) s'est rappelé, en effet, qu'en stomatologie on avait essayé, à un moment donné, dans les cas de gingivite purulente, d'injecter quelques gouttes de vaccin en piqûres aux endroits malades même ; mais, en urologie il était difficile de faire une série de piqûres à l'intérieur du canal de l'urètre. Aussi l'auteur se servit-il d'une mince baguette de bois de 35 cent. de longueur, à bout effilé. Il enroula autour de cette baguette un bout d'ouate très mince, qu'il imbiba de vaccin antipyogène de Bruschettini, et, après introduction et éclairage à l'urétroscope de Valentini, il retira la lampe, la fixa sur les endroits enflammés et les pointa à la baguette (comme cela se fait d'ailleurs avec d'autres médicaments antiseptiques).

Ce pointage doit être assez profond néanmoins, surtout au début, c'est-à-dire qu'il ne faut pas simplement se contenter de toucher les endroits enflammés, mais ne pas craindre d'appuyer et de tourner même quelque peu la baguette sur elle-même, puisqu'on désire introduire le vaccin assez profondément.

On touche les classiques petites têtes d'épingle en bulle, constituées par les glandes de Littre enflammées. Cependant lorsqu'il n'y a que des filaments isolés, il suffit d'attoucher avec une solution antiseptique (teinture d'iode-alcool, ââ).

Dans tous les cas les premiers attouchements, même légers (urétrites vieilles de quelques mois, sans sécrétion notable et sans gonocoques décelables) peuvent amener quelques gouttes de sang ; il ne faut pas s'en effrayer. Il est remarquable, en effet, qu'au bout de quelques séances, les mêmes endroits à la suite d'attouchements profonds (cinq ou six séances, ou davantage) ne saignent plus, en même temps que les filaments diminuent, et, plus tard, les filaments diminuent, de purulents deviennent muqueux, surnagent dans l'urine et disparaissent enfin rapidement.

Le même traitement s'applique à la goutte purulente, d'origine urétrale bien entendu, où l'urétroscope et l'examen sur béniqué ne révèlent d'ailleurs bien souvent ni glandes, ni infiltrats, et que des injections de substances anti-

septiques, même légères, n'influencent pas ou influencent mal ; cette goutte où l'on retrouve des microbes associés au gonocoque, rarement le gonocoque ; cette goutte-là réagit parfaitement à la suite d'attouchements au vaccin alors que toutes les autres méthodes ont fait faillite. Naturellement il faut de 20 à 30 séances, à peu près le double des cas à filaments nombreux provenant d'inflammations plus nettement localisées.

Dans les cas d'urétrites renfermant encore du gonocoque çà et là, la vaccinothérapie purement antipyogène amène assez rapidement une sédation de la sécrétion purulente et la disparition concomitante du gonocoque. Etant donnée l'importance des infections associées, l'action du vaccin antigonococcique n'est donc pas aussi marquée que celle du vaccin antipyogène. (*Bruxelles médical*, 2 mai 1926.)

Le drainage médical des voies biliaires.

Ainsi que le fait remarquer le Dr A. Jamin, cette question se pose surtout depuis l'apparition dans la thérapeutique du tubage duodénal et de l'épreuve de Meltzer-Lyon, qui consiste, on le sait, à injecter par la sonde en place et directement dans le duodénum 30 cc. de solution de sulfate de magnésie à 30 % et à recueillir ainsi la bile vésiculaire, dite bile B.

Il y a deux méthodes pour réaliser le drainage médical des voies biliaires : l'absorption des cholagogues par la bouche et le tubage duodénal.

Le drainage par les cholagogues est moins complet ; il est le plus simple. Au sulfate de soude, au sulfate de magnésie, au calomel, etc., l'auteur préfère simplement l'huile d'olive pure, en la faisant prendre par cuillerée à bouche, trois fois par jour avant les repas. L'huile présente cet avantage d'arriver moins modifiée au niveau de l'ampoule de Vater. C'est, en outre, un cholagogue très bien toléré.

Le drainage par le tubage duodénal est plus parfait ; il peut être continu : on laisse le tube en place pendant 15 jours ou trois semaines, avec alimentation liquide. Les premiers jours, on pratique une injection de 75 cc. de solution de sulfate de magnésie ; puis, quand l'écoulement de la bile B est terminé, on fait un lavage duodénal avec 250 cc. de solution de Ringer.

Mais le drainage intermittent est plus facilement accepté (lavages une ou deux fois par semaine pendant trois semaines, un mois).

Le drainage médical des voies biliaires est un moyen thérapeutique puissant, à condition de ne pas vouloir le substituer toujours au chirurgien. Ses applications indiscutables sont : les cholécystites non calculeuses, les états hypotoniques ou atoniques de la vésicule biliaire avec les troubles qui en résultent, et principalement les migraines, les opérés de la vésicule conservant des troubles hépatiques, et les infectés du tube digestif. (*Journal des Praticiens*, 10 avril 1926.)

Accidents généraux au cours du pneumothorax thérapeutique.

Les accidents que comporte le pneumothorax sont le plus souvent peu de chose comparativement aux dangers qui attendent le malade dont les lésions ne paraissent pas devoir guérir rapidement par les moyens habituels. Ils sont, en réalité, de deux sortes. Les uns sont relativement assez fréquents ; ce sont les accidents pleuro-pulmonaires, dont quelques-uns peuvent être évités jusqu'à un certain point par une conduite prudente et logique des insufflations.

D'autres sont pour ainsi dire impossibles à prévoir. Exceptionnels par rapport aux précédents, ils surviennent brusquement, localisés dans des territoires extra-pleuraux, fort loin de la plèvre souvent. Ce sont eux qui font l'objet de cette étude de Pierre Pruvost.

Trois types méritent de retenir l'attention : accidents cérébraux, viscéraux et cutanés.

Les premiers doivent leur importance à leur localisation, aux manifestations impressionnantes auxquelles ils donnent lieu, à leur gravité dans certains cas. Après quelques symptômes d'alarme, ils sont susceptibles de revêtir une forme paralytique ou plus fréquemment une forme convulsive, rarement une forme psychique avec délire, vésanie transitoire, une forme amaurotique passagère ou une forme syncopale.

On a signalé aussi une hématurie d'origine pleurale, puis des manifestations cutanées rappelant celles des phénomènes de choc.

Bref, ces accidents extra-pleuraux, d'ordre embolique ou réflexe, peuvent survenir brusquement, les uns immédiatement pendant l'intervention, les autres tout de suite après, d'autres plus tardivement.

Mais ces accidents dont la fréquence n'atteint pas et ne dépasse certainement pas celle des accidents qui surviennent même dans les meilleures conditions au cours de la narcose chloroformique, sont exceptionnels et ne sauraient servir de contre-indication systématique à la méthode.

On ne saurait affirmer qu'ils soient évitables, car ils peuvent se produire sans cause apparente au cours ou à l'occasion d'insufflations faciles, sans pression excessive, souvent même avec des pressions négatives, quelquefois assez longtemps après une insufflation bien supportée.

Cependant certaines données doivent être retenues. Il faut :

1° S'abstenir de pratiquer le pneumothorax chez les malades trop impressionnables ;

2° Utiliser les anesthésiques et les calmants ; faire, avant une première insufflation, une injection de un centigramme de morphine, et un cmc.

de novocaïne au 100e dans la région thoracique où le trocart doit être introduit. Plus facile est encore, pour un usage continu, le gardénal la veille et le jour de l'insufflation.

3° Comme le point de départ est pleural, éviter de traumatiser les adhérences pleurales soit par l'aiguille, soit par de fortes pressions. Les insufflations ne doivent être faites que si l'aiguille est bien dans la cavité ; on évitera autant que possible la région des adhérences, souvent difficiles à situer, même à la radioscopie ; on n'emploiera pas, enfin, de fortes pressions, qui sont toujours traumatisantes. Il ne faut pas les employer dès la création du pneumothorax, ne pas les élever brusquement d'une fois à l'autre ; on doit tenir compte pour établir la pression terminale optima des réactions douloureuses et fébriles, qui traduisent l'inflammation pleurale. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mars 1926.)

La toux ne doit jamais être émétisante.

Fréquents sont les tuberculeux qui se plaignent de ne pouvoir s'alimenter parce qu'ils vomissent, à la suite de quintes de toux.

Voici comment, d'après MM. Coubard et Gallot, il faut remédier à cet état de choses :

1° Agir sur la toux, en calmant le réflexe tussigène par une médication utile et bien comprise, jamais brutale. La belladone, antispasmodique par excellence, associée à petites doses aux alcaloïdes de l'opium (codéine, dionine) est encore le médicament qui semble donner ici les résultats les plus constants ;

2° Agir sur l'estomac : *a*) par une thérapeutique appropriée : eupeptiques (gentiane, noix vomique, sauge) donnés par gouttes un peu avant les repas ; puis, à la fin des repas, une cuillerée à soupe de la solution de Pron :

Bromure de sodium desséché..	}	
Phosphate de soude sec.......	} ââ	2 gr. 50
Sulfate de soude.............	}	
Eau distillée................		250 gr.

b) En immobilisant le mieux possible l'estomac : repos en position horizontale un peu avant et surtout après le repas pendant la plus grande partie du travail digestif. Il est bon d'employer une sangle abdominale aussi simple que possible, sans pelote d'air, et pas trop haute, ne dépassant pas l'ombilic.

3° Surveiller de très près le régime alimentaire, avant tout supprimer les boissons au cours des repas : un verre d'eau de Vichy légèrement tiède une heure avant le repas, et une infusion chaude légèrement amère une heure et demie après le repas (camomille et anis, centaurée et menthe).

Eviter tous les aliments d'une digestion difficile et lente : crudités, fritures, charcuteries, conserves. Le malade mangera très lentement, mastiquera à fond et évitera les repas trop copieux.

En réglant ainsi dans ses détails la diététique des malades, en soignant leur estomac et en disciplinant leur toux, on parviendra à leur éviter cet incident fâcheux et démoralisant qu'est la toux émétisante. (*Journ. des Praticiens*, 20 mars 1926.)

Pathogénie de la colique hépatique.

Le Pr Chiray et M. Pavel démontrent que dans la colique hépatique le calcul migrateur, le corps étranger, l'inflammation pariétale, apparaissent de plus en plus comme des causes favorisantes, mais non indispensables. L'élément fondamental et déterminant réside dans la contraction spasmodique du cholécyste sous l'influence d'une excitation anormale du système neuro-végétatif. Les arguments qui le prouvent sont : 1° le début et la terminaison brusque de certaines coliques en dehors de toute cause matérielle intrinsèque ou extrinsèque (calcul ou corps étranger) et sous la simple influence d'une émotion, par exemple d'un chagrin ;

2° L'évolution raccourcie de certaines crises qui durent peu de temps, souvent moins d'une heure, parfois quelques minutes.

3° La survenance de paroxysmes douloureux au cours de coliques hépatiques.

4° La production quasi expérimentale de la douleur vésiculaire, véritable colique en miniature, chez les sujets atteints de cholécystite chronique, quand, à la suite de l'injection de sulfate de magnésie dans le duodénum se produit la contraction de la vésicule biliaire. (*La Presse médicale*, 10 février 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Encéphalite aiguë d'origine vaccinale.

(M. J. Comby. — *Soc. méd. des hôpitaux* ; 8-10-1926.)

M. Comby relate l'histoire de trois malades chez lesquels la vaccine paraît avoir joué un rôle étiologique dans la production d'une encéphalite aiguë. Il s'agit de jeunes enfants qui présentèrent, huit à dix jours après une vaccination (ayant comporté une réaction locale assez forte), des phénomènes encéphalitiques (convulsions, contractures, fièvre, paralysie...). L'encéphalite guérit mais laissa des reliquats de longue durée (sclérose cérébrale, agitation, arriération).

Différentes observations du même genre ont été publiées à l'étranger. Le pronostic est ici assez grave et comporte une mortalité élevée et des séquelles.

— M. Netter évoque à ce propos les recherches de A. Marie, Levaditi et Harvier sur les affinités neurotropes du virus vaccinal. L'encéphalite vaccinale est-elle une conséquence directe de l'action du virus vaccin sur les centres nerveux, où le vaccin joue-t-il seulement un rôle occasionnel ? Ce point reste à éclaircir.

Une autre particularité qui mérite l'attention est l'activité très grande du vaccin mis actuellement à notre disposition. Les réactions locales après les vaccinations sont aujourd'hui quelquefois très fortes et il y a peut-être là un élément favorisant pour l'encéphalite. Les accidents d'encéphalite n'ont guère été signalés autrefois, et cependant les ligues antivaccinales ont publié une copieuse littérature sur les inconvénients de la vaccine.

Conclusion pratique : en raison de l'activité du vaccin, il est préférable, chez les jeunes enfants principalement, de renoncer pour les vaccinations aux scarifications et de se borner à une ou deux insertions superficielles et minimes.

L'encéphalite post-vaccinale est grave, la mortalité des faits publiés dépassant 50 pour 100.

— M. Comby appuie les suggestions de M. Netter. Quand nous sommes appelés à vacciner des nourrissons, dit-il, ne faisons pas d'inoculations trop profondes ni trop multipliées, nous souvenant que le vaccin fourni actuellement par les différents instituts est d'une activité exceptionnelle et que son emploi peut se compliquer d'accidents nerveux d'une grande gravité. Ces accidents, d'ailleurs très rares, ne sauraient discréditer la pratique de la vaccination qui s'impose partout et toujours.

Faut il apprendre à l'enfant à marcher ?

(M. G. Variot, M. Apert. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-10-1926.)

M. Variot a étudié la prélocomotion avant la marche chez l'enfant. La marche est à l'habitude précédée d'une période pendant laquelle l'enfant s'exerce, soit en progressant avec les mains et les pieds, soit en rampant sur les mains et les genoux, soit en glissant sur le siège (marche en cul-de-jatte), etc. L'apprentissage de la marche est ainsi plus ou moins long et plus ou moins laborieux, et l'intervention des mères ou des nourrices reste utile pour aider les enfants durant cette période.

— M. Apert envisage le problème sous un autre aspect : pourquoi se demande-t-il, l'enfant ne marche-t-il pas dès qu'il est né, comme les poussins qui, à peine sortis de l'œuf, accourent aux appels de la poule, ou comme le poulain qui gambade derrière la jument ? L'auteur répond que chez le poussin et le poulain la myélinisation des centres nerveux est terminée à la naissance, tandis qu'elle ne s'achève chez l'enfant qu'à la fin de la première année.

Chez les chiens, les chats, les lapins, la myélinisation à la naissance est encore moins avancée que chez l'homme.

Chez l'enfant, cette myélinisation se poursuit dans les faisceaux pyramidaux de haut en bas. Elle est effectuée pour les membres supérieurs avant de l'être pour les membres inférieurs. L'habileté des mains du nourrisson est plus précoce que celle des jambes.

Beaucoup de mères croient qu'il faut apprendre à l'enfant à marcher. Elles le soutiennent sous les bras et l'excitent à faire des mouvements des jambes. Selon M. Apert, cela est inutile et quelquefois nuisible, puisqu'on peut faciliter de cette manière les incurvations rachitiques et peut-être aussi les pieds plats, le coxa vara, les genu valgum. L'enfant marchera de lui-même lorsque les faisceaux nerveux qui commandent et coordonnent les mouvements des membres inférieurs auront achevé leur myélinisation. La nature le fera marcher alors spontanément et mieux qu'une mère, bien intentionnée certes, mais qui va parfois à l'encontre du but visé.

Un cas d'agranulocytose.

(M. Ch. Flandin. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-10-1926.)

M. Flandin a observé un malade dont l'affection lui paraît rentrer dans le cadre de l' « agranulocytose ». Sous ce nom, Schultz et Versé ont décrit en 1922 un syndrome caractérisé cliniquement par un début brusque, des signes généraux de septicémie grave, des hémorrhagies à prédominance buccopharyngée, un état nécrotique des mêmes régions, une évolution rapide et habituellement mortelle.

Hématologiquement, on trouve, avec un nombre de globules rouges voisins de la normale, une leucopénie intense et une disparition presque complète

des polynucléaires (d'où le nom d'agranulocytose).

Cet état morbide, d'ordre infectieux, d'origine encore imprécise, a donné lieu, dans ces derniers temps, à différents travaux.

Opothérapie thyroïdienne « per os » et greffe thyroïdienne.

(M. Léopold-Lévi. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-6-1926.)

La question de la valeur comparée de l'opothérapie *per os* et de la greffe thyroïdienne dans le traitement du myxœdème a été soulevée par M. Dartigues à propos d'un malade, dont nous avons relaté l'histoire, soumis à la greffe par l'habile spécialiste qu'est Dartigues.

M. Léopold-Lévi s'étend à nouveau sur les avantages et les désavantages des deux modes de traitement. L'opothérapie par ingestion est sans inconvénients et donne, en définitive, de très bons résultats dans le myxœdème, mais elle a besoin d'être continuée pour ainsi dire indéfiniment.

La greffe a pour infériorités : d'être une opération, avec ses risques petits et grands, d'être dispendieuse et de ne pas toujours « prendre ». La difficulté d'obtenir une greffe durable a conduit les chirurgiens à varier le lieu d'insertion du greffon : péritoine, peau de l'abdomen, région mammaire, rate (Payr), tibia (Kocher), vaginale (Dartigues).

Admettant que la greffe persiste une vie entière, les résultats sont-ils supérieurs à ceux de la thyroïdothérapie *per os* ? Dans l'observation de MM. Dartigues et Heckel, le malade a augmenté de taille, mais pas plus proportionnellement après la greffe qu'il ne le faisait avec le traitement par ingestion. On peut en outre craindre que l'hypertrophie du greffon ne cause des phénomènes d'hyperthyroïdisme, comme l'a noté Kocher au niveau d'un greffon péritonéal, devenu un véritable « goitre abdominal ».

— M. Dartigues répond que, dans sa pensée, greffe thyroïdienne et opothérapie ne doivent pas s'opposer mais s'entr'aider. L'endocrinologie chirurgicale est une chirurgie nouvelle, encore à son aurore, dont on doit poursuivre la réalisation pour ses résultats à venir plus que pour ses résultats présents, encore imprécis. Son but, en fournissant au malade un organe fonctionnant à la place d'un organe défaillant, est de remplacer non toujours mais dans certains cas l'endocrinothérapie médicale.

— M. R. Gaultier rappelle les recherches expérimentales de Pézard. Cet auteur put transformer par des greffons testiculaires des poules en coqs, et inversement, par des greffons ovariens, des coqs en poules. Il ne désespère pas de montrer bientôt des œufs de coq.

Mongolisme et myxœdème.

(M. Léopold-Lévi. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-6-1926.)

M. Léopold-Lévi revient sur un point qu'il a déjà abordé lors de la communication de MM. Dartigues et Heckel, à savoir le diagnostic entre le mongolisme et le myxœdème. Il indique les principales différences entre les deux états.

Morphologiquement, le myxœdémateux offre une infiltration de tout le corps, qui manque chez le mongolien ; celui-ci, d'autre part, a les paupières bridées, fendues en amande, limitées en dedans par un repli semi-lunaire (l'épicanthus).

L'expression du visage est, chez le myxœdémateux, indifférente, morose. Chez le mongolien, elle est mobile, variable, parfois gaie, même comique. L'oreille est petite, renversée en dedans, avec lobule adhérent (oreille de singe de Kassowitz).

La laxité des articulations manque dans le myxœdème et est très accentuée chez le mongolien : dans un cas de Brudzinski, l'enfant mettait ses pieds au niveau de son cou.

Psychiquement, le myxœdémateux est apathique, lent ; le mongolien est enjoué, imitateur. Même non soigné, il apprend à dire quelques mots qu'il prononce mal d'ailleurs.

Des anomalies multiples (affections congénitales du cœur, pied bot, etc.) coïncident avec le mongolisme ; cela tient à ce que cet état est une maladie totale du développement, dans certains cas hérédo-syphilitique.

L'évolution est différente. Le myxœdème ne s'améliore pas sans traitement ; le mongolisme peut s'atténuer spontanément.

La tache mongolique n'est, en aucune façon, un caractère de l'idiotie mongolienne. Elle est fréquente chez les nouveau-nés de races colorées (mongols, africains) et se rencontre parfois chez les enfants blancs, en dehors de tout mongolisme.

— M. Petit de la Villéon fait remarquer que la race mongole (qu'il a connue comme chirurgien militaire pendant la campagne des Boxers, en Chine) est particulièrement intelligente. Le terme d'idiotie mongolienne ne doit donc pas être pris dans un sens péjoratif. L'auteur se demande ce que peuvent penser les Mongols, s'ils nous lisent, de l'épithète ainsi donnée à une catégorie de nos crétins.

Diphtérie généralisée.

(M. Raymond Petit. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-6-1926.)

M. R. Petit est appelé, en janvier dernier, auprès d'une femme de 38 ans se plaignant de rétention d'urine. L'examen vulvaire montre des fausses membranes sur les grandes lèvres, sur la colonne antérieure du vagin. Fausses membranes également sur la gorge, les amygdales, le voile. Le microscope et les cultures révèlent du bacille diphtérique court.

Malgré un traitement sérothérapique intensif, l'infection diphtérique s'étend à l'œsophage, à l'estomac (vomissements de membranes), à la vésicule biliaire (ictère par obstruction), à l'intestin (fausses

membranes dans les selles). Mort le vingt-huitième jour.

En résumé, diphtérie généralisée, grave plus par sa diffusion que par son germe (bacilles courts). L'abondance des surfaces de culture du bacille représente sans doute la raison pour laquelle le sérum est resté impuissant. De tels cas de diphtérie généralisée paraissent très rares.

P. L.

Lyon.

Thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral.

M. R. Gaillard. Fillette de 11 ans qui, à la suite d'une otite d'origine grippale, fut prise de symptômes septicémiques avec grands frissons et température très élevée. L'intervention permit de constater l'existence d'une thrombo-phlébite du sinus latéral.

Calcul géant du rein.

M. Giuliani montre un volumineux calcul du rein (80 gr.) qu'il a enlevé par néphrotomie.

Société médicale des Hôpitaux.

Nanisme du type Lorrain.

MM. Mouriquand, Bernheim et Mme Gardère présentent une fillette de 8 ans qui mesure 102 cm. et pèse 15 kgr. L'enfant est bien proportionnée, ne présente pas de myxœdème, ni aucun signe somatique. Elle a seulement une figure vieillotte et triste. L'intelligence est normale. Comme étiologie, on relève : 1° la prématuration, l'enfant est née à 7 mois ; 2° des fautes alimentaires : de 1 an à 18 mois l'enfant, mise en nourrice, ne reçut que deux repas par jour, composés de pain, de café et de soupe. A noter qu'elle ne présenta jamais aucun signe de rachitisme.

Démarche en génuflexion et état figé.

MM. Froment et A. Chaix. Malade de 42 ans qui, consécutivement à une infection grippale survenue en 1919, offre un type inédit de trouble de la marche : celle-ci se fait en génuflexion, d'abord légère, puis de plus en plus marquée à mesure que la fatigue survient. Il existe en même temps un léger état figé, qui exclut l'idée de trouble pithiatique. Amélioration par l'urotropine, l'hyoscine, la suppression des talons hauts, la marche au pas de parade (qui ménage les quadriceps).

Otospongiose et métabolisme basal.

MM. Rebattu et Mounier-Kuhn résument quelques constatations qu'ils ont pu faire à propos de l'otospongiose, affection caractérisée par une surdité progressive bilatérale, apparue de préférence à la puberté sans affections rhinopharyngées ni otitiques, avec prédominance habituelle de la surdité pour les sons aigus, et s'observant surtout chez la femme. Contrairement aux conclusions de Jousseaume, les auteurs ont constaté, chez huit sujets atteints de cette affection, une diminution du métabolisme basal. Ces résultats montrent nettement l'intervention d'un facteur endocrinien dans la pathogénie de l'otospongiose.

Hémopneumothorax spontané.

MM. Bouchut et Beaupère relatent l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui brusquement, sans cause apparente, ressentit une violente douleur sous le sein droit. A l'examen, on constata l'existence de signes hydro-aériques indiscutables et trois ponctions exploratrices ramenèrent du sang rouge noirâtre. Radioscopie : image hydro-aérique. Le malade s'améliora progressivement et guérit complètement en moins de deux mois. Il n'avait jamais toussé ni craché. L'inoculation du liquide au cobaye resta négative. Les auteurs n'ont trouvé dans la littérature aucune observation analogue.

Les tumeurs des méninges craniennes et rachidiennes.

M. L. Bériel expose une revue de cette question basée sur dix-neuf cas personnels. Ces tumeurs sont, dans la règle, des tumeurs primitives. On doit en distinguer, tant au rachis qu'au crâne, deux grands groupes : celles de la méninge molle, qui paraissent se développer aux dépens de l'arachnoïde, et celles de la dure-mère, les premières étant plus fréquentes au rachis, les secondes au crâne.

I. Tumeurs des méninges rachidiennes.

A. *Caractères anatomiques.* Les tumeurs arachnoïdiennes sont de consistance molle, isolées dans le liquide céphalo-archidien, de forme ovoïde, de coloration verdâtre. Histologiquement, leurs caractères sont assez variables : aspect myxoïde ou fibrillaire, ou rappelant le sarcome globo-cellulaire. En dépit de cet aspect, l'évolution anatomique est lente ; ces tumeurs ne tirent leur gravité que de la compression médullaire et sont chirurgicalement curables.

Les tumeurs de la dure-mère sont dures, jaune clair, allongées, adhérentes à la dure-mère sur une large face. Ce sont les tumeurs souvent décrites sous le nom de psammomes. Leur évolution est extrêmement lente : huit à quinze ans.

B) *Caractères cliniques.* Dans l'une et l'autre variété, ce sont uniquement des signes de compression médullaire : paraplégie, avec adjonction fréquente de troubles du type radiculaire : douleurs (parfois très vives, mais pouvant manquer complètement), anesthésies en bandes, atrophies, abolition isolée de certains réflexes tendineux.

C. *Thérapeutique.* Toutes ces tumeurs doivent être opérées ; elles sont énucléables et peu récidivantes. La seule difficulté est de faire un diagnostic précis.

II. TUMEURS DES MÉNINGES CRANIENNES.

Les tumeurs de la dure-mère sont ici les plus fréquentes. De consistance dure, parfois calcifiées, elles font corps avec la membrane qu'on doit réséquer en partie pour les extraire. Histologiquement, ce sont des psammomes. Elles se développent à la face interne de la dure-mère et leur évolution se fait en général dans la profondeur en refoulant le cerveau ; on peut aussi observer une évolution sarcomateuse et, plus souvent, une évolution vers l'extérieur, à travers les os du crâne (ancien fongus de la dure-mère). En tout cas, l'évolution est toujours lente (plusieurs années).

Cliniquement, ces tumeurs ne donnent jamais le syndrome des tumeurs cérébrales proprement dites (gliomes) : ou bien elles restent latentes, même si elles sont très volumineuses ; ou bien elles donnent des signes locaux variables suivant leur siège : paralysies, épilepsie. Dans le cas de sarcomatose, on peut avoir des signes diffus, qui sont plutôt des signes rappelant la paralysie générale ou la démence ; quant à l'évolution vers l'extérieur, elle peut donner une tumeur sensible à la pression et des signes radiographiques.

Ces tumeurs sont extirpables chirurgicalement, mais il s'agit là d'interventions plus graves que sur le rachis.

Les *tumeurs des méninges molles* ont une évolution anatomique et une représentation clinique trop complexes pour se prêter à une description d'ensemble.

Le cancer rachidien. Principaux types anatomo-cliniques.

MM. BÉRIEL et PÉTOURAUD présentent, avec des projections à l'appui, le résumé de l'étude des cas de cancer rachidien qu'ils ont pu observer (v. thèse de Pétouraud, Lyon, 1926). Sous ce nom on doit comprendre les diverses variétés de tumeurs malignes des os du rachis. Pratiquement il s'agit de tumeurs secondaires, qui, quel que soit le siège du cancer primitif, obéissent dans l'ensemble à des lois communes indépendantes de leur nature.

Les auteurs décrivent trois grands types de cancer rachidien :

1° *Les formes destructives*, de beaucoup les plus fréquentes, dont les lésions macroscopiques sont généralement très comparables à celles du mal de Pott et aboutissent à des écrasements, à des luxations ou des *fractures pathologiques* amenant des déformations de la colonne et du canal. Cliniquement, on observe tous les types de paraplégies progressives, généralement douloureuses, et, de plus, des signes locaux (radiographie). Les symptômes nerveux relèvent non seulement de l'écrasement, de l'attrition, mais aussi de la pachyméningite externe cancéreuse. Au point de vue thérapeutique, ces formes sont, comme les suivantes, au-dessus de nos ressources.

2° *L'ostéite cancéreuse*, moins fréquente, caractérisée par des lésions très fines étendues sur de nombreux segments rachidiens. Ici il n'y a pas de signes locaux, la radiographie ne donne aucune indication ; les symptômes nerveux sont conditionnés uniquement par la pachyméningite et le diagnostic est fort malaisé avec les affections médullaires primitives.

3° *Les cancers à forme de tumeur intra-rachidienne*, dans lesquels, bien que le néoplasme soit osseux, on voit surtout se développer un nodule dans l'intérieur du canal. Ce sont des cas très rares, surtout consécutifs aux cancers thyroïdiens. Là, une intervention chirurgicale peut être utile.

Dysbasie au « pas de parade ».

MM. MOURIQUAND, FROMENT et BERTOYE attirent l'attention sur la singulière démarche d'un enfant de six ans : solennelle, un peu figée, les bras immobiles, elle imprime à l'un des membres inférieurs un mouvement d'extension brusque rappelant le pas de parade. Les auteurs rattachent ce trouble à l'encéphalite.

Méningite à pneumo-bacille de Friedlander.

MM. A. DUFOURT, DELATTRE et BONNET relatent l'observation d'un enfant de 9 mois qui, après quelques jours de fièvre sans localisation, présenta une arthrite tibiotarsienne gauche et, quelques jours après, des signes méningés ; à la ponction lombaire liquide trouble avec polynucléose et pneumobacilles de Friedlander en quantité énorme que l'on retrouve dans le liquide de l'arthrite. On est par la suite frappé de la résistance de l'enfant à cette infection d'ordinaire rapidement mortelle. L'enfant succomba seulement au bout de deux mois et demi.

A. C.

Les Congrès

XXXVe Congrès de l'Association française de Chirurgie

(*Suite et fin*) (1)

COMMUNICATIONS

Quelques détails techniques dans la chirurgie du cancer.— M. JEANNENEY (Bordeaux). Le chirurgien doit s'efforcer de pratiquer toujours l'exérèse « élargie » de la tumeur et des lymphatiques. L'auteur a l'habitude de disséquer les régions suspectes au thermocautère.

La technique est facile et sans danger, à condition de procéder à petits coups rapides surtout au voisinage des vaisseaux. Cependant, chez les sujets gras, la graisse brûlée peut venir obturer la lame du thermo. Cette technique employée depuis deux ans a donné

(1) *Concours Médical* nos 45, 46 et 48.

toute satisfaction à l'auteur dans les évidements ganglionnaires de l'aisselle et du cou pour cancer du sein et de la langue.

La question du drainage dans l'appendicite aiguë. — M. Chalier (de Lyon). Quand l'opération est précoce, le drainage est inutile, car tout se passe comme dans une appendicectomie à froid.

Quand l'opération est retardée, mais que l'appendice a pu être enlevé sans « fuite », on se contente d'assécher le péritoine, de faire la toilette des anses intestinales ; et là encore le drainage n'est pas nécessaire.

Par contre, si l'intervention a présenté des difficultés ou des incidents d'asepsie ou d'hémostase, il faut drainer par mèche de gaze.

Dans les cas de péritonite appendiculaire légère diffuse, avec liquide trouble, peu abondant, sans gaz ni odeur, on peut, après ablation de l'appendice, fermer sans drainer, ou mieux laisser dans le Douglas un drain de petit calibre pendant deux ou trois jours.

Dans les formes graves de péritonite diffuse avec gangrène, perforation, liquide purulent, l'auteur rejette la fermeture complète suivant la méthode d'Ombrédanne et pratique autour du cæcum et du moignon appendiculaire non enfoui un drainage « en pieuvre » à l'aide de trois ou quatre compresses en éventail. De plus un drain est laissé dans le Douglas.

S'il s'agit d'abcès péri-appendiculaires, l'ablation systématique de l'appendice s'impose, après aspiration du pus. On termine par un tamponnement plus ou moins serré. En cas d'abcès à localisation pelvienne, un drain est laissé verticalement dans le Douglas.

M. J.-L. Faure (de Paris) croit qu'il est nécessaire de laisser largement ouverte toute plaie opératoire après intervention à chaud. Le sac de Mikulicz réalise parfaitement le drainage et maintient en même temps la béance de la plaie. La fermeture systématique d'Ombrédanne lui paraît dangereuse.

M. Témoin (de Bourges) reste fidèle à la formule de l'intervention précoce dans tous les cas d'appendicite. Il faut toujours enlever l'appendice, souvent drainer, et se contenter du minimum de manœuvres intra-abdominales. En général, la guérison est de règle si l'infection est restée localisée au péritoine sous-ombilical ; la mort n'est guère évitable si l'infection a gagné l'étage abdominal supérieur.

Quatre nouvelles observations d'extirpation abdomino-périnéale du rectum avec guérisons. — M. Chaton (de Besançon) résume ces quatre observations et précise certains points de technique. Etant données la longueur et la difficulté du temps abdominal, il importe de réduire autant que possible les temps accessoires. Dans ce but, le bout intestinal qui deviendra l'anus définitif n'est pas fixé, mais seulement extériorisé largement et maintenu par une pince qui empêche son retour dans l'abdomen.

L'exérèse périnéale peut être faite rapidement de la façon suivante : une des branches de l'écraseur de de Martel est laissée sur le bout qui doit tomber. On l'utilisera comme tracteur pour exécuter l'exérèse rétrograde qui ne demande ainsi que quelques instants.

Le sarcome de la mastoïde chez le nourrisson. — M. Oltramare (de Genève). Un enfant de trois mois présente une tumeur mastoïdienne à développement rapide. Extirpation relativement facile. L'examen histologique révèle un sarcome alvéolaire à petites cellules rondes. En dépit d'un pronostic immédiat fort sombre, l'enfant se maintient en bonne santé depuis deux ans.

A noter que le développement de la région s'est considérablement modifié. La mastoïde semble bifide. On peut donc penser que le point de départ est bien la mastoïde, quelque paradoxale que puisse paraître cette hypothèse en contradiction formelle avec les données embryologiques.

Films d'ostéochondrites de la hanche. — M. Rœderer fait passer plusieurs films représentant des ostéochondrites de la hanche. Il montre qu'il s'agit là d'une maladie d'évolution, développée sur des hanches normalement constituées d'abord, et caractérisée, au cours d'une première période, par la décalcification, l'amincissement, la fragmentation du noyau. En outre, un épaississement du col se produit à cette époque.

Durant une seconde période qui dure très longtemps, s'opère la réintégration du noyau, sa recalcification, la reprise de sa densité et de son volume.

Certaines de ces taches demeurent, peut-être, fragiles, et peuvent, semble-t-il, être le siège d'arthrites juvéniles ou, plus tard, de morbus coxæ senilis.

Des phénomènes analogues peuvent se produire sur des hanches anormalement constituées congénitalement, mais les cas que M. Rœderer a suivis n'ont rien de commun avec la luxation de naissance.

Traitement de choix de l'ulcus jéjunal. — M. Victor Pauchet (de Paris). L'ulcus jéjunal est généralement consécutif à une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Il peut être évité si le chirurgien fait la gastrectomie systématique dans tous les cas d'ulcus gastrique, et si, en cas d'ulcus duodénal, avec hyperchlorhydrie forte, il fait la résection large de l'estomac concurremment à celle de l'ulcus duodénal.

L'ulcus jéjunal est une complication très grave qui survient dans 3 p. 100 environ des cas de gastro-entérostomie. Pour l'éviter, il faut que la gastro-entérostomie soit faite correctement, que le malade soit traité médicalement après l'opération ; il faut surtout s'abstenir de gastro-entérostomie dans les cas d'hyperacidité forte.

La grande complication de l'ulcus jéjunal, c'est la perforation du côlon et la formation d'une fistule gastro-jéjuno-colique. Dans ce cas, ne pas faire la libération pure et simple de l'estomac, du jéjunum


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 °/o d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)
Suppriment l'emploi des compte-gouttes.

et du côlon, mais traiter par la gastrectomie large, avec colectomie segmentaire, sans ouvrir les viscères ; cette opération mutilante est plus sûre que la précédente.

Tout ulcus jéjunal post-opératoire soupçonné sera immédiatement opéré. Ne jamais tenter le traitement médical, qui est inefficace ou produit la sténose cicatricielle de la bouche anastomotique.

Le seul traitement de l'ulcus jéjunal post-opératoire est la résection de l'anse jéjunale adhérente et la gastrectomie très large.

La résection jéjunale sera traitée par l'anastomose bout à bout.

Quelques détails techniques sont à recommander :

a) Réséquer l'ulcus duodénal en même temps que l'estomac ;

b) Si la résection jéjunale porte au ras des vaisseaux mésentériques, par suite de l'extême brièveté de l'anse jéjunale, il faut éviter le contact du suc jéjunal avec les anses intestinales, ce qui pourrait produire une péritonite irritative, dont la conséquence peut être la production d'adhérences et un circulus vitiosus ;

c) Eviter de léser les arcades coliques, ce qui pourrait produire l'ischémie du côlon et nécessiter la résection colique.

La gastrectomie pour ulcus jéjunal donne une mortalité qui n'atteint pas 10 p. 100. Il est possible de prévenir cette complication en faisant systématiquement la gastrectomie, quand l'ulcère duodénal s'accompagne d'hyperchlorhydrie forte. Cette résection donne 3 p. 100 de mortalité.

Ulcères perforés : excision et pyloroplastie. Note sur l'évacuation gastrique ultérieure.—M. Grimault (d'Algrange) présente trois observations inédites d'ulcères prépyloriques perforés traités par l'excision et la pyloroplastie. Déjà antérieurement, trois autres malades avaient été traités de la même façon.

Les six opérés ont parfaitement guéri. Ils ont été suivis pendant des délais variant de trois ans et demi à six mois.

L'examen radioscopique pratiqué à plusieurs reprises a montré que le pylore avait retrouvé son jeu physiologique valvulaire normal.

Ce procédé simple et rapide est indiqué dans le cas où l'enfouissement de l'ulcère perforé est difficile, surtout dans les cas graves où il faut aller vite, enfin quand il s'agit d'ulcères perforés ouverts avec abcès.

M. Pauchet (de Paris) fait alors remarquer que le traitement de l'ulcus duodénal perforé et celui de l'ulcus gastrique sont différents.

Dans le premier cas, le traitement de choix c'est l'excision et la pyloroplastie.

Dans le second cas, on doit se contenter de la suture pure et simple. En présence de lésions trop étendues, on peut être amené à pratiquer une gastrectomie de nécessité.

Après la suture d'un ulcus gastrique, il est inutile de faire la pyloroplastie ou la gastro-entérostomie.

Quelques semaines après l'opération, faire le tubage, la radiographie et l'étude clinique des symptômes.

M. Tailhefer (de Béziers) communique un cas très curieux d'une guérison qui se maintient après trois ans et demi, d'un ulcère perforé de la petite courbure.

Il avait traité cet ulcère d'urgence, par une seule suture, sans adjonction de gastro-entérostomie ni de gastro-pylorectomie. La guérison a été contrôlée par l'examen radioscopique.

M. Pauchet (de Paris), au sujet de la communication précédente, affirme qu'il n'est pas douteux qu'un estomac suturé puisse guérir définitivement. Ce cas lui paraît cependant l'exception. Rien ne garantit que dans l'avenir l'ulcus suturé ne fera pas du cancer ou une hémorragie.

Il est indiqué de suturer l'ulcus perforé de la petite courbure, c'est le traitement de choix, mais cela ne suffit pas. Il faut pendant des mois surveiller le malade cliniquement, radiographiquement et chimiquement, pour pratiquer la gastrectomie au moindre nouveau symptôme.

Un procédé de suture bout à bout du côlon après résection. — M. Félix Papin (de Bordeaux) décrit une technique destinée à supprimer la gêne considérable qu'apporte dans une suture colique bout à bout le méso souvent gros et étalé sur une partie de la circonférence du gros intestin. Pour cela, le côlon ayant été sectionné extrêmement obliquement, il ferme sur chaque extrémité colique dans une étendue de quelques points, la lumière intestinale dans la partie avoisinante le méso. Les deux orifices sont ainsi entourés sur tout leur pourtour d'une surface séreuse, et peuvent être suturés l'un à l'autre comme si le méso n'existait pas. Ce nouveau procédé d'anastomose est intermédiaire entre la termino-terminale et la latéro-latérale.

M. Pauchet (de Paris), comme suite à la communication précédente rappelle qu'il pratique des résections du côlon depuis vingt-six ans.

Il a commencé par utiliser la suture bout à bout avec 50 p. 100 de mortalité. Plus tard, il a pris l'habitude de créer en même temps un anus exact de sûreté ; la mortalité s'est abaissée à 30 p. 100. Plus tard encore, il a fait des colectomies totales avec abouchement bout à bout de la sigmoïde et de l'iléon avec 25 p. 100 de mortalité.

Dans ces dernières années, il s'est contenté de réséquer suivant la méthode de Mikculicz ; la mortalité n'est plus que de 10 p. 100.

Transfusion artério-veineuse. — MM. Guillot et Dehelly (du Havre) ne transfusent que du sang artériel. Ils croient les résultats meilleurs que lorsqu'ils transfusaient du sang veineux. Cette technique est à recommander, surtout en cas d'extrême urgence, quand on ne peut faire l'épreuve du test

des sangs. On ne note pas dans la transfusion artério-veineuse le moindre accident de choc. La statistique porte sur trente cas.

M. PAUCHET (de Paris) reproche à la transfusion artério-veineuse :

1° De sacrifier une artère, ce qui supprime les donneurs professionnels ;

2° De ne pas permettre de mesurer la quantité de sang transfusée.

Il ne croit pas que le sang artériel remonte plus vite les malades que le sang veineux. Pendant la guerre, il a observé, en utilisant la méthode préconisée par Dehelly, des accidents hémoclasiques graves. Il craint que l'anastomose artério-veineuse ne vienne compliquer une opération qui, pour le plus grand avantage des blessés, doit devenir à la portée de tous les praticiens.

Calcification d'un greffon cartilagineux cranien.— M. KRAFFT (de Lausanne). On considère d'ordinaire qu'un greffon cartilagineux destiné à obturer un orifice cranien post-traumatique ou post-opératoire persiste tel ou se résorbe par imprégnation fibreuse progressive.

L'auteur vientd'observer un fait qui contredit cette hypothèse.

Il s'agit d'une femme atteinte d'épilepsie Jacksonienne, trépanée une première fois dans son jeune âge, trépanée de nouveau pour récidive des crises et à qui on avait placé une greffe cartilagineuse au moment de cette seconde intervention.

A quelques années de là, nouvelle récidive ; on réopère et supprime le greffon, qui, sous l'écran, semblait faire saillie fortement vers l'intérieur au point de comprimer sans doute le cerveau et de déclancher les crises nerveuses.

La malade a complètement guéri. Elle porte simplement une lame protectrice en aluminium.

L'examen histologique du greffon montre, à côté de certaines portions demeurées purement fibreuses, d'autres portions fortement fixées à l'os voisin et imprégnées d'une substance intercellulaire homogène calcifiée.

Cette transformation, après huit ans, d'un tissu cartilagineux, est intéressante à deux points de vue. Elle réhabilite la greffe cartilagineuse, mais elle met en garde les chirurgiens contre la possibilité d'une prolifération excessive, susceptible, dans un temps plus ou moins long, de comprimer la masse cérébrale sous-jacente.

Sarcome de l'œsophage. Traitement radiumthérapique. — M. GUISEZ (de Paris). Le sarcome de l'œsophage est une véritable rareté comparé à l'épithélioma, et, ce qui est plus exceptionnel encore, est de pouvoir en poser le diagnostic sur le vivant.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de tumeur bourgeonnante du tiers moyen de l'œsophage chez un malade âgé de cinquante-quatre ans, ayant amené la sténose à peu près complète de ce conduit. L'examen biopsique d'un fragment enlevé à la pince sous l'œsophagoscope a démontré qu'il s'agissait nettement d'un sarcome fuso-cellulaire.

On ne connaissait jusqu'à présent qu'un cas de von Aeker où l'examen histologique d'un fragment enlevé sous-endoscopie avait permis de diagnostiquer un sarcome globo-cellulaire.

Par les applications locales de radium, la tumeur a disparu très rapidement, rendant au malade une déglutition normale, qui s'est maintenue telle pendant dix mois, mais la tumeur a récidivé un peu plus bas et cette nouvelle localisation s'est montrée beaucoup plus radio-résistante que la première : le sarcome était alors mitigé de carcinome.

Les kystes hydatiques de la vessie. — M. NICAIZE (de Paris) a retrouvé 3 observations de kyste hydatique du foie ouvert dans la vessie, 3 observations de kystes de la partie gauche de l'abdomen, sans localisation précise nette, ouvert cependant directement dans la vessie, 11 cas de kystes hydatiques du bassin ouverts dans la vessie, 5 kystes hydatiques du bassin ouverts dans la vessie non spontanément mais à la suite d'interventions ou de traumatismes.

Il a noté 3 fois l'émission d'hydatide par l'urèthre et 1 fois par l'urèthre et par l'anus.

Hématome intra-musculaire spontané de l'avant-bras. — M. BUSCARLET (de Genève). — Si les hématomes du mollet sont fréquents, à la suite d'un violent effort, il n'en est pas de même au bras, et ayant eu l'occasion d'en observer un, l'auteur croit intéressant de le publier.

Un homme de 50 ans, s'est réveillé le matin avec une tumeur douloureuse de l'avant-bras droit. Il s'agissait d'un hématome survenu sans cause appréciable dans la masse musculaire au-dessous du pli du coude. Le sang fusa dans les gaines tendineuses du bras et de la main et tout le membre devint verdâtre. Guérison par l'immobilisation, légère compression et massages.

Un tour de main pour placer aisément l'appareil de marche de Delbet pour fractures de jambe. — M. ABADIE (d'Oran). Le principe est dans la position du malade, couché, jambe verticale tombant en dehors de la table, au ras du bord de celle-ci ; la contre-extension est assurée par un seau d'eau.

La réduction s'effectue d'elle-même, les muscles postérieurs de la cuisse étant relâchés.

On peut tout à loisir mettre les attelles latérales que leur longueur permet d'entrecroiser au-dessus du genou momentanément ; puis le collier supérieur qu'il faut bien remonter en arrière ; enfin le collier inférieur.

Il ne reste plus, sans effort de traction, qu'à corriger pendant la prise angulation et rotation, s'il en est besoin.

L'auteur fait projeter sept photographies.

Subluxations congénitales de la hanche. — M. CALOT (de Berck) rappelle que bon nombre de

cas étiquetés rhumatisme local, arthrite sèche, déformante, morbus coxæ senilis, osteochondrite ou coxaplana, voire même coxalgie, ne sont souvent que des subluxations congénitales méconnues.

L'erreur est possible à tous les âges.

Le diagnostic des subluxations se fait surtout par la radiographie qui montre un ensemble de signes importants :

1° Du côté du cotyle ;

2° Du côté de la tête fémorale ;

3° Au niveau du col.

Pour ce qui est du traitement, les préférences de l'auteur vont aux méthodes conservatrices.

Anesthésie locale dans la réduction des fractures. — M. Perrin (de Lyon) emploie le plus souvent possible l'anesthésie locale dans la réduction des fractures ouvertes ou fermées. Il se sert d'une solution de novocaïne à 2 p. 100 et d'une seringue solide, bien en main rappelant celle dont usent les dentistes.

30 fois, il a utilisé la méthode avec succès : 4 fractures de Dupuytren, 2 fractures de jambes, 3 fractures de la diaphyse humérale, 5 de l'avant-bras, 1 de l'olécrâne, 14 de l'extrémité inférieure du radius, 1 de la clavicule.

Il insiste sur la nécessité d'injecter avec soin le périoste. Les malades souffrent un peu après la réduction pendant l'élimination de l'anesthésique ; cependant, la méthode mérite d'être employée quand pour une raison quelconque on se méfie de l'anesthésie générale.

Chastenet de Géry et Dariau.

Les Thèses

P. — Dr G. Verger, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethérapie.** (Gaston Doin, éditeur, 1925.)

Dans ce travail inaugural très important, illustré de planches fort belles, l'auteur, fort de nombreuses observations, expose que les épithéliomas du maxillaire supérieur ne sont jamais opérables si on ne considère comme opérables que les cas où le cancer peut être enlevé en vase clos, le bistouri ou la pince ne travaillant qu'en tissu sain. En général, ce sont des variétés histologiques assez sensibles aux radiations.

La rœntgenthérapie ou la curiethérapie seules n'ont donné des résultats heureux qu'à titre tout à fait exceptionnel parce que :

a) Ces cancers sont toujours très étendus et il est impossible de dépister tous leurs prolongements par la simple inspection clinique même associée à l'examen radiographique ;

b) Ces cancers sont rapidement le siège d'infection secondaire accentuée, car ils envahissent rapidement les fosses nasales, et ils provoquent des nécroses osseuses, condition mauvaise pour l'action des radiations ;

c) Ces cancers envahissent d'épais massifs osseux, rebord alvéolaire et voûte palatine toujours, rebord orbitaire inférieur et os malaire parfois. La stérilisation d'épithéliomas qui ont envahi des masses osseuses est souvent difficile. Elle détermine toujours des accidents de radio-nécrose, cause de suppurations prolongées qui peuvent entraîner une cachexie mortelle.

Pour ces raisons, il est nécessaire de préparer la radiothérapie par une intervention chirurgicale préalable.

Envisagés sous ce nouvel aspect, les épithéliomas du maxillaire supérieur se présentent au chirurgien à deux stades :

a) Au premier stade, limité, où la chirurgie par la résection osseuse du maxillaire, complétée par le curettage, peut atteindre le cancer dans tous ses prolongements. Dans ce cas, l'épithélioma envahit le processus alvéolaire et la voûte palatine ; il envoie presque toujours des prolongements dans la fosse nasale, au niveau de l'ethmoïde postérieur, au plancher de l'orbite dans sa portion interne, à la face antéro-externe des muscles ptérygoïdiens dans leur moitié externe. Il respecte la peau et les ganglions, la cavité orbitaire et la dure-mère, le voile du palais et le cavum, la fosse temporale, la fosse ptérygo-maxillaire et l'insertion des ptérygoïdiens.

b) Au dernier stade, d'envahissement, où la résection osseuse, même prolongée par le curettage, ne peut poursuivre le cancer dans tous ses retranchements : la peau et les ganglions sont envahis, ou bien la cavité orbitaire et l'endocrâne, ou encore la fosse temporale, la fosse ptérygo-maxillaire, ou enfin le voile du palais et le cavum.

c) Cette division est forcément schématique : elle est toute relative et dépend de chaque chirurgien. Par expérience et par analogie avec des faits précédemment observés, l'opérateur à la suite de son intervention classera chaque tumeur dans l'une ou l'autre catégorie. Elle n'en reste pas moins, pour le moment, très importante, car le traitement par les radiations variera suivant chaque stade. Il en est de même du pronostic.

Au stade limité, la chirurgie suivie immédiatement par la curiethérapie donnera, dans la majorité des cas (60 %), d'heureux résultats.

Au stade d'envahissement, la chirurgie suivie immédiatement de la curiethérapie a donné des résultats médiocres (33 %).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

La Journée du « Concours Médical » Le Dîner et la soirée.

Le *Concours Médical* est fidèle à ses traditions..... qui sont de bonnes traditions.

La journée a permis de satisfaire aux plus hautes, celles d'ordre professionnel ; la soirée est réservée à de plus intimes — *paulo minora sed meliora canamus* — de cordialité, d'art, osons dire de gourmandise.

Sept heures, chez Marguery où est installée, comme on sait, l'une des plus célèbres chaires de physiologie culinaire. On entre, on se presse.

Le Président Gassot reçoit la main tendue, le cœur dedans. Duchesne est près de lui, actif, mobile, auréolé de son triomphe aux Journées médicales de Montpellier.

Sept heures trois quarts, dans la magnifique salle Renaissance, huit tables parées, fleuries et bien occupées : poudre d'or et de lumière, gais visages, timbres clairs, estomacs pieux.

La table d'honneur n'en finit pas. Le Président Gassot, préside. On a l'impression du vieux Burgrave chenu, entouré de tous ses enfants. Mais il n'a pas fouillé en vain pour eux la profondeur des mers, la brousse giboyeuse, ni le cellier.

A ses côtés, d'illustres convives : le Dr Chauveau, en médecine maître ès deux sens : odorat et ouïe ; au Sénat, maître en un troisième... le bon.

Le Pr Roger, doyen de la Faculté de Médecine, si fin et d'une affabilité si exquise.

Le doyen de la Faculté de Montpellier Euzière — eh ! le midi monte — dans le cheveu, un coup de vent fait mi-partie d'autan et de mistral, ce qui glisse sous la chevelure de la chaleur et de l'esprit.

Le Pr Delmas, de Montpellier aussi, toujours en alerte du bon mot qu'il vient de faire ou de celui qui va sortir, et qui semble apporter de cette vieille Faculté un peu de l'ombre vivante et riante de Rabelais.

Le Pr Lian qui dégage toute la cordialité d'un maître... du cœur. Le Pr Dubreuil-Chambardel, de l'école de médecine de Tours, qui fait de l'anatomie plus qu'une science, un art. Les docteurs Beckers et Mayer, rédacteurs de *Bruxelles médical* et créateurs des Journées médicales, dont il s ont fait du premier coup un modèle inégalé et inégalable, et qui sont entourés d'une sympathie chaude et unanime.

Voici la phalange des professionnels : docteur Bellencontre, président de l'Association générale des Médecins de France, maître des distinctions et des élégances ; le président de l'Union des Syndicats médicaux, Decourt, un qui n'en est jamais pris quand il s'agit de dévouement ; Fanton d'Andon, l'éminent président du Syndicat des médecins de la Seine ; Jayle, distingué secrétaire du même Syndicat ; Dupuy de Frenelle, âme de la Maison du Médecin ; Bongrand, le trésorier né de nos grandes œuvres.

Côté des vedettes des hôpitaux et du clinicat, les docteurs Faroy, Blechmann, Saint-Girons, Robin, Giroux, Turquety, Massart.

Et voici Toulouse — le Midi remonte — avec Dartigues, président de l'UMFIA, qui, comme le dieu Janus, a deux aspects : l'inquisiteur scientifique et le poète visionnaire et ce Molinéry, instruit de *omni re scibili* et qui semble réincarner quelque mage Assyrien, passé avec la même ferveur de la contemplation dans l'action.

Il faudrait citer cent noms, la place manque. Désignons cependant notre confrère de la *Presse* Vitoux, bénédictin blanchi sur les hiéroglyphes des confrères ; les hauts conseillers juridiques Mes Bernard Auger et Nattan-Larrier, et, représentant dignement la médecine militaire, M. le médecin principal Odile, président de la Commission supérieure de contrôle des soins aux mutilés ; enfin, l'aimable administrateur du *C. M.*, M. Boulanger.

Passons au menu... Fameux ! Rien que s'en souvenir est un délice. Il y avait là notamment un certain velours de chevreuil épicé à miracle, qui eût mérité la médaille d'or d'une académie de goutteux... et une bombe aux fruits, casquée en guise de fusée d'un sorbet d'ananas, dont on gardera longtemps la crème à la bouche.

Dans la loggia où les roses vont éclore comme par enchantement, l'ombre de Marguery sourit ; près d'elle, celle d'Hippocrate qui semble dire : « Il n'a manqué aux présents d'Artexerxès que d'être accommodés par le voisin ... »

Un tintement de cristal réclame le silence. Les toasts... concours de justes louanges, de vœux, de fantaisies, d'éloquence, tour à tour enjouée et grave, même de sensibilité.

Le Dr Gassot sourit aux hôtes du *Concours* « Journal de tous », et dans une allocution de tour aussi habile que d'inspiration élevée, tire de la présence de chacun une gloire pour sa chère et noble maison. Et l'on acclame la Maison dans le Président qui en incarne les qualités et les vertus.

Mes chers Confrères,

Le *Concours* a 47 ans et voilà 47 ans que moi, qui dès les premières heures ai participé à sa direction, voilà 47 ans, dis-je, que j'entends dire : « Mais qu'est-ce donc que le *Concours médical* ? »

Eh bien ! puisqu'il faut le répéter sans cesse, je réponds : le *Concours* est un journal, mais c'est aussi une œuvre et c'est ce double caractère qui lui donne son originalité.

Le *Concours médical* n'est pas le journal d'un homme ni d'un comité : il n'est pas plus le journal de Noir, de Duchesne ou de Boudin, qu'il n'a été celui de Cézilly ou de Jeanne ; le *Concours* est le journal du Corps médical, il est votre journal et chacun, sous la seule condition de s'abstenir de questions personnelles, peut y exposer ses idées.

Le *Concours médical* est une œuvre : pas un problème professionnel qui lui soit demeuré étranger, pas une misère à laquelle il n'ait compati, pas une iniquité qu'il ne se soit efforcé de faire réparer. Le *Concours* est une œuvre de vulgarisation, mais il est surtout une œuvre de solidarité, de prévoyance, de protection et de défense confraternelle.

Pourquoi voyons-nous près de nous, ce soir, le vénéré Doyen de la Faculté de Paris, M. le professeur Roger ; M. le Doyen Euzière ; M. le professeur Lian, M. le professeur Delmas, de Montpellier ; M. le professeur Dubreuil-Chambardel, de Tours ; M. le docteur Faroy, nos maîtres des hôpitaux ? — C'est parce qu'ils savent que ce que nous poursuivons, c'est la dignité du médecin, sa plus grande valeur scientifique et morale.

Pourquoi M. le sénateur Chauveau ? Pourquoi les représentants de l'Administration : MM. Rondel, Odile ? — C'est parce qu'ils savent que si nous défendons les intérêts du Corps médical, nous ne les séparons jamais de l'intérêt public. Pourquoi les présidents de nos grandes sociétés confraternelles, nos amis Bellencontre, Decourt, Fanton d'Andon ? — C'est parce qu'ils savent que nous nous efforçons de réaliser ce qu'eux-mêmes ne peuvent faire et que jamais une parole de haine ou de division n'est sortie de chez nous.

Pourquoi ces Maîtres du Barreau, Mes Nattan-Larrier et Auger ? — Parce qu'ils nous ont vus à l'œuvre, et qu'ils ont tenu à honneur de nous aider à créer un droit médical.

Pourquoi M. Fleury, l'un des dirigeants d'une des plus grandes sociétés d'assurances ? Parce que lui aussi a compris nos efforts, et qu'il porte une véritable affection à cette Mutualité familiale dont on peut dire qu'il est le tuteur. Pourquoi les représentants de la presse médicale française, MM. le Dr Vitoux, Ségard, Janot... ? Parce qu'ils savent que nous voulons marcher la main dans la main avec les organes qu'ils représentent. Pourquoi les représentants de la presse belge, MM. les Dr Beckers et Mayer ? — Parce qu'à leurs yeux, c'est le *Concours* qui représente le mieux l'union de tout le corps médical français.

A tous, nous sommes profondément reconnaissants de l'estime, de la sympathie, de l'amitié qu'ils veulent bien nous témoigner.

Pourquoi vous tous enfin, mes chers confrères, dont chaque année nous retrouvons avec tant de plaisir les visages amis ? — C'est parce vous savez que vous trouverez toujours au *Concours* bon accueil, conseils désintéressés, assistance amicale ; c'est parce que vous savez que vos besoins seront toujours compris, vos avis toujours écoutés ; c'est, en un mot parce que vous savez qu'au *Concours*, vous êtes chez vous.

La consigne est d'être bref, je l'ai peut-être un peu oubliée : veuillez m'excuser.

Je lève mon verre en l'honneur de nos maîtres, de nos invités, de nos collaborateurs ; je bois à leur santé, à la vôtre, mes cher confrères, à celle de tous les amis du *Concours médical*.

Puis, c'est Duchesne qui se lève, un grand laurier dans les bras et qu'il effeuille en couronnes avec un art admirable. Duchesne est le thuriféraire idéal. Chaque collaborateur du *Concours* en prend pour son grade de science et de talent. Et c'est distillé avec mesure, parce qu'avec sincérité. Et c'est émaillé de couplets de luxe — à toi, Dartigues ! — à vous, maîtres Euzière, Delmas, Lian et autres. Un régal d'encens et l'encensoir est d'or. Tour à tour spirituel, affectueux, ardent, lyrique, Duchesne termine sur un ton d'éloquence grave et presque douloureuse, quand il réclame l'union de tous autour du grand symbole professionnel fait de dignité, d'indépendance et d'honneur. Une ovation méritée est faite à Duchesne, et autant pour son esprit que pour son cœur.

Chers Maîtres et Confrères,

Chers Amis,

Je vous demande la permission de passer en revue aussi brièvement que possible les principales expressions de l'activité du *Concours médical*, durant l'année qui vient de s'écouler, et de mettre en relief la substance diverse dont cette activité s'est alimentée. Ce me sera une excellente occasion de rendre, à tous ceux qui ont contribué à nous fournir ces subs-

tantiels aliments, le public hommage qu'ils méritent, et de les assurer de toute notre gratitude.

Dans l'ordre scientifique, nous nous sommes efforcés de montrer un éclectisme qui conserve à notre journal son caractère documentaire. Cependant, au hasard de l'actualité, certaines matières ont pris le pas sur les autres. C'est ainsi que la pédiatrie, — sans doute parce que, à notre époque, l'enfance réclame à juste titre une attention toute particulière, — a fait l'objet de nombreuses publications, parmi lesquelles je citerai celles de M. G. Schreiber, le puériculteur bien connu ; — de mon ami Germain Blechmann, qui a ajouté un nouveau feuillet à ceux qu'il a déjà rédigés, d'une plume si experte et si compétente ; — de MM. Saint-Girons et Turquety, chefs de clinique savamment informés de tout ce qui touche aux maladies de l'enfance ; — enfin de M. le professeur Nobécourt, qui nous fait l'honneur de nous confier la reproduction de ses belles leçons. Ces leçons présentent ceci de particulier, c'est que, au gré du recrutement nosocomial, le cas particulier qu'il étudie devient l'occasion d'une mise au point définitive du chapitre de pathologie auquel il se réfère. S'il s'agit, par exemple, de trois nourrissons atteints de bronchopneumonies tuberculeuses, nous savons que, la leçon terminée, tout aura été dit de ce qu'il nous est essentiel de connaître sur les tuberculoses bronchopneumoniques. Vous vous accorderez avec moi, mes chers confrères, pour remercier M. le professeur Nobécourt de sa précieuse collaboration.

La pathologie externe et la chirurgie ont, dans nos colonnes, eu la part importante qu'elles méritent, dans le concret aussi bien que dans l'abstrait : dans le concret, avec les articles si pratiquement instructifs de M. le professeur Hartmann et de notre ami le Dr J.-P. Tourneux, qu'une indisposition inopportune retient loin de nous ; avec les revues très complètes de mon ami Raphaël Massart ; — dans l'abstrait, avec les travaux de notre ami Dartigues, dont l'âme latine, éprise de lumière et de clarté, se complait aux généralisations, et qui, avec une expérience servie par un cerveau toujours en mal d'enfantement, — je ferais mieux de dire, en *bien* d'enfantement : il accouche sans douleurs, — sait dégager, en termes si chatoyants, la philosophie que renferme l'art chirurgical.

Messieurs, vous avez sans doute remarqué, quand vous entrez dans un autobus, dans un tramway, dans le métro, que le receveur vous presse d'un : « Allons vite ! — qui se répète avec une inlassable monotonie. Cette petite tranche de la vie parisienne est, n'est-il pas vrai ? — bien symbolique de la suractivité trépidante de notre époque. Comment nous étonner dès lors que cette trépidation ininterrompue finisse par avoir raison des cerveaux et des nerfs en apparence les mieux équilibrés ? Comment être surpris de l'intensité de la diffusion actuelle des névroses, des psychoses, et des maladies organiques du système nerveux ? Aussi ne peut-on se dispenser, quand on veut être le reflet exact et sincère de la réalité pathologique de cette époque, de réserver une place de choix à la neuro-psycho-pathologie. Nous y avons été aidés par M. Gilbert Robin qui, tant en son nom qu'au nom de son Maître, M. le professeur Claude, a initié nos lecteurs à ces dérèglements du jugement et du sentiment qui s'observent sous la forme de haines familiales, d'indifférence affective, de rêveries apragmatiques, connues sous le nom moderne de schizomanies ; — par M. Benon, de Nantes, spécialiste de l'aliénation mentale ; — par M. Fribourg-Blanc, le très distingué professeur agrégé du Val-de-Grâce ; — et enfin, par notre ami, M. le Dr Pierre Prost, qui a expliqué, dans nos colonnes, le rudiment de la psychothérapie, en justifiant, par d'éloquentes observations, sa raison d'être et sa nécessité dans la thérapeutique des maladies de l'esprit.

Et, puisque je parle de thérapeutique, je vous rappellerai l'exposé si intéressant de notre sympathique confrère, M. le Dr Faroy, sur le traitement de l'entérite muco-membraneuse.

L'asthme est une affection complexe, dans l'origine, l'évolution et la cure de laquelle nos modernes conceptions sur l'équilibre humoral et ses perturbations ont introduit, en même temps que quelque clarté, matière à controverse. Notre ami Ségard, en collaboration avec Galup, a bien voulu mettre en évidence, à notre intention, ce qui, dans cette question de l'asthme, peut être considéré comme acquis, et quelles conséquences pratiques nous en devons tirer.

La cardiologie ne saurait nous laisser indifférents. Je suis personnellement intéressé à être tenu au courant de l'état de la question. Aussi sais-je gré à M. le Dr Giroux d'avoir réussi, en collaboration avec Vital-Lassance, à débrouiller l'écheveau si compliqué des angines de poitrine, et à mon grand ami Lian, le professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, de m'avoir accordé la primeur de sa belle leçon sur le traitement des arythmies, faite aux Journées médicales de Paris. S'il continue, pour ma sauvegarde, à tenir mon cœur en sage tutelle, qu'il sache une fois de plus que, dans ce cœur, il occupe un coin privilégié sur lequel rien ne pourra empiéter.

La peau a eu sa part dans nos publications. M. le Dr L. Bory, très savant dermatologiste, doublé d'un poète charmant et d'un écrivain délicat, a bien voulu être le truchement averti du traitement des hypertrichoses, et j'attends de lui une étude pratique sur l'emploi de certaines pommades dont il obtient de remarquables effets.

Dans le domaine de l'obstétrique, nous avons publié une série d'articles sur l'avortement, de M. le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux, qui s'excuse de n'être pas des nôtres ce soir, — et, de notre ami, M. le professeur Paul Delmas, un petit chef-d'œuvre de pratique : le gouvernement de la femme enceinte.

Enfin, je salue avec une particulière sympathie M. le professeur Dubreuil-Chambardel, de Tours, qui assiste à notre dîner pour la première fois, et

qui me permettra de la remercier très chaleureusement de ses travaux si intéressants sur la morphologie clinique.

Dans l'ordre professionnel, il convient que je rende grâce à nos collaborateurs habituels, parmi lesquels une mention spéciale doit aller à notre ami DECOURT, et à M. le Dr BATIER, de Strasbourg, qui ont abordé tour à tour les grandes questions qui nous préoccupent et nous angoissent présentement. Ils l'ont fait avec la compétence et la bonne foi qu'on se plait généralement à leur reconnaître, pour peu que l'on soit impartial et exempt de parti pris et d'aveuglement.

Notre concours, sur l'exposé de la situation éventuelle du médecin praticien en **1935**, nous a valu de nombreux envois. Trois d'entre eux ont été classés les premiers. Deux sont dus à MM. les Dr GOSSELIN, et LAVALLÉE, qui sont parmi nous. En les remerciant d'avoir accepté notre invitation confraternelle, je leur renouvelle, au nom du *Concours médical*, nos bien sincères félicitations. Le troisième lauréat, M. le Dr COSTE, de Jausiers, n'a pu se déplacer. Il est retenu par un deuil très récent qui l'a frappé cruellement dans ses plus chères affections, son fils unique ayant péri tragiquement, l'été dernier, dans un accident de montagne. Mais il n'en sera pas moins présent ici ce soir, puisque nous jouerons son œuvre, au cours de notre soirée, et qu'il vous sera ainsi donné, à ce propos, de lui témoigner vos sympathies.

M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES, radiologue émérite, père de la rœntgenthérapie des fibromes utérins, — on ne le dit pas assez, — sait aussi disserter des sujets professionnels qui nous tiennent au cœur. Quand il nous entretient de la propriété scientifique, nous n'ignorons pas qu'il veut assurer, aux ouvriers de la pensée et de la plume médicales, la protection de leurs travaux originaux ; nous lui en savons puissamment gré.

MARTIAL, l'hygiéniste distingué, nous a parlé de l'immigration avec une clarté et une puissance de suggestion dont nos administrations feraient bien de s'inspirer pour nous défendre contre l'excès d'envahissement étranger dont nous sommes présentement menacés.

Les Variétés ont introduit, dans notre journal, une note distrayante et reposante, en grande partie avec les études si fouillées de M. le Dr GARRIGUES, historiographe passionné de la médecine, et les communications de notre ami MOLINÉRY.

Les comptes rendus des théâtres parisiens ont été faits régulièrement par M. le Dr Paul MANCEAU.

Enfin, M. MARTINOT, pour les questions fiscales, et mes amis et collègues BOUDIN et DUMESNY, pour les questions juridiques et contentieuses, ont contribué largement à donner au *Concours médical* sa physionomie, et à exalter sa vitalité documentaire.

A tous les éminents et sympathiques collaborateurs que je viens de nommer, et à tous ceux que j'oublierais involontairement : MERCI !

***

Dans le courant de l'année, le *Concours médical* a participé à un certain nombre de manifestations extérieures. Il en est deux qui valent d'être rappelées ce soir.

Ce sont tout d'abord les *Journées médicales de Bruxelles* où, pour la quatrième fois, j'ai eu le privilège de représenter notre journal. Aussi, éprouvé-je une joie infinie à saluer ici ce soir nos grands amis BECKERS et MAYER, dirigeants de *Bruxelles-Médical* et des Journées bruxelloises. J'ai déjà tant de fois dit et écrit quel mérite est le leur, que je suis à court d'épithètes : je n'en trouve plus qui s'élèvent à la hauteur de leurs qualités d'esprit et de cœur. Initiateurs, organisateurs, réalisateurs, ils me plongent dans un cruel embarrasa, ne sachant ce que je dois le plus admirer, de la ténacité et de la sagacité de leurs efforts, ou bien des résultats qu'ils ont obtenus. Sachez que, sans titres officiels, et sur un terrain entièrement neuf, que l'honneur leur revient d'avoir les premiers défriché, ils ont su intéresser à leur entreprise, le corps médical belge, une grande partie du corps médical français, tout le monde diplomatique, le Gouvernement et la Cour ! Et mesurez la qualité de leur formule au nombre de copies qu'elle a déjà suscitées en France et en Afrique du Nord ! En ce qui nous concerne, ils nous accueillent avec tant de bonne grâce, tant d'égards, tant de courtoisie, tant d'amitié, pour tout dire, que nous en sommes confus dans l'impuissance où nous nous trouvons, jusqu'à présent, d'avoir pu les payer entièrement de retour. Mais ils savent qu'entre nous, il n'est pas de frontières ; que s'ils sont nos confrères, de par le diplôme commun que nous possédons les uns et les autres, nous avons été frères d'armes, en de tragiques conjonctures, et que nous demeurons des amis liés indissolublement par des sentiments d'estime affecteueuse dont, pour ce qui me touche, je veux leur redire une fois de plus toute l'étendue et toute la profondeur.

Cette justice, qu'il m'est doux de rendre ce soir aux organisateurs des Journées médicales de Bruxelles, un nouveau tribut leur en a été payé, il y a trois semaines, à Montpellier, à l'occasion des Journées médicales qui se sont tenues dans la capitale languedocienne, et dont l'animateur, M. le professeur Paul DELMAS, secondé énergiquement par M. le doyen EUZIÈRE, peut être fier d'avoir assuré le triomphal succès.

Ce succès, il nous fut facile de le prédire, en ayant discerné les causes prochaines ; il nous fut agréable de le constater. Tous en adoptant le principe de la formule belge, il fallait en effet trouver de l'inédit. C'est à quoi s'ingénia l'esprit original de M. Delmas, qui ne se nourrit si avidement de la substance du passé que pour mieux préparer et étayer ses espérances d'avenir. *Ex praeterito spes futuri.*

C'est ce qui nous a valu cet harmonieux tryptique, si merveilleusement adapté à toutes les disciplines de

la médecine française : la science médicale et l'art médical, pris en eux-mêmes ; puis, la médecine dans le cadre de l'armée ; enfin, la pratique médicale envisagée au point de vue corporatif, avec ses droits et ses devoirs, ses avantages et ses obligations, sa grandeur et ses servitudes ; ses nécessités d'évolution propre, commandées par l'évolution sociale...

Quand je vous aurai dit enfin que près de 1.500 confrères s'inscrivirent aux Journées médicales de Montpellier ; que pas une conférence ne se donna sans que l'amphithéâtre ne fût abondamment garni d'un auditoire aussi attentif qu'enthousiaste, jusque dans l'hémicycle et les accès, vous comprendrez pourquoi le banquet terminal du 6 novembre prit, pour le Comité, en général, et pour MM. Euzière et Delmas en particulier, figure d'apothéose.

J'ai eu l'honneur, avec mes amis et collègues Noir et Vimont, d'y représenter le *Concours médical*. J'ai eu l'honneur, plus grand encore, d'y tenir rang de vedette, puisque j'ai été appelé à y faire une communication d'ordre corporatif. J'exprime de nouveau, à notre ami Delmas, et à M. Euzière, toute la gratitude de notre maison, pour la cordialité, l'hospitalité et la sympathie avec laquelle ils nous ont reçus. J'y joins l'assurance de ma personnelle reconnaissance.

Ne pensez-vous pas, Messsieurs que nous pouvons, à juste titre, congratuler Beckers et Mayer, d'une part, et Delmas et Euzière, de l'autre, de ce que, à l'exemple de Tibère, ils puissent se féliciter de n'avoir pas perdu leurs journées ? Si vous êtes de mon avis, vous vous joindrez à moi pour les acclamer et pour les remercier de leur amicale présence.

***

Au lendemain des Journées médicales de Montpellier, alors que j'étais encore tout ému des applaudissements qui avaient salué, la veille, la péroraison de ma conférence, j'ai senti soudain passer sur moi, ayant eu les honneurs du Capitole, le frisson précurseur des chutes tarpéiennes. C'était dans le wagon qui me ramenait à Paris. J'entendis près de moi un confrère encore jeune, professeur distingué d'une lointaine Faculté, parler des *professionnels du syndicalisme*, sur un ton dans lequel j'ai cru discerner une nuance de dédain, une intention péjorative, non douteuses.

S'il a voulu dire qu'il y a parmi nous des hommes qui, convaincus que les destinées du corps médical sont subordonnées à son étroite union, sous l'égide et avec la garantie des lois, consacrent la plus grande partie de leurs efforts à prêcher cette union, et à défendre, sur le plan syndical, les intérêts des médecins, les matériels comme les moraux, les particuliers comme les généraux, je m'honore et je m'enorgueillis d'être de ces hommes.

Et s'il entendait nous faire grief d'en vivre, je lui répondrais sans acrimonie, mais sans hésitation, avec la conscience apaisée que donne l'accomplissement du devoir, je lui répondrais, dis-je, qu'il est bien heureux que nous vivions ainsi, puisque cela nous permet de travailler à empêcher les autres de mourir, de la mort de la pratique médicale, qui ne pourra subsister, telle que nous la concevons, que dans une alliance féconde de la tradition et du progrès, adaptés à l'évolution sociale.

Je crois, contre vents et marées, — je bois, à l'unité reconstituée prochainement, du corps médical français !

Le Dr Mayer, directeur de *Bruxelles médical*, parle ensuite. La sympathie ardente de la nation sœur éclate dans cette belle allocution chaude de passé et d'avenir, que le Dr Mayer termine en remettant, au milieu d'une acclamation, aux docteurs Noir et Duchesne, la médaille que *Bruxelles médical* réserve à ses plus éminents collaborateurs.

Monsieur le Président,

Mes chers Collègues et Confrères,

Pour la quatrième fois, vous avez fait à *Bruxelles médical* le très grand honneur d'inviter son Comité de rédaction à assister à votre banquet annuel. Si, jusqu'à ce soir, j'avais eu le regret de ne pas m'être rendu à votre si flatteuse invitation, laissez-moi vous avouer que c'est surtout la crainte de devoir prendre la parole parmi vous qui m'en avait empêché.

Chirurgien, et par conséquent, homme d'action, je redoute bien plus les joutes oratoires que la fatigue prolongée des séances opératoires. La comparaison, d'ailleurs bien prétentieuse du chirurgien et du commandant d'armée, qui est devenue banale, trouvera peut-être sa justification si l'on faisait allusion à la discipline militaire de la « Grande Muette », dont le silence impressionnant rappellerait, toutes proportions gardées, le « Silentium » de nos amphithéâtres.

L'insistance si pressante de nos amis Noir et Duchesne, et la bienveillante indulgence dont je vous sais animés pour mes compatriotes, m'ont décidé cette année à vaincre mes scrupules et à affronter la chaleur si communicative de vos mets savoureux et de vos vins délicats, bien plus redoutables que les 26° de nos salles d'opération, pour venir vous apporter, de la part du Comité de rédaction de *Bruxelles médical*, nos plus chaleureux remerciements pour le constant appui que nous n'avons cessé de trouver chez vous dès nos débuts.

La sympathie si vive qui est née entre nous résulte, mes chers confrères, de ce que depuis la guerre, nous avons eu à combattre les mêmes difficultés et à soutenir les mêmes luttes professionnelles auxquelles sans doute fera allusion votre revue de ce soir ; d'autre part, les appréhensions que certains esprits chagrins pouvaient nourrir jadis ont sûrement disparu depuis les années tragiques. Un de vos hommes d'Etat les plus éminents me disait avec raison, hier encore, que si, avant 1914, des idées annexionnistes ou des

craintes d'absorption avaient pu hanter certains cerveaux de l'un ou de l'autre côté de la frontière, l'héroïsme de notre Roi et la bravoure de nos soldats les avaient sans aucun doute fait disparaître.

Nous pouvons donc maintenant envisager sans arrière-pensée aucune nos intérêts communs et nous serrer fraternellement les coudes, pour obtenir le triomphe des causes qui sont également chères à nos deux pays.

C'est l'incontestable mérite du *Concours médical* d'avoir le premier en France compris qu'un journal médical ne peut plus être seulement l'organe d'une Ecole ou une tribune de science pure, mais qu'il doit en même temps se faire l'écho des justes revendications du Corps médical. Dans son remarquable discours inaugural du dernier Congrès français de chirurgie, J.-L. Faure, avec sa prodigieuse éloquence, a montré admirablement que, à côté des devoirs auxquels notre profession n'a jamais failli, elle a droit à des égards et à une considération qu'un esprit de dénigrement systématique lui refuse trop souvent. Par votre Société d'études, par votre Mutualité familiale, par votre « Sou Médical », par vos campagnes de redressement moral, vous avez admirablement compris ce rôle important de la Presse médicale et je vous en félicite très sincèrement. Les œuvres de solidarité corporative que vous avez créées sont établies sur des bases solides qui font le plus grand honneur à leurs initiateurs, et dont ils ont le droit d'être fiers. La réunion à cette belle fête des maîtres les plus éminents de vos facultés et de praticiens accourus de tous les départements est la plus belle démonstration de l'efficacité de vos entreprises.

Mais, puisque c'est un ami de longue date déjà qui vous parle, permettez-moi de ne pas me borner à des éloges. Laissez-moi vous dire que, confiants dans votre force et dans votre bon droit, vous ne veillez peut-être pas avec assez de diligence au maintien de la situation légitime que la France s'est acquise dans le monde et que, après avoir gagné la guerre, vous vous devez de ne pas perdre la paix.

Avant guerre, il était de tradition courante, en Belgique comme en Amérique, de parfaire ses études médicales à Berlin et à Vienne et de ne venir à Paris que pour y goûter les charmes d'une urbanité exquise.

Vos maîtres et vos journaux doivent veiller à ne pas laisser à nouveau s'accréditer cette erreur. La science française, si précise, si élégante, si claire, n'a sans doute pas besoin qu'on la défende contre les tentatives de domination de la culture germanique froide, méthodique et diffuse. Il n'est cependant peut-être pas inutile que, pour lutter contre ces efforts, vous trouviez à vos côtés des propagandistes sincères et dévoués. C'est un rôle que *Bruxelles médical* s'est assigné depuis sa fondation, et vous pouvez être assurés qu'il n'y faillira pas.

De votre côté, vous saurez convaincre vos savants, vos gouvernants, vos industriels, de l'intérêt qu'il y a pour eux de ne jamais perdre une occasion de mettre en valeur le renom mondial de la France dans le domaine de la médecine comme de la pensée en général et de prouver, comme J. Noir l'écrit si justement dans le *Concours médical* de ce matin : « Paris reste et demeure la capitale du monde intellectuel ».

Je ne saurais oublier, d'autre part, mes chers Amis, que si en peu d'années *Bruxelles médical* s'est acquis une situation enviable dans la presse, et si le succès, comme le Dr Duchesne vient de le rappeler si aimablement, a couronné nos Journées médicales de Bruxelles, c'est en très grosse partie à votre affectueuse collaboration que nous devons ce résultat.

Généreux et chevaleresques comme vous l'êtes par tradition, vous nous avez comblés d'éloges et entourés d'encouragements qui, en nous amenant chaque année de plus en plus d'adhérents, nous ont valu un succès que nous n'osions espérer. Aussi, me permettrez-vous, en renversant les rôles comme l'a fait notre Gouvernement dans la question de la stabilisation, considérer les membres du *Concours médical* comme des collaborateurs au lieu que nous en soyons les modestes correspondants.

Comme gage de notre vive amitié et de notre sincère gratitude, je prie donc les rédacteurs en chef du *Concours médical*, mes amis Noir et Duchesne, d'accepter cette médaille que *Bruxelles médical* offre à ses collaborateurs les plus éminents.

Je lève mon verre, Messieurs, à la prospérité du *Concours médical* et à la gloire de la science française.

Le Pr Euzière remercie le *Concours* dans un de ces toasts dont il a le secret, d'un abandon charmant et savoureux comme ces grappes du Midi, gorgées d'un suc clair et qui déjà pétille. Il se félicite d'être là et s'y trouve fort à sa place. Les Facultés et le *Concours médical* ne poursuivent-ils pas des œuvres parallèles ? Les premières font l'instruction du médecin, le second son éducation professionnelle. La Faculté, c'est l'école ; le *Concours*, le catéchisme de persévérance.

Le Pr Euzière loue le *Concours médical* de cette belle œuvre complémentaire poursuivie avec autant de persévérance que d'éclat et il boit à la gloire d'une maison toute au service de la profession médicale et qui l'honore et la sert.

Sollicité de parler, le Pr Roger s'associe aux éloges de son collègue en décanat dans une improvisation toute de spirituelle aisance et de grâce ailée. Après un galant hommage aux jolies femmes qui ont fait de la *loggia* une corbeille vers laquelle montent des admirations, il n'ose dire des désirs, il fait appel à la solidarité médicale qui doit s'étendre entre toutes les corporations médicales. La Faculté en est une, le *Concours* également. Mais cette solidarité qui est celle de la science et de l'humanité doit déborder les frontières et le Pr Roger trouve là l'occasion

d'un magnifique éloge de la Belgique qui, depuis la guerre, a attiré l'attention du monde entier et pris la tête du mouvement scientifique, comme en 1914, elle avait pris la tête du mouvement héroïque qui a sauvé la liberté du monde. Et c'est une enthousiaste acclamation qui souligne cet hommage.

A sa suite, le Président du Syndicat des Médecins de la Seine fait revivre, en quelques mots émus, la mémoire inoubliée du fondateur du *Concours médical*, A. Cézilly. La famille du *Concours* s'y associe avec chaleur.

Messieurs,

De tout mon cœur je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait, et auquel j'attache un si grand prix, en me conviant cette année encore à représenter le S. M. S. à votre banquet annuel.

Je ne vous redirai pas toute l'admiration reconnaissante qu'inspire à tous le *Concours médical*, cette œuvre qui rend à notre profession tant de services et que votre activité et votre dévouement ont si magnifiquement développée. Je vous ai exprimé tout cela de mon mieux l'année dernière et je n'y ajouterai qu'une chose, c'est que vous avez été les dignes continuateurs de Cézilly qui vous l'avait léguée.

Et puisque je fais allusion à votre fondateur, permettez-moi, en saluant encore sa mémoire, de vous apprendre une chose qui vous sera agréable, j'en suis certain. Quelques semaines après le banquet de **1925**, je recevais de Bretagne une lettre touchante : elle m'était écrite par M. Paul Cézilly, le propre fils du docteur Auguste Cézilly, et elle me remerciait, tant en son nom personnel qu'en celui de son frère, également médecin, du souvenir reconnaissant que j'avais donné à leur père et des paroles bienveillantes adressées à sa mémoire. Cette lettre, mes chers confrères, m'a profondément ému, je l'avoue ; elle témoigne d'une affection filiale toute naturelle, mais aussi d'une joie encore plus naturelle de constater que la confraternité médicale n'est pas qu'un vain mot et, qu'en toute occasion, elle sait se manifester. Aussi cette satisfaction intime que j'ai goûtée en recevant cette lettre, j'ai tenu à vous la faire partager puisque aussi bien c'est à vous, Messieurs, que vont ces remerciements, car sans votre aimable invitation, je n'aurais pas eu l'heureuse occasion de payer à votre fondateur ce juste tribut de reconnaissance. Voilà pourquoi j'ai voulu vous parler de cette lettre.

Messieurs, je lève mon verre à la grandeur et à la prospérité du *Concours médical*, à la santé de ses dirigeants ; le souvenir des heures passées au milieu de vous sera parmi les meilleurs de ma vie professionnelle et je vous prie de recevoir le salut très affectueux et très confraternel du Syndicat des médecins de la Seine.

Puis le Dr Decourt prend la parole au nom de l'Union des Syndicats médicaux et après avoir salué dans le *Concours* l'*alma mater* de ces Syndicats, prononce un vibrant éloge du Dr Noir — on ne dira plus que les absents ont tort — apôtre de l'union et qui lui a voué depuis de longues années son talent et son cœur. On peut voir en lui un des plus authentiques bienfaiteurs du médecin.

Une unanime et vibrante approbation témoigne au Dr Decourt qu'une même gratitude envers le Dr Noir remplit tous les cœurs.

Enfin, le Dr Martial demande que le souvenir du Dr Leredde, le savant dermatologiste, qui fût un des plus fidèles amis du *Concours*, soit gardé dans cette maison qu'il aima. Des applaudissements saluent cette mémoire chère au *Concours*.

***

Le banquet est fini, place au théâtre ! On s'empresse au concert. Le moins morose des dîners d'hommes manque tout de même un peu d'élégance et de couleur. Par bonheur, la corbeille de la loggia est descendue d'un étage et la salle du concert en est tout émerveillée.

Le programme est court, mais de choix. DESTOUCHES est là, c'est tout dire. Lui seul... non ! ce n'est pas assez, mais grâce à lui, on a tout et le meilleur.

Le chansonnier GÉRARD nous amusa de ses cascades et de ses bouts-rimés.

M. TUBIANA, de l'Opéra-Comique, prêta au diable tentateur de la pure Grésilidis son timbre vibrant et sa diction parfaite, et Mlle SIBILLE, du même théâtre, toute grâce et art, nous charma dans d'agréables mélodies. Tous les deux enfin s'unirent harmonieusement et à notre joie, dans de jolis duos de Véronique.

Une délicieuse rêverie de Dunkler permit à M. BOUCHERIE de faire applaudir un style large que souligne une très belle qualité de son.

Quant au quintette de l'Orchestre médical composé d'impeccables archets aux mains de Mme CRETON, de MM. DIDSBURY, MOUGEOT et BOUCHERIE avec au piano DESTOUCHES, il se montra digne de lui-même en enlevant avec son brio accoutumé et du rythme le plus plaisant une danse alerte de Dvorak et une ouverture dont l'auteur a toutes raisons de se faire connaître. Ce modeste est sans aucun doute aussi de la Maison.

La soirée se termine par une saynette de circonstance qui, sous le nom de « PERSPECTIVE », en ouvre une sur le peu reluisant avenir dont une

socialisation à outrance menace la profession médicale, qui n'est déjà guère plus, comme autrefois, un sacerdoce et risquerait de devenir, à ce jeu d'assurances généralisées, une sorte de rouage administratif sans plus, tandis que le médecin prendrait simple et humble rang de fonctionnaire.

De cette diminution de prestige, de liberté, de conscience même, véritable décapitation, l'auteur de « *Perspective* », le Dr Coste, de Jausiers, ne prend pas son parti. D'un scalpel aigu et d'un humour âpre, il a découpé et buriné sous le nom de Dr Alapage cette silhouette nouvelle dont quelques traits ne sont déjà, hélas ! que trop connus...

Duchesne, qui rompt à toute occasion de fulgurantes lances en faveur de la dignité du médecin et de son indépendance, avait tenu à présenter lui-même ce docteur trop Alapage, auquel il donna une figure sympathique à l'excès et une belle sincérité d'artiste. Nous avons applaudi cette phase nouvelle de son talent.

Il fut secondé à merveille par M. et Mme Gérard, M. Chavent et Mlle Gaby Callet, auxquels on doit tous éloges. Pièce et interprètes furent justement applaudis.

Le *Concours Médical* peut graver avec orgueil sur ses tablettes cette journée du 21 novembre : Concile Magistral et Concert Magnifique.

P. JANOT.

LA CONCURRENCE FAITE PAR LES HOPITAUX AUX MAISONS DE SANTÉ PRIVÉES

Les questions suivantes nous sont posées :

Un hôpital a-t-il le droit de conserver une maison de santé médico-chirurgicale payante, s'il existe, dans la même ville, un établissement privé analogue ?

Dans la négative, peut-on exiger la fermeture des chambres payantes de l'hôpital ?

Ce problème est tout d'actualité et il est certain que, d'ici peu, les tribunaux seront appelés à se prononcer sur le droit à accorder ou à refuser, aux hôpitaux, de faire une concurrence aux maisons de santé privées.

Aussi, examinons séparément chaque point de ce problème.

Quels sont les motifs de la création d'une clinique privée ?

Jusqu'à ces dernières années, la maison de santé n'était souvent que l'accessoire nécessaire de l'exercice de la profession de médecin.

Pour opérer et surtout surveiller ses malades, un chirurgien a besoin d'hospitaliser ses clients dans un établissement spécial.

Aussi, beaucoup de docteurs organisaient-ils en clinique, avec salle d'opération, une maison particulière, soit leur appartenant, soit qu'ils louaient. A leurs frais, ils installaient tout ce qui était nécessaire, pour opérer, puis soigner les malades de chirurgie.

De leurs deniers, encore, ils recrutaient une ou plusieurs infirmières.

Aussi l'exploitation de la clinique n'était que l'accessoire de la profession de chirurgien, car les frais généraux absorbaient presque tous les bénéfices, donnés par le prix de journées de séjour.

Pour son gain, le chirurgien se contentait des honoraires qu'il touchait pour ses interventions chirurgicales.

Il en fut de même pour les maisons de santé pour malades nerveux, ou autres, ayant besoin d'être isolés et soignés d'une manière spéciale.

Enfin, certains établissements, pour tuberculeux, se sont ainsi fondés.

Mais les découvertes de la science, les progrès de l'art chirurgical et des autres spécialités commandèrent des installations complètes et fort coûteuses.

Quelques médecins s'associèrent entre eux, pour, à frais communs, engager les capitaux nécessaires, pour que chacun puisse soigner ses malades, selon sa spécialité, dans le même immeuble.

Des capitaux étrangers s'offrirent au Corps médical, de sorte que de véritables entreprises commerciales se sont instituées. Par actions ou commandite, des sociétés ont été formées, qui sont propriétaires et gestionnaires d'établissements commerciaux privés de cure, ou de diagnostic, cependant que les médecins, chirurgiens et spécialistes de la ville peuvent venir dans cet hôtel médical opérer et soigner les malades qu'ils y ont fait héberger.

Pourquoi les hôpitaux reçoivent-ils des malades payants dans des salles ou chambres spéciales ?

L'hôpital fut pendant des siècles un établissement public d'assistance et de bienfaisance. Asile des pauvres, fondé dans ce but de charité, il vivait des ressources procurées par des fondations charitables, par des legs et donations.

Souvent aussi, surtout depuis la loi de 1893, sur l'assistance médicale gratuite, des hôpitaux ont été organisés par une commune, ou un groupe de communes et l'établissement tirait ses ressources des subventions communales et départementales.

Grâce aux exigences de la chirurgie moderne, des spécialités et des laboratoires, bien des hôpi-

taux ont été obligés de se transformer. D'asiles de malades pauvres, ils sont devenus des établissements modernes de soins.

Mais, pour parfaire les budgets, pour remédier aux déficits d'exploitation, les commissions administratives ont été conduites à réclamer aux malades payants un prix de journée supérieur à celui que devaient acquitter les communes, pour l'admission des bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

D'où source de bénéfices pour l'hôpital, d'autant plus appréciable que le revenu des fondations et legs a baissé d'une façon inquiétante depuis la guerre.

Aussi, les hôpitaux ont-ils tout mis en œuvre pour pouvoir s'assurer cette clientèle payante, si profitable pour leurs budgets.

L'intérêt des malades.

Le pauvre a sa place toute marquée à l'hôpital, puisque cet établissement a été créé pour lui seul.

Le riche a la maison de santé privée, dans laquelle il payera le prix de journée et les honoraires du chirurgien.

Reste la grande catégorie des malades de condition modeste. Ceux-ci n'ont pas droit au bénéfice de la loi du 7 août 1851, ni de celle du 15 juillet 1893 : ils doivent payer de leur poche les frais nécessités par leur maladie, frais parfois bien lourds pour une bourse modeste.

Vont-ils frapper à la porte de l'hôpital pour solliciter leur admission dans les salles payantes ? Pour un prix global et forfaitaire de journée, ils seront soignés et opérés, car ils n'auront pas à rémunérer le chirurgien, ou le spécialiste. Je passe sous silence les nombreuses étrennes qui sont distribuées au personnel infirmier, pour bénéficier de faveurs et de douceurs spéciales.

N'oublions pas que, si le chirurgien, ou le spécialiste donne ses soins gratuitement, c'est que les hôpitaux ont obligé leur corps médical à n'avoir pas à se préoccuper de la condition de fortune des malades, admis dans les services. Riches comme pauvres, doivent être indistinctement soignés médicalement de la même manière.

Reconnaissant néanmoins, qu'il est immoral et injuste d'obliger les médecins d'hôpitaux à soigner gratuitement riches comme pauvres hospitalisés, certaines commissions administratives ont permis à leur corps médico-chirurgical de percevoir des honoraires de la part de qui pouvait les acquitter.

S'adresse-t-il à une clinique privée, le malade se voit réclamer un prix de séjour supérieur à celui que demande l'hôpital. En plus, il devra honorer son chirurgien.

La maison de santé est grevée d'impôts, que ne paye pas l'hôpital ; les frais généraux sont plus considérables, proportionnellement, car l'entreprise est plus petite ; le personnel infirmier doit être mieux rétribué. Enfin, il faut acquitter le loyer de l'argent qui est immobilisé, ou qui a été apporté par une société commerciale (au point de vue juridique).

Dans ces conditions, le malade n'hésite pas et va tout droit à l'hôpital, d'autant qu'il y sera reçu à bras ouverts, sans aucune autre formalité que de prendre l'engagement de payer les frais qui lui sont réclamés.

Textes législatifs et réglementaires.

Cependant — et c'est sur ce point que les tribunaux seront appelés bientôt à se prononcer — en recevant ainsi largement les malades payants, les hôpitaux ne violent-ils pas les lois et règlements en vigueur ?

La loi du 7 août 1851, sur les hospices et hôpitaux, ne considère que l'hospitalisation des malades pauvres et nullement celle des malades aisés. Je doute fort qu'il soit entré dans l'idée du législateur de 1851 d'admettre un seul instant que l'hôpital, établissement de bienfaisance, puisse être transformé en établissement commercial.

N'est-ce pas faire acte de commerce que de faire entrer à l'hôpital des malades qui acquittent un prix de journée tel qu'il laissera un bénéfice à l'établissement ?

Je sais bien que beaucoup d'administrateurs d'hôpitaux vont se récrier devant mon affirmation : ils ne font pas de bénéfices, sur les malades payants.

Alors, pourquoi le prix de journée, pour malades payants, n'est-il pas le même que celui établi pour l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893) ?

Les lois et règlements actuellement en vigueur font un devoir, aux économes des hôpitaux, de faire ressortir, chaque année, un prix de journée tel que l'établissement ne doit faire ni perte, ni bénéfice, en se faisant payer, par les communes, le prix de journée, pour l'hospitalisation des malades indigents, bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite.

Il en résulte que : ou bien les économes d'hôpitaux ne savent pas établir leur prix de journée, conformément aux prescriptions des textes législatifs et réglementaires et ils causent une perte à l'établissement dont ils ont la gestion, perte qu'indirectement acquitteront les contribuables locaux, ou bien le prix de journée, exigé des malades payants, étant supérieur au prix de journée, établi pour l'assistance médicale gratuite, laissera un bénéfice illégal à l'hôpital, établissement public. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait qu'un établissement public n'a pas le droit de faire acte de commerce.

Or, quelque louable que soit le but, c'est-à-dire de venir en aide à tous ceux qui ne peuvent faire les frais d'une maison de santé, c'est faire

acte de commerce que de tirer un bénéfice, si minime soit-il, de l'hospitalisation de malades payants, ne rentrant pas dans les catégories d'indigents, visées par les lois du 7 août 1851 et du 15 juillet 1893.

D'ailleurs, le règlement modèle du 30 juin 1921 a bien prévu, dans la note de l'article 28, quelles sont les catégories exceptionnelles de malades payants, que les hôpitaux peuvent être autorisés à recevoir. Voici le texte de cette note :

« L'hôpital ou l'hospice, étant, par définition, affecté aux pauvres, il n'est permis de réserver les lits aux malades et hospitalisés payants, qu'à titre exceptionnel seulement et dans une faible proportion.

« Il ne s'agit ici que des malades payants à l'hôpital proprement dit et non dans une clinique séparée, qui pourrait y être annexée.

« De plus, le terme pauvre doit être entendu largement : il y a des malades, qui, sans être pauvres, ne peuvent payer les frais élevés d'une clinique, ou d'un traitement, ou d'une opération à leur domicile et qui peuvent payer le prix de journée dans un hôpital.

« Sont seuls admis, à titre exceptionnel, dans les hôpitaux proprement dits, les malades payants rentrant dans l'une des quatre catégories suivantes :

« 1° Malades atteints de maladies contagieuses, soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune, mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile, utilement pour eux-mêmes, ou sans danger pour autrui.

2° Malades étrangers de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il y a urgence, lorsqu'il n'y a pas, dans la commune, de maison de santé, lorsqu'ils ne peuvent être transportés, à leur domicile, ou dans une maison de santé, sans danger pour eux ;

3° Malades n'ayant pas, dans leur commune de résidence, de maison de santé, ou ne pouvant être transportés dans une maison de santé voisine, facilement et sans danger pour eux, ou n'ayant pas de ressources suffisantes pour payer le prix de la maison de santé et seulement dans le cas où le traitement à domicile sera impossible dans des conditions satisfaisantes ;

4° Malades, dont le cas nécessite une opération grave, quand il sera constaté qu'il est impossible de la faire dans des conditions satisfaisantes. »

Mais, pourra-t-on m'objecter, le règlement modèle des hôpitaux, bien qu'émanant du Conseil supérieur de l'Assistance publique et publié, par circulaire, par le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, ne diminue en rien l'autonomie absolue, que les commissions hospitalières tiennent de la loi du 7 août 1851.

Par suite, un hôpital peut parfaitement ne tenir aucun compte du règlement modèle et décider comme il l'entendra des modalités d'admission des malades payants.

A ceci, je répondrai que, si une circulaire ministérielle ne s'impose pas aux commissions hospitalières, il n'en est pas de même pour le préfet, qui doit s'y conformer, avant d'approuver le règlement que chaque hôpital doit lui soumettre.

Le préfet serait donc coupable d'accorder son autorisation à un règlement hospitalier qui ne suivrait pas de près le règlement modèle des hospices et hôpitaux.

Les cliniques annexées aux hôpitaux.

La plupart des hôpitaux reçoivent des malades payants, soit en salle commune, soit dans des chambres spéciales. La majoration sur le prix de journée de l'assistance publique, qui est réclamé aux malades non indigents, est censée être affectée « aux dépenses de salles d'opération, de pansement, des frais médicaux et pharmaceutiques, ou autres que déciderait la commission administrative. »

Or, tous ces frais doivent entrer en ligne de compte pour établir le prix de journée, aussi bien des malades de l'assistance médicale gratuite que des malades payants ; les lois et décrets, relatifs à la fixation du prix de revient de la journée d'hospitalisation en font foi.

Donc, bénéfice déguisé pour l'hôpital, car un malade payant ne doit pas revenir plus cher qu'un malade indigent lorsque tous deux sont reçus en salle commune.

Quant aux payants, reçus en chambre particulière, les frais ne sont guère plus élevés.

En ce qui concerne les frais médicaux, qui rentrent dans la majoration du prix de journée réclamée aux payants, c'est encore, pour l'hôpital, une manière détournée de faire un bénéfice commercial, puisque jamais les médecins et chirurgiens d'hôpitaux n'ont reçu, de l'établissement, quoi que ce soit, pour les soins qu'ils ont donnés aux hospitalisés payants.

Mais, à côté de ce mode d'hospitalisation des payants, dans l'établissement principal, commence à s'instituer une organisation de cliniques dépendant de l'hôpital. Pavillon annexe, desservi par les communs de l'hôpital ; véritable maison de santé, indépendante de l'établissement principal ; quoi qu'il en soit, nous voyons apparaître la création de maisons de santé organisées, non pas par l'initiative privée, mais par l'établissement public, l'hôpital.

Bien entendu, les prix demandés dans ces formations sont établis de telle sorte qu'ils laissent un bénéfice appréciable, bénéfice qui pourra venir au secours de l'hôpital proprement dit.

Il est donc permis de se demander si de pareils agissements sont légaux.

Le but en est louable : donner aux malades un asile à bon marché, dans lequel ils trouveront les soins nécessaires à leur état.

Mais l'établissement public, l'hôpital, a-t-il le droit de faire ainsi acte d'entreprise commerciale ?

A ce sujet, il me semble intéressant de rapprocher un arrêt récent du Conseil d'Etat (11 juin 1926 ; Dalloz, *R. Hebd.*, 1926.423).

« Est nulle de droit la délibération d'un conseil municipal relative à l'exploitation d'un cinématographe par la ville.

« En effet, l'exploitation d'un théâtre ou d'un cinématographie constitue une entreprise commerciale et, par suite, en règle générale, elle est réservée à l'initiative privée.

« S'il peut appartenir exceptionnellement aux administrations locales d'intervenir, en cette matière, dans un but d'intérêt général, en cas de défaillance ou d'insuffisance manifeste de l'initiative privée, cette circonstance extraordinaire n'est aucunement celle de l'espèce. »

Par analogie, un hôpital ne peut être fondé à faire acte de commerce, par l'hospitalisation de malades payants, que s'il est prouvé qu'il y a carence ou déficience de l'initiative privée.

Mais, s'il existe des maisons de santé, des cliniques organisées par l'initiative privée, l'hôpital doit cantonner son activité dans l'hospitalisation des indigents et des pauvres.

Dans certaines circonstances, les maisons de santé privées pourraient être en droit d'actionner en justice la commission administrative d'un hôpital, comme sortant de ses attributions d'établissement public et créant une concurrence déloyale, illicite, à un intérêt privé.

Mais, pourra-t-on objecter, ce faisant, l'hôpital ne recherche que la clientèle des malades peu fortunés, qui ne peuvent pas faire les frais d'un séjour dans une maison de santé.

En justice, ce serait à l'hôpital à prouver que tous les hospitalisés payants, qu'il a accueillis, lui ont fourni la preuve que leur situation de fortune les empêchait de faire les frais d'un séjour dans une clinique.

En règle générale, l'hôpital est fait pour les pauvres : l'établissement doit donc apporter la preuve que, si par exception, il est admis tel ou tel payant, c'est en toute connaissance de cause, muni de tous renseignements utiles.

D'ailleurs, rien ne prouve que, dans la ville, telle ou telle maison de santé privée ne réduit pas ses prix pour les malades de condition modeste.

De plus, avant de créer une exception en faveur des établissements publics, ne serait-il pas plus facile d'aider certaines maisons de santé privées à recevoir les malades de condition modeste : diminution, ou exemption d'impôts, ou autres modalités.

Ce n'est que lorsqu'il serait prouvé que l'initiative privée ne peut pas admettre les malades payants de condition modeste que l'hôpital pourrait se croire autorisé à faire acte de commerce, en les hospitalisant.

Conclusions.

Ce conflit remonte à de nombreuses années. Depuis longtemps, les médecins se sont plaints amèrement de la concurrence que leur font les hôpitaux. Nombreux sont les travaux qui ont été publiés, sur ce sujet, tant dans les journaux professionnels que dans les congrès médicaux.

Mais, le désaccord s'aggrave, du fait que les hôpitaux drainent, à leur seul profit, la clientèle payante.

Malgré les dénégations des hôpitaux, nombreux sont les cas de malades riches, hospitalisés à bon compte, au détriment des chirurgiens, ayant une maison de santé.

Nombreuses sont les plaintes des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, qui en ont assez de leur métier de dupes. Ils doivent soigner gratuitement, dans leurs services hospitaliers, les malades, qui sont admis par la commission administrative souveraine.

La vie devient trop difficile, surtout à l'heure où les impôts grèvent lourdement la profession médicale tant par la patente que par les contributions diverses.

Le médecin entend donc pouvoir vivre du profit de sa profession et veut lutter contre la concurrence illicite que lui font les hôpitaux.

Ici, ce sont les docteurs, propriétaires de maisons de santé, qui voient leur clientèle être attirée par le bon marché de l'hôpital. Tel confrère est obligé d'opérer gratuitement à l'hôpital un malade, qui devait se faire soigner dans sa maison de santé.

Tels spécialistes, ou même praticiens de médecine générale assistent, impuissants, à la désertion de leurs cabinets de consultation, parce que l'hôpital accueille, sans aucune formalité, riches comme pauvres, tant dans les salles qu'à la consultation externe.

Il est évident, comme l'indique le rapport de M. Cazalet, au 3e Congrès annuel de l'Union hospitalière du Sud-Ouest, le 17 octobre 1925 (*Concours médical* 1926, 37), que la création de maisons de santé, par l'initiative hospitalière, peut comporter beaucoup d'avantages, tant pour les malades que pour les médecins et pour la commission administrative.

La concentration de l'entreprise de soins permet la création de salles d'opérations modernes, l'installation de services de spécialités, etc.

Mais, ce faisant, ne nous acheminons-nous pas vers le pur collectivisme, vers un communisme intégral, en matière de soins ? A chacun selon

ses besoins, telle est la formule vers laquelle tend l'hôpital.

Or, convient-il de laisser la formation hospitalière dans son but primitif : les soins à donner aux pauvres et compter sur l'initiative privée, pour les soins à donner à tous ceux qui ne sont pas des indigents ?

Faut-il, au contraire, que les fonds publics, entretenus par les contribuables, puissent servir à l'organisation de services médicaux et chirurgicaux, à l'hôpital, services ouverts à tout venant, moyennant une rétribution modeste ?

Lorsqu'il y a carence de l'initiative privée, lorsque les médecins de l'endroit ne peuvent, ni ne veulent créer de maisons de santé, l'hôpital peut prendre l'initiative d'accord avec le corps médical local, d'organiser une maison de santé ou de créer des services hospitaliers payants.

Mais, lorsque l'initiative privée à immobilisé des capitaux pour l'érection et l'exploitation de cliniques médicales, l'hôpital, selon moi, n'a pas le droit de faire concurrence à ces maisons de santé privées.

Qu'un médecin vienne à démontrer qu'un malade, qui devait venir se faire opérer dans sa clinique, a été admis à l'hôpital, en payant, il serait en droit d'actionner l'administration hospitalière pour détournement de clientèle, par extension abusive du droit d'admission des hôpitaux.

A mon avis, il serait dangereux de laisser ainsi s'aggraver ce problème angoissant, pour le corps médical, de l'admission des malades payants à l'hôpital. Des conflits aboutiront tant à des démissions de la part des médecins, qu'à des procès, qu'on gagnera ou qu'on perdra, mais qui feront une bonne fois fixer les droits des uns et des autres.

Mieux vaudraient des ententes locales entre commissions hospitalières et corps médical local.

En attendant, et pour répondre aux questions qui nous ont été posées, je crois qu'un médecin, propriétaire d'une maison de santé, peut s'adresser au préfet, pour que ce magistrat puisse faire remarquer à la commission administrative qu'elle dépasse ses fonctions, en continuant l'hospitalisation des malades aisés, alors que l'initiative privée locale a créé une clinique.

Si le préfet refuse de se mêler de cette affaire, ou si la commission administrative fait la sourde oreille, le « Sou Médical », pour défendre l'intérêt d'un de ses adhérents, examinera le cas particulier avec ses avocats conseils, pour savoir s'il faut porter le conflit devant le Conseil d'Etat, ou, ultérieurement devant la cour de Cassation. Car, le « Sou » ne reculera devant aucun frais, pour que le procès soit soumis à l'une des deux de ces juridictions suprêmes.

Dr Paul BOUDIN.

HYGIÈNE ET HABITATIONS RURALES EN FRANCE (1)

« On n'arrêtera jamais la propagation de la « tuberculose tant qu'on n'aura pas entrepris la « lutte la plus vigoureuse contre le taudis. Cer« tains quartiers de nos grandes cités sont des « foyers redoutables de contagion ; les bacilles « de Koch s'y multiplient à l'aise, mais les hu« mains y périssent non moins aisément. »

A. CHIVOT.

C'est ce qu'on semble vouloir comprendre aujourd'hui un peu plus qu'hier et les récentes campagnes de presse (*Jeune République, Rouen-Taudis, Excelsior* (octobre 1925), *Liberté* (février 1926), dont le « *Mouvement Sanitaire* », en novembre 1923 et janvier 1926, et le « *Concours Médical* » (28 mars 1926), entre autres, ont récemment entretenu leurs lecteurs, en sont une preuve convaincante.

Toutefois, il y a peut-être en France un péril encore plus grave que celui des taudis, parce que plus répandu et parce que moins évident, c'est celui de la grosse moyenne de nos habitations rurales *qui sont malsaines sans être des taudis*.

(1) *Le Mouvement sanitaire*, 30-4-1926.

Il ne faut pas avoir fait beaucoup de médecine à la campagne pour se rendre compte que l'habitation rurale moyenne, chez nous, est généralement malsaine.

D'abord, elle est souvent très vieille. Dans le Nord, beaucoup de fermes ont été bâties au début du XVIIe siècle ; dans le Midi, beaucoup de « Mas » sont encore plus anciens. Presque tous ont été édifiés à la diable, comme s'ils n'étaient pas destinés à abriter une famille humaine, laquelle se compose normalement (qu'on excuse ces truismes) du père, de la mère, d'au moins trois enfants, sans parler d'un ou plusieurs grands-parents.

Le plus souvent, l'habitation rurale comprend « en bas », au rez-de-chaussée, une pièce unique plus ou moins vaste — assez souvent et heureusement orientée vers le soleil — mais s'ouvrant par sa porte de front sur le fumier de la basse-cour et des ordures ménagères — et par sa porte latérale, directement sur une écurie où cohabitent pittoresquement et paisiblement un être humain (ouvrier agricole le plus souvent), un cheval, un mulet ou un âne, quelquefois une chèvre et plusieurs générations de lapins. Les étables à

vaches, porcs, moutons, etc., sont un peu plus loin.

On ne peut entrer dans « la maison » sans apporter sur les pieds et avec les vêtements, les agents pathogènes les plus variés et les plus nocifs : bacilles de Koch des vieux tousseurs (il y a plus de tuberculose au village qu'à la ville); bacilles des « marrido febre », comme on dit en Provence : Eberth, para-typhiques, dysentériques ; bacilles de la mélitose véhiculés en foule dans la laine suintante d'urine des ovidés ; sporozoaires du paludisme, hôtes des anophèles, au voisinage des mares saumâtres, sans parler des spores du tétanos qui ont leurs quartiers généraux dans le crottin de cheval ; sans rien dire du virus de la rage ni des leishmanioses que nous vaut l'amitié de nos chiens ! (Ce qu'il y a de meilleur dans l'homme, c'est son chien ! Encore une légende à étrangler !)

Au-dessus de cette pièce unique — qui sert à tout et à tous — qui n'a pas l'air malsaine, mais, qui l'est généralement, — il y a le plus souvent en étage une chambre flanquée d'une ou plusieurs dépendances obscures dans lesquelles on met un grabat pendant six à huit heures par jour, ou plutôt par nuit soit près d'un quart de la vie, pour les parents, les enfants et les grands-parents. Encore une fois, la maison rurale moyenne française semble bâtie comme si l'on n'avait pas prévu qu'unefamille humaine normale pût avoir « des » enfants et des ancêtres.

La « chambre » elle-même n'a pas toujours de belles fenêtres ; en tout cas, ses orifices ne s'ouvrent pour ainsi dire jamais — farouchement protégés contre l'invasion de l'air et du soleil, en dedans par des rideaux épais, en dehors par des volets de bois, pas toujours à claire-voie.

Peu de place pour circuler, même si la chambre est grande : des sacs de pommes de terre, des sacs de diverses semences, au parfum souvent agréable d'ailleurs, des raisins séchés, des pommes, etc., l'encombrent dans tous les coins. Bien entendu, il n'y a pas de table de toilette (ou, s'il y a en a une, c'est uniquement pour la décoration de la pièce) et encore moins de salle de bains.

Pas plus qu'on n'a prévu l'arrivée possible des enfants, on n'a songé à la maladie, hélàs ! toujours prochaine, et non seulement il n'y a pas de chambres de malades, mais encore il n'existe pas de foyer et pas de cheminée. Rien de plus pénible que de soigner l'hiver, dans nos campagnes, les grippes, les pneumonies, les bronchites, les pleurésies, sans parler des maladies infectieuses, rougeole et scarlatine.

Inutile de poursuivre cette description. Malgré des différences de climat et de provinces, les médecins qui pratiquent à la campagne reconnaîtront que la maison rurale française est loin d'être satisfaisante.

Un tel état de choses peut-il se modifier ?

Pourquoi pas ?

Sans doute, le paysan et la paysanne de chez nous sont esclaves de leur terre, de leurs bêtes, de leur maison. Ils se servent les derniers, et ne songent pas au degré raisonnable de confort qu'il faut qu'ils accordent à leur corps, « notre frère le corps », disait Saint-François-d'Assise, et à celui des leurs.

Toutefois, la guerre a commencé de modifier la mentalité des « jeunes » qui ont été soldats. Ils ont acquis dans les tranchées, dans les camps, dans les villes de garnison et dans les hôpitaux du front, d'heureuses habitudes d'hygiène. L'état économique depuis la guerre est plus favorable à beaucoup de cultivateurs qu'aux habitants moyens des villes ; un peu de fortune, un peu plus d'aisance ont décidé la femme du paysan à devenir plus propre, plus coquette pour sa personne et pour sa maison : ses premières emplettes ont été assez judicieusement, une armoire-buffet pour la salle commune du bas — et pour le haut : une chambre à coucher complète : grand lit, table-toilette, armoire à glace-commode, le tout très présentable et très utilisable.

Malgré ces progrès, il reste beaucoup à faire : se protéger contre les animaux et les fumiers ; organiser aussi rationnellement que possible les pièces qu'on ne peut pas changer et notamment résoudre le problème du chauffage, l'hiver — l'été, ne pas craindre déraisonnablement les rayons du soleil — la nuit, ne pas redouter à l'excès la fraîcheur ou même l'humidité de l'air extérieur, etc..., etc...

Il est évident que le paysan, si ouvert et si docile qu'il soit ou puisse devenir, ne peut pas, lui tout seul, organiser sa demeure suivant les lois, intangibles malheureusement pour lui, de l'hygiène de l'habitation à la campagne.

C'est au médecin — et au vétérinaire — à l'instruire, à faire son éducation.

Comment ?

C'est ce qu'on essayera de dire une prochain fois.

Dr Edgar Leroy.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

COMITÉ QUIVY

Nouvelle liste de souscriptions reçues:

L'Union des Syndicats médicaux de France	2.000
Dr Liber	20
Dr Loubier	20
Dr Bonnefoy	20
Dr Turchini	20
Dr Portret	20
Dr Hélie	20
Dr Laquerrière	20
Dr Morel-Kahn	20
Dr Delherm	20
Dr Moutard	20
Dr Zimmern	20
Dr Kayatt	20
M. Victor Mary	100

Adresser les souscriptions à M. le Dr Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid, Paris C. P. Paris 746, 08.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Saint-Malo.

(8 *octobre* 1926.)

Compte rendu des résolutions prises :

1. *Assistance médicale gratuite* : Dans sa dernière session, le Conseil général a adopté de nouveaux tarifs d'honoraires médicaux basés sur le tarif syndical minimum réduit de 25 %, soit 11 fr. 25 pour la visite et 5 fr. 50 pour la consultation. Il est décidé que le syndicat demandera aux villes de St-Malo-St-Servan de mettre leur tarif de l'A.M.G. en accord avec le tarif départemental.

2. *Demande de réduction d'honoraires en faveur d'une société de secours mutuels, adressée par la Cie Lebon.* — Le bureau du syndicat fera connaître à la Cie qu'aucune réduction ne peut être consentie sur le tarif minimum.

3. *Nomination d'un secrétaire.* — En remplacement du Dr Descottes, démissionnaire, le Dr Maigne, de St-Servan, est nommé secrétaire du syndicat.

4. *Désignation d'un agent de recouvrement.* — Pour les notes d'honoraires en souffrance, les membres du syndicat devront s'adresser à M. Germain, huissier à Saint-Malo.

5. *Certificats assurances-vie.* — Le tarif reste fixé à 60 fr.

6. *Tarif minimum d'honoraires.* — Le tarif minimum des honoraires médicaux pour la région de Saint-Malo, Saint-Servan et Paramé a été signé par *tous les confrères* habitant la région. Un exemplaire en sera adressé à chacun.

7. *Poste de médecin de la prison.* — Les confrères qui seraient sollicités d'assurer le service médical de la prison sont priés de ne l'accepter que contre un traitement convenable qu'on peut évaluer à cinq mille francs (5.000 fr.) par an.

P.S. — Toutes ces décisions ont été prises à l'unanimité.

Le secrétaire,

Dr Ch. MAIGNÉ.

Exercice de la pharmacie dans les établissements français de l'Océanie.

Décret du 19 avril 1926.

Paris, le 19 avril 1926.

Monsieur le Président,

Dans les établissements français de l'Océanie, l'exercice de la pharmacie avait été réglementé, en premier lieu, par un arrêté local du 18 août 1893 appliquant les prescriptions de la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803). Ce texte autorisait le gouverneur à nommer des pharmaciens sur place dans certaines conditions de stage déterminées.

En 1924, en exécution d'instructions ministérielles fort précises, datées du 6 mai, un nouvel arrêté intervint prescrivant que nul ne pourrait, à l'expiration d'un délai de cinq années à partir de ladite date, ouvrir ou acquérir une pharmacie s'il n'était possesseur d'un diplôme de pharmacien délivré par les facultés ou écoles de l'Etat.

Ce texte était devenu caduc à la date du 17 septembre 1909.

Il n'en fut pas moins prorogé et non pas remis en vigueur par un nouvel arrêté du 15 mars 1911, jusqu'au 1er juillet 1912.

La situation n'a pas changé depuis et le décret n'application de la loi du 12 juillet 1916 sur la vente des substances vénéneuses, pris le 4 janvier 1924, de suffit pas à la régler, en ce qui a trait à l'exercice de la profession de pharmacien dans la colonie, qui d'est plus régie par aucun texte.

Il m'a paru nécessaire de remédier à cet état de choses en soumettant à votre haute approbation le présent projet de décret, qui applique aux établissements français de l'Océanie, les règles et les principes régissant cette profession en France et dans les possessions d'outre-mer, où elle est déjà réglementée.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de notre profond respect.

Le ministre des colonies,

Léon Perrier.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

Pierre Laval.

TITRE Ier

Exercice de la pharmacie

Art. 1er. — Nul ne pourra exercer la profession de pharmacien, préparer, vendre et débiter aucun médicament dans la colonie des établissements français de l'Océanie, s'il n'est pourvu d'un diplôme de pharmacien délivré par une faculté ou une école de l'Etat.

Est qualifié médicament dont la vente est exclusivement réservée aux pharmaciens, toute substance simple ou composée, vendue ou mise en vente dans un but thérapeutique.

Le privilège de vendre des médicaments ainsi reconnu aux pharmaciens établis dans les établissements français de l'Océanie ne saurait engager la liberté de l'administration.

Celle-ci garde le droit de se procurer, au mieux des intérêts financiers dont elle a la garde, aussi bien dans la métropole que dans la colonie, les produits dont elle peut avoir besoin.

Art. 2. — Tout pharmacien, avant de prendre possession d'une pharmacie déjà établie, ou d'enfonder une nouvelle, devra en faire la déclaration écrite au gouverneur de la colonie, en accompagnant cette déclaration, dans le premier cas, de son acte authentique d'achat et de son diplôme, et, dans le second cas, de son diplôme seulement

Art. 3. — Il est interdit à un pharmacien de posséder plusieurs pharmacies. Il doit habiter la localité où est située son officine et exploiter celle-ci en personne, tout en ayant la faculté d'avoir comme aides des élèves, des erreurs desquels il demeure responsable dans les conditions prévues par l'article 1384 du code civil.

Il ne peut faire dans sa pharmacie aucun autre commerce que celui des produits chimiques, drogues et médicaments et, en général, de tous objets se rattachant à l'art de guérir.

Art. 4. — Tout pharmacien devra être seul propriétaire de la pharmacie qu'il exploite. Toutefois, l'association en nom collectif de plusieurs pharmaciens régulièrement reçus, pour l'exploitation d'une même pharmacie, est admise à la condition expresse qu'aucun des coassociés ne possède en propre une autre pharmacie ou n'y ait des intérêts.

Art. 5. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers pourront, sur leur demande, être autorisés à tenir l'officine ouverte pendant deux ans seulement, à compte du lendemain du décès, à condition de présenter au gouverneur qui, après avis du chef du service de santé, le désignera pour diriger personnellement cette pharmacie, soit un pharmacien muni d'un diplôme valable pour les établissements français de l'Océanie et, si possible, non possesseur d'une autre pharmacie, soit un élève âgé d'au moins vingt-deux ans, ayant quatre années de pratique en pharmacie et dont la moralité et la capacité auraient été reconnues.

Dans ce dernier cas, un pharmacien diplômé sera nommé par le gouverneur pour surveiller cette pharmacie.

Ce pharmacien sera personnellement et pécuniairement responsable des erreurs du gérant.

Le délai de deux ans expiré, la pharmacie sera fermée d'office si elle n'est pas devenue la propriété d'un pharmacien pourvu de titres réguliers.

Le délai de deux ans pourra être prorogé exceptionnellement, pour une année au plus, lorsque l'intérêt de la santé publique l'exigera ou lorsque la veuve ou les héritiers du pharmacien décédé justifieront de l'impossibilité dans laquelle ils se sont trouvés de céder son officine dans des conditions normales.

Cette prorogation sera accordée par le gouverneur, sur rapport du chef du service de santé.

Art. 6. — Les dispositions de l'article précédent sont également applicables au cas où une maladie ou une absence prolongée mettrait un pharmacien dans l'impossibilité de diriger personnellement son officine.

Art. 7. — Les pharmaciens devront se conformer rigoureusement, pour les préparations magistrales, aux prescriptions des médecins ou vétérinaires, qui devront être fidèlement transcrites sur un livre registre d'ordonnance qui, d'ailleurs, pourra se confondre avec le registre spécial prévu à l'article 24 du décret du 4 janvier 1924 réglementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses dans les établissements français de l'Océanie.

Pour les médicaments officinaux, ils devront se conformer aux prescriptions du Codex 1908 et ses suppléments.

Art. 8. — Sont considérés comme préparations pharmaceutiques dont la vente est réservée aux seuls pharmaciens :

1° Les produits spéciaux (spécialités) vendus dans un but curatif ;

2° Les objets de pansements stérilisés ou médica-

menteux, tels que drains et catguts stérilisés, ouate et tissus stérilisés ou imprégnés de produits médicamenteux : iodoforme, salol, bichlorure, etc. ;

3° Les eaux minérales médicinales, c'est-à-dire celles qui ne peuvent servir de boisson habituelle dans l'état de santé et notamment les eaux purgatives

Sont aussi considérés comme préparations pharmaceutiques les divers sérums autorisés, vaccins, toxines et liquides organiques. Pour ces produits, cependant, les laboratoires autorisés à les préparer jouiront des mêmes droits que les pharmaciens.

Art. 9. — Le régime des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine et vétérinaire est et demeure fixé par le décret du 4 janvier 1924, promulgué dans la colonie par arrêté du gouverneur, en date du 12 février 1924.

Art. 10. — Il est interdit d'exercer simultanément la médecine et la pharmacie, même dans le cas où l'intéressé serait régulièrement titulaire des deux diplômes de médecin et de pharmacien.

Toutefois, les médecins et vétérinaires, établis dans les centres non pourvus de pharmaciens, pourront fournir des médicaments et préparations diverses aux personnes qui les font appeler pour elles ou leurs animaux, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte, et à la condition qu'elles résident à plus de 10 kilomètres d'une pharmacie régulièrement établie.

Art. 11. — Des dépôts de remèdes officinaux, de drogues simples non toxiques et de spécialités non soumises à l'obligation d'ordonnance médicale, exception faite pour celles renfermant des composés organiques de l'arsenic en nature ou à dose trop forte et dont la vente leur sera interdite, pourront être installés dans les archipels (Iles-sous-le-Vent, Marquises, Tuamotu, Gambier, îles du Sud et dans tout autre endroit de la colonie) où il n'existe pas de pharmacies régulièrement ouvertes.

La préparation des remèdes officinaux, la vente des remèdes magistraux y seront interdites.

Un arrêté du gouverneur, pris sur la proposition du chef du service de santé, déterminera les conditions dans lesquelles ce commerce pourra s'exercer, les conditions d'aptitude à exiger des personnes qui solliciteraient l'autorisation de tenir ces dépôts et fixera la liste des médicaments, objets de pansements et spécialités dont la vente est autorisée. Cette autorisation sera toujours révocable. Elle deviendra nulle de plein droit si un pharmacien, régulièrement reçu, venait à instaler une officine dans la localité où existe un dépôt. In conséquence, ce dépôt devrait être fer mé d'office Ens les six mois, qui suivront cette installation.

TITRE II

Inspection des pharmacies

Art. 12. — L'inspection des pharmacies, drogueries et dépôts divers de médicaments ne peut être en principe confiée qu'à des agents régulièrement pourvus du diplôme d'État de pharmacien de 1re classe et n'ayant pas d'officine ouverte dans la ville où ils procèderont à cette inspection.

Ces fonctions sont exercées dans les établissements français de l'Océanie par le pharmacien des troupes coloniales en service à la colonie.

Toutefois, en dehors de Tahiti (Iles-sous-le-Vent, Marquises, Tuamotou, Gambier, etc.), les fonctions d'inspection pourront, par exception, être confiées aux administrateurs de ces îles qui, sur demande du chef de service de santé approuvée par le gouverneur, contrôleront le fonctionnement des dépôts autorisés par l'article 11 ci-dessus et dresseront un rapport sur le résultat de leur confiscation.

Art. 13. — L'inspecteur des pharmacies s'assurera dans ces visites que les dispositions du présent décret ainsi que celles du décret du 4 janvier 1924, réglementant le commerce, la détention et l'emploi des substances vénéneuses sont observées.

Il dressera des contraventions relevées procès-verbal qui, relatant les observations présentées par le contrevenant, sera transmis au procureur de la République, chef du service judiciaire, et dont copie sera adressée au gouverneur.

Ces inspections ont lieu au moins une fois par an, elles sont ordonnées par le gouverneur.

Art. 14. — L'inspecteur peut se faire assister dans ses visites par les commissaires de police ; il peut, en outre, requérir ces mêmes officiers de police judiciaire d'effectuer certains prélèvements dans les officines des pharmaciens et dans les dépôts de médicaments tenus par les médecins, les vétérinaires ou autres personnes autorisées.

TITRE III

Pénalités

Art. 15. — Toute personne tenant une pharmacie, vendant ou débitant des médicaments sans être en règle avec les dispositions du présent décret, se rendra coupable du délit d'exercice illégal de la pharmacie et sera puni d'une amende de 500 fr. ; « la fermeture immédiate et nonobstant appel de la pharmacie illégalement tenue pourra, en outre, être ordonnée ».

« En cas de récidive, un emprisonnement de trois à six jours sera applicable au délinquant, sans préjudice des peines déjà visées au présent article. »

Toute fraude ou falsification dans la vente ou la délivrance de médicaments, ainsi que toute mise en vente de produits avariés ou nuisibles à la santé, sera punie « d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de 100 à 5.000 fr. ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Les dispositions de l'article 463 du code pénal seront applicables.

Art. 16. — Le ministre des colonies et le garde des sceaux, ministre de la justice, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret. (*J.O.*, 2 *mai* 1926.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** — M. le Dr CALMEAU, de Paris. — M. le Dr Adolphe DREY, de Dijon. — M. le Dr W. ŒTTINGER, médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le Dr A. DESCOMPS (d'Aiguillon), père du Dr Pierre Descomps, agrégé. — M. le Dr PERRET, de Larceveau (Basses-Pyrénées).

— **Les prix changent.** — *A la Salpêtrière, il y a cent ans* — Dans l'éloge prononcé à l'*Académie de médecine* par M. le professeur ACHARD, à l'occasion du centième anniversaire de la mort de Pinel, nous relevons la phrase suivante :

« Administrateur avisé, Pinel trouvait le moyen, tout en améliorant le sort des aliénés, de réaliser des économies et d'abaisser, à la Salpêtrière, le prix de la journée de malade à 6 *centimes, au lieu de* 9. N'était-ce pas l'âge d'or pour les budgets des pauvres ? »

— **Le Xe Congrès national des pêches et industries maritimes** aura lieu à Alger en avril 1927, pendant les fêtes de Pâques.

— **Prix de la Société des Chirurgiens de Paris.** — La Société des Chirurgiens de Paris rappelle qu'elle décerne chaque année quatre prix :

1° Prix de *chirurgie générale* (prix Dartigues) ;
2° Prix de *chirurgie urinaire* (prix Cathelin) ;
3° Prix de *chirurgie gastro-intestinale* (prix Pauchet) ;
4° Prix de *chirurgie gynécologique* (prix Paul Delbet).

Chaque prix est de *mille francs*.

Le règlement est identique pour les quatre prix :

1° Le prix est décerné au meilleur travail, *original et inédit*, présenté à la Société, chaque année avant le 31 décembre; 2° les travaux doivent être envoyés au Secrétaire général au moins en deux et de préférences en cinq exemplaires, imprimés ou dactylographiés ; 3° les candidats doivent être de nationalité française ; 4° les manuscrits ne sont pas rendu s aux auteurs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général de la Société : Dr Charles BUIZARD, ,3, rue de La Trémoille, Paris (8e).

— **Pathologie chirurgicale.** — M. Paul MATHIEU, agrégé, fait son cours les lundis, mercredis, vendredis, à 17 h. au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Objet du cours : affections chirurgicales des membres.

— **Anatomie pathologique.** — M. le professeur G. ROUSSY fait son cours les lundis, mercredis, vendredis, à 16 h. au Grand Amphithéâtre de la Faculté.

— **Histoire de la médecine et de la chirurgie.** — Cours de M. le professeur P. MÉNÉTRIER, le mercredi, à 6 h., à l'Amphithéâtre des thèses. Sujet du cours : Histoire de la médecine au XIXe siècle.

— **Clinique thérapeutique médicale** (hôpital de la Pitié). — M. le professeur H. VAQUEZ a commencé son cours de Clinique thérapeutique et le continue à l'amphithéâtre du service, les jeudis, à 10 h. 1/2 du matin.

— **Clinique chirurgicale** (Hôtel-Dieu), M. le professeur HARTMANN.

Enseignement : Mardi, 10 h. : examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre. — Samedi, 10 h.: Leçon à l'amphithéâtre. — Mercredi, 9 h. : Opérations par M. Bergeret. — Jeudi, 9 h. : Opérations par M. Okinczyc. — Lundi et vendredi, 9 h. : Opérations par M. Hartmann. — Lundi, 15 h. : Examen de malades justiciables d'un traitement par les rayons X ou le radium, par M. Hartmann.

— **Clinique chirurgicale** (Cochin). M. le professeur DELBET. — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — *Enseignement magistral.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : Opérations par le professeur Delbet. — Jeudi et samedi, à 10 h. : Leçon clinique avec présentation de malades par le professeur Delbet.

Enseignement complémentaire. — Tous les jours, à 9 h.: Examen des malades dans les salles par les chefs de clinique. — Lundi, à 10 h. : Consultation et clinique gynécologique, par M. Mocquot (pavillon Boullly). — Mardi, à 9 h. : Leçon de séméiologie par les chefs de clinique ; à 11 h. : Leçon et exercices d'urologie, par M. Chevassu. — Mercredi, à 9 h. : Leçon de petite chirurgie, par M. Girode. — Vendredi, à 9 h. : Exercices de laboratoire, dirigés par MM. Herrenschmidt et Beauvy ; à 10 h. : Leçon sur la chirurgie d'urgence, par M. Leveuf.

— **Pathologie médicale.** — M. Charles Aubertin, agrégé, a commencé son cours sur la pathologie du sang, le lundi 15 novembre 1926, à 18 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continue les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— **Clinique thérapeutique chirurgicale** (Hôpital de Vaugirard). M. le professeur P. DUVAL. — PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 h. : Démonstrations opératoires. — Mardi, jeudi, à 10 h. : Examen clinique et leçon au lit des malades. — Vendredi, à 11 h.: Leçon du professeur, M. Pierre Duval. — Samedi, à 11 h. : Examen radiologique des maladies du tube digestif.

— **Clinique des maladies cutanées et syphilitiques** (Hôpital Saint-Louis). — M. le professeur JEANSELME a commencé ses cliniques et les continue les vendredis, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la Clinique : leçons de dermatologie et de syphiligraphie avec projections et présentation de malades.

Tous les mardis et samedis, à 10 h. 1/2 : Leçons de dermatologie.

Les lundis et vendredis, à 9 h. 1/4, examen des malades à la policlinique au pavillon Bazin (1er étage). — Les mardis et samedis, à 9 h. 1/4, visite des malades dans les salles du pavillon Bazin. — Les mercredis, à 9 h. 1/2, examen des malades à la salle des consultations externes de l'hôpital. — Les jeudis, à 9 h. 1/4, examen des malades soignés au Dispensaire antisyphilitique de la Clinique. Opérations dermatologiques à la Policlinique.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

tiative privée locale est déficiente, si, par conséquent, il n'existe pas de maison de santé dans la localité ;

2° Que l'hôpital n'a pas à imposer son règlement, sans discussion aucune, au corps médico-chirurgical. Les médecins n'ont jamais été obligés par un texte de loi quelconque, à donner leurs soins aux malades hospitalisés.

Si, jusqu'à présent, les docteurs ont accepté les yeux fermés les conditions de travail qui leur étaient faites par les hôpitaux, c'est qu'il ne s'agissait que d'hospitalisés pauvres et indigents.

Mais, si l'hôpital, avec l'agrément des parties intéressées, veut jouer le rôle d'une maison de santé, il lui faut s'entendre avec le corps médical local, lequel entend gagner sa vie avec l'exercice de sa profession, auprès de ceux qui peuvent l'honorer.

Il s'en suit que non seulement le corps médical de l'hôpital, mais encore le syndicat médical local doivent intervenir pour être consultés par la commission administrative, pour élaborer le règlement, concernant l'hospitalisation des malades payants, le mode de rémunération des médecins et l'organisation du libre choix du docteur.

Quelles sont les villes qui ont organisé pareille admission des payants ?

Dans le *Concours médical* du 14 août 1921, p. 2284, j'ai publié une statistique, concernant les hôpitaux qui interdisent, ou autorisent leur corps médical à réclamer des honoraires aux payants. Depuis cette époque, je n'ai pas eu de règlement bien intéressant sur ce point.

Faites donc pour le mieux de vos intérêts et considérez moi comme étant à votre entière disposition.

Dr Paul BOUDIN.

3193. — La frigidité féminine.

Le Dr H. réclame dans le n° 46, sous le n° 3193, sur cette question, des détails qu'il sera, je crois, susceptible de trouver dans un ouvrage signé du Dr d'Orbee et édité par la Bibliothèque populaire des sciences médicales, 22, rue Huyghens, à Paris. Je ne peux pas lui donner de précisions sur l'ouvrage qui, d'après le titre, serait exclusivement consacré à la question qui l'intéresse.

Dr S.

Accidents du Travail

Incapacité résultant de la perte de la vision d'un œil.

Je prends connaissance par le *Concours médical* du 21 novembre du travail de M. Cocral : « La perte de la vision d'un œil détermine-t-elle une diminution de la capacité de travail » ?, travail dans lequel

il s'élève contre les conclusions actuellement admises par les tribunaux sur avis des experts.

Je m'élève pour ma part contre les considérants de M. Cocral et ce qui en découle.

Je ferai simplement quelques observations.

Si les tribunaux civils accordent aux victimes d'accident de travail qui perdent un œil une incapacité qui est évaluée de 25 à 33 p. cent, le Ministère dess pensions reconnaît une invalidité qui est de 45 % pour le cas de vision inutilisable, et de 65 % pour le cas de vision nulle d'un œil ; chiffres très supérieurs aux incapacités du travail et qu'on peut trouver exagérés.

Lorsqu'un individu perd un œil, il perd du même coup au moins trois choses : une partie de son champ visuel (celle représentée par l'œil perdu), la sensation du relief (perte plus gênante qu'on ne peut croire chez un individu qui a toujours eu une vision binoculaire ; il suffit d'essayer soi-même de se livrer à ses occupations habituelles avec un œil bandé), la facilité de l'accommodation (déséquilibre apporté par la cécité monoculairedans les rapports entre l'accommodatiop et la convergence).

Je sais bien que l'accoutumance s'établit et que le blessé arrive à suppléer à la perte de ces qualités visuelles ; mais n'en est-il pas de même pour d'autres incapacités (perte de doigts, ankyloses, etc.). En évaluant à un quart ou un tiers le degré de perte fonctionnelle causée par la perte d'un œil, les experts se montrent sages.

Il faut tout de même penser que depuis qu'il y a des oculistes qui voient des borgnes, que ce soit en France ou dans les autres pays où existe la législation sur les accidents du travail, il y a eu quasi unanimité entre eux pour évaluer de même façon l'incapacité résultant de la perte d'un œil. Cette appréciation s'est faite sans entente préalable entre eux, c'est donc que probablement elle est proche de l'équité.

Ces arguments parmi beaucoup d'autres seront à ajouter à l'argumentation de l'article de MM. Boudin, Duchesne et Dumesny suivant l'exposé de la thèse de M. Cocral, argumentation à laquelle je me rallie d'ailleurs.

Dr M. Caillaud
(d'Orléans).

3594. — Révision de la rente d'un accidenté du travail.

Fidèle abonné et membre du « Sou », j'ai recours à votre obligeance pour m'indiquer la marche à suivre dans le cas d'une serveuse de restaurant victime (à R.) d'un *accident du travail* le 31 déc. 1923 (brûlure du 3e degré du bras gauche) consolidée le 23 février 1925 avec une incapacité permanente partielle de 25 % et qui présente actuellement de vastes cicatrices chéloïdiennes par endroits, mais aussi plusieurs plaies ulcéreuses à d'autres.

Depuis quelques mois à A., l'accidentée n'a pu reprendre aucun travail (les plaies suppurent).

A noter que le certificat de consolidation porte : « Cicatrices fragiles et sujettes à ulcères fréquents. (Extension limitée d'1/4, force diminuée...etc. »)

La malade ne peut se soigner par ses propres moyens.

1° Cette accidentée peut-elle exercer un recours vis-à-vis de la Cie d'assurances de R ?

2° Doit-elle avec sa rente minime, subvenir aux frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr P.

Réponse.

En cas d'aggravation de l'infirmité due à l'accident, la blessée a le droit d'introduire une action en révision dans les trois ans de l'accord intervenu pour la fixation de sa rente ou de la décision judiciaire attributive de rente passée en force de chose jugée.

Cette action doit être introduite par simple déclaration au greffe du Tribunal civil. Le président, saisi par cette déclaration, convoquera les parties en conciliation et, à défaut de conciliation, renverra l'affaire devant le Tribunal. La blessée sera pourvue de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire.

Mais la révision ne peut porter que sur l'indemnité *permanente*. En aucun cas, elle ne peut ouvrir à nouveau droit à l'indemnité *temporaire*, dont les frais médicaux et pharmaceutiques ne sont qu'un accessoire.

Par conséquent, votre blessée, du moment qu'elle est actuellement consolidée et titulaire d'une rente, quand bien même elle pourrait obtenir la révision de son indemnité et quand bien même les lésions causées par l'accident nécessiteraient de nouveaux soins, n'aurait aucun recours contre le patron ou l'assurance pour le payement de ces soins.

3424. — Evaluation d'incapacité permanente.

Un de mes clients, accidenté du travail, a eu les quatre doigts de la main gauche sectionnés par une scie mécanique, avec section des muscles de l'éminence thénar, sans lésion des tendons. Je fus obligé de le conduire chez un chirurgien qui lui fit la désarticulation complète de l'auriculaire et la désarticulation des phalangines de l'index, majeur et annulaire.

Les mouvements du pouce sont très limités et ne permettent pas encore les mouvements de flexion et d'opposition.

Mon client est guéri et dans quelques jours je dois envoyer son certificat de consolidation.

A combien dois-je évaluer l'incapacité permanente partielle ? Il s'agit d'un homme valide de 55 ans et qui gagne 18 francs par jour.

A quelle indemnité pensez-vous que mon client ait droit en tenant compte de la loi de juillet 1926 ?

Dr D.

Réponse.

L'invalidité que vous nous décrivez, compte tenu de la perte de l'opposition du pouce, peut être évaluée, suivant les indications fournies par l'ouvrage du Dr Mayet et le barème des pensionnés de guerre, de 50 à 55 %.

La loi du 8 juillet 1926, qui a élevé les bases du calcul des rentes dues aux victimes d'accidents du travail, ne sera applicable que le premier jour du septième mois qui suivra sa promulgation, donc le 1er février 1927. Donc, tous les accidents survenus avant cette date restent soumis aux dispositions antérieures.

En admettant que votre blessé travaillait 300 jours par an, on peut fixer son salaire annuel à 300 fois 18 francs, soit : 5.400 francs.

Pour le calcul de la rente, le salaire de base sera de 4.500 plus 900/4, soit : 4.725 francs.

Sur la base d'une invalidité de 50 %, la rente sera égale au quart de cette somme, soit : 1.181,25

3576. — Incompatibilité entre le rôle de médecin traitant et celui de médecin du patron.

J'ai soigné un accidenté du travail en 1923. A la suite de sa consolidation, le taux d'invalidité accordé par le tribunal a été de 11 %.

Le chef d'entreprise, pour se mettre en règle avec la loi, m'écrit-il, a fait une demande de révision à M. le président du tribunal départemental et il me demande de revoir le blessé et lui faire connaître le résultat de ma visite notamment si l'état du blessé est resté stationnaire ou si le taux d'incapacité est susceptible de réduction.

Combien demander pour le certificat qui m'est réclamé ? Y a-t-il un tarif officiel ?

Dr X.

Réponse.

Il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin traitant et celles de médecin expert du patron ou de la Compagnie d'assurances. Il vous est donc impossible d'accepter la mission qui vous est confiée. C'est au blessé, et à lui seul, que vous pourrez délivrer un certificat constatant son état présent, s'il vous le demande.

Dans ces conditions, la question de rémunération du certificat devient sans intérêt. Cependant, nous devons vous indiquer qu'en pareille circonstance, il ne s'agit pas de soins à donner au blessé et que par conséquent, le tarif Durafour ne peut être appliqué. Entre l'assurance et le médecin qu'elle charge de l'examen, il n'y a que des rapports de droit commun. Donc, c'est au médecin qu'il appartient de fixer ses honoraires comme il l'entend.

LABORATOIRE ALPH. BRUNOT

ESTOMAC

SEL DE HUNT

GRANULÉ FRIABLE

DYSPEPSIES ✱ GASTRALGIES ✱ HYPERCHLORHYDRIE
ULCÉRATIONS GASTRIQUES ✱ FERMENTATIONS ACIDES

DIATHÈSE URIQUE ✱ RHUMATISMES

Dialyl

GRANULÉ EFFERVESCENT
(HEXAMETHYLENE TETRAMINE ET LITHINE)

URICÉMIE, AFFECTIONS RHUMATISMALES, GOUTTE AIGUE & CHRONIQUE
LITHIASES HÉPATIQUE OU RÉNALE, MALADIES DE LA NUTRITION

Échantillons Pour Essais cliniques : 16, rue de Boulainvilliers, PARIS (XVIe)



OPONUCLYL

TROUETTE-PERRET

MÉDICATION SYNERGIQUE ORGANO-MINÉRALE

COMPOSITION : Lipoïdes médullaires et spléniques, Orchitine, Hémoglobine, Acide nucléinique, Cinnamate de manganèse et de fer

DOSES
ADULTES : 2 sphérules à chaque repas.
ENFANTS : 1 sphérule à chaque repas.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
Laboratoires TROUETTE-PERRET
15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS (11e)

3400. — Accident à un ouvrier travaillant pour un propriétaire.

Un maçon travaillait à l'heure (non pas au marchandage, ni à son compte) dans une ferme appartenant à un gros propriétaire (au compte de ce propriétaire).

Le mur s'étant éboulé, le maçon en question a eu la jambe cassée et sera probablement infirme pour le restant de ses jours.

Le propriétaire est-il responsable ? Soyez donc assez aimable de me rendre réponse le plus tôt possible. Dr S.

Réponse.

Un propriétaire qui fait exécuter chez lui, sous sa direction et sa surveillance, par un ouvrier de son choix, des travaux de réparation, ne saurait être considéré comme un chef d'entreprise, au sens de la loi du 9 avril 1898, et, par conséquent, ne peut être rendu responsable des accidents dont cet ouvrier peut être victime au cours de son travail. Il n'en serait autrement que dans le cas où une faute du propriétaire ou d'un de ses préposés pourrait être alléguée, mais alors il s'agirait de la responsabilité de droit commun, et non pas de la responsabilité spéciale des accidents du travail (voir à ce sujet Sachet, édition 1926, page 87, n° 87 et 87 *bis*).

Cette opinion est sanctionnée par un grand nombre de décisions de jurisprudence et notamment plusieurs arrêts de cassation.

Dans le cas particulier, il ne nous semble pas que la responsabilité du propriétaire soit engagée, du moins en ce qui concerne l'application de la loi du 9 avril 1898.

3467. — La brûlure par ciment est-elle un accident du travail ?

Un maçon travaillant depuis 3 mois chez un patron assuré présente un matin une brûlure de l'index (par ciment) qu'il fait soigner lui-même. Peu de semaines après, au lieu de s'améliorer, cette brûlure s'étend aux autres doigts et à l'autre main. Il vient se faire soigner chez moi au compte de l'assurance, le chef du chantier mentionnant sur sa déclaration « brûlure des mains par ciment ».

La Cie d'assurances m'informe aujourd'hui qu'elle n'acceptera pas de payer les honoraires relatifs à ces soins parce que ce n'est pas un « accident » mais une « maladie professionnelle », laquelle échappe à l'assurance.

A-t-elle raison ? a-t-elle tort ? Qui doit payer mes honoraires ? Si elle a raison, est-ce le blessé ? Est-ce l'employeur ?

Si cet ouvrier, maçon depuis 13 ans, avait été chanteur de café concert par exemple, il n'aurait jamais eu de brûlures aux mains, l'agent corrosif

ciment n'existant pas. Donc il me semble que c'est un accident causé par le ciment qui a amené cette lésion. Ai-je raison ?

Dr P.

Réponse.

On définit généralement l'accident du travail comme une atteinte au corps humain provenant de l'action *violente* et *soudaine* d'une cause extérieure.

Lorsque ces caractéristiques de violence et de soudaineté font défaut, il n'y a plus accident, mais maladie n'entraînant pas l'application de la législation sur les accidents du travail, à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'une maladie causée par l'intoxication saturnine ou mercurielle (loi du 25 octobre 1919).

Dans ces conditions, les brûlures par chaux ou par ciment, qui proviennent ordinairement d'une action lente et répétée sur la peau, ne sont pas considérées, au moins par une grande partie de la jurisprudence, comme des accidents du travail. En sens contraire, on peut cependant citer quelques décisions de justice et notamment un jugement de la justice de paix d'Orgon (Bouches-du-Rhône) du 22 mars 1924, confirmé sur appel par le Tribunal civil de Tarascon le 12 décembre 1924 qui a reconnu comme accident du travail des brûlures provoquées par la poussière de chaux (*Concours médical*, 17 mai 1925, page 1264).

Il est donc difficile de vous donner un avis catégorique sur cette question.

Que votre blessé cite son patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en payement de son demi-salaire.

Seul, le juge de paix peut trancher ce différend et, d'ailleurs, cette procédure est peu coûteuse.

Fiscalité

3125. — La taxe civique n'est due qu'une fois.

Abonné au *Concours*, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner le renseignement suivant au sujet de la taxe civique.

J'ai acquitté, avec mes autres impôts, cette taxe à X. où je demeure.

D'autre part, je paye chaque année une contribution personnelle mobilière à P. où j'ai un petit appartement. Cette année, sur l'avertissement qui m'est adressé figure une taxe civique.

Dois-je réclamer ?

J'avais cru comprendre que, d'après la loi, cette taxe basée sur l'impôt général de l'année précédente n'était due qu'une fois dans la commune où le contribuable faisait sa déclaration d'impôt général.

Dr M.

Réponse.

La taxe civique n'est due qu'une fois. Vous avez donc été imposé à tort à P. Adressez vos deux avertissements (celui de l'impôt général accompagné de l'enveloppe qui seule porte votre nom) au contrôleur de P., qui vous accordera le dégrèvement.

A. M.

3051. — Impôt sur deux autos ne circulant pas simultanément.

Membre du « Sou », permettez-moi de vous demander encore un avis au sujet des impôts que le médecin possédant deux autos pour sa profession doit payer. Les deux voitures ne sortant jamais ensemble, on peut ne payer, par tolérance de l'administration, que sur la plus forte des deux voitures en déposant entre les mains du receveur le permis de la voiture inutilisée ; mais le plus souvent et c'est mon cas, le médecin qui a deux voitures de force inégale se sert journellement de la voiture ayant la moindre puissance ; peut-on lui donner le permis de circuler de cette voiture la moins forte, alors qu'il paye les impôts de la voiture de puissance plus élevée.

Le receveur des contributions me l'a contesté et j'ai été obligé de payer les impôts pour mes deux voitures.

Dr S.

Réponse.

La tolérance de l'administration n'est appliquée que si les mutations de permis ne présentent aucun caractère de fréquence et de périodicité.

Si vous utilisez la plus faible voiture pour vos visites, la plus forte pour vos sorties de famille, vous ne remplissez pas les conditions exigées par l'administration pour bénéficier de cette tolérance.

2950. — Garage et patente.

Je loue au prix de 1400 fr. l'an, une remise particulière où je gare mes voitures.

Ce loyer supplémentaire intervenant dans le calcul de ma patente qu'il augmente par trop, j'ai l'intention, à partir du 1er janvier 27, de garer mes voitures dans un garage.

1° Le fisc aura-t-il à intervenir dans le prix que je payerai au garagiste, et cette somme interviendra-t-elle dans le calcul de ma patente ?

2° A quelle date extrême dois-je prévenir le contrôleur que je quitte ma remise actuelle pour ne pas être imposé l'an prochain ?

Dr R.

Réponse.

Si vous n'avez pas un box à votre disposition, le contrôleur ne peut vous imposer à la patente en raison du prix payé au garagiste.

Vous pouvez prévenir le contrôleur dès maintenant. Si cependant, vous étiez imposé pour 1927, il faudrait présenter une réclamation dès réception de l'avertissement.

A. M.

3184. — Base de la patente.

J'ai reçu il y a 3 jours une feuille d'imposition ; elle me paraissait erronée, je suis allé réclamer auprès de mon contrôleur qui m'a dit que c'était exact.

Ce matin je suis allé au S.M.S. : le cas intéresse tous les médecins parisiens, et les quelques-uns auxquels j'ai montré ma feuille d'imposition de 1926 ont été comme moi stupéfaits. J'ai décidé de demander votre avis et le S.M.S. m'a prié de lui communiquer votre réponse.

Il s'agit de ma patente. J'occupe un pavillon, pour lequel je paye un loyer de 8.000 fr. Sur cette somme 6.000 servent à rémunérer l'habitation et 2.000 seulement les 2 pièces à usage de la profession.

En 1925, j'ai payé comme patente 329 fr. 83. En 1926, on m'impose 4144 fr. 83.

Le contrôleur consulté prétend que c'est exact. Si c'est vrai, il y a de quoi dégoûter les professions libérales à jamais.

Je serais très heureux d'avoir à ce sujet votre avis éclairé.

D[r] X.

Réponse.

La patente est basée sur la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation et des locaux servant à l'exercice de la profession.

Si vous payez régulièrement au total 8.000 francs de loyer, votre imposition est régulière et, si une erreur a été commise, c'est en 1925 (et antérieurement), mais à votre avantage.

A. M.

3553. — Secret professionnel.

Un notaire, chargé du règlement de la succession d'une malade X que j'ai soignée dans sa dernière maladie, me demande de lui fournir pour une Cie d'assurances sur la vie un certificat indiquant la cause du décès et les soins donnés.

Ce certificat est exigé pour permettre le règlement avec la Cie d'assurances, en faveur des héritiers.

Il s'agit d'une malade d'une soixantaine d'années, qui est décédée de phtisie pulmonaire après une longue maladie. Suis-je tenu rigoureusement au secret professionnel, ou m'est-il permis de signaler que la malade est décédée à la suite d'une affection chronique en spécifiant, ou sans spécifier, qu'il s'agit des voies respiratoires ?

Je serais heureux d'avoir votre avis sur ce cas de pratique qui doit souvent se reproduire, à l'heure actuelle, où tout le monde est plus ou moins assuré

sur la vie, et je m'excuse en qualité du membre du *Concours médical* de vous mettre ainsi à contribution.

Dr Z.

Réponse.

Vous êtes lié par le secret professionnel d'une façon générale et absolue. Pour quelque motif que ce soit, il vous est interdit de révéler à quiconque la cause des décès de vos clients.

Dans le cas présent, il vous est donc impossible de délivrer le certificat qui vous est demandé.

La clause de la police d'assurances qui impose la production d'un certificat du médecin traitant attestant de quelle maladie est mort l'assuré est nulle comme contraire à l'ordre public, puisque son exécution entraînerait une violation du secret professionnel, sanctionnée par l'article 378 du Code Pénal.

Application du Tarif Ministériel

3451. — Radioscopies.

Membre du « Sou » et abonné au *Concours*, je viens vous demander un renseignement, je crois l'avoir vu dans le *Concours*, mais je ne puis le retrouver.

J'ai un appareil de radio, avec lequel je fais de la scopie, mais pas de graphie ; ayant à soigner un accidenté du travail qui a une fracture, je pourrais le radioscoper, ce qui serait suffisant, mais je crois que la Cie d'assurances ne doit, d'après le tarif spécial, que les graphies. Je serai donc obligé d'envoyer mon blessé à la ville, à 25 km. Puis-je faire une demande à l'assurance, et marcher si elle accepte de me payer une scopie ?

Dr G.

Réponse.

Il n'y a de tarifé que les « examens *radioscopiques* pour localisation de corps étrangers » (article 26 II). Pour les autres cas, on ne parle que de *radiographies* et alors, il est dit (article 26, VII, alinéa 5) : « Le médecin radiologiste devra fournir pour les prix ci-dessus indiqués deux exemplaires des épreuves, etc... » ce qui en exclut les « scopies ». De plus, n'oubliez pas que (article 26, VII, alinéa 4) : « l'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant *d'accord* avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence... ». Par conséquent, vous devez vous entendre *auparavant* avec l'assurance. Et il va sans dire que si elle est d'accord avec vous pour une simple « scopie », vous serez sûr d'être payé dans la suite, sa lettre même l'y obligeant.

F.D.

Quarante-huitième année — N° 50 — 12 Décembre 1926

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3062-IV)

(Suite du Sommaire)

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

AVIS

—

Transfert des Bureaux du *Concours Médical*

Nous informons nos lecteurs qu'à dater du 1er *janvier* 1927, les Bureaux du *Concours Médical* seront transférés **37, rue de Bellefond**, Paris, 9e.

Renouvellement des Abonnements

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1927 vient de paraître et les souscripteurs auront satisfaction à bref délai, toutes les expéditions étant faites par poste recommandée.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 578. — Conf. dés. céder meubles et bibel. anciens. S'ad. Salvy, 63, rue Lauriston (Etoile).

N° 579. — Dr d'Etat cherche occup. médic. Aider. dans clin. chirurg. ou de radiol.

N° 580. — Demois. 40 a., bonne fam., accompagnerait dame ou jeune fille station therm. ou climat.

N° 581. — A vend. collect. « La Nature » 1880/1915, 70 vol., belle reliure, 25 fr. le volume. Dr de Torrès, 33, av. d'Eylau (t.p.r.).

N° 582. — Vins de Sauternes offerts à confr., Pour prix et cond. écr. au Dr Ricard, à Reignac (Gironde).

N° 583. — A vend. boite cautère 110 volts continu, transf. à trembl. 2 intens., 1 rhéostat. Boite laquée blanc, 0,40 × 0,30 × 0,30. Etat de neuf.

N° 584. — A vend. billard 1/2 match, billes ivoire, 36 queues, 3.000 fr., S'ad. Dr Poitevin, à Rochechouart (Haute-Vienne).

N° 585. — Méd. installé depuis 1920, banl. imméd., gros. client. ouvr. dem. d'urg. jeune méd. franc. tr. actif dispos. de 50.000 pour assurer collabor. dans cond. déter. Tél. Delou, 33, r. de Rivoli, Arch. 68-23. Réf. méd. exig.

N° 586. — Album de la guerre, 2 vol., édité par *Illustration*, val. 300, cédé 130 ; tr. beau lavabo grès Jacob, val. 500, cédé 250 ; appar. téléph. val. 350, cédé 120. Maurice Fougeron, rue du Pont à Bléré (I.-et-L.).

N° 587. — 50 km. Paris, gr. ligne, cab. coté, en ville, méd. génér. oto-rhino. Produit : 100.000 prouvés, tr. jolie mais. de maître. Situat. très agréab. S'ad. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 588. — Sud-Est. Cab. en ville client. rapp. 80.000, dont 32.000 de fixes entièr. transmiss., gr. mais. avec confort. Indem. 60.000, partie compt. S'ad. Cabinet Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél Gob. 36-46.

DERNIÈRES NOUVELLES

— Nous apprenons la mort du Dr Verdalle, de Cannes. Nous n'oublions pas qu'il fut un des amis du *Concours médical* et qu'il fut pendant de longues années trésorier de la Caisse des pensions.

Nous avons pu apprécier la droiture de son caractère et son dévouement aux intérêts du Corps médical.

Nous lui adressons un souvenir ému.

— **Avis de vacance de place de directeur de bureau municipal d'hygiène.** — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le bureau municipal d'hygiène d'Orléans.

Le traitement alloué est fixé à 25.000 fr. par an, avec interdiction de faire de la clientèle.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter du 1er décembre pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau, 7, rue Cambacérès, leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références.

— **Association pour le développement des relations médicales** (A. D. R. M.). — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. a eu lieu le mardi 30 novembre à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Yvon Delbos, député, ancien ministre de l'Instruction publique.

— **Bordeaux.** *Centre de prophylaxie antivénérienne.* — L'inauguration du centre de prophylaxie anti-vénérienne (cours d'Albert, 82), a eu lieu le 19 novembre. Ce dispensaire est placé sous la direction de M. le professeur Petges.

— **Bordeaux.** *Inspection médicale des écoles.* — La municipalité de Bordeaux, sur l'initiative du Dr Ginestous, vient de voter définitivement l'organisation de l'Inspection médicale des écoles.

Cette inspection fonctionnera à partir du 15 décembre prochain.

Pour l'année 1927, le nombre des médecins inspecteurs sera réduit à 6, et celui des médecins spécialistes à 10.

Le personnel médical est nommé par le maire sur présentation d'une Commission de dix membres comprenant le Président du Syndicat professionnel des médecins bordelais.

— **Faculté de Paris.** — Le 18 décembre, à 17 h. au grand amphithéâtre, leçon du professeur Sergent sur *la médication surrénale.*

— **Lisieux.** *Hôpital.* — Le poste de chirurgien de l'hôpital de Lisieux est déclaré vacant par suite du décès du Dr Ouvry.

— **Rouen.** *Hôpitaux.* — Un concours aura lieu à l'hospice général le 3 mars 1927 pour la nomination d'un médecin-adjoint des hôpitaux de Rouen.

— **Le Ve Congrès de la Mutualité coloniale et des pays de protectorat** se tiendra à Rabat en avril 1927. Comité d'organisation : 14, rue Oudinot, Paris.

— **Lapsus linguæ.** — Un déplorable *lapsus linguæ* m'a fait dire, dans mon allocution du 21 novembre, Tibère pour Titus.

C'est évidemment à la façon de Titus que les Bruxellois et les Montpelliérains n'ont pas perdu leurs journées.... G. Duchesne.

A TRAVERS L'OFFICIEL

24 novembre.

Service de santé militaire.

Décret du 14 novembre 1926 attribuant une indemnité aux professeurs agrégés chefs de famille.

Art. 1er — Il sera attribué sur les fonds de la solde, aux médecins et pharmaciens militaires chefs de famille qui, à partir du 1er janvier 1926, auront obtenu au concours le titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce, une indemnité forfaitaire dont le taux est fixé comme suit :

Officiers supérieurs....... 2.000 fr.
Officiers subalternes...... 1.800 »

Art. 2. — L'indemnité sera payée en une seule fois à l'expiration de la troisième année de fonctions de professeur agrégé au taux prévu pour le grade dont seront pourvus les intéressés à cette époque.

Art. 3. — Les professeurs agrégés chefs de famille, en fonctions depuis moins de trois ans au 1er janvier 1926 dans l'une ou l'autre des deux écoles du service

de santé militaire, recevront l'indemnité à l'expiration de leur troisième année de fonctions de professeur agrégé, et ceux qui sont en fonctions depuis plus de trois ans percevront, dès la publication du présent décret, une indemnité réduite égale à la moitié de l'indemnité prévue à l'article 1er.

25 *novembre.*

Accidents du travail.

Par arrêté en date du 23 novembre 1926 :

Sont nommés membres des deux sections de la commission chargée de l'élaboration des tarifs du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, en matière d'accidents du travail : MM. Fabry, conseiller à la Cour de Cassation, en remplacement de M. Sachet, décédé ; Pinot, maître des requêtes au conseil d'Etat, en remplacement de M. Basset, nommé conseiller d'Etat.

Est nommé membre de la 1re section (tous accidents du travail autres que les accidents agricoles) : M. le docteur Vanverts, président de la fédération nationale des syndicats médicaux de France, professeur de médecine opératoire à l'université de Lille, en remplacement de M. le docteur Quivy, décédé.

26 *novembre*

Service de santé des troupes coloniales.

Concours d'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major des troupes coloniales.

Additif à l'arrêté ministériel publié au « Journal officiel » *du 26 avril* 1926.

L'arrêté du 19 avril 1926 relatif à l'ouverture d'un concours en 1926 pour l'admission à des emplois de médecin et de pharmacien aide-major des troupes coloniales est complété par les dispositions suivantes :

« Les candidats au concours ouvert le 6 décembre 1926 à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour dix places de médecins stagiaires de l'assistance médicale en Indochine, qui n'auront pu être nommés à ces emplois à la suite dudit concours et qui auront été classés avec la note passable et au-dessus, peuvent être admis dans le corps de santé des troupes coloniales, jusqu'à concurrence de douze places de médecins aides-majors de 1re classe, dans les conditions déterminées par l'arrêté du ministre de la guerre du 26 avril 1926, s'ils en font la demande écrite au président du jury, et s'ils souscrivent entre ses mains l'engagement sexennal prévu par l'arrêté en question.

« Ils reçoivent, à leur sortie de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, une prime individuelle de 10.000 fr., à titre de remboursement de leurs frais d'études, et au compte des budgets locaux de l'Afrique occidentale française, de l'Afrique équatoriale française et de Madagascar, colonies où les intéressés seront appelés à servir à leur sortie de l'école d'application. »

28 *novembre.*

Médecins de sanatoriums publics.

M. le Dr Dauge (Michel) a été nommé médecin directeur de 5e classe au Sanatorium public de Pignelin (Nièvre).

Accidents du travail.

Addition au tarif des frais pharmaceutiques.

L'arrêté complétant le tarif des frais pharmaceutiques sera publié dans le corps du journal à la suite de ce tarif.

Réponses d'un Ministre aux questions d'un Parlementaire.

Obligations militaires d'activité des étudiants en médecine de la classe 1920.

9739. — M. Auguste Reynaud, député, expose à M. le Ministre de la Guerre que, d'après une réponse à une question écrite parue au *Journal officiel* du 4 juin 1924, les étudiants en médecine, de la classe 1920, incorporés en octobre 1920, mis en sursis d'études en octobre 1921 et ayant subi avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, devaient être nommés à ce grade, lors de leur réincorporation, s'ils avaient au moins douze inscriptions validées et que, dans ces conditions, ils n'avaient plus que six mois de service à effectuer, et cela, par application de l'article 102 de la loi du 1er avril 1923 ; et demande, en tenant compte de ce qu'il résultait de cette réponse, que les étudiants de cette catégorie étaient dispensés, pour bénéficier de cette réduction de service, d'être titulaires du brevet de préparation militaire supérieur et d'être nommés officiers ou sous-officiers de réserve, s'ils doivent, actuellement, être privés du bénéfice de l'article 2 de la loi du 22 décembre 1924, c'est-à-dire se voir refuser le bénéfice de la double dispense dont ils jouissaient en l'état de l'article 102 de la loi du 1er avril 1923. (*Question du 12 novembre* 1926.)

Réponse. — En vertu de la loi du 22 décembre 1924 (art. 1er), les obligations légales d'activité des sursitaires des classes 1921 et plus anciennes, sont les mêmes que celles de la classe avec laquelle ils sont incorporés. Ceux d'entre eux qui sont titulaires du brevet de préparation militaire supérieure et qui sont nommés officiers ou sous-officiers après avoir suivi un peloton d'élèves officiers de réserve font un an de service (art. 2 de la loi susvisée), il résulte des dispositions rappelées ci-dessus que les obligations légales d'activité des étudiants en médecine de la classe 1920, visés dans la question, sont de dix-huit mois, y compris les services déjà effectués par eux antérieurement à leur mise en sursis d'études. Les intéressés doivent donc être rappelés sous les drapeaux pour six mois à l'expiration de leur sursis et les dispositions des lois antérieures à celle du 22 décembre 1924 ne peuvent leur être applicables. (*J. O.*, 25 novembre 1926.)

DÉPARTEMENT DE L'AISNE

Direction départementale d'hygiène

AVIS DE CONCOURS

Le 15 décembre 1926 sera ouvert à la préfecture de l'Aisne, un concours sur titre pour l'emploi de médecin-inspecteur départemental d'hygiène, chargé plus spécialement d'assurer le service de l'inspection médicale des écoles et des dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose et maladies vénériennes) pour l'arrondissement de Laon.

Les avantages attachés à cette fonction comportent des traitements et indemnités diverses s'élevant pour le début au chiffre de 28.000 francs pour aboutir par échelons successifs à 38.000 francs, plus une indemnité de déplacement annuelle de 10.000 fr. Le titulaire aura en outre la faculté de participer aux avantages de la caisse départementale des retraites.

Les candidats à cet emploi devront être Français, docteurs en médecine d'Etat, âgés de 25 ans au moins et de 40 ans au plus.

Ils devront adresser dans le plus bref délai leur demande de candidature à M. le Préfet de l'Aisne, Direction départementale d'hygiène, qui leur fera parvenir par retour du courrier la nomenclature des pièces constituant le dossier réglementaire qu'ils auront à produire pour le 14 décembre, dernier délai.

Le titulaire du poste désigné à l'issue de ce concours devra résider à Laon, il entrera en fonction le 1er janvier 1927.

THÉRAPEUTIQUE

Sur un procédé nouveau de traitement de la coqueluche.

Après avoir épuisé la gamme des traitements anciens et nouveaux, avec, il faut bien l'avouer, des résultats souvent très peu encourageants, j'ai pensé à réunir, en une seule formule pratique et active, trois médicaments que j'avais utilisés fréquemment pour le traitement d'affections réunies dans la coqueluche : toux, adénopathie, infection.

Comme antispasmodique, j'ai choisi la belladone, et plus exactement son alcaloïde, l'atropine.

Très bien supportée par les enfants, elle est efficace même à doses très faibles de l'ordre du cinquième de milligramme.

Comme résolutif ganglionnaire, j'ai utilisé le biiodure d'arsenic, médicament anciennement connu pour sa puissante action antiscrofuleuse.

Egalement bien supporté, il peut être employé à des doses variant du demi-milligramme à trois et même quatre milligrammes par dose.

Enfin, j'ai utilisé comme antiseptique l'eucalyptol au sujet duquel il n'y a rien à dire, quant à la tolérance et quant à l'innocuité.

Ces trois médicaments ont été combinés en solution éthérée et rendus injectables par voie intramusculaire, à dose croissante et progressive.

Les résultats obtenus ont été toujours très bons ; diminution rapide du nombre des quintes, cessation des vomissements, reprise de l'appétit très souvent diminué, amélioration marquée de l'état général.

J'ai fait six piqûres, espacées de quarante-huit heures, et huit dans les cas très rebelles.

Jamais aucun accident, ni incident sur une centaine de malades traités dont l'âge a varié de six mois à huit ou neuf ans.

Je serais heureux de pouvoir mettre à la disposition de mes confrères une formule dont l'emploi est facile, sans danger et dont l'efficacité me paraît supérieure à celle des produits employés jusqu'à ce jour.

Dr M. Guichard
(La Varenne-Saint-Hilaire, Seine).

DROIT MÉDICO-PROFESSIONNEL

Le compérage entre médecin et pharmacien.

Un médecin remet à un client une ordonnance médicale, rédigée en termes et signes conventionnels, ordonnance qui ne peut être exécutée que par un pharmacien spécialement désigné, alors que toute autre officine serait dans l'impossibilité de traduire pareil écrit.

Ces agissements ne sont-ils pas interdits par la loi, ou par la jurisprudence ?

Il est de principe courant, tant en déontologie qu'en jurisprudence, qu'un intérêt commercial ne doit pas guider le médecin lorsque celui-ci exerce son art, revêtu qu'il est de la pleine confiance de son client.

Certes les nécessités de la vie actuelle mettent le désintéressement professionnel du praticien a une bien rude épreuve. Néanmoins, d'une manière générale, il ne saurait être admis que le docteur puisse toucher un bénéfice immédiat et pécuniaire par une ristourne, qui peut lui être consentie sur les médicaments qu'il ordonne.

L'association la plus simple est constituée par l'entente entre le médecin, qui prescrit un produit déterminé, le pharmacien, qui le vend, et les deux associés se partageant le bénéfice.

Il y a compérage, lorsque le docteur dirige d'une manière quelconque ses clients vers une officine déterminée, alors cependant que le produit pourrait être mis en vente dans d'autres pharmacies.

Enfin le compérage est nettement illicite et immoral, lorsque médecin et pharmacien sont convenus de noms de fantaisie, pour les produits et même de signes cabalistiques pour qu'il soit impossible au malade de faire exécuter son ordonnance ailleurs que dans l'officine du compère du médecin.

Parfois, le compérage est moins apparent : M. Nicolay, dans sa thèse de doctorat en droit, (syndicats de médecins, syndicats de pharmaciens, Paris, 1911) cite, page 148 et suivantes, des lettres, par lesquelles des pharmaciens sollicitent des médecins, en leur promettant tant pour cent sur la vente d'un produit spécialisé.

En acceptant ces commissions et remises, le docteur aliène, malgré lui, sa liberté de prescription : il peut être soupçonné d'obéir à la tentation de prescrire le ou les produits sur lesquels il touche un bénéfice, même si la maladie du client ne nécessite pas ce ou ces médicaments.

Le docteur Henri Martin, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, définit ainsi le compérage médico-pharmaceutique : « une convention, ignorée du malade, par laquelle le médecin, en prescrivant un produit délivré par le pharmacien, se procure un bénéfice, sous une forme quelconque ».

Mais, il ne faudrait pas se hâter de jeter l'opprobre sur les médecins et de juger sévèrement leur conduite, lorsque, d'une manière plus ou moins indirecte, ils peuvent tirer un bénéfice quelconque de leurs prescriptions pharmaceutiques, et en particulier, des spécialités pharmaceutiques.

Comme le faisait très justement remarquer le docteur Noir, alors secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux (*Bull. de l'Union des Synd. méd.*, 1908.579), devrait être considéré comme répréhensible le fait d'accepter des carnets offerts, par des firmes pharmaceutiques, ou des caisses du vin X, qui, à grand tapage, publie les photographies d'hommes, ou femmes plus ou moins en vue, qui célèbrent les louanges dudit vin.

D'ailleurs, le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux, dans sa séance du 14 octobre 1908, considère que « le médecin doit conserver sa liberté absolue de prescription près du malade et ne relève, à cet égard, que de sa conscience ».

Il convient de considérer le compérage sous deux aspects : le point de vue déontologique et le côté « association ».

Au point de vue déontologique, il appartient aux Syndicats médicaux locaux et à leurs con-

Voir la suite page LV-3217

PROPOS DU JOUR

Honorons nos morts. Tombes délaissées. Ceux qui furent mal connus et trop tôt oubliés : Le Dr Leredde, un syndicaliste et un apôtre.

Quand meurent des héros, la piété des humains
Leur élève au sommet fascinant des chemins
Un tombeau clair, altier, imposant, qui s'érige,
Et marque hautement la gloire du prodige ;
Et le passant alors, surpris, levant les yeux,
Honore le front haut cet esprit radieux (1).

C'est dans les avenues et sur la colline de la nécropole parisienne du Père-Lachaise, que les sépultures des médecins réputés sont les plus nombreuses. Notre confrère et ami, Maurice Genty, le distingué et érudit secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, a fait, à la veille de la Toussaint, quelques visites au Père-Lachaise et y a relevé pas moins de cent vingt tombes de médecins réputés, sinon tous illustres (2) dont nous ne donnerons pas ici les noms. Ce qui a frappé le Dr M. Genty, c'est l'abandon, le délabrement de certaines de ces tombes et non celles des moins illustres. « Le superbe mausolée de Dupuytren n'évoque plus un grand nom que par ses dimensions, écrit M. Genty :

............l'herbe de l'oubli..............
Sur tant de vanité croît éternellement

les dates effacées ; c'est tout, plus de nom ; et le visiteur chercherait en vain à savoir qui repose là s'il n'était renseigné et si tout à côté, sur un marbre plat restauré, il ne pouvait lire : « Geneviève-Eugénie de Sainte-Olive, baronne Dupuytren, née en 1794, morte en 1866 ». Celle dont Dupuytren fut séparé de son vivant, semble veiller maintenant près de lui pour rappeler son nom. »

Certaines des tombes de nos illustres confrères sont pieusement entretenues, mais il en est d'autres où l'on sent venir l'oubli et l'abandon, celle de Desormeaux, par exemple, dont la rouille ronge les grilles, et la mousse et les lichens effacent les inscriptions.

Les tombes de Sappey, l'anatomiste, de Chaussier, de Dance, qui mourut victime de son dévouement, celle d'Esquirol, sont sans inscriptions lisibles et certaines menacent ruine.

(1) Comtesse de Noailles. — *Les vivants et les morts.*
(2) Voir *Progrès Médical* du 30 octobre 1926.

La sépulture de Pinel, de Philippe Pinel dont on a fêté naguère le centenaire, n'offre plus qu'une pierre recouverte de mousse, le buste de l'aliéniste a disparu, et seuls les noms encore lisibles de Philippe Scipion Pinel, son fils, décédé le 17 décembre 1859 et de Charles Pinel, mort le 19 janvier 1895, permettent d'identifier le tombeau du grand aliéniste.

Ne pourrait-on pas faire quelque chose pour ces tombes abandonnées ? Ne pourrait-on pas créer une œuvre du souvenir médical français, analogue à celle du Souvenir français qui veille à l'entretien des tombes de nos soldats.

Comme le demande le Dr M. Genty, est ce qu'un corps savant, l'Académie de médecine par exemple, ne pourrait pas prendre cette initiative en faveur de la mémoire de ceux qui ont illustré la médecine française. Cruelle ironie ! Dupuytren, le chirurgien illustre, dont la tombe est si déplorablement abandonnée, a légué, en mourant, 200.000 francs à la Faculté de médecine pour la création de la chaire et du musée d'anatomie pathologique. A la tombe de Bichat, a remarqué encore Maurice Genty, est lamentablement accroché un débris de couronne, tandis que dans la même nécropole, le monument de Hahnemann est soigneusement entretenu par ses disciples homéopathes et couvert de couronnes fréquemment renouvelées et que celui de Gall a été restauré en 1901 par les soins de la *Phrenological Society*. Tout cela n'est-il pas profondément attristant et humiliant ?

D'ailleurs, à côté de ces grands oubliés, il en est d'autres dont le souvenir des travaux et des services s'efface même avant leur mort. Il suffit qu'une année ou deux de maladie les aient éloignés de la scène scientifique ou professionnelle, leur mort passe presqu'inaperçu.

Quos fama obscura recondit.

Tel fut le cas de notre ami Leredde, auquel la presse médicale scientifique et professionnelle n'a jusqu'ici consacré que quelques rares lignes d'insignifiante nécrologie. Et cependant Leredde fut quelqu'un.

***

Nous laisserons à d'autres plus autorisés le soin de dire ce que fit Leredde en dermatologie et en syphiligraphie et d'exposer la valeur de ses travaux qui furent nombreux et importants. Nous nous contenterons d'exposer les efforts de Leredde pour la réorganisation de la profession médicale et quels furent ses rêves, sans doute un peu chimériques, car Leredde, spécialiste et parisien, connaissait mal les possibilités d'action du praticien et surtout du praticien de campagne. Mais si les rêves de Leredde furent chimériques, ils n'en furent pas moins généreux et toujours empreints du désir de concilier l'intérêt du médecin à l'intérêt public et même de subordonner le premier au second.

Nous avons retrouvé quelques lettres que nous écrivit Leredde en 1919; il était encore ou venait d'être président du Syndicat des Médecins de la Seine. Il aimait à causer avec nous et un peu Sancho Pança de ce généreux Don Quichotte, nous nous efforçions de ramener ses projets idéalistes aux possibilités plus modestes des réalisations effectives. Après de longues discussions, nous nous séparions, sans nous être le plus souvent mutuellement convaincus.

Le lendemain nous recevions une longue lettre, où Leredde qui avait réfléchi toute la nuit à notre conversation, nous donnait le résultat de ses méditations.

Quelques fragments de ces lettres, que nous avons pieusement conservées, méritent d'être publiés et beaucoup de confrères et même de ses amis, qui croient avoir connu Leredde, seront surpris de ses réflexions et de ses pensées.

***

Au lendemain de la guerre, beaucoup de personnalités croyaient que, sur les ruines de la République des camarades et de la basse politique des partis défunts, s'élèverait une République nouvelle, à l'esprit large et hardi, capable de rajeunir la France victorieuse et de faire pour cela un effort d'audacieuse générosité. Leredde et nous étions de ces naïfs qui ne tardèrent pas à être désillusionnés.

Leredde n'avait qu'une médiocre estime pour les Parlementaires, néanmoins il comprenait qu'avec notre Constitution on ne pouvait rien faire sans eux et que la cause de nos maux tenait plus à la bureaucratie qu'au Parlement.

Le 21 janvier 1921, à propos d'un article où nous avions protesté avec vigueur contre des paroles peu courtoises pour les médecins syndiqués, paroles prononcées à la tribune par un sous-secrétaire d'Etat, Leredde nous écrivait :

« Vous avez bien fait de relever les propos de Monsieur A. Je crois qu'il serait bon que l'Union des Syndicats médicaux protestât énergiquement. Les Parlementaires subissent le joug des administrations, voilà la pure et simple vérité et tout le malaise dont souffre la France est la conséquence de la conquête administrative à laquelle la IIIe République n'a rien changé et qui s'est aggravée par la force des choses depuis 1870. L'organisation de la Démocratie, c'est la transformation radicale de la machine napoléonienne ou ce n'est rien. »

***

A la suite d'une lettre où nous lui montrions les dangers de la création de commissions officielles sans que le Gouvernement songeât à y faire représenter le corps médical organisé, Leredde nous écrivait la lettre suivante où il indiquait les services qu'auraient pu nous rendre les médecins du Parlement :

Mon cher ami,

« Si vous avez quelque influence sur M. X (ici le nom d'un excellent confrère député) vous pourriez lui écrire pour lui dire votre sentiment aussi franchement que vous l'exprimez dans votre lettre. Un des défauts de nos hommes politiques est de toucher à tout et de n'aboutir à rien. Hier nous avons appris la création d'une nouvelle commission, la commission des toxiques....

La vérité est qu'un homme politique intelligent et qui est médecin, devrait et pourrait jouer un rôle dirigeant et faire aboutir des questions indéfiniment discutées sans résultats. Si le D^r X se donnait seulement la peine de s'occuper sérieusement de la tuberculose et de la syphilis, de se mettre en contact avec nous, de présider les séances de deux commissions spéciales, en cherchant *à diriger*, il pourrait rendre des services et se mettre en lumière.

La thèse de notre ami Lafontaine est qu'il faut s'en remettre aux techniciens ; il y aurait à dire sur ce point. Nous ne vivons pas autant qu'on l'a dit sous le règne de l'incompétence. Tous les Ministères ont leurs « techniciens » qui se déclarent compétents et qui le sont souvent. Mais nos fonctionnaires sont conduits à s'en remettre à ces « techniciens » en vertu du moindre effort et ces « techniciens », nantis, officiels, ne travaillent pas. Ils représentent surtout des idées et des méthodes techniques qui ont fait leur temps. Notre monde officiel vit en état de *léthargie technique* par absence d'émulation, de concurrence, parce que les hommes qui le composent,

bien assis dans leur siège, s'y endorment. Le rôle d'un véritable administrateur, celui d'un député qui aurait quelque esprit d'action et de réalisation, n'est pas de s'en remettre à un technicien, à deux ou à trois techniciens, mais de *confronter les techniciens* pour aboutir. Je suis absolument certain qu'il en est ainsi en Allemagne : sous l'organisation, partout il y a la méthode.

Dites donc cela au Dr X., vous pourrez lui rendre service et rendre service au pays et au corps médical. Car il faut sortir de la période de stagnation verbale. Nous vivons sous un régime absurde et malfaisant, et les hommes politiques qui sont sérieux devraient le comprendre.

Un autre jour, Leredde nous écrivait :

Mon cher ami,

Permettez-moi de reprendre par lettre une conversation à bâtons rompus sur des sujets ou un sujet qui nous intéressent tous les deux. Il est utile que nous soyons d'accord. Je sais que vous pouvez beaucoup par le *Concours médical*, pour intéresser nos confrères aux questions de lutte contre la tuberculose et la syphilis, celle-ci aussi importante, — je vous le démontrerai un jour — pour persuader les praticiens qu'ils ont le devoir de collaborer à tous les efforts, ceci dans leur intérêt, dans l'intérêt de leur prestige et dans celui du pays. Et vous pouvez aussi, par les relations du *Concours* et par votre action dans le journal, agir, dans une certaine mesure, sur quelques parlementaires, M. X et autres. Les mieux intentionnés sont désorientés ; ils vivent dans un milieu malsain, un milieu de brouillons, où on touche à tout sans jamais rien approfondir et rien résoudre. Il existe une commission à la Chambre. Je vous raconterai un jour mes relations avec M. Z. qui en est le secrétaire et qui devrait en être la cheville ouvrière. C'est peut-être un brave homme, certainement un honnête homme, mais je n'ai jamais rencontré d'échantillon plus inférieur dans la race humaine. Vraiment la plupart de nos députés s'imaginent qu'on peut faire quelque chose avec des intentions et des paroles ; leurs intentions changent du reste d'un jour à l'autre et leurs paroles se contredisent.

Cependant il faut agir et agir avec les éléments que l'on trouve. Nous n'avons aucune action sur la bureaucratie qui nous est fermée et hostile. Nous ne pouvons agir sur elle que par les parlementaires ; il faudrait leur montrer la voie, leur donner une méthode, leur conseiller de s'attacher aux questions de médecine sociale, avec persévérance jusqu'à ce qu'elles soient résolues, leur expliquer, ce que je crois essentiel, que leur rôle, surtout quand ils sont médecins, est de *confronter les techniciens*, de dégager les lignes de l'action. Leur rôle est de faire travailler, dans un but donné, qui n'est pas difficile à découvrir. Qu'il s'agisse des dispensaires et autres organismes antituberculeux, de la lutte contre le taudis, qui vous est chère à si juste raison, de l'organisation de la lutte antisyphilitique, nous sommes à pied d'œuvre. Le Comité national pourrait beaucoup si les hommes qui le dirigent comprenaient leur rôle et si nous le leur faisions comprendre.

Nous ne pouvons rester en dehors d'un mouvement qui s'est créé par la force des choses ; comme Français, nous devons même être heureux qu'il se produise. Mais nous pouvons chercher à le diriger, parce que nous avons des solutions à proposer, et parce que — ce qui est rare dans notre milieu ! — nous ne sommes guidés que par des considérations d'intérêt général.

Je n'attends pas beaucoup d'un changement de personnel politique, ni d'un changement d'organisation, que je juge d'ailleurs nécessaire. Je n'attends de résultats que de notre activité personnelle et de celle de quelques-uns de nos compatriotes, dans d'autres milieux. Il faut retrousser nos manches et entraîner tous les groupements dans l'action. C'est cela que j'appelle décentraliser. Il faut que les associations naturelles, communes, associations professionnelles, s'intéressent aux affaires de l'Etat, et fassent de la politique au sens élevé et noble du mot. Si je vous voyais plus souvent, et si nous pouvions causer sans être arrêtés par le temps, je vous dirais ce que je pense du Congrès des maires et l'action dans laquelle il faudrait chercher à l'entraîner, au moins au point de vue hygiène et médecine sociale.

L'Union va être représentée dans les commissions du Comité national par des délégués. Soutenez-nous, appuyez-nous, dans la direction que les événements indiquent. Je ne suis pas optimiste pour ma part, car j'ai mesuré comme vous, la médiocrité et l'inertie de gens qui devraient être à la barre, mais je ne suis pas découragé, loin de là. Je crois à la vertu de l'action, quand les circonstances la permettent, quand on sait ce qu'on veut et quand on veut agir dans l'intérêt public.

Bien cordialement à vous.

Notre ami, au sujet de l'organisation de la médecine sociale par les Syndicats médicaux, se faisait quelques illusions sur la cohésion des médecins syndiqués et sur la possibilité de la réalisation de ses rêves, nous le lui avions fait remarquer. Partageant ses convictions, nous ne pouvions cependant lui cacher les difficultés insurmontables auxquelles nous allions nous heurter si l'on nous offrait d'organiser nous-mêmes, sans que nos confrères aient reçu une éducation plus complète et admis une discipline consentie plus sérieuse. A cela, Leredde nous répondait :

« Ce que je voudrais, c'est que vous usiez de votre influence sur vos lecteurs pour leur faire comprendre ce que vous comprenez vous-même, que la question

de l'organisation de la médecine sociale intéresse *directement* et *immédiatement* chaque médecin. Si vous n'êtes pas lu, si vous n'êtes pas écouté, je ne comprends pas que vous persistiez à écrire ! Il y a chez vous, permettez-moi de vous le dire, un fonds de découragement que vous laissez voir et c'est un tort. Puisqu'il y a quelques médecins dévoués à l'intérêt professionnel dont vous faites partie, serrons-nous les coudes et agissons d'accord.

J'ajoute que ce qui se passe est la suite d'un mouvement antisyndicaliste. Je ne suppose pas que vous n'ayez admis la nécessité du syndicalisme syndicaliste. L'homme qui a créé la *liberté de confiance* doit aller au bout de ses idées.

Liberté de confiance, c'est tout de même la médecine en dehors de l'Etat et de tout ce qui subordonne le médecin. »

Dans une autre lettre que nous publions en entier, Leredde expose comment il conçoit l'organisation de la médecine, ou plutôt ce qu'il faut commencer par faire dans ce but.

Mon cher ami,

J'ai lu, avec l'intérêt qu'il mérite, votre article sur l'organisation de la médecine de demain. Nous sommes d'accord sur le fait qu'il faut « organiser », et cela sans retard. Mais il faut aller du simple au composé, de ce qui est facile, relativement, à ce qui est difficile. Il faut étudier de près, *dans les syndicats*, les questions relatives à la création de maisons médicales, car nous ne pourrons, comme vous le dites fort bien, empêcher l'admission des malades aisés dans les hôpitaux s'il n'y a pas de maisons où ils puissent recevoir des soins chirurgicaux et médicaux à un tarif modéré ; mais pour que les tarifs soient modérés, il faut des maisons très importantes, c'est-à-dire de gros capitaux, au moins dans les grandes villes.

Ce qui est urgent, et plus urgent, c'est l'organisation des cliniques et des laboratoires.

A. Un nombre immense de malades, atteints d'affections « spéciales » et qui devraient et pourraient payer, sont dirigés *chaque jour* par les praticiens sur les consultations hospitalières. Ces malades sont mal soignés comme tous ceux qui vont dans ces consultations, mais le médecin a le tort de ne pas se préoccuper suffisamment des soins qu'ils y recevront, du préjudice qu'il porte aux autres médecins en faisant soigner gratuitement des malades qui devraient payer et croit leur être agréable en les faisant soigner sans bourse déliée.

Je me propose de demander au Syndicat des médecins de la Seine que toutes les cliniques « spéciales » qui accepteront de se plier à certaines règles, qui recevront par exemple uniquement les malades envoyés par les médecins, à des tarifs acceptés par ceux-ci, soient inscrites sur le Bulletin du Syndicat, que chaque praticien en ait la liste sur son bureau, de manière à pouvoir, sans peine et sans recherches, diriger un malade vers un « spécialiste » dans lequel il aura confiance au lieu de le diriger sur une consultation d'hôpital, où il ne payera rien, bien entendu, mais où il sera victime du sabotage, qui résulte des habitudes et de l'encombrement.

B. La question des laboratoires mérite toute notre attention, également. Un syndicat n'a pas le droit d'organiser un laboratoire syndical. Nous ne pouvons même patronner certains laboratoires à l'exclusion des autres. Et cependant, il serait nécessaire que le syndicat favorisât ceux où les recherches sont faites avec toutes les garanties nécessaires, et proscrivît ceux qui ne donnent pas de garanties complètes au point de vue technique.

Nous avons aussi à nous occuper de la question des tarifs. Je vous ai souvent entendu protester contre les prix qui sont demandés dans les laboratoires, et qui peuvent paraître exagérés, lorsqu'ils s'appliquent à une clientèle peu aisée. Je crois que si les médecins se rendaient compte, plus qu'ils ne font, de la nécessité des recherches de laboratoire et des services qu'elles rendent, il leur serait plus facile de les imposer aux malades, que, d'autre part, les laboratoires pourraient s'organiser pour abaisser certains tarifs, devenir plus accessibles à toute la clientèle.

De même que le médecin adresse les malades atteints d'affections spéciales aux consultations des hôpitaux, il lui arrive à chaque instant de faire faire les recherches de laboratoire dans les hôpitaux et dans d'autres laboratoires officiels, où les résultats n'offrent trop souvent aucune sécurité, les recherches étant faites par des garçons de laboratoire sous le couvert d'un chef qui se contente de donner sa signature.

Les praticiens sont les premiers à donner aux malades l'habitude de ne pas payer, à les orienter, sous prétexte de gratuité, vers des consultations où ils reçoivent une ordonnance sans examen sérieux, vers des laboratoires où les analyses n'offrent aucune garantie scientifique. La profession médicale ne se transformera, le médecin n'aura dans la société nouvelle la situation économique et l'influence morale auxquelles il a droit que si les mœurs médicales, les habitudes de chacun de nous se transforment. A l'origine de la crise médicale, il y a, non la pléthore, à laquelle je ne crois pas (il y aura toujours trop de médecins tant que la moitié des malades qu'ils devraient soigner le seront par l'assistance publique, les sociétés de secours mutuels, etc.), mais le sabotage de la médecine, la médecine *mal faite*.

Une autre fois, il devient plus pressant et nous écrit :

« Au moment où j'ai reçu votre lettre, je lisais le rapport de Lafontaine à l'Assemblée de l'Union. Croyez-moi, il a raison. Il faut, maintenant, dès maintenant, faire comprendre à tous les médecins syndi-

qués que leurs intérêts MATÉRIELS, les plus directs, sont en jeu, du fait de l'organisation de l'hygiène sociale en dehors d'eux, du développement de la médecine administrative, etc., et qu'ils ont à faire confiance aux hommes qui mènent la lutte, au mépris même de leurs intérêts personnels.

Vous avez une grande autorité morale et une tribune. Il faut que vous disiez et répétiez qu'il s'agit actuellement, aujourd'hui même et non dans vingt ans, comme vous paraissez le croire dans votre lettre, de la vie matérielle du médecin. Si nous sommes solidaires — et si nous nous appuyons sur l'intérêt des malades eux-mêmes — si nous faisons *ce que nous n'avons pas fait encore*, la critique incessante de la médecine étatiste, en raison du sabotage incessant qu'elle amène, dans les hôpitaux d'abord, malgré la valeur des médecins qui y exercent (et c'est pour cela que je vous demande de publier dans le *Concours* le rapport de la commission d'hygiène), nous aurons gain de cause, et la situation MATÉRIELLE du médecin se relèvera. Il faut expliquer cela aux gens à courte vue, et à ceux qui n'y ont pas réfléchi.

Peu à peu, Leredde comprit que ses efforts étaient vains, que le corps médical était encore insuffisamment éduqué pour entreprendre à lui seul l'organisation de la médecine sociale, que le médecin praticien, surmené par les lourdes obligations créées par les conditions actuelles de l'exercice de la médecine et la nécessité de gagner sa vie, ne pouvait donner à la médecine sociale, peu ou pas rétribuée, le temps qu'il consacrait à sa clientèle. Il reconnut tacitement le bien fondé de nos objections. Ses lettres naguère hebdomadaires devinrent plus rares. Il se consacra dès lors presque uniquement à la lutte antisyphilitique, et en particulier, à la lutte contre la syphilis héréditaire. En homme enthousiaste et absolument convaincu, en véritable apôtre, il entreprit de démontrer que le péril syphilitique était immense, peut-être plus grand que le péril tuberculeux. Il nous adressa de nombreux articles que nous publiâmes toujours en bonne place dans le *Concours médical*, car nous étions persuadés que si Leredde donnait une part, sans doute trop grande, à la syphilis héréditaire, les médecins de notre époque l'avaient ignorée au point qu'il était bon de réagir, même avec un peu d'excès, contre cette méconnaissance.

Nous croyons avoir ainsi rendu service à nos lecteurs et à nos malades et, en plus d'une circonstance, nous avons publiquement remercié Leredde de ses conseils et de sa collaboration.

Depuis deux ans environ, Leredde cessa de nous écrire ; sa dernière lettre, datée de Fontainebleau, ne nous laissait guère de doute sur la terminaison de la brillante et utile carrière de notre ami.

Puis, ce fut le silence et c'est indirectement que nous apprîmes sa mort pendant notre voyage à Montpellier.

Il est parti sans bruit. L'indifférence de ceux qui le connurent nous a peinés ; aussi, avons-nous résolu, en reproduisant quelques fragments de ses lettres qui n'étaient certes pas destinées à la publicité, de faire connaître à nos lecteurs ce qu'était véritablement Leredde. C'était un apôtre, un médecin dans la plus noble acception du terme, un cœur généreux qui ne pouvait séparer l'intérêt du médecin de l'intérêt social, un idéaliste qui voulait à tout prix réaliser son rêve et qui, une fois déçu, quand il se rendit compte de l'impossibilité d'appliquer un plan de réformes grandiose, borna tous ses efforts, et non sans succès, à la lutte contre les syphilis acquise et héréditaire, poursuivant, tant que ses forces le lui permirent, le but d'hygiène sociale qu'il s'était primitivement donné.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

Les journées Médicales de Montpellier.

LA DOULEUR DES VISCÈRES (1)

Par le professeur Emile FORGUE.

Messieurs et honorés confrères,

Je vais essayer, avec l'aide de votre bienveillante attention, de mettre au point, dans son actuelle et complexe documentation, une question de physiopathologie générale qui, depuis le moment — il y a plus de trente ans — où j'ai abordé la chirurgie abdominale, m'est apparue pleine d'inconnues, mais dominante par sa portée scientifique et pratique.

La douleur des viscères ! C'est là, assurément, l'un des plus grands problèmes de l'heure présente. Pour le résoudre, deux méthodes de travail sont indispensables. D'abord, la collaboration entre le médecin et le chirurgien : cet esprit d'équipe a été une des leçons de la guerre et doit lui survivre ; c'est grâce à lui qu'après avoir solidement établi la neuro-chirurgie des centres et des nerfs de la vie de relation, nous étendons, maintenant, à tout le sympathique, à ce grand régulateur de la vie organo-végétative, les entreprises et ressources de la chirurgie du névraxe ; cela vous explique qu'ayant à faire une conférence chirurgicale, ce sont surtout des travaux médicaux que j'ai consultés et que les œuvres maîtresses de Mackenzie, de Laignel-Lavastine, de Guillaume, de Déjerine, de Müller, de Thomas, aient été mes documents de base. D'autre part, c'est une vérité de principe que la règle suivante : le chirurgien moderne doit chercher sa directive et son appui dans les données de la physiologie et de l'expérimentation; *il doit penser et agir physiologiquement* ; or, dans le domaine de la neurologie, selon la judicieuse remarque de Déjerine, physiologie et anatomie se confondent. Nulle part, ce « penser physiologique » ne s'impose autant que dans la chirurgie du sympathique que nous avons vue, au cours de ces dernières années, développer, au delà même de ses applications rationnelles et durables, son champ d'intervention.

N'est-ce point au laboratoire, en vérité, que cette chirurgie du sympathique a fait ses débuts, il y a trois quarts de siècle déjà, en 1851, avec la fameuse expérience de Claude Bernard, par la section du sympathique cervical du lapin ? Voilà un fait expérimental, chargé d'avenir, gros de progrès thérapeutiques insoupçonnés, qui, pendant près d'un demi-siècle, est resté chirurgicalement inexploité, jusqu'au jour où, vers 1895, Jaboulay eut l'audace logique d'appliquer au traitement de l'épilepsie la vaso-dilatation encéphalique due à l'excision du sympathique cervical et au goitre exophtalmique la modification qui en résulte dans l'innervation thyroïdienne. Puis (car, c'est, vraiment, une « chirurgie à éclipse », recevant chacune de ses impulsions des progrès successifs de la physiologie), après cette période de cinq ans de faveur comprise entre 1896 et 1901, c'est une phase de discrédit, tout au moins d'inactivité. Enfin, avec l'étape contemporaine, à la lumière des notions anatomiques et physiologiques nouvelles que nous a apportées surtout l'école anglaise et, avant tous, Langley et Gaskell, dont Langdon Brown a pu dire : « lire une description du sympathique avant Gaskell, c'est comme si on lisait le chapitre de la circulation avant Harvey », et comme conséquence chirurgicale du retentissement médical de la conception d'Eppinger et Hess, nous assistons à un renouveau de la chirurgie du système nerveux végétatif dont Leriche est incontestablement le plus agissant animateur. Le sympathique est à la mode ; il l'est même trop, selon le mot de Laignel-Lavastine : car, après l'avoir trop négligé, on lui attribue actuellement un pouvoir pathogénique excessif comme on en attend des services thérapeutiques trop divers. Si l'on veut mesurer le développement intensif qu'a pris actuellement l'étude du système nerveux de la vie végétative, il n'y a qu'à considérer la littérature « immense » pour nous servir de l'expression de Gottard Södergergh que ces dernières années ont vue éclore ; plus de 250 pages du livre de Laignel-Lavastine, synthèse remarquable par la sûreté de l'érudition et la valeur critique de l'exposé, sont occu-

(1) Avec l'agrément de M. le professeur FORGUE, ce dont nous lui sommes infiniment reconnaissants, nous avons le grand plaisir de faire passer sous les yeux de nos lecteurs cette belle conférence, qu'il a faite le 4 novembre et qui a déjà paru dans *La Gazette des Hôpitaux*, n° 89 et 90.

pées par les références; l'index bibliographique de Brunning et Stahl, en 1924, tient plus de 40 pages ; la contribution personnelle de Leriche comprend une liste de plus de trente travaux dignes d'un examen attentif ; et déjà à l'étranger, en Belgique avec Lemoine, en Allemagne avec Otto-Hahn, Brunning et Stahl, en Italie avec le rapport que Donati vient de présenter en octobre 1926, au Congrès italien de Padoue, la chirurgie du système nerveux végétatif se développe dans de véritables traités, de documentation volumineuse, mais insuffisamment sélectionnée.

C'est vous dire l'énorme dossier que j'ai dû réunir et compulser pour en extraire cette simple causerie d'une heure. Et, enfermé, dans l'horaire étroit de cette conférence, véritable lit de Procuste, je crains que la tâche que j'entreprends ne ressemble, selon la comparaison que rappelait Lasègue en pareille occurence, à celle que se vantait d'accomplir cet affranchi, qui, au dire de Pétrone, présendait transcrire l'*Iliade* et l'*Odyssée* en caractères assez menus et sur un papyrus assez fin pour faire tenir les deux poèmes dans la coquille d'une noisette,

Il me faut donc d'abord bien limiter la question. Parmi les objectifs multiples que vise la chirurgie actuelle du sympathique je ne retiens que celui-ci : *son action anti-algique, sa valeur analgésiante* c'est-à dire ses indications *dans la chirurgie de la douleur* : et je ne veux envisager que le traitement des *algies abdominales.* Cette étude synthétique me paraît devoir comprendre trois parties, logiquement enchaînées : 1° *La sensibilité normale des viscères,* question fondamentale pour le choix de l'anesthésie opératoire en chirurgie viscérale ; 2° *leur sensibilisation pathologique,* c'est-à-dire *la douleur viscérale et sa valeur séméiologique,* ce qui est un chapitre dominant du diagnostic abdominal ; 3° le *traitement opératoire des grandes algies viscérales, abdomino-pelviennes,* orientation neuve, capable de développer notre action dans un sens résolument conservateur, *chirurgie non mutilante, chirurgie directe* bornée à la partie du sympathique (chaîne, nerf, plexus ou ganglion) que la clinique et la physiologie nous désignent, *chirurgie d'avenir,* si l'on en juge par les succès que nous obtenons dans le traitement de ces sympathalgies des membres, qui, ayant résisté, pendant des années, à tous les moyens connus, cèdent comme par enchantement à une sympathectomie péri-artérielle, ce qui est un acte de petite chirurgie à la portée de tous.

Je ne me dissimule ni les imperfections, ni les insuffisances de cet exposé rapide. Mais,entendons- nous bien : ces conférences des Journées médicales (dont j'ai quelque expérience étant un des premiers ouvriers de l'œuvre de Bruxelles) ne sont ni des rapports de Congrès, ni des communications personnelles de Sociétés savantes, ni des cours de perfectionnement ; ce doivent être des séances de hautes études médicales, où se font des prises de contact et des échanges de vues, ayant pour but — et pour profit — de poser devant des praticiens, et non pas devant les maîtres spécialisés, les grands problèmes d'actualité, d'en classer les données, de faire le point et d'effectuer le triage des progrès réels et des propositions caduques, de provoquer même la collaboration de nos confrères, le concours de leur matériel clinique et le contrôle de leurs observations.

I

Dans cet obscur problème de la douleur splanchnique — où il faut sérier les solutions — le point initial à résoudre est le suivant : *quelle est, normalement, la sensibilisation des viscères* ? Précisons mieux : *quelle est la sensibilité normale des viscères aux excitations d'ordre mécanique, telles que les comporte l'acte chirurgical* ? La question est d'importance ; car elle devient la base rationnelle de l'anesthésie de choix dans la chirurgie abdominale.

Or, la réponse à cette question est de notion toute récente : il a fallu l'essor contemporain de la laparotomie, et surtout la possibilité, grâce à l'anesthésie locale, d'aborder, chez un opéré non narcotisé, les plus grosses interventions viscérales pour acquérir ici des précisions que l'expérimentation sur les animaux était insuffisante à nous fournir.

Aussi, il est à remarquer que la question n'a été résolue *ni par les physiologistes, ni par les médecins,* mais par *les chirurgiens* et leurs inspections directes. C'est un chirurgien suédois, Lennander qui a poursuivi ici l'effort le plus continu d'observation et fixé, avec le plus d'exactitude, ce point de neurologie humaine que les grands physiologistes, Haller, Bichat, Magendie n'avaient fait que pressentir.

Voici ses constatations essentielles : *tous les viscères sont insensibles au contact, à la température et à la douleur : seules, les manœuvres de traction sur les viscères et leurs pédicules sont douloureuses,* parce qu'elles intéressent le péritoine pariétal et le tissu sous-séreux qui sont très sensibles à la douleur, grâce à leur richesse en terminaisons nerveuses *d'origine cérébro-spinale* ; les épiploons sont insensibles à la ligature et à la thermo-cautérisation ; de même, les mésentères sont insensibles, surtout au voisinage de leur insertion intestinale.

Logiquement, une conclusion majeure, au point de vue de la pratique anesthésique, s'en déduit : *s'il est vrai que,* selon la formule de notre collègue suédois, *tous les organes innervés par le sympathique ou le vague,* au-dessous du récurrent,

sont dépourvus de nerfs de la douleur, et que *toutes les sensations douloureuses intra-abdominales sont transmises par le péritoine pariétal et le tissu sous-séreux* tous deux innervés par des nerfs cérébro-spinaux, nous, opérateurs, nous n'avons pas à nous occuper de l'insensibilisation du sympathique ou du vague ; le problème de l'anesthésie viscérale se simplifie : *il suffira d'anesthésier la paroi abdominale,* plus sûrement les nerfs cérébro-spinaux qui l'innervent ; nous pourrons, dès lors, manœuvrer, en toute tranquillité, sur les organes insensibles, sur le foie, l'estomac, l'intestin, la rate, l'utérus et les ovaires.

Mais, la question n'a pas cette solution simpliste. *Expérimentalement,* d'abord, la valeur absolue de la formule de Lennander est contestée par les recherches de Kast et Meltzer. *Pratiquement,* nous chirurgiens, nous vérifions que l'anesthésie locale de la paroi, insensibilisant à fond le segment métamérique pariétal qui correspond au viscère opéré, ne suffit pas, en général, à nous donner cette insensibilité profonde, absolue, nécessaire à la manœuvre indolore des viscères ; que la traction sur l'organe et sur les pédicules nerveux, pour son extériorisation opératoire plus ou moins complète (par exemple, extraction du côlon transverse et de l'anse jéjunale, effondrement du méso dans la gastro-entérostomie) est douloureuse parce qu'elle retentit sur ses attaches et, par elles, sur la séreuse et la sous-séreuse pariétales ; au surplus, que nous n'opérons pas sur des organes sains et libres mais sur des viscères sensibilisés par des poussées inflammatoires, par des lésions ulcéreuses, par des adhérences ; enfin, que, dans le traumatisme chirurgical, il n'y a point seulement à considérer la perception consciente de la souffrance, mais ces réflexes occultes, qui ont leur point de départ au plexus solaire, et, comme dans la classique expérience de Goltz, peuvent, par retour centrifuge vers le pneumogastrique, déterminer l'inhibition du cœur.

De ces données essentielles, *que conclure comme direction à venir de l'analgésie en chirurgie viscérale ?* Il est hors de doute que l'anesthésie arrive présentement à un tournant de son histoire : l'évolution actuelle est surtout marquée par *le développement de l'analgésie locale ou régionale qui réduit de plus en plus le champ de la narcose* par inhalation. Les avantages en sont multiples. Nous y trouvons d'abord des garanties de sécurité qu'aucune des améliorations techniques de l'anesthésie générale n'a égalées. Pourquoi agir sur les centres nerveux, quelque brève et bien dosée que soit cette imprégnation toxique, si nous pouvons réaliser la même suppression de la douleur, par *une interruption fonctionnelle bornée à l'appareil nerveux périphérique* ? C'est comme si, pour éteindre la lumière dans un quartier, on plongeait toute la ville dans l'obscurité. *Ce blocage de la zone opératoire* et l'abolition, par la section physiologique des nerfs afférents de cette zone, des excitations centripètes qui en partent, ont au point de vue de *la préservation du choc nerveux,* une telle supériorité que cela devient une indication à choisir, soit à titre d'analgésie seule et suffisante, soit comme complément de la narcose (anoci-association de Crile), l'anesthésie locale, surtout pour les grandes opérations viscérales, pour celles où précisément nous redoutons le choc réflexe.

Pratiquement, comment résoudre ce problème de l'anesthésie locale, dans la chirurgie de l'abdomen ? Il n'est pas douteux que *les nerfs cérébraux-spinaux sont chargés de transmettre la plus notable partie des sensations douloureuses provoquées par la manipulation opératoire des viscères.* Donc, fait essentiel à retenir, *l'anesthésie de la paroi abdominale,* à la condition d'être étendue à tous les plans pariétaux, aux limites de toute l'aire métamérique de l'organe en cause (et nous allons en voir les raisons et la preuve à propos de la souffrance spontanée pathologique des viscères), peut, en barrant la conduction nerveuse dans le neurone périphérique de relation, permettre une intervention rapide et simple sur un viscère : par exemple, dans le cas d'une gangrène herniaire, une entérorrhaphie ; dans l'hypothèse d'un estomac libre, non adhérent, une anastomose au bouton sur la face postérieure, région peu sensible, une gastrostomie, une cholécystostomie.

En réalité (et cela explique ce paradoxe de viscères insensibles et d'opérations viscérales partiellement douloureuses), *ce ne sont point des organes sains et mobiles que nous opérons* : leurs lésions inflammatoires, ulcéreuses ou néoplasiques les ont fixés et sensibilisés et il est vraisemblable que, dans ces conditions, *la transmission douloureuse par la voie sympathique prend une acuité que l'état normal ne comporte pas* ; les adhérences viscéro-pariétales aggravent l'intensité des tractions, sur les replis séreux et sur les pédicules. De plus, il y a lieu de réviser l'axiome de Lennander, affirmant l'insensibilité normale des viscères, pour la section du bistouri, la piqûre de l'aiguille, la striction d'une pince, la brûlure du thermo. Avec Kast et Meltzer, avec Ritter, je pense que *cette insensibilité n'est point absolue* : maintes fois, j'ai vu la ligature de l'épiploon déterminer des réactions douloureuses (cette sensibilité nous a d'ailleurs paru variable selon les sujets) ; pour l'estomac, j'ai vérifié que, s'il y a des zones latentes, pauvres en nerfs, supportant sans douleur le pincement et la section, comme la partie moyenne de ses faces et la grande courbure, il y a des régions très innervées, comme les pédicules coronaire, pylorique et la petite courbure qui ne sont pas insensibles aux

divers traumatismes qui composent l'opération. De même, j'ai plusieurs fois contrôlé l'insensibilité de la vésicule biliaire ; n'empêche que, dès qu'on approche du confluent du cystique et du cholédoque, on met en jeu la réaction douloureuse des nerfs rétropéritonéaux.

De là, si l'on veut obtenir l'anesthésie régionale complète, *la nécessité de bloquer les deux voies* : la spinale et la sympathique. Or, pour couper cette double communication, celle qui rattache les viscères à la vie végétative, et celle qui les relie aux nerfs de la vie animale, quelles sont les méthodes de choix ? Il me semble qu'il faut partager en deux zones les viscères abdominaux : *l'étage supérieur, sus-ombilical* (estomac foie, rein, rate, intestin supérieur) ; *l'étage inférieur*, sous-ombilical, abdomino-pelvien (vessie, rectum, organes génitaux). *Pour cette seconde zone*, après plus de vingt ans de pratique de la rachi-anesthésie, je crois, en toute conscience, que *la supériorité appartient à la rachi* qui a l'avantage de faire coup double et d'insensibiliser à la fois les nerfs de la paroi et les nerfs viscéraux. Bien qu'ayant été le principal ouvrier de la renaissance actuelle de la rachi-anesthésie, j'estime que sa cause ne peut qu'être desservie par des applications inutiles et trop extensives ; je ne l'emploie plus pour les courtes interventions appendicite simple, hernie, kystes de l'ovaire libres, où suffit une brève éthérisation de quelques minutes au goutte à goutte. Mais m'autorisant d'une longue et scrupuleuse expérience, je déclare une fois de plus que ce qui fait le prix d'une rachi, bien conduite, à dose minima, dans les opérations majeures de la gynécologie, c'est ce « silence abdominal », ce calme plat du ventre qui, vraiment, a transformé nos hystérectomies élargies pour cancer utérin, nos énucléations pour inclusions graves, nos décortications d'annexites très fixées.

La *première zone*, au-dessus de l'ombilic, reçoit son innervation du plexus solaire par les plexus secondaires qui en émanent et qui suivent les artères. *Ici, je reconnais que la rachi ne garde point tous ses avantages et qu'il y a mieux à faire* : il faut, en effet, une anesthésie médullaire haute pour insensibiliser l'estomac qui est en connexion, par la voie sympathique, avec les segments dorsaux V à IX et le foie dont les centres médullaires de réception sont à peu près de même hauteur. Et, précisément, avec la rachi, c'est de ce niveau supérieur que nous ne sommes pas maîtres ; aux doses modérées, nous risquons de rester en deçà et d'avoir un raté ; à quantité plus forte, nous nous exposons à une ascension au delà, non graduable, qui ne nous donne pas de sécurité.

L'anesthésie paravertébrale a l'avantage d'atteindre les racines à leur émergence des trous de conjugaison et en amont des rameaux communicants, donc d'insensibiliser d'un même coup l'origine des nerfs pariétaux et les origines du splanchnique, c'est-à-dire la zone cutanée et la zone viscérale d'un même métamère : sans être le procédé idéal, dont un Allemand, avec plus de lyrisme que d'esprit critique, a dit qu'il était « l'Eldorado de tous les procédés », elle me paraît digne d'être très attentivement étudiée ; *car sa valeur dépend de sa précision technique*, et cette précision dépend de l'expérience. *Pour les organes de ce premier étage, c'est peut-être la méthode d'avenir.* La question s'est, en effet, radicalement simplifiée depuis que nous avons réduit la double série d'injections paravertébrales, imposée par Kappis, allant du VIe segment dorsal au IIIe lombaire, c'est-à-dire nécessitant dix-huit piqûres profondes et comportant le péril (non illusoire, puisque les Allemands ont rapporté des cas mortels) de doses excessives de l'agent analgésique. Comme conséquence pratique de l'étude des *zones de Head* et grâce aux travaux de Laewen, nous avons appris *à exclure la sensibilité transmise de segments médullaires bien déterminés* et nous savons exactement *à quels segments correspond l'innervation sensible de chaque organe.*

Un principe me paraît d'ailleurs devoir inspirer le choix de nos techniques : puisque les diverses phases d'une opération sont inégalement douloureuses, *il est logique de substituer à une anesthésie totale égalitaire, une analgésie fractionnée, dosée, élective et qui proportionne son lieu et ses modes aux inégalités même de l'innervation sensible des plans anatomiques successifs.*

Il m'est arrivé souvent, surtout en chirurgie gastrique, de me contenter d'une bonne anesthésie pariétale avec quelques bouffées de kélène, au moment des tractions douloureuses sur les pédicules ; mais cette *anesthésie discontinue* n'est pas assez régulière pour devenir la formule optima et ne supprime pas, chez les sujets à poumons tarés, le danger des complications pulmonaires. *Combiner à l'analgésie pariétale* l'anesthésie splanchnique, c'est une autre solution que j'ai maintes fois utilisée ; mais à l'anesthésie splanchnique, à la manière de Roussiel, Labat et Billet, par piqûre à l'aveugle, en arrière, au-dessous de la XIIe côte, je préfère, avec Lambret, procéder en cours d'opération à l'infiltration locale directe, clairvoyante, qui atteint les nerfs au moment où ils abordent l'estomac : quatre à cinq piqûres, bien placées, aux points nodaux (dont une sur la faux de la coronaire dont Paul Walther a montré l'importance) assurent une insensibilité de l'organe dont tout observateur impartial est frappé.

II

C'est vraiment un contraste qui mérite de fixer l'attention du clinicien que cette différence

radicale de l'*insensibilité des viscères* et de la *sensibilité de la paroi* en réponse à *une même excitation mécanique* ; par là, s'accuse l'opposition fonctionnelle entre les *deux systèmes de la vie organique et de la vie animale* dont le génie de Bichat avait si fortement marqué la dualité.

Un autre contraste est digne de frapper le médecin philosophe. Normalement, nos fonctions organiques s'accomplissent sans l'intervention de la conscience, bien que des ondes, incessamment émises, d'excitations trophiques, nécessaires au maintien automatique de l'équilibre vital, soient transmises des viscères aux centres nerveux. Comment ce prodigieux accord fonctionnel et cette régulation automatique que commande le système sympathique, et grâce auxquels le jeu de nos organes s'accomplit dans un rythme silencieux, sont-ils perturbés par les lésions de viscères jusqu'alors insensibles et comment la douleur fait-elle son apparition comme symptôme *prépondérant* ou *avertisseur* ? Montaigne a bien noté, dans son auto-observation, cette transition brusque « étant chu tout à coup, nous dit-il, d'une très douce condition de la vie à la plus douloureuse et pénible qui se puisse imaginer ».

A l'état de santé, c'est ce silence des organes qui est la condition de notre euphorie, de notre optimisme, même de la joie de vivre ; et le calme de notre vie intérieure dépend, selon la pensée profonde de Valéry, de « l'obscure conscience des vicissitudes de la vie végétative et de la résonnance des incidents de l'existence viscérale ». Or, à l'état morbide, ces mêmes viscères, habitués à vivre silencieusement, secrètement, deviennent le point de départ de douleurs, assez intenses pour dominer la scène (douleurs épigastriques atroces du syndrome solaire, coup de poignard de l'ulcère-duodénal perforé, de l'appendicite gangréneuse), assez localisées, pour aiguiller l'exploration du médecin vers le siège de la lésion organique.

Pour analyser le *mécanisme nerveux de la douleur viscérale et le décomposer en ses faits physiologiques élémentaires*, il est évident que l'étude des souffrances organiques, spontanées, pathologiques, dépendant d'une maladie des viscères et procédant d'un *processus vital*, est plus clairement instructive que l'observation de la douleur chirurgicale résultant de la brutale excitation mécanique d'une section, d'un pincement, d'une brûlure.

Quel est le mécanisme de production, de transmission, de perception consciente, d'une douleur viscérale ? Voilà le triple problème ; et il comprend, par conséquent, la solution des questions suivantes : *de quelle nature sont les excitations pathologiques capables de provoquer la douleur dans un organe totalement insensible à un excitant externe ? Comment l'excitation est-elle conduite à la moelle ? A ce niveau, comment s'établit la connexion avec le système sensible cérébro-spinal ? Pourquoi la douleur, prenant naissance dans des organes innervés uniquement par les nerfs sympathiques ou autonomes, n'est-elle pas perçue au siège même de l'excitation, mais projetée au niveau de l'aire de distribution périphérique d'un nerf sensible cérébro-spinal, dans l'enveloppe externe du corps ? Et comment, cliniquement, la topographie des zones cutanées hyperalgésiques nous permet-elle de déterminer le siège d'une affection viscérale ?*

Considérons, d'abord, l'*excitation pathologique provocatrice de la douleur* ? Nous nous plaçons donc au récepteur, c'est-à-dire au point d'entrée de l'excitation dans le circuit réflexe viscéro-sensible. Une condition essentielle de la production d'une douleur par l'excitation d'un viscère, c'est la *qualité même de cet excitant : stimulus adéquat*, « adaquater Reiz » selon le mot de Nothnagel que Mackensie a répété sous le terme de « stimulus adéquat » et qui est d'une grande justesse.

C'est cet excitant habituel auquel l'organe est adapté, qui va mettre en jeu sa sensibilité spéciale, sa *sensibilité fonctionnelle*, quand il arrive que cet *excitant dépasse ses limites normales d'intensité.* Deux modalités d'excitations douloureuses sont propres aux viscères creux et contractiles, à savoir : 1° *la mise en tension des parois* ; 2° *l'irritabilité exagérée et la contraction spasmodique des muscles pariétaux.*

Prenons pour exemple une douleur vésicale : nous savons, en clinique (et Guyon nous l'a dès longtemps appris), que la vessie, *très obscurément sensible au contact, est très sensible à la distension* ; par une injection progressive, nous voyons, de façon croissante, à mesure que se dilate l'organe, s'accentuer la réaction douloureuse de sa sensibilité fonctionnelle ; *à l'état pathologique*, et comme conséquence de la *diminution de la capacité*, par le spasme du muscle vésical, cette sensibilité s'exagère et la moindre quantité de liquide injecté suffit à mettre la paroi en révolte.

Cette sensibilité pathologique de la vessie va jusqu'à un tel point que le muscle pariétal contracturé oppose une résistance absolue à l'anesthésie générale et locale ; il n'y a alors qu'un seul moyen analgésique ; la suppression fonctionnelle de l'organe, sa mise au repos par la cystostomie. Ce même mécanisme de la *sensibilité à la tension* est applicable à la physiologie de la douleur *dans tous les organes creux faisant fonctions de réservoirs ou de conduits.*

Voici, maintenant, ce grand groupe de douleurs abdominales englobées sous le terme de *coliques : intestinales, appendiculaires, rénales, hépatiques, salpingées, utérines.* Elles se rattachent toutes à ces deux conditions pathogéniques

communes : *une rétention cavitaire* ; *des contractions violentes dans un muscle creux* ; et c'est là, sans aucun doute, la cause des souffrances provoquées par un spasme intestinal, une appendice à cavité close, un pyo-salpinx en trompe oblitérée, un blocage du conduit par un calcul rénal ou cholédocien.

Soit, maintenant, le type de l'affection viscérale douloureuse, à crises ; c'est l'ulcus gastro-duodénal, surtout l'ulcère de la petite courbure. Selon la conception classique, la douleur relève de l'hyperchlorhydrie : le suc gastrique, hyperacide, exerce une super-excitation au niveau de la muqueuse ulcérée, avive une sensibilité *pathologique* ; et, alors, apparaît la sensation douloureuse. Mais, les études actuelles des physiologistes et les constatations des radiologues ont prouvé que les douleurs de l'ulcus sont dues surtout au péristaltisme exagéré, au pylorospasme qui augmente la pression intragastrique, par la rétention ; et la preuve c'est que l'*anastomose est souvent l'intervention sédative*, non seulement en empêchant le contact prolongé du suc irritant, mais en modifiant la rétention et les contractions douloureuses.

Prenons le cas d'un ulcère térébrant ayant atteint les plexus nerveux, au niveau du pancréas surtout ; un fait nouveau s'est produit, *qui est la participation de ces nerfs au processus inflammatoire* : gastro-névrites qui entretiennent des spasmes et donnent à la douleur l'intensité des crises solaires. De même un néoplasme du gros intestin peut demeurer latent, grâce au gros calibre qui retarde les phénomènes d'obstruction ; quand il devient l'origine de douleurs, c'est, ou bien que *ces troubles de rétention* ont apparu, ou bien qu'il s'est produit des entéro-névrites inflammatoires, ou bien même qu'il s'est fait une cancérisation des nerfs dans le tissu cellulaire du voisinage. Mais, alors le problème perd de sa netteté et le mécanisme se complique : l'excitation s'est diffusée et *est sortie de la sphère du système de la vie végétative* ; soit par les propagations inflammatoires et les névrites ascendantes, soit par l'infiltration cancéreuse des nerfs, elle a gagné l'*appareil nerveux sensible cérébro-spinal*. Ce n'est plus alors une douleur *viscérale*, c'est une douleur *pariétale* : telles les souffrances finales du cancer utérin propagé au plexus sacré. Le mécanisme de perception consciente ne fonctionne pas alors selon la conception de Mackenzie, mais selon la théorie de Lennander.

Tel est donc le *point de départ viscéral, le primum movens d'une excitation douloureuse* ; et nous voyons qu'intervient ici, non seulement la *quantité* mais surtout *la qualité fonctionnelle, adéquate*, de la stimulation. Nous allons suivre *cette excitation pathologique, dans la transmission centripète, jusqu'au névraxe*. C'est tout le problème des relations du sympathique et de la sensibilité ; et il comporte encore des inconnues dans son itinéraire et dans les détails de conduction nerveuse ; Müller, dans son beau livre sur les nerfs de la vie végétative, l'aborde à peine ; André Thomas ne lui consacre que six pages de son rapport, modèle de méthode et de documentation. C'est dans l'œuvre initiatrice des Anglais, de Ross qui a créé la théorie de la douleur transmise, de Mackenzie, qui en a fait l'adaptation à la clinique, et dans la contribution, judicieusement critique de Lemaire, que j'ai trouvé les plus grandes clartés, les plus conformes du moins à mes vérifications cliniques.

Une question essentielle se pose : *les fibres sympathiques sont-elles sensibles ? Ou bien la sensibilité des voies sympathiques n'est-elle qu'une sensibilité d'emprunt ? Ou, plus exactement, les fibres sympathiques ne sont-elles que la voie afférente d'un réflexe viscéro-sensitif* ?

Je crois que cette dernière conception, qui est celle de Mackenzie et de son école, contient la plus grande part de vérité. Il n'y a pas de fibres sympathiques propres, chargées spécialement, spécifiquement, de conduire directement à la conscience la sensibilité viscérale ; toute excitation pathologique d'un organe est convoyée par les nerfs sympathiques jusqu'à la moelle, où, arrivée au point de jonction des systèmes autonome et cérébro-spinal, elle se transmet aux voies de relation par le mécanisme d'un réflexe. Ce circuit réflexe se compose de deux neurones : l'un viscéral, représenté par la fibre végétative, et l'autre central, représenté par un neurone de la vie de relation ; l'excitation du premier se répercute sur le second qui la conduit jusqu'au *sensorium commune*. Si bien qu'au total *une sensation viscérale n'est pas ressentie dans l'organe même*, mais *projetée à la périphérie* dans la zone de distribution des nerfs sensibles correspondants.

Ce concept du réflexe *est clinique* et *non physiologique*. Selon les physiologistes, en effet, suivant Langley surtout et l'école anglaise, à laquelle nous devons sur ces points une contribution de premier rang, les éléments sympathiques proprement dits seraient complètement dépourvus de fonctions sensitives. Or, au cours de ces dernières années, et grâce aux observations des cliniciens touchant la *sensibilité pathologique des viscères* qui, remarque capitale, échappe à la *détermination expérimentale*, un revirement s'est fait et un rôle important a été accordée au sympathique dans la fonction sensitive. Déjà d'ailleurs, chez nous, de bons expérimentateurs, comme le regretté Jean-Félix Guyon et Courtade, avaient commencé cette réaction.

A partir des viscères, où s'épanouissent leurs terminaisons, les fibres sympathiques passent par les petits ganglions viscéraux. Puis, elles

♦♦♦♦

arrivent *aux gros ganglions prévertébraux*, à cette chaîne prévertébrale qui, pour les viscères de la zone sus-ombilicale, que nous visons particulièrement, se compose du plexus solaire et des plexus secondaires, cœliaques, mésentériques supérieur et inférieur qui leur sont reliés par des connectifs. Par le grand et le petit splanchnique, nous aboutissons aux ganglions de la chaîne fondamentale. C'est à partir de *ces ganglions de la chaîne latéro-vertébrale* que le trajet des voies de la sensibilité devient moins clair : les schémas de Gaskell, de Müller, de Mackenzie, d'Edinger, de Lemaire, ne concordent pas.

Le nœud de la question se trouve, évidemment dans le *rameau communicant* ; c'est là, malgré sa brièveté, le secteur principal du réseau, c'est l'agent de liaison, c'est la voie de communication entre la substance grise médullaire et le chapelet des ganglions vertébraux. Histologiquement, nous connaissons bien *ce cordon de liaison* et nous savons que, dans ce faisceau complexe, il y a des fibres blanches et des fibres grises, le communicant blanc étant formé de fibres à myéline, le communicant gris étant composé presque exclusivement de fibres amyéliniques ou de Remak. Nous savons que *ce connectif contient des fibres, fonctionnellement différentes, viscéro-motrices, sécrétoires, vaso-motrices*, sensibles, qui ne se groupent que pour la canalisation commune, mais qui entrent en jeu isolément, sous l'influence de leurs excitants individuels. Mais, quelle est leur répartition exacte ? Pour les fibres conductrices de la sensibilité, surtout, ce trajet est obscur : le schéma de Müller fait passer des fibres sensibles par le rameau communicant gris, ce qui paraît une erreur de dessin ; nous nous accordons à admettre que c'est le communicant blanc qui contient les éléments sensitifs, en particulier les grosses fibres à myéline de Kölliker dont le centre trophique est dans le ganglion spinal et que Laignel-Lavastine considère comme des *fibres cérébro-spinales centripètes viscérales*, ce qui simplifie le problème de la conduction sensitive.

Car, dans cette hypothèse du réflexe viscéro-sensible, un point en débat est le suivant : *en quel point (moelle ou ganglion spinal ?) a lieu la transmission de l'excitation viscérale à la vie de relation ?*

A quel niveau se fait l'articulation du neurone sensitif viscéral avec celui de la sensibilité générale ? Le schéma de Mackenzie conduit le neurone sympathique afférent, en suivant la racine postérieure, jusqu'à la moelle où il se met en rapport avec un neurone central de relation. Selon le schéma de Edinger, de Danielopolu et de Lemaire, c'est au niveau du ganglion spinal et sur la cellule en T du neurone périphérique de relation que se fait l'articulation du neurone sympathique afférent.

Ce qui paraît appuyer cette seconde interprétation ce sont, comme Langley le rappelle, quelques faits histologiques notés par Cajal et Dogiel, établissant que des fibres sympathiques, *ayant leurs cellules d'origine dans les ganglions périphériques*, pénètreraient dans le ganglion spinal pour s'y terminer par des ramifications libres autour du corps des cellules nerveuses. En raison de la division du cylindre-axe de ces cellules en de nombreuses branches, il suffirait, selon Dogiel, de quelques fibres sympathiques afférentes pour exciter un nombre considérable de cellules ganglionnaires spinales. Mais cette théorie est contestée par Langley, en considération de l'absence de dégénérescence dans les bouts centraux des nerfs splanchniques ou des rameaux bleus, après section expérimentale : Langley en conclut que la majorité des fibres sympathiques afférentes ont leur centre trophique dans les cellules des ganglions spinaux et non pas sympathiques.

Voilà donc, depuis les terminaisons nerveuses viscérales jusqu'au centre, la *voie d'accès que suit une excitation viscérale pour arriver à la conscience*. Mais, sur ce parcours sont des relais ; les amas cellulaires des ganglions n'interviennent-ils pas dans la circulation de cet influx nerveux, dans la conduction de la sensibilité ? Entre l'excitation et la réaction sensible, la *moelle est-elle le seul intermédiaire* ou ne peut-on pas admettre que les *ganglions fonctionnent parfois comme centres indépendants* ? Par exemple, dans les grands états douloureux de la vessie, ne doit-on pas pas faire jouer un rôle à l'action isolée des plexus ganglionnaires situés dans l'épaisseur même de la paroi vésicale, directement atteinte par les lésions des cystites intenses ; ils exagèrent le tonus viscéral ; de cette contracture, résulte la diminution de la capacité fonctionnelle de l'organe ; de cette réduction résulte une hypersensibilité à la distension ; et, ainsi, se crée un de ces enchaînements de causes et d'effets, un de ces cercles vicieux que nous rencontrons souvent dans la pathologie de la douleur. Il semble donc bien que les ganglions viscéraux puissent intervenir comme centres de renforcement sur ce parcours de la sensation douloureuse. *Au niveau des ganglions vertébraux de la grande chaîne*, on admet, en général, que les *fibres centripètes ne font que les traverser* pour prendre la voie du rameau communicant.

Nous sommes, maintenant, *à l'étape centrale du réflexe viscéro-sensible*. Un fait capital s'y produit : *la jonction du neurone sympathique afférent avec un neurone spinal de la vie de relation*. Quel que soit le point où s'est effectué ce raccord, soit dans le ganglion spinal selon la thèse d'Edinger et de Lemaire, soit dans la moelle, selon le concept de Mackenzie, l'excitation viscérale, à partir de ce point, va emprun-

ter des voies de relation pour parvenir à la conscience : dès lors, *elle sera rapportée par cette dernière à la périphérie et non au viscère en cause.* C'est aussi à partir de ce moment qu'elle sera perçue sous la forme subjective d'une douleur. *Alors que, dans les conditions physiologiques, ces excitations centripètes qui parcourent les voies de la vie organique,* et provoquent les réactions normales, occultes, d'ordre vital, n'éveillent point de sensation consciente parce que les cellules centrales auxquelles elles arrivent n'ont pas de connexion directe avec le sensorium, *la douleur apparaît* suivant le concept clair de Ross et de Mackenzie, quand le stimulus approprié est d'une intensité et d'une nature telles qu'il fait vibrer les cellules voisines qui sont les centres d'un nerf sensible du système de la vie de relation. La phrase de Foster que rappelle Langdon Brown fait image : « La cendre de la sensibilité viscérale qui couve continuellement peut, ainsi, se changer en la flamme de la douleur ».

Au total, dans la majorité des cas, *nos souffrances organiques douloureuses ne sont pas ressenties au niveau du viscère lui-même, mais de ses correspondances métamériques* : suivant le mot de Lemaire, l'*excitation splanchnique produit une douleur somatique.* Ces territoires de sensibilité spéciale, de sensibilité transmise, ne suivent pas le trajet des nerfs périphériques, mais celui des groupes de fibres correspondant à des segments médullaires constants. Head a fait l'étude de ces *zones sympathiques* pour la plupart des affections viscérales : nous les appelons, pour cela, *zones de Head.*

Dans nos diagnostics abdominaux, cette topographie de l'*aire sensible* a une grande importance séméiologique que nous ne considérons pas assez.

Contrôlant attentivement la topographie métamérique de l'aire sensible des douleurs des divers organes, j'ai vérifié, comme Head l'avait indiqué, que, dans son territoire périphérique de connexion, une douleur viscérale se présente sous la forme *de bandes* et de *points* spécialement sensibles : elle *affecte,* selon l'expression de Bolk, *des dermatomes d'élection.* C'est surtout l'estomac, comme le dit Lemaire, qui est le viscère le plus démonstratif sous ce rapport. L'aire dermatomérique de cet organe a la forme d'une sangle, large de cinq dermatomes (de la Ve à la IXe dorsale), cerclant l'hémithorax, surtout à gauche, en raison des connexions sympathiques dominantes de ce côté. Il est exact, comme l'indique Lemaire, que s'il s'agit d'une crise gastralgique pure, la douleur reste médio-épigastrique, affectant particulièrement les dermatomes D VII et D VIII, en avant à l'épigastre, et en arrière entre les épaules, la partie latérale de la sangle métamérique ne répondant pas à l'excitation viscérale et « restant muette ».

S'agit-il, au contraire, de douleurs d'ulcères, la topographie change et peut servir à la détermination pré-opératoire du siège de l'ulcus ; un ulcère haut situé, un juxta-cardiaque, affecte spécialement les dermatomes D V et D VI ; un bas situé, un juxta-pylorique, a une répercussion de choix sur les dermatomes D VIII et D IX ; mais malgré cette diffusion à toute la bande métamérique cutanée, maints paroxysmes sont surtout accentués à leurs points médians antéro-postérieurs d'élection (douleurs en broche) et quelques-uns persistent à ne point irradier dans la sangle latérale. Il faut, de même, connaître l'aire dermatométrique des principaux viscères chirurgicaux ; à savoir : pour le foie, entre D VII et D IX, à droite de l'épigastre le long du rebord costal ; pour l'appendice ou le cæcum, à droite, de D X à D XII.

En chirurgie abdominale, un symptôme est de premier ordre : *c'est la contracture musculaire de la paroi* : localisé, il nous sert à topographier l'organe lésé ; diffus (ventre de bois), il signale la gravité de la réaction péritonéale. Nous apprécions sa haute valeur ; nous disons : c'est une défense musculaire, c'est un plan rigide de protection ; et, en effet, il n'est pas contestable qu'il ait pour objet (ce qui est conforme à la thèse des causes finales) la protection de l'organe malade, comme la contraction des muscles péri-articulaires immobilise la jointure souffrante Mais, nous n'approfondissons pas son mécanisme. Or, c'est là, encore, la manifestation somatique d'une sensation splanchnique.

Selon la fonction de l'organe récepteur, la réponse réflexe à l'excitation viscérale varie : contracture si c'est un muscle ; sensation, si c'est le centre de la conscience. De même que l'excitation née dans un organe, en lui-même insensible, peut créer de la douleur en réagissant sur les cellules sensibles du système cérébro-spinal, de même les excitations viscérales peuvent se communiquer aux cellules motrices des cornes antérieures et susciter la contracture du segment musculaire métamérique correspondant, ce qui n'est qu'une exagération du tonus musculaire normal. Dès lors, nous interprétons clairement ce qui se passe quand, par exemple, dans une appendicite nous palpons la fosse iliaque droite. Nous trouvons *la triade de Dieulafoy* : 1° le point de Mac-Burney, que la pulpe de notre index recouvre, c'est le « point maximum » « Schmerz punkt » qui n'a d'ailleurs pas une valeur localisatrice et qui ne topographie ni la position de l'organe (comme Lanz l'a établi) ni le lieu exact de la lésion, mais répond simplement au point où la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal traverse le bord externe du grand droit ; 2° *la zone* hyperalgésique cutanée, par réflexe viscéro-sensitif, sous la forme et dans les limites de l'aire dermatomérique du viscère de D X à D XII ;

3° la bande de contracture musculaire, correspondant au même segment médullaire de distribution. Nous nous expliquons aussi comment dans une pneumonie, l'algie viscérale peut être transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal, et comment une douleur thoracique est perçue dans la paroi abdominale ; d'où cette difficulté, à laquelle il faut toujours penser chez les enfants, du diagnostic de la *pseudo-appendicite pneumonique.*

Sans doute, le concept de Mackenzie ne doit pas être généralisé à toutes les douleurs viscérales ; mais, des trois modes de perception consciente de la sensibilité organique c'est celui qui paraît s'appliquer au plus grand nombre des cas : la majorité des sensations douloureuses viscérales parviennent à la conscience par le mécanisme d'un réflexe viscéro-sensitif. Il n'est pas contestable, néanmoins, que le concept de Lennander s'applique à des cas particuliers, dans lesquels les lésions viscérales, inflammatoires ou néoplasiques, sensibilisent directement les fibres de relation et où la transmission se fait par la séreuse et la sous-séreuse pariétales. Enfin, un troisième mécanisme de perception de la sensibilité viscérale est possible, mais reste difficilement démontrable ; c'est celui d'impressions protopathiques ressenties dans le viscère lui-même, comme ces sensations d'impressions cardiaques, dont Danielopolu a montré l'importance dans l'angine de poitrine.

Pour le clinicien, comme pour le philosophe, la phase intéressante du réflexe douloureux, c'est celle qui se passe au niveau des centres nerveux, c'est-à-dire qui répond à la *modification psychique* d'où résulte la perception, la *sensation consciente.* Il est à remarquer que *la douleur viscérale a pour caractéristique une impression de localisation vague, diffuse,* et que le malade n'en situe pas toujours exactement le siège.

D'autre part, en raison *de la diffusion au niveau* des centres et *des irradiations aux segments médullaires voisins,* l'hyperesthésie et la contracture musculaire peuvent s'étendre aux zones métamériques adjacentes : telle l'extension des bandes hyperalgiques dans l'angine de poitrine ; tel le ventre de bois, la rigidité totale de la paroi, dans les graves contusions abdominales.

De plus, l'*hypersensibilité du système nerveux central est un facteur considérable d'aggravation* et de permanence de la douleur. L'exacerbation nocturne de certaines douleurs s'explique bien par l'exaltation de la réflectivité médullaire, et comme conséquence des phénomènes hyperémiques du séjour au lit et de la fixation de l'attention sur la souffrance ; quiconque a vu ces paroxysmes nocturnes des cancéreuses utérines inopérables ne partage pas l'illusion du poète, dans son fameux sonnet : *Recueillement* : « Sois sage, ô ma douleur et tiens-toi plus tranquille... Tu réclamais le soir ; il descend, le voici... » Si Baudelaire était entré la nuit, dans une de nos grandes salles d'hôpital, il n'y aurait point trouvé cet apaisement nocturne de la souffrance humaine. — Enfin, en clinique, il faut compter *avec le psychisme du sujet* : chez la femme surtout, ce psychisme est responsable de l'exaltation de la perception douloureuse ; une anxieuse chronique, une neuro-arthritique, une hyperémotive se suggestionnent, « topoalgisent », réalisent une idée fixe, et finissent par présenter ces grandes algies diffuses, abdomino-pelvienes, qui en font les récidivistes de la salle d'opération, et les conduisent à des chirurgiens différents (car leur instabilité égale leur fragilité nerveuse) pour l'ablation successive de l'appendice, des ovaires, de la vésicule et même du côlon, comme j'en ai vu plusieurs exemples. — Avec quelle pénétrante précision, Marcel Proust, ce grand déséquilibré du système autonome, a analysé sur lui-même cette hypersensibilité grâce à laquelle « les intermédiaires, les nerfs ne remplissent pas leurs fonctions, n'arrêtent pas dans sa route vers la conscience, mais y laissent, au contraire, parvenir distincte, épuisante, innombrable et douloureuse, la plainte des plus humbles éléments du moi ! »

III

De ces notions physico-pathologiques, assez ardues, mais auxquelles un chirurgien ne peut plus rester étranger, retenons ces deux faits : 1° *le système nerveux végétatif est la voie de conduction centripète de la sensibilité viscérale* ; 2° *pour chaque organe, la douleur se manifeste dans une zone métamérique, cutanéo-musculaire, qui est desservie par le même segment médullaire où se rendent les faisceaux sympathiques du viscère atteint.* De là, cette proposition logique : par une *neurotomie élective,* c'est-à-dire *ne coupant que ce qu'il faut et le coupant au bon endroit,* produire l'analgésie de territoires viscéraux déterminés. — Mais deux précisions topographiques sont indispensables, qui peuvent dicter le choix de l'intervention, selon que l'on va attaquer le sympathique près du centre ou à la périphérie : 1° *la localisation du segment médullaire et des racines qui répondent à l'aire métamérique du viscère douloureux* ; 2° *le point d'élection où doit porter la section nerveuse,* sur les divers échelons de ce grand système autonome : *rameaux communicants* ; *grande chaîne sympathique vertébrale* ; *nerfs splanchniques* ; *ganglions viscéraux de la chaîne prévertébrale* ; *branches viscérales.*

Ainsi se crée *une thérapeutique chirurgicale de la douleur organique,* applicable aux affections

viscérales dont le *symptôme dominant* — quelque fois l'unique symptôme — est la douleur et que caractérise, en tout cas, *la disproportion paradoxale entre l'intensité de la souffrance et le degré minime de la lésion causale apparente.*

Lorsque cette chirurgie des douleurs abdomino-pelviennes a été inaugurée, il y a plus d'un quart de siècle (exactement en 1899-1900) par Jaboulay (à l'œuvre initiatrice duquel il faut toujours remonter, comme en chirurgie osseuse nous revenons toujours à Ollier), est-il à remarquer que *c'est aux relais ganglionnaires et aux branches terminales* que le chirurgien lyonnais s'est attaqué.

Or, un premier fait marque l'évolution actuelle de la chirurgie du sympathique du moins dans ses applications antialgiques : *de ganglionnaire* qu'elle était à son origine, elle tend à devenir *pré ou post-ganglionnaire*, et à se *porter aux deux points extrêmes du réseau autonome*, soit qu'elle coupe *les rameaux communicants* par lesquels se fait la jonction des deux systèmes végétatif et cérébro-spinal, soit qu'elle intéresse *les nerfs périphériques viscéraux.* Car, les ganglions de la chaîne latérale, *para-vertébraux*, de même que les ganglions *prévertébraux* constituent autant de *centres nerveux étagés*, et sont des *nœuds de coordination* des réflexes qui commandent la trophicité viscérale ; c'est, en conséquence, *une zone dont l'opérateur tend, maintenant, à s'écarter.* Et ce que nous avons appris des séquelles douloureuses qui peuvent suivre l'excision de la chaîne sympathique cervicale, nous incite à substituer à ces *neurotomies globales*, en masses, des neurotomies *électives*, parcellaires, visant le *meilleur rendement thérapeutique au prix du délabrement minimum,* et fondées sur une étude anatomo-physiologique exacte.

Il me paraît hors de doute que le plus grand progrès réalisé dans cette chirurgie de la douleur viscérale a été la *section des rameaux communicants*, c'est-à-dire *l'attaque de l'innervation sympathique au point où elle peut être atteinte avec le plus de précision,* à la hauteur du *trait d'union* entre les nerfs rachidiens et les fibres nerveuses issues des ganglions : un coup de bistouri sur deux ou trois petits rameaux d'un centimètre de longueur, à la région thoracique, de trois à quatre centimètres à la région lombaire, et cela suffit pour insensibiliser toute une zone métamérique.

J'estime que la valeur de cette intervention se fonde sur les avantages suivants : c'est *une méthode générale*, utilisable aux différents étages de la chaîne sympathique ; *son lieu d'application est bien localisé* par la détermination préopératoire du segment médullaire correspondant à la zone douloureuse ; *sa technique est simple, bien repérée, bien réglée* ; elle est *inoffensive* parce qu'elle reste extra-pleurale ou extra-péritonéale et parce qu'elle ne touche pas aux fonctions régulatrices autonomes des centres ganglionnaires ; *son efficacité* apparaît surtout dans ces cas décourageants, où la douleur est le symptôme unique ou sans proportion avec les lésions. Ce sera le mérite de von Gaza d'avoir inauguré et méthodisé cette ramisection ; mais, c'est en France, avec les travaux anatomiques d'Hovelacque, de Latarjet et Bertrand, avec la solide monographie de Wertheimer et Bonniot sur le tonus vasculaire, avec les publications et l'exemple agissant de Leriche, que cette chirurgie des rameaux communicants a trouvé, récemment, sa base technique très étudiée.

Quand nous coupons une rameau communicant, *quelles sont,* exactement, *les voies de conduction que nous interrompons* ? En réalité, *et sans distinction fonctionnelle,* nous sectionnons *l'ensemble du faisceau des lignes de jonction* : c'est-à-dire, *avec les fibres sensitives, les fibres viscéro-motrices, sécrétoires* ; donc, indistinctement, *les centrifuges* aussi bien que les *centripètes.*

Impossible de distinguer microscopiquement rameaux blancs ou gris : cette différenciation n'est possible qu'à l'histologiste. De là, quand nous nous proposons de faire une ramisection, *l'obligation de déterminer* très exactement, *pour réduire au minimum le champ de l'énervation sympathique, le diagnostic topographique préalable du siège viscéral de la douleur et du segment médullaire intéressé.* Cliniquement, il s'agit donc, dans chaque cas, *de délimiter la zone hyperalgique de Head,* que nous savons correspondre à un segment métamérique constant : ce que von Gaza et Mandl appellent le diagnostic segmentaire, « die Segment-Diagnose ». Puis, *il faut contrôler, par une injection paravertébrale,* d'une solution de 1 p. 200 de syncaïne ou de scurocaïne, si l'insensibilisation des nerfs paravertébraux répondant à cette zone produit bien la suppression temporaire de la douleur.

Cette ramisection *est préférable à la résection des nerfs paravertébraux, ganglion spinal y compris,* que von Gaza avait d'abord essayée. Il est sage de *ne pas l'étendre à plus de trois segments médullaires,* pour ne point énerver trop largement la sangle musculaire de la paroi abdominale. En général, on peut *se contenter d'une ramisection unilatérale,* le côté choisi répondant aux indications cliniques de la zone hyperalgique maxima et à la vérification de l'injection analgésiante para-vertébrale. Il est, d'ailleurs, à remarquer que, dans la chirurgie des membres, la sympathectomie unilatérale peut agir thérapeutiquement sur le côté opposé et il est possible, en conséquence, à la suite d'une ramisection unilatérale d'escompter des effets contra-latéraux ; et, de fait, von Gaza, dans ses trois interventions intitiales, s'est borné à un seul côté.

Pour la fixation des rameaux communicants à sectionner, retenez les précisions suivantes. Le grand splanchnique est formé des fibres des rameaux communicants D VI à D X, le petit planchnique de D XI à D XII. Le segment médullaire frontière, qui borne en haut l'innervation des viscères abdominaux, est le VIe dorsal.

Les articles importants d'Hovelacque sur les rameaux communicants du sympathique cervical et le travail très clairement descriptif de Latarjet et Bertrand, sur le sympathique thoracique sont des documents anatomiques que le chirurgien a grand profit à consulter avant une intervention de ce genre, Sachez que les *communicants sont toujours au moins deux, parfois trois et même quatre par espace intercostal* ; qu'en général le *nerf intercostal reçoit ses ramis du segment de la chaîne sous-jacent, et qu'assez souvent un rameau se détache du segment sus-jacent ; que les rami aboutissent au nerf intercostal à peu de distance de la sortie du trou de conjugaison ; qu'ils ne sont points adhérents au feuillet pariétal de la plèvre*; que celle-ci est facilement décollable et que l'opération peut et doit ainsi rester extrapleurale, ce qui est sa sécurité. Quant à la technique, elle a reçu d'emblée de von Gaza son point décisif qui consiste dans la *résection des apophyses transverses* qui facilite la découverte du nerf interscostal, sa traction en arrière et en haut, et la recherche des rameaux communicants ; le mémoire de Wertheimer et Bonniot fixe, avec précision et figures très nettes, les temps successifs de la ramisection aux trois étages, cervical, dorsal et lombo-sacré.

La ramisection *qui est la forme permanente* de l'anesthésie segmentaire, que nous donne, temporairement l'injection analgésiante paravertébrale, peut être, comme elle, *appliquée, à toutes les affections douloureuses, rebelles, de l'abdomen : péri-cholécystite et syndrome douloureux du carrefour sous-hépatique ; crises gastriques tabétiques ; syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ; adhérences post-opératoires douloureuses ; néphalgies ; cardiospasme*. Ce qu'il y a de très intéressant dans le travail de von Gaza, c'est l'efficacité qu'il affirme de la ramisection sur *ces névroses dysfonctionnelles, avec spasme des vaisseaux et de la musculature viscérale, sans lésions organiques nettes, ou à douleurs sans proportion avec les lésions*. Or, précisément, ce sont ces malades qui jusqu'à présent font notre cauchemar et nos échecs : ils vont d'un chirurgien à l'autre ; ce sont les habitués de la salle d'opération ; une malade de von Gaza a subi successivement et sans aucun apaisement, une gastro-entérostomie; l'année suivante une appendicectomie ; un an après une relaparotomie pour adhérences au niveau de la cicatrice, l'année suivante une réopération pour ulcère peptique probable : or, on trouve une anastomose très perméable, aucun ulcus ; on ferme la bouche anastomotique, et, comme on vérifie l'existence d'une zone de Head allant de D IV à D VI, on fait à droite, trois mois après, cette triple ramectomie : guérison.

Qui de nous, n'a, dans ses dossiers, plusieurs observations comparables, de ces multiopérées, ayant sans résultat repassé plusieurs fois sous le bistouri ; devant cette catégorie de malades s'ouvre maintenant la perspective d'une *opération simple, bien réglée, sans danger, efficace*, ainsi que Gino Pieri vient de le confirmer. Fait remarquable et paradoxal : *la ramisection se montre, comme effet analgésique, supérieure à la radicotomie postérieure*, qui semble cependant réaliser une suppression plus radicale des voies de la sensibilité ; je ne me suis expliqué cette infériorité de l'opération de Forster, par rapport à l'opération de von Gaza, que lorsque j'ai pris connaissance des recherches récentes de Lehmann qui ont établi que *certaines fibres afférentes sympathiques*, convoyant les sensations viscérales, passent par la *racine antérieure*. Il est vraisemblable que, dans cette action totale de la ramisection, se combinent, à l'interruption des fibres sensibles, des actions entéro- et gastromotrices, vaso-motrices, sécrétoires qui prennent part à la modification thérapeutique d'ensemble.

***

A l'autre bout du réseau nerveux autonome, au delà de la chaîne ganglionnaire, *au niveau des nerfs viscéraux eux-mêmes*, le chirurgien peut se proposer une interruption mieux circonscrite, plus localisatrice des voies sensibles. En ce point terminus, et au moment d'aborder les organes qu'ils desservent, *les nerfs extrinsèques viscéraux*, comme l'ont montré Latarjet et ses collaborateurs, dans une série de travaux anatomiques très exacts qui classent, en cette question, l'école anatomique lyonnaise au premier rang, *ne constituent pas de véritables plexus*; ils ont regroupé leurs fibres, ils sont assez individualisés ; donc, l'opérateur, par des sections électives, peut pratiquer, à leur niveau, *des énervations* plus ou moins complètes, *tout en respectant le système nerveux intrinsèque viscéral, et isoler ainsi l'organe des connexions*, sympathiques au sens littéral, *qui l'enchaînent aux autres viscères*. Pratiquement, cette méthode d'énervation viscérale est applicable : *à l'estomac* (Latarjet et Wertheimer), *aux reins* (Ambard et Papin, Latarjet et Bertrand), *à la vessie* (Rochet et Latarjet), *aux voies biliaires extra-hépatiques* (Latarjet, Bonnet et Bonniot), *au segment inférieur de l'uretère* (Rochet et Thévenot), *aux annexes féminines*.

A vrai dire, techniquement ces énervations viscérales prennent, assez souvent, non le type

régulier d'une *neurotomie tronculaire,* mais la forme simplifiée *d'une sympathectomie péri-artérielle.* Telle est l'énervation des reins par sympathectomie péri-artérielle du pédicule rénal, ainsi que l'ont réglée Ambard et Papin : l'organe étant extériorisé par l'incision lombaire classique, il s'agit d'exciser ou de rompre tout le plexus qui entoure, de ses mailles allongées, l'artère rénale en avant d'abord, en arrière ensuite. L'opération ne va pas sans des difficultés, variables d'ailleurs, selon la longeur du pédicule, selon l'extériorisation de l'organe parfois fixé par de la périnéphrite. Il faut compter avec des hémorragies gênantes, provenant des petits vaisseaux capsulaires. Nous ne sommes pas certains de réaliser l'énervation complète. Il y a lieu de réserver encore le risque éloigné de troubles trophiques de l'organe. Il semble bien néanmoins, à en juger par les résultats obtenus par Papin, que nous ayons là une action efficace contre la douleur rénale : elle est applicable à ces cas de reins douloureux, pour lesquels la décapsulation et la néphrotomie sont insuffisantes et la néphrectomie excessive ; à ces petites hydronéphroses méconnues à crises douloureuses répétées que la pyélographie nous a révélées.

Telle est encore la *sympathectomie hypogastrique uni ou bilatérale,* pour névralgies pelviennes, qui, dès maintenant (ce qui montre bien le provisoire de nos conclusions en cette matière) cède la place à la section du nerf présacré.

Chez des cancéreux, atteints de tumeurs inopérables et souffrant de douleurs pelviennes très intenses, Leriche est intervenu, avec un résultat sédatif net, par la sympathectomie péri-aortique et péri-iliaque ; mais cela nous paraît une indication de médiocre avenir ; trop souvent l'infiltration néoplasique s'est déjà étendue au plexus lombo-sacré, ainsi qu'il arrive chez nos cancéreuses utérines, en proie aux souffrances finales.

Il me semble donc — sans vouloir faire de prophéties — que la sympathectomie péri-artérielle, d'une si large et si efficace application dans la chirurgie des membres, n'est pas appelée à trouver, en chirurgie viscérale, une aussi brillante carrière ; ici l'avantage me paraît appartenir aux neurotomies électives portant sur les nerfs viscéraux. Trois organes surtout sont accessibles à ces neurotomies directes : *l'estomac, la vessie, les annexes.*

S'il est un organe où l'élément douleur joue un rôle important et suffise à créer une indication opératoire, c'est bien l'estomac. Grâce aux travaux anatomiques de Latarjet, de Wertheimer, de Walther, *la base technique de l'énervation gastrique,* est bien établie, et nous pouvons aborder avec précision les trois principaux pédicules nerveux de l'organe ; mais les espoirs fondés sur cette opération se sont-ils justifiés ? Ici, l'énervation n'équivaut pas à une seule sympathectomie ; c'est aussi une section du pneumogastrique ; car il s'agit d'un organe à double innervation et chaque nerf gastrique contient, dans des proportions que nous ne savons pas encore distinguer, des fibres de ces deux systèmes antagonistes et d'actions apparemment contradictoires.

La section des divers pédicules nerveux ne comporte pas de danger vital : voilà une première tranquillisation, mais non une raison suffisante. Que devient la *fonction d'un organe ainsi réduit à son appareil nerveux intrinsèque* ? L'énervation *produit l'atonie gastrique, ralentit l'évacuation et l'activité sécrétoire, fait baisser le taux de l'acidité totale, diminue la sensibilité.* Voilà des raisons pour qu'elle puisse être essayée contre la douleur des crises gastriques tabétiques, à vomissements incessants, et qu'elle s'applique logiquement à ces gastropathies, sans lésion anatomique, avec déséquilibre vago-sympathique, marqué par des troubles par hyperfonction, hypersensibilité, hypertonicité, hypermobilité, hyperacidité. Malades que nous entérostomisons sans résultats et que l'énervation peut soulager. Mais, pour légitimer des conclusions, le dossier a besoin d'être mieux nourri de précisions cliniques *sur les indications* et *les résultats* : là où l'atropine suffit pour sectionner fonctionnellement le nerf vague, la neurotomie est vraiment excessive.

Un des sommets de la souffrance humaine, est atteint dans ces cas de *cystites rebelles,* atrocement douloureuses, avec pollakiurie et ténesme, qui font courir le malade au vase toutes les cinq minutes : tout est préférable alors à ce martyre. Une mise au repos de l'organe par la cystostomie n'est pas toujours suffisante. La section des branches nerveuses principales qui innervent la vessie peut-elle apporter la sédation définitive ? L'étude de Latarjet et Bonnet a fixé l'anatomie du plexus et du ganglion hypogastrique, *centre nerveux du petit bassin,* véritable cerveau pelvien, selon l'expression de Jaboulay. Mais, la résection bilatérale du ganglion hypogastrique, qu'on l'aborde par la voie extra ou intrapéritonéale, est une opération malaisée, laborieuse ; après elle, la paralysie vésicale est complète, la rétention définitive et le sondage obligatoire. Ce ne peut donc être qu'une intervention anti-algique, autorisée seulement par une situation de haute intensité douloureuse. Pour la simplifier, Rochet a cherché à agir sur les seules branches vésicales du ganglion : dans deux cas, après une phase de rétention temporaire, il a obtenu une reprise de la miction spontanée, avec cessation de douleurs. *La solution de cette question thérapeutique des cystites douloureuses n'est pas dans le perfectionnement de ces neurotomies, mais dans la suppression de leurs indications,* par traitement prophylactique des complications ; dans la tuberculose réna-

le, la *néphrectomie opportune* rend superflue l'énervation vésicale.

La douleur a une place de premier rang dans la *séméiologie gynécologique* : symptôme essentiellement subjectif, elle dépend autant de lésions organiques réelles que de réactions individuelles nerveuses ; elle est le plus souvent hors de proportion avec le mal même et doit être interprétée avec un sévère sens clinique ; elle peut même présenter des localisations et des formes à ce point imprévues que, loin de guider le diagnostic, elle égare le praticien sur le siège et la réalité des lésions. Je ne peux pas, ici, analyser la valeur de l'élément douleur en gynécologie. Je me borne à *ces algies pelviennes, permanentes et rebelles, sans lésions cliniquement appréciables, sans proportions, du moins, avec les lésions d'ovarite scléro-kystique* que nous constatons opératoirement.

Depuis plus de vingt-cinq ans, j'ai poursuivi, dans mon service, des recherches sur les lésions des ovaires scléro-kystiques et sur *leur correspondance avec les troubles douloureux* qu'elles provoquent. Mon intérêt a toujours été sollicité par la solution de cette question paradoxale : petites lésions ovariennes et grandes algies pelviennes. L'étude de ces microkystes et de leur caractère anatomique, que j'ai faite avec Massabuau, a paru définitive ; et récemment encore à l'Académie, Lhermitte et Dupont déclaraient qu'il n'y avait pas à y revenir. Continuant ces travaux, Roux vient d'apporter récemment une importante contribution à l'explication de ce paradoxe. *Cliniquement*, il est hors de doute qu'il y a des syndromes de névralgie de la sphère génitale avec troubles sympathicotoniques, qui paraissent relever d'altérations du système nerveux végétatif du petit bassin. *Histologiquement*, il semble bien que certains ovaires répondant exactement au type classique scléro-kystique, montrent des lésions des filets sympathiques caractérisées, selon les constatations de Roux, par la présence de névromes plus ou moins volumineux, pouvant aller depuis l'augmentation de volume du nerf jusqu'à la formation de véritables tumeurs nerveuses, à fibres enchevêtrées.

Si elle se confirme par des recherches de contrôle que nous poursuivons (et la récente communication de Lhermitte et Dupont vient à son appui) cette conception va élargir le cadre des opérations conservatrices sur les annexes et nous conduit à développer notre action sur le sympathique pelvien, en respectant les ovaires et l'utérus. Nous pouvons agir :

1° Sur le sympathique péri-artériel, par la dénudation de l'hypogastrique ;

2° Sur la voie afférente du ganglion hypogastrique, par la section du nerf présacré. La sympathectomie péri-artérielle ne me paraît pas avoir la valeur de la névrotomie tronculaire ; les recherches de Lhermitte et Dupont, celles de Hovelacque, ont établi que les nerfs de l'ovaire n'ont pas un rapport de contiguïté immédiate avec les vaisseaux, contrairement à l'opinion classique sur leur cheminement parallèle, camaraderie infidèle, comme l'avait déjà noté Latarjet.

Je pense, avec Cotte, dont l'expérience est ici la plus autorisée, puisqu'il a dépassé la cinquantième opération, que la section du nerf présacré, bien réglée, est à préférer ; et c'est, dans ce sens que je dirige ma technique : sur l'élément douleur, on agit presque à coup sûr, et l'indication de choix est l'ovarite du type névralgique. Sans doute, il est sage d'attendre l'épreuve du temps, mais, dans ce domaine tout ce qui peut éviter une castration doit être tenté.

***

Vous le voyez, Messieurs : fondée sur une solide base anatomo-physiologique, une chirurgie de la douleur viscérale est en train de s'établir, de préciser ses indications, de choisir ses techniques. C'est une question d'avant-garde ; et, comme telle, elle soulève des controverses et provoque, encore des jugements contradictoires. Nos conclusions sont provisoires : c'est ce qui fait leur valeur de stimulation intellectuelle. Notre vieille école, qui sait unir la tradition et le progrès, ne craint pas ces nouveautés ; nous avons, à Montpellier, et depuis l'origine, cette disposition d'esprit qu'a définie Charles Richet : en fait de science, être révolutionnaire ; mais, en médecine, rester conservateur. Entendons-nous, encore : être conservateur, c'est placer, au-dessus de tout, l'intérêt et le salut du malade, c'est ne point céder, sans examen critique rigoureux, à ces engouements qui passionnent l'opinion médicale à certains moments et sont suivis de promptes décadences ; c'est, précisément, accueillir avec ferveur et développer une chirurgie qui évite les mutilations d'organes et vise leur conservation ; c'est continuer la chaîne des travaux qui, dans l'Ecole montpelliéraine, se sont, dès longtemps, appliqués à l'étude des sympathies organiques et ont trouvé, dans notre grand maître Barthez, leur expression profonde de pensée, forte et prescience.

D'autre part, il faut marcher avec son époque ; il faut avoir l'initiative de la recherche, le mépris des formules périmées, et, à l'automne de la vie, garder la foi et travailler à l'avancement de la vérité, avec ces jeunes équipes chirurgicales, qui, depuis la guerre, ont redonné à notre art une nouvelle substance. La loi de la nature, c'est le renouvellement constant. Le champ de la chirurgie moderne a un front mouvant ; il y a sur certains points des régressions ; sur d'autres, une pointe d'offensive. Notre enseignement et notre

technique doivent suivre ces déplacements de la ligne de bataille.

C'est une nouvelle étape dans la lutte de la chirurgie contemporaine contre la douleur. Pensez donc, pour mesurer le progrès accompli, qu'il y a aujourd'hui tout juste quatre-vingts ans — c'était au mois de décembre 1846 — que l'on apprit une étonnante nouvelle : on venait de trouver, en Amérique, le moyen de supprimer la douleur dans les opérations, par les inhalations d'éther ! Quel chemin parcouru depuis ! Pour nous, chirurgiens, la douleur est l'ennemie. Elle est, répéte-t-on, depuis Voltaire, la sentinelle de la vie : sans doute, elle a, quelquefois, la valeur d'un signal d'alarme ; mais, trop souvent, elle ne nous informe que par un communiqué tardif, lorsque la bataille est compromise ou déjà perdue, comme après les accalmies traîtresses de l'appendicite. Elle est, disent certains philosophes, la grande éducatrice des hommes ; mais, de ce qu'elle a suscité de grandes vertus de résignation, il n'en résulte pas qu'elle soit un bien. « La souffrance, dit Anatole France : quelle divine méconnue ! » Mais dix pages plus loin, il s'écrie, avec plus de vérité : « N'écoutez pas ceux qui enseignent que la souffrance est excellente. » Le mal reste le mal, encore qu'il en sorte parfois du bien. Comme l'écrivait Bersot, en proie aux atroces souffrances d'un mal incurable « toutes les ressources du génie humain se déploient dans le duel contre la douleur ». Et c'est l'honneur, c'est le grand bienfait de notre art, de poursuivre, par un continuel effort de recherches, cette mission divine, dont parlait Hippocrate, qui consiste à à apaiser l'humaine souffrante : *Opus divinum sedare dolorem.*

LA FRIGIDITÉ FÉMININE

La sexualité normale chez la femme résulte de l'équilibre qui existe entre les diverses hormones (1) secrétées par l'ovaire. Au point de vue ovarien, les femmes peuvent se classer de la façon suivante :

1° Anovariques	Congénitales (?)	
	Physiologiques	Enfance (préovariques). Sénilité (post-ovariques).
	Chirurgicales	
2° Hypovariques	Vraies.	
	Pseudo-hyper-ovariques.	
3° Orthoovariques		
4° Hyperovariques	Pseudo-hypo-ovariques	
	Vraies.	
5° Dysovariques	Sécrétion isolée des hormones sexuelles (nymphomanie).	
	Sécrétion isolée des hormones génitales (????)	
	Sécrétion viciée de l'ensemble des hormones (chlorose, hirsutisme, etc.).	

Ce tableau schématique demande quelques explications : la femme ortho-ovarique est la femme dont toutes les secrétions ovariennes sont parfaites, et en conséquence, dont la menstruation, les caractères sexuels secondaires, l'appetit génital, etc... sont normaux. Lorsque une insuffisance se manifeste dans toute la glande, il y a diminution dans l'ensemble des conséquences physiologiques (hypo-ovariques vraies). Certaines femmes, tout en ayant une insuffisance de l'hormone génitale, ont une exagération de l'hormone sexuelle : ce sont les pseudo-hyper-ovariques ; leur formation est normale et leur appétit génital est souvent exagéré. Quant aux hyperovariques, il peut y avoir chez elles un développement exagéré de toutes les fonctions de la glande (hyperovariques vraies), ou bien seulement augmentation localisée à la fonction génitale avec diminution des produits à action sexuelle pure, ce qui leur donne un habitus d'hypo-ovarique avec appétit génital diminué (pseudo-hypoovariques).

Le syndrome de la nymphomanie n'existe peut-être pas à l'état pur en clinique humaine, mais en médecine vétérinaire, les cas sont très connus de femelles perpétuellement en rut et inféconda-bles. Le syndrome opposé peut exister, mais il est difficilement constatable : un être n'ayant

(1) Hormones Ovariennes :
- 1° génitales : *a*) freinatrice (substance lipoïdique) ; *b*) excitante (substance protéidique) ;
- 2° sexuelles (glande interstitielle).
- 3° générales

pas d'instinct sexuel ne s'exposant pas à contrôler sa *potentia generandi.*

Quant à la viciation de l'ensemble des sécrétions ovariennes, elle donne en clinique des symptômes mixtes où les autres glandes à sécrétion interne joue un rôle encore plus important que dans les manifestations dont nous venons de parler.

L'anovarie congénitale est la conséquence d'une atrophie de l'organe qui ne subit pas à la puberté les modifications qui se passent dans l'ovaire de l'enfant qui devient femme ; les glandes de l'enfant sont « endormies », et n'ont qu'un rôle très restreint jusqu'à 12-15 ans. Chez la femme à la ménopause, la fonction génito-sexuelle s'atténue, puis disparaît ; aussi les désirs persistants chez les femmes castrées ou après la ménopause n'ont-ils qu'une origine psychique : ce n'est plus le démon de midi, c'est le démon du crépuscule, sinon du soir !.....

En se reportant au tableau précédent, on peut admettre que le désir sexuel augmente dans le sens de la flèche jusqu'au trait (sauf chez les pseudo-hypo-ovariques).

Définition. — Ceci posé, on peut définir la frigidité féminine, la diminution du désir sexuel dont le stade ultime s'appelle l'anaphrodisie (absence complète du désir sexuel).

Etiologie. — Ce symptôme peut être dû à des causes diverses :

1° *Causes glandulaires* : castration, vieillesse, insuffisance totale de l'ovaire, insuffisance isolée de la glande interstitielle, chlorose, etc...

2° *Causes générales* : asthénie (par maladie ou par insuffisance alimentaire, ou par excès sexuels...), diabète, tabes (l'obésité est plutôt une conséquence de l'hypo-ovarie qu'une cause de frigidité) ;

3° *Causes médicamenteuses* : traitement bromuré (1), intoxication morphinique ;

4° *Causes mécaniques* : anomalies (rétrécissements) ou maladies de l'appareil génital (salpingite) rendant le coït douloureux ;

(1) Pouchet (Précis de pharmacologie, page 490) signale que le traitement bromuré entraîne « d'une façon constante l'anaphrodisie chez l'homme, tandis qu'on a noté quelquefois l'excitation génitale chez la femme ».

5° *Causes psychiques* : snobisme, morale (religion), crainte des conséquences de l'acte sexuel (maladies vénériennes, grossesse).

Ces deux dernières catégories de causes entraînent une pseudo-frigidité et non une frigidité vraie. Il y a lieu aussi de remarquer qu'il peut y avoir « impuissance élective », le sujet refusant les rapports avec un homme pour lequel il n'a pas d'appétit, tandis qu'il les désirera avec un homme qui lui plaît.

Traitement. — Il importe, avant tout traitement, de poser un diagnostic étiologique :

1° Si la frigidité est de cause psychique pure, faire de la psychothérapie, instruire le sujet et l'encourager ;

2° Traitement chirurgical, s'il y a lieu.

3° En cas d'asthénie, faire appel tout d'abord à un régime excitant et substantiel (épices, mets purinogènes, lipoïdes) ; aux divers toniques médicamenteux non spécifiques : quinquina, strychnine, fer, phosphore, arsenic, et au repos.

En cas d'échec, la malade devient une « frigide essentielle » que l'on traitera par l'extrait d'ovaire, complet ou incomplet, pur ou associé, et par les excitants génitaux non opothérapiques (yohimbine : 10 à 20 milligrammes par 24 heures) (1).

Peut-être verrons-nous bientôt les succès cliniques des greffes d'ovaires ?

4° En cas d'intoxication bromurée, supprimer le médicament, et, en présence d'une morphinomane, faire une cure de démorphinisation.

5° Traiter le diabète par le régime et par les anti-diabétiques (noyer, insuline...).

6° Dans la chlorose, l'opothérapie sexuelle antagoniste réussit souvent et c'est par ce mécanisme qu'agit le mariage sur cette « cachexia virginium » des auteurs anciens. La médication martiale et strychnée a ici une action adjuvante très manifeste.

Dr Paul Le Gac.

(1) L'yohimbine agit d'une façon élective sur les centres nerveux lombaires — et bien que les cas cliniques relatés se rapportent généralement à des cas d'impuissance masculine, il y a lieu de faire suivre le traitement en cas de frigidité chez la femme, en raison tout d'abord de l'innocuité (?) du produit, et de son action sur l'appareil génital des femelles de laboratoire. (Cf. *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 39, mars 1925.)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications et résultats du traitement par le gardénal chez des malades souffrant d'angine de poitrine.

L'introduction du gardénal dans la thérapeutique préventive des accès d'angine de poitrine, fut, dit le Dr Heitz (de Royat), un grand service rendu aux malades et aux médecins. A la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 par jour, donné et en 1 à 3 fois, le médicament empêche les crises d'apparaître, presque toujours dès le premier ou le second jour. Le gardénal semble surtout applicable aux malades qui présentent des accès fréquents ; malgré cela, cette médication peut échouer dans un certain nombre de cas. Cependant elle offre cet avantage considérable, c'est qu'elle permet de continuer, sans qu'on soit interrompu continuellement par des crises démoralisantes, les traitements d'influence plus durable, mais aussi plus longs à manifester leurs effets.

Au cours de ces dernières années, de bons résultats ont été obtenus dans des formes graves d'angine de poitrine par la résection du sympathique ; or, peut être serait-il sage, chez les angineux qui souffrent d'une manière incessante, de préparer le terrain à l'intervention chirurgicale par une cure préalable de gardénal, qui mettra le malade, de toutes manières, dans des conditions beaucoup plus favorables, vis-à-vis de l'acte opératoire. (*L'Évolution thérapeutique médico-chirurgicale*, mai 1926.)

Les hyperglycémies sans glycosurie des sujets non diabétiques.

MM. Rathery et Froment considèrent l'état hyperglycémique réalisé seulement au-dessus de 1 gr. 10, en raison du taux glycémique normal.

D'autre part, si les méthodes usuelles de recherches qualitatives de glucose dans l'urine ne permettent de déceler le sucre que si ce dernier atteint le taux de 2 grammes par litre, des procédés de dosage minutieux montrent bien au-dessous l'existence de substances réductrices ; avec ceux-ci, l'existence de glycosurie doit être admise pour un chiffre supérieur à 1 gr. 50 de sucre urinaire.

Or, il existe bien un syndrome consistant en une hyperglycémie sans glycosurie. Ce syndrome, qui est juste l'opposé du diabète rénal, n'est pas un phénomène banal. Il se rencontre au cours d'affections très diverses et ne semble appartenir en propre à aucune ; il s'agit donc d'un phénomène surajouté à la maladie.

Il ne paraît pas conditionner des symptômes particuliers ; cependant, il semble assez fréquent au cours de certaines manifestations cutanées et disparaît parfois avec elles. Il est possible qu'il favorise l'éclosion de certaines dermatoses.

On ne peut dire qu'il relève d'une imperméabilité rénale, car il est totalement indépendant des troubles fonctionnels que l'on voit survenir dans les néphrites (azotémie, élévation de la constante, élimination de la phénol-sulfonephtaléine). La ligature du pédicule rénal ne détermine pas même une glycémie très marquée ; tout au plus, s'agit-il d'une élévation légère.

Ce phénomène paraît être sous la dépendance d'un trouble dans l'assimilation des hydrates de carbone ; il peut être considéré, à l'égard des glycosuries transitoires, comme une manifestation d'un état de déchéance plus ou moins léger, plus ou moins momentané, du métabolisme hydrocarboné. Il semble juste de le considérer comme pouvant constituer un état prédiabétique, état qui pourra ne jamais se manifester dans l'avenir sous forme de diabète vrai, mais qui crée chez l'individu qui en est atteint un témoignage tangible d'une débilité dans ses fonctions de nutrition. (*Paris médical*, 12 juin 1926.)

Les légumes chez les hépatiques.

Les végétaux tiennent une large part dans l'alimentation de l'hépatique. Sans parler de leur valeur nutritive, leur trame cellulosique agit puissamment sur la contractilité intestinale, régularise les selles, et excite la sécrétion biliaire. Ils doivent donc être prescrits de façon systématique ; il faut toutefois bien les connaître, et savoir les avantages et les inconvénients de chacun d'eux. C'est l'objet d'une étude de M. H. Walter.

Dans tout aliment et spécialement dans les légumes, deux facteurs sont à considérer : d'une part la digestibilité, qui est fonction de l'état physique en quelque sorte (les hépatiques sont par définition des insuffisants digestifs) ; d'autre part la composition chimique, qui montre des éléments parfois utiles et parfois nocifs. Mais l'un et l'autre de ces facteurs est modifiable par la préparation culinaire : ainsi la cuisson fait disparaître l'indigestibilité de la tomate crue en la ramollissant, de même qu'elle enlève l'huile essentielle, qui interdit le cresson cru aux « vésicaux ».

L'auteur établit, après discussion, le tableau des légumes permis à l'hépatique ; il est, somme

toute, singulièrement vaste. En dehors de quelques exceptions dues à la composition chimique, ce qui intervient le plus souvent c'est leur degré de digestibilité et celle-ci est, dans l'immense majorité des cas, liée au mode de préparation. Or, l'accommodement d'un légume ne se résume pas dans sa cuisson « à l'anglaise ». Les légumes au jus, au lait, à la crème, en soupe, les purées, les légumes hachés préparés en épinards, parfois les légumes au beurre, à condition que celui-ci ne soit pas trop « revenu » permettent à des malades, qui par ailleurs ne sont nullement condamnés au végétarisme exclusif, un régime dont de fins gourmets peuvent parfaitement s'accommoder. (*Journal des Praticiens*, 12 juin 1926.)

Le sucre en thérapeutique digestive.

Le médecin possède dans le sucre un médicament excellent ; le fait, MM. Loeper et Marchal le rappellent, est démontré par les résultats obtenus grâce à l'ingestion de sucre chez les ulcéreux et les sujets sensibilisés aux intoxications digestives ; enfin, les recherches sur la leucopédèse et les modalités de cette nouvelle fonction gastrique ajoutent une base précise à ces arguments.

Tout sucre absorbé en nature agit en raison de son état cristalloïde ; il provoque un afflux utile d'eau et de leucocytes, d'autant plus vite qu'il est plus concentré ; il y a donc en même temps protection locale de la muqueuse gastrique et défense générale de l'organisme. Cliniquement, on observe chez les ulcéreux une sédation de la douleur et une disparition des vomissements.

La libération des ferments leucocytaires en quantité croissante réalise un premier degré de la lutte contre l'anaphylaxie ; les auteurs ont été amenés à prescrire simplement de l'eau très sucrée dans des cas de migraines rebelles, qui se sont rapidement amendées.

Une seule contre-indication se pose à l'emploi prolongé du sucre comme médicament c'est le diabète ; et il convient de rechercher si les fortes doses de sucre ne déterminent pas de la glycosurie et de l'hyperglycémie alimentaires chez plusieurs catégories de malades non diabétiques.

Quand l'ingestion de sucre ne soulage pas nettement les douleurs et les vomissements des hyperchlorhydriques et des ulcéreux, il faut soupçonner une insuffisance de sécrétion en mucus, et suppléer à celle-ci par l'adjonction de pansements gastriques gélatinés ; d'autre part le sucre régularise le taux de la chlorhydrie ; enfin il s'oppose réellement aux accidents digestifs de toxicité et d'anaphylaxie, vis-à-vis des médicaments et des protéines alimentaires. (*Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1926.)

Epithélioma du sein chez l'homme.

Le cancer du sein est exceptionnel chez l'homme, de 0,8 à 6 % du nombre total des cancers du sein. MM. Jeanneney et Lachapèle en rapporte une observation détaillée, où, bien que la clinique ait fait penser à un point de départ cutané, la biopsie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique à point de départ glandulaire.

Chez l'homme, l'évolution en est relativement lente, et de gravité moindre que les autres types d'épithéliomas du sein. (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 10 juin 1926.)

Les pansements biologiques par les gélo-vaccins.

MM. Jausion, Vaucel et Diot publient une étude sur la technique et l'application des gélo-vaccins.

La gélose, tissu colloïdal d'une extrême plasticité, emprisonnant dans ses mailles un liquide interstitiel « vacciné » assure au pansement biologique des garanties exceptionnelles de succès.

L'effet indéniable des gélo-vaccins se réclame de propriétés spécifiques. L'action du pansement gélo-staphylococcique est stricte autant que celle du gélo-vaccin streptococcique. Par contre, le gélo-vaccin pyocyanique paraît d'un éclectisme favorable, alors même que le pus bleu n'est pas en cause. Tous les germes des suppurations cutanéo-muqueuses peuvent ainsi fournir leur pansement immunisant et servir à la confection de stock-gélo-vaccins.

Ces produits s'obtiennent au prix d'un effort moindre et en quantité beaucoup plus considérable que les filtrats correspondants.

Leur action s'accroît par suite de leur viscosité et leur valeur antigène augmente du fait de leur constitution colloïdale.

Ils fournissent donc au niveau des plaies un pansement biologique adhésif, bien toléré et qui provoque rapidement la guérison. (*La Presse médicale*, 22 mai 1926.)

Prophylaxie et traitement des épanchements pleurétiques compliquant le pneumothorax artificiel.

Les épanchements pleuraux, qui compliquent la cure de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, constituent, ainsi que le fait observer le Dr Geeraerd, un obstacle à la bonne marche du traitement, que l'on n'est pas encore parvenu à surmonter à l'heure actuelle. L'étude des statistiques montre qu'ils sont extrêmement fréquents, souvent noctifs, qu'ils compromettent dans un certain nombre de cas les résultats de la cure et la font échouer assez fréquemment.

L'étiologie de cette complication semble bien déterminée ; mais les facteurs qui l'engendrent

sont tels que l'on est impuissant à l'éviter. Le seul élément sur lequel l'opérateur soit libre d'agir dans une certaine mesure est la pression intrapleurale, qui doit, durant tout le traitement, rester aussi basse que possible.

Mais on peut agir sur l'évolution des pleurésies du pneumothorax artificiel en insufflant dans la plèvre à intervalles rapprochés de l'oxygène pur. Ce traitement arrête les manifestations pathologiques qui accompagnent la montée du liquide, et fait, dans la grande majorité des cas, disparaître celui-ci en un court laps de temps. (*Bruxelles médical*, 9 mai 1926.)

Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de camphorate huileux de bismuth

Une longue expérience, une documentation importante, des résultats thérapeutiques souvent comparables à la médication arsénobenzolée, écrit M. L. Bizard, médecin de Saint-Lazare, ont définitivement donné une première place au bismuth dans la thérapeutique antisyphilitique.

Parmi les diverses préparations bismuthées, il semble de plus en plus que les sels insolubles présentent des avantages marqués sur les sels solubles, qui sont toxiques, ne peuvent être administrés qu'à faibles doses et qui de plus s'éliminent beaucoup trop rapidement.

Les sels insolubles, au contraire, sont d'une élimination lente permettant une imprégnation prolongée de tout l'organisme ; or, la bismuthothérapie, comme on l'a dit déjà, doit se garder d'être une méthode d'inondation médicamenteuse, qui ferait courir aux malades les plus graves dangers.

Parmi les sels insolubles, l'*hydroxyde* est certainement à l'heure actuelle le plus employé ; il est à la base de plusieurs préparations connues parmi les plus efficaces.

Les accidents généraux dus à cette médication bismuthique, depuis que les médecins savent mieux la manier, depuis qu'on prend toutes les précautions utiles avant d'instituer le traitement, qu'on ne manque pas de vérifier l'état de la dentition du malade et qu'on prend soin surtout de s'assurer de l'intégrité des reins, semblent de moins en moins nombreux.

Malheureusement, des observations trop nombreuses ont montré, au contraire, depuis quelque temps, la fréquence des accidents locaux ; il semble vraiment, à compulser la littérature déjà importante sur ce sujet, qu'on soit revenu plus de vingt ans en arrière, au moment où les observations d'abcès et d'enkystements dus à l'huile grise et surtout à l'huile au calomel, permettaient de triompher aux défenseurs des injections, hydrargyriques solubles. *Mais tandis que pour les préparations mercurielles insolubles, il était presque impossible de parer aux accidents locaux qui se manifestaient*, par contre, des progrès récents permettent de rendre d'une innocuité presque absolue l'hydroxyde de bismuth employé en injections huileuses. Nous devons toutefois faire remarquer ici que certains sujets, assez rares en vérité, ne supporteront jamais aucune injection huileuse et que, tandis qu'on peut introduire impunément dans le tissu musculaire d'un individu donné un composé bismuthique huileux même mal préparé, d'autres malades, au contraire, présenteront toujours de l'enkystement lorsqu'on fera usage de préparations à base d'huile sans qu'il soit même besoin qu'on ait ajouté à ce véhicule ni bismuth, ni mercure.

L'enkystement est, en effet, l'accident qu'on doit le plus redouter, car il peut donner lieu à des inflammations locales graves, ou même être suivi de gangrène ; il peut enfin provoquer de graves intoxications.

Lorsque l'enkystement se produit, est-ce le bismuth ou bien est-ce l'huile qui doit être incriminé ?

Les deux hypothèses ont des partisans convaincus. Comme il est, en réalité, presque impossible dans l'état de nos connaissances d'établir de quel côté est l'agent responsable, on ne pouvait mieux faire que de chercher à faciliter, d'une part, la tolérance du bismuth et d'autre part à veiller à n'employer qu'une huile parfaitement purifiée. C'est ce qu'on a tenté avec succès dans la préparation qui se présente comme un camphorate huileux de bismuth.

L'huile employée à la préparation de ce produit est, au préalable, lavée à l'éther, qui est un solvant des impuretés et un bactéricide de premier ordre.

C'est enfin par une combinaison camphre et bismuth qu'on est arrivé à une absorption parfaite et rapide de ce dernier corps ; cette rapidité d'absorption joue un double rôle : elle assure d'abord une rapide diffusion du camphre lui-même ; ensuite, elle active pareillement la résorption des particules de l'hydroxyde bismuthique qui se trouve ainsi entraîné en un temps relativement court dans l'organisme tout entier.

Nous avons nous-même largement fait usage déjà du camphorate huileux de bismuth (Biscam) qui a été encore expérimenté à Saint-Lazare, dans le service de notre distingué collègue, le Dr Lévy-Bing, par son interne, M. J. Grenierboley.

La technique de l'injection ne présente rien de particulier ; il est recommandé de bien agiter l'ampoule afin que la dilution soit bien homogénéisée, mais sans qu'il soit nécessaire de la faire chauffer.

Le produit a surtout été employé chez deux catégories de malades ; d'abord chez des malades déjà traités par d'autres *sels de bismuth, mais*

ayant présenté à la suite des réactions locales plus ou moins vives ; ensuite, chez des syphilitiques n'ayant pas encore été soumis à la médication bismuthique.

Sans vouloir insister sur le détail des observations, nous apporterons seulement les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas douteux que des sujets (hommes ou femmes) qui ne pouvaient recevoir dans les masses musculaires, même à faible dose, les préparations bismuthées les plus diverses, sans présenter à la suite des accidents locaux inflammatoires, ont au contraire, dans la proportion de 1 sur 5, reçu plusieurs séries de 10 à 12 injections de camphorate de bismuth, qui n'ont été suivies d'aucune réaction locale.

2° Chez les syphilitiques traités dès le début par le camphorate huileux de bismuth, les injections doivent être faites aux lieux d'élection connus, en plein tissu musculaire fessier, où l'on injectera, avec toutes les précautions nécessaires, le contenu entier d'une ampoule, en moyenne tous les trois jours, chaque série comprenant 12 à 18 injections. On laissera toujours s'écouler un grand mois entre deux séries consécutives d'injections, afin de donner le temps au bismuth de de s'éliminer.

Sans vouloir prétendre que le camphorate huileux de bismuth soit infiniment supérieur dans ses effets aux autres produits connus, ce qu'on peut affirmer, c'est que cette préparation est au moins exactement comparable dans son action sur les accidents et sur la séro-réaction aux meilleures préparations de bismuth. Mais le très grand avantage qu'il présente sur beaucoup d'autres préparations est d'être très peu douloureux, de ne donner lieu ni à des indurations, ni à des abcès, et de ce fait, de ne pas éloigner du traitement les malades pusillanimes, si nombreux.

En dernière analyse, nous conclurons que l'heureuse association du camphre et de l'hydroxyde de bismuth, la parfaite dilution de ce véritable camphorate de bismuth dans une huile d'olive épurée par un soigneux lavage à l'éther, constituent un progrès considérable, permettant de recourir, ainsi que le démontre les expérimentations déjà pratiquées, avec le minimum de risques, à la médication bismuthique, si efficace chez les syphilitiques arséno-résistants. (*Annales des maladies vénériennes*, oct. 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Septicémie puerpérale à « perfringens ».

(MM. E. Feuillié, Mouzon et M. David. — *Soc. méd. des hôp.* ; 15-10-26.).

MM. Feuillié, Mouzon et David ont observé dans le service de M. Michon, à l'hôpital Beaujon, un cas, rapidement mortel, de septicémie *post abortum* à *bacillus perfringens*.

La malade entra à l'hôpital pour une fausse couche, des pertes, un peu de fièvre (38°). Etat général bon. Le lendemain matin, le facies et les téguments ont jauni et noirci. Température à 40°7. La patiente reste gaie et ne se rend pas compte de la gravité de son état.

La teinte des téguments est vieux cuivre : sur ce fond rouge orangé tranche la couleur violet noir, cyanotique, du nez. Les conjonctives sont nettement ictériques. Langue sèche, gros foie, pouls à 130. Malgré les injections de sérum anti-gangréneux, le collapsus s'accentue et la mort survient 24 heures après l'entrée à l'hôpital.

Quinze heures après la mort, le cadavre est infiltré de gaz. Vingt-cinq heures plus tard, il est en complète putréfaction. A la percussion tout le corps est sonore. L'utérus est peu altéré : pas de perforation, pas de pelvi-péritonite, pas de débris placentaire.

L'hémoculture a montré du bacille perfringens.

Cette femme a donc fait, 48 heures après une fausse couche, sans réaction utéro-pelvienne importante, une septicémie à bacille perfringens, qui a causé la mort en moins de vingt-quatre heures. L'ictère et la fièvre ont été les premiers symptômes, puis la teinte cuivrée du tégument, avec coloration aubergine du nez.

Rien dans l'état utérin ne pouvait faire prévoir la gravité de l'infection puerpérale. Il s'agissait d'un avortement banal. Seul, le subictère eût pu, peut-être éveiller l'attention, et faire rechercher le perfringens. La sérothérapie anti-perfringens, appliquée dans les premières heures, aurait eu plus de chances d'atténuer un aussi terrible pronostic.

La puerpéralité n'est pas la seule origine possible de la septicémie à perfringens, en dehors de la gangrène gazeuse. M. Marcel David en a observé un cas chez une femme qui avait subi, deux semaines auparavant, une amygdalectomie avec ablation de végétations adénoïdes. Quelques jours après l'opération, apparut de la fièvre, qui monta peu à peu à 40°. Ictère foncé, jaune safran, pétéchies, ecchymoses. Gros foie, grosse rate, délire. L'hémoculture montre un bacille offrant tous les caractères du perfringens. Malgré l'injection de sérum anti-perfringens, mort très rapide.

— M. Netter remarque qu'il est important, dans les examens bactériologiques, de rechercher précocement les microbes anaérobies, pour pouvoir utiliser le sérum de bonne heure.

Plaies des hypochondres par balles de revolver.

(M. Pierre Moiroud. — *Société de Chirurgie* ; 13-10-1926.)

M. Roux-Berger rapporte, au nom de M. Pierre Moiroud, de Marseille, trois observations de plaies des hypochondres par balles de revolver avec lésions viscérales multiples.

On retrouve dans ces observations un des caractères anatomiques importants des plaies par armes à feu de cette région : la complexité des lésions, la difficulté de les découvrir toutes, le danger d'en laisser une non traitée. Dans la seconde observation, une plaie de la face postérieure du foie, reconnue seulement à l'autopsie, a entraîné la mort. Les deux autres cas se sont terminés par la guérison, après des sutures de l'estomac, du duodénum, de l'intestin, une splénectomie, une néphrectomie, c'est-à-dire des interventions fort complexes.

Phlegmon de la jambe dû à la diphtérie.

(M. Abadie, d'Oran. — *Société de Chirurgie* ; 13-10-1926.)

M. Abadie a soigné un malade qui, à la suite d'une angine (angine non soumise à un examen médical) fut atteint d'un phlegmon profond de la jambe dans le pus duquel on décela, après 36 heures d'étuve, des bacilles courts et des staphylocoques. Une infirmière qui approchait le malade contracta la diphtérie. On injecta alors au patient du sérum antidiphtérique. La température, qui se maintenait élevée malgré les interventions chirurgicales, descendit aux environs de 37°5, 38° et la situation s'améliora.

L'auteur ajoute que sa communication n'a d'autre but que d'attirer l'attention sur la possibilité d'accidents suppurés phlegmoneux dont le bacille de Lœffler est directement responsable. Il faudrait y penser, surtout en période d'épidémie.

— M. Lecène n'a pas trouvé dans la relation de M. Abadie la preuve que la collection de la jambe a été due réellement au bacille diphtérique. Il eût fallu faire des cultures de pus lors de la première incision et non quelque temps après.

— M. Pierre Bazy objecte aussi qu'il a pu s'agir d'un phlegmon consécutif à une angine infectieuse banale, fait connu. La nature de l'angine initiale est restée ici, en effet, indéterminée.

— M. Abadie répond qu'il n'en existe pas moins dans son cas un faisceau de preuves convaincantes. L'action du sérum, en particulier, a été remarquable. Les moyens chirurgicaux employés dans la première période sont restés insuffisants et, au moment de l'injection de sérum, tout s'est arrangé.

Traitement de la coli-bacillurie par les bouillons-vaccins.

(M. René Le Fur. — *Soc. de médecine de Paris* ; 26-11-1926.)

M. Le Fur a obtenu de très bons résultats de la vaccination locale par les bouillons-vaccins dans le traitement de la coli-bacillurie.

Cette méthode donne des succès particulièrement brillants dans les cystites coli-bacillaires aiguës. La guérison se trouve souvent obtenue en quatre ou cinq instillations (disparition de la fréquence et des douleurs de la miction, des hématuries, du pus et des colibacilles de l'urine), mais il faut continuer pendant quelque temps la médication par prudence. Dans les cystites colibacillaires chroniques, l'amélioration est plus lente et demande souvent 8 à 15 instillations ; encore observe-t-on bien des fois des retours, tenant à la coexistence d'une lésion rénale (pyélite), ou d'une lésion vésicale (calcul, polype...), ou d'une simple rétention d'urine, le coli-bacille se développant plus activement dans une urine stagnante.

La pyélite coli-bacillaire peut être traitée avec avantage par les instillations de bouillon-vaccin, après cathétérisme de l'uretère. S'il existe de la rétention au niveau du bassinet, on la fera disparaître par des évacuations régulières, car elle a le même inconvénient pour le rein que pour la vessie.

M. Le Fur recommande, dans la cystite coli-bacillaire, les instillations intra-vésicales de 10 à 20 cmc. de bouillon-vaccin anticoli. En cas de pyélite, il pratique dans le bassinet des instillations de 5 à 15 cc. du même bouillon. Un point essentiel de technique est de laisser le plus longtemps possible la muqueuse malade en contact avec le bouillon-vaccin, de façon à ce que l'application soit prolongée. L'instillation sera ainsi gardée plusieurs heures avant d'être rejetée.

On fera l'instillation vésicale tous les jours ou tous les deux jours ; pour le bassinet, une fois ou deux par semaine seulement.

On complètera le traitement par la vaccinothérapie générale (sous-cutanée) et en poursuivant la désinfection de l'intestin, ce dernier étant le point de départ de l'infection coli-bacillaire.

Ostéomyélite traitée par l'opération et les applications d'auto-bactériophage.

(MM. Claeys et B. Peyre. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-6-26.)

MM. Claeys et Peyre ont traité deux cas d'ostéomyélite par l'intervention sanglante suivie d'applications locales d'auto-bactériophage. Résultats excellents. Les auteurs préfèrent le bactériophage aux vaccins.

Crises nitritoïdes par injections hypodermiques de lait.

(M. P. Hartenberg. — *Soc. de médecine de Paris* ; 11-6-26.)

M. Hartenberg a observé plusieurs fois, à la suite d'injections hypodermiques de lait, des crises nitritoïdes, semblables à celles rencontrées après les injections d'arséno-benzols.

Voici comment les choses se passent. Une minute environ après l'injection, le malade est pris d'une

petite toux significative et se tient immobile. Son visage rougit, se boursouffle, devient énorme, avec cyanose. Il éprouve un sentiment d'angoisse, des battements de cœur, quelquefois des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Le plus souvent et heureusement, cette phase rouge de la crise se termine par un retour à l'état normal. Parfois, lui succède la phase blanche, syncopale, avec sensation de mort imminente, pouls petit, incomptable. Ce n'est que lentement, après un quart d'heure, une demi-heure, que la situation s'éclaircit.

L'auteur a constaté assez souvent de telles crises après des injections de lait. Dans deux cas, elles furent particulièrement graves, ayant cédé toutefois à l'injection d'adrénaline. Depuis ces deux alertes, il a renoncé à cette thérapeutique.

— M. Léopold-Lévi trouve dans la communication de M. Hartenberg une raison d'être prudent dans l'emploi des injections sous-cutanées de lait.

— M. Hartenberg a interrogé plusieurs oculistes (les oculistes ont été les premiers à recourir à ce mode de traitement). Aucun n'a eu d'accidents de ce genre avec le lait. Mais les oculistes font seulement, à l'habitude, 4 ou 5 injections, tandis que M. Hartenberg a poursuivi le traitement en séries.

P. L.

Bromoforme et dérivé bromoformique.

(MM. Bottu et Préaut. — *Société de thérapeutique* ; 12-5-1926.)

MM Bottu et Préaut ont fait une étude expérimentale du bromoforme et du dérivé bromoforme-hexaméthylène-tétramine. Ils ont constaté que pour ces deux produits, la toxicité est beaucoup moindre avec les doses fractionnées qu'avec les doses fortes espacées. C'est un point sur lequel a déjà insisté M. Marfan à propos de l'administration du bromoforme.

Les auteurs ont vu, en outre, qu'à l'encontre du bromoforme pur, la combinaison bromoforme-héxaméthylène tétramine (codoforme) provoque à des doses éloignées de la dose toxique une sédation nette dans le domaine du pneumogastrique respiratoire.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la région de Saint-Germain-en-Laye.

Pleurésie puriforme aseptique et infection streptococcique.

M. Fauvel. — Malade qui présente simultanément à la suite d'un état grippal : une pleurésie qui, d'abord séro-fibrineuse devient puriforme aseptique (polynucléaires non altérés sans germes) et un abcès volumineux de la jambe à streptocoques. Cet état septico-pyohémique accompagné d'un épanchement puriforme asseptique semble être dû à une complication de la grippe.

Un cas d'acrodynie.

M. Lamy. — L'auteur présente l'observation d'une malade âgée de 5 ans atteinte d'acrodynie d'après l'ensemble des symptômes observés. Le début brusque et apyrétique de la maladie consista en longues crises, insomnies, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, douleurs de sièges très variés, par moments au crâne que l'enfant voulait alors frapper. Quinze jours après le début, on observa un exanthème généralisé d'emblée, rouge vif, scarlatiniforme et rubéoliforme. Il y eut des œdèmes, de longues démangeaisons, des sueurs. Le liquide céphalo-rachiidien fut trouvé normal. L'enfant résista à cette maladie et à la coqueluche concomitante et semble guérie après neuf mois de maladie.

Traitement d'une sténose du cardia.

M. Larget décrit un procédé opératoire atypique qu'il a employé dans un cas de sténose cicatricielle très serrée sus-cardiaque de l'œsophage. La dilatation forcée fut pratiquée par gastrotomie. Le résultat, un mois et demi après l'opération, se maintient bon, mais il y aura lieu de faire de nouvelles séances de dilatation par voie naturelle.

M. D.

Les Congrès

XXXe Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

(Genève-Lausanne, 2-7-août 1926.)

C'est en Suisse qu'étaient convoqués cette année les aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française pour la 30e session de leur congrès. La vibrante sympathie de nos confrères suisses, l'admirable dévouement qu'ils prodiguèrent si largement à nos blessés et malades de guerre et que personne ne peut oublier, faisaient présager le généreux et très cordial accueil qui nous était réservé.

La séance inaugurale réunissait le 2 août à l'Aula de l'Université de Genève, sous la présidence d'honneur de M. Moriaud, président du Conseil d'Etat du canton de Genève, plus de cinq cents membres adhérents et associés du Congrès. La présidence effective du Congrès était tenue par M. le docteur René Semelaigne, de Paris, pour la France, et par M. le professeur Ed. Long, de Genève, pour la Suisse. Plus de qua-

rante délégués officiels représentaient les ministères français de l'Instruction publique, de la guerre (direction du Service de santé), de la marine, des colonies, les principales sociétés savantes et près de 30 nations étrangères. Le Congrès célébrait cette année le centenaire de la mort de Pinel (1745-1826) et nul n'était plus qualifié pour évoquer le souvenir du grand savant français que M. Semelaigne dont le discours impressionna vivement l'assistance par la perfection de la forme et la finesse de l'érudition. Très nombreuses furent les allocutions prononcées et loin de lasser l'attention des congressistes, elles symbolisèrent pour tous la confiante estime et la très vive sympathie qui unissaient dans une même tâche les médecins des pays les plus divers, depuis le Canada français jusqu'à la Pologne, depuis l'Angleterre jusqu'à la Roumanie, depuis la Suède jusqu'au Portugal sous l'emblème toujours rayonnant de la science française.

Grâce au parfait esprit d'organisation de M. le docteur Charpentier, secrétaire permanent du Congrès, et à l'inlassable dévouement du docteur Repond, secrétaire général, directeur de la Maison de Santé de Malévoz (Valais), le programme prévu des travaux et des excursions se réalisa sans le moindre heurt. Il serait trop long de décrire les chaleureuses réceptions offertes aux Congressistes par les municipalités de Genève, de Lausanne, de Vevey, par les autorités cantonales des Etats de Vaud et du Valais, par les médecins des asiles et des maisons de santé de Bel-Air, de Céry, de la Métairie (Nyon), de Mon-Repos (Mont-Pélerin de Vevey), de Malévoz (Monthey), par les stations thermales de Divonne et d'Evian. Tout avait été ménagé pour allier sans fatigue les nombreuses séances de travail, les promenades en auto-cars, à travers les sites enchanteurs des rives du Léman, les brillantes soirées musicales, les excursions sur le lac et les mille manifestations touchantes d'une hospitalité digne de son renom légendaire.

***

Les travaux du Congrès comportaient trois rapports comme à l'ordinaire. Un de psychiatrie, un de neurologie et un de thérapeutique psychiatrique.

I. — *Le sujet de psychiatrie* mis à l'étude envisageait la mise au point de la question la plus vivement discutée aujourd'hui en médecine mentale, *la schizophrénie*. L'intérêt de cette étude se doublait de l'autorité des deux rapporteurs qui avaient bien voulu accepter de l'exposer : M. le professeur Bleuler (de Zurich) à qui l'on doit la conception et la dénomination de cette affection mentale, et M. le professeur H. Claude, de Paris, dont on connaît les importants travaux sur cette question.

Dans ces deux rapports, la thèse des psychiatres suisses de langue allemande et celle des psychiatres français furent mises en présence avec une précision et une clarté remarquables et la discussion qui suivit montra bien, par le nombre et la qualité des commentaires fournis au débat, l'intérêt exceptionnel que chacun apportait à cette lutte courtoise entre les deux grandes écoles psychiatriques.

1° Dans son rapport, M. le professeur Bleuler, expose les raisons qui l'ont conduit en 1911 à substituer au terme de « démence précoce », employé par Krœpelin, celui de Schizophrénie-dissociation psychique. On avait fait observer en effet que la dénomination de démence précoce s'appliquait à des états pathologiques qui n'étaient souvent ni précoces, ni démentiels (au sens classique du mot démence). M. Bleuler fait d'ailleurs observer qu'il n'existe pas une, mais plusieurs « démences » et que ce mot a une signification plus sociale que pathologique.

Pour M. Bleuler, il n'y a pas lieu de séparer les cas à évolution bénigne de ceux qui évoluent vers un état de déchéance définitive. Sa conception de la schizophrénie est très largement compréhensive, elle englobe tous les cas légers ou graves dans une même entité clinique autonome.

Cette entité clinique repose : 1° sur des modifications anatomo-pathologiques du cerveau spéciales à cette psychose et présentant un caractère chronique ou aigu suivant les variétés de l'affection

2° Sur un ensemble de symptômes négatifs : absence de troubles primaires de la perception, de l'orientation, de la mémoire, de la coordination motrice, qu'on rencontre habituellement dans les psychoses organiques (démence sénile, paralysie générale) ;

3° Par un trouble particulier de la pensée qui réside essentiellement dans un relâchement des associations habituelles. Les associations d'idées obéissent, chez le schizophrène, à d'autres lois que celles de la pensée normale, le sujet ne s'intéressant plus au rapport logique et naturel des faits : il en résulte chez le malade un désintérêt des choses pratiques, une insuffisance du jugement, une imprécision générale de la pensée. Le désintérêt du sujet à ce qui l'entoure le conduit à une vie purement végétative, il en arrive à ne plus même se préoccuper de sa personne, l'instinct de conservation paraissant lui-même aboli. L'affectivité est troublée, elle ne s'adapte plus au monde ambiant, elle peut vibrer pour des faits insignifiants et reste indifférente à des évènements très importants. Il existe une sorte d'*adiacoccinésie affective*, d'où réactions insolites, paradoxales (parathymie, paramimie) — *ambivalence* — coïncidence de deux sentiments opposés pour une même représentation mentale, perte de contact avec le monde réel, repliement du sujet sur sa vie intérieure (*autisme*).

A ces *signes cardinaux* s'associent à des degrés divers des *symptômes accessoires* qui varient suivant les malades, symptômes sur lesquels Krœpelin avait basé sa conception de la démence précoce : idées d'influence, hallucinations cénesthésiques, impulsions, états confusionnels et surtout *syndrome catatonique* fait de catalepsie, d'hypercinésie, de stéréotypies, de négativisme, d'échopraxie et d'automatisme. Ces symptômes accessoires sont variables avec les

formes cliniques et peuvent changer d'un moment à l'autre chez le même malade. Ils ne sauraient servir à identifier des entités morbides différentes.

Les états paranoïdes, le groupe des paraphrénies doivent rentrer dans le cadre de la schizophrénie.

L'évolution de la maladie est très variable. Habituellement les formes catatoniques à début insidieux aboutissent à des états de déchéance totale, les formes paranoïdes très lentes conservent leur caractère paranoïde et n'évoluent généralement pas vers la désintégration psychique complète. Mais, dans chaque forme, on peut voir apparaître des transformations et des poussées aiguës. « La distinction entre formes démentielles et formes non démentielles vise uniquement une différence de degré et non de nature ». Ce qui caractérise essentiellement la démence d'ordre schizophrénique, c'est la multiplicité des associations fausses et insolites, la disparition de tout intérêt au monde extérieur et la réduction de la vie affective. Le point de liaison entre toutes les formes, graves ou légères réside dans ce fait capital que, *dans tous les cas, les matériaux de la pensée restent entièrement intacts.*

« Toutes les formes cliniques réunies sous le nom de schizophrénie constituent une seule et même entité tant au point de vue clinique qu'hérédo-biologique, étiologique et anatomique. »

Le diagnostic généralement facile ne présente quelque difficulté que dans les formes de schizophrénie latente, une idée délirante ou une hallucination subitement apparue chez un sujet normal mettant seule sur la voie d'une schizophrénie.

Tant que la schizophrénie reste latente on l'étiquette habituellement « dégénérescence ». Les « bouffées délirantes » de Magnan se rencontrent en effet aussi bien chez les schizophrènes que chez les dégénérés.

Il est parfois difficile aussi de faire le départ entre la schizophrénie et les névroses (hystérie, obsessions), des symptômes de ces névroses peuvant se rencontrer dans la schizophrénie.

Il importe enfin de bien connaître les *associations* possibles de la schizophrénie avec les autres psychoses, en particulier avec les psychoses organiques (paralysie générale, démence sénile, syndrome de Korsakov) et surtout avec la pscyhose maniaque dépressive. Dans ce cas, le pronostic dépend de l'intensité du processus schizophrénique.

Au point de vue pathologique, la schizophrénie est une affection physiogène, c'est-à-dire à base organique, mais de nombreux symptômes y relèvent d'un mécanisme psychologique, ce qui a fait dire à tort à certains psychanalystes que la schizophrénie est une affection psychogène.

Il existe à la fois dans cette affection des symptômes relevant directement de lésions cérébrales et des symptômes psychogènes liés à une constitution particulière : la *constitution schizoïde.*

L'évolution de la maladie n'est pas influencée par les chocs émotifs, et la guerre n'a pas augmenté le nombre des schizophrénies.

La nature du processus organique est encore obscure, certains faits plaident en faveur d'un trouble primitif d'ordre chimique. Les aliénistes français ont attiré l'attention sur la possibilité d'une intervention de l'insuffisance hépatique. Les symptômes d'ordre affectif et catatonique sont peut-être liés à des altérations des noyaux gris centraux. Le trouble primitif intéresse surtout « la vie des instincts ».

La thérapeutique peut être efficace surtout quand elle s'adresse aux séquelles psychogènes des accès graves. Elle peut, sous forme de psychothérapie, faire disparaître certaines idées délirantes, la tendance au suicide. Mais là où prédominent les symptômes organiques, tout traitement est impuissant.

Le rapporteur estime que la schizophrénie est la seule psychose où le médecin peut faire quelque chose d'efficace pour le rétablissement des facultés mentales du malade. Il admet le rôle des mécanismes freudiens dans la genèse de certains désirs et de certaines craintes « refoulés » et inconscients et fait une place importante à la sexualité dans les idées délirantes, d'où les résultats heureux obtenus dans certains cas par la psychanalyse. Les résultats, toutefois, ne portent que sur les symptômes psychogènes qui sont les plus apparents, mais qui sont loin d'être les manifestations essentielles et primitives du processus schizophrénique.

2° *Démence précoce et schizophrénie* (M. le professeur H. Claude de Paris). — Le rapporteur, dans son exposé très complet et très finement analytique fait l'historique des travaux successifs relatifs à la démence précoce qu'il montre dominés par les noms de Krœpelin et de Bleuler. Mais par opposition à la conception synthétique du professeur Bleuler, il estime qu'il y a intérêt, au point de vue clinique, à différencier nettement la démence précoce de Krœpelin et la schizophrénie de Bleuler.

Pour lui, il existe :

1° D'une part, un syndrome, bien décrit d'abord par Morel, puis par Kahlbaum (hébéphrénie) et par Christian (démence des jeunes gens) qui, revêtant un aspect clinique variable au début, évolue plus ou moins vite vers la déchéance intellectuelle vraie, d'origine indiscutablement organique. C'est la démence précoce proprement dite. Elle semble liée à une moindre résistance cérébrale constitutionnelle sur laquelle peuvent se greffer des processus toxi-infectieux entrevus par Régis : syphilis héréditaire, syphilis acquise, tuberculose, encéphalite épidémique. Elle est souvent marquée par des symptômes nerveux d'organicité. C'est dans ces cas qu'on a pu constater les lésions neuro-épithéliales des couches profondes du cortex décrites par Alsheimer, Klippel et Lhermitte, Anglade et Jacquin, Dunlap, etc., et des noyaux gris centraux observées par Dide et Guiraud, d'Hollander, Frankel, etc.

2° Un groupe d'états pathologiques différents caractérisés par une simple apparence d'affaiblisse-

ment intellectuel avec conservation des matériaux de la pensée (paradémence de Séglas, folie discordante de Chaslin, dissociation psychique d'Anglade). Ces états sont liés à des perturbations de la vie affective et à la prédominance d'automatismes mentaux. C'est à ces états que doit s'appliquer la conception bleulérienne ainsi précisée et restreinte.

Le rapporteur groupe ces derniers syndromes morbides sous le terme de *schizoses*. Il les différencie des états démentiels précédents par leur symptomatologie faite des troubles de l'esprit par prédominance de la vie affective sur les éléments intellectuels et volontaires de la personnalité, de dissociation psychique en activité intellectuelle conservée et activité pragmatique réduite, de substitution de la vie intérieure (autisme) à l'activité psychique en rapport normal avec la réalité. La conception de Bleuler s'applique à tous ces états, depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves, sans délimitation ; aussi convient-il, au point de vue pratique d'établir quelques distinctions entre ces divers « syndromes d'intériorisation » ou schizoses.

Le rapporteur distingue parmi ces malades quatre variétés cliniques : 1° les *préschizophrènes* qui se présentent comme des névropathes ; mais, tandis que le névropathe simple s'intéresse encore à la réalité quoique avec peine, le préschizophrène s'en détache pour vivre dans son monde imaginaire et perd toute sincérité affective.

2° Les *schizoïdes* de Kretschner (1921) se caractérisent par une mentalité spéciale où semble dominer une insensibilité au monde extérieur, souvent dissimulée derrière une attitude insociable. Ils peuvent ne jamais évoluer vers la schizophrénie confirmée, mais leur tendance à vivre séparés du mond e réel en fait des candidats à cette psychose.

3° Les *schizomanes*, que le professeur H. Claude et ses élèves ont identifié dans ce vaste groupe des schizoses représente un degré de plus dans l'échelle de ces états psychopathiques. Ils se rapprochent des schizophrènes proprement dits par une accentuation des symptômes des malades précédents. Ils se montrent par périodes, ou d'une façon constante, complètement désadaptés à l'ambiance. Leurs troubles sont influencés par des déceptions, des conflits sexuels, des haines familiales, et ces malades recherchent une consolation imaginaire qui se traduit dans leurs manifestations délirantes. Leur état morbide peut durer très longtemps (de 20 à 30 ans) avant d'atteindre la psychose confirmée.

4° *Les schizophrènes* sont les malades auxquels s'applique en son entier la symptomatologie si bien décrite par Bleuler. Le rapporteur estime qu'on doit rattacher à ce groupe les psychoses paranoïdes dont l'incohérence apparente correspond souvent à des symboles qu'il est possible d'éclairer par la recherche des chocs affectifs, l'hébéphrénie délirante de nature schizophrénique et les démences paranoïdes.

Le professeur Claude pense que la schizophrénie est une affection mentale de nature fonctionnelle, malgré ses origines héréditaires encore très obscures. Il estime que les causes morales ont un rôle important dans le déclanchement de ses manifestations. Mais la maladie elle-même entretient de mauvaises conditions psychiques et aussi matérielles par défaut d'hygiène, troubles endocriniens, troubles nutritifs qui peuvent conduire peu à peu vers un état de démence tardive vraie à lésions anatomiques banales.

Le rapporteur admet la conception de Meyer, d'ordre biopsychologique et dynamique qui vient compléter la conception purement organiciste de Bleuler.

Pour la thérapeutique, il faut mettre en œuvre à la fois les agents anti-infectieux et anti-toxiques et le traitement moral pour lequel la psychanalyse peut être employée.

Ces deux rapports furent suivis d'une très intéressante discussion à laquelle prirent part de nombreux psychiâtres M. Minkowski (de Paris) qui propagea en France les idées de son maître Bleuler, rappelle le rôle des « complexes » dans le processus schizophrénique, analyse la notion de « démence » et émet l'avis que la distinction absolue entre la démence précoce et la schizophrénie, pratiquement possible, n'est pas nécessaire.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) fait un éloge de l'œuvre de Bleuler et montre tout l'intérêt qu'elle présente au point de vue psychologique et étiologique. Il souligne les rapports de la schizophrénie avec les infections (encéphalite épidémique et surtout tuberculose) et rappelle les découvertes relatives aux lésions cérébrales, soit des noyaux gris centraux (Tretiakoff et Rose) soit la formation de plaques graisseuses qu'il a décrites.

M. Hesnard (de Toulon) est heureux de voir réalisée l'union de la psychiatrie française et de la psychiatrie de langue allemande. Il rappelle qu'il avait exposé les conceptions de Bleuler au Congrès de 1913. Toutefois, il se refuse à considérer la schizophrénie comme une maladie cérébrale organique vulgaire. Le « relâchement des associations d'idées » lui paraît insuffisant à expliquer la discordance qui s'observe entre une réaction normale, intelligente, et une réaction morbide illogique qui se produisent toutes deux en même temps chez le schizophrène. Il croit à l'intervention d'un trouble affectif primitif de la pensée, à l'adjonction d'une pensée de néoformation surajoutée à la pensée normale et qui émane de la vie instinctive perturbée. Il considère comme très juste la distinction établie par le professeur Claude, au point de vue clinique, entre la démence globale et rapide des jeunes sujets et les divers états de schizoses. Il rappelle enfin la conception de Régis sur la démence précoce, confusion mentale chronique.

M. Anglade (de Bordeaux) retrace l'historique de la question en partant de la psychiatrie française dont les théories, modifiées par Krœpelin ont abouti à la vaste synthèse nosologique de la schizophrénie. Il signale qu'il avait depuis longtemps isolé dans les

états psychopathiques chroniques un syndrome de « dissociation psychique » correspondant à une émancipation des fonctions neuro-psychiques supérieures par rapport au contrôle directeur de l'équilibre mental normal. L'affectivité joue un rôle important dans cet état dissociatif, mais elle y est plus perturbée que détruite. La base anatomique lui paraît encore très incertaine. La démence n'est qu'une complication.

M. Courbon (de Paris) considère que le « relâchement des associations », peut-être dû à l'ignorance du sujet ou à des troubles de l'humeur et que « l'irrégularité des réactions affectives » peut dépendre d'une cause endogène (cyclothymie) ou extérieure (émotivité des déséquilibrés) ; ces symptômes lui paraissent donc imprécis ; par contre, il attache une grande valeur à l'autisme. Il s'applique à différencier la démence précoce acquise de l'hystérie, de la psychasthénie, du déséquilibre mental et surtout de la psychose maniaque dépressive.

M. Sollier (de Paris) critique vivement la conception du professeur Bleuler qu'il juge trop synthétique. L'application des concepts freudiens lui paraît obscure en cette matière. Les éléments de la schizophrénie se retrouvent, à son avis, dans quantité d'affections mentales différentes.

M. de Montet (de Vevey) montre que, dans les névroses, la dissociation n'est que temporaire, tandis que chez le schizophrène, elle constitue une manière d'être. Il redoute la création d'entités nouvelles en psychiatrie et conseille d'apprécier les troubles mentaux eu égard au comportement général du sujet.

M. Steck (de Céry) insiste sur l'importance des symptômes neurologiques (catatonie) et les rapproche de ceux de l'encéphalite. Il croit à la probabilité d'un élément endocrinien, bien que la méthode de greffe de Voronoff ne modifie pas l'état mental du schizophrène.

Mme Minkowska (de Paris) montre l'importance des psychoses « associées » qui rendent difficile le diagnostic de schizophrénie et lui donnent un caractère atypique (cyclothymie, épilepsie).

M. Obréggia (de Bucarest) fait observer que la psychologie affective de Ribot peut s'appliquer à la « parathymie » des schizophrènes. Il relève que, contrairement aux méthodes traditionnelles de leurs nations respectives, c'est le rapporteur de langue française qui a visé à l'analyse, tandis que le rapporteur de langue allemande a adopté la méthode de synthèse. Il admet la conception de Régis de la démence précoce, toxi-infectieuse, post-confusionnelle.

M. Lévi-Valensi (de Paris) considère qu'il n'y a pas de contradiction entre les thèses des deux rapporteurs, l'un ayant décrit les éléments cliniques d'une affection, l'autre ayant établi du point de vue pratique la différenciation entre des variétés morbides d'allure et de pronostic très dissemblables. Il rapporte un cas historique de schizophrénie : celui du duc de Longueville, prince de Neufchâtel.

M. Boven (de Lausanne) ne juge pas nécessaire la séparation en deux variétés cliniques des états démentiels précoces et schizophréniques. Pour lui, l'hérédité est la même dans ces deux états et le processus schizophrénique peut être mis en évidence chez les malades même les plus déments.

M. Vermeylen (de Bruxelles) manifeste le désir de voir établir de façon précise les limites de la schizophrénie et de connaître quelles sont toutes les formes psychiatriques traditionnelles qu'elle englobe. Faut-il y faire entrer la psychose hallucinatoire chronique ? Il ne le pense pas.

M. Pierre Kahn (de Paris) voit dans la schizophrénie un syndrome dans lequel il distingue trois types cliniques : 1° une constitution psychique schizoïde ; 2° une psychose congénitale s'exacerbant à l'occasion d'un choc psychique ou moral ; 3° une psychose accidentelle toxi-infectieuse : confusion mentale chronique de Régis, qui évolue le plus souvent sur un terrain tuberculeux.

A. Fribourg-Blanc.

(*A suivre.*)

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître..

Chez Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

R. Allendy et G. Réaubourg. — **La thérapeutique alimentaire.** (Un vol. in-8, 208 p. Prix : 11 fr.).

A. Lemoine et Jean Minet, professeurs à la Faculté de Lille.— **Manuel de thérapeutique clinique.** (Un vol. in-8° de 848 p. Prix : 60 fr.).

L. Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec. — **Conférences de clinique médicale pratique.** (5e série). (Un vol. in-8°, 436 p., 31 fig. Prix : 25 fr.).

A l'Imprimerie Marseillaise, 39, rue Sainte, Marseille.

Dr H. Roger, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille. — **Le professeur Grasset, sa vie et son œuvre.** (Une broch. 25 p., extrait du *Marseille médical*, n° 25, 1926.)

A la Librairie Agricole de la Maison Rustique, 26, rue Jacob, Paris VIe.

Michel Maylin, secrétaire de la Société nationale d'horticulture. — **Manuel pratique et technique de l'hybridation des céréales.** Préface de M. Schribaux, professeur à l'Institut agronomique. (Un vol., 160 p. Prix : 12 fr.).

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LES JOURNÉES MÉDICALES DE MONTPELLIER

La Journée médico-militaire.

(5 *Novembre* 1926)

Si je reviens sur cette journée, dont mon collègue et ami Noir a donné un bref compte rendu, c'est qu'elle comporte un enseignement qui mérite d'être retenu, et qu'elle présenta un très vif intérêt, et par la qualité des conférenciers, et par son côté pratique.

On sait que les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du Service de Santé de réserve de la XVI[e] région et des régions directement environnantes, ont pu, en prenant part aux Journées de Montpellier, bénéficier des avantages d'une période bénévole de quatre jours. Il en avait été de même des Journées médicales de Paris, au mois de juillet dernier, et du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires d'avril 1925.

De même que, d'une façon générale, l'heureuse formule imaginée et réalisée tout d'abord à Bruxelles par Beckers et ses collaborateurs, offre au praticien une excellente occasion de se mettre au courant des grandes questions qui concernent l'art de guérir, — de même, si ces questions sont envisagées aussi bien au point de vue militaire qu'au point de vue civil, sont-elles pour le médecin de réserve précieusement instructives, si elles comportent surtout des démonstrations pratiques.

Un grand chef de la médecine militaire appréciait récemment cette situation spéciale, en ces termes, qui me paraissent infiniment suggestifs : « Dans l'atmosphère de sympathie que créent ces réunions, le Service de Santé trouve sa place et rappelle, mieux que les anciennes manœuvres, qu'il est pour chaque médecin des fonctions éventuelles auxquelles il faut penser. »

Il n'est pas douteux que les stages d'instruction tels qu'il était habituel de les accomplir avant la guerre, dans une garnison ou au cours des grandes manœuvres, ne possédaient aucune valeur instructive. Ils se passaient la plupart du temps en séances monotones de vaccination jennérienne, en visites journalières à l'infirmerie régimentaire, en présence au tir ou à la baignade, occupations totalement dépourvues d'intérêt. A plusieurs reprises, cependant notamment, à Paris, en 1913, le Service de Santé avait organisé des cours qui se terminaient par des exercices pratiques, consistant dans la mobilisation et le fonctionnement d'ambulances, d'hôpitaux de campagne, de groupes de brancardiers, etc.

C'est cette méthode qui mérite d'être désormais adoptée, en condensant, en un nombre de journées aussi restreint que possible, l'enseignement théorique et l'exercice pratique, suffisants pour répondre à l'objectif qui se pose ici : préparer le médecin de réserve à la guerre.

A cet égard, les Journées Médicales me semblent appelées à rendre des sérieux services.

***

La matinée du 5 novembre s'est passée sur le terrain d'atterrissage de l'Aéro-Club de l'Hérault, à Montpellier-l'Or. Une démonstration pratique d'aviation sanitaire devait être faite par M. le médecin principal de première classe Picque, qui avait projeté de se rendre de Bordeaux à Montpellier par la voie des airs. Une panne malencontreuse l'immobilisa à Agen, et les Congressistes furent privés d'une manifestation qui eût été particulièrement intéressante. M. le D[r] Chassaing, au cours de la conférence théorique qu'il fit dans le hangar de l'Aéro-Club, ne manqua pas, réclamant le développement de l'aviation sanitaire, par l'augmentation du nombre des appareils et la création de champs d'atterrissage tous les vingt kilomètres, de faire observer que, si le professeur Picque avait disposé de deux avions au lieu d'un seul, la panne subie avec l'un d'eux ne l'eût pas empêché d'être présent au rendez-vous qu'il avait accepté.

Après que les plus hardis parmi les congressistes eurent reçu le baptême de l'air, à bord des appareils de l'Aéro-Club, mis aimablement à leur disposition par des pilotes distingués qui leur firent faire, à faible hauteur, plusieurs tours de vol, nous nous rendîmes au château historique de Castries où un somptueux déjeûner fut servi

dans la salle des maréchaux, ainsi nommée parce qu'elle s'orne des portraits en pied de tous les Castries qui furent maréchaux de France, au milieu desquels figure celui du maréchal de Mac-Mahon, à la prise de Magenta. Celui qui devait être le premier Président de la IIIe République, ayant épousé une demoiselle de Castries, avait sa place indiquée dans cette galerie.

Pour conserver à ce repas son caractère militaire, les organisateurs des Journées l'avaient placé sous la présidence du général Martin, commandant du XVIe Corps d'Armée. A l'heure du champagne, le général Martin prononça une allocution qui remporta un très vif succès. Après avoir remercié comme il convenait le vicomte d'Harcourt, actuel propriétaire du château, de l'hospitalité qu'il avait bien voulu y offrir aux Journées de Montpellier, il salua en termes heureux M. le Ministre de la Guerre, et M. le Médecin Inspecteur Savornin, directeur du Service de Santé au Ministère, et les remercia d'avoir mis à la disposition des organisateurs le personnel et le matériel nécessaires à une exposition moderne de matériel sanitaire, et en outre, d'avoir autorisé les médecins de réserve régionaux à y prendre part à titre militaire. Puis, avec une bonhomie charmante, et une simplicité qui lui conquirent les suffrages de tous les convives, il se défendit de prendre la parole, lui, combattant, dans une assemblée où dominait l'élément médical. « Cela me rappelle, dit-il finement, l'aventure du dragon dans les lanciers, souvenir de l'épopée napoléonienne. Je me fais ici l'effet du dragon dans les lanciers. » Et de nous narrer avec verve cette galéjade que je résume. L'empereur, passant un jour une revue des troupes, discerna avec stupéfaction, au moment où défilait la cavalerie de Kellermann, un dragon, reconnaissable à ses buffleteries blanches, au milieu d'un escadron de lanciers, sombrement vêtus. Il appela son chef d'état-major, Berthier, lui signala le fait en lui ordonnant d'enquêter pour savoir comment il se pouvait faire qu'un dragon se fût fourvoyé parmi des lanciers. La maréchal mit en action un de ses aides de camp, qui mobilisa à son tour un officier, et en passant par le colonel du régiment, le commandant de l'escadron... on finit par apprendre que le dragon était bien un lancier ; du moins, venait-il d'être muté dans ce corps, sans qu'on ait encore eu le temps de changer sa tenue. Le résultat de l'enquête fit le trajet en sens inverse, remontant du commandant



Photo Cairol

Un groupe de Congressistes dans le Parc du Château Castries

de l'escadron, au colonel commandant le régiment, à l'officier d'état-major, puis à l'aide de camp, puis au maréchal lui-même qui vint en rendre compte à l'Empereur. Ce jour-là, Napoléon était d'une humeur charmante... « Oh ! oh ! s'écria-t-il, pour que ce lancier ait conservé son uniforme de dragon qui le signalait ainsi à mon attention, il faut qu'il soit pourvu de mérites particuliers. Qu'on le décore ! »

Je n'ai pas besoin de dire avec quel enthousiasme l'assistance salua d'applaudissements nourris le général Martin et son amusante allocution.

***

De retour à Montpellier, les Congressistes se rendirent sur le terrain de l'Hippodrome où se trouvait déployée une ambulance légère de corps d'armée, avec tout son matériel, ses salles d'opération, de stérilisation, de radiodiagnostic, de pansements, de douches, d'hospitalisation, etc. Ils prirent un intérêt considérable à parcourir tous les services de cette « auto-chirurgicale ».

Puis, ils revinrent à la Faculté où les conférenciers se firent successivement entendre devant un auditoire entassé dans le Grand Amphithéâtre, au pied duquel se trouvait un véritable parterre caducéen bleu horizon et velours cramoisi. Le général MARTIN était présent avec ses deux divisionnaires. Près d'eux se groupaient six médecins inspecteurs : M. le M.-I. général TOUBERT ; MM. les M. I. DELMAS, LANNES, LAFFORGUE, OBERLÉ, SALTET, et de nombreux principaux de 1re et de 2e classe.

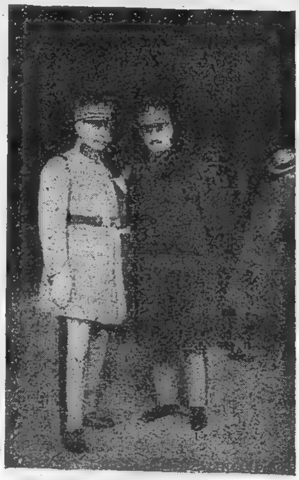


Photo Souchon

M. le médecin inspecteur Général Toubert et M. le médecin inspecteur Lannes.

C'est devant cet auditoire que M. le M. I. général VINCENT prit le premier la parole. Il exposa comment il faut concevoir *les applications nouvelles de la sérothérapie anti-gangréneuse*, qui mériterait mieux d'être appelée la *sérothérapie anti-anaérobie*. La gangrène gazeuse est due à trois germes définis, le vibrion septique, le B. perfringens, et le B. œdematiens. Mais ceux-ci ne deviennent virulents qu'au contact d'autres microbes, notamment ceux de la suppuration, strepto et staphylocoques. Certains traumatismes, et plus particulièrement les écrasements des membres, facilitent l'éclosion et le développement rapide de la gangrène gazeuse. Or, l'emploi du sérum, découvert par le professeur Vincent et le Dr Stodel, a donné de remarquables résultats, et opéré de véritables résurrections. Et le maître de citer l'observation d'un blessé chez lequel on pratiqua la désarticulation de l'épaule en plein foyer gangréneux. Or, les injections sérothérapiques eurent raison de l'infection et, contrairement à toutes les prévisions, il guérit... Mais, d'autres infections se rapprochent de la gangrène ; notamment celle que le professeur a décrite le premier et qui porte son nom, l'*angine de Vincent*. Il y a là des associations fuso-spirillaires de germes anaérobies qui sont justiciables de cette sérothérapie. De même certaines bronchites, certaines appendicites, certaines pleuro-pneumonies, certaines affections gastro-intestinales. De là, une extension considérable des indications de ce procédé, à tous les cas où les anaérobies sont en cause.

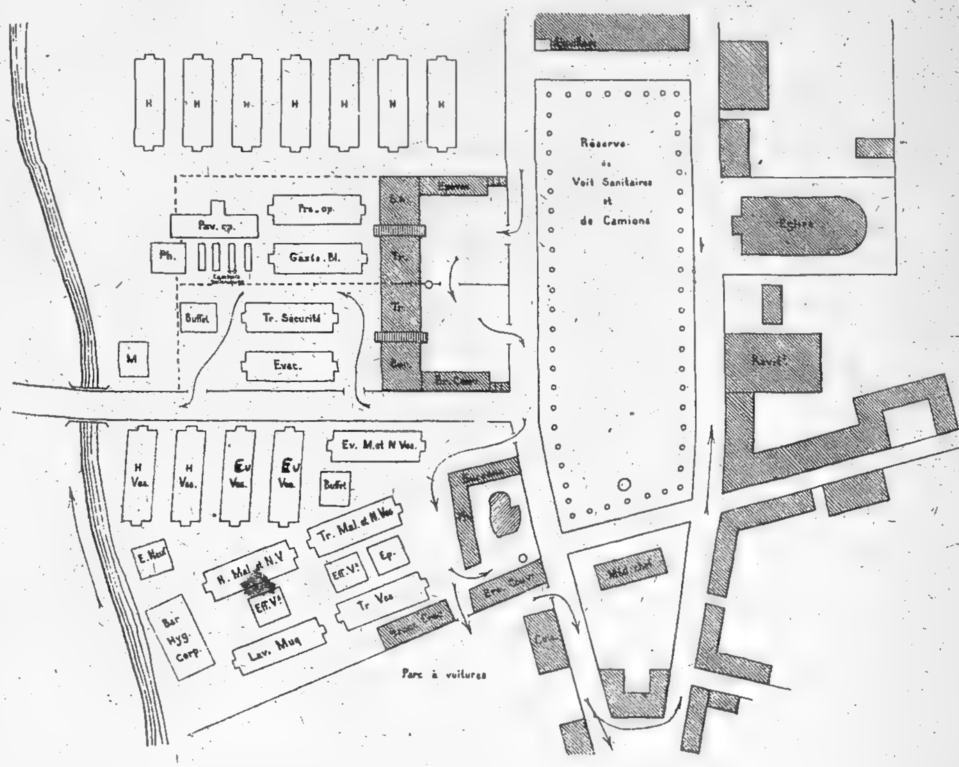
M. le médecin inspecteur général TOUBERT, qui se proclama le même soir le doyen du Service de Santé actif, fit à son tour une conférence très originale sur la *reviviscence des idées anciennes dans l'organisation chirurgicale de l'armée*. Erudit, lettré, causeur disert, M. Toubert tint les assistants sous le charme de sa parole. Il remonta jusqu'à la guerre de Troie, pour retrouver dans l'Iliade la première mention du paquet de pansement, et il découvrit, dans les commentaires de César, la trace indéniable des moyens de traitement et d'évacuation des blessés sur le champ de bataille qui devaient devenir nos modernes ambulances. Le conférencier nous apprit enfin que le pantalon rouge remonte à une époque bien antérieure à 1830 et que le bleu-horizon a été, lui aussi, utilisé dans les uniformes du Service de Santé, bien avant la grande guerre.

Dès que les salves de bravos qui le saluèrent se furent éteintes, nous écoutâmes, avec des oreilles très attentives, la conférence dialoguée que fit M. le médecin principal SPIRE, professeur à l'Ecole de guerre, en collaboration avec le médecin major de premièère classe MAISONNET, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce et le médecin major de première classe JUNQUET, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre. Trio infiniment sympathique où la silhouette mince et élancée du chef distingué forme un heureux ensemble avec la stature plus ramassée, mais plus puissante, du Dr Maisonnet, à la barbe fleurie, et la juvénile et élégante plastique du Dr Junquet, aux yeux lumineux et rieurs.

Le but de cette conférence était de mettre en évidence la nécessité, pour les spécialistes et les praticiens, appelés à être médecins chefs de for-

mations sanitaires, d'être des organisateurs. Les conditions d'installation, à la guerre, sont infiniment variables, parfois précaires ; elles créent, en tous cas, des servitudes dont il est difficile de s'échapper. Force est donc de se plier à elles et d'adapter les moyens au milieu, pour le meilleur rendement.

Le choix de la démonstration portait sur l'installation d'un groupement d'ambulances de Corps d'armée, juxtaposition de deux éléments techniques : l'ambulance chirurgicale légère et l'ambulance médicale. Après l'exposé des données générales d'un thème destiné à bien préciser en un cas concret la situation militaire et les conditions techniques, un dialogue eut lieu entre le Directeur du Service de Santé du Corps d'armée, le médecin chef du groupe sanitaire de ravitaillement et les médecins chefs des deux ambulances : conception générale de l'organisation, répartition et utilisation des locaux, extension sous tentes, installation des différents blocs de réception, de triage, de traitement, d'hospitalisation et d'évacuation, toutes questions qui mirent en relief la complexité du problème et surtout la nécessité d'une méthode de travail sans laquelle l'installation menace de nuire au fonctionnement général du Service et partant, au bien du blessé.



* * *

Pour rehausser la démonstration, des gabarits mobiles, représentant les tentes destinées aux différents services étaient mis en place sur un plan mural, au fur et à mesure de cette étude, présentée sous une forme originale et très vivante.

Cette conférence fut unanimement et légitimement goutée, tant à cause de sa présentation originale que du choix même de la question traitée. La guerre est encore trop récente pour que des médecins, dont la grande majorité l'ont faite, ne soient pas remués par l'évocation des souvenirs que devait susciter en eux le rappel de situations qu'ils ont plus ou moins connues et pratiquées.

* * *

Et je reviens en terminant aux idées que je développais en commençant cet exposé.

Elargissez cette journée médico-militaire qui, dans sa brièveté, fut si bien remplie. Multipliez-la par six. Et vous aurez le stage d'instruction des médecins de réserve tel qu'il me paraît désirable de le concevoir, dans l'intérêt général.

En voici le programme, si j'ose en établir un, avec mon expérience faite de nombreux stages avant la guerre et de cinquante-cinq mois de mobilisation (2 août 1914—25 février 1919.)

MATIN	SOIR.
Lundi.	
8 h. — Visa des ordres de convocation. Présen-	De 14 h. à 17 h. — Conférences sur l'organi-

tation au Directeur du Service de Santé du Corps d'Armée.

9h. 1/2. — Hôpital militaire. Conférences sur le fonctionnement technique et administratif de l'hôpital.

sation générale de l'armée ; le recrutement ; le service de santé ; les Commissions de réforme.

Mardi.

De 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2 — Hôpital militaire. Conférences d'hygiène, de prophylaxie et de clinique envisagées dans le milieu militaire.

De 14 h. à 17 h. : — Conférences sur le Service de Santé à l'intérieur.

Mercredi

De 9 h. 1/2 à 11 h. 1/2. — Hôpital militaire. Conférences comme ci-dessus.

De 14 h. à 17 h. — Conférences sur le Service de santé en campagne.

Jeudi

De 9 h. à 11 h. — Présentation du matériel.

De 14 h. à 17 h. — Commencement d'une manœuvre avec blessés simulés en terrain varié, permettant de faire fonctionner effectivement : postes de secours, ambulances, groupes de brancardiers, hôpitaux de campagne, hôpitaux d'évacuation, etc.

Vendredi.

Continuation de la manœuvre.

Samedi.

Interrogations des stagiaires. Dislocation.

Exécution de ce programme. Les Facultés de médecine françaises délivrent environ mille diplômes de docteurs en médecine par an.

On peut considérer que, sur ces mille jeunes docteurs, 800 sont aptes à servir et seront nommés aides-majors. Dans les trois ans qui suivraient leur nomination, ils seraient convoqués au chef-lieu de leur Corps d'Armée pour y faire le stage envisagé. En dehors de Paris où la population médicale est tellement dense qu'il est permis d'escompter l'installation d'environ cent cinquante jeunes médecins par an, il en resterait 650 à répartir entre les autres corps d'armée, soit une moyenne d'une trentaine par corps d'armée. Ils auraient droit naturellement aux indemnités et à la solde de présence d'activité.

Ils participeraient effectivement aux manœuvres prévues et y joueraient, appuyés par des confrères de carrière, les différents rôles compatibles avec les grades successifs que peuvent espérer les médecins de réserve. Les interrogations qu'ils subiraient à la fin de leur stage permettraient de les noter, d'apprécier leurs aptitudes respectives, et de définir plus exactement leurs affectations et leurs titres à l'avancement.

Un second stage obligatoire serait effectué dans les mêmes conditions par les mêmes médecins cinq ans après le premier.

A côté de ces stagiaires obligatoires, des médecins de réserve plus âgés et de grades plus élevés, ayant déjà accompli deux périodes réglementaires, seraient invités à accomplir de semblables stages bénévoles, sans solde. Ceux qui déféreraient à cette invitation (aides-majors de 1re cl. ; médecins-majors de 2e et de 1re classe) subiraient les mêmes interrogations et fourniraient une base sérieuse à la revision éventuelle de leurs affectations de mobilisation, et à leurs titres à l'avancement.

Pratiquement, il est permis d'envisager que chaque Corps d'armée comporterait un semblable stage tous les deux ans et grouperait ainsi 4 fois 30 jeunes aides-majors, — pour leur 1re ou leur 2e période réglementaire, — soit 120, — auxquels se joindrait sans doute une trentaine de stagiaires bénévoles. Au total 150, quantité qu'il ne faudrait pas dépasser pour un enseignement fructueux.

Je me permets de soumettre ces suggestions aux distingués et honorables confrères qui sont à la tête du Service de Santé, ainsi qu'aux médecins de réserve qui pensent qu'ils ne doivent pas se désintéresser de leur situation militaire. Il va sans dire que ma formule n'a rien de définitif, dans mon esprit, et qu'elle peut être parfaitement amendée, modifiée, au gré d'expériences plus consommées que la mienne. L'essentiel, c'est, ne semble-t-il pas, qu'on examine si elle mérite d'être prise en considération. Si j'en juge par les enseignements du passé, et par l'opinion du médecin actif que je rapportais au début de cet exposé, cela ne fait pas le moindre doute.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE

I

Honoraires. — Intermédiaire. — Lien de parenté. — Responsabilité professionnelle (non).

TRIBUNAL CIVIL DE SENS

(25 *mars* 1926).

(*Archives du* « Sou Médical »).

1° *Le médecin, qui est appelé par un habitant de la localité, pour donner, chez lui, des soins à un parent de passage, est en droit de réclamer ses honoraires à celui qui l'a fait demander, lorsque le malade ne s'est pas acquitté envers lui.*

2° *Une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, pour prétendue faute professionnelle, ne peut être formée pour préjudice causé à une personne étrangère au procès.*

Attendu que M. le Dr Dupêchez a assigné les époux N., devant le Juge de paix du canton-sud de Sens en paiement d'une somme de 390 francs à lui due pour soins donnés par lui à la dame G., leur belle-mère et mère ;

Attendu que devant le premier juge, les époux N. ont conclu au rejet de la demande sous prétexte que le docteur Dupêchez avait réclamé ses honoraires à G. et qu'il n'avait donné aucune suite à sa réclamation, ni contre ce dernier de son vivant, ni contre ses représentants qui sont connus et solvables, ni contre la dame G ;

Attendu que les époux N. ont encore prétendu que l'opération faite par M. le Dr Dupêchez à Mme G. a été incomplète, contraire aux règles de l'art médical, qu'ils ont ainsi formé une demande reconventionnelle tendant à l'allocation de dommages-intérêts à libeller suivant état pour le préjudice matériel et moral résultant pour eux des erreurs et agissements de Dupêchez, desquels dommages-intérêts, compte serait fourni suivant les résultats de l'expertise ;

Attendu que par jugement du 13 novembre 1925, M. le Juge de paix du canton-sud de Sens a rejeté la demande reconventionnelle des époux N. et condamné ces derniers à payer à Dupêchez, la somme de 390 fr. pour les soins donnés par lui à la dame G ;

Attendu que les époux N. ont interjeté appel de ce jugement.

Sur la demande principale.

Attendu que dans leurs conclusions d'appel les époux N. prétendant qu'à tort le premier juge a admis que le Dr Dupêchez avait une action directe contre eux parce qu'il aurait reconnu lui-même :

1° Avoir été reçu par G. quand il fut appelé près de sa femme ;

2° Que la solvabilité des époux G. était incontestable ;

3° Qu'il avait réclamé vainement ses honoraires à G...

Attendu qu'il est constant en fait que le Dr Dupêchez a été appelé par N. pour donner ses soins à la dame G. qui se trouvait chez lui ;

Attendu que la dame G. et son mari étrangers à la localité, étaient étrangers à M. le Dr Dupêchez et que s'il a déféré à la demande de N., c'est parce qu'il connaissait celui-ci depuis longtemps ;

Attendu qu'il résulte de ce qui précède que Dupêchez a fait confiance à N., et l'a considéré comme son débiteur ;

Attendu en droit que l'intermédiaire qui prend l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade est responsable du paiement des honoraires de ce médecin quand cet intermédiaire paraît avoir eu intérêt à la guérison du malade et ne peut être considéré comme son mandataire ;

Attendu qu'en raison des liens de parenté qui unissaient la dame G. et N., celui-ci n'a certainement pas été près de Dupêchez que le mandataire de sa belle-mère, qu'en lui faisant donner des soins et en appelant un médecin, il n'a fait que remplir un devoir naturel, que, dans ces conditions N. se trouve responsable du paiement des honoraires de M. le Dr Dupêchez alors qu'il n'a pas prévenu ce dernier qu'il n'entendait pas lui payer ;

Attendu que les époux N. se trouvaient tenus solidairement avec les époux G. à payer les honoraires de M. le Dr Dupêchez ; qu'ainsi, en réclamant tout d'abord ses honoraires aux époux G., Dupêchez n'a pas perdu le recours qu'il avait contre les époux N.;

Attendu dans ces conditions qu'il y a lieu sur ce point de confirmer le jugement dont est appel.

Sur la demande reconventionnelle.

Attendu que les époux N. ont demandé des dommages-intérêts à fixer par état, après qu'une expertise aura déclaré que M. le Dr Dupêchez a fait une opération incomplète et contraire aux règles de l'art;

Attendu que les époux N. sont irrecevables à demander des dommages-intérêts en raison d'un préjudice qui aurait été subi par une personne étrangère au procès ;

Par ces motifs,

Déclare les époux N. mal fondés en leur appel, les en déboute,

Confirme le jugement dont est appel.

Condamne N. à l'amende d'appel, aux dépens de première instance et d'appel.

II

Honoraires médicaux. — Malade soignée chez son père. — Appel du médecin par ce dernier.

TRIBUNAL CIVIL DE TOULON

11 mai 1926.

(*Archives du* « Sou Médical ».

1° *Un père, qui a fait soigner sa fille à son propre domicile, est responsable des honoraires du médecin, lorsqu'il est prouvé, par témoins, qu'il a fait appel lui-même au praticien.*

Au surplus, les liens d'affection, qui unissent un père à sa fille, sont une preuve suffisante de son intention de prendre à sa charge les honoraires, pour soins donnés chez lui, à son enfant.

2° *Pour fixer la rémunération du docteur, le tribunal tient compte des tarifs médicaux généralement pratiqués et de la situation de fortune du client.*

Attendu que le docteur Valmyre réclame à P. la somme de mille cinq cent soixante francs pour soins donnés à sa fille, la dame S ;

Attendu que de l'ensemble des faits et documents de la cause, de l'enquête à laquelle il a été procédé, en exécution du jugement interlocutoire rendu par le Tribunal de céans, à la date du 22 octobre 1924, il résulte que la dame S. ayant été atteinte d'une grave maladie, compliquée par son état de grossesse, dut être transportée au domicile de son père, pour y recevoir les soins appropriés ;

Attendu que ces soins lui ont été donnés du mois d'avril 1923 au mois de juin de la même année par le docteur Valmyre, qui avait été appelé à son chevet;

Attendu que la dame S. n'ayant pu néanmoins résister à l'état morbide dont elle était atteinte et ayant finalement succombé, le docteur Valmyre s'adressa à son père pour être payé des honoraires qui lui étaient dus ;

Que celui-ci ayant refusé de le faire, au prétexte qu'il n'avait pris aucun engagement à son égard, ce médecin dut s'adresser à la justice ;

Attendu que l'enquête à laquelle il a été procédé a surabondamment démontré que c'était le sieur P. qui avait fait personnellement appel au docteur Valmyre, qu'il lui avait instamment recommandé de ne rien négliger pour arriver à la guérison de sa fille ;

Que pendant toute la durée de la maladie de cette dernière, il lui avait à maintes reprises promis de reconnaître ses services et de les rémunérer ; que vainement le sieur P., pour faire échec aux attestations formelles de son gendre S. et de la dame B., témoins de ses promesses, a porté contre eux une plainte en faux témoignage ;

Que cette plainte a été rejetée par la juridiction répressive, la poursuite exercée contre ces deux témoins ayant abouti à un jugement d'acquittement pur et simple du tribunal correctionnel de Toulon, et rendu à la date du 19 mars 1926 ;

Attendu au surplus que les éléments de conviction puisés dans les dépositions de ces deux témoins dont la sincérité ne saurait plus être remise en cause aujourd'hui se trouvent entièrement corroborés par celle de l'ancien chauffeur du docteur Valmyre, le sieur Morato, entendu sur commission rogatoire par Monsieur le Juge de paix du canton d'Arcachon ;

Qu'enfin on ne saurait trouver surprenant que l'affection que le sieur P. éprouvait pour sa fille, l'ait incité à prendre à sa charge les honoraires du médecin appelé à lui donner ses soins, qu'il ne saurait donc se dérober à un engagement de cette nature ;

Mais attendu que des débats auxquels il a été procédé, il appert que la note d'honoraires du docteur Valmyre ne correspondait pas d'une façon absolument exacte aux tarifs médicaux généralement pratiqués à l'époque où il a soigné la dame S, qu'il y a lieu, d'autre part, de tenir compte dans une certaine mesure, de la situation pécuniaire du sieur P. dans l'appréciation des honoraires qui lui sont réclamés et qui doivent être ramenés à la somme de douze cents francs ;

Vu enfin l'article 130 du code de procédure civile.

Par ces motifs,

Le Tribunal civil condamne le sieur P. à payer au demandeur la somme de 1.200 francs pour honoraires de soins médicaux donnés à sa fille, la dame S.

Commentaires.

Confrères, puisque, désormais, pour vous faire payer de votre travail professionnel, il vous faudra souvent affronter la barre du tribunal, apprenez comment, juridiquement, il faut vous y prendre pour que, grâce à l'appui du « Sou Médical », vous puissiez obtenir gain de cause.

Vous êtes appelés chez une personne, pour soigner, à son domicile, un malade, qui est de passage et n'habite pas chez celui qui vous a fait quérir.

Si le client auquel vous donnerez vos soins ne vous paye pas directement et personnellement, dans quels cas pouvez-vous actionner en payement d'honoraires, la personne au domicile de laquelle vous avez traité le malade ?

Lorsqu'il peut être prouvé, par témoins, ou par écrit, que celui qui a vous a requis, s'est engagé personnellement à solder votre note, la question est tranchée.

C'est ainsi que dans le jugement du tribunal civil de Toulon précité, le médecin a pu apporter le témoignage de deux personnes, malgré que le père de la malade ait eu le triste courage d'attaquer ces témoins devant les tribunaux répressifs, uniquement pour se dérober au devoir de payer les frais médicaux, pour soins donnés à sa propre fille.

Mais lorsque cette preuve ne peut être fournie, la jurisprudence admet cependant que l'obligation de payer les honoraires d'un médecin, pour soins donnés à un malade, au domicile d'un tiers, peut incomber à ce dernier, car la responsabilité de celui-ci se trouve implicitement engagée.

Cependant, il faut se garder d'étendre outre mesure cette présomption de responsabilité et rechercher, au contraire, le mobile qui a poussé l'intermédiaire.

C'est ainsi, par exemple, que sera mis hors de cause celui qui aurait fait appeler le médecin au nom d'un principe d'humanité vague et général. Tel est le cas d'un hôtelier qui fait soigner un voyageur, tombé malade dans son établissement. (Trib. civ. Toulouse, 2 mai 1904. *Gaz. Trib.*, 25 sept. 1904.)

Il faut, en second lieu, que le médecin fournisse la preuve que c'est bien l'intermédiaire qui l'a mis en œuvre (Tribunal civil de la Seine, 17 juillet 1900. (*Gaz. Trib.*, 31 octobre 1900) : « attendu que s'il est incontestable que l'intermédiaire, qui prend l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade installé à son domicile, peut être considéré comme s'étant personnellement obligé au payement des honoraires du praticien, il n'est pas moins certain que ce dernier doit établir qu'il a bien été appelé par la personne chez laquelle le malade se trouve, ou que cette personne s'est engagée personnellement à payer le montant des soins donnés. »

Même décision, rendue par le tribunal civil de Lisieux, le 20 juin 1906 (*Gaz. Pal.*, 31 octobre 1906).

Pour ne pas encourir le risque d'avoir à payer la note d'honoraires, pour soins donnés à un malade hébergé chez lui, l'intermédiaire doit déclarer, par écrit, au médecin, qu'il entend rester étranger à ce règlement de comptes. En ce sens, tribunal civil de Gannat, 1er avril 1909, (*Concours médical*, 1909, 654.)

Mais l'intermédiaire peut avoir des raisons spéciales pour s'intéresser au malade, qui est soigné chez lui. Aussi, n'est-ce plus au nom de la plus élémentaire humanité qu'il a obéi, en allant quérir l'homme de l'art, mais plutôt au nom d'un mobile d'affection, ou d'intérêt quelconque.

A la vérité, la jurisprudence établit que le principal débiteur reste toujours le malade lui-même ; mais si celui-ci ne peut, ou ne veut payer, l'intermédiaire est considéré comme s'étant obligé solidairement au payement des honoraires du médecin.

Un arrêt de Cassation (Chambre des requêtes) du 4 décembre 1872 (S. 72.1.430 ; *D.*72.1.139) dit : « l'intermédiaire, qui a pris l'initiative de l'appel d'un médecin auprès d'une malade, peut être considéré comme s'étant par là obligé solidairement avec le mari de la malade, au payement des honoraires de l'homme de l'art. »

A l'intermédiaire de se retourner ensuite contre le malade, ou les ayants droit de ce dernier et de les appeler en garantie, pour le payement des honoraires du médecin (5. P. Poissy, S.-et-O., 25 août 1905, *Concours médical*, 1905. 728).

Un jugement du tribunal civil de Toulouse du 2 juin 1904 (*Gaz. Trib.*, 25 sept. 1905) met bien en lumière dans quelles circonstances la responsabilité de l'intermédiaire peut être mise en cause :

« Attendu que, si un tiers, témoin d'un accident, ou même un hôtelier, chez lequel un client de passage tombe malade, n'engage pas sa responsabilité auprès du médecin qu'il a fait prévenir par pur sentiment d'humanité, il en est différemment de l'intermédiaire, qui a des raisons spéciales d'amitié ou autres, de s'intéreser au malade et dont la démarche n'affecte pas exclusivement le caractère de l'exécution d'un mandat ; que le médecin, qui ne connaît que cet intermédiaire et qui a pu légitimement croire que celui-ci prenait à sa charge les frais de l'opération ou du traitement, est en droit de s'adresser à lui. »

A plus forte raison, si l'intermédiaire est parent du malade et même est tenu, envers lui, aux obligations de la dette alimentaire. (Lyon, 15 novembre 1898 ; J.P. Saint-Quentin, 20 mars 1909 ; J.P. Sens, canton sud, 13 mars 1925 ; *Concours médical*, 1925-1418).

Conclusions : Dans tous les cas, appelé auprès d'un malade de passage, au domicile d'un habitant de la localité, le médecin fera bien de s'entourer, le plus discrètement possible, des preuves nécessaires, pour justifier, plus tard, sa demande d'honoraires à la fois contre le débiteur principal, le client, et contre l'intermédiaire, qui est venu quérir le praticien.

Lettre conservée (car mes confrères ont la fâcheuse habitude de détruire immédiatement leur courrier), conversation tenue devant deux témoins, ou autre ; tout sera bon, le moment venu, pour montrer que l'intermédiaire n'a pas agi, mû simplement par humanité, mais qu'il a été conduit à l'appel au médecin, à cause des

liens de parenté, d'affection ou d'amitié qui le liaient au malade hébergé chez lui.

En second lieu, nos confrères, feront bien de ne pas engager d'action devant les tribunaux, avant d'avoir reçu les conseils et l'indication de la marche à suivre, donnés par les avocats conseils du « Sou Médical ».

Un excellent procès, mais mal engagé, est souvent perdu d'avance.

Dr Paul BOUDIN.

VARIÉTÉS

Poète malade et reconnaissant.

Les malades ne passent pas, en général, pour des modèles de reconnaissance. La plupart confirment l'adage napolitain : Le péril passé, on se moque du Saint. La règle souffre cependant de nombreuses exceptions et dans un manuscrit destiné à une nouvelle édition d'une brochure sur les eaux de la Roche-Posay, publiée en 1737 par M. Martin, docteur en médecine de Montpellier (Mame, impr. libr. à Angers), nous lisons l'addition suivante :

« L'an dernier 1787, M. de la M. tourmenté depuis longtemps, d'humeur érysipélateuse, dartreuse qui lui avait passé dans la masse du sang, prit les eaux de la Roche-Posay avec tant de succès, qu'au bout de neuf jours seulement, il avait déjà éprouvé un soulagement sensible à vue, il les a continuées encore pendant 15 jours et s'est trouvé guéri ; l'année suivante, il est encore revenu à La Roche, attiré autant par la salubrité des eaux que par celle du climat, par les agréments de la campagne et surtout par l'amabilité et les politesses de plusieurs personnes de distinction habitans du lieu et dans les châteaux d'alentour.

On ne sera peut-être pas fâché de trouver ici une pièce de vers dans laquelle ce jeune auteur célèbre sa guérison et sa reconnaissance envers les eaux de la Roche-Posay.

A la Naïade des Eaux de La Roche-Posay

Oui, j'en fis le serment sur ton urne sacrée,
Belle naïade, objet de mes amours,
De chanter les vertus de ta source ignorée,
Si par l'heureux effet de ton onde adorée
Je pouvais rallumer le flambeau de mes jours ;
Victimes comme moi d'une langueur funeste,
Voyez de vos beaux ans s'évanouir le reste.
O mes ames, accourez en ces lieux,
Le seul vrai bien, ce bien si précieux,
La santé, vous attend sur cette rive heureuse,
Venez, vous trouverez sur les bords de la Creuse,
Un air doux, un ciel pur, un site grâcieux,
O vous, les nymphes de Spa, de Forges et de Barèges,
Cessez de vanter vos trésors ;
Des plaisirs et des jeux le séduisant cortège
Voltige, dit-on sur vos bords !
On y vient de Postdam, des champs de la Norvège,
Arrivent ceux qu'en des climats plus doux
La Tamise, la Seine et le Tage ont vus naître
Nymphe de Spa, moins célèbre que vous,
Ma timide Naïade est plus digne de l'être.
Et bientôt à mes yeux effacera peut-être
Les honneurs de vos bords et son destin jaloux
Du plus beau marbre de la Grâce,
La main de Phidias embellit vos contours.
Souvent pour dissiper les vapeurs d'une Altesse,
Mainte Sirène enchanteresse
Aux nocturnes banquets appela les Amours ;
Les plus bruyantes nuits vous font les plus beaux jours.
Mais, dans ces paisibles demeures,
Aux attraits du plaisir aux douceurs du repos,
Nous savons mieux distribuer les heures,
Morphée à pleines mains nous verse ses pavots.
Puis quand le blond Phébus vient éclairer la plaine,
A la voix de Zéphir aux doux chants des Oiseaux,
On court, en se jouant, vers la source prochaine,
Sur un tapis de Marjolaine,
Boire à longs traits le remède à ses maux.
De La Roche-Posay salutaire fontaine,
Présent dont la nature enrichit la Touraine,
O toi belle Naïade, ô reine de ces lieux,
Puissent ces faibles vers, consacrés à ta gloire,
Lus, applaudis un jour chez nos derniers neveux,
De tes eaux à jamais conserver la mémoire.
Ah ! Si le ciel daigne exaucer mes vœux,
Puissiez-vous tous, étrangers malheureux,
Qui viendrez après moi sur ces rives si belles,
Voir renaître et cueillir les fleurs de la santé,
Puis revoyant enfin vos cases paternelles,
Rendus à vos amis, plus chers à la beauté,
Retrouver, consoler vos amantes fidèles,
Et dans leur bras encore sentir la volupté.

Les vers du poète M. de la M. ne valent certes pas ceux d'André Chénier, mais nous devons lui tenir compte de sa bonne intention et l'excuser d'utiliser le style de l'époque. Nous les publions, non à titre d'exemples, mais à titre documentaire.

La Roche-Posay est restée la station accueillante de 1787, et ce n'est pas à elle qu'on reprochera l'inhospitalité de ces stations que l'adoration de la livre, du dollar ou de la peseta rend inabordable à nos confrères français. Ce qui a causé quelque émoi et quelque scandale dans la presse médicale française. *Experto crede Roberto.*

J. NOIR.

SOU MÉDICAL

Extrait analytique des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Octobre 1926.

Admissions.

Les admissions ont été publiées dans le *Concours médical* du 14 novembre.

Décès de M. Quivy.

M. le président Maurat annonce au Conseil le décès de M. le Dr Quivy, prématurément enlevé après une très courte maladie. Il se fait l'interprète du Conseil, qui a pu apprécier les qualités de cœur et d'esprit du disparu, pour formuler les regrets que lui fait éprouver cette perte inattendue. Il lève ensuite la séance en signe de deuil.

Accidents du travail.

Le Dr C. (Seine) a obtenu à l'amiable le payement des deux notes d'honoraires accidents qui lui étaient contestées.

Il a payé à l'huissier 14,85, dont le Conseil ordonnance le remboursement.

Le Dr B. (Oise) a soigné à l'hôpital un blessé du travail et malgré un engagement écrit de payer ses honoraires, signé par la femme du patron, la Compagnie d'assurances refuse de le payer.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en pour suivre le recouvrement.

Le Dr A. (Marne) se voit refuser le payement d'honoraires par une Compagnie qui prétend qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail. Mais un bulletin lui a été délivré et le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre le patron devant le juge de paix.

Le Dr M. (Loiret) demande l'autorisation de prendre un avoué pour se faire représenter dans l'affaire d'honoraires accidents (821 fr.) pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement.

Un crédit de 200 fr. lui est ouvert à cet effet.

Le Dr G. (Charente), ayant soigné un accidenté du travail, qui a recommencé à travailler, avec son autorisation, avant d'être complètement guéri, se voit refuser le payement de ses honoraires pendant cette période.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Honoraires de droit commun.

Le Dr L. (Alpes-Maritimes) se heurte à la mauvaise volonté d'un client, qui, malgré ses promesses, ne lui paye pas les honoraires qu'il lui doit.

Le Conseil, estimant qu'il s'agit d'un simple recouvrement d'honoraires, ne présentant aucune particularité et ne soulevant aucune question de principe, dit qu'il n'y a lieu à appui pécuniaire dans cette affaire.

Le Dr C. (Isère) ne peut obtenir le payement de ses honoraires par un client, qui laisse percer l'intention de mettre en cause sa responsabilité professionnelle.

Comme il ne s'agit, actuellement, que d'un recouvrement d'honoraires, le Conseil n'accorde pas l'appui pécuniaire, mais la garantie statutaire sera acquise au Dr C. si sa responsabilité est réellement mise en cause.

Le Dr V. (Seine) a recouvré amiablement, par l'intermédiaire de Me Audebert, les 60 fr. d'honoraires qui lui étaient contestés.

Les honoraires de Me Audebert, s'élevant à 10 fr., sont ordonnancés par le Conseil.

Le Dr T. (Oran) a payé pour honoraires 150 fr. à son avocat et 100 fr. à son avoué, dans une affaire de recouvrement d'honoraires qui s'est terminée par un jugement rendu en sa faveur.

Le Conseil ordonnance le remboursement de ces sommes.

Le Dr F. (Charente-Inférieure) ayant obtenu gain de cause dans une affaire d'accident agricole antérieure à l'application de la législation spéciale, est traîné en appel par son adversaire.

L'appui pécuniaire lui est accordé en appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 300 fr.

Le Dr B. (Loiret), mis en œuvre par une Compagnie d'assurances vie pour examiner un candidat, qui n'a pas donné suite à sa proposition, se voit refuser le payement des honoraires de cet examen.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour en poursuivre le recouvrement.

Le Dr G. (Meuse), ayant soigné une personne insolvable, mordue par un chien, ne peut se faire payer ses honoraires.

Le Conseil lui accorde l'appui pécuniaire pour poursuivre la personne à laquelle il a donné ses soins, contre laquelle seulement il a une action,

sauf à elle à appeler en garantie, au besoin aux frais du « Sou », le propriétaire du chien, responsable à l'égard de cette personne.

Le Dr V. (Var) est en litige avec un client qui veut obtenir une réduction de ses honoraires sous divers prétextes, notamment parce que le traitement n'aurait pas donné de résultats satisfaisants.

Le Conseil est d'avis qu'il ne s'agit que d'une simple affaire de recouvrement, ne donnant pas lieu à l'appui pécuniaire.

Les Drs J. (Saône-et-Loire) et M. (Somme) ont été mis en œuvre par des automobilistes pour soigner les victimes d'accidents qu'ils avaient causés et ne peuvent obtenir le paiement de leurs honoraires.

Le Conseil leur donne l'appui pécuniaire pour en poursuivre le crecouvrement.

Asssistance médicale gratuite.

Le Dr B. (Aube) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires d'assistance médicale gratuite, qui lui sont refusés parce qu'il ne consent pas à indiquer sur les bulletins spéciaux le diagnostic de la maladie, ainsi que le règlement départemental le prescrit.

Le Conseil estimant que cette disposition du règlement est contraire à l'article 378 du Code Pénal sur le secret professionnel, accorde au Dr B. l'appui pécuniaire pour saisir le Conseil de Préfecture et décide que le Syndicat sera avisé de cet appui.

Le Dr D. (Alpes-Maritimes) avait un contrat avec la commune pour assurer le service de l'Assistance médicale gratuite, avec organisation spéciale par application de l'article 35 de la loi. La commune, étant revenue au droit commun, a résilié le contrat, ce qui cause un préjudice au Dr D. qui l'a assignée devant le Tribunal civil.

L'affaire étant de la compétence du Conseil de Préfecture, l'appui pécuniaire est accordé au Dr D. pour saisir cette juridiction.

Baux et locations.

Le Dr H. (Seine-et-Marne) annonce qu'il s'est arrangé amiablement avec son propriétaire, qui voulait reprendre sa maison pour la démolir.

Le Conseil ordonnance le remboursement des frais judiciaires, qui se sont élevés à 211,60 et alloue une somme de 300 francs pour les honoraires de l'avoué.

Le Dr L. (Haute-Garonne) est en lutte avec son propriétaire, qui veut reprendre pour lui-même un garage servant pour l'automobile de son locataire.

Le Conseil, étant donné que le droit de reprise du propriétaire n'existe pas à l'égard d'un local professionnel, accorde l'appui pécuniaire au Dr L. pour résister à la demande de son propriétaire.

Le Dr G. (Jura) demande l'appui pécuniaire pour intenter à son propriétaire une action en réduction de son loyer professionnel, qui dépasse de beaucoup le taux limite fixé par la loi du 1er avril 1926.

Cet appui lui est accordé.

Divers.

Le recours en Conseil d'Etat du Dr M. (Vaucluse) contre le retrait irrégulier de son permis de conduire, a été déposé par le Contentieux, mais l'affaire sera suivie par Me Auger. Une provision de mille francs est ordonnancée à cet effet.

Le Dr B., inculpé d'homicide par imprudence, a obtenu un non-lieu.

Le Conseil ordonnance le payement des honoraires de son avocat, qui sont de 200 francs.

Quatre médecins d'eaux, membres du « Sou » victimes de l'Etablissement thermal, qui s'efforce de détourner d'eux la clientèle, obtiennent l'appui pécuniaire pour demander des dommages intérêts.

Le Dr G. (Charente), ayant été acquitté en correctionnelle sur les poursuites engagées contre lui pour refus d'obéir à une réquisition d'opérer à lui adressée par le Procureur de la République, ce dernier fait appel du jugement.

Le Conseil accorde au Dr G. l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel, la participation du « Sou » dans les honoraires de l'avocat étant limitée à 500 fr.

Le Syndicat de M. (Allier) demande l'appui pécuniaire pour poursuivre pour exercice illégal de la médecine un faux docteur en médecine, déjà condamné il y a quelques années pour le même délit.

Le Conseil accorde ect appui au Syndicat, dans la proportion du nombre de ses membres faisant partie du « Sou Médical ».

Le Conseil entend un des adhérents du « Sou », qui a des difficultés avec son successeur, également adhérent du « Sou ».

Sur la proposition du Conseil, l'intéressé accepte le recours à un arbitrage confraternel et choisit pour arbitre le Dr Paul Boudin. La même proposition d'arbitrage sera faite à l'autre partie

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*)(1).

Mesures spéciales de prophylaxie suivant la nature de la maladie contagieuse.

Après cette étude des mesures de prophylaxie, applicables à toutes les maladies contagieuses en général, nous avons à traiter des mesures spéciales à chaque maladie contagieuse, en particulier.

Dans un but d'éducation populaire et pour augmenter l'intérêt que chacun doit porter à l'application des mesures de protection voulues par la loi, il nous a paru nécessaire de faire précéder l'exposé de ces mesures spéciales, d'une description succincte, mais aussi claire que possible, des symptômes des maladies qu'elles sont destinées à combattre.

Nous insisterons surtout sur celles qui, à cause de leur fréquence ou de leur caractère de gravité ou d'endémicité, exigent une attention et une surveillance plus rigoureuses de la part de ceux qui ont l'intérêt et le devoir de mettre obstacle à leur propagation.

Fièvre typhoïde.

Après une première période d'une durée de cinq à quinze jours, pendant laquelle on constate de l'inaptitude au travail ou aux jeux, une lassitude générale, plus accentuée le soir que le matin, la perte de l'appétit, quelqeus saignements de nez, la fièvre survient : fièvre continue, plus forte le soir que le matin ; douleurs de tête, manque de sommeil, langue sale, rouge sur les bords et à la pointe, abattement général... tels sont les symptômes, appréciables par tous, de la deuxième période qui dure une dizaine de jours, et après lesquels survient la troisième période, celle où les symptômes s'aggravent ou tendent à s'atténuer, pour arriver à la période de convalescence.

Les mesures générales indiquées pour toutes les maladies contagieuses, concernant l'hygiène des locaux, les précautions à prendre par la garde-malade, le trempage des linges, leur lessivage, la désinfection des urines et des matières fécales, la protection des eaux de source ou de puits, doivent être prises avec sévérité, en cas de fièvre typhoïde,

L'ingestion, par les voies digestives, des microbes pathogènes provenant des matières fécales et des urines des malades, en est le mode de contagion.

L'eau de boisson est le principal véhicule du microbe de la fièvre typhoïde, appelé bacille d'Eberth. D'où la nécessité primordiale de s'inquiéter de la pureté des eaux servant à l'alimentation de la famille et des voisins.

Pendant toute la durée de la maladie et même après sa cessation, tant que l'analyse bactériologique n'en aura pas démontré la pureté, elles doivent être considérées comme suspectes et il est indispensable de les faire bouillir, avant de les utiliser en boisson. Le filtrage avec les appareils généralement en usage ne sert à rien. Ils clarifient l'eau, mais ne la rendent pas aseptique.

L'importance de la protection et de la surveillance des eaux de boisson devrait attirer l'attention de toutes les municipalités. C'est la plus importante des mesures de prophylaxie, la seule dont la pratique peut garantir contre les épidémies de fièvre typhoïde. Toutes les municipalités devraient prendre les mesures nécessaires pour doter leur commune d'eau potable, et l'Etat devrait leur venir en aide pour atteindre ce résultat.

Il est certain que les dépenses faites pour protéger les eaux potables, sont celles qui sont le plus profitables à l'hygiène et à la santé publique.

Entre autres dangers de contamination de puits dans les campagnes, villages, hameaux ou puits particuliers, on doit signaler le suivant : en règle générale, les puits ne sont pas couverts ; ils sont munis à leur centre, d'une poulie à gorge, sur laquelle s'enroule la corde, portant le seau de puisage. Chaque usager porte sa corde et son seau. Lorsqu'il s'en est servi, il rapporte le tout à son domicile. Corde et seau vidé sont déposés souvent à l'entrée de l'écurie ou dans un coin de la cuisine, près de l'évier. La corde mouillée et le seau se chargent des impuretés du sol, qui iront se mélanger aux eaux du puits, lorsqu'un nouveau puisage sera nécessaire.

On voit d'ici, les causes d'infection pouvant résulter de cette mauvaise habitude, et combien il serait utile de la modifier. On devrait, après s'être assuré que l'eau est réellement potable, entourer les puits, dans un rayon suffisant, d'un béton imperméable, empêchant toute possibilité d'infiltration des eaux de surface, les couvrir et les munir d'une pompe.

Les campagnes isolées, les hameaux, ou même les villages ayant à leur disposition de l'eau claire plus ou moins suspecte, ou pouvant courir des risques de contamination, devraient, pour avoir sûrement de l'eau potable, procéder à l'installation de filtres à sable non submergé, comme les

(1) *Concours médical*, p. 44 et 45 et 48.

filtres Miquel. Ces appareils peu coûteux, dont nous parlerons plus bas donnent des résultats parfaits. Ces mesures de protection contre la contamination possible des sources, et l'obligation de les stériliser en cas de pollution, devraient être d'ordre général et absolument obligatoires, comme les vaccinations contre la petite vérole.

Si l'eau de boisson est le principal véhicule du bacille de la fièvre typhoïde, elle n'en est pas l'unique propagateur. Il peut être apporté dans l'organisme, par d'autres aliments. Il faut suspecter les légumes ou fruits, poussant à la surface du sol et mangés crus. Ils sont susceptibles d'être contaminés par l'eau d'irrigation ou des engrais contenant des germes contagieux: tels les radis, salades, fraises, concombres, céleris. La prudence exigerait qu'ils fussent ébouillantés, au moins en temps d'épidémie. Les coquillages peuvent aussi s'infecter dans les parcs mal surveillés, et transmettre la fièvre typhoïde lorsqu'ils sont mangés crus. Si cela est vrai pour les huîtres, c'est encore plus vrai dans les pays où, comme en Provence, on consomme abondamment d'autres coquillages : moules, clovisses, praires, etc., vendus au détail, et exposés sur des tables où leur fraîcheur est maintenue avec de l'eau quelconque et souvent de pureté douteuse.

Dans l'exposé des mesures à prendre pour toutes les maladies infectieuses en général, nous avons insisté sur la nécessité de maintenir les mains dans un état parfait de propreté, chaque fois surtout qu'elles doivent toucher aux aliments. Cette précaution est des plus importantes pour la fièvre typhoïde. Les parents ne doivent jamais oublier de savonner les mains des enfants, avant les repas. On les voit en effet, à chaque instant, tripoter la terre plus ou moins propre, plonger leurs mains dans des ruisseaux ou des rigoles, dans lesquels coule ou séjourne de l'eau contenant toutes sortes de germes nocifs.

La négligence de ces soins de propreté avant les repas peut favoriser le dépôt de ces germes sur les aliments.

Nous avons dit que, pour ne pas laisser passer une maladie contagieuse, sans l'isoler dès le début, il serait bon de prendre cette mesure d'isolement, pour toutes les maladies fébriles. De même, il ne faudrait pas attendre l'éclosion d'une fièvre typhoïde pour prendre et faire prendre les précautions de la désinfection des mains avant les repas. Cette pratique hygiénique devrait être d'un usage constant ; son application journalière la rendrait presque automatique et ferait qu'on n'oublierait pas d'y recourir, lorsque les circonstances la rendent indispensable.

Sans vouloir indiquer un traitement de la fièvre typhoïde, dont la direction appartient exclusivement au médecin traitant, nous nous permettons de rassurer les familles, contre la crainte qu'inspire encore, à beaucoup d'entre elles, la balnéation plus ou moins froide, dans le cours de cette affection. Elles peuvent être convaincues que, lorsqu'il n'y a pas une contre-indication qu'appréciera le médecin, la balnéation dans la fièvre typhoïde constitue une médication des moins dangereuses et des plus efficaces, et qu'elle agit d'autant mieux qu'elle est appliquée plus tôt.

Ajoutons que la convalescence exige une grande surveillance. Il serait dangereux, dans cette période, de se départir des règles d'hygiène diététique et générale qui sont indiquées par le médecin traitant.

Depuis quelque temps, la prophylaxie de la fièvre typhoïde s'est enrichie d'une découverte importante, que nous ne devons pas passer sous silence : la vaccination préventive.

Sans entrer dans de longs détails sur l'historique de cette question, nous nous bornerons à dire que le traitement préventif de la fièvre typhoïde, par l'inoculation du vaccin polyvalent de M. le prof. Vincent, du Val-de-Grâce, semble avoir donné en France des preuves incontestables de son efficacité.

En 1911, pendant l'expédition du Maroc, on a constaté une immunité complète chez les soldats vaccinés, tandis que chez les soldats non vaccinés, on a observé 64,87 typhiques par 1.000 hommes. L'immunité complète des vaccinés s'est maintenue intégralement, malgré une nouvelle épidémie en 1912.

Pendant cette même année de 1912, dans le courant des mois de juin et juillet, une épidémie a éclaté à Avignon. La garnison comprenait 2.053 hommes ; la vaccination par inoculation du vaccin polyvalent, leur fut proposée. Elle fut acceptée par 1.366 ; 689 refusèrent de s'y soumettre.

Il est survenu parmi ces militaires, 155 cas de fièvre typhoïde, dont 24 ont été suivis de décès. Or, ces 155 cas sont tous survenus chez les non vaccinés.

Parmi les 1.366 vaccinés, non seulement il n'a pas été observé un seul cas de fièvre typhoïde, mais encore on n'a constaté chez aucun d'eux le moindre embarras gastrique.

La vaccination n'a jamais été suivie du moindre accident, de la moindre complication.

Dans sa communication au 13e Congrès de Médecine (13-16 octobre 1912), M. le Dr Vincent a pu s'exprimer ainsi :

« Actuellement, sur plus de 20.000 personnes dont les effets de la vaccination (vaccin polyvalent du Val-de-Grâce) m'ont été signalés, aucun des vaccinés n'a contracté la fièvre typhoïde. »

Les observations recueillies à la suite des vaccinations opérées depuis 1911 jusqu'à ce jour ne font que confirmer la valeur de leur action préventive.

Il résulte, en outre, des observations, que loin d'être un danger lorsqu'elle est pratiquée en période d'incubation de la fièvre typhoïde, la vaccination en atténuerait les dangers.

Les Sociétés savantes, les journaux médicaux, les quotidiens politiques, ont porté ces faits à la connaissance des praticiens et du public. Mais on ne saurait assez en faire connaître l'importance surtout aux jeunes gens appelés sous les drapeaux.

Leur âge, le changement d'habitude et d'alimentation, leur implantation dans les villes, le séjour dans les chambres de casernes, le souci d'avoir abandonné leur famille et leurs affaires, le surmenage résultant des fatigues occasionnées par les exercices militaires, et beaucoup d'autres causes, diminuent, surtout pendant la période d'entraînement, la résistance de leur organisme et augmentent leur réceptivité microbienne.

Ils trouveront dans leur garnison de l'eau de boisson parfois assez bonne, souvent suspecte et quelquefois mauvaise.

L'autorité militaire, soucieuse de l'hygiène des soldats, veille bien avec la plus grande attention à ce que l'eau de boisson, mise à la caserne à leur disposition, possède autant que possible, les qualités de l'eau potable. Mais elle ne peut pas exercer sa surveillance sur l'eau que serviront aux soldats les restaurateurs et les débitants divers.

De plus, le soldat est appelé, par les circonstances de son métier, à manœuvrer hors de la garnison, dans une partie quelconque du département ou de la région. Pendant les séjours qu'il devra faire dans ces régions diverses, il boira l'eau qu'il trouvera, sans que l'on puisse songer à vérifier sa qualité.

Or, c'est l'eau qui est le principal véhicule du microbe de la fièvre typhoïde.

Le soldat peut être appelé à entrer en campagne. A ce moment, les causes occasionnelles et prédisposantes de fièvre typhoïde seront plus nombreuses et plus intenses. Les risques d'infection seront beaucoup plus grands.

Il est bon que les jeunes soldats et que tous ceux qui peuvent être convoqués à reprendre leur rang dans l'armée sachent qu'ils ont un moyen d'opposer à leur infection par le bacille d'Eberth, une barrière pour ainsi dire infranchissable. Il faut qu'ils sachent que l'inoculation du vaccin polyvalent, inoculation sans danger, sur les personnes saines, les garantira presque à coup sûr de la fièvre typhoïde.

Pendant toute la durée de leur service militaire ou de leur campagne, les 1.366 vaccinés d'Avignon, comme ceux du Maroc, ont certainement continué à boire de l'eau qui avait contaminé leurs camarades. Ils sont restés indemnes.

Les statistiques sont unanimes à proclamer l'efficacité de la vaccination.

En présence des succès et de l'innocuité de cette *méthode de prophylaxie*, sur les sujets bien portants, au moment de leur incorporation, tous les hommes appelés en cas de mobilisation, devraient sans hésiter, accepter et même demander l'inoculation du vaccin anti-typhoïdique.

Les épidémies constatées dans diverses garnisons prouvent les dangers que la fièvre typhoïde peut faire courir en temps de paix. Pendant toute la durée d'une campagne, en temps de guerre, les maladies font autant de victimes, sinon plus, que les balles ennemies.

La fièvre typhoïde est une de celles qui exercent le plus de ravages.

Nous venons de voir que l'on peut prendre une assurance contre ses atteintes.

L'intérêt personnel du soldat et l'intérêt général de la Défense Nationale, commandent la mise en pratique de cette mesure de préservation.

Les mêmes procédés de vaccination pourraient et devraient être utilisés dans la clientèle civile. Le vaccin anti-typhoïdique constitue, en effet, une conquête thérapeutique et scientifique d'une valeur incontestable ; on peut constater qu'après son application systématique chez nos soldats, les fièvres typhoïdes qui étaient si fréquentes, de 20 à 30 ans, ont subi, chez les jeunes hommes de cette période d'âge, une diminution presque complète. La proportion des cas est, au contraire, restée la même, chez les enfants, les adolescents, les jeunes gens de 16 à 20 ans, et les jeunes filles ou femmes, de 6 à 15, 20 et 30 ans.

Ces constatations démontrent amplement combien serait utile la généralisation des vaccinations anti-typhoïdiques.

Il faut reconnaître toutefois que, dans la clientèle civile, elle présente certaines difficultés.

Il est de notoriété publique que, pratiquée sur des sujets présentant une tare pathologique connue, par exemple la tuberculose, l'inoculation du vaccin n'est pas sans danger, et on a vu des cas de mort consécutifs. Or, ces tares sont quelquefois latentes et peu faciles à diagnostiquer. Une erreur d'appréciation, malgré toute l'attention du médecin, peut se produire. A la caserne, un cas malheureux pourra passer inaperçu. En tous cas, le médecin militaire, qui malgré sa science et son attention, aura pratiqué une vaccination inopportune, non seulement n'aura aucun reproche à se faire, mais encore ne subira aucun dommage dans ses intérêts. Il n'en n'est pas de même pour le praticien ; on l'inculpera de négligence ou l'accusera de la mort de son client, on le traduira devant les tribunaux. Quel qu'en soit le verdict, souvent trop sévère, sa réputation subira les atteintes les plus graves, qui se traduiront par une diminution de clientèle et de revenus. On comprend qu'en présence de ces soucis possibles, un praticien hésite devant une intervention de ce genre. Il ne le fera, après

examen du sujet, que sur la demande des intéressés et cette demande n'aura lieu qu'en temps d'épidémie.

Une deuxième raison vient se surajouter à la précédente pour faire hésiter dans la pratique de la vaccination ; c'est que cette dernière a une durée de préservation beaucoup moins grande que le vaccin jennérien. Elle ne serait que de trois ou cinq ans, pour la vaccination antityphique. La nécessité d'un renouvellement si fréquent constitue certainement un obstacle à sa diffusion.

Le seul moyen pratique pour lutter contre la fièvre typhoïde, serait de doter les populations, d'eau potable et pour celles qui n'en pourraient avoir, de ne faire usage, comme eau de boisson, que *d'eau bouillie*. Cette dernière mesure serait, semble-t-il, la plus facile à exécuter, La ménagère ferait bouillir tous les jours l'eau de boisson nécessaire à la famille, comme elle fait bouillir la marmite pour la soupe. Ce ne serait, en attendant d'avoir de l'eau potable à la fontaine, qu'une affaire d'habitude ; dans peu de temps, la provision d'eau potable se ferait automatiquement. Mais l'insouciance et la négligence du public, sont sans limites. Il prendra ces précautions en temps d'épidémie. Celle-ci terminée, il reviendra aux anciens errements. « Passato il pericolo, lasciato il santo. » Le proverbe italien démontre que cette insouciance, après le danger passé, date de longtemps et fait pour ainsi dire partie de la nature humaine.

C'est contre ces négligences provenant d'une fausse sécurité que les populations doivent être protégées par ceux qui ont charge des nécessités sociales.

Aussi, nous a-t-il paru utile d'insérer ici un chapitre spécial sur la question des *eaux potables* Cette question trouve sa place naturelle à la suite de la prophylaxie de la fièvre typhoïde. dont la production et la propagation trouvent leur cause le plus souvent dans la contamination des eaux de boisson. Cette diversion au plan que nous nous étions tracé ne sera pas inutile, au point de vue de l'instruction populaire. Faisons des vœux pour qu'elle soit aussi l'objet des réflexions des municipalités et des Pouvoirs publics

La question des eaux potables a toujours été l'objet de l'attention des Conseils d'hygiène, des Commissions sanitaires et même des corps élus. Malheureusement, on peut dire que, généralement, tout s'est borné à des discours, à des circulaires, à des rapports et à des vœux inutiles.

S'il y a eu quelques résultats pratiques, c'est à Paris et dans quelques grandes agglomérations. On peut dire que, même dans la plupart des chefs-lieux de département, il n'a pas été fait grand'chose d'utile. Quant aux communes rurales, aux hameaux ou aux habitations isolées, il n'a jamais été rien fait. Citons cependant une exception qui peut ne pas être isolée ; mais les autres nous sont inconnues.

La ville de Chateaudun était endémiquement sujette à la fièvre typhoïde. La municipalité, dirigée par M. Louis Baudet, député d'Eure-et-Loir, soucieuse de la santé des habitants, n'a pas voulu rester inactive en présence de cette situation. Elle a cherché le moyen le plus pratique pour y remédier. Sa préférence s'est portée sur les filtres Miquel, à sable non submergé, dont il a été fait déjà mention plus haut. Le succès le plus complet a couronné l'entreprise. Il résulte, en effet, des renseignements fournis par M. Guérault, pharmacien, adjoint du maire de Chateaudun que, depuis leur installation 1907-1908, ces filtres ont largement répondu aux espérances de la municipalité. Voici ce que nous écrivait M. Guérault, le 9 décembre 1921. Sa lettre mérite d'être reproduite à un double point de vue : 1° Citer la municipalité de Châteaudun, comme exemple aux municipalités françaises ; 2° Apporter une preuve convaincante, des bienfaits retirés par la ville de Châteaudun, de l'aseptisation de son eau de boisson, à l'aide du filtre Miquel qui joint à son efficacité réelle et incontestable les avantages d'être peu coûteux à installer et d'être d'un entretien des plus faciles.

M. Guérault nous écrivait donc : « Châteaudun, « 9 décembre 1921, Notre service de filtres à sable « non submergé nous donne toujours entière satis- « faction. Les dépenses d'entretien sont insignifian- « tes. Elles se réduisent, de temps à autre, à un net- « toyage des tubes de distribution d'eau, pour les « laver. *Le sable est toujours le même* depuis plusieurs « années, car l'eau employée est de l'eau de source et « ne produit pas de colmatage. *Les recherches en « baccilis coli*, sont toutes négatives. Pour arriver à « ce résultat, il importe : 1° que le débit soit régulier « et qu'il n'y ait pas d'arrêt ; 2° lorsqu'une case est « arrêtée pour une raison quelconque, on ne doit la « remettre en service, qu'après une filtration de 8 à « 20 jours, pendant lesquels l'eau filtrée par cette « case, est rejetée. La distribution d'eau à la surface « du filtre, était faite par des tourniquets Splenkers. « Ils se détraquaient facilement : ils ont été suppri- « més et remplacés par de simples tubes forés. *La « stérilisation de nos eaux, n'a jamais été trouvée en « défaut.* »

La lecture de cette lettre ne peut laisser aucun doute, sur ce procédé de stérilisation des eaux de boisson.

(A suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Nécrologie.** —M. le Dr GIGON, ancien sénateur de la Sarthe. — M. le Dr VERDALLE, de la Bourboule. — M. le Dr L.-H. GOIZET, de Paris. — M. le Dr DREY père, de Lyon.

— **Physique médicale.** — M. le professeur STROHL fait son cours les mardis, jeudis, samedis, à 16 h., à l'amphithéâtre de physique.

— **Hôpital de la Pitié.** — Service de M. LAIGNEL-LAVASTINE, chargé de cours de clinique médicale.

Tous les jours à 9 h. visite dans les salles. — Lundi, à 11 h. : Critique des observations. — Mardi, à 10 h. : Consultation neurologique. — Mercredi, à 11 h. : Leçon clinique avec présentation de malades. — Jeudi, à 9 h. 30 : Consultation de neurodermatologie et à 10 h. 30: Consultation de psychiatrie infantile. — Vendredi, à 10 h. : Clinique psychiatrique. — Samedi, à 9 h . 30 : Examens endocrino-sympathologiques.

— **Physiologie.** — M. Charles Richet, agrégé de physiologie, commencera, le lundi 10 janvier 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre des Travaux pratiques de physiologie, une série de conférences hebdomadaires qu'il continuera les lundis suivants, à la même heure. Ces conférences porteront sur des questions d'actualités physiologiques.

— **Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.** — M. le professeur Fernand Bezançon a commencé à l'amphithéâtre de la clinique, le 12 novembre, à 10 h. 1/2, son cours et le continue les vendredis suivants à la même heure.

Programme du cours. — L'Œuvre de Laënnec et l'état actuel de nos connaissances en pathologie respiratoire. Tous les mardis, à 10 h. 1/2, au même amphithéâtre, leçon sur les techniques d'exploration des voies respiratoires.

— **Clinique des maladies nerveuses.** — M. le professeur Georges GUILLAIN a commencé son cours de clinique le vendredi 19 novembre, à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 h. (Policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

— **Clinique obstétricale** (Pitié). — M. le professeur Cyrille JEANNIN a repris ses leçons à la clinique obstétricale de la Pitié, et les continue tous les mercredis, à 11 h.

— **Hôtel-Dieu. Clinique médicale.** *Sémiologie et petites opérations médicales.* — Enseignement pratique de séméiologie et de petite chirurgie médicale dans les salles, tous les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, à 9 h., avec l'aide de MM. Dumont, Maréchal et Paul Blum, anciens chefs de clinique ; Tzanck, chef de clinique ; Coury, ancien chef de clinique adjoint ; Fatou et Surmont, chefs de cliniques adjoints ; Pollet, Bouttier, Renault et Rudolf, anciens internes et externes du service.

Les leçons seront complétées par des exercices pratiques individuels aux lits des malades.

I. *Sémiologie pratique.* — Technique générale de l'examen d'un malade et manière de prendre une observation. — Signes physiques, fonctionnels et généraux des maladies. — Maniement des divers appareils d'exploration physique. — Valeur diagnostique des symptômes : les signes pathognomoniques. — Valeur pronostique des symptômes : signes favorables et défavorables. — Symptômes fournis par les différents organes et appareils. Système nerveux. Muscles et os. Peau. Cœur. Appareil circulatoire périphérique. Appareil respiratoire. Tube digestif. Foie et pancréas. Appareil génito-urinaire. Sang. Rate et glandes endocrines. — Physiologie pathologique des signes morbides : leur enchaînement et leur subordination. — Thérapeutique prosymptomatique et antisymptomatique.

II. *Petite chirurgie médicale.* — Saignée. Prise de sang. Transfusion sanguine et réinjection globulaire. — Prise de pression veineuse. — Injections sous-cutanées, intramusculaires et intra-veineuses. — Ponction lombaire Injections épidurales et intrarachidiennes. — Thoracentèse. — Pneumothorax artificiel. — Paracentèse du péricarde. — Ponction d'ascite. — Vaccination. — Hémostase. — Moyens de révulsion.

— **L'accroissement de population de la Côte d'Azur.** — Voici les chiffres du recensement de 1926 dans les principales stations climatiques et touristiques des Alpes-Maritimes :

Antibes 20.456 (en 1921, 12.768). — Vallauris 10.156 (3.935). — Cagnes-sur-Mer 7.499 (5.395). — Cannes 42.427 (30.907). — Le Cannet 6.244 (3.883). — Grasse 19.765 (16.923). — Beausoleil 11.649 (8.315). — Menton 22.604 (18.645). — Roquebrune-Cap-Martin 6.422 (5.318). — Nice 199.954 (173.013). — Beaulieu 2.246 (1.980). — Cap-d'Ail 2.876 (1.964). — Eze 728 (633). — Saint-Jean-Cap-Ferrat 1.631 (1.209). — La Turbie 1.265 (1.027). — Villefranche 5.323 (3.184).

Au total, la population du département s'élève à 435.253 habitants contre 357.759 en 1921, soit en quatre années, une augmentation de 97.494.

— **Petites annonces.** — Notre confrère le *Lyon médical* a découpé les deux annonces suivantes dans le journal le *Petit Marseillais* :

La première : « Entraînement à l'appétit. Bon coup de fourchette, bien élevé, accepte invitations chez personne manquant d'appétit. Entraînement méthodique, résultats merveilleux. Condition essentielle : cuisine au beurre, Kioprès, 58, rue d'Aubagne, au 3e ».

La seconde : « On offre place dans tombeau. Mme P... Grand-Chemin d'Aix ».

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.
R. C. Clermont 4264
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

seils de famille de connaître des plaintes qui pourraient être portées contre les agissements de médecins et de pharmaciens, agissements qui seraient considérés comme coupables par d'autres médecins, ou pharmaciens.

Une telle pratique peut, en effet, être le point de départ de détournement de clientèle : soit que le docteur adresse tous ses clients chez son ami le pharmacien, au détriment de toutes les autres officines, soit que ledit pharmacien fasse une réclame ouverte, pour que les malades, qui viennent dans l'officine, ne s'adressent qu'au médecin, son compère.

Aux Syndicats locaux de faire la police chez eux.

Le point de vue association est tout différent : juridiquement, que vaut le contrat, par lequel un médecin et un pharmacien mettent leur influence en commun, pour diriger les malades vers leur entreprise occulte ?

La jurisprudence a toujours annulé de pareilles sociétés, comme étant contraires à l'article 6 du code civil : « on ne peut déroger, par des conventions particulières, aux lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes mœurs. »

Les tribunaux considèrent comme contraire à l'ordre public et nuisible à la santé publique toute convention médico-pharmaceutique, entachée d'une intention de lucre. (Paris, 27 mai 1852.)

Est nulle la convention par laquelle un médecin s'engage envers un pharmacien, à donner des consultations dans un cabinet, attenant à son officine, où seront immédiatement exécutées ses prescriptions (Paris, 31 mai 1866.)

Nul encore le contrat par lequel le docteur s'oblige à envoyer des clients dans une officine, moyennant une part dans le montant des ordonnances (Trib. commerce Lyon, 19 mars 1904.)

Un arrêt de la cour de Douai, du 17 février 1926, condamne cette association avec les attendus suivants :

« Attendu que le contrat susvisé a pour objet l'exploitation des malades, grâce à une publicité intense et à l'emploi de qualificatifs destinés à impressionner le public ;

« Qu'une telle convention est contraire à l'ordre public ;

« Attendu que l'un des buts du contrat est de faire prescrire par V., docteur en médecine, des produits dénommés « Faird » et « Biorane » ; que ces produits consistent soit en remèdes nouveaux, soit en remèdes désignés sous des noms autres que ceux par lesquels ils sont connus du public ;

« Attendu qu'un contrat entre un pharmacien et un médecin, pour que celui-ci facilite la vente des produits de premier, est entaché de nullité... ».

Légalement, le pharmacien doit être le maître absolu de son officine, qu'il dirige comme bon

lui semble. Mais la loi de Germinal n'a pas prévu les collusions possibles, au détriment de la santé publique.

C'est ce qu'ont essayé de prévoir des propositions et projets de lois. La proposition de loi de MM. Cruppi et Astier, à la Chambre des Députés, celle de MM. Barthe et Lalanne, députés, celle de M. Emile Vincent, ont à peu près la même rédaction ainsi conçue :

« Toute convention d'après laquelle un pharmacien, ou un herboriste assurerait à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme, ou à un vétérinaire, un profit quelconque, dans l'exercice de leur profession, sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique, est prohibée et nulle.

« Tout pharmacien ou herboriste qui aura offert à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme, ou à un vétérinaire, ou tout médecin chirurgien-dentiste, sage-femme, ou vétérinaire qui aura sollicité d'un pharmacien, ou d'un herboriste un profit quelconque sur la vente d'un produit médicamenteux, ou hygiénique, est passible des peines portées à l'article 24 (amende de 250 à 3.000 francs).

« L'accès des diverses sociétés mentionnées dans l'article 11 de la présente loi est formellement interdit aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou vétérinaires exerçant leur profession. »

Certaines de ces propositions de lois vont jusqu'à interdire le cumul de l'exercice simultané des professions de médecin et de pharmacien.

Personnellement, j'estime que celui qui a deux diplômes doit avoir le droit absolu d'exercer deux professions, si bon lui semble. Il ne faut pas constamment suspecter la bonne foi et l'honorabilité des gens et venir prétendre que le médecin, qui exerce simultanément la pharmacie, est incité à abuser de la crédulité du public et à lui refiler des médicaments, dont il n'a pas besoin, dans un seul but de lucre.

Non ! l'honorabilité doit être présumée jusqu'à preuve contraire.

Mais, est déontologiquement répréhensible la pratique par laquelle un médecin adresse tous ses clients chez un seul pharmacien, grâce à des ordonnances rédigées avec des formules et des signes de convention.

Le médecin doit rédiger ses prescriptions magistrales de telle manière que le malade puisse conserver le libre choix absolu de son pharmacien.

Sinon, les confrères pourraient le traduire devant le conseil de famille du syndicat, cependant que les pharmaciens de la localité pourraient lui intenter un procès en détournement indirect de clientèle.

Vainement, le docteur invoquerait-il un contrat d'association, passé entre lui et le phar-

macien : le ministère public serait dans l'obligation de demander au tribunal de décider que pareille convention est entachée de nullité radicale, comme étant contraire à la morale et à la santé publique.

Dr Paul BOUDIN.

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail

Sur l'incapacité résultant de la perte de la vision d'un œil.

Permettez-moi de vous remercier de l'amabilité que vous avez eue de publier dans le no 47 de 1926 du *Concours médical* une analyse de mon étude.

J'ai lu, avec le plus grand intérêt, la critique que vous avez formulée avec tant de courtoisie. Me serait-il permis de vous signaler qu'elle a été envisagée dans mon opuscule, pages 35 et suivantes.

Ce travail date déjà de quelques années et dans mon projet de 1919 j'avais traité, d'une autre manière, cette question de la cécité future, parce que le projet de loi sur les assurances sociales n'était pas encore né. Humainement parlant, j'estime en effet que c'est un très grand malheur que de devenir aveugle et que si le premier œil a été perdu dans un accident du travail, il est juste que l'employeur concoure à la réparation du préjudice final. Mais, je faisais remarquer qu'au point de vue juridique, et au point de vue justice absolue, il était inadmissible que, sous prétexte d'une éventualité qui ne se réalisera peut-être jamais, l'employeur soit toujours tenu de payer une indemnité dont le fondement ne se trouve pas dans les obligations créées par la loi du 9 avril 1898. J'exposais que la justice et l'humanité pourraient être conciliées si le législateur intervenait et décrétait que pour tout œil perdu à la suite d'un accident du travail, l'employeur, ou la Compagnie d'assurances substituée, devrait verser un capital à la Caisse nationale des retraites, correspondant au service d'une rente basée, pour mémoire, par exemple sur 25 % d'incapacité de travail, taux admis pour les blessés de guerre et très généralement adopté par la jurisprudence française à l'heure actuelle. Le blessé, s'il ne subissait aucun préjudice du fait d'une diminution de salaire, ne toucherait pas la rente dont le capital resterait indisponible, pour l'employeur ou l'assureur, jusqu'au décès de l'ouvrier ; au décès, ce capital serait restitué à l'employeur ou à l'assurance, mais les intérêts profiteraient à une caisse spéciale. Dans le cas où la cécité surviendrait à un borgne, en dehors de tout accident du travail, les sommes formées par ces intérêts accumulés serviraient à assurer une indemnité égale aux 2/3 du salaire primitif, comme si la cécité était survenue par le fait, ou à l'occasion du travail.

Le projet de loi sur les assurances sociales m'a paru rendre inutile cette suggestion, et, si je la cite, c'est pour vous montrer que le problème n'était pas resté sans étude, car, si j'estime que l'observation des lois doit être une règle pour tous et que, professionnellement, je dois rappeler ce principe toutes les fois que l'occasion s'en présente, je n'oublie pas non plus que, suivant le proverbe, « *homo sum et nihil humani a me alienum puto* ».

COCRAL.

3016. — Evaluation d'incapacité permanente. Appareils de prothèse.

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner les renseignements suivants :

1° Taux de la diminution de la capacité de travail dans le cas d'une amputation de la cuisse au voisinage immédiat du genou.

2° Les Compagnies d'assurances sont-elles tenues de fournir les appareils de prothèse nécessaires après une amputation ?.

3° Sont-elles tenues de fournir les béquilles nécessaires pour un amputé du membre inférieur avant son appareillage ?

Dr N.

Réponse.

1° L'invalidité résultant de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur peut être évaluée, d'après les indications de l'ouvrage du Dr Mayet, de 65 à 70 %.

2° Sont seuls à la charge du patron les appareils employés dans un but thérapeutique, en vue d'améliorer l'état du blessé ou de hâter sa guérison. Ils constituent alors un accessoire des frais médicaux et pharmaceutiques et sont dus à ce titre pendant la durée de l'incapacité temporaire.

Mais, une fois la consolidation obtenue, le blessé ne peut prétendre qu'à l'allocation d'une rente. Il en résulte que les appareils de prothèse doivent rester à sa charge, quel qu'en soit le prix.

Cette solution, extrêmement rigoureuse pour les blessés, résulte des termes de la loi et d'une jurisprudence constante. A notre avis, elle doit s'appliquer aussi en ce qui concerne les béquilles.

3657. — Visite de contrôle dans les accidents de droit commun.

J'ai été appelé à donner mes soins à une femme qui a été blessée, il y a quelques jours, par un tamponnement d'automobile.

Or, j'ai reçu hier la visite d'un confrère m'informant qu'il avait été chargé par l'assurance de l'automobiliste de contre-visiter la blessée avec moi.

Il me semble que cette contrevisite, décidée de sa propre autorité par un agent d'assurances, pour un

accident de droit commun, est illégale : elle l'est même d'autant plus qu'aucune procédure n'a encore été commencée par la blessée contre l'automobiliste, et que tout s'est borné jusque-là à l'enquête de police.

Néanmoins, comme je ne veux pas me refuser à cette contre-visite sans m'être assuré que j'en ai bien le droit, je vous serais bien obligé de me faire connaître votre avis, si possible par courrier, la contre-visite envisagée ayant été ajournée d'accord avec le confrère désigné jusqu'après votre réponse.

C'est une question de principe qui a besoin d'être bien mise au point, pour l'avenir.

Dr B.

Réponse.

Aucune disposition légale ne donne le droit aux Compagnies d'assurances de faire contre-visiter les blessés, lorsqu'il s'agit d'accidents de droit commun. Par conséquent, les blessés peuvent interdire l'accès de leur domicile aux médecins des Compagnies et refuser de se laisser examiner par eux.

Cependant, à moins que le blessé n'ait des motifs personnels pour refuser la contre-visite, nous estimons qu'en fait, son intérêt est de l'accepter, à la condition, bien entendu, que son médecin traitant soit présent et puisse l'assister. En effet, les deux médecins, en examinant ensemble le blessé, peuvent arriver à se mettre d'accord pour apprécier les conséquences de l'accident et aboutir ainsi à un règlement rapide de l'indemnité, tandis qu'en cas de refus de la contre-visite, l'assurance peut toujours refuser de payer et laisser le blessé introduire une instance. Dans ce cas, le Tribunal est presque toujours forcé de recourir à une expertise médicale (qui présente pour le blessé les mêmes inconvénients que la contre-visite en présence de son médecin traitant) qui retarde la solution du litige et augmente considérablement les frais.

3558. — Accident survenu en dehors du lieu du travail.

Un ouvrier de sucrerie fait une chute de bicyclette pour laquelle je suis appelé à lui donner mes soins ; cette chute a lieu entre le moment où il quitte le chantier et celui où il rejoint son domicile distant de 6 kilomètres.

Qui est responsable de l'accident ?

Dr B.

Réponse.

En principe, la responsabilité de l'employeur, en vertu de la loi du 9 avril 1898, ne court que du moment où l'employé s'est mis à la disposition de son patron et a effectivement pris possession de son service. En conséquence, un accident ne peut être considéré comme survenu par le fait ou à l'occasion du travail lorsqu'il est arrivé avant que l'ouvrier, qui en a été la victime, soit

parvenu sur le lieu du travail ou *après qu'il s'en est éloigné* (Douai, 25 nov. 1902, D.P. 1904-2-95 ; Civ. 3 mars 1903, D.P. 1903-1-273.)

Il résulte de cette jurisprudence que, dans le cas d'espèce, le patron ne peut être considéré comme responsable de l'accident.

Fiscalité

2970. — Calcul de l'impôt sur les bénéfices professionnels. Taxe civique.

Veuillez, je vous prie, trouver ci-inclus ma feuille d'impôts, arrivée récemment et que je vous prie de vouloir bien contrôler, ne sachant comment le calcul a été fait.

1° Impôts sur les revenus :

J'ai déclaré en mars dernier :

Revenus bruts	24 500 fr.
Dépenses prof.	14.300 fr.
Revenus nets	10.200 fr.

J'ai un enfant.

D'où vient le chiffre de 11.650 qui figure sur la feuille du percepteur ?

Au reçu de ma déclaration, le contrôleur n'a fait que me demander le détail de mes dépenses professionnelles, mais n'a pas parlé du chiffre de revenu.

2° Taxe civique :

Sur la feuille de l'impôt cédulaire on me porte :

D'après un revenu de 9.000 fr. .... 60 fr

Sur la feuille des contributions on me porte, d'autre part : taxe civique .... 40 fr.

Doit-elle figurer deux fois cette taxe et pourquoi cette différence de 40 et 60 fr. ?

En un mot, veuillez, je vous prie, contrôler mes feuilles et me dire si ces chiffres correspondent au calcul qui s'impose par les déclarations que j'ai faites.

Dr Y.

Réponse.

1° Il est à présumer que le contrôleur n'a pas accepté ou a réduit certaines de vos dépenses professionnelles. Lui seul, évidemment, peut vous donner des précisions à ce sujet.

Sur le bénéfice de 11.650 fr., l'impôt est exactement calculé.

2° La taxe civique n'est due qu'une fois, voyez le contrôleur ou adressez-lui les deux avertissements en lui demandant le *dégrèvement de la* taxe de 40 francs.

A. M.

3009. — Impôt sur les automobiles.

En ma qualité de membre du *Concours médical* et du « Sou », je vous prierai de vouloir bien me faire connaître la somme que je dois payer trimestriellement pour mes deux autos : 1 Zèbre, 5 chevaux ; 1 Clément, 10 chevaux.

Pour le 3e trimestre, j'avais payé 195 et pour le 4e j'ai payé 293 fr., je ne croyais pas que l'augmentation soit si forte. Dans le cas où j'aurais payé en trop, à qui devrais-je réclamer pour me faire rembourser ?

Dr G.

Réponse.

La taxe est annuellement de 360 fr. pour une voiture de 5 CV et de 810 fr. pour une voiture de 10 CV, soit au total 1170 fr., dont un quart pour un trimestre égale 292 fr. 50.

A. M.

Application du Tarif Durafour

I

3442. — Injections antitétaniques répétées.

Je soigne actuellement un tétanique, auquel je fais 100 cc. de sérum par jour : 50 cc. le matin et 50 cc. l'après-midi. Dois-je compter une injection à chaque visite. J'ai lu, dans le *Concours* il y a plusieurs mois que pareil fait était arrivé à un confrère, et vous aviez répondu que le cas n'était pas encore tranché définitivement. Le serait-il maintenant ? Il me semblerait logique de compter, à chaque visite, une injection ; mais la logique n'a pas toujours force de loi.

Dr B.

Réponse.

Il y eut là un cas de force majeure à de multiples injections et vous avez à les compter chaque fois que vous avez dû en faire une. Il n'en serait pas de même si vous en aviez fait *une seule en deux ou plusieurs fois*, en cas de crainte de phénomènes d'anaphylaxie.

F.D.

II

3393. — Fracture du fémur avec réfection d'appareil contentif.

J'ai donné mes soins dernièrement à un ouvrier, victime d'un accident du travail, qui était atteint de fracture du fémur.

Après un appareil immédiat, provisoire, j'ai appliqué le lendemain un appareil à extension continue à diachylon, genre Tillaux.

Au cours du traitement, j'ai été obligé de renouveler complètement cet appareil, trois fois. Je vois au tarif actuel : réduction et contention d'une fracture du fémur : 150 francs.

1° En général, dans vos réponses aux renseignements demandés au sujet des fractures, vous parlez d'appareils plâtrés. Puis-je, pour un appareil de Tillaux, demander aussi 150 francs ?

2° Dois-je demander, puisque j'ai fait 3 appareils, 3 fois 150 francs, soit : 450 francs

Dr S.

Réponse.

a) Le texte du tarif est formel : « Réduction et *contention* (quel que soit le mode de conten-

tion) d'une fracture du fémur : 150 francs ». C'est ce que vous avez à compter.

b) Mais ne comptez pas x fois « réduction et contention », parce que vous avez refait votre appareil contentif x fois. Il s'agit toujours de la *même* « réduction et contention » d'une *unique* fracture. Il n'y a à cela qu'une exception, lorsqu'il y a « répétition d'appareils plâtrés ou silicatés des grands segments de membre » (article 18, *in fine*). En ce cas, on alloue — non pas à nouveau le prix de réduction et contention — mais 50 francs pour l'action matérielle de refaire un plâtre ou un silicate. Et ceci n'est plus de votre cas d'appareil Tillaux.

F.D.

III

3482. — Déplacements du blessé.

Auriez-vous l'obligeance de me donner votre opinion dans l'affaire suivante dont l'analogue s'est certainement souvent présentée. Mais je ne suis installé que depuis un an et ne lis que depuis un an le *Concours*.

Je fais à un accidenté du travail (entorse du poignet que j'ai pu croire un instant lésion plus grave du carpe) 4 visites à 6 km. 5 de chez moi. J'envoie à la Cie d'assurance P. une note de 92 fr. 90 (2 certificats initiaux à 5 fr.). La Cie me fait remettre par son agent une quittance de 45 fr. Je la refuse et réclame ; elle m'accorde 5 francs de plus pour le 2e certificat, mais persiste à refuser l'indemnité kilométrique, arguant que le blessé devait se déplacer. Je fais valoir qu'il me paraît difficile d'obliger un blessé, même léger, à faire 13 km. pour se présenter au médecin le plus proche et qu'au reste aucune Cie d'assurance, ni service officiel ne m'ont fait jusqu'ici de remarque de cet ordre.

Dois-je laisser les choses en l'état, dois-je poursuivre ? Je disais dans ma première réclamation à la Cie qu'au cas de refus de payement j'en référerais au « Sou » et qu'en attendant je ne remettrais à tout nouveau blessé qu'un certificat médical et me ferais payer par l'employeur contre reçu l'indemnité kilométrique toutes les fois qu'on m'appellerait auprès d'un blessé qui aurait pu se déplacer pour venir me voir ?

Dr D.

Réponse.

L'article 2 est formel : « Les visites faites au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation, *sans inconvénient pour sa santé*, donnent lieu aux indemnités de déplacement suivantes... ». *A priori*, une entorse du poignet n'empêche pas le déplacement d'un blessé. Vous ne pouvez donc réclamer des indemnités de déplacement pour vous que dans le cas de *raisons valables* démontrant qu'il y avait « inconvénient pour la santé » du blessé dans un déplacement de celui-ci.

F.D.

Baux et locations.

3528. — Prorogation de bail.

J'ai renouvelé en 1910, aux conditions d'avant-guerre, un bail de 9 ans, résiliable à mon gré tous les 3 ans, pour l'immeuble à destination mixte (logement et cabinet médical), dans une localité de 1500 habitants.

Le propriétaire peut-il refuser de conclure un nouveau bail, même comportant l'augmentation légale de 115 %, sous le prétexte qu'il désire occuper cet immeuble (qui ne lui est d'ailleurs pas nécessaire). Ou bien le principe de la propriété commerciale et professionnelle peut-il jouer à mon profit, et ne peut-il occuper cet immeuble qu'à la condition de m'en procurer un équivalent, ce qui lui est d'ailleurs impossible ?

Dr X.

Réponse.

La loi sur la propriété commerciale ne concerne que les locaux affectés à un usage commercial ou industriel, mais non pas ceux qui servent à l'exercice d'une profession libérale. Par conséquent, il vous est impossible de demander à votre propriétaire un renouvellement de bail en vertu de cette loi.

Mais, par contre, si la loi du 1er avril 1926 sur les loyers est applicable dans votre commune, vous devez bénéficier d'une prorogation nouvelle jusqu'au 1er avril 1931, sans même avoir besoin de la demander et votre propriétaire ne peut prétendre reprendre la maison pour son usage personnel, le droit de reprise étant limité aux locaux servant *exclusivement* à l'habitation. En échange de la prorogation, vous auriez à supporter une augmentation de loyer de 125 % sur le loyer d'avant-guerre, plus les majorations de charges (dans lesquelles ne doit pas être compris l'impôt foncier).

La loi du 1er avril est applicable dans les communes de 4.000 habitants, dans celles qui se trouvent distantes de moins de 5 kilomètres d'une ville de 10.000 habitants et dans celles dont la population a augmenté de 5 % au moins entre les deux derniers recensements.

Au cas où votre commune ne rentrerait pas dans l'une quelconque de ces catégories, ne pouvant invoquer le bénéfice ni de la loi sur la propriété commerciale ni de la loi du 1er avril 1926, vous seriez placé dès à présent sous l'empire du droit commun et vous ne pourriez contraindre votre propriétaire à vous accorder un nouveau bail.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page* 3226-IV)

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

Membres du Concours exerçant dans les stations hivernales

Nous rappelons à nos adhérents qu'il y a lieu de nous informer chaque année de leur désir de voir figurer leur nom sur cette liste.

MM. les docteurs :

Alger : Picard.

Amélie-les-Bains Dr Alardo, J. Bouix.

Arcachon : Jean Doche.

Arguel (Doubs) : H. et J. Bon.

Bandol : Charmot (*Maison de cure hélio-marine*) Marçon

Beaulieu-sur-Mer : Bertier, Ricoux, S. de Rouville.

Beausoleil : Audoly, Gaveau, Pizard.

Biarritz : Clavel Pierre.

Cambo-les-Bains A. Camino, Colbert, Hamant, J. Trotot.

Cannes : Abadie. Bayle, Caruette, Fournier, Kent-Gazet, Makereel, Verdalle.

Cap d'Ail : Lyons.

Carnac-Plage. E. St-Martin.

Cassis-sur-Mer : Agostini.

Chambon-de-Tence (Le) : Riou.

Chamonix. Dr de Chabanolle, J. C. Fisher.

Fréjus : Turcan.

Grasse : Bossuet, Perrimond.

Hyères : Clément, Minelle Pierrugues, Verrier

Juan-les-Pins-Antibes : Claudel (chir.), M. Lapy, Stef.

La Seyne : Grandjean J. M. Jaubert.

Menton : Camaret, P. de Langenhagen, Paul Ray.

Monte-Carlo : S. Vivant

Nice : Ardoin, Bassargette (*v. ur.*), Bernard (Claude), Bernardbeig, Gauvin, Chatenoud, Auguste Colin, Constant, Daniel Delocque-Foucaud, Dormoy, Drapier, Gaudichon (*oto-laryng.*) Gazzola, Gruzu, Guerry, G. Henry (*Rayons X*), Kent-Monnet, Kolbé, Larue, Lictard, Malaussène (*Pneumo. artif.*), Nafilyan, Piettri, Potheau (E.), Rouvière, Sineau (*acc.*), Vizerie.

Oran : Paire, Maupetit.

Pau : Bajac, Carcy, Cornet, Lisle (*Ophtalm.*)

St-Gervais-les-Bains : Roux.

St-Raphaël-Valescure : Caldaguès, Théo Roux, Vadon.

Toulon : P. Kagi (*oto-rhino*) Pignet (*urol. derm.*)

Vernet-les-Bains : Dr Ponson.

Villefranche-sur-Mer : Alfonsi-Baud.

AVIS

I

Transfert des Bureaux du *Concours Médical*

Nous informons nos lecteurs qu'à dater du 1er *janvier* 1927, les Bureaux du *Concours Médical* seront transférés **37, rue de Bellefond, Paris, 9e.**

II

Renouvellement des Abonnements

Envoi des Cotisations

En raison des *frais considérables* qu'entraînent actuellement les recouvrements, nos abonnés ont tout intérêt à nous adresser leur réabonnement (45 fr.) par virement postal ou chèque postal au nom du *Concours Médical*, compte Chèques postaux : Paris 167-95.

Pour les mêmes raisons, les membres du *Sou Médical* et de la *Mutualité familiale*, sont priés d'envoyer, au commencement de Janvier, **leurs cotisations** pour 1927.

Chèques postaux :

Sou Médical : 181.31

Mutualité familiale : Paris 181.32

III

Agenda Memento du Praticien

L'édition 1927 vient de paraître et l'expédition qui a eu lieu par poste recommandée est terminée. Les souscripteurs doivent donc avoir satisfaction à l'heure actuelle.

Nous disposons encore de quelques volumes et nous informons nos lecteurs qui auraient omis de souscrire, que nous sommes à leur disposition pour leur envoyer l'Agenda Memento du Praticien, en versant immédiatement la somme de 23 fr. à notre compte de chèques postaux : *Concours Médical* Paris 167-95.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris* 167-95.

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 590. — Dr Mollin, à Port-à-Binson (Marne) off. à conf. champagne 1er cru proven. exclus. des récoltes de ses vignes de Cumières (près Ay et Epernay). Lui écr. direct.

N° 591. — Conf. dés. céder meubles et bibel. anciens. S'ad. Salvy, 63, rue Lauriston (Etoile).

N° 592. — Dr d'Etat cherche occup. médic. Aider. dans clin. chirurg. ou de radiol.

N° 593. — Demois. 40 a., bonne fam. accompagnerait dame ou jeune fille station therm. ou climat.

N° 594. — On offre à méd. spéc., radiolog. excepté, cab. et récept. dans hôtel part.

N° 595. — Rayons ultra-violets, appar. portat. pour tous courants 110 volts à vendre d'urg. Benoit, 31, rue Lafayette, Paris.

N° 596. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéf., prix à débatt. avec facilités. Long bail. S'ad. Me Péladé, notaire à Berck-Plage.

N° 597. — Dr 40 ans, anc. int. des hôp. de Paris, cherche situat. dans pet. ville province, minim. 60.000, et mais. conf. Discrt. promise.

N° 598. — Unic, 10 CV., C. I. Weymann très bon état, 9.000 km. Ecr. V. Borrien, 39, rue Boissy-d'Anglas, Paris (8e).

N° 599. — A vend. beau meuble à transform. : lit, divan, biblioth., 4.500 frs.

N° 600. — Cause double empl. à vend. Renault 10 CV, cond. int. 5 pl., revis, et remise à neuf, fr. AV, amort Houd., Dr Baud, à Salins-les-Bains (Jura).

N° 601. — Ardennes, s.-préf., poste rapp. 80.000 prouvés, pet. ray. et belle mais. indép. Prix 30.000 à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 602. — Banl. imméd., grande clin. parf. install. méd. génér., pet, chir., qq. A. T., d'un rapp. de 60.000 fr. A céder avec cab. dent. import. en pleine marche. Ind. à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 603. — 20 min. de Paris, exc. banl., cab. anc., aff. 100.000, méd. gén. accouch. Belle mais. au centre de la ville, tout conf. Ind. 100.000, dont 75.000 compt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 604. — A louer ds le 5e arrond., gr. locaux industriels très clairs, partie découverte, pouvant convenir à l'exploit. de spécial. pharmaceut.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Nécrologie.** — Nous avons le très grand regret d'annoncer la mort de M. Bandelac de Pariente, père de notre distingué confrère le Dr Bandelac de Pariente, directeur de l'UMFIA, membre correspondant de l'Académie de médecine de Madrid.

Nous exprimons au Dr Bandelac de Pariente nos bien vives et bien sympathiques condoléances.

— **Académie de médecine.** *Election.* — M. Georges Brouardel est élu membre titulaire de l'Académie pour la troisième section (hygiène).

— **Académie de médecine.** *Un don du professeur W. S. Thayer, de Baltimore.* — Le Dr William Sydney Thayer, professeur à l'Université Johns Hopkins, vient d'offrir à l'Académie de médecine trois lettres autographes de Laënnec, à l'occasion du centenaire de l'illustre inventeur de l'auscultation. M. Léon Bernard, en remettant ces lettres, souligne la délicate attention du savant professeur américain, grand ami de la France, qui a toujours pratiqué et défendu dans son pays les principes de la clinique française.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — Sont proposés, après concours, comme chefs de clinique titulaires et comme chefs de clinique adjoints :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu : MM. Fatou, Surmont, Bouttier, titulaires ; M. Pollet, adjoint ;

Cochin : MM. Hillman, Bash, de Brun, titulaires ; Beaujon : M. Marchal, adjoint ; Saint-Antoine : M. Weissmann, titulaire.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu : MM. Welti, Breton, adjoints ; Cochin : MM. Lascombe, Godard, titulaires ; Salpêtrière : M. Thalheimer, titulaire ; Vaugirard : M. Chastang, titulaire ; M. Ameline, adjoint.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-larxngologie (Lariboisière) : M. Carréga, titulaire ; M. Harburger, adjoint ; Maladies nerveuses (Salpêtrière) : MM. Péron et Thévenard, titulaires ; Maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Baruk et Lamache, titulaires ; Maladies cutanées (Saint-Louis) : MM. Terris, Rimé, et Lelèvre, titulaires ; Maladies infectieuses (Claude-Bernard) : M. Joannon, titulaire ; M. Coste, adjoint ; Première enfance (Enfants-Assistés) : MM. Debray, Chevalley, Broca (R.), titulaires ; Médicale infantile (Enfants-Malades) : M. Boulanger-Pilet, titulaire ; M. Lebée, adjoint.

Fondation de la Ville de Paris. — Gynécologique (Broca) : MM. Papillon et Walther, titulaires ; Chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : M. Aurousseau titulaire ; Propédeutique (Charité), MM. Durand et Grelety-Bosviel, titulaires.

Fondation du duc de Loubat. — Thérapeutique (Pitié) : MM. Giroux et Théodoresco, titulaires.

— **Hôpital Saint-Louis.** — Tous les mercredis, à la policlinique Alibert, dans le service de M. Lortat-Jacob, petite chirurgie dermatologique ; cryothérapie et applications du froid aux traitements dermatologiques ; électrolyse ; technique des biopsies en dermatologie.

— **Tunis.** — Une place d'*interne* est actuellement vacante à l'hôpital Sadiki. Avantages : logement, chauffage, blanchissage, traitement de 7.500 à 9.000 fr. Conditions : 16 inscriptions au moins, engagement minimum d'un an.

L'Académie de médecine de Lima a célébré le 27 octobre dernier, dans une séance solennelle, le centenaire de la mort de Pinel.

Maison départementale de Nanterre. *Concours d'internat.* — Le concours s'est terminé par l'ordre de présentation suivant : MM. Di Ruggiero, Rouzaud, Bourgeois, Lemaire, Langumier, Sigaud, Vernotte, Baissette, Crochet.

— L'Assemblée générale annuelle du Syndicat des médecins-directeurs de Maisons de santé privées aura lieu à Paris, à l'Hôtel du Palais d'Orsay, le jeudi 23 décembre, à 5 heures du soir.

L'ordre du jour est particulièrement intéressant et tous les adhérents sont instamment invités à assister à la réunion où des décisions importantes devront être prises. Un dîner confraternel à l'Hôtel du Palais d'Orsay terminera la soirée.

Les médecins-directeurs de maisons de santé privées qui, à cette occasion, désireraient s'affilier au Syndicat, sont priés d'écrire au président : Dr Hervé, sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher).

A TRAVERS L'OFFICIEL

30 *novembre.*

Eaux minérales.

Décret du 25 novembre 1926 rendant applicable à l'Indochine le décret du 12 janvier 1922 sur la vente des eaux naturelles et artificielles et des eaux de boisson.

1er *décembre.*

Asiles publics d'aliénés

M. le Dr Le Grand a été nommé médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement de M. le Dr Adam, appelé à un autre emploi.

M. le Dr Dedieu-Anglade a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le Dr Jourdran, appelé à un autre emploi.

4 *décembre.*

Assistance publique

Décret du 14 novembre 1926, modifiant la périodicité des sessions du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Art. 1er. — L'article 6 du décret du 28 février 1919 est modifié comme suit :

« Le conseil tient chaque année au moins une session ordinaire dont la date est fixée par arrêté ministériel entre le dernier mercredi de janvier et le dernier mercredi de juin. Des sessions extraordinaires peuvent avoir lieu sur convocation du ministre. »

Art. 2. — Le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

UNION DES SYNDICATS

Assemblée Générale des 2, 3 et 4 décembre 1926.

Ont été élus membres du *Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats médicaux* :

Drs PRIOLO,
GAUSSEL,
JAYLE,
PAMART,
DECOURT,
DOREL,
DUVERNOY,
CLAVELIER,
BRICKA,
GRUZU,
LECAT,
LELONG,
LESCARRET,

Drs MARCHAIS
RINUY,
SIMONIN,
FRANÇOIS,
LENGLET,
LONGUET,
CHAPON,
PIERSON,
GUY,
BOBIN,
PETIT,
JOLICŒUR,
GISS.

VARIÉTÉS

Le foie dans le traitement de l'ophtalmie deux millénaires avant notre ère.

L'opothérapie est aussi vieille que le monde ; parmi les écrits de l'antiquité qui en parlent, le papyrus de Kahoun est un des plus anciens. Ce papyrus, de l'époque de la XIIe dynastie pharaonique égyptienne, c'est-à-dire entre 2000 et 1800 avant J.-C., trouvé dans les fouilles de Kahoun (dans le Fayoum) et étudié par Flinders Petrie, parle déjà d'ingestion de foie cru d'âne dans le traitement de l'ophtalmie.

Dans ce document sont décrits fort judicieusement la métrite et le syndrome utérin ; il y est même parlé de maux d'yeux causés par des écoulements vaginaux.

Voici la traduction d'une partie du texte : « Remède pour la femme qui souffre des yeux presque à n'en point voir et à ressentir des douleurs dans le cou. Dis à cela : *Ce sont des rejets de la vulve qui affectent ses yeux.* Fais-lui pour cela une fumigation d'encens et d'huile fraîche, et fumige-lui la vulve avec ; fumige-lui les yeux avec les pattes de guépier, puis *tu lui feras manger le foie cru d'un âne* . »

Il semble bien qu'il s'agisse là de conjonctivite blennorragique avec occlusion des paupières et douleurs du cou consécutives aux efforts pour ouvrir les yeux.

La blennorragie est connue depuis fort longtemps ; dans le § XV du *Lévitique*, il en est longuement parlé et le mot « gonorrhée » est déjà écrit dans la version grecque des Septante.

Le papyrus de Kahoun nous prouve aussi qu'à cette époque, si le médecin égyptien était spécialisé dans le traitement d'un seul organe, il n'ignorait pas certains éléments de pathologie générale.

Dr P. Noury, de Rouen.

CORRESPONDANCE

Accidents

3674. — Accident survenu dans le trajet accompli par l'ouvrier pour se rendre à son travail.

Un ouvrier se rend à son travail, à bicyclette. En route, il fut heurté par un autre bicycliste, tomba sur le sol et se fractura le col du fémur.

Y a-t-il accident du travail ? Evidemment non puisque l'ouvrier ne travaillait pas. Mais l'accident est arrivé à l'occasion du travail ! La responsabilité de l'employeur est-elle engagée et par suite celle de la Compagnie d'assurances substituée au patron ?

Ou bien est-ce là un accident de droit commun et l'ouvrier n'a-t-il de recours que contre l'auteur de l'accident.

La question étant d'ordre général, je vous serais reconnaissant si vous vouliez bie n avoir l'obligeance de me renseigner dans les demi-colonnes du *Concours médical*.

Dr T.

Réponse.

Pour que la responsabilité du chef d'entreprise soit engagée, aux termes de la loi du 9 avril 1898, il faut qu'au moment de l'accident, l'ouvrier se soit trouvé placé sous la direction et la surveillance de son patron.

Appliquant ces principes, la jurisprudence décide que le patron ne peut être rendu responsable de l'accident dont son ouvrier est victime pendant le trajet de son domicile au lieu de son travail ou *vice-versa*.

Il n'est donc pas douteux que, dans l'affaire que vous nous soumettez, l'ouvrier est privé de tout recours contre son patron.

L'accident reste donc un accident de droit commun et il appartiendra au blessé, pour pouvoir obtenir une indemnité, de démontrer la faute du cycliste qui est entré en collision avec lui, conformément aux règles du Code civil.

3758. — Accident survenu pendant un battage.

D. cultivateur, assuré à l'A. a une domestique, bonne à tout faire. Arrive dans la ferme une batteuse à vapeur avec chauffeur et engreneur.

D. fournit et paye le reste du personnel tant que dure le battage : sa domestique y est employée, s'y blesse au doigt : piqûre de chardon suivie de panaris ; elle me prie de la soigner. L'agent d'assurance du cultivateur D. renvoie la blessée au patron de la batteuse. Ce dernier se récuse : il n'occupe et n'assure que chauffeur et engreneur.

A qui adresser ma note ? A la blessée indigente, inscrite à l'A. M. G. ou à son patron ?

Dr L.

Réponse.

Il n'est pas douteux que, dans cette affaire, l'entrepreneur de battage doit être mis hors de cause, pour la double raison que la blessée n'était pas à son service et que l'accident n'est pas dû au fonctionnement de la machine à battre.

D'autre part, en vertu de la loi du 15 décembre 1922 (accidents agricoles) ou de la loi du 2 août 1923 (accidents gens de maison), le cultivateur est responsable de l'accident dont sa domestique a été victime dans son travail.

Par conséquent, c'est le cultivateur ou son assurance qui doivent vous payer.

Voir la suite page LV-3279

CHANGEMENT D'ADRESSE

Par suite d'agrandissements nécessités par l'extension de ses services, les bureaux du *Concours* et le siège de ses Œuvres filiales

SERONT TRANSFÉRÉS

A PARTIR DU 1er JANVIER 1927

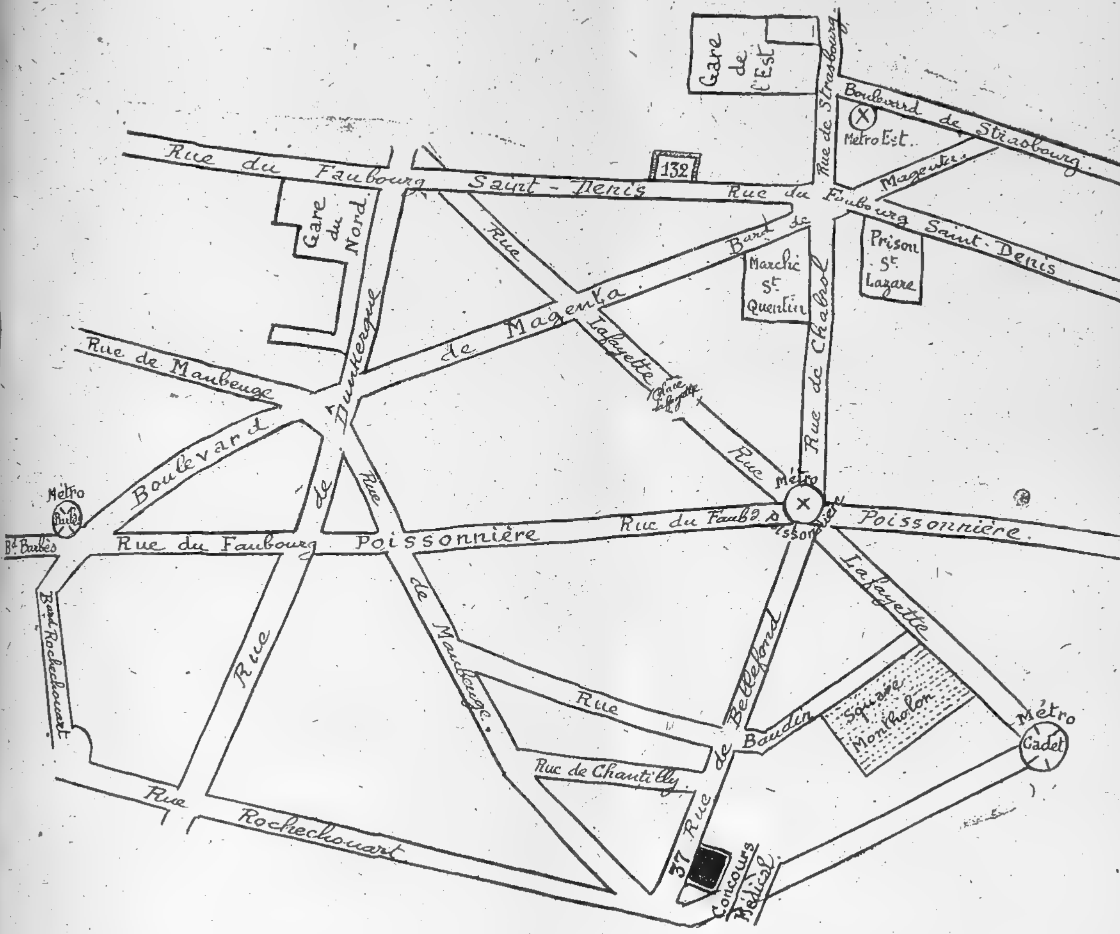
37, Rue de BELLEFOND, PARIS (9e) (Côté rue Maubeuge)

à 10 minutes, vers l'Opéra, de notre Siège Social actuel.

Notre numéro d'appel téléphonique sera : TRUDAINE : 29-25.

Nos nouveaux locaux seront très accessibles, parce que **centraux et** desservis par diverses lignes d'autobus et de tramways, et stations de Métro.

Ci-dessous le plan qui pourra guider nos visiteurs, et la désignation des moyens de locomotion qui nous desserviront.



Moyens de Locomotion pour se rendre au Concours Médical.

TRAMWAYS

21*A* Le Raincy-Opéra.
21*B* Pavillons-sous-Bois-Opéra.
21*C* Noisy-le-Sec-Pantin-Opéra.
21*D* Bobigny-Pantin-Opéra.
26 Montrouge-St-Augustin-Mairie XV
28 Montrouge-St-Augustin Gare du Nord.
48 Saint-Denis (barrage)-Opéra.
49 Aubervilliers (Mairie)-Opéra.
52 Le Bourget-Opéra.
55 Saint-Ouen (Mairie)-Opéra.

AUTOBUS

B. Trocadéro-Gare de l'Est.
A. G. Gare du Nord-Champ-de-Mars.
V. Bd. Pasteur-Gare du Nord.
J. Porte de Clignancourt-Place Saint-Michel.
T. et T *bis* Rue de Patay-Square Montholon.

MÉTRO

Stations : Poissonnière et Cadet.

PROPOS DU JOUR

Les médecins civils aux Colonies.

Quelques renseignements sur la médecine civile aux Colonies. Médecins français civils et coloniaux. Médecins indigènes. En quoi la médecine aux colonies peut-elle intéresser le corps médical français ? Deux exemples qui contrastent : La Nouvelle-Calédonie et Tahiti. Nécessité de se grouper et de s'unir.

La question des médecins civils aux Colonies, question qui ne cesse de nous préoccuper, a pour le Corps médicl français une réelle importance.

Dans la dernière édition de *Medicus* (1), nous trouvons des renseignements très complets sur le service de santé des Colonies, son organisation, son inspection générale.

L'éditeur de *Medicus* qui a eu le souci de renseigner le plus exactement possible ses lecteurs, ce dont nous ne saurions trop le féliciter, a obtenu du Conseil supérieur de santé des Colonies l'autorisation de reproduire une partie d'un très intéressant mémoire sur *les services d'hygiène publique dans les Colonies françaises*, rédigé pour la Section d'hygiène du Secrétariat de la Société des Nations par M. le médecin principal S. Abbatucci. Nous ne saurions reproduire ici tous les détails donnés sur les organisations sanitaires dispersées dans notre immense domaine colonial et nous engageons ceux de nos lecteurs qui voudraient des précisions sur ces points, à consulter *Medicus* ; nous nous bornerons à reproduire le *tableau récapitulatif du personnel participant à l'exécution des services de l'Assistance aux Colonies* :

Voici ce tableau qui mérite d'être médité :

1. *Personnel européen.*

Médecins civils fonctionnaires	187
» civils non fonctionnaires	114
» coloniaux	311
Pharmaciens civils fonctionnaires	2
» civils non fonctionnaires	105
» coloniaux	29
Infirmiers civils	66
» coloniaux	172
Infirmières civiles	64
» coloniales	41
Sages-femmes	5

(1) MÉDICUS : Guide annuaire du Corps médical français, édition de 1927. A. Rouzaud, édit., 41, rue des Ecoles, à Paris, pages 91 et suivantes.

2. *Personnel indigène.*

Médecins	461
Pharmaciens	36
Sages-femmes	500
Infirmiers civils	1.994
» coloniaux	459
Infirmières	366
Vaccinateurs	78
Atoxylisateurs (Afrique Equatoriale)	81
Gardes sanitaires	210

De l'examen de ce tableau, il résulte que 301 médecins civils français et 311 médecins coloniaux soit 612 médecins français assurent les services d'assistance aux Colonies et, si l'on y ajoute 461 médecins indigènes, cela porte 1.073 médecins l'effectif médical colonial total. Ce chiffre est suffisant pour attirer toute notre attention.

Ces chiffres sont des chiffres minima, car il est certain qu'il existe encore dans les villes de nos Colonies un certain nombre de médecins qui n'assurent pas les services d'assistance.

Nous relevons dans ce tableau 461 médecins indigènes ; or, l'Ecole de Médecine de Pondichéry qui fut fondée en 1863, celle de Hanoï, créée en 1902 et transformée en 1921 en Ecole de plein exercice, celle de Tananarive à Madagascar qui a déjà 30 ans d'existence, et enfin celle de Dakar, la plus récente, qui fut créée il y a 8 ans, déversent tous les ans dans nos diverses colonies un certain nombre de médecins indigènes et certains de ces derniers (l'Ecole d'Hanoï étant devenue une Ecole française de plein exercice) ne tarderont pas à être pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine français.

Nous ne parlons pas de la Faculté de Médecine de Beyrouth qui est considérée depuis de longues années comme une Faculté française et *Medicus* nous laisse entrevoir « la création à la Martinique d'une Ecole préparatoire de Médecine des Antilles, destinée à faciliter l'accès des études médicales aux jeunes gens dont un grand nombre (51 pour 1924) viennent suivre à titre de boursiers, les cours des facultés de la Métropole ».

Comme le nombre des étudiants dans nos Facultés et Ecoles de médecine de France augmente sans cesse, nous ne pouvons, nous, médecins de France, nous désintéresser des situations faites à nos confrères aux Colonies qui, d'ailleurs, ont besoin de leurs services. Nous savons qu'il en sera pour eux comme pour les médecins militaires ; si la situation qui leur est faite dans nos possessions d'outre-mer n'est pas suffisante, ils l'abandonneront à la première occasion et viendront exercer en France avec l'espoir de s'en créer une meilleure, grossissant d'un nombre relativement considérable un corps médical déjà excessif et qui a peine à gagner sa vie.

Nos lecteurs comprendront pourquoi nous nous intéressons aux médecins de nos colonies.

C'est d'abord parce que la prospérité de notre empire colonial tient avant tout à la bonne organisation des services sanitaires et prophylactiques ; c'est, en second lieu, parce que les intérêts de nos confrères médecins civils aux Colonies ont besoin d'être défendus et que nous ne pouvons pas négliger de leur donner notre appui ; c'est enfin dans le but d'assurer aux médecins français en surnombre des postes avantageux et parer dans une certaine mesure à la pléthore du Corps médical.

***

Or, les choses se passent très diversement dans nos colonies, même dans des colonies pouvant être comparées et situées dans la même partie du monde. Prenons, comme exemple, Tahiti et la Nouvelle Calédonie, sur lesquelles nous avons des renseignements précis.

En *Nouvelle-Calédonie*, la population, si nous en croyons certaine discussion au Conseil général de la Colonie, a, dans ces dernières années réclamé des médecins civils et n'a pu en obtenir parce que les situations faites à ces médecins sont manifestement insuffisantes. L'Administration s'acharne à réclamer le concours de médecins de l'armée coloniale qui viennent y assurer des services *civils* et faire de la clientèle *civile*, ce qui aggrave encore la situation des médecins civils et empêche de nouveaux médecins *civils* de venir. Comme les médecins de l'armée coloniale ne sont pas maintenus longtemps à leur poste, il y a des changements fréquents, onéreux pour l'Etat, et qui empêchent tout progrès méthodique et régulier dans l'organisation sanitaire de la Colonie. Nous avons publié, il y a quelques années, des détails écœurants sur la lèpre et la léproserie à la Nouvelle-Calédonie ; nous avons, il y a quelques mois, reproduit le tableau désolant de l'hygiène, pardon, de l'absence absolue d'hygiène à Nouméa ; nous avons indiqué dans quel état de délabrement se trouve l'hôpital de cette ville, et dans le *Bulletin du Commerce de la Nouvelle-Calédonie et des Nouvelles-Hébrides du 25 août* 1925, nous lisons un compte rendu de la deuxième séance du Conseil général du 19 août, où un conseiller, M. Unguer, se plaint que « l'hôpital est tenu d'une façon déplorable (*sic*), pas de médecin la nuit, on y est mal soigné, c'est honteux (*sic*). Si une épidémie éclate dans quelle situation la population sera placée ? » Le Secrétaire général répond qu' « il croit qu'en faisant miroiter les avantages et les à-côté de la situation, on pourrait susciter des candidatures » et le Président dit qu' « il y aurait lieu d'envisager l'insertion de tracts dans la presse et dans les Facultés ». L'on va même, avec une certaine inconscience, jusqu'à réclamer l'emploi des médecins russes actuellement disponibles en France.

Le même numéro du journal calédonien nous fait en même temps la description navrante d'une épidémie de grippe à Maré (îles Loyalty).

Or, voici l'état exact des postes de médecins de colonisation en Nouvelle-Calédonie.

Il existe *dix* postes de médecins de colonisation, deux rapportent 40.000 à 50.000 francs par an tout compris (clientèle de Sociétés minières, soldes et indemnités comprises). Ces deux postes sont occupés par deux médecins principaux du cadre qui atteignent ce chiffre grâce à leur solde qui est la plus élevée et cela après 15 et 20 ans de séjour dans la Colonie.

Un débutant, avec 15.000 francs de solde ne pourrait atteindre que 30.000 à 40.000 francs, tout au plus.

Le poste des îles Loyalty, ceux de la Côte-Est et celui du Nord (Ouégoa) ne laissent à leur titulaire que leur maigre solde de début, car la clientèle peut être considérée comme inexistante, ne couvrant qu'avec peine les frais de déplacement.

En Nouvelle-Calédonie, si les renseignements que nous avons sont exacts, il y a sur 10 postes de médecins de Colonisation : deux bons postes (Gomen et Koué) ; deux médiocres (Le Foa et Bourail) ; cinq mauvais et même très mauvais (Côte Est et Loyalty) ; un tout spécial à la Société Le Nickel, assuré par un médecin de l'armée coloniale.

Nous ne parlons pas de Nouméa où les médecins civils concurrencés par les médecins de l'armée coloniale qui occupent tous les postes offi-

ciels de quelque importance ne sauraient parvenir à se faire une clientèle.

Voilà la situation médicale de la Nouvelle-Calédonie.

***

Cette situation ne pourrait-elle pas être améliorée ? Nous croyons que cela serait possible, puisque cette amélioration a été réalisée à Tahiti.

Voici à ce sujet la note que vient de nous adresser notre distingué confrère de Papeete, le Dr Sasportas :

Les médecins civils à Tahiti

Le bien fondé de notre appel et l'appui que nous a apporté sans hésitation et dès la première heure, le *Concours médical*, en faveur du Groupement des Médecins civils exerçant aux Colonies, n'ont pas manqué de nous valoir au premier courrier un certain nombre d'adhésions empressées.

Nous voudrions aujourd'hui faire connaître à nos confrères, que la chose pourrait intéresser, une heureuse modification apportée à Tahiti dans le statut des médecins, et nous nous excusons par avance auprès du docteur Noir, notre aimable rédacteur en chef, de la place que nous occuperons dans les colonnes du *Concours* auquel « rien de ce qui a trait à la profession médicale ne saurait rester étranger. »

Par arrêté du 10 août 1926, le gouverneur des Etablissements français de l'Océanie, vient, en effet, de créer un cadre des médecins civils chargés d'assurer dans l'ensemble de la Colonie, le service médical sous l'autorité du Gouverneur.

La hiérarchie et le traitement de présence du personnel de ce service sont fixés ainsi qu'il suit :

Médecin de 3e classe	12.000 fr.
Médecin de 2e classe	14.000 »
Médecin de 1re classe	16.000 »
Médecin hors classe	18.000 »

Il faut ajouter à ces chiffres :

1° Le supplément colonial déterminé par le décret du 11 septembre 1920, et égal au 7/10es de la solde de présence, soit pour chacune des classes : 8.400, 9.800, 11.200 et 12.600.

2° L'indemnité de zone à 7 fr. 50 par jour.

3° L'indemnité mensuelle pour charges de famille de 40 fr. par enfant ;

4° L'augmentation récente de 12 % sur la totalité des sommes touchées.

Les médecins du Service local sont nommés par le Gouverneur. Ils doivent être français, titulaires du diplôme de docteur en médecine, être âgés de 35 ans au plus.

L'avancement est donné au choix après trois ans de services effectifs dans la classe inférieure, et après avis d'une commission de classement composée de trois membres, présidée par le Secrétaire général, et dont fait partie le chef du service de santé, et le médecin du service local le plus gradé ou le plus ancien dans le grade.

Dans certains archipels, les fonctions d'administrateurs peuvent être confiées à des médecins du service local. Dans ce cas, ils reçoivent une allocation mensuelle de 6.000 francs pour indemnité de fonctions et de représentation.

Pour le traitement dans les hôpitaux, les passages et les frais de route les médecins du service local sont classés à la 2e catégorie, mais ils voyagent toujours en 1re classe sur les paquebots.

Ils peuvent prétendre à congé dans les conditions réglementaires applicables aux fonctionnaires des cadres coloniaux, soit à congé administratif après 5 ans de séjour dans la colonie, soit à congé de convalescence après décision du Conseil de Santé de la Colonie.

Le personnel des médecins du cadre local est soumis pour la retraite au régime institué par le décret du 10 septembre 1915 applicable à l'ensemble du personnel des cadres locaux.

Les postes prévus dans les établissements français de l'Océanie sont les suivants :

A Papeete: médecin traitant à l'hôpital (pourvu).

Chef du Service d'hygiène et de prophylaxie publiques (pourvu).

A Taravao (Tahiti), médecin de l'assistance médicale indigène chargé d'un dispensaire antivénérien (pourvu jusqu'en 1927).

Dans les Archipels :

Iles sous le Vent : le poste vacant depuis six mois va être pourvu sous peu d'un titulaire militaire. Il sera vacant en 1929.

Iles Marquises : le poste sera vacant en 1927.

Iles Tuamotus : vacant actuellement.

Iles Gambier (médecin-administrateur) vacant actuellement.

Nous nous tenons à la disposition de nos confrères pour tout renseignement complémentaire qu'ils pourraient désirer.

Dr L. SASPORTAS
(de Papeete).

* * *

Nous sommes convaincus que l'entente des médecins civils de Tahiti dont le Dr Sasportas a pris l'initiative, leur a permis de faire comprendre au Gouverneur de la Colonie, la nécessité d'améliorer leur situation.

De l'exposé que nous venons de faire nous concluons qu'il est indispensable aux médecins civils des Colonies de se grouper, de se fédérer, pour se renseigner mutuellement, pour éclairer les administrations locales et l'administration centrale, pour agir au besoin auprès du Gouvernement et du Parlement. Ce n'est que par l'Union et la solidarité qu'ils parviendront à améliorer leur situation, ce que nous leur souhaitons de tout cœur.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

PSYCHOSES MIXTES OU ASSOCIÉES

(Syndrome interprétatif. Automatisme mental et encéphalite léthargique).

Par le professeur Henri Claude,

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Paris.

(Leçon recueillie par le Dr Gilbert Robin, chef de clinique).

On entend généralement par le terme de psychoses associées, des états morbides dans lesquels la psychopathie, au lieu d'être tout par elle-même, n'est plus qu'un syndrome lié à un autre état dont elle dépend. C'est du moins la définition que leur donne à peu près Régis. Rogues de Fursac réserve ce nom aux psychoses qui sont associées à des lésions organiques. Pour Régis, elles sont le résultat de la combinaison d'une des psychoses classiques en psychiatrie (mélancolie, confusion mentale, délire, etc.), et surtout d'une psychopathie à base ordinairement toxique ou causée par un processus déterminé de l'organisme. Aussi les variétés multiples de psychopathies sont-elles soumises à quelques types fondamentaux dont toutes les autres ne sont que des dérivées et dans lesquelles le rôle prépondérant appartient à l'intoxication.

Mais, dans la description de Régis, il ne s'agit que des états psychopathiques toxiques ou d'origine organique. Or, dans la réalité, il existe des psychoses mixtes dans lesquelles on voit évoluer simultanément des troubles répondant à un état constitutionnel et des troubles, qui eux alors sont surajoutés, d'origine organique.

Dans certains cas, l'interprétation est très difficile et il est parfois délicat de dire si l'on a affaire à deux affections évoluant côte à côte ou à un mélange dans lequel l'une des deux est prépondérante et ne se complique que des éléments de la seconde. Un premier exemple va nous montrer combien il est parfois malaisé de trancher.

***

Mme Céline P., âgée de 53 ans, est entrée une première fois à la clinique, le 27 mai 1923, pour des « idées délirantes de persécution évoluant depuis six mois. Interprétations morbides, la police la surveille, la suit, les journaux font des allusions, l'appellent la Polonaise. A la Sorbonne, où elle va suivre des cours, elle a entendu des propos qu'elle avait tenus. Pas de troubles psychosensoriels manifestes, ni de prise de la pensée. Excitation psychique. Loquacité. Insomnie. Turbulence nocturne. Appels anxieux. Arrêtée dans la rue pour gesticulation et scandale. Vie solitaire depuis 15 ans ». (Docteur Heuyer).

Nous la trouvions euphorique, optimiste, parlant avec hauteur de ses heureuses spéculations à la Bourse, nous racontant qu'elle est surveillée par la police, que pendant la guerre, en 1918, elle a été envoyée à Saint-Lazare pendant quinze jours, pour avoir tenu des propos défaitistes, témoignant de fausses reconnaissances. Elle entend dire par les fournisseurs qu'elle est suspecte, qu'on la surveille. On fait des signes. La police parle sans rien dire. Au ciel elle déchiffre dans le mot « Citroën » tracé par un avion, un anagramme qui indique son nom. Le mécanisme interprétatif de ces idées délirantes n'est pas douteux.

En présence de son hypermnésie, de sa logorrhée, de ses associations d'idées rapides, avec des idées délirantes mal systématisées, nous pensions sans doute à une disposition paranoïaque constitutionnelle, mais surtout à un syndrome maniaque donnant lieu à des phénomènes d'intermittence dans les idées délirantes.

Sortie en 1923, elle mène pendant un certain temps une existence paisible jusqu'à la moitié du mois de mai 1926, où elle recommence à s'exciter et fait du scandale dans sa maison. Elle est internée à nouveau le 10 juin 1926 à la suite d'une protestation au commissariat contre la police (toujours la police). Toutes ses persécutions se rattachent, à son avis, au défaitisme de 1918. La police parle par image et agit par suggestions. Dans les journaux ce ne sont qu'allusions, ressemblances, analogies. « Si elle ne sort pas elle est tout de même embêtée ».

Elle gesticule, se montre enjouée, familière, parfois caustique. Un accès de pleurs succédant à des rires montre la mobilité de son humeur.

C'est une femme sans grande instruction qui avoue avoir toujours été une persécutée. Elle ne

cache pas qu'elle est orgueilleuse, se montre fière d'avoir fait sa situation toute seule en jouant à la bourse.

Depuis un divorce prononcé à ses torts, alors qu'elle avait 35 ans, pour des raisons inconnues de nous, elle vit seule, se contentant de peu, suivant des cours à la Sorbonne, au collège de France, à Sainte-Anne, hantant les bibliothèques, voyageant à l'étranger, bref témoignant d'une instabilité, d'un déséquilibre psychique évident. Cependant pas de troubles nets avant 1923, à moins que sa condamnation de 1918 pour défaitisme ne témoigne qu'à ce moment des éléments délirants étaient déjà en formation.

De sorte que, en dehors d'un léger appoint toxique dû à quelques excès d'alcool et de café, l'hésitation ne manque pas de se faire entre l'hypothèse soit de deux états évoluant côte à côte, délire de persécution et périodicité maniaque, soit d'un délire d'interprétation paranoïaque avec recrudescence périodique sous forme de bouffées délirantes. Toutefois si l'alacrité, la logorrhée, l'instabilité, l'insociabilité, la curiosité débordante et brouillonne de cette autodidacte donnent les apparences d'un *syndrome d'excitation maniaque*, en réalité ce syndrome d'hyperactivité polymorphe et variable, se surajoute à certaines périodes à un délire d'interprétation chez une femme à forte constitution paranoïaque.

***

Le cas du deuxième malade est plus intéressant parce que plus rarement observé en clinique, mais offre moins d'incertitude quant à l'interprétation qu'on en peut avoir.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, expéditionnaire à la Préfecture de la Seine, ayant toujours été tâtillon, « maniaque », bizarre, un peu méfiant. Il a travaillé pendant 20 ans dans la fourrure. Marié, sa femme l'a quitté au bout d'un an de mariage puis est revenue et l'a de nouveau quitté en 1925. Il a un fils âgé de 17 ans, une fille de 8 ans.

En 1914, pendant la guerre, il a eu une commotion par explosion de mines. Il est resté troublé, se plaignant de céphalée, de bourdonnements, ayant de la difficulté à parler, des troubles légers de la vue.

En 1918, il contracte l'encéphalite léthargique (fièvre élevée, diplopie, léthargie pendant 20 jours). Il garde de cette affection une latéropulsion gauche, des tremblements prédominant du côté gauche, surtout au membre supérieur bien que le membre inférieur soit animé d'un léger mouvement de pédale. Il a été soigné à la Salpêtrière.

Il peut retravailler, il est chef-pelletier dans la fourrure aux Galeries Lafayette. Parce que peut-être il était déjà devenu plus méfiant et ne s'entendait guère avec ses collègues, mais surtout pour une crise passagère d'hémianopsie droite survenue brusquement, il est remercié et trouve un emploi à la Préfecture de la Seine comme expéditionnaire. Il contrôlait les coupons de la Ville de Paris quand ils revenaient du guichetier; et les perforait une deuxième fois. Ceux non perforés par le guichetier, il les lui renvoyait. Comme il y en avait beaucoup c'est lui qui les perforait une deuxième fois. Là est le « début des histoires », dit-il. Il suppose qu'en faisant cela il contrariait leurs desseins.

Il avait commencé par vérifier des rôles. Mais il se fit un ennemi du chef de bureau qui lui conseillait de faire faire un travail supplémentaire par un autre et de partager avec lui l'indemnité. Il refuse. Il tient, dit-il, pour la loyauté. Il est trop honnête, on l'a renvoyé à l'hôtel-de-ville, aux coupons.

Il a raconté aux collègues ce qui lui était arrivé. Son jugement était fait sur les fonctionnaires.

Au service des coupons on lui reproche de contrôler. Il retorque que ne pas les perforer deux fois, c'est risquer de toucher deux fois, ce qui fait « trinquer les petits ». Réformateur, il veut le bien-être des humbles.

Ses collègues le tiennent pour un grincheux. On parle de le signaler. On n'agissait pas loyalement. On a dû le faire suivre. Il remarquait des regards en-dessous, une méfiance générale. On l'a pris pour un mouchard, pour un espion. On faisait silence dès qu'il entrait dans une pièce. Il a entendu le mot : salaud, cochon.

Une fois en allant à Nogent, il a trouvé un employé sur son passage. Interpellé, l'autre ne s'est pas retourné. Il voulait sans doute savoir ce qu'il faisait.

« J'étais peut-être filé ». On a su le lendemain d'un versement au parti communiste qu'il était allé voir le parti.

Il a entendu dans la rue par trois fois : il est allé rue Cadet.

On l'épiait dans sa maison. On disait : « Il met ses chaussettes sales sur la table. Il donne des œufs à sa fille, etc. »

On faisait *résonner* son appartement. On entendait peut-être sa voix à distance ». On a répété chez lui les actes qu'il faisait.

On agissait par magnétisme (picotements électriques, T. S. F.).

On a essayé de capter sa volonté. Il a entendu dire: « Il faut se débarrasser de cet homme ».

Aussi a-t-il porté plainte au procureur de la République, a-t-il fait analyser son eau de boisson, a-t-il exigé des audiences en vue de sauver les finances du pays tant et si bien qu'il a été interné le 5 juin 1926, non sans avoir essayé de faire mettre son fils dans une maison de correction pour un motif futile. Sa femme qui est épileptique l'a quitté depuis deux ans, en raison de sa méfiance, de ses troubles de l'humeur avec irritabilité, violences par intervalles.

Du reste, voici, résumant le tableau clinique, le certificat rédigé par le Dr de Clérambault :

« Troubles psychiques multiformes, probablement suite d'encéphalite épidémique. Troubles diffus de l'humeur, tendances récriminatrices et réformatrices, interprétativité. Paresthésies intenses avec idées

de persécution. Peut être début d'automatisme mental. Querelles familiales, irascibilité, brouille avec sa femme et violence sur son fils, la part faite dans l'un et l'autre cas aux griefs légitimes. Dénonciations répétées contre ses collègues au sujet de fraudes supposées dans le paiement de certains coupons ; lettres à diverses autorités, zèle réformateur conforme, dit-il, à son tour d'esprit habituel. Machinations prêtées à ses chefs et collègues. Conduction d'eau empoisonnée, compteur à gaz changé et défectueux. Intention de le supprimer énoncée à haute voix devant lui. Courants électriques lancés par des voisins électriciens, perceptibles surtout par temps orageux et perçus par sa fillette même. Air comprimé lancé aussi par des voisins. Peut-être T.S.F. comme moyen de transmission. Commentaires sur les actes peut-être réitérés (réticence, peut-être épisodique) (illusions auditives). Plaintes à la salubrité au sujet de l'eau, analyses, surveillance des voisins, reproches à ces voisins, etc. Rixe avec son fils (17 ans) qu'il déclare pervers, indiscipliné et instable. Débilité mentale. Apparences d'affaiblissement. Syndrome parkinsonnien depuis 2 ans 1/2. E. E. il y a 8 ans ».

En effet, au point de vue physique, on remarque un syndrome de Parkinson fruste avec facies figé, inexpressif, tremblements surtout du côté gauche, attitude soudée, raideur, les réflexes rotuliens vifs, etc.

En somme, nous sommes en présence d'un débile psychique qui présente un délire d'interprétation en voie de systématisation et qui a de plus un syndrome de Parkinson. Or, les troubles délirants sont récents et s'ils ne sont que l'exagération de tendances latentes, du moins, ils ont fait leur apparition depuis l'E. E. Nous savons que le syndrome de Parkinson modifie la personnalité. Des états psychopathiques divers et notamment des délires à évolution chronique s'installent souvent à sa suite. Petit et Truelle, qui ont bien étudié les symptômes psychopathiques liés à l'E. E., ont décrit à côté des syndromes confusionnel, dépressif et maniaque, le syndrome délirant. Dans ce dernier, on voit des psychoses aiguës, d'origine nettement toxi-infectieuse, avec agitation, onirisme, etc. D'autres sont constituées par un ensemble d'idées délirantes plus ou moins systématisées analogues aux syndromes rencontrés dans les délires interprétatifs. On a noté des psychoses hallucinatoires chroniques, des psychoses paranoïdes (observations de Cruchet, de Sanctis, Plateau, H. Roger). Parmi ces syndromes délirants, du type hallucinatoire, interprétatif et quérulent, les uns décrits par Cruchet, P. Kahn, marquent la phase de début de l'E. E., les autres apparaissent à une période plus ou moins éloignée de la maladie. Abadie et de Teyssieu, Briand et Rouquier, H. Claude, Cruchet, Hesnard en ont rapporté des observations. Ce sont en général des délires à teinte dépressive marqués par des idées mélancoliques, hypochondriaques. Parfois enfin, on observe de pures cénestopathies, Petit, Briand et Rouquier ont isnsisté sur le caractère à éclipses de certaines manifestations délirantes.

***

La connaissance de ces psychoses mixtes ou associées n'est pas sans intérêt au point de vue du pronostic et partant au point de vue paratique. Si, chez la première malade, la superposition d'une poussée d'excitation maniaque à des idées délirantes persistantes ne conduit pas à un pronostic fâcheux et permet au contraire d'espérer une amélioration comme elle eut lieu une première fois, chez le deuxième malade, on peut parler d'un état chronique, non pas parce qu'il existe simplement l'état délirant d'un débile psychique, mais parce que nous sommes en présence d'une psychose encéphalitique, en rapport avec une symptomatologie organique d'une évolution en général fâcheuse. Ces vues n'auront peut-être pas été inutiles, d'une part pour rappeler un de ces cas de psychoses liés à l'E. E., d'autre part, pour montrer que l'analyse clinique permet de voir clair dans ces psychoses en apparence complexes, dites mixtes ou associées.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

(HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES)

M. le professeur NOBÉCOURT.

Sur une fille atteinte de sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies (*Suite*) (1).

Etiologie et traitement (2).

Samedi dernier, je vous ai présenté une fille de 13 ans et demi atteinte de sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies, je vous ai rapporté l'observation analogue d'une autre enfant de même âge que nous avons soignée l'année dernière.

A propos de ces malades, j'ai décrit trois types anatomo-cliniques : les *scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies*, les *scléroses pleuro-pulmonaires avec symphyse pleurale*, les *formes mixtes* ou *combinées*.

Je n'ai pas abordé l'étiologie. C'est elle que je désire étudier aujourd'hui.

***

Les scléroses broncho-pulmonaires et pleuro-pulmonaires sont l'aboutissement de processus infectieux de longue durée. On trouve à leur origine des infections causées soit par des germes banaux, soit par le bacille de Koch, soit par l'agent encore inconnu de la maladie de Bouillaud, soit enfin par le *Treponema pallidum* de la syphilis.

***

Etudions d'abord les infections par les GERMES BANAUX.

Ils interviennent en réalisant des *broncho-pneumonies* et des *pleurésies*.

Les *scléroses broncho-pulmonaires* avec bronchectasies sont l'aboutissement de *broncho-pneumonies*. Après une phase aiguë et une phase subaiguë, la broncho-pneumonie prend l'allure chronique ; dans cette phase chronique **s'installe** la sclérose.

Ces scléroses se constituent en général pendant la moyenne enfance, c'est-à-dire de 2 à 6 ans.

Elles ont une évolution insidieuse, pendant des années. On les retrouve pendant la grande enfance et même au-delà.

Elles succèdent surtout aux broncho-pneumonies graves de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe, quelquefois de la scarlatine ou de la fièvre typhoïde, et même à celles que provoquent des corps étrangers des bronches. La flore bactérienne de ces broncho-pneumonies est mal connue ; elle est variée et on rencontre les streptocoques, les pneumo-bacilles de Friedlander, le bacille de Pfeiffer. Il s'agit de broncho-pneumonies à noyaux disséminés, rarement à frorme pseudo-lobaire. Les lésions siègent sur la bronche sus-lobulaire, la bronche intra-lobulaire et les alvéoles voisins ; elles constituent le nodule péri-bronchique et consistent notamment dans une infiltration interstitielle de leucocytes, qui peut aboutir à la formation d'un abcès péri-bronchique. On conçoit facilement qu'à la longue, une **transformation** scléreuse se **réalise**, non seulement dans la paroi bronchique, mais **aussi** dans la zone lobulaire péri-bronchique. Si le malade tousse beaucoup, comme dans les broncho-pneumonies de la derougeole, de la coqueluche, de la grippe, l'action mécanique de la toux contribue à dilater la bronche, dont la paroi est affaiblie par suite des lésions. En même temps, il n'est pas rare de trouver des réactions pleurales, qui sont en général assez discrètes, mais peuvent réaliser des adhérences.

La sclérose broncho-pulmonaire, n'est pas, en général, très marquée. Quand elle atteint une grande importance, on est conduit à se demander si des facteurs adjuvants ne favorisent pas cette évolution. Ces facteurs sont de deux ordres.

D'une part, ce sont des facteurs qui entretiennent des *infections du rhino-pharynx* et provoquent des bronchites à répétition ; elles sont liées à l'*hypertrophie chronique du tissu lymphoïde* du pharynx, aux végétations adénoïdes, aux grosses amygdales ou à la pharyngite granuleuse.

Assez souvent, on note la coïncidence d'*adénopathies trachéo-bronchiques* tuberculeuses ou même simples. En comprimant une bronche, le ganglion entraîne la stase des sécrétions et l'atélectasie pulmonaire. En comprimant les veines pulmonaires, il détermine la stase, la congestion passive du poumon. En comprimant ou altérant soit le nerf pneumogastrique, qui innerve la paroi des bronches, soit le sympathique, qui règle la vascularisation du poumon, il entraîne des troubles divers qui peuvent favoriser la sclérose.

---

(1) V. *Concours médical*, n° 49, 5 Xbre 1926.

(2) Leçon du 5 juin 1926, recueillie par le Dr LAPORTE et revue par le Professeur.

Je ne m'arrête pas sur leur rôle, que j'ai exposé, le 14 mai 1924, dans une leçon sur les *adénopathies trachéo-bronchiques et les infections des voies respiratoires intriquées*, reproduite dans mon livre de *Clinique médicale des enfants*.

D'autre part, ce sont des facteurs qui modifient le terrain des affections générales.

Le *rachitisme* joue un rôle, parce que les côtes sont molles et se laissent facilement déprimer, le thorax est déformé ; en outre, les petits rachitiques ont souvent de l'hypertrophie du tissu lymphoïde, cause d'infections à répétition.

Je parlerai tout à l'heure de la syphilis congénitale.

Les *pleurésies purulentes* sont causes de *scléroses pleuro-pulmonaires* et de *symphyses pleurales*. Celles-ci s'installent surtout dans les pleurésies longues, traînantes, graves, qu'on ait ouvert ou non la paroi thoracique, que l'enfant ait eu ou non des vomiques. Elles dépendent en outre de la nature des germes causes de la pleurésie.

Il y a d'abord les *pleurésies à pneumocoques*.

Les réactions pleurales sont fréquentes au cours des pneumonies et des broncho-pneumonies.

Au cours de la pneumonie, il se forme presque toujours une pellicule ou une membrane fibrineuse sur la plèvre parenchymateuse. Si on ponctionne systématiquement la plèvre, on trouve du liquide séro-fibrineux, quelquefois du liquide puriforme, beaucoup plus rarement un liquide vraiment purulent. Ces réactions parapneumoniques sont généralement amicrobiennes et passagères ; il est rare de voir une sclérose pleuro-pulmonaire, une symphyse pleurale leur succéder.

Il n'en est pas de même dans les broncho-pneumonies à pneumocoques, qu'on voit surtout chez les jeunes enfants. Alors la plèvre est souvent envahie par les germes ; les pleurésies para-broncho-pneumoniques sont suppurées. L'enfant meurt souvent ; s'il survit, l'infection traîne pendant longtemps et on peut voir s'installer une sclérose pleuro-pulmonaire.

Mais ces scléroses se voient plutôt à la suite des pleurésies post-pneumoniques ou des pleurésies à pneumocoques dites primitives surtout quand la pleurésie se prolonge ou récidive, quand il s'agit de ces *pleurésies purulentes pneumococciques prolongées* dont j'ai parlé dans une leçon publiée par *La Pédiatrie pratique* du 5 mai 1924.

Plus sclérosantes encore que les pleurésies à pneumocoque sont les *pleurésies purulentes à streptocoques*. Celles-ci sont souvent rapidement graves. Cependant, il n'est pas rare qu'elles se prolongent, prennent une allure subaiguë et aboutissent à de grosses scléroses pleuro-pulmonaires.

Mais les pleurésies purulentes les plus sclérosantes, sont les *pleurésies tuberculeuses*.

***

Chez l'adulte, le BACILLE DE KOCH joue un rôle important dans la production des scléroses pulmonaires. Dans certaines formes de tuberculose pulmonaire, l'association de la sclérose, de bronchectasies, d'emphysème, de symphyse pleurale, réalise la *phtisie fibreuse*.

Cette phtisie fibreuse ne se rencontre guère chez l'enfant, bien qu'on puisse rencontrer des scléroses plus ou moins étendues autour des lésions tuberculeuses, même chez des nourrissons.

Mais chez l'enfant, le bacille de Koch est surtout responsable de scléroses pleuro-pulmonaires, aboutissement parfois de pleurésies purulentes à bacilles de Koch, plus habituellement de pleuro-tuberculoses séro-fibrineuses ou de syndromes de congestion pleuro-pulmonaire attribuables au bacille de Koch.

La *pleurésie purulente à bacilles de Koch* s'observe de loin en loin. Elle peut entraîner la mort en quelques mois, par cachexie. Parfois, elle se termine par la guérison. Celle-ci se produit avec le développement d'une sclérose pleuro-pulmonaire très importante. Ce fait se comprend aisément, si l'on songe aux lésions pleurales, dans cette pleurésie : la plèvre pariétale et la plèvre parenchymateuse sont remplacées par une couche de tissu caséeux, qui repose sur une couche de tissu fibreux très épaisse, qui pénètre plus ou moins profondément dans l'épaisseur du poumon.

Nous avons eu l'occasion de soigner une fillette atteinte de pleurésie purulente tuberculeuse et d'assister, pendant les deux ans où nous l'avons suivie, à la constitution d'une sclérose pleuro-pulmonaire avec symphyse pleurale. Je l'ai présentée dans une leçon consacrée à l'étude des *pleurésies purulentes tuberculeuses chez les enfants*, reproduite dans *La Pédiatrie pratique* du 5 janvier 1924. Elle est entrée dans le service à l'âge de 6 ans et demi. Après plusieurs ponctions nécessitées par l'abondance du liquide qui se reproduisait rapidement, une fistule s'est ouverte spontanément. Plus tard, est survenue une scarlatine qui a entraîné une surinfection à streptocoques, il a fallu pratiquer une pleurotomie avec résection costale. Finalement, l'enfant a guéri avec une grosse déformation de la paroi thoracique due à une sclérose pleuro-pulmonaire avec symphyse pleurale. A 8 ans et demi, j'ai pu la présenter, avec M. Pichon, à la *Société de Pédiatrie* du 26 janvier 1925, comme un exemple de guérison de la pleurésie purulente tuberculeuse.

La pleurésie purulente tuberculeuse n'intervient cependant que d'une façon assez exceptionnelle dans la genèse des scléroses pleuro-pulmonaires. Si les scléroses pleuro-pulmonaires d'origine tuberculeuse sont assez communes chez les enfants, c'est parce qu'elles peuvent être réali-

sées par la pleuro-tuberculose séro-fibrineuse à allure subaiguë, traînante, et par les syndromes de congestion pleuro-pulmonaire tuberculeuse ; ceux-ci ne sont pas toujours très intenses ; ils peuvent passer inaperçus ; ainsi s'expliquent certaines scléroses dont on ne trouve pas la cause dans le passé de l'enfant.

On pensait autrefois que, dans les pleurésies séro-fibrineuses, la plèvre était lésée la première et que l'inflammation se propageait de la plèvre à la corticalité pulmonaire, d'où la conception de la *sclérose pleuro-pulmonaire d'origine pleurale* adoptée par Charcot dans sa classification classique. A l'heure actuelle, on admet que le bacille de Koch se localise simultanément dans la plèvre et dans la corticalité pulmonaire. La pleurésie est, en réalité, une *cortico-pleurite*, pour employer une expression qui a fait fortune.

La clinique montre bien le rôle de l'inflammation pulmonaire dans la pleurésie, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte. D'une façon presque constante chez l'enfant, on constate, en effet, au début de la pleurésie, un syndrome de congestion pleuro-pulmonaire. Ce syndrome est le même que celui de la congestion pleuro-pulmonaire qui n'aboutit pas à la véritable pleurésie séro-fibrineuse.

Si donc, ultérieurement, une sclérose pleuro-pulmonaire se développe, ce n'est pas parce que l'inflammation se propage de la plèvre au poumon, c'est parce qu'elle atteint simultanément la plèvre et le poumon ou, d'abord le poumon et ensuite la plèvre.

Il est facile de comprendre pourquoi le bacille de Koch, qui ne réalise pas facilement la sclérose quand il cause la tuberculose pulmonaire caséeuse, la réalise dans ces formes pleuro-pulmonaires. Il arrive, en effet, dans la corticalité pulmonaire et dans la plèvre en petit nombre, il y détermine des réactions inflammatoires d'allure banale, mais celles-ci sont persistantes et aboutissent à la sclérose.

La tuberculose est une cause importante des scléroses pleuro-pulmonaires avec symphyse pleurale ; celles-ci se rencontrent soit chez des enfants qui ne sont pas atteints d'une tuberculose pulmonaire cliniquement appréciable, soit au cours de cette dernière. Assez souvent, il est impossible de réaliser le pneumothorax thérapeutique parce qu'il existe une symphyse pleurale. Dans ma leçon du 24 mai 1924 sur la *symphyse pleurale* et le *traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax thérapeutique*, publiée par le *Concours médical* du 25 anvier 1925, j'ai rapporté trois cas de ce genre.

Une fille de 13 ans est atteinte d'une péricardite avec épanchement séro-fibrineux ; on retire 700 cmc. par ponction. D'autre part, elle présente à droite des signes cavitaires, sans cavernes pulmonaires, signes attribuables à une pleurésie séro-fibrineuse ; deux ponctions retirent de la plèvre 900 et 800 cmc. A la suite de la seconde, nous voulons insuffler de l'air dans la plèvre. L'insufflation démontre l'existence d'une symphyse pleurale étendue, sauf au niveau de la base gauche, où siège l'épanchement.

Un garçon de 15 ans et demi présente des signes cavitaires du poumon gauche ; il a des bacilles de Koch dans les crachats. Il est impossible de réaliser le pneumothorax thérapeutique, à cause d'une symphyse pleurale étendue ; c'est tout au plus si on peut injecter 150 cmc. de gaz.

Une fille de 15 ans est atteinte d'une péritonite fibro-caséeuse et de lésions tuberculeuses discrètes du poumon gauche ; on constate des bacilles de Koch dans les crachats. Il est impossible de pratiquer la pneumothorax à cause d'une symphyse pleurale.

Ces trois malades présentent cette particularité intéressante, que la syphilis n'a pu être décelée, ni dans le passé familial, ni dans leur histoire, ni par l'examen clinique. Le Bordet-Wassermann était négatif. Il s'agit donc bien de processus attribuables à la seule tuberculose.

***

Je dois vous dire un mot des scléroses attribuables à l'agent encore inconnu de la MALADIE DE BOUILLAUD.

Il détermine des poussées fluxionnaires passagères, au niveau des articulations, de l'endocarde, du péricarde, des poumons et de la plèvre. Mais souvent aussi il entraîne des processus tenaces qui aboutissent à la sclérose. Vous savez avec quelle fréquence on observe des endocardites chroniques, des péricardites chroniques avec symphyse, attribuables à la maladie de Bouillaud.

Ne parlons que des poumons et des plèvres.

Souvent, au cours de l'attaque aiguë de rhumatisme articulaire, se montrent des syndromes passagers de congestion pulmonaire ou pleuro-pulmonaire, surtout quand il existe une localisation endocardique et péricardique.

Au cours des cardiopathies à évolution subaiguë, des endo-myo-péricardites subaiguës, assez souvent on observe des syndromes de congestion pleuro-pulmonaire et des épanchements pleuraux qui prennent une allure traînante ; à la longue le liquide finit par se résorber. Quand on a l'occasion de pratiquer l'autopsie, on trouve, en même temps qu'une symphyse péricardique et une médiastinite plus ou moins étendue, une symphyse pleurale et de la sclérose pleuro-pulmonaire.

Il y a souvent de la congestion œdémateuse du poumon, de la bronchite, des foyers de broncho-pneumonie, lésions dues aux infections secondaires. Mais, c'est bien l'agent de la maladie de Bouillaud qui peut être tenu pour responsable des altérations pleuro-pulmonaires.

***

Il me reste à parler du rôle du TRÉPONÈME DE LA SYPHILIS dans la production des scléroses des bronches, du poumon et de la plèvre.

Chez l'adulte, la syphilis acquise a une action manifeste ; il en est de même, chez l'enfant, pour la syphilis congénitale.

Il convient de considérer, d'une part, la *syphilis du fœtus et du nouveau-né*, d'autre part, la *syphilis de la moyenne et de la grande enfances*.

La *syphilis du fœtus et du nouveau-né* est la plus anciennement connue ; on en décrit deux formes principales, la *pneumonie blanche* et la *dilatation des bronches*.

La *pneumonie blanche*, déjà décrite par Wirchow, a été surtout étudiée par Lorain et Robin. A l'autopsie d'un mort-né ou d'un bébé qui n'a vécu que quelques heures, on trouve, au microscope, un épaississement des cloisons interacineuses, péri-alvéolaires, périlobulaires, péribronchiques, constitué par un tissu fibroïde et des cellules rondes ; un épaississement des artères, surtout par périartérite. En outre, les alvéoles pulmonaires sont soit rétrécis, soit dilatés ; ils contiennent des cellules épithéliales cubiques, des lymphocytes et des polynucléaires.

Les lésions se présentent sous des aspects variables. D'après la prédominance de telle ou telle lésion, on décrit une forme œdémateuse, une forme desquamative, une forme interstitielle, c'est-à-dire à sclérose débutante. On peut concevoir que, si l'enfant survivait assez longtemps, une sclérose pulmonaire serait l'aboutissement de ces lésions ; mais les enfants atteints de pneumonie blanche meurent en général avant la naissance ou peu de temps après.

Les *dilatations des bronches* rentrent dans le groupe des *dilatations congénitales* parce qu'on les rencontre dans les mêmes conditions que la pneumonie blanche. Les enfants les apportent en naissant. Elles ont été décrites par Hiller, Balzer et Grandhomme, Tripier, Bériel, etc.

Leurs caractères les différencient des dilatations dont j'ai parlé l'autre jour. Ce ne sont pas des dilatations cylindriques ; ce sont des dilatations ampullaires, plus ou moins nombreuses, qui réalisent quelquefois un véritable tissu aréolaire, comparable à un nid d'abeilles.

Dans la paroi bronchique, on trouve du tissu scléreux, des vaisseaux dilatés, un épithélium plus ou moins modifié.

Il est donc établi par les observations anatomiques que la syphilis congénitale peut réaliser un processus de sclérose chez le fœtus et le nouveau-né, au niveau des poumons et des bronches. Ces grosses lésions se constatent à l'autopsie, dans des formes graves, qui tuent le fœtus ou le nouveau-né. Mais il est permis de penser que d'autres petits syphilitiques viennent au monde avec des altérations pulmonaires et pleurales plus discrètes, qu'ils survivent et que ces altérations peuvent aboutir à des scléroses.

Toutefois, on n'a pas encore établi de relations bien nettes entre les scléroses pleuro-pulmonaires et broncho-pulmonaires du fœtus et du nouveau-né et celles de la moyenne et de la grande enfances.

Le rôle de la syphilis dans la production de ces dernières a suscité des études assez nombreuses.

Le professeur Hutinel, étudiant les *petites dilatations des bronches chez les enfants*, dans la *Presse médicale* du 10 février 1911, écrit : « Les scléroses pulmonaires ou médiastines m'ont paru se rencontrer surtout chez les sujets suspects de syphilis héréditaire ; il sera bon de rechercher dorénavant si cette infection ne doit pas être incriminée. » Plus tard, dans le *Bulletin médical* du 21 mars 1918, à propos des *scléroses de l'appareil respiratoire et la syphilis héréditaire*, il écrit : « Ce qui caractérise son intervention, c'est surtout la production du tissu scléreux et la constitution de lésions chroniques du parenchyme pulmonaire, des bronches ou des séreuses ». Récemment, dans *Le terrain hérédo-syphilitique*, il a fait une étude complète de ces lésions scléreuses du poumon chez les enfants hérédo-syphilitiques. Les travaux de ses élèves ont contribué à établir son opinion : M. Milhit, dans les *Archives de médecine des enfants* de février 1914, a publié des observations de dilatations bronchiques chez des enfants hérédo-syphilitiques ; dans sa thèse de 1919, M. Nadal a étudié les *scléroses pleuro pulmonaires et médiastinales de l'enfant et l'hérédo-syphilis*.

Des recherches parallèles ont été poursuivies un peu partout, notamment par l'école lyonnaise avec Tripier, en 1904, et avec M. Bériel, en 1907, par l'école argentine avec le professeur Mariaño Castex et ses élèves, de 1917 à 1920.

Il est assez fréquent de constater l'hérédo-syphilis chez les enfants atteints de sclérose pleuro-pulmonaire ou broncho-pulmonaire et de bronchectasies. Mais l'existence de la syphilis ne démontre pas que ces affections en soient la conséquence ; elle ne constitue qu'une présomption. Il faut fournir la preuve du rôle de la syphilis.

On donne des arguments en faveur de la nature syphilitique de la sclérose. La sclérose a une intensité, une diffusion plus grandes que chez les malades indemnes de syphilis ; il y a des lésions artérielles avec prédominance de périartérite, des lésions des fibres élastiques dans les parois bronchiques et les alvéoles pulmonaires, qui sont le fait de la syphilis. Le professeur Letulle a montré que la syphilis est le processus pathogène qui agit le plus sur les charpentes élastiques,

◆◆◆◆

dont elle amène tantôt la destruction, tantôt l'hyperplasie.

L'intensité et l'étendue de la sclérose n'est peut être pas un argument très probant. Je viens de parler de cas où la tuberculose paraissait seule responsable de scléroses étendues. D'autre part, des lésions scléreuses discrètes peuvent être attribuables à la syphilis. En témoignent les constatations faites par MM. Letulle et Dalsace dans un mémoire sur *Les formes latentes de la syphilis pulmonaire*, paru dans la *Presse médicale* du 27 mars dernier; chez des adultes de 50 à 60 ans, ils ont trouvé avec une fréquence particulière des scléroses pulmonaires discrètes et, au niveau des foyers scléreux, des lésions permettant d'affirmer la syphilis.

Voyons quel est le rôle de la syphilis dans la réalisation des types anatomo-cliniques de scléroses que j'ai envisagés.

Tout d'abord quel est son rôle dans la production des *scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies*.

Les opinions ont varié assez rapidement.

Pour Tripier, les bronchectasies attribuables à la syphilis sont des dilatations ampullaires à caractère angiomateux, kystique, caverneux; les dilatations cylindriques ne doivent pas lui être rattachées. M. Bériel et M. Milhit estiment, au contraire, qu'une sclérose importante, associée à ces dilatations cylindriques, est en faveur de la syphilis. Le professeur Hutinel et M. Nadal admettent l'origine syphilitique fréquente des grandes scléroses broncho-pulmonaires associées à des scléroses pleuro-pulmonaires importantes.

Somme toute, il ne semble pas que les formes banales de la sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasie relèvent de la syphilis.

Pour les *scléroses pleuro-pulmonaires avec symphyse pleurale et médiastinite*, il y a des cas simples : l'enfant est syphilitique, n'est pas tuberculeux et n'a pas eu de pleurésie. La syphilis peut seule être incriminée.

Mais cette éventualité n'est pas la plus commune. En général il s'agit d'un syphilitique qui a eu des infections diverses ou qui est tuberculeux ; alors la part de la syphilis, de la tuberculose ou des autres infections est difficile à élucider.

Dans ma leçon du 17 novembre 1923 reproduite dans le *Journal des praticiens* du 2 février 1924, j'ai exposé les problèmes que soulève la coexistence de la *syphilis congénitale* et de la *tuberculose chez les enfants*. Quand on trouve chez un même enfant de la tuberculose et de la syphilis, on peut formuler quatre hypothèses

1° La tuberculose a une évolution scléreuse indépendamment de la syphilis.

2° La tuberculose a une évolution scléreuse parce qu'elle évolue sur un terrain hérédo-syphilitique.

3° Le bacille de Koch et le tréponème associent leurs effets ; il s'agit d'un véritable processus hybride.

4° La syphilis exerce seule une action sclérosante et, à cause de la sclérose, la tuberculose prend des caractères particuliers.

Il est difficile de faire un choix entre ces hypothèses. La syphilis est une maladie sclérosante et même plus sclérosante que la tuberculose. D'autre part, la syphilis est plus ancienne que la tuberculose et, quand celle-ci apparaît ou évolue, rien ne prouve qu'elle déclanche le développement de la sclérose .L'interprétation des faits n'est pas toujours facile. En voici un exemple.

Avec M. Paisseau, à la *Société médicale des hôpitaux*, le 16 décembre 1910, nous avons publié une observation de *médiastinite tuberculeuse à évolution rapide chez un enfant de dix ans, mort par accidents asystoliques à marche aiguë et granulie*. Cet enfant soigné pour une maladie de Friedreich avait un Bordet-Wassermann légèrement positif. Un jour, il est pris de fièvre, présente des symptômes de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, puis d'un petit épanchement séro-fibrineux riche en lymphocytes, de nature tuberculeuse, comme le prouve l'inoculation au cobaye. L'épanchement se résorbe rapidement et nous voyons se développer les symptômes d'une symphyse pleurale. Au bout de cinq à six semaines, l'enfant présente des accidents d'asystolie hépatique à marche aiguë que nous attribuons à une médiastinite. Il meurt. A l'autopsie, nous trouvons une symphyse totale de la plèvre droite et une médiastinite fibreuse ancienne. Au microscope, nous trouvons des lésions fibreuses et, dans le médiastin, des artérioles oblitérées par un processus d'endartérite et entourées de tissu fibreux. En outre, il y a des lésions tuberculeuses très nettes dans la plèvre et le médiastin. On trouve par ailleurs une sclérose rénale jeune.

En 1910, nous avions écrit en commentant ces lésions : « médiastinite consécutive à une pleuro-tuberculose ayant abouti à une symphyse pleurale... Les particularités de cette médiastinite sont peut-être attribuables à l'association avec la syphilis. »

Actuellement une telle interprétation ne me paraît pas exacte, et je disais dans ma leçon de 1923 : « A la lumière des faits que je viens d'exposer, on est en droit de se demander s'il ne s'agissait pas d'une médiastinite syphilitique de date ancienne et d'une évolution tuberculeuse surajoutée. » La même interprétation s'applique naturellement à la symphyse pleurale.

***

Somme toute, les scléroses pleuro-pulmonaires, les scléroses broncho-pulmonaires aboutissant à

la dilatation des bronches, peuvent être l'aboutissement d'infections diverses.

Ce peuvent être des *infections banales* qui réalisent des broncho-pneumonies subaiguës ou chroniques et des pleurésies purulentes, d'où des scléroses à systématisation simple ou plus ou moins complexe. Ce peut être la *tuberculose* qui intervient surtout par les lésions de la plèvre et de la corticalité pulmonaire ; pleurésie purulente tuberculeuse, pleurésie séro-fibrineuse, syndrome de congestion pleuro-pulmonaire. Ce peut être la *maladie de Bouillaud*, cause de scléroses pleuro-pulmonaires. Ce peut-être la *syphilis*, cause de scléroses pleuro-pulmonaires et peut-être de certaines scléroses broncho-pulmonairesavec bronchectasies.

D'ailleurs, pour un même malade, les facteurs sont souvent *intriqués* ; les infections banales ou la tuberculose s'intriquant avec la syphilis. Je ne dis pas que ces facteurs s'associent, qu'ils combinent leurs effets dans une action commune; constater leur intrication ne fait rien préjuger sur les modalités de leur action.

Il faut, en tout cas, penser toujours à la syphilis et la rechercher systématiquement, comme on doit le faire d'ailleurs pour tous les enfants. On scrute les antécédents héréditaires et personnels, on recherche les stigmates et les symptômes, enfin on pratique les réactions sérologiques, au besoin après réactivation par un traitement d'épreuve.

***

Ces notions étiologiques comportent un intérêt nosographique et un intérêt pratique. Elles guident la PROPHYLAXIE et le TRAITEMENT des scléroses des bronches, des poumons et de la plèvre.

Envisageons d'abord les BRONCHO-PNEUMONIES *subaiguës évoluant vers la sclérose broncho-pulmonaire avec bronchectasies.*

Le foyer infectieux, qui entretient l'infection bronchique et d'où partent les réveils de cette dernière, réside dans le pharynx nasal et buccal. Il faut donc le désinfecter et, s'il y a lieu, pratiquer l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales hypertrophiées.

On prescrit les médicaments agissant sur les bronches : le benzoate de sodium, la terpine, les inhalations de substances balsamiques, et, à la période d'apyrexie, l'iode.

On institue une bonne hygiène. On fait vivre l'enfant à l'air pur, à la campagne, à la mer ou à la montagne. On prescrit des exercices respiratoires.

Certaines cures thermales sont particulièrement indiquées : les cures arsenicales, à la Bourboule, par exemple, pour les enfants lymphatiques dont elles stimulent le tissu lymphoïde ; les cures sulfureuses aux stations des Pyrénées et de la Savoie, aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, à Saint-Sauveur, à Luchon, à Challes, à Marlioz ou encore à Allevard, particulièrement utiles quand les muqueuses suppurent ; les cures mixtes, sulfo-arsenicales, comme celle de Saint-Honoré-les-Bains, dans la Nièvre, qui réunit les propriétés des deux précédentes.

A la suite des *pleurésies purulentes*, pour éviter la formation de la symphyse pleurale, on mobilise, de bonne heure, le thorax par la gymnastique respiratoire et les exercices de spiroscopie.

On se comporte de même, à la suite des *pleuro-tuberculoses séro-fibrineuses* et des *congestions pleuro-pulmonaires* en ayant soin de laisser d'abord le processus aigu s'étendre.

Quand la *syphilis* existe, on prescrit les traitements habituels par le mercure, l'arsenic, le bismuth. Il ne faut pas oublier l'iode qui est un médicament particulièrement utile dans la syphilis tertiaire et agit peut-être sur la sclérose.

***

En nous remémorant les observations de nos malades, nous sommes frappés de la multiplicité des facteurs étiologiques.

La jeune malade, que je vous ai présentée samedi dernier, est atteinte de sclérose pleuro-pulmonaire et broncho-pulmonaire avec bronchectasies. Son passé pathologique est très chargé : à l'âge de 2 ans, elle a eu une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, qui l'a tenue pendant deux mois à l'hôpital ; à 2 ans et demi, elle a eu la coqueluche ; nous retrouvons donc ces infections prolongées ou à répétition des voies respiratoires qui aboutissent aux scléroses broncho-pulmonaires avec bronchectasies. D'autre part, à l'âge de 5 ans, l'enfant a eu une pleurésie probablement tuberculeuse, qui peut avoir été l'origine de la sclérose pleuro-pulmonaire avec symphyse pleurale. Elle a eu à plusieurs reprises des hémoptysies ; cependant quand nous l'avons vue pour la première fois, à l'âge de 10 ans, nous n'avons pas trouvé de signes de tuberculose pulmonaire et elle n'avait pas de bacilles de Koch dans l'expectoration. Actuellement, elle présente des signes de tuberculose pulmonaire et nous avons trouvé des bacilles de Koch dans les crachats ; mais ce n'est pas un motif pour mettre le processus scléreux sur le compte de la tuberculose. Enfin, qunad nous avons vu cette enfant à l'âge de 10 ans, nous avons constaté la syphilis ; sans doute, elle n'a pas de stigmates syphilitiques, mais le Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht étaient très nettement positifs.

Jusqu'à présent le pronostic semblait assez favorable. Actuellement, la tuberculose pulmonaire l'aggrave. Mais n'oublions pas que la sclérose peut entraver son évolution.

La seconde fille dont je vous ai raconté l'histoire, que nous soignons depuis un an est atteinte de la même affection. Elle a eu, à 2 ans la coqueluche, à 9 ans une broncho-pneumonie assez sévère, qui a duré six semaines et elle ne présente aucun signe clinique de tuberculose, bien que la cutiréaction à la tuberculine soit positive ; les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch. Rien ne permet de penser à la syphilis. Cette enfant est bien développée, elle ne présente aucun stigmate, la réaction de Bordet-Wassermann (H^8) et le Hecht sont négatifs. Cependant, on a eu l'occasion d'examiner une sœur aînée, et celle-ci présente une ostéite syphilitique. Vous voyez combien on est embarrassé pour porter un diagnostic étiologique.

Nous avons vu cette enfant à l'âge de 13 ans ; nous avons institué un traitement spécifique et un traitement physique de gymnastique respiratoire et de spiroscopie. L'état général s'est amélioré et la respiration est devenue plus active, la capacité vitale, qui était de 900 cc. avant le traitement, a presque doublé. L'amélioration ne témoigne pas avec certitude de l'influence du traitement spécifique ; elle peut être conditionnée par l'activité plus grande de la respiration.

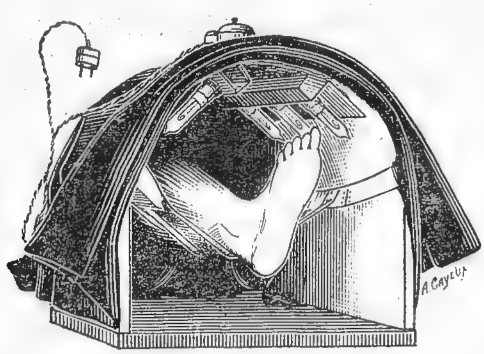
Ces deux observations montrent la complexité des problèmes cliniques, étiologiques et thérapeutique que pose la constatation d'un syndrome de sclérose pleuro-pulmonaire et de sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation des bronches.

TECHNIQUE PHYSIOTHÉRAPIQUE

Photothérapie et thermothérapie : Thermaérogène combiné du docteur Perrier à deux forces de chauffage. Breveté s. g. d. g.

Actinothérapie par les radiations chimiques ultra-violettes, par les radiations lumineuses blanches, par les radiations calorifiques infrarouges, thermo-thérapie obscure, etc. sont de plus en plus couramment employés par les médecins. Photothérapie et thermothérapie se présentent, en effet, aujourd'hui comme des agents curatifs de tout premier ordre dans le traitement de nombreux états pathologiques.

Physiothérapeute, tout praticien l'est peu ou beaucoup — et le sac de sable chaud appliqué sur un genou douloureux, déformé par le rhumatisme chronique, est un mode d'application de la chaleur obscure, non un des moins efficaces. La plaie torpide, au bas d'une jambe plus ou moins variqueuse, est exposée au soleil : héliothérapie d'effet souvent merveilleux. On pourrait multiplier les exemples.



Mais il y a mieux, sans qu'il soit besoin de recourir à des appareils compliqués.

Le Thermaérogène universel, établi sur les indications du docteur PERRIER par un constructeur parisien, M. Puniet-Maigrot, se présente très simple.

Sa place est d'avance marquée chez le médecin spécialiste comme dans les instituts où l'on irradie, où l'on douche, où l'on électrise, etc. Mais il offre également un grand intérêt au médecin éloigné de confrères ou d'établissements spécialisés et qui, dans sa petite ville, voire dans son poste rural, peut traiter efficacement de nombreux malades.

La figure ci-contre indique mieux que toute description comment se présente le Thermaérogène combiné, dit « universel », du docteur Perrier.

Par son système combiné double de résistances chauffantes et de lampes à réflecteurs spéciaux, ce seul appareil remplace tous les autres modèles habituellement usités.

Il donne la chaleur obscure et la chaleur lumineuse, ensemble ou séparément, et, de plus, réglables.

La nature du courant est indifférente : alternatif ou continu, entre 110 ou 220 volts.

Ces appareils sont les seuls qui remplissent les conditions essentielles suivantes : sécurité complète ; sécheresse absolue de l'air ; répartition égale et réglage de la température qui peut être portée et tolérée de 100 à 250°. Facilité d'application et de fonctionnement. Dépense de chauffage insignifiante (1, 3 *à* 10 *ampères selon grandeur*).

Avec eux, le malade ne reçoit que de l'air sec et absolument pur.

Un grand nombre de guérisons ont été obtenues par leur emploi, dans les diverses affections justiciables de l'air chaud, surtout dans les cas d'arthrites goutteuses ou rhumatismales, de raideurs articulaires, d'hydarthroses et de névralgies (sciatiques et autres).

INDICATIONS PRINCIPALES.

Applications thermiques : lumbago, sciatique, rhumatismes chroniques, arthropaties goutteuses... Il se produit ici une action tout à fait comparable à celle des « fours » où — dans certaines stations thermales ou établissements spécialisés — entrent les malades. Avec le Thermaérogène, c'est l'avantage d'une action plus localisée, mieux réglée que le séjour dans l'air chaud de tout le corps.

Applications lumineuses : tophi douloureux de la goutte, manifestations uricémiques localisées, séquelles de traumatismes telles que les réactions articulaires au voisinage des foyers de fracture osseuse, péri-arthrites, etc.

Applications thermo-lumineuses : troubles circulatoires succédant à des traumatismes des membres ou à des névrites : ulcérations torpides ; arthropathies du rhumatisme chronique déformant.

Une action adjuvante — mais qui est loin d'être négligeable — est celle de ces mêmes radiations lumineuses ou, suivant les cas, thermo-lumineuses, sur les arthropathies tuberculeuses, sur les arthropathies bacillaires, voire sur la péritonite tuberculeuse et la tuberculose génitale. Action adjuvante, parce que l'héliothérapie naturelle est ici préférable, mais on n'a pas toujours le soleil à sa disposition, ni la possibilité d'aller le chercher sous un ciel plus favorisé où le séjour devient vite fort onéreux.

On peut dire que l'appareil thermique et lumineux du docteur Perrier (1) : « C'est dans le cabinet de consultations, ou même au lit du malade, soit le soleil du Midi, soit l'actinothérapie alpestre, à toute heure du jour et de la nuit » — et rien n'est plus exact.

Son existence et son emploi chez de nombreux malades étaient à signaler ici.

---

(1) Le Thermaérogène du Dr Perrier se fait en quatre grandeurs :

N° 1 pour les extrémités des membres ;

N° 2 pour les membres inférieurs et supérieurs ;

N° 3 pour le tronc, position allongée ;

N° 4 pour le corps entier position allongée.

PUNIER-MAIGROT, fabricant breveté, 179, faubourg Saint-Honoré, Paris VIIIe (En face l'hôpital Beaujon)

L'Actualité Scientifique

La Presse

Indications de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la gestation.

On ne peut interrompre la grossesse que lorsque tous les moyens thérapeutiques ordinairement utilisés et généralement efficaces ont échoué.

Ce principe posé, le Pr AUDEBERT (de Toulouse) et A. GALY-GASPARROU estiment que, dans les cas de vomissements incoercibles, on doit toujours commencer par désinfecter l'intestin au moyen de superpurgations. On pratique ensuite un examen gynécologique minutieux ; on réduit, s'il y a lieu, les déviations utérines, on traite avec le plus grand soin les infections utérines et para-utérines, qui pourraient exister.

Mais ces différents moyens ne réussiront que s'il s'agit en somme de pseudo-vomissements graves. Dans les vomissements véritablement incoercibles, il devient alors capital d'en découvrir la cause réelle : pithiatisme ou toxémie fœto-placentaire isolés ou combinés.

Qu'il s'agisse de vomissements pithiatiques ou surtout de vomissements toxémiques, il se peut que les divers moyens habituellement employés restent impuissants et que l'état général décline de plus en plus. Dans ces conditions, quand serons-nous autorisés à pratiquer l'avortement ?

Différentes données cliniques ont été proposées, basées sur le pouls, sur l'amaigrissement, sur les signes d'insuffisance hépatique ou rénale, sur l'oscillométrie, sur l'examen des urines, du sang, sur les troubles nerveux.

Mais, à part les troubles nerveux graves (polynévrites, délire, hallucinations, hyperthermie), aucun symptôme ne présente à lui seul une valeur absolue.

On peut en pareille occurence s'inspirer des principes suivants :

1° Il faut avant tout s'attacher à reconnaître le pithiatisme ou la toxémie. Certes, les vomissements pithiatiques sont des vomissements graves susceptibles d'entraîner la mort ; mais ils guérissent le plus souvent sans avortement, même lorsque la situation paraît très grave, par l'isolement et la suggestion qu'il faut toujours essayer, quitte à ne pas prolonger outre mesure l'expérience.

2° Aucun symptôme n'ayant par lui-même de valeur absolue, on ne doit pas se baser sur un seul signe, mais sur un ensemble. Il faut en réunir un véritable faisceau pour être autorisé à interrompre la grossesse. Chez une malade atteinte de vomissements incoercibles, et présentant un état général grave avec gros amaigrissement, forte accélération du pouls.... le praticien ne doit pas se hâter d'intervenir ! Lors de son premier examen, il devra rechercher avec soin le subictère, l'odeur acétonémique de l'haleine. Il notera soigneusement le pouls, la tension artérielle, le volume des urines émises en 24 heures, fera rechercher et doser les corps cétoniques et l'urée sanguine.

A chacun de ses examens ultérieurs, il répètera les mêmes investigations. Et s'il constate par exemple que le pouls s'accélère d'une façon régulière, que l'oligurie persiste malgré le sérum, que la tension minima ascensionne, il aura non seulement le droit, mais encore le devoir, de recourir à l'avortement. *A fortiori*, il en sera de même si, à ces symptômes, s'ajoutent le subictère et l'acidose persistante ou croissante, dont le pronostic est des plus fâcheux. (*Paris médical*, 19 juin 1926.)

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations iodées.

Le Dr A. ROBERT (de Megève) fait connaître les résultats qu'il a obtenus par les inhalations iodées. Est-il possible d'obtenir de l'iode un effet constant et héroïque ?

L'iode agit ; son action, plus ou moins heureuse suivant les cas, est certaine.

L'iode est inoffensif. Il faut en finir avec cette légende suivant laquelle l'iode doit être réservé aux formes torpides, fibreuses, apyrétiques, suivant laquelle l'iode est congestionnant pour le poumon et provoque des hémoptysies. L'iode, au contraire, est un décongestionnant, lorsqu'on sait le manier. Il faut savoir se garder de l'excès dans les doses, excès qui n'est pas sans danger, notamment pour le foie, se garder aussi de certaines préparations qui contiennent un taux d'iode trop élevé. Il faut trouver la dose utile et éviter la dose toxique. Et la dose est peut-être à adapter à chaque cas, notamment au poids de chaque malade.

La forme idéale est sans doute encore à trouver pour son administration aux tuberculeux. Les inhalations iodées, il faut en convenir, ne sont sans doute pas encore cette forme idéale. Elles agissent souvent, mais pas toujours favorablement .Le plus gros reproche que l'on puisse faire à cette méthode,c'est l'imprécision dans les doses; celle-ci explique sans doute l'inconstance des résultats obtenus.

Une des autres voies d'introduction, une forme

nouvelle surtout, inconnue pour l'instant, de présentation de l'iode, aura peut-être des effets plus brillants et plus sûrs: suivant l'expression employée récemment, un « mordant » est peut-être à trouver, qui permettra de demander à l'iode une action radicale et constante. (*Lyon médical*, 16 mai 1926.)

La sympathectomie péri-hypogastrique dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique.

Au niveau de l'appareil génital de la femme, il existe des syndromes douloureux disproportionnés aux lésions que révèle la laparotomie. Chez de telles malades, on a l'habitude de porter le diagnostic d'ovarite scléro-kystique : généralement sans antécédents inflammatoires pelviens, elles accusent des douleurs abdomino-pelviennes intolérables, qui les empêchent de travailler ; le toucher vaginal provoque des douleurs intenses dans le Douglas, dans les culs-de-sac latéraux, mais il n'y a pas de masses annexielles perceptibles et l'utérus est normal. Lorsqu'on enlève les ovaires et qu'on les examine, on y trouve quelques microkystes et un certain degré de sclérose ; or, il est douteux que des lésions aussi légères puissent expliquer les douleurs dont se plaignent ces malades ; d'ailleurs l'ablation des ovaires ne les améliore que très peu, et l'hystérectomie subtotale elle-même ne les guérit pas toujours.

Il semble donc qu'on ait affaire à des troubles nerveux plutôt qu'à une inflammation ou dégénérescence ovarienne, à une atteinte du sympathique, donnant une névralgie primitive du sympathique pelvien.

Aussi quelques chirurgiens ont-ils dirigé l'acte chirurgical dans ce sens, et récemment, dit le Pr L. Courty (de Lille), on a trouvé dans le hile de l'ovaire des malades atteintes d'ovarite scléro-kystique des névromes sympathiques ; il n'en a pas été trouvé dans le hile d'ovaire enlevé pour une autre affection.

Dans trois cas, où l'auteur a résolu en conséquence de pratiquer la sympathectomie péri-hypogastrique, les résultats immédiats ont été satisfaisants.

Quant aux résultats éloignés (7 mois), il a obtenu un excellent résultat (la malade ne souffre plus et grossit), une amélioration sensible, et un résultat franchement mauvais.

Cette méthode, qu'il faudra perfectionner petit à petit, est cependant riche de promesses ; elle est peut-être le traitement causal de ces névralgies pelviennes qu'il était vraiment trop facile d'étiqueter ovarite scléro-kystique ; elle évitera de pratiquer chez des femmes jeunes une intervention mutilante, l'hystérectomie subtotale. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 11 juillet 1926.)

Goitre simple et insuffisance mitrale fonctionnelle.

D'après MM. Loeper et Mougeot, à côté des des réactions cardiaques bien connues et classiques des goitreux et des basedowiens, à côté du grand syndrome de myocardie thyroïdienne, il existe des syndromes thyro-mitraux.

Certains de ces syndromes sont réalisés par une hypertrophie partielle, limitée, souvent droite du corps thyroïde, sans aucun symptôme de maladie de Basedow. L'insuffisance mitrale y est parfois antérieure à la lésion thyroïdienne ; la défaillance cardiaque est alors déclenchée par la tuméfaction thyroïdienne.

L'insuffisance mitrale y peut être aussi postérieure à la lésion de l'organe : elle est alors d'ordre fonctionnel et reconnaît pour cause la tumeur thyroïdienne elle-même.

Le mécanisme de ces accidents réside essentiellement dans la compression des nerfs vagues et surtout du nerf vague droit, dans l'excitation mécanique des filets cardio-dépresseurs. La compression des vaisseaux peut également y revendiquer sa part, mais elle y joue seulement un rôle favorisant. (*La Presse médicale*, 12 mai 1926.)

A propos de la grossesse angulaire.

L. Michon et R. Labry rappellent qu'il faut entendre par là le cas où la nidation se fait dans l'angle même de la cavité utérine, tout près de l'orifice interne de la trompe. Rappelant brièvement les données cliniques concernant cette grossesse spéciale, ils insistent surtout sur les difficultés et l'intérêt pratique de son diagnostic, surtout avec la grossesse extra-utérine, au point de vue gynécologique.

L'erreur la plus fréquente et la plus grave consiste à la confondre avec une grossesse ectopique. En effet, signes de grossesse « au ralenti », hémorragies, douleurs possibles, signes discutables au toucher avec perception d'une masse juxta-utérine, rien ne manque pour dire grossesse tubaire. La faute est particulièrement de règle lorsque l'utérus se trouve en outre en rétroversion.

La grossesse angulaire présente une évolution spontanément favorable : au bout du troisième mois, la grossesse devient réellement intra-utérine.

La fausse couche est pourtant possible et relativement fréquente.

Pratiquement, la question se pose ainsi : faut-il opérer une grossesse ectopique, qui peut tuer une malade ? Faut-il, au contraire, laisser évoluer une grossesse angulaire, qui va bientôt devenir normale ?

Bien que la laparotomie exploratrice soit une intervention anodine à l'heure actuelle, il n'en est pas moins vrai que c'est une manœuvre tout à fait intempestive dans une grossesse angulaire. Si l'on pense à ce diagnostic, l'on doit temporiser,

attendre, tout en se tenant prêt à intervenir le cas échéant ; mais, ainsi, on gagnera, au bout de quelques jours, la certitude. Le temps est un grand redresseur de torts, toutes les fois qu'il s'agit de problèmes dans lesquels la grossesse intervient.

On évitera des laparotomies inutiles en s'abstenant, et en surveillant périodiquement la malade. (*Lyon médical*, 9 mai 1926.)

Sur les indications et sur l'action physiologique de la saignée.

La saignée est, disent A. Lemierre et S. Bernard, avant tout une médication de symptômes; elle est le traitement de choix des grandes dyspnées paroxystiques et de l'éclampsie. A ce titre, c'est surtout au cours des affections du cœur et des reins qu'elle donne ses plus beaux succès.

Pourquoi dans certains cas se montre-t-elle si utile, et, en d'autres circonstances, demeure-t-elle inopérante ? C'est que son action est d'ordre purement mécanique.

Rien n'est parvenu à nous démontrer qu'elle est susceptible d'entraver les progrès de l'intoxication due à l'insuffisance de la fonction rénale, tout a semblé mettre en lumière l'influence puissante qu'elle exerce sur l'hydraulique circulatoire. L'effet immédiat des émissions sanguines abondantes sur le régime de la circulation veineuse et le brusque changement de direction qu'elles impriment aux courants liquides qui parcourent les espaces interstitiels, phénomènes dont le contre-coup retentit sur l'énergie de la contraction du myocarde, sur la vitesse de propulsion du sang artériel et sur l'abondance de la diurèse, tel est le secret du soulagement immense qu'apporte occasionnellement la saignée à l'organisme défaillant.

Il en est ainsi chez les asystoliques. Au cours de l'hypertension artérielle, elle se montre bienfaisante là où elle doit atténuer les effets des spasmes vasculaires, parer à l'insuffisance aiguë du myocarde et amener la résorption d'œdèmes dangereusement localisés. C'est aussi en entraînant cette résorption, qu'elle peut trouver son utilisation dans le traitement de certaines manifestations inquiétantes de la rétention chlorurée.

Ces résultats cliniques trouvent leur ample justification dans les résultats des examens biologiques et dans ceux fournis d'une part par l'exploration de la tension veineuse, et d'autre part par l'étude méthodique de l'étape sanguine de la résorption des hydropisies. (*La Presse médicale*, 5 juin 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

La question du pain.

(M. Lapicque. — *Académie de médecine* ; 9-11-1926.)

Au nom d'une Commission composée de MM. Pouchet, Léger, Gley, Delezenne et de lui-même, M. Lapicque présente un rapport sur la question des succédanés du blé utilisables dans la fabrication du pain.

Actuellement, la farine livrée aux boulangers doit obligatoirement comprendre 90 % de blé et un complément de 10 p. 100 de seigle, riz, orge, maïs, sarrazin, manioc, en proportions *ad libitum*. Les succédanés dont il s'agit, employés de temps immémorial dans l'alimentation humaine, n'offrent aucun danger pour la santé publique. Mais, permettent-ils d'obtenir un pain convenable ?

Un rapport, en date du 10 juillet 1922, de deux spécialistes, MM. Arpin, expert du Syndicat des boulangers de Paris, et Fleurent, professeur au Conservatoire des arts et métiers, concluait au rejet de l'orge, du maïs et du riz dans la préparation du pain, ces succédanés troublant la panification ou ayant une sapidité défectueuse. Le rapport admettait par contre l'incorporation du seigle. Malgré cet avis un décret ministériel du 10 décembre 1922 prescrivit l'adjonction de 10 % de seigle, orge, maïs ou riz.

M. Lapicque montre à son tour que le maïs, le riz, le manioc ne peuvent faire que des galettes ou de la bouillie, comme on en préparait avec le blé avant l'invention du pain. Celui-ci a une texture particulière, favorable par son goût, et sa digestibilité. L'orge et le seigle sont panifiables, mais le pain d'orge est peu apprécié. La farine de seigle reste en définitive, avec, à la rigueur, la farine de sarrazin, les seuls succédanés dont l'incorporation au pain soit réellement acceptable.

L'auteur propose finalement les conclusions suivantes :

1° La réglementation de la farine panifiable, afin d'obtenir l'efficacité économique et la constance de qualité, devrait être établie pour une période assez longue, par exemple cinq ans ;

2° Pendant cette période, l'extraction devrait être fixée aussi haut que possible ;

3° La farine de seigle, serait, dans tout le territoire, ajoutée à la farine de froment, obligatoirement au taux de 10 pour 100, et facultativement à un taux plus élevé ;

Subsidiairement, et suivant les conditions locales,

la farine de sarrasin pourrait être substituée au seigle ;

4° Toutes les farines non panifiables, telles que riz, manioc, maïs, devraient être exclues du pain (1)

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine.

(M. Danielopolu, de Bucarest. — *Académie de de médecine* ; 26-10-1926.)

M. Danielopolu communique un travail sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. L'auteur préconise une technique opératoire nouvelle.

— M. Vaquez rappelle les divers procédés qui ont été utilisés, depuis les premiers cas de Jonnesco. La question la plus importante est celle des résultats. Les guérisons rapportées (guérison des douleurs et non de la maladie), n'ont toujours pas été, tant s'en faut, définitives. On sait aussi la sédation momentanée des douleurs qui succède aux grandes interventions nerveuses. A cet égard, M. Sicard a publié l'observation curieuse d'un homme dont les crises d'angor furent supprimées pendant un mois à la suite d'une opération pour ulcus du duodénum.

A côté des faits heureux, il en est de malheureux : résultats nuls, acuité plus grande des douleurs après l'intervention.

Si j'ai lu, dit en terminant M. Vaquez, de nombreuses relations de cas de guérison, je n'ai pas eu personnellement l'occasion d'en constater. L'opération ne doit pas être délibérément rejetée, mais il conviendra d'y recourir dans des circonstances déterminées seulement, après avoir bien précisé la nature du mal, les avantages et les inconvénients de chaque technique, etc. Il faudra encore beaucoup de temps pour être fixé sur l'avenir réservé à l'opération de Jonnesco.

Une opérée recordwoman.

(M. Robert Monod. — *Soc. de chirurgie* ; 20-10-1926.)

M. Robineau relate l'observation d'une malade de M. Robert Monod qui tient sans doute le record du nombre pour les opérations qu'elle a subies.

Depuis 1898, cette femme, actuellement âgée de 47 ans, a été opérée : d'un ulcère de l'estomac, d'un goitre kystique (hémithyroïdectomie), d'un rein mobile (néphropexie), d'adhérences sous-hépatiques (laparotomie), d'une tumeur du sein droit (amputation de cet organe), d'une tumeur du sein gauche (amputation), d'une tuberculose rénale (néphrectomie), de polypes de l'utérus (ablation), de métrorrhagies, en tout huit grosses opérations, sans parler de divers autres interventions de moindre importance (tumeurs multiples de la peau). La malade, ajoute M. Monod, est restée confiante dans la chirurgie et se déclare prête à subir une nouvelle opération...

(1) L'Union coloniale française a demandé à l'Académie de vouloir bien surseoir à sa délibération définitive sur les conclusions du rapport de M. Lapicque.

Le syndrome chiasmatique dans les fractures du crâne.

(MM. Okinczyc et Renard. — *Société de chirurgie* 20-10-1926.)

Le syndrome chiasmatique est caractérisé par la baisse de la vision, l'hémianopsie bitemporale et certaines modifications de l'image ophtalmoscopique. Il est rencontré fréquemment dans les tumeurs de l'hypophyse. M. Okinczyc l'a noté aussi dans une fracture de la base du crâne et il ajoute, à son cas, quelques autres observations du même ordre. Le syndrome chiasmatique dans les fractures du crâne est fort rare.

Les régénérations spontanées, dans la paralysie faciale ancienne.

(M. Robineau. — *Société de chirurgie* ; 20-10-1926.)

M. Robineau rapporte une observation de M. Botreau-Roussel, de paralysie faciale périphérique ancienne traitée avec succès par la résection du ganglion supérieur cervical du sympathique. Le malade, consécutivement à une plaie par balle de révolver avait eu une paralysie faciale, qui persistait depuis trois ans. Aussitôt après la résection du ganglion cervical supérieur, les troubles oculaires (épiphora, lagophtalmie) disparurent et certains muscles du côté paralysé se contractèrent sous l'influence de la volonté.

L'ablation du ganglion cervical supérieur du sympathique a été faite par Leriche, pour lutter contre la lagophtalmie, dans les paralysies faciales persistantes. D'autres auteurs ont eu recours à la même intervention avec avantage, les troubles oculaires (si pénibles dans la paralysie faciale) s'étant alors amendés. Chez le malade de M. Botreau-Roussel, le résultat a été plus important encore puisque quelques muscles du facial paralysé ont pu récupérer des mouvements volontaires, outre la presque disparition des troubles oculaires.

M. Robineau se demande néanmoins s'il ne s'est pas agi tout simplement d'une régénération spontanée fonctionnelle du nerf facial. Plusieurs exemples de ces régénérations ont été publiés, par M. Tuffier, M. Sébileau, M. Rochard, M. Robineau lui-même. Ils concernent les lésions du facial faites au cours de l'ablation de la parotide pour tumeur maligne, d'évidements pétromastoïdiens, de blessures du rocher. Dans l'évidement pétro-mastoïdien pour cure d'otorrhée, par exemple, la lésion et la paralysie du facial ne sont pas rares. Eh bien, quoique paraissant définitives par leur origine et leur durée, on voit parfois une régénération fonctionnelle du nerf se montrer au bout d'un temps assez long, chose intéressante au point de vue pathologique et pronostique.

M. Robineau ne croît pas cependant que, pour le malade de M. Botreau-Roussel, il faille invoquer cette amélioration spontanée, car le retour de la

motilité a été immédiat, s'est produit aussitôt après la résection du ganglion sympathique.

Ainsi, le pronostic et la thérapeutique des paralysies faciales périphériques anciennes semblent donc être moins désespérés qu'ils ne le paraissent de prime abord. La possibilité de supprimer les troubles oculaires par une intervention sur le sympathique est une acquisition importante... sans parler des atténuations qui se produisent parfois spontanément.

Chancres syphilitiques retardés.

(M. Gougerot. — *Soc. de derm. et syphiligraphie* ; 8-7-26.)

L'incubation du chancre syphilitique est classiquement de 21 à 28 jours. Quelquefois, le chancre est retardé dans son apparition. Ceci peut se produire sans raison apparente et Fournier en a cité plusieurs exemples. Dans d'autres cas l'incubation est prolongée du fait d'un traitement anti-syphilitique institué à titre curatif ou prophylactique.

Chez un malade de M. Gougerot, le chancre apparut 110 jours après la contamination, sans traitement préventif ; le sujet était un hérédo-syphilitique. Chez un autre malade, le chancre fut retardé de 100 jours par deux cures bismuthiques ; le patient était en traitement comme syphilitique ancien latent, et il s'est agi d'une réinfection.

Au point de vue pratique et médico-légal, il faut se souvenir de la possibilité de ces chancres retardés.

Un cas de bouton d'Orient.

(MM. Jeanselme et Burnier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 8-7-26.)

Malade ayant séjourné en Crimée, en Turquie, en Tunisie, puis à Marseille et à Paris. Il consulte pour une lésion ulcéro-croûteuse du front. La croûte, enlevée, on trouve une ulcération assez profonde dans le grattage de laquelle on décèle de nombreuses *leishmania*. Guérison par l'émétine.

M. Jeanselme pense que la contamination a eu lieu à Marseille, les séjours du malade en Orient étant trop anciens pour l'expliquer.

La diathermie chez les jeunes enfants.

(MM. Laquerrière et Mallein-Gérin. — *Soc. d'électrothérapie* ; 10-25.)

Les tribunaux de Nîmes ont eu à juger en 1925 du cas suivant : une enfant de deux ans, atteinte de paralysie infantile, ayant été soumise à une application de diathermie, présenta au bras des traces de brûlure, puis de la gangrène et dut subir ultérieurement la désarticulation de l'épaule. Les experts conclurent que le médecin avait employé de mauvaises électrodes.

M. Laquerrière croit que le mécanisme des accidents a été différent. Il rappelle une expérience ancienne de d'Arsonval qui, ayant fait passer dans la patte d'un chien des courants de haute fréquence de l'extrémité à la racine du membre, vit au bout de quelques jours s'établir des lésions de gangrène. Chez le petit malade de Nîmes, on peut penser que les accidents se sont produits dans les mêmes conditions. Un membre grêle, atrophié (c'est le cas d'un membre frappé par la paralysie infantile) offre une augmentation de résistance au courant, d'où échauffement et sphacèle possible.

Quoiqu'il en soit, l'auteur estime que la diathermie doit d'une manière générale être proscrite chez les très jeunes enfants.

— M. Delherm partage cette opinion. Le petit enfant ne renseigne pas l'électrothérapeute. On ignore ce que signifient ses cris qui traduisent la peur comme la douleur. Dans les membres de section minime, la diathermie peut déterminer non seulement de la coagulation mais encore une véritable calcination des tissus.

Pour ce qui concerne l'emploi de la diathermie dans le traitement de la paralysie infantile, il serait intéressant d'en préciser les indications. Il y a les méthodes dites anciennes qui sont très combattues dans certains milieux et auxquelles on oppose les méthodes dites nouvelles de la radiothérapie et de la diathermie. Sans doute, il faut marcher avec le progrès, mais il faut aussi que chaque thérapeutique soit à sa place.

— M. Duhem ne croit pas qu'il faille discréditer la diathermie dans la thérapeutique de la paralysie infantile ; chez les jeunes enfants, elle peut donner de bons résultats.

P. L.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie.

Sur l'appendicite rétro-cæcale.

M. Dambrin rapporte un certain nombre d'observations d'appendicite rétro-cæcale dans lesquelles il lui a été donné d'intervenir et qui présentaient bien toutes les caractéristiques de cette forme si particulière (signes péritonéaux atténués, symptômes lombaires, etc.).

A ce propos, après avoir signalé les différentes modalités des appendicites rétro-cæcales suppurées (péritonite par perforation, abcès sous-phrénique, cellulite pelvienne), ainsi que les difficultés qu'offre souvent le diagnostic, il insiste sur la technique opératoire qu'il convient de suivre en pareils cas. La pratique de l'appendicectomie sous-séreuse qu'il a déjà eu l'occasion de préconiser et qui permet d'éviter la blessure du cæcum tout en se tenant loin des branches principales de l'artère appendiculaire, simplifie notablement l'acte opératoire et en diminue considérablement la gravité : elle constitue en quelque sorte l'opération de choix. Lorsque

le chirurgien intervient pour phlegmon rétro-cæcal d'origine appendiculaire, il doit aborder la collection par la voie sous-péritonéale, la vider et la drainer largement sans faire des manœuvres de dilacération pour rechercher l'appendice.

Annexite et vaccinothérapie.

M. Daléas relate une vingtaine d'observations de malades traités depuis un temps assez long (1 à 3 ans). Les résultats obtenus ont été excellents, car on a assisté à la régression progressive des symptômes subjectifs pendant que les organes reprenaient une souplesse et un aspect anatomique normal ; deux malades atteintes d'annexite double depuis plusieurs années, se traînant du lit à la chaise-longue ont été si bien améliorées que quelques mois plus tard, elles sont devenues enceintes, ont mené leur grossesse à terme et ont accouché sans incidents.

L'auteur étudie ensuite le choix du vaccin et la technique de la vaccinothérapie. Il donne ses préférences au stock vaccin de Delbet et montre que, pour être efficace, l'injection doit être suivie d'une ascension thermique brutale avec frissons. La réaction générale est suivie d'une forte réaction locale simulant parfois le début d'un phlegmon au point de la piqûre, en même temps qu'il se produit une recrudescence des douleurs uétro-annexielles, suivies d'une abondante leucorrhée jaunâtre, qui détermine une impression progressive de soulagement.

Cette méthode de traitement ne présente que des avantages, sauf dans le cas de tuberculose ; l'intervention chirurgicale n'est pas cependant toujours supprimée du fait de la vaccinothérapie, et en cas de collection purulente accessible par voie vaginale ou sus-pelvienne l'incision et le drainage doivent être pratiqués.

Ectopie testiculaire crurale superficielle.

MM. Thomas et Labourdette ont noté chez un cultivateur âgé de 18 ans l'existence d'un testicule ectopié et situé à la racine de la cuisse droite, dans la région crurale.

Au moment de l'intervention, on constata que le testicule ectopique était placé dans une véritable niche au-dessous de l'arcade de Fallope, à 6 centimètres de l'épine du pubis, et qu'il était fixé à la face profonde de la peau par un faisceau fibro-élastique épais, bien différent des adhérences de voisinage, et qui représente probablement le ligament scrotal.

L'arcade est également frappée d'anomalies : le pilier inféro-externe est presque inexistant, et l'orifice externe du canal inguinal présente une disposition inférieure, l'ouverture étant crurale et non scrotale.

Il ne s'agit donc pas d'un testicule déplacé, mais d'une ectopie crurale superficielle tenant à une malformation, - anomalie rare et pouvant donner le change avec les multiples affections de cette région.

Perforation au cours d'une typhoïde grave.

MM. Bonnhoure, Bernardbeig et Lyon rapportent le cas d'un jeune homme de 17 ans, hospitalisé pour dothiénentérie grave, qui après avoir présenté une parotidite double ainsi qu'une infiltration œdémateuse du pharynx et du voile, se plaignit brusquement du ventre. Le faciès était grippé, le ventre rétracté et dur, pas d'hyperesthésie cutanée, mais de la douleur à la palpation franche ; la matité hépatique n'a pas disparu et le sujet a émis quelques gaz par l'anus ; la température reste très élevée, mais le pouls, petit et dur, s'accélère et atteint 130 à la minute. Bien que nombre de signes classiques soient absents, on fait le diagnostic de perforation intestinale.

L'intervention est faite sous-anesthésie à l'éther ; le ventre est plein de liquide fécaloïde jaunâtre. Les perforations, au nombre de deux, siègent sur une partie de l'iléon : l'anse lésée est exclue par iléo-colostomie au bouton et fixée à la paroi. Le malade succomba le lendemain. Il est permis de se demander si en pareil cas, le pronostic ne relève pas en réalité beaucoup plus de la gravité de la maladie en cours que de la précocité de l'acte chirurgical.

Rétrécissement aortique chez un adulte jeune.

MM. Bonnhoure et Thomas communiquent l'histoire d'un jeune homme de 21 ans à musculature bien développée, très sportif, n'ayant jamais été malade, qui, après son incorporation dans un régiment d'infanterie, éprouva au cours d'une marche d'épreuve avec chargement complet, des palpitations douloureuses, avec suffocation, des vertiges intenses et des éblouissements. Envoyé à l'hôpital militaire, il fut réformé pour cardiopathie.

A l'examen, on note un frémissement cataire systolique et médio-sternal à direction plutôt verticale dans le deuxième espace intercostal droit ; l'auscultation révèle un gros souffle systolique littéralement en coup de sape dont le maximum est dans le deuxième espace droit et qui se propage dans les carotides. La tension au Vaquez atteint 12/9 et l'indice oscillométrique au Pachon n'est que de 1.

Il est surprenant qu'une lésion de cette importance soit aussi bien tolérée et ait permis un développement musculaire aussi parfait. On pourrait avancer qu'il s'agit là peut-être d'une lésion congénitale, mais la notion de maladie rhumatismale chez le père et chez une sœur de ce malade autorise l'hypothèse d'une arthrite rhumatismale dans le jeune âge, ayant évolué sans bruit et déterminé la sténose de l'orifice aortique.

Fracture de Bennett.

M. J. P. Tourneux a eu l'occasion d'observer deux cas de cette lésion survenus à la suite de chutes sur l'extrémité unguéale du pouce droit. La fracture de Bennett n'est autre chose qu'une des variétés

des solutions de continuité de la base du premier métacarpien, presque toujours de cause indirecte et d'observation assez rare ; son mécanisme doit être attribué dans l'immense majorité des cas à un éclatement par transmission directe du choc. Quant au pronostic, il doit toujours être très réservé, car le trait de fracture intéresse la surface articulaire, ce qui prédispose à l'arthrite.

Tumeur de l'hypophyse.

M. Ed. Garipuy. — Un jeune homme âgé de 24 ans, dont la vision baissait régulièrement depuis un mois environ, présentait tous les signes de compression du nerf optique avec élargissement de la selle turcique. A la radiographie : pas de syndrome hypophysaire, liquide céphalo-rachidien normal, réaction de B. W. négative.

Six séances de radiothérapie profonde n'ayant donné aucun résultat, on se décide étant donnée la perte presque totale de la vision à intervenir par la voie nasale. L'opération de Hirsch, pratiquée par le Dr Bourguet, fut suivie d'une amélioration des plus notables qui s'est maintenue jusqu'à l'heure actuelle.

Histologiquement, il s'agissait d'un adénome proliféré de l'hypophyse à cellules sombres et à type cordonal.

A propos d'une pancréatite hémorragique aiguë.

MM. Bonnoure, Lyon et Pommepy rapportent l'histoire d'un homme hospitalisé pour crise abdominale grave survenue brusquement. Le sujet offrait un faciès ravagé et profondément intoxiqué ; il se plaignait de douleurs atroces dans le ventre avec maximum épigastrique, mais s'étendant en ceinture avec irradiations lombaires. Pas de contracture, du hoquet et des vomissements glaireux, pouls petit et dur, hypothermie.

Etant donnée une anurie complète, on songea à des accidents lithiasiques, mais très rapidement l'état général s'aggrava et le malade succomba en collapsus cardiaque.

L'autopsie révéla, en plus d'une faible quantité de liquide séro-hématique intra-péritonéal et d'un épiploon friable et de couleur feuille morte, un pancréas tuméfié et dur avec un aspect truffé de taches hémorragiques noirâtres. A la coupe, on découvrit une lithiase très prononcée avec grosse dilatation du canal de Wirsung qui contenait un gros calcul irrégulier.

Considérations sur une épidémie de rhumatisme articulaire aigu.

M. Andrieu communique le récit d'une épidémie survenue au cours de l'hiver 1925-26, dans quatre villages des Hautes-Pyrénées situés dans la même vallée. Sur 500 habitants se voyant presque journellement, 17 furent frappés du 6 novembre 1925 au 25 février 1926, sans qu'un intervalle de plus de quinze jours ait été constaté entre chaque cas. L'épidémie a été particulièrement sévère, car il y a eu chez neuf malades une endocardite et chez un autre une chorée post-rhumatismale.

Cette épidémie confirme d'une façon très nette les idées admises : bien que ne frappant qu'un petit nombre d'individus, ces épidémies évoluent cependant d'une manière durable et souvent aussi par poussées successives. En effet, deux autres foyers se sont produits après la première poussée, l'un en avril, l'autre en juillet.

Ainsi qu'il fut permis de s'en rendre compte, dans ce cas particulier la contagion rhumatismale semble bien être une contagion directe, mais qui nécessite des contacts prolongés et répétés.

Contribution à l'étude des produits opothérapiques.

M. Murat. — Le Codex n'indique aucun essai ou dosage des produits opothérapiques et il ne semble pas possible d'ailleurs d'indiquer de méthode générale d'analyse de ces produits qui sont des mélanges complexes. Cependant, les maisons qui les fabriquent sont déjà nombreuses, et il serait désirable qu'un contrôle puisse s'exercer au laboratoire à l'aide des moyens habituels.

L'auteur a eu l'idée de rechercher si une méthode simple de dosage du carbone, élément constant dans tous ces composés, pouvait servir de terme de comparaison : la méthode de combustion habituelle en chimie organique étant d'une application trop longue et nécessitant une installation compliquée, il s'est servi de la méthode de la combustion permanganique (méthode du Prof. J. Durand).

Les expériences effectuées ont indiqué que les produits opothérapiques brûlent régulièrement en milieu permanganique et que l'on peut baser sur cette méthode un dosage du carbone dans ces composés. Les résultats obtenus montrent que les teneurs en carbone sont assez différentes (sans doute à cause de la complexité même des matières analysées) et que l'on peut espérer arriver à l'aide d'un appareil extrêmement simple, à fixer l'identité d'un extrait ou d'une poudre opothérapique à l'aide d'un seul dosage.

Société d'obstétrique et de gynécologie.

Le choix de l'heure dans les grands délabrements.

M. Dieulafé, après avoir rapporté sommairement un certain nombre d'observations, et indiqué dans quelles conditions il fut appelé à intervenir, recherche quelles sont les conditions qui lui paraissent les plus favorables pour la restauration de la région. D'après ce qu'il a été à même de constater, on ne saurait espérer un bon résultat que si l'on intervient immédiatement après l'accouchement : passé 10 à 13 heures, la réunion *per primam*, par suite de phénomènes réactionnels et inflammatoires devient très incertaine, et il vaut mieux attendre le réta-

blissement complet de la parturiente pour intervenir.

Intervention pour rigidité du col.

M. RASCOL a eu à intervenir dans trois cas, où par suite de la rigidité et de l'infiltration du col, la dilatation demeurait stationnaire, ne dépassant pas 4 cent. Une double incision médiane antérieure et postérieure, suivie d'une application de forceps, lui permit de terminer rapidement l'accouchement. Les suites furent parfaites, sans hémorragies, ni complications. N'ayant pas fait de points de sutures au niveau du col, l'auteur put constater ultérieurement que deux fois sur trois, il n'y avait pas eu de réunion, et qu'il persistait une double incisure.

Intervention pour souffrance fœtale.

M. RASCOL communique le cas d'une Ipare à terme avec poche des eaux rompues, la dilatation ne dépassant pas 1 cm., chez laquelle, on constatait des signes marqués de souffrance fœtale. Pensant à l'existence d'un circulaire au niveau du cou, l'auteur voulut terminer rapidement l'accouchement : double incision antérieure médiane et postérieure et application de forceps qui permet l'extraction d'une fillette de 3 k. 800 en état d'asphyxie et qui ne fut ranimée qu'au bout d'une dizaine de minutes. Etant donnée l'absence de tout circulaire, la cause de la souffrance fœtale reste inconnue.

Pyélonéphrite post-partum.

MM. AUDEBERT, CAFFORT et GALY-GASPARROU rapportent l'observation d'une Ipare de 26 ans, qui après un accouchement long et pénible, marqué par des suites immédiates fébriles nécessitant un curettage, présenta vers le quinzième jour tous les signes cliniques de pyélo-néphrite coli-bacillaire (douleurs lombaires, reins augmentés de volume et perceptibles, urines purulentes, T. de 38°9 à 40, P. de 120 à 140...)

L'état général devenant extrêmement grave, on décida un traitement vaccinothérapique par filtrat coli-bacillaire. Très rapidement, on assista à la disparition de la plupart des symptômes morbides, et 94 jours après le début du traitement, la malade était complètement guérie.

Vomissements graves. Fibrome méconnu nécessitant une pseudo-césarienne vaginale.

M. DALÉAS relate le cas d'une IIpare de 31 ans, hospitalisée pour albuminurie et vomissements. La malade présentait un facies prostré, anémique, avec du subictère, céphalées tenaces et constantes avec phénomènes visuels, vomissements alimentaires et muqueux, constipation opiniâtre, urines épaisses avec 4 gr. d'albumine. P. à 120, T. 38.

Devant le très mauvais état général de la malade, l'absence de tout repère de vitalité fœtale et l'existence de métrorragies, on se décida à intervenir : la dilatation bimanuelle du col étant impossible, on fit une incision médiane antérieure empiétant largement sur le corps utérin ce qui permit de découvrir un gros noyau fibromateux qui calait dans le fond de l'utérus un fœtus d'environ quatre mois de gestation et ne vivant plus depuis plusieurs jours. Les suites furent normales.

J.-P. TOURNEUX.

Les Congrès

XXXe Session du Congrès des aliénistes et neurologistes.

(suite et fin) (1)

II. — Rapport de Neurologie

Le signe de Babinski (caractéristiques, mécanisme et signification).

M. A. TOURNAY (de Paris), rapporteur. — C'est le 22 février 1896 que Babinski a décrit, à la Société de Neurologie, le signe qui porte son nom. Ce signe consiste en une extension des orteils sur le métatarse sous l'influence de l'excitation par friction de la plante du pied ; par opposition à la flexion obtenue chez le sujet normal. Cette extension peut se limiter aux deux premiers orteils ou au gros orteil seul, et ne s'obtenir que par la friction du bord externe de la plante ; elle peut n'apparaître qu'après plusieurs excitations. Le signe de Babinski ne s'observe que dans les affections organiques du système nerveux (hémiplégie, paraplégie, épilepsie pendant les crises), jamais dans l'hystérie. Il est lié à une perturbation du fonctionnement du système pyramidal. Il n'est pas un signe de la gravité de la maladie en cause et peut faire défaut alors qu'il existe une lésion pyramidale. Il peut être empêché par impossibilité de l'extension pour des raisons soit centrales, soit périphériques. Par contre, on peut l'observer dans la paralysie infantile et les névrites par suite d'une entrave à la flexion normale des orteils.

Il existe normalement au cours des premiers mois de la vie. On l'a rencontré dans le sommeil normal ou anesthésique, dans les intoxications (strychnine), mais on l'a vu disparaître dans la narcose, dans la position ventrale, au cours de la crise d'épilepsie ou

(1) *Concours médical*, n° 50.

dans l'hémiplégie quand on tourne la tête du sujet du côté paralysé.

Il résulte d'un *mécanisme central* et traduit une réaction qui s'effectue par la voie du système non pyramidal libéré par suite de la perturbation du système pyramidal *dans le sens du déficit*. Il peut disparaître sous l'influence d'un regain temporaire de conduction de la voie pyramidale déficitaire.

Le signe de Babinski est peut-être, dans certains cas, de *nature périphérique*, mais ce mécanisme reste mal élucidé (exagération du tonus ou de la contractilité réflexe de l'extenseur), mais il existe toujours à l'origine une perturbation centrale.

Il représente théoriquement, d'après P. Marie, la substitution d'un réflexe d'excitation minimale à un réflexe normal. inverse. Il n'est pas forcément lié aux réflexes de défense ou d'automatisme médullaire. Peut-être correspond-il à une régression de la fonction motrice de la marche d'ordre cortical (néencéphalique) vers l'état antérieur d'ordre médullaire (paléencéphalique).

Le signe de Babinski a une *valeur pratique considérable*, il est le symptôme indicateur le plus sensible d'une lésion pyramidale. Sa recherche doit, en outre, inciter à une exploration plus précise des systèmes non pyramidaux.

Discussion. — M. Laignel-Lavastine (de Paris) rend hommage à M. Babinski et souligne le fait que ce signe dont la description fut parfaite d'emblée, garde une valeur aujourd'hui indiscutée. Il rappelle les précautions à observer pour sa recherche (jambe demi-fléchie, pied réchauffé, excitation franche sans brutalité, mise en confiance du sujet). Ce signe manque dans l'hémorragie de la couche optique et dans la paraplégie flasque par section physiologique de la moëlle. Il signale qu'on retrouve l'extension du gros orteil dans un certain nombre de tableaux célèbres.

M. Bersot (de Neufchatel) cherche à fixer la place du signe de Babinski en réflexologie et à élucider son rôle dans l'organisme. Il lui reconnaît une importance biologique et séméiologique primordiale et recommande de l'étudier dans ses relations avec les phénomènes voisins en se basant sur le principe de l'interdépendance des réactions.

M. Roger (de Marseille) insiste à son tour sur les précautions à prendre pour la recherche du réflexe cutané plantaire, fait observer qu'il n'existe pas chez les sujets à semelle cornée (campagnards, indigènes coloniaux). Il lui paraît intéressant d'étudier le mécanisme d'extension de la zone réflexogène. Le signe de Babinski périphérique est rare. Il peut exister dans l'artérite réalisant une claudication intermittente périphérique ou centrale.

M. Courbon (de Paris) signale l'intérêt du signe de Babinski en psychiatrie pour faciliter le diagnostic d'épilepsie, de confusion mentale d'origine toxique, de syndrome de débilité motrice de Dupré, de démence précoce organique.

M. Minkowski (de Zurich) croit à l'intervention de facteurs supra-spinaux non pyramidaux dans le mécanisme du signe de Babinski (facteurs sous-corticaux d'origine segmentale, mésocéphalique, striée, etc.). Sa valeur doit être appréciée en rapport avec l'ensemble des phénomènes organiques. Son évolution au cours d'une lésion peut fixer sur la gravité et l'étendue de cette lésion (traumatisme médullaire par exemple).

M. Barré (de Strasbourg) signale l'existence d'une forme spéciale, le type clonique, et en étudie les variations en décubitus ventral. Il a observé un cas de disparition du Babinski à la suite de médication par le phlogétan. Pour lui, l'extension de l'orteil traduit l'irritation et non l'inhibition de la fonction pyramidale. Certaines lésions pyramidales non irritatives peuvent ne pas le provoquer.

Ce signe ne vaut pas seulement par sa positivité, son absence appelle des précisions intéressantes en séméiologie.

M. Van der Scheer (de Stantpoort) indique l'absence du Babinski dans un certain nombre de lésions superficielles de l'écorce (hématome dure-mérien, apoplexie cérébrale).

M. Brunschweiler (de Lausanne) explique la notion de régression infantile du réflexe plantaire par le retour à un stade inlocalisé et indifférencié. Il fait observer que le phénomène se retrouve dans les deux états contraires d'hyper et d'hypo réflectivité et estime qu'il faudrait rechercher les causes de variation du réflexe non seulement dans les voies efférentes, mais encore dans les voies afférentes.

III. — Rapport d'assistance.

La thérapeutique des maladies mentales par le travail. — M. le professeur Ch. Ladame (de Genève) et M. Demay (de Clermont), rapporteurs. — Le travail est un des éléments principaux de la thérapeutique des aliénés. Les règlements anciens de 1857 et 1882 en ont fixé les principes généraux dans les asiles. Ces règlements prévoient les aptitudes des malades, l'orientation professionnelle, l'hygiène des ateliers, la séparation des sexes, les accidents du travail et la rémunération des travailleurs.

Le travail est à préconiser dans la convalescence des psychoses aiguës et dans presque tous les états chroniques sans incapacité physique ni déficit mental profond et même dans les cas de perversions instinctives avec les précautions utiles.

L'initiative individuelle a une très large part dans l'organisation du travail dans les asiles. Cette organisation ne peut être faite que par des médecins. Il est nécessaire que chaque médecin n'ait pas un trop grand nombre de travailleurs à contrôler et que le lieu de travail ne soit pas éloigné pour la surveillance régulière.

L'administration a son rôle dans l'attribution du pécule quotidien, la remise et l'utilisation de ce pé-

cule à la sortie de l'asile. L'assurance-accidents doit être soigneusement organisée.

Le point essentiel est d'envisager dans les asiles le travail en tant que *traitement* et non en tant que rendement.

Ainsi conçue, la thérapeutique par le travail est le meilleur élément de l'assistance des aliénés et de l'hygiène mentale.

Discussion. — M. Courbon (de Paris) rappelle les innovations du Génevois David Richard, initiateur du traitement des aliénés par le travail intellectuel. Il rapporte les résultats obtenus dans divers services des asiles d'aliénés français en particulier en Alsace-Lorraine, par la thérapeutique du travail.

M. Schiller (de Wil) expose les succès obtenus dans ce sens à l'asile cantonal de Wil (Saint-Gall).

M. Calmels (de Paris) montre ce qui a pu être fait à l'asile de Villejuif dans le service des aliénés difficiles, antisociaux, grâce à l'extrême division du travail (fabrication de chaussons, de semelles, rempaillage de chaises, reliure, buanderie).

M. Stuurman (de Stantpoort) expose les méthodes employées à l'asile de Stantpoort.

M. Steek (de Céry) montre que le travail constitue pour les aliénés un véritable système médico-pédagogique ; c'est le moyen le plus efficace pour arracher les schizophrènes à leur autisme et leur faire reprendre le contact avec la réalité.

M. A. Donaggio (de Modène) insiste sur la nécessité de la bonne organisation matérielle des ateliers. Il préconise le retour au travail complet, artisanal, qui établit un rapport étroit entre l'ouvrier et l'objet qu'il va créer. L'Italie possède des institutions officielles pour la renaissance de l'artisanat.

Les Congressistes ont pu constater au cours des très intéressantes visites des asiles de Bel-Air (canton de Genève), de Céry (canton du Vaud), de Malévoz (canton du Valais) que la thérapeutique des aliénés par le travail est très largement mise en œuvre en Suisse. Ils ont pu voir en particulier, à l'asile de Céry, des aliénés agités et délirants travaillant au lit à de petits ouvrages simples sous la surveillance attentive du personnel traitant. On ne saurait trop insister sur l'utilité de généraliser davantage encore en France cette efficace méthode de traitement des malades mentaux.

Communications.

A la suite de l'exposé des rapports et de la discussion des trois questions mises à l'ordre du jour du Congrès, de nombreuses et intéressantes communications ont été faites sur la schizophrénie, sur le signe de Babinski et sur des sujets divers de neuro-psychiatrie.

1° Sur la schizophrénie. La complexion des schizophrènes. Faits et hypothèses touchant les rapports du physique et du moral dans la schizophrénie. — M. Boven (de Lausanne). — La schizophrénie a, comme le dit Kretschmer, des corrélations physiques. Il semble exister un trouble du mode ou du plan de la croissance par hypoplasie (asthénique), hyperplasie (athlétique) ou dysplasie (dyscrasie endocrinienne). La schizophrénie serait, sur le plan intellectuel, la manifestation d'un manque de fusion des complexions paternelle et maternelle, biologiquement, chimiquement et moralement incompatibles.

L'autoconduction et la schizophrénie. — MM. Toulouse, Mignard et Minkowski (de Paris). — La notion de démence chez les aliénés est envisagée de deux façons différentes. Au point de vue nosographique par certains psychiatres qui lui subtituent des entités nouvelles. Au point de vue syndromique par d'autres qui isolent dans chaque entité les troubles réversibles. Cette dernière conception aboutit à la notion d' « auto-conduction » plus vaste encore que celle de schizophrénie et applicable à diverses affections. La mise au premier plan de la réversibilité des troubles mentaux réunit les conceptions de l'école de Zurich et du Service de prophylaxie mentale de Paris.

L'autisme. — M. E. Minkowski (de Paris). — Les notions d' « autisme » et de « complexe » considérées habituellement comme liées l'une à l'autre doivent cependant être séparées. Il existe, en effet, une sorte d'activité qui ne se replie pas sur des complexes, c'est-à-dire sur le fond intime de la vie du sujet et qui met en jeu les facteurs imaginaires par un mécanisme de compensation. C'est ce que l'auteur appelle l'autisme riche par opposition à l'autisme pauvre replié entièrement sur la vie intérieure.

La théorie psychanalytique ou instinctiviste de la schizophrénie. — MM. Hesnard (de Toulon) et Laforgue (de Paris). — Partant de la conception psychanalytique de l' « évolution instinctive », les auteurs distinguent trois stades dans l'évolution de la schizophrénie au point de vue affectif : 1° *arriération affective* par fixation des instincts à l'âge des tendances purement possessives centrées autour de la fonction digestive. Le sujet ne renonce au sevrage psychique par analogie au sevrage alimentaire que par une compensation imaginative ; 2° *intériorisation affective.* Ne pouvant posséder l'objet extérieur de son désir, l'individu reporte sur lui-même ses tendances affectives, d'où désintérêt progressif de la réalité extérieure ; 3° *démence affective*, caractérisée par l'effritement complet des mécanismes affectifs et indifférence définitive à la vie sociale. Les auteurs font observer que leur théorie n'exclut pas les conceptions organicistes.

La localisation cérébrale du syndrome catatonique. — M. H. Steck (de Céry). — On trouve dans la catatonie des lésions de tout le système fronto-pontostrio-cérébelleux. Les lésions corticales prédominent. La lésion striée porte surtout sur les grandes cellules à long cylindraxe. La faiblesse constitution-

nelle des noyaux gris de la base est marquée par un début d'état lacunaire périvasculaire. Il faut tenir compte dans la catatonie des symptômes végétatifs qui ont une grande importance et peuvent être mortels. Les troubles psychiques ont une gênese complexe à la fois psychogène et physiogène. Il faut faire intervenir tous les étages du névraxe pour les expliquer. Quant aux troubles de l'affectivité, ils n'ont pas de localisation précise, mais les centres végétatifs de la base et des automatismes striés entrent sans doute en jeu.

M. le professeur DONAGGIO (de Modène) discute la doctrine qui attribue aux ganglions de la base l'origine du syndrome strio-pallidal. Il n'a pas trouvé de liaison nette de ces noyaux dans la catatonie et rappelle qu'il a formulé une doctrine *cortico-nigrique* du parkinsonisme. Il considère que le rôle de l'écorce a été trop négligé.

Les haines familiales morbides. — M. ROBIN (de Paris) étudie les haines familiales : 1° symptomatiques de psychoses ou psychonévroses (en particulier schizophrénie) ; 2° constituant la véritable base psychogène de névroses ou de psychoses. Cette discrimination lui paraît présenter un grand intérêt thérapeutique.

Contribution à l'étude des relations existant entre la tuberculose et la schizophrénie. — MM. MIRA, RODRIGUEZ ARIAS et SEIX (de Barcelone) ayant étudié systématiquement les signes de toxi-infection tuberculeuse chez 600 malades des asiles de Catalogne concluent : 1° qu'il n'y a pas de corrélation positive entre la sensibilité à la tuberculine et le temps de séjour à l'asile ; 2° que les malades présentent en général une sensibilité bien plus grande à l'injection de tuberculine intradermique que les sujets normaux ; 3° qu'entre les différents groupes de malades mentaux les oligophrènes, les schizophrènes et les épileptiques essentiels, sont ceux qui donnent le plus grand pourcentage de réactions positives à la tuberculine.

Communications sur le signe de Babinski. Le dualisme du signe de Babinski. — MM. SEBECK et WIENER (de Prague) ont observé deux cas de poliomyélite, dont l'un avec pseudo-Babinski, par atrophie dissociée des fléchisseurs et des extenseurs (réflexe périphérique). Dans ce cas, le signe disparut par une injection de physiostigmine, puis reparut après injection de scopolamine. Dans l'autre cas, il n'y eut aucune modification. Les auteurs concluent à la valeur de la physiostigmine-scopolamine comme réactif de l'origine centrale du signe de Babinski.

Sur les modalités et la localisation du réflexe plantaire au cours de son évolution du fœtus à l'adulte. — M. MINKOWSKI (de Zurich) montre les phases successives par lesquelles passe le réflexe plantaire depuis la vie intra-utérine : embryonnaire (réflexe indifférent) — fœtale (extension), en passant par le stade infantile, de quelques semaines à deux ans (prédominance d'extension), jusqu'à l'âge adulte (flexion) Il étudie pour chaque stade les voies de conduction du réflexe.

Un ménage de faux sadiques. — M. MOLIN DE TEYSSIEU (de Bordeaux), rapporte une curieuse affaire de mœurs déclanchée par l'interpsychologie d'un couple dans lequel les apparences étaient défavorables à la femme. Cette dernière n'était en fait qu'une débile dont l'insuffisance psychique favorisait un fétichisme du mari ayant pour objet la fesse féminine.

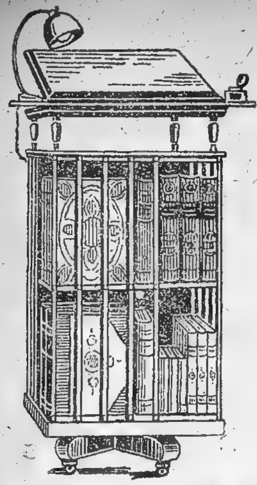
L'évolution psychiatrique dans la province de Québec. — M. MILLER (de Québec) montre avec quelle activité a été poussée l'organisation des services psychiatriques dans la province de Québec qui comporte, pour 2.500.000 habitants dont 4/5es de Canadiens français, 6.755 aliénés internés dans cinq établissements, dont les deux principaux sont : Saint-Jean-de-Dieu à Montréal et Saint-Michel-Archange, à Québec. Un hôpital-école perfectionné est en construction à Québec pour 350 arriérés et un superbe asile prison à Montréal.

Sur la valeur curative de la sortie prématurée dans certains cas de confusion mentale en traitement dans les asiles. — M. WILLES (de Pau) préconise cette sortie prématurée avant la sédation complète des symptômes et même de l'excitation, car elle amène, dit-il, la guérison dans un délai de 3 à 6 semaines ; elle agit favorablement par reprise du contact avec la famille et évite le danger des longues persévérations dans le milieu neutre de l'asile.

Sclérose en plaques et traumatisme. — M. CROUZON (de Paris) estime que le traumatisme ne crée pas la sclérose en plaques et ne fait que révéler la maladie ou l'aggraver si le choc a été violent et localisé au crâne ou au rachis. Pour attribuer une valeur au traumatisme, il faut que la période intercalaire ne soit ni trop courte, ni trop longue et jalonnée d'une série de symptômes successifs marquant l'atteinte des centres nerveux et donnant un coup de fouet à la maladie jusqu'alors latente.

Sur la manifestation très tardive du parkinsonisme post-encéphalitique. — M. DONAGGIO (de Modène) appelle l'attention sur la fréquence du parkinsonisme post-encéphalitique et sur la longueur de la période de latence qui sépare la phase aiguë de l'encéphalite de l'apparition du syndrome parkinsonien. Il en signale des cas de latence de 4 et 6 ans. Ce fait paraît constituer un argument en faveur de la spécificité du virus encéphalitique et réduire l'importance des intoxications variées invoquées par certains auteurs. Il rappelle les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques montrant l'existence de lésions dans l'écorce cérébrale, région préfrontale et motrice, associée à une lésion du *locus niger*, avec absence d'altérations des ganglions de la base.

Il montre que si le signe de Babinski est rare dans



le parkinsonisme, on peut obtenir par contre la flexion dorsale du pied avec adduction et rotation interne, par le procédé préconisé par Boveri (décubitus ventral avec flexion de la jambe à angle droit sur la cuisse) surtout si l'on pratique une injection de scopolamine. M. Testa a trouvé ce signe dans les huit cas de parkinsonisme qu'il a étudiés.

M. Minkowski (de Zurich) confirme avoir observé souvent un « état criblé » de l'écorce dans l'encéphalite et estime, lui aussi, qu'on a exagéré le rôle des ganglions de la base.

La mythomanie de jeu. — M. Vermeylen (de Bruxelles). — La mythomanie désintéressée n'est pas spéciale à l'enfant comme le pensait Dupré, elle existe aussi chez l'adulte et représente une activité compensatrice de l'imagination, un besoin de projeter pensées et désirs dans l'action, un état spécial qui permet au sujet de croire à la réalité de deux idées contraires.

Les modifications psychiques des paralytiques généraux malariés. — M. Vermeylen (de Bruxelles). — Les malades ainsi traités passent de l'état démentiel à des états variés : délire hallucinatoire relativement lucide pendant les accès fébriles, psychose hallucinatoire chronique ou état normal après la fièvre. Il y a moins de démence vraie qu'on ne le croit dans la paralysie générale, mais un « déficit fonctionnel » non définitif précédant la destruction des fonctions mentales.

Le traitement par le paludisme des psychoses autres que la paralysie générale. — M. Fribourg-Blanc (de Paris). — Convaincu de l'efficacité de la malariathérapie dans la paralysie générale et de l'innocuité de la malarisation quand elle est pratiquée avec toutes les précautions voulues (emploi d'une souche de plasmodium vivax bien vérifiée), l'auteur a tenté dans son service au Val-de-Grâce l'application de cette thérapeutique à des malades atteints de psychoses autres que la P. G. (maniaques, mélancoliques, déments précoces). Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été moins bons que dans la P. G. ; simple stimulation transitoire de l'état général chez les mélancoliques. Rémission nette cependant dans deux cas de manie et complète avec sortie de l'hôpital depuis trois mois dans un cas de schizophrénie.

Ces faits lui paraissent justifier un emploi méthodique de la malariathérapie.

Il a été décidé que la 31e session du Congrès des aliénistes et neurologistes aurait lieu en 1927 à Blois sous la présidence de M. le professeur Raviard (de Lille).

Les sujets des rapports seront :

Psychiatrie : l'automatisme psychologique : M. Lévi-Valensi (de Paris).

Neurologie : les tumeurs de la région opto-striée. M. Jumentié (de Paris).

Médecine légale : la pratique du divorce des aliénés en Suisse et à l'étranger. M. Boven (de Lausanne).

La session du Congrès de 1928 sera présidée par M. le professeur M. Claude (de Paris).

A. Fribourg-Blanc.

Les Livres

Librairie N. Maloine, éditeur,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Les Petits Précis, publiés sous la direction du Dr Cantonnet, chaque volume in-18. Prix : 8 fr. 50.

Aux huit petits précis, qui étaient déjà parus, s'ajoutent aujourd'hui les huit volumes suivants :

A. Filassier. — Psychiatrie d'urgence.
J. Jeanneney. — Le cancer (comment éviter le cancer, comment le dépister à son début).
Rouillard. — Poumon non tuberculeux.
Laquerrière. — Radium et Rayons X.
Lacapère et Montlaur. — Dermatologie.
P. Halbron. — Maladies infectieuses.
Paisseau et P. Vallery-Radot. — Tube digestif.
Lecomte et Levant. — Cœur. Artères. Veines.

Cette collection comprendra en tout 55 volumes, portant sur toutes les branches de la médecine, guides concis et clairs pour le médecin qui exerce et pour l'étudiant qui prépare un examen. Cette collection répondait à un besoin : dire en peu de mots, et en allant droit au but, ce qu'il faut faire, et ce qu'il ne faut pas faire.

N. Maloine, éditeur, Paris.

Maurice Ségard. — **Consultaire**, 3e édition, 1926.

J'ai grand plaisir à appeler l'attention des lecteurs du *Concours médical* sur la troisième édition revue, augmentée et mise au point, du *Consultaire*, de mon ami Ségard, de Saint-Honoré.

Je n'ai pas à rappeler la faveur avec laquelle fut accueillie, au lendemain de la guerre, l'apparition de ce recueil de cent consultations de tous les jours, en 1919. Cette faveur est loin de se ralentir, puisque les deux premières éditions en ont été rapidement épuisées, et que la troisième promet de suivre l'exemple de ses devancières.

Et ce n'est d'ailleurs que justice. Car ces Cent, — devenues *Cent dix* — consultations se recommandent, et par le choix de leur objet respectif, et par la façon dont elles sont rédigées.

Le choix de leur objet ? Les cas les plus courants

de la pratique quotidienne, disposés par lettre alphabétique, pour en faciliter la recherche, — depuis l'abcès froid jusqu'au zona (A —Z) en passant par les angines... les bronchites, ... les convulsions dans l'enfance, ... les fistules et abcès périanaux, .. les hémorroïdes, ... les palpitations, ... le rhumatisme, les vers intestinaux... Je ne puis tout citer. Et cet exposé se complète par un Formulaire dont les têtes de chapitre reflètent exactement l'esprit novateur et pratique de Ségard, habile à imaginer des formules lapidaires: « *Pour gagner du temps et de la clarté.... Pour formuler vite et bien... Instantanés ophtalmologiques...* »

Comment elles sont rédigées ? Sur quel plan ? En quel style ? Que pourrais-je faire de mieux que d'en citer entièrement un exemple ?

La laryngite striduleuse (ou faux croup)

La maman affolée vous a fait appeler au milieu de la nuit. Elle a peur du croup.

Vous pouvez la rassurer vite si le tirage a éclaté brusquement en pleine santé (à peine un petit rhume, un peu de ronflement dû à de l'adénoïdite) ; si malgré une toux rauque la voix reste normale. Au surplus l'accès est de courte durée, il disparaît aussi vite qu'il est apparu. Au réveil — signe capital — la voix est claire. C'est du spasme de la glotte vraisemblablement qu'il s'agit.

Cependant, en clinicien, vous avez vu gorge, cavum amygdales : pas de fausses membranes ; un voile de mucosités glissant sur la paroi postérieure du pharynx témoigne d'une adénoïdite.

Un doute subsiste-t-il le lendemain matin, alors faites 30 centimètres cubes de sérum de Roux et prélevez pour un ensemencement, cela avec d'autant moins d'hésitation quand on vous signale de la diphtérie au voisinage. Car il est des croups primitifs d'emblée, sans angine.

Martin et Darré posent ces deux règles : « Chez l'enfant de moins de 5 ans, toute laryngite aiguë dont la cause n'est pas évidente (rougeole, varicelle, brûlure de la glotte, néphrite, œdèmes aigus familiaux de la maladie de Quincke) : sérum immédiat ».

De même dans : « toute laryngite aiguë avec accès de suffocation et dyspnée paroxystique ».

Faites *le traitement antispasmodique* :

1° L'éponge chaude ou les compresses chaudes audevant du cou, renouvelées tous les quarts d'heure au début.

2° Les bottes d'ouate et les boissons tièdes.

3° Les vaporisations, dans la chambre, de feuilles d'eucalyptus bouillant dans une casserolette d'eau.

4° Un bain chaud à 38° est un bon calmant.

5° La potion antispasmodique (au-dessus de 2 ans) :

Bromure de potassium	0 gr. 50
Teinture d'aconit	deux gouttes par année d'âge
Codéine de 0 gr. 005 (au-dessus d'un an) à	un centigr.
Eau de fleurs d'oranger	90 cent. cubes

Par cuiller à soupe, à consommer dans les 24 heures.

Ou : 6° Un lavement :

Bromure de calcium ..	0 gr. 25 par année d'âge.
Chloral hydrate	0 gr. 10 —
Jaune d'œuf	n° 1
Eau	100 grammes

Enfin, et surtout, l'adénoïdite refroidie, faites cu-retter le cavum et achevez la guérison par une cure sulfarsenicale. Pour assurer l'avenir, vérifiez s'il n'y a pas un gros thymus ou du rachitisme sous roche.

Le meilleur traitement récalcifiant dans ce cas est à base de *chlorure de calcium*.

(Voir les *Convulsions*.)

Les rayons ultra-violets font merveille chez les rachitiques.

En vérité le « Consultaire » de Ségard a sa place, non pas dans la bibliothèque du praticien, mais sur sa table, à portée de sa main, car c'est à tout instant que son besoin immédiat se manifeste...

« Si j'ai réussi à faire gagner du temps à mes jeunes confrères, si j'ai pu accroître chez eux l'amour de notre belle profession, ce sera ma grande joie », écrit Ségard en manière d'avertissement de la troisième édition de son Consultaire.

Je lui prédis à l'avance ce summum jubilatoire, doublé de la satisfaction qu'il éprouvera à constater que son but aura été atteint et dépassé. A quand en effet la quatrième édition ? ? ?

G. Duchesne.

MÉDECINE MODERNE

Le mécanisme de l'action hypotensive du gui.

A la dernière séance de la Société de Thérapeutique (13 octobre 1926), le professeur Busquet a fait une importante communication sur le mécanisme de l'action hypotensive du gui.

Il a voulu élucider définitivement la question de savoir si, comme l'avait énoncé il y a déjà vingt ans J. Chevalier, l'action hypotensive du gui est d'origine vaso-dilatatrice, ou si, au contraire le cœur intervient dans la chute de pression.

La clinique thérapeutique avait déjà répondu que lorsqu'un médicament comme la guipsine a résisté pendant vingt ans à l'épreuve du temps, — et voit son emploi s'affirmer de plus en plus (malgré les médications qu'on a essayé de lui substituer), — c'est que cette médication est réellement physiologique et qu'elle agit directement contre la cause de l'hypertension, contre la vaso-constriction du système artérioso-veineux périphérique, contre le spasme du cœur périphérique, *comme l'avait dit Huchard.*

H. Busquet montre nettement que l'hypotension n'est pas d'origine cardiaque, par des expériences sur le cœur isolé du lapin et par des tracés pris sur le cœur du chien *in vivo*, et qu'avec des doses convenables, on obtient toujours une chute de pression sans diminuer ni la fréquence, ni l'amplitude des systoles ; cette amplitude, dans certains cas, augmente même et l'hypotension ne s'en produit pas moins. Il confirme aussi les conclusions de Gaultier et Chevalier, de Fubini et Antonini, de Lesieur qui avaient été unanimes pour reconnaître que le gui n'avait pas d'action dépressive sur le cœur, qu'au contraire, les préparations qui, comme la guipsine, renferment l'inosite du gui, sont plutôt toni-cardiaques et qu'en définitive, comme l'a montré Lagrange chez Huchard, le gui améliore et diminue le travail du cœur par décompression périphérique.

H. Busquet, par une suite d'expériences méthodiques et très serrées, montre que cette hypotension est due à la production d'une vasodilatation active ; qu'elle n'est pas due à un barrage sur le trajet du sang veineux par vaso-constriction au niveau du poumon, ni même à une vaso-dilatation des organes abdominaux, mais bien à une vaso-dilatation portant sur les vaisseaux périphériques et spécialement sur ceux du membre inférieur. Des tracés pléthysmographiques et de pression artérielle et veineuses simultanées rendent compte de ce phénomène.

H. Busquet s'est ensuite attaché à mettre en évidence le mécanisme intime de cette *action vaso-dilatatrice périphérique* et il a voulu vérifier le fait énoncé par Chevalier qui attribuait ce phénomène « en presque totalité à une action exercée par la substance sur le système vaso-moteur central ». Le fait avait été admis par Fubini et Antonini, ainsi que par Corona et Zorzi. Ses expériences nombreuses et multipliées lui ont montré que le relâchement des vaisseaux est le résultat d'une diminution du tonus exercé sur eux par le bulbe et la moelle impressionnés par le médicament.

Le système artério-veineux des capillaires, le « cœur périphérique », comme le dénommait Huchard, est ainsi débloqué et cette diminution du tonus des parois vasculaires va directement à l'encontre des spasmes vasculaires qui constituent toujours la cause efficiente de l'hypertension et conditionnent l'artériosclérose.

On s'explique ainsi très facilement l'efficacité de la guipsine dans le traitement de tous les troubles dépendant de l'hypertension, si fréquents à partir de la cinquantaine, et des affections veineuses, qui lui sont intimement liées et que l'on avait tendance à traiter, au contraire, par les topiques et les vaso-constricteurs.

L'amélioration de la circulation périphérique entraîne bientôt celle de la circulation générale, d'autant que, comme l'ont montré Pic et Bonnamour et leurs élèves, la guipsine agit, en outre, comme diurétique déchlorurant et azoturique et que, sous cette influence, par suite de l'élimination de l'acide urique et des dérivés azotés incomplètement oxydés, une des principales causes de l'irritation du système nerveux central et de la production des spasmes vasculaires disparaît.

Toni-cardiaque, vaso-dilatateur périphérique, diurétique, le gui, opportunément récolté et traité, reste donc le seul médicament physiologique de tous les troubles circulatoires ne relevant pas d'une affection organique du cœur. Dans la grande majorité des cas, l'emploi de la guipsine à la dose de 3 à 6 pilules par jour, entre les repas de préférence, pour ne pas perturber l'action physiologique de la digestion, pendant quinze jours consécutifs, suffit pour améliorer la circulation générale et le fonctionnement des émonctoires et permet ainsi, en reprenant le traitement selon les besoins, d'éviter l'établissement de lésions durables et beaucoup plus difficiles à faire céder.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

ORGANISATION, PAR UN HOPITAL, D'UNE MAISON DE SANTÉ A BON MARCHÉ

L'extension du domaine de la chirurgie, la décentralisation de l'art médical conduisent certains hôpitaux à envisager comme possible la création de salles ou de pavillons spéciaux, dans lesquels les malades payants peuvent être admis, pour y être opérés, au lieu d'être conduits à la grande ville voisine.

Lorsqu'il n'existe pas, dans la localité, de maison de santé, lorsque l'initiative privée est déficiente, ou impuissante, l'hôpital, établissement public, peut-il être autorisé à mener à bien cette création ?

Le premier point à considérer, c'est qu'aucun des médecins de l'endroit ne possède de clinique personnelle, ni qu'une firme commerciale quelconque n'ait entrepris la création et la gérance d'un hôtel pour malades, appelé maison de santé.

L'hôpital, établissement public, ne fera, dans notre hypothèse, aucune concurrence à l'initiative privée.

Bien plus, l'hôpital doit se mettre d'accord avec le corps médical local pour mener à bien pareille organisation de salles payantes.

En principe, l'hôpital étant un établissement public, est dans l'impossibilité de faire acte de commerce. Or, le fait d'admettre des malades payants, de faire sur eux un certain bénéfice, peut être *stricto sensu*, considéré comme acte commercial.

Néanmoins, une certaine tolérance semble s'être établie au profit d'hôpitaux, qui admettent des hospitalisés non indigents, moyennant un prix de journée rémunérateur pour l'établissement. Du moment où les bénéfices ne seront pas partagés entre des actionnaires quelconques, du moment où le solde créditeur ne servira qu'à augmenter le bien-être des malades hospitalisés, indigents comme payants, du moment où cet argent ainsi gagné permettra l'achat d'instrumentation chirurgicale, radiologique, ou spéciale, au profit de la collectivité hospitalière, le but recherché semble apparaître plutôt comme celui d'une société civile que comme celui d'une entreprise commerciale.

Et c'est pour cette raison que certains hôpitaux ont pu faire construire de véritables maisons de santé à bon marché.

Cependant, si un procès soulevait la question de principe, celle de la spécialisation des établissements publics, le Conseil d'Etat rendrait vraisemblablement son arrêt dans le sens de l'interdiction, quel que soit le désintéressement du but philanthropique poursuivi.

La question peut également se présenter sous l'aspect suivant :

S'étant mis d'accord sur la nécessité de la création d'un établissement, dans lequel les malades payants seraient admis, pourraient être opérés et soignés, considérant d'autre part que l'hôpital local, ne bénéficiant que d'une dotation infime, ne peut pas faire les frais de pareille installation, certaines collectivités publiques et privées (commune, sociétés de secours mutuels, syndicats ouvriers et patronaux, etc.) et le corps médical local entendent réunir les fonds suffisants pour mener à bien pareille entreprise.

Quelle forme juridique donner à cette société ?

Sera-ce la commission administrative de l'hôpital, qui collectera les subventions, conduira les travaux et gèrera l'entreprise commerciale ?

Sera-ce la commune, qui, bénéficiant des décrets-lois récents, profitera de l'extension de l'initiative laissée aux communes, en matière d'assistance notamment ?

Organisera-t-on une société civile ? ou bien créera-t-on une association déclarée (loi de 1901) qui, ultérieurement, demandera la reconnaissance d'utilité publique ?

A) Organisation par l'hôpital.

Cette modalité présente l'avantage de ne rien créer, au point de vue juridique : la commission administrative de l'établissement hospitalier reçoit les dons, les subventions, transforme certains de ses locaux, ou en fait construire d'autres, prête ses services communs, (chauffage, blanchisserie, boulangerie, ou autres), peut passer des achats en gros, tant pour l'hôpital proprement dit que pour la partie payante de l'établissement, n'a qu'une seule direction administrative, comportant l'engagement et la situation des infirmiers et infirmières, etc., fait servir l'instrumentation et la salle d'opération, comme tous les services annexes, tant pour les pauvres

que pour les payants et enfin utilise tout ce qui existe pour qu'il n'y ait pas double emploi.

Mais, ce sera la commission administrative, telle qu'elle est prévue par la loi du 7 août 1851 et par le règlement modèle des hospices et hôpitaux, arrêté par le Conseil supérieur de l'assistance publique, le 30 juin 1921, qui aura l'entière direction de l'entreprise. Le président sera le maire, et les conseillers municipaux voisineront avec les membres nommés par le préfet au sein de cette commission.

De plus, la loi du 7 août 1851 laisse une autonomie pleine et entière, sous le contrôle du préfet, aux commissions d'hôpitaux, pour organiser et gérer le fonds commun.

Quant au personnel médical, il sera nommé par la commission hospitalière, à moins que, par engagement écrit, celle-ci ne reconnaisse au corps médical local la liberté absolue de venir soigner les malades, qui choisiront librement leur docteur, avec, pour ce dernier, le droit aux honoraires perçus directement par le praticien.

A la rigueur, pour éviter certaines réclamations plus ou moins justifiées, la commission hospitalière peut s'entendre avec les médecins, pour que ceux-ci s'engagent à prendre comme tarif médical et chirurgical celui qui est arrêté par le ministre du travail pour les accidents ressortissant de la loi du 9 avril 1898.

Donc des ententes préalables sont nécessaires pour éviter les conflits.

Ces accords devront prévoir :

a) Par rapport à la commune, l'utilisation des salles d'opération, du matériel de spécialités, etc., pour les malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 ;

b) Par rapport aux collectivités privées (sociétés de secours mutuels, syndicats et autres) les prix de journée pour les malades appartenant à l'une de ces collectivités ;

c) Par rapport au corps médical local, le libre choix du médecin par le malade payant, le taux des honoraires du praticien, ou la liberté de tractation entre malade et docteur, le mode d'appel du chirurgien de la grande ville voisine, en cas de besoin.

d) Par rapport aux chefs d'industrie, ou d'entreprise, l'obligation, pour ces derniers, préalablement à toute admission à l'hôpital d'un de leurs ouvriers, ou employés, bénéficiant de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, de signer un engagement écrit, par lequel la promesse sera faite de payer le prix de journée plus les frais médicaux et pharmaceutiques.

B) **Organisation par la commune.**

Le décret du 5 novembre 1926 (*Journal officiel* 1926, 11890) sur la décentralisation, autorise les communes à organiser tous services, utiles à la santé publique, lorsque l'initiative privée est déficiente.

S'inspirant de cette nouvelle liberté, la commune pourrait recueillir les fonds et les employer à l'organisation d'un établissement municipal hospitalier, n'admettant que des malades payant.

Si l'hôpital avait un local disponible, la commune pourrait le lui louer.

On pourrait aussi, moyennant rétribution, demander à l'hôpital l'utilisation des services communs et la collaboration du personnel infirmier.

Ce serait la commune qui passerait l'accord avec le corps médical local, pour que celui-ci considère l'établissement comme une maison de santé ordinaire, dans laquelle il aurait libre accès.

C) **Société civile.**

Aux termes des articles 1832 et suivants du Code civil, une société pourrait être formée pour l'organisation et la gestion de cette maison de santé. Les bénéfices ne seraient pas partagés entre les participants, mais seraient, par l'acte de société, versés chaque année au fonds commun de l'établissement, en vue d'améliorations diverses.

D) **Association déclarée.**

Sous le bénéfice de la loi du premier juillet 1901, une association serait formée entre les divers représentants des collectivités publiques ou privées, qui ont en vue la création de cette maison de santé.

Association déclarée d'abord, elle demanderait la reconnaissance d'utilité publique, en conformant les statuts de la société aux statuts-types et en demandant cette reconnaissance au Conseil d'Etat.

Comparaison entre ces différentes modalités.

A mon avis, la première forme semble être préférable. L'hôpital est déjà organisé pour mener à bien pareille entreprise. La commission administrative est entraînée, depuis des années, à discuter et à diriger toutes questions et toutes œuvres diverses, dont le but est l'hospitalisation des malades.

Les services généraux fonctionnent déjà pour cet établissement : des locaux peuvent être mis à la disposition de la future maison de santé ;

Mais, avantage le plus considérable, payants et gratuits bénéficieront d'une administration unique, qui règlementera, pour le bien commun de tous les hospitalisés, les modalités de séjour et l'utilisation de toutes les ressources de l'art de guérir.

Il n'y a qu'une ombre au tableau : c'est que, si plus tard, il se fondait une maison de santé privée, dans la localité, les propriétaires de cette

clinique pourraient inviter l'hôpital à ne plus recevoir, désormais, qu'exceptionnellement les malades payants, en conformité avec les prescriptions de l'article 28 (note) du règlement modèle des hospices et hôpitaux, du 30 juin 1921.

D'autre part, la spécialisation de l'hôpital et son caractère d'établissement public feraient, à cet établissement, le devoir juridique de ne pas concurrencer une œuvre commerciale privée.

Quant aux trois autres modes, je ne les ai cités que pour faire une consultation complète.

A mon avis, la commune à autre chose à faire que d'organiser pareille maison de santé. Cela nécessiterait toute une administration coûteuse : peut être même se créerait-il des conflits avec l'hôpital.

Société civile, comme association déclarée, demanderaient le concours d'hommes dévoués, qui peut-être seraient peu versés dans les questions d'hébergement des malades. Il est même fort probable que les administrateurs seraient justement les mêmes que ceux qui administrent l'hôpital.

Conclusions

Dans une localité où il n'existe pas de maison de santé privée et qui cependant éprouve le besoin d'hospitaliser des malades non-indigents, au lieu d'adresser ces derniers à la grande ville, la création d'une maison de santé annexée à l'hôpital est fort possible.

Après avoir collecté les ressources de tous ordres, la commission administrative aura le devoir de s'entendre avec le corps médical, pour qu'avec les praticiens, soit envisagée la manière selon laquelle les malades payants seront admis et soignés, l'organisation et l'installation des différents services, la création de salles spéciales de traitement, etc.

Pour que les choses soient régulières, un contrat me paraît indispensable.

Projet de contrat

Entre les soussignés :

M. X. représentant la commission administrative de l'hôpital de ...... et agissant au nom de celle-ci, d'une part,

Et M. le docteur Y, agissant au nom des médecins de la ville de ..... et dûment mandaté par ses confrères, d'autre part,

Il a été convenu ce que suit :

MM. les docteurs A, B, C, D sont accrédités comme pouvant être appelés à donner leurs soins à tout malade payant, hospitalisé dans la partie de l'hôpital non affectée aux indigents.

Si un médecin, nouvellement installé dans la ville, ou dans les environs, sollicitait le même avantage, il serait de droit admis à participer à ce service hospitalier, sauf en cas de faute professionnelle grave. Le cas serait alors soumis à l'appréciation d'une commission mixte, composée mi-partie d'administrateurs de l'hôpital et mi-partie de médecins exerçant dans la ville de ....

Ayant ainsi le droit de choisir librement son médecin, chaque malade non-indigent hospitalisé devra rémunérer directement son ou ses docteurs.

En cas de contestation sur le quantum des honoraires, le conflit serait arbitré par la commission mixte ci-dessus, qui prendrait pour base d'appréciation le tarif ministériel en vigueur, pour les accidents du travail.

Lorsqu'un chef d'entreprise demandera l'hospitalisation d'une victime du travail, il devra, au préalable, signer un engagement écrit, par lequel il prendra l'engagement de payer à l'hôpital les frais de séjour de son blessé dans l'établissement, ainsi qu'au médecin traitant les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités, d'après le tarif ministériel, alors en vigueur, pour les accidents du travail.

En cas de plainte d'ordre administratif, portée contre un médecin, admis à donner ses soins aux hospitalisés payants, le litige sera arbitré par la commission mixte ci-dessus.

La plainte serait-elle d'ordre scientifique, elle serait portée à la connaissance du conseil de famille du syndicat médical de ...., qui, après audition des parties, devra donner son opininon et son expertise.

La présente convention prendra fin trois mois après sa dénonciation par une des parties contractantes.

Dr Paul Boudin.

A PROPOS DES CAISSES DE COMPENSATION

La question des caisses de compensation est à l'ordre du jour. Elles sont très répandues dans les pays industriels, surtout dans le Nord et la région parisienne.

Elles paraissent, dans ces centres, jouir de la faveur des médecins, qui y voient la consécration de divers principes : libre choix du médecin, paiement à la visite par le malade lui-même, respect du secret professionnel. Les caisses de compensation furent créées surtout dans le but de favoriser la repopulation et de fournir pour demain les effectifs ouvriers nécessaires à l'essor de l'industrie ; troupes utiles pour la guerre économique internationale qui se substitue à la guerre par les armes (si elle n'en est la cause directe dans bien des cas).

L'effort du début des caisses de compensation était le sursalaire familial permettant à l'ouvrier chargé de famille de n'être pas handicapé par son camarade plus égoïste, célibataire ou peu prolifique.

On étendit dans la suite l'action bienfaisante de ces Caisses à la création d'un service médical à la charge patronale. Quelle est la portée de cette extension ? Préface de la loi des assurances sociales ? Schéma et cadre de leur organisation ? ou bien, travaux d'approche pour l'échec de cette loi ?

Car ne perdons pas de vue que l'organisation des caisses de maladie est faite par le patronat, dirigée par lui. Elle cherche à donner la supériorité à la liberté sur l'obligation. Son but final est peut-être d'agir dans bien des cas comme un instrument destiné à briser les grèves.

Les caisses de compensation n'auront-elles qu'à se transformer pour être caisses primaires des assurances sociales et rester patronales ? Le monde ouvrier acceptera-t-il cette tutelle et ne préférera-t-il pas avoir lui-même la gestion et la direction de ces organisations d'assurances ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Ce que je veux étudier ici, c'est surtout le fonctionnement des caisses de compensation primitives, c'est-à-dire celles s'occupant des allocations familiales.

J'emprunte les détails qui suivent au bulletin du ministère du travail de 1925.

Nous devons constater le développement rapide de ces caisses. Au premier janvier 1920, on en comptait en France 6, ayant 230 établissements adhérents, 11.500 familles allocataires, 20.000 enfants bénéficiaires auxquels on avait versé 4.000.000.

Moins de cinq années après, au premier mars 1925, le nombre des caisses passait à 165 groupant 11.000 établissements, comprenant 276.000 familles tributaires de l'allocation pour 480.000 enfants et 1.200.000 ouvriers. Le montant des allocations versées était de 146.000.000 soit presque 22 fois le total primitif.

En même temps qu'augmentait le chiffre des allocations, les caisses étendaient le cercle de leur action.

Non seulement, elles élevèrent le taux de celles en vigueur, mais elles en firent bénéficier dans certains cas, infirmes, orphelins recueillis, ascendants incapables de travailler, etc. Elles ont, en outre, établi des primes de naissances et d'allaitement, des consultations de nourrissons, des infirmières visiteuses, et même des colonies de vacances et des preventoria.

Et chose remarquable, l'agriculture qu'on accuse volontiers d'être retardataire adopte les vues de l'industrie et fait fonctionner actuellement 11 caisses de compensation familiales.

La répartition des caisses est la suivante : 73 caisses sont professionnelles et 87 interprofessionnelles. Ceci donne quelques indications pour les projets d'assurances sociales, car, dans le monde ouvrier, nous trouvons les deux tendances, caisses professionnelles ou interprofessionnelles. J'avoue que ces dernières, actuellement en majorité, paraissent surtout recueillir l'adhésion des Syndicats ouvriers parce qu'offrant une indépendance plus grande vis-à-vis du patronat et une meilleure répartition des risques.

Ces caisses sont réparties surtout dans les grandes régions industrielles. On en compte 11 dans la Seine et le même nombre dans la Seine-Inférieure, 10 dans le Nord, 10 dans l'Isère. Au regard de ces chiffres, nous devons ajouter que 22 départements en sont dépourvues.

Quant au mode de répartition des allocations, il y a des divergences d'opinion. Certaines caisses ne favorisent que les familles nombreuses et ne donnent des droits qu'à partir du troisième enfant ; d'autres, tenant compte de la gêne et des frais inhérents à la naissance d'un enfant, donnent des allocations à partir du premier-né.

En général, ces primes ne s'appliquent pas au delà du quatrième enfant. C'est pour ainsi dire le maximum de natalité autorisé et encouragé par les caisses. Les allocations mensuelles varient de 10 à 50 francs. Elles sont fixes et n'ont pas de rapport de proportion avec le salaire du chef de famille.

Habituellement, le chiffre augmente proportionnellement avec le nombre de naissances et les chiffres peuvent varier en moyenne de 15 fr. pour un premier né à 35 fr. pour un quatrième. Cependant, quelques caisses plus riches font un effort plus considérable.

Le textile d'Elbeuf et de Louviers adopte le taux uniforme de 40 fr., celui de Roubaix est de

50 fr. pour le premier, à 100 fr, pour le quatrième et 75 fr. pour les suivants et les caisses de la région parisienne adoptent la courbe ascendante de 10, 30, 50 et 80 fr.

En sus de ces allocations constituant le sursalaire familial, il était logique de créer des primes à la naissance à titre d'encouragement à la natalité et des primes d'allaitement pour atténuer la mortalité infantile, l'un est la conséquence de l'autre. Il ne suffit pas d'avoir des enfants, il faut encore s'efforcer de protéger leur frêle existence.

Les caisses ont compris la nécessité de primes à la natalité puisque 110 caisses sur 152 ont adopté ce *modus faciendi*. Les primes varient de 50 à 400 francs par accouchement. La moyenne varie ; elle est de 100 fr. dans 29 caisses, de 150 dans 20, de 200 dans 19.

Mais, en général, les caisses ne comprennent pas suffisamment l'utilité des primes d'allaitement puisque 50 seulement sur les 148 qui ont donné des renseignements s'occupent d'encourager l'élevage maternel.

De même la durée est très variable : ces primes vont de trois mois à douze mois, mais peu de caisses, je n'en doute pas, ont favorisé cet allaitement prolongé. Les sommes allouées varient de 10 à 75 fr. par mois.

Si nous examinons les sommes globales versées pendant toute la durée de l'élevage du nourrisson, nous voyons la somme globale de 200 fr. dans 8 Sociétés ; de 300 fr. dans 12 Sociétés. Mais, en revanche, les sommes de 325 fr., de 360 de 375, de 480 ne figurent chacune que pour une Société. Il semblerait que le patronat ne cherche pas à encourager l'allaitement au sein dans la crainte de diminuer sa main-d'œuvre féminine. Je dois pourtant ajouter, bien qu'il n'en soit pas fait mention dans le bulletin du Ministère du travail, que beaucoup d'usines ont des garderies ou crèches de nourrissons et des salles d'allaitement. Ce serait pourtant un encouragement aux mères à poursuivre l'allaitement de leur bébé. Il y a à mon sens, un effort sérieux à accomplir, pour répandre cet adage bien connu : l'enfant a droit au lait de sa mère.

C'est un des moyens les plus efficaces pour créer une race accrue en nombre et en qualité. Je sais bien qu'on cherche à répandre des notions d'hygiène pour l'élevage des enfants et qu'on essaye de substituer à une routine souvent funeste, un élevage non pas scientifique inutile, mais rationnel. C'est là le but des consultations prénatales et des consultations de nourrissons créées par les caisses de la région de Paris, du bâtiment de Paris, de la région de Lyon, du textile de Lille, de la métallurgie de Lille.

Jusqu'à quel âge, l'allocation est-elle payée ou en d'autres termes jusqu'à quel âge considère-t-on un enfant comme une charge familiale ? Ici, la plus grande variété d'appréciation. 69 caisses suppriment l'allocation à partir de 13 ans jugeant qu'à cet âge l'enfant peut contribuer au salaire familial. D'autres, pour favoriser un apprentissage technique et permettre à l'enfant de compléter son instruction, élèvent ces limites jusqu'à 16 et 17 ans. L'allocation est continuée jusqu'à 14 ans dans 61 caisses, jusqu'à 15 ans, dans 6 caisses, jusqu'à 16 ans dans 4 caisses. D'autres caisses n'établissent pas une règle générale et ne maintiennent ces sursalaires jusqu'à 16 et 17 qu'aux enfants qui justifient d'études post-scolaires ou techniques.

La majorité des caisses (93) n'accordent ces allocations qu'aux enfants légitimes, légitimés ou reconnus. Cependant, il faut remarquer que le patronat profite de la main-d'œuvre aussi bien des enfants naturels que des enfants légitimes et que les enfants élevés au foyer d'individus vivant en ménage, sont néanmoins une charge pour eux, s'ils pourvoient à leurs besoins et sont, en réalité chefs de famille.

Quelle est la situation des ouvriers étrangers dans ces caisses de compensation ? Ont-ils droit au sursalaire familial ?

Dans beaucoup de caisses, 54, l'ouvrier étranger a droit au sursalaire à condition que les allocataires vivent en France. D'autres sociétés exigent en plus un certain temps de séjour en France 23 caisses les excluent purement et simplement. En plus, 68 caisses ne donnent que la mention admis sans spécifier de conditions spéciales.

Somme toute, sur 158 caisses dont les opérations ont été suivies, la plupart admettent les ouvriers étrangers.

La plupart des caisses (98) accordent des allotations sans s'occuper du salaire, d'autres 58, fixent un salaire maximum variable de 6.000 (1), à 20.000 (1) et en moyenne de 10.000 (8), 12.000 (21), 12.500 (21).

50 caisses n'exigent pas un minimum de présence à l'usine ou l'atelier. 103 exigent un minimum variable de un mois (58), à 6 mois (9).

La plupart des allocations sont continuées au père de famille en cas de maladie, en moyenne trois mois.

En cas de décès de l'ouvrier, l'allocation cesse de droit dans la plupart des cas ; cependant 60 caisses la maintiennent pendant le mois en cours, 22 pour le mois en cours et le mois suivant et 3, pour le trimestre en cours.

Il est intéressant de constater le développement de ces caisses de solidarité sociale dues à l'initiative privée, de suivre la genèse des œuvres qui viennent se greffer sur elles, ayant pour but le sursalaire familial, et nous devons les encourager au moins moralement.

Mais il ne faut pas perdre de vue que les deux intéressés au fonctionnement de ces caisses de compensation sont l'ouvrier qui profite des allocations comme prime de son travail d'abord et

de ses charges de famille et, d'autre part, le patron qui s'assure ainsi pour l'avenir la main-d'œuvre utile à son industrie.

Les sommes nécessaires au fonctionnement des caisses, ne l'oublions pas, sont incorporées aux frais généraux et par conséquent payées par le consommateur, c'est-à-dire par nous :

Du reste, dans les mémoires du bâtiment à Paris, après le montant du mémoire réglé sur les prix de série, il est spécifié un tantième pour les caisses de compensation.

Donc, pas d'illusion à se faire, c'est bien nous qui faisons les frais de ces œuvres d'entr'aide sociale. Aussi ne pourrions-nous admettre un contrat passé entre ces caisses et des médecins comportant une réduction d'honoraires comme participation à une œuvre philanthropique.

Dr M. VIMONT.

LE PROMPT SECOURS MÉDICAL

Dans le numéro du 3 octobre dernier, le docteur Noir, intitule un de ses si intéressants et si pleins d'actualité. Propos du jour, les « Prompts secours » en cas d'accident.

Notre confrère m'en voudra-t-il, non pas de protester,mais de rappeler que sur cette question des « P. S. », en matière d'accident, je puis prétendre, oserais-je le dire, être en France, non seulement un des promoteurs, mais encore, il y aura bientôt 25 ans, le créateur d'un poste de secours (qui fonctionne toujours) chose entièrement inconnue jusqu'alors à Marseille et ailleurs (1). Cette création était motivée par les conditions lamentables dans lesquelles étaient transportés et secourus les blessés de la rue et du travail. Ils le sont encore, hélas ! Dieu sait comment et bien souvent d'une façon indigne d'une ville comme la nôtre et de l'époque actuelle.

Je me suis inspiré, non seulement des rapports de Marcel Baudoin, mais aussi, des résultats d'enquêtes approfondies, faites grâce à l'obligeance de personnalités administratives et médicales, la plupart disparues à ce jour, sur ce qui se faisait déjà à Amsterdam, à Hambourg et à Anvers.

Je désirais faire pour Marseille et étendre aussi aux blessés du travail, ce que «Mauriac avait fait pour Bordeaux ».

Je commençai mes démarches par la mairie, dans mon esprit, ce service devant être municipal. Malheureusement, je me heurtai à une hostilité que j'étais loin de soupçonner : celle du chef de la municipalité de l'époque qui, pourtant aurait dû être le premier à encourager et aider mon initiative, hostilité expliquée par le souci (disait-il) de ne pas laisser monopoliser les accidents au profit d'un seul médecin ! ! ! ! ?

Je me hâte de dire qu'il ne s'agit pas de notre confrère, le docteur Flaissières, actuellement maire (presque inamovible) de notre ville, toujours si actif et si vigilant.

Le magistrat municipal de l'époque était pourtant un homme d'une intelligence éprouvée.

En présence de l'accueil qui me fut fait et du refus de l'étude de mon projet, je n'avais plus qu'à battre en retraite. Je ne demandais pourtant, ni argent, ni place, mais seulement le secours moral de la Municipalité par l'acceptation dudit projet.

J'ai su depuis que la politique n'était pas étrangère au refus essuyé. Passons.

Je n'insisterai pas davantage et créai en 1900 à Marseille, au quai de la Joliette, le prem ier « Poste de secours », pour les accidentés des industries maritimes et terrestres.

Plus tard, cette création s'est étendue aux blessés de la rue et à la catastrophe.

L'intensité de la locomotion automobile actuelle, n'a fait que justifier davantage cette création.

J'applaudis donc à l'idée émise par le docteur Noir, d'organiser, de créer partout des postes de secours, proprement dits, telle que la multiplicité des accidents actuels le réclame.

La création de mon poste m'est personnelle (je tire quelque vanité de son organisation) inexistante alors à Marseille comme elle l'est d'ailleurs toujours, tant à Paris que dans beaucoup d'autres villes.

Malgré l'établissement d'un hôpital à proximité de ma clinique, les premiers soins pour les blessés et malades en question, se continuent comme par le passé.

Y ajouterais-je ceux des Compagnies françaises et étrangères dont je suis le médecin, on serait surpris du nombre de personnes secourues (hommes, femmes , enfants) en dehors des accidents très graves et périlleux, sans compter, dans les bénéficiaires de ces premiers soins, les petits accidentés du travail.

J'ai installé de toutes pièces mon établissement, *sans secours pécuniaire de personne*, envers et contre l'hostilité de la mairie, du commissaire de police de la Joliette et des ports, d'un grand nombre de médecins, des ouvriers, des inscrits maritimes, de certains patrons et de pas mal d'assureurs, ces derniers, chose singulière, étaient pourtant appelés à bénéficier de cette organisation, autant si non plus que les blessés.

(1) Compte rendu dans les *Archives provinciales* de Chirurgie (1904-1906).

Je n'aurais garde d'oublier, en regard de ces hostilités, dont quelques-unes furent très agissantes et plus nuisibles aux blessés qu'à moi-même, l'appui purement moral et les encouragements, combien précieux, de la Chambre de commerce de l'époque, de la Compagnie des Messageries maritimes en la personne de son sous-directeur, d'alors M. Rousset et l'appui des Consuls étrangers.

Pour qu'un établissement de ce genre puisse être utile dans une grande ville, il faut qu'il soit pourvu d'une installation adéquate aux services à rendre, fonctionnant *nuit et jour, dimanches et fêtes,* du *premier janvier au* 31 *décembre* et d'un personnel de choix.

Il faut avoir une ambulance automobile et dans les ports ou sur les rivières, un canot-automobile, une boîte de secours toujours largement pourvue, afin de n'avoir qu'à traiter immédiatement et efficacement les blessés ou malades qui vous sont confiés.

Il faut aussi de la tenacité, de l'énergie, de la volonté, de la probité et de la confraternité. J'ajouterai même, assez de désintéressement, car parmi les blessés de la rue, ne se trouvent pas toujours de nouveaux ou d'anciens riches et grand nombre de secours doivent être inscrits au chapitre profits et pertes.

Les médecins qui s'atteleront à une pareille œuvre peuvent espérer des satisfactions matérielles intéressantes, ils en auront aussi de morales non moins intéressantes : celles d'avoir sauvé des vies humaines, atténué des infirmités, adouci des douleurs.

En terminant cette lettre dont on voudra bien excuser la longueur, je me fais un devoir de rappeler, je ne saurais trop le répéter, que l'idée créatrice de cette organisation, a été puisée, dans l'œuvre de Mauriac (de Bordeaux) et dans les publications de Marcel Baudoin (de Paris), auxquels je ne saurais trop rendre hommage.

Ne croyez pas, Dr Noir, que je vous garde la plus petite parcelle d'arrière-pensée, pour avoir oublié mon nom à côté de ceux qui m'ont tracé la voie il y a 25 ans. Peut-être l'ignoriez-vous.

Le but de cette lettre a été de vous demander de faire connaître à titre d'encouragement ce que l'initiative privée peut faire, permettant ainsi à un modeste collaborateur occasionnel du *Concours médical* (depuis 30 ans)) de vous apporter l'appui de son expérience.

Permettez-moi aussi de vous enlever, ainsi qu'à quelques confrères, certaines illusions ! ! : l'appui des Pouvoirs publics — Hum ! ! Je n'ose y croire par ces temps d'impécuniosité. Pas plus que celui des Compagnies d'assurances, qui auraient tout intérêt à ce que leurs blessés soient bien soignés, sitôt le sinistre arrivé ; à l'exception de trois ou quatre compagnies n'y comptez pas trop.

Croyez-en l'expérience d'un homme blanchi sous le harnais.

La plupart des autres compagnies n'y voient qu'une augmentation de frais et la crainte que leurs blessés ne restent entre les mains des médecins appelés à leur donner les premiers soins et ce, au détriment de leur contrat médical forfaitaire.

Si, pourtant, vous voulez offrir des premiers soins gratuits et ce sont généralement les plus coûteux, c'est souvent aussi pour ne pas dire toujours, de ces premiers soins que dépendent les suites de l'accident (survie, guérison sans infirmité, ou atténuation du taux de l'incapacité permanente), ce sont donc les plus importants quand il s'agit d'accidents graves, ceux-là même qui entraînent la plus grande responsabilité pour le médecin — si vous voulez, dis-je, les offrir gratuitement, alors oui, vous pouvez compter sur les Compagnies d'assurances.

Je n'en veux pour preuve personnelle, que les nombreux litiges soumis au « Sou médical » dans ces dix dernières années et qui n'ont d'autres causes que le règlement des premiers soins donnés à des victimes du travail, dont l'état de gravité ne permettait pas toujours l'évacuation immédiate du poste de secours et dont ces Compagnies ne veulent me régler le séjour, que sur la base du tout compris du tarif officiel (1).

Dr Lop.

(1) Je viens encore tout récemment d'obtenir deux jugements javorables contre cette thèse soutenue par deux compagnies d'assurances et non des moindres.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale extraordinaire.

21 *novembre* 1926.

M. le Président Maurat, entouré des membres du Conseil d'Administration et de M. Fleury, actuaire, ouvre la séance à quatre heures.

Il invite l'Assemblée générale à désigner deux assesseurs.

Sont désignés MM. les Drs Lacroix et M. Mignon. M. le Dr Boudin remplit les fonctions de secrétaire.

Le président constate que la convocation à l'Assemblée générale extraordinaire a été publiée dans le no 39 du *Concours médical*, que le rapport du secrétaire général a été publié dans les nos 39 et 41 (26 septembre et 10 octobre), que le projet de modifications statutaires a été publié dans ce même no 41, qu'enfin un tirage à part de cette convocation avec l'ordre du jour, le rapport et le projet de modifications a été envoyé à tous les sociétaires non abonnés au journal.

Les formalités statutaires ont donc été exactement remplies, en conséquence l'Assemblée générale extraordinaire est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

M. Maurat prononce ensuite l'allocution suivante :

Mes chers Confrères,

Avant d'ouvrir cette séance annuelle de la Mutualité Familiale, j'ai le plaisir de vous annoncer que l'inventaire quinquennal prévu par les statuts a été fait, cette année comme par le passé, par notre actuaire dévoué et compétent, M. Fleury, et que les résultats de ce travail nous ont donné pleine satisfaction.

Les calculs dont vous avez pu prendre connaissance dans le no 38 du *Concours médical* et sur lesquels nous reviendrons du reste au cours de cette séance lui ont prouvé que toutes les combinaisons de notre société étaient en parfait état de prospérité et conformes aux prévisions actuarielles.

Ces résultats, prévus du reste, ont permis à votre Conseil d'administration d'envisager et d'étudier, de concert avec lui, certaines demandes d'augmentation d'indemnités formulées par beaucoup d'entre vous et vous aurez tout à l'heure à en discuter l'adoption.

Je ne veux pas abuser plus longtemps de vos instants et je me hâte d'ouvrir cette séance en donnant la parole à M. Fleury.

M. Fleury donne lecture de son rapport sur l'inventaire de la Société au 31 décembre 1925.

Au nom de l'Assemblée générale tout entière, le président, adresse ses remerciements à M. Fleury.

Sur l'invitation du président, M. le Dr Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport sur les modifications statutaires (1).

Personne ne demandant la parole, le président donne successivement lecture des modifications proposées par le Conseil d'administration aux articles 1er, 4, 16, 26, 39, 40, 43, 44, 47, 51, 56 63, 69 et 76 des statuts.

Chacune de ces modifications est successivement mise aux voix et adoptée (2).

Le président met ensuite aux voix l'adoption de l'ensemble de ces modifications. Elle est votée à l'unanimité.

M. le Dr Vimont, vice-président, est chargé de faire le dépôt légal de ces modifications.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Les assesseurs, P. LACROIX, M. MIGNON.

Le président, A. MAURAT.

Le secrétaire, P. BOUDIN.

Assemblée générale ordinaire.

21 *novembre*. 1926.

M. le président ouvre la séance à quatre heures et demie.

Il renouvelle les constatations faites précédemment, la convocation à l'Assemblée générale ordinaire ayant été faite en même temps et dans les mêmes formes que celle de l'Assemblée générale extraordinaire, il ajoute que le rapport du trésorier sur l'exercice 1925 a été publié dans le no 37 du *Concours médical* et qu'un tirage à part a été envoyé aux sociétaires non abonnés.

L'Assemblée générale ordinaire est donc régu-

(1) Voir ces rapports dans les no 38, 39 et 41 du *Concours médical*, 1926.

(2) En voir le texte dans le no 41 du *Concours médical*, 1926.

lièrement constituée et peut valablement délibérer.

Sur l'invitation du président, M. Mignon, secrétaire général, donne lecture du rapport suivant :

Mes chers Confrères,

Après les intéressantes améliorations que vous venez d'apporter au fonctionnement de notre société, je voudrais vous entretenir quelques instants de notre situation morale. Il ne suffit pas en effet de prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir accorder à nos membres présents et futurs des allocations en rapport avec la situation économique actuelle ; il faut aussi et surtout que notre œuvre vive et prospère, et pour aider à cette prospérité je ne vous cacherai pas que nous comptons un peu sur vous tous.

Tout d'abord n'oublions pas que nous sommes une mutualité et que, par conséquent, ce qui doit avant tout régner parmi nous, c'est l'esprit mutualiste !

Etre mutualiste, c'est d'abord toujours faire accorder son propre intérêt personnel avec celui de la collectivité dont chacun de nous n'est qu'une unité ; c'est se rappeler que nous sommes un groupement de confrères, de camarades et d'amis, (— souvenons-nous de notre vieux nom d'Amicale —) vis-à-vis desquels nous avons autant de devoirs que de droits. C'est encore appliquer une scrupuleuse conscience dans nos rapports avec notre société, et songer que le plus petit préjudice porté par nous à ladite société par oubli, par négligence, ou par toute autre raison, retombe en fait sur nous-mêmes, non seulement parce qu'il fait tort à notre bien commun, mais aussi parce qu'il autorise d'autres sociétaires à se laisser aller à ces mêmes négligences dont l'accumulation pourrait devenir un danger pour l'œuvre elle-même.

Mais ce n'est là que le côté négatif de la question ; j'en aborde maintenant le côté positif, et je voudrais par-dessus ceux qui m'écoutent ici ce soir, atteindre tous ceux que leurs occupations, la distance, la maladie, ont retenus loin de nous, et qui n'ont pas pu venir assister à notre Assemblée générale.

Etre un bon mutualiste, c'est surtout faire pour sa société mutuelle la propagande, je dirai même, l'apostolat, les plus actifs, les plus intenses que chacun de vous puisse faire dans le milieu où il exerce. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de plus grand service à rendre à un jeune confrère que de l'initier à l'existence, au fonctionnement, aux combinaisons, aux services divers, de notre Mutualité familiale ; que de lui apprendre qu'un groupement de confrères riche et supérieurement organisé peut le couvrir largement contre les risques qu'il court chaque jour du fait de la maladie, de la vieillesse et de la mort. Vous ne devez plus, aujourd'hui, avoir honte de vanter votre société ; les nouveaux statuts que vous venez de voter vont lui permettre de garantir à ses membres une indemnité en cas de maladie pouvant atteindre 50 francs pour les cas aigus et une indemnité mensuelle maxima de 500 francs pour les cas chroniques ; elle continue en plus à assurer des retraites pouvant aller jusqu'à 9.600 francs par ménage à partir de 65 ans ; elle donne enfin une pension viagère de 1.200 francs aux veuves et aux orphelins des sociétaires décédés prématurément.

Avec un tel bagage, notre Mutualité familiale peut se présenter le front haut et répondre à toute critique. La facilité avec laquelle elle sait s'adapter aux situations nouvelles, son administration rigoureusement confraternelle, ses grosses réserves financières, sa gestion habile et si soigneusement surveillée par son actuaire, tout cela et bien d'autres choses encore que vous savez aussi bien que moi en font une des œuvres mutuelles les plus sérieuses et les plus solides de France.

C'est donc sans scrupule et en toute conscience que vous pouvez recommander votre Mutualité Familiale aux jeunes confrères que vous rencontrerez soit au lit du malade, soit dans les réunions confraternelles ; ce faisant, vous êtes sûrs de leur rendre le plus signalé service, et, du même coup, vous rendez service à votre société que vous enrichissez de nouveaux membres, vous nous apportez le nombre et la force ; car, sachez-le bien, le nombre seul nous permettra de réaliser les vœux de tous ceux d'entre vous qui aspirent aux améliorations futures.

Je demande que chacun de vous se fasse dans son coin notre collaborateur dans nos efforts de propagande et de recrutement ; réveillez, stimulez, à chaque occasion, cet esprit de prévoyance qui subit en ce moment un peu partout une éclipse néfaste pour notre pays ; et à ceux qui oseront vous demander combien vous êtes payés pour ce rôle de rabatteurs, répondez hardiment que votre société vous paye en tranquilité morale tant que vous êtes bien portants et en espèces très bienvenues au jour fatal de la maladie.

Cet appel, je l'adresse surtout à nos malades, aigus et chroniques, car leur exemple vécu est notre plus beau titre de gloire, et rien ne peut mieux frapper l'imagination des hésitants et des incrédules.

Plus vous nous amènerez d'adhérents, chers malades, plus vous nous aiderez à préparer le jour où vous aurez besoin de secours supplémentaires ; ce qui m'a toujours étonné, c'est de voir tant de certificats de maladie signés par des confrères qui ne sont pas des nôtres, et qui ne demandent pas à le devenir. N'avez-vous pas là une occasion unique de faire un adhérent ? Auriez-vous honte d'avouer que vous avez été prévoyant et que la maladie qui vous frappe ne sera pas pour vous, et grâce à nous, une catastrophe ?

Nous avons beau, Gassot et moi, ressasser dans le *Concours* les mêmes arguments, les mêmes conseils, les mêmes avertissements, à la longue nous sommes un peu brûlés, nous sommes traités d'orfèvres par la plupart de nos lecteurs, comme si nous avions un intérêt quelconque dans l'affaire, en

dehors de celui que nous portons à une œuvre à laquelle nous donnons le meilleur de notre temps depuis sa fondation ; aussi les résultats que nous obtenons ne sont-ils pas en rapport avec les efforts que nous fournissons. Mais si vous vouliez vous mettre à nous aider dans notre tâche, quelle belle moisson nous ferions vite ! Vous êtes au moins 1.500 membres actifs et en pleine force ; que la moitié d'entre vous seulement nous amène un adhérent au cours de l'année prochaine, nous aurions l'an prochain un effectif de plus de 2.000 sociétaires à vous présenter ; sans vouloir prétendre réaliser le rêve du docteur DESCHAMPS que vous avez lu tous dans un des derniers *Concours*, nous aurions déjà fait ainsi un joli progrès.

Eh bien ; ce résultat ne dépend que de votre bonne volonté ; c'est à elle que je fais un dernier appel et laissez-moi espérer qu'il sera entendu. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Bourdon voudrait qu'il fût fait un tirage à part de ce rapport pour être mis à la disposition des sociétaires.

M. le Dr Molinéry pense qu'il pourrait être inséré dans la correspondance du secrétaire général (*Assentiment.*)

M. le Dr Gassot, trésorier, donne lecture de son rapport sur l'exercice 1925 (1).

En l'absence des commissaires aux comptes, un membre donne lecture de leur rapport :

Messieurs,

Les commissaires soussignés, après avoir examiné les comptes des diverses combinaisons de la Mutualité familiale du corps médical français, ont procédé à la vérification du portefeuille. Cette vérification leur a permis de constater la parfaite régularité des écritures comme aussi l'ordre et la clarté avec lesquels elles sont tenues.

Les commissaires proposent à l'Assemblée générale d'approuver ces comptes et de voter des remerciements et des éloges au trésorier, M. le Dr Gassot, qui a droit à notre reconnaissance la plus vive pour son dévouement à la Mutualité familiale.

Dr ARAGO. Dr LEULIER.

Personne ne demandant la parole, le président met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1925.

Ces comptes sont adoptés à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la ratification de la nomination de M. le Dr Noir comme vice-président en remplacement de M. le Dr Nollet, démissionnaire pour raisons particulières.

M. le Dr Noir est nommé vice-président jusqu'en 1931.

En conséquence de cette nomination, le président propose de nommer M. le Dr Henne comme membre du Conseil d'administration en remplacement de M. Noir.

M. le Dr Henne est nommé membre du Conseil d'administration jusqu'en 1929.

L'ordre du jour appelle l'élection pour deux années de trois commissaires aux comptes en remplacement de MM. Lebrun, Monin et Durozoy sortants et non rééligibles.

L'Assemblée élit MM. les Drs Serfati, d'Alfortville ; Philippet et Ravanier, de Paris.

L'ordre du jour appelle la nomination de quatre membres du Conseil d'arbitrage.

Sont élus MM. les Drs Arago, Kouindjy, M. Mignon et Fraënkel.

Le président propose à l'Assemblée l'adoption des barêmes des cotisations annuelles pour les combinaisons donnant 40 et 50 francs d'indemnité journalière, 400 et 500 francs d'indemnités chroniques.

Ces barêmes ont été établis par M. Fleury.

Age d'entrée	Indemnité de 40 fr.	Indemnité de 50 fr.
25 ans	308 fr.	389 fr.
26 —	314 »	396 »
27 —	320 »	404 »
28 —	326 »	412 »
20 —	333 »	420 »
30 —	340 »	429 »
31 —	346 »	438 »
32 —	354 »	447 »
33 —	362 »	457 »
34 —	370 »	468 »
35 —	379 »	480 »
36 —	389 »	492 »
37 —	399 »	504 »
38 —	410 »	517 »
39 —	421 »	530 »
40 —	433 »	545 »
41 —	444 »	560 »
42 —	456 »	576 »
43 —	470 »	593 »
44 —	482 »	610 »
45 —	497 »	628 »

Ces barêmes sont adoptés.

En exécution des statuts, l'Assemblée générale doit encore fixer :

La cotisation annuelle des membres honoraires. Le chiffre de 50 francs est adopté.

Le droit d'entrée pour les combinaisons qui l'exigent.

M. le Dr Bourdon demande que la rémunération de l'examen médical soit fixée à 40 francs. En conséquence le droit d'entrée est porté à 45 francs s'il n'y a qu'un examen médical et à 90 francs s'il y en a deux.

Les frais de recouvrement postal doivent également être majorés en raison de l'élévation des frais de poste.

Ils seront désormais de :

4 francs au-dessous de 100 francs ;

5 francs de 101 à 300 francs ;

(1) Voir ce rapport dans le n° 37 du *Concours medical*, 1926.

6 francs de 301 à 500 francs ;
7 francs de 501 à 700 francs ;
8 francs de 701 à 1000 francs ;
9 francs au-dessus de 1000 francs.

Le président signale que sur l'Agenda du *Concours médical* qui publie la liste des membres de la Mutualité Familiale plusieurs noms ont été omis. Il s'agit là d'une simple erreur et il ne faudrait pas la considérer comme une radiation. Les noms des confrères omis seront rétablis.

L'ordre du jour étant épuisé et personne ne demandant la parole, la séance est levée.

Le secrétaire, P. BOUDIN. — *Le président,* A. MAURAT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. DARGELOS, (*Suite*).

En quoi consiste le filtre Miquel ?

De même que pour convaincre de son efficacité, nous avons fait connaître la lettre de M. l'adjoint au maire de Châteaudun, de même, pour exposer en quoi consiste ce filtre, nous allons citer l'article publié à son sujet dans la *Revue d'hygiène publique et de médecine légale*.

Le filtre Miquel.

« Ce filtre est constitué par des bassins en maçon-« nerie ou en métal, sur le fond desquels on dispose à « plat, des rangées de briques, séparées entre elles « par un intervalle de 4 à 5 centimètres.

« Au-dessus de cette première rangée, on dispose « une deuxième couche de briques à plat, perpendi-« culairement placées aux briques sous-jacentes, et « distantes de 1 à 2 centimètres, pour éviter que le « gros gravier (qui va être placé au-dessus) ne s'accu-« mule dans le réservoir.

« Au-dessus de ces briques, on dispose : 1° une « couche de gros gravier d'un diamètre de 0,02 à « 0,04 c. sur une épaisseur de............ 0,15 c.

« 2° Gravillons de 0,005 mm. à 0,01 cent. « sur une épaisseur de.................. 0,15

« 3° Gros sable de 0,003 à 0,005 mm., sur « une épaisseur de...................... 0,15

« 4° Sable fin de 0,001 mm., sur une « épaisseur de 1,50

« Les matériaux de soutien et les 3 premières « couches de gravier peuvent être remplacés par des « dalles filtrantes, constituées en béton maigre de « ciment armé de 0,05 d'épaisseur, soutenues par les « briques, ce qui permet de diminuer de 0,35 la « hauteur du filtre.

« L'eau est distribuée sur le sable par un tube « d'arrosage percé de petits orifices, à raison de 10 à « 12 par mètre carré.

« Ce filtre est précédé d'un filtre dégrossisseur.

« Les dispositifs peuvent varier à l'infini ; l'*essen-« tiel est qu'aucun jet d'arrosage ne soit projeté à moins « de 0,20 c. de la paroi interne de réservoir*. Il est utile « de relever le sable contre les parois du filtre, de « façon à éviter que les flaques d'eau qui se produi-« raient sur le sable imperméabilisé, n'arrivent au « contact de ces parois. L'eau qui passe entre le filtre « et la paroi se stérilise impartaitement. L'orifice de « sortie doit être placé aussi près que possible du « réservoir d'approvisionnement, et pourvu d'un « simple tube d'étain, pour l'évacuation de l'eau « épurée. Ce tube doit avoir un diamètre variable « avec les dimensions de l'appareil, mais toujours « suffisant pour l'écoulement immédiat de l'eau fil-« trée. Un tube d'un diamètre intérieur de un centi-« mètre, assure l'écoulement de 4.000 litres en 24 « heures. La superficie des filtres ne devra jamais « être inférieure à 0 mq 50. Elle devra être calculée « de façon à pouvoir fournir à chaque personne, de « 10 à 50 litres d'eau par jour, à raison de 2.000 litres « par mètre carré de surface. Il est prudent de ne « pas dépasser ce débit.

« Réservoir préfiltre, s'il est nécessaire de clari-« fier l'eau ;

« Réservoir d'emmagasinage de l'eau filtrée (citer-« ne à l'abri de toute infiltration, de toute contami-« nation, étanche, de dimension capable de conserver « l'eau filtrée de 48 heures), avec trop plein ; empla-« cement à l'obscurité, à la lumière diffuse, à l'abri « du soleil et de la gelée. Tels sont les compléments « du filtre proprement dit.

« Le filtre ainsi préparé peut fonctionner très « longtemps.

« Cependant, quand l'eau est chargée d'une cer-« taine quantité d'argile, la partie superficielle s'im-« perméabilise et des flaques d'eau se forment à la « surface. Ces flaques d'eau ne menacent pas le bon « fonctionnement ; elles ne sont à redouter que si « elles s'étendent aux parois du filtre. Dans ce cas, on « suspend l'arrivée de l'eau ; on retire le tube d'irri-« gation et on enlève, à la truelle, une couche de « sable, sur une hauteur de 0,20 c. ; on lave ce sable « à fond, on le replace sur le filtre et on remet en « fonctionnement ; on sait qu'il faut nettoyer, quand « il se forme à la surface, des flaques d'eau d'une « grande étendue. »

Telle est la description du filtre Miquel, dans la *Revue d'hygiène publique*.

Avec un peu d'attention, tout maçon intelligent peut arriver à construire un filtre à sable non submergé.

Comme on le voit, ce filtre n'est que l'imitation de la nature. Il est simple, peu coûteux, et disons-le de la façon la plus nette et la plus désintéressée, c'est *le seul* qui assure au consommateur de l'eau sûrement potable.

Les pages que l'on vient de lire étaient écrites en 1924. La question des moyens de défense, contre le développement de la propagation des maladies contagieuses, n'a pas cessé depuis, de fixer l'attention des hygiénistes. La fièvre typhoïde dont les ravages sont si considérables, et qui est endémique, peut-on dire, dans toute la France, devait surtout les préoccuper.

Eclairé par les doléances des praticiens et les rapports des médecins des épidémies, M. P. Strauss, Ministre de l'Hygiène, dont on ne saurait trop louer la compétence en cette matière, envoyait le 14 février 1924, à MM. les préfets, des instructions qui semblaient devoir amener des résultats pratiques.

Il appelait leur attention, sur la nécessité d'organiser méthodiquement la protection contre la fièvre typhoïde ; de rechercher à cet effet, les villes et communes dont l'alimentation en eau potable paraît insuffisante, et les moyens d'y obvier. Tous ceux qui s'intéressent à cette mesure d'importance primordiale, n'ont pu qu'applaudir aux instructions ministérielles.

Le signataire de cette circulaire n'a pas eu le temps de tenir lui-même la main à l'exécution de ses instructions. Tout en le regrettant, nous osons espérer que la semence jetée par M. Strauss germera et portera ses fruits.

Cette question d'hygiène publique est au-dessus de toutes les contingences politiques ; c'est une question vraiment sociale, dont l'application doit entraîner une approbation unanime. Il n'est pas douteux que les successeurs de M. Paul Strauss tiendront à cœur de poursuivre la réalisation des mesures édictées par la circulaire de février 1924.

Dans cette circulaire, M. le Ministre demandait une enquête sur les eaux de boisson dans les villes et communes de France.

Nous avions raison de dire, que cette question d'approvisionnement de la France en eau potable, ne pouvait pas cesser d'attirer l'attention des Pouvoirs publics. C'est en effet, une mesure sociale d'intérêt public qui s'impose, et qui est en dehors de toutes les contingences politiques. M. le Ministre du Travail et de l'Hygiène, a adressé le 12 juillet 1924, à MM. les préfets, une circulaire rappelant et complétant celles qui avaient été établies par son prédécesseur.

Après quelques considérations des plus judicieuses, sur l'importance de l'approvisionnement en eau potable, le Ministre, M. Julien Godart, expose que, avant d'autoriser toute demande d'adduction ou de captage d'eau d'alimentation, il doit être procédé à une étude géologique du terrain d'où elle provient. Le rapport du géologue doit être joint au dossier. L'enquête faite par le géologue doit porter sur toute la surface de la région qui peut être considérée comme faisant partie du périmètre de protection. Son rapport doit indiquer le mode de captage qui sera adapté à chaque cas particulier, afin d'aller rechercher les eaux à l'abri de toute contamination ; le géologue aura l'obligation d'étudier avec le plus grand soin, la question de savoir si un périmètre de protection doit être imposé ou non. Dans l'affirmative, la zone sera frappée de servitude avec la précision possible. Dans la négative, le géologue indiquera les raisons qui justifient l'inutilité d'un périmètre de protection. Cette inutilité peut avoir deux bases :

1° L'impossibilité de toute infection par les eaux superficielles, comme celles tombant sur un terrain désertique, non cultivé, non habité ;

2° L'impossibilité d'établir un périmètre de protection utile, vu l'étendue qu'il devrait avoir dans certains cas (ce qui existe pour la Crau, comme nous le verrons plus loin). Dans ce cas, le géologue déclarerait un procédé de stérilisation indispensable.

La circulaire du 12 juillet 1924 définit les qualités que doit avoir l'eau de consommation, au point de vue chimique et bactériologique. Voici le programme imposé à l'expert :

Examen chimique : saveur, odeur, matières organiques (dosage), ammoniaque et sels ammoniacaux (dosage), degré hydrotimétrique (total).

Examen bactériologique : numération et spécification des colonies. L'eau ne doit contenir qu'un nombre faible de germes, oscillant autour de 160, et ne renfermant sur 100 cc., ni coli, ni germes pathogènes, ni bactéries se rencontrant dans les matières fécales et dans les matières en putréfaction.

Comme on peut s'en rendre compte, les circulaires ministérielles concernant l'approvisionnement en eau potable établissent des directives qui démontrent les meilleures intentions de leurs auteurs ; nous n'avons qu'à faire des vœux pour que M. le Ministre s'intéresse activement à l'exécution de ces mesures. Mais nous ferons observer que les agglomérations seules sont visées, et que, comme toujours, du reste, les ruraux, les fermes isolées, sont oubliés et condamnés à boire de l'eau provenant de puits suspects, sinon contaminés.

Depuis plus de trois ans, la nécessité de renseignements de cette nature s'était manifestée d'une façon concrète, au sein de la Commission sanitaire de la circonscription d'Aix-en-Provence. C'est dire avec quelle satisfaction nous y

avons accueilli les circulaires du 14 février et du 12 juillet 1924.

Limitée aux villes et aux agglomérations de certaine importance, la lutte contre la fièvre typhoïde serait incomplète et par suite inefficace. Les mesures d'approvisionnement et de protection de l'eau de boisson doivent s'exercer en faveur *de tous, sans exception.* Le résultat à atteindre est fonction de leur généralisation. Les hameaux, les groupes de maisons, les fermes isolées, ont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, des eaux de boisson défectueuses. Comme les citadins, les habitants des campagnes, absolument négligés jusqu'à ce jour ont droit aux mesures de protection organisées par les pouvoirs publics. Ces vérités ont certainement été proclamées depuis longtemps par les personnes plus autorisées ; elles sont admises par tout le monde. Les difficultés d'exécution, surtout celles d'ordre budgétaire, sont, en grande partie, la cause qui s'oppose à leur mise en pratique. C'est ainsi que les rapports et les vœux des hygiénistes sont emportés par le vent, que ceux des médecins d'épidémies s'empilent dans les tiroirs, des préfectures, partageant ainsi, le plus souvent le sort des circulaires ministérielles. Malgré tout, cette question sanitaire s'impose toujours à l'attention de tous. Aujourd'hui, elle paraissait atteindre sa maturité. L'établissement des fiches sanitaires des sources françaises eût été le premier acte, la base d'une campagne sanitaire, dont nous constatons tous les jours l'absolue nécessité. Faisons des vœux pour que sa réalisation ne subisse pas de retard (1).

La circulaire du 14 février 1924 a été pour nous l'occasion de reprendre cette étude si intéressante de la lutte contre la fièvre typhoïde. Elle nous a suggéré des réflexions que nous allons développer.

Admettons comme réalisée l'enquête prescrite par la circulaire du 14 février 1924, et prenons pour exemple le département des Bouches-du-Rhône.

Nous trouvons, réunis dans ce département, tous les genres d'agglomérations, depuis la grande ville jusqu'au hameau et les fermes les plus isolées. Peu d'entre elles possèdent des sources d'eau potable. Les favorisées sont une bien minime exception. Marseille est alimentée par l'eau de la Durance dégrossie, décantée dans plusieurs bassins dont le principal est le bassin de Saint-Christoffe. Elle est chargée de colibacilles.

Aix a l'avantage de posséder deux sources d'eau potable : la Source froide des Pinchinats et l'eau thermale.

(1) Il faut croire que l'état de nos finances ne permettra pas de longtemps la réalisation des bonnes intentions si nettement exprimées par M. le Ministre de l'Hygiène.

L'eau des Pinchinats alimente les fontaines publiques et quelques établissements particuliers L'eau amenée dans les maisons pour les besoins domestiques est fournie par le canal dérivé du Verdon. Cette eau, dégrossie dans un bassin de décantation situé en amont de la ville, est reçue à domicile, dans des caisses où elle dépose encore énormément. Uniquement utilisable pour les usages domestiques, cette eau est trop souvent employée comme eau de boisson, après passage à travers des filtres qui la clarifient, mais laissent passer les germes pathogènes.

Arles est approvisionné par l'eau du Rhône.

Salon est alimenté par des sources provenant de la nappe d'eau souterraine de la Crau. C'est la même eau qui alimente toutes les communes, tous les hameaux, tous les puits de cette vaste région.

L'étude géologique de la Crau explique pourquoi la fièvre typhoïde est endémique dans toute son étendue, et pourquoi on y constate de fréquentes épidémies.

La Crau est constituée à l'est par un substratum de molasse ; à l'ouest, par du calcaire marneux très peu perméable, sur lequel se trouvent de bas en haut, un lit assez épais de galets libres et de sable, très perméable ; une couche de poudingue très dense, d'environ un mètre d'épaisseur, *imperméable*, mais présentant *des cassures*, des fissures nombreuses et profondes ; enfin, sur ce dernier, une couche de galets mélangés à du sable et à un humus généralement d'épaisseur faible, mais variable selon les modifications apportées par la culture et les irrigations.

C'est entre le substratum et la face inférieure du poudingue, que se trouve, dans la couche de sable et de galets, l'eau souterraine de la Crau. Elle a son origine dans l'eau météorique, et celle fournie par les irrigations. Cette eau est très claire ; elle serait toujours potable, si elle ne se contaminait pas par les eaux de surface, et si les fissures du poudingue ne laissaient pas passer les germes infectieux, qui la souillent, peut-on dire, continuellement. Son débit est de : 170.000.000 cc. environ, par an. Le sol de la Crau forme un cône, à sommet peu élevé ; les eaux suivent la direction de ses parois, constituant une nappe courante et uniforme, qu'il n'est pas possible de garantir contre une pollution, en établissant un périmètre de protection. Celui-ci, en effet, devrait, à cause de l'état géologique de la Crau, occuper toute sa surface. Pour réaliser cette pureté de l'eau souterraine, il faudrait supprimer toute culture, tout arrosage sur cette immensité de terrain, que la main de l'homme a rendu si fertile. Il n'y a pas lieu de s'arrêter à une idée de ce genre.

Dans tout le département, peut-on dire, l'eau de boisson est défectueuse. Le Rhône, la Durance, le Verdon, et les canaux qui en dérivent

forment en grande partie, les sources d'approvisionnement. Ailleurs, l'eau de boisson est fournie par des puits ou des citernes, plus ou moins contaminés, ou susceptibles de contamination.

Aussi, on y constate souvent, des périodes d'épidémie de fièvre typhoïde, toujours , du reste, endémique. Ce qui est vrai pour les Bouches-du-Rhône, est malheureusement vrai pour les autres départements. Presque partout les eaux de boisson ont besoin, pour être rendues potables, d'être stérilisées.

Quels sont les moyens propres à obtenir la stérilisation des eaux de boisson ? Auxquels faut-il donner la préférence ?

Ces moyens sont : l'ébullition de l'eau, sa javellisation, sa stérilisation par l'ozone ; la stérilisation par le filtre Miquel à sable non submergé.

Pour supprimer la fièvre typhoïde ou sa propagation, il faut, par l'usage généralisé d'un de ces moyens, doter *tous les habitants* d'eau potable. Nous ne nous faisons pas illusion sur les difficultés à vaincre pour établir la généralisation de cette mesure sanitaire. On me traitera certainement au moins d'idéaliste ; mais je me consolerai en disant que, à l'heure actuelle, je ne suis pas un isolé. Je suis du reste convaincu que mon idéalisme, mon rêve, peuvent aboutir à des réalités, si les maires et les pouvoirs publics, veulent bien opposer des actes et non des palabres, aux invasions des épidémies de fièvre typhoïde.

Passons à l'étude et à l'appréciation de ces divers procédés.

a) **Ebullition.** — Ce procédé est parfait, facile à employer. Il donnerait le résultat le plus efficace, s'il était toujours et partout utilisé. Malheureusement, il exige de la part des ménagères, une persévérance impossible à obtenir. Mis en usage pendant l'épidémie, l'insouciance et une fausse sécurité font qu'on renonce à y avoir recours, dès que le danger paraît passé. Pour qu'on usât toujours d'eau stérilisée, il faudrait que cette stérilisation fût indépendante de l'inconscience et de l'indifférence des habitants.

b) **Javellisation.** — En distribuant de l'eau javellisée dans les fontaines, on pare à cet inconvénient. L'eau que l'on va y puiser est potable, malgré l'indifférence des populations. Mais cette opération a besoin d'une surveillance constante. L'eau conserve, plus ou moins, l'odeur du chlore. J'ignore si, à la longue, l'usage permanent d'eau javellisée, ne peut pas exercer une influence nocive sur l'organisme. Quoique, lorsque la javellisation est bien conduite, aucun accident n'ait été signalé, une action plus ou moins nocive, à la suite d'un long usage de cette eau n'aurait rien de surprenant. Quoi qu'il en soit, le consommateur n'use pas volontiers de cette boisson. Les anciens soldats se la rappellent avec peu d'enthousiasme. A Gardanne, où nous avions pu constater, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'heureuse influence de l'ébullition des eaux de boisson, sur une épidémie de fièvre typhoïde, on a voulu, plus tard, à l'occasion d'une nouvelle épidémie, remplacer l'ébullition par la **javellisation** ; la population a abandonné les fontaines publiques et a eu recours à l'eau impure des puits particuliers. Il est à craindre que ce mode de stérilisation reçoive en maints endroits une même opposition. Pour avoir son entière efficacité, il serait indispensable que l'eau, javellisée avec tous les soins et la surveillance nécessaires, fût distribuée, non seulement aux fontaines publiques, mais encore dans les maisons particulières. Sans cela, il est plus que probable que l'on usera de l'eau, plus ou moins mal filtrée, que l'on aura sous la main, sans se donner la peine d'aller à la fontaine, ce qui rendra la javellisation le plus souvent inutile (1).

c) **Ozonification.** — L'ozone est un oxydant énergique, par conséquent, un parfait stérilisateur. Nous ne connaissons pas d'installation de stérilisation basée sur ce procédé. Nous avons toujours lu qu'il présente de grandes difficultés d'installation et de fonctionnement.

On a aussi essayé, sans succès sérieux, l'action des rayons ultra-violets.

Il nous reste à traiter de l'installation des filtres à sable non submergé.

Nous n'avons pas à revenir sur leur composition, sur leur valeur stérilisatrice, la faible surveillance qu'ils exigent, la modicité relative de leur prix.

C'est à dessein que nous ne parlons pas des autres filtres. Ils clarifient l'eau, mais ne la stérilisent pas, et ne donnent qu'une fausse et dangereuse sécurité. Nous ne faisons pas même d'exception pour le filtre Chamberland. Les bougies ne conservent une certaine valeur qu'à la condition d'être nettoyées à fond, peut-on dire journellement.

L'installation des filtres à sable non submergé doit être étudiée sous un double point de vue : *filtre général ; filtre particulier.*

L'idéal serait la stérilisation de toute l'eau destinée à l'approvisionnement, avec une canalisation unique, alimentant les fontaines publiques, les maisons particulières et les services généraux. Ces filtres stérilisateurs devraient avoir une surface très considérable.

(*A suivre*)

(1) C'est en vain que nous avons toujours insisté pour que Gardanne, à l'exemple de Châteaudun, procédât à la stérilisation des eaux de boisson, par un filtre à sable non submergé, qui aurait pu être alimenté par l'eau provenant des Galeries des Mines de charbon.

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise

Séance du dimanche 21 novembre 1926.

Assurances sociales.

Le Syndicat de Pontoise rejette une fois de plus le tiers-payant et se refuse à signer avec les caisses, non seulement tout contrat forfaitaire ou comprenant un tarif limitatif, mais encore ne veut accepter aucun tarif non limitatif, l'exemple du tarif des accidents du travail démontrant de toute évidence qu'un tarif non limitatif devient fatalement à l'usage un tarif limitatif.

Il est résolu à traiter les assurés obligatoires comme des clients ordinaires et à appliquer à ceux-ci son tarif syndical minimum ; les caisses, suivant leurs possibilités financières, pourront rembourser à leurs assurés tout ou partie des honoraires qu'ils auront versés à leur médecin.

Tarifs.

1° Le Syndicat de Pontoise porte son tarif minimum à 12 francs pour la consultation au cabinet et à 15 francs pour la visite à domicile.

2° Il est résolu de cesser de collaborer à l'application de la loi du 31 mars 1919, si les tarifs unifiés ne sont pas fixés aux taux du tarif syndical minimum moyen pour toute la France.

Il propose de cesser la collaboration le 1er juillet 1927.

3° Il émet le vœu que le tarif kilométrique pour les accidents du travail soit porté à 1 franc 50 par kilomètre parcouru.

Contribution volontaire à l'Union.

Le Syndicat de Pontoise, constatant que le prix de revient du *Médecin Syndicaliste* pourrait être sensiblement diminué en supprimant de celui-ci toute une littérature de polémique qui n'est pas lue par le plus grand nombre des confrères et indispose ceux qui la lisent, considérant que l'organe officiel de l'Union gagnerait à plus de concision et par suite à plus de clarté, n'est pas d'avis d'adresser de contribution volontaire à l'Union.

Cotisation syndicale.

Le Syndicat décide de modifier les statuts du Syndicat et de porter la cotisation annuelle à 50 francs. Cependant, un jeton de présence de 5 francs sera attribué à chaque confrère pour toute réunion à laquelle il aura assisté. Ces sommes seront déduites de la cotisation.

Médecins spécialistes.

Le Syndicat est d'avis de décider qu'un Syndicat général de spécialistes ne sera pas dans l'avenir rattaché à l'Union tant que tous les spécialistes inscrits dans ce syndicat général ne feront pas partie de leur syndicat local.

Le secrétaire,

Dr G. BUTIN.

SOUSCRIPTION QUIVY

(Nouvelle liste)

Union des Syndicats médicaux, 25, rue Louis-le-Grand 2.000
Dr Liber 20
Dr Loubier, 3, rue Clapeyron, Paris (8e) 20
Dr Bonnefoy, rue des Pyramides, 16, ... 20
Dr Turchini, 78, rue des Saints-Pères (7e) 20
Dr Portret, 108, avenue Victor-Hugo (16e) 20
Dr Hélie, 3, rue Ballu (17e) 20
Dr Laquerrière, 60, rue de Rome 20
Dr Morel Kahn, 154, boul. Haussmann (8e) 20
Dr Delherm, rue Las Cases, 1, (7e) 20
Dr Moutard, 13, rue Montaigne (8e) 20
Dr Zimmern, 5, rue Saint-Philippe-du-Roule (8e) 20
Dr Kœnig, 21, rue de la République, Orléans 20
Dr Desplats, 181, rue Nationale, Lille 20
Dr Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris 20
Dr Bohu, 14, rue Saint-Louis, La Rochelle 20
Dr Benon, 59, rue Gambon, Bourges 20
Dr Hollande, 8, rue de Vesoul, Saint-Quentin 20
Dr Berthomier, Vichy 20
Dr Jaulin, Orléans 20
M. Victor Mary, 42, rue Desrenaudes 100
Dr Khayatt, 30, rue de la République, Saint-Mandé 20
Dr Tettelin, 58, rue de Maubeuge 10
Dr Cassel, 3, rue Benjamin-Godard (16e) 20
Dr Perrin, 2, Traverse Saint-Basile, Marseille 20
M. Léger-Ramette, rue Fourrier, Caudry (Nord) 20
M. Maroniez, artiste peintre, 9, rue d'Aguesseau (8) 100
M. Courtin, 25, rue Decamps, Paris 50
M. Doyen, 13, rue de Castellane, Paris 20
M. James-Paul Govaere, 5, rue de Logelbach 20
M. le Général Boulangé, 23, rue d'Orléans, Neuilly 10

M. Aly, 9, rue Daviel 5
M. Baudemont, 220, rue des Pyrénées, Paris. 10
M. de Beaupré 10
M. Blieck, 28, rue de Moscou, Paris 5
M. Braley, 5, rue de l'Université, Paris 5
M. Rémy Cordier, 222, faubourg Saint-Martin, Paris 20
M. Delandre, 8, rue Vivienne, Paris 50
M. Deligne, 130, faubourg Saint-Honoré, Paris 20
Dr Eugène Dubar, 47, rue Pierre-Charron . . . 40
Dr Evrard, 33, rue de Douai 20
M. François, 4, rue des Bauches, Paris (16e) . . 20
M. Guillaume, 3, rue Jean-Bart, Paris 20
M. Guillez, 55, rue du Ruisseau 50
M. Herbaux, 28, rue Péclet, Paris (15e) 10
M. Jacob, 11, rue du Perche, Paris (3e) 20
M. Lecomte, 4, rue Moncey, Paris (9e) 50
M. Lefranc (Gaston), Villa Florian, av. de Bry, Le Perreux 5
M. Lelong, 90, place de la Gare, Bondy 20
M. Leroy (Arnould), 33, rue Bezout, Paris (14e) 20
Dr Lobry, 3, rue Dulong (17e) 20
M. Mabille, 125, avenue Mozart, Paris (16e) . . 10
M. Malo, 2, rue des Beaux-Arts, Paris 20
M. Maroniez (Paul), 102, rue d'Amsterdam, Paris (9)e) 5
M. Mauguière, 87, Allée de Montfermeil, à Clichy-sous-Bois 20
M. Meurisse 10
M. Michel, 18, rue Milieu, Caen 20
M. Léon Petit, 24, rue Juliette-Lamber, Paris (17e) 10
M. Pilat, 30, rue de l'Eglise, Neuilly-sur-Seine 5
Quatre Cambrésiens 20
M. Sainsaux, 92, boulevard Barbès, Paris . . . 20
M. Saint-Obert, 16, boulevard des Italiens, Paris 20
M. Sépulchre, 44, rue du Bois-de-Boulogne, à Neuilly 10
Dr Déchy, Sermaize-le-Loiret (Loiret) 100
Dr Arcelin, 6, rue du Plat, Lyon 20
Dr Schmitt, 9, rue d'Astorg, (8e) 20
Dr Terrien, 48, rue Pierre-Charron 20
Dr Felhoen, 5, rue Berteaux-Dumas, Neuilly-sur-Seine 25
Dr Flament, 8, rue Léon-Bonnet (16e) 10
Dr Sauvez, 17, rue de Pétrograd 20
Dr Hofman-Pang, 13, avenue Bosquet (7e) . . 20
Dr Douay, 3, boulevard Delessert 100
Dr Méry, 84, rue d'Hauteville (9e) 50
Dr Hainaux, 4, rue des Moulins-Généraux, Saint-Denis 20
Dr Bécart, 40, avenue de la Grande-Armée . . 20
Dr Wadoux, 20, rue Demarquay 20
Dr Barthélemy, 6, rue Sédillot 20
Dr Jeunet, 22 *bis*, avenue Rapp (7e) 20
Dr Hazemann, 163, boulevard de l'Hôpital . . 20
Dr Bouvaist, 5, rue Delizy, Pantin 30
Dr Husson, 22, rue Royale 20
Dr Thobois, 25, avenue des Batignolles, Saint-Ouen 50
Dr Charlier, 20, rue de Pétrograd, Paris 20
Société de Radiologie, Dr Chaperon, 70, av. Kléber, secrétaire 200
Dr Laurent, 14, rue des Halles, Bois-Colombes 20
Dr Castellaut, Sarcelles (Seine-et-Oise) 20
Dr Blasart, 195, avenue Victor-Hugo, Aubervillers 20
Dr Housquains, 17, rue de l'Annonciation (16) 20
Dr Raoult Deslongchamps, 7, rue La Bruyère (9e) 20
Dr Lardennois, 4, rue Quentin-Bauchart 100
Dr Nollet, 3, rue Joffre, Bougival (Seine-et-Oise) 100
Dr Guisez, 66, boul. Malesherbes, Paris (8e) . . 25
Dr Détape, 10, rue d'Edimbourg 20
Dr Keller, 97, rue Jouffroy (17e) 20
Dr Makereel, 43, rue des Francs-Bourgeois . . 20
Dr Planque, 38, avenue Charles-Floquet (7e). 20
Dr Coulon, 73, avenue Victor-Emmanuel-III 50
Dr Pamart, 47, rue des Mathurins 20
Dr Darras, 33, rue Washington 20
Dr Goidin, 46, rue du Hameau 20
Dr Watel, 23, avenue de Rueil, Nanterre . . . 20
Dr Blanquart, 7, rue des Entrepots, Saint-Ouen 20
Dr Bernard, 66 *bis*, rue Saint-Didier 20
Professeur Lemoine, 18, rue Eugène-Jacquet à Lille 100
Dr Humbert, 15, rue de Chartres, Neuilly-sur-Seine 50
Dr Breton, 46, boulevard Saint-Michel 20
Dr Van den Bussch, 73, rue Pigalle 20
Dr Lévy, 15, rue de Prony 20
Maison Kodak, avenue Montaigne 100
Dr Camus, 16, rue de Biragues 20
Fédération Nationale des Syndicats Médicaux de France, Dr Bouvat, Saint-Péray . . 500
Dr Papegeay, 61, boulevard de Courcelles . . . 20
Dr Phocas, 14, rue du Regard 20
Dr Chaix, 114, rue de Turenne 20
Dr Paté, 15, rue Louis-Philippe, Neuilly 20
Dr Doizy, Château de Giraudon, Sarcelles (Seine-et-Oise) 20
Dr Beugnies, 42, rue Fabert 20
Dr Gernez, 8, avenue Marceau 200
Syndicat Médical de Cambrai 100
Dr Pauchet, 27, avenue Charles-Floquet 200
Dr Caillaud, Orléans 100
Dr Decreton 20
Dr Noir 100

Adresser les souscriptions au Dr Maurice Renaudeaux, 22, rue de Madrid.

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Ecole d'anthropologie**, 15, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris. — *Cours et conférences de* 1926-1927. — 1° *Cours.* — Ethnologie : M. Georges HERVÉ, professeur, le mardi, à 5 heures. Questions alsaciennes. — Anthropologie zoologique : M. P.-G. MAHOUDEAU, professeur, le mercredi, à 5 heures. Les parents de l'homme ; historique de la question ; les singes, les anthropoïdes et le pithécanthrope de Java (nombreuses projections). — Ethnographie comparée : M. Adrien DE MORTILLET, professeur, le mercredi, à 4 heures. Les armes : leur origine, leur évolution et leur classement (avec projections). — Anthropologie préhistorique : M. L. CAPITAN, professeur, le lundi, à 5 heures. 1° Actualités ; 2° la géographie humaine aux époques préhistoriques (avec projections). — Sociologie : M. G. PAPILLAULT, professeur, le vendredi, à 4 heures. Les caractères mentaux : leurs signes physiques, leur expression, leurs conséquences sociales. — Anthropologie anatomique : M. R. ANTHONY, professeur, le samedi, à 5 heures. 1° Les formes extérieures de l'homme. La croissance ; 2° les caractères anatomiques des mammifères quaternaires. Rongeurs (fin). — Anthropologie criminelle : M. G. PAUL-BONCOUR professeur, le vendredi, à 5 heures. La recherche du criminel et des preuves de la culpabilité. — 2° *Conférences* : M. le D[r] DUBREUIL-CHAMBARDEL, chargé de conférences. Etude anatomique et clinique des malformations congénitales du rachis. Huit conférences, les mardis à 4 heures, à partir du 11 janvier 1927 ; M. le D[r] SIFFRE, chargé de conférences. Documents dentaires préhistoriques et contemporains (avec projections). Quatre conférences, les lundi 6, 13, 20 et 27 décembre 1926, à 4 heures ; M. le D[r] DUJARRIC DE LA RIVIERE, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Biologie microbienne ; évolution des idées ; applications pratiques. Quatre conférences, les samedis 6, 13, 20 et 27 février 1927, à 4 heures.

— **Institut de biophysique du cerveau à Leningrad.** — Cet Institut, présidé par le professeur Beschterew, s'occuperait de recherches sur la transmission de la pensée à distance.

— **Ecole des Hautes-Etudes sociales**, 16, rue de la Sorbonne. — *Etudes médico-sociales* sous la direction de M. le D[r] G. ICHOK. — Cours : l'action médico-sociale, Professeur : M. le D[r] G. ICHOK, les mercredis de novembre et décembre, à 17 h. 30. — Conférences : I. La lutte contre le taudis, par M. Georges RISLER, président du Musée social, président de la Section d'hygiène urbaine et rurale du Musée social. II. L'œuvre de l'Institut Pasteur de Lyon. La lutte contre la tuberculose dans le département du Rhône, par M. le professeur P. CAZENEUVE, de l'Académie de médecine. III. Le régime des mœurs en France et à l'Etranger, série d'exposés, suivis de discussions, par M. Paul GEMAHLING, professeur d'économie politique à l'Université de Strasbourg, avec le concours de personnalités appartenant aux mondes médical, juridique et d'action sociale, les jeudis de mars et avril 1927, à 17 h. 30. — IV. L'inspection du travail, par Mme G. LETELLIER, inspectrice au Ministère du Travail. V. La médecine de l'esprit, par M. le D[r] Pierre VACHET, le jeudi, à 17 h. 30, du 3 mars au 7 avril 1927. — VI. La civilisation musulmane, par M. ZAKI M. RAGAB, avocat à la Cour d'appel d'Alexandrie.

Etudes financières. — Cours : les problèmes financiers d'après-guerre, professeur : M. Paul FRANCK, le lundi, à 15 heures, jusqu'au 31 janvier 1927. — Conférences : les finances de la France, série d'exposés avec le concours de hautes personnalités du Parlement et du monde financier.

Etudes industrielles et commerciales. — Cours : les industries françaises et allemandes (points de contact et d'opposition). Industrie chimique. Grande métallurgie. Construction électrique et électricité. Construction mécanique. Matériel de chemins de fer. Textiles. Professeur : M. Auguste PAWLOWSKI, le lundi, à 16 h. 15, du 7 février au 4 avril 1927 inclus.

— **Chimie médicale.** — M. le professeur A. Desgrez, membre de l'Institut, a commencé une série de leçons de chimie appliquée à la médecine (les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine à 18 h., amphithéâtre Vulpian).

— **Cours pratique de puériculture.** — Le cours de puériculture, institué par Mme Mulon à la Pouponnière du Camouflage, est fait hebdomadairement par Mlle Labeaume, ancienne interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté, à 4 h.

Le cours est suivi d'un stage pratique à la Pouponnière du Camouflage. Les élèves sont exercées individuellement aux soins à donner aux enfants, à la préparation des biberons, des bouillies et des aliments de régime.

Ce cours est destiné aux jeunes filles, aux mères de famille, aux élèves infirmières, etc.

Un diplôme est décerné après examen, à la fin du cours. S'adresser pour tous renseignements et inscription à la Pouponnière du Camouflage, 18, rue de l'Atlas (XVIII[e]). Téléph. Combat 03-95.

— **Congrès international contre la tuberculose.** — Le prochain congrès international contre la tuberculose se tiendra à Rome, en 1928, sous la présidence du professeur Raphaël Paolucci, président de la Fédération Internationale contre la tuberculose.

Le Directeur-Gérant : D[r] GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET CIE.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Au cas où vous ne pourriez obtenir satisfaction à l'amiable, il ne faudrait pas hésiter à poursuivre le patron devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, conformément à la législation sur les accidents du travail. La procédure serait exempte des frais de timbre et d'enregistrement.

3688. — Evaluation d incapacité permanente.

Je demande à votre complaisance bien connue de me dire à quelle indemnité a droit un blessé d'usine qui, dans son travail, a eu le pouce et l'index de la main droite sectionnés au ras des métacarpiens.

Dr D.

Réponse.

L'invalidité résultant de l'amputation du pouce et de l'index peut être évaluée à 50 %.

Pour vous dire quelle indemnité devra recevoir le blessé en raison de cette infirmité, il faudrait savoir à combien s'est élevé son salaire au cours de l'année qui a précédé l'accident.

Il n'existe pas de barème officiel des invalidités en matière d'accidents du travail. Souvent, par analogie, on applique le barème des blessés de guerre. D'autre part, il y a des ouvrages spéciaux sur la question, notamment celui d'Imbert, Oddo et Chavernac (Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris) ouvrage très complet et celui du Dr Mayet (Poinat, éditeur, 21, rue Cassette, Paris) ouvrage d'un volume plus réduit et très facile à consulter.

Application des Tarifs officiels

I

3617. — Les « surfaces additionnées » dans les brûlures.

Un blessé du travail présente au pied droit les quatre brûlures suivantes : 1° sur la partie moyenne de la face dorsale du pied, une brûlure un peu plus grande qu'une pièce de 5 fr., la plus vaste ; 2° une brûlure du quatrième orteil ; 3° une brûlure d'un demi-centimètre carré au cou-de-pied ; 4° une brûlure de même surface à la naissance du troisième orteil.

Jusqu'à la guérison des trois dernières brûlures, survenue huit jours après, considérant que je faisais des pansements couvrant la totalité du pied, j'avais compté « pansement de moyenne brûlure ».

L'assurance conteste ma façon de voir. Je lui ai répondu que je vous soumettais le cas. La différence de prix est peu sensible, je serais cependant heureux d'avoir votre avis.

Dr G.

Réponse.

Il n'y a aucun doute que, dans votre cas, les « surfaces additionnées » (voir sur cette expres-

sion la note 2 de l'article 28) « forment une superficie totale ... » comparable à une « moyenne brûlure » dont le pansement est tarifé 15 francs, du moins dans les premiers temps quitte à diminution, dans la suite, « au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation » (voir *ibidem*).

F. D.

II

3530. — Repérage radioscopique et extraction sous écran.

Un confrère me conduit un blessé du travail (phlegmon ouvert du mollet). Ce blessé prétend avoir un corps étranger. Je lui fais une radiographie face et profil de la jambe : le corps étranger existe, profondément placé (morceau de fer de la grosseur d'un petit pois).

Le confrère alors me demande de faire l'extraction sous l'écran : ce qui est immédiatement accepté et l'opération exécutée avec succès. Que dois-je compter ?

1° Radiographie jambe face et profil	72 fr.
2° Radioscopie pour repérage	60 fr.
	132 fr.

Suis-je dans le vrai ?

Naturellement je ne marque rien comme aide prêtée à mon confrère qui lui, indique : extraction de corps étranger sous l'écran : 300 fr.

Dr A.

Réponse.

Je ne pense pas qu'on puisse compter d'abord 300 francs pour « extraction de corps étranger profond *effectuée sous écran* », puis ajouter à cela un *repérage radioscopique*, puisque c'est à cause de ce repérage continu qu'on opère sous écran et que ce n'est plus que 50 francs (au lieu de 300) en cas de : « Extraction de corps étranger profond ne nécessitant pas la localisation radiologique ».

Et cela *à fortiori* quand vous avez compté déjà 72 francs, dites-vous, pour une double radiographie de jambe (face et profil), en vue d'un premier repérage.

Par contre, je ne verrais aucun inconvénient à ce que vous comptiez 50 francs comme *aide*, dans l'intervention que dut pratiquer l'opérateur pour cette extraction, si le corps étranger était indubitablement « *profond* », ce que vous n'indiquez pas suffisamment dans votre lettre, n'en mentionnant pas la place exacte, ce que je vous conseille de mentionner pour éviter toute chicane possible avec l'assurance.

F. D.

Propharmacie

3670. — Le propharmacien n'est pas assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Le médecin, demeurant à 8 kilomètres de tout

pharmacien, et comme tel fournissant des médicaments d'urgence ou non, à ses clients, est-il imposable pour le chiffre d'affaires (ventes de produits pharmaceutiques), comme le serait un pharmacien ?

Voilà trois ans que je suis pro-pharmacien par suite du départ du pharmacien diplômé non remplacé, et dernièrement, le contrôleur m'a dit qu'il fallait m'attendre à ce que je sois convoqué pour verser l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Quelle doit être mon attitude ?

Sur quels jugements puis-je me reposer pour refuser de payer cet impôt si, comme je le suppose, je ne suis pas imposable ?

Dr X.

Réponse.

La propharmacie n'est que l'accessoire de la profession principale de médecin et ne rend pas celui qui l'exerce passible de la taxe sur le chiffre d'affaires ni de l'impôt sur les bénéfices des professions commerciales. Les bénéfices que le médecin propharmacien tire de la vente de médicaments à ses clients doivent être déclarés avec ses bénéfices proprement médicaux et sont imposables, au même titre que ces derniers, à la cédule des bénéfices des professions non commerciales.

Cette thèse, que nous avons toujours soutenue, a été admise par l'administration des Finances elle-même, ainsi qu'il résulte d'une réponse du Ministre, publiée dans le *Journal Officiel* du 9 novembre 1920 et reproduite dans le *Concours médical* du 21 novembre 1920, page 2917.

Voici d'ailleurs le texte de cette réponse : « Le « médecin qui se borne à fournir aux malades « qu'il soigne les médicaments nécessaires, sans « tenir boutique et sans vendre à tout venant, « *ne fait pas acte de commerce*, et n'accomplit pas « non plus d'actes relevant des professions assu« jetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et « commerciaux. Il n'est pas, en conséquence, « assujetti à l'impôt sur le chiffre d'affaires. »

Au cas où le contrôleur persisterait à vouloir vous faire payer la taxe sur le chiffre d'affaires, vous pourriez saisir de votre affaire le « Sou médical », dont vous faites partie.

Fiscalité.

3425. — Déduction du revenu des intérêts d'une dette.

En matière d'impôt, ai-je le droit de réduire de mes recettes brutes les annuités pour le paiement des intérêts d'une dette et son amortissement.

Dr L.

Réponse.

Vous avez le droit de déduire de vos recettes brutes le montant des intérêts d'une dette, mais

non les sommes versées en remboursement du capital emprunté.

Si, comme le font supposer les termes de votre question, l'annuité fixe comprend à la fois des intérêts et du capital, il y a lieu de faire une discrimination.

Si votre prêteur est le Crédit foncier, il vous suffira de demander ce renseignement au siège.

A noter que, si ce prêt est garanti par une hypothèque, vous pouvez demander une réduction de la contribution foncière frappant l'immeuble grevé. A. M.

3433. — Réclamation contre une taxation d'office.

Venant d'être imposé d'office par le contrôleur pour un bénéfice professionnel très supérieur au chiffre déclaré qui est réel (18.240 fr. au lieu de 6.300 fr.) *le contrôleur n'ayant* pas tenu compte de mes explications écrites faites pour prouver la réalité de ce chiffre. Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire :

1° Si le contrôleur a droit de m'imposer d'office ;

2° Si en allant le voir, il a qualité pour établir un dégrèvement immédiat ;

3° Si la demande de décharge que j'ai l'intention de faire au préfet entraîne des frais en ce qui concerne la suite que ma réclamation peut avoir devant la juridiction contentieuse. Dr X.

Réponse.

Si le bénéfice professionnel contesté est celui de 1925, l'imposition ne pouvait être établie d'office, sans que le contrôleur ait soumis la contestation à la commission départementale instituée par l'article 9 de la loi du 13 juillet 1925.

Le contrôleur a qualité pour proposer un dégrèvement d'office.

La pétition au préfet n'entraîne pas d'autres frais que ceux du papier timbré, à moins que l'expertise ne soit demandée par vous ou par l'administration ou prescrite d'office par le Conseil de préfecture, ce qui est très rare. A. M.

3548. — Exemption d'impôt en faveur des contructions neuves.

J'ai acheté une propriété rurale édifiée d'une maison d'habitation contruite en 1921.

Cette maison n'est-elle pas exonérée de l'impôt de la propriété bâtie ?

Et, dans l'affirmative pour combien d'années ?

Dr N.

Réponse.

Une construction terminée en 1921 n'a été exempte de la contribution foncière que pour les années 1922 et 1923. L'exemption pendant 15 ans n'est applicable qu'aux maisons d'habitation terminées à partir de 1923. A. M.

3240. — Conditions d'exercice de la médecine entraînant la patente.

Il y a quelque temps, j'avais eu l'honneur de solliciter votre avis au sujet de l'augmentation de ma *patente* que je trouvais excessive, puisqu'elle avait été à peu près quadruplée en 1926 en comparaison de celle de 1925 (190 fr. en 1925 ; 738 fr. en 1926).

Vous avez eu l'obligeance de me répondre que je n'avais qu'à m'incliner et payer.

Devant le fait acquis, comme je ne fais plus pour ainsi dire de clientèle, que l'exercice de ma profession se borne à donner mes soins le cas échéant, aux agents du chemin de fer d'intérêt local — agents qui constituent d'ailleurs un personnel très restreint de 15 à 20 personnes au plus ;

2° A faire l'inspection des enfants du premier âge ;

3° A pratiquer la vaccination *annuelle* dans ma circonscription composée de six communes.

Le tout plutôt pour m'occuper un peu que dans un but intéressé.

J'ai l'intention de me faire dégrever de cette patente à partir de 1927.

En supposant la chose réalisée, je viens vous demander à nouveau votre avis sur les points suivants :

1° En ce qui concerne les soins à donner aux agents du chemin de fer départemental, puis-je les continuer sans que le fisc intervienne et m'oblige à payer la patente, étant admis et prouvé, que je ne toucherais pas un centime de la Compagnie qui se bornerait, à titre de faveur, à me délivrer le parcours gratuit sur sa ligne, et à me faire délivrer des permis sur quelques grands réseaux à tarif réduit.

2° Pourrais-je continuer le service de la protection du premier âge lequel, comme vous le savez, est rétribué dans des limites restreintes.

3° De même en ce qui regarde la vaccination obligatoire.

Dès que ma religion sera éclairée sur ces points par votre bienveillant concours, et si sur l'un ou l'autre et à plus forte raison sur les trois, votre réponse est favorable, je me propose pour la confirmer et la corroborer, de poser ces questions à M. le Receveur des Contributions directes.

D^r X.

Réponse.

Le seul fait de donner vos soins *gratuitement* aux employés de la Compagnie départementale ne saurait vous rendre passible de la patente ; l'allocation de permis gratuits ne peut être considérée comme une rémunération.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne le service de la « protection du premier âge », des enfants des écoles et de la vaccination obligatoire malgré la faible rémunération allouée. Il y a là exercice de la profession médicale pouvant justifier une imposition à la patente.

A. M.

3263. — Calcul du loyer base de la patente.

Depuis 1924, mon bail est fait aux conditions suivantes : 5.500 fr. plus 600 fr. de charges. Ma patente est calculée sur .6.000 fr., et monte cette année à 3.108 fr. 60 (6 fr. 2172058 centimes additionnels). En 1924, j'ai réclamé à la mairie, on m'a dégrevé et on a calculé la patente sur le loyer réel soit 5.500 : en 1925, le contrôleur que j'ai vu à ce sujet, m'a envoyé promener : et cette année 1926, je n'ai fait aucune démarche ou réclamation avant de connaître votre avis. Dois-je réclamer et en quelle forme au conseil de préfecture ? Je ne le ferai, que si vous me le conseillez et si ma démarche a chance de réussir. Ce que je ne comprends pas, ce sont les deux solutions contradictoires données deux années consécutives.

Dr B.

Réponse.

Si les 600 francs de charges ne constituent pas simplement un supplément de loyer, mais bien un remboursement de frais avancés par le propriétaire pour le compte des locataires (eau, éclairage de l'escalier, taxe d'enlèvement des ordures ménagères, etc.), ils ne devraient pas entrer dans la détermination de la valeur locative servant de base à la patente. Seul, le loyer de 5.500 fr. devrait être retenu.

La réclamation doit être rédigée sur une feuille de papier timbré à 3 fr. 60 et être adressée au Préfet de la Seine, accompagnée de l'avertissement.

A. M.

3267. — Evaluation de la valeur locative base de la patente.

Logé gratuitement par ma commune à charge de faire aux habitants une réduction de 2 fr. sur le prix des visites, je ne paye ni loyer, ni contributions sur ma maison. Pour la patente, l'évaluation locative était de 800 fr., chiffre porté sur la feuille d'avertissement, d'où patente d'un peu plus de 500 fr.

Cette année, on estime le même loyer à 3.000 fr., d'où patente de 2.136 fr. (ce sont les deux chiffres portés sur la feuille d'avertissement).

Trouvant cette augmentation (l'évaluation de loyer) abusive (car la maison est délabrée), j'ai adressé une réclamation à la préfecture.

Puisque les loyers ont subi une augmentation de 100 % en moyenne, ne pourrais-je, acceptant une évaluation à 1.600 fr. (soit le double de ces sept dernières années), refuser toute évaluation supérieure ?

Dr X.

Réponse.

Pour contester la valeur locative attribuée à votre habitation, il faut la comparer à celle attribuée à des maisons de même importance, faisant l'objet de baux ou de locations à des prix confor-

mes à la dernière loi sur les loyers, la comparaison avec l'ancienne valeur locative pouvant être insuffisante au cas où cette ancienne valeur locative aurait été atténuée.

Vous pourriez également vous baser sur la valeur locative attribuée pour l'assiette de la contribution foncière.

A. M.

3336. — Revision des impositions.

Le 30 octobre 1926, je recevais l'avis suivant du contrôleur des contributions directes :

« Les chiffres figurant aux bénéfices des professions non commerciales de vos déclarations d'impôt sur le revenu de 1921 à 1926 étant manifestement atténués, je me propose de rétablir les impositions en cause sur les bases suivantes....

Je lui ai répondu, lui faisant remarquer qu'une lettre du 26 avril 1926 du même sens avait fixé mon imposition de la façon suivante :

....

....

Le contrôleur a-t-il le droit de revenir sur les chiffres qu'il a proposés en 1924 ? ? Comment lui prouver ma bonne foi et sans léser le secret professionnel. Dans ma réponse au contrôleur, pour lui inspirer la sagesse, je lui dis que j'écris au « Sou Médical ».

Dr N.

Réponse.

Le contrôleur a le droit de réviser vos impositions de 1921 à 1926, la première lettre du 26 avril 1926 ne l'engage nullement.

Pour prouver votre bonne foi, vous pouvez lui fournir un relevé de vos recettes (sans indication du nom des clients) et le détail de vos dépenses professionnelles.

Si le contrôleur maintient son évaluation, vous pouvez contester l'imposition devant le Conseil de préfecture, qui statuera après avoir apprécié les arguments du contrôleur et les vôtres.

A. M.

Baux et locations.

3612. — Intérêts dus sur les loyers payés d'avance.

1° Il m'a été affirmé que les loyers payés d'avance, au delà de trois mois, portaient intérêt ; or, bien que payant mon loyer en 4 termes égaux, mon premier payement a été de 6 mois de loyer d'avance imputable sur les 6 derniers mois de jouissance de mon bail, de sorte que j'ai toujours à chaque terme six mois de payés d'avanec.

Suis-je fondé à réclamer à chaque trimestre ou en fin d'année, l'intérêt de cet argent ?

2° Pouvez-vous me donner le texte de la loi et une réponse juridique que je puisse, le cas échéant, en

cas de contestation, présenter à ma propriétaire.

3° Quel est le taux légal de cet intérêt ?

Dr L.

Réponse.

La disposition légale à laquelle vous faites allusion est l'article 22 de la loi du 1er avril 1926, ainsi conçu :

« A dater de la promulgation de la présente loi, tous loyers payés d'avance, sous quelque forme que ce soit, et même à titre de garantie, porteront intérêt au profit du locataire au taux pratiqué par la Banque de France pour les avances sur titres, pour les sommes excédant celle qui correspond au prix du loyer de plus d'un terme.

« Défalcation sera faite de cet intérêt sur les quittances de loyer des deuxième et quatrième trimestre, en cas de règlement trimestriel, et des sixième et douzième mois, si le payement se fait par mensualité.

« Toutes clauses et conventions contraires seront frappées de nullité absolue. »

Comme vous le voyez, ce texte est très explicite et répond par lui-même à toutes les questions que vous nous posez.

Il y a lieu cependant de préciser que, dans votre cas d'espèce, vous avez droit seulement aux intérêts d'un trimestre de loyer, puisque la somme payée d'avance correspond au loyer de deux trimestres.

L'intérêt peut varier à chaque règlement suivant le taux d'intérêt pratiqué à ce moment par la Banque de France pour les avances sur titres. Il vous sera toujours facile d'obtenir des justifications à ce sujet.

Questions médico-militaires.

3112. — Obligations militaires.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer quelles sont actuellement mes obligations militaires :

1° Je suis de la classe 1902 et j'ai quatre enfants. Aide-major de 1re classe de l'armée territoriale. A quelle époque serai-je libéré de toute obligation militaire et quelle marche à suivre ?

2° A la naissance de mon quatrième enfant, j'ai fait aviser (par la mairie), le Directeur du Service de santé de ma région de ma nouvelle situation de famille. Or, rien n'a été changé à mon fascicule de mobilisation et je suis toujours affecté à un régiment d'artillerie. Il me semble que, vu ma classe, et ma situation de famille, je pourrais à tout le moins prétendre à être affecté à un hôpital de l'intérieur, près de mon domicile ? Dois-je écrire au Ministre sous couvert du Directeur du Service de Santé de ma région ? ?

Dr X.

Réponse.

1° Vous devez 28 années de service ; ce n'est donc que dans quelques années, vers 1930 approximativement, que vous serez dégagé de toutes

obligations militaires. A ce moment, vous adresserez, sous le couvert de votre directeur, une lettre au Ministre de la Guerre pour demander votre radiation définitive des cadres ;

2° La naissance d'enfants fait que l'on gagne plus vite la dernière classe de l'armée territoriale, non pour être libéré plus tôt, mais pour y attendre sa libération à l'époque normale de sa classe ;

3° Pour votre affectation, il faut agir auprès de votre directeur de région, afin de lui exposer vos raisons d'être changé de poste.

ANTHOLOGIE MÉDICALE

Pour Noël offrez des livres à vos amis.
Manchette d'un journal de déc. 1920.

A nos amis pour la Noël offrir des livres !
Vieux blagueur, nous prends-tu pour des poètes ivres
Se nourrissant de mots à défaut de boudin.
Hélas ! la vie est chère et dans notre jardin
Les choucroutes ne poussent pas toutes garnies.
Les dépenses de notre budget sont bannies,
Qui ne contribuent pas à nous enfler la peau,
En ce moment aussi flottante qu'un drapeau.
Une andouille reçoit plus d'accueil qu'un poème,
Et, si je réveillonne en ce temps de carême,
J'aime autant lire un plat décoré d'un chapon
Qu'un beau livre, fût-il imprimé sur Japon.
Je sais bien qu'aujourd'hui la mode est aux poètes,
Simulacre d'amour des bourgeois pour les bêtes.
Vous voulez qu'on se pâme en admirant Ponchon,
Le chantre du vin et des rôtis de cochon,
Quand nous n'avons, comme moineaux, rien que des miettes,
Avec de l'eau dans notre verre, en nos assiettes.
Adressez-vous aux paysans, chers aux Chérons,
Aux fermiers, favoris des dieux, nouveaux barons,
Aux affameurs, marchands de bœufs et de volailles,
Lisez-leur les vers de Madame de Noailles,
La prêtresse d'amour. Panurge prétendait
Qu'un bon repas faisait baudouiner le baudet.

Ceux-là doivent suffire à repeupler la France
Qui mangent à gueule-que-veux-tu leur pitance.
Au profiteur de guerre à danser le tango !
La poule pond quand elle a du grain à gogo.

Mais le pauvre grand-père en ce décembre a peine
A mettre à son petit des mitaines de laine
Que tricote grand-mère ainsi qu'au bon vieux temps,
Où, sans livres, Messieurs, les gens vivaient contents.

Vous autres, achetez des biftecks, camarades,
Ça remplit mieux le coffre. Et quant à ces rasades
De couplets enfantins, de vers avariés
Que nous versent dans nos cerveaux anémiés
Les poètes truffés et les bourreurs de crânes,
Asseyez-vous dessus. Boudez. Restez des ânes.

25 décembre 1920.

Dr P. Grossier,
(Saint-Fargeau, Yonne).

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

(*Voir suite page 3288-IV*)

(*Suite du Sommaire*)

Changements d'adresses

Nous rappelons à nos lecteurs que toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 1 franc pour frais de réimpression d'adresse (avoir soin de toujours joindre la dernière bande).

TARIFS DES ABONNEMENTS POUR L'ÉTRANGER

Belgique et Luxembourg : **55 fr.** — 1re Zone **75 fr.** — 2e Zone **100 fr.**

AVIS

Transfert des Bureaux du CONCOURS MÉDICAL

Par suite d'agrandissements nécessités par l'extension de ses services, les bureaux

du **Concours Médical**

et le siège de ses

Œuvres filiales

seront transférés à partir du 1er Janvier 1927

37, Rue de Bellefond, Paris (9e)

(côté rue Maubeuge)

DON. — Nous avons reçu à titre de don à la Société du « Sou Médical » de MM. les Drs LE GAC, de Calla de Bretagne et DESJEUX, de Brinon, la somme de quinze francs pour bons offices de cette Société.

DEMANDES et OFFRES

AVIS. — *Tout abonné a droit à une insertion gratuite de quatre lignes au maximum (Insertion concernant l'abonné lui-même.)*

Le prix des insertions supplémentaires est fixé à 2 fr. 50 la ligne. Verser au compte des chèques postaux du CONCOURS MÉDICAL, *Paris 167-95.*

Toute demande de renseignements doit être accompagnée **d'un timbre pour la réponse.**

N° 605. — Dr d'Etat cherche occup. médic. Aider. dans clin. chirurg. ou de radiol.

N° 606. — A céd. à Berck, cause santé, sanat. en plein rapp., agréé par Minist. hygiène, 180 lits, dont 150 occup. Nécessite aucune connaiss. Beaux bénéf., prix à débatt. avec facilités. Long bail. S'ad. Me Péladé, notaire à Berck-Plage.

N° 607. — Voyageur droguerie méd., référ., visit. corps méd. région Sud-Est, pour spéc. méd. sér.

N° 608. — Vins de Sauternes offerts à confr. Pour prix et condit., écr. au Dr Ricard, à Preignac (Gironde).

N° 609. — Normandie. Poste seul méd.-proph., pays riche, pas de sage-femme, rapp. 70 à 80.000 touchés et prouvés. A céd. à partir de 35.000 francs.

N° 610. — (S.-et-O.). A céd. prix intér., quadrill. moteur 1926, pneus confort, écl. dém. électr., compt., gaines Jeavons, marche parfaite.

N° 611. — Rais. santé, doct. cède client., rapp. 35.000, suscept. augment. Pressé.

N° 612. — Doct. représ. méd. bien introd. auprès de ses confr. des dix premiers arrond. de Paris et désir. ajouter un produit diététique à sa représentation est demandé. Ecr. : Dr Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris, 15e.

N° 613. — Unic 10 CV cond. int. Weymann, très bon état, 9.000 km. Ecr. V. Borrien, 39, rue Boissy-d'Anglas, Paris, 8e.

N° 614. — Normandis. 1 h. 30 Paris, gr. ligne, local. seul méd., rapp. plus de 60.000, maison agréab. et vaste jardins, bosquets. Prix à débat. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 615. — Centre. Gr. ville, rapp. prouvé plus de 110.000 méd. génér. et infant. Gr. mais. de maîtres, terrasse, jardin, tout le conf. Indemn. 80.000 à débatt. S'ad. Cab. Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36.46.

N° 616. — Paris. Quart. central et popul., gr. clin. en appartem., parf. agencée, rapp. 300.000 environ. Prix : 250.000, dont 150.000 fr. compt. On y fait : méd. génér., gynécol., voies urin. et dentisterie. S'ad. Cab Breitel et Goret, 1, rue Dante. Paris (5e). Tél. Gob. 36-46.

N° 617. — Auvergne. Prêtre au courant de l'éduc. prend. chez lui. 580 m. d'alt., un ou deux élèves délic. ou retard. dans études. Soins dévoués.

N° 618. — Le Dr Bourguet, de Sommières (Gard) vendrait avec réduction : Dictionnaire Dechambre, cent vol. brochés et collection du *Concours Médical*.

Une remise confidentielle de 15 % est consentie à MM. les Membres du Corps Médical par le **Regommage Progrès** sur tous travaux de recaoutchoutage de pneus usagés.

Appareillage ultra-moderne. Garanties formelles de sécurité et de rendement.

Notice-tarif illustrée et étiquettes d'envoi sur simple demande adressée au Regommage « *Progrès* », 141 bis, rue de Vanves, Paris (14e). Télép. : Vaugirard 13-79.

Le Trynol, aux sels de silicium préparé d'après les expériences du Dr Gouget est le viatique des artério-scléreux dont il assouplit les artères. Vérifiez son action thérapeutique. La cure doit être prolongée.

Le Gastropeptyl (saturants et digestifs en combinaison optima) ramène à la normale le rythme troublé de la digestion dans les dyspepsies, gastrites, etc., 3 comprimés après les repas, 40, rue des *Acacias, Paris*.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Au champ d'honneur de la science.** — M. Henri Vadon, interne des hôpitaux, vient de mourir à Paris, à l'âge de 24 ans, des suites d'une piqûre infectieuse contractée au cours d'une opération de cancer. Notre jeune confrère avait dû subir il y a un an l'amputation du bras gauche et le gouvernement lui avait conféré, à la suite de cette douloureuse mutilation, la croix de la Légion d'honneur. Il était le fils du docteur Vadon, de Saint-Raphaël (Var).

Peu de jours auparavant, le professeur Froment, médecin des hôpitaux de Lyon, était victime d'une agression de la part d'un malade névropathe de son service, pendant sa visite à l'Hôtel-Dieu. Une grave blessure lui était faite.

— **Académie de médecine.** *Prix de l'Académie.* — Parmi les lauréats des prix décernés à la séance solennelle du 6 décembre de l'Académie, nous relevons avec grand plaisir le nom du Dr R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris, qui reçoit le *Prix Barbier*.

Nous adressons nos bien sincères félicitations à notre très distingué collaborateur.

— **Nécrologie.** — On annonce la mort du professeur Eberth, de Berlin, décédé à l'âge de 94 ans.

Rappelons la découverte, qui le rendit célèbre, du bacille de la fièvre typhoïde.

— **Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.** — Un *cours de psychiatrie élémentaire* en vingt leçons, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le jeudi 6 janvier 1927, à 17 h., à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), et continuera tous les jeudis, à la même heure.

Ce cours est facultatif et gratuit.

— **Hôpital Necker.** — Les leçons de *curiethérapie*, sous la direction de M. Robineau qui étaient annoncées du 30 novembre au 18 décembre, ont été reportées du 11 au 29 janvier 1927.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mutations.* — M. Chiray passe à Beaujon, M. Villaret à l'Hôtel-Dieu, MM. Baudouin et Harvier à la Pitié, M. Milhit à La Rochefoucault, MM. Fiessinger et P. Vallery-Radot à la Maison municipale de santé, M. Gougerot aux Ménages, MM. Foix, Troisier et Debré à Bicêtre, M. Guy Laroche à Ivry.

— **Société des Nations.** *Election.* — Le Conseil de la Société des Nations, dans sa dernière réunion, a réélu M. le professeur Léon Bernard en qualité de membre du Comité d'hygiène.

— **Association des médecins du département de la Seine.** — *Bourse de lycée.* — L'Association possède une inscription de 1.500 fr. de rente 3 % donnée par M. le Dr Moulin et affectée, selon ses intentions, à une bourse d'internat dans un lycée de Paris, au profit d'un fils d'un médecin français sans fortune. L'Association dispose actuellement d'une somme de 3.000 fr. pour l'année 1927.

Adresser les demandes et pièces justificatives avant le 14 janvier 1927 au secrétaire général de l'Association, M. le professeur Rathery, 108, boulevard Saint-Germain (6e).

— **Prix de l'Umfia.** — La Faculté de médecine de Montpellier et son Conseil viennent de désigner comme lauréat de la Bourse de voyage, (2.000 fr.) fondée par le Dr Dartigues, le Dr Viallefont, lauréat du prix Bouisson (meilleures études médicales). M. le Doyen Euzière a bien voulu nous faire part de cette décision et le conseil de l'Umfia est heureux d'adresser toutes ses félicitations à notre jeune confrère.

— **Erratum.** — Dans l'article « Diabète et cancer dans les habitations » du docteur Louvel, paru dans le no 46, au lieu de Cuprifer auctus, il faut lire « Cuprifer Aucher ».

A TRAVERS L'OFFICIEL

10 *décembre*.

Assistance médicale en Indo-Chine.

Candidats autorisés à prendre part au concours pour l'emploi de médecin stagiaire de l'Assistance médicale en Indochine : MM. Bonnet, Gardera, Chesneau, Daléas, Grenier-Boley, Guy, Lafontaine, Tournier, Verdier.

12 *décembre*

Enseignement de la médecine.

Un concours s'ouvrira le 27 juin 1927, devant la Faculté de médecine, pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Tentative de médecine communiste

A chacun selon ses besoins .... gratuitement, bien entendu. Depuis plusieurs mois, il n'est bruit que d'une épidémie de variole à Paris. Quelques cas ont été signalés et, de suite, le danger a été considérablement grossi.

Les services d'hygiène qui, longtemps dormirent paisiblement, sans oser vérifier si les vaccinations obligatoires étaient bien exécutées, si seulement les enfants avaient été vaccinés dans leur première enfance, les services d'hygiène, dis-je, se sont affolés.

Première réaction ... la préfecture envoie à tous les médecins une circulaire ... pour leur rappeler quels sont les signes cliniques d'une variole.

Bien entendu, on se garde bien de leur indiquer où ils pourraient trouver gratuitement du vaccin, pour leur clientèle besogneuse, ni les locaux où ils pourraient diriger les personnes qu'ils croiraient devoir faire vacciner gratuitement.

On ne demande pas non plus l'avis des groupes médicaux, pour s'entendre avec eux sur les mesures à prendre.

Non, et pour la deuxième réaction, les services d'hygiène envoient des médecins du bureau de bienfaisance vacciner à domicile, chez les riches aussi bien que chez les pauvres, le tout, bien entendu, gratuitement, sans que les riches aient à payer quoi que ce soit.

Troisième réaction : affiches répandues de partout, pour annoncer des séances gratuites de vaccination.

J'ai donc pu admirer, de mes fenêtres, de longues théories de gens, qui faisaient la queue dans la rue, à la porte de l'hôpital Pasteur.

Il faisait un vent du nord assez glacial ; cependant les gens attendaient dehors patiemment, pour se faire prémunir contre la variole, mais aussi pour attraper quelque bon rhume, voire même une affection plus grave.

Et c'étaient des enfants, qui gelaient consciencieusement au dehors ; c'étaient des écoles entières qui étaient amenées ; c'étaient même des taxis, voire même des autos de luxe, déposant des personnes emmitouflées de fourrures et qui prenaient la suite, pour la vaccination gratuite.

Cependant, les médecins de Paris attendaient le client, pour le vacciner. Pauvres naïfs ! Un de mes malades m'a demandé pourquoi il nous était interdit, à nous autres docteurs, sans titres ni fonctions officielles, de vacciner nos concitoyens !

Le public prend ainsi l'habitude de considérer que les soins médicaux doivent être dispensés gratuitement, ou presque, dans les hôpitaux ou autres lieux publics.

Il n'y a que chez le rebouteur, chez le magnétiseur qu'on laisse une obole dans la sébille, ou le plateau, déposé à la porte, pour rémunérer le don surnaturel.

Qu'en pensent le Syndicat des médecins de la Seine et celui des médecins de Paris ?

Dr Paul BOUDIN.

Les Officiers de Réserve et la carte de surclassement

Nous venons d'avoir enfin connaissance du document officiel qui crée la carte de surclassement et précise dans quelles conditions elle sera accordée aux officiers de réserve. Nous nous empressons d'en donner connaissance à nos lecteurs.

N. D. L. R.

MINISTÈRE
DE LA GUERRE
—
ÉTAT-MAJOR DE L'ARMÉE
—
3e et 4e *bureaux*
—
No 4.403-4/11
—
OBJET
—
Cartes spéciales pour les officiers de réserve

Paris, le 23 juillet 1926.

Le Ministre de la guerre à M. le Général gouverneur militaire de Paris,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les grands réseaux de chemin de fer ont bien voulu admettre le principe de la délivrance, aux officiers de réserve inscrits aux écoles de perfectionnement, d'une *carte spéciale annuelle leur donnant droit, à l'occasion de leurs déplacements, au voyage en 1re classe avec des billets de 3e classe.*

Les modalités de délivrance et d'utilisation de cette carte spéciale vous seront communiquées

ultérieurement, sous le timbre de la 5e Direction (5e Bureau).

Toutefois, en vue de permettre l'établissement et la délivrance des cartes qui seraient valables pendant l'année 1927, je vous prie de vouloir bien prescrire aux Directeurs de la préparation militaire supérieure et des écoles de perfectionnement relevant de votre autorité, d'établir dès maintenant et sans attendre la circulaire annoncée ci-dessus, la liste nominative des officiers de réserve susceptibles d'en bénéficier.

Ces cartes ne pourront être délivrées, pour chaque année, qu'aux officiers de réserve qui, dans le cours de l'année d'instruction précédente, auront assisté *au moins aux deux tiers* des conférences et *aux deux tiers* des exercices pratiques, sur la carte ou à l'extérieur, de l'école de perfectionnement à laquelle ils sont inscrits, et qui auront donné toute satisfaction par la qualité de leurs travaux. Ces conditions *minima* auront un caractère *absolu* ; *il ne pourra y être dérogé sous quelque prétexte que ce soit* ; la présence aux exercices et conférences devra avoir été réelle du commencement à la fin.

Ces cartes ne pourront être utilisées par ces officiers, lorsque, régulièrement convoqués à une conférence ou à un exercice, ils *voyageront au tarif militaire* ; elles ne seront pas non plus valables pour les titulaires de cartes d'abonnement hebdomadaire, ni pour les bénéficiaires de permis ou bons de réduction. Par contre, elles pourront être utilisées par les officiers possesseurs de cartes de réduction, *comme mutilés de guerre ou pères de familles nombreuses.*

Les cartes pourront être retirées, en cours d'année, des mains des titulaires qui auraient cessé de faire preuve d'une assiduité suffisante aux conférences et exercices de l'année elle-même. Il vous appartiendra de veiller de très près à ces prescriptions, afin que la carte ne soit utilisée que par des officiers de réserve dont les services justifient pleinement la mesure prise en leur faveur.

Signé : PAINLEVÉ.

(*Bulletin de l'Union fédérative des médecins de réserve,* juin 1926, p. 233.)

HOMMAGE A UN VIVANT

Le radiologiste Lobligeois.

Les victimes de la science, de la médecine, sont très nombreuses, on ne le dira jamais assez. Les responsabilités professionnelles augmentent en raison inverse des honoraires reçus. Le prof. Jean-Louis Faure, en son remarqualble discours d'ouverture du Congrès de Chirurgie qu'il présidait, a montré les difficultés opératoires devant

l'opinion publique, et combien celle-ci augmentait celles-là !

En radiologie, il en est de même. Comme tout ce qui agit, les radiations sont armes à deux tranchants, et comme telles, se retournent contre leur prétendu dominateur, ici, le radiologiste, l'opérateur. Que de victimes déjà, prises par la mort, et dont nulle rémunération ne secourra la famille. Le radiologue court plus de dangers que ses clients, ceux-ci lui ont souvent déjà intenté des procès pour radio-dermites, lui ont fait payer leur « peau » (on se rappelle le livre « Défends ta peau contre ton médecin », d'avant guerre, et si écouté depuis !)

C'est pourquoi il faut, *urbi et orbi*, montrer les dangers, le dévouement de tous les médecins, des radiologues, les plus menacés de tous les praticiens. Les journaux, la grande presse, se sont associés au public et légitime hommage a été rendu par ses confrères au glorieux mutilé qu'est le Dr Lobligeois, et dont nous avons déjà parlé à diverses reprises.

Répétons, publions, sans modestie, ces hommages, destinés à rendre au Corps médical l'estime qu'il mérite et que de rares brebis galeuses ont ébréché ; montrons combien est long notre martyrologue et nos familles laissées par suite sans ressources, pour que la loi, la Loi, la loi Durafour sorte enfin devant la Chambre pour remédier au mépris actuel de la vie du médecin ; son rapporteur, notre confrère, le Dr Fié, député de la Nièvre, qui s'est aidé des lumières du Dr Paul Boudin, ne demande qu'à assurer le repos aux médecins et à leurs familles quand la Science, celle des radiations, les a éprouvés !...

M. Durafour veut aussi faire récompenser les martyrs encore debout ou les pionniers qui étudient les perfides et salvatrices radiations. C'est lui qui nomma officier de la Légion d'honneur, le radiologiste Lobligeois, et qui assistait à sa consécration officielle à la Faculté de Médecine le lundi matin 8 novembre dernier, et dont, je le répète, par exception, la grande presse, en général, parla en première page. Cela nous changeait des assassins qu'on y voit trop souvent en cet endroit ! Ici, les assassins, les rayons, restaient invisibles, à leur ordinaire, du reste.

Lobligeois avait demandé, a rappelé le prof. agrégé Zimmern, à celui-ci d'être son parrain ; très éloquemment l'électro-radiologiste ancien qu'est Zimmern, a montré que cette consécration officielle devait ressembler, pour un civil, à une prise d'armes, et avoir, à défaut de musique militaire, tambours et clairons, une solennité inusitée. Il rappella les mutilations successives subies par notre vaillant confrère jusqu'à ce que le bras droit fut amputé, la main gauche aussi un peu prise, et cela sans qu'il désertât, sans qu'il songeât à déserter l'écran.

La grande presse a souvent parlé des dangers

des radiations, les attribuant à l'ignorance où l'on en était. Il n'en est rien, hélas ! On connaît la *radiopathie*, mais devant l'écran fluorescent qui s'illumine et nous permet de voir, il n'y a, entre les perfides rayons et l'opérateur, comme écran, très relatif même, que le patient examiné. Il faudrait être en scaphandrier plombé, dans l'obscurité nécessaire, pour éviter toutes pénétrations, mais pas tous dangers, l'électrocution sans doute (le Dr Jaugeas fut ainsi frappé). Alors, pour mieux voir, dans l'intérêt du malade, on s'habitue au danger, on diminue même les précautions possibles, on compte sur son tempérament, réfractaire, radio-anaphylactique, que sais-je ?

Citons quelques lignes du *Matin* du 10 novembre, à propos de notre héros :

« Sur l'estrade, entourant celui qu'on fêtait, avaient pris place MM. Strauss, sénateur, président d'honneur de la fondation ; d'Arsonval, de l'Institut, qui présidait cette manifestation ; Aucoc, syndic du conseil municipal de Paris ; Mourier, directeur de l'Assistance publique ; Roger, doyen de la faculté de médecine ; Douarche, chef du cabinet du ministre de l'hygiène ; le professeur Zimmern, secrétaire général ; Lapie, recteur de l'Université ; Savornin, directeur du Service de santé.

« Dans l'assistance, on remarquait M. et Mlle Lobligeois, femme et fille du vaillant légionnaire et ses collègues, les radiologistes Laquerrière, Dausset, Vaillant, Morel-Kahn, Salomon, Ronneaux, Turchini, Lepennetier, Chaperon, Delherm, Foveau, Regaud, Cottenot, Ledoux-Lebard, Bouchacourt, Haret, qui partageaient un peu les honneurs rendus à l'un des leurs ; le médecin inspecteur général Fournial ; M. Durafour, ancien ministre du travail, qui signa la promotion ; le professeur Mathieu, qui a opéré à diverses reprises M. Lobligeois ; MM. Bucaille, Denais, Rendu, Fontenay, conseillers municipaux, représentant le conseil municipal de Paris.

Le prof. d'Arsonval avait ouvert la série des discours en montrant même les dangers de ces radiations à grande longueur d'onde que sont les courants de haute fréquence, auxquels, dirons-nous, on a donné légitimement son nom, et nous ajouterons que si l'électro-radiologie a progressé si vite depuis que lui-même en est le maître incontesté, c'est que nous avons trouvé en lui le plus puissant et le plus bienveillant appui, pour nous diriger, nous conseiller, présenter nos travaux à l'Institut les révéler, susciter par suite d'autres progrès...

Le Dr Mourier, directeur de l'Assistance publique de Paris, montra la voie nouvelle dans laquelle celle-ci s'engage en assurant secours, retraites, à ses victimes, nouveauté nécessaire.

M. Aucoc, syndic du Conseil municipal de

Voir la suite page LI-3347

PROPOS DU JOUR

La glorification de Laennec.
A la Sorbonne.

Le centenaire de la mort de Laënnec avait été brillamment célébré en Bretagne, en son heure, mais Paris ne pouvait rester étranger à la glorification de celui qui fut « le plus grand médecin que le monde ait connu depuis Hippocrate ». Comme l'a rappelé en termes excellents M. le Pr Chauffard, lors de la réception à l'Hôtel-de-Ville, le grand clinicien breton fut une gloire parisienne, car notre Collège de France, notre Faculté de médecine, notre Hôpital Necker, notre Paris, en somme, furent les témoins et nous pouvons dire les instruments des découvertes de son génie.

A Notre-Dame, à l'Académie de médecine ont eu lieu des cérémonies grandioses en l'honneur de l'inventeur de l'Auscultation, mais ce fut à la Sorbonne que la glorification de Laënnec se déroula avec le plus de majesté et d'ampleur.

Le Grand Amphithéâtre était trop petit pour recevoir tous ceux qui désiraient assister à la cérémonie. Et ce n'est pas sans fierté que nous avons vu se presser une foule enthousiaste, comprenant des gens de tous les milieux sociaux parisiens, accourue pour acclamer Laënnec. Quand un peuple s'intéresse avec cette chaleur spontanée à la glorification d'un savant et d'un bienfaiteur de l'humanité, l'on ne saurait l'accuser d'égoïsme, parler de ses bas sentiments, ni entrevoir sa décadence.

***

La cérémonie eut lieu en présence de M. le Président de la République, assis à côté du Nonce du Pape dont la rouge *Capa Magna* contrastait avec les habits noirs des Ambassadeurs et des hauts fonctionnaires.

M. Painlevé, professeur de la Faculté des sciences, membre de l'Institut, et ministre de la guerre, représentait le gouvernement et présidait la séance.

La *Marseillaise*, jouée par la musique de la Garde Républicaine et chantée par les chœurs spirituels de la Sorbonne, fut écoutée debout et le Recteur de l'Université de Paris, M. Lapie, prit le premier la parole.

Il conta l'*éducation* quelque peu décousue que reçut Laënnec. Privé de sa mère à cinq ans, moralement abandonné par un père frivole, recueilli momentanément par un oncle curé au presbytère d'Elliant, Laënnec fut définitivement adopté par Guillaume Laënnec, médecin des hôpitaux de Nantes, son oncle, qui fut pour lui un véritable père, se chargea de son éducation et le fit entrer dans la carrière médicale. D'abord élève à l'Institution Tardivel, il entra en 1791 au Collège de l'Oratoire, dirigé par le Père Fouché de Ronzerolle qui fut plus connu comme membre de la Convention, ministre de la police et duc d'Otrante. M. Lapie fit un tableau piquant des études que l'on faisait alors dans les collèges, études surtout littéraires, dans lesquelles on donna par une réforme en 1793 plus d'importance aux mathématiques. Laënnec semble avoir été un bon élève puisqu'il sauta une classe. A 14 ans, ses études secondaires furent considérées comme terminées. Son oncle le fit entrer comme étudiant à l'hôpital de la Paix qu'il avait organisé et à 14 ans 1/2, il était nommé chirurgien militaire de 3e classe. Il compléta lui-même son instruction fatalement sommaire, s'inspira d'Hippocrate et des médecins grecs, des « sceptiques » c'est-à-dire des chercheurs, des « empiriques » serviteurs de l'expérience ; à 20 ans il fut un maître. M. Lapie rappelle la légende de la poutre du guichet du Louvre qui servait aux jeux des enfants et qui aurait donné au clinicien l'idée d'imaginer le stéthoscope.

Cette légende de la poutre, reprise par la plupart des orateurs et diversement interprétée par eux, fit à plusieurs reprises sourire l'auditoire.

Le Pr Ménétrier qui enseigne à la Faculté l'histoire de la médecine, conta alors par le menu comment fut *découverte l'auscultation*. Après l'histoire de la poutre et celle du rouleau de papier, premier stéthoscope qui permit à Laënnec d'ausculter à distance une jeune fille à la pudeur farouche, M. Ménétrier, très docu-

menté, fait le récit d'une consultation de Laënnec et du baron Portal auprès de Madame de Staël. Portal parla avec dédain du jeune médecin qui, au moyen d'un cylindre de bois, prétendait diagnostiquer un hydrothorax. Sans doute fait remarquer le Pr Ménétrier, Laënnec ajoutait-il trop d'importance au stéthoscope, presque abandonné aujourd'hui, mais l'emploi de cet instrument le conduisit à créer une nouvelle méthode de recherches, la méthode anatomo-clinique, qui transforma absolument la médecine.

Laënnec fut celui qui, selon l'expression de son plus violent détracteur, Broussais, sut « faire entendre le cri des organes souffrants ».

Un beau discours, dû à la plume du Pr d'Arsonval, malade, fut admirablement lu par le Pr Gley. C'est l'*évocation des démonstrations de Laënnec au Collège de France*, car Laënnec y illustra la chaire que devaient après lui occuper Récamier, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séquard et d'Arsonval lui-même. L'éminent professeur évoque le souvenir de son père, médecin limousin, qui recommandé par son grand-père, médecin lui-même, à ses illustres compatriotes limousins, Boyer et Dupuytren, les abandonna, pour devenir l'élève, puis l'ami de Laënnec, tant le génie du clinicien avait d'emprise sur ses élèves. Dupuytren jaloux en ressentit, paraît-il, une vive amertume. M. d'Arsonval montra alors le stéthoscope, instrument imparfait, ouvrant la voie à tous les perfectionnements techniques, aux méthodes où l'on s'efforce de substituer aux sens, sujets aux erreurs, des instruments qui enregistrent objectivement les phénomènes. Ce fut Laënnec qui inaugura l'instrumentation scientifique nouvelle et le microscope, les appareils enregistreurs, radioscopiques et autres, ont fait faire depuis de grands progrès à la science. Avant Laënnec, termine M. d'Arsonval, le diagnostic n'était qu'un art, sous son impulsion, il est devenu une science.

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Pr Roger, dans une discours très spirituel, fait le récit de la carrière de *Laënnec à la Faculté de médecine de Paris*. Venu de Nantes sans argent, ayant fait le voyage par des moyens de fortune, en partie à pied, Laënnec se fait inscrire en 1801 à l'Ecole de santé. Il concourt pour l'Ecole pratique, se fait apprécier de Dupuytren, enseigne l'anatomie pathologique et a un tel succès qu'il éveille contre lui la susceptibilité ombrageuse du grand chirurgien. Lauréat des concours avec une supériorité telle que les concurrents refusent de se mesurer avec lui, il devient une illustration médicale appréciée à la Société de l'Ecole de médecine et à la Société anatomique récemment fondées.

M. le Pr Roger fait le vivant récit des scènes tumultueuses contre le gouvernement de Louis XVIII qui amenèrent en 1822 la fermeture de la Faculté de médecine et sa réorganisation. Laënnec, médecin de l'hôpital Necker et professeur au Collège de France, accepta de faire partie de la Commission de réorganisation, et s'efforça avec peu de succès, mais une persistance admirable, de faire maintenir à la Faculté des maîtres dont le seul crime avait été de rester fidèles à leurs convictions républicaines ou impérialistes.

Après avoir refusé le décanat, il fut nommé professeur de clinique médicale ; les étrangers accoururent en foule à ses leçons, ce qui les firent délaisser par les étudiants français. Ces jeunes gens se laissaient gagner par l'éloquence fougueuse et brutale de Broussais, l'ennemi déclaré de Laënnec. Il dut lutter contre la maladie qui le terrassa à quarante-quatre ans, il dut lutter contre la mauvaise foi de ses adversaires et la jalousie de ses contemporains et de ses collègues. La postérité lui a rendu justice.

Le Pr Léon Bernard a traité l'intéressant sujet de *La tuberculose depuis Laënnec*. Ce fut lui qui sut montrer que la tuberculose était une entité morbide bien définie ; cliniquement, anatomiquement, il l'étudia à fond, il n'en ignora que la cause. Villemin, en 1865 démontra que la phtisie est une maladie virulente, transmissible, Robert Koch en 1882 découvrit le bacille. Ce sont là les deux grandes dates de l'histoire de la tuberculose après Laënnec. Mais depuis la radiologie est venue préciser les diagnostics et la cuti-réaction de von Picquet (de Vienne) a permis de découvrir la précocité de l'infection tuberculeuse qui reste le plus souvent latente et s'éveille exceptionnellement sous l'effet de conditions diverses. Toutes les études sur la tuberculose dont les recherches de Laënnec furent l'origine ont permis d'entreprendre avec succès la lutte contre le fléau et il est à espérer qu'avec les procédés de préservation, tels que celui qu'expérimente M. Calmette, la maladie finira par être vaincue.

Le Pr Thayer (de Baltimore) dans une allocution très éloquente et dans un langage élégant et élevé a apporté au nom des délégués des gouvernements et des corps savants étrangers, un tribut d'éloges au grand médecin français.

Puis à l'appel du Pr Laignel-Lavastine, les

délégués de chaque nation vinrent, aux applaudissements de l'auditoire, déposer sur le bureau les adresses dont ils étaient porteurs.

Le président de la cérémonie, M. P. Painlevé, clôtura la séance par un remarquable discours.

Si, lui, ministre de la guerre, a accepté de présider cette manifestation, c'est qu'il est aussi un membre du corps enseignant et un savant. Cette proclamation de M. Painlevé savant par lui-même, créa dans l'auditoire un certain mouvement et cependant il est permis à un mathématicien illustre comme M. Painlevé de se considérer comme un savant, il n'y a là chez lui aucun orgueil excessif, car tout le monde, même ses ennemis, ne sauraient lui contester sa qualité de savant et de grand savant.

M. Painlevé fit sourire, quand, sans doute avec quelque ironie, il revendiqua Laënnec au nom de la médecine militaire. Guillaume Laënnec, son père spirituel, fut médecin des hôpitaux militaires de Nantes et le jeune Laënnec fut chirurgien de troisième classe pendant les guerres de Vendée un peu comme presque tous les médecins et étudiants en âge de servir furent médecins militaires de 1914 à 1919 pendant la grande guerre.

Avec une grande élévation de pensée, M. Painlevé fit remarquer que Laënnec, le grand savant Laënnec, avait été un catholique convaincu et pratiquant et il s'éleva contre ceux qui, à ce sujet, se livrèrent à des polémiques contre les convictions religieuses de Laënnec ou en leur faveur.

Chaque savant a une conviction métaphysique, comme chaque savant a une patrie, proclama M. Painlevé. Cependant, qu'ils soient catholiques comme Pasteur, ou monistes intransigeants comme Hæckel, ou positivistes comme Claude Bernard, lorsque des chercheurs interrogent les mêmes faits, sont penchés sur les mêmes expériences, la méthode et la probité scientifiques les contraignent à la même réponse ; et s'il s'agit, par exemple, de génération spontanée, tous s'accorderont à reconnaître que dans aucune expérience ils n'ont constaté l'apparition de phénomènes vivants sans l'existence préalable de germes.

Mais si les convictions ultrascientifiques sont divergentes chez ceux dont la pensée et la technique sont consacrées aux problèmes de la vie et de la mort, il est une immortalité sur laquelle ils s'accordent tous : c'est celle qui est conférée à un esprit supérieur par l'influence directrice qu'il exerce sur les autres hommes, au-delà de sa présence éphémère et tourmentée parmi eux.

Enfin se tournant vers les délégués étrangers, le Ministre termina ainsi son discours :

Le gouvernement français remercie profondément les gouvernements et les corps savants étrangers, dont vous êtes les représentants ou les délégués. Il vous remercie tous, messieurs, de votre présence, qui atteste l'union profonde des nations dans la bataille sans fin contre les forces mauvaises qui tourmentent le monde.

Des applaudissements unanimes saluèrent la péroraison et le public quitta la salle aux accents de la *Retraite tartare* de Sellenick, magistralement exécutée par la musique de la Garde.

* * *

En sortant, nous nous trouvons sous le péristyle rectangulaire de la Sorbonne en face de la fresque de Chartran qui représente *Laënnec, à l'hôpital Necker, auscultant un phtisique, en présence de ses élèves* (1816). Le clinicien colle son oreille sur la poitrine décharnée du malade qu'il embrasse de son bras droit, tandis qu'il tient à la main gauche un inutile stéthoscope. C'est bien la découverte de l'auscultation, de la méthode anatomo clinique, et non celle de l'instrument, qu'a voulu symboliser le peintre et il en a été de même dans la cérémonie de glorification de Laënnec en Sorbonne un siècle et quelques mois après la mort du grand médecin.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

Travaux Originaux

MORPHOLOGIE CLINIQUE

La Région xyphoïdienne.

Par le Dr Dubreuil-Chambardel (de Tours).

Cette petite région est très riche en détails. Elle est limitée en dehors par les deux lignes divergentes que forment les rebords des cartilages costaux et qui s'attachent en haut à la base du xyphisternum. Le fond de cette région est formé *par l'appendice xyphoïde sur lequel prend ses* insertions le muscle droit de l'abdomen.

Cette région, recouverte d'une peau glabre, est très différente d'aspect suivant les sujets examinés.

Tantôt plane et se continuant sans ligne de démarcation avec les régions voisines ;

Tantôt convexe, surtout chez les sujets doués d'un certain embonpoint ou chez les personnes musclées.

Tantôt au contraire concave chez les sujets maigres et participant à la formation du creux épigastrique ou *scorbicule du cœur.*

Les mouvements respiratoires modifient l'aspect de la région xyphoïdienne qui se déprime et se creuse dans les inspirations forcées, en même temps que s'écartent l'un de l'autre les rebords chondraux.

Mais cette dépression ne se produit que chez les sujets jeunes dont l'appendice xyphoïde est cartilagineux, souple et mobile. Chez le vieillard, l'appendice devenant osseux, rigide et s'ankylosant avec le mésosternum, n'est plus dépressible et la région xyphoïdienne ne change plus sauf qu'elle s'élargit par l'écartement des rebords chondraux.

Les variations de l'*angle chondral* d'une part, celles de l'*appendice xyphoïde* d'autre part sont la cause de très grandes différences individuelles dans la morphologie de cette région. Nous allons étudier successivement les unes et les autres.

L'angle chondral.

L'*angle chondral* a été très bien étudié par Charpy puis par M. Grégoire à qui nous empruntons les données qui suivent.

Cet angle est formé par l'écartement des rebords thoraciques. Le sommet répond à l'articulation de l'appendice xyphoïde. L'angle est infiniment variable suivant les sujets. Chez l'homme, il est en général largement ouvert et voisin de l'angle droit.

Voici quelques mensurations prises chez cinq hommes adultes d'une stature à peu près égale.

	Taille	Angle	Moyenne
Sujet 1	1.75	90°	
— 2	1.75	85°	
— 3	1.70	50°	80°
— 4	1.70	80°	
— 5	1.72	85°	

Les deux côtés de l'angle chondral chez l'homme sont rectilignes, et plus souvent peut-être, chez les sujets robustes, concaves en dedans ce qui augmente l'aire de l'angle.

Chez la femme au contraire, l'angle chondral est généralement étroit et aigu.

Voici les mensurations prises chez cinq femmes adultes de taille presque égale.

	Taille	Angle	Moyenne
Sujet 1	1.55	40°	
— 2	1.37	60°	
— 3	1.57	45°	55°
— 4	1.57	70°	
— 5	1.56	60°	

Les deux côtés de l'angle chondral chez la femme sont quelquefois rectilignes. Mais le plus souvent, ils sont convexes en dedans et tendent à se rapprocher l'un de l'autre ; l'angle chondral devient extrêmement étroit.

Quels sont les éléments qui font varier la forme de cet angle ?

Il nous a semblé tout d'abord qu'il existe un rapport entre la forme de l'angle et le type morphologique de l'individu.

Chez les brachykélès, au thorax long et large, l'angle chondral est ordinairement plus ouvert que chez les macroskèles, au thorax court et étroit.

Le type respiratoire ensuite influence beaucoup la forme de l'angle.

Les sujets à respiration diaphragmatique, et

ce sont les hommes, ont un angle plus ouvert que les sujets à respiration thoracique supérieure, et ce sont les femmes.

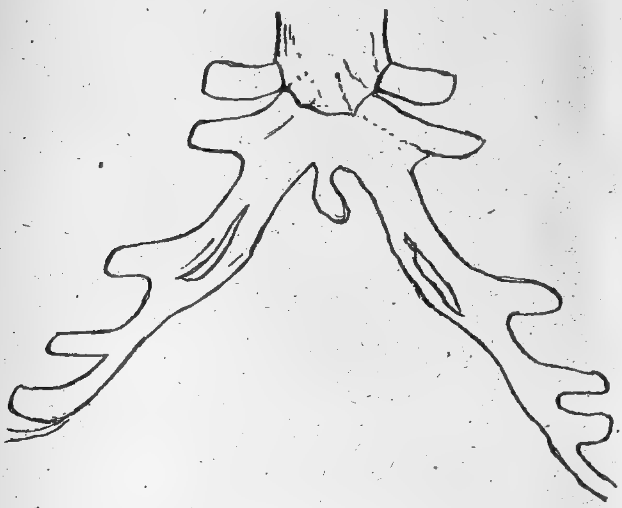
Par ailleurs, certaines causes pathologiques peuvent intervenir : tous les chétifs, les adénoïdiens, les rachitiques, les comprimés intra-utérins, etc., qui ont une insuffisance respiratoire, ont un thorax étroit, sans amplitude, avec un angle chondral très aigu.

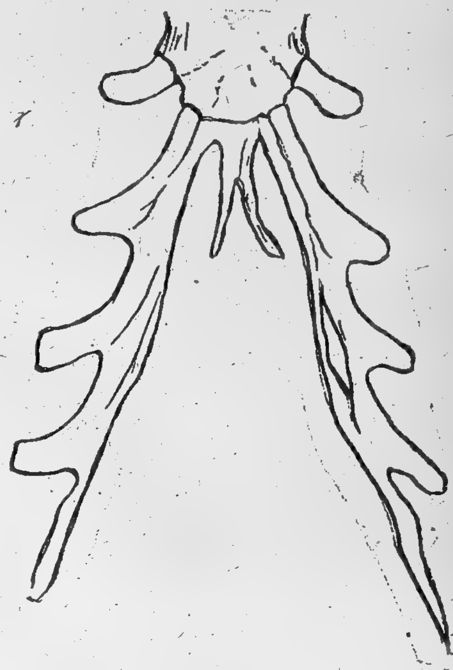
Il paraît certain que le port du corset chez la femme en comprimant le thorax inférieur, a pour conséquence de diminuer la valeur de l'angle chondral.

Les enfants habitués de bonne heure aux exercices exigeant un grand effort musculaire, les marins, les montagnards, ont un thorax large, à grande amplitude respiratoire, à angle chondral très ouvert.

Aussi bien l'inspection de l'angle chondral fournit des données utiles en clinique.

Les statues antiques d'hommes ou de femmes présentent généralement un angle chondral très large à bords concaves. Les anciens voyaient là un caractère de beauté physique et de force, qui entrait dans leur canon artistique. Mais ce n'est pas à dire que cette forme large ait été le type morphologique des femmes grecques ou romaines.





L'angle chondral

Large — Etroit.

L'appendice xyphoïde.

L'appendice xyphoïde forme une bissectrice qui divise l'angle chondral en deux parties droite et gauche, symétriques.

Les variations de cet appendice vont modifier considérablement l'aspect de cette région.

Nul organe du corps humain n'est plus sujet à présenter de variations, et nous devons rapidement en signaler ici quelques-unes.

Variations de longueur. — La longueur moyenne est de trois centimètres. Elle est très souvent diminuée. Mais elle peut quelquefois être augmentée et portée à six et même sept centimètres. Il forme alors une tige rigide qui atteint le milieu de l'espace sterno-ombilical, et donne attache aux faisceaux du droit antérieur de l'abdomen. On sent cette tige à la palpation et elle est cause qu'il est alors difficile de reconnaître les organes placés au-dessous : foie et estomac.

Variations de largeur. — L'appendice xyphoïde est parfois étroit et nettement séparé des rebords chondraux par un espace. Lorsqu'il est large, il peut entrer au contact des deux rebords chondraux et il occupe toute la partie supérieure de l'angle chondral. On sent alors un plan résistant large qu'on n'arrive pas à délimiter d'avec les rebords costaux.

Variations de la pointe. — Celle-ci est aiguë, ou ronde, ou ogivale. Mais très souvent elle est bifurquée. Cette bifurcation est la trace de la division primitive des deux hémi-sternum. C'est une fissure inférieure qui occupe parfois toute la hauteur de l'appendice.

Anthony sur 66 cadavres humains en a observé quatorze dont l'appendice était bifide. La plupart du temps entre les deux branches de divi-

sion, on aperçoit des faisceaux ligamenteux transversaux.

Les perforations que présente le xyphisternum ont pour cause un défaut de fusion de deux points d'ossification latéraux. C'est une trace de division primitive. Leur fréquence est grande : 29 fois sur 66 sujets d'après Anthony, 25 fois sur cent d'après nos recherches. Elles peuvent être simples ou multiples, on rencontre alors deux et même trois perforations au-dessus l'une de l'autre. Elles occupent presque toujours la ligne médiane. Sur le vivant, ces perforations de formes oblongues et à grand axe vertical sont comblées par des faisceaux fibreux transversaux. Elles n'ont donc aucune conséquence pathologique et ne peuvent livrer passage à des hernies des organes abdominaux.

La perforation de l'appendice peut coïncider avec la bifidité de la pointe. On a là des vestiges plus complexes de la séparation primitive de l'organe.

Variations de direction. — Ce sont les plus intéressantes.

D'ordinaire, l'appendice xyphoïde continue la courbe régulière que forme le corps du sternum. Son extrémité inférieure se perd dans la masse musculaire du muscle droit antérieur de l'abdomen. Il n'y a alors entre les deux bords chondraux, ni saillie, ni dépression.

Mais parfois cette extrémité inférieure est projetée en avant et forme saillie dans l'angle chondral. Celui-ci est donc bombé et on constate au palper cette lame cartilagineuse xyphoïde en forme de crochet.

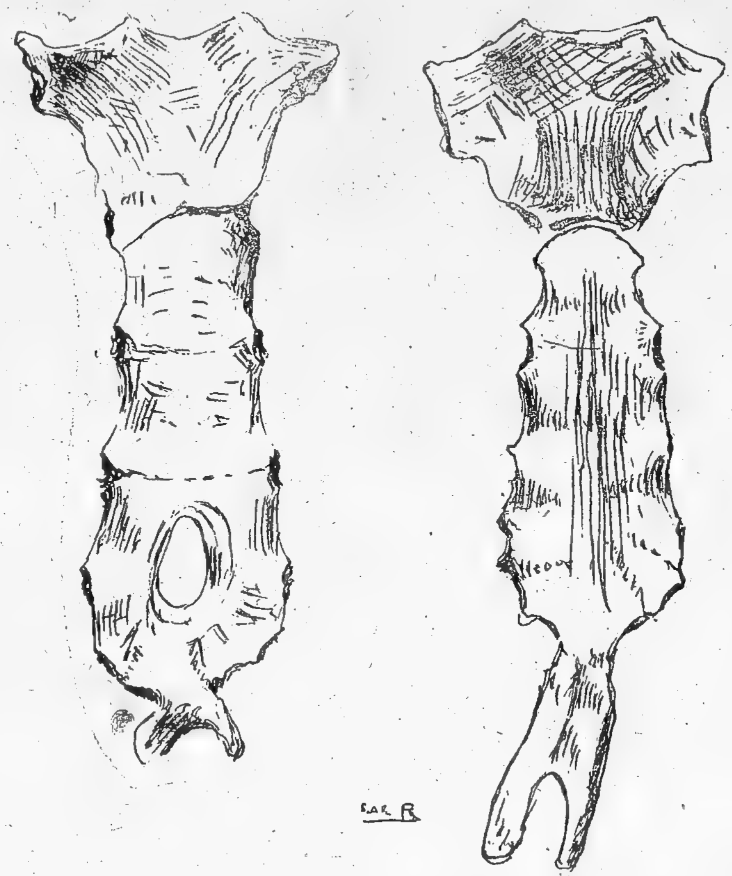
Plus souvent l'appendice xyphoïde est projeté en arrière formant avec le mésosternum, un angle plus ou moins ouvert. L'extrême pointe peut, dans ces cas se retourner en avant. Il résulte de cette disposition, la formation dans l'angle chondral d'une fossette médiane, oblongue, d'une hauteur de 10 à 15 millimètres sur une longueur de 15 à 25 millimètres. Cette fossette est profonde parfois de deux centimètres. Son fond est comblé par une boule de graisse dense et dure.

Cette fossette xyphoïdienne donne à la région sous-sternale un aspect très particulier qui n'a pas d'importance physiologique.

Mais cet aspect n'a pas échappé à l'observation populaire. Souventes fois j'ai entendu dire à la campagne que le crochet xyphoïdien ainsi formé en arrière suspendait l'estomac ; celui-ci

Les formes de l'appendice xiphoïde.

Appendice large, court et bifide. Appendice long et bifide et étroit.



pouvait se décrocher et il en résultait les descentes d'estomac, les coliques, les troubles intestinaux, l'appendicite et autres complications abdominales. L'expression vulgaire, lorsque quelqu'un souffre de l'estomac, est qu'il est « debréchété », c'est-à-dire qu'il a l'estomac séparé ou décroché du bréchet. Le *bréchet* est le sternum dans le langage populaire. C'est le terme employé par Rabelais quand il anatomise Quaresme prenant.

Variations de consistance. — L'appendice xyphoïde reste très longtemps cartilagineux. C'est une lame souple, dépressible sous le doigt.

Ce n'est que tardivement que le processus d'ossification l'envahit. Nous avons vu des sujets de 50 ans dont le xyphisternum n'était pas encore complètement ossifié.

Lorsque l'ossification est achevée, l'appendice devient rigide, son articulation méso-xyphisternale est fixée. Il forme une lame dure non déformable.

Le changement de consistance amène une modification morphologique de la région. Chez l'enfant, l'espace interchondral est souple et se modifie en se creusant sous l'influence des organes internes et dans les mouvements respiratoires exagérés ; chez le vieillard, cet espace ne se modifie plus, et ne se creuse pas dans l'inspiration profonde.

La prétendue axyphoïdie.

Il a été assez parlé ces années dernières d'une variation du sternum caractérisée par l'absence de l'appendice xyphoïde, et on a attribué à cette *axyphoïdie*, une valeur clinique très grande.

C'est en 1919, que M. Queyrat a parlé de l'absence de l'appendice xyphoïde comme signe de syphilis héréditaire. Cet auteur aurait trouvé cette malformation fréquente chez les hérédo-syphilitiques et il en fit un stigmate d'hérédo-syphilis. Un des malades examinés présentait en même temps un tubercule de Carabelli que M. Queyrat considère également comme un stigmate de syphilis et comme, d'autre part, certains malades prétendus axyphoïdiens présentaient des symptômes de rétrécissement mitral congénital, on eut tendance à grouper tous ces caractères et à leur attribuer la même importance clinique au point de vue de la spécificité héréditaire.

Plus récemment, M. Sézary en 1925 est revenu sur la question et a cherché dans quelle mesure l'axyphoïdie peut souvent être considérée comme un signe d'hérédo-syphilis. Il a d'abord examiné 226 enfants, après s'être assuré que l'appendice xyphoïde était perceptible, même chez le nourrisson. Il a trouvé parmi eux 45 axyphoïdiens (soit 20 pour 100) dont 58 pour cent sont des syphilitiques héréditaires, ce qui prouve, étant donné que l'hérédo-syphilis est parfois impossible à démasquer, que l'anomalie s'observe assez souvent en pareil cas. M. Sézary a d'ailleurs rencontré sept fois l'axyphoïdie chez dix hérédo-syphilitiques adultes. Mais cette disposition peut exister aussi chez des sujets dont rien ne démontre l'hérédité syphilitique, c'est pourquoi l'auteur pense que c'est un signe qui n'a pas par lui-même une valeur absolue, mais qu'il doit surtout inciter à rechercher les autres signes de la syphilis héréditaire.

La question ainsi posée, quel intérêt clinique présente cette prétendue malformation.

Et tout d'abord, l'appendice xyphoïde peut-il faire défaut.

M. Anthony, dans son beau travail sur le sternum, déclare n'avoir pas observé personnellement d'absence d'appendice xyphoïde sur un sternum non divisé.

Nous nous sommes livré à un examen méthodique de cet appendice sur plusieurs centaines de cadavres à l'Ecole de Médecine de Tours. Ni sur l'enfant, ni sur l'adulte, ni sur l'homme, ni sur la femme, l'appendice xyphoïde ne nous est apparu absent. Sans doute parfois il était réduit à un nodule peu volumineux, mais toujours il était perceptible. Sur le vivant, nous l'avons toujours senti sur une série de plus de 250 sujets. Ayant eu à observer une trentaine d'hérédo-syphilitiques adultes nous l'avons également rencontré chez eux de façon constante.

Donc, sans nier la possibilité de l'absence de développement de l'appendice xyphoïde, nous pensons que c'est là une disposition extrêmement rare et qui lorsqu'elle serait rencontrée coïnciderait avec d'autres dysmorphies sternales, en particulier avec les fissures totales ou inférieures de l'os.

Et alors que penser de ces considérations cliniques tirées d'une variation osseuse aussi rare ?

Sans doute, on discutera sur l'absence clinique, et l'absence anatomique de cet élément, mais on conviendra que c'est là ergoter. En pratique, l'appendice xyphoïde est un élément constant. Donner une valeur clinique à son plus ou moins grand développement est une conception bien hasardée, que, pour notre part, nous nous refusons à accepter.

Conclusions.

La portion inférieure du sternum, le xyphisternum, est un élément sans grande importance physiologique.

Comme tous les éléments anatomiques de cette nature, il est très sujet à présenter des variations morphologiques.

Les variations sont congénitales, elles n'ont

♦♦♦

aucun caractère pathologique, on ne saurait les interpréter comme des stigmates d'hérédité spécifique.

Elles modifient profondément l'aspect de la région xyphoïdienne.

L'angle chondral par ailleurs présente des variations importantes suivant les sexes et suivant le mode respiratoire des individus. Il peut être influencé par diverses malformations pathologiques de la cage thoracique.

LA LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE : SES INDICATIONS. SES COMPLICATIONS

Par le docteur A. VACHEY.

Cours de chirurgie opératoire (prof. PATEL, Lyon).

Chaque carotide primitive contribue, pour la plus grande part, à assurer la vascularisation d'un hémisphère cérébral. La ligature de cette artère risque donc d'amener des troubles circulatoires, graves de conséquences, dans tout un territoire important. Ses indications doivent donc être minutieusement étudiées.

A. Indications.

Autrefois, la ligature de la carotide primitive a été faite pour une série d'affections cérébrales (épilepsie , névralgie faciale, tumeurs cérébrales). Ces opérations, à cause de leurs résultats précaires, sont aujourd'hui abandonnées. Actuellement les indications de cette ligature peuvent se poser :

I) Dans les plaies du cou intéressant les gros vaisseaux.

Il faut se décider absolument *pour une intervention primitive immédiate*. Dans les plaies non infectées avec hématome diffus, certains chirurgiens avaient préconisé de ne pas intervenir immédiatement pour laisser le temps à la circulation cérébrale de se rétablir par suppléance, pendant la ligature lente réalisée par la compression de l'hématome sur l'artère. Mais cette conduite n'est pas à suivre ; on expose, en effet, ainsi le blessé à de graves complications possibles (hémorragie secondaire, infection de l'hématome, formation de caillots pouvant être le point de départ d'embolies au moment de la ligature).

1° *La plaie artérielle siège sur le tronc de la carotide primitive : c'est le cas le plus fréquent.*

A) Se porter d'abord *en amont* de la lésion artérielle pour placer sur l'artère un fil d'attente qui permettra, en coudant l'artère, de faire une hémostase provisoire ou qui pourra être serré en cas d'urgente nécessité (hémorragie grave au cours de l'opération, état général précaire du blessé).

B) *Explorer ensuite la plaie artérielle* :

a) Tenter la *suture artérielle* s'il s'agit d'une petite plaie latérale ou d'une section nette limitée (blessure accidentelle de la carotide primitive au cours d'une intervention sur la région cervicale) ;

b) Le plus souvent les plaies artérielles par arme blanche et surtout par arme à feu sont impossibles à suturer : faire alors *la découverte et la ligature des deux bouts artériels* au niveau de la plaie, à laquelle s'associera parfois la ligature des deux bouts de la jugulaire interne atteinte simultanément.

2° *La plaie siège au niveau de la bifurcation de la carotide primitive.*

Elle oblige à la *ligature de la carotide primitive* et à celles des *carotides interne* et *externe* : ce sont pour cette raison des plaies d'une très grande gravité.

3° *La plaie siège sur la carotide interne* (portion latéro-pharyngienne ou au niveau de la base du crâne).

La découverte des deux bouts sectionnés est le plus souvent irréalisable : pratiquer alors la *ligature de la carotide primitive* dont les dangers sont d'ailleurs moins graves que celle de la carotide interne (on en verra plus loin les raisons).

4° De même *les ulcérations de la carotide interne* consécutives aux caries du rocher sont justiciables de la *ligature de la carotide primitive.*

II) Dans les anévrysmes artériels ou artério-veineux intéressant les carotides,

La ligature de la carotide primitive constituera un des temps de l'acte chirurgical ou l'acte chirurgical tout entier.

1° *Artériels.*

A. — *Au niveau de la base du cou, voisins de l'origine de la carotide primitive.* Seule, la *ligature de l'artère en aval* de l'anévrysme est possible ; les résultats sont d'ailleurs très aléatoires.

B. — *Au niveau de la portion moyenne du cou.* Pratiquer toutes les fois qu'elle sera possible, l'*extirpation* de la poche anévrysmale après *ligature de la carotide* primitive *en amont* et *en aval*, la ligature en aval devant être faite en premier lieu, afin de barrer la route aux caillots qui pourraient se détacher du sac anévrysmal pendant sa libération et qui pourraient être cause d'embolies cérébrales.

C. — *Au niveau de la bifurcation de la carotide primitive.* L'extirpation de l'anévrysme comporte une *triple ligature* (carotide primitive, carotides externe et interne). Son pronostic est donc très grave.

2° *Artério-veineux.*

A. — *A la partie moyenne du cou.* Placer un fil d'attente sur la *carotide primitive* en amont de l'anévrysme. Faire ensuite la ligature de l'*artère en aval.* Serrer rapidement après le fil d'attente, afin d'éviter l'afflux du sang dans la jugulaire interne. Lier ensuite les deux bouts de la jugulaire interne et pratiquer enfin l'ablation de l'anévrysme.

B. — *Au niveau de la base du crâne.* Il est impossible de faire la ligature de la carotide interne dans le crâne, ainsi que celle du bout supérieur de la jugulaire interne. Aussi la conduite à tenir est la suivante (Launois et Patel) :

a) *Tamponnement du sinus latéral,* ce qui fait affaisser la jugulaire interne et facilite sa ligature ;

b) *Ligature de la carotide primitive,* en amont de l'anévrysme, afin d'empêcher la distension veineuse qui apparaîtrait si on liait auparavant la jugulaire interne.

c) *Ligature de la jugulaire interne.*

C. — *Au niveau du sinus caverneux : exophtalmos pulsatil.* Le seul traitement est la ligature de la *carotide primitive* (Le Fort). Cette ligature n'a sur l'anévrysme artério-veineux qu'une action relative. Cependant des succès ont été obtenus. Dans certains cas, la ligature des *deux carotides primitives* faite à plusieurs mois d'intervalle, a donné des guérisons que la ligature d'une seule carotide n'avait pu produire (Broca).

III) Dans les grosses tumeurs de la région cervicale.

Il s'agit de tumeurs malignes secondaires ou primitives, plus ou moins adhérentes aux gros vaisseaux. Grâce à leurs parois dures et résistantes, il sera possible souvent de ménager les carotides en les séparant, par une dissection minutieuse de la tumeur. Si cependant la ligature de la carotide externe paraît faciliter beaucoup l'extirpation de la tumeur, elle pourra être faite sans hésitation. Mais par contre, il faudra faire son possible pour *ménager la carotide primitive* et encore plus la carotide interne dont les ligatures ne seront faites qu'*en cas d'urgence* ou *de nécessité absolue.*

B. Complications

Elles résultent de la diminution ou de la suppression de la circulation artérielle dans un hémisphère cérébral. Elles se manifestent sous la forme d'accidents cérébraux, classés suivant leur mode d'apparition en :

1° Immédiats ;
2° Secondaires ;
3° Tertiaires.

I) Accidents immédiats

Ils apparaissent *aussitôt que le fil de la ligature est serré ou dès le réveil du malade.* C'est ou bien une syncope brusque ou une hémiplégie du côté opposé à la ligature, ou encore des accidents oculaires (diminution unilatérale plus ou moins marquée de la vision).

Ces accidents, dus à l'*anémie brusque survenant dans le territoire d'un hémisphère cérébral,* peuvent d'ailleurs regresser en 8 ou 10 jours. La circulation peut en effet se rétablir par trois voies :

1° Anastomoses périphériques des vaisseaux cérébraux ;

2° Anastomoses de l'hexagone de Willis ;

3° Anastomoses intercarotidiennes extra-crâniennes entre les branches linguale et faciale des deux carotides externes.

Ce sont ces dernières les plus importantes (Guinard) : d'où l'extrême gravité de la ligature de la carotide interne qui interrompt la circulation de suppléance venue de la carotide externe du côté opposé remplir la carotide interne du côté de la ligature pour irriguer l'hémisphère cérébral correspondant : *on doit donc lui préférer la ligature de la carotide primitive qui n'offre pas ce grave inconvénient.*

La gravité des accidents immédiats *dépend donc de l'état anatomique des anastomoses précitées. On ne peut rien contre eux* : aussi les thérapeutiques diverses (ligature de la jugulaire interne, sympathectomie cervicale faite avant la ligature pour prévenir le spasme provoqué par celle-ci dans les branches périphériques de la carotide interne) ont été abandonnées. Ces accidents régresseront le plus souvent si les voies anastomotiques fonctionnent bien et s'il n'existe pas d'anomalies dans leur trajet.

II) Accidents secondaires

Ils apparaissent à partir du 3e *jour* après la ligature sous forme d'une hémiplégie plus ou moins complète ou de troubles oculaires (l'examen à l'ophtalmoscope révèle des embolies rétiniennes). Il s'agit en effet d'*embolies* ou de *thrombose ascendante* se produisant dans le système circulatoire cérébral et ayant pour point de départ le caillot qui s'est formé au niveau de la ligature.

Ces accidents en général ne s'améliorent presque pas. Sans doute ce caillot non septique peut se résorber chez des jeunes sujets, mais chez les personnes âgées, il est définitif.

III) Accidents tertiaires ou tardifs.

Ils surviennent au 15e *jour,* date de l'apparition des accidents d'origine septique. Ils se ma-

nifestent sous la même forme que les précédents. La véritable cause de ces accidents *est la septicité* du *foyer opératoire* : la ligature septique donne naissance d'une façon constante à un caillot oblitérant friable; capable de s'effriter pour former des embolies. Ces accidents tardifs sont d'une *grande gravité*.

A l'heure actuelle les accidents tardifs, grâce à l'asepsie opératoire, sont moins à redouter. Les accidents primitifs et secondaires seront sans doute plus difficiles à éviter. Chez le jeune sujet, à part des anomalies plutôt rares, les voies anastomotiques rempliront le plus souvent normalement leur rôle. Chez les personnes âgées, à cause de l'altération fréquente des parois artérielles, la circulation de suppléance s'établira plus difficilement : aussi chez eux, les accidents sont plus à craindre et le pronostic de la ligature de la carotide primitive doit être considéré comme plus grave.

L'Actualité Scientifique

La Presse

Pellicules et chute de cheveux due à la séborrhée.

La chute de cheveux vulgaire, dit le Dr Lévy, de Reims, est une pièce dramatique en un prologue, deux actes et un épilogue.

Prologue. — Le cuir chevelu se couvre petit à petit de *pellicules sèches et caduques* qui poudrent de blanc le col des vêtements. Les cheveux, eux, ne tombent pas.

Premier acte. — Les *pellicules deviennent grasses* et ne tombent plus.
Les cheveux commencent à tomber aux tempes et sur le sommet de la tête.

Deuxième acte. — Le cuir chevelu est envahi par un *flux gras. Il n'y a plus de pellicules. Les cheveux tombent abondamment.* Les golfes temporo-frontaux se creusent et rejoignent le cercle dégarni du vertex. Un toupet est isolé au niveau de la région bregmatique.

Epilogue. — La chute des cheveux continue. Le toupet disparaît. *La calvitie dite hippocratique est constituée.*

(On appelle encore la scène de prologue : *pityriasis sec ou simplex* ; le premier acte : *pityriasis stéatoïde* et le deuxième acte : *séborrhée vraie.* A noter que la pièce peut n'être pas jouée tout entière , et qu'un individu peut ne connaître que le prologue ou s'arrêter après le premier acte).

A chacun de ces maux correspond un remède simple et éprouvé.

Cette thérapeutique résulte de deux vérités dermatologisques générales qu'on peut énoncer sous la forme suivante :

Axiome I. — L'huile de cade est le médicament du symptôme : squame sèche et épaisse. Peu importe le nom et la cause de l'affection (pityriasis sec, psoriasis, etc.).

Axiome II. — Le soufre est le médicament des affections qui touchent le follicule pilo-sébacé. Et ceci est vrai quel que soit le nom de l'affection et quelle que soit son origine. Que la maladie s'appelle : acné, sycosis, impétigo de Bockart, pseudo-pelade de Brocq, furoncle (première phase), ou séborrhée, un point est commun, c'est la localisation au follicule pilaire ; on s'adressera donc au soufre.

On peut donc écrire :

Corollaire I. — Le meilleur traitement des pelliculess sèches sera à base d'huile de cade. Exemple : pommade cadique au 1 /3.

Et l'expérience montre que rien ne réussit mieux dans ce cas que les massages du cuir chevelu faits avec des quantités infimes de pommade cadique. Nettoyage chaque matin par un savonnage.

Corollaire II. — Le meilleur traitement de la chute de cheveux due à la séborrhée sera à base de soufre. (Poudre, pâte, pommade, lotion ou solution).

Exemple : Frictions rapides avec une solution de soufre octaédrique dans le sulfure de carbone (inflammable).

Corollaire III. — Le meilleur traitement des pellicules grasses sera à base d'huile de cade (contre la squame) *et de soufre* (contre le flux séborrhéique).

Exemple : massage hebdomadaire du cuir chevelu avec gros comme une noisette d'une pommade cadique (au 1 /3) et soufrée (au 1 /30) qu'on enlèvera le lendemain matin par un savonnage.

Si l'on ajoute à ces données le grand bénéfice tiré des *savonnages fréquents* du cuir chevelu, on aura les grandes lignes du traitement des trois phases énoncées plus haut (pellicules sèches, pellicules grasses et séborrhée) (1), traitement résumé dans le tableau suivant :

(1) Notions tirées de l'enseignement du Dr Sabouraud.

PELLICULES SÈCHES ET CADUQUES (Les cheveux ne tombent pas).	PELLICULES GRASSES ET ADHÉRENTES (Les cheveux commencent à tomber).	FLUX GRAS (sans pellicules) (Les cheveux tombent de plus en plus abondamment).
Massage hebdomadaire avec de la pommade cadique :	Massage hebdomadaire avec de la pommade cadique et soufrée :	Savonnage bi-hebdomadaire et friction quotidienne avec une solution soufrée :
Huile de cade ⎫	Huile de cade ⎫	Soufre octaédrique ..... 8 gr.
Lanoline ⎬ ââ 10 gr.	Lanoline ⎬ ââ 10 gr.	Sulfure de carbone ..... 300 cc. (inflammable).
Vaseline ⎭	Vaseline ⎭	
	Soufre précipité ... 1 gr.	

(*Union médicale du Nord*, n° 9, sept. 1926.)

Sur quelques grands syndromes en pathologie gastrique.

La pathogénie des maladies des voies digestives s'est éclairée d'un jour nouveau par les différents procédés d'investigation, qui en ont facilité le diagnostic (radioscopie, chromoscopie, tonométrie, tubage fractionné).

Mais, d'après le Dr CERF, l'importance de ces méthodes ne doit pas faire négliger l'interrogatoire méthodique du malade, qui relèvera certains symptômes subjectifs, dont l'analyse approfondie peut mettre sur la voie du diagnostic.

Tels sont les symptômes douleur et vomissements, dont les modalités si différentes, soigneusement définies, constituent des indications précieuses.

Quel que soit son mode d'apparition, la douleur a généralement une évolution fixe, un rythme bien défini. En effet, apparaissant croissante quelque temps après le repas, elle s'atténue pour disparaître complètement ; sinon la douleur se continue jusqu'au repas suivant, ou jusqu'à ce qu'une prise d'aliments soit faite pour la calmer, et, d'après cette modalité, dans l'horaire de la douleur, les Américains font un signe essentiel du diagnostic différentiel entre l'ulcus gastrique et l'ulcus duodénal. Le rythme douloureux de l'ulcus gastrique serait un rythme à quatre temps (nourriture, bien-être, douleur, bien-être), tandis que le rythme douloureux de l'ulcus duodénal serait un rythme à trois temps (nourriture, bien-être, douleur, nourriture). Mais au lieu de suivre un horaire journalier, la douleur peut évoluer par crises apparaissant brusquement, durant plusieurs jours et cessant brusquement. Ces crises de douleur, d'une intensité particulière, généralement accompagnées de vomissements à allure incoercible et d'hypersécrétion abondante, sont séparées par des intervalles où l'estomac n'est pas en cause. Le type le plus commun est la crise gastrique du tabes.

Le vomissement donne un liquide provenant de l'estomac ou de l'œsophage ; l'examen clinique et la radioscopie feront le diagnostic. Si le vomissement provient de l'estomac, il peut être réflexe (dû à une irritation abdominale) ou toxique (intoxication exogène ou endogène, urémie) ou d'origine centrale (vomissements hystériques). (*Bruxelles médical*, 30 mai 1926.)

Essais de chimiothérapie antituberculeuse.

A. GRIGAULT et A. TARDIEU exposent les résultats cliniques de leur méthode par le morrhuate d'éthyle à 35 % dans l'huile d'olive purifiée, d'ailleurs absolument inoffensif.

L'effet de ce médicament se traduit, : 1° par l'action sur la courbe thermique, dont les oscillations diminuent, deviennent moins amples, et tendent à se rapprocher de la normale ; 2° par l'action sur la toux et les phénomènes fonctionnels, qui tendent à régresser ; 3° à la longue, par son action sur les lésions elles-mêmes : modification des caractères des bacilles, disparaissant quelquefois dans les crachats ; amélioration des signes physiques et radioscopiques ; reprise très nette de l'état général avec augmentation de poids.

Trois observations relatées mettent en évidence l'action quasi-spécifique du médicament sur la température ; le bacille de Koch était présent dans l'expectoration.

La première est un exemple typique de la forme fibro-caséeuse commune et chronique ; la seconde est un de ces cas de tuberculose pleuro-pulmonaire à type de cortico-pleurite, dont l'atteinte du parenchyme pulmonaire est attestée par la présence, constatée à plusieurs reprises, de bacilles acido et alcoolo-résistants. Ici encore l'action du médicament a été manifeste. Le troisième enfin est un exemple où l'on voit l'association du procédé décrit et de la méthode de Forlanini.

Certes le morrhuate d'éthyle mérite aussi des critiques ; mais l'efficacité d'une thérapeutique anti-bacillaire — quelle qu'elle soit — ne saurait être établie scientifiquement que si l'on se place d'un point de vue statistique. Dès maintenant, les résultats déjà nombreux, observés par plusieurs expérimentateurs et par les auteurs, consécutivement à l'administration du morrhuate d'éthyle, autorisent à dire que ce produit possède une efficacité incontestable sur l'évolution des lésions tuberculeuses. (*Paris médical*, 26 juin 1926.)

Le bilan des abcès de fixation depuis 1891.

Le Pr Carles rappelle, qu'appliquée à bon escient, la méthode donne des résultats souvent impressionnants. Au point de vue pratique, on l'emploiera :

1° Dans les pneumonies ou bronchopneumonies graves et dans les fièvres puerpérales, chaque fois que l'on sera en présence d'un état septicémique persistant, que l'on redoutera la production d'une localisation purulente ou une détermination viscérale grave de l'infection en cause ;

2° Dans les méningites cérébro-spinales, qui résistent à l'action du sérum, et dans quelques cas d'encéphalite épidémique grave.

3° Dans toutes les septicémies rebelles et surtout les septico-pyohémies ; encore faut-il établir les abcès de fixation avant production d'une localisation purulente viscérale sur laquelle l'abcès térébenthiné ne saurait agir ;

4° Dans certaines intoxications graves telles qu'empoisonnements par le plomb, le sublimé, les champignons.

Mais cette méthode doit rester une méthode d'exception, car on doit compter sérieusement avec ses contre-indications et même ses méfaits : douleur, eschares, hernies musculaires, pertes de substance, infection secondaire de la poche purulente.

S'agit-il d'affections bénignes, ces abcès ne sont nullement de mise ; toute autre médication plus simple assurera la guérison, sans imposer au malade les souffrances souvent aiguës que comporte leur usage.

Même dans les affections graves, il ne faut pas agir avant l'heure où la formation des métastases par flux leucocytaire est à redouter. Il ne faut pas non plus intervenir trop tard, au moment où tous les moyens de défense de l'organisme sont épuisés. Ce n'est pas une médication pour moribonds.

Enfin, chaque fois que l'on pratique un abcès de fixation, on ne le fera qu'avec une minutie extrême. L'essence de térébenthine est injectée à la partie moyenne et externe de la cuisse, exactement dans le tissu cellulaire. On ne dépassera pas la dose de 1 cc. par piqûre. On pourra injecter à nouveau un deuxième cc. si la première injection n'a pas provoqué de réaction. Il faut inciser largement, vider entièrement, drainer et panser la collection purulente obtenue, le plus tard possible, vers le 6e ou 8e jour, mais avec toutes les précautions d'une asepsie rigoureuse et cela jusqu'à complète cicatrisation.

Toute négligence à cet égard expose à des complications parfois graves, capables de faire d'une méthode thérapeutique souvent remarquable une médication vraiment dangereuse et à rejeter. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 10 juillet 1926.)

Traitement de la paralysie générale par le stovarsol.

On connaît la résistance aux traitements antisyphilitiques de la paralysie générale, pourtant causée par un tréponème, qui n'est pas arsénorésistant.

MM. Sézary et Barbé ont utilisé, sous le nom de stovarsol, l'arsenic pentavalent, à l'encontre de l'arsenic trivalent des arsénobenzènes (606, 914, etc.).

Le stovarsol est en solution stérilisée, préparée d'avance et répartie en ampoules ; cette solution contient 50 centigr. du médicament pour 4 cmc. d'eau distillée.

Les auteurs ont fait par semaine trois injections (intra-veineuses, sous-cutanées ou intramusculaires) de la solution ci-dessus ; la première dose de 4 cmc. (soit 50 centigr. du produit), la seconde à la dose de 8 cmc. (1 gr. du produit), les suivantes à la dose de 12 cmc. (1 gr. 50 du produit). L'injection dans les tissus n'est presque pas douloureuse, surtout si elle est faite dans le muscle ; elle ne provoque aucune réaction locale.

Ils pratiquent une série de 15 à 16 injections (21 à 22 gr. 50 de stovarsol) en l'espace de cinq semaines. Après une suspension d'un mois, ils font une nouvelle série d'injections, et ainsi de suite.

Dans certains cas, où l'amélioration n'apparaît que vers la fin de la première série, ils font 6 ou 7 injections supplémentaires de façon à accentuer un résultat, qui commençait à se dessiner.

Les 44 malades traités étaient tous à la période d'état de leur affection : 23 étaient internés depuis un mois, 11 depuis 2 mois, 4 depuis 4 mois, 6 depuis plus de 3 mois. Ils se trouvaient donc dans des conditions peu favorables pour bénéficier du traitement. Le diagnostic, corroboré par les certificats des psychiatres les plus avertis, ne laissait aucun doute dans tous les cas.

Les résultats cliniques du traitement peuvent être considérés :

Dans 27,3 p. 100 des cas comme très bons ;
Dans 9,1 p. 100 des cas comme passables ;
Dans 11,3 p. 100 des cas comme médiocres ;
Dans 52,3 p. 100 des cas comme nuls.

On peut dire qu'aucune autre médication chimiothérapique connue à ce jour ne donne de résultats comparables à ceux-ci. Mais ces résultats sont loin d'être constants ; si dans 1/4 des cas, il y a eu l'apparence de la guérison (malades rendus à leurs occupations habituelles) un autre quart a été simplement amélioré, une moitié non modifiée.

Le pourcentage d'améliorations est cependant tel qu'on ne saurait les attribuer à une simple coïncidence.

Cependant il est à noter qu'en dehors de quelques incidents sans importance, 8 p. 100 des malades ont perdu la vue par névrite optique totale. Il faut donc choisir entre ce risque et celui de la mort à bref délai.

Cette méthode thérapeutique nécessite encore de nouvelles recherches pour en atténuer les dangers ; elle s'imposerait si la méthode de l'impaludisation n'existait, quoique celle-ci ne soit pas à la portée de tous et ne soit pas non plus exempte de risques. (*La Presse médicale*, 7 juillet 1926.)

Les Sociétés Savantes

Paris

Antisepsie des voies urinaires par le salol.

(M. Pierre BAZY. — *Académie de médecine* ; 16-11-26.)

Le salol est un médicament qui fut très employé il y a quelque trente à trente-cinq ans. On y avait recours comme antiseptique urinaire, comme antiseptique intestinal et comme antiseptique général. On le prescrivait couramment, et non sans avantage d'ailleurs, contre la blennorrhagie , les entérites, les phlegmons de l'amygdale (Gouguenheim), etc.

Il est aujourd'hui un peu abandonné.

M. Pierre Bazy rappelle l'action antiseptique du salol dans les infections des voies urinaires et il montre que cet agent pharmaceutique est susceptible de rendre encore des services. L'auteur signale plus particulièrement certaines indications du salol sur lesquelles on n'a pas attiré très nettement l'attention quant à présent.

Il est des sujets, infectés des voies urinaires, qui font des accès fébriles, d'allure paludéenne, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention sur le tractus urinaire (cathétérisme, dilatation, par exemple). L'ingestion de salol, préalablement au cathétérisme dilatateur de l'urèthre, prévient dans la règle, l'accès de fièvre.

Dans les infections aiguës de l'appareil urinaire, dans l'infection urinaire apyrétique, quand l'hexaméthylène tétramine ne donne pas satisfaction ou est mal tolérée, M. Bazy prescrit le salol et il en a obtenu des résultats remarquables souvent. Ce médicament lui a paru actif surtout contre les infections à colibacille, mais il procure aussi des succès dans les infections mixtes, staphylocoque et coli-bacille, coli et entérocoque, coli et tétragène, etc.

L'auteur préconise les doses élevées, de 2 gr. 50 à 3 gr. par vingt-quatre heures, en cachets de 0 gr. 50, avec une infusion chaude ou aux repas. L'intolérance gastrique ou intestinale est rare.

On a dit que, dans l'administration du salol, lorsque l'urine noircissait (action de l'acide phénique, le salol étant du salicylate de phénol), il fallait arrêter le médicament. M. Pierre Bazy a vu rarement ce noircissement de l'urine et il ne s'en préoccupe qu'accessoirement. Une de ses malades prit ainsi du salol, sans aucun inconvénient, pendant un mois, bien que dès le début l'urine eût été noire. Il semble donc que cet indice d'intoxication phéniquée, considéré comme un signe d'alarme, n'ait pas tout l'intérêt qu'on lui a attaché.

Amyotrophie post-sérothérapique.

(MM. A. LÉRI et ESCALIER. — *Soc. méd. des hôp.* ; 23-7-1926.)

Les troubles paralytiques qui se montrent quelquefois consécutivement aux injections de sérum frappent avec une certaine électivité les muscles de la racine des membres supérieurs : deltoïde, sus et sous-épineux, grand dentelé. De nombreux auteurs, à la suite de Lhermitte, les ont observés. MM. A. Léri et A. Escalier ajoutent aux cas antérieurement signalés un nouveau cas concernant un homme de 38 ans qui, consécutivement à une injection prophylactique de 10 cc. de sérum anti-tétanique, ressentit, vers le cinquième jour, des douleurs violentes dans les membres, suivies d'amyotrophie des muscles de l'omoplate. Il semble que jusqu'ici le sérum anti-tétanique ait le privilège de ces amyotrophies, qui ne se rencontrent guère avec les autres sérothérapies.

— M. NETTER a fait des milliers d'injections de sérum anti-diphtérique chez des enfants sans jamais avoir noté de paralysies consécutives. Ces paralysies post-sérothérapiques s'observent à l'âge adulte, ou tout au moins après 14 ou 15 ans. Les accidents sériques sont d'ailleurs d'une façon générale plus fréquents et plus graves chez les adultes. M. Netter lui-même ayant reçu, à l'occasion d'un traumatisme assez sérieux, une injection de sérum anti-tétanique, se rappelle avoir éprouvé des malaises pénibles (arthralgies, douleurs intenses).

Les paralysies post-sérothérapiques ont été relevées après les injections de divers sérums, anti-diphtérique, anti-streptococcique, anti-pneumococcique. Si le sérum anti-tétanique est le plus souvent en cause, cela tient, pense M. Netter, à ce que son emploi est plus répandu que celui des autres sérums, chez l'adulte.

— M. A. LÉRI admettrait plus volontiers que la nature du sérum joue un rôle.

— M. FLANDIN est du même avis. Les paralysies sont relativement fréquentes après injections de sérum antitétanique et rares avec les autres sérums.

— M. COMBY croit, comme M. Netter, à l'influence de l'âge. Il n'a pas vu chez l'enfant de paralysies

consécutives aux injections sériques anti-diphtériques et anti-tétaniques.

Insuline et claudication intermittente.

(MM. Ambard, Boyer et Schmid. — *Soc. méd. des hôp.* ; 22-10-1926.)

M. Ambard signale les effets intéressants de l'insuline dans certaines affections vasculaires. Chez un malade non diabétique, atteint de claudication intermittente rebelle aux traitements habituels, les injections d'insuline ont amené une amélioration notable des principaux symptômes (douleurs, refroidissement des extrémités, claudication au moment d'une marche de quelques minutes, etc.).

La cure de jeûne intégral dans les dermatoses.

(M. Paul Chevallier. — *Soc. de derm. et syph.* ; 8-7-1926.)

M. Paul Chevallier s'est adressé dans quelques dermatoses importantes à la cure de jeûne intégral, aussi sévère que celle de Guelpa, c'est-à-dire 2 et même 3 jours de repos au lit, le sujet ne prenant aucun aliment et buvant à volonté de l'eau pure.

Ce traitement n'est évidemment acceptable que pour les dermatoses très gênantes, l'eczéma aigu, les affections qui défigurent, comme l'acné, l'eczéma séborrhéique. L'auteur lui doit cinq succès, chez des malades atteints d'acné intense, d'eczéma généralisé.

— M. Hudelo a l'habitude de soumettre au jeûne pendant deux ou trois jours tous les malades qui entrent dans son service en poussée aiguë d'eczéma, de prurigos. Il obtient ainsi habituellement une sédation des symptômes fonctionnels et physiques.

Ictère contemporain du chancre syphilitique.

(MM. Louste, Thibaut et Mlle Tisserand. — *Soc. de derm. et syph.* ; 8-7-1926.)

Les cas d'ictère apparaissant dès les premiers jours de l'évolution d'un chancre induré sont assez rares. M. Milian en a rapporté trois exemples en 1920, et MM. Gastou et Tissot un autre cas en 1924.

Chez un de leurs malades, porteur d'un chancre récent avec séro-réaction encore négative, MM. Louste, Thibaut et Mlle Tisserand ont constaté l'existence d'un ictère léger, sans troubles digestifs ni signes d'intoxication biliaire (pas de prurit, ni de bradycardie). L'ictère a rapidement guéri avec le traitement spécifique (cyanure et benzoate de mercure). L'absence de prurit a déjà été notée par M. Milian comme constante dans l'ictère syphilitique.

Les auteurs font remarquer que la septicémie syphilitique s'est manifestée ici cliniquement (ictère) avant d'avoir été révélée par la séro-réaction. Il leur apparaît ainsi que les moyens d'investigation de laboratoire dont nous disposons pour doser l'infection syphilitique sont d'une sensibilité souvent insuffisante.

— M. Milian considère comme un fait avéré la septicémie syphilitique à la période primaire (albuminurie, ictère possibles). Pour lui, beaucoup de cas d'ictère catarrhal sont d'ordre syphilitique.

— M. Lortat-Jacob, au contraire, ne souscrit qu'avec réserve au diagnostic des présentateurs. Les relations de cet ictère léger et de la syphilis, en l'absence de preuve sérologique, ne lui paraissent pas établie. L'influence du mercure n'est pas non plus un argument sans réplique : on connaît l'action du calomel chez les ictériques.

Syphilis secondaire avec Wassermann négatif et absence de tréponèmes dans les lésions.

(MM. Pautrier, Lévy et Mlle Ullmo. — *Soc. derm. de Strasbourg* ; 18-7-1926.)

Les réactions sérologiques (Bordet-Wassermann, Hecht) se déclanchent généralement vers le quinzième jour du chancre et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se montrent au bout de quatre, six, huit semaines.

A la Société médicale des hôpitaux, au mois de mai dernier, MM. Sézary et Lichtwitz ont appelé l'attention sur la possibilité d'examens sérologiques et microbiologiques négatifs dans certains cas de syphilis secondaire avérée. M. Pautrier ajoute aux cas connus de ce genre deux nouveaux exemples concernant, l'un une fillette de douze ans contagionnée au cours d'un coït et présentant six mois plus tard des plaques muqueuses vulvaires sans tréponème sur ces accidents et avec réactions sérologiques négatives ; l'autre une jeune fille de 19 ans dans des conditions pathologiques analogues. Le traitement arsenico-bismuthique a amené la cicatrisation des syphilides secondaires, les épreuves de laboratoires continuant à rester négatives.

De tels faits, quoique fort rares, méritent d'être connus et restent d'ailleurs inexpliqués dans leur pathogénie. On n'éliminera donc pas le diagnostic de syphilis secondaire par la seule négativité des épreuves de laboratoire. Dans la quasi-totalité des cas, clinique et laboratoire sont concordants. Très rarement, il n'en est plus ainsi et la clinique conserve alors ses droits.

Intolérance à l'iode : œdème de la glotte après un simple badigeonnage iodé du cou.

(M. Lauzenberg. — *Soc. derm. de Strasbourg* : 18-7-1926.)

M. Pautrier rapporte, au nom de M. Lauzenberg, l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un pansement de la face pour une dermatose supposée parasitaire, pansement avec la solution iodo-iodurée de Lugol, offrit le lendemain un œdème intense de la face et du cou, et un œdème aryténoïdien provoquant une dyspnée accusée pour laquelle on aurait

pu discuter l'indication de la trachéotomie d'urgence.

Il y a là un exemple frappant de l'intolérance qu'un sujet peut offrir vis-à-vis d'un médicament auquel il est sensibilisé. La dose d'iode absorbée à la suite du pansement a dû être infime et l'on voit l'intérêt qu'il y a souvent à tâter la susceptibilité des malades dans l'administration d'agents tels que l'iode.

— M. Hüter a observé un cas similaire. Une femme se fait un soir un badigeonnage du cou à la teinture d'iode pour calmer de vagues douleurs. Elle est prise la nuit de dyspnée et fait appeler l'auteur qui conclut à une ébauche d'œdème de la glotte. La teinture d'iode employée était à base d'alcool méthylique et M. Hüter se demande si cette particularité n'a pas joué un rôle dans les accidents observés.

P. L.

Saint-Germain-en-Laye

Société médico-chirurgicale de la Région de Saint-Germain-en-Laye.

Ostéomyélite du bassin diagnostiquée grâce à la vaccination.

M. Lamare. — L'auteur présente l'observation d'une malade âgée de 29 ans qui présentant des phénomènes douloureux de la fesse droite avec poussées fébriles intermittentes, et traitée successivement comme étant atteinte de psoïtis, de sciatique, de poussée rhumatismale, puis d'arthrite de la hanche droite dont les mouvements d'adduction seuls sont limités, jusqu'au jour (2 mois après le début des accidents) où une poussée ganglionnaire de l'aine droite incite à pratiquer une vaccination au propidon. Une vaste collection suppurée staphylococcique se développe dans la fosse iliaque et est partiellement évacuée par ponction, partiellement rejetée par le rectum. L'exploration méthodique met en évidence un épaississement caractéristique de la branche ischio-pubienne qui permet de porter le diagnostic d'ostéomyélite.

Trois cas de guérison clinique de tuberculose rénale.

M. Venot. — Il s'agit de trois observations où le diagnostic s'appuie, en dehors des signes cliniques, sur la constatation plusieurs fois faite du B. de Koch dans les urines et où la bilatéralité des lésions a été constatée par Pierre Bazy, Legueu, Pasteau, Desnos, etc.

Le premier malade a eu, à 20 ans, une adénite cervicale droite dont on a dû faire l'ablation après deux ans de cure à Berck. Peu d'années après, il présenta des signes de tuberculose rénale dont il souffrit pendant dix ans. Il a maintenant 47 ans et se considère comme guéri depuis plus de 12 ans, c'est-à-dire qu'il mène une vie normale comme activité. La nuit, il se lève seulement deux fois pour uriner et ses urines ne contiennent pas de pus, au moins macroscopiquement.

Le 2e malade, qui a le même âge, a eu vers 24 ans une pleurésie. Trois ou quatre ans après, il fit successivement de la tuberculose rénale bilatérale, vésicale, épididymaire et prostatique ; il tint à partir sur le front en août 1914 et y resta 4 ans. Depuis il mène une vie très active, ne souffre plus et ne présente pas trace de pus dans les urines.

Le 3e cas est celui d'une femme qui fut prise de tuberculose rénale bilatérale vers 50 ans. Pendant des années elle souffrit de pollakiurie et de pyurie considérable. Aujourd'hui elle a 71 ans, est débarrassée de tous les symptômes ennuyeux et ne présente plus de pus dans les urines.

On ne pose pas ici la question de la guérison définitive de la tuberculose rénale qui ne peut être prouvée que par l'examen anatomique des reins. Il manque à ces observations des inoculations répétées d'urines que l'on n'a pu pratiquer. Cependant si un malade souffre pendant des années avec tous les symptômes d'une infection évolutive et qu'ensuite il reste pendant 10 ans ou plus sans aucun trouble, il semble qu'on puisse parler de guérison clinique.

Quatre cas de colibacillose du nourrisson dont deux avec pyurie.

M. Bertrand. — L'auteur rapporte quatre observations de nourrissons ayant présenté une infection des voies urinaires à colibacilles. Deux de ces cas s'accompagnaient de pyurie abondante. Dans les quatre cas, les symptômes observés ont été les suivants : fièvre à oscillations, insomnie, anorexie tout au moins relative, teint pâle, terreux même, état général mauvais (dans deux observations). En revanche peu d'amaigrissement pour une maladie de durée aussi longue et d'apparence aussi grave.

Dans la 2e observation (en collaboration avec le Pr Debré) le début de la maladie avait été marqué par un frisson violent et prolongé, l'infection urinaire étant consécutive à des troubles digestifs graves, mais en voie d'amélioration. Bertrand fait remarquer que la présence de pus dans les urines peut être mise en évidence facilement par l'examen des couches du nourrisson qui montre des traînées verdâtres caractéristiques. Il propose d'appeler ce signe *le signe de la couche*. Bertrand insiste d'autre part sur le fait que l'élévation de température fait suite le plus souvent à une amélioration des troubles digestifs et à la diminution du nombre des selles. Traitement : régime atoxique (babeurre, bouillies maltées), urotropine, huile de ricin à petites doses. Huile de Haarlem.

Avortement de deux jumeaux d'âge différent.

M. Bertrand. — L'auteur a eu à soigner avec le Dr Viala une jeune femme qui accoucha prématurément au 7e mois d'un enfant du sexe masculin mort depuis 3 semaines et macéré. Aucun antécédent

spécifique chez les parents. Suites de couches normales pendant 5 jours. Dans la nuit du 5e au 6e jour la jeune femme ressent des coliques utérines à caractère expulsif. Elle saigne abondamment et accouche d'un 2e œuf à membranes rompues, de six semaines environ. Les suites de cette deuxième fausse couche ont été également normales et apyrétiques. Grossesse gémellaire bivitelline interrompue à deux moments différents ou superfœtation ? Les deux hypothèses sont en présence. M. D.

Les Congrès

Congrès d'Orthopédie

Paris. Octobre 1926

C'est devant une assistance nombreuse d'orthopédistes français et étrangers que le président, M. le professeur Ombrédanne, ouvre le Congrès annuel de cette jeune mais bien vivante Société. Il déplore l'absence du président-fondateur, M. le professeur Kirmisson, retenu par la maladie. Puis il rend compte de la première réunion de la Société tchécoslovaque d'orthopédie à Prague, à laquelle il a pu représenter la Société française en septembre dernier. Pour resserrer les liens d'amitié entre les deux sociétés, on vote par acclamations la nomination, au titre de membres d'honneur de la Société française, des professeurs Tobiasck, Chlumsky, Schutz, Frejka, Burion (Tchéco-Slovaquie).

Sont encore élus membres de la Société : MM. Lombard (d'Alger), Martin, Dujarier et Robineau (de Paris), Ory (de Liège), Phocas et Chrysaüs (d'Athènes), Calomdra (de Palerme).

On décide de mettre à l'étude pour la réunion de 1927 les deux questions suivantes :

Traitement chirurgical de l'ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. — Rapporteur : M. Delahaye (de Berck).

Les pseudarthroses congénitales. — Rapporteur : M. Curtillet (d'Alger).

Première question.

Le genou paralytique

Rapporteur : M. le professeur G. Nové-Josserand (de Lyon).

Dans son travail très complet et extrêmement documenté, le rapporteur rappelle d'abord la physiologie des muscles moteurs du genou à l'état normal et pathologique.

C'est la poliomyélite qui fournit presque tous les genoux paralytiques, les cas traumatiques sont l'exception.

Dans la paralysie infantile, les muscles moteurs du genou sont presque aussi souvent atteints que les moteurs du pied.

L'importante statistique du rapporteur, de même que celle des autres auteurs, montre que le genou paralytique est le plus souvent associé à une paralysie des moteurs du pied, plus rarement de la hanche, enfin plus rarement encore à une paralysie du côté opposé.

Troubles fonctionnels. — La *paralysie isolée du quadriceps* entraîne en apparence peu de troubles, surtout en terrain plat. Cependant elle constitue une véritable infirmité : chutes fréquentes en terrain accidenté, difficultés de monter et descendre les escaliers.

La *paralysie isolée des fléchisseurs* entraîne bien moins de gêne mais contribue au relâchement du genou.

Les *paralysies associées* compliquent très fréquemment la situation. La paralysie du triceps sural diminue beaucoup la solidité du pied ; la déviation en talus qui en résulte par le déplacment en arrière de la ligne de gravité augmente la difficulté de la marche dans la paralysie du quadriceps.

L'équinisme, par un effet inverse, facilite la marche du fait du déplacement en avant de la ligne de gravité, et de l'appui fourni par la rétraction du triceps.

La déviation en flexion de la hanche, en reportant la ligne de gravité en avant, rend la marche difficile avec le genou paralysé. Elle n'est possible que si le grand fessier est resté assez puissant pour fixer le fémur sur le bassin.

La paralysie du tronc a un retentissement moins direct sur la marche.

La paralysie des deux côtés complique moins la situation qu'on ne pourrait s'y attendre.

Déformations secondaires. — La paralysie des muscles moteurs du genou entraîne des déformations secondaires très fréquentes : 40 p. 100 sur les 323 cas de la statistique personnelle du rapporteur. Elles résultent surtout de la rétraction musculaire par action des antagonistes conservés ou par suite des positions prolongées (position couchée ou assise des grands paralysés), à un moindre degré des troubles trophiques.

La position du genou en flexion est la plus fréquente (26 p. 100) et ne relève pas toujours de la conservation des fléchisseurs, mais surtout de la flexion de la hanche (position assise). Elle se compense par l'équinisme du pied, et la marche devient possible si le grand fessier et les ischio-jambiers sont assez puissants.

Le genu recurvatum est plus rarement la conséquence de la paralysie des fléchisseurs. On l'observe surtout chez les malades qui marchent : mise en hyperextension du genou pour le bloquer, compensation d'une déviation du pied (talus ou équinisme).

Dans beaucoup de cas (paralysie du quadriceps, pieds talus, équin) il facilite la marche et ne devient une gêne, par laxité exagérée du genou, que s'il atteint un degré très marqué.

Le genu valgum et la rotation externe de la jambe peuvent résulter de la rétraction du biceps et aussi d'une attitude vicieuse au lit (accroupi) ou d'une compensation d'un varus du pied.

Le genu varum est plus rare.

Dans quelques cas, pour que le genou ne puisse se fléchir pendant la marche, le malade le tourne en entier en rotation externe et la position devient habituelle.

La laxité de l'articulation du genou par allongement des ligaments diminue singulièrement sa solidité et la luxation de la rotule peut en résulter.

Traitement. — Des lésions aussi complexes entraînent naturellement une grande complexité dans les indications thérapeutiques.

Dans le genou paralytique simple, sans déformation, trois méthodes méritent d'être discutées.

1° La transplantation tendineuse se présente la première à l'esprit. Le triceps paralysé est remplacé, soit par des muscles synergiques conservés (couturier, fascia lata), soit, en leur absence, par les antagonistes (biceps, ischio-témoraux), ou même par l'association des deux. L'examen des faits montre que la transplantation n'a pas répondu aux espérances qu'elle avait fait naître. Le but idéal : la restauration de l'extension active n'est pas atteinte le plus souvent, on n'obtient qu'une fixation du genou (myodèse) qui permet la marche sans appareil, mais les résultats ne se maintiennent pas.

Le rapporteur conclut qu'actuellement la seule transplantation à retenir est celle du couturier et du fascia lata, isolée ou associée, et cette intervention doit être réservée à la paralysie limitée au quadriceps ou peu étendue avec genou solide et non déformé.

2° L'amélioration des conditions statiques du membre (méthode de Putti) constitue la deuxième méthode applicable aux paralysies du quadriceps et même du membre inférieur entier.

Normalement, la ligne de gravité part en arrière de la hanche, en avant du genou, en avant du cou-de-pied. Dans la station debout, le poids du corps tend à étendre la hanche et le genou, à fléchir le cou-de-pied. Ce mouvement est arrêté à la hanche et au genou par la tension des ligaments (ligament de Bertin à la hanche, ligaments postérieurs au genou); au cou-de-pied la flexion n'est arrêtée que par la tension du triceps sural.

Si donc, sur un membre complètement paralysé on met la hanche et le genou en hyperextension et que la flexion dorsale du pied soit impossible (équinisme) ou limitée par la création d'un butoir osseux sur l'astragale (arthrorisis de Putti), la station sur ce membre sera possible comme sur un membre artificiel, et si à la hanche un fléchisseur comme le psoas, un extenseur comme le grand fessier sont conservés, la marche est possible sans appareil.

Chez les paralysés, si la hanche et le genou sont fléchis, il faut opératoirement les amener à l'hyperextension, et, si le pied n'est pas fixé en équinisme, faire l'arthrorisis (limitation de la flexion dorsale).

Cette méthode, qui permet de supprimer tout appareillage, a donné dans les genoux paralytiques des succès beaux et durables.

3° Méthode d'enraidissement du genou. — A l'appareil à verrou on a tenté de substituer la ténodèse, une butée osseuse sur le tibia, la fixation de la rotule, qui restent des méthodes aléatoires. Malgré la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne, l'arthrodèse a les préférences du rapporteur dans les cas où la laxité articulaire contre-indique la méthode de Putti. Elle donne un membre solide. On peut la pratiquer dès sept ou huit ans s'il n'y a pas de déformation, à treize à quatorze ans dans le cas contraire. Les échecs proviennent d'une immobilisation insuffisamment prolongée.

Traitement des déformations. — Le redressement de la flexion du genou et du genu valgum qui souvent l'accompagne peut être exécuté, dans les cas légers, par manipulations et gouttières, dans les cas marqués soit par l'appareil plâtré à tourniquet (Mommsen), par le redressement forcé en un temps tel que Ducroquet le préconise chez les jeunes, par le redressement par plâtres successifs tels que nous l'employons couramment dans le service du professeur Ombrédanne, par l'ostéotomie sus-condylienne qui peut venir compléter les méthodes précédentes. La résection du genou peut s'imposer chez l'adulte dans les grosses déformations.

Le genu recurvatum est justiciable du traitement par les appareils, une intervention n'est indiquée que si la laxité articulaire est excessive (opération de Stacker sur les ligaments croisés antérieur et transplantation d'un muscle interne).

Si le relâchement ligamenteux a entraîné une luxation de la rotule, elle sera opérée selon les moyens employés dans la luxation récidivante.

Discussion.

Ont pris part à cette discussion : MM. Rocher (de Bordeaux), Trèves, Mauclaire, Ducroquet, Ombrédanne (de Paris), Frœlich (de Nancy), Nicod (de Lausanne).

La discussion a porté uniquement sur le traitement et particulièrement sur celui de la paralysie du quadriceps et des déformations secondaires à cette paralysie.

MM. Rocher et Nicod font remarquer combien

peut être tardive la restauration fonctionnelle du quadriceps. Ils donnent des exemples où elle s'est faite plusieurs années après la fin de la paralysie. D'où la nécessité de porter des appareils longtemps avant de décider une intervention. Cette réapparition tardive est peut-être le secret de certains succès de la transplantation (Nové-Josserand).

Lorsque la paralysie du quadriceps est considérée comme définitive, trois méthodes se proposent d'y remédier : la transplantation, la méthode de Putti, l'arthrodèse.

M. Frœlich a pratiqué huit fois la transplantation, et dans un seul cas il a vu un bon résultat, les autres étaient médiocres ou nuls. M. Nicod a eu personnellement des résultats mauvais et a vu des malades opérés par d'autres chirurgiens sans plus de succès.

La méthode de Putti a été l'objet de remarques importantes. Elle comporte trois temps : mise en hyperextension de la hanche, du genou, fixation du pied.

Pour la hanche, M. Trèves pense, contrairement au rapporteur, que la ténotomie sous-cutanée des fléchisseurs de la cuisse est insuffisante. Il est, dans certains cas, nécessaire d'aller à ciel ouvert sectionner les aponévroses, le tendon du psoas, et même la capsule articulaire (Putti).

Pour obtenir l'extension du genou fixé en flexion, puis son hyperextension, M. Trèves préfère l'ostéotomie sus-condylienne au redressement simple qui expose à des rechutes en flexion. Au contraire, MM. Ducroquet, Ombrédanne, après avoir pratiqué l'ostéotomie, l'abandonnent. M. Ducroquet lui reproche d'exposer à un glissement en arrière du fragment supérieur avec raccourcissement du membre et danger de non consolidation. M. Frœlich remarque qu'on évite ce glissement en pratiquant l'ostéotomie cunéiforme. M. Ombrédanne se méfie des cals mous obtenus chez ces malades ; dans un cas il a vu une déviation latérale secondaire. M. Ducroquet pratique le redressement manuel forcé en un temps, manœuvre dont il expose en détail la technique. MM. Ombrédanne et Nicod s'en tiennent au redressement par plâtres successifs. M. Nicod, sur plus de quarante cas, n'a jamais eu à faire l'ostéotomie ; le redressement progressif permet de doser le degré de recurvatum à obtenir.

Quel est ce degré ? Il est fonction de l'attitude du pied. Pour M. Ducroquet, le recurvatum est indispentable dans le pied talus, dans les autres cas la rectitude du genou suffit.

La fixation du pied en équin est indispensable pour déclancher l'hyperextension du genou. M. Trèves rappelle que Putti l'avait d'abord cherchée par une ténodèse, mais cette fixation tient mal. Il l'a remplacée par l'arthrorisis par butoir astragalien antérieur. M. Ducroquet montre que l'arthrorisis ne peut rendre service dans le pied talus, il lui préfère l'arthrodèse sous-astragalienne et tibio-tarisienne.

Dans quel angle faut-il fixer le pied ? Très justement M. Ducroquet fait remarquer que le degré d'équinisme doit être d'autant plus grand que le recurvatum est plus marqué. Pour les membres atrophiés, marchant sur un liège oblique, il faut calculer l'équinisme pour que le liège repose à plat.

La méthode de Putti donne de beaux résultats. MM. Rocher et Trèves en rapportent des exemples, même dans le cas de paralysie des deux membres inférieurs. Mais dès que les fessiers sont frappés un appareil de hanche devient indispensable.

L'arthrodèse présente des indications. Il ne faut cependant pas la pratiquer trop jeune si on ne veut voir un arrêt d'accroissement du membre (Frœlich). Pour la pratiquer, M. Nicod conseille un avivement rotulien et tibio-fémoral, M. Mauclaire la complète par un enchevillement.

Pour les troubles trophiques du membre inférieur, M. Rocher rappelle les bons effets de la sympathectomie péri-artérielle (professeur Ombrédanne), et M. Frœlich ceux de la méthode de Bier au niveau du genou (hyperémie passive).

Résumant la discussion, M. Nové-Josserand note combien peu de cas heureux de transplantation ont été rapportés. On ne doit conseiller cette opération que pour les paralysies isolées du quadriceps avec conservation du fascia lata et du couturier, et ne lui demander qu'une action de stabilisation du genou sans mouvements actifs. Dans la méthode de Putti, il a pu toujours obtenir le redressement de la hanche par simple ténotomie sous-cutanée. Au genou, l'ostéotomie perd du terrain. Le redressement forcé en un temps de Ducroquet demande une dextérité manuelle considérable, une technique impeccable. Le redressement progressif est d'exécution plus facile, permet de doser le recurvatum, et peut être complété par une ostéotomie.

L'attitude du pied est, en effet, commandée par le degré de recurvatum. Si le pied est fixé en équin il n'y a pas à y toucher. Dans les pieds ballants, la double arthrodèse sera complétée par l'arthrorisis.

Pour l'arthrodèse, l'enchevillement est inutile et risque d'entraîner un arrêt de développement du membre. Le rapporteur a pu la pratiquer à sept ou huit ans dans les cas de genou ballant sans déformation. Mais alors il faut immobiliser pendant cinq à six mois.

Si la paralysie est complète aux deux membres inférieurs, il semble vain d'appliquer la méthode de Putti aux deux côtés : un côté devra être fixé par appareil ou arthrodèses (sustentation), l'autre traité par la méthode de Putti (progression).

Cette discussion fut complétée par une séance de projections cinématographiques faite par Ducroquet des différentes formes de paralysie du quadriceps (isolée, associée aux autres paralysies, avec ou sans déformations du genou, du pied). Leçon magistrale dont tous, grands comme petits, lui gardent leur reconnaissance.

(A suivre.)

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

Chez VIGOT frères.
23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Etudes de gynécologie clinique et opératoire publiées par J.-A. DOLÉRIS. Fasc. I avec la collaboration de MM. BEUTTNER, P. DALCHÉ, J. LAURENCE, E. OZENNE, P. SÉJOURNET. (Un vol. in-8, 106 p., 25 fig. : 25 fr. plus 40 %.)
Fasc. II. par Paul PETIT-DUTAILLIS (un vol. in-8°, 106 p., 58 fig. : 20 fr. plus 40 %).

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, par MM. BRINDEAU, Ed. CHOMÉ, ECALLE, J.-L. FAURE, C. JEANNIN, KEIFFER, LANTUÉJOUL, LE LORIER, M. METZGER, NATTAN-LARRIER, RIBADEAU-DUMAS, SCHICKELÉ, VAUDESCAL (un vol., 260 p., 84 figures).

Auguste ELOIRE. — **La vérité sur la législation française actuelle en matière de répression des fraudes du beurre et du lait.** (1 vol. 120 p. : 12 fr.).

Dr Jean GOLAY, Privat-docent à l'Université de Genève. — **La pathologie générale de la syphilis.** (un vol. in-8, 128 p. : 12 fr.)

Raoul LECOQ.— **L'histoire du Malt** (in-8, 35 p., 2 fig. : 6 fr.)

Paul GIROUD. — **Le rhume des foins. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique** (in-8, 108 pages : 8 fr.)

Chez MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

Marcel LABBÉ. — **Le traitement du diabète**, 2e édition, *Collection médecine et chirurgie pratiques* (1 vol. 58 p., prix: 8 fr. + hausse (40 %) variable).

H. VIGNES, accoucheur des hôpitaux, et J. DAUPHIN. — **L'année obstétricale.** Résumé des travaux français et étrangers de 1924 et questions d'actualité (128 p. ; 25 fr. + hausse 40 % variable).

Chez DOIN et Cie.

Victor PAUCHET. — **Traitement des goitres** (une broch. 16 p. : 31 fig.)

Chez VIGOT frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

G. SAINT-PAUL. — **Thèmes psychologiques.** (Un vol. Prix : 7 fr. + 10 %).

Imprimerie GOUNOUILHOU, Bordeaux.

Dr COURBIN, de Bagnères. — **Les troubles du sympathique et l'hypertension à Bagnères-de-Bigorre.** (Une brochure 24 p.).

Chez N. MALOINE, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.

F. COSTE. — **Séméiologie médicale.** (6e édition, : *Collection des Guides de diagnostic clinique.* Un vol. 350 p., 1927. Prix : 25 fr.).

Dr Pierre HULLIGER, de Neuchatel (Suisse). — **Ce que tout tuberculeux devrait savoir** (132 p.).

MARY LAURENT. — **Immunothérapie par voie buccale. Les corps immunisants.** (Un vol. in-8, 14 6 p., Prix : 10 f.r.).

Maurice TUSSAU, chirurgien de l'hôpital Saint-Rambert, de Lyon. — **Traité de symptomatologie topographique chirurgicale.** Préface du Dr DARTIGUES. (Un vol. 594 p., 57 fig., 40 tableaux. Prix : 38 fr.),

A. CANTONNET. — **L'ionisation de l'œil.** *Technique. Résultats.* (Un vol. 95 p., 7 fig. Prix : 10 fr.).

Dr P. BOUSSI. — **Hygiène oculaire scolaire.** (32 p.. Prix : 3 fr. 50).

Ch. FIESSINGER. — **Le traitement des maladies du cœur et de l'aorte en clientèle.** *Bibliothèque : Comment guérir ?* (Un vol. 322 p., 4e édit. Prix : 20 fr.).

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publiée sous la direction d'E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. Tome IX :

Sympathique et glandes endocrines, par P. LEREBOULLET, HARVIER, GUILLAUME, CARRION, CHABRUN, et BARIETY. (Un vol., 570 p. avec fig. Prix : 40 fr.).

A LA LIBRAIRIE AGRICOLE DE LA MAISON RUSTIQUE,
26, rue Jacob.

J. SIMONNOT, ingénieur agricole. — **Les accidents du travail agricole et l'assurance par la mutualité.** (Un vol. 96 p. Prix : 6 fr.)

Arsène THÉVENOT et F. LESOURD. — **L'escargot et la grenouille comestibles** (3e édition, un vol. 124 p., grav. Prix : 7 fr.).

PUBLICATIONS DU « MIROIR DES SPORTS »,
18, rue d'Enghien.

Almanach du « Miroir des Sports », 5e année. Prix : 3 fr. 50.

Index bibliographique de quelques travaux médicaux récents

AMOUR (Toujours l'—). Chronique à propos de deux ouvrages médicaux récents, par P. RABIER, *Revue des spécialités*, n° 9, octobre 1926.

BOTANIQUE MÉDICALE. — L'herbe légendaire de Clytie, par Albert GARRIGUES, *Concours médical*, n° 43*bis*, 27 octobre 1926.

CANCER DU COL UTÉRIN ET RADIUM, par FOVEAU DE COURMELLES, *Médecine internationale illustrée*, n° 10, octobre 1926.

CERTIFICAT MÉDICAL ET MARIAGE, par Jules TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, octobre 1926.

CHEMINS DE FER ET HYGIÈNE, par Ch. SCHMITT, *Presse médicale*, n° 80, 6 octobre.

CHOLÉMIE À SPIRONÈMES, par J. SABRAZÈS, Société de Biologie de Bordeaux, 6, juillet 1926.

CONSULTATION MYSTÉRIEUSE (Une —), Nouvelle, par P. RABIER, *Causeries médicales et littéraires*, octobre 1926.

DÉPOPULATION (Le problème de la —), par H. BOUQUET *Monde médical*, n° 696, 15 octobre, 1926.

EON (Le Chevalier d'—). Une énigme qui n'en est plus une, par CABANES, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 54, octobre 1926.

GILBERT, le poète malheureux (Causes de sa mort), par CABANES, *Revue thérapeutique des alcaloïdes*, n° 53, septembre 1926.

GOYAVE (Psidium Guyaava), par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 76, 22 septembre.

HOPITAUX (Leur clientèle bourgeoise actuelle), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 43, 24 octobre 1926.

HYGIÈNE (La conférence sanitaire internationale de Paris en 1926), par A. RAYBAUD, *Marseille médical*, n° 28, 5 octobre 1926.

INCISEUR CIRCONFÉRENTIEL POUR MASTOPEXIE, par DARTIGUES, 35e Congrès français de chirurgie, 7 octobre 1926.

INJECTIONS SÈCHES, par Maurice TUSSAU, *Renaissance médico-chirurgicale*, octobre 1926.

INNERVATION SYMPATHIQUE DU LARYNX ET DU PHARYNX (Faits chirurgicaux touchant l'), par R. LERICHE, *Presse médicale*, n° 76, 22 septembre 1926.

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES, par CASSUTO, *Revue tunisienne des sciences médicales*, mai, juin, juillet 1926.

KYSTE DERMOIDE PRÉ-UTÉRIN MÉDIAN, par A. COLOMBET, *Bulletin des sociétés d'arrondissement de Paris*, n° 6, juin 1926.

LÈPRE ET HUILE DE CHAULMOOGRA, par H. LECLERC, *Presse médicale*, n° 84, 20 octobre.

MALADIE OSSEUSE DE PAGET, par SABRAZES, Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 30 juillet 1926.

MÉDECIN (Autour du rôle social du —), par R. MOLINÉRY, *Médecine internationale illustrée*, n° 10, octobre 1926.

MISIATRIE de M. de Pawlowski, par G. DUCHESNE, *Concours médical*, 26 septembre.

MONTPELLIER (La Faculté de Médecine de —), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 43 *bis*, 27 octobre 1926.

OS (Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'—), par R. LERICHE, 1 vol. Masson, Paris, 1926.

PAIN ET SES SUCCÉDANÉS (La question du —), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 42, 17 octobre 1926.

PINEL (A propos du centenaire de —) : *a*) par CABANÈS, *Gazette des hôpitaux*, n° 84, 20 octobre 1926 ; *b*) par J. NOIR, *Concours médical*, n° 44, 31 octobre.

POISSON (Augmentation de la consommation du —), par A. LOIR, Académie de médecine, 12 octobre 1926.

PORTE-SOLEIL OPÉRATOIRE, par DARTIGUES, 35e Congrès français de chirurgie, 7 octobre 1926.

QUININE (Histoire de la —), par DESTOUCHES, *Le propharmacien*, n° 169, 1er octobre.

QUIVY (Georges), par J. NOIR, *Concours médical*, n° 43, 24 octobre 1926.

RACHITISME (Réactions des déformations rachitiques aux ultra-violets), par R. LEHMANN, *Pratique médicale française*, n° 9, septembre 1926.

SALON DES MÉDECINS (Le VIe), par B. RABIER, *Chantecliar*, n° 225, mai-juin 1926.

SALON RÉTROSPECTIF DES MÉDECINS (Journées médicales de Paris), par P. RABIER, *Presse médicale*, n° 85, 23 octobre 1926.

SECRET PROFESSIONNEL, par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 42, 17 octobre 1926.

SPÉCIALISATION ne veut toujours pas dire progrès, par J. NOIR, *Concours médical*, n° 40, 10 octobre 1926.

SYMPATHICECTOMIE PÉRIARTÉRIELLE dans la chirurgie des membres, par R. LERICHE, 35e Congrès français de chirurgie, 7 octobre 1926.

SYMPATHIQUE CERVICAL (Fibres oculo-pupillaires du —) par R. LERICHE, *Presse médicale*, n° 84, 20 oct. 1926.

SYNDICATS MÉDICAUX (Mouvement en 1926), par P. BOUDIN, *Concours médical*, n° 43*bis*, 27 oct. 1926.

TEMPÉRAMENTS (Essai de synthèse), par L. MAC-AULIFFE, 1 vol. Galimard, Paris, 1926.

TERREURS HÉMERGERTIQUES : *a*) Symptomatologie (*fin*), par Albert GARRIGUES, *Indépendance médicale de Montréal*, 15 septembre et 15 octobre 1926. *b*) Pathogénie, par Albert GARRIGUES, *Médecine internationale illustrée*, n° 10, octobre 1926.

TUBERCULOSE (Traitement de la fièvre de début de la —), par G. LEMOINE, *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, n° 7, juillet 1926.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Travaux Originaux

LA GRANDE PRESSE ET LES MÉDECINS

La Médecine et la Littérature sont-elles incompatibles ?

Mon riche chez les curés !

Depuis que S. E. Clément Vautel est, dit-on, d'Eglise... ou de Chapelle, pour avoir donné à la religion des lettres de distingués et sympathiques curés, il n'est plus d'ambitions qui lui soient inaccessibles, jusques et y compris celle de l'infaillibilité pontificale.

Aussi, ne craint-il plus d'aborder tous les sujets, toutes les questions, pour les trancher par des jugements sans appel. *Magister dixit* ! A vouloir s'ériger ainsi en champion irréductible des justes (!) causes, on risque d'oublier que, dans champion, il y a *pion*, et cela ne va pas sans certains dangers de rebuffades qui, depuis quelque temps, ne lui sont pas ménagées.

Je le lis habituellement avec empressement. Je goûte volontiers son bon sens. Et je n'en suis que plus à mon aise pour regretter d'avoir à enregistrer, dans son talent, une évolution qui, du bon sens, qui est aussi le sens commun, le ferait choir dans le commun tout court, et pour tout dire, dans le banal, dans le vulgaire..., dans la puérilité. Serait-ce là manifestation d'homme ivre, en ce que son succès l'aurait grisé? Noblesse oblige, que diantre ! Et quand on a le privilège redoutable de disposer tous les jours d'une tribune du haut de laquelle on harangue des centaines de mille de lecteurs, il convient que l'on retourne plus de sept fois, non pas sa langue dans sa bouche, mais sa plume dans son encrier, ou, — soyons moderne —, son stylo dans sa dextre.

Or donc, il advient que le professeur Pierre Delbet, le chirurgien éminent universellement connu, a, en collaboration avec Henri de Rothschild, *alias* André Pascal, donné au théâtre une pièce intitulée : *Vocation*. Nos confrères, ainsi symbiosés, ont entrepris de démontrer que la femme n'est pas faite, en général, pour la profession médicale. Cette pièce est-elle bonne ? Est-elle mauvaise ? Je l'ignore, n'ayant pas encore eu l'occasion de l'entendre. Peu importe ! Ce n'est pas le sujet de ma chronique.

Cette tentative de Pierre Delbet n'a pas eu l'heur de plaire à S. E. Clément Vautel, qui plaisante ironiquement le chirurgien-auteur, avec un goût dont le moins que je veuille dire, c'est qu'il est douteux. Jugez-en :

> Le professeur Delbet ajoute donc, à son tour, un nom à la liste déjà bien longue de nos amateurs... Au lieu de se consacrer exclusivement à son art — qui lui vaut tous les succès matériels et toutes les satisfactions morales — il veut, lui aussi, se voir affiché tout vif à la porte d'un théâtre. Entre parenthèses, je ne conseille à personne de se faire opérer en ce moment par ce chirurgien, cependant fort habile... A la veille d'une répétition générale, l'auteur le plus entraîné devient d'une nervosité extrême... Et qu'est-ce donc quand il s'agit d'un débutant ! Le professeur Delbet doit avoir, tout au moins, des distractions et je l'entends dire à ses aides, au beau milieu d'une exploration des plus délicates dans le ventre d'une de ses clientes :
>
> — Ça y est !..... J'ai trouvé !
>
> — Vous tenez le fibrome, cher maître ?
>
> — Non, je tiens la réplique finale du « deux » ! C'est bien plus important... (1)

Mais, à l'esprit près — cette critique ne dépasse pas les limites permises, et si Pierre Delbet s'est ainsi lancé dans l'arène et improvisé dramaturge, il devait s'attendre à ce que sa tentative provoquât des réactions plus ou moins vives de la part des professionnels... Jusque-là, rien donc à dire quant au fond. Quand on affronte la rampe et le public, on sait à quoi l'on s'expose.

Mais où le Cinéaste du *Journal* dépasse vraiment la mesure, c'est quand il conteste à Pierre Delbet le droit de faire du théâtre, avec une pauvreté d'arguments, une naïveté qui, de la part d'un autre, parmi ceux qui ne sont pas arrivés, serait touchante, et qui, chez lui, est navrante...

> « Cette parenthèse fermée — le ventre restant d'ailleurs ouvert — je me permettrai de demander au professeur Delbet ce qu'il ferait si un auteur dramatique se présentait à sa clinique pour opérer lui-même, tel Pierre Petit. Sans doute, il le rabrouerait,

(1) *Le Journal*, 15 novembre 26.

le mettrait à la porte en le menaçant de poursuites devant les tribunaux pour exercice illégal de la chirurgie.

Les fils d'Hippocrate n'admettent pas d'amateurs parmi eux... En revanche, ils écrivent des romans, des pièces de théâtre, et prétendent toucher, eux aussi, des droits d'auteur

Cela ne me paraît pas juste. Et j'estime que les écrivains devraient faire grise mine à ces concurrents qui viennnent augmenter encore le nombre des naufragés sur le radeau de *la Méduse.* »

Nous pourrions répondre, tout d'abord, que la loi, qui défend l'exercice de la médecine aux profanes, n'interdit pas aux médecins d'écrire ; qu'en se faisant jouer sur une scène parisienne, le médecin ne risque de nuire, qu'à lui-même dans sa réputation, et à son directeur, dans ses intérêts, si la pièce, montée à frais plus ou moins grands, est un four. Tandis que si tous les gens de lettres de la création, Mgr Clément en tête, s'avisaient de prendre le couteau pour tailler des pièces dans la chair de leur prochain, c'est à coup sûr le four crématoire qui attendrait, non pas eux-mêmes, mais leur innocente victime..., ou l'humus du Père Lachaise.

Mais, depuis qu'il y a des hommes, et qui pensent, et qui écrivent, et qui peignent, et qui sculptent..... quand donc est apparue une incompatibilité quelconque entre ces aptitudes et la profession médicale ? Bien loin que les unes et l'autre soient incompatibles, ne possèdent-elles pas des affinités profondes, et est-ce pour rien que l'on dit communément : l' *art médical* ? Quand Morestin, de regrettée mémoire, réparait esthétiquement les délabrements de la face des blessés de guerre, n'agissait-il pas autant en artiste qu'en médecin ? De même, de nos jours, Bourguet, grand nasiculteur, et Passot, pourfendeur des rides, des bajoues, et des fanons...

Quand Jean-Louis Faure écrit son livre sur l'âme du chirurgien, ou prononce son superbe discours au Congrès de Chirurgie, la médecine et les médecins n'y perdent rien et les belles-lettres y gagnent à coup sûr.

S. E. Mgr Vautel ignore-t-il que Pierre Delbet, en particulier, est tout à la fois un virtuose du bistouri et un sculpteur de talent ? Tantôt il repétrit la chair toute pantelante de ses malades et lui redonne la vie ; tantôt, il pétrit la glaise informe, et l'anime aussi de sa puissance créatrice.

Combien d'autres médecins, plus ou moins célèbres, ne pourrais-je pas citer, qui sont en même temps des artistes estimés ou des littérateurs hors pair ! De nos jours, Charles Richet ne remporta-t-il pas, avec *L'Enquête*, un succès d'excellent aloi, et Nermord n'est-il pas l'auteur de tragédies inspirées du plus pur classicisme ?

Parmi les écrivains modernes de tout premier ordre, je pense qu'on peut placer en vedette André Couvreur et Georges Duhamel. Or, l'un et l'autre sont des médecins, et des médecins distingués. Et je prétends que c'est à cause de cela que leurs œuvres sont si remarquables. Faites traiter le sujet des *Mancenilles,* de la *Source fatale*... par un autre que par Couvreur, qui fut président de la Société des Gens de Lettres, vous verrez la différence. Nul autre que Georges Duhamel, qui fut attaché longtemps à l'*auto-chir.* de Pierre Duval, pendant la guerre, pour pouvoir écrire, parce que médecin, *La vie des Martyrs* et *Civilisation* deux chefs d'œuvre.

L'œuvre de Léon Daudet, que l'on peut discuter, n'est cependant si forte que parce qu'elle est marquée de l'empreinte qu'a reçue son esprit au cours de ses primes études médicales. Et Paul Bourget n'est si habile à démêler les problèmes du cœur humain, et même à faire état, dans ses romans, de situations cliniques vécues, que parce qu'il fréquenta assidûment des médecins réputés, et notamment Dupré. Pour un cadeau assez piètre qu'il a fait à la médecine en lui apportant, pour remplacer le terme *Hystérie,* l'expression quelque peu maniérée de *pithiatisme,* que de dons il en a retirés ! ! !

Et voulez-vous que je vous dise, Eminence, il ne vous aura manqué que d'être médecin... pour être complet.

C'est que, voyez-vous, il n'est guère de médecin qui ne possède son ou ses violons, à la façon d'Ingres ; et, qu'il s'en trouve pour en tirer des sons merveilleux, cela prouve que la formation du médecin, et la pratique de son art, sont les seules qui développent à ce point l'esprit d'observation et de critique qui, étayé par une culture solide, permettra la mise en valeur des qualités innées qui font les poètes et les artistes, les littérateurs et les dramaturges...

J'ai connu, il y a quelque vingt ans, un étudiant en médecine, joli garçon, et doué d'une charmante voix de ténor. Toute la semaine, il suivait les cours, assistait aux travaux pratiques et accomplissait son stage hospitalier. Le samedi soir et le dimanche, dans quelque théâtre de quartier ou de banlieue, il dépouillait la blouse du carabin pour devenir, avec succès et profit, don José, Des Grieux, Werther... Avait-il tort ? Et était-il blâmable de prendre place en surnombre, lui amateur de talent, sur le radeau de la Méduse des chanteurs de l'époque ? ? ?

Et laissant les modernes pour remonter dans le passé, un passé glorieux pour la France, Rabelais, docteur de la Faculté de Montpellier dans les archives de laquelle j'ai pu contempler, il y a quelques semaines, la trace authentique, revêtue de sa signature, de la collocation de son grade, n'est-il pas un souverain dans le royaume de la littérature ?

Pour être docteur en médecine, il faut en effet

des études longues et compliquées, faites de théories, de doctrines, et surtout de démonstrations et d'exercices pratiques! Avec la vocation, c'est-à-dire l'attrait irrésistible de la profession, le médecin instruit et conscient de ses devoirs, dont le jugement mûrira avec l'âge et dont l'expérience se fortifiera chaque jour, pourra faire une honorable carrière. Pour le littérateur, point de semblable préparation. De bonnes études classiques, et une fréquentation continue avec les chefs-d'œuvre de tous les temps, *pourvu qu'il ait le don*, le futur homme de lettres aura les plus grandes chances de percer. A peine âgé de 16 ans, Victor Hugo obtenait un prix de l'Académie française et le Roi lui servait une pension sur sa cassette.

Vous demandez, Eminence, ce que Pierre Delbet répondrait au gendelettre qui se présenterait à sa clinique pour opérer lui-même ? Et vous pensez que, sans doute, il le rabrouerait ? Quelle erreur est la vôtre ! Pierre Delbet, qui est homme de bonne compagnie, l'accueillerait fort aimablement et, lui offrant son tablier et son bistouri, il lui dirait : « Faites ! » Et le gendelettre, transporté dans l'atmosphère surchauffée de la salle d'opération, respirant l'odeur d'éther ou de chloroforme, mis en présence du patient étendu sur la table, que ferait-il, le gendelettre ? Il tournerait de l'œil... j'en fais le pari sans hésiter.

Mais, votre ire aurait-elle pour causes des préoccupations utilitaires, en ce que vous semblez regretter que Pierre Delbet, que la chirurgie doit nourrir largement, tire encore de nouveaux profits de la représentation de sa pièce, et cela, au détriment des professionnels dont il peut prendre ainsi la place ? Que vous importe, à vous personnellement ? N'êtes-vous pas comblé ?

Encore que ce film ne contribuera pas à enrichir votre réputation, ce dont vous n'avez nul besoin, riposterez-vous peut-être, je sais quel est votre prestige, et ce qu'on dit de votre fortune... On dit que vous touchez de formidables droits d'auteur, fruits légitimes de vos romans et des pièces qui en furent tirées. Vous êtes riche... Vous êtes le riche... MON riche.. !

Oui, mais en même temps, vous avez commis de tels sacrilèges que vous avez mérité cent fois l'excommunication majeure.

Et vous n'y échapperez, ajoute-t-on, qu'en faisant amende honorable, après une sévère retraite dans un couvent d'ecclésiastiques.

Quelle fin exemplaire ! Mais quel titre !

Mon riche chez les curés... !

G. DUCHESNE.

POURSUITE DE LA RÉORGANISATION DES CADRES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Par le Dr A. CHALLAMEL.

Il en est des idées comme des clous : il faut taper dessus pour les enfoncer. Ceci est surtout vrai vis-à-vis de l'Union des Syndicats Médicaux dont l'illogisme dépasse parfois la mesure : ses assemblées générales votent des vœux, et sept ans après on s'apercevrait que tout est au même point, si

Après les travaux de la commission d'étude du Syndicat des Médecins de la Seine sur la réorganisation du Service de Santé militaire, travaux dont mon rapport en 1922 « *sur la nécessité d'un statut particulier pour les médecins de « complément* » (1), a été la pierre angulaire, on peut affirmer qu'un décret spécial établissant ce statut est devenu une obligation dans la loi portant réorganisation du S.S.M. (2), et que la loi des cadres qui va faire l'objet d'une étude prochaine de la Commission de l'Armée doit prévoir l'établissement de ce statut partiuculier.

(1) Sur la nécessité d'un statut particulier pour les médecins de complément. Des bases de ce statut, par A. CHALLAMEL (*Bulletin du S. M. S.*, mai 1922, p. 152).
(2) Service de santé militaire.

Les raisons sont celles exposées en 1922 (1).

Ces raisons sont *impérieuses* puisque, comme je l'ai écrit, le décret du 22 mai 1909, qui codifiait les règles particulières à l'avancement des médecins de complément, avait été *violé* de la façon la plus flagrante quand d'un seul coup, en 1915, tous les agrégés et tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux avaient reçu trois et quatre galons.

Cette violation était la preuve que ce décret était insuffisant et qu'il ne remplissait pas le but pour lequel il avait été fait. Et, si cet avancement en bloc des agrégés et médecins des hôpitau est venu *bloquer l'avancement* de nombreux confrères praticiens, c'est parce que ces agrégés n'occupaient pas la place qui aurait dû être la leur dès le temps de paix. Il y avait manière de mettre les compétences à leur place *sans briser pour cela les lois organiques* de l'armée.

(1) Outre les *Bulletins* du S. M. S. voir les journaux médicaux, notamment : A. CHALLAMEL, *Concours médical*, 30 avril 1922, p. 1438 ; — A. GUÉRIN, *Journal des Praticiens*, quatorze notes et articles de 1921 à 1926 ; — MM. JAYLE et CIBRIE, *Presse médicale*, 2 juin 1926, p. 699.

De nombreux médecins de complément ont été ainsi privés d'une augmentation de solde à laquelle ils avaient droit ; ce dommage a été amplifié pour ceux qui ont eu le malheur d'être blessés et dont la pension de réforme s'est trouvée réduite de ce fait. Quant à ceux qui ont succombé titulaires d'un grade inférieur à celui qu'ils auraient dû avoir, *ce sont leurs veuves* qui ont été lésées.

Une telle injustice (*injuria*) a retenti durant toute la guerre et retentit encore douloureusement sur l'état moral de bien des officiers du S. S. M.

Si ce décret de 1909 était insuffisant à l'égard des docteurs en médecine, il était muet à l'égard des étudiants en médecine qui, de tous leurs camarades des autres écoles étaient les seuls à ne pouvoir prétendre théoriquement au grade d'officier.

Mais pour que les médecins de complément soient à leur place dès le temps de paix, et non pas seulement *au bout de trois ou quatre ans de guerre*, pour que ces techniciens ne soient pas catalogués par les soins d'un bureau incompétent, il faut que les Directions du S.S.M. soient en relation régulière avec les groupements professionnels qui, dans cette partie limitée de leur tâche, leur fourniront les éléments d'appréciation qu'eux seuls possèdent.

Voilà développées quelques-unes des raisons qui imposent un statut particulier pour les médecins, différent du statut des autres officiers de réserve.

Il y a bien d'autres raisons. Elles se trouvent énumérées dans mon travail de 1922.

* * *

Or, l'*heure est venue* de donner l'effort nécessaire pour que ce projet devienne une réalité.

La Commission de l'Armée va être incessamment réunie en vue d'étudier la réorganisation militaire, et sur les quatre projets gouvernementaux le troisième a trait à la loi des cadres. Les médecins d'active, moins indépendants que nous puisqu'ils ne sont pas électeurs, doivent souhaiter nous voir leur apporter l'appui de notre force collective.

Et cela dans quel but ?

Est-ce dans un but étroit de privilèges ?

Nous n'en demandons pas.

C'est l'opinion publique qui réclame, qui exige, que les plus beaux fils de la nation appelés à la défendre, soient en cas de blessure soignés par les plus capables, et que les meilleurs spécialistes, médecins ou autres, puissent les sauver s'ils sont guérissables.

C'est là le but suprême du S.S.M. *C'est là sa raison d'être.*

L'opinion publique se moque qu'un médecin, soit à l'abri des balles, elle veut qu'il soit à sa place.

Le spécialiste de laboratoire, le vrai, ne doit pas plus être dans un gourbi que Foch derrière un créneau.

Mais comment arriver *dès le premier jour de la guerre* à cette mise à sa place de chacun ?

Mon idée *directive* a été l'*union* qui doit régner dès le temps de paix entre confrères qu'ils soient médecins militaires ou médecins civils. Tous sont docteurs.

Que les médecins inspecteurs aient un rôle spécial : prévision du nombre et du *genre de blessés, gazés ou malades* à évacuer et hospitaliser, choix des *locaux* à transformer en hôpitaux, préoccupation du *matériel* éventuellement nécessaire, répartition du *personnel* technique, infirmier et auxiliaire, contact étroit à maintenir avec le haut commandement dont les différents plans ou projets peuvent entraîner pour le S.S.M. des dispositions instables ; tout cela est leur tâche. C'est leur tâche aussi d'être des *chefs* dans l'acception de beauté morale que ce mot exprime.

Mais, question de fonction à part, le rôle d'un aide-major bien que s'appliquant à des quantités de gradeur moindres, est-il différent ?

Je viens d'écrire et de souligner cinq termes : *genre de malades à soigner, personnel dont on dispose, locaux, matériel, responsabilité morale.* Ce sont en campagne les grandes préoccupations de tout médecin qu'il soit aide-major ou médecin inspecteur.

Cette synthèse, fut la mienne pendant la guerre et peut-être celle de tous.

En temps de paix, dans la question du *personnel technique*, nous, médecins de complément, ne demandons qu'à collaborer pour qu'une confusion ne puisse plus se faire *entre le grade et les capacités professionnelles*, pour que les médecins les plus qualifiés soient à leur place, ainsi que chacun. Mais les *qualités d'organisateur* si nécessaires sont *parfois très variables et délicates à découvrir*.

Je parle toujours de personnel technique, car on ne saurait trop le dire, ce sont les médecins c'est-à-dire les hommes spécialisés dans leur art depuis de longues années, et ceux-là seuls qui exercent, qui constituent *les piliers* de tout l'édifice. *Sur eux tout repose.*

* * *

Après la démobilisation, le Syndicat des Médecins de la Seine eut l'intention de faire une « *Enquête sur le fonctionnement du S.S.M. pendant la guerre* » (1), et cette idée fut transmise à l'Union et adoptée par elle (2).

(1) *Bulletin officiel du S. M. S.*, juin-juillet 1919, p. 43 et p. 75 ; septembre-octobre 1919, p. 155.

(2) *Le Médecin Syndicaliste*, septembre 1919, p. 192 ; janvier 1920, p. 15 ; juillet 1920, p. 31 ; août 1920, p. 231.

La question était mal posée et ne pouvait aboutir.

Ouverte en 1919, déjà fin 1920 l'enquête avait fait long feu.

C'est alors que je pris l'initiative (1) que l'on connaît estimant *que la concorde seule pouvait être féconde.* Que de heurts évités si au début de la guerre il n'y avait pas eu d'énormes erreurs d'affectation. L'unanimité qui se fit sur mon rapport me montra que j'avais vu juste.

Le passé doit rester où il est, c'est-à-dire que l'on doit ne garder le souvenir des erreurs (2) que pour n'y plus retomber. Mais pas au prix toutefois de l'*affirmation erronée* que les fautes commises furent imputables « *à tout le Corps médical* « *français dans son ensemble* » (3). Les praticiens protestent hautement contre une telle affirmation, car, en 1914, ils n'étaient *pour rien* dans l'organisation du Service de Santé. Et, si la réorganisation devait se faire *sans eux*, ce serait retomber dans la même *faute lourde.*

N'est-ce pas *la démonstration* de la nécessité pour le corps des praticiens d'avoir des représentants au Comité consultatif de Santé militaire (4).

Ceci dit, il faut remarquer que dès 1919, on peut lire dans le *Bulletin* du *Médecin Syndicaliste* le vœu suivant qui fut adopté par l'assemblée générale du 13 juillet 1919 :

« L'Union des Syndicats médicaux de France « doit demander aux Pouvoirs publics la participation des praticiens aux travaux des com- « missions qui étudient les règlements futurs du « S.S.M. ».

Il y a sept ans de cela !

Qu'a fait l'Union ?

Qu'a-t-elle fait des vœux que le S.M.S. lui a transmis depuis 1922 ? Qu'est devenu ce vœu qu'elle avait elle-même adopté en 1919 ?

L'Union n'a-t-elle donc pas compris que cette collaboration des Syndicats médicaux régionaux avec les Directions du Corps de Santé militaire (1) *amènerait à elle bien des isolés,* bien des réfractaires du syndicalisme. L'Union ne saurait perdre une occasion de manifester et de développer la cohésion du Corps médical.

Si, pour une question *mise au point* de telle façon, l'Union ne tentait pas sa réalisation avec vigueur et persévérance, *ce serait la stérilisation de tout effort et de toute volonté dans l'ordre syndical.*

L'inaction de l'Union serait grave pour elle aujourd'hui, après le vote de son Assemblée générale en 1919, après les vœux de 1922 que le S.M.S. lui a transmis.

Il faut que l'Union agisse *sans tarder* près des Pouvoirs publics et près de la Commission de l'Armée, et qu'elle engage ses Syndicats à agir de leur côté près des parlementaires pour que soit obtenu ce statut légal particulier.

Sinon l'Union n'aura pas rempli sa fonction et cessera d'être l'*union* (2).

(1) Lettre sur la réorganisation du S. S. M. (*Bulletin du S. S. M.*, juillet 1921, p. 293.

(2) A. Guérin. — « Le Service de santé a servi aux politiciens », *Journal des Praticiens*, années 1919 et 1920.

(3) Th. Tuffier. — *Presse médicale*, 17 mars 1926, p. 347.

(4) Dr Troussaint, ancien directeur du S. S. M. au ministère de la guerre, *Journal des Praticiens*, 31 juillet 1920, p. CMXXXVII.

(1) Il faut obtenir que le Service de Santé devienne le *Corps de santé*. A ce sujet voir : *Bulletin du S. M. S.*, mai 1922, p. 123. « Projet de loi sur l'organisation du « Service de santé militaire » de la commission d'études du S. M. S. dû à la très large et précieuse collaboration de MM. les médecins inspecteurs généraux Troussaint et Sabatier.

(2) Le travail actuel m'a servi à présenter à l'Assemblée générale du S. M. S. du 21 novembre 1926, des vœux, qu'elle vota à nouveau, conformes à ceux de 1922.

U.M.F.I.A.

Banquet d'automne.

Mercredi 8 décembre dernier, avait lieu le traditionnel banquet d'automne de l'UMFIA, dans les Salons du Palais d'Orsay, sous la présidence de M. A. Sarraut, Ministre de l'Intérieur et de M. le professeur Roger, Doyen de la Faculté de médecine de Paris. Manifestation superbe de l'activité du groupement dont notre ami Dartigues, secondé par ses distingués collaborateurs, Bandelec de Pariente, retenu par un deuil de famille, Gaullieur l'Hardy, Molinéry et Berry, fut le fondateur et demeure l'ardent et vibrant animateur.

Les assistants arrivent nombreux. Parmi eux se détachent dames et jeunes filles, — épaules nues, nuques rasées, — apportant dans ce milieu leur note d'élégance et le charme de leur sourire. Dartigues se dépense pour les recevoir et leur indiquer leur place autour des rangées parallèles des tables centrales qu'encadre la table d'honneur. Nous serons plus de 400 à l'heure où deux aimables et talentueuses harpistes attaqueront la *Marseillaise*, saluant ainsi l'arrivée du Ministre et marquant le début du repas.

L'égrènement cristallin des sons volontairement grêles des harpes, durant le dîner, jettera sa note d'harmonie discrète dans une réunion admirablement préparée à l'optimisme que dégage un repas bien ordonné, de chère succulente, et rapidement servi, j'en dois rendre hommage à ses organisateurs.

Parmi les assistants, onze ambassadeurs, ministres plénipotentiaires, chargés d'affaires ou représentant des grandes Nations latines, prouvent, par leur présence, que le corps diplomatique apprécie comme ils le méritent les efforts de l'UMFIA. Les professeurs des Facultés de médecine ont fait de même. J'ai reconnu et salué MM. Marcel Labbé, Jean-Louis Faure, Sébileau, Nobécourt, Léon Bernard, Laignel-Lavastiene, Noël Fiessinger, Lemaître, Gaudier, etc.

Nos groupements professionnels sont représentés, notamment par notre ami Bellencontre, président de l'Association générale des médecins de France et le Dr Fanton d'Andon, président du S. M. S.

La presse médicale a dépêché ses têtes de colonne pour montrer sa sympathie à Dartigues et à son œuvre : Ch. Fiessinger, Desfosses, Vitoux, Destouches, Pierra, Baillière, Blondel, Lesourd, Mabille, Bouquet, Garrigues, Paul et Georges Boudin, Foveau de Courmelles, Cabanès, Siguret, Mayer, délégué par l'Association de la Presse, médicale belge... et d'autres que j'oublie sans doute, sans parler du signataire de ces lignes.

Parmi les dames, apparaît dans une radieuse lumière, la présidente de la Bienvenue française, Madame Boas de Jouvenel...

Mais je dois me borner, et ne saurais énumérer tous les hôtes de marque de l'UMFIA.

L'heure des toasts arrive. M. le doyen Roger, avec sa bonne grâce souriante, veut bien se charger des fonctions de maître des cérémonies. Il invite les orateurs à être brefs, autant que possible, et les auditeurs à refréner leur zèle applauditeur, afin d'en avoir terminé avant trois heures du matin, heure où les lumières s'éteignent et la maison se ferme...

Et, après qu'en termes délicats et choisis, Molinéry aura présenté les excuses et les regrets des absents qui, de cœur avec nous, ne peuvent apporter que leurs pensées, et surtout de Bandelac de Pariente dont il lira le discours, nous entendrons successivement LL. EE. MM. les Ambassadeurs, Ministres plénipotentiaires, ou leurs représentants, du Brésil, du Chili, de Colombie, de l'Equateur, du Paraguay, du Pérou, du Portugal, de l'Uruguay, du Vénézuéla,... exalter, — en un français d'une pureté telle que Léon Bernard pourra dire plus tard que de vrais Français le prendraient aventageusement pour exemple, — la science française et la pensée latine.

Madame Boas de Jouvenel sera acclamée quand elle remerciera, avec toute sa grâce exquise, les dirigeants de l'UMFIA, d'avoir associé en sa personne la Bienvenue française, à cette fête d'automne. nous entendrons encore le professeur Cuellar ex-doyen de la Faculté de médecine de Bolivie ; le professeur José-Martinez, doyen de la Faculté de médecine de Nicaragua et le professeur Montagne, de la Havane.

Puis, MM. les professeurs Léon Bernard, au nom des médecins et des savants envoyés en mission en Amérique latine ; Verneau, du Muséum ; M. le sénateur docteur Merlin ; M. le professeur Mayer, de Bruxelles ; M. le professeur Noël Fiessinger, au nom de la Presse ; M. Faure, président du Syndicat des Produits pharmaceutiques ; M. le professeur Mestre, de la Faculté de droit, au nom des amis de l'UMFIA ; M. le Comte de la Vaulx, au nom de l'Aéro-Club. Il rappela avec émotion le souvenir du Dr Reymond, tué à l'ennemi dans son avion, au début de la guerre, et fut sympathiquement applaudi quand il précisa humoristiquement que ses rapports avec le Corps médical n'ont consisté jusqu'alors qu'à se prêter à des prises de sang à de hautes altitudes. M. le prof. Lemaître parlera au nom de l'A.D.R.M. M. le professeur Gaudier, de Lille, vantera l'utilité des Journées médicales.

Dartigues, malgré la consigne, jouira des honneurs du ban, après qu'il aura, avec son éloquence aux sonorités si pleines, remercié de tout son cœur les notabilités, les savants, les dames, et tous les amis qui ont répondu avec tant d'empressement à l'appel de l'UMFIA.

Le professeur Roger, à son tour, montrera, avec sa bonhomie, si souriante qu'elle lui conquiert d'emblée tous les suffrages, que nulle corporation ne fait autant, pour le rapprochement des peuples, que le Corps médical, au point que le prix Nobel pour la paix ne serait pas déplacé si on l'attribuait à une œuvre aussi féconde en germes de paix que l'UMFIA.

Et M. le Ministre Sarraut se lève enfin, et pendant une grande demi heure, tiendra son auditoire sous le charme de son verbe, tour à tour calme, véhément, sourd, éclatant, ironique, ému, souriant, prophétique...., toujours, sous ses aspects divers, d'une éloquence persuasive.

Une hymne à l'Espagne de Velasquez, de Cervantès ... « Don Quichotte, voilà mon livre de chevet. J'en possède d'innombrables éditions, tant espagnoles que françaises, et quand je veux oublier les laideurs humaines, je me plonge avec délices dans les aventures du Gentilhomme de la Manche ... »

Un mot : ... « J'ai beaucoup voyagé. Presque toute ma vie s'est écoulée à l'*extérieur*, et c'est pourquoi, pour obéir à la logique des choses, je suis devenu Ministre de l'*intérieur*.. »

La glorification du médecin, colonisateur et pacificateur. Je l'avais déjà entendue dans la bouche du Maréchal Lyautey. Gouverneur de l'Indochine, M. Sarraut a vu les médecins à l'œuvre. Il sait quels services ils lui ont rendu pour pénétrer l'âme des indigènes et les conquérir à la France. Il sait aussi avec quels risques, ils accomplissent leur mission. Il vante les résultats de leurs efforts, et comment la mortalité infantile est tombée de 69 % à 15-18 %.

Vaticinant : « Mais devons-nous nous enorgueillir de ces résultats ? Est-il vraiment politique de notre part de diminuer ainsi les hécatombes infantiles qui viennent faire compensation à l'énorme prolifération des races primitives ? Si cette prolifération, que n'endiguera plus une mortalité combattue par la science

médicale, prend de telles proportions, ne peut-on craindre qu'elle devienne un danger pour la race blanche, actuellement au sommet de la civilisation ? On compte 450.000.000 de blancs contre 1.200.000.000 d'hommes de couleur... Quel sera l'avenir ? Et de quels pressentiments ne pouvons-nous pas être assaillis quand nous voyons le Pacifique menacé d'être le futur théâtre d'un conflit de races ? ? ? ».

Rassurant : « ... Mais les bienfaits de la civilisation sont tels que ces races de couleur n'y resteront pas indifférentes. Elles en comprendront la portée, surtout si le bloc latin sait se faire assez uni, et assez puissant pour résister à certains impérialismes. Car la pensée latine se nourrit du droit, basé sur le respect de la parole donnée et sur l'intangibilité du bien d'autrui.

C'est parce que l'UMFIA travaille à cimenter les alliances intellectuelles qui serviront à consolider ce bloc latin qu'elle est une œuvre éminemment pacificatrice, et qu'il faut l'admirer, l'encourager, et lui souhaiter expansion et prospérité».

Et le Ministre termine par une péroraison de belle envolée qui suscite des salves nourries de bravos.

Le dîner fut suivi d'une réception et d'une sauterie qui se prolongea à la grande joie de la jeunesse, alerte à bostonner, à one-stepper, voire à charlestonner...

L'automne, qui marque le déclin annuel de la Nature, voit au contraire l'UMFIA montrer une vitalité, une activité de plus en plus grandes. Le *Concours médical*, si passionnément dévoué à toutes les entreprises qui favorisent le rayonnement de la médecine française, s'en réjouit très cordialement et souhaite à Dartigues et à ses collaborateurs l'essor le plus grand et le plus durable, les plus magnifiques succès.

G. Duchesne.

LE NOUVEAU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (TARIF FALLIÈRES)

Par le Dr Fernand Decourt.

Les morts vont vite, en cette affaire. Le *tarif Durafour*, à peine âgé d'un an, vient d'être condamné à disparaître au 1er janvier prochain. J'ai le grand plaisir d'en envoyer le faire part à nos confrères du *Concours*. Et cela, bien qu'il soit de mode, en certaines ambiances, de déclarer, d'écrire et de proclamer, que l'*Union* ne fait rien pour soutenir les intérêts du Corps médical, et cela grâce à la *seule* initiative et aux efforts du Conseil de cette *Union* décriée...

Lors de la dernière assemblée générale, j'avais eu l'honneur d'exposer, aux délégués des Syndicats, les résultats de nos discussions à la *Sous-Commission du Tarif*, où Noir, Lefevre et Decourt avaient réclamé diverses augmentations, en rapport avec le coût de la vie. En réalité, ainsi que je l'expliquai, ce fut la question de l'*indemnité horokilométrique* où « l'accrochage » fut le plus sérieux. Oui ! « horokilométrique », c'est la formule que nous devons employer, car ce n'est pas seulement des frais *matériels* d'essence, de pneus, etc... dont il s'agit en l'espèce, mais aussi du *temps passé*, par le praticien, à rouler sur les routes — et même à marcher dans les chemins de traverse ou les sentiers — temps qu'il *faut* que chacun se décide désormais à accepter, comme devant être mis en ligne de compte.

Nous avions pris la précaution d'avoir, en main, des *notes* de loueurs d'autos payées par des confrères en diverses régions et qui avaient bien voulu nous les communiquer, datées, acquittées, timbrées... Il y eut, naturellement le choc obligatoire des idées, des arguments et des propositions inégales de part et d'autre. Nous eûmes même des instants assez pénibles où, si les chiffres tendaient à se rapprocher, par concessions réciproques, ils étaient encore bien loin de concorder.

C'est alors que les « Neutres » de la Sous-Commission prirent l'initiative de faire une proposition transactionnelle. Et c'est celle-ci que, médecins, patrons et assureurs, *nous nous engageâmes* à présenter dans notre propres groupement et à soutenir devant nos mandants, ainsi que le reste des modifications proposées. D'ailleurs, voici toutes les

Modifications arrêtées par la sous-Commission des frais médicaux en matières d'accidents du travail au tarif du 31 décembre 1925.

1° Article 1er de l'arrêté du 31 décembre 1925.

Le prix de la visite ou de la consultation serait porté de 10 *frs. à* 12 *frs.*

2° Article 2 du même arrêté.

Aucune modification pour l'indemnité de déplacement dans les villes de 100.000 *habitants et au-dessus.*

Dans les autres villes et les campagnes, l'indemnité de déplacement serait portée de 1 *fr.* 10 *à* 1 *fr.* 50 *par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour pour les régions de plaine, et de* 1 *fr.* 65 *à* 1 *fr.* 80 *pour les régions de montagne.*

Le régime spécial fait aux régions dévastées serait supprimé.

3° Article 26. (Tarif des électro-radiologistes et radio-thérapeutes).

La majoration de 20 p. 100 établie pour les frais et honoraires prévus aux paragraphes Ier à VI dudit article serait portée à 50 p. 100.

4° Article 33.

L'arrêté à intervenir prendrait effet du 1er janvier 1927.

Après nos explications données dans la séance du 3 décembre, l'Assemblée générale de l'*Union* fit siennes ces propositions, à son tour, et nous donna mission de les accepter, étant entendu que c'était un *minimum* et à titre transactionnel, ainsi que nous l'avions déclaré....

***

C'est dans ces conditions, que, le 14 décembre, eut lieu la *réunion plénière* de la Commission du Tarif des soins aux accidentés du travail, où siègent une quarantaine de membres, dont dix délégués médicaux. Etaient présents parmi ceux-ci, les confrères : Bourdon, Caillaud, Decourt, Dibos, Humbel, Lefevre, Lenormand, Noir et Vanverts, ce dernier à titre de délégué de la Fédération.

Commencée à 9 heures et demie, l'unique séance, qui fut consacrée à ces modifications, était terminée à 10 heures 1/4... et encore la majeure partie du temps, et de beaucoup avait été consacrée à discuter des questions *en dehors* des propositions faites. C'est ainsi qu'une longue discussion fut amorcée, pour ainsi dire, à propos de l'emploi des *bouillons-vaccins*, en injections ou en pansements, question qui fut renvoyée, pour étude, à la sous-Commission, après un très clair exposé du professeur Lenormand, un des délégués de l'Union.

C'est dire que les propositions faites par la Sous-Commission ne furent pas l'objet d'une véritable discussion. Chacun des membres les ayant reçues *à l'avance*, telles que ci-dessus, les positions *définitives* étaient déjà prises, en réalité, à moins d'objections imprévues... De plus, le président de la Commission, dès le début, avait pris soin de faire remarquer que, après la juxtaposition des divers points de vue et la mise en lumière des divers arguments par les représentants des groupements intéressés, les propositions dont il venait de donner lecture, étaient une « *transaction* » que les « Neutres » de la Sous-Commission avait jugée équitable. Il lui paraissait donc inutile, *a priori*, de reprendre les arguments déjà présentés alors que les représentants des patrons et assureurs, d'une part, et ceux des médecins, d'autre part, après consultation de leurs mandants, lui avaient déclaré être prêts à les accepter.

C'était assez logique et chacun en convint sur-le-champ. Aussi, les propositions de la Sous-Commission, celles même qu'on a lues plus haut, furent donc, à l'*unanimité*, acceptées, sans modification aucune, par la Commission plénière.

Le nouveau Tarif paraîtra en fin décembre pour prendre effet le 1er janvier 1927. Le tarif Durafour est mort, vive le tarif Fallières.

Dr Fernand Decourt.

Comptes rendus, documents, pièces officielles.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les maladies contagieuses. Désinfection et prophylaxie.

Dr J. Dargelos, (*Suite*).

Les villes ne distribuant en eau stérilisée que l'eau de boisson, peuvent avoir un filtre de surface moindre, mais, dans ce cas, une canalisation spéciale s'impose.

Si les méthodes d'approvisionnement général ont un grand avantage pour les agglomérations, elles ont l'inconvénient de ne desservir que les maisons se trouvant dans le périmètre de la canalisation. L'extension de cette dernière, sur tout le territoire des communes, entraînerait une complication et des dépenses telles qu'il n'y a même pas lieu d'en envisager la réalisation. Cependant, tout le monde a droit à de l'eau potable et la lutte contre la fièvre typhoïde sera illusoire, si les habitants des faubourgs éloignés et des campagnes, en restent dépourvus.

Il serait intéressant d'analyser ici les travaux entrepris dans le royaume de Belgique par la Société nationale de distribution d'eau potable. Nous avons reçu à ce sujet des renseignements des plus instructifs de M. le prof. Putzeys, de Liège, membre de l'Académie Royale et du Conseil supérieur d'hygiène de Belgique.

Les travaux accomplis par cette Société, d'accord avec le gouvermement royal et les communes, ont donné des résultats précieux dont les hygiénistes belges ont droit d'être fiers. Il est bien regrettable que leur dévouement à l'hygiène publique se heurte, chez eux comme en France, à des difficultés financières formant obstacle à leur bonne volonté de doter d'eau potable l'universalité de la population.

La conclusion de ce qui précède peut se résumer en ces mots. Des bassins de stérilisation par les filtres publics, à sable non submergé, dont l'efficacité n'est pas douteuse, ne peuvent être utilement établis que dans les villes, surtout dans celles de grandeur moyenne, pour le seul service de la ville.

Cette installation, laisse privées de sa protection, toutes les maisons en dehors du périmètre de la canalisation ; elle ne donnera par suite, que des résultats incomplets, malgré l'énormité des dépenses qu'elle entraînera. Elle n'est pas possible dans les communes rurales ou à la campagne. De plus, l'installation d'une canalisation d'eau potable ainsi généralisée, trouvera toujours devant elle une impossibilité financière d'exécution, contre laquelle les plus belles circulaires et les plus belles théories, viendront fatalement échouer.

Le FILTRE A SABLE NON SUBMERGÉ, INDIVIDUEL, *constitue le seul moyen pratique de doter d'eau potable tous les habitants, sans exception.*

Avantages économiques de cette méthode. — En adoptant cette méthode, les villes et les agglomérations communales n'auraient à se préoccuper que d'avoir la quantité suffisante d'eau claire, pour satisfaire aux besoins des habitants et des services publics.

Un filtre à sable non submergé, d'une surface plus ou moins grande selon le chiffre de la population, alimenterait la ou les fontaines publiques, si cette dépense ne dépassait pas les ressources de la commune.

En outre de cette installation ou à son défaut, un filtre à sable non submergé devrait être installé dans chaque maison et dans tout établissement public, aux frais du propriétaire.

Ces installations privées constitueraient, contre la contagion de toutes les maladies d'origine hydrique, la meilleure, la plus sûre, et la plus simple des mesures de prophylaxie.

Un filtre à sable non submergé, pouvant fournir un mètre cube d'eau stérilisée, par jour, ne reviendrait pas, avec ses accessoires (pré-filtre, caisse d'approvisionnement), à un prix très élevé. Les frais d'entretien, à condition qu'on l'alimente en eau claire, sont des plus modiques et, peut-on dire, nuls.

La seule objection que l'on puisse faire, est l'obligation où seraient tous les propriétaires, d'installer dans leurs immeubles un filtre donnant aux occupants une provision d'eau potable suffisante ; Miquel évalue cette quantité à 10 litres par habitant et par jour. J'entends une première objection : le filtre Miquel obligatoire !! Que faites-vous donc de la liberté individuelle ? Personne n'est plus respectueux d'elle que moi, à la condition que son exercice ne nuise pas à d'autres, qui doivent avoir, eux aussi, la liberté de ne pas tolérer ce qui peut leur nuire.

Ce mot : obligatoire !, est, du reste, loin de réveiller aujourd'hui des actes de résistance, comme il le faisait il y a seulement quelques années ; on s'y est beaucoup habitué.

C'est ainsi que nous avons, en outre de l'impôt et de la déclaration de revenus obligatoires, la vaccination obligatoire, l'instruction obligatoire, les assurances obligatoires, les ramonages de cheminée obligatoires, les taxes d'assainissement obligatoires, les déclarations de maladies contagieuses obligatoires, la désinfection obligatoire, etc., etc...

On se demande pourquoi, lorsqu'on a reconnues obligatoires les déclarations de maladies contagieuses, et la désinfection, on hésiterait à rendre obligatoire le moyen d'empêcher l'invasion ou le développement de ces maladies.

L'importance et la nécessité de la stérilisation des eaux potables sont tellement évidentes qu'il est certain que l'obligation d'installer dans chaque maison un appareil stérilisateur, serait acceptée comme les autres obligations. D'autant plus, il faut bien le répéter, que le coût annuel, l'intérêt de l'argent du filtre n'atteindrait pas 60 francs. Il pourrait aisément amener, par jour, dans une maison de 5 étages, avec 5 habitants par étage, usant chacun de 20 litres, 500 litres d'eau potable, dont le prix de revient quotidien serait de 0,035mc par étage et de 0 fr. 000027 par litre. Il serait facile au propriétaire, s'il le voulait, de récupérer cette dépense près de ses locataires, et ceux-ci seraient certainement heureux de payer si bon marché l'agrément d'avoir chez eux de l'eau potable, sans avoir la peine d'aller la chercher au dehors.

Dans une grande ville, cette dépense insignifiante constituerait pour eux une réelle économie de temps. L'usage d'eau potable les garantirait, en outre, contre beaucoup de frais de maladie.

Une installation communale d'eau potable nécessite une canalisation spéciale. Comme tout le monde y a droit, cette canalisation devrait s'étendre sur tout le territoire de la commune. Les budgets ne peuvent pas supporter une dépense si colossale et d'exécution si difficile.

Le filtre particulier, à sable non submergé obligatoire, est le seul moyen d'aboutir.

Le département des Bouches-du-Rhône, fortement éprouvé par la fièvre typhoïde, et comprenant, comme il a été déjà dit, tous les modes d'habitation, depuis la grande ville, jusqu'à la ferme la plus isolée, constituerait *un champ d'expériences remarquable* pour la lutte contre cette redoutable endémie, par l'organisation pratique de l'approvisionnement en eau potable, à l'aide du filtre à sable non submergé.

Le service que l'on rendrait à la ville de Marseille et à toutes les parties des populations alimentées par les eaux contaminées de la Durance

du Rhône, du Verdon, de la couche souterraine de la Crau, serait incalculable. Il est, en outre, plus que certain, que l'exemple donné par le Conseil général de ce beau département aurait un grand retentissement et de nombreux imitateurs.

L'installation générale obligatoire du filtre à sable non submergé nous paraît la seule solution possible, pour parer, dans le département et à Marseille en particulier, à toutes les difficultés, principalement à celles d'ordre budgétaire, qui s'opposent à l'assainissement des eaux de boisson.

Une installation particulière dans chaque immeuble aurait un autre avantage.

L'altération d'un filtre communal, pour une cause fortuite, ou par un défaut de fonctionnement, se répercuterait dans tout le réseau de distribution ; l'altération d'un ou deux filtres *individuels, ne saurait* avoir aucune influence sur le fonctionnement des autres.

C'est donc au FILTRE MIQUEL INDIVIDUEL, ou associé à un filtre Miquel collectif, que nous donnons notre préférence pour la stérilisation des eaux potables.

Nous disons le filtre Miquel, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, il est simple, solide, bon marché, facile à entretenir et surtout efficace. Il peut être construit par le premier entrepreneur venu, à condition qu'il observe dans sa construction les règles établies par Miquel.

Le jour où nous serons en possession d'un autre filtre stérilisateur, égal ou supérieur, nous n'hésiterons pas à le proclamer. Je suis convaincu que si l'idée de stérilisation obligatoire dans chaque immeuble faisait son chemin, les hygiénistes, médecins, ingénieurs... se mettraient à l'œuvre, pour établir des nouveaux moyens pratiques de stérilisation.

Après cette digression un peu trop longue, mais à laquelle nous nous sommes laissé entraîner par l'intérêt et l'importance de la question, nous allons reprendre l'étude des mesures à employer contre les maladies contagieuses, en particulier.

Les symptômes des FIÈVRES PARATYPHOIDES se confondent, peut-on dire, avec ceux de la FIÈVRE TYPHOIDE. Les causes de leur production sont les mêmes. L'analyse bactériologique peut seule les différencier. Cliniquement, ces affections sont des fièvres typhoïdes atténuées. Elles exercent la même direction de traitement, les mêmes mesures de désinfection et de prophylaxie.

Description des symptômes du typhus exanthématique, et mesures prophylactiques.

Le début est généralement brusque. Les premiers symptômes sont une céphalalgie (mal de tête) très forte, accompagnée de fièvre intense, un grand frisson, suivis rapidement d'une dépression, d'un abattement énormes. A ces manifestations, viennent s'ajouter l'insomnie, du délire, de la confusion mentale. C'est vers le cinquième jour que survient l'exanthème, l'éruption caractéristique.

On voit apparaître alors des taches d'un rouge parfois très vif, ressemblant aux taches de la rougeole. Elles débutent généralement à la surface de l'abdomen et à la base du thorax, puis elles s'étendent, par groupes plus ou moins isolés sur toute la surface du corps.

Parfois, le début est moins brutal ; on peut le confondre alors, avec un simple embarras gastrique fébrile. Le doute est enlevé par l'apparition de l'exanthème.

Dès que le typhus est diagnostiqué, il faut isoler le malade au plus vite et faire la déclaration. Le médecin appelé doit, en outre, prendre et faire prendre autour du malade les plus sévères mesures de désinfection.

Le typhus a exercé autrefois de nombreux et grands ravages.

On a toujours remarqué que ces épidémies se déclaraient dans les agglomérations humaines : armées, prisons, populations pauvres vivant entassées dans les logements insalubres des grandes villes, surtout quand il survient de grandes causes physiques ou morales de dépression (inondations, guerres désastreuses, famine, etc.). On a remarqué aussi que les épidémies de typhus débutaient par des cas isolés, chez des miséreux, des vagabonds, et que c'étaient ces derniers qui l'importaient dans les prisons.

Mais il était donné à M. le Dr Charles Comte, médecin sanitaire à Tunis, de découvrir un mode de contagion de cette terrible affection, mode de contagion qui a été scientifiquement confirmé par l'Institut Pasteur, à Tunis.

Le typhus exanthématique existe endémiquement dans la Kabylie, d'où il a été importé en Tunisie et dans d'autres parties de l'Afrique.

Le Dr Comte fit la remarque que les porteurs de germes étaient des vagabonds, vêtus de haillons sales et couverts de vermine (poux de corps, poux de vêtement). Il constata, en outre, que la contagion se faisait surtout chez les personnes envahies par les poux des malades, tandis que ceux qui les approchaient, s'ils avaient soin de se garantir contre ces insectes, restaient indemnes de typhus.

Des expériences furent faites : des singes sur lesqueles on transportait des poux de vêtements ayant sucé du sang de typhique, étaient atteints et succombaient, tandis que des témoins, élevés dans le même milieu, mais préservés de leurs piqûres, restaient absolument indemnes.

La preuve de la transmission par la piqûre de poux contaminés était faite.

Elle a été confirmée par les résultats obtenus, à la suite de la désinfection des vêtements et de

la destruction méthodique des poux, chez les malades et les suspects. On a constaté que, grâce à la méthode insecticide, les personnes en contact constant avec les malades, restaient à l'abri de l'infection. On est même resté convaincu que l'inoculation par ces insectes, est le seul mode de propagation du typhus.

Quelque importance qu'ait ce mode de transmission, il est prudent, en temps d'épidémie, d'ajouter à la méthode insecticide tous les moyens de protection à utiliser contre les poisons humains. Ils ont été exposés, à propos de la fièvre typhoïde. La stérilisation des eaux de boisson, doit être assurée par l'ébullition, si on a des doutes sur leur pureté ; on doit les appliquer pour le typhus exanthématique, encore si possible, avec plus de rigueur. Les linges salis doivent être l'objet d'une désinfection sévère, pour que les mouches, les moustiques, ne puissent pas y puiser des germes pathogènes, que leurs piqûres pourraient ensuite transmettre.

C'est surtout après un cas de typhus que la désinfection finale, par le formol (microbicide), doit être complétée par l'emploi des vapeurs sulfureuses (insecticides).

On doit aussi, pendant le cours d'une épidémie de ce genre, employer tous les efforts pour relever l'état moral et matériel des populations menacées ; pour augmenter leurs moyens de résistance à l'infection. Mais on devra surtout exercer une surveillance rigoureuse des nomades, des prisons, etc..., exiger le dépouillage systématique de tous ceux pouvant être suspectés, et rappeler aux populations la nécessité de rechercher et de détruire les poux des vêtements, et d'observer les règles de la plus exquise propreté.

Description des symptômes de la variole et de la varioloïde et mesures prophylactiques.

L'évolution de cette maladie, précsente cinq périodes :

Incubation de la durée....	de 8 à 10 jours	
Invasion	» . de 2 à 5	»
Période d'éruption	» . de 5	»
Suppuration	» . de 5	»
Dessication	» . de 10 à 15	»

La période d'incubation part du jour où le virus a été introduit dans l'organisme ; sa présence pendant cette période est pour ainsi dire latente. Cela veut dire, que le virus inoculé couve pendant une dizaine de jours, sans manifestation de symptômes pouvant attirer l'attention. Ce n'est qu'après ce laps de temps que l'on ressent les symptômes de la période d'invasion : fièvre, céphalalgie, nausées, vomissements, saignements de nez..., mais surtout *une violente douleur de reins*. C'est trois jours après l'apparition de ces symptômes, que survient l'éruption.

On voit apparaître alors, successivement, autour des lèvres, du menton, puis sur toute la face, le cou, le tronc et tous les membres, des taches rouges, arrondies, qui deviennent vésiculeuses. Elles débutent par le volume d'une tête d'épingle, pour atteindre celui d'une lentille.

Elles sont ombiliquées, c'est-à-dire, déprimées à leur centre. Le liquide qui les remplit, d'abord simplement séreux, devient purulent au bout de 4 ou 5 jours. Ce liquide passe alors du blanc sale au noir, et bientôt les pustules desséchées se détachent et tombent.

Il arrive trop souvent, que l'on n'appelle le médecin qu'au moment de l'éruption. En dehors d'une période d'épidémie, quand il n'existe dans le pays aucun cas de petite vérole, les parents peuvent supposer que les symptômes de la période d'invasion ne sont que le signe d'un état fébrile violent, mais passager.

Mais quand il existe dans la région des cas de variole connus, si l'on constate des nausées et surtout une *violente douleur de reins*, chez un malade devenu rapidement fébricitant, il n'y a pas à hésiter, c'est la variole.

Il faut, dès lors, prendre toutes les mesures sanitaires d'isolement et de désinfection, et les continuer avec le plus grand soin, pendant tout le cours de la maladie.

Répétons ici que si l'on a adopté l'habitude de prendre les mesures générales de protection, dès l'apparition de toute maladie fébrile, aucun cas de variole, même isolée, ne pourra échapper à la désinfection du début.

Varioloïde. — Ce qui vient d'être dit au sujet de la variole s'applique à la varioloïde qui n'est à proprement parler, qu'une variole discrète, c'est-à-dire dont les pustules d'éruption sont peu nombreuses et dispersées sur toute la surface du corps.

Au point de vue général et particulièrement au point de vue scolaire, l'isolement des malades atteints de variole ou de varioloïde, est d'une durée moyenne et minimum de quarante jours à partir du début de la maladie.

(A Suivre.)

REPORTAGE PROFESSIONNEL

Nouvelles et Informations

— **Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, fondées** par Emile Sergent et Th. Tuffier. — **Ci-après, le** *sommaire* du n° 3 de cette belle publication, **illustrée de** nombreuses figures et planches en couleurs : 1° **Indications, résultats** et technique des oléo thorax **dans les** tuberculoses pulmonaire et pleurale (G. Kuss) ; 2° le pouvoir fixateur du poumon (Léon Binet et J. Verne) ; 3° cancer primitif du poumon (R. Mignot, H. Durand) ; 4° analyses, index.

— **Concours de l'agrégation.** — Une session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira fin décembre 1926.

— **Une conférence internationale de la rage,** organisée par le Comité d'hygiène de la S. D. N. et à laquelle sont convoqués tous les directeurs des principaux instituts antirabiques, aura lieu, à Genève le 24 avril 1927. Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes : nature du virus rabique ; technique de la vaccination ; accidents généraux et locaux consécutifs ; problème de la vaccination préventive.

— **Une association de langue française des accidents du travail et des maladies professionnelles** vient de se fonder à Paris sous la présidence du professeur Balthazard. Elle tiendra, en octobre 1927, son premier Congrès, dont le secrétariat général a été confié au professeur Imbert, de Marseille.

— **Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements.** — Le soixantième Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à la Sorbonne, le mardi 17 avril 1927, à 2 heures.

— **Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.** M. le professeur Gosset. — *Programme de l'enseignement.* — Leçons cliniques par le professeur, mercredi et jeudi, à 11 h. 30. — Opérations par le professeur, lundi et mercredi, à 10 h. — Visite des salles par le professeur, mardi et jeudi, à 10 h. 30.

Conférences pratiques, présentation des malades, par MM. Petit-Dutaillis et Soupault, chefs de clinique ; Georges Loewy et J. Charrier, anciens chefs de clinique, mardi et jeudi, à 9 h. 30.

Cours de radio-diagnostic par M. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté, mardi, à 10 h. 30.

Consultation de chirurgie générale, par M. Thalheimer, chef de clinique, et Raiga, assistant de consultation, tous les jours, à 9 h.

Consultation de gastro-entérologie, par M. R.-A. Gutmann et Mlle Harmelin, attachés médicaux du service, lundi, mardi et vendredi, à 10 h.

Radiothérapie et curiethérapie, par MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours ; Wallon et R. Monod, chirurgiens des hôpitaux, jeudi à 10 h. 30 (pavillon Frédéric-Honoré).

Consultation des voies urinaires. Examens cystoscopiques, M. Charrier, mardi et vendredi, 10 h.

— **Stomatologie.** — M. Léon Frey, chargé de cours, a commencé le cours de stomatologie en novembre 1926, à 14h. 1/2 (Petit amphithéâtre) et le continue les samedis et mardis même heure.

— **Médecine légale.** — M. le professeur Balthazard a commencé ce cours, en novembre (grand amphithéâtre, à 18 h.), assisté de MM. Hugueney, professeur à la Faculté de droit, et Duvoir, agrégé.

Sujet du cours. Prof. Balthazard (lundi, mardi, mercredi, vendredi, en janvier et février) : attentats aux mœurs et perversion sexuelle. Grossesse, avortement, infanticide. Coups et blessures. Le problème de l'identité, examen des taches, poils, etc.

Prof. agrégé Duvoir (lundi, mardi, mercredi et vendredi, en novembre-décembre) : morts suspectes. Phénomènes cadavériques, asphyxies. Empoisonnements.

Prof. Hugueney (samedis) : législation et jurisprudence médicales. Loi sur l'exercice de la médecine. Secret médical. Responsabilité médicale. Associations professionnelles et syndicats médicaux. Lois sociales.

Cours pratique. — Autopsies à l'Institut médico-légal les mardis, jeudis, samedis de 2 à 3 h.

— **Clinique chirurgicale** (Hôpital Saint-Antoine). — M. le professeur Lejars a commencé son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Antoine.

Programme de l'enseignement. — Lundi, 9 h. 1/2: Conférence de diagnostic chirurgical, par M. Gueullette, chef de clinique. — Mardi, 9 h. 1/2 : Présentation de malades, par M. Lejars. — Mercredi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique, par M. Brocq, chirurgien des hôpitaux, assistant. — Jeudi, 9 h. 1/2 : Conférences sur des questions d'actualité médico-chirurgicale. — Vendredi, 2 h. 1/2 : Laboratoire et clinique, par M. Giet, chef de laboratoire. Samedi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique, par M. Lejars.

— **Clinique médicale** (Hôpital Beaujon). — M. Ch. Achard a commencé ses leçons, à l'hôpital Beaujon (208, rue du Faubourg-Saint-Honoré) et les continue les samedis à 10 h.

Tous les jours, à 9 h., enseignement clinique au lit des malades, par MM. Mouzon et Sig. Bloch, chefs de clinique.

Les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations sur la pathologie élémentaire, la neurologie, la dermatologie et les recherches de laboratoire appliquées à l'exploration clinique, par MM. Touraine, Rouillard, Leblanc et Feuillié, médecins des hôpitaux ; Thiers, ancien chef de clinique ; Lièvre, chef de laboratoire.

Les lundis et jeudis, à 10 h., consultations spéciales par MM. Foix, agrégé, médecin des hôpitaux, et Léopold-Lévi, ancien interne des hôpitaux ; Maladies du système nerveux et des reins ; dystrophies et maladies des glandes endocrines.

— **Thérapeutique.** — L'enseignement de la thérapeutique a lieu tous les jours, à 17 h., au grand amphithéâtre.

I. Cours du professeur : Le professeur Carnot a commencé son cours et le continue les jeudis et mardis, à 17 h. — Programme : Traitement des maladies digestives, hépatiques et cutanées ; traitement des maladies infectieuses et parasitaires.

II. **Conférences de l'agrégé** : M. Harvier, **agrégé, a com-**

mencé son cours et le continue les mercredis et lundis, à 17 h. — Programme : Traitement des maladies nerveuses, cutanées, cardio-vasculaires, hématiques et rénales ; traitement des maladies de la nutrition.

III. A partir du 15 janvier, révision des cours avant l'examen, sous forme d'exercices de rédaction d'ordonnances, argumentées et corrigées par le professeur et l'agrégé, les vendredis et samedis, à 18 h.

IV. Cours complémentaires: Des cours complémentaires, faisant partie du programme de l'examen, auront lieu les vendredis et samedis, à 17 h. : *a*) 10 conférences sur les Progrès récents de la thérapeutique endocrinienne (Opothérapie et greffes), en novembre-décembre 1926 ; *b*) 8 conférences sur la Physiothérapie, en janvier 1927 ; *c*) 10 conférences sur la créno-climatothérapie, en février 1927. Le programme détaillé de ces cours complémentaires sera indiqué par une affiche spéciale avec les noms des conférenciers.

V. Un voyage d'études aux stations des Vosges aura lieu, pendant les vacances de la Pentecôte, pour les étudiants ayant passé leur examen de thérapeutique et pour les internes des hôpitaux.

— **Clinique chirurgicale infantile et orthopédie** (hôpital des Enfants-Malades). — Enseignement clinique.

Lundi, à 9 h. 1/2 : Examens de malades entrants par M. le professeur Ombrédanne, à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson.

Mardi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre, par les chefs de clinique.

Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 1/2 : Opérations par le professeur.

Le jeudi, sont groupées de préférence les interventions particulièrement délicates, ou non encore passées dans la pratique courante. Cette séance opératoire est organisée chaque semaine pour l'instruction de perfectionnement des chirurgiens français et étrangers.

Vendredi, à 10 h. 1/2 : Leçon clinique à l'amphithéâtre par le professeur.

Lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 1/2 : Au pavillon Kirmisson, appareillages orthopédiques (M. Lance, assistant).

Tous les jours : Consultation externe de chirurgie infantile au pavillon Molland. Visites dans les salles. Interventions courantes de chirurgie infantile.

Lundi, mercredi et vendredi, le service de gymnastique rationnelle fonctionne sous la surveillance de Mme Boltansky.

— **Clinique obstétricale Baudelocque.** — M. le professeur Couvelaire a repris son cours de clinique, et le continue les lundis et vendredis 11 h. — Lundi discussion d'observations cliniques. — Vendredi : Présentation de malades.

I. Services cliniques, avec l'assistance de MM. Portes, accoucheur des hôpitaux ; Lacombe et Ravina, chefs de clinique ; Verne et Girand, chefs de laboratoire; Powilewicz et Desnoyers, anciens chefs de clinique ; Hidden, ancien chef de clinique adjoint.

1° *Service des consultations* (Policlinique Valancourt, 125, boulevard de Port-Royal). — Femmes en état de gestation, tous les jours, de 8 h. à 18 h. — Mères nourrices et nourrissons, les mardis et jeudis, à 14 h. ; les samedis, à 9 h. — Gynécologie, les mardis, à 9 h., et samedis, à 14 h. — Dispensaire antisyphilitique (femmes et nourrissons), les lundis et mercredis, à 14 h. ; les vendredis, à 9 h.

2° *Service intérieur* (Maternité Baudelocque, 121, boulevard de Port-Royal). — Tous les jours, à 9 h. 30 : Visites des femmes et enfants hospitalisés. — Les jeudis, à 10 h. : Opérations.

II. Enseignement clinique. — M. le professeur Couvelaire, le lundi, à 11 h. : Discussion d'observations cliniques. — Le vendredi, à 11 h. : Présentation de malades.

III. Enseignement complémentaire, avec la collaboration de MM. Lévy-Solal, agrégé ; Levant, Vignes, Cleisz, Portes, accoucheurs des hôpitaux ; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux. — Le mercredi, à 11 h. : Pathologie obstétricale. — Le mercredi, à 15 h. : Dispensaire antisyphilitique. — Le samedi, à 11 h. : Puériculture et pathologie du nouveau-né.

IV. Musée Henri Varnier. — Les collections d'anatomie obstétricale, normale et pathologique, peuvent être étudiées par les élèves et les médecins, les lundis, de 14 à 16 h.

V. Direction d'études. — M. le professeur Couvelaire se tient à la disposition des médecins et des étudiants le lundi, à 15 h., à la clinique Baudelocque.

VI. Cours de perfectionnement. — 1° *Cours élémentaire de pratique obstétricale* d'une durée de deux semaines (quatre séries) : Vacances de Pâques. — Première quinzaine de juin. — Première quinzaine de septembre. — Première quinzaine d'octobre.

2° *Cours supérieur*, du 1er février au 30 avril, en trois parties : Stage clinique et pathologie obstétricale. — Opérations obstricales. — Physiologie et histologie obstétricales.

— **Mortalité comparée des races blanche et noire, à New-York.** — Pour 100.000 habitants, on a compté 357 morts par tuberculose pulmonaire (noirs) et 67 (blancs) ; 390 morts par pneumonie (noirs) et 217 (blancs) ; 331 morts par affections cardiaques (noirs) et 237 (blancs) ; 82 morts par néphrite (noirs) et 62 (blancs) ; 160 morts violentes (noirs) et 95 (blancs), y compris les suicides. Soit, pour une population de 100.000 habitants, 2291 décès de noirs et 1.113 décès de blancs (*Journ. of Amer. med. Ass.*).

— **Le Saint-Hubert médical** vient de se réunir dans un dîner joyeux le 1er déc. On fêta l'accroissement rapide de ce nouveau-né qui compte déjà près de cent membres. On remarqua les Dr Béliard, Bergés, Boulla, Cassé, Cadiot, Chappé, Chasseray, Clavel, Colombet, Davesne, Deschamps, Fleurot, Le Filiâtre, Gentil, Klein, Laffitte, Liégard, Lacapère, Maurice, Monier-Vinard, Moulonguet, Pasquet, Perron, Régis, Rochebois, Roger, Savidan, Sauvau, Simard, Soupault, Schangel. Beaucoup s'excusèrent de ne pouvoir participer à ces agapes cynégétiques, en particulier les Dr Sauvez, Guinard, Barbellion, Naille, Bourgain, Ferté, Cololian, Inglissi, Manceau, Raoul-Deslongchamps, Taguet, etc. Quelques nemrods eurent la chance de sortir quelques invitations de chasse, tirées au sort.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Maurice, 5, rue de Villersexel, Paris, VIIe.

— **Collegium oto-rhino-laryngologicum.** — Sur l'invitation du professeur Benjamins et du Dr de Kleyn, se sont réunis le 7 octobre 1926 à Groningue, une quarantaine de spécialistes des pays les plus différents, dont les professeurs Mouret et Portmann pour la France, qui ont adopté les statuts de la nouvelle Association.

Le nombre des participants pour chaque nation est limité à dix.

— **Paris. Médecins inspecteurs des écoles.** — Le Conseil municipal de Paris vient de prononcer le renvoi à l'administration de la proposition suivante :

« L'indemnité annuelle allouée aux médecins inspecteurs des écoles est portée de 3400 à 4200 fr. »

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MEDICAL »

ANNÉE 1926

2e Semestre

Cette table contient cinq parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — IV. Jurisprudence médicale. — V. Bibliographie.

I

Partie Scientifique

A

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

II

Partie Professionnelle

A

T

U

V

III

NOMS DES AUTEURS

N

O

P

Q

R

S

T

V

IV

Jurisprudence Médicale

V

Bibliographie

A

B

C

D

F

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.

R. C. Clermont 4264

Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Paris, rendit, au nom de la ville, hommage à l'héroïque victime continuant son œuvre et ses services hospitaliers.

Le sénateur Paul Strauss, ancien Ministre, citant de héros, les vivants Lobligeois et Vaillant (celui-ci amputé des deux bras), qui étaient là présents, remit la médaille de la fondation Bergonié, perpétuant ce grand et savant martyr, en faisant le bien à ses émules, en les honorant...

En somme, grande et émouvante cérémonie, où la sympathie inspirée par la science et la modestie de celui que l'on fêtait, était la seule note, l'unique sentiment.

Dr Foveau de Courmelles.

CORRESPONDANCE

Hôpitaux

3415. — La réorganisation des hôpitaux.

Vous avez lu certainement dans le *Bulletin* du Syndicat des chirurgiens des études sur la réorganisation des hôpitaux, en prévision de la loi Assurances-maladie. Les signataires, se basant sur des textes du règlement de l'Assistance publique, considèrent que les médecins et chirurgiens d'hôpitaux peuvent légalement réclamer des honoraires pour les malades payants, même si ceux-ci sont admis en salle commune avec les indigents et assistés, à la seule condition d'y être autorisés par une décision de la Commission administrative.

De nombreux confrères estiment qu'il y a là un abus intolérable, qui permettrait à des médecins et chirurgiens, souvent nommés à la faveur, sans aucun titre, dans les petits hôpitaux, de se créer des situations privilégiées, de véritables prébendes, au détriment des confrères, les malades ne pouvant pas user du libre choix.

A mon avis on pourrait proposer la séparation très nette :

1° Hôpital aux indigents, avec médecins et chirurgiens désignés par l'administration, responsables de leurs services, rémunérés par indemnité forfaitaire.

2° Clinique annexe pour clients de modeste aisance et accidentés du travail et victimes de la guerre, fonctionnant séparément et distinctement, ayant un prix de journée calculé sur la dépense réelle, les fondations charitables et les diverses subventions n'intervenant en rien dans son budget.

Libre-choix.

Honoraires aux médecins et chirurgiens, suivant tarif syndical.

Je vous serais reconnaissant de m'éclairer sur ces questions, au point de vue juridique, et spécialement sur la possibilité légale, pour les médecins et



chirurgiens d'hôpitaux, de faire payer leurs soins aux malades admis à titre payant, en salle commune.

Dr X.

Réponse.

Juridiquement, un hôpital est maître chez lui.

La commission administrative de cet établissement peut décider qu'elle nommera ses médecins, avec ou sans concours. Elle a le droit de considérer ces docteurs comme des employés supérieurs, qui, bien que maîtres au point de vue de la science médicale, doivent soigner, sans distinction, tout malade, gratuit ou payant, qu'il plaît à l'administration de faire entrer dans les salles qui leur sont confiées.

La commission administrative a encore le droit d'accorder ou de refuser à son corps médical le droit de percevoir des honoraires de qui peut les payer.

Elle a le droit absolu de décider que ces honoraires seront perçus directement par chaque médecin d'hôpital ; ou bien elle ordonnera que ces honoraires médicaux seront recouvrés par l'économe de l'établissement et que la commission administrative abandonnera tout ou partie des sommes ainsi touchées aux ayants droit.

L'administration hospitalière peut décider que les malades payants seront, ou non, reçus en salle commune, ou dans des salles payantes.

Juridiquement, la commission administrative arrête comme bon lui semble son règlement intérieur, sauf, bien entendu, approbation du préfet.

Elle est parfaitement en droit de ne jamais consulter le corps médico-chirurgical et de faire ce que bon lui semble.

Quant aux médecins, juridiquement, ils ont le droit de se refuser à accepter de faire le service médical d'un hôpital. Ce sont les praticiens qui sollicitent les fonctions hospitalières. Les administrateurs d'hôpitaux se sont souvent vantés, devant moi, que, si un docteur démissionne, ou vient à décéder, les demandes, pour le remplacer, sont fort nombreuses.

Aussi, puisque l'employeur (l'hôpital) a une main-d'œuvre (les médecins) aussi abondante, pourquoi changer les errements actuels ?

Il en serait différemment, si c'étaient les employeurs (les hôpitaux) qui soient à la recherche de la main-d'œuvre médicale : ils seraient bien obligés de demander au corps médical ses conditions de travail, alors que, jusqu'à présent, c'est l'hôpital qui impose aux médecins le règlement établi unilatéralement. Aux docteurs d'accepter en bloc le cahier des charges, ou de le refuser en entier.

Première conclusion : dans chaque localité, les médecins devraient se réunir, pour décider les modalités du service médical de l'hôpital local.

Lorsque les praticiens sauront exactement ce qu'ils veulent et qu'ils l'auront rédigé par écrit, ils transmettront leurs propositions à la commission administrative de l'hôpital.

Les employés-médecins entendent travailler à telles conditions, librement débattues avec l'employeur-hôpital.

Si celui-ci refuse, il se débrouillera pour soigner lui-même ses malades hospitalisés, en faisant appel au corps médical, selon les prescriptions du droit commun et d'après le tarif ouvrier local.

Je sais bien que pareille affirmation, sous ma plume, va provoquer des protestations de la part de tous mes confrères, qui sont habitués à considérer l'hôpital comme étant l'asile exclusif des seuls indigents.

De toute tradition, le corps médical s'est montré désintéressé, pour soulager la souffrance des miséreux et il lui répugnerait d'y faillir.

Mais, répondrai-je, pourquoi les administrations hospitalières transforment-elles les hôpitaux en maisons de santé, plus ou moins déguisées ?

Pourquoi l'hôpital se croit-il en droit de truster l'art médical, en le distribuant tant aux pauvres qu'aux payants de toutes catégories ?

Le médecin a droit de vivre du produit de son travail : à lui de se défendre par les voies légales.

Pour ma part, je propose toujours des arrangements locaux entre hôpitaux locaux et corps médical local.

Je me suis fait maintes fois rabrouer, car les commissions hospitalières ne peuvent pas admettre que leurs employés médecins puissent avoir l'audace de discuter les conditions selon lesquelles ils entendent louer leurs services scientifiques.

Il semble, au contraire, à les entendre, que les commissions administratives des hôpitaux estiment rendre un grand service au corps médical en consentant à admettre quelques-uns de leurs membres dans des services hospitaliers qui leur sont confiés.

Que de fois m'a-t-on déclaré que le titre de médecin de l'hôpital avait une valeur marchande aux regards de la clientèle de ville et que le manque à gagner, à l'hôpital, constituait, pour les médecins, leurs frais de publicité !

Dans le cas d'un hôpital de petite ville, ou de canton, les médecins de la région décideront si le service des indigents sera fait à tour de rôle, par chacun des praticiens qui en fera la demande au Syndicat médical ; quels seront les honoraires annuels, qui seront alloués, etc., etc.

Quant aux malades payants, selon les localités et surtout les disponibilités de l'établissement hospitalier, ils seront reçus en salle commune, ou dans des salles ou pavillons séparés.

Aux médecins locaux de décider les moda-

lités selon lesquelles le libre choix pourra fonctionner, sans porter atteinte à la discipline intérieure absolument nécessaire de l'hôpital.

Il ne faut pas, en effet, que pour des malades payants, admis en salle commune, les médecins librement choisis par ces malades puissent venir à des heures variables, pouvant ainsi gêner les services intérieurs.

Quid ? par exemple, lorsque la salle d'opérations, ou de pansements doit être réservée le même jour, à plusieurs médecins. Quel sera le tour de rôle ? Qui réglera les conflits ?

Quid encore pour la question honoraires ?

Beaucoup d'administrateurs d'hôpitaux m'ont objecté qu'en laissant chaque médecin libre de réclamer directement ses honoraires à ses malades, selon son tarif personnel, l'établissement pouvait se trouver mêlé à des histoires de réclamation de la part d'hospitalisés payants, qui prétendraient que le médecin d'hôpital leur demande un prix exagéré.

Convient-il, dès lors, pour le Syndicat médical local, de déterminer le tarif médico-chirurgical, pour les soins à donner aux hospitalisés payants, tarif communiqué d'avance à la commission administrative ?

En ce qui concerne les hôpitaux de grande ville, ou de localités où existent une ou plusieurs maisons de santé privées, il faut qu'il y ait accord entre la commission administrative de l'hôpital, les propriétaires de ces maisons de santé et le Syndicat médical local.

N'oublions pas que l'hôpital, établissement public, ne peut organiser de maison de santé à bon marché, que si l'initiative privée est déficiente et n'est pas à même d'en organiser.

Il ne faut pas qu'un établissement public, en général entretenu par des fondations et les legs institués pour les pauvres, puisse faire acte de commerce et également faire une concurrence aux entreprises commerciales privées.

Par conséquent, ici encore, il faut une entente entre la commission administrative de l'hôpital et le corps médical local, y compris les propriétaires de maisons de santé privées.

Tout en respectant les légitimes intérêts privés, le corps médical verra de quelle manière il serait possible de faire admettre les malades de condition moyenne, soit à l'hôpital, soit dans telle ou telle maison de santé à bon marché.

Celle-ci, en échange de l'engagement de recevoir les malades peu fortunés, à des prix minimes, se verrait exempter d'impôts, ou recevrait des subventions, ou profiterait des achats en commun avec l'hôpital.

Bref ce sont des organisations économiques locales qu'il faut entrevoir, grâce à des ententes entre le syndicat médical local et les autres intérêts en présence.

Sur ces bases générales, je suis à votre disposition pour tout renseignement ultérieur.

Dr Paul BOUDIN.

Mutualité Familiale

On ne peut changer de combinaison mais on peut cumuler plusieurs combinaisons.

Pourriez-vous me dire quel supplément de prime annuelle j'aurais à payer pour passser de R à P. J'aurai 42 ans le 12 février prochain.

Dr F..., à T.

Réponse.

Vous ne pouvez pas passer d'une combinaison à une autre, mais vous pouvez, tout en restant à R entrer à la combinaison P qui vous assurera une première retraite à 60 ans alors que R vous en donnera une seconde à 65 ans.

Vous auriez à payer, pour une pension de 1.200 francs, 416 fr. 90, frais de gestion compris et cotisation contre-assurée.

Comme vous payez pour P 86 fr. 90, cela vous ferait en tout 503 fr. 80.

A 60 ans vous toucheriez une première pension de 1.200 francs et à 65 ans une seconde de même somme, ce qui vous ferait 2.400 francs.

Accidents

3814. — Exécution d'un jugement en matière d'accidents du travail.

Un de mes clients a un accident du travail. Je le soigne. Le blessé n'a jamais reçu d'acompte, ni de demi-salaire. Il fait citer le patron en justice de paix. En conciliation d'abord le patron reconnaît l'accident, mais dit qu'il ne payera pas, que c'est à l'assurance à payer.

En citation, il est condamné par défaut à payer le demi-salaire et les frais médicaux.

J'avais fait joindre ma note d'honoraires à la somme réclamée par le blessé.

Le jugement a été rendu il y a quelques jours. L'huissier poursuivant a écrit à mon client le blessé pour lui demander ses instructions.

Que doit faire actuellement le blessé ? Le patron aurait paraît-il déclaré après coup que le médecin ne l'intéressait pas et qu'il ne le payerait pas.

En fait le patron négligent a dû ne pas payer ses primes d'assurances ou ne pas faire la déclaration en temps voulu.

Que doit donc faire actuellement le blessé pour obtenir : 1° son demi-salaire ; 2° le paiement des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Dr A.

Réponse.

Puisque votre client a obtenu un jugement par défaut contre son adversaire, il faut qu'il donne

à son huissier les instructions de poursuivre l'exécution de ce jugement.

Les frais de procédure seront à la charge du patron. Votre client aura seulement à payer les honoraires de l'huissier.

En vertu du paragraphe 5 de l'article 15 de la loi sur les accidents du travail, les décisions du juge de paix relatives à l'indemnité journalière sont exécutoires nonobstant opposition.

Par conséquent, même si l'adversaire faisait opposition, votre client pourrait poursuivre l'exécution du jugement.

3713. — Expertises médicales.

Veuillez me faire adresser 50 exemplaires de mémoires d'honoraires pour expertises civiles (accidents du travail). et me faire savoir le prix moyen demandé pour les expertises droit commun et s'il faut demander ses honoraires sous forme de provision au demandeur, ou si le tribunal peut vous régler d'avance par mémoire.

Dr B.

Réponse.

En vertu de l'article 3 du décret du 27 décembre 1920, concernant les frais des expertises civiles, les honoraires et débours des experts sont taxes par le président qui tient compte de l'importance et des difficultés des opérations et du travail fourni. Il est donc difficile de vous dire, *a priori*, le prix moyen qu'il y a lieu de demander dans une expertise civile de droit commun. C'est à vous qu'il appartient dans chaque affaire d'apprécier quelle rémunération vous semble équitablement due et de la proposer au Président.

Le même décret donne le droit au président d'autoriser les experts à toucher, au cours de la procédure, des acomptes prévisionnels sur leurs débours, soit lorsqu'ils ont effectué des travaux d'une importance exceptionnelle, soit lorsqu'ils ont été dans la nécessité de faire des transports coûteux ou des avances personnelles.

Nous ignorons les usages des tribunaux de province, mais en fait, à Paris, les experts ont la coutume de demander toujours une provision avant de déposer leur rapport.

Application du Tarif Durafour.

I

3659. — Déplacements multiples en peu de temps.

J'ai recours à votre obligeance pour m'aider à établir la note d'honoraires de l'accident ci après. Samedi 20 novembre, à 22 heures, on m'amène à mon cabinet un blessé qui présentait un broiement de l'index et du médius à régulariser d'urgence. Je fais

un pansement sommaire et fais conduire le malade chez lui à 4 kil., et me rends de suite à son domicile après avoir prévenu un confrère pour faire une anesthésie générale. Il faisait un orage très violent. Arrivés chez le blessé, nous apprenons que l'électricité manque, et faute de lumière nous décidons de remettre au lendemain matin dimanche, à 8 heures l'intervention. Nous sommes bien embarrassés pour établir nos notes d'honoraires.

Que devons-nous compter pour le samedi soir ? (J'ai refait un pansement au domicile du blessé). Les actes opératoires faits le dimanche subissent-ils une majoration ?

Dr A.

Réponse.

a) Vous avez à compter le pansement fait chez vous plus le pansement à domicile, mais ce dernier dut se faire en pleine *nuit*, donc vous avez à compter, en place, une visite de nuit, soit 10 × 3, *c'est-à-dire 30 francs, plus le déplacement* de 8 kil. à 1 fr. 10 = 8 fr. 80, donc au total : 38 fr.80.

b) Quant à l'intervention du lendemain, je ne puis la tarifer, vous ne me dites pas ce que vous avez fait.

c) *Seule*, la visite est majorée, le dimanche (article 3 *b*), mais pas les interventions, ni même la consultation.

d) Pour votre confrère, il est plus difficile de compter deux fois un déplacement pour cause de panne d'électricité, alors qu'un éclairage quelconque (pétrole ou autre) pouvait pourtant être trouvé. C'est là une objection qu'on fera, ce me semble, à votre explication.

F. D.

II

3632. — Avant d'amputer l'avis de confrère demandé à l'article 9 n'est pas chose superflue...

J'ai lu dans le *Journal officiel* qui fixe les nouveaux tarifs, un article à peu près ainsi conçu :

Quand il y aura lieu d'amputer ou de faire quelque grosse intervention à un blessé, le médecin traitant pourra ou devra demander une consultation avec un médecin représentant le patron ou la Compagnie d'assurances en le prévenant par lettre recommandée, etc.

Là il n'est pas parlé d'autorisation de juge de paix, mais si c'est le patron qui veut la consultation dans un cas pouvant nécessiter une amputation par exemple, devra-t-il aller chez le juge de paix, puis envoyer une lettre recommandée qui donnera un délai de deux jours pour le rendez-vous de son médecin avec le médecin traitant ?

Si toutes ces démarches et pertes de temps sont nécessaires, le blessé aura le temps de mourir ou de voir gravement se compliquer son cas et aussi alors le médecin traitant pourra toujours arguer de l'urgence et imposer sa manière de voir.

Pratiquement la loi dans *ces cas graves* est donc *inapplicable*.

Pourquoi récemment a-t-on inséré à l'*Officiel* un article qui, en somme, ne garantit nullement les intérêts du patron, ni ceux du blessé qui peut avoir un médecin sans sang-froid ou peu partisan des méthodes conservatrices.

Je serais heureux d'avoir l'avis du conseil médical et du conseil juridique du « Sou médical » au sujet de ces différentes questions qui deviennent de plus en plus d'actualité et de pratique courante.

Réponse.

Vous parlez, je présume, de l'article 9 ? Mais il existait déjà, mot pour mot, dans l'ancien tarif Breton. Pratiquement, avisez le chef d'entreprise ou son assureur qui déclanchera son médecin et ce n'est qu'en cas de divergence qu'on aura recours à un troisième médecin. Il n'y a pas là matière à intervention du juge de paix.

Vous supposez que c'est le patron « qui veut la consultation » ? Alors nous rentrons « dans les cas prévus, etc... », ainsi qu'il est dit art. 3 du tarif, c'est-à-dire avec lettre recommandée après intervention du juge de paix. En tous cas, tout ceci tombe quand il y a urgence avérée. Mais y a-t-il souvent urgence absolue d'amputer sans vouloir écouter l'avis d'un confrère et cela, *dans l'intérêt même du blessé* ? Aussi permettez-moi de penser que cet article 9 n'est pas si superflu que vous paraissez le croire.

F. D.

Questions médico-militaires.

3363. — Service militaire des étudiants en médecine.

1° Peut-on, étant interne ou médecin, ne faire qu'un an de service au lieu de 18 mois (disposition spéciale à la classe 1922) ;

2° Peut-on rompre son sursis à n'importe quelle date, partir dans le deuxième contingent quand on est du premier ou réciproquement ?

3° Y a-t-il des dispositions particulières pour les sujets mariés.

Dr T.

Réponse.

1° Les étudiants en médecine qui ont obtenu le brevet de préparation militaire supérieure spéciale accomplissent en fin de sursis un an de service, six mois comme médecin auxiliaire, 6 mois comme aide-major s'ils sont docteurs en médecine ou nommés au concours internes titulaires des hôpitaux dans une ville de faculté et pourvus de 16 inscriptions validées, ou un an comme médecin auxiliaire, s'ils sont possesseurs de 12 inscriptions validées de médecine.

2° Non, un sursis dont on a commencé à bénéficier ne peut être interrompu.

3° Oui, pour les sujets mariés avec *enfant*. Ils sont affectés en principe à la garnison la plus proche de leur résidence.

Les *mariés sans enfant* suivent le sort commun.

3275. — Retard dans la nomination au grade d'aide major.

En consultant mon livret militaire, je m'aperçois que bien qu'ayant passé ma thèse le 3 juillet 1923 je n'ai été nommé aide-major de réserve que par décret du 13 juillet 1924 (*Journal officiel* du 20 juillet 1924).

A qui puis-je réclamer ? Dr P.

Réponse.

Vous ne pouvez réclamer ; la nomination au grade d'aide-major des docteurs en médecine n'est pas un droit à *une date fixe*, qui serait le jour de la thèse.

Le Ministre fait demander aux jeunes docteurs s'ils désirent obtenir ce grade ; lorsqu'il est en possession de leur demande, que toutes les formalités sont remplies et qu'il a réuni un certain nombre de candidats, il les réunit en un seul décret, qu'il soumet à la signature du Président de la République.

3156. — Examen d'aptitude pour le grade d'aide-major.

De la classe 1919, j'ai été mobilisé en avril 1918 et ai bénéficié d'un sursis en octobre 1919 pour continuer mes études.

En 1923 (21 mars), j'ai passé l'examen de médecin auxiliaire et en janvier 1926, j'ai soutenu ma thèse.

Une lettre en date du 20 mai du Directeur du Service de santé du G. M. P., me prie de faire une demande de nomination au grade d'aide-major de 2e classe. Aujourd'hui, je reçois une lettre du Directeur du Service du 2e Corps rédigée en ces termes :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que l'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude administrative, indispensable pour votre nomination au grade d'aide-major, aura lieu le 26 octobre, à 14 h.1/2. etc. ».

Cet examen est-il obligatoire pour passer du grade de médecin auxiliaire à celui d'aide-major ? S'il est obligatoire, doit-on faire parcourir des centaines de kilomètres aux candidats au lieu de les faire passer à leur lieu d'affectation, d'où économie de temps et d'argent ?

Si je ne me présente pas à cet examen — et c'est mon intention — serai-je toujours médecin auxiliaire ? Dr D.

Réponse.

L'examen d'aptitude administrative se passe au chef-lieu du Corps d'armée, et le déplacement pour s'y rendre donne droit à des indemnités.

Mais si vous avez déjà passé cet examen en 1923, inutile de le repasser ; réclamez et justifiez que vous avez déjà subi cette épreuve avec succès.

Cet examen est indispensable pour obtenir le grade de médecin aide-major ; sinon vous resterez pourvu du grade de médecin auxiliaire.